

資 料

新卒看護師が関わった医療事故，およびヒヤリ・ハットの発生要因

—公表データの二次分析より—

Factors of medical accident /incident caused by newly graduated nurses
-Secondary analysis of published data-

大堀 昇

Noboru Oohori

キーワード：新卒看護師，医療事故，ヒヤリ・ハット，看護基礎教育

Key words : newly graduated nurses, medical accident, medical incident, basic nursing education

要 旨

公益財団法人日本医療機能評価機構が Web サイト上で公表している報告を基に，2011 年の 1 年間で新卒看護師が関与した医療事故，およびヒヤリ・ハットの二次分析を行ない発生要因について明らかにした。そして看護基礎教育の課題について検討した。その結果，看護師全体における医療事故では療養上の世話，ヒヤリ・ハットでは薬剤に関連するものが約半数を占めていた。新卒看護師では，医療事故については経験年数 3 年と同じ割合であり，ヒヤリ・ハットについては，もっとも高い割合を示していた。薬剤，治療・処置，医療機器等，ドレーン・チューブの発生要因は，確認不足がもっとも多く，次いで観察不足，知識不足，技術不足，連携不足，繁忙な勤務状況が多かった。

基礎教育の課題として薬剤，治療・処置，医療機器等，ドレーン・チューブ等の診療の補助に関する知識と技術，経験にはまだ不足があり，今後さらなる強化が必要であることが示唆された。

I. はじめに

医療技術の高度専門化，在院日数の短縮化，疾病構造の変化や患者の高齢化などに伴って，看護師の役割は複雑多様化し，業務の密度も高くなっている。そのような状況の中で看護師は医療サービスを提供していかなければならないことから，医療事故，ヒヤリ・ハットを起こす割合が高い（厚生労働省，2005a）。国民の健康意識や安全で良質な医療を求める意識は高まりをみせており，いかに安全で質の高い看護を提供していくかは最重

要課題である（厚生労働省，2005b）。

医療事故，およびヒヤリ・ハットの発生要因は，大きく分けて医療機器や職場風土などを含む環境と医療行為者である人に起因するといわれている（中三川，2006；恩田，2003）。近年では，人は誰でも間違えることを前提として医療安全対策を講じる必要がある（内藤，2004）ことから，環境を発生要因と捉えシステムを見直すことが主流となり（McBride-Henry K. et.al., 2006），人を責めない風潮にある。しかし中三川（2006）が最終的な医療サービスを提供するのは人であり，人の問題も並行

受付日：2012 年 10 月 19 日 受理日：2013 年 1 月 24 日

埼玉医科大学保健医療学部看護学科

して議論されるべきであると述べるように、人に関する医療安全体策を講じていくことも重要である。

ヒヤリ・ハットの報告において新卒看護師の占める割合は高いといわれており（川村,2000・2001）、新卒看護師を対象とした医療安全に関する研究報告も多くみられている（西村,2007: 那須,2008: 豊島ら,2009: 平野ら,2010）。しかし、ヒヤリ・ハットの発生要因に関する報告は少ない。

新卒看護師の看護実践能力の向上に向けて、文部科学省（2002）と厚生労働省（2003）は、看護基礎教育（以下、基礎教育）における看護技術（以下、技術）の教育について方針を示した。このような国家をあげた医療安全への取り組みから10年を経た現在、新卒看護師に関する医療事故、およびヒヤリ・ハット、およびそれらの発生要因はどのような状況にあるのだろうか。

公益財団法人日本医療機能評価機構（以下、評価機構）（2012）は、中立的第三者機関として、医療事故等の情報を収集し、その集計・分析の結果を報告書として取りまとめている。しかしここでは新卒看護師に焦点を当てた分析はされていない。そこで本研究では、直近1年間において新卒看護師が関わった医療事故、ヒヤリ・ハットに焦点を当て、公表データの二次分析から発生要因を明らかにし、現状の看護基礎教育（以下、基礎教育）の課題を検討する一助としていきたい。

II. 研究目的

2011年の1年間で新卒看護師が関与した医療事故、およびヒヤリ・ハットの発生要因を明らかにし、看護基礎教育の課題について検討する。

（用語の定義）

医療事故：医療においてその目的に反して傷害を生じた事象とした。

ヒヤリ・ハット：日常診療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの、あるいは誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすまでに至らなかった事象とした。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

公表データの二次調査

2. 研究対象

公益財団法人日本医療機能評価機構（以下、評価機構）（2012）がWebサイト上で公表している医療事故情報収集等事業の「医療事故／ヒヤリ・ハット報告事例検索」のページで検索できた2011年における医療事故、およ

びヒヤリ・ハット報告とした。

3. データ収集内容

参加登録医療機関の開設者、医療事故やヒヤリ・ハットに関する薬剤、治療・処置、医療機器等、ドレーン・チューブ、検査、療養上の世話などの概要、発生時期、当事者職種、職種経験年数、発生要因とした。

4. データ収集方法

評価機構のWebサイト内にある医療事故情報収集等事業「医療事故／ヒヤリ・ハット報告事例検索」のページで、2011年1月から12月の時期を指定し、その間に起こった医療事故、ヒヤリ・ハットのすべてについて検索しダウンロードした。Webサイトへのアクセスは2012年5月10日に行なった。

5. 分析方法

ダウンロードした医療事故、ヒヤリ・ハットのデータについて、概要別、四半期別、当事者職種別、発生要因別の観点から単純集計し、記述統計量を求めた。その際、新卒看護師の関与した割合についても算出した。なお、発生要因に関しては、医療事故については時期を公表していないことから分析の対象とはせず、ヒヤリ・ハット報告のみを分析対象とし記述統計量を求めた。統計解析にはSPSS16.0J for Windows.を使用した。

6. 倫理的配慮

本研究は一般公開されているデータを用いており、各データは匿名処理されていることから、倫理審査の受審はしなかった。しかしながら、医療事故、ヒヤリ・ハットの事例内容から個人や施設が特定される可能性もあるため、本研究では事例内容の詳細について記述することを避けた。

