

A大学成人看護学実習におけるインシデント発生の傾向と指導のあり方

Trends in Incident Occurrence and Guidance in Adult Nursing Practice at Auniversity

森下 恵美¹⁾・梶原 睦子¹⁾・伊原 利枝¹⁾・梅田 君枝¹⁾・本庄 貴志¹⁾・上杉 英生¹⁾

Emi MORISHITA, Mutsuko KAJIWARA, Toshie IHARA, Kimie UMEDA

Takashi HONJYO and Hideo UESUGI

【目的】 過去5年間に成人看護学実習で提出されたインシデントレポートの内容を分析することで、本学の成人看護学領域のインシデント発生傾向を把握し、今後の指導への示唆を得ることである。

【研究方法】 インシデントレポート 33例について基本情報(①学年、②性別、③成人実習の種類、④発生時刻、⑤発生場所、⑥実習開始からの日数)を集計し、事例については内容分析を行い、発生要因を分析するために、SHELLモデルの5つの要因を利用した。本学の人を対象とする研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】 インシデント発生は学年では4年生より3年生に多く、急性期実習より慢性期領域に集中していた。発生時期は実習開始から経過するにつれ多くなり、時間帯では午前中に集中していたことが明らかになった。インシデント事例は7つの内容に分類でき、『学生の単独行動』『不注意』『記録の忘れ・紛失』『不十分なケア』『断れないスタッフの指示』『ルール違反』『患者からのプレゼント』であった。SHELLモデルからみたインシデントの発生要因で最も多かった要因は当事者(学生)であったが、その他「ソフトウェア」、「ハードウェア」、「環境」、「当事者以外」の要因が絡んで発生していることがわかった。

【考察】 インシデントが発生した場合には、人のエラーだけに着目するだけでなく、その他の要因を多角的な視点から分析することが重要である。そのため当事者である学生への指導として、実習前に知識不足や予防行動への意識を高める安全教育を行う必要があるが、それと並行して教員は実習中に学生が相談しやすい雰囲気作りとともに、臨床指導者やスタッフと連携、協力し、学生のレディネス把握や、受け持ち患者の病態や医療依存度から予測されるリスクに対する助言、指導を揃えていくことが重要である

連絡先: 森下 恵美 emorishitai@cis.ac.jp

1) 千葉科学大学看護学部 看護学科

Department of Nursing, Faculty of Nursing,

Chiba Institute of Science

(2022年9月29日受付, 2023年1月11日受理)

I. はじめに

厚生労働省は看護学生の臨地実習に対する保健師助産師看護師法の適用について、看護教育として正当な目的を有するものであり、看護師が行う看護行為と同程度の安全性が確保される範囲内であれば違法性はないとしている¹⁾。このことから臨地実習の場で学生が安全に看護技術を提供するために、リスクを予測し安全行動がとれるリスク感性と危険回避能力の育成が必要であり、対象の安全を最優先する教育を行わなければならない。しかしながら学生は経験値がないことから、危険予知力が弱く、インシデントを起こしやすい傾向にある。特に成人看護学実習は実習時間数が他領域の実習と比較して多いこと、実習先が急性期病院であり医療依存度が高い対象者を受け持つ機会が多いことからインシデント発生リスクが高い²⁾とされている。

本学看護学部は2014年に開設され、2016年度の秋学期より成人看護学実習が開始された。成人看護学実習は6単位からなり、急性期看護学実習が3単位3週間、慢性期看護学実習が3単位3週間で、これら2領域の実習は3年生の秋学期か翌年4年生の春学期に履修することになっている。

学生が実習中にインシデントを起こした場合に自己の行動と患者への影響について分析することを目的として、インシデントレポートを作成し提出する。レポートの内容は、発生日時や発生場所、インシデント事例、発生時の状況や対策、SHELLモデルによる発生要因からなる。

「SHELLモデルとは、当事者である人間が最適な状態を保つために当事者を含む4つの要因「ソフトウェア」(S)、「ハードウェア」(H)、「環境」(E)、「人間：当事者以外」(L)に「人間：当事者」(L)を含む5つの要因を分析し、それぞれへの対応策を導き出すためのツールである。5つの発生要因ごとに関連する項目が設定されておりインシデント事例に該当すると思われる項目を選択することで要因を分析する。複数選択である。SHELLモデルは様々な分野において活用されている分析モデルで、もともとは主に航空分野で活用されていたが、医療においても活用されるようになってきている。」過去5年間に成人看護学実習を履修した学生は313名であり、36件のインシデントレポートが提出された。インシデントを起こすと対象者の安全を脅かすだけではなく、学生の精神的負担も大きくなることから、適切な指導を通して安全な実習環境を整えていくことが重要である。

看護学生の実習中のインシデントに関連する文献を概観すると、インシデントレポートの分析に関する報告およびインシデント予防教育に関する報告の2つに大別された。インシデントレポートの分析では、多かつた事例として転倒転落^{3) 4) 5) 6)}、薬剤投与、チューブの抜去、報告に関する事例⁷⁾や療養上の世話に関する更衣、清潔、

