

200/01249A 分担

厚生労働科学研究費
補助金事業

医療技術評価総合研究事業

看護・医療における事故防止のための
教育方法の開発に関する研究

平成 13 年度 研究報告書

分担研究者 丸山美知子
(厚生労働省看護研修研究センター)

はじめに

医療事故の報道が相次ぐ現在、国民の看護・医療に対する不安・不信がますます高まっております。看護職として看護の専門性を高めることはもちろん、看護倫理も厳しく問われております。

国民の看護に対する信頼を得るためには、事故予防のための教育が早急に求められています。現行教育とともに看護基礎教育における看護教育のあり方が問われております。厚生労働省は、2001年を「患者安全推進年」と位置づけ医療関係者の共同行動を示しその推進を行っています。

このような背景の中で、看護研修研究センターは平成12年度に厚生科学研究費補助金特別研究事業として「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」に取り組みました。その結果、「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」という内容を取り出しました。つまり、看護基礎教育において看護学生自らがヒヤリ・ハットや事故体験をすること、すなわち、事故防止のための教育方法としてシミュレーションが有効であり、教育方法の開発の方向性を示すものとしてとらえました。

そこで、これらの研究結果を踏まえ平成13年度から3年計画で「看護・医療における事故防止のための教育方法の開発に関する研究」をテーマに、看護基礎教育に適した看護・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を開発し、その教育方法の効果を明らかにすることを目的に研究を行っています。

本年度は、教育方法の開発にあたって、ヒヤリ・ハット、事故体験がもたらす行動変容へ向かう認知的状況を明らかにする必要があることから、看護師を対象とした看護・医療事故のシミュレーションを開発し、そのシミュレーション体験による学びの構造を明らかにしました。

これらの研究結果を、報告書にまとめましたので看護基礎教育において、さらには臨床の看護実践において活用していただければ幸いです。

なお、平成14年度は看護基礎教育における看護学生に適したヒヤリ・ハット、事故体験ができるシミュレーション教材の開発とそのシミュレーション教材を用いた教育方法の効果を検証し、平成15年度はそれまでの2年間の研究結果をもとにシミュレーション教材の活用方法と教育方法を明確にすることを目的に研究をすすめる計画です。

当センターの機能である看護の質の確保、看護教員の質の向上を果たすという観点からも、本研究を推進していく必要性を強く感じております。

本研究にご協力をいただきました病院の看護師の皆様、関係者の皆様に紙面をお借りしましてお礼を申し上げます。

最後になりましたが、本研究は厚生労働科学研究費補助金「医療安全推進のための教育・研修システムの開発研究（主任研究者 橋本迪生）」の分担研究にあたります。

平成14年3月

看護・医療における事故防止のための
教育方法の開発に関する研究

分担研究者 丸山 美知子
(厚生労働省看護研修研究センター)

医療技術評価総合研究事業
(H13-医療-029)

医療安全推進のための教育・研修システムの開発研究

分担研究

看護・医療における事故防止のための
教育方法の開発に関する研究

分担研究者	丸山美知子	(厚生労働省看護研修研究センター)
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)

目 次

研究要旨	1
A 問題の所在及び研究目的	2
B 研究方法	3
1 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	
1) 文献検討	
2) 産業界における安全活動及びシミュレーター開発の現状と医学教育におけるバーチャル実習教材の開発状況の把握	
3) 研究メンバー、看護師によるパイロットスタディ	
2 「誤薬」「転倒・転落」のシミュレーションの実施及びシミュレーション体験の学びのとりだし	
1) 看護師による「誤薬」「転倒・転落」のシミュレーションの実施	
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	
3) 倫理的配慮	
C 研究結果	6
1 開発した看護・医療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	
2) 開発したシミュレーションモデル	
3) シミュレーション体験後の心的外傷について	
2 「誤薬」のシミュレーション体験の学びの構造	
1) 存在しない「絶対の確かさ」	
2) 「ひっかかり」へのとどまりと拡大化	
3) 「揺らぐこと」に価値をおく	
4) 中断の区切りと取りかかりの明確化	
5) 状況に応じた「今の確かさ」の追求	
3 「転倒・転落」のシミュレーション体験の学びの構造	
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	
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	
3) 転倒・転落防止のエビデンスの追求	
4) メタ認知を活かした対処行動の習性	
D 考察	9
1 看護・医療事故のシミュレーション開発について	
1) シミュレーション開発の条件について	
2) シミュレーションモデルについて	

