

表10 食事・水分の摂取でのヒヤリ・ハット体験（複数回答）

		I-Q3. 看護基礎教育機関			合 計
		3年課程 看護専門学校	3年課程 看護短期大学	看護大学	
1) 食事内容の誤り	度数	33	4	14	51
	%	18.8%	20.0%	35.0%	21.6%
患者の名前を間違えて配膳	度数	19	1	9	29
	%	10.8%	5.0%	22.5%	12.3%
検査や手術等で飲食禁止の患者に配膳	度数	16	3	4	23
	%	9.1%	15.0%	10.0%	9.7%
飲食禁止の患者に摂取を許可した	度数	3	0	1	4
	%	1.7%	.0%	2.5%	1.7%
2) 誤嚥	度数	153	16	26	195
	%	86.9%	80.0%	65.0%	82.6%
3) 転倒・チューブトラブル	度数	6	1	1	8
	%	3.4%	5.0%	2.5%	3.4%
食事介助時に患者の体位が保持できず、転倒	度数	2	1	0	3
	%	1.1%	5.0%	.0%	1.3%
移動・体位変換時に経管栄養チューブが抜ける	度数	4	0	1	5
	%	2.3%	.0%	2.5%	2.1%
4) その他	度数	10	0	2	12
	%	5.7%	.0%	5.0%	5.1%
合 計	度数	176	20	40	236
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

で「トイレ介助時に、患者が脱力してしまい姿勢保持・移動困難」が70名（40.5%）であった。「チューブトラブル」と「転倒転落・打撲」が約5割を占めていた。

#### 8) 酸素吸入でのヒヤリ・ハット体験

酸素吸入でのヒヤリ・ハット体験を表12に示す。これによると、「酸素チューブの接続部のはずれ」が36名（26.5%）と最も多く、次いで「酸素チューブの屈曲」、「酸素加湿器の水が減少」がそれぞれ33名（24.3%）であった。

#### 9) 吸引でのヒヤリ・ハット体験

吸引でのヒヤリ・ハット体験を表13に示す。回答数は全体に11名と少なく、短期大学生の回答は見られなかった。これによると、「吸引時に、口腔内・咽頭を傷つけ出血」が10名（90.9%）であった。

#### 10) 罨法でのヒヤリ・ハット体験

罨法でのヒヤリ・ハット体験を表14に示す。回答数は全体に9名と最も少なく、短期大学生の回答は見られなかった。罨法そのものを患者に提供する機会が少なくなっている状況を反映していることが予測される。

#### 11) 与薬（注射・点滴以外）でのヒヤリ・ハット体験

与薬（注射・点滴以外）でのヒヤリ・ハット体験を表15に示す。これによると、「与薬後の観察」59名（65.6%）と最も多く、次いで「処方薬の実施忘れ・実施時間の間違い・重複して実施」が16名（17.8%）であった。

#### 12) 注射・点滴でのヒヤリ・ハット体験

注射・点滴でのヒヤリ・ハット体験を表16に示す。これによると、「点滴もれ・

表11 排泄でのヒヤリ・ハット体験（複数回答）

		I-Q3. 看護基礎教育機関			合 計
		3年課程 看護専門学校	3年課程 看護短期大学	看護大学	
1) 転倒転落・打撲	度数	57	12	12	81
	%	44.2%	63.2%	48.0%	46.8%
トイレ介助時に、患者が脱力してしま い姿勢保持・移動困難	度数	48	11	11	70
	%	37.2%	57.9%	44.0%	40.5%
車椅子を使用している患者のトイレ 介助時に転倒	度数	4	1	1	6
	%	3.1%	5.3%	4.0%	3.5%
ポータブルトイレ介助時に患者が転 倒	度数	3	1	5	9
	%	2.3%	5.3%	20.0%	5.2%
おむつ交換時に、患者のからだをベッ ド柵に打撲	度数	8	1	1	10
	%	6.2%	5.3%	4.0%	5.8%
2) 創傷・粘膜損傷	度数	3	0	1	4
	%	2.3%	.0%	4.0%	2.3%
導尿実施後、尿道から出血	度数	3	0	1	4
	%	2.3%	.0%	4.0%	2.3%
3) 状態の変化	度数	9	2	2	13
	%	7.0%	10.5%	8.0%	7.5%
排泄終了後患者の状態が変化	度数	6	2	2	10
	%	4.7%	10.5%	8.0%	5.8%
浣腸時、患者の状態が悪化	度数	3	0	0	3
	%	2.3%	.0%	.0%	1.7%
4) チューブトラブル	度数	71	8	14	93
	%	55.0%	42.1%	56.0%	53.8%
移動介助時にチューブが引っ張れる ／接続部がゆるむ／抜ける	度数	63	8	11	82
	%	48.8%	42.1%	44.0%	47.4%
移動介助時に患者が点滴台、モニター のコード、スリッパにつまずく	度数	13	0	3	16
	%	10.1%	.0%	12.0%	9.2%
5) 感染予防・滅菌物の取扱い	度数	2	0	0	2
	%	1.6%	.0%	.0%	1.2%
6) その他	度数	10	1	2	13
	%	7.8%	5.3%	8.0%	7.5%
合 計	度数	129	19	25	173
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表12 酸素吸入でのヒヤリ・ハット体験（複数回答）

