

看護婦・士がミスを繰り返す原因とその対応 － 婦長の視点からの分析 －

八島妙子¹⁾ 真部昌子¹⁾ 市田和子¹⁾ 本間千代子²⁾ 櫻井祥子³⁾ 國岡照子⁴⁾

要 旨

本研究は、ミスを繰り返す看護婦・士に対して、婦長の考える原因と対応を明らかにすることを目的とした。調査内容は、①看護婦・士本人自身の問題19項目、②背景12項目と、③婦長の対応12項目であった。調査対象は首都圏の病院勤務の婦長69名で、無記名回答方式の調査を2000年2月～3月に行った。結果、ミスを繰り返す原因として、本人の問題では「誤った自己判断で行動する」「わからないことでも確認しない」、背景では「看護教育における基礎的知識・技術が不足している」、「業務量が多すぎる」が上位にあげられた。婦長の当事者への対応として「インシデントレポート・プロセスレコードを書かせる」、「原因を当事者と共に考える」が多く実施されていた。以上から、看護教育への課題、業務量の多さからは組織的な対応の必要性が示唆された。婦長の対応ではスタッフとともに取り組む姿勢がみられたが、個々への多様な働きかけが必要であることが明らかになった。

キーワード：看護上のミス、看護婦・士、婦長、看護管理

I. はじめに

現在、医療事故が大きな社会問題として取り上げられ社会的関心が集まっている。そのため日本看護協会は1999年4月緊急提言¹⁾を出した。これを受けて、医療におけるリスクマネジメントの様々な取り組みが活発になっている。日本看護協会から医療事故防止策について6つのガイドライン²⁾が出され、また医療事故の分析から、人的・物的要因や職場環境の問題等が明らかにされ予防のための提言³⁾を取り入れる動きもみられる。

石井⁴⁾は、医療事故に影響を与える看護者側の要因として知識、技術、注意力、看護の倫理、管理の5要因を指摘している。川村⁵⁾は、「人そのものの信頼性を高める教育やチームとしての訓練が必要になる。個人の知識や技術教育もさることながら、エラーをおこしても発見できる、あるいは事故につなげないためのセルフモニターやチームモニターを強化する教育・訓練の開発・導入が欠かせない」と述

べ、事故を起こさないための人の教育・訓練の必要性を強調している。

管理者としての婦長は事故の予防や教育プログラムの企画・実施、発生した事故への対応など、看護婦・士に直接関わる役割は大きい。しかし、直接看護を実施し患者の安全に関与するのは看護婦・士である。医療事故の防止には、リスクマネジメントという視点と同時に専門職として看護婦個々へ対応し取り組むことも重要である。

本研究は、看護婦・士がミスを繰り返す原因や背景に看護婦・士個人のもつ要因もあるのではないかと考え、看護婦・士を教育する立場にある婦長の視点からとらえた調査を実施しまとめたものであり、その中から医療事故防止への示唆を得ることとした。

II. 研究目的

ミスを繰り返す看護婦・士に対して、婦長がミスを繰り返す原因をどのように考えているか、またどのように対応をしているかを明らかにする。

III. 研究方法

1. 調査内容

先行文献を参考に管理職経験者を中心に独自の調

- 1) 川崎市立看護短期大学
- 2) 日本赤十字武蔵野短期大学
- 3) 北里大学大学院
- 4) 高知医科大学

査項目を作成し、都内にある中規模病院の婦長11名を対象にプレテストを行い更に検討したものを使用した。

調査にあたっては、「たびたび、人命に関わることのない程度のミスを繰り返すスタッフを思い浮かべて」回答してほしい旨を依頼した。

調査内容は、ミスを繰り返す原因を、①看護婦・士本人自身の問題として19項目、②背景からたずねる内容として12項目設定し、回答は、「そうでない(=1点)」～「おおいにそうだ(=4点)」の4段階で求め、得点化した。次いで、③婦長の対応をたずねる内容を12項目設定し、回答は、「ほとんどしていない(=1点)」～「いつもしている(=4点)」で求め、得点化した。さらに、基本的属性と勤務状況に関することとした。

