

2 個別のテーマの検討状況

【1】職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故

日本の医療が急速な少子高齢化の進展や医療技術の進歩等大きな変化に直面している中で、看護職員には一層患者の視点に立った質の高い看護の提供が求められている。したがって看護学生が学ぶべき看護技術などの内容もその変化に応じたものが求められる。一方で看護学生の臨地実習は、看護業務の複雑化や患者の安全の確保の視点から、その範囲や機会が制限される傾向にある。

平成 18 年には厚生労働省において「看護基礎教育の充実に関する検討会」が開催され、特に新人看護職員の臨床実践能力の低下に対し、早急な対応が不可欠であるとされ、看護師教育において医療安全等を学ぶ統合分野・統合科目の創設などのカリキュラムの改正案が取りまとめられた。検討会の報告を受け、文部科学省では、平成 20 年に保健師助産師看護師学校養成所指定規則等の一部を改正する省令を公布した。この改正により、平成 21 年度から保健師助産師看護師学校養成所のカリキュラムに「統合分野」が創設され、「看護の統合と実践」の中に「医療安全」が明記された。

また、厚生労働省は、平成 21 年 7 月に保健師助産師看護師法、看護師等の人材確保の促進に関する法律を改正し、平成 22 年 4 月から、新人看護職員研修を努力義務とした。研修を努力義務化することによって、看護の質が向上し、医療安全の確保につながるとともに、新人看護職員の早期離職防止が期待できるとしている。

さらに、厚生労働省は、新人看護職員が基本的な臨床実践能力を獲得するため、医療機関の機能や規模の大きさに関わらず新人看護職員を迎えるすべての医療機関で新人看護職員研修が実施される体制の整備を目指して、平成 23 年 2 月に「新人看護職員研修ガイドライン」をとりまとめた。厚生労働省が行った平成 23 年の医療施設調査¹⁾の新人看護職員研修の状況では、「新人看護職員がいる」と回答した 4,764 施設（病院総数の 56.1%）のうち「新人看護職員研修ガイドラインに沿った研修を実施している」は 3,875 施設（新人看護職員がいる病院の 81.3%）となっている。

その後、このガイドラインは、新人看護職員研修の更なる推進に向けた課題整理等を目的として、平成 25 年 11 月より「新人看護職員研修ガイドラインの見直しに関する検討会」において見直しが行われ、平成 26 年 2 月に「新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】」²⁾が公表された。改訂版のガイドラインでは、到達目標の項目の表現や到達の目安の一部修正、到達目標設定に係る例示の追加等を行っている。

本事業の医療事故報告においても、当事者が看護職員である事例は多く報告されている。その中でも、職種経験 1 年未満の看護師・准看護師による知識不足や経験不足に起因すると考えられた事例の報告があり、職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の事例に焦点を当てて医療事故の分析を行い、その結果を共有することは有用であると考えた。また、本事業は、これまで事例の内容の類似事例を個別のテーマとして分析したことはあったが、職種経験から事例を分析したことはなかった。

そこで、今回は職種経験 1 年未満の看護師・准看護師（以下、新人看護師・新人准看護師とする）に関連した医療事故やヒヤリ・ハットを 1 年間の個別のテーマとして取り上げ、事例を 1 年間にわたって継続的に収集し、4 回の報告書にわたって取り上げて分析を進めることとしている。

(1) 職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故の現状

① 新人看護師・新人准看護師に関連した医療事故の考え方

本分析で対象とする事例は、平成 22 年以降に報告された事例とし、その中から、次の事例を新人看護師・新人准看護師に関連した医療事故とした。

○「当事者 1」が職種経験 1 年未満の看護師・准看護師である事例

○「当事者 1」は他職種または職種経験 1 年以上の看護師であるが、「当事者 2」が新人看護師・新人准看護師で、事例の内容や背景要因に新人看護師・新人准看護師であったことが記載されている事例

② 発生状況

本報告書では、平成 22 年 1 月 1 日から平成 26 年 3 月 31 日までに報告された新人看護師・新人准看護師に関連した医療事故、499 件を分析の対象とした。報告された医療事故の事故の概要を図表Ⅲ-2-1、事故の概要の割合をグラフにした図表Ⅲ-2-2を示す。図表Ⅲ-2-1は、左から新人看護師・新人准看護師のみの事例件数、中央が[参考 1]の新人看護師・新人准看護師以外の事例件数、右側が[参考 2]の平成 25 年 1～12 月の全職種の事例件数(第 36 回報告書 68 頁 図表Ⅱ-2-14)である。

新人看護師・新人准看護師が当事者であった事例は、「療養上の世話」の事例がもっとも多く 289 件(57.9%)、次いで「薬剤」の事例が 77 件(15.4%)、ドレーン・チューブの事例が 58 件(11.6%)であった。[参考 1]として示した職種経験 1 年以上の看護師・准看護師の事例では、同じく「療養上の世話」が 4,205 件(64.3%)と 6 割以上を占め、次いで「ドレーン・チューブ」の事例が 572 件(8.7%)、「薬剤」の事例が 528 件(8.1%)であった。新人看護師・新人准看護師が当事者であった事例と 1 年以上の看護師・准看護師が当事者であった事例を比較すると、どちらも「療養上の世話」が多いが、「薬剤」の事例に関しては、新人看護師・新人准看護師の事例の方が全体の占める割合が高かった。

図表Ⅲ-2-1 事故の概要

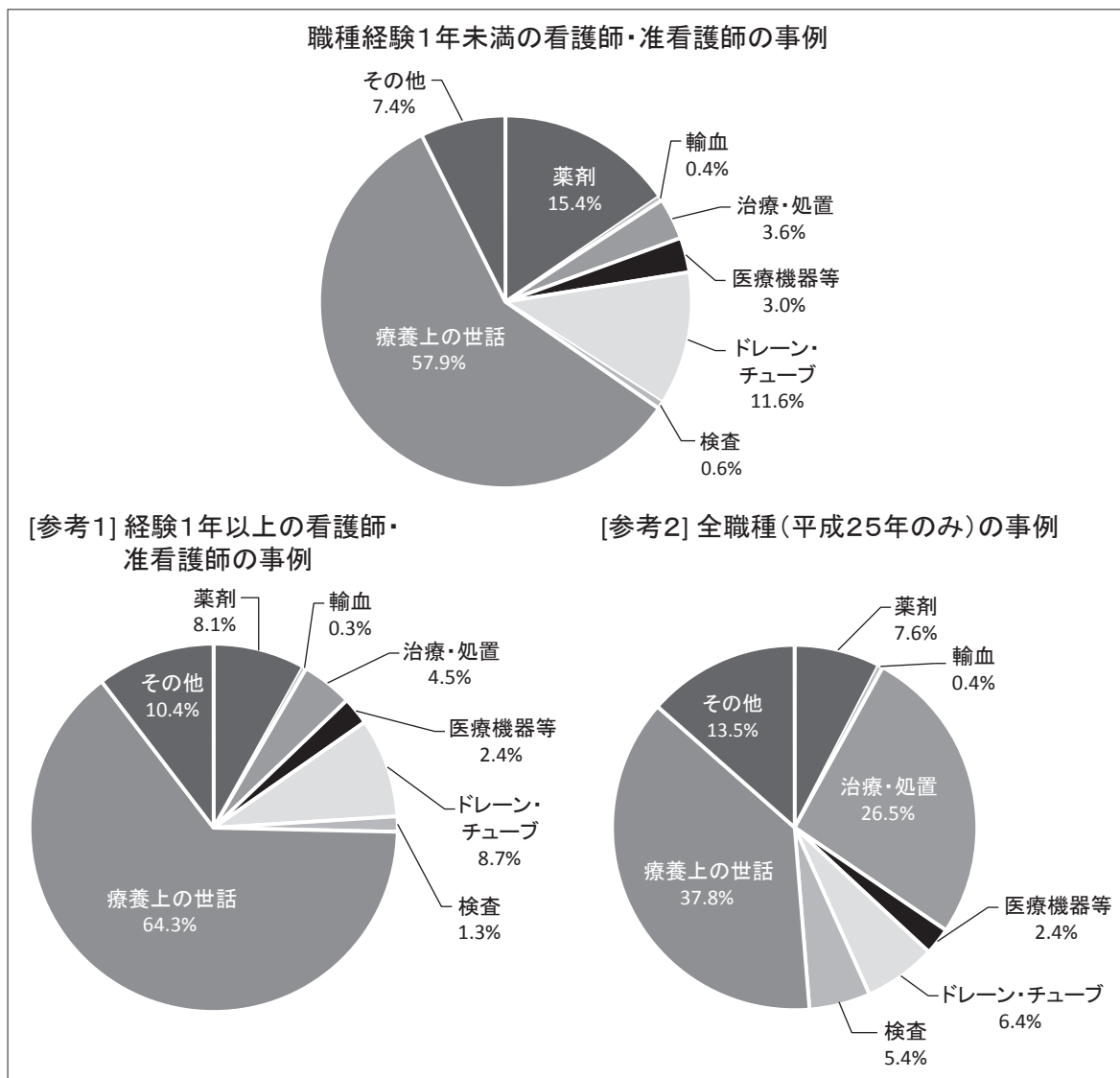
事故の概要	職種経験 1 年未満の 看護師・准看護師		[参考 1] 職種経験 1 年以上の 看護師・准看護師の事例 ^{※1}		[参考 2] 平成 25 年 1～12 月 全職種の事例 ^{※2}	
	件数	%	件数	%	件数	%
薬剤	77	15.4	528	8.1	205	7.6
輸血	2	0.4	20	0.3	10	0.4
治療・処置	18	3.6	293	4.5	718	26.5
医療機器等	15	3.0	159	2.4	65	2.4
ドレーン・チューブ	58	11.6	572	8.7	174	6.4
検査	3	0.6	86	1.3	147	5.4
療養上の世話	289	57.9	4,205	64.3	1,023	37.8
その他	37	7.4	681	10.4	366	13.5
合計	499	100.0	6,544	100.0	2,708	100.0

