

報告

「短期大学通信制課程（2年制）の学生が就業する施設におけるヒヤリ・ハット体験の実態調査」

中野 順子¹⁾ 柳生 敏子¹⁾ 高松 邦彦²⁾ 関 雅幸³⁾ 長尾 厚子⁴⁾

「Survey on Perception and System of Near-miss Errors of Working Student of a Two-Year Correspondence Course」

Junko NAKANO¹⁾, Toshiko YAGYU¹⁾, Kunihiko TAKAMATSU²⁾,
Masayuki SEKI³⁾, and Atsuko NAGAO⁴⁾

要 約

目的：本学通信制課程の学生が就業する施設で体験するヒヤリ・ハット事例を全国300床以上の病院と比較し特徴を明らかにし、事故報告のしくみや意識についての実態を知る。

方法：対象は1年次生188名。2013年質問紙調査を実施。調査内容は背景、事故報告のしくみ、意識、ヒヤリ・ハット体験で、印象的な体験や気持ちは自由記載とした。

結果：回収率52%。就業する施設は200床以下の病院、施設が約7割を占めた。ヒヤリ・ハット体験は「療養上の世話」で、熱傷・暴力・誤嚥・入浴・離院、「観察情報」が高率で、自由記載からは注射・与薬・転倒転落が上位を占めた。事故報告の仕組みは約90%が保有し、意識では約30%が報告に消極的であった。

結論：学生が就業する施設でのヒヤリ・ハット体験の特徴は、療養上の世話と医師、患者・家族に関する項目が全国調査より高い比率を占めた。事故報告のしくみは有るものの運用実態や事故報告の意識の解明は今後の課題である。

キーワード： ヒヤリ・ハット体験、通信制課程学生、事故報告の仕組み、事故報告の意識

SUMMARY

Objective: To reveal characteristics and perception of near-miss errors and its reporting system of hospitals where the students are employed, comparing with a national data of larger scale hospitals over 300 beds.

1) 短期大学部看護学科通信制課程 2) 保健科学部医療検査学科（教育イノベーション機構）
3) 保健科学部医療検査学科
4) 保健科学部看護学科

Methods: A questionnaire survey was conducted in 2013 on 188 first-year working students in a correspondence course. Main question items were consisted of the background information, experience, perception, and the system of reporting near-miss errors. Significant events were asked in the form of an open question.

Results: The response rate was 52%. Around 70% of the hospitals had less than 200 beds. There was an increase of the near-miss errors of burns, violence, aspirations, bathing, leaving hospitals, and observation on patient care. Also, increased cases at injection, medication, and falls were observed in open questions. Ninety percent of the facilities had a system of reporting near-miss cases but 30% of nurses were passive about the reporting.

Conclusion: Features of near-miss errors at targeted hospitals were revealed as there were increased cases at patient care, and items related to doctors, patients or their families. Although most facilities have the system of incident report, analysis of the perception on near-miss errors and actual implementation of the system is further needed.

Key words : Near-miss errors, students of a correspondence course,
system of reporting near-miss errors, perception of reporting errors

I はじめに

医療の高度化に伴い医療現場では医療安全対策が重点課題となっている。1999年、横浜で起きた医療事故を機に医療安全への関心は高まり、同年4月～2002年3月、川村¹⁾は厚生科学研究費補助金によって、全国300床以上218施設のヒヤリ・ハット11148事例を分析し、エラー発生要因と対策をエラーマップとして表した。2004年、国は医療現場から幅広く情報を収集し、医療事故の発生予防・再発防止策を講じ改善方策を医療現場に提供する必要性から、国公立や大学病院、特定機能病院などの大規模病院に対し、事故発生の予防および再発の防止に資すると認める事例の事故報告を義務付け、その中にヒヤリ・ハット事例も含むとした²⁾。ヒヤリ・ハット体験は不安全状況と不安全行動全般であり、大事故への予兆が含まれ³⁾、看護職のほとんどが体験しているという複数の研究報告^{4)～7)}がある。看護師は24時間患者の最前線に立ち、医療サービスの最終的な提供者になり得るため、医療事故の当事者となる確率が最も高い⁸⁾。体験事例の分析は、

重大事故を未然に防ぐことに繋がり、有用性が報告されている。このように事故事例の収集・分析や対策の重要性が指摘されているが、医療安全管理体制の整備や研究報告の対象は大規模病院に偏っている。最近では、医療機能評価機構の医療事故防止事業部がヒヤリ・ハット事例について平成22年1月から発生件数と事例情報の二つに分けて収集し、分析と提供事業の報告がなされている⁹⁾。さらに「医療安全対策ネットワーク整備事業（ヒヤリ・ハット事例収集事業）」を引き継ぎ、同事業開始以来初めて取り上げられたテーマとして、新人看護職の医療事故の分析結果を発表している。