		I-Q3. 看護基礎教育機関			合 計
		3年課程 看護専門学校	3年課程 看護短期大学	看護大学	
1) 酸素吸入	度数	93	14	14	121
	%	86.9%	100.0%	93.3%	89.0%
酸素チューブの接続部のはずれ	度数	23	7	6	36
	%	21.5%	50.0%	40.0%	26.5%
酸素の目盛りが上がっておらず、酸素が停止	度数	10	0	2	12
	%	9.3%	.0%	13.3%	8.8%
検査や散歩の途中、車椅子用酸素ボンベの容量が少ない	度数	10	1	1	12
	%	9.3%	7.1%	6.7%	8.8%
ベッドと車椅子/ストレッチャー間の移動時の酸素チューブの付け替え・流量設定忘れ	度数	7	0	2	9
	%	6.5%	.0%	13.3%	6.6%
患者が自分で酸素流量を操作し、指示量を守っていないのを発見	度数	9	0	3	12
	%	8.4%	.0%	20.0%	8.8%
酸素の流量を確認したら、間違っているのを発見	度数	19	1	5	25
	%	17.8%	7.1%	33.3%	18.4%
酸素チューブのベッド柵や車椅子の車輪への絡まり	度数	18	4	2	24
	%	16.8%	28.6%	13.3%	17.6%
酸素チューブの屈曲	度数	25	5	3	33
	%	23.4%	35.7%	20.0%	24.3%
酸素加湿器の水が減少	度数	28	3	2	33
	%	26.2%	21.4%	13.3%	24.3%
2) その他	度数	20	0	1	21
	%	18.7%	.0%	6.7%	15.4%
合 計	度数	107	14	15	136
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表13 吸引でのヒヤリ・ハット体験（複数回答）

		I-Q3. 看護基礎教育機関		合 計
		3年課程 看護専門学校	看護大学	
1) 吸引	度数	10	1	11
	%	100.0%	100.0%	100.0%
吸引時に、口腔内・咽頭を傷つけ出血	度数	9	1	10
	%	90.0%	100.0%	90.9%
吸引時に嘔吐反射を誘発し、患者が誤飲	度数	1	0	1
	%	10.0%	.0%	9.1%
合 計	度数	10	1	11
	%	100.0%	100.0%	100.0%

表14 電法でのヒヤリ・ハット体験（複数回答）

		I-Q3. 看護基礎教育機関		合 計
		3年課程 看護専門学校	看護大学	
1) 熱傷	度数	2	0	2
	%	25.0%	.0%	22.2%
湯たんば、温枕、ホットパックにて 熱傷	度数	2	0	2
	%	25.0%	.0%	22.2%
2) 凍傷	度数	1	0	1
	%	12.5%	.0%	11.1%
3) その他	度数	5	1	6
	%	62.5%	100.0%	66.7%
合 計	度数	8	1	9
	%	100.0%	100.0%	100.0%

表15 与薬（注射・点滴以外）でのヒヤリ・ハット体験（複数回答）

		I-Q3. 看護基礎教育機関			合 計
		3年課程 看護専門学校	3年課程 看護短期大学	看護大学	
1) 準備	度数	6	0	1	7
	%	9.0%	.0%	7.7%	7.8%
2) 実施	度数	15	2	2	19
	%	22.4%	20.0%	15.4%	21.1%
処方薬の実施忘れ・実施時間の間違え・重複して実施	度数	14	2	0	16
	%	20.9%	20.0%	.0%	17.8%
与薬部位の誤り	度数	0	0	1	1
	%	.0%	.0%	7.7%	1.1%
禁忌薬の投与、アレルギー患者への 当該薬の投与	度数	1	0	1	2
	%	1.5%	.0%	7.7%	2.2%
3) 与薬後の観察	度数	42	8	9	59
	%	62.7%	80.0%	69.2%	65.6%
4) その他	度数	10	0	2	12
	%	14.9%	.0%	15.4%	13.3%
合 計	度数	67	10	13	90
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表16 注射・点滴でのヒヤリ・ハット体験（複数回答）

		I-Q3. 看護基礎教育機関			合 計
		3年課程 看護専門学校	3年課程 看護短期大学	看護大学	
1) 準備	度数	3	0	0	3
	%	3.2%	.0%	.0%	2.7%
内容あるいは量を誤って準備	度数	2	0	0	2
	%	2.1%	.0%	.0%	1.8%
注射器やボトルに誤って患者氏名を記入	度数	1	0	0	1
	%	1.1%	.0%	.0%	.9%
2) 実施	度数	17	1	2	20
	%	18.1%	14.3%	20.0%	18.0%
注射薬の実施忘れ・実施時間の間違い・重複して実施	度数	1	0	1	2
	%	1.1%	.0%	10.0%	1.8%
手動調節時、点滴注入速度の間違い	度数	12	1	0	13
	%	12.8%	14.3%	.0%	11.7%
輸液ポンプ使用時の点滴注入速度の間違い	度数	6	1	1	8
	%	6.4%	14.3%	10.0%	7.2%
手動調節時、点滴注入速度の間違い	度数	12	1	0	13
	%	12.8%	14.3%	.0%	11.7%
輸液ポンプ使用時の点滴注入速度の間違い	度数	6	1	1	8
	%	6.4%	14.3%	10.0%	7.2%
注射薬の順番の間違い	度数	2	0	0	2
	%	2.1%	.0%	.0%	1.8%
3) 管理	度数	63	4	4	71
	%	67.0%	57.1%	40.0%	64.0%
点滴もれ・つまり	度数	45	3	4	52
	%	47.9%	42.9%	40.0%	46.8%
点滴・輸液ポンプ使用時のライン閉塞、エア混入などのトラブル	度数	29	1	1	31
	%	30.9%	14.3%	10.0%	27.9%
4) 実施後の観察	度数	23	4	3	30
	%	24.5%	57.1%	30.0%	27.0%
5) その他	度数	11	1	1	13
	%	11.7%	14.3%	10.0%	11.7%
合 計	度数	94	7	10	111
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表17 観察・報告でのヒヤリ・ハット体験（複数回答）

