

## 看護業務に関する分析

- 投薬に関する看護事故が発生する時間帯から見た看護業務の一考察 -  
諏訪 恵

### An Analysis on Nurse Work; From the Viewpoint of Time Zones When Medicine was Mistakenly Given to Patients

SUWA Megumi

---

In spite of the fact that accidents in the medical field have become a serious problem, there has not been enough discussion on the problem. It was not until an accident in Yokohama Municipal University Hospital in January, 1991 that it became clear that Japan was far behind in studies on medical accidents. It seems that, among various types of accidents, there have been increasing accidents caused by nurses. We have been especially worried about accidents in which medicine is mistakenly given to patients, since this type of accidents are most likely to occur unfortunately. According to this research, it is suggested that wrong-given medicine accidents can be caused in certain time zones, when nurses are required to deal with extremely various and complex tasks as quickly as possible.

---

#### はじめに

##### 1) 看護事故とは

医療事故の問題は現代の重要課題でありながら、これまで、日本では十分な議論はされてこなかった。また、医療事故防止の研究は始まったばかりである。

医療事故とは、不可抗力によるもの、過失によるもの、故意によるものが考えられる。医事法学では、医療行為から有害な結果が生じる場合をすべて（不可抗力、過失、故意）医療事故と総称しており、その中で、“有害な結果の発生が人為的に回避可能な場合（故意、過失によるもの）を医療過誤”と呼んでいる（中井ら，1994）。不可抗力によるものは、行為者に法的な責任はないと考えられ、医療過誤とは区別される。通常は、医療者が故意に医療事故を起こすことは考えられないことから、“基本的には、行為者の「過失」の有無が医療過誤訴訟（医療事故訴訟）の争点”となる（畔柳，1987）。

1989年にアメリカで報告されたハーバード医療行為研究は、医療事故についての最初の包括的な研究であり、この研究に基づいて、医療事故を“不可

抗力あるいは過失によって起こった、医療事故が原因で発生した侵害”と定義している（ヴィンセントら，1998）。

看護事故とは、“看護者が関与しているすべての業務で、看護者としての知識・技術が未熟なためにおきた事故や、踏むべき手順・手技を怠ったためにおきた事故、患者の心身への影響がなく未然に防止できたニアミスも含めて言う”（日本看護協会，2000）。看護事故は医療事故に含まれるが、24時間昼夜を問わずに患者に接して患者の安全のために万全を尽くして事故を予防する事は看護の責務であり、医療全体を通して重要性を担っている。

##### 2) 看護事故の現状

1999年1月、私たち看護婦は、医療事故の報道（毎日新聞，1999年1月13日付）に大きな衝撃を受けた。横浜市立大学付属病院で、患者を取り違えて手術をしてしまったという事故が発生した。患者の命に別状がなかったことに安堵しながらも、この事故の報道から、日本の医療事故研究の遅れが、このような事故を発生させているのではないかと実感した。

なぜこのような事故がおきたのか、誤りをおかしたのは看護婦だけなのか。看護婦に誤りがあったとしても、その原因は何か。今後、同じような事故がおきないのか。疑問が次々に湧き起こってきた。

私たちがこの事故に関心を寄せている中で、2月11日に、都立広尾病院では、消毒薬を点滴ルートに注入して患者が死亡する事故が起こった。その後も、患者の取り違えや誤投薬などの医療事故の報道が続いた。そして、連日、事故についての報告書の公開報道が続き、事故は単なる当事者個人の誤りではなく医療スタッフ全員の責任であり、事故防止のためには組織の改善が必要だとの見解になった。事故関係者は、マスコミに事故の責任を問われ、社会的制裁を受け、刑事責任も問われた。しかし、横浜市立大学付属病院の事故はそれほど特別な事故だったのだろうか。他の病院では起こらないことなのか。事故後の対応が悪かったのか。私たちは、ニュースが届くたびにあふれる疑問を抱くようになった。

最近マスコミの医療事故報道が増えているために、医療事故が増加しているのではないかと感じられがちである。しかし、増加しているかどうかを議論する前に、日本では医療事故が実際にどのくらい発生しているかという基本的なデータが存在しない。何を事故と考えるかという定義がなく、基準を設けてデータを収集する公的機関も日本にはないのである。

