

## 調査報告

## 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

中澤 洋子・中村 恵子・高儀 郁美

(2015年1月5日受稿)

**抄録：** 本研究の目的は、成人看護学実習において看護学生が体験したインシデントの実態を明らかにし、本学の成人看護教育の中で医療安全についての教育方法を考察することである。本学の成人看護学実習において学生より提出されたインシデント・アクシデント報告書を集計し、項目別に「発生時間」「実習開始日数」「発生場所」「事例レベル」「対象者の概要」「発生状況」「原因分類」に沿って内容分析を行った。学生には同意書および口頭で研究参加への説明をおこない、同意書により承諾が得られた者のインシデント・アクシデント報告書のみ集計した。結果、インシデント・アクシデントレポートの総計は21件であり、そのうち研究参加の同意を得ることができたのは18件であった。インシデント・アクシデントの内容では、転倒・転落が10件と圧倒的に多く、次いで薬剤、チューブ抜去、報告、その他が各2件であった。学生のインシデント・アクシデントの結果から成人看護学実習における指導方法として、学生と患者の安全確保のために教員と臨床指導者が常に学生が行動レベルにおいて見守ること、安全な看護技術を思考し実践できるようかわる必要性が示唆された。

## I. 緒言

本大学においては2008年に看護学科が開設され、2010年に初めて成人看護学実習を行った。大学における看護系人材養成のあり方は、看護教育のコアとなる能力として看護実践能力が重視され<sup>1)</sup>、臨地実習は大きなウエイトを占めている<sup>2) 3)</sup>。特に成人看護学実習は慢性期と急性期それぞれ3週間(3単位)計6週間(6単位)の実習で臨地実習のなかでも学生が看護実践を育むのに重要な役割がある。

看護教育では、看護のどの過程においても対象の安全を最優先する教育を行わなければならない。具体的な教育内容としては、文部科学省の報告にあるように、「リスクマネジメント」「安全文化の形成」「医療事故の現状と課題」「感染防止対策」「有害事象の予防」等である<sup>1)</sup>。これらについて、学内における認知レベルでの学修後、臨地実習のなかで患者への看護を通して、実践レベルでの医療・看護の安全について修得できるような

教育・指導が必要である。そのため、インシデントの実態を明らかにし、今後の医療安全への能力育成に向けた指導方法を検討する必要がある。

しかし、先行研究では臨地実習において看護学生が起こしやすいインシデントとして、「情報の漏洩」や「転倒・転落」が2年間上位を占めていた報告<sup>4)</sup>、また、「移動・移乗」や「食事場面」が多いという報告<sup>5)</sup>があり違いがみられている。学生の技術習得においては、正しい手順でできるだけではなく、患者に対する行為の危険性をイメージして判断できる力が大切である。

そこで、本学の看護学生の成人看護学実習におけるインシデントの実態を明らかにし、本学の学生への医療安全への教育方法を検討する。また、大学の成人看護学実習において看護学生が体験したインシデントの実態を明らかにすることにより、学生の特徴をふまえた成人看護学実習の医療・看護の安全について指導方法を再考する意義がある。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

量的調査研究

### 2. 本研究における用語の定義

日本看護協会のインシデントとアクシデントの定義を参考に本学では定義している。

インシデント:思いがけない出来事(偶発事象)で、これに対して適切な処置が行われないと事故となる可能性のある事象である。

アクシデント:インシデントに気づかなかつたり、適切な処置が行われてないと、傷害が発生し「事故」になる。医療におけるリスクマネジメントで取り扱う「事故」とは、患者だけでなく、来院者、職員に傷害が発生した場合を含む。

### 3. 対象と実習の概要

#### 1) 対象者

本学人間科学部看護学科3年生

平成25年度成人看護学実習において学生より提出されたインシデント・アクシデント報告書のなかで、承諾が得られた者のインシデント・アクシデント報告書のみ集計した。本学の看護学科で平成25年度使用したインシデント・アクシデント報告書の書式は図1である。また、インシデント・アクシデント報告書内で記載される、本学でのインシデント・アクシデントレベル分類を表1に示す。

