

4～3 院内卒後教育の評価と今後の展望

—58年度目標 安全性の高い看護の提供より—

看護部 ○青木利津子 望月 長谷川 田村

はじめに

看護部に於ける58年度の卒後教育計画をたてるにあたり、57年度に実施した教育の評価をする中で、安全性の高い看護をより求めることの必要性を感じ、58年度の計画に以下のようにもりこんだ。

1.目標

安全性の高い看護の提供

(1)与薬ミスの皆無にむけての教育の徹底化を計る。

(2)医療過誤についての認識を高め看護の基本(手順)を身につける。

この様な目標に向って教育実施した結果が、どのようなものであったか1年間を振り返り実態調査したので報告する。

(I) 調査目的

1) 58年度の卒後教育目標が看護職員に浸透され、目標に向って安全性の高い看護がなされていたかを知る。

2) 中央集合教育が臨床の場で生かす事が出来たかを知り、各職場内分散教育との接点を考える。

3) 今後の院内教育の展望を明らかにする。

(II) 調査方法

1.調査期間 58年4月～59年3月迄の1年間

(実態調査59年10月実施)

2.調査対象 看護婦、准看護婦、看護助手の全員、但し59年4月以降の採用者及び58年度中途退職者を除く。

3.調査方法 1) 過去4年間の与薬に関する事故発生率を比較し分析する。

2) 58年度 中央研修の実績と安全性に関する研修内容を明らかにする。

3) アンケートにより、その分析と結果を考察する。

(III) 調査結果と考察

1) 57年度院内看護研究会で発表された「事故報告書を分析して」よりの資料に基いて、過去4年間の与薬ミスの年度別件数と月平均発生件数を出した。(表I)

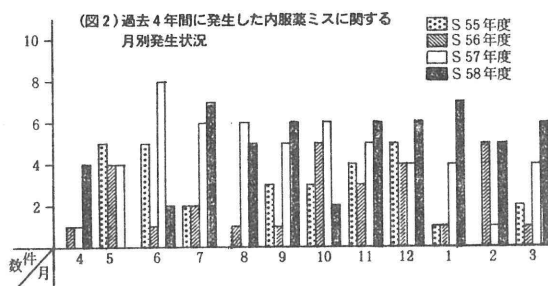
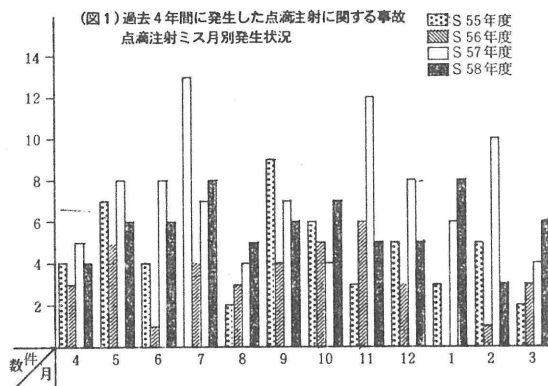
57年度が異常に件数増加が見られる。これは年々報告書提出の徹底化が計られ、職場内で事故に対する認識が高まった結果とも考えられ、又看護職員数の増加、業務の複雑化、業務量増加等も原因の一つと見られるが56年度より48%増加、同じ条件にある58年度は、点滴注射ミ

(表I) 与薬ミスの年度別件数と月平均件数

ミス種別 年度	点滴注射ミス		内服薬ミス		(S 58年4月) 現在 看護職員総数
	年 件 数	月 平 均 数	年 件 数	月 平 均 数	
S 55年	63件	5件	30件	3件	473名
56	39	4	29	2	512
57	83	7	55	5	560
58	69	6	56	5	578

スに関しては17%減(69件)、内服ミス4%増(56件)で教育効果は1年目では正確には判断出来ないが、下降線にあることで、今後更に事故防止の対策強化の働きかけをすることでよい方向に進めるのではないかと考えられる。月別発生状況は図1、図2のとおりである。

(図1)



次に58年度に実施した全研修を通して、安全性に関する教育プログラムを企画し実施した研修会名と、内容について調査した。(表2) (プログラムの一部)

