

研究ノート

看護系大学生の臨地実習における インシデント発生の実態と インシデントに対する学生の認識

Real condition of the incident occurred by nursing university students during clinical practice hours and the student's recognition of the incident

細野恵子¹⁾ 鈴木里奈²⁾ 武市千穂²⁾ 山田真緒²⁾

Keiko HOSONO, Rina SUZUKI, Chiho TAKEICHI, Mao YAMADA

¹⁾保健福祉学部保健看護学科

²⁾元保健福祉学部保健看護学科

キーワード：看護学生，臨地実習，インシデント，認識，実態調査

抄 録

本研究は、看護系大学生の臨地実習におけるインシデント発生の実態とインシデントに対する学生の認識を明らかにする目的で、臨地実習を経験しているA大学看護学科の学生2～4年生を対象に2014年7～8月に無記名自記式質問紙調査を実施した。主な調査内容はインシデントに対する認識、インシデント経験の有無と内容、インシデント回避に向けた今後の対策とした。得られたデータは量的・質的記述分析を行った。調査票配布数189部、回収率59.3%、有効回答率52.4%であった。インシデントの発生状況は調査協力者99名中44件、学年別では実習経験の多い上級学年ほど発生件数が多い傾向を示した。具体的には「転倒・転落」「与薬」「学生の単独行動による看護ケア」が多かった。インシデントに対する認識で高い割合を示した内容はストッパーやセンサーのつけ忘れ、学生単独による看護ケア、個人情報の取り扱いに関するもので、いずれも発生件数の多い内容であった。インシデント防止策では、インシデント経験の有無を問わず共通することは「事前の確認」と「報告・連絡・相談」であった。インシデント経験者は経験の振り返りから得られた分析内容を示していた。一方、インシデント未経験者は経験者に比べ具体性に欠けるものの、インシデント発生の情報共有から得た内容を意識し幅広い視点で対策を挙げている。インシデント発生の情報はより具体的な内容の共有を今後も継続し、疑似体験レベルで認識することがインシデントの発生防止に役立つと考える。

I. 緒 言

看護系大学では、概ね1年次から臨地実習を開始するケースが多く、1年次・2年次の基礎看護学実習に始まり、3年次から4年次にかけて領域別看護学実習を経験し、4年次の最終段階では看護統合実習（統合分野：看護の統合と実践）で締めくくるといった流れでカリキュラムが構成されている。医療安全教育については、2009年のカリキュラム改正に伴い「看護の統合と

実践」分野の中に「医療安全」という科目が新設された。このことは、看護基礎教育における医療安全教育の強化が求められているとともに、医療現場における危機管理の重要視につながると考える。

看護系大学生の2年次以降で経験する臨地実習は、基礎看護学概論や基礎看護技術の講義はもとより、医療安全に関する講義も受講した上で実習に臨んでいる。しかし現状では、インシデントの発生は皆無とは言えず、時にはアクシデントにつながる危険性をはらむこ

とがあり、医療安全教育の方法を検討する必要がある。

先行研究ではインシデント発生の実態を分析する報告^{1)~3)}は多いものの、インシデント発生に対する学生の認識を分析する報告⁴⁾は十分とは言えず、検討する余地はある。看護系大学生のインシデント発生の実態を明らかにするとともに、インシデントに対する学生の認識を分析することは看護系大学生のインシデント発生に対する意識を高めることにつながると同時に、医療安全教育の課題を検討する上で意義があると考えられる。

本研究の目的は、看護系大学生の臨地実習におけるインシデント発生の実態とインシデントに対する学生の認識を明らかにし、今後の医療安全教育の内容及方法を検討するための基礎資料とすることである。

II. 用語の定義

1. インシデント：看護学生が臨地実習中に誤った行為をしたが、対象に重大な変化を及ぼすことがなかった事象や間違いを事前に気づき、訂正することができた事象（インシデント影響レベル0～3a：国立大学附属病院医療安全管理協議会⁵⁾

III. 研究方法

1. 調査対象者

調査対象者は、臨地実習を経験しているA大学看護学科の学生2～4年生とした。

2. 調査期間

調査期間は、2014年7月～8月の約2ヶ月間とした。

3. 調査方法

調査方法は、無記名自記式質問紙調査とした。

4. 調査内容

調査票は先行研究^{1)・2)}を参考にしながら、著者の経験に基づき作成した自作の質問紙を使用した。主な調査内容はインシデントに対する認識、インシデント経験の有無とその内容、インシデント回避に向けた今後の対策、基本的属性とした。

