

## 臨地実習指導者および教員のリスクマネジメント研修会の報告

— 3年間の臨地実習施設連絡会議より —

太田 浩子 土井 英子 金山 時恵  
真壁 幸子 古城 幸子 小野 晴子

看護学教育

A Report of Risk Management Study Session for Clinical Training Leaders and Teachers

— Through Clinical Training Institutions' Liaison Conferences —

Hiroko OOTA Hideko DOI Tokie KANAYAMA  
Sachiko MAKABE Sachiko KOJO Haruko ONO

(2003年11月5日受理)

臨地実習は看護教育において重要な位置を占めている。その臨地実習において実習施設と教員の連携や相互理解・指導力の強化は欠かせない。本学看護学科の2000年から2002年の3年間の臨地実習施設連絡会議において「臨地実習におけるリスクマネジメント」というメインテーマで、講演とグループワークを行った。講演内容は、第1回(2000年)「医療現場におけるリスクマネジメントの考え方」、第2回(2001年)「看護現場のリスクマネジメント」、第3回(2002年)「臨地実習におけるリスクマネジメントの考え方」であった。グループワークは、いずれの年度も、臨地実習における「ヒヤリ・ハット」事例を用いて行った。

### はじめに

臨地実習は看護教育において重要な位置を占めている。臨地実習は、学生の問題解決能力を向上させ、看護者としての感性や態度、責任の自覚などさまざまなことを修得する貴重な場となる反面、医療の現場に出て行くことで、医療事故を始めとする危険とも隣り合わせでもあり、また目標を見失い挫折のきっかけともなりうる。

また、本学は附属の実習施設を持っていないため、多数の実習施設に実習を依頼しており、各実習施設と教員の連携や相互理解を図ることや臨地実習において学生が安全に効果的な学習ができる環境を整えることがより望まれる。そこで、本学

では「臨地実習施設連絡会議」を年に1回開催し連携を深めてきた。既に、臨地実習施設連絡会議について報告<sup>1)~4)</sup>をしているように、各実習施設との連絡や依頼だけではなく、教員・指導者の学習の機会となるよう企画運営してきた。

今回、「臨地実習におけるリスクマネジメント」という3年間継続したテーマで臨地実習施設連絡会議を開催したので報告する。

### 1、臨地実習施設連絡会議のテーマおよび参加人数(表1参照)

2000年から2002年の3年間、「臨地実習におけるリスクマネジメント」というテーマで臨地実習

表1 臨地実習施設連絡会議の内容

	第1回<2000年11月10日(金)>	第2回<2001年11月9日(金)>	第3回<2002年11月15日(金)>
テーマ	臨地実習におけるリスクマネジメント その1	臨地実習におけるリスクマネジメント その2	臨地実習におけるリスクマネジメント その3
参加者の人数・内訳	指導者 38名 教員 15名	指導者 36名 教員 16名+4名(非常勤助手)=20名	指導者 27名 教員 13名+3名(非常勤助手)=16名
講演題	医療現場におけるリスクマネジメントの考え方	看護現場のリスクマネジメント	臨地実習におけるリスクマネジメントの考え方
講師	神見谷村人 氏 (岡山大学医学部附属病院中央手術部 医局長)	定金敬子 氏 (川崎医科大学附属病院 看護部長)	横手芳恵 氏 (岡山県立大学保健福祉学部看護学科 教授)
講義内容	1、はじめに 2、リスクマネジメントにおける「マニュアル」「クリティカルパス」作成の落とし穴 3、リスクマネジメントの進め方	1、病院の概略とリスクマネジメントに関する内容 ①臨床現場で起こりやすいヒヤリハット事例 ②防止対策 ③起こった場合の報告 ④患者・家族への対応 2、新人看護職へのオリエンテーション ①看護職としての心構え ②教育システムの中での医療事故防止策	1、臨地実習における医療事故とは 2、臨地実習におけるすべきことは 3、看護業務と事故 4、医療システムの危険要因と臨地実習体制 5、臨地実習におけるインフォームドコンセントの3要因 6、システムの欠陥による医療事故発生メカニズムと事故防止のためのレベル 7、臨地実習にみられるヒューマンエラーの分類 8、看護医療事故予防のための能力育成 9、事故発生時の対応 10、事故の記録 11、医療事故報告基準 12、事故体験からの学習構造
グループワークの事例	①車椅子から便所やポータブルトイレへの移動時に転倒しそうになった ②学生が指導者に連絡せずに簡便した ③食事や内服薬を誤飲しそうになった ④片麻痺の患者のケア後ベッド権を上げ忘れていた ⑤病室で患者・家族や他の患者の前で医師に「この痛みは痛のためですか」と聞いた ⑥食事の援助後ベッド挙上のまま、学生が昼食に行った	①受け持ち患者のレビンチューブが抜去した ②流行性眼疾患に罹患した学生 ③受け持ち患者の持ち物を患者に許可なく勝手に見ようとした学生	①胸腔ドレナージを行なっている患者の清拭を学生同士で行なった ②抑制をはずしたまま、その場を離れた ③熱いお粥を食べさせた ④車椅子移動時、身体の症状確認不足のため、擦過傷を負わせた ⑤実習中に患者より危害を受けそうになった ⑥清潔野に触れてしまった ⑦処置後ベッド権を確実に上げなかった
短大からの連絡・報告	学生教育災害障害保険について 学務課：山崎護	患者のプライバシーの権利に関する看護婦の意識 看護学科：土井英子	大学における看護実践能力の育成の充実に向けて 看護学科：逸見英枝

