

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red

Cross Kyushu International College of

Nursing

新人看護婦・研修生とベテラン看護婦への教育のポイント

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 日総研出版 公開日: 2016-02-20 キーワード (Ja): 看護教育, 看護師, コミュニケーション, 看護生涯教育 キーワード (En): 作成者: 大塚, 邦子, 石松, 直子, 平川, オリエ メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/468">https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/468</a>

## 日本赤十字九州国際看護大学学術情報リポジトリ

タイトル	新人看護婦・研修生とベテラン看護婦への教育のポイント
著者	大塚 邦子, 石松 直子, 平川 オリエ
掲載誌	ナースエデュケーション, 2(5) : pp 91-110.
発行年	2001.
版	publisher
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1127/00000443/">http://id.nii.ac.jp/1127/00000443/</a>

### <利用について>

- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの著作権は、執筆者、出版社(学協会)などが有します。
- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの利用については、著作権法に規定されている私的使用や引用などの範囲内で行ってください。
- ・著作権に規定されている私的使用や引用などの範囲を超える利用を行う場合には、著作権者の許諾を得てください。
- ・ただし、著作権者から著作権等管理事業者(学術著作権協会、日本著作出版権管理システムなど)に権利委託されているコンテンツの利用手続については各著作権等管理事業者に確認してください。

## 臨床現場における医療事故防止のポイント

# 新人看護婦・研修生と ベテラン看護婦への教育のポイント

日本赤十字九州国際看護大学 教授 大塚邦子  
講師 石松直子  
助手 平川オリエ

### はじめに

新人看護婦・研修生とベテラン看護婦ではどちらがエラーを起こしやすいのだろうか。以前ならば新人看護婦と言われていたかもしれない。しかし、経験が増えたからといって、エラーを起こさないとはいえない。最近では、医療事故は起こるもので、人間はエラーを起こすという考え方が前提である。実際に、新人看護婦・研修生であろうがベテラン看護婦であろうが、エラーは起こしている。

しかし、新人看護婦・研修生とベテラン看護婦ではエラーの種類が違う。ということは当然、医療事故防止のための教育内容も変えていく必要があると思われる。本稿では新人看護婦・研修生とベテラン看護婦それぞれが起こしやすい事故を明らかにし、事故防止のための教育のポイントを考えてみたい。

なお、本稿でいう看護婦は「看護婦と看護士」を指し、新人看護婦とは「卒後1年目」の看護婦、ベテランとは「卒後4年目以上」の看護婦を指す。

研修生は専門的な知識・技術の習得のために

特定のユニットに、ほかの施設から来た看護職者である。知識・技術の習得や環境への適応の必要性を考えると新人看護婦と同様に考えたい。研修生について特記すべき内容がある時には、項を起こして記述する。

## 1 新人看護婦・研修生と ベテラン看護婦が 起こしやすい事故

### 1) 新人看護婦が起こしやすい事故

#### (1) 新人看護婦の特性

小塩ら<sup>1)</sup>は新人看護婦の卒後1年間の発達過程を文献から要約し、以下のようにわかりやすく説明している。

- ① 就職時：初心を忘れずに仕事に対して前向きに取り組む姿勢がある。バイタルサインの自己評価は高いが、技術や人間関係などに不安を抱いている。
- ② 3ヵ月後：重症者の担当や夜勤が始まり、不安や戸惑いが生じる。学校で学んできたことがすぐに活用できず、

技術や知識が不十分で迷惑をかけていると考えている。ひとり立ちできないとつまずき、リアリティショックを感じている。

- ③ 6ヵ月前後：日常生活援助，観察，輸液，診療の補助など経験を重ねた看護技術の自己評価が高くなる。一方，業務の難易度への戸惑い，看護能力の不安を感じ，またリアリティショックに悩む人もいる。できる自分とできない自分のジレンマがみられる。
- ④ 9ヵ月前後：緊張感が和らぎ，看護することに自信を持ち始める。対象の変化に気づくことができ，うれしくなる。業務への関心も多様化してくる。未熟であることを意識しながら努力をしている。
- ⑤ 12ヵ月前後：余裕がみられ，面白さを感じる。組織的なことに関心を持ち始める。職場での人間関係をストレスと感じている。リーダー業務，急変時の対応などのストレスは続いている。問題状況の記録，看護過程や緊急時の対応など，知識の応用や判断を必要とする看護能力の習得には1年以上を要する。

筆者ら<sup>2)</sup>の調査では，A総合病院の看護婦全員に一番つらかった時期を聞いたところ，1年目55.2%，2～3年目15.9%であった。その理由は「環境の変化への適応困難」35.7%，「自分の能力不足の問題」31.7%，「人間関係」17.1%などであった。また，辞めたいと思った

ことがあると回答した看護婦が83.3%あり，その理由は，「自分の能力不足の問題」23.4%，「人間関係」23%，「心身疲労」21.8%などであり，24歳以下は「自分の能力不足の問題」を挙げた人が多かった。ストレスについて聞いたところ，ストレス得点は若い人ほど高く，ストレスが多い状態にあることがわかった。

藤田ら<sup>3)</sup>は，新人看護婦の就業意欲を妨げる精神的要因を調査し，ほとんどの新人が辞めたい，あるいはつらいという経験があり，辞めたいという時期は，就職後3ヵ月以内に集中し，つらいと感じる時期は3ヵ月以降であると述べている。さらに，就業意欲が妨げられた要因は，業務の質と量の不均衡による負担，それに伴って生起する人間関係の負担，看護婦として描いた自分の姿と現実とのギャップ，知識や経験の未熟さによる自信喪失感情と，他者の評価が得られないことによる自尊感情の低下を挙げている。

これらから，新人看護婦は3ヵ月ごとに大きく揺れ動きながらも職場へ適応しようと努力していることがうかがえる。早く上手に適応するためには，新人看護婦は，患者，上司，先輩看護婦，同僚看護婦，他職種の人々との間に良好な人間関係を結んでいく必要がある。

また田淵ら<sup>4)</sup>は，卒後2年未満の看護婦を対象に人間関係に関する調査を行っており，その結果，職場での人間関係に戸惑いを感じているのは，「患者に対して」が89%，「先輩看護婦に対して」が76%，「上司に対して」が69%であり，さらに，それぞれの関係に対して負担に感じているのは，「患者」64%，「先輩看護婦」61%，「上司」55%であったと言っている。

このように，新人看護婦は職場に適応してい

かなければならないが、自分を取り巻く周囲の人たちに対してストレスが大きい状態にあり、就業意欲が妨げられる要因が多く、一朝一夕に適応できるものではないということが言える。

堀ら<sup>5)</sup>は、新人看護婦の職場への適応過程の中で、「新人看護婦の職場適応には6～9カ月の期間が必要である」と述べている。また、新人看護婦の職場適応を促進するために、本田ら<sup>6)</sup>は、「職場での人間関係や、患者ケアにおいて自他共に認められることや、小さな事柄でも成功体験を経験させ、心理的満足感を得られるように支援することが有用である」とサポートの必要性を述べている。

