

特別発言

看護業務から見た医療事故の防止対策



嶋森好子*

昨年来、医療事故が多発しており、いずれの事故においても看護婦が医療事故当事者として報道されることが多いわけです。日本看護協会では、昨年4月に医療事故防止のための緊急提言としてマンパワーの適正配置、看護職員の卒後研修の制度化、24時間継続したチーム医療体制の確立、医療従事者の業務範囲と責任の明確化の4つを提言しました。

同時に、リスクマネジメント検討委員会を設けて「リスクマネジメントガイドライン」を作成しました。この「ガイドライン」を会員が2人以上いる施設にお配りし、活用して事故防止に努めるようにという要請をしました。このほど、その活用状況を尋ねましたら、病院の事故防止対策の検討に使っていただいているという回答を得ております。

本日は、午前中から医療事故防止について具体的な対策がかなり述べられまして、重複するところもありますが、改めて看護業務の特徴から事故防止をどんなふうと考えていったらいいかということをお話しさせていただきます。

表① 看護職は事故当事者になることが多い

- ・24時間患者のそばにいる
- ・医療の最先端で患者に直接医療を提供する役割を負っている
- ・看護職は、他職種の仕事のチェックをするが、看護職の仕事をチェックするシステムがない

●医療事故の当事者になることが多い看護職
医療事故の多くは看護婦が当事者として報道されますが、これは看護職の働き方を考えますと当然だと言ってもいいように思います(表①)。

1つは、24時間患者のそばにおりますので、患者の事故に遭遇する機会がそれだけ多くなるわけです。

もう1つは、看護婦は医療の最先端で患者に直接医療を提供する役割を負っています。これは、医師も処置、手術など直接医療を提供するわけですので、その場合は医師も当事者になっています。

そういう最先端で最終的に医療を提供する役割を負っているのが、看護職は他職種の仕事のチェックをする役割が必然的に出てきます。たとえば医師の簡単な指示ミスを発見したり、薬剤師が調剤のミスをしたときに看護婦が発見するようなことは現場ではままあることです。それから、看護職がそういうミスを起こしたときに、それをお互いに発見し合うこともあります。

ところが、そのなかで、看護職は最終ランナー

*しまもり・よしこ：川崎市立高等看護学院卒業後、昭和46年神奈川県立看護専門学校公衆衛生看護科卒業、平成5年女子栄養大学卒業。済生会中央病院婦長を経て、平成2年同島病院看護部長。日本看護協会常任理事。主研究領域は感染看護、看護管理。

表2 看護職に期待される3つの役割

- ・患者の入院生活に支障がないように日常生活行動の援助をすること
- ・患者に必要な診療が適切に提供されるように患者、医師および他の医療職種を支援すること
- ・病気や治療を行うこと、および入院生活への不安や疑問に対処すること

みたいなものですから、それまでのエラーの積み重ねを看護職によってチェックされないと、そのまま患者さんに提供されることになりません。

●看護職に期待される役割

それでは、看護職が現場で求められる役割とはどんなものがあるのでしょうか。細かく分ければいろいろあるわけですが、私たちは大きく分けて3つあると考えています(表2)。

1つは、患者の入院生活に支障がないように日常生活行動を援助することです。高齢者の場合、入院して臥床しているだけで身体機能が落ちることがあります。そのため体を動かしたり、動けない患者さんの褥瘡を予防するなど、日常生活の行動を助けて、健康レベルの低下を防ぐことが1つです。

もう1つは、患者に必要な診療が適切に提供されるように、患者、医師および他の医療職種の支援をすることです。医療の提供の場では、この診療の補助のところで事故が多く発生しており、補助業務を効果的に看護婦が行えることが医療の効果を高めますので、非常に重要な役割だと考えています。

それから、病気や、その治療および入院生活への不安や疑問に対処することです。患者さんは主治医にもいろいろな心配事を訴えられますが、主治医にはお話ししにくい部分もあります。手術のあとにボディイメージが変わったり、入院によって家族の役割を果たせなくなったり、家族関係が非常に悪くなったりというような問題や疑問などについて、夜、皆さんが寝静

まったころに看護婦に訴えてくる患者さんがいらっしゃると思います。こういう患者さんに対しては、心理的な支援が必要になります。

●看護業務の特徴

それでは、これらの役割をどのように果たすかといいますと、24時間交代制勤務で看護婦同士が引き継いで行っているわけです。このために、記録やケース会議や引き継ぎの時間が非常に重要になります。

同時に、夜勤が余儀なくされる仕事です。労働基準法がこのほど改正されまして、女子にも深夜労働が全般に認められるようになりましたが、それ以前から看護婦は深夜が許される職業でした。

交代制勤務に関して、アメリカの看護協会には「看護婦のシフトワークハンドブック」というものがあります。そのなかには、夜勤に不適應の人がおり、それらの人々には夜勤を免除するなどの配慮が必要だと書かれています。日本では看護婦になれば、だれでもが必ず一定の夜勤をするというのが常識になっていまして、夜勤ができない看護婦は辞めるか、夜勤の必要がない職場に変わるしかありません。