移送移乗に関する事例^{3) 8)}、記録や個人情報の取り扱いに関する事例^{9) 10)}が報告されていた。さらにこれらの原因分析では「知識不足」¹¹⁾「技術不足」「確認不足」¹²⁾「注意不足」「スタッフとのコミュニケーション不足」「危険予知の困難」「環境・設備の不備」³⁾「報告の必要性の認識不足」、「患者の希望を優先する行動」¹⁰⁾「危険予測の不足」⁸⁾「準備と余裕の不足」「環境に対する予測不十分」⁴⁾などが挙げられていた。実習別にみた場合、基礎看護学実習は「注意不足」が最も多く、学生にとって初めて患者に看護を実践する実習であり、緊張下で援助を行うため、注意関心が援助行為に集中してしまうことから患者や周囲の状況が見えていないことに関連していると報告されていた^{13) 14)}。一方、成人看護学実習の発生要因は「危険予測の不足」「技術不足」「確認不足」「判断不足」が多く、その背景として、健康障害や治療が複雑で、日常生活行動が低下している状態の患者を受け持つことや、点滴やドレーナージ等の医療処置がなされている患者の援助で学生の関与が増えることが関連していると指摘されている⁸⁾。インシデントの予防教育に関する報告では、実習前のデモンストレーションを含んだオリエンテーション¹¹⁾やインシデント・アクシデントの安全カンファレンス¹⁵⁾や具体的なインシデント対策のグループワークの実施¹⁰⁾など実習前に対策を実施する重要性を述べている文献が多い。具体的に事例を提示しインシデントが発生しそうな箇所を指摘させ、対処方法について学生が考えることで、予防行動への意識を高め、危険予知や回避能力が向上することが示されている。グループワークにより学生は情報共有の大切さの気付きに繋がり、自分ひとりの意見ではなくグループメンバーや皆の意見を聞くことで学びが深まると報告されている¹⁰⁾。このように看護学生のインシデントに関する報告は多く散見され、看護学教育の場で関心が高いことが明らかであるが、本学学生のインシデントレポートの分析は未着手である。そこで今回、成人看護学実習で提出されたインシデントレポートの現状や背景を分析することにした。本学学生のインシデントの傾向を明らかにすることで、そこから今後の指導のあり方についての示唆を得ることにより学生にとって安全な実習環境を整えることが可能になると考えられる。

II. 研究目的

成人看護学実習で提出されたインシデントレポートの内容を分析することで、本学の成人看護学領域のインシデント発生傾向を把握し、今後の指導への示唆を得る。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

実態調査研究

2. 研究対象

過去5年間に成人看護学実習中において学生より提出された、インシデントレポート全数36件を対象とした。そのうち必要な物品や記録の提出忘れ等直接患者に影響のない3件を除外した33件を分析対象とした。なお本学の実習要項では、日常の診療の場で、誤った医療行為などがクライアント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結果としてクライアントに影響をおよぼすに至らなかったものをインシデントとして扱っている。

3. 分析方法

- (1) 基本情報：①学年、②性別、③成人実習の種類（慢性期、急性期）④発生時刻、⑤発生場所、⑥インシデント発生日について単純集計しそれぞれの割合を求めた。
- (2) SHELLモデルの5つの要因：33件全体について①「ソフトウェア」に関する要因5項目、②「ハードウェア」に関する要因6項目、③「環境」に関する要因9項目、④「当事者以外」に関する要因8項目、⑤「当事者」に関する要因10項目についてそれぞれの合計件数を求め、どの要因が多いかを知るために、それぞれの項目数で割って1項目当たりの件数を算出した。
- (3) インシデント事例の概要:33件のインシデント事例の概要の類似性に着目して内容分類した。さらに事例ごとの発生要因を把握するために、各レポートで記載された事例毎に SHELLモデルの5つの要因ごとの項目数を求めた。

4. 倫理的配慮

対象としたインシデントレポートを作成した学生はすでに卒業しており、当初の就職先から異動している場合もあることから、連絡先が掌握できないため同意をとることは非常に困難であった。しかしながら、実習前オリエンテーションでインシデントレポートのデータ使用目的について、学生の学習の機会とすること、今後の指導に活用することを口頭で説明している（実習共通要項p10）。データの保管は教務委員長の研究室の鍵のかかる書庫に保管してある。今回の分析にあたってはインシデントレポート作成者が特定されるような、具体的な日時、実習施設、担当教員の項目は除外し、インシデント事例は抽象化などの加工を行った。

本研究は千葉科学大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：R04-13）。

過去5年間に成人看護学実習を履修した学生は331名であった。男子学生65名（19.6%）、女子学生266名（80.4%）であった。

インシデントレポートを提出した学年は、3年生が24件（72.7%）、4年生は9件（27.3%）と3年生の方が多く、性別は女子22件（66.7%）、男子11件（33.3%）と女子の方が多かった。実習領域は、慢性期30件（90.9%）、急性期3件（9.1%）であり、慢性期実習に集中していた。

発生時間は8時から10時までが14件（42.4%）と多く、次いで10時から12時までが10件（30.3%）であり、12時から14時までが4件（12.1%）、14時から16時までが5件（15.2%）であり午前中に発生が集中していた。

発生場所は、病室が19件（57.6%）と最も多く、次いで廊下が6件（18.2%）であり、その他が3件（9.1%）、ナースステーションが3件（9.1%）、浴室1件（3.0%）、処置室1件（3.0%）であった。

インシデント発生は実習開始から13日目が最も多く5件（15.2%）、次いで11日目が4件（12.1%）、7日目と10日目と15日目が各3件（9.1%）、となっており、実習経過とともに増加し10日目以降が半数以上を占めていた。

