

## 看護師が関連した医療事故の要因と対策

### Factor of Medical Accidents Associated with Nurses and Current Countermeasures

相撲佐希子  
Sakiko Sumai

#### 要 旨

看護師が関わった医療事故の要因、対策の現状について先行研究や書籍等を用いて文献検討した結果「個人要因」と「組織要因」に分類できた。「個人要因」では、疲労、ストレス、経験年数を関連要因とする報告が多く、「組織要因」では、コミュニケーションや人間関係が医療事故の関連要因として報告されていた。医療事故予防対策としては、「個人要因」には、適正配置と安全教育の必要性が示された。また、「組織要因」対策として多重課題の緩和や医療事故を防ぐ情報伝達の確立が示唆された。

**キーワード(Key words) :** 看護師 (nurse), 医療事故 (medical accident), 要因 (factor), 対策 (countermeasure).

#### I. はじめに

1999年に米国医学研究所 (Institute of Medicine: 以下IOMと略す) による『TO ERR IS HUMAN: Building a Safer Health System』で発表された医療過誤による病院での死亡者の推計は、年間死亡者数でも上位にあたる自動車事故を上回ることが示され<sup>1)</sup>、世界中の人々に衝撃を与えた。同じ年に我が国では「患者取り違え事故」と「都立病院誤注射事故」の2件の大きな事故が発表され、日本における医療・看護事故への社会的な関心は高まった。

しかし、当時の日本では、ヒューマンエラーや医療事故が起こるメカニズムの知識が、医療界では十分普及しておらず、失敗した人を責めるという責任追及型の懲罰モデルが主流であった<sup>2)3)</sup>。そのため、横浜における患者

取り違え事故においては、発生直後は看護師個人の責任を追及する報道がされていた<sup>4)</sup>。しかし、判決の結果は安全管理体制の不備を示唆する内容であった<sup>5)</sup>。

エラー防止についてIOMは、重要なことは、起こってしまった誤りに注目して個人を攻撃するのではなく、システムを安全に確保できる方向に設計し直し、将来のエラーを減らすように専念することである<sup>6)</sup>とした。その内容を基に、我が国でも組織的に安全な医療システムを構築することの重要性を公に示した<sup>7)8)</sup>。国が示す安全対策として医療安全管理者の設置の義務化などがあり、診療報酬上の評価の対象として病院経営に影響を及ぼす一要因となった。そのため施設では、医療安全対策加算要件を満たすために、チームワークやリーダーシップ、組織の安全管理の

あり方、あるいは安全風土の問題に対して積極的に取り組むようになった<sup>9)</sup>。また、医療事故予防対策にはエラーの要因となる「個人」と「組織」の両方に働きかけることが必要と報告されている<sup>10)11)</sup>。このように、1999年から現在までの約13年間において医療安全に対する取り組みは国の政策課題として社会的な関心を集める中、臨床においても医療安全の仕組みづくりは重要な課題として取り組まれている。

## II. 研究目的

本稿では、看護師が関連した医療事故の要因および対策の現状について文献をまとめ医療事故予防の課題を検討する。

## III. 用語の定義

国および医療機関、医療関係団体の示している医療事故等のガイドラインの分類には、インシデント・アクシデント・医療事故・医

療過誤（エラー）があり、それぞれのガイドラインに準じている。医療事故に関する用語については差異があるため、先行研究<sup>12)</sup>においても用語の整理を行った報告もある。表1に厚生労働省<sup>13)</sup>及び、日本看護協会<sup>14)</sup>が定義した用語を示した。本稿における用語は、日本看護協会の定義と同義とする。

## IV. 研究方法

医療事故の要因と対策について、医学中央雑誌を用いて（1999年～2010年）文献検討を行った。検索ワードは、医療安全・医療事故・医療過誤・インシデント・アクシデント・要因・対策・看護師・病院等をすべて組み合わせ検索を行った。また、研究論文以外に、医療安全に関する書籍・単行本や雑誌なども検討対象とした。

表1 医療事故等の定義

分類	厚生労働省	日本看護協会
インシデント	日常診療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの。あるいは誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかったもの。「ヒヤリ・ハット」と同義。	思いがけない出来事（偶発事象）「ヒヤリ・ハット」。
アクシデント	医療事故に相当する。	インシデントに気づかなかったり、適切な処理を行わないと傷害を引き起こし「事故（アクシデント）」となる。
医療事故	医療に関わる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切を包含し、医療従事者が被害者である場合や廊下で転倒した場合などを含む。	医療従事者が行う業務上およびそれに起因する事故の総称。過失が存在するものと、不可抗力（偶然）によるものの両方が含まれる。
（エラー）医療過誤	医療事故の発生の原因に、医療機関・医療従事者に過失があるもの。	医療従事者が行う業務上およびそれに起因する事故のうち過失の存在を前提としたもの。

