



北海道公立大学法人
札幌医科大学
Sapporo Medical University

札幌医科大学学術機関リポジトリ *ikor*

SAPPORO MEDICAL UNIVERSITY INFORMATION AND KNOWLEDGE REPOSITORY

Title	看護実習におけるインシデントチェックリストの作成過程と試用
Author(s)	今野, 美紀; 門間, 正子; 松原, 三智子; 澤田, いずみ; 杉山, 厚子; 堀口, 雅美; 安川, 揚子; 中井, 夏子; 波川, 京子; 田野, 英里香; 奥宮, 暁子
Citation	札幌医科大学保健医療学部紀要, 第 13 号: 59-64
Issue Date	2011 年
DOI	10.15114/bshs.13.59
Doc URL	http://ir.cc.sapmed.ac.jp/dspace/handle/123456789/6368
Type	Journal Article
Additional Information	
File Information	

- コンテンツの著作権は、執筆者、出版社等が有します。
- 利用については、著作権法に規定されている私的使用や引用等の範囲内で行ってください。
- 著作権法に規定されている私的使用や引用等の範囲を越える利用を行う場合には、著作権者の許諾を得てください。

看護実習におけるインシデントチェックリストの作成過程と試用

今野美紀、門間正子、松原三智子、澤田いずみ、杉山厚子、堀口雅美、
安川揚子、中井夏子、波川京子、田野英里香、奥宮暁子
札幌医科大学保健医療学部看護学科

札幌医科大学保健医療学部看護学科実習検討会では、看護学生が係わった実習中のインシデントを教育に活かすために、簡便なインシデントチェックリストを平成20年度に作成し、平成21年度に試用した。インシデントの定義を明確にし、インシデントが発生した場合の学生、教員、実習検討会の対応を決め、学生と教員に周知を図った。平成21年度に実習した2～4年生は159名で、提出されたチェックリストは総計18件、インシデントの種類では「個人情報の取り扱い不備」が7件と最多であった。インシデントの要因として「学生側の問題」では、「予想外の行動を引き起こすリスクへの認識の甘さ」14件、「指導者側の問題」では、「指導者としての役割認識の不足」および「学生に対するアセスメント不足」が各7件であった。再発防止という点から記述があった15件のうち、具体的記述があったのは4件であった。今後、チェックリストを改良した上でデータを蓄積し、データに基づく教育活動を実践していく予定である。

キーワード：インシデント、実習、看護学生、チェックリスト

Production of an incident checklist for use during practical training of student nurses and lessons learnt from its trial use

Miki Konno, Masako Momma, Michiko Matsubara, Izumi Sawada, Atsuko Sugiyama,
Masami Horiguchi, Yoko Yasukawa, Natsuko Nakai, Kyoko Namikawa, Erika Tano, Akiko Okumiya

Department of Nursing, School of Health Sciences, Sapporo Medical University

The Practical Training Study Group (PTSG) of the Department of Nursing, School of Health Sciences at Sapporo Medical University produced an easy-to-use incident checklist with a view to reflecting incidents involving student nurses in practical training on the education program, and put the checklist to trial in the 2009/10 academic year. The definition of incident was clarified, procedures for response by students, teaching staff and PTSG were set out, and the students and teaching staff were fully informed of the checklist and its trial. 18 incident checklists were submitted in total from 159 year 2/3/4 students who were placed in practical training during the year. The most frequent incident was "inadequate handling of personal information" (7 cases). Causes of the incidents were "being too optimistic about the risk of inducing unexpected behavior" (14 cases) on the students' side and "insufficient awareness of their role" (7 cases) and "insufficient assessment of their students" (7 cases) on the supervisors' side. 15 checklists contained some remarks about prevention of similar incidents but only four suggested specific preventive measures. PTSG intends to make improvements in the checklist and builds up data and knowledge for incorporation into the future lecture/training program.