5. 調査依頼・回収方法

調査の依頼方法は、事前にA大学看護学科の責任者の許可を得たうえで、講義担当教員の許可を得て当該

学年に調査の主旨・概要を文書および口頭で説明し、調査票を配布した。調査票の回収は教室内に設置した回収箱に調査協力者自身で投函してもらった。回収箱の設置は調査依頼時から2時間程度を目途とし、長期間にわたり回収箱を設置することのないよう留意した。

6. 分析方法

調査票の選択項目から得られた量的データは量的記述分析、自由記述から得られた質的データは質的記述分析を行った。

7. 倫理的配慮

調査開始に先立ち、旭川大学倫理委員会の承認を得た。調査対象者には研究主旨・概要を文書および口頭で説明し、記入済調査票の投函をもって本研究への協力の承諾が得られたと判断した。

IV. 研究結果

調査票の配布数は189部、回収数112部(59.3%)、有効回答数99部(2年生：22, 3年生：27, 4年生：50)、有効回答率52.4%であった。調査段階において各学年で経験した臨地実習は、2年生では基礎看護学実習I, 3年生では基礎看護学実習I・II, 4年生では基礎看護学実習I・IIおよび領域別看護学実習7領域(成人急性期, 成人慢性期, 老年, 小児, 母性, 精神, 地域)のうち4～7領域で、平均5.6±0.9(±SD)領域であった。

インシデントの実態は調査協力者(2～4年生)99名中44件の発生があり、学年別による発生率は2年生13.6%, 3年生11.1%, 4年生33.3%であった。インシデント内容を示す自由記述では44件中12件の記載があり、その内容は学生の単独行動による清潔ケア・排泄介助・車椅子ーベッド間の移乗, ストッパーのかけ忘れ, センサーのつけ忘れ, 車椅子移動中の衝突未遂などであった。

インシデントに対する認識を把握するため、インシデント内容を示す25項目(事例)に対してインシデントに該当するか否かを回答する質問を行った。その結果、協力者全体の正解率は61.2%であった。学年別では2年生59.2%, 3年生69.8%, 4年生57.4%であり、3年生が最も高い正解率を示した。協力者の正解率が高かった項目は「離床センサーの装着忘れ」89.9%, 「コピー機への実習記録物の置き忘れ」88.9%, 「車椅子のストッパーの固定忘れ」86.9%, 「学

生による受け持ち患者の点滴滴下数の調整」86.9%、「指導者／教員の不在状況下での学生による清拭の実施」82.8%などであった。一方、正解率の低かった項目は「私物タオルを借りるため患者への確認なしに床頭台の引出しをあけてタオルを探す」22.2%、「使用済オムツを床に置く」27.3%、「測定値に異常のない VS 値の報告の遅れ」30.3%などであった（表1）。

インシデントに対する認識について学年による違いを検討するため、上記25項目のインシデント事例に対する正解結果の差を分析した（ χ^2 検定、 $p < 0.05$ ）。2・3年生群と4年生群の2群に分けて比較した結果、

有意な差が示されたのは以下の5項目であった（表2）。その内容は「見守りが必要な受け持ち患者が一人で歩き出しているのを見かけた」（ $p=0.003$ ）、「私物タオルを借りるため患者への確認なしに床頭台の引出しをあけてタオルを探す」（ $p=0.004$ ）、「測定値に異常のない VS 値の報告の遅れ」（ $p=0.009$ ）、「使用済オムツを袋に入れずに床に置く」（ $p=0.001$ ）、「同姓同名患者のいる病棟で患者本人に口頭で氏名確認を行った」（ $p=0.004$ ）、「閲覧中のカルテの片づけを他学生に依頼しその場を離れた」（ $p=0.002$ ）であり、いずれも4年生群の方がインシデントとして認識する割合が低かった。

