

研究報告

注射業務における看護師の安全確認行動の分析

西川 晶子*¹, 稲田 三津子*², 小島 通代*³, 前田 久美子*⁴,
渡邊 三紀子*⁵, 稲田 久美子, 沼田 玲子*⁶,
池田 美里*⁷, 天野 幹子*⁷, 長澤 利枝*⁸

Nurses' Action of the Safe Confirmation in the Injeciton Practice

NISHIKAWA Akiko, INADA Mitsuko, KOJIMA Michiyo, MAEDA Kumiko,
WATANABE Mikiko, INADA Kumiko, NUMATA Reiko,
IKEDA Misato, AMANO Mikiko, NAGASAWA Rie

キーワード：看護師、医療事故、注射業務、安全確認行動

Key Words：Nurse, Medical Accident, Injection Practice,
Action of the Safe Confirmation

Abstract

The aim of this study was to describe the administration of injections by experienced nurses, elucidate behaviors and devices they use to avoid medical accidents before they happen, and compare serious accidents of the past to examine the validity of such behaviors. Nine nurses with over 10 years clinical experience who had no medical accidents for the past year were enrolled as subjects, data relating to their behavior when administering injections were collected by semi-structured interviews and qualitatively analyzed, and extracted behaviors.

The results showed that the subject nurses were normally aware of risks and the possibility of medical accidents, strictly adhered to hospital protocols, personally established more concrete personal protocols and self-imposed a rule that they would not violate the protocols. Nurses use self-monitoring as action of safe confirmation. There is a need to analyze behaviors by experienced nurses in the prevention of medical accidents.

*¹名古屋大学医学部保健学科 *²日本赤十字看護大学 *³日本赤十字
九州国際看護大学 *⁴大森赤十字病院 *⁵横浜市港湾病院 *⁶慶應義
塾大学病院 *⁷日本赤十字社医療センター *⁸静岡県立大学短期大
学部

受理：平成15年1月18日

要旨

本研究の目的は、いわゆるベテラン看護師が行っている注射業務を記述し、看護師が事故を未然に防ぐために、どのような行為や工夫を行っているのかを明らかにし、医療事故防止対策の基礎資料を得ることである。臨床経験10年以上で過去1年間、医療事故を起こしていない看護師9名を対象に、注射業務の行為を半構成的面接によってデータ収集し、質的に分析を行って安全確認行動を抽出した。

その結果、対象の看護師は、医療事故が起こる可能性や危険性を常に意識し、「病棟のルール」を厳守してより具体化した「個人のルール」を自ら設定すると共に、「ルール違反をしない」ことを自らに課すという自己モニタリング技法を用いた安全確認行動をとっていた。このような行動規範を有する看護師を対象とした分析は、医療事故予防策を検討するために有効であることが示唆された。

1. はじめに

1999年1月に発生した「横浜市立大学病院患者取り違え手術」は、社会に大きな衝撃を与えた。その後も大学病院や地域の中核を担う病院での医療事故報道が相次ぎ、これまでの医療のあり方の転換が迫られることになった。これを受けて、日本看護協会では、リスクマネジメント検討委員会を立ち上げ、「組織でとりくむ医療事故防止—看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン」(2000)をまとめた。また、各医療施設や現場の看護師も、安全性を保証した質の高いケアの提供を専門職としての責務と捉え、事故を回避するような医療行為やケアの工夫を検討している。その際、基本的かつ一般的な方法は、「誤りから学ぶ」という考え方である。事故に至った事例を分析し、根本原因を追及することによって事故防止に役立てるという検討は、これまでも多数行われている(和賀, 2001; 齊藤, 1993; 小島, 1995)。

もう一つの方法は、「人間は間違える存在」であるという観点に立つ考え方である。小島(1999)が、医療行為の最終段階の実施者である看護師は、医師の誤りに気づくことができ、それを適切に修正することにより事故を未然に防いだ多くの経験をもっていると指摘しているように、顕在化した医療事故の水面下には、多数のニアミスや未然に防がれた事例があると言われている。ニアミスとは、事故を起こす可能

