

母性看護実習で想定される事故についての学生の認識（第1報）
－実習前後の比較－

Student perception of possible accidents in maternity nursing training 1st report
-Comparison before and after training-

坂本保子、藤邊祐子、高橋雪子

要旨

本研究は、母性看護学における母性看護実習で想定される事故についての学生の認識を実習前後で比較し、実態を明らかにすることを目的とした。A 看護系短期大学母性看護実習を履修した学生 74 名を対象に、実習中に想定される事故の自己評価表を実習前後で評価した。学生の認識の実習前後の比較では、実習後は、すべての項目で有意な結果が認められた。これは、実習後は事故に対する学生自身の事故防止の認識が高まったためであり、実習前に複数回実施する事故防止教育の成果と考えられた。

キーワード：母性看護実習、学生の認識、インシデント

I. 緒言

2008 年厚生労働省は、看護師教育の技術項目の卒業時の到達度の項目として「安全管理の技術」「安全確保の技術」を設けた¹⁾。また平成 26 年度に公表された保健師助産師看護師国家試験出題基準²⁾のなかの看護師護師国家試験出題基準には医療安全が明記され、医療安全の内容が問われることとなり看護師教育に医療安全教育が求められている。さらに文部科学省は、看護基礎教育モデル・コア・カリキュラムの中で「日常的に起こる可能性のある医療上の事故・インシデントなどやリスクを認識し人々にとってより安全な看護を学ぶ」³⁾ことを狙いとし、看護における安全性の確保のための対応策を実施でき、看護における安全性を向上させるための活動に参画できること学修目標としている。

インシデント・アクシデントについて、石川らは臨地実習では「看護学生が学びを深める場であるが、さまざまなインシデント・アクシデントに遭遇する可能性がある」⁴⁾と報告している。またインシデントやヒヤリ・ハットについては臨地実習では、療養上の世話

が 83.4%と多く「移動・移乗」「誤飲・誤嚥」「清潔」「抑制」「報告」である⁵⁾という報告がある。学生のインシデントの内容はについて、「注意・確認不足」「思い込み・自己判断」「気づかず・夢中」「状況判断不適切」である⁶⁾という指摘があり、大臺らは「学習不足や経験不足」「患者の情報不足」「コミュニケーション不足」が多いことを明らかにしている⁷⁾。

母性看護学領域におけるインシデントやヒヤリ・ハットは、身体的影響（移動・移乗など）が最も多く、「報告・連絡に関するもの」「紛失・破損に関するもの」⁸⁾の報告があり、松本らは、新生児に関するインシデント・アクシデントが最も多い⁹⁾との報告をしている。

本学の医療安全教育は、安全で質の高い看護が提供できるよう、1 年次から患者の安全を守る看護や事故予防の内容を含んだ講義および演習を行っている。講義・演習以外では、看護学生を対象に実習オリエンテーションを実施し、実習中の健康管理や感染予防、実習中の本学のインシデントの実例などをもとに

発生状況を示し、予防策を学生が主体的に考え、インシデントは誰にでも起こりうること意識づけをしている。さらに母性看護実習直前には、母性看護実習で想定される事故について演習を実施し評価表（看護師教育における技術項目の卒業時の到達度）¹⁾ を活用し、また事例を用いて学修するという事故の予防教育を実施している（以下、評価表とする）。そこで第 1 報では、母性看護実習で想定される事故について学生の認識を実習前後で比較し実態を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 対象

