

〈原著論文〉

臨地実習における看護学生のインシデントレポート分析

Incident Report Analysis of Nursing Students during Practical Training

仲下 祐美子¹, 河野 益美²

要旨

本研究の目的は、臨地実習におけるインシデント発生状況の実態を明らかにすることにより、今後の臨地実習に求められる医療安全教育の質の向上への示唆を得ることである。2008年度から2015年度までに本学看護学生が提出したインシデントレポートを基に分析を行った。インシデント発生件数は計41件であり、「個人情報の保護」に関するものが最も多く、次いで「転倒・転落」「転倒リスク」「安静度の制限を超えた行動」「医療器具の取扱い」「食事・水分摂取」であった。インシデントのうち「移動・移乗」「安静度の制限を超えた行動」「弾性ストッキングの着脱」「酸素管理」「接遇・コミュニケーション」については他者による指摘でインシデントの発生が把握されていた。インシデントの発生の原因は「判断誤り」が最も多く、「指導者への報告・連絡・相談の不足」「知識不足」「観察不足」「技術の未熟」などであった。看護実践の振り返りから患者の安全を確保した看護へ繋げる教育が重要である。

キーワード：インシデント，臨地実習，インシデントレポート，看護学生，看護系大学

Incident, Practical Training, Incident Report, Nursing Student, College of Nursing

I. はじめに

本学においては2008年度に看護学部看護学科が開設され、臨地実習は1年次前期の早期体験実習を始まりとし、2年次の基礎看護学実習Ⅰ・Ⅱおよび地域看護学実習、3年次後期から4年次前期にかけての領域別看護学実習、最後に総合看護学実習のカリキュラムとなっている。臨地実習では患者への看護を実践するため、1年次から医療安全の基礎知識が習得できるよう教育する必要がある。

本学の医療安全教育は、安全で質の高い看護が提供できるよう、1年次から患者の安全を守る看護や事故予防の内容を含んだ講義および演習を行っている。講義・演習以外では、看護学生が一堂に会する実習説明会を実施し、初めて臨地に向かう早期体験実習の1～2ヵ月前のプレオリエンテーションと実習直前のオリエンテーションでは、実習中の健康管理や感染予防、実習中の事故と事故発生時の対応などを指導している。また、領域別看護学実習前のオリエンテーションでは、本学看護学生の臨地実習でのインシデントの実例を基

に発生状況を示し、予防策を学生自らが考え、インシデントは誰にでも起こり得ることを認識する機会を設けている。臨地実習では患者の予期せぬ行動や変化などの複数の事象に対応しなければならない場面があり、実践レベルでの看護の安全については繰り返し学習し、習得できるよう指導することが重要と考える。

看護学生の臨地実習でのインシデントに関する先行研究では「転倒・転落」が最も多く、次いで「チューブ抜去」「報告に関すること」であったと報告されている（中澤，中村，高儀，2015；畠山，2012）。インシデントの原因は「誤った思い込み」「確認不足」「注意不足」「連絡・報告の不足」などが報告されていた（中澤ら，2015；拓野，2014）。インシデントの発生による学生の感情については、患者への配慮や心配よりも、学生自身の精神的動揺が占める割合が高いことが報告されていた（畠山，2012）。本学看護学部看護学科は5期生が卒業しているが、臨地実習におけるインシデントの実態は明らかにされていない。そこで、本研究では本学看護学生が提出したインシデントレポートを基に、インシデント発生状況や発生要因などの実

