

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」を取りまとめた。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。さらに第39回報告書(平成26年12月25日公表)では、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10月1日～12月31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)の概要が「療養上の世話」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39回報告書では、平成22年1月1日から平成26年9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549件であった。本報告書では、分析対象期間(平成26年10月1日～12月31日)に報告された40件を追加し、589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346件(58.7%)、次いで「薬剤」の事例が86件(14.6%)、「ドレーン・チューブ」の事例が65件(11.0%)であった。「療養上の世話」に続く「薬剤」の事例は、職種経験1年以上の看護師・准看護師の事例と比較して事例の割合が2倍近い。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、「療養上の世話」が5,009件(64.5%)と6割以上を占め、次いで「ドレーン・チューブ」の事例が657件(8.5%)、「薬剤」の事例が594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大きい。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。

図表Ⅲ - 2- 1 事故の概要

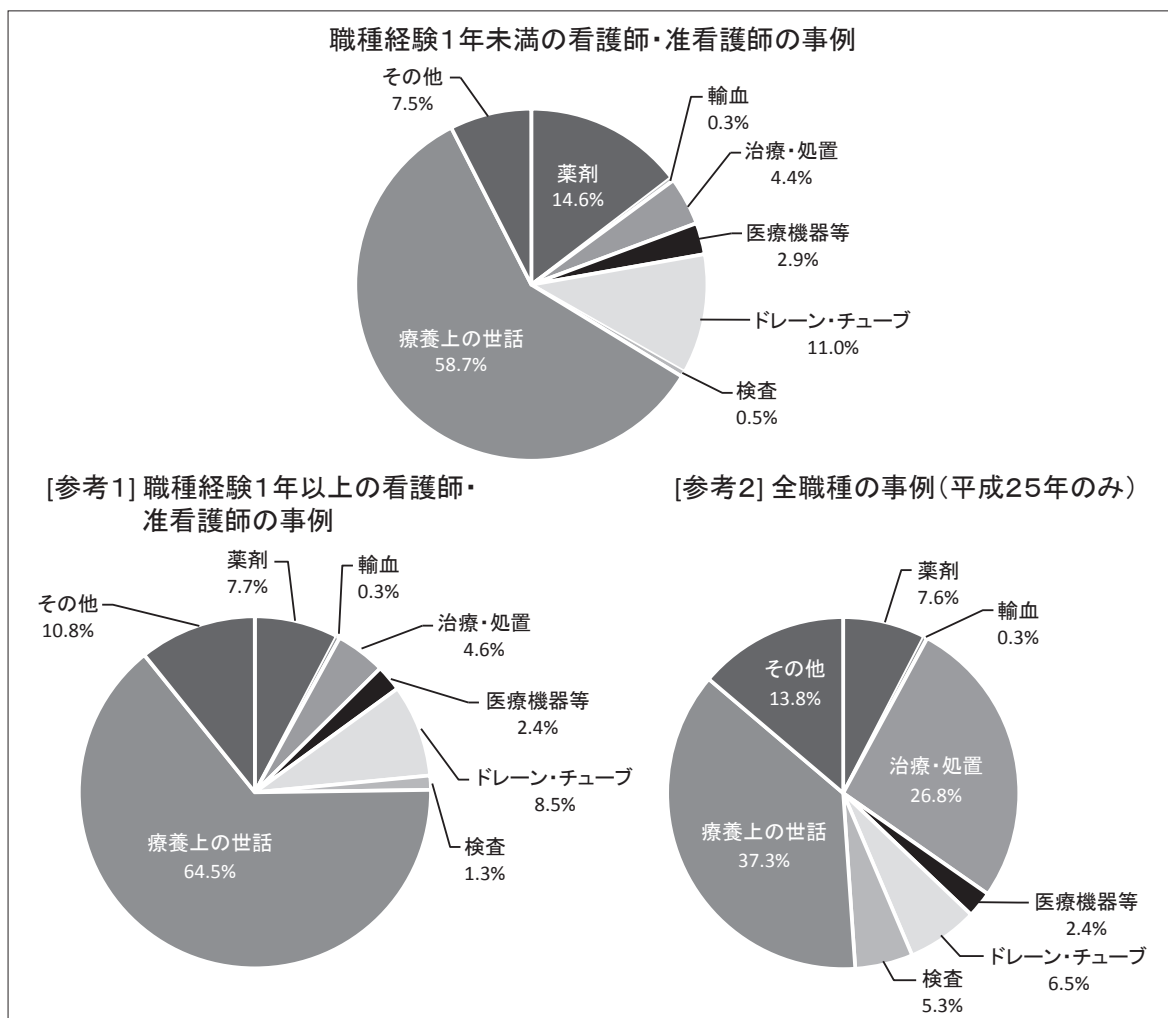
事故の概要	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の事例		[参考1] 職種経験1年以上の 看護師・准看護師の事例 ^{※1}		[参考2] 平成25年1～12月の 全職種の事例 ^{※2}	
	件数	%	件数	%	件数	%
薬剤	86	14.6	594	7.7	233	7.6
輸血	2	0.3	22	0.3	10	0.3
治療・処置	26	4.4	355	4.6	818	26.8
医療機器等	17	2.9	186	2.4	72	2.4
ドレーン・チューブ	65	11.0	657	8.5	197	6.5
検査	3	0.5	103	1.3	161	5.3
療養上の世話	346	58.7	5,009	64.5	1,137	37.3
その他	44	7.5	836	10.8	421	13.8
合計	589	100.0	7,762	100.0	3,049	100.0

※1 平成22年1月1日～平成26年12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 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)。本報告書の対象期間に報告された事例が多く、職種経験5ヶ月(9月)から8ヶ月(12月)の事例が増加した。これまで第37回～39回報告書で報告したとおり、職種経験0～2ヶ月(4～6月)の報告件数は少なく、職種経験3ヶ月(7月)より報告事例件数が増加している。また、職種経験6ヶ月(10月)以降は、60～70件台の報告が続き、最も多いのは職種経験6ヶ月(10月)の73件であった。

事例の概要別に見ると、前回の第39回報告書の報告と同じく、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、職種経験0ヶ月より報告が多く、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30～40件代となる。本報告書の対象期間は平成26年1月～12月の1年間であるが、「輸血」や「検査」の報告の増加はなかった。

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	11	9	11	8	12	8	9	5	8	86
輸血	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
治療・処置	0	0	0	1	2	2	6	2	1	6	0	6	26
医療機器等	0	0	2	3	0	3	2	1	1	2	1	2	17
ドレーン・チューブ	1	4	3	4	3	2	12	10	11	8	3	4	65
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	29	31	39	43	32	41	28	40	346
その他	0	0	2	4	6	6	6	1	10	4	2	3	44
合計	10	16	28	51	49	55	73	70	64	70	40	63	589

※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医療事故の当事者職種

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、全事例589件のうち職種経験1年未満の看護師の事例は583件であった。職種経験1年目の看護師が当事者2に記載された事例のうち、当事者1が職種経験1年以上の看護師の事例が16件、他職種の事例が8件(医師7件、看護助手1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		583
	職種経験 1 年未満の看護師	559
	職種経験 1 年以上の看護師	16
	他職種	8
准看護師		6
	職種経験 1 年未満の准看護師	6
	合 計	589

(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 12 月 31 日まで、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」を収集した。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 39 回報告書では、平成 26 年 1 月 1 日～9 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 437 件であった。本報告書では、分析対象期間 (平成 26 年 10 月 1 日～12 月 31 日) に報告された 256 件を追加し、693 件の事例について分析を行った。

報告された事例 693 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 391 件 (56.4%)、医療事故

情報では報告の少なかった「検査」の事例が80件(11.5%)、「療養上の世話」の事例が58件(8.4%)、「ドレーン・チューブ」の事例が56件(8.1%)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9件(1.3%)であった。医療事故では最も報告の多かった「療養上の世話」のヒヤリ・ハット事例は少なく、「薬剤」の事例がヒヤリ・ハット事例全体の半数以上報告されている。

