



Title	医療事故再現場面の見学による看護学生の危険認知や医療事故の理解の変化
Author(s)	米田, 照美; 伊丹, 君和; 関, 恵子 他
Citation	大阪大学教育学年報. 2017, 22, p. 53-63
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/60442
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

医療事故再現場面の見学による看護学生の 危険認知や医療事故の理解の変化

米 田 照 美 伊 丹 君 和 関 恵 子 前 迫 孝 憲

【要旨】

臨地実習において看護学生が体験するヒヤリ・ハットは、移動・移乗の援助時に多いことが知られている。本研究では、看護学生2年生68名を対象に、模擬患者が演じる「病棟廊下における高齢者の杖歩行時の転倒」場面を再現した劇の見学前後での看護学生の危険認知と医療事故への理解の変化について、質問紙調査によって評価した。危険箇所を6箇所設定した「病棟廊下における高齢患者の杖歩行時の場面」の写真を観察しながら、医療事故につながる危険箇所と思われる箇所のチェックと判断した理由を記述してもらった。危険箇所チェックの合計数の平均値を見学前後で比較したところ、見学前(3.9±0.8回)より、見学後(5.4±0.6回)の方が有意に多かった($p<0.001$) (Wilcoxon符号付順位検定)。危険と判断した理由の記述数については、「起こりうる事故」についての記述は見学前210、見学後289、「事故の要因」については見学前172、見学後297といずれも見学後に記述数が増加していた。以上のことから、見学終了後、看護学生の危険認知と医療事故への理解は向上したと考えられる。

I. 研究の背景

日本の医療の高度化、医療対象者の高齢化により、医療事故は増加傾向にある。日本の医療機関における過去5年間の医療事故に関するヒヤリ・ハットの報告は、年間に約6万件以上、看護師が関わった件数は年間3838件～6056件が報告され、多職種の中でも看護師の占める割合が多い(公益財団法人日本看護協会 2016, 公益財団法人日本医療機能評価機構 2016)。そのような現状から、患者に安全な医療を提供するため、医療施設内に医療安全管理を設置し、組織的なリスクマネジメントを行う体制づくりや臨床現場での医療安全教育が定着化している(嶋森 2013)。

臨床看護師の場合は、医療事故・医療安全に関する知識の獲得は、集団研修などの知識付与型の学習だけではなく、日々の臨床経験から省察し、概念化し、実践して学ぶという経験行動学習によって経験知を増やしている。このような経験から学ぶ手法は、成人学習に適し職業的発達を促す教育法として広く活用されている(松尾 2006, 57-85頁)。そして、看護師の危険認知・リスク回避能力を含む看護実践能力の熟達には、臨床において質の高い経験を積むことが重要とされている(Benner 1992, 10-33頁, 中原 2013, 21-30頁)。

他方、看護学生の場合は、臨地実習以外で臨床経験を積むことができない。そのため、臨地実習で看護学生がヒヤリハット・インシデントを経験することがある。布施ら(2005, 37-47頁)の報告によると臨地実習で看護学生がヒヤリ・ハットを経験した報告は、全体の7割あり、移動・移乗介助における報告が多いと報告されている(布施 2005, 37-47頁, 拓野 2014, 53-56頁, 原田 2011, 76-80頁)。なかでも移乗介助は、看護援助項目の中でも医療安全上重要度の高い技術であるとされている(原田 2011, 47-55頁)。臨床看護師のみならず、看護学生が実習において患者へ安全な看護・医療を提供する為には、看護師育成の早期段階

から医療安全教育に取り組むことが重要である。

国内の看護系大学における医療安全教育の現状は、カリキュラム上一貫して教育を行っている大学は全体の3割であり、医療安全教育という科目名で独立して教育されている大学は全体の1割である（岩本 2008, 47-55頁）。また、医療安全教育の実施の現状は、知識の獲得レベルまでの教育内容が多く、臨床の看護場面で適用できる実践的な教育が不十分であり、教育方法の工夫や改善が課題となっている（岩本 2008, 47-55頁）。現在の基礎看護学における医療安全教育では、KYT危険予知訓練（以後、KYTという）を取り入れた学習方法が最も多く実践されており、紙面やイラストによる事例をグループワークなどの小集団学習法で活用されることが多い。また、学生自身の臨地実習でのヒヤリ・ハット体験を事例として振り返ったり、リフレクションする学習方法もみられる。

今回は、臨地実習で看護学生がヒヤリ・ハットを体験した割合が多い患者の移動場面に焦点を当て、より臨床に近い状況で経験的に学ぶために、患者役にアクション専門の俳優を起用した医療事故再現場面の見学を企画・実践することとした。そして、見学前後での看護学生の危険認知や医療事故の理解に関する学習効果を評価したので報告する。