※1 平成 22 年 1 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日に報告された当事者 1 または 2 に職種経験年数 1 年以上の看護師・准看護師を含む事例

※2 第 36 回報告書 68 頁 図表Ⅱ-2-14 から抜粋

※ 割合については、小数点第 2 位を四捨五入したものであり、合計が 100.0 にならないことがある。

図表Ⅲ - 2 - 2 事故の概要の割合 (医療事故)



次いで、新人看護師・新人准看護師の職種経験月数別に集計した(図表Ⅲ - 2 - 3)。職種経験月数0ヶ月または1ヶ月の新人看護師・新人准看護師が当事者となった事例の報告は少なかった。これは、入職後は指導を受けながらの業務となり、一人で担当できる業務が少ないためと考えられる。職種経験月数2ヶ月ごろから徐々に報告事例数が増え、職種経験月数6ヶ月(10月)以降は、60件前後の報告が続いている。報告件数60件を超えているのは、職種経験6ヶ月(10月)、8ヶ月目(12月)、9ヶ月目(1月)であった。

また、「薬剤」「ドレーン・チューブ」や「療養上の世話」は一人で患者を担当して行うことが多いため経験月数の早期から報告されている。「ドレーン・チューブ」は、職種経験0ヶ月から報告があり、特に職種経験6～8ヶ月の報告が多く、「療養上の世話」は6月以降に報告件数が30件前後となる。「輸血」「治療・処置」は、指導者とともに実施している可能性が高い4ヶ月頃(8月)報告件数がなく、職種経験5ヶ月(9月)以降に報告があった。

職種経験10ヶ月目(2月)は報告件数が少なかったが、その理由は不明である。

図表Ⅲ - 2 - 3 職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の職種経験月数と報告件数

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
職種経験月 (ヶ月)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
事故の概要													
薬剤	0	2	3	9	8	9	7	11	8	9	4	7	77
輸血	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
治療・処置	0	0	0	0	0	2	5	0	1	6	0	4	18
医療機器等	0	0	2	3	0	1	2	1	1	2	1	2	15
ドレーン・チューブ	1	3	2	2	2	2	12	10	10	7	3	4	58
検査	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3
療養上の世話	6	7	13	21	25	26	29	33	29	39	25	36	289
その他	0	0	1	3	4	4	6	1	10	4	2	2	37
合計	7	12	22	39	39	44	61	57	60	67	36	55	499

※ 1 本図表は、職種経験月数に基づき集計しているが、多くの看護師等は 4 月入職と考えられることから、暦月と報告数の理解に資するため、参考として 0 ヶ月を 4 月と仮定して示した。

※ 件数に応じて、マス色の濃さを変えて表示しており、色が濃いほど報告件数が多いことを示す。

③医療事故の職種

さらに新人看護師・新人准看護師の職種を示す(図表Ⅲ - 2 - 4)。499 件の事例のうち、493 件は看護師の事例であり、准看護師が当事者であった事例は少ない。また、看護師の事例のうち、当事者 1 が新人看護師であった事例が 478 と多く、当事者 2 として新人看護師が関与している事例は 15 件であった。そのうち、当事者が職種経験 1 年以上の看護師・准看護師の事例が 9 件、当事者 1 が医師や看護助手など他職種の事例が 6 件であった。

図表Ⅲ - 2 - 4 職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の職種

職種	(当事者 1 の職種)	件数
看護師		493
	新人看護師の事例	478
	職種経験 1 年以上の看護師・准看護師の事例	9
	他職種の事例	6
准看護師		6
	新人准看護師の事例	6
	合計	499

④医療事故の程度

新人看護師・新人准看護師に関連した事例499件と職種経験1年以上の看護師・准看護師の事例6,544件の事故の程度を集計した(図表Ⅲ-2-5)。図表Ⅲ-2-5は、左から、新人看護師・新人准看護師のみの事例件数、[参考1]の新人看護師・新人准看護師以外の事例件数、[参考2]の平成25年1～12月の全職種の事例件数(第36回報告書 68頁 図表Ⅱ-2-15)である。

新人看護師・新人准看護師に関連した事例の「死亡」の割合は6.4%、「障害残存の可能性が高い」の割合は6.4%と1年以上の看護師・准看護師の事例と比較して大きな差はなかった。全職種の事例と比較すると、「死亡」または「障害残存の可能性が高い」の割合は低かった。

また、新人看護師・新人准看護師に関連した事例の「障害残存の可能性なし」と「障害なし」の割合を合わせると59.8%であり、1年以上の看護師・准看護師の事例と比較しても大きな差はない。

図表Ⅲ-2-5 事故の程度

事故の概要	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の事例		[参考1] 職種経験1年以上の 看護師・准看護師の事例 ^{※1}		[参考2] 平成25年1～12月 全職種の事例 ^{※2}	
	件数	%	件数	%	件数	%
死亡	32	6.4	364	5.6	216	8.0
障害残存の可能性が高い	32	6.4	525	8.0	263	9.7
障害残存の可能性が低い	124	24.8	1,848	28.2	748	27.6
障害残存の可能性なし	125	25.1	1,803	27.6	740	27.3
障害なし	173	34.7	1,787	26.3	642	23.7
不明	13	2.6	217	3.3	99	3.7
合計	499	100.0	6,544	100.0	2,708	100.0

※1 平成22年1月1日～平成26年3月31日に報告された事例のうち、当事者1または2に職種経験年数1年以上の看護師・准看護師を含む事例

※2 第36回報告書 68頁 図表Ⅱ-2-15から抜粋

⑤医療事故の内容

新人看護師・新人准看護師に関する事例のうち、事故の概要が「薬剤」「治療・処置」「医療機器等」「ドレーン・チューブ」「療養上の世話」「その他」を選択されている事例について主な報告事例を示す(図表Ⅲ-2-6)。さらにそれらの事例について専門分析班及び総合評価部会でなされた主な議論を示した。