Key words : Incident, Practical Training, Student Nurse, Checklist

Bull. Sch.Hlth.Sci.Sapporo Med. Univ 13:59-64(2011)

I. はじめに

今日、医療の質に対する人々の関心は高く、医療機関の事故防止に対する組織的な取り組みがなされている。その一つに医療人のリスク感受性の育成があるが、これは医療現場の実務につけば育まれるものではなく、学生時代からの体系だった教育が重要である。看護学生の実習におけるインシデントの経験は、脅かしのない中で内省することによってリスク感受性を高め、安全対策を検討するよい学習の機会になる。しかし、当事者になった学生がその経験を肯定的に受け止めているとは限らず¹⁾、学生が正直にインシデントを話せる学習環境の醸成が必要である。

札幌医科大学保健医療学部看護学科（以下、学科とする）における実習では、学生がインシデントを経験した場合、教員と面談し、レポートやカンファレンスにおいてその経験を振り返り、そして学生間での共有を行っている。さらに実習終了後、インシデントの概略が学科内全教員に文書にて報告されてきた。しかしながら、学科内でインシデントの概念の共有化が図られていなかったため、実習領域間で学生指導に差異が生じており、インシデントの教育的活用は単年度に留まり、データに基づいた指導策の共有をはかるオープンなコミュニケーションには至っていなかった。本学科には実習教育の実務的な内容を検討し、運営役割を担う看護学科実習検討会（以下、実習検討会とする）がある。実習検討会では、学科内でインシデントを活かす教育活動の基盤をつくることを目指し、全領域の看護実習に共通する簡便なインシデントチェックリストを作成した。そこで今回、その作成過程とインシデントチェックリストを試用した結果についてまとめたので報告する。なお、今回、チェックリストを提出した学生には、教育方法の改善を目的としてチェックリストを集計し、個人が特定されない形で公表すること等を説明し、同意を得ている。

II. インシデントチェックリスト作成過程

平成20年度の実習検討会活動として、現行の看護実習におけるインシデントの定義と過去のインシデント事例の情報収集を行った。収集した情報に文献²⁾³⁾⁴⁾の検討を加え、実習検討会としてのインシデントに関する基本的考え方を示し、どの実習においてもインシデント発生リスクに関連する最小限な情報を選定し、チェックリストの項目を作成した。項目は学生の属性とインシデントが生じた実習科目・時期、対象者の属性、インシデントの発生状況と要因、対象者への対応、今後の課題等からなり、学科内で全体討議され、最終的なチェックリストは資料1の内容となった。