#### 2) 実習期間

平成25年9月から平成26年1月

#### 3) 各領域の実習週数

2年次:基礎看護(2),

3年次:小児看護(2),母性看護(2),老年看護(1),地域看護学(1),成人看護(6)の合計12週

4年次:老年看護(2),精神看護(2),地域看護(2),継続統合(2)の合計8週

### 4. データ収集

平成25年度成人看護学実習において提出されたインシデント・アクシデントレポートを項目ごとで集計し、内容分析を行った。項目は、発生時間、実習開始日数、発生場所、事例レベル、対象者の概要、発生状況、原因分類である。

### 5. 倫理的配慮

平成25年成人看護学実習を終えた学生に対して、研究の目的、研究への参加は自由意思であること、成績とは関係ないことを説明・同意書および口頭で説明し、同意書から承諾が得られた者のインシデントレポートのみ集計した。また、説明時にはすでに平成25年成人看護学実習評価は終了しており、学生には成績も通知されている。

本研究は、北海道文教大学人間科学部教育と研究に関する倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号:25013)。

## III. 結果

### 1. 集計結果

#### 1) インシデント・アクシデントレポートの総計

平成25年度のインシデント・アクシデントレポートの総計は21件であり、研究参加の同意を得ることができたインシデント・アクシデントレポートは18件であった。この18件のインシデント・アクシデントレポートについて取り上げていく。

インシデント・アクシデントの内容では、転倒・転落が圧倒的に多く(10件、総数の55%)、次いで薬剤、チューブ抜去、報告、その他が(2件、総数の11%)であった(表2)。

#### 2) インシデント・アクシデントの発生時間

インシデント・アクシデントの発生時間(表3)は14時代が5件と最も多かった。次に9時代、12時代、15時代が各3件であった。14時代の5件については全て転倒・転落の事例であった。

#### 3) インシデント・アクシデントの実習開始日数での発生時期

## インシデント・アクシデント報告書

提出日：平成      年      月      日

学籍番号： \_\_\_\_\_ 学生氏名： \_\_\_\_\_

実習指導員： \_\_\_\_\_

担当教員： \_\_\_\_\_

1. 日時  
平成 年 月 日      時      分頃
2. 場所
3. 事例レベル  
0    ハイリスク    1    2    3a    3b    4    5
4. 対象者の概要：
5. 事例の発生経過・発生状況
6. インシデント・アクシデント原因  
知識不足   情報不足   謝った思い込み   気持ちの焦り   確認不足  
連絡・報告不足   操作ミス   観察・管理不足   見落とし・見間違い  
説明不足   技術不足   その他（                      ）  
**【事例発生原因の考察】**
7. 事例発生後の対象者の状況とその後の対応の結果（レベル1以上は記載）
8. 事例再発防止に向けての今後の対応

北海道文教大学 人間科学部看護学科

図1 インシデント・アクシデント報告書

インシデント・アクシデントの発生時期は実習9日目が多く4件であった。次いで12日目が3件、2日目、3日目で各2件であった(表4)。

#### 4) インシデント・アクシデントの発生場所

発生場所は病室が7件と最も多かった。次いで病棟内で5件、トイレが3件であった。病棟と書かれているレポートは発生場所が1箇所ではなく病室と廊下、ナースステーションと病室であり、学生や対象者が移動したため病棟と記載されていた(表5)。

#### 5) インシデント・アクシデントの事例レベル

事例レベルの内訳は0～5までのレベルの内、レベル0のヒヤリハットの報告はなく、18件全てがインシデント・アクシデントであった。アクシデントではレベル2が1件で酸素投与をしないまま学生が移動をしてしまい酸素飽和度が低下した事例であった。他17件はレベル1であった(表5)。

