

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

The Real and the Factors of “Hiyari-hatto” Experiences of Nursing Students during Clinical Training Analyzed through Their Course of Occurrence

布施淳子

Junko Fuse

Key words : “Hiyari-hatto” experiences, nursing students, clinical training, anxiety

キーワード：ヒヤリハット、看護学生、臨地実習、不安

Abstract

The current research places an investigative focus on the “Hiyari-hatto” experiences of 54 nursing students which occurred during their clinical training, and involves an interview survey that specifically targets 11 of such students with Hiyari-hatto experiences. The actual situation regarding these Hiyari-hatto experiences was analyzed and examined in line with the stages of their occurrence. Consequently, the following points were elucidated.

Approximately 40% of the nursing students had been through a Hiyari-hatto experience. Among the individual training areas, Hiyari-hatto incidents occurred most often during “acute phase”-related training and also during “treatment care” assistance training. As for the stages of occurrence, there were seven cases (out of the total of 11) involving insufficient preparation for administration of care, and among these seven, five cases revealed student anxiety regarding administering care. Seven categories were seen for the causes of Hiyari-hatto experiences, namely “lack of precaution,” “lack of knowledge/skills,” “relationship with the hospital staff,” “difficulty in estimating risks,” “insufficient understanding of the patient,” “inadequate communication,” and “inadequacy regarding clinical environment/facilities.” Among these, the highest number of cases was seen in the categories “lack of precaution” and “lack of knowledge/skills.”

As described above, the causes that trigger Hiyari-hatto incidents are in many cases “lack of precaution” and “lack of knowledge/skills,” which suggests that such incidents occur in relation to insufficient preparation for the administration of care and anxiety towards administering care.

要 旨

本研究では、臨地実習における看護学生が体験したヒヤリハットに焦点を当て、看護学生54名に調査し、その中のヒヤリハット体験者11名を対象に面接調査を実施した。そのヒヤリハットの実態をヒヤリハット発生過程に沿って分析し検討した。その結果、以下のことが明らかになった。

看護学生は約4割がヒヤリハットを体験していた。実習科目別では「急性期」、援助項目別では「療養上の世話」でヒヤリハットの発生が多かった。ヒヤリハット発生の過程では、ケア実施の準備に不足があった事例が11件中7件あり、その事例においてケア実施に対する不安があったのは7件中5件であった。ヒヤリハット発生の原因は、「注意不足」、「知識・技術不足」、「病棟スタッフとの関わり」、「危険性の予測が困難」、「患者の理解不足」、「情報伝達不足」、「環

境・設備の不備」の7つのカテゴリーがあげられ、中でも「注意不足」、「知識・技術不足」が多かった。

以上より、ヒヤリハット発生の原因として「注意不足」、「知識・技術不足」が多く、それはケア実施の準備不足とケア実施に対する不安に関係していることが示唆された。

I. 緒言

現代は、人権意識の向上とともに、医療における患者側の権利意識も高まっている(小林, 2000b)。また、患者が良質の医療を受けられるよう、それを妨げる政治的、社会的、経済的制約を克服しようという社会全体の意識がそれを後押ししている(小林, 2000b)。このような背景と医療の複雑化・高度化が、近年における医療事故の報告の増加に関係していると考えられている(小林, 2000b)。この医療事故の報告の増加に伴い、日本看護協会は1999年4月に緊急提言(日本看護協会, 2000)を出し、これを受け、看護におけるリスクマネジメントの取り組みが活発化された(八島ら, 2001)。また、日本看護協会から医療事故防止策として、6つのガイドライン(日本看護協会, 2000)が出されたことや、医療事故の分析から、人的、物理的要因や現場環境の問題などが明らかにされたことを受け、予防のための提言を取り入れる動きがみられるようになった(八島ら, 2001)。

しかしながら、この医療事故という問題は有資格者に限らず看護学生にも深く関係する。事実、看護学生の約7割が実習中にヒヤリハットを体験している(土屋, 1994)と報告されている。このため臨地実習での医療事故防止に向けての取り組みと研究が急務とされている。

しかし、先行研究では看護師を対象とした研究に比べ看護学生を対象とした研究は少ない(門田・上甲, 2000)。また、これまでの看護学生を対象とした研究は、観察力、判断力、注意力といった発生要因のみに着目しているものが多い(ゲンティニヤチャン・松原, 2001; 神野ら, 2002)。看護学生のヒヤリハット体験を防止するためにはヒヤリ

