

看護学生が事故の危険を感じた場面と事故予防にとって大切だと認識した力

－基礎看護学実習Ⅱ終了後のアンケート調査から－

柘野 浩子*

新見公立大学看護学部

(2015年11月18日受理)

基礎看護学実習Ⅱにおいて、学生が事故の危険性を感じた体験の有無とその場面、実習終了後に事故予防のために大切だと認識した力を明らかにすることを目的として調査を行った。その結果、実習中、事故の危険性を感じた体験があった学生は12名(27%)で、体験を川村¹⁾の「ヒヤリ・ハット領域別分類」で分類したところ、『療養上の世話』が10例(83.4%)で最も多かった。また事故の危険要因を川村²⁾の「医療における危険要因とその分類」で分類すると、A：患者背景と療養環境・生活にまつわる危険要因が1例(8.3%)、B：医療従事者のエラー特性および知識・技術などと医療者側の状況における危険要因が2例(16.7%)、A・Bの両者が同時に存在するものが9例(75%)であった。学生の実践は日常生活援助が主で、顕在問題は捉えやすいが潜在問題は捉えにくいいため、患者の疾患・状態などの内的要因をアセスメントできるよう教授する必要性が示唆された。学生が事故予防のために大切だと認識した力は、事故の危険性体験の有無に関わらず、1～3位は注意力、判断力、観察であった。事故予防に大切な力を備えるためには、基本的知識に加えて臨床での経験から得た知識、安全な看護技術、看護者としての態度について学びを獲得できるよう教授していく必要がある。また事故事例を用いた臨場感あふれる教授方法が効果的であることが示唆された。(キーワード) 看護学生、事故の危険を感じた場面、事故予防にとって大切な力

はじめに

医療の質と安全の確保が問われるなか、看護基礎教育においても医療安全・事故防止に関する教育は重要な領域として位置づけられ、知識、技術、倫理観などが統合された形での教育が必要とされている。医療安全教育の目的は、医療現場での危険を看護技術や業務との関連で認識させ、間違いや不適切な行為が患者にどれほどの重大な結果をもたらすかを理解させることである³⁾。目的を達成するためには、「学生の認識では実習経過の中で、事故の原因が明確化されること、対象との関わり(体験)が増えることによって事故の危険予測の内容・事故防止行動の方法が具体化される」⁴⁾と述べられているように、臨地での実習体験が重要な意味をもつことになる。

A大学看護学部の2年次の基礎看護学実習Ⅱは、学生が初めて臨床の患者に直接かかわり、患者と関係を構築しつつ看護過程の基礎を身につける実習である。患者に実際に援助を実践するということは、ヒヤリ・ハットをはじめ医療事故のリスクが隣り合わせに潜んでいることを示しているとも言え、まず学生自身が医療事故の危険性があることを認識することが必要である。そこで、基礎看護学実習Ⅱにおいて、看護を実践する中で事故につ

ながる危険性を感じた場面について調査を行い、医療事故防止に関する認識と事故予防のためどのような力が必要だと思ったのかを明らかにし、医療安全教育における示唆を得たい。

I. 研究目的

基礎看護学実習Ⅱにおいて、学生が事故の危険性を感じた体験の有無とその場面、事故予防のために大切だと認識した力を明らかにする。

II. 研究方法

1. 調査対象

A大学看護学部2年次生の基礎看護学実習Ⅱを終了した学生61名。

2. 調査期間

平成26年10月1日～10月10日。

3. 調査方法

自作の無記名自己記入式のアンケート調査用紙を用い

*連絡先：柘野浩子 新見公立大学看護学部 718-8585 新見市西方1263-2

た。質問は、はい・いいえで有無を求める項目、番号を選択する項目、及び自由記述の項目を設けた。回収は留め置きとした。

4. 調査内容

実習前にヒヤリ・ハット、インシデント、医療事故という用語を知っていたか、実習前のヒヤリ・ハットや事故に対する思い、受け持ち患者について、実習中に事故の危険を感じた場面と状況および危険の原因だと考えられること、危険予測の有無、実習後のヒヤリ・ハットや事故に対する認識の変化と内容等。実習終了後ヒヤリ・ハットおよび事故防止のために大切だと思う力については、以下の選択肢から上位3番までの複数回答を求めた。