(表 2)

コース	研修会名	形 式	研 修 内 容	受講者数
1	婦 長 研 修	グルーク ワーク	安全なケアを提供するためには 如何に指導すべきか (手順があるにもかかわらず後 を断らない与薬ミスに関して)	25 名
2	卒業 4 ～ 5 年 研 修	グループ ワーク	業務に関する安全性の問題	43
3	卒後 3 年研修	グループ ワーク	未然に事故を防ぐためには 後輩をいかに指導するか	32
4	卒後 2 年研修	講 義	看護の安全性について	36
5	新人オリエン テーション	(4月) 講 義	事故防止対策とその処置 (患者の安全性について)	67
		デモスト レーション (9月) 講 義 テープに よる学習	与薬、補液、輸血、採血の手順と 実技訓練 事故防止について(事例を通して) 仕事のミスを未然に防ぐ方法	
6	准看護婦研修	講 義 グループ ワーク	薬理学 (患者に安全に与薬する) ための知識 患者を理解するには	43
7	看護助手研修	講 義	看護助手業務と事故防止	38
8	主 任 研 修	な し	な し	13
9	指 導 者 研 修	な し	な し	30
受講者総数				384

研修のプログラム企画は、形式にとらわれなくて、患者の安全に関する学習を主として取りあげた。しかし 9 コースある研修の中で主任、指導係の 2 コースは学習の中では企画されなかった。

58年度の看護職員総数 557 名に対し、研修受講者は 384 名、69% の受講率である。従って受講者の「安全で安楽な看護」「事故」に対する認識度は、前年に比較し

て、多少でも持つことが出来たのではないかとの見解から、院内教育に対する意識調査と、与薬ミスに関するアンケートを取った。アンケート回数状況は次の通りである。アンケート系統別回収率は下記の (表 3) 参照、

(表 3) <アンケート系統別回収率>

(昭和59年新採用者を除く、58年中途退職者を除く)

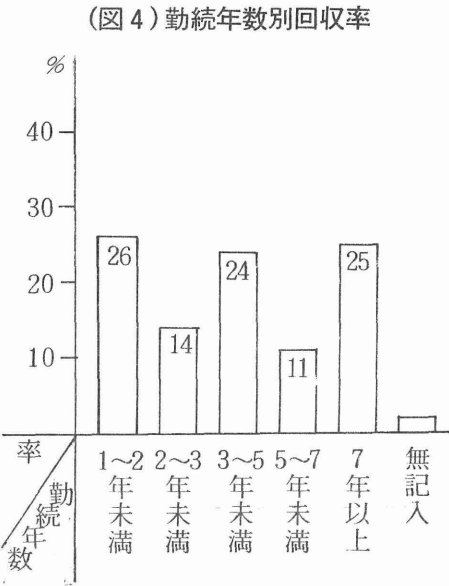
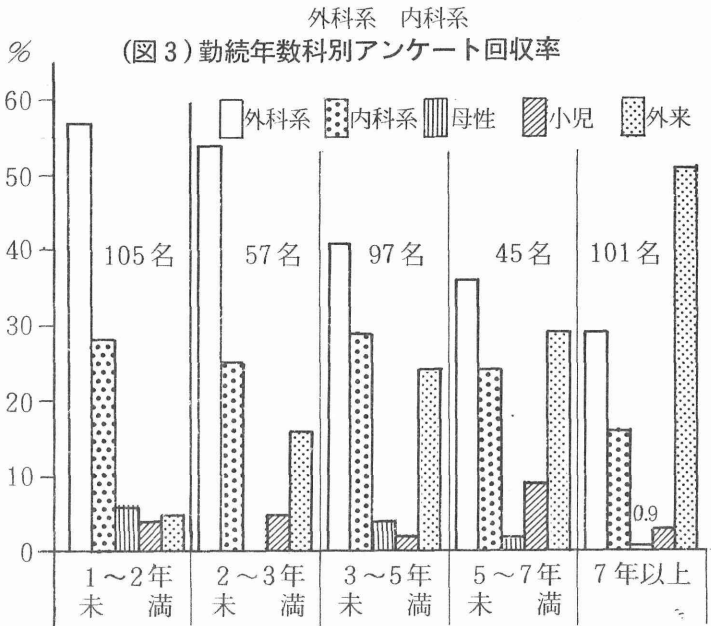
系 統 別	アンケート 配 布 数	回 収 数	回 収 率
外 科 系	178 枚	176 枚	98.9 %
内 科 系	107	98	91.6
母 性	19	13	68.4
小 児	23	19	82.6
外 来	116	102	87.9
白 紙		3	
合 計	443 枚	411 枚	93 %

