

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し、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」4,746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3,857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日安の一部修正、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、当事者が看護職である事例は多く報告されている。その中には、職種経験1年未満の看護職の知識不足や経験不足により起こった事例の報告があり、職種経験1年未満の看護職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。

そこで、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た。本テーマでは、看護職の中でも最も事例報告の多い看護師の事例を中心に、業務内容の共通点を考慮して准看護師の事例を加え分析対象とする。

これまで、第37回報告書(平成26年6月26日公表)では、職種経験1年未満の看護師・准看護師の医療事故事例とヒヤリ・ハット事例を概観し、それぞれの事例を紹介した。第38回報告書(平成26年9月26日公表)では、事故(事例)の概要が「薬剤」と「輸血」を選択されている事例を取り上げて分析を行った。今回は、本報告書の分析対象期間(平成26年7月1日～9月30日)に報告された事例を追加して現状を紹介し、報告された事例の中から、事故(事例)の概要で「治療・処置」「医療機器等」「ドレーン・チューブ」「検査」を選択されている事例を取り上げ、それぞれ分析を行った。

(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 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・准看護師であるが、「当事者 2」が職種経験 1 年未満の看護師・准看護師で、事例の内容や背景要因に職種経験 1 年未満の看護師・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

前回の第 38 回報告書では、平成 22 年 1 月 1 日から平成 26 年 6 月 30 日までに報告された職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故は 518 件であった。本報告書では、分析対象期間 (平成 26 年 7 月 1 日～9 月 30 日) に報告された 31 件を追加し、549 件を分析の対象とした (図表Ⅲ-2-1)。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円グラフにして図表Ⅲ-2-2 に示す。図表Ⅲ-2-1 は、左から職種経験 1 年未満の看護師・准看護師のみの事例件数、中央が [参考 1] の職種経験 1 年以上の看護師・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 (平成 25 年 年報 140 頁 図表Ⅱ-2-38) である。

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の事例は、「療養上の世話」の事例が最も多く 320 件 (58.3%)、次いで「薬剤」の事例が 81 件 (14.8%)、「ドレーン・チューブ」の事例が 64 件 (11.7%) であった。本報告書対象期間に報告がなかった事例の概要は「輸血」「医療機器等」「検査」であり、全体から見ても報告件数が少ない。また、[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 4,758 件 (64.6%) と 6 割以上を占め、次いで「ドレーン・チューブ」の事例が 630 件 (8.6%)、「薬剤」の事例が 567 件 (7.7%) であった。「ドレーン・チューブ」や「薬剤」の事例は、職種経験 1 年未満の看護師の方が全体に占める割合が高い。職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の事例においても報告の少ない「輸血」「医療機器等」「検査」は、職種経験 1 年以上の看護師・准看護師の事例においても報告が少ない。

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

図表Ⅲ-2-1 事故の概要

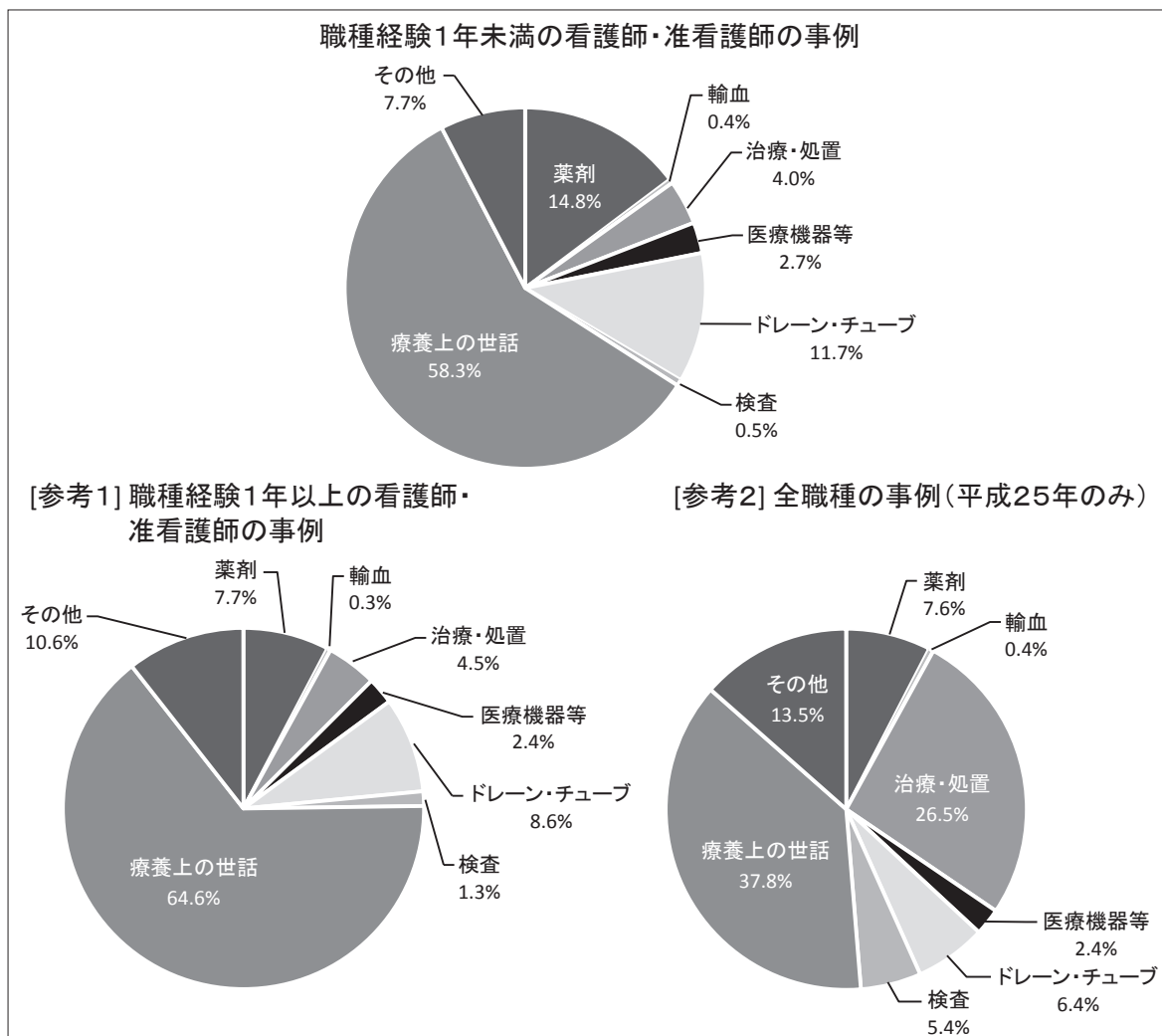
事故の概要	職種経験1年未満の看護師・准看護師の事例		[参考1] 職種経験1年以上の看護師・准看護師の事例 ^{※1}		[参考2] 平成25年1～12月の全職種の事例 ^{※2}	
	件数	%	件数	%	件数	%
薬剤	81	14.8	567	7.7	233	7.6
輸血	2	0.4	22	0.3	10	0.3
治療・処置	22	4.0	333	4.5	818	26.8
医療機器等	15	2.7	177	2.4	72	2.4
ドレーン・チューブ	64	11.7	630	8.6	197	6.5
検査	3	0.5	96	1.3	161	5.3
療養上の世話	320	58.3	4,758	64.6	1,137	37.3
その他	42	7.7	799	10.6	421	13.8
合計	549	100.0	7,362	100.0	3,049	100.0

※1 平成22年1月1日～平成26年9月30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 平成25年年報 140頁 図表Ⅱ-2-38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、該当する事例で報告された職種経験月数を集計した(図表Ⅲ-2-3)。事故の概要と職種経験月数から見た内訳は、第38回報告書の報告と比較し大きな変化はなかった。また、平成26年7～9月に報告された事例のうち、発生年月が平成26年7月であった事例は11件、8月であった事例は6件、9月であった事例は1件の合計18件あり、報告対象期間の3ヶ月間に発生した事例が半数以上であった。これは、本テーマを今年の分析テーマとして取り上げていることから1月以降の発生事例は医療機関が意識的に報告している可能性があること、第37～38回報告書でも分析したとおり、職種経験月数3ヶ月から報告件数が増加することなどが要因と考えられる。また、その他の13件は、平成25年10月～平成26年6月の9ヶ月間に発生した事例であった。集計の結果、図表Ⅲ-2-3において、職種経験0～2ヶ月(4～6月)の報告件数は大きな変化はないが、職種経験3ヶ月(7月)の報告事例件数が増加した。また、職種経験6ヶ月(10月)以降は、60件前後の報告が続き、職種経験9ヶ月(1月)の70件が最も多かった。

また、事例の概要別に見ると、前回の第38回報告書の報告と同様に、早くから単独で業務を行うことが増える「薬剤」「ドレーン・チューブ」や「療養上の世話」が職種経験月数の早期から報告されている。「薬剤」の事例は、職種経験1ヶ月(5月)から報告があり、職種経験3ヶ月(7月)より毎月10件前後の報告がある。「ドレーン・チューブ」は職種経験0ヶ月(4月)から報告があり、特に職種経験6～8ヶ月(10月～12月)の報告が多い。「療養上の世話」は3ヶ月(7月)から報告件数が増加し、職種経験6ヶ月(10月)以降に報告件数が30件前後となる。「輸血」は、前回の第38回報告書で事例を紹介したとおり(第38回報告書 130頁)、移植として慎重な取り扱いが定着し、指導者のもとで丁寧に業務を行っていることが考えられ、職種経験7ヶ月(11月)まで報告はない。

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

(参考)月 ^{※1}	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
職種経験月数(ヶ月)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
事故の概要													
薬剤	0	2	3	10	8	10	7	11	8	9	5	8	81
輸血	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
治療・処置	0	0	0	1	1	2	5	0	1	6	0	6	22
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	4	3	4	2	2	12	10	11	8	3	4	64
検査	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3
療養上の世話	9	10	17	27	28	28	30	33	29	41	28	40	320
その他	0	0	2	4	6	4	6	1	10	4	2	3	42
合計	10	16	28	50	45	47	62	57	61	70	40	63	549

※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、マスの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

さらに職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の職種を示す (図表Ⅲ - 2 - 4)。本報告書対象期間には職種経験 1 年未満の准看護師が当事者である事例の報告はなく、全体としては 5 4 9 件の事例のうち 5 4 3 件は職種経験 1 年未満の看護師の事例であった。

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		5 4 3
	職種経験 1 年未満の看護師	5 2 5
	職種経験 1 年以上の看護師	1 2
	他職種	6
准看護師		6
	職種経験 1 年未満の准看護師	6
	合 計	5 4 9

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

①職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連したヒヤリ・ハット事例の考え方

平成 26 年 1 月 1 日から 1 2 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。ヒヤリ・ハット事例は、患者への影響が少なかった事例や、医療事故に至る前に未然に防止できた事例が含まれている。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。

本テーマにおいては、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、職種経験年数や部署配属期間の把握が難しい医療機関もあるため、次の事例を対象とすることとした。

○「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

前回の第 38 回報告書では、平成 26 年 1 月 1 日～6 月 30 日までに報告された職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連したヒヤリ・ハット事例は 1 6 0 件であった。本報告書では、分析対象期間 (平成 26 年 7 月 1 日～9 月 30 日) に報告された 2 7 7 件を追加し、4 3 7 件を対象とし、分析を行った。今後も、テーマとして取り上げ報告を受け付ける本年 1 2 月までの間、継続してヒヤリ・ハット事例が報告されると見込まれる。

報告された事例 4 3 7 件を医療事故と同様に事例の概要で分類した (図表Ⅲ - 2 - 5)。図表Ⅲ - 2 - 5 は、左から職種経験 1 年未満の看護師・准看護師のみの事例件数、中央の [参考 1] は

同期間に報告された職種経験 1 年以上の看護師・准看護師の事例件数、右側が [参考 2] の平成 25 年 1～12 月の全職種のヒヤリ・ハット事例の概要 (平成 25 年年報 168 頁 図表Ⅱ-3-19) である。

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師が当事者であったヒヤリ・ハット事例では、「療養上の世話」が多かった医療事故報告とは異なり、「薬剤」の事例が最も多く 241 件 (55.1%)、医療事故情報では報告の少なかった「検査」の事例が 53 件 (12.1%)、本報告書対象期間に報告が増加した「ドレーン・チューブ」の事例が 39 件 (8.9%) であった。報告が少ないのは、医療事故報告と同様に「輸血」の事例が 5 件 (1.1%)、「医療機器等」の事例が 11 件 (2.5%) であった。医療事故報告では最も多かった「療養上の世話」の事例は 32 件 (7.3%) とヒヤリ・ハット事例としての報告は少ない。

[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」の事例が最も報告が多く 7,014 件 (38.6%) であり、次いで職種経験 1 年未満では報告の少ない「療養上の世話」の事例が 4,252 件 (23.4%) であった。「療養上の世話」の事例は、職種経験 1 年以上の看護師・准看護師の報告事例の割合と比較すると、職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の事例の割合は 7.3% と低かった。

図表Ⅲ-2-5 事例の概要

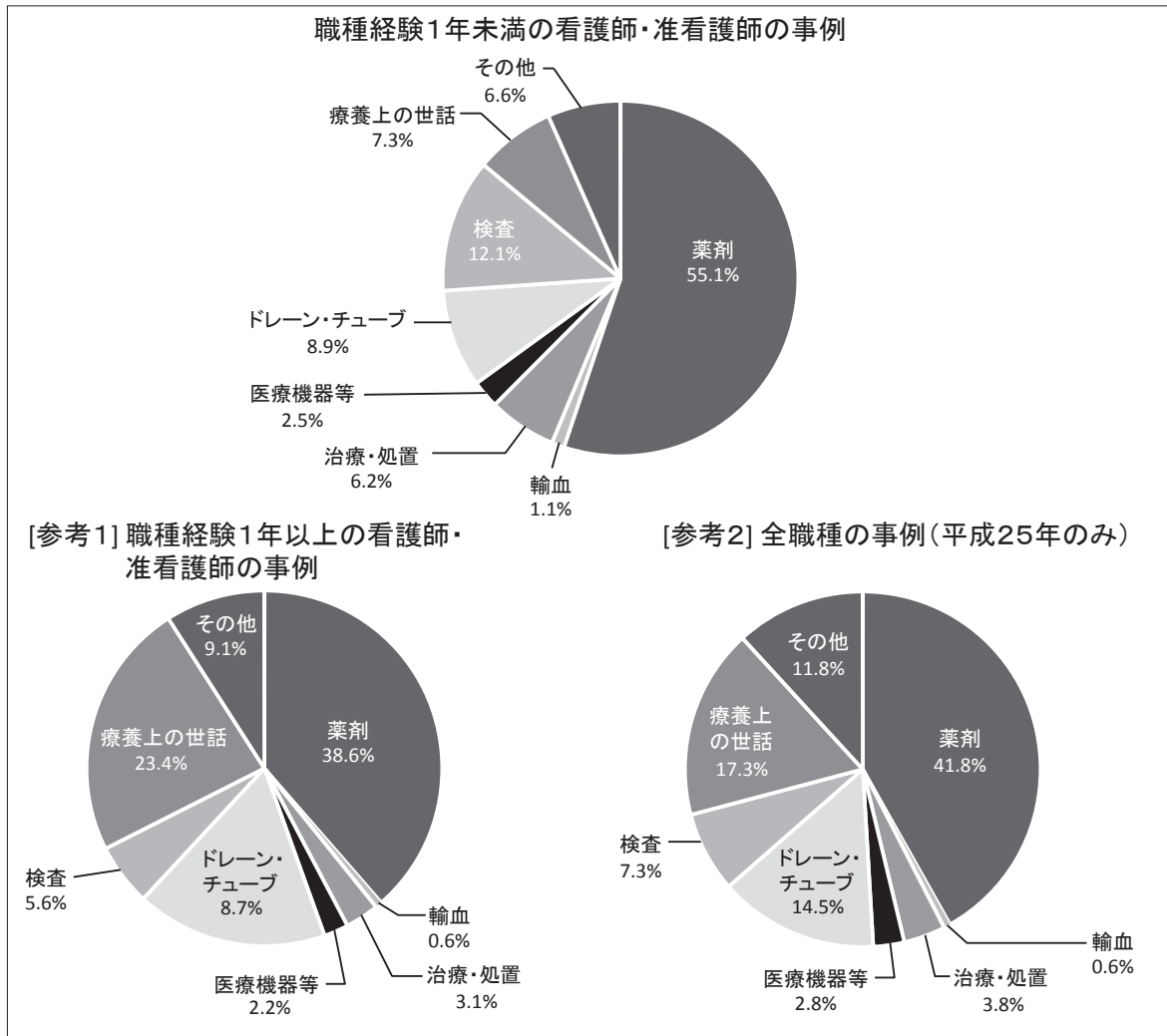
事例の概要	職種経験 1 年未満の 看護師・准看護師の事例		[参考 1] 職種経験 1 年以上の 看護師・准看護師の事例 ^{※1}		[参考 2] 平成 25 年 1～12 月の 全職種の事例 ^{※2}	
	件数	%	件数	%	件数	%
薬剤	241	55.1	7,014	38.6	12,449	41.8
輸血	5	1.1	112	0.6	190	0.6
治療・処置	27	6.2	558	3.1	1,120	3.8
医療機器等	11	2.5	405	2.2	844	2.8
ドレーン・チューブ	39	8.9	3,161	17.4	4,325	14.5
検査	53	12.1	1,024	5.6	2,181	7.3
療養上の世話	32	7.3	4,252	23.4	5,156	17.3
その他	29	6.6	1,647	9.1	3,526	11.8
合計	437	100.0	18,173	100.0	29,791	100.0