一方、平成22年の調査によれば、全国の病院数は8670施設で、その内、約7割の5990施設は200床以下の病院が占めている¹⁰⁾。嶋森¹¹⁾は「近年になって中小施設での事故事例が続出し、中小医療機関でも医療安全管理体制の整備が十分でなければ事故が発生する」と述べ、中小病院での医療安全対策の充実の必要性を指摘している。小宮¹²⁾や十河¹³⁾は中小規模施設の医療安全の取り組みを紹介し、事故発生のリスクは高いが、安全対策室を設ける余裕

はなく、スタッフに負担がかかっている現状と課題を述べている。一施設毎の事故報告の収集や分析、またはブロック毎の複数施設での報告や検討は実施されているが、横断的な実態の調査報告は見当たらない。

本学看護学科通信制課程に入学する学生は、10年以上の准看護師としての経験を有し、その約7割は200床以下の病院、診療所、開業医、介護老人保健施設で従事していることが、柳生ら¹⁴⁾による先行研究からも明らかである。本研究では、本学通信制課程の学生が、就業している施設における体験の実態を調査し、すでに報告されている全国300床以上の病院の体験事例と比較検討して、その特徴を明らかにする。併せて事故報告のしくみや事故報告の意識についても調査することにより、本学通信制課程の基礎看護教育における安全教育や医療安全対策に活かすための示唆が得られると考える。

用語の操作的定義

ヒヤリ・ハット体験

ヒヤリ・ハット体験とは、個人が「ヒヤリとしたこと」「ハットしたこと」の体験であり、不安全状況や不安全行動全般であり、未然あるいは直後に発見されたか、エラーはあっても実害が生じなかった事例である。つまり、本体験は将来の重大事故への予兆が含まれ、背景の危険要因への対策の為に積極的に活用しなければならない³⁾。ヒヤリ・ハット体験は、報告することにより現場にフィードバックし、オープンに語れば語るほど報告することへの抵抗が薄れ、報告することの意義が明確になるという性質を持つものと捉える。

II 研究目的

本学通信制課程の学生が就業する施設におけるヒヤリ・ハット体験事例を、全国300床以上の病院の調査結果と比較し特徴を明らかにすると共に、事故報告のしくみや意識についての実態を知る。

III 研究方法

1. 調査対象と調査期間

対象：短期大学看護学科通信制課程（2年制）
に入学した1年次生188名

期間：2013年2月～3月

2. 調査方法

無記名自記式質問紙法で、口頭と紙面で説明し、返信用封筒による返送をもって承諾を得るものとする。

3. 調査内容

質問紙は対象者の背景に関する5項目「年齢」「経験年数」「現在の職場での経験年数」「勤務場所」「病院のベッド数」と、事故報告のしくみ4項目の有無「事故報告書の書式」「義務付け」「委員会組織」「委員会の報告システム」と、川村による調査で使用された「ヒヤリ・ハット体験の領域別分類」¹⁵⁾と同様の27項目で、療養上の世話、診療の補助業務、観察情報、その他について、体験したあるいは印象に残っている体験をチェック方式により複数回答で回答を得た。次に印象に残った体験についてその時の状況や気持ちについて自由記載欄を設け具体的な記載を求めた。最後に、報告することについて2つの項目を4件法で尋ねた。「進んで報告書を書くまたは報告しようと思ひ実行した」については「その通りである」「進んで報告したいとは思わなかったが実行した」「そうしなければと思ったが実行しなかった」「そうしたくない気持ちで実行しなかった」を質問し、「報告書を書くまたは報告することについてどう考えますか」については「事故防止対策に役立つため必要性はとて理解している」「ある程度は理解している」「あまり役立つとは思わない、思えない」「全くそう思わない、思えない」から回答を得た。

なお、ヒヤリ・ハットの体験内容と質問形式は、全国調査と比較するため、川村が行ったものと同様に、質問形式も、期間を定めず「あなたが体験したまたは印象に残った」という表現を用いた。

報告に関する質問は、目黒ら¹⁶⁾によるインピーダンス（電気回路の抵抗）の考えを参考に、順序尺度を用いて4件法で回答を設定した。

4. 分析方法

対象者の背景、事故報告のしくみ、体験項目、報告することについては、表計算ソフト Excel Ver2010 を用い単純集計し、体験項目数は全国調査と比較した。自由記載による体験内容は、川村が領域別分類で用いた項目を基に該当する内容を分類した。