- ①知識 ②判断力 ③実践力 ④観察 ⑤技術の練習(向上) ⑥技術の経験(実習での実践) ⑦記憶力 ⑧確認 ⑨柔軟性 ⑩事故についての認識 ⑪注意力 ⑫実施前の報告・相談 ⑬実施後の報告・相談 ⑭報告・相談しやすい環境 ⑮グループメンバーのチームワーク・連携 ⑯自分の傾向を知っておく ⑰特でない ⑱その他

5. 分析方法

体験の有無や選択肢に対する回答は単純集計を行った。事故の危険を感じた場面については、川村⁵⁾のヒヤリ・ハット体験の領域別分類である『療養上の世話』、『医師の指示に基づく診療の補助業務』、『患者観察・病態の評価に関すること』、『その他』で分類した。尚、川村は、『療養上の世話』における身体の清潔を「入浴に関すること(転倒、熱傷、溺水、急変)」としているが、本調査における学生の援助としては「清潔」と表現した。危険の原因についての記述は、川村⁶⁾の『医療における危険要因とその分類』を用いて、A：患者背景と療養環境・生活にまつわる危険要因、B：医療従事者のエラー特性および知識・技術などと医療者側の状況における危険要因、C：医療システム・組織上の危険要因、D：組織レベル以上の危険要因に沿って分類した。その他の記述については内容分析を行った。

6. 倫理的配慮

研究目的、調査内容、個人情報保護、研究参加の自由と拒否をしても成績には一切関係しないこと、結果を公表することを文書と口頭で説明し、アンケートの回収をもって同意が得られたものとした。A大学倫理審査会の許可(承認番号91)を得た。

7. 用語の定義

「ヒヤリ・ハット」とは、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に至らなかったもの。「インシデント」と同様。

「医療事故」とは、医療に関わる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切を包含し、医療従事者が被害者である場合や廊下で転倒した場合なども含む⁷⁾。

本調査では、ヒヤリ・ハット体験は学生が体験したヒヤリ・ハットを対象とし、病棟スタッフや他の学生が起こしたヒヤリ・ハットを目撃したという事例については含めない。

8. 基礎看護学実習Ⅱ

1) 平成26年7月28日～8月8日 90時間(2単位)

2) 実習目的：

援助の人間関係を通して、受け持ち患者の健康問題を総合的に把握し、問題解決できる基礎的能力を養う。

3) 実習目標：

- (1) 受け持ち患者及び患者を取り巻く人々と援助の人間関係を成立・発展させる能力と態度を養う。
 (2) 看護過程の展開ができる。
 (3) 自己の看護実践能力を評価し、倫理的態度を養う。

III. 結果

アンケートの回収は61名中44名、回収率は72.1%であった。

1. 医療事故に関する用語についての認識

ヒヤリ・ハット、インシデント、医療事故の3つのことばについて知っているかを問うたところ、「ヒヤリ・ハット」は28名(63.6%)が意味を知っていると答え、「インシデント」は聞いたことはあると答えた者が28名(63.6%)であった。「医療事故」については意味を知っている36名(81.8%)、聞いたことはあると答えた者が8名(18.2%)で、意味を知らない・聞いたことがないは共に0%で学生全員が知っていた(図1)。