#### 6) インシデント・アクシデント対象者の概要

対象者の概要は表3に示すように受け持ち対象者によるものが最も多く17件(総数の94%)であった。他の1件は受け持ち対象者以外で入院してきたばかりの患者であった。

#### 7) インシデント・アクシデントの発生状況

発生時の援助状況としては移動介助が9件と多く、次いでバイタルサイン2件であった。

#### 8) インシデント・アクシデントの原因分類(表6)

原因分類については「誤った思い込み」が一番多く、次いで「確認不足」10件、「連絡・報告不足」と「気持ちの焦り」が9件であった。ほとんどの事例にはこの3つの原因の関連性が見られていた。

## 2. 転倒転落についての集計結果

転倒転落についての報告が8割と最多のため、転倒転落に注目して集計結果を述べる。

#### 1) インシデント・アクシデントレポートの総計

10件報告された転倒転落の内容では、転倒転落を起こした事例はなかった。しかし、転倒の可能性が高い中での学生単独による移動援助が圧倒

表1 インシデント・アクシデントレベル分類

レベル	基準
5	死亡(原疾患の自然経過によるものを除く)
4b	永続的な傷害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う
4a	永続的な傷害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
3b	濃厚な処置や治療を要した(バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など)
3a	簡単な処置や治療を要した(消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など)
2	処置や治療は行わなかった(患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた)
1	患者への実害はなかった(何らかの影響を与えた可能性は否定できない)
ハイリスク	患者には実施されなかったが、実施された場合重大な問題を生じた可能性がある
0	エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった

表2 インシデント・アクシデント事例分類 n = 20

事例	件
転倒・転落	10
食事	0
薬剤	2
検査	0
処置	0
チューブ抜去	2
情報管理	1
報告	2
患者指導	1
その他	2

表3 インシデント・アクシデント発生時間

時間帯	全体 n = 18	転倒 n = 10
9:00	3	1
10:00	2	1
11:00	1	0
12:00	3	1
13:00	1	1
14:00	5	5
15:00	3	1

表4 インシデント・アクシデントの実習日数での発生時期

実習開始日数	全体 n = 18	転倒 n = 10
1	0	0
2	2	0
3	2	2
4	1	1
5	0	0
6	1	0
7	1	1
8	1	1
9	4	1
10	1	0
11	1	1
12	3	2
13	1	1
14	0	0

表6 インシデント・アクシデント報告書と転倒・転落の原因分類

原因分類の内容	報告書全て n = 50	転倒 n = 26
知識不足	3	2
情報不足	1	0
誤った思い込み	11	6
気持ちの焦り	9	7
確認不足	10	5
連絡・報告不足	9	4
操作ミス	1	0
観察・管理不足	1	1
見落とし・見間違い	1	0
説明不足	2	0
技術不足	1	0
その他	1	1