性はあったが、結果的には事故に至らなかった出来事であり、現在インシデント、ヒヤリ・ハットという語が同義語で使われている。最近では、未然に防がれた「ヒヤリ・ハット事例」を通じて事故発生要因を分析した研究(川村, 1999; 小野澤, 2000; 天野, 2001)やその必要性を述べたもの(古橋, 1996; 中村, 1996; 久米, 1996)も多く見られる。このように、事故を未然に防止した事例を分析し、医療事故防止対策を行うことは早急の課題であると考えられる。

産業事故に関しては、1件の大事故が発生する前には29件の小事故と300件の事故に至らないニアミスが起きているというH.W.ハインリッヒの法則がある。この数字が医療事故に当てはまるかどうかは別として、エラーが発生しても事故に至るのはほんのわずかで、無害であったものの、未然に防止したものが何倍も存在し、多くの業務が安全に行われていると考えられる。看護師は、基礎教育においても現任者教育においても、安全を守る知識・技術について教育を受けている。近年、技術に関する実習が減ったとはいえ、「安全」という基本は貫かれている。

そこで、本研究では、医療行為の最終段階の実施者である看護師が、日常行っている「事故を回避してきた行為」の意味づけをすることにより、豊かな臨床経験を有する看護師の暗黙知を形式知に転換し、行為の肯定的認知を行うことをねらいとする。安全な行為を記述することは、安全性確保の質保証のみならず、基礎教

育・現任者教育への示唆、看護師のモラル向上等に寄与することになり重要な意義をもつと考える。

II. 研究目的

本研究では、注射業務に焦点をあて、10年以上の臨床経験を有する看護師の日常の行動を記述し、看護師が事故を未然に防ぐためにどのような行為や工夫を行っているのかという「暗黙知」を明らかにすることで、医療事故防止対策の基礎資料を得ることを目的とする。様々な看護行為がある中から注射業務に焦点をあてた理由は、川村ら (1999) の調査で収集されたヒヤリ・ハット事例のうち、注射事例が全体の8割を占めていたという報告を受け、注射業務が高頻度・ハイリスクであり、早急に検討を要すると考えたためである。

III. 用語の定義

医療事故：医療行為の中で患者の心身に何ら

かの予期しない傷害を及ぼしたものの。

IV. 研究方法

A. 研究対象

大学病院及び総合病院に勤務する経験年数10年以上で、過去1年間に事故を起こしていない看護師9名

B. 研究期間

平成12年5月～平成13年1月

C. 調査方法

半構成的面接法。面接は、一連の注射業務の行為をどのように行っているかについて自由に語ってもらい、その後、焦点化されるまで面接を行った (2～4回)。面接内容は、テープに録音し、逐語的に記述したものをデータとした。

D. 分析方法

川村の事故分析項目 (1999) を参考に1事例毎の業務手順を①薬品の準備、②薬品の混注・

表1. 看護師の注射業務における安全確認行動とその理由

		安全確認行動	
		病棟のルール	個人のルール
注射業務全般	マニュアルにより明文化		注射業務に集中 原則の遵守
①薬品の準備	複数人によるダブルチェック		声だし・指追い確認 患者情報 (経過・治療方針) の把握 「アレ?」と思った時は必ず確認後に行為
②薬品の混注・作成			確認 (吸う前・吸いながら・捨てる前) 作成スペースの確保 混注「済」「未」を場所で区分け 1人分・1ボトル毎に準備 中断発生前に業務依頼 中断状況の明瞭な区別
③実施	点滴ボトルに患者氏名・薬品名を記載		患者に声をかけて返事を待って実施 (意識明瞭の場合)
行動の理由		何時でも、誰にでも事故は起こる可能性の予測 怖さ・危険性の認識 看護職としての責任感 先輩としての自覚	

作成、③実施、④観察・管理、⑤抜針の5つに分け記述し、行為の意味を見いだして共通する安全確認行動を抽出した。今回の分析対象業務は、①準備から③実施までとした。分析は、臨床経験約7～40年の看護師及び研究者14名で行い、信頼性を高めた。

