

事例 366：（手術前準備としての確認項目）

発生部署（手術部門） キーワード（その他）

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

手術で麻酔がかかった後に患者がカツラをつけていることが解った。看護師申し送り書には記載なく、担当医も知らなかった。カツラは患者の髪と紐で結ばれており、金属の留め金がついていたが取り外しが出来なかった。執刀医と確認し、電気メスを使用するため火傷を起さないよう金属部にガーゼを巻き手術を開始した。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

患者さんの髪は医療スタッフ誰もカツラとは思っていないななな。火傷のリスクについて理解していなかった。手術入室チェック項目にはヘアピンとあるが、カツラと結びついて理解されず、チェックされなかった。

■実施したもしくは考えられる改善策

手術入室チェック項目にカツラ等のピンと入れる事にした。患者さんにはオリエンテーション資料に付け加え、さらに口頭でチェックする事とした。

■事例の概要（全般コード化情報より）	
発生月【5月】	発生曜日【水曜日】曜日区分【平日】発生時間帯【10時～11時台】
発生場所【手術室】	
患者の性別【不明】	患者の年齢【不明】
患者の心身状態【麻酔中・麻酔前後】	
発見者【同職種者】	
当事者の職種【看護師】	
当事者の職種経験年数【16年2ヶ月】	
当事者の部署配属年数【10年2ヶ月】	
発生場面	【術前準備】
（薬剤・製剤の種類）	
発生内容	【診察・治療等のその他のエラー】
発生要因-確認	【確認が不十分であった】
発生要因-観察	
発生要因-判断	
発生要因-知識	
発生要因-技術（手技）	
発生要因-報告等	
発生要因-身体的状況	
発生要因-心理的状況	
発生要因-システムの不備	
発生要因-連携不適切	【作業マニュアルの不備】
発生要因-勤務状態	
発生要因-医療用具	
発生要因-薬剤	
発生要因-諸物品	
発生要因-施設・設備	
発生要因-教育・訓練	
発生要因-患者・家族への説明	【説明が不十分であった】
発生要因-その他	【
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事 例】	
備考【	】

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

具体的内容に関して

予定手術名と診療科が明記されていると、電気メス使用による危険範囲及びカッタの除去の必要性が理解しやすくなります。

対応策に関して

取り外しが困難であると判断された時、「安全の視点」から家族へカッタの取り扱いに関して確認されたのか、またガーゼを巻いて手術を行うことへの承諾は得られていたのか、対応策は安全を裏付ける根拠があったか等の記載があると良いでしょう。

改善策に関して

オリエンテーション資料に付け加えられた内容は具体的にどのようなものか、口頭でチェックするとは、カッタか否かと問うことなのか、具体的な記載があると良いでしょう。

■改善策に関するコメント

かつらには、金属の留め具を用いて自分の髪にほんで固定するものや、自分の髪に編み込んだり、接着剤で固定するもの、また自分の髪に毛がない人の場合は両面テープを用いて固定するものなどの種類があります。

かつらの普及率や種類別の構成比については統計的なデータが見当たりませんが、自分で着脱できるメリットから金属の留め具があるものが一般的に普及していると言われています。

手術前の準備は、手術を安全に行うために欠くことの出来ないものであり、滞りなく見落としなく実施されなければなりません。この事例はまれではありますが貴重な情報として全部署で共有し、手術前にかつらなど金属類のチェックができるようオリエンテーション、チェックリストの見直しを行うなどして認識を深めることが大切でしょう。見直しの視点として以下のような点が挙げられます。

1. 医療の安全は医療者と患者・家族との協働である

安全な医療を行なうためには患者・家族の理解と協力は不可欠です。そのためにもオリエンテーションの内容については、医療者側の一方的なものではなく、項目によってはなぜ必要であるかの理由を書き記し、説明することが大切でしょう。理解も深まり患者・家族からの積極的な質問あるいは患者からの申し出等の協力も得られると考えます。

2. 倫理上の配慮をする（尊厳を傷つけない配慮）

身体に装着する物のうち、金属類の危険性の観点からの説明、あるいは手術中の何らかの原因で汚染や破損もあり得ると考えれば、その説明を行なった上ではずしていただくことも必要でしょう（ただし、すべてのカトラに金属性のものが使われているとは限りません）。また場合によっては取り外す時期・場所などについて要望を聞くことや、同意を得ておくことも必要でしょう。

3. 医療行為上の危険の回避（熱傷の防止）

電気メスによる熱傷は、2点の金具が金属で結ばれていると起こりやすく、また発汗などで結露があると通電が起こって熱傷が起こりやすいと言われています。機器を使用する時、どのような状況であっても、危険