IV 倫理的配慮

本調査の目的と方法、目的外使用をしないこと、個人情報とデータ保管の機密性を保持すること、調査協力は自由意思であること、調査協力による対象者の不利益は生じないこと、結果は学内発表、論文投稿で公表することを説明文書に記し、口頭でも説明した。調査への参加協力の同意と承諾は、調査要旨の返送をもって確認した。なお本研究はT学研究倫理審査委員会の承認を得ている。

V 結果

1. 質問紙の配布数188件、郵送による返送は98件、回収率52%、有効回答率は100%であった。
2. 対象者の背景
回答のあった対象者の「年齢」は20歳代0、

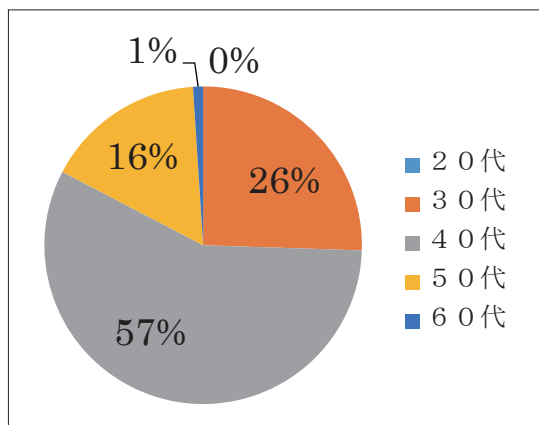


図1 年齢

30歳代25人(26%)、40歳代56人(57%)、50歳代16人(16%)、60歳代1人(1%)であった。(図1)「経験年数」は10年以上15年未満39人(40%)、15年以上20年未満22人(22%)、20年以上25年未満25人(26%)、25年以上12人(12%)で(図2)、「現在の職場での経験年数」は1年未満6人(6%)、5年未満30人(31%)、10年未満27人(28%)、15年未満19人(20%)、15年以上15人(15%)であった(図3)。「勤務場所」は病院67人(69%)、診療所または開業医8人(8.3%)、訪問看護ステーション3人(3.0%)、老人保健施設8人(8.3%)、特別養護老人ホーム9人(9.3%)、その他2人(2.1%)1名は現在勤務していないという結果であった。(図4)有床の施設の「ベッド数」は100床未満9施設(12.3%)、100床以上200床未満44(60.3%)、200床以上300床未満13(17.8%)、300床以上7(9.6%)の計73施設であった。(図5)