表1 基本情報（n=33）

学年	人数	(%)
3年生	24	(72.7)
4年生	9	(27.3)
性別		
男	11	(33.3)
女	22	(66.7)
成人実習領域		
慢性期	30	(90.9)
急性期	3	(9.1)
発生時間		
8:00-10:00	14	(42.4)
10:00-12:00	10	(30.3)
12:00-14:00	4	(12.1)
14:00-16:00	5	(15.2)
発生場所		
病室	19	(57.6)
廊下	6	(18.2)
ナースステーション	3	(9.1)
その他	3	(9.1)
浴室	1	(3.0)
処置室	1	(3.0)

IV. 結果

1. 基本情報（表1、図1）

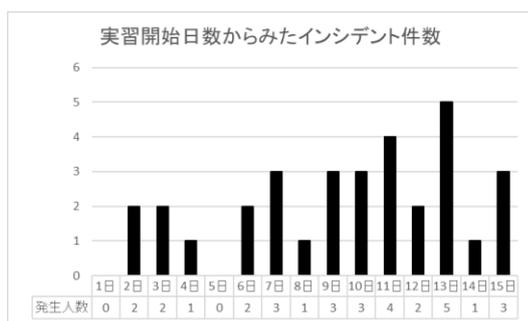


図1 実習開始日数からみたインシデント件数

2. 33 件全体の SHELL モデルからみたインシデント発生要因 (図 2-1~図 2-5)

33 件全体について SHELL モデルの 5 つの要因についてそれぞれの項目の合計を求め、項目数で割って 1 項目当たりの件数を算出した。合計は「ソフトウェア」が 20 件、「ハードウェア」5 件、「環境」35 件、「当事者以外」24 件、そして学生である「当事者」が 129 件であった。1 項目当たりの件数が最も多かったのは「当事者」の 11.2 件で次に多かったのが、「環境」で 4.3 件、「ソフトウェア」3.6 件、「当事者以外」3.3 件、「ハードウェア」4 件で 1 項目当たり 0.6 件であった。多かった項目順に述べる。以下項目については《 》で示す。

「**当事者**」は、インシデントに関わった本人の問題で 10 の項目からなる。思い込みや慣れからくる《確認不足》が 26 件と最も多く、次いで、落ち着きのなさ、注意散漫である《注意不足》が 20 件、しなくてはならないことをしなくていいとの判断、報告連絡相談の原則無視などの《判断ミス》が 19 件、患者特性を含む背景の理解不足である《対象の理解不足》が 15 件、病態の理解不足、看護行為に関する基本的知識不足である《知識不足》が 14 件、情報分析が不十分である《アセスメント不足》が 13 件、ゆとりのなさ、過緊張である《心理的要因》が 11 件、未熟な技術、経験不足である《技術不足》が 5 件、数日間の寝不足等による《心身状態》が 5 件、《その他》が 1 件であった (図 2-5)。

「**環境**」は物理的環境だけでなく仕事や行動に影響を与えるすべての環境に関する 9 項目である。これには、次の予定が迫っているなどの《タイムプレッシャー》が 9 件と多く、次いで施設環境の違いなどによる《実習の困難さ》《発言しにくい雰囲気》が各 6 件、準備、援助中、片付けの全ての段階である《作業空間》が 3 件、学生の過ごす場所や開始終了時間や休憩時間などの《学習条件》が 2 件であった (図 2-3)。

「**ソフトウェア**」は、システム運用に関わるがマニュアルや規定など形にならないもので 5 つの項目からなる。ここでは、口頭のみでの指示や指導教員と病棟間の情報伝達の不足などの《情報伝達の混乱》が 10 件と最も多く、

次いで病棟や施設の独自のやり方である《職場の習慣》が 6 件、《その他》が 3 件、実習要項や実習オリエンテーションなどの《教育マニュアル》が 1 件であった (図 2-1)。

「**当事者以外**」は、当事者以外の 8 種類の人間の項目からなる。ADL、疾患、身体状況による《クライアント》が 7 件と多く、次いで《実習指導者》《受け持ち看護師》が各 5 件、《その他》各 3 件、《病棟スタッフ》が 2 件、《他職種》、《家族》が 1 件であった (図 2-4)。

「**ハードウェア**」は、医療機器や器具、設備、施設の構造などで 6 つの項目からなる。ここでは、援助の際に用いた《原因 器材》が 2 件、《医療機器》、《衣類・履物》《施設の構造》が各 1 件であった (図 2-2)。