No.	事故の 程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1人目	2人目			
薬剤						
1	障害残存 の 可能性 がある (低い)	看護師 (0年 6ヶ月)	看護師 (2年 5ヶ月)	当該病棟では、医療者が管理している内服薬を夜勤の看護師が1日分個別の容器に薬剤の準備をしている。夜勤の看護師Aは吸入薬(メプチン)の投与を日勤看護師が忘れないように、内服薬の容器に準備した。日勤の新人看護師Bは、以前にメプチンの外装に似た点眼薬を点眼したことがあるという思いこみで、確認しないまま吸入薬であるメプチンを患者の両眼に1滴ずつ点眼した。	メプチン吸入液には、「目に入れない」の表示がされていたが、6R [*] で薬剤を確認せず、以前メプチン吸入液と同じような外装の目薬をさしたことがあり思いこみで点眼した。また、薬剤を準備した看護師が未投与とならないようにと安易に内服薬の容器に吸入薬を準備してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 基本的なことであるが、薬剤準備・投与時の6R[*]を厳守する。 内服の容器には、内服以外の投与方法の薬剤を入れないことをルール化した。
		専門分析班及び総合評価部会の議論		<ul style="list-style-type: none"> ○患者に薬剤を投与する前に、患者に出ている指示や薬剤の投与経路などを確認することは、新人看護師に限らず基本的なことであろう。 ○夜勤の看護師が吸入薬のメプチンを内服薬の容器に入れて準備する、内服薬の容器に入っているのに点眼するなど、今回の事例に限らず元々内服薬のみを入れる容器になっていなかったのではないか。 ○内服薬以外の薬剤を準備しておく場所があったのか。それが無い場合、また投与経路が違う薬剤を混在させて準備する可能性がある。 ○容器が目的外使用になってしまう現状があるのであれば、「内服薬用の容器」と限定せず、「薬剤を入れる容器」に変更し、投与経路はその都度確認の方が安全ではないか。 		

※6Rとは、正しい患者(Right patient)、正しい薬剤(Right drug)、正しい目的(Right purpose)、正しい用量(Right dose)、正しい用法(Right route)、正しい時間(Right time)である

III

1

2-[1]

2-[2]

2-[3]

3-[1]

3-[2]

3-[3]

職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故

No.	事故の程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1 人目	2 人目			
2	障害残存の可能性なし	看護師 (3年4ヶ月)	看護師 (0年4ヶ月)	<p>新人看護師Xが行う眠前のインスリン注射が遅れていたため、指導看護師Yが実施することにした。看護師Yは、インスリンの準備を行い、もう一人の別の看護師Zとダブルチェックを行った。看護師Yは患者Aの部屋を訪室し、消灯後であったためスモールライトをつけ、小さい声で、「〇〇さん (患者B) ですね」と声かけしたところ、患者Aから「ハイ」と返事があった。看護師Yは患者B本人であると思い込み、患者Aへ血糖測定を行い、ヒューマリンNミリオペン6単位皮下注射を実施した。その際、患者に氏名を名乗ってはもらわなかった。その後、本来注射を打つべき患者Bより、インスリンを打っていないと申し出られ、患者間違いに気が付いた。ヒューマリンNミリオペンは患者Bの持参薬の専用ペン型インスリンであった。さらに、新人看護師Xは、間違えて患者Aに使用された、専用のペン型インスリンで注射針は変えたが、そのまま、同じペン型インスリンの器械を使用し、患者Bに指示量の皮下注射を実施した。</p>	<p>新人看護師を手伝おうと、担当患者以外の処置を安易に行ってしまった。準備の段階までのダブルチェックはできていたが、消灯後であるからという理由より、実施時のマニュアルに沿った患者誤認予防のための患者の氏名の確認を入口の名札やベッドネーム、患者参加型の確認が行えていない。実施直後の確認も行えていない。間違えて別の患者へ、専用ヒューマリンNミリオペンを使用してしまったが、新人看護師は、針を変えても、汚染した感染上の問題が生じてくることを判断できなかった。そのため、本来の患者Bへ説明もしないでそのままインスリン注射を行った。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 患者へ処置を実施する際は、薬剤の名前ラベルとの確認、ベッドサイドでの確認、ベッドネームでの確認、患者参加型確認を実施する。 焦っていたり、気持ちに余裕のないときは、一呼吸を置いてから行動したり、他スタッフへの応援をお願いする。 眠前インスリンなど時間処置は、流れ作業にならないよう、受け持ち看護師が責任をもって実施する。 インスリンについての知識を深め、感染リスク感性を高め、不明な点は他のスタッフへ相談する。
	専門分析班及び総合評価部会の議論	<p>○時間通りに行う必要のある処置について、新人看護師がどの程度の認識を持っていたか確認する必要がある。また、消灯後に処置を行わないようにするための業務配分や指導看護師のサポート体制などが具体的に改善策に示されると良い。</p> <p>○患者Bが注射を打っていないことを誰に伝え、間違えて患者Aに投与した患者BのヒューマリンNミリオペンが何処にあったのかなど、事例の記載内容からは不明な点もあるが、新人看護師だけでは判断は難しいので、患者Bにインスリンを投与する前に指導看護師に相談したり、指導看護師側から対処方法を新人看護師に伝えたりする必要があったのではないか。</p> <p>○注射の際、間違えて別の患者に刺した場合に、血液の逆流の可能性という根拠を元に「針を替える」という指導方法ではなく、「針を含め、全体を替える」と指導する方がよい。</p>				

No.	事故の 程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1 人目	2 人目			
3	障害なし	看護師 (0年 8ヶ月)	-	<p>輸血開始 3 時間後、患者に嘔気・発汗が出現し、顔面蒼白となったため主治医へ連絡した。呼吸苦あるため輸血中止し HCU へ転出した。バイパップの装着を試みたが患者が嫌がるため、医師はミダゾラムを持参するよう指示した。担当の新人看護師は薬品金庫からミダゾラムを取り出し、誰にも告げぬまま患者の CV ラインから 1 A を静注した。その際、周囲の医師・看護師は投与したことに気付いていなかった。付近の看護師がミダゾラムの空アンプルの入ったトレイを手にしている新人看護師に気付き、どうしたのか尋ねると「IV した」と答えた。医師はミダゾラム 1 A を生食 10 mL で希釈し、その内 2 mL を使用するつもりでいた。まもなく SpO₂ が低下、自発呼吸微弱となったが、FiO₂ 100% でバイパップを装着し SpO₂ の上昇が見られ事なきを得た。</p>	<p>担当の新人看護師は、受け持ち患者の急変に初めてあたり、パニックになっていた。周囲も担当看護師の状況を確認する余裕がなかった。IV する際、通常は声に出して確認してから実施し、実施後も声に出して告げる事になっている。新人看護師は普段から声出し確認ができていなかったが、十分な指導ができていなかった。新人看護師の薬剤に関する知識が不足していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 知識不足：まずは常備薬剤（救急カート、金庫内の薬剤）に関する学習会を設ける。 急変時の対応についてのシミュレーション：DC 使用、救急カート内の物品の取り扱い方、声出し確認・ダブルチェックの重要性について再学習する。 1 年目看護師の受け持ち患者急変時の周囲のフォロー体制について検討：リーダー中心に周囲が声掛けを行い、1 年目看護師は患者の側から離さず記録を指示する、など。 ACLS の勉強会を計画する。
				<p>○医師の「持ってきて」をこれまでの何らかの経験から、「持ってきたら、注射する」と思い込んだ可能性がある。急変に慣れない看護師に指示を出す際は、「持ってきて。○○と準備して」など具体的に伝える必要があるだろう。</p> <p>○背景要因の「通常は声に出して確認してから実施し、実施後も声に出して告げる。」を徹底することが大事である。</p> <p>○急変時の口頭指示の出し方・受け方、内容の確認方法など、ルールを決めてはいかかがか。</p> <p>○改善策に「リーダー中心に周囲が声掛けを行い、1 年目看護師は患者の側から離さず記録を指示する、など」と記載されているように、急変に新人看護師が慣れていない場合は新人看護師が行えることを限定しておくことは効果的であろう。</p>		

III

1

2-[1]

2-[2]

2-[3]

3-[1]

3-[2]

3-[3]