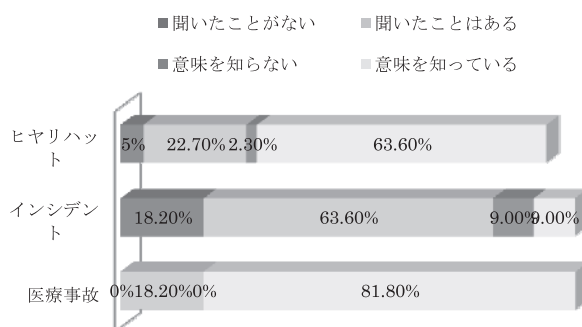


図1 医療事故に関する用語の理解 n=44

表1 学生が事故の危険を感じた場面の分類と危険要因

学生	患者の状況	年齢	危険を感じた場面	ヒヤリハット体験	ヒヤリハット体験の領域別分類	危険要因	
O	頸部・腰部骨折、麻痺、難聴、時々会話が成立しない	70～80代	車いすからベッドに移乗するのを患者が一人で待っている時	看護師を呼びに行っている間に、車いすからベッドに1人で戻ろうとしていた	療養上の世話 (10例 83.4%)	患者要因	
P	しびれ・小体変性症、認知症、時々会話が成立しない	50～60代	車いすへの移乗・ベッドへの移乗時	患者の下半身は筋肉が常に弛緩しフラフラは状態のため、足の関節が変な方向にむいてしまった		移動・移乗	患者要因・医療者側要因
Q	慢性腎不全、全身打撲、認知症	90代	ベッドから車いすへ移乗して、車いすを押す時	麻痺のある左腕が垂れてタイヤに当たったまま押そうとした		移動・移乗	患者要因・医療者側要因
R	会話成立	70～80代	車いすへの移乗時	車いすから立つとき転倒しそうになった		移動・移乗	患者要因・医療者側要因
S	パーキンソン病、認知症、会話が時々成立しない	90代	車いすからベッドに移乗する時	ご家族の方に手伝ってと言われ手伝ったが、ふらついてしまい転倒しそうになった		移動・移乗	患者要因・医療者側要因
T	認知症、心不全、時々会話が成立しない、食事自力摂取	90代	食事中	いつもは自分で吸い呑みから飲んでいてむせなかったのに突然その日はむせた		誤嚥・誤飲	患者要因
U	頸椎損傷、認知症、時々会話が成立しない、食事全介助	70～80代	食事の介助中	いつもはむせないのにむせた		誤嚥・誤飲	患者要因・医療者側要因
V	誤嚥性肺炎、時々会話が成立しない、四肢拘縮、禁食	70～80代	口腔ケア時	寝たきりでベッド挙上90°が難しく誤嚥しそうになった		清潔	患者要因・医療者側要因
W	肺がん術後、会話成立	70～80代	洗髪台での洗髪中	洗髪で下を向いた(前かがみ)患者さんが息苦しくないのか不安で湯の温度が熱くなりすぎた		清潔	医療者側要因
X	糖尿病、肺炎、会話不成立、禁食	70～80代	ケア後、患者にミトンを装着するのを忘れて他のことをしていた	右腕の振戦によりCVカテーテルが抜けそうになった		抑制に関すること	患者要因・医療者側要因
Y	糖尿病、会話がほとんど成立しない	70～80代	ベッドから車いすへの移乗時	CVカテーテルが患者の身体に巻きついた	診療の補助業務 (1例 8.3%)	チューブ類の管理 患者要因・医療者側要因	
Z	パーキンソン病、会話不成立	70～80代	バイタルサイン測定後の報告	バイタルサインを測定して異常が見られたのに報告が遅れた	観察・情報 (1例 8.3%)	患者観察・病態の評価 医療者側要因	

2. 事故の危険を感じた体験の場面の分類および危険要因について (表1)

1) 事故の危険を感じた体験の分類について

事故の危険を感じた体験の有無について、ある12名(27%)、ない32名(73%)であった。

12例の危険とと感じた体験を川村⁸⁾のヒヤリ・ハット体験の領域別分類で分類したところ、『療養上の世話』が10例(83.4%)で、その内容は、「移動・移乗」5例(41.7%)、「誤嚥・誤飲」2例(16.7%)、「清潔」2例(16.7%)、「抑制に関すること」1例(8.3%)であった。『医師の指示に基づく診療の補助業務』は「チューブ類の管理に関すること」1例(8.3%)で、『患者観察・病態の評価に関すること』は「報告」1例(8.3%)であった。