1 Yumiko NAKASHITA 千里金蘭大学 看護学部

2 Masumi KONO 千里金蘭大学 看護学部

受理日：2016年9月10日

査読付

態を明らかにすることを目的とした。本研究により、臨地実習に求められる医療安全教育の質の向上に寄与できると考えた。

II. 研究方法

1. 研究対象

本学看護学部看護学科の学生が2008年度から2015年度に提出したインシデントレポートとした。インシデントレポートの様式は、本学が作成したものであり、インシデントの影響レベルは国立大学病院附属医療安全管理協議会が定めた医療事故の影響レベル（国立大学附属病院長会議常置委員会，2005,2012）の定義に倣った。また、インシデントの内容は医療事故情報収集等事業（厚生労働省，2004）および医療事故防止ガイドライン（大阪府，2011）を基に、看護師教育の技術項目の卒業時の到達度（厚生労働省，2008）を考慮して、主たる内容を選択できるような項目を作成した。様式は、看護学生が記載する項目と担当教員が指導した内容を記載する欄で構成されている。看護学生が記載する項目は、インシデントの影響レベル（レベル0～4）、臨地実習科目名、学籍番号、学生氏名、インシデントの発生日・時間、発生場所、対象患者の性別および年代、主病名、インシデント発生時の指導者の有無、発見者（本人もしくは他者）、インシデントの主な内容（選択肢：転倒・転落、酸素管理、医療器具の取扱い、熱傷・創傷・粘膜損傷、食事・水分摂取、与薬、感染予防、個人情報保護、接遇・コミュニケーション、その他）、発生原因（選択肢・複数回答可：観察不足、判断誤り、知識不足、技術の未熟、接遇、患者側の要因、不可抗力、その他）である。また、発生時の状況、発生後の対応とその後の経緯、自己の行動の振り返り、今後の改善策は自由記載の様式となっている。なお、インシデントレポートの決裁者は、領域責任者、実習委員長、看護学科長、看護学部長であり、インシデントレポートの保管は2015年度までは看護学科長、今年度からは実習委員長が行うこととしている。インシデントの定義は、世界標準では過失の有無に関わらず何が起きたことを示し、しかも患者にとって有害の程度は問わないことであるが、日本では患者に有害事象が発生した場合をアクシデント、そうでない場合をインシデントとすることが多く（相馬，2016，pp. 58）、本学看護学部看護学科もこれに倣っている。開設以降、ア

クシデントの発生は0件であった。

2. データ収集期間および内容

データ収集は2016年6月から7月に、本学看護学部看護学科内にて行った。インシデントレポートより抽出する内容は、インシデントの影響レベル、臨地実習科目名、発生日・時間、発生場所、対象患者の性別および年代、インシデント発生時の指導者の有無、発見者、インシデントの主な内容、発生原因とした。

3. 分析方法

インシデントレポートより抽出した内容は、数値データとして扱った。データの分析は χ^2 検定の適合度検定、Fisher's exact testを用いて検討した。分析にはIBM SPSS Statistics Version 20.0 for Windowsを用い、有意水準は5%とした。

4. 倫理的配慮

データ収集において、インシデントレポートに記載された個人を特定する学籍番号、学生氏名、教員氏名、インシデント発生場所の病院名および施設名、主病名に関するデータ収集は行っていない。また、発生時の状況、発生後の対応とその後の経緯、自己の行動の振り返り、今後の改善策、担当教員の指導内容についてのデータ収集も行っていない。インシデントは、発生時の患者の病状および薬剤の副作用を含めた症状の出現程度、日常生活動作や認知機能の程度、インシデント発生時の人的・物的環境、学生側の要因等の要件が複合的に絡んでいるため、患者や発生場所、ひいては担当学生が推測される可能性があると考えたためである。改善策等は発生時の状況と関連するものであるため収集しなかった。抽出したデータはすべて集団として扱った。

本研究は千里金蘭大学疫学研究倫理審査委員会の承認を得た（承認日2016年6月6日、承認通知番号255）。インシデントレポートの管理者である看護学科長には、看護学科長宛のインシデントレポート貸出およびデータ抽出に関して同意を得る書面を作成し、承諾を得て実施した（承諾日2016年6月8日）。

Ⅲ. 結果

1. インシデントの内容

インシデントの発生年度および臨地実習科目別にみたインシデントの内容を表1に示した。2008年度から8年間の発生件数の合計は41件であった。

インシデントの内容は「個人情報の保護」に関するものが最も多く8件(19.5%)であった。「その他」を除くと、「転倒・転落」が4件(9.8%)であり、「転倒リスク」「安静度の制限を超えた行動」「医療器具の取扱い」「食事・水分摂取」に関するものがそれぞれ3件(7.3%)であった。