※1 平成 22 年 1 月 1 日～平成 26 年 9 月 30 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 平成 25 年年報 168 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 - 6 事例の概要の割合 (ヒヤリ・ハット事例)



③ヒヤリ・ハット事例の職種

職種経験1年未満の看護師・准看護師のヒヤリ・ハット事例の職種を分類した(図表Ⅲ-2-7)。本報告書分析対象期間には准看護師が当事者1の事例報告はなく、全体としては職種経験1年未満の看護師であった事例が435件、准看護師であった事例が2件であった。

図表Ⅲ - 2 - 7 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	職種経験1年未満の看護師	408
	職種経験1年以上の看護師	25
	他職種	2
	合計	435
准看護師	職種経験1年未満の准看護師	2
	合計	437

④ヒヤリ・ハット事例の影響

報告された事例 437 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と考えられる影響度で分けた(図表Ⅲ-2-8)。患者に誤った医療を実施した「実施あり」の事例が 287 件(65.7%)、医療に誤りがあったが患者に実施される前に発見された「実施なし」の事例 150 件(34.3%)であり、「実施あり」を選択した事例の報告件数が多かった。

「実施あり」を選択した事例の治療の程度を見ると、最も多いのは治療が不要であったことを意味する「なし」を選択した事例 239 件(54.7%)であり、「軽微な治療」を行った事例は 32 件(7.3%)であった。また、「実施なし」を選択した事例の影響度を見ると、「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」であった事例が 142 件(32.5%)と最も多かった。仮に実施した場合に「死亡もしくは重篤な状況に至ったと考える」が 5 件(1.1%)あり、本報告書対象期間に報告されたのは、手術のため、清潔ホールで器械を展開したところ、整形外科のコンテナ内に脳神経外科の器械が入っていたことを発見した事例や、慢性硬膜下血腫で硬膜下ドレーンを挿入中の患者を、CT 撮影のため医師と新人看護師で撮影台に移動する際に、ドレーンをクランプしないまま移動するところであったことに医師が気づいた事例であった。また、「濃厚な処置・治療が必要であると考えられる」事例は 3 件(0.7%)であり、本報告書対象期間に報告されたのは、メインルートは輸液+ノボリン R10 単位、側管よりリン酸 Na 補正液の調製液を持続静脈注射していた患者のルート交換の際、滴下が確認できなかったため、新人看護師がとっさにインスリンの入ったメインのルートのクレンメを全開にしようとした事例であった。

図表Ⅲ-2-8 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	—	32	7.3
	なし	—	239	54.7
	不明	—	16	3.7
実施なし	—	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考える	5	1.1
	—	濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	3	0.3
	—	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	142	32.5
合計			437	100.0

(3)「治療・処置」に関する医療事故事例およびヒヤリ・ハット事例の分析

本分析では、職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した事例のうち、報告時に事例の概要を「治療・処置」と選択した医療事故事例とヒヤリ・ハット事例を取り上げて分析した。

①発生状況

平成 22 年 1 月 1 日から平成 26 年 9 月 30 日の間に報告された職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の医療事故事例のうち、「治療・処置」の事例は、医療事故事例 22 件(既出、図表Ⅲ-2-1)、平成 26 年 1 月 1 日から平成 26 年 9 月 30 日の間に報告された職種経験 1 年未満の看護師・准看護師のヒヤリ・ハット事例が 27 件(既出、図表Ⅲ-2-5)であり、事例件数の割合で見ると

医療事故4.0%、ヒヤリ・ハット事例6.2%であった。

また、職種経験1年未満の「治療・処置」の医療事故事例の割合が4.0%に対し、職種経験1年以上の「治療・処置」の医療事故事例の割合は4.5%と、職種経験1年未満と1年以上では報告件数に大差がなかった。職種経験1年未満の「治療・処置」のヒヤリ・ハット事例の割合が6.2%に対し、職種経験1年以上の「治療・処置」のヒヤリ・ハット事例の割合は3.1%と、職種経験1年未満の看護師・准看護師からの報告の割合が大きい。

②「治療・処置」の事例の分析

事例の概要で「治療・処置」を選択した医療事故報告およびヒヤリ・ハット事例において、報告時の選択項目である『種類』『事故(事例)の内容』を集計し、それぞれの分析を行った。

さらに、報告された事例を「実施した行為が誤っていた事例」と「実施すべき行為をしなかった事例」に分類し、分析した。

1)『種類』の分析

職種経験1年未満の看護師・准看護師の「治療・処置」の医療事故事例22件、ヒヤリ・ハット事例27件について『種類』の集計を行った(図表Ⅲ-2-9)。参考として、職種経験1年以上の看護師・准看護師の「治療・処置」の医療事故事例333件、ヒヤリ・ハット事例558件についても同様に集計した。

職種経験1年未満の医療事故では、「手術」の事例が最も多く8件(22.2%)であった。複数件報告されたのは「手術」の「開腹」が3件、「一般的処置(チューブ類の挿入)」の「中心静脈ライン」「尿道カテーテル」がそれぞれ2件であった。「開腹」を選択した医療事故は、いずれもガーゼの体内残存の事例であった。

参考として、職種経験1年以上の医療事故では、「一般的処置(チューブ類の挿入)」の報告が最も多く112件(19.5%)であり、その中でも「末梢静脈ライン」26件や「尿道カテーテル」23件が多かった。また、「手術」を選択した事例も92件(16.0%)と多く、1年未満の事例と同じ「開腹」以外に「四肢」「鏡視下手術」などの報告も多い。さらに「その他の治療」を選択している事例も72件(12.5%)と多く、「血液浄化療法(血液透析含む)」の12件や、「その他の治療」の47件であった。「その他の治療」は、具体的にはシーネ固定、牽引療法や関節内注射などであった。

職種経験1年未満のヒヤリ・ハット事例では、医療事故事例と同じく「手術」の事例が9件(33.3%)と最も多かった。その中でも最も多い「その他の手術」7件の事例は、手術の前投薬の投与時間を間違えた事例や使用期限切れの消毒薬を使用した事例などであった。

参考として職種経験1年以上のヒヤリ・ハット事例では、職種経験1年未満の医療事故やヒヤリ・ハット事例と同じく「手術」が246件(44.1%)と最も多く、その中でも「四肢」40件、「開腹」39件、「開胸」20件などの報告が多かった。その他には、医療事故と同じく「その他の治療」を選択している事例は136件(24.4%)と多く、「血液浄化療法(血液透析含む)」の40件や、「内視鏡的治療」の8件などの報告がある。

職種経験1年以上の事例と比較すると、職種経験1年未満の看護師・准看護師にはまだ経験していない、または関わりを限定されている治療や処置があることが伺える。

図表Ⅲ - 2 - 9 「治療・処置」の種類 (医療事故事例/ヒヤリ・ハット事例)

種類	医療事故事例 (対象：平成22年1月1日～平成26年9月30日)				ヒヤリ・ハット事例 (対象：平成26年1月1日～平成26年9月30日)						
			(参考)				(参考)				
	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の 事例	件数	%	職種経験1年以上の 看護師・准看護師の 事例	件数	%	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の 事例	件数	%	職種経験1年以上の 看護師・准看護師の 事例	件数
手術	8	22.2	92	16.0	9	33.3	246	44.1			
開頭	1	2.8	1	0.2	0	0.0	12	2.2			
開胸	0	0.0	8	1.4	0	0.0	20	3.6			
開心	0	0.0	3	0.5	0	0.0	8	1.4			
開腹	3	8.3	20	3.5	1	3.7	39	7.0			
四肢	1	2.8	17	3.0	0	0.0	40	7.2			
鏡視下手術	1	2.8	17	3.0	1	3.7	21	3.8			
その他の手術	2	5.6	26	4.5	7	25.9	106	19.0			
麻酔	1	2.8	25	4.4	1	3.7	16	2.9			
全身麻酔 (吸入麻酔 + 静脈麻酔)	0	0.0	18	3.1	0	0.0	7	1.3			
局所麻酔	0	0.0	2	0.3	0	0.0	1	0.2			
吸入麻酔	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
静脈麻酔	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
脊椎・硬膜外麻酔	1	2.8	2	0.3	1	3.7	4	0.7			
その他の麻酔	0	0.0	3	0.5	0	0.0	4	0.7			
分娩・人工妊娠中絶	0	0.0	2	0.3	0	0.0	1	0.2			
経膈分娩	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2			
帝王切開	0	0.0	1	0.2	0	0.0	0	0.0			
人工妊娠中絶	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
その他の分娩・人工妊娠中絶等	0	0.0	1	0.2	0	0.0	0	0.0			
その他の治療	3	8.3	72	12.5	5	18.5	136	24.4			
血液浄化療法 (血液透析含む)	1	2.8	12	2.1	0	0.0	40	7.2			
I V R (血管カテーテル治療等)	0	0.0	4	0.7	0	0.0	5	0.9			
放射線治療	0	0.0	2	0.3	0	0.0	5	0.9			
ペインクリニック	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2			
リハビリテーション	0	0.0	4	0.7	0	0.0	3	0.5			
観血的歯科治療	0	0.0	1	0.2	0	0.0	1	0.2			
非観血的歯科治療	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
内視鏡的治療	1	2.8	2	0.3	0	0.0	8	1.4			
その他の治療	1	2.8	47	8.2	5	18.5	73	13.1			
一般的処置 (チューブ類の挿入)	7	19.4	112	19.5	11	40.7	141	25.3			
中心静脈ライン	2	5.6	6	1.0	0	0.0	11	2.0			
末梢静脈ライン	0	0.0	26	4.5	6	22.2	45	8.1			
動脈ライン	0	0.0	5	0.9	0	0.0	7	1.3			
血液浄化用カテーテル	0	0.0	1	0.2	0	0.0	3	0.5			
栄養チューブ (NG・ED)	0	0.0	9	1.6	0	0.0	3	0.5			
尿道カテーテル	2	5.6	23	4.0	0	0.0	9	1.6			
ドレーンに関する処置	0	0.0	4	0.7	1	3.7	4	0.7			
創傷処置	0	0.0	9	1.6	0	0.0	7	1.3			
その他の一般的処置	3	8.3	29	5.1	4	14.8	52	9.3			
救急措置	3	8.3	30	5.2	1	3.7	18	3.2			
気管挿管	1	2.8	6	1.0	1	3.7	0	0.0			
気管切開	1	2.8	3	0.5	0	0.0	0	0.0			
心臓マッサージ	0	0.0	5	0.9	0	0.0	0	0.0			
酸素療法	1	2.8	7	1.2	0	0.0	11	2.0			
血管確保	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
その他の救急措置	0	0.0	9	1.6	0	0.0	7	1.3			
合計	22	100.0	333	100.0	27	100.0	558	100.0			

2) 『事故(事例)の内容』の分析

職種経験1年未満の看護師・准看護師の「治療・処置」の医療事故事例22件、ヒヤリ・ハット事例27件について『事故(事例)の内容』の集計を行った(図表Ⅲ-2-10)。参考として、職種経験1年以上の看護師・准看護師の「治療・処置」の医療事故事例、ヒヤリ・ハット事例についても同様に集計した。

職種経験1年未満の医療事故では、「実施」の事例が最も多く19件(86.4%)であった。その中でも「方法(手技)の誤り」7件や「異物の体内残存」5件が多かった。「方法(手技)の誤り」の事例は、手術時に未滅菌の材料を使用した事例や立位で浣腸を行った事例などであった。

参考として、職種経験1年以上の医療事故においても分析を行った。職種経験1年未満の事例と同じく、「実施」の事例が228件(68.5%)と最も多く、内訳も「方法(手技)の誤り」40件、「異物の体内残存」38件などが多かった。次いで「管理」の事例が80件(24.0%)であり、職種経験1年未満の事例の2件(9.1%)と比較して多かった。

職種経験1年未満のヒヤリ・ハット事例では、医療事故事例と同じく「実施」の事例が最も多く16件(59.3%)であり、その中でも「未実施・忘れ」7件が多かった。「未実施・忘れ」のヒヤリ・ハット事例は、手術後の患者にフットポンプの装着を忘れていた事例や末梢ラインをロックする際にヘパリンを使用するのを忘れた事例であった。「管理」の「その他の管理に関する内容」を選択した事例は、事例報告のテキスト入力部分に「患者の観察や記録ができていない」などの記載があった。

参考として、職種経験1年以上のヒヤリ・ハット事例においても職種経験1年未満の事例と同じく「実施」の事例が335件(60.0%)と多く、「未実施・忘れ」56件、「方法(手技)の誤り」50件などであった。

看護師は、医師の治療の介助や指示された処置を行うことが多いため、「実施」の場面での医療事故事例やヒヤリ・ハット事例の報告が多いと考えられる。

図表Ⅲ - 2 - 1 0 「治療・処置」の事故(事例)の内容(医療事件事例/ヒヤリ・ハット事例)

