

成人看護学実習におけるヒヤリ・ハット体験に関する実態調査

安藤 悦子¹・郡司理恵子¹・岡田 純也¹・川波 公香²
浦田 秀子¹・寺崎 明美³

要 旨 本研究の目的は成人看護学実習における学生のヒヤリ・ハット体験の内容や発見者、発生要因を明らかにし、看護基礎教育における事故防止教育の示唆を得ることである。学生68名が提出したヒヤリ・ハット報告は68件であった。内容別には多いものから、「注射・点滴・IVH」(20件, 29.4%)、「移動・移送」(18件, 26.5%)、「清潔」(7件, 14.3%)の援助等に関するものであった。また上記3項目で、学生が自ら気づいた割合が高かったのは、「移動・移送」、「注射・点滴・IVH」、「清潔」の順であった。発生要因は、多いものから判断、確認、技術、報告・相談等であった。

保健学研究 19(2): 65-74, 2007

Key Words : 成人看護, 臨地実習, ヒヤリ・ハット(2007年1月12日受付)
(2007年3月22日受理)

I はじめに

医療の高度化に伴い、看護基礎教育において学生が習得しなければならない知識や技術は複雑で多様化している。近年、相次いでいる医療事故報道などにより、国民の医療に対する関心は高まり、より安全で質の高い医療が当然のこととして求められている。また、平成15年度の厚生労働省のヒヤリ・ハット事例収集・分析の結果では、総件数のうち77%は看護師が関与しており、29%が経験年数0年(新卒職員)であった(看護師以外も含む)¹⁾。また新卒看護職員の早期離職問題も浮上しており、入職後1年以内の離職率は9.3%である。看護職として仕事を続ける上での悩みで多かったものは、「配属部署の専門的な知識・技術が不足している」、「医療事故を起こさないか不安である」、「基本的な看護技術が身につけていない」などであった²⁾。このような背景から、看護基礎教育において事故防止を重視した確実に効果的な看護技術の教授法を検討することは重要な課題である。

土屋³⁾は実習中にヒヤリ・ハット体験をした学生は74.3%であったと報告している。今日の医療現場では、入院期間の短縮などに伴い、スタッフは多忙化している状況である。そのような中で患者ケアの質の保証のみならず、無資格の学生が事故の当事者とならないために、学生が臨地実習(以下、実習)において、どのようなヒヤリ・ハットを体験しているかを明らかにする共に、問題点を抽出し、病棟スタッフと共同してその対策を講じる必要がある。

そこで本研究では、成人看護学実習における学生のヒヤリ・ハット体験の内容や発見者、発生要因を明らかに

し、今後の看護基礎教育における事故防止教育の示唆を得ることを目的とする。

なお、ヒヤリ・ハットとは、「思いがけない出来事(偶発事象)で、これに対して適切な処理が行なわれないうちと事故となる可能性のある事象」と定義し、事故につながるおそれのあるヒヤリ・ハットに気づかず、適切な処置が行われなかった場合には、傷害を引き起こす「事故」となる可能性がある」と学生に説明した。

II 方 法

1. 対象

調査対象は、平成17年度に成人看護学実習を行った3年次生68名とした。分析は68名が実習終了後に提出したヒヤリ・ハット報告書191件中、「ヒヤリ・ハット体験あり」とした68件を対象とした。なお、実習期間中の事故報告はなかった。

2. 成人看護学実習の概要

成人看護学実習は7単位を表1に示すように3つの単元に分けて目標を設定し、3年後期に展開している。実習1では内科・外科病棟で2週間、実習2では内科病棟で2週間と外科病棟で2週間、それぞれ学生は1人以上の患者を受け持つ。実習3は3日間、集中治療部、血液浄化療法部、リハビリテーション部で実施している。

3. ヒヤリ・ハット報告書の活用方法

ヒヤリ・ハット報告書の概要は、発見者、実習科目名、場所、時間帯、具体的な内容、原因、どのような事故や

1 長崎大学医歯薬総合研究科保健学専攻看護学講座

2 茨城県立保健医療学部看護学科

3 福岡大学医学部

表 1. 本学における成人看護学実習の目標

実習単元	目 標
実習 1	さまざまな健康問題をもつ成人およびその家族の全体像を理解し、患者・家族の個性を踏まえた看護過程を展開する。
実習 2	個々の健康問題や治療・ケアの特性を踏まえた看護過程を展開する。実習 1 で明らかになった自己の課題について学習を深める。
実習 3	特殊な治療やケア環境にある患者・家族に対する看護の役割を理解し、援助の基本を学ぶ。

改善策の検討につながるか、体験から得た教訓、内容別分類を記載する。ヒヤリ・ハット発生時、学生は実習担当教員に提出し指導を受け、必要時、実習グループのカンファレンスで共有する。各実習単元終了時に「なし」の報告も含めて任意で提出する。

4. 分析方法

1) ヒヤリ・ハット報告の内容別分類

- (1) 1 事例の内容を簡潔に表現したものをコードとした。
- (2) 得られたコードをどのようなヒヤリ・ハット体験があったのか、川村⁴⁾の分類を一部改変したヒヤリ・ハット報告の内容別に分類し、発見者を表示した。
- (3) 分類されたコードは、内容の類似性に基づき集約し名称をつけカテゴリーとした(表 2～4 中の太字, 本文中はく)で表す。