インシデントの発生年度別の発生件数は、2008年度0件、2009年度1件、2010年度3件、2011年度5件、2012年度10件、2013年度と2014年度がそれぞれ6件、2015年度10件であった。インシデントの発生年度と発生件数に有意差はみられなかった(χ^2 検定の適合度検定 $p=0.915$)。

臨地実習科目別にインシデントの発生件数をみると、14科目のうち最も発生件数が多いものは成人看護学実習Ⅰ(急性期)が9件であり、次いで基礎看護学実習Ⅱが8件、基礎看護学実習Ⅰが6件であった。発生件数が0件であったのは早期体験実習、地域看護学実習、精神看護学実習、助産学実習であった。

2. インシデントの発生時の状況

インシデントの発生時の状況として、影響レベル、発生場所、発生時間、発見者、発生時の指導者の有無を表2に示した。

インシデントの影響レベルで最も多いものは、レベル1「患者への実害はなかった(何らかの影響を与えた可能性は否定できない)」が30件(73.2%)であった。次いで、レベル2「処置や治療は行われなかった(患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確保のための検査などの必要性は生じた)」は5件(12.2%)であり、インシデントの内容をみると「転倒・転落」が2件、「医療器具の取扱い」「与薬」と「その他」に分類された「術創への負荷」がそれぞれ1件であった。レベル0「エラーや医薬品・医療用具の不具合がみられたが患者には実施されなかった」は4件(9.8%)であり、すべて「個人情報の保護」に関するものであった。インシデントレベルで最もレベルが高い3a「処置を要した(消毒、湿布など一時的なもの)」は2件(4.9%)であり、「転倒・転落」と「その他」に分類された「自転車事故」であった。

インシデントの発生場所は「病室」が最も多く20件(48.8%)であり、次いで「病棟内」10件(24.4%)であった。発生時間は8時台から19時台に分散していた。発見者は「本人」が20件(48.8%)、「他者」

表1 インシデントの発生年度および臨地実習科目別にみたインシデントの内容

項目	インシデントの内容																
	発生件数	転倒・転落	転倒・転落リスク	移動・移乗	安静度の制限を超えた行動	保清	弾性ストッキングの着脱	酸素管理	医療器具の取扱い	熱傷・創傷・粘膜損傷	食事・水分摂取	与薬	感染予防	個人情報の保護	接遇・コミュニケーション	その他	
2008年度	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2009年度	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
2010年度	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
2011年度	5	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	
2012年度	10	1	0	1	1	0	2	0	1	0	0	0	0	3	1	0	
2013年度	6	1	2	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	
2014年度	6	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	
2015年度	10	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	4	0	1	
1年前期	早期体験実習	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2年前期	基礎看護学実習Ⅰ	6	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	
2年後期	基礎看護学実習Ⅱ	8	0	1	0	0	1	0	0	0	2	1	0	1	0	2	
開講年次・臨地実習科目	地域看護学実習	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	3年後期～4年前期	成人看護学実習Ⅰ	9	0	0	1	2	0	2	0	1	0	0	0	0	3	
	成人看護学実習Ⅱ	4	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	
	老年看護学実習	4	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
	小児看護学実習	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
	母性看護学実習	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
	精神看護学実習	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	在宅看護学実習	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	
	4年前期	公衆衛生看護学実習	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	4年後期	助産学実習	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	総合看護学実習	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	
	計	41	4	3	2	3	2	2	1	3	0	3	2	0	8	1	7
	(%)		(9.8%)	(7.3%)	(4.9%)	(7.3%)	(4.9%)	(4.9%)	(2.4%)	(7.3%)	(0.0%)	(7.3%)	(4.9%)	(0.0%)	(19.5%)	(2.4%)	(17.1%)

