

【原著】

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

風岡たま代¹⁾ 上野 邦子²⁾ 森 美里³⁾

1) 聖隷クリストファー大学

2) 神奈川県立保健福祉大学 実践教育センター

3) 神奈川県立循環器呼吸器病センター

A Comparative Study between Nurse Administrators and Staff Nurses regarding the Recognition of the Risks in Medication Error

Tamayo KAZAOKA, Kuniko UENO, Misato MORI

1) Seirei Christopher College

2) Center for professional education, Kanagawa university of human services

3) Kanagawa Cardiovascular and Respiratory Center

抄 録

この研究の目的は、与薬依頼によって起きた誤薬事故のリスクへの管理職看護師と一般職看護師の認識の違いを明らかにすることである。対象は勤務年数が10年以下の一般職看護師223（一般職群）人と11年以上の管理職看護師108人（管理職群）である。方法は、与薬依頼を題材にした誤薬事故のシミュレーションのリスクの箇所にアンダーラインを引き、事故への関連の深さ（関連度）を評価してもらった。リスク毎の発見者数と関連度の認識数を両群で比較した。その結果、管理職群は一般職群より与薬依頼の際の説明不足と患者に与薬する時の確認不足の発見者数が多かった。一般職群は管理職群よりスタッフ同士の説明不足の関連度を低く認識するものが多かった。管理職群は依頼者側と当事者の責任を重視し、一般職群はスタッフによる略式の与薬依頼を容認する可能性がある。与薬依頼のルールを明確にして、両者の認識を近づけ、誤薬事故を予防する必要がある。

キーワード：誤薬事故、リスク、管理職、看護師、認識

Key words: Medication Error, Risk, Nurse Administrator, Staff Nurse, Recognition,

I. はじめに

医師から臨時薬の指示が出ると、リーダー看護師が薬を準備することがあるが、薬を準備した者が患者に与薬するのが与薬業務の原則である。しかし、病棟では役割が分担され受け持ち看護師に与薬が依頼されることも多い。患者を間違えた誤薬事故には、この与薬依頼が適切に行われていないことが原因で起きたものもある¹⁾。

誤薬事故が起きると、通常当事者となった看護師と看護管理者である病棟師長から事故報告書が提出され、事故の原因分析が行われる²⁾。職責や経験年数による視点の違いによって、両者の分析が異なることがあるかもしれない。その相違を明かにすることは、誤薬事故の正確な分析と予防に役立つと考えられる。

この研究の目的は、与薬依頼があつて起きた誤薬事故を引き起こした与薬依頼に対する一般職看護師と管理職看護師の認識の相違を明らかにすることである。誤った与薬依頼を題材にした誤薬事故の例として、ロールプレイングのシナリオ形式で作成した独自の誤薬事故のシミュレーションを用いた。

このシミュレーションは、医療事故を引き起こす可能性があるリスクへの感性を高めることを目的に、臨床実習前後の看護学生教育のために作成されたものであった³⁾。このシミュレーションは、臨床で起きたヒヤリハットや本邦における事故報告を分析し、誤薬事故のリスクを抽出し、そのリスクを再構築して臨床現場を模して作られたものであった。今回盛り込まれたリスクは、看護師のルール違反の危険性を強調するために誇張された印象はあるが、看護師にとっても予め認識すべき臨床的に重要なリスクであった。そこで、このシミュレーションを卒後教育や看護師を対象とした研究に用いること

にした。

文献には医療事故に関する看護師の認識を勤務年数との関係からみた報告⁴⁾⁵⁾⁶⁾⁷⁾はあるが、職位別に比較を試みた研究は少なかった⁸⁾。管理職の認識を一般職と比較した場合、その認識には職位によって備わったものと勤務年数が長いベテラン看護師として備わったものの両方あつて、区別が難しいことが原因の一つであろう。そこで本研究では、勤務年数と職位が対照的な管理職群と一般職群によって比較した。