施設指導者会議を開催した。(詳細は次項で述べる) 会議の参加者は臨地実習を依頼している施設の管理者・指導者(以下指導者とする)および本学看護学科教員・非常勤助手(以下教員とする)であった。

2000年の参加者は、指導者38名、教員15名の計53名であった。2001年の参加者は、指導者36名、教員は非常勤助手4名を含む20名、計56名であった。2002年の参加者は、指導者27名、教員は非常勤助手3名を含む16名、計43名であった。

## 2、臨地実習施設指導者会議の日程および場所

臨地実習指導者会議の開催は、毎年3年次生の領域実習が終了した11月中旬である。場所は、本学学生会館大ホールにて行った。

日程は、3年間とも9:00から受付、10:00から学長・学科長の挨拶、10:15から約1時間半の講演を行った。12:45から本学からの連絡・報告を行ったのち、事例の説明、13:30からグループワーク、14:30からグループワークのまとめを実施した。(表2参照)

表2 臨地実習施設連絡会議の日程

9:00	受付開始
9:50	オリエンテーション
10:00	開会 学長挨拶 学科長挨拶
10:15	講演
11:45	質疑応答
12:00	昼食・休憩
12:45	事例提供および報告
13:30	グループワーク
14:30	まとめ
14:50	閉会

## 3、講演

「臨地実習におけるリスクマネジメント」というメインテーマで講師を招き、2000年から2003年の3年間テーマの継続した講演を行った。第1回(2000年)は「医療現場におけるリスクマネジメントの考え方」、第2回(2001年)は「看護現場のリスクマネジメント」、第3回(2002年)は「臨地実習におけるリスクマネジメントの考え方」であった。講演内容については、講師に論文引用への承諾を得た。

