

看護者が関与する医療事故・
インシデントの発生要因
総合病院に勤務する看護者の調査結果から
—第1報—

佐藤信枝 奥村百合恵 小山聡子 倉井佳子

新潟青陵大学看護学科

Factors of medical accidents and incident involving nurses
found in a survey conducted on nurses affiliated with general hospitals

—Initial report—

Nobue Sato Yurie Okumura Satoko Koyama Yoshiko Kurai

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY
DEPARTMENT OF NURSING

Abstract

The incidence of malpractice has been increasing recently and that of accidents involving nurses is no exception.

We conducted a survey to find out what caused these nursing-related mishaps. The subjects were 881 nurses working in 5 different institutions.

The nursing actions and processes involved in the incidents were: collecting and assessing patient information, nursing planning, implementing nursing plans, and evaluating results. It appears that the psychological state of the individual nurse has a determining role, together with inter-personal relationships and communications, in the development of these incidents. According to this survey, the factors for medical accidents or incidents clustered around awareness, recognition, observation, judgment, and confirmation by nurses.

Key words

medical accident, incident, nursing actions

和文要旨

近年医療事故が増加しているが、看護者が関わる医療事故もその例外ではない。何が事故発生に繋がるのかという点で、看護者の医療事故・インシデントの発生要因を調査した。設置主体を異にする5施設、881名の看護職を対象としている。

看護行為はその過程を中心にとみると、対象者の情報収集・情報のアセスメント・援助の計画・その実施・結果の評価のプロセスである。この行為・過程には、看護者個人の精神機能が存在している。対人相互作用・コミュニケーションを含めて、看護者の意識・認知・観察・判断・確認等が、医療事故・インシデントの発生に関連していると考えられる。

キーワード

医療事故, インシデント, 看護行為

I はじめに

近年、医療事故の報道が増加し医療の安全性への信頼は大きく揺らいでいる。看護者が関わる医療事故もその例外ではない。日々進歩する医療現場のなかで、看護者が携わるシステムも益々複雑化しているが、複雑化すればするほどエラーの発生要因も増加する。しかし、システムが複雑化しているなかで、どのような要因で事故が発生するかを予測することは難しい。

看護基礎教育の現場では、人間尊重の理念に基づく安全への配慮義務や、科学的根拠に基づいた正しい知識など、具体的には看護行為を行なう際の、最も基本的な行為である確認や観察の必然性について教育している。医療事故の要因には多くのことが関与して、事故を発生させているが、医療事故の報道をみると、最も基本的なことである観察や確認を怠り、医療事故に結びついている事例が少なくない。

看護行為はその過程を中心にみると、対象者の情報収集・情報のアセスメント・援助の計画・その実施・結果の評価のプロセスである。この行為・過程には、看護者個人の精神機能が存在し、対人相互作用・コミュニケーションを含めて、医療事故・インシデントの発生に関連していると考えられる。

どのような看護行為が医療事故・インシデントの発生に繋がるかという点を明らかにしたいと考え調査した。

II 医療事故とインシデント・用語の定義

医療事故とは、「患者の疾患そのものではなく、医療行為によって引き起こされた傷害を意味している。わが国では『医療事故』というと、医療従事者のミスによるものとしてとられがちであるが実際はそうではなく、医療内容に問題がなかった事故（不可抗力によるもの）も医療事故としてとらえられている。」¹⁾ 医療事故の概念とは前述のように不可抗力によって起こった傷害は医療事故から除き、医療内容自体に問題があって起こった事故、つまり過失によって起こった事故を

『医療事故』としてとらえることが必要である。

また、1986年から3年間に渡ってニューヨーク州で行われた医療事故の疫学と医療訴訟に関する研究「Harvard Medical Practice Study」^(註1)においても、不可抗力による医療事故発生のリスクは患者自身の年齢や重症度に大きく影響されるために、必ずしも医療の質には反映しないとされる。しかし、医療事故のうち過失の占める割合は、医療の質の指標であると述べている。一方、Adverse Drug Event Prevention Studyでは、「事故という『結果』ではなく、事故の『原因』である『ヒューマンエラー』に注目し、ニアミス事例も検証している。」²⁾ ニアミスはたまたま事故にならなかっただけのインシデントであり、そこには必ずインシデントが存在しているため、事故の予防を考える上では取り組むべき視点であるといえる。

