

医療事故およびインシデント・レポートにおける 医師・看護師の認識に関する予備的研究

赤坂 憲子¹⁾ 真部 昌子¹⁾ 小濱 優子¹⁾ 美田 誠二¹⁾
安田 理子²⁾ 田中 良江³⁾ 中塚 和子³⁾

論文要旨

本研究の目的は、医師・看護師が医療事故に対してどのような認識を有しているか、「インシデント・レポート」に対する認識と評価、医療事故や過誤に対する認識、法的責任を含む社会的責任などについてアンケート調査を行い、基礎教育上の示唆を得ることである。本稿は医師・看護師において医療事故に対する認識と事故防止への取り組みの相違の有無、近年報道されている医療事故に対してどのような認識をもっているか、予備的に調査した結果である。対象者40名（医師：20名・看護師：20名）中、医師13名、看護師11名から回答が得られた。両者とも医療事故への危機感が高いものの、医療事故に対する認識や受け止め方、現状の問題認識にはずれがあった。特に、賠償保険制度への加入については大きな差があり、また、実際に起きたインシデント・レポートから法的責任を含んだ社会的責任が発生するという認識についても、医師、看護師間ではずれがあった。看護師業務が拡大されている現状で法的責任を含めた、統合的な教育の必要性が示唆された。

キーワード：医療事故、インシデント・レポート、医師、看護師、認識

I. はじめに

「医療安全推進総合政策」に基づき、医療法施行規則の一部が改正され、2002年10月から全ての病院と有床診療所において、医療安全委員会の設置や事故報告制度の整備をはじめとした安全管理体制の整備が義務付けられた¹⁾。この背景として、毎日のように医療事故が報じられ、重大な社会問題となっていること、また、従来は事故に対する認識が、当事者だけの問題として捉えられてきたが、近年は事故は起こりうるものとして認識され、それをどのように予防、再発防止していくか、組織全体の課題として取り組む風潮が出てきたことなどが挙げられる。しかし、患者に最も近い医療従事者であり、事故の当事者となる可能性の高い看護師・医師が医療事故に対する共通認識をもっているという報告はなされていない。専門性の違いから、医療事故に対する若干の認識の違いはあったとしてもチーム医療を

行う以上、ある一定の共通認識は必要であろう。しかし、実際のところ、医師までを対象とした事故への認識に関する報告は極めて少ない。本稿はこの看護師・医師の医療事故に対する認識について行った予備的調査の結果である。現在、総合病院に勤務している医師・看護師が医療事故に対し、どのように認識しているか、率直な思いや現場の声を拾うことができた。対象者は少ないものの、職種の違いからみた、医療事故に対する認識の傾向がうかがえ、医療事故に対する基礎教育上の示唆が得られた。

II. 研究方法

1. 調査対象：関東圏下2県の総合病院に勤務している医師・看護師各20名、計40名
2. 研究手法：調査対象者に医療事故に対する認識を問う自己記入式調査質問紙を郵送し、その結果を分析した。質問項目は①基本属性ならびに所属組織での医療事故に対する報告システムの有無、②インシデント・レポートに対する認識と評価、③川村らの報告書²⁾で頻発したヒヤリ・ハット報

1) 川崎市立看護短期大学
2) 川崎市健康福祉局医療対策部病院事業課
3) 川崎市立川崎病院

告書の内容からその事故をどのように認識しているか、また、医師・看護師のそれぞれの立場から法的責任を含む社会的責任が発生すると思うか、④近年報道されている医療事故からの学び、⑤医療事故防止に対して心がけていること、⑥意見・感想、の計6項目である。③については、医師・看護師が関連した実際の「ヒヤリ・ハット」から報告書の件数が多いものを30項目を選択し、回答を求めた。④⑤⑥については自由記載とした。

3. 調査期間：平成15年4月～平成15年10月

4. 倫理的配慮：アンケート依頼時に、回答は自由意思であること、途中で中止が可能であること、プライバシーの保護等を文書で確認し、同意が得られた場合のみ、回答用紙の返送を受けることとした。