表5 事例レベル・対象者の概要・発生状況

No	発生場所	レベル	対象者の概要	発生状況
1	車椅子用トイレ	1	70代 女性。脳梗塞、右麻痺、喚語困難。リハビリ中。主に入浴、更衣、排泄、移乗動作に介助が必要。ADL回復が著しい	車椅子からトイレへの移乗を看護師の立会がないまま学生1人で行った。
2	ナースステーション	1	80代、女性。心不全の急性増悪で入院。その後症状安定し心不全症状はみられていない。	受け持ち看護師がいなかったことや、ケアのことなど考えこみ、バイタルサイン測定や観察やコミュニケーションの報告を忘れ帰宅した。
3	トイレ	1	アルコール性肝硬変のターミナル期。倦怠感、呼吸苦が強い。胸空ドレーンなど4本のチューブドレナージを行っている。	トイレのナースコールがあり、扉を開けると患者は点滴棒をもち歩き始めた。足もとにはチューブが散乱していた為、チューブ類をもちベッドに戻った。
4	病室	1	アルコール性肝硬変のターミナル期。倦怠感、呼吸苦が強い。胸空ドレーンなど4本のチューブドレナージを行っている。	皮膚掻痒部位にレスタミン軟膏の塗布を患者に依頼された。確認しようと思ったが、患者に昨日も塗ったから、と言われ、看護師に確認せず塗布した。
5	浴室内脱衣所	1	80代、女性。呼吸困難出現し喘息発作または心不全疑いのため入院。酸素吸入中。移動は車椅子。病室内歩行は看護師見守り。	入浴椅子から車椅子への移乗の際の、車椅子の交換に時間がかり立位の患者がふらついた。指導者がすぐに患者の体を支えたため転倒に至らなかった。
6	病棟	1	脳梗塞後の左片麻痺。急性期を脱し、リハビリを行っている。立位が不安定、移動は車椅子。	車椅子移乗時に、スリッパをしっかりと履ききるまゝに立位にさせた。すぐに指導者の指導があった。
7	病棟	1	脳梗塞後の左片麻痺。急性期を脱し、リハビリを行っている。立位が不安定、移動は車椅子。	VS測定後にリハビリの予定だったが、看護師をさがしている間に、リハビリに呼ばれたため、VSを測定せずにリハビリ室に患者を連れていった。
8	病棟	1	肝硬変、肝性脳症。	アミレパンを看護師の見守りのないなかで調合を行い、濃度が薄くなったが、看護師に報告せずに訪室しようとしたところ、看護師に発見された。
9	病室	1	70代、女性。左大腿骨骨幹部人工股関節周辺部骨折の術後3カ月目。左大腿部痛みあり。	マンシットにアネロイド計をはさみ、加圧したところ、アネロイド計ははずれ、左大腿部の術創部周辺に落下した。
10	病棟トイレ	1	80代、女性。左大腿部転子部骨折。既往にパーキンソン病あり。移乗動作に一部介助が必要。	便座への移乗時に看護師を呼ぶことができたが、排泄後、患者の元を離れ看護師を呼んでいる間に患者は一人で移乗をすませていた。
11	病棟	1	受け持ち患者以外の患者(入院したばかりの患者。杖歩行。)	お茶の場所を聞かれ、場所を伝えたがわからなかったため、相談、報告せず学生1人で食堂に付き添っていた途中、教員に会い付き添いの行為を止められた。
12	病室・デイルーム	1	右変形性膝関節症の術後。術前から深部静脈血栓症あるためワーファリン内服中。	行動計画に上げていない、患者のワーファリン内服に対する理解度と指導を指導者、教員に相談がないまま行った。その後指導者へ報告もしなかった。
13	病室	2	間質性肺炎急性増悪にて酸素療法中の患者。体動による呼吸状態の変化があるため酸素を調節中で看護師介助が必要。	患者が車いすへ移乗する際、酸素増量が必要だが、学生が一人で介助をし、酸素増量をしないまま移乗したため、spo2値は低下した。
14	病室	1	80歳代女性 認知症あり 肺腺癌にて抗癌剤内服中 退院後は施設入居予定	学生が患者の病室にいた時、退院後入居予定の施設職員が来院。患者のみに許可を得て、面接に同席。職員から患者のADLについて質問を受け返答をした。
15	病室	1	胆石性急性胆嚢炎の術後 術後1日目 V-BACドレーン膀胱留置カテーテル 硬膜外麻酔中 ベッド上安静	術後一日目の観察の際にドレーン内にコアグラを発見しミルキングを一人で行った。前回の実習でミルキングは一人で実施していた。
16	病室	1	70歳代男性 男性 胃全摘・胆嚢摘出・リンパ摘出術後 硬膜外チューブ、末梢点滴、尿道カテーテル、右横隔膜ドレーン、吻合部ドレーン留置中	早期離床のため歩行していた患者が一人で病室を出てしまった。その際、付き添いの必要性を感じていたが学生一人で付いて行ってしまった。
17	ナースステーション	1	80代、男性。気管支肺炎で入院。その後、胆石性胆嚢炎による胆嚢摘出術施行。	患者情報を記載したクリップボードを所定の棚に戻さず、ワゴンに置いたままその場を離れた。昼休憩時に気付いた。
18	病室	1	右大腿骨人工骨頭置換術後 転倒・脱臼のリスクがあるため看護師の見守り下で歩行器を使用していた	家族を見送る際に患者一人で立位となり、歩行器で歩きだした。そのまま学生一人で見守り付き添いをした。

