

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

小野澤康子, 吉岡菜緒美¹⁾, 神林 政子¹⁾
 登坂 香¹⁾, 田村 太子¹⁾, 川口緋沙子²⁾

新潟県立看護短期大学, 新潟県立中央病院¹⁾, 横浜市立大学看護短期大学部²⁾

A study of incident on clinical nursing ; incident mode and nurses perceptions

Yasuko ONOZAWA, Naomi YOSIOKA¹⁾, Masako KANBAYASI¹⁾
 Kaori TOSAKA¹⁾, Taiko TAMURA¹⁾, Hisako KAWAGUTI²⁾

Niigata College of Nursing

Niigata Prefectural Central Hospital¹⁾, Yokohama City University College of Nursing²⁾

Summary Attribution theory attempts to understand how nurses have been incident and their own role in them, particularly incident are carelessness or oblivion.

Based on previous SAIDA studies on nurses perception. It was suggested that SAIDA studies would make 12 pattern of behavior of nurses perceptions following an incident with failure on nursing service.

196 nurses were approached for this study. And 235 cases were incident on clinical nursing on 196 nurses.

The findings from this study indicated that nurses behaved in an atypical manner in response to carelessness or oblivion.

The conclusion that nurses would need constructive changes in their clinical nursing that is nurses own, nursing procedure, method of nursing and on a all the time.

要 約 1施設の看護職者 196人の協力を得て、調査日から遡って1年間に体験したインシデント並びに再発防止案を自由記述形式で回答を求めた。235件のインシデントを先行研究の齋田の看護事故発生要因 12パターンに当てはめた。「つもりイメージ」41件、「注意先急ぎ」40件、「注意空白」38件、「まさかイメージ」34件、「注意掛け持ち」26件が全体の80%を占めていた。

再発防止案の記述内容から「看護職自身の態度」「看護職者の視覚・聴覚とそれに伴う行動」「時間」「チーム」「道具とその使用」「取り扱う薬品」「書類」「患者」「場所」の言葉を見いだした。

臨床看護において発生していたインシデントは、看護職者の不注意や忘却に要因があるようにみえた。しかし、インシデントの発生は、再発防止案にみられた看護職者個人の問題としてとらえると共に、看護職者を含む看護体制（組織）の問題としてとらえることが重要である。

Key words インシデント (incident)
 発生要因パターン (pattern of behavior)
 臨床看護 (clinical nursing)
 看護体制 (method of nursing)

I はじめに

アット、ヒヤリ、しまった等、看護職者自身の気持ちに衝撃を受ける看護行為^{1)~8)}は、看護事故に繋がるものとして、臨床看護の場に防止策が提示されている現状である^{9)~12)}。

アット、ヒヤリ、しまった等の発生状況について、特定の看護職者を対象に調査した報告^{13)~24)}があるものの、施設全体としてどのような事がいつ、どこで、どうして、どのように、だれが、について把握し、発生状況を公的に発表された資料は少ない²⁵⁾。

看護業務の専門性が高まれば高まるほど、それに対する責任と義務から逃れることが出来なくなる。既に法律下では、看護業務の中で発生している事故の責任を問われているのも現状である^{26)・27)}。

アット、ヒヤリ、しまった等のインシデントの発生の要因は、看護職者の認知ミス・判断ミス・記憶ミス・忘却・動作ミス等のヒューマンエラーである²⁸⁾。看護事故発生要因を究明するには、人間が原因となったもの(ヒューマンエラー)を究明するする中で、個人と組織に問題が存在し、その問題を解決する手段が講じられる^{29)・30)}と考えられている。

常日頃、インシデントレポートを書く習慣を、看護職者が持つことも重要³¹⁾であり、インシデントレポート様式を開発し「報告数が増えた」³²⁾、という報告や、インシデントレポートの分析をした結果、「報告されたインシデントの80%が確認に関連していた」³³⁾という報告もある。

そこで、今回、臨床看護の現場でアット、ヒヤリ、しまった等のインシデントを、アンケート調査した結果、インシデント記述内容は、「与薬業務」が多かった。そのインシデントを未然に防ぐ良い案の記述内容は、看護職者自身と看護体制に関するものであった。

II 研究目的

看護職者自身がアット、ヒヤリ、しまった等、と思われた看護行為の実態とその発生要因を明らかにし、インシデント発生の予防に役立てる。

III 研究方法

1 対象：N総合病院の婦長を除く全看護職者(414人)を対象に調査目的を説明し、病院所属の共同研究者が各看護単位の婦長を通じて調査用紙を配布し、協力の得られた274人(回答率66.4%)である。ま

た、インシデントの分析対象は、インシデント有りとした196人(回答者の71.5%)の記述内容である。

2 調査内容：調査内容は、調査日から遡って1年間に「アット」「ハッ」「ドキッ」「ヒヤリ」等を感じた出来事で、患者への影響を未然に防いだ出来事を、その場面、発生月、勤務帯、その時の気持ち、再発の有無、未然に防ぐよい案について自由記述による回答を求めた。あらかじめ記述内容のイメージを持ってもらうため、インシデントの場面として病室内では身の回りの世話中、患者観察中、与薬中、処置中、検査中、患者又は家族と対話中、看護者詰め所内では与薬準備中、処置・検査準備中、記録中、病室外では患者の輸送中、患者の呼び出し中、その他、を調査依頼に添付した。なお、このインシデントは看護管理者に、事故報告書として提出していないものを記述するように依頼した。プロフィールとして、身分(准看護婦、看護婦、助産婦)、臨床年数、配属年数、採用条件(常勤、非常勤)、配偶者の有無、家族構成に回答を求めた。

3 調査期間：1999年3月1日から3月25日

4 調査方法：留め置き法(勤務割りの関係で3週間留置)、アンケート調査は事前に数回病院所属の共同研究者と打ち合わせをし、あくまでも個人に向けられた結果を生み出すことではなく、看護部に報告された看護事故を未然に防ぐために、看護事故に繋がるおそれのあるインシデントの実状を把握し、結果を共有化することを、回答者全員に周知徹底した上で、インシデントを自由記述してもらい、回答者は無記名で個人個人記入した調査用紙を封筒に入れて密封し、婦長経由で回収した。

5 分析方法：インシデントの回答内容は、保健婦・助産婦・看護婦法の看護婦の定義から診療の補助と療養上の世話の二つに分類し、それぞれの内容を斎田^{34)~39)}が提示した看護事故発生要因12パターン(表1)に、当てはめていった。また、回答したインシデントを未然に防ぐ良い案の記述内容から、発生要因12パターン別に単語を引き出し、類似の単語を集合させ、その意味する言葉を抽出した。

6 用語の定義

1) 医療事故

①医療従事者が行う業務上の事故の内、過失が存在するものと不可抗力(偶然)によるものの両方を含めたもの⁴⁰⁾。

表1 看護事故発生要因の12パターン¹⁾

要因	要因の背景	事故発生の流れ (筆者加筆)	要因	要因の背景	事故発生の流れ (筆者加筆)
① 途端忘れ・忘却	伝えようとしている情報 ↓ 行おうとしている行為 別の事態が介入する	情報 ↓ 情報伝達 ↓ 別の事態介入 ↓ 思い出すことを忘れる ↓ 事故	② 注意切り替わり	今注目している状況があるところに別の注目することが入ってきた無意図的に注意の焦点が別のものに移ってしまった	注目行動 ↓ もう一つ注目状況が介入 ↓ 一瞬注意の焦点が意識的でなくなる ↓ 無意図的に別の行動に進んでいる ↓ 事故
③ 記憶立ち消え	情報の伝達 行為の遂行 相手の不在で引き延ばす ↓ 何らかの事態が生じて引き延ばす	情報 ↓ 情報の伝達 ↓ 何らかの事態で伝達が引き延ばされる ↓ 忘れてしまう ↓ 事故	④ 注意空白	あることを行うのに確かに注意を向けて行っていたはずだが一瞬注意の焦点が意識的でなくなっている	注目行動 ↓ 一瞬注意の焦点が意識的でなくなり ↓ 別の注目行動に進んでいる ↓ 事故
⑥ 記憶居座り	大きい業務の流れの中で一部に変更された情報があり、その情報を得ているが、行動全体のリズムやパターンに乗ってしまう	情報 ↓ 変更情報 ↓ 変更前固定的情報 ↓ 使用する ↓ 事故	⑤ 注意先急ぎ	いくつかの固まりで構成されて一連の行動を遂行していく際の行動明確な結果を得るための行動の方に注意の方向が置かれて行動する加速度的に目的のみを選択した結果の行動目的の数量に注意が配分されてしまう 注意の要素である認知や確認の行為がおろそかになっている	注目行動 ↓ 別の注目行動に意識が向いてしまう ↓ 別の行動をする ↓ 事故
⑦ 記憶締め出し	変更された情報は得ている ↓ 変更した新しい情報はまだつかっていないのに、前からの古い情報に関連することが比較的不意に表れた場合 ↓ 以前の情報が不意に表れ印象づけられるかたちになって起こる	情報 ↓ 変更情報 ↓ 馴染みのある情報 ↓ 強調する ↓ 使用する ↓ 事故	⑧ つもりイメージ	情報や行為に対する確かな判断基準や根拠をもたずにおそらくそうであろうと推測で行動を進める	情報・行動 ↓ 判断基準や根拠をもたず ↓ おそらく、およそ ↓ 判断・行動を進める ↓ 事故
⑨ 注意巻き込まれ	相手が示した反応や情報に表面的に同調してしまう ↓ 行動の中身が変わっても形だけが続行される危険性をはらんでいる ↓ 看護婦の主体性を欠いていて瞬時に他者に委ねてしまう ↓ 不意に起こった出来事で重要な決定を要する出来事ではなく考えることや行うことが明確に意識されることはないので、認知や判断を飛び越えて行為をする	注目行動 ↓ 相手の反応に同調する ↓ 無意識的に相手に従ってしまう ↓ 行動する ↓ 事故	⑩ まさかイメージ	ある判断基準にそって正確な情報や行動を必要としているとき事実の確かな証拠を得ず	情報・行動 ↓ 確かな証拠を得ず ↓ まさかそんなことはあるはずがない ↓ 判断・行動を進める ↓ 事故
⑫ 注意掛け持ち	今注意している状況がありそこに別の注目を誘う状況が入ってきた両方に注意を注いでいる際に生じる ↓ 注意の要素のうち認知や確認の容量の限界から自分の動作の情報の扱いに狂いが生じる	注目行動 ↓ 別の注目状況介入 ↓ 無意識的に注意の焦点が別のものに移る ↓ 事故	⑪ 疑問引きずり	事情や行為に対して疑問を抱きながら先を急ぐ業務の流れの中で動いているため	情報・行動 ↓ 疑問を抱く ↓ 業務に流されて ↓ 半信半疑で判断・行動を進める ↓ 事故

②患者に不利益を与え修正が効かない重大な行為と患者に不利益を与え修正が効く行為の二つがある。医療事故とは医療行為のプロセスにおいて予期しなかった事態が発生し、患者に何らかの侵襲をきたしたことをいう⁴¹⁾。

2) 医療過誤

①医療従事者が行う業務上の内、過失の存在を前提としたもの⁴²⁾。

②医療側の何らかの落ち度(過失)によって生じた場合が医療過誤である⁴³⁾。

3) 過失

行為の違法性、すなわち客観的注意義務違反をいう。注意義務は結果発生予見義務と、結果発生回避注意義務とに分けられる⁴⁴⁾。

4) 事故(アクシデント)

