

表12. 予見・予測的思考の特徴（複数回答）

		n = 656	
特 徴	度数 (人)	%	
危険の予測を全くしていない	272	41.5	
何となく危険を感じていても判断が出来なかった	134	20.4	
危険を予測しても回避する援助行為に結びつかなかった	137	20.9	
危険を予測し配慮し行動したが、十分ではなかった	38	5.8	
危険を予測し、回避できた	13	2.0	
その他	176	26.8	
全 体	656		

表13. 内省的思考の特徴・多重課題の存在（複数回答）

		n = 749	
項 目	度数 (人)	%	
患者の状態を予測できていなかった	186	24.8	
一つの行為（援助）に集中し、他の事柄・周囲に目を向けにくかった	129	17.2	
患者の情報・状態を把握していないことに気づいた	94	12.6	
自分の技術・知識があやふやで不安	82	10.9	
患者の症状など、他に気になることがあった	58	7.7	
実習場・学習上のスケジュールによる切迫感と患者に必要な援助との優先順位がつけられなかった	57	7.6	
大丈夫だろう（一人でできる）という思いこみ	55	7.3	
患者・家族の強い、緊急の要請・拒否に対し、待つように言えない・言うことを聞いてくれない	48	6.4	
はじめての技術内容・実習、それに伴う緊張・焦り	40	5.3	
教員・指導者の視線・口調に緊張・焦りを生じた	20	2.7	
患者に次の予定（検査・リハビリなど）が入っていた	16	2.1	
指導者の助言・指示の解釈間違い（コミュニケーションの行違い）・聞き取れなかった	15	2.0	
指導者をまっていたが、来てもらえず（焦って）実施した	15	2.0	
受持患者への対応と他患者への対応を同時に求められた	13	1.7	
その他	339	45.3	
全 体	749		

ものである。「誰かに助けを求めた」（410名26.9%）が最も多いが、「自力で考え、対処した」（306名20.1%）のもかなりの割合でみられた。安全を確保するためにサポートを上手に利用することに不慣れな状況も推測される。

2) 助けを求めた人

表15は助けを求めた人を質問したものである。「実習場の指導者」（189名46.1%）、「指導教員」（185名45.1%）、「実習場の指導者以外のスタッフ」（156名38.0%）の順位となっ

ている。先の表8で示したように、出来事を一番はじめに報告した人では「指導教員」が最も多かったことを見ると、学生なりにサポートを使い分けている現状が見受けられる。なお「実習場の指導者以外のスタッフ」に助けを求めた対象者で、誰に助けを求めたかを質問したものが表16である。ほとんどが無回答であったが「看護師」20名（12.8%）とある。

6. 事後の内省的思考（複数回答）

学生の事後の振り返りである。出来事を引きおこした客観的状況について分析した内

表14. 発生時の対処

項 目	度数 (人)	%
誰かに助けを求めた	410	26.9
自力で考え、対処した	306	20.1
どうすればよいのかわからず、何もしなかった	66	4.3
無回答	740	48.6
全 体	1522	100.0

表15. 誰に助けを求めましたか (1) 全体 (複数回答)

n = 410

項 目	度数 (人)	%
実習場の指導者	189	46.1
指導教員	185	45.1
実習場の指導者以外のスタッフ	156	38.0
患者の家族	6	1.5
患者本人がナースコールを押した	1	0.2
同室患者・他の患者	1	0.2
その他	8	2.0
無回答	6	1.5
全 体	410	100.0

表16. 誰に助けを求めましたか (2) 実習場の指導者以外のスタッフ

項 目	度数 (人)	%
看護師	20	12.8
医師	2	1.3
検査技師等	0	0.0
無回答	135	86.5
全 体	157	100.0

容よりも、自己反省する内容が多かったのが特徴である。「自分の行動・感情の振り返り・客観視」は270名(32.5%)を占め、一番多かった。続いて「確実に確認すればよかった」(232名28.0%)、「具体的な援助方法の工夫」(201名24.2%)がなっている。「すぐに教員や指導者に報告・相談すればよかった」(159名19.2%)、「自分の出来ることを明確にして、一人では無理せず助けを求める」(110名13.3%)などの項目は、患者の状況に自分一人で対応できるかどうかの、いわゆるメタ

認知的判断ができなかったことを示す内容であると考えられる。

7. 指導者・教員の助言 (複数回答)

事後の指導者・教員の助言である。表18では「具体的な援助方法の指導」(181名23.1%)がトップであるが、「抽象的な注意喚起、指摘、学習の必要性を指導」(119名15.2%)が多い。後者では学生が納得できなかったと書かれていることが多かった。「学生の気持ちへの支持・励まし・慰労」(40名5.1%)、「後

表17. 事後の内省的思考（複数回答）

n = 830

	度数（人）	%
自分の行動・感情の振り返り・客観視	270	32.5
確実に確認すればよかった	232	28.0
具体的な援助方法の工夫	201	24.2
すぐに教員や指導者に報告・相談すればよかった	159	19.2
患者の理解、病態の理解、知識をつける必要性	122	14.7
自分の出来ることを明確にして、一人では無理せず助けを求める	110	13.3
人的・物的環境を整える必要性（周囲の対応・忙しさ・指導体制への要望）	84	10.1
規定の手順に沿うことの重要性	53	6.4
対処しようがない	28	3.4
行動抑制（やめておこう）	18	2.2
学校では学習していない（教えておいてほしかった）	18	2.2
その他	496	59.8
全 体	830	

表18. 指導者・教員の助言（複数回答）

n = 785

	度数（人）	%
具体的な援助方法の指導	181	23.1
抽象的な注意喚起、指摘、学習の必要性を指導	119	15.2
確実な確認の必要性	105	13.4
すぐ報告・相談し、助けを求めるように指導	73	9.3
自分の行動・感情の振り返り・客観視	70	8.9
何も言われなかった	58	7.4
学生の気持ちへの支持・励まし・慰労	40	5.1
事前におこりそうなことを考えること	26	3.3
行動抑制・禁止	19	2.4
後に活かすことが大切（学生が責められるのではないとサポート）	18	2.3
カンファレンス・学生間での話し合いの場をもち共有	12	1.5
ヒヤリ・ハット用紙、レポートの記入	11	1.4
手順に沿うことの重要性	10	1.3
その他	392	49.9
全 体	785	