事故(事例)の内容	医療事件事例 (対象:平成22年1月1日～平成26年9月30日)				ヒヤリ・ハット事例 (対象:平成26年1月1日～平成26年9月30日)						
			(参考)				(参考)				
	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の 事例	件数	%	職種経験1年以上の 看護師・准看護師の 事例	件数	%	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の 事例	件数	%	職種経験1年以上の 看護師・准看護師の 事例	件数
指示	0	0.0	10	3.0	1	3.7	26	4.7			
指示出し忘れ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	1.1			
指示遅延	0	0.0	1	0.3	0	0.0	0	0.0			
対象患者指示間違い	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
治療・処置指示間違い	0	0.0	2	0.6	0	0.0	4	0.7			
日程間違い	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2			
時間間違い	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.4			
その他の指示に関する内容	0	0.0	7	2.1	1	3.7	13	2.3			
管理	2	9.1	80	24.0	7	25.9	100	17.9			
治療・処置の管理	2	9.1	63	18.9	2	7.4	55	9.9			
その他の管理に関する内容	0	0.0	17	5.1	5	18.5	45	8.1			
準備	1	4.5	15	4.5	3	11.1	97	17.4			
医療材料取り違い	0	0.0	2	0.6	1	3.7	13	2.3			
患者体位の誤り	0	0.0	1	0.3	0	0.0	1	0.2			
消毒・清潔操作の誤り	0	0.0	3	0.9	1	3.7	1	0.2			
その他の準備に関する内容	1	4.5	9	2.7	1	3.7	82	14.7			
実施	19	86.4	228	68.5	16	59.3	335	60.0			
患者間違い	0	0.0	3	0.9	0	0.0	5	0.9			
部位取り違い	0	0.0	4	1.2	0	0.0	16	2.9			
方法(手技)の誤り	7	31.8	40	12.0	2	7.4	50	9.0			
未実施・忘れ	0	0.0	12	3.6	7	25.9	56	10.0			
中止・延期	0	0.0	2	0.6	0	0.0	4	0.7			
日程・時間の誤り	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	1.8			
順番の誤り	0	0.0	1	0.3	0	0.0	2	0.4			
不必要行為の実施	1	4.5	6	1.8	2	7.4	6	1.1			
誤嚥	0	0.0	2	0.6	0	0.0	0	0.0			
誤飲	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
異物の体内残存	5	22.7	38	11.4	0	0.0	10	1.8			
診察・治療・処置等その他の取り違い	0	0.0	3	0.9	0	0.0	7	1.3			
その他の実施に関する内容	6	27.3	117	35.1	5	18.5	169	30.3			
合計	22	100.0	333	100.0	27	100.0	558	100.0			

3) 事例の分類

職種経験1年未満の看護師・准看護師の「治療・処置」の医療事件事例とヒヤリ・ハット事例について事例を概観し、「実施した行為が誤っていた事例」「実施すべき行為をしなかった事例」「その他」に分類し、集計した(図表Ⅲ - 2 - 1 1)。

医療事件事例およびヒヤリ・ハット事例ともに、「実施した行為が誤っていた事例」と「実施すべき行為をしなかった事例」の件数に大差はなかった。ヒヤリ・ハット事例の「実施した行為が誤っていた事例」13件のうち3件は、後述の事例の概要で紹介する図表Ⅲ - 2 - 1 3のNo. 3やNo. 4など、誤った行為を実施する前に気付いた事例であった。

図表Ⅲ - 2 - 1 1 「治療・処置」事例の分類 (医療事件事例／ヒヤリ・ハット事例)

分類	医療事件事例		ヒヤリ・ハット事例	
	件数	%	件数	%
実施した行為が誤っていた事例	9	40.9	13	48.1
(内、誤った行為を実施する前に気付いた事例)	—	—	(3)	—
実施すべき行為をしなかった事例	13	59.1	14	51.9
その他	0	0.0	0	0.0
合計	22	100.0	27	100.0

※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。

③ 「治療・処置」に関する医療事件事例の概要

報告された事例のうち、「治療・処置」の医療事件事例の主な事例を示した(図表Ⅲ - 2 - 1 2)。さらに、それらのいくつかの事例について、専門分析班及び総合評価部会でなされた議論を示した。

また、ヒヤリ・ハット事例の「治療・処置」に該当する事例も一部紹介する(図表Ⅲ - 2 - 1 3)。

図表Ⅲ - 2 - 1 2 「治療・処置」の事例の概要 (医療事故)

事例 No.	事故の程度	当事者職種 (職種経験年数)		事故の内容	事故の背景要因	改善策
		1人目	2人目			
実施した行為が誤っていた事例						
1	障害残存の可能性なし	看護師 (0年9ヶ月)	—	<p>患者は骨髄異形成症候群と診断され、貧血、血小板1万3千と低値のため輸血施行していた。患者は便秘があり整腸剤を内服していたが、8日間排便がなく腹部膨満も強かったため、新人看護師は当直医に報告し、口頭でグリセリン浣腸の指示を受けた。患者がトイレでの浣腸を強く希望したために、トイレ内で立位のままグリセリン浣腸 (60 mL) 実施した。その際、浣腸チューブの先端に血液が極少量付着していた。1時間後に排便があったが、肛門部からの出血を認めたため当直医診察し、血小板も低値であったため止血剤処方し経過観察とした。しかし、5時間後、300 mL の下血がありショック状態となった。腹部CTにて直腸損傷の疑いを考え、消化管内視鏡を施行し、肛門部から約3 cm、3時方向に粘膜損傷を認めた。</p>	<p>立位で浣腸を行ったため浣腸チューブの先端で直腸前壁を損傷し、出血をまねいた可能性がある。便秘に対して、坐薬や緩下剤を選択しなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・浣腸時は左側臥位で実施する。 ・便秘に対して、坐薬、緩下剤などを試みる。
				<p>○本事業の医療安全情報 No. 3 「グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔」(2007年2月)の公表後、現場では浣腸は立位で行わないことの教育は活発になされた。しかし、すでに公表後7年が経過しており、当時の医療安全情報を知らない看護師がいる可能性がある。</p> <p>○患者の希望があっても、浣腸は立位でできないことを説明し、患者に納得していただく必要がある。どうしてもトイレを希望される場合は、浣腸の実施自体を再考する必要がある。</p> <p>○新人看護師が患者に納得していただける説明ができない可能性も考慮して、患者説明用の浣腸のパフレットを作成したり、トイレに掲示するなどの工夫も必要であろう。</p> <p>○浣腸を保管している棚などに「立位による実施禁」などのシールを貼り、スタッフにも注意喚起してはいかがか。</p> <p>○当該事例の看護師は、浣腸は左側臥位で行うことは知っていたとしても、立位で行うことの危険性を知らなかった可能性がある。浣腸を実施する手順だけでなく、立位で行ったら、どんな危険があるのかを合わせて教育する必要がある。</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

事例 No.	事故の程度	当事者職種 (職種経験年数)		事故の内容	事故の背景要因	改善策
		1 人 目	2 人 目			
実施した行為が誤っていた事例						
2	障害残存の可能性が高い	看護師 (0年 9ヶ月)	—	<p>当日他院から転院してきた患者は、前医で白血球除去療法を行っていたことがあり、血液透析用のブラッドアクセス留置用カテーテル (外径 4.0 mm) が右内頸静脈に留置されていた。入院時、医師は患者を診察したが、中心静脈カテーテルはガーゼで覆われていたため、高カロリー輸液の点滴に通常使われるカテーテル (外径 2.0 ミリ前後) が挿入されているものと思い込んだ。新人看護師は、高カロリー輸液の再開を指示されたので、輸液を準備したのちに患者のベッドサイドを訪れ、座位になっていた患者に声を掛けながら中心静脈カテーテルの状況を確認した。カテーテルの外観が、当院で通常使っているものとは違っていることに気付いたが、透析用の太いカテーテルが入っているとは思いが及ばず、前医ではメーカーの違うカテーテルを使っているものと考え、他の看護師や医師に相談することはしなかった。患者を座位にしたまま、カテーテルのキャップを取り外し、いつもと同じ手順でその後カテーテルのクランプを外し、注射器を繋いでヘパリン加生食水をフラッシュしようとした。その時、患者が突然意識を消失し前のめりに倒れ込みそうになった。看護師は、前に倒れ込みそうとする患者を支えるために、持っていた注射器を手放して手を差し伸べたが支えきれず、患者は前屈みの姿勢のままベッドに倒れ込んだ。応援要請の緊急コールを行った後に、救急処置のため患者を仰向けにしたところ、カテーテルから注射器が外れていて、患者が大きく息を吸い込む音を新人看護師は聞いた。緊急コールで集まった医師たちが、意識消失発作の原因検索のため種々の検査を行ったところ、心臓エコー検査で心臓内にエアが混入している所見を認め、血管内に空気が流入して重要臓器の急性機能障害を来し、それにより意識消失発作が生じたものと推定した。一瞬ではあるがルートが大気下に開放されており、また座位であったことも影響して空気を吸い込みやすくなり、注射器でヘパリン加生食水をフラッシュしようとした直前に、患者の中心静脈に空気が流入して意識消失発作を生じたものと考えられた。</p>	<p>(1) マニュアルの不備 当院では、中心静脈カテーテル挿入・留置した時には、感染防止と針刺し予防のため閉鎖式の静脈ライン用コネクタ (シュアプラグ) を装着して閉鎖回路とすることを推奨している。したがって、クランプ解除と注射器接続の順番をマニュアルに厳密に規定していなくても、空気流入などのトラブルが発生することはなかった。この安全策が、現場での作業手順が曖昧なままでも問題を生じないため、これが却って盲点になっていた可能性がある。また、心不全などによって座位のままでも中心静脈カテーテルを処置しなければならない患者も少なくなく、カテーテル操作時は臥位を基本とすることが徹底していなかった。</p> <p>(2) 関係者の情報共有が不十分 前医からの診療情報提供書には、中心静脈カテーテルの状況に関する記載がなく、医師は白血球除去療法については別ルートで行ったものと理解して、中心静脈には点滴用のカテーテルが留置されているものと思い込んでいた。一方、看護師の申し送り書には、透析用カテーテルの商品名である「バスキャス」の記載があったが、当院で採用している商品ではないため、これを透析用の太いカテーテルであることを理解できたのは、比較的経験のある看護師に限られていて、今回最初に患者を受け持った新人看護師は「バスキャス」が何を意味する言葉なのか判らなかつた。当院では、透析用のカテーテルは「FDLカテーテル」もしくは「ブラッドアクセス」という呼び方をしているが、後日調査したところでは、当該病棟の約半数の看護師は、「バスキャス」という商品名を知らなかつた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事故発生後、再発防止の応急的な措置として、注意喚起文を早急に作成して院内に周知した。 ・安全管理対策委員会、及びその下部組織であるリスクマネージャー会議にて、事例の概要を報告して情報の共有を図った。 ・関係するマニュアルの改訂に着手しており、中心静脈カテーテルに関する取扱いについて見直す予定である。 ・従来から行っている中心静脈カテーテル挿入に関する講習会と連携して、看護職を対象としたカテーテル管理に関する研修の実施を計画中である。 ・前医との情報共有にも課題があったので、当院の安全管理担当者が紹介元の病院を直接訪問して、先方の安全管理担当者および主治医と情報共有する機会を持った。
				専門分析班及び総合評価部会の議論		

事例 No.	事故の程度	当事者職種 (職種経験年数)		事故の内容	事故の背景要因	改善策
		1 人 目	2 人 目			
実施すべき行為をしなかった事例						
3	障害なし	看護師 (0年9ヶ月)	看護師 (4年10ヶ月)	肝細胞癌に対して肝区域切除術を行った。長時間に及ぶ手術であったため、途中で直接介助看護師が交代し、ガーゼ枚数、血管テープ本数、針本数、メス刃数の引継ぎが行われた。閉創前に、ガーゼカウントを行い、一致したので閉創をした。その際、器械の確認を医師と共に行わなかった。医師は器械の数が一致したと聞いて閉創したと報告している。出血量が 2,000 mL を越えているため、胸部・腹部のエックス線写真を撮影した結果、モスキート鉗子 1 本が遺残しているのが見つかった。直ちに再全身麻酔下で再開腹を行った。正中創を開腹すると遺残異物は腹壁直下にあり、直ぐに回収できた。最初の開腹時に肝円索の結紮糸を牽引するために留置していたモスキート鉗子(小)であった。手術時、ガーゼや器械のカウントに問題のないことを再度確認して閉腹した。	直接介助看護師が交代し、ガーゼ枚数、血管テープ本数、針本数、メス刃数の引継ぎが行われたが、手術の初めに糸把持で使用したモスキート鉗子については引継ぎが行われていなかった。閉創前、ガーゼカウントは行ったが、器械については医師と共に確認を行っていなかった。患者の体格が大きく、閉創前にモスキートの存在に気づかなかった。新人看護師は経験が浅く、目の閉創処置に追われ、余裕がない状態で、器械のカウントを行った。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師と協力して共に使用器械の確認を行う。 ・勤務者交代時には漏れないように引継ぎを確実に出来るようにする。
		専門分析班及び総合評価部会の議論		<ul style="list-style-type: none"> ○職種経験 9 ヶ月の新人看護師であり、当該事例のような大きな手術の直接介助に付き始めた頃の可能性もある。閉創時に新人看護師に余裕がない場合は周囲の医療職のフォローも必要であろう。 ○ガーゼ枚数、血管テープ本数、針本数、メス刃数については引継ぎを行っているため、カウントすることが決まっていたと思われるが、器械については、どの器械をカウントするように決まっていたのか、事例からは不明である。しかし、新人看護師を含め誰でも実施できるよう手順を明確にし、手順書を整備することは必要である。 ○個人が「合っているだろう」という前提でカウントをすると、たとえカウントが合わない場合でも、自分の数え方が間違っていたのではないかと思ってしまうことがある。カウントを行う時は、手術に携わっているチーム全員で協力して確認する手順を検討する必要がある。 		

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

図表Ⅲ - 2 - 1 3 「治療・処置」の事例の概要 (ヒヤリ・ハット事例)

No.	当事者職種 (職種経験年数)		事例の内容	事例の背景要因	改善策
	1 人目	2 人目			
実施した行為が誤っていた事例					
1	看護師 (0年)	—	<p>患者は E N B D 挿入中であった。朝 9 時に胆汁バッグを交換後、胆汁内服還元[※]を行う予定であった。日勤担当の新人看護師は胆汁バッグを交換後、バッグ内の胆汁を破棄してしまい、胆汁内服還元を行うことができなくなった。医師に報告し、経過観察となった。</p> <p><small>※胆汁内服還元：ドレナージで排液された胆汁を内服すること</small></p>	<p>以前、胆汁内服還元を経験したことはあった。しかし、手技や手順について振り返らず知識が曖昧になっていた。指導者に手技を確認してほしい旨を伝えたが、自分の理解度については共有していなかった。指導者より、「バッグ交換だけをしてください。」と言われたが、バッグの交換は胆汁内服還元にどう関連するのか考えられていなかった。排液バッグ内の胆汁を用いて胆汁内服還元を行うという認識がなく、排液バッグの交換と胆汁内服還元をそれぞれ別のものとして捉えてしまっていた。指導者は、以前新人看護師に指導していたため、大まかな流れは認識しているだろうと過信をしてしまった。新人看護師の理解度を確認しないまま中途半端な指導をしてしまったことが要因として挙げられる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・業務の一連の流れを自分の中でイメージし、業務手順がどのように関連しているのかを理解した上で自分の業務を組み立てる。 ・経験したケアや処置については後で振り返ることができるように、再度手技や手順、目的について整理する癖をつける。 ・自分の業務の中で知識や手順が曖昧なものについては、その日の業務の初めに必ず指導者に報告、アピールし、患者の元に行くまでに解決する。 ・指導者側は、経験数に関わらず、内容について当事者がどこまで理解をしているのかを確認した上で指導をしていく。
2	看護師 (0年)	—	<p>新人看護師は、手術に使用する器械台の展開を行っていた。イソジン口腔洗浄液を出そうとしたところ、使用期限が切れていることに気が付いたが、後で交換しようとのままにしておいた。その後交換を忘れ、使用期限を確認せずに出してしまい、患者に使用してしまった。先輩の看護師が、使用期限が切れていることに気が付き医師に報告した。</p>	<p>薬品、消毒薬を保管庫から出すとき、開封する時、出した後の確認を怠った。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤、消毒薬を保管庫から取り出す際、開封する際、出したあとの確認を怠らない。 ・期限切れを見つけた時点で分かるような明示を行うか、破棄する。