ここで、インシデントとは「臨地実習において発生した出来事（事象）のうち、適切な対応が行われないと事故になる可能性のある出来事」と定義した。臨地実習において

学生情報 学籍番号 _____ 名前 _____ 学年 1・2・3・4 科目名 基礎・成人Ⅰ・成人Ⅱ・老年・母子Ⅰ・ 母子Ⅱ・地域Ⅰ・地域Ⅱ・精神・他() 実習コース 1・2・3・4・5・6 当該実習週数 1週目・2週目・3週目	対象者・家族への対応 <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しない した場合の詳細（誰が誰にどんな対応をしたか） _____ _____
対象者情報 性別：男・女 年齢：新生児、乳児、1～3歳、4～6歳、7～9歳、 10代、20代、30代、40代、50代、60代、70代、 80代、90代、100代、不明	今後の課題 _____ _____
インシデントの状況 発生場所(住所や施設名ではなく、起こった場所を記載する。例：病棟廊下、病棟浴室、作業所の畑) <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 施設外 <input type="checkbox"/> 対象者の自宅 (どこ)	インシデントの要因 学生側の問題：該当する番号をチェック(複数可) <input type="checkbox"/> 1. 情報収集が不十分 <input type="checkbox"/> 2. 情報の分析が不十分 <input type="checkbox"/> 3. 予想外の行動を引き起こすリスクへの認識の甘さ <input type="checkbox"/> 4. その他()
インシデントの判断者 <input type="checkbox"/> 学生本人 <input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 看護教員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 他職種職員 <input type="checkbox"/> 受持ち対象者 <input type="checkbox"/> 受持ち対象者の家族 <input type="checkbox"/> 他の対象者・家族 <input type="checkbox"/> その他()	指導者側の問題 指導者としての役割認識の不足（行動計画の点検・指導の不足、自由に質問できる関係性構築の不足、学生の不足情報への指摘・指導の不足、当然〇〇するはずと思いつく、実践者としての役割モデルの不足、など） <input type="checkbox"/> 1. 指導者としての役割認識の不足（行動計画の点検・指導の不足、自由に質問できる関係性構築の不足、学生の不足情報への指摘・指導の不足、当然〇〇するはずと思いつく、実践者としての役割モデルの不足、など） <input type="checkbox"/> 2. 学生に対するアセスメント不足(学生の視点を認識できていない、安心してしまっていた、学生の状況を多面的に予測していなかった、など) <input type="checkbox"/> 3. 指導者自身のアセスメント能力不足 <input type="checkbox"/> 4. 指導者間の情報伝達の不足 <input type="checkbox"/> 5. その他()
インシデントの種類とケアの事象 どのような出来事か _____ _____	指導者・教員からの指導内容 (指導をうけた状況を学生が記載) _____ _____
該当する番号をチェック(複数可) <input type="checkbox"/> 1. 何らかの出来事(事象)が発生したが、対象者に実施されなかった場合 <input type="checkbox"/> 2. 何らかの出来事(事象)が実施されたが、対象者に傷害が生じなかった場合 <input type="checkbox"/> 3. 臨床指導者/教員の許可を得ず学生が自己判断でケアや情報伝達を行った場合 <input type="checkbox"/> 4. 臨床指導者/教員への報告が遅れた為に、対象者へ傷害が生じる可能性があった場合 <input type="checkbox"/> 5. 実習記録等、対象者および家族に関する個人情報の取り扱いに不備があった場合 <input type="checkbox"/> 6. その他()	
<input type="checkbox"/> 生体機能管理 (バイタルサイン測定、検体採取) <input type="checkbox"/> 安楽の確保 <input type="checkbox"/> 安全管理 <input type="checkbox"/> 創傷管理の援助 <input type="checkbox"/> 褥瘡の援助 <input type="checkbox"/> 清潔と衣生活援助 <input type="checkbox"/> 呼吸と循環の援助 <input type="checkbox"/> 生活環境調整 <input type="checkbox"/> 栄養の援助 <input type="checkbox"/> 睡眠の援助 <input type="checkbox"/> 活動と休息の援助 <input type="checkbox"/> 情報管理 (伝達と対象者情報の管理) <input type="checkbox"/> 報告の遅滞 <input type="checkbox"/> その他()	

は、学生は指導者の許可の下で看護実践を行う。このため、臨地実習におけるインシデントには、発生した出来事（事象）の適否に関わらず、指導者の許可なく実施された行為も含めた。表1に示した5つの場合をインシデントとし、記載の参考となるよう過去の事例を修正して例示した。また、看護学生が関わるインシデントの要因には、学生側と指導者側の問題があること²⁾³⁾を表2のように明示し、双方に啓発が図れるよう「看護学実習概要」（実習にあたっての基本的注意事項等を載せている小冊子）に掲載した。

III. インシデントチェックリスト活用方法

平成21年度の実習検討会活動として、インシデントが発生した場合は、学生、教員、実習検討会は原則、以下のように対応することを決め、周知を図った。

学生は、①担当教員・実習指導者にインシデントの発生状況について口頭で伝える、②所定のインシデントチェックリストを記載し、担当教員へ提出する(発生日から二日以内の実習日を目途とする)、③インシデントレポートの作成については、担当教員から形式、内容を含め指導をうける。