インシデントに気づかなかつたり、適切な処置が行われないと、傷害が発生し「事故」となる⁴⁵⁾。

5) エラー

人の誤り全般を指す。ミスとスリップが含まれる⁴⁶⁾。

6) ミス

意識的に不適切な目標を選んでしまう誤り⁴⁷⁾。知識ベース(あいまいな知識、誤った知識、知識の欠如)によるものと、規則ベース(ルール違反、ルール無視)に分けられる⁴⁸⁾。

7) スリップ

目標を行為に移す過程で無意識的に発生した、目標とは異なった行為⁴⁹⁾。

8) 看護事故

①看護職が直接関係する医療事故を看護単純ミス(患者取り違え)と看護過誤(不適切な看護による転倒・転落・褥創発生)の2種類に分類すると対策を考える上で都合がよい⁵⁰⁾。

②看護事故とは広義では医療事故であるが狭義では看護婦の業務上の事故の発生と解する⁵¹⁾。

③患者になんらかの有害なものをもたらしたり、看護婦自身にも傷害を及ぼさないとも限らない、また、直接的な被害には至らなかったもののその危険性があったと考えられるミス⁵²⁾。

④看護のプロセスで当然踏むべき手順を省略したり専門職としてあるべき知識が欠如していたり、注意の集中を怠ったり、技術が未熟であったり、看護体制上に何らかの問題があることによって人為的に患者の生命の危機や病状の悪化をもたらす、不必

要な苦痛に直面させること、また、患者だけでなく看護婦の生命や健康が脅かされる場合もある⁵³⁾。

9) 看護過誤

看護婦に落ち度があれば看護婦の過失であり狭義の看護過誤である⁵⁴⁾。

10) ケアレスミス

うっかりした誤り⁵⁵⁾。

11) ニアミス

悪い結果をもたらす可能性があったが結果的にそうならなかったすべてのできごとをいう、インシデントやヒヤリ、ハッと体験がほぼ同義で使われている⁵⁶⁾。

12) ヒューマンエラー

①人間の間違い⁵⁷⁾。

②人間が課せられた機能を果たさないために生ずるものでその人間を含めたシステムの機能を劣化させたりその可能性もあるもの⁵⁸⁾。

③人間の失敗、ヒューマンエラーを分析すると、いわゆるミスと言われるミス(意識的に不適切な目標を選んでしまう誤り、たとえば判断ミス、選択ミス、実施ミス、スリップと言われる目標に合わない行為、いわゆるうっかり間違い、ラプスと言われる記憶の欠如いわゆるやり忘れ⁵⁹⁾。

13) インシデント

思いがけない出来事「偶発事象」で、これに対して適切な処置が行われないと事故になる可能性のある事象である。現場ではこれを「ヒヤリ・ハッと報告書」「ニアミス報告書」とも表現される場合がある⁶⁰⁾。

14) 与薬ミス

医師が指示し薬剤師が調剤した薬品を看護婦が与薬するとき仕事に冒すミスと定義することが出来る⁶¹⁾。

本稿では、アッと、ヒヤリ、しまった等と感じた看護行為の出来事について、「インシデント」の言葉を用いることにした。

IV 結果

病院の全看護単位から回収された回答者数は274人(回収率66.4%)であった。回答者は、看護婦(士)219人、準看護婦33人、助産婦13人、無回答9人。臨床経験年数は1年未満から35年までで平均12.4年、1年未満が3人、1年以上が264人、無回答7人。当該看護単位の配属年数は1年未満から28年まで平

均3.1年、1年未満が63人、1年以上が204人、無回答7人。採用条件は常勤が225人、非常勤42人、無回答7人。既婚者154人、未婚者94人、離婚者3人、死別者4人、無回答19人。一人暮らしは55人、家族と一緒に156人、単身赴任2人、無回答61人。同居者に要介護者がいるは11人、無しが259人、無回答4人であった。回答者274人中、アッと、ヒヤリ、しまった等と感じた看護行為の出来事（以後インシデントと言う）を記述していたのは196人（71.5%）で、無かったとした人は78人（28.5%）であった。

1 インシデントの内容

196人が延べ235件（1人平均1.2件）のインシデントを記述していた（表2-1～表2-10）。235件のインシデントは「診療の補助」190件（81%）、「療養上の世話」45件（19%）であった（図1）。

「診療の補助」に含まれた具体的なインシデントは、与薬に関するものが132件（56%）で、DIVやIVH、静脈注射、筋肉注射、皮下注射等、与薬準備中のものと、DIVやIVHのボトル交換時や側管注射時、微量点滴装置の操作時等、与薬中のものが多かった。診断に伴う検査や処置に関するものが58件（25%）で、血液透析時、外来患者の呼び出し時、

表2-1 「アッと」、「ヒヤリ」、「しまった」のインシデントの発生要因別記述内容と看護業務

看護業務は○印は診療の補助、●印は療養上の世話を表す。

n o	つもりイメージ	発生日	勤務帯	再発	看護業務
1	DIV調合0.5Aを1Aしように	2	日		○
2	0.5Bを1B吸いように	4	日		○
3	10種類の内服薬を1種類少なく配薬	7	深		○
4	昨日を1昨日と思い丸山ワクチンのアンプルカットした	2	日		○
5	2本のボトルをつなぎ輸液セットに蓋をせず片方のみ終了	1	日		○
6	IVHにDIVセットが付きエア針を付けず滴下不良	9	日		○
7	硬膜外チューブのクランプをせず実際の残量が減少	6	準		○
8	デカドロン6.6mg1Bを2mg1AつめてDIV	7	日		○
9	デカドロン8mg1Bを2mg1AつめてDIV	3	日		○
10	インシュリンの指示量より多い量を微注器で入れる	3	日		○
11	1Aでない注射薬を1A注射器に吸ってボトルに混入しようとした	1	日		○
12	抗生物質0.5Vを1V全量溶解しボトルに混入した	3	日		○
13	指示と違うアンプルをカットした	10	日		○
14	局麻時キシロカインと言われ静注用を注射器に吸いそうになった	10	日		○
15	CT時ポンプからルートを外し滴下量を間違えてセットした		準		○
16	DIV中の子供が泣いていたのであやしていたらDIVが漏れて痛みで泣いていた		準		○
17	わかっているだろうと思っていたらDIV抜去後出血した	10	日		○
18	21時内服のMSコンチン10mgを30mg内服させた	2	準		○
19	食待ちを説明していたのに食事を摂ってしまった		深		●
20	利尿剤を二分の一Aを四分の一Aで準備した	3	準		○
21	抗ガン剤の量を間違えてつめそうになった		日		○
22	2種類の微注器がついている患者にミリスロールの残が5と準夜の記録をみて追加だと思って注射器につめていくとイノパンの方だった	3	深		○
23	DIV準備でフィジオ50mlにヘパリン0.05mlを0.1ml入れそうになった	3	日		○
24	DIVのルートが巻き付いて寝てしまっている子供が動いて接続部が外れ漏れてしまった	10	深		○
25	深夜でパントール2A混注していたが今日の分と思い2A追加した	5	日		○
26	DIVが予定より早く終わり空になっていた		日		○
27	輸液ポンプ使用し24時間で1本のボトルが4時間早く終わってしまった	11	準		○
28	男性のフォーリカテテル挿入し排尿を確認せず固定液を注入し挿入部位を変えようと固定液を引いたが引けなかった	11	日		○
29	DIVの名前を確認したと思って横のボトルをもち名前を呼んで注射を始めたところ他の患者のものだった	12	準		○
30	同じものをつめてと医師に言われ準備しカルテを見たら違っていた		日		○
31	プリンペランと同じ茶色のアンプルのホリゾンを取り出しアンプルカットした	11	深		○
32	CHDF中DIVボトルの追加が遅れセット内にアエーが入った	2	深		○
33	DIVキープ中ワゴンに次のボトルを乗せたが1回目巡視時あともう少しと思い次の巡視時空になっていた		深		○
34	2時の点検時指示量と開始ランプを見たが4時の点検時微注器に注射器がきちっとセットされず指示量が注入できなかった	10	深		○
35	転科の午後腸内視鏡予定の患者と看護婦に昼禁食を話してから休憩に入ったところ他の看護婦が配膳し食べてしまった	1	日		●
36	小児の内服薬を配薬するとき部屋ごとにクリップしてありそのまま配ったら他の部屋の患児のものだった	2	深		○
37	DIV抜去時押さえてときちんと説明したのに出血した	2	日		○
38	DIV中接続部に輪ゴムをかけていたのに外れ漏れていた		日		○
39	抑制が甘かったかAラインを自己抜去していた	2	深		○
40	IVHルートの接続部がゆるんで漏れていた	1	日		○
41	HD中患者が手関節を動かしていたため回路の接続部が外れて出血した	1	日		○

表2-2

n o	注意先急ぎ	発生日	勤務帯	再発	看護業務
1	D I V 抜去後出血した	1 0	日		○
2	注射後押さえてと言わなかったので出血した		日		○
3	D I V 終了後押し急いで出血した		日		○
4	採血後押さえてと言ったが押さえ方が悪く出血した		日		○
5	採血の抜針後、検体1本を取り忘れていた	6	日		○
6	胸部開心術後K補正中で60ml/時間のD I Vを自分の勤務時間帯にメインボトルを交換するため60ml以上/時間の量で滴下した	1	深		○
7	インサイト挿入後駆血帯を外さず内筒を外し出血した	1 1	日		○
8	D I V速度を間違えて入れてしまった		日		○
9	輸液ポンプのエア抜き後クレンメをあげ忘れた	3	日		○
10	シリンジポンプで薬品追加後三方活栓をあげ忘れた	3	日		○
11	輸液ポンプの設定量を変更後開始にするのを忘れた	3	日		○
12	D I V中輸液セットのゴムの接続部が外れ漏れてしまった	3	日		○
13	輸液ポンプのエア抜き後三方活栓のクレンメをあげ忘れたまま再開にしてしまった		準		○
14	輸液ポンプのエア抜き後クレンメをあげ忘れたまま再開にしてしまった	1 0	日	有	○
15	輸液ポンプ使用中側注後三方活栓をあげ忘れた	3	準		○
16	輸液ポンプのエア抜き後クレンメをあげ忘れた	1	日		○
17	輸液ポンプ使用中ボトル交換後クレンメを閉めそのままにしていた	2	日		○
18	輸液ポンプのアラームが鳴り点検後電源を入れ忘れた	3	日		○
19	輸液ポンプ使用中側注のためメイン側を止めたならアラームが鳴り消音して側注後開始ボタンを押し忘れた	7	日	有	○
20	輸液ポンプ使用中セット交換後三方活栓を閉めたままにした	1 0	日		○
21	輸液ポンプ使用中ヘパリンを三方活栓からシリンジポンプで入れ一時中止後再開の指示があり三方活栓をあげ忘れ接続部からヘパリンが漏れた	1	準		○
22	輸液ポンプ使用中I V HよりC V P測定後三方活栓をあげ忘れた	3	日		○
23	輸液ポンプ使用中セット交換時クレンメを閉めたままにした	2	準		○
24	D I V中三方活栓をあげ忘れた	2	深		○
25	全身麻酔導入のD I Vを少し早めに滴下したら早く入ってしまった	1 0	日		○
26	イノパンを追加後三方活栓をあげ忘れた	1 0	日		○
27	配膳したまま食事を摂る支度を忘れてしまった		深		●
28	H D中の機械のプザー時点検した後開始ボタンスイッチを入れ忘れた	1 0	準		○
29	H D終了時返血前の静脈注射をし忘れた	1 0	日		○
30	H D終了時返血終了途中で返血前の静脈注射のあることに気づき与薬した	2	日		○
31	H D終了時側管から入れる注射をし忘れた	1	日		○
32	H D終了時側管から入れる注射をし忘れそうになった	1	日		○
33	ワーファリン内服中の患者の採血後出血した	2	深	有	○
34	輸液ポンプ使用中エア混入のためルートを外した途端滴下量が急速に増加して注入された		日		○
35	サーフコ針抜去時固定のテープを剥がした時接続部が外れ出血した		準		○
36	先を急いでいてH D中カニューレと回路の接続部が外れ出血した	3	準		○
37	新生児を収容中のクベスの窓が開け放し状態で児が泣いていた	9	日		●
38	時間尿測定中にクランプを忘れた		準		○
39	尿の微量測定のためクランプを開放し他のことをしている内に閉めるのを忘れた	2	深		○
40	時間に入れる側注をカードックスの見落としで実施しなかった	1	深		○

