

V. 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

—メタ認知の視点からの明確化— (平成17年度研究成果)

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、IV. 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(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%)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%)であったが、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、急変前兆に気づけずなど)。

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、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なかったためにヒヤリ・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。

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し、新たな看護技術教育の可能性が示唆された。

VI. 教材テキスト：「看護学実習におけるヒヤリ・ハット事例」の 妥当性・有用性の検討（平成 18 年度研究成果）

1. 研究目的

平成 18 年度（最終年度）は、これら分析・考察結果を統合し、学生が自己モニタリング力を高め、かつヒヤリ・ハットに出会ったときに、対処可能な具体的な対策について学ぶことができるような教材テキスト案を作成し、看護学生を対象に、妥当性・有用性を評価・検討することを目的とした。

2. 教材テキスト：「看護学実習におけるヒヤリ・ハット事例」の作成

これまでの調査をふまえ、教材テキストを作成するにあたって基本とした考え方は次の 2 点である。1 点は看護学実習におけるヒヤリ・ハットの「知識」を提供することであり、たとえばヒヤリ・ハットの種類と発生頻度、患者の特徴、学生の状況（看護技術の種類、技術修得度、思考・多重課題）、発生状況の特徴（時間、場所等）を提供する。2 点目は、ヒヤリ・ハットを防止するための学生のメタ認知能力を高める工夫をすることである。起りやすいヒヤリ・ハット事例については、そのリアリティを表現することに重点を置き、実習環境や受け持ち患者の特徴、学生の思考や対処行動など、さまざまな要因を組み込んだ内容とするため、1 ページ程度の漫画によってそのストーリーを表現し、理解させる方法を採用した。その他、イラストを多用することでイメージしやすくする工夫を行なった。また調査結果から明らかになったデータを添えることで、発生頻度や技術実施中の学生の思考や対処行動の傾向などが分かるように

した。題材としては学生のヒヤリ・ハットのなかでもっとも頻度の多い車椅子移乗をとりあげた。最終的には、A5 サイズ、見開き 4 ページとなった。

3. 研究方法

3 年課程看護専門学校（以下、看護専門学校）、看護大学（以下、大学）の学生（1 年生を除く）を対象に教材テキスト案および質問紙を送付した。看護専門学校については、同一設置主体の養成所とし、大学については、前年度の調査において協力を得た大学とした。看護専門学校 20 校、短大 6 校、大学 41 校、合計 67 校に調査依頼をした結果、所定の期限までに看護専門学校 18 校、大学 14 校、合計 32 校から研究協力の承諾を得て、調査用紙は、看護専門学校生 1,169 名、大学生 2,675 名、合計 3,844 名に配布した。回収数は 973 名（回収率 25.3%）であった。調査期間は、平成 18 年 12 月～平成 19 年 2 月末であった。「ヒヤリ・ハット事例（案）」の妥当性・有用性評価の枠組みは、個人の特性、教材に対する評価（教材のねらい・目標、教材の構成・表現など）とした。データ分析は、数量データは統計的に分析し、自由記載については代表的、特徴的な意見を抽出した。なお、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の審査を受けて実施した。

4. 結果及び考察

対象者は20歳321名(33.0%)、21歳317名(312.6%)の順に多く、平均年齢21.3歳(標準偏差2.6歳)であった。性別は、男性51名(5.2%)、女性920名(94.6%)、学年は3年生425名(43.7%)、2年生385名(39.6%)であった。

「車椅子移乗」について、これまでの実習の中でヒヤリ・ハットを体験したことがある者とない者が約半々であったが、「ヒヤリ・ハット事例」(案)を読むことによって6割以上が自分もヒヤリ・ハットを起こすかもしれないという危機感を持ち、どのようなヒヤリ・ハットが起りやすいかということを理解し、予測的な思考を持つことにつながったものと考えられる。看護学生にとって、身近に体験する事例であるという回答も7割以上であり、自由記載からみても、学生の立場、心情にたったものであったという点は評価できた。ヒヤリ・ハット回避策の説明文のわかりやすさや具体性については、約5割程度がとてもよいと回答したが、自己効力感の低さや、自由記載のコメントから考えると、いっそう具体的に学生が実行可能な行動レベルでの回避策の提示、簡潔明瞭な内容が求められていることが明らかになった。