### 1) 「医療現場におけるリスクマネジメントの考え方」〈第1回(2000年)〉

岡山大学医学部附属病院の加見谷将人先生より、現在の医療現場におけるリスクマネジメントの取り組みについて以下の講演があった。

「リスクマネジメントのマニュアル」や「クリティカルパス」などの取り組みもなされているが、実際には「ヒヤリ・ハット」事例の経験者は90%以上にも昇り、医療事故の報告は後を絶たない。その医療事故の原因として「看護業務の負担の増大」を挙げ、人員の増加により事故を減らそうとする要求もだされている。しかし、わが国の医療環境を考えると人員の増加による経費負担の増大は病院経営を圧迫することになり問題解決には繋がらない。一方「リスクマネジメントのマニュアル」や「クリティカルパス」のように成文化されたものは慣れにより対応が形式化しやすくなる。深く考えないでマニュアルどおりに実行することを第一に考えるために、逆に事故の防止対策としてマニュアルが役立たなくなる。また、わが国のマニュアルは規則書であり、応答確認式になっていないことが挙げられる。規則書では一見細かく規制しているようで実際は具体性にかげ、最終的な判断がかえって不適切になってしまう危険性がある。そして、リスクマネジメントの進め方を①現状を十分認識していなければならない、②課題や問題を適切に評価しなければならない、③適切な対策を立てなければならない、④目的を再認識すること、⑤広く知識を求めることが大切、⑥既成概念にとらわれない広い分野の考え方・技術にも目をむけることが大切、⑦各施設長をはじめとする管理者の理解を得る必要がある、⑧トータルコストバリューの視点からみることの8項目挙げられた。最後に、我々に求められるのは「リスクをリスクと覚えることである。」と示唆された。

### 2) 「看護現場のリスクマネジメント」〈第2回(2001年)〉

川崎医科大学附属病院看護部長、定金敬子先生の講演では、臨床現場で経験する「ヒヤリ・ハット」事例を挙げ具体的な内容を示された。臨床現場のリスクマネジメントについて、①臨床現場で

起こりやすいヒヤリ・ハット事例、②予防対策、③起こった場合の報告、④患者・家族への対応、⑤各職責の役割・リスクマネージャーの役割と機能の5項目にそって以下のように話された。

特に臨床現場で起こりやすいヒヤリ・ハットとして、転倒・転落があり50%を占める。その他、食事の配膳の患者間違い、点滴の量の計算が出来ない、処方箋が読めないなどが起こっている。その対策として、看護技術のチェックを行い指導する。また、プリセプターの導入や各部署別のオリエンテーションなどを取り入れている。しかし、さまざまな対策を講じても「事故は誰もが平等に起すのではなく、同じ人が複数で起す」と厳しく指摘した。さらに「過ちを認めざるを、これを過ちという。」と述べ、事故の報告を自発的にできるよう職場環境を整える必要があると言われた。教育現場への要望として、安全に対する教育が少ないと今後の看護教育に対する示唆があった。

### 3) 「臨地実習におけるリスクマネジメントの考え方」〈第3回(2002年)〉

岡山県立大学保健福祉学部看護学科教授、横手芳恵先生から以下のような講演があった。臨地実習においてすべきこととして、実習は受持ち患者の了解が得られていること、また学生は無免許であるために看護管理下において実施され、行為は修正可能な状況下で行われることが前提であり、看護実践の責任はすべて看護管理下にある。そして事故発生防止としてすべき、①結果予見の義務、②結果回避の義務において学生は断片的関与でしかなく個別対処能力や時間的連続性や多面的患者理解には限界がある。また、教員の立場が所属病院でなければ学生と同じ状況である。

そして、学生に発生しやすい事故は、療養上の世話業務に関わるものが多く、診療上の補助業務に関しては、見学が多いために事故としては発生しにくい。臨地実習における医療事故発生メカニズムから考えると、臨地実習体制の整備と計画実践における確認・指導・状況対応能力における監督・補助を行うことが事故防止には必要である。そして、事故発生時の対応は、被害の広がりを防ぎ、あいまいにしないことが大切である。事故の

記録は経時的事実を客観的に記述し、適切な保管や報告も大切である。事故との対時を行うには、自己責任の自覚的行動がとれ、感情体験をし、事故事実の再構成を行うことであると述べられた。

#### 4、グループワーク

グループワークを行う際の事例は、表1のように、第1回(2000年)は、学生からの「ヒヤリ・ハット事例」について検討し、第2回(2001年)と第3回(2002年)は教員からの「学生の臨地実習におけるヒヤリ・ハット事例」を検討した。グループワークに使用した事例は、事前に学生と実習施設に許可を得て使用した。以下その内容について述べる。