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故

No.	事故の程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1 人目	2 人目			
治療・処置						
4	障害なし	看護師 (0 年 6 ヶ月)	看護師 (6 年 6 ヶ月)	<p>経皮的冠動脈形成術 (P C I) の術前処置として、膀胱留置カテーテル (1 4 F r) の挿入を指導者看護師の監視のもと、1 年目看護師が行った。患者の尿道口よりカテーテルを挿入し、カテーテルの付け根近くまで挿入したが、患者は直前に排尿されていたため尿の流出がみられなかった。指導看護師に言われ、新人看護師は固定水を少量注入してみたが、患者が痛みを訴えたため直ちに固定水を抜いた。2～3 c mカテーテルを引き抜き、再度2～3 c m挿入したところ、血尿 (血尿スケール 3) がみられたが、その後血尿がスケール 1～2 に改善したため固定水を入れ固定した。挿入後、医師に血尿が流出したことを報告した。再度訪室すると血尿がスケール 5 になっていたため、泌尿器科医師にコンサルトし尿道損傷と診断される。血尿の程度が強く、P C I は延期となった。元々内服していた抗凝固薬のワーファリンは休薬継続、プラビックスは翌日より中止となる。</p>	<p>患者は元々抗凝固薬を服用していたため出血傾向にあった。前立腺肥大の既往はなかった。当該看護師は新人看護師で手技が未熟であった。患者にカテーテルを挿入を 3 回ほど試みたことはあったが、清潔操作、挿入の手技において指導者より自立と判断されず、一人で実施したことはなかった。当該看護師は、カテーテル挿入による尿道損傷の事例について報告された医療安全情報 (評価機構発行の医療安全情報 No. 8 0 と院内事例をまとめたもの) や院内事故防止委員で報告された院内警鐘事例については認識していた。</p>	<p>・膀胱留置カテーテル挿入による尿道損傷については、院内警鐘事例発生時、泌尿器科医師のアドバイスのもと、手順に以下の 2 項目を追加していた。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 挿入が浅いと、尿の流出が確認できても尿道でバルーンを膨らませることになる。カテーテルを根元まで挿入して、尿流出を確認後、固定水を注入する。 2. 正しい手順で入らなければ、誰が挿入しても同じである。早めに泌尿器科にコンサルトする。出血がひどくなると挿入も難しくなる。 <p>・今回の事例においては、患者は事前に排尿していたため尿の流出は確認し難かったと思われるが、尿の流出が確認できなかった時点でカテーテルを抜去し、時間をおいて再度挿入したほうがよかった。</p>
		専門分析班及び総合評価部会の議論		<p>○新人看護師に対し、膀胱留置カテーテルの挿入前は、排尿しないで尿を溜めておくことを説明しておくなどの教育も必要であろう。</p> <p>○固定水注入時の痛み、血尿の流出などの症状があった場合に、挿入を継続しないなどのルールを決め、指導者側、新人側どちらも徹底する。</p> <p>○新人看護師の手技が未熟であれば、高齢の男性患者、抗凝固阻止剤などの薬剤を内服している患者などの挿入は、指導者が行うことも選択の一つであろう。</p> <p>○医療機関によっては、看護師は男性患者の膀胱留置カテーテルの挿入を行わないとしているところもある。</p>		

No.	事故の程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1人目	2人目			
5	障害なし	看護師 (0年 5ヶ月)	看護師 (6年 5ヶ月)	<p>S 状結腸癌に対して腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術を行っていた。当事者の新人看護師 A は手術終盤で交代を行った。交代後、手術途中でガーゼの確認をした際は手にとって数を数えながらカウントを行った。閉創時のガーゼカウントの際、医師はカウントを待つことなく閉創に入り、看護師 A は器械出しの業務に追われた。そのため、ガーゼをカウントする余裕がなく、外回り看護師 B がカウントを手伝い一緒に清潔野のガーゼカウントを行った。清潔野には 10 枚の半切ガーゼがあり、7 枚は使用され 1 枚ずつ丸められて置かれていたが、他は未使用で数枚が折られた状態で置かれていた。外回り看護師 B から見て折られていたガーゼは 3 枚に見え、看護師 A に確認したところ、3 枚だと言った。看護師 A と看護師 B はその時点でガーゼカウントが合っていると判断し、医師に報告した。その時点で皮下の閉創はほぼ終了していた。手術終了後、麻酔覚醒前に腹部の X-P 撮影を行った。医師が X-P を確認したところ、左下腹部にガーゼらしき陰影が写っているという発言があった。透視を使用し確認したところ半切ガーゼと同じ陰影が確認でき、再度腹腔鏡下での開腹をすることになった。鏡視下で腹腔内を観察したところ、陰影が写っていた場所から半切ガーゼが摘出された。</p>	<p>本事例では手術時間が長時間になり、器械出し看護師 A は数回交代していた。看護師 A の前の器械出し看護師は左の下腹部に半切ガーゼが 1 枚留置されていることを申し送り、外回り看護師 B とも情報の共有はできていた。しかし、ホワイトボードに記載するなどのメモは取っていなかった。看護師 A は卒後 1 年目の看護師で、部署経験が浅い状態であり閉創時に手術器械類カウントを行ったが、カウントと平行して閉創が行われていたために閉創介助でカウントに集中できていなかった。そのため、外回り看護師 B が清潔野である器械台上のガーゼを目視で確認し、使用され血液が付着した 7 枚と器械台上で未使用であったガーゼの束を 3 枚あると認識し、器械出し看護師 A へ確認を取った。器械出し看護師 A はカウントを行う余裕がなかったため実際には手にとって数えずに目視で 3 枚と認識し外回り看護師 B へ報告を行った。そのため半切ガーゼが清潔野に 10 枚あることとし、不潔野には 15 枚の半切ガーゼがあり合計 25 枚で開封したガーゼ枚数と合致したためカウント一致の報告を行い閉創となり 1 枚が腹腔内に遺残した状態となった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 閉創前に必ずタイムアウトをして、ガーゼカウントを行う。 ガーゼカウントは必ず指差しまたは触って行き、カウントしにくい状況であれば術者に伝える。 体内に一時的にでもガーゼを留置する場合は、必ずホワイトボードに記載する。 長時間手術など必要時には看護師の助言に基づき、術者がタイムアウトの宣言を行い、機器類のカウントを行う。
		<p>専門分析班及び総合評価部会の議論</p>	<ul style="list-style-type: none"> 発生時間帯が「22:00～23:59」であり、夜間で人が少なく、新人看護師のサポートが十分に行える環境ではなかった可能性がある。 事故の内容に「外回り看護師から見て数枚が折られていたガーゼは 3 枚に見え、当事者に確認したところ、3 枚だと言った。」とあるが、「3 枚あるように見えるが、手に取って数えてください」などのように具体的に伝えられると新人看護師は行動しやすいであろう。 経験が短く、閉創とガーゼカウントで焦っている新人看護師には、医師に手を止めてもらうよう声をかけるのは難しい場合があるので、外回りの看護師が進行を止める声かけをするなどのサポートがあるとよい。 			

III

1

2-[1]

2-[2]

2-[3]

3-[1]

3-[2]

3-[3]