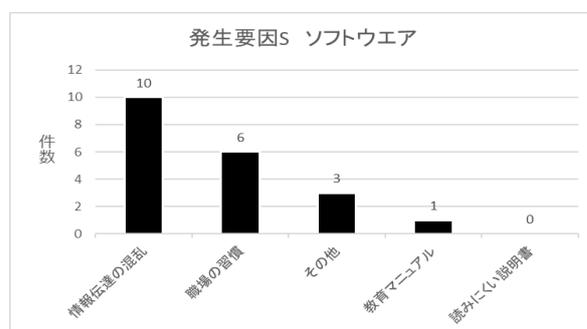


図2-1 発生要因 S ソフトウェア

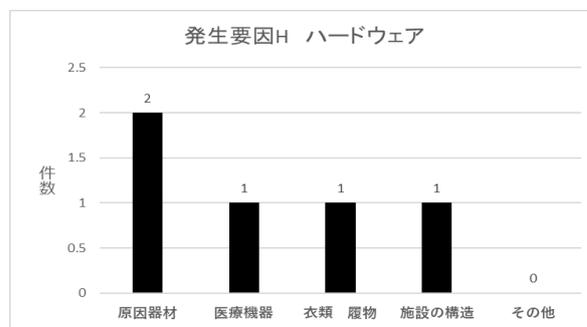


図2-2 発生要因 H ハードウェア

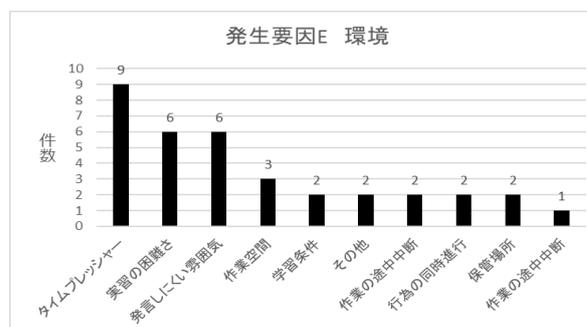


図2-3 発生要因 E 環境

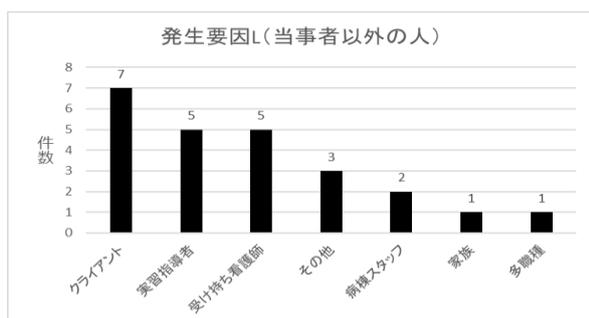


図2-4 発生要因 L (当事者以外)

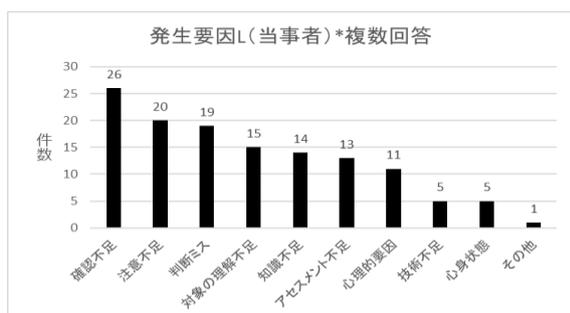


図2-5 発生要因 L (当事者以外)

3. インシデント事例と発生要因 (表2)

インシデント事例を類似性に着目してまとめた結果、7つの内容に分類できた。多い順に『学生の単独行動』『不注意』『記録の置き忘れ・紛失』『不十分なケア』『断れないスタッフの指示』『ルール違反』『患者からのプレゼント』である。以下順に述べる。

『学生の単独行動』が12件と最も多く内容は「看護師・教員の見守りなく、患者を車いすからベッドに移動し散歩」「見当識障害がある患者を学生単独で病棟内を車いすで散歩」、「車椅子自走禁の患者と売店に学生の判断で同行」、「患者と車椅子散歩し外来受診が遅れた」、「酸素投与中の患者を学生単独で車椅子移動」、「カンファレンスの時間が迫っていたため患者を車いすからベッドへ移乗」があり、車椅子移動に関連する事例が最も多く、次に、「学生の判断で、心不全患者に呼吸法を実施した」「許可を得ずに学生自作のパンフレットを患者に渡した」「学生の判断で患者に資料提供をした」と説明や指導に関するものが多かった。療養上の世話に関する事例では、「学生の判断で、誤嚥のリスクがある患者の口腔ケア時に水でうがいさせた」、「点滴中の患者の寝衣交換を患者家族と学生のみで行った」があった。機器類に関しては、「シリンジポンプのアラームが鳴り、学生の判断でアラームを止めた」であった。

『不注意』は5件あり、「オーバーテーブル上のコップに学生の手が触れて落としてしまった」、「環境整備中、テーブルに置いてあったペットボトルの水をこぼしてし

まった」「ケア実施中にパルスオキシメーターをお湯の入ったベースンの中に落として破損した」、「洗髪の技術計画用紙を作らずに洗髪し病衣を濡らしてしまった」があった。「患者を車椅子で移送中フットレスの金属部分を壁にぶつけた」があったが、不注意は水に関する事例が多かった。

『記録の置き忘れ・紛失』は5件あり、「大学バス内に実習記録を置き忘れた」「全体像のアセスメントを大学図書館の印刷室に置き忘れた」「病棟内で記録を落として別の人に拾われた」「カンファレンス室に患者の疾患経過を記入したメモの置き忘れ」「ナースステーションに記録を放置した結果紛失してしまった」があり、置き忘れが4件、紛失が1件あった。

『不十分なケア』が4件で、内容は、「食待ちの患者が目のお菓子を食べてしまった」、「身体固定が不十分で、結果的にベッド上の患者の上半身がずり落ち、ナースコールは床に落ちた」「転落の危険性がある患者のベッド柵がはずれているのに気が付いたが放置した」、「オーバーテーブルを設置するために下げているベッド柵を元に戻すのを忘れた」であった。

『断れないスタッフの指示』は3件あり、内容は「輸液ポンプのアラーム音がなり、PTにアラームを止めてと言われ、アラームを止めた」、「受け持ち看護師の口頭指示で、患者の服薬介助をした」、「患者に自販機で飲み物を買ってくるよう頼まれ、お金を受け取りおつりも取り忘れた」であった。

『ルール違反』は2件であり、内容は「電子カルテを参照モードで閲覧しなかった」、「電子カルテ閲覧用のIDカードをロッカー室に放置し帰宅した」があり、電子カルテに関する内容であった。

