

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 6 月 4 日現在

機関番号：34311

研究種目：研究活動スタート支援

研究期間：2015～2016

課題番号：15H06733

研究課題名(和文)基礎看護教育における患者との関係性に着目した医療安全の検討

研究課題名(英文)Study of medical safety focusing on patient relationships during basic nursing education

研究代表者

下岡 ちえ(Shimooka, Chie)

同志社女子大学・看護学部・講師

研究者番号：30367586

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 600,000円

研究成果の概要(和文)：本研究は臨地実習において学生のリスクセンスに関わる看護場面を検討することで教育の知見を得ることを目的とした。病院で患者を受け持ち実習する学生を対象に、実習中に「ヒヤッ」と感じた時の状況について、半構成的インタビューを実施した。学生が「ヒヤッ」とした感覚を持った看護場面は、姿勢・体位に関する内容であった。この感覚は、学生の行為だけでなく、その場での看護師の意向や患者の思い、現場の体制等、複数の要因が絡み合う出来事の流れから生じることが示された。学生の「ヒヤッ」とした心の体験に教員が着目することは、学生の積極性を大切に、実習場で看護実践を習得する学生のリスクセンスの育成に繋がると考える。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this study was to acquire knowledge regarding the sense of risk perceived by nursing students in clinical practice by exploring how students respond in actual nursing settings. Semi-structured interviews were conducted with student nurses charged with caring for patients in hospitals, focusing specifically on the situation when feeling a risk that occurred during their clinical training. The content of the interviews focused on posture or stance in the nursing scenes which caused the students to feel a risk. This sense of risk does not derive from the behavior of the students alone, but rather arises from a stream of interwoven factors: the intentions of the nurses, the expectations of the patients, the structure of the site, and so on. If an instructor observes a student experiencing risk, the instructor should emphasize the student's positive attitude and nurture the student's sense of risk acquired through clinical training and practice.

研究分野：基礎看護教育

キーワード：基礎看護教育 基礎看護学実習 医療安全 ヒヤリ・ハット リスクセンス

1. 研究開始当初の背景

1999年の患者取り違い手術事故以来、医療安全への対策が講じられている。病院および施設では、ヒヤリ・ハットおよびインシデントレポートなどを記載し、再発予防に向けて対応している。厚生労働省も2001年から医療安全ネットワーク整備事業の1つとして、ヒヤリ・ハット事例の収集・分析事業を実施している。ヒヤリ・ハット事例とは、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”とした経験を有する事例を意味する(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)。全国の施設の中で看護師のヒヤリ・ハット1万事例を集めた川村(2004)は、看護師には「エラー発生を助長する医療の宿命的危険要因の存在」があること、その具体的内容には、急変・緊急時、アラーム対応などの緊張、タイムプレッシャー、予定外の出来事が発生し注意がそれる、業務途中の中断で注意力の途絶、業務の同時発生や進行で注意配分が低下、似た「モノ」や「患者」が同時・同箇所に存在、などの6項目を挙げている。他方、学生のヒヤリ・ハットに関連する研究では、「病棟スタッフとの関わり」、「知識・技術不足」、「観察不足」(江口他,2009;布施,2005)などが発生要因に挙げられている。これは、一定の知識・技術を持ち合わせているが、同時に複数の患者を受け持つ看護師とは異なり、学生は、これまで学んだ知識・技術を提供する際にヒヤリ・ハットが生じることを意味している。また、ヒヤリ・ハットは当事者の心の動きを表わしており、危険なことに出合ったり、失敗しそうな事態になり、瞬時にヒヤッとしたり、ハットとして素早く次の手を打つから事故に至らず、この体験をしっかりと振り返り分析して、二度と同じようなことを繰り返さないことが重要である(川島,2007)。つまり、ヒヤリ・ハットを感じるものが重要であり、その経験は教育的意義を持つ。

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、看護基礎教育における医療安全対策の検討は不可欠といえる。これまでの事故分析から、人間の行動は、人間自身の特性(Livewear)と、人間を取り囲む周りのソフトウェア(Software)、ハードウェア(Hardware)、環境(Environment)、人間関係(Livewear)、マネジメント(management)の相互作用により行動が決まると言われる。病院では、これに患者(Patient)の要素を加えたP-mSHELLモデルが提案されている(河野,2010)。研究者も学生のヒヤリ・ハットには、患者の要素が大きいと考えている。その理由の1つに、学生のヒヤリ・ハットは病院実習の期間の後半に多いことがあげられる。この背景には、時間的経過に伴う患者と学生との関係性の変化があると推察

