

実践報告

看護学生の臨地実習における P-mSHELL モデルを活用した インシデント報告書の改訂

The revision of incident reporting system during nursing clinical practicum: application of P-mSHELL model

大河内 彩子¹⁾ 佐藤 政枝¹⁾ 佐藤 朝美¹⁾ 伊藤 絵梨子¹⁾

碓井 瑠衣¹⁾ 中村 幸代¹⁾ 赤瀬 智子¹⁾

Ayako Okochi Masae Sato Tomomi Sato Eriko Ito
Rui Usui Sachiyo Nakamura Tomoko Akase

キーワード : インシデント報告書、看護学生、P-mSHELL モデル、医療安全教育、臨地実習

key Words : incident reports, nursing student, P-mSHELL model, medical safety education, clinical practicum

1. 緒言

厚生労働省は「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討」において「医療安全の確保」と「安全管理」を重視することを示した(厚生労働省, 2004)。また「大学教育の分野別質保証のための教育課程編成上の参照基準 看護学分野」(日本学術会議, 2017)においても、看護学士課程で学ぶすべての学生が身につけるべき基本的素養として、「安全なケア環境を提供する能力」が示された。とくに看護学の臨地実習においては、安全に関する知識を習得し実習に臨むこと、実習の場の特性を踏まえた安全教育を行うこと、学生の関係した医療事故について看護管理者・実習指導者との振り返りの場を設けることが必要とされている(日本看護協会, 2013)。4年制大学である本学の教育課程でも各看護学領域の科目の中で患者と医療者双方の安全を守るための数多くの視点が講義・演習・実習等の学習内容の基盤に組み込まれている。また、実習オリエンテーション等の機会を通じて適時、学生が医療安全を再確認するための時間を設けている。

近年、医療安全教育やヒヤリ・ハットに関する論文数は増加傾向にある(山本ら, 2015; 藤井ら, 2015; 迫田ら, 2011)。過去

10年間の臨地実習における医療安全に関する研究動向をみると、その内容は「発生背景」と「医療安全教育の効果」に二分されている。先ず「発生背景」では、『学生の思考や行動の特徴』『学生の関心やきっかけ』『体験時に感じた感情』『発生しやすい時期や状況』に分類され、とくに学生の未熟性が及ぼす影響が示されている。一方、「医療安全教育の効果」に関しては、『振り返りの効果』『他者体験の共有』『実習前の周知』に分けられ、インシデントの振り返りや共有が自己の成長や学習に役立つことや、学生の思考や行動の特徴と起こりやすいインシデントを実習前に周知することがリスク回避となることなどが抽出されている(藤井ら, 2015)。さらに、「発生背景」として、学生の未熟さに関連する報告は数多く、知識・技術の不足、確認・注意不足による勝手な思い込み、不適切な状況判断などが主要な要素としてあげられている(上西ら, 2000; 中澤, 2015)。また、学生のレディネスや実習時期、専門領域の特性によるインシデントの発生要因や予測の可能性などを示した研究もある(安藤ら, 2017; 日下, 2007)。その他、ヒヤリ・ハットを体験した学生を対象に発生時の状況をインタビューした調査(布施, 2005)から、教員が学生と共に丁寧に事例を振り返るプロセスそのものが「医療安全教育の効果」として期待できることが示唆

Received: October. 31, 2017

Accepted: February. 19, 2018

1) 横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻

されている。

以上のような背景から、「医療安全」に高い関心を持ち、自分と他者の安全を確保できる能力を育むための看護基礎教育が必須である。とくに、臨地実習における安全管理は最重要課題のひとつであるが、そこで発生してしまったインシデント事例を、まさに生きた「教材」として捉え直し、学生が効果的な学びに繋げるためのツールが必要である。本学でも、インシデント報告書がその役割を担っているが、個々の単純な事例分析とその共有にとどまっており、学習効果の高い教育ツールとして十分に活用されているとはいえない。

本実践では、臨地実習におけるヒヤリ・ハット事例を教材として捉え、学生と教員が共に振り返ることのできるインシデント報告書に改訂することを目的とした。

II. 方法

1. 用語の定義

インシデント報告書: 実習中に発生したインシデントに関する報告書であり、一連のプロセスを学生と教員が共に振り返り、発生時の状況や対応・その要因等を分析し、さらには教育的な観点から再発の防止に努めることを目的としている。また、本書式による事例の分析から得られた知見は、類似するインシデントの再発やアクシデントを未然に防ぐことを目的に活用される。