的に多かった(8件, 転倒転落総数の80%)。次いで臨床指導者や教員の指導の基で転倒の可能性のある移動援助をした学生は2件(転倒転落総数の20%)であった。

#### 2) インシデント・アクシデントの発生時間

転倒の発生時間では18件中5件が14時代と最も多く, 午後12時, 13時, 15時が各1件であった。午前中は9時と10時で各1件であり, 午後集中していた(表3)。

#### 3) インシデント・アクシデントの実習開始日数での発生時期

インシデント・アクシデントの発生時期は3日目と12日目に各2件あり, 週単位では1週目は3件, 2・3週目は各4件であった(表4)。

#### 4) インシデント・アクシデントの発生場所

発生場所は病室, トイレ, 病棟が各3件であり全体の半数を占めていた。移動介助やトイレ介助中の発生になっていた(表5)。

#### 5) インシデント・アクシデントの事例レベル

転倒の事例レベルの内訳は10件全てがアクシデントであった。アクシデントではレベル2が1件で酸素投与をしないまま車椅子介助を行ない, 酸素飽和度が低下したため転倒の可能性があった(表5)。

#### 6) インシデント・アクシデント対象者の概要

転倒の全ての事例の対象者は移動に際し何らかの介助を要する患者であった。対象者の概要は表5に示すように受け持ち患者によるものが最も多く9件(総数の90%)であった。その他に1件は入院してきたばかりの転倒リスクのある患者に声を掛けられて誘導してしまった事例であった。

#### 7) インシデント・アクシデントの発生状況

転倒に関しては7件が臨床指導者や教員が不在の中で移動介助をおこなったため発生し, うち1件は看護師を呼んでいる間に対象者が一人で移動していたが, 他の6件は看護師を呼ぼうとする行動がとれないでいた。

#### 8) インシデント・アクシデントの原因分類(表6)

原因分類については全体を通しては「気持ちの

焦り」が一番多く7件, 次いで「誤った思い込み」6件, 「確認不足」が5件であった。

## IV. 考 察

### 1. 成人看護学実習のインシデント・アクシデントを捉えて

成人看護学実習における学生への安全についての指導内容としては, 実習開始前オリエンテーションの中で前年度に成人看護学実習で起こったインシデント・アクシデント事例を伝えて学生に注意喚起を促していた。また, 実習中には学生が行える援助技術は指定されており, 学生各自が援助項目毎に単独でおこなえる技術範囲を明確に確認できるように示している。また, インシデント・アクシデント報告の対象者は概ね受け持ち患者であることから, 活動の自立度情報は学生が得ており, 日々の実習の中でおこなえる援助技術範囲を常に考えている状況にあることがわかる。しかし, インシデント・アクシデントの原因分類で「誤った思い込み」や「確認不足」「連絡・報告不足」がほとんどであることから, 学生が日々の行動を考えていても急に起こる対象者の予期せぬ行動や変化に思考が及ばず, 学生一人であっても患者にできることを優先してしまい援助していることが考えられる。これは青木らがインシデントの場面に遭遇した学生の思考と対処行動として, 技術は未熟だが患者の要求に応えたい, 患者の行動を支えたいが次の行動を予測できない<sup>6)</sup>と類似しており, 今の対象者に何かしたい気持ちが優先してしまい自己判断して「誤った思い込み」になりインシデント・アクシデントにつながったと考える。

また, 今回の集計からレベル0のヒヤリハット報告書の提出がない点については, 学生に確認することができなかった。だが, 看護学生が実習のなかでインシデントだと考える場面は目で見える行為である<sup>7)</sup>ということからも, ヒヤリハットの報告よりもインシデント・アクシデントとして事象が起こってから気づきが起こっていた可能性がある。これは, 仮に学生がハットしたりヒヤッ