		I-Q3. 看護基礎教育機関			合計
		3年課程 看護専門学校	3年課程 看護短期大学	看護大学	
1) 観察	度数	105	26	29	160
	%	70.0%	86.7%	78.4%	73.7%
重要所見を観察し忘れ	度数	88	23	28	139
	%	58.7%	76.7%	75.7%	64.1%
急変の前兆となる症状に気づけず	度数	40	9	6	55
	%	26.7%	30.0%	16.2%	25.3%
2) 報告・記録	度数	96	16	20	132
	%	64.0%	53.3%	54.1%	60.8%
重要所見を観察していたが報告・記録できず	度数	59	11	13	83
	%	39.3%	36.7%	35.1%	38.2%
重要所見について誤った報告・記録を実施	度数	10	1	0	11
	%	6.7%	3.3%	.0%	5.1%
報告が遅れ、重要な情報が伝わらず	度数	62	9	7	78
	%	41.3%	30.0%	18.9%	35.9%
3) その他	度数	5	2	1	8
	%	3.3%	6.7%	2.7%	3.7%
合計	度数	150	30	37	217
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

つまり」が52名（46.8%）と最も多く、次いで「点滴・輸液ポンプ使用時のライン閉塞、エア混入などのトラブル」が31名（27.9%）であり、「点滴の管理」に関する項目が6割を占めた。また、「実施後の観察」も30名（27.0%）の者が回答し、注射・点滴以外の与薬の場合と同様にヒヤリ・ハットを体験しやすい項目であった。

### 13) 観察・報告でのヒヤリ・ハット体験

観察・報告でのヒヤリ・ハット体験を表17に示す。これによると、「重要所見を観察し忘れ」が139名（64.1%）と最も多く、次いで「重要所見を観察していたが報告・記録できず」が83名（38.2%）、「報告が遅れ、重要な情報が伝わらず」が78名（35.9%）であった。

### 14) 説明同意でのヒヤリ・ハット体験

説明同意でのヒヤリ・ハット体験を表18に示す。これによると、「実習記録や

メモ等の紛失、病棟・病室への置き忘れ」が75名（49.0%）と最も多く、次いで「患者や家族の気分を害し、注意を受けた」が38名（24.8%）、「患者や家族からの質問事項を看護師や医師に伝えたが、うまく取り次がれず行き違いが発生」が30名（19.6%）であった。

### 15) その他として挙げられたヒヤリ・ハット体験

その他として挙げられたヒヤリ・ハット体験を表19に示す。これによると、「実習場で指導者や教員から不当な扱いを受けた」が73名（54.1%）と最も多く、次いで「患者の性的な言動により不快感を抱いた」が61名（45.2%）であり、「暴力・ハラスメント等」を挙げる学生が129名（95.6%）いた。

表18 説明同意でのヒヤリ・ハット体験（複数回答）

		I-Q3. 看護基礎教育機関			合計
		3年課程看護 専門学校	3年課程看護 短期大学	看護大学	
1) 説明同意	度数	107	20	21	148
	%	96.4%	100.0%	95.5%	96.7%
時間や場所などの事務的内容について、 患者や家族に間違った内容を伝達	度数	10	3	3	16
	%	9.0%	15.0%	13.6%	10.5%
実習場の指導者や教員に確認を受ける 前に、患者に病気療養上の指導を実施	度数	15	2	5	22
	%	13.5%	10.0%	22.7%	14.4%
患者や家族の気分を害し、注意を受 けた	度数	29	4	5	38
	%	26.1%	20.0%	22.7%	24.8%
患者や家族からの質問事項を看護師や医師に 伝えたが、うまく取り次がれず行き違いが発生	度数	20	4	6	30
	%	18.0%	20.0%	27.3%	19.6%
患者には伝えられていない病状や治 療等について患者に話した	度数	3	0	2	5
	%	2.7%	.0%	9.1%	3.3%
実習記録やメモ等の紛失、病棟・病 室への置き忘れ	度数	56	11	8	75
	%	50.5%	55.0%	36.4%	49.0%
2) その他	度数	6	0	1	7
	%	5.4%	.0%	4.5%	4.6%
合計	度数	111	20	22	153
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表19 その他として挙げられたヒヤリ・ハット体験（複数回答）

		I-Q3. 看護基礎教育機関			合計
		3年課程 看護専門学校	3年課程 看護短期大学	看護大学	
1) 暴力・ハラスメント等	度数	92	9	28	129
	%	94.8%	100.0%	96.6%	95.6%
患者の性的な言動により不快感を抱 いた	度数	39	7	15	61
	%	40.2%	77.8%	51.7%	45.2%
患者にいやがらせをされた	度数	4	0	5	9
	%	4.1%	.0%	17.2%	6.7%
患者から暴力をふるわれた	度数	13	0	4	17
	%	13.4%	.0%	13.8%	12.6%
実習場で指導者や教員から不当な扱 いを受けた	度数	50	5	18	73
	%	51.5%	55.6%	62.1%	54.1%
2) その他	度数	8	0	3	11
	%	8.2%	.0%	10.3%	8.1%
合計	度数	97	9	29	135
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

## B. 印象に残った事例における学生の認知的側面と実際の行為

回収数256のうち、記載があったものは152であった。以下では要因別に分類した結果、学生の特徴的な事例を紹介する。

### 1. 多重課題という点からのヒヤリ・ハット体験

#### 1) 1つの行為をすることに集中したために起こったヒヤリ・ハット体験

学生はケアを実施している時には、その行為に集中し、他のことに目を向けにくい。そのため、ヒヤリハット体験につながるという事例が多くみられた。

#### 事例1

鎖骨下静脈より IVH 挿入中の患者の清拭中、ラインを引っ張ってしまっていたのに気づかず、施行後にカテーテルが輸液バッグから抜けていることに気づいた。ラインがぴんと張っていて何となく危ないと感じていたが、特に何も対処しなかった。援助に夢中で患者をよく観察していなかった。事前に危ないと感じたときに病棟スタッフに報告、相談して何らかの対処をしていればよかった。また援助に夢中にならず、患者全体をよく観察しながら行っていればよかった。帰宅後、この出来事を振り返り、文書に表して、教員と指導者からは「自分一人で不安があれば、正直にその旨を伝えてほしい」と助言を受けた。 <No.17>