質問項目で使用している「看護教育」は、看護婦になるための教育機関での教育と規定した。

2. 調査方法

無記名回答方式の調査用紙を持参して研究の趣旨、回答方法を説明して協力依頼し、回答用紙は各自が封筒に入れ返送するようにした。

3. 調査対象

神奈川県、東京都、埼玉県で調査に協力の得られた6病院の婦長92名中69名であった。

4. 調査期間

2000年2月～3月。

5. 分析方法

各項目についての単純集計の結果の読みとりと、婦長経験5年以下と6年以上でスタッフがミスを繰り返す原因や婦長の対応を、「そうでない」「あまりそうでない」と「ややそうである」「大いにそうである」の2群に分け χ^2 検定で有意差をみた。看護婦・士自身の問題とミスを起こす背景の関係を相関係数でみた。

IV. 結 果

1. 基本的属性

女性68人、男性1人で、30歳代が8人、40歳代が29人、50歳代が32人であった。看護経験

年数は全員が10年以上で20～29年が37名と最も多かった。婦長経験年数は1～5年が33名、6～10年が28名と10年までが9割近くを占めていた。管理職研修は59名が受けていた。勤務場所は、病棟、外来、手術室などであった。病棟のスタッフ数は20～29人という回答が35名で最も多く、看護体制は三交代がほとんどで、看護方式では、チームナーシング、プライマリー、モジュール、それらの組み合わせなど様々であった(表1)。

表1 基本的属性・勤務特性

(人)			(人)		
年齢	30歳代	8	スタッフ数	10～19人	13
	40歳代	29		20～29人	35
	50歳代	32		30～39人	6
性別	女性	68		その他	8
	男性	1		(外来、周産期セク、2病棟など) 無回答	7
看護経験年数			看護方式	モジュール	19
	10～19年	15		チーム	10
	20～29年	37		プライマリー	7
	30～39年	16		その他	28
	無回答	1		(外来、手術室、組み合わせなど) 無回答	5
婦長経験年数			勤務体制	三交代	46
	1～5年	33		二交代	7
	5～10年	28		その他	10
	11～15年	4		(当直、中央材料室など) 無回答	6
	16～20年	2			
	21年以上	1			
	無回答	1			

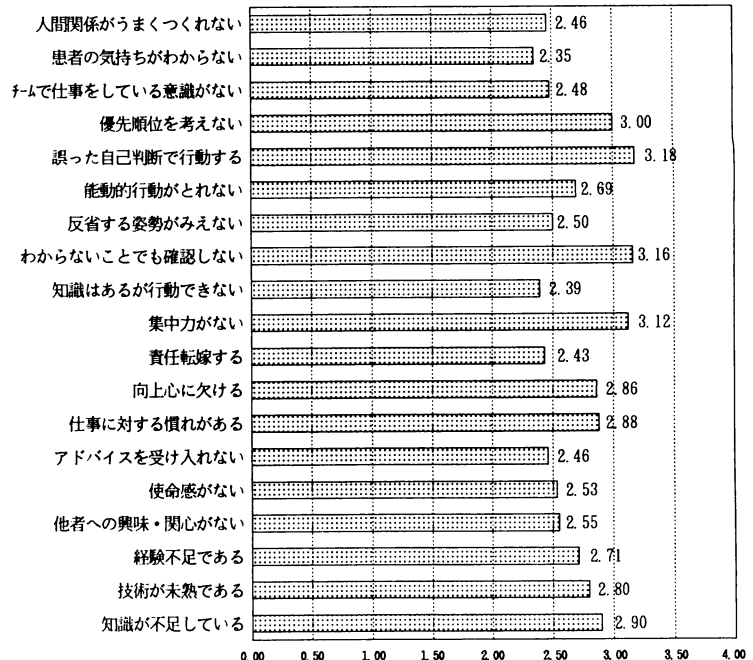


図1 ミスを繰り返す原因－本人自身の問題－

2. ミスを繰り返す原因

1) 本人自身の問題

図1に示すように、原因として上位に、「誤った自己判断で行動する」「わからないことでも確認しない」「集中力がない」「優先順位を考えない」があげられた。「患者の気持ちがわからない」「知識はあるが行動できない」「責任転嫁する」「アドバイスを受け入れない」は項目全体の中では低かった。

