

システムを体験者自身が確認する時間を十分にとること④体験中であってもいつでも質問を可能にする体制を整えた。

シミュレーション体験者へのオリエンテーション内容は、協力内容、倫理的配慮、スケジュール、状況設定、開始・終了の合図のしかたなどである。オリエンテーションを実施する順序にそって体験者用（表1-2、表2-2）と説明者用（表1-3、表2-3）のオリエンテーション用紙を作成した。

（4）研究メンバーの役割と実施プロセス

研究メンバーの役割は、オリエンテーション担当者（＝面接者）1名、同室患者役（「誤薬」の場合は1名・「転倒・転落」の場合は2名で体験者と面識のない者）、ビデオ撮影2名（ハンディーと固定）、患者への指示役1名である。オリエンテーション担当者は、シミュレーション実施場面の全過程において体験者とのパイプ役であり、体験者への対応を担っている。オリエンテーション実施後はシミュレーション場面に立ち会い、体験者の質問に対して対応する。また体験後の面接も担当する。患者への指示役は、各ベッドからナースステーションが離れていて、カーテンが閉められているため、体験者の行動を把握することができないため、ベッドのカーテンの後ろに立ち、ナースコールを押すタイミングなど必要な指示を模擬患者（同室者も含む）に示した。

実施プロセスは、①体験者の迎え入れ②関係者全員の紹介③オリエンテーション（体験者のペースに合わせて行う。物品、患者の状況を把握する時間を十分にとる。オリエンテーションを行う場所は実習室内に椅子とテーブルを準備して設置）④シミュレーションの実施⑤ねぎらいの対応である。

（5）模擬患者の活用

体験者と主にかかわる患者は「誤薬」の場合は俳優プロダクションに所属する俳優、「転倒・転落」の場合は看護師に依頼した。「転倒・転落」の場合は、体験者とのやりとりが多く、そのやりとりによっていろいろな方向に展開していくことが考えられるため、体験者の行動を予測しながら対応できる必要があると考え、看護師で看護基礎教育に携わった経験のある60歳台の方に依頼した。2人の模擬患者については、事前（実施する1週間前後）に状況の説明と訓練を3時間行った。

2) 「誤薬」「転倒・転落」のシミュレーション体験者への面接調査

研究方法1で開発したシミュレーションの体験から学びの構造を質的に明らかにするために、シミュレーションを体験した4名の看護師に面接調査を行った。面接者はVTRの中に映し出される体験者の行動を見ながら面接を進めると同時に、下記で述べる体験者の心的外傷へのケアも行わなければならないため、パイロットスタディの段階で面接者の訓練を行った。

（1）シミュレーション体験から学びをとりだすための面接方法—インタビューガイドの作成（表3）

シミュレーション体験から学びをとりだすために、半構成的枠組み（図2）を用いてインタビューガイドを作成した。作成に当たっては、パイロットスタディのなかで十分に検討を重ねた。学びをとりだすことは、体験者が「どのような感情・思い」をもち、「どのように自分を振り返り」その結果として自らの「認知や行動の変化についての意思決定」を明らかにすることである。そのため、まず、「感情の表出の促し」をするための内容が面接の全過程において必要である。次に「自分を振り返る」ことについては、状況の認知、状況の判断とその根拠、根拠と関連した知識の確認が必要になる。この過程を通して、その状況における自分のあり様が意識されてくる。状況の認知の仕方が否定的な場合は「不確かさ・誤りの開示」を促すことが必要である。「自分を振り返る」ことが終了した段階で、この体験が、体験者にどのような影響をもたらしたのか「予測される認知・行動の変化」と、「体験の意味」について明らかにする構成とした。

（2）ヒヤリハット・事故体験による心的外傷に対するケアの検討

シミュレーションの設定段階では現実感を伴うことを一つの条件としているが、シミュレーションであっても、ヒヤリハット、事故体験は心的外傷を伴うことがパイロットスタディによる研究メンバーのシミュレーション体験から明らかになった。そこで、面接によるデータ収集場面を中心に心的外傷に対するケアについて検討した。心的外傷に対するケアを検討するにあたり、事故体験を一つの状況的危機と捉え、Finkの危機モデルとCaplan²¹⁾の「予期的心配と予期的指導」の考え方を取り入れた。具体

的なケアの内容は、①体験者と面接者との一貫したかかわり（ラポールの形成）②体験者に対する注意深い観察③見守る、待つ姿勢④体験者への慰安、感謝の言葉の表示⑤体験者の思い、考えの支持⑥無理な介入の回避⑦具体的で丁寧な説明⑧暖かく、静かな雰囲気をつくるなどである。

（3）具体的な面接方法

①面接時期、時間、場所：面接は、シミュレーション体験終了約30分後に着替えを済ませてから行った。面接時間はパイロットスタディの結果60分前後とした。面接場所はシミュレーション実施施設と隣接する施設の面接用に準備した部屋で行った。

②面接方法：体験者と面接者が一緒にシミュレーション場面のVTRを最初から最後まで通して1度見る。再度VTRを見ながらシミュレーションの開始場面からインタビューガイドにそって面接する（VTRの操作は面接者が行う）

（4）分析方法

シミュレーション体験者4名の面接方法を逐語録に起こし、「誤薬」「転倒・転落」それぞれのシミュレーション体験について「意思決定された学びとは何か一事故防止にむけての認識・行動についてどのように意思決定したか」の視点から意味を読みとり、コード化し、質的・帰納的に分析した（表4）。

（5）シミュレーション体験の学びの構造の妥当性の検討

シミュレーションを体験し面接を受けた看護師4名に対し、とりだされた学びの構造を提示し、用紙記載によって内容の妥当性について確認を行った。

3）倫理的配慮

シミュレーション体験者（看護師）に対し、研究の主旨、研究への協力は自由意思であること、いつでも中止できること等を依頼書（資料1-2）を用いて研究メンバーが直接説明し、同意書（資料1-3）への記入により了解を得た。またシミュレーション体験による心的外傷に対するケアとして、体験者と面識のある研究協力者が全過程に終始付き添う体制をとった。また、シミュレーション体験終了後、いつでも研究メンバーを訪れてよいことを伝え、体験1週間後に短時間の面接を行った。VTR撮影・面接場面の録音は当日再度確認をし許可を得た。

C、研究結果

開発したシミュレーション及び「誤薬」「転倒・転落」のシミュレーション体験の学びの構造について述べる。尚、各シミュレーションの学びの構造については4名の体験者に提示し、妥当性についての確認を得ている。

1、開発したヒヤリハット・事故のシミュレーション

1) ヒヤリハット・事故を体験できるためのシミュレーションの条件

看護・医療事故のシミュレーションを開発するために、文献や事例から事故の実態を分析し、研究メンバーのパイロットスタディにより、事故の種類、患者、状況、物品、療養環境、看護師の視点から事故及び事故要因を精選し、ヒヤリハット・事故を体験するためのシミュレーションの6つの条件を明らかにした。

- （1）発生頻度が高い事故である
- （2）看護・医療事故としての代表性がある
- （3）現実感を伴う
- （4）再現性が高い

シミュレーションは人為的に実際を真似て状況をつくり上げていくわけであるから、真似ができる、再現できることが必要である。しかし、例えば、「長い時間的経過が必要なもの」「寝不足などの人の生理的要因が大きくかかっているもの」「他者が多数、あるいは複雑にかかっているもの」などの要因は再現することはなかなか困難であるため、再現可能か否かの検討が重要になる

（5）「自分で判断する」「自分の行為を選択する」など看護師の関与の度合いが高い

自分の判断や行為が事故と直接関連していることが自覚できるということであり、この条件を設定することによって事故は「他人事」ではなく「私が起こしたもの、私がかかわって起きたもの」として認知される。