表1 看護学生がインシデント事例であると認識する割合

質問内容	「インシデントだと思う」と回答した者の人数（%）			
	2年生：n=22	3年生：n=27	4年生：n=50	全体：n=99
一緒に散歩している途中で患者が廊下の段差に躓いた	13 (59.1)	17 (63.0)	29 (58.0)	59 (60.0)
見守りが必要な受け持ち患者が一人で歩き出しているのを見かけた	16 (72.7)	22 (81.5)	24 (48.0)	62 (62.6)
病院実習で見聞きした事柄をソーシャルネットワークサービス（SNS）に掲載する	16 (72.7)	24 (88.9)	37 (74.0)	77 (77.8)
膀胱留置カテーテル挿入中の患者の陰部洗浄の際、患者の頭部側のベッド柵に尿バックを移動し固定した	9 (40.9)	17 (63.0)	22 (44.0)	48 (48.5)
受け持ち患者の清拭時、患者の私物タオルを借りるため床頭台の引出しを開けてタオルを探した	5 (22.7)	12 (44.4)	5 (10.0)	22 (22.2)
入浴介助の途中で外部から看護師が呼ばれ席を外したため、学生2人で裸になっている患者の入浴介助を行った	13 (59.1)	22 (81.5)	43 (81.5)	78 (78.8)
通学途中のバスに乗車中、病院実習で見聞きした事柄で友達との会話が盛り上がった	15 (68.2)	20 (74.1)	37 (74.0)	72 (72.2)
患者を車椅子で移送中、廊下の曲がり角で通行人と衝突しそうになった	17 (77.3)	21 (77.8)	36 (72.0)	74 (74.4)
友人に「記録の書き方がわからないので参考にさせて」と言われ、自分のUSBメモリーを渡し、後で返してもらった	13 (59.1)	19 (70.4)	39 (78.0)	71 (71.1)
午前のVS測定後の報告で指導者を探したが不在。測定値に異常なく体調変化もないため午後の実習開始時に報告した	12 (54.5)	9 (33.3)	9 (18.0)	30 (30.3)
車椅子からベッドに移乗する際、ストッパーをかけずに患者をその場に立たせたら車椅子が後ろに動いてしまった	20 (90.9)	24 (88.9)	42 (84.0)	86 (86.9)
離床センサー使用患者の援助途中で急に指導者に呼ばれ、離床センサーは後でつけければ良いと判断し病室を離れた	17 (77.3)	24 (88.9)	48 (96.0)	89 (89.9)
患者の体位変換を行った際、患者の身体がベッド柵に軽く接触した	7 (31.8)	12 (44.4)	17 (34.0)	36 (36.4)
病棟内フリーの患者に「缶コーヒーを買いに行きたい」と言われ、一緒に院内の売店まで買い物に行った	8 (36.4)	13 (48.1)	28 (56.0)	49 (50.0)
オムツ交換の途中で使用済オムツを入れる袋を忘れたことに気づき、使用済オムツを小さくまとめ患者の足元側に置き、袋を取りに行った	7 (31.8)	14 (51.9)	6 (12.0)	27 (27.3)
同姓同名の患者がいる病棟で配膳を行う際、患者本人に口頭で氏名の確認を行った	10 (45.5)	17 (63.0)	13 (26.0)	40 (40.8)
実習中に使用しているメモ帳を翌日も使用するので、忘れないように更衣室のロッカー内に置いて帰宅した	13 (59.1)	20 (74.1)	28 (56.0)	61 (61.2)
精神科閉鎖病棟内でヘアピンを廊下に落としたことに気付かないでいたら、実習メンバーがヘアピンに気づき拾ってくれた	9 (40.9)	15 (55.6)	22 (44.0)	46 (46.5)
情報収集の途中で受持患者がリハビリ室に移動したと伝えられ、他学生にカルテの片づけを頼み、リハビリ室に急いで移動	12 (54.5)	16 (59.3)	13 (26.0)	41 (41.1)
実習メンバーに「昨日の行動計画をコピーさせて」と言われ、その場で自分の実習記録を手渡した	14 (63.6)	21 (77.8)	36 (72.0)	71 (71.1)
受け持ち患児の吸入開始直後「ちょっと見てて」と看護師に頼まれ、母親と一緒に患児の吸入を行った	15 (68.2)	22 (81.5)	29 (58.0)	66 (66.7)
受け持ち患者の点滴滴下数が早くなっているのを発見。取りあえず滴下速度を自分で調整。その後速やかに看護師に報告した	18 (81.2)	23 (85.2)	45 (90.0)	86 (86.9)
コンビニで実習資料をコピーし急いで実習場に向かった後、コピー機に残っていた資料が発見され大学に連絡が入った	18 (81.2)	24 (88.9)	46 (92.0)	88 (88.9)
人工股関節置換術後3日目の患者に「背中を掻いてくれ」と言われ、上半身を静かに起こし痒みのある背中を擦った	12 (54.5)	22 (81.5)	22 (44.0)	56 (56.6)
受け持ち患者の清拭予定を教員に伝え同席してもらうことを確認した際「すぐに行くから」と言われた。物品準備を整え訪室すると、患者は「早く拭いてくれ」と寝衣を脱いでしまったため学生だけで清拭を開始した	17 (77.3)	21 (77.8)	44 (88.0)	82 (82.8)