## V. 結果

### 1. 医療事故の件数

2003年から日本看護協会によって医療事故事例等の収集が開始されている。これには、事故発生に関する情報を全国5紙（朝日・読売・毎日・産経・日経）とインターネット及び、都道府県看護協会から情報提供された地方紙の1部が毎年示されている。その主な項目と件数<sup>15)</sup>を表2に示した。

看護師が関連したアクシデントについての報道件数では2003年は93件、2004年95件、2005年の84件、2006年72件、2007年74件、2008年には79件と平均83件であるが、2009年36件、2010年には50件と2008年までと比較するとやや減少傾向である。また、医療安全に関わる

内容のうち件数の多い項目として、医学的処置・管理の「与薬（注射・点滴）」であり、次いで「処置」の手術や処置後の遺物遺残であり、その項目は5年間変化がみられない。

金子らの報告<sup>16)</sup>でも、インシデント・アクシデントの種類について「転倒・転落」が最も多く、次いで「薬剤関連」「チューブ・ドレーン関連」「処置関連」であり、看護協会の報告とほぼ同様な内容であった。

表2に示すアクシデント件数の他、2007年からは（ ）内に死亡者の数を示している。2010年の看護協会の報告におけるアクシデント件数のうち約35%が死亡事例であることが明らかになっているが、その件数についても年間の差はほとんどみられなかった。

表2 看護職が関与した医療事故報道について

大項目	分類No	分類項目	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
日常生活の援助	1	食事と栄養	5	3	0	1	3(3)	4(4)	1(1)	4(3)
	3	清潔	0	1	2	1	0	1(1)	0	3(3)
	4	移送・移動体位変換	0	3	3	3	2	0	1(1)	1
	5	転倒・転落	3	0	5	5	4(1)	2(1)	3(2)	0
	6	感染防止	1	0	0	*	*	*	*	*
	7	環境調整	2	0	1	0	1(1)	2(2)	1(1)	1(1)
医学的処置・管理	8	検査・採血	0	2	1	4	0	18(0)	2(0)	0
	11	与薬（内服・外用）	2	2	4	0	2	1(0)	1(0)	2(1)
	12	与薬（注射・点滴）	24	22	23	14	14(6)	18(10)	11(2)	13
	13	麻薬	3	0	0	*	*	*	*	*
	14	輸血	4	4	1	1	3(1)	1(1)	1(1)	1(1)
	15	処置	24	25	21	20	19	14(2)	8(1)	15
	16	吸入・吸引	2	0	0	2	*	*	*	*
	17	機器一般	2	1	8	5	4(2)	4(1)	3(1)	1
	18	人工呼吸器	8	11	4	4	6(4)	3(2)	0	1(1)
	19	酸素吸入	1	1	*	*	0	1(1)	0	1(1)
情報・組織	24	情報・記録	2	1	1	0	0	0	1	0
	25	組織	*	*	0	1	0	0	2	1(1)
その他	26	その他	10	4	5	5	6(3)	5(2)	0	1
		合計(件数)	94	95	84	72	74(30)	79(30)	36(11)	50(17)

( )内は死亡者数

\*は調査実績なし

日本看護協会

## 2. エラーの要因と対策

医療事故の多くは不完全な病院システムによるものであり、患者のみならず当事者となった医師・看護師なども結果として不完全な病院システムの犠牲になっている場合が多い<sup>17)</sup>。

河野<sup>18)</sup>は、「ヒューマンエラーは、人間の本来持っている特性が、人間を取り巻く広義の環境とうまく合致していないために、結果として誘発されたものである。そのため、このような人間の特性を明らかにして、しかもそれを素直に受け入れ、それらの特性を考慮したシステム設計をすることが重要となる。」と述べ、人間中心のシステム設計を行うことの重要性を説いている。

インシデント・アクシデントの内容についての研究について寺島ら<sup>19)</sup>は、報告内容のほとんどが個人の注意不足とする「個人要因」であったと述べている。

これらから、インシデント・アクシデントは、人間の特性に関する「個人要因」と人間をとりまく環境に関する「組織要因」があり、その両者のバランスの不具合によって引き起こされることが示されている。

### 1) 個人要因について

個人要因における先行研究では、疲労<sup>20)</sup>やストレス<sup>21-23)</sup>や経験年数及び、不安全行動<sup>24)</sup>に関する報告があり、医療事故との関連について明らかにされている。

#### (1) 疲労との関連

金子ら<sup>25)</sup>は、看護師のエラー・ニアミスのリスク要因として「超過勤務時間」「休憩時間」「仕事の負担度」「仕事のコントロール度」「仕事の適正度」「仕事の満足度」「心身的ストレス」「身体的ストレス」「不可逆性疲労」との関連性を指摘している。