2) 事故の危険を感じた体験の危険要因について(表1)

表1に示したように、12名の学生が受け持った患者の状況を見ると、50代～60歳代1名で、他11名が70～90歳代と高齢者であった。また、患者の認知状況を見ると、認知症のある患者が5名、認知症は明確ではないが会話が成立しない患者(時々成立しない人も含める)が5名で、会話の成立する患者は2名であった。食事は自力摂取する患者が3名で、部分または全介助が7名、禁食2名で、嚥下機能に障害がある患者が9名であった。歩行状況では、Bの患者のみ独歩で、他11名は車いすかベッド上で、移

動には何らかの介助を要していた。

12例の事故の危険要因を川村⁹⁾の『医療における危険要因とその分類』で分類すると、Aが1例(8.3%)、Bが2例(16.7%)、AとBの2つが同時に存在するものが9例(75.0%)、CおよびDは0例であった。

3. 事故の危険性の予測

事故の危険を感じた体験をした学生12名のうち、予測していた学生は5名(41.7%)、予測していなかったは7名(58.3%)であった。また、事故の危険性を予測していた5名の全例において、その危険要因にはA(患者背景と療養環境・生活にまつわる危険要因)とB(医療従事者のエラー特性および知識・技術などと医療者側の状況における危険要因)の2つが同時に存在していた。

4. 実習後の医療事故に対する認識の変化

本調査に同意が得られた44名の学生中、実習後に事故に対する認識の変化があった学生は9名(20.5%)、変化がなかった学生は35名(79.5%)であった。また、実習中に事故の危険を感じる体験をした12名のうち、事故の認識に変化があった学生は6名(50%)であった。

変化した認識の内容では、事故の危険を感じる体験をした学生は、「事故は容易に起こりうる」「些細なことで危険につながるので常に気をつける」「自分も医療事故を

起こす可能性が十分にある」「必ず確認しようと思った」などであった。また事故の危険を感じる体験をしなかった学生は、「実際の現場に出ることで、改めて危険性等を考えさせられた」「予想していない危険性が臨床には多くあるので、意識が高くなった」「少しのことでも高齢者には危険になりうる」等であった。

5. 実習後に自分自身の事故予防のために大切だと思った力

回答が得られた44名の学生全員をみたところ、(以下()は回答数を示す)1位. 判断力(25), 2位. 注意力(23), 3位. 観察(22), 4位. 確認(13), 5位. 知識(11)であった。事故の危険を感じる体験をした学生12名では、1位. 判断力(9), 2位. 観察(8), 3位. 注意力(5), 4位. 確認(2), 4位. 技術の経験(2)であった。また、事故の危険を感じる体験のない学生32名では、1位. 注