ハットの発生要因の認識も重要であるが、より具体的な医療事故防止対策を講じるためには、発生要因に加えてヒヤリハットがケア実施までに発生する過程に沿って実態を明らかにすることも重要である。しかし、ヒヤリハット発生までの過程にしたがって実態を分析しているものは認められない。

そこで、本研究では、臨地実習におけるヒヤリハット体験の実態と発生要因についてヒヤリハットが発生する過程に沿って検討した。

II. 研究方法

1. 対象

臨地実習に参加したA大学看護学生の4年生64名に対し、研究の趣旨を説明し、54名(21.8 ± 0.5歳: 女性53名, 男性1名)の学生から同意が得られた。さらに、ヒヤリハット体験に関する面接調査の実施に対して、11名の学生から同意が得られ、これらの学生を面接の対象とした。

2. 調査方法

調査は2回実施し、一次調査では質問調査を行い、二次調査では面接調査を行った。

3. 調査期間

本研究では、2002年4月22日から9月27日に実施された臨地実習で学生が体験したヒヤリハットについて調査した。一次調査は2002年9月30日から10月7日、二次調査は10月30日から11月5日の期間に実施した。

4. 調査内容

1) 一次調査

質問紙には、ヒヤリハットの用語を、事故にはならなかったが事故につながる危険性があると思われた体験と明記し、以下の内容について調査した。

(1) 対象の属性：対象の属性は、年齢、性別とした。

(2) ヒヤリハット体験：調査内容は、①臨地実習におけるヒヤリハット体験の有無、②援助項目別(環境、更衣・清潔、食事・栄養、排泄、姿勢・体位、測定、罨法、感染予防、与薬、吸入、吸引、洗浄、その他)ヒヤリハット体験の回数、③ヒヤリハットを体験した実習科目(成人・老年慢性期看護学実習：慢性期、成人・老年急性期看護学実習：急性期、小児看護学実習：小児、母性看護学実習：母性、精神看護学実習：精神、地域看護学実習：地域)、④体験したヒヤリハットの中で最も危険性が高いと感じた事例の内容の4項目とした。

2) 二次調査

面接は、実習中に体験したヒヤリハットの中で学生が最も危険性が高いと感じた1事例について行った。その内容は、①ヒヤリハット体験時の患者の状態(年齢、疾患、移動手段、装着医療器具)、②ヒヤリハット体験の内容、③ケア実施の準備状況(学生がケア実施を事前に計画していた場合：計画群、学生がケア実施を事前に計画していたが当日に変更があった場合：変更群、学生がケア実施を事前に計画していなかった場合：計画無群に分類)、④ケア実施に対する不安、⑤ケア実施についての教員や病棟スタッフへの報告の有無と報告を行わなかった場合の理由、⑥ケア実施時の付き添いの有無(教員、病棟スタッフ)、⑦ヒヤリハット体験についての教員や病棟スタッフへの報告の有無と報告を行わなかった場合の理由、⑧そのヒヤリハット体験の原因に対する学生の考えの8項目である。

5. 分析方法

数量的データに関しては単純集計を行った。自

由回答で求めたケア計画準備状況に関して逐語録から準備の程度の類似するものをまとめ群分けを行った。さらに、分類したケア計画準備状況を軸に、ケア実施の教員および病棟スタッフへの事前報告状況、ケア実施前報告時の助言、注意の実際、ケア実施時の指導者の付き添い状況、ヒヤリハット発生後の報告状況の項目をヒヤリハット発生過程の視点としてまとめた。

6. 倫理的配慮

倫理的配慮として、調査対象者には、研究の目的、調査によって得られた情報を研究以外には使用しないこと、個人のプライバシーを堅く厳守すること、調査に協力しなくても何の不利益も生じないこと、強制ではないことを説明し、協力を依頼し了承を得た。さらに、面接では、面接の日程調整時と面接実施前に協力が得られることを再度確認し、話したくない内容については話さなくてよいこと、面接の内容をテープに録音し分析後にデータを消去することを説明し了承を得た。

患者情報に関しては、患者個人が特定できないように年齢、疾患とインシデント発生状況を把握するために必要な移動手段、装着医療器具のみの内容とした。

7. 用語の定義

ヒヤリハットとは、事故にならなかったが、事故につながる危険性があると思われた体験とし(ゲンティニヤチャン・松原, 2001)、また、分析対象としたヒヤリハット事例はほとんどがエラーを未然、直後に発見した事例、あるいはエラーがあっても患者の傷害につながらなかった事例とした(川村, 2000)。不安とは、安心のできないこと、気がかりなさまとした(広辞苑, 1998)。さらに、本調査では、対象を学生が体験したヒヤリハットのみとし、病棟スタッフ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こととした。