2) ヒヤリ・ハット報告の要因別分類

- (1) 事例から 1 つの要因を含む内容を簡潔に表現したものをコードとした。要因が 1 つ以上のものは 1 つのヒヤリ・ハット報告書に関して重複して記載している。
- (2) 発生要因を厚生労働省医療安全部局のヒヤリ・ハット報告書事例収集・分析—全般コード化情報⁵⁾を参考に、身体的・心理的条件を除いた当事者の要因である確認、観察、判断、知識、技術、報告・相談の

項目ごとに分類した。

- (3) 項目ごとに分けられたコードを内容の類似性に基づき集約し名称をつけカテゴリーとした(表 5 の太字, 本文中は下線で表す)。

5. 倫理的配慮

ヒヤリ・ハット報告書は無記名とし、分析の段階では個人が特定できないようプライバシー保護に留意した。得られたデータは事故を未然に防ぎ実習を安全に行えるための基礎資料となるものであり、個人の不利益が生じることはないことを実習オリエンテーション時に説明している。

Ⅲ 結 果

1. ヒヤリ・ハット体験の内容と発見者

68 件のヒヤリ・ハット体験の内容別分類と発見者を図 1 に示す。

全 68 件中、学生自ら気づいたのは 39 件 (57.4%)、他者に指摘されたうち臨地実習指導者 (以下、指導者) が 13 件 (19.1%)、実習指導教員 (以下、教員) が 10 件 (14.7%)、患者が 3 件 (4.4%)、看護師が 3 件 (4.4%) であった。件数が多かった上位 3 項目は「注射・点滴・IVH」、「移動・移送」、「清潔」であった。具体的な内容と発見者について以下に示す。上記 3 つの項目で学生が自ら気づいた件数の割合が多かったのは、「移動・移送」、「注射・点滴・IVH」、「清潔」の順であった。

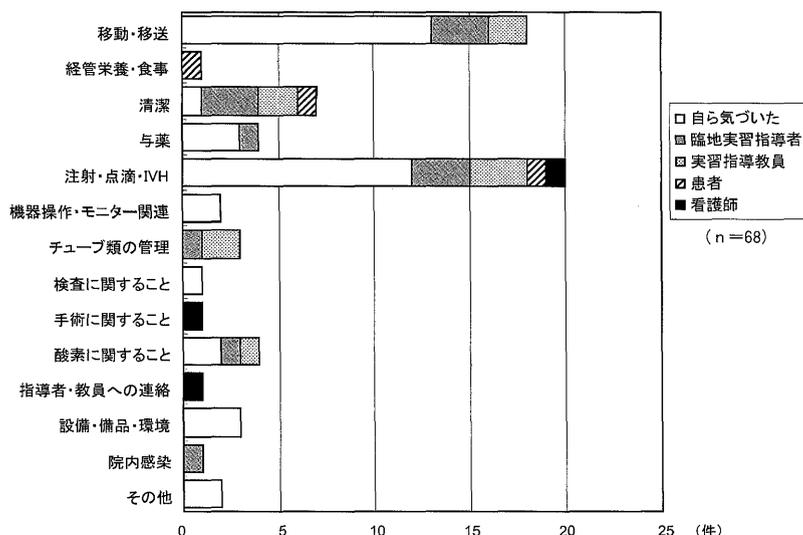


図 1. ヒヤリ・ハット体験の内容別分類と発見者

1) 注射・点滴・IVH

「注射・点滴・IVH」に関するものは、20件発生し、全体の29.4%を占めた。

学生自ら気づいたのは20件中13件（65.0%）であり、ほかは指導者、教員、看護師、患者に指摘されていた（表2）。「注射・点滴・IVH」に関する具体的内容は、点滴ルートや滴下調整トラブルなどであった。

2) 移動・移送

「移動・移送」に関するものは18件発生し、全体の26.5%を占めた。学生自ら気づいたのは18件中13件（72.2%）であり、ほかは指導者、教員に指摘されていた（表3）。「移動・移送」に関する具体的内容は、車椅子への移乗やリスクの高い患者の立ち上がり、歩行時に転倒につながる危険性などがあった。

3) 清潔

「清潔」は7件発生し、全体の10.3%を占めた。自ら気づいたのは7件中1件（14.3%）で、ほかは指導者、

教員に指摘されていた（表4）。「清潔」の援助に関する具体的内容は、足浴時の熱傷の危険やベッド柵や離床センサーの不適切な使用法による転倒・転落につながる危険性などがあった。

2. ヒヤリ・ハット体験の要因

厚生労働省医療安全部局の全般コード化情報の分析を参考に技術、判断、知識、確認、観察、報告・相談に分類した。さらにその他として、医療事故のリスクへの気づきはヒヤリ・ハットの原因に学生は直接関与しておらず、その場面に居合わせた、またはスタッフの指示の下で実施した結果、医療事故のリスクがあったと気づいた内容として追加した。ヒヤリ・ハット体験の要因項目別（重複あり）では、全74コードのうち判断が18コード（24.3%）、確認が18コード（24.3%）、技術が15コード（20.3%）、報告・相談が6コード（8.1%）、観察が4コード（5.4%）、知識が2コード（2.7%）、医療事故のリスクへの気づきが11コード（14.9%）であった（表5）。