日本看護協会ではインシデントの用語を、「思いがけない出来事『偶発事象』で、これに対して適切な処理が行なわれないと事故となる可能性のある事象、現場ではこれを『ヒヤリ』『ハット』と表現することもある。」³⁾と整理している。さらにエラーの用語を、「人の誤り全般を示す。ミスメイクとスリップが含まれる。ミスメイクは意識的に不適切な目標を選んでしまう誤りであり、スリップは目標を行為に移す過程で無意識に発生した目標と異なった行為」⁴⁾と整理している。

III 調査目的

看護行為のどこが事故発生に繋がるのか、看護者が関わる医療事故・インシデントの発生要因を明らかにすることを目的とした。第1報では、インシデントの発生要因を明らかにする。

IV 調査方法

1. 調査期間

2002年6月～10月

2. 調査対象者・調査内容

設置主体を異にする5施設の病床数300床以上の総合病院に勤務する、881名の看護者を対象とした。調査期間は各施設に郵送法に

よる質問紙調査を行った。回収する質問紙は個別封書にし、収集と返却郵送は各施設の看護部に依頼した。

今回の調査にあたっては、独自の質問紙を作成した。質問紙の内容は、看護師それぞれの日常の業務に関する意識や考え方・行為に関する内容である。

- 1) 看護事故に関する考え方に関する項目 (クロンバック α 係数0.75)
- 2) エラーを起こしそうになった体験回数に関する項目 (クロンバック α 係数0.96)
- 3) 看護行為を行うときに事故防止の観点から実行している行為に関する項目 (クロンバック α 係数0.91)
- 4) 看護行為を行うときにエラーが起りやすいと考えられる状況に関する項目 (クロンバック α 係数0.94)
- 5) 診療情報の開示と現状に関する考え方に関する項目 (クロンバック α 係数0.84)

計5項目をさらに細分化して123の細項目で構成している。質問紙の特徴では、3) 看護行為を行うときに事故防止の観点から実行している行為に関する項目と、4) 看護行為を行うときにエラーが起りやすいと考えられる状況に関する項目は、「意識」と「行為の実施」の連動の有無を確認するために、質問紙も同一の「意識」と「行為の実施」の項目にした。質問紙1)～5)の5項目すべて5段階の選択式回答とした。

5項目ともにクロンバック α 係数は高く、質問紙には妥当性と信頼性はあると判断でき

る。

データの集計・分析にはSAS Ver.8.2を使用した。

V 調査結果

調査対象者936名中905名から回答が得られた。

回収率96.7%のうち有効回答者881名(有効回答率97.3%)である。

今回の第1報では、IV-2-2)3)4)の調査結果について報告する。

1. 対象者の基本属性

役職では、看護師長7.6%、主任21.6%、看護師70.8%である(図1-1)。回答者の7割強が看護の実践に直接携わっている役職のない看護師である。

年齢層では、24歳未満14.2%、29歳未満20.1%、39歳未満30.8%、49歳未満23.6%、50歳以上の看護職は11.3%を占めていた(図1-2)。年齢層は20~40歳代を幅広く占めている。

職種では、保健師1.1%、助産師2.2%、看護師85.1%、准看護師11.6%である。

(図1-3)看護師がほとんどを占めているが、准看護師の割合も1割をやや越えている。

資格取得からの経験年数では、3年未満の看護者は13.2%、5年未満は6.9%、10年未満は22.2%、20年未満は31.2%、30年未満は20.9%、30年以上の経験年数の者は5.6%である(図1-4)。5年未満の経験の看護者は