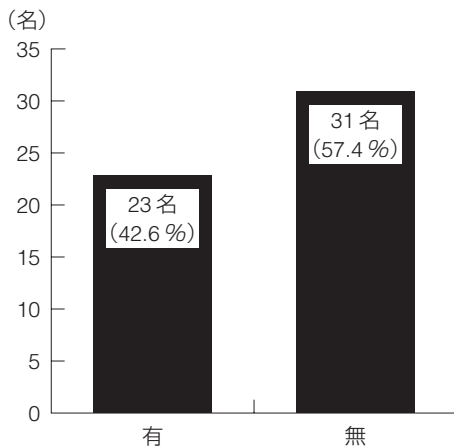


図1 ヒヤリハット体験の有無

Ⅲ. 結果

1. 一次調査

ヒヤリハット体験があると回答した学生は54名中23名(42.6%)であった(図1)。

実習科目別の割合(図2)では、急性期の17件(41.0%)が最も多く、次いで母性の7件(17.0%)であった。また、慢性期と小児では6件(15.0%)、精神では5件(12.0%)、地域では0件であった。

援助項目別の割合(表1)では、「療養上の世話」

31件(75.6%)、「診療の補助」6件(14.6%)、「その他」4件(9.8%)であった。ヒヤリハット体験の具体的な事例は表1に示す。ただし、無記入や複数回答があり、件数と事例の数が一致していない項目もある。

2. 二次調査

ヒヤリハット体験時の患者の状態は表2に示す。

1) ヒヤリハット発生の過程

ヒヤリハット発生の過程の分析は、表1に示した事例のうち二次調査で面接を受けた11事例について行った。結果、ケア準備状況は計画群7件、変更群3件、計画無群1件に分けられた(表3)。さらに計画群は、事前に学内で練習して実施した群2件、実施する機会が多く事前に練習はしなかった群2件、事前練習なしで実施計画した群3件に分けられた。

ケア実施前の報告では、「教員と病棟スタッフの両方に報告した」事例は10件、「どちらにも行わなかった」事例は1件であった。この1件は計画無群であり、報告を行わなかった理由として、訪室時に患者の希望でケアを実施することとなったが、教員は他の学生に付き添っており病棟スタッフは休憩時間で人数が少なく、報告できずにいる間に

