

from

Vol.7

日本看護学校協議会共済会

発行日 ● 2010年2月28日

発行所 ● 一般社団法人日本看護学校協議会共済会

発行者 ● 山田 里津

編集者 ● 鶴見 美智恵

# 共済会

特別寄稿

## 看護学生と医療安全教育

東京海上日動メディカルサービス株式会社  
メディカルリスクマネジメント室

■上席研究員 恩田清美 (看護学修士)

はじめに

平成21年のカリキュラム改定に伴い、「看護の統合と実践」が設けられ、新たに「医療安全の基礎的知識を含む内容」が挙げられました。川村は、実務的な医療安全は「看護の統合と実践」で教えるのが最も望ましい教育のあり方であると報告しています<sup>1)</sup> [スライド1]。

### カリキュラム改正について

「**統合分野**」の創設：H21年度新カリキュラムの導入

【看護の統合と実践】

基礎分野、専門基礎分野、専門分野Ⅰ、専門分野Ⅱで学習した内容をより臨床に近い形で学習し、知識・技術を統合する内容⇒医療安全はこの統合分野で教育する

【目的】

卒業後に臨床現場にスムーズに適応することができる。  
⇒医療安全においては、基礎知識を習得することを求められている。

[スライド1：カリキュラム改正]

川島が看護技術は安全と安楽に留意して実施する必要性を報告しているように<sup>2)</sup>、看護技術を習得する上で、安全と安楽は重要な構成概念になります。様々な医療事故報道があり新卒の看護職は不安を抱えて仕事をしています。そこで、医療安全を看護基

礎教育の中でどのように伝えたいのかを考えていきます。

## 看護技術教育の中で 医療安全を伝える

(社)日本看護協会の2004年「新卒看護職員の早期離職等実態調査」によると、[表1]のように、仕事を続ける上で悩みとなったことの上位は、①専門的な知識・技術の不足：76.9%、②医療事故を起こさないか不安：69.4%、③基本的な看護技術が身についていない：67.1%④ヒヤリ・ハット（インシデント）報告を書いた：58.8%でした。また仕事を辞めたいと思った理由の上位3項目は①自分は看護師に向いていないのではないかとと思う：21.6%、②医療事故を起こさないか不安である：18.1%、ヒヤリ・ハット（インシデント）報告を書いた：16.1%と報告されています<sup>3)</sup>。

「医療事故を起こさないか不安である」は新卒看護師の「悩み」においても「辞めたい理由」においても2番目に挙げられています。このことより、看護基礎教育の中で医療安全について伝えることは、新卒看護師の悩みを低減させ、離職を防ぐためにも重要です。

【表1】新卒看護師の仕事を続ける上の悩みと仕事を思った理由の上位

	仕事を続ける上の悩み	仕事を辞めたいと思った理由
1	専門的な知識・技術が不足している	自分は看護師に向いていないのではないかと思う
2	医療事故を起こさないか不安である	医療事故を起こさないか不安である
3	基本的な看護技術が身につけていない	ヒヤリ・ハット（インシデント）報告を書いた
4	ヒヤリ・ハット（インシデント）報告を書いた	

（社）日本看護協会 2004 新卒看護職員の早期離職等実態調査を元に作成

### 1) 採血に用いる血管と経鼻栄養チューブの位置確認

医療事故報道等を見ると、採血や注射時の穿刺に伴い患者が傷害を負った事例や、経鼻栄養チューブの誤挿入による栄養剤の誤注入で患者が死亡したり、重篤な傷害を負ったりした事例が見受けられます。看護技術の講義や演習の中で、採血時に何故この角度で注射針を穿刺するのかの根拠を伝えたり【表2】、経管栄養開始前に、経鼻栄養チューブのマー

キングの位置、胃液の逆流、胃（気）泡音の確認と3つ以上のもので確認する【表3】のは何故なのかを解剖学や生理学、病理学に基づいて伝えることが必要です。また、（財）日本看護協会や（財）日本医療機能評価機構、（財）医薬品医療機器総合機構（PMDA）\*などが配信する医療安全情報も有用です。

\* 医薬品医療機器総合機構（PMDA）

URL <http://www.info.pmda.go.jp/index.html>

【表2】採血で穿刺する上肢の主な血管とその特性

部位	血管	特性	注意点
肘窩	橈側正中皮静脈	前腕外側皮神経が走行	・深く穿刺すると神経損傷の可能性が高いため穿刺時の針の角度に注意
	肘正中皮静脈	深部に正中神経が走行	
	尺側正中皮静脈	深部に正中神経や上腕動脈が走行	
前腕	前腕正中皮静脈	肘窩部の静脈に比べて細い	・動脈の誤穿刺の可能性があるため、動脈の拍動の有無を確認 ・深く穿刺すると神経損傷の可能性が高いため、穿刺時の針の角度に注意
	前腕橈骨皮静脈	肘窩部の静脈に比べて細い 前腕外側皮神経が走行	
	前腕尺側皮静脈	肘窩部の静脈に比べて細い 穿刺時の疼痛が強い	
手首	橈骨皮静脈	橈骨神経浅枝が走行	・神経損傷をきたしやすいため、できる限り避ける
手背	背側中手静脈	肘窩部の静脈に比べて細い 穿刺時の疼痛が強い 血管が逃げやすい	

リスクマネジャーのための医療安全実践ガイドP6日本看護協会出版会 2009 より

【表3】経鼻栄養チューブの挿入位置確認方法

要確認場面	確認方法			取り組みの課題
経鼻栄養チューブ挿入時 経鼻栄養チューブ交換時	胃・胃内容物の吸引	胃（気）泡音の聴取	X線による位置確認	3つの確認方法全てを実施することが基本
栄養剤や内服薬の注入時	チューブマーキング位置の確認	胃・胃内容物の吸引	胃（気）泡音の聴取	3つの確認方法を併せて実施する。 1つでも確認困難な方法があれば医師に報告しX線等で位置確認を行う

リスクマネジャーのための医療安全実践ガイドP14日本看護協会出版会 2009 より

## 2) 薬剤に関する事故について

医療事故の中で薬剤に関するもの（患者間違い・薬剤間違い・投与ルート間違い・薬液量間違いなど）が大きな割合を占めています。（財）日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業 第19回報告書 平成21年12月16日」<sup>4)</sup>で平成20年7月から21年6月までのヒヤリ・ハット報告で薬剤に関連した事例は3,421件ありました。類似名称の薬剤で作用が異なるものが多いことも問題となっています。

最近では「サクシン（筋弛緩薬）」と「サクシゾン（副腎皮質ホルモン）」を間違えて投与したため患者が死亡するという事例あり、薬剤の名称が「サクシン」から「スキサメトニウム」に変更になったことや、妊娠中の女性に「ウテメリン（切迫流産・早産治療β2刺激薬：子宮運動抑制薬）」と「メテナリン（子宮収縮刺激薬）」を間違えて投与した事例を受けて、「メテナリン」から一般名である「メチルエルゴメトリンマレイン酸塩」に変更されたのは記憶に新しいと思います。それでもなお類似名称の薬剤は多く存在しています。

特に [スライド2] [スライド3] のようにカタカナで記載した場合の最初の1～2文字と最後の1～2文字が同じだと誤認がおこりやすくなります（平成15年11月27日 医政発第1127004号・薬食発第1127001号 厚生労働省医政局長・薬食品局長通知 医療機関における医療事故防止対策の強化について 別添より作成）。

**誤処方による事故・ヒヤリハット報告があった医薬品の組み合わせ**

<b>アマリール</b> (血糖降下薬)	<b>アルマール</b> (降圧薬)
<b>サクシン</b> (筋弛緩薬)	<b>サクシゾン</b> (抗炎症薬)
<b>タキソール</b> (抗がん剤)	<b>タキソテール</b> (抗がん剤)
<b>ノルバスク</b> (降圧薬)	<b>ノルバティクス</b> (ホルモン療法薬：乳がん)

平成15年11月27日 医政発第1127004号・薬食発第1127001号 厚生労働省医政局長・薬食品局長通知  
「医療機関における医療事故防止対策の強化について」別添より作成