教員は、①臨地の実習指導者(必要時、実習場の看護管理者)とインシデントの発生状況について情報交換を行う、②インシデントに係わった学生・同じ実習地にいる他の学

表1 インシデントの種類

1. 何らかの出来事(事象)が発生したが、対象者に実施されなかった場合
2. 何らかの出来事(事象)が実施されたが、対象者に傷害が生じなかった場合
3. 臨床指導者/教員の許可を得ず学生が自己判断でケアや情報伝達を行った場合
4. 臨床指導者/教員への報告が遅れた為に、対象者へ傷害が生じる可能性があった場合
5. 実習記録等、対象者および家族に関する個人情報の取り扱いに不備があった場合

*ここでいう「傷害」とは、何らかの出来事により、治療・処置の必要性が生じた場合をさす。(参考：札幌医科大学附属病院医療安全対策マニュアル・ポケット版第2版、平成20年3月発行 p14 インシデントレベル3a相応)

《例》

1. 学生が新生児の沐浴を行う際、沐浴槽の温湯を自分で準備しなかったにも関わらず、湯温を確認せずに実施しようとした(実際には指導者に制止され実施に至らなかった)。
2. 内視鏡検査のため絶飲食の指示が出ていた対象者が、学生に飴をなめても良いか、と尋ねたところ、学生は飴をなめるくらいならばよいだろうと自己判断し良いと伝えた。そのため対象者は飴をなめてしまった(主治医に報告し、検査は支障なく終了した)。
3. 対象者の手術の見学を終えて帰棟した学生が、手術時間が予定より長くなったことを心配した対象者家族から理由を尋ねられ、臨床指導者に確認しないまま手術機材の整備のためと答えた(対象者の体調を心配していた家族は学生から説明をうけ、安心した)。
4. 学生が対象者の血糖測定を行ったところ高血糖を示す数値であったが、すぐに報告しなかったため、血糖降下薬の投与が遅れてしまった(対象者に高血糖による体調不良等は起こらず、血糖降下薬投与後は正常値に戻った)。
5. 対象者の情報が記載されているメモ用紙を実習施設の机の上に置き忘れて帰ってしまった(実際には第3者の目に触れることはなかった)。

表2 インシデントの要因

学生側の問題 [アセスメント能力不足] ①情報収集が不十分、②情報の分析が不十分、③予想外の行動を引き起こすリスクへの認識の甘さ

指導者側の問題 ①指導者としての役割認識の不足(行動計画の点検・指導の不足、自由に質問できる関係性構築の不足、学生の不足情報への指摘・指導の不足、当然〇〇するはずと思いつく、実践者としての役割モデルの不足)、②学生に対するアセスメント不足(学生の視点を認識できていない、安心してしまっていた、学生の状況を多面的に予測していなかったなど)、③指導者自身のアセスメント能力不足、④指導者間の情報伝達の不足

生も交えて再発防止にむけたインシデント・カンファレンスを企画・実施する、③インシデントに係った学生にインシデントチェックリストへの記載(場合により、実習科目ごとのインシデントレポートの記載)を指導する、④インシデントチェックリストは適宜、実習検討会メンバーへ提出する。

実習検討会は、①提出されたインシデントチェックリストのうち学生名や学籍番号などの個人情報を除き、データベース化する、②データ入力を終了した時点で、インシデントチェックリストをシュレッダー処理する。

学生には各学年の実習オリエンテーション時に、インシデントチェックリストの様式は教育用コンピュータ内にファイルをおくので、必要時、ダウンロードして活用することを説明し、教員には会議で活用方法を説明した。

IV. インシデントチェックリスト試用による報告実績

1) 平成21年度札幌医科大学保健医療学部看護学科の臨地実習の概要

実習科目が開講される学年、単位数、週数等は表3に示した。3年生は6科目6クールの、4年生では2科目2クールのローテーションが行われている。大学からは領域実習別に専任教員と非常勤実習指導教員が配置され、学生4～6名に1名程度の教員指導体制をとっていた。また、実習先には臨地実習指導者がおり、学生2～4名に1名程度の指導体制をとっていた。