II. 対象と方法

1. 用語の操作的定義

リスク：医療事故を引き起こす可能性。または、医療の場面や行為の中に潜む事故の発生の条件、事情、状況、要因、環境。

管理職：病棟の看護管理業務に実質的に携わる立場にいる人で、病棟師長および主任の任にある看護師。

一般職：外来勤務や病棟勤務で夜勤を含めた通常看護業務に携わるもので、師長や主任の任にない看護師。

2. 対象

対象は、公立の2病院の看護師450人（回収数355人、回収率78.9%、有効回答数331人、有効回答率73.6%）であった。管理職看護師の有効回答数は108人で、一般職看護師は223人であった。表1は、勤務年数を10年ごとに区切った管理職看護師と一般職看護師の人数を示した。

医療事故の86%が卒後10年以下の看護師によって引き起こされているという報告⁹⁾がある。勤務年数が10年以下の一般職看護師が事故の当事者となる可能性が大きいので、勤務年数10年以下の一般職看護師180人（有効回答数223

表1 一般職と管理職の勤務年数別の内訳

| | 勤務年数 | | | |
|--------|-------|---------|---------|-------|
| | 10年以下 | 11年~20年 | 21年~30年 | 30年以上 |
| 管理職 | | 62 | 34 | 3 |
| 合計 108 | 9 | 小計 99 | | |
| 一般職 | | 29 | 11 | 3 |
| 合計 223 | 180 | 小計 43 | | |

(人数)

人の80.7%、平均勤務年数5.2±3.0年)を一般職群とした。これとは対称的に、経験年数が11年以上の管理職看護師99人(有効回答数108人の91.7%、平均勤務年数19.0±6.3年)を管理職群とした。

3. 調査期間

平成14年3月1日~3月15日。

4. 倫理的配慮

両病院の院内倫理委員会のこの研究に対する許可を得た。対象者へは紙面で研究の趣旨と、調査が自由意志であること、これによって不利益はないこと、個人が特定できないよう秘密保持をすることを説明した。承諾を得られた人から無記名で封書し提出してもらった。

5. 方法

誤薬のシミュレーションを紙面で提示した質問紙法で、留め置き法を用いた。

シミュレーションの概要は、「新人山田が受け持つ患者サトウに追加薬の指示が出て、リーダー田中は薬を準備した。新人鈴木は検温中であつたが、リーダー田中から患者サトウへの追加薬を山田に渡すように頼まれた。山田が患者サトウのケア中だったので、鈴木はカーテン越しに伝え、隣の患者カトウのテーブルの上に薬を置いた。山田は処置が終わると、別の患者から座薬を頼まれ、与薬を忘れた。ナースステー

ションに戻った山田は、与薬の忘れていたことを思い出し、あわてて患者カトウに与薬してしまった。」というものであつた。

対象者には、この誤薬事故の原因と考えられる箇所に直接アンダーラインを引き、同時にその原因が事故との関連の深さを直接原因と考えたものにA、間接原因と考えたものにB、関連要因と考えたものにCをつけてもらった。さらに紙面で表現されていない事故原因があれば、自由記述しABCをつけてもらった。

シミュレーションには22個のリスクが盛り込まれていた。表2・3・4には、リスクがシミュレーションに出てきた順番に番号をつけ、リスクの内容と著者らが予め設定した事故との関連の深さのA、B、Cを関連度として示した。

関連度Aの12個のリスクのうち、準備者が与薬しない、処方箋と薬が一緒でない、患者に対する確認不足は与薬の際のルール違反であり、説明不足、確認不足、処方箋と薬が一緒でない、薬を直接手渡さないは与薬依頼する際のルール違反であつた。管理上は薬を取り扱う際を守るべきルールであつた(表2)。

関連度Bの5個のリスクは「健康管理の欠如」、あわてたという「個人的な問題」、多重課題の仕事を行なっている相手の忙しさに注意を払うためのコミュニケーションをとらなかつたという「注意力・意志疎通の欠如」であつた。管理上は個人の注意を促したい問題であつた(表3)。