A 短期大学部看護学科母性看護実習を履修した学生 74 名。

2. 調査期間

2017 年 4 月から 2018 年 3 月

3. 調査内容及び方法

母性看護実習で想定される事故についての評価表を母性看護実習前と実習終了後に自己評価し記入して提出するよう依頼した。項目は【転倒転落（妊婦・産婦・褥婦・新生児）】では、事項は「内診台昇降時転倒・転落防止」「車いすの移乗時の転倒・転落防止」「新生児処置中の転落防止」とした。【新生児】の項目では、事項は「臍帯紛失の防止」「誤飲・窒息の防止」「新生児取り違い防止」「沐浴時の手技の技術の充実」とした。【感染対策】の項目では、事項は「血液感染防止（悪露、胎盤、血液、乳汁など）」「学生の伝染性疾患感染予防行動」とした。【ヒューマンエラー】の項目では、「ゆとりある行動」「思い込み防止」「情報処理能力低下を防止」「情報共有」「胎児モニタリング正常基準がわかる」「知識・技術の充実」「医療機器や対象者の私物などの破損防止」とした。【情報漏洩】の項目では、「記録物の管理」「情報漏洩防止」とした。それぞれの事項に対応策を示した。

評価基準は、『理解できた』3 点、『やや理解できた』2 点、『理解できなかった』1 点とした。

項目および事項、対応策、結果については表 1 に示す。

4. 分析方法

評価表から得られた量的データは量的記述分析を行った。正規分布しないためノンパラメトリック検定対応のある 2 群比較 Wilcoxon の符号付順位検定 (SPSS Vs. 24) 日本語版有意確率は 5%未満とした。

5. 倫理的配慮

学生には研究目的、方法、記録は、データ化し研究発表することを説明した。また研究は実習終了後の教員評価後に行われ研究への協力は得られなくても成績に関係ないこと、研究の内容は、自由意思で無記名であること、個人のプライバシーの保護に十分配慮することを説明した研究の承諾を得た。研究の同意撤回したい場合は担当教員に連絡することを説明した。尚、本研究は所属大学倫理委員会の承認を得て行った (No18-24)。

III. 用語の定義

1. 医療事故

医療従事者が行う業務上およびそれに起因する事故の総称。過失が存在するものと、不可抗力（偶然）によるものの両方が含まれる¹⁰⁾。

2. インシデント

実際に患者へ障害を及ぼすことはほとんどなかったが、医療有害事象へ発展する可能性を有していた潜在的事例（インシデント影響レベル 0～3a）^{11) 12)}をいう。

3. アクシデント

防止可能か過失に関わらず、医療に関わる場所で、医療過程において不適切な医療行為が結果として患者へ意図しない障害を生じ、その経過が一定程度以上の影響を与えた事象

(アクシデント影響レベル3b~5)^{11) 12)}をいう。

4. ヒューマンエラー

ヒューマンエラーとは人間の持つ特性が人間を取り巻く環境とうまく合致していないために、結果として誘発されたものとされ、人間と環境の不整合から起こるもの¹³⁾をいう。

IV. 結果

1. 実習前後に想定される事故の『理解ができた』項目・事項および対応策 (表1)

<実習前>

実習前で最も多かったのは【情報漏洩】で「情報漏洩防止」68名(91.9%)であった。次いで【感染対策】で「学生の伝染性疾患感染予防行動」62名(83.8%)、【情報漏洩】で「記録物の管理」61名(82.4%)、【感染対策】で「血液感染防止(悪露、胎盤、血液、乳汁など)」59名79.7%、【ヒューマンエラー】で「ゆとりある行動」54名(73.0%)であった。60%以上の学生が理解できていたと示していたのは、【新生児】で「新生児取り違い防止」、【ヒューマンエラー】で「思い込み防止」であった。

<実習後>

実習後は、『理解できた』項目や事項が70%を超えていた。なかでも【情報漏洩】で「情報漏洩防止」、【感染対策】で「血液感染防止(悪露、胎盤、血液、乳汁など)」は74名(100%)であった。次いで【感染対策】で「学生の伝染性疾患感染予防行動」73名(98.6%)、【情報漏洩】で「記録物の管理」72名(97.3%)、【新生児】で「新生児取り違い防止」69名(93.2%)であった。

2. 実習前後に想定される事故の『理解ができなかった』項目・事項および対応策 (表1)

