

## 新人看護師のインシデント体験時の心理状態

～病棟におけるインシデントの側面から新人教育への課題を考える～

西病棟3階 ○丸谷晃子 三坂里実 竹内弘美 中村一美 池田良枝 富田静江

key words : インシデント 新人看護師 新人教育

はじめに

医療の現場では患者の安全、安楽を保証する為に医療事故防止に重点が置かれている。当病棟では院内の事故防止対策を踏まえ、インシデント発生後は病棟リスクマネージャーへの報告とインシデントを当事者の責任だけにせずシステムとして対策を検討することを基本としている。また、病棟リスクマネージャーと事故防止対策係が連携し、インシデントレポートの分析、病棟マニュアルの整備、業務改善、学習会における教育的介入など対策を工夫してきた。しかし、依然として、インシデントは発生しており、特に新人看護師（以下：新人とする）のインシデントに至っては、増加傾向を認めている。そのため、現状の事故防止対策が新人を含めた対策としては不十分であり、根本的な問題解決に繋がっていないと考えた。

先行研究では、インシデントの実態や対策を検討する報告<sup>2)</sup>は多い。また、事実の記載や防止要因には体験者の教訓も事故防止のヒントになる<sup>3)</sup>ことから、看護師のインシデント体験時の心理状態は報告<sup>4)</sup>されている。一方で、新人を対象にした報告は少ない。

今回、病棟における新人のインシデント体験時の心理状態から、インシデント発生要因とその影響を考察し、病棟における新人教育への課題を導き出したいと考えた。

### I. 目的

1. A病棟における新人のインシデント発生要因と心理状態を明らかにする。
2. A病棟におけるインシデントの側面から新人教育への課題を考察する。

### II. 研究方法

1. 研究期間：2005年4月～9月
2. 研究デザイン：質的研究
3. 対象：A病棟における卒後2年目、3年目の看護師  
対象の選定では、以下の要因を考慮した。新人は職業活動を通し不安やストレスがあり、情動や否定的な経験により知覚が歪められやすく、新人自身の知覚をデータとすることは限界がある<sup>5)</sup>といわれている。インシデントはひとつの否定的な体験であり、新人では、その心理を把握しにくいと考え、A病棟で新人を経験した卒後2年目、3年目の看護師を対象とした。
4. データの収集方法  
研究者1名が対象に半構成的面接を行なった。面接回数は1回、質問内容は、新人の時期を振り返り、初めてイン

シデントを体験した時の思い、印象に残るインシデントを体験した時の思いなどである。面接時間は20～30分以内で、面接場所はプライバシーが確保できる場所とした。面接内容はテープに録音し、面接後、逐語録を作成した。

### 5. データの分析方法

面接で得られたデータより、インシデントに関する文脈を抽出し、コード化する。更に内容の共通性と相違性をみながらカテゴリー化した。内容が新人の体験を表すものであるかについて、研究者間で検討した。

### 6. 倫理的配慮

対象には文書を用いて、研究の趣旨、研究参加及び辞退は自由意志であること、秘密を厳守することなどについて説明し、同意署名を得た。テープに録音したものは本研究以外に使用せず、研究終了後は速やかに処分した。

## III. 結果

### 1. 対象の背景

対象は6名であり、インシデントの初体験から面接までは11ヶ月～2年3ヶ月であった。

全対象は5月～10月に初回のインシデントを経験し、インシデントの内訳は、注射薬、内服薬、転倒であった。

「印象に残るインシデント」は初回のインシデントである場合と何回目かのインシデントである場合があり、対象にとっては「あのショックは絶対忘れない」と語るほどの印象深いものであった。「似た行動があると思出す」という類似された行動で再現されるものであった。「印象に残るインシデント」では、「自分が悪い」という自己責任を語っており、内訳は全て注射薬であった。

