香川県立保健医療大学リポジトリ

助産師による医療事故情報の分析

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2023-03-27 キーワード (Ja): キーワード (En): medical safety, midwives, years of experience, medical accident information, medical accidents 作成者: 植村, 裕子, 木戸, 久美子, Uemura, Yuko, Kido, Kumiko メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.50850/00000350

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.

助産師による医療事故情報の分析

植村 裕子*，木戸 久美子

香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科

要旨

公益財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業では医療機関から医療事故情報を収集し，毎年公表している．本研究は，この医療事故情報を用いて助産師における医療事故情報のデータを分析し，事故の影響，助産師経験年数による医療事故内容を比較検討することを目的とした．分析対象は，医療事故情報の報告年 2010 ～ 2021 年，第 1 当事者の職種は助産師とした．事故の発生状況等を収集し，事故の要因の根本原因分析を行った．第 1 当事者が助産師による 11 年間の医療事故は 98 件，事故の概要は療養上の世話，発生場所は病室，発生時間は 16 時以降 18 時までの発生が多かった．事故後の医療は 7 割に実施され，そのうち 8 割は軽微から濃厚な治療を受けていた．医療事故の当事者は経験年数が平均 10 年，3 ～ 15 年未満が 5 割を占めた．医療事故の発生要因は，当事者に関わる要因が 9 割を占め，そのなかで「確認を怠った」，「観察を怠った」要因が多かった．医療事故の影響と発生要因の比較では「連携ができていなかった」は事故の影響が有意に認められ，助産師の経験年数と発生要因の比較では 3 ～ 15 年未満の助産師は「連携ができていなかった」が有意に多かった．助産師は経験年数に関わらず，医療を提供する時には，2 人以上で確認や観察を丁寧に行い，緊急時における早急な対応ができるような多職種との連携を強化することが医療安全につながる．

Key Words：医療安全，助産師，経験年数，医療事故情報，医療事故

緒　言

医療行為（診断，治療，看護，調剤，患者管理など）を原因として患者に思いがけない被害を発生させたことを医療事故という．この医療事故を可能な限り防止し，安全で質の高い医療を実現させる取り組みが医療安全である[1]．このように，医療を提供するものは，質の高い医療の実現に向けて医療安全に取り組むことが社会的な使命となっている．わが国の医療安全対策は，2001 年 4 月に「医療安全対策検討会議」が発足し，2002 年に医療法施行規則改正において，すべての病院および有床診療所に対して安全管理体制の整備を行うことが法的に義務付けられた．2003 年より，特定機能病院や臨床研修病院においては，安全管理部門を設置すること等が義務付けられた[2]．この結果，全国の病院・有床診療所における医療安全管理体制が統一されたと考える．2006 年の第 5 次医療法改正では，無床診療所および助産所の管理者に対しても医療安全体制の整備が義務付けられた[2]．このことで，助産師が働く助産所における医療安全体制も統一されることとなった．多くの助産師が働く産科の病院では医療事故は分娩時に起こりやすく，過失の有無の判断が難しいことが多く 2009 年分娩に関連した産科医療保障制度が運用を開始した[3]．そして，2014 年医療法の改正では新医療事故調査制度が創設され[1]，より安全で質の高い医療を提供できるような整備がすすめられている．わが国における医療安全体制の整備により，医療の質が向上していることが窺える．

公益財団法人日本医療機能評価機構における医療事故情報収集等事業では，医療安全対策の一層の推進を図ることを目的として，医療機関から医療事故情報，ヒヤリ・

*連絡先：〒761-0123香川県高松市牟礼町原281-1　香川県立保健医療大学保健医療学部 看護学科 植村 裕子
E-mail: uemura@kagawa-puhs.ac.jp
＜受付日 2022年9月15日＞ ＜受理日 2022年12月23日＞