看護学生の自己学習を促し、実習等で活

用してもらえるよう、学生に多く体験されていた事例を課題学習として取り組むことができるような内容項目を含めた点は評価された。自由記載のコメントにあったように、今日の学生の多くは文字を読むということを苦痛に感じるが多く、また実習等で手っ取り早く重要なポイントを知りたいという欲求が強いという特性がみられた。以上の調査結果を踏まえ、マンガを適宜取り入れ学生が関心を持ちやすくすること、チェックリストを作成し、防止策なども簡潔で短い文章とすること、具体的で行動レベルで展開できるような内容にすること、自己学習課題事例を提示すること、また万が一ヒヤリ・ハットが発生した後の対応についても含めることを主な改善点として、修正する予定である。

今回取り上げた「車椅子移乗」に関するヒヤリ・ハットだけでなく、看護学生が実習中に体験する頻度の高い技術項目、あるいは看護学生に特徴的に体験されるヒヤリ・ハット内容について追加するとともに、受け持ち患者や実習環境の特徴によって生じるヒヤリ・ハットの理解についての加え、テキストを完成させる予定である。

謝辞

平成 16 年度～18 年度の 3 年間にわたる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、調査へのご協力をいただきました。この場をかりまして、心より感謝申し上げます。

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、ご不明な点がござい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)

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曝

- 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 (蒸した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)

()

5. 食事・水分の摂取

1) 食事内容の誤り

- ①患者の名前を間違えて配膳 ()
- ②検査や手術等で飲食禁止の患者に配膳 ()
- ③飲食禁止の患者に摂取してもよいかと尋ねられ、いいと答える ()

2) 誤嚥

- ①食事介助時に、患者がむせる ()

3) 転倒・チューブトラブル

- ①食事介助時に患者の体位が保持できず、転倒 ()
- ②移動・体位変換時などに経管栄養チューブが抜ける ()

4) その他(思い当たる出来事があればお書き下さい)

()

6. 排泄

1) 転倒転落・打撲

- ①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 ()
- ②車椅子を使用している患者のトイレ介助時に転倒 ()
- ③ポータブルトイレ介助時に(便座にうまく座れず/背もたれによりかかり)患者が転倒()
- ④おむつ交換時に、患者のからだ(頭部/下肢など)をベッド、ベッド柵に打撲 ()

2) 創傷・粘膜損傷

- ①導尿実施後、尿道から出血 ()
- ②浣腸実施後、肛門から出血 ()

3) 状態の変化

- ①排泄終了後患者の状態が変化(血圧低下・気分不快・意識消失など) ()
- ②浣腸時、患者の状態(血圧低下・気分不快など)が悪化 ()

4) チューブトラブル

- ① 移動介助時に(点滴/酸素/留置カテーテル)チューブが引っ張れる/接続部がゆるむ/抜ける ()
- ②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 ()

5) 感染予防・滅菌物の取扱い

- ①導尿時、不潔になったカテーテルを挿入 ()

6) その他(思い当たる出来事があればお書き下さい)

()

7. 酸素吸入

1) 酸素吸入

- ①酸素チューブの接続部のはずれ ()
- ②酸素の目盛りが上がっておらず、酸素が停止 ()
- ③検査や散歩の途中、車椅子用酸素ポンベの容量が少ない ()
- ④ 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 ()
- ⑤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 ()
- ⑥酸素の流量を確認したら、間違っているのを発見 ()
- ⑦酸素チューブのベッド柵や車椅子の車輪への絡まり ()
- ⑧酸素チューブの屈曲 ()
- ⑨酸素加湿器の水が減少 ()

2) その他 (思い当たる出来事があればお書き下さい)

()

8. 吸引

1) 吸引

- ①吸引時に、口腔内・咽頭を傷つけ出血 ()
- ②吸引時に嘔吐反射を誘発し、患者が誤飲 ()

2) その他 (思い当たる出来事があればお書き下さい)

()

9. 罨法

1) 熱傷

- ①湯たんぽ、温枕、ホットパックにて熱傷 ()
- ② 加湿器にて熱傷 ()