インシデントの発生年度と発生件数の χ^2 検定(適合度検定) $p=0.915$

注1) 臨地実習科目のうち地域看護学実習は2013年度開講、在宅看護学実習および公衆衛生看護学実習はカリキュラム改正により保健師教育課程選択制導入後の2015年度開講である。カリキュラム改正前の2014年度まで開講された地域看護学実習Ⅰは在宅看護学実習に、地域看護学実習Ⅱは公衆衛生看護学実習に含めた。

2) インシデントの「その他」とは「術創への負荷」、「固定装具の取り外し」、「看護師の見守り指導無しでリハビリテーションを実施」、「ベッド欄に足が引っかかりそうになる」、「SpO₂測定値の報告忘れ」、「患者様私物紛失」、「自転車事故」であった。

表2 インシデントの発生時の状況

項目		件数	%
影響レベル	レベル0	4	9.8
	レベル1	30	73.2
	レベル2	5	12.2
	レベル3a	2	4.9
発生場所	病室	20	48.8
	病棟内	10	24.4
	病院内	4	9.8
	施設内	3	7.3
	患者宅	2	4.9
	自宅	1	2.4
	道路	1	2.4
発生時間	8時台	3	7.3
	9時台	3	7.3
	10時台	7	17.1
	11時台	6	14.6
	12時台	3	7.3
	13時台	4	9.8
	14時台	6	14.6
	15時台	6	14.6
	16時台	1	2.4
	17時台	1	2.4
発見者	本人	20	48.8
	他者	21	51.2
発生時の指導者の有無	指導者の存在あり	7	17.1
	指導者の存在なし	34	82.9

N=41

注) 影響レベルは6段階あり、レベル0~3aがインシデント、レベル3b~4がアクシデントである。定義は以下に示す。
 レベル0: エラーや医薬品・医療用具の不具合がみられたが患者には実施されなかった。
 レベル1: 患者への実害はなかった(何らかの影響を与えた可能性は否定できない)。
 レベル2: 処置や治療は行われなかった(患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確保のための検査などの必要性は生じた)。
 レベル3a: 処置を要した(消毒、湿布など一時的なもの)。
 レベル3b: 治療を要した(皮膚の縫合、鎮痛剤の投与、バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、骨折など)。
 レベル4: 行った医療または管理により、生活に影響する重大な永久的影響が発生した可能性がある場合。

が21件(51.2%)でほぼ同数であった。発生時に指導者がその場に居たかについては「指導者の存在なし」が34件(82.9%)であり、「指導者の存在あり」7件(17.1%)の約5倍であった。

インシデントの対象患者の年代と性別については「個人情報の保護」に関するインシデントのうち対象患者を特定できないものを分析から除外した37件について表3に示した。

表3 インシデントの対象患者の年代と性別

	男	女	計	%
0歳台	1	0	1	2.7
10歳台	0	1	1	2.7
20歳台	0	0	0	0.0
30歳台	0	1	1	2.7
40歳台	1	0	1	2.7
50歳台	2	2	4	10.8
60歳台	0	3	3	8.1
70歳台	10	7	17	45.9
80歳台	3	2	5	13.5
90歳台	0	4	4	10.8

N=37

注) 分析対象は個人情報の保護に関するインシデントのうち対象患者を特定できない4件を除外した。

3. インシデントの発生の原因

インシデントの発生の原因(複数回答)を表4に示した。該当数が多い順にみると「判断誤り」29(70.7%)、「指導者への報告・連絡・相談の不足」23(56.1%)、「知識不足」15(36.6%)、「観察不足」10(24.4%)、「技術の未熟」8(19.5%)であり、「確認不足」「注意力不足」「接遇」がそれぞれ3(7.3%)、「患者への説明不足」「指導者への説明不足」が2(4.9%)、「患者側の要因」「不可抗力」が1(2.4%)であった。

表4 インシデントの発生の原因(複数回答)