1999年11月、アメリカアカデミー医療研究所は、アメリカの医療事故に関する報告書を大統領に提出した（Institute of Medicine, 1999）。報告書は、全米の医療事故について調査データから推測している。これによると、アメリカにおける入院患者のうち、医療事故による死亡者数は毎年4万4千人から9万8千人の間ではないかと推定されている。この数は死亡原因の第8位であり、交通事故やエイズによる死亡原因よりも多い数である。このデータを日本に当てはめると、日本でも、交通事故の死亡者数約1万人と同じかそれ以上の人々が、医療事故で亡くなっている可能性があり、死亡に至らない事故はもっと多いと思われる。

なかでも目につくようになったのは、看護婦による看護事故ではないだろうか。病院の責任者として、医師が事情を説明し謝罪することは当然のことかも

しれないが、本当に何があったのか、看護婦の声として、その真相を直接聞くことはできないものか。個人の責任を追及するのではなく、看護業務の中にある落とし穴を見つけるきっかけにはならないか。「不幸でも貴重な経験」を生かしていくことは、組織として重要な責務である。情報公開という時代の流れは、医療者の中において、まさにその責任の所在を明らかにしようとしている。

### 3) 看護事故が問題となる社会的背景

今日では、医療の高度化や複雑化に加えて、医療を受ける側の意識の変化や多様化など、医療環境がめまぐるしく変化している。すなわち、患者の権利意識の向上とともに、患者との情報の共有化、つまり診療情報の開示、インフォームド・コンセント、患者の自己決定権、医療の進歩とともに治癒することが当然と考える患者の医療への期待感の増大と、その期待が裏切られたときの落差の大きさ、一方では、医療者側の安全な医療への意識づけと教育の不足、安全な医療への組織的な取り組みの遅れなどが挙げられる。

そこにおかれた医療従事者は、その仕事に高い充実感をもつ一方で、以前にも増して「医療事故」につながる大きいリスクを背負っている。しかしながら、医療に従事するものとして、事故は「起こしてはならないもの」であり、そのための努力を積み重ねてきた。

しかし、もし不幸にして医療事故がおきた場合、従来は、どちらかといえば、事故の多少や重大性にかかわらず、起こしてしまった当人の不注意、あるいは技術の未熟さとして処理され、当人が気をつけさえすれば、あるいはその直属の上司である婦長が適切に指導すれば解決する、というレベルでの対応策が多かったように感じる。

1999年1月の横浜市立大学病院での患者取り違え事故を契機に、事故防止への取り組みがとりわけ大きい課題となってきた。遅すぎる気もするが、改めて事故やインシデントを取り上げ、分析し、解決策を見出すというステップで、個人的な解決ではなく、組織的に事故防止に取り組もうという姿勢が出てきた。

日本看護協会では、“組織でとりくむ医療事故防止”(日本看護協会、2000)を打ち出し、看護婦の事故防止対策の考え方を示している。以前から、看護部門としては「事故防止」に取り組んできたが、「出来事」のほとんどは「事故それ自体」に焦点を当て、特にその周辺の状況については、「変だ」と感じながらも、施設の状況や管理者の理解を得られずにそのまま過ぎ去り、あるいは気にしながらも解決されずにいたということは否定できない事実である。

日本での医療事故対策は始まったばかりである。病院などの組織全体で、すべての職種の医療者が取り組むべき具体的な対策については、これから、探らなければならない。

私たち看護婦は、常に、患者の「安全」や「安楽」が最も基本的で重要な看護の要素として考えている。したがって、多くの看護技術にクリアすべき「基準」を持ち、マニュアルに沿って実施するというルールを守って行動をしていれば、ほとんどの看護業務は事故防止につながっていくと考えて、看護を提供している。