No.	当事者職種 (職種経験年数)		事例の内容	事例の背景要因	改善策
	1人目	2人目			
実施した行為が誤っていた事例 (誤った行為を実施する前に気付いた事例)					
3	看護師 (0年)	—	夜勤明け、日勤メンバーの新人看護師より浣腸の指示のダブルチェックの声をかけられた。処方伝票、グリセリン浣腸60mL、カルテ(指示書)を開いたが、浣腸の指示がないことに気が付かず伝票にもサインをした。日勤リーダー看護師より、既往歴に大動脈解離があるので浣腸はしない方がいいのではないかと指摘を受けた。再度、指示を確認すると、医師の指示は出ていなかった。患者に浣腸を施行することなく、医師より坐薬の指示もらうこととなった。	グリセリン浣腸60mLが手元にあり指示があるものだと思い込んでしまった。指示書は開いていたが、しっかりと指示を確認できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ダブルチェックの意味を再確認する。 指示の有無をしっかりと確認する。 患者の情報をしっかりと把握したうえで指示を確認する。 手順に基づいて指示の確認を行い、また、手順通りに指示確認していくことも必要時説明する。
4	看護師 (0年)	—	受け持ち患者の胸腔ドレーンバッグを見守りのもとで交換することになった。先輩看護師に準備は1人で出来るかどうかを聞かれた際に出来ると答え、1人で準備を始めた。ウォーターシール部に滅菌蒸留水を入れるところ、生理食塩水を滅菌蒸留水だと思い込んだまま生理食塩水20mL 2Aを手に取り、開封しウォーターシールに入れた。先輩看護師との確認時に「生食を入れたりしていないですよ」と指摘され、定数を確認すると、滅菌蒸留水ではなく生理食塩水が減っており、間違いに気がついた。その後注射伝票を発行し、正しい確認方法を実施し、準備をした。生理食塩水を入れたドレーンバッグは破棄したため、患者に影響はなかった。	今まで胸腔ドレーンのバッグ交換を実施したことは無かったが、見学していたことはあった。6Rの確認を実施しておらず、生理食塩水を蒸留水だと思い込んだ。ラベルも見ていなかった。バッグ交換の前後の業務が多忙であり慌てていた。バッグ交換を1人で実施したことがないということをフォローの先輩看護師に伝えていなかった。バッグ交換時に滅菌蒸留水の注射伝票を発行しダブルチェックをするということを把握していなかった。バッグの正しい手技を把握していなかった。知識が不足してなぜ滅菌蒸留水を入れるのかという根拠を持っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 6Rの確認を確実にを行う。 6Rの確認が確実に出来るようにチェックリストを作り、それに沿って実施する。 自分で確認をした後、患者に実施する前に他者へ確認を依頼する。 実施したことの無い手技と準備は必ず見守りを行ってもらえるよう自分から声をかける。 バッグ交換時の手順をもう一度振り返り、根拠を考え知識を深める。 注射伝票を必ず発行しダブルチェックを行う。

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.	当事者職種 (職種経験年数)		事例の内容	事例の背景要因	改善策
	1 人目	2 人目			
実施すべき行為をしなかった事例					
5	看護師 (2 年)	看護師 (0 年)	<p>全身麻酔下でリンパ節生検後、主治医より安静度やバイタルサイン測定、尿量の指示など術後の観察に関する指示を口頭にて受け、その後 P C においても確認を行った。尿量観察の指示として「術後尿量低下時 尿量 4 時間で 100 mL 未満の場合ソリューゲン F を側管より 5 時間で D I V」と P C 入力されていた。リーダー看護師が担当の 1 年目看護師に指示を伝える際、4 時間毎に尿量をみていく為、日勤帯では 16 時に確認するように伝え、P C で指示の確認もしておくように伝えた。新人看護師は術後 4 時間のみの尿量をみれば良いと指示を理解していた。16 時に 4 時間尿の量を新人看護師から報告を受けた際にも、尿量に問題なく再度指示の確認をすることはなかった。そのため、尿量の指示は P C 上残っていたが、新人看護師は夜勤担当者へ 4 時間毎の尿量の観察や指示は実施しなくてよいと申し送りを行った。翌日の日勤担当者より「尿量は確認しなくてよいのか」と前日のリーダー看護師に確認があり、4 時間毎の尿量の記載がないことが発覚した。夜勤帯の尿量の観察がされておらずインシデントがわかった。</p>	<p>担当看護師は 1 年目で手術患者の受け持ちが 2 回目であった。また、勤務状況が繁忙であり精神的にも余裕がないことがみてとれていた。リーダー看護師から新人看護師へ指示を伝える際、4 時間毎に尿量をみていく為、日勤帯では 16 時に確認するように伝え、P C 指示確認もしておくよう伝えた。しかし、16 時以降は 20 時や 0 時などに尿量をみる必要があること、夜勤者に申し送りが必要な事は新人看護師が分かるであろうと判断し伝えなかった。新人看護師は術後 4 時間のみの尿量をみれば良いと指示を理解していた。そのため、尿量の指示は記載されていたが、新人看護師は夜勤担当者へ 4 時間毎の尿量の観察や指示は実施しなくてよいと申し送りました。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・指示の 1 つ 1 つが理解できているか、理解に相違がないか、リーダー看護師と新人看護師とでコミュニケーションを密に図る必要がある。 ・口頭のみで指示を伝えるのではなく、メモや看護コメントを活用し確認を行う際にも、P C での画面を見ながら指示の内容についての理解確認を行う必要がある。

(4) 「医療機器等」に関する医療事故事例およびヒヤリ・ハット事例の分析

本分析では、職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した事例のうち、報告時に事例の概要を「医療機器等」と選択した医療事故事例とヒヤリ・ハット事例を取り上げて分析した。

①発生状況

平成 22 年 1 月 1 日から平成 26 年 9 月 30 日の間に報告された職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の医療事故事例のうち、「医療機器等」の事例は、医療事故事例 15 件 (既出、図表 III - 2 - 1)、平成 26 年 1 月 1 日から平成 26 年 9 月 30 日の間に報告された職種経験 1 年未満の看護師・准看護師のヒヤリ・ハット事例が 11 件 (既出、図表 III - 2 - 5) であり、事例件数の割合で見ると医療事故 2.7%、ヒヤリ・ハット事例 2.5% と報告件数の割合に大差がなかった。

また、職種経験 1 年未満の「医療機器等」の医療事故事例の割合が 2.7% に対し、同対象期間に報告された職種経験 1 年以上の「医療機器等」の医療事故事例の割合が 2.4% と、職種経験 1 年未満と 1 年以上では報告件数の割合に大差がなかった。ヒヤリ・ハット事例においても、同様に報告件数の割合に大差がなかった。

② 「医療機器等」の事例の分析

事例の概要を「医療機器等」と選択した医療事故報告およびヒヤリ・ハット事例において、報告時の選択項目である『種類』『事故(事例)の内容』を集計し、それぞれの分析を行った。

さらに、報告された事例を「実施した行為が誤っていた事例」と「実施すべき行為をしなかった事例」に分類し、分析した。

1) 『種類』の分析

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の「医療機器等」の医療事故事例 15 件、ヒヤリ・ハット事例 1 1 件について『種類』の集計を行った(図表Ⅲ-2-14)。参考として、職種経験 1 年以上の看護師・准看護師の「医療機器等」の医療事故事例 177 件、ヒヤリ・ハット事例 405 件についても同様に集計した。

職種経験 1 年未満の医療事故事例、ヒヤリ・ハット事例ともに「医療機器等」を選択した事例の報告件数は少ない。複数の事例が報告されたのは、医療事故事例では「酸素療法機器」「心電図・血圧モニタ」がそれぞれ 3 件、「人工呼吸器」が 2 件であり、ヒヤリ・ハット事例では、「心電図・血圧モニタ」2 件であった。「酸素療法機器」を選択した医療事故事例は、酸素流量計と酸素チューブの接続を確認していた際に酸素流量計が患者の顔面に落下した事例などであった。「心電図・血圧モニタ」を選択した医療事故は、モニタのアラームが鳴っていたが気付かなかった事例や送信機から伝送した波形が 2 箇所に表示されていた事例などであった。医療事故事例の「その他の医療機器等」6 件には、手術時に使用する吻合器、病棟内設置の血液保冷库などが記載されていた。

参考として、職種経験 1 年以上の医療事故事例では、「人工呼吸器」54 件が最も多く、次いで「心電図・血圧モニタ」16 件であった。「その他の医療機器等」77 件で最も報告が多かったのは、医療機器ではない「療養用の電動ベッド」であった。その他に電気メスなど手術室で使用する器材や機器、気管チューブや輸液セットなども複数報告されている。職種経験 1 年以上のヒヤリ・ハット事例では、「人工呼吸器」78 件が最も多く、次いで「酸素療法機器」53 件、「輸液・輸注ポンプ」41 件などであった。

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

図表Ⅲ - 2 - 1 4 「医療機器等」の種類 (医療事件事例/ヒヤリ・ハット事例)

	医療事件事例 (対象：平成 22 年 1 月 1 日～平成 26 年 9 月 30 日)				ヒヤリ・ハット事例 (対象：平成 26 年 1 月 1 日～平成 26 年 9 月 30 日)			
			(参考)				(参考)	
	職種経験 1 年未満の 看護師・准看護師の 事例	職種経験 1 年以上の 看護師・准看護師の 事例	職種経験 1 年未満の 看護師・准看護師の 事例	職種経験 1 年以上の 看護師・准看護師の 事例	職種経験 1 年未満の 看護師・准看護師の 事例	職種経験 1 年以上の 看護師・准看護師の 事例	職種経験 1 年未満の 看護師・准看護師の 事例	職種経験 1 年以上の 看護師・准看護師の 事例
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
人工呼吸器	2	13.3	54	30.5	1	9.1	78	19.3
酸素療法機器	3	20.0	7	4.0	1	9.1	53	13.1
麻酔器	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.5
人工心肺	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
除細動器	0	0.0	2	1.1	0	0.0	0	0.0
I R B P	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ペースメーカー	0	0.0	3	1.7	0	0.0	17	4.2
輸液・輸注ポンプ	1	6.7	9	5.1	1	9.1	41	10.1
血液浄化用機器	0	0.0	2	1.1	0	0.0	35	8.6
保育器	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
内視鏡	0	0.0	3	1.7	0	0.0	12	3.0
低圧持続吸引器	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.7
心電図・血圧モニタ	3	20.0	16	9.0	2	18.2	38	9.4
パルスオキシメーター	0	0.0	4	2.3	0	0.0	3	0.7
高気圧酸素療法装置	0	0.0	0	0.0	1	9.1	0	0.0
歯科用回転研削器具	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
歯科用根管治療用器具	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
歯科補綴物・充填物	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他の医療機器等	6	40.0	77	43.5	5	45.5	123	30.4
合計	15	100.0	177	100.0	11	100.0	405	100.0

2) 『事故 (事例) の内容』の分析

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の「医療機器等」の医療事件事例 15 件、ヒヤリ・ハット事例 11 件について『事故 (事例) の内容』の集計を行った (図表Ⅲ - 2 - 1 5)。参考として、職種経験 1 年以上の看護師・准看護師の「医療機器等」の医療事件事例、ヒヤリ・ハット事例についても同様に集計した。

職種経験 1 年未満の医療事故では、「使用」の事例が最も多く 10 件 (66.7%) であった。その中でも「医療機器等・医療材料の不適切使用」が 5 件あった。「医療機器等・医療材料の不適切使用」の事例は、新人看護師が吻合器の替え刃を交換するのを忘れており、そのまま使用した事例や人工呼吸器の加湿器の水を追加するためスイッチを一旦 OFF にした後、作動させるのを忘れた事例であった。職種経験 1 年未満のヒヤリ・ハット事例では、医療事件事例とは異なり「管理」が 5 件 (45.5%)、次いで「準備」4 件 (36.4%) であった。複数の事例報告があったのは「管理」の「保守・点検忘れ」2 件や、「準備」の「設定条件間違い」3 件であった。

参考として、職種経験 1 年以上の医療事故においても職種経験 1 年未満の事例と同じく、「使用」の事例が最も多く 119 件 (67.2%) であった。また、職種経験 1 年以上のヒヤリ・ハット事例においては、職種経験 1 年未満の事例とは違い「使用」の事例が多く 156 件 (38.5%) であった。

図表Ⅲ - 2 - 15 「医療機器等」の事故(事例)の内容(医療事件事例/ヒヤリ・ハット事例)

事故(事例)の内容	医療事件事例 (対象:平成22年1月1日～平成26年9月30日)				ヒヤリ・ハット事例 (対象:平成26年1月1日～平成26年9月30日)			
	(参考) 職種経験1年未満の 看護師・准看護師の 事例		(参考) 職種経験1年以上の 看護師・准看護師の 事例		(参考) 職種経験1年未満の 看護師・准看護師の 事例		(参考) 職種経験1年以上の 看護師・准看護師の 事例	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
使用・管理の指示	1	6.7	5	2.8	0	0.0	17	4.2
指示出し忘れ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
指示遅延	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2
対象患者指示間違い	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.5
使用方法指示間違い	1	6.7	0	0.0	0	0.0	1	0.2
その他の使用に関する内容	0	0.0	5	2.8	0	0.0	13	3.2
管理	4	26.7	28	15.8	5	45.5	118	29.1
保守・点検不良	0	0.0	1	0.6	0	0.0	8	2.0
保守・点検忘れ	0	0.0	0	0.0	2	18.2	7	1.7
使用中の点検・管理ミス	3	20.0	13	7.3	1	9.1	60	14.8
破損	0	0.0	4	2.3	1	9.1	9	2.2
その他の管理に関する内容	1	6.7	10	5.6	1	9.1	34	8.4
準備	0	0.0	25	14.1	4	36.4	114	28.1
組み立て	0	0.0	4	2.3	0	0.0	12	3.0
設定条件間違い	0	0.0	2	1.1	3	27.3	29	7.2
設定忘れ	0	0.0	1	0.6	0	0.0	17	4.2
電源入れ忘れ	0	0.0	2	1.1	0	0.0	7	1.7
警報設定忘れ	0	0.0	3	1.7	0	0.0	0	0.0
警報設定範囲間違い	0	0.0	1	0.6	0	0.0	0	0.0
便宜上の警報解除後の再設定忘れ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
消毒・清潔操作の誤り	0	0.0	3	1.7	1	9.1	4	1.0
使用前の点検・管理ミス	0	0.0	5	2.8	0	0.0	18	4.4
破損	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.7
その他の準備に関する内容	0	0.0	4	2.3	0	0.0	24	5.9
使用	10	66.7	119	67.2	2	18.2	156	38.5
医療機器等・医療材料の不適切使用	5	33.3	30	16.9	2	18.2	63	15.6
誤作動	0	0.0	7	4.0	0	0.0	9	2.2
故障	1	6.7	6	3.4	0	0.0	7	1.7
破損	0	0.0	6	3.4	0	0.0	14	3.5
その他の使用に関する内容	4	26.7	70	39.5	0	0.0	63	15.6
合計	15	100.0	177	100.0	11	100.0	405	100.0