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故

No.	事故の 程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1 人目	2 人目			
医療機器等						
6	障害残存 の可能性 なし	准看護師 (0年 10ヶ月)	看護師 (0年 10ヶ月)	<p>患者のシーツ交換を行う際、新人准看護師と新人看護師の 2 名で患者をリフターにて挙上し、シーツ交換を実施した。実施中に人工呼吸器のアラームが鳴ったため、アラームをリセットし患者の身体周囲の回路を確認した。その後も、人工呼吸器のアラームが 3 度鳴ったが、同様の確認とアラームリセットを行った。記録室でのモニターに SpO₂ 20% の表示があり、別の看護師が患者のところへ駆けつけると SpO₂ が低下し、顔色不良であった。すぐにアンビュー加圧へ変更し、酸素投与を開始する。回路を確認したところ、人工呼吸器回路が加湿器部で外れているのを発見した。その後、SpO₂ が上昇し、人工呼吸器 FiO₂ = 30% に設定、血液検査、X 線撮影を実施した。</p>	<p>患者は人工呼吸器を装着していた。リフターを使用し、患者を挙上した状態でシーツ交換を行い、早く終わらせたいと考えていた。シーツ交換を行った准看護師、看護師は 2 人も新人であった。人工呼吸器のアラーム発生の意味・原因の認識が不足していた。アラーム発生時の患者の観察が不足していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器アラーム対応の徹底。 ・シーツ交換時のリフター使用中止。 ・患者観察の徹底。 ・人工呼吸器アラーム発生時の行動、操作の確認。
				<p>○「アラームが発生し、回路を確認した」とあるが、何をどのように確認したかが事例からは不明である。</p> <p>○人工呼吸器のアラームが鳴った際、経験年数の長い看護師は「アラームが鳴った理由が何か人工呼吸器を確認する」「患者の胸郭の動きはどうか」「生体モニターの値はどうか」「回路が外れていないか」など瞬時に観察を行ったうえでアセスメントし、問題がなければアラームをリセットしている。その姿だけを新人看護師や新人准看護師が見ると、「アラームが鳴ったら、回路を見てアラームを止める」だけに見えることもあるだろう。</p> <p>○機械の確認だけではなく、呼吸状態、胸郭の動き、顔色など患者の状況が確認できるとよい。</p> <p>○新人看護師や新人准看護師への人工呼吸器の教育は、使い方に重点を置くのではなく、トラブル発生時の対応方法 (例えば、「アラーム発生の意味が分からなかったら人を呼ぶ」、「アラームが△回鳴ったら応援を求める」など) を具体的に教育しておく必要がある。</p>	<p>○「アラームが発生し、回路を確認した」とあるが、何をどのように確認したかが事例からは不明である。</p> <p>○人工呼吸器のアラームが鳴った際、経験年数の長い看護師は「アラームが鳴った理由が何か人工呼吸器を確認する」「患者の胸郭の動きはどうか」「生体モニターの値はどうか」「回路が外れていないか」など瞬時に観察を行ったうえでアセスメントし、問題がなければアラームをリセットしている。その姿だけを新人看護師や新人准看護師が見ると、「アラームが鳴ったら、回路を見てアラームを止める」だけに見えることもあるだろう。</p> <p>○機械の確認だけではなく、呼吸状態、胸郭の動き、顔色など患者の状況が確認できるとよい。</p> <p>○新人看護師や新人准看護師への人工呼吸器の教育は、使い方に重点を置くのではなく、トラブル発生時の対応方法 (例えば、「アラーム発生の意味が分からなかったら人を呼ぶ」、「アラームが△回鳴ったら応援を求める」など) を具体的に教育しておく必要がある。</p>	
専門分析班及び総合評価 部会の議論						

No.	事故の程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1 人目	2 人目			
ドレーン・チューブ						
7	不明	看護師 (0 年 9 ヶ月)	看護師 (0 年 9 ヶ月)	<p>高カリウム血症および急性腎不全による意識障害で救急搬入した患者。入院時より血尿あり、3 ウェイ膀胱留置カテーテル (固定液 30 mL) を挿入し、持続的膀胱洗浄を時間 100 mL/h で実施していた。G I (グルコースインスリン) 療法が開始され、時間尿量の確認のため、持続的膀胱洗浄を輸液ポンプで実施するよう指示があった。腎臓内科では腎生検時の合併症による血尿がある場合、その重症度によって持続的膀胱洗浄を輸液ポンプにて実施することがあった。5 日後、肉眼的血尿が増悪したため、指示に従い、注入量を 200 mL/h に増量していた。7 時 40 分頃に輸液ポンプのアラームが鳴り、洗浄液を更新する必要があることはわかっていたが、夜勤である受け持ち看護師 A は別室で他患者の採血中で、手が離せなかったため、病室前を通りがかった看護師 B に洗浄液の更新を依頼した。依頼された看護師 B は看護師経験 1 年目で、膀胱洗浄を見学したことはあったが、実際に実施するのは初めてであり、輸液と同じ手順で輸液ポンプをセットして再開した。その際、ポンプより下のルート内に空気が混入していることに気付き、空気混入のアラームが鳴ってはいけないうと思ひ、膀胱留置カテーテルからルートを外してエア抜きをした。その後、再度、膀胱留置カテーテルにルートを接続した。接続部 3 ウェイ部分は皮膚に直接接触するために皮膚保護目的でガーゼにて包んでいた。看護師 B は、接続した際にルートの指差し確認は行わなかった。9 時に日勤看護師がシーツ交換のため訪室したところ、シーツと寝衣が濡れているのを確認した。膀胱留置カテーテルを確認すると洗浄液がバルーン側に接続されているのを発見した。</p>	<p>発見後、直ちに主治医に報告し、膀胱留置カテーテルを抜去する。抜去時にバルーンからは少量の固定液が引けたのみであった。抜去した膀胱留置カテーテルのバルーン部は破裂しており、破裂による破損部分片が確認できないため、主治医より泌尿器科医師に診察依頼され、泌尿器科医師により 3 ウェイ膀胱留置カテーテル再挿入および用手膀胱洗浄を実施するが、バルーンの確認はできなかった。膀胱内に異物残存していることによる感染リスクと尿成分が異物に付着することで結石になる可能性があるため、膀胱鏡を行うこととした。膀胱鏡を実施したが、膀胱内にバルーンの残存物は確認できなかった。アクシデント出現前後の血尿には変化は認められなかったため、出血性膀胱炎の悪化にはつながっていないと考えられる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 持続的膀胱洗浄には輸液ポンプは使用しない。 ルートの指差し確認を徹底教育する。 接続部の分かるガーゼ保護方法をとる (敷くだけにする)。 点滴ルートではなく洗浄用専門のルートはないか、製造販売業者へ確認する。 医療安全部で、同等の設定をしてバルーンの破裂時間と破裂時の衝撃の程度を検証した。200 mL/h で注入をするとすでに固定液は 30 mL 入っているので、48 mL 注入した 1 分 10 秒後に大きな音と共に破裂しバルーンを包んでいたビニール袋表面に衝撃を示すしわがついた。 新採用者への体験型教育の中に取り入れていく。
<p>専門分析班及び総合評価部会の議論</p>				<ul style="list-style-type: none"> ○当事者 1、2 どちらも新人看護師であり、患者を担当していた看護師も依頼された看護師も慌てていたであろう。 ○新人看護師同士では、業務を依頼してよいか、依頼されたのを受けてよいかの判断は難しい。また、夜勤帯のため人も少なく、経験のある看護師に応援を頼める状況ではなかった可能性がある。 ○輸液ポンプを使用していたのであれば、いつ頃交換する必要があるか予測が立てやすい。職種経験のある看護師が、その時間に採血はしないなど業務の組み方をアドバイスできるとよい。 		

Ⅲ

1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故

No.	事故の程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1 人目	2 人目			
8	障害なし	看護師 (0 年 8 ヶ月)	—	<p>胸水除去のため胸腔ドレーンを挿入し、胸腔ドレーン介助が初めての新人看護師 A が介助を行った。挿入中に 1,000 mL を排液し、バックを変えてドレーンを鉗子でクランプした。医師はリーダー看護師には口頭で「ドレーンはクランプ」と指示した。新人看護師は先輩看護師 B と後片付けをしていた際に、「なぜドレーンをクランプしているのか」と看護師 B に問われ、「エックス線撮影への移動のため」と返答した。「今はクランプは不必要ではないか」と看護師 B は言い、医師の指示確認のため部屋を出た。新人看護師 A はその通りだと思いクランプを外した。看護師 B がドレーンクランプが医師の指示であることを確認して部屋に戻り、クランプされていない胸腔ドレーンをクランプするまでに 740 mL の胸水が排液した。患者は呼吸苦を訴えたがその後すぐに消失し、バイタルサインに変化はなかった。リーダー看護師は口頭指示のままだったため、医師に指示入力を依頼していた。</p>	<p>胸水を一回でどれくらい排液するのか、多くの胸水を排液したらどのような症状になるのか知識が不足していた。新人看護師は初めての処置であったため、リーダー看護師は医師の指示を退室前に伝えるべきであったがしなかった。先輩看護師も退室する際に医師の指示を確認してくるのでクランプはそのままにしておくよう当事者に指示すべきだったがしなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 初めての処置については事前学習し知識を獲得しておく。 先輩看護師は細かなことも確認、指示する。
				<p>○何か間違ったことをしたのではないか、指示を聞き漏らしたのではないかなど、新人看護師が不安になった時取る特徴的な行動であろう。</p> <p>○普段から、安全な方に行動がとれるように「一人で判断しない」「分からない時は聞く」「指示を待つ」ということを伝えておくとい。</p> <p>○新人看護師にとって初めての介助であれば、周囲がサポートできる体制を整えて行う方がよい。</p>		