横井<sup>7)</sup>は、新人看護婦のヒヤリ・ハット体験の分析の中で、「新人看護婦のミスは、第三者が発見するまでは、明らかにならないことが多い。これは、知識不足、ミスの怖さの認識不足などが原因ではないかと考える。第三者が発見するという事は、発見が遅れ、対処が遅れる可能性があるということである」と述べている。

昨今の新人看護婦にはプリセプターや指導看護婦が付いており、少しずつ1人で仕事を任せられるようになって、1年間は仕事の進み具合をチェックしてくれる存在が常にある。また、新人看護婦も1年目だからと心理的に依存できる状態にある。そのため、新人看護婦とほかのスタッフ間に質問や意見交換の機会があり、事故を防げるチャンスがあるのではないかと考える。また、コミュニケーションが多くなることからチェック機能が働き、エラーを起こしても事故に至らないことが多いのではないだろうか。新人看護婦は種々の要因でエラーを起こしやすい状態にあるが、プリセプター制などの支援体

制を整えて、適切な時期に有効なサポートを行い、職場適応が促進されるように教育や環境調整をすることで、エラーを少なくするようにしていかなければならない。

### (2) 新人看護婦・研修生の課題

藤根ら<sup>8)</sup>の調査では、新人看護婦が辞めたいと思った理由を、「ミスをした」「患者に拒否をされた」「能力の不足を感じた」「職場の人間関係」「医師との関係」などがあつたと述べている。これら5つの理由は、知識・技術の不足と人間関係の難しさを表している。

山内は<sup>9)</sup>、医療事故防止に関する著書の中で、新人には2つの課題があると言っている。その内容は、①仕事の内容を覚え、関連する知識や技術を身に付けること、②職場集団の規範(メンバーの中で、暗黙に了解されている考え方や行動パターン)や人間関係、ほかのメンバーとのコミュニケーションの取り方などを学習する、である。

①の課題は必要性が誰にでも認識されやすく、プリセプター制などの導入により、新人看護婦は質問しやすく、ほかのメンバーも教えようと努力するので、達成しやすいのではないだろうか。しかし、②の課題を達成するのは困難である。なぜなら、人間関係のとり方には多くの方法があり、個人差も大きいため、すぐに身に付くものではないからである。

とはいえ、新人看護婦は、自分の能力不足のためにチームメンバーに迷惑がかかると考えて焦ったり、怖い先輩と思って聞けなかったためにエラーを引き起こすということがあるので、早期にコミュニケーション技術の教育を行う必要がある。

### (3) 新人看護婦がエラーを 起こしやすい要因

川村は<sup>10)</sup>、経験の浅い卒後2年未満の職員のエラーには特徴的な共通点があり、それらは①時間の切迫、患者の急変など、ストレス状況下でのエラー、②未経験の行為でのエラー、③経験不足による技術上のエラー、④業務や薬剤のリスクに対する認識不足と基本的な知識不足でのエラーで、このうち①はベテランにもあるが、「特に、新人はストレス耐性が不十分なため、きわめて重要な発生要因となっている」と述べている。

横井は<sup>11)</sup>新人看護婦のエラー（ヒヤリ・ハット）を事例から分析し、①単純な確認を怠ったもの、②知識不足が関与しているもの、③技術未修得が関与しているもの、④業務の不慣れが関与しているものに分類し検討している。

このように新人看護婦は、ストレス耐性が不十分な上に未経験であることや、知識・経験・認識不足が重なり合い、エラーを起こしやすい要因を持っていると言えるのである。

横井の報告の中の①～④の要因について、典型的な事例を紹介し（①～③は横井の文献より、④は実際の事例より）、事故の原因や対策について検討することにより、新人看護婦の陥りやすい傾向を知り、より具体的な対策を考えてみたい。

### (4) 新人看護婦が起こしやすい 事故の分析

#### ①単純な確認を怠ったもの

〔事例〕手術室で、硬膜外麻酔の麻薬量の1mgを1mlと間違い、1アンプル全部入れてしまっていた。医師が施行する際、空アンプル

を見て指摘され事故に至らなかった<sup>11)</sup>。

〔分析〕個人の知識・技術・態度の問題としては、mgとmlの違いをきちんとわかっていたかどうかはまず問題になってくる。mgとmlの間違いはベテラン看護婦でも間違いやすい事柄である。もし、口頭指示で言われたりした場合、「ミリ」だけが聞こえて、自分の思い込みの単位へ思考が傾き、エラーを起こしやすいと言えよう。mgとmlは間違いやすいことを意識し、たとえ間違っていないと思っても、確認する習慣をつける必要がある。

また、日常的に使用される麻薬量に対しての知識があったのかどうかも問題になってくる。単位を間違えることによって、使用予定量の何倍もの薬品が投与されることとなり、危険である。特に、麻薬を使用する際は、日頃どのくらいの量が使われているのかなどの知識を持つことも重要である。

そして、自信がない時や知らない時は確認をするという習慣をつける必要がある。

組織で取り組むこととしては、麻薬使用時のルールを決め、準備時には複数で確認するなどの徹底が必要である。

#### ②知識不足が関与しているもの

〔事例〕疼痛コントロールのために、MSコンチン<sup>®</sup>が開始された。8時と20時に20mg 2×で開始された。私にとって初めての与薬であり、非常に緊張していた。ナースステーションに1人でいて、20mg 2×と×2を間違えて、2錠飲ませそうになった。直前にリーダーから薬剤について説明され、その時用量が異なっていることを指摘された。リーダーに言われ、初めて

間違いに気づいた<sup>12)</sup>。

〔分析〕知識不足として、2×と×2の違いを明確に知らないということが挙げられるだろう。

新人看護婦にとって、処方箋の見方というのはあまり経験していないことである。新人看護婦が初めて行うことは、ほかの看護婦に確認して行うようにし、新人看護婦に対してはいつでも聞いてよいことをあらかじめ伝えておき、緊張していることを言いやすい職場の雰囲気づくりが大切である。また薬効、薬品の使用量、薬品の使い方などの学習が必要であり、実際の処方箋を使用してオリエンテーションを行うなどの必要がある。

また2×と×2などは間違いやすい表記の仕方であるので、ほかの表示方法を考えたり、麻薬使用時は複数でチェックする体制を整えることも組織では大切であろう。

### ③技術未習得が関与しているもの

〔事例〕輸血時、ルートとパックを接続する際、平らなところに置いて接続しなければならなかったのに、点滴台に輸血パックをかけ接続したため、袋を突き破り血液がこぼれ、床中血だらけになった<sup>13)</sup>。

〔分析〕素材の違いによる輸血ルートの刺し方を理解していない。知識不足ではあるが、看護基礎教育では学習機会のない内容である。輸血の大切さや、取り扱う時の留意点をきちんとわかることが大切である。

また、初めての技術を行ったり、慣れていない技術を施行する時は、ほかの看護婦に確認してもらうことも必要である。組織では、輸血に対する技術教育が必要であり、具体的な手順を

