

看護職のリスク感性概念の構築と尺度の開発  
Construction of Risk Sensitivity of Nurses and  
Development of Scale

2018年 11月

愛知淑徳大学 ビジネス研究科

16002VBD 相撲 佐希子

## 内容

第1編	1
第1章 序論	1
1.1 研究の背景と目的	1
1.2 関連研究と本研究の位置づけ	4
1.3 本論文の前提条件と限界	9
1.4 本論文の構成	11
第2章 わが国における医療安全の現状	13
2.1 わが国の医療安全の位置づけ	13
2.2 医療事故の現状と特徴	14
2.3 医療におけるエラーの要因と対策	15
2.4 医療における組織環境としての安全文化	21
2.5 リスク・マネジメントにおける組織文化の役割	22
2.6 看護におけるリスク感性と医療安全文化の向上の正のスパイラル	23
第2編 医療安全への対処：組織的アプローチと個人的アプローチ	25
第3章 組織安全研修体制と組織学習による安全文化の醸成	25
3.1 本章の目的	25
3.2 本章の研究の前提と限界	26
3.3 組織安全研修と医療安全文化との関係	27
第4章 安全文化醸成のための教員の安全教育に対する認識と教員のリスク感性 要因	36
4.1 看護基礎教育における医療安全教育の動向	36
4.2 教育者と学習者のリスク感性の現状	37
4.3 本章の目的	37
4.4 本章の用語の定義	37
4.5 本章の研究の前提と限界	38
4.6 本章の研究方法	38
4.7 本章の研究結果	39
4.8 考察	42
4.9 本章の結論	47
4.10 本章のまとめ	48
第3編 リスク感性に関わる概念の整理と再構築	49
第5章 リスクとハザードの概念によるリスク感性の再定義とリスク感性の構造 フレームワークの提示	49

5.1	本章の目的	49
5.2	リスクとハザードの概念	50
5.3	ハザード知覚とリスク知覚の概念	52
5.4	リスク感性の概念	54
5.5	看護分野におけるリスク感性の概念	56
第 6 章	主観的リスク評価過程におけるリスク知覚とハザード知覚の位置づけの整理	58
6.1	本章の目的	58
6.2	リスク評価過程におけるリスク知覚とハザード知覚との関係	59
6.3	知識と情報に関する概念フレームワーク	59
6.4	主観的リスク評価過程における知識生成プロセス	60
第 7 章	看護師のハザード感性とリスク感性（狭義）の尺度項目の抽出と尺度（パイロット版）の作成	63
7.1	本章の目的	63
7.2	本章の研究の前提と限界	63
7.3	本章の研究方法	63
7.4	分析結果	64
7.5	本章のまとめ	67
第 4 編	ハザード感性とリスク感性（狭義）尺度の構築	68
第 8 章	リスク感性（狭義）とハザード感性尺度の信頼性と妥当性の検証	68
8.1	本章の目的	68
8.2	本章の研究方法	68
8.3	分析結果（リスク感性（広義）の探索的因子分析結果）	69
8.4	本章のまとめ	72
8.5	おわりに	73
第 9 章	エゴグラムに示される看護師のパーソナリティとリスク感性との関連	74
9.1	本章の目的	74
9.2	本章の研究方法	74
9.3	本章の分析結果（看護職者のパーソナリティの特徴）	75
9.4	本章のまとめ	76
9.5	おわりに	78
第 10 章	看護師の属性とリスク感性尺度の関係性	79
10.1	本章の目的	79
10.2	本章の研究方法	79
10.3	分析結果（看護師の属性とリスク感性尺度の関連）	80
10.4	本章のまとめ	83

10.5 おわりに .....	83
第5編 おわりに.....	84
第11章 結論 .....	84
11.1 本論文のまとめ.....	84
11.2 今後の課題・展望.....	85
附記.....	87
参考文献.....	88
参考資料.....	100

図	
図 1.1	医療事故件数 . . . . . 2
図 1.2	事故当事者の割合 . . . . . 2
図 1.3	本論文の構成図 . . . . . 11
図 2.1	看護におけるリスク感性と医療安全文化の向上の正のスパイラル . . . . . 24
図 5.1	本章で捉えるリスク (risk) の概念図 . . . . . 53
図 5.2	看護領域における risk、peril、hazard の例 . . . . . 53
図 5.3	リスク評価過程におけるリスク知覚とハザード知覚との関係 . . . 55
図 5.4	長沢の感性の定義 . . . . . 56
図 5.5	リスク感性 (狭義) とハザード感性の構造フレームワーク . . . . . 58
図 6.1	知識と情報に関する概念フレームワーク . . . . . 60
図 6.2	主観的リスク評価過程における知識生成プロセス . . . . . 62
図 9.1	調査対象者のパーソナリティ . . . . . 76

表	
表 1.1	関連研究と本研究との位置づけ . . . . . 8
表 2.1	用語の定義 . . . . . 14
表 3.1	施設内における安全研修の形態と概要ならびに、本研究で扱う研修区分の 定義 . . . . . 29
表 3.2	回答者の人口統計学的特性と医療安全文化 6 要因の成熟度 . . . . . 31
表 3.3	組織安全研修の種類と医療安全文化成熟度との関連性 (傾向スコアを用 いたロジスティック回帰分析結果) . . . . . 32
表 3.4	医療安全評価指標 (Patient Safety Climate Scale; PSCS) の質問項目 . . . . . 35
表 4.1	看護教員の医療事故防止に関する因子 . . . . . 46
表 4.2	看護教員のリスク感性に影響する要因 . . . . . 47
表 5.1	各分野における危険の分類について . . . . . 51
表 7.1	ハザード感性の因子分析結果 . . . . . 65
表 7.2	リスク感性 (狭義) の因子分析結果 . . . . . 66
表 8.1	リスク感性 (広義) の因子分析結果 . . . . . 71
表 9.1	調査対象者の属性 . . . . . 75
表 9.2	リスク感性 (広義) と SGE の関係 . . . . . 76
表 10.1	看護師の属性とリスク感性尺度 5 因子についての比較 . . . . . 82

# 第1編

## 第1章 序論

### 1.1 研究の背景と目的

わが国の医療安全に関する取り組みとして、医療法施行規則に基づき、2004年に特定機能病院、国立病院を運営する病院を対象に、日本医療機能評価機構への事故報告制度が導入された。日本医療機能評価機構により公開されている医療事故報告書(2015～2016)を基にした著者による試算では、医療事故は、2015年時点で100床あたり年間1.9件であり、400床程度の中規模病院に換算すると1.5か月に1回は顕在化する事故が発生している。医療事故は、組織におけるシステムの不備や偶発的な不可抗力によって、複数の医療関係職もしくは最終実施者のヒューマンエラーが誘発された「結果」である。このような組織要因に着目し、各施設では、マニュアルの作成や、医療安全教育を行うことで事故予防策を講じてきた。しかし、予防策を講じたとしても、どうしてもヒューマンエラーによる医療事故は発生してしまい、医療事故を引き起こす職種として、看護師が約60%を占めている(図1.1, 図1.2)。

医療関係者の中でも看護職は、患者の最も身近な存在として時々刻々と変化する患者をアセスメントし、起こり得る医療事故を防ぐ役割を担う。その一方で、看護職者は診療の補助や療養上の世話の「最終行為者」となるため、エラーが他職種に修正される機会が少ないことも、医療事故の当事者になりやすいという特徴がある(日本看護協会, 2013)。医療事故の多くが、「看護職者の疲労やストレスや経験年数および不安全行動という個人要因によって引き起こされる」という報告は多数ある(加地ら, 2006)(佐藤ら, 2003)(藤田ら, 2004)(桜庭ら, 2007)(高木ら, 2007)。しかし、医療事故への対処は、組織をシステムとして捉えた組織環境全体に関わる「組織要因」と、そのシステムの個々の構成要因に関わる「個人要因」の両者に対してバランス良く調和させ整備する必要がある。

1999年に報道された「患者取り違え事故」が起きた当初は、報道では関わった看護師個人の責任が追及されるなど、懲罰モデル(失敗した人を責める)の考え方が主流であった(山内, 2000)(福留, 2003)。しかし、裁判の判決では安全管理体制の不備が指摘され、それ以降各病院では、医療事故防止には安全を優先する考え方が組織に浸透していることが重要であるとの考えが広まっている(Reason, J, 2001)。このような時代や社会の要請に応えるべく、2002年には医療安全対策検討会議の報告書の第1章 今後の医療安全対策において「患者の安全を最優先に考え、その実現を目指す態度や考え方として「安全文化」を醸成し、これを医療現場に定着させていく」(厚生労働省, 2001)ことが示された。この時期から医療界で「安全文化の醸成」という言葉が使われるようになり、医療分野の組織における「安全文化」の重要性が注目され始めた。

医療安全対策への対応について国内外の状況を見てみると、米国では IOM (InstitutioNof Medicine) による“To Err is Human”を契機に、医療安全について組織的に検討されている。National Quality Forum (NQF) (2003) は、医療安全文化の概念と構成要素を提示しており、安全文化の評価ツールとして活用されている。日本では、AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) が作成した医療施設別の評価ツールの翻訳版 (2010,城川ら) (2011,瀬戸ら) や、看護師・人間工学専門家・心理学者による学際的メンバーにより医療現場の実態に即した項目が抽出され、信頼性・妥当性の検証が行われた医療安全評価指標 (Patient Safety Climate Scale; PSCS) (2008, 榎原ら) が開発され、活用されている。このように、諸外国のみならず日本でも患者の安全のための基本要素として医療安全文化の醸成が注目され、医療安全への組織としての具体的な対処が重要であることが示されている。

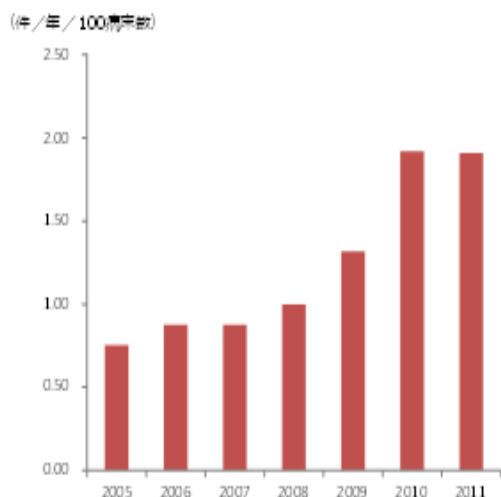


図 1.1. 医療事故件数

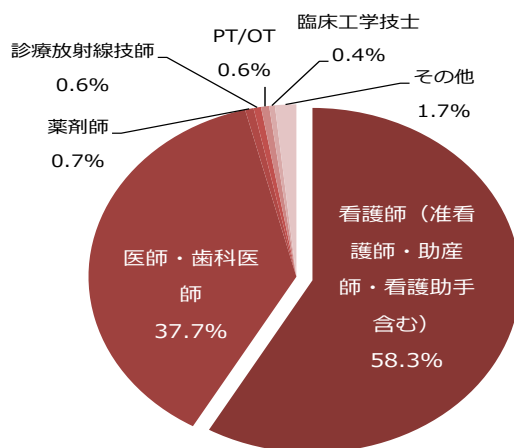


図 1.2. 事故当事者の割合

【出典】日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業 平成 23 年 年報」より著者が作成

組織におけるリスク・マネジメントのグローバル・スタンダードとして位置づけられている米国トレッドウェイ委員会支援組織委員会 (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission:以下 COSO) の全社的リスク・マネジメント (Enterprise Risk Management:以下 ERM) では、ERM を構築するための 5 つの構成要素の中に「ガバナンスとカルチャー」が示されており、カルチャーの重要性が指摘されている (COSO,2017)。COSO ERM が述べているカルチャーとは、組織文化・組織風土と捉えることができ、ERM 構築のための基盤であり、この基盤を作り上げ組織に深く浸透させ、定着させることが、組織全体ならびに個々の組織構成員の責任であると考えられている。すなわち、しっかりとした組織文化を有する組織こそが ERM (全

社的リスク管理)を構築し、実現できるのである。したがって、医療組織においても、医療安全に関する組織文化である医療安全文化を組み込んだ組織としてのシステム設計が必要となる。

本論文では、医療分野における医療安全に関して、医療事故の当事者の60%が看護師であることに鑑み、看護に関わる医療安全に注目する。そして、看護に関わる医療安全に関して、組織要因への対策と、組織の構成要員である看護師の個人要因への対策について検討する。さらに、組織要因への対策を検討する際には、多重課題の緩和や医療事故を防ぐための情報伝達や情報共有が重要であり、これを実現するための組織としての安全文化の醸成と整備の必要性を指摘する。その際に、リスク・マネジメントのグローバル・スタンダードである COSO ERM が重視している組織文化の重要性を確認する。カルチャー・組織文化を組織に深く浸透させ定着させるためには、組織横断的に情報共有と知識共有によって統合し、組織学習を行い、リスク・マネジメントを統一的にカルチャー・組織文化という基盤・土台の上に統合させていく方法を、医療安全文化に応用する。すなわち、医療安全文化を組織に深く浸透させ、定着するための組織学習として、組織的安全研修体制の必要性を指摘し、研修の形式が医療安全文化の醸成に与える影響について検討する。

次に、組織の構成要員である看護師の個人要因への対応策について検討する。その際、医療従事者である看護師が個々に医療事故防止に取り組むことができる知識と能力を備えることが重要であることに鑑み、看護師を育成する看護教員の医療安全に対する高い感性を備えておく必要がある点に注目する。したがって、看護教員が医療安全教育を行うにあたって、看護教員のリスク感性として教員自らが危険認識や危険回避の判断を養い、高いリスク感性を身に付けておく必要があるものの、各教員の知識や経験レベルに任せた教育が実施されている点を指摘する。そのうえで、看護教員の看護師育成の充実に資するための、看護教員の医療安全教育に対する認識とリスク感性に影響する要因を明らかにする。さらに、医療安全の構築のためには、看護師のリスク感性を向上させることが求められているものの、医療におけるリスク感性に関する定義や概念は統一されていないことから、看護教員は看護師をどのように教育・育成すれば看護師のリスク感性が向上するのかが明確ではない状況にある。すなわち、医療安全文化を組織として構築するために必要な、医療組織の構成員全員が理解し認識することができる共通言語としてのリスク感性の定義と測定尺度が必要となってくる。したがって、まず、リスク感性の定義を明確に再定義し、リスク感性を構成する項目を明確にしたうえで、リスク感性を測定する尺度を構築することを試みる。そして、構築したリスク感性尺度の信頼性と妥当性の検証をしたうえで、その尺度と看護師のパーソナリティや勤務年数・職種・リスク感性研修の受講の有無などの属性との関係性を明らかにする。これによって、個々の看護師のリスク感性を高めるためには、どの部分を教育・指導すればよいか明確になり、教育カリキュラム体制の作成、適正な病棟への人員配置や人事考課などに役



立つ評価ツールの作成に資するものとする。

## 1.2 関連研究と本研究の位置づけ

本論文は、医療分野における医療安全に関して、組織要因への対策としての医療安全文化の醸成と整備の必要性と、個人要因への対策としての看護教員の医療安全教育に対する認識とリスク感性に影響を与える要因を明らかにする。そのうえで、医療安全を構築するためには、最も患者の身近で直接的ケアを施す看護師のリスク感性を向上させることが求められるが、そのためには、医療安全文化を組織として構築するために必要な、医療組織の構成員全員が理解し認識することができる共通言語としてのリスク感性の定義と測定尺度が必要となる。そこで、リスク感性の定義を明確に再定義し、リスク感性を構成する項目を明確にしたうえで、リスク感性を測定する尺度を構築することを目的とする。

表 1.1 は、本論文の関連事象、課題に関する研究と課題解決に関わる本論文の特徴である。その概要として上段の (1) に医療安全に関連する事象を記載し、次に、(2) として組織的要因への対策と個人的要因への対策のアプローチに分類して、関連研究・先行研究を整理した。そのうえで、組織的アプローチと個人的アプローチにかかわる、現状の課題解決にかかわる本論文の特徴を、表 1.1 の中段の (3) に整理した。さらに、組織における共通言語としての「リスク感性」にかかわる関連研究・先行研究を最下段右側の (2) に示し、それらの課題を明らかにし、課題解決にかかわる本論文の特徴を最下段の左側の (3) に特徴 3~7 として整理し明示した。

以下に表 1.1 について具体的に解説する。まず、関連事象として、1999 年に大学病院で肺の手術をする患者と心臓の手術をする患者を取り違えてしまった事故は、日本国民の信頼を傷つけ医療における安全神話が見事に崩れ去った契機となるほど、医療界や社会を大きく震撼させた事故であった。一方、1999 年の患者取り違い事故発生以前のわが国の医療は、入院している患者は医師や看護師の世話になっているという印象が強いため、「要望や苦情が言えない、言っではいけない」というような弱者的な立場にとしての振る舞いが暗黙的に認められてきた風潮があった。また、病院という特殊な環境は保守的で独特な雰囲気醸し出し、医療関係者以外は内部の状況の把握が出来ない状況を作りあげてきた。そのため、病院などの施設では、医療事故があったとしても、患者やその家族等などに漏らさないようにしてきた隠ぺい体質そのものが、日本医療の安全神話を作りあげてきた理由と推察する。

さらに、医療事故が発生した場合は、起こした当事者の責任を追及する懲罰的な傾向が強く、組織というシステムから事故を防ぐ考えには及ばなかった。このような日本の医療にとって 1999 年に発生した医療事故は、市立大学病院という大きな組織が起こした事故としてマスコミが報道したことから、医療安全が社会の注目を浴びることになった。この事故の当初は、患者の対応をした看護師の責任として裁判が進められたが、最終的には組織体制に不備があったとする判決となった。すなわち、日本では、この医療

事故によって、今まで見るができなかった病院の内情がはじめて一般社会に知れ渡ることになったことが、奇しくもわが国の医療体制に変革をもたらすきっかけとなったことである。

一方、日本が医療事故で騒然としている同時期に米国医学研究所(IMO)の“To Err is Human”において、医療過誤による年間死亡者数は、自動車事故、乳がん、エイズによる死亡者数を上回ることを発表し、世界の人々に衝撃を与えた。このような現状から、事故を繰り返さないためのアプローチとして、原因や背景要因を徹底的に分析し、再発防止のためには「組織」と「個人」の両面からアプローチする必要性が説かれた(J. Reason,2000)。その後、日本でも医療安全対策会議(2002)において、患者の安全を最優先する安全文化の醸成と定着のための教育の必要性と、医療従事者個人のリスクについての予測力や事故の行動特性への認識の必要性が提唱されることになった。

すなわち、国内外では2つのアプローチの仕方が提唱されていることに鑑み、本論文でもまずは事故の再発防止の対処方法として、「組織的アプローチ」と「個人的アプローチ」に分類し、以下にまとめた。

(1)「組織的アプローチ」として、一般事業法人の産業安全分野と医療・看護分野において、国内外を問わず様々な研究がなされている。一般事業法人の産業安全分野において、国外では、Zohar(1980)、国際原子力機関:IAEA(1991)、国内では余村(2013)の安全英指標・ツールの開発にかかわる研究がある。また、医療・看護分野において、国外では、米国 IMO:InstitutioNof Meedicine(1999)、NOQ:National Quality Forum(2003)、国内では城川ら(2010)、瀬戸ら(2011)の AHRQ(Agency for Healthcare Reserch and Quality)が作成した医療施設別の評価ツールの翻訳版を用いた安全文化の評価、榎原(2008)の医療安全評価指標(Patient Safety Climate Scale:PSCS)開発の研究がある。しかし、どのような組織内安全研修が、医療安全文化の醸成にどの程度効果があるのかについて、定量的に調査した研究は存在しない。これらを踏まえ本論文では、まず特徴1として、医療安全文化の醸成に効果的な組織安全研修体制について調査し、組織としての医療安全文化の醸成のために効果的な組織安全研修体制の検討を行なった(第3章)。これにより、体験型研修の導入は安全文化の醸成に寄与することを示す。

(2)「個人的アプローチ」としては、医療安全教育の必要性として、岩本(2009)、恩田(2010)の先行研究がある。そして、医療安全教育の内容については、2009年4月のカリキュラム編成(厚生労働省,2007)がある。さらに、丸山(2004)(2005)の関連研究がある。2004年頃より基礎教育における医療安全教育の必要性に関する報告が増え、個々の看護師のリスク感性の育成として、各施設では研修において危険予知トレーニングなどを取り入れて、活発に実施されるようになった。そのなかで、リスク感性の育成教育の重要性について、行俊ら(2007)、森(2007)、関口(2008)、塩霧ら(2014)の関連研究がある。しかし、このような一連の研究には、看護師のリスク感性の育成と

して、看護教員の安全に対する認識やリスク感性を構成する要因を明らかにするという課題が残されている。したがって、本論文では特徴 2 として、看護教育の医療安全に対する意識とリスク感性に影響する要因を明らかにすることを目的に、まずは看護教員のリスク感性の現状を知る研究を行い、教員の属性がリスク感性に影響することを明らかにした。

(3) 次に、医療分野における安全文化の醸成のための、個人のみならず組織的な「リスク感性」の醸成と定着を実現するためには、組織内での共通言語としての「リスク感性」を明確に定義し、測定する尺度を構築する必要がある。医療・看護分野におけるリスク感性について、釜 (2005) は「リスクを察知して自然に安全行動が取れるような感覚を指している」と定義している。そして、2007 年からリスク感性を高める医療安全教育が川田 (2007)、森川ら (2007)、岡本ら (2007) など多数の医療関係者によって盛んに行なわれるようになった。そして、近年では佐々木ら (2012)、橘ら (2014)、道廣 (2011)、真島 (2015)、本谷ら (2015) が、リスク感性を高める取り組みを実践した研究やリスク感性を高める取り組みを実践した研究を行っている。すなわち、看護界において安全教育としてリスク感性育成が注目を浴びてきたのである。

しかし、それらの研究におけるリスク感性の定義は統一されておらず、施設や研究者の認識によって異なっている。また、リスク感性に関する尺度についても、「risk sensitivity」「nurse」「scale」をキーワードに検索したが、国内では、道廣 (2011) が看護師のリスク感性、南ら (2015) は、看護学生を対象にしたリスク感性尺度を作成し報告しているものの、いずれもリスクと感性について探求し、概念を整理した上での定義が行われた研究はない。すなわち、医療・看護分野におけるリスク感性の定義が様々であるため、共通言語としてのリスク感性を測定・評価する尺度も様々であることが明らかになった。したがって、どのような事柄がリスク感性に影響を及ぼすのか、さらに、リスク感性を測定・評価する尺度と、リスク感性がリスク・マネジメントにどのように効果的な影響を及ぼすのかについては、それぞれの施設や医療従事者のうち、安全教育を担当している者の視点で捉えられているという問題点が存在している。そのため、個人のリスク感性を測定したあとの活用として、リスク感性の何を育成すべきかが曖昧な状態となっている。これらが、リスク感性の定義・測定・尺度作成に関する現状の課題である。

以上を踏まえて、課題解決にかかわる本論文の特徴として、以下の特徴 3 から特徴 7 を示し、現状の課題を解決する。

特徴 3：リスク感性に関わる概念の整理と再構築 (第 5 章)

特徴 4：新たなリスク感性フレームワークを提示 (第 6 章)

特徴 5：新たなフレームワークに対応したリスク感性に関わる項目を作成し、プレテストによる妥当性を検証 (第 7 章)

特徴 6：サンプルの拡大を図り、本番調査によりリスク感性尺度の信頼性と妥当性を検証（第 8 章）

特徴 7：作成した看護職のリスク感性尺度を用いて実証分析（第 9 章、第 10 章）

表. 1. 1 本論文の関連事象、課題に関する関連研究と課題解決に係わる本論文の特徴

(1) 関連事象

患者取り違え事故 (1999)	事故当事者の責任 懲罰モデル (失敗した人を責める)
医療安全対策会議 (2002)	①患者の安全最優先とし、組織は、これを実現する態度や考え方を「安全文化」として醸成し、これを医療現場に定着させる。 ②医療従事者は、それぞれの好意のリスクと事故の行動特性を認識するとともに、患者の疾患や症状に応じたリスクも常に予測し、患者の安全確保に努める。

(2) 課題に対する関連研究



(3) 課題解決にかかわる本論文の特徴

課題	研修スタイルが医療安全文化の醸成に貢献しうる効果について、実際の職場においてどの程度医療事故件数や危害・重篤度の大きさに関係するのかについて、定量的な調査・研究がなされていない。	課題	看護師のリスク感性を養うためには、まず、看護教員の安全に対する認識や、リスク感性を構成する要因を明らかにする必要がある。
特徴 1	医療安全文化の醸成に効果的な組織安全研修体制の検討 (第 3 章)	特徴 2	看護教育の医療安全に対する意識とリスク感性に影響する要因 (第 4 章)

(3) 課題解決にかかわる本論論文の特徴

特徴 3	リスク感性にかかわる概念の整理と再構築 (第 5 章)
特徴 4	新たなリスク感性フレームワークを提示 (第 6 章)
特徴 5	新たなリスク感性フレームワークに対応した、リスク感性にかかわる項目を作成し、プレテストによる妥当性の検証 (第 7 章)
特徴 6	サンプルの拡大を図り、本番調査により、リスク感性尺度の信頼性と妥当性の検証 (第 8 章)
特徴 7	作成した看護職のリスク感性尺度を用いた実証分析 (第 9 章、第 10 章)

(2) 課題に対する関連研究

リスク感性の定義・測定・尺度作成に関する関連研究	
①釜 (2005) :	医療分野におけるリスク感性を定義
②佐々木ら (2012) :	看護実践能力尺度のうち、「患者の安全を守るケア (8 項目)」をリスク感性として捉えた
③道廣 (2011) :	リスクに対する認知能力とインシデントレポートの必要性の認識から看護師のリスク感性尺度を作成
④橘ら (2014) :	道廣 (2011) が作成した看護師のリスク感性尺度を使用
⑤真島ら (2015) :	「医療安全を維持する行動の認識」「医療事故の分析的視点」をリスク感性として捉えて使用
⑥本谷ら (2015) :	吉野・木下 [1996] が一般大学生を対象に調査した際に使用したリスク受容尺度を使用

### 1.3 本論文の前提条件と限界

本論文の前提条件と限界は以下に示すとおりである。

#### (1) 医療組織の組織文化のなかの医療安全文化に焦点を当てていること

組織におけるリスク・マネジメントのグローバル・スタンダードとして位置づけられている米国トレッドウェイ委員会支援組織委員会（Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission:以下 COSO）の全社的リスク・マネジメント（Enterprise Risk Management:以下 ERM）では、ERM を構築するための5つの構成要素の中に「ガバナンスとカルチャー」が示されており、カルチャーの重要性が指摘されている（COSO,2017）。ここで述べられているカルチャーとは、組織文化・組織風土と捉えることができ、ERM 構築のための基盤・土台であり、この基盤・土台を作り上げ、組織に深く浸透、定着させることが組織全体ならびに個々の組織構成員の責任であると考えられている。すなわち、しっかりとした組織文化を有する組織こそが ERM（全社的リスク管理）を構築し、実現できると考えられている。

本論文では、リスク・マネジメントのグローバル・スタンダードである COSO の ERM を、医療分野のリスク・マネジメントに適応させて研究を進める。すなわち、医療組織における医療安全に関する組織文化である医療安全文化を研究対象とする。

#### (2) 医療安全、医療のリスク・管理において、「看護分野」を対象とする

医療分野における医療安全に関して、医療事故の当事者の60%が看護に従事している看護師であることに鑑み、本論文では、看護に関わる医療安全に注目する。そして、看護に関わる医療安全に関して、組織要因への対策と、組織の構成要員である看護師の個人要因の対策について検討する。