ハット事例を収集し，インターネット上で毎年公表している[4]．

医療事故の報告事例[4]は，誤った医療を行ったことが明らかであり，その行った医療に起因して，もしくは誤った医療を行ったことは明らかでないが，行った医療に起因して，患者への影響があった事例等が含まれる．事例が報告されることで，医療関係者だけでなくだれもがこのデータを基に，医療安全対策を考えることができる．2020年報告書[5]では1年間の医療事故は4,802件報告されている．医療事故情報収集事業に参加する医療機関数は年々増加しており，報告件数も年々増加している．全国の病院においても医療安全管理体制が構築され，医療事故を報告しやすい環境が整備されつつあることが推測された．

看護基礎教育では2009年看護基礎教育カリキュラム改正により「看護の実践と統合」において医療安全の基礎的知識の修得がはじまった[6]．助産師教育では，望ましい助産師教育コア・カリキュラムのなかで「マネジメント・助産政策」周産期医療におけるリスク・マネジメントにおいて医療安全に関する知識の修得が行われている．しかしながら，助産師教育機関のシラバスの分析[7]では，科目名「助産管理」で授業単位は1～2単位であり，教育内容は周産期医療事故の予防と管理，助産業務に関するリスク・マネジメント等であり，安全管理教育の内容は均一ではなかった．看護基礎教育における医療安全の教育には差があり，十分であるとはいえない．看護基礎教育を終え，入職した新人看護師は医療事故に対する楽観的な考えや悲観的な考えがあり，医療安全に対する低い関心が示されている[8]．新人看護師は医療事故に対する認識の低さや漠然とした不安を抱えていることが窺え，看護基礎教育において医療安全教育の一層の充実が求められる．

これまで医療事故情報やヒヤリ・ハット事例のデータの分析は，看護師による医療事故の分析[9, 10]薬剤師による医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の分析[11]した結果が報告されている．医療事故情報収集等事業のデータは報告事例区分，報告年，当事者職種等の選択条件を設定し，限定したデータを抽出することができる．これまで助産師を対象とした医療事故情報のデータを分析した報告は見当たらない．そこで，医療事故情報を用いて助産師による医療事故内容の要因を明らかにする根本原因分析を行うこととする．医療事故の要因が明らかになることにより，今後の助産師における医療安全の教育，助産師教育における医療安全の教育に活かすことができる．そして，最終的に助産師の医療における質の向上につながると考える．

本研究では，公益財団法人日本医療機能評価機構における医療事故情報収集等事業の医療事故情報を用いて，助産師における医療事故情報の根本原因分析を行い，助産師経験年数，医療事故後の影響による事故の要因を比較し，助産師の医療安全対策を検討する．

研究方法

1．研究デザイン

データベースを用いた記述疫学研究．

2．対象

公益財団法人日本医療機能評価機構における医療事故情報収集等事業としてインターネット（http://www.med-safe.jp/index.html）上で公表されている医療事故情報とする．対象は報告年「2010～2021年」，当事者職種「助産師」とする．

