

## 看護職の医療事故への意識

～N県でのフォーカス・グループ・インタビューより～

柳澤 尚代 ・ 倉井 佳子 ・ 茶谷利つ子  
藤野ヤヨイ ・ 木下安子

新潟青陵大学看護学科

Awareness of nursing staff regarding medical accidents

～From Focused Group Interview in N prefecture～

Hisayo Yanagisawa ・ Yoshiko Kurai ・ Ritsuko Chatani  
Yayoi Fujino ・ Yasuko Kinoshita

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY  
DEPARTMENT OF NURSING

### Abstract

Recently a development of new education methods in nursing regarding human error and risk management is strongly desired, because some medical accidents become an object of public concern and the countermeasures have been strengthened. Since 1990's frequency of medical and nursing accidents have made them an object of public concern. Then in response to the fact, the worksite of medical services has promoted the countermeasures. To demonstrate the actual condition of the medical accidents and the countermeasures in N prefecture, we carried out a Focused Group Interview for eight nurses. As a result, we found that some systemic changes, educations and leadership of chairman at the medical agency developed an awareness of nursing staffs regarding the accidents. These countermeasures made the awareness changed from "strain and alarm" or "autarcesis" to "upsurge of initiative" or "information sharing", and an increase of incident reports and alignments between different professions were accelerated.

### Key words

medical accidents, nursing accident, nurse, consciousness of medical accident, focus group interview

### 和文要旨

医療事故が社会問題となり医療機関を中心とした対策が強化されている現在、ヒューマンエラーやリスクマネジメントに関する看護教育の方法の開発が急がれる。1990年代の医療・看護事故の頻発により社会的な関心が高まり、医療の現場もそれに呼応して対策が進んでいる。本研究では、N県内における医療・看護事故の実態とその対策の現状、および事故に対する看護職の意識を明らかにするため、看護職8名を対象にフォーカス・グループ・インタビューを実施した。その結果、看護職の事故防止意識及び行動の醸成は、システム変更や現任教育の実施、および医療機関トップのリーダーシップにより促進されていた。看護職の事故後の意識は、「緊張・不安」および「自己防衛」から、対策が行われたことで「自発性の高揚」や「情報の共有化」への意識が高まり、インシデントレポートの増加や他職種間での連携が促進されていた。

### キーワード

医療・看護事故、看護職、事故への意識、フォーカス・グループ・インタビュー

## I. 緒言

日本における医療・看護事故への社会的な関心は、1999年に起こった「患者取り違い事故」と「都立病院誤注射事故」の2件の大きな事故によって高まり、そうした世論をうけて厚生労働省の医療安全対策室の設置と医療安全対策検討会の立ち上げなどの対策が、急速に進んできている<sup>1~5)</sup>。特にこうした医療事故防止の主要な考え方に影響を与えた要因として、「国レベルの政策」の整備に加えて、前述の「社会的事件（社会に影響を与えた医療事故）」や、1994年のWHOの「患者の権利（患者の権利の推進に関する宣言）」の重視、および看護協会や日本医師会などの「職能団体の動き」があげられる（表1参照）。さらに、2002年4月17日には、厚生労働省より「医療安全対策検討会議」報告書がだされ、今後の医療安全対策の座標軸に「患者の安全を最優先に考えた安全文化」の醸成と、医師を中心とした個人の責任からシステム対応へ、そして多職種間の連携を重視した内容が盛り込まれた。このように国が医療安全推進総合対策の基本的な考え方や医療事故を未然に防ぐ方略を提示したことで、今後の対策が

表1 医療事故防止の動向

年	動向
1990年	保健婦・助産婦・看護婦学校養成所指定規則一部改正（カリキュラム改正で関係法規の時間数の増大で事故防止に関する授業が促進される）
1994年	WHO 患者の権利の推進に関する宣言
1995年	厚生省 医療事故防止委員会発足 社会的に医療事故が注目される
1998年	日本看護協会「看護職の社会経済福祉に関する指針（医療事故編）」を改訂
1998年	日本医師会医療安全委員会答申
1999年	患者取り違い事件、都立病院誤注射事件
2001年	厚生労働省 医療安全推進室 医療安全対策検討会
2002年	厚生労働省 「医療安全対策検討会議」報告書

期待される。

しかし、大規模な医療機関を中心に、組織の上層部から下部へ指示する方略でシステム整備や業務改善、および意識改革などの事故防止対策が進む一方で、文献調査によると看護職の事故意識の解明は進んでいない<sup>6)</sup>。こうした状況の背景には、事故を起こした医療機関の調査協力を得にくい実態がある。今後事故当事者へのサポートも含め、看護職の事故意識を明らかにすることは、事故防止対策の推進にとって意義ある研究と考える。

