

医療安全教育

公益社団法人神奈川県看護協会 医療安全情報 No.43

2025年12月発行

I

はじめに

医療現場では、ヒューマンエラーやシステム上の不備に起因するインシデントが日々発生しており、これらを未然に防ぐためには、安全文化の醸成と継続的な教育が不可欠と言えます。特に近年多職種連携やチーム医療の重要性が高まっている中で、個々の専門性に加えて、共通認識としての医療安全の理解が求められています。そのためには医療安全教育は単なる知識の伝達にとどまらず、実践に即したトレーニングや事例検討を通じて、現場での対応力や判断力の向上につなげていけるように組織全体で取り組んでいく必要があります。

今回は、医療機関、介護施設、訪問看護事業所で取り組まれている医療安全教育について紹介していきます。自施設における医療安全教育の取り組みについて、検討の機会としていただければと思います。

CONTENTS

I	はじめに	1
II	医療安全教育・研修企画のポイント	2
III	病院編	3
	1 事例から学んだ医療安全教育の視点 ～倫理的側面に着目して～	
	2 医療安全の視点からみた看護記録質向上に向けた教育	
	3 呼吸数の測定を根付かせる継続的教育	
IV	介護施設編	8
	1 介護施設における医療安全教育について	
V	訪問看護事業所編	11
	1 訪問看護における医療安全教育について	
VI	おわりに	16



医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針（厚生労働省令和2年3月発行）には、『医療安全管理者は、職種横断的な医療安全活動の推進や、部門を超えた連携に考慮し、職員教育・研修の企画、実施、実施後の評価と改善を行う。』と記載されています。また研修の企画内容に関しては、講義中心から時にグループワークを取り入れるなど検討することや、テーマに関してはトピックス的な内容だけでなく、自施設で課題としている内容を検討する等、多角的な視点から検討していくことが必要です。

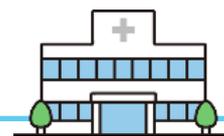
医療安全教育・研修を企画する際には、以下の資料を参考にテーマを考えてみましょう。

【医療安全に関する職員への教育・研修の実施】

- (1) 研修は、内容に応じて演習等を含む参加型研修となるよう企画する。
- (2) 研修は、具体的な事例を用いて対策を検討するように企画する。
- (3) 現場の職員だけでなく患者・家族、各分野の専門家等の外部の講師を選定するなど、対象および研修の目的に応じて企画する。
- (4) 研修について考慮する事項
 - ① 研修の対象者
 - a. 職種横断的な研修か、限定した職種への研修か
 - b. 部署・部門を横断する研修か、部署および部門別か
 - c. 職階別の研修か、経験年数別の研修か
 - ② 研修時間とプログラム
 - a. 研修の企画においては、対象者や研修内容に応じて開催時刻を考慮する。
 - b. 全員への周知が必要な内容については、複数回の実施やビデオ研修等により、全員が何らかの形で受講できるようにする。
 - c. 研修への参加状況、参加者の意見、反応等を把握し、研修の企画・運営の改善に活かす。
 - ③ 研修内容の例
 - a. 医療の質の向上と安全の確保に必要な知識と技術に関する研修
 - b. 医療安全の専門的知識や技術に関する研修
 - c. 心理学・人間工学・労働衛生など、他分野から学ぶ安全関連知識や技術に関する研修
 - d. 法や倫理の分野から学ぶ医療従事者の責務と倫理に関する研修
 - e. 患者、家族や医療事故の被害者から学ぶ医療安全に関する研修
 - f. 患者、家族、医療関係者間での信頼関係を構築するためのコミュニケーション能力の向上のための研修

医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針より
（厚生労働省令和2年3月発行）





事例から学んだ医療安全教育の視点 ～倫理的側面に着目して～

横須賀市立市民病院 金子美香子

医療安全管理室には、日々様々な報告が届けられます。その中で、カテーテル自己抜去によるアクシデントに、不運にも急変が重なり死亡の転帰を辿った事例がありました。報告を受けた当初は、身体拘束やカテーテル抜去のリスク評価、抜去防止への対応など、医療安全管理者として気になる点を中心に状況を確認していました。しかし、経過を検証する中で「事前に患者の思いが確認されていたのか」「倫理的問題も隠れているのではないか」と考えるようになり、改めて事例を整理してみたところ、患者の視点に立ち返ることの大切さに気付かされ、倫理的視点を持つことが重要であることを再認識することができました。

医療安全に関わる問題は多角的な視点で捉えることが大切であり、その視点を養うには教育が鍵となります。医療安全教育を進める上でも、医療安全に関する知識・技術の修得に留まらず、倫理教育も盛り込んでいくことが重要と考えます。

以下に事例を紹介します。

<事例の紹介>

末期腎不全、独居の高齢患者。

昨年までは外来に通院していたが、透析導入を拒否し通院を自己中断していた。しかし息苦しさを自覚し自ら救急要請した結果、うっ血性心不全の診断にてHCUに緊急入院となり、同日ブラッドアクセス留置用カテーテル（以下カテーテル）を挿入され透析導入となった。透析導入については患者本人が同意書に署名することは困難であったが、説明に対してはしっかりと頷きがあったと診療録に記載されていた。

入院当日の夜間は安全に透析を行うために身体拘束具の一つであるミトンの使用を開始したものの、自ら外し再装着を頑なに拒否されたためHCUでは抗精神病薬の点滴と見守りで対応していた。翌日には一般病棟に退室し、食事のためにミトンを解除すると自身で食事を摂取することができ、カテーテルに触れるような行動はなかった。