E. 倫理的配慮

対象者への依頼は所属機関を通さず、個人のネットワークを利用して依頼した。対象者に文書と口頭で研究の趣旨を説明すると共に、研究への参加は自由意志であり途中で辞退可能であること、医療機関及び個人の評価ではないこと、公表時は個人及び所属施設が特定されないこと、得られたデータは研究の目的以外では使用しないことを伝えて協力を依頼し、承諾を得られた対象者に対して面接を行った。また、面接時、承諾を得てテープ録音を開始した。

V. 結果

A. 対象者の概要

対象者は全員が女性で、臨床経験年数は10年～16年、平均12.4年であった。所属は、大学院及びその他の総合病院計7施設で、混合・内科・外科病棟、ICUであった。

B. 注射業務における安全確認行動とその理由 (表1)

分析の結果、「ルールは守るという意識をもち、自分に自分の行動を指示するようにしている」と対象看護師が述べているように、対象が行う看護業務の手順には細分化した「ルール」が決められていた。そのルールには、「病棟のルールとして規定されている行動」と「看護師個人が不安全行動を意識し、個人のルールを設定している行動」がみられ、そのルールを遵守することが注射業務における安全確認行動であることがわかった。安全確認行動を行う理由としては、看護師は、「自分もいつミスを起こすかわからない」「過去に失敗経験があり、二度と起こさないようにしている」「他のスタッフが失敗すると注意するようになる」「指示が複雑でミスは起こる

かもしれない」と語っており、医療事故が起こる可能性や怖さ、危険性を予測していたことがあげられた。以下に、業務手順に沿って詳細に述べる。

1. 注射業務全般

まず、看護師は一連の注射業務を行うにあたって、【注射業務に集中】【原則の遵守】が前提にあった。注射業務について「特別な時間という意識をもっている」「準備時はその患者のこのみをイメージする」「その患者の顔を思い出して」と語っており、業務に集中することを自分に課していた。また、「指示書を見ながら注射をつくるというのが原則……」「マニュアルどおりやるのが決まり」と言い、専門職としてのルールや組織としてのルールを「厳守」する姿勢がみられた。このような行動をとれるようになったきっかけとしては、「事故の報道で明日は我が身と思う」「原則を無視したところでミスが起こっている」「人間はミスを犯すと認識している」と述べていた。

さらに、「常に怖さを感じているからきちっと確認する」「絶対に間違えてはいけないという気持ちがある」「自分がミスを起こさないためにはどういう行動をとればいいのか自覚しながら行動している」「確認の仕方は違わないが意識の問題が違うと思う。より慎重になっている。自分がミスをしたら後輩の指導もできない」というように、看護師としての責任や先輩としての自覚についても語っている。

2. 薬品の準備

薬品の準備は、病棟のルールとして【複数人によるダブルチェック】、個人のルールとして【声だし・指追確認】【患者情報(経過・治療方針)の把握】【「アレ??」と思った時は必ず確認後に行為】が抽出された。【複数人によるダブルチェック】は、準備時に複数人の看護師が確認し合う場合と、夜勤の看護師があらかじめ準備した薬品を日勤の看護師が再度、準備の段階から行う場合がみられたが、病棟のシステムとして業務手順がつけられていた。

看護師は、準備時の「確認」には特に気を配っており、「思い込みがあるため、声を出して読みあげながら自分の意識に話しかけるように言

っている」と述べているようにブツブツと声を出して薬品名を読み上げたり、指示書の文字を指で追うという確認行動が見られた。確認する内容は、患者名・薬品名・量であった。1アンプルすべてを施行しない指示については、特に注意を払っていた。重要なのは「何をするとミスする可能性があるかを知っていること」であると語り、似通った薬剤や間違えやすい薬剤の単位数、あるいはこれまで使ったことのない薬剤に注意を払っていた。

また、準備の際、看護師は前もって患者の経過・治療方針を把握しており、「投与量減らすって言ったな」「データが良くなってきたから減ったな」など、患者の情報と注射の指示内容を照らし合わせ、指示が妥当であるか考えながら準備を行っていた。対象者は、「患者の経過を知らない」と指示がおかしいことに気づけない」と語っている。