（6）患者との相互関係が存在する

看護師がおこす事故は、看護の対象である患者の存在があり、その相互関係のなかで起こり、最終的に事故が患者にどのような結果をもたらすかを実感することが必要である。

上記のシミュレーション条件の（1）、（2）、（3）についてはヒヤリハット・事故を体験するためのシ

ミュレーションであるため、実際の事故の実態を分析し結果として当然取り上げなければならない条件である。

これらの条件に合致する事故の種類として「誤薬」と「転倒・転落」が妥当であることが明らかになった。

2) 開発したシミュレーションモデル

「誤薬」「転倒・転落」のシミュレーション過程をフローチャート式のシミュレーションモデルとして提示した(図3, 4)。

「誤薬」のシミュレーションについては、主な事故要因として確認ミス、行為ミスをおき、点滴静脈内注射の準備から接続までの過程で、患者の名前・薬剤名の確認ミスと点滴の準備段階における行為ミスが起こるよう設定した。確認ミスは、看護師がいわゆる基本通りに正確に行えばほとんど起こらない。シミュレーションという状況の中でこの確認ミスを起こそうとする場合、あまりに単純な設定では事故は起こらない。ある程度の時間的経過と、やや複雑な行為の組み合わせが必要であるため点滴の場面を選択した。具体的には類似性による確認ミスが発生するように①「佐藤トミ」と「佐藤トシ」という名前の2人の患者②類似した名前の抗生剤5種類③「サイトウ」と書かれた点滴ボトルの設置を設定した。「はやくしなければ」という注意早急ぎの状況が起こるように④定時の時間より抗生剤の点滴が遅れているという状況にした。また行為や注意の中断が起こるように⑤点滴準備中に3回、ナースコールがなるように設定した。周囲の人達の言動にどれだけ巻き込まれるか、自分自身がどこまで立ち戻って確認できるかという視点から⑥先輩看護婦が処方箋を渡す設定にした。

「転倒・転落」のシミュレーションについては、事故要因として予測ミスを主とし、患者との関わりの中でどのように状況を判断し、転落の予測をに対応していくかが体験できるよう、臥床中の患者が排泄の意思を表示し、動こうとする場面を設定した。具体的には、転倒・転落を予測する患者要因としては①高齢の女性②筋力が低下していること③夜間に眠剤を服用しているという設定にした。環境要因としては、④オーバーテーブル、点滴スタンド、ベッド柵、スリッパ・ゴミ箱などがあげられ、ベッド周囲にそれらを自然な状態で設置した。模擬患者との対応の中で看護師がそれらの物品をどのように移動し

取り扱うかに対応して事故が起こるように設定した。患者要因としては⑤急にもう一度トイレに行きたくなる⑥自分で動ける自信がある⑦ベッドから一人で降りようとする場面に設定し、模擬患者の言動に⑤⑥⑦の要素含ませ、1人でベットから降りることが予測できるようにした。

3) シミュレーション体験後の心的外傷について

ヒヤリハット・事故のシミュレーション体験による心的外傷については、8項目の具体的ケアを明らかにし慎重に対応した。事故が起こることがわかっていても、実際に自分がかかわって事故を起こしたという思いは、個々によっていろいろな感情を引き起こす。体験者に対するシミュレーション体験1週間後の面接結果では、4人とも心的外傷はないとの結果を得た。

2、「誤薬」のシミュレーション体験の学びの構造

「誤薬」のシミュレーション体験の学びは、以下の5つである(表5)。

1) 存在しない「絶対の確かさ」

このカテゴリーには、「存在しない唯一の確認方法」「間違えやすさを強調する」「正しさを阻害したものを探る」の3つのサブカテゴリーがある。体験者は、文献や他の医療者のミス・自分のミス体験からさまざまな確認方法を学んでいる。たとえば、患者の識別の方法は、ネームバンド、IDカードとの照合、患者に名乗ってもらうなど数多くあり、いろいろ組み合わせて実践している。また、自分や同僚の失敗経験やアドバイス、事故についての話し合いを通して、自分の傾向を知り、正しさを阻害したものを探り、可能な限り確かな方法を模索しながら実践しようとしている。しかし、事故を体験することによって、どの方法であっても唯一確かな方法ではなく、事故を予防するためには「絶対の確かさ」は存在しないということを自覚することが重要であることを学んでいる。

2) 「ひっかかり」へのとどまりと拡大化

このカテゴリーには、『「ひっかかり」を押しすすめる』『「気づきを拡大できる』『「ひっかかり」へのとどまり方』『患者を巻き込んでとどまる』の4つのサブカテゴリーがある。患者の名前・薬品名自体やその確認方法について「あれ、違うかな」「何か変だな」というように気になったり、違和感を感じたりすることは日常

的に起こっている。この気づきや違和感、つまり「ひっかかり」はほとんどはそのまま放置されていることが多い。しかし、体験者は、「ひっかかり」を放置したり、うち消したりすることは事故につながるという認識をもっている。例えば、シミュレーションの場面では、「あと、もう一人、佐藤さんがおられたと思ったので、一応指示表を確認して」と患者の名前にひっかかり、そのひっかかりを放置せずに「指示表をみる」という確認行動をとっている。ここで、事故防止として学んだことは、「ひっかかり」をそのまま放置しないで「ちょっと待てよ」と思いとどまり、この「ひっかかり」は何なのかとこだわって、自分の認識の中で、その「ひっかかり」を重大なもの、大切なものとして意識化していくことの大切さである。そのことによって、「ひっかかり」を取り除くために、他の看護者や患者と共に確認しようとする状況を創り出すことができることを学んでいる。

3) 「揺らぐこと」に価値をおく

このカテゴリーには、「正しさの確信が揺らぐ」「患者の言葉にこだわって確かさを導き出す」「私の正しい行為が証明できない」「誤った私の行為を探れない」の4つのサブカテゴリーがある。体験者は、看護行為のさまざまな過程で、大丈夫と思いつつ一瞬、「本当に大丈夫だろうか」と頭の中で思い巡ったり、「これが間違っていたら」という疑いが自分の中に起こってきて、確かさの確信が揺らぐことを体験している。「揺らぐこと」は従来、看護師にとってあってはならないことで、揺るがないことを前提に教育されているために、事故防止にとって意味あるものとしてとらえられていなかった。しかし、この不安定さはなぜ起こっているのか、「揺らいでいること」自体を自覚し、その意味を追求することによって、確かさを導き出す可能性を含んでいることがシミュレーション体験によって自覚されている。このことから、「揺らぐこと」に価値をおくことの重要性を学んでいる。

4) 中断の区切りと取りかかりの明確化

このカテゴリーには、「他者の介入により行為が中断され立ち戻れない」「直前の記憶を消失して立ち戻れない」「新しい刺激に反応してしまう」「反射行動は記憶が立ち戻れない」「行為の中断と取りかかりの繰り返し」「患者を待たせると罪悪感をもつ

「無自覚なことへの無意図的対処」「対応する余地なく、他のことへ切り替えさせられる」「立ち戻るための区切りをつける」「立ち戻るものをつくる」「区切りの確かめ」「立ち戻れない時は1からスタートする」「埋没した意識を掘り起こす」の13のサブカテゴリーがある。他者の介入があったり、ナースコールが鳴ると患者を待たせたくないという看護職としての価値観から、行為を中断することはよくある。その中断によって中断直前の記憶は消失し「その前に何をしていたのか覚えていない」という状態になる。その結果、行為を再開しようとした時、何から始めていいのか立ち戻るところを失ってしまう。この状況を避けるためには、例えば、「点滴ボトルに薬液を注入している時は注入が終わってからその場を離れる」など一区切りがつくまで行為を継続したり、立ち戻らるために目印を付けたりして、「ここまでは終わった、ここから始めればいい」ということの意識化が大切であることを学んでいる。

5) 状況に応じた「今の確かさ」の追求

このカテゴリーには、「築きあげた方法の実践」「意識化された試行錯誤から導き出された方法」「『今』、一番いい方法の実践」の3つのサブカテゴリーがある。事故防止において「絶対の確かさ」は存在しないと自覚されたとしても、どうしたら確かな方法を得られるのか、体験者は、これまで築きあげてきた知識や今までの体験の中で試行錯誤しながら、確信がもてる方法をいくつか導き出そうとしている。「今」の状況、「今」の自分にとって、慣れやいつものことではなく、最善の方法を追求し実践しようとしている。事故を防止するためには「今の確かさ」にどれだけ自覚的になれるかが重要であることを学んでいる。

3、「転倒・転落」のシミュレーション体験の学びの構造

「転倒・転落」のシミュレーション体験の学びは、以下の4つである(表6)。

1) 危険性の程度の予測及び察知した転倒・転落が出現する可能性の不確実

このカテゴリーには、「潜在する転倒・転落の原因の察知はするが対処せず放置」「もしやの不安を持ちながらの行為」「安全な方法を思案」「使い慣れない物品や場所に戸惑う」の4つのサブカテゴリー