事例1では何となく危ないと予想をしていたにもかかわらず、それについて対処せず、清拭をしている間にその行為に夢中になったケースである。このケースでは教員や指導者と一緒にその体験を振り返る機会を持つことができたと回答していた。

#### 事例2

ケリーパッドでの洗髪中、IVHに手が引っかかり、管が抜けそうになった。洗髪することに気を取られ、IVHのことを忘れていた。自分の行うことばかりに気を取られず、患者さんの状態にも気配りすればおこらなかつたと思う。教員らには報告していない。学生は、自分一人でできると思っても、見守りを願うするなど、ヒヤリハットがおきないようにすることが大切。 <No.227>

事例2ではIVH挿入のことを忘れていたようであり、危険についてほとんど予想していない様子であった。教員に報告していないため、自分自身の中での反

省に留まっている。

#### 2) 気になることがあるために起こったヒヤリ・ハット体験

自分が行うことだけでなく、他の何かに気を取られたためにヒヤリ・ハット体験を経験している事例も多くあった。

#### 事例3

統合失調症、老人性痴呆、大腿骨頸部骨折の患者さんの床上訓練をするのを忘れてしまった。時間的に余裕が全くなかったのと、患者さんが運動訓練をすごく嫌がっておられて、行うタイミングを見計っていった。まとめの会がせまっていて、それに気をとられていた。教員から責任感がうすいと言われた。責任感が薄かったと思う。いやがる患者さんの心理をもっとみていればよかったと思う。 <No.159>

事例3はまとめの会が迫っていることに気を取られ、患者さんに計画していた床上訓練を忘れてしまったという、「まとめの会の出席」と「床上訓練」という多重課題にうまく対応できなかったケースである。

#### 事例4

受け持ち以外の同室の患者がベッドにカテーテルを固定されたまま離床し、カテーテルが引っ張られていたので、受け持ち患者のベッド柵をつけずに離れた。受け持ち患者にはせん妄があった。同室患者のカテーテルが抜けそうになっていたことが気になっていた。自分の患者のことをしてから行動すべきであった。 <No.246>

事例4は「受け持ち患者への対応」と「他の患者への対応」という多重課題に対応できなかったケースである。これは学生だけでなく、新人看護師でも起こしやすい事例であり、優先順位をつけることの難しさや一人で対応しなくてはいけないという考えが影響していることがうかがえる。

#### 事例5

車椅子でトイレまで行き、排泄後、再び車椅子へ戻る際に、患者さんの足がもつれ、体格のよい方だったので、支えていた私も一緒に転倒しそうになり、側にいた先生に支えられながら車椅子にうつった。脳梗塞で片麻痺のある方で、床上排泄から初めてのトイレ排泄の時だった。座位は保持できていたものの、自立での立位は不可能だった。身長が高く、体格も良い方だったので、自分一人では支えることができないかもしれ



ないとは思っていた。しかし、リハビリ時間が迫って  
いて焦っていた。先生に見られていて緊張していた。  
しっかりと力を入れて支えることのできる姿勢や足の  
位置をとればよかった。自分一人で支えようとせず、  
2人で支えるべきだった。焦らずゆっくり移乗を行う  
べきだった。教員からは自分一人で支えられないと思っ  
たら、指導者に声をかけ助けを求めるように言われた。  
<No.146>

事例5は自分一人ではできないかもしれ  
ないと予測し、実際に教員が側につい  
ていたためにアクシデントにはいたらな  
かったケースである。ここで特徴的だっ  
たのは、「リハビリ時間が迫っているこ  
と」と「教員に見られている」ことに気  
を取られていたという点である。他の事  
例でも「指導者に見られて緊張していた」  
(No.94) (No.105)、「スタッフがいたの  
で気になった」(No.207)、「教員がみて  
いるのが気になった」(No.214)といっ  
た回答があり、他者の視点があることで  
学生自身が課題を増やしているといっ  
た点が明らかになった。

## 2. 状況の判断が不十分／危険予測の低さによるヒヤリ・ハット体験

### 1) 危険の予測を全くしていないために起こったヒヤリ・ハット体験

#### 事例6

トイレで洗浄レバーを誤って操作し、患者さんがび  
しょぬれになってしまった。予想外の出来事であり、  
特に他に気を取られていることもなかった。施設の把  
握が必要だと反省した。  
<No.127>

事例6は病院での施設設備の操作を誤っ  
たためにヒヤリ・ハット体験につなが  
った事例である。病院施設の特殊性などを  
あまり意識せず、思いこみで操作するこ  
とにより、思わぬ結果を招くことがある  
ことが示されている。

#### 事例7

検査時に酸素流量が設定されず低酸素状態になる危  
険があった。考えてもみない出来事であった。病棟ス  
タッフは忙しそうであった。ナースに伝えるべきだ  
たと反省した。  
<No.101>

事例7は全く酸素流量のことを気にか

けていなかったために患者が低酸素状態  
になる危険があったケースである。本人  
は酸素流量の設定が重要であるという認  
識がないために危険を全く予想してい  
ないということが示されている。他にもナ  
ースコールの設置し忘れ<No.98>など、  
そのことを重視していなかったためにヒ  
ヤリ・ハット体験につながったというケ  
ースがみられた。

### 2) 何となく危険を予想していたが、十分ではなかったために起こったヒヤリ・ハット体験

#### 事例8

肺炎で終末期の患者さん。チアノーゼが出ていて、  
それに気づいていたが、普通のバイタルサイン、観察  
項目しか考えていなかったため、通常の観察のみで終  
わらせ不十分だった。一人一人に応じて観察すべきだ  
たと反省した。教員からは昨日との変化や状態に気を  
付けて観察するように助言を受けた。  
<No.79>