とする体験があっても、報告や相談で終えてしまったり、日々の実習記録の中で行動の振り返り記録を記載することで個人レベルでの経験に留めてしまい、あえて他学生と発生状況を共有する報告書に移ることがなかった。しかし、今回の集計からレベル0のヒヤリハット報告書の提出がないことは、“危ないと感じる力”リスク感覚<sup>8)</sup>が育成されていない背景もあるのではないかと考える。学生のリスク感覚が育成されていないことにより、リスクに対しての注意行動や危険回避行動をとることが困難になってしまう。松下ら<sup>9)</sup>は学生の「実習にあたっての心構え」として“危険予知力を高めること”を提唱しており、実習前のオリエンテーションで注意喚起するだけでなく、講義や演習を通して学生に患者と自己の安全を考える機会をつくる必要があると考える。また、実習中に関しては臨床指導者や教員は学生の側に立ち、潜在的なリスクに気づくように投げかけることや、学生と場面を振り返りリスクを考えることによってリスク感覚を育てていく必要があると考える。

## 2.実習中に起こしやすいインシデントは転倒

集計結果から本学のインシデント・アクシデント報告では、転倒が8割と圧倒的に多かった。これは転倒の全ての事例の対象者は移動に際し、車椅子での介助や支えが必要などの何らかの介助を要する自立度の患者であった。このことから、移動に介助を要する患者を受け持つ学生に対しては、転倒のリスクを含めて指導にあたる必要がある。また学生は、患者情報を得ていても自分の行動がもたらす結果としておこる危険についてまで考えることに至らず、対象者の突然の移動にたいして「気持ちの焦り」があるなかで、援助行為をとっさに考えることは困難であったと推察される。そのため、移動介助を要する対象者を受け持つ学生は一人で対象者へ訪問するのではなく、援助準備段階から臨床指導者や看護師の見守りのもとで対象者と接することが必要であろう。また、対象者が予期せずに移動する可能性がある場合

は、どのように対処すべきか具体的に行動ができるように日々の指導の中で学生と考える。援助や行動の事前準備をイメージしておく必要がある。

転倒のインシデント・アクシデントの発生時間としては14時代を中心に午後に集中しており、転倒転落が起きた最多時間が午前中であった先行研究<sup>9)</sup>とは相違がみられた。本来であれば日常生活援助や治療処置が多い午前中は、指導にあたる臨床指導者や看護師が多忙なため学生への指導が手薄になりがちと考えやすいが、今回の結果から午前の転倒のインシデント・アクシデント報告が少ないことは、午前中は指導の基で学生は援助を行っていることがわかる。しかし、午後の転倒についてのインシデント・アクシデント報告では、対象者自らトイレや運動をしようとして学生が慌てて見守るケースが4件（転倒の40%）であり、指導する臨床指導者や教員が不在であった。今回の調査から臨床指導者や教員は午前中だけでなく、午後もできるだけ学生とともに行動して対象者に関わる必要があると考える。

成人看護学実習開始前オリエンテーションの中で前年度に成人看護学実習で起こったインシデント・アクシデント事例として転倒転落の報告が多いことを伝えていた。また、学生は対象者を受け持つ中で看護過程を展開するため、情報収集しアセスメントしていることから全く転倒について考えていないことはない。しかし、人の記憶は保持されることは難しく時間の経過とともに減退していく。河野<sup>10)</sup>は人の認知的特性として関心があるものには注意をむけることができるが、あるものに集中すればするほど他への集中は弱くなると述べている。このことから、日々の指導の中でいかに指導にあたる教員や臨床指導者が学生に対して転倒リスクに注意をむけるように関わるかが、対象者に安全な援助を学生が提供するうえでは必須になってくる。そのためには、臨床指導者と教員は学生に対しての安全教育を連携して行う必要があることが示唆された。