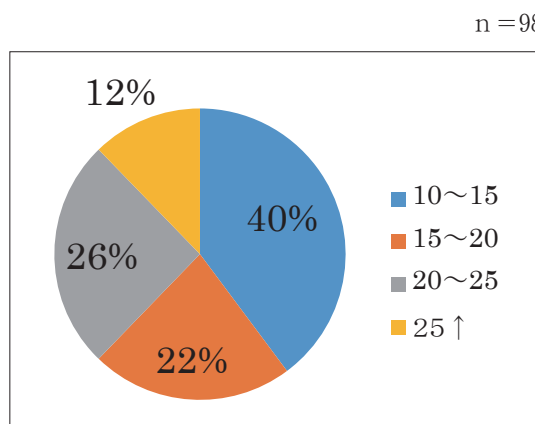


図2 経験年数

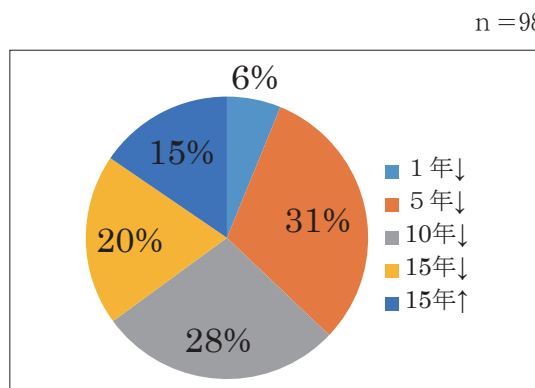


図3 現職場での経験年数

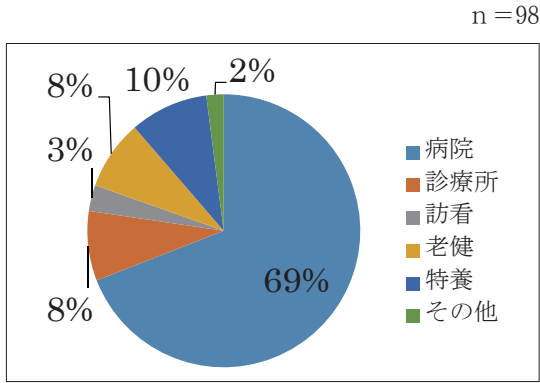


図4 勤務場所

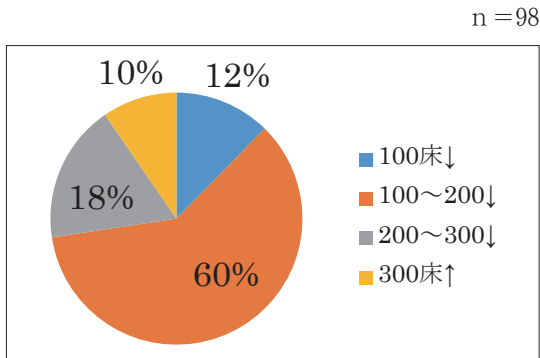


図5 病院の病床数

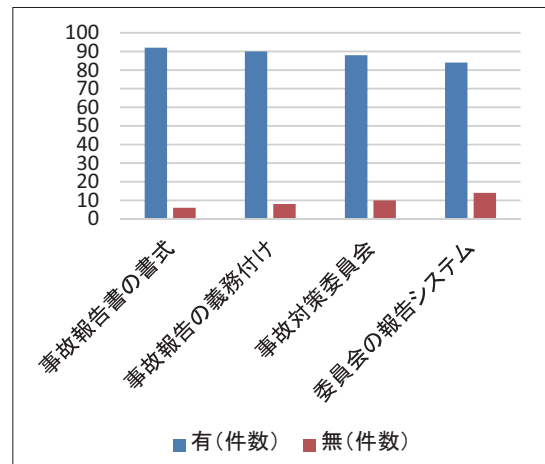


図6 事故報告のしくみ

3. 事故報告のしくみ

事故報告のしくみが有ると答えたのは「事故報告書の書式」は98施設中92施設、「義務付け」は90施設、「対策委員会」は88施設、「委員会の報告システム」は84施設であった。(図6)

4. ヒヤリ・ハット体験の領域別分類

ヒヤリ・ハット事例の領域別分類の27項目全体の体験内容は(複数回答)657件であった。その内、分類別では、療養上の世話(1~10)

は309件(47%)、診療の補助業務(11~21)は227件(34.5%)、観察情報(22~24)は76件(11.5%)、その他(25~27)は45件(7%)であった。療養上の世話の項目別では「転倒・転落」79件(12%)、「誤嚥・誤飲」42件(6.4%)、「離院など」40件(6.1%)で、「抑制」と「院内での暴力・盗難」は同数で30件(4.7%)と続いた。診療の補助業務の項目別では「与薬」と「注射・点滴・IVH」が同数の63件(9.6%)で、「チューブ類」が27件(4.1%)と続いた。観察情報では「患者・家族への説明」33件(5%)、「記録・医師への連絡」24件(3.7%)であった。(表1)(図7)

全国調査と本調査の割合を比較すると、療養上の世話において、「転倒・転落」と「自殺・自傷」以外の項目が本調査では、全国調査の比率の約2

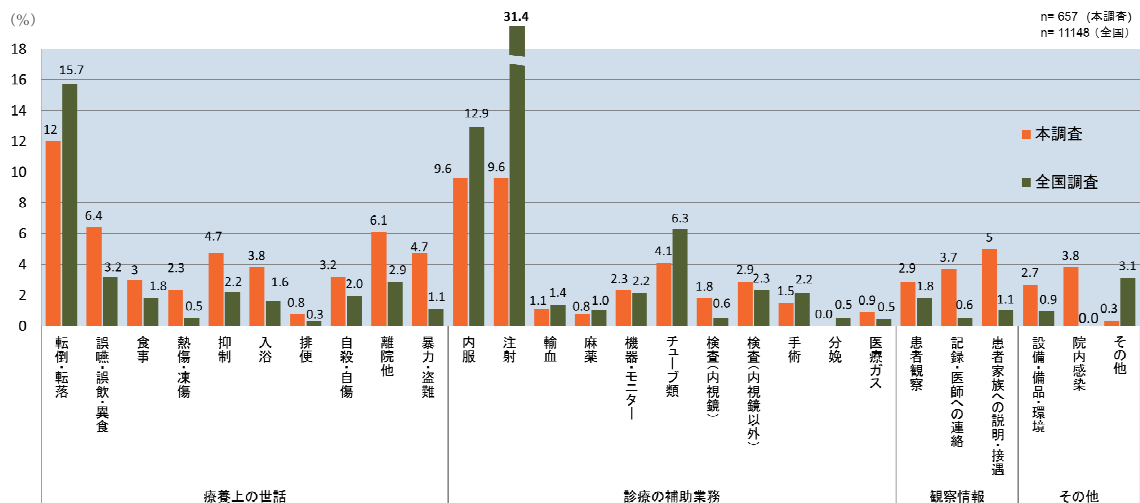


図7 ヒヤリ・ハット体験(複数回答)