表2-3

n o	注意空白	発生日	勤務帯	再発	看護業務
1	2 4時間C C R中の尿を捨てる		日		○
2	D I V 抜去になったベビーのオムツを尿測せず捨てた	1	日		○
3	D I V 準備中i v用の単品を混入しようとした		準		○
4	D I V ボトルに1と2を書き間違えた	2	日		○
5	薬品表示の1号と2号を間違えてD I V ボトルに記入した	3	日		○
6	D I V ボトルに名前を書き間違えた				○
7	I V H 2 4時間持続中の人の1は1号、2は2号とあるのを同じ号のバッグに名前を書いた	1 2	日		○
8	兄弟が入院しD I V中でD I V ボトルに同じ名前を記入した	3	日		○
9	分2の内服薬を昼にも渡しそうになった		日		○
10	尿測中の検尿分を取り忘れた	1 2	深		○
11	ネブライザー液の入った注射器を持ち点滴の接続部も持っていた	1	日		○
12	カルテに違う患者の記録を書いた		日		●
13	腰麻の手術前禁食患者に経管栄養を入れ100ml入ったところで気が付く	1	深		○
14	D I V ボトルに名前を書き間違えた		日		○
15	同姓の患者のボトルを間違えてスタンドにぶらさげた時に気が付いた		日		○
16	入院患者の外來受診時他のI D番号を押してしまった	2	日		○
17	名前が似ている患者のボトルを持って行き差し替え時に気が付いた	9	深		○
18	D I V 準備中F O Yとビタミン剤を混入し半分まで注入して気が付いた	1	日		○
19	ネブライザー液の入った赤テープの付けた注射器とD I Vに側注する注射器と一緒に持っていき側注しようとネブライザー液の注射器をつないだところで気が付いた	1 0	準		○
20	D I V ボトルに名前を書き間違えた	1 2	日		○
21	カルテに違う患者の記録を書いた		準		●
22	抗生剤を側注しようとしてフサンルートにつなごうとした	2	日	有	○
23	カルテに違う患者の記録を書いた	1	日	有	○
24	カルテに赤字で書くのを黒字で書いた		準		○
25	2日分一緒に入った袋の2Bをそのまま溶解してしまった	5	日		○
26	カルテに違う患者の記録を書いた		日		○
27	カルテに違う患者の記録を書いた		日		○
28	医師に夜間の状態を報告するとき別の患者の状態を報告してしまった	1 1	日		○
29	中味が同じD I V ボトルであったが名前が違う患者にしてしまった		日		○
30	患者の健康管理手帳に別の患者の検査データを書いてしまった	3	日		○
31	H Dで静脈側穿刺時に動脈側針で刺してしまった		日		○
32	D I V中のクレンメの調節が悪く滴下が早くなってエアが入ってしまった	2	日		○
33	一字異なる名前の患者に配膳を間違えた	4	準		○
34	暗い部屋で経管栄養とD I V中で三方活栓に経管栄養用の注射器をつけてしまいうすぐ気づいた	1 0	深		○
35	2 4時間C C Rの尿を捨ててしまった	1 0	日		○
36	I V Hを抜去直前にクレンメしたので抜針後出血3分間続いた	3	日		○
37	定時の注射をし忘れた		日		○
38	最初の外來患者のカルテの上に葉のみの患者のカルテが載せられ順番をくわせた	2	日		○

表2-4

n o	まさかイメージ	発生月	勤務帯	再発	看護業務
1	同姓の患者の1人に昼食を配膳しなかった	2	日		●
2	出血傾向の患者のインサイト抜去後圧迫を付き添いに依頼し出血した	3	日		○
3	夜間不穏不眠の患者に眠剤再与薬しさらに不穏強くI V Hルートを切り出血した	3	深		○
4	左下肢切断術後3週目のしっかりした患者が尿器で排尿する前にベットから転落した	5	日		●
5	リウマチ患者を車椅子移動時勢いよく持ち上げて一緒に後方へ倒れそうになった	1	日		●
6	ネオフィリンとエレミックを一緒に注射器に吸い固まっているのを気付かずボトルに入れそうになった	3	日		○
7	手術準備資料とクロス用スピッツにAAさんと書いてあるつもりがABさんになっていた	3	日		○
8	手術準備資料に一文字間違えそのまま手術室に出した	2	日		○
9	Aさんのカルテに隣のBさんの観察内容を書いた	1	深		●
10	d o 1、d o 2という処方箋の入力番号が旧カルテのものであって新カルテに記入された番号と違っていた	1	日		○
11	輸血発注の際、患者の入院カルテ・フィルム・外来カルテのある棚から外来カルテをみて血液型を記入したがその外来カルテが他の患者のものであった	10	準		○
12	手術後患者で2時4時とも何ともなかったが朝MSが抜去されていた	1	深		○
13	名前を間違えて配膳した	1	日		●
14	別の患者のD I Vボトルを注射しようとした	1	日		○
15	同姓の患者の配膳を間違えた	1	日		●
16	抗生剤入りのボトルに付いている指示表の名前をみてD I Vにつなげようとしたらボトルに書いてある名前が他の人のものだった	10	準		○
17	中味は同じでD I Vボトルの名前が違うボトルをつないでしまった	12	日		○
18	同姓で名前も似ている患者に配膳を間違えた	3	日		●
19	同姓の患者に抗生剤を注射しそうになった	11	準		○
20	現品なしの輸液を準備するとき本数を間違えた	2	日		○
21	同姓で名前も似ている患者に内服薬を間違えて渡した	2	日		○
22	2人部屋でD I Vが二人にありAさんから始めボトルのルートのクレンメを開くときボトルの名前をみたらBさんの名前だった	12	準		○
23	気管切開中の患者がM Sチューブを自己抜去した	3	深		○
24	歩行が安定していない患者が車椅子を押しながら歩いていた	3	準		●
25	患者さんがベットから転落していた		準		●
26	同姓の患者に間違えて配膳した		深		●
27	名前を間違えて配膳した	11	準		●
28	巡回時M Sを自己抜去されていた	12	深		○
29	内服薬を与薬時Nさんと思いYさんに渡そうとした	11	深		○
30	同姓同名のカルテを出し同じ注射だったが違う人に注射した	7	日		○
31	同姓同名40代後半と50代後半の人が同日同時予約で診察券や薬を間違えて渡しそうになった	11	日		○
32	透析開始2時間後に時間除水900mlのところ800mlになってしまった	2	準		○
33	透析終了回路を回収時計の固定テープを剥がしていたら動脈側留置針と回路の接続部が外れて出血した	2	日		○
34	全荷重負荷の指示はあったが歩行が不安定で一人歩行はさせていなかったがトイレに行きたくて伝い歩きし途中で歩けなくなっていた	1	深		●

表2-5

n o	注意掛け持ち	発生月	勤務帯	再発	看護業務
1	新入院患者のアナムネ聴取直後別の患者を車椅子でエコー検査に連れて行き別の患者の名前を告げた	1	日		○
2	落ち着きのない患者を看護婦室に車椅子に乗せてつれてきて隣で記録を書いていた患者が急に立ち上がり少し歩き始めた	2	日	有	●
3	I V Hで24時間キープの患者の輸液交換が他の処置に追われ行くのが遅くなり空になった	1	準	有	○
4	吸引カテーテルを床に落としてしまった	12	日		○
5	同じ輸液ボトル2人分を同時に混合し混入する指示薬を違うボトルに入れてしまった	2	日		○
6	外来併診患者のカルテと入院患者のカルテの重ねが逆になり外来患者が遅くなった	3	日		○
7	処置の多い患者が急変し微注射器シリンジの追加時と重なり薬液を間違えて追加した	11	準		○
8	化学療法患者の穿刺介助中にD I V側管から抗カリウム剤とステロイド剤が滴下設定の間違いで早く終了しブザーが鳴って気が付いた	1	日		○
9	分担業務のD I V中のボトルが空になっていた	12	準		○
10	I V H中のボトルが空になっていた		深		○
11	D I V 2本の内1本が終わって空になっていた		日		○
12	検査後のD I V持続中次のボトルを追加する前に空になっていた	3	準	有	○
13	D I V中のボトルが空になっていた		深	有	○
14	D I V中のボトルが空になっていた	5	日	有	○
15	D I V中のボトルが空になっていた	2	準	有	○
16	交換時間に訪室するとD I Vのボトルが空になっていた	2	準	有	○
17	D I V中のボトルが空になっていた	3	日	有	○
18	D I V中のボトルが空になりそうになっていた		深		○
19	常に不穏状態で両手抑制中の患者がガシャンという音で訪室するとベットから落ちていた	9	準	有	●
20	他の患者のところに行っている間にAラインを自己抜去してしまった	2	深		○
21	D I V中2時追加予定で見に行ったらもう少しあり他の処置に追われ大丈夫と思いき次に見に行ったら空になっていた	2	準	有	○
22	輸液ポンプ使用中のD I V側管から抗生物質を入れていたが入院対応や処置に追われ見に行ったらエアが入っていた	12	日		○
23	手術中他の業務に気を取られていたらD I V中のボトルが空になっていた		日		○
24	下肢牽引中の女性患者に尿器を当て他の患者がコールしたため家族に依頼したが尿が漏れてシーツが汚れた	7	準		●
25	D I V終了時間に訪室すると空になっていた	2	日		○
26	ルンバルのため食待ちであったのに配膳とナースコールの対応でうっかり配膳し食べさせた	8	深		●