しかし、それが通用しなくなるときがある。ルールを守らなかったこととあわせて、起きた事象の背景に潜むさまざまな因子の存在である。その中には、看護婦一人ひとりの注意だけでは解決できない状況が出てくる。すなわち、限られた人員で複雑な業務に追われ、考える余裕もなく走り回らなければならないような医療現場、看護婦一人の受け持つ患者数は変わらなくても、提供される医療内容の複雑化・高度化、患者の高齢化、患者の個別性の重視、業務範囲の不明確さ、周囲の人々の関係等々を多面的に考えたとき、起きたそのこと自体とともに、さまざまなリスクが浮かび上がってくる。

看護業務のなかで発生する事故は、過去には個人の責任とされ、事故の教訓は生かされなかった。しかし、現在では、先に述べた出来事を契機に、事故の発生は組織の体制の現れであり、組織の責任が問われるようになってきた。著者は、自らの経験から、看護事故の発生原因は、医療体制そのものであると考えている。

#### 4) 本研究の目的

「誤りは人の常」という言葉があるように、私たち人間は誰でも誤りをおかす。それは人々の健康を守るために働いている医療者も例外ではない。しかし、医療者の誤りは、医療事故につながり、事故は私たちの幸せや命を奪い、重大な被害をもたらす。誤りを皆無にすることは困難でも、医療組織や社会が知恵を出し合い、努力を重ねることで、誤りを減らし、被害を小さくすることは可能であるように思う。そこで、誤りは人の常、安全は組織の知恵をモットーに、誰もが願う「安全な医療」に対し、少しでも手助けするために、私たちが何をすべきかということを考えたい。

看護事故の内容や種類をあげれば、膨大だろう。そのなかでも、著者が特に身近に感じ、また頻繁に発生していると思われるものは、投薬に関する看護事故である。本研究では、それが発生する時間帯から見た、実際の看護業務の状況を調査し、看護事故の原因に関与しているもの、さらには、安全に看護業務を行っていくための対策を考えてみたい。

## 方法

### 1) 看護事故の対象

ニアミスではなく、有害事故を取り上げる。看護事故の中でも、特に、患者に身近であり、比較的、看護婦が携わる機会の多い投薬(輸液、注射、内服など)に関する看護事故を取り上げる。

### 2) 調査方法

看護事故の発生件数(K病院部内資料、2000)を参考にした。

看護業務量調査のうち、業務の転換回数および並行処理業務を参考にした。なお、業務の転換回数とは、ある業務から次の業務へ移っていく回数を示す。並行処理業務とは、異なる業務を主要業務と並行して何種類か行う、ごく短時間の業務を示す。主要業務と並行業務の区別は、継続時間の差で決定され、主要業務一つに対して並行業務一つの割合で記録されている。

看護婦の勤務内の運動量を一定の時間ごと

に調査した。運動量は、歩数とその運動強度で捉える。運動強度とは、歩く力強さを示す。例えば、足踏みをしたときは、力強く足踏みをすると、運動強度は増す。歩いているときは、速歩からジョギングになると、運動強度は増す。なお、運動強度は、使用の歩数計により、11段階に分かれている。すなわち、運動レベル0は安静状態、運動レベル0.5は微小運動、運動レベル1,2,3は歩行運動、運動レベル4,5,6は速歩運動、運動レベル7,8,9は強い運動を示している。

から のそれぞれについて、K病院にて、特に、内科系・日勤帯に限定して調査した。

### 3) 実施期間および被験者

平成 11 年度に施行されたK病院での看護業務量調査から、同年の同病院における看護事故の発生件数を重ね、さらに看護婦の運動量は歩数計を用いて測定した。

看護事故発生件数：K病院にて、平成 11 年度に発生した看護事故のうち、日勤帯で発生した内容を参考とした。

看護業務量調査：K病院にて、平成 11 年度に施行された内容を参考とした。対象者は、内科系 10 病棟で、調査日の日勤帯に勤務していた看護婦 82 人であった。

看護婦の運動量：

(平成 11 年 5 月 27 日から、同年 8 月 20 日までの期間)

K病院の内科系病棟に勤務する看護婦に対し、歩数計(デジタル歩数計, シチズン)を用いて歩数などを測定した。様々な測定のかたを工夫したが、この歩数計を用いて連続的に測定するだけでは分析しにくいことがわかったので、新たな歩数計を用いることにした。