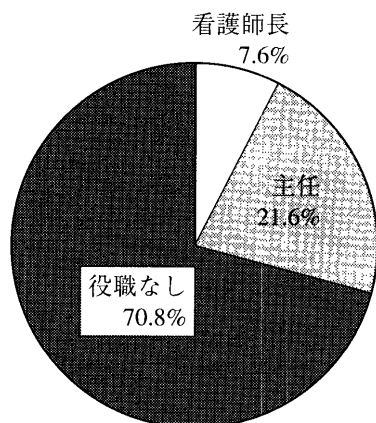


図1-1 職位 n=881

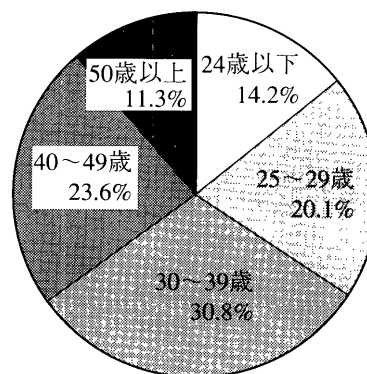


図1-2 年齢 n=881

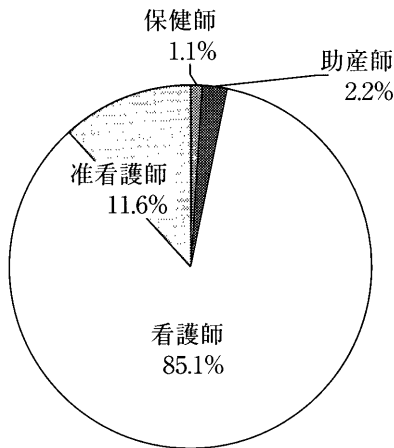


図1-3 職種 n=881

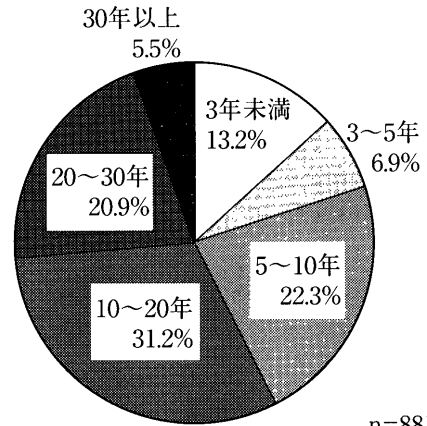


図1-4 資格取得からの経験年数 n=881

2割と少なく、5年以上の経験を有する者が多くを占めている。

2. エラーを起こしそうになった体験回数

(図2)

エラーを起こしそうになったという体験回数の最も多い項目は、「思い込み」である。

看護師として働き始めたときから現在までの経験の中で、日常の業務中にエラーを起こしそうな体験回数が10回以上あるという者が14.3%、9~5回の者が15.9%、4~3回の者が31.9%、2~1回が33.5%、全くエラーの体験がなかった者はわずか4.4%である。ほとんどの看護師が日常業務中で数回か