表2-6

n o	記憶立ち消え	発生月	勤務帯	再発	看護業務
1	退院患者のカルテ処理中ナースコールがあり訪室後カルテ記入を再開したら別のカルテに書いていた	1 2	日		●
2	脳梗塞既往のある患者にBS測定後インシュリン注射を忘れて食事をさせ、申し送り後気づいた		深	有	○
3	放射線科から終了後の患者迎いの電話を受けたが次に他の電話があつて忘れてしまった	2	日		●
4	高カロリー輸液の準備中インシュリンを混入したのにインシュリン未のメモを剥がさなかったので他の看護婦がインシュリンを混入し差し替えるところだった	1	日		○
5	糖尿病患者の食前のBS測定を忘れていて食事を食べ始めていた		日		○
6	食前の血糖測定を忘れて食事を食べ始めていた	3	日		○
7	DIV終了後ロックする予定の患者を終了頃と思ひ見に行つたがもう少し残があり、次に見に行つたときは空になっていた	2	準		○
8	胃カメラの食待ちを言い忘れ食事を食べていた		深		●
9	食前の血糖測定を忘れて食事を食べてしまった		日		○
10	DIV中4時頃交換予定で4時過ぎに行つたら空になっていた	2	深		○
11	内服薬を経管栄養チューブに入れ忘れてしまった	3	準		●
12	吸引瓶を交換し忘れた	6	日		○
13	経管栄養を入れる時間が遅れた		日		●
14	入院患者の対応や処置で他の患者のBS測定を忘れた		日		○
15	明日の外来受診用カルテの準備を忘れた	3	日	有	○
16	DIVが予定より早く終わって空になってしまった		日		○
17	DIV中残量わずかで交換の目処を立てて他の仕事をして訪室したら空になっていた	3	日	有	○
18	糖尿病患者の食前のインシュリン注射を忘れて食べさせてしまった	9	日		○
19	回診前のレントゲン写真を撮る予定表を見つたりだったが見落としていた	2	日		○
20	ERP前の禁食を言い忘れ患者は食べてしまった	1 2	日		●
21	申し送り頃に輸血発注の指示があり発注が落ちてしまった	2	日		○
22	CHF中補液があつたと30分と思ひ緊急入院の対応をしていたら追加を忘れアラームが鳴つた	3	準		○

表2-7

n o	注意切り替わり	発生月	勤務帯	再発	看護業務
1	経管栄養患者に白湯注入の調整がうまくいかず検温を始め振り返ると白湯がかなり入ってしまった	1	深		●
2	セデーション中、呼吸器管理中2時間ごとの体位変換を一人でして気管チューブが抜けそうになった	2	深		●
3	体位変換時MSチューブが体の下になり引つ張られ抜けそうになった		深	有	●
4	採血後酒精綿をテープで固定し血液をスピッツに移していたら出血していた		深	有	○
5	精神科受診患者の母親のみを呼んで話していたら患者が興奮して入ってきた	2	日		○
6	全身麻酔で手術を受ける患者が手術台から足や手をはみ出してしまった	1	日	有	○
7	ベッドで移動中の患者があばれて落ちそうになった		日		●
8	手術直後ベッドで移動中ベッドの脚の部分がおちそうになり、患者の足が落ちそうになった	1 2	日	有	●
9	脳外科手術後患者のベッド柵を降ろして採血し、テープが手元になかったので取りに歩いた間に患者がベッドより落ちていた	1 1	深		●
10	HD中回路にエアが入ってしまった	3	深		○
11	麻痺のある患者を車椅子に移動時麻痺下肢を車椅子にぶつけてしまった		日		●
12	経鼻挿管中の不穏気味で両手抑制していた患者がその場を離れた間に自己抜管していた	2	日		○
13	麻痺のある患者をトイレ移動時麻痺下肢をトイレの脚台に引っかけてしまった		日		●

表2-8

n o	記憶居座り	発生月	勤務帯	再発	看護業務
1	薬液を溶かす生食の量を倍量で溶いてしまった	2	日		○
2	透析機械の条件設定中850ml/時間を900ml/時間に設定しHDが終了してしまった	7	日	有	○
3	抗生剤1gの指示を2gバイアル全量溶解してしまった	9	日		○
4	IVHでラシックスを連日混注していたのでプリンペランは単品で静脈注射の指示を見落とし、ラシックスとプリンペランを同じ注射器に吸ひ混濁してしまった	2	日		○
5	P T C A 前の内服薬中止の指示を忘れ与薬した	2	準		○
6	DIV準備中二分の一アンプルの指示を見落とし1アンプル混入させてしまった	1	日		○
7	DIV準備中10%ブドウ糖の指示を5%ブドウ糖で調合してしまった	2	日		○
8	注射準備中40倍希釈ヒューマン液の指示を10倍希釈液で調合してしまった	1	深		○
9	DIV準備中前日までビタミン剤を混注していたのでボトルに0.1ml入れたところで気づいて止めた	1	日		○
10	中止になった微注を継続してやってしまった	3	日		○
11	個室患者で輸液ポンプ使用中プラスチックボトルとガラスボトルがついておりガラスボトル交換後エア針を刺さず血液が逆流した	8	深		○
12	術後ずっと抗生剤の点滴をしていたが突然薬剤変更となり抗生剤テストせずに調合し滴下直前に気が付いた	3	日		○

表2-9

n o	注意巻き込まれ	発生月	勤務帯	再発	看護業務
1	待合室から診察室に呼び入れたとき同姓同名の患者が入ってきた	1 2	日		○
2	待合室に呼び入れたとき同姓同名の患者が次々に入ってきた		日		○
3	待合室から診察室に呼び入れたとき同姓同名の患者が2人とも返事をした	1	日		○
4	待合室に呼び入れたとき呼んだ人と違う人が入っていた	6	日		○
5	待合室から診察室に同姓同名で診察順番でない患者を診察させてしまった	2	日		○
6	待合室に呼び入れたとき同姓で診察順番でない患者が入っていた	1 2	日		○
7	待合室から診察室に呼び入れたとき同姓で診察順番でない患者を診察させてしまった		日		○
8	同姓同名の2人の患者がいて、薬のみの患者でない人に薬処方と予約券が渡され診察した患者の総括が受付に置いてあり、薬のみの患者から催促されて気が付いた	1	日		○

表2-10

n o	疑問引きずり	発生月	勤務帯	再発	看護業務
1	アンギオ当日朝食は全量の半分を摂取することは大丈夫だろうと思っていたら患者はそれが半量と思ひ全量食べそうになった		深		●

採血後の止血時、食前の血糖測定時等、準備や施行中のものであった。

「療養上の世話」では、食事の援助時が17件(7%)、移動の援助時が15件(6%)、記録・報告時が11件(4%)、排泄の援助時が1件(1%)、環境の整備時が1件(1%)であった。

発生時の勤務帯は日勤帯が142件(60%)、準夜帯が46件(20%)、深夜帯が46件(20%)であった。発生月は2月が44件(19%)で最も多く、3月が36件(15%)、1月が33件(14%)の順であった。なお、発生月は無回答が23%を占めていた。

2 インシデントの発生要因パターン

235件のインシデントを発生要因パターンでみると、「つもりイメージ」が41件(18%)で最も多く、「注意先急ぎ」40件(18%)、「注意空白」38件(16%)、「まさかイメージ」34件(14%)、「注意掛け持ち」26件(11%)の順であった(図2)。なお、「途端忘れ」や「記憶締め出し」に該当するインシデントはなかった。

「診療の補助」におけるインシデントの発生要因

パターンは、「つもりイメージ」が39件(20%)で最も多く、「注意先急ぎ」38件(20%)、「注意空白」28件(15%)、「まさかイメージ」22件(12%)、「注意掛け持ち」22件(12%)の順であった(図3)。また、「診療の補助」のうち与薬に関するものが、診断に伴う検査や処置、血液透析時のものより多いインシデントの発生要因パターンは、「つもりイメージ」39件中34件(87%)、「記憶居座り」12件中10件(83%)、「注意先急ぎ」38件中32件(84%)、「注意掛け持ち」22件中19件(86%)、「注意空白」28件中20件(71%)であった。(図4、図5)

「療養上の世話」におけるインシデントの発生要因パターンは、「まさかイメージ」が12件(28%)で最も多く、「注意空白」10件(22%)、「注意切り替わり」8件(18%)、「記憶立ち消え」6件(13%)の順であった(図6)。また、「療養上の世話」のうち食事の援助時が他の援助時よりも多いインシデント発生要因パターンは、「つもりイメージ」が2件中2件(100%)、「記憶立ち消え」6件中4件(67%)、「まさかイメージ」12件中6件(50%)であった(図

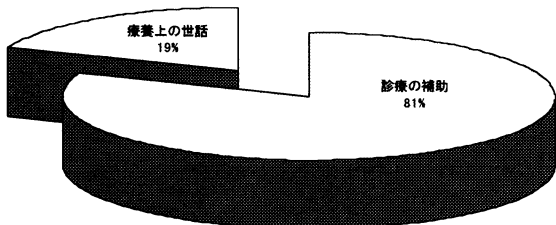


図1 インシデントが発生した看護業務

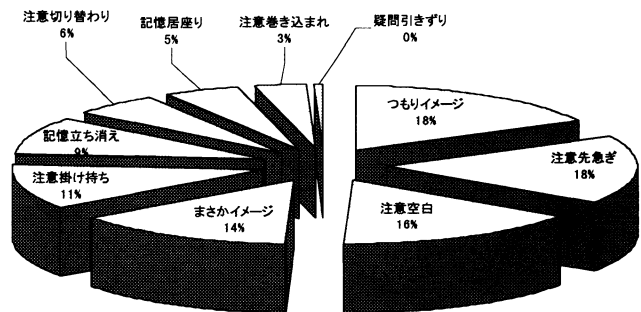


図2 インシデントの発生要因パターン

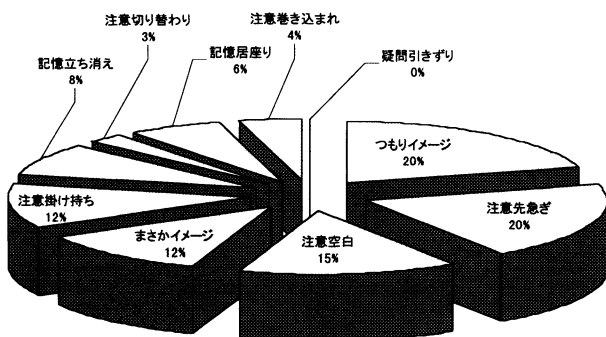


図3 診療の補助に関するインシデント発生要因パターン

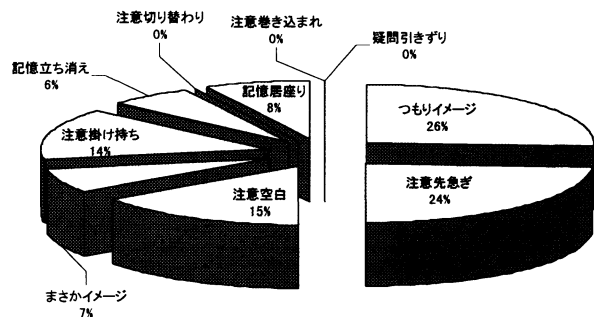


図4 与薬に関するインシデントの発生要因パターン

7)。移動の援助時では「注意切り替わり」8件中7件(88%)であった(図8)。記録・報告時では「注意空白」10件中9件(90%)であった(図9)。

インシデント発生要因パターン別の勤務帯をみると、日勤帯は「注意空白」が27件(19%)で最も多く、「注意先急ぎ」25件(18%)、「つもりイメージ」24件(17%)の順であった。準夜帯では「注意先急ぎ」、「注意掛け持ち」が各々9件(20%)で最も多

く、「まさかイメージ」8件(17%)、「つもりイメージ」7件(15%)の順であった。深夜帯では「つもりイメージ」が10件(22%)で最も多く、次いで「まさかイメージ」8件(17%)であった(図10)。