関連度Cの5個のリスクは新人であり緊張しているという「新人・不十分な知識・技術」、割り込み業務となつた「予期しきれない患者の要求や状況」、似た名前の患者が隣同士にいるという「勤務態勢・病棟管理の問題」であつた。管理上は新人へのサポート態勢、人員配置、病棟管理で環境を整えるべき問題であつた(表4)。

シナリオから本研究に重要なふたつの与薬依頼の場面と患者へ与薬する場面を紹介する。

1) 場面1 リーダー田中からスタッフ鈴木への与薬依頼

ちょうどそこに、検温の途中忘れ物を取りに戻った新人ナース鈴木が入ってきました。リーダー田中はカトウさんの追加分の内服薬を新人ナース鈴木に依頼することにしました。

田中「これ、今検温に行っている山田さんに渡してきてくれる？多分今は68号室いると思うのよ。カトウさんの追加分の内服薬、すぐに飲んでもらうように伝えてくれる？」

鈴木「はい分かりました。カトウさんに今飲んでもらえば良いんですね。」

そう言い、新人ナース鈴木は内服薬を受け取り、取りに戻ったアルコール綿を持って病室に向かいました。

2) 場面2 スタッフ鈴木からスタッフ山田への与薬依頼

病室では、新人ナース山田がカーテンの中でカトウさんの寝衣を交換しているところでした。新人ナース鈴木はカーテン越しに声をかけることにしました。

鈴木「山田さん、朝の内服薬が追加になったみたいなんですけど・・・。」

山田「(カーテン越しに) はい。今着替えているので、すぐ行きます」

鈴木「良いです。私も検温の途中なので、ここに置いていきますから、すぐ飲んでもらってくださいと、言うことです」

山田「わかりました」

新人ナース鈴木は入り口側のベットのサトウさんのオーバーテーブルに内服薬を置き、病室を出ていきました。

3) 場面3 スタッフ山田から患者カトウさんへの与薬

新人ナース山田はあわてて病室に戻り、オーバーテーブルにあった内服薬を取り、そのままサトウさんに説明しました。

山田「サトウさん、朝の薬が追加になりました。遅くなってすみません。すぐに飲んでください」

サトウ「はい、わかりました」

内服しているサトウさんを見て、隣のカトウさんが声をかけてきました。

カトウ「看護師さん、さっき先生が来て、私も薬を増やすって行ってたけど」

山田「えっ!?!」

6. 分析

- 1) 各場面のリスク毎に発見した人数(発見者数)と管理職群99人一般職群108人に対する発見者数の割合(発見率%)を算出した。リスク毎に両群の発見者数を x^2 検定によって比較した。
- 2) 発見したリスクに関連度のABCをつけた人数を関連度の認識数とし、 x^2 検定によって両群を比較した。
- 3) 与薬の依頼が「リーダーとスタッフ間」と「スタッフ同士」で行われた。依頼する相手によって説明不足の発見者数に両群で差があるかみるために、「7. 鈴木は山田に説明しない」と「13. 鈴木は山田に説明しない」のそれぞれの発見者数を両群で x^2 検定によって比較した。

統計ソフトには、Excel 統計 ver.5 を使用した。

Ⅲ. 結 果

1. 場面毎の発見者数、発見率、関連度の認識の比較

1) 場面1 リーダー田中からスタッフ鈴木への与薬依頼

「4. 田中は鈴木に依頼」は両群とも発見率が80%以上と多かった。関連度の認識数は管理職群がA33人、B34人、C14人で、一般職群がA56人、B75人、C22人であった。両群ともAよりもB、Cに認識したものが多かったが、両群で差はなかった(表2)。したがって、両群とも与薬の

依頼をリスクと認識するものが多いが、事故との関連を浅く認識したものが多かったことが分かった。

両群の説明不足「7. 鈴木は山田に説明しない」の発見者数は確認不足「10. 鈴木は田中に確認しない」より多かった(管理職群： $\chi^2=40.286$, $p<.001$ 、一般職群： $\chi^2=47.353$, $p<.001$)。したがって、両群ともリーダーからスタッフへの与薬依頼で説明不足をリスクと認識するものが確認不足より多いことが分かった。