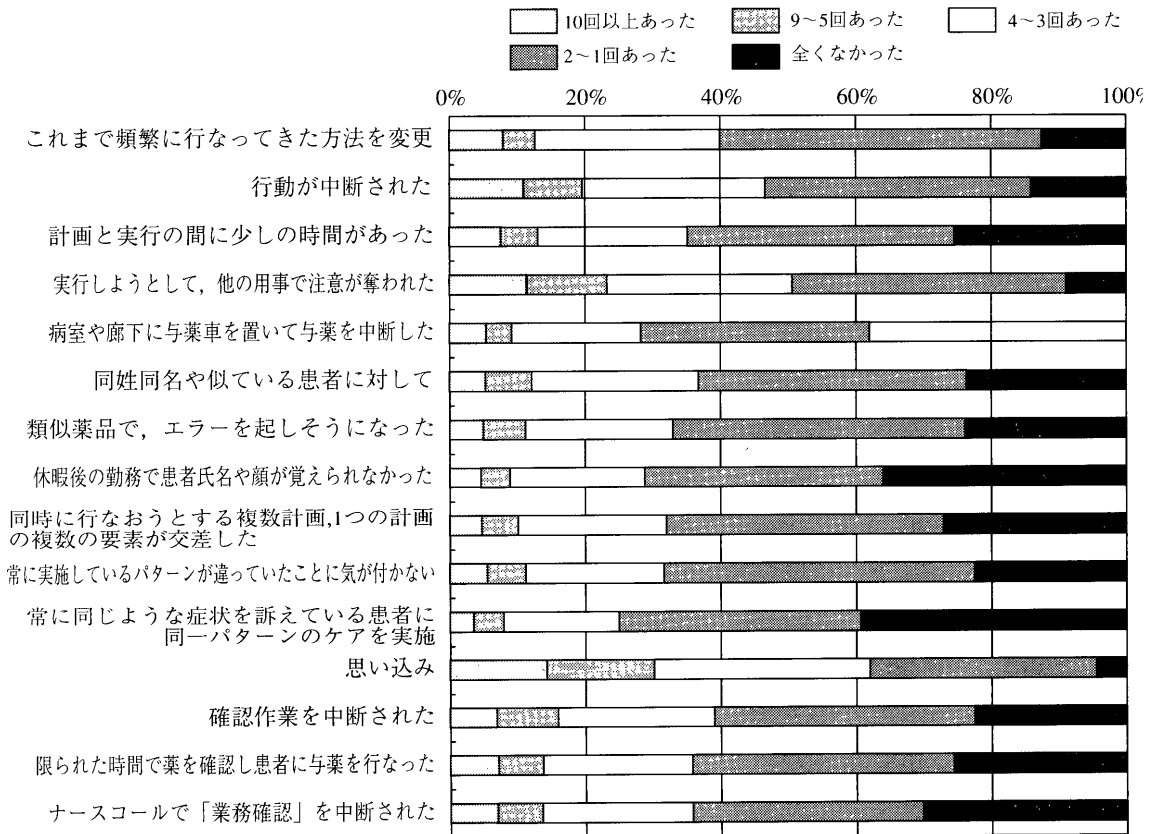


図2 エラーを起こしそうになった体験回数 n=881

ら10回以上の回数でエラーを起こしそうになったという体験をしている現状である。次に、エラーを起こしそうになったという体験回数の多い項目は「実行しようとして、他の用事で注意を奪われた」「行動が中断された」「確認作業を中断された」が続いている。これらのことから、エラーを生じやすい体験は、薬物などの確認をする際の思考作業が、何らかの事情によって中断されたときの項目に集中しているといえる。

後の観察をしている」がある。これらの項目では、看護者個人の事故防止に対する意識や認知が関与し、さらにその看護行為自体の観察や確認に集中している。しかし、常に実行している・どちらかといえばそうしている、と回答している者が最も低い項目は「確認作業時にナースコールで中断されないような場所に移動している」であり、わずか28.1%の者だけが別の場所に移動して確認作業をしているという現状である。

3. 看護行為を行うときに、事故防止の観点から実行している行為 (図3)

事故防止のために常に実行している行為として80%以上を占めている項目は「注射・輸血の介助時には2人で確認し実施している」である。常に実行している行為で60%以上を占めている項目には、「処置を行う場合、患者氏名と顔を十分に確認している」「自分だけは大丈夫という意識にならないようにする」「注射・輸血の介助時には実施前・中・

4. エラーが起こりやすいと考えられる状況 (図4)

看護行為を行うときにエラーが起こりやすいと考えられる状況は、この設問でも再び「思い込み」が最も多い。そう思う78.9%・どちらかといえばそう思う18.3%、と回答している者が全体の97.2%を占め、どちらともいえない・そう思わない、と回答している者はわずか2.8%である。次に、エラーが起こりやすいと考えられる状況として多く回答してい