さらに、「アレっ?」と思ったことはそのまま続行せず、カルテや同僚に確認するという行動をとっていた。「ミスが起きた時の結果の重大性を知っているから自分を過信しない」と語り、そのような認識が繰り返し確認するという行為を対象者にとらせていた。

3. 薬品の混注・作成

薬品の混注・作成については、個人のルールとして【確認 (吸う前・吸いながら・捨てる前)】【作成スペースの確保】【混注 (済)・(未) を場所で分け】【1人分・1ボトル毎に準備】【中断発生前に業務依頼】【中断状況の明瞭な区別】が抽出された。確認は、準備の段階でも行っていたが、アンプルカットを行う前と薬剤を注射器に吸い上げる時、アンプルを捨てる前に行っていた。「忙しいと確認したつもりになるけど、捨てる前だけは特に意識してやっている」と確認を意識的に行っている看護師もみられた。その時の確認の方法は、指示書と薬品名を目や指で追ったり、ブツブツと声を出したりしていた。

看護師は薬剤の作成にあたって、「処置台のスペースが足りないときは、自分が作る時間をずらしたり、ワゴンの上で処置台と同じ形をつくる」と述べるように、薬剤が混在しないようにあらかじめスペースを確保して点滴の混注に取

りかかっていた。

混注し終わった点滴ボトルは、点滴台にかけたり、専用のワゴンやトレイの上に置いたりして混注前と混注済みとを場所で分けし、混同しないようにしていた。また、他の患者と混同しないように、必ず一人の患者の一つの薬剤を作成し終えるまでは、次の患者の薬剤を作成しないように注意を払っていた。さらに、作成中ナースコールや電話への対応を余儀なくされるが、自分以外にスタッフがいた場合は、それらの対応を依頼している。自分で対応せざるを得ない場合は、とにかく作成済みをチェックできるところまでは行ってから対応したり、中断状況がわかるように薬剤をトレイに移したりして、混同を避ける行動をとっていた。対象者のこのような行為は、「間違える可能性のないような状況を意識的につくるようにしている」と述べているように、効率性や他者との表面的な人間関係よりも注射業務を優先する意図的なものであった。

4. 実施

実施については、「患者にも確認してもらう機会」をつくるように意識していた。病棟のルールとしては、点滴ボトルには、患者氏名と混注している薬品名を記入したり、バイアルのキャップを張り付けたりする等のルールをつくっていた。個人のルールでは、点滴を施行する前には、ベッドネームを目で確認し、患者の名前を呼んで返事を待ってから実施しており、患者のとり違えがないように注意していた。

VI. 考察

医療事故のうち、高頻度・ハイリスクの注射業務に焦点をあて、面接を行って看護師が日常行っている行為を記述し、看護師が事故を未然に防ぐために、どのような工夫を行っているのかを分析した。対象者は、いずれも10年以上の豊富な臨床経験をもち、過去1年間医療事故を起こしたことのない看護師である。彼らの行動を質的に分析することで、意図的に安全確認行動をとっていることが明らかになった。

A. 安全確認行動としての「ルール」について

看護師は、医療事故が起こる可能性や怖さを常に意識し、医療事故予防策として、「ルール」を遵守することを重視していた。言い換えれば、「ルール違反をしない」ことである。では、看護師が行う看護業務の「ルール」とは何であろうか。石井（1999）は、過去の過失の判定では、看護師の注意義務が問題になっており、事故発生の可能性を予測し（危険発生の予見義務）、それを回避する行為（危険回避義務）といった注意義務違反をしないことの重要性を述べている。看護行為の一つ一つは、予見行為や危険回避行為の基本に即している必要があるということである。また、飛行機事故を何度も回避してきたパイロットが、回避できた理由について「非常に注意深くすること、正しいことを一つずつ行うこと」と述べている（柳田, 1994, p.49）。すなわち、注射業務における「ルール」とは、「危険発生を予測し、危険を回避するために、一連の手順を省略せず、何度も注意深く確認し、正しいことを一つずつ行うこと」であると考えられる。したがって、必ずしも「ルール」とは、組織で決められたことだけに限定されるものではなく、個人が決めたものについても「ルール」と考えられる。