2. 改訂に用いた分析モデル

医療事故やヒューマンエラーでは、要因の多様性や相互関係の複雑性を踏まえた分析のために適切なモデルの活用が推奨されている。分析モデルの中でも、本実践では、P-mSHELL モデルを改訂の参考とした。

P-mSHELL モデルは、ヒューマンファクター工学で代表とされる SHEL モデルをもとに、医療への応用を目的に開発された医療事故分析モデルである(河野, 2014)。その名称は 7 つの要素の頭文字で構成されており、モデルの中心には人間: 当事者(Liveware:L)が置かれ、その周りを、患者(Patient:P)、管理(management:m)、ソフト(Software:S)、ハード(Hardware:H)、環境(Environment:E)、人間: 当事者以外(Liveware:L)が取り囲んでいる。7 要素の具体例を表 1 に示す。L の要素はともに人間であるが、インシデントの「当事者(本人)」とその周囲の「関係者」に区別されており、個人的な要因と対人的な要因を分けて考えられるようにつくりられている。ここでの注目点は、問題点を整理したり単純化することではなく、事象を複数の視点から多角的に捉えることにある。公益財団法人日本医療機能評価機構(The Japan Council for Quality Health Care:JQ)の医療事故情報収集等事業ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業「ヒヤリ・ハット事例報告」(以下、JQ「事例報告」)では、発生要因の分析にこの P-mSHELL モデルの考え方が採用されている。

表 1 P-mSHELLモデルの構成要素と具体例

要素	具体例
P: Patient (患者)	・病態の急変 ・予測外の行動 ・加齢や疾患に伴う機能低下
m: Management (管理)	・安全文化の醸成 ・安全教育の不徹底 ・経営難
S: Software (ソフトウェア)	・手順書、マニュアル ・カルテ、指示票
H: Hardware (ハードウェア)	・機器のインターフェース・モード切替 ・機器の操作性 ・機器の配置
E: Environment (環境)	・作業環境(温度・湿度、照明等) ・ナースステーション等の病棟内の配置
L: Liveware (人間: 本人)	・個人の身体・心理・精神的な状態 ・個人の能力 ・個人の認知・状況判断
L: Liveware (人間: 周囲の人)	・チーム内のコミュニケーション ・チームワーク ・リーダーシップ

3. 新書式の作成手順

1) 既存書式における課題の明確化

過去 3 年間に提出されたインシデント報告の分析結果から、発生件数、学生の特長(学年、実習種類、実習期間、スケジュール等)、発生時の状況、事後の分析等の内容を確認し、既存書式の課題を明確化した。インシデント報告は、1 年次から 4 年次すべての臨地実習を対象とした。

2) 新書式の検討

(1) P-mSHELL モデルを活用したインシデント報告に関する先行文献の検討

P-mSHELL モデルを用いて、看護学生の実習中のヒヤリ・ハットやインシデントを分析した先行研究を抽出し、文献検討を行った。次に、上記の文献検討で明らかとなった各要因を参考に、新書式に必要な構成要素を検討した。

(2) 新書式の作成

上記(1)の検討結果を踏まえ、先行研究および JQ「事例報告」の報告入力項目の発生要因の枠組み等を参考に、医療事故の分析手法(分析モデル)の要素を盛り込んだ新書式を考案した。さらに、改訂案に対して学科内教員全員から広く意見を得て、修正を加えたインシデント報告書の新書式を作成した。

III. 結果

1. 既存書式における課題

過去 5 年間(平成 24 年度～28 年度)の臨地実習でのインシデント報告は 5～9 件/年であり、その内容はメモ類の置き忘れなど個人情報管理に関するもの、患者の転倒に関するもの、学生の確認不足による勝手な状況判断に関するものなど、事例内容にそれほど差異はなかった。既存のインシデント報告書