Ⅱ．研究目的

模擬患者役による「高齢患者の杖歩行時における医療事故」再現場面の見学による看護系大学生の危険認知や医療事故の理解の向上を明らかにする。

Ⅲ．用語の定義

危険認知：看護者が患者の療養環境を視覚的に捉えた際に、患者の安全面に関する危険性を判断することである。

医療事故再現場面：模擬患者役を起用し、臨床に近い状況での医療事故を再現すること。

医療事故の理解：体験を通して医療事故の怖さのイメージ、起こり得る事故、事故の要因についてわかることをいう。

Ⅳ．研究方法

1. 質問紙調査

医療事故再現場面の見学による看護学生の医療事故の理解や危険認知についての理解を知るために、質問紙調査する。

2. 研究協力者

看護系大学2年生68名（社会人経験者を含めない）。基礎看護学の生活援助に関わる技術見学に関する科目を習得し、基礎看護学実習に行く前段階の学生である。基礎看護技術演習において、日常生活上の援助に必要な技術の習得は終わっている。今回、取り上げる移動・移乗に関わる援助についても学習は終わっているが、技術演習における患者役は、学生同士で実践演習を行っている。1年生の臨地実習は3日間の病院実習を経験しているが、看護師の行う看護援助の見学や患者とのコミュニケーションの実践のみで、患者に対

して看護援助を行った経験は無い。2年生の9月前半に2週間の臨地実習があり、この実習において、看護学生は初めて患者の日常生活援助を実施する予定である。

3. 見学実施時期

平成27年7月。2年生前期に基礎看護技術演習の中の1回(180分)で「患者の療養環境からリスクを考える」というテーマの授業の中で見学および質問紙調査を実施した。臨地実習がすべて修了した4回生58名を対象に行った本学部独自の調査では、58名中15名がヒヤリ・ハットを経験しており、中でも移動・移乗に関わるものが多かった。よって、本格的に臨地実習が始まるこの時期に、医療事故に関する教育として、演習の一部分に取り入れて行うこととした。

4. 医療事故体験見学の内容

1) 医療事故再現場面の見学のねらい

高齢患者の杖歩行時の場面において、転倒事故につながる要因や起こりえる事故が具体的に理解できる。

2) 医療事故の理解の変化を確認するための質問紙調査の実施

質問紙調査は、68名の学生全員に見学前と見学後の2回実施した。

高齢患者の杖歩行時場面の危険箇所チェックについて(図1)

杖歩行時場面の写真を提示し、患者の安全や危険に関わる危険箇所を発見し、チェック(○印)してもらうと共に、危険と判断した理由を記述してもらった。看護場面「病棟廊下における高齢患者の杖歩行時の場面」を川村(2004, 178-179頁)のリスクセンストレーニングを参考に設定した。図1の写真で□枠の6箇所「1. 患者上部・点滴棒上部」「2. 患者下部・点滴棒下部」「3. 看護師の上部」「4. ワゴン」「5. 注射針キャップ(廊下)」「6. 水滴(廊下)」を危険箇所とした。6つの危険箇所から考えられる医療事故に