事例8では、チアノーゼが出ていると  
いう予兆があっても、知識・経験が十分  
でないため、目にした光景が異常を示す  
者かどうかを判断することができなかつ  
たことが示されている。

### 3) 危険の予測はしていたが、援助行為に結びつかないために起こったヒヤリ・ハット

#### 事例9

患者に褥創のリスクがあったが、観察しなかったた  
めにびらん形成に至った。排便後にウォシュレットを  
使用し、水分を拭き取らず寝衣を着用。ベッドでも臀  
部が汚れていると気づいていたが観察しなかった。気  
になったら観察や患者への声かけをすることが必要だ  
と振り返った。  
<No.248>

事例9では、水分を拭き取らずに寝衣  
を着用させ、臀部の汚れに気づいてい  
ながらも、臀部の皮膚状態を観察しな  
かったなど、褥創のリスクを予測しな  
がらも、それを回避するような援助技  
術と結び付けて、行為を展開するこ  
とができなかったことが回答されて  
いた。

## 3. 学生という立場によるヒヤリ・ハット体験

### 1) 教員、指導者との指導体制がうまくいかないために起こったヒヤリ・ハット体験

#### 事例10

指導教員をつかまえることができず、患者への援助が送れ、患者の不安・不満が高まり、精神的に興奮し、血圧が上昇。何度か教員を呼びに行ったが、他の学生の指導で来てもらえなかった。朝から患者は何もケアを受けておらず、生活のリズムが崩れることに少し気分がよくない状態であった。事前にグループ内でスケジュール調整し、ある程度予定を立てて行動しなければならぬと振り返った。教員からは事前に予定を立てた行動をすること。患者は少しのことで病状などが悪化するので注意が必要である。 <No.74>

事例10では、指導教員をうまくつかまえることができず、結果として安全・安楽なケアができなかったケースである。学生は危険を予測し、教員に助けを求めているにもかかわらず、協力が得られなかったためにヒヤリ・ハット体験につながってしまった状況であり、学生の問題だけではない。教員や指導者が探しても見当たらず、一人で行ってしまった(No. 130、No. 242)、スタッフが忙しくて声をかけにくいといった状況から確認ができずにヒヤリ・ハット体験につながってしまった(No. 58)、スタッフに声をかけたが適切な対応がなされなかった(No. 124)など、学生単独では対応が難しい状況での出来事が多く、教員、指導者との連携・協力といった指導体制が不十分であった事例も少なくなかった。

2) 学生という立場上、患者に強く言えないために起こったヒヤリ・ハット体験

#### 事例11

急性肺炎で床上安静中の患者が一人でトイレに歩いた。ベッドに戻るように説明したが理解されなかった。その場を離れて指導者を呼びに行くべきかわからず報告が遅れた。もともと独歩がみられる患者だった。隣の部屋にいた学生に助けを求めればよかったと振り返った。教員からは必ず教員を呼びなさいとアドバイスを受けた。 <No.65>

事例11は、患者にベッドに戻るよう説明したが、患者がそれに応じてくれなかったことで床上安静が守れなかったケースである。学生が患者に強く注意を言えない、患者も学生の言うことを聞いてくれない、患者が大丈夫だと言ってひとりでケアを行ってしまったといった事例も少

なくなかった(No. 43、No. 99、No. 125、No. 236、No. 252)。

#### 4. ヒヤリ・ハット体験後の教員の助言と学生の振り返り

前述事例3、4、8、10、11などのように、教員からは「注意しなさい、確認しなさい」「一人で行わないように、必ず教員を呼びなさい」という助言が多く、具体的にどのように回避すればよいかという援助方法についての助言は少なかった。事例1のようにヒヤリ・ハット体験を具体的に振り返るための機会を持っているケースはあまり見られなかった。また、事例2のように教員に報告していないケースも見られ、教員が把握していない状況で起こっているヒヤリ・ハット体験の数は少なくないことが示された。

学生はそれぞれの体験後、振り返りを行っているが、自責的な回答が多かった。また、「今後は一人で行わないようにする」「教員や指導者に声をかけるようにする」といった振り返りはしているが、なぜそうしなければならないのかといったところまでは回答にほとんど書かれていなかった。リスク回避の行動の根拠が明確になっているケースは少なかった。

#### 4. 考 察

学生のヒヤリ・ハット体験は「体位・姿勢の保持、移動」と「生活環境の整備」が約6割、「保清・整容」、「食事・水分の摂取」、「感染予防・滅菌操作・医療廃棄物の取り扱い」、「観察・報告」が約4割であり、川村(2003)が報告した看護師のヒヤリ・ハット事例とは異なる様相を示した。「体位・姿勢の保持、移動」、「生活環境の整備」、「排泄」、「保清・整容」では「転倒・転落」の割合が高く、基礎看護技術における指導の観点として、転倒・転落の防止を各生活援助技術の中にどのように組み入れるかが示された。「与薬」については「実施後の観察」におけるヒヤリ・ハット体験が多く、「観察・報告」という項目も含めて、患者の状況をどのように観察し、報告するかといった観点も看護技術

指導上の課題として指摘された。この場合、患者の状況の判断が非常に重要であり、技術教育を単なる手技の連続や組み合わせとして指導するだけでは不十分である。転倒・転落の防止ということも含めて、患者個々の状況を判断した上で技術を考え、実施するような教育方法を確立していくことの重要性が明らかになったと考える。