B. 病棟のルールについて

対象看護師は病棟のルールの存在とそれを遵守することの重要性について語っていた。山内（1999）は、1999年に起きた手術患者取り違い事故を分析し、特に大きな要因は「ルール欠如」であったと捉え、取り違いを疑った者がいたにも関わらず手術を続行したのは、患者確認のルールや続行・中止を判断するルール、各チーム間の連携のルールが不十分であったためであり、看護師や個人で起こした事故というよりは、病院という組織の中で複数のエラーやルール違反・欠如が複雑に絡んで起きた構造的事故であると述べている。

組織としての事故予防策は、安全装置を装着した器機の使用や勤務体制などさまざまな対策が必要になるといわれているが、個人に安全確認行動を徹底させるためには、ルールを確立する

こと、そして、そのルール違反を許さないような組織をつくることが重要になると考える。ルール違反をする理由としては、先輩に仕事を頼みづらい、チームメンバーも忙しそうだったから等が多い。しかしながら、割り込み業務を許したことで事故を起こしたという事例が多く、電話などの割り込み業務による中断が、事故発生の一要因になると言われている。対象者は、割り込み業務をしないよう意識的に注意していたが、組織として与薬・注射・輸血・患者の移送等、クリティカルな仕事をしている看護師に対しては、その業務に専念できるように他のことはさせない、例えば、ナースコールや電話は他の人が対応する、というルールを作る。さらに徹底するために「専念中」という意味を示す標識を設けるというような方法についても検討する必要があるのではないだろうか。ルールによって割り込み業務を排除し、ハイリスク業務への専念を守るような組織文化を意図的に創ることが重要になると考える。

川村（2000）は、産業分野で人間がエラーを起こすことを前提にしてシステムの改善に取り組んできたように、医療事故防止に関しても、エラーを人間の不可避な特性としてとらえ、組織としてのシステムアプローチが必要であると述べている。事故を回避してきた看護師の安全確認行動や事故の発生要因と考えられる不安全行動を組織全体で検討し、一つ一つの業務手順について明確なルールを確立していくことは、組織としての重要なアプローチといえよう。事故防止対策としては、まず第一に、ルール違反をせずに「正しいこと」を組織として行うことである。

C. 個人のルールについて

本研究の特徴的な結果として、1点目は、事故を回避してきた看護師は、医療事故が起こる可能性や怖さを常に意識し、事故予防対策として自分なりの業務手順の細かいルール、つまり、安全確認行動として「個人のルール」を意識して設定していたという点、2点目は、自分が設定したルールに対してルール違反をしないように自らに課していたという点があげられる。

まず対象者は、病棟のルールと照合しながら、病棟のルールをさらに行動レベルまで具体化し、自らのルールを作っていた。その際重要なのは、原則を遵守しているという点である。海保(2001)は、認知心理学の視点からヒューマンエラーを低減するために自己モニタリング技法を推奨している。自己モニタリングとは「自分でプランを立ててそれに従って実行し、その実行の結果をプランとの関係で自分で評価する」ということ、つまり「Plan-Do-See (PDS)」の自己完結型サイクルである。海保は、人は仕事をするときには、仕事に組み込まれた目標(外部目標)に従って行為をしているが、実際には外部目標を「自分なりに解釈して」自己目標として取り込み、それに従って行為をしている。外部目標を自己目標として取り込む時に解釈ミスをすると、事故につながる行為を引き起こすと指摘している。対象者が事故を回避できるのは、個人のルールを設定する時に「原則」、つまり病棟のルールを的確に解釈し、ルールから逸脱しないように個人のルールを設定していることによるものと考えられる。

次に、対象者は、一つ一つの行為は自分で設定したルールを通過しなければ次の行為に移らないという行動をとっている。つまり、ルール違反を自分で自分に許さないのである。ダブルチェックや声だし確認、1患者毎1ボトル毎準備するのは、人員も時間も余計になるかもしれない。また、注射業務を中断せず、ナースコール等を他者に依頼するのは、看護師の業務