の回避には最大限努力をすることが必要でしょう。

事例 368：（検査手順の規則化及び情報管理の不徹底によるMRI

検査手技・判定技術の間違い）

発生部署（放射線部門） キーワード（組織）

■事例の概要（全般コード化情報より）

発生月【4月】	発生曜日【火曜日】	曜日区分【平日】	発生時間帯【4時～5時台】
発生場所【放射線撮影室・検査室】			
患者の性別【男性】	患者の年齢【57歳】		
患者の心身状態【障害なし】			
発見者【当事者本人】			
当事者の職種【診療放射線技師】			
当事者の職種経験年数【15年1ヶ月】			
当事者の部署配属年数【15年1ヶ月】			
発生場面 （薬剤・製剤の種類）			
発生内容			
発生要因-確認			
発生要因-観察			
発生要因-判断			
発生要因-知識			
発生要因-技術（手技）			
発生要因-報告等			
発生要因-身体的状況			
発生要因-心理的状況			
発生要因-システムの不備			
発生要因-連携不適切			
発生要因-勤務状態			
発生要因-医療用具			
発生要因-薬剤			
発生要因-諸物品			
発生要因-施設・設備			
発生要因-教育・訓練			
発生要因-患者・家族への説明			
発生要因-その他			
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】			
備考【			

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

救急MRで頸部の血管描出依頼があった。撮影には造影剤の使用が必要であったと思われたので主治医に連絡し了解をえた。この撮影にはダイナミック法が必要であったが担当医師、担当看護師への連絡をおこたった為、通常の造影剤の注入が医師によってなされた。その結果、依頼に対する情報が提供されたいため検査が中止となり担当技師が患者さんに謝罪したが、中止となった経緯の説明不足により患者さんが立腹された。その後、病棟主治医より患者さんにたいしての謝罪依頼があり技師長が謝罪し納得された。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

四月の異動まで熟練の医師、看護師がおり造影剤使用時のノウハウがあった。しかし、異動により担当者が変わったのに、技師は検査におけるノウハウを、関係職種の人達が理解していると思いつき、伝達しなかった事が要因であった。

■実施したもしくは考えられる改善策

血管撮影やTV検査等でおこなわれている検査内容の声かけを全撮影部門でおこなうように通達した。思いこみの打破に努める。チーム医療の適正化を図るために、有機的連携に努める。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

時間経過にそって簡潔に書かれていると思います。以下の点についてさらに記述すると具体的な改善策をたてることが容易になるでしょう。

まず初めに、「撮影には造影剤の使用が必要であったと思われたので主治医に連絡し了解を得た。」とありますが、主語は放射線科の医師でしょうかそれとも放射線技師でしょうか。また、患者に検査指示が出てから検査が終了し主治医にデータが届くまでどのようなシステムになっているのでしょうか。さらに要因の中の「ノウハウ」や改善策の中の「声かけ」と表現されているものは具体的にどのような内容を指し示しているのでしょうか。同時に「確認不足」、「マニュアルの不備」とありますが何を媒体に何を確認すれば今回のような事例が生じなかったのでしょうか。

■改善案に関するコメント

検査手順の規則化と情報管理の徹底

これまでの業務のありかたが、「四月の異動まで熟練の医師、看護師がおり」という記述から、造影剤使用時の確認作業においてあいまい、あるいは長年の慣習で行われていた可能性が考えられます。「ひとはエラーをおこすもの」という観点で考えれば、個人の経験や努力に頼ることは限界があります。異動により担当者が変わっても安全に検査が実施できるような仕組みを作る必要があると考えます。

要因に「マニュアルの不備」とあるため何らかのマニュアルが存在してい

たと考えられますが、経験の有無に関わらず他職種が共有できる具体的な内容になっているかという観点から見直してみよう。たとえば、当該の放射線技師は、主治医には検査手技の確認もあり連絡をとっていますが、担当医師、担当看護師には、「分かるだろう」と思い込み情報伝達をしなかったため今回のヒヤリハットが発生しています。この際の連絡方法においても口頭で連絡するだけでなく、オーダー画面やオーダー用紙等の媒体を介し確認できるようなシステムにする必要があるでしょう。また、異動者へのオリエンテーション内容についても再確認する必要があります。さらに、マニュアルの見直しにあたっては、個々の職種ではなく全撮影部門に関わるすべての職種が、定期的にカンファレンス等の機会を持ち安全の観点から評価し常に見直していけるようなシステム作りが重要でしょう。