学生からの具体的な事例報告からは、「多重課題という点からのヒヤリ・ハット体験」、「状況の判断が不十分／危険予測の低さによるヒヤリ・ハット体験」、「学生という立場によるヒヤリ・ハット体験」という特徴が明確になった。「多重課題」については、看護師においても、複数の患者を受け持つ中で同時にいくつかのケアを行わなくてはならないといったことから事故の要因として指摘されていたが、学生の場合は、1つのケアを行う中でも、観察したり、注意しなければいけないことが1つ1つの課題になるため、全体としては多重課題のまとまりになり、何か1つの点に集中することによって別のことがおろそかになったり、抜け落ちてしまうといった図式が示された。今後は、多重課題という観点から1つのケア行為を分析していく必要があると考える。また、「状況の判断や危険予測」という点については、「何となく危険を感じていたにもかかわらず、その危険予測が不十分であった」という事例が多くみられ、漠然とした危険予測をいかに明確に認識できるようにするかという課題が示された。さらに学

生という立場から単独では対応が難しいと思われる事例も多く、事故防止という観点から実習そのものの指導体制をどのように整備していくかという課題も指摘された。

ヒヤリ・ハット体験は避けなければならない出来事ではあるが、起こってしまった場合、むしろ事故防止のための教育的機会として活用できる状況である。しかし、今回の学生からの回答では、教員や指導者からの指導・助言は「注意なさい」「教員・指導者を呼びなさい」といった対処方法を指摘したものが多く、具体的な助言は少なかった。起こった出来事を詳細に分析したり、患者の状況、解剖生理学や疾患などに関連させて、なぜ今回の行為が生命の危険につながる可能性があったのかなどを考察させる機会にする必要があるのではないだろうか。学生の記述による回答なので、情報には限界があるが、ヒヤリ・ハット体験後の指導・助言についても課題が指摘されたように考える。また、こういった指導・助言の影響だろうか、学生の振り返りも自責的なものが多く、「今後は注意しようと思った」、「一人で行わないようにしたい」といった内容のものが目立った。各事例の状況判断も含めて、その注意すべき点や配慮すべき点を学生自身がどのように認識したかについては、回答の中に十分表現されていなかった。ここからもヒヤリ・ハット体験後の学生に対する教育的なかかわりをどのように行っていくかということが今後の課題であろう。

(文責：佐々木・村上)

## 第5章 まとめと今後の課題

本研究の目的は、看護基礎教育における看護技術教育を安全性の視点から検討し、看護技術教育における基準（教育内容・教育方法・教育教材の開発を含む）を作成することにある。今年度の研究結果及び今後の課題について以下に述べる。

### 1. 医療・看護事故の観点からみた基礎看護技術テキストの批判

既刊の基礎看護技術教科書の技術項目毎に、現時点での標準の手順及びエビデンス、必要なエビデンス等を抽出し、過去に起きた医療・看護事故／過誤事例と対比させながら内容を吟味した。その結果、医療事故やヒヤリ・ハット事例を積極的に掲載したり、それを踏まえた安全な技術手順について強調したテキストは、ほとんどみられなかった。

全体を通して、下記の5つの特徴が明らかとなった。

- 1) テキスト全体に看護事故、ヒヤリ・ハット事例の記載が少ない。
- 2) 看護事故、ヒヤリ・ハット事例が頻発している看護技術項目自体がテキストに含まれていないものもみられた。
- 3) 看護技術項目に、【体位・移動の援助技術】が複合した場合の、看護事故、ヒヤリ・ハットの発生リスクについて強調されていない。
- 4) 各援助技術における難易度を左右する要因についての記載が乏しくまた、難易度が高い場合の手技や手順についての記載が少ない。
- 5) 看護技術の【手順】についてのエビデンスが不足している。

以上の5点の検討課題を踏まえた、新しい看護技術教育方法の開発、テキストの開発が求められる。とりわけ、今回のテキストの吟味によって浮き彫りになったのが、これまでの基礎看護技術教育の傾向である。すなわち、安静臥床状態の人への援助方法に非常に多く

のページが割かれており、実際の医療現場で頻繁に行われている入浴介助やシャワー浴介助、車椅子や介助歩行等によるトイレ移動や排泄介助、ポータブルトイレでの排泄のためのベッド昇降、点滴スタンドや酸素ボンベ等の医療器具使用中の車椅子移乗・歩行などの記載が乏しいことが明らかになった。看護技術の難易度は単なる技術項目の違いによって決まるのではなく、同じ看護技術であっても患者の病状、ADL、医療器具の装着状況、周囲の状況（設備、ナースの数）との組み合わせによって容易に変化することが明らかになった。

基礎教育課程の学生が、最初から複雑な要因を含んだ状況で用いる看護技術を習得するのは困難である。あくまでも、複雑な要因を含まない状況下で、基本的な看護技術を習得できるようにし、その上で、難易度が上がる要因、それに伴う援助技術を2段階構えで提示し、看護事故、ヒヤリ・ハット事例を基軸とする、より安全で確実な看護技術を習得できるような工夫が必要であると考ええる。

そこで、本研究班では、同一技術項目について2段階の難易度を設定し、具体的な事例を展開する中で看護技術の手順や事故の起こりやすいポイントについて解説する方法を取り入れることによって、事故防止の視点から、より充実した技術教育が可能となるのではないかと考えているところである。従来の看護技術教育に医療安全教育を統合した新しい教育方法、教材等の開発の具体的な展開方法については、次年度の課題としたい。

### 2. 医療事故をエビデンスとする看護技術教育に関する文献検討

看護学生を対象とし、安全性を重視した看護技術の教育方法を考えるために、既存の文献を検討した。その結果、「SHELモデル」「4M-4Eモデル」「マクロ分析」などが分析枠組みとして使用され、医療事故やヒヤリ・

ハット全般の特徴や傾向についての知識を学生に提供したり、実際に起こった事故やヒヤリ・ハット事例で学生グループに事故報告書を作成させたり、モデルを用いて分析・討議させるなどの教育方法であった。そして、さらにメタ認知からヒューマンエラーを捉える必要性が示唆され、確かな看護実践に必要なメタ認知能力を持った学生を育成するための教育方法についての知識・技術が看護教員には必要であると言われていることが明らかになった。しかし、メタ認知の観点から言えば、「事後的にあとを振り返る力」の育成に重点が置かれており、技術演習や実習を通じて「現在の心や行動を内省する力」の育成に取り組んでいるものは見あたらなかった。