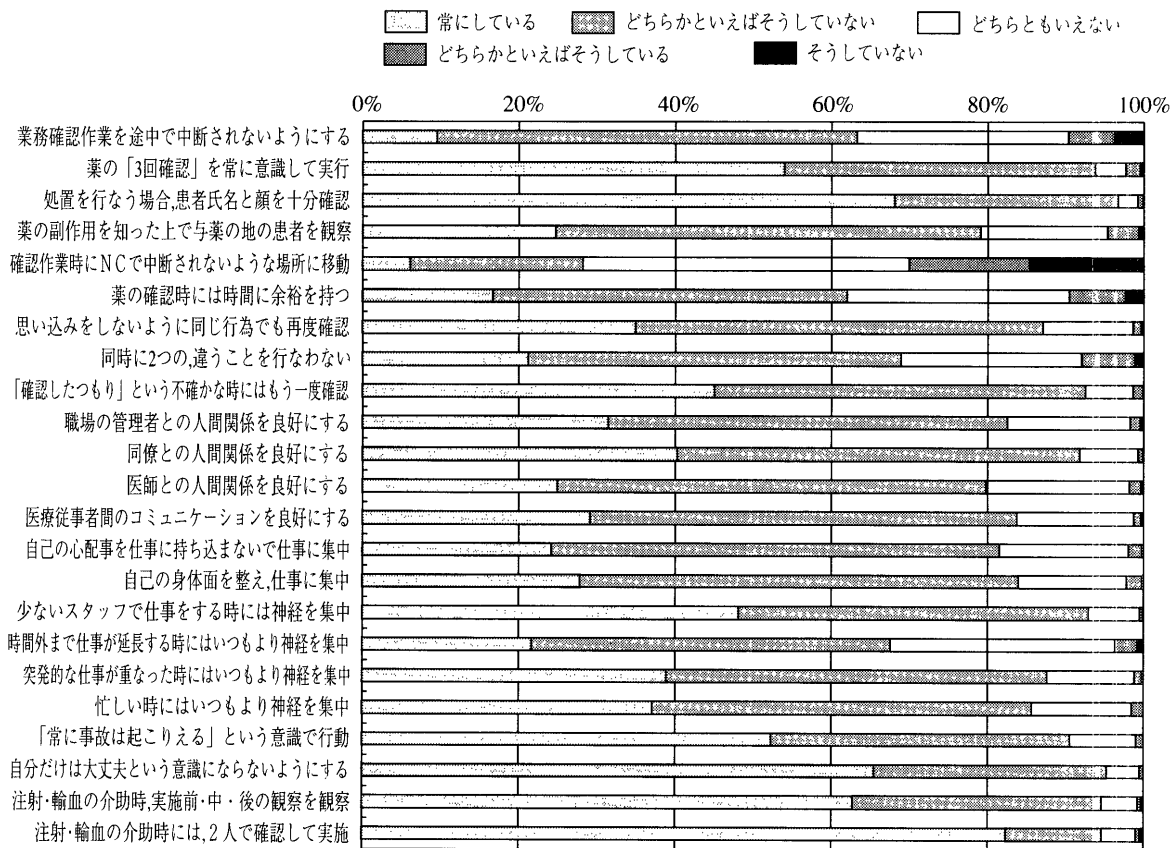


図3 事故防止の観点から実行している行為 n=881

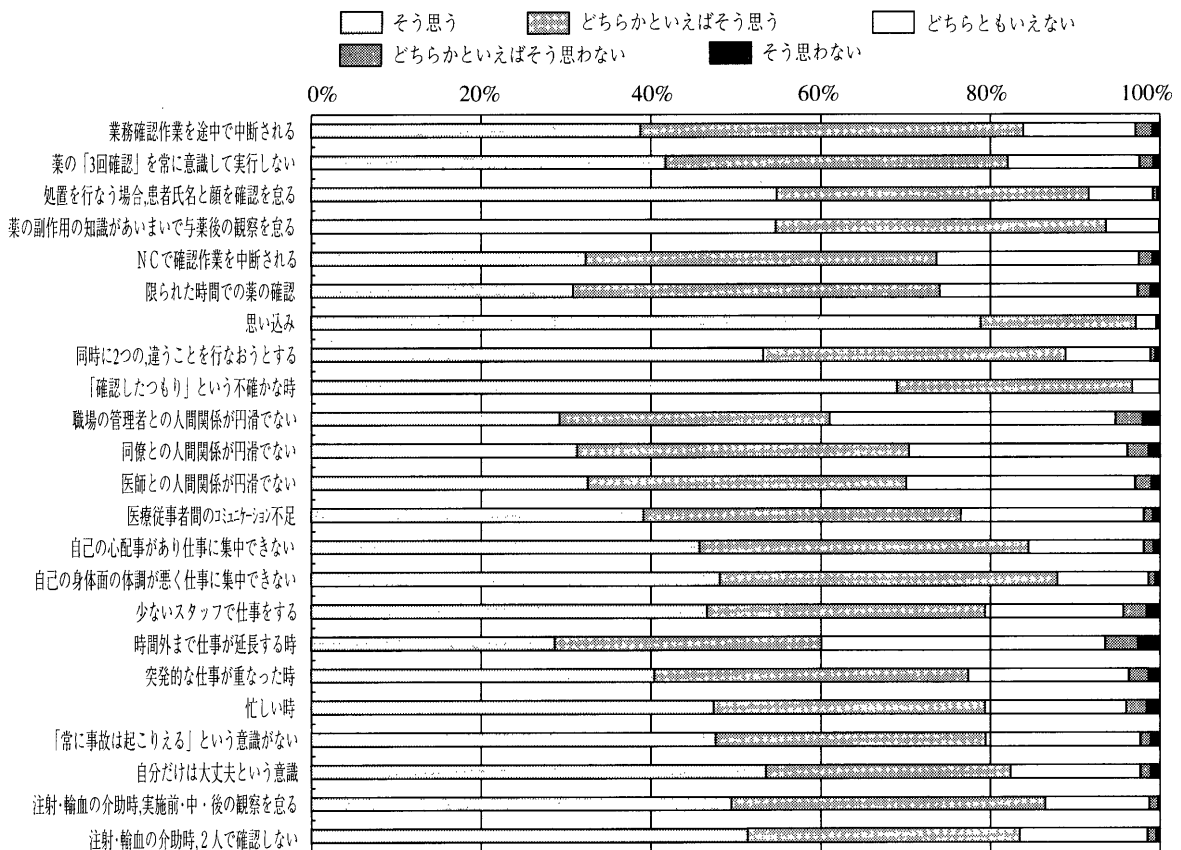


図4 エラーが起こりやすいと考えられる状況 n=881

る項目は「確認したつもりという不確かな時」が、そう思う69.0%・どちらかといえばそう思う27.7%、計96.7%である。「薬の副作用の知識があいまいで与薬後の患者の観察を怠る」が、そう思う54.7%・どちらかといえばそう思う38.9%、計93.6%である。「処置を行う場合、患者名と顔の確認を怠る」が、そう思う54.8%・どちらかといえばそう思う36.8%、計91.6%である。エラーが起こりやすいと考えられる状況としては、「時間外まで仕事延長する時」の、そう思う28.7%・どちらかといえばそう思う31.3%、計60.0%が最も低い結果として出ている。

