

医療事故に対する看護学生の意識

山本 君子 井澤 和代

東京医科大学看護専門学校

【要旨】 3年課程専門学校の1校の学生1年生と3年生に医療事故に対する意識を明らかにするためにアンケート調査を行った。結果は、1・3年生共に医療事故についての関心度が高いこと、ヒューマンエラーについて「注意しても人は誰でも間違える」という意識に結びついていないこと、報告の有無についての判断に戸惑いがあること、ヒヤリ・ハットを報告することで「信用がなくなる」「恥ずかしい」と感じていること等が分かった。本調査の結果から、今後の安全教育を効果的に行う教育方法の開発への若干の示唆が得られた。

I. はじめに

医療事故を防ぐことは、医療従事者にとって重要な課題である。どんな誠実な医療を行っていても医療事故を起こしてしまえば、対象との関係性や信頼までも無くしてしまう。近年、医療はますます高度化、複雑化し医療事故に対する報道が多くされている。医療現場において看護は重要な役割を担い、看護者には知識と技術によって危険の発生を予測し、対象を危険にさらさないようにする注意義務がある。また看護学生といえども、臨地実習にあたっては、有資格者と同様「注意義務」がある。看護学生の「注意義務」には、「結果予見義務」と「結果回避義務」の法的責任があり、看護学生も看護師と同様に社会的責任が問われる。(民法, 709条に基づく)。

しかし看護学生は、臨地実習において、慣れない環境で学習しているため事故を起こしやすいことが報告されている。¹⁾ また、土屋ら²⁾ により75~80%の学生が実習中にヒヤリ・ハットを体験していることが報告されている。杉谷は「教員側に安全性および事故防止に対する高い意識があったとしても、実際に学生に教授されているのか危惧がある」¹⁾ と述べている。そのため、看護教育において安全性および事故防止の認識を根付かせていくことが必要である。川村は「人間はエラーを冒すもの」「エラーは共通している」³⁾ とも

述べている。このことから、学生自身が事故を起こすということを意識することが、慎重な行動がとれることになり、事故防止へと繋がるのではないかと考えた。

そこで、入学後7ヶ月目の看護学生1年生と、全実習終了した看護学生3年生に自作の質問紙により医療事故に対する意識を調査することにした。看護学生の医療事故についての意識を明らかにすることは、今後の安全教育のあり方を検討するためにも意義があると考えた。

II. 目的

入学後7ヶ月目の看護学生1年生とカリキュラムの全臨地実習科目終了した看護学生3年生の、医療事故に対する意識を明らかにする。

<用語の定義>

1. 医療事故：医療従事者が行う業務上の事故のうち、過失が存在するものと、不可抗力(偶然)によるものの両方を含めたもの。
2. インシデント(ヒヤリ・ハット)：

患者に被害を及ぼすことはなかったが、実習中に“ヒヤリ”としたり“ハッ”とした経験を有する事例。具体的には、あらゆる実習中の行為が患者には実施されなかったが、仮に実施され

たとすれば何らかの被害が予測される場合患者には実施されたが結果的には被害がなく、またその後の観察も不要であった場合をいう。

3. 失敗 (ミス): 失敗の中にエラーとルール違反がある
4. ルール違反: 決まり事を守らないことによる失敗をいう。例えば、確認しなくてはいけないことを確認しなかったことによる失敗。
5. エラー: 人の誤り全般を指す。ミスとスリップが含まれる。ミスは、意識的に不適切な目標を選んでしまう誤りであり、スリップは目標を行為に移す過程で無意識的に発生した、目標とは異なった行為をいう。
6. ヒューマンエラー: 人が起こすすべてのエラーであり、注意しても誰でもエラーを起こす可能性があると言うこと。

III. 研究方法

1. 研究対象

3年課程の都内の看護専門学校I校に在学する看護学生

臨地実習として2002年6月に保健福祉施設等のうち1ヶ所を半日見学、および病院の見学実習半日のみの臨地実習経験を有する1年生(以下1年)80名と、カリキュラムの全臨地実習科目終了した看護学生3年生(以下3年)37名に、医療事故に関する意識を明らかにするために選択した。

2. データ収集時期

1年: 2002年10月14日 基礎看護学 看護技術を教授する科目: 看護方法論I安全を守る技術の授業終了直後

3年: 2002年11月11日カリキュラムの全臨地実習科目終了直後

3. 調査方法

自作の質問紙の記述式調査。

質問紙は無記名とし集合調査法とし、1週間の留め置き法とした。

4. 医療事故に関する意識について自作質問紙の調査内容

- 1) 医療事故に関する意識について下記内容について、5段階評定法を用い調査した。
 - (1) 医療事故を知っているか否か
 - (2) 医療事故への関心度
 - (3) 事故を起こすことが恥ずかしいことだと思

うか否か(羞恥心の程度)

- (4) 事故は注意すれば起こらないと思うか否か
 - (5) ヒヤリ・ハットを報告するか否か
- 2) 医療事故に関する意識について下記内容について多項選択法を用い、あてはまるすべてに回答を求めた。
 - (1) 医療事故を知った理由
 - (2) 事故の原因
 - (3) ヒヤリ・ハットを報告する場合心配なこと
 - (4) 事故についての報告内容
 - 3) 23ヶの事例に対しての報告の有無を選択事例は、土屋らの報告²⁾木下の報告⁴⁾を参考に、患者に与えるリスクの低いものから高いものを選択し、学生が理解しやすい場面を設定した。事例を表1に示す。

5. 倫理的配慮

調査前に、研究の趣旨および方法を説明し協力を依頼した。尚、評価には全く関係ないこと、強制でないこと、結果は全てデータ化し個人が特定されないようにすることを説明した。

6. 分析方法

結果は、統計ソフトSPSS11Jを使用し単純集計した。

IV. 結果

回収率は、1年 回収100% 有効回答100%, 3年 回収100% 有効回答100%であった。

1. 「医療事故」という言葉を知っているか否か(表2参照)

1年 知っている73名(90.4%), 少し知っている7名(9.6%), 3年 知っている37名(100%)であった。

2. 「医療事故」という言葉を知ったきっかけ(図1参照)