[スライド2] 誤処方があった医薬品の組み合わせ

病院として採用する薬剤の選択時に吟味したり、薬品棚に並べるときに場所を工夫したり、表示方法を工夫するなどの仕組みを整えたりすることが必要です。また「サクシン」や「メテナリン」のように製薬会社が薬品の名称を変更するなどの取り組みも必要です。

それと同時に医療従事者自身が、薬剤誤認の要因を知ることが大切です。看護基礎教育の中で臨床に

**名称類似によると思われる調剤エラーや誤投与のヒヤリハット報告が複数あったもの**

<b>アロテック</b> (気管支拡張薬)	<b>アレロック</b> (アレルギー治療薬)
<b>ウテメリン</b> (子宮運動抑制薬)	<b>メテナリン</b> (子宮収縮薬)
<b>テオドール</b> (気管支喘息治療薬)	<b>テグレートール</b> (抗けいれん薬)
<b>フレドニン</b> (副腎皮質ホルモン薬)	<b>フルセノド</b> (緩下薬)

平成15年11月27日 医政発第1127004号・薬食発第1127001号 厚生労働省医政局長・薬食品局長通知  
「医療機関における医療事故防止対策の強化について」別添より作成

[スライド3] 調剤エラー、誤投与があった医薬品の組み合わせ

は類似名称の薬剤が存在すること伝えることで、学生が薬剤を注意深く取り扱うことができるようになります。

また、実際の臨床現場では薬剤の計算をする機会が増えます。タイムプレッシャーがあると、薬の計算を間違える可能性が高くなります。薬剤には計算が必要であることから学生が計算の基礎能力を高めておくことは大切です。薬剤の計算については看護基礎教育でも活用できそうなURLもあります。

\*学習研究社“Nursing Mook”医療安全「STOPメディケーションエラー ふるかわ先生の計算脳トレーニング」

URL <http://www.iryu-anzen.com/index.html>

## 3) 複数の事象への対応

看護基礎教育ではひとつの援助を丁寧に行い次の援助にうつることが多いのですが、実際の臨床では同時に2つ3つと複数の事象に対応する必要が生じます。臨地実習においても学生は複数の事象に対応しなければいけない場面に遭遇する可能性があります。そのため、その場で優先度を考えて対応することが必要になります。

そこで、多重課題を想定して技術演習を実施する試みを取り入れている教育機関が複数あります。宮本は、学生の段階での学びの工夫として、多重課題状況の演習を大学の2年生を対象に実施しています。4人部屋を想定し、学生が配膳する場面で一人の患者から大声で呼ばれ、別の患者は安静指示中にもかかわらずベッドから降りようとしている状況設定で、看護師役を学生が演じ観察者の学生と意見交換を行う方法で演習を実施していると報告しています<sup>5)</sup>。このように場面を設定してロールプレイングを演習に取り入れることで、より臨床に近い体験ができ、学生同士で知識や情報の共有ができるので有用です。

## 臨地実習で医療安全を伝える

### 1) 転倒・転落予防について

佐々木らは、看護学生の領域別臨地実習におけるヒヤリ・ハット体験の頻度が高い項目は、「体位・姿勢の保持・移動：55.3%」、「生活環境の整備：48.9%」、「保清・整容：37.9%（複数回答）」であると報告しています<sup>6)</sup>。伊豆らは同じく領域別臨地実習における、ヒヤリ・ハット体験の頻度が高い項目は「清潔ケア：33.3%」、「与薬・注射：20.8%」、「移動・移送は16.7%」であると報告しています<sup>7)</sup>。また、内田らは、老年看護学実習のヒヤリ・ハット体験の頻度が高い項目は「転倒・転落：43.9%」、「誤嚥：22.2%」、「外傷：13.9%」であると報告しています<sup>8)</sup>。

これらの報告から、臨地実習のヒヤリ・ハット場面は日常生活の援助場面で起こっており、中でも移動・移送時の転倒・転落が多いことがわかります。

そこで、学生が臨地実習に行く前のオリエンテーションなどを活用して、転倒・転落に潜む危険を具体的にイメージできることが必要になります。筆者らが制作した「転ぶはずはないと思っているあなたへ」という15分間のDVD [スライド4] は、看護学生や新人看護師への教育のための視聴覚教材として活用できます。①投薬や術後など自分の体調を過信し転倒する、②家ではいつもやっているが無理な姿勢で動き転倒する、③車椅子の知識不足・練習不足で転倒するなどの転倒・転落が発生しやすいなどの原因を提言し、それぞれの場面で予防と対策について解説しています。実際の映像やCGを使用しわかりやすく解説されています。



[スライド4] 転ぶはずはないと思っているあなたへ

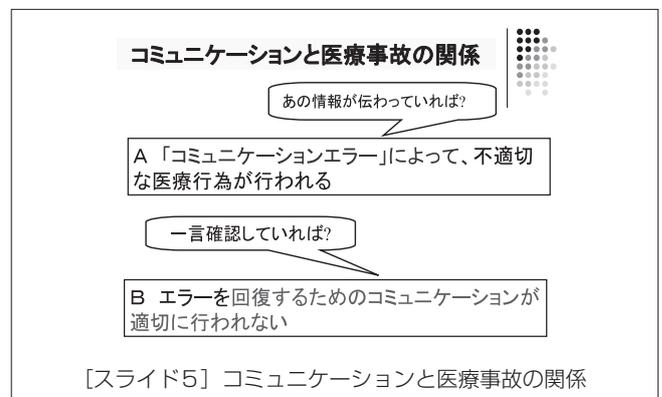
実際に視聴した看護学生たちからは、「転倒・転落が病院という環境の中で発生しやすいことが理解

できた」、「必要な場合に学生が一人で行動しないでスタッフや指導者を呼んで見守りを依頼することが増えると思う」という意見が聞かれています。

このような視聴覚教材を活用し、学生が転倒・転落における危険のある場面をイメージでき、学生が一人で行動せずに助けを依頼できるという考えを持ってもらうことは医療安全においてとても重要です。

### 2) 安全を守るコミュニケーションについて

医療事故においてコミュニケーションは大きな関係があります。コミュニケーションエラーには大きく2種類に分類されます。「適切に情報が伝達できない」「エラーを回復するためのコミュニケーションが適切に行われない」場合です [スライド5]。



[スライド5] コミュニケーションと医療事故の関係

#### (1) 適切に情報が伝達できない

コミュニケーションエラーによって不適切な行為が行われることは、臨地実習でも起こる可能性があります。

では適切に情報が伝達できないのはどのような場合かという、一つ目は誤った情報が伝達される場合です。例えば学生の受け持ち患者の食事内容が、嚥下がうまくできないために「昼食から主食：全粥、副食：きざみ」に変更になっているにもかかわらず、「夕食から主食：全粥、副食：きざみ」に変更と誤った情報が伝わるような場合です。

二つ目は情報が伝わらない場合です。学生の受け持ち患者が食事を食べる時に、誤嚥防止のために「義歯を装着して食事介助を行う」ということが歯科医師から担当医師に伝えられ、看護師間では情報伝達されていたにもかかわらず、学生にその情報が伝わらない場合です。このどちらの場合でも誤嚥を誘発するという事故につながります。

山内らは、医療従事者間の情報伝達に関連する要因では、看護師間での「情報や変更を伝えていなかった」と「他者が用意したものを確認せずに実施した」

が特に多く選択されていると報告しています<sup>9)</sup>。看護学生も臨地実習では患者のケアに参加するチームの一員になるので、スタッフは受け持ち患者に関する情報や変更を伝える必要があります。また、看護学生も自ら必要な情報収集や変更に関する情報把握に努めることが大切になります。