が慢性的に多忙で煩雑だということからも、人間関係の悪化が懸念されるかもしれない。しかし、対象者は、効率性や表面的な人間関係よりも安全確認行動を優先することで医療事故を回避しているものと推測される。また、事故を分析していると「慣れ」「慢心」による不注意が多いといわれるが、対象者は、何よりもルールを優先している。ナースコールや電話への対応をチームメンバーに依頼するのも同様である。対象者は、割り込み業務の危険性を十分認識しており、ハイリスク業務である点滴業務に専念することを重視しているのである。厚生省(現厚生労働省)の「患者誤認事故防止に関する検討会」の報告書(1999)には、「人間はエラーを犯すものである」ということを前提にして、エラーのチェック機能を強化していくことが重要であると述べている。「ルールを遵守する」というのは、言い換えれば、エラーのチェック機能を「自分自身に課している」のだといえよう。

本研究の対象者は、自分自身がエラーのチェック機能を果たしていたわけであるが、その根底には、看護師としての強い責任感と先輩としての自覚があった。また、現在の医療事故の多さ、社会の看護師への要請に対して関心を示し、情報を得ていた。どのような事故が起こりやすく、その原因は何かも十分承知していた。そのため、安全行動をとるよう自分を律することができていたと考える。石井(1999)は、医療における看護業務を絶対的医行為・相対的医行為・相対的看護行為・絶対的看護行為に分け、

表2. 看護師が関与していた注射業務における重大事故

鎖を断ち切れなかった原因	事故内容	原因	転帰
通常からの逸脱に対する疑問の放置	10倍のモルヒネ投与 3倍の抗癌剤投与 10倍の抗生物質投与 10倍の鎮静剤注射	処方箋への転記ミス 医師の指示間違い 医師の口頭による指示間違い 指示見誤り	死亡 死亡 手首切断 植物状態
思い込み	点滴ミス 血圧下降剤誤投与 栄養剤誤注入 内服薬誤注入	患者間違い 患者間違い 胃チューブとの接続間違い 胃チューブとの接続間違い	死亡 死亡 死亡 死亡

その責任を述べている。そこでは、医行為の決定は、医師の指示が必要になるが、行為の質は看護師のレベルによって異なり、看護師は、継続して看護行為の質を維持し、高めていく責任があると指摘している。これは専門職として負うべき義務であり、その水準に達し得ていないことから生じた事故については、看護師の注意義務違反が問われることになる。注射業務においても、患者に提供される治療の一部を代行する専門職として、安全に行うのは当然の義務であるという認識が必要である。対象者は、このような認識をもっており、それらが自らに独自のルールを設定させ、厳守させるのである。人間はエラーを起こす存在であることを踏まえつつも、安全に対する意識化を高めていくこと、つまり、ルールを遵守するということが看護の責任であるという点を基礎教育でも現任者教育でも強化していく必要があると考える。

D. 看護師が関与していた注射業務における重大事故との安全確認行動の検討

雑誌『月刊切り抜き保健』平成12年1月号から12月号までの1年間に掲載された医療事故について、看護師が関与していた注射業務に関連する事故13件のうち、死亡などの重大な結果にいたった8件(表2)を概観してみると、すべてが単純ミスが原因であると推測された。例えば、医師の指示書からモルヒネ80mlの指示を処方箋に80Aと転記し、10倍のモルヒネを投与した事故や通常1回25mgの抗生物質の指示を10倍の250mgと医師が指示し、看護師が実施したことで点滴漏れを起こし、手首を切断した事故などがある。これらは、通常から逸脱した指示にも関わらず、看護師が疑問をもちながらもそのまま放置し、結局実施してしまったことが原因と考える。また、別の患者の点滴を注射してしまった事故や栄養剤あるいは内服薬を点滴チューブから注入した事故がみられたが、これらは、患者の氏名や薬剤、チューブの注入口などを一つ一つ確認せず、看護師の思い込みで実施してしまったことが原因と考えられる。