表1. ヒヤリハット事例 領域別事例数と割合

ヒヤリハット体験の領域別分類		全国調査			本調査		
		件数	%	小計	件数	%	小計
療養上の世話	1 転倒・転落	1754	15.7	31.3%	79	12	47.0%
	2 誤嚥・誤飲	353	3.2		42	6.4	
	3 食事に関すること（誤嚥誤飲を除く）・経管栄養	205	1.8		20	3	
	4 熱傷・凍傷	58	0.5		15	2.3	
	5 抑制に関すること	244	2.2		31	4.7	
	6 入浴に関すること（転倒、熱傷、溺水、急変）	180	1.6		25	3.8	
	7 排便に関すること	33	0.3		5	0.8	
	8 自殺、自傷	219	2		21	3.2	
	9 無断離院・外泊・外出に関すること	320	2.9		40	6.1	
	10 院内での暴力・盗難など	126	1.1		31	4.7	
診療の補助業務	11 与薬（経口薬）	1438	12.9	薬剤関連 (46.7%)	63	9.6	薬剤関連 (21.0%)
	12 注射・点滴・IVHなど	3496	31.4		63	9.6	
	13 輸血	156	1.4		7	1.1	
	14 麻薬に関すること	112	1		5	0.8	
	15 機器類操作・モニターに関すること	241	2.2	61.2%	15	2.3	34.5%
	16 チューブ類のはずれ・閉塞に関すること	700	6.3		27	4.1	
	17 検査に関すること（内視鏡）	62	0.6		12	1.8	
	18 検査に関すること（内視鏡を除く）	260	2.3		19	2.9	
	19 手術に関すること	241	2.2		10	1.5	
	20 分娩に関すること	59	0.5		0	0	
	21 医療ガス（酸素・笑気など）に関すること	52	0.5		6	0.9	
観察情報	22 患者観察、病態の評価に関するもの	203	1.8	3.5%	19	2.9	11.5%
	23 情報の記録・医師への連絡に関すること	62	0.6		24	3.7	
	24 患者・家族への説明、接遇に関すること	119	1.1		33	5	
その他	25 設備、備品、環境に関すること	105	0.9	4.0%	18	2.7	7.0%
	26 院内感染に関すること	0	0		25	3.8	
	27 その他	350	3.1		2	0.3	
		11148	100	100	657	100	100

倍～4倍の数値を示した。特に「熱傷・凍傷」と「暴力・盗難」の比率は4倍以上であり、観察情報では、「患者・家族への説明・接遇」5倍、「記録・医師への連絡」6倍という結果であった。

5. 印象に残ったヒヤリ・ハット体験の自由記載

98件中、記載のあったのは94件、109項目で、記載内容を項目別に分類した。(表2) 件数の多かったのは、「点滴・注射・採血」30件(27.5%)、「与薬」17件(15.6%)、「転倒・転落」12件(11%)であった。この結果は全国調査の領域別分類による割合の上位3項目、「注射・点滴・IVH」(31.4%)、「与薬」(12.9%)、「転倒・転落」(15.7%)とほぼ一致していた。記載のあった内容の施設別件数は、病院74件、特別養護老人ホーム(以後、特養)11件、診療所11件、老人保健施設(以後、老健)

7件、訪問看護ステーションが3件、その他3件であった。(表3)

施設ごとの特徴的な事例では、特養では、入浴中の溺水や特浴中の移動時のチューブトラブル、診療所・開業医では、点滴や注射の事例が5件あ

表2. ヒヤリ・ハット体験自由記載集計

体験項目	件数	%
注射・点滴・採血に関すること	30	27.5
与薬に関すること（内服薬・座薬）	17	15.6
転倒・転落（ベッドからの離床を含む）	12	11
事故報告・検査・伝達に関すること	12	11
離院	9	8.3
ルート類・チューブ類に関すること	8	7.3
食事に関すること	5	4.6
入浴・洗面	4	3.7
機器・パソコン（入出力）に関すること	4	3.7
	109	100