看護職員 443 名に配布し、その内 93% 411 名の回収をすることが出来た。外科系の回収率が 98.9% と高率を示し、母性は 68.4% にとどまった。(図 3) 勤続年数別では、1 ～ 2 年未満と 7 年以上が回収率がよく、次いで 3 ～ 3 年未満と、(図 4) のグラフからは波状の回収率を見ることが出来る。

2) アンケート内容の調査結果は次の通りである。

問 1 <58 年度の教育目標を知っていましたか。>

(図 5) (図 6) (図 7) の結果が出た。



① (図5)に、看護部が示した年間の教育目標を「知っていた」とするものが60%、「知らなかった」31%、「無記入」9%(411名に対し)と看護職員の半数以上が認識していた。

② (図6)は看、准、助、別に職種をわけた場合、看護婦69%、准看護婦52%、助手28%と職種により認識度の違いを明確にしている。

③ (図7)母性、小児の看護婦はアンケート回収率は悪かったが、100~92%とはほぼ全員の者が認識していたことになる。

④ 外科、内科系の看護婦の認識度が低いのは、病棟単位も多くあり、混合病棟等で看護婦要員も多数であるため母性、小児、外来よりは伝達の困難性が伺える。

⑤ 外来の准看護婦の認識度が高いのは研修受講者が外来に集中し、病棟准看護婦は進学科の学生が多く受講対象外となっている為である。

⑥ 助手は(図6)で見ると「知らない」「無記入」が逆転して高くなっている。

以上を考察して、教育する側と受ける側との到達目標の一体化は、職場内での働きかけが不足しているのではないか、看護婦の浸透度は良好と見るが、看護チームを組み協同体となるべき、准看護婦、助手に、理解される伝達方法を職場内で工夫すべきであろう。中央研修に参加して始めて知る者が多く(看、准、共に)、4月に計画書を配布した時点で各職員が受容出来れば、早い時期か