##### 1) 学生からの「ヒヤリ・ハット事例」〈第1回(2000年)〉

学生からの「ヒヤリ・ハット」報告があった30事例の中から検討事例を選び、各グループで対応方法や今後の指導方法について話し合った。学生からの「ヒヤリ・ハット」事例を列挙すると、①車椅子から便坐やポータブルトイレへの移動時に転倒しそうになった事例(7事例)、②学生が指導者に連絡せずに摘便した事例、③食事や内服薬を誤飲しそうになった事例(2事例)、④片麻痺の患者のケア後ベッド柵を上げ忘れていた事例(2事例)、⑤病室で患者・家族や他の患者の前で「この痛みは癌のためですか」と聞いた事例、⑥食事の援助後ベッド挙上のまま学生が昼食に行った事例などであった。

グループワークは柳田邦男が「事故調査とは『誰がやったのか』を問うものではなく、『なぜ起こったのか』を調査分析し、明らかにした事故要因に対し、どうすれば再発を妨げるかを考える作業である。」<sup>9)</sup>と事故に対する2つの思考方向を説明したのち原因指向で検討し、臨地実習における事故予防の対策を考えた。

各グループで検討された主な対策として以下のことが挙げられた。

①指導者より患者の情報提供を事前に行う、②守秘義務があることを再度徹底する、③学生に「ヒヤリ・ハット」事例を起しやすい状況につい

て情報提供や話し合いをし、意識づける、④グループ間で共有しフィードバックする、⑤報告・連絡・相談がしやすい環境づくりをする、⑥病室で不必要な話をしない、⑦事故を起した後の対処マニュアルを検討する、⑧学生の行動について毎日振り返る習慣をつける、⑨ケアの目的や手技を事前に確認し、一緒に行う対策などがあった。今後も臨地実習施設と本学の連携を深めていく必要性を確認するグループワークとなった。

##### 2) 教員からの「学生の臨地実習におけるヒヤリ・ハット事例」〈第2回(2001年)〉〈第3回(2002年)〉

2001年は『臨地実習場面における対応』として、教員から①受け持ち患者のレビンチューブが抜去した事例、②流行性眼疾患に罹患した学生の事例、③受け持ち患者の持ち物を患者に許可なく勝手に見ようとした学生の事例、という3つの事例を提示した。各グループでその中の一つの事例についてSHELモデルを用いて分析した。

第3回目となる2002年にも引き続き、教員からの学生の臨地実習におけるヒヤリ・ハット事例として、①胸腔ドレナージを行っている患者の清拭を学生同士で行った、②抑制をはずしたまま、その場を離れた、③熱いお粥を食べさせた、④車椅子移動時、身体の症状確認不足のため、擦過傷を負わせた、⑤実習中に患者より危害を受けそうになった、⑥清潔野に触れてしまった、⑦処置後ベッド柵を確実に上げなかった7事例を提示した。各グループが、その中の一つの事例についてSHELモデルを用いて分析した。SHELモデルの分析及びグループワークについては別稿「臨地実習における医療事故防止に向けての教育上の課題—SHELモデルを用いたインシデントの分析—」で述べるので、本稿では略す。

#### おわりに

2000年度から3年間の臨地実習連絡会議において、リスクマネジメントをテーマに指導者、教員が学び合う場を設けた。今後も教員・指導者がともに学び、学生に還元できるような有意義な会を運営していきたい。

## 謝 辞

お忙しい中、実習を快く引き受けて下さっている施設代表およびの指導者の方を始め、スタッフの方々、また、論文への引用を快くご承諾いただきました加見谷先生、定金先生、横手先生に深謝いたします。

## 引用文献

- 1) 古城幸子他7名：学生に期待する臨地実習での学び—その1 臨床指導者と教員の期待の違い—、新見女子短期大学紀要、18、73-81、1997
- 2) 西村正子他7名：学生に期待する臨地実習での学

び—その2 臨床指導者と教員の討議のまとめ—、新見女子短期大学紀要、18、83-92、1997

- 3) 栗本一美他3名：臨地実習での学生の困惑場面への対応—紙上場面における教育・指導者の関わりへの分析—、新見公立短期大学紀要、20、87-94、1999
- 4) 木下香織他5名：臨地実習での学生の困惑場面における指導上の視点と指導者の特性との関係—紙上場面を用いて—、新見公立短期大学紀要、21、83-90、2000
- 5) 柳田邦男：「医療事故の政府臨調を設けよ—実態の真因分析からの緊急提言—」、現代、9、46-66、2000