表3. 自由記載施設別件数

施設	件数
病院	74
特別養護老人ホーム	11
診療所・開業医	11
老人保健施設	7
訪問看護ステーション	3
その他	3
	109

り、老健では、食事、誤嚥、離院であり、訪問看護ステーションでは座薬の挿入間違いなどであり、具体例として表に挙げた。(表4)

6. 事故報告について

事故報告についての意識では、回答数91件で、「その通りである」が62件(68%)、「報告したいと思わないが実行した」が28件(31%)「実行しなかった」が1件(1%)であった。

「報告書を書く、または報告することについてどう考えるか」の質問では回答数96件で、「事故防止対策に役立つため必要性はとて理解している」が74件(77%)、「ある程度は理解している」

が21件(22%)、「あまり役立つとは思わない」が1件(1%)であった。(表5)

VI 考察

対象者の背景は、勤務場所として病院が69%を占めており、その内200床以下の病院は約7割であった。この数値は、全国の200床以下の病院数の比率と同じであり、先行調査¹⁴⁾とも一致していた。勤務場所は病院以外では特養、診療所・開業医、老健が続いた。対象者は通信制課程で学ぶ経験年数10年以上の准看護師であり、勤務場所は200床以下の病院や無床の診療所や介護中心の施設であることが窺える。経験年数では、准看護師として10年から15年未満が40%で、後はそれ以上が占めているのに比し、現職場での経験年数は15年以上がわずか15%で、30%は5年未満であった。このことは、経験年数を重ねる中、職場を複数異動していると推察できる。

次に、ヒヤリ・ハット事例について、川村¹⁾に

表4. 施設ごとの特徴的な事例

特別養護老人ホーム	<ul style="list-style-type: none"> ・80歳の男性で自力で入浴中であったが、時間が経っているため確認すると、意識消失し溺水しているのを発見した。外から声かけはしていた。 ・特浴中、終了時特浴ベッドから車いすへの移乗時、採尿パックのことを忘れ、引張った状態になった。抜去はしなかったが苦痛を与えてしまった。確認の重要性を感じた。
診療所・開業医	<ul style="list-style-type: none"> ・患者から「いつもは先生が点滴するのに今日は看護師さんがするの？」と声かけられハットとした。本来施行する患者が「ごめん、ベッド移ったよ～」と声かけたので気がついた。点滴は造影剤とフェジン入りの点滴であった。
老人保健施設	<ul style="list-style-type: none"> ・食事時の誤嚥、普通に食事をしていた患者で、振り返ると苦しんでいた。すぐに処置し喀出できて大事には至らなかった。 ・車椅子の認知症患者の離院、20分ぐらいで発見された。
訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ・痔の薬と鎮痛剤の座薬を間違えて挿入し、すぐに気づき患者に排出させた。

表5. 事故報告について

すぐに進んで報告書を書くまたは報告を実行した	件数
1 その通りである	62
2 報告したいと思わないが実行した	28
3 報告しなければと思ったが実行しなかった	1
4 報告したくない気持ちで実行しなかった	0
報告書を書くまたは報告することについて	件数
1 事故防止対策に役立つため必要性はとて理解している	74
2 ある程度は理解している	21
3 あまり役立つとは思わない	1
4 まったくそう思わない	0

よる全国300床以上の病院での調査と同様の問い方をした本調査結果は、表1の通りであるが、療養上の世話と診療の補助業務の比率は全国調査と逆転している。療養上の世話の項目で全国調査が31.3%であるのに比べ、本調査が47%であり、診療の補助業務の項目で全国調査が61.1%であるのに比べ、本調査が34.5%とその差は大きい。その中でも体験内容に大きな違いがあったのは、薬剤関連であり、全国で46.7%、本調査では21.1%と約半数であった。このことは300床以上の病院では高度先進医療の下、看護師のIVHや点滴に関する体験が多く、逆に本調査の対象施設では療養上の世話に関する体験が多いという結果から、特養や老健など介護が中心の勤務場所の特徴からも考えられることである。また、観察情報が本調査では、全国調査より約4倍の数値を示した。その内、「記録・医師への連絡に関すること」が約6倍、「患者・家族への説明・接遇に関すること」が約5倍と高率であった。本研究に取り組む前に行った中小規模施設で就業する学生への聞き取り調査では、医師と看護師、医師と患者・家族の密着性が強く、何事も医師の指示や言うことが最優先であり、接遇に関しても役職の段階的な対応でなく直接看護師に返ってくるといった実情が窺えた。大病院が多職種チーム編成での医療が提供される場¹⁷⁾であることから考えると、本調査の観察情報の項目の高い比率は関連があると考えられる。