1年, 新聞・テレビ77名(96.3%), 看護学校の授業31名(38.8%), 家族から聞いた15名(18.8%), 知人・友人から聞いた, 家族や知人が事故を体験した共に10名(12.5%), その他1名(1.3%)であった。

3年, 新聞・テレビ36名(97.3%), 看護学校の授業35名(94.6%), 家族や知人が事故を体験した3名(8.1%), 知人・友人から聞いた2名(5.4%), 家族から聞いた1名(2.7%), その他1名(2.7%)であった。

3. 「医療事故」への関心度(表3参照)

1年, 関心がある73名(91%), 少し関心がある7名(9%)であり, 3年, 関心がある31名(84%), 少し関心

表1 報告の必要な23事例

- (1) 一度転落したことのある患者のベッド柵が降りていた。
- (2) 患者がベッド柵をおろしベッドから転落。
- (3) ベッド柵は上がっていたが患者がベッドから転落。打撲はなかった。
- (4) 「動くときには呼んでください」と説明したが動いて転びそうになった。
- (5) 「動くときには呼んでください」と説明したが動いて転倒し骨折した。
- (6) 食事介助の際食事が喉に詰まったが直ぐにおさまった。
- (7) 与薬の介助の際、水にむせこみ喉に薬を詰まらせたが直ぐにおさまった。
- (8) 配膳間違い。
- (9) 配膳違いの食事を摂取したが変化はなかった。
- (10) 薬剤名の間違いをしたが、患者はまだ服用していなかった。
- (11) 薬剤名を間違えて服用させてしまったが、変化はなかった。
- (12) 与薬時間の間違い。
- (13) 与薬時間を間違え服用し副作用が出現した。
- (14) 与薬量を間違え注射した。
- (15) 薬剤名を間違え準備したものを医師が注射した。
- (16) 湯たんぽにより皮膚の発赤が出現したが痛みはなかった。
- (17) ナースコールを元の位置に戻し忘れた。
- (18) 入浴介助後皮膚の発赤、水泡の出現。
- (19) 入浴介助の際患者を1人にした為、転倒。変化はなかった。
- (20) 私物を壊した。
- (21) 車椅子への移乗時、車椅子が動いたため転倒。
- (22) 廊下の水により転倒しそうになった。
- (23) 医師の口頭指示により薬剤名を間違えた。

表2 「医療事故」という言葉を知っているか否か
(3年 n=37 1年 n=80)

	知っている		少し知っている	
3年生	37	100%	0	
1年生	73	90.4%	7	9.6%

表3 「医療事故」に対する関心度
(3年 n=37 1年 n=80)

	関心がある		少し関心がある	
3年生	31	84%	6	16%
1年生	73	91%	7	9%

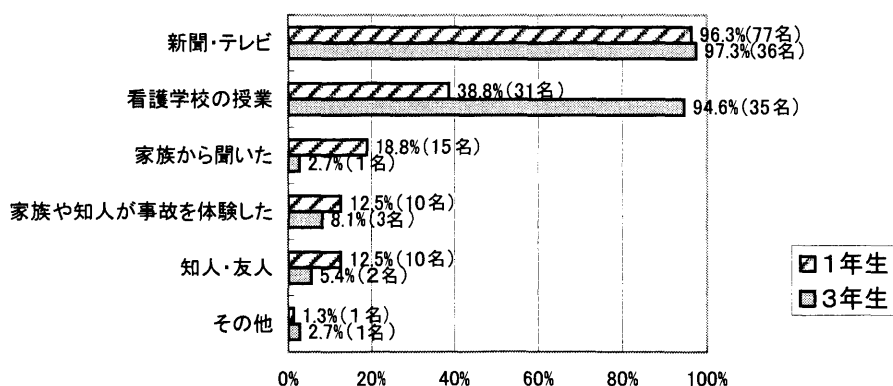


図1 「医療事故」という言葉を知ったきっかけ (1年生 n=37 3年生 n=80)

表4 医療事故を起こすことを恥ずかしいと思うか否かの1年生・3年生の意識

	思う	少し思う	どちらとも言えない	あまり思わない	思わない	計	名 (%)
1年生	8 (10.0)	26 (32.5)	40 (50.0)	2 (2.5)	4 (5.0)	80	(100)
3年生	3 (8.1)	12 (32.4)	16 (43.2)	4 (10.8)	2 (5.4)	37	(100)

がある6名(16%)であった。

4. 「事故」に対する羞恥心(表4参照)

事故を起こすことが恥ずかしいと思うかどうかについて, 1年は, 思う8名(10%), 少し思う26名(32.5%), どちらともいえない40名(50%), あまり思わない2名(2.5%), 思わない4名(5%)であった。

3年は, 思う3名(8.1%), 少し思う12名(32.4%), どちらともいえない16名(43.2%), あまり思わない4名(10.8%), 思わない2名(5.4%)であった。

5. 「事故」は注意すれば起こらないと思うか否か(ヒューマンエラーに対する意識)(表5参照)

1年, 思う9名(11.3%), 少し思う16名(20%), どちらとも言えない33名(41.3%), あまり思わない6名(7.5%), 思わない16名(20%)であった。

3年, 思う3名(8%), 少し思う13名(35.1%), どちらとも言えない16名(43.2%), あまり思わない3名(8.1%), 思わない2名(5.4%)であった。

6. 事例に対する報告の必要性の有無(図2参照)

1) 1・3年ともに全員が報告の必要性があると回答した事例

1・3年ともに23事例の中で, 学生全員が報告を必要と考えているものは, 事例(5)「動くときには呼んでください」と説明したが動いて転倒し骨折した, 事例(9)配膳違いの食事を摂取したが変化はなかった, 事例(13)与薬時間を間違え服用し副作用が出現した, 事例(14)与薬量を間違え注射した, 事例(15)薬剤名を間違え準備したものを医師が注射した, 事例(18)入浴介助後皮膚の発赤, 水泡の出現, 事例(23)医師の口頭指示により薬剤名を間違えた。以上の7事例であった。