要因の1つでもある不可逆性疲労について

は、「勤務中の体力的限界」や「翌日への疲労蓄積」が有ると回答した看護師は、いずれもエラー有り・ニアミス有り群が有意に高かった。さらに、3交代病棟勤務の看護師の勤務状態から、超過勤務時間が長ければ長いほどエラー・ニアミスの発生頻度が高いことを明らかにしている<sup>26)</sup>。同様にヒヤリ・ハットの件数の有無と疲労の関係について正常・可逆性疲労（正常群）と残存疲労・慢性疲労・過労をまとめた群（疲労群）との間で検討したところ、疲労群でのヒヤリ・ハット体験が有意に高いとあった<sup>20)</sup>。

鈴木ら<sup>27)</sup>は、全国8施設の総合病院に勤務する日本人看護師を対象に精神健康度の実態および精神的健康度とインシデントの関連性について解析している。「薬剤の投薬ミス」「医療機器の操作ミス」「患者取り違えミス」「針刺し事故」の4種類の事故それぞれについて、精神的健康群と不健康群の2群間での比較を行なった結果、不健康群において有意にインシデントの割合が高かったと報告している。

これらの研究結果から、身体的な疲労と精神的疲労のいずれにおいても、疲労とインシデントとは関連があることについて明らかにされている。

#### (2) ストレスとの関連

ストレスを要因とした研究では、一瀬ら<sup>28)</sup>は、「業務内容」や「業務量」における医療事故への不安の高さを示唆している。豊増ら<sup>29)</sup>の報告では、3回以上のインシデント経験をもつ群はストレス反応が高いと警告している。

また、金子ら<sup>26)</sup>の調査でも、仕事に対する「心理的ストレス」「身体的ストレス」が有りと答えた看護師は、エラー有り・ニアミス有

り群の場合において有意に「有り群」が高いことを明らかにしている。北岡<sup>30)</sup>は、看護師の仕事はストレスフルな状態で勤務を続けていることが、ストレス反応となっており疲弊感につながることを明らかにした。この疲弊感が蓄積することがバーンアウト状態に陥りやすくし、医療事故発生に繋がることを報告している。これらの研究から、疲弊感はストレスを誘発すると共にインシデント・アクシデントの要因となることが明らかにされている。

### (3) 経験年数との関連

経験年数については、新人看護師は単純な確認の怠り、知識不足、技術未修得、業務の不慣れの4つの要因からエラーの回数が増えることが指摘されている<sup>2)31)</sup>。一方、ベテラン看護師は、豊富な知識や経験をもっているため、異常な事態や危険に早く気づき、それに対応する能力が高いが、一旦目標を誤ると、あまり考えずに仕事が進んでしまい、事故に結びつく恐れがある<sup>32)</sup>。熟練すると、ほとんど意識的注意なしに身体が自動的に動くため、何らかの理由で作業変更があっても、つい、いつも通りにやってしまう。また、普段意識しないでやっていた動作に注意が必要以上に向いてしまうことで、動きがぎこちなくなり失敗をしてしまう<sup>33)</sup>と述べている。関<sup>34)</sup>は、労働環境とエラーの発生を検討する中で、病棟経験年数が短い看護師は、準夜勤にエラーを発生しやすく、看護師経験が長い人ほど、エラーを未然に発見できると示している。山内ら<sup>35)</sup>は、個人エラーにも経験不足によるエラー、慣れや緊張感の欠如から発生するエラー等異なるタイプがあり、その犯しやすさには経験年数が関連していると考えられ、事故防止対策も異なると指摘している。

藤田ら<sup>36)</sup>は、経験年数と業務内容の変化の関係から、全体的に経験を積みばエラーの発生件数は減少する傾向を示し、特に経験年数が7年目から9年目にかけて半数以下にまで大幅に減少をすると報告している。つまり、年齢とともに役職に就く看護師が増加するため、業務内容も管理業務となるため直接ケアが減少することからエラーの件数が減少したと考察している。

一方、小島<sup>37)</sup>の研究では、新人看護師の医療事故を防止するための知識技術は、就職後6ヶ月目でも未熟であり、特に薬剤に関する知識が薄いと具体的に示されている。

これらの対策として岩本ら<sup>38)</sup>は、医療安全の基盤となる知識から教育を行い、演習やグループワーク、技術チェックやテストを取り入れるなど、新人看護師に対するきめ細やかな教育を行っている。また、その他の教育として、2～3年目のスタッフが大きなエラーを起こすことがあるため、数年経験を積んで一人前と見られるようになった時期こそ安全のための研修が必要と示している<sup>39)</sup>。

### 2) 個人要因への対策

個人要因の対応について、大久保<sup>40)</sup>は、人間工学から「適正配置・安全教育」を、人的側面に限って重要と考える事項としている。「適正配置」としては、職務分析として職務に含まれる仕事と、作業者が職務を完全に遂行するために必要な知識・熟練レベル・能力・性格・責任範囲などから決定すると述べている。また、「安全教育」として実施されるにあたり、その教育が、いかなる目的で行われているのか予め十分検討しておかなければならない。