今後の臨地実習において「インシデントを起こす可能性」に対する認識を確認した結果、可能性があると認識する者は81名81.8%、学年別では2年生17名77.3%、3年生22名81.5%、4年生42名84.0%であった。さらに、インシデントを起こす可能性の有無とその理由を自由記述形式で回答を求め、記述内容をインシデント経験の有無により分類した。自由記述内容はコード化し、意味内容の類似性に従って分類し、サブカテゴリーからカテゴリーへと抽象化した。インシデント経験者による「インシデントを起こす可能性があ

る」という認識の主なカテゴリーは【誰もがインシデントを起こす可能性がある】、【自己の経験の分析不足】、【睡眠不足による注意力の低下】、【不慣れな環境に対する緊張】など、23サブカテゴリーから7カテゴリーが抽出された(表3)。インシデント未経験者による「インシデントを起こす可能性がある」という認識の主なカテゴリーは【誰もがインシデントを起こすかもしれない】、【予測できないインシデント発生のリスク】、【注意力の低下】、【経験不足】など、29サブカテゴリーから6カテゴリーが抽出された(表4)。一方、

表2 看護学生がインシデント事例であると認識する割合の学年比較

質問内容	「インシデントだと思う」と回答した者の人数(%)			χ ² 検定 P値
	全体	2・3年生	4年生	
一緒に散歩している途中で患者が廊下の段差に躓いた	59 (60.0)	30 (61.2)	29 (58.0)	0.838
見守りが必要な受け持ち患者が一人で歩き出しているのを見かけた	62 (62.6)	38 (77.6)	24 (48.0)	0.003 **
病院実習で見聞きた事柄をソーシャルネットワークサービス(SNS)に掲載する	77 (77.8)	40 (81.6)	37 (74.0)	0.470
膀胱留置カテーテル挿入中の患者の陰部洗浄の際、患者の頭部側のベッド柵に尿バックを移動し固定した	48 (48.5)	26 (53.1)	22 (44.0)	0.424
受け持ち患者の清拭時、患者の私物タオルを借りるため床頭台の引出しを開けてタオルを探した	22 (22.2)	17 (34.7)	5 (10.0)	0.004 **
入浴介助の途中で外部から看護師が呼ばれ席を外したため、学生2人で裸になっている患者の入浴介助を行った	78 (78.8)	35 (71.4)	43 (81.5)	0.090
通学途中のバスに乗車中、病院実習で見聞きた事柄で友達との会話が盛り上がった	72 (72.2)	35 (71.4)	37 (74.0)	0.824
患者を車椅子で移送中、廊下の曲がり角で通行人と衝突しそうになった	74 (74.4)	38 (77.6)	36 (72.0)	0.645
友人に「記録の書き方がわからないので参考に見せて」と言われ、自分のUSBメモリーを渡し、後で返してもらった	71 (71.1)	32 (65.3)	39 (78.0)	0.186
午前のVS測定後の報告で指導者を探したが不在。測定値に異常なく体調変化もないため午後の実習開始時に報告した	30 (30.3)	21 (42.9)	9 (18.0)	0.009 **
車椅子からベッドに移乗する際、ストッパーをかけずに患者をその場に立たせたら車椅子が後ろに動いてしまった	86 (86.9)	44 (89.8)	42 (84.0)	0.554
離床センサー使用患者の援助途中で急に指導者に呼ばれ、離床センサーは後でつけければ良いと判断し病室を離れた	89 (89.9)	41 (83.7)	48 (96.0)	0.051
患者の体位変換を行った際、患者の身体がベッド柵に軽く接触した	36 (36.4)	19 (38.8)	17 (34.0)	0.679
病棟内フリーの患者に「缶コーヒーを買いに行きたい」と言われ、一緒に院内の売店まで買い物に行った	49 (49.4)	21 (42.9)	28 (56.0)	0.230
オムツ交換の途中で使用済オムツを入れる袋を忘れたことに気づき、使用済オムツを小さくまとめ患者の足元側に置き、袋を取りに行った	27 (27.3)	21 (42.9)	6 (12.0)	0.001 **
同姓同名の患者がいる病棟で配膳を行う際、患者本人に口頭で氏名の確認を行った	40 (40.8)	27 (56.3)	13 (26.0)	0.004 **
実習中に使用しているメモ帳を翌日も使用するので、忘れないように更衣室のロッカー内に置いて帰宅した	61 (61.2)	33 (67.3)	28 (56.0)	0.303
精神科閉鎖病棟内でヘアピンを廊下に落としたことに気付かないでいたら、実習メンバーがヘアピンに気付き拾ってくれた	46 (46.5)	24 (49.0)	22 (44.0)	0.689
情報収集の途中で受け持ち患者がリハビリ室に移動したと伝えられ、他学生にカルテの片付けを頼み、リハビリ室に急いで移動	41 (41.1)	28 (57.1)	13 (26.0)	0.002 **
実習メンバーに「昨日の行動計画をコピーさせて」と言われ、その場で自分の実習記録を手渡した	71 (71.1)	35 (71.4)	36 (72.0)	1.000
受け持ち患児の吸入開始直後「ちょっと見て」と看護師に頼まれ、母親と一緒に患児の吸入を行った	66 (66.7)	37 (75.5)	29 (58.0)	0.088
受け持ち患者の点滴滴下数が早くなっているのを発見。取りあえず滴下速度を自分で調整。その後速やかに看護師に報告した	86 (86.9)	41 (83.7)	45 (90.0)	0.388
コンビニで実習資料をコピーし急いで実習場に向かった後、コピー機に残っていた資料が発見され大学に連絡が入った	88 (88.9)	42 (85.7)	46 (92.0)	0.357
人工股関節置換術後3日目の患者に「背中を掻いてくれ」と言われ、上半身を静かに起こし痒みのある背中を擦った	56 (56.6)	34 (69.4)	22 (44.0)	0.015 *
受け持ち患者の清拭予定を教員に伝え同席してもらったことを確認した際「すぐに行くから」と言われた。物品準備を整え訪室すると、患者は「早く拭いてくれ」と寝衣を脱いでしまったため学生だけで清拭を開始した	82 (82.8)	38 (77.6)	44 (88.0)	0.192