3 インシデントの再発

過去1年間に同一のインシデントが再発していたかどうかをみると、「注意掛け持ち」に含まれる9件(35%)が最も多く、業務内容は「診療の補助」が

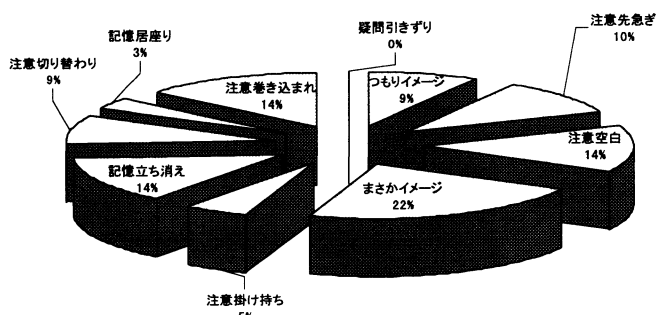


図5 診断・処置に関するインシデントの発生要因パターン

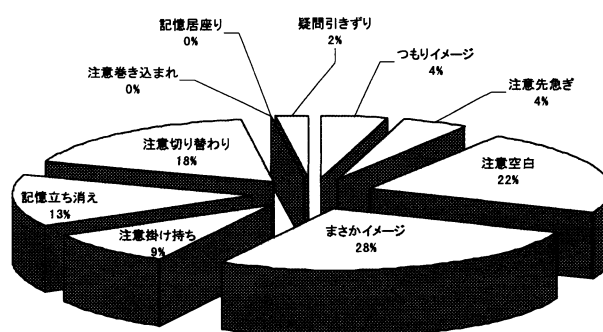


図6 療養上の世話に関するインシデントの発生要因パターン

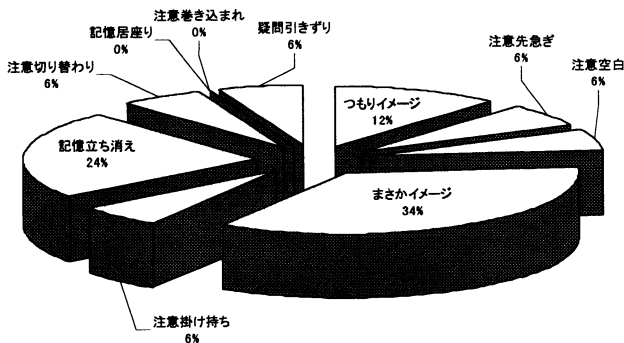


図7 食事の援助に関するインシデントの発生要因パターン

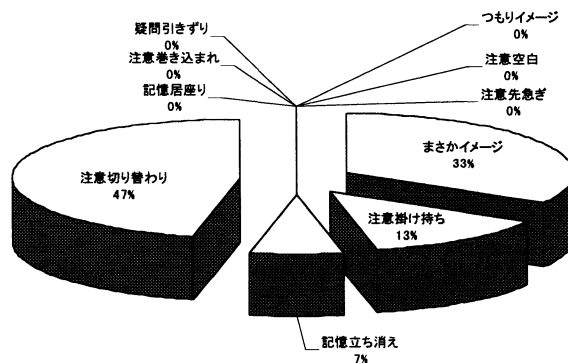


図8 移動の援助に関するインシデントの発生要因パターン

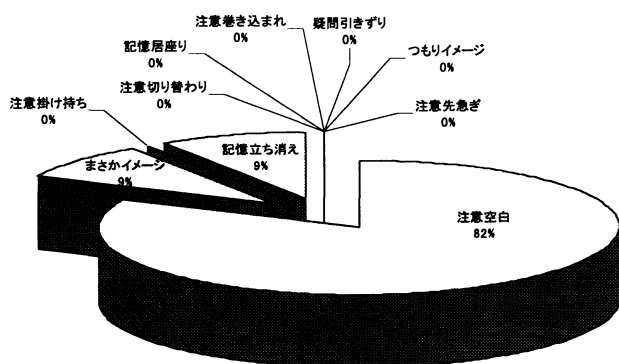


図9 記録・報告に関するインシデントの発生要因パターン

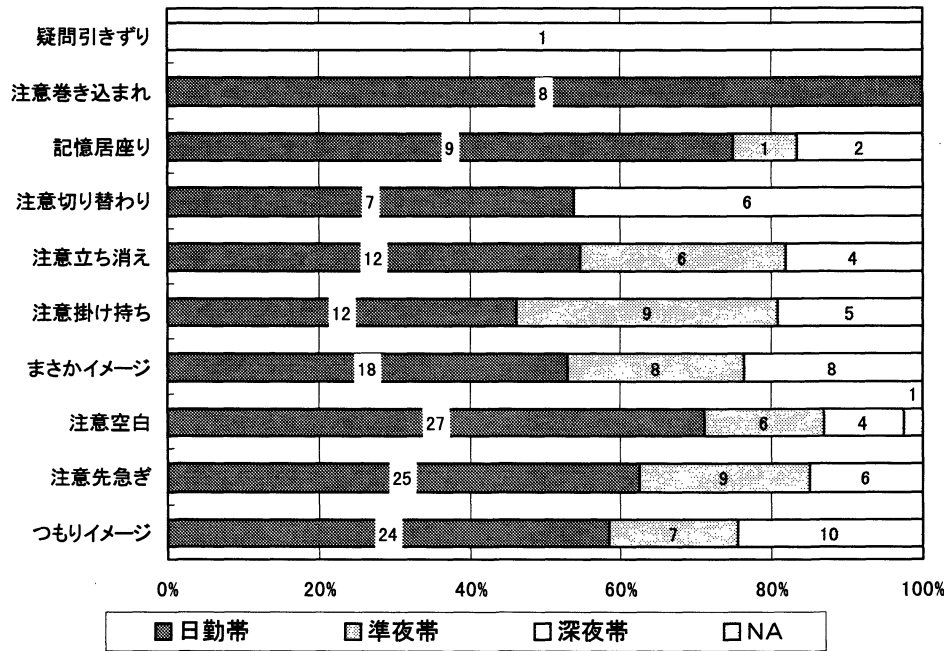


図10 インシデントの発生要因パターン別勤務帯

7件ですべて「DIV中のボトルが空になっていた」であり、「療養上の世話」が2件で「落ち着いたない車椅子に乗っている患者が急に立ち上がって歩き始めた」や「不穏状態の患者が両手抑制中にベッドから落ちていた」であった。

4 インシデント発生時の気持ち

インシデント発生時の気持ちは、「ヒヤリ」が81件(34%)で最も多く、「どうしよう」が56件(24%)、「やってしまった」38件(16%)、「なぜ」18件(8%)の順で、その他「うそッ」、「失敗した」、「遅かった」、「足りなかった」、「すればよかった」、「したはずだが」、「忘れた」、「やっぱり」、「危ない」、等の言葉が記述されていた。

5 インシデントを未然に防ぐ良い案

同一のインシデントを未然に防ぐ良い案として記述された内容を、インシデント発生要因パターン別にみると表3のようであった。

インシデント発生要因パターン別に、インシデントを未然に防ぐ良い案の記述内容から単語を引き出し、単語の集合体から意味する言葉を抽出すると、「つもりイメージ」、「注意先急ぎ」、「注意空白」、「まさかイメージ」、「注意掛け持ち」、「注意立ち消え」、「記憶居座り」を未然に防ぐ良い案の記述内容に、「看護職者の態度」、「看護職者の視覚・聴覚とそれに伴う行動」、「時間」、「チームワーク」、「道具とその使用」、「書類」、「取り扱う薬品」、「患者」の8

種類の言葉を抽出した。

「注意空白」や「まさかイメージ」、「注意切り替わり」、「注意巻き込まれ」では、「場所」の言葉も抽出した。「注意切り替わり」の防止案の記述内容には「書類」や「取り扱う薬品」の言葉が見いだせず、「注意巻き込まれ」でも、「道具とその使用」や「取り扱う薬品」の言葉が見いだせなかった。「疑問引きずり」を未然に防ぐ良い案は1件のみで、「看護職者の態度」、

「看護職者の視覚・聴覚とそれに伴う行動」、「患者」の3種類の言葉が抽出できた(表4)。

V 考察

近年の看護は、医療技術の進歩に伴い、保持すべき知識量や体得すべき技術が質・量共に増加している。看護は安全と安楽を基本にして、対象に提供されるものである⁶²⁾。看護技術は新しい道具の開発に伴い、看護職者自身が道具と密接に関わる能力が必要である^{63)~68)}。さらに、看護は、患者・看護婦関係をよりよく保つことで、患者に質のよい療養生活が確保されるという、重要な看護実践が要求されている。しかし、医療の場では医療過誤が発生し、看護職者が刑事責任を負う状況が見られる⁶⁹⁾。医療事故責任は「個人のみではどうすることもできない、医療の構造的な問題をはらんでいる」⁷⁰⁾と指摘されている。

本研究では、臨床看護の場におけるインシデントの発生状況について、インシデントとその発生時の看護職者の認知領域、インシデントの防止策案について、以下に考察する。

1 インシデントとその発生時の看護職者の認知領域

1施設の全看護単位から協力の得られた196人のインシデント235件のうち190件(81%)は、「診療の補助」業務である。松本⁷¹⁾は、「卒後1年目の看護

表3 「アット」、「ヒヤリ」、「しまった」のインシデントを発生要因別に未然に防ぐ良い案の記述内容

<p><つもりイメージ></p> <p>輸液ボトルの確認を怠らない あとどのくらいで終了するか予測しタイマーをかける、輸液ポンプをつける 確実に注射器をセットする、追加時間に薬液が減っているか確認する 数種類の薬はセロテープで止める、薄暗い時に配薬しない、業務の合間をみて確認する 説明だけでなく患者の指をそこにあてて圧迫させる 輪ゴムのかけ方に気を付ける 手が届かないよう小枕などでガードする 勤務交代直後ルートの確認を行う 穿刺部位の検討、シーネ固定する 確認を基本の基本と念頭において仕事する 3回の確認を確実にを行う 尿の流出を確認してから固定する 確認3回する、事故を起こすまいとする姿勢をもつ フルネームで確認する、名前を読みつつ記入してある名前を本人に見てもら 別々の所に保管する、mgを確認する 十分な説明をする、紙に書いて貼っておく 再度確認する 記録だけを見て思いこみしないで目で見て確認する 確認する 大人と違って体動の激しい児は頻回に訪室する、ルートのチェックをする、接続部の固定方法を工夫する 確認する、思いこみをしない 終了時間を予測して少し早めに訪室する、本人はしっかりしていても当てにしない セットの点検をする、セット交換を確実にする 1バイアル・1アンプルでないときはマーキングする、指示票を落ち着いて見る D I V中の児が泣いているときはまず確認する 注射伝票は事前によく見る アンプル名の確認を確実にする 勤務場所にある薬品は知っておく 指示票をきちんと見る・読む、思いこんで仕事をしない、なにかするときは他のことを考えず集中する 指示票確認を十分に、自分の中のたふんとかたろうとかの考えをなくす 日付を確認する、カレンダーに施行日を○印する カンファレンスでセットの取り扱いの注意を促す 挿入部の再確認をする 失敗したことに恐怖感を抱かない、常に自信をもって仕事に臨む 思いこまない、指示は細部まで確認する 先入観をもたない、mgまで見る 他のスタッフにこれでいいんだよねと確認する、指示票をもう一度確認する 禁食シールを直ぐに貼っておく</p>
<p><注意先急ぎ></p> <p>一旦設定や流量を変更した場合必ず開始になっているか確認する セットを接続した時再度セットを見直しする クレンメや三方活栓を必ず再確認する ポンプを再開するときは確実に確認する その都度ルート確認する 開始時の確認と少しその場においてスムーズに滴下しているかチェックする セットし直した時はきちんと滴下を点検する あわてず落ち着くことが必要である あわてない ラインのゆるみがないか確認する 何度もチェックする ルートの挿入部から薬剤入り注射器まで確認する 必ず確認する 配膳後一ラウンドする 何をするにも最後は確認する 回収前に注射の有無を確認する、注射を見やすい位置においておく 返血操作をする人が気づく所に注射を準備する、返血前に記録を確認してから行う習慣をつける 回収最後の静脈側を抜針する前に必ず再度オーバーテーブルの上を見て注射がないか確認する 薬剤を常に目の届く所に置く、側管の注射があることを他のスタッフに話しておく 採血は日勤でしたらどうか 輸液ポンプ操作時は必ずクランプして行う サーフロ抜去の際は接続部をきちんと押さえてシルキーを剥がす 先を急がず今行っていることを確実にを行う 外に出る前にもう一度点検、スタッフに声掛けをする 尿を全部出してから次のことをする しっかり確認してから行う 一人一人具体的に押さえ方を説明する、押さえられない人は特殊なテープを使用する 採血したものとそうでないものをしっかり分けて置く わかっているだろうけど説明する、押さえるように患者の手をそこにおいて実際にさせて離れる 同時に二つのことをしない 確認する 見落としがないようカードックス、注射指示票をどんな時にもきちんと確認する</p>