また、監督者に対しては不注意の意味を十分理解させるとともに、事故やヒューマンエ

ラーを分析しようとする科学的良心、管理、さらに部下の心情をくみ取る道徳心や親心、従業員に対しては、ヒューマンエラーの発生原因について良心的に公表し、科学する心を育成し率直に質問に答えて調査・分析に協力する科学的良心を育成することの重要性をあげている。

看護師の安全教育について藤田ら<sup>36)</sup>は、「場面把握」「思考の統合」「作業行動」「感情・情動」の4つの心身機能からヒューマンエラーの特性に応じた対応策に有効性を説いている。特に「思考の統合」に問題があるエラーは、知識や経験不足とリスクを予測する能力不足が原因であることから、教育内容や訓練の充実などの対策が必要であると述べている。

2007年に厚生労働省の医療安全管理者の質の向上に関する検討作業部会<sup>41)</sup>にて、教育の内容や訓練の充実について医療法で定められることになった。具体的に安全管理に関する内容の研修を年2回は定期的で開催することや、研修の実施内容、受講日時、出席者や研修項目について記録する旨を示している。

これらから看護師個人に合わせた安全対策サポート体制として「適正配置」や「安全教育」を施すことは、個人への認識を高めることにつながるため事故防止の基盤となることが示唆された。

また、個人への指導を行うにあたり、指導する側の医療事故に対する認識を変容するための学習が第1であることが示された。

### 3) 組織要因について

組織要因としては、(1)労働・休憩時間、労働負担<sup>2)26)</sup>、(2)人間関係やチームワーク<sup>24)42)</sup>及び医療事故が発生しやすい時間帯などの職場環境との関係について明らかにしている。

チームエラーの発生要因として「人間特性」

「業務量過度の権威勾配」「コミュニケーション不足」などがある<sup>42)43)</sup>。

組織要因による事故防止について大久保<sup>40)</sup>は、集団作業の多い職場では、チームワークや集団的コミュニケーションが円滑でないと安全行動が維持できない場合が多いことから、各階層全員が一致協力して、積極的に作業時の安全確保に努力し、社会的責務を果たそうという全員参加型で活動することの有効性をあげている。

このように、コミュニケーションや人間関係が適切に行われていないことなど医療事故の原因には上記に示した(1)と(2)があり、その関連性についての報告は多い<sup>42)44)45)</sup>。

#### (1)労働・休憩時間、労働負担との関連

看護の業務は、複数の作業を同時に進行する等の多重課題が多い。佐藤ら<sup>22)</sup>や関<sup>46)</sup>の報告において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う事や、確認作業の途中でその作業を中断されたことによって、エラーを起こしそうになったという経験の回数が多かったとある。

このように、「多重課題」はインシデントの主な発生要因として示されている<sup>47)</sup>。また、看護師が忙しかったと訴える時間帯とインシデントの件数が多い時間帯は6:00~12:00と16:00~22:00であると報告している<sup>23)</sup>。金子ら<sup>48)</sup>は、ヒヤリ・ハット発生の関連要因として、時間外勤務時間、休憩時間、入院対応時間、ナースコール対応回数が示された事を明らかにしている。これらから、看護師の労働形態のありようが、医療事故を引き起こす要因となっていることが示されている。

#### (2)コミュニケーション、人間関係との関連

小路ら<sup>49)</sup>は、看護師と他部門とのコミュニケーションについて、協調やチームアプロー

チがない場合、会話・連絡ミス、指示受け、命令ミスなどのリスクがあり、コミュニケーション・リスクとして「看護職が把握した患者に関する情報が他部門に反映されず、他部門が対処すべき内容も看護職が受けざるを得ない状況にある」と示す。

また、各職種との情報伝達を阻害する要因について、年齢が高いほど、好き嫌いや性格の不一致などにより、情報伝達が阻害されることや、経験年数が浅い人は先輩や有役職者など地位の高い人との情報伝達が阻害されたとあり、さらに病床数が多いほど情報を共有し難く、役職のないものについても情報の共有がし難いと述べている。同様に看護師が他のスタッフの失敗を発見した際に、“失敗者に直接指摘をする”ことより“自分で訂正”“他の人に伝える”などの対処を行うことが多く、特に“地位が高い”ときなどには“抑制”する要因が存在する<sup>44)50)</sup>ことを指摘している。

さらに、職種に対する情報伝達状況では、他職種との情報伝達状況は同職種より不良である<sup>43)</sup>と報告している。

#### 4) 組織要因への対策

##### (1)多重課題の緩和

看護業務の多重負荷による医療事故のリスクを回避するためには、看護師の休憩時間を確保し、超過勤務時間を削減するなど勤務条件の改善が不可欠である。さらに、患者の安全確保のために必要な人員配置について検討する必要がある<sup>25)</sup>。関<sup>46)51)</sup>も同様な対策に加え、交代順を考慮した交代勤務計画や、病棟薬剤師などの他職種の活用が必要と述べている。これらは、人員確保・配置等の管理体制とするシステムに働きかけることが必要であると示唆されている。