また、安全教育においても「看護」のスタンスや考えを考慮する必要があるという指摘があり、ナイチンゲールの3つの関心、ベナーの気づかひの欠如などについても、看護におけるリスクマネジメントには必要であると考える。

以上より、看護学生を対象として、安全性を重視した看護技術教育を実施するにあたっては、従来のようなSHELモデルや4M-4Eモデルに留まらず、近年着目されつつあるメタ認知を参考に、看護技術のなかでどのようなメタ認知が働いているのかを明らかにすることが重要であろう。また、安全性を重視した看護技術教育方法を検討するには、対象となる人への気づかひや関心を向けるというような、看護特有の視点を含めた新たな枠組みで、看護師や看護学生のヒヤリ・ハット事例や事故事例を分析する必要があると考える。

### 3. 臨地実習における学生のヒヤリ・ハット体験についての実態調査

臨地実習における学生のヒヤリ・ハット体験についての大規模な実態調査を実施した。調査枠組みは、既存のヒヤリ・ハット調査等の枠組みを参考に、看護学生の技術実施中の認知的側面と行為への展開をも含め作成した。調査対象者は、全国のN系3年制看護専門学校24校、全国の3年制看護短大32校、4年制看護大学121校に調査協力を依頼し、協力を

得た施設の学生（総数約8,511）に調査用紙を配布した。調査用紙は各学生が郵送にて直接返却できるようにし、回答内容によって不利益を被らないよう配慮した。平成17年3月25日までに643名からの回答を得た。現在も回収中であるが、回収数643通のうちの640名の分析結果では、次のような傾向がみられた。

ヒヤリ・ハット体験は、「体位・姿勢の保持、移動」と「生活環境の整備」が約6割、「保清・整容」、「食事・水分の摂取」、「感染予防・滅菌操作・医療廃棄物の取り扱い」、「観察・報告」が約4割であり、川村（2003）が報告した看護師のヒヤリ・ハット事例とは異なる様相を示した。「体位・姿勢の保持、移動」、「生活環境の整備」、「排泄」、「保清・整容」では「転倒・転落」の割合が高く、基礎看護技術における指導の観点として、転倒・転落の防止を各生活援助技術の中にどのように組み入れるかが示された。「与薬」については「実施後の観察」におけるヒヤリ・ハット体験が多く、「観察・報告」という項目も含めて、患者の状況をどのように観察し、報告するかといった観点も看護技術指導上の課題として示唆された。この場合、患者の状況の判断が非常に重要であり、技術教育を単なる手技の連続や組み合わせとして指導するだけでは不十分である。転倒・転落の防止ということも含めて、患者個々の状況を判断した上で技術を考え、実施するような教育方法を確立していくことの重要性が明らかになったと考える。

学生からの具体的な事例報告からは、「多重課題という点からのヒヤリ・ハット体験」、「状況の判断が不十分／危険予測の低さによるヒヤリ・ハット体験」、「学生という立場によるヒヤリ・ハット体験」という特徴が明確になった。

ヒヤリ・ハット体験は避けなければならない出来事ではあるが、起こってしまった場合、むしろ事故防止のための教育的機会として活用できる状況である。しかし、今回の学生からの回答では、教員や指導者からの指導・助言は「注意しなさい」「教員・指導者を呼びなさい」といった対処方法を指摘したものが多く、具体的な助言は少なかった。起こった出来事を詳細に分析したり、患者の状況、解

剖生理学や疾患などに関連させて、なぜ今回の行為が病状の悪化や健康レベルの低下、生命の危険につながる可能性があったのかなどを考察させる機会にする必要があるのではないだろうか。学生の記述による回答なので、情報には限界があるが、ヒヤリ・ハット体験後の指導・助言についても課題が指摘されたように考える。

#### 4. 今後の課題

以上より、次年度は調査用紙の回収を進め、最終的な数量的分析及び、体験事例の記述欄

についての分析（学生の対処方法やヒヤリ・ハット発生時の状況についてのメタ認知の枠組みからの特徴など）を進めていくこととする。そして、学生の臨地実習における看護技術実施の際の、患者の同意、安全性の確保を第一とする看護技術教育の基準（教育内容・教育方法・教育教材の開発を含む）の開発に取り組む予定である。また、臨地実習場面に関わる学校側教員、臨床側指導者を対象とした学生の医療事故事例、ヒヤリ・ハット事例（ニアミス体験）及び教育指導上の経験事例をデータ収集、分析し、看護技術教育方法検討の資料とすることも課題としたい。

## 謝 辞

本研究班の研究活動においては、全国の看護系大学及び短期大学、N系看護専門学校の学生の皆様、教職員の皆様に、快くアンケート調査へのご協力をいただきました。心より感謝申し上げます。

本研究は平成16年度厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）の助成を受けて実施した中間報告であり、平成17年度厚生労働科学研究費補助金を継続申請中である。

資 料



## 臨地実習における学生のヒヤリ・ハット体験調査 ご協力をお願い

この調査では臨地実習における学生のヒヤリ・ハット体験を収集し、その内容、状況、原因などを明らかにすることを目的としています。

調査票は匿名でご記入いただき、学生が個別に返送できるような配慮をしています。また、データは統計的に処理いたしますので、個人を特定できるようなことは一切ございません。回答に要する時間はおよそ20分です。

どうぞ、この研究の趣旨をご理解いただき、ご協力いただければ幸いです。

### ■記入上の注意事項■

回答は、各設問の指示にしたがってお答え下さい。該当する番号に○をつけていただくものと、必要箇所に数字をご記入いただくもの、および空欄に自由記述をしていただくものがあります。