3) 事例の分類

職種経験1年未満の看護師・准看護師の「医療機器等」の医療事件事例とヒヤリ・ハット事例について事例を概観し、「実施した行為が誤っていた事例」「実施すべき行為をしなかった事例」「その他」に分類し、集計した(図表Ⅲ - 2 - 16)。

「医療機器等」では、医療事件事例では、「実施すべき行為をしなかった事例」が10件(66.7%)と多く、確認を怠ったため人工呼吸器の回路が外れていることに気付くのが遅れた事例やモニタのアラームに気付くのが遅れた事例などが複数報告された。

ヒヤリ・ハット事例では、「実施した行為が誤っていた事例」が7件(63.6%)と多く、人工呼吸器装着する際、医師から指示された内容を誤って設定し、患者に装着した事例などであり、その内、誤った行為を患者に実施する前に気付いた事例では、後述する図表Ⅲ - 2 - 18の事例No.1の滅菌器材を準備する際に不潔にしてしまったことを先輩看護師に指摘されて気付いた事例などであった。

図表Ⅲ - 2 - 1 6 「医療機器等」事例の分類 (医療事件事例／ヒヤリ・ハット事例)

分類	医療事件事例		ヒヤリ・ハット事例	
	件数	%	件数	%
実施した行為が誤っていた事例 (内、誤った行為を実施する前に気付いた事例)	3	20.0	7	63.6
実施すべき行為をしなかった事例	10	66.7	3	27.3
その他	2	13.3	1	9.1
合計	15	100.0	11	100.0

※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。

③「医療機器等」に関する医療事件事例の概要

報告された事例のうち、「医療機器等」の医療事件事例の主な事例を示した (図表Ⅲ - 2 - 1 7)。さらに、それらのいくつかの事例について、専門分析班及び総合評価部会でなされた議論を示した。また、ヒヤリ・ハット事例の「医療機器等」に該当する事例も一部紹介する (図表Ⅲ - 2 - 1 8)。

図表Ⅲ - 2 - 1 7 「医療機器等」の事例の概要 (医療事故)

事例 No.	事故の程度	当事者職種 (職種経験年数)		事故の内容	事故の背景要因	改善策
		1 人 目	2 人 目			
実施した行為が誤っていた事例						
1	障害残存の可能性がある (低い)	看護師 (0 年 3 ヶ月)	—	内視鏡下にて生体腎移植のドナーの手術を開始した。腎の剥離、尿管切離、腎動脈 2 本切離 (エンドファイヤー G I A 3 0 使用) する。2 本目の動脈に使用した自動吻合器が術者からもどってきたが、直接介助者の新人看護師は、すぐに刃をとりはずさず、器械台の上に置いたため、2 本の自動吻合器が混在した。ガーゼを渡した後、替え刃を交換したと思った自動吻合器を術者に渡した。医師がエンドファイヤー G I A 3 0 を使用して腎静脈を切離した際、切離はされたがステープルされず出血した。4-0 プローリンにて閉創し、止血した。	使用した自動吻合器を医師から受け取った際に、自動吻合器の替え刃をすぐに取り外さずに器械台の上に置いた。器械台の上には替え刃を交換したものとそうではないものが混在していた。本来であれば新しく替え刃をした自動吻合器で行うはずの静脈に対して、使用済み替え刃が付いている自動吻合器を渡した。使用済み替え刃にセーフティロックがかからなかった。3 ヶ月の新人看護師であったため、指導者が傍にいたが、チェックできなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 自動吻合器を使用する際は、必ず 2 名にて立ち会い、替え刃のチェックを指差し、声出し確認する。 自動吻合器が術野から戻ったら、替え刃をすぐに外し刃を術野から下ろす (これまで、術野の中で使用済みと未使用を分別していた)。 下ろした替え刃はシリアルナンバーで管理する。 自動吻合器本体それぞれが区別できるように色別のシールを貼付し管理する。 新人看護師の指導体制を見直す。

事例 No.	事故の程度	当事者職種 (職種経験年数)		事故の内容	事故の背景要因	改善策
		1 人 目	2 人 目			
実施すべき行為をしなかった事例						
2	障害なし	看護師 (5年 3ヶ月)	看護師 (0年 3ヶ月)	血液保冷庫のアラームが鳴った。日勤看護師リーダーは保冷庫のドアが開いているためアラームが鳴っていると思い、新人看護師にドアを閉める指示とアラームのスイッチを切る指示をした。指示を受けた新人看護師は、ドアが開いていなかったため、ドアを一度開け、再度閉め、アラームのスイッチを切った。看護師リーダーは、後でアラームを付けようと思っていたが、スイッチを入れ忘れた。夜勤への申し送り時に保冷庫の温度表示が消えていたため、確認すると電源コードが抜けていた。保冷庫内の温度が上昇し、庫内の血液が使用不可となった。	ドアの開放がアラームの原因であると思い込み、電源コードが抜けていることを確認しなかった。本来アラームが鳴っているときはアラームの原因を特定する必要があるが、当該事例においては、アラームに対する意識の低さから原因究明を怠り、アラームのスイッチを切ったことや入れ忘れたことが冷蔵庫の温度上昇を招いた要因といえる。また、電源コードからコンセントまで 8.4 m と長く延長コードで接続していたこと、その間にレントゲンラックなどが煩雑に置かれていたことにより、電源が抜けていることに気がつきにくい状況であった。	<ul style="list-style-type: none"> アラームが鳴っているときは必ず原因を確認するよう心がける。 保冷庫などの機器類を扱うときは取扱説明書を確認し、正しく使用する。 アラームを一時的に消した場合は、血液を業務冷蔵庫に移動し、保冷庫が正しく作動するように点検を行う。 保冷庫はコンセントの近くに移動し、電源が抜けないように環境整備する。
		専門分析班及び総合評価部会の議論		<ul style="list-style-type: none"> ○リーダーの看護師は、確認する前にアラームの原因を決め付け、対応方法まで指示している。アラームに対応してもらう場合は、まずは「アラームの原因を調べてください」と指示ができるとよいだろう。 ○一時的であっても、アラームを「切る」という行動はしない方がよい。原因が解決できればアラームは止まるため、アラームを止めるための原因を探すことを重視した方がよい。 ○新人看護師はリーダーの看護師に指示された通りに行動しようとしているが、ドアが開いていないのに「一度開け、閉める」という行動を取っている。ここで、ドアが開いていないことを報告し、次の対応方法を確認できると良いだろう。 ○今回は血液保冷庫のアラームであったが、アラームが鳴る医療機器は沢山ある。そのため、このような事例は、アラームが鳴った時にどのように対応したらよいのかを学ぶ良い機会である。 		

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

事例 No.	事故の程度	当事者職種 (職種経験年数)		事故の内容	事故の背景要因	改善策
		1 人 目	2 人 目			
実施すべき行為をしなかった事例						
3	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)	患者のシーツ交換を行う際、新人の准看護師と看護師の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。記録室でのモニタに SpO ₂ 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 SpO ₂ 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、人工呼吸器回路の加湿器部が外れているのを発見した。その後、SpO ₂ が上昇し、人工呼吸器 FiO ₂ = 30%、血液検査、エックス線撮影を実施した。	シーツ交換を実施。患者は人工呼吸器を装着していた。リフター使用し、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人とも新人であった。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。	<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。
	専門分析班及び総合評価部会の議論	<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>				
(第 37 回報告書 110 頁 図表 III - 2 - 6 No. 6 の再掲)						

図表Ⅲ - 2 - 18 「医療機器等」の事例の概要 (ヒヤリ・ハット事例)

No.	当事者職種 (職種経験年数)		事例の内容	事例の背景要因	改善策
	1人目	2人目			
実施した行為が誤っていた事例 (誤った行為を実施する前に気付いた事例)					
1	看護師 (0年)	—	新人看護師は、直接介助者として入る手術の準備のため、使用する器械を器械台の上に清潔操作で出していた。器械台にオイフを敷き広げた後、滅菌物の入ったパックを開けてから片手で開封口を支え、もう片方の手に持った滅菌中鉗子を用いて器械や医療材料を1つずつ用意していた。準備操作はこれまでも何度か単独で実施しており、当日も1人で行っていた。そしてソノサージを出す際に、滅菌パックの開封口が清潔なオイフに触れてしまい、オイフとソノサージを不潔にしてしまった。自身ではその事実には気付かず、清潔室内にいた先輩看護師に指摘されて分かった。不潔になった部分が明確であったため、新しいオイフを敷き直し、ソノサージを交換することで清潔を保持することができた。	清潔操作の手技が未熟であった。医療器械の清潔を保持することへの意識が甘かった。先輩へ協力を依頼することをしなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 器械を開く際は、まず清潔を保持できる環境を整備し、何処が清潔で何処が不潔か確認しながら実施する。 滅菌パックの開封口をしっかり支える。 清潔に出す自信が無い時は、応援番又はガウンを着て清潔操作を行っている人に協力を依頼する。 手術に使用する器械という意識を高く持ち、責任を持って清潔の保持に努める。
実施すべき行為をしなかった事例					
2	看護師 (0年)	—	補助人工心臓装置の管理について自立している新人看護師は、機器チェックのため病室に行くが、患者と会話のみを行い、機器のチェックを行わずに退室した。1時間後、次の勤務の看護師に引き継ぎを行った際にチェックされていない事を指摘され気づいた。その後確認したが、機器のトラブルは無かった。	14:00のラウンドで訪室したが、機器のチェックを忘れていた。	<ul style="list-style-type: none"> タイムスケジュールのチェック方法を検討する。

(5) 「ドレーン・チューブ」に関する医療事故事例およびヒヤリ・ハット事例の分析

本分析では、職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した事例のうち、報告時に事例の概要を「ドレーン・チューブ」と選択した医療事故事例とヒヤリ・ハット事例を取り上げて分析した。

①発生状況

平成22年1月1日から平成26年9月30日の間に報告された職種経験1年未満の看護師・准看護師の医療事故事例のうち、「ドレーン・チューブ」の事例は、医療事故事例64件(既出、図表Ⅲ-2-1)、平成26年1月1日から平成26年9月30日の間に報告された職種経験1年未満の看護師・准看護師のヒヤリ・ハット事例が39件(既出、図表Ⅲ-2-5)であり、事例件数の割合で見ると医療事故11.7%、ヒヤリ・ハット事例8.9%とやや医療事故事例の方が「ドレーン・チューブ」の事例の割合が大きい。

また、職種経験1年未満の「ドレーン・チューブ」の医療事故事例の割合が11.7%に対し、職種経験1年以上の「ドレーン・チューブ」の医療事故事例の割合は8.6%と、職種経験1年未満の報告の割合がやや大きい。職種経験1年未満の「ドレーン・チューブ」のヒヤリ・ハット事例の割合が8.9%に対し、職種経験1年以上の「ドレーン・チューブ」のヒヤリ・ハット事例の割合は17.4%と、職種経験1年以上の看護師・准看護師からの報告の割合が大きい。

②「ドレーン・チューブ」の事例の分析

事例の概要を「ドレーン・チューブ」と選択した医療事故報告およびヒヤリ・ハット事例において、報告時の選択項目である『種類』『事故(事例)の内容』を集計し、それぞれの分析を行った。

さらに、報告された事例を「実施した行為が誤っていた事例」と「実施すべき行為をしなかった事例」に分類し、分析した。

1) 『種類』の分析

職種経験1年未満の看護師・准看護師の「ドレーン・チューブ」の医療事故事例64件、ヒヤリ・ハット事例39件について『種類』の集計を行った(図表Ⅲ-2-19)。参考として、職種経験1年以上の看護師・准看護師の「ドレーン・チューブ」の医療事故事例630件、ヒヤリ・ハット事例3,161件についても同様に集計した。

職種経験1年未満の医療事故では、「末梢静脈ライン」の事例が最も多く16件(25.0%)、次いで「栄養チューブ(NG・ED)」の事例が12件(18.8%)であった。「末梢静脈ライン」の事例は、点滴漏れの事例や患者による点滴の抜去の事例の報告が多かった。「栄養チューブ(NG・ED)」の事例においても、最も多いのは患者による栄養チューブの抜去の事例であり、その他には栄養チューブが気管に挿入されていた事例や栄養チューブの先端が食道にあった事例であった。

参考として、職種経験1年以上の医療事故では、「気管チューブ」の事例が101件(16.0%)と多く、次いで「末梢静脈ライン」の事例が84件(13.3%)であった。職種経験1年以上の事例においても、患者によるチューブ類の抜去事例や、移動時などにチューブが抜去された事例の報告が多かった。

職種経験1年未満のヒヤリ・ハット事例では、医療事故事例と同じく「栄養チューブ(NG・ED)」の事例が12件(30.8%)、次いで「末梢静脈ライン」の事例が10件(25.6%)であった。「栄養チューブ(NG・ED)」は、医療事故と同じく患者がチューブを抜去した事例や、栄養剤の注入後にクレンメを開放していた事例などであった。

参考として職種経験1年以上のヒヤリ・ハット事例では、「末梢静脈ライン」が1,161件(36.7%)、「栄養チューブ(NG・ED)」が759件(24.0%)であった。

全ての事例で報告の多かった「末梢静脈ライン」や「栄養チューブ(NG・ED)」は、使用されている頻度も多いため、報告件数が多いと考えられる。

図表Ⅲ-2-19 「ドレーン・チューブ」の種類(医療事故事例/ヒヤリ・ハット事例)

	医療事故事例 (対象：平成22年1月1日～平成26年9月30日)				ヒヤリ・ハット事例 (対象：平成26年1月1日～平成26年9月30日)			
			(参考)				(参考)	
	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の 事例	職種経験1年以上の 看護師・准看護師の 事例	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の 事例	職種経験1年以上の 看護師・准看護師の 事例	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の 事例	職種経験1年以上の 看護師・准看護師の 事例	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の 事例	職種経験1年以上の 看護師・准看護師の 事例
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
中心静脈ライン	6	9.4	59	9.4	4	10.3	297	9.4
末梢静脈ライン	16	25.0	59	9.4	10	25.6	1,161	36.7
動脈ライン	2	3.1	9	1.4	0	0.0	81	2.6
気管チューブ	4	6.3	101	16.0	2	5.1	93	2.9
気管カニューレ	2	3.1	65	10.3	0	0.0	33	1.0
栄養チューブ(NG・ED)	12	18.8	84	13.3	12	30.8	759	24.0
尿道カテーテル	9	14.1	47	7.5	2	5.1	186	5.9
胸腔ドレーン	3	4.7	29	4.6	1	2.6	53	1.7
腹腔ドレーン	1	1.6	15	2.4	0	0.0	28	0.9
脳室・脳槽ドレーン	0	0.0	20	3.2	0	0.0	21	0.7
皮下持続吸引ドレーン	1	1.6	1	0.2	0	0.0	24	0.8
硬膜外カテーテル	1	1.6	4	0.6	1	2.6	83	2.6
血液浄化用カテーテル・回路	0	0.0	17	2.7	0	0.0	23	0.7
三方活栓	0	0.0	0	0.0	0	0.0	30	0.9
その他のドレーン・チューブ類	7	10.9	120	19.0	7	17.9	289	9.1
合計	64	100.0	630	100.0	39	100.0	3,161	100.0

2) 『事故(事例)の内容』の分析

職種経験1年未満の看護師・准看護師の「ドレーン・チューブ」の医療事故事例64件、ヒヤリ・ハット事例39件について『事故(事例)の内容』の集計を行った(図表Ⅲ-2-20)。参考として、職種経験1年以上の看護師・准看護師の「ドレーン・チューブ」の医療事故事例、ヒヤリ・ハット事例についても同様に集計した。