がある。体験者は、転倒・転落の危険因子としてベッド柵の隙間、オーバーテーブルの位置、靴下、スリッパなどの環境因子や、「またきつとすぐにトイレへ行きたくなる」「ちょっとふらついている」などの患者側の危険因子をとらえている。しかし、そのとらえ方は危険因子を何とか排除しようとする行動を能動的に突き動かすほどの確たるものではないため、結果としては放置したり、次の行為を行ったりしている。このことは、それぞれの危険因子がいくつ重なれば、あるいはどの程度であれば転倒・転落が起こるのか、確信が持てない状態であり、また、転倒・転落が出現する可能性が不確実であることから、そこにとどまれないことを意味し、そのことを認識していることになる。体験者は確信が持てないこと、可能性が不確実であることに對し自覚的になることが事故防止につながることを学んでいる。

2) 患者の欲求優先か看護者の判断優先かのアンビバレンツの自覚化

このカテゴリーには、「患者の欲求と看護者の欲求のはざまでの葛藤」「患者の自立のための行動拡大と転倒予防の行動規制というアンビバレンツな気持ち」「選択した行動の適否を反省しながらの迷い」「転倒・転落原因を自己のなかで理屈づけうち消す」「無事であることや患者から大丈夫という返しによって安堵」の5つのサブカテゴリーがある。体験者は、看護行為のすべての過程において、常に、患者の欲求に応えようと行動している。「トイレに行きたい」「一人で歩きたい」など患者の自立へむけての欲求を優先させるべきか、「眠剤の効果が残っているかもしれない」「車椅子の方がいいかもしれない」といった看護師としての危険を回避するための判断を優先させるべきか、相反する感情を同時に抱く。患者の欲求と自分との判断の間で常に葛藤がおこっていることを自覚している。事故防止を意識化した行動の選択をするためには、相反する感情、葛藤を自覚化することの重要性を学んでいる。

3) 転倒・転落防止のエビデンスの追求

このカテゴリーには、「行為をはじめの事前の信頼する情報の存在」「客観的データにより患者の重傷度を確認」「主観的データにより患者の重傷度を確認」「経過の推移の克明な記録をとる」「自分の行動を客観的に突き詰めて分析する意義の実感」「複数の情報の意味づけと方向性の決定」の6つのサブ

カテゴリーが含まれる。体験者は、患者の安全を保障するために慎重に對し、転落直後には適切な重傷度の確認や対処行動をとることができている。自分の看護行為を振り返ることによって、その看護行為はエビデンスに裏付けられたものとして自覚することができる。転倒・転落を防止するためには、予測の段階においても、これまでの知識を活用しながら、この状況の患者にとって、どのような情報が何故必要か、その情報をどのように分析し、対処行動を選択したらいいのか、といったエビデンスを活かした上での判断過程が重要であることを学んでいる。

4) メタ認知を活かした対処行動の習性

このカテゴリーには、「転倒・転落した直後は動揺のため集中力を欠く」「動揺を抑えるための自分への言い聞かせ」「原因を回避できなく、患者に負担をかけたことを悔いる」「他の患者へも常に思慮が及ぶ」「複数の看護行為の同時進行」「身についた通常の看護をしながらの危険回避」「身につけた緊急後の行動パターン」の7つのサブカテゴリーが含まれる。転落の場面に直面すると、動揺している自分に気づく。それと同時に、患者に対する申し訳ない気持ちや患者に負担をかけたことを悔いる。動揺している、悔いている自分を客観視し、メタ認知することで、動揺を抑えるための自分への言い聞かせが起こり冷静さを取り戻せることが自覚されている。このことから、体験者は事故防止のために、自らの情意、認知、行為の状態を認知し、患者の安全確保に必要な対処行動をとることが習慣化されることの必要性を学んでいる。

D、考察

研究目的である看護・医療事故防止のためのシミュレーション開発に関すること、2つのシミュレーション体験の学びの構造とその比較、体験から学ぶことの意味について考察する。

1, シミュレーション開発について

事故あるいはヒヤリハットを体験した当事者である看護師がその体験をどのようにうけとめているのかの研究はほとんどみられないが、Zane Robinson Wolfが16名の看護婦の与薬事故の体験を記述的、現象学的手法を用いて報告している³⁾。今回開発したシミュレーションは、「事故の理解と予防的行為

は事故の体験によって鮮明になる」という観点から、ヒヤリハット・事故体験がもたらす学びの構造をとりだすことを目的としたものであり、いわゆる技能訓練用のシミュレーションではない。この視点に立って本研究の結果としてとりだされた4人の体験者からの学びの構造を見てみると、この構造の中にZane Robinson Wolfの研究で報告されている事故直後の体験の内容を含んでいる。また、体験者の「実際の現場で起こっていることによく似ている」などの反応と考え合わせると、この開発したシミュレーションは、日常的に起こり得るヒヤリハット・事故を体験することが可能であると言える。

1) シミュレーション開発の条件について

ヒヤリハット・事故を体験できるためのシミュレーションの開発にあたり、6つの条件を明らかにしたが、この条件の中で「現実感を伴うこと」を最も重要な条件として位置づけることができる。これについては、「ドキドキした」「ハッとした」など感情の揺さぶりを現す表現を体験者4名より得ている。単に現実感を伴うという条件は単独で存在するのではなく、現実感が伴うためには、他の条件である患者との相互関係が存在しなければならないし、患者との相互関係によって、看護師の関与の度合いの違いが生じてくるというように関連し合っている。これは、看護の実践場面を再現することに他ならない。ただし、単なる再現ではなく臨床の本質をとらえ、事故を学ぶという学習性を含んだものでなければならない。この点から「患者との相互関係の存在」「明確な自己関与の存在」は、事故を体験し学ぶためのシミュレーションにとっては、重要な条件としてとらえることができる。

現実感を伴うという条件を具現化する時には、体験者の実際の状況、つまり、日常にどれだけ近づいて再現できるかが大きな問題となる。「誤薬」のシミュレーションでいえば、薬剤の処方システム、確認方法、使用している抗生剤などは、施設によって、また同じ施設でも病棟によって異なり、患者確認の方法や器械器具の工夫など事故防止に対する対策も色々とられている。このような状況のなかで、現実感をとらえようとした時、この現実感はいくまでも体験者にとっての現実感であることから、体験者にとっての日常とは何かをとらえて設定することが重要になる。

2) シミュレーションモデルについて

本研究で開発した「誤薬」と「転倒・転落」のシミュレーションモデルは研究メンバー自身がヒヤリハット・事故を「事故を体験する」という視点に立って分析し、シミュレーションを繰り返した結果であり、ヒヤリハット・事故の要因を精選し、単純化して構成している。患者との相互作用、状況の判断によって看護師であればどのような判断をし行動するかを分析して、フローチャート式で表しているが、4人の体験者はほぼチャートにそった行動を辿っておりモデルとして妥当であるといえる。

3) 模擬患者の活用

模擬患者の活用は、技能の訓練や評価を目的として医学教育においても、看護基礎教育においても、近年、その有効性が述べられている^{4) 5)}。本研究においては、訓練や評価ではなく、現実感を伴ったヒヤリハット・事故場面、つまり、看護実践場面の体験を生み出す条件として模擬患者を活用した。結果として、体験者は、模擬患者との具体的な会話によって、実践場面における日常の思考へと導かれ、有効であることが明らかになった。患者と言葉を交わし関わるということが看護師にとっていかに日常的で、重要であるかが改めて確認できる。同時に、「転倒・転落」のシミュレーションでは、体験者がどのような言動をとるかはさまざまであり、患者とのかわりさらに色々な意思決定場面が生まれてくる。模擬患者に対する事前の説明では、基本的な方向性と必ず発する台詞のみを明確に示したが、その場での即興的な対応が求められるために、模擬患者の事前の訓練が重要になる。

今回、「転倒・転落」に関しては看護師に模擬患者役を依頼したが、その場にあった言動を瞬間的に選択していくことができたために非常にスムーズに自然にシミュレーションが進行した。このことから、シミュレーションモデルにそって「その状況においては看護師はどのように判断し行動するか」を綿密に分析をして患者としての対応の仕方を明らかにした上での訓練が必要になる。この訓練の中には、特に「転倒・転落」の場合、患者設定が高齢者であるために、模擬患者自身の安全を確保するために、どのように転落するのかについての訓練も必要になる。