### 3) エラー回復過程

#### (1) 不十分な確認で仕事を進める

エラーを回復されるためのコミュニケーションが適切に行われないのはどのような場面でしょうか。

一つ目は不安に思ったり、疑問に思ったまま十分に確認せずに仕事を進める場合です。

例えば学生が看護師から「受け持ちの東京花子さんを胸部のレントゲン撮影まで移送をお願いします」と言われます。学生は「車椅子で移送するのか、付き添い歩行なのか疑問に思い看護師に「昨日と同じでいいですか?」と確認したところ看護師は「昨日も行ってくれたのね。じゃあ、お願いします。」と言いました。学生は、昨日は付き添い歩行だったのでたぶん付き添い歩行だろうと考え、不十分な確認のまま検査に付き添い歩行で行ってしまいました。検査から戻ってくると、東京花子さんは昨夜、睡眠薬を服用し足元がふらつく可能性が高いため、今日一日は車椅子での移送に変わっていたことに気がついたというような場面です。

わからないことや不安なことは必ず確認してから行うことが基本です。不十分な確認で援助を行った結果、様々なヒヤリ・ハット（インシデント）や事故が起きています。

筆者の104歳で亡くなった祖母がよく「聞くはいつとぎ一時の恥、聞かぬは一生の恥」と言っていました。聞くこと、確認することは勇気がいる場合があります。しかし、聞かないで実施したことが患者さんに何らかの影響を及ぼす可能性があります。ですから確認することや聞くことは恥ずかしいことではなく、患者の安全のために必要なことであることを学生に伝えてください。確認は看護師になってからも必ず必要です。聞くことや確認する習慣を学生時代から身に付けてほしいと思います。

#### (2) エラーを見つけたのに指摘しない（できない）

二つ目はエラーを見つけたのに指摘しない（できない）場合です。例えば学生は、受け持ち患者の東京花子さんの食事が昼から全粥・きざみ食に変更になるという情報を知っていました。しかし、昼食の配

膳車の中に入っている食事は米飯・きざみ食になっていました。学生は「変だな?」と思いましたが、「栄養部が間違えるはずはないから、きっと夕食から変更なのだ」と思い、看護師に確認せずに配膳したところ患者は米飯を食べてむせてしまいました。患者は嚥下機能が低下していたため、昼から全粥に変更されていましたが、栄養部が米飯で準備していたことがわかりました。

情報や知識があり「変だな」と思えても、学生はなかなか看護師に伝えにくいものです。森永らは、看護師がエラーを指摘するときの抑制要因として、①間違いへの自信が持てない（自信がない、情報不足、意図的な行為かもなど）：28.5%、②人間関係の悪化が心配（人間関係の悪化が心配、相手からの反応が心配、相手の性格など）：25.9%、③立場の違い（上下関係、他部門、多職種）：24.6%があると報告しています<sup>10)</sup>。

学生に置き換えて考えると、誰かの間違いを見つけても、それが本当に間違っているかどうか自分の情報や知識に自信が持てなかったり、明日からの臨地実習での人間関係が上手くいなくなるのではないかと考えたり、看護師と学生という立場の違いからなかなか伝えられません。そこで、学生には報道事例〔事例1〕などを紹介し、確認・指摘することの重要性を伝えてください。

#### 〔事例1：抗がん剤の過量投与〕

がんで入院中の患者に医師が抗がん剤を1日に「250mgを4回、5日間投与」とすべきところを、「1,000mgを4回」と誤ってカルテなどに記入。治療中に投与量の多さに気付いた看護師が指摘したが、医師は適正な量と思い込んだまま「指示通り投与するように」と話したという。その後、抗がん剤投与にかかわった看護師は、再度医師に確認することなく5日間にわたり適量の4倍の抗がん剤を過剰投与、患者は抗がん剤の副作用でその後死亡した。

この〔事例1〕で残念なことは二つあります。一つ目は、最初に疑問に思った看護師が医師に「指摘」しましたが、その「指摘」を受けた医師が正しい量に「訂正」することにつながらなかったということです。もし、初回投与で指摘された内容を医師が確認し、正しく訂正されていれば5日間にわたる抗がん剤投与は防げた可能性があります。二つ目は、2～5日目に抗がん剤を投与する看護師が医師に確認しなかったと言うことです。もし、2日目以降に実

施する看護師が、医師に薬の量の多さを「指摘」していたら、複数の看護師から同じことを指摘されることで、医師が抗がん剤の量を再確認する行動につながり、正しい量に「訂正」することができ、患者の5日間にわたる抗がん剤投与が避けられた可能性があったかもしれないということです。

### (3) アサーティブなコミュニケーション

臨地実習で学生が、看護教員や臨床指導者やスタッフにわからないことをわからないと伝えられる関係や、一人ではできない援助に対して不安であることを伝えられる関係や、援助を行うにあたり疑問に思ったことを確認できる関係を築くことが重要になります。

そのために看護教員は、日ごろから実習施設の臨床指導者やスタッフの方とよいコミュニケーションをとり、学生が声をかけたら、応じてもらうように依頼をしておきます。

それと同時に学生にも「確認する」「伝える」ことの重要性を伝えてください。看護学校でもコミュニケーションの講義で、「アサーティブなコミュニケーション」について伝えていていると思います。アサーティブに自己表現することは臨地実習においても大切です。

アサーティブなコミュニケーションとは、自分も相手も大切にしたい自己表現です<sup>11)</sup>。医療現場は様々な職種の人々が働いています。チームで患者さんのケアを行っています。そこでチームで事故を防ぐという考え方が大切になります。お互いに疑問や不安を伝えあえる風土が大切です。それと同時に伝え方のスキルを知り活用することが必要になります。

その方法の一つに“Iメッセージ”があります。これは何かを伝えるとき主語を「私」にすることです。例えば、学生が行動計画を伝えるときに、看護師からアドバイスされて、自分の伝えたいことが伝わっていないと感じたときに、「看護師さんの言うことは違います。」と言うのではなく「私はこういう考えでこの援助を考えました。」というように主語を「私」にして伝えるということです。この時「そんなつもりでは…」というような曖昧な表現も避けます。

また、“Two-Challenge Rule”があります。これは「疑問があるときは2回言いましょう」というルールです [スライド6]。自分の伝えたことに対して返事がないときや、疑問や気がかりなことはもう一度声に出して伝える、そして伝えられた側はそれに応じるというルールです。臨床現場はモニター

の音や人の会話、ナースコール、器具の触れ合う音など様々な音にあふれています。学生が看護師に声をかけても聞こえないために返事がない場合があります。そんな時学生は「機嫌が悪いんだ」とか「無視された」とかネガティブな感情にとらわれがちです。しかしそんな時このルールを知っていれば「確認」ができます。

**Two-Challenge Rule**

- ◆ 疑問があるときは2回は言いましょう
- 自分の伝えたことに対して、相手から返事がないときは、相手に確かに伝えたことがわかるまで、もう一度声に出して伝えることがメンバーの責任
- 疑問や気がかりなことは、もう一度声に出して伝えることがメンバーの責任
- 伝えられたら、それに応じることがメンバーの責任

伝える側にも伝えられる側にも責任があります

[スライド6] Two-Challenge Rule

疑問に思ったことや不安に思ったことをそのままにして行動に移すことには危険が伴います。医療安全で大切なことは危ないと思う感性と危ないと思ったら立ち止まり確認する習慣を教育と組織風土で育てることです [スライド7]。そのために、このアサーティブなコミュニケーションを看護学生時代から身に着けてほしいと思います。

**医療安全で大切なこと**

「危ないと思う感性」  
と  
「危ないと思ったら立ち止まり  
確認する習慣」  
を  
教育と組織風土で育てる

[スライド7] 医療安全で大切なこと

### 4) ヒヤリ・ハット (インシデント) 報告の意義について

学生も臨地実習でヒヤリ・ハットする場面に出会います。看護教員が実習のカンファレンスを活用して、何故ヒヤリ・ハットが起きたのか? どうしたら防げたのかを学生と共に考えることが重要です。

平賀は、臨地実習の中で学生間の学びの共有化を挙げています<sup>12)</sup>。カンファレンスで話し合うことで、学生が自らの行動を振り返り、メンバー間で情報共有し、危険要因を見つけ出し対応することにつながります。教員はカンファレンスで、報告している学生が責められているという認識を持たないように、安全に看護が実施できるための良い体験として