### 2. 面接結果 (表1)

面接の結果、68コード、22サブカテゴリー、3カテゴリーが得られた。以下、【】はカテゴリー、[]はサブカテゴリー、「」はコードを示す。「印象に残るインシデント」体験後は、3カテゴリーの心理状態であった。

#### 1) インシデント発生時の心理状態

インシデント発生時は、「大丈夫だと思った」「深く考えていなかった」「知らなかった」と語っていた。

薬剤のインシデントでは「注射を確認し与薬を実行したが他者より指摘されインシデントに気づく」、転倒のインシデントでは「アセスメントしても目の前にいる患者の転倒の予測ができない」と語り、他者からインシデントを指摘され「危機的状態」となっていた。

#### 2) インシデント発生後の心理状態

##### (1) 【思考の停滞】

このカテゴリーは、13サブカテゴリーで構成され「思考が停止する」「頭の中が真っ白」という次の行動を起こすことができない状況となっていることを表す。

対象は、薬剤や転倒などのインシデント発生時、医師や

看護師の他者の指摘でインシデント発生に気づき、その後、「自分が悪い」[薬剤の知識不足]への反省という失敗に対する自責の念が、「負の感情」となり、「危機的状態」となっていた。「仕事への自信喪失」「自己学習には限界がある」、「どうすればいいのかわからない」など葛藤を体験していた。

## (2)【思慮が深まる変化】

このカテゴリーは、6サブカテゴリーで構成され、行動を起こす前に考えを深めるという自己の思考を変容させ成長することを表す。

インシデント体験後は、「自分で考えなければいけない」というインシデントが行動を起こす動機となる場合は、「同期との話し合い」「先輩看護師との話し合い」「相談する」など周囲との交流をもち、他者とインシデント発生時の自己の行動を振り返っていた。また、対象はどのような考えで行動することが適切であったか、適切でなかったのか、という自分の思考や行動の正否を確認する作業を行っていた。その後、「主体的な確認行為の増加」となり、「判断し行動できるように変化」していた。また、就職後8ヶ月目に行なったインシデントの自己分析は、「冷静に自分をみることができた」、「SHELLモデルは振り返りになった」「Medical-SAFERは自分の行動と周りの状況がわかった」と語り、自己分析は客観的な振り返りとなっていた。

一方、インシデント体験後、周囲の反応に対し、「注意された」という批判的に受け止めている場合は「周囲についていくことが精一杯」「周囲の意見を聞く余裕がない」「相談することがわからない」と語り、「対策の視野を広げることが出来ない」状況であった。そのため、インシデントにおける自己の振り返りが深まらず、「対策も効果がない」状況であった。更に「同じミスを繰り返す」というインシデントを繰り返す経過となっていた。

## (3)【周囲の支援の存在を自覚】

このカテゴリーは、3サブカテゴリーで構成され、対象は、インシデント発生後、プリセプターや先輩看護師との交流の中で見守り、傾聴、共感を実感し、「看護チームの支援があることに気づく」状況であった。また、学習の場も周囲の支援であることに気づいたことを表す。

インシデント発生後の衝撃後、周囲の支援に気づきながらも受け入れられない状況から、受け入れ次の対策を考えることができる状況となっていた。また、病棟での学習会や院内研修は「何を言っているのかわからない」「印象に残らない」「興味がないテーマもある」と語っており、「余裕がない」状況であり学習直後の学びは少なかった。しかし、インシデント後は「ピンクの用紙や院内WEBをみる」「警鐘的事例は注意する」という周囲の支援を自分の情報として取り入れ、「経験があると研修や資料は照合できる」とあり、経験と過去の学習を意味づけていた。

## IV. 考察

### 1. 病棟における新人のインシデント発生要因

#### 1) 薬剤のインシデントの発生要因

注射業務は患者に直接作用する<sup>9)</sup>ため重大な事故に移

行する可能性があり、注射のインシデントの薬剤の取り扱いが重要である。しかし、「注射を確認し与薬を実行したが他者より指摘されインシデントに気づく」とあり、対象にとってインシデントは予期できない出来事であった。更に、他者より指摘を受けて「患者への影響について考える」ことができたといえる。