説明不足の「7. 田中は鈴木に説明しない」の発見者数は管理職群43人、一般職群53人で管理

表2 重要度Aの発見者数と重要度の認識の比較

| リスク | リスクの内容 | 発見者数 (人) | 発見率 (%) | 重要度の認識数(人) | | |
|-------------------|--------------|-------------|------------|------------|----|----|
| | | | | A | B | C |
| 4. 田中は鈴木に依頼 | 準備者が与薬しない | 81 | 81.8 | 33 | 34 | 14 |
| | | 153 | 85.0 | 56 | 75 | 22 |
| 7. 田中は鈴木に説明しない | 説明不足 | 43 | 43.4 * | 21 | 16 | 6 |
| | | 53 | 29.4 | 17 | 28 | 8 |
| 13. 鈴木は山田に説明しない | 説明不足 | 91 | 91.9 ** | 39 | 43 | 9 |
| | | 144 | 80.0 | 46 | 68 | 31 |
| 10. 鈴木は田中に確認しない | 確認不足(ルール違反) | 4 | 4.0 | 2 | 0 | 2 |
| | | 5 | 2.8 | 2 | 2 | 1 |
| 16. 山田は鈴木に確認しない | 確認不足(ルール違反) | 14 | 14.1 | 7 | 6 | 1 |
| | | 14 | 7.8 | 7 | 7 | 0 |
| 12. 鈴木は山田に薬を手渡さない | 薬を直接手渡さない | 97 | 98.0 | 72 | 25 | 0 |
| | | 177 | 98.3 | 127 | 39 | 11 |
| 14. 山田は薬を直接受けとらない | 薬を直接手渡さない | 2 | 2.0 | 1 | 1 | 0 |
| | | 3 | 1.7 | 1 | 2 | 0 |
| 5. 田中は処方箋を渡さない | 処方箋と薬が一緒でない | 7 | 7.1 | 6 | 1 | 0 |
| | | 5 | 2.8 | 4 | 1 | 0 |
| 11. 鈴木は処方箋を受けとらない | 処方箋と薬が一緒でない | 10 | 10.1 * | 7 | 1 | 2 |
| | | 6 | 3.3 | 2 | 2 | 2 |
| 17. 鈴木は処方箋を渡さない | 処方箋と薬が一緒でない | 6 | 6.1 | 6 | 0 | 0 |
| | | 3 | 1.7 | 2 | 1 | 0 |
| 18. 山田は処方箋を受けとらない | 処方箋と薬が一緒でない | 5 | 5.1 | 5 | 0 | 0 |
| | | 3 | 1.7 | 2 | 1 | 0 |
| 21. 山田は患者を確認しない | 確認不足(思いこみミス) | 92 | 92.9 * | 88 | 4 | 0 |
| | | 152 | 84.4 | 141 | 8 | 3 |

* $P<.05$

** $P<.01$

上段 管理職群(n=99)

下段 一般職群(n=180)

職群の方が多かった ($\chi^2=5.539, p=0.019$)。確認不足の「10. 鈴木は田中に確認しない」の発見者数は両群に差はなかった。したがって、管理職群の方が一般職群よりリーダーとスタッフへの説明不足をリスクと認識するものが多いことが分かった。

「5. 田中は処方箋を渡さない」と「11. 鈴木は処方箋を受けとらない」の発見者数は両群とも少なかったが、統計学的には「11. 鈴木は処方箋を受けとらない」の管理職群の発見者数が一般職群よりは多かった ($\chi^2=5.411, p=0.020$)。すなわち、両群とも臨時処方箋と処方箋を一緒にしていないことのリスクを認識するものは少なかったが、その中では受け取らなかった側のリスクを認識したものは管理職群の方が若干多かった。

「6. 田中は鈴木が検温中を確認しない」と「9. 鈴木は田中に検温中を伝えない」の両群の発見率はいずれも10%以下で少なかった。したがって、両群とも依頼される側が依頼を受けられる状況にあるか、お互いがコミュニケーションしていないことをほとんどリスクと認識していないことが分かった。