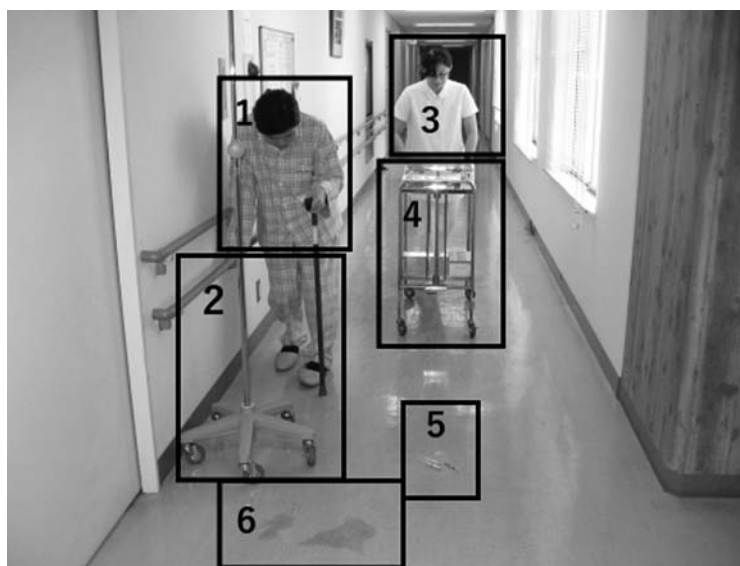


図1. 「病棟廊下における高齢患者の杖歩行時の場面」の写真
□ 1～6は、危険箇所である。

つながる危険・要因を説明する。高齢患者がうつむいた姿勢で手すりと杖を支えに廊下を歩行しているが、前方に点滴棒が立っている。その後ろより、看護師が物品を乗せたワゴンを押しているが、看護師もワゴンを見ているため、前方の患者に気づかない。患者が歩いている前方に注射針キャップと水滴があるが、患者は視力低下もあり、気づかず歩いているため、患者が点滴棒をよける際に踏んで躓く、水滴で足を滑らして転倒する可能性がある。

3) 医療事故再現の場面の見学内容と流れについて

- (1) 見学前の危険箇所チェックの質問紙調査の実施（5分）
- (2) 医療事故の再現場面の見学と場面設定について（図2）（約10分）

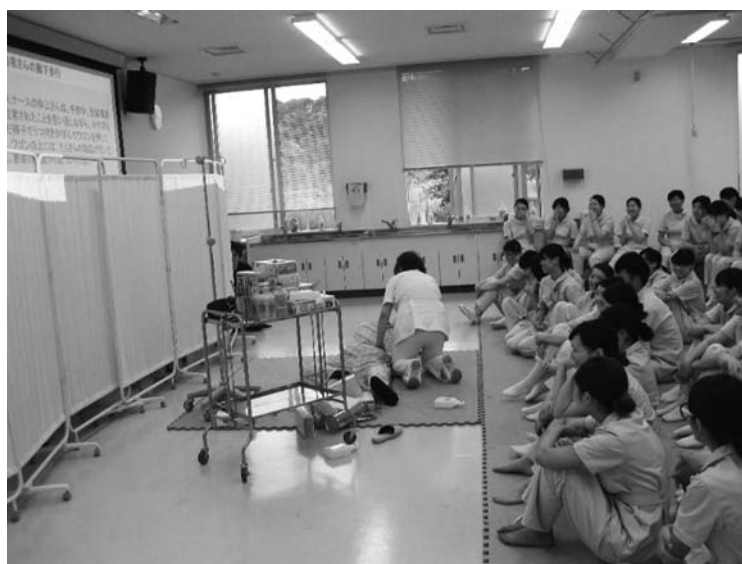


図2. 医療事故再現場面を見学する様子
看護師が押すワゴンとぶつかり患者が転倒する場面

上記の設定で「杖歩行患者の廊下歩行時の転倒」場面を再現した演劇を行い、看護学生に見学させた。高齢患者が杖歩行時に転倒する場面を課題として取り上げた理由は、医療事故としては「転倒」が最も多く、看護学生の実習においても移動・移乗の場面でヒヤリ・ハットの報告が多く、医療安全上重要度の高い技術とされているためである。

移動・移乗の基本的な看護技術は1年生後期の看護技術見学で修得しているが、患者の歩行時の転倒リスクについては、ほとんど触れていない。また、高齢者の身体機能の特徴や疾病については、1年生では学習が進んでいないことを考慮し、疾患のない身体障害のない患者を想定していた。また、患者役は学生が演じていたため、リアリティに欠けていた。2年生では、高齢者の身体的な特徴についても学習が深まり、疾病やフィジカルアセスメントの学習も進んでいるため、高齢者患者の身体的状況が理解しやすいと考えた。

看護学生は実習で患者への援助の経験が無く、医療事故を見たことがない。高齢患者の転倒場面をリアルに演じてもらうため模擬患者役には、転倒しても問題の無いと思われるアクション専門の俳優を起用した。

模擬患者役は、高齢者の歩行時の特徴を出してもらうため、腰をまげて、うつむき加減で、杖についてゆつ

くりとすり足で歩いてもらった。パジャマのズボンの裾を踏むように裾を長めに着用してもらい、下肢のスリッパを脱げそうな形で履いてもらった。看護師役は、親近感を持てるように新人看護師という設定で、若手の教員に演じてもらった。看護師役もうつむき、前方を歩いている患者に気づかないように、たくさんの荷物を載せたワゴンを押してもらったようにした。看護師がよそ見をしてワゴンを押して走行し、前方にいる患者に気づかず、点滴棒を避けようと廊下中央に移動した患者の背後にワゴンをぶつけてしまい、その衝撃で患者が廊下の床に転倒してしまう設定である。

(3) 見学後、「何が危険か？事故の原因はなにか？」を2～3人の看護学生に発問した（約1～2分程度）。看護学生の回答後は詳細な説明は述べず、上記場面についての学生間でのグループ討議は行わなかった。