[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9,671件(39.2%)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5,556件(22.5%)、「ドレーン・チューブ」の事例が4,326件(17.5%)であった。

図表Ⅲ-2-5 事例の概要

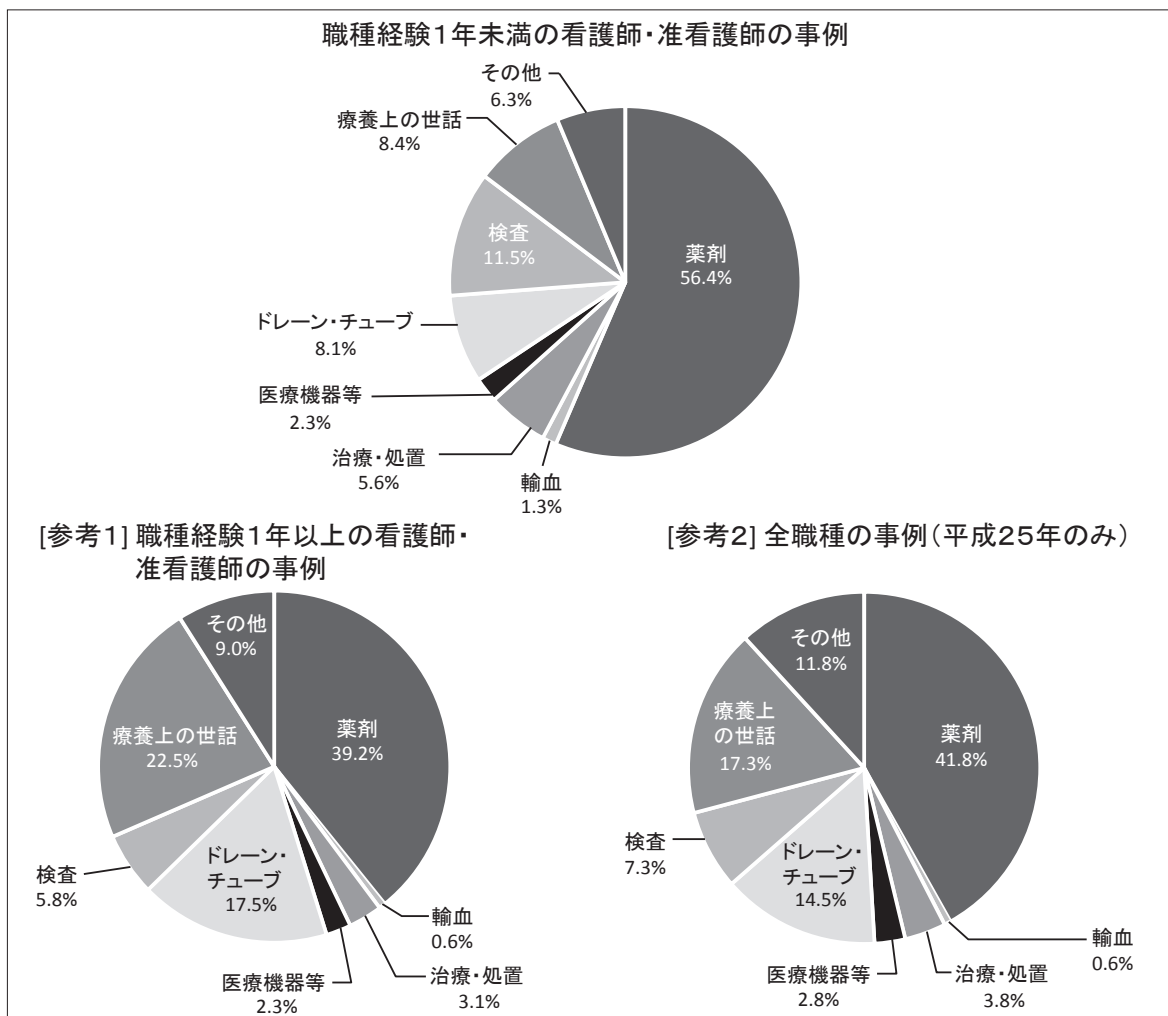
事例の概要	職種経験1年未満の 看護師・准看護師の事例		[参考1] 職種経験1年以上の 看護師・准看護師の事例 ^{※1}		[参考2] 平成25年1～12月の 全職種の事例 ^{※2}	
	件数	%	件数	%	件数	%
薬剤	391	56.4	9,671	39.2	12,449	41.8
輸血	9	1.3	141	0.6	190	0.6
治療・処置	39	5.6	756	3.1	1,120	3.8
医療機器等	16	2.3	569	2.3	844	2.8
ドレーン・チューブ	56	8.1	4,326	17.5	4,325	14.5
検査	80	11.5	1,425	5.8	2,181	7.3
療養上の世話	58	8.4	5,556	22.5	5,156	17.3
その他	44	6.3	2,208	9.0	3,526	11.8
合計	693	100.0	24,652	100.0	29,791	100.0

※1 平成26年1月1日～平成26年12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年以上の看護師または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 事例の概要の割合のグラフ



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、全事例693件のうち職種経験1年未満の看護師の事例は657件であった。職種経験1年目の看護師が当事者2に記載された事例のうち、当事者1が職種経験1年以上の看護師の事例が31件、他職種の事例が2件(医師1件、薬剤師1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		690
	職種経験1年未満の看護師	657
	職種経験1年以上の看護師	31
	他職種	2
准看護師		3
	職種経験1年未満の准看護師	3
	合計	693

④ヒヤリ・ハット事例の影響

報告された事例693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類した(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471件(68.0%)、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222件(32.0%)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386件(82.0%)であり、「軽微な治療」を行った事例は57件(12.1%)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208件(93.7%)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9件(4.1%)あり、本報告書対象期間に報告された4件は、手術中、赤血球濃厚液を輸血専用ではない一般の冷蔵庫に保管していた事例や、予定術式は「左乳房切除術・左腋窩リンパ節郭清術」であったが、同意書には「左乳房切除術・左腋窩センチネルリンパ節生検術」と記載されていることに気付かなかつた事例、手術の器械出しを担当した際に无影灯のハンドルを取り付けたところ、ガウンが不潔な部分にあたったことに気付かず、指導者の指摘で気付いた事例など手術に関する事例や、胸腔ドレーンの持続吸引の水封部に蒸留水ではなく生理食塩水を入れた事例であった。また、「濃厚な処置・治療が必要であると考えられる」事例は5件(2.3%)であり、本報告書対象期間に報告された2件は、抗生剤を指示箋と確認したが、投与を忘れ、未投与であることを指導者に指摘された事例や、手術中に使用する器械の組み立てを間違えた事例であった。

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	—	57	12.1
	なし	—	386	82.0
	不明	—	28	5.9
	小計		471	100.0
実施なし	—	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考える	9	4.1
	—	濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	5	2.3
	—	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	208	93.7
	小計		222	100.0
合計			693	100.0

(3)「療養上の世話」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「療養上の世話」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12月31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、「療養上の世話」の事例は346件(既出、図表Ⅲ-2-1)であり、

事例件数の割合で見ると58.7%と職種経験1年未満の看護師・准看護師の事例の半数以上を占める。また、平成26年1月1日から平成26年12月31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「療養上の世話」のヒヤリ・ハット事例は58件(既出、図表Ⅲ-2-5)で、事例件数の割合は8.4%であり、医療事故事例に比較して割合は小さい。

また、職種経験1年未満の「療養上の世話」の医療事故事例の割合が58.7%に対し、職種経験1年以上の「療養上の世話」の医療事故事例の割合は64.5%と職種経験1年以上の方が割合が大きい。職種経験1年未満の「療養上の世話」のヒヤリ・ハット事例の割合が8.4%に対し、職種経験1年以上の「療養上の世話」のヒヤリ・ハット事例の割合は22.5%と、こちらも職種経験1年以上の方が割合が大きい。