表2. 「注射・点滴・IVH」に関するヒヤリ・ハットの具体的内容と発見者

n=20

カテゴリー	ヒヤリ・ハットの具体的内容 コード	発見者				
		学生	指導者	教員	看護師	患者
不適切なルートの取り扱い	更衣時、滴下筒を逆さまにした			1		
	車椅子からベッドへの移動時、ルートを引っ張り外れそうになった	1				
	輸液バッグ交換時、ルートを不潔にした		1			
ルート内に血液逆流	末梢静脈点滴中の腕で血圧を測定した	1				
	車椅子で移動中、点滴スタンドの高さが低かった	1				
	血液逆流時の対処が遅れ処置に時間を要した	1				
ルート内にエア混入	洗髪時、気づいたら混入していた	1				
	終了していたことに気づかなかった		1		1	
	点滴が終了し、エアが混入していたがクランプせずに報告に行った			1		
滴下調整トラブル	側管の滴下筒が薬液でいっぱいになっていた	1				
	更衣後、滴下しなくなった	1				
	予定よりも時間がかかった					1
	予定よりも早く終了した			1		
三方活栓の取り扱いの間違い	側管終了後、三方活栓をクランプする際、方向を間違えた	1				
抜針後の処理が不適切	血液が自分の手とシーツに付着した	1				
	圧迫が不十分ですぐに止血できなかった	1				
学生が点滴スタンドを倒しそうになった	点滴スタンドにつまずき、倒しそうになった	2				
不適切なインシュリン自己注射	患者がペンに注射針を装着する際、ペンを消毒せずに刺そうとした	1				
	計	13 (65.0)	2 (10.0)	3 (15.0)	1 (5.0)	1 (5.0)

*表中の数字は件数（%）を示す。（ ）内は「注射・点滴・IVH」の発生総数に対する割合を示す。

表3. 「移動・移送」に関するヒヤリ・ハットの具体的内容と発見者

n = 18

ヒヤリ・ハットの具体的内容		発見者				
カテゴリー	コード	学生	指導者	教員	看護師	患者
不適切な車椅子操作・トランスファー	ストッパーをかける前に患者が立ち上がった	1				
	車椅子へ移乗時、患者がバランスを失い、引きずられ患者におおう状態になった	1				
	車椅子操作中、エレベーターのドアにはさまりかけた	1				
不適切なストレッチャー移乗	ストレッチャーへの移乗時、患者を引きずった状態になった	2				
歩行器使用中の患者がふらついた	歩行器使用中の患者が段差を越える際に力が入りすぎた	1				
立ち上がり時患者がふらついた	臥床がちの患者が歩き出した時にふらついた	1				
	理容室で洗髪台への立ち上がり動作時にふらついた	1				
点滴スタンドにつかまり歩行中、ふらついた	シャワー浴後、点滴スタンドにつかまりスロープを歩行していた患者に声をかけたら、ふらつき頭部を打撲した	1				
リスクの高い患者に付き添わなかった	学生のみで浴室まで車椅子で行き、指導者を呼びに行くため患者を1人放置した			1		
	侵襲の高い検査、処置後の患者を検査室から1人で帰室させた		1			
離床センサー使用中の患者がベッドサイドに立っていた	離床センサーに反応しナースコールがなり、訪室すると患者がベッドサイドに立っていた	1				
術後、離床の援助が不適切であった	術後、初めての離床の介助を学生のみで行った（同じ場面を2名の学生）	2				
	術後、指示よりも長い距離を歩行した			1		
	術後、歩行訓練中患者が胸痛を訴えたが、症状が少し落ち着いたので再び歩行し帰室した			1		
ズボンの裾が長すぎた	杖歩行中の患者のズボンの裾が長すぎた		1			
移動中の患者にぶつかった	環境整備時、カーテンの向こう側を移動していた患者にぶつかった	1				
	計	13 (72.2)	3 (16.7)	2 (11.1)	0	0

*表中の数字は件数 (%) を示す。() 内は「移動・移送」の発生総数に対する割合を示す。

表4. 「清潔」に関するヒヤリ・ハットの具体的内容と発見者

n = 7

ヒヤリ・ハットの具体的内容		発見者				
カテゴリー	コード	学生	指導者	教員	看護師	患者
初めてのケアを単独で実施した	術後、初めて足浴を実施する際に看護師に報告し、単独で実施した			1		
足浴の湯温が高すぎた	湯温を温度計で確かめなかった	1			1	
	温度計の使用方法が不適切であった		1			
不適切なベッド柵の使用	臥床のままでの清拭の援助の際、ベッド柵を下ろしたまま体交しようとした		1			
	清拭後、ベッド柵を立て忘れた		1			
足浴後、離床センサーを再設置しなかった	足浴後、センサーマットを再設置するのを忘れた			1		
	計	1 (14.3)	3 (42.9)	2 (28.6)	1 (14.3)	0