に活かすことが大切（学生が責められるのではないとサポート）」（18名2.3%）もあったが、「何も言われなかった」（58名7.4%）も

あり、結果からは、事後の関わりや指導の難しさが伺えた。

B. 各看護技術項目におけるヒヤリ・ハット体験の特徴

ここでは記載されていた602事例を、看護技術項目毎(表19)に分類し、ヒヤリ・ハット事例の発生状況の特徴、学生の思考や対応の特徴、指導者/教員の助言の特徴を抽出した。さらに記述されていた事例に基づいた典型事例を作成し、学習、指導上の工夫点を記載した事例シートを作成した(資料編参照)。

1. 生活環境の整備

74事例のうち、「ベッド柵付け忘れ」が37件と最多で、「ベッド周りのルート類の整備が不十分なために患者が転倒」3件であった。いずれも学生は危険を全く予測していない、あるいは危険を予測しても具体的に行動が伴わなかった、十分ではなかったという思考や行動の特徴がみられた。

ベッド柵の付け忘れについては、血圧測定など何らか他の目的のためにベッド柵を外し(下げた)後、その一つの行為(血圧測定)への集中によって、終了後にベッド柵を元に戻すことを忘れるために発生していた。学生は緊張の中で一つの行為をやり遂げることで精一杯であり、周囲に注意をむけにくい特徴があった。これらは成人・老年領域での実習中に発生した件数が多いが、小児領域で生じやすい事例(小項目30)でもあった。

ルート類の整備不十分、物品による怪我、物品破損、ナースコールの設置忘れなど、学生が受け持ち患者の生活環境全体から患者にとって危険となる環境を予測して、事前に整える援助行動にまで至っていなかった。

2. 感染予防・滅菌操作・医療廃棄物の取扱

「鑷子の不潔操作」4件、「使用前の滅菌物を不潔にする」2件などがみられた。いずれも学生は、初めて臨床現場で滅菌操作の技術を行うことになり、緊張や焦りを感じ、技術や知識もあやふやで実施していたという特徴があり、学生が不潔操作を行う危険を予測していた事例、予測していたが十分な手技ができなかった事例があった。

血液汚染物に素手で接触するという事例は1件であったが、これは採血終了後に採血部の止血を行うという一つの行為に集中したた

めに、手袋を着用していないことに気づかず、ヒヤリ・ハットが生じていた。

3. 体位・姿勢の保持、移動

「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」22件、「患肢・患側の安静度を守らず移動」14件、「ベッド上での体位保持困難」16件、「車椅子操作中のチューブ・ルートトラブル」11件、「歩行中の転倒・つまずき・よろける」10件、「車椅子のストッパー忘れ」9件、「車椅子の取扱による打撲」4件、「子どもがベッドより転落」2件(ベッド柵忘れと類似)などが体験されていた。

学生がある程度危険を予測できていたもの、あるいは予測し対処したが十分ではなかったという特徴があったのは、「ベッドから車椅子への移動援助、患肢・患側の安静度を守らず移動」であった。反対に、学生が全く危険を予測しない中で生じたものとして、「車椅子のストッパーかけ忘れ」「体位・姿勢保持困難」「子どもがベッドより転落」であった。

実施中の思考の特徴として「一つの行為(援助)に集中し、他の事柄・周囲に目を向けにくかった」という特徴がみられたのは、「車椅子操作中のチューブ・ルートトラブル」「体位・姿勢保持困難」「子どもがベッドより転落」であり、車椅子を操作しながらルートにも目を配るといった、同時に二つ以上の事柄に注意を向け行動することが学生には多重課題となっていることが伺われた。

体位・姿勢の保持、移動の関する看護技術の特徴として、患者や家族が緊急の強い要請や拒否に切迫感を抱いた学生が、指導者を待つように言えず、自力で対処しようとしてヒヤリ・ハットが生じるという特徴がみられた。加えて、緊急の対処を要する状況下で、「知識や技術があやふやで不安」で、「初めての技術内容/実習、それに伴う緊張・焦り」がありながら、「大丈夫だろう/一人でできるだろう」という判断のもとで、実施されていたことが明らかになった。このような思考の特徴が特に顕著にみられたのは、「ベッドから車椅子への移動」「患肢・患側の安静度を守らず移動」であった。

また全体的に、「実習上・学習上のスケジュールによる切迫感と患者のケアの優先順位が

けられない」「指導者を待っていたが来てもらえず、焦って実施した」という学生に特有の実習環境上の特徴が移動援助技術にみられた。

さらに、指導者の立ち会いにもとで実施されていたにもかかわらずヒヤリ・ハットが発生しているという事例もあった。これは、学生が実施する援助を指導者が見ていながらも、どこまで学生ができるのか、どこに指導者の手助けが必要なのかを、双方が確認し合わないまま行動に移していたために生じていた。

4. 保清・整容

「脱衣所・浴室での移動時の転倒転落」14件、「清拭・洗髪時のチューブトラブル」14件、「入浴・シャワー中の転倒転落」8件、「爪切りで深爪、切傷、出血」6件、「状態変化/気分不良」4件、「入浴/シャワー、洗髪、陰部洗浄、手足浴時に熱傷」4件などがあり、「入浴/シャワー時に気管切開部に湯が入る」2件という深刻な事例もみられた。

学生の危険の予見・予測的思考については、何となく危険を感じていても判断できない、危険を予測しても回避する行動に結びつかなかった/十分ではなかったという回答が多く、危険回避行動に至っていない現状が伺われた。一方、全く危険を予測していなかった技術内容として特徴的であったのは、爪切り時の深爪/切傷/出血や入浴/シャワー、洗髪、陰部洗浄、手足浴時の熱傷である。これらの技術は、学生にとって難易度の高い技術と受けとめられていなかったために危険性の予測がなされていなかったと推測できる。しかし、実際に実施してみると思いの外、難しい技術であったとわかり、焦りや緊張、あやふやな知識/技術のまま実施することになり、ヒヤリ・ハットを体験していたと思われた。