<実習前>

実習前で最も多かった項目は【ヒューマンエラー】で「胎児モニタリング正常基準がわかる」20名(27.0%)であった。次いで【転倒転落(妊婦・産婦・褥婦・新生児)】で、「内診台昇降時転倒・転落防止」12名(16.2%)、【新生児】で「誤飲・窒息の防止」8名(10.8)「臍帯紛失の防止」5名(6.8%)、【ヒューマンエラー】で「医療機器や対象者の私物などの破損防止」4名(5.4%)、【転倒転落(妊婦・産婦・褥婦・新生児)】で、「車いすの移乗時の転倒・転落防止」「新生児処置中の転落防止」、【ヒューマンエラー】で「情報処理能力低下防止」3名(4.1%)、「思い込み防止」「情報共有」【新生児】で「新生児取違い防止」2名(2.7%)であった。

<実習後>

実習後では、【転倒転落(妊婦・産婦・褥婦・新生児)】で「内診台の昇降時の転落防止」「車いす移乗時の転落防止」、【ヒューマンエラー】で「情報処理能力低下防止」で1名(1.4%)であった。

3. 母性看護実習で想定される事故の項目・事項および対応策 (実習前後の比較) (図1~図5) (表1)

実習前後の中央値(グループ化)の比較では、ほとんどの項目・事項が実習後の中央値(グループ化)の値が高かった。またWilcoxonの符号付順位検定で実習前後を比較した結果では、実習後に有意な高い結果が認められた。

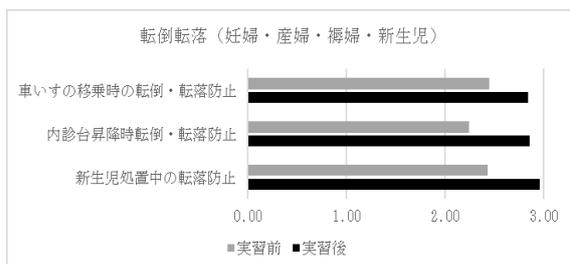


図1 転倒転落

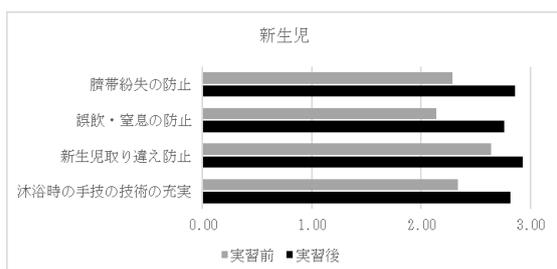


図2 新生児

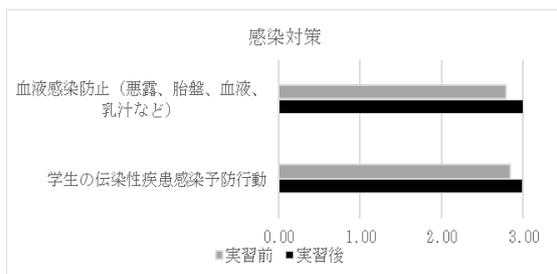


図3 感染対策

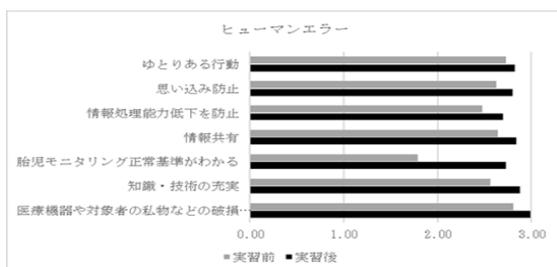


図4 ヒューマンエラー

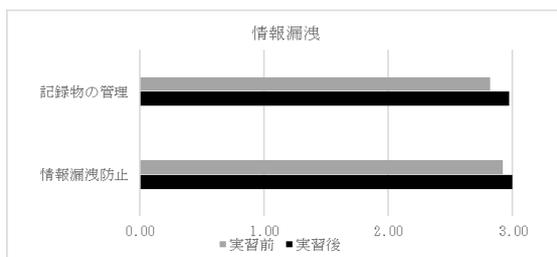


図5 情報漏洩

V. 考察

母性看護実習で想定される事故の予防教育として評価表を活用した結果、すべての項目で実習後に有意な差が認められた。つまり実習後は事故に対する予防教への認識が高まっているといえる。