*表中の数字は件数 (%) を示す。() 内は「清潔」の発生総数に対する割合を示す。

表5. ヒヤリ・ハット体験における要因別集計

n=74

	カテゴリー	コード	コード数
判 断	リスクをアセスメントできなかった	・転倒リスクの高い患者を車椅子に1人にした(転倒)・患者のスボンの裾が踵まで長く、指導者に指摘された(転倒)・シャワー浴後、点滴スタンドにつかまりスロープを歩行していた患者に声をかけたら、ふらつき頭部を打撲した(転倒)・車椅子へ移乗時、患者がバランスを失い、引きずられ患者におおう状態になった(転倒)・歩行者を使用していた患者が段差を越えるのに力を入れすぎて転倒の危険性があった(転倒)・90歳代の患者が理容室にて車椅子から立ち上がり、散髪台に登ろうとしたが、足場が狭く、つかまるものもなくふらついた(転倒)・ヘパリン持続点滴中の末梢点滴を抜針後、止血が不十分であった(注射)・臥床がちな患者を車椅子に移乗させ散歩に出かけた際、末梢点滴の血液が逆流した(注射)・視力障害のある患者が車椅子からベッドに移動する際、患者のベースに合わせられず、ストッパーが間に合わなかった(転倒)	9
	大丈夫だろうと判断した	・術後、歩行訓練時、胸痛を訴えたが、深呼吸を促し少し軽減したところで再び歩いて帰宅した(転倒)・術後、歩行訓練時、患者が大丈夫と言ったので指示より長い距離を歩行させた(転倒)・GIF検査、APC実施後、1人では危険と思いつつも大丈夫かなと考え、患者を学生だけで帰宅させた(転倒)	3
	患者を待たせないことを優先した	・指導者と共に車椅子で浴室に行き、入浴介助を実施する予定であったが、先に脱衣場まで患者と行き、指導者を呼びに行くため、患者を1人にした(転倒)・術後、歩行訓練の前に教員に歩行距離を担当看護師に相談するように指導されていたが、担当看護師が見つからず、患者を待たせていたので、単独で距離を判断し、実施した(転倒)	2
	患者を制する・指導することにためらった	・術後の離床時、看護師がくるのを待つように説明したが患者が1人で歩き出してしまった(転倒)・入浴介助中、入浴中も酸素を接続していなければならなかったのに、促したが患者が拒否した(酸素)	2
	看護師の実施に委ねた	・ヘパリンの点滴が指示時間よりも4時間早く終了した。その際、点滴の指示表は確認せずにボトルに〇時〜〇時までと書いてあったが看護師が調整しているのだから間違っているはずがないと思い、新しい指示がでたのだと考えた(注射)	1
	思い込んだ	・膀胱留置カテーテルの採尿バッグに尿がかなり貯まっていたが、採尿時間ではなかったので放置した(チューブ類)	1
確 認	周囲の環境への注意不足	・車椅子で移動していた際、エレベーターのドアに車椅子がはさまりかけた(転倒)・学生が点滴スタンドにぶつかった(2件)(注射)・環境整備の際、病棟の時計を落させた(設備・備品)・学生が床頭台のスライド式テーブルにぶつかった(設備・備品)・環境整備の際、カーテンの向こう側の隣の患者と接触した(転倒)・手術室で清潔区域に触れようとした(手術)・車椅子からベッドに移動する際、ルートを配慮しなかった(注射)	8
	確認が不十分であった	・臥位のままの全身清拭介助時、ベッド柵を下ろしていた(清潔)・移動後居室した際、酸素が未接続であった(2件)(酸素)・酸素ボンベの残量を確認せず、患者が検査に1人で行ってしまい、指導者に指摘され、新しいボンベを持って追いかけた(酸素)・高齢の患者が数種類の内服薬を一度に口に含んでいたが、ベッド上に一錠落ちていた(与薬)・患者の身体がベッドの下方にずり落ちていたので、上方に動かそうとしたがベッドボードにカーテンがかかっていたため、ベッドボードまでの距離がわからず、患者の頭部がベッドボードに当たってしまった(その他)	6
	実施後の確認不足	・足浴が終了し、ほっとして、離床センサーを再設置するのを忘れた(清潔)・清拭後、ベッド柵を立て忘れた(清潔)	2
	他のことに気をとられていた	・患者とのコミュニケーションに気をとられて、点滴終了に気づかず、慌てて三方活栓をクランプしようとして向きを間違えた(注射)	1
	忘れてしまった	・検査のため遅食になった患者に配膳した際、冷蔵庫にあった牛乳とサラダを忘れてしまった(食事)	1
技 術	原理原則に従わず技術を誤った	・ネプライザーの薬液準備時注射器のキャップを両サイドに引っ張るように外そうとしたため反動で自分の指に刺さった(与薬)・輸液中の患者の更衣を介助していた際、滴下筒をさかさまにした(注射)・三方活栓を慌ててクランプしようとして向きを間違えた(注射)・導尿カテーテル挿入の介助の際、カテーテルを不潔にした(チューブ類)・末梢点滴中の腕で血圧を測定し、血液が逆流した(機器類操作)・輸液バッグ交換時、自分の手がルートの輸液バッグに刺入する針の部分に触れ、不潔にしたことに気づかなかった(注射)	6
	必要物品の準備が不十分であった	・末梢点滴を抜針する際、膿盆を準備する場所が不適切で血液が自分の腕やシャツに付着した(注射)・足浴時、温度計で温度を確かめ、準備中に湯温は下がるだろうと高めに準備したが下がらず、直前に確認しなかった(清潔)・足浴の準備の際、自分が温度計で確認した際、40度であったが、足浴中、指導者が確認すると42.3度であった(清潔)・足浴の温度を温度計で確認しなかった(清潔)・手袋を着用せずに血糖測定を行い、必要量の血液を採取できず、しほりだそうとして自分の手に血液が付着した(検査)	5
	技術が未熟だった	・ストレッチャーへの移乗の際、力を入れる程度がわからず患者を引きずった(転倒)・座薬挿入後、しばらくしてから座薬が落ちていた(与薬)・患者の足の爪を切る際、足指を切りそうになった(その他)・血圧測定時、加圧しすぎて患者に痛がられた(機器類操作)	4
報 告・相 談	報告が遅れた	・血糖値が400mg/dl台であったが以前にもあったのですぐに報告しなければならないと考えなかった(報告)・術後の離床時、看護師がくるのを待つように説明したが患者が1人で歩き出してしまい、他の学生に担当看護師を呼びに行ってもらったが見つからず、偶然そこに居合わせた看護師に注意された(転倒)	2
	単独で実施してはならない技術を単独で実施した	・術後、5本のドレーンチューブが挿入されている患者に初めて足浴を実施する際、担当看護師には報告したが、指導者、教員には相談せず、単独で実施した(清潔)・輸液中の患者の更衣を介助していた際、点滴が滴下していないことに気づいた(注射)	2
	相談しなかった	・教員に歩行距離を看護師に相談するように指導されていたが、担当看護師が見つからなかったので相談せずに一人で判断した(転倒)	1
	自信がない技術を看護師に伝えずに実施した	・検査に学生1人で付き添い、看護師に途中で側管の点滴終了時、三方活栓をクランプするように指示されたが間違えた(注射)	1
観 察	観察が不十分であった	・点滴が終了しエアーがルート内に混入していることに気づかなかった(2件)(注射)・洗髪中IVHルート内にエアーが混入しており看護師に対応してもらった(注射)・側管の滴下筒内に薬液が充満していた(注射)	4
知 識	知識不足	・点滴が終了しルート内にエアーが混入していたが、クランプせずに教員に報告に行った(注射)・使用済みのオムツを白衣に密着させて持ち運んだ(院内感染)	2
その他： 医療事故の リスクへの 気づき	患者に原因があると考えられる内容	・訪室時、患者が歩き出そうとしていてふらついた(転倒)・患者が好奇心で自ら血圧を測定しようとしてマンシットを190mmHgまで締めすぎた(機器類操作)・患者がインシュリン自己注射を行う際、消毒が不適切であった(注射)	3
	看護師と共に実施した内容	・看護師と共にストレッチャーへ移乗しようとした際、必要な人数を確保しなかったで患者を引きずる形になった(転倒)・ルート内に血液が逆流し、看護師に報告したが大丈夫と言われ放置していたら滴下しなくなった(注射)・看護師と共に抗がん剤の滴下調整を行ったが、翌日指示時間よりも時間がかかっていたことに気づいた(注射)	3
	学生が発見した、居合わせた内容	・受け持ちではない患者の飲み忘れの内服薬が落ちていた(与薬)・膀胱留置カテーテルの固定がされていなかった(チューブ類の管理)・看護師が離床センサー使用中の患者の側をスイッチを切ったまま離れ、学生が訪室した際、ベッドサイドに立っていた(転倒)	3
	他の学生の患者に起きた内容	・他の学生の担当患者が術後の離床時、1人で歩き出してしまい、自分は看護師を呼びに行った(転倒)	1
	施設構造物の問題	・患者用の柵がベッド上の高い位置にあり、患者がベッドに立位になり、柵から荷物を取ろうとしていた(転倒)	1

