

科学研究費助成事業 研究成果報告書

令和 6 年 6 月 17 日現在

機関番号：34448

研究種目：研究活動スタート支援

研究期間：2022～2023

課題番号：22K20262

研究課題名（和文）基礎看護学教育における患者安全の基盤となるリスクセンスの検討

研究課題名（英文）Examination of risk sense as the basis of patient safety in basic nursing education

研究代表者

下岡 ちえ（SHIMOOKA, Chie）

森ノ宮医療大学・看護学部・准教授

研究者番号：30367586

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 900,000円

研究成果の概要（和文）：学生の臨地実習での看護行為を分析し、患者（利用者）の安全の視点から問題に気づくというリスクセンスの育成を目的とした。「ヒヤッ」としたり、「ハッ」としたりした感覚をもった学生6名へインタビューし、8場面を得た。根本原因分析法により、86の「出来事」の行動、131の「なぜ」の問い、103の「根本原因候補」、8の「根本原因」が抽出された。「根本原因」は「ヒューマン・ファクター」から生じていた。この場面は、学生の行為だけでなく、その場にいた看護師の意向や患者の思いが複雑に絡み合う出来事の流れから生じていると推察された。加えて、問題に気づくことができた貴重な体験と捉えることが重要であると考えられる。

研究成果の学術的意義や社会的意義

1999年の患者取り違え手術事故以来、安全管理への対策が講じられている。安全管理とは、看護行為に際して、安全を確保するために行うマネジメントである。すべての看護職の責務であり、1人ひとりの看護職が安全管理に関わる必要があることを意味する。

看護基礎教育においても、同様に、将来看護職となる看護学生の臨地実習における「ヒヤッ」としたり「ハッ」としたりしたリスクを感じた場面を分析し、発生原因・発生過程を明らかにすることは、実践力の習得を妨げない、学生と患者（利用者）の双方の安全を確保した臨地実習における教育方法の知見を得ることができるという点で、意義がある。

研究成果の概要（英文）：The purpose of this study was to develop a sense of risk by analyzing the nursing practices of students in their on-site training and noticing problems from the perspective of patient (client) safety. Six students who had a sense of "hiyat" or "huh" were interviewed, and eight scenes were obtained. The root cause analysis method extracted 86 "event" behaviors, 131 "why" questions, 103 "root cause candidates," and 8 "root causes." The "root cause" arose from the "human factor." It was inferred that this scene arose from the flow of events, in which not only the actions of the students, but also the intentions of the nurses who were present and the thoughts of the patients were intricately intertwined. In addition, it is important to consider it as a valuable experience that allowed us to become aware of problems.

研究分野：看護教育

キーワード：リスクセンス 患者安全 看護学生 実践力 基礎看護学教育 臨地実習

1. 研究開始当初の背景

1999年の患者取り違え手術事故以来、医療安全への対策が講じられ、1990年代では医療従事者個人の努力に依拠していたが、2000年代以降は個々の要素の質を高めつつ、システム全体の安全性を高める考え方へと移行している。安全管理とは、看護行為に際して、安全を確保するために行うマネジメントである。これは、すべての看護職にとって重要な責務であり、1人ひとりの看護職が安全管理に関わる必要があることを意味している。厚生労働省も2001年からヒヤリ・ハット事例の収集・分析事業を実施している。これは、患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハット”したりする経験を有する出来事を指す(厚生労働省リスクマネジメントスタンダードマニュアル作成委員会,2000)。これを受けて、病院や施設では、ヒヤリ・ハットおよびインシデントレポートの記載や危険予知訓練(Kiken Yochi Training;以下、KYT)などにより、再発予防への取り組みが行われている。

看護基礎教育においても同様である。学生の臨地実習でのヒヤリ・ハットおよびインシデントレポートへの記載や、実習前の授業でKYTを実施している。学生の病院実習中のヒヤリ・ハット体験率が9割以上(安藤他,2007;内田他,2005)であることを加味すれば、臨地実習における患者に関する安全対策の検討は不可欠といえる。ヒヤリ・ハットの前段階となる「ヒヤッ」としたり、「ハッ」としたりする感覚をもつ体験は、さらに多いと推察され、ほとんどの学生が体験していると考えられる。これらのネガティブな感情は、危険、即ちリスクを予知することであり、この感覚、即ちセンスにより素早く次の手を打つために、事故には至らず、学生の看護行為が安全に提供される。

産業界においても事故や不祥事の未然防止に向けた取り組みがされている。「リスクセンス研究会」では、放っておけば損失や失敗を引き起こしかねない問題を、顕在化する前の小さな芽の段階で“気づく”ことを目的とした問題発生への予兆に気づく感覚をリスクセンスと定義し、一般事業所を対象としたリスクセンス検定を実施し、問題点の洗い出しに努めている。本研究においても、気づかずに放っておけば患者に被害を起しかねない問題を、顕在化する前の小さな芽の段階で“気づく”ことを目的としている。そこで、問題発生への予兆に気づく感覚をリスクセンスと定義する。このリスクセンスを高めることが、実習で学生が安全に看護行為をするための基盤となり、学生の実践力を高め、ひいては患者の安全に繋がると考える。