責任意体制の明確化

「撮影には造影剤の使用が必要であったと思われたので主治医に連絡し了解を得た。」という記述から、当該病院では、検査方法については、放射線技師が判断し主治医に承諾を得るシステムになっているようです。これらの手順が規則化されていることと、造影剤の投与により患者の状態が急変した場合や今回のように検査が中止になった等の患者の診療全般に関する管理責任者は誰で、どのような連絡経路が取られるのかといったことも規則化しておくことも重要です。

当事者の方は経験15年の経歴をもつ方であり医療安全を推進していく存在となり得る人材と思われまます。しかしながら、その経験ゆえの思い込みにより今回のヒヤリ・ハットが生じています。撮影に関わる職種の管理者は、「自分の管理する職場で何が起きているのか」、また不安全な事象が生じた際にその場その場で対応するのではなく、システマ的に改善するリスクはなにかキャッチできる感性や組織風土の醸成を念頭におき、医師、看護師、薬

剤師だけでなく病院レベルで教育していくことが必要でしょう。

職員の健康管理の観点からの対策

「血管撮影やI V検査等でおこなわれている検査内容の声かけを全撮影部門でおこなうように通達した」という記述から、放射線技師が1検査室に1人配置されているのではなくいくつかの部屋をかけ持ちして検査していることも推測されます。また、本件発生時間帯が4時～5時台ということからより午前であれば当直勤務による疲労感に加え、「緊急MR」ということからも精神的プレッシャーが高い状態にあったことも推測されます。このような精神的プレッシャーが本来の手順を省略化し情報が欠落しやすい状況にあったことも考えられます。場合によっては重度の疲労を招きかねない勤務シフトではなかったか、あるいは長時間勤務における休息時間の確保がなされていたかという点から見なおすことも必要でしょう。

事例 420：(開口障害のある患者の口腔ケア)

発生部署 (入院部門一般) キーワード (清潔)

■ヒヤリ・ハットの具体的な内容

口腔内吸引時舌のか皮に白い虫が付いているのを発見した。

■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生月	発生曜日	曜日区分	発生時間帯
発生場所	患者の性別	患者の年齢	
	患者の心身状態		
発見者			
当事者の職種	当事者の職種経験年数		
当事者の部署配属年数			
発生場面			
(薬剤・製剤の種類)			
発生内容			
発生要因-確認			
発生要因-観察			
発生要因-判断			
発生要因-知識			
発生要因-技術 (手技)			
発生要因-報告等			
発生要因-身体的状況			
発生要因-心理的状況			
発生要因-システムの不備			
発生要因-連携不適切			
発生要因-勤務状態			
発生要因-医療用具			
発生要因-薬剤			
発生要因-諸物品			
発生要因-施設・設備			
発生要因-教育・訓練			
発生要因-患者・家族への説明			
発生要因-その他			
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度			
備考			

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

開口障害があり、口腔ケアが不十分だった。含嗽等も、誤飲の恐れがあり実施していなかった。いつも口腔が開いている。

■実施したもしくは考えられる改善策

口腔ケア時舌や磨きにくい所も念入りに行う。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

口腔内吸引時に、白い虫がついていた状況しか書かれていないため、具体的な改善策を立案するためにも以下の情報を記載されると良いでしょう。

- ・ 患者の病態（意識障害の有無、口腔摂取可能かどうか）
- ・ 口腔ケアの実施状況など

白い虫が口腔内で発生したのか、外から飛んで来たのかでは、講じる対策が異なってくるので、できるだけ詳しく記載されることを望みます。

■改善策に関するコメント

口腔ケアは、療養上の世話にあたり看護そのものです。患者にとっても心地よさ、そしてなによりも生活者としての人間らしさを提供するための基本的ケアであり、生活リズムを確立していく上でも重要なケアと考えます。特に開口障害のある患者の場合、高齢者、気管内挿管（気管切開）患者、意識障害患者、麻痺のある患者と同様に、口腔内細菌による呼吸器感染症のリスクが高く、口腔内ケアの適切な実施が予防の鍵となります。

白い虫の種類を同定する

状況から推測しますと、白い虫が患者の口腔内で発生したのか、あるいは外から飛んできたのかによって対策が異なってきますので、虫の種類を同定する必要がありますと考えます。口腔内で発生したのであれば口腔ケアの見直しが必要ですし、どこからか飛んできたのであれば、療養環境の改善（場合に