(4) 見学後の危険箇所チェックの質問紙調査の実施（5分）

5. 医療事故再現場面の見学前後の質問紙調査のデータ分析法

1) 危険箇所チェックと危険と判断した理由の記述内容の分析（図3）

(1) 危険箇所チェックの分析について述べる。図3は、実際に看護学生が記述した調査用紙の一例である。危険と判断した箇所に○印でチェックがされている。看護学生が危険箇所と判断して印を付けた場所について、図1の危険箇所6箇所に対応するものを単純集計した。また、6箇所の各々について危険箇所チェック数の平均値を求め、見学前後で比較した（Wilcoxon符号付順位検定）。分析にはSPSS19.0を用いた。

(2) 危険と判断した理由の記述内容の分析について述べる。図3のように看護学生は、危険と判断した箇所に○印を付けたところから矢印の線を引き、なぜ危険と判断したのか、その理由を自由記述している。図1の6箇所の□枠ごとに、看護学生が○印でチェックして記述した内容を転記し、意味内容の似ているもの同士を集約してまとめ、記述数を集計した。次に、集約してまとめた記述内容を「事故要因」と「起こりうる事故」に2分類した。そして、見学前後で記述内容、記述数を比較した。

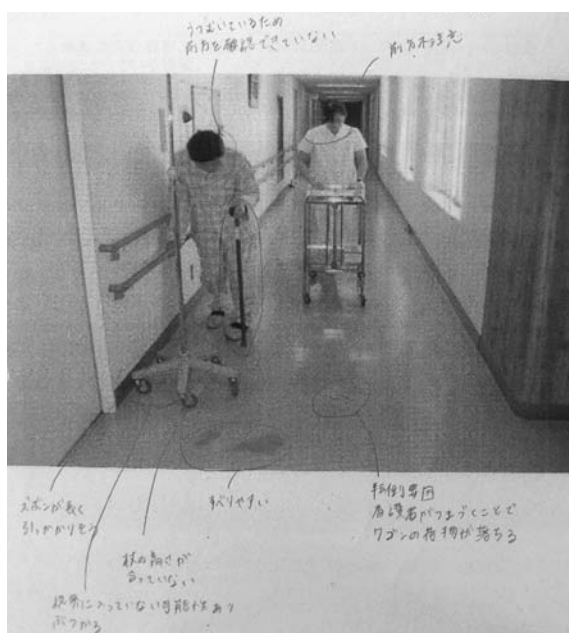


図3. 危険認知箇所チェックとその判断理由の自由記述の例

6. 倫理的配慮

本研究は、所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象となる学生には、研究の目的・方法を説明し、研究参加は任意であること、質問紙調査の内容は個人が特定されないように配慮すること、成績評価には一切影響しないことを口頭で説明し、質問紙調査の提出を持って同意が得られたものとした。

V. 結果

1. 危険認知箇所の比較

1) 危険認知箇所の合計平均値比較（図4）

あらかじめ設定した危険箇所（6箇所）について、学生ごとに、危険と判断してチェック（○印）が行われた数を単純集計した。そして、学生全員の平均値を見学前後で比較したところ、見学前（ 3.9 ± 0.8 回）より、見学後（ 5.4 ± 0.6 回）の方が有意に高くなった（ $p < 0.001$ ）。このことから、見学終了後、看護学生の危険認知力は向上したと言える。（Wilcoxon符号付順位検定）

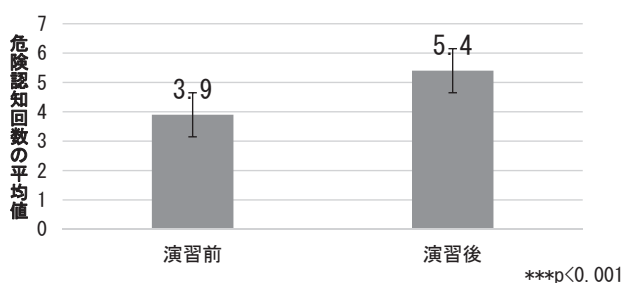


図4. 杖歩行場面 危険箇所チェック合計数

2) 危険認知箇所ごとの見学前後での比較（表1）

「1. 患者上部・点滴棒上部」「2. 患者下部・点滴棒下部」「3. 看護師の上体」「4. ワゴン」「5. 注射針キャップ（廊下）」「6. 床水滴（廊下）」の危険箇所ごとに、危険認知のチェック（○印）の有無を単純集計した。危険認知回数の平均値の比較では、「1. 患者上部・点滴棒上部」「2. 患者下部・点滴棒下部」「3. 看護師の上体」「4. ワゴン」は0.1%水準以下、「6. 床水滴」は5%水準で、見学前より見学後の方が有意に高かった（Wilcoxon符号付順位検定）。「注射針（キャップ）」については見学前後では全員がチェックしており、有意差がみられなかった。