* : p<0.05, ** : p<0.01

表3 インシデントを起こす可能性があるとして認識する理由：インシデント経験者

カテゴリー	サブカテゴリー
誰もがインシデントを起こす可能性がある	自分にも起こりうること 自分以外の周囲の人にも起こりうること 病棟看護師にも起こりうること 失敗しない人はいない 学生である自分が起こす危険性は十分にある 絶対に起こさないという保証はない 誰にでも起こりうること いつでも誰にでも起こり得る可能性は高い 実習している限り起こり得ること
自己の経験の分析不足	気付かないうちに起こしてしまう 注意して行動していても起こる 防ぎようがない
睡眠不足による注意力の低下	睡眠不足による集中力の低下 睡眠不足による注意力の低下 集中力・注意力の低下によるインシデントに対する意識の低下
不慣れた環境に対する緊張	実習は緊張する環境 実習は不慣れ環境
予測不可能な出来事	どのような場面でも予測できないことがある どこまで考えても予測ができない
自分勝手な思いつきの行動	自分勝手な行動がインシデントにつながる 考えて行動しなければインシデントにつながる
慌てやすい性格	予想外のことが起こると慌てる 予想外のことに慌ててしまう性格

表4 インシデントを起こす可能性があるとして認識する理由：インシデント未経験者

カテゴリー	サブカテゴリー
誰もがインシデントを起こすかもしれない	自分が起こすかもしれない 自分以外の誰かが起こすかもしれない 看護師でも起こすことはある 自分は起こさないと思っても起きる可能性はある 失敗は誰にでもある 人間は必ずどこかでミスをするもの ミスはいくら気をつけていても起こりうる インシデント対策をしていても起こる可能性はある どれだけ確認していても起こらないとは言いきれない どれだけ注意していてもインシデントが起きる可能性はある 意識していてもインシデントが起きる可能性はある
予測できないインシデント発生のリスク	いつ何が起こるか分からない 状況が急変し突然予測できないことが起こる可能性 患者がどのように動くか想像しても限界がある 患者には様々な人がいる 事故につながる要因は取り除けない 臨床は必ずしも安全な場ではない
注意力の低下	実習に慣れることでの確認不足 急ぐことによる危険性 考え事に気をとられることでの危険性 やるが多くなることによる注意力低下
経験不足	実習経験の少なさ 看護技術の未熟さ 危険な場面に対応できない 学生は何もわからない立場
気の緩み	一瞬の気の緩み うっかりした行動
知識不足	インシデントに対する知識の不十分さ 看護知識の未熟さ