##### (2)医療事故を防ぐ情報伝達

藤田ら<sup>52)</sup>は、人を介した情報伝達には限界があると述べ、個人宛ての電子メールなどの必要性を示唆している。コミュニケーション手段としてのカルテのあり方では、全ての医療スタッフが情報を共有できる書き方に統一することは、医療スタッフが互いの情報を共有するコミュニケーションの道具として大きなメリットがある<sup>53)</sup>。また、ルールを明確にするために看護師の看護業務基準を遵守し安全、確実な行為が行なえるように「カルテ主体」という伝達様式の意識統一をはかることが必要である<sup>42)</sup>。医療安全対策として必要なコミュニケーションについて、To Err Is Human<sup>1)</sup>では、組織序列にとらわれない自由なコミュニケーションやスタッフ間の人間関係を互いに質問や意見を出しやすいものにする必要がある<sup>24)</sup>とある。そして、自らが積極的にアサーティブなコミュニケーションを図り、人間関係の円滑化、固定チーム間の業務の円滑化が重要<sup>42)54)</sup>とされている。

方法として、エラーを指摘することができるコミュニケーションスキルについて学び、身につけることが必要であると述べている<sup>44)55)</sup>。

#### VI. 考察

看護師が関わる医療事故の要因を医学中央雑誌ならびに書籍等で検討した結果、個人が原因の医療事故と組織が原因の医療事故に分類できた。また、2003年の医療法施行規則改正で安全管理体制強化が示された頃より医療事故に関する研究が増加している。これらから、医療関係者に医療安全を重要な課題として取り組むことを義務づけた転換期であったことが推察された。

今回、医療事故の要因に伴い看護師の労働

の現状や医療組織の安全対策の取り組みの現状が明らかとなり、この現状から医療事故予防に必要な課題を見出すことができた。

### 1. 医療事故の件数について

医療事故の報道は、1999年の医療事故前は100～200件であったが、2000年以降は1500件前後の件数が報道され<sup>56)</sup>社会的な関心の高さを示している。

本稿で示した看護職が関与した医療事故報道の概要から、医療事故の項目が「点滴・注射」等の薬剤関連が多く毎年の件数に変化が見られていないことが明らかとなった。つまり、看護援助の中で診療の補助業務である薬物療法は、重大事象に繋がりやすいリスクの高い業務であることが示された。このようなアクシデントについてハイน์リッヒの法則<sup>註1)</sup>である「1:29:300」に基づいて考えると、背後にはそれ以上のインシデントが潜んでいることが推測される。このように発生頻度の高いインシデントの事例を調べることは、その後において同様な事故やミスの再発を防ぐためにも有益である<sup>56)-58)</sup>。したがって、背後に潜む300件の傷害のない事故の時点で具体的に検討することが重大事故に至らない有効な方法であると確信した。

薬剤関連の事故が多いことが明らかになったが、その背景には類似した薬剤名、単位の違い、使用方法や禁忌などの知識だけでなく、解剖・生理学の知識やその知識に基づいた技術を必要とする事等がある。

さらに、使用する場面が緊急であれば口頭指示にもなりやすいため事故のリスクは高くなる。実際に医療事故の件数が高く、報告件数もほぼ横ばいである事実から、これからの専門基礎教育（薬理学）、看護基礎教育の看護技術（点滴・注射技術）において、教育の

検討や工夫など医療事故予防を視野に入れた内容で構築していく必要性を感じた。

### 2. 個人要因と対策について

医療の高度化、少子高齢化に伴い医療費の高騰などの社会情勢が、看護師の労働に悪影響を及ぼし、インシデントやアクシデントに繋がっていることが示された。また、このような環境事態が看護師の疲労やストレスの蓄積を助長し、新たな医療事故を招くことが推察された。現在、国の政策課題として医療施設における安全対策は強化されているが、その内容は個人のメンタル面に関連した対策を示しているのではなく、医療施設に安全対策委員会を設置することや安全に関するマニュアルを作成する等の安全のための環境整備に関する内容である。しかし、エラーや失敗は、故意ではなく期待に反した人間の行動であり<sup>59)60)</sup>、産業事故の7割は人的要因であると述べられている<sup>24)</sup>。つまり、安全対策として環境整備を行うと同時に組織を構成する人間個々への対策を施すことが重要であると考えられる。本稿では個人要因の対策として「適正配置」や「安全教育」を示したが、その前提として看護師の疲労やストレス状態を把握することは適正な配置の検討や安全教育のプログラム作成の基礎資料になると示唆される。

現在、看護職の労働安全衛生としてメンタルヘルスケアが進められている。これらから、個人要因対策として管理者がスタッフの疲労度やストレス状態を把握すると共に、職員自らがストレスや疲労状態を定期的にチェックする自己管理が必要と考える。心身の健康状態について早期発見していくことも医療事故防止対策に必要な要素であり、職員が自己管理しやすいような環境整備が必要と示唆された。