ら、看護過程の中で生かされるのではなかろうか。

各職場での働きかけの方法(伝達、理解)が今後の課題である。又看護部に於ける教育方針を理解させる方法を一考すべきであろう。

3)(問2)~(問8)の調査結果は次の頁に示す(表4)である。

勤続年数別看護職員数を(表4)-1で示した。

看護助手は与薬に関与しない為、除外し看護婦、准看護婦359名を対象としてまとめた。

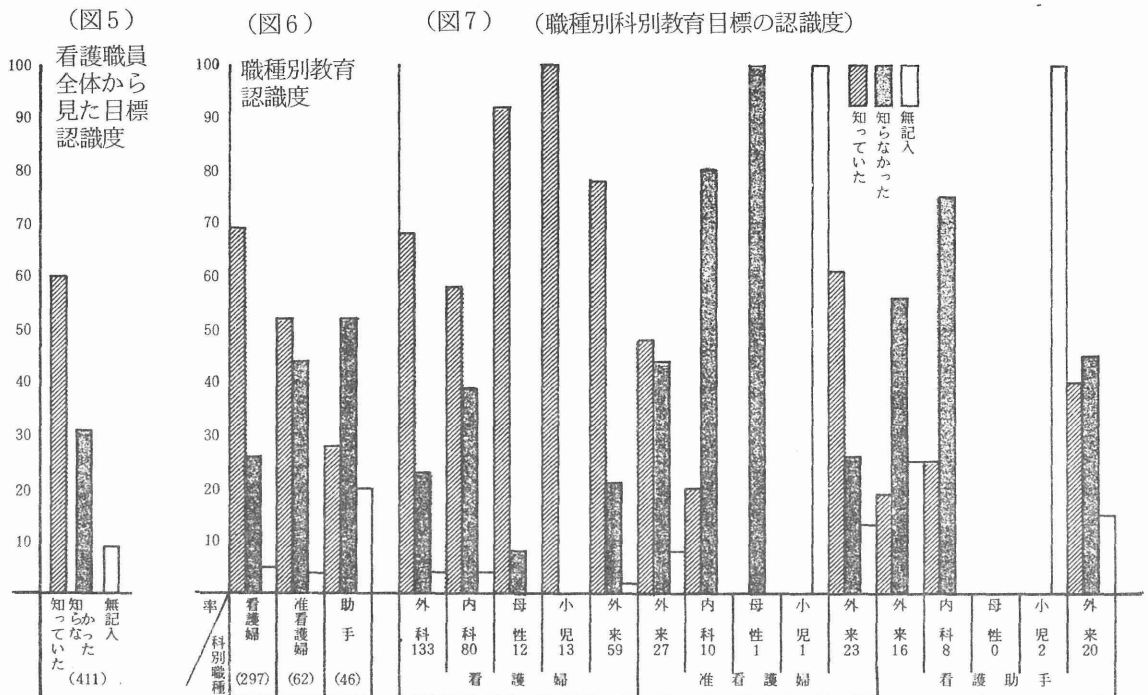
4)(表4)-2 問2<看護の安全性(事故防止含む)について研修を受けたか。>

看護婦の受講者は60%が講義、グループワーク学習が51%、勤続年数別人数は(表4)-1参照。

特に1~2年未満の場合新採用時、必ず全員に安全性と事故防止について講義及びデモンストレーションを実施しているが、オリエンテーションで受けたとしている者が少なかったのは受け止め方に問題があると考ええる。新人教育は採用時オリエンテーションで集中して行うのみでなく一年を通じて学習させていく教育計画が必要であり、日常業務の中で意図的に意識づけの導入も必要である。

5)(表4)-3 問3<研修で受けた教育が実践上生かされたか。>

受講者個々の認識度の相違と見られるが、看護婦、准



アンケート調査日（S 59.

（表4）－1 勤続年数別看護職員数（S 58.4～59.3迄）＜S 59.4新採用者数は除く＞
58.年度の退職者も除く＞

勤続年数 種別	1～2年未満	2～3年未満	3～5年未満	5～7年未満	7年以上	合 計	そ の 他
看 護 婦	74 人	48	80	38	57	297 人	※白 紙 6枚
准看護婦	26 人	5	9	4	18	62 人	看護助手 46人
合 計	100 人	53	89	42	75	359 人	看護職員数 411名

（表4）－2

問2 看護の安全性（事故防止含）について研修を受けたか（看護職員数は上記表参照）

		1～2年		2～3年		3～5年		5～7年		7年以上		平 均	
		講 義	グループ ワーク	講 義	グループ ワーク	講 義	グループ ワーク	講 義	グループ ワーク	講 義	グループ ワーク	講 義	グループ ワーク
看 護 婦	有 る	68%	58%	52%	48%	61%	50%	58%	55%	60%	42%	60%	51%
	な し	30	35	42	46	36	41	42	39	32	46	36%	41%
	無記入	3	7	6	6	1	9	0	5	9	12	12 %	
准 看 護 婦	有 る	46	30	20	20	11	11	100	100	83	78	53%	45%
	な し	50	65	80	80	78	78	0	0	11	6	42%	47%
	無記入	4	4	0	0	11	11	0	0	6	6	10 %	

（表4）－3

問3 研修で受けた教育が実践上生かされたか（研修を受講した者のみ回答）

		1～2年	2～3年	3～5年	5～7年	7年以上	平 均
看 護 婦	生 か さ れ た	35 %	29 %	26 %	21 %	35 %	30 %
	受講後しばらく生かされた	24	10	36	47	23	28 %
	生かされなかった	3	6	3	3	4	3 %
	無 記 入	38	48	34	29	23	34 %
准 看 護 婦	生 か さ れ た	12	0	11	50	72	31 %
	受講後しばらく生かされた	23	20	56	50	11	26 %
	生かされなかった	4	0	11	0	0	4 %
	無 記 入	62	80	22	0	17	40 %