2. 研究の目的

臨地実習において学生の「ヒヤッ」としたり「ハッ」としたりした感覚をもった看護場面を分析し、その発生原因と発生過程を明らかにする。それにより、実践力の習得を妨げない学生と患者(利用者)の安全を確保した実習教育方法の知見を得る。

3. 研究の方法

(1)用語の定義

リスクセンス:センスとは、物事を判断する力、物事の微妙な感じを知るはたらき(守随他,1986)である。それをうけ、本研究では、臨地実習中の看護行為において、患者(利用者)に対する行為が何らかのリスクになると考えられる感覚を持つことと定義する。具体的には、学生が「ヒヤッ」としたり「ハッ」としたりした感覚をもった体験を表す。

(2)研究対象者

臨地実習において、患者(利用者)への看護行為において「ヒヤッ」としたり「ハッ」としたりした感覚をもった体験をした学生を対象とした。

(3)調査期間・調査内容

調査期間

2023年12月から2024年1月であり、研究協力の得られた学生に半構造化面接を行った。

調査内容

文献検討(布施;2005,迫田他;2011,柘植;2014)および教員から収集した学生のヒヤリ・ハットの分析から、質問項目を設定した。質問項目は、実習において「ヒヤッ」とした体験についての発生状況(場所、時間、実習受け持ち日数、登場人物の図示と、発生時に実施していた援助項目)、患者の状態(年代、性別、主な疾患、発生時に実施していた援助項目の介入状況:全介助・部分介助・見守り、装着医療器具)であった。加えて、時間経過に沿って「いつ・どこで・誰が・何をしたのか」をインタビューし、ICレコーダーで録音した。

(4)分析方法

協力の得られた6名の8事例を分析対象とした。得られた根本原因に対する対策を立て、フィードバックするシステムである石川(2015)のRCA(根本原因分析法)を用いた。インタビュー

の内容を逐語録に起こした後、出来事の流れに沿った行動に分けた。各行動の「原因」をシステム要因・ヒューマンファクター要因・環境要因から分析し、「根本原因」を抽出した。

抽出された「根本原因」の内容妥当性の検証を質的研究経験者へ依頼し、実施した。

(5)倫理的配慮

患者（利用者）を受け持つ経験を有する実習（2年次生以降）を終了した学生に研究協力を募った。同意に強制力をはたらかせないために、成績評価終了後に研究代表者が授業時間以外に研究の趣旨を説明して、研究協力を募った。研究協力の意思のある場合には、配布した同意書に署名し研究代表者のポストへ投函してもらった。同意書を投函した学生に対して、研究代表者がメールもしくは電話により連絡をとり、直接説明する日時を予約した。面接時には、プライバシーを守るために研究代表者の研究室を用意し、インタビュー内容を第3者に聞かれないように、部屋の外の扉に張り紙をした。なお、本研究は、研究者の所属機関の研究倫理委員会の承認（2022-120）を得た。

4. 研究成果

(1)学生からの聴き取りの様子

学生からの聴き取り時間は、1事例14～25分であった。その間に、不安や戸惑いなどの感情の変化が見受けられることはなく、学生は自発的に話していた。

(2)「ヒヤッ」としたり「ハッ」としたりした体験をした患者（利用者）の特性

学生の受け持ち患者（利用者）の年代は、新生児から80歳代までであり、80歳代が5名と最も多かった。性別は、男性と女性それぞれ4名であった。疾患および治療は、出生直後から末期がんとさまざまであり、日常生活動作においても、全介助から見守りまでとさまざまであった。これらから、学生の受け持ち患者（利用者）は、全介助においては対象が新生児であり、それ以外は部分介助および見守りであったことから、急性期ではなく状態が安定している患者（利用者）であることが示された（表1）。

表1 学生の受け持ち患者（利用者）の特性

事例	年代	性別	疾患（治療）	日常生活動作
H	5歳	女	神経芽腫	見守り
G	80歳代	女	末期がん・認知症	見守り
F	80歳代	男	腰椎脊柱管狭窄症	部分介助
E	80歳代	女	廃用症候群	見守り
D	80歳代	男	認知症	見守り
C	80歳代	女	変形性股関節症	部分介助
B	新生児	男	出生後数日	全介助
A	20歳代	男	頸髄損傷	部分介助