2) 場面2 ナース鈴木からナース山田への与薬依頼

説明不足「13. 鈴木は山田に説明しない」の発見者数は確認不足「16. 山田は鈴木に確認しない」より多かった (管理職群： $\chi^2=120.219, p<.001$ 、一般職群： $\chi^2=190.625, p<.001$) (表2)。すなわち、両群ともスタッフ同士の説明不足をリスクと認識したものが確認不足より多かった。

「13. 鈴木は山田に説明しない」の発見者数は管理職群91人、一般職群144人で、管理職群の方が多かった ($\chi^2=6.831, p=0.009$)。その関連度を管理職群はA39人、B43人、C9人、一般職群はA46人、B68人、C31人と認識し、一般職群はCと認識するものが管理職群よりも多かった ($\chi^2=6.450, p=0.040$)。要するに、両群とも依頼する側の説明不足をほとんどのものがリスクと認識したが、その中でも管理職群の方が一般職群よりも多かった。反対に一般職群の方は管理職群より説明不足の関連度を浅く認識したものが多いたことが分かった。

「17. 鈴木は処方箋を渡さない」と「18. 山田は処方箋を受けとらない」は両群でほとんどリスクと認識されなかった。

表3 重要度Bの発見者数と重要度の認識の比較

| リスク | リスクの内容 | 発見者数 (人) | 発見率 (%) | 重要度の認識数(人) | | |
|--------------------|-------------|-------------|------------|------------|----|-----|
| | | | | A | B | C |
| 3. 山田は風邪気味 | 健康管理の欠如 | 63 | 63.6 | 0 | 8 | 55 |
| | | 116 | 64.6 | 4 | 12 | 100 |
| 20. 山田はあわてた | 個人的な問題 | 69 | 69.7 | 43 | 22 | 4 |
| | | 132 | 73.3 | 88 | 29 | 15 |
| 6. 田中は鈴木が検温中を確認しない | 注意力・意志疎通の欠如 | 4 | 4.0 | 0 | 3 | 1 |
| | | 4 | 2.2 | 1 | 1 | 2 |
| 9. 鈴木は田中に検温中を伝えない | 注意力・意志疎通の欠如 | 8 | 8.1 | 1 | 5 | 2 |
| | | 8 | 4.4 | 0 | 1 | 7 |
| 15. 山田は鈴木にケア中を伝えない | 注意力・意志疎通の欠如 | 13 | 13.1 | 4 | 6 | 2 |
| | | 10 | 5.6 | 1 | 7 | 2 |

上段 管理職群 (n=99)

下段 一般職群 (n=180)

「12. 鈴木は山田に薬を手渡さない」の発見者数は管理職群97人、一般職群は177人であったのに対して、「14. 山田は薬を受け取らない」の発見者数は管理職群が2人、一般職群が3人であった。したがって、両群とも薬を直接手渡す側のルール違反はリスクと認識したが、直接受け取る側のリスクはほとんど認識していないことが分かった。

「15. 山田は鈴木にケア中を伝えない」の発見率は両群とも15%以下と少なかった。したがって、両群とも山田は自分がケア中で与薬依頼が受けられない状況であることを伝えなかったことをリスクと認識したものが少ないことが分かった。

3) 場面3 ナース山田の患者への与薬

「21. 山田は患者を確認しない」の発見者数は管理職群の方が多かった ($\chi^2=0.030, p<.05$) (表2)。したがって、与薬する患者であることを確認しなかったことをリスクと認識したものは、管理職群の方が一般職群より多いことが分かった。

2. 依頼相手との関係による説明不足の発見者数

両群とも「7. 田中は鈴木に説明しない」の発見者数(管理職群:43人、一般職群:53人)は、「13. 鈴木は山田に説明しない」の発見者数(管理職群:91人、一般職群:144人)より少なかった(管理職群: $\chi^2=53.194, p<.001$ 、一般職群: $\chi^2=92.839, p<.001$)。したがって、両群ともリーダーの説明不足をリスクと認識したものがスタッフ同士の説明不足より少なく、依頼する相手との関係によって説明不足の認識に差があることが分かった。