職種経験1年未満の医療事故では、「使用」の事例が最も多く62件(96.9%)であった。中でも「自己抜去」が25件(39.1%)と最も多く、次いで誤ってチューブ類をはさみで切断した事例などの「切断・破損」の事例が6件(9.4%)、「閉塞」の事例が5件(7.8%)であった。参考として、職種経験1年以上でも同様の傾向であり、医療事故では「使用」が556件(88.3%)であり、「自己抜去」の事例が197件(31.3%)、「自然抜去」の事例が81件(12.9%)など、ドレーン・チューブ類が抜去到った事例の報告が多い。

職種経験1年未満のヒヤリ・ハット事例においても同様の傾向で「使用」の事例が28件(71.8%)と多く、その内「自己抜去」が6件(15.4%)、「閉塞」「ルートクランプエラー」「ドレーン・チューブ類の不適切使用」がそれぞれ4件(10.3%)であった。参考として、職種経験1年以上のヒヤリ・ハット事例では「使用」が2,408件(76.2%)であり、職種経験1年未満の事例と同様の傾向であった。

表Ⅲ - 2- 20 「ドレーン・チューブ」の事故 (事例) の内容 (医療事故事例／ヒヤリ・ハット事例)

事故 (事例) の内容	医療事故事例 (対象：平成22年1月1日～平成26年9月30日)				ヒヤリ・ハット事例 (対象：平成26年1月1日～平成26年9月30日)			
			(参考)				(参考)	
	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の 事例	職種経験1年以上の 看護師・准看護師の 事例	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の 事例	職種経験1年以上の 看護師・准看護師の 事例	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の 事例	職種経験1年以上の 看護師・准看護師の 事例	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の 事例	職種経験1年以上の 看護師・准看護師の 事例
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
使用・管理の指示	0	0.0	3	0.5	1	2.6	29	0.9
指示出し忘れ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
指示遅延	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0
対象患者指示間違い	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0
使用方法指示間違い	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0
その他の使用・管理の指示に関する内容	0	0.0	3	0.5	1	2.6	26	0.8
管理	2	3.1	66	10.5	10	25.6	710	22.5
点検忘れ	0	0.0	1	0.2	0	0.0	5	0.2
点検不良	0	0.0	2	0.3	0	0.0	5	0.2
使用中の点検・管理ミス	0	0.0	30	4.8	5	12.8	113	3.6
破損	0	0.0	2	0.3	0	0.0	26	0.8
その他の管理に関する内容	2	3.1	31	4.9	5	12.8	561	17.7
準備	0	0	5	0.8	0	0	14	0.4
組み立て	0	0.0	2	0.3	0	0.0	2	0.1
設定条件間違い	0	0.0	1	0.2	0	0.0	0	0.0
設定忘れ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0
消毒・清潔操作の誤り	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0
使用前の点検・管理ミス	0	0.0	2	0.3	0	0.0	4	0.1
その他の準備に関する内容	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	0.2
使用	62	96.9	556	88.3	28	71.8	2,408	76.2
点滴漏れ	4	6.3	34	5.4	0	0.0	43	1.4
自己抜去	25	39.1	197	31.3	6	15.4	1,637	51.8
自然抜去	4	6.3	81	12.9	1	2.6	144	4.6
接続はずれ	1	1.6	38	6.0	2	5.1	152	4.8
未接続	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	0.2
閉塞	5	7.8	28	4.4	4	10.3	78	2.5
切断・破損	6	9.4	44	7.0	0	0.0	96	3.0
接続間違い	4	6.3	8	1.3	1	2.6	15	0.5
三方活栓操作間違い	1	1.6	1	0.2	0	0.0	22	0.7
ルートクランプエラー	2	3.1	6	1.0	4	10.3	46	1.5
空気混入	1	1.6	1	0.2	1	2.6	2	0.1
誤作動	0	0.0	1	0.2	0	0.0	0	0.0
故障	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ドレーン・チューブ類の不適切使用	2	3.1	9	1.4	4	10.3	31	1.0
その他の使用に関する内容	7	10.9	108	17.1	5	12.8	135	4.3
合計	64	100.0	630	100.0	39	100.0	3,161	100.0

3) 事例の分類

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の「ドレーン・チューブ」の医療事故事例とヒヤリ・ハット事例について事例を概観し、「実施した行為が誤っていた事例」「実施すべき行為をしなかった事例」「その他」に分類し、集計した (図表Ⅲ - 2 - 2 1)。

医療事故事例では、ドレーン・チューブ類を患者自身が抜去した事例が多く「その他」が 3 1 件 (4 8. 4 %) と最も多い。次いで「実施した行為が誤っていた事例」が 2 2 件 (3 4. 4 %) であり、後述する図表Ⅲ - 2 - 2 2 で紹介する事例の No. 1～3 などであった。ヒヤリ・ハット事例では、「実施すべき行為をしなかった事例」が 1 3 件 (4 1. 0 %) と多く、後述する図表Ⅲ - 2 - 2 3 の事例 No. 3～No. 5 などの事例であった。

図表Ⅲ - 2 - 2 1 「ドレーン・チューブ」事例の分類 (医療事故事例／ヒヤリ・ハット事例)

分類	医療事故事例		ヒヤリ・ハット事例	
	件数	%	件数	%
実施した行為が誤っていた事例	2 2	3 4. 4	1 3	3 3. 3
(内、誤った行為を実施する前に気付いた事例)	—	—	—	—
実施すべき行為をしなかった事例	1 1	1 7. 2	1 6	4 1. 0
その他	3 1	4 8. 4	1 0	2 5. 6
合計	6 4	1 0 0. 0	3 9	1 0 0. 0

※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。

③ 「ドレーン・チューブ」に関する医療事故事例の概要

報告された事例のうち、「ドレーン・チューブ」の医療事故事例の主な事例を示した (図表Ⅲ - 2 - 2 2)。さらに、それらのいくつかの事例について、専門分析班及び総合評価部会でなされた議論を示した。

また、ヒヤリ・ハット事例の「ドレーン・チューブ」に該当する事例も一部紹介する (図表Ⅲ - 2 - 2 3)。

図表Ⅲ - 2 - 2 2 「ドレーン・チューブ」の事例の概要 (医療事故)

事例 No.	事故の程度	当事者職種 (職種経験年数)		事故の内容	事故の背景要因	改善策
		1 人 目	2 人 目			
実施した行為が誤っていた事例						
1	障害残存の可能性なし	看護師 (13年8ヶ月)	看護師 (0年8ヶ月)	<p>心臓カテーテル検査のため、膀胱留置カテーテル留置の指示があった。1 4 年目の看護師 A の指導のもと、新人看護師 B が膀胱留置カテーテル 1 6 F r の挿入を試みた。患者からの痛みの訴えが強く、また抵抗があり挿入困難であったため、看護師 A が手技を交代し挿入を試みるが、挿入できなかった。そこで、カテーテルサイズを 1 4 F r に換え、再度、新人看護師 B が挿入を試みたが抵抗があり、やはり挿入できなかったため、再度看護師 A に交代した。看護師 A は、挿入時に抵抗はあったが、強い抵抗では無いと感じ、カテーテルが尿道より 1 0 c m 程度残る部分まで挿入し、固定水を注入した。カテーテル挿入の長さから膀胱内に留置できたと判断したが、カテーテル内に尿が流出しなかった。その後、検査出棟のため、患者がベッドより起き上がったところ、カテーテル内に血液が流出したため、カテ室到着時に主治医へ報告した。泌尿器医師が、膀胱造影行ったところ、尿道損傷を確認した。</p>	<p>カテーテル挿入時に抵抗があり、挿入困難であったが、数回挿入を試みた。カテーテル挿入後、尿の流出がなかったにも関わらず、固定水を注入し、バルンを膨らませた。事前にトイレで排尿したため、尿の流出がないと思った。看護手順では、男性患者の場合、カテーテル挿入は 2 0 ~ 2 5 c m となっているが、今回挿入の長さは、2 0 c m まで到達していなかった。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 新人看護師に対して、男性患者の尿道留置カテーテル挿入に関する看護技術教育を徹底する。 ・ 導尿シミュレータを購入し、技術を習得できる環境を作る。 ・ 泌尿器科医師による、技術教育を実施し、技術向上に努める。 ・ チェックリストに沿って、技術チェックする。 2. 看護手順に沿った、カテーテル挿入の実施を行うよう、注意喚起する。 ・ 挿入困難な場合は無理に続けず、医師に依頼し、必要時、泌尿器科医師にコンサルトする。 ・ 尿の流出を確認後、固定水を注入する。 3. 看護手順の見直し、ガイドラインの作成を行う。
	専門分析班及び総合評価部会の議論	<p>○第 3 7 回報告書の図表Ⅲ - 2 - 6 の事例 No. 4 (1 0 8 頁) と同じく、尿の流出がないがバルンを膨らませ、尿道損傷をきたした事例である。</p> <p>○医療機関によっては、男性患者に膀胱留置カテーテルを挿入する場合は医師が行うと決めているところや、男性患者の羞恥心を考慮して、手技を確立した男性の看護師が行っているところもある。</p> <p>○本事例では、何度も挿入を繰り返しているが、早めに医師へ相談するなどの対応が必要であっただろう。また、このような場面では、新人看護師にも膀胱留置カテーテルの挿入が困難な場合は無理せず医師に相談するよう指導できるとよい。</p> <p>○背景要因の概要に「事前にトイレで排尿したため、尿の流出がないと思った。」とあるが、入っているのに膀胱に尿がないのか、膀胱まで到達していないのかの判断は難しく、尿の流出がない場合はバルンを膨らませないと決めた方が安全である。</p> <p>○本事業の医療安全情報 No. 8 0 「膀胱留置カテーテルによる尿道損傷」(2 0 1 3 年 7 月) のイラストや「尿の流出を確認した後にバルンに蒸留水を注入する。」という医療機関の取り組みなどを教育に使用していただきたい。</p>				

事例 No.	事故の程度	当事者職種 (職種経験年数)		事故の内容	事故の背景要因	改善策
		1 人 目	2 人 目			
実施した行為が誤っていた事例						
2	障害なし	看護師 (3年 2ヶ月)	医師 (0年 2ヶ月)	<p>TUR-P 手術後、輸液ポンプを使用して生食 100mL/h で膀胱持続灌流を開始した。帰室から約 4 時間後、尿流出が不良となり、血尿増強しコアグラの排泄を認めた。ルートのミルキングをするが尿の流出なし。ルートを確認したところ、灌流用の生食が 3WAY 膀胱留置カテーテルのバルブに繋がって、バルン側に灌流用の生食が流れていた。直ちに泌尿器科担当医師に報告し、指示により、当直医師が 3WAY カテーテル抜去した。その後、カテーテル交換し、灌流を再開した。術後 7 日目に膀胱鏡を実施し、バルンの破片がないことを確認した。</p>	<p>灌流開始時、輸液ポンプの各設定は新人看護師とプリセプターの 2 人で行ったが、灌流液との接続時ルート確認は新人看護師一人で行った。新人看護師は、接続について正確に覚えていなかった。プリセプターは、新人看護師が灌流の経験が 3 回あるので大丈夫だろうと判断し、確認依頼もなかったので確認をしなかった。輸液ポンプを使用したため、逆流もなく、強制的に生食が注入された。バルンが破裂しても入り続けたがアラーム等も鳴らないため、その後のルートの確認はしていない。本来繋げる部分の灌流液注入ファネルとバルンに繋がるバルブのどちらにも同じ灌流ルートが接続可能であった。灌流手順がないため実施時確認することができなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・膀胱持続灌流に輸液ポンプは使用しない。 ・カテーテルの構造、灌流目的、危険、原理について学習会を行い、手順を作成する。 ・ダブルチェックの徹底。 ・新人看護師が実施する時は、入職後 3 か月間は先輩看護師が指導に関わる。
	専門分析班及び 総合評価部会の議論		<ul style="list-style-type: none"> ○ 3WAY の膀胱留置カテーテルの灌流液注入ファネルとバルンに繋がるバルブは、見た目も似ており、どちらも同じ径であるため同じモノが繋がってしまうため、3WAY カテーテルの構造を十分に理解しておく必要があるだろう。 ○ 背景要因の概要に「プリセプターは、新人看護師は経験が 3 回あり、確認依頼がなかったため確認しなかった」とあるが、新人看護師は入職後 2 ヶ月であり、新人看護師の実施の後に確認は必要な時期ではないか。 ○ 膀胱持続灌流をよく行うのは泌尿器科であるため、特に泌尿器科の病棟では、教育を徹底しておく必要があるだろう。 ○ この事例に限らず、新人看護師への教育は、どのように行うのかという作業手順だけでなく、なぜ行うのかという根拠や、間違えやすいことはどんなことか、間違えるとどうなるかという危険性の教育も合わせて行う必要があるのではないか。 			

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

事例 No.	事故の程度	当事者職種 (職種経験年数)		事故の内容	事故の背景要因	改善策
		1 人目	2 人目			
実施した行為が誤っていた事例						
3	障害残存の可能性がある (低い)	看護師 (0年7ヶ月)	—	<p>新人看護師は、レギュラーミルクを経管栄養のチューブから授乳しようとした。その際、酸素投与を行うための人工鼻に留置していた栄養チューブに、誤って経管栄養のチューブをつないだ。</p>	<p>患児の人工鼻管理においての酸素送与は、既製品では大きすぎてうまくフィットしなかった。そのため、人工鼻のフィルターに栄養チューブを挿入して酸素接続ルートを自作して使用していた。酸素送気用に使用していた栄養チューブと経管栄養用の栄養チューブに同じ規格のものを使用し、誤接続可能な状態にあった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 新生児用人工鼻からの酸素投与時は、栄養カテーテルの使用を禁止する。 人工鼻使用時に酸素投与が必要な場合は、酸素供給ポート付小児用人工鼻を使用する。 患者にとって小児用人工鼻の形状が大きく適さない場合には、新生児用人工鼻と酸素マスクを使用する。
実施すべき行為をしなかった事例						
4	障害なし	看護師 (0年4ヶ月)	—	<p>患者の点滴ラインは、刺入部から 50 cm の延長チューブ、閉鎖式の静脈ライン用コネクタ、更に 50 cm の延長チューブ、三方活栓、輸液セットが繋がっていた。予定の点滴が終了し、生食ロックをする際、1 年目看護師は延長チューブ 2 本、三方活栓を残して輸液セットを外し、生食を流した。その後、三方活栓の流速方向を確認せず、他患者から呼ばれたことから、三方活栓を開放のままその場を離れた。すぐに戻ると、寝具に血液の溜まりを発見し、約 150 mL 程度逆流していた。患者は血圧 70 mmHg 台まで低下、気分不快を訴えた。患者は元々ヘモグロビンが 10.2 g/dL と貧血があったが、翌日の採血で 6.9 g/dL まで低下し、2 日間で輸血 4 単位を投与した。</p>	<p>1 年目看護師は生食ロックの方法を確実に把握できていなかった。また、三方活栓の原則、清潔操作、開放状態による患者の影響について、知識、技術が不足していた。慣れない夜勤での多重業務に焦ってしまい、優先順位、判断を誤った。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 看護師全職員へ今回の事例を情報伝達、注意喚起を行い、1 年目看護師の手技について各病棟一人ひとり確認を行った。 点滴ラインの操作方法、清潔操作について再教育を行った。 1 年目看護師の受け持ち患者の重症度、夜勤業務の見直し、一人ひとりの業務自立を評価し、多重業務の対するフォロー体制や報告について各病棟見直し検討を行う。 基準手順の再周知を行う。
				<p>○図表Ⅲ - 2 - 1 2 の No. 2 (1 1 4 頁) と同じく、閉鎖式の静脈ライン用コネクタが付いていることで、閉鎖していると勘違いした可能性はないか。閉鎖式の静脈ライン用コネクタを使い慣れると、他のコネクタを使用しても閉鎖していると勘違いすることもあるため、それぞれの構造について学習しておく必要がある。</p> <p>○何か作業を始めた場合、ここまで終わらないと次の作業に移ってはいけなく決めておく方がよい。今回の事例の場合は、ロックが完了するまで、たとえ他患者から呼ばれても行かないとしておくことよ。</p> <p>○医療機関によっては、静脈ラインの I V は 1 年目の看護師が行わないと決めているところもあるため、看護師が行う場合でもあらかじめ技術チェック (危険性の認識も含めて) を行い、この部分まで理解できていれば実施が可能であるなど具体的な到達度の確認が必要である。</p> <p>○この事例においても、新人看護師の教育の際にロックの作業手順を伝えるだけでなく、三方活栓を開放したままにすると、血液が逆流して出血することや、不潔になることで感染するなど危険性の教育も合わせて行う必要があるだろう。</p>		