ご記入いただいた調査票は、この調査票が封入されていた返信用封筒に入れ、平成17年4月30日までにご投函下さい。

なお、ご不明な点がありましたら下記までご連絡下さい。

### ■連絡先

〒150-0012 東京都渋谷区広尾4-1-3 日本赤十字看護大学

FAX : 03-3409-0589

E-MAIL : [midori-k@redcross.ac.jp](mailto:midori-k@redcross.ac.jp) (川嶋)  
[morita@redcross.ac.jp](mailto:morita@redcross.ac.jp) (守田)  
[yoshida@redcross.ac.jp](mailto:yoshida@redcross.ac.jp) (吉田)



II. 次の各項目について、あなた自身がヒヤリ・ハットやアクシデントの体験をしたことがあるものについて ( ) 内に○印をつけて下さい。

\* 「ヒヤリ・ハット」とは、思いがけない出来事で、これに対して適切な処理が行われないと「アクシデント（事故）」となる可能性のある事象をいいます。

例) ヒヤリ・ハット→ベッド柵をつけ忘れた。患者は転落しなかったが、その危険性があった。  
アクシデント→ベッド柵をつけ忘れ、患者が転落した。

## 1. 生活環境の整備

### 1) 転倒転落

- ①ベッド柵をつけ忘れ ( )
- ②床にこぼれた水などで患者がすべる ( )
- ③ルート類の整備不十分（点滴／輸液ポンプのコード／尿路カテーテルにつまづく等） ( )

### 2) 物品による怪我

- ①ベッドサイドに置いた物品（注射針や血圧計）などで打撲・切傷 ( )
- ②廊下にある車椅子・設備などで打撲 ( )
- ③ドア、窓などで指をはさむ ( )
- ④配茶した湯飲みで火傷 ( )

### 3) 物品の破損

- ①患者の所有物（湯飲み／花瓶等）を破損 ( )

### 4) 環境整備

- ①体動制限がある患者にナースコールを設置し忘れ ( )

### 5) その他（思い当たる出来事があればお書き下さい）

( )

## 2. 感染予防・滅菌操作・医療廃棄物の取扱い

### 1) 滅菌・清潔野の汚染・感染予防

- ①シャワー浴や洗髪などで創を保護していたガーゼを濡らす ( )
- ②不潔な鑷子を鑷子立てに戻す／不潔な鑷子で滅菌カップの綿球を取り出す ( )
- ③使用前の滅菌物（鑷子やガーゼ等）を誤って開いた／不潔なものとは接触 ( )
- ④排泄物に接触したあと／清潔操作の前に手洗いをしない ( )

### 2) 医療廃棄物の不適切な取扱い

- ①注射針を誤って普通ゴミに廃棄 ( )
- ②血液の付着したガーゼを医療廃棄物として廃棄しない ( )

### 3) 抗がん剤等有毒薬剤の被爆

- ①抗がん剤が皮膚につく ( )

### 4) 血液汚染

- ①注射・採血後の使用済み注射針が自らに刺さる ( )
- ②血液汚染物を素手で触る ( )

### 5) その他（思い当たる出来事があればお書き下さい）

( )

### 3. 体位・姿勢の保持、移動

#### 1) 転倒転落

- ①ベッドから車椅子への移動時によろける、脚がもつれる、ころぶ ( )
- ②車椅子のストッパーをかけ忘れ ( )
- ③歩行練習中(杖、歩行器)、足がもつれる、つまづく ( )
- ④スリッパによる歩行中、つまづく ( )
- ⑤病棟の小さな段差・浴衣、点滴ルートなどにひっかけ、つまづく ( )
- ⑥点滴台の杖代わりの歩行でよろける ( )
- ⑦ベッドでの体位保持ができず、落ちかける ( )
- ⑧抑制帯・安全ベルトをつけ忘れる ( )
- ⑨乳児の抱き方が不適切で落ちる ( )
- ⑩子どもがベッドから落ちる ( )

#### 2) 安静度の遵守

- ①患肢・患側の安静度を守らず、移動させる ( )

#### 3) 打撲

- ①車椅子からベッドへの移動時に、足台を挙げ忘れ、打撲、すり傷 ( )
- ②車椅子の不適切な操作により、患者が打撲 ( )

#### 4) その他(思い当たる出来事があればお書き下さい)

( )

### 4. 保清・整容

#### 1) 転倒転落

- ①入浴・シャワーなどのため衣類着脱時にバランスを崩し、よろける ( )
- ②沐浴準備中、目を離したすきに乳児が台から落ちる ( )
- ③入浴・シャワーなどのためストレッチャー/車椅子/浴室・脱衣所の椅子から移動中、よろける ( )
- ④入浴・シャワー中にバランスを崩す/足を滑らす/段差につまづく ( )

#### 2) 状態の変化

- ①入浴・シャワー・清拭・洗髪に時間がかかりすぎ失神/痙攣/気分不良 ( )

#### 3) 溺水・誤嚥

- ①お風呂・沐浴で溺れる ( )
- ②入浴、シャワー時、気管切開部にお湯が入る ( )
- ③口腔ケア時、むせる ( )

#### 4) 熱傷・創傷・粘膜損傷

- ①入浴、シャワー、洗髪、陰部洗浄、手足浴時に熱傷(蒸しタオルによるもの含む) ( )
- ②入浴、シャワー、洗髪、陰部洗浄、手足浴時に皮膚を損傷 ( )
- ③髭剃、剃毛時にかみそりにて切傷 ( )
- ④口腔ケア時、出血 ( )
- ⑤爪切りで深爪、切傷、出血 ( )

#### 5) チューブトラブル

- ①清拭、洗髪時に(気管内挿管/胃管/IVH/IV/硬膜外チューブ/尿管等のチューブ)がひっぱれる、接続部がゆるむ・はずれる、チューブが抜ける ( )

#### 6) その他(思い当たる出来事があればお書き下さい)

( )