したがって、疑問の放置が原因で発生していると思われる事故については、本研究の対象と

なった看護師が行っている【患者情報の把握】【「アレっ?」と思った時は必ず確認後に行為】という行動をとっていれば防止できると思われる。また、思い込みが原因で発生していると思われる事故については、病棟のルールとして【ダブルチェック】をしたり、【声だし・指追い確認】という自己モニタリングによる確認を行ってれば防げると考える。すなわち、事故発生を防止するために必要不可欠な安全確認行動とは、繰り返し言われているように個人が「確認」行為をいかに遵守しているかにつきるといえる。

交通機関では運転者が「確認」する基本動作として、「指差称呼」という行為が義務づけられている。柳田(1999, p.38)は、医療界では「確認」の徹底が未成熟であると指摘し、「指差称呼」の重要性を汲み取り、診療現場の特殊性に対応した「確認」動作の方法をきめ細かく検討し、定着させるべきだと述べている。対象者が属する全ての施設では、薬品の準備に関して、病棟のルールとして複数の看護師でダブルチェックをしていた。そのような組織的な対策は、効果的な医療事故防止策であると考えられる。しかし、事故は、ヒューマンエラーが原因となって起こる事例が多いという現実から考えて、組織的な対策だけでは不十分であることは明らかである。複数の看護師がダブルで確認をしても、所詮それは人間が行うことだからである。

対象者は、複数でダブルチェックしているからといって安心せず、自分が行う「確認」に非常に重きを置き、自己モニタリングを自らの行動に定着させていた。人間は「思い込み」をすることを強く認識しているからである。声出しや指で指示を追いつつながら準備をするという行為は、自分が自分の意識に改めて働きかけることになり、「確認したつもり」を回避できる行動であると考えられる。海保(2001)は、仕事に習熟している時、自己モニタリング技法におけるPDSサイクルが自動化してしまうと述べている。つまり、慣れによる「思い込み」を生じさせる危険があるのである。そこで、PDSをきちんとやっているということを意識化させるために、PDSサイクルを分断するということを敢え

てさせるような仕掛けを導入することが必要になると指摘している。対象者が行っていた【声だし・指追い確認】はPDSサイクルを分断するための仕掛けを組み込んでいるといえよう。さらに【声だし】は、確認という意味のみならず、「情報の共有化」という意義もある。したがって、注射業務以外の看護業務についても、PDSサイクルを意図的に分断していく仕掛けを検討していくことは、医療事故防止に有効な結果をもたらすと考える。

Ⅶ. 研究の限界及び今後の課題

医療事故のうち、高頻度・ハイリスクの注射業務に焦点をあて、面接によって看護師が日常行っている行為を記述し、看護師が事故を未然に防ぐために、どのような工夫を行っているのかを分析した。その結果、事故を回避している看護師の行動を分析することは、医療事故防止対策として重要であることが示唆された。しかし、今回は、面接という対象者の想起に依存してデータを収集しているため、焦点化されるまで複数回の面接を行ったとはいえ、データの信頼性という点においては限界があることは否定できない。今後、面接に加えて、実際の業務手順を一つ一つ確認していく必要があると考える。

また、対象者が9名と少ない。そのため、例えば、注射業務の実施段階では、看護師の安全確認行動は、【患者に声をかけて返事を待ってから実施】が抽出されたのみであった。川村 (1999) は、呼名に対する誤応答を信じたために患者取り違えが引き起こした事例が高齢者に限らず多数見られたと報告している。したがって、今後さらに事例を増やして検討していく必要がある。

今後の課題としては、今回抽出された安全確認行動をもとに事故防止対策として個人のルールを明文化し、看護師に教育・訓練を行い、その後の事故発生状況を比較検討していく必要があると考える。また、今回は、注射業務に限定して安全確認行動を検討したが、さらに他の業務についても検討を行っていく必要がある。