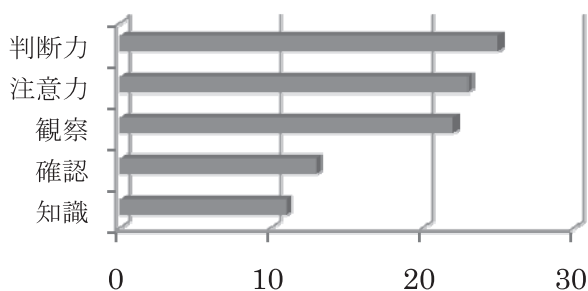


図2 事故予防にとって大切な力
(回答者全員) n=44

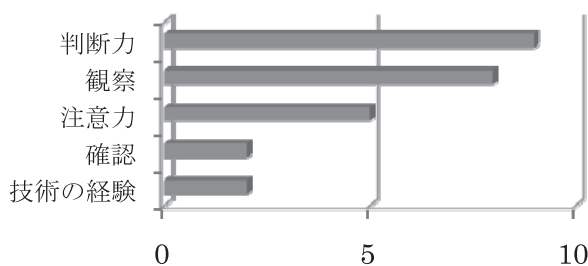


図3 事故予防にとって大切な力
(危険体験があった学生) n=12

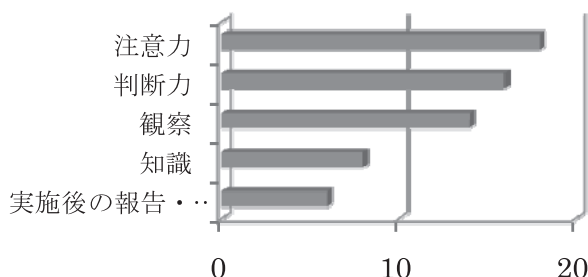


図4 事故予防にとって大切な力
(危険体験のなかった学生) n=32

意力(18), 2位. 判断力(16), 3位. 観察(14), 4位. 知識(8), 5位. 実施後の報告・相談(6)であった(図1. 2. 3)。事故予防のために大切だと認識した力では、危険体験のあった学生、なかった学生、学生全体において上位3位までの内容が判断力、注意力、観察で、事故の危険体験の有無による差はなかった。

IV. 考察

1. 事故の危険性を感じた体験の場面と危険要因

事故の危険性を感じた体験の場面をヒヤリ・ハット体験の領域別分類でみると、『療養上の世話』での体験が多く(12例中10例, 83.4%), 看護基礎教育における実習において『療養上の世話』に関するヒヤリ・ハット体験が75.6%~87.9%と多いという報告^{10)~12)}と同様であった。この理由として、最近では看護技術の難易度や危険度、あるいは倫理的配慮から実習内容が限定される¹³⁾ことが多いこと、経験すべき内容であってもその到達は厳しい状況にある¹⁴⁾こと、本調査が基礎看護学実習であったため学生が実施できる看護技術が『療養上の世話』が中心であったことが考えられる。また、本調査の対象である学生が受け持った患者の状況を見ると、年齢は50~60歳代が1名、11名は70~90歳代という高齢であること、認知症の合併、食事介助が必要、移動方法は車いす又はベッド上である方が多く、学生のヒヤリ・ハット体験の内容が、「移動・移乗」、「誤嚥・誤飲」、「清潔」、「抑制に関すること」であったことから、日常生活援助を実施している最中にヒヤリ・ハットを体験した学生が多かったと考えられる。『診療の補助業務』1例の「チューブの管理」は、ベッドから車いすへの移乗時にCVカテーテルが患者の身体に巻きついたという事例で、CVカテーテル挿入中の患者の日常生活援助時に起こったヒヤリ・ハットであった。また、『観察・情報』1例の「患者観察・病態の評価」は、バイタルサインを測定し異常があると判断はできたが、その報告が遅れた事例であった。

12例のヒヤリ・ハット発生の危険要因を分析すると、事故の予測をしていた学生はQ, R, U, X, Yの5名で、5名全員の事例に、A(患者背景と療養環境・生活にまつわる危険要因)とB(医療従事者のエラー特性および知識・技術などと医療者側の状況における危険要因)の2つの危険要因が同時に存在していた。患者状況からわかるように、基礎看護学実習で受け持つ患者は、何らかの日常生活援助を必要とすることを条件とする場合が多い。また患者が高齢化していることもあり、高齢・認知症・身体的な障害等がある患者を受け持ったことによるAの危険要因が存在したものとする。Bの危険要因についてみると、学生Qは麻痺のある腕が垂れていることを認知しているにもかかわらずそれがどのような危険に

つながるかの判断ができなかった、学生Rは車いすへ移乗する時いつもはふらつきなど転倒の要因がなかったという経験による判断であった、学生Uはいつも食事介助をしているがむせたことはないという経験による判断であった、学生Xはミトンを外したままだと危険であることを認知していながらすぐにミトンを装着せず目を離したという行動ミス、学生YはCVカテーテルの位置や状況を認知していたが、患者をベッドから車いすへの移乗介助時にCVカテーテルをどう管理したら安全なのかと判断できなかったことであったと考える。5名中2名がBの中の知識・経験・技術(侵襲的行為に関する)上の要因、3名がBの中の人間のエラー特性に関する要因(認知-判断-行動エラーを誘発しやすい状況・条件)であったと言える。