カテーテルを自己抜去してしまう前日の日勤帯も、ミトンを外して過ごすことができ危険行動はなかったが、消灯後に目が届きにくくなるとの理由からミトンを装着した。しかし、次に看護師が訪室した際にはミトンが外れ、カテーテルが抜去された状態で急変していた。蘇生処置を試みるも死亡確認となり、死亡時画像診断（以下Ai）を実施したところ右心系や脳内に空気塞栓の所見を認めたことから直接死因は空気塞栓となった。

翌朝当直師長より報告があり、医療安全管理者である私はカルテからの情報で当該患者には複数の併存疾患があったことを知り、確認のため主治医に病理解剖を提案した。その結果、直接死因は急性冠症候群の診断に覆った。

本事例には、ドレーン・チューブ管理や身体拘束、透析の中断、偶発的に生じた急変とその後の死亡診断名に影響を及ぼす Ai と病理解剖による死亡診断の違いなど、医療安全に関連する複合的な問題が含まれていました。報告を受けた当初の私は、身体拘束に関するアセスメントやドレーン・チューブ管理の適切さに焦点を当て、状況確認をしていました。しかし、情報を整理しながらその時々患者の思いを考察する中で視点が変わり、私自身が患者の視点・看護師の視点・医療安全管理者の視点で丁寧に振り返りたいと思うようになりました。そこで事例を倫理的視点に基づき整理したところ、一連の経過に於いて患者の思いに寄り添うことや倫理的側面への配慮が不足していたことが浮き彫りになりました。

＜臨床倫理の4分割法＞

医学的適応 (Medical Indications)	患者の意向 (Patient Preferences)
生活の質 (Quality of Life)	周囲の状況 (Contextual Features)

倫理的側面は臨床倫理の4分割法を参考に整理しました。

臨床倫理の4分割法を用いて整理した後の問題点

- 透析導入の拒否により通院を自己中断していた。
 - ⇒ 患者は病状を理解していたのか。
 - ⇒ 透析導入以外に治療の選択はなかったのか。
- 透析導入について患者本人が同意書に署名することは困難であったが、説明に対してはしっかりと頷きがあったと診療録に記載されていた。
 - ⇒ 患者は透析導入について本当に納得し、同意していたのか。
- ミトンの使用を開始したものの、自ら外し再装着を頑なに拒否した。
 - ⇒ 身体拘束開始時に3要件は満たされていたのか。
 - ⇒ 身体拘束に関する説明と同意はされていたのか。

救命は医療の使命であるものの、少なくとも患者や患者に関わる医療従事者間で「患者を中心とした治療の検討がなされていたか」を振り返ることが必要だと思いました。この事例は、単なるカテーテル自己抜去に関連した死亡事例ではなかったことを踏まえると、患者の思いをはじめとした隠された問題がないかなど、多角的な視点で事例を捉えることも重要であると考えます。またこの事例を経験し、情報量や情報の捉え方によって解釈が異なることに気づかされたと同時に、日々の業務の中でも一旦立ち止まり、相手の心情や事情に寄り添うことの大切さも再確認することができました。

これまでの医療安全に関する研修では、とかく事故防止や報告の必要性、再発防止策の検討などに重きを置いていましたが、時には倫理的側面に着目する安全研修も必要であると考えます。

医療安全管理者として事故の検証、要因分析、再発防止策に着目することは必要ですが、それだけにとどまらず、実際に行っている医療の中に倫理的問題が隠れていないかにも目を向けることはとても大切なことだと考えます。そしてそこを“丁寧に”考えることができるような安全教育を進めることが、これからは求められるように感じます。

今後は当院でも倫理的側面を大切に、患者個々に合った対応が考えられるような医療安全研修を行っていきたいと思います。

日本看護協会の看護記録に関する指針では、看護記録とは『あらゆる場で看護実践を行うすべての看護職の看護実践の一連の過程（プロセス）を記録したものである』と定義されています。医療法施行規則第20条では、『診療に関する諸記録』の中に看護記録が位置づけされており、看護実践を証明するものとしてとても重要です。

当院では、フォーカスチャータリング®『F-DAR』から転換し、生活支援記録法『F-SOAIIP』（エフソ・アイピー）を導入しています。この記録方法は入職後に知ることがほとんどであるため、基本学習から始めています。また事故発生時には証拠としてしての公的文書となるため、看護記録記載基準の整備と記録に関する院内教育は毎年実施しています。

1. 院内学習（集合研修）

入職時研修や看護記録フォローアップ研修は毎年行い、必要時には中途採用者研修、院内学習会（看護記録基準・計画委員会主催）を企画して実施しています。

「看護基準・標準看護計画・看護記録記載基準マニュアル」と看護師全員に配布している「看護部のしおり」に事故発生時の記録で注意することを掲載しており《図1》、テキストとして使用しています。また、F-SOAIIPの理解につなげるため、SOAPやF-DARとの比較を表示し《図2》、実際の記録記載については、作成した様々な場面（転倒転落発生時や急変、せん妄状態など）の動画をを使用して演習を行っています。特に新入職の研修ではF-SOAIIPワークシートを活用し、グループワークで記録を記載する演習を行っています。

《図1》看護記録記載基準より抜粋

【 事故発生時の記録の注意点 】

重要

※事故発生時は経時記録に移行する

※院内医療安全マニュアル『医療事故発生時の記録』に準ずる

◆事実を正確に記録する。

- ①記録の表現方法は誤解の招かない言葉を選び、客観的に書く。
- ②事故を発見した時間・患者の状態・処置を正確に書く。
- ③行なったことは正確な時間で全て記録する。