2) 1年の報告する割合の低かった事例

1年において, 報告する割合の低かった事例は, 事例(20)私物を壊した55名(68.8%), 事例(17)ナースコールを元の位置に戻し忘れた64名(80%), 事例(22)「廊下の水により転倒しそうになった, 事例(10)薬剤名の間違いをしたが, 患者はまだ服用していなかったが共に68名(85%)であった。次いで事例(1)一度転落したことがある患者のベッド柵が降りてい

た, 事例(7)与薬の介助の際, 水にむせこみ喉に薬を詰まらせたが直ぐにおさまった, 事例(16)湯たんぽにより皮膚の発赤が出現したが痛みはなかった69名(86.3%), 事例(4)「動くときには呼んでください」と説明したが動いて転びそうになった72名(90%), 事例(8)配膳間違いと事例(12)与薬時間の間違いは共に75名(93.8%)であった。

3) 3年の報告する割合の低かった事例

3年においては報告する割合の低かった事例は, 事例(17)ナースコールを元の位置に戻し忘れた, 事例(22)廊下の水により転倒しそうになった, 29名(78.4%), 事例(10)薬剤名の間違いをしたが, 患者はまだ服用していなかったが31名(83.8%)であった。次いで, 事例(16)湯たんぽにより皮膚の発赤が出現したが痛みはなかった33名(89.2%), 事例(1)一度転落したことがある患者のベッド柵が降りていた34名(91.9%), 事例(7)与薬の介助の際, 水にむせこみ喉に薬を詰まらせたが直ぐにおさまった35名(94.6%)であった。

4) 3年が全事例について報告すると回答し, 1年が報告しないと回答した事例

3年のみが報告をすると回答した事例は, 事例(2)患者がベッド柵をおろしベッドから転落, 事例(3)ベッド柵は上がっていたが患者がベッドから転落, 打撲はなかった, 事例(8)配膳間違い, 事例(11)薬剤名を間違えて服用させてしまったが, 変化はなかった, 事例(12)与薬時間の間違い, 事例(19)入浴介助の際患者を1人にしたため, 転倒, 変化はなかった, 事例(21)車椅子への移乗時, 車椅子が動いたため転倒であった。

7. 事故の原因(図3参照)

1年が事故の原因だと思うと回答した高いものは, 「確認不足」「注意不足」78名(97.5%), 「知識不足」75名(93.8%), 「疲れ, 勘違い」68名(85%), 「思いこみ」66名(82.5%), 「仕事への慣れ」「技術の未熟」65名(81.3%), 「不眠」64名(80%)であった。

回答の低かったものは, 「錯覚」47名(58.8%), 「個人の性格」33名(41.3%)であった。

表5 注意すれば事故は起こらないと思うか否かの1年生・3年生の意識

	思う	少し思う	どちらとも言えない	あまり思わない	思わない	計	名(%)
1年生	9 (11.3)	16 (20.0)	33 (41.3)	6 (7.5)	16 (20.0)	80	(100)
3年生	3 (8.1)	13 (35.1)	16 (43.2)	3 (8.1)	2 (5.4)	37	(100)

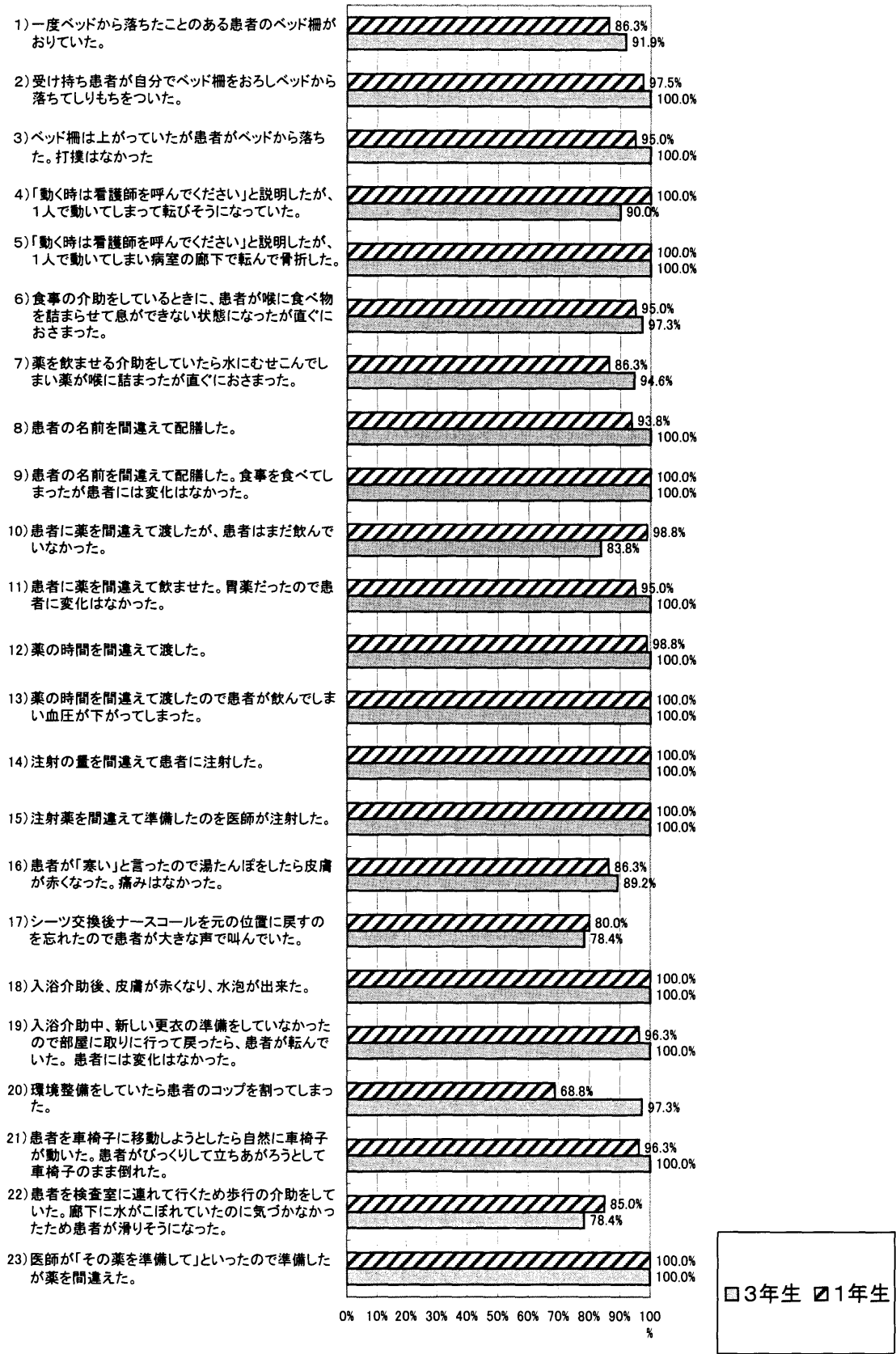


図2 事例に対する報告の有無 (複数回答 1年生 n=80 3年生 n=37)