療養上の世話の内、誤嚥・誤飲、食事に関すること、抑制に関すること、入浴、離院は全国比率の約2倍、熱傷と院内での暴力・盗難は約4倍と高率であった。患者の身の回りの援助や介護士によるエラーやセキュリティーに関わるヒヤリ・ハット体験が多いということは、高齢者が圧倒的多数を占める200床以下の病院や、認知症の入所者も居る老健や特養の施設の現状を反映していると考えられる。

自由記載については表2の通りであり、上位3項目で最も多かったのは注射・点滴、与薬、転倒・転落であったが、これは全国調査のヒヤリ・ハット体験の領域別分類での上位3項目と一致していた。自由記載内容では、実施前に回答者によって気づき未

然に防ぐことのできた例が多く記載されていた。その一例で、ピリン禁の患者に医師がスルピリンを処方し、患者に気づかれぬようそっと医師にカルテを指して伝え、医師は患者に謝罪したという記載もあり、経験豊富な准看護師の仕事ぶりが窺える。また就業している看護師が70歳後半で配薬ミス¹⁸⁾の例も記載されていて、対象者の施設での現状を知ることが出来た。また転倒・転落については、上山ら¹⁸⁾は「医療、看護の日常の業務の中で、高齢者の転倒・転落事故防止は安全管理上の最重要課題となっている。」と述べており、他にも予防策やマニュアル、危険度予測のツールなど多くの報告がなされている^{19)~21)}。施設において低床ベッドやセンサーマットなどの防御策がとられているが、ベッドからの転落で硬膜外血腫を起し手術になった例や、夜間せん妄でベッドから転落しX線で骨折のないことを確認した例などの記載が見られた。療養型施設では、予防策を講じて後も絶たない転倒・転落に疲弊しているという記載もあった。

更に、事故報告の仕組みでは、書式、義務付け、委員会、報告システムの4項目について有無を聞いたが、約9割が有ると答えていた。国公立や大病院、300床以上の病院とは異なり、小宮¹²⁾は「中小規模施設においては医療安全対策室を設ける余裕はない」と2009年に発表しているが、現在までの5年間に医療安全対策のしくみ作りは浸透してきていると考えられ、予測より高い数値を示した。但し、内容や人員配置などソフト面やハード面について質問していないので、この数値で医療安全対策の実態把握には限界がある。

一方、事故報告書を書くことと、必要性の理解について、6~7割は「すぐに進んで書く又はとても理解している」と答え、「報告したいと思わないが実行した」と答えた人は3割、「ある程度理解している」と答えた人は2割強であった。すなわち、「報告書を書く、報告することはある程度理解しているが、報告したいとは思わない」という消極的な思いの者が3人に1人は居るという結果である。このことは、相馬¹⁹⁾が言っている「報告する文化」は医

療安全文化を構成する要素の一つであり、自分自身と働く職場の双方に関わる安全文化を基定する重要な要素であり、直視する必要があると考える。報告することについての抵抗感や報告することについての気持ちや報告しない、したくない理由については、A県下の46施設386人から得た回答でも類似した結果²³⁾が得られたことや、事故報告書の提出率も文献によると、90、60、35%と様々であるとの報告もあり⁴⁾、報告することに関しての抵抗感や消極的な気持は、中小規模施設に就業する准看護師の特徴とは言い切れず、今後は報告するという職場の風土や、安全文化の構築に向けた取り組みも考えていく必要がある。

以上、ヒヤリ・ハット体験項目と自由記載や、事故報告の仕組みや事故報告の意識調査の結果から、本学通信制で学ぶ学生のヒヤリ・ハット体験の内容の分析や、その結果をフィードバックさせるしくみの構築、未然防止の事例の共有、報告することの重要性の意識付けなど、基礎看護学の統合分野での医療安全教育に活かしたいと考える。さらには、学生自身が自分の職場での事故防止対策を考え、ヒヤリ・ハット体験をプラスの体験として積極的に捉え、報告する職場づくりが行えるような教育内容の工夫をしたいと考えている。

本調査は通信制課程の学生を対象とした調査であり、対象は1年次生の准看護師に限定され、300床以上の施設に就業している者もいるため、全国300床以上の調査との単純な比較はできない。更に就業している県や地域の偏り、全国規模の調査と比べてサンプル数が小さいということも研究の限界であると考え。この限界を是正するためには、本学通信制課程学生全体に、または複数年度に亘る同様の調査を継続して行うことが重要と考える。