《例》I) ○：○○ 当直医に報告

○：○○ 管理当直師長に報告

○：○○ 家族（誰に）の自宅に連絡するが、出ないため長男の携帯電話に電話し、留守番電話に状態が急変したことを残した など

◆他の記録と整合性を確認する。

🕒時計はモニターを基準にして記録する。（定期的な時間合わせが必要）

- ✓他の医療者と時間や処置内容に食い違いはないか。
- ✓検査データ・心電図などの結果と自身が書いた記録に間違いがないか。

◆後の記載・追記・訂正・の方法に注意する。

- ✓慎重に行なう。
- ✓証拠保全となった記録は決して追記しない。
- ✓急変などで経時記録に移行した際は、関わった看護師は記録の確認を行い、連名で「記載者の欄」に記入する。（リーダーは一番最後に記入する）

◆必要時、現場の状況を写真に収めておく（現場保全）

《図2》3種の記録方法の比較

経過記録法	問題指向型記録法 (SOAP)	生活支援記録法 (F-SOAIIP)	フォーカスチャータリング (F-DAR)
焦点	#(看護問題)	F(場面のタイトル)	F(患者の出来事)
項目順	SOAPの順	SOAIは順不同	DARの順
データ	S (Subjective Data) と O (Objective Data) を区別して記録	S (Subjective Data) と O (Objective Data) を区別して記録	D (Data) を用い、S (Subjective Data) と O (Objective Data) を区別せず記録
アセスメント	A (Assessment)	A (Assessment)	なし 専門職としての判断を記録しない
介入・実施	なし 実施した介入を記録できない	I (Intervention/Implementation)	A (Action) AssessmentのAと区別できない
結果・反応	なし	SまたはOに記録	R (Response) 相互作用の記録にはRが連続し不都合
計画	P (Plan) アセスメントに基づくP	P (Plan) 反応・結果をふまえたP	なし

凡例 ▶ 採用した項目 ▶ 準用した項目 (同じ項目でも意味が異なる)



出典 F-SOAIIP エフソ・アイピー ホームページ

<https://seikatsu.care> (最終閲覧: 2025年12月12日)



2. 記録の標準化

看護業務の効率化と記録の質を担保することを目的に、急変や転倒転落、身体拘束等の記録の標準化を図りました。標準化された記録には、院内マニュアルの内容が事前に掲載されているため、改めてマニュアル確認に戻らずとも患者対応や記録が不備なく進めることができます。

《図3》に記録の標準化例として転倒転落発生時の対応を示します。

患者の状態変化や看護実践を記載する看護記録は、患者の安全を確保するための情報共有や連携のツールになります。院内教育を継続して行い、情報を共有することで適切な判断や対応ができるような記録を目指していきたいと思えます。また、多職種・多機関がそれぞれの専門分野から協働していくことでより安全な医療が提供できます。ミクロ・メゾ・マクロレベル《図4》の実践においても活用できるように教育していきたいと思えます。

《図3》記録の標準化

フォーカス	2025/07/30 10:39
SOAP	F 転倒・転落発生 (回目)
	D
	S:
	0 ①発見者: 看護師・看護者・患者本人からの報告・他の入院患者・家族・その他()
	②発見場所: 病室内・トイレ・廊下・浴室・その他()
	③転倒転落前のリスクアセスメント: 0 度、看護計画の立案(済・未)
	④受傷: 無し・有り→部位: 上肢・胸部・腰部・臀部・下肢・その他()
	程度: 受傷無し・打撲(皮下出血: 有り・無し)・創傷・骨折・意識喪失・その他()
	⑤発見時の状況:
	転倒転落リスクアセスメント: 度、看護計画立案 済・未
	受傷: 無し・有り(部位:)(程度: 打撲・創傷・骨折・意識喪失・その他)
	R
	A「転倒転落対応フローシート」に準じての対応が必要である。
	A
	1.1 主治医・当直医 (医師) へ報告 ()
	2 所属長・日責・管理当直へ報告 ()
	3 家族 (へ) 連絡 ()
	4 処置・検査の施行 (施行内容:)
	5 看護計画の立案と安全対策の実施、転倒転落アセスメント再評価
	P
	P-1 受傷部位の疼痛・腫脹等を継続観察し、必要に応じて医師へ報告する。
	2 頭部打撲時: 経過表のセット項目、「安全管理」内にある「頭部打撲時」をセット展開し、72時間経過観察する。
	3 頭部打撲後72時間以内に入院する場合は、ナビゲーションマップの「文書作成」から「31. 医療安全・感染」を選択し、「頭部外傷後の注意事項」を印刷して患者に渡し、指導する。
	4 次回、転倒転落アセスメント評価(月日)

《図4》ミクロ・メゾ・マクロレベル



《 F-DAR の入力画面を活用 》

F → F

D → S と O を区別して入力

R → A (アセスメント) に読み替えて入力

A → I (看護介入) に読み替えて入力

P → 追加して入力

看護師は患者のバイタルサインを測定し状態を観察し、異常の有無を察知します。今回 Early Warning Score (以下 EWS) 《表 1》の仕組みを導入(医療安全情報 No42 参照)したところ、呼吸数の測定がされていないことが明らかとなりました。呼吸数が測定されなければ患者の状態を正確に把握することができません。以前より呼吸数の測定を根付かせることは課題でもあったため、EWS 導入をきっかけに教育活動を行ったところ、呼吸数の測定率が上昇しました。

《表 1》早期警戒システム Early Warning Score (EWS)

項目/得点	3	2	1	0	1	2	3
呼吸数	≤8		9~11	12~20		21~24	≥25
SpO ₂	≤91	92~93	94~95	≥96			
酸素投与		あり		なし			
体温	≤35.0		35.1~36.0	36.1~38.0	38.1~39.0	≥39.1	
収縮期血圧	≤90	91~100	101~110	111~219			≥220
心拍	≤40		41~50	51~90	91~110	111~130	≥131
意識レベル				覚醒			声かけに反応 痛み反応 無反応