3)	模擬患者の活用	
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	
2)	「ひっかかり」へのとどまりと拡大化	
3)	「揺らぐこと」に価値をおく	
4)	中断の区切りと取りかかりの明確化	
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	
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	
3)	転倒・転落防止のエビデンスの追求	
4)	メタ認知を活かした対処行動の習性	
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	
5	体験から学ぶこと、自らの行動を観ることの意味	
E	結論	15
	謝辞	15
F	健康危機情報	15
G	研究発表	15
H	知的財産権の出願・登録状況	15
	引用・参考文献	16

表、図、資料 目次

表 1-1	「誤薬」のシミュレーションー患者及び状況設定	19
1-2	「誤薬」のシミュレーションー体験者へのオリエンテーション内容	21
1-3	「誤薬」のシミュレーションー体験者へのオリエンテーション内容 (担当者用)	22
表 2-1	「転倒・転落」のシミュレーションー患者及び状況設定	24
2-2	「転倒・転落」のシミュレーションー体験者へのオリエンテーション内容	27
2-3	「転倒・転落」のシミュレーションー体験者へのオリエンテーション (担当者用)	28
表 3	シミュレーション体験から学びを取り出すための面接方法 (インタビューガイド)	30
表 4	シミュレーション体験からの学びをとりだす分析過程(「誤薬」の一部)	31
表 5	「誤薬」のシミュレーション体験の学びの構造	32
表 6	「転落・転倒」のシミュレーション体験の学びの構造	33
図 1	研究方法	34
図 2	面接の半構成的枠組み	34
図 3	「誤薬」のシミュレーションモデル	35
図 4	「転倒・転落」のシミュレーションモデル	36
図 5	「誤薬」「転倒・転落」のシミュレーション体験の学びの構造とその比較	37
資料 1-1	シミュレーション体験者の推薦に関する施設への依頼文	39
1-2	シミュレーション体験者への研究協力依頼書	41
1-3	研究協力についての同意書	42
資料 2	「誤薬」のシミュレーション体験の学び	43
資料 3	「転倒・転落」のシミュレーション体験の学び	59

看護・医療における事故防止のための教育方法の開発に関する研究

分担研究者 丸山美知子 厚生労働省看護研修研究センター所長

研究要旨

現在、看護基礎教育における看護・医療事故防止のための教育方法として「講義」や「判例を中心とした事例検討」が主におこなわれている。しかし、この方法の範囲では、事故を起こさないようにという「注意と動機づけ」に終始し、看護・医療事故防止にむけての効果的な行動変容は期待できない。我々が行った平成12年度厚生科学特別研究「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」において「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」という内容が取り出された。このことは、看護基礎教育において看護学生自らがヒヤリ・ハットや事故体験をすること、つまりシミュレーションすることが、事故防止のための教育方法として有効であり、教育方法の開発の方向性をしめすものとしてとらえることができる。

したがって、本研究の目的は、看護基礎教育に適した看護・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を開発し、その教育方法の効果を明らかにすることである。本研究は、3年間の継続研究であり、本年度は教育方法の開発にあたって、まず、ヒヤリ・ハット、事故体験がもたらす行動変容へ向かう認知的状況を明らかにする必要があることから、看護師を対象とした看護・医療事故のシミュレーションを開発し、そのシミュレーション体験による学びの構造を明らかにした。

看護師を対象にした看護・医療事故のシミュレーション開発においては、文献検討、本研究メンバー・看護師によるパイロットスタディの結果、6つのシミュレーション開発の条件を取り出すことができた。その条件は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。この条件を満たすシミュレーションとして、模擬患者を用いた「誤薬」と「転倒・転落」のシミュレーションを開発し、チャート式のモデルとしてあらわした。