3．調査方法

1）調査項目

（1）発生状況

発生年，曜日，時間帯，場所，事故の概要，事故後の治療と影響とする．

（2）当事者

人数，第1当事者の経験年数，直前1週間の勤務時間とする．

（3）事故の発生要因

発生要因は当事者の行動に関わる要因，ヒューマンファクター，環境・設備機器，教育・ルール等で分類する．

4．分析方法

根本原因分析（Root Cause Analysis：RCA）は，ある事象の背後にいくつかある要因を探り，背後要因を含む事故の構造を明らかにする[10]．事故の基本的事項は記述統計を用いて，主要な原因として発生要因は，当事者の行動に関わる要因，ヒューマンファクター，環境・設備機器，教育・ルール等で分類し，それぞれの相関関係はSpearman検定を行った．事故の影響は，「障がいなし」，「障がい残存の可能性なし」59件を障がい残存の可能性なし群とし，「障がい残存の低い可能性がある」，「障がい残存の高い可能性がある」，「死亡」，「不明」39件を障がい残存の可能性あり群の2群に分けて，基本的事項，発生要因をχ^2検定で比較した．「不明」は，現在障がいは認められないが，今後障がいが出現する可能性が不明であることから，「障がい残存の可能性あり」群に入れた．助産師の経験年数を四分位数で分類し，25パーセンタイル値2.9，75パーセンタイル値15.2であった．また，鈴木[13]は新人から一人前の段階にある看護師として1年目から3年目として設定していたことから，経験年数3年未満24件，3～15年未満49件，15年以上25件の3群に分けて，基本的事項，発生要因をχ^2検定で比較した．収集されたデータは，SPSSVer.25.0を用いて統計学的処理を行った．

5．研究倫理

研究の対象は，公益財団法人日本医療機能評価機構における医療事故情報収集等事業としてインターネット上で公表されている医療事故情報である．この情報は，各医療機関から公益財団法人日本医療機能評価機構における医療事故情報収集等事業に報告されており，医療機関や国民に情報を周知するために公表されている．そのた

め，報告内容は誰もが自由に閲覧でき，検索条件で抽出してデータとして活用できる．医療事故情報収集等事業に報告されている項目に医療機関名，個人名等の個人が特定される情報の記載はない．匿名化されたデータを使用するため，個人が特定されることはない．香川県立保健医療大学倫理審査委員会の審査を受けた（No.344）．

結　果

報告事例区分は「医療事故情報」，報告年は2010～2021年，当事者職種は助産師で検索した結果，154件が抽出された．そのなかで医療事故の対象が周産期の患者以外28件，第1当事者が医師，看護師である28件を除外した98件を分析対象とした．

1．医療事故の発生

報告年数は2020年15.3％（15/98）が最も多く，2011年2.0％（2/98）が最も少なかった．発生曜日は平日78.6％（77/98），休日・祝日21.4％(21/98）であった．発生時間帯は16～18時未満16.3％（16/98）が最も多く，次に8～10時未満15件であった．発生場所は病室43.9％(43/98）が最も多く，次に分娩室22.4％（22/98），NICU8.2％（8/98）であった．事故の概要は，療養上の世話30.6％(30/98)，次に治療･処置23.5％(23/98)であった（表1）。

事故後の医療は74.5％（73/98）に実施されており，そのうち治療なし20.5％（15/73），軽微な治療31件42.5％（31/73），濃厚な治療35.6％（26/73）であった．事故の影響は，障がいなし33.7％（33/98），障がい残存の可能性なし26.5％（26/98），障がい残存の低い可能性がある18.4％（18/98），障がい残存の高い可能性がある8.2％（8/98），死亡3.1％（3/98），不明10.2％（10/98）であった．

事故の当事者人数は，1人82.7％（81/98），2人10.2％（10/98），3人4.1％（4/98），4人3.1％（3/98）であった．助産師の経験年数の平均は10.4（0.08～35）年，直前1週間の勤務時間の平均は36.6（7～64）時間であった．

事故の発生要因は，【当事者の行動に関わる要因】87.6％(86/98)，【ヒューマンファクター】60.2％(59/98)，【環境・設備機器】38.8％（38/98），【教育・ルール等】51.0％（50/98）であった．要因間の相関は，【環境・設備機器】と【教育・ルール等】（r=0.277，p<0.001）でわずかな正の相関関係が認められた．【当事者の行動に関わる要因】細項目では，「確認を怠った」56.1％(55/98)，「観察を怠った」29.5％（29/98），「判断を誤った」28.6％（28/98）であった．【ヒューマンファクター】の細項目では，「知識が不足していた」22.4％（22/98），「勤務状況が繁忙だった」21.4％（21/98），「技術･手技が未熟だった」12.2％（12/98）であった．【環境・設備機器】の細項目では、「患者側」21.4％（21/98），「施設･設備」6.1％（6/98）であった．【教育･ルール等】の細項目では，「教