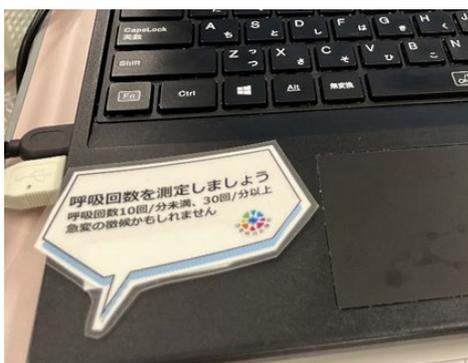
出典 イギリス王立医師会 全国早期警戒スコア

<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>

(最終閲覧: 2025 年 12 月 12 日)



《図 5》電子カルテへの掲示



当院は、2023 年度から、患者のバイタルサインを数値化することにより、急変を事前に察知し、対応できる EWS の導入について検討を開始しました。2024 年 2 月から EWS を使い入院患者のバイタルサインを抽出したところ、呼吸数の入力率が全体の 20% 台と低く、呼吸数が測定されないことで、スコアが正確に出ないことが分かりました。そこで 2024 年 5 月よりポスターや電子カルテへの掲示《図 5》による啓蒙活動を開始し、2024 年 9 月、医師を講師とした呼吸セミナーを開催しました。

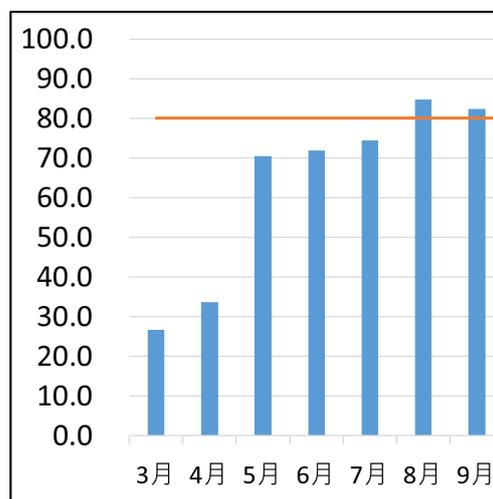
それと並行して、2024 年 2 月から、Rapid Response Team ※¹ (以下 RRT) の要請が多い 2 か所の病棟のみ、集中ケア・救急認定看護師と医療安全管理者が協力し、EWS で抽出された患者をラウンドしながら、呼吸数の入力を啓蒙しました。その結果、認定看護師たちがラウンドできない日もあるため、常に専門的なアドバイスが行っていたわけではありませんが、EWS で患者の状態を判断することを声掛けするだけでも、ラウンドしない他の病棟より、ラウンドした 2 か所の病棟は呼吸数の入力率が格段と伸び、ラウンドを開始してからの RRT 急変要請が減少しました。

この減少については数か月の比較であり、他の要素も加味される可能性もあることから、確実に証明されたとは言えませんが、呼吸数の観察が伸びたことは間違いありません。

更に、2024年7月から呼吸数の入力率が極端に低い1病棟を加え、ラウンドを行いました。結果的に追加でラウンドを開始した病棟も呼吸数の入力率が伸びたことから、看護師たちは呼吸数を観察する必要性を理解できれば、測定を行えると考え、2025年5月から Critical Care Outreach Team^{※2}（以下 CCOT）のチームを立ち上げ、全ての病棟のラウンドを開始し、呼吸数の測定率増加も確認できました。《図6》

これと並行して、EWSの抽出方法を看護師へ教育し、自分たちでも患者の状態をスコアで見られるようにしました。CCOTの活動と共に、看護の質を上げる意味で看護部の目標に呼吸数の測定があげられ、全ての病棟の呼吸数の測定率が上昇しています。今後は、医師へも利用してもらうように周知を行い、心停止によるRRTの要請が減少することを目指していきたいと考えています。

《図6》A病棟の呼吸数測定率の変化



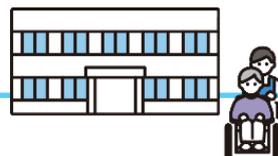
※1 Rapid Response Team (RRT) :

院内急変時対応チームとも呼ばれ、患者の急変時に部署横断的に対応する専門家チームである

※2 Critical Care Outreach Team (CCOT) :

院内迅速対応システムの一環として、病棟での急変予防や急変対応を支援するチームである

IV 介護施設編



1 介護施設における安全教育について

介護老人保健施設 千の星・よこはま 三條 佳子
特別養護老人ホーム たちばなの里 中川 小枝

高齢化社会である現在、多様なニーズに応じた介護施設があります。介護施設には介護老人保健施設（老健）、介護老人福祉施設（特養）、有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者住宅など様々な形態があります。身体や精神の状態や各施設の特徴等で入居される方の背景は異なりますが、生活介助や医療行為など何らかの支援を必要とする高齢者が入居されています。そして、どこの施設でも概ね共通している点は、看護師の配置基準は少なく、その生活支援は介護職員が担っている事です。介護施設における医療安全教育について、施設の現状と介護士への関りについて紹介いたします。