情報を共有できるようにかかわることが大切になります。そのためにも実習メンバーが、自由にヒヤリ・ハットを報告し意見交換を行いメンバーで共有できる体制が必要です。また看護教員は報告してきた学生が、自分の報告書が患者の安全やヒヤリ・ハットの再発防止のために役立っていると思えるような機会を作るようにします。

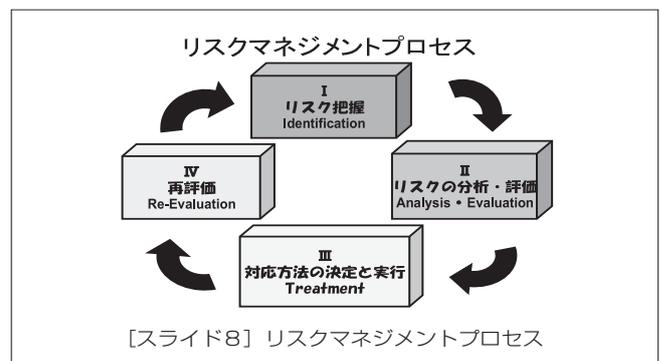
しかしながら、前出の(社)日本看護協会の調査では、ヒヤリ・ハット(インシデント)報告を書いたことが仕事を辞めたい理由の三番目に挙げられています。そこで、なぜ報告書を書くのか、報告書の意味を伝えていくことが大切です。

ヒヤリ・ハット(インシデント報告)の意義は3つに分けられます。一つ目は個人にとっての意義です。これは「文章による振り返り」と「危険への感受性(こんなとき危ないという意識)の向上」です。二つ目は部門・部署・組織にとっての意義です。これは「メンバーの情報共有・安全意識の向上」「責任者・管理者による危険の把握」「危険要因を発見することで対処につなげる」です。三つ目は医療界全体にとって(全国的な収集)です。これは「危険なモノ(機器・薬剤)の改善をメーカーに要請すること、より安全な医療機器や薬剤が開発される」ということです。例えば、ディスプレイブルシリンジの内筒は、1999年まで全て同じように透明でしたが、注射薬と消毒薬の誤投与防止のために内筒の色が異なるカラーシリンジを医療機器メーカーが開発し、目的別にシリンジを区別できるようしました。また、類似薬品名の誤投与防止のために、製薬会社がサクシンという名称をスキサメトニウムに変更したこともなどがこれに当たります。

報告書は反省文ではありません。ヒヤリ・ハットを医療事故予防のための大切な宝物です。ヒヤリ・ハットできるということは、危険に気がつける「リスク感性」があるということになります。看護教員は報告書を提出してきた学生に、報告してくれてありがとうの気持ちを伝えてください。

## 5) リスクマネジメントプロセスでヒヤリ・ハットを考える

学生からヒヤリ・ハット報告書が出されたら、リスクマネジメントプロセスに当てはめて対応策を考えていきます。リスクマネジメントプロセスとは、リスクを把握し、分析・評価し、対応方法を決めて実行し、再評価する一連のプロセスを言います[スライド8]。



### (1) リスクの把握

それでは、小児看護学実習におけるベッド転落のヒヤリ・ハット報告に当てはめて考えます。学生からの小児のベッド転落に関するヒヤリ・ハット報告がでてきました。報告を受けた教員は、学生の実習カンファレンスで問題提起をします。すると他の学生も「子どもがベッドから落ちそうになる」という経験をしていることがわかりました。そこで状況を把握するため、小児看護学実習を終えた学生からアンケートをとることにしました[スライド9]。アンケートの項目は、例えば①ベッドや処置台などから、子どもが落ちたり落ちそうになったことがありますか②どのような時に落ちそうになりましたか(例:オムツ交換など)③そのときどのように対応しましたか④考えられる要因は何だと思えますか⑤その他、実習中にヒヤリ・ハットした場面はありますか⑥あるとしたらどのような場面ですか(例:移送時など)とします[スライド10]。

リスクマネジメントプロセスの実際

- 1月の各論実習の小児看護学実習で、学生が担当の乳児期の子どもがベッドから落ちそうになった。
- 学生カンファレンスで、報告すると似たような体験をしている学生が他にもいた。
- 小児看護学実習を終えた学生にベッド転落のヒヤリ・ハットについてアンケートをとる。

[スライド9] リスクの把握

リスクマネジメントプロセスの実際

【分析】・・・情報収集  
・小児看護学実習を終了した学生にアンケートを行う

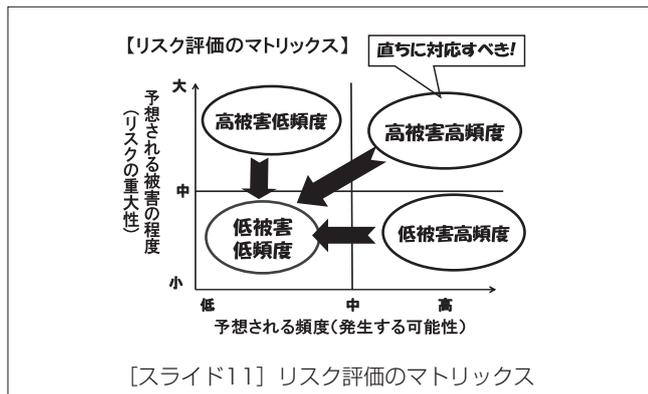
<項目例>

- ①ベッドや処置台などから、子どもが落ちたり落ちそうになったことがありますか
- ②どのような時に落ちそうになりましたか(例:オムツ交換など)
- ③そのときどのように対応しましたか
- ④考えられる要因は何だと思えますか
- ⑤その他、実習中にヒヤリ・ハットした場面はありますか
- ⑥あるとしたらどのような場面ですか(例:移送時など)

[スライド10] リスクの分析・評価

## (2) リスクの分析・評価

小児看護学実習でのベッド転落のリスクがすぐに対応する必要があるものなのか、しばらく様子を見ていいものなのかを分析します。この時、予測される被害の程度（リスクの重大性）を縦軸に、予想される頻度（リスクの頻度）を横軸にとったマトリックスを活用して考えます。そして高被害高頻度のものから対応します。高被害高頻度、高被害低頻度、低被害高頻度のものを低被害低頻度なるようにします [スライド11]。



アンケートの結果、多くの学生がベッド転落のヒヤリ・ハットを体験していることが明らかになりました。リスクの評価としては、ベッド転落のリスクの頻度は中程度、もしベッド転落が起こった場合の予想される被害の程度は、重篤な傷害を残す可能性があるとして評価します。そして、このままだと重大な事故につながる可能性が高いため、発生頻度も低頻度ではなく、発生した場合患者への被害も大きく、医療機関や学校への信頼にもかかわることなので、すぐに対策をとるべきだと評価されました [スライド12]。

【表4】 リスクコントロールとリスクファイナンス

リスクコントロール	リスクの回避（リスクの発生そのものを回避する）
	ロス・コントロール（リスクの発生頻度や損害の程度を減らす）
リスクファイナンス	リスクの保有（発生時には準備金などで対応する）
	リスクの転嫁（保険などをかけておく）

小児看護学実習でのベッド転落のヒヤリ・ハットをリスクコントロールの2項目で考えてみると、「リスクの回避」としては、ベッド転落の可能性が高い子どもを受け持たせないということになります。しかし乳幼児期の子どもはベッド転落の可能性が常にあるので、乳幼児期の子どもを受け持たせないということになるため現実的ではありません。そこで、

リスクマネジメントプロセスの実際

Ⅱ  
リスクの分析・評価  
Analysis・Evaluation

【分析】  
 ・アンケートの結果多くの学生が、ベッド転落のヒヤリ・ハットを体験していることが明らかになったので、ベッド転落に関して根本要因分析を行い事故の要因を分析する

【評価】  
 「このリスクは患者の身体的被害の発生頻度も高く、発生すれば損害は大きい。医療機関や学校への信頼に影響がある。」  
 ⇒よってすぐに対策をとるべき

[スライド12] リスクの分析・評価

リスクマネジメントプロセスの実際

Ⅲ  
対応方法の決定と実行  
Treatment

【事例を分析して要因を検討】  
 ・何故、子どもの側を離れるのか？  
 ⇒子どもの成長発達を理解が不十分だった  
 側を離れるとベッド転落の可能性が高くなることを予測できない  
 ベッドから落ちた場合の結果予測できない