IV. 結果

1. 参加登録医療機関数

医療事故事業に参加している医療機関数は、四半期ごとにばらつきがみられ、最小値860施設、最大値882施設で平均871.0施設だった。開設者別にみると、法人が平均388.0施設（最小値381、最大値395）で全体の44.5%を占めていた。次に国が平均213.8施設（最小値213、最大値214）で24.5%を占め、自治体以外の公的医療機関が平均136.0（最小値134、最大値138）の15.6%、自治体が平均100.5施設（最小値100、最大値102）で11.5%だった。

ヒヤリ・ハット事業に参加している医療機関数についても、四半期ごとにばらつきがみられ、最小値1589施

設、最大値 1624 施設で平均 1609.0 施設だった。開設者別では、法人が平均 727.8 施設（最小値 714，最大値 739）で 45.2%，次いで自治体以外の公的医療機関が平均 287.3 施設（最小値 714，最大値 739）で 17.9%，国が平均 275.8 施設（最小値 275，最大値 276）で 17.1%，自治体が平均 249.5 施設（最小値 247，最大値 252）で 15.5% の順であった。

2. 医療事故、ヒヤリ・ハットの概要と当事者職種（表 1）

医療事故の全件数は 2483 件であった。その中で療養上の世話に関するものが 1046 件（42.1%）と半数近くを占めていた。次いで治療・処置に関するものが 509 件（20.5%），ドレーン・チューブに関するものが 209 件（10.8%），薬剤に関するものが 227 件（9.1%）の順

であった。検査に関する 103 件（4.1%）と医療機器等に関する 94 件（3.8%）は数% だった。当事者職種別にみると看護師が 1826 件（73.5%）でもっとも多く、そのうち 148 件（8.1%）は新卒看護師だった。次いで多かったのは、医師の 1236 件（49.8%）だった。

ヒヤリ・ハットに関しては、薬剤が 14099 件（44.7%）と全体 31549 件の半分近くを占め、次いで療養上の世話の 6109 件（19.4%），ドレーン・チューブの 4617 件（14.6%）の順だった。検査に関する 2119 件（6.7%），治療・処置に関する 1295 件（4.1%），医療機器等に関する 863 件（2.7%）は数% であった。看護師が当事者となったのは 28057 件と最も多く 9 割近くを占めており、新卒看護師はそのうち 4717 件（16.8%）だった。医師に関しては、1430 件（4.5%）だった。

表1 当事者職種別にみた医療事故、およびヒヤリ・ハット報告件数（重複回答あり）

当事者職種	医療事故 n=2483		ヒヤリ・ハット n=31549		全体 n=34032	
	件数	(%)	件数	(%)	件数	(%)
医師	1236	(49.8)	1430	(4.5)	2666	(7.8)
歯科医師	40	(1.6)	39	(.1)	79	(.2)
看護師	1826	(73.5)	28057	(88.9)	29883	(87.8)
（うち新卒看護師）	148	(8.1) #	4717	(16.8) #	4865	(16.3) #
准看護師	27	(1.1)	265	(.8)	292	(.9)
薬剤師	18	(.7)	1627	(5.2)	1645	(4.8)
その他*	104	(4.2)	3554	(11.3)	3658	(10.7)

*：臨床工学技士，助産師，看護助手，診療放射線技師，臨床検査技師，管理栄養士，栄養士，調理師・調理従事者，理学療法士（PT），作業療法士（OT），言語聴覚士（ST），衛生検査技師，歯科衛生士，歯科技工士，その他が含まれる

#：看護師全体の報告件数に対する割合

（2011年医療事故報告書，ヒヤリ・ハット事業への参加登録医療機関からの報告件数を対象とした）

公益財団法人日本医療機能評価機構HPより <http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action>（2012.5.10.access）

3. 看護師経験年数別にみた報告件数（表 2）

1) 医療事故における看護師経験年数別の報告件数

年間の報告において、もっとも多く医療事故の当事者となったのは看護師経験 1 年で 223 件（12.2%）であり、次いで 2 年の 187 件（10.2%），3 年の 148 件（8.1%）の順だった。看護師経験 0 年は 148 件（8.1%）で、3 年と同率だった。以後、経験年数が増えるにつれ、医療事故の報告件数は少なくなっていた。

2) ヒヤリ・ハットにおける看護師経験年数別の報告件数

年間の報告件数でもっとも多くヒヤリ・ハットの当事者となったのは看護師経験 0 年で 4717 件（16.8%），次いで 1 年の 3540 件（12.6%），2 年の 2659 件（9.5%），3 年の 2514 件（9.0%）の順だった。またヒヤリ・ハッ

トにおいても、以後、経験年数が増えるに伴い、報告件数は少なくなっていた。

4. 四半期ごとにみた報告件数の推移（表 2）

1) 医療事故における四半期ごとの推移

看護師全体における四半期ごとの報告件数の推移は、新年度が始まる第 2 四半期が 479 件（26.2%）であり、その後減少し第 4 四半期では 366 件（20.0%）であった。しかし第 1 四半期では、536 件（29.4%）に増加していた。

看護師経験年数 0 年においては、就職時の第 2 四半期で 25 件と看護師全体の 5.2% だったものが、第 3 四半期、第 4 四半期と漸増し、第 1 四半期では 63 件（11.8%）となっていた。