(3)学生が「ヒヤッ」としたり「ハッ」としたりした感覚をもった看護場面

学生が「ヒヤッ」としたり「ハッ」としたりした感覚をもった看護場面では、事例A、D、Fの姿勢・体位、および事例Bの移送、また事例Hの耳垢の除去という患者に直接かかわる援助は6件であった。他方、事例B、Eという患者に直接かかわらない記録を含めた物品紛失が2件、事例Cの援助後の出来事を振り返ることで生じた内容は1件であった（表2）。

これらは、「指導者不在の中で単独で実施した援助場面」「援助後の経過から観察の重要性を体験した場面」「携帯品の紛失や記録用紙の持ち帰りの場面」の3種類に分けられた。

1つ目は指導者不在の中で単独で実施した援助場面であり、事例A、B、C、E、Hが該当した。事例Aでは、患者との会話の中で耳のケアを依頼されており、日常生活で実施されることから、単独で実施できると判断していた。事例Bでは、患者を観察するための別室への移動に、担当看護師が見つからず、その場合には移送させてもよいと解釈しており、学生同士で移送した。事例C、Eは、指導者へ連絡したが、患者のもとへ直ぐには訪室されず、患者がトイレを我慢できずに単独歩行していた。事例Hでは、患児の疾患から転倒時のリスクを予測できず、家族の要望を受けて患児を学生の膝にのせた状況で会話した。

2つ目は、患者の危篤状態から観察の重要性を体験した場面であり、事例Fが該当した。術後の第一歩行後に、再度、ホーマンズ兆候を観察していれば心停止の予兆に気づけたと考えた。

3つ目は、患者との直接的な関わりではなく、記録用紙の持ち帰りや携帯品の紛失の場面であり、事例D、Gが該当した。事例Dでは、施設の中で時間に追われながら患者情報を得ていたことにより、その用紙を学生のファイルに紛れ込ませていた。事例Gでは、施設から離れた同行訪問中に、装着していた安全ピン付きの名札を紛失した。

表2 学生が「ヒヤッ」としたり「ハッ」としたりした感覚をもった看護場面

H	患児を学生の膝にのせて、父親と3人で会話していた際に、看護師よりステーションへ来るように呼ばれた。
G	同行訪問中に装着していた安全ピン付きの名札を紛失した。
F	術後の離床後に室内にて心停止して倒れたことを院内の緊急アナウンスで知った。
E	トイレ含めた歩行時には見守りが必要であるが、看護師を待つことができずに独りで歩き出した。
D	慣れない環境および時間がない中で、患者情報紙がファイルに紛れ込んでいた。
C	トイレ含めた歩行時には見守りが必要であるが、看護師を待つことができずに独りで歩き出した。
B	新生児を観察するため、母子の部屋から新生児室まで移動させた。
A	病室で環境整備を終えた後に、何かしてほしいことはないかを患者へ質問し、耳垢の除去をしてほしいと頼まれた。

表3 臨地実習における「ヒヤッ」としたり「ハッ」としたりした体験の根本原因

H	家族が患者のリスクについての理解が不十分であることを認識し、看護チームの一員として対応する必要があった。
G	単独で訪問先へ出向くことが出来ない状況下で、物理的環境に慣れていない場所で鋭利なものの付け外しをしなければならなかった。
F	学生は、第一歩行が終わった直後のみでなく、術後の(血栓)観察として時間を追って確認する必要があった。
E	患者は、禁忌肢位のリスクを理解できず、その場にいた学生に対応してもらおうと考え、依頼した。
D	短時間で紙媒体の個人情報の取り扱いをするため紛失が生じやすい環境があった。
C	日常生活援助の見守りをするためには、患者の言動に対する危険性を予測して動く必要があった。
B	臨床場面でリスクの原則的な考え方を理解する学習環境がなかった。
A	短い実習期間の中で援助したい思いが強く、リスク判断ができなかった。

(4) 学生が「ヒヤッ」としたり「ハッ」としたりした感覚をもった体験の根本原因

8事例における86の「出来事」の行動、131の「なぜ」の問い、103の「根本原因候補」が挙げられた。次いで、「出来事の流れを分析し、8の「根本原因」が抽出された(表3)。

これらの「根本原因」は、患者(利用者)およびその家族に対して危険性を理解してもらう必要があった事例(A,C,E)3件と、学生自身が危険性を理解する必要があった事例(B,D,F,G,H)5件であった。

トリガーリスト9因子3要因のうち、事例(A,C,E)は「患者側の因子」、事例(B,D,F,G,H)は「医療者側の因子」に該当し、これらは全て「ヒューマンファクター」により生じていた。

(5) 考察

リスクセンスが発揮された体験の根本原因

「ヒヤッ」としたり「ハッ」としたりした感覚をもった体験の根本原因には、患者(利用者)およびその家族に対して危険性を理解してもらう必要性と、学生自身が危険性を理解する必要性に分けられた。

