

## 看護学生の臨地実習における事故とその対策

三宅恵美\* ・ 松原まなみ

**要旨** 臨地実習中に、看護学生が新生児の取り違えという看護事故に遭遇した。事故状況の分析を通し、管理体制、指導体制、確認不足等の問題が明らかになった。事故防止対策として、母性看護学領域における学生が実習できるケア項目、看護事故を起こさないための指導内容をまとめ、万が一の事故発生時に備え、事故報告ルートを作成した。

**キーワード**：看護教育 看護学生 新生児看護 医療過誤

### I. はじめに

医療過誤訴訟事件の新受件数<sup>①)</sup>は平成4年に373件、平成9年は595件と大幅な増加傾向にある<sup>1)</sup>。そのなかで「看護」<sup>②)</sup>に関する件数は、わずかながら多くなっている程度であるが、医療過誤訴訟においては、医師の過失だけでなく、看護婦等の過失が争点となることが多くなってきている状況にある。

看護教育においては、臨地実習が必須科目とされており、看護婦の免許資格をもたない看護学生であっても、患者ケアに携わらなければならない。しかしながら、看護学生が臨地実習をする場合においては、コミュニケーションの不足またはミス、実習計画の不備、過剰な実習計画の変更、心身の不調、実習への不適応といった様々な事故誘発要因をもち<sup>2)</sup>、事故が起りやすい状況にある。

このたび、母性看護学実習中に、看護学生が新生児の取り違えという看護事故<sup>③)</sup>に遭遇した。事故状況を把握し事故後の対応をまとめ、その原因を分析し、看護学生の臨地実習における事故発生時の対応および事故の防止対策について今回の経験、文献をもとに検討したので報告する。

### II. 事故状況

#### 1. 母性看護学実習体制および指導体制

本校における母性看護学実習は、2週間（週4日病棟実習）行われ、そのうちの1日（グループメン

バー6名のうち学生2人ずつ）を新生児室実習としている。産科病棟における実習は主として褥室、分娩室、新生児室の3セクションに学生を配置し、学校側の実習指導者（以下、実習指導教員とする）1名が常駐して、各セクションに分かれた6名の学生を指導している。病棟側からは1名の実習指導者（以下、臨床指導者）が任命されているが、三交代勤務のため、不在時は各セクションのその日に勤務する看護婦が指導にあたる体制をとっている。

#### 2. 実習病院における新生児看護体制

実習病院では新生児の看護は母児異室制で、生後2日目以降は自律授乳となり、母親は授乳室に来て新生児室看護婦から児を受け取り授乳するシステムをとっている。

#### 3. 事故当日の状況および事故発生要因

事故当日の実習状況を学生の報告書とともに表1にまとめた。なお、看護事故発生要因という場合、起こった看護事故と直接的に関与する現象が問題になる<sup>3)</sup>が、婦長、臨床指導者の説明、学生との面接、報告書等においても、この事故に直接的に関与する状況の詳細を把握することはできなかった。しかし、事故に関与すると考えられる要因としては、