インシデント未経験者による「インシデントを起こす可能性はない」という認識のカテゴリーは【インシデント防止に対する基本行動】、【指導者との確認行動】、【インシデント予防に対する漠然とした意識】、【根拠のない自信】で、14 サブカテゴリーから4カテゴリーが抽出された(表5)。

今後の臨地実習において「インシデントを起こさないための対策」について自由記述形式で回答を求め、記述内容をインシデント経験の有無により分類し、カテゴリー化した。インシデント経験者による「インシデント対策」の主なカテゴリーは【事前確認】、【報告・連絡・相談】、【危険察知時のナースコールの活用】、【単独行動の回避】など、19 サブカテゴリーから7カテゴリーが抽出された(表6)。インシデント未経験者

による「インシデント対策」の主なカテゴリーは【勝手な自己判断の回避と確認】、【報告・連絡・相談】、【発生頻度の高いインシデントの意識化】、【情報管理】、【援助時の心がけ】、【単独行動の回避】など、50 サブカテゴリーから13カテゴリーが抽出された(表7)。

V. 考 察

調査協力者におけるインシデントの発生状況は各学年で1～3割程度であり、実習経験の多い上級学年ほど多くなる傾向を示したが、先行研究の報告結果(42.9%¹⁾、44%⁶⁾、38%⁷⁾に比べやや少ない結果であった。

調査協力者による記述内容からインシデントの発生

表5 インシデントを起こす可能性はないと認識する理由：インシデント未経験者

カテゴリー	サブカテゴリー
インシデント防止に対する基本行動	患者の状態把握 安全性に配慮した援助の実施 適切な援助の実施 行動時の注意 学生単独による援助の回避
指導者との確認行動	指導者・教員との確認後の行動 指導者・教員への報告・連絡・相談 これまで通りに指導者・教員に確認する 困った時に指導者・教員に相談する
インシデント予防に対する漠然とした意識	誰にでも起こる可能性はある 起こらないような行動をとる これまで通りの実習を行い予防する 困惑時には自分で考える
根拠のない自信	インシデントは起こさない

表6 インシデントを起こさないための対策：インシデント経験者

カテゴリー	サブカテゴリー
事前確認	疑問に感じた時は指導者・教員に確認する 学生だけで判断しない 事前に自分の中で確認する 作業前に一度立ち止まる
報告・連絡・相談	指導者・教員・グループメンバーとの報告・連絡・相談 何か行う時は指導者・教員に連絡・相談する わからない事は指導者・教員に相談する
危険察知時のナースコールの活用	患者が危険行為をとっている時はナースコールを押して看護師を呼ぶ 患者が危険行為をとろうとしている時はナースコールを押して看護師を呼ぶ 危険と感じた時はナースコールを押して看護師を呼ぶ
単独行動の回避	看護援助は学生一人で行わない 援助時は指導者・教員に同行してもらう 援助時は指導者・教員の同行を意識する
患者のADLの把握	患者のADL状況を事前に確認する 受け持ち患者のADL状況を把握しておく
周囲環境の十分な把握	事前に周囲の環境をよく見ておく 周囲の環境をよく見て行動する
インシデントに対する意識化	インシデントに対する自己意識を高める インシデントに対して緊張感をもつ

状況をみていくと「転倒・転落」, 「与薬」に関する内容が多く, 「報告・連絡・相談」あるいは「確認」の不足が発生要因に影響していると考えられる。先行研究ではインシデント・アクシデントの発生には記憶・判断・確認が関連し, その原因には知識不足・注意不足・記憶不足・報告不足・思い込みが大部分を占めて

いると述べている^{8・9)}。また, 学生の単独行動によるインシデントの発生も多い傾向が示された。この点については伊豆ら¹⁾, 半崎ら²⁾も報告しており同様の傾向が示された。その背景には, 学生が単独で実施できる看護技術の種類や内容, 程度を十分に理解していない危険性があると考えられる。先行研究²⁾によると, 学生