・何故、子どもから目を離すのか？  
 ⇒少しの時間だから、大丈夫だと思った  
 他の対応(ゴミを捨てる・オムツをとるなど)に注意が向く

[スライド13] 対策方法の決定と実行

## (3) 対応方法の決定と実行

次に事例を分析して要因を検討します。その結果、学生は危険を予測したり、危険が起こらないように対策を考えたりすることが難しいことや、一つのことに注意が向くと他の事に目が向かないことが明らかになりました次にこの分析に基づいて対策を立案します。 [スライド13]。

リスクマネジメント対策の考え方は、「リスクコントロール」と「リスクファイナンス」の二つに分けられます。そして、リスクコントロールは「リスクの回避」と「ロス・コントロール」に分けられます。また、リスクファイナンスは「リスクの保有」と「リスクの転嫁」に分けられます [表4]。

「ロス・コントロール」で考えます。対策立案時のポイントは、①十分なヒアリングで現状を把握②多職種の関係者で対応策を考える③実行可能な対応策を立案する④共通ルールとして対応策を周知する⑤立案時に評価日と評価方法を決めて、効果を再評価するとなります。 [表5]。

【表5】対策立案時のポイント

ポイント	内容・注意点
十分なヒアリングで現状を把握	・ヒヤリ・ハット報告に記載されている内容だけでなく、状況を正確に客観的に把握する ・ヒアリングの時は詰問にならないようにする
多職種の関係者で対応策を考える	・担当科以外の教員や実習指導者や病棟の看護師にも参加してもらう ・自由闊達に意見交換する（ブレインストーミング）
実行可能な対応策を立案する	・費用や人材、時間など様々な状況を考えて決定
共通ルールとして対応策を周知する	・学生・教員・臨床指導者・関係部署に周知する ・ルール違反をモニタリングする（実行可能性が否かの指針にもなる）
評価日を決め効果を再評価する	・立案時に評価日と評価方法を決めておく

具体的には、学生に成長発達の知識を深める、子どもが予期しない動きをしたり、活発に動く存在であるなど小児の特性について視聴覚教材を用いてイメージを持たせる。実習初日に臨床指導者から家族向けのベッド転落予防のパンフレットを用いて具体的なオリエンテーションを行うなどになります。

#### （4）再評価

対応策を考えて実行すると達成感もあり、安心してしまいがちですが、必ず対応策が実行されたのかを確認すると共に、対応策の効果があったのかどうかを一定期間実施後に確認し、再評価することが大切です [スライド14]。



**リスクマネジメントプロセスの実際**

(IV)  
再評価  
Re-Evaluation

IV-1 対策が実行されたかを確認  
(例えば2週間後)

- ・学生の小児の成長発達のレポート提出の確認
- ・実習前に子どもの運動発達のビデオ学習の確認
- ・臨床指導者からのベッド転落予防対策のオリエンテーション実施の確認

IV-2 対策が効果をあげ、リスクが低減したかを再評価  
(例えば1ヶ月後)

- ・小児看護学実習のベッド転落のヒヤリ・ハット報告が減少したかどうか
- ・臨床指導者からも子どもの動きに目配り気配りができるようになったと評価されたかどうか

[スライド14] 再評価

えてきていますし、学生も実習記録をパソコンで記載する場合があります。

河原田らは、学生の実習施設の49%が電子カルテを使用しており、学生がパスワードを使用して電子カルテを開くことができる施設が14.9%、教員がパスワードを持って電子カルテを開くことができる施設が33.5%であったと報告しています。また、紙媒体を用いている実習施設は32.9%であったと報告しています<sup>13)</sup>。このように現在、電子媒体と紙媒体の記録が混在している現状があります。一方、学生の看護過程の展開・看護計画立案や、日々の実習記録は紙媒体で行っている学校が多いのではないのでしょうか。そこで、学生への個人情報に関する教育は電子媒体と紙媒体の両方で行う必要があります。

看護学生の記録や個人情報の取り扱いに関しては、(社)日本看護協会が、「看護記録及び診療情報の取り扱いに関する指針」に詳細が記載されていますので参照してください。

指針では、「看護学生が個人情報を施設外に持ち出すことなく実習記録を作成できるよう、実習記録時間が確保できる実習カリキュラムを検討し、実習施設の施設管理者および看護管理者と協力し、施設内に実習記録を作成する場所を確保するよう努める。」「臨地実習前に看護協会の『看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針 5 診療情報の取り扱いに関する看護者の責務』について講義を行う」「実習記録も開示の対象となりうることを周知する」など<sup>14)</sup>が求められています。

## 情報管理について

### 1) 記録の記載場所と時間の確保

臨地実習では様々な個人情報を取り扱います。今では医療機関が電子カルテになっている医療機関も増

### 2) 患者情報の会話について

丸山は受け持ち患者の情報についての会話を同じ実習グループのメンバーで行うのが1年生：51%、3年生：36%。主治医・指導教官・病棟学生係りと

行うのが1年生：49%、3年生：68%であると報告しています<sup>15)</sup>。基礎看護学実習や各論実習のオリエンテーション時に、学生が患者情報を他者に漏らさないように守秘義務についても具体的な場面を想定して伝えていきます。公共交通機関や、公共の場(喫茶店・レストラン等含む)、エレベーターなどで話さないことや受け持ち患者の情報はカンファレンスの場や教室内で話すなどです。

### 3) 情報流出について

医学・看護学系の学生の個人情報の流出に関する報道には、インターネットへの流出[事例2]や、USBメモリの紛失[事例3]などがあります。

#### [事例2：インターネットに流出]

病院で見学した患者の情報をインターネットの会員制サイトに書き込んでいた。書き込みを問題視する電話が寄せられ事実関係を確認したところ、学生が認めた。実習に先立ち、個人情報保護や患者情報の守秘義務について、学生に誓約書を提出させていた。患者情報の守秘義務に違反したとして、学生を停学3ヶ月の処分にした。

#### [事例3：USBメモリの紛失]

臨床実習中に指導教官の指示で患者の疾患等の情報を記録。USBメモリを使って作業した。その後USBメモリの紛失に気がついた。実習施設は、実習の学生が個人情報に配慮したうえでデータをUSBメモリなどに保存することを認めている。今後、該当する患者には文書で謝罪する。

万が一個人情報が出た場合、実習施設や学校はどのように対応したらよいかも考えておくことが必要です。そして、なぜ情報流出が起こったのか、要因を分析し学校・実習施設として個人情報管理を再考し、ルールの見直しや管理体制の強化などの再発防止策を実施することです。

## 臨地実習での教員のかかわり

### 1) 臨地実習でのヒヤリ・ハット報告の傾向

臨地実習は学生にとって今まで学んできた知識や、学内演習で身につけた看護技術を実践する貴重な体験の場であり、多くの学びを得ることができます。臨地実習は日々新しい人々や体験との出会いなので、学生は興味を持って取り組むことができる半面、緊張や不安が大きい状態にあります。学生はまだ看護援助に伴うリスクを予測する力や、予測した事態を回避するための方法を考える力は十分とはいえません。

ですから看護教員や臨床指導者は学生の特性を十分踏まえてサポートすることが必要になります。リスクがあるから行わないのではなく、リスクを最小限にするために教員や指導者がかかわることが重要になります。

学生は一つのことに集中すると他に意識が向かないことや、不安・緊張・焦りが様々なヒヤリ・ハットを誘発することは看護学校の専任教員として携わった筆者の経験でも感じていました。

臨地実習におけるヒヤリ・ハット報告は、川原田らによると実習開始から2～5日目が最も多く、あわせて54.6%であったと報告しています。また、学生の予見・予測的思考の特徴としては、①まったく危険を予測できなかった：35.3%、②危険を予測しても回避する行動に結びつかなかった：17.8%、③なんとなく危険を感じていても判断できなかった：17.4%となっています。さらに出来事の最中の思考で一番多かったものは、「一つの援助に行為に熱中し、他の事柄・周囲に目を向けられなかった：23.5%」「不安・緊張・焦り：22.3%」となっています<sup>16)</sup>。