<注意空白>

記録を見ながら報告
 一人一人順番に行く
 暗がりでも三方活栓を操作せず電気をつける
 一定の場所に置いてあるスピッツ・尿カップ・伝票の確認をする
 指示票の確認
 順番を記入した予約券をそのまま挟んでおく、出したカルテは直ぐに医師の机の上にもっていく
 薬袋に赤字で方法を記入する
 蓄尿を捨てる時はあるかもしれないぞという気持ちをもつ
 ネプライザー液はスポイトやメスシリンダーで計り注射器につめない
 カルテをよく見る
 情報収集する時点で経管栄養の準備をしない、部屋ネームに禁食札を明記し誰がみてもわかるように気づくようにする
 姓と名前を3回確認
 部屋に入る前に手に取ったボトルの名前と部屋の患者の名前が合っているか確認する、ボトルには部屋番号も記入する
 チェックする人数を増やす、チーム内で間違っただけを話し合う
 気持ちをゆったりと持つ
 ネプライザー液は注射器をつかわないでスポイトを使っている
 職場において私的なことは考えず仕事に集中する
 同姓同名は疾患までしっかり確認して書く
 ボトルからルートまでさぐりながら確認する
 記録時は集中する
 夜勤は赤ペンを取り出しやすくする
 溶かす前に確認する、処方箋をよく見る、薬局からあがってきた薬剤が2日分あれば1日づつ袋に分ける
 記録の簡略化、スタッフを増やす、受け持ちを多く持たせない、
 落ち着いて仕事内容にあった時間で仕事出来る、内容を考え超勤も認める
 ほんの少し1回だけでよいから事前に確認する
 伝票をきちんと確認して書く、自分の記憶を100%信用しない
 個人別に薬局からあげてもらおう
 念には念をする、確認はしっかりする
 繰り返しよく見る
 単品で静脈注射を行うものは先につめてキャップに空アンプルを付けておく
 蓄尿袋に何日～何日までCCR中と書いておく

<まさかイメージ>

穿刺時は留置針と回路の接続はしっかりねじ込むようにする
 ナースコールが手元にあることを確認する
 本人の名前と注射薬を確認する
 カルテに同姓同名であることを表示した
 HD穿刺後機械点検後再度除水量の確認をする
 部屋の入口の名前とよく確認して配膳する
 3回名前を確認する
 伝票を落ち着いてよく見る
 思いこまず最後まで苗字名前を確認する
 3回確認する、スタンドに下げる時ワゴンから取り出す時に確認する
 上肢の抑制、本人に言って聞かせる
 頻回の訪室、声かけをする
 頻回に訪室する
 配膳時患者の名前を声を出して確認する
 部屋の名前やベットの名前を確認する、本人に確認するようにする
 頻回に訪室する、夜間良眠出来るようにイブニングケアをする
 思いこみをしない、名前を大きな声で言う、ベットネームを確認する、基本を守る
 ルートのたくさんある手術後患者は頻回に訪室する、夜間よく眠ってもらう
 フルネームで確認する
 点滴ボトルに書いてある名前とベットネームを確認、
 患者の名前を言って声をかけボトルに書いてある名前であることを確認する
 自分が気をつける
 他人の仕事をそのままのみにせず自分で確認する
 確認する
 資料準備するときカルテやカードックスを見ながら確認して名前を書く
 カルテを確認する
 名前を確かめてから記録する
 一人一人のカルテをチェックする、総括表の処方箋の入力の見直しをする、処方箋は医師が入力する
 氏名・血液型は声を出して確認する、一部分だけ見て信じない、複数で確認する
 もう少し押さえていけばよかった、圧迫止血時間を初めから考慮して配慮する
 患者の行動を見極めて眠剤の与薬はもう少し考えて行う、患者が眠らずとも様子を見る
 ベット柵をきちんとする、電動ベットを低くする、患者の協力を得る
 混入時固まる薬品は薬局から注意事項を受ける

<注意掛け持ち>

本人に確かめる、別の仕事に関わるときは頭の中を切り替える
 抑制などして体が起きないようにする、十分に言い聞かせる
 準夜帯は頼めるときは頼む
 コッヘルなどで固定しておく
 一人ずつ確認しながら調合する
 綿密な連携プレーで情報を共有して確認作業を実施する
 再度確認が必要
 予測時間を計る
 何度か見に行く

<p> D I Vを予測した時間あたりは頻回に訪室する 本人・家族に説明をきちんとしておく、早めに訪室するように心がける 頻回に巡視 事前の滴下数のチェックをする 一つ一つの行為を落ち着いて行う、自分の行動パターンを振り返る 点滴が少なくなったとき見に行ける時間を見極める 輸液残量を見て何時間後に終了するか予測し訪室する、時間があればその前に訪室し残量を確認する 患者が起きているならナースコールしてくれるように頼む 見回りを頻回にする 夜間は見回りを頻回にする、家族の協力を得る、日中なるべく起こす 残量と滴下をよく見て早めに追加を心掛ける 終わる時間をメモして忘れないよう心掛ける 尿意を訴える時間を予測し準備しておく 患者にも気づいたらナースコールしてほしいと声をかける 病室ネームははっきり明記、カーデックス再点検し検査の有無を確認する 流量と予定量は落ち着いて設定した後声を出して確認する 固定の工夫、必要な抑制をする </p>
<p> <注意立ち消え> カルテをよく確かめてから記入する B Sチェックは検温時でなく食前にする 短い用件でもメモをとる 受け持ち患者に対して受け持ち看護婦が責任をもってD I Vを更新する しなければならない業務の優先順位をつける、協力の得られそうな患者には事前に採血の説明をする タイマーを使用する なくなりそうな時間にはこまめに見に行く メモでもタイマーでもつけ忘れないようにする 食待ちの患者の食事を先に取っておく 患者さんへも説明し協力を得る よく指示票を見る、指示を勤務前にもう一度確かめる 最後に仕事が全て終わったか確認する 注意する 本人にきちんと伝え看護婦が忘れていても言ってもら 気を付けるしかない 20~30mlのこっているときは早めに交換する 重要なことはお互いに声を出して確認しあう、看護記録をきちんとする ケアシートの確認 今一度確認する 補液の追加は気が付いたら直ぐ行う、5バック連結しておく </p>
<p> <注意切り替わり> 体位変換前にチューブ類の位置を確認する きちんと止血を自分でする、患者・家族に押さえてもらうよう説明する 手術室入室後患者に十分説明し了解を得て意識のある内に固定する 人手を借りる ベッドの柵を降ろしたままの移動はしない 下肢の確認、一人で出来ないときは他人を呼ぶ、前に向き合って車椅子を移動する 抑制をきちんとする 下肢の位置をきちんとする 忙しくても体位変換は2人で行う、チューブ・ルートは確認して無理がないか気をつける 滴下の速度が落ち着くまで見ている </p>
<p> <記憶居座り> 設定時声を出して患者と共に条件を確認する、半量指示を出すことのある医師の場合は必ず確認する 指示票に赤で○をつけ注意を促す 指示票をよく見る、いつも通りという固定観念を捨てるべきだ 指示簿・カーデックスの再確認 指示を口に出して言葉にして読みながらつめる、思いこみをなくす、時間に余裕をもって準備する 患者の体重によって指示が違うので確認を十分に、しっかり指示票を見る、もしおかしいと思う点があれば忙しくても医師に確認する 毎回確認する事が大切 交換時間を検討する、製品の統一をする 確認する 指示をわかりやすく赤線でラインする </p>
<p> <注意巻き込まれ> 中待合室に呼びこむとき名前を確認して顔と名前を覚える、同姓同名のカルテは赤線を引く 新患を呼び込むときは名前だけでなく年齢・姿など観察し確認しながら呼ぶ、同姓同名の患者がいる可能性があることは放送されている 総括表を打ち出すとき同姓同名ありとコメントを出す 2人共声を上げたときは生年月日を確認している 大きな声でゆっくり一言一言はっきり言うようにして呼ぶあるいは話す 事前に同姓同名の患者がいるとわかれば注意をはらい年齢・I D番号で確認する 同姓の患者さんが続いて中待合室にいるときはフルネームで○○さんの方が先になりますのでと医師が診察室に呼ぶ前に一言声を掛ける フルネームで呼ぶ、同姓の患者が続いているときは医師や看護婦に声を掛けておく カルテに同姓同名ありと赤字でわかるように印をした 同姓同名でなかりょうとI D番号と合わせて行動する 状況が混乱すると抜ける・ 空白になると思って行動する </p>
<p> <疑問引きずり> 同じ説明を繰り返す、患者がどのように理解したか説明のあと確認する </p>