表1. 杖歩行場面 2年生 演習前後の危険箇所ごとのチェック数（複数チェック）の比較

主な危険箇所	演習前		演習後		有意確率	
	(Mean ± SD)	中央値	(Mean ± SD)	中央値		
1. 患者上部・点滴棒上部	0.4 ± 0.1	0	1.4 ± 0.1	1	0.000	***
2. 患者下部・点滴棒下部	0.7 ± 0.1	1	1.8 ± 0.1	2	0.000	***
3. 看護師上部	0.7 ± 0.6	1	1.0 ± 0.0	1	0.000	***
4. ワゴン	0.2 ± 0.1	0	0.5 ± 0.1	0	0.001	***
5. 注射針	1.0 ± 0.0	1	1.0 ± 0.0	1	0.157	
6. 床水滴	0.4 ± 0.6	1	1.0 ± 0.0	1	0.046	*

* $p < 0.05$ *** $p < 0.001$

2. 危険と感ずる理由に関する記述内容の見学前後の比較（表2）

危険認知された箇所ごとに危険認知した理由を記述してもらい、その記述内容をもて、医療事故について書かれているものを「起こりうる事故」に、医療事故を引き起こす原因になるものを「事故の要因」に分類・集計し、見学前後で比較した。

見学前も見学後も「看護師上体」「患者下部」「点滴棒の下部」「患者上部」「点滴棒の上部」「水滴」「注射針（キャップ）」「杖」「照明」「ドア」「廊下の曲がり角」「手すり」「ワゴン」の13箇所に危険箇所として認知した理由が記述されていた。記述された言葉は、見学前382、見学後579と、見学後の記述数が顕著に増加していた。危険認知の記述内容は、「事故の要因」「起こりうる事故」ともおおむね確な内容であった。

「起こりうる事故」についての記述は見学前210、見学後289で、「事故の要因」については、見学前172、見学後297と、いずれも見学後の記述数が増加していた。起こりうる事故は、「転倒」「衝突」が多く、「転倒」は、見学前113から見学後160、「衝突」は、見学前88から見学後116と記述が増加していた。

「事故の要因」では、見学後に「患者の下部」「患者の上部」「杖」についての記述が顕著に増加していた。事故の要因として増えていた記述は、「スリッパが脱げそう」、「患者の視線」、「患者の周囲への注意力」、「杖の長さ合っていない」であった。他方、「注射針」は、見学前後であまり変化が見られなかった。「ドア」、「手すり」については、見学後にわずかに減少が見られた。

Ⅵ. 考察

1. 医療事故再現場面の見学前後での看護学生の危険認知能力向上の要因

人間の危険回避行動は、目の前にある環境から危険を「知覚」し、「危険の認知」をし、「行動についての意思決定」を行い、安全行動か不安全行動を選択すると言われている。視覚から危険を的確に捉える能力は、情報処理過程において、視線を向けた対象に関する知識・情報量が影響する（江上 2011, 15-20頁）。

今回の質問紙調査における「杖歩行患者の移動場面」の危険箇所認知回数の合計平均値の比較、危険箇所ごとの比較では、見学前より見学後が有意に多いという結果であった。このことから、医療事故再現場面の見学により、医療事故の要因に対する知識・情報量が増え、医療事故につながる危険への観察力や認知力が増した可能性が考えられる。

江上は、看護場面における看護学生の危険認知と眼球運動との関係を実験し、看護学生の学年間の危険認知の違いを分析した結果、学年が高くなりにつれて経験知が増し、危険認知度は高くなること、危険認知箇所が対象集中から対象を取り巻く環境（物品）に広がりを見せることを報告している（江上 2012, 13-20）。

今回、医療事故体験をすることで、見学前より見学後に「患者の下部」「患者の上部」「杖」など患者に集中した事故の要因の記述数の増加がみられた。なかでも、「スリッパが脱げそう」、「患者の視線」、「患者の周囲への注意力」、「杖の長さ合っていない」が増加していたことから、患者の視線や注意力などの認知機能と、歩行という運動機能を妨げる履物、杖などの補助器具の不適切さが患者の歩行をより不安定にし、転倒という危険を引き起こす危険性が高まることを理解した可能性が考えられる。看護者の視線や注意力など援助者側の要因については、見学前後で大きな変化が無いことから、見学前より一定の理解を持っていたと考えられる。