表1．医療事故の概要

n=98

報告年	件	（%）
2010	6	6.1
2011	2	2.0
2012	8	8.2
2013	13	13.3
2014	8	8.2
2015	8	8.2
2016	5	5.1
2017	12	12.2
2018	5	5.1
2019	9	9.2
2020	15	**15.3**
2021	7	7.1
発生時間	**件**	**（%）**
0時～	5	5.1
2時～	2	2.0
4時～	6	6.1
6時～	5	5.1
8時～	15	**15.3**
10時～	9	9.2
12時～	11	11.2
14時～	12	12.2
16時～	16	**16.3**
18時～	2	2.0
20時～	11	11.2
22時～	4	4.1
発生場所	**件**	**（%）**
病室	43	**43.9**
分娩室	22	22.4
NICU	8	8.2
外来診察室	4	4.1
トイレ	3	3.1
病棟処置室	2	2.0
その他	16	16.3
概要	**件**	**（%）**
療養上の世話	30	**30.6**
治療・処置	23	23.5
薬剤	12	12.2
ドレーン	7	7.1
検査	3	3.1
医療機器等	2	2.0
その他	21	21.4

育・訓練」24.5%（24/98），「ルールの不備」14.3%（14/98）であった．

すべての要因の細項目間の相関係数は「判断を誤った」と「通常とは異なる心理的条件下にあった」（r=0.310，p<0.001），「報告が遅れた」と「仕組み」（r=0.390，p<0.001）はわずかな正の相関関係が認められた．

2．事故の影響、助産師の経験年数による医療事故情報の比較

事故の影響は，「障がいなし」，「障がい残存の可能性なし」59 件（60.2％）を障がい残存の可能性なし群，「障がい残存の低い可能性がある」，「障がい残存の高い可能性がある」，「死亡」，「不明」39 件（39.8％）を障がい残存の可能性あり群の 2 群に分けて，基本的事項，発生要因を比較した．事故の発生要因「確認を怠った」では，有意に障がい残存の可能性が認められなかった（p=0.001）．「連携ができていなかった」（p=0.007），「施設・設備」（p=0.035）では有意に障がい残存の可能性が認められた（表 2）．

助産師の経験年数は，3 年未満 24 件（24.5％），3 ～ 15 年未満 49 件（50.0％），15 年以上 25 件（25.5％）の 3 群に分けた．医療事故は経験年数 3 ～ 15 年未満の助産師が半数を占めていた．表 3 に示すように経験年数による発生要因を比較すると事故の発生要因「連携ができていなかった」は経験年数 3 ～ 15 年未満が有意に多かった（p=0.018）．

表 2．事故の影響による事故の発生要因

n=98

	事故の影響 障がい残存の可能性あり（n=39）	障がい残存の可能性なし（n=59）	*p*値
当事者の行動に関わる要因			
確認を怠った	14	41	**0.001**
観察を怠った	14	15	0.202
連携ができていなかった	16	10	**0.007**
患者への説明が不十分であった	8	5	0.080
判断を誤った	12	16	0.433
記録等に不備があった	4	1	0.080
報告が遅れた	3	5	0.602
ヒューマンファクターに関わる要因			
技術・手技が未熟だった	5	7	0.562
知識が不足していた	9	13	0.546
勤務状況が繁忙だった	9	12	0.467
通常とは異なる心理的条件下にあっ	2	4	0.549
通常とは異なる身体的条件下にあっ	1	0	0.398
環境・設備機器に関わる要因			
施設・設備	5	1	**0.035**
患者側	8	13	0.533
医療機器	2	3	0.665
諸物品	2	1	0.348
医薬品	0	2	0.360
その他に関わる要因			
教育・訓練	11	13	0.322
仕組み	3	3	0.451
ルールの不備	7	7	0.289