する。つまり、患者 看護師間の相互作用により援助の効果が変化するというペプロウの人間関係論に起因する(Peplau,1952)/稲田他,1973)。これは、ヒヤリ・ハットが患者との関係性に影響を受けるという研究者の仮説を含んでいる。

本研究における学生と患者との関係性は、病院実習の期間のみであるが、1名の患者を支援する援助者としての役割を担う。患者のニーズ、価値観、態度および知識などを捉え理解することで、患者が目標とする方向へ動いていけるように、患者との関係性を作り出す。そのため、学生の援助計画は、病院での実習指導者及び看護教員からの指導を受け、現在の患者の状態に適するように修正される。さらに、援助中には、それを受ける患者の反応も加わり、瞬時に最適な方法へ変更される。学生は複数の患者を支援するわけではないが、急変などなくとも、学校とは異なる人的・物理的環境に緊張感誰よりも強い。また、患者および病院実習指導者がいる中、技術の未熟さゆえにタイムプレッシャーが加わる。そして、知識・技術不足に始まり、緊張感も加わり、周囲が見えなくなる。それらの結果、ヒヤリとしたりハットとしたりする出来事、つまりヒヤリ・ハットが発生する。以上より、病院実習における看護学生のヒヤリ・ハット発生過程の分析には、患者との関係性が不可欠であると考えられる。

本研究では、病院実習において学生の発生させるヒヤリ・ハットが患者との関係性に影響を受けると仮説を立てペプロウの人間関係論と河野の事故分析モデルを基盤とし、発生原因および発生過程を明らかにすることを目的とした。

2. 研究の目的

病院実習において学生のヒヤリ・ハットに関わる看護場面を分析し、その発生原因および発生過程を明らかにすることで、実践力の習得を妨げない学生と患者の安全を確保した実習教育方法の知見を得ることを目的とした。

3. 研究の方法

1) 対象者

入院療養患者を約2週間受け持ち、受け持ち患者と援助的関係を作ること、および、受け持ち患者に対する看護の体験を通して、看護過程の展開方法を学ぶことを目的とする「基礎看護学実習」を終えた2年次生を対象に募集し、研究の趣旨に賛同した3名であった。

2) 調査方法

(1) 調査期間

平成28年11月から12月

(2) 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」を半構成的インタビューした。

（3）分析方法

発生したインシデントやアクシデントなどの報告を分析し、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は共同研究者間で確認した。

（4）倫理的配慮

「基礎看護学実習」を終了した2年次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責任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、研究責任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責任者の研究室を用意し、インタビュー内容を第三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、研究者の所属施設の研究倫理委員会の承認（2016-12）を得た。

4. 研究成果

1) 実習における「ヒヤッ」とした体験の実態と検討

研究の趣旨を説明し募集したが、募集に応じた学生は、いずれも、ヒヤリ・ハットではなく、その前段階となる「ヒヤッ」とした感覚、つまり、リスク感覚を抱いた体験であった。この理由の1つに、学生の実習中のヒヤリ・ハットはごくわずかであったことが挙げられる。本実習は、開設初年度の学生を対象とした「基礎看護学実習」であり、1病棟6名以内の学生配置と1病棟1名の教員配置とした。加えて、病院の実習指導者とも連携を密にすることで、学生は教員や実習指導者へタイムリーに相談できる状況であった。このような手厚い体制であったことがヒヤリ・ハットの発生を予防させた理由の1つと考えられる。

これらから、研究開始当初のヒヤリ・ハ

ットによる発生過程の分析から、その前段階となる、問題発生の予兆に気づく感覚、すなわち、リスクセンスの視点で分析した。

2) 学生からの聴き取りの様子

学生からの聴き取り時間は、60～90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、学生自ら自発的に話していた。

3) 各学生が受け持った患者の紹介

患者は、70歳代から80歳代までの女性であった。整形と循環器疾患を有し、外科的治療と内科的治療を受けていた。日常生活動作において、部分介助もしくは見守りを必要とし、歩行の際には、車椅子を使用していた。これらから、学生の受け持つ患者は、急性期ではなく状態が安定している患者であることを示していた（表1）。