(平成 11 年 8 月 24 日から、同年 9 月 30 日までの期間)

歩数を時間で区切って測定するために、Kenz ライフコーダー[通信オプション付き](スズケン)を使用した。この歩数計は、設定により、1時間ごとに歩数、運動量および総消費

量が記録され、データをパソコンに転送できる。

各勤務帯の開始時間から、一律した業務終了時間までの1時間毎の歩数を測定した。この歩数計により、歩数に加え、運動強度の解析も可能となった。なお、測定には、業務の支障への限界があり、歩数計自体もかなり高価であるため、被験者となる看護婦を限定せざるを得なかった。

## 結果

### 1) 看護事故発生時間帯

投薬に関する看護事故の発生は、時間帯別では、8時台から10時台と、12時台から14時台の二ヶ所に事故が集中している(図1)。

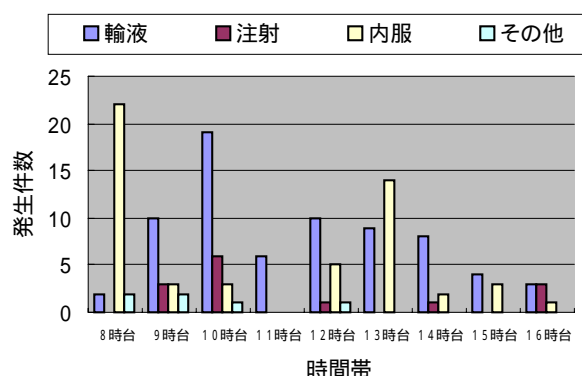


図1 投薬に関する看護事故の時間帯別発生件数(日勤帯)

投薬に関する看護事故で、最も多いものは輸液に関する事故であり、その50%ほどを占め、次いで多いものは内服に関する事故である。輸液および内服の事故が、80%以上を占める。輸液に関する事故は、日勤帯すべての時間帯で発生し、9時台から11時台に集中し、午前中で、半数以上を占めている。11時台では輸液に関する事故のみが発生している。輸液に関する事故は、昼食前後の時間帯にも多く発生している。

注射に関する事故は、9時台と10時台に集中しその60%を占めているが、16時台にも比較的多く見られる。

内服に関する事故は、8時台と13時台に集中してその70%ほどを占めているが、12時台と15時台にも多く見られ、比較的、全時間帯に発生している。

その他（坐薬、散布薬、貼用薬など）の事故においては、ほぼ午前中に発生している。投薬に関する看護事故の発生は、時間帯別では10時台が最も多く、その20%ほどを占めている。8時台から10時台に事故は集中し、その50%を占めている。

## 2) 業務量調査

### 【業務の転換回数について】

投薬に関する看護事故件数と業務の転換回数とを比較すると、両者は、常に比例関係にあるとはいえない。業務の転換回数が少なくても、事故が多く発生している時間帯もある（図2）。

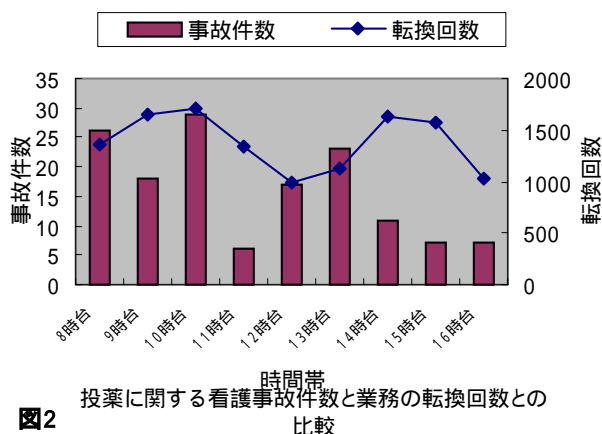


図2 投薬に関する看護事故件数と業務の転換回数との比較

業務の転換回数は、9時台と10時台、14時台と15時台に多く、それらの合計は、日勤帯での50%以上を占めている。

業務の転換回数は、12時台、13時台、16時台で少ない。それらの時間帯の分散（最大値と最小値の差）は、他の時間帯が100回以上であるのに対し、60回前後である。一人あたりの転換回数では、12時台、16時台が少なく、それらの時間帯の分散は、他の時間帯が10回以上であるのに対して、6回である。業務の転換回数は、ごく一部を除き、各時間帯および各病棟で、その合計は、およそ1000回を越えている。一人あたりの転換回数では、同様にして、100回を越えている。