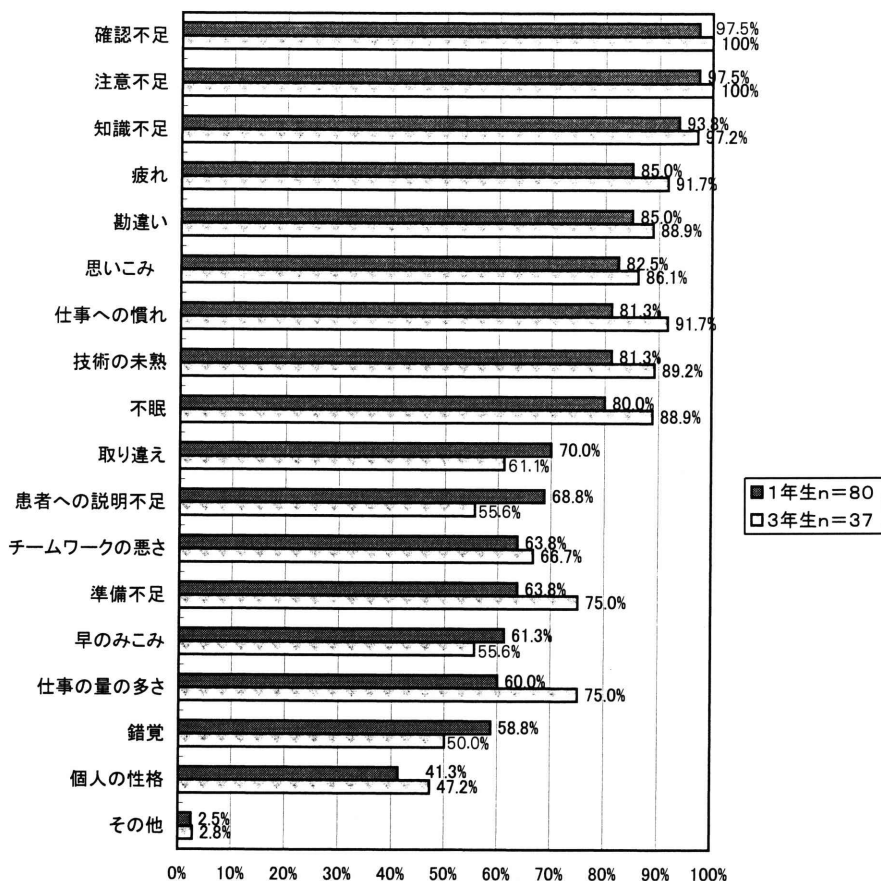


図3 事故の原因だと思うこと (複数回答)

3年が事故の原因だと思うと回答した高いものは、「確認不足」「注意不足」36名(100%),「知識不足」35名(97.2%),「疲れ」と「仕事への慣れ」が共に33名(91.7%),「技術の未熟」33名(89.2%),「不眠」と「勘違い」が共に32名(88.9%),「思い込み」66名(86.1%)であった。50%以下のものは、「錯覚」18名(50.0%),「個人の性格」17名(47.2%)であった。

8. 「ヒヤリ・ハット」の報告に対する意識 (図4参照)

「ヒヤリ・ハット」の報告をするか否かの問いに対して、1年は、思う62名(77.5%),少し思う15名(18.8%),どちらもいえない2名(2.5%)であった。逆に、報告することについて、思わないと回答した者は1名(1.3%)であった。

3年は、思う29名(78.4%),少し思う6名(16.2%),どちらもいえない1名(3%),あまり思わない1名(2.7%)であり、思わないと回答した者はいなかった。

9. 「ヒヤリ・ハット」を報告することに対し心配な内容 (複数解答) (図5参照)

1年の回答の高いものは、「信用がなくなるような気

がする」64名(78.4%),「責められるように感じる」54名(67.5%),「また事故を起こすのではないかと先入観で見られるのではないかと」41名(51.3%)であった。

3年の回答の高いものは、「信用がなくなるような気がする」29名(78.4%),「責められるように感じる」26名(70.3%),であった。

「信用がなくなるような気がする」と「責められるように感じる」については、3年と1年を比較すると、2.8%3年が高かった。また、「恥ずかしいことだと思いきになる」についても3年が3.2%高かった。

10. 事故についての報告内容 (図6参照)

報告すると回答した多いものは、1年「発生の状況」75名(93.8%),「年月日」73名(91.3%),「報告者の名前」と「発生時の対応」72名(90.0%),「考えられる原因」71名(88.8%),「今後の対策」67名(83.8%),「場所」66名(82.5%),であった。