また、シミュレーション体験の学びの構造を取り出すために、シミュレーション体験者（看護師）4名に対して面接調査を行い、面接内容を質的、帰納的に分析した。その結果、「誤薬」のシミュレーション体験からは、「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』」がとりだされ、「転倒・転落」のシミュレーション体験からは、「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かさ」「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」の学びの構造がとりだされた。

A、問題の所在及び研究目的

1990年末より、看護・医療事故が大きな社会問題となり、臨床はもちろん、看護基礎教育においても、看護・医療事故防止への早急な取り組みが期待されている。

現在、看護基礎教育での看護・医療事故防止のための教育方法としては、「講義」や「判例を中心とした事例検討」が主に行われている。しかし、この方法の範囲では、その中でいろいろな工夫がなされたとしても事故を起こさないようにという「注意と動機づけ」に終始し、看護学生にとっての事故は、「他人事」としての認識にとどまることは容易に推測できる。これでは、看護・医療事故防止にむけての効果的な行動の変容は期待できない。

2001年にはいり、看護学生のヒヤリ・ハット、事故についての実態調査や看護学生自身のヒヤリ・ハット事例を取り上げた授業展開などが、多く報告されるようになってきた。看護学生のヒヤリ・ハット事例を取り上げることは、看護学生自身の現実感に迫ろうとしていることであり、すでにヒヤリ・ハットを体験している看護学生にとっては有効であるだろうが、ヒヤリ・ハットの体験のない看護学生にとっては、「他人事」としての事故の受け止めから脱するための学習方法として有効であるとはいえない。

看護教員養成を目的としている当センターでは、平成12年度厚生科学研究費補助金特別研究事業として、「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」¹⁾に取り組んだ。その結果、看護・医療事故を防止するための看護基礎教育のカリキュラム開発と看護教員が看護・医療事故防止について教育できるように必要な知識・技術を明らかにすることができた。この前者のカリキュラム開発に先立って実施した「看護基礎教育における医療事故予防に関わる教育の実態調査」からは、看護師養成所における事故防止のための教材・教育方法として、「学生の体験事例」「演習一疑似体験」が少なかったという結果より、事故防止のための学習体験に関する教育方法の追求の必要性が示唆された。

一方後者の研究結果からは「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」という内容が取り出された。このことは、事故の体験によって、事故の理解と予防的行為が鮮明になることであ

り、事故防止にむけての教育という視点に立つと、どのような「事故の体験」をどのように与えればいいのかという教育方法の問題としてとらえることができる。これらにより、平成12年度の研究における残された課題として、看護・医療事故防止のための教育方法の開発があげられ、開発の方向性としては、看護学生がヒヤリ・ハットや事故を体験する、つまりシミュレーションによる教育方法を探ることであると考えられる。

したがって、本研究の目的は、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を用いた教育方法を開発し、その教育方法の効果を明らかにすることである。教育方法の開発にあたっては、まず、ヒヤリ・ハット、医療事故が体験できるシミュレーションの開発をすること、そして、ヒヤリ・ハット、事故体験がもたらす行動変容へ向かう認知的状況を明らかにする必要があることから、平成13年度は、看護師を対象としたシミュレーションの開発とそのシミュレーション体験がどのような学びをもたらすのかを明らかにすることとした。

なお、本研究は、平成13年度から3年間の継続研究であり、平成14年度、平成15年度の研究目的は以下のとおりである。

平成14年度：看護基礎教育において、看護学生にとって効果的な看護・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、その教育方法の効果を検証する。

平成15年度：看護基礎教育における看護学生のための看護・医療事故防止のための教材開発をする。

用語の定義

〈現実感一リアル感〉

「現実感」は2つのとらえ方ができる。

- ①「ハッとする」「ドキッとする」など感情が揺さぶられること
- ②実生活の過程や活動をかなりよく現すような具体的なもの、つまり、実際の状況にどれだけ近づいて再現できるかということ

本研究のシミュレーションにおいて、「現実感を伴う」ということは、①のとらえ方をさし、自分の過去の体験や習得した知識を使って、自分があたかもそれを体験したかのように置き換え、感情の揺さぶりが伴うことをいう。ただし、この「現実感を伴