これまで著者は、医療分野のリスク・マネジメントに関して、「組織の安全文化」に焦点を当て、200床以上の中規模病院や介護老人保健施設、さらに、医療の中でも特殊な環境である精神科病院で働くスタッフを対象に研究を重ねてきた。組織安全の向上に必要なとされる看護師長のリーダーシップのあり方や、スタッフ同士のコミュニケーションの現状、上司と部下の権威勾配の現状を明らかにし、その対策について報告してきた。一方、看護の対象は「人」であり、看護は患者である個と看護師である個が関わる場である。また、看護職の業務は、24時間を2交代（日勤、夜勤）、3交代（日勤、準夜勤、夜勤）または、フレックス（早出、遅出）等に区分された勤務体制で病人の看護を実践している。すなわち、患者にとっては、1日24時間のうちに、多くの看護師が関わることになるため、看護師個々がもつリスクへの対応が対象である患者に大きな影響を与えることになる。そのため看護師の組織は、一人ひとりの看護師が集まった集団であり、個々の看護師がリスクに対する意識を高くもっていなければ、組織集団の安全文化は向上しないと考えられる。すなわち、看護師集団全体に働きかけると同時に、個々の看護師のリスクへの対応に働きかけることが組織としての

安全文化の醸成と向上に繋がる。

(3) 看護職のリスク感性を取り上げていること。

亀井 (2009) は、リスク・マネジメントについて、組織体制の整備のみならず、組織構成員のリスクに対する意識、動機づけ、姿勢 (リスク感性) の向上の必要性を説いている。すなわち、組織構成員のインシデントの気づき方には個人差があり、このような差がインシデント・アクシデントの発生率に影響を及ぼしている可能性がある。そのため、個人のリスク感性が向上できるような働きかけが重要であることは言うまでもない。

本論文では、医療組織の構成員の中でも、患者の直接的ケアが多いが故に医療事故の当事者となりやすい看護職を対象とする。医療職者の中で最も人数が多い看護職のリスク感性を高めることは、組織全体のリスク感性も必然的に高まる。

(4) わが国の医療安全・医療のリスク管理を対象とする

本論文では、リスク・マネジメントのグローバル・スタンダードである COSO ERM を医療分野のリスク・マネジメントに適応させて分析を進めるが、医療分野における組織の環境は、国や地域によって異なるものとする。特に、本論文で対象とする医療組織における安全文化 (カルチャー) は、国や地域によって異なる。したがって、本論文では、わが国の医療安全・医療のリスク管理を対象として検討する。そのため、本論文で作成するリスク感性尺度に関しても、わが国の看護師の状況から作成した尺度であるため、他国での活用については本論文における研究の対象外とする。

## 1.4 本論文の構成

本論文は、第1編から第5編で構成されている。まず第1編は、第1章の序論と第2章で構成されている。第1章の序論では、研究の背景と目的、関連研究と本論文の位置づけ、本論文の前提条件と限界、ならびに本論文の構成を示した。医療安全における国の政策による医療事故関連のデータを基にして、本論文において看護職に焦点をあてた理由や、本論文に関わる先行研究との関係について述べる。そして、第2章ではわが国における医療安全の現状を述べ、看護におけるリスク感性と医療安全文化の向上のための正のスパイラルについて述べる。

次に、第2編では、現在、医療安全への対処として組織的アプローチと個人的アプローチの両面から捉えることの必要性に鑑みて「医療安全への対処：組織的アプローチと個人的アプローチ」とし、まず第3章では、安全文化醸成のための組織対策として「看護における組織安全研修体制が医療安全文化の醸成に与える影響」について説明する。さらに、第4章では、組織要因対策から個人要因対策への応用として、「看護教員の医療安全教育に対する認識とリスク感性に影響する要因」について検証した内容を説明する。医療安全文化の醸成の向上には、組織の安全教育が重要であるとともに、組織の構成員である個々の看護職に対応した教育をすることによって組織全体の安全意識が向上し、医療安全文化として醸成していくという正のスパイラルとそれに伴う課題を提示する。

第3編では、第2編で提示した課題を解決するために、リスク感性に関わる概念の整理と再構築を図る。第5章では、「リスクとハザードの概念によるリスク感性の再定義とリスク感性の構造フレームワークの提示」について述べる。続いて第6章において、「主観的リスク評価過程におけるリスク知覚とハザード知覚の位置づけの整理」を試みる。第7章では、第5、6章で提示した「リスク感性（広義）の構造フレームワーク」と「主観的リスク評価過程における知識生成プロセス」に基づいて、「看護師のハザード感性とリスク感性（狭義）の尺度項目の抽出と尺度（パイロット版）の作成」を行ない、尺度の妥当性を検証する。

第4編では、ハザード感性とリスク感性（狭義）尺度に対する実証的内容として、第7章で妥当性を検証した尺度を用いて、第8章において「ハザード感性とリスク感性（狭義）尺度にて信頼性と妥当性の検証」を行うことで本尺度を完成させた。また、第9章では「エゴグラムに示される看護師のパーソナリティとリスク感性（広義）との関連」、ならびに第10章において「看護師の属性とリスク感性（広義）尺度の関係性」で、リスク感性尺度の実用化を目指して検証した。

最後に第11章で結論として、本論文のまとめを行い、今後の課題を示している。



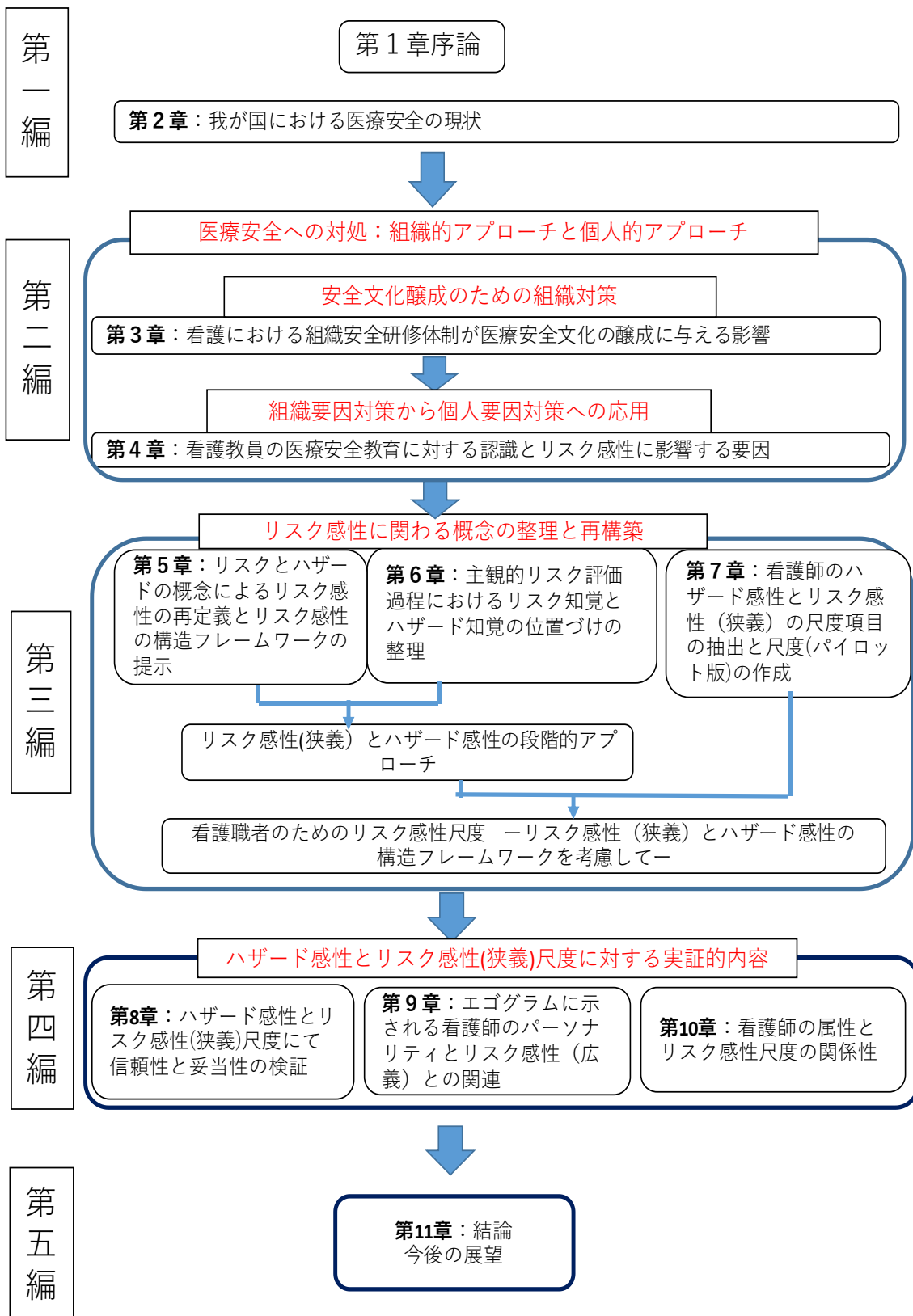


図 1.3 本論文の構成図

## 第2章 わが国における医療安全の現状

本章は、2012年の著者による論文「看護師が関連した医療事故の要因と対策」を活用し、修正と加筆をしている。そのため、述べる内容の主旨は同様であるが、一層内容を検討したものである。

### 2.1 わが国の医療安全の位置づけ

1999年に米国医学研究所 (Institute of Medicine:以下 IOM と略す) による『TO ERR IS HUMAN : Building a Safer Health System』で発表された医療過誤による病院での死亡者の推計は、年間死亡者数でも上位にあたる自動車事故を上回ることが示され (2002)、世界中の人々に衝撃を与えた。同じ年にわが国では「患者取り違え事故」と「都立病院誤注射事故」の2件の大きな事故が発表され、日本における医療・看護事故への社会的な関心が高まった。しかし、当時の日本の医療界では、ヒューマンエラーや医療事故が起こるメカニズムの知識が十分普及しておらず、失敗した人を責めるという責任追及型の懲罰モデルが主流であった (八代, 2004) (風岡, 2005)。そのため、横浜における患者取り違え事故においては、発生直後は看護師個人の責任を追及する報道がされていた (山内, 2000)。しかし、その後の裁判の判決の結果は、事故を起こした個人ではなく、組織における安全管理体制の不備を指摘する内容であった (福留, 2003)。エラー防止について IOM は、『重要なことは、起こってしまった誤りに注目して個人を攻撃するのではなく、システムを安全に確保できる方向に設計し直し、将来のエラーを減らすように専念することである』 (2002) と指摘している。その内容を基に、わが国でも組織的に安全な医療システムを構築することの重要性が公に示された (古瀬, 2004) (小林, 2008)。国が示す安全対策として医療安全管理者の設置の義務化などがあり、診療報酬上の評価の対象として病院経営に影響を及ぼす一要因となった。そのため施設では、医療安全対策加算要件を満たすために、チームワークやリーダーシップ、組織の安全管理のあり方、あるいは安全風土の問題に対して積極的に取り組むようになった (宮地, 2004)。また、医療事故予防対策には、エラーの要因となる「個人要因」のみならず「組織要因」の両方に働きかけることが必要と報告されている (Reason, J, 2001) (奥田, 2006)。このように、1999年から現在に至るまで、医療安全に対する取り組みは、国の政策課題として社会的な関心を集める中、臨床においても個人要因と組織要因の両方に対処した医療安全の仕組みづくりが重要な課題となっている。

#### 本章での用語の定義

ここで、この第2章で用いる用語について以下に概説する。国および医療機関、医療関係団体の示している医療事故等のガイドラインの分類には、インシデント・アクシデント・医療事故・医療過誤 (エラー) があり、それぞれのガイドラインに準じている。

医療事故に関する用語については差異があるため、相楽ら（2008）においても用語の整理を行った報告もある。2002年に厚生労働省ならびに、日本看護協会が定義した用語を表2.1示した。本章における用語は、日本看護協会の定義と同義とする。

表 2.1 用語の定義

分類	厚生労働省	日本看護協会
インシデント	日常診療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの。あるいは誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかったもの。「ヒヤリ・ハット」と同義。	思いがけない出来事（偶発事象）「ヒヤリ・ハット」。
アクシデント	医療事故に相当する。	インシデントに気づかなかつたり、適切な処理を行わないと傷害を引き起こし「事故（アクシデント）」となる。
医療事故	医療に関わる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切を包含し、医療従事者が被害者である場合や廊下で転倒した場合などを含む。	医療従事者が行う業務上およびそれに起因する事故の総称。過失が存在するものと、不可抗力（偶然）によるものの両方が含まれる。
(エラー) 医療過誤	医療事故の発生の原因に、医療機関・医療従事者に過失があるもの。	医療従事者が行う業務上およびそれに起因する事故のうち過失の存在を前提としたもの。

## 2.2 医療事故の現状と特徴

医療事故の報道は、1999年の患者取り違え事故前は100～200件であったが、2000年以降は1500件前後の件数が報道され（坂本,2008）、社会的な関心の高さを示している。2003年から2013年まで日本看護協会は、看護職が関与した医療事故報道件数の統計を発表している。その報道より、医療事故の項目が「点滴・注射」等の薬剤関連が多く、毎年の件数に変化が見られていないことが明らかとなった。つまり、看護援助の中で診療の補助業務である薬物療法は、重大事象に繋がりやすいリスクの高い業務であることが分かる。このようなアクシデントについて、ハインリッヒの法則である

「1:29:300」(=重大な災害が1件あったら、その背景には29件の軽傷を伴う災害が起きており、さらには300件ものヒヤリ・ハットした無傷の災害が起きていたことになる)に基づいて考えると、背後には300件の傷害のない事故が潜んでいたことが推測される。このように発生頻度の高いインシデントの事例を調べることは、その後において同様の事故やミス再発を防ぐためにも有益であることが示されている(山内, 2000)(藤沢, 2004)(坂本, 2008)。したがって、背後に潜む傷害のない事故の時点で具体的に検討することが重大事故に至らない有効な方法である。

上述したように2003年から2013年までの日本看護協会の統計による医療事故の内容から、薬剤関連の事故が多いことがわかるが、その背景には類似した薬剤名、単位の違い、使用方法や禁忌などの知識だけでなく、解剖・生理学の知識やその知識に基づいた技術を必要とする事などがある。さらに、使用する場面が緊急であれば口頭での指示になりやすいため事故のリスクは高くなる。実際に医療事故の件数が高く、報告件数もほぼ横ばいである事実から、今後の専門基礎教育(薬理学)、看護基礎教育の看護技術(点滴・注射技術)において、教育の検討や工夫など医療事故予防を視野に入れた内容を安全教育に組み込む必要がある。

## 2.3 医療におけるエラーの要因と対策

医療事故の多くは不完全な病院システムに起因するものであり、患者のみならず当事者となった医師・看護師なども結果として不完全な病院システムの犠牲になっている場合が多い(長谷川, 2002)。河野(2008)は、「ヒューマンエラーは、人間の本来持っている特性が、人間を取り巻く広義の環境とうまく合致していないために、結果として誘発されたものである。そのため、このような人間の特性を明らかにして、しかもそれを素直に受け入れ、それらの特性を考慮したシステム設計をすることが重要となる。」と述べ(河野, 2008, p.25)、人間中心のシステム設計を行うことの重要性を説いている。また、インシデント・アクシデントの内容についての研究について寺島ら(2009)は、報告内容のほとんどが個人の注意不足とする「個人要因」であったと述べている。

これらの先行研究から、インシデント・アクシデントが生じる要因として、人間をとりまく環境や組織全体のシステムに関する「組織要因」と、そのシステムの構成要員である個々の人間の特性に関する「個人要因」とがあり、その両者をバランス良く調和させ整備する必要があることが示唆される。そこで、以下に医療事故における「組織要因」と「個人要因」の関連性ならびにそれぞれの要因への対策について概説する。

### 2.3.1 医療事故における組織要因について

わが国の医療事故に関する組織要因における先行研究では、(1)労働・休憩時間、労働負担(八代ら, 2004)(金子ら, 2006)、(2)人間関係やチームワーク(高木ら, 2007)(厚生労働省, 2007)及び医療事故が発生しやすい時間帯などの職場環境との関係が明

らかにされている。

また、(2)の人間関係やチームワークに関連した、チームエラーの発生要因として「人間特性」「業務量過度の権威勾配」・「コミュニケーション不足」などに関する先行研究が報告されている(Sasou,K,et,1999)(松原ら,2006)。さらに、組織要因による医療事故防止について大久保(1999)は、集団作業の多い職場では、チームワークや集団的コミュニケーションが円滑でないと安全行動が維持できない場合が多いことから、各階層全員が一致協力して、積極的に作業時の安全確保に努力し、社会的責務を果たそうという全員参加型で活動することの有効性を指摘している。

このように、労働・休憩時間、労働負担、コミュニケーションや人間関係が適切に行われていないことなど、医療事故の原因には上記に示した(1)と(2)があり、その関連性についての報告は多い(松原,2006)(明日,2003)(森永ら,2003)。以下に、医療事故と、労働・休憩時間、労働負担との関連ならびにコミュニケーション、人間関係との関連に係る先行研究を紹介する。

#### 2.3.1.1 労働・休憩時間、労働負担と医療事故との関連

看護の業務は、複数の作業を同時に進行する等の多重課題が多い。佐藤ら(2003)や関(2010)の報告において、1つの看護行為を実施しようとしていたが、他の用事によって注意を奪われてしまう事や、確認作業の途中でその作業を中断されたことによって、エラーを起こしそうになったという経験の回数が多かったと指摘されている。

このように、「多重課題」はインシデントの主な発生要因として示されている(天野ら,2004)。また、藤田ら(2003)によれば、看護師が忙しかったと訴える時間帯とインシデントの件数が多い時間帯は6:00~12:00と16:00~22:00であると報告されている。金子ら(2010)は、ヒヤリ・ハット発生の関連要因として、時間外勤務時間、休憩時間、入院対応時間、ナースコール対応回数が示された事を明らかにしている。これらから、個々の看護師個人としての労働形態の有り様が医療事故を引き起こす要因となっていることが示されている。

#### 2.3.1.2 コミュニケーション、人間関係と医療事故との関連

小路ら(2008)は、看護師と他部門とのコミュニケーションについて、協調やチームアプローチがない場合、会話・連絡ミス、指示受け、命令ミスなどのリスクがあり、コミュニケーション・リスクとして「看護職が把握した患者に関する情報が他部門に反映されず、他部門が対処すべき内容も看護職が受けざるを得ない状況にある」(小路ら,2008,p.61)と指摘している。

また、小路ら(2008)は、各職種との情報伝達を阻害する要因について、年齢が高いほど好き嫌いや性格の不一致などにより情報伝達が阻害されることや、経験年数が浅い人は先輩や有役職者など地位の高い人との情報伝達が阻害されると指摘しており、さら

に病床数が多いほど情報を共有し難く、役職のないものについても情報の共有がし難いと述べている。同様に、山内（2001）、明日（2003）は、看護師が他のスタッフの失敗を発見した際に、“失敗者に直接指摘をする”ことより“自分で訂正”“他の人に伝える”などの対処を行うことが多く、特に他のスタッフの地位が自分よりも“高い”ときなどには“抑制”する要因が存在することを指摘している。さらに、Sasou,K,et（1999）は、職種に対する情報伝達状況では、他職種との情報伝達状況は同職種より不良であると報告している。このように、コミュニケーションが円滑でないという組織的な要因が、薬剤の投薬ミスなどの医療事故に繋がる要因となっていることが分かる。

## 2.3.2 医療事故における組織要因への対策

### 2.3.2.1 多重課題の緩和

看護業務の多重負荷による医療事故のリスクを回避するためには、組織として看護師の休憩時間を確保し、超過勤務時間を削減するなど勤務条件の改善が不可欠である。さらに、患者の安全確保のために必要な人員配置について検討する必要がある（金子ら,2008）。関（2008）（2010）も同様な対策に加え、交代順を考慮した交代勤務計画や、病棟薬剤師などの他職種の活用が必要と述べている。これらは、人員確保・配置等の管理体制とする組織システムに働きかけることが必要であることを示唆されている。

現在の医療施設は、患者の重症化や医療依存度の高い高齢者の増加及び、疾病の複雑化などから看護師の業務負担は重くなっている。さらに、平成19年度の診療報酬改定により7対1が導入された結果、大規模病院に看護師が集中した反面、中・小規模の病院は看護師不足となり（甲斐野ら,2008）、1人の看護師の負担度も増加した。このような状態は、休憩時間の確保だけでなく休日の取得も十分に出来ないため、疲労も回復しない状態であると推察できる。下記2.3.3に述べるように、医療事故における個人要因として「疲労」があるが、その背後には組織要因である労働負担が関係していることが示唆される。日本看護協会（2011）によると看護師は、慢性疲労の自覚症状の増加と共に医療事故への不安に対する比率が高くなると報告されている。これらの問題は、看護師個人で解決できるものでなく、組織として組織構成員の状態を把握して、組織として対策・改善を図る必要がある。

### 2.3.2.2 医療事故を防ぐ情報伝達と情報共有

藤田ら（2005）は、人を介した情報伝達には限界があると述べ、個人宛ての電子メールなどの必要性を示唆している。コミュニケーション手段としてのカルテのあり方では、全ての医療スタッフが情報を共有できる書き方に統一することは、医療スタッフが互いの情報を共有するコミュニケーションの道具として大きなメリットがある（山内ら,2000）。また、ルールを明確にするために看護師の看護業務基準を遵守し安全、確実な行為が行なえるように伝達様式の意識統一をはかることが必要である（松原,2006）。

医療安全対策として必要なコミュニケーションについて、**To Err is Human** (2002)では、組織序列にとらわれない自由なコミュニケーションの必要性を説き、高木ら(2004)は、スタッフ間の人間関係を互いに質問や意見を出しやすいものにすることが必要であると報告している。そして、自らが積極的にアサーティブなコミュニケーションを図り、人間関係の円滑化、固定チーム間の業務の円滑化が重要(松原,2006)(山内,2011)であるとされている。明日(2003)、森永(2004)は、アサーティブコミュニケーションの方法として、エラーを指摘することができるコミュニケーションスキルについて学び、身につけることが必要であると述べている。

2007年から「仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)憲章」が公表されて行政によって努力されているが、看護師の過酷な労働状態はあまり変化が見られていない。このままの状態が改善されなければ看護師の離職は増え、残された看護師の労働負担が増加するため、職場環境はますます悪化することが予測される。そして、看護師不足が原因による医療事故のリスクが高くなる可能性がある。

一方、医療現場は一定の「権威勾配」がある(山内,2011)と言われるが、その事例とも言える事件として2007年の「爪ケア」が挙げられる。この事件は、2010年9月に無罪判決となったが、この事件の問題となる背景について、病棟内でのコミュニケーション不足が指摘されていた。また、対象となった看護師長は、異動してきたばかりであったため、自らのケアについて説明したりすることができない職場環境があったのではないかと推測されている(日本看護協会,2008)。したがって、近年では職場内の人間関係構築への取り組みが、医療安全対策として必要であることが説かれるようになり、安全を守るための職員間の伝達のスキルとして状況(Situation)・背景(Background)・判断(Assessment)・提案(Recommendation)の頭文字を取ったSBAR(エスバー)を用いた報告方法が検討されるようになっている(東京慈恵会医科大学附属病院看護部医療安全部,2014)。

### 2.3.3 医療事故における個人要因について

わが国の医療事故に関する個人要因における先行研究では、疲労(加地ら,2006)、ストレスや経験年数(佐藤ら,2003)(藤田ら,2004)(桜庭ら,2007)に関する報告があり、医療事故との関連について明らかにされている。以下では、医療事故と疲労との関連、ストレスとの関連、ならびに経験年数との関連に係る先行研究を紹介する。

#### 2.3.3.1 疲労と医療事故との関連

金子ら(2008)は、看護師のエラー・ニアミスリスク要因として「超過勤務時間」・「休憩時間」・「仕事の負担度」・「仕事のコントロール度」・「仕事の適正度」・「仕事の満足度」・「心身的ストレス」・「身体的ストレス」・「不可逆性疲労」との関連性を指摘している。金子ら(2007)は、不可逆性疲労について「勤務中の体力的限界」や「翌日への

疲労蓄積」が有ると回答した看護師は、いずれもエラー有り・ニアミス有り群が有意に高いと指摘している。さらに、金子ら（2007）は、3交代病棟勤務の看護師の勤務状態から、超過勤務時間が長ければ長いほどエラー・ニアミスの発生頻度が高いことを明らかにしている。同様に加地ら（2006）は、ヒヤリ・ハットの件数の有無と疲労の関係について、正常・可逆性疲労（正常群）と残存疲労・慢性疲労・過労をまとめた群（疲労群）との間で検討したところ、疲労群でのヒヤリ・ハット体験が有意に高いと指摘している。

鈴木ら（2004）は、全国8施設の総合病院に勤務する日本人看護師を対象に精神健康度の実態および精神的健康度とインシデントの関連性について解析している。「薬剤の投薬ミス」「医療機器の操作ミス」「患者取り違えミス」「針刺し事故」の4種類の事故それぞれについて、精神的健康群と不健康群の2群間での比較を行なった結果、不健康群において有意にインシデントの割合が高かったと報告している。このような研究結果から、身体的な疲労と精神的疲労のいずれにおいても、疲労とインシデントとは関連があることが明らかにされている。

### 2.3.3.2 ストレスと医療事故との関連

ストレスを要因とした研究では、「業務内容」や「業務量」における医療事故への不安の高さを示唆している（一瀬ら,2007）。豊増ら（2005）の報告では、3回以上のインシデント経験をもつ群はストレス反応が高いと警告している。

また、金子ら（2007）の調査でも、仕事に対する「心理的ストレス」「身体的ストレス」が有りと答えた看護師は、エラー有り・ニアミス有り群の場合において有意に「有り群」が高いことを明らかにしている。北岡（2005）は、看護師の仕事はストレスフルな状態で勤務を続けていることが、ストレス反応となっており、疲弊感につながることを明らかにしている。そして、この疲弊感が蓄積することがバーンアウト状態に陥りやすくし、医療事故発生に繋がることを報告している。

以上の先行研究から、疲弊感はストレスを誘発すると共にストレスがインシデント・アクシデントの要因となることが明らかにされている。

### 2.3.3.3 経験年数と医療事故との関連

経験年数については、新人看護師は単純な確認の怠り、知識不足、技術未修得、業務の不慣れの4つの要因からエラーの回数が増えることが指摘されている（八代, 2006）（中山, 2004）。一方、山内（2000）は、ベテラン看護師は、豊富な知識や経験をもっているため、異常な事態や危険に早く気づくことができると共にそれらに対応する能力が高い。しかし、一旦目標を誤るとあまり考えずに仕事を進めてしまうため事故に結びつく恐れがあると述べている。熟練すると、ほとんど意識的注意なしに身体が自動的に動くため、何らかの理由で作業変更があっても、ついいつも通りにやってしまうのである。また、芳賀（2000）は、普段意識しないで行っていた動作に注意が必要以上に向いてし



まうことで、動きがぎこちなくなり失敗をしてしまうと述べている。関（2005）は、労働環境とエラーの発生を検討する中で、病棟経験年数が短い看護師は準夜勤にエラーを発生しやすく、看護師経験が長い人ほどエラーを未然に発見できると示している。さらに山内ら（1999）は、個人エラーにも経験不足によるエラー、慣れや緊張感の欠如から発生するエラー等異なるタイプがあり、その犯しやすさには経験年数が関連していると考えられ、事故防止対策も異なると指摘している。また、藤田ら（2001）は、経験年数と業務内容の変化の関係から、全体的に経験を積みばエラーの発生件数は減少する傾向を示し、特に経験年数が7年目から9年目にかけて半数以下にまで大幅に減少をすると報告している。つまり、年齢とともに役職に就く看護師が増加するため、業務内容も管理業務となるため直接ケアが減少することから、エラーの件数が減少したと考察している。

#### 2.3.4 医療事故における個人要因への対策

医療事故におけるエラーや失敗は、故意ではなく期待に反した個人としての人間の行動であり（山内, 2000）（黒田, 2001）、一般的な産業界においてもエラーや失敗の7割は人的要因であると指摘されている（高木ら, 2007）。つまり、組織を構成する人間個々への対策を施すことが重要である。しかし、医療の高度化、少子高齢化に伴い医療費の高騰などの社会情勢が、看護師の労働に悪影響を及ぼし、インシデントやアクシデントに繋がっていることが推察される。看護師を取り巻く環境が、看護師の疲労やストレスの蓄積を助長し、新たな医療事故を招いていると考えられている。したがって、国の政策課題として医療施設における安全対策は、個人に関連した政策というより医療施設に安全対策委員会を設置することや、安全に関するマニュアルを作成する等の安全のための組織的な環境整備に関する内容にも重きが置かれている。