表7 インシデントを起こさないための対策：インシデント未経験者

カテゴリー	サブカテゴリー
勝手な自己判断の回避と確認	常に指導者・教員・グループメンバーに確認する 些細なことでも一つ一つ指導者・教員に確認する 判断のつかない時は確認する わからないことは自分で勝手に判断しない わからないことは指導者・看護師・教員に聞いてから行動する 学生のみで判断しない グループメンバーと確認してから行動する 常に自己確認する
報告・連絡・相談	指導者・教員・グループメンバーへの報告・連絡・相談を心がける 指導者・教員・グループメンバーとの報告・連絡・相談を必ず行う 行動前には指導者・教員・グループメンバーとの情報交換 見守りが必要な援助であることを看護師に伝える 速やかな報告と相談
発生頻度の高いインシデントの意識化	車椅子移送時は患者の手の位置やストッパーに注意する ストッパーは必ず止める 離床センサーの作動を確認する 抑制類の装着状況を確認する チューブ類に注意する
情報管理	USBメモリの管理に注意を払う 情報のやり取りに注意する 個人情報をコピーしない 実習終了後には個人情報を削除する 記録物の置き忘れや紛失のないように注意する
援助時の心がけ	毎日声を出して確認する 確認してから慌てず冷静に援助を行う 退室時は何度も指さし確認する インシデント対策内容を行動計画に反映させる インシデントはいつどのような状況で起こるか分からないという心構えをもつ
単独行動の回避	援助は必ず指導者・看護師・教員とともに実施する 援助は常に指導者・看護師・教員の見守りのもとに実施する 援助は学生単独で実施しない 援助を行う際は必ず指導者・教員の見守りが必要であることを忘れない
患者の状態把握と配慮	患者の安静度を把握する 患者の制限の有無と内容を把握する 患者の見守りや介助を行う 患者が立ち上がる際にはつかまる場所を考える
周囲の環境整備と確認	周囲の環境を把握する 周囲の環境を整備する 常に周囲の状況を観察し動いて良いかを確認する
援助前の説明の実施	援助前は患者に丁寧に説明する 援助時は見守りが必要であることを患者に説明する 事前に患者に声かけを行う
情報共有による予防対策	過去のインシデント事例を把握する 学生間でのインシデントに関する情報共有 グループメンバー間での情報共有による予防
実習前の事前学習	事前学習を行う 実習前に技術練習を行う 事前にシミュレーションを行う
漠然とした意識化	インシデントに対し注意する 看護学生としてインシデントに対し常に注意する

だけで実施できる看護ケア、指導者／教員と共に行うべき看護ケア、見学だけが許される看護ケアの種類と内容を確認する必要性が述べられおり、本対象者においても同様の対策が必要である。すなわち、学生が単独で実施できる看護技術の種類や内容を正しく認識する機会を設け、一人ひとりの理解を深めることが重要である。また、危険回避のための患者への声かけや説明など、コミュニケーション能力をより高める教育方法の検討も必要と考える。

インシデントに対する認識を確認する質問に対し、認識の高かった事例はストッパーやセンサーのつけ忘れ、学生単独による看護ケア、個人情報取り扱いに関することであり、いずれも発生件数の多い事例であった。日頃から学生間で発生インシデントに関する情報の共有を行っていることから、自身が遭遇していない事例であっても身近なこととしてとらえられていると推測する。永松ら¹⁰⁻¹¹⁾は発生インシデントの事例に対する“他者体験の共有効果”を述べ、インシデント情報の共有体験は自己の学習に役立つことを報告している。実習で得た個人情報の取り扱いについては、教員による注意喚起、個人情報保護の誓約書への署名などが学生自身の認識を高める結果につながったと考える。一方、学年間で有意な差が示されインシデントの認識が低かった5事例は臨地実習のなかで日常的に経験する生活援助である。しかし、実習経験を重ねている4年生においては、いずれの事例に対してもインシデントとして認識する割合の低さを示した。この結果については、看護師のケア場면을繰り返し見学する学習経験の過程において誤った解釈をしているのか、経験の積み重ねによる慣れが認識のズレを生じさせているのか、あるいは学習過程の中で理解に歪みが生じる要因があるのか、いずれにしてもインシデントに対する認識を低下させている要因の検討が必要である。