自由記述による事故要因には特記すべきものはなかった。

IV. 考 察

この誤薬事故は薬を準備したリーダー田中が自分で与薬せず与薬を依頼したことから始まり、他の誰かの潜在的なミスを引き継いだ形で起きた組織事故のひとつの典型¹⁰⁾であった。その発端となった薬の準備者が与薬しなかったルール違反を両群とも多くのものが認識したが、事故

表4 重要度Cの発見者数と重要度の認識の比較

| リスク | リスクの内容 | 発見者数 (人) | 発見率 (%) | 重要度の認識数(人) | | |
|-------------------|-----------------|-------------|-------------|------------|----|----|
| | | | | A | B | C |
| 1. 山田は新人である | 新人・不十分な知識・技術 | 24 | 24.2 | 0 | 2 | 22 |
| | | 27 | 15.0 | 2 | 7 | 18 |
| 8. 鈴木は新人である | 新人・不十分な知識・技術 | 15 | 15.2 | 0 | 3 | 12 |
| | | 15 | 8.3 | 3 | 3 | 9 |
| 2. 山田は緊張している | 新人・不十分な知識・技術 | 54 | 54.5 | 0 | 12 | 42 |
| | | 87 | 48.3 | 1 | 11 | 75 |
| 19. 山田は予期せぬ依頼を受ける | 予期しきれない患者の要求や状況 | 25 | 25.3 | 0 | 8 | 17 |
| | | 34 | 18.9 | 2 | 10 | 22 |
| 22. 同室に似た名前の患者がいる | 勤務体制・病棟管理の問題 | 31 | 31.3 | 2 | 8 | 21 |
| | | 46 | 25.6 | 4 | 12 | 30 |
| | | 上段 | 管理職群(n=99) | | | |
| | | 下段 | 一般職群(n=180) | | | |

への関連を浅いと考えていた。このことは与薬依頼行為が普段から行われている実態を反映しており、与薬依頼が容認されつつある危険な兆候だと考えられる。

臨時薬の与薬を依頼するにしても、依頼する側が患者の病態の変化と薬に対する情報を説明し、依頼される側がそれを確認するという双方に同等の責任がある。だが、両群とも確認不足の発見者数が説明不足の発見者数に比べて少なかったのは、依頼者側の説明責任重視に偏っているといえる。この依頼者側の責任の偏重は、薬を直接手渡さなかったリスクに対して依頼する側の発見者数が依頼される側よりも数倍多かったことから裏付けられる。説明不足をリスクと認識しないのは、「処方箋が薬と一緒にない」のリスクの内容に対する発見者数が少なかったことから分かるように、与薬を依頼する際に患者の病態の変化や薬に関する情報を付属しなければならないということに基本的な認識がないからだと考えられる。

確認を省略する背景にはふたつの理由が考えられる。ひとつは説明に対して気軽に確認するコミュニケーションの必要性を認識していないことである。このことは、「注意力・意志疎通の欠如」のリスクの内容をリスクと認識するものが少なかったことから裏付けられる。多重課題を強いられている医療現場で、依頼する側は相手の忙しさに注意を払い、依頼される側は今依頼を受けられない状況であることを伝えるべき場面で、お互いがコミュニケーションを図るべきであった。組織内コミュニケーションの中でも気軽に対人コミュニケーションを取り合う必要性が認識されていなければ、確認不足も認識されないと考えられる。

もうひとつは、リーダーの説明不足をスタッフの説明不足よりもリスクと認識するものが

少なかったように、確認不足でも同じように依頼する相手との関係によって影響される心理的要因があると考えられる。スタッフからリーダーへの確認が省略される背景には新人看護師にとって先輩看護師への遠慮が考えられ、スタッフ同士では新人看護婦同士の気安さが考えられる。自分が苦手な相手に対しても気軽に確認できるコミュニケーションスキルがないと、確認不足は認識されにくいと考えられる。