	該当数	%
判断誤り	29	70.7
指導者への報告・連絡・相談の不足	23	56.1
知識不足	15	36.6
観察不足	10	24.4
技術の未熟	8	19.5
確認不足	3	7.3
注意力不足	3	7.3
接遇	3	7.3
患者への説明不足	2	4.9
指導者の説明不足	2	4.9
患者側の要因	1	2.4
不可抗力	1	2.4

N=41

4. インシデントの発見者別にみたインシデントの内容

インシデントの発見者別にインシデントの内容を表5に示した。発見者が「本人」では「転倒・転落」「医療器具の取扱い」「個人情報の保護」が多かった。発見者が「他者」では「転倒リスク」「移動・移乗」「安静度の制限を超えた行動」「弾性ストッキングの着脱」「酸素管理」「食事・水分摂取」「接遇・コミュニケーション」が多かった(p<0.001)。

表5 インシデントの発見者別にみたインシデントの内容

	発生 件数	転倒・ 転落	転倒 リスク	移動・ 移乗	安静度 の制限 を超え た行動	保清	弾性ス トッキ ングの 着脱	酸素 管理	医療器 具の取 扱い	食事・ 水分 摂取	与薬	個人情 報の保 護	接遇・ コミュニ ケーション	その他
本人	20	4	1	0	0	1	0	0	3	1	1	6	0	3
他者	21	0	2	2	3	1	2	1	0	2	1	2	1	4

N=41 Fisher's exact test $p < 0.001$

注) インシデントの内容のうち「熱傷・創傷・粘膜損傷」と「感染予防」はそれぞれ0件のため表中には示さず、Fisher's exact testでも除外した。

IV. 考察

1. インシデントの内容と発生状況

本学看護学部看護学科の開設から8年間のインシデント発生件数は計41件であり、「個人情報の保護」に関するものが最も多く、次いで「転倒・転落」「転倒リスク」「安静度の制限を超えた行動」「医療器具の取扱い」「食事・水分摂取」であった。インシデントのうち「移動・移乗」「安静度の制限を超えた行動」「弾性ストッキングの着脱」「酸素管理」「接遇・コミュニケーション」については、他者による指摘で発生が把握されていた。

先行研究では、看護学生の臨地実習でのインシデントの内容は、1科目での分析報告(中澤ら, 2015)や、本研究のように臨地実習で発生したインシデントを合算して分析した報告(畠山, 2012)のいずれにおいても「転倒・転落」が圧倒的に多い。本研究では「転倒・転落」と「転倒リスク」をインシデント様式への記載に沿って分類して示したが、先行研究(中澤ら, 2015; 畠山, 2012)では「転倒・転落」に「転倒しそうになった」等の転倒の可能性を含めて集計している。本研究もそれに倣うと上位のインシデントであると考えられる。先行研究では、看護学生のインシデントで「転倒・転落」が多い理由は、患者の生活の質の向上や日常生活動作の拡大を目標にした計画を立案し、移動等の技術を積極的に行っているためと述べられており(半崎, 尾崎, 2012)、本学学生も同様であることが推察された。一方、病院勤務の看護師を対象とした先行研究では「転倒・転落」は主たる発生要因が患者側に存在することが多く、行動や環境上の要因が複雑に絡むため、決定的な防止策を見出すことが困難との報告がある(吉田, 2012)。本学のインシデントレポート様式には、対象患者の日常生活自立度や認知機能の程度、人的・物的環境は記載項目として設けられていないため、今後、先述した項目や看護計画の要約を記載する欄を設ける