示したマニュアルや、破棄する予定の現物を使用しての練習を行うなどの計画も必要となってくるであろう。

### ④業務の不慣れが関与しているもの

〔事例〕初めての夜勤の午前7時に、ナースコールがあり、分娩後4時間経った褥婦から、トイレに行きたいと言われた。担当看護婦は、褥婦が「1人で大丈夫」と言ったことと、分娩時の出血量は少ないことは知っていた。ほかのナースコールもあったので大丈夫だろうと思い、1人でトイレへ行かせた。褥婦はトイレの前で転倒した。

〔分析〕この看護婦は、分娩時間、分娩時出血量、帰室時の一般状態などの確認を行う必要性を理解していない。転倒しやすい状態か否かのアセスメントができていないため、褥婦の言葉を安易に受け入れて次の行動に移っている。分娩時に出血が少なくても分娩した時間や夜間睡眠をとっていないことによる疲労や、食事も長時間摂っていないことから考えても、転倒の可能性は十分に考えられる。分娩後の初回排尿の時は、付き添っていくという原則を忘れ、自分の業務を優先させている。

褥婦へ情報を収集して判断するまで待つてもらった必要性を話すことや、または褥婦から直接情報を収集する技術も必要である。また、自分ができない時には、ほかのスタッフに依頼することが必要である。組織としては、ほかのスタッフへ依頼しやすい雰囲気づくりや、分娩後の安静や活動についてのマニュアル・ルールづくりをしていくことが必要である。

## ⑤その他：新人の起こしやすい事故としての 刺傷事故

横井ら<sup>14)</sup>は、「看護婦の刺傷事故発生要因の分析」の中で、新人看護婦はその他の看護婦の3倍の受傷率があり、特に4～6月の深夜帯は、新人看護婦が不慣れな時期であるために多いと述べている。

新人看護婦は自分の体に刺傷することで、いろいろな感染の危険があること、そのことの重大性を十分認識していない。また使用済み注射針の廃棄時、リキャップなどによる刺傷事故が多いことを知らないことが考えられる。つまり注射針の取り扱いの体験がまだ少なく、しないはずのリキャップの操作も未熟である。そのため上記のような結果が出ていると思われる。

新人看護婦の刺傷事故を防止するためには、取り扱う汚染針はすべて感染の危険性があるということを認識しておくこと。そのことを考慮して、実践的な訓練を取り入れた教育をしていく必要がある。

## 2) 研修生が起こしやすい事故

研修生は知識・技術を学習するために来るので、当然、前述の②知識不足や③技術未修得が考えられる。また、新しい環境になるため、④業務の不慣れも考えられる。しかし、研修に来る直前までほかの施設で働いていたために、前の職場の経験をそのまま実行してしまう「思い込み」もあると考えられる。ベテランの研修生であればあるほど、以前の方法が抜け切れず、思わず実施してしまうこともあるのではないだろうか。ここでは、組織の違いの認識が不十分なために起こったエラーを考えてみたい。

〔事例〕ICU開設のために他施設へ研修に来て2日目。IVHのルート交換予定日であった。自分の病院では、交換した日をフィルターに書くことになっていた。しかし研修先の病院では、交換予定日をフィルターに書くことになっていた。そのために、その日の交換は終了していると思い、交換しなかった。次の日交換していないことがわかった。

〔分析〕IVHチューブの交換の必要性は理解しているが、研修病院でのシステムやルールを理解していなかった。研修生は新人とは違いルート交換は自分の施設で実施しており、難しい技術でもなく、そのことに大きな注意を払ってはいないと思われる。また誰がするのか、いつするのかを明確にしておらず、結局「思い込み」が起こっている。ほかの施設の場合、物品の位置やシステムも当然違うので、初心に戻ってわからないことは何でも聞く、確認するという姿勢が必要である。

施設側では研修生用のマニュアルを作成しておき、十分なオリエンテーションを行う。また研修生の指導に当たる人を決めておき、責任の所在を明確にしておくと共に、何でも聞けるような雰囲気づくりが必要である。

研修生は研修する目的に関係する部分に注目しやすく、これまで熟練したものには意識が薄い。つまり慣れていることにエラーが起きやすいと言える。

## 3) ベテラン看護婦が 起こしやすい事故

### (1) ベテラン看護婦の特性

山内は<sup>15)</sup>「ベテラン看護婦は仕事に習熟して

いるため、いちいち手順を考えなくても自然に手が動き、仕事を楽に能率よくやり遂げることができます。事故防止の視点から見ると、ベテランは豊富な知識や経験を持っているため、異常な事態や危険に早く気づき、それに対処する能力が高いといえます。しかし、熟練しているだけに、一旦目標を誤ると、あまり考えずに仕事が進んでしまい、事故に結びつく恐れもあります」と述べ、さらに、ベテラン看護婦は前に学習したことが新しい学習を妨げ、「以前はこうだった」と思い込みをしたり、「この方が慣れている」とマニュアルを守らなかつたり、怠慢な行為をしてしまう。また、年齢が高いことは心身の疲労も強いことを考える必要がある、とも述べている。

このような状況から、ベテラン看護婦は①思い込みによる事故や、②単純な確認を怠ったため事故を起こしやすいと思われる。①、②の例を①は実際の事例、②は横井の文献より引用し、分析した。

#### ①思い込みによるもの

〔事例〕術後患者のA氏に行うはずの抗生物質の点滴を、B氏に投与した。A氏とB氏の名前は同じ音から始まり、A氏の抗生物質の点滴ボトルにカタカナで名前が書いてあり、処方箋とボトルを確認する際に見誤った。B氏は発熱が続いていたことから、抗生物質投与が開始されたと思い込んだ。投与後にA氏に抗生物質を投与していないことと、B氏の処方箋がないことに気づき、誤薬が発覚した。

〔分析〕この看護婦は、発熱した人に抗生物質を使うことは理解している。B氏の発熱につい

ての情報も持っている。そのために、B氏に点滴が始まったと思込んでしまい、エラーにつながっている。点滴ボトルに名前をカタカナで書くことは病棟ではよく行われており、またIDカードもカタカナが使用されているところが多い。思い込んでしまうとそう見えてしまう現状もあると言える。

ベテラン看護婦は病棟の中でも指導的な立場に立つようになってくる。そうすると人に聞きにくくなり、周りもできるものだと思ってしまう。自信も出てきて、自信過剰になると人の意見が入りにくくなることもある。しかし、実際にはエラーは誰にでも起こり得る。その認識を持つことから意識変容をしていくことが必要で、そういう前提があることでエラーは防ぐことができる。ベテラン看護婦がエラーを起こすと本人の落ち込みは新人よりも大きく、ダメージを受ける。

#### ②単純な確認を怠ったもの

〔事例〕特に忙しい状況ではなかったが、注射係で2歳の女兒に抗生物質を混入していた。何度かこの女兒の抗生物質の混入経験はあった。この時、いつもと同じ場所から抗生物質を取り出したが、異なる薬剤であった。外観が似ており（アンプル）、特に内容を確認せず、いつもの抗生物質だと思い込み準備した。混入終了後アンプルを捨てようとし、たまたまアンプルの文字に目が行き、薬剤名が違うことに気づき、再度準備をし直した<sup>16)</sup>。