新卒看護師が関わった医療事故、およびヒヤリ・ハットの発生要因

表2 看護師経験年数別にみた医療事故、およびヒヤリ・ハット報告件数の四半期ごとの推移（重複回答あり）

n=29883

報告の種類	1-3月		4-6月		7-9月		10-12月		年間		
	件数 (% [#])	件数 (% [#])	件数 (% [#])	件数 (% [#])	件数 (% [#])	件数 (% [#])	件数 (% [#])				
看護師全体	536 (29.4)	479 (26.2)	445 (24.4)	366 (20.0)	1826 (100.0)	ヒヤリ・ハット	6444 (23.0)	6941 (24.7)	7414 (26.4)	7258 (25.9)	28057 (100.0)
経験年数	件数 (% [#] / % [#])	件数 (% [#] / % [#])	件数 (% [#] / % [#])	件数 (% [#] / % [#])	件数 (% [#] / % [#])	件数 (% [#] / % [#])	件数 (% [#] / % [#])	件数 (% [#] / % [#])	件数 (% [#] / % [#])		
0年	医療事故 63 (11.8 / 42.6)	25 (5.2 / 16.9)	28 (6.3 / 18.9)	32 (8.7 / 21.6)	148 (8.1 / 100.0)	ヒヤリ・ハット 1246 (19.3 / 26.4)	791 (11.4 / 16.8)	1160 (15.6 / 24.6)	1520 (20.9 / 32.2)	4717 (16.8 / 100.0)	
1年	医療事故 69 (12.9 / 30.9)	68 (14.2 / 30.5)	43 (9.7 / 19.3)	43 (11.7 / 19.3)	223 (12.2 / 100.0)	ヒヤリ・ハット 726 (11.3 / 20.5)	927 (13.4 / 26.2)	961 (13.0 / 27.1)	926 (12.8 / 26.2)	3540 (12.6 / 100.0)	
2年	医療事故 53 (9.9 / 28.3)	65 (13.6 / 34.8)	37 (8.3 / 19.8)	32 (8.7 / 17.1)	187 (10.2 / 100.0)	ヒヤリ・ハット 648 (10.1 / 24.4)	692 (10.0 / 26.0)	673 (9.1 / 25.3)	646 (8.9 / 24.3)	2659 (9.5 / 100.0)	
3年	医療事故 56 (10.4 / 37.8)	36 (7.5 / 24.3)	30 (6.7 / 20.3)	26 (7.1 / 17.6)	148 (8.1 / 100.0)	ヒヤリ・ハット 526 (8.2 / 20.9)	658 (9.5 / 26.2)	737 (9.9 / 29.3)	593 (8.2 / 23.6)	2514 (9.0 / 100.0)	
4年	医療事故 41 (7.6 / 28.9)	41 (8.6 / 28.9)	40 (9.0 / 28.2)	20 (5.5 / 14.1)	142 (7.8 / 100.0)	ヒヤリ・ハット 485 (7.5 / 22.7)	526 (7.6 / 24.6)	569 (7.7 / 26.6)	561 (7.7 / 26.2)	2141 (7.6 / 100.0)	
5年	医療事故 27 (5.0 / 24.1)	31 (6.5 / 27.7)	33 (7.4 / 29.5)	21 (5.7 / 18.8)	112 (6.1 / 100.0)	ヒヤリ・ハット 356 (5.5 / 21.6)	444 (6.4 / 27.0)	425 (5.7 / 25.8)	422 (5.8 / 25.6)	1647 (5.9 / 100.0)	
6年	医療事故 19 (3.5 / 22.6)	18 (3.8 / 21.4)	31 (7.0 / 36.9)	16 (4.4 / 19.0)	84 (4.6 / 100.0)	ヒヤリ・ハット 281 (4.4 / 21.7)	361 (5.2 / 27.9)	335 (4.5 / 25.9)	318 (4.4 / 24.6)	1295 (4.6 / 100.0)	
7年	医療事故 19 (3.5 / 36.5)	8 (1.7 / 15.4)	10 (2.2 / 19.2)	15 (4.1 / 28.8)	52 (2.8 / 100.0)	ヒヤリ・ハット 245 (3.8 / 20.6)	314 (4.5 / 26.5)	312 (4.2 / 26.3)	316 (4.4 / 26.6)	1187 (4.2 / 100.0)	
8年	医療事故 9 (1.7 / 20.5)	9 (1.9 / 20.5)	10 (2.2 / 22.7)	16 (4.4 / 36.4)	44 (2.4 / 100.0)	ヒヤリ・ハット 204 (3.2 / 20.7)	279 (4.0 / 28.3)	278 (3.7 / 28.2)	224 (3.1 / 22.7)	985 (3.5 / 100.0)	
9年	医療事故 8 (1.5 / 21.1)	7 (1.5 / 18.4)	13 (2.9 / 34.2)	10 (2.7 / 26.3)	38 (2.1 / 100.0)	ヒヤリ・ハット 182 (2.8 / 23.2)	224 (3.2 / 28.6)	204 (2.8 / 26.1)	173 (2.4 / 22.1)	783 (2.8 / 100.0)	
10年	医療事故 14 (2.6 / 24.6)	11 (2.3 / 19.3)	20 (4.5 / 35.1)	12 (3.3 / 21.1)	57 (3.1 / 100.0)	ヒヤリ・ハット 163 (2.5 / 20.5)	220 (3.2 / 27.7)	206 (2.8 / 25.9)	205 (2.8 / 25.8)	794 (2.8 / 100.0)	
11年以上	医療事故 158 (29.5 / 26.7)	160 (33.4 / 27.1)	150 (33.7 / 25.4)	123 (33.6 / 20.8)	591 (32.4 / 100.0)	ヒヤリ・ハット 1382 (21.4 / 23.8)	1505 (21.7 / 26.0)	1554 (21.0 / 26.8)	1354 (18.7 / 23.4)	5795 (20.7 / 100.0)	

: (%) は、年間件数に対する割合

△ : (%) は、各四半期の看護師全体の医療事故、あるいはヒヤリ・ハット件数に対する割合

(2011年医療事故報告書、ヒヤリ・ハット事業への参加登録医療機関からの報告件数を対象とした)

公益財団法人日本医療機能評価機構IPRI <http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (2012.5.10.access)

2) ヒヤリ・ハットにおける四半期ごとの推移

第2四半期では6941件(24.7%)であったが、第3四半期には7414件(26.4%)、第4四半期では7358件(25.9%)と増加していた。第1四半期となり6444件(23.0%)にやや減少していた。

看護師経験年数0年では、第2四半期で791件(11.4%)だったものが、第3四半期には約1.5倍の1160件(15.6%)となり第4四半期では約2倍の1520件(20.7%)まで増加していた。第1四半期となり1246件(19.3%)と減少はしていたものの、件数としては看護師全体で最も多くみられていた。

5. 公表事例における看護師が当事者だった概要と発生要因 (表3)