実施中の思考の特徴として、全般的に「一つの行為（援助）に集中し、他の事柄・周囲に目を向けにくかった」という回答が多く、タオルで拭くことや頭髪を洗うことなど一つの行為に集中し、患者の気分不良に気づけない、点滴ルートやチューブ類が抜けそうになっていることに気づかず、ヒヤリ・ハットが生じていた。

「入浴/シャワー時に気管切開部に湯が入

る」という事例は、小児および高齢患者の事例であるが、気管切開という重篤な患者の入浴介助は難易度が高い。指導体制の整備、学生の実施内容のレベルの検討なども必要になってくるであろう。

5. 食事・水分摂取

「食事介助時に患者がむせる」9件、「患者の氏名を間違えて配膳」4件、「飲食禁止の患者に摂取しても良いかと尋ねられ、いいと答える」3件、「食事介助時に患者の体位保持ができずに転倒」3件などであった。

全般的に、何となく危険を感じていても判断できない、危険を予測しても回避する行動に結びつかなかった/十分ではなかったという回答が多く、回避行動に至っていなかった。「患者の氏名を間違えて配膳」については、まったく危険の予測をしておらず、うっかりミス、確認したつもりであったという認識が多かった。

「食事介助時に患者がむせる」は、患者のリスクに合わせた回避行動・具体策が実施できないという技術的な未熟さに加え、「実習上、学習上のスケジュールによる切迫感と患者に必要な援助との優先順位がつけられなかった」という回答があり、決められた時間までに食事介助を終えなければ午後のスケジュールに影響するという焦りの中で食事介助が実施され、介助速度や量、嚥下の確認などが十分ではなかったために生じていたものもみられた。

「飲食禁止の患者に摂取しても良いかと尋ねられ、いいと答える」については、受け持ち患者以外から何らかの対応を求められるという実習上で看護学生が頻繁に遭遇する出来事の一つである。自分には対処できないことが生じた場合、周囲に指導者やスタッフをみつけることができず、やむなく自力で対処しヒヤリ・ハットを生じている場合もみられた。

6. 排泄

「トイレ介助時姿勢保持困難」9件、「車椅子からトイレへの介助時に転倒」6件、「チューブ・トラブル」3件、「尿測・蓄尿を忘れる」3件、「ポータブルトイレ時に転倒」2件、「排泄終了後の状態変化」2件などで

あった。

「危険を全く予測していなかった」技術項目として、チューブトラブル、尿測/畜尿忘れがあった。これらはともに、受け持ち患者にどのようなチューブ/ルート類が挿入されているか、どのような検査やアセスメントが必要であるかが把握されていなかったために生じていた。事前に患者から「チューブが引っ張られて困る」という発言、不穏気味の患者の行動を把握していながらも、その排泄行動時のチューブトラブルまで予測がなされず、チューブ類が抜去されて初めて気づいている事例もみられた。

全般的に、何となく危険を感じていても判断できない、危険を予測しても回避する行動に結びつかなかった/十分ではなかったという回答が多く、回避行動に至っていなかったのは、「トイレ介助時姿勢保持困難」「車椅子からトイレへの介助時に転倒」であった。学生は、患者や家族からの緊急の強い要請に応えようと、あやふやな技術/知識で不安なままに自力で実施、指導者を待っていたが来てもらえず焦って実施している特徴がみられた。

排泄行動援助に関わるヒヤリ・ハット体験は、体位/姿勢の保持・移動の援助と排泄の援助との組み合わせ、さらにはチューブ類など医療機器の装着状況への配慮を要する複合的な技術であること、さらには個々のトイレ設備による環境特性（空間の広さ、扉の開閉、手すりの位置など）によって状況判断が求められるという特性が伺えた。学生が指導者立ち会いの下で実施した場合のヒヤリ・ハットの発生は少なく、一人で実施した場合や指導者やスタッフの手助けを得られない状況で起きた事例が多かった。

7. 酸素吸入

「(酸素)チューブ接続部はずれ」6件、「チューブの絡まり」3件、「チューブの屈曲」2件など、酸素チューブトラブルに関する事例、「移動時の付け替え、流量設定を忘れる」2件、「酸素ボンベ容量不足」3件などがあった。また、「人工呼吸器のチューブ破損」2件という高度医療機器を装着した難易度の高い重症患者の事例も含まれていた。

「危険を全く予測していなかった」技術項

目は、チューブ接続部のはずれやチューブの屈曲であった。布団やカーテン、患者の身体などによって酸素チューブや接続部が隠れていることが多く、学生は直接に目に触れない部分のチューブがはずれている危険や屈曲が生じている危険について確認しない傾向があった。また、清拭や体位変換などのケアを実施した折に接続部が外れ、ケア終了後に確認しないままとなった事例もみられた。

何となく危険を感じていても判断できない、危険を予測しても回避する行動に結びつかなかった/十分ではなかったのは、「チューブの絡まり」であった。このヒヤリ・ハットは、車椅子操作時のルートトラブル、保清援助時のルートトラブルと同様で、同時に二つ以上の事柄に注意を向け行動することが学生には多重課題となっていることが伺われた。

8. 吸引

「吸引時の嘔吐反射、誤嚥」1件、「吸引圧をかけたままチューブを挿入」1件などであった。「吸引時の嘔吐反射」は、学生は何となく危険を感じていても判断や回避する行動をとることができず、患者が食後にむせ込んだために緊急の要請に応えようと焦って実施したものであった。「吸引圧をかけたままチューブを挿入」も、学生は痰を絡ませている患者が苦しそうにしているのを見て、危険を予測し一人ではできないと指導者を呼んだが、指導者がすぐ来なかったために、自力で吸引を実施して生じたヒヤリ・ハットであった。

「吸引時の嘔吐反射」は、指導者の立ち会いの下で行われた援助であったが、学生がどのくらい出来るのか、指導者が実際にどこを手助けするかが明確ではないために回避行動がとれなかったことも影響していた。

9. 罨法

「湯たんぽ・温枕熱傷」1件であった。学生は全く危険を予測していない中で発生しており、ホットパックの使用が低温熱傷を生じる可能性について予測し、途中で皮膚の状態を確認するという危険回避行動がとれなかったために生じていた。