臨床現場は患者の状況に応じた臨機応変な対応が必要になります。そこで、学生が行動計画を発表するときに援助場面で具体的に想定されるリスクを伝えることが大切です。例えば、患者を車椅子でリハビリテーションに移送するという行動計画を学生が発表した場合、「ベッドから車椅子への移乗時に患者さんがふらついたらどうするか?」「リハビリテーション中に患者さんが気分不快を訴えたらどうするか?」などです。教員は予測されるリスクに対して学生が対応策をイメージできるようにかかわること

が必要です。

また、学生は緊張すると頭が真っ白になり、実力の半分も発揮できないことがあります。ですから学生の不安を取り除き、落ち着いて援助が行える環境調整が必要になります。特に実習の第一週目に十分に学生にかかわることが必要です。

## 2) 実習場所に足を運ぶ

看護教員は講義・演習・実習・担任業務・学生指導・教務事務など多くの仕事を担っています。1時間目から講義があったり、2時間目からの講義がある場合、朝一番に実習場所に行くことができない場合があります。

筆者は看護教員時代に2時間目の自分の講義の準備をして実習指導に足が向かないとき、ベテランの教員から「まずは実習に行っている学生の顔を見に行きなさい。学生は教員の顔を見ることで安心するのだから。」と背中を押され、担当病棟へ行き学生に会ってこようと小走りに向かいました。「おはよう」と学生に声をかけると、不安と緊張で一杯の学生の顔がみるみる笑顔に変わる瞬間を体験し、本当に臨地実習は不安と緊張が強いものなのだと再認識しました。こんな私でも学生に「安心」を与えられるのだと思うと同時に、学生の安全基地であるために教員自身が努力をしないといけないと痛感しました。

臨地実習には時間が許す限り最優先でかかわることが重要です。現場を知り、学生と臨地実習という「場」を共有することが重要なのです。さらに現場の指導者との打ち合わせを行いコミュニケーションとり、教員と指導者の双方で学生をサポートすることが不可欠です。

## 3) 学生の傾向を知る

筆者は臨地実習では、学生の体験を大切に学んできたことと統合し、看護の楽しさや面白さを体験から学んでほしいと思いながら教員生活を送っていました。そのためには、看護教員が臨地実習におけるリスクを把握し、事故を予防しながら学生が十分に援助を体験できるように配慮することが重要です。看護援助のどこにリスクがあるのかを把握し、学生のリスクへの対応の傾向を知ることが必要です。実習後に①どのようなヒヤリ・ハットを体験したか、②そのとき学生はどのような対応をしたか、③どのようにしたらヒヤリ・ハットを防げると思うかな

どリスクに関する学生の現状や認識に対するアンケートを行います。そしてその結果を踏まえてその後の教育方法を考察します。

また、学生がヒヤリ・ハット報告書から学び、その学びを共有できる仕組みを作ります。①報告書の形式見の直し、②報告書の提出方法の見直し、③カンファレンスでの取り上げ方④カンファレンスの結果を受けて報告書をどう生かすかの見直しなどを行うことでより役立つ報告書になります。人は必ず間違える存在なので、「失敗から学ぶ」ことを大切にしていける必要があります。

## まとめにかえて

平成19年度厚生労働白書資料編（厚生労働省医政局調べ。H17）によると従事している看護職は、保健師 46,764人、助産師 27,047人、看護師 822,913人、准看護師 411,685人になっています。そして、平成19年の文部科学省の看護師・准看護師養成施設・入学定員数によると、看護師が54,832名、准看護師が13,308名なので、毎年約65,000人程度の新人の看護職が生まれています。

その反面、看護職の離職は続いています。（社）日本看護協会の2008年病院における看護職員需給状況調査では、離職率（2007年度）の全国平均は、常勤看護職員12.6%、新卒看護職員9.2%になっています。病院が看護職員の確保定着対策として、「積極的に取り組んでいる」が高い項目は①医療安全対策の充実：66.4%、②新人教育体制の充実：51.2%③病院広報の充実（ホームページ等）：50.1%、④学生の実習受け入れ：49.9%となっています。「医療安全対策の充実」は新人看護師が安心して働ける職場環境として重要です。就職してから医療安全に取り組むのではなく、基礎看護教育における医療安全教育の充実と医療安全対策の整備は今後の重要な課題になります。

看護教員が担う役割は多く、私が教員時代に先輩の教員から「専任教員の専任は、実は千の任務があるという意味なのよ」言われたことがあります。看護教員は多忙で責任のある仕事ですが、これからも素敵な看護師を育ててください。新卒看護師の離職につながらないためにも看護基礎教育における医療安全教育に取り組んでください。

先生方のご尽力でたくさんの看護職の仲間が臨床現場や地域や社会に羽ばたいていくことを願っています。

（本文中では、敬称を省略させていただきました。）

## 【引用文献】

- 1) 川村治子:「看護の統合と実践」での医療安全教育を考える、看護教育、Vol.48、No.9、789-79、2007.
- 2) 川島みどり:看護の技術と教育、勁草書房、2002
- 3) 2004年新卒看護職員の早期離職等実態調査  
[http://www.nurse.or.jp/koho/h16/press20050224\\_03.pdf](http://www.nurse.or.jp/koho/h16/press20050224_03.pdf) accessed 2009.12.10
- 4) (財)日本医療機能評価機構:医療事故情報収集等事業 第19回報告書、平成21年12月16日。 [http://www.med-safe.jp/pdf/report\\_19.pdf](http://www.med-safe.jp/pdf/report_19.pdf) accessed 2009.12.16
- 5) 宮本千津子:医療安全におけるセルフマネジメント能力の育成、医療安全、No17.057-059、2008.
- 6) 佐々木幾美・本庄恵子・奥田清子他:実習環境・学生のヒヤリ・ハット体験に関する実態調査、看護教育、Vol.48 No.10、885-889、2007.
- 7) 伊豆麻子・久保田美由紀・内藤守他:臨地実習と医療安全教育、新潟青陵学会誌、Vol.1 No.1、2009.
- 8) 内田陽子・新井明子・小泉美佐子:老年看護学実習における学生のヒヤリハットの内容と教育方法、群馬保健学紀要、26、81-87、2005.
- 9) 山内桂子・嶋森好子:コミュニケーションエラーの発生要因～5病院のインシデント・アクシデント事例から～、看護、Vol.56 No.2、047-049、2004.
- 10) 森永今日子・山内桂子・松尾太加志:医療事故におけるチームエラーの回復に関する研究(1)、北九州市立大学文学部紀要(人間関係科学)、No10、55-62、2003.
- 11) 平木典子:アサーショントレーニングーさわやかに自己表現>のためにー、日本・精神技術研究所、第19刷、2008、東京.
- 12) 平賀元美: 研修の実際2. 教科目の内容としての組織化の考え方、看護教育、Vol.50 No.6、488-493.2009.
- 13) 河原田榮子・大屋濱子・竹下美恵子他:看護基礎教育の臨地実習における電子化カルテ活用状況に関する全国実態調査、日本看護学論文集・看護管理、No.39、366、2008.
- 14) (社)日本看護協会:看護記録の診療情報の取り扱いに関する指針、2005.
- 15) 丸山マサ美: 患者個人情報に関する看護学生の認知・行動調査、九州大学医学部保健学科紀要、No.30、99-104、2004.
- 16) 川原田由佳里・吉田みつ子・佐々木幾美他:メタ認知の視点からみた学生のヒヤリ・ハット体験事例、看護教育、Vol.48 No.10、890-894、2007.

## 【参考文献】

- ・東京海上日動メディカルサービス株式会社: リスクマネジャーのための医療安全実践ガイド、日本看護協会出版会、2009.
- ・東京海上日動メディカルサービス株式会社: ころおはずはないと思っているあなたへ、安井電子出版、2008.