評価機構のWebサイトでは医療事故の事例について詳細は公表していない。よって、要因の状況を把握するにあたりヒヤリ・ハット事例(以下、公表事例)を分析対象とした。データ収集した時点では2011年における事例の一部しか公表されていなかったため、その時点までに公表されている事例すべてを収集した。結果、5337件が該当し、それを分析対象とした。これは全ヒヤリ・ハット報告件数の16.9%に相当した。

1) 当事者が看護師だった公表事例全体にみる発生要因

当事者が看護師だった公表事例は5337件中4355件(81.6%)であり、そのうち新卒看護師が当事者となっていたものは656件で全看護師の15.1%を占めていた。

全看護師における要因では、「確認を怠った」が3318件(76.2%)と最も多く、次いで「勤務状況が繁忙だった」915件(21.0%)、「連携が出来ていなかった」

792件(18.2%)、「観察を怠った」573件(13.2%)、「知識が不足していた」524件(12.0%)と続いた。新卒看護師のみを取り上げると、「確認を怠った」が523件で最も多く、当事者が新卒看護師だった公表事例全体に占める割合は79.7%であった。次に多かった要因は、「知識が不足していた」147件で22.4%、「勤務状況が繁忙だった」141件(21.5%)、「連携が出来ていなかった」122件(18.6%)だった。

2) 当事者が看護師だった公表事例の概要別にみた発生要因

全看護師において薬剤関連の要因がもっとも多かったのは、「確認を怠った」で2626件(79.7%)だった。次いで「勤務状況が繁忙だった」780件(23.7%)、「連携が出来ていなかった」651件(19.8%)、「観察を怠った」421件(12.8%)の順であった。新卒看護師のみにおいては、「確認を怠った」が413件(81.8%)と最も多く、次に「勤務状況が繁忙だった」122件(24.2%)、「知識が不足していた」119件(23.6%)と続いた。

治療・処置の要因としては「確認を怠った」が17件(77.3%)と極端に多かった。新卒看護師に関しても同様に5件(83.3%)とほとんどを占めた。

医療機器等関連でも「観察を怠った」が434件(75.7%)と最も多く、次に「観察を怠った」116件(20.2%)、「知識が不足していた」107件(18.7%)であった。新卒看護師のみに関しては、「確認を怠った」が最も高く67件(79.8%)、そして「観察を怠った」24件(28.6%)、「知識が不足していた」23件(24.7%)の順だった。

ドレーン・チューブ関連においても「確認を怠った」が一番多く15件(60.0%)、次いで「観察を怠った」9

新卒看護師が関わった医療事故、およびヒヤリ・ハットの発生要因

表3 公表事例（ヒヤリ・ハット）における看護師が当事者だった概要と発生要因

	当事者	概 要				
		薬剤	輸血	治療・処置	医療機器等	ドレーン・チューブ
		件数 (%)	件数 (%)	件数 (%)	件数 (%)	件数 (%)
公表事例（ヒヤリ・ハット）*	全体	3993 (74.8 [#])	13 (.2 [#])	26 (.5 [#])	721 (13.5 [#])	27 (.5 [#])
	看護師	3294 (82.5 [†] / 75.6 [‡])	8 (61.5 [†] / .2 [‡])	22 (84.6 [†] / .5 [‡])	573 (79.5 [†] / 13.2 [‡])	25 (92.6 [†] / .6 [‡])
	新卒看護師	505 (15.3 [†] / 78.1 [‡])	1 (12.5 [†] / .2 [‡])	6 (27.3 [†] / .9 [‡])	84 (14.7 [†] / 13.0 [‡])	6 (24.0 [†] / .9 [‡])
要 因	看護師 新卒看護師	件数 (% [†] / % [‡])	件数 (% [†] / % [‡])	件数 (% [†] / % [‡])	件数 (% [†] / % [‡])	件数 (% [†] / % [‡])
		件数 (% [†] / % [‡])	件数 (% [†] / % [‡])	件数 (% [†] / % [‡])	件数 (% [†] / % [‡])	件数 (% [†] / % [‡])
確認を怠った	看護師	2626 (79.7 / 79.1)	6 (75.0 / .2)	17 (77.3 / .5)	434 (75.7 / 13.1)	15 (60.0 / .5)
	新卒看護師	413 (81.8 / 79.0)	1 (100.0 / .2)	5 (83.3 / 1.0)	67 (79.8 / 12.8)	5 (83.3 / 1.0)
観察を怠った	看護師	421 (12.8 / 73.5)	0 (.0 / .0)	0 (.0 / .0)	116 (20.2 / 20.2)	9 (36.0 / 1.6)
	新卒看護師	100 (19.8 / 78.7)	0 (.0 / .0)	0 (.0 / .0)	24 (28.6 / 18.9)	1 (16.7 / .8)
報告が遅れた（怠った）	看護師	102 (3.1 / 81.6)	0 (.0 / .0)	1 (4.5 / .8)	15 (2.6 / 12.0)	1 (4.0 / .8)
	新卒看護師	32 (6.3 / 74.4)	0 (.0 / .0)	1 (16.7 / 2.3)	6 (7.1 / 14.0)	1 (16.7 / 2.3)
記録などに不備があった	看護師	146 (4.4 / 88.0)	1 (12.5 / .6)	0 (.0 / .0)	10 (1.7 / 6.0)	0 (.0 / .0)
	新卒看護師	18 (3.6 / 85.7)	0 (.0 / .0)	0 (.0 / .0)	2 (2.4 / 9.5)	0 (.0 / .0)
連携ができていなかった	看護師	651 (19.8 / 82.2)	3 (37.5 / .4)	3 (13.6 / .4)	84 (14.7 / 10.6)	2 (8.0 / .3)
	新卒看護師	100 (19.8 / 82.0)	1 (100.0 / .8)	1 (16.7 / .8)	11 (13.1 / 9.0)	1 (16.7 / .8)
患者への説明が不十分であった（怠った）	看護師	349 (10.6 / 75.2)	0 (.0 / .0)	1 (4.5 / .2)	10 (1.7 / 2.2)	2 (8.0 / .4)
	新卒看護師	57 (11.3 / 74.0)	0 (.0 / .0)	0 (.0 / .0)	3 (3.6 / 3.9)	0 (.0 / .0)
判断を誤った	看護師	372 (11.3 / 82.9)	1 (12.5 / .2)	2 (9.1 / .4)	28 (4.9 / 6.2)	3 (12.0 / .7)
	新卒看護師	89 (17.6 / 85.6)	0 (.0 / .0)	1 (16.7 / 1.0)	7 (8.3 / 6.7)	1 (16.7 / 1.0)
知識が不足していた	看護師	388 (11.8 / 74.0)	1 (12.5 / .2)	3 (13.6 / .6)	107 (18.7 / 20.4)	4 (16.0 / .8)
	新卒看護師	119 (23.6 / 81.0)	0 (.0 / .0)	1 (16.7 / .7)	23 (27.4 / 15.6)	2 (33.3 / 1.4)
技術・手技が未熟だった	看護師	173 (5.3 / 66.0)	1 (12.5 / .4)	2 (9.1 / .8)	75 (13.1 / 28.6)	4 (16.0 / 1.5)
	新卒看護師	55 (10.9 / 79.7)	0 (.0 / .0)	1 (16.7 / 1.4)	11 (13.1 / 15.9)	2 (33.3 / 2.9)
勤務状況が繁忙だった	看護師	780 (23.7 / 85.2)	1 (12.5 / .1)	4 (18.2 / .4)	88 (15.4 / 9.6)	6 (24.0 / .7)
	新卒看護師	122 (24.2 / 86.5)	0 (.0 / .0)	0 (.0 / .0)	11 (13.1 / 7.8)	3 (50.0 / 2.1)
通常とは異なる身体的条件下にあった	看護師	42 (1.3 / 84.0)	0 (.0 / .0)	0 (.0 / .0)	7 (1.2 / 14.0)	0 (.0 / .0)
	新卒看護師	7 (1.4 / 87.5)	0 (.0 / .0)	0 (.0 / .0)	1 (1.2 / 12.5)	0 (.0 / .0)
通常とは異なる心理的条件下にあった	看護師	300 (9.1 / 87.5)	0 (.0 / .0)	0 (.0 / .0)	33 (5.8 / 9.6)	2 (8.0 / .6)
	新卒看護師	79 (15.6 / 89.8)	0 (.0 / .0)	0 (.0 / .0)	6 (7.1 / 6.8)	2 (33.3 / 2.3)
その他	看護師	90 (2.7 / 83.3)	1 (12.5 / .9)	0 (.0 / .0)	14 (2.4 / 13.0)	2 (8.0 / 1.9)
	新卒看護師	11 (2.2 / 84.6)	0 (.0 / .0)	0 (.0 / .0)	1 (1.2 / 7.7)	1 (16.7 / 7.7)