10. 与薬

「配薬忘れ、重複、時間の間違い」4件、「指示内容、量の誤り」2件、「与薬後観察不十分」1件などであった。

学生の事前の危険予測については、全く予測していなかった場合から危険を感じていても判断できなかったものまで、記述がばらついていて、「配薬忘れ」は学生がリハビリや清拭などの援助に迫られ、慌てて配膳したために食後薬の配薬を忘れた、食事に時間がかかりその後に予定されているリハビリに遅れてはいけないと焦り内服の援助を忘れたというような、「実習上、学習上のスケジュールによる切迫感によって患者に必要な援助との優先順がつけられなかった」という学生に特有の状況が現れたものであった。

いずれにしても与薬の援助や事後の観察は、治療に大きく影響する看護技術であり、学生が単独で実施する内容としては責任が大きい。臨床指導者あるいは担当看護師とともに確実に実施することが望ましい内容である。

11. 注射・点滴

「点滴漏れ・閉塞」11件、「輸液ポンプ時の閉塞・エア混入」6件、「内容あるいは量の誤り」4件、「点滴注入速度の間違い（手動調節時）」2件、「別患者に配置」1件などであった。

学生の事前の危険予測については、全く予測していなかった場合から危険を感じていても判断できなかったものまで、ばらついていて、最も頻度の高かった「点滴漏れ・閉塞」は、学生がリハビリなどの一つの行為に集中し、点滴の漏れや閉塞に目を向けにくかったために生じたり、受け持ち患者への対応と他患者への対応を同時に求められた場合の出来事であったり、患者に次の予定が入っており、学生はそのことに気をとられ点滴の漏れや閉塞に注意をむけることができない状況であった。「内容あるいは量の誤り」4件、「点滴注入速度の間違い（手動調節時）」2件は、初めて実施する技術で、知識/技術があやふやで不安なまま実施し、焦りや緊張、指導者の視線に対する緊張などが複合してヒヤリ・ハットが発生していた。「別患者に配置」1件は、看護師が実施した点滴が別患者のものである

ことを学生が発見した事例であった。

12. 観察・報告

「観察結果の報告・記録遅れ/忘れ」14件、「重要所見を観察し忘れ」10件、「急変前兆に気づけず」8件、「誤った報告、記録を実施」3件などがあった。

上記のうち、学生が全く危険を予測せず生じていたヒヤリ・ハットが「重要所見の観察忘れ」「急変前兆に気づけず」であり、患者の情報・状態を把握していなかったために目の前の症状が病態との関連で現れていることを解釈できず、重要所見を見ていなかったものである。一方、学生が何となく危険を感じていても判断できなかった、あるいは危険を回避する援助行為に結びつかなかった/十分ではなかったのが、「観察結果の報告・記録遅れ/忘れ」であった。学生は、観察した時点では、危険な数値/症状と気づいていた事例が多かった。しかし学生は、目に映る“患者の元気さ”によって、異常ではないと判断し、指導者に相談しなかった例や、患者の次の検査予定などが切迫していたために、手早くバイタルサインズの測定を終わらせ、次の援助行為に移ろうとして焦り、指導者への相談や報告が後回しになっていた。「誤った報告、記録を実施」は、ほとんどが焦りや知識・技術があやふやで、不安なまま実施したために生じたうっかりミスであった。

13. 説明同意

「指導者の確認を受けないまま患者/家族に説明を実施/ケアを実施」8件、「病室等にメモ/記録を置き忘れる」9件などがあった。

「指導者の確認を受けないまま患者/家族に説明を実施/ケアを実施」について、3件が危険の予測を全くしていなかった。学生は患者や家族からとっさに対応を依頼され、指導者に確認しないままケアや説明を行っていた。また、患者や家族に対する療養生活指導について、指導者の確認を受けないまま実施し、患者/家族の混乱を招いた事例は、指導者と学生のコミュニケーションの行き違いによって、学生が単独で実施して良いと解釈したために生じていた。「病室等にメモ/記録

を置き忘れる」は、学生に特徴的なヒヤリ・ハットである。学生は危険の予測を全くしておらず、うっかりミスあるいは学習上のスケジュールによる切迫感、焦りなどの状況下での行動であると推測できた。

14. その他

その他の分類では、どの技術にも該当しなかった事例、あるいは別項目として記述することが望ましい重大な事例についてあげた。「胸腔ドレーンのチューブにつまづいてテープ固定が剥がれ脱気しそうになった」1件、「経管栄養チューブを気管内に挿入して、栄養を注入した」1件、「学生自身が感染症を発症していたが、実習を継続し患者の感染リスクを高めた」1件などがあつた。

「胸腔ドレーンのチューブにつまづいてテープ固定が剥がれ脱気しそうになった」は、学生の危険の予測はなされていたが、一つの行為に集中していたこと、指導者を待っていたが来てもらえず焦っていたことなどによって、結果としてドレーンにつまづくというヒヤリ・ハットが体験されていた。「経管栄養チューブを気管内に挿入して、栄養を注入した」は、学生が担当看護師と一緒に実施し、看護師によってチューブの挿入状態の最終確認がなされたものの、事故が発生した事例であつた。「学生自身が感染症を発症していたが、実習を継続し患者の感染リスクを高めた」は、学生に特徴的な事例である。学生は実習上のスケジュールによる切迫感のために、患者にとって必要な援助（対処）の選択・決定ができなかったと思われた。

V. 考察

1. ヒヤリ・ハット体験時の学生のメタ認知思考の特徴

1) 予見・予測的思考及び内省的思考・感情・行為

学生がヒヤリ・ハットに直面する前の危険予測の特徴は、(1) 危険の予測を全くしていない、(2) 何となく危険を感じていても判断できなかった/危険を予測しても回避する行動に結びつかなかった、(3) 危険を予測して配慮したが十分ではなかった、という

3パターンに大別された。

危険の予測が全くなされていない場合の多くは、学生自身は、計画している援助を達成することで頭の中が一杯になり、目の前の手技に集中したり、他に気になる患者の症状に気をとられたり、同時に二つ以上のことに対応する力が十分ではないと考えられた。そして、学生は目前の手技を達成することが主眼にある。行為の最中で流動的に変化する患者の情報や状態を把握していなかった、患者の状態を予測していなかったと気づくのだが、すでに行為に取りかかってしまったために、知識・技術があやふやなまま実施し、ヒヤリ・ハットが発生したというパターンがあると考えられた。また、知識が十分ではなく知らなかった、受け取った情報の重要性/危険性の解釈が十分できないために危険の予測がなされていない、物理的に直接的に見える情報が優先され、潜在的な問題、物理的に隠れた部分で生じていることへの想像力が十分ではないことも学習途上にある学生の特徴であると考えられた。