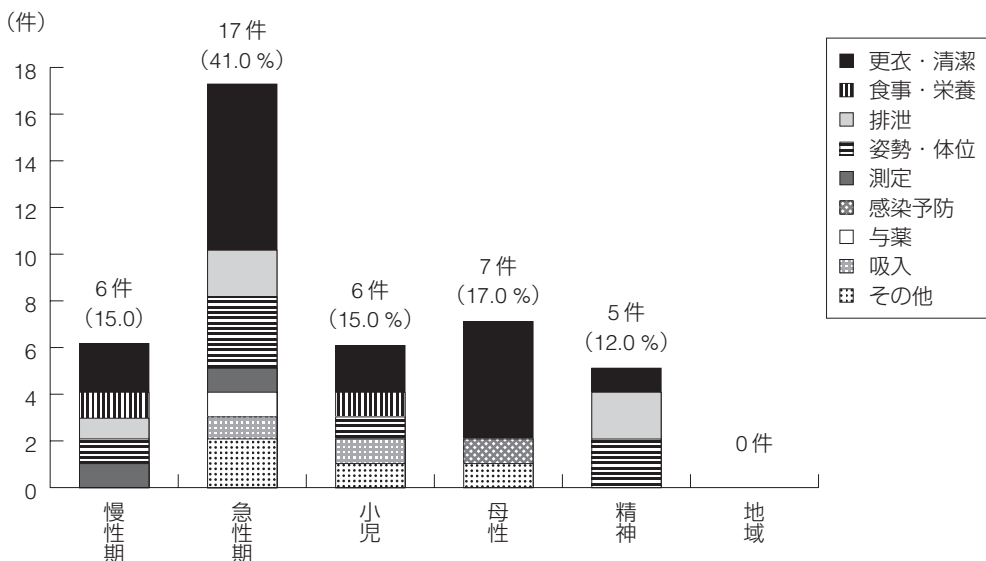


図2 実習科目別ヒヤリハット体験の回数と援助項目別の内訳

表1 ヒヤリハット体験の分類

	援助項目	件 (%)	事例
療養上の世話 31件 (75.6%)	更衣・清潔	17件 (41.4%)	<ul style="list-style-type: none"> ・洗髪時に寝衣を濡らしてしまった。また、床も濡らしてしまい、転倒の危険性が生じた。(急性期) ・入浴介助時、下肢麻痺があり体の大きい患者であったため、転倒するのではないかと心配だった。(急性期) ①術後の患者の清拭時、患者が自分で起座位を保持できず、目を離れたすきにベッド上に倒れていた。(急性期) ②沐浴時、気管切開部に水が入った。(小児) ③点滴刺入中の患児の沐浴時、点滴チューブ内に血液が逆流し、チューブを交換することになった。(小児) ④沐浴時、児の顔を湯につけそうになった。(母性)
	食事・栄養	2件 (4.9%)	
	排泄	5件 (12.2%)	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢の術後の患者のトイレ誘導時、早足でトイレに向かい、点滴スタンドが廊下の段差に引っかかった。(急性期)
	姿勢・体位	7件 (17.1%)	<ul style="list-style-type: none"> ⑤ストレッチャーでの移送時、輸液ラインがドアノブに引っかかり、抜けそうになった。(慢性期) ・ストレッチャーへの移動時、点滴をストレッチャーへ移す時に、尿バッグも点滴の高さまで上げた。(急性期) ・点滴をつけた状態での移動時、自分が点滴棒に引っかかってしまった。(小児) ⑥車椅子での移送時、NGチューブが車椅子に引っかかり、抜けそうになった。(精神) ⑦片麻痺のある患者のトイレへの移動介助時、支えきれずに転倒しそうになった。(精神)
診療の補助 6件 (14.6%)	測定	2件 (4.9%)	⑧点滴抜去直後であることを知らなかったため、血圧測定を行った結果、点滴の刺入部から再出血してしまった。(慢性期)
	感染予防	1件 (2.4%)	⑨患露交換時、陰部を下から上へ拭いてしまい、感染の危険性が生じた。(母性)
	与薬	1件 (2.4%)	
	吸入	2件 (4.9%)	<ul style="list-style-type: none"> ・酸素吸入中の患者を車椅子で検査誘導している時、ボンベから酸素が出ていないことに気がついた。(急性期) ・人工呼吸器の接続部が外れていた。(小児)
その他 4件 (9.8%)			<ul style="list-style-type: none"> ⑩PTCD挿入中の患者の洗髪時、患者が遠くのものを取ろうとして動き、PTCDが抜けそうになった。(慢性期) ・包交の介助時、ベッド周囲に立ててあったスクリーンが倒れた。(急性期) ⑪転倒予防の必要がある患児を受け持った時、その患児が他患児と遊びながら転倒してしまった。(小児) ・新生児を抱えている時、児が暴れて重心が崩れた。(母性)
合計	41件 (100%)		

①～⑪：調査終了後に面接を実施した事例を示す。(11件)

患者がケアを実施する場所まで移動してしまったということがあげられていた。

ケア実施前の報告時の助言や注意の有無、ケア実施時の付き添いの有無は表3に示す。

ヒヤリハット発生後の教員や病棟スタッフへの報告では、「両方に行った」は計画群で3件、変更群で2件、「教員のみ」は計画群で3件、変更群で1件、「病棟スタッフのみ」は計画無群で1件であっ

表2 患者の状態

事例	年齢	疾患	移動手段	装着医療器具
①	84歳	大腸癌	点滴棒を支えに歩行	点滴
②	4歳	先天性心疾患、気管軟化症	全介助	気管切開、酸素投与、モニター類
③	6か月	ランゲルハンス細胞腫	全介助	点滴
④	2か月	ファロー四徴症	全介助	無
⑤	70歳	肝臓癌	ストレッチャー	点滴
⑥	28歳	昏迷	全介助	NGチューブ
⑦	70歳	嫉妬妄想、片麻痺	車椅子	無
⑧	60歳	膵臓癌	自立	点滴、PTCD
⑨	20代前半	褥婦	自立	無
⑩	40歳	胆管癌	自立	点滴、PTCD
⑪	3歳	骨髄腫	自立	コルセット