『患者のプレゼント』は2件あり、内容としては「患者家族から手作りの品を受け取った」、「断れず患者からお菓子を受け取った」であった。

次に事例ごとの発生要因を把握するために、それぞれの事例でSHELLモデルの5つの要因ごとの項目数を求め、内容別に合計して示した。この数字は結果2に連動しているため、同じ結果になっており7つの内容では「当事者」の件数が最も多く、次に多かったのが「環境」であり、全体としてすべての要因に散らばっていた。

V. 考察

1. 本学の成人看護学領域のインシデント発生傾向

(1) インシデント発生状況

本学の成人看護学実習でのインシデント報告は、学年では4年生より3年生に多く、急性期実習より慢性期実習に集中していた。発生時期は実習開始から日にちが経過するほうが多くなる傾向があり、時間帯では午前中に集中していたことが明らかになった。

学生は2年次の秋学期に履修する基礎看護学実習Ⅱの後に開始される3年次の秋学期の成人看護学実習まで約10カ月待たねばならない。従って3年生は4年生と比較して経験の蓄積がなく、援助を行うことに慣れていないことは容易に推測できるが、それがインシデント発生にも反映していることが示された。

性別は、女性が22件(66.7%)、男性11件(33.3%)と女性が多い結果ではあるが、過去5年間に成人看護学実習を履修した学生は女性266名(80.4%)男性が65名(19.6%)であり、この割合から言うと男子学生の方がインシデントを起こしやすい傾向があるのではないかと推測される。

領域に関しては慢性期実習が30件(90.9%)と急性期実習と比較して著明に多かった。柘野³⁾は、看護学生のヒヤリ・ハット発生状況について報告しており、その中で89%が療養上の世話であったと述べている。周術期患者を中心に看護展開している急性期実習で必然的に診療の補助の場面が多くなるので、学生が単独で実施する機会が少ない。療養上の世話の割合が多い慢性期実習にインシデント・アクシデントの発生が集中する結果に繋がっていると考えられる。さらに柘野³⁾は近年では、医療事故発生の観点から学生が実施可能な診療の補助は限定、縮小されてきており、療養上の世話を実施する頻度が高くなっていることも指摘している。

インシデント発生は実習日数が経つにつれ増加する傾向があった。小野ら⁸⁾も2週目に62.5%、3週目に25.0%と2週目以降にインシデントが発生しやすいと同様の報告をしている。これは実習病棟や受け持ち患者に慣れてきて、学生単独で援助できることも増え、自信がつく半面、緊張感が低下してしまうこととも関連していると考えられる。発生要因の「当事者」(図2-5)の結果から、件数は3件と少ないが、疲労や緊張の蓄積からの心身状態の低下の影響も考えられる。

発生時間においては、8時から10時までが14件(42.4%)、10時から12時までが10件(30.3%)と午前中に集中していた。これは学生が行うケアが午前中に集中していることによると思われる。

(2) SHELLモデルによるインシデント発生の要因

33事例におけるSHELLモデルによる5つの発生要因では、「当事者」の要因が一番多い結果で、その項目は多い順に《確認不足》《注意不足》《判断ミス》《知識不足》《アセスメント不足》《心理的要因》《技術不足》《心身状態》であった。これまでに報告されているインシデントの原因分析においても「知識不足」¹¹⁾「技術不足」「確認不足」¹²⁾「注意不足」「スタッフとのコミュニケーション不足」「危険予知の困難」「環境・設備の不備」³⁾「報告の必要性の認識不足」、「患者の希望を優先する行動」¹⁰⁾「危険

予測の不足」⁸⁾「準備と余裕の不足」「環境に対する予測不十分」⁴⁾などが挙げられており、今回の結果はこれらと一致しており、これらはすべて当事者、すなわち学生側の問題とみなされるものである。

しかし、SHELLモデル分析によって、インシデント発生は必ずしも当事者である学生のせいだけではなく、形にならない「ソフトウェア」、施設や機器などの「ハードウェア」、物理的または行動に影響を与える「環境」、学生を取り巻く人々である「当事者以外」も要因として存在していることが明白になった。インシデントやアクシデントが発生したとき、「人」に注目する傾向があるのはそれが最もわかりやすく、ヒューマンエラーが原因だと捉えるからであるが、人は様々な環境に影響を受けており、環境もまた人に影響を受けているため、問題が発生した場合には、その両面から分析をしなければならない¹⁶⁾と言われている。医療を取り巻く環境は大変複雑で、複数の人々がさまざまな場所で医療機器や設備さまざまな物品を取り扱う。そのため、インシデントが発生した場合には、人のエラーだけに着目するだけでなく、その他の要因を多角的な視点から分析することが重要である。また、学生のインシデント発覚のきっかけは自分が気付くよりも先に4割以上が臨地実習スタッフから指摘を受け、3割近くが教員の指摘を受けている¹⁷⁾と報告されている。学生がインシデントと認識する前に看護師や教員らが発見しているのは、インシデントをインシデントであると認識する意識そのものも学生は未熟であることを意味する。経験が未熟な学生ほど他の要因の影響を受けやすいとも考えられ、教員は学生がインシデントを発生させたときには、学生の要因だけを探るのではなく、学生を取り巻く環境の把握が重要である。

(3) インシデント事例(表2)