回答の少ないものは、「職種」32名(40.0%)であった。その他3名(3.8%)の内容は、「家族構成」「患者の反応」「相手に注意事項を言ってもらおう」であった。

3年の回答で多いものは、「発生の状況」37名

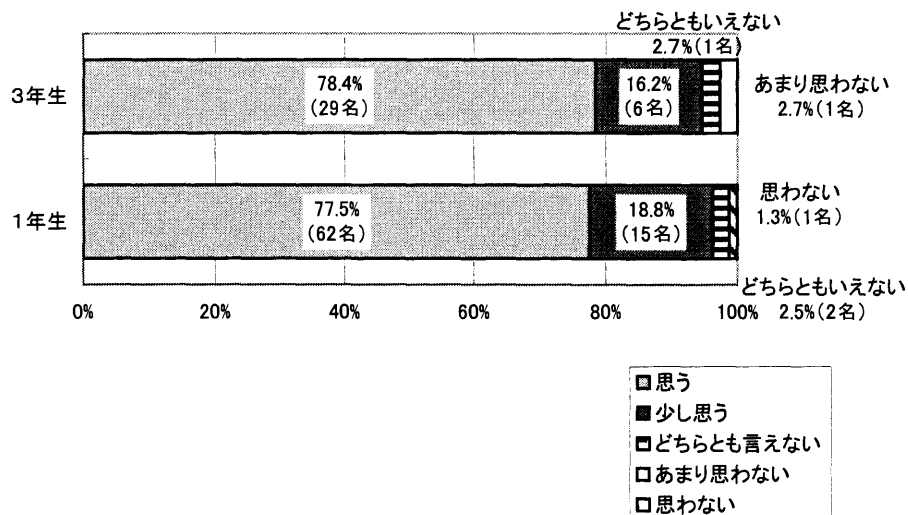


図4 「ヒヤット」としたり「ハット」したことがあつ場合、報告するか否か (3年生 n=37 1年生 n=80)

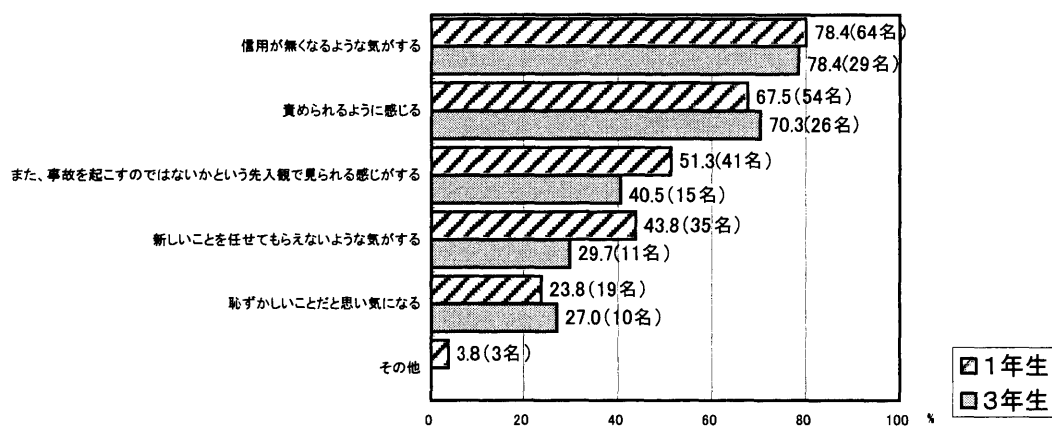


図5 「ヒヤット」したり「ハット」したりしたことがあつ場合、報告することで心配なこと (複数回答可 3年生 n=37 1年生 n=80)

(100%), 「年月日」35名 (94.6%) 「考えられる原因」と「報告者の名前」34名 (91.9%), 「場所」33名 (89.2%), 「発生時の対応」と「今後の対策」32名 (86.5%), であった。回答の少ないものは「職種」19名 (51.4%) であった。

VI. 考 察

1. 「医療事故」という言葉を知っているか否か、その言葉を知ったきっかけ、関心度

「医療事故」という言葉を、1年は知っている73名 (90.4%), 少し知っている7名 (9.6%) と回答し、3年は37名 100% が知っていると回答している。また、「医療事故」に対する関心について、1年は、関心がある73名 (91%), 少し関心がある7名 (9%) の回答があった。3年は、関心がある31名 (84%), 少し関心がある6名 (16%) の回答があった。以上のことから1・3年ともに

医療事故という言葉は、良く知っており関心度も高いことがわかる。

「医療事故」という言葉を知ったきっかけは、1年で新聞・テレビ77名 (96.3%), 3年で、新聞・テレビ36名 (97.3%) と、学生も目にすることが多いマスメディア情報である。知ったきっかけとして看護学校の授業が、1年の31名 (38.8%) に比べ、3年が35名 (94.6%) と高い理由は、2年次の看護方法論II (与薬), 3年次の医療問題を始めとした、各専門科目で教授されているからであると考えられる。

この結果で注目すべきことに、「家族や知人が事故を体験した」と答えた者が、1年で10名 (12.5%), 3年で3名 (8.1%) いる。このことは、より身近な体験であり深刻なことでもあるため、学生にとってはより関心が高いといえる。また、看護を学んでいる学生であることから、医療を受ける立場として、医療に対するこ

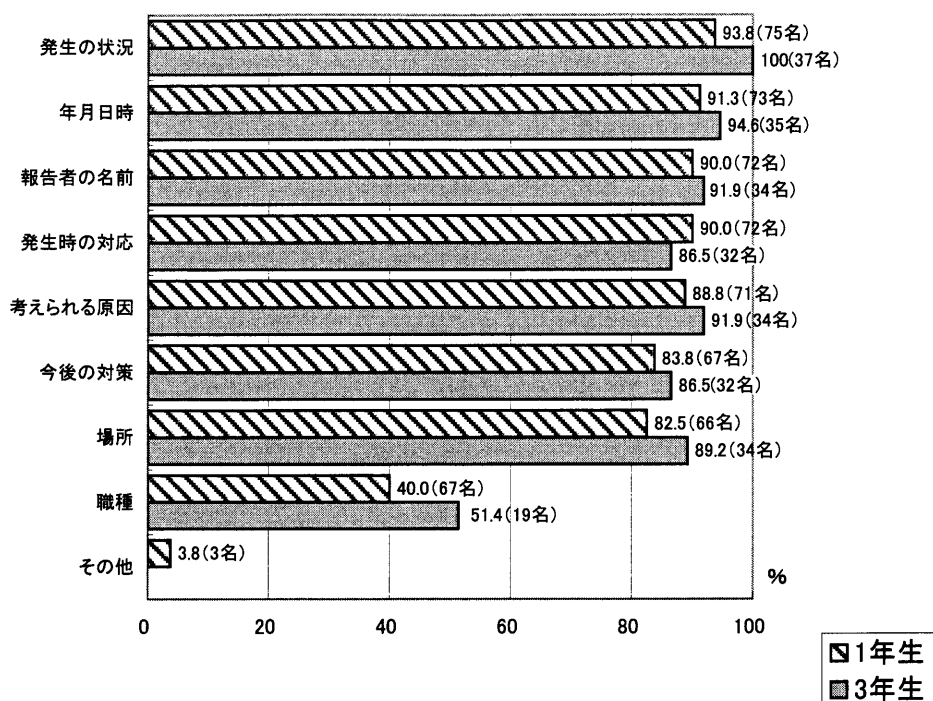


図6 事故発生時に何を報告するか (複数回答 3年生 n=37 1年生 n=80)