No.	事故の程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1 人目	2 人目			
療養上の世話						
9	障害残存の可能性がある (低い)	看護師 (0 年 2 ヶ月)	-	土曜日の 10 時頃、新人看護師は 1 人でオムツ交換を行った。看護師は患者を右側臥位にして汚れたオムツを取り除いた後、患者を右側臥位にしたままオムツを捨てようとして患者から目を離し、足元から 1 m ほど離れた所にあるバケツに手を伸ばした。その際、ベッド柵が下がったままになっており、患者はベッドから床に転落してしまった。ベッドの高さは約 1 m である。直ぐに看護師 2 名で患者をベッド上にあげ、観察、バイタルサイン測定を行い、当直医に報告した。当直医の診察を受け、患者は左側頭部に軽度腫脹発赤が見られた以外は目立った外傷や発赤はなく、当直医は経過観察と 2 時間毎の全身状態観察を指示した。翌朝、左肩～頸部に暗紫色の皮下出血認め、当直医に報告。当直医が診察し、X-P 撮影後、左鎖骨遠位端骨折を指摘された。同日午後に整形外科医が診察し、鎖骨固定帯を装着し、保存的療法で経過観察の治療方針を決定した。	看護師は患者を右側臥位の状態でベッド柵を降ろしたまま患者から目を離してしまった。患者は常時不随運動があり、2 年前には骨折の既往があった。このことから、オムツ交換は 2 人の看護師で実施することになっていたが、1 人でオムツ交換を実施してしまった。看護師はこの患者のオムツ交換は看護師 2 人での実施対象者というルールを知らなかった。患者のオムツ交換を今まで 1 人で行っていたが、先輩やスタッフから注意されたことがなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 骨折のリスクのある患者への援助は必ず 2 人で実施していく。 2 人での実施対応者がどの患者かが一目でわかるように、カードを作成し、ベッドに貼付した。 ベッド上での患者への援助中に患者から目を離すときは必ずベッド柵をその患者に適した高さまで上げておくことを徹底する。 新採用者や配置替え時のオリエンテーションの内容に、患者毎の特徴や援助時の注意点等を明文化し、指導内容の修正を行う。 新採用者が常に疑問や不安なことをその場で質問し、その日に解決できるように、1 年間を通してその日の指導者が誰であるのかわかるように提示しておく。
				<p>○ケアを行う時は、モノの準備だけでなく実施環境を整えて行うことも大事である。今回の事例の場合、バケツを患者から目を離さないといけない位置に置くのではなく、実施者の足元などに置くなどの工夫も必要であろう。</p> <p>○当該患者は 2 人でオムツ交換をすることになっていたようだが、当該事例が土曜日 (休日) の事例であることや、過去に 1 人で行っていたという背景から考えると、本当に 2 人で行える体制が整えられているか業務を見直してもよいだろう。</p> <p>○臥床中のベッドのベッド柵を外していることに対して不安を感じることができるよう、新人看護師に教育できるとよい。看護の学生教育や新人看護師の教育は「オムツ交換の方法」「清拭の方法」という「するための方法」だけでなく、危険を予防するという方向からの教育にもっと重きを置くべきかもしれない。</p>		

Ⅲ

1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故

No.	事故の程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1 人目	2 人目			
その他						
10	死亡	看護師 (0 年 3 ヶ月)	—	術後の経過良好。安静制限はなく歩行状態。術後 2 日目の夜勤担当看護師 A (新人看護師) は 19 時の検温で体温が 37 度あったため、巡視時に疼痛の有無を確認すると、そんなにひどくないが頭痛がするというのでロキソニン 1 錠、ムコスタ 1 錠を内服してもらった。21 時の巡視で呼吸状態を確認し、23 時 30 分の巡視でベッド上臥床していることを確認した。2 時の巡視でいびき様の音を確認し、4 時頃の巡視で臥床していることを確認した。6 時の巡視でバイタルサイン測定しようと患者を見ると入眠している様子であったため一旦退室した。6 時 44 分にバイタルサインを測定しようと患者を起こしたとき、意識がないため他の看護師に応援を要請。すぐに当直医に連絡、同時に緊急コールを押し、救急医師到着。頸動脈触知不可。全身硬直あり。四肢冷感あり。自発呼吸なし。尿失禁あり。胸骨圧迫開始。酸素接続、バグバルブマスクにより換気実施。処置室前室に移動し、処置継続するも反応なし。心電図波形上、心静止あり。頭部・胸腹部 CT 撮影実施。主治医により死亡を確認した。	巡視にて呼吸状態の確認、体動の有無の確認、意識レベルの十分な確認ができていなかった。当日の夜勤で新人看護師に対する指導者を明確にしていた。当日、巡視の確認方法について具体的に説明していなかった。オリエンテーションでは巡視時の確認について(呼吸状態・体動の有無など)説明している。患者からの急変に関するナースコールがなかった。当日の日勤帯と準夜帯の患者の状態に変化はなく、急変について予期できなかった(患者は入院後も時々頭痛があった)。	<ul style="list-style-type: none"> ・新人看護師に巡視の方法について再度指導する。 ・呼吸状態や意識レベルの確認方法を再度指導する。 ・夜間の状態確認について検討する。
	専門分析班及び総合評価部会の議論	<ul style="list-style-type: none"> ○新人看護師であることが直接の要因になった事例ではない。 ○夜間の巡視の目的は『患者の安全が守られ生きているか』である。「患者がベッドにいるか、いないか」「患者が呼吸しているか」は巡視時の確認事項であろう。 ○経験のある看護師であれば、患者の呼吸状態から「いつもと違う」「何かおかしい」と感じた可能性もあるが、新人看護師であれば患者の状況の変化に気付くのは難しいだろう。 ○患者が「臥床している」と「生きて呼吸している」ことは違うため、巡視時に何をどうやってみるのか具体的に教育していく必要がある(例えば、胸郭の動きを見たり、患者の鼻や口元に看護師の手を近づけてみるなど)。 				

No.	事故の程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1 人目	2 人目			
11	障害残存の可能性なし	看護師 (0 年 11 ヶ月)	看護師 (2 年 11 ヶ月)	内科外来にて右下腹部痛・脱腸の気があると訴える男性が来院。看護師 A は問診聴取時に痛みはなくトリアージで緊急性は低いと判断し、1 年目の看護師 B に申し送りをした。看護師 B は、内科から外科に申し送る際に、問診票を見せながら説明したが、「脱腸」と書いてあったところを「脱肛」と言った。そのため、外科看護師 C は緊急性は低いと判断した。外科での診察が遅れ、その後男性は右鼠径ヘルニアで即入院となり、手術が必要となった。	内科受付にて受付看護師 A は緊急性は低いと判断したが、外科での診察が必要と判断した。1 年目の看護師 B は「脱腸」と「脱肛」との区別がつかず、口頭で「脱肛」と伝達した。	<ul style="list-style-type: none"> 患者申し送りの際は正確に申し送る。 疾患に対する正確な知識を身に付けるよう勉強していく。
		専門分析班及び総合評価部会の議論			<ul style="list-style-type: none"> ○新人看護師が関わったことで情報伝達がうまくいかなかった事例である。 ○事例では「脱腸」という言葉で記載してあるが、「ヘルニア」であれば新人看護師にも理解できた可能性がある。 	
12	障害残存の可能性なし	看護師 (0 年 4 ヶ月)	-	大腸ポリープの患者は EMR 目的にて入院した。患者は喘息の既往があり、頓用の吸入薬のみ持参薬を続行であった。しかし、新人看護師の説明が患者に上手く伝わらず家族が持ち帰っていた。さらに薬品による重度アレルギーがあったが、情報入力十分でなかった。夜勤者や翌日の担当看護師との情報伝達できておらず、治療前のアドナの点滴でアレルギー反応が出現した際に吸入薬を持っていなかったため、対応に時間を要した。	頓用の吸入薬のみ持参薬であった。新人看護師で、患者に説明が上手く伝わらず、入院中にも必要な薬剤であったのにも関わらず家族が持ち帰っていた。さらに薬品での重度アレルギーがあったが、電子カルテへの情報入力 (各種アレルギー (薬剤・喘息)) を患者基本画面とアナムネ記録へ一部しか入力していなかった。夜勤者や翌日の担当看護師間で各種アレルギー (薬剤・喘息) があることを十分に伝達できていなかった。アドナの点滴でアレルギー反応が出現する可能性を考えていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 入院時のアナムネは職員間での情報共有する必要のある情報のため、重要な情報は必ず入力を行い、付箋などを活用する。 主治医に持参薬続行の場合は指示を出してもらうよう依頼する。 主治医も、看護師も大切な薬品名を把握しておく。 入院当日には入院担当者と夜勤者との情報交換を行う。 担当患者の頓用薬の使用頻度や方法、種類を確認する。
		専門分析班及び総合評価部会の議論			<ul style="list-style-type: none"> ○患者は、病院にいれば薬はあるだろうと思っていることもあるので、きちんと伝える必要がある。 ○患者に説明した新人看護師自身が、「頓用の吸入薬のみ持参薬を使用する」という内容を理解した上で、説明できたであろうか。 ○吸入薬のみ持参薬を使用するということは、他にも使用している薬剤があったと思われる。患者にどのように伝えれば、複数の薬剤のうち 1 剤のみを入院中も継続して使うことが伝わるか、再度考えてみてもよいだろう。 ○新人看護師は 4 ヶ月目であり入院患者を担当することに慣れていたとは言えないため、入院時に得た情報の取り扱いなどは周囲のサポートが必要だったのではないか。 	