よっては害虫処理）が必要となります。

開口障害のある患者の口腔ケア

口腔ケアはセルフケア不足の患者に提供する基本的ケアであり、また感染予防の観点からも重要な看護と言えます。呼吸器感染症以外にも、特に保湿度と唾液の分泌促進効果によって、歯垢・歯石の蓄積を防止し、その結果う歯を予防します。う歯が進行すると骨髄炎になり、その細菌によって敗血症、心内膜炎、心臓弁膜症を引き起こします。患者さんにとっても苦痛なことです。オーラルケアの重要性を看護師に教育し、看護の質の問題であることを充分認識した上で、看護実践の規準に位置付けて手順を示す必要性があると考えます。

I. 目的

1. 口腔内の清掃およびう歯、口腔内の炎症、舌苔の予防。
2. 口腔内の細菌の繁殖を防止し、二次感染を予防する。
3. 口腔内を清潔にし、爽快感を与える。

II. キーポイント

1. 座位が取れれば座位を取り、充分に排液できるようにする。
2. ケア中の誤嚥に注意する。

III. 必要物品

1. 殺菌効果としては、イソジンガーグルが最も期待できるが、ヨード過敏症や長期間使用できないため、洗口液（リステリン、モンダミンなど）を使用する。
2. 吸引用カテーテルを準備しておく。
3. 下を向かせて膿盆に排出させる。排液が不十分であれば吸引する。
4. 可能であればブラッシングする。

歯ブラッシングによる歯磨きの効果として、食物残渣や歯垢の清掃作用のほか、機械的刺激による唾液の分泌促進という重要な働きがある。

座位が取れない場合

患者の upper body を 15 度ほど挙上させるか、やや側臥位にして背部をあて枕で支え安定させ、施行する。

ブラッシングできない場合

綿棒を濡らして、歯牙、歯肉、口蓋、頬粘膜を拭く。

病態によっては危険な場合があるので、主治医と相談しながらどこまでケアが可能か判断することが必要です。特に顎関節の脱臼には注意を要します。口腔外科があれば相談しながらケアを行うことも重要です。

【参考資料】

- 1) 「なぜ？がわかる看護技術 LESSON」、大岡良枝・大谷真千子、学習研究社、2001、12
- 2) 「慶應義塾大学病院看護部 標準看護計画 ND-3：セルフケアの不足看護実践の規準、Ⅲ-1.4 開口障害のある患者の口腔ケア」

事例 442：(自律哺乳児への授乳忘れ)

発生部署 (集中治療室) キーワード (食事と栄養)

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

自律哺乳児の授乳を忘れて5時間あいてしまった。

■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生月【6月】	発生曜日【水曜日】	曜日区分【平日】	発生時間帯【8時~9時台】
発生場所【NICU】			
患者の性別【女性】	患者の年齢【0歳】		
患者の心身状態【障害なし】			
発見者【当事者本人】			
当事者の職種【助産師】			
当事者の職種経年数【1年2ヶ月】			
当事者の部署配属年数【1年2ヶ月】			
発生場面	【経口摂取】		
(薬剤・製剤の種類)	【経口摂取】		
発生内容	【その他給食・栄養のエラー、哺乳しわすれた】		
発生要因-確認	【確認が不十分であった】		
発生要因-観察	【】		
発生要因-判断	【】		
発生要因-知識	【】		
発生要因-技術(手技)	【】		
発生要因-報告等	【】		
発生要因-身体的状況	【】		
発生要因-心理的状況	【】		
発生要因-システムの不備	【】		
発生要因-連携不適切	【】		
発生要因-勤務状態	【】		
発生要因-医療用具	【】		
発生要因-薬剤	【】		
発生要因-諸物品	【】		
発生要因-施設・設備	【】		
発生要因-教育・訓練	【】		
発生要因-患者・家族への説明	【】		
発生要因-その他	【】		
間違いの発生の有無及びインシデントの影響度【仮に実施されていても、患者への影響は小さかった(処置不要)と考えられる】			
備考【】			

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

十分に確認できていなかった。

■実施したもしくは考えられる改善策

最終哺乳時間を確認できるように書き出しておく。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

この事例には具体的な内容が不足しています。例えば、自律哺乳児の状況やヒヤリ・ハットの発生状況、発生要因、児に予測される障害などが記載されていません。例えば、自律哺乳乳と時間哺乳乳の確認を怠ったとか、授乳時間と緊急に行わなければならない処置が重なったとか、他の入院時が急変し担当が対応できなかつたとか、児が啼泣しなかつた又は啼泣したが多忙で見過ごしているうちに児が疲労のため入眠してしまい授乳間隔が空いたのか、哺乳時間が5時間空いたことにより児に予測される障害があるのかななども改善の立案には有用な情報です。また、事例の背景となる児の成育状態（月齢・自律哺乳乳の適応状況・疾患など）、具体的な哺乳計画（哺乳の方法；直母・哺乳瓶・注入、時間）、実施の詳細（哺乳確認、記録、ケア情報の共有方法）が記載されていないと改善策が立てられません。