2、「誤薬」のシミュレーション体験の学びの構造について

1)「存在しない『絶対の確かさ』と「状況に応じた『今の確かさ』」の追求

現在、事故防止の対策を明らかにするためには、責任指向ではなく原因指向で事故をとらえなければならぬとの指摘に基づき、SHELLモデルや4M-4E分析法による事故分析が行われるようになってきている。事故防止の対策も、組織面、ハード面、ヒューマンエラーの面から色々な対策が提示されている。本研究におけるシミュレーション体験者も、所属する病院や病棟で行われている対策はもちろん、自分自身の新人時代からのヒヤリハットの経験、同僚のヒヤリハット体験、事故についての話し合いなどを通して、事故を防止するための方法を学び、さらに、「2回目の確認は見落とす傾向がある」など自分の傾向も分析し、間違えないためのあり方を積極的に取り入れ実践しようとしている。現在、医療事故対策として、間違いが起らないための機械器具・物品の改良や新しい確認方法、考え方が次々と提示され、医療施設は、それらを積極的に取り入れようとしている。しかし、それらは、より間違いが起こりにくい方法であって、絶対に間違いが起らないことを保障するものではない。まして、そこに、人間が複数介在するとすれば、どのような場面にも通用する唯一正しい方法、正しい答えは存在しない。このとりだされた「存在しない『絶対の確かさ』」というカテゴリーは、「絶対の確かさ」が存在しないことを医療者が自覚することがまず看護・医療事故防止にとって重要であることを示している。

中村は“実践”について「はじめから自由な実践というものはありえないが、個々の場所的、時間的な限定の与えられたなかで、われわれが決意し選択することによって、その実践は自由なものに、つまり真の意味での実践になるのである。⁶⁾」と述べている。だからこそ、看護師が毎日遭遇する個別な状況において、どのような確認方法が、その状況において、信頼できるのかを意思決定して、選択をしていくことに、自覚的になることが重要なのである。

この2つのカテゴリーは、人間は間違いを犯す存在であり、絶対に確かな方法は存在しないということから出発して、直面している状況をどのように捉

え、その結果、事故防止のためにどのような方法を選択し実施したのかを意識し、最善の方法を追求していくことの重要性を示していると考えられる。

2つのカテゴリーは表裏一体の位置づけとしてとらえることができる。

2)「ひっかかり」へのとどまりと拡大化

事故報告の中には、必ず、その事故にかかわった人達の誰かが「ちょっと変だ」「待てよ」といった「ひっかかり」をどこかで感じている。しかしその「ひっかかり」はうち消されたり、単なる気がかりとして放置され、結果的には事故防止にはつながっていない。この「ひっかかり」は、体験者との面接場面でVTRに撮し出された迷っている表情、一瞬の動作の停止などを、体験者が自覚化した結果としてとりだされている。「ひっかかり」は専門職としての知識や経験から生まれた直観であり、意味あるものとして捉えることができる。柳田は医療界には「ゴー・オア・ノーゴー (Go or No Go) のチェックルールがない。疑問だと思った時にコールがない⁷⁾」と指摘している。瞬間的に頭に浮かんだ「ひっかかり」を意識化するためには、「ひっかかり」をまず言葉として表現する、つまり口に出して言うことが重要である。この“コール”に対し他の看護師や患者、自分自身が意味を与え、“チェックコール”をする、そしてそこから、意思決定をする。この思考と行為との一連のプロセスは、職業的な直観を看護・医療事故防止に直結させるものとしてとらえることができる。

3)「揺らぐこと」に価値をおく

開発した「誤薬」のシミュレーションにおける最終段階において、患者から間違いの指摘を受けるように設定してある。患者から間違いの指摘を受けると、大きな揺らぎが体験者に起こる。確かさの確信が揺れる体験であり、自分がその時点まで行ってきたことのすべてが一瞬のうちに不確かなものとして受け止められる。日常の看護実践の中でも、患者からの指摘だけではなく、看護師同士、あるいは他の医療スタッフから「これはどうなっていますか」など確認や指摘を受け、揺らぐことがある。この揺らぎは、患者に不安を与えるもの、看護師としての信頼を失うものとして位置づけられ、患者に対し冷静に装うか、揺らぎを押さえ切れずにその場から逃避するかのいずれかの対応がとられ、その揺らぎを冷

静に受け止め、直視することがなされていなかった。しかし、このシミュレーション体験の学びから、揺らぎの状態が明らかになり、その揺らぎに価値をおき、自らの確かさをフィードバックするとともに、指摘した人と共に、確かさを追求していくことの重要性が明らかになったと考えられる。

4) 中断の区切りと取りかかりの明確化

「誤薬」のシミュレーションには、行為の中断を引き起こすために、点滴の準備中に3回のナースコールが鳴るように設定している。日常の看護実践の場では、「中断」という現象はあまりに日常的なことであるために、看護師は逆に意識していない。今回のシミュレーション体験によって、初めて、ナースコールが行為を中断しているということが意識できたと体験者は語っている。そして、現実の臨床においては今回の設定以上にナースコール、患者の訴え、他の医療スタッフからの問いかけなどによる「中断」が起こっているとも語っている。この行為の「中断」は、斎田⁸⁾のいう注意掛け持ち、注意切り替わり、注意空白を引き起こし、事故の発生要因となる。体験者は、これらの中断への対応として、どこまで行ったのか、あるいはどこからとりかかればよいのかのいずれかの区切りの仕方を意識化している。また、いずれも不明確な場合は、安全を優先して、はじめからスタートする方法をとっている。中断をできるだけ少なくするような工夫を組織的に行っていくことはもちろん大切ではあるが、中断せざるを得ない場合、意識化して上述した方法が実施できれば、与薬や器械器具の取り扱いに関する事故防止に有効であると考えられる。看護実践場面では、あまりに日常的であるために、自分の行動を客観視できない。

しかし、日常性を映し出すことが可能であるシミュレーションを体験することによって、このように新しい発見（意識化）につながり、それは、体験者自身が事故防止の視点を見出すことにもつながっていく。

3、「転倒・転落」のシミュレーション体験の学びの構造について

1) 危険性の程度の予測及び察知した転倒・転落が出現する可能性の不確実

転倒・転落に関するリスクファクターについては詳細な研究結果がだされ、どのような場所で、いつ、

何をしようとしたときに起こったのかの情報分析も行われている。障害の現状確認や可能性の挑戦などの“確かめ体験”を意図的にしていることも事故の要因として明らかにされている。本研究におけるシミュレーション体験者も、これらの知識をもち、リスクファクターを察知することはできている。しかし、転倒・転落の防止ができたかできないかは予測ができるかできないかであるが、事故が起こらなかったことが、果たして予測に対する対処の結果として認識されているかどうかは疑問である。起こらないことが当たり前として受け止められているために、起こらなかったことに対する分析がなされていない。どのような場面で何に対する予測性が効果があったのかが明確でないために、察知したリスクファクターがどれだけの危険性を含んでいるのか、果たして本当に転倒・転落が起こる可能性があるのか、高い確証がない限り、そこにとどまることができず、自分の都合の良い安全な方向に傾いた判断をしてしまうと推測できる。危険性に対する意識の遮断が起こり、気づいているが積極的に行動しない意思決定がなされる。転倒・転落のアセスメントツールの開発とスコア化の必要性⁹⁾が提示されているが、これらは、不確実さに対する一つの解決策として受け止めることができる。

2) 患者の欲求優先か看護者の判断優先かのアンビバレンツの自覚化

体験者は、2人とも転倒・転落のリスクファクターは良くとらえられており、患者の状態や欲求に対しても「本人が（トイレに）行きたいという気持ちも、おトイレに行ってお通じをしたいという気持ちもわかるんです」というように、そこに危険性が潜んでいることも理解している。そして、もし何かが起こったら自分はどのような行動をとるのかも想像している。その状況の中で患者の欲求を優先すべきか、事故の危険性を優先すべきかの葛藤がおこっている。そして、どちらかといえば、患者の欲求を満たす方向へ選択が優先される。しかし、選択した後も、本当にそれで良かったのかという疑問を持ち続けている。この状況は何故起こるのだろうか。看護基礎教育の中で、「患者の主体性を尊重する」「患者のADLを拡大する」といったことは「患者優先」という絶対的な価値として何よりも優先させるべきものとして位置づけられてきた。「患者が望んだこと、言ったこと」として選択された行為は、看護師自らの関与を希薄にし、同時にそれは責任の希薄さ