ことで詳細な状況や要因を検討できることに繋がると考える。

「個人情報の保護」に関して、本研究ではインシデント発生状況の詳細な情報は得られていないが、個人情報を記載したものとして考えられる学生の所有物には実習記録やメモがある。本学看護学生が使用する実習記録用紙は、対象患者の氏名は記載せず、生年月日および年齢は年代に置き換えて記載する様式である。しかし、実習記録用紙の中には、性別、現病歴、既往歴、家族構成、職業、嗜好なども含めた情報、病態関連図、看護問題、看護目標、実施内容および評価の欄を設けている。このように実習記録用紙には詳細な情報を記載するため、他の情報と照合し、それにより個人を識別することが不可能とは言い切れない。臨地実習において個人情報の取扱いに関しては何らかの定めを行い、実習施設と看護学生が書面を交わしている。看護学生は臨地実習をとおして知り得た情報は他者に漏らさないこと、プライバシーの保護および秘密保持は臨地実習における当然の前提であり、徹底すべき事項である。しかし、インシデントの内容は「個人情報の保護」に関するものが最も多かった。結果には示していないが、発生場所は殆どが病棟・施設内であり、発生時間は8時台から17時台に分散し、発生時には指導者がその場にいないことが多かった。先行研究では、看護学生は臨地に立つだけでも緊張する状況であり、看護実践の経験がないことも緊張を高める要素となることが報告されている(拓野, 2014)。また、あるものに集中すればするほど、他への集中は弱くなるとの指摘がある(中澤ら, 2015)。個人情報に関するインシデントは、学生が他のことに気をとられたり、次の動作・行動に移る際にメモ等を置き忘れることが考えられるため、教員や実習指導者などの他者が看護学生に繰り返し注意喚起し、インシデントの発生を防ぐ必要があると考える。

インシデントの発見者別にインシデントの内容

をみると、「移動・移乗」「安静度の制限を超えた行動」「弾性ストッキングの着脱」「酸素管理」「接遇・コミュニケーション」については他者による指摘でインシデントの発生が把握されていた。移乗移送動作における看護師と看護学生の注視行動と危険認知を比較した先行研究では、経験の少ない看護学生が瞬時に獲得した知識を活用して危険を認知することは難しく、経験したことの無いことにまで想像を膨らませることは極めて困難であると報告されている(中原, 蜂ヶ崎, 田中, 遠藤, 竹内, 2013)。臨地実習で看護学生にケア実施の直前に指導をしても指導に従わないで実施した事例報告では、教員や実習指導者の伝え方や伝えた内容が看護学生に正確に伝わったかの確認まで含めた対応の検討が重要だと述べられている(石川, 斉藤, 2014)。看護学生が臨地実習で自分の持てる力を十分に発揮し、患者にとって安全な看護が提供できるためには、教員は講義や臨地実習前のオリエンテーションなどで先輩看護学生の実例や教員自身の体験談などを聞かせること、演習をとおして学生自身がインシデントなどの危険を体感する工夫や他の学生を観察する経験を積み重ねる場を設けることで、学生自身が想像力を磨く機会を増やす必要があると考える。

インシデントの発見者は本人と他者がほぼ半数であり、他者の指摘により看護学生は事態の危険性と重大性を捉えることができたと推測する。インシデントは、教員や実習指導者が各学生の言動を把握・確認しているほど、その発生に気付くことができると考えられる。他者の適確な指摘に伴いインシデントレポートが提出される件数は増加するが、件数の増加が問題なのではなく、看護学生がインシデントレポートの作成を通して自らの行動を丁寧に振り返る機会とし、それにより患者の安全の確保に繋がることを指導することで、今後のインシデントの発生を防ぐことが重要であると考える。

2. インシデントの発生要因

インシデントの発生の原因は「判断誤り」が最も多く、「指導者への報告・連絡・相談の不足」「知識不足」「観察不足」「技術の未熟」などであった。本研究では個々のインシデントの詳細な情報は得られていないが、先行研究では看護学生は患者の「大丈夫」という言葉だけを意図的に情報解釈のために選択し、患者の言動によって自己の判断が

揺らぎ、患者の言動のみに頼った不確かな根拠によって判断していると指摘されている(落合, 小野, 秋元, 時本, 2015)。一方、自分の考えを伝え、分からない時に聞くという行動が、看護学生にとって心理的ハードルが高いとの報告がある(山本, 田中, 兵藤, 2015)。看護学生がインシデントを報告しなかった例では、その理由として「怖くて言えなかった」「自分で反省した」「報告すべきか迷った」などが挙げられている(有田, 田村, 2015)。インシデントが発生する原因のひとつには、看護学生だけでなく教員や実習指導者も含めた要因が絡んだ結果ではないかと推測するが、インシデントが発生した際は、看護学生が内容を報告・連絡・相談できるよう教員や実習指導者は看護学生との関係を構築し、報告することへの抵抗感を軽減し、看護学生が意味のある経験として学びに転換できるよう関わる必要があると考える。