う」ためには、②のとらえ方であるシミュレーションの設定を実際の臨床の状況に近づけ、再現することが必要である。

〈シミュレーション〉 simulation

事実そのものではなくて、見せかけ、真似、模倣という意味であり、ある実体を他の手段によって真似し、再現したものをいう。シミュレーションを体験することは、実際に体験するのと同じ様に、人や物にかかわり、再現（設定）されたその状況や問題に反応することをいう。本研究においてシミュレーション体験とは、開発した「誤薬」「転倒・転落」のシミュレーションを体験することをさす。

〈学びをとりだす〉

「看護・医療事故シミュレーションの体験者が、どのような感情・思いをもち、どのように自分を振り返り、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をおこなったか」を明らかにすることを指し、「体験者が言葉で表現したすべてのこと」を「学び」と定義した。意思決定された学びとは「これからはこうした方がいい」「このことが大事だ、必要だ」というように体験者が自覚することである。

B、研究方法

研究方法は、看護・医療事故のシミュレーション開発と開発したシミュレーション体験の学びのとりだしに分けて述べる（図1）。

1、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

1) 文献検討

シミュレーション（人間工学・システム工学）、事故体験と学習に関する文献検討を行なった。

2) 産業界における安全活動及びシミュレーター開発の現状と医学教育におけるバーチャル実習教材の開発状況の把握

産業界においては、医療分野に先駆けて安全活動についての取り組みがなされ、シミュレーション開発が行われている。また医学教育においてもバーチャル・モデルの開発に取り組んでいる施設があるため、3施設を見学し、現状を理解すると同時にシミュレーション開発の視点を把握し、本研究との接点を検討した。

3) 研究メンバー、看護師によるパイロットスタディ

(1) 研究メンバーによる事故種類別のシミュレーション体験と検討

まず、シミュレーションの種類を選択を行った。シミュレーションの種類としては、主に①記述シミュレーション(いわゆるペーパーシミュレーション)②役割演技シミュレーション③媒体シミュレーション④人体シミュレーション⑤模擬患者を用いたものなどがあげられる。シミュレーションの種類を選択する基準は、ヒヤリ・ハット、事故を体験するシミュレーションであることから現実感を伴うもの、自分の判断で行動したという実感が得られるものでなくてはならない。現実感を伴う、つまり「ハットする」「ドキッとすする」などの感情の揺さぶりを体験することは、揺さぶりの程度に違いはあるが、どのシミュレーションにおいても可能である。しかし、それぞれのシミュレーションの特徴を考えると、例えば判例や事例を用いた記述シミュレーション（現在講義に続く頻度の高さで看護基礎教育の事故防止に関する教育方法として用いられている）は、思考力や問題解決能力を育成することを目的としているために情動の揺さぶりを体験するには限界がある。役割演技シミュレーションは、他者の役割を意図的に演じることによって自分とは異なる人々の行動や感情についての洞察や共感を得ることを目的としているため、自分自身が関与するという現実性についての意識は希薄になる。媒体シミュレーション、人体シミュレーションは訓練することを目的として用いるものである。産業界、医学界においては、コンピュータグラフィック（CG）の発達により三次元に視覚化したバーチャルリアリティの画像を用いたり、立体映像（3D）で疑似体験できるシミュレーションが開発されているが、あくまでも映像であり、ゲーム的要素、訓練的要素が主であり、現実感を伴うという目的とはずれが生じる。

事故を体験するという事は「事故を起こす存在としての私」を認識することである。そのためには、単に既成の事例の中で「この看護師はどう考えたのか」など他者の思考や行動を辿るのではなく、自分が判断し、かかわった結果として事故が起こることが体験できなければならない。そこで本研究では模擬患者を用いたシミュレーションを採用した。