うあって欲しいという期待することや、反面、医療への疑問を抱いている可能性もある。特に1年は、臨地実習の経験がほとんどないため、医療を受ける立場であることとして安心して医療を受けたいとの思いで事故をとらえているのではないかと思われる。このことは、医療従事者として、対象を大切にすることにも繋がり倫理観の育成のきっかけともなる。このような学生の気持ちを大切にすると共に、医療従事者の一員として安全な医療を提供するためには何が必要であるかを考えられるように、関わる必要性を感じる。

2. 「事故」の原因に対する意識

1) 学生が考える事故の原因

本調査の結果では、学生の考える事故の原因は、1・3年共に、「確認不足」「注意不足」「知識不足」「疲れ」が上位を示しており、中村⁵⁾や榎田他⁶⁾の研究結果と同様であった。実習をほとんど体験していない1年は、安全を守る技術の授業で、日常生活の中から考えられるヒヤツとしたりハットしたことなどを例にあげた講義を受け、3年と同様の回答が挙げられたのではないかと考えられる。

また「疲れ」が上位にあるのは、疲れが不注意や見間違い、思い違い、聞き違いなどに繋がることに気づいていると思われる。事故を起こさないためにも疲れを残さないように、自己の健康管理の必要性を教授することも必要である。

反面、事故の原因で回答の低かった項目は、1,3年共に「錯覚」であった。錯覚については、大山は、「人間には錯覚が生じ、注意力には限界があるということは、心理学では常識である。人の目や耳や頭脳は、カメラ、テープレコーダ、コンピュータなどは違って、ただ下界の情報を忠実に記録するものではない。情報を人間独自の仕方を受け取っている。そこには、人間独自の誤りもある」⁷⁾と述べている。このことから、錯覚も事故の原因であり、人間には誰にでも起こり得る事であることを教授することが大切であると考えられる。

3年が1年に比べ「早呑込み」「取り違い」「錯覚」「患者への説明不足」以外の18項目で高い回答であった。これは、実習体験や既習学習から考えたのであろうと思われる。

3年の回答の低い項目に、「患者への説明不足」と「チームワークの悪さ」があった。

近年、インフォームドコンセントが重要視されており、2003年には、日本看護協会における倫理規定が、看護者の倫理綱領として改定された。新たに加えられた内容に、患者と看護者の信頼関係の構築、患者の知る権利、自己決定権の尊重に関する内容があり、患者への説明の重要性やチームワークの大切さが述べられている⁸⁾。

医療の場では複数の人、異なる職種の人がチームで

仕事をしている。チームで仕事をする中で、一人のときより多くの見方ができ、思い込みを指摘しあうことができる。しかし、反面、その場の雰囲気や遠慮から誤りに気づいても言えない状況もある。このことから、医療従事者間のコミュニケーションが必要であり、連携を密にすることが事故防止へと繋がることになる。また、「医療訴訟が急増しているが、訴訟に至る最大の理由は、医療ミスや事故そのものよりも、コミュニケーションの問題が大きいといわれている。医療者と患者・患者の家族間のコミュニケーションがスムーズで、信頼関係が築かれている場合には、たとえ不幸にして医療事故が起きたとしても、訴訟にまでいくことはまれである⁹⁾」と述べられている。これらのことから、「患者への説明不足」と「チームワークの悪さ」が原因であることを、学生へ意識付ける必要があると考えられる。

2) ヒューマンエラーに対する意識

ヒューマンエラーは、注意しても人は誰でも間違えるという観点から捉える必要があると考えられる。しかし、1年では、注意すれば起こらないと思う、少し思うが25名(31%)、3年では、16名(43%)であった。結果から、3年と1年を比較すると3年が、注意すれば事故は起こらないと認識している割合が高かった。このことは、実習体験から感じているものであろうが、事故を他人事として感じていることが伺え問題であると考えられる。1年の割合が低かったのは、授業直後の回答であったからだと思われる。しかし、数名の学生は授業直後であっても、3年同様に注意すれば起こらないと考えていることは、「ヒューマンエラー」についての認識が薄いと考えられる。

今後は、具体的な事例などを提示し、予防策や対処方法を考える場を設けると共に、事故を起こした人を責めることがないように、事故に対する考え方を個人の責任追及から原因究明になるように教授する必要がある。また、看護学生であっても医療事故を「他人事ではない」「誰にでも身近なものである」とし、深く考えることで、事故防止に繋がるものであると考えられる。

3. 報告に対する意識

1) 事例に対する報告の有無

23事例は、全て報告が必要な事例である。しかし、1・3年ともに報告すると回答した事例は、1年では6項目、3年は14項目であった。1・3年を比較すると、3年のほうが報告する割合が高かった。その理由は、3

年間の実習の体験や講義などから学習したことで、報告の必要性が認識できていると考えられる。

1年が報告すると回答した事例は、3年ですべて報告すると回答していた。

1・3年ともに23事例の中で、学生全員が報告を必要と考えているものは、事例(5)「動くときには呼んでください」と説明したが動いて転倒し骨折した、事例(9)配膳違いの食事を摂取したが変化はなかった、事例(13)与薬時間を間違え服用し副作用が出現した、事例(15)薬剤名を間違え準備したものを医師が注射した、事例(18)入浴介助後皮膚の発赤、水泡の出現であった。これらの事例は、患者に身体的な変化があった事例である。しかし、1・3年生共に報告の割合が低かった事例の中に、患者に身体的な変化があった事例として挙げられていた、事例(16)湯たんぽにより皮膚の発赤が出現したがなかった。この事例についての報告の必要性に気付かなかったのは、皮膚の発赤が熱傷のI度であるという知識がなかったためではないだろうかと考えられる。