このように、医療事故における個人要因の対策として、看護職の労働安全衛生としてメンタルヘルスケアが進められており、管理者がスタッフの疲労度やストレス状態を把握する体制がとられている。同時に一般企業も含めて社員のストレスや疲労状態を定期的にチェックする自己管理の必要性が重視されるようになった。自らの心身の健康状態について早期発見していくことも医療事故防止対策に必要な要素であり、職員が自己管理しやすいような環境整備や教育が必要である。特に2.3.3.3で述べたとおり、看護師の経験年数と医療事故との関連性を踏まえると、医療安全の基礎となる研修や教育の重要性が指摘されている。小島（2004）の研究では、新人看護師の医療事故を防止するための知識技術は、就職後6ヶ月目でも未熟であり、特に薬剤に関する知識が薄いと具体的に示している。そして岩本ら（2009）は、医療安全の基盤となる知識に基づいた教育を行い、演習やグループワーク、技術チェックやテストを取り入れるなど、新人看護師に対するきめ細やかな教育の必要性を指摘している。また、その他の教育として、2～3年目のスタッフが大きなエラーを起こすことがあるため、数年経験を積んで一人前と

見られるようになった時期こそ安全のための研修が必要であることも示されている(山内,2000)。このように、医療安全対策として、組織対応としての環境整備を行うと同時に、組織を構成する個人への両面に対してバランスよく対策するために、組織的な環境整備と研修・教育が重要となる。

#### 2.4 医療における組織環境としての安全文化

厚生労働省(2015)によれば、医療における安全文化とは、医療従事者が医療の安全を最優先に考え、その実現を目指す態度や考え方、およびそれを可能にする組織のあり方であるとされている。病院における安全文化を高めるためには、組織として安全管理を推進し定着させることが重要である。近年の病院における医療安全は、従来のように医療機関の中だけでの閉鎖的な医療安全の考え方から、病院の医療が安全に行われていることを社会に伝える開かれた医療安全へと変革してきた。そして、医療スタッフの安全意識の向上に伴い国民の医療の質に対する期待も高まってきた。そのため、事故防止に対して社会の関心が注がれるようになってきており、医療における安全意識と安全文化の向上の重要性が増してきている。

しかし、現在の医療現場は、医療の高度化、患者の高齢化、治療や援助の複雑化、ならびに人員不足などで事故のリスクが高まっていること(長谷川,2002)(梁井ら,2006)が指摘されており、医療における安全意識と安全文化の向上を図るための組織体制が必ずしも整っているとはいえない状況にある。米国ナースの労働環境と患者安全委員会(2006)は、医療事故予防には看護師が患者の安全を最優先できるための労働環境を作ることが必要と述べている。しかし、現状の医療現場の労働環境について金子ら(2007)は、看護師の超過勤務時間が長くなるとエラー・ニアミスの発生頻度が高くなることを警告している。また、金子ら(2007)(2008)は、過重労働および心身の疲労・ストレス状態との関連を明らかにしている。加えて、Yasushi K,et(2009)、一瀬ら(2007)は、職場の人間関係や職員間のコミュニケーションが医療事故と関連していることを報告している。さらに北岡(2005)は、看護職のバーンアウト状態は、患者の生命を脅かし、多大な被害をもたらす医療事故発生の原因となると示唆している。これらの先行研究から、看護職の精神健康状態は医療事故の発生と関連があることが示されている。すなわち、医療組織における労働環境の改善は、医療事故防止に必要な要素であると考えられる。そして、労働環境の整備は、組織全体の安全意識と安全文化を醸成するための重要な要素といえる。

一方、医療・看護における医療事故予防やリスク・マネジメント分野の歴史は浅く、エビデンスが乏しいこと(北島,2005)が指摘されている。したがって、組織文化、組織としての安全文化の重要性については、現時点での認識はさほど高くなく、漠然と認識されているだけのように思われる。特に現在の管理職を担う年代は、看護基礎教育において体系的に安全管理を学んだ者が少ないため、看護師個々が問題意識をもって知識

の獲得に努めているに止まっている。それでは、世界的なリスク・マネジメントの方向はどのように進んでいるのであろうか。世界の産業界におけるリスク・マネジメント手法を医療分野に応用していくことができれば、大きな意義があり、医療分野におけるリスク・マネジメントの進展に寄与するものと考ええる。

## 2.5 リスク・マネジメントにおける組織文化の役割

組織におけるリスク・マネジメントのグローバル・スタンダードとして位置づけられている COSO (米国トレッドウェイ委員会支援組織委員会) の全社的リスク・マネジメント (ERM) では、ERM を構築するための5つの構成要素の中に「ガバナンスとカルチャー」が示されており、カルチャーの重要性が指摘されている (COSO,2017)。すなわち、COSO ERM が述べている組織のカルチャーは、組織文化・組織風土と捉えることができるが、ERM 構築のための基盤・土台であると考えられる。COSO ERM のベースとなっている COSO の内部統制のフレームワークにおいても、COSO ERM のカルチャーの考え方の基礎となっている「統制環境 (Control Environment)」の重要性が示されている。上原 (2005) は、「統制環境とは、組織風土、気質であり、組織構成員に影響を及ぼし、規律を吹き込み、他の要素を組織化すると言われる要素である。この要素を構成するものとして、誠実さ・倫理価値・構成員の能力、トップマネジメントの哲学信条と経営実践スタイルがある」(上原,2005,p.49) と述べている。組織にとっての望ましい統制環境やカルチャー、組織文化を作りあげていくことは、トップマネジメントをはじめとする組織構成員全員の責任である。そして、これを適切に備えていない組織は ERM を構築することはできないものと考ええる。なぜならば、カルチャーや組織文化の内容や強さは、組織の労働条件や情報伝達・情報共有などの内部環境、そして組織の個々の構成員のリスクに対する姿勢に大きく影響を与えるからである。しっかりとしたカルチャー、組織文化を有する組織こそが ERM を構築し実現できるものと考ええる。

しかし、真に ERM を実効的なものとして成功に導くことは容易でないことを、世界中の企業は認識している。バートンら (2003) が指摘しているとおおり、ERM の導入で最も困難かつ成否の鍵を握るポイントは、日常の業務プロセスにいかに深く浸透させ、組織の内部環境に溶け込ませるかという点にある。特に、ERM の基盤・土台であるリスクに対するしっかりとしたカルチャー・組織文化を創り上げることができたとしても、これを組織に深く浸透させ溶け込ませることはなかなか難しいと考える。それでは、どのようにすれば、リスク管理に関わるカルチャー・組織文化を組織全体に浸透させ定着させることができるのであろうか。ここで、上原 (2008) の GRC (Governance,Risk Management, Compliance) を日本企業の組織文化に定着させる方法が参考になる。上原 (2008) は、日本の企業はこれまで断片的・部分的かつ分散した GRC の問題に対して、それぞれの担当部署が独自に対処してきたため、組織の中に存在する個別・断片的なリスク・マネジメントの知識を組織の中で共有しなければ、リスク・マネジメントに

関わるカルチャー・組織文化は浸透・定着しないと指摘している。したがって、組織の中に断片的かつ分散して保有されている GRC の情報と知識を組織横断的に情報共有と知識共有によって統合し、組織学習を行い、統一的な統制環境ないしは内部環境というカルチャー・組織文化という基盤・土台の上に統合していけば、ERM が構築できると指摘している（上原,2008）。上記のリスク・マネジメントにおける組織文化の浸透と定着の重要性を医療安全におけるリスク・マネジメントに応用することができれば、その意義は大きいものとする。

## 2.6 看護におけるリスク感性と医療安全文化の向上の正のスパイラル

医療現場において、看護師は患者の最も身近な存在であり、医療の補助や看護の最終行為者である。看護師が適切な尺度によってリスク感性を測定・評価され、その結果に基づいて慣習や教育によってリスク感性が育成され向上していけば、結果的に組織全体の医療安全文化が醸成されていくだろう。そして、組織全体に医療安全文化が浸透し定着していくことになる。さらに、医療安全文化が浸透・定着することによって組織構成員である看護師は動機づけられ、職務態度や行動にポジティブな効果をもたらすことが期待できる。加えて、医療安全文化が優れている組織に対して看護師も高く評価し認識したうえで、その組織に従事することに対して誇りを持つことになる。そのことによって集団威信が形成され、ワーク・モチベーションを向上させることに繋がる。組織は優れた医療安全文化の浸透・定着を果たすことによって、看護職員のモラルアップを図ることが可能となり、有能な人材確保につなげることができる。看護職員が働きがいを持ち、ワーク・モチベーションが高く、かつ組織が活性化している医療機関こそが医療安全を備えることができる。そして社会的責任を果たすことが可能となり、さらに優れた医療安全文化に向上していくという循環が成立する。そして、このような循環を継続的に実施して行けば、医療安全体制の構築に正の循環が生まれ、さらに良い医療安全体制を構築することができる。すなわち、リスク感性を備えた看護師を育成して適正に配置することにより、組織全体の医療安全文化が向上していく。そして、一層高まった医療安全文化の中で看護師が育成され、かつ優秀な看護師を確保することができる。その結果、優秀な看護師が組織に投入され、組織の医療安全文化が一層高まるという、看護におけるリスク感性と医療安全文化の向上の正のスパイラル（図 2.1）が形成されるのである。その前提として、医療安全文化を組織として構築するために必要な、医療組織の構成員全員が理解し認識することができる共通言語としてのリスク感性の定義と測定尺度が必要となってくる。

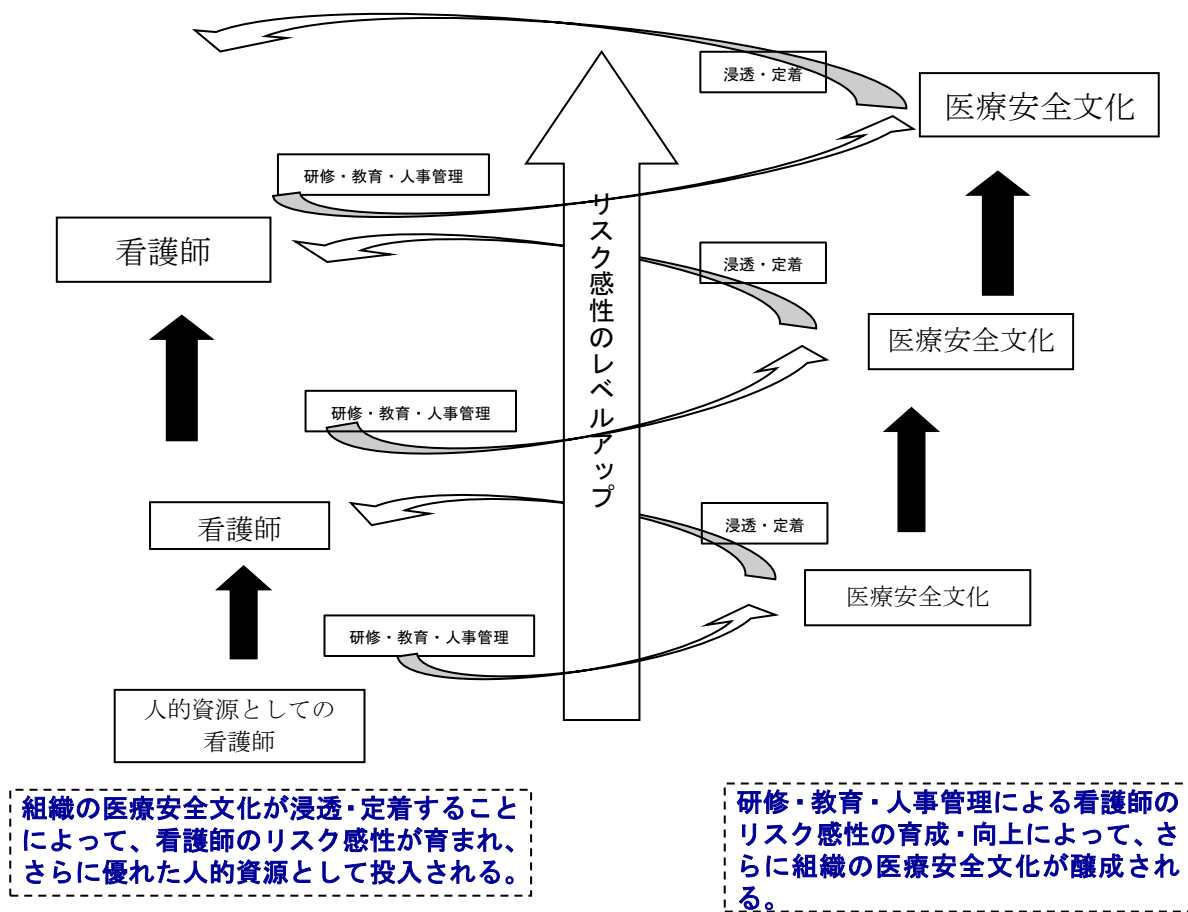


図 2.1 看護におけるリスク感性と医療安全文化の向上の正のスパイラル

## 第2編 医療安全への対処：組織的アプローチと個人的アプローチ

### 第3章 組織安全研修体制と組織学習による安全文化の醸成

#### 3.1 本章の目的

本章では、医療安全文化の醸成として効果的な組織内教育の在り方について明らかにすることを目的に、A県の医療機関を対象とした人口母集団(ポピュレーションベース)に基づく横断研究を実施した。看護実践における組織安全研修の動向については、2006年に良質な医療を提供する体制の確立を図ることを目的に医療法が改正されたことが転換点といえよう。保健医療施設に対して投入した予算に応じた成果が求められ、安全な医療の提供に関する事項として安全管理のための職員研修を年2回程度開催することが義務づけられた(厚生労働省医政局, 2007)。看護師を対象とする組織研修は、クリニカルラダーシステム(臨床看護実践能力習熟段階制)として、新人看護師からエキスパートナースへと段階を踏んで臨床看護実践能力を育成する方法が主流であり、医療安全研修もクリニカルラダーに組み込まれて段階的に行われている医療機関が多い。これらは、院内に配置された医療安全管理者(各医療機関の管理者から安全管理のための必要な権限の委譲を受けた実務担当者)が企画の統括をし、各診療科、看護単位で1名任命されているリスク・マネジャーを中心にOJT(On the Job Training)や、OFF-JT(Off the Job Training)が実施されている。日本看護協会は、継続教育の基準 ver.2(日本看護協会, 2014)において基本的な知識・技術に関する教育は施設内教育で行い、専門的な知識に関することは施設外教育にて習得することを推奨しており、これらを組み合わせることが効果的であると示している。施設内研修の形態としては、一般的には施設内で定期的に行われる医療安全管理者研修や集合研修といった講義中心の「講義型研修」、危険予知訓練(KYT)やOJT等、具体的な課題を題材とした演習スタイルによる「対話型研修」、そしてシミュレータや実際の医療機器等を用いてリスク・アセスメントの訓練を行う「実技型研修」の3つに区分できる。各医療施設では、実質的にそれらの研修を適宜組み合わせ実施しており、組織安全研修体制が医療安全文化の醸成に与える効果を検証するためには、実質的に運用されている主要な研修区分の組み合わせを再定義する必要がある。そこで、この章では研修区分を「講義型研修」、講義型と対話型を組み合わせ「参加研修」、そして講義型・対話型・実技型研修を複合的に取り組んでいる「体験型研修」とそれぞれ3つに大別した(表3.1)。このように各施設では、多様な研修スタイルを導入し、職場における医療安全文化の醸成をはかるべく医療安全教育を展開している。しかしながら、医療安全教育が職員の安全意識と安全文化の向上に効果があるとする報告(竹村ら, 2011)について一部はあるものの、どのような組織内安全研修が医療安全文化の醸成にどの程度効果があるのかについて、経験主義ではなく定量的に調査した研究はほとんど存在しない。そこで本章では、医療安全文化の醸成に効果的な組織安全研修体制を検討することを目的に、A県の医療機関を対象とした人口母集団(ポピュレーションベース)に基づく横断研究を実施し検討する。

### 3.2 本章の研究の前提と限界

研究対象は、A 県内で 200 床以上の病床数をもつ医療機関 30 ヶ所のうち 20 ヶ所 (66.7%) であり、高回収率であった。サンプルの代表性については明確な基準は存在しないが、大規模疫学調査 (独立行政法人国立環境研究所, 2015) においては母集団の 50%以上をひとつの目標として設定する場合が多い。したがって、地域における中規模病院以上の医療資源の代表性が担保されているサンプル集団による解析であり、選択バイアスの影響は小さいと考えられる。横断研究ではあるが、適切な手続きによりサンプリングされた調査データを使い、新しい交絡調整法として 2000 年以降応用され始めている傾向スコアを用いて年代、役職、勤務経験などの諸要因を調整した上で結果を示した。医療安全文化に関する研究で傾向スコアを用いた研究はほとんど見当たらず、本章の研究の特筆すべき点の一つである。

次に本章における研究の限界について述べる。第 1 に、留置法による質問票の回収率を高くするために質問項目を必要最低限に絞り、回答者の負担を減らすことを優先したことにより、個々の詳細な研修内容に関する情報は本論文における研究では示されていない点である。「講義型研修」、「参加型研修」、「体験型研修」の具体例は多様であり、また、開催内容や開催頻度、継続実施期間、職場における研修参加率といった研修の詳細については捕捉できていない。例えば、開催頻度については「講義型研修<参加型研修<体験型研修」の構構性が想定されるため、交絡要因が存在する可能性も否定できない。また、「体験型研修」を組織内で実施できる医療機関は既に安全研修に熱心に取り組んでおり、結果として開催頻度も多くなっている可能性もあるので、因果の逆転も想定される。したがって、本章の研究の結果では因果関係の立証ならびに研修スタイルが医療安全文化の醸成に与える機序については合理的な説明はできず、その解釈は限定される。

第 2 に、本章の研究におけるデータは、対象医療機関と個人回答データとが連結不可能匿名化されている。個々の病床規模やスタッフ数、安全対策実施状況、労働条件といった組織要因・環境要因の変数を解析に含めるには至らなかった。

第 3 に、アウトカムである PSCS の質問項目への回答は、回答した時点の状況であり、組織内研修に対する回答は時間的に過去の開催状況を尋ねている。よって、要因-結果の関係を示す関連の時間性 (Borak J, 2015) は担保されているという前提で解析は行っているが、情報バイアスの観点としては限界があるであろう。

そして最後に、本章における研究では、「参加型研修」および「体験型研修」が医療安全文化の醸成に貢献する度合いを定量的に示しているが、その効果の大きさが実際にどの程度職場においてインシデント・アクシデントの予防に効果があるのか、言い換えれば各医療機関における医療事故の件数率や危害・重篤度の大きさに関する検証は、本章における研究の範囲を超えるものである。

### 3.3 組織安全研修と医療安全文化との関係

#### 3.3.1 研究方法

##### 3.3.1.1 調査期間と調査対象

調査は2010年1月中旬～3月中旬に実施した。対象医療機関の抽出にあたり、都道府県の行政 web サイトにて公開されている県内病院施設リストを入手した。医療法の規定に基づき病院・診療所は行政へ開設許可申請をする必要があり、各都道府県ではホームページ上に、それらの施設名称、所在地、診療科目、病床数等の情報が一般公開されている。そのリストに登録されている県内全医療機関102施設の中から、看護業務の特性が異なる精神科の医療機関を除き、200床（中規模）以上の医療機関を対象としたところ、該当医療機関は30施設であった。その30施設に対し調査協力の依頼を配布、そのうち調査協力の同意を得ることができた20ヶ所の施設（カバー率67%）を対象医療機関とした。対象医療機関に従事する全看護職員1,813名に質問紙を配布・留置法により回収した（回収数1,475名,回収率81.4%）。

##### 3.3.1.2 倫理的配慮

研究協力については、事前に各施設の看護部長および医療安全管理部長に研究内容と目的、プライバシーの保護について文書及び口頭にて説明し、研究の承諾を得た。研究対象者には質問紙に調査の依頼文を添付し、研究の目的、回答は自由意志によるものであり、回答しないことによる不利益は生じないこと、調査は無記名で行われ所属病院や個人が特定されないこと、データは統計的に処理すること、回答の返送をもって同意とみなすことなどの説明を記した。回答後は、同封の回収封筒に各自入れ厳封したのち回収ボックスへ投函するように依頼した。

##### 3.3.1.3 調査紙構成

質問紙は、アウトカムの指標として「PSCS」、「組織安全研修体制」、「人口統計学的属性（看護キャリア含む）」で構成した。PSCSは看護の安全文化の醸成を測定する尺度として信頼性・妥当性が検証されている（榎原ら,2008）。「安全重視型組織運営（9項目）」「個人の安全意識・姿勢（8項目）」「マネジメントシステム・アプローチ（7項目）」「安全・健康モニタリング（5項目）」「教育・訓練（5項目）」「相互学習文化・コミュニケーション（4項目）」の6要因38項目で構成されて（具体的な項目は表3.4参照）。回答選択肢は、「0.全く達成できていない」「1.わずかに達成できている」「2.多少達成できている」「3.かなり達成できている」「4.非常に達成できている」の5段階のリッカートスケールである。

「組織安全研修体制」については、調査時点の直近1年間の（1）医療安全管理者研修会等の講義型研修受講の有無、（2）KYT等の対話型研修会受講の有無、（3）シミュレータ等を活用した実技型研修会受講の有無、に関する設問を用意した。なお、本調査に



における「組織安全研修」については、施設内で行われる研修のうち安全に関係する企画全般を対象としている。

「人口統計学的属性（看護キャリア含む）」については、性別、年代、経験年数、役職、雇用形態、資格、勤務場所、看護体制とした。

#### 3.3.1.4 分析方法

回収数 1,475 名のうち、アウトカム指標である PSCS の 38 項目に欠損があるデータについては complete case 法によりリストごと除外とし、有効回答は 1,040 名を分析対象とした。PSCS のアウトカムについては、カットオフ値は存在しないため、医療安全文化の 6 要因ごとに平均値を算出し、平均値を基準として「高成熟群」と「低成熟群」に分けたカテゴリー変数を作成した。

組織安全研修体制については、一般的には複合的に開催しているため、「講義型研修のみ」は上述の (1)、「参加型研修」は (1) + (2)、「体験型研修」は (1) + (2) + (3) として新たな変数を生成した。

統計解析には、交絡要因の影響の大きさを把握するために人口統計学的属性と PSCS の 6 要因の記述統計量を算出、統計検定には Fisher の正確検定を用いた。技能習得モデルとして広く知られているドレイファスモデル (Dreyfus Model) (Dreyfus SE, 1982) を応用し Benner (Benner P, 1992, 2010) が看護師の熟達レベルを分類しているように、熟達レベルには年齢、経験年数、役職、雇用形態など多様な共変量が想定される。すなわち、組織安全研修体制の効果を抽出するためには、数多くの共変量を調整しなければならず、従来型の交絡因子調整法では適切に補正することができない。そこで、様々な共変量を一つの合成変数に縮約し、要因群間のベースライン特性を調整する傾向スコア法 (propensity score method) (Rosenbaum P.R, 1983) (星野ら, 2006) を用いて、組織安全研修体制が医療安全文化水準に与える影響の大きさについて調整済オッズ比 (OR) を算出した。すべての統計解析には SPSS Statistics ver.22 を用いた。

表 3.1 施設内における安全研修の形態と概要ならびに、本論文で扱う研修区分の定義

形態	運用方法例	概要	本研究で扱う研修区分の定義		
1. 講義型研修 Classroom-style teaching	・医療安全管理者 研修会	・職場の管理者からの任命を受け、外部の医療安全管理者養成/認定看護管理者など各教育プログラムに応じて実施される研修。受講後、終了証等が発行される。継続教育とキャリア開発のために実施される。	講義型 研修	参加型 研修 Participatory-oriented training	体験型 研修 Experience-oriented training
	・OFF-JT (Off the Job Training)	・集合研修ともよばれ、各部署を限定せず全体に共通する学習内容を教授する際に適している。主にテーマを設定し、講師を招いて講義・レクチャーを行う。	Classroom-style teaching		
	・e-ラーニング	・看護協会・開発学会により主に提供され、個人または施設単位で用途に応じて活用される			
2. 対話型研修 Interactive training	・危険予知訓練 (KYT)	職場の年間教育計画の中にKYTを取り入れ、職員の危険への感受性や集中力を高める目的で実施する。主に新人教育に用いられる。		Participatory-oriented training	体験型 研修 Experience-oriented training
	・OJT (On the Job Training)	・病棟内などの業務を遂行する中で知識や技術を学び、上司や先輩からの助言や指導を受ける。個々の看護職の成長やニーズ、さらには集合研修で学んできたことへの対応を加味した教育。			
	・グループワーク、演習、課題解決型学習 (PBL: Project Based Learning)	・グループワークで具体的な課題解決案を検討する過程を通じて、より実践的な能力・知識を習得させる学習法。			
3. 実技型研修 Clinical Safety training	・スキルラボ	・シミュレーターなどを使用して実際の医療現場を模した類似環境やモデル人形、模型等で、臨床技能教育を安全かつ効果的に行うことができる。		Participatory-oriented training	体験型 研修 Experience-oriented training
	・実技演習	・模擬患者/フィジカルアセスメント/採血・静脈注射/BLS/高齢者体験/吸引/導尿浣腸等、模擬的な状況を設定し、学習者にその状況を関わりながら実践的に経験する場を与えることができる。			

### 3.3.2 分析結果

#### 3.3.2.1 回答者の人口統計学的属性

回答者の基本属性について性別では男性 45 名 (4.3%)、女性 995 名 (95.7%) を示し、年代では、30 歳代 339 名 (32.6%) が最も多かった。看護職の経験年数は、10 年以上 614 名 (59%) が最多であった。役職では、スタッフ 720 名 (69.2%)、次いで主任 215 名 (20.7%)、師長以上 105 名 (10.1%) であった。

医療安全文化の 6 要因毎の成熟度を見ると、それら年代、経験年数、役職において有意差が認められた。特に年代、経験年数、役職が高くなるにつれて、医療安全文化の各要因における低成熟群に対する高成熟群の割合が増える傾向を示した。

#### 3.3.2.2 組織安全研修体制と医療安全文化

組織安全研修の受講状況については、研修会未受講：122 名 (11.7%)、講義型研修：134 名 (12.9%)、参加型研修：343 名 (33.0%)、体験型研修：441 名 (42.4%) であった。先行研究 (Benner P,1992,2010) および表 3.2 にて交絡要因として想定された年代、経験年数、役職など計 8 項目 (性別,年齢,勤続年数,役職,雇用形態,資格,勤務場所,看護体制) を用いて傾向スコアを算出し、そのスコアを用いてロジスティック回帰分析を行った (表 3.3)。「研修会未受講」を基準とし、各研修のオッズ比を求めた。「講義型研修」では、PSCS の 6 要因との関連はいずれも認められなかった。なお、PSCS の「安全・健康モニタリング」要因については、「講義型研修」の群で高成熟群に分類された人がいなかったため、オッズ比は算出できなかった。「参加型研修」では、「安全・健康モニタリング」要因 (OR : 1.64,95%CI : 1.07 - 2.49) および「教育・訓練」要因 (OR : 1.67,95%CI : 1.07 - 2.60) を成熟させることに寄与していた。そして、「体験型研修」は、PSCS の 6 要因いずれにおいても有意に効果をもたらすことが示された (各安全文化要因に対する体験型研修の調整済オッズ比範囲 : 1.90~2.78)。