事例 No.	事故の程度	当事者職種 (職種経験年数)		事故の内容	事故の背景要因	改善策
		1 人目	2 人目			
実施すべき行為をしなかった事例						
5	障害なし	看護師 (0年 9ヶ月)	—	左手背に点滴静脈注射の輸液ルート確保し、ヴィーンDを 50mL/h で実施中。新人看護師は、輸液確認を他の看護師とダブルチェックした。1 時間後、輸液ポンプアラームが鳴り、患者の手を観察したところ左手背～前腕にかけ腫脹と白色から暗紫色を呈しており、輸液漏れに気付いた。上肢挙上と温罨法、輸液除去で観察後、一時的に水泡が出現したが経過観察で障害は残らなかった。	患者は輸液管理に協力できずに、末梢静脈ラインが挿入されている左手を支えに立ち上がるため、輸液ポンプのアラームがよく鳴っていた。新人看護師は、点滴漏れが生じた時に輸液ポンプのアラームが鳴ると思い込んでいた。新人看護師やダブルチェックした看護師は、高浸透液が輸液漏れしやすいという知識がなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 輸液ポンプのアラームは、輸液が漏れていても鳴らない事や漏れていても輸液を押し込む事を看護師の安全委員会で伝達し、周知した。 現場看護師に、輸液観察しやすい固定方法 (基本のフィルム固定をするよう) を促した。 看護師の輸液漏れ防止研修会を実施する。 輸液漏れしやすい薬品や、漏れを確認する方法をフィールドナーススペシャリストにより、INS (Infusion Nurses Society: 輸液看護師協会) の輸液看護基準に基づく講義を行った。

図表Ⅲ - 2 - 23 「ドレーン・チューブ」の事例の概要 (ヒヤリ・ハット事例)

No.	当事者職種 (職種経験年数)		事例の内容	事例の背景要因	改善策
	1 人目	2 人目			
実施した行為が誤っていた事例					
1	看護師 (0年)	—	午前中、輸液ポンプで投与していたカタボンHiをシリンジポンプに交換した際、シリンジとルートの接続が確実にできておらず、液が接続部から漏れていたことをベア看護師に指摘され直後に血圧低下があり注意するよう指導を受けた。午後、ベア看護師から訪室する前に残りのカタボンHiをシリンジに吸って交換する準備をしていることと、蓄尿バッグの尿をとるように言われ、一人で訪室した。その時カタボンHiが少量しかなく、アラームが鳴りだした。早く交換しなければと思い、シリンジポンプの交換経験が少なく、血圧の変動がある患者であるのかかわらず一人でシリンジポンプを交換した。その後、再び血圧低下があった。	前日に意識レベル低下、血圧低下があった患者。カタボンHiをシリンジポンプで投与していた。当日も血圧低下があり、循環動態を頻回にチェックされていた。	<ul style="list-style-type: none"> 循環動態に作用する薬を使用している場合は、点滴更新の際、患者に対して影響を及ぼす可能性があることを認識する。 循環動態に作用する薬剤の更新は、他の看護師と一緒に交換する。

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.	当事者職種 (職種経験年数)		事例の内容	事例の背景要因	改善策
	1 人目	2 人目			
実施した行為が誤っていた事例					
2	看護師 (0 年)	看護師 (1 年)	<p>看護師 A と看護師 B で患者を担当していた。泌尿器科医から膀胱留置カテーテルは 2 週間留置しておくよう指示があると、夜勤者から看護師 A・B は申し送りを受け、各自のメモに記載した。膀胱留置カテーテルについては口頭での引継ぎのみで、ワークシートへの記載は無かった。患者は 14 時に転棟する予定であり、それに合わせて安静度を拡大した。尿の流出は 200 mL 程度認めており、血尿スケール 1 で経過していた。患者から膀胱留置カテーテル抜去の要望があり、看護師 A・B は膀胱留置カテーテルを 2 週間留置しておく事を忘れ抜去した。その後、転棟の際に看護師 B が他病棟の看護師へ患者のことを申し送る際に自己のメモを確認し、留置の指示があったことが分かった。泌尿器科医に報告し、転棟先の病棟で 14 Fr の膀胱留置カテーテルを挿入する事となった。</p>	<p>各自のメモだけに記載しており、全スタッフが周知できるようにしていなかった。メモを確認する行動がとれていなかった。患者の状態を十分に把握出来ておらず、膀胱留置カテーテル抜去の危険性を予測できていなかった。患者に必要なケア・処置は何か考えて行動する必要があった。ペアリングを活用できていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 重要な事はワークシートに記載する（確実に確認する場所であり、他のスタッフに周知できるところに記載する）。 メモを確認し、重要な出来事を再認識する。 患者の状態から必要なケア・処置、注意すべき事をペアで確認・計画する。 ケア・処置の必要性を考えて行動する。 膀胱留置カテーテル留置の必要性を患者に説明する。
実施すべき行為をしなかった事例					
3	看護師 (0 年)	—	<p>胃管チューブ挿入中の患者。受け持ちの新人看護師は、昼の与薬のため胃管チューブより与薬を行った後、クランプせず開放した状態にしていた。夕方の与薬の準備をしている際、先輩看護師に与薬方法を指摘され、クランプをしなければいけなかったことに気付く。患者は胃管カテーテルで排液ドレナージを行っていたため、普段は開放した状態であった。</p>	<p>新人看護師は与薬後、クランプすることの認識がなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 先輩看護師、新人看護師双方に師長が指導を行った。

No.	当事者職種 (職種経験年数)		事例の内容	事例の背景要因	改善策
	1 人目	2 人目			
実施すべき行為をしなかった事例					
4	看護師 (0 年)	看護師 (0 年)	十二指腸狭窄による黒色嘔吐のため救急搬送された患者が、病棟へ緊急入院することになった。遅番であった当事者 B が救急病棟へ 1 人で迎えに行き、胃カテーテル挿入の申し送りを受けたが、カテーテルを開放にするのか閉鎖にするのかという申し送りは受けず、また、当事者 B もその点について確認をしなかった。カルテには開放か閉鎖かという指示の記載はなかった。来棟時胃カテーテルは閉鎖したままであり、受け持ちであった当事者 A は胃カテーテルが挿入されていることを確認したが、閉鎖していることに疑問をもつことはなく、そのままの状態を経過した。当事者 A、B が体位変換のために患者の部屋に入室すると、大量の黒緑色の嘔吐をしていることを発見した。嘔吐したことで酸素飽和度は低下し、意識レベルの低下、血圧測定不可能であったため当番医に連絡し診察を受け、動脈血酸素分圧測定と採血を施行した後、胃カテーテルを開放すると、黒緑色の液が 100 mL 排出された。当番医の指示により酸素 8 L リザーバーで投与し、酸素飽和度が上昇した。	胃カテーテル挿入の意義をきちんと考えていなかった。開放するのかどうかという確認が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> ひとつひとつの処置の意義を考えてケアを実施していく。 疑問に思ったことはすぐに先輩や医師に確認する。
5	看護師 (0 年)	—	慢性硬膜下血腫で入院となった患者は、硬膜下ドレーンを挿入中であった。CT 撮影のため医師と新人看護師が移送した。撮影台へ移動する前に、医師がドレーンをクランプするためのコッヘルがないこと、撮影台移動時に硬膜下ドレーンをクランプしていないことに主治医が気づき、ドレーンをクランプした。患者の状態に変化がなく CT 上、血腫の増強なくドレーンが除去となった。	初めて受け持つ患者であることをリーダーへ伝えておらず、注意点を聞くことができなかった。硬膜下ドレーンが挿入されている患者の看護の知識が不足していた。硬膜下ドレーンが挿入されている患者が CT 撮影に行く際の物品を確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 慢性硬膜下血腫の病態を理解し、ドレーン管理の学びを深める。 初めて受け持つ患者の検査に行くときは、どの物品を準備したらよいか、何に注意しなければならないのかなどを事前学習する。 初めての処置や検査があった場合は振り返りを行い、自分の知識や技術を高める。 検査や処置に必要な物品を確認し、準備することを指導した。

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.	当事者職種 (職種経験年数)		事例の内容	事例の背景要因	改善策
	1 人目	2 人目			
その他					
6	看護師 (0 年)	看護師 (4 年)	患者は経鼻栄養チューブの自己抜去の既往あり、両手にミトンを装着していた。食事時のみミトンを外しており、ミトン装着を拒否すること多いがタイミングを見計らってミトンを装着していた。当日、夕食を摂取し白湯の投与終了後、新人看護師は他患者の対応をするため患者に背を向けた。その後、振り返った際に、患者が抜いた経鼻栄養チューブを手を持っていた。	患者より瞬間目を離した際に経鼻栄養チューブを自己抜去した。新人看護師はミトン装着の必要性について理解していたが、本人が拒否していたため対処できなかった。的確な指導ができていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 経鼻栄養チューブの自己抜去歴が何回もある患者から目を離すときは、ミトンを装着する。 ミトンを拒否し、ミトンの装着ができない時は患者の側を離れない。 タイミングを見計らってミトンを装着する。 新人看護師はミトンを拒否する患者に対しての対処方法が分からなかったようであり、的確に指示していく。

(6) 「検査」に関する医療事故事例およびヒヤリ・ハット事例の分析

本分析では、職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した事例のうち、報告時に事例の概要を「検査」と選択した医療事故事例とヒヤリ・ハット事例を取り上げて分析した。

①発生状況

平成 22 年 1 月 1 日から平成 26 年 9 月 30 日の間に報告された職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の医療事故事例のうち、「検査」の事例は、医療事故事例 3 件（既出、図表Ⅲ - 2 - 1）、平成 26 年 1 月 1 日から平成 26 年 9 月 30 日の間に報告された職種経験 1 年未満の看護師・准看護師のヒヤリ・ハット事例が 53 件（既出、図表Ⅲ - 2 - 5）であり、事例件数の割合で見ると医療事故の 0.5% と少ないが、ヒヤリ・ハット事例では 12.1% と報告の割合が大きい。

また、職種経験 1 年未満の「検査」の医療事故事例の割合が 0.5% に対し、職種経験 1 年以上の「検査」の医療事故事例の割合は 1.3% と、職種経験 1 年未満と 1 年以上では大差がなかった。職種経験 1 年未満の「検査」のヒヤリ・ハット事例の割合が 12.1% に対し、職種経験 1 年以上の「検査」のヒヤリ・ハット事例の割合は 5.6% と、職種経験 1 年未満の看護師・准看護師からの報告の割合が大きい。

②「検査」の事例の分析

事例の概要を「検査」と選択した医療事故報告およびヒヤリ・ハット事例において、報告時の選択項目である『種類』『事故(事例)の内容』を集計し、それぞれの分析を行った。

さらに、報告された事例を「実施した行為が誤っていた事例」と「実施すべき行為をしなかった事例」に分類し、分析した。

1) 『種類』の分析

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の「検査」の医療事故事例 3 件、ヒヤリ・ハット事例 53 件について『種類』の集計を行った（図表Ⅲ - 2 - 24）。参考として、職種経験 1 年以上の看護師・准看護師の「検査」の医療事故事例 96 件、ヒヤリ・ハット事例 1,024 件についても同様に集計した。

職種経験1年未満の医療事故の「検査」の事例は報告が3件であり、「検体採取」の「採血」、テキスト部分に細胞診、組織診と記載された「その他の検体採取」、「血糖測定(病棟で実施したもの)」であった。

参考として、職種経験1年以上の医療事故においては、最も多いのは「検体採取」の49件(51.0%)、そのうち「採血」の事例が38件であるが、1年未満の事例では報告のない「画像検査」の事例が32件(33.3%)、「内視鏡検査」の事例が11件(11.5%)の報告があった。

職種経験1年未満のヒヤリ・ハット事例においても、「検体採取」が34件(64.2%)と最も多く、その中でも「採血」を選択している事例が26件(49.1%)であった。次いで、「機能検査」が12件(22.6%)あり、全て「血糖測定((病棟で実施したもの))」の事例であった。

参考として職種経験1年以上のヒヤリ・ハット事例においても、傾向は同じく「検体採取」が616件(60.2%)であり、そのうち、「採血」の事例が多い。職種経験1年未満、1年以上のどちらの医療事故事例にも報告のない「採尿」の事例がヒヤリ・ハット事例では報告されている。

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

図表Ⅲ - 2 - 2 4 「検査」の種類 (医療事故事例／ヒヤリ・ハット事例)

事故 (事例) の内容	医療事故事例 (対象：平成22年1月1日～平成26年9月30日)				ヒヤリ・ハット事例 (対象：平成26年1月1日～平成26年9月30日)						
			(参考)				(参考)				
	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の 事例	件数	%	職種経験1年以上の 看護師・准看護師の 事例	件数	%	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の 事例	件数	%	職種経験1年以上の 看護師・准看護師の 事例	件数
検体採取	2	66.7	49	51.0	34	64.2	616	60.2			
採血	1	33.3	38	39.6	26	49.1	383	37.4			
採尿	0	0.0	0	0.0	6	11.3	130	12.7			
採便	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	1.2			
採痰	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	0.5			
穿刺液	0	0.0	1	1.0	0	0.0	6	0.6			
その他の検体採取	1	33.3	10	10.4	2	3.8	80	7.8			
生理検査	0	0.0	1	1.0	1	1.9	51	5.0			
超音波検査	0	0.0	0	0.0	0	0.0	14	1.4			
心電図検査	0	0.0	0	0.0	0	0.0	28	2.7			
トレッドミル検査	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
ホルター負荷心電図	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.2			
脳波検査	0	0.0	1	1.0	0	0.0	0	0.0			
筋電図検査	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
肺機能検査	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.3			
その他の生理検査	0	0.0	0	0.0	1	1.9	4	0.4			
画像検査	0	0.0	32	33.3	5	9.4	134	13.1			
一般撮影	0	0.0	9	9.4	0	0.0	28	2.7			
ポータブル撮影	0	0.0	1	1.0	0	0.0	7	0.7			
C T	0	0.0	14	14.6	4	7.5	56	5.5			
M R I	0	0.0	0	0.0	0	0.0	18	1.8			
血管カテーテル撮影	0	0.0	4	4.2	0	0.0	3	0.3			
上部消化管撮影	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	0.5			
下部消化管撮影	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.3			
その他の画像検査	0	0.0	4	4.2	1	1.9	14	1.4			
内視鏡検査	0	0.0	11	11.5	1	1.9	51	5.0			
上部消化管	0	0.0	5	5.2	1	1.9	26	2.5			
下部消化管	0	0.0	4	4.2	0	0.0	15	1.5			
気管支鏡	0	0.0	1	1.0	0	0.0	3	0.3			
その他の内視鏡検査	0	0.0	1	1.0	0	0.0	7	0.7			
機能検査	1	33.3	3	3.1	12	22.6	172	16.8			
耳鼻科検査	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1			
眼科検査	0	0.0	1	1.0	0	0.0	1	0.1			
歯科検査	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
検体検査	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0.4			
血糖測定 (病棟で実施したもの)	1	33.3	0	0.0	12	22.6	150	14.6			
病理検査	0	0.0	1	1.0	0	0.0	0	0.0			
核医学検査	0	0.0	1	1.0	0	0.0	3	0.3			
その他の機能検査	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	1.3			
合計	3	100.0	96	100.0	53	100.0	1,024	100.0			