事故の予測ができていた要因をみると、学生Rが受け持っていた患者の状況については詳細が不明であるが、その他4名については学生Q:左片麻痺があった、学生U:寝たきりで日ごろから痰が多かった、学生X:上肢の振戦があり常時ミトンを装着していた、学生Y:CVカテーテル挿入中であったなど、患者の身体上の問題や身体に関する二次的要因を視覚から危険要因として捉えることができたことが事故の予測につながったのではないかと考えられる。これについては、奥田ら¹⁵⁾の転倒のヒヤリ・ハットに関する研究でも、看護学生は患者の外的要因に対する危険予測能力は高いものの、患者の疾患・状態などの内的要因に対する危険予測能力が低いことが報告されている。対象の学生が看護学部2年次生で7月末から8月初旬の実習であったことをふまえると、顕在問題は捉えやすいことが推察されるが、同時に潜在問題も捉えられるように患者の疾患・状態などの内的要因をアセスメントできるよう教授する必要があることが示唆された。また、模擬事例や他者のヒヤリ・ハット体験をグループで意見交換することが実習時の行動の振り返りにつながり、さまざまな援助場面での危険を予測する力を高める機会となることが報告されている¹⁶⁾ことから、事例を用いたグループ検討等を取り入れることも有効であると考えられる。そして、この4名の学生は、学生自身でヒヤリ・ハットの原因について、学生Q:確認不足、学生U:寝たきりで痰が多いこと、学生X:ミトンをとったまま目を離したこと、学生Y:CVカテーテルの置き場所が悪かった、と振り返ることができていた。このことから、危険予測ができる学生はその原因を振り返ってアセスメントできていたものと考えられる。これは事故予防のための注意事項に関する考察や日々の看護行為の振り返りにもつながり、事故予防や安全な看護実践につながるものと考えられる。石井らは、「学生は行動計画の留意点を書くこと、それを教員や指導ナースに説明することでほんやりしていた注意点がはっきりとしてくる。この紙に書く、他者

へ話すという「外化」の行為が具象化を助け、援助場面の危険回避の意識化につながっている」¹⁷⁾と述べており、山崎ら¹⁸⁾は「学生は振り返りを通して、患者に及ぼす影響を具体的に理解することになる」と述べている。記録による振り返りが内部表象の意識化・明確化となり事故予防にとって大きな意義のあることと示唆された。

一方、学生W(運動機能には障害がなく日常生活は自立している、危険要因は医療者側のみ)とZ(運動機能に障害があるが危険要因は医療者側のみ)を除いた学生O、P、S、T、Vは、身体上の問題を視覚から捉えられる状況であっても事故の予測をしていなかった。一般的に、援助場面に潜む危険を予測するには、知識・技術や経験を統合し、「こんなことが起こるかもしれない」「これが危険だ」と患者の状況や援助場面を具体的にイメージする必要がある¹⁹⁾。調査対象である2年次生の基礎看護学実習の段階では、患者とかかわりながらその実際の状況を見ている、知識・技術を統合して起こり得る援助場面を予測することは困難なことであったのかもしれない。これらに対しては、患者や援助場面に潜む事故の危険要因について指導者や教員が具体的な場面をあげながら学生とともに考えることが必要であると考えられる。本調査によると学生は、「ヒヤリ・ハット」、「インシデント」、「医療事故」についていくらかの知識をもっていた。この知識を教員が把握して活用し、学生自身が事故防止に対する認識をもちながら行動できるように知識・技術・態度を統合していく指導が必要であると考えられる。学生Zの報告が遅れた理由については、初めて臨床スタッフなど多様な人間関係の中での学習であったこと、バイタルサインの異常値が意味することが理解できていなかったことが考えられる。さらに、知識技術の不足、リスク意識が育っていないこと、あるいはチーム医療の実践に対してもあまり意識していないことなどが重なって²⁰⁾報告の遅れにつながったと考える。学生も実習においてはチーム医療の一員であり、学生としての責任があることを認識できるように指導することが必要である。