②「療養上の世話」の事例の分析

事例の概要を「療養上の世話」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「療養上の世話」の医療事故事例346件、ヒヤリ・ハット事例58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「療養上の世話」の医療事故事例5,009件、ヒヤリ・ハット事例5,556件についても同様に集計した。

「療養上の世話」の職種経験1年未満の医療事故では、後述する2)『事故(事例)の概要』の分析において示す通り転倒や転落の報告が多いため、『種類』の分類においても「療養上の場面(患者が単独で行ったもの)」の事例が最も多く235件(67.9%)であった。これは、職種経験1年以上の事例においても「転倒」や「転落」の事例の報告が多く、職種経験1年未満の看護師・准看護師に多いわけではない。平成25年年報の図表Ⅱ-3-24の全事例の集計においても、患者が療養生活を送る場面において「転倒」や「転落」した事例が多いことが分かる(平成25年年報 図表Ⅱ-2-44 149頁)。

詳細で最も多いのは「移動中」が114件(32.9%)であり、その他に「その他の療養上の場面」が48件(13.9%)、「排泄中」が25件(7.2%)、「就寝中」が23件(6.6%)などであった。「その他の療養上の場面」の事例には、「移動時」または「移動中」に関する記載が多く、選択項目にはなかった「ベッド臥床中」「電話中」「洗面中」「靴履き替え中」「洗濯中」などの記載があり、患者が療養している多くの場面で転倒や転落する危険性があることが示唆された。

次いで多いのは「療養上の世話(介助者がいるもの)」の事例が99件(28.6%)であり、詳細で最も多いのは「その他の療養上の世話」が29件(8.4%)、次いで「移動介助」26件(7.5%)であった。「その他の療養上の世話」の事例には、「不明」と記載された事例が多く、その他に「体位交換」「シーツまたは寝衣交換」などの記載があった。

職種経験1年未満のヒヤリ・ハット事例では、医療事故事例とは違い「療養上の世話(介助者がいるもの)」の事例が26件(44.8%)と多かった。次いで「療養上の場面(患者が単独で行ったもの)」の事例が17件(29.3%)、「給食・栄養(介助者がいるもの)」の事例が15件(25.9%)

であった。小項目の中で最も多いのは、「給食・栄養(介助者がいるもの)」の「経管栄養」の事例の12件(20.7%)であり、医療事故事例では経管栄養の報告は少なかったがヒヤリ・ハット事例では報告が多いことが分かった。

参考として職種経験1年以上のヒヤリ・ハット事例について集計したところ、職種経験1年未満や1年以上の医療事故と同じ傾向であった。

図表Ⅲ-2-9 「療養上の世話」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12月31日)				ヒヤリ・ハット事例 (対象:平成26年1月1日～平成26年12月31日)			
	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		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	%
療養上の世話(介助者がいるもの)	99	28.6	1,470	29.3	26	44.8	1,346	24.2
気管内・口腔内吸引	0	0.0	19	0.4	0	0.0	11	0.2
体位変換	3	0.9	115	2.3	0	0.0	10	0.2
清拭	0	0.0	29	0.6	0	0.0	9	0.2
更衣介助	5	1.4	42	0.8	0	0.0	5	0.1
入浴介助	8	2.3	64	1.3	2	3.4	30	0.5
排泄介助	10	2.9	162	3.2	2	3.4	164	3.0
移動介助	26	7.5	233	4.7	5	8.6	244	4.4
搬送・移送	2	0.6	45	0.9	2	3.4	52	0.9
電法	2	0.6	13	0.3	1	1.7	5	0.1
患者観察	13	3.8	274	5.5	5	8.6	177	3.2
患者周辺物品管理	0	0.0	22	0.4	2	3.4	56	1.0
体温管理	1	0.3	4	0.1	0	0.0	3	0.1
配膳	0	0.0	13	0.3	3	5.2	89	1.6
その他の療養上の世話	29	8.4	435	8.7	4	6.9	491	8.8
給食・栄養(介助者がいるもの)	12	3.5	123	2.5	15	25.9	236	4.2
経口摂取	3	0.9	57	1.1	2	3.4	95	1.7
経管栄養	3	0.9	32	0.6	12	20.7	121	2.2
食事介助	6	1.7	34	0.7	1	1.7	20	0.4
療養上の場面(患者が単独で行ったもの)	235	67.9	3,416	68.2	17	29.3	3,974	71.5
散歩中	2	0.6	56	1.1	1	1.7	89	1.6
移動中	114	32.9	1,708	34.1	4	6.9	1,701	30.6
外出・外泊中	1	0.3	37	0.7	1	1.7	28	0.5
食事中	7	2.0	123	2.5	2	3.4	104	1.9
入浴中	9	2.6	58	1.2	0	0.0	19	0.3
着替え中	6	1.7	51	1.0	0	0.0	49	0.9
排泄中	25	7.2	334	6.7	4	6.9	551	9.9
就寝中	23	6.6	348	6.9	0	0.0	518	9.3
その他の療養上の場面	48	13.9	701	14.0	5	8.6	915	16.5
合計	346	100.0	5,009	100.0	58	100.0	5,556	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「療養上の世話」の医療事故事例とヒヤリ・ハット事例について、『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「療養上の世話」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年未満の医療事故事例、ヒヤリ・ハット事例のどちらも、90%を超えたのは、「療養上の世話の管理・準備・実施」であった。中でも医療事故では、「転倒」が210件(60.7%)と最も多く、次いで「その他」が64件(18.5%)、「転落」が39件(11.3%)、「誤嚥」が15件(4.3%)であった。「その他」を選択した事例では、転倒や転落による「骨折」、移動時の「外傷や打撲」、入浴や温罨法時の「熱傷」などの記載が多かった。

参考として、職種経験1年以上の医療事故について集計したところ、職種経験1年未満の医療事故と同じ傾向であった。

職種経験1年未満のヒヤリ・ハット事例では、「療養上の世話の管理・準備・実施」のうち「その他」が22件(37.9%)と最も多く、次いで「転倒」の14件(24.1%)であった。

職種経験1年未満の看護師・准看護師が患者の転倒や転落に遭遇しても、患者への影響がないまたは少ない場合、「膝をついただけ」「尻餅をついただけ」など転落・転落と認識していない可能性は否定できない。「その他」を選択した事例では、経管栄養時、40mLを40分で注入の指示があったが計算を間違え、60mL/hで投与するところ53mL/hで投与した事例や、栄養剤を腸瘻から投与するところ、誤って胃管から投与した事例など「経管栄養」に関する記載が多く、他には、きざみ食を提供する患者に誤って常食が登録された事例や車椅子移動時にフットレストに患者の足が当たり、外傷が生じた事例などであった。