表 3.2 回答者の人口統計学的特性と医療安全文化6要因の成熟度

	安全重視型組織運営		個人の安全意識・姿勢		マネジメントシステム・アプローチ		安全・健康モニタリング		教育・訓練		相互学習文化・コミュニケーション		
	低成熟群 ( $<3.01$ ) (= >3.01)	高成熟群 ( $>3.01$ ) (= >3.01)	低成熟群 ( $<2.89$ ) (= >2.89)	高成熟群 ( $>2.89$ ) (= >2.89)	低成熟群 ( $<3.15$ ) (= >3.15)	高成熟群 ( $>3.15$ ) (= >3.15)	低成熟群 ( $<2.21$ ) (= >2.21)	高成熟群 ( $>2.21$ ) (= >2.21)	低成熟群 ( $<2.41$ ) (= >2.41)	高成熟群 ( $>2.41$ ) (= >2.41)	低成熟群 ( $<2.76$ ) (= >2.76)	高成熟群 ( $>2.76$ ) (= >2.76)	P
性別	40 803	5 192	37 802	8 193	36 713	9 282	36 786	9 209	35 807	10 188	38 806	7 189	0.70
年代	237 285 203 118	34 54 56 53	226 276 216 121	45 63 43 50	193 248 197 111	78 91 62 60	225 270 211 116	46 69 48 55	222 277 221 122	49 62 38 49	220 288 210 126	51 51 49 45	*
経験年数	38 89 131 114 471	3 15 18 18 143	30 89 121 114 485	11 15 28 18 129	30 75 103 101 440	11 29 46 31 174	34 86 124 106 472	7 18 25 26 142	33 85 125 111 488	8 19 24 21 126	34 87 122 111 490	7 17 27 21 124	0.77
役職	618 163 62	102 52 43	598 165 76	122 50 29	523 155 71	197 60 34	588 161 73	132 54 32	594 168 80	126 47 25	603 168 73	117 47 32	**
雇用形態	810 33	185 12	802 37	193 8	716 33	279 12	785 37	210 8	803 39	192 6	807 37	188 8	1
資格	35 768 24 16	7 174 12 4	35 758 29 17	7 184 7 3	32 678 24 15	10 264 12 5	33 747 26 16	9 195 10 4	32 760 31 19	10 182 5 1	32 770 25 17	10 172 11 3	0.22
勤務場所	104 649 90	28 144 25	101 644 94	31 149 21	95 571 83	37 222 32	100 633 89	32 160 26	102 643 97	30 150 18	105 644 95	27 149 20	0.84
看護体制	623 156 64	145 36 16	618 153 68	150 39 12	544 145 60	224 47 20	606 149 67	162 43 13	617 158 67	151 34 13	620 160 64	148 32 16	0.70

\* :  $p < 0.05$ , \*\* :  $p < 0.01$ , Fisher's Exact test

表 3.3 組織安全研修の種類と医療安全文化成熟度との関連性（傾向スコアを用いたロジスティック回帰分析結果）

表3 組織安全研修の種類と医療安全文化成熟度との関連性（傾向スコアを用いたロジスティック回帰分析結果）

	安全重視型 組織運営	個人の 安全意識・姿勢	マネジメント システム	安全・健康 モニタリング	教育・訓練	相互学習文化・ コミュニケーション
	OR (95%CI)	OR (95%CI)	OR (95%CI)	OR (95%CI)	OR (95%CI)	OR (95%CI)
組織研修受講						
研修会未受講 (n=122)	1.00 (Reference)	1.00 (Reference)	1.00 (Reference)	1.00 (Reference)	1.00 (Reference)	1.00 (Reference)
講義型研修 (n=134)	1.90 (0.56-6.49)	0.77 (0.30-1.96)	1.45 (0.57-3.70)	—	5.78 (0.77-43.23)	1.33 (0.45-3.97)
参加型研修 (n=343)	0.97 (0.66-1.43)	1.02 (0.69-1.51)	1.01 (0.72-1.43)	1.64 (1.07-2.49)	1.67 (1.07-2.60)	1.45 (0.95-2.21)
体験型研修 (n=441)	1.98 (1.44-2.72)	2.15 (1.56-2.95)	1.90 (1.44-2.51)	2.16 (1.59-2.94)	2.78 (2.01-3.86)	1.97 (1.43-2.70)

表内オッズ化(OR)は、交絡の可能性を持つ8つの属性(性別、年代、勤続年数、役職、雇用形態、資格、勤務場所、看護体制)について傾向スコア(P propensity score)による補正を行った値

95%CL:95%Confidence Intervals

一:「講義型研修」の群で高成熟群に分類された人がいなかったため、算出できず。

表内のボールド体は統計的に有意(95%CLが1をまたがない)である項目を示す。

### 3.3.3 考察

#### 3.3.3.1 医療安全文化の醸成に効果的に作用する組織研修体制

各医療機関では、実質的に多様な組織安全研修のスタイルが導入されているため、本章では研修の種類を「講義型研修」「参加型研修」「体験型研修」の3つに大別し、医療安全文化の醸成に効果的な組織安全研修体制を検討した。

研修会未受講者を基準とすると、「講義型研修」のみでは医療安全文化6要因のいずれにおいてもオッズ比には有意差が認められなかったが、「参加型研修」は「安全・健康モニタリング」要因および「教育・訓練」要因の醸成に寄与していることが示された。

「安全・健康モニタリング」要因とは、安全管理目標・計画の定期的な見直しや、事務部門も含めた全社的安全活動、安全対策と健康対策の融合（安全・健康を切り分けることなく、労働場面の文脈において包括的に状況を認識しモニタリングする実践活動）とい

った、有機的な組織安全活動に関する要因として位置づけられている（榎原ら,2008）。また、「教育・訓練」要因とは、インシデント・アクシデント情報の積極活用（他事例への応用や教材化等）や医療従事者のニーズに基づく教育訓練の充実化に関する要因である。いずれの要因とも、医療安全文化において組織安全における実践的な活動に関する成熟度を示す要因であり、「参加型研修」はそれらに作用することが示唆された。一般的には、OJT や KYT 研修といった「参加型研修」は新人看護師のリスク意識や対処行動に変化を与えるとする上山ら（2009）による報告や、片山ら（2007）、柴田ら（2008）による継続的かつ多様な KYT 研修は看護師の危険感受性を高めるとする報告に代表されるように、個人に対する安全意識の向上や行動変容を促すことは明らかにされている。一方、本論文で、「参加型研修」が医療安全文化における実践的な組織安全活動の活性化に作用する可能性が示された点は注目すべき点のひとつであろう。

次に、「体験型研修」について考察をする。講義型、対話型、そして実技型研修を組み合わせた「体験型研修」は各安全文化要因に共通して作用していた。表 3.3 において「参加型研修」と「体験型研修」を比較すると、「安全・健康モニタリング」要因および「教育・訓練」要因は「体験型研修」の方がオッズ比は大きい傾向にあり、そして「参加型研修」では有意差が認められなかった残りの 4 要因についても効果が認められた。それら 4 要因は、「安全重視型組織運営」「マネジメントシステム・アプローチ」のマネジメント側面、および「個人の安全意識・姿勢」「相互学習文化・コミュニケーション」の人的側面に関する安全文化要因に大別される。本論文で大別した「体験型研修」とは、「参加型研修」に加え、実技演習やシミュレータ等を用いた臨床技能教育を行う実技研修が追加されている研修として定義している。したがって、論理的に考えれば実技研修が医療安全文化 4 要因に作用しているとも考えられるが、「体験型研修」の効果については現場での実証的研究、例えば（吉岡, 2009）（西本, 2008）は散見されるものの、組織内の医療安全文化の醸成に与える影響を検証した研究はほとんど見当たらないことから裏付けは困難である。

むしろ「体験型研修」の効果については、講義型、対話型、そして実技型研修という多様な組み合わせからなる研修を提供する効果（研修の多様性）について注目してみたい。これまでは、看護領域で実践されてきた医療安全研修はステージ別学習戦略が主流である。看護師の技能修得の段階を初心者、新人、一人前、中堅、達人に 5 分類し、ステージ別に修得すべき知識・技能や方法をモデル化している（Benner P,1992,2010）。多くの医療機関にて行われている研修は、そのモデルを踏襲し、新人看護師からエキスパートナースへと段階を踏んで臨床看護実践能力を育成するクリニカルラダーシステムが主流となっている。経験依存的にその技能は習得されていくという前提に依拠し、各ステージにおける研修内容もステージが上がるにつれ組織的役割遂行能力の獲得を促すべく、より専門的かつ体験的な研修内容となっていく。すなわち、基礎教育の段階では講義型を中心に、上級者レベルでは臨床技能を獲得するために体験型に力点を置く

いった、ステージ別に学習戦略を立てることは利点があると考えられ、実践されている。

しかし、本論文では、経験年数や役職などの諸要因の影響を調整・除外した上でも、「体験型研修」が医療安全文化に寄与することが示唆された。因果関係の立証には至らないが、安全文化の醸成という組織目標においては、勤務年数や知識・技能といったステージ別に研修スタイルを分けるのではなく、講義型、対話型、そして実技型研修という多様な組み合わせからなる研修を提供することが効果的である可能性が示唆された点は意義がある。

#### 3.3.4 第3章の結論

本章で示した研究では、病院における看護実践において、シミュレーション等を用いた「体験型研修」の導入が組織の医療安全文化を高めるために効果的であることが分かった。また、年齢、勤務年数や知識・技能といった看護キャリアのステージを問わず「体験型研修」は、医療安全文化を高めるために有効である可能性が示されたことから、今後、医療安全文化を効果的に醸成させる組織研修の方向性を示す根拠のひとつとして、本知見が応用されることが期待される。

表 3.4. 医療安全評価指標 (Patient Safety Climate Scale; PSCS) の質問項目

<p><b>【因子 I 安全重視型組織運営】</b>            安全に関するミーティングの課題はよく整理されている            医療安全が主要な課題としてとりあげられている            安全に関するミーティングの成果は、必ず次の仕事に活かされている            安全に関する文書（マニュアルなど）は医療従事者全員に配布・周知されている            安全を優先して作業計画を変更することを推奨し、適用されている            安全重視の組織になるようにリーダーシップが発揮されている            上司が積極的に安全に関心をはらい関与する            作業の効率や手順を考える際、安全の立場から意見を述べている            安全に関する決定事項を面倒がらずに文書化する</p>
<p><b>【因子 II 個人の安全意識・姿勢】</b>            “多くの軽微なインシデント” と “危険度の高いインシデント” を関連付けている            インシデントを報告することが組織全体の安全に貢献するとの認識がある            職位にかかわらず目撃したインシデントを報告するよう、お互いに促している            現状に満足することなく、常に安全に関して注意を払っている            現場スタッフにも安全上の問題を改善する権限が与えられている            一人一人が安全に関する自分の役割を明確に理解している            現場スタッフが安全目標や重要事項の決定に関与している            職場の整理整頓がされている</p>
<p><b>【因子 III マネジメントシステムアプローチ】</b>            繰り返し発生しているインシデントは重要事例と認識し、優先的に対策をとる            エラー防止のため、多角的に対策が実施されている            現場スタッフが事故・インシデント事例の分析をしている            継続的な改善活動が展開されている            これまでに実施された改善の効果を評価している            ヒヤリ・ハットや予期せぬ事象に対して未然に対策を立てている            インシデントの報告手続きと報告経路（ルート）を全員が知っている</p>
<p><b>【因子 IV 安全・健康モニタリング】</b>            安全管理目標や計画を定期的に見直している            事業部門も安全活動に参加している            実施された安全対策を継続的にモニタリングし、評価している            作業負荷・負担を軽減することに成功している            職場のスタッフが多くの仕事上のストレスに対する対処を行っている</p>
<p><b>【因子 V 教育・訓練】</b>            安全に関する教育・訓練について積極的に意見を述べている            インシデント・アクシデント教訓の具体化（他事例に応用・教材化など）を図っている            安全に関する教育・訓練の計画や結果を適切に評価している            積極的にインシデント報告・改善提案をしている医療従事者を表彰している            医療従事者のニーズに基づき、教育訓練の充実化が図られている</p>
<p><b>【因子 VI 相互学習文化・コミュニケーション】</b>            医療従事者の更なる専門的な技術を高めることを促している            同僚間の相互サポートが円滑に行われている            医療事故は不注意が原因ではなく、システムの不備が原因との共通認識がある            お互いに学習しあう職場環境が築かれている</p>



## 第4章 安全文化醸成のための教員の安全教育に対する認識と教員のリスク感性要因

医療安全体制を構築するには、リスク感性を備えた看護師を育成することが重要である。そのためには、看護基礎教育のうちからリスク感性をしっかりと育成し、安全に関する知識と高度の基盤を作ることが重要である(岩本ら,2009)。医療安全教育が礎となることで、個々の看護職のリスク感性が向上し、その結果、組織全体の医療安全文化が醸成されていくと考える。本章では、看護基礎教育における医療安全教育の意義を唱えると同時に、教授する側の安全に対する認識や、リスク感性を構成する要素ならびに、リスク感性に影響する要因から、現在の看護基礎教育の現状を示す。

### 4.1 看護基礎教育における医療安全教育の動向

近年、医療機関における医療従事者の安全教育ならびに管理体制は確立しつつある。看護基礎教育では2009年4月から新カリキュラムにて「統合分野」が設けられ、「看護の統合と実践」の中に「医療安全の基礎的知識を含む内容」と明示された。医療事故防止には、看護基礎教育の段階から、医療安全に対する意識を高め、看護の安全性を高く志向できる専門職者の育成が重要(岩本,2009)であると指摘されているため、医療教育に携わっている看護教員は、学生の医療安全に対する意識の基盤となるリスク感性を高めるための教育方法について日々、工夫・改善を重ねている。

一方、丸山(2004)(2005)は、看護・医療事故予防推進のためには、看護教員が看護・医療事故予防に関する教育方法等を修得し、医療安全に関する能力を高める必要性を指摘している。このように安全に関する先行研究では、現在のカリキュラムにおける医療事故が起こる背景や要因を明らかにし、事故を予測し原因追究するメタ認知能力の育成の重要性が示されている(厚生労働省,2001)。そして、臨床現場では、新人看護師に対するリスク感性の強化は必須の項目となり、看護師の新人教育プログラムに組み込まれるようになってきた。また、リスク感性を育てる取り組みとして危険予知トレーニングを行う施設が増加している(行俊ら,2007)(森,2007)。加えて、基礎教育では、人的要因の医療事故防止対策として、学生のうちからリスク感性をしっかりと教育し、身につけさせたいと、学生の段階から安全に関する知識と行動の基盤を作ることの必要性が示されている(岩本,2009)。このように、看護基礎教育から一貫性のある医療事故防止対策を学び、就職後も継続教育を受けていくことで確実にリスク感性が育成され、身に付き、向上していくものと期待されている。しかし、教わる側の学生は、看護援助に伴うリスクを予測する力や、予測した事態を回避するための方法を考える力を、初期の段階では必ずしも備えているとは限らない。したがって、看護教員の関わりが重要であることが指摘されている(恩田,2010)。専門学校で看護教員は5年以上の看護師経験が資格要件であるが、医療安全教育の根底・基盤である看護基礎教育においては、教員自らの

経験や知識を活かした上で、教育者としての総合的かつ系統的な能力が要求されている。さらに、看護教員自身が、医療安全に対する高いリスク感性を備えていることが、重要となる。宇佐見（1997）は、教育指導者の条件の1つに「専門知識や専門技能を身につけている」（宇佐見,1997,p.15）ことを挙げており、教える内容に精通していることや、その分野の豊富な経験ならびに、教わる学生よりその分野に関して数倍・数十倍の知識の蓄積が必要であると報告している。また、医療安全教育について川村（2007）は、危険認識力と危険回避の判断力を養うことが必要と述べているが、岩本ら（2009）は、新しい看護・医療事故予防に関する価値観については、各教員の知識や経験レベルに任せられた内容で教育・指導がなされていると指摘している。さらに、矢吹ら（2007）の研究では、医療安全指導内容が教員によりばらつきがあったことが指摘されている。

## 4.2 教育者と学習者のリスク感性の現状

このような現状の中、医療安全における先行研究は、塩霧（2014）、関口（2008）のように、学生に焦点をあてた報告が多いが、看護教員のリスク感性に関連した報告は存在しない。リスクを察知する力が未熟な学生は、教わる教員のリスク感性の内容やレベルによって、学生自らのリスク感性を養うことができる。したがって、看護教員の安全に対する認識やリスク感性が、学生の指導に大きく影響を与えるのである。

## 4.3 本章の目的

2.3.4 では、医療安全に関する看護師の個人要因に対処するためには、看護師自らが疲労やストレスの状態を把握できる教育プログラムや自己管理できるような労働環境の整備が必要であることを述べた。また、前節では、看護師自らが医療安全の基盤・基礎となるリスク感性を身につける必要があることを述べた。

4.1 節で指摘した現状に鑑み、看護師のリスク感性を養うためには、まず、看護教員の安全に対する認識や、リスク感性を構成する要因を明らかにする必要があると考えられる。看護教員の安全に対する認識を明らかにし、看護教員のリスク感性に影響する要因を明らかにすることで、看護教員のリスク感性を高める必要がある。したがって、本章では、看護教員の安全教育に対する認識とリスク感性に影響する要因を明らかにすることを目的とする。

## 4.4 本章の用語の定義

- (1) リスク：患者の健康や生命の被害や悪影響、危険を与える可能性と定義する。
- (2) リスク感性：釜（2005）は、リスク感性を「周りから「危ないぞ」「注意してやりなさい」と、言われなくてもリスクを察知して、自然に安全行動がとれるような感覚」を指すと述べている。本章のリスク感性の定義は、釜（2005）リスク感性の定義「リスクを察知して、自然に医療安全に対する方策や防止するため行動がとれる感覚」に加え

て、「学生の指導に活用できる力」と定義する。

(3) 医療安全教育：医療における患者と医療従事者の安全確保を目的として、個々の医療者が医療現場に存在する危険を認識する能力の重要性を理解し、事故防止のための知識、技術、態度の基本を養うことを目指すものと定義する。

(4) エラー：黒田（2001）が述べるエラーの定義を参考に、本章では「看護業務上要求され、あるいは達成しようとした目標から、意図せずに逸脱することになった人間の行動」とし、ヒューマンエラーも含むものとする。

#### 4.5 本章の研究の前提と限界

(1) 本章の研究は、一部の地域の看護専門学校を対象としていることから、看護教育に携わる全ての教員の医療安全教育に対する意識を一般化することには限界がある。看護学生のリスク感性の育成の充実を図るためには教員の担う役割は大きく、教員一人ひとりの医療安全教育に対する認識を高める必要がある。今後は、看護系大学や看護教員以外の医学、薬学など、医療に関連する他職種 of 育成に携わる教員を対象にした調査を重ねていくことで医療安全教育に対する認識やリスク感性に関する問題の究明と尺度の検討が今後の課題となる。

(2) リスク感性の定義を、釜（2005）の「リスクを察知して、自然に安全に対する方策や防止するため行動がとれる感覚のこと」を用いる。

#### 4.6 本章の研究方法

##### 4.6.1 調査対象

B 県下にある看護専門学校（2年課程・3年課程）35校のうち学校長の承諾が得られた24校に勤務する看護教員262名である。

##### 4.6.2 調査期間

2011年7月下旬～9月上旬に実施した。

##### 4.6.3 調査内容

- (1) 基本属性については、①性別、②年代、③臨床経験年数、④教員経験年数、⑤職位とした。
- (2) 医療安全教育状況については、①教員養成講習会にて医療安全科目の受講の有無、②安全管理者養成講習受講の有無、③医療安全に関する研修受講状況とした。
- (3) 看護教員の医療事故予防に関する意識については、医療安全への取り組み状況として個人の認識の観点から作成された金子ら（2005）の尺度を参考に本章での研究の主旨に合う内容に改変した51項目について、「1,全くそうは思わない」、「2,あまりそうは思わない」、「3,そう思う」、「4,非常にそう思う」の4件法で回答を求めた。

#### 4.6.4 データ収集方法

研究の趣旨及び調査の目的と方法について各学校の責任者に事前に文書で説明を行い、承諾が得られた看護師養成所に無記名自記式調査票を送付した。調査対象者は、記入後封筒を厳封の上、各施設に設置した回収箱に各自で投函して頂いた。なお、回収は著者が行った。

#### 4.6.5 倫理的配慮

研究の対象となる各学校の責任者に対し研究目的、方法、意義、倫理的配慮などを説明した依頼文を郵送し、研究協力の承諾を文書で得た。調査対象者には、文書にて研究目的、方法、意義、研究協力は自由意思に基づくこと、匿名性の保持等プライバシーの保護、結果の公表等について説明し回答の返送をもって承諾とみなした。また、本章における調査では、病院の職員を対象にされた既存の尺度を参考に、著者が教員対象にした内容に変性している。元となる尺度の使用にあたっては、著者が直接尺度作成者(金子)に使用の許可を申し出て、書面にて許可を得ている。

#### 4.6.6 分析方法

基本属性と関連要因については、記述統計量を算出した。看護教員の医療事故防止に対する認識については、逆転項目の質問は逆転し、因子分析(主因子法,プロマックス回転)を行った。因子数の決定は、スクリープロットの傾斜を確認して決定した。尺度の信頼性については、各下位尺度に採用された項目のクロンバック  $\alpha$  係数を算出し、妥当性については Kaiser-Meyer-Olkin のサンプリング適切性基準にて確認した。また、その因子と属性ならびに医療安全対策状況との関連について t 検定ならびに一元配置分散分析と多重比較 (Tukey) を用いて比較した。統計ソフトは、IBM SPSS Statistics22 を使用し、有意水準 0.05 未満は有意差ありとした。

#### 4.7 本章の研究結果

質問紙は 226 名の回答を得 (回収率 86.3%)、そのうち有効回答の 222 名 (有効回答率 84.7%) を分析対象とした。

##### 4.7.1 対象者の属性と医療安全教育状況

年代は、40 歳代 93 名 (42.1%) が最も多く、次いで 50 歳代 68 名 (30.8%) であった。臨床経験年数は、10 年以上が 136 名 (61.5%)、次いで 7~10 年未満が 45 名 (20.4%)、5~7 年未満 36 名 (16.3%) で、5 年未満 4 名 (1.8%) を示した。次に教員経験年数では、10 年以上 98 名 (44.3%)、4~6 年目 41 名 (18.6%)、次いで 7~9 年目 34 名 (15.4%)、1~3 年目 28 名 (12.7%)、1 年以内 20 名 (9.0%) であった。職位は、専任教員 166 名 (75.1%)、教務主任以上 32 名 (14.5%)、実習調整者 16 名 (7.2%)、実

習指導員 6 名 (2.7%) であった。

医療安全教育状況として、「医療安全」科目の担当 20 名 (9.0%)、未担当 201 名 (91%) で、教員養成講習会について受講有り 186 名 (84.2%)、受講無し 34 名 (15.4%) であった。また、教員養成講習会での医療安全教育受講については、受講有り 80 名 (36.2%)、受講無し 116 名 (52.5%) であった。リスク・マネジャー養成講習会の受講については、有り 9 名 (4.1%)、無し 208 名 (94.1%) であった。医療安全に関する研修会の参加については、未受講 137 名 (62%) が最も多く、次いで 1 年以上 51 名 (23.1%)、1 年以内 30 名 (13.6%) であった

#### 4.7.2 看護教員のリスク感性因子の抽出

##### 4.7.2.1 項目の妥当性と信頼性

看護教員の医療事故予防に関する意識について下位構造を確認するために、質問内容 51 項目に対し因子分析 (主因子法, プロマックス回転) を行った。各因子への項目採用基準は、固有値 1.0 以上、因子負荷量の絶対値 0.4 以上を採択した。その結果、22 項目 4 因子が抽出され、各項目の因子負荷量は 0.406 以上で安定した。4 因子までの累積寄与率は 44.3% であった (表 4.1)。また、Kaiser-Meyer-Olkin のサンプリング適正基準は、0.841 を示した。各因子のクロンバック  $\alpha$  係数を表 4.1 に示す。4 項目の  $\alpha$  係数は、0.855 であり、内的整合性は保たれていた。各項目の  $\alpha$  係数は、0.754–0.810 で信頼性が確認された。

##### 4.7.2.2 構成因子の命名

プロマックス回転後の因子負荷量は表 4.1 に示したとおりである。4 因子の因子名は質問項目から適当と思われるものを用いて命名した。第 1 因子は《インシデント (ヒヤリ・ハット) の報告基準が不明瞭である》、《職場でのコミュニケーションは良いほうだ》、《インシデント発生時の指導は学校内で統一されている》、《インシデント (ヒヤリ・ハット) 報告書の様式は書きやすいように工夫されている》、《職場の上司に提案や意見を気軽に相談することができる》、《職場の上司は実習現場の安全状況について見回りにくる》、《学生に配布する事故防止に関する実習マニュアルにインシデント報告書の記載例が示されている》、《事故防止に関するマニュアルは定期的に見直されている》の 8 項目で構成され、安全対策の行動に関する内容を示していると考え【医療安全対策行動】 ( $\alpha=0.781$ ) と命名した。

第 2 因子は、《インシデントの発生状況を詳細に報告に書くように指導している》、《状況がイメージできるように報告書を記載するように指導している》、《あなたは報告書に自分のとった行動の振り返りを書くように学生に指導している》、《ミスをして罪悪感を強く感じている学生にアドバイスを与える》、《学生と一緒にインシデントの原因やリスク要因を考えている》の 5 項目で構成された。これらの項目は、事故

発生後に教員が学生に行う指導内容について示していると考え【事故後の学生への指導姿勢】( $\alpha=0.810$ )と命名した。

第3因子は、《同僚からミス責任を追究されるのではないかと不安を感じる》、《報告すると「自分の担当した学生ばかりミスが多い」と思われるようで心配である》、《指導を担当している学生のインシデント（ヒヤリ・ハット）報告をすると、同僚から「指導力のない教員だ」と思われ信用を失う》、《事実確認のために行われる上司とのやりとりはプレッシャーを感じる》の4項目で構成された。これらは、教員の事故発生に対する自信が影響していると考え、【事故対応への自信のなさ】( $\alpha=0.787$ )と命名した。

第4因子は、《あなたの職場ではインシデント件数が集計され傾向を知ることができる》、《職場で発生したインシデントの分析結果を教育、実習指導に反映させている》、《報告された事例で重要なものは詳細に分析されている》、《発生したインシデントは、学生間で意見交換する場を設けている》、《あなたは学生のインシデント件数と実習姿勢を区別している》の4項目で構成され、事故後の教育として活かす方法に関する内容と考え【医療安全教育への活用】( $\alpha=0.754$ )と命名した。

#### 4.7.3 看護教員のリスク感性と属性・医療安全教育状況との関連

看護教員の医療安全に関する認識の4因子と属性ならびに医療安全教育状況について比較検定を行った結果を表4.2に示す。

第1因子の【医療安全対策行動】は、職位において専任教員と教務主任以上の間で有意差が認められた( $P<.05$ )。

第3因子の【事故対応への自信のなさ】では、教員養成講習会において医療安全教育の受講状況の項目において未受講者は事故への対応への自信が、受講者より有意に低かった( $P<.05$ )。

第4因子の【医療安全教育への活用】では、属性の年代・教員経験・職位、医療安全教育状況のリスク・マネジャー養成講習会受講の有無、医療安全に関する研修会の受講の有無においてそれぞれ有意差が認められた( $P<.05$ )。具体的には、年代において50歳代以上の教員は、20～30歳代の教員より医療安全教育への活用が有意に高く( $P<.05$ )、教員経験1～3年目より10年以上の経験を持つ教員の方が、有意に医療安全教育への活用が高かった( $P<.05$ )。さらに、専任教員より教務主任以上の職位を持つの方が、有意に医療安全教育への活用が高かった( $P<.05$ )。また、研修等の受講状況においてリスク・マネジャー養成講習会受講を受講している教員や、医療安全に関する講習会を受講している教員の方が、未受講の教員より有意に医療安全教育への活用をしていた( $P<.05$ )。

一方、第2因子の【事故後の学生への指導姿勢】については、全ての項目において有意差は認められなかった。第2因子の項目の「インシデントの発生状況を詳細に報告に

書くように指導している」の因子負荷量は 0.867 を示し、全ての項目の中でも最も高かった。

## 4.8 考察

### 4.8.1 看護分野における医療安全教育の問題点

#### 4.8.1.1 項目の設定に対する妥当性

本論文における教員の医療安全教育に対する認識を尋ねる質問項目は 51 あり、因子分析の結果 22 項目、4 因子となった。因子分析においては一般的に固有値 1.0 以上で、因子負荷量 0.4 以上を採用基準とされている。また、Kaizer-Meyer-Olkin のサンプリング適正基準は、因子分析を用いることと適切性を示している。これらの基準は、1 に近いほど因子分析の適切性を示すため、今回抽出された 22 項目の Kaizer-Meyer-Olkin のサンプリング適正基準は 0.8 以上を示したことから、項目について高い妥当性があると判断できる。また、抽出された 4 因子のそれぞれのクロンバック  $\alpha$  係数は、約 0.8 を示していることから、信頼性も高いことが示されている。したがって、抽出された 22 項目については、信頼性・妥当性が高いといえる。しかし、51 項目中 29 項目が除外となり 4 因子の累積寄与率 44.3%であったことから、項目の約半分の内容が類似、偏りが生じていたことが推察できる。