へとつながっていくと推測できる。したがって、このアンビバレンツを自覚することは、看護師という専門職業人としての自らの判断、意思決定を自覚化することであり、さらにそれらを開示し、患者とのコミュニケーションを持つことによって、より安全な状況を創り出すことにつながっていくと考えられる。このアンビバレンツの自覚化という学びは、予測ミスを中心とする「転倒・転落」のシミュレーションの特徴を表す学びととらえることができる。

3) 転倒・転落防止のエビデンスの追求

転倒した患者を発見したとき、体験者は、主観・客観的データをもとに患者の重傷度を素早くアセスメントし何をなすべきかを判断し行動している。この背景には、科学的根拠を把握した上で、個々の患者に適用し、看護の質を高めていきたいという専門職としての意識があると考えられる。シミュレーションを通して、自分の判断がどのような根拠に基づくものなのかを丁寧に掘り起こすとともに、根拠の不明確なものは何かを見いだすことが可能になる。根拠の不明確なものについては、そこに潜んでいる問題を明確にし、必要な情報（文献）を収集することへつながり、この集積が事故防止へとさらにつながっていく。

4) メタ認知を活かした対処行動の習性

与薬ミスをした看護師の体験の分析結果として、混乱や恐怖などの衝撃、愚かな自分の自覚、患者への思いと後悔、自分への落ち着かせ、誰かを呼んだり患者をチェックしたりする対処行動など、これらのことが非常に短時間の間に看護師の中で起こっていることが報告¹⁰⁾されている。

本研究におけるシミュレーション体験者にもほぼ同じような状況が起こっており、これは事故を体験するというシミュレーションの妥当性を示している。同時に、事前に自分がどのような状況に陥るのかがわかれば、メタ認知することが容易になり、どのような対処行動が必要かを見いだすことにつながる。対処行動そのものは日常の実践の中で培われたものであるが、シミュレーション体験後、あらためて自分の行動、思考を振り返ることによってその行動がどのような根拠として生じたものなのか、事故直後からの感情・思考のプロセスを辿ることによって、意識化された行動として身に付いていく。対処行動をとっている時、同時にメタ認知が働く構造を、

シミュレーション体験の結果として創り出すことが可能であると言える。

4, 2つのシミュレーション体験の学びの構造とその比較

2つのシミュレーションの学びには共通したものと、それぞれのシミュレーションの特徴を反映したものがある(図5)。「誤薬」における「存在しない『絶対の確かさ』」と「転倒・転落」における「危険性の程度の予測及び察知した転倒が出現する可能性の不確実」は、確認や予測の確かさには「絶対であるということ、唯一であるということ」はないのだという共通した学びとしてとらえることができる。「誤薬」における「状況に応じた『今の確かさ』の追求」と「転倒・転落」における「転倒・転落防止のエビデンスの追求」は、今、目の前に存在する看護の対象者に対し、事故を防止するためには、科学的根拠を追求し、今の確かさを確信することが重要であるという共通した学びとしてとらえることができる。

また、「誤薬」における「『ひっかかり』へのとどまりと拡大化」、「『揺らぐこと』に価値をおく」は「転倒・転落」の「危険性の程度の予測及び察知した転倒が出現する可能性の不確実」、「メタ認知を活かした対処行動の習性」と対応しその内容として位置づけることができる。「ひっかかり」「揺らぐこと」「不確実」といったものは、判例や事故報告書として記述されている事例をいくら分析したとしても取り出すことが出来ない学びである。事故を体験する、そして体験者自身がその体験時の感情・認知の状況を丁寧に辿り掘り起こした結果としてとりだされたものである。自らの事故の体験を振り返ることは、「自ら事故を起こす存在」としての自分を発見するとともに、事故を防止するための方法を既成のものとは異なる、まさに自分のものとして見出すことができている。ここに行動変容のパワーが潜んでいるととらえることができる。

体験者数が4名であるためそこにはおのずと限界があるが、2つのシミュレーション体験の学びにおいて共通性の高いものについては、その内容から事故一般に共通するものとして捉えることも可能であると考えられる。

それぞれのシミュレーションの特徴を反映した学

びとしては、「誤薬」においては、「中断の区切りと取りかかりの明確化」であり、これは確認ミスの変因として、ナースコールや患者からの話しかけといった行為の中断を条件として設定した結果である。

「転倒・転落」においては「患者の欲求優先か看護者の判断優先かのアンビバレンツ」が特徴的な学びとしてとりだされた。予測はいろいろな情報から物事を判断して生まれるものであり、知識や経験が豊富であればあるほど予測のもとになる情報は多くなり、いろいろな場合の想定が可能になる。情報の中で患者の欲求は第一に尊重すべきものとして位置づけられているが事故の可能性を考えると患者の安全の確保との間で葛藤がおこる。これは、患者との関わりの中から患者の情報（事故の要因）をどのようの捉えていくかという状況の認識力を問うものであり、予測ミスの特徴を反映していると考えられる。

5、体験から学ぶこと、自らの行動を観ることの意味

体験することは、机上で知識を獲得することとは異なり、自らの決断や選択がその場で行われ、その結果を受け止めることの繰り返しであり、その過程には感情の変化を伴っている。無籐は実際の体験の重要な点の一つとして「直接体験では全人的なかわりが生じやすく、認識面と感情面の双方がかかわり、互いに絡み合い、多様な関係と多様な認識が生じる¹¹⁾」と述べている。これは体験することの活動の主体が自分であり、自分が能動的にかかわることによってさまざまな自分の学びがとりだされることを意味している。そして単に認識の変化のみではなく、感情の変化を伴うことが行動の変容をもたらす。ここに体験することの意味がある。さらに本研究におけるシミュレーションは単なる体験ではなく、「誤薬」「転倒・転落」というヒヤリハット・事故、つまり失敗の体験をつくり出すものである。この失敗の体験は、事故を理解し、間違いを犯す存在としての自分を認識することができるためにつくりだされたものである。従来、失敗の体験は「負の体験」であり体験させることを避ける傾向がある。しかし、「負の体験」は創造的側面を含み、意味あるものとしてとらえるならば、そこには多くの学びが存在する。

事故が起ってしまったことによって感情の揺さ

ぶりが起こり、怒りや悲しみを感ずる。これは体験しなければ生まれえない。この感情が自らの行為や思考を追求させ能動的な行動の変化をもたらす。畑山が「『痛い』とか『つらい』『悔しい』という気持ちが心の中に生じたならば、その人はしめたものです。その瞬間、失敗経験は強くその人の中に根づくからです。別の言い方をすれば、その瞬間に、その人の中に新たな知識を受け入れる素地ができたということです。¹²⁾」と述べているように、この様な意味ある体験は、他者の体験や既成の知識を取り込み、新しい知識を創造するといえる。

また、本研究においては、シミュレーション体験後、VTRを通して自らの行動を観、振り返ることから学びを抽出した。このことが多くの発見につながると思う。シミュレーション体験者は「私はあんな歩き方をしていたのですね」とVTRを見て話している。自分の行動は意識化はできるが映像としてとりだされたものとは異なる。自分の行動を客観視することによって、瞬間、瞬間の自分の思考を非常に正確にとりだすことができる。単に思い出するという行為ではこぼれ落ちてしまうもの、無意識に意識下におこうとしたもの、全くいままで意識していなかったものがみえてくる。また、自分自身にかかわることばかりではなく、VTRによって一つの場面として映し出されるために、「患者の言うことをきちんと受け止めていませんね」など患者との関係性、その場の意味をとらえることもできる。そこには事故を学ぶだけではなく看護の本質を学ぶ要素を含んでいる。さらに、「転倒・転落」のシミュレーションにおいては、体験者から「患者がベットから落ちるのを初めて見ました」というように、転倒・転落という頻度の高い事故ではあるが、まさに患者がどのように落ちるのかを見たことがないという状況をとりだすこともできる。現実に見ていない、捉えていないことにコミットメントすることはなかなかできない。このように自らを観ることは、自分の考え、行動を意識化しメタ認知的な気づきを発見していく過程とみなすことができる。

このように自らが体験する、自らを観ることは、新しい自己の発見と知識の創造につながっていく。事故の体験は自己モニタリングの能力を高め、事故防止への対応を自ら探索していこうという新しい力を生み出すことができると考える。