表4 「アッと」、「ヒヤリ」、「しまった」のインシデントを発生要因別に未然に防ぐ良い案の回答内容から引き出した言葉

	抽出した言葉	集約した言葉
つもりイメージ	確認・基本・確実・姿勢・思いこみ・落ち着く・集中・他の事・たぶん・だろう・考え・十分に・先入観・失敗・恐怖感・自信	看護職者の態度
	目・見る・読む・点検・注意・取り扱い・訪室・工夫・説明・記録・記入・貼る・マーキング・日付・カレンダー・細部	視覚・聴覚・行動
	頻回・早め・予測・タイマー・終了時間・業務の合間・勤務交代・事前・3回・再度・もう一度	時間
	カンファレンス・スタッフ	チーム
	薄暗い場所・輸液ルート・輸液ポンプ・点滴中・輸液セット交換・輪ゴム・小枕・シーネ固定・禁食シール・穿刺部位・接続・固定・挿入部・保管・別々	道具・使用
	指示票・注射伝票	書類
	数種類の内服薬・mg・1バイアル・1アンプル・薬品・輸液ボトル フルネーム・名前・本人・体動・患児の泣き声	薬品 患者
注意先急ぎ	確認・点検・確実・きちんと・しっかり・あわてず・落ち着く・今行っていること・習慣・具体的に・実際に	看護職者の態度
	見やすい・気づく所・位置・目の届く所・ラウンド・説明・準備・分ける・記録・操作・接続・設定・流量・変更・開始・押さえる・押さえ方・配膳・採血・二つの事	視覚・聴覚・行動
	日勤・その場・その都度・再度・見直し・何度も・もう一度・先を急がず・どんな時も	時間
	スタッフ・声掛け	チーム
	セット・ライン・ルート・ゆるみ・滴下・クレンメ・クランプ・三方活栓・輸液ポンプ・シルキーテープ・オーバーテーブル・透析回収・サーフロ針・側管注射	道具・使用
	カーデックス、指示票	書類
	薬剤・注射 患者・一人一人	薬品 患者
注意空白	確認・気づく・気持ち・落ち着いて・記憶・念には念を・信用・私的・仕事・集中・間違い・きちんと	看護職者の態度
	明記・簡略化・報告・記録・記入・書く・赤字・情報収集・よく見る・手に取る・さぐる・取り出しやすく・挟む・詰める・溶かす・捨てる・準備・順番・部屋ネーム・禁食札・暗がり	視覚・聴覚・行動
	事前に・ほんの少し・3回・繰り返し・時点・直ぐに・ゆったり	時間
	医師・スタッフ・チーム・薬局・受け持ち・多く・超勤・話し合い・職場	チーム
	ルート・三方活栓・スポイト・メスシリンダ・注射器・蓄尿・経管栄養・方法・静脈注射	道具・使用
	指示票・処方箋・伝票・予約券・カルテ・疾患	書類
	輸液ボトル・薬袋・ネプライザー液・単品 一人一人・同姓同名・姓と名前・部屋番号・個人別に 部屋・一定の場所・机の上	薬品 患者 場所
まさかイメージ	確認・しっかり・落ち着いて・思いこまない・基本・気を付ける・うのみにしない・一部分・信じない・考慮する・配慮する・見極めて・考えて	看護職者の態度
	声掛け・言う・聞かせる・よく見る・訪室・表示・ねじこむ・接続・下げる・配膳・取り出す・抑制・声を出して・大きな声・イブニングケア・良眠・書く・点検・準備・押さえる・圧迫止血・様子を見る・受ける・記録・入力・ベッドネーム・ボトルネーム	視覚・聴覚・行動
	3回・頻回・夜間・もう少し・時間・最後まで・始めから	時間
	スタッフ・仕事・医師・複数・薬局・見直し	チーム
	透析穿刺・留置針・回路・スタンド・透析機械・ナースコール・ワゴン・ルート多数・ベッド・ベッド柵・与薬・電動ベッド	道具・使用
	資料・カルテ・カーデックス・総括表・処方箋・伝票・除水量・注意事項	書類
	点滴ボトル・調剤・薬品・眠剤 手術後患者・名前・同姓同名・フルネーム・氏名・一人一人・本人・患者・血液型・上肢・手元 部屋	薬品 患者 場所

注意 掛け ち	確認・頭の中・切り替える・十分に・綿密・必要・きちんと・心掛ける・落ち着いて・自分・振り返る・必要時	看護職者の態度
	巡視・訪室・見に行く・言い聞かせる・声を掛ける・声を出して・関わる・頼む・行為・行動パターン・病室ネーム・予定量・設定・検査・作業・実施・説明・点検・工夫・再点検・有無・一つ一つ	視覚・聴覚・行動
	早めに・予測・時間・何度か・頻回に・少なくなる・何時間後・終了・事前・準夜帯・再度	時間
	共有・スタッフ・連携	チーム
	抑制・固定・抑制・別の仕事・D I V・滴下数・輸液残量・輸液流量・コップフェル・ナースコール	道具・使用
	明記・情報・カードックス	書類
	調合・輸液	薬品
本人・体・一人づつ・家族	患者	
注意 立ち 消え	確認・よく・責任・注意・きちんと・気を付ける・重要なこと・気が付いたら直ぐ	看護職者の態度
	交換・見に行く・仕事・全て・終わったか・説明・見る・指示・伝える・声を出して・記入・短い用件・食待ち・食事・食前・しなければならない業務・追加	視覚・聴覚・行動
	タイマー・つけ忘れない・優先順位・なくなりそうな時間・こまめに・もう一度・早めに・事前に・勤務前に・最後	時間
	受け持ち看護婦・スタッフ	チーム
	B S測定・検温・D I V・追加・採血・連結	道具・使用
	指示票・看護記録・ケアシート・メモ・カルテ	書類
	透析液5パック	薬品
受け持ち患者・協力を得る・患者	患者	
注意 切り 替わり	確認・十分に・きちんと・落ち着くまで・気を付ける	看護職者の態度
	見る・位置・体位変換・押さえる・固定・説明・抑制・滴下・速度・無理がない・得る・借りる・移動・降ろす・向き合う・意識・了解	視覚・聴覚・行動
	忙しくても	時間
	スタッフ・2人で	チーム
	チューブ類・ルート・ベッド柵・車椅子	道具・使用
	患者・家族・下肢	患者
手術室・入室	場所	
記憶 居座り	確認・再確認・必ず・注意・大切・促す・固定観念・思いこみ・なくす・捨てる・いつも通り・十分に・しっかり・おかしい・思う点・忙しくても・わかりやすく	看護職者の態度
	よく見る・声を出して・口に出して・言葉・読みながら・準備・設定時・条件・赤○印・赤線	視覚・聴覚・行動
	余裕・時間・毎回・交換時間	時間
	医師・検討	チーム
	製品・統一	道具・使用
	カードックス・指示簿・指示票・半量指示・指示	書類
	調合	薬品
患者・患者の体重	患者	
注意 巻き 込まれ	確認・覚える・可能性・はっきり・わかれば・注意・はらう・空白・思う	看護職者の態度
	事前・一言一言・呼び込む・放送・言う・話す・いる・続く・打ち出す・大きな声・声を掛ける・合わせる・行動・赤字・印・コメント	視覚・聴覚・行動
	ゆっくり	時間
	医師・看護婦	チーム
	総括表・カルテ・I D番号	書類
	名前・同姓同名・顔・2人共・返事・年齢・生年月日	患者
中待合室	場所	
疑問 引き ずり	確認・どのように	看護職者の態度
	繰り返す・同じ・説明	視覚・聴覚・行動
	患者・理解	患者

婦 49 人の事故報告書が 337 件で、検査処置に関することと持続点滴の速度の誤りに関する〈診療補助〉業務は、〈療養上の世話〉の約 3 倍であった」と報告している。また、杉谷⁷²⁾は平成 7 年に行った看護上の事故調査の結果「97 病院から回答のあった 4709 件の事故報告を分析し、〈診療の補助〉業務に関するものは約 35%であった。」と報告している。本調査では「診療の補助」業務に関する件数が「療養上の世話」の約 4 倍で、松本の調査や杉谷の調査よりも多い傾向である。

「診療の補助」業務のインシデント 190 件中、与薬に関するものが 56%を占めている。与薬に関するもののインシデント発生時の看護婦の認知領域をみると、「つもりイメージ」、「注意先急ぎ」、「注意掛け持ち」、「記憶居座り」、「注意空白」に占める割合は 53~83%である。「診療の補助」業務のうち「注意巻き込まれ」8 件全てが、診断に伴う検査・処置・血液透析時のものである。「療養上の世話」業務のインシデント 45 件中 17 件 (38%) が食事の援助時であり、食事の援助時 17 件中 6 件 (35%) が「まさかイメージ」で、6 件全てが配膳間違いである。移動の援助時は、45 件中 15 件 (33%) で、移動の援助時 15 件中 7 件 (47%) が「注意切り替わり」である。その内容は、「呼吸管理中体位変換を 2 時間毎に 1 人でして、気管チューブが抜けそうになった」、「体位変換時胃チューブが体の下になり引っ張られて抜けそうになった」、「ベットで移動中患者が暴れて落ちそうになった」等である。記録・報告時は 45 件中 11 件 (24%) で、記録・報告時 11 件中 9 件 (82%) が「注意空白」である。その内容は 9 件中 5 件 (56%) が「カルテに違う患者の記録を書いた」である。

このような看護職者自身の「判断基準の根拠をもちたず行動する（つもりイメージ）、（まさかイメージ）」、「別の注目行動に意識が向いてしまう（注意先急ぎ）」、「別の注目状況が介入し無意識的に焦点が別のものに移る（注意掛け持ち）、（注意切り替わり）」、「固定情報を使用してしまったため（記憶居座り）」、「一瞬注意の焦点が意識的でなくなる（注意空白）」、「相手の反応に無意識的に同調する（注意巻き込まれ）」の発生要因によるインシデントは、看護職者個人の不注意や忘却等、看護職者の認知領域に直接的な看護職者自身の内部要因が関わっていると考える。しかし、看護職者個人に別の注目状況が介入したため（注意先急ぎ、注意掛け持ち、注意切り替わり）

に発生していたインシデントは、看護職者の認知行動を左右する外部要因が関わって引き起こされていると考える。

2 インシデントの防止策案

「診療の補助」や「療養上の世話」業務中のインシデントについて、同一のインシデントを未然に防ぐ良い案の記述内容から、「看護職者の態度」、「看護職者の視覚・聴覚とそれに伴う行動」、「時間」、「チーム」、「道具とその使用」、「書類」、「取り扱う薬品」、「患者」、「場所」という言葉が抽出された。

これらの言葉をもとに、看護職者の認知領域に直接的な看護職者自身の内部要因としての、観察力・判断力・時間感覚や、看護職者の認知行動を左右する外部要因としての看護体制について考察する。

1) 看護職者自身の観察力・判断力

インシデントの発生要因で最も多い「つもりイメージ」では、「DIV 調合時 0.5 アンブルのところ 1 アンブル混入しそうになった」等、薬液調合時のインシデントが 17 件である。「看護職者の態度」には、確認、基本、集中、確実、思いこまない等、看護職者個人が持つべき態度を表す言葉が多い。「看護職者の視覚・聴覚とそれに伴う行動」には、読む、点検、声かけ、マーキング、手に取る等、看護職者自身が自分自身の観察力や判断力を、駆使して行動することを表す言葉が多い。このように、インシデントを防ぐ良い案は、看護職者自らの改善すべきことのあることを記述している。奥秋⁷³⁾は看護職者自身の防止策の第一として、「個人に教育・訓練・動機づけ・意欲の高揚」を掲げている⁷³⁾。また、小島⁷⁴⁾は看護事故防止策として、「割り込み仕事から看護職を守るために、その仕事に関わっている間、専念看護職者には、他の職員は割り込み仕事を命じず、依頼しない、専念看護職者は自分が専念している仕事以外のことで話しかけられても返答の義務はない。声を出して確認する、声だし動作を確実に愚直に実行することを看護職の特技としたい。」と提言している。このように、看護職者が観察力と判断力を養い、さらに「思いこまない」ために、確認の声を出す習慣を身につけることが必要と考える。

2) 看護職者の時間感覚

「診療の補助」業務の与薬に関するものは、「医療事故として最も多く、ケアレス・ミスやポーン・ヘッドがあまりにも多い」⁷⁵⁾と指摘されている。

「注意先急ぎ」では「輸液ポンプの点検後のクレ

ンメのあけ忘れ」が13件や、「注意掛け持ち」では「DIVまたはIVH実施中ボトルが空になっていた」が14件である。それに対する防止案は、頻回、優先順位、予測、タイマー、もう一度、その都度、早めに等、「時間」を意識的に運用しないと、インシデントの発生につながると看護職者が考えているものと思われる。看護職者が時間意識を高めるために「行為とは瞬間であり、手を支配するのはまさしく心である。すべてが絶対のリズムを帯びる」⁷⁶⁾といわれるように、業務にリズムをもたせることも重要であり、「決して流れ作業にならないように。」⁷⁷⁾と提言されている。また、「時間を認知できるか否かはわれわれの精神を、継起的に起こる事柄に集中できるかどうかにかかっている。われわれは同時に起こる二つの事柄が何らかの方法で結びつけられないかぎり、これらを同時に留意したり明確に知覚したりできない。出来事を時間的に順序付けることにかけて記憶は全くあてにならない。」⁷⁸⁾とあるように、業務が記憶を頼りに行動するのではなく、「タイマーを使う」、「優先順位をつける」、「予測する」等、未然に防ぐ良い案として記述した内容にみられる「時間」を重要視する必要があると考える。さらに、「注意掛け持ち」を未然に防ぐ良い案に、「患者にナースコールを押してほしいと声を掛ける」等、「患者」の協力を得ることも考えられている。このことは、「看護婦と患者との共有される時間が起こって始めて看護実践が始まる。」⁷⁹⁾とあるように、看護職者は、患者と共に患者が体験している時間を意識し、時間感覚を大切にすることが、インシデントを防止することにつながると考える。