## II. 調査目的

N県内では、ここ数年点滴ミス、手術や診断のミスなどによる患者死亡事故が連続しておき、大きな社会問題として取り上げられ、医療に対する信頼の回復と医療事故防止対策が急がれている。そこで、本研究では、N県内における医療・看護事故の状況とその対策の現状、および事故に対する看護職の意識を明らかにすることを目的とする。

## III. 調査方法

N県内にある医療機関および訪問看護ステーション、保健施設に働く看護職に対し、フォーカス・グループ・インタビューにて定性調査を行い、医療・看護事故への看護職の意識を質的分析によって抽出する。

### 1. 調査対象者

N県内8ヶ所の医療機関（200床以上）及び訪問看護ステーション、保健施設等のうちから、「各施設の医療・看護事故の現状と対策に関して十分な情報を有していると思われる保健師、助産師、看護師」を基準に看護の各領域から8名を選定した。職位は、看護部長（総婦長）2名、婦長・主査5名、主任1名である。特に、質的研究では、目的に相応しい調査対象者を集めることが重要であり、本研究では、「ある程度対策が進んでいると思われる組織に属しており、それにより意識の変化が生じている」等を要件として選定した。

## 2. 調査方法

フォーカス・グループ・インタビュー法を用いて、定性調査を実施した。記録は1名の記録者が筆記するとともに、録音テープで記録した。倫理的配慮については、参加依頼の時点で研究趣旨を書面で伝え、さらにインタビュー時に再度趣旨を説明した。この際、テープによる記録、結果の公表について了承を得た。また匿名性を確保し自発的な発言が図れるよう、お互いを記号で呼び合う旨を説明し了解を得て実施した。

## 3. インタビュー調査項目

調査項目は、①医療・看護事故の状況と対策、②事故後、看護師の業務内容に変化があったか、③事故に対する看護師の意識・行動の変化はどうだったか、④他の医療機関の事故をどのように受け止めているか、⑤事故防止への自主的取り組み、⑥現任教育での事故防止に関する教育内容である。

## 4. 分析方法

分析は、司会者、記録者、インタビュー観察者として参加した複数の研究者で行った。インタビュー結果を逐語録に起こし、内容を事故及び事故防止の実態と看護職の意識に分け分析した。インタビューでの自発的発言を医療・看護事故への関心度および意識の高さと捉え、職種・職位毎に発言回数とその内容を分析考察した。調査結果の妥当性は、参加者の背景、相互作用によるメンバーの変化、グループメンバーの偏り、インタビューア自身の変化の視点から検討した。信頼性は、フォーカス・グループ・インタビューがグループダイナミックスを応用したインタビュー法であり、測定を繰り返すことは不可能であるため、他の調査結果との比較を参考に検討した。

## 5. 調査時期

2002年3月に実施した。

## IV. 調査結果および考察

### 1. 発言回数（表2参照）

重複内容を含む発言総数216のうち、事故防止の対策に関する発言が119と多かった。中でも事故防止委員会を中心とした「業務改善」に関する内容が多く、職場内での対策が進みつつあることが示唆された。さらに、「看護職の意識」に関しては、システム変更の影響に関する発言数が多く見られた。事故事例紹介に関しては、「事故の発言内容を異なって解釈されると問題なので、防衛的にならざるを得ない」との発言があり、事故を語る事への社会的影響への配慮の必要性を感じていることが推察できる。属性との関係では、看護部長（総婦長）は事故の状況やシステム整備に関する発言が目立ち、婦長は事故報告書の作成や業務改善、およびシステム変更の影響に関する発言が多かった。死亡事故事例に関する唯一の発言をした看護職は、「事故後スタッフには、上司より具体的な改善策は求められなかったため疑問を持った」と事故対応への不満を述べている。所属機関および職種別では、訪問看護ステーションの看護師と保健所の保健師の発言回数が医療機関の看護管理者と比較すると少なかった。

### 2. 医療・看護事故の状況（表3参照）

転倒転落・内服薬の誤薬・輸液（異型輸血）ミスに加えて、精神病院での集団離院や自殺企図、ショートステイでの褥創悪化や転倒骨折、在宅での入浴介助で目を離れたすきの尻もち、ドルミカムのミリ数が分からず多めに入った、多職種が訪問していた高齢者が経済的悩みから自殺、などの事故事例に関する発言があった。これらの事故原因の背景には、看護職の知識不足や技術の未熟さ、対象者のニーズ把握の不十分さ、同職種間での責任の分散などがあり、内容は組織運営から看護技術にわたり多様であった。