次に、どのようなヒヤリ・ハット、事故事例が再現可能か、シミュレーションとしてどのような条件が必要かを検討するために、ヒヤリ・ハット、事故事例（211事例）を整理し、それらのヒヤリ・ハット、事故事例について研究メンバーが、状況を設定しシミュレーション体験をした。事例は発生頻度や事故内容の違いによって、主に与薬に関するもの、転倒・転落に関するもの、機械・器具の取り扱いに関するものの3グループに分けて検討した。その結果より、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条件を明らかにし、この条件から「誤薬」「転倒・転落」のシミュレーションモデルを作成した。

（2）看護師によるパイロットスタディー「誤薬」のシミュレーション・面接の実施と検討

研究協力への承諾が得られた看護師1名（看護師経験5年）に、看護師にとって現実感を伴ったシミュレーションであるかを確認し、シミュレーション・面接調査についての検討を行うために「誤薬」についてシミュレーション体験を依頼し、実施した。

また、研究メンバーによるシミュレーション体験の結果から、シミュレーションであっても事故の体験であるために心的外傷が生じることが明らかになったため、心的外傷に対するケアを検討するために、体験直後、1週間後、2週間後、1か月後に継続的に面接調査を行った。

（3）研究メンバーによるパイロットスタディー「誤薬」「転倒・転落」のシミュレーション・面接の実施と検討

シミュレーションモデル、具体的な物品の種類・配置、患者・面接者・指示者などの役割、VTRの撮影方法、面接内容・方法（面接者の訓練も含む）の検討のため、研究メンバーが体験者、患者、面接者になり、シミュレーションモデルにそって「誤薬」「転倒・転落」のシミュレーション体験をし、その後、面接を行った。全過程をVTRに撮影し、検討した。

2、「誤薬」「転倒・転落」のシミュレーションの実施及びシミュレーション体験の学びのとりだし

1）看護師による「誤薬」「転倒・転落」のシミュレーションの実施

研究方法1で開発された「誤薬」「転倒・転落」

のシミュレーションモデルにそって各2名ずつ計4名の看護師がヒヤ・リハット、事故を体験した。

（1）シミュレーションを体験する看護師の選定

シミュレーション体験者の選定にあたっては、シミュレーション体験後、継続的な心的ケアの必要性が予測されたため、本研究の研究メンバーが関係する施設に研究協力、看護師の推薦を依頼した（資料1-1）。シミュレーション体験者は、「誤薬」「転倒・転落」各シミュレーション2名ずつ計4名の看護師であり、年齢は27歳～41歳、臨床経験は3年～20年である。

（2）日時、場所

日時：平成14年1月26日（土）、27日（日）

の2日間（午前、午後各1名ずつ実施）

場所：A看護専門学校、実習室

（3）具体的な状況設定とオリエンテーション内容

看護学校の実習室において、ナースコールの本体が設置されている一隅をナースステーションとし、ナースステーションに近い、ある範囲を1部屋として、患者人数分のベッド、椅子、床頭台、オーバーベットテーブルを準備した。患者間はカーテンで仕切った。

具体的な物品の配置については、「誤薬」の場合は、ナースステーションの処置台の上に、間違えやすい名前と量の薬剤を6種類各2バイアルずつ準備した。カルテスタンドには約20名分のカルテがあり、その中に同姓で間違えやすい名のカルテも一緒に置いた。点滴をしている患者の設定のため、患者役の右上肢の裏側に袋を付け、実際に薬液を滴下させた。床頭台にはティッシュペーパーの箱、時計、雑誌などを準備した（表1-1）。

「転倒・転落」の場合は、模擬患者が便意を訴えるところからスタートする。どのような排泄の方法を選択するかは、シミュレーションを実施している過程で模擬患者と体験者の対応の中で決定されるため、ナースステーションにはポータブルトイレ、車いすを準備した。トイレは、看護学生用トイレ（患者ベッドから20メートルほど離れた場所にあり、洋式トイレが設置されている）を使用するようオリエンテーションをした。患者がベッドから離れることも考えられるので床頭台にはカーディガン、靴下などを準備した（表2-1）。