除外された質問項目の中には、「インシデント（ヒヤリ・ハット）報告書の記入方法について学生に指導している」、「インシデント（ヒヤリ・ハット）報告書は書きやすいように工夫されている」、「学生が報告して良かったと思えるようなフィードバックをしている」、「インシデント（ヒヤリ・ハット）報告は学生の評価に影響しない」など、看護基礎教育における医療安全教育の学生指導に必要な項目が含まれている。しかし、これらの項目は、第 2 因子の「事故後の学生への指導姿勢」の項目と重なる表現であり、類似した内容といえる。

また、「事故予防について学校全体で積極的に取り組んでいる」、「あなたの職場ではインシデント（ヒヤリ・ハット）が生じた場合、タイムリーに話し合いがもたれている」、「職場では報道された医療事故についてよく話題になる」、「インシデント（ヒヤリ・ハット）の内容について、教員間で意見交換をしている」は、教員の医療安全に対する姿勢を知ることができる項目と考える。しかし、これらの項目は、第 1 因子の医療安全対策行動に類似した内容とも考えられ、教員のリスク感性に必要な要素であっても除外対象になったと推察する。今回、参考にした尺度が病院の職員を対象にしたインシデント報告に関連する尺度であったことも、質問内容の偏りが生じた要因と考える。今後は、質問内容をさらに検討していく必要がある。

#### 4.8.1.2 看護教員の医療安全教育の現状と認識

本章で行った研究における看護教員の年代は 30 歳代～50 歳代の割合が高く、中でも

40歳代が42.1%で最も多いことから、多くの看護専門学校では、10年以上の臨床経験をもつ者によって教育が遂行されていることが示された。加えて、教員経験年数も10年以上が44.3%で最も多いことが明らかとなったが、このような現状は、看護専門学校の専任教員を対象とした研究（原田ら,2012）（大山ら,2012）（白鳥ら,2013）においても同様の結果が示されている。これらの結果より看護専門学校の看護教員は、10年以上の臨床経験ならびに、教員経験を兼ね備えた豊かな人材が中心となって構成されている組織であることが明らかとなった。臨床経験年数10年以上であることは、ベテラン看護師としての役割を持つと言える。山内（2000）らは、事故防止の観点から、ベテランは豊富な知識や経験を持っているため、異常な事態や危険には気づき、それに対処する能力が高いと述べている。したがって、10年以上の臨床経験をもつ教員は、経験から身に付けたリスク感性を備えていることが推察できる。そのため、それらの者が事故予防に関する教育的な思考を持って学生指導に携わることは、学生が受け持つ患者の安全の保証につながると考える。

一方、医療安全教育に関する研修受講状況では、教員養成講習会、リスク・マネジャー養成講習会、一般的な医療安全に関する講習会のいずれも未受講者が半数以上を占めた。

研修の未受講者が半数以上占める理由として、看護教育者は、自己向上意欲は高い（小山ら,2000）集団であるが、職場の人員不足や事務などの雑務も多いため教育力を高めるための自己研鑽を積む環境が整備されていない（白鳥ら,2013）現状が、医療安全教育に関する研修参加が不十分である可能性がある。岩本（2009）は、安全とは看護学教育における必須の教育内容であるため、基礎看護教育に携わる教員は何らかの形で授業に「安全」に関わる内容を取り上げている可能性が高いと述べている。しかし、現在はカリキュラムで医療安全教育が位置づけされていることから、全ての教員が自身の経験から得た個人レベルの知識やリスク感性だけではなく、看護基礎教育の教員として一定の質を保証する中で、講義や学生指導を行う必要があると考える。教員一人ひとりが医療安全に関する知識を高めることは、看護教育者としての責務であることを自覚し、自ら意識的に情報収集することが必要であろう。また、職場の医療安全教育の保証としては、各教員の自己研鑽への支援を積極的に行うなど、職場の人材育成環境を整えることが必要と考える。

#### 4.8.1.2 看護教員のリスク感性に影響する要因

看護教員の医療安全に対する認識の51項目の質問について因子分析を行った結果、抽出された22項目からなる4つの因子と属性との関連をみた。

第1因子の【医療安全対策行動】と関連があった項目は職位であり、教務主任以上は専任教員より医療安全対策行動への意識が高いことが示された。教務主任とは、「校長の監督を受け、教頭の指示・助言のもとに、教務に関する事務を学校全体の立場から総



括して専門的に担当する職位を指す」(細谷編,1998)とあることから、管理者の役割を担う。

また、医療安全の中心を担うものは、臨床では職位の高いものがリーダーとしての役割を持つことが多い。そのため、学内における教務のリーダーとして教務主任以上が、学内のインシデント(ヒヤリ・ハット)の報告基準やインシデント発生時の指導等について整備する等、医療安全教育の中心的役割を担っていることが窺われた。したがって、直接指導にあたる専任教員は、統一した指導を行うためにも学校の教育方針として医療安全対策行動についてどのような考えを持っているのかを常に理解しておく必要があると考える。医療安全教育を推進するためには、教務主任と専任教員が、施設の医療安全対策行動について、意図的なコミュニケーションを図り、医療安全対策について職員共通の目標を持つことが重要と考える。

第2因子の【事故後の学生への指導姿勢】では、属性における関連は特定されなかった。しかし、因子負荷量が最も高い項目として《インシデントの発生状況を詳細に報告に書くように指導している》が示された。また、因子負荷量が2番目に高かった項目が、《状況がイメージできるように報告書を書くように指導している》であった。このように、教員は、インシデントレポートの活用が事故の再発防止と関連性があると捉えていることが明らかとなった。臨床が求めるインシデントレポートは、「どんなことが起きたのか、事実が明確に記されていること」(坂本,2008)であり、正確な報告と再発防止を目的として看護教育においても活用されると推測される。岩本(2009)は、事故を起こさないためには、自己モニタリングしていく習慣を基礎教育の段階で身につけることの必要性を述べている。教員がインシデントレポートを用いて指導することは、学生の自己モニタリングを身につけるための具体的方法として有効であり、それらを今後も継続していく必要がある。

第3因子の【事故対応への自信のなさ】と関連があった項目は、「教員養成講習会にて医療安全の教育の受講の有無」で、未受講の教員ほど学生が事故を起こした際に、同僚から責任追及をされる不安をもっていることが明らかとなった。以前は、事故発生に対して責任追及が主流であった(畑村,2002)が、現在の医療安全教育は、エラーはなぜ起きたのかという原因究明の考え方で進められている。つまり、事故の構造やヒューマンエラーの発生メカニズムを学ぶことが、責任追及型の認識から原因究明の考え方へと修正され、事故発生への対応にも教育的な関わりを優先できるようになると考える。

本章の調査において医療安全に関する講習会に参加している教員は、半数以下であった。看護教員は、業務が多忙である(原田ら,1999)(原田ら,2012)ことも、講習会に参加出来ない理由であると考えられる。しかし、現状は、第3因子の項目にある《同僚からミス責任を追及されるのではないかと不安を感じる》の因子負荷量は高く、責任追及型による対応がなされていることが推察される。『ヒューマンエラーは個人の特性という考え方がまだ大勢で、「ぼんやりしているからエラーをするんだ」などエラーに対す

る認識が支配的である。この考え方は、現場の安全活動に従事している担当者に多く見られる』(河野,2008,p.25)と述べている。本章の調査対象である看護教員も10年以上の臨床経験を持っている者が多いことから、長年に形成された責任追及型の固定観念にとらわれていることも否めない。坪井(2001)の研究では、研修受講は教師効力を高めると報告されている。したがって、看護教員の医療安全に関する意識改革や自信を高めるためにも医療安全に関する研修会の参加や、医療安全に関する最新の情報が学内の教員にも意図的に提供されるような職場環境が必要と考える。このような環境は、医療安全教育に対する教師効力が高まることになり、医療安全教育の充実が図れるようになる。また、学生に対する医療安全教育の保証にもなると考える。

第4因子の【医療安全教育への活用】では、「年代」、「教員経験」、「職位」、「リスク・マネジャー養成講習会受講」、「医療安全に関する講習会」において関連がみられた。

年代では、20～30歳代は50歳代以上と比べて有意に医療安全教育への活用が出来ていないことが示されている。それに伴い、教員経験1～3年目は、10年以上の経験をもつ教員と比べて有意に医療安全教育への活用が出来ていないことが示された。一方、職位では、専任教員より教務主任以上は医療安全教育の活用が出来ていると示されている。

特に、第4因子では「職場でのインシデントの件数が集計され傾向を知ることが出来る」の因子負荷量が高かったことから、それらをどのように教育に活用していくのか等、年代や経験年数の浅い教員に対して具体的に示していく必要があると考える。

医療安全教育では、事故後のフィードバックが学生の自己成長につながる(片岡,2011)と報告されている。したがって、年代や経験年数が浅い専任教員であっても、学生が事故を起こした後は、教育的に関わる事が出来るような人材育成やフォロー体制が必要と考える。また、教員養成講習会や医療安全教育講習会に参加している教員の方が医療安全教育に活用出来ていることが示されている。第3因子でも示したように、坪井ら(2001)の研究では、研修の有効性が示されている。特に、年代や経験年数の浅い教員に医療安全に関する研修会への参加が必要である。

表 4.1. 看護教員の医療事故防止に関する因子

安全対策行動 ( $\alpha = 0.781$ )	因子			
	1	2	3	4
* インシデント (ヒヤリ・ハット) の報告基準が不明瞭である	.697	-.215	.017	.047
職場でのコミュニケーションは良いほうだ	.666	.180	.080	-.182
インシデント発生時の指導は学校内で統一されている	.646	.036	.069	.027
* インシデント (ヒヤリ・ハット) 報告書の様式は書きやすいように工夫されている	.572	-.132	.060	-.073
職場の上司に提案や意見を気軽に相談することができる	.569	.146	.096	-.108
職場の上司は実習現場の安全状況について見回りにくる	.485	.005	.017	.022
学生に配布する事故防止に関する実習マニュアルにインシデント報告書の記載例が示されている	.465	-.109	-.089	.082
あなたの職場では事故防止に関するマニュアルは定期的に見直されている	.440	-.040	-.135	.349
<b>事故後の学生への指導姿勢 (<math>\alpha = 0.810</math>)</b>				
インシデントの発生状況を詳細に報告に書くように指導している	.001	.867	-.063	.001
状況がイメージできるように報告書を記載するように指導している	-.082	.821	-.026	-.025
あなたは報告書に自分のとった行動の振り返りを書くように学生に指導している	-.050	.676	.083	.064
ミスをして罪悪感を強く感じている学生にアドバイスを与える	-.088	.520	.125	-.079
学生と一緒にインシデントの原因やリスク要因を考えている	-.007	.518	-.032	.231
<b>事故対応への自信のなさ (<math>\alpha = 0.787</math>)</b>				
* 同僚からミスの責任を追及されるのではないかと不安に感じる	.011	-.060	.852	.109
* 報告すると「自分の担当した学生ばかりミスが多い」と思われるようで心配である	-.060	-.037	.757	.193
* 指導を担当している学生のインシデント (ヒヤリ・ハット) 報告をすると、同僚から「指導力のない教員だ」と思われ信用を失う	.070	.104	.602	-.046
* 事実確認のために行われる上司とのやりとりはプレッシャーを感じる	.141	.110	.514	-.131
<b>インシデント教育への活用 (<math>\alpha = 0.754</math>)</b>				
あなたの職場ではインシデント件数が集計され傾向を知ることができる	-.079	.014	.086	.698
職場で発生したインシデントの分析結果を教育、実習指導に反映させている	.105	.146	-.046	.666
報告された事例で重要なものは詳細に分析されている	.254	.006	-.023	.579
発生したインシデントは、学生間で意見交換する場を設けている	.087	.055	-.037	.536
あなたは学生のインシデント件数と実習姿勢を区別している	-.221	-.111	.232	.416
因子寄与	5.325	1.826	1.689	.914
因子寄与率	24.204	8.299	7.677	4.154
累積寄与率	24.204	32.503	40.180	44.334

因子抽出法: 主因子法 プロマックス法 \* 逆転項目

表 4.2 看護教員のリスク感性に影響する要因

		n	第1因子		第2因子		第3因子		第4因子	
			m±SD	m±SD	m±SD	m±SD	m±SD	m±SD		
			2.43	0.53	3.19	0.44	2.98	0.56	2.66	0.59
性別	男性	9	2.71	0.56	3.07	0.48	3.19	0.66	2.67	0.62
	女性	211	2.42	0.53	3.20	0.44	2.97	0.56	2.66	0.59
年代	20~30歳代	58	2.32	0.56	3.17	0.40	2.92	0.56	2.56	0.60
	40歳代	92	2.43	0.53	3.22	0.45	2.99	0.59	2.62	0.60
	50歳代以上	69	2.53	0.50	3.17	0.47	3.03	0.54	2.81	0.54
臨床経験	10年未満	84	2.41	0.52	3.19	0.40	2.98	0.52	2.67	0.58
	10年以上	136	2.45	0.54	3.19	0.47	2.98	0.59	2.66	0.60
教員経験	1~3年目	48	2.33	0.60	3.07	0.39	2.91	0.64	2.42	0.54
	4~9年目	75	2.40	0.54	3.22	0.45	3.02	0.61	2.62	0.62
	10年以上	97	2.51	0.48	3.23	0.45	2.99	0.48	2.82	0.54
職位	専任教員	172	2.38	0.55	3.15	0.44	2.94	0.58	2.59	0.58
	実習調整者	16	2.48	0.42	3.34	0.40	3.05	0.39	2.71	0.55
	教務主任以上	31	2.69	0.41	3.33	0.45	3.15	0.51	3.01	0.52
教員養成講習にて医療安全教育の受講状況	受講あり	80	2.50	0.55	3.26	0.43	2.98	0.61	2.66	0.58
	受講なし	115	2.44	0.47	3.18	0.44	3.01	0.48	2.73	0.57
リスクマネジャー養成講習会受講	受講あり	9	2.67	0.72	3.47	0.44	3.06	0.58	3.16	0.54
	受講なし	207	2.42	0.53	3.18	0.44	2.97	0.56	2.64	0.59
医療安全に関する研修	受講あり	80	2.52	0.57	3.25	0.46	3.07	0.58	2.85	0.54
	受講なし	137	2.38	0.51	3.17	0.43	2.93	0.55	2.55	0.60

第1因子：安全対策行動 第2因子：事故後の学生への指導姿勢 第3因子：事故発生に関する知識不足  
第4因子：教育への反映

\*p<0.05

## 4.9 本章の結論

### 4.9.1 看護教員の医療安全教育に対する認識について

- (1) 職位は、「医療安全対策行動」と「医療安全教育への活用」に影響を及ぼす要因であり、専任教員より教務主任以上のほうが有意に「医療安全対策行動」、「医療安全教育への活用」が出来ていた。
- (2) 医療安全に関する研修会を受講した教員は、未受講の教員より、「事故対応についての自信」があった。
- (3) 年代が50歳代以上、教員経験が10年以上、職位が教務主任以上の教員、ならびにリスク・マネジャー養成講習会や医療安全に関する研修会を受講した教員は、「医療安全教育の活用ができています」と認識していた。

#### 4.9.2 教員のリスク感性に影響する要因について

- (1) 教員のリスク感性として、「医療安全対策行動」、「事故後の学生への指導姿勢」、「事故対応への自信のなさ」、「医療安全教育への活用」が抽出された。
- (2) 年代が 20 から 30 歳代、教員経験が 1 年～3 年目の教員、ならびにリスク・マネジャー養成講習会や医療安全に関する研修会について未受講であることは、医療安全教育に活用することへの意識が低くなる要素である。

#### 4.10 本章のまとめ

看護教育において看護学生のうちから医療事故防止に関する教育を受けることは、リスク感性の向上に大きく影響するだろう。しかし、学生を教育する教員のリスク感性も影響する可能性がある。本章では、看護教員に焦点をあて、教育する側のリスク感性を評価することを目的として研究を行った。

その結果、職位や年代、リスク・マネジャー研修の受講の有無が、教員のリスク感性に大きく影響していることが明らかとなった。一方、本章の研究で用いた尺度は、釜(2005)が示す個々の個人(学生)が備えるべきリスク感性の定義に基づいて作成したが、作成された尺度は、医療安全に関する教員の認識を測定する尺度である。すなわち、リスク感性の定義と尺度の対象の相違によって、リスク感性を構成する項目と因子の対応関係を明確に示すことができない。したがって、学生か教員であるかに関わらず、整備し育成すべきリスク感性とはどのようなものであるのか明確にする必要がある。今後は、医療におけるリスク感性について、定義や概念を明確にし、そのうえで、その定義と概念に基づいた評価尺度を作成することが課題である。

## 第3編 リスク感性に関わる概念の整理と再構築

### 第5章 リスクとハザードの概念によるリスク感性の再定義とリスク感性の構造フレームワークの提示

#### 5.1 本章の目的

近年、製造現場におけるベテラン技術者・技能者等の人材不足から発生するリスクに対応するため、製造現場における事故・災害の低減及び防災技術の向上・充実が必要となっている。これを担保するためにはベテラン技術者・技能者等から若手技術者への世代間技術伝承及び各人の実践的な気づきの能力のもとになる感性の向上が求められている（関谷,2009）。また、高齢者や初心者の自動車運転における事故削減のために、危険を事前に発見しそれに適切に対処する能力を正しく自己評価することができるための教育の有効性も指摘されている（小川,1993b）（松浦,2006）（蓮華ら,2007）。さらに、児童の防災・安全教育（村越,2006）の必要性や、安全教育により「安全能力」を育成することの必要性が指摘されている（藤井ら,2007）。

看護分野においても、看護師および看護学生の危険回避のための状況に応じた判断力や実践力を育む医療安全教育を充実させることが重要であると言われている（南ら,2015）。そのため、安全教育における「リスク感性」の重要性と育成が注目を浴びており、特に、医療安全の教育内容の課題として看護分野におけるリスク感性育成の重要性が指摘されている（釜,2004）（道廣,2011）（佐々木,2012）（南ら,2015）。このように、リスク感性については、製造業における防災安全（関谷,2009）や医療安全（釜,2004）（道廣,2011）（佐々木,2012）（南ら,2015）の分野で注目されている。

一方で、リスク感性の概念や定義は収斂しておらず、多様である。特に、看護分野においては、リスク感性の重要性が注目されており、「リスク感性」という言葉は、以前から一般的にごく当然のように使用されてきた（釜,2004）にも関わらず、対象とするリスクが明確ではない。さらに、感性の解釈およびその概念や定義については確立されておらず、個々の病院や看護職者によって異なった定義や概念が用いられており、多様である。その背景には、従来から看護職が人の生命に直結する職務でありながら、その職場への近代的なリスク・マネジメントの導入が遅く、そのため、企業で実施されているリスク・マネジメント手法を急遽取り入れている過程にあるという現状がある。医療分野におけるリスク・マネジメントの本格的な導入は、1999年の患者取り違え事故以降であるため、一般企業と比較するとリスク・マネジメントの導入は遅かった。しかし、近年の医療の高度化、高齢化に伴う合併症の high-risk 状態の増加によって、看護職が直面するリスクに対応するための高度な能力育成は、喫緊の課題として注目されている。その能力の1つとして「リスク感性」が注目されている。

本章では、まず、リスク・マネジメント論の立場から、リスクをリスクとハザードに区分した概念を導入する。さらに、その概念に基づき、リスク知覚とハザード知覚の概

念と定義を整理する。そのうえで、ハザード知覚に関わるハザード感性の存在とリスク知覚に関わるリスク感性（狭義）の存在を明らかにし、狭義のリスク感性とハザード感性の和集合が、広義のリスク感性を形成しているという構造を示し、「リスク感性とハザード感性の構造フレームワーク」を提示することを目的とする。

## 5.2 リスクとハザードの概念

リスク感性を議論するためには、リスクに関して、リスクとハザードに区分した概念を導入し、明確にしたうえで、リスクとハザードの両者の感性について議論する必要がある。この節では、リスクとハザードの概念整理を行う。

亀井（1995）は、危険を以下の3つに区分する必要があるとしている。

- ①事故発生の可能性または不確実性：火災や爆発などが発生する可能性を危険と認識する場合であり、英語では **risk** がこれにあたる。
- ②事故それ自体：火災や爆発など事故損失や負傷を伴う災害や事件が現実発生した場合で、英語の **peril** や **danger** がこれにあたる。規模が大きく持続的な場合は **crisis** という表現を用いる。
- ③事故発生の条件、事情、状況、要因、環境：火災を例にすると建物の構造や保管している物品、立地条件などがこれにあたり、英語では **hazard** と呼ぶ。

また、日本規格協会（2008）は、リスク（**risk**）は「事象の発生確率と事象の結果の組合せ」であり、ハザード（**hazard**）は「危害（**harm**）の潜在的な源」と定義している。なお、**peril** の発生がそのまま損失や負傷を伴う災害につながるわけではなく、**hazard** の存在が **peril** を損失や災害につなげる可能性をつくり、損失や災害の発生確率を高めることになる。しかし、**hazard** は、時々刻々と変化する状況性によって規定されるため実態がつかみにくく、見落とされる可能性が高く、対策を立てることが難しい。

表 5.1. 各分野における危険の分類について

リスク・マネジメント論	ハザード (hazard)	事故発生に結びつく対象や条件	ハザード要因を挙げるだけではなく、そのハザードがもたらすリスク（損害の可能性）がどのようなものかを見極めること
	リスク (risk)	事故によって発生する損害の可能性	
保険分野のリスク・マネジメント	ハザード	潜在的リスク（間接的要因）	「ハザード・ペリル・リスク」をひとまとめにして「リスク」として捉えてしまうと、どこで、何を注意する必要があるのか曖昧になりやすく、的確な対応をすることなく見過ごしてしまう可能性がある。分類することで事故対策が立てやすくなる。
	ペリル (pelil)	直接の事故原因となってしまうリスク（直接原因）	
	ロス	ペリルによって生じた損害	
経営戦略型リスク・マネジメント	ハザード	事故発生に影響する環境・条件・事情	
	ペリル	事故それ自体	
	リスク (risk)	事故発生の可能性	

亀井利明、亀井克之：リスク・マネジメント総論、同文館出版、2009

表 5.1 より、危険についてリスク・マネジメント論においては、主に「ハザード (hazard)」と「リスク (risk)」の 2 つに分類し、保険分野等では「ハザード (hazard)」「ペリル (pelil)」「リスク (risk)」または「ロス」の 3 つに分類されていることが明らかとなった。

一方、国外文献では交通安全に関する文献において Cohen ら (1958) がリスクについて、ある行為の主観的な成功確立が 1.0 未満の場合に、または成功するかどうか確信がもてない場合に、その行為を敢えて実行しようとする試みを意味すると述べている。また、ハザードについては、状況に対して行為者が感じていることではなく、実際の行為の成功と失敗の比率に基づき測定される客観的事態と述べている。

また、Brown & Groeger (1988) は、リスクの概念について「①事象の不運な結果の測度と、②そのような結果があり得るような条件下への暴露度の測度との比率である」と定義し、ハザードは、「事故結果に寄与する可能性をもった対象や事象の特性」としているように、国内だけでなくリスクについては「リスク」と「ハザード」の 2 つに分類をしている。

以上の先行研究から、危険を「リスク」のみで示すことは看護分野以外では見られず特殊といっても過言ではないだろう。すなわち、今まで看護領域において危険を「リスク (risk)」の単語だけで表現してきたが、その内訳には、次頁の図 5.1 のような要素が含まれていた可能性がある。ここでは、従来用いてきたリスクをリスク（広義）とし、その内訳としてハザードとペリルとリスク（狭義）を区別して捉えなおすこととする。



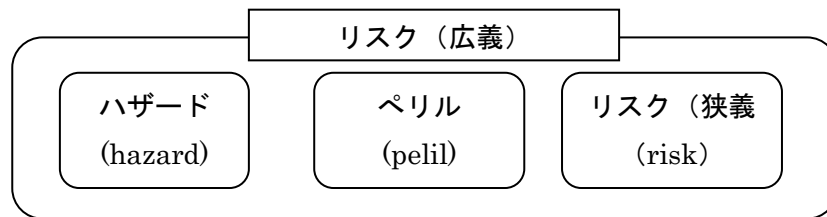


図 5.1. 本章で捉えるリスク (risk) の概念図

看護の領域において、risk と hazard について、区分して考えると、例えば、「床が濡れていること」が hazard であり、「床が水で濡れていたために転倒をした」ことが peril であり、「転倒によって骨折した」という peril によって生じた負傷の結果を risk (狭義) と捉えることができる (図 5.2)。



図 5.2. 看護領域における risk、peril、hazard の例

### 5.3 ハザード知覚とリスク知覚の概念

村越 (2006) は、児童の安全教育において、危険認知の特徴をハザードとリスクの両面から捉え、ハザードやリスクを適切に知覚できなければ、児童が危険な行為をする、その結果として受傷する可能性が高くなると指摘している。また、蓮花ら (2007) は、交通心理学分野において、ハザードに対する知覚過程のことをハザード知覚 (hazard perception) と捉えている。すなわち、交通状況に存在する事故に結び付くかもしれない個々の対象や事象を判別・把握する心的過程がハザード知覚である。さらに、その交通状況全体で事故の発生する可能性がどの程度あるのかを評価する心的過程がリスク知覚 (risk perception) であるとしている。さらに、小川ら (1993a) は、「これらの知覚過程を時間的流れにそって説明すると、まずハザードが知覚され、外界の状況性が把

握される。次にこのハザード知覚の結果をもとに、事故の可能性への自らの関与、すなわちリスクが知覚されると捉えることができる。この過程がリスク知覚である。そして、リスク知覚の結果をもとに、リスクを受容するか否かの決定が行われ、行動が選択される」と述べている。

加えて小川（1993b）は、交通安全の分野でハザード知覚とリスク知覚について「ハザード知覚は知識と経験の影響を受けると考えられ、目前に迫るハザードを適切に探索する過程には、過去に学習したハザードに関する知識が活用される」（小川,1993b,p.30）と指摘している。また「教育と訓練が果たす役割は大きく、危険予知訓練や危険感受性訓練とは、ハザード知覚能力を向上させるための教育的訓練である」（小川,1993b,p.30）と述べている。続いて小川（1993b）は、リスク知覚とハザード知覚との関係について、以下のように述べている。

「リスク知覚とハザード知覚との2つの知覚過程の関係は、それぞれ独立して進行する過程というよりは、むしろ密接に関連し合う過程であると考えた方がよい。例えば、自動車を運転する際には、前方の交通状況内から事故可能性と結びつく対象や事象を探求し、自らがおかれている状況性を把握していく。これがハザード知覚過程に対応する。そして、この状況性に対して自らが事故に関与する可能性を知覚する。これがリスク知覚過程に対応する。時系列的な関係から捉えると、ハザード知覚はリスク知覚の前段階に位置する。」（小川,1993b,p.31）。

これらをまとめると、ハザード知覚がリスク知覚の前段階に位置し、ハザード知覚からの情報がリスク知覚過程で利用されるという形で連動していると捉えることができる。一方、児童を対象とした交通安全教育の研究報告からは、ハザードを知覚する能力は知識と経験に依存し、状況性に関する知識や経験が豊富なほど、危険予測は的確なものになると言われている（小川,2007）。

また、横田ら（2004）は、リスク知覚は、認知技能の代表で個人差が大きい等、個人特性の存在があると指摘している。そして、小川（1993b）は、**リスク評価過程＝「客観的リスク評価過程」＋「主観的リスク評価過程」**と表現できると指摘しており、さらに、「客観的リスク評価」は発生頻度×損失・被害の程度で測定できると述べ、「主観的リスクを評価する過程」を「リスク知覚」と定義している。以上の小川（1993b）の指摘に従えば、リスク評価過程は（1）式で表現することができる。