* () 内は内容別分類を表す。「移動・移送(転倒・転落)」は転倒、「注射・点滴・IVH」は注射と表す。

IV 考 察

1) ヒヤリ・ハットの状況特性

「注射・点滴・IVH」に関するヒヤリ・ハット体験が最も多かった。他校では「転倒」に関するヒヤリ・ハットが多く、全体に療養上の世話に関するものの割合が大きい⁶⁹⁾。本学では点滴に関する演習は基本を押さえながら、高度な技術や複雑な状況因子を追加し繰り返し行い、実習において積極的に実践できるように働きかけている（1年次：「日常生活の援助技術」－点滴静脈内注射の原理原則，3年次：「救命救急看護学」〔選択科目79名中78名が受講〕－静脈内留置針挿入と点滴静脈内注射，「リハビリテーション看護学」－片麻痺，輸液療法中の患者の日常生活援助）。そのため実習において指導者や看護師の指導の下，点滴に関わる機会が増えたことや学生自身の点滴に関するリスクへの感性が高まったことが、「注射・点滴・IVH」に関するヒヤリ・ハット体験が多かった原因と考える。今後は学生が体験しやすいヒヤリ・ハットを考慮した演習内容を検討する必要がある。要因には観察が不十分であった，原理原則に従わず技術を誤ったなどがあった。具体的内容は，点滴ルートや滴下調整のトラブルに関するものが多かった。つまり経験する回数は増え，ヒヤリ・ハットに気づけてはいるものの，実践能力が不足していることが原因として考えられた。またこれらは，学生が自ら気づきにくく約半数が他者に指摘されていた。学生は2週間の実習期間の中で，実習当初は患者とのコミュニケーションや日常生活の援助に目が向き，点滴管理が重視されていない場合もある。しかし，他者に指摘されてはじめて，気づかないまま放置されていれば，患者にどのような影響を与えていたのかを考えることができていた。さらに成人看護学実習は高度先進医療を提供する大学病院で実習を行っており，積極的治療を行う患者のパフォーマンス・ステータスが比較的高く，特に内科系病棟においては，化学療法を実施している患者を受け持つ学生が少なくないというような背景も関連すると考える。

次に多かったのは，「移動・移送」に関するものであった。車椅子や歩行器使用に関する内容では，基本は理解しているが状況に応じた判断ができないことが特徴的であった。また，患者の個別的な反応をあらかじめイメージした援助ができていないと考えられる。〈立ち上がり時，患者がふらついた〉においても学生は予測せずにその場に居合わせていた。川田ら¹⁰⁾は生活体験の乏しさに関連する実習場面の1つに，他者に対する配慮や思いやりの乏しさ－安全・安楽への配慮不足を明らかにしている。患者の個性を配慮し，心身の状態や社会的背景などを援助に結びつけイメージできるように，事前・事後に気づきを促す働きかけが必要である。要因としては大丈夫だろうと判断した，リスクをアセスメントできなかった，患者を待たせないことを優先した，患者を制する・指導することにためらったなどであった。「移動・