看護における実践知は言葉では伝わりにくく、経験しないと伝わらないものがあると言われている。書物の知識や言葉の説明だけでは分かりづらく、実際の看護の場面や現象を目の当たりして始めて腑に落ちて理解できることがある。今回は医療事故を疑似した場面の見学のみであったが、間接的体験として学習ができ、

表2. 杖歩行場面の危険箇所に対する自由記述内容 演習前後での比較

危険がチェック (○印)された箇所	要因／事故	カテゴリー	代表的内容の集約(79)	演習前 (382コード)	演習後 (579コード)		
看護師上体	事故の要因	看護師の視線	看護師が下を見て前を見ていない 看護師は前方不注意で患者に気づかない	60	22	79	28
		周囲への注意力(看護師)	患者が背後にいる看護師に気づかない 看護師が前方にいる患者に声をかけているのか(患者が驚く)	4	2	0	11
		患者との距離	看護師が患者に接近している	2	0	0	0
		看護師の歩くルート	看護師が廊下の真ん中を歩いている	2	0	0	0
		衝突	看護師が患者にワゴンを衝突させる	1	3	0	0
	起こりうる事故	転倒	看護師が患者にワゴンを衝突させて転倒させる	26	0	33	38
	患者下部	事故の要因	ズボンの裾	患者のズボンの裾が長い スリッパが脱げそうである スリッパがすべる	18	4	92
スリッパ			スリッパは歩きにくいので適していない スリッパで踏く	2	3	0	27
歩き方			スリッパは歩きにくいので適していない スリッパで踏く	3	0	5	4
その他			危険はない	0	0	1	1
転倒			スリッパは脱げ易く、歩きにくいので転倒する ズボンの裾を踏んで転倒する	7	2	22	18
起こりうる事故		転倒		57	4	61	1
点滴棒の下部		事故の要因	患者の歩き方	点滴棒に患者が踏く	2	10	9
	歩行の障害物		患者が歩くのに点滴棒が邪魔になる	1	1	0	0
	介助者の有無		付き添い人がいる	1	1	2	2
	その他		点滴棒が動く	25	1	32	32
	転倒		点滴棒が患者にぶつかる	0	1	1	1
	起こりうる事故	衝突	点滴棒をよけたときに患者が看護師にぶつかる	0	16	1	16
	転倒	患者に点滴棒に衝突して転倒する	16				
患者上部	事故の要因	患者の視線	患者は下を向いて前を見ていない	15	6	71	19
		患者の姿勢	患者は前傾姿勢になっている	0	0	5	18
		周囲への注意力(患者)	患者は前を見ていないので点滴棒に気づいていない	2	1	0	15
		介助者の有無	ひとりで歩行している	1	4	19	0
		衝突	患者は下を見ていなので点滴棒にぶつかる	19	1	9	1
	起こりうる事故	転倒	患者は点滴棒にぶつかり、転倒する	1	1	1	9
	転倒	患者は点滴棒を避けた時にワゴンにぶつかる	1				
点滴棒の上部	事故の要因	障害物	患者が歩くのに点滴棒が邪魔になる	14	2	13	2
		点滴棒をもつ	患者は点滴棒を持っていない 点滴棒が患者さんにぶつかる	2	9	0	6
		衝突	点滴棒をよけたときに患者さんが看護師にぶつかる	2	0	1	1
		転倒	患者は壁にぶつかる	0	0	1	1
		転倒	点滴棒にぶつかって転倒する	1	3	0	3
	起こりうる事故	転倒		68	1	72	0
	水滴	事故の要因	患者の視力	患者は視力低下のため、水滴が見えない	68	1	72
水滴			廊下の床がぬれている	3	1	6	6
つえ			廊下の床がぬれている近くに杖がある	1	0	0	0
足が滑る			患者が足をすべらせる	26	24	22	24
転倒			廊下の床がぬれているため、すべて転倒する	37			
起こりうる事故		転倒		88	86		
注射針		事故の要因	注射針(物)の有無	もの(注射針)が落ちている	9	3	15
	注射針(物)との接触		落ちているもの(注射針)を踏む	3	19	9	19
	注射針(物)に踏く		落ちているもの(注射針)に踏く	1	9	5	5
	ワゴン		落ちているもの(注射針)をワゴンが踏む	1	8	8	8
	物品破損		落ちているもの(注射針)をワゴンが踏み、物品が落下する 注射針落ちていて危険	2	4	7	7
	起こりうる事故	衝突	落ちているもの(注射針)をワゴンが踏んで横き患者にぶつかる	3	34	29	25
	転倒	落ちているもの(注射針)に踏き転倒する	7	1	1	1	
針刺し	注射針が刺さり、怪我をする						
感染	感染						
杖	事故の要因	患者の姿勢	患者の腰が曲がっている	3	0	48	1
		杖の長さ	杖の長さ(高さ)が合っていない	0	0	31	31
		杖の使い方	杖が合っていないので支えられていない	0	1	6	6
		滑る	杖がすべる	1	0	0	0
		転倒	ワゴンが杖にあたる	1	1	10	10
	起こりうる事故	転倒	杖の長さが合っていないので、転倒しやすい	1	1	0	0
	照明	事故の要因	廊下の明るさ	廊下の照明が暗い	1	1	0
ドア	事故の要因	支え	ドアのところで手すり(支え)がなくなる	13	1	7	3
		飛び出し	ドアから急に人が飛び出してくる	5	2	1	3
		ドアが開く	ドアが開く	2	3	3	3
		衝突	ドアから人が出てきたらぶつかる	2	2	0	0
		転倒	でっばりにぶつかって転倒する	5	4		
	起こりうる事故	飛び出し	曲がり角から急に人が飛び出す	2	3	2	2
	衝突	曲がり角から急に人が飛び出しぶつかる	2	2	2	2	
手すり	事故の要因	支え	手すりがなく、体を支えられなくなる	15	6	9	5
		周囲への注意力	手すりがないのに気づかない	0	9	1	3
		転倒	手すりがなくなるので、支えがなくなり転倒する	0	0	1	1
		転倒		25	0	37	
		転倒		0	1	2	2
	起こりうる事故	転倒		0	0	1	1
	ワゴン	事故の要因	看護師の歩き方	看護師が真ん中を通っている 看護師の歩くスピードが速いと危険である 看護師が患者に接近している	0	1	0
周囲への注意力(看護師)			看護師がワゴンを両手で持っているのか ワゴンが患者の邪魔になる	0	0	2	0
周囲への注意力(患者)			患者が背後にいる看護師に気づかない	1	0	0	0
注射針との接触			ワゴンが注射器に引っかかり倒れる	3	3	14	14
物品破損			ワゴンの物が落ちて破損する	0	0	0	0
起こりうる事故		衝突	乗っているものが落ちて患者にぶつかるかと危険である	14	11	11	11
転倒		ワゴンが患者にぶつかる	2	1	0	0	
転倒	ワゴンが患者ぶつかり、患者が転倒する	2	1	0	0		
感染	感染						