VI 考察

看護師の関わる医療事故・インシデントの発生要因を明らかにすることを目的とした今回の研究では、前述のV-2. エラーを起こしそうなった体験回数に関する項目、V-3. 看護行為を行うときに事故防止の観点から実行している行為に関する項目、

V-4. 看護行為を行うときにエラーが起こりやすいと考えられる状況に関する項目について述べる。

1. 「エラーを起しそうなった体験回数」

調査結果から、エラーを起しそうなった体験回数が最も多い「思い込み」については、事実でないことをすっかり信じてしまったり、固く決心していたりすることであり、その結果としてエラーを起しそうになるのであるから、言い換えれば、観察・理解や判断・記憶のいずれかが不確かであったということが出来る。一方、実行に移る前にそのことに気づくことが出来ているので、インシデントで止まり事故までには至っていないといえる。何故に気づけたのかについてはV-2の調査結果では明確に分析できないが、「事故防止の観点から実行している行為」として「思い込みをしないように同じ行為でも再度確認」という行為を常にしている者が21.7%あることが参考になる。次に多い「実行しようとして、他の用事で注意を奪われた」「行動

が中断された」「確認作業を中断された」については、日常業務の多忙さ、中断され注意を奪われやすい場での確認作業の続行をやむなくされていること、時間帯や人手についてもその起因に関係しているであろうと考えられる。これらの事項については次の項で述べる。

1つの医療事故の水面下には、いくつものインシデントが隠れているといわれているが、医療事故やインシデントの直接原因には、医療従事者である看護師個人の認知不足、不適切な判断、確認不足などが大きく関与している。しかし、エラーは人間であれば誰でも起してしまう可能性も含んでいて、このようなヒューマンエラーの「思い込み」や「うっかり忘れ」などは、医療現場以外の日常生活の中でも起こる確率が高いエラーとされている。「思い込み」や「うっかり忘れ」などは、いつも何気なく行なっている行為をうっかり失敗してしまうことであり、知識不足や技術の未熟で起こるエラーとは区別していくことが必要である。このヒューマンエラーによる「思い込み」の医療事故を防止していくためには、事故の当事者には誰でも成りえる・いつでもどこでも事故は起こり得る、という認識を常に持ちつづけて日常の業務に従事していくことが大切である。

2. 「看護行為を行なうときに、事故防止の観点から実行している行為」

看護行為を行なうときに、事故防止の観点から実行している行為について、看護師が常に実行している行為として最も多いのは、「注射・輸血介助時には2人で確認して実施」である。看護業務の中でも多い行為であり、かつ正確を欠けば即、生命の危機に繋がる行為である故に、この行為が医療事故の防止になるという考えから出た結果であると考えられる。次に多い行為や意識は、「処置を行う場合、患者氏名と顔を十分に確認」「自分だけは大丈夫という意識にならないようにする」「注射・輸血の介助時には実施前・中・後の観察」の順である。これらは注射・輸血・処置の実施や介助時に、医療事故発生子防の意識・認知・観察・判断・確認・記憶、

そして実施行為として必須不可欠のものである。このことから、これらの行為が高位に位置していることは当然である。わずかではあるが、2.4%の看護師はこのことを常時には行っていない点に留意しなければならない。医療事故防止の観点から実行している行為で最も少ないのは「確認作業時にナースコールで中断されないような場所に移動」である。前述の「エラーを起しそうな体験回数」が多いことで2位に位置する「実行しようとして、他の用事で注意を奪われた」、3位「行動が中断された」、4位「確認作業を中断された」の結果が高位で出ている割には、確認作業の際に場の移動を行なっている者が28.1%と少ない現状を直視すべきであろう。

調査結果では、1つの看護行為を実施しようとしていたが、他の用事によって注意を奪われてしまったり、確認作業の途中でその作業を中断されたことによって、エラーを起しそうなったという経験の回数が多かった。この要因としては不十分な作業環境、人的環境、多忙な時間帯の3要因が考えられる。