: (N) は、合計に対する割合
 † : (N) は、当事者全体における看護師の割合
 ‡ : (N) は、看護師における新卒看護師の割合
 † : (N) は、当事者が看護師だった各概要の全体件数における発生要因の割合
 ‡ : (N) は、当事者が新卒看護師だった各概要の全体件数における発生要因の割合
 * : (2011年医療事故報告書、ヒヤリ・ハット事業への参加登録医療機関からの報告件数を対象とした) 2012年5月10日時点での公表事例。
 公益財団法人日本医療機能評価機構より http://www.med-safe.jp/apsearch/SearchReport.action (2012.5.10.access)

表3 公表事例（ヒヤリ・ハット）における看護師が当事者だった概要と発生要因（つづき）

	当事者	概 要			
		検査	療養上の世話	その他	合計
		件数 (%)	件数 (%)	件数 (%)	件数 (%)
公表事例（ヒヤリ・ハット）*	全体	42 (.8 [#])	447 (8.4 [#])	68 (1.3 [#])	537 (100.0)
	看護師	32 (76.2 [†] / .7 [‡])	358 (80.1 [†] / 8.2 [‡])	41 (60.3 [†] / 1.0 [‡])	435 (81.6 [†] / 100.0)
	新卒看護師	3 (9.4 [†] / .5 [‡])	42 (11.7 [†] / 6.5 [‡])	9 (22.0 [†] / 1.4 [‡])	656 (15.1 [†] / 100.0)
要 因	看護師 新卒看護師	件数 (% [†] / % [‡])	件数 (% [†] / % [‡])	件数 (% [†] / % [‡])	件数 (% [†] / % [‡])
		件数 (% [†] / % [‡])	件数 (% [†] / % [‡])	件数 (% [†] / % [‡])	件数 (% [†] / % [‡])
確認を怠った	看護師	19 (59.4 / .6)	189 (52.8 / 5.7)	12 (29.3 / .4)	3318 (76.2 / 100.0)
	新卒看護師	2 (66.7 / .4)	28 (66.7 / 5.4)	3 (33.3 / .6)	523 (79.7 / 100.0)
観察を怠った	看護師	4 (12.5 / .7)	22 (6.1 / 3.8)	1 (2.4 / .2)	573 (13.2 / 100.0)
	新卒看護師	0 (.0 / .0)	1 (2.4 / .8)	1 (11.1 / .8)	127 (19.4 / 100.0)
報告が遅れた（怠った）	看護師	1 (3.1 / .8)	4 (1.1 / 3.2)	1 (2.4 / .8)	125 (2.9 / 100.0)
	新卒看護師	0 (.0 / .0)	3 (7.1 / 7.0)	0 (.0 / .0)	43 (6.6 / 100.0)
記録などに不備があった	看護師	2 (6.3 / 1.2)	6 (1.7 / 3.6)	1 (2.4 / .6)	166 (3.8 / 100.0)
	新卒看護師	0 (.0 / .0)	1 (2.4 / 4.8)	0 (.0 / .0)	21 (3.2 / 100.0)
連携ができていなかった	看護師	12 (37.5 / 1.5)	35 (9.8 / 4.4)	2 (4.9 / .3)	792 (18.2 / 100.0)
	新卒看護師	1 (33.3 / .8)	6 (14.3 / 4.9)	1 (11.1 / .8)	122 (18.6 / 100.0)
患者への説明が不十分であった（怠った）	看護師	9 (28.1 / 1.9)	92 (25.7 / 19.8)	1 (2.4 / .2)	464 (10.7 / 100.0)
	新卒看護師	2 (66.7 / 2.6)	13 (31.0 / 16.9)	1 (11.1 / 1.3)	77 (11.7 / 100.0)
判断を誤った	看護師	5 (15.6 / 1.1)	34 (9.5 / 7.6)	4 (9.8 / .9)	449 (10.3 / 100.0)
	新卒看護師	1 (33.3 / 1.0)	3 (7.1 / 2.9)	2 (22.2 / 1.9)	104 (15.9 / 100.0)
知識が不足していた	看護師	9 (28.1 / 1.7)	10 (2.8 / 1.9)	2 (4.9 / .4)	524 (12.0 / 100.0)
	新卒看護師	1 (33.3 / .7)	1 (2.4 / .7)	0 (.0 / .0)	147 (22.4 / 100.0)
技術・手技が未熟だった	看護師	1 (3.1 / .4)	5 (1.4 / 1.9)	1 (2.4 / .4)	262 (6.0 / 100.0)
	新卒看護師	0 (.0 / .0)	0 (.0 / .0)	0 (.0 / .0)	69 (10.5 / 100.0)
勤務状況が繁忙だった	看護師	9 (28.1 / 1.0)	26 (7.3 / 2.8)	1 (2.4 / .1)	915 (21.0 / 100.0)
	新卒看護師	1 (33.3 / .7)	4 (9.5 / 2.8)	0 (.0 / .0)	141 (21.5 / 100.0)
通常とは異なる身体的条件下にあった	看護師	0 (.0 / .0)	1 (.3 / 2.0)	0 (.0 / .0)	50 (1.1 / 100.0)
	新卒看護師	0 (.0 / .0)	0 (.0 / .0)	0 (.0 / .0)	8 (1.2 / 100.0)
通常とは異なる心理的条件下にあった	看護師	1 (3.1 / .3)	6 (1.7 / 1.7)	1 (2.4 / .3)	343 (7.9 / 100.0)
	新卒看護師	0 (.0 / .0)	1 (2.4 / 1.1)	0 (.0 / .0)	88 (13.4 / 100.0)
その他	看護師	0 (.0 / .0)	1 (.3 / .9)	0 (.0 / .0)	108 (2.5 / 100.0)
	新卒看護師	0 (.0 / .0)	0 (.0 / .0)	0 (.0 / .0)	13 (2.0 / 100.0)