表3 平成21年度本学科の実習科目の開講学年・単位数・週数・開講時期

表3 平成21年度本学科の実習科目の開講学年・単位数・週数・開講時期

学年	科目名	単位数	週数	開講時期
2学年	基礎看護実習	2	2	2月
3学年	成人看護実習Ⅰ(急性期)	3	3	9月～1月
	成人看護実習Ⅱ(慢性期)	3	3	9月～1月
	母子看護実習Ⅰ(母性)	2	2	9月～1月
	母子看護実習Ⅱ(小児)	2	2	9月～1月
	老年看護実習	3	3	9月～12月
4学年	地域看護実習Ⅰ(在宅)	2	2	2月
	地域看護実習Ⅱ	3	3	10月～11月
	精神看護実習	2	2	10月～11月

2) インシデントチェックリストによる報告

平成21年度に実習した2～4年生159名中、提出されたチェックリストは総計18件(4年生3件、3年生15件)であつ

た。インシデントが生じた実習科目・時期、及び対象者の特性は表4に示した。成人看護実習Ⅱ(慢性期)8件、老年看護実習・精神看護実習各3件、成人看護実習Ⅰ(急性期)2件、母子看護実習Ⅰ(母性)・母子看護実習Ⅱ(小児)各1件であった。実習クールでは、1クール目、2クール目、5クール目が各5件であった。実習週数では、1週目が8件で最多であった。対象の特性では、男女同数で、年代は60代5件、70代5件でその他の年代が各1件であった。

インシデントの発生場所では施設内17件(病室、浴室、ナースステーション等)、不明1件であった。インシデントを認定した判断者(複数回答)は、教員11件、指導者7件、学生5件であった。

インシデントの種類は表5に示した。「実習記録等、対象者および家族に関する個人情報の取り扱いに不備」7件と最多であった。インシデントが生じた際の看護援助行為の種類・インシデントの特性としては、「情報管理(伝達と対象者情報の管理)」9件、「安全管理」7件、「生体機能管理(バイタルサイン測定、検体採取)」および「報告の遅滞」が各2件、「活動と休息の援助」および「その他(脱衣させて体重測定)」が各1件であった。

インシデントが生じた際の対象者・家族への対応につい

て、「した」が1件(対象者へ入室する時間を約束したのに行かなかったことを詫びた)、「しなかった」が17件であった。

インシデントの要因として「学生側の問題」では、「予想外の行動を引き起こすリスクへの認識の甘さ」14件、「情報の分析が不十分」および「その他」が各4件、「情報収集が不十分」が1件であった。一方、「指導者側の問題」では、「指導者としての役割認識の不足」および「学生に対するアセスメント不足」が各7件、「その他」2件、「指導者自身のアセスメント能力不足」および「指導者間の情報伝達の不足」が各1件であった。

「今後の課題」の自由記述内容を類似したものにまとめ、再発防止という点から具体的な行動、物や環境の改善などの点での記述があるか検討した。その結果、記載があったのは18件中15件で、①具体的な行動の記述4件、②抽象的行動の記述12件、③認識面のみの記述7件であった。

V. 考 察

インシデントの発生時期と対象者の特徴に関しては、大臺ら⁵⁾は看護系短大3年生(成人・老人看護実習)のインシデントの集計から、発生件数は水、木曜日に、実習の1

表4 インシデントが生じた実習科目・時期、対象者の特性

		(件数)	
実習科目	実習科目	成人看護実習Ⅱ(慢性期)	8
		精神看護実習	3
		老年看護実習	3
		成人看護実習Ⅰ(急性期)	2
		母子看護実習Ⅰ(母性)	1
		母子看護実習Ⅱ(小児)	1
実習時期	クール数	1クール目	5
		2クール目	5
		3クール目	3
		4クール目	0
		5クール目	5
		6クール目	0
	週数	1週目	8
	2週目	7	
	3週目	3	
対象者の特性	性別	男	9
		女	9
	年齢	新生児	1
		4~6歳	1
		10代	1
		20代	1
		30代	1
		40代	1
		50代	1
		60代	5
70代		5	
80代以上	1		