対象は「処方箋と確認し注射はできる」と語っており、薬剤の表層的照合や与薬技術は習得していたことが伺える。一方、「薬剤の知識不足」は、「薬効の知識不足」「重要薬の知識不足」「薬剤の至適量の知識不足」「測定値と薬剤の関連の知識不足」「薬剤の投与方法の知識不足」「薬剤の配合性変化への知識不足」を含んでいた。これらは薬剤業務や診療業務にも影響する知識であり、看護師の単独の業務とは断定できないが、薬剤を安全に取り扱うために臨床の看護師に求められる表層的照合では表示されることが少ない知識である。対象は、表層的照合では対処が不十分となる薬剤知識を求められ、対処できず、インシデントを発生していたと考えられた。

#### 2) 転倒・転落のインシデントの発生要因

転倒・転落は、患者側の要因として不可抗力として諦めず、最大限の予防策は必要である。対象は、「アセスメントしても目の前にいる患者の転倒の予測ができない」「夜に点滴のある人が暗くて歩きにくいとは思えない」「転倒をみたことがない」と語り、目の前にいる患者が転倒・転落しやすいという予測ができず、予防行動にまで移すことができない現状であったことが伺える。新人は転倒・転落の危険性の予測を現実的に考えることが困難な状況であり、インシデントを発生していたと考えられた。

#### 3) インシデント発生要因からみた事故防止対策の課題

薬剤と転倒のインシデント発生直前の対象は、「大丈夫だと思った」「深く考えていなかった」「知らなかった」という思いがあり、判断を深めていなかったことが伺える。

エラーの分析に実績があると言われている谷村の心理分析のモデル<sup>10)</sup>の側面から分析すると、思考の統合は認識した情報を判断し対処することである。対象は情報に対し判断力が少なく、考えを深めていなかったため、思考の統合に問題があり、思考が未熟であったと考えられた。藤田は、経験年数によってインシデント発生要因は異なるが新人のエラーには思考の統合に関する訴えが多いと報告<sup>9)</sup>している。これは、思考の未熟さがインシデント発生要因のひとつであった今回の調査と一致していた。

以上より、新人のインシデント発生要因には、思考の未熟さが影響していると考えられた。

## 2. インシデント体験後の心理状態

対象は、インシデント体験後に【思考の停止】という葛藤を体験する。【周囲の支援の存在を自覚】しながら、【思慮が深まる変化】という成長する心理状態であった。

対象は、インシデントによる葛藤体験後、看護師の役割を前向きに考え、自己の専門職としての意識を変容していたと考える。近田は、葛藤体験をしながら解決策を見出す過程は、他者承認と自己承認を得て、前向きな安定した情緒を得てこそ発動性が発揮できる<sup>9)</sup>と述べている。対象には、インシデントが次の行動を起こす動機付けになって

おり、葛藤体験から心理面が安定する迄と心理面の安定から次の学びが深まる迄の期間がある。この期間に他者承認と自己承認の場があったため、意識が変容したと考える。意識の変容には、個人の資質と周囲の支援が影響していると思われるが、今回は周囲の支援に焦点をあて考察する。

#### 1) 【思考の停止】から心理面が安定する期間

対象の心理面の回復にはインシデントの患者への影響を伝えつつ、対象の危機的な状況を、そばで見守る、傾聴、共感などの支援を提供する看護チームの存在が影響していたと考える。

#### 2) 心理面の安定から次の【思慮が深まる変化】迄の期間

重森は、失敗から学ぶためには事故や失敗の原因を知ることによって具体的な注意がわかる<sup>10</sup>と述べており、インシデントの原因を明らかにすることは思考の深まりには重要である。また、重森は、事故や失敗の原因の推論には、「原因を知る」、「思い込みに注意する」、「意図的に正しい思考の実践」が必要である<sup>10</sup>と述べており、インシデントの系統的な振り返りは、原因を明らかにできる手段である。