### 3. 事故後の看護職の変化（表4参照）

#### 1) 行動の変化

某病院では、他の病院での事故後、事務長より「当病院ではどうしているか」と問われ、

表2 発言回数

n=166

属性			事故			事故防止の対策								意識				教育		総計				
所属機関	職種	職位	対策開始時期	事故状況	他の病院の事故防止	防止組織・報告・人事				業務改善内容				システムの影響		事故の影響		意識変化の契機	その他		現任教育	基礎教育		
						全体システム	看護部システム	リスクマネージャーの役割	事故報告書	機関連携	原因追求	業務改善	マニュアル作成	広報・啓蒙活動	その他	システム整備前	システム整備後						事故前	事故後
大病院	看護師	総婦長	1	8	1	3	4		2	3	1	7	2	1					2		6		41	
	看護師	婦長	4	6		17		7	13	8	5	20	2	7	1	16	12	1	4	8		7	7	145
	助産師	主任				2					1			1	1			4		1	2	1	14	
訪問看護	看護師	婦長				2	1		1	1		2											2	9
保健所	保健師	主査				3						1									1	2		7
総計			5	14	1	27	5	7	16	12	7	28	6	9	2	16	13	1	8	10	1	16	12	216
			20			55			64				49				28							

※ 複数回答有り

あらためて業務手順の確認を看護部内で行っている。さらに、事故原因の一つに、手順で決められていた「確認」を行わなかったということから、改めて「確認」という行為の大切さを意識し、患者確認や薬名の複数回確認など日常的な看護行動を改善していた。また、看護管理者は事故後早期に事故の振り返りを行うことで、情報を共有化することが重要と考え、毎日15分間のショートカンファレンスを実施したり、事例検討会を開催するなど、意識変容を促す対策を行っている。こうした日常的な活動を通して、事故記録を書く人が増加したり、事故防止の発言もストレートになるなど、看護職員の行動の変化を感じている。

## 2) 意識の変化

事故後、職場で事故原因と対策を看護職に書いてもらった結果、事故への対策の必要性が認識されていた。しかし、異型輸血事故後、同院内の看護師は輸血業務に緊張したり、外来患者が「血液型は大丈夫か」と輸血の処置に不安を表出したりと、看護師および患者の双方で緊張が高まるのを認識していた。また事故に関する発言は、周囲の人から異なって解釈されることへの恐れから、防衛的にならざるを得ないと感じていた。