表5 インシデントの種類

種類と具体的な経験	件数 (複数回答)
何らかの出来事(事象)が発生したが、対象者に実施されなかった場合 ・MRSA患者に経鼻管を介して栄養剤を注入する際、エプロンをしなかった。注入前に指導者に指摘を受けた ・指導者に声をかけず、サーチュレーションモニターを装着したまま新生児の体重測定をしようとし、医療機器を落としそうになった	3
何らかの出来事(事象)が実施されたが、対象者に傷害が生じなかった場合 ・患者に手を差し伸べられ、学生はその手を掴むと、(患者は)学生の腕をつかみ起き上がろうとしたので、(学生は)介助することになった	5
臨床指導者/教員の許可を得ず学生が自己判断でケアや情報伝達を行った場合 ・指導者や看護師の許可なく、対象者に便潜血凝集判定結果を対象者に伝えた	5
臨床指導者/教員への報告が遅れた為に、対象者へ傷害が生じる可能性があった場合 ・血圧測定後、高値にも関わらず、情報伝達が遅れた ・検査後、帰宅したことを報告せず、心電図モニター類の装着が遅延した	3
実習記録等、対象者および家族に関する個人情報の取り扱いに不備があった場合 ・個人情報を記号化した実習データの入ったパスワードでロック済のUSBを紛失(実習施設の情報管理規則に則って対応) ・別クールで担当した患者の記録をした用紙を裏紙として使用して別の患者のファイルに綴っていた ・面談室にメモ用紙を置き忘れた	7

週目と3週目に多いことを述べており、慣れない環境や新たな対人関係のコミュニケーションに課題があること、緊張の途切れや人の生活リズムの点から考察していた。伊豆ら⁶⁾は看護系大学3年生を対象に実習終了後に無記名調査を行った所、成人慢性期、老年、成人急性期、母性、小児実習領域の順で事故やインシデントが発生していたこと、実習の2週目前半、1週目後半の順に発生件数が多かったこと、一日の中では14時、10時の順に発生件数が多く、学生がバイタルサイン測定などに関わる時間帯に多いことを指摘していた。また、財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業部が全国の病院を対象に行っているヒヤリハット事例の平成20年年報⁷⁾から、発生が多い順に示すと、月別では9月、10月、7月に、平日の曜日では水曜日、木曜日、金曜日に、時間帯では14～15時、10～11時、16～17時に、対象者の年齢では70代、60代、80代になり、性別では男女ほぼ同数であった。上述してきた調査結果と本学の看護学生の経験と比較すると、曜日、時間帯までは集計していなかったが、1・2クール目は10月に相応し、患者の対象特性では男女同数、60代、70代に多い点からも全国調査に類した傾向を示した。成人慢性期、老年、成人急性期看護の順でインシデントが多いのも、先行研究と類似した結果であった。しかし、本学の結果は、単年度の少数の結果であること、実習ローテーションの特徴で、3年生と4年生を合わせると1・2クールの実習生数が増える、成人看護実習、老年看護実習は母性・小児看護実習に比べて1週間実習期間が長いこと、自ずとインシデントの発生件数が高くなりうる数量的な偏りがある。

次に、インシデントと判断した者(発見者)については、先行研究⁶⁾⁸⁾⁹⁾では学生が指導者側(教員、実習指導者)より多かったが、本学では反対の結果であった。この差異については、調査方法の違いが考えられる。インシデント経験の記載時期は実習が終了した時点であった場合⁶⁾⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾や無記名質問紙調査であった場合⁶⁾¹⁰⁾¹¹⁾は学生一人当たりのインシデントの報告件数が多く、判断者が学生とした割合が高い。インシデントの発生は学生にとって怖い経験⁶⁾であり、インシデントの指導が学生の傷つき体験になることも報告¹⁾されている。今回、実習期間中に記載されたチェックリストの集計では、学生が指導者不在の場でインシデントを経験した場合、実習期間中には報告されないことも推測され、結果に現れた可能性がある。また、本学科は実習期間中も少人数の指導体制が確保され、学生が看護援助を行う場面には大概、指導者が付き添うことができている。そのような状況下である故に、指導者が学生の看護援助行為がインシデントとなりそうな場合に予めその場を整えている可能性や、インシデントがおきた時、指導者が同行している機会が高いことが考えられる。