確認作業の初段階は看護処置室で行なわれることが多いが、通常の看護処置室の環境は、ナースコールや医療従事者の話し声などが混在しており、決して静かな環境とはいえない。ナースステーションで確認作業を行なうにしても、看護師のみになることが多くなり、ナースコールが鳴ると確認作業中でもその作業を中断して、患者への対応を優先せざるを得ない。ナースコールへの敏速な対応は看護師としての当然の義務であるが、確認作業の中断を余儀なくされることは「エラーを起しそうなった体験」に繋がるのである。「確認作業時にナースコールで中断されないような場所に移動」という項目でも別の場所に移動している者は3割弱でしかなく、静かな環境を確保して確認作業を実施することは、医療現場の現状としては困難な場合が多い。しかし、エラーを起しそうなった体験回数が多いという調査結果からも、確認作業を十分に行なえる環境の場を整えること、つまりスペースの確保は必要なことであると考えられる。

看護基準は1958年に施行され、現在では特

3類は多くの大病院で採用されているが、医療の高度化に伴い看護業務は診療の介助への傾斜が激しいのに対して、ベッドサイドケアへの要求は高まるばかりである。特3類の類別看護を導入しても人的環境面からみると、看護者の人員不足があるのではないだろうか。調査対象の病院のほとんどで特3類の基準看護を採用している。特3類とは、病棟における看護体制の比率が患者2名：看護者1名で、看護料点数は基準看護料255点に類別加算を加えた490点⁵⁾である。しかし、看護は夜勤者・日勤者が交代をし24時間実施されているので、実質の人数の比率では、日勤帯で患者8～10名に対して看護者1名、夜勤帯では患者15名位に対して看護者1名の比率になる。

多忙な時間帯と確認作業について述べると、診療の介助業務の一つである確認作業は日勤では午前中に集中することが多く、この時間帯には回診や処置、患者の清潔ケア・計測などの日常生活の援助、さらに検査室への移送などの業務が午前中の時間帯に集中していることが多い。確認作業が忙殺されないで続行できる時間帯を最優先する意識と実施が医療事故予防に直結している。

3. 「看護行為を行うときエラーが起こりやすいと考えられる状況」

この項目の調査結果で「そう思う」・「どちらかといえばそう思う」が「エラーが起こりやすいと考えられる状況」で最も多いのは「思いこみ」である。前述V-2の「エラーを起こしそうになった体験回数」で、その原因として最も多いと『思われ』、「エラーが起こりやすいと考えられる状況」でも最も多いという同じ結果が出ていることから、ここでも、また観察や認知・判断や記憶のいずれかが不確かであると『思っている』ということが推測される。さらに次の「“確認したつもり”という不確かな時」が『あると思う』とする者が7割弱、「処置を行なう場合、患者氏名と顔の確認を怠る」・「薬の副作用の知識があいまいで与薬後の患者を観察を怠る」という行動が5割強、『あると思う』が挙げられる。5割強ある他の項目を挙げると、「自分

だけは大丈夫という意識」・「同時に2つの違うことを行なおうとする」という2つの意識もあると『思われ』ている。

調査結果から推測すると、「人間である看護者は、自ら間違ふことがあると知りながらも自分だけは大丈夫とも思い、“確認したつもり”もあるが、確認を怠り、観察をしない行動があると『思う』・『どちらかといえばそう思う』」のであることが解る。これらのことから医療事故の防止には、看護者個人人の緻密で誠意ある、基本をないがしろにしない行為が必須であると同時に、効果的なリスクマネジメントが不可欠であると考ええる。

医療事故のリスクマネジメントにはシステムの構築が必須といわれている。アメリカでは1990年代に入ってから、TQM (Total Quality Management)、CQI (Continuous Quality Improvement) と呼ばれる科学的根拠に基づいた組織的、戦略的な質の管理が行なわれるようになってきたが、日本でも医療事故に対しても同様なアプローチの必要なことが認識されて、システム指向の事故防止の試みや学術研究が多く行なわれるようになってきたのはここ十数年である。システムの欠陥には、医療従事者間、医療従事者と患者間の相互のコミュニケーション不足、教育や指導の不足が挙げられる。調査結果でも、事故防止の観点から実行している行為として、自らが職場の管理者・同僚・医師・他の医療従事者などの対人関係を良好にしようと行動しているという割合がそれぞれ8割強あった。このことから、積極的な看護者個人の精神機能における対人相互作用は、医療事故・インシデントの発生を防止していく効果があると考えられる。設問には患者との対人相互作用に関する項目は設けなかったが、医療事故・インシデントの発生を防止するには医療従事者間だけでなく、患者との対人関係作用も重要である。

不十分な医療事故防御としては、確認不足・観察不足・知識不足などが代表的な例として挙げられる。エラーが起こりやすいと考えられる状況に対する項目でも「確認したつもりという不確かな時」「薬の副作用の知識があいまいで与薬後の観察を怠る」「注射・