## 4. とられた対策の内容 (表3参照)

## 1) システムの変更

N県内6ヶ所の医療機関では2000年～2001年にかけて、病院上層部の主導で医療事故防止委員会などの組織をつくり、システム全体

表3 フォーカス・グループ・インタビューデータ分析表（事故防止の状況）

属性	業 務					
職位	機関間の連携	原因追求	業 務 改 善		マニュアル作成	広報・啓蒙活動
総 婦 長	「前に人がきちんとやってくれているはず」の前提を問い直し、「投薬の時再度確認」するとか、「処方箋をワゴン車の脇に置いて再確認」といった対応をとるようにした	転落事故の遭遇が一番多かったのが、異動後1年目の人であった。	業の管理について、薬剤部との協働で改善策をとっている。一つ一つの処方箋の包みにカタカナの患者の名前を張り付ける	「前に人がきちんとやってくれているはず」の前提を問い直し、「投薬の時再度確認」するとか、「処方箋をワゴン車の脇に置いて再確認」といった対応をとるようにした	マニュアル作成とインシデント報告を促進している。	事故防止の啓蒙のため、標語づくりをしている。例えば、与薬前に「3回確認」。
	他職種の仕事の代わりに看護師が行っている状況があり、役割分担を修正するよう申し入れた		小児科では、薬袋を患者に預け、日勤の看護師が、その日の分を小さなトレイに分けて与えている。詰め所での分配作業は、入れ間違い・見間違いが多く対応を変えた	患者の呼び名についても、同姓同名は住所+名前で呼んでいる	マニュアルやインシデント報告書の案を作成している段階である	
	看護師は多職種との役割分担において、思い込みで仕事をしてきたが、新任の総婦長の指摘で意識改革ができた		転倒転落防止では、センサー付きのベッドを使用したり、トイレの位置、手すりの位置の工夫をしている	この一年間で具体的取り組みは進展した		
			医師が書くべき指示の訂正を看護師が行っている状況がある。これに対して、一切看護師が訂正してはいけないことを指導している			
婦 長	事例検討会への他職種の参加はない	事故の事例分析を通して、共通の原因や背景を探ったりした	病院全体の改善策の一部として、患者の確認ネームバンドの作成や医療行為の復唱などを提案している	転倒転落が多いが、事故が起きそうな問題は、すぐに対策を考え実行している	現在マニュアルづくりを実施している	日常的な事故防止をどうするかを意識付けに最も関わっている
	医師の参加は望ましいが、現在は実現できていない	1年後、関係者で集まり振り返ったけれども、医療事故との判断が難しい	予防対策として、薬の置き方を変えてみるとか、危険な薬には赤印を付けるとかの改善をしている	事故やインシデントの時に振り返り、マニュアルに追加するかどうかの検討を行っている	2001年から、全部署で安全対策マニュアルを作成したことで、横のつながりができた	インシデント・アクシデントの報告書が揃った段階で、職員の注意を喚起している
	ショートステイやデイサービスなどの福祉的なものとの関連も大切であると感じた。	レポートについては、詳細な状況や対策、また情報の不足しているところなどを再度聴取する	しかし情報収集で防止策を立てる上でインシデントの報告もほしい	家族に変な遠慮をしないで、患者の変化を出きだけ早めに家族に連絡することにした		報告書を病棟で回覧するようになったら、「ここにも同じような問題がある」と感じ、書くことに関する抵抗感が薄れた
	ハイリスクの人に関しては、ショートステイやデイケアの看護師に直接ファクスや電話で情報を伝えている	医療事故は基本的に確認不足と観察不足である	「自分ではインシデントか事故かの判断はしない」ことを前提に1枚の紙に書いてもらっている	問題を起こしそうなリスクのある人をあらかじめリストアップし、マニュアルに追加して観察することにした		医師に関しては、事故事例の報告がないと、依頼文書を各部署に渡し、情報を収集している
	介護保険開始前日に自殺した高齢者がいた。他職種が関わっていたにも関わらず、経済的な悩みに踏み込んで支援できなかった。話し合いを持つ寸前だった	転倒転落が多いので、セルフモデルを使用し振り返りを行っている	委員会で、一つ一つのシステムをみなおし、未然に防止するための方策を検討している	輸血後も5分後、15分後の観察をし記録に残すことにした		安全管理部・看護部の委員会は、情報を集め、現場へフィードバックしている

婦 長	部長である副院長は、サポートしてくれる		事例の振り返りで、情報を早く共有しないと、事故は防止できないと考え、毎日15分間のショートカンファレンスを行っている	一人の看護師が一人で責任をもち、複数では作業を行わないことをマニュアルにいった		伝票の記載の重要性をだめ押しする情報などを一覧表にして、情報提供した	
	患者の確認の間違いが検査の時発生したので、各部署でIDカードを作成し、本人にも名のってもらうことにした		病院の院長に事故の実態を報告したところ、早急に対策会議をやることが決定した	患者の確認の間違いが検査の時発生したので、各部署でIDカードを作成し、本人にも名のってもらうことにした			月1~2回の常会で看護師の権限に関する事例を集めて、医師にもそうした状況を伝えている
	横のつながりをもつ委員会ができたため、ぎくしゃくせずに他職種とミスに関して話せるようになった		ハイリスクの人には、ショートステイやデイケアの看護師に直接ファクスや電話で情報を伝えている	点滴の分業作業をやめたが誤薬はあり、カンファレンスを開いて対策をとっている			
			週1回、医療安全部の会議を開き、介入について検討している	2001年に注射指示箋を作成し、看護師が注射処方箋に転記できないようにした			
			事前にチェックがなければ、医師のオーダーはだせないコンピューターシステムに変化したほうが良いと医師が発言してくれるようになった	婦長たちも確認して回った。確認の中で、伝票の回し方を確認した			
主任		事故に関するスタッフの検討会はなかった				病棟単位で、ヒヤリ・ハット・インシデントの原因を考える勉強会を月1回開催。	
婦 長	2000年問題で、人工呼吸器を装着している難病患者の連絡網を、事前に保健師からもらい対応したため事故もなく終わった					同一組織内の病院のマニュアルはあるが、訪問看護ステーション独自のものは無い	
						ステーションの中でも、マニュアルを作成して欲しいという要望はある	
主 査			予防接種の薬剤チェックは、以前事故が起きたことで複数チェックに変更した。				