①新生児の標識（ネームバンド）がはずれたままになっていた。

②学生2名だけで、新生児看護にあたる時間帯があ

\* 岡山県立大学保健福祉学部保健福祉学科実習補助員  
〒719-1197 岡山県総社市窪木111

岡山県立大学保健福祉学部保健福祉学科  
〒719-1197 岡山県総社市窪木111

った。

③授乳のために新生児を母親に手渡すとき、また母親から児を受け取るとき、児をコットに寝かせると

き、児の標識確認が不十分であったことなどが、考えられた。

表1. 事故状況

時 間	実習指導教員が把握した状況	学生の報告書に基づく状況	考 察
事故発生当日 午前中	<p>学生2名は、臨床指導者の指導のもとに実習を行い、実習指導教員も約1時間新生児室に入室し、指導を行った。</p> <p>この日、出生当日から生後5日目までの新生児7名がいた。</p> <p>午前中の沐浴の際、取り違えのあった2名のベビーM、Wのみ後から沐浴が行われていた。</p> <p>学生A、Bは、新生児の受け持ちをM、Nベビーと決めたが、午前中、授乳はWベビーを含む他のベビーの授乳も行った。</p> <p>Wさんから、授乳室に落ちていたWベビーの足輪を受け取り、未熟児室担当の看護婦に渡したが、その場で児につけられることなくそのまま放置されていた。</p> <p>事故後、病院からの状況報告より、<u>2人の児の標識は3つのうち1人の足裏に名前が残っていたのみ(要因①)</u>であり、2人とも足輪はなかった。また入れ替わった名札が上着につけられていた。</p>	<p>回診のために名札のついたベビー服は脱がされており身体の下にしかけていた。回診終了後も沐浴のため袖を通さず身体の上で合わせられているだけであった。</p> <p>当日授乳だけの担当ベビーを決め学生AがMベビーを担当し、直接授乳後、補足するミルク量の計算をし、授乳した。</p> <p>Wベビーの足輪が授乳室に落ちているのに気づいたが報告するのが遅くなり、そのままになっていた。</p> <p>大半のベビーの足輪がはずれており枕元においてあった。また足裏のネームも消えかかっていた。</p>	<p>児の標識は、①足首にネームバンド、②足裏に黒マジックで母親の名前を記入、③児の上着に名札と第3標識までつけられていた。</p> <p>3つの標識が確実に成されていれば、服が脱がされていたとしても、2つの標識によって児の確認はできるはずであった。この日に児の取り違えが起こったと考えられる場面としてこの沐浴時の可能性もあるが、その後11時と15時頃の授乳時においては母親から取り違えの指摘はなかった。</p> <p>午前中も、学生はミルク授乳を行っているが、時間帯がずれていたためM、W2ベビー同時には授乳していない。授乳終了後コットに寝かせる時点で取り違えた可能性は低いと考えられる。</p> <p>学生が、はずれていた足輪の報告を忘れていたことは、足輪の重要性の認識が薄かった、あるいは認識していたにも関わらず、不注意で報告を忘れたの2点が考えられる。</p> <p>一方、児の標識がはずれたままになっている状況を学生は確認しており、児の取り違えを防止する体制を学生に示すことができていない。</p>
午後	<p>学生は、担当看護婦不在の状態(新生児室に続く未熟児室には看護婦一人勤務)で、オムツ交換、児が泣きやまなければ、母親を呼んでもらって、学生だけで児を母親に手渡していた。</p>	<p>助産婦が母親学級のため新生児室の担当看護婦が一人になった。その看護婦の本来の担当は未熟児室看護であり、14:30頃まで成熟児の部屋は実習生2人になった。ベビーが泣いたらオシメを</p>	<p>基本的に、<u>学生だけで実習していた時間帯があった(要因②)</u>ことは指導体制の不備があげられ、事故が起こりやすい危険な状況にあったといえる。病院側に十分な指導をお願いすること、そして病院側で指導が困</p>