5. 用語の定義：本論文中で用いる以下の用語については日本看護協会のガイドラインに準じて次のように定義した³⁾。

- 1) 医療事故：医療従事者が行う業務上の事故のうち、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
- 2) インシデント・レポート：インシデントとは、思いがけない出来事「偶発事象」でこれに対して適切な処理が行われないと事故となる可能性のある事象である。現場では「ヒヤリ」「ハット」

と表現することもある。インシデントについての情報を把握・分析するための報告書をインシデント・レポートという。「ヒヤリ・ハット報告書」「ニアミス報告書」とも表現される場合がある。

3) 医療過誤：医療従事者が行う業務上の事故のうち、過失の存在を前提としたもの。※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。

6. 分析方法：医師・看護師のアンケート結果から1文節1意味に区切り、その内容をあらわしていると思われる言葉をキーワードとして抽出した。キーワードの類似したものを集めカテゴリー化した。キーワード、カテゴリー化をするにあたり、その妥当性について検討した。

Ⅲ. 結果

1. 回答数

対象数は40名（内訳：医師20名・看護師20名）に対して、回答数は医師13名・看護師11名であった。（回答率：医師65%、看護師55%、全体では60%）無回答の多いものや、設問に対して無関係な回答は見られなかった。有効回答は医師で13名・看護師で11名となった。回答数ならびに基本属性については表1に示した。

表1 回答数ならびに対象の基本属性

	回答数	性別	平均年齢(歳)	経験年数(年)	役職の有無	所属病棟・診療科	事故報告のシステムの有無
医師	13 (65%)	男性 11名 女性 2名	34.6	3～17 平均： 9.2	2名(主幹 医長・病 棟副医長)	内科系－7名・外科系－3、その他－3名(ICU/放射線科)	対象24名の所属する全ての施設でシステムを導入している
看護師	11 (55%)	女性 11名	31.1	1～26 平均： 10.3	2名(師長・ 係長)	内科系－1名、外科系－7名、その他－3名(産婦人科・小児科・混合)	

2. 対象の基本属性

医師13名(女性2名)、看護師11名(女性11名)であり、医師の経験年数は3～17年(平均9.2年)、平均年齢は34.6歳であった。看護師の経験年数は1～26年(平均10.3年)、平均年齢は31.1歳であった。役職としては、医師が2名で主幹医長、病棟副医長

であり、看護師は2名で師長、係長であった。事故報告書等の制度の有無に関しては回答者24名の所属する施設全てにおいて制度が導入されている。

3. インシデント・レポートについての認識と評価

「インシデント・レポートを知っている」と回答

したのは24名(100%)であった。インシデント・レポートを書いたことがあると回答したのは、医師9名、看護師11名であった。「インシデント・レポートを書くことについての抵抗感の有無」については、「抵抗を感じる」と回答したのは医師・看護師ともに3名、「感じない」と回答したのは医師で4名、看護師で2名であった。どちらともいえないと回答したのは両者とも2名ずつであった。

「インシデント・レポートが活用されていると思うか」という設問には「活用されていると思う」は医師で5名、看護師で9名、「思わない」は医師で3名、看護師で0名、「どちらともいえない」は医師5名、看護師2名(師長と経験年数12年目の看護師)であった。

4. インシデント・レポートに対する受け止め

「インシデント・レポートに対する捉え方」について、下記の①～⑧の選択肢から複数回答可で尋ねた。22名(内訳:医師11名・看護師11名)の医師・看護師がともに「①予防・再発防止に必要」「⑥事実関係を明らかにするために必要」という選択肢を選んでいる。少数ではあるが、「④書かなければいけない」が医師2名、看護師2名、「⑤出来れば書きたくない」が医師2名、看護師4名、「③意味はあまりない」医師1名、「②自分の評価に影響する」は看護師1名がいた。「③意味はあまりない」を選択した医師は「設問5のインシデント・レポートの活用」についても「活用されていない」と認識していた。また、「②自分の評価に影響する」という選択肢を選んだ看護師は新人看護師であった。「⑧その他」の内容として、2名が回答しており、医師「職員に公開されなければ意味がない」、看護師「当事者だけでは偏りがある。書く内容、項目についても妥当かどうか疑問がある」と記入していた。「⑦わからない」という選択肢を選んだ回答者はいなかった。