①～⑪：表1の①～⑪と同じ内容を示す。

表3 ヒヤリハット発生の過程

		計画群 (n = 7)			変更群 (n = 3)			計画無群 (n = 1)			
準備状況	A群, 事前に練習を行っていた (n = 2)	<ul style="list-style-type: none"> 新生児の清潔ケアとして、沐浴を計画していた。(新生児の沐浴・④) 産褥期のケアとして悪露交換を計画していた。(悪露交換・⑨) 			<ul style="list-style-type: none"> 気管切開を行っている患児の沐浴で、前日までは介助役であったが当日は主体的に実施することになった。(気管切開を行っている患児の沐浴・②) 患児の沐浴で、前日までは異なり、沐浴を実施する時間帯に点滴が刺入されていた。(患児の沐浴・③) 検査誘導を計画していたが、前日の予定とは異なる患者へと変更になり、カルテを見る時間もなかった。(ストレッチャーでの移送・⑤) 			<ul style="list-style-type: none"> 当日になって患者が自分で洗髪をすることになり、それに付き添うこととなった。(自分で洗髪をしている患者の見守り・⑩) 			
	B群, 実施する機会の多いケアであったため事前に練習を行っていなかった (n = 2)	<ul style="list-style-type: none"> 術後の患者であるため早期離床を図る必要があると考え、清拭時に起きあがり自分で拭ける所は拭いてもらうことを計画していた。(清拭・①) バイタルサインのチェックを毎日の計画にあげていた。(血圧測定・⑧) 									
	C群, ケア計画のみしていた (n = 3)	<ul style="list-style-type: none"> 昏迷状態の患者であったため、移動時には車椅子が必要であり、移動の介助を計画していた。(車椅子による移送・⑥) 常に車椅子を使用している患者だったので、移動の介助を毎日の計画にあげていた。(車椅子からトイレへの移動介助・⑦) 疾患との関係上、転倒予防が必要な患児であったため、計画にあげていた。(小児の転倒予防・⑪) 									
	準備状況	A群		B群						C群	
事例	④	⑨	①	⑧	⑥	⑦	⑪	②	③	⑤	⑩
ケア実施前の報告 (n = 11)	教員・病棟スタッフの両方に行った	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	行わなかった										○

(つづく)

表3 ヒヤリハット発生の過程(つづき)

準備状況		A群		B群		C群						
事例		④	⑨	①	⑧	⑥	⑦	⑩	②	③	⑤	⑩
ケア実施前の報告の助言や注意(n=10)	助言や注意あり								○	○		
	ケアと平行して助言あり	○	○			○					○	
	特になかった			○	○		○	○				
ケア実施時の付き添い(n=11)	両方いた								○			
	教員のみ	○	○	○							○	
	病棟スタッフのみ					○				○		
	付き添いなし				○		○	○				○
ヒヤリハット発生後の報告(n=11)	教員・病棟スタッフの両方に行った				○	○		○	○	○		
	教員のみ	○	○	○							○	
	病棟スタッフのみ											○
	行わなかった						○					
ケア実施に対する不安(n=11)	有					○	○	○		○	○	
	無	○	○	○	○				○			○
ケア実施に対して不安「有」の理由	<ul style="list-style-type: none"> ・昏迷状態の患者で、体位の保持が難しく何が起るかわからなかった。(車椅子による移送・⑥) ・片麻痺のある患者なので、支えられないかもしれないと思った。(車椅子からトイレへの移動助介・⑦) ・小児の転倒は見守るだけでは防げないと思っていたので、転倒する可能性がないとは思っていなかった。(小児の転倒予防・⑩) 						<ul style="list-style-type: none"> ・沐浴時に暴れる患児だった。沐浴時に点滴が刺入されていた。(患児の沐浴・③) ・患者が変更しカルテを見る時間もなく、コミュニケーションが取れるか不安だった。今まで見たことのない検査だった。(ストレッチャーでの移送・⑤) 					
ケア実施に対して不安「無」の理由	<ul style="list-style-type: none"> ・5クール目であり、何度か行ったことのあるケアだった。(清拭・①) ・教員が付き添っていたので、何とかなると思った。(新生児の沐浴・④) ・何度もやったことがあるケアだった。血圧測定で患者に苦痛を与えることはないと思った。(血圧測定・⑧) ・他の学生もやっていたので練習をすればできると思った。(悪露交換・⑨) 						<ul style="list-style-type: none"> ・不安よりもやってみようという気持ちのほうが強かった。(気管切開を行っている患児の沐浴・②) 			<ul style="list-style-type: none"> ・見守るだけならできると思った。(自分で洗髪をしている患者の見守り・⑩) 		