表4 フォーカス・グループ・インタビューデータ分析表（意識の変化）

属性	意 識				意識変化の契機	その他
	システム変更の影響		事故の影響			
職 位	システム整備前	システム整備後	事故前	事故後		
総 婦 長					組織的に対応することの大切さを知った。現病院はそこまで至っていないので、総婦長が個人的に動いている	
					看護師は多職種との役割分担において、思いこみで仕事をしてきたが、新任の総婦長の指摘で意識改革ができ慣例を変えることができた	
婦 長	他部署では、報告すると自分でミスをしたイメージで受け取られる事を警戒	報告を促すねらいで、院内報告会を実施したところ、事故防止の効果が上がり始めている	従来、事故は隠蔽されていたが、事故の共有を目的に看護部安全委員会が結成された	事故の発言内容を異なって解釈されると問題なので、防衛的にならざるをえない	システムの変革は、大変な忍耐と時間が必要である	
	以前の事故報告書は、こちらに過失のある医療事故を書いた	他部署では、報告すると自分がミスをしたイメージで受け取られることを警戒		原因と今後の対策を書いてもらったが、皆の中に意識化されていると感じた。	従来隠蔽されてきた、事故の共有を目的に看護部安全委員会が結成された	
	事故に関する情報があっても、どこへもっていけばいいのかわからなかった	報告書を病棟で回覧するようになったら、「ここにも同じような問題がある」と感じ、書くことに抵抗感が薄れた		他の医療機関の事故報道後、勤務する病院の輸血方法を確認した	報告書を病棟で回覧するようになったら「ここにも同じような問題があると感じ、書くことに関する抵抗感が薄れた。	
	看護師が果たしているチェック機能を知らずに、「看護師は間違いが多い」と思う医師がいる	事故事例検討会で、振り返りを行うようになったら、職員の中に事故対策に前向きな姿勢がうまれてきた。職員の意識も変化した		事故後、事務長からうちの病院はどうしているかと聞かれた	事故事例検討会で、振り返りをおこなうようになったら、職員の中に事故対策に前向きな姿勢が生まれた。	
	看護師のチェック機能をアピールしていきたい	事故の振り返りで、情報を早く共有しないと、事故は防止できないと考え、毎日15分間のショートカンファレンスをもっている			事例検討会の積み重ねで、書くことに抵抗感がなくなり、婦長が催促しなくても、レポートは書かれるようになった	
	昔の医師は、看護師はチェック機能を果たするのが当たり前で、それを行うのが良い看護師だと思っている	事例検討会の積み重ねで、書く事への抵抗感がなくなり、婦長が催促しなくても、レポートは書かれるようになった			多くの人が記録をつけるようになり、発言もストレートに言えるようになってきた	
	看護師も医師から言われたままに修正するのがある	以前は用紙をもらいにいったときに、小言や個人を責める指導があったが、最近は看護部の雰囲気が変わった			看護部がリーダーシップをとることで、他部署にも事故防止の対策が浸透してきている	
	看護師も賠償責任も問われるので、専門職として、責任範囲をわかっていなければならない	委員会活動をするうちに、看護部の姿勢が変わって、人の話を聞くようになった			看護部の意識に影響するのは、トップの姿勢である	

婦       長	医師が思うように修正するのが、良い看護師という風潮がある	皆の意識も変化してきている				
	経験を重ねた看護師の中に、気を回してお膳立てする人が多い傾向	トップが言わなくとも、最近は皆が率先してやるようになった				
	若い看護師ははっきりNOといえない	目的が理解されるに従い、皆が積極的で予防的な対応が可能				
	看護師の専門職としての権限をはっきりさせなくてはいけない	全長を早期に見出す、情報を共有化し対策をたてる、看護計画を立案することで、振りかえりによる予防ができるようになった				
	レポート作成に関して、当初は書く事への疑問や用紙をもらいにいくことへの抵抗感があった					
	以前は用紙をもらいにいったときに、小言や個人を責める指導があったが、最近は看護部の雰囲気が変わった					
	最初、事故事例検討会が犯人探しをしていると誤解されていた					
	業務に疑問を感じていても、自分で確認をしないで、そのままにしていることが多い					
主   任		2年前位から、皆で注意しようとの意識が高まってきた		その後輸血の時は緊張した		スタッフには具体的な改善策は求められなかった
				外来患者の中で、輸血の処置について不安が感じられた		
				改めて、確認の大切さを認識した		
				事故後は緊張感が高まるのを認識した		

を整備している。さらに、事故防止委員会として事故報告書の提出やマニュアルの作成を促進する等、多様な取り組みを開始している。なかでも、定期的事例検討会および広報活動を通して、組織の上層部から下部へ指示する委員会活動と共に、職員参加のボトムアップ活動を拡大している。特に、事故報告書に対しては「自分がミスをしたイメージで取られ