今後の臨地実習においてインシデントを起こす可能性に対する認識では、4年生が8割以上の結果を示し、学年が上がるにつれて高くなる傾向から、上級学年の方がインシデントに対する危機感を強くもっていることがうかがえる。「インシデントを起こす可能性の理由」では、インシデント経験者は自身の振り返りの分析不足や注意力の低下、緊張など、実体験に基づく具体的な分析内容が示された。これらの内容は有田らの報告⁷⁾と同様の傾向を示す。一方、インシデント未経験者ではリスク要因を挙げる傾向があり、実体験のなさによるものとする。さらには“自分は起こさない”という漠然とした理由を挙げる者もあり、他人事とし

てとらえる幼さや非現実的な認識傾向がうかがわれる。

インシデント防止策については、インシデント経験の有無を問わず共通する内容は「事前の確認」と「報告・連絡・相談」であった。インシデント経験者は経験の振り返りから得られた分析内容を示していた。例えば、患者のADL確認はインシデント経験者から示された対策であり、過去の経験の分析から患者のADLとインシデント発生は関連することを認識したと推測する。すなわち、経験の想起がリアリティーある場面を想定し危険回避のための具体的対策⁶⁾を導くことにつながると考える。一方、インシデント未経験者は経験者に比べ具体性に欠けるものの、発生インシデントの情報共有から得た内容を意識し幅広い視点で対策を挙げていた。これらの結果から、発生インシデントの情報はより具体的な内容の共有を今後も継続し、疑似体験レベルで認識する機会を設けることがインシデントの発生防止に役立つと考える。

VI. 結 論

看護系大学生におけるインシデントの実態は、学生の単独行動による看護ケアの実施や転倒・転落につながるインシデントが多い傾向を示した。インシデントの認識が高い事例は発生件数の多いインシデントや個人情報の取り扱いに関する内容であった。一方、実習経験を重ねることで日常生活援助に関するインシデントの認識が低下する可能性も示された。インシデントの発生を防止するためには危険回避のためのコミュニケーション能力の育成、学生が単独で実施できる看護技術の種類や内容の明確化、インシデント発生の情報共有と疑似体験レベルで認識できる対策を検討する必要がある。

謝 辞

本研究への協力を快諾頂きましたA大学看護学科の学生の皆様、大学関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は2014年度の卒業研究で得られた調査データを再分析し、新たな検討のもとにまとめたものである。

引用文献

- 1) 伊豆麻子, 久保田美雪, 内藤守, 斎藤まさ子, 清水理恵, 罇淳子, 他: 臨地実習と医療安全教育—学生が捉える臨地実習での事故およびヒヤリ・ハット—, 新潟青陵学会誌, 1, 61-70, 2009.
- 2) 半崎めぐみ, 尾崎道江: 病院実習における看護学生のヒヤリハットの実態とその要因, 第42回日本看護学会論文集: 看護総合, 42, 346-349, 2012.
- 3) 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.
- 4) 柘野浩子: 臨地実習前の看護学生の医療安全に対する認識と安全教育への課題と対策, 新見公立大学紀要, 37, 85-88, 2016.
- 5) 国立大学附属病院長会議 医療安全管理体制担当 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針 (改訂版), 平成24年6月, http://www.univ-hosp.net/guide_cat_04_15.pdf, (2017. 12. 15)
- 6) 畠山加奈子: 臨地実習におけるヒヤリハット体験時の実態調査—学生の感情と振り返りに焦点を当てて—, 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 8, 51-55, 2012.
- 7) 有田広美, 笠井恭子: 看護学生の医療安全意識に関する研究, 福井県立大学論集, 46, 23-32, 2016.
- 8) 松本明美, 登喜玲子, 日下知子, 山口玲子: 母性看護学臨地実習におけるインシデント・アクシデントの実態と教育上の課題, 川崎医療短期大学紀要, 26, 37-44, 2006.
- 9) 安藤悦子, 郡司理恵子, 岡田純也, 川波公香, 浦田秀子, 寺崎明美: 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, 保健学研究, 19, 65-74, 2007.
- 10) 永松いずみ, 宮崎伊久子, 原田千鶴, 志賀たずよ, 加藤美由紀, 佐藤祐貴子: 医療安全教育プログラムを受講した看護学生の臨地実習中のヒヤリハット体験の実態, 日本看護学会論文集: 看護教育, 41, 54-57, 2013.
- 11) 永松いずみ, 宮崎伊久子, 原田千鶴, 志賀たずよ, 佐藤祐貴子, 吉良いずみ, 他: 段階的に医療安全教育プログラムを受講した看護学生の実習中のヒヤリハット体験に対する振り返り学習の実態, 大分大学高等教育開発センター紀要, 6, 1-8, 2014.