実習前に『理解できなかった』が最も多かった項目は【ヒューマンエラー】で「胎児モニタリング正常基準がわかる」であり、実習後には『やや理解できた』となっていた。実習前においては、実習準備教育での体験不足やイメージ不足が関与していると考えられる。実習後は、実習を経験したことによる学修効果であるといえる。このことについては、シミュレーションやDVDの活用を学習に加え事故の予防教育の内容の改善する必要がある。また実習前に『理解できなかった』が0%であった項目は【情報漏洩】に関する項目で「記録物の管理」「情報漏洩防止」、【感染対策】で「学生の伝染性疾患感染予防行動」であった。これらの項目については、学生は『理解できた』や『やや理解できた』と認識していた。しかし、実習中「記録物の紛失」「電子カルテ誤操作」についてのインシデントが起きている。個人情報漏洩については具体的場面を指導する必要がある。電子カルテの誤操作については、操作が未熟な学生の状態や特性を把握し操作等理解できているかを確認していく必要がある。この他に本学の母性看護実習での3年間のインシデントは2例であった。これは、松本らの13例⁹⁾より少ない結果であった。また松本らの新生児に関するインシデント・アクシデントは6例⁹⁾であるのに対して本学では、新生児に関するインシデントは1例のみで「新生児単独での搬送」であり、原因は注意不足や思い込みなどであった。本学がインシデントの少ない理由として、実習前に学生一人ひとりが技術・知識を習得し身についていることが考えられる。

インシデントの原因について、中澤らは「誤

った思い込み」「確認不足」「連絡・報告不足」がほとんどであり¹⁴⁾、河野は、ヒューマンエラーに関係する人間の特性として「生理学的特性」(寝不足や疲労の蓄積)、「心理学的特性」(権威勾配による間違いの指摘できない)、「認知的特性」(類似による取り違え)と人間を取り巻く環境が合致しない場合にヒューマンエラーが発生する¹⁶⁾としている。また、教員側の要因として「学生の力量の理解不足」「確認不足」など、臨床側の要因として「物品安全確認不足」「事故誘発になる環境の要因」が重なり合っただけでインシデントに至っている⁶⁾との報告もある。藤井らは、医療安全に対する認識が促進するには、教員が学生に対し実習前後を通して臨地実習で遭遇するリスクを予測して医療安全に関する知識を与えることであり、教育効果として「振り返り効果」「他者体験の共有」「実習前の周知」が必要である¹⁵⁾との報告している。

母性看護実習における想定される事故についての学生の認識の「振り返り」については第2報で報告する。

今後の課題として学生による想定される事故の対応策の実習前後の認識の変化だけでなく、教員が学生のレディネスや実習中の体調などを把握し、リスクを予測した対策を一貫してできるような体制づくりである。

VI. 結論

母性看護実習で想定される事故についての学生の認識で実習前後の比較では、実習後は、すべての項目で有意な結果が認められた。これは、実習後は事故に対する学生自身の事故防止の認識が高まったためであり、実習前に複数回実施する評価表を用いて学修をしたことで事故防止への認識へとつながったからだと考えた。