### 3. 組織要因と対策について

現在の医療施設は、患者の重症化や医療依存度の高い高齢者の増加及び、疾病の複雑化などから看護師の業務負担は重くなっている。

さらに、平成19年度の診療報酬改定により7対1が導入された結果、大規模病院に看護師が集中した反面、中小規模の病院は看護師不足となり<sup>61)</sup>、1人の看護師の負担度も増加した。このような状態は、休憩時間の確保だけでなく休日の取得も十分に出来ないため、疲労も回復しない状態であると推察できる。

個人要因として「疲労」があるが、その背後には組織要因である労働負担が関係していることが示唆された。看護師は、慢性疲労の自覚症状の増加と共に医療事故への不安に対する比率が高くなる<sup>62)</sup>との報告がある。これらの問題は、看護師個人で解決できるものでなく、病院の管理者が組織の状態を把握して改善を図る必要がある。

2007年から「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」が公表されて行政によって努力されているが、看護師の過酷な労働状態はあまり変化が見られていない。このままの状態が改善されなければ看護師の離職は増え、残された看護師の労働負担が増加するため職場環境はますます悪化することが予測される。そして、看護師不足が原因による医療事故のリスクが高くなる可能性がある。

したがって、これらの問題は早急に解決していく必要があると示唆された。

職位に関係なくお互いにミスを指摘しあえる関係や、良好で円滑なコミュニケーション及び、必ず全員に伝えることは必要である。

医療現場は一定の「権威勾配」がある<sup>63)</sup>が、その事例とも言えるものが2007年の「爪ケア」

に関する刑事事件である。この事件は、2010年9月に無罪判決となったが、この事件の問題となる背景について病棟内でのコミュニケーション不足が指摘されていた。また、対象となった看護師長は、異動してきたばかりであったため自らのケアについて説明したりすることができない職場環境があったのではないかと推測されている<sup>64)</sup>。

医療の業務は専門性をもったチームで遂行されているため、互いの立場や心理的な状況を守ろうとする部分も強いと考える。そのような状態が情報交換の抑制や指摘のし難さを助長していることが考えられる。

しかし、近年では職場内の人間関係構築への取り組みが医療安全対策として必要であることが説かれるようになり、安全を守るための職員間の伝達のスキルとして状況（Situation）・背景（Background）・判断（Assessment）・提案（Recommendation）の頭文字を取ったSBAR（エスバー）を用いた報告方法が検討されるようになってきた。

医療は、専門性をもつ職種で構成された集団であるからこそ、コミュニケーションスキルを身につけ、互いの意思疎通を図ることで良い人間関係が構築する必要があると示唆された。まずは、良好なコミュニケーションが医療事故防止に有効であることを看護師のみならず医療に携わる職員が十分に理解をすることが優先であろう。

### VII. おわりに

1990年末から約13年の間に医療の安全神話は崩壊したが、医療事故を起こさないように努力することが医療の役割であると社会は認識するようになった。国が唱える安全政策は施設の経営にも影響し、そこで働く医療従事

者は、患者の安全を守るために自らの安全行動を意識して任務に携わっている。しかし、患者の安全は医療の土台であるが、それを実施する医療従事者の安全を保つ事が出来る環境整備が未だ不十分であると思われた。このような状態で医療事故防止対策を進めても、医療事故防止行動が看護師の疲労やストレスの原因となることも予測する。今後は、医療安全対策が及ぼす影響等についても検討を重ねていきたい。