**リスク評価過程＝客観的リスク評価過程＋主観的リスク評価過程（リスク知覚）** （1）

そして、リスク評価過程におけるリスク知覚とハザード知覚との関係性を図示すると、図 5.3 のように表すことができる。

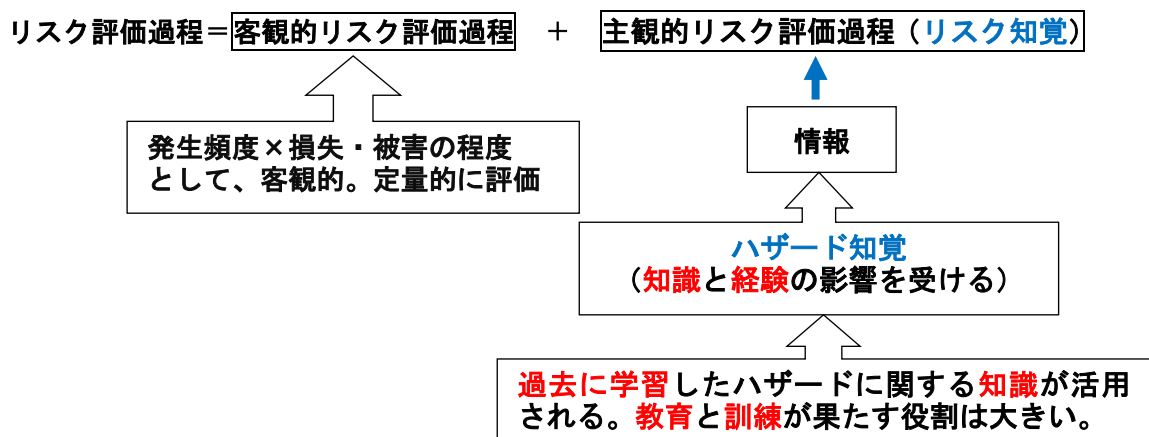


図 5.3 リスク評価過程におけるリスク知覚とハザード知覚との関係  
 {小川 (1993b) に基づき著者ら (2016) が一部を改変した}

## 5.4 リスク感性の概念

### 5.4.1 感性について

感性という言葉は、哲学的な定義、認識論的な定義、心理学的な定義とさまざまな捉え方がなされている (長沢,2016)。特に、感性は理性や知性と対立した感覚的で非合理的なものと考えることができ、感性に関する研究は、感性マーケティング、感性科学や感性工学、感性デザインなどにおいても広く用いられている (長沢,2016)。

一方、三浦 (2010) は、定義の際の姿勢や方法の多様性にも影響し研究者の数だけ定義があるとも指摘している。

感性について広辞苑 (2008) では、『「外界の刺激に応じて感覚・知覚を生ずる感覚器官の感受性」を意味として、この「感覚」を視覚・聴覚・味覚・触覚・嗅覚の受容器に機械的刺激が与えられたとき反応』として捉えている。さらに、「知覚」について、『感覚器官への刺激を通じてもたらされた情報をもとに、外界の対象の性質・形態・関係および身体内部の状態を把握する働きを意味し、すなわち「認知・認識」』としている (広辞苑,2008,p.1788)。

また、認知 (recognition) について心理の分野では、ラテン語の「知ること」が認知の言源で、単なる知覚ではなく、注意や記憶や学習、思考、感情なども含めた知覚、あるいはそれらの影響を受けた知覚の変容を含めた概念と定義されている (三浦,2007)。

高橋 (2007) は、認知 (recognition) について、自分やまわりの世界の事物の意味を「知ること (識ること)」「わかること」(哲学では、認知ということばの代わりに、同じ意味を示す用語として伝統的に『認識』という訳語が使われている) と定義し、広い意味では、われわれの頭のなかで起こる知性にかわるプロセス (記憶、思考、イメージなど) であると指摘している。さらに、認知には思考・判断・評価・意思決定・類推など知的な活動を含む概念であり (松浦,2006)、広辞苑では、「広義に知覚を含めるが、狭義

には感性に頼らず推理・思考などに基づいて事象の高次の性質を知ること」（広辞苑,2008,p.2155）とある。以上より、感性は、「感覚」「知覚」「認知」を含んだ意味をもつことと捉えることができる。

さらに、感覚と知覚は、人間の心理に働きかけ、心の中で起こる出来事の処理と対応させた情報処理論的研究として、認知心理学の分野で実施されている（中溝ら訳,1983）。長沢（2016）は、このような情報処理論心理学的な視点から、商品・サービスなどの外部の刺激によって、人間の感覚受容器に伝えられた後に発生する一連の情報の流れ「感覚→知覚→認知→感情→表現」として感性を捉えることができ、この一連の情報の流れを広義の感性と定義している（図 5.4）。

そして、感覚と知覚が感性を引き出す力であり、感覚は感性の入力情報として位置づけることができると指摘している。また、三浦（2010）は、「感性」について「感覚から感情までを含む広い概念から出発しており、かつ感覚や知覚以上に個別性を含む概念であり、解釈の多様性を許している」と指摘している。これらから、感性とは「知覚」の前に「感覚」や「認知」が含まれる概念と捉えることができる。

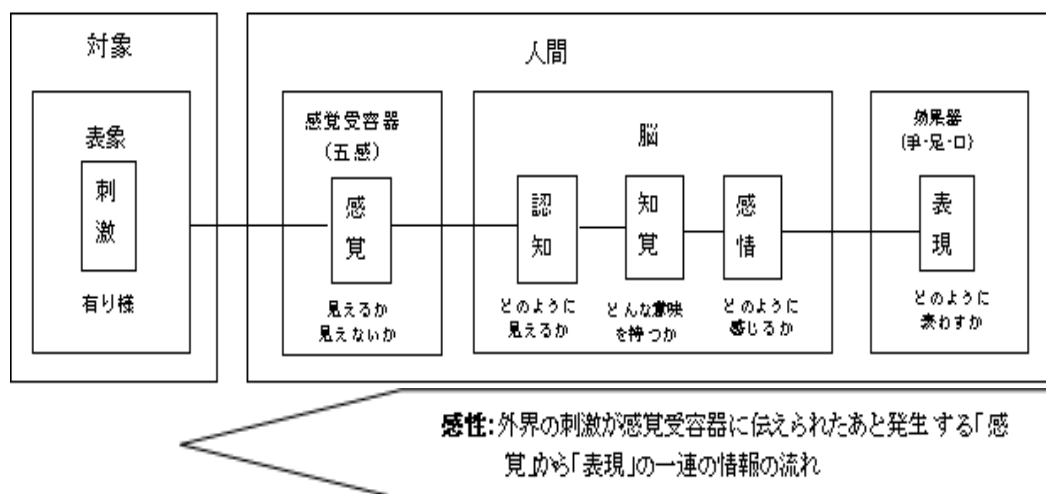


図 5.4 長沢の感性の定義 出典：長沢（2002）図 1-1 感性の定義と範囲, p6

#### 5.4.2 リスク決定要因としてのリスク感性

亀井利明・亀井克之（2009）は、リスクの源泉は「自然や環境の変化と人間との関わり」にあり、「意思決定の拙劣や決断の失敗」にあるとし、それは何らかの決定要因（determinant）の欠如であり、リスクは必然的に意思決定の過程を内蔵していることを指摘している。そのうえで、リスクの決定要因は①管理の欠如（lack of control）、②情報の欠如（lack of information）、③時間の欠如（lack of time）、④感性の欠如（lack of sensibility）、⑤人格の欠如（lack of character）であると述べている。そして、感性の欠如は、感受性、才覚、直観、瞬間的意思決定力の不足を意味し、感性が欠如してい

るという事実は明らかにリスクの源泉となると指摘している。

さらに、感性の欠如や不足はリスク感性の問題として検討すべきであり、リスク感性はリスクに対する刺激や反応であって、リスクや危機をその前兆の段階で把握し、その対応策を講じる能力であると述べている。

## 5.5 看護分野におけるリスク感性の概念

### 5.5.1 リスク感性の再定義

5.4 節で示した先行研究を踏まえ、看護分野における「リスク感性」についての概念整理を行う必要があるものとする。そこで、リスク・マネジメントにおけるリスクとハザードの概念と児童安全教育ならびに交通安全教育分野におけるリスク知覚とハザード知覚の概念に基づき、看護分野におけるリスク感性の概念整理を試みる。

南ら（2015）の研究では、看護分野におけるリスク感性を、藤井ら（2007）の「安全能力」（危険予知能力、安全維持能力、事故対応能力）と、海保・宮本（2007）の危険予知能力を構成する力（危険察知力と危険回避力）、危険予知能力を支える基盤能力（危険についての知識、危険についての体験、危険想像力、状況認識力）を参考にして捉えている。

しかし、藤井ら（2007）の安全能力や、海保・宮本（2007）の危険予知能力を構成する力と危険予知能力を支える基盤能力には、5.2 節で述べたようにリスクとハザードの概念が混在している。したがって、リスクとハザードを明確に区分して捉える必要があり、そのうえでそれぞれの感性を対応させて考えるべきであろう。

すなわち、危険認知の特徴をハザードとリスクの両面で捉え、ハザードに対する知覚をハザード知覚で、事故の発生する可能性がどの程度あるのかを評価する心理的過程をリスク知覚として捉えることとする。したがって、著者は、ハザード知覚とリスク知覚について次のように定義する。すなわち、ハザード知覚とは、「事故の可能性と結びつく対象・事象・環境条件を探索でき、個人の知識と経験から状況性を把握する能力」と定義し、リスク知覚とは「事故の重大性に関与するリスクの可能性について主観的に把握し、ハザード知覚による状況性の把握から確率や重症度、重大性など、事故（リスク）の可能性を知覚できる能力」と定義する。そのうえで、従来のリスク感性を広義のリスク感性として捉えたうえで、5.3 節で述べたハザード知覚とリスク知覚に対応する感性は、それぞれハザード感性と狭義のリスク感性として区別して捉えるべきなのである。

以上のようにリスクをハザードとリスク（狭義）として捉えたうえで、それぞれの尺度を構築することで、はじめて育成すべき感性が明らかになると考えた。

### 5.5.2 リスク感性（広義）の構造フレームワーク

上記 5.5.1 において、リスク感性に関して、リスク・マネジメントにおけるリスクとハザードの概念に基づきリスク知覚に関わるリスク感性（狭義）とハザード知覚に関わ

るハザード感性の存在を明らかにした。そのうえで、リスク感性（狭義）とハザード感性の和集合が広義のリスク感性を形成しているという「リスク感性（狭義）とハザード感性の構造フレームワーク」（相撲ら,2016a）を提示する。すなわち、リスク感性について、リスク知覚とハザード知覚に対応する感性と定義し、それぞれを狭義のリスク感性とハザード感性として捉え、両者の和集合が広義のリスク感性を形成すると捉えるのが、「リスク感性（狭義）とハザード感性の構造フレームワーク」である（図 5.5）。看護師のリスク感性尺度を作成するためには、従来のリスク感性を広義のリスク感性として捉えたうえで、ハザード感性と狭義のリスク感性として区別して捉えることによって、看護師個人を育成すべき感性を適切に捉えることができる。そして、ハザード知覚とリスク知覚を高めるためには、ハザード感性とリスク感性（狭義）を対応させ、それぞれの感性を磨く必要がある。

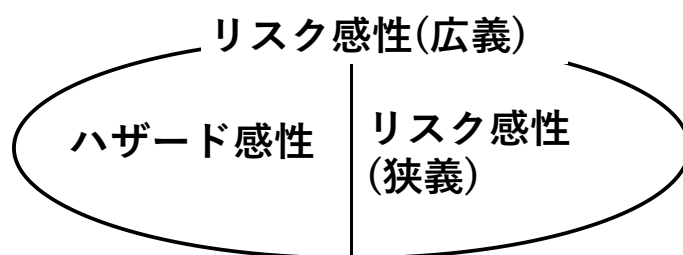


図 5.5 リスク感性（狭義）とハザード感性の構造フレームワーク（相撲,上原,山下;2016a）

## 第 6 章 主観的リスク評価過程におけるリスク知覚とハザード知覚の位置づけの整理

### 6.1 本章の目的

Beck (1998) は、近代化が進むにつれて人類は富の生産と同時に危険も生産し、今までに経験したことがない、全く新しい危険(リスク)を生み出していると指摘している。彼の指摘どおり、人類が生み出した原子力発電所の事故、地球環境変化に伴い発生していると考えられる観測史上経験したことがない豪雨などの事故・災害が多発している。これらの例のように、過去に発生事例が全く無いリスクや、数百年に一度という極めて稀な発生頻度のリスクには、数学的・統計的確率が存在せず、リスクの定量的測定と評価は困難を極める。

Knight (1921) は、不確実性には確率で計測可能な不確実性(これを **risk** とし)と確率では計測不可能な不確実性つまり「(真の)不確実性(**uncertainty**)」の二種類を区別し、両者の相違を基礎とした自説を展開している。後者の特徴は前者と異なり、確率形成の基礎となるべき状態の特定と分類が不可能なところにある。さらに、推定の基礎となる状況が、例えば一回限りであるケースのように、発生頻度が極めて稀で特異であり、「大数の法則」が成立しないという論理を展開し「ナイト理論」として知られている。そして、「大数の法則」を基盤とした頻度主義に立脚した数学的・統計的確率が存在しない場合は、「(真の)不確実性」であり測定不可能な不確実性であると指摘している。

グローバル化や情報化が急速に進展している状況下において、企業のみならずあらゆる事業体は事業機会を追及する一方で、それに伴う不確実性とリスクへの対応の強化が求められている。こうした要請に応えるために制定され、現在リスク・マネジメントの概念フレームワークのデファクトスタンダードとして位置づけられているものが、2004年9月に米国トレッドウェイ委員会組織委員会(COSO)から公表された **Enterprise Risk Management Integrated Framework (COSO ERM)** である。COSO ERM ではリスク・マネジメントにおいて、「潜在的事象を識別」することが求められており、潜在的事象という不確実性を前提としている。

一方、製造現場におけるベテラン技術者・技能者の人材不足から発生するリスクに対応するため、製造現場における防災安全の向上と充実が必要となっている。また、高齢者や初心者の自動車運転における事故削減のための教育の有効性も指摘されている(蓮華ら,1993)(小川ら,1993a)(松浦,2006)。さらに、児童の防災・安全教育(村越,2006)の必要性や、安全教育により安全能力を育成することの必要性が指摘されている(藤井ら,2007)。看護分野においても、看護師および看護学生の危険回避のための状況に応じた判断力や実践力を育む医療安全教育を充実させることが重要であると言われている(南ら,2015)。不確実性が高まる一方で、潜在的なリスクや危険を事前に発見し、それに適切に対処し、正しく評価することができるための能力や感性を高めるための安全教育の重要性が増している。

本章では、リスク評価過程には、定量的に評価できる客観的リスク評価過程と、不確実性下における潜在的リスクを評価する主観的リスク評価過程が存在することを前提とし、後者の主観的リスク評価過程に注目する。さらに、リスク・マネジメント論の立場から、リスクをリスクとハザードに区分する。そのうえで、人間が情報を入手し知識を生成する作業を経て主観的リスクを評価するプロセスの概念整理を行うために、山下 (2007) の「知識と情報に関する概念フレームワーク」を用い、ハザード知覚が知識の生成過程に該当し、この知識によって主観的リスクを推測する過程がリスク知覚に該当するという「主観的リスク評価過程における知識生成プロセス」を提示することを目的とする。

## 6.2 リスク評価過程におけるリスク知覚とハザード知覚との関係

5.3 において、リスク知覚とハザード知覚において小川 (1993b) の先行研究に従い、リスクを評価する過程には、定量的に評価が可能な客観的リスク評価過程と、個人が受け止めているリスクを主観的に評価したリスクレベルに従う主観的リスク評価過程があり、そして、主観的リスクを評価する過程が「リスク知覚」であることを述べた。

## 6.3 知識と情報に関する概念フレームワーク

山下 (2007) は、情報と知識の概念を容易にするために、図 6.1 に示す概念フレームワークを提案している。このフレームワークは、 $n$  個の要素からなる状態  $T = \{t_1, t_2, \dots, t_i, \dots, t_m, \dots, t_n\}$  をなるべく正確に知るための知識を生み出す課程について新たな視点を与えている。

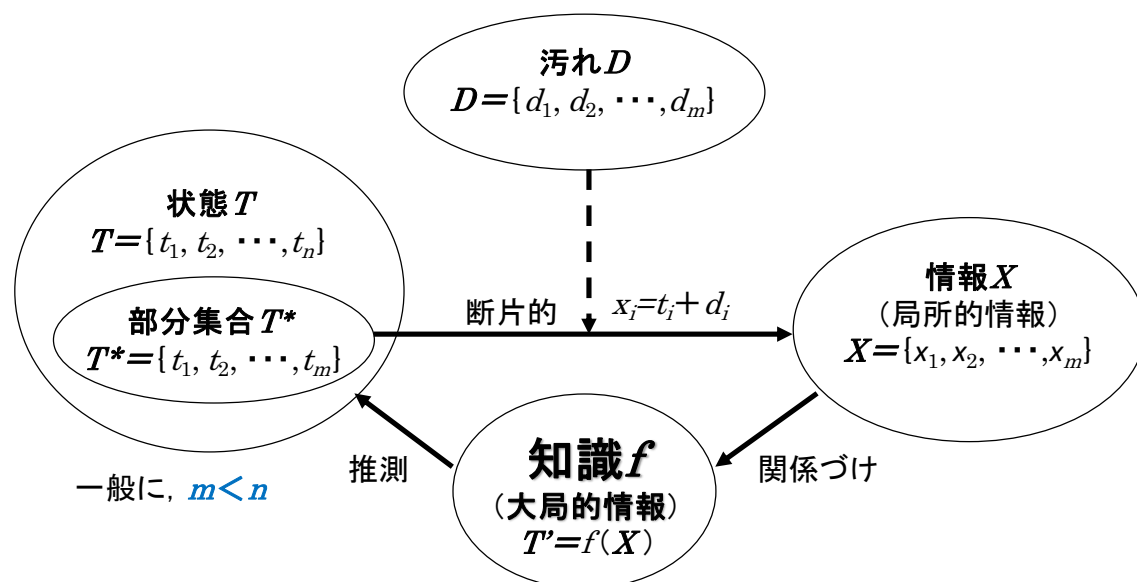


図 6.1 知識と情報に関する概念フレームワーク (山下,2007)



まず、我々が状態  $T$ を知るために、情報  $X=\{x_1, x_2, \dots, x_i, \dots, x_m\}$ を収集するといった行動を考えると、情報は断片的であるため、一般に、

$$m < n \quad (2)$$

となる。また、 $m$  個の情報の発生源となる「状態の部分集合」を  $T^* = \{t_1, t_2, \dots, t_i, \dots, t_m\}$  とすれば、情報  $x_i$  は一般に汚れているため誤差や雑音等といった汚れ  $d_i$  ( $d_i \in D$ ) を含んだものとなる。

$$x_i = t_i + d_i \quad (3)$$

そこで、この汚れを落としながらなるべく多くの情報を簡潔に、そして滑らかに関係づけることにより、状態  $T$ に関する知識  $f$ を生み出す。このように生成された知識  $f$ を根拠に、我々は状態  $T$ を推測する。これにより推測した状態を  $T'$ とすれば、

$$T' = f(X) \quad (4)$$

となり、知識  $f$ は  $X \rightarrow T'$ の写像として位置づけられる。すなわち、状態  $T$ をなるべく正確に知るために、多くの情報  $X$ を集め、情報の汚れ  $D$ を落としながら、なるべく多くの情報を簡潔に関係づけることにより、 $X \rightarrow T'$ の写像としての知識  $f$ を生成するのである。

また 5.5.2 では、従来のリスク感性を広義のリスク感性として捉えたうえで、ハザード知覚とリスク知覚に対する感性は、それぞれハザード感性と狭義のリスク感性として区別して捉えることを述べた。そして、リスク知覚とハザード知覚に対応する感性を、それぞれ狭義のリスク感性とハザード感性として捉え、両者の和集合が広義のリスク感性を形成するという、「リスク感性（狭義）とハザード感性の構造フレームワーク」を提示した。

#### 6.4 主観的リスク評価過程における知識生成プロセス

本論文では、5.3 で示した小川（1993b）のリスク評価過程における主観的リスク評価過程における情報と知識の関係性について、6.3 で述べた山下（2007）の「知識と情報に関する概念フレームワーク」の概念を融合させ、以下の「主観的リスク評価過程における知識生成プロセス」を提示し、概念図を図 6.2 に示す。

小川（1993b）の指摘に従えば、リスク知覚には、ハザード知覚の結果が情報として活用される。すなわち、事故（リスク）可能性と結びつく対象や事象を探求し、自らがおかれている状況性を把握（ハザード知覚）し、この状況性に対して自らが事故（リスク）に関与する可能性を知覚する（リスク知覚）ことになる。したがって、ハザード知覚がリスク知覚の前段階に位置し、ハザード知覚からの情報がリスク知覚で利用されるという形で連動している（1993b）。

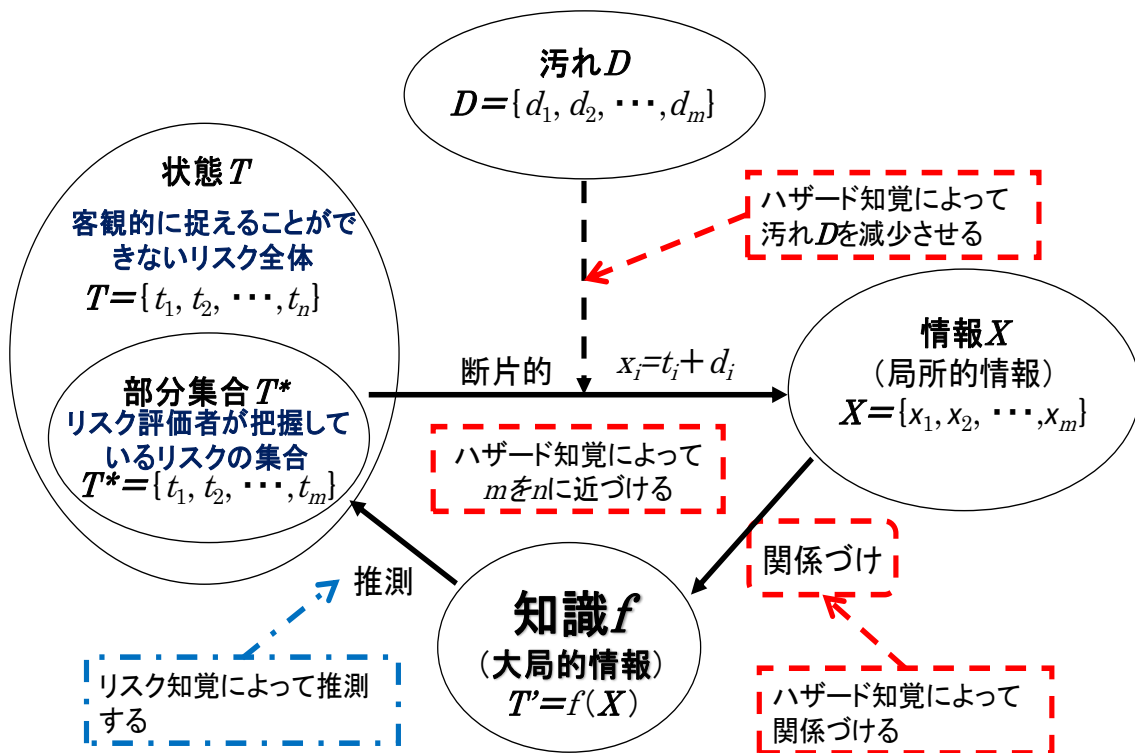


図 6.2 主観的リスク評価過程における知識生成プロセス

この小川 (1993b) の指摘を山下 (2007) の「知識と情報に関する概念フレームワーク」に導入し融合させると、主観的リスク評価過程において以下の①②のプロセスが提示できる。すなわち、主観的リスク評価過程において、下記の①をハザード知覚、②をリスク知覚として捉える。

- ① 状態  $T$  (客観的に捉えることができないリスクの全体像) をなるべく正確に知るために、(a) 多くの情報  $X$  を集め ( $n$  と  $m$  を近づける)、(b) 情報の汚れ  $D$  を落としながら、(c) なるべく多くの情報を簡潔に関係づけることにより、知識  $f$  を生成する。この部分がハザード知覚に該当する。
- ② この  $f$  によって「客観的に捉えることができないリスク全体 ( $T$ )」を推測する。この部分が「リスク知覚」＝「主観的リスク評価過程」である。

5.5.2 で述べた、リスク感性 (狭義) とハザード感性の構造フレームワークにおいては、上記①のハザード知覚と②のリスク知覚に対応する感性を、それぞれハザード感性と狭義のリスク感性として捉え、両者の和集合を広義のリスク感性を形成することを提示した。したがって、①のハザード知覚と②のリスク知覚を高めるためには、ハザード感性とリスク感性 (狭義) を対応させ、磨く必要がある。

## 6.5 おわりに

近代化が進み、リスクを増大させ、新たにリスクを生み出してきた人類は、定量的測定と評価が不可能な不確実性（**uncertainty**）下のリスク評価に対応するため、主観的リスク評価を行わざるを得ない。人間が主観的に評価を行う際には、各自がある判断基準に基づいて意思決定を行うことになるが、過去の事例を教育するだけでは、不確実性下のリスクを把握・評価するための正確で適切な判断基準を設定することはできない。安全教育において、ハザード知覚とリスク知覚を高めるためのハザード感性とリスク感性（狭義）を育成していく必要がある。このため、以下(次章)で、育成すべきハザード感性とリスク感性（狭義）を把握する尺度の構築を試みる。

## 第 7 章 看護師のハザード感性とリスク感性（狭義）の尺度項目の抽出と尺度（パイロット版）の作成

### 7.1 本章の目的

「リスク感性（狭義）とハザード感性の構造フレームワーク」（相撲ら,2016a）、ならびに「主観的リスク評価過程における知識生成プロセス」（上原ら,2016）に基づき、看護職者に対する医療安全教育で育成すべきリスク感性（狭義）とハザード感性に関する尺度（パイロット版）の作成を試みる（相撲ら,2016b）。

### 7.2 本章の研究の前提と限界

本章では、リスク感性（狭義）とハザード感性の構造フレームワークに基づいて作成したリスク感性尺度のパイロット版の表面的妥当性の検証をする。方法は、某総合病院の看護職 60 名を対象にアンケート調査を実施し尺度の抽出を行う。本章の限界は、C 県内の中規模病院の看護職 60 名のみを対象とするため、全ての看護職をカバーするまでには至らないことである。

### 7.3 本章の研究方法

#### 7.3.1 データ収集

- (1) 調査時期：2016 年 8 月 12 日～8 月 26 日
- (2) 調査対象：C 県内の 300 床以上の中規模病院で働く看護職者 60 名
- (3) 方法：無記名自記式調査を実施。調査用紙は、リスク感性に関する先行研究に基づいて作成した質問 65 項目で構成した。回答形式は 5 段階リッカート尺度とした。

#### 7.3.2 倫理的配慮

研究協力については、事前に対象施設の看護部長に研究内容と目的、プライバシーの保護について文書及び口頭にて説明し、研究の承諾を得た。研究対象者には、質問紙に調査の依頼文を添付し、研究目的・回答は自由意志によるものであり、回答しないことによる不利益は生じないこと・調査は無記名で行われ所属病院や個人が特定されないこと・データは統計的に処理すること・回答の返送をもって同意とみなすことなどを説明した。回答後は、同封の回収封筒に各自入れ厳封したのち投函するように依頼した。本章の研究では、既存のリスク感性尺度も含まれている。尺度の使用に当たっては、研究者が直接尺度作成者(道廣)(南)に使用の許可を申し出て、書面にて許可を得ている。

#### 7.3.3 分析方法（尺度の項目抽出の Step）

本章における研究の分析方法（尺度の項目抽出の Step）を以下に示す。

- (1) Step 1：尺度の質問項目の作成については、主に南（2015）、道廣（2011）が作成

したリスク感性尺度ならびに、海保ら（2007）、藤井ら（2007）に基づいて、リスク感性とハザード感性を測定する 65 項目で構成された尺度を設定した後、病院で安全管理を専門とする看護職にも内容・表現の適切さについての意見を頂き、表現や文言を修正後 尺度原案 63 項目にまで絞り込んだ。