①～⑩：表1の①～⑩と同じ内容を示す。

A群：事前に計画し、前日にケアの練習を行って準備していた群

B群：実施する機会の多いケアであったため事前に練習を行っていなかった群

C群：事前に練習を行わずケア計画のみの群

表4 ヒヤリハット発生要因

注意不足(9件)	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアに没頭しすぎ、周囲の状況を見ていなかった。(患児の沐浴・③) ・危険要素が複数あったが、1つのことに意識が集中してしまった。(車椅子による移送・⑥) ・(沐浴時)洗うことだけで精一杯だった。(新生児の沐浴・④) ・他の所を見ていて、1番重要な所を見逃した。(気管切開を行っている患児の沐浴・②) ・こんなことが起こる、という予測が足りなかった。(ストレッチャーでの移送・⑤) ・見守る、ということをや安易に考え、危険の予測を怠った。(自分で洗髪をしている患者の見守り・⑩) ・患者に回復の兆しが見られたことに満足し、その後のケアを怠った。(清拭・①) ・頭の中ではわかっていたが、注意が不足していた。(患露交換・⑨) ・小児の転倒予防について、注意はしていたが転倒してしまった。(小児の転倒予防・⑪)
知識・技術不足(4件)	<ul style="list-style-type: none"> ・技術が未熟だった。(新生児の沐浴・④) ・本当の片麻痺患者と練習とではまったく違った。(車椅子からトイレへの移動介助・⑦) ・本物の新生児に慣れていなかった。(新生児の沐浴・④) ・今までは介助役であったが、初めて主体的にケアを実施することとなり、緊張や焦りを感じた。(気管切開を行っている患児の沐浴・②)
病棟スタッフとの関わり(3件)	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟スタッフに何度も援助を頼むことに遠慮があった。(車椅子からトイレへの移動介助・⑦) ・1人の患者に対するケアの方法が病棟スタッフによって異なっていた。(新生児の沐浴・④) ・患児の足に点滴が刺入されていたので沐浴はできないだろうと考えていたが、病棟スタッフに洗えるといわれ不安を感じながら実施した。(患児の沐浴・③)
危険性予測の困難(2件)	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が点滴を抜去したばかりであるということを知らなかったため、圧迫により再出血するとは考えていなかった。(血圧測定・⑧) ・1人で実施している途中でヒヤリハットが生じ途中でやめることができなかった。(車椅子からトイレへの移動介助・⑦)
患者理解の不足(1件)	<ul style="list-style-type: none"> ・患者からの情報収集に不足があった。(血圧測定・⑧)
情報伝達の不足(1件)	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟スタッフとの情報共有に不足があった。(血圧測定・⑧)
環境・設備の不備(1件)	<ul style="list-style-type: none"> ・ドアが狭かった。(ストレッチャーでの移送・⑤)

①～⑪：表1の①～⑪と同じ内容を示す。

た。「どちらにも報告しなかった」は計画群の1件のみであった。ヒヤリハット発生の報告を行わなかった理由として、事故にならなかったからということがあげられていた。また、「両方に行った」事例のうち1件は、ヒヤリハット体験時に教員と病棟スタッフがその場にいた、もう1件は、病棟スタッフがおり教員には報告したという状況であった。また、「教員のみ」という場合も、4事例ともにヒヤリハット体験時に教員がいたという状況であった。

ケア実施に対する不安の有無では、不安「有」が計画群C群の3件、変更群の2件で認められた。学生が不安「有」、または「無」と感じた理由は表3に示す。

2) ヒヤリハット発生要因

ヒヤリハット発生要因について内容を分類した結果、「注意不足：9件」、「知識・技術不足：4件」、「病棟スタッフとの関わり：3件」、「危険性の予測が困難：2件」、「患者の理解不足：1件」、「情報伝達不足：1件」、「環境・設備の不備：1件」の7カテゴリーに分類された。具体的内容は表4に示す。

IV. 考察

1. 一次調査

臨地実習においてヒヤリハット体験「有」と答えた学生は約4割であり、看護学生の約7割がヒヤリハットを体験しているという土屋(1994)の報告と

比較して低い数値となった。これは、臨地実習において学生が実施可能なケアが限られていること、A大学では学生がケアを実施する際に極力教員や病棟スタッフが付き添うよう配慮されていることなどが関係していると考えられる。

ヒヤリハット体験を実習科目別に分類した場合、最も回数が多かったのは急性期であった。急性期では当然のことながら術後の患者を受け持つ機会が多く、他の実習科目と比較しても学生が患者のセルフケアの援助を実施する機会が多い。また、急性期で発生したヒヤリハット体験の中で、「療養上の世話」での体験が最も多くなっており(17件中12件, 70.6%), セルフケアの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いと言える。これらのことから、他の実習科目と比較して、急性期でヒヤリハットが発生する確率が高いことが推測できる。