職種経験1年未満の看護師の医療事故発生を調査した研究では、件数が高い理由の第一位は「知識不足・経験不足」であり、次いで「基本的な手順の不遵守」「思い込みによる安易な実施」「目的や根拠と行動・実施の乖離」「危険性の認識不足」「報告や相談ができない・しない」であったとの報告がある(山本ら, 2015)。医療安全教育は、責任指向ではなく原因指向へと捉えていけるような教育の方向性が示されているが、現代の若者の傾向として、ストレス耐性の低下、権利意識の向上、職業意識の低下、アイデンティティの未熟さ、柔軟な思考ができず視野が狭いなどが挙げられている(塩, 土屋, 2014)。インシデント発生時は、その体験そのものが看護学生のみならず職種経験年数の少ない看護師にとっても心理的負担になり、向き合うことに否定的な感情を抱く場合があると考えられる。しかし、先行研究では体験時からの時間の経過が、原因や対策についての客観的な振り返りに結びつき、報告書を書くことが自己の行為を内省し、失敗体験を肯定的に受け止めることができる機会になっていたことが報告されている(真砂, 津田, 鳥井, 2011)。臨地実習におけるインシデント発生後、教員は看護学生の記憶が新しいうちに自己の振り返りをさせたいとの意識があるが、看護学生は動揺し、インシデント体験に向きあえない場合や、実習記録と並行してインシデントレポートを作成することを負担と感ずることもあるのではないかと推測する。看護学生がインシデントの事実確認と発生要因を見逃さずに整理できる

よう、教員は日頃の看護学生の言動をとおして陥りやすい傾向を把握して関わり、タイミングを見計らって振り返りができるように導くことが必要だと考える。教員は指導をとおして、看護学生が発生した事象を真摯に受け止め、自身の行動が患者にどのような影響を与えたかを考え、危険性を認識することができたかなどの気づきや学びを把握し、安全で質の高い看護の提供へ繋げることが重要だと考える。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究は、本学看護学生が2008年度から2015年度までに提出したインシデントレポートを基に、インシデントの発生状況と発生要因などの実態を明らかにした。しかし、インシデントレポートの詳細な記述である発生状況のデータは収集していないため、個人情報の保護に関するインシデントでは何をどのように保護できなかったのか、どのような転倒・転落であったのか、何の判断を誤りインシデントが発生したのか等は詳らかにできていない。先行研究ではインシデント発生時の状況と対象者の概要を挙げたものが散見され、対象者の要因を含めた分析結果が示されていた（中澤ら、2015；拓野，2014；石川，齊藤，2014）。今後、研究における倫理的配慮を踏まえたうえで、インシデントレポートに記載された看護学生自身の行動の振り返りや今後の改善策などの質的データを用いた詳細な検討を行うことで、本学看護学部看護学科のインシデントの発生傾向や患者および環境要因を捉えることができると考える。

医療安全教育は、近年米国で普及している看護の安全性と質の向上をめざした看護教育改革 Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) が世界に広がろうとしている（渡辺，クローズ，2015）。QSENは医療の質と安全を継続的に改善するために必要な知識、技術、態度を将来の看護師が身につける教育を普及することを目的とした取り組みであり、本学看護学部看護学科においても医療安全教育は変遷していくものと考えられる。よって、インシデントの発生状況と要因は教育内容と併せた評価が必要であり、今後の課題と考える。