表 3．助産師の勤務年数による事故の発生要因

n=98

	経験年数 3年未満（n=24）	3～15年未満（n=49）	15年以上（n=25）	*p*値
当事者の行動に関わる要因				
確認を怠った	15	25	15	0.587
観察を怠った	9	16	4	0.198
連携ができていなかった	3	19	4	**0.018**
患者への説明が不十分であった	3	6	4	0.896
判断を誤った	6	15	7	0.881
記録などに不備があった	1	3	1	0.900
報告が遅れた	3	4	1	0.554
ヒューマンファクターに関わる要因				
技術・手技が未熟だった	4	7	1	0.332
知識が不足していた	8	10	4	0.309
勤務状況が繁忙だった	7	8	6	0.425
通常とは異なる心理的条件下にあった	1	4	1	0.701
通常とは異なる身体的条件下にあった	0	1	0	0.603
環境・設備機器に関わる要因				
施設・設備	0	4	2	0.355
患者側	6	9	6	0.759
医療機器	1	3	1	0.900
諸物品	0	2	1	0.605
医薬品	0	2	0	0.360
その他に関わる要因				
教育・訓練	9	10	5	0.233
仕組み	1	5	0	0.201
ルールの不備	3	6	5	0.639

考　察

1．助産師の医療事故

2010 ～ 2021 年の医療事故情報を分析した結果，助産師が第 1 当事者となった医療事故は 98 件であった．2020 年が最も多かったが，1 年間に 2 ～ 15 件報告されている．事故の概要では，「療養上の世話」が最も多く，発生場所は病室が 4 割を占め，発生時間帯は 16 時以降 18 時までの間，8 時以降 10 時までの間が多かった．2020 年報告書[5]においても「療養上の世話」は医療事故のなかで最も多く，同傾向を示した．病室で療養上の世話を行っている時に医療事故が起きていることが推察された．療養上の世話は 24 時間行われているが，発生時間からは勤務が交代する時間帯に医療事故が起こりやすいことが窺えた．しかし，この時間帯になぜ医療事故が多発するかは調査が必要である．また，医療事故の当事者の 8 割が「1 人」であり，助産師が 1 人で療養上の世話等を行っている時に事故が起きやすいといえる．そのため，事故が発生した場合に速やかに報告し，対処することが求められている．新人看護師は先輩看護師から支持的な関わりがあることで医療事故後のサポートを認識しており[14]，日頃から先輩看護師との関わりを通して事故後においてもサポートが受けられることを認識している．これは新人看護師だけでなく，すべての医療従事者間の良好な関わりにより，報告しやすく，事故後のサポートが得られやすい環境が整うことで，医療事故を早期に把握し，対処につなげられると考える．

医療事故の要因は根本原因分析により，当事者の行動に関わる要因，ヒューマンファクター，環境・設備機器，教育・ルール等で分類した．当事者に関わる要因が約 9

割を占め，そのなかでも「確認を怠った」約6割，「観察を怠った」，「判断を誤った」，「連携ができなかった」約3割を占めた．このことから，医療事故の発生には当事者に関わる要因が大きいといえる．また，半数以上が確認を怠ったことで医療事故が起こっていた．大内ら[15]は医療事故経験者の医療事故要因として「注意散漫」，「心身不調」を挙げており，事故当時の当事者の意識や体調が事故の要因となっていることを示し，本結果と類似した結果であった．人はだれもがヒューマンエラーを起こすことを認識し，医療行為を行う際には基本的な確認や確実な観察を行っていくことが重要である．

2．医療事故の影響，助産師の経年数による比較

今回の分析対象の約7割は，医療事故後に医療を実施しており，そのうち8割は軽微から濃厚な治療が行われていた．事故の影響として，死亡を含めた障がい残存の可能性がある事例は約4割を占めた．発生要因を比較すると，「連携ができなかった」では障がい残存可能性が有意に認められた．連携ができなかったことにより，患者の死亡を含めた障がい残存の可能性が高く，患者への影響は甚大である．周産期の対象は正常からの逸脱や急変が起こりやすい．また，分娩時には医療事故が起こりやすいことから，助産師は日頃から緊急時を想定してさまざまな状況のシミュレーション等を行い，緊急時には迅速な対応をとれることが求められる．