2) 凍傷

- ①アイスノン、氷枕にて凍傷 ()

3) その他 (思い当たる出来事があればお書き下さい)

()

10. 与薬（注射・点滴以外）

1) 準備

①指示内容および量の誤り（ ）

2) 実施

①処方薬を誤って別の患者（あるいはベッドサイド）に配布（ ）

②処方薬の実施忘れ・実施時間の間違い・重複して実施（ ）

③処方薬の適用経路の誤り（IVで適用するものを胃管より注入など）（ ）

④与薬部位の誤り（例：右に点眼を左に行なったなど）（ ）

⑤ 禁忌薬の投与、アレルギー患者への当該薬の投与（ヨードアレルギー患者へのイソジンの使用など）（ ）

3) 与薬後の観察

①与薬後の観察が不十分（ ）

4) その他（思い当たる出来事があればお書き下さい）

（ ）

11. 注射・点滴

1) 準備

①内容あるいは量を誤って準備（ ）

②注射器やボトルに誤って患者氏名を記入（ ）

2) 実施

①注射薬を誤って別の患者のベッドサイドに配置（ ）

②注射薬の実施忘れ・実施時間の間違い・重複して実施（ ）

③手動調節時、点滴注入速度の間違い（ ）

④輸液ポンプ使用時の点滴注入速度の間違い（滴下計算間違い、設定ミスなど）（ ）

⑤注射薬の適用経路（胃管、IVH、IV、皮下注射、筋肉注射、静脈注射等）の誤り（ ）

⑥注射薬（点滴含む）の順番の間違い（ ）

⑦注射部位の誤り（ ）

⑧禁忌薬の投与、アレルギー患者への当該薬の投与（ ）

3) 管理

①点滴もれ・つまり（刺入部・三方活栓部他）（ ）

②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（ ）

4) 実施後の観察

③注射実施後の観察不十分（ ）

5) その他（思い当たる出来事があればお書き下さい）

（ ）

12.観察・報告

1) 観察

- ①重要所見を観察し忘れ ()
- ②急変の前兆となる症状に気づけず ()

2) 報告・記録

- ①重要所見を観察していたが報告・記録できず ()
- ②重要所見について誤った報告・記録を実施 ()
- ③報告が遅れ、重要な情報が伝わらず ()

3) その他 (思い当たる出来事があればお書き下さい)

()

13.説明同意

1) 説明同意

- ①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 ()
- ②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 ()
- ③患者や家族の気分を害し、注意を受けた ()
- ④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 ()
- ⑤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 ()
- ⑥実習記録やメモ等の紛失、病棟・病室への置き忘れ ()

2) その他 (思い当たる出来事があればお書き下さい)

()

14.その他

1) 暴力・ハラスメント等

- ①患者の性的な言動により不快感を抱いた ()
- ②患者にいやがらせをされた ()
- ③患者から暴力をふるわれた ()
- ④実習場で指導者や教員から不当な扱いを受けた ()

2) その他 (思い当たる出来事があればお書き下さい)

()

Ⅲ. これまでの臨床実習経験を振り返り、最も印象に残るヒヤリ・ハット体験についてご記入下さい。

1. どのような出来事が起こった（起こりそうになった）のですか。

2. それはいつ起こりましたか。_____に適当な数字を記入あるいは、該当する番号に○をつけてください。

日時： 1. 午前 2. 午後
 _____時頃

学年： 1. 1年生 2. 2年生 3. 3年生 4. 4年生 5. 編入3年生 6. 編入4年生

実習： 開始から_____日目

実習の種類：

- | | | | |
|------------|------------|------------|------------|
| 1. 基礎看護学実習 | 2. 成人看護学実習 | 3. 小児看護学実習 | 4. 母性看護学実習 |
| 5. 老年看護学実習 | 6. 精神看護学実習 | 7. 在宅看護論実習 | 8. 地域看護学実習 |
| 9. 総合実習 | 10. 助産学実習 | 11. その他（ | ） |

場所：

- | | | | | |
|--------------|---------|--------|-----------|--------|
| 1. 病室 | 2. 廊下 | 3. トイレ | 4. 風呂・脱衣場 | 5. 検査室 |
| 6. ナースステーション | 7. その他（ | | | ） |