インシデント事例の項目では『学生単独行動』が12件と最も多かった。学生の単独行動によるインシデントの発生が多い傾向については伊豆ら¹⁸⁾半崎ら¹⁹⁾細野ら²⁰⁾も同様に報告している。本学では学生が実習している病棟毎に教員1名を配置し実習時間は学生を見守る体制にある。さらに、実習開始前に教員が学生の行動計画を確認しその日の学生の行動を把握している。また初めて実施するケアに対しては看護技術計画用紙を作成させることで、あらかじめ技術の手順、安全な実施のポイントやリスクを考え臨床指導者の確認を経て実践しているので、基本的には学生単独でのケアの機会はないが、他の学生の援助に教員がついている間は、残された学生を見ることは出来ないため、その結果単独で患者と関わる機会は多くなってしまふ。学生が単独で行ったケアの半数は車椅子移乗や移送が占めていたが、この中には患者を制止できず、行動を止められなかった結果インシデント

になった事例もあり、患者の気持ちを優先してしまう学生の傾向も考えられた。学生は急に起こる対象者の予期せぬ行動や変化に思考が及ばず患者の考えや行動を優先してしまう⁵⁾といわれている。

単独行動で次に多かったのは「学生の判断で、心不全患者に呼吸法を実施した」「許可を得ずに学生自作のパンフレットを患者に渡した」「学生の判断で患者に資料提供をした」の説明や指導に関するものであった。これらは発生要因「当事者」の《確認不足》《判断ミス》があると考えられるが、根底には自分の計画が実践できず、他の学生の進展と自分を比較し焦りから生じさせてしまった可能性もある。

『不注意』は5件あり「コップを落としてしまった」、「テーブルのペットボトルの水をこぼした」「パルスオキシメーターをベースンの中に落とす」、「洗髪で病衣を濡らした」「車椅子フットレスの金属部分を壁にぶつけた」などは「当事者」の要因も多々あるが、「ソフトウェア」「ハードウェア」「環境」「当事者以外」の要因があり、時間に追われる《タイムプレッシャー》や、施設ごとの違いである《実習の困難さ》の影響もあると思われる。

『記録の置き忘れ・紛失』は5件あり、個人情報保護に関する事故につながりやすくゆるがせにはできない。要因では、「当事者」「環境」の順が多い。「当事者」である《確認不足》や《注意不足》に加えて、次の援助の時間が迫っているなどの《タイムプレッシャー》、記録をしていたら、ケアに呼ばれてそのまま放置してしまっただ《作業の途中中断》や学生の過ごせる場所《学習条件》保管してよい場所とそうでない場所《保管場所》である「環境」要因が影響していた。学生は、余裕がないため、課題が多重になると、すぐに意識が途切れて置忘れや紛失につながっていると考えられた。

『断れないスタッフの指示』は、本来学生が行わない範囲のケアであるが、自分の判断よりも病棟スタッフの指示を遵守した結果インシデントになってしまった事例である。要因としては「対象者以外」《病棟スタッフ》《多職種》《医師》に指示されると学生は断ることが出来ないものである。「ソフトウェア」《情報伝達の混乱》である指導教員と病棟の情報伝達の不足や「環境」の《発言しにくい雰囲気》の要因が関連していた。

『ルール違反』は、電子カルテ関連の内容であった。これは守ることが実習の前提になっているので、「当事者」での《不注意》《確認不足》が大きい、「ソフトウェア」《職場の習慣》や《情報伝達の混乱》も関連していた。『患者からのプレゼント』として2件の報告があった。1件は「当事者」の要因が上がっているが、要因としてははっきりしない。これは推測になるが、「認めてもらえてうれしい」「断って嫌われたくない」という患者との人間関係を重視したい学生の心理状況も関連していると考

える。しかしながらこの内容を「インシデント」として扱った報告は見当たらず、インシデントとするかどうかについては再考の余地がある。インシデントレポート作成は、教員が考えるより、学生にとってはストレスに感じられる場合もあり、学生のモチベーションを低下させてしまうリスクもある。学生が納得できないインシデントは指導を否定的に捉え、自分自身が責められていると捉えられる⁶⁾ リスクもある。

実習中の学生が起こす可能性があるインシデントとして、「患者の転倒転落」、「感染源となる可能性」、「実習施設や対象の私物破損や紛失」、「個人情報保護に関する記録紛失」等があると言われている²¹⁾。これは本学の実習要項共通にも記載されている内容である。これまでは、各教員のその場の判断で学生に作成するようにしてきたが、今後はどういった内容をインシデントとして扱うべきかについて教員間での意識の統一も必要である。

2. 指導のあり方について

これまでの結果から、指導のあり方について考える。指導は大きく分けると、①学生への指導と②教員の調整である。SHELLモデルの5つの発生要因「ソフトウェア」、「ハードウェア」、「環境」、「当事者以外」「当事者」のうち、学生へ指導できるのは「当事者」である学生の問題を減らすこと、すなわち学生の《知識不足》《技術不足》《確認不足》《注意不足》《判断ミス》《アセスメント不足》《心理的要因》《技術不足》《心身状態》等についての指導である。インシデントの予防教育に関する報告では、実習前に対策を実施する重要性について述べられており¹¹⁾、本学の場合は、実習前演習で、知識を確認したり、主な看護技術を実施したりすることが可能である。

また、学生の予防行動への意識を高め、危険予知や回避能力が向上させるために、実習前のデモンストレーションを含んだオリエンテーション¹¹⁾やインシデント・アクシデントの安全カンファレンス⁵⁾や具体的なインシデント対策のグループワーク¹⁰⁾の実施などの効果についても示されている。例えば実習前に本学学生のインシデント報告を事例とし、要因について追及し同じミスを繰り返さないための対処方法について考え、予防行動への意識を高め十分な安全教育を行うことは効果的である。学生と教員、実習指導者らで行うインシデントの要因や対象者の不利益、予防策の意見交換の安全カンファレンスにおいては92%の学生が危険予知や回避能力の向上につながっていると回答している。