患者の身体的変化の有無に関わらず、事例(8)配膳間違い、事例(13)与薬時間を間違え服用し副作用が出現した、事例(14)与薬量を間違え注射した、事例(15)薬剤名を間違え準備したものを医師が注射した、事例(23)医師の口頭指示により薬剤名を間違えた等の事例について、3年全員が報告すると回答していた。しかし、1年では、事例(9)配膳間違いで食べてしまったこと、事例(8)配膳したについては、5名が報告しないと回答している。また与薬の事例についても、時間の間違いは、5名報告しないと回答している。このことから、配膳についての事例は、食事を食べたかどうかで判断していると思われる。しかし、与薬の時間については、1年の知識が浅いためであると思われる。

転倒・転落の事例も、3年全員が報告の必要性があると回答しているが、1年では転倒・転落ということが患者へ影響を及ぼすことまで考えられないのではないかとと思われる。さらに、3年全員が報告すると回答した事例のなかで、患者に影響がなくても、薬の間違い、時間の間違い、配膳違いなど報告の必要性を考えられていた。しかし、事例の状況において、明らかに何らかの状況がない場合、例えば、事例(22)「廊下の水により転倒しそうになった、事例(10)薬剤名の間違いをしたが、患者はまだ服用していなかったのような事例については、3年も6名報告しないと回答している。

誤謬の危険性については、1・3年ともに、報告をする必要性が考えられていない。

3年が報告すると回答したものが少なかった事例は、(10) 薬剤名の間違いをしたが、患者はまだ服用していなかった。(17) ナースコールを元の位置に戻し忘れた。(22) 廊下の水により転倒しそうになったであった。このことは、危険の予測が考えられないためであろうと思われる。また転びそうになった、ベッド柵が降りていた、床で転びそうになった事例も、事故を未然に防ぐということが考えられない可能性がある。さらに、ナースコールの必要性についても同様に、ナースコールが手元にないということが事故に結びつくということの予測がつかないのであると考えられる。対象を観察しても、危険の予測ができない、報告の必要性、優先度が分からないため、報告・連絡・相談ができないことに繋がり、事故に結びつくことが考えられる。

厚生労働省が医療安全対策検討会議で発表している事故予防として特に求められる「判断」に関する能力を挙げている。能力には、危険因子の査定、危険性の予測、批判的な思考、発言・主張、評価、優先度を決定するの6つである。また新人ナースたちに特徴的なインシデントは何かについて、報告・連絡・相談のミスが多い¹⁰⁾と述べられている。

看護の場での報告は、記録と共に対象の観察事項やあらゆる情報を他の医療従事者に伝える方法としても重要なことである。報告をすることによりチームとして連携がとれ、対象に安全な医療が提供できると考えられる。

学生時代から「判断」する能力を育成することは、報告の必要性も認識できるのではないかと考えられる。そのためには、医療事故の状況をより具体的にイメージできるよう事例やビデオ、体験事例などを教材として活用する必要があると考えられる。そして、事故の重大性や、危機感を体感すると共に、自分のこととして考えられるようにする必要がある。さらに、報告・連絡・相談しやすい環境をつくることも大切であると考えられる。

2) ヒヤリ・ハットの報告の有無と報告する際に心配な内容

報告は必要かつ重要である。石井は「ミスに気づいたら、ミスの程度にかかわらず、ただちに、主任、婦長などの看護責任者、および医師に連絡することが重要である。これは患者の危険を最小限にとどめるため

である」¹¹⁾と述べている。また、ヒヤリ・ハットの報告が事故の背景となる要因を探り事故防止策を立てる方法として重要である事は多くの研究で明らかになっている。結果から、全員の学生が報告の必要性があるとの回答を期待していた。しかし、1年は、思う62名(77.5%)であり、逆に、思わないと回答した者は1名(1.3%)いた。また、3年は、思う29名(78.4%)、思わないと回答した者はいなかった。1年の2名(2.5%)がどちらとも言えないと回答している。どちらとも言えないと回答した学生の理由は、「時と場合による」「怒られるかもしれないが報告することは大切だと思う」であり、報告しないと回答した学生はその理由の記入はなかった。

3年の1名(3%)がどちらとも言えないと回答している。どちらとも言えないと回答した学生の理由は、「報告しないといけないと思うが、責められそうで恐ろしい」であった。あまり思わない1名(2.7%)と回答した学生の理由は「怒られそう、信用をなくすから」であった。

ヒヤリ・ハットを報告することで心配なことについては、報告の有無と同様の内容が挙げられ、1・3年ともに、「信用がなくなる」と感じている。また「責められるように感じる」が70%と多く、報告することで否定的なイメージがあることが分かる。

3年の心配する内容で割合が低い項目は、「また事故を起こすのではないかと先入観で見られるのではないか」「新しいことを任せてもらえないような気がする」であった。これは、実習中にヒヤリ・ハットの報告について体験したり、聞いた事などが影響していると考えられる。また、第三者の評価を気にしていることにも繋がると考えられる。逆に、「恥ずかしいことだと思ひ気になる」については、1年と3年を比較すると3年が3.2%高い結果であった。このことは、ヒヤリ・ハットが、実習の体験から自分自身の不注意や知識不足であり、起こしてはいけないことだと考えていと思われる。今後は、不注意や知識に関わらず人間が行う限り必ず何らかのリスクが伴う事も、学生が認識できるように関わることも大切であると考えられる。また学生は、報告することで個人の責任追及と実習の評価に影響するのではないかと考えていることがわかった。これらの結果を踏まえ、今後の安全教育に活かして行くことが必要であると考えられる。

今回の結果は、報告する・しないの意識であり、実際に報告をすることが出来るかどうかの行動につい

ては分からない。今後は、実際に報告するという行動ができるかの調査も必要であり、また今以上の報告の意義、必要性についての指導とその指導方法についての教育が必要であると考えられるため課題は大きい。

3) 事故を起こした場合の報告内容

事故について報告する場合何を報告するかは、すべて報告すべき項目であった。しかし、1年全員が全てを回答した項目はなかった。3年は、「発生の状況」の一つの項目が全員報告すると回答していた。1・3年共に、報告内容で最も低いのは、「職種」であった。