この事例の発生時間帯は朝の引継ぎ時間に当たりますが、シフト間の引継ぎに関連して深夜勤・日勤どちらからの確認で気づいたのでしょうか。忘れていたことに気づいた経過も改善策のヒントになります。

ヒヤリ・ハットの具体的な内容、発生要因は5W1Hで、通常の確認方法など詳しく記載しましょう。

■改善策に関するコメント

自律哺乳乳が徹底できるシステムづくり

このような事例に遭遇した場合には、もう一度、施設でのケアを見直すこと

よりよい改善策が導かれるものと思います。

自律哺乳乳とは、自律授乳ともいい、母乳またはミルクを赤ちゃんが欲する時に、欲するだけ飲ませることを言います。母乳育児を成功させるために、世界保健機関もこの方法を推奨しています。また、児にとっては、欲求があるときには満たされることで「基本的な信頼感」が培われる好機です。自律哺乳乳を実施するためには、哺乳間隔や哺乳回数に厳格に決めないで、児の生活リズムを考え、児の哺乳欲求や吸吮力に応じて柔軟に個別的な対応できるようなケアが必要です。

特に、NICUでは時間哺乳児が多いのですが、その中で、自律哺乳児は、適応、消化能力、量、時間など検討して哺乳計画が決定されます。個別性を踏まえた哺乳計画を実施していくためには、同時に入院している児や施設の特徴、勤務体制などを踏まえて自律哺乳乳が徹底できるシステムをつくる必要があります。「WHO/UNICEF 母乳育児成功のための10か条」には、

1. 母乳育児についての基本方針を文書にし、関係するすべての保健医療スタッフに周知徹底しましょう

2. この方針を実践する為に必要な技能を、すべての関係する保健医療スタッフにトレーニングしましょう（以下、略）

とあります。システムは文書にして関係するスタッフで共有できるようにしましょう。また、体重増加の状況や、一般状態の観察を行いながら欲求に合わせて授乳を行うことのできる総合力のあるスタッフの育成も重要です。

情報の共有

新生児・乳児は言葉で自分の状態を表現することはできません。哺乳時間を忘れられても啼泣以外の方法での意思伝達はできません。よって、自律哺乳児個々の哺乳計画、つまり時間・量・担当者・哺乳準備・実施確認方法・

2 シフトにまたがる場合の責任、哺乳時の児の状態や哺乳量、哺乳終了時間

などの記録と報告ルートなどをあらかじめ決めて置き、いつでも同じ方法で行われるようにマニュアル化します。そして、スタッフ間で情報を共有し、マニュアルにそって実施することを徹底します。

また、時間哺乳児と自律哺乳児の区別を誰が見ても分かるように表示する、自律哺乳児の哺乳時間・哺乳終了が一目で分かる表示したりするなどして、担当者が何らかの事情で哺乳計画を実施できなかった時にも他のスタッフが気づいて対応できるようにしておくことが必要です。

【参考資料】

- “Ten Steps to Successful Breastfeeding”、WHO/UNICEF、1989
<http://www.unicef.org/newsline/tensteps.htm>
- 「母乳育児成功のために～だれでも知っておきたい母乳育児の保護、推進、支援～産科医療施設の特別な役割」、日本母乳の会運営委員会編集・発行、1999
- 「カンガルーケア ぬくもりの子育て 小さなちゃんと家族のスタート」、堀内勤・飯田ゆみ子・橋本洋子編、メデイカ出版、1999
- “Evidence for the ten steps to successful breastfeeding (Revised)”、Family and Reproductive Health, Division of Child Health and Development, World Health Organization、1998 [WHO/CHD/98.9]

平成 15 年度第 4 回
重要事例情報の分析について

1 重要事例情報の収集の概要

1) 収集期間

平成 15 年 8 月 27 日より平成 15 年 11 月 25 日まで

2) 施設数 (カッコ内は前回の実績)

参加登録施設： 250 施設 (250)

報告施設数： 69 施設 (72)

3) 収集件数

区 分	件 数 (カッコ内は前回の実績)
総収集件数	1,644 件 (477)
空白、重複件数	93 件 (13)
有効件数	1,551 件 (464)