何となく危険を感じていても判断できなかった/危険を予測しても回避する行動に結びつかなかった場合というのは、学生が直感的に危険性を捉え、自分では対応できないかもしれないというメタ認知力を働かせているのだが、患者や家族からの強い要請や緊急の要請・拒否があつたために、自力で何とかしなければならぬという方向に転化され、知識や技術があやふやで不安で、緊張や焦りを感じながら実施し、ヒヤリ・ハットが発生するという構図があつた。学生は、自分では対応できないというメタ認知に基づき、指導者を呼んだり、スタッフに助けを求めるのだがすぐに来てもらうことができなかつたり、周囲に誰もいない中でどのように助けを求めて良いのかわからず自力で対処するというパターンもあつた。

また、危険を予測していても、援助行為が開始されるとそのことに集中してしまい回避行動が後回しになる場合や、実習上のスケジュール、患者の予定などの時間的切迫によって、安全性を最優先事項と捉え対処することが後回しになりヒヤリ・ハットが発生するパターンも見受けられた。これらもまた、看護学実

習生における特徴的要素であると考えられる。

危険を予測して配慮したが十分ではなかった場合というのは、学生がメタ認知力を発揮し、危険性を予測してあらかじめ練習を行って援助行為に臨んだものの、予想以上に手技が難しく、患者の状況が変化していたために上手くできなかった、場の雰囲気や緊張して焦ってしまったために上手くできず、ヒヤリ・ハットとなるパターンがあった。学生が自分で対処できないと判断し、指導者の見守りの中で実施したところが、指導者と学生の間で、事前に具体的に補助を要する部分の確認がなされていなかったために指導者が回避行動をとることが出来なかったものもあった。指導者が立ち会いや見守りを行う時に具体的に何をどのようにカバーするのかを双方が確認し、具体的にしておくことが重要であると考えられる。

2) 事後の振り返りの特徴

学生は出来事の客観的状況についての振り返りよりも、自己反省する内容が多かったのが特徴的であった。学生は患者に与えた影響や重大性を知ることにより、責任を痛感し、自責的に捉える傾向があると考えられるが、同時に、指導者・教員のかかわりの特徴にも相応した反応であると思われた。指導者・教員は、抽象的な注意喚起・指摘、学習の必要性や確実な確認の必要性を学生に伝えており、具体性に欠ける傾向がみられた。そのため学生自身が出来事の状況を客観的に振り返り、具体的なアセスメントの視点やとるべき回避行動などの具体的かつ客観的な分析力を発展させることができなかったのではないかと思われる。

学生はヒヤリ・ハットを体験した後に、すぐに教員や指導者に報告・相談すればよかった、自分の出来ることを明確にして一人では無理せず助けを求め、といった振り返りをしており、患者の状況に自分一人では対応できるかどうかのメタ認知的判断の重要性を実感したものと考えられる。ヒヤリ・ハットに出会う前に、自力で対応できるかどうかというメタ認知的思考を養うことが重要と考える。

2. ヒヤリ・ハット体験に影響する学生と指導者/教員の相互作用、学生と患者の相互作用、学習環境の特徴

看護学実習中に発生するヒヤリ・ハットの防止には、メタ認知思考を強化することにより学生の自己モニタリング力を高めることが重要な側面であるが、ヒヤリ・ハットの発生に至るまでには、学生と指導者/教員の相互作用、学生と患者の相互作用、学習環境要因が複雑に絡み合い存在していることも明らかになった。

学生と指導者/教員の相互作用については、学生がヒヤリ・ハットに直面したときに、「自力で考え、対処 (20.1%)」しており、出来事を「特に誰にも伝えなかった (7.9%)」「教員/指導者の視線・口調に緊張/焦りを生じた (2.7%)」「指導者の助言・指示の内容の解釈の間違い・聞き取れなかった (2.0%)」「指導者を待っていたが来てもらえず(焦って) 実施した (2.0%)」「人的・物的環境を整える必要性 (周囲の対応、忙しさ、指導体制への要望) (10.1%)」というような結果から示されるように、学生は指導者/教員に気軽に相談したり、助けを求めることが出来ない現状が少なからず存在しており、それらがヒヤリ・ハットの発生に影響していると考えられた。指導・連絡体制の明確化と整備、指導/助言内容の具体化、指導者の姿勢/雰囲気改善などが求められる。

学生と患者の相互作用については、「患者/家族の強い、緊急の要請・拒否に対して待つように言えない・言うことを聞いてくれない (6.4%)」ことがヒヤリ・ハットの発生の要因として示されたように、学生と受け持ち患者との関係性、力関係によって断り切れない立場にある学生が何とか自力で対処しようとしたことが影響しているものもあると思われる。学生は、患者の要望を断れない、要望に応えたいという気持ちが先行し、安全性を第一に考えた判断をすることが難しい現状があると推測される。指導者/教員は、このような学生と患者の関係性の特徴に目を配り、起こりうる危険をあらかじめ学生に伝え、その時の対処方法を指導者とともに確認しておくことや、患者に対して学生が自力で実施す

る援助内容についてあらかじめ説明し了解し合うなどの調整を行う必要があるだろう。

学習環境の特徴としては、学生はあらかじめ実習計画を立ててくるものの、実際に援助を展開する中で患者の予定や学生自身の学習上の予定が切迫し、最優先とするべき行動が後回しになったり、忘れてしまうという事態が生じていた。また、受け持ち患者以外の患者から対応を求められるという学生にとっては予定外の事態がヒヤリ・ハットの発生につながっていたと思われる事例があった。指導者/教員は、これらの学習環境が学生のヒヤリ・ハットに影響していることを認識し、あらかじめ学生に注意を促すことが出来るだろう。ただし、学習環境をあらかじめ統制することは不可能であるため、不確定な状況の中で学生自身が、自己モニタリング力を発揮し、自分の能力に見合った課題か否か、誰かに助けを求める必要があるかどうかを判断し、行動する能力を発展させていくことが望まれる。