看護婦共に低く30%～31%が臨床で生かした業務を実践したことになる。「生かされなかった」3%、「無記入」34%～40%と高率を示したのは、折角学習をしても実際の場面で全く切り離し、問題意識を持たないまま、業務に流され、慣れあいの仕事をしているのではないだろうか。

「暫く生かされた」26%～28%は受講後は業務の中で注意し確認を意識下に置いて実施しても、暫くすると忘れてしまっている。受講者の70%は、研修で身につけた気付きや、事故防止の方法を臨床に還元していないのは

教育方法も併せて問題は大きいと見るべきであろう。

6）（表4）－4 問4＜与薬ミスをしないために心掛けていることがあるか。＞

看護婦297名中94%、准看護婦62名中89%が「心掛けている」と回答している。殆どどの看護職員が与薬ミスに対する関心度は高く、個々が注意している事となるが、（表4）－3との関係を解決出来れば、与薬ミスは皆無に近い件数を得られると考えられる。

心掛けの内容は①確認を十分している（15項目の確認方法を出している）②常に意識して与薬している ③与薬

(表4)－4 問4 与薬ミスをしないために心掛けていることがあるか

		1～2年	2～3年	3～5年	5～7年	7年以上	平均
看護婦	心掛けている	95%	96%	95%	87%	96%	94%
	していない	1	2	4	11	2	3%
	無記入	4	2	1	3	2	2%
准看護婦	心掛けている	88	80	100	75	89	89%
	していない	4	0	0	25 (外来)	6 (外来)	5%
	無記入	8	20	0	0	6	6%

(表4)－5 問5 与薬の手順は厳守しているか

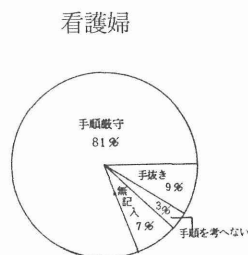
		1～2年	2～3年	3～5年	5～7年	7年以上	平均
看護婦	行っている	81%	90%	80%	79%	82%	82%
	手抜きをすることがある	9	8	13	8	4	9%
	手順は考えない	3	2	3	5	2	3%
	無記入	7	0	4	8	11	5%
准看護婦	行っている	77	100	56	100	72	76%
	手抜きをすることがある	19	0	11	0	0	10%
	手順は考えない	4	0	33	0	0	6%
	無記入	0	0	0	0	28	8%

時は緊張感を持って実施している等を回答していた。しかし、ごく一部分の者だが「心掛けていない」「無記入」と答えているのは見逃せない。未確認、思い違い、不注意等による事故につながる可能性があることも判明した。又外来勤務者の中に「与薬が少ないから」「ミスを起した事がない為、心掛ける必要なし」と答えた者があったが、ミスは予期しない時に起る、与薬が少ないから意識的な働きかけは必要なしと考えるのは問題がある。

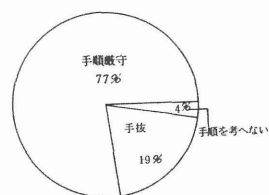
(表4)－5 問5<与薬の手順は厳守しているか>

「行っている」看護婦は82%、准看護婦76%の者が手順を守って実施していると答えているが手抜き業務、手順無視で業務についている者もいる事が明らかとなり、特

(図9) (勤続1～2年未満)



准看護婦



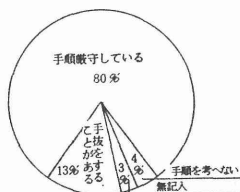
に勤続3～5年の者(図8)と1～2年未満の新人が多かった(図9)。(円グラフ参照)新人についての考察は、事例の一つとしてあげれば、内服薬投与時、手順通りの必要物品が不足していても、慣例に流された業務を、問題意識を持たずに実施している新人も自己を振り返る必要があるが、先輩スタッフがそれで良しとして与薬業務を行っている事自体が一番問題となろう。