ることを警戒」する雰囲気があったので、記載者を事故当事者に限定せず、気づいた人全てを対象とするなど、報告書の作成を特定の個人から職場の全員へと拡大している。

## 2) リーダーシップの発揮

病院長（副院長）および総婦長（副総婦長）などの病院上層部（以下病院上層部と略す）は、保険会社主催のリスクマネジメント宿



泊研修に参加することで意識を高め、さらに医療機関内での事故防止組織でリーダーシップを発揮することで、機関内での事故防止の意識改革を行い、業務改善を指導している。例えばカルテに読みまちがしやすい字を書いていた医師に対し、直接病院上層部が指導することで、改善を促していた。このように、病院上層部が安全に関する委員会を設置し、その最終判断を下しながら、具体的な運営をも指導し、事故防止に関する人材育成を行っている。

### 3) 業務改善の内容

看護部門単独ではなく、事故が起こりやすい部門との共同研究を行うことで多様な業務改善を実施している。

①誤薬への対策：a. 薬剤部と看護部との協働で薬の管理について検討し、薬包一つ一つに名前を記入する方法を共同開発している。b. 危険な薬については、目印を付けるようにしている。c. 輸血後の頻回な観察を職場内で確認している。d. 看護師が医師の注射処方箋に転記できないシステムにしている。②複数の項目での患者確認：患者の呼称は名前+住所とすることや、患者にネームバンドをつけるなど同名同名による間違い防止策を生み出している。③転倒防止策：センサー付きベッドや手すりの設置、トイレの位置の工夫により転倒防止の成果を上げている。④連携の強化：a. スタッフ間での敏速な情報の共有化が必要との判断で、毎日のカンファレンスを行うようにしている。b. さまざまな対策やマニュアルは、カンファレンスや気づいた時にすぐ修正するようにしている。c. 点滴の分業作業を止めたものの、誤薬はあり、カンファレンスにて対策を修正している。⑤法律の遵守：a. 法律を遵守する事で、看護師による記録の改ざんを廃止している。⑥説明責任の励行：患者の家族への遠慮を止め、夜間であろうと患者の状況を迅速に家族へ伝えている。⑦予防意識の育成：問題を起こしそうな人を早めに発見し、予防的な対応をしている。⑧事故の考え方を共有化：事故の定義が曖昧でかつ不一致だったため、報告書を提出しにくい状況が生まれている。そのため、事故に関する定義を明らかにし、事故報告書

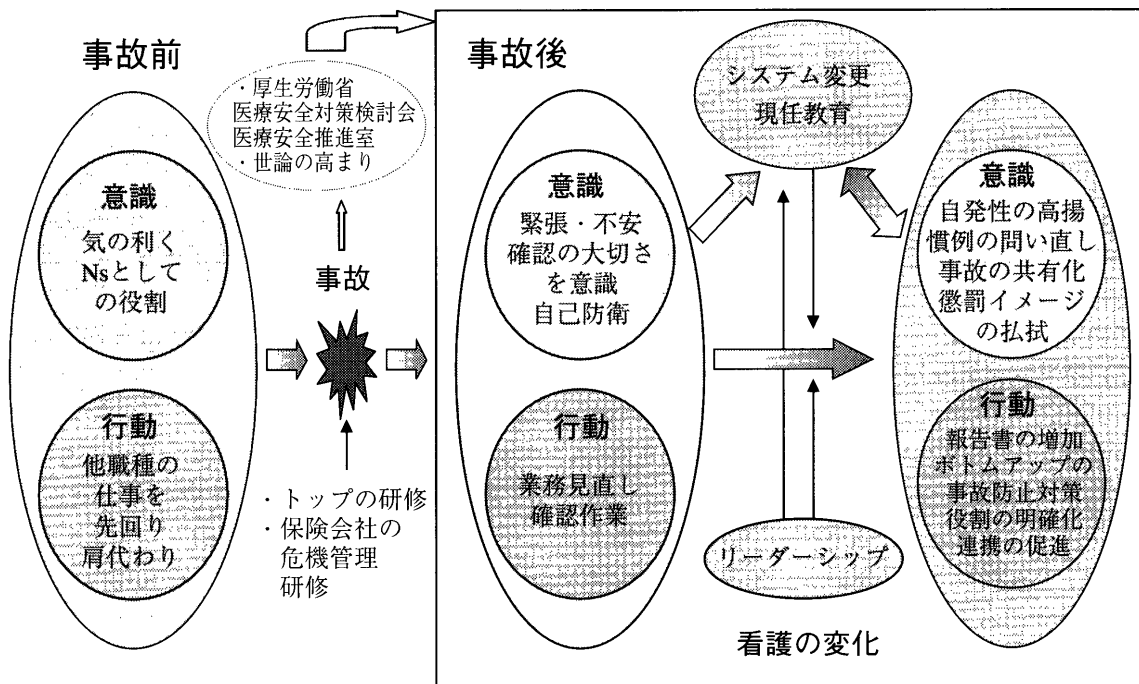
作成のねらいを広報し職員間で共有化している。⑨報告活動の強化：事故の報告を促すねらいで、定期的事例検討会および広報活動を行い、職員参加の活動を拡大している。⑩事故情報の職場へのフィードバック：a. 報告書を、病院単位から病棟単位で回覧するようになったところ、「ここにも同じような問題がある」と看護職が感じ、書く事への抵抗が薄れ問題意識の共有化が促進される。b. 事故情報を一覧表にして公表した結果、重要性を再確認できたとの反応がある。⑪報告環境の整備：a. 報告書の記載者は、事故を起こした当事者に限定せず、気づいた人・発見した人・出会った人に拡大し、書きやすい条件を検討するなど報告環境を整備している。b. インシデントレポートと事故レポートを1枚にしたり、記録のイメージを懲罰の対象から予防へと転換を図る等、提出しやすい工夫をしている。c. 「与薬前に3回確認」のような標語づくりを通して、日常的な事故防止への関心を喚起している。⑫前提の見直し：a. 各職種ごとに「前の人できちんとやってくれているはず」の前提を問い直し、「投薬の再度の確認」や「処方箋をワゴン車の脇に置いて薬を再確認」といった対応をとることで、思いこみを打破し日常的な慣例の修正を行っている。b. 他職種の業務を看護師が肩代わりしている状況があり、役割分担の修正を行うよう他職種に申し入れている。このように、業務改善は、関係する職種は多部門に所属し、かつ、その内容も方法も多様化していることが明らかになった。