夜勤が看護婦に与える影響についての調査研究は全く不十分です。たとえば、3交代をする場合に、時計回りに次の勤務に入っていくのが疲労を少なくするという調査結果があります。また、夜中に仮眠時間をとることで朝の覚醒が非常にいいこと、朝の交代時間までにそういう休憩をとらないと覚醒状態が低下して、事故を起こしやすくなるという研究結果も最近になって出ています。夜勤については1人の看護婦が1か月に行う夜勤時間の制限が診療報酬上に規定されていますが、それ以上に配慮するようなことはなされていません。

さらに、業務の特徴を言いますと、ほとんどの看護業務がほかの人からの要求によって動くということです。医師の指示と患者さんに行わ

れるケアは大体決まっておりますので、看護婦は朝出かけていって、きょう何をするかという1日のスケジュールを立てるわけです。しかし、そのスケジュールに従って仕事ができることはほとんどありません。まず患者さんからナースコールがありますし、医師はご自分が治療処置にいらっしゃると、看護婦に介助を求めます。

これについては、アメリカでは医師が1人で治療処置をするということをお聞きしております。私の友人がアメリカに研修に行ったときに、医師の治療処置の介助のために付いて行ったところ「何しに来たのか、あなたは自分の仕事をしなさい」と言われたということでしたが、日本ではほとんど必ず看護婦が呼ばれます。

また、患者さんのナースコールによって頻回にいつでも仕事は中断されます。この業務の中断がエラーを起こしやすくしているのではないかとされています。

それから、ほかの職種、たとえばレントゲン技師や検査技師はご自分のスケジュールに合わせて病棟に来て、そのとき動けない患者さんと、必ず看護婦を呼んで介助を求めます。そういうように他者からの要求によって動かされるのが看護婦です。そのなかで、たとえば時間で決められた注射をしている最中にナースコールで呼ばれ行って、時間を過ごしてしまったので、帰ってきて慌てて処置をしようと思って、そこで間違ふというようなことが起こっています。

それは必ずしも看護婦だけではなくて、医師についてもそうです。病棟のなかで各職種が業務をきちんとしようとする、どうしても一定のルールが必要になります。たとえばオーダー終了の時間を午後3時とか4時にするというように。しかし、それがほとんど守られていないと聞いています。

一方、医師について眺めてみますと、当直明けで午前中外来患者をみて午後手術に入るといふようなことが、日本の場合には日常的に行われています。その間、患者が1人でも急変する

と、決められた時間内には来られないことがあります。医療従事者全体が少ないということから、こういう状態になっているのではないかと思います。

エラーにはミステークとスリップがあると聞いています。これについて発生の要因と事故防止について考えてみますと、ミステークというのは意図的に間違った目標を選ぶ。たとえば、内服薬なのに静脈注射をしてもいい薬だと思っただけで、それで静脈注射をするというような事故ですが、こういう事故の発生には、新人で十分な知識がないとか、高度医療に対応する知識がない場合に起こります。高度の先進医療を行う施設で、十分な知識のない看護婦が働いている場合にこういう事故が起こりやすくなります。

その対策としては、1つは看護婦の臨床研修の充実と制度化があります。また看護協会では専門看護婦、認定看護婦というコースを設けていますが、そういう専門、認定の特定の分野でそれに関連する教育を受けた人を、高度先進医療の行われる施設に配置することが事故防止につながると思います。

今年から感染管理のコースも設けておりますが、院内感染防止に関しては、こういう専門看護婦の配置が必要ではないかと思います。

次に、スリップ事故というのがあります。これは内服薬だと分かっているのに、血管のほうにつなげてしまうというような事故ですが、これは業務量が多くて仕事に集中できないとか、夜勤などによる疲労の蓄積によって起こりやすくなる事故です。

これの防止策としては、1つはチーム医療体制の充実です。チームの医師、看護婦が患者さんにケアを提供するだけではなく、その他の医療に関連する技術者、放射線技師、薬剤師、栄養士、検査技師など、それぞれが自分の専門については直接患者さんにケアを提供する形が本来のチーム医療だと思います。しかし、日本の場合はまだ医師、看護婦のバックアップとして

表③ 1 病棟の病床数と看護婦対患者数(勤務表から)

| 国 | ベッド数 | 看護婦 | 補助者 | 看護婦 1 人対患者数 |
|-----|----------------|---------------|--------|-----------------------------|
| 日本 | 43 ~ 52 | 16 ~ 30 | 1 | 日 : 8 ~ 9 人 夜 : 14.3 ~ 22.6 |
| AU | 20 ~ 30 | 12 ~ 31 | 2 ~ 4 | 日 : 2.7 ~ 6.7 夜 : 3 ~ 10 |
| 英国 | 個室 9, 外科 16 | 9 16 + 学 3 | 2 1 | 日 : 2.3 ~ 9 夜 : 4.5 ~ 9 |
| 米国* | 30 | 35 | 13 | 日 : 3.8 ~ 4.5 夜 : 4.4 ~ 5 |
| 韓国 | 34 | 11 ~ 12 | 1 ~ 2 | 日 : 5.6 ~ 8.5 夜 : 11 ~ 17 |