引用文献

- 1) 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書「助産師・看護師の技術項目の卒業時の到達度」
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/d1/s0420-13.pdf>
(閲覧日 30.11.10)
- 2) 平成26年度保健師助産師看護師国家試験出題基準(厚生労働省2014)
https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520_00002ylby.html
(閲覧日 30.11.10)
- 3) 文部科学省「看護学教育モデル・コア・カリキュラム・大学における看護系人材養成のあり方に関する検討会」2017
https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/_icsFiles/fieldfile/2017/10/31/1397885_1.pdf
(閲覧日 30.11.10)
- 4) 石川 雅彦, 齊藤 奈緒美「看護学生の臨地実習に関わるインシデント・アクシデント事例検討」- 再発・未然防止と指導者に求められること
公益社団法人 地域医療振興協会 地域医療安全推進センター
看護教育 55巻3号 2014 222-227
- 5) 柘野浩子. 「看護学生が事故の危険を感じたと場面と事故予防にとって大切だと認識した力」新見公立大学紀要 2015 67-73
- 6) 上西 洋子, 中川 実代子, 竹島道子. 「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 2000 257-62
- 7) 大臺利恵, 松井志保, 手島裕子, 金木裕美. 「臨地実習における学生の認識と行動」~時期と曜日別にみる学生インシデントの発生と要因を探る~

- 帝京平成短期大学紀要 2004 14 号
23-27
- 8) 日下知子, 松本 明美, 沖田 聖枝.
「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」一事故防
止に対する教育方法の検討 川崎医療
短期大学紀要 2007 (27), 7-12
- 9) 松本明美, 登喜玲子, 日下知子,
山口玲子. 「母性看護学実習におけるイ
ンシデント・アクシデントの実態と教育
上の課題」川崎医療短期大学紀要 2006
26 37-44
- 10) 医療安全推進のための 標準テキスト「医
療事故の定義について」厚生労働省医
政局総務課 医療安全推進室 第6回医
療事故調査制度の施行に係る検討会資
料2-3平成27年2月25日
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000075316.pdf>
- 11) インシデント・アクシデント分類基準
看護協会
<https://www.tondabayashi.saiseikai.or.jp/common/pdf/...>
- 12) 独立行政法人 地域医療機能推進機構
医療安全管理指針 - JCHO
<https://www.jcho.go.jp/wpcontent/uploads/2016/06/...>
- 13) 河野龍太郎: 医療におけるヒューマン
エラー なぜ間違える どう防ぐ, 医学
書院, p.25, 2004
- 14) 中澤洋子, 中村恵子, 高儀郁美.
「成人看護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 2015 39 101-109
- 15) 藤井美穂子, 下里裕美, 入里梓, 島田
祥子, 米山万里枝. 「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 2015 10 巻 第1号 35-41

- 16) 河野龍太郎: 医療におけるヒューマン
エラーなぜ間違えるどう防ぐ医学書院
P34 2004

謝辞

本研究に協力くださいました学生の皆様に
深く感謝いたします。

本研究の一部は、第60回日本母性衛生学
会学術集会において Web 発表したものであ
る。

執筆者紹介 (所属)