インシデントの種類は、情報管理や患者の安全確保に関することなど先行研究¹⁾¹⁰⁾に類した内容が報告されていた。インシデントの原因として学生側も指導者側も自己の認識

の不足を内省しており、当事者らが経験に向き合うことができていると考えられる。しかし、その再発の防止対策に関しては、抽象的な行動や認識面の記述に留まり、具体的な行動を述べたり、物や環境の改善を伴う具体的な記述は少なく、安全な対策としての効果に疑問が残された。これはチェックリストの枠組が「今後の課題」と抽象レベルの高い自己の課題に関する枠組であった影響が考えられる。「再発防止のための具体的な取組み」といった物、環境、行動面の対策を記すことのできる枠組の提示など工夫が必要と考えられる。

以上の点から、チェックリスト中の枠組である発生時期と対象者の特徴、及び再発防止のための対策に関して修正を加える可能性を残したが、全体としては本学科の学生教育に還元できる簡便なデータ収集ツールになるものと考えられる。

VI. おわりに

看護学生が実習中に経験しやすいインシデントの傾向を把握し、データを蓄積して指導策を学科内で共有していくことを目的にインシデントチェックリストを作成した過程と平成21年度領域別実習においてインシデントチェックリストを試用した結果の報告を行った。今後、チェックリストを改良した上でデータを蓄積し、データに基づく教育活動を実践していく予定である。また、インシデントチェックリストの活用は「インシデントに対する感受性の高さの表れ」の認識に立って、教育に生かすことも重要な課題である。

文 献

- 1) 城戸口親史, 巴山玉蓮, 古屋洋子: 看護学生の臨地実習におけるインシデント、アクシデントの体験の現状. 山梨県立看護大学短期大学部紀要 12: 43 - 49, 2006
- 2) 中村珠実: 実習中に学生が起こした事故の実態および事故防止に向けての効果的な教育方法. 看護教育 47: 434 - 439, 2006
- 3) 山田静子: 実習指導者に対する教育. 土屋八千代, 山田静子, 鈴木俊夫編. 看護事故予防学. 東京, 中山書店. 2003, p142 - 156
- 4) 札幌医科大学附属病院医療事故防止対策委員会安全対策委員会(医療安全推進室): 札幌医科大学附属病院医療安全対策マニュアル・ポケット版. 第2版, 2008, p14
- 5) 大臺利恵, 松井志保, 手島裕子, 他: 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 14: 23 - 27, 2004
- 6) 伊豆麻子, 久保田美雪, 内藤 守, 他: 臨地実習と医

- 療安全教育－学生が捉える臨地実習での事故およびヒヤリ・ハットー. 新潟青陵学会誌 1: 61 - 70, 2009
- 7) 財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部: 平成20年年報. <2010.3.19アクセス>
http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2008.pdf
 - 8) 安藤悦子、郡司理恵子、岡田純也, 他: 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: 65 - 73, 2007
 - 9) 堀内噎子, 浅見多紀子, 関口恵子, 他: 臨地実習中の事故防止に対する指導方法の検討第1報: 看護学生のヒヤリ・ハット・事故報告. 埼玉医科大学短期大学紀要 15: 1 - 17, 2004
 - 10) 田中英子, 岩瀬裕子: 臨地実習における看護事故防止に関する課題と対策. 保健科学研究誌 3: 39 - 47, 2006
 - 11) 玉田圭子, 高橋方子: 看護学生のインシデント・医療事故に対する認識とサポート. 日本看護学会論文集 看護教育 35: 280 - 285, 2004