5. 医療事故と医療過誤

「医療事故」と「医療過誤」の違いについては「知っ

ている」のは医師で10名、看護師で6名、「知らない」のは医師で3名(臨床経験9年目が2名、3年目が1名)、看護師では5名で、すべて20代の臨床経験3年から8年の看護師であった。

6. 事故に対する危機感

賠償保険の加入の有無については医師が12名加入、臨床経験10年目の医師1名が未加入、看護師はすべて未加入であった。

「事故を起こす可能性」については医師・看護師全てが感じていると回答した。

その理由として医師・看護師ともに「身近にあった」「人はミスをするもの」「集中力には限界がある、忙しいときほどミスを起こしやすい」「誤薬をした経験がある」「ミスを犯してもおかしくない状況にある」などであった。看護師の一人は「相手(医師・患者)があることなので受け取り方が違ってしまふことがある」と回答している。

7. 事故に対する研修の受講状況ならびに必要性

「過去5年間の事故防止の研修経験の有無」については医師で3名が受講していた。受講内容は2名が公務員としての研修や院内講習会、また1名が取り違え事故が発生した際に大学在籍中で、そのときの講義と研修医時代に受講していると回答していた。看護師は4名が院内研修会等で受講しており、上記の「医療事故」と「医療過誤」の違いについても知っていると回答している。また、この4名の内訳は1年目の新人と臨床経験12年と19年の看護師と26年目の師長であった。「事故防止に対する研修の必要性」については「必要性を感じているのは」医師で8名、看護師で9名、「どちらともいえない」は医師で4名、看護師2名であった。必要性を感じていないのは医師の1名のみであった。

8. 複数の職種が関与した事故の場合の責任

複数の職種が関係した事故事例につき回答を求めた。事例は次の通りとした。(表2)

表2 複数の職種が関係した事故事例

透析をしている患者がCT造影をすることになりました。病棟の看護師は放射線科の看護師に患者氏名・現病歴・感染症・血液型について申し送りましたが、カルテに書かれてあった「ヨード禁」ということは申し送りませんでした。CT室で放射線科の医師が患者の血管を確保し造影剤を注入し始めたところ、患者はすぐに気分不快を訴え、血圧低下を起こしました。主治医はこの場にはいませんでした。

この事例では複数の職種が事故に関与しているが、誰がインシデント・レポートを書くのが望ましいかを複数回答可で質問したところ、「当事者全て」を選択したのは医師では7名、看護師では6名であった。その他の医師の回答では「病棟看護師のみ」、「病棟看護師と放射線科看護師」、「放射線科医師と病棟看護師」という回答があった。看護師では「当事者