坂本保子 八戸学院大学看護学科 准教授
藤邊祐子 八戸学院大学看護学科 講師
高橋雪子 八戸学院大学看護学科 教授

坂本保子，藤邊祐子，高橋雪子：
母性看護実習で想定される事故についての学生の認識（第1報）－実習前後の比較－

表1 母性看護実習で想定される事項と対応策（実習前後の比較）

項目	事項	対応策	評価	実習前		実習後		有意 確立
				人数	%	人数	%	
転倒転落 (妊婦・ 産婦・褥 婦・新生 児)	内診台昇降時転倒・ 転落防止	安全確認をしてから昇降する	理解できなかった	12	16.2	1	1.4	
			やや理解できた	35	47.3	9	12.2	***
			理解できた	27	36.5	64	86.5	
	車いすの移乗時の転 倒・転落防止	安全確認をしてから移動する	理解できなかった	3	4.1	1	1.4	
			やや理解できた	36	48.6	11	14.9	***
			理解できた	35	47.3	62	83.8	
新生児処置中の転落 防止	処置中は新生児から目を離さない (目を離す場合は手を添える)	理解できなかった	3	4.1	0	0		
		やや理解できた	37	50.0	3	4.1	***	
		理解できた	34	45.9	71	95.9		
新生児	臍帯粉失の防止	間違えて破棄しない	理解できなかった	5	6.8	1	1.4	
			やや理解できた	44	59.5	9	12.2	***
			理解できた	25	33.8	64	86.5	
	嘔吐・窒息の防止	授乳後排気、嘔吐時は横向きに する。うつぶせ寝にはしない。 添い寝時は、確認と説明をする	理解できなかった	8	10.8	0	0	
			やや理解できた	49	66.2	18	24.3	***
			理解できた	17	23.0	56	75.7	
新生児取り違え防止	母子標識の確認、ネーム確認、 指差呼称、同名時の情報共有	理解できなかった	2	2.7	0	0		
		やや理解できた	24	32.4	5	6.8	***	
		理解できた	48	64.9	69	93.2		
沐浴時の手技の技術 の充実	手技を安全に行う	理解できなかった	3	4.1	0	0		
		やや理解できた	44	59.5	13	17.6	***	
		理解できた	27	36.5	60	81.1		
感染対策	血液感染防止（悪 露、胎盤、血液、乳 汁など）	手袋、エプロン着用	理解できなかった	1	1.4	0	0	
			やや理解できた	14	18.9	0	0	***
			理解できた	59	79.7	74	100.0	
学生の伝染性疾患感 染予防行動	うがい・手洗い・手指消毒・マ スク着用	理解できなかった	0	0	0	0		
		やや理解できた	12	16.2	1	1.4	**	
		理解できた	62	83.8	73	98.6		
ゆとりある行動	焦らない、パニックにならない 様に10分前行動し時間に余裕を 持ち落ち着いた行動をする	理解できなかった	1	1.4	0	0		
		やや理解できた	14	25.7	13	17.6	**	
		理解できた	54	73.0	61	83.4		
思い込み防止	過信、自信のなさ、パニック、 慣れ、認識不足、聞き違いなど 不確実時は、再度確認し復唱す る	理解できなかった	2	2.7	0	0		
		やや理解できた	25	33.8	15	20.3	**	
		理解できた	47	63.5	54	79.7		
情報処理能力低下を 防止	疲労、単調、寝不足、不規則な 食事、心身の不調を予防するた め、規則正しい食生活と睡眠を とる	理解できなかった	3	4.1	1	1.4		
		やや理解できた	34	45.9	21	28.4	**	
		理解できた	37	50.0	52	70.3		
コミュニケーション	情報共有	情報伝達不足は、学生間、病院 スタッフ、教員とコミュニケー ションを取り情報共有	理解できなかった	0	0	0	0	
			やや理解できた	27	36.5	12	16.2	***
			理解できた	47	63.5	62	83.8	
胎児モニタリング正 常基準がわかる	正常値の知識理解、知識不足時 は相談・報告をする	理解できなかった	20	27.0	0	0		
		やや理解できた	48	64.9	20	27.0	***	
		理解できた	6	8.1	54	73.0		
知識・技術の充実	知識・技術の未熟は準備不足・ リスク管理が未熟のため、予 習・復習をする。勝手な行動は しない。不明点は、確認をする	理解できなかった	2	2.7	0	0		
		やや理解できた	30	40.5	9	12.2	***	
		理解できた	42	56.8	65	87.8		
医療機器や対象者の 私物などの破損防止	物品の配置や環境を整備する	理解できなかった	4	5.4	0	0		
		やや理解できた	23	31.1	5	6.8	***	
		理解できた	47	63.5	69	93.2		
情報漏洩	記録物の管理	配布資料などの整理整頓、置き 忘れ、紛失に注意し記録物の自 己管理をする	理解できなかった	0	0	0	0	
			やや理解できた	13	17.6	2	2.7	**
			理解できた	61	82.4	72	97.3	
情報漏洩防止	SNSに投稿しない。病院関係 者、対象者のことは情報漏洩し ない。実習に関する不用意な会 話は避ける	理解できなかった	0	0	0	0		
		やや理解できた	6	8.1	0	0	*	
		理解できた	68	91.9	74	100.0		

Wilcoxonの符号付順位検定：***: p<0.001 **:p<0.01 *:p<0.05