

平成 22 年 5 月 24 日現在

研究種目：若手研究 (B)
 研究期間：2006～2009 (2007 は育児休業等に伴う交付申請留保)
 課題番号：18791639
 研究課題名 (和文) 全国規模のヒヤリ・ハット事例分析の結果に基づくリスクマネジメント教材の開発
 研究課題名 (英文) A study on results-based nursing education of risk management

研究代表者
 村田 加奈子 (MURATA KANAKO)
 首都大学東京・人間健康科学研究科・助教
 研究者番号：70381465

研究成果の概要 (和文) :本研究では、厚生労働省の医療安全対策ネットワーク整備事業で収集・公開されたヒヤリ・ハット事例をもとに、看護師が関与した「チューブ」について事例の抽出、看護師側について考えられる要因とそれ以外の要因について分析を行った。その結果、マニュアルの不遵守を含む確認不足、知識・技術不足が約半数を占めることがわかり、それに対応した看護師養成過程用のリスクマネジメント教育のあり方・方法を検討した。

研究成果の概要 (英文) : This study aimed to analyze the factors affecting medical incidents caused by nurses on the basis of incident-related data collected and released by the Medical Care Safety Initiative Network Improvement Project (Hiyari-hatto Incident Acquisition Project) at the Ministry of Health, Labour and Welfare. The results revealed that these incidents were due to confirmation errors and lack of knowledge or skills.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2006 年度	1,100,000	0	1,100,000
2008 年度	700,000	210,000	910,000
2009 年度	1,000,000	300,000	1,300,000
年度			
年度			
総計	2,800,000	510,000	3,310,000

研究分野：医療安全

科研費の分科・細目：看護学・基礎看護学

キーワード：リスクマネジメント・事件事例分析

1. 研究開始当初の背景

わが国における本格的な医療安全対策としては、厚生労働省を中心に近年数多くの措置が講じられ始めている。その一つとして厚生労働省は平成 13 年 10 月より、医療安全ネットワーク事業として全国規模でヒヤリ・ハット事例の収集・分析を行っている。この分析結果によると、問題発生当事者としては

看護師が最も多く、発見者も本人または同業者である看護師が多いという結果が報告されている。また平成 18 年度の医療制度改革に向けた厚生労働省の試案の中でも、医療安全対策の総合的推進及び医療従事者の資質向上という問題が取り上げられている。よって現在、看護師への医療事故防止対策を積極的に行うことが求められている。

2. 研究の目的

本研究は、厚生労働省が全国規模で収集・公開しているヒヤリ・ハット事例をもとに、看護師が関与する事故事象から事故発生要因の抽出を行い、それに対する教育的対応策として看護師養成課程用のリスクマネジメント教育のあり方を検討することを目的としている。

3. 研究の方法

(1) 分析対象データ

厚生労働省が2001年10月より医療安全対策ネットワーク整備事業（ヒヤリ・ハット事例収集事業）として、全国の参加医療機関（特定機能病院、国立病院・療養所、国立高度専門医療センター）から収集、ホームページ上で一般公開しているヒヤリ・ハット事例を分析対象データとした。

本研究では、医療事故の頻度として上位にあがっているチューブ・カテーテル類に関する事例に焦点を絞り、その中の第10回報告事例（平成15年11月26日より平成16年2月24日までの報告事例）1,879事例を分析対象とした。

(2) 分析方法

分析対象データからチューブ・カテーテル類に関する事例の抽出を行い、さらにその中で看護師が関与した事例のみの抽出を行った。このようにして抽出された事例について、それぞれ患者の状態、看護師がどのように関与していたのか、ヒヤリ・ハット事例を起こした看護師側の要因は何であったのかの分類・整理を行い、リスクマネジメント教育のあり方の検討を行った。これらの過程においては、リスクマネジメントに詳しくまた現場経験の豊富な研究者の協力を得て検討し、その妥当性を保証するよう努めた。

倫理的配慮としては、本研究で用いる事故事例は厚生労働省がホームページ上で公開する段階で既にマスキングされているものであり、医療機関や患者個人が特定されるデータが含まれていない。

4. 研究成果

厚生労働省の第10回ヒヤリ・ハット報告で報告されている全事例1,879事例中、チューブ・カテーテル類に関する事例は183事例（全事例1,879事例中9.7%）であり、さらにその中で看護師が関与した事例は171事例であった（チューブ・カテーテル類に関する事例183事例中93.4%）。

(1) 患者の状態

チューブ・カテーテル類で看護師が関与したヒヤリ・ハット事例の中で、患者側の状態としては、鎮静剤の使用が23事例（看護師

が関与したチューブ・カテーテル類に関する事例171事例中13.5%）、眠剤の使用が4事例（171事例中2.3%）であった。また患者への影響の大きさとしては、チューブ・カテーテル類の抜去に至った事例が80事例あり