1. 利用者の安全を重視した支援

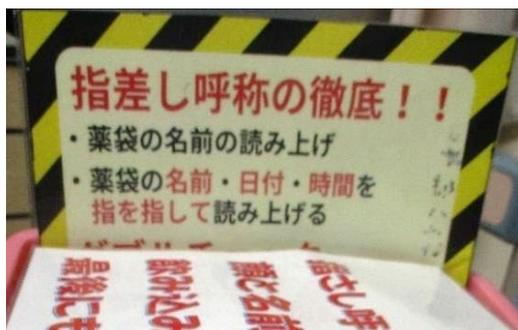
看護師は、利用者の生活が安全であるかを常に確認し、看護師と共に生活支援に携わる介護士に安全教育を行っていく役割があります。例えば、業務の効率を優先し、介護士が一人でおむつ交換をすると、ベッド転落や過剰な圧によるスキンテアの発生が考えられます。このような兆候を察知した場合看護師は、一人でオムツ交換することのリスクを説明するとともに利用者の安全が最重要事項であることを指導します。また、食事介助の場面で「珍しく全量食べられました」と報告を受ける事がありますが、沢山食べることが目的ではなく、利用者の状態によっては全量摂取が身体負担になることも考えられるため、介助中の観察を怠らないことや、食後の嘔吐や誤嚥のリスクについても指導しています。時には、具体的な食事提供量の目安を示し食後の体位や観察ポイントを指導するなど、現場での機会教育が重要となります。

また、介護施設では看護師と介護士の協働・連携で業務を行います。その代表的な業務は与薬です。正しい薬が正しい利用者へ届くよう看護師も介護士も氏名確認を繰り返し行うよう工夫をしています。自施設の取組ですが、配薬時には誤薬予防対策として、確認の注意啓発が書かれているカードを配薬トレーの蓋代わりにセットし薬を収納することや《図 7》、与薬箱の近くに指差し呼称の確認について掲示するなど《図 8》、誤認防止の注意喚起を促す工夫をしています。薬の準備を行うのは看護師ですが、実際に与薬するのは介護士です。与薬チェック表を用いるなど誤薬を防ぐためのシステム作りも大切となります。《図 9》また、マニュアルに沿って実践できているか定期的に評価していく事も欠かせません。

《図 7》啓発カード（与薬）



《図 8》指差し啓発カード（与薬）



《図 9》与薬チェック表

	昼前	昼後	夕前	夕後	就寝前	起床時	朝前	朝後
看護 梅		●		●	●			●

1つ目
利用者と薬が合っ
ているか確認後チエック

2つ目
服用確認後
チエック

同じ行為でもA利用者とB利用者では状態によって注意点が違ってきますが、その事を介護職員に分かりやすく繰り返し伝えていくことが求められます。そして、それらが、介護士に正しく伝わっているかの確認は必須と考えます。さらに、窒息等の重大事故の際の対処法は、誰もが実行できるように動画を作成し理解を促す工夫をしています。この他にも、定期的に研修会を開催するなど、看護師として利用者の安全を守るために介護士への教育体制を構築しています。

介護士が行う生活支援の中には医行為に近いものもあり、現場で戸惑うことが考えられますが、「原則として医行為ではない行為に関するガイドライン」が厚生労働省令和6年度老人保健健康増進等事業にて策定されました。また、介護士が行う服薬介助については平成17年「医療法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条情報解釈について（通知）」が発出されています。「介護保険施設等における事故予防及び事故発生時の対応に関するガイドライン」など、介護施設で安全な生活支援を実践するための体制整備の指標となる文書が厚生労働省から発信されており、これらガイドラインを参考に、各施設の安全体制、安全教育について再考することをお勧めします。

「原則として医行為ではない行為に関するガイドライン」

<https://www.jeri.co.jp/report/elderlyhealth-r6>

(最終閲覧:2025年12月12日)



2. 外国人介護士との言葉の壁

介護施設では介護士不足の問題もあり、外国人介護士が働いています。日本人介護士との割合は施設によって異なります。母国はフィリピン、インドネシア、ペルーなど様々です。外国人介護士に対しても情報伝達や指導を行っていますが、“言葉の壁”を強く感じています。お互いに伝えることが難しく、最終的に曖昧となってしまう事も少なくありません。伝達以外の確認場面でも外国人職員は難しいと感じた誤認事故がありました。

漢字表記での判別が難しかった事例を紹介します。性別と氏名の文字数が同じであり、更に名前に同じ漢字が使われており、名前も似ている漢字が使われていました。例えば「看護 梅」と「介護 海」のように発音すると違いに気が付きますが、『見ただけだと似ていて難しかった』と、誤認した外国人職員は振り返っていました。

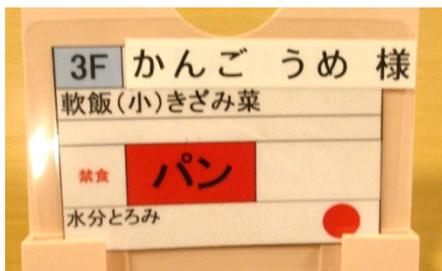
介護施設はネームバンドの装着もなく、認知機能の低下により自ら名乗る事の出来ない人も多く入居されています。利用者の顔を覚えるだけでは、思い込みによる誤認事故が起こる危険性もあります。その利用者が誰であるのか自分ひとりで不安な時は、「この方は〇〇さんですか」と他の職員に気軽に確認を求めることのできる風土の醸成も肝要です。また、他職員が利用者に対して「〇〇さんですか」と声掛けしている際、間違っていないか気にかけるなど、スタッフ皆が事故防止に対し意識的に関わる習慣を持つことが必要と考えます。そのため、まずは職員同士が声を出しあうことの大切さを指導しています。

さらに、指差し呼称、名乗ってもらう、ダブルチェックなどの対策に加え、名前の表記にひらがなを書き加える工夫も実践しています。事故発生後早い時期にマニュアルに沿った確認のタイミングを実践する勉強会を介護士全員に行い、確認の重要性と誤認の危険性について伝えています。また、日本人でも誤認しやすい同姓同名の利用者に対しては、食札や薬袋などの名前にアンダーラインを引く事や「かんご うめ」と漢字からひらがな表記に変更するなど《図10》視覚から注意を促す工夫をしています。