: (N) は、合計に対する割合
 † : (N) は、当事者全体における看護師の割合
 ‡ : (N) は、看護師における新卒看護師の割合
 † : (N) は、当事者が看護師だった各概要の全体件数における発生要因の割合
 ‡ : (N) は、当事者が新卒看護師だった各概要の全体件数における発生要因の割合
 * : (2011年医療事故報告書、ヒヤリ・ハット事業への参加登録医療機関からの報告件数を対象とした) 2012年5月10日時点での公表事例。
 公益財団法人日本医療機能評価機構より http://www.med-safe.jp/apsearch/SearchReport.action (2012.5.10.access)

件（36.0%）、「勤務状況が繁忙だった」6件（24.0%）と続いた。新卒看護師でも「観察を怠った」が5件（83.3%）とかなりの割合を示し、「知識が不足していた」「技術・手技が未熟だった」「通常とは異なる心理的条件

下にあった」が同数で2件（33.3%）だった。

検査関連における要因では、「確認を怠った」が19件（59.4%）、「連携が出来ていなかった」が12件（37.5%）、「患者への説明が不十分であった（怠った）」「知識が不

足していた」「勤務状況が繁忙だった」の3要因が各9件(28.1%)だった。新卒看護師のみで見ると、「確認を怠った」「患者への説明が不十分であった(怠った)」が2件(66.7%)で、「連携が出来ていなかった」「判断を誤った」「知識が不足していた」「勤務状況が繁忙だった」の4要因が1件(33.3%)の順で多かった。

療養上の世話については、「確認を怠った」が189件(52.8%)と「患者への説明が不十分であった(怠った)」92件(25.7%)で合わせて8割を占めた。新卒看護師だけでみても、「確認を怠った」28件(66.7%)、「患者への説明が不十分であった(怠った)」13件(31.0%)で9割を占めた。

V. 考察

国民に対し安全で安心できる医療を提供することは、医療従事者にとって使命である。しかしながら医療事故、ヒヤリ・ハットの報告は後を絶たない。本研究では、医療安全の観点から新卒看護師が関わった医療事故、ヒヤリ・ハットの発生要因から、基礎教育の課題について検討したい。

1. 医療事故、ヒヤリ・ハットの概要と当事者職種

1) 医療事故、ヒヤリ・ハットの概要

医療事故、ヒヤリ・ハットの報告件数を合計すると薬剤に関するものももっとも多いが、医療事故にまで発展した件数は少ない。これは患者に障害を及ぼす手前で未然に防ぐことが出来た、あるいは患者に影響を及ぼすまでにはいかなかったためと解釈される。医療現場での使用頻度の高さに加え、厳密な作業と知識が求められる薬剤であるためエラーやミスは起りやすいと考えられるが、与薬三原則の実施やバーコード認証システムの活用等により、多くの確認作業やチェック機構が働いているために大事に至らずに済んでいるものと推測される。

治療・処置や療養上の世話については、医療事故とヒヤリ・ハットの合計件数は薬剤の半分以下と低い割合ではあるが、医療事故の件数としては各々薬剤の2倍、4倍以上と多くなっており、療養上の世話においては約半数を占めている。治療や処置、療養上の世話は、短時間で患者にとっての必要性の判断をして即実行に移ることを求められるため、薬剤ほど確認作業をすることが困難で、チェック機構も働かせにくいことが影響していると考えられる。また直接患者の身体に触れることが多いことから、医療事故につながりやすいものと思われる。