今年度、研究結果として明らかになったシミュレーション体験の学びの構造は、事故の防止対策が常に事故を起こした後の後追い対策にならないために、事故を体験した者（本研究ではシミュレーション体験者）が事故をどのようにとらえ、事故を起こさないために、認識と行動をどのように変容しようとしているのかを示し、看護・医療事故防止の新しい視点としてとらえることができる。また、前年度の我々の研究課題として提示した、自己モニタリングを可能とするメタ認知能力を育成するための有効な方法と位置づけることもできる。まさに 事故体験から学ぶことの重要性、必要性を示しているといえる。

以上より本年度の研究は、本研究の最終目的である看護基礎教育における看護・医療事故防止のためのシミュレーション教材を用いた教育方法の開発とその教育方法の検証にむけての基盤となる成果を得ることができた。

E、結論

本研究を通して、看護師を対象とした看護・医療事故のシミュレーションの開発方法及び開発された「誤薬」「転倒・転落」のシミュレーション体験の学びの構造として以下のことが明らかにされた。

1, 看護師を対象とする看護・医療事故のシミュレーション開発の条件は①発生頻度が高い事故である②看護・医療事故としての代表性がある③再現性が高い④現実感を伴う⑤「自分で判断する」「自分の行為を選択する」など看護師の関与の度合いが高い⑥患者との相互作用が存在することである。

2, 1で示された条件を満たすものは、模擬患者を用いた「誤薬」と「転倒・転落」のシミュレーションである。

3, 「誤薬」のシミュレーション体験の学びの構造は、「存在しない『絶対の確かさ』」「『ひっかかり』へのとどまりと拡大化」「『揺らぐこと』に価値をおく」「中断の区切りと取りかかりの明確化」「状況に応じた『今の確かさ』」である。

4, 「転倒・転落」のシミュレーション体験の学びの構造は、「危険性の程度の予測及び察知した転倒・転落が出現する可能性の不確実」「患者の欲求優先か看護者の判断優先かのアンビバレンツの自覚化」「転倒・転落予防のエビデンスの追求」「メタ認

知を活かした対処行動の習性」である。

とりだしたシミュレーション体験の学びの構造は、シミュレーション体験直後のものであり、シミュレーション体験者4名から得られた結論である。

謝辞

本研究において、看護師によるヒヤリハット・事故のシミュレーション体験、面接調査を必要としたが、本調査にご協力いただいた看護師の方々ならびに2施設の看護部長はじめご協力いただいた皆様に心から感謝申し上げます。また、シミュレーションの実施にあたり、快く施設の提供をして頂きました看護専門学校の皆様に深く感謝申し上げます。

F、健康危機情報

なし

G、研究発表

- | | |
|---------|----|
| 1, 論文発表 | なし |
| 2, 学会発表 | なし |

H、知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

- | | |
|-----------|----|
| 1, 特許取得 | なし |
| 2, 実用新案登録 | なし |
| 3, その他 | なし |

引用・参考文献

- 1) 丸山美知子：看護・医療における事故防止のための看護基礎教育に関する研究,平成12年度厚生科学特別研究事業報告書.
- 2) ドナC. アギュララ(小松源助他訳)：危機介入の理論と実際,川島書房,1997.
- 3) Zane Robinson Wolf(岡本勝治他訳)：与薬ミスターの経験と防止策,医学書院,1999.
- 4) 藤崎和彦：アメリカの医学教育における模擬患者の導入の現状とその理論,看護展望,18(8),1993.
- 5) 本田芳香,塚越フミエ：模擬患者導入による学習の有効性,東京女子医科大学看護学部 紀要,(4),2001.
- 6) 中村雄二郎：臨床の知とは何か,岩波書店,p70,1992.
- 7) 柳田邦男：医療における安全管理のあり方,看護,53(6),2001.

- 8) 齊田トキ子他：看護事故発生要因1 2,看護,45 (1) (2) (3) (6) (11) (12).
- 9) 島森好子：医療事故防止対策の検討—看護業務に関連する医療事故の実体調査から医療事故防止策を検討する—,平成1 2年度厚生科学研究医療事故防止対策事業報告書.
- 10) 前掲3).
- 11) 無藤隆：体験が生きる教室；個性を伸ばす学習・表現・評価,金子書房,p4,1994.
- 12) 畑山洋太郎：失敗学のすすめ,講談社,p127,2000.
- 13) 村上陽一郎：安全学,青土社,1998.
- 14) 渡辺茂他：NHKブックス 新版システム工学とは何か,日本放送出版会,1987.
- 15) 林喜男：人間信頼性工学,海文堂,1984.
- 16) 齊藤伊都子他：看護スタッフのための医療事故防止教育ガイド,日総研グループ,2002.
- 17) 石井トク：看護と医療事故 対応・分析・防止,医学書院,2001.
- 18) 川村治子：医療のリスクマネジメント構築に関する研究,平成1 1年度厚生科学研究.
- 19) 古橋洋子監修：ベットサイド看護のニアミスを防ぐ,看護実践の科学,21 (7),1996.
- 20) 氷見瑠美子：看護教育はこのままでいいのだろうか,看護教育,40 (10),1999.
- 21) 高橋知子,川村治子：多彩な背景要因から転倒・転落を予測する,Nursing Today,15 (9),2000.
- 22) 川村治子編：事例から学ぶ医療事故防止—転倒転落事故,からだの科学臨時増刊,2000.
- 23) 植原美恵：スタッフナース一人ひとりの医療事故防止マニュアル—転倒・転落事故—,月刊ナーシング,20 (5),2000.
- 24) 稲垣佳世子他：人はいかに学ぶか,中公新書,1989.
- 25) 佐伯胖：学びの構造,東洋館出版社,1957.
- 1) ロンドン大学教育研究所大学教授法研究部(喜多村和之他訳)：大学教授法入門,玉川大学出版部,1982.
- 27) 佐伯胖編：認知心理学講座3 推論と理解,東京大学出版会,1982.
- 28) 大山正：認知心理学講座1 認知と心理学,東京大学出版会,1984.
- 29) 高野陽太郎：認知心理学2 記憶,東京大学出版会,1995.
- 30) 市川伸一編：認知心理学4 思考,東京大学出版会,1996.
- 31) 波多野誼余夫編：認知心理学5 学習と発達,東京大学出版会,1996.
- 32) 山内光哉他編著：学習心理学行動と認知,サイエンス社,1985.
- 33) 宮本美沙子他編：達成動機の理論と展開,金子書房,1995.
- 34) 原岡一馬編：人間行動の心理学,ナカニシヤ出版,2000.
- 35) Rheba de Tornay (中西睦子他訳)：看護学教育のストラテジー,医学書院,1993.
- 36) 小島操子他：[焦点]Crisis Theory,看護研究,21 (5),1988.
- 37) 小島操子：喪失と悲嘆 危機のプロセスと看護の働きかけ,看護学雑誌,50 (10),1986.
- 38) 佐々木正人：アフォーダンスの構想知覚研究の生態心理学的デザイン,東京大学出版会,2001.
- 39) 西阪仰：相互行為分析という視点 文化と心の社会学的記述,金子書房,1997.
- 40) 杉谷藤子他：学生とともに学ぶ医療事故防止,看護教育,42 (9),2001.
- 41) 飯塚千鶴子他：医療事故の実態と基礎教育,看護教育,42 (12),2001.
- 42) 永見留美子他：医療事故と看護教育,看護教育,40 (10),1999.
- 43) Charles Vincent (安全学研究会訳)：医療事故,ナカニシヤ出版,1998.
- 44) 嶋森好子他：「医療事故防止対策の検討」報告書,日本看護協会・労働科学研究所,2000.
- 45) 山内隆久他：ベットサイド中心の「患者安全学」,看護管理,11 (6),2001.
- 46) 榎田守子他：看護実習における事故発生の要因と防止策,神戸市看護大学短期大学部紀要,21 (3),2002.
- 47) 小島道代：看護単純ミス防止への提案,看護管理,9 (8),1999.
- 48) 蓮花一己：運転時のリスクテイキング行動の心理的過程とリスク回避行動へのアプローチ,国際交通安全学会誌26 (1),2000.
- 49) Michele Drummond-Young (藤崎和彦他訳)：マクマスター 大学における教育資源としてのStandardized patient,Quality Nursing,7 (8),2001.