3. 基礎看護技術教育、看護学実習における技術教育における課題

看護学実習におけるヒヤリ・ハット事例のメタ認知の視点からの分析を通じて、今後の基礎看護技術教育、看護学実習における技術教育の課題のいくつかが示唆された。

従来の看護技術教育では事故防止や安全性の視点を強化したテキスト内容ではなく、手順やその根拠が提示されるプロセスの中で安全性に言及されるスタイルのことが多い。しかし、本調査結果からわかるように、実際には学生が様々な状況下でヒヤリ・ハットを体験しており、その時にどのような回避行動・具体的なアセスメント/判断/行動、対策が求められるのか、陥りやすい点などを具体的かつ簡潔に記述したテキストが必要である。

しかし、人が目の前の状況を解釈・判断し、行為を選択・実施できるだけの知識と技術をすべて持ち合わせることは不可能に近く、基

礎教育において多くを獲得することにも無理がある。むしろ、本調査が焦点化したメタ認知に視点をあて、学生が自己モニタリング力をつけ、自分に不足している部分について見定め、周囲の資源を活用していかに回避行動をとるか、そして事後に生かす力をつける教育方法を開発することが重要ではないだろうか。海保(1999)によると、自己モニタリング力をつけるためには、(1) 関連知識を増やすこと(仕事についての知識、器械・および機械と仕事の関係についての知識、事故事例についての知識、人とエラーとの関連についての知識)を増やし、活性化・臨機応変な知識の利用ができること、(2) 内省すること(内省/自己感知/自己洞察)、(3) 外化する(紙や口、動作に出したり、話したりして意識化、明確化する)、(4) 外から支援を行う(目標表示や注意・指示によりメタ認知を支援するメタ情報の提示)(p. 166-182)が有効であると指摘している。

このような自己モニタリング力の強化に視点を据え、先に述べたようなヒヤリ・ハット体験に影響する学生と指導者/教員の相互作用、学生と患者の相互作用、学習環境特性などの改善策も踏まえた教育方法・教材を具体的に検討し、新たな看護技術教育を開発していくことが課題である。

文献

- 海保博之(1999)人はなぜ誤るのか ヒューマンエラーの光と陰. 福村出版.
- 海保博之・田辺文也(1996)ヒューマン・エラー 誤りからみる人の社会の深層. 新曜社.
- 海保博之編(1997)「温かい認知」の心理学. 認知と感情の融接現象の不思議. 金子書房.
- 海保博之(2004)看護安全教育におけるメタ認知力育成のためのカリキュラム設計の考えどころ. 2004年10月8日:日本赤十字看護大学における講義資料.

表19. 看護技術毎の事例の分類枠組み

大項目	中項目	小項目
1. 生活環境の整備	1. 転倒転落	1. ベッド柵付け忘れ
		2. 患者が滑る
		3. ルート整備不十分
	2. 物品による怪我	4. ベッドサイドの物品による怪我
		5. 廊下の整備・備品による怪我
		6. ドア、窓に指を挟む
		7. 配茶による火傷
	3. 物品破損	8. 患者の私物の破損
	4. 環境整備	9. ナースコール設置忘れ
	5. その他	10. その他
2. 感染予防・滅菌操作・医療廃棄物の取扱	1. 滅菌清潔野の汚染	11. 創部を濡らす
		12. 鑷子の不潔操作
		13. 使用前の滅菌物を不潔にする
		14. 手洗い忘れ
	2. 医療廃棄物の不適切な取扱	15. 注射針をゴミ箱に廃棄
		16. 血液汚染物をゴミ箱に廃棄
	3. 抗がん剤・有毒物被爆	17. 抗がん剤が皮膚に接触
	4. 血液汚染	18. 使用済針が刺さる
		19. 血液汚染物に素手で接触
	5. その他	20. その他
3. 体位・姿勢の保持、移動	1. 転倒転落	21. ベッドから車椅子移動時
		22. 車椅子ストッパー忘れ
		23. 歩行練習中
		24. スリッパ歩行によるもの
		25. 段差、ルートなどによる
		26. 点滴台によるもの
		27. ベッド上での体位保持困難
		28. 安全ベルトつけ忘れ
		29. 乳児の抱き方が不適切
		30. こどもがベッドより転落
	2. 安静度の遵守	31. 患肢・患側の安静度守らず移動
	3. 打撲	32. 車椅子からベッド移動時
		33. 車椅子の取扱いによるもの
	4. その他	34. その他
4. 保清・整容	1. 転倒転落	35. 衣類着脱時
		36. 沐浴中（乳児）台から転落
		37. 脱衣所・浴室への移動時
		38. 入浴・シャワー中
	2. 状態の変化	39. 気分不良、失神、痙攣
	3. 溺水・誤嚥	40. 風呂、沐浴中
		41. 気切部位に湯が入る
		42. 口腔ケア時のむせ

大項目	中項目	小項目
4. 保清・整容	4. 熱傷・創傷・粘膜損傷	43. 熱傷
		44. 皮膚損傷
		45. 切傷
		46. 口腔ケア時の出血
		47. 爪切り時の深爪、切傷、出血
	5. チューブトラブル	48. ひっかかる、緩み、抜ける
6. その他	49. その他	
5. 食事・水分摂取	1. 食事内容の誤り	50. 患者氏名を間違えて配膳
		51. 禁飲食者への配膳
		52. 禁飲食者への摂取許可説明
	2. 誤嚥	53. むせる
	3. 転倒・チューブトラブル	54. 体位保持困難
	4. その他	55. 経管栄養抜去
56. その他		
6. 排泄	1. 転倒転落・打撲	57. トイレ介助時姿勢保持困難
		58. 車椅子からトイレ介助時転倒
		59. ポータブルトイレ時転倒
		60. おむつ交換時の打撲
	2. 創傷・粘膜損傷	61. 導尿時の出血
		62. 浣腸時の出血
	3. 状態変化	63. 排泄終了後の状態変化
		64. 浣腸時の状態変化
	4. チューブトラブル	65. 引っ張り、ゆるみ、抜去
		66. コード、スリッパへのつまずき
	5. 感染予防	67. 導尿時の不潔操作
	6. その他	68. その他
7. 酸素吸入	1. 酸素吸入	69. チューブ接続部はずれ
		70. 酸素が停止
		71. ボンベ容量不足
		72. 移動時付け替え、設定量忘れ
		73. 患者による自己操作の誤りを発見
		74. 流量設定間違いを発見
		75. チューブの絡まり
	76. チューブの屈曲	
	77. 加湿水の減少	
2. その他	78. その他	
8. 吸引	1. 吸引	79. 粘膜損傷、出血
		80. 嘔吐反射、誤嚥
	2. その他	81. その他
9. 罨法	1. 熱傷	82. 湯たんぽ、温枕熱傷
		83. 加湿器による熱傷
	2. 凍傷	84. アイスノン、氷枕凍傷
3. その他	85. その他	