インシデント未経験者は、自分は起こさないとする漠然とした自信があり他人事ととらえる幼さや非現実的な認識傾向がある²²⁾という報告もある一方で、未経験者であってもインシデントの情報共有から得た内容から幅広い視点で対策をあげ、他者体験の共有効果を述べている

報告⁷⁾がある。

また、インシデントが発生した時には当該学生の心情に留意しながら、情報共有とディスカッションを実施することも効果的である。文部科学省「大学における看護系人材養成のありかたに関する検討会」の看護学実習ガイドラインの最終報告書²³⁾には、遭遇したインシデントの原因と再発防止策を考えることは、学生にとっての学修の機会となると述べられている。川村ら¹⁵⁾もインシデントレポート記載に対し、83%の学生が危険予知や回避能力の向上につながっていると報告している。

次に教員の調整である。「ソフトウェア」、「ハードウェア」、「環境」、「当事者以外」の問題は学生には難しい場面が多く、教員が実習環境を整えることが重要である。必要なオリエンテーションを行い、学生、臨床指導者やスタッフと視点を同じにすることが必要である。

実習中は、教員は学生がイメージすることが困難な対象者のリスクについて考えさせたり提示したり指導するとともに、相談しやすい関係構築も必要である。学生が起こしやすいインシデント状況や要因を臨床側と共有すること²⁴⁾も大切であり教員と臨床指導者との連携が患者の安全確保、学生の安全な実習環境につながる。そのため、実習では臨床指導者、学生と安全確保に向けた密接なコミュニケーションが教員には求められる¹¹⁾。

松下は安全な実習のために①事前学習を行う、②指導者の助言、助力を受ける、③報告・連絡・相談に努める、④危険予知力を高める KYT 訓練(危険予知トレーニング)を行うことが重要であるとしたうえで何よりも安全な実習のための第一歩として受け持ち患者に関心を寄せることが重要であると述べている²¹⁾。学生が受け持ち患者に関心をもち、患者と良好な人間関係を築いていくことが基本である。

VI. まとめ

過去 5 年間に成人看護学実習中において学生より提出された、インシデントレポート全数 33 件を分析した結果以下の知見が得られた。

1. 本学のインシデント報告は 3 年生が多く慢性期領域に集中していた。また 2 週目以降の実習にインシデントを起こしやすく、時間帯は午前中に集中していた。
3. インシデント事例は 7 つの内容に分類できた。『学生の単独行動』『不注意』『記録の忘れ・紛失』『不十分なケア』『断れないスタッフの指示』『ルール違反』『患者からのプレゼント』であった。
4. SHELL モデルからみたインシデントの発生要因で最も多かった要因は当事者(学生)であったが、その他「ソフトウェア」、「ハードウェア」、「環境」、「当事者以外」の要因が絡んで発生していることがわかった。
5. 当事者である学生への指導として、実習前に知識不

足や予防行動への意識を高める安全教育を行う必要があるが、それと並行して教員は実習中に学生が相談しやすい雰囲気作りとともに、臨床指導者やスタッフと連携、協力し、学生のレディネス把握や、受け持ち患者の病態や医療依存度から予測されるリスクに対する助言、指導を揃えていくことが重要である。

表2 インシデント事例と発生要因

	番号	インシデント概要	S	H	E	L	L
			ソフトウェア	ハードウェア	環境	当事者以外	当事者
学生の単独行動	1	学生単独で患者を車いすからベットに移動し患者の希望に沿い許可エリア外に車いす散歩に出た。	1	1	1	3	4
	2	見当識障害がある患者を学生単独で病棟内を車いすで散歩した。	1	1	2	3	9
	3	単独での車椅子自走禁の患者と売店に学生の判断で同行した。					2
	4	学生単独で患者と車椅子散歩をし、予定されていた外来受診が遅れた。			1		4
	5	酸素投与中の患者を学生単独で車椅子移動した。					6
	6	カンファレンス時間が迫っていたため、学生単独で患者を車いすからベッドへ移乗した。			1		5
	7	学生の判断で、心不全患者に呼吸法を実施した。	1		2	2	2
	8	許可を得ずに学生自作のパンフレットを患者に渡した。					7
	9	学生の判断で患者に資料提供をした。					3
	10	学生の判断で、誤嚥のリスクがある患者の口腔ケア時に水でうがいさせた。					5
	11	点滴中の患者の寝衣交換を患者家族と学生のみで行った。			3	1	7
	12	シリンジポンプのアラームが鳴り、学生の判断でアラームを止めた。	2	1	2		6
		合計	5	3	12	9	60
不注意	1	飲水量を観察している患者のオーバーテーブル上のコップに学生の手が触れて落としてしまった。					1
	2	ケア実施中、サチュレーションをお湯の入ったベसनの中に落として破損した。					1
	3	環境整備中、テーブルに置いてあったペットボトルの水をこぼしてしまった。	1	1	1	1	2
	4	洗髪の手術計画用紙を作らずに洗髪を行い病衣を濡らしてしまった。	1	1	1	1	8
	5	患者を車椅子で移送中、フットレスの金属部分を壁にぶつけた。	1	1	2	3	6
		合計	3	3	4	5	18
記録の置き忘れ・紛失	1	大学バス内に実習記録を置き忘れた			2		4
	2	全体像のアセスメントを大学図書館の印刷室に置き忘れた。	1	1	1		2
	3	病棟内で記録を落とし、他の人に拾われた。			1		2
	4	カンファレンス室に患者の疾患や入院までの経過を記入してを置き忘れてしまった。	1	1	4	1	7
	5	ナースステーションに記録を放置した結果紛失してしまった。			1		2
		合計	2	2	9	1	17
不十分なケア	1	食待ちの患者が目のお菓子をお菓子を食べってしまった。	1	1	1	4	3
	2	身体固定が不十分で、結果的にベッド上の患者の上半身がずり落ち、ナースコールは床に落ちた。	2	1		2	5
	3	転落の危険性がある患者のいつもされていたベッド柵がされていないが放置した。					1
	4	オーバーテーブルを設置するために下げているベッド柵を元に戻すのを忘れた。	2	1		1	4
		合計	5	3	1	7	13
断れないスタッフの指示	1	輸液ポンプのアラーム音がなり、PTにアラームを止めてと言われ、アラームを止めた。	2		1		3
	2	受け持ち看護師の口頭指示で、患者の服薬介助をした。	1	1	3	2	4
	3	医師に患者の品物を買ってくるよう頼まれ、お金を受け取った。なおかつおつりを取り忘れた。				1	3
		合計	3	1	4	3	10
ルール違反	1	電子カルテを参照モードで閲覧しなかった。	2		1		3
	2	電子カルテ閲覧用のIDカードをロッカーに放置し帰宅した。					1
		合計	2		1		4
患者のプレゼント	1	患者家族から手作りの品を受け取った。			1		6
	2	断れず患者からお菓子を受け取った。					
		合計			1		6