言葉や文章による理解よりも具体的に理解できた可能性が考えられる。また、医療事故再現場面を見学することは、看護学生の経験知を増やし、危険認知を向上させる効果があったと考えられる。

2. 医療事故の理解の変化

医療事故再現場面の見学前後の比較では、起こりうる事故に対する記述が増加していた。百聞は一見に知かずという。医療事故を見たこともない、考えたことの無い看護学生に、どのように転倒事故が起こるか、危険性を伝えることは難しい。情報は、言葉よりも視覚的な情報が伝わりやすいと言われている。

永松らは、看護学生に対する危険予知トレーニング（KYT）時に、動画を教材に活用することで、学生の医療事故へのイメージとリスク感性の育成に効果があったことを報告している（永松 2012, 158-161頁）。今回の見学は、知識獲得レベルのトレーニングではなく、現実に近い医療事故の場면을再現したものである。いままで臨床経験がなく、医療事故についても言葉でしか理解していなかった看護学生にとって、模擬患者役に転倒シーンを演じてもらうことで、臨場感のあるリアリティな場面となり、実際に起こりうる事故の現象を理解することに役立った可能性が考えられる。

藤原は「より良い看護師の育成には、本人の努力や熱意・才能、知識付与型の学習ではなく、経験を積み重ねられる環境の提供や経験をフィードバックする支援体制が必要である」と述べている（金井編 2012, 173-222頁）。基礎看護教育では、学内という物理的限界があるため、机上の形式知に偏りがちになる。しかしながら、可能な限り臨床に近い場面での学習環境を整えていくことが、看護学生の医療安全教育には重要であると考えられる。

Ⅶ. 研究の限界と今後の課題

本研究は、限られた地域の看護大学生・学年を対象としており、また、場面設定も限定されたものであるため、結果の一般化には限界がある。今後は、看護場を増やし、対象者の範囲を広げて実施して効果を検証したいと考える。