今回，医療事故の第1当事者となった助産師の経験年数は平均10年，経験年数3～15年未満が半数を占めた．経験年数3～15年未満では経験年数3年未満，15年以上よりも医療事故の発生割合が多かった．看護師のインシデント・アクシデントは経験年数1～2年未満が最も高いこと[16]が報告されており，経験年数3年未満は医療事故を起こしやすいことが推察された．しかし，今回は経験年数3年未満より3～15年未満の医療事故が半数を占めていた．実践をはじめて2年も経過すると，看護師は一般的に一人前のレベルのパフォーマンスができるようになる．そして，中堅レベルでは，特定の状況への知覚的鋭さと反応力が向上し，達人レベルへと移行していく[17]．経験年数3～15年は，一人前から中堅レベルの時期である．臨床経験を重ねることで，技術力や直観による臨床推論力は向上する．一方で，臨床経験年数10年以上であることが針刺し反復に最も大きな影響要因となる[18]ように，経験年数を重ねるだけでは，医療事故の当事者となる可能性が減少することにはつながらない．今回，経験年数3～15年未満の助産師は医療事故の発生要因で「連携ができていなかった」が有意に多かった．一人前レベルの看護師は主体的な行動と責任感の意識が高まる[17]といわれている．そのため，自分の判断に迷いがなく，行動していることが連携につながらず，医療事故に至っているのではないかと考える．経験年数3～15年未満の助産師が連携できていなかった理由は，今後さらに検討をしていく必要がある．したがって，経験年数にかかわらず，すべての助産師は患者の安全を最優先にした医療行為を日頃の業務のなかで目ざしていくことが重要である．

結　語

公益財団法人日本医療機能評価機構における医療事故情報収集等事業の11年分の医療事故情報を用いて，助産師における医療事故情報98件の根本原因分析を行った．

1．助産師の医療事故は，事故の概要は療養上の世話，発生場所は病室，発生時間は16時以降18時までが多かった．事故後の医療は7割に実施され，そのうち8割は軽微から濃厚な治療を受けていた．

2．医療事故の当事者は経験年数が平均10年，3～15年未満が5割を占めた．医療事故の発生要因は，当事者に関わる要因が最も多く，そのなかで「確認を怠った」，「観察を怠った」が多かった．

3．医療事故の影響と発生要因を比較すると，発生要因「連携ができていなかった」は医療事故による障がい残存の可能性が有意に認められた．助産師の経験年数と発生要因を比較すると，発生要因「連携ができていなかった」は3～15年未満の助産師が有意に多かった．

本研究は，第62回日本母性衛生学会総会・学術集会で発表し，加筆修正したものである．なお，本論文内容に関する利益相反事項はない．

文　献

1）石井トク．“医療安全　患者を護る看護のプロフェッショナル”，第1版，医歯薬出版株式会社，東京，1-23，2015.
2）成田伸．“周産期における医療の質と安全”，第1版，日本看護協会出版会，東京，172-185，2020.
3）我部山キヨ子，“助産管理”，第6版，医学書院，東京，94-101，2022.
4）公益財団法人日本医療機能評価機構．医療事故情報収集等事業，2022-5-3，https://www.med-safe.jp/index.html
5）公益財団法人日本医療機能評価機構．医療事故情報収集等事業2020年報告書，2022-5-3，https://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2020.pdf
6）松下由美子，杉山良子，小林美雪．“ナーシング・グラフィカ看護の統合と実践　医療安全”，第4版，メディカ出版，東京，12-32，2021.
7）Iwatani K. Contents analysis of safety management-related syllabi for midwifery education. Journal of Human Nursing Studies 17：57-65，2019.
8）堀泰子，林智子，井村香積，兼児敏浩．新人看護師の経験を通した医療安全に対する認識．医療の質・