	<p>実習指導教員は、学生が指導者不在の状況のもとで実習していたことを、事故の報告を受け、学生に状況を詳しく聞く中で初めて知った。</p>	<p>チェックして交換し、泣きやまなければ母親を授乳に呼ぶという業務を代行していた。</p>	<p>難な状況の時は実習指導教員が学生の指導に当たるよう病院と学校との調整が必要であった。</p>
14:00	<p>学生は面会時間となり、廊下から窓越しに面会される面会者のためにコットを窓際に移動させた。通常、児は、出生順に並べられており、面会時間終了後はその通りにコットを戻した。</p> <p>14:50からWベビー、15:10からMベビーの授乳が行われたが、学生は母親に渡したかどうか記憶にないという。またこの時、授乳終了後、母親から児を受け取ってはいない。</p> <p>その後、ミルク補充時、学生Aは、看護婦にミルクと児を渡され、Mベビーだと思って授乳した。ミルク10mlを残し、看護婦に「誰に授乳したの」と聞かれ、「Mさんです」と答えている。コットへは、コットネーム「M」を確認して収容した。</p> <p>学生Bはその後、看護婦からミルクと児と一緒に渡され授乳。児の名前は確認しなかった。看護婦が抱いてつれてきたもとのコットへ寝かせた。名札ははずれていた。両学生とも名札をつけた記憶はない。学生2人がMベビーとWベビーを同時に抱いて空いた2つのコットに間違えて戻した可能性のある状況は、授乳時以外には可能性は低い。学生は、この後、午後4時前に実習を終了した。以後、夕刻の授乳まで、W両ベビーの授乳は行われていない。</p>	<p>14:30頃、看護婦に授乳時母親にベビーを渡さないようにいわれ、オシメをかえたり、記録を取ったりしていた。</p> <p>15:00頃、看護婦がベビーを連れてきてAが担当のMベビーを授乳。後から別の児を学生Bが授乳。このベビーは薬を飲んでいるベビーだった。</p> <p>「その都度児の名前をきちんと確認していなかった」と反省している。</p>	<p>それまで学生だけで、新生児の受け渡しを行っており、児の取り違えという危険性の高い場면을学生だけで実施していた問題状況が存在した。</p> <p><u>学生A、Bとも、授乳場面で、自分がどの児に授乳しているのかをきちんと把握していない(要因③)。</u>また授乳が終わってコットへ児を寝かせるとき、学生Aはコットネームの確認は行ったが、児の標識と違わないことの確認はなされていないので、確認が十分であったとはいえない。学生Bは看護婦が連れてきたもとのコットへ寝かせており、児の確認を全くしていなかった。</p>
夕刻	<p>18:45からWさんの授乳が行われた。Wさんが授乳を終えた後、19:30Mさんが呼ばれ、児が手渡されたが、Mさんから「この子はうちの子じゃありません」といわれ、MベビーとWベビーの取り違えが発覚した。</p>		<p>この時刻の授乳は、学生の実習は終了後で、<u>児は看護婦より母親に渡されているが、この時も母親の名前と児の標識の確認がなされていなかった(要因③)。</u></p>

### Ⅲ. 事故後の対応

#### 1. 事故後の病院側の対応

病院側においては、表2のような対応がなされた。

①新生児の標識がはずれていた点については、事故発生前、第1標識は、足首にネームバンド、第2標識は、足裏に黒マジックで母親の名前を記入、第3標識は、児の上着の胸に名札をつけるようにされていたが、足輪ははずれやすいので、手首にネームバンドをつけるよう変更がなされた。また、③児の標識確認について、徹底するよう全スタッフに改めて注意を呼びかけられた。

#### 2. 事故後の学校側の対応

##### 1) 実習中の指導

取り違えが発覚したのが、実習終了後であったため、実習指導教員には実習翌日の朝、病棟において、婦長、臨床指導者より事故発生の事実が伝えられた。事故当日に新生児室実習をしていた学生2名に、事故状況を説明し慎重に実習するよう注意を促した。

①標識、③確認不足については、病棟より取り違えの報告を受けた日、別の学生2名が新生児室実習にあたっていたため、児の標識の再確認、取り違えを防止するための標識とコットネーム、母親の名前の確認の重要性を説明した上で、新生児の標識を実際に確認しながら指導を行った。また、授乳のため母親に児を手渡すときは、学生だけで実施しないで、必ず臨床指導者と一緒に行うよう指導し、また臨床指導者にもその旨を依頼した。

##### 2) 学内カンファレンス

病棟実習日には、その日の実習体験の意味づけを行うことを目的とし、実習終了後に1時間程度のカンファレンスを毎日行っている。事故原因の分析・対策については、この中で検討するには、課題が大きすぎるため、学内実習日(週1回)にカンファレンスのテーマとして取り上げた。

新生児取り違え裁判例をあげ、①新生児取り違え防止のための新生児標識法、②初歩的・基本的ミスが重大事故を招く、③裁判の結果、事故が起きたらどうするかについて資料をもとに意見交換を行った。