状況を設定する時に、体験者の日常とあまりに異

なると、混乱や緊張感を与え、思考や動作の分断を引き起こす恐れがある。これらを引き起こさないために、①体験者から実際に勤務している施設における物的環境・システムについて情報を得ること②設定を単純化すること③シミュレーション開始前のオリエンテーションに時間をかけ、十分に説明をすること④物品や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⑤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ることを行った。

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）、ビデオ撮影担当者2名（移動用と固定用）、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歳代の方に依頼した。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。

面接者は下記で述べる体験者の心的外傷へのケアも面接と同時に行わなければならないため、パイロットスタディの段階から訓練を行った。

（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検討した。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、研究メンバーのパイロットスタディで

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 Caplan²⁾ 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具体的で丁寧な説明④見守る、待つ姿勢⑤体験者への慰安、感謝の言葉の表示⑥体験者の思い、考えに対する支持⑦無理な介入の回避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名の面接内容を逐語録に起こし、「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。なお、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、開発した看護・医療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わっているもの」「他者が多数、あるいは複雑にかかわっているもの」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

この条件は、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の意味している。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6つ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, 図4)。

「誤薬」は、主に看護師に事故要因があり、確認ミスと行為ミスからなる事故事例である。確認ミスは、看護師が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して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静脈内注射の場面を選択した。点滴静脈内注射の準備から接続までの過程で、患者の名前及び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。

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人の患者の存在②類似した名前の抗生剤5種類と同じ薬剤で量の異なる薬剤1種類の配置③「サイトウ」と書かれた点滴ボトルの設置を設定した。タイムプレッシャーとして、「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⑤患者から「まだか」という催促がある状況にした。また行為や注意の中断が起こるように⑥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⑦先輩看護師が処方箋を渡す設定にした。

「転倒・転落」は、主に患者に事故要因があり、予測ミスからなる事故事例である。患者との関わりの中でどのように状況を判断し、転落の予測をし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④自分で動ける自信がある⑤急にもう一度トイレに行きたくなるとし、模擬患者の言動に④⑤の要素含ませ、1人でベッドから降りることが予測できるようにした。

環境要因としては、⑥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。

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。シミュレーション体験1週間後の体験者に対する面接結果では、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」「間違いやすさを強調する」「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実感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、他の看護師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。

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思いから、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、ここから始めればよい」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対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。患者の欲求と自分の判断と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、「行為をはじめる事前の情報頼る情報の存在」「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対応し、転落直後には適切な重傷度を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。転倒・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

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. 看護・医療事故の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、事故を体験す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。開発したシミュレーションについては、体験者4名より「ドキドキした」「ハットした」など感情の揺さぶりの反応を得ていることから、「現実感を伴う」という条件を満たしていると考えられることができる。

「現実感を伴う」という条件は単独で存在するのではない。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他の条件が関連し合っている。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、この現実感があ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る。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日々新しい方法が提案され取り入れられている。このような状況のなかで、体験者にとっての現実感をとらえようとした時、体験者にとっての日常とは何かを十分に把握した上で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・ハット事例、事故事例を「事故を体験する」という視点に立って分析し、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あらわしているが、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、患者とのかかわりで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もとづき、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器械・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。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は、揺らぎの状態を明らかにし、揺らぎをうち消したりするのではなく、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し、指摘した人と共に、確かさを追求していくことの重要性をしめしていることとらえることができる。

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こと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、齋田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、逆に予測であるがために事故が起こらなかったことが、予測に対する対処の結果であるという確証を得ることは困難になる。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、自分の都合のよい安全な方向に傾いた判断をしてしまうと推測できる。そこでは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。

現在、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・検討されているが、これらは、この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師の判断優先かのアンビバレンツの自覚化

2人の体験者はともに転倒・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、お通じをしたって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そ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、予測ミスを主とする「転倒・転落」のシミュレーションの特徴をあらわ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、面接を通して、転倒・転落後の段階だけではなく、シミュレーションのすべての過程において、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、これはヒヤリ・ハット、事故を体験することを目的として開発した2つの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だすことが可能であるといえる。

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とがある(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・転落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・転落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、これは確認ミス的重要因素として、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師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、怒りや悲しみを感じる。これは体験しなければ生まれない。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とりだすことができる。単に思い出す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