1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故

(2) 経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

① 新人看護師・新人准看護師に関連したヒヤリ・ハット事例の考え方

平成 26 年 1 月から 12 月まで、ヒヤリ・ハット事例のテーマとして「職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連したヒヤリ・ハット事例」を収集している。医療機関によっては、院内のヒヤリ・ハット事例のレポートを匿名化して収集しており、経験年数や配属期間の把握が難しい医療機関もあるため、次の事例を対象とした。

○「当事者 1」または「当事者 2」が職種経験 1 年未満の看護師・准看護師であり、次の語句のいずれかを含む事例	
職種経験 1 年未満であることを指す語句	新人、1 年目、一年目、1 年未満、一年未満、プリセプティ、新卒、入職、新採用
職種経験 1 年未満に関わったと示唆される語句	先輩、上席、上級、プリセプター、指導者、チューター、ペア

② 発生状況

平成 26 年 1 月から 3 月までに報告されたヒヤリ・ハット事例のうち、上記の基準に合致した職種経験 1 年未満の看護師・准看護師のヒヤリ・ハット事例は、83 件であった。今後も、テーマとして取り上げ報告を受け付ける本年 12 月までの間、継続して報告されると見込まれる。報告された事例を医療事故と同様に事例の概要で分類した (図表Ⅲ - 2 - 7)。さらに、事例の概要の割合をグラフにした図表Ⅲ - 2 - 8 を示す。図表Ⅲ - 2 - 7 は、左から新人看護師・新人准看護師のみの事例件数、中央が [参考 1] の新人看護師・新人准看護師以外の事例件数、右側が [参考 2] の平成 25 年 1～12 月の全職種の事例件数 (第 36 回報告書 98 頁 図表Ⅱ - 2 - 19) である。

新人看護師・新人准看護師が当事者であったヒヤリ・ハット事例では、医療事故報告とは違い、「薬剤」の事例がもっとも多く 50 件 (60.2%)、次いで「検査」の事例が 9 件 (10.8%)、「治療・処置」の事例が 8 件 (8.4%) であった。[参考 1] として示した職種経験 1 年以上の看護師・准看護師の事例でも「薬剤」の事例がもっとも多く 2,473 件 (37.4%) であり、次いで「療養上の世話」の事例が 1,489 件 (22.8%)、ドレーン・チューブの事例が 1,269 件 (19.5%) であった。新人看護師・新人准看護師が当事者であった事例の件数がまだ少なく比較が難しいため、今後の事例報告に注目したい。

図表Ⅲ - 2 - 7 事例の概要

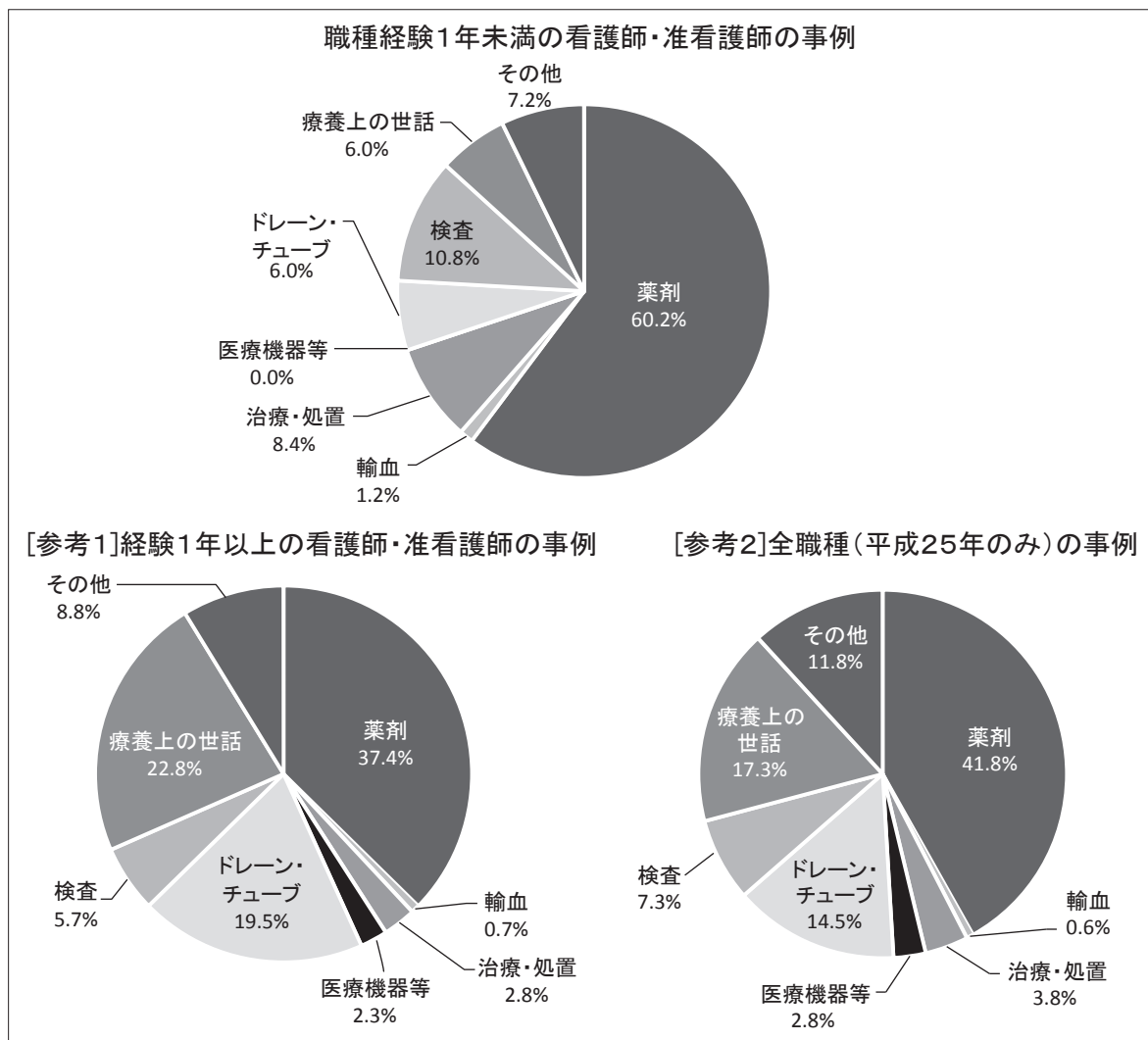
事例の概要	職種経験 1 年未満の 看護師・准看護師の事例		[参考 1] 職種経験 1 年以上の 看護師・准看護師の事例 ^{※1}		[参考 2] 平成 25 年 1～12 月 全職種の事例 ^{※2}	
	件数	%	件数	%	件数	%
薬剤	50	60.2	2,473	37.4	12,449	41.8
輸血	1	1.2	45	0.7	190	0.6
治療・処置	7	8.4	185	2.8	1,120	3.8
医療機器等	0	0.0	153	2.3	844	2.8
ドレーン・チューブ	5	6.0	1,269	19.5	4,325	14.5
検査	9	10.8	375	5.7	2,181	7.3
療養上の世話	5	6.0	1,489	22.8	5,156	17.3
その他	6	7.2	571	8.8	3,526	11.8
合計	83	100.0	6,524	100.0	29,791	100.0