移送」に関するヒヤリ・ハット事項に自ら気づいていた割合が高かったのは，その多くを学生が単独で判断し，実施していたことが考えられる。学生は注意を向けながらその目の前で起こったものと推察される。〈術後，離床の援助が不適切であった〉は，大丈夫だろうと判断したことが要因であり，特に手術後の離床援助の際は，リスクとその対処を確認する必要がある。

3番目に多かったのは「清潔」の援助の際に発生しており，学生自らが気づいたのは7件中1件のみであった。要因には必要物品の準備が不十分であった，確認が不十分であった，実施後の確認不足などがあった。「清潔」の援助は準備から実施，実施後の確認までと緊張時間が長く，実施することばかりに集中し，周囲の環境へ配慮できない状況が推察される。したがって，ヒヤリ・ハットを体験していても自ら気づけない状態にあると考える。このような学生の特徴を踏まえ，複雑な状況設定で学内演習を行い，リスクに気づき表現することやその気づきを援助に生かす能力を育むことが重要と考える。平成18年度は，学内演習中のヒヤリ・ハット体験を報告し，演習後，学生にフィードバックした。どのような技術演習であれ，危険を回避した実践が習慣化されるようにリスクマネジメントについて考える機会を作る必要がある。具体的には〈足浴の湯温が高すぎた〉事例が3件あり，学生にとって足浴は実習中，実施する機会が多い技術であり，慣れや簡単な技術という認識が背景にあるものと考えられる。

2) 学生の行動特性

判断に関する要因が最も多かった。リスクをアセスメントできなかったは，リスクへの意識の低さが根本にあるものと考えられる。思い込んだは，おかしいと気づきながらも業務上のマニュアルを規範とし優先するものと思いきこんでいた。大丈夫だろうと判断したは，リスクを予見しながらも，誰にも相談せず漠然と学生単独で判断していた。患者を待たせないことを優先した，患者を制する・指導することにためらった，看護師の実施に委ねたもまたリスクには気づいていたが，自らの判断よりも患者や看護師の言動を優先していた。原因には判断に自信がないことや患者や看護師の言動を批判的に吟味しようとしなかったことが考えられ，学生に特徴的な傾向ともいえるであろう。神野ら¹¹⁾は，実習における看護学生のインシデントの発生要因で共通していたカテゴリーは，「わからないため安易な方向に流れる」と述べている。本研究においても同様に，学生が何か判断をする際にリスクに気づいていても大丈夫ということにしたい，自分の判断よりも患者・看護師の言動に判断を委ねたいという思いが背景にあるものと推察される。さらに患者からの要求があった場合に根拠を説明し断り切れない，または制することができないという傾向が見受けられた。このような場合には，患者の安全性を何よりも優先するという原

点に立ち戻ることや、アサーティブなコミュニケーションを指導する必要がある。また、報告・相談に関する要因の報告が遅れた、相談しなかった、自信がない技術を看護師に伝えずに単独で実施したも同様の背景が影響しているものとする。泉川ら¹²⁾はヒヤリ・ハットの要因の一つに内面的要因をあげ、指導者や教員といった学生にとっての権威者から促された場合、判断せずに行動を起こす傾向にあると指摘している。教員は学生にその傾向をフィードバックし、同時にこのような学生の特徴を踏まえ、学生が自らの判断を表現することを助けるサポート的な環境を配慮することが望まれる。

同じく、確認に関する要因が多かった。その一つに実施後の確認不足があげられる。人間の注意力特性の一つに「強い注意のあとに弛緩が起こる」といわれる¹³⁾。学生は緊張しており、実施後の注意力は看護師に比べより低下するものとする。緊張したケア後にエラーが生じることを予測し、指導者、教員、看護師は対応が遅れないようにその場で確認する必要がある。また、周囲の環境への注意不足や他のことに気をとられていたは、学生の注意がその場で関心がある他のケアや患者とのコミュニケーションに向けられ、視野が狭くなっていたものと考えられる。

技術に関する要因が多かったのは、必要物品の準備が不十分であった、技術が未熟であった、原理原則に従わず技術を誤ったにみられるように、基本的な技術習得の不十分さが学生の特徴として現れているものとする。

報告・相談に関する要因には単独で実施してはならない技術を単独で実施した、自信がない技術を看護師に伝えずに単独で実施していたがある。その1件は、担当看護師に学生が初めて実施する技術であることを伝えきれず、単独で実施し、指導者、教員には相談していなかった。担当看護師は日々交替するため、学生のレディネスまで把握することは難しく、学生は単独で看護技術を実施してはならないと認識していなかったと思われる。注意されない学生は技術を安易に考え、看護技術を実施したものと推察される。本学では初めて患者に看護技術を実施する場合には必ず、指導者・看護師・教員の指導監督のもと実施し、単独では実施してはならないとしている。学生に単独で実施しないことや指導を受けることを徹底させることは勿論だが、指導者-教員の連携だけでなく、看護師全員に学生の実習のあり方を周知できていないという指導上の問題も示唆された。実習目的に沿った学生のレディネスを見極め、学生に何をどこまで実施させるかを決定するには指導者と教員の連携が不可欠である。教員は学生の実習目的、レディネスを指導者に伝え共有する必要がある。また指導者はそれらを看護師へと周知させることが大切である。指導者と教員は学生と看護師をつなぐリエゾンの役割を担っている。学生が安全で質の高い看護を提供するのは、学生-教員-指導者-看護師の連携が不可欠であるとする。