の課題について、過去3年間35件の報告書をもとに検討した。書式はすべての項目が記述式で、発生後の患者状況や対応が時系列で自由に記載されるため、発生要因に関する分析の視点が統一されておらず、今後の対策を検討することが困難であった。さらに、報告書への記載及び指導は各教員の裁量に任せられ、報告内容の情報量に差があった。このことから大きく2つの課題があがった。1つは学生と指導教員が考えた発生要因や対策の抽出が難しいこと、2つ目は、教育的な観点からインシデント事例を学科内で共有し再発防止に努めるための分析を行うには情報が不足していることだった。選択式の項目を設定するなど、インシデントの原因分析のために情報が漏れなく収集できる工夫が必要であることが確認された。

2. 新書式の検討結果

1) P-mSHELL モデルを活用したインシデント報告に関する先行文献の概要

P(患者)には、協力や説明不足、理解力、疾患の特性、家族の負担など(久保田ら, 2005; 廣渡ら, 2016)が、m(管理)には、患者選択や調整、雰囲気作りなど(久保田ら, 2005)が含まれている。S(ソフトウェア)には、実習要項の記載内容やオリエンテーション時の説明、学生間の交流、情報不足など(上松ら, 2016)が、H(ハードウェア)では、物品の場所や浴室内のナースコール、清潔・不潔の概念など(上松ら, 2016; 久保田ら 2005)が、E(環境)には、看護師の忙しさや学生メンバー同士の関係性、構造への適応不足、危険行動を誘発する環境や不安全な環境など(上松ら, 2016; 久保田ら, 2005; 廣渡ら, 2016)が含まれている。L(人間:本人)には、学生のケアへの認識や教員への報告、注意不足、動機づけや学習不足、学生自身の身体的・精神的状況や不安、理解度など(上松ら, 2016; 久保田ら, 2005; 廣渡ら, 2016)が、L(人間:周囲の人)には、患者から計画外の内容を頼まれることや看護師の不在、教員の不在、コミュニケーション不足(上松ら, 2016; 久保田ら 2005)などが含まれている。

3. 新書式の作成

1) 必要な項目の選定

JQ「事例報告」のうち、看護学生の実習におけるインシデント報告に当てはまると考えられる項目を抽出し、具体的な選択項目について検討した。表2に本学の新書式とJQ「事例報告」の各項目を比較した。以下、各項目について説明する。

(1) インシデント発生日時・場所

本項目は、既存書式と同様に、「実習名」、「発生日時」を記入する方式とした。発生場所は5項目を選択肢として設け、作成時の必要事項の記載漏れを防止するとともに入力・分析時の簡便化を図った。発生時間に関しては、テキスト入力とし、分析時に時間帯毎で集計することとした。

(2) 患者の概要

個人情報保護の観点からJQの詳細な項目を省いた。なお、患者情報は、「性別」、「年代」の2項目のみとし、「特記事項」と

して、インシデントの発生状況の説明に必要な事項を記述する欄を設けた。

(3) インシデント種類・発生場面・発生時の状況

インシデントの種類と発生場面について項目を追加し、その内訳を選択式とした。新書式では、JQ「事例報告」から学生が起こしやすいと考えられる項目を抽出し、「インシデント種類」6項目と「発生場面」10項目の選択肢をそれぞれ設定した。発生時の状況に関しては、既存書式と同様に記述形式とした。また、JQ「事例報告」では、発見者に関する選択式の項目があるが、本学新書式ではこれらを省いている。さらに当事者に関しては、学生氏名と実習名の記述による情報収集が可能であることを確認した。

(4) その後の状況と対応:

JQ「事例報告」では、本項目に該当する項目が見当たらなかったが、学生のインシデント事項への対応方法の分析は教育的観点から重要であるため、既存書式と同様に記述欄を設けた。

(5) 発生要因:

新書式では発生要因を P-mSHELL モデルを参考にして分析する項目を設け、その中から報告者が選択する書式とした。本項目は、P-mSHELL モデルに沿って4つの項目に分けた詳細な選択肢を設定した。4つの項目とその下位項目は JQ「事例報告」に準拠したものとした。さらに、先行文献で明らかになった P-mSHELL の各要因を参考に、本学の新書式における構成要素として発生要因を検討した。Pとして挙げられた患者の協力や理解力、疾患の特性などは、患者に関することとして環境・設備要因の項目に位置づけ、mとして挙げられた患者選択や調整、雰囲気作りは受け入れ指導体制としてその他の項目とした。Sとして挙げられた実習要項の記載内容やオリエンテーション時の説明については、教育内容に相当すると考えその他の項目とし、Hとして挙げられた物品配置等については、電子カルテや医薬品、医療機器、施設・設備、諸物品に関することとして環境・設備要因の項目とし、Eとして挙げられた看護師の忙しさや構造への適応不足などは、ヒューマンファクターの項目とした。Lとして挙げられた学生のケアの認識や学習不足、教員への報告、学生自身の身体的・精神的状況、看護師や教員の不在は、記録や観察の怠り、報告の遅れ、知識の不足や技術・手技の未熟さ等として、当事者の行動に関わる要因ならびにヒューマンファクターの項目とした。また、学生がさまざまな要因に意識が向けられるよう、経時記録を取り入れた報告を参考に、インシデント発生場面や発生時の状況等について 5W1H で具体的かつ経時的に記載できるような書式とするとともに、報告書作成における留意事項を具体的に示した。これらの工夫により、発生要因について、報告者の個々の視点に依らず、P-mSHELL モデルという統一された見解において学生や指導する教員がインシデントをとらえ、報告することが可能になった。

表2 新書式とJQ「事例報告」の項目の対比

新書式項目	日本医療機能評価機構書式医療事故情報収集等事業の報告入力項目	
インシデント発生日時、場所		
実習名: (第 日目) 発生日時:平成 年 月 日() 時 分 発生場所: <input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 学内 <input type="checkbox"/> 通学途中 <input type="checkbox"/> その他()	発生年 発生月 発生曜日 発生時間帯 発生場所	
患者の概要		
性別: 男・女 年代: 歳代 特記すべき事項:	入院・外来区分 疾患名 直前の患者の状態	
インシデント種類		
<input type="checkbox"/> 療養上の世話(転倒、転落、衝突、拘束・抑制、褥瘡、誤嚥・誤飲、その他:) <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 個人情報に関すること <input type="checkbox"/> その他()	中項目: <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他()	小項目: <input type="checkbox"/> 薬剤の種類 <input type="checkbox"/> 治療の種類 <input type="checkbox"/> 医療機器の種類 <input type="checkbox"/> 発生場面 <input type="checkbox"/> 事例内容等
発生場面、発生時の状況		
<input type="checkbox"/> 移動(移乗、移送、歩行) <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄(トイレ、ポータブルトイレ、ベッド上) <input type="checkbox"/> 清潔(入浴、清拭、足浴、更衣) <input type="checkbox"/> 環境整備(シーツ交換、病床整備) <input type="checkbox"/> 報告・連絡・相談 <input type="checkbox"/> 学習(実習施設、図書館、自宅) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 体位変換 <input type="checkbox"/> 検査	発見者 当事者人数 当事者職種 当事者職種経験年数 勤続年数
その後の状況と対応		
【自由記載】	該当項目なし	
発生要因		
当事者の行動に関わる要因 ヒューマンファクター 環境・設備要因 その他	当事者の行動に関わる要因 ヒューマンファクター 環境・設備要因 その他	
分析と今後の課題		
【自由記載】	事例の背景要因の概要 改善策	
患者影響レベル		
<実施前に気づいた> <input type="checkbox"/> レベル0:実施前に気づいた。 *さらにレベル0-1~0-3に分類 <input type="checkbox"/> レベル0-1: 仮に実施されても、患者への影響は小さかった(処置不要)と考えられる。 <input type="checkbox"/> レベル0-2: 仮に実施されていた場合、患者への処置が必要だった。 <input type="checkbox"/> レベル0-3: 仮に実施されていた場合、生命に影響しうと考える。	医療実施の有無 <実施なしの場合> 影響度 軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる 濃厚な処置・治療が必要である 死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	
<実施後に気づいた> <input type="checkbox"/> レベル1: 患者への実害はなかったが、何らかの影響を与えた可能性がある。 <input type="checkbox"/> レベル2: 患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全の確認のための検査などの必要性は生じたが、治療や処置は行わなかった。 <input type="checkbox"/> レベル3: 消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与などの、簡単な処置や治療を要した。 <input type="checkbox"/> その他:()	<実施ありの場合> 事例の治癒の程度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽微な治療 <input type="checkbox"/> 不明	
担当教員の分析		
【自由記載】	該当項目なし	

(6) 分析と今後の課題:

JQ「事例報告」においても、「改善策」としてテキスト入力をする欄が設けられている。新書式でも「分析と今後の課題」という記述欄を設けた。

(7) 患者影響レベル:

新書式では、国立大学附属病院医療安全管理協議会のインシデント影響度分類を参考に、「実施前に(インシデントに)気づいた」ケースを「レベル 0」とし、仮に実施された場合のリスク

の程度により「レベル 0-1」から「レベル 0-3」の3段階に分類した。一方、「実施後に気づいた」ケースでは、「レベル 1」から「レベル 3」まで、報告されるインシデントが患者に与える影響度の段階づけを行った。JQ「事例報告」の影響度の選択肢を改良し、新書式では看護学生のインシデント報告で起こり得るレベルの選択肢とした。

4. 新書式原案の修正

新書式原案を作成後、学科内の教員に対し改定案に関

する意見を募った。意見の概要は主に①レポートの体裁に関すること、②各項目内の選択肢の追加修正であった。①に関しては、報告書のフォーマットとして、A4用紙1枚に収めることが望ましいという意見が出され、表面には発生場面や発生状況等の事実を、裏面には発生要因や患者の影響レベル、今後の課題等の分析に関する内容を配置した。②については、患者のプライバシー保護への配慮に対する意見があり、患者概要欄から「主な疾患名」を削除した他、「発生場面」には看護学生

が高頻度で行う「院内散歩」や、小児看護実習における保育園の園庭での関わりなども想定し、「その他」として具体的な場面の記述が可能な欄を設けた。加えて、患者影響レベルの段階区分の判断を容易にするため、「実施あり・なし」の選択肢を「実施前に気づいた」と「実施後に気づいた」の2区分に変更した。

以上の修正を行い、最終的にA4用紙1枚の裏表面を使用した報告書の形態を完成版とした(表3)。

表3 インシデント報告書(実習用)

学籍番号:		学年: 年次 学生氏名:		施設名:	
いつ・どこで	実習名: (第 日目) 発生日時: 平成 年 月 日() 時 分 発生場所: <input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 学内 <input type="checkbox"/> 通学途中 <input type="checkbox"/> その他()				
患者の概要	性別: 男・女 年代: 歳代 特記すべき事項:				
インシデントの種類	<input type="checkbox"/> 療養上の世話(転倒、転落、衝突、拘束・抑制、褥瘡、誤嚥・誤飲、その他()) <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 個人情報に関すること <input type="checkbox"/> その他()				
発生場面(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 移動(移乗、移送、歩行) <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄(トイレ、ポータブルトイレ、ベッド上) <input type="checkbox"/> 清潔(入浴、清拭、足浴、更衣) <input type="checkbox"/> 環境整備(シーツ交換、病床整備) <input type="checkbox"/> 体位変換 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 報告・連絡・相談 <input type="checkbox"/> 学習(実習施設、図書館、自宅) <input type="checkbox"/> その他()				
発生時の状況					
その後の状況と対応					
発生要因(複数選択可)	当事者の行動に関わる要因	ヒューマンファクター	環境・設備要因	その他(教員記載)	
	<input type="checkbox"/> 確認を怠った <input type="checkbox"/> 観察を怠った <input type="checkbox"/> 報告が遅れた <input type="checkbox"/> 記録などの不備 <input type="checkbox"/> 連携ができていなかった <input type="checkbox"/> 患者への説明が不十分 <input type="checkbox"/> 判断を誤った <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 知識が不足していた <input type="checkbox"/> 技術・手技が未熟だった <input type="checkbox"/> 時間に追われていた <input type="checkbox"/> 通常とは異なる身体的条件下 <input type="checkbox"/> 通常とは異なる心理的条件下 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 電子カルテに関して <input type="checkbox"/> 医薬品に関して <input type="checkbox"/> 医療機器に関して <input type="checkbox"/> 施設・設備に関して <input type="checkbox"/> 諸物品に関して <input type="checkbox"/> 患者に関すること <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 教育内容 <input type="checkbox"/> ルールの理解 <input type="checkbox"/> 受け入れ指導体制 <input type="checkbox"/> その他()	
分析と今後の課題					
患者影響レベル	実施前に気づいた	<input type="checkbox"/> レベル0:実施前に気づいた。 ※下記0-1~0-3のいずれかを選択してください。 ↓ <input type="checkbox"/> レベル0-1:仮に実施されても、患者への影響は小さかった(処置不要)と考えられる。 <input type="checkbox"/> レベル0-2:仮に実施されていた場合、患者への処置が必要だった。 <input type="checkbox"/> レベル0-3:仮に実施されていた場合、生命に影響しうると考える。			
	実施後に気づいた	<input type="checkbox"/> レベル1:患者への実害はなかったが、何らかの影響を与えた可能性がある。 <input type="checkbox"/> レベル2:患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全の確認のための検査などの必要性は生じたが、治療や処置は行わなかった。 <input type="checkbox"/> レベル3:消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与などの、簡単な処置や治療を要した。 <input type="checkbox"/> その他:()			
担当教員の分析(学生への指導と今後の教育の方向性)					
<P-mSHELLモデル> P: Patient [患者]: 病状の急変、予測できない行動、加齢に伴う機能変化など m: Management [管理]: 組織・管理・体制、安全文化の醸成、安全教育の不足など S: Software [ソフトウェア]: 手順書・マニュアルなど、カルテ・指示票の記述方法、薬の識別 H: Hardware [ハードウェア]: 操作スイッチや計器、機器の設計、コンピュータのインターフェイス E: Environment [環境]: 作業環境(温湿度・照明・騒音)、病棟・ナースステーションの環境、作業特性(緊急作業など) L: Liveware [本人]: 身体的状況(睡眠・体調)、心理的(注意が奪われた)、精神的状況(あせり・イライラ)、能力(技能・知識)の問題 L: Liveware [周りの人]: メンバーとのコミュニケーション、リーダーシップ、チームワーク					