業務の転換は、各時間帯とも、必ず誰もが going している。その回数は、個人内で平均すると、最も少ない者でも10回程度はある。

### 【並行処理業務について】

投薬に関する看護事故件数と並行処理業務とを比較すると、両者は、常に比例関係にあるとはいえない。並行処理業務が少なくても、事故が多く発生している時間帯もある（図3）。

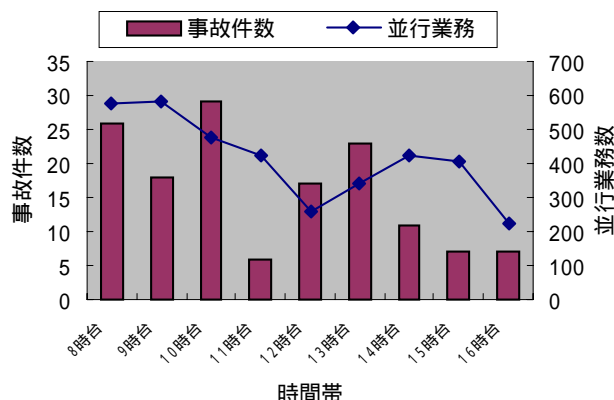


図3 投薬に関する看護事故件数と並行処理業務との比較

並行処理業務は8時台と9時台に多く、合計すると日勤帯の30%以上を占める。また、午前中に多く、8時台から11時台でその50%以上を占めている。12時台、13時台、16時台では少ない。それらの時間帯の分散（最大値と最小値の差）は、他の時間帯が50種類前後であるのに対し、30種類前後である。一人あたりの並行処理業務でも、同様にして、他の時間帯が6種類前後であるのに対して、3種類前後である。

並行処理業務は、ごく一部を除き、各時間帯および各病棟で、合計300種類を越えている。一人あたりの並行処理業務では、同様にして、40種類を越えている。並行処理業務は、各時間帯とも、必ず誰もが going しており、一人あたりに平均すると2種類はある。

## 3) 看護婦の運動量

看護婦の運動量については、よりの確なデータを得るために、データの収集方法を数回にわたり変更した。以下にまとめた最終的なデータ以外のデータについては、分析が困難であり、記載を割愛した。また、以下に示す結果は、看護婦1名のみのものである。

### 【看護婦の歩数について】

投薬に関する看護事故件数と、看護婦の平均歩数とを比較すると、両者は、大体、比例関係にあるといえるだろう(図4)。しかし、看護婦の歩数が多くても、事故発生件数が少ないという結果が、11時台では、著明に見られる。1時間あたりの看護婦の歩数は、全調査日のうちの約半数では、8時台から11時台までの間で、その日の日勤帯歩数の50%以上を占めており、特に9時台から11時台では40%を占めるが、12時台では、かなりのばらつきがある。1時間あたりの看護婦の歩数で、午後のピークは14時台であり、その割合は、日勤帯の歩数の10%程を占め、8時台と16時台では、歩数が少なく、その割合は、それぞれ、日勤帯の歩数の10%にも満たない。1時間あたりの看護婦の歩数を各日内変動で見ると、午前と午後の一つずつの山を形成しているパターンが多い。