2. 学生が実習後に事故予防のために大切だと思った力

学生自身が事故を起こさないために大切だと思う力について、実習中に事故の危険を感じる体験をした学生とそうでない学生を比較したところ、体験した学生は1位. 判断力34%、2位. 観察31%、3位. 注意力19%、体験しなかった学生は1位. 注意力29%、2位. 判断力26%、3位. 観察22%であった。順位に違いはあるが1位～3位の内容は同じで、体験による差はなかった。広辞苑によると、「判断力とは物事を正しく認識・評価・決断する精神的な能力」²¹⁾とあり、アセスメントは「評価。査定。見積もり。」²²⁾と書されている。また、観察とは、看護大辞典によると看護観察として「看護において観察は測定器

具のみならず、看護師自らの感覚から得られたデータをこれまでの経験から得た知識と連動させ、今ある状況を判断し看護援助に導くために行われるもの」²³⁾と書かれている。また広辞苑²⁴⁾によると、注意とは「気を配ること。危険などにあわないように用心すること。」で、注意力とは「あることに集中し続ける能力」である。すなわち、事故予防における注意力は、「危険などにあわないように用心し続ける力」といえる。学生は、学内での授業や実習を通して、事故予防のためには患者の状態・状況を正しく認識するために看護観察を行うという行為で情報収集し、今ある状況を評価・査定（アセスメント）し、患者に必要な看護援助が何であるかを判断する力が大切であると考えていた。また同時に、患者が危険などにあわないように用心し続ける力も大切であると考えていたと言える。順位から見ると、事故の危険を感じる体験をした学生の事故予防に大切だと思った力が1位、判断力、2位、観察、3位、注意力であったのは、突然に患者にとって危険な状況を目の当たりにしたという体験から、瞬時にその状況を正しく認識し、評価・決断することが何より大切であり、そのためには必要なことを十分に情報収集するため観察力が大切で、また危険な状況に陥らないように常に用心する姿勢が必要であると考えたものと考えられる。一方、実習で危険を感じる場面の体験がなかった学生は、まず患者に危険な状況はないかと注意を向けながら、正しく状況をアセスメントして決断し、看護援助を導くための観察を行う力が大切であると考えたものと考えられる。事故予防にとって大切な力を備えるためには、基本的知識に加えて臨床での経験から得た知識、安全な看護技術、看護者としての態度について学び獲得できるように教授していく必要がある。さらに日下ら²⁵⁾は、看護学生の事故防止策について、援助の際の連絡・報告・相談を行い自分の行動を知らせることを習慣化できるよう意識づけることの必要性を述べている。本調査では、事故防止のために大切だと思った力として報告・連絡・相談を挙げた学生は少数であったが、学生の行動のみならず思考を伝える手段としても報告・連絡・相談の必要性を意識づけて行くことが必要であると考えられる。

実習後に事故に対する認識の変化があった学生は9名(20.5%)、変化がなかった学生は35名(79.5%)で、実習中に事故の危険を感じる体験をした12名のうち、事故の認識に変化があった学生は6名(50%)であった。変化した認識の内容は、事故の危険を感じる体験をした学生は、「事故は容易に起こりうる」「些細なことで危険につながるので常に気をつける」「自分も医療事故を起こす可能性が十分にある」「必ず確認しようと思った」などであった。これは、事故を自己に照らして、いつ何時も容易に起こり得る危険として以前よりも現実的に捉えるようになったものと考えられる。庄司²⁶⁾が認識の発展について、今

まで知らなかったことを知るようになったり、これまで感覚的にしかとらえていなかったものを理論的にとらえるようになったりすることであり、部分的にしか把握していなかったものがより全体的な把握に到達することであると述べているが、体験が認識を発展させたものと考えられる。一方、事故の危険を感じる体験をしなかった学生は、「実際の現場に出ることで、改めて危険性等を考えさせられた」「予想していない危険性が臨床には多くあるので、意識が高くなった」「少しのことでも高齢者には危険になりうる」等と述べており、臨床での事故の危険性に関する一般的な既習の知識を裏付けて認識できるようになったと考える。