2) ミスを起こす背景

図2に示すように、「看護教育における基礎的知識・技術が不足している」が最も高く、次いで「業務量が多すぎる」「ミスが集中的に発生しやすい時期がある」であった。「卒後教育体制が整っていない」「勤務状況にあった勤務体制でない」「勤務状況にあった看護方式でない」は、背景としては低い項目であった。

3) 婦長の当事者への対応

図3に示すように、婦長の当事者への対応では、「インシデントレポート・プロセスレコードを書かせる」、「原因を当事者と共に考える」、「注意する」、「解決策を当事者と共に考える」が多く実施されていた。対応として少なかった項目は、「他のスタッフには公表せず、当事者のみで解決するようにする」はほとんどなく、「個人の責任を問う」「監視体制におく」もわずかであった。

3. 婦長経験年数による差異

婦長経験年数5年以下と6年以上でスタッフのミスを繰り返す原因をどう考えているかを比較したところ、本人の問題では、「知識が不足している」「技術が未熟である」「患者の気持ちがわからない」の3項目で5年以下の婦長が6年以上の婦長に比べ、よりそうだと応えており5%水準で有意な差がみられた。(表2)

ミスを起こす背景では、すべての項目で有意な差は認められなかった。

当事者への対応では、「心理的サポートをする」

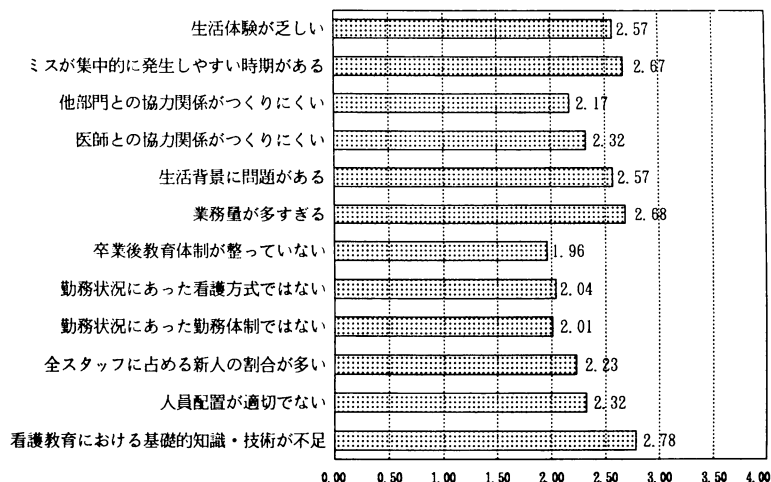


図2 ミスを繰り返す原因－ミスを起こす背景－

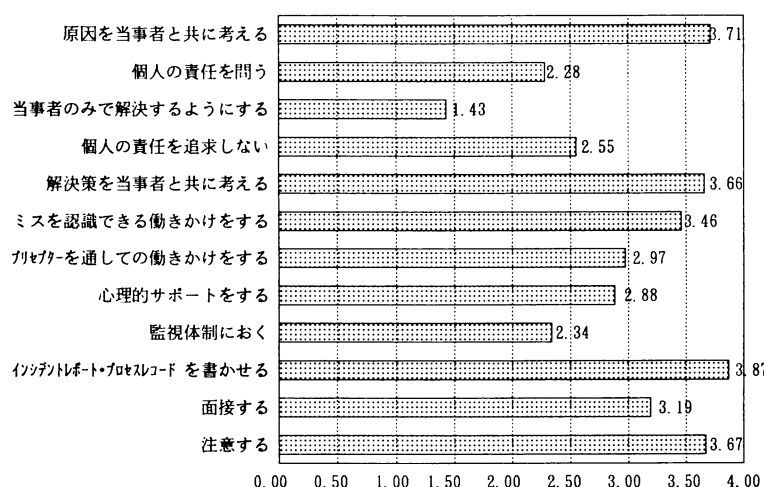


図3 婦長の対応

表2 ミスを繰り返す原因－本人の問題－の婦長経験年数による比較

		χ^2 検定
知識が不足している	5年以下>6年以上	p<.05
技術が未熟である	5年以下>6年以上	p<.05
患者の気持ちがわからない	5年以下>6年以上	p<.05