大項目	中項目	小項目
10. 与薬	1. 準備	86. 指示内容、量の誤り
	2. 実施	87. 別患者に配薬
		88. 配薬忘れ、重複、時間の間違い
		89. 適用経路の誤り
		90. 与薬部位の誤り
91. 禁忌薬の投与		
3. 与薬後観察	92. 観察不十分	
4. その他	93. その他	
11. 注射・点滴	1. 準備	94. 指示内容、量の誤り
	2. 実施	95. 間違った患者名の記入
		96. 別患者に配置
		97. 配薬忘れ、重複、時間の間違い
		98. 手動による注入速度間違い
		99. ポンプによる注入速度間違い
		100. 適用経路の誤り
		101. 与薬順番の間違い
	102. 注射部位の誤り	
	103. 禁忌薬の投与	
3. 管理	104. 点滴漏れ・閉塞	
105. ポンプ時の閉塞、エア混入		
4. 実施後観察	106. 観察不十分	
5. その他	107. その他	
12. 観察・報告	1. 観察	108. 重要所見を観察し忘れ
	2. 報告・記録	109. 急変前兆に気づけず
		110. 観察結果を報告・記録せず
		111. 誤った報告、記録を実施
	112. 報告遅れ	
3. その他	113. その他	
13. 説明同意	1. 説明同意	114. 患者家族に間違った内容を伝達
		115. 確認を受けないまま患者家族に説明を実施
		116. 患者家族の気分を害し、注意される
		117. 患者家族からの質問をスタッフの伝達できず
		118. 患者に伝えてはならないことを話す
	119. 病室にメモ・記録置き忘れ	
2. その他	120. その他	
14. その他	1. 暴力・ハラスメント	121. 患者からの性的ハラスメント
		122. 患者からのいやがらせ
		123. 患者からの暴力
		124. 指導者・教員の不当な扱い
	2. その他	125. その他

第4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）を作成することである。平成17年度の研究結果および次年度（最終年度）の課題について以下に述べる。

I. 看護学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 －頻度の高い技術項目と教育機関別にみたヒヤリ・ハット体験－

調査協力への承諾が確認できた、看護専門学校22校、短期大学11校、大学38校、合計71校を対象として、看護専門学校生1,385名、短期大学生1,185名、大学生5,941名、合計8,511名に調査用紙を配布した。回収数は1522名（回収率17.9%）であった。所属機関別に、看護専門学校生515名（回収率37.2%）、短期大学生200名（回収率16.9%）、大学生805名（回収率13.5%）、不明2名であった。

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5割、「保清・整容」、「感染予防・滅菌操作・医療廃棄物の取り扱い」、「食事・水分の摂取」、「観察・報告」が約3～4割、の順で多かった。これらの結果は、川村（2003）らの看護師を対象としたヒヤリ・ハット事例では「注射」という技術項目での頻度が高いという結果とは、異なる様相を示していた。そして、「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」にかかわる項目の割合が高く、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という課題が示された。「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。

学生のヒヤリ・ハット体験を教育機関別に比較すると、「生活環境の整備」、「感染・滅菌操作・医療廃棄物の取り扱い」、「体位・姿勢の保持、移動」、「保清・整容」、「食事・水分の摂取」、「排泄」、「酸素吸入」、「与薬（注射・点滴以外）」、「注射・点滴」、「観察・報告」「説明同意」といった項目で有意差が認められた。全体として専門学校生で多く短大・大学生で少ないという傾向がみられた。専門学校生の方が看護技術を実施する機会が多いため、ヒヤリ・ハット体験が多いのではないかと考えられる。これらの教育機関別の差については、今後さらなる検討が必要と考える。

II. 看護学実習における学生のヒヤリ・ハット体験

－メタ認知の視点からの明確化－

看護学実習における有効なヒヤリ・ハット対策や、ヒヤリ・ハット事例に基づく看護技術教育開発を意図し、学生の体験や思考プロセスをメタ認知の視点から明らかにした。調査項目は、最も印象に残るヒヤリ・ハット体験について記入をうながし、あわせてその発生状況として、実習の種類、日時場所、発見者、報告の有無、患者の状況、またメタ認知の枠組みから、学生が事前に何を予測していたか、その最中に気になっていたことがあったか、あとで振り返って考えたこと（自己の課題、教員や指導者、病院に対する要望や提案を含めて）、指導者/教員の対応などを自由記述により回答してもらった。本調査は前項のヒヤリ・ハット及びアクシデント体験の数量的調査と同時に実施した。