また、援助項目を保健師助産師看護師法の看護師の定義から「療養上の世話」と「診療の補助」に分類した場合、「療養上の世話」に関するヒヤリハット体験が75.6%と多かった。これは、学生が日常生活援助時にヒヤリハットを体験する割合は87.9%であったという小林(2000a)の報告と比較して低い数値となっているが、本調査においても「診療の補助」の項目との割合から見ると、「療養上の世話」を行っている時にヒヤリハットを体験する確率が高いと言える。この理由として、近年、医療事故が頻発しているため、学生が実施可能な「診療の補助」が限定・縮小されている(雨宮・榎本, 2001)ことが関係していると考えられる。しかし、本調査では実習中に学生が「療養上の世話」や「診療の補助」を実施する頻度について明らかにすることができないため、ケアの実施頻度からのヒヤリハット発生割合について言及できず、今後の課題となった。

2. 二次調査

1) ヒヤリハット発生の過程

ケア実施前の報告について、行わなかった事例は11件中1件と少なかった。この1件の事例では、

報告を行わなかった理由として、訪室時に患者の希望でケアを実施することとなったが、教員は他の学生に付き添っており病棟スタッフは休憩時間で人数が少なく、報告できずにいる間に患者がケアを実施する場所まで移動してしまったということとをあげており、報告の必要性は感じてはいたが報告できない状況であったと考えられる。このことから、学生は、ケア実施前の報告の必要性について重要視しており、報告の重要性を理解していると考えられる。

ケアの準備状況は、同じ計画群であっても、A群、B群とC群との間には大きな違いがあった。A群、B群は、練習や経験によりケアの流れをある程度認識していたと捉えることができるが、C群は計画のみに留まっており、変更群や計画無群の準備状況に近い状態であったと言える。つまり、全事例11件中7件を占めるC群、変更群、計画無群は、ケアの準備状況に不足があり、学生はその準備不足に対応することが困難であったと言える。これは、上西ら(2000)の報告であげられている柔軟な思考や対応に欠けるという看護学生の特徴と一致している。また、C群、変更群、計画無群の7件中5件がケア実施に対して不安を感じていた。これについては、準備状況に不足があったため、ケアの流れを認識することが難しく不安につながったと考えられる。これは、上西ら(2000)の報告であげられている経験のないことに対して緊張を感じるという看護学生の特徴からも察することができる。

一方、A群、B群については、準備状況に不足はなくケアの実施に対しても不安を感じていない状況であったがヒヤリハットが生じている。これについて、まず、A群の2件は、人形を用いた練習と患者への実際のケアの間にギャップが生じたということ、つまり、実体験の経験不足が関係していると考えられる。これは、学内の限られた状況で演習を行った学生が、臨床のさまざまな状況に応じて技術を提供することに多くの困難を伴うという岩城ら(1998)の報告と一致する。B群の2件については、1件は、患者の病状に対する理解不足によ

り危険性の予測が困難であったこと、他の1件は、病棟スタッフとのコミュニケーション不足により情報収集に不足があったことが関係していると考えられる。これは、門田ら(2000)の報告であげられている危険性の予測が困難である、また、教員や病棟スタッフとのコミュニケーション不足があるという看護学生の特徴と一致している。

2) ヒヤリハット発生の原因

ヒヤリハット発生の原因として、「注意不足」、「知識・技術不足」が多く、また、「危険性の予測が困難」、「環境・設備の不備」、「患者の理解不足」、「情報伝達不足」もあげられており、これは、グエンティニャチャンら(2001)や門田ら(2000)の報告と同様の傾向となった。

「注意不足」では、神野ら(2002)が述べている学生の特徴と同様に、ケアの実施、または、ケアの一部に意識が集中してしまうという傾向がみられ、これを補うためには、あらかじめ危険性の予測を立てておき広い視野をもつことが重要であると考えられる。しかし、門田ら(2000)の報告によると、学生の特徴として「知識・技術不足」と「経験不足」により「危険性の予測が困難」ということがあげられている。「知識・技術不足」を補うためには、学生自身が自分の不足部分を明確にし、それを補うための学習や技術練習を重ねること、また、「経験不足」を補うためには、実習中の体験を振り返り、学習を深めることが必要であると考えられる。しかし、岩城ら(1998)の報告にあるように、練習を重ねたとしても、学内の限られた状況で演習を行った学生が、臨床のさまざまな状況に応じて技術を提供するには多くの困難を伴うため、学生のみで「知識・技術不足」、「経験不足」を補うことは困難であり、学生にはない知識や技術、経験をもつ教員や病棟スタッフの援助が重要となる。したがって、教員や病棟スタッフは学生の特徴を認識し、ヒヤリハット防止対策としては、ケア実施前に学生と教員、病棟スタッフの間で観察項目や注意事項を確認すること、学生のケア実施に教員や病棟スタッフが付き添うこと、学生間でのカンファレンスによりヒヤリハット情報の共有を強化するこ