表1

事例	年代	性別	疾患：治療	日常生活動作	歩行状態
	80歳代	女性	整形外科疾患：外科的治療	見守り	車椅子使用
	80歳代	女性	整形外科疾患：内科的治療	部分介助	車椅子使用
	70歳代	女性	循環器疾患：内科的治療	部分介助	車椅子使用

4) 学生がリスクを感じた看護場面

学生が「ヒヤッ」とした感覚を持った看護場面は、3事例とも、「移乗」や「体位の保持」という療養上の世話に関する内容であった。この理由に、初めて患者への看護を体験する2年次生には、体験可能な技術が診療の補助でなく、療養上の世話であることが考えられる（表2）。

表2

事例	学生がリスクを感じた看護場面
	トイレで患者が便座から車椅子へ移乗する場面（移乗の場面）
	ベッドの端に座っていた患者が後方へ倒れかけた場面（体位の保持の場面）
	ベッドで寝ている患者の足首がベッドの側面から出ていることを発見した場面（体位の保持の場面）

5) 事例 の分析

(1) 看護場面

学生が「ヒヤッ」とした感覚を持った看護場面は、学生と受け持ち患者のみの状況で、トイレで排泄後に車椅子への移乗の時であった。患者は、骨折にて術後回復期にある 80 代女性であり、行動の拡大時期であった。片側下肢のみで立位がとれ認知機能に問題はなかった。ベッドから車椅子への移乗は自力で行えていたが、トイレからの移乗は初めてであった。

(2) リスクの発生状況

出来事は 26 の行動に分けられ、各行動の「原因」として 102 件が挙げられた。「根本原因」には、<看護師は自分が戻ってから学生に、患者の排泄後の移動の様子を指導しようとしていた(図1)><援助を要する場合でも別のスタッフで対応可能な支援体制があった(図2)><学生は教員や指導者のもと援助を体験するという実習の指針に従おうとした(図3)><トイレで排泄することの危険が低いことと患者の意見を尊重し、学生はトイレから退室した(図4)><患者は退院までに自分で動いて排泄したいという意欲や焦りがあった(図5)><転倒に対する患者と医療者の認識が完全には一致し得えない中、看護師は手厚い看護をしようとした(図6)><座位のまま臀部をずらすことで移乗できる用具等がなかった(図7)>の7件が抽出された。

看護師は患者へ「終わったら呼んでください」と言いトイレから一人退室した。

なぜ、看護師は患者のいるトイレから退室したのか

右下肢のみ免荷であるが、上半身に問題はないため転倒の危険性は少なく、ナースコールで対応できる

なぜ、ナースコールに対応するという方法をとるのか

看護師は自分が戻ってから学生に、患者の排泄後の移動の様子を指導しようとしていた

■は「行動」、なぜ~は「原因」、は「根本原因」を表す。

図 1

看護助手がその場を通り、この看護助手は、これまでも患者の移乗や入浴の際の車椅子移動も手伝っていたことから、学生は、これまでの経由を説明し、「こういう状況って危ないですね」と伝えた。