全て」と選択した者以外の5名は「病棟看護師」がインシデント・レポートを書くことが望ましいと回答していた。

9. 事故に対する認識と社会的責任（法的責任）

医師・看護師間で認識の差があったのは以下の10項目であった。（表3）

表3 医療事故と社会的責任（法的責任）の認識

		医療事故		社会的責任（法的責任含む）	
		医師(n=13)	看護師(n=11)	医師(n=13)	看護師(n=11)
1	患者使用後の針刺し	10	9	0	0
2*	指示のない与薬をしたが患者に変化は無かった	5	9	6	6
3	点滴の患者間違い	11	8	7	7
4	ドレーンの自己抜去	7	8	2	2
5*	内服薬の薬剤を点滴	13	9	9	6
6*	エンボスの押し間違い	12	8	10	1
7	指示と異なる溶解剤を間違えて点滴した。	10	9	3	3
8	手書き指示の1A→IVと読み間違えた	9	8	7	4
9	入院患者が内服薬を自己中断した	3	5	1	1
10*	キシロカイン [®] (100) 1Aのところを(1000) 1Aを使用した	12	10	12	7
11*	抗癌剤が血管外に流出し炎症がおきた	6	9	1	3
12	抗生剤のフィルター間違い	9	6	5	2
13	指示のあった強心薬を投与し忘れた	9	9	6	3
14	点滴接続部がはずれ出血	8	6	4	2
15	シリンジポンプ用の点滴をワンショットで注入	12	9	10	7
16	抗生剤の皮内テスト	1	3	1	3
17	混和すべき高カロリー輸液製剤を混和せずに患者に投与。	11	9	5	2
18	内視鏡の前投薬の禁忌疾患について問診をとらなかった	12	9	10	7
19	同じ薬剤を他患者へ投与	10	10	6	3
20	治療上の禁飲食指示を守れず	6	6	1	1
21	末梢血管採れず動脈穿刺	8	8	3	1
22*	指示と異なる食事が配膳されたが患者は摂取しなかった。	8	3	3	1
23	個室患者からMRSAが検出された	5	4	4	3
24*	医師からの薬剤中止の口頭指示を看護師が忘れた	11	7	8	4
25	ME機器誤作動し急変	9	7	8	8
26*	患者が一人のところで転倒	7	10	2	6
27*	看護師がトイレ介助し排泄後ナースコールするよう説明したが歩けると自己判断し転倒。	4	8	2	3
28	無断外泊	3	5	1	1
29	不穏状態の患者に噛まれる	6	5	1	0
30*	他の患者のデータをカルテにファイリング	9	5	5	2

医師・看護師間で認識にずれがあったのは、項目(2)「医師の指示のない薬剤を投与したが、患者に変化はなかった」、(5)「内服の抗生剤を誤って点滴した場合」、(6)「エンボスの押し間違いで他患者にビタミン剤が処方された場合」、(10)「キシロカイン®の容量を間違い、過剰投与された場合」、(11)「抗癌剤が血管外に流出し炎症が起きた場合」、(22)「指示と異なる食事が配膳されたが患者は食べなかった場合」、(24)「医師が看護師に薬剤の口頭指示を出したが、看護師が指示を忘れた場合」、(26)「高齢患者が一人でいるところ患者が転倒した事例」、(27)「看護師が排泄介助のために患者をポータブルトイレに乗せ、終了後にナースコールで呼ぶように話していたが患者は歩けると自己判断して行動し転倒した事例」、(30)「別の患者のデータをファイ

リングされていた事例」であった。項目(2)「医師の指示のない薬剤を投与したが患者に変化がなかった」の事例では、医療事故という認識は医師では低く、看護師では高い。また、内服の抗生剤を誤って点滴してしまったことについては全ての医師が事故と認識しているが、看護師のほうは9人が事故と認識しているものの、法的責任を含む社会的責任を感じているのは6人であった。

10. 近年報道されている医療事故からの学び

近年報道されている医療事故で気になっているもの、そこからの学びとその理由について尋ねたところ、医師12名・看護師10名の記述から、表4に示すキーワードが抽出できた。