1) 3種類のネームを採用しているのにも関わらず、徹底されていなかった。

2) 児のネームとコットネームの確認ができていな

かった。

3) 足輪がとれたら、すぐに装着しなければいけない。

4) 慣れ、認識の薄さが問題を引き起こす。

5) 初歩的、基本的ミスが重大事故を招くことがある。

6) 周産期事故は、その子の一生に関わる問題となる。

等、問題点、事故の重要性に関して色々な視点からの意見がでてきた。一方で、母親なら自分の子であることに気づかないのはおかしい、また、誤薬事件に際して看護婦の責任を曖昧にして事故処理を行った事例を引用して、事故責任を曖昧にさせるのが通例であるかのようなネガティブな考察も出された。

さらに、2週間の実習が終了した後の、最終カンファレンスにおいて、

1、新生児の起こりやすい事故について

2、看護学生の臨地実習における事故と対応について

事例をあげながら説明を行った。

##### 3. 実習後の対応

学生2名に対し、その事故を振り返ることで、事故原因を分析する必要性を説明した上で、報告書を提出するよう指導した。

また、実習前後における学生に対する指導上の問題点と改善策を検討し(表3)、次の実習グループの学生からは実習前の学内演習時に母性看護学実習において、事故が発生する可能性の高い事項について注意を促すこととした。学生が実習中に行えるケアについて、①病棟で指導を受けた後、学生だけでも行ってよいケア、②指導者あるいは教員の立ち会いのもとで行うべきケア、③危険度が高いため見学実習となるケアを明確に提示した(表4)。事故内容ごとに防止対策と実習中、注意する事項についても指導した(表5)。

実習終了後は、看護学科実習報告会において報告し、事故対策について周知徹底していただけるようお願いした。

表2 事故要因と事故後の対応

事故要因	事故後の対応	
	病院側	学校側
①新生児の標識がはずれていた	足首につけているネームバンドを手首に変更	児の標識の重要性、標識の管理について再確認
②学生への指導体制の不備		児の母親への受け渡しは、必ず指導者と一緒に行くことを学生に指導 臨床指導者にも、同様にお願いした
③児の受け渡し時の確認不足	児の確認を必ずするよう全スタッフに周知徹底が成されていた	児の取り違えを防止するための標識確認の仕方を指導した

表3 実習前および実習中における学生に対する指導上の問題点と改善策

	今回の指導上の問題点	今後の指導上の留意点
実習前	学内における演習時間の際、実習時、とくに事故が起りやすい場面についての指導が不十分であった。新生児室の実習では実際に学生が手を出す場面が多いので、特に児の取り違え、転落等は、学生に十分認識するよう指導する必要がある。  実習中に、①学生が実際に行ってよいケア、②立ち会いのもとで行う必要のあるケア、③見学にとどまるケアについて明確な指導を行っていなかった。	実習に出る前には、実習中に必要なケア技術とそのポイントについて、十分演習しておく必要がある。実習時、資料、人形モデルを用いながらとくに事故が起りやすい場面について、起こさないための留意事項について十分指導する。この時、児の取り扱いに不慣れで、ただでさえ緊張感の高い学生の緊張感をさらに高めることがないよう配慮する。 左記について、どのようにケアが実施できるのか明示し、新生児に危険が及ぶようなケアを学生だけで行うことのないよう注意する。
実習中	実習場において、事故に気をつけるにはどのようなことに気をつけるべきか、実際の児を見せながら説明していない。	実習開始時に、事前に学習で確認した留意事項について、実際の児を見せながら再度確認する。

表4 母性看護学領域における学生が実習できるケア項目

①学生だけで行ってよいケア：学内において十分演習した後、実習場において指導者の指導後に行うこと
<ul style="list-style-type: none"> <li>・オムツ交換</li> <li>・更衣</li> <li>・バイタルサイン測定、全身の観察</li> <li>・授乳、授乳介助</li> </ul>
②学生だけで行ってはいけないケア：受け持ち新生児で行いたいときは、必ず指導者の立ち会いのもとに行うこと
<ul style="list-style-type: none"> <li>・授乳時、母親に児を手渡したり、母親から児を受け取ること</li> <li>・体重測定・授乳量測定をすること</li> <li>・児をコット以外の墜落が起りやすい場所に（沐浴台、インファントウォーマーなど）に寝かせること</li> <li>・クベウスから児を出したり、クベウスに児を収容すること</li> <li>・身体計測・頭計測</li> </ul>
③見学実習となること
<ul style="list-style-type: none"> <li>・沐浴</li> </ul>