また、ヒヤリ・ハットを学生自らが気づいたのは全体では、57.4%であった。他者に指摘されていたことが多かったことは、それだけ学生が看護を実施する際に指導者や教員、看護師が側にいたことを表していると考えられる。指導体制の強化は、学生が実施する機会を増やすと共に、学生単独では気づけないリスクを指導することができる。学生が起こしやすいヒヤリ・ハットの状況や要因を臨床側と共有することにより、学生にリスクへの気づきを促す指導を継続し、患者の安全を確保していくことが重要である。

3) 看護基礎教育における事故防止教育への示唆

担当する患者への臨地実習説明書により、「学生が看護援助を行う場合、安全性の確保を最優先とし、事前に教員や看護師の助言を受け、実践可能なレベルまで技術を習得させてから、実施させます」として提示され、そのことを実習前に学生にも周知させている。さらに、学生は教員や指導者から指導を受けてから実践することや、学生の事前の演習の重要性を確認している。学生とはいえ、看護の実践には責任を伴うこと、患者の安全性を確保し、学生自身が事故の当事者とならないためにも指導者、教員がいることを強調している。Heyes¹⁴⁾は指導者の教育的な役割に“Life Jacket”として、学生が困難な状況に直面した時、Safety netとして振るまい、サポートに励まし、学生が安全であると感じられることをあげている。実習における学生の事故防止には必要条件として、学生が安全であると感じられる、相談や報告をしやすい“学生-教員・指導者関係”を構築することであると考える。平成18年度の実習前オリエンテーションでは、平成17年度のヒヤリ・ハット事例を用いてその要因と対策を講義した。また、学生にはヒヤリ・ハットは誰にでも起こりうること、ヒヤリ・ハットに気づく能力を肯定的に評価し、そこから学ぶ姿勢の重要性を繰り返し強調している。学生は報告することを躊躇せず、さらに報告することの意義を理解していることが重要であるとする。

江口¹⁵⁾はニアミス体験後に話し合う機会を持った学生の思考は多面的に深まったと述べている。学生のヒヤリ・ハット体験後、教員は面接し、なぜそのような判断・行動に至ったのか、そのプロセスを思い描けるような問いを発する。そして、そのヒヤリ・ハットがどのような事故につながる可能性があったのか、また、患者へどのような影響を与える可能性があったのかを考えさせることが重要である。

本学では、学生が直接関与しない医療事故への気づきもヒヤリ・ハット体験として扱っている。これら是对策よりも発生要因を考えることを重視し、リスクへの感性を育てることを目的としている。医療安全推進総合対策(平成14年度)¹⁶⁾において、卒業前教育の役割に「医療行為、医薬品・医療用具、患者の心身の状態に関連し

て生じ得る様々な危険を認識する能力を身につけること、自らが行う行為を批判的に評価した上で行動することの重要性を教える必要がある」との指摘がなされている。重森¹⁷⁾は医療事故防止教育にクリティカルシンキングを活用することを薦め、その際に大切なこととは“思考を意識的に思考する”姿勢を作り上げていくことで、それは1人では困難であると述べている。Papastart, Kら¹⁸⁾は看護学生の事故防止教育にProblem-Based Learning (PBL) を学内講義や実習で使用し、クリティカルシンキングの能力を高めることや、看護実践に必要とされる安全な実践能力を発展させることを推奨している。教員は学生がヒヤリ・ハット事例を主体的に実習グループで共有し、クリティカルシンキングを意識しながら分析し、対策を考える機会を設けることが重要である。カリキュラム改正に伴う実習時間の短縮化により、患者の安全性を重視する今日の医療現場の実習では多くの看護技術を経験することは困難な状況下にある。単に実習で体験する看護技術を増やすのではなく、学生が安全な技術を提供するために必要なアセスメントを学ぶことで、より対象を理解でき質の高い看護を創造する力を養うことに繋がり重要であると考え。ヒヤリ・ハット報告を教材として活用することにより、学生のリスクに対する感性を育て、看護技術教育に役立てることができると考える。

V 結 論

成人看護学実習における学生のヒヤリ・ハット体験から以下のことが明らかとなった。

1. 学生が体験したヒヤリ・ハット68件中、内容別で多かったものから、「注射・点滴・IVH」20件 (29.4%)、「移動・移送」18件 (26.5%)、「清潔」7件 (10.3%)の援助であった。
2. 上記3項目で、学生が自ら気づいた割合が高かったものから、「移動・移送」、「注射・点滴・IVH」、「清潔」の順であった。全68件のうち学生自ら気づいたのは39件 (57.4%)、他者に指摘されたのは指導者が13件 (19.1%)、教員が10件 (14.7%)、患者が3件 (4.4%)、看護師が3件 (4.4%)であった。
3. ヒヤリ・ハットの発生要因は、多いものから判断 (24.3%)、確認 (24.3%)、技術 (20.3%)、報告・相談 (8.1%)であった。また、その他として、ヒヤリ・ハットの原因に学生は直接関与しておらず、その場面に居合わせた、またはスタッフの指示の下で実施した結果生じた医療事故のリスクへの気づき (14.9%)が抽出された。
4. 以上より事故防止教育にはヒヤリ・ハット報告を教材として活用し、学内演習や実習において学生のリスクに気づく感性やクリティカルシンキングの能力を高めることが重要である。また、実習において安全で質の高い看護を提供するためには学生が主体的に相談・報告できる環境を整えることや、学生-教員-指導者-