- 50) 藤崎和彦：アメリカの医学教育における模擬患者の導入の現状とその理論，看護展望，18(8)，1993.
- 51) 藤崎和彦：模擬患者によるコミュニケーション教育—その歴史とコミュニケーションのポイント—, Quality Nursing, 7(7), 2001.
- 52) 海保博之他：ヒューマン・エラー 誤りからみる人と社会の深層，新曜社，1996.
- 53) 山内桂子他：医療事故 なぜ起こるのか、どうすれば防げるのか，朝日新聞社，2000.
- 54) 藤岡完治他：シミュレーション・体験 学習，医学書院，2000.
- 55) 蓮花一己：交通危険学，啓正社，1997.

研究協力者

- 岩本郁子 (厚生労働省看護研修研究センター)
 和賀徳子 (厚生労働省看護研修研究センター)
 坪倉繁美 (厚生労働省看護研修研究センター)
 林 幸子 (厚生労働省看護研修研究センター)
 衣川さえ子 (厚生労働省看護研修研究センター)
 内村美子 (厚生労働省看護研修研究センター)
 平賀元美 (厚生労働省看護研修研究センター)
 長久 泉 (厚生労働省看護研修研究センター)
 菊池幸子 (厚生労働省看護研修研究センター)
 今井保次 (社会経済生産性本部 メンタル・ヘルス研究所)
 太田博子 (佼成看護専門学校)
 菊地ひとみ (国立がんセンター中央病院)
 宗村美江子 (虎ノ門病院分院)

表 · 図 · 資料

表1-1 「誤薬」のシミュレーションー患者及び状況設定

1. 患者設定

患者 佐藤トミ 女性 65歳 昭和11年3月3日

設定場所 病室のベッド ベットネームには「佐藤トミ」と記載してある

背景 胃ガンのため、胃切除術をうけて、3日経っています。
 医師から「手術はうまくいきましたが、傷が感染しないことが重要であり、その為に時間おきに抗生物質の点滴を行う」と説明を受けています。
 今日午前中の抗生物質の点滴が9時すぎても開始されず、受け持看護婦がくるのをずっと（10時前まで）待っていて、少しライラしています。
 佐藤トミさんは、以前小学校の教師をしていたことと、几帳面な性格のため時間に遅れることが嫌いです。

患者の準備 寝衣を着て右上肢から点滴をうけ、点滴は滴下している。
 点滴ボトル、点滴用スタンド、三方活栓を付ける。
 点滴ボトルに「佐藤様」と記載されてある

シミュレーションでの患者役の留意点

患者役は、点滴を受けた経験又は入院経験があり、患者の気持ちがいイメージできる人を依頼する。
 患者役は看護婦から「名前は何ですか」と名前を尋ねられない限り、自分から名前をいわない。「佐藤トミさんですか」「佐藤トシさんですか」等他者の名前であっても「はい」と応える。
 その他の質問に対しては、その時の気持ちや考えで答えてください。また、患者として疑問に思ったことは看護婦に質問してもかまいません。
 ナースコールを押す（1～2回）タイミングは、担当者が指示します。

2. 先輩看護婦

被験者が佐藤患者からナースコールでよばれたら、ナースステーションに入室し、「佐藤トシ」の注射伝票（処方箋）を被験者に渡しナースステーションを去る。

3. 同室患者の設定

（田中さん）

44歳 胃潰瘍のため食事療法及び薬物療法中でしたが、症状は改善し明日退院予定。しかし、右片麻痺のあるため自分で身体を動かすことができない患者です。

パジャマを着てベッドに寝てください。

ナースコールを押す（3回）タイミングは、担当者が指示します。

1度目「右麻痺があるので、身体を動かすことができません。

身体の向きを変えてください。」

2度目「タオルを落としたので拾ってください。」

3度目「もう一度、身体の向きを変えてください。」

これは、被験者が直前にしていたことの記憶がとぎれるようするためです。

4. 必要物品

- ・ナースステーションに準備するもの
- 注射器（5, 10, 20ml）
- 注射針（19, 21G）
- 消毒綿
- 点滴セット
- 三方活栓
- 延長チューブ
- 膿盆
- 注射針捨てボックス
- トレイ
- メモ用紙
- 抗生物質（5種類 各2バイアル）

薬品名 セフメタゾン1g
アザクタム1g
パンスポリン1g
セファメジン1g・2g
メロペン0.5g

ソリタT3 500 ml (各2ボトル)

5%ブドウ糖100 ml

注射用生食水100ml

油性ペン (黒)

点滴用スタンド+点滴ボトル (点滴セットが組まれている、「佐藤様」と記載する)

被験者が作業をする目の前におく。

・カウンター周囲

手指消毒薬 (手洗い場)

ナースコールとベットネーム

ナースコール脇の名前20人分の記載

カルテ (指示表と注射処方箋を含) 佐藤トミ、佐藤トシ、田中和子、(他20人)

カルテスタンド

5. 物品の配置図

<与薬>

ナースステーション

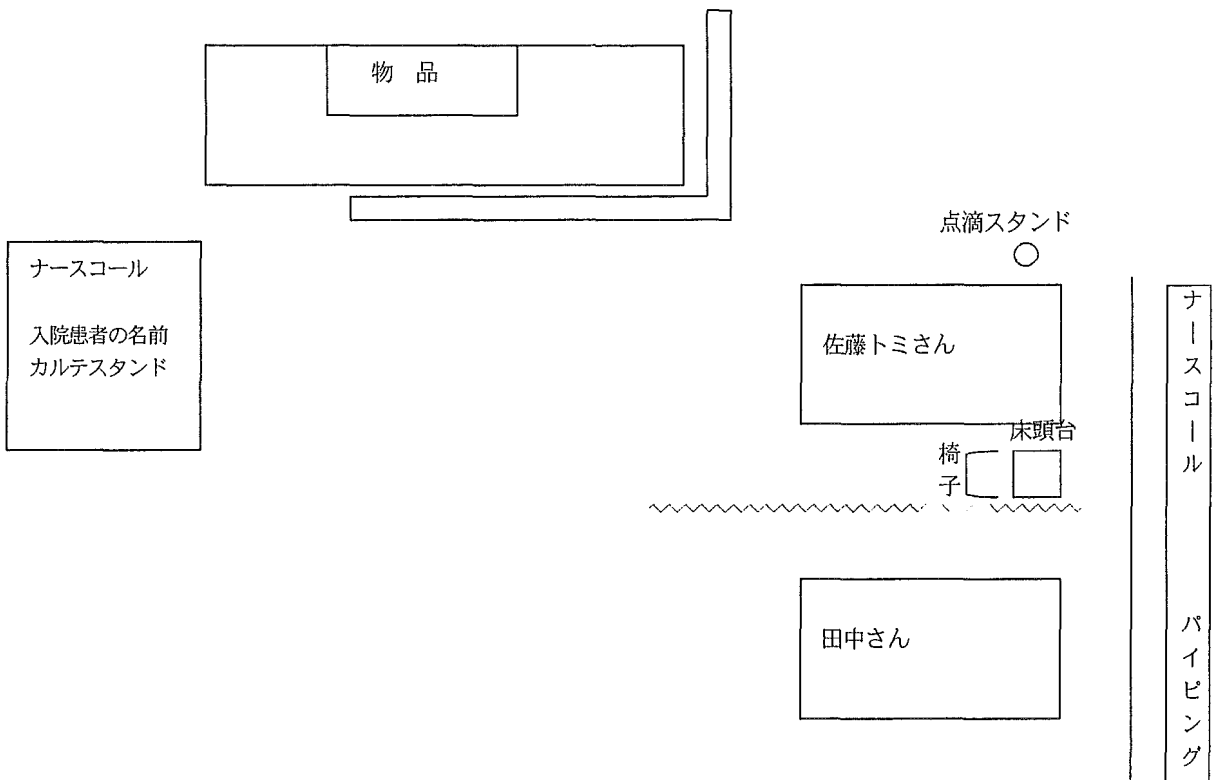


表1-2 「誤薬」のシミュレーション-体験者へのオリエンテーション内容

与薬に関するシミュレーション体験についてのオリエンテーション

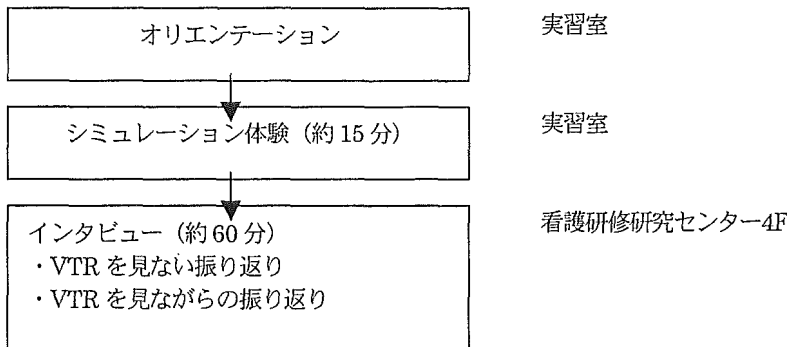
〇〇様

1. ご協力いただく内容

点滴により治療を受けているある患者さんの看護を実施して頂きます。

シミュレーションは、事故を起こしやすいように設定されています。この状況で、どう行動するかは、ご自身の判断に従って実施してください。

2. スケジュールについて



3. 倫理的配慮について

- ①シミュレーション体験や面接は、技術や価値観を評価するものではありません。
- ②シミュレーション体験、或いは面接途中で、不愉快な思いをしたり、自分にとって不都合や不利益が生じた場合は、途中でなくても中止することができますので、遠慮なさらずに申し出てください。
- ③シミュレーション場面ではビデオ撮影を、インタビュー場面ではビデオ撮影と録音をさせていただきますのでご了承下さい。
- ④ビデオ撮影及び録音で得られたデータは、この研究以外には用いませんし、個人や所属施設が特定されないよう配慮致します。