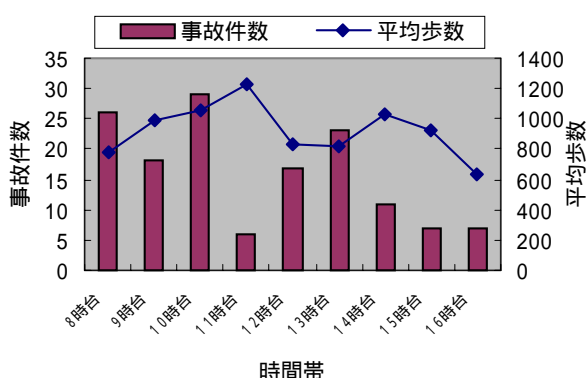


図4 投薬に関する看護事故件数と看護婦の平均歩数

【運動強度について】

投薬に関する看護事故件数と、運動強度とを比較すると、両者は、大体、比例関係にあるといえるだろう(図5)。しかし、看護婦の運動強度が高くても、事故発生件数が少ないという結果も、11時台では、著明に現れている。運動強度は、日勤帯では、歩行運動と速歩運動が、そのレベルのほとんどを占めている。運動強度は、8時台から16時台まで、安静状態および微小運動は見られず、常に歩行運動以上を保っており、12時台では、そのレベルにかなりのばらつきがある。運動強度は、午前では、比較的、連続した歩行運動が見られ、午後では、比較的、速歩運動が集中して見られるところがある。

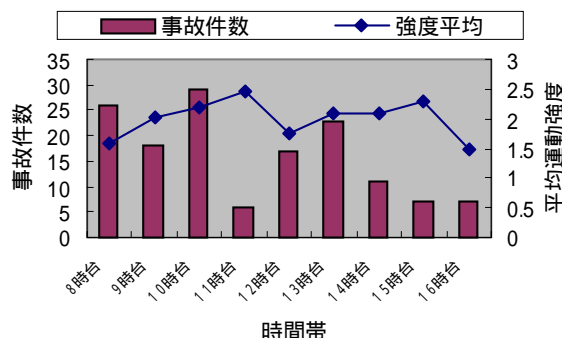


図5 投薬に関する看護事故件数と看護婦の運動強度との比較

考察

1) それぞれの結果から総合して言えること

投薬に関する看護事故は、日勤帯のいずれの時間帯でも発生している。とりわけ多い内容は、輸液に関する事故であり、複雑な業務の中で、その交換・追加が行われる、9時台から11時台に集中している。一方、昼の休憩で、看護婦の人数が少なくなるために、必要最小限の業務にセーブしている時間帯でも、事故は多く発生している。また、前の勤務帯からの引き継ぎ、および次の勤務帯へ申し送る時間帯でも、業務が手薄となるために、事故が発生する危険をはらんでいる。

投薬に関する看護事故は、業務の転換回数、および並行処理業務の多い時間帯に発生しているが、それらが極端に少ない時間帯でも発生している。したがって、業務の転換回数、および並行処理業務は、投薬に関する看護事故の発生に対し、絶対的に影響を及ぼすものではないが、業務の複雑さが事故を引き起こすという裏付けにはなっていると考えられる。

看護婦の運動量は、「運動」ということで、業務の転換回数、および並行処理業務に類似した結果を予想していたが、投薬に関する看護事故の発生件数の方に類似していた。運動量が少ない時間帯は、日勤帯の始業時間(深夜勤帯から日勤帯への交替時間)、昼の休憩時間、日勤帯の終業時間(日勤帯から準夜勤帯への交替時間)であり、業務の準備、業務の縮小、業務のまとめを図っている時間帯である。ただ、今回の調査では、運動量調査をした時期と事故発生

調査をした時期とが違いため、ベースとなるデータを十分に得られなかったことは、反省すべき点であり、今後の課題としたい。

今回の調査結果で、投薬に関する看護事故が発生する時間帯の背景には、少なくとも、即行性を要求された複雑な業務があると言えるだろう。しかし、「仕事が忙しい」から、「事故が発生する」という結論にはならず、「なぜ事故が発生するのか」という問題は、まだ、残されている。

## 2) 看護事故の原因と安全に看護業務を行っていくための対策

私たちは、どんなときでもミスを起こさず、注意力を維持しつづけることができるのか。厳しい教育や訓練を受け、経験を積み重ねさえすれば、事故を未然に防ぐことが可能になるのか。著者にとって、それは疑問である。そこで、安全に看護業務を行っていくための事故対策について、検討する必要がある。