Ⅷ. 結論

1. 高齢者の杖歩行時の転倒という医療事故再現場面の見学前後では、移動時の危険箇所認知回数や「事故の要因」・「起こりうる事故」等の危険認知に関する記述が増し、高齢者の杖歩行時の医療事故における危険認知や知識が向上した可能性が考えられる。
2. 医療事故再現場面の見学で医療事故の危険性がイメージでき、理解が深まった可能性が考えられる。

謝辞

この研究にあたり、ご協力いただいた対象者の看護学生、患者役として看護教育のためにご協力・ご尽力いただいた株式会社倉田プロモーションに心より感謝申し上げます。

引用文献

- ・岩本真紀, 名越民江, 南妙子 ほか 2008 「看護系大学の置ける医療安全教育に関する調査研究」, 『香川大学

看護学雑誌』, Vol.12, No.1, 47-55頁.

- 江上千代美, 田中美智子, 近藤美幸 ほか 2011 「看護場面における看護学生の危険認知と眼球運動との関係」『看護人間工学研究誌』 Vol.12, 15-20頁.
- 江上千代美, 田中美智子, 近藤美幸 ほか 2012 「看護場面における看護学生の危険認知の評価～眼球運動指標の活用」『福岡県立大学看護学研究紀要』 Vol.10, No.1, 13-20頁.
- 金井壽宏, 楠見孝編 2012 『実践知』「第5章 人を相手とする専門職」有斐閣, 173-222頁.
- 川村治子 2004 『医療安全ワークブック』医学書院, 178-179頁.
- 公益財団法人日本医療機能評価機構 2016 「医療事故／ヒヤリ・ハット報告事例検索」, <http://www.med-safe.jp/>.
- 公益財団法人 日本看護協会：看護実践情報 医療安全情報, <https://www.nurse.or.jp/nursing/education/gakkai/>, 2016年4月20日.
- 嶋森妙子 2013 「安全確保のために医療提供体制を再考する～医療安全確保のために看護管理者に求められていること」『日本看護管理学会誌』 Vol.17, No.1, 6-14頁.
- 拓野浩子 2014 「基礎看護学実習Ⅱでのヒヤリ・ハット発生状況から」『新見公立大学紀要』 Vol.35, 53-56頁.
- 中原り子, 蜂ヶ崎令子, 田中美穂 ほか 2013 「移乗移送動作における看護師と学生の注視行動と危険認知の比較」『ヒューマン・ケア』 Vol.14, No.1, 21-39頁.
- 永松いずみ, 宮崎伊久子, 原田千鶴ほか 2012 「基礎看護教育における危険予知トレーニングを取り入れた医療安全教育に関する考察 動画事例を用いたプログラムの効果」『日本看護学論文集（看護教育）』 Vol.42, 158-161頁.
- 原田浩二 2008 「看護学生のヒヤリ・ハット体験の実態調査」『看護実践の科学』 Vol.33, No.12, 76-80頁.
- 原田浩二 2011 「基礎実習を終えた学生の医療安全上習得・強化したい看護技術」『看護展望』 Vol.36, No.4, 417-423頁.
- 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』 Vol.8, No.2, 37-47頁.
- Benner 1992 『ベナー看護論～達人ナースの卓越性とパワー～』 10-33頁.
- 松尾睦 2006 『経験からの学習』「第2章 経験の実践的研究」同文館出版, 57-85頁.

Changes in nursing students' risk awareness and understanding of medical incidents of nursing students after seeing a simulated scene

YONEDA Terumi, ITAMI Kimiwa, SEKI Keiko, MESAKO Takanori

Incident reports by nursing students show that they frequently encounter risks in helping transfer and move patients. In the present study using questionnaires, we examined 68 nursing students for changes in risk awareness and understanding of medical incidents after seeing a play where wherein a simulated elderly patient walking walks along a hallway of a hospital ward with a cane.

Six risky areas in the play were chosen and photo images simulating those scenes were presented to the subjects. In the questionnaire, they were asked to point out risky points in the images. The frequency of the risk awareness at each risky point was compared before and after exposure to the play. The total number of identified risky points was significantly higher after exposure to the play ($p < 0.001$) (Wilcoxon signed-rank test). Particularly, the risks around the upper or lower body of a patient, the upper trunk of a nurse, and a wagon were identified more frequently after exposure to the play.

In the free description regarding reasons for the risk judgments, the subjects listed several potential incidents, including falling and collision, the number of which increased after seeing the play. Self-assessment on one's understanding of the medical incident was also significantly higher after the play. From these data, it is concluded that nursing students' risk awareness and understanding of medical incidents increased after seeing a simulated scene.