## 恩田 清美氏(看護師・看護学修士)・紹介

### 【略 歴】

都立豊島看護専門学校卒業後、聖マリアンナ医科大学病院勤務。在職中に日本赤十字社幹部看護師研修所終了。その後、慈恵看護専門学校の専任教員として勤務。在職中に放送大学教養学部(発達と教育専攻)終了。退職後、三重大学大学院医学系研究科看護学専攻修士課程終了。その後、東京大学医学部健康科学・看護学教室研究生となる。

2005年より東京海上日動メディカルサービス(株) 企画部メディカルリスクマネジメント室に着任し、医療安全に関するコンサルティングや様々な研修を企画・実施している。

### 【主な著書】

「看護管理」(医学書院)などの連載、「看護の現場でヒヤリハット発生! とっさの対処法76」(日総研)、「リスクマネジャーのための医療安全実践ガイド」(日本看護協会出版会)等

## 新刊紹介

### 『リスクマネジャーのための 医療安全実践ガイド』

定価2400円+税



◆医療安全に関するコンサルティングや研修などを行っているリスクマネジメント室のスタッフが、医療現場の悩みや疑問からより良い解決策をまとめた一冊。リスクマネジャーに限らず、医療に携わる方の必携の書です。

(リスクマネジメントニュース・ポスター・フローチャートなどの、即実践力になるお役立ちツールを収録したCD-ROM付。)

東京海上日動メディカルサービス(株)  
メディカルリスクマネジメント室・著  
日本看護協会出版会・刊

# 共済会の活動

## ■理事会・臨時社員総会報告

平成22年1月26日（火）、共済会事務局にて理事総数7名のうち出席理事6名と監事2名を以って、第3回理事会が開かれました。平成21年度事業中間報告及び会計中間報告、平成22年度事業計画（案）及び会計予算（案）、定款変更及び代議員選挙について議事を諮り、承認されました。また定款変更については、総会決議事案となるため、代表社員2名により臨時社員総会が開かれ、定款変更は承認されました。これらにつきましては、代議員選出後の本年6月に予定されております総会にてご報告させていただきます。

## ■出前講演活動報告

共済会の出前講演は主として看護師、医療技術者養成施設の先生方を対象に、法的責任やリスクマネジメントについて開催させていただいておりますが、21年のカリキュラム改正あたりから、学生さんにも講演をして欲しいという要請がふえております。できるだけ対応できるよう努力しておりますが、学生さんを対象にする場合は、全学年を対象に講演会を組んでいただきますようお願い申し上げます。

今期(平成21年度)は下記の出前講演を致しました。

- 1) 6月19日（木） 熊本県熊本市  
「看護師の業務と責任」蒔田覚（弁護士）
- 2) 7月24日（金） 神奈川県横浜市  
「医療事故と刑事裁判」安福謙二（弁護士）／「看護と思想」山田里津会長
- 3) 9月4日（金） 群馬県前橋市  
「医療事故と法的責任」蒔田覚（弁護士）／「医療のリスクマネジメント」藤井奈穂紀（保健師・看護師）
- 3) 9月25日（金） 愛知県岡崎市  
「看護師の法的責任」吉岡譲治（弁護士）
- 4) 10月23日（木） 福島県福島市  
「医療事故から学ぶこと」安福謙二（弁護士）



岐阜県看護協会での講義（恩田氏）

- 5) 22年1月22日（金） 岐阜県岐阜市  
「看護師の法的責任」蒔田覚（弁護士）／「臨地実習でのリスクマネジメント」恩田清美（看護学修士）
- 6) 2月9日（火） 熊本県熊本市  
「看護師の業務と責任」蒔田覚（弁護士）

## ■会員校の図書室にお送りする平成22年度の良書が決まりました。

医療の現場でのリスクマネジメント対策が急務となっているようです。そこで今回は ヒヤリハットから医療事故、患者さんへの対応に至るまで様々な問題に対する取り組みをまとめた、本紙（今号）に寄稿いただいております恩田清美氏の所属するリスクマネジメント室のスタッフが編集した「リスクマネジャーのための医療安全実践ガイド」をお送りさせていただきます。

## ■共済会ホームページをご活用ください。

HP（[www.e-kango.net](http://www.e-kango.net)）を前面リニューアルして、さまざまな情報を分かりやすく分類しました。エンタテイメント、レジャー情報などについて、またWILLに関しても、HPでご覧になってのお問い合わせも、増加しております。ご意見、ご質問等ございましたらございましたら、事務局までご一報ください。

## ■お詫びと訂正

昨年、当会で出版しました「新・教務必携」（山田里津著）中に校正ミスがありました。この場をお借りしてお詫び申し上げ、訂正させていただきます。

- ・ 4 頁左列上から 11 行目、  
＜誤＞ 2003(平成 10)年→＜正＞ 1993(平成 5)年
- ・ 63 頁右列上から 16 行目、  
＜誤＞ 3 年以上→＜正＞ 3 人以上
- ・ 113 頁の表右から 2 列目平成 9.3.19 の改正表の中程、  
＜誤＞ 基礎分野→＜正＞ 専門分野 この欄の下の区分枠にも「専門分野」と入ります。
- ・ 135 頁の図 V-1 に「基礎看護学 1 ②」を追加  
基礎看護学実習 1 ① ⇒ 基礎看護学実習 1 ②  
⇒ 基礎課程／講義の順になります。

## ■平成 22 年度版の「実際に起こった事故例から見る安全対策」を会員校にお送りしました。

平成 20 年 10 月から 21 年 9 月までに報告のあった学生さんの事故例と事故総数を学科別にまとめました。事故の傾向なども見て取れますので、思わぬ事故に巻き込まれないためにも、ぜひご参考にしていただき、事故対策等にご利用下さい。



## 平成 22 年度代議員選挙について（告示）

平成 22 年 3 月 1 日

正会員各位

一般社団法人日本看護学校協議会共済会  
代表理事 中央選挙管理委員長 山田 里津

一般社団法人日本看護学校協議会共済会定款及び同代議員選任規程に基づき、平成 22 年度代議員選挙を下記要領で実施いたします。

記

### 1. 日程

- 平成 22 年 5 月 15 日 立候補締め切り
- 平成 22 年 6 月上旬 立候補者名簿告示
- 平成 22 年 6 月 15 日 投票日
- 平成 22 年 6 月 20 日 開票日

### 2. 選挙区ごとの定数

選挙区	所属する都道府県	定数
北海道・東北	北海道、青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島	5 人
関東甲信越	茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、山梨、	20 人
北陸・中部	長野、新潟、富山、石川、岐阜、静岡、愛知、三重、福井	6 人
近畿	滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山	6 人
中国・四国	島根、岡山、広島、山口、徳島、香川、愛媛、高知、鳥取	5 人
九州・沖縄	福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄	8 人
合 計		50 人

### 3. 代議員の任期

平成 22 年 6 月 25 日～平成 24 年の定期社員総会（6 月を予定）終了時まで

### 4. 選挙方式

立候補による候補者に対し、選挙区ごとに正会員が郵送で投票することにより当選者を決定します。なお、各選挙区の立候補者数が定数以下の場合には投票を行わずに全員当選とします。

### 5. 選挙権及び被選挙権

当会の正会員（総合補償制度「Will」(教職員用)に年間加入している教職員、当会理事会で承認された正会員)に限ります。平成 22 年 4 月 30 日時点で平成 22 年度の年会費の入金が確認できない場合、平成 22 年度の正会員資格を失いますので、同時に選挙権及び被選挙権を失うことになります。なお、平成 22 年度に総合補償制度「Will」(教職員用)に加入される方は、掛金の中に会費が含まれていますので、別途納入する必要はありません。

### 6. 立候補の届出

立候補しようとする方は、当会所定の立候補届をホームページからダウンロードし、必要事項を記入・押印の上、中央選挙管理委員会に封書でお送りください。立候補届以外に必要な書類はありません。

ダウンロード先：<http://www.e-kango.net/senkyo/>

締切日：平成 22 年 5 月 15 日（当日消印有効）

送付先：〒104-0033 東京都中央区新川 2-22-2 新川佐野ビル 6 F

一般社団法人日本看護学校協議会共済会内 中央選挙管理委員会

以上

お問い合わせ先：〒104-0033 東京都中央区新川 2-22-2 新川佐野ビル 6 F 一般社団法人日本看護学校協議会共済会事務局  
電話：03-5541-7112 F A X：03-3206-3100 Mail：member@e-kango.net