図表Ⅲ-2-10 「療養上の世話」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12月31日)				ヒヤリ・ハット事例 (対象:平成26年1月1日～平成26年12月31日)			
	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		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	%
療養上の世話の計画または指示	2	0.6	62	1.2	3	5.2	49	0.9
計画忘れまたは指示出し忘れ	0	0.0	8	0.2	1	1.7	5	0.1
計画または指示の遅延	0	0.0	13	0.3	0	0.0	1	0.0
計画または指示の対象患者間違い	0	0.0	1	0.0	0	0.0	2	0.0
計画または指示内容間違い	1	0.3	9	0.2	1	1.7	10	0.2
その他	1	0.3	31	0.6	1	1.7	31	0.6
療養上の世話の管理・準備・実施	344	99.4	4,947	98.8	55	94.8	5,507	99.1
拘束・抑制	2	0.6	22	0.4	1	1.7	20	0.4
給食の内容間違い	0	0.0	2	0.0	3	5.2	54	1.0
安静指示	2	0.6	37	0.7	2	3.4	46	0.8
禁食指示	0	0.0	0	0.0	0	0.0	44	0.8
外出・外泊許可	0	0.0	16	0.3	0	0.0	54	0.9
異物混入	0	0.0	3	0.1	0	0.0	6	0.1
転倒	210	60.7	2,798	55.9	14	24.1	3,406	61.7
転落	39	11.3	379	7.6	0	0.0	948	17.0
衝突	6	1.7	24	0.5	0	0.0	31	0.5
誤嚥	15	4.3	165	3.3	0	0.0	8	0.2
誤飲	2	0.6	37	0.7	0	0.0	20	0.4
誤配膳	0	0.0	5	0.1	0	0.0	44	0.8
遅延	0	0.0	3	0.1	0	0.0	8	0.1
実施忘れ	1	0.3	6	0.1	4	6.9	39	0.7
搬送先間違い	0	0.0	0	0.0	0	0.0	35	0.7
患者間違い	0	0.0	6	0.1	3	5.2	52	1.0
延食忘れ	0	0.0	2	0.0	2	3.4	8	0.2
中止の忘れ	0	0.0	0	0.0	2	3.4	18	0.3
自己管理薬飲み忘れ・注射忘れ	1	0.3	5	0.1	0	0.0	0	0.0
自己管理薬注入忘れ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.0
自己管理薬取り違い摂取	0	0.0	2	0.0	1	1.7	53	0.9
不必要行為の実施	2	0.6	20	0.4	1	1.7	23	0.4
その他	64	18.5	1,415	28.2	22	37.9	588	10.4
合計	346	100.0	5,009	100.0	58	100.0	5,556	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「療養上の世話」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-2-11)。

医療事故事例では、「実施すべき行為をしなかった事例」が194件(56.1%)と最も多かった。転倒や転落の事例が多く、背景要因の概要には患者把握やアセスメントの不足、説明不足、環境整備の不足と記載している事例が多い。

次に、それらに記載されている主な内容をまとめる。

○患者把握やアセスメント不足

- ・抗凝固療法中の患者が転倒し頭部打撲した後頻回な意図的観察ができていない。
- ・患者は初めて睡眠剤を内服したが、睡眠剤の服用時は転倒転落アセスメントの再評価をするというマニュアルが守れていなかった。
- ・滑りやすいスリッパを履いていることに気が付かなかった。

○説明不足または声かけ忘れ

- ・睡眠剤の作用時間、ピーク、半減期について当事者看護師は理解していたが、そのことを患者本人に十分説明していなかった。
- ・トイレへの誘導を伝え忘れ、看護師が付き添えなかった。

○環境整備の不足

- ・離床センサーのチェックリストを見落としてしまい、離床センサーマットを設置することを忘れた。
- ・シャワー浴をすることに集中して、バスマットを敷くことに気が付かなかった。

また、医療事件事例では患者自身が単独で転倒、転落した事例も多く「その他（患者が要因である事例を含む）」の事例が125件（36.1%）であった。報告件数は27件（7.8%）と少ないが「実施した行為が誤っていた事例」では、後述する図表Ⅲ-2-12のNo.2やNo.3のように熱傷を起こした事例や、No.4の経管栄養の注入量を間違えた事例などであった。

ヒヤリ・ハット事例では、医療事故とは違い「実施した行為が誤っていた事例」が28件（48.3%）と最も多く、後述する事例の概要で紹介する図表Ⅲ-2-13のNo.1～4などの事例が該当する。その内、1件は、事例No.4のように誤った行為を実施する前に気付いた事例であった。次いで「実施すべき行為をしなかった事例」が26件（22.8%）であり図表Ⅲ-2-13のNo.5～8などの事例が該当する。

図表Ⅲ-2-11 「療養上の世話」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	27	7.8	28	48.3
（内、誤った行為を実施する前に気付いた事例）	—	—	（1）	—
実施すべき行為をしなかった事例	194	56.1	26	22.8
その他（患者が要因である事例を含む）	125	36.1	4	6.9
合計	346	100.0	58	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 「療養上の世話」に関する医療事件事例の概要

報告された事例のうち、「療養上の世話」の医療事件事例の主な事例を示した（図表Ⅲ-2-12）。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「療養上の世話」に該当する事例も一部紹介する（図表Ⅲ-2-13）。

図表Ⅲ - 2 - 1 2 「療養上の世話」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高い	看護師 (0年7ヶ月)	-	0:10頃、新人看護師は便汚染が見られたため、オムツ交換を行おうとした。オムツ交換時、患者がいつも左腕下に挟んでいるU字クッションを取ろうとした。患者は左腕が前になり、常に腕は交差するように内旋位で拘縮していた。そのため、一点保持にて左腕を外旋させ、クッションを取り外そうとした際に、ポキッという音の後にいつも内旋位を取っている腕が外旋位の状態のままだらんとなった。整形外科医による診察の結果、左上腕骨骨幹部骨折と診断された。	注意不足があった。いつも行っているし大丈夫だろうと思ってしまった。重症心身障害児／者がなぜ骨折が起こりやすいか解剖生理や骨折の原因などの知識・技術の不足があった。介助を一人で行っていた。一点保持にて左腕を外旋させてしまった。病棟全体としても、新人看護師に拘縮のある患者の具体的な援助技術や根拠を指導できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり、フェノバルビタール内服、閉経後、拘縮や変形が強いという事から骨折のリスクが高い事を念頭におき、無理な体位変換や関節の内旋、外旋など行わない。一点保持ではなく、2関節を支えてクッションを取り外していく。 ・リスクの高い患者は2人以上でケアを行う。声を掛け合いお互いに協力して実施する。 ・ケア上の注意点について勉強会を実施し、援助方法と根拠を理解する。(理学療法士による指導) ・各スタッフの技術を、実際の場面で確認する。(副師長が担当する) ・拘縮など骨折のリスクのある患者のカンファレンスを実施し、個々の患者の具体的な援助方法を共有する。ベッドサイドに写真入りでファイルを作成し、誰が見ても分かるようにする。
専門分析班及び総合評価部会の議論				<ul style="list-style-type: none"> ○拘縮の強い患者の援助について、学生が机上で学習するには限界があり、入職後に経験しながら習得していく技術と思われる。 ○重症心身障害者の患者の個性が高いため、整形外科医や理学療法士が介入し、より具体的な援助方法を決めておく必要があるだろう。 ○当該患者の骨折のリスクが高いという認識ができなかった可能性が高く、部署や病棟に応じた新人看護師の技術チェックが必要であろう。 ○個人の知識だけではなく、病棟全体でサポートする必要がある、改善策の「個々の患者の具体的な援助方法を写真入りで作成し共有する」ことは有用であろう。 		

Ⅲ

1

2-[1]

2-[2]

2-[3]

2-[4]