事故防止の検討を行うためにも、報告する者が、事実に基づいた内容を正しく理解していることが重要である。つまり、自分が理解できていないことを報告する場合、間違っただけで報告することも考えられる。報告には、5W1Hが原則であり、いつ(When)―月日、どこで(Where)―場所、誰が(Who)―主体、何を(what)―客体、なぜ(Why)―原因、どのように(How)―状態などが含まれていることで、相手に伝わるのである。今後は、報告の有無だけでなく、報告内容も具体的に指導する必要があると考えられる。

4. 事故に対する羞恥心

1・3年ともに約60%の学生が「恥ずかしい」と思っており、なんらかの教育的関わりが示唆される。

米国の文化が「罪の文化」といわれるのに対し、日本の文化は「恥の文化」といわれている。罪の文化は、自分が行った悪い行為について、それを知る人がだれもいなかったとしても、自らの心の中に描いた自己にふさわしくない行為として罪に悩む。一方、恥の文化で重視されるのは、他者の存在である。これは、自分の内面よりも、他者の批評に対して敏感に反応する傾向が強い。したがって、人前で拒否された、怒鳴られた、嘲笑された等ということに対して恥ずかしいと感じる。自分の行為に対する善悪の基準を自分自身で持つというより、世間の評価を恐れる傾向がある⁹⁾。このように日本の文化からも言えることは、恥ずかしいと思うことが、他者に必要な質問や確認、報告が困難になってしまうことが考えられる。医療事故を繰り返させないためにも、または起こさないためにも「恥ずかしい」と思わず、必要な分析や対策が考えられる姿勢が必要と思われる。

学生も臨地実習では対象の多くの情報を伝達する必要があり、情報を伝達する方法に報告が挙げられる。報告は、何かを相手に伝えようとするやりとりであり、それは一方通行ではなく双方向的である。つま

り、伝えたいメッセージを相手がキャッチ(意味付け、反応)し、それをまたフィードバックすることであると考えられる。

医療事故の原因の一つに、コミュニケーション不足が挙げられており、チーム医療にとって重要である。報告・連絡・相談は、医療従事者の情報交換に役立ち、患者への安全性を確保することにも繋がると考えられる。

VII. おわりに

看護学生1・3年の医療事故に対する意識について調査を行った。その結果、看護学生の医療事故に対する関心度が高く、報告に対する意識の特徴がわかった。

この調査を通して、学生が臨地実習を安全に行うためにも自ら問題意識を持ち事故防止ができるように、授業や指導の工夫が必要であると感じた。また、人間の注意力には限界があり、人間はエラーを犯すという基盤に立って原因を追求し再発を防ぐという視点から、「報告・連絡・相談」の行動が取れるように育成していく必要性を強く感じた。

今回の調査は、1施設であり研究対象である学生数も少なく結果を一般化するには限界がある。また調査内容、配布時期に検討を加える必要もある。今後はデータ数を増やし研究を継続し、安全教育に役立てたい。

最後に、本研究を行うにあたりご協力いただきました、学生の皆様、最後まで丁寧にご指導くださいました湯沢八江先生に心から感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 杉谷藤子：特集：看護教育における記録の問題、今求められる学生への医療事故防止教育、看護教育、41(2), 107-112, 2000.
- 2) 土屋八千代, 松下由美子他：実習中の“ヒヤリ”・“ハット”報告集、クリニカルスタディ、21(9), 810-820, 2000.
- 3) 木下賢治：学生の看護事故の法的責任について、看護教育、32(11), 683-686, 1991.
- 4) 川村治子：書きたくなるヒヤリ・ハット報告、医学書院、2000.
- 5) 中村忍：臨地実習における医療事故に対する学生の意識、神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録、27, 114-121, 2002.
- 6) 榎田守子, 久部洋子他：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, 21-27, 2002.

- 7) 大山 正, 丸山康則他: ヒューマンエラーの心理学: 医療・交通・原子力事故はなぜ起こるのか, 麗沢大学出版会, 2001.
- 8) 日本看護協会編: 看護者の基本的責務: 基本法と倫理, 日本看護協会出版会, 2003.
- 9) 深井喜代子編: 基礎看護技術, (新体系看護学; 18; 基礎看護学; 3), メヂカルフレンド社, 2002.
- 10) 厚生労働省: 第5回医療安全対策検討会議議事録 2001/10/31, (online), <<http://www.mhlw.go.jp/shing/0110/txt/s1031-3.txt>>, (accessed 2003/1/10)
- 11) 石井トク: なぜ看護事故は起こるのか, クリニカルスタディ, **10**(13), 1285-1289, 1989.
- 12) 千代豪昭・黒田研二: 学生のための医学概論, 第2版, 医学書院, 2003.
- 13) 土井英史: 看護におけるリスクマネジメント, エキスパートナース, **17**(6), 8-158, 2001.
- 14) 古庄富美子: 医療事故と看護婦の責任について, 月刊ナーシング, **20**(5), 12-16, 2000.
- 15) 井部俊子: 総特集 看護事故の教訓, ナーシング・トゥデイ, **15**(12), 2000.
- 16) 峰村淳子他: 臨床実習指導教員の手続き, Ver. 1, 東京医科大学看護専門学校, 2002.
- 17) 三宅祥三: リスクマネジメントの問題点と課題, 月刊ナーシング, **20**(5)10-11, 2000.
- 18) 日本看護協会編: 組織で取り組む医療事故防止, 看護, **51**(12), 24-79, 1999.
- 19) 中村 忍: 臨地実習における医療事故に対する学生の意識, 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, **27**, 114-121, 2002
- 20) 土屋八千代: 学生の実習中の事故とその対策に見る看護教員の役割, 看護教育, **35**(7), 495-500, 1994.
- 21) 渡辺真利子・北川悦子: 看護の基礎教育における医療事故防止に関する安全教育の一考察 (第一報): 看護学生の意識調査より, 神奈川県総合リハビリテーションセンター紀要, **28**, 81-85, 2002.
- 22) 由井尚美: 組織的取り組みとしてのリスクマネジメントの導入, 月刊ナーシング, **20**(5), 17-23, 2000.