3～5年未満の手抜きをすることがあるのは業務が把握出来るようになると、慣れからくる気のゆるみではないかと考えられ、スタッフの一部で手抜きと、自己流業務を行っている限り与薬ミスの皆無はあり得ない。

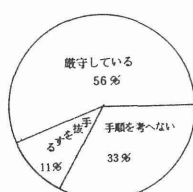
(図8) 与薬の手順を厳守しているか

(勤続3～5年未満)

看護婦



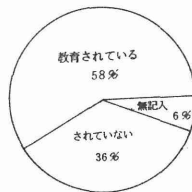
准看護婦



(図10) 職場で事故防止の教育は

されているか (勤続3～5年未満)

看護婦



准看護婦



問6＜職場で事故防止の教育はされているか＞
「教育されている」看護婦、准看護婦ともに65%、「されていない」25～26%、「無記名」9～10%と答えている。

特に3～5年未満が「されている」と答えたのが平均より低いため円グラフ(図10)とした。

〔教育内容〕 14項目回答された中で特に2～3例あげて見た。①確認について全員で注意を喚起している。

②カンファレンス、病棟会で提示し、問題点をあげ対策を考えている。

③ミスノートを作成し、原因状況、対策等を明確にし今後の心構え、看護の見直しに役立っている。

④婦長より教育的指導がある。

〔教育をしていない〕 7項目を理由回答している。

①教育的なカンファレンスではない。

②対策を立てても、継続的な教育がないため崩れてしまう。

③責任者は注意するだけで教育的援助が見られない。

教育する側と受ける側とのずれがあり、職場内で同じ働きがけをされても、それを教育と感じる者と、感じない者と、受け止め方の相違がある。集団力学的な教育の環(表5)－1

境作りを中央教育、分散教育の中で取り組んでいくことが今後の課題と言えよう。

問7＜1人でミスは1年間何回あったか＞に対して与薬ミスを「しなかった」と答えた者は359名中41%で低くこの中で与薬の少ない外来と直接与薬に係わらない、婦長、主任が含まれているため、病棟での実践者は何らかの形で、大部分の看護職員がミスを経験していることになる。1人で3～4回以上のミスは6～7%となり1回～2回32%～13%が多い。これは(表4)－4、(表4)－5との関連性を見出すことが出来る。ここで裏付けとして58年度看護部に提出された事故報告の与薬ミスの原因を調査し分析してみた。(表5)－1(表5)－2である。58年度点滴・注射ミス69件、内服56件であるが、その原因は①手順を守らない為のミス(1.2.3.)が点滴・注射で78%、内服79%と異常に高い率を示し、(表4)－5で手順を厳守していると答えた82%であるに係わらず実際に起ったミスは手順を守らなかったために起っているのが実情である。

又知識不足からくるミスは、57年度の報告と同様に、基礎知識である薬剤効果と副作用の知識、薬量計算、患者把握等が出来ない事が指摘される。

57年度の反省から教育計画を立てたが効果が現れなかったのは残念である。今後は効果があがる教育プログラム内容を一考すべきである。

点滴、注射ミスの原因 昭和58年4月～59年3月

原因の種類	内 容
1. 手順、確認ミス 31件	①患者のとり違い ②申送りミス ③カードックス確認もれ ④日付の確認もれ ⑤薬品、薬液量の間違い ⑥薬札照合もれ ⑦他患者の薬札確認もれ
2. 思い込み感ちがい 18件	①インシュリン種別違い ②思い込み患者のとり違い ③薬種の思い込み ④施行順番の間違い ⑤一部中止を全部中止と思い違い ⑤指示受けの間違い
3. 記 入 ミ ス 5 件	①カードックスと薬札の記入ミス ②カードックスの書きもれ ③指示通りを薬札記入もれ(薬量、日付、薬品名)
4. 知 識 不 足 7 件	①単位計算間違い ②反対作用の薬品とり違い ③患者の病状把握なく薬品の間違い
5. 口頭指示の間違い 2 件	①単位の聞き違い ②注射施行方法の聞き違い
6. 説明不足によるミス 6 件	①薬量説明不足 ②患者のとり違い(医師)
総 合 計 件 数 69件	