引用文献

1) 厚生労働省：「基礎看護教育における技術教育のありかたに関する検討会」報告書

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0317-4.html> (2022年3月3日アクセス)

2) 林久美子, 岩崎淳子, 北端恵子, 高橋直美, 北村真由美: 成人看護学実習におけるインシデントヒヤリハットに関する文献レビュー, 第49回日本看護学会論文集, 慢性期看護, 2019

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) 村上 静子, 野澤 明子, 杉山 琴美: 成人看護学実習における学生のインシデント経験の探究 療養上の世話に関する分析, 日本看護学会論文集, 看護教育(39), 352-354, 2009

5) 山下 百合子, 宮川 朋子, 百合 淳子, 小堀 三鈴, 大野木裕明: 看護学生の起こすヒヤリハット体験の発生状況の分析と指導, 日本看護学会論文集, 看護教育(38), 51-53, 2008

6) 城戸口親史, 巴山玉蓮, 古屋洋子; 看護学生の臨地実習におけるインシデント・アクシデントの体験の現状, 山梨県立看護大学短期大学部紀要12, (1), 43-49, 2007

7) 中澤 洋子, 中村 恵子, 高儀 郁美; 成人看護学実習におけるインシデントの実態と教育上の課題, 北海道文教大学研究紀要(39), 101-109, 2015

8) 小野 由季子, 東根 敦子, 若林 亜由美, 岡本 京子, 鈴木孝, 田邊 美穂, 高橋 紀久代, 石垣 夫美代: 臨地実習におけるインシデント・アクシデントの発生状況と原因分析, 愛知県立総合看護専門学校紀要(8), 38-43, 2011

9) 飯塚 雅子, 鈴木 良子: 基礎看護学実習IIにおけるヒヤリ・ハット分析 同じようなヒヤリ・ハットを繰り返さないための対策, 湘南短期大学紀要(24), 33-40, 2013

10) 山口 理世, 中山 美加, 山田 円: 基礎看護学実習における看護学生のインシデントの実態 学生側の要因, 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌(7), 172-175, 2012

11) 藤邊 祐子, 坂本 保子, 高橋 雪子: 臨地実習におけるインシデント予防教育に関する文献検討, 八戸学院大学紀要(58), 155-162, 2019

12) 林久美子, 岩崎淳子, 北端恵子, 高橋直美, 北村真由美: 成人看護学実習におけるインシデント、ヒヤリ・ハットに関する文献レビュー, 日本看護学会論文集, 慢性期看護(49), 358

13) 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

14) 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, 日本看護管理会誌,

8(2), 2005

15) 川村三加子, 小方美樹, 狩野由紀子, ほか11名: 臨地実習におけるインシデント・アクシデントレポート記載, 安全カンファレンスの指導に対する学生の思い, 第49回日本看護学会論文集, 看護教育, 2019

16) 【医療安全】SHELL (シェル) 分析～すべては人間の責任か? (resilient-medical.com) (2022年9月20日アクセス)

17) 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

18) 伊豆麻子, 久保田美幸, 内藤守, 斉藤まさ子, 清水理恵他: 臨床実習と医療安全教育-学生がとら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

19) 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

20) 細野恵子, 鈴木里奈, 武市千穂, 山田真緒; 看護系大学生の臨地実習におけるインシデントの発生の実態とインシデントに対する学生の認識, 保健福祉学部紀要Vol110, 45-53, 2018

21) 松下由美子: ナーシング・グラフィカ EX① 医療安全, メディカ出版, 194-214, 2011

22) 塩霧都恵, 土屋八千代: 看護学生が臨地実習でインシデントを起こした後の教育的かかわり—看護学生・実習指導者それぞれの立場から検討する—, 第46回(平成27年度)日本看護学会論文集, 看護教育, 2016

23) 文部科学省「大学における看護系人材養成のありかた検討会」最終報告書 2011年3月

https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/_icsFiles/fieldfile/2011/03/11/1302921_1_1.pdf (検索日2022-1-25)

24) 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, (2), 65-74, 2007