結 語

今回の調査から本学通信制課程の学生は7割が200床以下の病院と施設に就業しており、対象者は経験豊富であるが現在の職場での経験年数は少な

い。学生が就業する施設でのヒヤリ・ハット体験は300床以上の病院の全国調査と比較し、療養上の世話と観察情報で高率を占め、反対に薬剤業務では、全国調査の半数の割合であった。自由記載の上位3項目は全国調査と一致し、本学通信制課程の学生が就業している施設での体験の特徴が自由記載からも明らかになった。事故報告のしくみは殆どが有ると答えたが、運用実態については調査してないため内容や機能は不明である。報告することについての意識では、約3割の学生が、「必要性はある程度理解しているが報告したいとは思わない」という消極的な回答であった。このことについても「報告する、報告書を書く」ことに何が関連しているかを解明することも、今後の課題である。

本研究結果は、本学での基礎教育分野の安全教育や、学生が就業する施設での医療事故防止の活用に繋がり、示唆が得られたと考える。

謝 辞

今回の研究においてご協力頂きました1年次の在学生の皆さまに深く感謝申し上げます。熱心な自由記載の回答内容から現場での声が直接聞くことができ、研究の励みになりましたことを申し添え、謝辞と致します。

引用文献

- 1) 川村治子：ヒヤリ・ハット 11000 事例によるエラーマップ完全本, p2, 医学書院, 2009.
- 2) 厚生労働省医政局長：医療法施行規則の一部を改正する省令の一部の施行について, 医政発第0921001号, 2004.
- 3) 川村治子：書きたくなるヒヤリ・ハット報告, p9, 医学書院, 2012.
- 4) 寺島泰子, 片岡則子, 良村貞子: インシデント・アクシデント報告と看護師の職務満足度との関連, 医工学治療 Vol.21, No.3, p172 ~ 177, 2009.
- 5) 柴田和恵：インシデント（ヒヤリ・ハット体験）

- に関する認識調査, 看護管理, p68 ~ 70, 2003.
- 6) 原昌子, 平岡千春, 後藤裕子, 矢野いづみ, 阪本恵子: 看護師がヒヤリ・ハット体験報告書を書くことに躊躇する理由, 看護管理, p128 ~ 129, 2004.
- 7) 松原留美, 高杉美鈴, 谷井美希, 浜谷滋子, 畠山実鈴, 高木すが子: 当院看護師のインシデントレポートに対する認識-報告の効用と拒む理由に着目して-, 看護総合, p236 ~ 237, 2002.
- 8) 前掲書3) p4.
- 9) 公益財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業部: 医療事故情報収集等事業平成25年年報, p7, 2014.
- 10) 国民衛生の動向・厚生指標増刊: 第59巻第9号通巻第928号, p206, 2012.
- 11) 嶋森好子: 中小医療機関における基本的な医療安全研修の考え方, 看護, p038 ~ 039, 2011.
- 12) 小宮美恵子: 中小規模病院看護部の組織づくり・人づくり「医療安全第一」, 師長主任業務実践, p48, 2009.
- 13) 十河みどり: 小規模リハビリ病院における医療安全と今後の課題, 患者安全推進ジャーナル, p79, 2006.
- 14) 柳生敏子, 中野順子, 高宮洋子, 長尾厚子: 短期大学看護学科通信制課程(2年制)卒業生の看護に対する意識について, 神戸常盤大学紀要, 第5号, p42, 2012.
- 15) 前掲書1) p4.
- 16) 目黒忠道, 折原茂樹: 生活習慣変容指導時の心理的抵抗感測定の為の質問紙作成の一試み, 国士館大学情報科学センター紀要, p101 ~ 107, 2007.
- 17) 川村治子: 系統看護学講座 医療安全 看護の統合と実践, p 190, 医学書院, 2012.
- 18) 上山悦代, 田嶋美代子, 長谷川よし子: 高齢者のベッドからの転落防止策に関する調査, 看護管理, p97, 2003.
- 19) 安藤美紀子, 木村洋子, 松木愛子, 玉谷るり子: 転倒転落防止のマニュアルの活用状況と問題点の背景, 看護管理, p88 ~ 90, 2003.
- 20) 櫻井明美, 佐藤雅子: 転倒転落とFIM点数結果との関係-入院時FIMの分析より-, 看護管理, p91 ~ 93, 2003.
- 21) 岩渕紀子, 大里テルヨ, 田村紀子, 小番有希子, 目時のり: 一般病院の内科系病棟における転倒事故の患者要因, 看護管理 p94 ~ 96, 2003.
- 22) 相馬孝博: 医療における安全文化, インターナショナルナーシングレビュー vol.26.No.4 P31, 2003.
- 23) 中野順子: 滋慶医療科学大学院大学医療管理学研究科, 修士論文, p 13 ~ 14, 2014.