2) 医療事故、ヒヤリ・ハットにおける当事者職種と看護師の経験年数

医療事故における医師の当事者件数は約半分であり、ヒヤリ・ハットにおける医師の割合よりはるかに高くなっている。医師は他の医療者に比べ身体侵襲性の高い

医行為を実施する立場にあるため、わずかなエラーやミスが患者の傷害につながりやすいものと考えられる。

看護師に関しては、ヒヤリ・ハットにおける割合が88.9%ともっとも高く、しかも2005年における割合76.8%(日本医療評価機構ホームページ, 2012)と比べ10ポイント以上も高くなっている。また医療事故に関しても看護師が当事者となった割合は、7割以上を占め他職種に比べかなり高い。医療を取り巻く環境の変化により、看護師に求められる技術力や実践力が高度化し、さらに在院日数の短縮により業務の密度も高くなっていること(厚生労働省, 2005b)が一因と推測される。

ヒヤリ・ハットにおける当事者の割合が高い看護師の中で、新卒看護師の割合がもっとも高いことは、新卒看護師の技術力や実践力が求められる水準に達していないことを示していると解釈できる。星野(2004)、平林(2005)、石本(2009)が指摘しているように、新卒看護師の技術力、実践力の向上に努めなければならないことを示唆している。

看護師の経験年数に関して、医療事故においては経験年数1年がもっとも高い割合を占めており、経験年数が上がるにつれ割合も低下している。経験年数0年については経験年数3年と同じ割合である。多くの病院でプリセプター制を導入し、プリセプター期間が12ヶ月の病院が約7割、6ヶ月の病院が1割である実態(星野, 2004)を踏まえると、新卒看護師が実施する際には先輩看護師の指導や監視など何かしらの確認や庇護があることが多いため、大事には至ることが少なくなっているものと考えられる。

ヒヤリ・ハットに関しては、経験年数0年がもっとも高い割合を示し年数を経るごとに割合は漸減している。医療現場での経験を積み重ねることにより、危険を予測した行動がとれるようになっていくことが要因であると推測される。

2. 四半期ごとにみる新卒看護師が関わった医療事故、ヒヤリ・ハットの推移

新卒看護師が就職する4月からの第2四半期では、医療事故、ヒヤリ・ハットの占める割合は経験年数1年よりも少ない。前述の通り、就職時にはプリセプター制による先輩からの指導や監視があるため、医療事故やヒヤリ・ハットを起こすことが少ないものと推察される。

第3四半期、第4四半期になると、新卒看護師はプリセプターから独立しひとりで実施する機会が増えて行くため、それに伴い報告件数は増えていっているものと考えられる。

第1四半期では、漸減していた医療事故の件数が再度増加している。この時期は年度末に向けて退職者が増えることから、人員不足となり繁忙な状況となるため

はないかと考えられる。

3. 新卒看護師が関わったヒヤリ・ハットの発生要因

薬剤に関する発生要因は、先行文献（遠藤ら，2001）でも述べられているように「確認を怠った」の件数と割合は多い。発生要因として「勤務状況が繁忙だった」「知識が不足していた」「観察を怠った」「連携ができていなかった」の割合が高いことから、忙しい状況の中で薬剤に関する行為をしなければならぬが、知識が不足していることなどから観察や確認を怠ってしまっているのではないかと解釈できる。他の看護師との連携も出ていないことから、新卒看護師の余裕のなさが窺える。

治療・処置では新卒看護師が関与した事例はそれほど多くないが、やはり「確認を怠った」が8割以上を占めている。「技術・手技が未熟だった」割合が、看護師全体の割合9.1%に比べ16.7%と2倍近い。求められる安全な治療や処置に対して必要十分な技術が備わっていないといえる。

医療機器等においても「観察を怠った」が約8割を示している。他の要因では「観察を怠った」「知識が不足していた」が高い割合である。医療機器は日々改良され、進歩しており、それに合わせた操作方法を理解し管理することが要求される。進歩に伴う知識の蓄えを求められるにもかかわらず、知識の獲得が追いついていない状況から、確認や観察不足につながっている可能性がある。

ドレーン・チューブでは、看護師全体の発生要因の6割が「確認を怠った」であるのに対し、新卒看護師は8割以上と差が大きい。また「勤務状況が繁忙だった」「通常とは異なる心理的条件下にあった」「知識が不足していた」「技術・手技が未熟だった」でも、看護師全体の割合に対して差が大きい。新卒看護師は、ドレーン・チューブに関する知識や、技術が不足していることにより、ドレーン・チューブの管理が困難な状況にあるのではないかと解釈できる。また繁忙な勤務状況や管理に不慣れであることから普段とは違う心理的状态に陥り確認不足へとつながっている可能性がある。

検査に関しても、同様に「確認を怠った」や「連携ができていなかった」「知識が不足していた」「勤務状況が繁忙だった」などの割合が高い傾向にある。しかしここで特徴的なのは、「患者への説明が不十分であった（怠った）」「判断を誤った」が看護師全体の割合に比べ新卒看護師の割合が大きいことである。忙しい勤務状況の中において、知識不足や判断不足から確認の不足や不十分な説明となっているものと解釈される。

療養上の世話でも「確認を怠った」に加え「患者への説明が不十分であった（怠った）」の割合が高い。知識不足や経験不足も当然あるが、現代の若者の傾向で

ある対人関係能力の低さ（厚生労働省，2005a：井上，2008）が影響し、不十分な説明となっているとも考えられる。

4. 医療事故、ヒヤリ・ハット報告に基づく基礎教育の課題

新卒看護師が起こす医療事故、ヒヤリ・ハットの一部の責任は基礎教育にあると言っても過言ではない。そこで基礎教育の課題として医療事故やヒヤリ・ハットの状況を見つめ、基礎教育で強化すべき課題を検討したい。

すべての概要において、確認不足が発生要因としてもっとも高い割合だった。確認不足はうっかりや過信から発生することが多いと中田（2007）は述べている。しかし、松原ら（2006）が、エラーの防止策として経験や知識などが重要と述べるように、確認不足が人命にかかわるという重要性を知識として理解しておけば、うっかりや過信することも少なくなるのではないかと考える。観察不足に関しても同様である。