1.2.3………注意をしなかった為に起ったもの＜本人の過失による事故＞

4.5.6………知識がないため起ったもの(結果予見が出来なかった)＜過誤＞

(表5) - 2

内服薬ミスの原因 昭和58年4月～59年3月

原 因	内 容
1. 手 順 確 認 ミ ス 37 件	①患者のとり違い与薬 ②薬量の間違い ③日付、時間の間違い ④回数の間違い ⑤申送り不徹底ミス ⑥分包時の確認ミス
2. 思い込み(確認不足) 3 件	①薬量の間違い ②日付の間違い ③なれの仕事で患者とり違い
3. 患者の情報把握不足 5 件	①ダブリで与薬する ②外泊と退院の区別がはっきりせず指示内容の確認不足 ③薬が増量に変更されたのを知らずに飲ませた
4. 知 識 不 足 4 件	①拮抗作用のある薬を間違えて与えた ②内服量と時間の間違い ③類似名の読み違い間違い ④薬効の理解不足による
5. 不注意によるミス 4 件	①そこにあるから飲ませた ②作業中に水薬をこぼす ③食前与薬忘れ ④外泊日と服薬回数の計算ミス
6. 指示通りの与薬せず 2 件	①与薬量を少く与えた ②特別指示薬を過剰に与えた
7. 管理方法の問題 1 件	①薬袋収納時のミス
総 合 計 件 数 56 件	

むすび

58年度院内教育の評価をするにあたって安全教育に焦点をあて、一つの尺度としてアンケート調査を行った。今回は第一回調査の為、正確には効果があがったとは言えないが58年度より目標を明確にして与薬ミスの皆無にむけて総力をあげ、具体的な進め方が出来たと思う。研修では自己の振り返りをさせながら基礎的学習を取り入れた事は、患者の安全が如何に重要かを知り、事故に関する認識度も高められたと評価したい。

今後の展望

(1)中央で行う教育は限界があるが今後も知識の導入、看護の原理を科学的に分析し、事故との結びつき等を解明させていくが、これに併行して、各職場内では、臨床で責任のある業務の遂行や、患者を正確な目でとらえ、観察、確認する技術を修得出来る教育が必要である。従って中央教育と分散教育が連携され臨床の場で生かされる様な教育計画を作成し、スタッフ全員の意識が教育的にむすびつけられる環境作りをしていく必要がある。

(2)患者の安全確保に関する教育を今後も中央研修及び分教教育で強化実施していくが、不幸にして、与薬ミスが発生した場合、自己行為責任として、自身が受け止められ、ミス原因の自己分析が出来る訓練を教育の中に組み込めるプログラムにしていきたいと考える。スタッフ達は「忙しい」「要員不足」のために起ったと思いがすが、その前に自分は何の様な状況時に、どんな事故を起

しやすいかを自己分析し、事故の変容の必要性を気付かせていけるものにしていきたい。

(3)医療事故の事故処理についての考え方を明確にして同種の事故を2度と起さない指導法と実践活用法を工夫していく必要がある。

アンケートで事故報告の提出についての間に「記入は時間の無駄」「書く必要があるのか」と答えていた者があったが、報告書を書かないためにはミスを起さぬことが先決である。報告書の提出は、事後処理のための書類にとどまらず病棟での教材として活用すべきである。責任者が中心となり事故を分析し、防止対策、手順厳守の指導を計画して実施することにより①安全性を阻止する因子を除去することが出来る。②病棟内でスタッフ全員が事故を共有することが出来る。③共有することにより事故の発生の予見が出来る。従って報告書に対する考え方は常に教育の立場から見ていかなければならないと考える。

(4)その他実施業務の評価制度をもうけてゆきたい等々願望は大きいが、我々は終局的には患者に信頼され、安楽で安全性の高いケアが出来る看護婦を育成することにある。今回の評価を基にして少しでも目標に近づく教育をしてゆきたいと考えている。