## 5. 対策後の看護職の変化 (表4参照)

### 1) 行動の変化

報告書を病棟単位で回覧することで、書く事への抵抗感が薄れ、その結果インシデントレポートが増加するなどの自発的な行為に繋がりが、事故に関する情報の共有化が促進されていた。看護職を対象にした事故調査の結果から、異動後1年目に事故が多い実態を把握し、研修対象者のターゲットをしぼり企画している。さらに、日常的な意識高揚のため事故防止委員会が職場新聞を発行するなど、各々の職場状況に応じたきめ細かな対策や活

図1 看護職の事故防止意識及び行動の醸成プロセス



動が可能となってきている。

## 2) 意識の変化

カンファレンスや事例検討会での事故の振り返りかえりは職員に前向きな姿勢を生み出し、事故防止のため有効であると理解され、個人への懲罰のイメージが払拭されてきている。また、業務の見直しを通して、「他の人がやっているはず」の前提を問い直し、思いこみの打破と慣例の修正で、他職種との業務分担の再確認など看護職の役割の修正をしている。

## 6. 看護職の意識変化の契機

(図1「看護職の事故防止意識及び行動の醸成プロセス」参照)

事故前は、他職種より「看護師は、言われる前に気をきかしてチェック機能を果たすのが当たり前で、それを果たすのが良い看護師」と、「気の利く看護師」としての役割を期待され、他職種の仕事を先回りし肩代わりしてきた。こうした状況は、事故が起きた後も変化しなかったが、システム変更などの対策がとられたことで、事故に結びついていた職場の文化的土壌が見直され、変化しつつあるこ

とが示唆された。中でも、事故防止委員会設置などのシステム変更で話し合いの環境が整えられ、職種間で事故を隠蔽する状況から、事故に関する情報の共有化への変化が見られる。これらから、システム変更は職場における事故防止の土壌を創り出す契機になりうることを示唆された。しかし、事故防止に関する看護職の意識や行動に影響を与えるのは、医療機関でのシステム変更だけでなく、厚生労働省の対策や世論の高まり、さらには保険会社の危機管理などの外圧も大きいと考えられる。

事故後、看護職は事故の原因となった業務に「緊張や不安」を感じ、「業務の見直し」や「確認作業」の大切さを意識し、行動をおこしていた。しかし、事故情報の開示に関しては、情報への正しい理解と認知への懷疑から「自己防衛」的な言動が見られる。また、事故後に病院上層部がリーダーシップを発揮し、システムの整備や業務改善の指摘、あるいは職員の意識改革を自ら指導することで、人材育成が進みつつあることが明らかになった。さらに、事故防止委員会が設立されていてもシステムが機能していない組織では、総