事故のすべてのもとになるものは、「ヒューマン・エラー」であるという考え方がある。つまり、それは、“あらかじめ課せられた機能を人間が果たさないために生じ、その人間を含むシステムの機能の劣化を招く原因となるものであるという捉え方である。その際の、「あらかじめ課せられた機能を果たさない」とは、課せられた機能を行わない、課せられた機能を誤って行う、課せられた機能を誤った順序で行う、課せられていない機能を行う、

課せられた機能を誤ったときに行う、などのような側面によって説明される”(正田, 1992)。一つの考え方として、このヒューマン・エラーにいかに対処するかが、事故防止の基本になる。

事故防止を考える上で、もう一つ重要なことは、「人間は、エラーを犯す動物である」という「ヒューマン・ファクター」の問題である。いくら注意しても、エラーをゼロにすることは不可能である。可能なことは、エラーが大きな事故に結びつかないように、その影響をコントロールすることである。事故防止を考えるためには、この二つを考慮しなければならない。

ヒューマン・ファクターを説明するモデルとして、

“SHELモデル”(日航技研ヒューマンファクターグループ, 1975)がある。SHELモデルは、Livewareの頭文字のLであらわされる一人の人間が、さまざまな環境に囲まれて働く様子を示している。この場合、中心に位置する人間Lは、たとえば、患者の健康と生命を守る医療従事者のように、何らかの社会的使命を担った存在が当てはまる。そのさまざまな環境は、4種類に分けられる。すなわち、機械や道具といったハードウェア(H)、マニュアル、規定、表示、物の配列といったソフトウェア(S)そして、いわゆる環境(E=Environment)である。環境には、光や音といった外的環境と、心の内面すなわち精神的な内的環境がある。さらには、職場でいっしょに働く他の人間(L=Liveware)が存在する。このように、人間を取り巻く環境を4つの要素に分けて考えたのが、SHELモデルである。つまり、職場で働く一人の人間は、SHELで囲まれた一つの分子であらわされる。組織や社会は、このSHEL分子が、複雑に入り混じった集合体なのである。

SHELモデルの中心に位置する人間と、SHELの接合部分、いわゆるインターフェイスがうまくかみ合わなくなると、エラーが起きやすくなる。たとえば、機械と人間、手順やマニュアルと中心の人間がかみ合わないときに、いろいろなミスが起きやすくなる。また、他人とのコミュニケーションがうまくいかなくてもエラーが起きやすくなる。エラーを起きにくくするためには、中心の人間に合わせて、SHELの各インターフェイスを設計しなければならない。また、中心に位置する人間も、常に周囲を見渡しながらかみ合わせながら、SHELのインターフェイスが、自分自身に調和するように努力しなければならない。インターフェイスを自分にうまくフィットさせることで、事故の防止につながるという人間中心の考え方が、このSHELモデルであらわされるヒューマン・ファクターの基本概念である。

たとえば、投薬に関する看護事故を防ぐ方法として、薬品容器のデザインに注目して、ある事例から考えてみる。

「ケタラール」という麻酔薬がある。この薬品は、本来は、手術の麻酔として使用するが、癌性疼痛、

および嘔気や嘔吐などの疼痛に随伴する症状が著しいときにも使用されている。また、この薬品は、副作用および大量投与により、意識レベルの急激な低下や呼吸抑制などの症状をきたす劇薬である。しかも、「ケタラール」には、筋肉注射用の「ケタラール 50」と静脈注射用の「ケタラール 20」がある。

