

臨床実習におけるヒヤリハットに関する要因分析

○ 兵藤好美・池田敏子（岡山大学 医学部 保健学科）

問 題

1. 事故防止を考える時、どのような状況や背景で人は間違えるのか、その要因を知ってこそ初めて個人的にも組織的にも事故防止対策が立てられる。
2. 特に看護学生の臨床実習では未熟さもあり、事故には至らずとも「ヒヤリ」「ハット」することが見受けられる。これらの体験事例から要因分析を行い、どのような所に原因があるのかを明らかにしていくことは、学生時代からの危険予知教育にとって重要となる。
3. そこでヒヤリハット体験事例から、看護行為や状況 及び それらの要因に焦点を当てた分析を行ったので報告する。

方 法

【調査対象】

A病院に就職した新人看護師36名を対象とし、4月の新人オリエンテーションの機会に調査票を配布し、留め置き法を用い、後日封筒に入れた状態で回収した。その結果、16名の有効票を得た(回収率44.4%)。

本学看護学専攻4回生88名を対象とし、卒論オリエンテーション時、一斉に調査用紙を配布し、その場で各自封筒に入れた状態で回収した。80名から回収された(回収率:90.1%)が、体験ありと答えたのは15名のみであった。

【調査期間】 2003年4月, 2003年9月

調 査 内 容

在学中の臨床実習中における「自分自身でヒヤリハットしたこと、実際に失敗したこと」について、それぞれの体験の有無及びその具体的内容を尋ね、更に考えられる要因に関しても記載を求めた。それらの要因に関し、数量化 類を用いて分析を行った。

倫 理 的 配 慮

1. 無記名とし数量的な扱いをすること
2. 記載に関して自由意志であり、プライバシーが保証されること
3. 今回の調査以外の目的には使用しないことを説明し了解を得た。

結 果 (1)

看護行為・場面に関するヒヤリハットにする分析(Fig.1)では、行為そのもの【単独要因で】発生する場合(足浴,測定,歩行介助,配膳,清潔行為等)と、他の要因がくみ合わさって【複合要因で】発生する場合(点滴・カテーテル,車椅子,洗髪,体位変換等)の2つのタイプがあることが明らかになった。

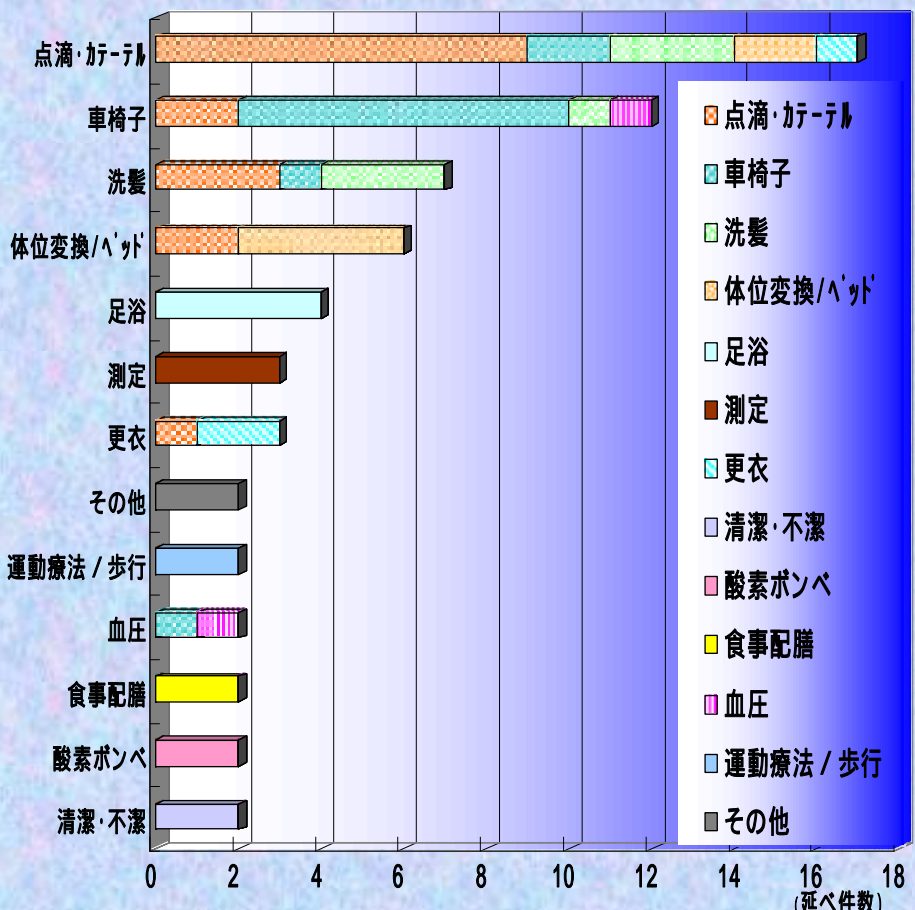


Fig.1 看護行為・状況に関するヒヤリハット体験 (延べ件数)