対象には、①「原因を考える」「客観的に自己の思考や行動を振り返る」「他者と自己の思考や行動を振り返る」という原因の探究行動があったこと、②「同期との話し合い」「先輩看護師との話し合い」という周囲と関わりでインシデントの要因を個人レベルからシステムへ視野を拡大していること、③自分の思考や行動を周囲へ「相談する」という思考や行動の正否を他者と自己に確認する行動を認めた。対象は、①を検証するために、部分的に周囲と関わりながら、②③の過程を踏んでおり、インシデントの自己分析を系統的に行なっていたといえる。また、自己分析はインシデントの一連の流れを振り返るものであり、全体を通した振り返りの場であった。

看護には何をすべきかという正当性を考える倫理的な知のパターンがある<sup>12</sup>。③の過程は対象が看護師としての思考や行動が安全行動か、否かを意味付ける行動であり、看護の倫理的な認識について自分自身で気づく過程であったと考える。また、これは対象自身の思考や行動に対する他者承認、自己承認の場であったといえる。これによって、自分自身の経験から気づきを得ることができ、インシデントの重大性を受け止めつつ、次の解決策を見出す行動に移すことが可能となったと考える。更には、経験を学びへと発展させ、成長する過程までに至ったと考えられた。

#### 3. インシデントの側面から考える新人教育への課題

病棟では、インシデント発生後は患者への対処が最優先される。一方で、インシデント当事者への支援も重要である。今回、対象の[印象に残るインシデント]に関しては、心理面への支援と系統的な振り返りという周囲の支援が部分的あるいは全体的にあり、これを対象自身が前向きに受け止めたため、主体的な気づきや学びを得ることができた<sup>10</sup>と考える。その反面、[印象に残るインシデント]とならない場合は、周囲の支援と対象自身の受け止め方が少ない可能性がある。以上より、新人がインシデントを通し、気づきを得て成長するか、否かには、周囲の支援のあり方と指導するタイミングが影響すると考える。以上より、インシデント発生時は発生要因を考え、新人の心理状態を把

握した介入が必要であり、今後の病棟における新人教育への課題であると考えられた。

## V. 研究の限界

本研究は、症例が少ないため一般化には限界がある。また、過去を振り返っており、カテゴリーの心理状態の期間までは明らかにできないことが研究の限界であった。

## VI. 結論

1. A病棟における新人のインシデント発生要因には、思考の未熟さが影響していた。
2. 新人のインシデント体験時の心理状態には、【思考の停滞】、【思慮が深まる変化】、【周囲の支援の存在を自覚】のカテゴリーが得られた。
3. インシデント体験後は、心理面への支援と系統的な振り返りを新人の心理状態を理解しながら介入することが必要である。この周囲の介入が、新人の成長に影響するため、今後の病棟における新人教育の課題であると考えた。

## 引用文献

- 1) 杉谷藤子：「看護事故」防止の手引き，日本看護協会，24-48，1997.
- 2) 小林紀子：事故報告書から見た誤薬の要因分析，第31回日本看護学会論文集，210-212，2000.
- 3) 川村治子：看護サービス管理におけるリスクマネジメント，医学書院，203，1998.
- 4) 山崎真由：インシデント発生時の看護師の心理，第34回日本看護学会論文集，90-92，2003.
- 5) 杉森みどり：看護教育学，医学書院，343，2004.
- 6) 看護管理編集室（編集）：リスクマネジメント読本，医学書院，105，2002.
- 7) 谷村富男：ヒューマンエラーの分析と防止，日科技連，1995.
- 8) 藤田茂：医療におけるヒューマンエラーの分析，病院管理，15-24，2001.
- 9) 近田敬子：発動性の理論と個別性の教育，日本看護学教育学会誌，10(3)，31-37，2000.
- 10) 重森雅嘉：医療事故防止にクリティカルシンキングをどう用いるか，医学書院，60，2003.
- 11) 重森雅嘉：医療事故防止にクリティカルシンキングをどう用いるか，医学書院，61-67，2003.
- 12) Chinn, L.P., & Kramer, K.M., 白石聡（訳）：看護における知のパターン，看護理論とは何か，医学書院，9-10，1997.