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	不明	看護師 (0年4ヶ月)	—	<p>16:00 1年目の看護師は他の看護師から患者の末梢冷感があるため、温罨法を依頼された。看護師は「ゆたぼん」を使用するのは初めてであったため、先輩看護師指導のもと、「ゆたぼん」を加温しカバーを付けて、一人で患者の足背に置いた。そのことを「ゆたぼん」の指導を受けた看護師に報告した。報告を受けた看護師は「足の下に置いた」と聞こえた。その後訪室したが、「ゆたぼん」の使用状況は確認しなかった。</p> <p>17:30 準夜勤務の看護師が巡視の際「ゆたぼん」は患者の足から離れたベッドの隅にあり、冷めていた。下肢の冷感もないため、「ゆたぼん」をさげた。</p> <p>19:45 患者の足背に発赤をみとめた。翌朝 2cm×5cm の水疱形成が見られた。</p>	<p>1年目看護師は、病棟で患者に温罨法を実施するのは初めてであったため、先輩看護師に「ゆたぼん」の使用方法について指導を受け一人で患者に実施した。実施後、指導をうけた先輩看護師に実施状況を報告した。実施の報告をうけた看護師は新人看護師が報告した内容を「足の下」に置いたと聞いた。「足の下とは？」と思ったが、湯たんぽを足の下に置いているはずはないと思った。患者の部屋を訪室した際「ゆたぼん」の実施状況を確認しなかった。1年目看護師は患者の意識状態等の患者情報を十分に把握していなかった。1年目看護師は、温罨法について、湯たんぽと温湿布についての知識はあり、熱傷の知識はあったが、「ゆたぼん」の使用による低温やけどについては全く知識が実践と結びついていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・温罨法による熱傷について、看護協会と日本医療機能評価機構から出されている文章をもとに注意喚起を行った。 ・院内で温罨法用品が統一されていなかったため、用品の統一と使用方法の統一を行い、その内容をマニュアルに追加し、周知徹底する(マニュアルは具体的に行動レベルでの記載を追加する)。 ・新人看護師の教育、研修、サポートについて教育担当と検討する。 ・罨法療法の物品、マニュアルの見直しを行う。
			専門分析班及び総合評価部会の議論		<ul style="list-style-type: none"> ○湯たんぽによる温罨法や、温罨法による熱傷の危険性の知識があっても、電子レンジで温める「ゆたぼん」が同じ危険性があると認識できていないのだろう。 ○経験値が少ないとバリエーションが少なく応用範囲が狭いため、応用したと思っても逸脱になってしまうこともある。個人が学習し、原理原則を理解していくしかないが、経験値が少ないと1つ1つの事象を個別に捉えてしまい、全体としてつながっていないであろう。 ○新人看護師から報告を受けた看護師は「足の下とは？」と疑問に思っているが、その後の確認ができていない。「足から何センチ離れた？」などと聞いてみることや、実際に自分の目で確認する必要があるだろう。 ○新人看護師が実施した内容について、先輩看護師が「カバーをつけたか」「足から離れているか」など質問すると新人看護師が学ぶ機会にもなるだろう。 ○湯たんぽの使用を禁止している医療機関もあるため、より安全に実施できる保温方法を考えてみてもよいだろう。 	

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	障害なし	看護師 (0年9ヶ月)	—	<p>当日C V挿入中に過呼吸となった。S p O₂低下しジャクソソリリースで酸素投与を12Lで開始した。その後、患者の末梢冷感強く、S p O₂測定不能となったため、新人看護師は手指を温めようと、温タオルをビニル袋に入れタオルで包み健側の右手指の上にあてた (温罨法はタオルが冷めるまで使用したが皮膚の発赤等はなかったと記憶している)。放射線科へ移送し胸部写真撮影では異常なく患者の状態も徐々に安定し、S p O₂測定も可能となり、通常の酸素2Lへ戻して経過観察していた。23時、夜勤看護師が患者の右拇指にうずら卵大の水疱形成を発見し、主治医に報告。翌日、皮膚科受診し水疱部破膜後、リンデロンV G軟膏塗布が開始された。</p>	<p>新人看護師のため事例に関する認識不足があった。周囲の看護師も患者の現象に意識が向き、発生要因への振り返りが出来ていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 皮膚の脆弱が見られる患者には、すぐに温罨法という手段を取らず、軽い摩擦や掛け物等での保温を試みる。 • それでも必要な場合には温タオルを直接皮膚にあてず、周囲に設置しその上から掛け物などで包み保温する方法を取る。 • 温罨法による温度確認や温罨法中の観察を行い記録に残す。

Ⅲ

1

2-[1]

2-[2]

2-[3]

2-[4]

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						
4	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 A はショートステイで一泊二日入院の患者の母親から 10 時の注入内容や日常のケアについて聞き、先輩看護師と共に内容を確認した。10 時の注入時間が過ぎ焦りもあったが、自分で書いたメモを見ながら 170 mL とエレンタール 45 mL を準備するはずだった。母親がエレンタールを 300 mL 溶解し持参していたこともあり、持参したエレンタール全量を入れ合計 470 mL 準備し、PEG より注射器で注入した。数分後嘔吐少量あり、近くにいた医師が気づき、モニタ装着と吸引を行った。13 時の 2 回目の注入時、休憩に入っていた看護師 A の代わりに同チームの看護師 B が注入することになっており準備をした。看護師 A の書いた注入量のメモが見にくいいため、口頭でエレンタールの量を聞き、300 mL と返答があったため、多いとは思ったが注射器で注入した。その後、200 mL 嘔吐し吸引した。喘鳴は軽度あったが SpO₂ は 90% 代あった。16 時の 3 回目の注入準備時、エレンタールが無いことに気づき、注入量を確認し過剰投与が分かった。</p>	<p>疾患理解不足。患者を観るのはチーム内で今回が初めてだった。先輩看護師が指導に付いたが、注入実施など一人で行い、ダブルチェックや注入総量を確認していなかった。大人の注入量となることは新人看護師 A は気づかず、正しいと思い込んだ。看護師 B はおかしいと思いながら、口答で聞いたことを鵜呑みにした。6 回に分けて少量で注入する意味を理解していなかった。ショートステイ患者は時々入ってくる患者で、情報を共有できていなかった。指示簿はなく、家族からの情報を記載して指示とするため、注入量が変更される患者は前回の入院と指示が変わるため、患者を理解していない新人看護師が初めから受け持つことは困難であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患の勉強会を行う。 ・新人看護師を初めての患者を担当する時は、指導者と一緒にケアする。 ・解らないことや疑問がある時は母親に確認をとる。 ・注入量や細かいケアはダブルチェックする。 ・ショートステイのマニュアルの見直しと情報収集の方法を再検討する。 ・電子カルテの記載方法をショートステイ用にわかりやすく作る。
				<p>○経管栄養は、栄養チューブや PEG などの挿入されているモノ、注入する栄養剤、投与方法が多岐にわたり複雑になっている。職種経験 7 ヶ月の看護師に、疾患や注入内容の理解を求めるのは難しい現状があるだろう。ショートステイであっても、入院中の指示がない点は改善の余地がある。家族から情報収集した内容は、一旦主治医やリーダーなどに確認するなどのチェック機能を設けても良いだろう。</p> <p>○新人看護師の代理で看護師 B が介入しているが、間違いに気付いていないことは、病棟全体の問題として捉えた方がよい。家族から得た情報を手書きでメモし、それを基に動くのではなく、電子カルテに入力し、誰が見ても分かる情報にするほうが良い。</p> <p>○経管栄養は、間違いが起きると患者への影響も大きいため、注入後の観察も大事である。</p> <p>○改善策に「指導者と一緒にケアする」と書かれているが、指導者と新人看護師がどのように一緒にケアをするのか具体的に決めておいたほうが良い。</p>		
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			
実施した行為が誤っていた事例						
5	障害残存の可能性がある (低い)	看護師 (0年11ヶ月)	—	<p>4:00 高柵低床ベッドを使用している患者に尿汚染があることに気付いた。患者が就寝中であり、病室が暗かった為夜が明けるまでそのままにした。</p> <p>7:00 指導者と共に更衣・リネン交換を行う予定であった。しかし、指導者が電話対応中であり長引いてしまったため、一人で交換するように言われた。通常、患者は覚醒後、頭部保護帽を着用するが、患者がウトウトしていたため、保護帽を着用せず臥床したままおむつ交換・更衣を行った。その後リネン交換を右側から行き、反対側を行う為、一旦ベッド柵を閉じようと下を向いたところ、「ガシャン」という音が聞こえた。見ると患者が正座したまま前方に倒れていた。患者を起こすと、前額部から出血していた。</p>	<p>新人看護師は、夜勤の見習い期間中であり、ケアは指導者と共に行っていた。しかし、指導者は、電話対応中であり長引いてしまった為、更衣・おむつ交換は一人で可能と判断し、伝えた。指導者は通常リネン交換は2名で行うため、おむつ交換と更衣のみを一人で実施するように説明したつもりであった。しかし、当事者はリネン交換も一人で実施してよいと思い、指導者を待たずに実施した。患者は覚醒後、頭部保護帽を着用する看護計画が立案されており、当事者も知っていた。しかし、患者がウトウトしていたため、臥床のままおむつ交換・更衣を行い、引き続きリネン交換を行った (途中、起き上がることを予測しなかった)。通常、患者はベッド内立位時にもふらつくことはなかったが、インフルエンザ罹患後であり座位でもふらついた可能性がある。これまでベッド柵で受傷したことがなかった為、ベッド柵には保護材を使用していなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ベアで実施することが原則になっているリネン交換は2名で実施する。やむを得ない場合は十分安全を確保した上で、1名で実施する。 ・指導者は、見習い看護師が一人で実施できる行為を把握したうえで、一人で実施させる。 ・やむを得ない場合、ケア内容・方法・注意事項を事前に確認し、一人で実施させる。 ・頭部保護帽を使用している患者には、ベッド柵保護材を使用する。
				<p>○伝えた指導者は「おむつ交換と更衣のみ」、受けた新人看護師は「リネン交換も一人で実施可」と、伝えた側と受けて側の認識のずれが起こることはあるため、具体的に伝える必要があるだろう。</p> <p>○改善策に「やむをえない場合」とあるが、原則以外のことを設定すると、本来のルールが曖昧になる。今回は夜勤の見習い期間中であり、指導者の電話が終わるのを待って2人でケアを行う選択があったのではないか。</p> <p>○新人看護師が夜勤に入る時期、先輩看護師のフォローの回数は、病院や病棟によっても異なる。また、夜勤ができるかどうかの個人評価だけでなく、月平均夜勤時間数の算出など組織側の要因も大きいことが推測できる。</p>		