表5 母性看護領域における看護事故を起こさないための指導内容

項目	項目
新生児の取り違え	①新生児の標識の種類の確認 ②新生児の標識の管理について ③授乳時、母親に児を渡すときの注意 ④児をコットに寝かせるときの注意
転落	①コットへの児の寝かせ方 ②コット以外の場所に寝かせるときの注意 ③児を抱くときの注意 ④コットの頭部を挙上するときの注意 ⑤排気時の注意 ⑥クベウスに児を収容するときの注意
誤薬・誤飲	①与薬・人工乳をあたえるときの薬品名、ミルク量の確認について ②与薬・哺乳後の報告について ③哺乳後の誤嚥予防について ④嘔吐時の対応
感染予防	①学生自身が、感染症罹患時の実習について ②新生児室入室時の手順 ③処置ごとの手洗い ④授乳前の手洗い ⑤処置後以外の手指消毒 ⑥清潔スリッパの使用範囲

#### 4. 褥婦への対応

褥婦Wは児Mに授乳してしまっていた。事故後、褥婦Wは自分の子を区別できなかったことに対し、落ち込んでいたということであった。病院から学校側に報告が成された後、事故状況はまだ確認できていなかったが、褥婦M、Wに対し実習指導教員から学生指導上の不十分さとして謝罪を行った。

#### IV. 事故防止対策と事故発生時の対応

看護教員は、看護学生の臨地実習に際して、「事故が起り得る」ことを前提とした慎重な指導が必要である。杉谷<sup>4)</sup>は「学生といえども、直接看護にあたり重大な過失があれば業務上過失致死罪に問われ、学業を断念し、一生この罪を背負うことにもなりかねない」と述べており、将来ある看護学生が、学ぶ段階でつまづくことのないよう責任ある指導が教員に求められている。また実習中の事故には、学生が事故に至った場合のみならず、教員自身が事故の当事者となり得ることも、忘れてはならず看護学生の臨地実習における事故防止対策は重要である。

菅野<sup>5)</sup>は看護実習の結果、患者に危害が生ずるこ

とのないよう実施されるための看護実習の要件として、「実習生の知識・技術水準に適合する看護行為、実習指導者による適切な指導監督、臨床実習の基準に適合する施設、患者等の十分な理解と同意」をあげている。またさらに、「臨床実習における看護行為の範囲は、実習生がそれまでの看護教育において習得した看護知識および技能をもって、患者に危害の生ずるおそれのない程度において行われるべきである」として、事前に校内実習や教材等を活用した演習を十分行う必要があると述べている。母性看護学実習において、新生児室実習は、新生児に触ったことのない学生が、新生児へのケアを通し、新生児に対する愛着を感じる貴重な体験となり得る。事故が発生しないよう、児の標識確認といった新生児看護の基本的な原則について、学内演習において身につけた上で、実習に臨むことが必要である。

また日頃から、学生の気づきや問題意識の啓発を図るよう指導していくことが必要である。事故に至る以前には、多数のニアミスの状況が存在する。その時宜をとらえてその原因と対策について、学生に問いかけることで、注意すべき事柄を明確にできる

よう促していくことが教育的な働きかけとして望まれる。日常の実習の中で問題意識を高められるよう、個々の実習場面を教材としてとりあげ、事故防止に対する感性を磨いていくことが重要である。