5年以下：婦長経験年数5年以下、
6年以上：婦長経験年数6年以上

表3 当事者への対応の婦長経験年数による比較

		χ^2 検定
心理的サポートをする	5年以下<6年以上	p<.05
リフターを通して働きかける	5年以下<6年以上	p<.05

表4 ミスを起こす原因についての本人の問題と背景の相関係数(r)

背景 \ 本人の問題	知識不足	技術未熟
看護教育における基礎的知識・技術の不足	0.61*	0.51*

* p<.05

「プリセプターを通して働きかける」の2項目は婦長経験年数が6年以上がそれらの対応を多くしており、5%水準で有意な差が認められた(表3)。

4. 本人の問題と背景の関係

本人の問題の「知識不足」「技術未熟」の2項目と背景の「看護教育における基礎的知識・技術の不足」で有意な相関がみられた。(表4)

V. 考 察

原因としてあげられた上位の項目である「誤った自己判断」や「確認しないで行動する」は、ミスを繰り返す看護婦・士に正確な知識、判断能力がっていないこと、あるいは、知識と実践を結びつけられないことが考えられる。ミスを起こす背景として「卒後教育体制」は低く、「看護教育における基礎的知識・技術の不足」が背景としては大きいと考えられており、特に婦長経験5年以下の婦長にその傾向がみられた。知識不足や技術の未熟は看護教育と有意な相関関係にあることから、看護教育を背景として大きく考えていることが明らかになった。今回の調査では、ミスを繰り返す看護婦・士の経験年数や学歴等からの考察はできないが、即戦力とはいわないまでも婦長が求めるレベルの知識・技術を修得できていないことがミスを繰り返す大きな原因であるとされていることが推測された。

看護のレベルは時代と共に高まり変化している。法的に注意義務上の過失を問われた場合、その時代における一定レベルの看護の知識・技術を前提として判定する基準としている。その知識・技術の基準は看護職自身が作り出しているといえる。横井⁶⁾は、学校教育の限界として「学校側では治療の意味や患者を理解することに専念し、手早く技術をこなすことは現場で身につけること」とし、マニュアルの整備や訓練期間の必要性を述べている。技術教育について山内⁷⁾は、限られた時間数の中では技術、臨床のトレーニングに制約があり、原理・原則や理屈をみっちり行い、その応用ができるような教育を看護教育のベースにしておくことと述べている。

しかし、本研究結果のみならず病院側からは新卒者の技術教育が足りないとの声が聞かれる。生活体験の乏しい学生に対して技術教育の困難さはあるが、看護教育の場においても、時代の要請に応えるべく教育内容についての議論が必要と考える。病院にお

いては、このような新卒者に対して、一定のレベルに達するまで院内での教育が必然的に行われることになる。卒後教育体制がミスを起こす背景として低かった理由として、各病院とも卒後教育のプログラムが整備されているという状況が伺える。

卒後プログラムは新卒者の教育ニーズに適合しているのだろうか。太田ら⁸⁾は卒後1年目の看護婦・士の辞めたかった理由に仕事についていけない、基本技術が覚えられないなどの仕事の困難や仕事のミス⁸⁾が理由にあがっている。平成12年度は新カリキュラムで学んだ卒業生を送り出した。看護教育、卒後教育へと継続していくために教育、臨床双方からの検討が必要と考える。本学で1999年度から始めた「卒業生の臨床看護能力の実態把握」を目標の1つとして卒業生が就職した病院において看護部の責任ある立場の方と卒業生からの聞き取り調査も1つの試みといえる。

ミスを起こす背景として「業務量の多さ」も高く示された。小島⁹⁾は、看護単純ミスの発生する理由として「看護職が忙しすぎる」業務中に割り込みの仕事が頻繁に起き、1つの仕事に集中しにくいことをあげているが、本調査結果においても婦長は同様のことを考えていることが明らかになった。業務量の多さはミスを起こす背景として看護婦個人の問題とは有意な相関はみられず関係なくとらえられているといえ、個人の問題としてではなく組織的な対処の必要性が示唆された。

「集中してミスを起こす時期」があることは、名坂¹⁰⁾の、月別では5月、勤務帯では準夜帯という報告、杉谷¹¹⁾は6・4月の新入職員の不慣れや職員移動の時期の発生、時間帯では8～11時と名坂とは異なる結果であったが、病棟の特徴などに関連した時期があると推測する。