### 謝辞

本論文をまとめるにあたりご指導頂きました愛知医科大学看護学研究科教授鈴木初子先生に厚くお礼申し上げます。

### 引用文献

- 1) 米国医療の質委員会/医学研究所:人は誰でも間違える より安全な医療システムを目指して, 日本評論社, 1-2, 2002.
- 2) 八代利香, 松成裕子, 梯正之:看護職における「与薬エラー発生」に関わる要因—国内外の研究動向と今後の課題—, 日本職業・災害医学会会誌, 52(5), 299-307, 2004.
- 3) 風岡たま代, 上野邦子, 森美里:誤薬事故のリスクに対する管理職看護師と一般職看護師の認識の比較, 聖隷クリストファー-大学看護学部紀要, 14, 13-23, 2006.
- 4) 山内桂子, 山内隆久:医療事故, 朝日新聞社, 5, 2000.
- 5) 福留はるみ:医療安全対策の見直しを図るポイント, 現状の課題と今後の対策, 看護管理, 13, (10), 790-796, 2003.
- 6) 前掲書1), 5, 2002.
- 7) 古瀬彰, 長瀬真幸, 築根佳代子他:インシデント・アクシデント報告の現況, 交通医学, 58(5・6), 151-156, 2004.
- 8) 小林美亜:報告の仕方, 看護, 60(14), 034-040, 2008.
- 9) 宮地由芽子:組織事故防止に向けた背景要因の分析法, 鉄道総研報告, 18(2), 47-50, 2004.
- 10) 奥田清子:インシデントあるいはアクシデント後の看護師の感情体験, 日本赤十字看護大学紀要, 20, 43-53, 2006.
- 11) Reason, J:組織事故 起こるべくして起こる事故からの脱出, 日科技連出版社, 12-13, 2001.
- 12) 相楽有美, 岩波浩美, 定廣和香子他:医療事故に関連する用語の定義の現状と特徴—看護基礎教育課程における安全管理教育の充実に向けて—, 群馬県立県民健康科学大学紀要, 3, 83-100, 2008.
- 13) 厚生労働省医療安全推進総合対策(医療安全対策検討会議報告書), 2002年(平成14年4月17日).
- 14) 日本看護協会:医療事故発生時の対応, 看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン, 14, 2002.
- 15) 日本看護協会:2003年(1/1~12/31)~2010年(1/1~12/31)に報道された看護職が関与した医療事故の概要.看護職が関与した医療事故報道について, 2003~2010.
- 16) 金子さゆり, 濃沼信夫, 伊藤道哉他:急性期病棟におけるインシデント・アクシデント発生と看護業務・投入マンパワー量との関係, 日本医療・病院管理学会誌, 46(3), 15-23, 2009.
- 17) 長谷川友紀:危機管理原論J.Natl.Inst. Public Health, 51(3), 127-129, 2002.
- 18) 河野龍太郎:医療におけるヒューマンエラー, 医学書院, 25, 55, 2008.

- 19) 寺島泰子, 片岡則子, 良村貞子: インシデント・アクシデントの報告と看護師の職場満足度との関連, 医工学治療, 21(3), 171-177, 2009.
- 20) 加地浩, 佐野嘉彦, 堀江正知他: 医療現場における不安全行動の予測と回避—自己診断システムの開発と実地応用の試み, 日本職業・災害医学会会誌, 54(2), 57-65, 2006.
- 21) 桜庭恵, 河田裕企子, 岸見加奈子: 看護師の疲労とインシデントの関係性—インシデント多発時間の現状分析から考える安全性の向上—, 東京医科大学病院看護研究集録, 31-34, 2007.
- 22) 佐藤信江, 奥村百合恵, 小山聡子他: 看護師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師の調査結果から—第1報—, 新潟青陵大学紀要, 3, 213-222, 2003.
- 23) 藤田茂, 吉岡恵美子, 鈴木荘太郎: 看護業務におけるインシデントの要因に関する研究—心身分析による「忙しさ」と「インシデント」の関係—, 病院管理, 41(1), 47-53, 2004.
- 24) 高木修, 鬼塚佳奈子: 医療事故と病院組織における人間関係とコミュニケーション, 175回産業セミナー, 53-63, 2007.
- 25) 金子さゆり, 濃沼信夫, 伊藤道哉: 病棟勤務看護師の勤務状況とエラー・ニアミスとのリスク要因, 日本看護管理学会誌, 12(1), 5-15, 2008.
- 26) 金子さゆり, 濃沼信夫, 伊藤道哉: 病棟看護師の超過勤務および休憩時間と患者安全との関係, 医療の質・安全学会誌, 2(4), 358-364, 2007.
- 27) 鈴木健修, 大井田隆: Health Status, Shift Work, and Occupational Accidents Among Hospital Nurses in Japan, Journal of Occupational Health, 46(6), 448-454, 2004.
- 28) 一瀬久美子, 堀江令子, 牟田典子他: 看護師が抱える職場ストレスとその対応, 保健学研究, 20(1), 67-74, 2007.
- 29) 豊増功治, 吉田典子, 岩崎瑞枝他: 新人看護師の「ヒヤリ・ハット」体験状況とメンタルヘルスの関係, 日本循環器病予防学会誌, 40(1), 55-59, 2005.
- 30) 北岡和代: 精神科勤務の看護者のバーンアウトと医療事故の因果関係についての検討, 25(3), 31-40, 2005.
- 31) 中山裕一, 瀬高昌子, 佐々木郁子他: 医薬品について不明点があったときの看護師の行動実態, 医療マネジメント学会雑誌, 15(3), 442-446, 2004.
- 32) 前掲書4), 50-51.
- 33) 芳賀繁: うっかりミスはなぜ起きる, 中央労働災害防止協会, 64, 2000.
- 34) 関由紀子: 日本の医療機関における労働環境要因とエラー発生に関する研究, The Kitakanto Medical Journal, 55(1), 45-46, 2005.
- 35) 山内桂子, 山内隆久: 医療事故におけるヒューマンファクターの研究課題—心理的アプローチを中心に, 北九州大学文学部紀要(人間関係学科), 6, 63-69, 1999.
- 36) 藤田茂, 師岡孝次, 鈴木荘太郎他: 医療におけるヒューマンエラーの分析(第1報)—看護業務におけるヒューマンエラーの心身分析—, 病院管理, 38(3), 15-23, 2001.
- 37) 小島恭子: 安全管理に関する新人看護師教育プログラムの開発, 厚生労働科学研究費補助金, 分担研究報告書, 10-12, 2004.
- 38) 岩本真紀, 名越民江, 南妙子他: リスクマネージャーが認識している新人看護師の医