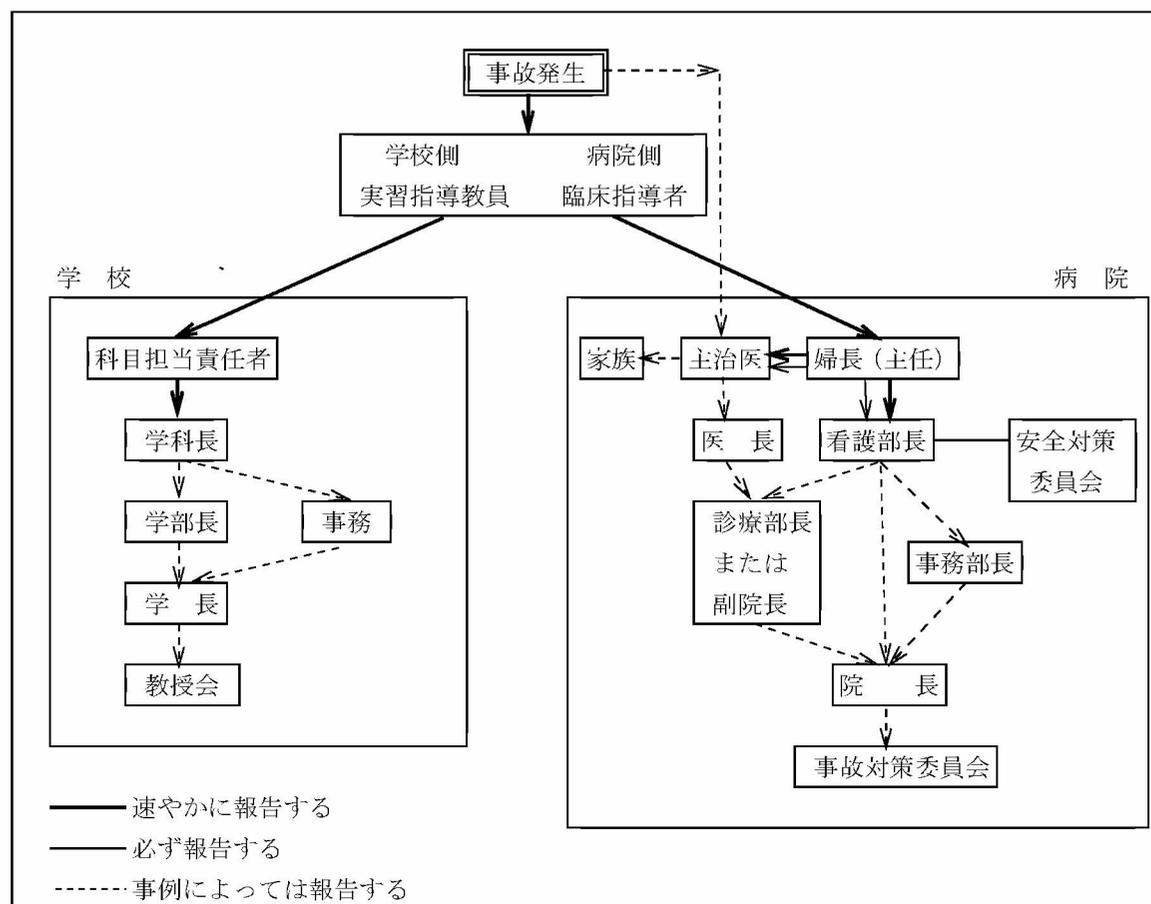
一方、万が一事故が起こった場合、患者に生ずる危害を最小限に留められるよう、速やかな対応が望まれる。病院施設において必ず作成されている医療事故対策マニュアルが、教育サイドにも必要といえる。さらに、事故を予防するための教育(表4、5)や、万一事故が発生した場合の速やかな連絡方法(図1)と対策、事故後の学生への指導等について、学校全体で基準を作成し、連携がとられることが必要である。

また学生の実習において、事故防止及び事故発生時の対応については、実習病院と学校側の連絡・連携体制が重要といえる。そのためにも、学校側は病

院と連絡を綿密に取り、問題を改善していける体制づくり・関係づくりが必要といえよう。

事故後の対応については、土屋<sup>7)</sup>が実習中のニアミス体験後、「体験後何らかの話し合いの機会を持った学生は、事故やその対策についてのキーワード数が、話し合わなかった学生に比べて多くなっていた」と述べている。事故の再発防止のために、原因究明、再発防止策等、当事者だけでなく、その実習グループ全体で検討していくことで、事故を様々な角度から検討することが可能となる。臨床において、一般に「事故報告書」の提出には抵抗があるが、事故報告書は、原因究明、再発防止等に不可欠であり、一つ一つの事故あるいはニアミス事例から学ぶという姿勢を学生の時から身につけることが必要と考える。