婦長の対応としては、全体的にスタッフとともに考える姿勢があることがうかがえた。また、ほとんどのミスの発生について、インシデントレポートやプロセスレコード等で記録に残すことが課せられていた。インシデントレポートは事故に発展することを未然に防止する対策を講じるうえで有効であり、事故再発防止への姿勢が感じられた。

個人の責任を問うかについては、いつもではないが時にする事もあるという結果であった。看護婦の倫理規定¹²⁾に「……また、自己の実施した看護については個人として責任を持つ」とあり、ミスに

よって当事者としての責任を自覚することが大切で当然のことと思われる。ミスを起こした当事者がかばい事故を隠すことは倫理性と指導者の適性にも関わることであり、調査結果からも事故を公表せず、当事者のみで解決する事はほとんどしていないことが確かめられた。

婦長経験の長い婦長が、心理的なサポートとプリセプターを通しての働きかけをすることを対処として多く使っていることが明らかになった。婦長としてのキャリアが対応への変化をもたらしていることが推測できた。経験の浅い看護婦・士にとって、婦長からの直接的な関わりよりも身近にいるプリセプターからの働きかけは、ミスを起こしたことを考える手助けや支えとなり成長を助けるものとして効果的と考える。

ミスを繰り返す看護婦・士を監視体制におくことも、少数ではあるがあることが明らかになった。状況についての詳細は明らかではないが監視せざるを得ない状況も存在することが推測され、看護婦・士個々に対する関わりの必要性が示唆された。

VI. まとめ

本研究の結果、以下の示唆を得た。

- 1) ミスを繰り返す看護婦・士は「誤った自己判断で行動する」や「確認しない」、「集中力がな

い」という本人の問題が浮かび上がった。さらに背景としては「看護教育における基礎的知識・技術の不足」が大きく取り上げられ、看護教育への課題が示された。

- 2) 業務量の多さは看護婦個人の問題とは関係なくとらえられており、組織的な対処の必要性が示唆された。
- 3) 婦長の対応としては、スタッフと共に考え、事故再発防止への姿勢が感じられた。婦長経験の長い婦長が、プリセプターを通しての心理的サポートを多くとっていた。当事者としての責任を自覚するような働きかけ、少数ではあったが監視体制におくことも視野に入れ、ミスを繰り返す看護婦・士に対して、ミスを最小限に予防すると同時に看護の質向上のために個々にあった働きかけの必要であることが明らかになった。

本研究は婦長の視点からであり婦長の意識や対応を知ることの意義は大きいと考える。しかし、看護婦・士自身の認識や客観的な実態をふまえた調査ではないため、今後はこれらの点も踏まえて研究を進めていく必要がある。

調査にあたり、お忙しい中ご協力いただきました婦長のみなさまに感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 日本看護協会：「医療現場のリスクマネジメントと事故防止について」、看護、Vol.51 No.12、1999、p.60-63
- 2) 日本看護協会：「看護職の社会経済福祉に関する指針『医療事故編』」
- 3) 杉谷藤子：『「看護事故」防止の手引き』、日本看護協会出版会、1997
- 4) 石井トク：『医療事故第2版』、医学書院、1999、p.36
- 5) 川村治子：業務プロセスからみた注射エラー発生要因、「川村治子：『医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究』」、2000、p.13-31
- 6) 横井郁子：新人看護婦のヒヤリハット体験の分析、「川村治子：『医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究』」、2000、p.59-75
- 7) 高階経和：看護技術教育の重要性、看護教育、Vol.41 No.10、2000、P831-837
- 8) 太田にわ、難波純：大学病院に就職した看護婦の職場上の困難についての追跡調査、看護展望、Vol.24、no.13 p.86-92
- 9) 小島通代：看護単純ミス防止への提言、看護管理、Vol.9 No.8、1999、p.590
- 10) 名坂笑子はか：過去4年間のインシデントレポート分析、日本看護管理学会会誌、Vol.4 No.1、2000、p.134-135
- 11) 前掲書3)、p.55-56
- 12) 日本看護協会：看護婦の倫理規定、1988