安全学会誌　16(3)：291-301，2021.
9）三輪晃子．クリティカルケア領域における看護師による医療事故の未然防止事例の検討．日本赤十字広島看護大学紀要　20：35-43，2020.
10）井村弥生，東真理，赤澤千春．与薬における看護師のリスクテイキング行動の現状．大阪青山大学ジャーナル　4：1-10，2020.
11）室高広，中川博雄，兒玉幸修，中村忠博，佐々木均．「医療事故情報」と「ヒヤリ・ハット事例」における医療の実施に対する影響因子の推定．日本病院薬剤師会雑誌　56(1)：85-90，2020.
12）松下由美子，杉山良子，小林美雪．“ナーシング・グラフィカ看護の統合と実践　医療安全”，第４版，メディカ出版，東京，94-98，2021.
13）鈴木智子．新人から一人前の段階にある看護師の職業経験の質と自我同一性，職業的アイデンティティおよびレジリエンス特性の関連．日本看護管理学会誌　26(1)：140-149，2022.
14）友岡史沙，松本智晴，前田ひとみ．新人看護師に対するソーシャルサポートが医療事故の認知的評価および報告の迷いに及ぼす影響．日本看護科学学会誌　41：895-904，2021.
15）大内隆，井上セツ子，那波潤美．臨床看護師の医療事故要因の意識構造：医療事故経験者と未経験者の意識構造モデルの比較．日本職業・災害医学会会誌　64(2)：119-127，2016.
16）宮本彩，奥山真由美．看護師のリスク・マネジメント能力向上のため影響を与える経験因子．日本看護学会論文集：看護管理　50：63-66，2020.
17）Benner P，Tanner C，Chesla C．“Expertise in Nursing Practice”，2nd ed，Springer Publishing Company, New York．［早野 ZITO 真佐子訳“ベナー看護実践における専門性 達人になるための思考と行動”，医学書院，東京，83-186，2015.］
18）久保典子，森鍵祐子，叶谷由佳，布施淳子，小林淳子．臨床経験 10 年以上の看護職者の針刺し反復に影響する要因―パーソンアプローチの観点から―．日本看護研究学会雑誌　41(2)：147-158，2018.

Analysis of Medical Accidents by Midwives

Yuko Uemura* , Kumiko Kido

Kagawa Prefectural University of Health Sciences

Abstract

The Japan Council for Quality Health Care collects information on medical accidents from medical institutions to publish annually. This study aimed to analyze the data on medical accidents among midwives using information provided by the Council for Quality Health Care and to compare the impact of accidents and their content according to the years of midwifery experience. Medical accidents that occurred between 2010 to 2021, where the first party was a midwife, were included in the analysis for this study. Circumstances of the accidents were collected and a root cause analysis of the factors contributing to the accidents was conducted. There were 98 medical accidents in which the first party was a midwife. Most accidents were under nursing care, and occurred in hospital rooms between 16:00 and 18:00. Post-accident medical care was provided to 70% of the patients. Of these, 80% received minor to intensive treatment. Midwives had an average of 10 years of experience, and 50% had less than 3–15 years of experience. Factors related to the parties involved accounted for 90% of the medical accidents. Among these, "failure to check" and "failure to observe" were the most common factors. A comparison of the degree of the accident and the factors that caused it showed that "there was no coordination," which had a significant impact on the accident.

In a comparison of midwives' years of experience and the factors that caused, midwives with less than 3–15 years of experience were significantly more likely to say that "there was no coordination." Regardless of their years of experience, midwives should carefully check and observe of mother and baby with two or more people and strengthen cooperation with multiple professions when providing medical care to respond promptly in an emergency and ensure medical safety.

Key Words：*medical safety, midwives, years of experience, medical accident information, medical accidents*

*Correspondence to : Yuko Uemura, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural University 281-1 Hara, Mure-cho, Takamatsu, Kagawa 761-0123, Japan
Emali: uemura@kagawa-puhs.ac.jp