III

1

2-[1]

2-[2]

2-[3]

2-[4]

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						
6	障害残存の可能性がある (低い)	看護師 (0年1ヶ月)	看護師 (1年1ヶ月)	<p>看護師経験1年目と指導者の看護師の2名が食事介助担当していたが、途中、指導者の看護師が、他患者の対応のため一時その場を離れた。1年目の看護師は、少量をスプーンにとり、時間をかけて、嚥下したのを確認しながらゆっくり介助していた。摂取中、むせこむことがあったが、落ち着くのを待って介助した。とろみをつけためんつゆにからめたそうめんを少量ずつ2口、がんもどきを1口、野菜のおひたしを1口摂取した後、とろみのついたお茶をストローで飲用後、患者本人がコップを持ち飲用しようとしたところ、意識消失し喘鳴著明となった。医師に報告し、気道確保、吸引した。透明粘調痰が多量に吸引された。酸素マスク開始し、吸引継続。医師の指示で採血、血管確保し生食全開で実施。心電図モニタ装着した。左肺雑音が著明であった。吸引継続しSpO₂が80%台となり、呼びかけに反応あり。頭部、胸部CTを施行した。左肺野に陰影あり。誤嚥性肺炎の所見としては典型的でなく、感染性気管支肺炎の結果であった。以前からの誤嚥も考えられ、絶食とし抗菌剤を開始した。問いかけに返答するようになり、抗菌剤投与を1週間行った。肺炎と思われる発熱はなかった。</p>	<p>患者は、重度混合性換気障害、左横隔膜挙上で呼吸状態にリスクがあった。吸引時、粘調痰の吸引が多量にあったことから、食事前など適宜吸引を行い、気道浄化を行う必要があった。全身状態、嚥下状態を判断して食事介助を行うには、看護師の経験を考慮したサポート体制が不十分であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 換気機能低下があり、自力での喀痰咯出が不十分な場合、適宜SpO₂測定、吸引を実施する。 食前は口腔内の観察、聴診をし、吸引後に食事を開始する。 嚥下に関する専門職員がいれば、適切なアセスメント介入が可能となると思われる、嚥下ケアの体制について検討する。

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						
7	不明	看護師 (5年 1ヶ月)	看護師 (0年 9ヶ月)	<p>日中主治医へ不眠を訴えマイスリー (10) が処方された。医師からも処方指示受けをした看護師も眠剤の副作用や注意点については患者に話していない。</p> <p>20:30 準夜看護師 (1 年目、準夜勤務 2 回目) は患者の希望があり支援看護師 (5 年目) に相談しマイスリー (10) 1 錠を与薬した。支援看護師は日中状態変化のあった他患者の対応に追われ、その時に新人看護師に与薬時患者にめまい、ふらつきが生じる可能性があるため、必要時はナースコールを押すという普段自分自身が患者にかかわる時に伝える事項を指導しなかった。新人看護師も転倒リスクがあることは理解していたが、患者への説明が実施できなかった。</p> <p>30 分後支援看護師が上記について説明する必要があったことに気づき、患者の部屋を訪室するがすでに患者は眠っていた。その後 1 時間ごとの巡視を行い、深夜看護師も転倒のリスクが高いと理解していたため患者の観察に努めていた。2:55 廊下より叫び声が聞こえたため訪室すると、ベッドサイドに倒れている患者を発見した。右大腿骨内転位となっていた。患者はトイレに行こうとしてベッドサイドにある椅子を掴もうとしたが手が滑ってしまい、バランスを崩し転倒したとのことだった。すぐ、内科当直を呼び診察依頼、X 線撮影の結果右大腿骨幹部骨折の診断あり、外科当直に相談しこのあと安静、経過観察で疼痛管理し日中整形外科受診の指示を出した。患者から「眠剤渡される時にふらつくなんて説明を受けてないんだから予測つくわけないよ。」という言葉が聞かれた。日中整形外科医の往診あり、介達牽引が施行された。</p>	<p>初回の眠剤処方、与薬に当たり、患者への眠剤使用時の注意を医師、関わった看護師も伝えていなかった。今回直接与薬業務についたのは準夜勤務経験 2 回目の新人看護師であった。転倒リスクが発生することはわかっていたが、患者にどう説明するか、また実際にどう説明を行うかを知らなかった。この時支援看護師も患者に与薬すると報告は受けたが、日勤から状態変化していた他患者の対応に追われ、新人看護師に患者に眠剤の副作用により転倒リスクがあるので気をつけるようにと伝えることを忘れていた。30 分後に気付いたがすでに患者は寝入っており、起こしてまで説明はしなかった。新人看護師の支援という役割がありながら、日中から状態変化のあった患者の対応を優先せざるを得ない状況になってしまった。また、転倒リスクが高いと認識し、1 時間ごとに巡視していたがその間に患者がトイレのため覚醒し、いつも通りに自室のトイレに行こうとした。ふらついた際、椅子に掴まろうとしたが手が滑ってバランスを崩して転倒し受傷するにいたった。肺炎による毎日の 38 度以上の発熱、大腿部に骨転移を認め放射線による照射治療が終了して 3 日目であった。酸素も使用しており、体力の低下が著しい状態であったと考える。しかし患者は慎重な性格で、発熱時にはナースコールを押して援助を求めることのできる患者であった。そのことから考えると、眠剤を使用することになった時に患者に副作用やその際の転倒リスク回避行動を説明しておけば、患者が援助を求められた可能性がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 初回の睡眠剤と薬時には医師、昼間の受け持ち看護師、与薬時にかかわる看護師は、患者へ薬の作用、副作用を説明する。眠剤服用後は転倒の危険が高くなること、患者に合ったリスク回避方法を考え説明し患者の反応を記録にする。日頃の夜間の排泄状況を把握しておき、眠剤は排尿を済ませてから内服する、飲んだ後は動き回らない、動く理由のある初回時には必ずナースコールを押すように指導する。 新人看護師への支援の際、適時に必要な指導 (今回は初回眠剤使用の注意点などについて) ができるような業務体制の見直しを行う。 支援看護師たちは初回眠剤投与に新人看護師が関わる際に、患者に薬の作用・副作用・対策としてどのような行動をとるかなど説明できるか確認するよう徹底する。 徐々に状態が変化してきている患者の状況をアセスメントしたら、患者と共に転倒転落スコアシートを再チェックしリスクの高さを自覚してもらい、患者に合った転倒回避対策を立案、説明し記録に残す必要がある。 個室使用時は単独でトイレを使用して大丈夫かリスクについて評価する。(入室時、状態変化時)
		専門分析班及び総合評価部会の議論	<p>○準夜勤務 2 回目支援看護師がいたが他患者の対応を行っている。本来であれば、支援看護師は新人看護師と同じ動きをする立場であったはずである。しかし、病棟全体の業務を減らすことはできていても、新人看護師のサポートになっていなかったのではないかと。</p> <p>○支援看護師が「夜勤の業務支援」ではなく「新人の支援」であることを他の看護師も認識し、支援看護師のサポートをする必要があるだろう。</p> <p>○新人看護師は、患者が睡眠剤を希望していることを支援看護師に相談できている。このタイミングで、特に注意する点や患者に説明する内容を伝えられると、新人看護師の学びの場になったであろう。</p> <p>○プリセプター研修や教育担当者研修などにより、新人看護師を支援する側の看護師を育てる仕組みがある医療機関が多いと思われる。さらに、指導側の看護師が疲弊しない職場環境や周囲のサポートも重要であろう。</p>			