前者では、これまでの家族と医療従事者との関係性から、病棟の看護師以外に膝に抱えるという行為ができないことを正確に伝えることができずにいたことや、看護師の多忙さを押し量りトイレくらいは迷惑をかけずに自分で行けると考えたうえでの行動であった。これは、患者側の因子への働きかけが重要となることを示している(石川,2007)。後者の学生自身の理解では、病

院や施設という慣れない学習環境下にある中で、短時間に実施することや、術後であり変化の著しい患者への観察をすることの対応が求められていた。

このような状況においては、これまでの体験を活用し、推測しながら、危険性を予測し、動くことが求められる。さらには、実習期間内に何がしかの援助をしたいという学生自身の思いがリスクに対する危険性についての考えを低下させていた。つまり、医療者側の因子への働きかけが重要となる（石川,2007）ことを示していた。

これらのことから、学生が「ヒヤッ」としたり「ハッ」としたりした臨地実習での体験では、患者側と医療者側の両方の因子への働きかけが必要となる。これは、学生の行為だけではなく、その場にいた看護師の意向や患者の思いが複雑に絡み合う出来事の流れから生じていると推察された。

実践力の獲得要因となるリスクセンス

経験は、知覚による客観の認識と規定すると、体験は個々の主観に属し、客観性に乏しく、知性による加工、普遍化を経ていない。まさに看護学における実習という授業展開は、体験を経験とする学習場面として極めて重要な意味を持つと、杉森（1998）は体験を経験へと移行させる重要性を述べている。これは、臨地実習において「ヒヤッ」としたり「ハッ」としたりした感覚を持つ体験を経験へと移行する好機であり、ひいては実践力を高める要因の1つとなる。

臨地実習において学生がストレスなく実習へ適応し、学びを深めるためにネガティブ感情を調整するための資料とすべく調査をした結果、7割の学生がガティブ感情の調整に困難を抱えている結果となった（財津,2022）ことや、他者が自信や意欲を持って行動するように支援することが、チャレンジする積極的な行動を高め、リスクにつながるかもしれない変化をとらえる観察力を高める可能性がある（福島他,2023）と言われるように、「ヒヤッ」としたり「ハッ」としたりした感覚をもつ体験を、失敗ではなく、問題に気づくことができた貴重な体験と捉えることが重要であると考えられる。

(6)今後の方向性

学生が「ヒヤッ」としたり「ハッ」としたりする感情をもつリスクセンスに関しては、2年次、3年次へと学年を経る過程で、体験から経験へと移行し、内容が異なると推察できる。そのため、今回は4年次生が多かったことより、2年次生の内容に関しても事例を集め、学年ごとの構成要素を明らかにしていく。

以上より、実践力の習得を妨げない学生と患者の安全を確保した臨地実習における教育方法を検討する。

<引用文献>

- 安藤悦子、郡司理恵子、岡田純也、川波公香、浦田秀子、寺崎明、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)、2007、65-74
- 福島理沙、村田尚恵、分島るり子、看護大学生のリスク感性の関連要因、日本看護学教育学雑誌、32(3-2)、2023、77-88
- 布施淳子、隣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 Journal of the Japan Academy of Nursing and Policies、8(2)、2005、37-47
- 石川雅彦、RCA 根本原因分析法 実践マニュアル 再発防止と医療安全教育への活用 第2版、医学書院、東京、2015、p13
- 厚生労働省リスクマネジメントスタンダードマニュアル作成委員会、リスクマネジメントマニュアル作成指針、2000
- 守随憲治、今泉忠義、松村明、国語辞典、旺文社、東京、1986、p639
- 迫田裕子、兵藤好美、田中共子、ヒヤリハットに関する研究の動向-看護師を対象とした研究を中心に-A Review of Research about Nurses' Medical Incidents、岡山大学大学院社会文化科学研究科紀要第32号、2011、15-24
- 財津倫子、看護学生のアタッチメントスタイルを実習適応感との関連、日本看護学教育学会誌、日本看護学教育学雑誌、32(1)、2022、27-37
- 杉森みど里、看護教育学 第3版、東京：医学書院、1999、pp241-242
- 柘植浩子、看護学生の医療安全教育への課題-基礎看護学実習 でのヒヤリ・ハット発生状況から-、新見公立大学紀要 第35巻、2014、53-56
- 内田陽子、新井明子、小泉美佐子、老年看護実習における学生のヒヤリハットの内容と教育方法、群馬保健学紀要、26、2005、81-87

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計0件

〔学会発表〕 計0件

〔図書〕 計0件

〔産業財産権〕

〔その他〕

-

6. 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
--	---------------------------	-----------------------	----

7. 科研費を使用して開催した国際研究集会

〔国際研究集会〕 計0件

8. 本研究に関連して実施した国際共同研究の実施状況

共同研究相手国	相手方研究機関
---------	---------