婦長が個人的に活動することで機能を補完するなど、病院上層部の姿勢と具体的なリーダーシップが重視されていた。また、現任教育では職歴の如何に関わらず、異動後1年目に事故が多い実態に対応した研修の企画や、日常的な事故防止意識高揚のための事例検討会やカンファレンス、継続的かつ職場全体の情報の共有化のための新聞発行など、ボトムアップの企画が増加している。

このように、医療事故への対策がとられたことで、看護職は、「事故報告書の増加」、「ボトムアップの事故防止対策の推進」、「他職種間での看護職の役割の明確化」、「連携の促進」へと行動を変化させ、さらに「自発性の高揚」、「慣例の問い直し」、「懲罰イメージの払拭」、「情報の共有化」へと意識を変化させていることが示唆された。

## V ま と め

認知科学者リースンは、<sup>7)</sup>「組織の事故を防ぐためには、組織が『安全文化』の達成を目指して常に努力することが重要」だと指摘している。医療事故も例外ではなく、厚生労働省の「医療安全対策検討会議」報告書に「患者の安全を最優先に考えた安全文化」の醸成が明記されたことから理解できる。<sup>8)</sup>小山も、看護組織における安全文化の形成に関して、医療事故体験者のインタビューを行った結果、病院ぐるみの対策後の変化として「当事者意識の高揚」、「慎重な実践」での業務改善、「自主的な報告書の作成」による「予防意識の高揚」と「実行力の推進」、「連携の促進」が明らかになったと、類似した研究結果を報告している。

本研究においても、システム変更前は、看護師のインシデントレポートの提出に関し、「報告書を作成することで自分がミスをしたイメージで受け取られる」事を警戒し、記載すら慎重になっている実態が語られているが、このような「インシデントレポートを出すこと＝自分の失敗を明らかにする」は心理的な抵抗が大きいと大内も<sup>9)</sup>指摘している。しかし、調査結果から明らかのように、事故後

病院上層部のリーダーシップで「人は誰でもエラーを起こす<sup>10)</sup>」に考え方を換え、再発防止（安全性改善）への多様な対策が促進されたことで、事故防止意識が高まってきたことが示唆された。

さらに、総婦長（看護部長）が事故を起こした個人に対し懲罰・叱責対象から実態の傾聴へと姿勢を変えたことで、看護職間に安心して事故を語ることのできる事故予防意識が醸成され始めていた。加えて、現場からの活発な事故情報の発信と他職種との連携の促進で、具体的な職場の雰囲気の変化と業務の変革による効果が、看護師の意識の変化に影響を与えていることも明らかになった。

これらから、看護職の事故防止意識および行動の醸成は、システム変更や現任教育の実施、および病院上層部のリーダーシップにより促進されていたことが伺えた。さらに、看護職の事故後の意識は、「緊張・不安」および「自己防衛」から、対策が行われたことで「自発性の高揚」や「情報の共有化」へと変化し、インシデントレポートの増加や多職種間での連携が促進されていた。しかし、事故予防意識の高まりの反面、人命に関わる事故を起こした後も、職場内での事故の振りかえりや事例検討会が行われなかった職場もあり、実効ある取り組みの強化と推進が今後の課題でもあることが示唆された。

本研究の調査に、快く協力をしていただきました8名の看護職の皆様方に深く感謝いたします。

本研究は、平成13年度科学研究費補助金基盤研究(B)(2)をうけた研究の一部をまとめたものである。

## 【引用文献】

1. 野村明美. 看護教育・卒後教育の問題として見た看護の現場と看護過誤. 看護教育 2000 ; 41 (11) : 982-985
3. 水卷中正. 事故防止対策を考える布石に. 看護管理 2000 ; 10 (11) : 729-731
4. 村上美好. リスクマネジメント教育の取り組みと実際. ナースデータ 2000 ; 21 (3) : 4-11
5. 久保井撰. 医療事故と患者の権利. 看護教育 2000 ; 41 (11) : 963-968
6. 柳澤尚代ほか. ヒューマンエラーに関する看護教育方法の開発 第一報—1990～2000年の文献調査の分析—. 日本看護科学学会抄録 2001 ; 12
7. 山内桂子、山内隆久. 医療事故. 朝日新聞社 2000 ; 214
8. 小山聡子、倉井佳子、茶谷利つ子ほか. 看護組織における安全文化の形成に関する研究 第1報～医療事故体験からの学び・看護管理者からみた看護職の変化～. 保健医療社会学会抄録集 2001 ; 5
9. 山内桂子、山内隆久. 医療事故. 朝日新聞社 2000 ; 134
10. 山内桂子、山内隆久. 医療事故. 朝日新聞社 2000 ; 201