参考: 日本医療機能評価機構: 医療事故情報収集事業 報告入力項目(ヒヤリハット事例) http://www.med-safe.jp/pdf/hiyarihatto_input_item.pdf

また同時に、インシデント報告の目的について、インシデントを学生と教員が振り返ることに加えて、事例の分析から得られた知見を教育的に活用し、再発の防止に役立てることを実習要項に記載することにした。ならびにインシデント報告書記載の留意事項を明文化したガイドを作成し、実習要項に記載することにした。これらの記載内容については、実習オリエンテーションにてその詳細について説明を行うこととしている。運用上の記入方法に関しては、報告書のプリント媒体への直接記入の他、エクセル版への電子入力も可能とした。

IV. 考察

1. 改訂の意義

本学では既存書式の課題を踏まえ、発生背景に関わる情報を網羅し、分析を通じた学びを学生個人のみならず学科内で共有するためのインシデント報告書の改訂が急務であった。学生のインシデントの発生背景については、学生の手技や行動や思考過程の未熟によるものであると結論付けている研究が全国的に大半であった(藤井ら, 2015)。しかし、実際には臨床指導者が学生の実施可能な技術範囲を把握していない(半崎ら, 2012)などの学生以外の L(周りの人)の要因も潜んでいると考えられる。今回作成された新書式では、学生(当事者)の要因を把握するだけでなく、発生要因を網羅的に把握することを目指した。これらの発生要因に関する項目を設定したことで、指導する教員と学生が発生要因を体系的に検討し、インシデントを振り返るとともに学科全体でインシデントへの対策を検討することが可能になることが期待され、新書式作成の意義が確認された。

2. 今後の課題

インシデント報告書の新書式について、先行研究を踏まえ想定される課題を述べる。看護学生のインシデントでは、学生の技術・知識・思考の不足、等の未熟さ(上松ら, 2016; 藤井ら, 2015)による余裕のない状態から患者や実習指導者の状態や言動に左右され(堀ら, 2011; 上松ら, 2016)、安全への判断を行えないまま学生一人での実施によるインシデント発生が多くなるという構図がある(上松ら, 2016)。今回の新書式では、学生が当事者要因以外にも視野を広げ多面的に要因を振り返られる(佐々木ら, 2007)ことを利点として設定し、作成した。しかし、実際には、学生の振り返りの視点は L: Liveware(本人)中心であり(佐々木ら, 2007; 廣渡 2016)、多角的な要因分析に到達しにくいことが課題として報告されている(佐々木ら, 2008)。本学でも新書式に基づき学生がインシデント報告する際に、「学生の未熟さ」(藤井ら, 2015)に起因する背景要因にチェックがつく報告書が多くなるのが当然想定される。これでは学生にとってインシデント体験はストレスとなる(上松ら, 2016)。よって、新書式の運用にあたっては、インシデントに対する学生の内省を促しつつ、報告によって多くの学生が教訓