患者に与薬する時の「21. 山田は患者を確認しない」の発見者数は両群とも多かった。人間の犯す失敗にはルール違反とエラーがある。一見、このリスクは患者を前にした5つのR (right patient, right drug, right dose, right rout, and right time) を確認しなかったルール違反のようにみえるが、実はカトウへの薬をサトウへの薬だと思いこんでサトウに与薬したもので、川村によって判断段階でのエラー¹¹⁾と呼ばれたエラーであった。このエラーの要因は和賀ら¹²⁾の事故要因の枠組みの中では「不明瞭な確かさの根拠」に分類され、国米ら¹³⁾の内的要因では思いこみとされたものであった。思いこみが確認不足の原因に一番多いことは、北原ら¹⁴⁾が報告している。管理職看護師が一般職看護師に対してルールを設け個人の注意を促し環境を整えても、この失敗はそれでも起きてしまうヒューマンエラーと呼ばれるエラーであった。

この「21. 山田は患者を確認しない」の発見者数は、管理職群の方が一般職群よりも多かった。山田は患者に「サトウさん」と呼びかけて相手がサトウであることを確認したが、患者に薬の説明をしながら臨時処方薬とサトウの病態の変化が合っているか確認していない。木船ら¹⁵⁾は、ベテラン看護師が与薬を行う時には、単純な確認のみで与薬する新人看護師と違って、その薬効や副作用発生時の対処法まで

考えて与薬するという調査結果を報告している。ベテラン看護師は広い知識を手がかりに患者と薬が正しいことを確認し、思いこみによるヒューマンエラーを経験的に予防していることを示唆している。管理職群は与薬時の確認を広い範囲で考えているので、このリスクを認識したものが多かったと考えられる。

管理職群の方が依頼者責任を重視するものが多かったのに対して、一般職群はスタッフ同士の説明不足のリスクをそれほど重要視していないものが多いことが明らかになった。この事故を両者が分析すると、管理職の方は準備者が自分で与薬しなかったから、与薬依頼するとき説明をしなかったから、与薬時に患者を確認しなかったからというルール違反に厳しい認識を示すかもしれない。逆に一般職の方はスタッフ同士の与薬依頼をその時の状況なら説明不足も容認してしまうという認識を示すかもしれない。管理職看護師と一般職看護師では与薬の依頼行為に対する分析が違うことが起きる可能性がある。

それ以上に問題だったのは、説明不足があれば説明を求めそれを確認すべきであること、与薬依頼ができる状況か相互にコミュニケーションしなければならぬこと、処方箋が一緒にあれば防げたかもしれないことが、管理職看護師と一般職看護師にほとんど認識されなかったことである。これでは与薬を間違えた看護師の責任に偏った分析になりかねない。組織事故である誤薬事故の正確な分析のためには、与薬依頼の際のルールが明確にされるべきである。その上で、管理職看護師と一般職看護師が与薬依頼に関する共通の認識を形成して不適切な与薬依頼が原因となって起きる誤薬事故の予防が可能になると考えている。

V. おわりに

与薬依頼を介して起きた誤薬事故には、組織事故として与薬準備から患者に与薬されるまでの事故を引き起こす原因となったリスクに対して正確な分析が必要である。だが、事故報告書を書く一般職看護師と管理職看護師では、与薬依頼の際のルール違反に対する認識に差があることが明らかになった。正確な事故分析と共通の認識に立った誤薬事故の予防のためには、与薬を依頼する際のルールを明確にすることが必要である。

それと同時に、臨床の現場では対人コミュニケーションの必要性やヒューマンエラーに対する認識がまだまだ不十分であることも分かった。これからも、このシミュレーションをそのような卒後教育に利用していきたいと考えている。

謝 辞

校を終わるに当たり、調査にご協力いただいた病院の看護師の皆様へ感謝いたします。

引用文献

- 1) 川村治子. 業務プロセスからみた内服与薬エラー発生要因分析 — 「与薬エラー発生要因マップ：内服・外用編」. 川村治子編, 医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究, 平成12年度医療技術評価総合研究事業総括報告書, 2000, 9-30頁.
- 2) 日本看護協会リスクマネジメント検討委員会. 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. 看護, 51 (12) : 28-79, 1999.
- 3) 風岡たま代他. 成人看護学における医療事

故防止のための取り組み その4 — 3年次実習開始時と終了時での事故原因に対する認知の比較. 日本看護研究学会誌, 22(3): 232, 1999.