3. 発見したのは誰ですか。該当する番号に○をつけて下さい。

- | | | | | |
|---------|---------|------------|-------------------|---|
| 1. 学生 | 2. 教員 | 3. 実習場の指導者 | 4. 実習場の指導者以外のスタッフ | |
| 5. 患者本人 | 6. 患者家族 | 7. 他の患者 | 8. その他（ | ） |

4. その出来事を誰かに伝えましたか。該当する番号に○をつけて下さい。

- | | | |
|-------------|------------|----------------|
| 1. 教員に話した | 2. 同級生に話した | 3. 実習場の指導者に話した |
| 4. 特に伝えなかった | | |
| 5. その他（ | | ） |

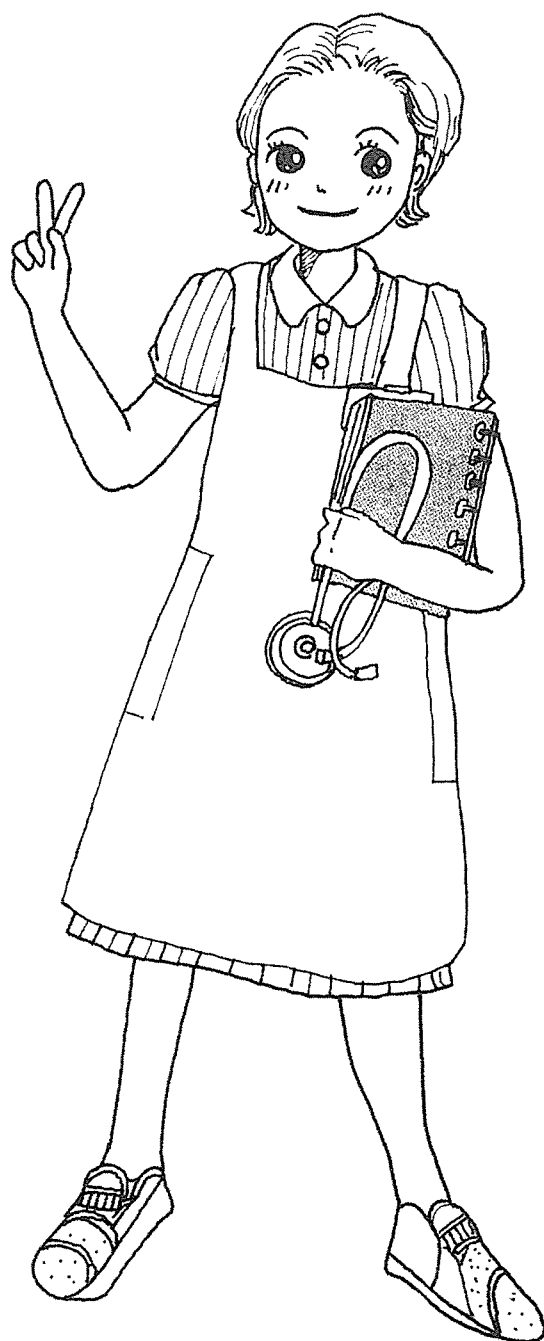
10. 今、振り返ってみて、どうすればよかったですか。自分自身の課題、教員や実習場の指導者、病院等に対する要望・提案などを含めてお書き下さい。

11. 出来事のあと、実習場の指導者や教員からどのようなアドバイスを受けましたか。

12. その他、お気づきの点などがありましたら、自由に記入してください。

ご協力ありがとうございました。

看護学実習における ヒヤリハット事例



作成：日本赤十字看護大学
「医療・看護事故をエビデンスにした看護技術の標準化に関する研究」
研究代表者：川嶋みどり
(平成18年度厚生労働省医療技術評価総合研究事業)

※このパンフレットは、平成16～17年度に実施した調査により、看護学生1522名の体験をもとに作成しました。

※なお、このパンフレットは研究目的のために作成したもので、今後、内容を検討・修正していく予定です。したがって複写・配布・引用などをご遠慮ください。

イラスト：堀内園子