外国人職員の中には日本語に長けている人もいるため、フォーリナーズミーティング《図 11》を開催し、日本語から母国語や英語に変換して話し合う機会を設けています。その場を活用し、看護師から伝達するだけでなく、外国人介護士が日頃感じていることや、伝えきれない思い、不明なことを語ってもらい、可能な限り解決できるように関わっています。

今回は介護士に対しての医療安全教育について紹介しましたが、介護職員に限らず多職種に対して教育を行うことは、施設で勤務する看護師の責務であり、利用者の体調管理をはじめ、施設内の安全対策や感染対策などを管理することにつながります。

《図 10》食札例



《図 11》フォーリナーズミーティングの風景



V 訪問看護事業所編

1 訪問看護における安全教育について

鶴見区医師会訪問看護ステーション 鈴木 志律江
(株)東急イーライフデザイン 堺 恭子

病院は病気を治療することに重点が置かれる一方、在宅医療は患者が慣れ親しんだ生活の場で療養を継続するのに必要な医療を提供し、QOLの維持向上を図ります。生活の場で療養に必要な医療を提供する訪問看護師は、基本的に利用者宅にひとりで訪問し、異なる法人、会社の専門職と連携してチーム医療を展開します。《表 2》

《表 2》看護提供の特徴

項目	病院	訪問看護
医師との距離	近くにいるとすぐ相談可能	離れており連携に時間がかかる
観察体制	24 時間体制	限られた時間のみ
チーム体制	多職種が常に連携	基本的に単独で対応
環境	医療設備が整っている	自宅環境で制約あり
患者との関係	医療中心の関係	生活に密着した関係
支援の範囲	医療行為中心	医療＋生活支援

訪問看護師も医師の指示書に基づいてケアを行います。初めて関わるクリニックや医療機関の医師と顔が見えないまま電話や IT を使って連携するケースもあり、コミュニケーション力や判断力、交渉力が求められます。

病院は、複数の医療職が 24 時間・365 日働いているため、判断に困った時はいつでも、状況を確認することができます。訪問看護師は基本的にひとりで訪問し、判断・処置を行うため、現場での相談や助言をすぐに得ることができないこと、限られた時間内で介入するため『点』の関わりのみで異変を察知しなければなりません。従って継続的な観察が難しいため、より多職種との連携が必要となります。

1. 事例を通し見えた教育的視点

<事例の紹介>

コロナ後遺症 寝たきり 70 歳代後半の男性。

コロナ後遺症で寝たきりとなり、退院後、訪問看護、内科の訪問診療を開始した。退院後も食事摂取が十分にできず、体重減少があったため、かかりつけ医（訪問診療）の指示により経管栄養下で 1 日 750ml 摂取していた。また入院中から膀胱留置カテーテル 14Fr を挿入していた。

退院 2 週間後から尿漏れするようになり、A 看護師が訪問した日も多量に尿漏れしていたため、自宅に準備されていた 16Fr のカテーテルに入れ替えしたところ、患者が痛みを訴えたので挿入を中止した。カテーテルの先端に血液が付着していたので管理者へ報告し、様子を見ることとなった。退室時は止血しており、家族には出血するようであれば連絡するよう伝え、訪問を終了した。

数時間後に出血に気づいた家族が医師に連絡し、緊急入院となった。A 看護師は男性の膀胱留置カテーテルの挿入経験も多数あり、通常はカテーテル内に尿流出を確認してからバルーンを拡張するという知識は持っていた。今回は、多量に尿漏れしていたため、膀胱内に尿が貯留していないと考え、固定水を注入したところ、患者が痛みを訴えたため、挿入を中止したとのことであった。カテーテルは現状よりも径が太いものだったが、準備されていたのでそのまま使用した。病院ではこのような場面では、担当看護師が指示や物品の確認を行うことができるが、訪問診療医からの急な依頼から訪問看護が介入となり、確認しないまま数週間が経過していた。出血による緊急入院の原因は、膀胱内にカテーテルが到達せず尿道内でバルーンを拡張したことによる尿道損傷と考えられた。

この事例から安全教育を考えてみましょう。

管理者をはじめ、チームで「4M5E」による原因分析を行い、看護師の知識更新、技術の確認、記録のありかたや医師の指示などの再発防止策に対する教育が必要であると考えられました。その中でも看護師教育に視点を当てると、「情報収集・手順確認」や「看護師のスキル確認」が必要であると考えました。

「医療安全情報」（病院機能評価機構）によると尿管損傷に至るケースは膀胱到達前に固定水を注入してしまうことが主な要因のひとつであると報告されています。この事例分析を通して、情報確認と共に、再発防止の観点から見えた教育、管理上のポイントとして看護師のスキルを確認し、知識をアップデートする必要があります。看護技術の基本事項、手順を確認し、チェックリストを用いて手技を確認しました。管理者には、看護を提供する看護師の選任及び監督責任があるため、これらの管理体制を構築する必要があります。

また看護師一人ひとりが、専門職として、日々の看護実践の取組を強化（指示、報告、記録、医師との連携）することが重要です。誰がどのように指示受けし、責任を持つのか、看護師が単独で訪問する際に必要な記録、情報共有のあり方について見直しをしました。

さらに、平時から医師と関係性を築いていくことの重要性（顔の見える連携）も課題として挙げられました。近年、医療依存度の高い患者でも自宅で過ごすことが可能になり、さまざまな医療デバイスを持ち、療養生活を送る人が増加しています。このように療養環境の異なるその人の住まいの中で、単独で看護提供を行う訪問看護師が、安心して、自分の持っている技術を安全に提供できる環境を整えるには、組織全体で医療安全に対応する仕組みと、看護実践力とともに情報共有や多職種連携に関するスキルが求められているといえます。

Point!