回収数は前項と同様である。そのうち学生が印象に残ったヒヤリ・ハットの調査項目に記載されていた体験事例は602事例であった。

1. ヒヤリ・ハット及びアクシデント体験事例の概略

学生の印象に残ったヒヤリ・ハット体験事例に含まれていた看護技術の種類は「体位・姿勢の保持、移動」が169名（28.1%）と最も多く、ついで「保清・整容」が92名（15.3%）、生活環境の整備」74名（12.3%）と続いた。学生が行う機会の多い基本的な生活援助でのヒヤリ・ハット体験が多く記載されていたが、2章で報告した数量的調査結果とは異なり、「注射・点滴」も上位に挙がっていた。ヒヤリ・ハットを体験した学年は3年生（26.8%）、成人看護学実習（20.4%）中で、実習3～5日目（合わせて21.4%）あたりが多いようであった。発生場所は病室（36.4%）が最多で、風呂/脱衣所（4.9%）、廊下（4.3%）の順であった。発見者は学生本人であることが多く（35.5%）、その出来事は教員（32.3%）、実習上の指導者（27.9%）、同級生（20.8%）などに伝えられていたが、特に伝えなかった（7.9%）という回答もあった。ヒヤリ・ハット事例に含まれていた患者の特性としては、61歳以上の高齢者が34.1%であり、医療機器の装着（23%）、がん（19.8%）、脳梗塞/脳出血/麻痺（18.6%）、手術後の患者（12.6%）、臥床患者（12.6%）、小児/新生児（10.1%）の順に多かった。ヒヤリ・ハット発生時の対処では、誰かに助けを求めた（26.9%）、自力で考え対処した（20.1%）であり、実習上の指導者（46.1%）や教員（45.1%）に助けを求めている。学生は出来事に出会う前に危険の予測を全くしていなかったという回答が多く（41.5%）、何となく危険を感じていても判断できなかった/危険を予測しても回避する行動に結びつかなかったのは合わせて41.3%であった。出来事に直面していた最中の思考の特徴として多かったのは患者の状態/情報を予測できていなかったことの自覚（合わせて37.4%）、一つの行為に集中し他の事柄・周囲に目を向けにくかった（17.2%）、自分の知識/技術があやふやで不安（10.9%）であった。事後の内省的思考の

特徴として多かったのは自分の行動/感情の振り返り・客観視（32.5%）、確実に確認すればよかった（28.0%）であり、自己反省する内容が多かった。事後の指導者/教員の助言では、具体的な援助方法の指導（23.1%）、抽象的な注意喚起/指摘/学習の必要性を指摘（15.2%）、確実な確認の必要性を説明（13.4%）の順に多かったが、何も言われなかった（7.4%）という回答もみられた。

2. 各看護技術項目におけるヒヤリ・ハット体験の特徴

記載されていた602事例を、看護技術項目毎に分類し、ヒヤリ・ハット事例の発生状況の特徴、学生及の陥りやすい思考や対応の特徴を抽出し、以下の特徴がみられた。

学生がヒヤリ・ハットに直面する前の危険予測の特徴は、（1）危険の予測を全くしていない、（2）何となく危険を感じていても判断できなかった/危険を予測しても回避する行動に結びつかなかった、（3）危険を予測して配慮したが十分ではなかった、という3パターンに大別された。

危険の予測が全くなされていない場合の多くは、学生自身は、計画している援助を達成することで頭の中が一杯になり、目の前の手技に集中したり、他に気になる患者の症状に気をとられたり、同時に二つ以上のことに対応する力が十分ではないと考えられた（ベッド柵付け忘れ、移動/保清/酸素吸入時のチューブトラブルなど）。また、知識が十分ではなく知らなかった、受け取った情報の重要性/危険性の解釈が十分できないために危険の予測がなされていない、物理的に直接的に見える情報が優先され、潜在的な問題、物理的に隠れた部分で生じていることへの想像力が十分ではないことも学習途上にある学生の特徴であると考えられた（重要所見の観察忘れ、急変前兆に気付かずなど）。

何となく危険を感じていても判断できなかった/危険を予測しても回避する行動に結びつかなかった場合というのは、学生が直感的に危険性を捉え、自分では対応できないかもしれないというメタ認知力を働かせているのだが、患者や家族からの強い要請や緊急の要請・拒否があったために、自力で何とかしなければ

ばならないという方向に転化され、知識や技術があやふやで不安で、緊張や焦りを感じながら実施し、ヒヤリ・ハットが発生するという構図があった（ベッドから車椅子への移動、車椅子とトイレの移動）。学生は、自分では対応できないというメタ認知に基づき、指導者を呼んだり、スタッフに助けを求めのだがすぐに来てもらうことができなかつたり、周囲に誰もいない中でどのように助けを求めて良いのかわからず自力で対処するというパターンもあった。

また、危険を予測していても、援助行為が開始されるとそのことに集中してしまい回避行動が後回しになる場合や、実習上のスケジュール、患者の予定などの時間的切迫によって、安全性を最優先事項と捉え対処することが後回しになりヒヤリ・ハットが発生するパターンも見受けられた（誤嚥、配薬忘れなど）。

危険を予測して配慮したが十分ではなかった場合では、学生はメタ認知力を発揮し、危険性を予測してあらかじめ練習を行って援助行為に臨んだものの、予想以上に手技が難しかったり患者の状況が変化していたために上手くできなかった、場の雰囲気緊張して焦ってしまったために上手くできず、ヒヤリ・ハットとなる（鑷子の不潔操作など）パターンがあった。

さらに、看護学実習中に発生するヒヤリ・

ハットには、学生と指導者/教員の相互作用、学生と患者の相互作用、学習環境が複雑に絡み合い存在していることも明らかになった。

以上、看護学実習におけるヒヤリ・ハット事例のメタ認知の視点からの分析を通じて、自己モニタリング力の強化に視点を据え、ヒヤリ・ハット体験に影響する学生と指導者/教員の相互作用、学生と患者の相互作用、学習環境特性などの改善策も踏まえた教育方法・教材を具体的に検討することにより、新たな看護技術教育の可能性が示唆された。

Ⅲ．次年度の課題

平成17年度は、前年度に実施したデータの詳細な分析を実施し、看護学実習における学生のヒヤリ・ハット体験の実態、思考の特徴、指導者/教員のかかわりの特徴が明確になった。平成18年度（最終年度）は、これら分析・考察結果を統合し、（1）初学者である学生が安全な看護技術を習得するプロセスにおいて強化すべき能力を明確化し、そのための教育方法、教材を開発すること、（2）作成/開発した教育方法・教材について看護基礎教育関係者、臨床看護管理者、臨床実習指導者に意見を求め、（3）看護学生を対象に教育効果を評価し、妥当性を検討することを課題とする。

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さま、教職員の皆さまに、心よ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。

なお、本研究は平成16年、17年度厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）の助成を受けて実施し、本報告書はその2年目の中間報告である。

資料

臨地実習における学生のヒヤリ・ハット体験 調査用紙

臨地実習における学生のヒヤリ・ハット体験調査 ご協力のお願い

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 (川嶋)
morita@redcross.ac.jp (守田)
yoshida@redcross.ac.jp (吉田)