表4 医療事故からの学びとその理由

<p>看護師の場合</p> <p>確認の重要性</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 呼名・ネームバンド・書類、あらゆることからの患者確認を怠らない。 ② 確認の重要性、一人一人がやらないと意味がない。 ③ 声だし確認 ④ 思い込みでなくどんな場合でも患者名を確認する必要がある。 ⑤ 病院全体で確認方法を統一する必要がある。 ⑥ 再度の確認 ⑦ 医師からの口頭指示はなるべく受けずに、指示書に書いてもらう。 <p>法的責任</p> <ul style="list-style-type: none"> ⑧ (患者取り違い事故で) 看護師だけが重い罪になってしまったのは納得がいかない。 ⑨ 医師の指示であることが多いが、看護師が患者に関わるが多すぎて、ひとつの場面でも医療事故につながるのではないかと思う。看護師の責任が重すぎると思う。 ⑩ 看護師の仕事なのか、医師の仕事なのか、境界線がわかりにくいことが多い。 <p>医師の場合</p> <p>システムの問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ⑪ 事故はその場に関わる個人の問題だが、そのシステムを作った責任者の罪が少ないのも問題。 ⑫ ミスは必ず起こる、ダブル・トリプルチェックが必要。 ⑬ 事故の事実の確認・分析・対策のうち、対策は気をつけるだけでは何の解決にもならない。 ⑭ 人はミスをするのが前提であり、ミスを極力回避するためのシステム作りがわが国では遅れすぎている。 <p>カルテ記載</p> <ul style="list-style-type: none"> ⑮ カルテの公的取扱いの必要性、社会的欲求を再認識し、医療現場でメモ感覚で使用している現状の改善が必要。 ⑯ カルテの改ざんはあってはならないこと、通常、ありえないこと。

IV. 考察

1. インシデント・レポートの現状と課題

インシデント・レポートの活用については、「活用されていない」が医師3名、「どちらともいえない」を含めると医師が8名、看護師が2名であった。インシデント・レポートに対する認識で、「意味はあまりない」と捉えている医師がインシデント・レポートが「活用されていない」と認識していた。様々な理由が考えられるが、自分の所属施設で活用されているという認識がなければ当然書くことの意味を見出しにくいのもかもしれない。また、新人看護師がインシデント・レポートを書くことについて「自分の評価に影響する」と考えていた。これは従来インシデント・レポートを含め、ミスを起こすことは個人の責任という側面で見えてこられなかったことの影響というより、むしろ、新人は技術チェックリスト等で常に評価されていることも影響しているのではないだろうか。

安達は「病院の形態や得意とする診療分野が異なるにもかかわらず、報告された事故内容に同様の傾向が見られた。どの病院でもレポートは看護部門からのものが多く、実質的には看護部が中心となって、事例の集計を行っていることが挙げられる。」⁴⁾と述べている。また、押田もリスクマネジメントについて、「看護部を中心として真剣な取り組みが行われているがどうしても医師グループの協力が得られないことが多く、限界を感じている報告が多い。」⁵⁾とし、医師を含む全員の協力を得るために次のように取り組むのがよいと提言している。「インシデント・レポートなどによって軽微な事故を含めた報告をどれくらい把握できているかがまず問われており、医師がある程度提出しており、薬剤・注射関係のレポートが半分以下であれば、ほとんどのケースが隠されずに提出されていると判断される。」と述べている。インシデント・アクシデントレポート提出件数の目安として、「病床数500床あたり、1000枚程度が目標」⁶⁾といわれていることから、ベッド数の2倍程度のレポート提出があれば、看護部だけでなく、その他の部門も提出している可能性があると思われる。

インシデント・レポートの提出はリスクマネジメントに対する医療従事者ならびに全職員の積極的かつ、真摯な姿勢の現われという側面があり、レポートの内容だけでなく、レポート提出件数の違いにつ