※1 平成 26 年 1 月～3 月に報告された事例のうち、当事者 1 または 2 に職種経験年数 1 年以上の看護師または准看護師を含む事例

※2 第 36 回報告書 98 頁 図表Ⅱ - 3 - 19 から抜粋

※ 割合については、小数点第 2 位を四捨五入したものであり、合計が 100.0 にならないことがある。

図表Ⅲ - 2 - 8 事例の概要の割合 (ヒヤリ・ハット事例)



Ⅲ
1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]

職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故

③ヒヤリ・ハット事例の職種

新人看護師・新人准看護師のヒヤリ・ハット事例の職種を分類した (図表Ⅲ - 2 - 9)。医療事故と同様に准看護師は少なく看護師の事例が多かった。また、看護師の事例のうち、当事者 1 が新人看護師であった事例が 7 5 件であった。新人看護師が当事者 2 であった事例は 6 件あり、当事者が職種経験 1 年以上の看護師・准看護師の事例が 4 件、当事者 1 が医師や薬剤師など他職種の事例が 2 件であった。

図表Ⅲ - 2 - 9 職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の職種

職種	(当事者 1 の職種)	件数
看護師		8 1
	新人看護師の事例	7 5
	職種経験 1 年以上の看護師・准看護師の事例	4
	他職種の事例	2
准看護師		2
	新人准看護師の事例	2
合 計		8 3

④ヒヤリ・ハット事例の影響

報告された事例 8 3 件を医療の実施の有無で分類し、さらに「実施あり」は、治療の程度、「実施なし」は仮に実施された場合に患者に及ぼした影響度で分けた (図表Ⅲ - 2 - 1 0)。「実施あり」であった事例のうち、「軽微な治療」を行ったのは 7 件で、2 7 件は治療が不要であったことを意味する「なし」を選択しており、患者への影響は少ないと考えられる事例が多かった。また、「実施なし」であった事例 4 8 件の影響度は、全てが「軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる」であり、これらは仮に実施されても患者に及ぼす影響は少ない事例である。

図表Ⅲ - 2 - 1 0 医療の実施の有無と事例の程度

医療の実施の有無	治療の程度	影響度 (仮に実施された場合)	件数
実施あり	軽微な治療	—	7
	なし	—	2 7
	不明	—	1
実施なし	—	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考える	0
	—	濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	0
	—	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる	4 8
合計			8 3

⑤ヒヤリ・ハット事例の内容

報告された事例は患者に対する影響は少なかった事例もあるが、医療事故に至る前に未然に防止できているため、ヒヤリ・ハット事例として報告されている。しかし、ヒヤリ・ハット事例で済んだ事例でも、実施していれば患者への影響が大きくなった可能性があった事例もあり、事例を共有することは有用である。ここでは、報告時に選択された事例の概要別にいくつかの事例を紹介する。

i 薬剤

- 新人看護師は、昼食後に退院予定の患者の内服薬を確認し、「朝までセット」という文字を見て、昼分も渡し済みであると思い込んだ。また、投薬車を見た際に、部屋番号が 1 号違いの病室番号の人の引き出しと場所が入れ替わっていたため残っている薬剤を見落とし、先輩看護師に確認しないまま内服薬は自己管理していると思い、患者に昼の薬を渡さなかった。
- フランドルテープの貼替は毎日 15 時に行うことになっていた。新人看護師が 15 時に血圧測定した際に 130 台 mmHg であったため、「170 mmHg 以上でフランドルテープ 1 枚貼用、120 以下でフランドルテープ除去」の指示に従い、通常の貼替えも行わなかった。指示自体が難しい書き方であった。次の勤務者に申し送る際に交換していないことを指摘された。

ii 輸血

- 手術前日、抗体スクリーニング検査・クロスマッチ検体検査のオーダーの部分が赤く表示されていた。本来は輸血検査の項目を開いて検査が実施されたことを確認するが、新人看護師 2 名が一般検査の項目のページを開いた。一般検査は、術前検査が実施済みになっていたため、すでに実施されているものだと思い込みそのままにした。翌朝、手術室より抗体スクリーニング検査・クロスマッチ検体検査ができていないことを指摘された。

iii 治療・処置

- 手術後、新人看護師はリーダーより帰室後 4 時間毎に尿量チェックがあることを伝えられ、帰室後 4 時間 (16 時) の尿量を観察した。夜勤者に尿量チェックの医師指示を申し送る際に、「術後 4 時間毎に測定」の指示を間違えて「術後 4 時間のみ測定」と伝えた。翌日の日勤者が、夜間に尿量の観察ができていないことを発見した。
- 新人看護師は、ICU から帰室した患者の情報収集ができておらず、患者スケジュールから点滴の指示を確認し実施したが、血糖の測定やネブライザー吸入の指示に気付かず、行っていなかった。

iv ドレーン・チューブ

- 新人看護師は栄養剤を注入後、指示通りに白湯で後押し、エアで NG チューブ内の白湯を胃内に流した。投与後にクランプすることは指示に記載されていなかったため、NG チューブを開放したままにしていた。
- 新人看護師は、人工呼吸器使用中の患者の口腔ケア後にベッドを下げた。人工呼吸器装着患者の体位変換や口腔ケアは、必ず 2 名で実施することになっていた。新人看護師は、ベッドを下ろす位だったら大丈夫だろうと思い、1 人でベッド操作を行ったところ、気管チューブが蛇管等に引っ張られ、抜けてしまった。すぐに再挿入できたため患者への影響はなかった。

v 検査

- 主治医からスワングアンツカテーテル抜去の指示を受け、新人看護師は抜去の介助を行った。カテーテルの先端を検査に出すため準備を行った際、容器とラベルのダブルチェックを行わなかった。新人看護師が準備したスピッツは、滅菌スピッツの隣にあった喀痰採取用スピッツであり、カテーテルの先を喀痰採取用容器に採取した。
- 患者は C G M (持続血糖測定器) を装着中であった。新人看護師は、C G M 装着中は C T 検査ができないことを知らず、主治医や先輩看護師に確認を取らないまま、患者を C T 室に行かせた。結果、患者は検査ができずに帰室した。

vi 療養上の世話

- 緊急手術のため、医師より朝食後絶食の指示を受けていたが、患者に食事が配膳されており摂取していた。新人看護師の患者への説明が十分でなく、食事を配る看護助手にも伝えていなかった。

vii その他

- 入院中の患者がガンマナイフ治療を受けるため、患者の家族が他院を受診する予定だった。新人看護師は指示コメントの「紹介状と C D - R O M を渡す」という指示を見落とし、家族に C D - R O M だけ渡した。その後、家族が受診した病院から紹介状がないと連絡があった。

(3) まとめ

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故とヒヤリ・ハット事例を概観した。医療事故では、「療養上の世話」の事例の報告件数が多く、ヒヤリ・ハット事例では、「薬剤」の事例の報告件数が多かった。また、それらを職種経験 1 年以上の看護師・准看護師の事例件数、全職種の事例件数と比較したところ、医療事故では「薬剤」「ドレーン・チューブ」の事例の割合が職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の事例で高く、ヒヤリ・ハット事例では「薬剤」「治療・処置」「検査」の事例の割合が職種経験 1 年未満の看護師・准看護師で高かった。また、職種経験月数で集計したところ、職種経験 2 ヶ月 (6 月) 頃より報告件数が増え始め、職種経験 6 ヶ月 (10 月) を超えると報告件数が多いことが分かった。

さらに、職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関する医療事故事例を専門分析班および総合評価部会で検討し、各事例で議論された内容を掲載した。

今後も継続して事例の収集を続け、分析班において、具体的ないくつかの分類の事例に焦点を当てた分析を行っていくこととしている。

(4) 参考文献

1. 厚生労働省. 平成 23 年 (2011) 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況 (Online) . available from <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/11/>> (last accessed 2014-4-10)
2. 厚生労働省. 新人看護職研修ガイドライン【改訂版】平成 26 年 2 月 (Online) .available from <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000037501.pdf>> (last accessed 2014-4-10)