〔分析〕ベテラン看護婦は薬剤について知識はある。しかし、いつもの場所に置いてあると思込んでいるため確認を怠っている。注射の準

備もあまり考えずに自分の作業の流れののって行っている。緊張感は薄れている状態である。この事例では、アンプルを捨てる時に何気なく目を向けたことから間違いに早めに気づき、事故に至らなかった。ベテラン看護婦の作業行動の中にアンプルを捨てる前に確認する行為があると言える。この行為を意識的に行っていくようにすることが必要であろう。また、薬剤の置き場所を定期的に変え、準備時の行動に注意が必要な状況をつくることも、人間がエラーを起こすものであるという前提に立った工夫と言える。

組織としては、薬剤の管理は薬剤師の範囲に任せることも考えて、患者ごとの処方箋と薬剤がセットされているようなシステムを整えるのも、このような事故を防ぐことにつながる。

## 2 教育のポイント

### 1) 教育の必要性

医療事故の多発は、医療を取り巻く環境の変化がその要因にある。最近では医療事故防止へ向けた組織的な取り組みが始まっており、医療事故防止対策ガイドラインが発信されている。また、その中ではリスクマネジメントの必要性が問われている。看護部門でも看護者一人ひとりへのアプローチと、組織としてのアプローチが行われ始めている。起こっている医療事故を分析し、その対策としてのリスクマネジャーの配置などにより、具体的な事故防止教育プランなども見られる。

宗村ら<sup>17)</sup>は、「新卒者の実践能力；臨床側からの問題認識と対策についての考え方」の中で、臨床の現場における教育があって初めて一人前

の自立した看護婦になると考え、新採用看護婦の教育を大切に、充実させてきたと述べている。また技術に関する教育プログラムは、看護基礎教育を終えたばかりの新人が置かれている現状を考慮し、看護婦に必要な基本的実践能力を高めることを狙ったプログラムになっている。また、佐々木<sup>18)</sup>は「現場から積み上げる医療事故防止活動」の中でその活動の実際について述べており、院内の研修にリスクマネジャーがどのようにかかわっているかを示している（表1）。

このように医療事故防止に関する教育は、看護基礎教育を終えたばかりの新人看護婦の状況を把握し、看護基礎教育で行うものと、卒後現任教育として組織で行う施設独自の集合教育、看護単位ごとに行う特殊性に合わせたOJT（機会教育）を系統的に組み立てて教育していくことが必要である。

### 2) 日本看護協会の提言

平成10年に日本看護協会は<sup>19)</sup> 事故防止のための取り組みとして①専門職としての基本姿勢とリスクマネジメントのポイント、②事故防止のための職員教育を挙げている。

事故防止のための職員教育においては、以下の3つを挙げている。

- ① リスクマネジャーと各単位から選出された委員で、安全対策委員会を構成し、事故事例の情報収集、事故の分析、安全対策の検討、安全対策の評価、事故防止のための教育プログラムの検討および実施を行う。
- ② 事故事例のインシデントレポートを提出する（表2）。
- ③ 教育（表3）

### 3) 教育の実際

医療事故を未然に防ぐためには、医療スタッフ個々の努力のみでは防止できない。医療事故には加害者がいるが、その原因は加害者個人の問題だけではないことも多々ある。

組織としてのシステムの問題や職場環境の問題が大きな要因であることも少なくない。そこで教育の実際として、(1) 医療施設としての事故防止対策 (2) 医療施設の総合教育、(3) 看護単位ごとの教育、(4) 前述 (2) (3) の教育では補えない、その他の事故防止教育、お

よび (5) 看護基礎教育に分けて、医療事故防止教育について述べる。

#### (1) 医療施設としての事故防止対策

大阪府が出した「医療事故防止対策ガイドライン」<sup>20)</sup> の中では、院内組織体制を整えるために、①医療事故防止委員会の設置、②リスクマネジャーの配置、③医療事故報告制度の導入の3つが立案されている。現在多くの医療施設では医療事故防止委員会が作られ、リスクマネジャーが任命されている。またヒヤリ・ハットなどのインシデントレポートを書くことが義務づけら

表1 院内研修におけるリスクマネジャーのかかわり

研修名	目的・内容	リスクマネジャーのかかわり
基礎Ⅰコース (研修生26名)	安全管理と事故防止 ①日常の看護業務におけるリスクの理解 ②事例を用いての原因の確認	4月 採用者オリエンテーション 「安全管理」 講義 90分 5月 技術演習 1日 9月 「日常業務で起こりやすい事故について」 講義 150分 グループワーク 210分
基礎Ⅱコース (研修生53名)	事故防止のための自己の課題が明確にできる ①看護倫理と法的責任 ②事例を用いての原因の確認	(講義は科長が実施) 11月 「事故について考えてみよう」 グループワーク 210分
基礎Ⅲコース (研修生23名)	事故防止のために自主的に予防策がとれる ①看護婦の倫理規定 ②倫理的配慮 ③法的責任の変遷 ④事故原因の分析と再発防止	6月 「看護の法的責任とリスクマネジメント」 講義 210分 グループワーク 210分 9月 「事故防止に関する最近の動向・ヒヤリハットの実際と評価」 講義 50分
事故防止研修 (研修生38名)	看護におけるリスクマネジメントを学び、現状に則した医療事故予防策に役立てる	5月 リスクマネジャーの活動紹介 20分 7月 「ヒヤリハットを事故防止にどう活用するか」 グループワーク 220分 11月 「看護におけるリスクを考える」 グループワーク 210分 「自己を未然に防ぐためには」 シンポジウム 225分

佐々木久美子：現場から積み上げる医療事故防止活動，看護，P. 45，日本看護協会出版会，2000.