看護師間の連携が必要であることが示唆された。

VI 研究の限界

本研究は横断的調査のため、学生の経時的な変化と講義や演習、実習などとの関連は今後の研究課題である。また、報告書の提出は無記名で任意であることから、ヒヤリ・ハットでありながら実習期間中に教育的介入を受ける機会がなかった学生の体験が報告されず見過ごされていた可能性がある。

VII 引用文献

- 1) 厚生労働省：ヒヤリ・ハット事例収集・分析（医療安全対策ネットワーク事業），平成15年全般コード化情報の分析，2006年12月10日
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/ianzen/1/code03/index.html>
- 2) 社団法人日本看護協会-中央ナースセンター事業部：2005年新卒看護職員の入職後早期離職防止対策報告書，2006年12月10日
<http://www.nurse.or.jp/koho/h18/20060705>
- 3) 土屋八千代：学生の実習中の事故とその対策に見る看護教員の役割，看護教育，Vol.35, No.7, 1994, p495-500
- 4) 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, p4
- 5) 前掲1)
- 6) 堀内噎子，浅見多紀子，関口恵子，加藤千恵子，箱石文恵，鈴木夕岐子，山下飛鳥：臨地実習中の事故防止に対する指導方法の検討-第1報-看護学生のヒヤリハット・事故報告，埼玉医科大学短期大学紀要，Vol.15, 2004, p1-17
- 7) グェンティニヤチャン，松原麻子：看護事故予防に役立つニアミスについての考察-臨床実習における看護学生のニアミス防止の視点から，看護教育，Vol.42, No.12, 2001, p1073-1076
- 8) 内田陽子，新井明子，小泉美佐子：老年看護学実習における学生のヒヤリハットの内容と教育方法，群馬保健学紀要，Vol.26, 2005, p81-87
- 9) 風岡たま代，西堀好恵，坂田五月：成人看護急性期での看護学生のヒヤリハット体験-病棟の指導体制との関係，日本看護研究学会雑誌，Vol.29, No.3, 2006, p106
- 10) 川田智美，木村由美子，小暮深雪，小林三重子，林元子，狩野太郎：看護教員が学生の生活体験の乏しさを感じた実習場面，群馬保健学紀要，26, p133-140, 2005
- 11) 神野美子，白石佳奈恵，渡部京子，赤塚隆子，岸田佐智子，石橋薫：臨地実習における看護学生のインシデント発生要因，看護教育，Vol.43, No.8, 2002, p722-727

- 12) 泉川孝子, 高島由貴, 澤田悦子, 松浦妙子, 大谷和代: 看護学実習における事故防止と看護倫理教育 [1] - 臨地実習におけるヒヤリ・ハット分析と教育活動の改善, 看護展望, Vol.30, No.4, 2005, p88-95
- 13) 川村治子: 書きたくなるヒヤリ・ハット報告-体験から学ぶ看護事故防止のツボ, 医学書院, 2000, p18
- 14) Heyes, E: The preceptor/student relationship: Implications for practicum evaluation, Nurse Practitioner, Vol.25, No.5, 2000, p118-124
- 15) 前掲7)
- 16) 医療安全対策検討会議 (厚生労働省医政局長及び医薬局長の私的検討会): 医療安全推進総合対策-医療事故を未然に防止するために, p1-25, 平成14年, <http://www.mhw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1y.html>
- 17) 重森雅嘉: 医療事故防止にクリティカルシンキングをどう用いるか, 別冊看護教育, 医学書院, 2003, p60-67
- 18) Papastart, K, Wallace, S; Teaching Baccalaureate Nursing Students to Prevent Medication Errors Using a Problem-Based Learning Approach, Journal of Nursing Education, Vol.42, No.10, 2003, p459-464

Survey of incidents of students during adult nursing practicum

Etsuko ANDOU¹, Rieko GUNJI¹, Junya OKADA¹, Kimika KAWANAMI²,
Hideko URATA¹, Akemi TERASAKI³

- 1 Department of Nursing, Health Sciences, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences
2 Department of Nursing, Ibaraki Prefectural University of Health Sciences
3 Fukuoka University School of Medicine

Received 12 January 2007

Accepted 22 March 2007

Abstract This study was designed to clarify the contents of incidents of students during adult nursing practicum, persons who noticed the situations, and their causes and to derive implications for the planning of accident prevention measures during basic nursing training. Of the 68 cases of incidents reported by 68 students, 20 (29.4%) were related to "injections, IVs, or IVH", 18 (26.5%) to "transfer or transport", and 7 (14.3%) to "cleaning or bathing". Among incidents of these 3 categories, the students most frequently noticed those related to "transfer or transport" by themselves, followed by those related to "injections, IVs, or IVH" and those related to "cleaning or bathing" in this order. The causes of these situations were lack or errors of judgment, checking, skill, and reporting or consulting in a decreasing order of frequency.

Health Science Research 19(2): 65-74, 2007

Key Words : adult nursing, nursing practicum, incident

訂正

保健学研究第19巻1号57頁の表3に誤りがありました。

研 究 テ ー マ	誤 正	
	担当研究者	担当研究者
1. がん性疼痛に関する看護師の知識の現況－日本と韓国の比較－	安藤 (成人看護学)	郡司 (成人看護学)
2. がん性疼痛マネジメントに対する看護師の意識調査－日本と韓国の比較－	安藤 (成人看護学)	郡司 (成人看護学)
3. ターミナル期のがん患者の家族のニーズ－韓国と日本の比較	郡司 (成人看護学)	安藤 (成人看護学)