4. シミュレーションの状況について

・当病院の与薬システム

- ①医師が患者ひとりずつの注射の指示を1日分ずつ指示表と処方箋に記入する。処方箋はこのような書式で、複写式になっており一部はカルテあり、その他は薬局・医事課にいきます。
- ②点滴等は処方箋にしたがって薬局から、患者数人分がまとめて病棟にきます。
- ③看護婦が処置室で薬剤を準備する
- ④患者に投与する。

5. 「開始」と「終了」の合図のしかた

開始と終了は「開始してください」と「終了です」と合図を致しますので、合図があるまで続けてください。

開始後、しばらくすると患者さんからナースコールがありますので、ご自分で判断して、行動してください。シミュレーション途中での質問は、物品の置き場所のみお答えできます。

6. 患者及びシミュレーションの状況場面

佐藤氏 65歳、胃ガンの手術を受け、今日は術後3日目、現在点滴中です。
この患者の与薬時の看護をしてください。

田中氏 44歳 胃潰瘍で食事療法と薬物療法のため入院中です。
症状が改善したため明日退院予定です。しかし、右片麻痺のあるため自分で身体を動かすことができないので日常生活には援助が必要です。

現在は、1月27日 午前10時です。

他の看護婦は援助中のため、このナースステーションにはあなたしかいません。

受け持ち患者さん方からナースコールがありますので、対応してください。

表1-3 「誤薬」のシミュレーション-体験者へのオリエンテーション内容
(担当者用)

○ ○ 様

1. 研究協力への感謝及び担当者の自己紹介

今日は注射による与薬のシミュレーションを体験する研究にご協力頂き誠にありがとうございます。私は本日○○さんへ、オリエンテーションとインタビューを担当します○○です。

2. シミュレーション体験の内容の簡単な説明

これからして頂くことを説明します。

まず、私たちが設定しました状況で点滴により治療を受けているある患者さんの看護をして頂きます。患者さんについては後ほど説明します

このシミュレーションは、事故を起こしやすいように設定しています。この状況で、どう行動するかはご自身の判断に従って、実施して頂きます。

3. スケジュール

オリエンテーションを受けて頂いてから、この場所で、シミュレーションを15分程度で体験して頂きます。その後、隣のセンターの研修室において、インタビューをします。

インタビューは、はじめにビデオを見ない状態で行い、その後ビデオをいっしょに見ながらの状態でおこないます。時間は60分程度を予定しています。インタビュー終了後は、更衣して頂き、昼食を取って頂く予定です。(午前実施の場合のみ説明)

4. 倫理的配慮について

この注射による与薬のシミュレーションや面接は、○○さんの技術や価値観を評価するものではありません。このシミュレーション体験、或いは面接途中で、不愉快な思いをしたり、自分にとって不都合や不利益が生じた場合は、途中でであっても中止することができますので遠慮なさらずに申し出てください。

シミュレーション場面ではビデオ撮影を、インタビュー場面ではビデオ撮影と録音をさせていただきたいと思っております。了解していただけますか？

ビデオ撮影及び録音で得られたデータは、この研究以外には用いません。また、○○さんや所属施設が特定されないよう配慮致します。

ご理解いただけましたでしょうか。

5. 施設・物品・関わる人々の説明及び紹介

次の内容について説明した後、しばらくこの状況をみていただきます。

・当病院の与薬システム

- ①医師が患者ひとりずつの注射の指示を1日分ずつ指示表と処方箋に記入する。処方箋はこのような書式で、複写式になっており一部はカルテあり、その他は薬局・医事課にいきます。
- ②点滴等は処方箋にしたがって薬局から、患者数人分がまとめて病棟にきます。
- ③看護婦が処置室で薬剤を準備する
- ④患者に投与する。

・病棟の構造-病室、ナースステーション及び処置台の説明

・ナースコール機器及び患者の氏名をみてもらう

使い方について演示した後、体験してもらう

・入院患者の紹介-20名の患者が入院中であることを告げる

・物品の説明 注射器、点滴セット、三方活栓、酒精綿、テープ、薬品の場所
処方箋(白紙の物を用いて説明)、カルテの場所
手にとって確認してもらう

・受け持ち患者及び状況-名前、年齢、病名、治療を説明

ベットサイドで点滴の状態を確認してもらう。

・スタッフ看護婦Bの紹介-先輩看護婦であることを告げる

・隣の患者がいることの確認

6. シミュレーションの状況場面の説明

シミュレーションの状況場面を説明します。

現在は、1月27日 午前10時です。

他の看護婦は援助中のため、このナースステーションにはあなたしかいません。

受け持ち患者さん型からナースコールがありますので、対応してください。

7. 「開始」と「終了」の合図のしかた

開始と終了は「開始してください」と「終了です」と合図を致しますので、合図があるまで続けてください。

開始後、しばらくすると患者さんからナースコールがありますので、ご自分で判断して、行動してください。シミュレーション途中での質問は、物品の置き場所のみお答えできます。

※質問はありませんか？ (応答)

表2-1 「転倒・転落」のシミュレーション—患者及び状況設定

1. 患者設定 (1ベッド)

患者氏名：田中美紀子 入院年月日：平成14年1月5日
 年齢：76歳 (1926年3月5日 生まれ)
 病名：肺炎
 住所：目黒区東が丘2-5-23
 電話番号：03-3410-8721

現病歴

1週間前から熱、咳があり、市販薬で様子を見ていた。症状が改善されないため、当院受診し入院となる。
 湿性咳あり、痰は黄色で粘調である。肺音の雑音軽度あり、左右差はない。熱37.8度、血圧176-90mmHg、脈拍80回/分、呼吸20回/分、顔面紅潮気味、発汗はない。四肢冷感軽度あり。食欲なし。熱、咳のため、睡眠がとれていないという。歩行時軽度ふらつきあり。

既往歴

56歳—子宮筋腫の手術 (広汎子宮全摘)
 70歳—右耳難聴のため補聴器使用 会話には支障なし

医師の指示

1. 抗生剤 パンスポリン1g×3/日 3日間 (1/5~1/7)
2. 38度以上の発熱時 医師にコール
3. 水分摂取を促す
4. 夜間不眠時 レンドルミン1錠与薬

看護上の問題点

1. 体力及び筋力低下によるふらつき
2. 熱、食欲不振による脱水
3. 熱、咳による不眠

看護介入

1. 水分摂取、食事摂取を促す
2. 発熱時の冷罨法、身体の清潔保持
3. 歩行時ふらつきがあるため、移動時にはナースが介助する。

看護記録

1月25日

日勤帯

S：「体がだるいです」「食事は1/2食べました」「お茶は飲むようになっています」「でも、トイレが近くなって・・・」清拭後は「さっぱりしました」「これでこんやはねむれるかしら・・・」

O：熱37.6度、血圧140/70mmHg、脈拍76回/分、呼吸18回/分呼吸音雑音軽度あり。湿性咳軽度あり。胸部痛はなし。全身倦怠感著明。発汗が軽度見られる。食欲は少しでてきている。歩行時は看護者が付き添うように促すと了解している。

A：発汗があるため、清拭と寝衣交換が必要。食欲はでてきているため、このまま様子を見る。見当識障害はなく、