結果 (2)

要因分析 (Fig.2) においては、Reason (1992) によるヒューマンエラーの分類中、slip に該当する 1) 観察確認不足を含めた不注意、mistake に該当する 2) 知識不足、lapse に該当する 3) 戻し忘れの要因が見られた。

また上記 3 要因以外に、4) 対象特性 (小児・高齢者) 等による予測判断ミス、5) 現場を離れたことによる要因の存在が、新たに明らかになった。

考察

今回明らかになった要因に対しては、自己モニタリングの力を付けることが有効とされており、それに向けた臨床実習前の危険予知に関する教育の必要性が示唆された。

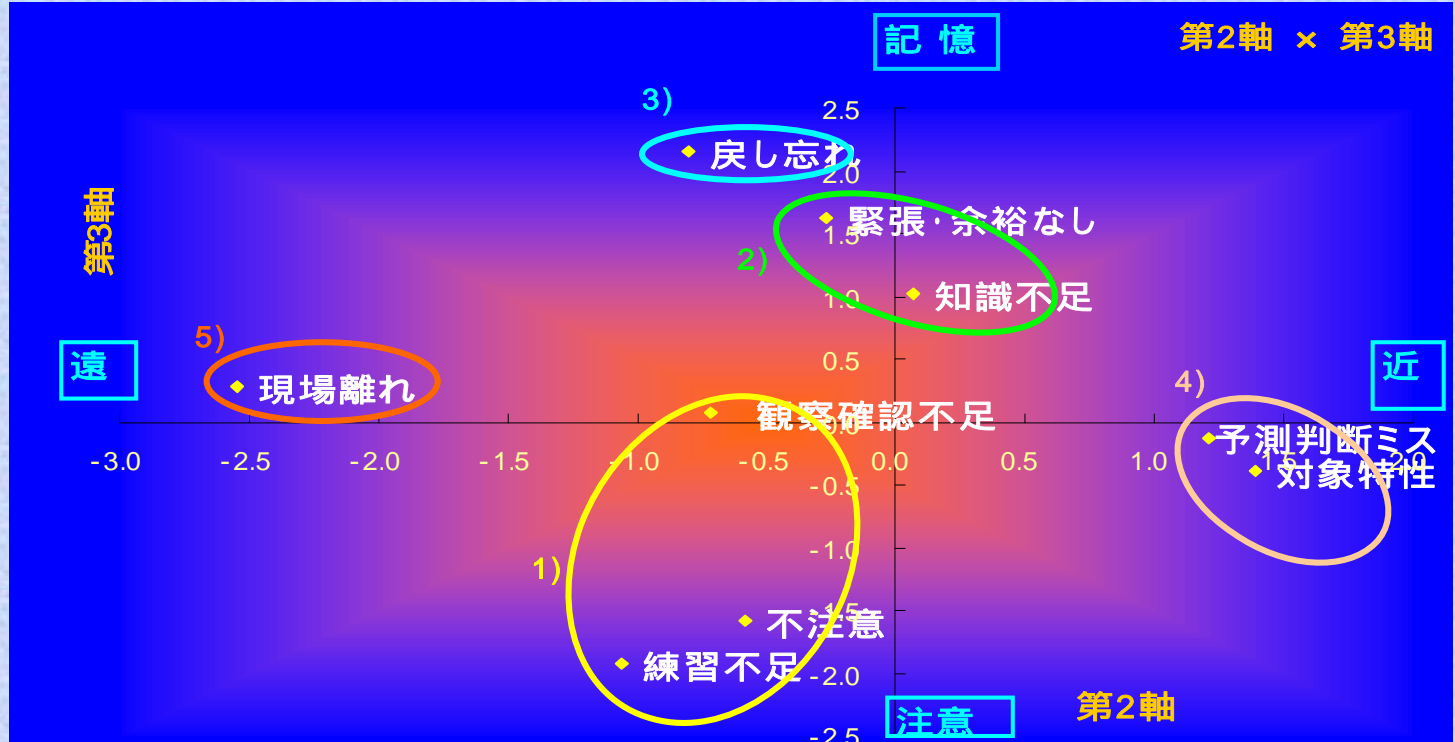


Fig.2 臨床実習中におけるヒヤリハット事例発生に関する要因分析 (数量化 類による)

【文 献】 兵藤好美: 危険予知・事故防止能力を身につけよう, クリニカルスタディ, 24 (1): 62-64, 2003.