Ⅲ

1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
2-[4]
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 「療養上の世話」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)	—	便秘に対し温罨法を仙椎部に実施。温罨法実施時、患者と家族に「5分後に来ます」と伝えたが50分後に訪室する。その際、患者の仙椎部皮膚の状況を確認せず、準夜帯勤務者が家族より腰部の発赤の報告を受けた。温罨法は、ホットキャビネットで保温されていたタオルをビニル袋に入れたまま、本人持参のタオルを巻き、仙椎部に当てた。この時、手のひらでタオルの温度を確認し、貼付しても大丈夫だと判断した。本人は頭部60度程度ギヤジアップし、臥床した状態で貼布した。	学生時代に机上で学んだ便秘に対する看護ケアの一つの温罨法を実施した経験があった。そのため、初めての処置であるという意識が薄く、指導者や他看護師に相談せず、マニュアルも確認しないで実施した。現在の能力、立場を考えずに行動してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・処置の実施にあたって、看護師としての経験の有無、看護師としての責任の取れる範囲を行動する前に考える事を習慣化していく。 ・ケアに際し、マニュアルの確認を行い、自身の知識に対し不足がないか確認を行う。
2	看護師 (0年)	—	粘度調整食品1袋と濃厚流動食200mLを一日3回経鼻栄養注中の患者。先に粘度調整食品を注入し、その後濃厚流動食を注入することになっていた。新人看護師は昼用の粘度調整食品と濃厚流動食を混ぜ、総300mLとしてからイルリガートルで注入した。約1時間30分で全量の注入が終了した。夕の注入食を準備する際、昼と同様に粘度調整食品と濃厚流動食をイルリガートルに入れると固まった。使用方法を先輩看護師に確認したところ、間違いに気が付いた。固まった夕分は破棄し、新たに粘度調整食品を注入してから濃厚流動食200mLを注入した。	新人看護師は患者の注入食を担当するのは3回目であったが、粘度調整食品を使用ようになってから担当するのは初めてであった。新人看護師は実習病院にて、粘度調整食品と注入食を混ぜて、PEGからシリンジで注入していたのを見学したことがあり、混ぜて注入するものだと自己判断し、誰にも確認せず実施した。	<ul style="list-style-type: none"> ・初めて実施する処置はリーダー看護師と相談し、実施方法を確認しながら行う。 ・初めて実施する処置・行為は指導を受けながら実施する。 ・初めて使用する医療材料は必ず使用方法を確認してから使用する。 ・新人看護師が実施する行為について、1人で実施できる内容か新人と共に確認し、教育・指導が必要な内容については教育・指導を実施していく。

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			
3	看護師 (0年)	看護師 (6年)	S状結腸切除術を行った患者。翌日に飲水テストの指示があった。8時40分頃、当事者は先輩看護師から飲水テストの指示が出ていることと、シールが出ているということを知った。すぐに指示の書いてあるシールを先輩看護師から受け取った。指示には飲水テストの指示であったが、当事者は日付を確認せずに飲水テストを行ってしまった。実施後、先輩看護師と指示内容を確認中、飲水テストの日付が翌日になっていることに気づき、事象が発覚した。	指示を受け取った際に内容の確認をしなかった。夜勤明けで日勤への引継ぎが始まる前で急いでいた。業務が全て終わっておらず焦っていた。患者が「喉が渴いた」と言っていた為、早く水を飲ませたいと思っていた。結腸切除後すぐに飲水はしないという知識がなかった。「飲水テスト」の文字しか見ていなかった。先輩も確認していると思い込んでいた。	<ul style="list-style-type: none"> 指示の日付と名前と内容をしっかり確認する。 先輩と一緒に確認する。 引継ぎが始まるまでの時間の余裕を作るようにする。
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誤りに気付いた事例)					
4	看護師 (0年)	—	気管支鏡検査を予定している患者であり、朝食の欠食が必要であった。新人看護師は、自己学習で検査3時間前から食べないと覚えていたため、朝食は食べて良いと思い、欠食にせず、患者にも「食べて良い」と説明した。実際は医師から朝食止めの指示が出ていた。夜勤の看護師が配膳時に欠食であることに気づき、配膳されず、予定通り検査が実施された。	医師からの指示を確認せずに患者に食べて良いと説明してしまった。看護室でのルール(午前の検査は朝食欠食、午後の検査は昼食欠食となること)を理解していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者に説明する前にリーダーや先輩に確認し、少しでも疑問に思ったことは相談する。 看護室のルールを理解する。
実施すべき行為をしなかった事例					
5	看護師 (0年)	—	胃管チューブを抜去後に食事開始のところ、新人看護師は食事を延食にしなかった。そのため、食事が配膳されてしまい、胃管チューブ抜去前に食事を食べてしまった。	深夜でオーダを確認したときには、胃管チューブ抜去後に食事開始という指示の意味は理解していた。しかし、どのように配膳をしたら良いのか、どのように助手と連携をとっていくのかという看護師の行動レベルでの指示確認ができておらず、理解できていない指示としての認識がなく、先輩に相談しなかった。食事一覧シートを食事の種類の確認や手術・検査などで禁食になることを記入するものとして活用することは知っていたが、看護師の確認後に食事を配膳する時など延食の記入を行い、配膳のタイミングの記載や助手との連携の手段の一つとして活用することを知らなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 食事が治療に影響を与える患者の食事チェックは、食事内容の確認だけでなく、禁食・延食・配膳可能か注意深く確認し、食事一覧シートへ確実に記載を行う。 担当患者の食事の配膳確認は食事一覧シートへの記載に加え、助手への声かけや配膳室に取り置きされているか、患者の元へ配膳されているかなど看護師自ら確認行動をとる。 初めてのケアや業務を行う際は、指導者やリーダーへその旨を報告し、他職種との連携方法や注意点について指導を求める。

III

1

2-[1]

2-[2]

2-[3]

2-[4]