(2) Step2 : ハザード感性とリスク感性（狭義）の尺度を作成するためには、質問項目を、6.4 節の「主観的リスク評価における知識生成プロセス」で述べたハザード知覚とリスク知覚のそれぞれに対応したハザード感性項目とリスク感性（狭義）項目に分ける必要がある。したがって、Step1 で作成した 63 項目を、ハザード知覚とリスク知覚にそれぞれ対応する、ハザード感性項目（26 項目）とリスク感性（狭義）項目（37 項目）に分類した。

(3) Step3 : 分類したハザード感性項目とリスク感性（狭義）項目について、それぞれ探索的因子分析を行い、尺度を抽出した。因子分析は、最尤法、バリマックス回転を行った。因子数の決定は、スクリープロットの傾斜と累積寄与率を確認して決定した。尺度の信頼性については各下位尺度に採用された項目のクロンバック  $\alpha$  係数を算出した。統計ソフトは、IBM SPSS Statistics22 を使用して行った。

## 7.4 分析結果

調査票は 54 名の回答を得て（回収率 90%）、そのうち有効回答 53 名（有効回答率 88.3%）を分析対象とした。

### 7.4.1 ハザード感性とリスク感性（狭義）の探索的因子分析結果

最尤法によるバリマックス回転による因子分析を実施した。因子数の決定としてスクリープロットの傾斜と累積寄与率より、ハザード感性は 2 因子（累積寄与率 46.59%）、リスク感性（狭義）は 4 因子（累積寄与率 53.35%）が妥当と判断した。また、因子負荷量は約 0.4 以上で安定した。

ハザード感性の 2 因子の寄与率については、第一因子 37.29%、第二因子は 9.30%だった。第一因子は、慎重態度、関心、敏感、防止策を考える姿勢等の 11 項目で構成され、「察知力・対応力」（クロンバック  $\alpha=0.919$ ）と命名した。第二因子は、対策、人命尊重、危険因子把握等 9 項目で構成され、「看護師としての基本的資質」（ $\alpha=0.861$ ）と命名した（表 7.1）。

表 7.1 ハザード感性の因子分析結果

	第一因子	第二因子
	察知力・ 対応力	看護師と しての基 本的資質
40 「もしかしてこの先には危険があるかもしれない」と常に慎重な態度を保つようにしている	<b>.828</b>	.244
49 日常生活におけるささいな問題でも関心をもつようにしている	<b>.825</b>	.096
39 普段と異なる状況の有無について敏感に感じる	<b>.751</b>	.230
22 日常生活の慣れた状況下でも危険がないかを考え、慎重に行動する	<b>.740</b>	.222
21 自分の日常生活における危険とその防止策を考えている	<b>.645</b>	.426
38 自分の心理状態が不安定になっていないか、身体が疲労していないかなど、常に自ら確認をしている	<b>.640</b>	.311
47 物事を実践するときには、自分の操作や動作対象を意識的にモニターしている	<b>.611</b>	.159
23 患者のベッド周辺の環境の変化に敏感に気づくことができる	<b>.594</b>	.462
54 間違いを誘発しやすい負荷状況に遭った場合でも、正しい行動がとっさに（条件反射的に）とれる	<b>.541</b>	.317
1 自分が行動をすることに対し、いつも意味を考えながら行為を行うよ	<b>.520</b>	.336
37 危険な状況下にあっても冷静に対応できる	<b>.485</b>	.401
42 患者に不利な事象が発生した場合には、障害が最小限にくだとめることができるように常に対策をとっている	.370	<b>.774</b>
45 人の命に対する尊さを常に意識してケアを行う	.006	<b>.724</b>
33 私は、インシデントの背景にある危険因子を把握することができる	.424	<b>.685</b>
24 患者の様子の変化に敏感に気づくことができる	.525	<b>.625</b>
29 日ごろからコミュニケーションのゆき違いが起きないように工夫や努	.244	<b>.604</b>
43 自分の心理状態をコントロールし衝動的な行動を抑制することができ	.230	<b>.591</b>
63 自分の看護ケアに対する能力（技術・知識・態度）に自信をもってい	.118	<b>.474</b>
52 日ごろから周りの人の意見に耳を傾けるようにしている	.210	<b>.433</b>
48 学習も予測もしていなかったものを見たり聞いたりした場合は、必ず確認をしてから行動する	.290	<b>.412</b>
	<b>寄与率</b>	<b>37.294</b>
	<b>累積寄与率</b>	<b>9.298</b>
		<b>37.294</b>
		<b>46.592</b>

リスク感性(狭義)の4因子の寄与率については、第一因子 32.81%、第二因子 7.91%、第三因子 6.70%、第四因子 5.93%となった。第一因子は、情報活用、知識の共有化、学習、トレーニング、シミュレーション等の10項目で構成され、「情報知識活用」( $\alpha=0.886$ )と命名した。第二因子は、新聞・ニュース、体験・説明、力量・判断等の6項目で構成され、「情報収集」( $\alpha=0.887$ )と命名した。第三因子は、予測、対応策確認、発生確率・種類の把握、発生原因の把握、危険状況・認知等の5項目で構成され、「発生予測・原因把握」( $\alpha=0.858$ )と命名した。第四因子は、原因把握、経験を活かす、規則の遵守、ルールへの尊重等6項目で構成され、「基本行動遵守」( $\alpha=0.796$ )と命名した(表7.2)。

表 7.2 リスク感性（狭義）の因子分析結果

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	
	情報知識 活用	情報収集	発生予測 原因把握	基本行動 遵守	
35 安全確保においては、収集したインシデント情報を活用している	<b>.810</b>	.188	.056	.234	
34 ヒヤリ・ハットの体験を話し合っ て知識を共有化する機会をとるよ うにしている	<b>.708</b>	.158	.174	.141	
36 事故の対応策についての学習・技 術の習得はすすんで行う	<b>.695</b>	.215	.387	-.033	
46 事故発生時への対処として、シ ミュレーションや危険予知トレー ニングを実践している	<b>.643</b>	.035	.069	.149	
58 これまで報道された重大事故を 参考に、緊急の対応についてシ ミュレーションをしている	<b>.517</b>	.071	.168	.168	
60 マニュアルに何が書かれている のか熟知している	<b>.496</b>	.052	.347	.067	
12 過去に看護場面でのヒヤリとし た経験を活用する	<b>.480</b>	.464	.184	.080	
11 友人の看護場面でのヒヤリ・ハ ット体験について振り返りを行 う	<b>.462</b>	.169	.186	.284	
5 看護場面でのケア実施前には、 事前にマニュアル（手順）を確認 する	<b>.449</b>	.291	.178	.123	
30 身の回りで事故が発生した場 合は、その背景なども含めた解 説情報を調べるほうである	<b>.443</b>	.362	.428	.289	
14 新聞やニュースの医療事故は注 意して読む	.012	<b>.928</b>	.261	.015	
15 新聞やニュースの医療事故の原 因を確認する	.247	<b>.810</b>	-.034	.117	
16 新聞やニュースの医療事故の予 防策を確認する	.312	<b>.773</b>	-.040	.114	
13 新聞やニュースの医療事故の内 容を確認する	.074	<b>.745</b>	.250	.073	
10 自分の看護場面でのヒヤリ・ハ ット体験の予防対策を説明でき る	.355	<b>.536</b>	.308	.275	
57 自己の力量を判断し、出来るこ とと出来ないことを見極めてい る	.023	<b>.480</b>	.082	.432	
19 看護ケア（援助）実施前には、 起こりやすい看護事故の種類を 予測している	.052	.162	<b>.844</b>	.312	
20 日常生活における危険とその対 応策を確認してから行動する	.205	.105	<b>.723</b>	.260	
18 発生件数の多い看護事故（看護 師が当事者である医療事故）や ヒヤリ・ハットの種類を把握して いる	.384	.153	<b>.686</b>	-.006	
17 発生件数の多い看護事故やヒヤ リ・ハットの発生原因を把握して いる	.405	.127	<b>.642</b>	.074	
53 看護援助において間違いを誘 発しやすい危険な状況を知って いる	.270	.097	<b>.398</b>	.338	
31 私は、今まで経験したインシ デントの原因を把握している	.174	.213	.191	<b>.882</b>	
32 私は、今まで改善したインシ デントの経験を業務に生かして いる	.329	.294	.133	<b>.702</b>	
50 業務を遂行するにおいて「今 まで大丈夫だったから、確認は 必要ない」と感じた場合でも規 則や手順は遵守している	.327	.004	.342	<b>.552</b>	
44 ルールを尊重し、定められた 安全基準を守ることができる	.340	.373	.081	<b>.463</b>	
2 インシデント・アクシデント 発生した際、環境や人間関係な どに起因する原因や背景から考 えている	.040	-.030	.053	<b>.419</b>	
9 看護場面での確認行動の意義・ 目的を理解して行動している	.098	.363	.368	<b>.397</b>	
	寄与率	32.808	7.913	6.698	5.932
	累積寄与率	32.808	40.721	47.420	53.352

## 7.5 本章のまとめ

本章における研究では、リスク感性（狭義）とハザード感性に関わる尺度（パイロット版）作成のために、「リスク感性（狭義）とハザード感性の構造フレームワーク」（5.5.2項）、「主観的リスク評価過程における知識生成プロセス」（6.4節）に基づき、尺度の項目を抽出し某総合病院にアンケート調査を実施した。

その結果、ハザード感性は看護職の基本的な姿勢を示す質的な内容 2 因子の尺度が抽出され、リスク感性（狭義）は、教育と研修で知識を形成することで実施可能な項目を示す定量的な内容の 4 因子の尺度が抽出された。これらの尺度は、山下（2007）の「知識と情報に関する概念フレームワーク」を「主観的リスク評価過程における知識生成プロセス」（2016）に導入することにより、主観的リスク評価過程におけるリスク知覚とハザード知覚の役割を明らかにすることで抽出されたものである。本章において、質問項目を 63 項目まで絞り込んだことから、本尺度の内容的妥当性は確認できている。すなわち、5.5.2 項と 6.4 節で提示した 2 つのフレームワークは、看護師の育成すべきリスク感性（広義）のハザード感性とリスク感性（狭義）の各因子を決定するための土台となり、看護師のリスク感性（広義）尺度の作成の基盤として役立つことを明らかにすることができた。

また、因子分析の結果、ハザード感性項目（26 項目）は 2 因子、リスク感性（狭義）項目（37 項目）は 4 因子が抽出された。クロンバック  $\alpha$  係数は、それぞれ約 0.8 以上を示していることから、内的整合性として比較的良好な結果を得ることができた。すなわち、本論文で抽出したハザード感性尺度とリスク感性（狭義）尺度は、内容妥当性と信頼性が支持できることを明らかにしたといえる。

本章で行った研究の因子分析において、ハザード感性の 2 因子については、それぞれ「察知力・対応力」「看護師としての基本的姿勢」と位置付けている。これらは、看護職者として基盤を表わす尺度であり、倫理的姿勢までも含まれた尺度であると考えられる。

一方、リスク感性（狭義）の 4 因子については、「情報知識・活用」「情報収集」「発生予測・原因把握」「基本行動遵守」で、医療安全教育・訓練のテーマとして、知識を形成する因子である。すなわち、リスク知覚とハザード知覚のそれぞれに対応する感性である、リスク感性（狭義）とハザード感性に対応する質問項目に分けて因子分析を行うことによって、それぞれの感性に対応した尺度を抽出することができた。

看護職者に対する医療安全教育において育成すべきリスク感性（広義）は、これらの尺度を利用することによって、まず、定性的に捉えるハザード感性を基盤として育み、そのうえで、ハザード感性によって関連づけられた知識を利用した定量的捉えるリスク感性（狭義）を育成する二段階のアプローチを検討する必要があるといえる。



## 第4編 ハザード感性とリスク感性（狭義）尺度の構築

### 第8章 リスク感性（狭義）とハザード感性尺度の信頼性と妥当性の検証

#### 8.1 本章の目的

筆者は、ハザード感性とリスク感性（狭義）尺度を構築するために、第3編においてリスク・マネジメントにおけるリスクとハザードの概念に基づき、リスク知覚とハザード知覚の概念と定義を整理し、リスク知覚に関わるリスク感性（狭義）とハザード知覚に関わるハザード感性の存在を明らかにした。そのうえで、狭義のリスク感性とハザード感性の和集合が、広義のリスク感性を形成しているとする「リスク感性（狭義）とハザード感性の構造フレームワーク」を提示した。以上に基づき本章では、第7章で作成したリスク感性のパイロット版尺度を拡張し、看護職者に対する医療安全教育で育成すべきリスク感性（狭義）とハザード感性に関わる63の質問項目からなる本尺度の作成を試みる。

#### 8.2 本章の研究方法

##### 8.2.1 分析方法（本尺度の項目抽出）

本章における分析・本尺度の項目抽出は、第7章と同様に、主に南（2015）、道廣（2011）が作成したリスク感性尺度ならびに、先行研究（藤井ら,2007）（海保ら,2007）に基づいて選定した。第7章を第1次調査としてStep1と位置付け、パイロット版のリスク感性尺度を作成し、質問項目とその内容妥当性と信頼性を確認した。そのうえで、本章をStep2として位置づけ、本調査を実施し、本尺度の信頼性と妥当性の検証を行った。

以下に、Step1（第7章）とStep2（本章）の概要を示す。

##### 8.2.1.1 Step1:第1次調査（第7章の分析：再掲載）

- (1) 時期：2016年8月12日～8月26日
- (2) 調査対象：C県内の300床以上の中規模病院で働く看護職者60名
- (3) 方法：病院で安全管理を専門とする看護職に内容・表現の適切さを尋ね、表現や文言を修正後、質問項目を63項目に絞り込んだ。同時に、看護職者60名を対象に抽出した63項目のアンケート調査を実施した。その結果54名中53名が全質問項目に回答しており（回収率90%、有効回答率88.3%）、抽出した63項目の内容妥当性と信頼性が支持できることを確認した（相撲ら,2011）。

##### 8.2.1.2 Step2:第2次調査（本調査：本章の分析）

サンプル数の拡大を図り、尺度の信頼性と妥当性の向上を目的とした。そこで、D県の看護職者1,498人を対象にアンケート調査を実施し、尺度の信頼性・妥当性の検証を行った。

- (1) 調査時期：2017年2月7日～3月18日
- (2) 調査対象：D県内の300床以上の中規模病院11施設で働く看護職者1,498名
- (3) 方法：無記名自記式調査を実施した。調査票は、リスク感性に関する先行研究に基づいて作成した質問63項目で構成した。回答形式は5段階リッカート尺度とした。
- (4) 分析方法：63の質問項目に関しては、多次元尺度法にて、その内容的妥当性を確認した(相撲ら,2016b)。研究方法では、D県の看護職者1,498人を対象にアンケート調査を実施し、臨床的に適切な質問項目の選択と尺度の信頼性・妥当性の向上を図るための統計的分析を展開している。具体的には基本統計処理後、欠損値は平均値で補完した。因子分析は、主因子法、バリマックス回転を行った。因子数の決定は、スクリープロットの傾斜と累積寄与率を確認して決定した。尺度の信頼性については各下位尺度に採用された項目のクロンバック  $\alpha$  係数を算出した。尺度の妥当性は Kaiser-Meyer-Olkin (以下,KMO) 測定を用いた。統計解析ソフトは、IBM SPSS Statistics22を使用した。

### 8.2.2 倫理的配慮

研究協力については、事前に対象施設の看護部長に研究内容と目的、プライバシーの保護について文書及び口頭にて説明し、研究の承諾を得た。研究対象者には、質問紙に調査の依頼文を添付し、研究目的・回答は自由意志によるものであり、回答しないことによる不利益は生じないこと・調査は無記名で行われ所属病院や個人が特定されないこと・データは統計的に処理すること・回答の返送をもって同意とみなすことなどを説明した。回答後は、同封の回収封筒に各自入れ厳封したのち投函するように依頼した。本章の研究では、既存のリスク感性尺度も含まれている。尺度の使用に当たっては、研究者が直接尺度作成者に使用の許可を申し出て、書面にて許可を得ている。

### 8.3 分析結果（リスク感性（広義）の探索的因子分析結果）

因子数の決定としてスクリープロットの傾斜と累積寄与率により、共通因子として5因子（累積寄与率51.2%）を抽出した。また、因子負荷量は0.4以上で安定した結果が得られている。回転後の因子負荷量は表8.1のとおりであり、KMO測定は0.963で、バーレットの球面性検定は $p<0.001$ で有意に単位行列とは異なり、因子分析を適用させることの妥当性が保証された。

第1因子は14項目で構成され、「間違いを誘発しやすい負荷状態にあった場合でも、正しい行動がとっさにとれる」、「危険な状況下にあっても冷静に対応できる」がそれぞれ0.6以上の負荷量を示し、「普段と異なる状況の有無について敏感に感じる」「現在行っている看護援助と新たに発生した看護援助に迫られた場合、緊急性や重要性から判断する」等9項目が0.5以上の負荷量を示している。この項目内容は、医療に関する知識を土台にした知覚能力と捉え、【事故知覚力】（クロンバック  $\alpha=0.904$ ）と解釈し

た。

第2因子は7項目で構成され、「自分の日常生活における危険とその防止策を考えている」、「日常生活における危険とその対応策を確認してから行動する」、「日常生活の慣れた状況下でも危険がないかを考え、慎重に行動する」がそれぞれ0.7以上の負荷量を示し、日常から事故を予測するためのトレーニングをしている内容と考え【事故予測力】 ( $\alpha=0.882$ ) と解釈した。

第3因子は4項目で構成され、「新聞やニュースの医療事故の原因を確認する」、「新聞やニュースの医療事故は注意して読む」、「新聞やニュースの医療事故の内容を確認する」が0.8以上の負荷量を示している。これらの行動は、どのような状況下で事故が起きたのかについて実際の事故事例から知ることができると考え、【情報・状況判断力】 ( $\alpha=0.941$ ) と解釈した。

第4因子は6項目で構成され、「私は、インシデントレポートを提出して良かったと感じる」が0.7以上の負荷量、「事故報告後のフィードバックは、今までのインシデントの危険因子をより明確にできるよい機会である」、「インシデントレポートは提出することが必要だ」が0.65以上の負荷量を示している。事故の再発を防ぐ有用な方法であるインシデントレポートを用いて、自分が関与した事故を分析する能力と捉え、【事故分析力】 ( $\alpha=0.844$ ) と解釈した。

第5因子は7項目で構成され、「患者に危害を与える事故は起さないという強い意志を持つ」、「医療現場において、エラーを発生しやすい場面では、ミスをしないように普段より注意して行動する」が0.6以上の負荷量を示している。これらの因子は、看護師個人の倫理観に左右される内容と捉え、【職業倫理観】 ( $\alpha=0.818$ ) と解釈した。

表 8.1 リスク感性（広義）の因子分析結果

事故知覚力（ハザード） 14項目 $\alpha=0.904$	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
I の54 間違いを誘発しやすい負荷状況に遭った場合でも、正しい行動がとっさに（条件反射的に）とれる	. 640	. 272	. 135	. 142	. 136
I の37 危険な状況下にあっても冷静に対応できる	. 617	. 300	. 095	. 210	. 099
I の39 普段と異なる状況の有無について敏感に感じる	. 588	. 346	. 133	. 179	. 134
I の56 現在行っている看護援助と新たに発生した看護援助への対応に迫られた場合、緊急性や重要性から判断している	. 574	. 037	. 161	. 186	. 397
I の55 業務を時間内に遂行するために、自分が行う手技に、どれくらい時間がかかるのか予測(評価)を立てている	. 563	. 125	. 105	. 076	. 252
I の57 自己の力量を判断し、出来ること出来ないことを見極めていく	. 544	. 040	. 124	. 074	. 359
I の43 自分の心理状態をコントロールし衝動的な行動を抑制することができる	. 536	. 178	. 055	. 179	. 205
I の42 患者に不利な事象が発生した場合には、障害が最小限に食い止めることができるように常に対策をとっている	. 529	. 256	. 105	. 307	. 233
I の63 自分の看護ケアに対する能力（技術・知識・態度）に自信をもっている	. 512	. 180	. 137	. 072	. 092
I の38 自分の心理状態が不安定になっていないか、身体が疲労していないかなど、常に自ら確認をしている	. 506	. 271	. 129	. 104	. 134
I の41 事故が生じた場合には適切な報告ルートや報告方法を用いて対応することができる	. 501	. 190	. 116	. 290	. 243
I の53 看護援助において間違いを誘発しやすい危険な状況を知っている	. 495	. 265	. 197	. 270	. 150
I の24 患者の様子の変化に敏感に気づくことができる	. 483	. 430	. 136	. 235	. 120
I の30 身の回りで事故が発生した場合は、その背景なども含めた解説情報を調べるほうである	. 420	. 395	. 217	. 277	. 117
<b>事故予測力（ハザード） 7項目 <math>\alpha=0.882</math></b>					
I の21 自分の日常生活における危険とその防止策を考えている	. 191	. 766	. 170	. 127	. 217
I の20 日常生活における危険とその対応策を確認してから行動する	. 255	. 711	. 167	. 143	. 213
I の22 日常生活の慣れた状況下でも危険がないかを考え、慎重に行動する	. 260	. 710	. 123	. 057	. 161
I の40 「もしかしてこの先には危険があるかもしれない」と常に慎重な態度を保つようにしている	. 413	. 518	. 138	. 135	. 166
I の19 看護ケア（援助）実施前には、起こりやすい看護事故の種類を予測している	. 295	. 494	. 259	. 178	. 197
I の23 患者のベッド周辺の環境の変化に敏感に気づくことができる	. 419	. 470	. 153	. 169	. 080
I の49 日常生活におけるささいな問題でも関心をもつようにしている	. 383	. 455	. 173	. 131	. 144
<b>情報・状況判断力（ハザード） 4項目 <math>\alpha=0.941</math></b>					
I の15 新聞やニュースの医療事故の原因を確認する	. 180	. 209	. 853	. 191	. 132
I の14 新聞やニュースの医療事故は注意して読む	. 185	. 156	. 837	. 126	. 213
I の13 新聞やニュースの医療事故の内容を確認する	. 181	. 156	. 814	. 155	. 191
I の16 新聞やニュースの医療事故の予防策を確認する	. 224	. 277	. 765	. 199	. 139
<b>事故分析力（リスク） 6項目 <math>\alpha=0.844</math></b>					
I の27 私は、インシデントレポートを提出したことが良かったと感じる	. 141	. 058	. 120	. 726	. 116
I の28 事故報告後のフィードバックは、今までのインシデントの危険因子をより明確にできるよい機会である	. 145	. 091	. 121	. 669	. 239
I の26 インシデントレポートは提出することが必要だ	. 126	. 076	. 128	. 662	. 146
I の32 私は、今まで改善したインシデントの経験を業務に生かしている	. 251	. 212	. 109	. 527	. 277
I の33 私は、インシデントの背景にある危険因子を把握することができる	. 345	. 324	. 133	. 488	. 214
I の31 私は、今まで経験したインシデントの原因を把握している	. 266	. 185	. 137	. 479	. 201
<b>職業倫理観（リスク） 7項目 <math>\alpha=0.818</math></b>					
I の6 患者に危害を与える事故は起こさないと強い意志を持つ	. 127	. 126	. 056	. 141	. 622
I の8 医療現場において エラーしやすい場面では、ミスしないように普段より注意して行動する	. 161	. 174	. 163	. 153	. 611
I の4 看護場面での同じミスは、繰り返さないように注意している	. 176	. 076	. 065	. 142	. 530
I の9 看護場面での確認行動の意義・目的を理解して行動している	. 246	. 166	. 197	. 255	. 471
I の12 過去に看護場面でのヒヤリとした経験を活用する	. 193	. 196	. 263	. 323	. 469
I の45 人の命に対する尊さを常に意識してケアを行う	. 264	. 215	. 111	. 284	. 439
I の7 看護場面で、わからなかった内容については後で調べて確認する	. 229	. 195	. 133	. 122	. 431
<b>因子寄与</b>	<b>5.572</b>	<b>4.061</b>	<b>3.417</b>	<b>3.312</b>	<b>3.078</b>
<b>累積寄与率</b>	<b>14.66</b>	<b>25.35</b>	<b>34.34</b>	<b>43.06</b>	<b>51.16</b>
<b>因子抽出法：主因子法 回転法：Kaiser の正規化を伴うバリマックス法</b>					

#### 8.4 本章のまとめ

Step1 の第 1 次調査（第 7 章）を経て、尺度の内容妥当性の確認を行った。そのうえで本章では、サンプル数を増やして尺度の妥当性と信頼性の向上を図るための調査を行った。妥当性として、KMO 測定は 0.963、バーレットの球面性検定は  $p < 0.001$  より、サンプリング適切性基準として十分な評価が示され標本妥当性についても確認できた。

また、因子分析で抽出された 5 因子のクロンバック  $\alpha$  係数は、それぞれ約 0.8 以上を示していることから、内的整合性として良好な結果を得ることができた。すなわち、本論文で抽出したリスク感性尺度は、内容妥当性と信頼性が支持できることが明らかにできたものとする。

今回抽出された 5 因子を 6.4 節の「主観的リスク評価過程における知識生成プロセス」に基づき分類すると、第 1 因子【事故知覚力】、第 2 因子【事故予測力】、第 3 因子【情報・状況判断力】は、看護師個人が普段の生活から、事故や事故防止の意識を持って行動する、医療事故の新しい知見を得ることによって、起きた事故・事象の状況から対応策を予測・判断できる能力である。したがって、普段とは異なる状況の有無を感知し、それらの情報を簡潔に関係づけることによって事故発生の可能性について予測・判断する能力として捉え、ハザード知覚に該当するものとする。一方、第 4 因子【事故分析力】、第 5 因子【職業倫理観】は、看護師個人が職業倫理観を高め、それを土台に事故防止に関する認知や思考を十分に備えておくことによって、行動ミスを防止し、危険状態を回避することができる。一方、事故が生じた場合には、それまでの知識や経験を活かすことによって冷静に行動することができる能力と捉えることができる。すなわち、ハザード知覚を前提に生成した知識に基づき、客観的に捉えることが難しいリスクの全体像をなるべく正確に推測する、リスク知覚の段階に該当するものとする。

したがって、第 7 章でハザード感性とリスク（狭義）感性に分類して因子分析をした結果と、本章で抽出されたハザード感性とリスク（狭義）感性を構成する項目は若干の入れ替わりはあるが、リスク感性（広義）を形成する各下位尺度は 6.4 節で示す「主観的リスク評価過程における知識生成プロセス」の概念に概ね合致している。5.5.2 項において、看護職者のリスク感性（広義）に関して、知識を生成する過程の「ハザード感性」と、ハザード感性によって関連づけられた知識を利用してリスクの全体像を捉える「リスク感性（狭義）」に区別して捉えることを提案した。この考えに基づけば、リスク感性（広義）を育成するためには、ハザード感性とリスク感性（狭義）をそれぞれ育成するという、二段階のアプローチが必要であることを示唆することができる。

また、本章で示した 5 つの尺度は、看護職者のリスク感性（広義）の育成に活用可能な尺度として可能性が高まったものと考えられる。

一方、性別での分析を行ったが、男性のサンプルサイズが少ないこともあり、5 つの因子に関して明確な差異はみられなかった。

## 8.5 おわりに

本章では、「リスク感性（狭義）とハザード感性の構造フレームワーク」（5.5.2 項）、「主観的リスク評価過程における知識生成プロセス」（6.4 節）に基づき、リスク感性（狭義）とハザード感性に関わる尺度の信頼性と妥当性の向上を図るため、D 県中規模病院で働く看護職 1,498 人にアンケート調査を実施し、上記の概念構造と尺度に関する実証分析を展開した。

その結果、ハザード感性に該当する 3 因子とリスク感性（狭義）に該当する 2 因子の 5 下位尺度で構成されるリスク感性（広義）が抽出された。これらの尺度は、「主観的リスク評価過程における知識生成プロセス」（6.4 節）における、リスク知覚とハザード知覚の役割を明らかにするプロセスに対応づけられることが確認された。すなわち、ハザード知覚とリスク知覚のそれぞれに対応する感性である、ハザード感性とリスク感性（狭義）尺度は信頼性・妥当性のある良好な尺度であることが明らかとなった。これらの尺度は、看護職者に対する医療安全教育の現場感覚に合致した尺度であり、リスク感性の育成においてハザード感性とリスク感性（狭義）の二段階のアプローチとして使用可能であることを証明することができた。