表3 事故防止のための職員教育

	ね ら い	内 容
新採用者	<p>採用時に、人間尊重の看護の理念を再確認する。</p> <p>新採用者は、出身学校や経験の違いがあるため、各施設における看護部の組織（指示系統と報告義務）を示し、組織人として、また有資格者としての責任を明確にする。</p> <p>新採用者の事故は知識の不足や技術の未熟によることが多いため、業務指針の中から安全のためのチェックシステムを説明し、安全のための知識・技術の習得、救急処置の技術を特に補習する必要がある。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 看護業務と法的責任</li> <li>2. 業務指針（看護基準、看護手順、業務要覧）の説明および実技演習</li> <li>3. 安全対策マニュアルの説明</li> <li>4. 救急処置の実技演習</li> </ol>
看護職員全員	<p>看護職員が発生させる事故事例は、慣れからくる「思い込み、うっかりミス」、業務の煩雑さからくる「観察や理解不足」が要因として挙げられ、それら単純ミスが重なって大きな医療過誤に至ることが多い。事故を防止するためには、定期的に、また必要に応じて、安全対策についての意識を新たにしていく。</p> <p>また、医療訴訟となった事例では、患者や家族との関係が希薄だった場合が少なくない。患者の価値観に基づいた自己決定がより適切に行えるよう、日常的にインフォームドコンセントを心がけるよう再教育する。</p> <p>さらに必要な業務の改善や、チェックシステムの改良を促していくことをねらいとする。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 看護業務と法的責任</li> <li>2. 安全対策（感染防止を含む）マニュアルの確認</li> <li>3. 人間関係、コミュニケーション、インフォームドコンセント</li> <li>4. 各単位の安全対策についての研究発表</li> <li>5. 事故事例をもとに問題提起</li> </ol>
管理者	<p>看護管理上、「事故防止」は重要かつ継続的な課題として取り組まれている。しかし、近年の看護業務の複雑化や医療機器の増加、また入院患者の高齢化に伴って、事故発生の要因がますます増えている。一度事故を起こせば、長い間かけて築いた看護の評価も信頼感も、一瞬に失うことになる。</p> <p>以上を踏まえ、平素から安全のための管理、実務指導、教育の重要性を管理者自らが自覚し、責任を果たす必要がある。また、事故発生に伴う的確な対処についても、絶えず改善を重ねていくことが不可欠である。これら、事故防止と対処に伴う管理能力の育成をねらいとする。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 関係法規（保健婦助産婦看護婦法、医療法、地域保健法、精神保健および精神障害者福祉に関する法律、医師法、薬剤師法、社会福祉士法および関連職種にかかわる法律、労働基準法、民法および刑法等の法律）</li> <li>2. 諸制度（医療制度、健康保険制度、賠償責任保険制度など）</li> <li>3. 人間関係、コミュニケーション、インフォームドコンセント</li> <li>4. 職務分掌</li> <li>5. 業務管理</li> <li>6. 労務管理</li> <li>7. 物品管理</li> </ol>

日本看護協会：看護職の社会経済福祉に関する指針、P.25、日本看護協会、1999.

れ、その報告方法や活用法が検討されてきている。しかし、専任のリスクマネジャーを置いている施設はまだ少ないのが現状である。

専任リスクマネジャーとして活動している佐々木<sup>21)</sup>は、リスクマネジャーの活動内容として「①インシデント・アクシデントレポートの速報・第2報の事故報告書対応、②職場巡回と安全点検や、他院の事故報道を受けての実態調査と改善指導などの現場での安全点検、③院内研修とリスクマネジャーとの連携を図り、事故防止のための研修の実施や各職場の学習会への参加と助言、および事故事例カンファレンスへの参加と助言を行うなどの教育活動を行っている」と述べている。専任のリスクマネジャーがいる場合、インシデント・アクシデントへの対応が迅速にでき、レポートを集計・分類・分析し、事故防止のための情報提供ができるというメリットがあると考えられる。さらに佐々木<sup>22)</sup>は、他施設のリスクマネジャーとの協働により、情報交換や効果のあった取り組みの紹介などもできると述べている。

医療機器が高度化・複雑化し、看護婦にも高度な技術が求められている現在、リスクマネジメントの学習を終了した専任のリスクマネジャーを持ち、リスクマネジメントの専門家として、情報の発信や卒後教育に携わることができるようなシステムづくりが求められている。

加えてそれ以前に、看護職員の適正配置、労働基準法の遵守、適切な勤務表作成、労働環境改善などが医療事故防止に不可欠であることは、言うまでもない。

## (2) 医療施設の総合教育

看護婦のインシデントは、誤薬、患者誤認、転倒・転落などが多い。エラーは新人、ベテランにかかわらず起こしているが、現場の忙しさが問題であると思われる看護管理者も多いのではないだろうか。患者数に対する看護婦数は日本は諸外国より少ない。また、医師の数が少ない施設では点滴や輸血などの医師の業務を実施したり、診療の介助のみならず、薬剤師の業務である薬剤の混入、栄養課の業務である配膳・下膳、メッセージ業務やクラーク業務を行っている施設も多々あると思われる。医療の細分化と高度化に見合うように、看護能力は育っているのだろうか。このままでは医療事故は増加の一途をたどるように思われる。カリキュラム改正後、看護基礎教育での看護技術の習得は少なくなり、実際に就職して基礎を応用しようとしても、基礎が足りない状態である。その上臨床の求める技術が高度になっていることを考えると、看護基礎教育と現場とのギャップは大きくなるばかりである。

知識や技術のなさから、エラーを起こしている新人看護婦の現状を見ると、看護基礎教育と現任教育が話し合い、ギャップを埋めるべく、看護学生、新人看護婦双方が看護技術の修得に努めなくてはならないと考える。現任教育の中で看護技術を修得できれば、不安が軽減され、経験が少なくても自信を持って看護実践ができるために、エラーを起こす機会が少なくなると考えられる。

各施設は看護婦のための現任教育を行っており、専門職としての基本姿勢（人間尊重の理念、正確な知識技術の研鑽、安全策の遵守など）を

はじめとした院内教育プログラムを作成し、実施している。また事故防止委員会を設置したり、リスクマネジャーを置いているが、事故防止のためのプログラムを院内教育プログラムに取り入れて実施している所は少ないようである。栗屋<sup>29)</sup>は、現任教育の計画の中に医療過誤という項目を設け、インシデントレポート、医療事故の判例を通して、ナースの責任と役割について学習するために、集合オリエンテーションに組み込んでいる。

今後はリスクマネジメントについて学習した専任のリスクマネジャーを養成し、現任教育に看護倫理やリスクマネジメントの研修を組み込み、医療事故防止に努めていかななくてはならない。さらに、リスクマネジャーは、各施設において書かれたインシデント・アクシデントレポートを各月・各年で分析し、現任教育に生かしていけるように、施設として集計・分類・分析して情報公開し、事故防止対策を考えていけるような研修にしていかなければならない。

### (3) 看護単位ごとの教育

今までは、看護単位で用いられる頻度の多い看護技術の修得を目的とした教育プログラムの実施が多かった。しかし、昨今の医療事故の増加から見て、今後は医療事故の視点からの教育も必要である。

そこで医療事故防止対策を含んだ教育プログラムを見たところ、看護単位独自の事故防止に関する教育の具体例は少なかった。よって、基本的に行わなくてはならない教育内容として、①業務指針など、②安全のためのチェックシステム、③医療機械・器具の教育訓練、④必要・正確な看護記録のための教育など、が考えられる。

さらに、各看護単位において特徴的な教育内容も必要である。例えば、ICUにおいては多くの薬剤やチューブを使用するため、与薬やチューブ管理に重点を置いた看護単位独自の現任教育が必要であろう。また、小児においては薬剤の量や点滴の固定などに重点を置いたり、老人の多い看護単位では転倒・転落に重点を置いた教育が必要である。そのためには、これまでに記述された看護単位ごとのインシデントレポートを分析し、その看護単位に特有の事故についての教育を行う必要がある。各人が提出したレポートを月ごと・年ごとに分析し、次月・次年の教育に生かせるようにしていかななくてはならない。さらに、看護単位にリスクマネジメントをする看護職員が必要であろう。

### (4) その他の事故防止教育

医療事故・看護事故を起こさないための、その他の事故防止教育として、まず人間関係が挙げられる。人間関係が良好であれば、コミュニケーションが多いので事故を未然に防ぐことができる。また、事故防止のための個人の研鑽も必要であり、その他の方法によっても事故は防ぐことができると考える。