2 分析の概要

1) 分析の方法

医療事故を防止する観点から、報告する医療機関が広く公表することが重要と考える事例について、発生要因や改善方策などを記述情報として収集した。収集されたヒヤリ・ハット事例より、分析の対象に該当するものを選定し、より分かりやすい表記に修文した上でタイトルやキーワードを付した。

また、専門家からのコメントとして、事例内容の記入のしかたや記入の際に留意すべき点などを「記入方法に関するコメント」として、また報告事例に対する有効な改善策の例や現場での取り組み事例、参考情報などを「改善策に関するコメント」として述べた。

さらに、コード化情報として報告されたデータを重要事例情報に付加し、事象そのものや事象の背景をより正確に把握した上で分析を行なった。

2) 分析対象事例の選定の考え方

収集された事例から、分析し公開することが有用な事例を選定した。選定の考え方は以下の基準によった。

- ① ヒヤリ・ハット事例の具体的内容や発生した要因、改善策がすべて記載されており、事例の理解に必要な情報が含まれていること。
- ② 次のいずれかに該当する事例であること。
 - ・ 致命的な事故につながる可能性がある事例（重大性）
 - ・ 種々の要因が重なり生じている事例（複雑性）
 - ・ 専門家からのコメントとして有効な改善策・参考になる情報が提示できる事例（教訓性）
 - ・ 他施設でも活用できる有効な改善策が提示されている事例（汎用性）
- ③ なお、個人が特定しうるような事例は除く。

また、報告された事例にはモノ（薬剤、機器等）の特性を主な要因として指摘する事例も含まれていた。これらは、「モノを改善することで、ヒトの認知的負荷の軽減や、記憶の混乱の誘発防止につながり、ヒューマンエラーを防止することが出来る」という観点から、当検討会においても有効な知見やコメントが得られると判断して事例を検討することとした。

3) 事例のタイトル及びキーワードの設定

これまでと同様に、各事例にタイトル及びキーワードを付した。キーワードは以下のリストから選択した。

■発生場所

大項目	分類項目
外来部門	(1) 外来部門一般
入院部門	(2) 入院部門一般
	(3) 救急部門
	(4) 集中治療室
	(5) 手術部門
	(6) 放射線部門
	(7) 臨床検査部門
	(8) 薬剤部門
	(9) 輸血部門
	(10) 栄養部門
	(11) 内視鏡部門
	(12) 透析部門
	事務部門
その他	(14) その他

■手技・処置など

大項目	分類項目
日常生活 の援助	(1) 食事と栄養
	(2) 排泄
	(3) 清潔
	(4) 移送・移動・体位変換
	(5) 転倒・転落
	(6) 感染防止
	(7) 環境調整
医学的 処置・ 管理	(8) 検査・採血
	(9) 処方
	(10) 調剤
	(11) 与薬（内服・外用）
	(12) 与薬（注射・点滴）
	(13) 麻薬
	(14) 輸血
	(15) 処置
	(16) 吸入・吸引
	(17) 機器一般
	(18) 人工呼吸器
	(19) 酸素吸入
	(20) 内視鏡
	(21) チューブ・カテーテル 類
	(22) 救急処置
	(23) リハビリテーション
情報と 組織	(24) 情報・記録
	(25) 組織
その他	(26) その他

3 分析結果及び考察

1) 収集された重要事例情報の概要

(1) 全体の概要

- 3ヶ月間の報告期間で収集された件数は1,644件で、うち1,551件が有効な報告であった。
- 前回に比べて報告件数は3倍以上に増加した。前回の報告件数が少なかったため増加量は大きいですが、報告数は増加傾向にある。
- 報告内容の記述についても内容が充実した事例が増加している。ヒヤリ・ハット事例報告への組織的な定着・浸透が伺える。
- 発生件数割合が高い手技・処置は、以下のとおりである。転倒・転落に関する事例の発生が抑制されてきているが、与薬やチューブ・カテーテル類に関する事例は依然として発生割合が高い。

与薬（内服・外用）に関する事例	208 (13.4%)
チューブ・カテーテル類に関する事例	202 (13.0%)
与薬（点滴・注射）に関する事例	165 (10.6%)
転倒・転落に関する事例	163 (10.5%)
調剤・与薬準備に関する事例	76 (4.9%)

- これまでの事例の内容は成人病棟が中心であったが、小児病棟、産科病棟等からの報告も見られるようになった。事例報告の発生場面が広がってきたことにより、今後は、看護師中心のヒヤリ・ハット事例報告から他職種への活動の広がりが期待出来る。