学生はなぜ、看護助手へ相談したのか

これまでに患者を担当していたことがある看護助手であったため患者のことを相談できると考えた

なぜ、相談しようと考えたのか

援助を要する場合でも別のスタッフで対応可能な支援体制があった

■は「行動」、なぜ~は「原因」、は「根本原因」を表す。

図 2

学生は患者へ「車椅子へ乗るときには、看護師さんに見てもらわないといけないうえ、呼んできますね」と伝えた。

なぜ、看護師に見てもらわないといけないうえのか

学生は、患者の移乗の際の危険性を判断できないと考えている

なぜ、危険性を判断できないのか

(学生は、転倒予防の説明は聞いているが、実際には転倒する患者を見たことがないため)学生は教員や指導者のもと援助を体験するという実習の指針に従おうとした

■は「行動」、なぜ~は「原因」、は「根本原因」を表す。

図 3

患者が「終わったよ」と言った

なぜ、「終わったよ」といったのか

学生が何度も聞いてきたため、終わったことを伝えた

なぜ、学生は何度もきいたのか

初めてのトイレであり、気分不快や体調不良等が生じる危険性がないとはいえないため確認したかった

なぜ、危険性があるのに離れたのか

トイレで排泄することの危険が低いことと患者の意見を尊重し、学生はトイレから退室した

■は「行動」、なぜ~は「原因」、は「根本原因」を表す。

図 4

患者は、大丈夫と言い、右下肢に体重をかけながら備え付けの手すりを持ち立ち上がり、パンツ型のおむつとズボンを自分で着た。

なぜ、自分で着たのか

患者は、病室ではズボンを下ろすことを何度も経験していたため

なぜ、病室からトイレという環境が変わったのに、転倒の危険性が高まるとは考えなかったのか

患者は退院までに自分で動いて排泄したいという意欲や焦りがあった

■は「行動」、なぜ~は「原因」、は「根本原因」を表す。

図 5

看護師は患者を支えようと手を出そうとしたら、患者は大丈夫といった。

なぜ、看護師は手を出そうとしたのか

トイレにおいて車椅子からの移動という動作を初めて体験するため危険性があると考えた

なぜ、患者は初めて体験するのに、大丈夫といったのか

(患者は環境が変わったことで転倒の危険性が高まるとは考えていないため、転倒に対する患者と医療者の認識が完全には一致し得ない中、看護師は手厚い看護をしようとした

■は「行動」、なぜ~は「原因」、は「根本原因」を表す。

図 6

看護師が退室後に、学生は患者へ「こけたりしたら危ないため、ここにちょっといさせてもらってもいいですか」と伝えた。

なぜ、学生は「ここにいたい」と伝えたのか

術後初めてトイレで排泄するという環境の変化のため、転倒のリスクを考えた

なぜ、転倒の危険性があると判断したのか

車椅子使用可能なトイレであるが、便器へ移る際には、一度立位となる必要があり、バランスを崩す危険性が伴うから

なぜ、立位となる必要があるのか

座位のまま臀部をずらすことで移乗できる用具等がなかった

■は「行動」、なぜ~は「原因」、は「根本原因」を表す。

図 7

(3) リスクの根本原因

抽出された根本原因からは、学生の「ヒヤッ」とした感覚が学生の行為だけでなく、その場での看護師の意向や患者の思い、現場の体制等、複数の要因が絡み合う出来事の流れから生じることが示された。

以上より、学生の「ヒヤッ」とした心の体験に教員が着目することは、学生の積極性を大切にし、実習場で看護実践を習得する学生のリスクセンスの育成に繋がると考える。それが、今までにない、患者の視点を含めた看護基礎教育における医療安全対策の提案となる。

4) 今後の方向性

ヒヤリ・ハットが発生しなかったことから、リスクセンスへと分析の視点を変更したが、今後も、ヒヤリ・ハットの発生は否定できない。そのため、引き続き、ヒヤリ・ハットの視点からも分析する。

リスクセンスに関しては、事例数を増やして、学生のリスクセンスについての構成要素を明らかにする。

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実習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 (2007) 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.
- ・石川雅彦 (2015) 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, p13.
- ・内田陽子, 新井明子, 小泉美佐子 (2005) 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, 81-87.
- ・江口瞳, 片山はるみ, 寺澤孝文 (2009) 看護学生の实習におけるヒヤリ・ハットの実態と教育的実践課題, 山陽論業, 16, 123 - 131.
- ・川村治子 (2004) 日本看護研究学会雑誌, 27(1), 28.
- ・川島みどり監修 (2007) 学生のためのヒヤリ・ハットに学ぶ看護技術, 医学書院, 東京, pp2-6.
- ・河野龍太郎 (2010) 医療安全へのヒューマンファクターズアプローチ 人間中心

- の医療システムの構築に向けて, pp37-47, 日本規格協会.
- ・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) リスクマネジメントマニュアル作成指針, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/0105/txt/s0518-2.txt>, (参照 2015.04.23)
 - ・迫田裕子, 兵藤好美, 田中共子(2011) 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, 15-24.
 - ・柘植浩子(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, 53-56.
 - ・布施淳子(2005) 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), 37-47.
 - ・Peplau, H.E(1952)/ 稲田八重子, 小林富美栄, 武山満智子, 都留伸子, 外間邦江(1973) ペプロウ人間関係の看護論, pp17-44, 医学書院.

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

- 〔雑誌論文〕(計0件)
- 〔学会発表〕(計0件)
- 〔図書〕 (計0件)
- 〔産業財産権〕
 - 出願状況(計0件)
 - 取得状況(計0件)

6. 研究組織

(1) 研究代表者

下岡 ちえ (Shimooka Chie)
同志社女子大学・看護学部・専任講師
研究者番号: 30367586

(2) 研究協力者

片山 由加里 (Katayama Yukari)
同志社女子大学・看護学部・准教授
研究者番号: 10290222