V. 結論

本学看護学部看護学科の2008年度から2015年度までのインシデント発生件数は計41件であり、「個

人情報の保護」に関するものが最も多く、次いで「転倒・転落」「転倒リスク」「安静度の制限を超えた行動」「医療器具の取扱い」「食事・水分摂取」であった。インシデントのうち「移動・移乗」「安静度の制限を超えた行動」「弾性ストッキングの着脱」「酸素管理」「接遇・コミュニケーション」については他者による指摘でインシデントの発生が把握されていた。インシデントの発生の原因は「判断誤り」が最も多く、「指導者への報告・連絡・相談の不足」「知識不足」「観察不足」「技術の未熟」などであった。看護実践の振り返りから患者の安全を確保した看護へ繋げる教育の重要性が示唆された。

謝辞

本研究の実施にあたりご協力くださいました看護学生および卒業生の皆様には感謝申し上げます。また、実習委員会委員、本学看護学部教員の皆様に深く御礼申し上げます。

なお、本研究は平成28年度千里金蘭大学奨励研究の助成を受けて実施した。

文献

- 有田弥棋子，田村由美．（2015）．インシデントを経験した看護学生へのデブリーフィングの教育的意味 リフレクションの枠組みを活用して．日本看護学教育学会誌，25(2)，15-27.
- 畠山加奈子．（2012）．臨時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(1)，51-55.
- 半崎めぐみ，尾崎道江．（2012）．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．日本看護学会論文集 看護総合，42，346-349.
- 石川雅彦，齊藤奈緒美．（2014）．看護学生の臨地実習に関わるインシデント・アクシデント事例の検討 再発・未然防止と指導者に求められること．看護教育，55(3)，222-227.
- 厚生労働省．（2004，3月）．医療安全対策ネットワーク整備事業（ヒヤリ・ハット事例収集事業）の実施について．<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/1/torikumi/naiyou/hiyari/tuuchi/1.html>
- 厚生労働省医政局看護課長通達（2008，2月）．助産師、看護師教育の技術項目の卒業時の到達

- 度について. http://www.hospital.or.jp/pdf/15_20080208_01.pdf 究学会雑誌, 35(1), 183-194.
- 国立大学附属病院長会議常置委員会. (2005, 3月). 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. http://www.univ-hosp.net/guide_cat_04_7.pdf
- 国立大学附属病院長会議常置委員会. (2012, 6月). 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). http://www.univ-hosp.net/guide_cat_04_15.pdf
- 真砂由紀代, 津田早弓, 鳥井元純子. (2011). インシデントを体験した学生の心理から安全教育を考える. 日本看護学会論文集 看護教育, 41, 123-126.
- 中澤洋子, 中村恵子, 高儀郁美. (2015). 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.
- 中原るり子, 蜂ヶ崎令子, 田中美穂, 遠藤英子, 竹内千恵子. (2013). 移乗移送動作における看護師と学生の注視行動と危険認知の比較. ヒューマン・ケア研究, 14(1), 21-30.
- 落合めぐみ, 小野直美, 秋元恵子, 時本圭子. (2015). 転倒・転落シミュレーション・リフレクション体験後の看護学生の自己モニタリングの特徴. 日本看護学会論文集 看護教育, 45, 19-22.
- 大阪府. (2011, 12月). 医療事故防止ガイドライン. http://www.pref.osaka.lg.jp/iryo/iryoanzen/iryojiko_guideline.html
- 塩霧都恵, 土屋八千代. (2014). 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なかわり. 医療の質・安全学会誌, 9(1), 12-23.
- 相馬孝博. (2016). WHO患者安全カリキュラムガイド (pp.58). メディカ出版.
- 拓野浩子. (2014). 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.
- 渡辺八重子, クローズ幸子. (2015). 米国看護大学における質と安全教育の改革“QSEN”の取り組み. 看護教育, 56(1), 56-63.
- 山本恵美子, 田中共子, 兵藤好美. (2015). 看護師・看護学生を対象とした医療安全教育の研究-安全な情報伝達をめぐる看護教育分野の現状と課題-. 岡山大学大学院社会文化科学研究科紀要, 40, 61-76.
- 吉田理恵. (2012). 看護業務におけるリスクテイキング行動とその関連要因の検討. 日本看護研