このように考えると、医療事故、ヒヤリ・ハットの発生要因は様々あるが、根底には知識不足や技術不足、経験不足が大きな要因となっていると考えられ、基礎教育で強化すべき点である可能性がある。2002年の「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて—看護学教育の在り方に関する検討会報告書」（文部科学省，2002）、また2003年の「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」（厚生労働省，2003）にみられるように、国家をあげた医療安全への取り組みから10年を経た現在、その効果はまだ薄いと言わざるを得ない。2009年度からのカリキュラム改正では、例えば臨床薬理学の導入が望ましい（厚生労働省，2006）としているが、石本（2009）が指摘しているように、それぞれの看護師養成施設に任されている現状であることがひとつの要因となっているのかも知れない。医療サービスの最終的な提供者となることが多い看護師は、医療事故やヒヤリ・ハットの当事者となりやすい。特に薬剤に関するものが全報告の半数近くを占め、看護師がその約8割の当事者となっていることから、薬剤に関しては臨床薬理の知識をより強化していく必要があると考える。

治療・処置、医療機器等、ドレーン・チューブに関しても、新卒看護師の知識不足、技術不足の割合が看護師全体に比べて高くなっている。また検査に関しては対人関係能力の不足も考えられることから、演習や臨地実習を通して経験を重ねる必要性があるといえる。

5. 本研究の限界と課題

ヒヤリ・ハットの公表事例は、報告されたすべてのヒヤリ・ハットすべてについて公表していないことから、一部のデータによる分析となってしまった。このことは、

結果に偏りをもたらしている可能性があり研究の限界といえる。

VI. 結論

本研究は、新卒看護師が関与した直近1年間の医療事故、およびヒヤリ・ハット報告の二次分析から発生要因について明らかにし、基礎教育の課題について検討した。得られた結果は以下の通りであった。

1. 医療事故においては療養上の世話に関連するものが、ヒヤリ・ハットにおいては薬剤に関連するものが全体の約半数を占めていた。
2. 看護師に関しては、ヒヤリ・ハットにおける当事者の割合が90%近くであり、2005年と比べ10ポイント以上も高くなっていった。医療事故に関しては70%以上を占め、両者とも当事者職種の中でもっとも割合が高かった。
3. 看護師の経験年数では、医療事故において経験年数1年がもっとも高い割合を占めており、経験年数が上がるにつれ割合も低下していた。経験年数0年については経験年数3年と同じ割合であった。
4. ヒヤリ・ハットに関しては、経験年数0年がもっとも高い割合を示し年数を経るごとに割合は漸減していた。
5. 新卒看護師が関わったヒヤリ・ハット、特に薬剤、治療・処置、医療機器等、ドレーン・チューブの発生要因は、確認不足がもっとも多く、次いで観察不足、知識不足、技術不足、連携不足、繁忙な勤務状況が多かった。

これらのことから、基礎教育の課題として薬剤、治療・処置、医療機器等、ドレーン・チューブ等に関する診療の補助に関する知識と技術、演習や臨地実習を通しての経験が必要であることが示唆された。

文献一覧

遠藤英子, 中尾秀子, 五十嵐明美ら (2001): 与薬関連事故防止に関する一考察 過去の医療事故訴訟判例分析から, 東邦大学医療短期大学紀要, **15**, 83-92.

平林勝政 (2005): 違法性阻却論を超えた制度全体の枠組みの議論を, 法律文化, **9**, 12-15.

平野智子, 田口喜子, 藤戸邦子ら (2010): 新人看護師における安全行動阻害要因の分析, 国立病院機構熊本医療センター医学雑誌, **10** (1), 11-18.

星野一正 (2004): 新卒看護師による看護技術の問題点, 時の法令, **1716**, 57-63.

石本傳江 (2009): 看護師の静脈注射事故判例に見る業務上・教育上の課題, 山陽論業, **16**, 109-121.

川村治子 (2000): 看護教育における卒後臨床研修のあり方に関する研究 新卒看護婦・士の臨床実践応用力とその成長や変化に影響を及ぼした要因について, 厚生科学研究.

川村治子 (2001): 医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究, 厚生科学研究.

厚生労働省 (2003): 看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会 臨地実習において看護学生が行う基本的な看護技術の水準. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0317-4a.html>, Dec 1 2011.

厚生労働省 (2005a): 第8回医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法等のあり方に関する検討会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0729-14.html>, Aug 10 2012.

厚生労働省 (2005b): 新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0729-14f.html>, Sep 14 2011.

厚生労働省 (2006): 看護基礎教育の充実に関する検討会 第1回資料. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0329-13.html>, Aug 10 2012.

井上真由美, 掛谷益子, 道広睦子 (2008): 看護師と看護学生のコミュニケーション能力の比較, インターナショナル Nursing Care Research, **7** (2), 23-29.

中田亨 (2007): ヒューマンエラーを防ぐ知恵—ミスはなくなるか—, 化学同人, 京都.

松原美紀, 河村由美子, 山下希美 (2006): チームエラーの発生要因の分析と課題の明確化, 愛媛労災病院医学雑誌, **3** (1), 28-32.

McBride-Henry K., Fouteur M. (2006): Medication administration errors: understanding the issues, Australian Journal of Advanced Nursing, **23** (3), 33-41.

文部科学省 (2002): 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて—看護学教育の在り方に関する検討会報告書. <http://www.umin.ac.jp/kango/kyouiku/report.pdf>, Dec 1 2011.

内藤秀宗 (2004): 透析医療における医療事故と災害対策マニュアル9. 先端医学社, 東京.

中三川厚子 (2006): 看護師の個人特性と Error の関係について, 21世紀社会デザイン研究, **5**, 89-99.

那須淳子 (2008): 新卒看護師の看護ケア上の多重課題に関する実態調査. 東京医科大学病院看護研究集録, **28**, 72-76. 日本医療評価機構ホームページ http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2010.pdf, May 10 2012.

西村節子 (2007): 新人教育における医療安全教育について 3ヵ月間の新人看護師研修制度への取り組みと効果, 鳥取赤十字病院医学雑誌, **16**, 7-71.

恩田裕之 (2003): 医療事故の現状と課題 医療事故への対

応策の整備を中心に，調査と情報，433.

豊島由樹子，萩弓枝，伊藤ふみ子ら（2009）：新人看護師における点滴静脈注射技術の習得に関する体験の認識，聖隷クリストファー大学看護学部紀要，17, 61-68.