#### ①人間関係

##### a) 患者と看護婦との関係

患者と看護婦の関係は援助的人間関係が基本となる。言葉づかいや身だしなみ、接遇マナーなどがラポール形成には不可欠である。ところが、忙しいために、看護婦は立って、患者はベッドで寝て話している光景をよく目にする。会話の時に双方の視線を合わせるの原則であることを看護基礎教育において学んでいるにもかかわらず

ならず、なぜこのような状況になるのであろうか。単に忙しいからだけではなく、座って話していることはサボっているように見えるということはないだろうか。座って話しても立って話しても、時間は同じである。申し継ぎのために1時間も立っていた時代の考え方が残っているのかも知れないが、患者との援助的人間関係を築く第一歩を大切にしたいものである。

患者との人間関係がよいために、患者の報告によりエラーを未然に防げたり、医療訴訟に至らなかったケースは多々ある。これが看護を行う上での人間関係において一番重要なことではないだろうか。

#### b) 看護婦間の関係

看護婦間の関係は、同僚としての声かけから始まる。仕事の分担や進捗状況の確認、手伝ってほしい時の依頼など、多くのものがある。気軽に声かけができる雰囲気があれば、事故は未然に防ぐことができる。例えば薬剤の混入時にナースコールの対応を頼んだり、1人では無理かもしれないと思うことを依頼したりできる。

#### c) 若い看護婦と年上の看護婦との関係

若い看護婦が年上の看護婦に仕事を依頼するとき、忙しそうだからと遠慮がちになり、依頼せずに1人でしたためにエラーを起こすことはよくある。また、年上の看護婦は若い看護婦の仕事の進み具合や、知識・技術の確認をすることで、エラーを未然に防ぐ役割を持っている。

最近では少し変わってきたと思われるが、看護婦間は縦社会であり、経験年数が数年違えば、年上の看護婦に依頼しにくいという雰囲気がある。特に若い看護婦がリーダーになった場合、年上の看護婦に依頼できずに同僚に依頼し、同

僚は仕事がハードになってエラーを起こすといったこともあるだろう。お互いに相手の仕事を思いやり、素直に依頼したりされたりする関係であってほしい。

さらに、年上の看護婦ほどエラーを起こしたときのショックは大きいため、報告が遅れることも考えられる。しかし、エラーを隠すより、明らかにした方が、若い看護婦にとっては信頼できる看護婦として、人間関係もよくなり、モデルになり得ると思う。できないことはできないと誰にでも言える雰囲気が望ましいのではないだろうか。

#### d) 上司と部下の関係

上司と部下との関係はどの社会でも同じであろうが、話しやすい上司とそうでない上司がいる。特に上司の感情の変化を部下は読み取り、対応に気を使っている。普段の仕事の中で十分に気を使っているのだから、上司にまで気を使って仕事をするのは疲労を増し、エラーを起こしやすくなると思われる。上司は感情のコントロールを上手にして、話しやすい雰囲気をつくってほしい。また部下は、上司の責任の重さや職務内容を理解し、上司の意見に耳を傾けることができれば良好な人間関係が保てると思われる。

以上のような種々の人間関係の基本は、コミュニケーション技術である。お互いの良い所を認め、疑問や問題提起ができるスムーズな人間関係をつくるには、看護基礎教育のみでなく、現任教育においても常にコミュニケーション技術の研鑽ができる機会・場の提供も必要であろう。

#### ②個人の研鑽

個人でできる事故防止対策として、自己学習

がある。常に新しい知識や技術の学習を行い、観察力・判断力・注意力を高めるために、事例検討・カンファレンス、看護研究、研修会や学会参加などを積極的に行う。また、安全な看護を行うために、記載されている指示の確認や自分の行為の確認を行う習慣を身に付け、正確な記録を行うように心がけることも必要である。さらに、事故防止のために重要な要因である、人間関係の円滑化のためのコミュニケーション技術の学習や、それを実践していく努力も必要だと思われる。

### ③その他

インシデントレポートを見ると、似たような薬剤が隣同士にあったために、誤薬をしたり、薬剤混入の途中でほかのことを依頼され、動線の長い作業を行ったために、どこまで混入したのかわからなくなった、などがある。似通った薬剤や、間違いやすい物品は離してわかりやすく陳列したり、注意を喚起する何らかの方法をとる必要がある。さらに、一度にたくさんの仕事をこなさなければならないのが看護業務の現状であるが、薬剤混入や、記録など集中して作業をできる場所があれば、エラーを減らすことができるのではないだろうか。簡便な看護物品に変更したり、改良してみるのもエラー防止につながると思われる。

### (5) 看護基礎教育

看護基礎教育において、医療事故防止の教育はあまり行われていないのが現状である。榎田ら<sup>24)</sup>は、臨地実習中に起こった事故（ミス・ニアミスを含む）の状況を分析し、その原因や学生の行動傾向を明らかにし、事故を防止すると共に、効果的な実習のあり方を検討している。

その結果、学生も看護婦の事故の内容と同様の失敗や事故を体験しており、その要因も新人看護婦と同様であった。このことは、看護基礎教育においても事故防止に関する教育が必要であることを示唆している。

さらに、唐國ら<sup>25)</sup>は実際に看護学生にロールプレイ・シミュレーションを行い医療事故防止のための取り組みを行っている。その結果、90%の学生が実習に役立ったと答えており、医療事故を引き起こす要因について学生は現実感を持ちながら考えることができたと述べている。これらのことから看護基礎教育において医療事故防止の教育は必要であると言える。

## 4) 各看護婦への教育のポイント

### (1) 新人看護婦に対する教育のポイント

新人看護婦への現任教育はほとんどの施設で行われており、多くの文献でも紹介されている。しかし、新人看護婦の集合教育の現任教育プログラムに、継続的な医療事故防止教育が組み込まれているものは数少ない。和賀ら<sup>26)</sup>は「新人オリエンテーション時に事故防止に関する講義を行うことは、事故を起こさないよう意識づけでき、事故を起こしたときには分析的な思考ができる」と述べている。

新人看護婦の特徴の中で述べたように、新人看護婦には知識・技術の不足を補い、職場への適応を促すような働きかけが必要である。新人看護婦の教育のポイントを以下に示す。

#### ①看護倫理の教育

事故防止のためには、患者の安全・安楽を守るといふ看護倫理が基礎となるような教育が行なわれるべきであり、方法論のみでなく、理念

に基づいた教育プログラムの作成が必要である。

## ②知識・技術の学習

最近の新人看護婦の看護技術のレベルは個人差が大きく、事前にどのレベルの知識・技術なのかを情報収集またはチェックして、毎年集合教育の内容を計画していかななくてはならない。また、個人差の大きい技術教育が画一的にならないように段階を追って、自己学習・自己評価できるようにプログラムされると、新人看護婦自ら成長を自覚でき、自信が持てると思われる。卒後2年目までに知識・技術共に修得すべき看護技術を1例紹介する(表4)<sup>27)</sup>。