2) 『事故(事例)の内容』の分析

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の「検査」の医療事故事例 3 件、ヒヤリ・ハット事例 5 3 件について『事故(事例)の内容』の集計を行った(図表Ⅲ-2-25)。参考として、職種経験 1 年以上の看護師・准看護師の「検査」の医療事故事例、ヒヤリ・ハット事例についても同様に集計した。

職種経験 1 年未満の医療事故の「検査」の事例は報告が 3 件であり、「実施」の「患者取り違い」が 2 件、「管理」の「その他の管理に関する内容」を選択した検体のラベルを貼り間違えた事例が 1 件であった。

参考として、職種経験 1 年以上の医療事故においても、「実施」が 7 0 件(72.9%)と最も多く、中でも「患者取り違い」は 1 2 件(12.5%)であった。「その他の実施に関する内容」の 3 7 件(38.5%)には、造影剤使用時の点滴漏れやアナフィラキシーショックの事例などであった。

職種経験 1 年未満のヒヤリ・ハット事例では、「実施」の事例が 4 2 件(79.2%)と多く、そのうち、「検体採取時のミス」を選択した事例が 1 5 件(28.3%)と最も多かった。補液中の上肢やシャントを造設している上肢から誤って採血した事例や、蓄尿していたが検体採取する前に破棄してしまった事例などがあった。

参考として職種経験 1 年以上のヒヤリ・ハット事例は、医療事故と同じく「実施」が 6 6 4 件(64.8%)と多く、職種経験 1 年未満のヒヤリ・ハット事例と同じく「検体採取時のミス」の報告が多い。4 2 6 件(41.6%)の報告がある「その他の実施に関する内容」は、検体採取を実施しなかった事例や一部採取を忘れた事例などが報告された。

Ⅲ

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

表Ⅲ - 2 - 25 「検査」の事故(事例)の内容(医療事故事例/ヒヤリ・ハット事例)

事故(事例)の内容	医療事故事例 (対象:平成22年1月1日～平成26年9月30日)				ヒヤリ・ハット事例 (対象:平成26年1月1日～平成26年9月30日)						
			(参考)				(参考)				
	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の 事例	件数	%	職種経験1年以上の 看護師・准看護師の 事例	件数	%	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の 事例	件数	%	職種経験1年以上の 看護師・准看護師の 事例	件数
指示	0	0.0	4	4.2	0	0.0	75	7.3			
指示出し忘れ	0	0.0	1	1.0	0	0.0	8	0.8			
指示遅延	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	0.5			
対象患者指示間違い	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	1.3			
指示検査の間違い	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	1.0			
その他の指示に関する内容	0	0.0	3	3.1	0	0.0	39	3.8			
管理	1	33.3	4	4.2	2	3.8	100	9.8			
分析機器・器具管理	0	0.0	1	1.0	0	0.0	2	0.2			
試薬管理	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
データ紛失	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0.4			
計算・入力・暗記	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.2			
その他の管理に関する内容	1	33.3	3	3.1	2	3.8	92	9.0			
準備	0	0.0	18	18.8	9	17.0	185	18.1			
患者取り違え	0	0.0	3	3.1	0	0.0	15	1.5			
検体取り違え	0	0.0	2	2.1	0	0.0	19	1.9			
検体紛失	0	0.0	1	1.0	0	0.0	2	0.2			
検査機器・器具の準備	0	0.0	3	3.1	0	0.0	2	0.2			
検体破損	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16	1.6			
その他の準備に関する内容	0	0.0	9	9.4	9	17.0	131	12.8			
実施	2	66.7	70	72.9	42	79.2	664	64.8			
患者取り違え	2	66.7	12	12.5	2	3.8	34	3.3			
検体取り違え	0	0.0	2	2.1	0	0.0	24	2.3			
試薬の間違い	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1			
検体紛失	0	0.0	1	1.0	0	0.0	20	2.0			
検査の手技・判定技術の間違い	0	0.0	6	6.3	2	3.8	25	2.4			
検体採取時のミス	0	0.0	8	8.3	15	28.3	120	11.7			
検体破損	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	0.9			
検体のコンタミネーション	0	0.0	2	2.1	0	0.0	0	0.0			
データ取り違え	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.3			
結果報告	0	0.0	2	2.1	0	0.0	2	0.2			
その他の実施に関する内容	0	0.0	37	38.5	23	43.4	426	41.6			
合計	3	100.0	96	100.0	53	100.0	1,024	100.0			

3) 事例の分類

職種経験1年未満の看護師・准看護師の「検査」の医療事故事例3件、ヒヤリ・ハット事例53件について事例を概観し、「実施した行為が誤っていた事例」「実施すべき行為をしなかった事例」「その他」に分類し、集計した(図表Ⅲ - 2 - 26)。

医療事故事例では、報告された3件とも「実施した行為が誤っていた事例」であった。ヒヤリ・ハット事例では、「実施すべき行為をしなかった事例」が31件(58.5%)と多く、事例を見ると食前の血糖測定を忘れた事例が半数近くあり、その他には後述する図表Ⅲ - 2 - 28のNo. 4～6の事例などがあつた。また、22件(41.5%)の報告があつた「実施した行為が誤っていた事例」は、後述する図表Ⅲ - 2 - 28のNo. 1～3などの事例であつた。

表Ⅲ - 2 - 26 「検査」事例の分類 (医療事故事例/ヒヤリ・ハット事例)

分類	医療事故事例		ヒヤリ・ハット事例	
	件数	%	件数	%
実施した行為が誤っていた事例	3	100.0	22	41.5
(内、誤った行為を実施する前に気付いた事例)	—	—	—	—
実施すべき行為をしなかった事例	0	0.0	31	58.5
その他	0	0.0	0	0.0
合計	3	100.0	53	100.0

※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。

③「検査」に関する医療事故事例の概要

報告された事例のうち、「検査」の医療事故事例3件を示す(図表Ⅲ - 2 - 27)。「検査」の医療事故は、別の患者の検体ラベルを貼った事例や患者を間違えて血糖測定や採血を行った事例であった。

また、ヒヤリ・ハット事例の「検査」に該当する事例も一部紹介する(図表Ⅲ - 2 - 28)。

表Ⅲ - 2 - 27 「検査」の事例の概要 (医療事故)

事例 No.	事故の程度	当事者職種 (職種経験年数)		事故の内容	事故の背景要因	改善策
		1人目	2人目			
実施した行為が誤っていた事例						
1	障害残存の可能性なし	看護師 (0年2ヶ月)	—	患者AのTSHの採血検体ラベルの印字が薄く、検査室で貼り直した。その際、誤って患者Bのラベルを貼って検体を採取、提出した。TSH誤報告により甲状腺ホルモン(レボチロキシン)を患者Bに内服させた。	確認不足	<ul style="list-style-type: none"> 基本ルールを厳守する。 ラベル貼り直しを極力なくすため、ラベルプリンターのメンテナンスをする。
2	障害なし	看護師 (0年3ヶ月)	—	患者Aの血糖測定を行う際、患者Bの血糖測定をした。	患者確認のルール無視	<ul style="list-style-type: none"> 全てにおいて患者に名乗ってもらい、ベッドネーム・リストバンドを確認する。
3	障害なし	看護師 (0年10ヶ月)	—	患者Aの子宮頸部癌検診を実施すべきところ、妊娠中の患者Bに細胞診、組織診の検査を実施した。患者Aより検査がまだであると告げられ、患者誤認が発覚した。患者Bは予定通りの診察を行い、妊娠経過に異常がないことを確認した。	看護助手が患者Aを呼び入れたところ、患者Bが検査室に入ってきた。助手は患者に氏名を名乗ってもらい、カルテを照合したが「A」と聞き間違えた。引き継いだ新人看護師は患者にフルネームで名乗ってもらわなかった。診察する医師は患者確認をしなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者確認(フルネームで名乗ってもらう)の手順を再確認する。 患者確認行動を実践する。

表Ⅲ - 2 - 28 「検査」の事例の概要 (ヒヤリ・ハット事例)

No.	当事者職種 (職種経験年数)		事例の内容	事例の背景要因	改善策
	1 人目	2 人目			
実施した行為が誤っていた事例					
1	看護師 (0年)	—	11時頃に胃カメラの検査予定であった。患者は定時で10時にクレメジン顆粒分包2gを内服していたが、医師の内服中止の指示がなかったため、新人看護師は1人で準備し、10時に与薬した。与薬してから絶食中であることに気が付いた。リーダー看護師と胃カメラ室と主治医に与薬したことを報告する。胃カメラは時間をずらして施行となった。	ベッドサイドにピクトグラムで絶食中と表示してあったが、気がつかなかった。与薬時、1人で対応した。	<ul style="list-style-type: none"> カメラの検査の絶食時間を確実に把握し、与薬時間に合わせて理解しておく。 検査時の看護の基本的な手順を再確認することと不明な場合はリーダー看護師に相談し、指示を仰ぐ。
2	看護師 (0年)	—	虫垂炎術後1日目、検体検査のオーダーあり。新人指導中に、新人看護師に検体採取の依頼をした。採血実施時の付き添い確認は行っていなかった。検査結果が異常値であったため、採血時の詳細確認を行ったところ末梢確保部より中枢で検体採取していたことがわかった。再度採血施行した。	新人看護師に採血を依頼したが、実施状況を確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 手技の確認も必要であるが、実施する行為に対して根拠や注意点等も確認指導していく必要があった。 実施する前に声かけ確認していく。
3	看護師 (1年)	看護師 (0年)	新人看護師は、採血指示の出ている患者Aと患者Bの採血管を持って、患者Aの病室に行った。患者2人の採血管はトレイに別々に分けていた。患者Aの採血をする際、患者のベッドネーム、リストバンドを確認せず、患者に氏名を言ってもらうこともなく、患者とスピッツを照合せずに実施した。その結果、患者Bのスピッツに患者Aの採血を実施した。採血の途中でスピッツを確認し、間違っていることに気づいた。	採血の実施回数が少なく、採血を行うことにとっても緊張していた。機器での患者認証システムを知らなかった。プリセプターから離れ、採血の技術を自立して行うようになり、確認動作を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> 採血の技術を振り返る。 確認動作を徹底する。

No.	当事者職種 (職種経験年数)		事例の内容	事例の背景要因	改善策
	1人目	2人目			
実施すべき行為をしなかった事例					
4	看護師 (0年)	看護師 (4年)	新人看護師は、夜勤中に患者の採血指示があることを把握したが、採血項目にアンモニアがあることを見逃した。前日の日勤受け持ち看護師も延食の手続きをしていなかった。朝、患者は配膳された朝食を摂取した。日勤看護師はアンモニア採血があるが、患者が朝食を摂取した事に気づいた。	深夜帯でスピッツと採血項目を照合確認しなかった。前日の日勤看護師が見落としした指示を夜勤の看護師も発見できなかった。新人看護師が初めての夜勤だったため、指導しながらの業務で煩雑だった。	<ul style="list-style-type: none"> スピッツと採血項目の照合確認を徹底する。 採血指示を確認後、食事が関与する項目についてはオーダを確認する。 アンモニアや血糖など、食事が関与する採血指示については採血のみではなく、アンモニアや血糖等の採血項目を記載してくれるよう医師に依頼する。
5	看護師 (0年)	—	食道がんの放射線・化学療法目的で入院の患者は、空腸瘻からラコールを注入していた。放射線治療のための位置決めCT検査の予定があり、ラコールを注入したままライナック室に降りた。検査室から、造影を行うためラコールを止めていなければいけないと連絡を受け、位置決めCTを実施することができず翌日再検査となった。医師に、ラコールを止めていなかったため、翌日に検査が延期したことを報告した。	位置決めCT検査は造影を使用するためラコールを止めなければいけなかったことに気づかなかった。新人看護師が受け持ちをしており、マニュアルを確認していなかったため、検査に対する知識不足があった。	<ul style="list-style-type: none"> 造影時には食事を止めるということを念頭に入れ、患者に関わる。 新人看護師が初めて経験する項目については、必ずマニュアルに目を通すよう指導する。 当日の検査についてリーダーと確認する際は、本当に新人が理解できているか確認する。
6	看護師 (0年)	—	蓄尿する必要があったが、14時ごろに患者より「午前中は溜められていない」との報告があった。その際、リハビリ出棟直前であり、患者には継続して溜めるように声かけを行った。主治医と相談し、蓄尿の期間を0時～0時から12時～12時にずらすこととなり、担当看護師に本人が帰宅後説明するよう伝えていた。夕方、準夜帯の担当看護師から患者がその説明を聞いておらず、帰宅後も蓄尿していなかった。新人看護師に確認すると、何度か訪室したが患者が不在であったため説明ができておらず、その件について誰にも報告していなかったことが分かった。	前日の日勤帯で蓄尿について説明し、患者からは「自分でできます」という発言があった。しかし前日の入院患者であり、患者の理解度の確認ができていなかった。また新人看護師のフォローをしていた看護師は早出勤務であり、多忙な状態でラウンド前の報告を聞いていた際に、蓄尿が確実にできているか確認するよう声かけをできていなかった。新人看護師は、患者が若かったことから「きちんと蓄尿できるだろう」という思いがあったことと、ラウンドやケアなど様々なことが重なり、患者に声かけや、経過表画面等での尿量の確認を行えていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 担当看護師が新人であり、どのような状況下においても、フォローの看護師が確認を徹底すべきであった。 担当看護師に説明するよう伝えただけ、どうなったかの確認もできていなかったため、こまめなフォローが必要であった。 担当看護師においては、患者の年齢にかかわらず確認が必要であり、対処に困った時にはフォロー看護師、リーダー看護師等に相談する必要があった。

(7) 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・ハット事例のうち、『事故(事例)の概要』が「治療・処置」「医療機器等」「ドレーン・チューブ」「検査」を選択された事例について分析を行った。さらに、「治療・処置」「医療機器等」「ドレーン・チューブ」「検査」のいくつかの医療事故事例について、専門分析班および総合評価部会で議論された内容を掲載した。

職種経験 1 年以上の看護師・准看護師の事例も含め、それぞれの事例を報告時に選択された「種類」と「事故(事例)の内容」に分類したところ、医療事故事例とヒヤリ・ハット事例、また、経験年数が増えることで携わる業務が増えていると考えられる職種経験 1 年以上の看護師・准看護師の事例と教育を受けながら業務に携わっている職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の事例、それぞれに違いがあった。職種経験 1 年未満の看護師・准看護師が起こしやすい事例の傾向を確認いただき、教育等の参考にさせていただきたい。

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あてた分析を行っていくこととしている。

(8) 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 2014-10-20)
2. 厚生労働省. 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】平成 26 年 2 月(Online). available from <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000037502.html>> (last accessed 2014-10-21)