輸血の介助時の実施前・中・後の観察を怠る」と考えている者が9割近くを占めている。しかし、エラーが起りやすいと考えてはいるが、事故防止の観点から実行している行為において「薬の副作用を知った上で与薬後の観察」が8割弱であった。1割強の者は認知しているものの、実際の場面ではその行為をしていない、ということになる。この原因としては、多数の新薬導入によって、直接的に対象者に携わる看護者個人の薬に対する知識が、新薬の作用・副作用の知識に追いついていかないことが推測される。そして、与薬後における対象者に対する適切な観察を怠ってしまうという、観察・認知不足という事実が、現在の医療現場の現状として反映されているといえる。看護者の与薬業務の内容は、薬の作用・副作用だけでなく用法・容量・禁忌などの知識が必要となる。近年、多くの新薬が開発されて患者に使用されているが、医療現場においては薬に関する教育システムの構築も、前述の対人相互作用の構築とともに重要であると考えられる。

Ⅶ 結 語

今回の調査結果から、インシデントの直接的な要因には「思い込み」「確認したつもり」「与薬後の患者の観察を怠る」「確認作業を中断される」等があり、医療従事者である看護者個人の意識・認知・観察・判断・確認・記憶・行動などが大きく関係していると推測される。

本研究は平成13年度文部科学省研究費基盤研究(B)(2)「看護・福祉分野におけるヒューマンエラーの研究」による。

註

1) 「Harvard Medical Practice Study」

1986年から3年間にわたってニューヨーク州で行なわれた医療事故の疫学と医療過誤訴訟に関する研究で、これまでに米国で行なわれたこの種の研究のうち、最も大規模で包括的なものである。医療事故発生率、医療過誤訴訟、医療事故の患者に与える経済的影響とその補償、医療過誤訴訟とその抑止効果の4項目に関する調査で構成されている。

引用・参考文献

- 1) 中島和江、児玉安司、ヘルスケア リスクマネジメント。東京。医学書院。p2。2000。
- 2) 1) 前掲書p16-17。
- 3) 日本看護協会編、組織で取り組む医療事故防止。東京。日本看護協会。p5。1999。
- 4) 3) 前掲書p5。
- 5) 看護史研究会編、看護学生のための看護歴史。東京。医学書院。p129。1988。
- 6) Becker S. Health care law, a practical guide, New York. NY: Matthew Bende. p19-1-19-84. 1998。
- 7) 良村貞子、アメリカにおける医療過誤と看護婦の責任。北海道。北海道大学図書刊行会。p219-232。2002。
- 8) ジェイムス・T・リースン(安全学研究会訳)、医療事故 I 医療事故における人的要因。東京。ナカシア出版。p1-18。1998。
- 9) 尾入正哲(向井希宏・蓮花一己編著)、現代社会の産業心理学 第6章 人間の情報処理とヒューマンエラー。東京。福村出版。p110-125。1999。
- 10) 日本看護協会編、組織で取り組む医療事故防止。東京。日本看護協会。1999。
- 11) 日本看護協会編、看護職の社会経済福祉に関する指針医療事故編。東京。日本看護協会。1997。
- 12) 米山信三、ヒューマンエラーの背景要因の分析。鉄道労働科学。39。p1-11。1985。
- 13) 正田亘、産業・組織心理学 第9章 安全衛生管理。東京。恒星社厚生閣。p164-185。1992。
- 14) 庄司和晃、認識の三段階連関理論。東京。季節社刊。1989。
- 15) 末永俊郎、社会心理学研究入門。東京。東京大学出版会。1994。
- 16) 中川米造・宗像恒次、医療・健康心理学。東京。福村出版。1994。

- 17) 日本看護協会編、平成14年度版 看護白書。東京、日本看護協会出版会。2002.
- 18) 杉谷藤子・福澤陽一郎・下村裕子、学生とともに学ぶ医療事故防止。看護教育。42 (9)。医学書院。p762-778。2001.
- 19) 奥野善彦・安酸史子、医療倫理を学ぶ。看護教育。41 (11)。p890-950。2000.
- 20) 鈴木俊夫・加治美保子・結城房子、臨床現場での看護事故予防対策。臨床看護。28 (1)。ヘルス出版。p 9-31。2002.
- 21) 奥野善彦・安酸史子編、医療倫理を学ぶ 21世紀における看護者の教育。看護教育。41 (11)。医学書院。2000.
- 22) 三宅祥三・古庄富美子・由井尚美、スタッフナーズ一人ひとりの医療事故防止マニュアル。20 (5)。学研。2000.