いては慎重な評価が必要であろう。

2. リスクマネジメントに対する個人的取り組みと組織的取り組み

過去5年間に事故防止の研修・講習会等の受講経験の有無を聞いたところ、研修の必要性は多くの対象者が感じているにもかかわらず、ほとんどの対象者が受講していなかった。医師の中で受講している者は、管理職や患者取り違え事故発生時に学生であったというケースであった。事故を起こす可能性については前述したように医師、看護師を問わず回答者のほとんどが感じており、事故の報道に対しては「明日はわが身と思う」との回答もあり、身近な問題として捉えていることがうかがえた。これらの動機や問題意識を病院のシステムに取り入れていくことも必要である。主幹医長の医師からは「日本においては医療事故・過誤が特別で存在を否定する傾向にある。医療従事者も患者も人である以上はミスをするを受け入れるべき。ミスをするのが当たり前だから、どういう対策をとるべきか考えて組織的システムを作る必要がある。」という回答もあった。人間である以上ミスは必ずあり、さまざまな領域で「フェールセーフ」・「ミステイク」・「スリップ」⁷⁾などの人間工学的見地や心理学的見地からミスの発生原因や発生のプロセスが解明されている。そして、医療事故に関しては、前述したように「ミス」は個人レベルのものだけでなく病院のシステムそのものに基づくものもある。しかし、こと人間の「生命」に関わるミスとなると、この回答を寄せてくれた医師が述べているように社会的に容認されるのは非常に難しい現状がある。医療従事者は事故を身近に感じる機会を多く持ち、過去のケースから積極的に学ぶ姿勢が重要であろう。

今回のアンケートでは、医療賠償保険の加入について、医師・看護師間で大きな差があった。事故を起こす可能性については全ての対象者が感じていたが、実際は医師と比べて看護師の方が保険加入をしていなかった。この要因として医師と比較し数年毎の施設の移動がないため、所属施設で積極的に加入を勧めていなければ自ら手続きすることがないのかもしれない。そのために保険に対する意識が薄いのか、危機感が実際の保険加入という行動に結びついていなかった。医師の方が損害賠償を求められたら、という現実感が強いのもかもしれない。看護師につい

ては日本看護協会でも保険の加入を勧めており、自分の身を守るという意味で加入するように卒前・卒後教育で周知していく必要があるだろう。また、自由記載の中で法的責任について、看護師の中に「医師との仕事の境界線がわからなくなっている」という回答もあり、静脈注射の解禁など看護業務の拡大傾向に対応して、今後、法的責任が変わるのかを明確にする必要があるだろう。

芳賀は「エラーやミスを隠さず報告し、その情報に基づいて事故の芽を事前に摘み取る努力が絶えず行われることである。犯人探しをしたり、ミスをした人を責めるのではなく失敗の原因と背景要因を究明し、職場全体で防止対策を話し合い、管理者や経営者はそれに答えて必要な人的、設備的、財政的措置を講じれば次に起こるエラーや‘ヒヤリハット’もまた報告され、事故の芽が1つ摘み取られていくだろう。」と述べている⁸⁾。職場全体の事故防止対策の話し合いに加えて、保険に対しても考えるチャンスを与えることが必要である。

3. 医療事故の認識の差異と法的責任を含めたリスクマネジメント教育

今回、医師・看護師に対して、実際にヒヤリ・ハット報告書として挙げられた内容から抽出した事故について、それが「事故と思うか」「自分の立場から法的責任を含む社会的責任が発生すると思うか」について質問した。何を医療事故と認識するかによって、事故に対する考えや対策が異なってくることが予測される。認識に差異があったのは前述した10項目であったが、これらの内容を見ると薬剤に関するものと転倒・食事に関するもの、指示や事務作業によるものなどであった。看護師の業務は保健婦助産婦看護婦法によると「傷病者に対する療養上の世話と診療上の補助」と定義される。そのため、医師が直接的にあまり関与しないと思われる内容に認識の差異が生じた可能性があるだろう。さらに、最終的に患者に重篤な傷害・急変のあった事例については事故と認識しているが、どこからどこまでが事故なのか、状況によっても異なる。そのために、「医療事故」とは何をさすのか、「医療過誤」との違いも含めて、医療だけでなく法的側面の学習を含めた統合的な教育が医師・看護師の基礎教育の中で必要であろう。また、実際の臨床現場で報告されているインシデント・レポートやヒヤリ・ハット報告書を

分析し、教育の中で触れることも重要である。そしてタイム・プレッシャーの中で行われる、複雑な業務やシステムなど臨床の現場に即した教育内容も組み込む必要があるだろう。さらに、分析した内容をフィードバックすることで再発防止に努めるとともに、基礎教育と卒後教育との継続性を持たせることでリスクマネジメントに対する感受性を常に高くしていくことにもつながるであろう。また、医師、看護師はチーム医療を行う上で、最も近い存在であり、リスクに対する共通の認識をもつことでリスクのチェック機構が一層、機能していくと考える。