## 参考文献

- 1) 小林孝代：新人看護師のリフレクション体験と先輩看護師の関わり，第33回日本看護学会論文集，12-14，2002.
- 2) 藤岡完治：関わることへの意思・教育の根源，国土社，58-67，2000.

表1 インシデントの体験

コード(68)	サブカテゴリー (22)	カテゴリー (3)
基礎教育からのインシデントの知識は乏しい	基礎教育におけるインシデントの印象は薄い	思考の停滞
卒後1年以内にインシデントを初めて経験	印象に残るインシデント	
あのショックは絶対忘れない		
似た行動があると思いつく		
印象に残るインシデント		
周囲の視線への不安	危機的状態	
注意された		
自分が悪い		
思考が停止する		
頭の中が真っ白		
どうすればいいのかわからない		
負の感情		
緊張感の増大		
衝撃を受ける		
仕事への自信喪失		
患者の対応への不安		
具体的な対策を増やすことができない	対策の視野を広げることができない	
対策も効果がない		
同じミスを繰り返す		
相談することがわからない	相談する内容がわからない	
薬剤の至適量への知識不足	薬剤の知識不足	
測定値と薬剤の関連への知識不足		
薬効への知識不足		
薬剤の投与方法の知識不足		
薬剤の配合性変化への知識不足		
重要薬への知識不足		
処方箋と確認し注射はできる	表層的確認の与薬技術を習得	
確認行為の曖昧さ	確認不足	
専門職として独りで行う仕事が増加	余裕がない	
周囲についていくことが精一杯		
勤務時間に仕事を調整することが困難		
仕事が終わらないので学習会や研修に参加する余裕がない		
自己学習には限界がある		
何を言っているのかわからない		
印象に残らない		
興味がないテーマもある		
判断の乏しさ	判断不足の状況で実践	
大丈夫だと思った		
深く考えていなかった		
知らなかった		
注射を確認し与薬を実行したが他者より指摘されインシデントに気づく		
アセスメントしても目の前にいる患者の転倒の予測ができない		
転倒を見たことがない		
技術を習得していない	技術不足	
仕事を確実に実施したいという責任感	仕事への責任感	
インシデントは予測できない	インシデントの予測は困難	
対策を検討することへの意識が芽生える	インシデントの対策検討への責任感	思慮が深まる変化
患者への影響について考える		
時間に余裕がある	余裕ができる	
勤務時間に仕事を調整することが可能		
判断し行動できるように変化	判断し実践するように変化	
自分で考えなければいけない		
指差し呼称の実施	主体的な確認行為の増加	
原因を考える	客観的に自己の思考や行動を振り返る	
冷静に自分をみることができた		
行動をひとつひとつ良い悪いに分けた		
SHELLモデルは振り返りになった		
Medical-SAFERは自分の行動と周りの状況がわかった		
自己の行動を振り返る		
相談する	相談ができる	
経験があると研修や資料は照合できる	経験と実践の照合による学び	周囲の支援の存在を自覚
ピンクの用紙や院内WEBをみる		
警鐘的事例は注意する		
黄色の医療事故防止マニュアルをみる		
看護チームの支援があることに気づく	周囲の支援の存在への気づき	
同期との話し合い	他者と自己の思考や行動を振り返る	
先輩看護師との話し合い		
プリセプターの支援がある		