（看護師が関与した「チューブ管理」に関する事例171事例中46.8%）、そのうち自然抜去が58事例（チューブ・カテーテル類の抜去事例80事例中73%）、患者による自己抜去が12事例（80事例中15%）、看護師がその場に居合わせた場合や、固定テープの巻きなおし中やオムツ交換時など看護師が患者に直接ケアをしていた時に抜去という事例が10事例（80事例中12.5%）であった。

(2) 事故発生要因

看護師側に考えられた要因としては、マニュアルの不遵守を含む確認不足が111事例（看護師が関与したチューブ・カテーテル類に関する事例中171事例中64.9%）、知識・技術不足（アセスメント不足を含む）が51事例（171事例中29.8%）であった。また当事者の問題だけでなく、指導訓練の不足が伺える事例が40事例（171事例中23.4%）あった。その他に看護師間の問題としては、看護師が他の看護師にケアを依頼したために事故が起こってしまった事例が9事例（5.3%）あった。

看護師をとりまく環境要因としては、人手不足や忙しさの問題、マニュアルに関する問題があげられた。マニュアルに関してはマニュアル自体の不備による問題が見られ、例えば事例の中で、マニュアルに観察項目がきちんと記載されていない、チューブ・カテーテル類の固定位置の確認方法が統一されていない、抑制以外の対策が手順化されていないなどの問題があげられた。

(3) リスクマネジメント教育のあり方

チューブ・カテーテル類に関する事例では、チューブ・カテーテル類を抜去してしまった場合には再挿入の必要があるなど、患者への負担が大きいのが問題であり、今回の分析結果からも約半数の事例で抜去という結果に至っていたことが明らかとなった。

看護師が関係したチューブ・カテーテル類に関する事例では、看護師の不注意や思い込みによる確認不足や、知識不足、技術不足によるものが多数であった。これらの問題に対しては個人レベルでの意識付け、教育方法が課題となる。本研究では、今回の分析結果と既存の看護師養成課程用の教科書内容との比較を行った結果、看護師養成課程では具体的なチューブ管理の方法等を、実習場面では指導することがあっても、講義・演習ではあまり取り扱われていないことが明らかとなった。また基本的な観察項目等は教科書に記

載されていたとしても、今回の分析結果と比較して、以下のような内容が教科書に掲載されていないことが明らかとなった。

- ・ チューブ・カテーテル類が挿入されている時の移動介助の注意点
- ・ 鎮静剤を使っている患者に対する観察項目
- ・ 自己抜去予防策
- ・ 抜去歴のある患者への注意点
- ・ 抑制帯使用の基準
- ・ 抑制帯使用時の注意点

今回の分析結果から、これらの項目を今後の教科書に追加していくことが必要と考える。

しかし今回の分析結果より、看護師の個人レベルで対応するのでは限界があるとも考えられた。そこで看護師を取り巻く環境に注目すると、人手不足や忙しさなどの看護師体制の問題がまずはあげられるが、今回の結果よりマニュアルの問題も存在することが判明した。これらは組織問題であり、まずは組織的にチューブ・カテーテル類に対する整備を行う必要があると考える。組織的な予防としては、人的配置はもちろんのこと、チューブ・カテーテル類に対するマニュアル（プロトコール）の整備が最重要と考える。またマニュアルが存在したとしても、そのマニュアルが標準的なもの、チューブ管理に関して全体を網羅したものでなくてはならない。そのようなマニュアルが存在し、看護師全員がそれを遵守することで、適切な物品を用い、どの看護師も標準的なアセスメント項目を確実に実施し、また看護師間のコミュニケーション・情報共有もスムーズに行われると考える。そしてそれを看護師養成課程でも教育していくことが望まれる。

参考文献

- ・ 厚生労働省ホームページ：医療安全対策について 第10回記述情報（ヒヤリ・ハット事例）の分析について、
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/1/syukei10/3.html>
- ・ 川村治子：ヒヤリ・ハット11,000事例によるエラーマップ完全本，医学書院，2003.
- ・ 林喜男：ヒューマンエラー－認知科学的アプローチ，海文堂 2002.
- ・ 日本看護協会：組織でとりくむ医療事故防止 看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン，日本看護協会出版会，2000.

5. 主な発表論文等

（研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線）

〔雑誌論文〕（計0件）

〔学会発表〕（計0件）

〔その他〕

なし

6. 研究組織

(1) 研究代表者

村田 加奈子 (MURATA KANAKO)

首都大学東京・人間健康科学研究科・助教
研究者番号：70381465