「4M5E」とは？

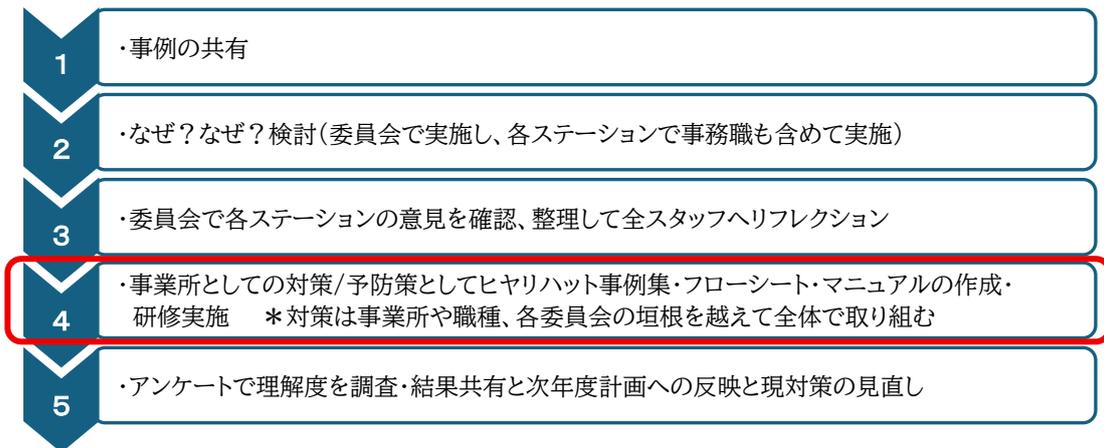
問題の要因を4つの「M（MAN, MACHIN, MEDIA, MANAGEMENT）」から分析し、対策を5つの「E（EDUCATION, ENGINEERING, ENFORCEMENT, EXAMPLE, ENVIRONMENT）」の視点で検討する手法です。



2. 訪問看護ステーションにおける安全教育

鶴見区医師会在宅部門は、訪問看護ステーション3か所、居宅支援介護施設1カ所（以下事業所）で構成されています。そして、リスク委員会は、それぞれの事業所から雇用形態に関係なく1名ずつ委員を選出し、毎月開催しています。インシデント・アクシデントレポートを事業所の財産として蓄積して、リスク委員会を中心に《図 12》の手順に添って対策・予防策を検討しています。

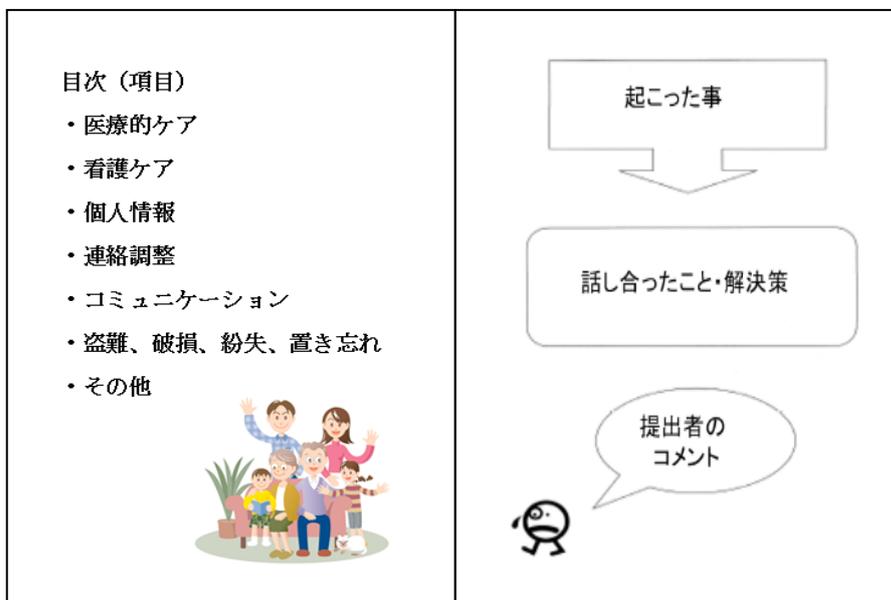
《図 12》 リスク委員会の対策・予防策検討手順



ここで《図 12》のステップ4の一部を紹介します。

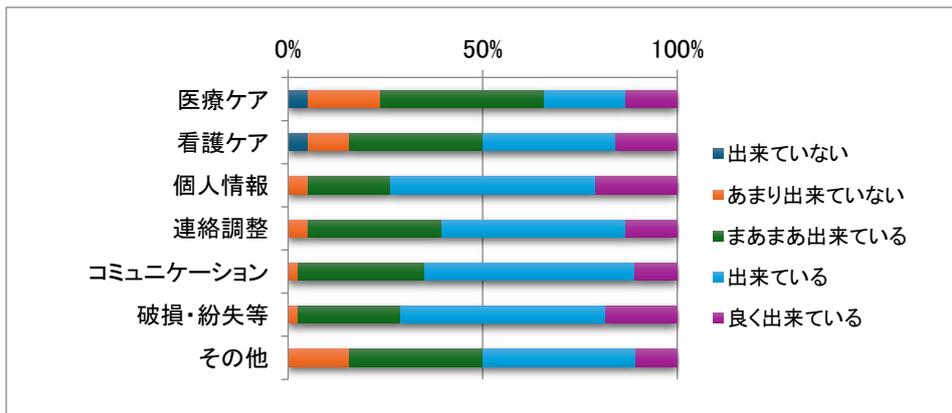
ヒヤリハット事例集の作成などは各事業所から報告されたインシデント・アクシデントレポートを検討後、蓄積して全体で共有と活用をしています。内容は項目ごとに整理して、新人からベテランまでわかりやすいように「起こった事」「話し合ったこと・解決策」「提出者のコメント」という形でまとめ、見直しや追加のしやすいファイル形式で整理しています。このファイルを各事業所にマニュアルとして設置し、活用することを呼びかけています。《図 13》