## V. 結 論

本学の平成25年度成人看護学実習におけるインシデント・アクシデント報告書を分析した結果は以下のとおりであった。

1. インシデント・アクシデント報告で転倒の報告が一番多く80%であった。
2. インシデント・アクシデント報告では、ヒヤリハットの報告はなく、18件全てがインシデント・アクシデント報告であった。
3. インシデント・アクシデントの原因は「誤った思い込み」が一番多く、次いで「確認不足」、「連絡・報告不足」「気持ちの焦り」であった。
4. 転倒のインシデント・アクシデント報告では、転倒の可能性が高い対象者に対して学生単独による移動援助が9割の報告であった。
5. 実習前・実習中と学生に対してリスク感覚を育てていく機会が必要である。
6. 転倒リスクのある対象者を担当する学生には、側で見守ること、具体的な安全を考える関わりが必要である。
7. 臨床指導者と教員は学生に対しての安全教育を連携して行う必要がある。

## VI. 文 献

- 1) 文部科学省・大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会：大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会 最終報告. 2011.  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/\\_icsFiles/afieldfile/2011/03/11/1302921\\_1\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/_icsFiles/afieldfile/2011/03/11/1302921_1_1.pdf)
- 2) 宮島朝子：教育過程別看護教育カリキュラムの作成と運営 看護教育のカリキュラム. 53-73, 東京, 医学書院, 2000.
- 3) 杉森みどり, 舟島なおみ：東京看護教育学. 245-294, 東京, 医学書院, 2004.
- 4) 堀内えつ子, 関口恵子, 加藤千恵子, 箱石文恵, 鈴木夕岐子, 高原素子, 藤島和子, 本山浩美, 沢田寛子, 山下飛鳥：臨地実習中の事故防止に対する指導方法の検討 第2報-看護学生が起こしやすいインシデント. 埼玉医科大学短期大学紀要, Vol.16:1-22, 2005.
- 5) 山口かおる, 水木暢子, 木村千代子：介護および看護学実習中におけるインシデントの比較研究. 秋田桂城短期大学紀要, No.18:63-75, 2005.
- 6) 青木実枝, 遠藤恵子, 後藤順子, 佐藤幸子, 遠藤芳子：基礎看護学実習におけるインシデントレポートからみる学生の思考プロセスと教育上の課題. 日本看護学会誌, 16(1):231-237, 2006.
- 7) 藤沢怜子・東玲子・石村徳彦・寺田祐子・森朋子：基礎看護教育における医療事故防止対策の検討-臨地実習中の「ヒヤリ・ハット」の実態と看護学生の医療過誤に対する認識-. 第32回日本看護学会論文集(看護教育):107-109, 2001.
- 8) 釜英介：「リスク感性」を磨くOJT 人を育てるもうひとつのリスクマネジメント. 39-50, 東京. 日本看護協会出版会, 2004.
- 9) 上田雪子：成人・老年看護学実習における転倒・転落のインシデントの実態と教育上の課題. 純真紀要, No48:113-127, 2008.
- 10) 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 第2版. 39-51. 東京. 医学書院, 2014.



## Reality of Incidents and Educational Issues in Adult Nursing Practice

NAKAZAWA Yoko, NAKAMURA Keiko and TAKAGI Ikumi

**Abstract:** This study aims at understanding the reality of incidents that nursing students experience in adult nursing practice and at examining methods for medical safety education and training in adult nursing education at our university. Reports on incidents and accidents that nursing students experienced in their adult nursing practice were collected for analysis. These incidents and accidents were analyzed according to the time of the day when each took place, the number of days elapsed from the start of the nursing practice to the day of the incident/accident, the place of the incident/accident, the severity of the incident/accident, the people affected by the incident/accident, the circumstances of the incident/accident, and the cause of the incident/accident. Nursing students were given an oral and written explanation of this study to obtain their informed consent, and reports from those who gave consent in writing to their participation in the study were used for analysis. Of the 21 reports on incidents and accidents, 18 reports were available for this study with the consent of students who prepared these reports. The majority of the reported incidents/accidents were falls (10 cases) followed by 2 cases each of incidents/accidents related to medication, extubation, reporting, and other. The results suggest that it is necessary for teachers and clinical instructors to watch out for the safety of patients and students while students are engaging with patients, and to help students to think about and put into practice safe nursing skills.