- 4) 安部啓子. 看護婦のインシデントに対するリスクの認知度 — 20事例の調査結果からの一考察. 第26回神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録: 229-235, 2001.
- 5) 布施淳子他. 与薬事故における看護婦の認識に関する研究 — 新人看護婦のヒヤリハット体験における新人看護婦・新人担当指導者・スタッフ間の差異の検討. 北日本看護学会誌, 2(1): 21-28, 1999.
- 6) 千葉幸子. 医療事故につながる看護エラーの背景要因 — 与薬に関するヒヤリ・ハット経験の調査から. 第26回神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録: 236-242, 2001.
- 7) 本田健恵. 看護婦の危機管理(リスクマネジメント)に対する認識調査 — リスクマネジメントのプロセス「リスクの把握」に関する一考察. 第25回神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録: 301-306, 2000.
- 8) 安川仁子他. 看護師の事故防止の認識と行動(第1報) — 看護事故の実態把握と現任教育の分析. 第31回日本看護学会集録(看護管理): 242-244, 2000.
- 9) 広畑朱美. 組織をあげて改善に取り組む. リスクマネジメント読本, 医学書院, 2001, 42-47頁.
- 10) 山内隆久. 医療事故 — 組織安全学の創設 —. 大山正編. ヒューマンエラーの心理学: 麗澤大学出版会, 2001, 13-52頁.
- 11) 前掲2)
- 12) 和賀徳子他. 1、看護・医療事故防止に向

けて看護教員に必要な知識技術. 丸山美知子編. 看護・医療における事故防止のための看護基礎研究に関する研究. 2000, 1-83頁.

- 13) 国米由美他. 新卒者看護事故の傾向からみた事故防止対策 — 内的要因の分析. 看護管理, 27: 17-20, 1996.
- 14) 北原恵他. 誤薬に関する確認ミスと思いこみの関係 — インシデントレポートからの分析. 第29回日本看護学会集録(看護管理): 155-157, 1998.
- 15) 木船美紀他. 新人看護婦とベテラン看護婦の与薬時の事故防止に関する認識の比較. 第32回日本看護学会集録(看護管理): 94-96, 2001.

参考文献

- 1) 時田光人. ロールプレイングの実施方法. 外林大作監修. 教育の現場におけるロールプレイングの手引き: 誠信書房, 1992, 9-54頁.
- 2) Janes, B. et al: Simulations in Nursing Education. Aust J Adv Nurs. 1996; 13(4): 35-39.
- 3) Rauen, C. A: Using Simulation to teach Critical Thinking Skills.-You can't just throw the book at them. Crit Care Nurs Clin North Am. 2001; 13(1): 93-103.
- 4) 小島通代. 看護事故予防と看護管理者の責任. 看護展望, 24(10): 18-24, 1999.
- 5) D. W. Bates et al: Incidence of Adverse Drug Events and Potential Adverse Drug Events -Implications for Prevention. JAMA. 1995; 274(1): 29-34.

Abstract

The aim of this study was to compare with nurse administrators' and staff nurses' awareness of the risks of medication error caused by receiving medication requests. The data was drawn from a collection of 223 staff nurses whose experience years was under 10 years (Stuff nurses group: SNG) and 108 nurse administrators whose experience year was over 11 years (Nurse administrators group: NAG). The subjects underline directly the point of the risks of the simulation and evaluate the degrees of relevance (Relevance levels). The numbers of each risk and relevance levels were compared. The results showed that the numbers of the lack of explanation upon receiving medication requests and those of lack of confirmation to the patient before medication were less than those of SNG. The numbers of SNG of lower awareness to the relevance levels was more than those of NAG. Therefore, it is possible that NAG respects the responsibility of the nurse who ask medication requests and the nurse who administrate to the patient and SNG accepts the informal staff nurses' medication requests. It is necessary to clear the rule of medication request and prevent the medication errors approximating the awareness of each group.