医療事故は看護実践のなかで発生しうる危険性があるため、学内での教育だけでなく臨地実習での教育がより効果的な安全教育の場となる。本調査では、前述したように事故の危険を感じる場面を体験した学生の50%、体験しなかった学生では20.5%が医療事故を患者や自分自身の身近に存在する危険として捉えるようになっていたことから、臨地実習で学習の意義は大きい。刻々と変化する対象と状況に合った援助を安全に実践するためには、場面を具体的にイメージし危険を予測する必要がある。この予測による危険の認識は患者の安全管理に意識を向けることであり、事故予防につながる²⁷⁾。看護教員として臨地実習における事故の危険性を把握し、事故を予防しながら学生が十分に看護の援助体験ができ、また、事故予防について学生自身が考えて行動できるように指導をしていくことが重要である。そのためには、事件事例を用いたKYTシミュレーション・援助場面の演習、グループディスカッション等による臨場感あふれる教授方法が効果的であると考えられる。

謝辞

本研究にご協力いただいたA看護大学看護学部の皆さまに心から感謝申し上げます。

文献

- 1) 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、2001.
- 2) 前掲1)
- 3) 川村治子：求められる医療安全教育とは。看護教育、48(9)、782-785、2007.
- 4) 石井裕美、西土泉、玉木ミヨ子他：看護学生の臨地実習における安全管理の現状－事故の危険予測と事故防止行動－。埼玉大学短期大学紀要、20、44、2009.
- 5) 前掲1)
- 6) 前掲1)

- 7) 厚生労働省：リスクマネジメントマニュアル作成指針。2000.
- 8) 前掲1)
- 9) 前掲1)
- 10) 布施淳子：臨地実習における看護学生のヒヤリ・ハット発生過程から分析した実態と発生要因。日本看護管理学会誌，8(2)，37-47，2005.
- 11) 小林郁子：看護学生が陥りやすい看護のヒヤリ・ハット。プチナース，12，12-13，2000.
- 12) 柘野浩子：看護学生の医療安全教育への課題－基礎看護学実習Ⅱでのヒヤリ・ハット発生状況から－。新見公立大学紀要，35，53-56，2014.
- 13) 岩本郁子，和賀徳子，坪倉繁美他：看護・医療事故予防教育に関するカリキュラムの実態。看護展望，30(5)，86-94，2005.
- 14) 川島みどり：医療・看護事故（インシデントを含む）をエビデンスにした看護技術の標準化に関する研究。平成16年度総括研究報告書，厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業，31-50，2005.
- 15) 奥田妙子，布施淳子：看護学生の転倒のヒヤリ・ハットの実態と危険予測能力の研究。日本看護学会論文集，看護総合，35，12-14，2004.
- 16) 石井裕美，西土泉，玉木ミヨ子他：臨地実習における安全管理に対する看護学生の意識。埼玉大学短期大学紀要，19，1-21，2008.
- 17) 前掲16)
- 18) 山崎純子，花田未希子，森下千鶴他：臨地実習におけるヒヤリ・ハット体験の学生の意識調査。勤医協札幌看護専門学校紀要，2，3-5，2009.
- 19) 前掲16)
- 20) 日下知子，松本明美，沖田聖枝：看護学臨地実習におけるインシデント・アクシデント調査報告－事故防止に対する教育方法の検討－。川崎医療短期大学紀要，27，7-12，2007.
- 21) 広辞苑第六版電子版：岩波書店，2013.
- 22) 前掲21)
- 23) 看護大辞典電子版：医学書院，2010.
- 24) 前掲21)
- 25) 前掲20)
- 26) 庄司和晃：認識の三段連関理論。季節社，19-34，2006.
- 27) 前掲16)