(2) 与薬に関する事例

- 与薬に関する事例は、準備段階では十分確認したが、実施時点で違う薬剤を与薬してしまった事例や、実施時点の思い込みで与薬してしまう事例が見られた。
- 与薬準備段階での安全に対する配慮が徹底されていることは評価すべきであるが、人はエラーをするものという考えに立てば実施時点での細心の注意も必要である。伝票との照合やベッドサイドでの照合・確認方法など、どのような手順で与薬を実施しているか検討していく必要がある。この際には、

人による確認行為だけでなく、モノやシステムを効果的に活用する対策の視点が重要である。

- 特に輸液ポンプ等、機械を使用する際の投与ミスは、機械の使用法を十分理解していないことと、過度に信頼する傾向によるものである。機械の正しい理解と同時に、利用状況に合った機械の設計という観点も今後検討していくべきである。

(3) チューブ・カテーテル類に関する事例

- チューブ・カテーテル類に関する事例は、依然として発生割合が高い。内容を大別すると、①三方活栓のような用具の構造に関する事例、②体位変換や移乗の際、他の安全面への配慮に意識が注意している中で抜去される事例、③装着による不快感等、患者自身が切断・抜去する事例、の3つである。
- 三方活栓に関する事例はこれまでも注意喚起してきているが、医療機関内で複数の型が混在することなどによって、ヒヤリハットが続いている。いずれも事例の発生状況は多様であるため、閉鎖式輸液システムの導入や三方活栓の形式を同じにする（院内または病棟で数種類の三方活栓は使用しない）、使用時のチェックシステムの工夫など、現場の状況にあわせた解決策を検討し、重点的に周知徹底していくことも必要である。

(4) 転倒・転落に関する事例

- 転倒・転落に関する事例は、患者の単独行動によるものだけでなく、看護介入時やその前後に発生する場合も多い。看護介入前後としては、患者へ声をかけた時や側にいても目を離した際に発生している。この要因として、看護師個人の注意不足やチーム間の連携不足を上げることが多いが、これらの背景には「多忙で患者との意思疎通が不十分」なことや「中途半端なまま患者の側から離れることになってしまう」状況が存在していると推察される。
- 多忙な業務の中ではあるが、転倒が予測される患者に対しては、医療従事者間で連携して、観察や関与を徹底することによって、転倒・転落を未然に防止する活動が重要である。実際に、他の看護師の指摘によって転倒・転落が防止できた事例も報告されている。

(5) コミュニケーションに関する事例

- コミュニケーションに関する事例としては、医療従事者間のコミュニケー

ションと、患者と医療従事者間のコミュニケーションに関する事例が報告されている。

- 医療従事者間コミュニケーションとしては、コミュニケーションが全くなかったのではなく、不十分なコミュニケーションによって誤解釈や誤判断を招き、ヒヤリ・ハットを起こした事例が発生している。
- 医療従事者間のコミュニケーションについては、基本的な考え方とともに、チーム内の連携が功を奏する場合（チェック機構が働く）と、そうでない場合（お互いに相手に頼ってしまうなど）について事例から状況を明らかにして、今後整理した上で、良好事例として周知していくことが望まれる。
- 患者と医療従事者間のコミュニケーションについては、トラブル対応の過程で発生する事例が多く報告されている。看護師と患者との間で問題解決のためのコミュニケーションが不適切なため、問題解決が長引いてしまうというような事例がある。
- 患者の求めているものと、専門職として必要と考えることにずれがある場合の適切な対応のあり方について、学習が必要と考えられる事例が見受けられた。医療の専門家として、患者の権利を尊重した上で、患者にとって必要な情報をいかに提供し患者の納得を得て治療やケアを行なっていくか、医療者としてのコミュニケーションのあり方についても検討していく必要がある。

（6）食事に関する事例

- 食事に関する事例としては、検査等のために禁食、待食が必要なのに間違えて配食された事例や治療食自体の間違いがあった事例が報告されている。
- これらは食事のオーダーや配膳過程に問題がある。具体的には、病棟内での情報伝達の問題（コミュニケーションエラー）、栄養課との連絡体制、オーダーリングシステムの問題、医師の指示の出し方などの問題が見られる。
- 食事に関する事例では、アレルギーのある患者の配膳間違いやエネルギーコントロール食の総カロリーや減塩食の塩分の違いなど、治療内容との関わりにおいての患者へ与える影響は大きい。
- 患者の指摘によってエラーを防ぐことができた事例もある。このような事例をもとに、今後の改善策を検討していく必要がある。