*米国の病棟は循環器病棟

のチーム医療の形にしかありません。医師、看護婦の手を通して患者さんに医療が提供されますので、看護婦のところに業務が非常に集中しているのが現状です。チーム医療体制を充実させていくことがスリップ事故を少なくする対策の 1 つだと思います。

それからもう 1 つは、看護要員の増員がぜひとも必要ではないかと思えます。

1 病棟の病床数と看護婦対患者の数をみてみます(表③)。平成 9 年の厚生科学研究で、各国の病院の看護要員を調べたものによると、日本は、日勤では 1 人の看護婦が 8~9 人の患者さんを受け持っています。それでもかなり多いほうだと思いますが、夜間は 14~23 人を 1 人の看護婦が見るというふうな状況で、これだけ多数の患者さんを見ている国はどこにもありません。

ただ、こういう状況なのに、何とかできているという 1 つの理由は、在院日数が 33.5 日と非常に長いことが挙げられます。これは平成 9 年ですので、かなり前ですが、在院日数の長さが何とか事故を起こさないできている要因だと思います。しかし、最近では高機能病院や地域の中核病院では在院日数が 2 週間を切る病院が多くなっており、そこでは、やはり看護婦がミスを起こすような状態が起きています。

表④ 事故防止対策の 3 つの側面

- ・適切な機器や、手順の設定による事故防止
: フェールセーフシステムの導入
- ・適正な制度、管理による事故防止
: 高度化に対応する適正な要員の配置
: 安全管理委員会と専門スタッフの配置
: 事故情報の報告システムの確立
- ・安全を最優先する組織風土の育成と教育
: 理念の明確化と、全職員への安全教育
: 職種を越えた良好なコミュニケーション

●事故防止対策の 3 つの側面

次に、医療事故防止の対策をまとめてみたいと思います。

それには大きく分けて 3 つあります(表④)。

1 つは、適切な機器や手順の設定による事故の防止、たとえば三方活栓の径を変えて、消化管に入れるべきのものが静脈に入らないようなフェールセーフシステムを導入すること、もう 1 つは適正な制度、管理による事故の防止策として、医療の高度化に対応する適正な要員を配置することです。看護婦も含めて日本の医療従事者の数は非常に少ないと思いますので、これを何とかするべきです。また、安全管理委員会や専門スタッフの配置、事故情報の報告システムなどの確立が重要だと思います。

また、安全を最優先する組織風土の育成と教育も必要だと思います。病院の中で、お互いがミスをチェックし合えるような関係を築くためには、病院がこれを理念として掲げない限り、

建て前だけではむずかしいと考えられます。どうしても上下関係、命令をする人される人という関係がありますと、ミスに気が付いていてもお互いに注意し合えない状況になります。そうすると、ミスがそのまま患者さんの事故につながってしまうことになりますので、そういう風土を育てていくことが重要だと思います。

それから、全職員への安全教育です。医師、看護婦は事故当事者になりやすいので、非常に神経質に事故防止について勉強していこうという姿勢があります。しかし、たとえば廊下に水がこぼれていたなら、それが転倒、転落につながるのではないかと考えて拭くなど、事務職員も含めたすべての病院職員が安全の配慮をするような組織風土もこれから望まれるのではないかと思います。

最後に申し上げたいことが1つあります。現在の日本の医療事故の処理方法には問題があると思います。

警察がすぐに介入し、責任はだれにあるのか、犯人はだれかという形で、犯人捜しをすることになってしまい、効果的な事故防止対策が考えられない状況になっています。

日本看護協会で、事故を起こした病院の看護部長に直接お電話しましても、警察に「言わないようにとされているので」と、細かな事故

情報が得られません。また、刑事訴訟で訴追されると、倫理的な問題は別として自分に不利な情報は言わなくてもいいというようになると思うのです。

しかし、医療事故の場合、これを防止しようと思うと、こういうふうにすれば医療事故防止ができたかもしれないという、自分に不利な情報についても提供していただくことが非常に重要なのですが、それがきちんとできない状況です。

患者さんがすぐ警察に行くのは、それしか情報を得る手段がない、事故についてももう少しよく知りたいという場合、警察に行くしかないという今の日本のシステムが問題であって、第三者機関をつくるとか、そういう形で専門家が情報を収集し、分析し、それをほかの医療施設に役立てていくというシステムをつくり上げていく必要があると思います。

それから、医療従事者を増やさなければいけません。それにはお金が必要です。お金を使って安全を確保することが、これからの医療には重要であることを一般の方にも理解していただくために、病院としても医療事故の情報は開示して、ミスがあったらきちんと謝り、一般の方と一緒に事故防止をしていくことが重要ではないかと思います。