## ③業務の実践方法の学習

和賀ら<sup>28)</sup>は、「新人看護婦のほとんどが、薬を確認しているときに途中で声をかけられたりすると、どうしたらよいかわからなくなるために、与薬の基本的な確認の仕方の整理と、チームモニターを高めるためのコミュニケーションのとり方についても教育していく必要がある」と示唆している。マニュアルにない看護実践方法に関して、具体的な手順を実際の看護場面に即して教育することは、新人が業務の実践を身に付ける近道であり、事故防止対策のひとつである。

表4 卒後2年目までに修得すべき看護技術項目

観察	1	体温測定	与薬	23	ネブライザー	術前術後	45	血液ガス分析
	2	脈拍測定		24	経管栄養		46	腰椎穿刺
	3	呼吸の観察		25	罨法		47	腹腔穿刺
	4	血圧測定★		26	内服薬		48	胸腔穿刺
	5	中心静脈圧測定		27	坐薬		49	骨髄穿刺
	6	意識の観察		28	皮下注射★		50	心電図★
	7	痛みの観察		29	筋肉注射★		51	CTスキャン
清潔・安楽	8	洗面(口腔清拭)	検査	30	点滴静脈内注射	緊急時	52	超音波検査
	9	全身清拭★		31	輸血		53	上部消化管内視鏡検査
	10	洗髪		32	中心静脈栄養		54	上部消化管造影検査
	11	陰部清浄		33	微量輸液ポンプの取扱い		55	手術前のケア
	12	更衣★		34	血糖検査		56	剃毛
	13	体位変換★		35	ブドウ糖負荷検査		57	手術後のケア
	14	ベッドメイキング★		36	静脈採血★		58	包帯交換(創傷処置)★
排泄	15	臥床患者の排泄介助	緊急時	37	尿・痰・便の採取	59	緊急時のケア	
	16	失禁患者のケア		38	中間尿	60	気道の確保	
	17	浣腸★		39	24時間蓄尿	61	人工呼吸・心臓マッサージ	
	18	女性導尿★		40	PSPテスト	62	除細動	
	19	留置カテーテル		41	フィッシュバーグ濃縮テスト	63	救急カートの点検	
	20	膀胱洗浄		42	気道からの分泌物採取	安全	64	感染予防
処置	21	酸素吸入★	43	試験紙による検査				
	22	気道の吸引★	44	血液培養による検査				

★印は実技テストの必要な項目。ただし、皮下注射と筋肉注射はどちらかでもよい。

宗村美江子他：新卒者の実践能力、臨床側からの問題認識と対策についての考え方、看護展望、Vol.26, No.5, P.33, 2001.

#### ④コミュニケーション技術の学習

知識不足、技術の未修得、業務の不慣れなどが要因となってエラーを起こしやすいのであるから、困った時に助けてもらえるよう依頼できるコミュニケーション技術の学習は必須である。それはとりもなおさず、エラーを防ぎ患者に安全・安楽な質の高い看護を提供することとなる。

#### ⑤指導体制

各看護単位において新人看護婦を教育する場合、プリセプター制やエルダー制などが行われている。神坂<sup>29)</sup>は、「複数プリセプターは最初は、チェックリスト達成度は低いが、新人の精神的援助がなされることにより、6～12ヵ月になって、単独プリセプターよりも系統的指導ができて効果的であるといえる」と述べており、グループプリセプター制を始めているところもある。1対1の場合、うまくいかない組み合わせもあり、複数の方がメリットがあるのかもしれない。

田淵<sup>30)</sup>は、新人のサポートについて「新人看護婦の個性を尊重しながら、良いところを認め、新人看護婦が自分自身の適性や性格を掴み、自立的、積極的な態度を身に付けるよう援助する必要がある。また、卒後教育では、自己を振り返り、他者とのかかわりを通して、アイデンティティの確立を助けるような研修が必要である」と述べている。

新人看護婦への教育のポイントは、専門職としての理念に基づき、段階を追った具体的な教育が必要であり、新人看護婦が自信を持てるようなサポート体制を整えることも重要である。

#### (2) 研修生に対する教育のポイント

研修生は、ほかの施設の看護婦であるために、責任能力・範囲が違ってくる。十分なオリエンテーションや指導が行われないとエラーを起こしやすい状況にある。そこで、次のように教育のポイントを示す。

##### ①オリエンテーション

研修生に対しては、病院の組織や看護単位でのルールを理解できるように、看護基準や手順を整備しておく。さらに、いつでもそれらを利用できるように、オリエンテーションを十分に行う。

##### ②研修生用マニュアルの作成

研修生が陥りやすいエラーがある場合は、研修生用のマニュアルを作成する。

##### ③責任の所在の明確化

研修生の場合、研修目的以外の看護行為を行ったよいのかどうかを明確にし、システムを知らなかったためにエラーが起こらないように研修計画書や行動計画を明確にして、研修させることが必要である。研修期間は看護業務に関する責任はその看護単位で負わなければならないので、責任の所在を明確にしておく。

##### ④環境づくり

研修生がいつでも、どこでも、誰にでも質問しやすい環境づくりを行う。そのためにはスタッフ教育を十分に行う必要がある。

##### ⑤指導体制

研修生は新人看護婦と同様に、知識・技術が不足しており、職場への適応も十分でないので、新人看護婦に対するプリセプターのような指導者を置き、必ず確認して業務を行うようにする。

### (3) ベテラン看護婦に対する教育のポイント

4年目以上のベテラン看護婦に対する現任教育は、4年目未満の看護婦の現任教育に比べて少ないのが現状である。当然一人前として扱われているからであるが、エラーを起こさない存在ではない。しかし、医療事故防止のための、ベテラン看護婦を対象にした教育プログラムはあまりない。だからといって、現任教育における集合教育の必要性がないわけではない。ベテラン看護婦はエラーを起こした時、ショックが大きいために報告がしにくかったり、遅れたりしがちである。ゆえに、ベテラン看護婦の特徴を踏まえた集合教育を行うことが望ましい。そこで教育のポイントとして、以下のように考えた。

#### ①ベテラン看護婦の傾向に関する教育

ベテラン看護婦が陥りやすい傾向を教育し、ベテラン看護婦もエラーを起こしやすい存在であることが認識できるよう教育する必要がある。

#### ②環境づくり

どのような看護婦もエラーを起こしやすい存在であるという認識をスタッフ全員が持ち、ベテラン看護婦であってもエラーをしたことを言いやすい雰囲気をつくるのが重要である。そのためには同世代間で本音が語り合える場（機会）を持つことを計画したり、各単位で、ヒヤリ・ハットに関しての自分の体験を発表しあうなどがある。

#### ③コミュニケーション技術の学習

知らないことを知らないと言える、エラーをしたことをエラーしたと言えるようなベテランでありたい。そのためには、患者・看護婦・上

司などとの人間関係調整能力が必要であり、コミュニケーション技術の学習はベテラン看護婦にも不可欠である。

#### ④能力の向上

リスクマネジメントの学習の機会を持ち、看護倫理や看護管理などの学習もできるような機会を持てるように計画する。リスクマネージャーとしての視点を持ち、能力を育成することは、さらに看護婦としての資質向上につながると思われる。