《図 13》 ヒヤリハット事例集



更にヒヤリハット事例集の理解度を毎年アンケートで調査しています。《図 14》アンケートは年度毎で比較して、結果を元に事例集の見直しや、修正を行い、全ての結果はリスク委員会から各事業所へフィードバックしています。

《図 14》理解度調査アンケート結果



リスク委員会では、アンケートの結果やインシデント・アクシデントレポートの提出が多かった項目に対して、必要に応じて研修を企画していきます。中には時間をかけた研修企画を行うよりも、注意喚起の貼り紙等で予防的な対応をする方が効果的な事もあります。

職員のリスク感性とスタッフの経験値を高めるために、実際の事象から作成した危険予知訓練（KYT）の研修資料を紹介します。《図 15》

《図 15》KYT 研修資料

<p style="text-align: center;">リスク委員会 勉強会</p> <p style="text-align: center;">「共有しよう私の体験 活用しようあなたの教訓」</p> <p style="text-align: center;">「部門の壁を乗り越えて意見を交わせる職場を作ろう」</p> <p>【勉強会の目的】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・インシデント事例をもとに分析することで事故の原因を明確にし改善策を考えやすく実行へ移す。 ・事故を減らす為に組織全体でフォローし合える体制を整える <p>【方法】</p> <p>配布資料</p> <ul style="list-style-type: none"> ・インシデント事例用紙 ・KYT 記入用紙 ・アンケート用紙 <p>勉強会実施期間：11月1日～28日まで</p> <p>① 個人ワーク 10分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事前にインシデント事例を読み込む ・第1ラウンドを個々に考えて個人用記入用紙に記入してグループワークに参加 <p>② グループワーク 50分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・【第2ラウンド】～【第4ラウンド】をグループワークして下さい。 ・グループのリーダーをリスク委員で指名します。リーダーの方は10/31までにグループワークの日時・方法（対面 or Zoom）を決めて委員へ報告して下さい。 <p>提出物</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アンケート（各自） ・KYT 記入用紙（個人用と各グループ） <p style="text-align: center;">提出期限 11月30日まで</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">質問があればリスク委員までお問い合わせ下さい。</p>	<p style="text-align: center;">リスクマネジメント委員会 KYT 勉強会 事例</p> <p style="text-align: center;">【個人携帯番号を第3者に伝える】</p> <p>対象：スタッフ 経緯：会話記録</p> <p>入電「寺尾救急隊の〇〇です。Aさんはいらっしゃいますか。」</p> <p>スタッフ「只今、訪問中です。もうすぐ戻るとは思いますが、お急ぎですよ。」</p> <p>救急隊「急ぎという訳でもないですがAさんと直にお話したい。」</p> <p style="text-align: center;">△△（ご利用者）様の事です。」</p> <p>スタッフ「もうすぐ戻るとは思いますが、伝言しますか。」</p> <p>救急隊「う～ん、どうしようかな。担当がAさんになっているので直接お伝えしたいのですが。携帯で連絡取れますか。」</p> <p>スタッフ「携帯番号は●●●-●●●●-●●●●です。」</p> <p style="text-align: center;">*別スタッフ「教えていいの?」と対応しているスタッフに声掛け*</p> <p>スタッフ「お伝えできる番号ではありませんでした。こちらから折り返しの連絡はいかがですか。」</p> <p>救急隊「こちらの番号も申し訳ないが広められない番号です。」</p> <p>スタッフ「もうお伝えしてしまったので、仕方がないので直接かけてください。」</p> <p>救急隊「了解です。」</p>
--	--

現場での判断と対応の違いが事故に繋がることがないように、スタッフが経験したことを職場全体で共有することで、個々の経験値を高め、リスク感性を養うように取り組んでいます。この取り組みの継続が、ひとりで訪問し判断していく際の負担軽減につながると考えます。また利用者を支えるチームが安全なサービス提供を続けるには、多職種間で組織の垣根を超えてリスクマネジメントできる連携構築が重要です。

VI

おわりに

医療安全教育に関して、医療機関、介護施設、訪問看護事業所の取り組みを紹介しました。医療安全教育は、医療安全に関わる知識・技術の向上に留まらず、チームとして向上していくための教育も重要と言えます。そのためには企画する際に、事例を通して考える研修や、シミュレーショントレーニング等を企画していくことも必要だと考えます。この機会に、自施設での医療安全教育を見直してみましよう。



参考文献：(本文中にも紹介)

- ・厚生労働省：医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000613961.pdf>
(2025年12月12日 最終閲覧)
- ・A. R. Jonsen 他著、『臨床倫理学 — 臨床医学における倫理的意思決定のためのアプローチ — 』
赤林朗他監訳第5版、新興医学出版社、2006
- ・厚生労働省：介護保険施設等における事故予防及び事故発生時の対応に関するガイドライン
<https://www.mhlw.go.jp/content/001569590.pdf>
(2025年12月12日 最終閲覧)
- ・厚生労働省：医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（通知）
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb2895&dataType=1&pageNo=1
(2025年12月12日 最終閲覧)
- ・医療安全 4M5E分析（4M5E分析）とは ～意味と方法を事例で解説 レジリエントメディカル
<https://resilient-medical.com/medical-safety/4-m-5-e>
(2025年12月12日 最終閲覧)