ニアミスの発生当時、A 看護婦は、様態の急変した患者を抱えながら、自宅に外泊する B 患者の点滴を作成していた。急変した患者に、分刻み、秒刻みで対応しながら、B 患者の家族が迎えにくる約束の時間までに、B 患者が外泊に持参するための点滴を完成させようと努めていた。点滴内に注入する薬品の一つに「ケタラール 400mg」の指示があった。薬品は、通常、薬品名とその全量がラベルに目立つようにデザインされているが、ケタラールの場合は、1ml あたりの分量が記載されているということに、A 看護婦は気づかなかった。目立つ数字に気をとられ、本来の基本的な確認を怠ったのである。ケタラールが入っている薬品ケースの中に「ケタラール 50」という薬品を見つけると、「400mg の指示だから、8本だ」と思い込んだ。近くにいた看護婦と共に指示と薬品等の確認をすると、「こんなに多い量でいいのかな」とも考えながら、「ケタラール 50」を8本、点滴の中に注入した。つまり、50mg / 1ml で、1本が 500mg / 10ml のため、8本合計では 4000mg である。さらに、「ケタラール 50」は、筋肉注射用であるため、静脈内に使用する点滴に注入することは不適應であった。すなわち、指示の10倍の量で、しかも、筋肉注射用の薬液を注入してしまったのである。A 看護婦が、何とか B 患者の外泊の時間に間に合ったと胸をなでおろしていると、何気なくごみ箱を見た別の看護婦が、「こんなにたくさんケタラールを使っている患者がいるのね。何千 mg かな」とつぶやいているのを聞いた瞬間、A 看護婦の背筋が凍った。思わず、A 看護婦は、破棄された「ケタラール 50」の容器を手に取り、成分表示を見てみると、「ケタラール 10ml 中に 500mg 含有 筋肉注射用」と表示されていたのである。危機一髪であった。早速、A 看護婦は、緊張を覚えながら、B 患者の点滴を作り直した。

この事例を S H E L モデルで分析する。中心にい

る看護婦は、なぜ、ミスをしたのか。Sとして、容器のデザインが良くなかったことや薬品ラベル確認時の思い込みが挙げられる。Hとして、ケタラールが劇薬として、また、筋肉注射用と静脈注射用に明記して保管されていなかったことに問題があった。Eとしては、様態が急変した患者の対応をしながら、限られた時間内に、B 患者の点滴を作らなければならなかった複雑な環境や焦燥感が、エラーを誘発しやすかった。また、ラベルの目立つ部分に気を取られ、薬品を十分に確認しなかったことが挙げられる。Lとしては、いっしょに確認したはずの看護婦も、分量や用途を間違えていることに気づかなかったことが挙げられる。したがって、差し当たり、事故防止手段としては、ケタラールは劇薬であるため、他の薬品とは別に保管し、また、筋肉注射用と静脈注射用とに明記・区別し、その含有量の表示の方法をスタッフに啓蒙することである。しかし、もっとも確実な事故防止手段は、ケタラールを製造している薬品メーカーに対し、誤解を招くようなラベルのデザインは避け、的確な表示に変更してもらうことである。

医療の中心は、S H E L モデルの L である。L は、仕事をする人間であるが、その内部に常に潜んでいるものは患者である。患者にとって何が必要かを考えてリスク・マネジメントをし、看護業務に取り組んでいくことが、本当の心のこもった安全対策に結びつくのではない。

本研究では、看護事故の発生要因として挙げられる事項をとりあげて、看護業務について考えてきた。発生要因のすべては、行動と環境にあると思われる。環境に囲まれて生きる人間をあるがままに捉え、その行動機能の限界を理解した上で、人間と環境の調和を探究し、改善していくことが重要であろう。行動の結果で生じたことが、環境に影響を与えていく。安全性を強化することは、看護婦に業務を遂行する自信を持つことと、患者との信頼関係を結ぶことにつながる。今後は、この研究で得たことを糧とし、有意義な看護業務を検討し、携わっていくことができれば幸いである。



【引用文献】

- 畔柳達雄 1987 医療事故訴訟の研究 日本評論社
- Institute of Medicine 1999 *To Err Is Human: Building a Safer Health System.* National Academy Press , Washington , D.C. ( 山内桂子・山内隆久 2000 医療事故 朝日新聞社 所載 )
- K病院看護部業務検討委員会 2000 看護業務に関する実態調査報告書 ( 抄録 )
- 中井美雄・筋 立明 1994 医療過誤法 青林書院
- 日本看護協会 2000 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 日本看護協会出版会
- 日本航空株式会社技術研究所ヒューマンファクターグループ - プ ( 編 ) 1975 ヒューマン・ファクター ガイドブック 国際民間航空機関
- 正田 亘 1992 産業・組織心理学 恒星社厚生閣
- C.ヴァインセント・M.イニス・R.J.オードリー ( 安全学研究会訳 ) 1998 医療事故 ( *Medical Accidents* ) ナカニシヤ出版