## おわりに

これまで、新人看護婦・研修生とベテラン看護婦の教育のポイントを述べてきた。現在の医療事故の現状を見ると、増加の一途をたどっており、訴訟になっているケースも増加している。横浜の患者誤認事故以来、医療事故に対する対策が考えられ、システム化されてきた。リスクマネジメントの会社も設立されるほど医療事故は大きな問題になっている。しかし、システムをつくり、リスクマネージャーを置いたからといって、看護婦のエラーは少なくなるのであろうか。看護婦の絶対数の不足に加え、医療は高度化し、看護基礎教育では看護技術を十分教えられないために、看護基礎教育と臨床の看護とのギャップが大きくなっている。これからの現任教育はこのままでよいのであろうか。

オーストラリアのある総合病院では、新人看護婦は1年間研修しているそうである。看護婦数が少ないからこそ、確かな知識・技術に裏づけされた看護ケアをきちんと提供すべきだと思う。そのためにはこれまでのような現任教育で

はなく、3ヵ月、6ヵ月の研修期間を設け、実践の場で必要な技術を身に付け、自信を持って看護ケアができるようなシステムをつくらない限り、医療事故は減らないし、インシデントレポートも書き続けることになるのではないだろうか。

さらに、看護婦は看護婦本来の仕事に割いている時間は少なく、診療の補助や、薬剤関係、栄養関係、通信関係、その間のメッセージや調整に翻弄されている。実際に一つの看護業務を遂行するまでに、多くのほかの業務を行っている。このような状態で医療事故・看護事故は起こるべくして起こっていると思われる。業務のスリム化のために、他職種（ME専門家、クラークなど）を導入していくことは第一であるが、せめて、事故の起こりやすい業務に関しては集中してできる環境をつくるようにしていきたい。

インシデントレポートは、ほかのスタッフにとって、とても共感できるレポートである。明日はわが身という気持ちに、皆がなっていると思われる。エラーを起こしたことをほかのスタッフに話すことは、自分の気持ちを整理することにも役立つと思われる。単にレポートを提出するのみでなく、スタッフ全員で話し合い、これまでに自分が起こしたエラーを忘れずに、常に初心にもどり、ピア・カウンセリングできるような機会を設けて、人間関係のよい職場をつくりたい。

#### 引用・参考文献

- 1) 小塩泰代：文献からとらえた新人看護婦（士）の卒後1年間の発達課程，第20回日本看護科学学会学術集会講演集，P.276，2000.
- 2) 石松直子他：看護職のメンタルヘルスに関する研究，P.34，産業医科大学学会，1999.
- 3) 藤田けい子：新人看護婦の就業意欲を妨げる精神的要因，第28回日本看護学会集録（看護管理），P.116～118，1997.
- 4) 田淵康子他：新人看護婦の人間関係に関する調査，第28回日本看護学会集録（看護管理），P.113～115，1997.
- 5) 掘百合子他：新人看護婦の職場への適応過程，第28回日本看護学会集録（看護教育），P.78～81，1997.
- 6) 本田良子他：卒後1年目看護婦の職場適応の実態（第2報），第28回日本看護学会集録（看護管理），P.107～109，1997.
- 7) 横井郁子：新人看護婦のヒヤリ・ハット体験の分析，医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究，平成11年度医療技術評価総合研究総括報告書，P.61，2000.
- 8) 藤根美知子：新卒看護婦が感じた困難と就業意欲，日本看護研究学会雑誌，Vol.21，No.3，P.201，1998.
- 9) 山内桂子，山内隆久：医療事故，P.78～80，朝日新聞社，2000.
- 10) 川村治子：書きたくなるヒヤリ・ハット報告，P.71，医学書院，2000.
- 11) 前掲7)，P.68
- 12) 前掲7)，P.69
- 13) 前掲7)，P.72
- 14) 横井祐子他：看護婦の刺傷事故発生要因の分析，第30回日本看護学会集録（看護総合），P.62～64，1999.
- 15) 前掲9)，P.80～82

- 16) 前掲7), P. 67
- 17) 宗村美江子他: 新卒者の実践能力, 臨床側からの問題認識と対策についての考え方, 看護展望, Vol. 26, No. 5, P. 29~33, 2001.
- 18) 佐々木久美子: 現場から積み上げる医療事故防止活動, 看護, P. 44~45, 日本看護協会出版会, 2000.
- 19) 日本看護協会: 看護職の社会経済福祉に関する指針, P. 22~25, 日本看護協会, 1999.
- 20) 東司他: 医療事故防止対策ガイドライン, 大阪府ホームページより, 2001.
- 21) 前掲18), P. 45~46
- 22) 前掲18), P. 46
- 23) 栗屋典子: 院内教育, 看護MOOK看護教育No. 37, P. 202~212, 金原出版, 1991.
- 24) 榎田守子他: 臨地実習における事故発生の要因, 日本看護教育学会第11回学術集会講演集, P. 214, 2001.
- 25) 唐國真由美他: 成人看護学実習における医療事故防止のための取り組み—ロールプレイング・シミュレーション導入による学習効果—, Quality Nursing, Vol. 5, No. 3, P. 45~51, 文光堂, 1999.
- 26) 和賀徳子他: 看護婦の事故防止の認識と行動(第2報), 第20回日本看護科学学会学術集会講演集, P. 273, 2000.
- 27) 前掲17), P. 33
- 28) 前掲26), P. 273
- 29) 神坂登世子他: 新人指導におけるプリセプターシップの現状分析, 第28回日本看護学会集録(看護管理), P. 119~121, 1997.
- 30) 前掲4), P. 115

# 医療事故防止 転ばぬ先の 気づき集

国立大阪病院 看護部編

現場での事故防止につながる、  
日常ケアの気づきを、小さな本にまとめました。

主な内容

- 与薬 ●注射 ●輸血 ●創傷 ●採血 ●機器操作
- 分娩 ●透析 ●食事 ●入浴 ●排泄 ●チューブ
- 手術 ●観察 ●記録 ●暴力盗難 ●感染予防 など

※ご施設で、まとめてご購入いただく場合の、割引価格もございます。  
直接日総研までご一報下さい。

お申し込み、お問い合わせ **日総研** ☎ 0120-054977

好評増刷 **Nissen**

A6判 192頁 定価 本体1,900円(税別)

与薬-①

医師の指示,  
その意味理解し事故防止



ここが

事故防止のポイント

患者の状態を把握し、薬の指示に關して、その内容、与薬方法、時間、量などの医学的根拠を理解する。

accident 誤薬

notice

事故防止への気づき

意味を考えずただ指示に従うだけでは、見間違いや思い込みなどのミスしやすい。医師の処方ミスを見つける場合もある。

★ 詳しくは [www.nissoken.com](http://www.nissoken.com) ★ メールでの申込にはもちろんグッズ進呈中 [cs@nissoken.com](mailto:cs@nissoken.com)