図1. 事故報告ルート



文献6) P.60 図3 事故報告ルート(平日の場合) 改変

## V. 終わりに

今回、事故状況の分析を通し、管理体制、指導上の問題点、ケア実施に際しての確認不足等、様々な角度からの問題が明らかになった。今回の事故に至る過程には、防ぐことのできる複数のポイントがあったにもかかわらず、事故が発生してしまった。医療事故は過去の事故から学ぶことが多いので、今回の経験を教訓として、注意深い指導をしていかなければならない。

学生が関与した事故の場合、思ってもみなかった事故の報告を受け、学生は動揺、混乱する。その気持ちを傷つけないよう言動には細心の注意をして対応する必要がある。指導者は多感な学生を傷つけることなく、かつ個々の学生の個人的背景をもとに成長への寄与材料へと転換できる関わりをしていく必要性がある。

今回の事例を個人のミスととらえることなく、グループメンバー間で共有するために他のグループメンバーも一緒に、カンファレンスを2度もったことで、グループメンバーも自分自身にも起こりうる問題として捉え、グループ全体で看護事故、倫理上の問題等への、視点が深められた。2週間の実習において母性看護学実習としての学習課題が達成されるよう指導しながら、今回遭遇したような事故の問題についても検討していくために、学習時間のゆとりが望まれる。基本的技術の習得の際、事故が起こりやすいポイントを押さえた学習が可能となるよう、指導していくこと、また、新生児の標識確認が必要な理由を学生自身が考察し、理解できるよう働きかけて行くこと等を行い、実習中の事故防止を図り、事故を防止するための意識づけを促していくよう援助していく必要がある。

## VI. 総括

母性看護学実習において発生した事故状況の分析をもとに、事故防止対策、事故発生時の対策について検討した。

1) 事故要因として、

- ①新生児の標識（ネームバンド）がはずれたままになっていた。
- ②学生2名だけで、新生児看護にあたる時間帯があった。
- ③授乳のために新生児を母親に手渡すとき、また母親から児を受け取るとき、児をコットに寝かせると

き、児の標識確認が不十分であった。

ことが、あげられた。

2) 事故防止策として、母性看護学領域において学生が実習できるケア内容を明確にし、看護事故を起こさないための指導内容をまとめた。

3) 事故発生時の対応として事故報告ルートを作成した。

事故はいつでも起こり得ることを念頭におき、万が一、実習中に学生が関与する事故が発生し、学生に損失をもたらすことがないような指導が重要である。そして、学生自身も事故が防止できるための気づきや問題意識をもって看護学実習にのぞめるよう感性を磨いて欲しいと考える。

注1) 1年間に全国の裁判所へ持ち込まれる訴訟数

注2) 療養上の世話業務によるもの

注3) 看護のプロセスにおいて、患者（対象者）に対して、看護の判断または看護診断、看護の実践上で精神的なものを含む何らかの損害を与えた場合<sup>8)</sup>

## 文献

- 1) 浅井登美彦・園尾隆司編集（1998）. 現代裁判法大系⑦〔医療過誤〕. 新日本法規出版株式会社：1-9
- 2) 松下由美子(1995). 看護事故を防ぐために. クリニカルスタディ, 16(14)：1316-1318.
- 3) 斎田トキ子・菊池登喜子監修（1993）. 看護事故発生要因12パターンと対策. 看護, 45(13)：152
- 4) 杉谷藤子(2000). 今求められる学生への医療事故防止教育. 看護教育, 41(2)：107-112.
- 5) 菅野耕毅(1994). 医療事故に関する法的状況. 看護教育, 35(7)：507-511.
- 6) 杉谷藤子（1997）. 「看護事故」防止の手引き. 日本看護協会出版会：60
- 7) 土屋八千代(1994). 学生の実習中の事故とその対策に見る看護教員の役割. 看護教育, 35(7)：495-500.
- 8) 杉谷藤子（1997）. 「看護事故」防止の手引き. 日本看護協会出版会：5