V. まとめ

現在、臨床で勤務されている医師・看護師を対象に、医療事故に対する認識と「インシデント・レポート」に対する認識、医療事故に対する法的責任を含んだ社会的責任について、また、近年報道されている医療事故からの学びを予備的に調査したところ、以下の結果が得られた。

- ①看護師・医師ともに医療事故に対する危機感が高かった。しかし、研修等の必要性を感じているものは医師・看護師双方で多かったが、事故防止に関する研修等の受講経験のある者は少なかった。
- ②医療事故に対する賠償保険の加入の有無については、医師ではほとんどの回答者が加入し、看護師では対象者全員が未加入であった。
- ③インシデント・レポートを書くことに対する抵抗感や事故防止に活用されているという認識には医師・看護師双方でばらつきがあった。
- ④何を医療事故と認識するかについては医師・看護師の認識に差異があった。転倒事故などの日常生活に関連した項目については、看護師は事故という認識が高く、医師では低い傾向が見られた。
- ⑤事故に対する認識は様々であったが、静脈注射の解禁など看護師業務の拡大傾向にあり、チーム医療を行う上で、医師・看護師の共通認識は必要である。臨床の現場に即した教育内容を盛り込むことや、実際におきた事故事例について基礎教育の段階から卒後教育まで継続して学ぶことにより、リスクマネジメントの感受性を常に高くしていくことにもつながるであろう。このような現状と課題から法的責任を含めた統合的教育が必要である。

VI. 研究の限界と今後の課題

今回の研究における限界と今後の課題を検討した。①対象者が40名、回答数が24名と少ないこと、診療科や所属病棟の特性、看護度、病院の規模などの違いから医療事故の発生リスクや内容に差のある可能性があることなど、対象者の背景が認識に影響している可能性が考えられる。②インシデント・レポート、ならびに医療事故というデリケートな問題についての認識を尋ねており、実際の認識にバイアスがかかってしまう可能性があること、③設問の最後に自由記載欄を設定したことでアンケートの回答

を進めるにつれ、結果的に回答者が自然と医療事故について学習してしまうことが挙げられる。以上を踏まえて、今後の課題としては対象者を増やすとともに対象者の背景と医療事故の認識との関連性について検討し、設問について見直しを重ねていくことが必要であると考えている。

VII. 謝辞

ご多忙中のところ、アンケートに御協力を頂いた医師・看護師の方々に深謝いたします。

引用文献

- 1) 篠崎英夫：看護展望、Vol. 28、No. 11、P9、2003、メヂカルフレンド社
- 2) 川村治子：厚生科学研究費補助金 平成11年度医療技術評価総合研究事業総括報告書「医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究」、P6、18～21
- 3) 日本看護協会編：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—、P5、日本看護協会出版会、2000
- 4) 安達秀男：医療危機管理の実際—システムと技術—、メディカルサイエンスインターナショナル、2002
- 5) 芳賀繁：ヒューマンエラーと医療事故防止、医療危機管理の実際—システムと技術—安達秀男監修—メディカルサイエンスインターナショナル、2002
- 6) 押田茂實：最近の産婦人科医療事故とリスクマネジメントの取り組み、周産期医学、31巻9号、P1129～1132
- 7) 芳賀繁：失敗のメカニズム 忘れ物から巨事故まで、日本出版サービス、2000
- 8) 芳賀繁：ミスをしなない人間はいない ヒューマンエラーの研究、飛鳥新書、2001

参考文献

- 1) 押田茂實、児玉安司、鈴木利廣：事例に学ぶ医療事故 第2版、医学書院、2002
- 2) 嶋森好子、福留はるみ、横井郁子：病棟から始めるリスクマネジメント、医学書院2002