3) 看護体制

臨床看護の場面ではチームナーシングの下で部屋別受け持ち制を併用し、一人の看護職者は複数の患者に種々の看護を実践している。インシデント発生要因の「注意掛け持ち」の場面で多いのは、「DIV中のボトルが空になっていた」であり、「注意切り替わり」では「セデーション中呼吸器管理中の患者に2時間毎の体位変換を一人ですて気管チューブが抜けそうになった」等、他の患者に注目している時や、一人で受け持ち患者の体位変換の援助をしている時に発生している。このインシデントを未然に防ぐ良い案の記述内容には、「準夜帯は頼めるときは頼む」、「頻回に巡視」、「一人で出来ない時は他人を呼ぶ」、「忙しくても体位変換は二人で行う」があり、記述

内容には共有、スタッフ、連携等、「チーム」内の協力体制を敷くことによって、インシデントが防止出来るのではと考えていることが伺える。

また、看護職者同志との関係において生じたと考えられるインシデントは、「つもりイメージ」では「午後内視鏡予定者の禁食食を患者と看護婦に話をして休憩に入った所、他の看護婦が配膳したので食べてしまった」があり、未然に防ぐ良い案は「禁食シールを直ぐに貼っておく」である。このように、「つもりイメージ」を未然に防ぐ良い案の記述内容には、カンファレンス、スタッフ等、「チーム」内で情報の共有化を推進する看護体制を模索していると考えられる。

さらに、与薬に関するインシデントは、「つもりイメージ」に「同じものをとめてと医師に言われ準備しカルテをみたら違っていた」で、それを未然に防ぐ良い案は「確認する・思いこみをしない」とある。「記憶居座り」では「抗生剤1gの指示を2gバイアル全量溶解してしまった」で、未然に防ぐ良い案は「半量指示をだすことのある医師の場合は必ず確認する」とある。このように、与薬に関するインシデントを未然に防ぐ良い案の記述内容は、バイアル、アンプル、調合等、「薬品」の取り扱いについて、再検討が必要なことを指摘していると考えられる。既に与薬ミス防止策として「医師の指示の転記廃止、薬剤師による個人薬剤セットの導入をしている」⁸⁰⁾という報告もある。本調査のインシデントの56%は与薬に関するものであり、医師の指示の受け方や調剤等、看護職者・医師・薬剤師間の連携の見直しが必要とされていると考える。本調査のインシデントは「診療の補助」に関するものが81%あり、このインシデントの発生を防止するには、「看護独自というよりもチーム医療として行うものの中に、より安全を重視するといったものが多い」⁸¹⁾と提言されているように、医療チームメンバーの連携をより良いものにする看護体制が望まれていると考える。

VI まとめ

1 施設の臨床看護において過去1年間に発生したインシデントは、196人から235件の回答を得た。内容は以下のようであった。

1 「診療の補助」業務に関するものは190件(81%)で、そのうち56%は与薬に関するものであった。「療養上の世話」業務に関するものは45件(19%)で、

そのうち食事の世話に関するものが7%、移動の援助に関するものが6%、記録・報告に関するものが5%であった。

2 インシデントで最も多い与薬業務は、「つもりイメージ」、「注意先急ぎ」、「記憶居座り」、「注意掛け持ち」のインシデント発生要因が各々約8割を占めていた。

3 「療養上の世話」業務のインシデントは、「注意切り替わり」のインシデント発生要因が約6割を占めていた。

4 インシデント発生は、看護職者自身によるものと、看護職者個人を含む看護体制によるものとがあると考えられる。

おわりに

看護事故は医療の場面では起きてはならないことである。アツと、ヒヤリ、しまったと看護職者が感じる業務中の出来事が、臨床現場から少しでも減少出来ないかと、看護職者誰でもが思っていることである。人間対人間が直接、瞬時に関わる看護業務であることを再認識し、インシデントを防止する看護業務の改善として、個人の能力向上と効果的な看護体制を構築することが、今後の課題である。

文献

- 1) 斎田トキ子他5名、記憶と注意の特性からみた看護事故発生要因の分類、第22回日本看護学会看護管理学科誌、p124-127、1991
- 2) 斎田トキ子他1名、看護事故発生要因12、看護、45(1)、p96-100、1993
- 3) 斎田トキ子他1名、看護事故発生要因12、看護、45(2)、p149-154、1993
- 4) 斎田トキ子他1名、看護事故発生要因12、看護、45(3)、p123-128、1993
- 5) 斎田トキ子他1名、看護事故発生要因12、看護、45(6)、p147-154、1993
- 6) 斎田トキ子他1名、看護事故発生要因12、看護、45(11)、p148-154、1993
- 7) 斎田トキ子他1名、看護事故発生要因12、看護、45(13)、p150-156、1993
- 8) 松永直子他1名、看護事故に影響を及ぼす看護婦の「思いこみ」の分類、日本看護研究学会雑誌、21(3)、p173、1998
- 9) 日本看護協会編、組織で取り組む医療事故防止、看護協会出版会、東京、p5-60、1999
- 10) 小島通代、看護単純ミス防止への提案、看護管理、9(8)、

- p589-594、1999
- 11) 佐竹純子、看護ケア安全対策委員会における活動の実際、看護管理、9(8)、p599-602、1999
 - 12) 古橋洋子、なぜアツとハツとするのか—ニアミスを未然に防ぐ—、看護実践の科学、21(7)、p6-10、1996
 - 13) 久米ひさ子、「アツとハツとメモ」から学ぶもの、看護実践の科学、21(7)、p16-20、1996
 - 14) 中村美優、看護婦が「事故報告書」「アツとハツとメモ」を書く理由、看護実践の科学、21(7)、p11-15、1996
 - 15) 海保歩、松葉杖・車椅子での転倒、ベッドからの転落、看護実践の科学、21(7)、p22-26、1996
 - 16) 屋宜譜美子、成人の転倒、看護実践の科学、21(7)、p35-38、1996
 - 17) 玉木ミヨ子、患者の名前の確認、看護実践の科学、21(7)、p39-42、1996
 - 18) 関口恵子、ベッド上排泄、看護実践の科学、21(7)、p52-55、1996
 - 19) 加藤美代志、輸液中の患者、看護実践の科学、21(7)、p63-66、1996
 - 20) 土居郁子、中心静脈栄養カテーテル挿入中の患者、看護実践の科学、21(7)、p67-71、1996
 - 21) 石川恵子、褥瘡ゼロに取り組む看護活動、看護実践の科学、24(10)、p36-42、1999
 - 22) 木下有子他9名、投薬ミス防止の活動と看護婦の意識の変化、看護実践の科学、24(10)、p43-47、1999
 - 23) 小泉奈緒美他、看護の工夫、事故防止 医療事故を考える”アツとハツとノート”の分析、医療、51(増)、p513、1997、10
 - 24) 松本あつ子他2名、卒後1年目看護婦の起こすミス・ニアミス、第25回日本看護学会看護教育学会誌、p72-74、1994
 - 25) 杉谷藤子、看護事故防止の手引き、日本看護協会出版会、東京、p51-53、1997
 - 26) 石井トク、医療事故第2版、医学書院、東京、p7-12、1999
 - 27) 高岡正幸、増加する医療事故と医療訴訟、からだの科学、臨時増刊、p2-8、2000
 - 28) 奥秋 晟、マン・マシン・インタフェースからみた医療事故、からだの科学、臨時増刊、p97-105、2000
 - 29) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization、山内豊明訳、JCAHO 医療における質改善入門、医学書院、東京、p2-8、1999
 - 30) 星野洋子他2名、看護業務改善から直接ケアの充実へ、看護実践の科学、24(10)、p31-35、1999
 - 31) 前掲書29)p67
 - 32) 斉藤広子、看護部門の医療事故②転倒・転落事故、からだの科学、臨時増刊、p23-31、2000
 - 33) 前掲書10)p589-594
 - 34) 前掲書2)p96-100

- 35) 前掲書 3) p 149-154
- 36) 前掲書 4) p 123-128
- 37) 前掲書 5) p 147-154
- 38) 前掲書 6) p 148-154
- 39) 前掲書 7) p 150-156
- 40) 前掲書 9) p 44-47
- 41) 前掲書 26) p 7-12
- 42) 前掲書 9) p 44-47
- 43) 前掲書 26) p 7-12
- 44) 前掲書 9) p 44-47
- 45) 前掲書 9) p 44-47
- 46) 前掲書 9) p 48-55
- 47) 前掲書 9) p 56-59
- 48) 前掲書 9) p 60
- 49) 前掲書 10) p 589-594
- 50) 前掲書 26) p 7-12
- 51) 前掲書 2) p 96-100
- 52) 川島みどり編、看護技術の安全性、メヂカルフレンド社、東京、p 11-12、昭和 49
- 53) 前掲書 26) p 7-12
- 54) 仁志田博司、NICU における医療事故、からだの科学、臨時増刊、p 67-71、2000
- 55) 川村治子、医療事故防止の考え方ー個人の努力のみに依存した事故防止からシステムの改善もー、からだの科学、臨時増刊、p 9-14、2000
- 56) 島田康弘、手術室ー麻酔事故ーからだの科学、臨時増刊、p 61-66、2000
- 57) 前掲書 55) p 9-14
- 58) 前掲書 28) p 97-105
- 59) 前掲書 56) p 61-66
- 60) 前掲書 9) p 5-60
- 61) Zane Robinson Wolf 編、岡本勝治他 2 名訳、与薬ミス、医学書院、東京、p 180、131-150、1999
- 62) メヂカルフレンド社編集部編、看護技術論、メヂカルフレンド社、東京、p 327-337、昭和 52
- 63) 前掲書 62)、p 300-312
- 64) 前掲書 62)、p 327-337
- 65) 前掲書 62)、p 73-110
- 66) 前掲書 62)、p 139-178
- 67) 前掲書 62)、p 111-138
- 68) 前掲書 62)、p 38-71
- 69) 富田功一、コ・メディカルの医療行為と法律、南山堂、東京、p 85-103、1992
- 70) 金川琢雄、現代医事法学、金原出版、東京、p 7-8、1993
- 71) 前掲書 24) p 72-74
- 72) 前掲書 25) p 53-59
- 73) 前掲書 28) p 97-105
- 74) 前掲書 10) p 589-594
- 75) 小坂康美、医療事故防止のための注射と薬の安全対策、ABC、医学図書出版会、東京、p 5-9、1990
- 76) G・バシュラール、掛下栄一郎訳、瞬間と持続、紀伊国屋書店、東京、p 23-24、1969
- 77) 前掲書 75) p 140
- 78) G・J ウイットロウ、柳瀬睦男、熊倉功二訳、時間その性質、法政大学出版局、東京、p 37-61、p 220、1993
- 79) 田中美恵子、看護と時間と研究の接点、日本看護学会誌、19(2)、p 21-22、1999
- 80) 前掲書 30) p 31-35
- 81) 前掲書 62) p 334-336