Ⅷ. 結論

- 1) 注射業務における安全確認行動には、病棟のルールと個人のルールが見られた。
- 2) 対象の看護師は、医療事故が起こる可能性や危険性を常に意識し、医療事故を未然に防ぐ方策として、病棟のルールを守り、ルール違反をしないことを厳守して行動していた。
- 3) 対象の看護師は、独自に業務手順の細かいルールを設定して行動していた。また、効率性や他者との表面的な人間関係を維持する以上に、安全確認行動に関する個人のルールを優先し、ルール違反をしないことを自分に課していた。
- 4) 医療事故防止のためには、「確認」行為が非常に重要である。日常業務について、自己モニタリング技法を用い、PDSサイクルを分断するような安全確認行動を導入することが医療事故対策には重要であることが示唆された。
- 5) 以上のような行動規範を有する看護師を対象とした分析が、医療事故防止には重要であることが示唆された。

謝辞

本研究にご協力下さいました看護師の皆様へ深謝致します。

なお、本研究は、平成12年度科学研究費補助金の助成による研究の一部である。また、本論文は、第2回日本赤十字看護学会学術集会で発表したものに加筆・修正したものである。

文献

- 天野綾子・稲部真由美・上釜さつき・中原淳・中村久美子・中塚和子・篠原弘子・金國暎子 (2001). 事故を限りなく0に近づけるための取り組みと実践2「注射グループの取り組み」, 臨床看護, 27(2), 256-261.
- 古橋洋子 (1996). なぜアッとハッとするのか—ニアミスを未然に防ぐ, 看護実践の科学, 増刊号, 6-10.
- 石井トク (1999). 医療事故—看護の法と倫理の視点から(第2版), 東京, 医学書院.
- 看護管理編集室 (1999). 医療事故防止について

- の医療界の見解, 提言, その他の対応, 看護管理, 9(8), 616-619.
- 海保博之 (2001). 自己モニタリングとエラー—認知心理学の立場より, 大山正・丸山康則, ヒューマンエラーの心理学—医療・交通・原子力事故はなぜ起こるのか, (pp.118-130), 千葉, 麗澤大学出版会.
- 川村治子 (1999). 看護のヒヤリ・ハット事例の分析—与薬(注射)エラー発生要因の分析を中心として—, 平成11年度厚生科学研究費.
- 川村治子 (2000). 事例から学ぶ医療事故の防止—注射事故, からだの科学, 臨時増刊号, 15-22.
- 川村治子 (2000). 医療事故防止の考え方, からだの科学, 臨時増刊号, 9-14.
- 小島通代 (1999). 看護単純ミス防止への提案, 看護管理, 9(8), 589-594.
- 小島照子・谷村秀子・天野瑞枝・柘植尚子・今村明美・中西喜美子 (1995). 看護の安全性に関する教育について, 三重大学医療技術短期大学部紀要, 4, 115-123.
- 久米ひさ子 (1996). 「アッとハッとメモ」から学ぶもの, 看護実践の科学, 増刊号, 16-20.
- 中村美優 (1996). 看護婦が「事故報告書」「アッとハッとメモ」を書く理由, 看護実践の科学, 増刊号, 11-15.
- 小野澤康子・吉岡菜緒美・神林政子・登坂香・田村太子・川口緋沙子 (2000). 臨床看護の場におけるインシデントの実態と発生要因の検討, 新潟県立看護短期大学紀要, 6, 71-90.
- リスクマネジメント検討委員会 (2000). 組織で取り組む医療事故防止—看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン—, 東京, 日本看護協会出版会.
- 斉藤トキ子・菊池登美子 (1993). 看護事故発生要因12—パターンと対策, 看護, 45(1), 96-100; 45(2), 146-154; 45(3), 123-128; 45(6), 147-154; 45(9), 148-154; 45(11), 150-156.
- 和賀徳子・内村美子・岩本郁子・平賀元美・菊池ひとみ・宗村美江子・今井保次・丸山美知子 (2001). 看護・医療事故の構造—看護事故事例の質的帰納的分析結果から—, 看護展望, 26(10), 1145-1156.
- 山内隆久 (1999). 論点: 医療事故に科学のメスを, 読売新聞, 6月10日.
- 柳田国男 (1994). 事故調査, 東京, 新潮社.