と、また、学生個々の不足している能力について学生自身が認識できるように助言、指導にあたることが重要であると考えられる。

「情報伝達不足」では、教員や病棟スタッフとのコミュニケーション不足が考えられ、実際にヒヤリハットの要因として「病棟スタッフとの関わり」が3件あげられており、学生と教員、病棟スタッフがお互いの関係性を深めることが必要であると考えられる。しかし、各教科の実習期間が2週間と短く、病棟スタッフが業務により多忙であるなどの現状があるため、実現には困難を伴うが、教員は学生と病棟スタッフとの関係性をより強いものにしていくように機能しなければならない。また、学生から病棟スタッフは学生が実施できるケアのレベルを把握していないという意見もあった。これに対して、教員は、病棟スタッフに対し、学生の考えや実施可能なケアのレベルを正しく伝えること、少しでも学生が不安や疑問を感じたら教員や病棟スタッフに援助を求めるよう指導すること、また、それを学生が実施しやすい実習環境を整えることが重要であると考えられる。

V. 結論

本研究では、臨地実習における看護学生が体験したヒヤリハットに焦点を当て、看護学生54名を対象に質問紙を用いた調査を、また、そこでヒヤリハット体験「有」と答え協力の得られた11名を対象に面接調査を実施し、ヒヤリハットの実態をヒヤリハット発生の過程に沿って分析し検討した。その結果、以下のことが明らかになった。

1) A大学では看護学生の約4割がヒヤリハットを体験しており、実習科目別では「急性期」、援助項目別では「療養上の世話」で発生が多かった。

2) ヒヤリハット発生の過程では、ケア実施の準備に不足があった事例が11件中7件あり、その事例においてケア実施に対する不安があったのは7件中5件であった。

3) ヒヤリハット発生の原因として、「注意不足」、「知識・技術不足」、「病棟スタッフとの関わり」、

「危険性の予測が困難」, 「患者の理解不足」, 「情報伝達不足」, 「環境・設備の不備」の7つのカテゴリーに分けられ, その中でも「注意不足」, 「知識・技術不足」が多かった。

以上のことより, ヒヤリハット発生の原因として, 「注意不足」, 「知識・技術不足」が多く, それはケア実施の準備不足とケア実施に対する不安が関係していることが示唆された。

■引用文献

- 雨宮有子, 榎本麻里(2001)学生の「看護事故予防に役立つニアミスについての考察」を指導して考えたこと: 看護教育, **42**(12), 1072-1073.
- グエンティニヤチャン, 松原麻子(2001)看護事故予防に役立つニアミスについての考察, 臨地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, **42**(12), 1073-1076.
- 岩城馨子, 唐國真由美, 鈴木恵理, 他(1998)成人看護学実習における医療事故防止のための取り組み その3—基礎実習での学生の「ハット, ヒヤットと体験」から—: 日本看護研究学会雑誌, **21**(3), 213.
- 門田知実, 上甲有紀美(2000)医療事故に関する文献検討—学生の医療事故—: 愛媛県立医療技術短期大学看護

研究収録, **12**, 1-7.

上西洋子, 中川実代子, 竹島道子(2000)臨地実習における看護学生のインシデントに関する要因の検討: 大阪市立大学看護短期大学部紀要, **2**(3), 57-62.

神野美子, 白石佳奈恵, 渡部京子, 他(2002)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, **43**(8), 722-727.

川村治子(2000)医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究, 平成11年度厚生科学研究補助金医療技術評価研究事業総括報告書, pp.1-31, 杏林大学保健学部, 東京.

小林邦子(2000a)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.

小林邦子(2000b)看護のヒヤリハット防止Q & A: プチナース, **12**, 14-15.

日本看護協会編(2000)医療現場のリスクマネジメントと事故防止について: 組織で取り組む医療事故防止, pp.43-47, 日本看護協会出版会, 東京

新村出編(1998)広辞苑, 第5版, p.2297, 岩波書店, 東京.

土屋八千代(1994)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, **35**(7), 495-500.

八島妙子, 真部昌子, 市田和子, 他(2001)看護婦・士がミスを繰り返す原因とその対応—婦長の視点からの分析—: 川崎市立看護短期大学紀要, **6**(1), 59-63.