作ミスによる火傷、ベッドや車椅子やストレッツ  
チャーなどの操作ミスによるケガが多く報告され  
ます。また、臨床検査や歯科衛生の学科では、ミ  
クロトームやスケーラーなど、鋭利な器具による  
切り傷が多く報告されます。医療器具や設備の操  
作が不確かな場合には、必ず再確認をして使用す  
ることが必要かと思われれます。

## 実際に起こった賠償事故状況

平成二十年十月～平成二十一年九月までの賠  
償事故状況を見ますと、報告が有った事故件数  
は九百七十五件、内・臨地実習先での事故が  
四百七十七件、学内実習での事故が百四十五件と、  
実習に関連する賠償事故が、総件数の六割以上を  
占めます。

## 賠償事故状況

臨地実習先	477件
学内実習中	145件
学内	167件
移動中	103件
学外	44件
プライベート	39件
総報告件数	975件

実習中の賠償事故では、対人事故より、医療器  
具や実習施設の設備を壊すなどの対物事故が、非  
常に多く報告されます。対物事故では、賠償額を  
算定するに当り、使用年数により壊した物の価値  
が減価償却されます。賠償額の算定に当っては、  
示談前に「WILL」事務局へご相談ください。

また、看護学科などでは、患者さんの身の回り  
の日常使用する物（例えば、パジャマ・茶わん・  
置き時計など）を破損する場合があります。  
患者さんの身の回り品などで、すぐ代替を用意し  
なければならぬ小額な物（基準は無いが二万円  
以下位）の補償に関しては、当事務局としても迅  
速な対応を心掛けております。この様なケースの  
場合も、速やかにご連絡ください。

実習期間中、実習生が養成施設や実習施設より、  
医療器具や実習に使用する用具（例えば、血圧計・  
体温計・訪問看護時の自転車・実習施設の鍵など）  
を借りて、実習に臨むことがあります。この様な  
預かり物の破損・盗難・紛失の場合、通常の個人  
賠償責任保険では補償が出来ません。「WILL」  
では、この備えとして、受託物賠償責任保険（鍵  
の場合は、「鍵紛失特約」で鍵本体部分も対応）  
を補償に組み込んでおります。今年度は、前年度  
よりこの補償へのご請求が増加しましたが、まだ  
ご請求し忘れていたケースも見られますので、お  
気軽に「WILL」事務局までご相談ください。

また、移動中の事故では、前年度同様、自転車  
走行中の賠償事故が多く報告されます。特に、ご  
年配の人との接触事故では、学生側の過失が大  
である場合が多く、高額な補償が必要となるケー  
スがあります。実習中の賠償事故と異なり、示談交  
渉でトラブルになるケースも多々ありますので、  
出来るだけ速やかに事故報告並びに事故状況図を  
「WILL」事務局までご提出ください。

## 実際に起こった感染事故状況

平成二十年十月～平成二十一年九月までの感  
染事故状況を見ますと、看護・助産・歯科衛生・

臨床検査学科を中心に、針刺し事故や患者さん  
の血液が目や口に入ったことによる、肝機能の  
検査費用が多く要請されます。幸い肝炎を発症  
するケースはほとんどありませんが、予防措置  
は迅速な処置が必要となりますので、事故が起  
こった場合は、速やかに医師等の指示を仰ぐ様  
にしてください。

今年度は、麻疹に対する検査、入院のご報告は  
一件もありませんでした。四、五年前の麻疹の流  
行を踏まえ、実習前の検査・予防措置が徹底した  
証と考えられます。

結核に関しては、前年度同様、数多くの報告が  
あります。肝炎とは違い、発症するケースも多々  
あります。空気感染であるため、学生を媒介とし  
て、他の患者さんへ感染させてしまうケースも生  
じかねません。これも速やかな検査が必要とされ  
ると考えられます。

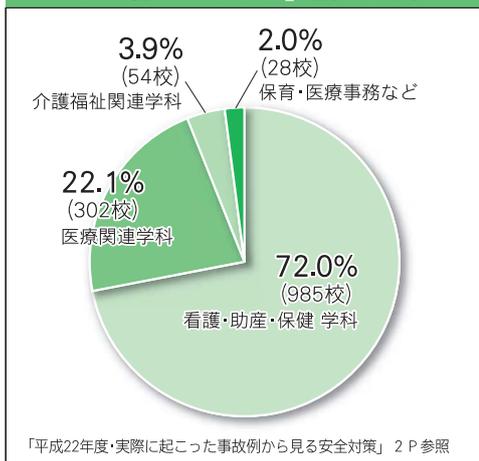
平成二十一年八月頃から、「新型インフルエン  
ザ」の検査・予防措置費用・治療費等について、  
「WILL」ではどの様に補償対応できるかとい  
うお問い合わせを数多くいただきました。「WILL」  
では、実習前の検査並びに予防措置代は  
補償出来ませんが、臨地実習先の患者さんや病  
院のスタッフが新型インフルエンザに罹患した  
ために、実習生に感染の恐れが生じ、検査・予  
防措置が必要となった場合、その費用は補償出  
来ます。

また、実際に起こった事例ですが、実習生が  
罹患し、その為に、受け持ち患者さんの手術が  
延期になったとか、実習生を媒介にした患者さ  
んへの二次感染による補償は、共済制度で十万  
円まで対応しておりますので、お気軽にご相談  
ください。

# Will News

Vol.7

## 学科別「WILL」加入状況



事故報告時のご参考として、また各養成施設の安全管理の一助として、ご活用いただければ幸いです。

ここ数年の「WILL」への加入状況を見ますと、看護学科の加入校数も増加しましたが、看護以外の学科からの加入も急速に増加しており、事故状況も学科毎に異なりますので、学科毎の学習状況を併せて、出来るだけ多くの事故例を掲載することといたしました。

資料集「実際に起こった事故例から見る安全対策」の今年度版より、参考資料を省き、事故例を例年より多数掲載し、各事故について学科名を記載しております。

## 「平成22年度版・実際に起こった事故例から見る安全対策」要約

一般社団法人  
日本看護学校協議会共済会

「WILL」事務局

石井英雄

## 実際に起こった傷害事故状況

平成二十年十月～平成二十一年九月までの傷害事故状況を見ますと、報告があった事故件数は約二千六百件、内、移動中の事故が約千二百件、学校内・学校行事中の事故が約八百五十件で、総件数の八割が、この状況下での傷害事故であり、毎年ほぼ同様の比率で報告があります。

## 傷害事故状況

移動中	1203件 内、自転車移動中 763件
学校内・学校行事中	857件 内、体育関連 579件
臨地実習中	439件
プライベート	132件
総報告件数	2631件

移動中の事故の中で多い報告は、自転車運転中の事故です。自転車での事故の場合は、自損事故だけではなく、人や自動車への接触時の事故が多数あり、自動車との事故では、学生が大きなケガを負うケースも多々あります。また、人との接触では相手に大きなケガを負わせるケースも多々生じています。特に、朝の登校時に遅刻しないため、スピードを出しすぎての事故報告が多い様です。時間余裕を持って登校なさることが必要かと思われま

す。特に、朝の登校時に遅刻しないため、スピードを出しすぎての事故報告が多い様です。時間余裕を持って登校なさることが必要かと思われま

す。特に、朝の登校時に遅刻しないため、スピードを出しすぎての事故報告が多い様です。時間余裕を持って登校なさることが必要かと思われま

す。特に、朝の登校時に遅刻しないため、スピードを出しすぎての事故報告が多い様です。時間余裕を持って登校なさることが必要かと思われま

す。特に、朝の登校時に遅刻しないため、スピードを出しすぎての事故報告が多い様です。時間余裕を持って登校なさることが必要かと思われま

す。特に、朝の登校時に遅刻しないため、スピードを出しすぎての事故報告が多い様です。時間余裕を持って登校なさることが必要かと思われま