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					
6	看護師 (0年)	-	直接母乳の前に胃内容物の確認と体重を測るようになっていたが、新人看護師は、胃内容物の確認を忘れてしまった。	体重測定をすることに焦ってしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・新人で病棟勤務 6 日目であった。 ・当日、転院搬送・病欠により、スタッフの人数が少なく、プリセプターも患児を担当していた。 ・面会が重なったため、プリセプター・プリセプティで連携が十分に図れない状況だった。 ・プリセプター・プリセプティ間の連携を図り、確認を徹底していく。
7	看護師 (0年)	-	各勤務 1 回排便がない時は、浣腸を行う指示があった。新人看護師は哺乳前に排便無かったため、肛門刺激を行なったが反応便がなかった。哺乳後に排便がみられなかったら、浣腸を施行しようと思っていたが、そのまま忘れて帰ってしまった。翌日の朝出勤し、深夜のスタッフに聞かれ、忘れていたことを思い出した。	17 時の哺乳前、直ぐに施行しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・先輩看護師は、その都度新人看護師が実施しているか確認していく。 ・自ら先輩看護師へ実施後の報告をしていく。
8	看護師 (0年)	-	患者は高体温でふらつきがあった。自分でポータブルトイレに移乗する際、ベッドからずり落ちた。	患者は転倒ハイリスクに加え、高体温でふらつきがあったが、新人看護師は「移乗時にはナースコールで知らせて下さい」と伝えるに留まった。介助バー設置、ポータブルトイレの位置調整などを考慮していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒ハイリスクに更に高体温が加わり、更にリスクが高い状態であった。 ・新人を指導する看護師は、患者状況をアセスメントし、一緒に看護計画を評価修正する。 ・まだ入職 2 ヶ月目の時期である。新人一人に任せない。

(4) 職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の事例の特徴

これまで、「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」とテーマを設定し、専門分析班において医療事故事例とヒヤリ・ハット事例について議論を行ってきた。これまでの議論をまとめると、職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した事例には、大きく分けて「職種経験 1 年未満の看護師・准看護師側の要因」と「職種経験 1 年未満の看護師・准看護師を取り巻く環境」の 2 つの特徴があることが分かった。

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師側の要因は、「知識不足 (経験不足)」「基本的な手順の不遵守」「思い込みによる安易な実施」「行う『目的や根拠』と『行動 (実施)』の乖離」「危険性の認識不足」「報告や相談ができない (しない)」であった。

また、職種経験 1 年未満の看護師または准看護師を取り巻く環境については、「知識・技術の評価体制の不備」「教育の漏れ」「サポート体制の不備」「職場内のルールが曖昧または形骸化」であった。

それぞれの項目について、これまでの専門分析班で出された主な意見を下記に掲載する。

①職種経験 1 年未満の看護師または准看護師側の要因

1) 知識不足 (経験不足)

- 点滴やドレーン、NG チューブなどたくさんのチューブ類が挿入されている患者の状況の把握が難しかった可能性がある。
- カテコラミンが末梢静脈ラインの側管から投与されている場合の注意点を知らなかった、もしくは輸液の交換がカテコラミンの投与に影響することを知らなかった可能性がある。
- 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。その姿を見ると「先輩は、アラームが鳴ったら、回路を見てアラームを止める」と見える場合もあるだろう。
- 投与する薬剤の成分や効果に関する知識がなかったのであろう。

2) 基本的な手順の不遵守

- 薬剤を投与する前には、処方箋との照合を行う必要がある。
- 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。

3) 思い込みによる安易な実施

- 思い込みなどから都合よく解釈してしまう可能性がある。
- 分からないこと、疑問に思うことを都合よく解釈し、確認するよりも行動に移してしまうことがある。
- 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と不安になると、確認しないまま行動することがある。

4) 行う「目的や根拠」と「行動 (実施)」の乖離

- 薬剤を投与する「行動 (実施)」だけではなく、何のためにどこから投与するのかを考えられるとよい。
- 使用する医療機器の構造を理解し、何の目的で使用するのか考えて使用する必要がある。
- 患者の状況を理解して行動するよりも、業務をこなさなくてはいけないという思いの方が強かった可能性がある。

5) 危険性の認識不足

- 浣腸は左側臥位で行うことは知っていても、立位で行うことの危険性を知らなかった可能性がある。
- 普段使用している閉鎖式の静脈ライン用コネクタの使用に慣れ、閉鎖式のコネクタではない時の危険性を知らなかった可能性がある。

- 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の危険性があることを認識していないのではないか。
- 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。

6) 報告や相談ができない(しない)

- 分からないこと、疑問に思うことを都合よく解釈し、確認するよりも行動に移してしまうことがあるため、相談することの重要性を伝えておく必要がある。
- 一人で任せられる業務が増えると、初期に比べ相談したり、質問したりしにくい時期かもしれない。
- 「あれ？」と疑問に思う感性は大事であるが、さらに、それを声に出して誰かに確認することを新人の時から習慣付けることも必要であろう。
- 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ことよい。

②職種経験1年未満の看護師または准看護師を取り巻く環境

1) 知識・技術の評価体制の不備

- 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。
- 2ヶ月目の看護師が一人で静脈注射を実施しているため、経験と行う業務内容が合っているか振り返ってはいかがか。
- あらかじめ技術チェック(危険性の認識も含めて)を行ったうえで、独り立ちする必要がある。

2) 教育の漏れ

- インスリンは極少量で効果がある薬剤であり、使用量を間違えると死に至らしめる可能性のある劇薬であるという教育を行っておく必要がある。
- 人工呼吸器の教育は使い方だけでなく、トラブル発生時の対応方法を具体的に教育しておく必要がある。
- 患者が「臥床している」と「正常に呼吸している」ことは違うため、巡視時に何をどう確認するのか具体的に教育していく必要がある。
- アラームが鳴ったら「切る」ではなく、アラームが鳴ったことの原因を探すことを重視した方がよい。
- 新人看護師への教育は、手順だけでなく、間違い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。

3) サポート体制の不備

- 初めての実施であれば、周囲がサポートできる体制を整えて行う方がよい。
- 急変に慣れていない看護師に指示を出す際は、「○を持ってきて。○○と準備して」など具体的に伝える必要があるだろう。
- 同時期に入った新人看護師が、一律同レベルの知識と技術を身につけていくわけではない事を周囲が理解しておくことも必要であろう。

- 発生時間帯が「22:00～23:59」と夜間では、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。
- 経験が短く、閉創とガーゼカウントで焦りがある場合は、医師に手を止めてもらうよう声をかけるのは難しいこともあるので、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。

4) 職場内のルールの曖昧または形骸化

- 吸入薬を内服薬用の容器に準備するなど、本来のルールが守られていない現状があるのではないか。
- 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がか。
- 行う行為が正しいのか振り返って確認するもの(例えば指示表など)を明確にし、それが業務手順に明示されていると良い。
- 処方内容や指示との照合など、基本的な確認方法は統一した方が良い。
- 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いなどルールを決めておく方が良い。
- 本来は2人で行うオムツ交換を1人で行っていた背景から考えると、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。

(5) まとめ

本報告書では、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「療養上の世話」を選択された事例について分析を行った。

職種経験1年以上の看護師・准看護師の事例も含め、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、分析を行った。医療事故事例は、「療養上の場面」において患者が単独で起こした「転倒」の事例の報告が多いが、職種経験1年以上の看護師・准看護師の事例においても同様の傾向であり、職種経験が少ないことが要因となって転倒の事例数が多いわけではなかった。ヒヤリ・ハット事例は、介助者がいる場面の「療養上の世話」や「給食・栄養」の報告が多いことが分かった。また、「療養上の世話」の主な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。

1年間にわたり職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した事例を、ヒヤリ・ハットのテーマとして設定のうえ事例を収集し、医療事故事例とともに分析した。第37回報告書では事例を概観し、第38回報告書では「薬剤」「輸血」に関連した事例を、第39回報告書では「治療・処置」「医療機器等」「ドレーン・チューブ」「検査」に関連した事例を、本報告書では「療養上の世話」に関連した事例を取り上げて分析を行った。

これまで専門分析班で議論した内容をまとめると、職種経験1年未満の看護師・准看護師の事例には、「知識不足(経験不足)」「思い込みによる安易な実施」や「危険性の認識不足」といった職種経験1年未満の看護師・准看護師側の要因と、「知識・技術の評価体制の不備」「職場内のルールが曖昧または形骸化」といった職種経験1年未満の看護師・准看護師を取り巻く環境の2つの特徴があることが示唆された。

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。

(6) 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 2015-1-8)
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 2015-1-8)