を得られる(久保田ら, 2005)ことを実習オリエンテーションや講義で周知する必要がある。また、インシデント報告書を通して、学生の学びを引き出す面接技術やインシデント分析技術を、教員が習得することも今後は求められるであろう。

謝辞

貴重なご意見を賜りました、人間総合科学大学 佐藤幸光教授、公立大学法人横浜市立大学附属病院看護部および医療安全管理室 岩間朋子看護師長に厚く御礼申し上げます。また、多くのご協力を頂きました、教務委員会委員、看護学科教員各位に感謝の意を表します。

文献

- 安藤悦子, 郡司理恵子, 岡田純也ほか(2007):成人看護学実習におけるヒヤリ・ハット体験に関する実態調査, 保健学研究, 19(2), 65-74.
- 藤井美穂子, 下里裕美, 入里梓, 島田祥子, 米山万里枝(2015).日本の看護系大学の臨地実習におけるヒヤリ・ハットに関する文献検討.東京医療保健大学紀要, 1. 35-41.
- 布施淳子(2005):臨地実習における看護学生のヒヤリハット発生過程から分析した実態と発生要因, 日本看護管理学会誌, 37-47.
- 半崎めぐみ, 尾崎道江(2012):病院実習における看護学生のヒヤリハットの実態とその要因, 日本看護学会論文集:看護総合, 42:346-349.
- 廣渡加奈子, 中村恵美(2016):小児看護学実習前の学生が認識する小児病棟における危険因子, 産業医科大学雑誌, 38(3), 251-259.
- 堀律子, 橋本宣子(2011):看護学生の「報告」に関するリスクマネジメント グループディスカッションによるインシデントの要因および対策の検討, 日本看護学会論文集:看護管理, 41:110-113.
- 河野龍太郎(2014):医療におけるヒューマンエラー なぜ間違える どう防ぐ(第2版), 医学書院.
- 厚生労働省(2004)新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0310-6.html>
 アクセス日 2017年10月30日
- 久保田隆子, 久保田利夫(2005):安全教育への取り組みの実際 看護学生が展開したインシデントレポート分析, 看護教育 46(10), 890-895.
- 日下知子, 松本明美, 沖田聖枝(2007):看護学臨地実習におけるインシデント・アクシデント調査報告—事故防止に対する教育方法の検討—, 川崎医療短期大学紀要, 27, 7-12.
- 中澤洋子, 中村恵子, 高儀郁美(2015):成人看護学実習にお

- けるインシデントの実態と教育上の課題, 北海道文教大学研究紀要, 39, 101-109.
- 日本学術会議 健康・生活科学委員会 看護学分会(2017): 大学教育の分野別質保証のための教育課程編成上の参照基準 看護学分野.
- 日本看護協会(2013).医療安全推進のための標準テキスト.48-49. <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/text.pdf> アクセス日 2017年10月30日
- 迫田裕子, 兵藤好美, 田中共子(2011):ヒヤリハットに関する研究の動向ー看護師を対象とした研究を中心にー, 岡山大学大学院文化科学研究科紀要, 32, 15-24.
- 佐々木 澄子, 菊地 よしこ(2007):医療安全教育を目的としたP-mSHELL モデルの活用の現状(報告) 臨地実習時のインシデント・アクシデント分析方法を用いて, 秋田県看護教育研究会誌 32, 8-12.
- 佐々木由香, 佐々木澄子, 伊藤多鶴子, 菊地よしこ(2008):医療安全教育を目的としたP-mSHELL モデルの活用の現状(報告2) 本学におけるインシデント・アクシデントにおけるエラー防止対策の内容, 秋田県看護教育研究会誌 33, 22-26.
- 上西洋子, 中川実代子, 竹島道子(2000):臨地実習における看護学生のインシデントに関する要因の検討, 大阪市立大学看護短期大学部紀要, 2, 57-62.
- 上松恵子, 松本幸子(2016):看護学生の臨地実習で生じたインシデントレポートの分析と医療安全教育の検討, 人間総合科学 30, 57-62.
- 山本恵美子, 田中共子, 兵藤好美(2015):看護師・看護学生を対象とした医療安全教育の研究, 岡山大学大学院文化科学研究科紀要, 40, 61-76