（7）患者の離院

- 患者の無断離院の事例が増加している。大別すると、①痴呆等患者自身の理解力低下に関する事例、②外出・外泊時に許可が必要なことを患者自身が

知らなかったことによる事例、③無断離院はいけないと分かっているながら、故意に外出・外泊する事例、という3つのパターンがある。

- これらのパターンそれぞれに有効な対策を検討する必要がある。①は最も危険性が高いので、施設やシステム上の工夫が必要である。患者の故意によるものについては、入院の必要性も含めた、患者との十分な話し合いを行なうなど、医療従事者の積極的な対応によって防止することが出来ると考えられる。

(8) 機器一般に関する事例

- 機器一般に関する事例として、離床センサーの電源を切っていたという事例があった。
- 離床センサーは、夜間の転倒・転落防止や不穩患者のモニター等に広く利用されているが、看護師が処置をする際などにも反応してしまうため、措置の際にはセンサーを切って処置後復旧させる、という対応が行なわれている。その際、再度電源を入れるのを忘れるという事例が発生している。
- このような使用状況を踏まえた機器の機能上の工夫・改善が求められる。特に「電源の入れ忘れ」という事例は人工呼吸器などその他の機器でも発生しており、機器の種類によっては患者に重篤な影響を与えるものもある。主電源を入れておけば、アラームなどの重要なスイッチは、処置時に切っても一定時間後には自動的に再度電源が入るシステムにするなど、機器の改善も検討する必要がある。

(9) 滅菌に関する事例

- 滅菌に関する事例として、滅菌の有効期限が切れた医療材料の誤使用や、滅菌が不十分な状態での手術用器材の誤使用による事例が報告されている。
- 滅菌は、未滅菌による感染と、有毒ガスによる人体への影響という両面からの検討と対策が必要である。滅菌は高圧蒸気滅菌、プラズマ滅菌と並んで有毒ガス（酸化エチレンガス滅菌）が主流であるが、排出ガスの問題や被滅菌物の残留ガスの問題があり、それがヒヤリ・ハットとも関係してきていると思われる。
- 滅菌の問題は、目に見えない医療職の高度に専門的な分野であり、これまで、多くの事例は見られないが、ヒヤリ・ハットの報告件数が増加傾向にあることも鑑みて、今後調査・研究を進めていくべき課題であると考えられる。

(10) 同姓、同名に関する事例

- 同姓・同名患者に関する事例は、これまでも多数報告されているが、特に「同姓患者」の事例が依然として多い。
- 同姓患者の間違いは、多忙のために察知できなかった事例や、同姓の存在を意識はしていたが結果的に適切に扱うことが出来なかった事例が報告されている。しかし、患者誤認事故は過去にも重大な結果をもたらした事例もあることから、確実な患者の認証のシステムの導入と（バーコードつきネームバンド、フルネーム、生年月日など）、現場において確実な運用方法の実施（指差呼称、チェックリストに沿って行うなど）が求められる。
- 小児の双子が予防接種のため来院し、患者取り違えに注意を払ったあまり、薬剤を取り違えそうになったヒヤリ・ハットが発生している。このようなケースでは、取り違えの予防策として、患者家族（親）の協力を求めることも可能である。医療安全を推進するには、医療従事者だけではなく患者側の理解・協力も必要であり、同姓・同名や容貌の似た患者に関しては積極的な患者参加も働きかけていくべきである。

(11) 検査

- 検査に関する事例は、検体の取扱いの間違いや前処置の不徹底等が多く報告されている。
- 具体的には、検査受診時の説明不足や、検査そのものに対する知識不足による処置の誤りによって、検査の前処置が適切に施行されず検査が中止になる、あるいは再検査となる事例であった。
- 検体間違いの発生状況は、手書きによる記入時の間違い、ラベル貼付時の間違いなどさまざまである。そのため、個人レベルの問題として要因分析や対策立案が報告としてなされることが多い。しかし個人的な対策だけではなく、医療機関における検査の流れを踏まえシステムの問題として取り扱うべきである。
- 前処置の不徹底や誤りについては、医療従事者の知識不足を要因として挙げているものが多い。担当者自身が、検査の目的や内容を理解し、患者の疾病の状況、病態・生理と絡み合わせて取り扱っていく姿勢が必要である。この際、業務効率の観点だけでなく安全の観点から役割分担を検討し、手順とともにシステムとして適切に検査が実施できるように検討する必要がある。