- 療安全教育, 香川大学看護学雑誌, 13(1), 83-89, 2009.
- 39) 前掲書4), 78-80, 2000.
- 40) 大久保堯夫:人間工学からみたヒューマンエラー, 月刊薬事, 41(11), 2253-2266, 1999.
- 41) 厚生労働省:医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針—医療安全管理者の質の向上のために—, 2007.
- 42) 松原美紀, 河村由美子, 山下希美:チームエラーの発生要因の分析と課題の明確化, 愛媛労災病院医学雑誌, 13(1), 28-32, 2006.
- 43) Sasou,K&Reaso,J:Team errors definition and taxonomy, Rngineering and system safety, 65, 1-9,1999.
- 44) 明日徹:医療事故予防のためのコミュニケーション要因についての研究—理学療法士を対象とした調査から—厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業, 168-179, 2003.
- 45) 森永今日子, 山内桂子, 松尾太加志:医療事故におけるチームエラーの回復に関する研究(1)—エラーの指摘を抑制する要因についての質問紙調査による検討—, 北九州市立大学文学部紀要(人間関係学科), 10, 55-62, 2003.
- 46) 関由紀子:看護師の多重課題及び業務中断の検討Time and Motion study, ビデオ分析法を用いて,保健医療社会学論集(1343-0203), 21(1), 39-51, 2010.
- 47) 天野寛, 酒井順哉:医療事故防止における医療スタッフの安全意識に関する研究—インシデントの発生および診療マニュアルの把握との関係分析—, 日本医療情報会, 24, 639-655, 2004.
- 48) 金子さゆり, 濃沼信夫, 伊藤道哉:急性期病棟における看護師の業務内容と患者安全との関連の検討,医療の質・安全学会誌誌, 5(3), 221-225, 2010.
- 49) 小路ますみ, 小森直美, 藤岡あゆみ他:看護職・他部門間のコミュニケーション・リスクの構造, 福岡県立看護学部紀要, 5(2), 61-65, 2008.
- 50) 山内桂子, 山内隆久, 山口裕幸:病院では他者の誤りを指摘できているか?-医療場面のコミュニケーションに関する考察(2), 日本心理学会第65回大会発表論文集, 919, 2001.
- 51) Seki Yukiko:Working Condition Factors Associated with Time Pressure of Nurses in Japanese Hospitals, Journal of Occupational Health, 50(2), 181-190, 2008.
- 52) 藤田茂, 渡辺聖, 鈴木荘太郎:医療機関における医療安全管理の意識に関する検討, 医療マネジメント学会雑誌, 15(4), 501-505, 2005.
- 53) 前掲書4), 132.
- 54) 山内桂子:医療安全とコミュニケーション, 麗澤大学出版会, 62-63, 2011.
- 55) 森永今日子:看護師はなぜエラーの指摘をためらうのか, 看護, 56(2), 055-057, 2004.
- 56) 坂本すが:医療安全超入門, 日本医療マネジメント学会監修.学習研究社, 12, 2008.
- 57) 藤沢由和:医療安全国際動向—政策的動向および施策とその方向性—,51(3), J. Natl. Inst. Public Health, 118-123, 2002.
- 58) 前掲書4), 31.
- 59) 前掲書4), 18.
- 60) 黒田勲:「信じられないミス」はなぜ起こる—ヒューマン・ファクターの分析—,

中災防 新書, 22, 2001.

- 61) 甲斐野智子, 金谷祐美子, 橋崎裕幸他:潜在看護師をいかに職場復帰させるか, ISFJ 政策フォーラム2008発表論文, 20th-21st, Dec. 2008.
- 62) 日本看護協会:日本の医療を救え～看護職の健康と安全を守ることが患者の健康と安全を守る～, 2011年6月3日.
- 63) 前掲書54), 67.
- 64) 日本看護協会:「爪のケア」に関する刑事事件, 日本看護協会出版会, 22, 2011.

### 参考文献

- Heinrich, H.W.: Industrial Accident prevention 4th ed. McGraw-Hill, 1959.
- 日本看護協会:総特集 医療安全教育の変革のために, 3章, 資料 医療安全の歴史年表, 60(14), 098-100, 2008.
- 日本看護協会:「爪のケア」に関する刑事事件, 日本看護協会出版会, 2011.

注1) ハイน์リッヒの法則:重大な災害が1件あったら, その背景には29件の軽傷を伴う災害が起きており, さらに300件ものヒヤリ・ハットした無傷の災害が起きていたことになる