今後の方向性として、看護職者のリスク感性（狭義）・ハザード感性と、インシデントやアクシデントの誘因・発生回数との関連性を明らかにするとともに、本尺度を用いた看護職の医療安全教育におけるリスク感性（広義）の評価手法について、その概念構造の設計とモデルの構築を試みていきたい。

## 第9章 エゴグラムに示される看護師のパーソナリティとリスク感性との関連

### 9.1 本章の目的

本章では看護師のパーソナリティとリスク感性との関連性について明らかにすることを目的に、交流分析のエゴグラムと第8章で作成したリスク感性尺度を用いて定量的に検証する。

### 9.2 本章の研究方法

#### 9.2.1 データ収集

- (1) 調査時期：2017年2月7日～3月18日
- (2) 調査対象：D県内の300床以上の中規模病院11施設で、調査期間中に在職している看護職者1,498名とした。
- (3) 測定尺度

##### ①リスク感性（広義）尺度

第8章で開発した看護職者のリスク感性を評価する尺度を用いた。リスク感性を育成するために必要な5つの因子「事故知覚力」「事故予測力」「情報・状況判断力」「事故分析力」「職業倫理観」で構成されている。

##### ②自己成長エゴグラム（SGE）（2006）

看護師のパーソナリティを調査するために、交流分析理論（以下,TA）に基づき個人の自我状態を評価するエゴグラムを用いた。その中でも、1990年に桂（1999）より発案され芦原ら（2006）によって開発された自己成長エゴグラム（以下,SGE）の50問を使用した。SGEは、TAに精通していない者でも、具体的に生活上のアドバイスがしやすいような内容であること、著作権を放棄していることから自由に使用できる特徴がある。エゴグラムには「批判的な親（Critical Parent:CP）」「教育的な親（Nurturing parent:NP）」「大人の自我状態（Adult:A）」「自由な子ども（Free child:FC）」「順応した子ども（Adapted child:AC）」の5つの自我状態で判定し、その強弱から性格を特徴づける。回答方法は、SGEの実施方法に基づき、はい（○）、どちらでもない（△）、いいえ（×）で回答を求めた。

#### 9.2.2 分析方法

- (1) 回収した調査票をIBM SPSS Statistics24を使用して分析した。  
看護職者のパーソナリティがリスク感性にどのように関連するのかを確認するために以下の方法で分析した。
- (2) SGEについては、集計方法に従い（2006）、○：2点、△：1点、×：0点として算出した。調査対象者のパーソナリティについては、5つの自我状態（CP,NP,A,FC,AC）について、それぞれ平均値を算出した。
- (3) リスク感性尺度とSGEの5つの自我状態（CP,NP,A,FC,AC）との関連について

は、相関分析を行った。

### 9.3 本章の分析結果（看護職者のパーソナリティの特徴）

#### 9.3.1 調査対象者の概要

調査票は 928 名の回答を得て（回収率 61.9%）、そのうち有効回答の 902 名（有効回答率 60.2%）を分析対象とした。アンケート調査対象者の概要は、表 9.1 のとおりである。

表 9.1 調査対象者の属性 n=902

	n	%	
性別	男性	47	5.2
	女性	833	92.4
	未回答	22	2.4
年代	20代	160	17.7
	30代	251	27.8
	40代	266	29.5
	50代	191	21.2
	60代以上	28	3.1
	未回答	6	0.7
資格	看護師	821	91.0
	准看護師	67	7.4
	未回答	14	1.6

#### 9.3.2 調査対象者のパーソナリティの特徴

SGE の 5 つの自我状態の各平均値は、CP:14.6 ±.9、NP:14.1 ±3.5、A:12.0 ±4.2、FC:12.8 ±4.7、AC:13.5 ±4.5 であった（図 9.1）。

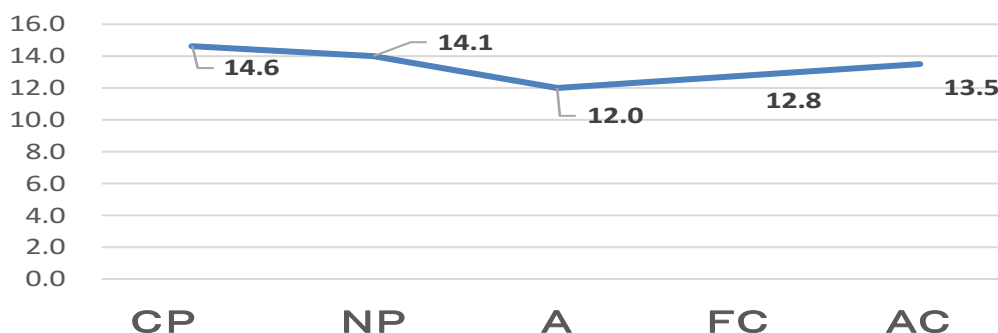


図 9.1 調査対象者のパーソナリティ

#### 9.3.3 リスク感性尺度とパーソナリティとの関連

CP（批判的な親）・NP（教育的な親）は、リスク感性尺度の「事故知覚力」「事故予測力」「情報・状況判断力」「事故分析力」「職業倫理」において低い正の相関がみられた。

A（大人の自我状態）は、「事故知覚力」「事故予測力」「情報・状況判断力」においてかなり強い正の相関がみられた。「事故分析力」「職業倫理」においては、低い正の相関であった。AC（順応した子ども）は、「事故知覚力」と低い負の相関がみられた。



一方、FC（自由な子ども）はリスク感性の5下位尺度とほとんど相関はみられなかった（表9.2）。

表9.2 リスク感性（広義）とSGEの関係

	ハザード感性			リスク感性（狭義）	
	事故知覚力	事故予測力	情報・状況判断力	事故分析力	職業倫理感
CP	.321**	.318**	.250**	.248**	.304**
NP	.295**	.236**	.216**	.260**	.261**
A	.551**	.509**	.414**	.355**	.394**
FC	.194**	.162**	0.064	.155**	.109**
AC	-.205**	-.111**	-0.036	-0.049	-.100**

\*\* P ≤ .01    \* P ≤ .05

## 9.4 本章のまとめ

### 9.4.1 調査対象者のパーソナリティの特徴

医療事故の予防には、システムアプローチ（組織として）とパーソンアプローチ（個人として）の取り組みが不可欠といわれている（J.Reason,2000）。今回、パーソンアプローチとして看護職者個人のパーソナリティがリスク感性と関係するの否かについて明らかにすることを目的に、交流分析のエゴグラムを用いて調査対象者のパーソナリティの特徴を捉えた。また、著者らが作成したリスク感性尺度とエゴグラムの関連から、看護職者のパーソナリティの5つの自我がリスク感性の5下位尺度と関係するの否かについて相関分析を用いて検証を行った。

津端ら（1988）は、成熟した日本人のエゴグラムは、NP（教育的な親）を頂点とするなだらかな山型をなすと述べている。一方、本章の調査対象者は、エゴグラムの5つの自我のそれぞれの平均値をグラフにしたパターン（図9.1）からCP（批判的な親）が最も高く、次いでNP（教育的な親）、AC（順応した子ども）が高く、A（大人の自我状態）は最も低いことが明らかとなった。

エゴグラムのCP（批判的な親）は、父親的なところを指し自他ともに厳しい。一方NP（教育的な親）は、母親的なところを指し、世話好きで面倒見がよい（福島,2001）。すなわち、本研究の調査対象は、CP（批判的な親）とNP（教育的な親）が高いことから、父性的な厳しい面と母性的な温かみや他人を優先にする面の両面を備えたタイプが多いことが明らかとなった。

福島（2001）は、理想的な看護師像は、NP（教育的な親）がA（大人の自我状態）よりやや高いか同値で頂点を示し、CP（批判的な親）、FC（自由な子ども）が高い「への字型」であると指摘している。一方、杉田版のオリジナルのエゴグラムでは、一般的な看護師の平均はNP（教育的な親）とFC（自由な子ども）が高い「M型」を示す（杉

田,1991)とされている。また、生原ら(1990)は、NP(教育的な親)が高い職業は看護職が多かったと報告している。これらから、CP(批判的な親)やNP(教育的な親)は看護職の一般的なパーソナリティとして捉えることができ、エゴグラムからみても、本調査対象者は、一般的な看護師像に近いことが窺える。

本章における調査対象者は、芦原(2006)が指摘しているパターンのうち、CP(批判的な親)とAC(順応した子ども)が高い「V型エゴグラム」のパターンに近い。V型は、責任感や使命感に縛られている厳しい自分(CP)と他人からの評価を気にする控えめな自分(AC)が、絶えず葛藤を繰り返していることが特徴である。また、中村ら(2016)はCP(批判的な親)について自己の価値観が高く、完璧主義で自他共に厳しいという特徴から、安全に業務を行なうための注意・確認行動の実践につながると述べている。また、AC(順応した子ども)について、他人に依存し感化されやすい『指示まちタイプ』と指摘し、主体的な注意・確認行動をとることが低いため、医療事故につながりやすいことを示唆している。

一方、畑瀬ら(2008)の報告においてインシデント経験は、CP(批判的な親)とAC(順応した子ども)が多いことを明らかにしている。さらに、酒井ら(2010)は、勤務年数「2年未満」と「2~10年未満」の(インシデントを度々起こす)リピーター看護師は、エゴグラムのAC(順応した子ども)値が高かったことを報告している。すなわち、本調査ではCP(批判的な親)、AC(順応した子ども)が高いエゴグラムパターンを示したことから、医療事故につながる性質もつ看護職が多い傾向があると推察できる。対策として酒井ら(2010)は、個人特性と医療ミスとの関連を調査した結果から、AC(順応した子ども)値が高いリピーター看護師には職場環境への早期適応とストレスケアとして、周囲の自発的なコミュニケーションを適度に促す配慮の必要性があると述べる。また、エゴグラムは、5つのエゴグラムのバランスが重要である。そのため、低い値のエゴグラムがあれば、それを高めていくことによって、高い値を示した別のエゴグラムが相対的に低下するため全体のバランスがよくなる(2006)。すなわち、看護職個々が自らのパーソナリティの特徴を知り、5つの自我のバランスを保つように意識して行動を変容すれば、医療事故防止にエゴグラムが役立つ指標になるだろう。

#### 9.4.2 パーソナリティとリスク感性尺度との関連

パーソナリティと、著者らが作成したリスク感性尺度との関連から、医療事故予防に必要なパーソナリティアプローチを検討した。

エゴグラムによる判断では、5つの自我の中で大人のころをもつA(大人の自我状態)が高いほど、ハザード感性の〈事故知覚力〉〈事故予測力〉〈情報・状況判断力〉が高くなることが明らかとなった。A(大人の自我状態)は、冷静な判断や分析力をもつと言われる(福島,2001)。すなわち、ハザード感性には、A(大人の自我状態)がもつ合理的、効率、優先順位などによって判断する(2006)姿勢が不可欠であると言える。

一方、本章の調査対象者は、5つの自我のうちA（大人の自我状態）が最も低い。したがって、A（大人の自我状態）を高めるようにすると共に、リスク感性（広義）教育では、ハザード感性に焦点をあてることが有効と示唆された。さらに、今回、最も多かったCP（批判的な親）、NP（教育的な親）は、リスク感性（広義）の5つの因子と弱い正の関連がある。そのため、CP（批判的な親）、NP（教育的な親）が高い看護職に対してリスク感性教育を実践することは、事故予防に貢献できると期待する。

また、本章の調査対象者のパーソナリティの特徴として、CP（批判的な親）、NP（教育的な親）に次いで高かったのがAC（順応した子ども）である。AC（順応した子ども）は、リスク感性（広義）の中でもハザード感性の「事故知覚力」と負の関連があった。すなわち、AC（順応した子ども）が低いと「事故知覚力」は高くなるといえる。すなわち9.3.3節でもAC（順応した子ども）は負の相関があり、事故を起こしやすいと示されているため、リスク感性（広義）と負の関連であることは、先行研究と同様な結果といえる。医療事故防止の観点から、AC（順応した子ども）が高い看護職には、できる限り低下させるように働きかけることが必要である。同時に、AC（順応した子ども）が低い看護職には「事故知覚力」に関する教育に焦点をあてて教育することが有効と示唆された。FCはリスク感性（広義）の5下位尺度とほとんど関連がないと示された。FC（自由な子ども）の特徴は、自分さえよければという態度や本能的・衝動的な行動が目立つ（津畑,1988）。このような行動をもつ人には、リスク感性（広義）の育成には効果が期待されないとと言える。

## 9.5 おわりに

本章の調査対象者は、自己の価値観や責任感・使命感が強く、人への配慮や思いやりが高いが、冷静に判断・分析する力がやや低い集団であった。また、パーソナリティとリスク感性との関連として、特に自我のA（大人の自我状態）は、ハザード感性（「事故知覚力」「事故予測力」「情報・状況判断力」）と強く関連することが明らかとなった。すなわち、リスク感性（広義）教育に、パーソナリティの特徴を活用すれば、効果的な教育が可能であることが示された。

以上より対象者のパーソナリティは、リスク感性育成に役立つ指標となりうる。また、パーソナリティを理解した上でのアプローチも可能になる。

## 第 10 章 看護師の属性とリスク感性尺度の関係性

### 10.1 本章の目的

本章の目的では、看護師のリスク感性を効果的に育成する指標を探索することである。その方法として、第 8 章で開発した「看護師のリスク感性尺度」と看護師の属性との関連を、定量的に検証する。

### 10.2 本章の研究方法

#### 10.2.1 データ収集

(1) 調査時期：2017 年 2 月 7 日～3 月 18 日

(2) 調査対象：D 県内の 300 床以上の中規模病院 11 施設で、調査期間中に在職している看護職者 1,498 名とした。

(3) 測定尺度と調査対象の属性

##### ①リスク感性（広義）尺度

第 8 章で開発した看護職者のリスク感性を評価する尺度であり、リスク感性を育成するために必要な 5 つの因子【事故知覚力】・【事故予測力】・【情報・状況判断力】・【事故分析力】・【職業倫理観】で構成されている。これらの定義を以下に示す。

(a) 【事故知覚力】は、「間違いを誘発しやすい負荷状態にあった場合でも、正しい行動がとっさにとれる」、「危険な状況下にあっても冷静に対応できる」、「普段と異なる状況の有無について敏感に感じる」など、医療に関する知識を土台にした知覚能力を示す。

(b) 【事故予測力】は、「自分の日常生活における危険とその防止策を考えている」、「日常生活における危険とその対応策を確認してから行動する」、「日常生活の慣れた状況下でも危険がないかを考え、慎重に行動する」など、日常から事故を予測するためのトレーニングをしている内容を示す。

(c) 【情報・状況判断力】は、「新聞やニュースの医療事故の原因を確認する」、「新聞やニュースの医療事故は注意して読む」、「新聞やニュースの医療事故の内容を確認する」など、どのような状況下で事故が起きたのかについて実際の事故事例から知ろうとする姿勢を示す。

(d) 【事故分析力】は、「インシデントレポートを提出して良かったと感じる」、「事故報告後のフィードバックは、今までのインシデントの危険因子をより明確にできるよい機会である」、「インシデントレポートは提出することが必要だ」など、事故の再発を防ぐ有用な方法であるインシデントレポートを用いて、自分が関与した事故を分析する能力を示す。

(e) 【職業倫理観】は、「患者に危害を与える事故は起さないという強い意志を持つ」、「医療現場において、エラーを発生しやすい場面では、ミスをしないように普段より注意して行動する」、「看護場面で確認行動の意義・目的を理解して行動している」

など、高い倫理観をもった看護、医療行動を示す。

## (2) 看護師の属性

- ①年代は 20 代、30 代、40 代、50 代、60 代以上とした。
- ②資格は、看護師または保健師、准看護師とした。
- ③勤務形態については、常勤、非常勤、その他とした。
- ④リスク感性研修の受講については、受講有り、受講無しとした。
- ⑤臨床経験年数については、10 年未満、10 年以上 30 年未満、30 年以上とした。

## 10.2.2 分析方法

回収した調査票を、IBM SPSS Statistics22 を使用して分析した。

属性とリスク感性との関連を確認するために、t 検定、ならびに一元配置分散分析と多重比較 (Tukey) を用いて両者を比較した。

## 10.2.3 倫理的配慮

研究協力については、事前に対象施設の看護部長に研究内容と目的、プライバシーの保護について文書及び口頭にて説明し、研究の承諾を得た。研究対象者には、質問紙に調査の依頼文を添付し、研究目的・回答は自由意志によるものであり、回答しないことによる不利益は生じないこと・調査は無記名で行われ所属病院や個人が特定されないこと・データは統計的に処理すること・回答の返送をもって同意とみなすことなどを説明した。回答後は、同封の回収封筒に各自入れ厳封したのち投函するように依頼した。本章の研究では、既存のリスク感性尺度も含まれている。尺度の使用にあたっては、著者が直接尺度作成者(道廣)(南),に使用の許可を申し出て、書面にて許可を得ている。

## 10.3 分析結果 (看護師の属性とリスク感性尺度の関連)

調査票は 926 名の回答を得て (回収率 61.8%)、そのうち有効回答の 912 名 (有効回答率 60.9%) を分析対象とした。看護師の属性とリスク感性尺度 5 因子について比較検定を行なった結果を表 10.1 に示す。

(1) 年代では、【事故知覚力】【事故予測力】【情報・状況判断力】【事故分析力】【職業倫理観】の 5 因子全てと関連があった。

【事故知覚力】では、20 代と 40 代、50 代、60 代以上に有意差があり ( $p < 0.05$ )、30 代では、50 代以上、ならびに 40 代と 50 代の間で有意差が認められた ( $p < 0.05$ )。

【事故予測力】では、20 代と 40 代、20 代と 50 代の間ならびに、30 代と 50 代の間において、有意差があった ( $p < 0.05$ )。

【情報・状況判断力】では、20 代と有意差があった年代は、40 代、50 代、60 代であった ( $p < 0.05$ )。次いで、30 代では、40 代、50 代、60 代以上との間に有意差があった ( $p < 0.05$ )。

【事故分析力】では、20代、30代、40代より有意に50代の事故分析力が高かった ( $p < 0.05$ )。さらに、30代より60代以上の事故分析力が有意に高かった ( $p < 0.05$ )。

【職業倫理観】では、20代と関連を示した年代は、40代、ならびに50代が有意に高かった ( $p < 0.05$ )。

(2) リスク感性研修会の受講の有無については、5因子全てにおいて、「受講無」より「受講有」において有意にリスク感性が高かった ( $p < 0.05$ )。

(3) 臨床経験年数では、リスク感性尺度の5因子全てにおいて、有意差があった ( $p < 0.05$ )。

【事故知覚力】では、「10年未満」と「10年以上から30年未満」、ならびに「10年以上から30年未満」と「30年以上」では、有意に経験年数が長いほうが事故知覚力は高かった ( $p < 0.05$ )。

【事故予測力】では、「10年未満」と「10年以上から30年未満」、「10年未満」と「30年以上」において有意に経験年数が長いほうが事故予測力は高かった ( $p < 0.05$ )。

【情報・状況判断力】では、「10年未満」と「10年以上から30年未満」ならびに、「10年未満」と「30年以上」において有意差があった ( $p < 0.05$ )。また、「10年以上30年未満」と「30年以上」において、有意に「30年以上」が情報・状況判断力が高かった ( $p < 0.05$ )。

【事故分析力】では、「10年未満」と「10年以上から30年未満」、「10年未満」と「30年以上」において、有意に経験年数が長いほうの事故分析力が高かった ( $p < 0.05$ )。

【職業倫理観】については、「10年未満」と「10年以上から30年未満」、「10年未満」と「30年以上」の間で有意に臨床経験年数が高いほうの職業倫理観が高かった ( $p < 0.05$ )。一方、資格や勤務形態において、有意差はなかった。

表 10.1 看護師の属性とリスク感性尺度 5 因子についての比較

	第1因子 事故知覚力			第2因子 事故予測力			第3因子 情報・状況判断力			第4因子 事故分析力			第5因子 職業倫理観			
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	p
	3.64 0.59 3.60 0.84 3.74 0.84 4.08 0.63 4.37 0.53															
年代	153	3.41	0.61	160	3.33	0.52	161	3.31	0.85	157	3.95	0.50	158	4.20	0.42	
	234	3.54	0.56	246	3.55	1.10	247	3.51	0.85	242	4.01	0.73	246	4.34	0.61	
	258	3.68	0.56	272	3.64	0.71	276	3.88	0.75	270	4.09	0.64	271	4.41	0.57	
	187	3.84	0.58	190	3.81	0.81	193	4.16	0.71	188	4.25	0.55	192	4.47	0.42	
	24	3.92	0.49	27	3.80	0.61	28	4.07	0.67	25	4.17	0.54	27	4.41	0.43	
看護師または 保健師	784	3.64	0.59	820	3.61	0.86	829	3.73	0.86	810	4.09	0.64	820	4.37	0.54	np
准看護師	67	3.58	0.58	69	3.54	0.58	71	3.82	0.71	68	3.98	0.49	69	4.30	0.44	
勤務形態	680	3.64	0.59	707	3.61	0.89	712	3.71	0.86	700	4.09	0.61	708	4.36	0.56	
	168	3.62	0.60	179	3.57	0.59	186	3.85	0.75	174	4.01	0.71	178	4.39	0.40	np
	6	3.71	0.66	6	3.40	0.76	6	3.75	1.08	6	4.03	0.64	6	4.38	0.43	
リスク感性研 修受講有無	539	3.59	0.61	563	3.52	0.71	572	3.68	0.85	559	4.02	0.61	563	4.34	0.57	
	269	3.75	0.55	276	3.78	1.08	278	3.89	0.84	273	4.24	0.66	277	4.44	0.44	
臨床経験年数	303	3.42	0.57	314	3.36	0.53	319	3.41	0.85	311	3.94	0.53	313	4.22	0.44	
	469	3.72	0.57	494	3.72	0.98	496	3.87	0.78	485	4.13	0.68	493	4.45	0.58	
	81	3.93	0.50	83	3.81	0.64	87	4.19	0.76	83	4.29	0.57	85	4.45	0.43	

P<0.05

#### 10.4 本章のまとめ

本章では、看護職の属性と5下位尺度38項目からなるリスク感性（広義）尺度との関連を検証した。その結果、年代、リスク感性に関する研修の受講の有無、臨床経験年数は、リスク感性（広義）に影響を及ぼす因子になることが明らかとなった。

また、年代では、【事故知覚力】や【情報・状況判断力】の因子において、20代と30代よりも40代以上の年代が高い看護職のほうが、事故知覚力や情報・状況判断力が高いことが明らかとなった。一方、20代は、5下位尺度の全てにおいて年代の高い看護職よりリスク感性（狭義）が低いことが示された。同様に、臨床経験年数においても10年未満の看護職は、10年以上ならびに、30年以上との間では、有意に臨床経験年数が長い看護師のリスク感性（狭義）が高いことが明らかとなっている。すなわち、年代が低く、臨床経験が少ない看護師は、リスク感性が低いと言える。

#### 10.5 おわりに

本章では、年代が低く、臨床経験年数の浅い看護職で、リスク感性に関する研修を受講していない看護職は、リスク感性（狭義）が低いことが示された。著者らは、先行研究においてパーソナリティとリスク感性との関連も明らかにしてきた。看護職のリスク感性（狭義）の育成対象を明確にするための方法として、パーソナリティや、年代、経験年数、研修受講の有無も指標になると言える。



## 第5編 おわりに

### 第11章 結論

#### 11.1 本論文のまとめ

本論文は、医療分野における医療安全に関して、組織要因への対策としての医療安全文化の醸成と整備の必要性と、さらに個人要因への対策としての看護教員の医療安全教育に対する認識とリスク感性に影響を与える要因を明らかにした。そのうえで、医療安全を構築するためには、患者の最も身近で直接的ケアを施す看護師のリスク感性を向上させることが求められるが、そのためには、医療安全文化を組織として構築するために必要な、医療組織の構成員全員が理解し認識することができる共通言語としてのリスク感性の定義と測定尺度が必要となることを提示した。そこで、リスク感性の定義を明確に再定義し、リスク感性を構成する項目を明確にしたうえで、リスク感性を測定する尺度を構築することを目的とした。

医療事故は、組織におけるシステムの不備や偶発的な不可抗力によって、複数の医療関係職もしくは最終実施者のヒューマンエラーが誘発された「結果」である。このような組織要因に着目し、各施設では、マニュアルの作成や、医療安全教育を行うことで事故予防策を講じてきた。Reason, J (2001) は、安全文化の醸成について唱え、その後、わが国でも、組織の安全風土として、組織メンバーの安全行動や安全への認識を高めることが求められた。このような求めに応じて、医療安全活動の取り組みに対する職場の環境整備や個人の意識を高めることが管理者の役割として提示され実施されるようになった。

しかし、予防策を講じたとしても、現状ではヒューマンエラーによる医療事故の発生は不可避である。医療職の中でも、看護師や医師が当事者になることが多く、その中でも特に患者に最も手を施す援助が多い看護師の割合が高くなっている。これらの現状に鑑みて、本論文では分析の対象を看護分野とし、医療安全文化の醸成として必要と示された組織と個人の両方からアプローチする方法において、以下の知見を得ることができた。

(1) 組織的アプローチとしては、第3章で医療安全文化を効果的に醸成される組織研修を検討した。病院組織の中で行われている研修体制を「講義型」「参加型」「体験型」と3分類し、その中でシミュレーション等を用いた「体験型研修」の導入が組織の医療安全文化を高めるために最も効果的であることを示唆することができた。また、年齢、勤務年数や知識・技能といった看護キャリアのステージを問わず、「体験型研究」は、医療安全文化を高めるために有効である可能性が示されたことは、今後の医療安全文化を効果的に醸成させる組織研修の方向性を示す根拠の1つとして、今後の応用が期待される。

(2) 第4章では、組織的アプローチを個人的アプローチに応用し、そのうえで、医療安全研修会のテーマとして扱われるようになった「リスク感性」に着目をした。そして、

看護師を育成の充実に資するため、まず、看護教員の医療安全教育に対する認識とリスク感性に影響する要因を明らかにした。

(3)次に、看護師のリスク感性を向上させることが求められているものの、現状では、医療におけるリスク感性に関する定義や概念は統一されていないことから、看護教員は看護師をどのように教育・育成すれば看護師のリスク感性が向上するのかが明確ではない状況にある。したがって、第5章では、リスク感性の再定義として、従来のリスク感性を広義のリスク感性として捉えたうえで、ハザード知覚とリスク知覚に対する感性は、それぞれハザード感性と狭義のリスク感性として区別して捉えた。そして、ハザード感性と狭義のリスク感性の和集合が広義のリスク感性を形成するという、「リスク感性(狭義)とハザード感性の構造フレームワーク」を提示した。さらに、第6章では、「主観的リスク評価過程における知識生成プロセス」を提示し、リスク感性尺度を作成するための概念的な基盤を明確にすることができた。

(4)上記の2つのフレームワークを基盤とし、第7章と第8章でリスク感性を測定する尺度を構築し、尺度の信頼性と妥当性の検証をした。

その結果、ハザード感性に該当する3因子とリスク感性(狭義)に該当する2因子の5下位尺度で構成されるリスク感性(広義)が抽出された。

妥当性として、KMO測定は0.963、バーレットの球面性検定は $p < 0.001$ より、サンプリング適切性基準として十分な評価が示され標本妥当性についても確認できた。

また、因子分析で抽出された5因子のクロンバック $\alpha$ 係数は、それぞれ約0.8以上を示していることから、内的整合性として良好な結果を得ることができた。すなわち、ハザード知覚とリスク知覚のそれぞれに対応する感性である、ハザード感性とリスク感性(狭義)尺度は信頼性・妥当性のある良好な尺度であることを証明することができた。

(5)最終的に、第9章、第10章において、作成したリスク感性尺度と、看護師のパーソナリティや勤務年数・職種・リスク感性研修の受講の有無などの属性との関係性を明らかにすることができた。看護職のリスク感性(狭義)の育成対象を明確にするための方法として、パーソナリティや、年代、経験年数、研修受講の有無も指標になると言える。

## 11.2 今後の課題・展望

本論文で作成した、医療組織における共通言語としてのリスク感性尺度を用いれば、看護師が引き起こしてきたヒューマンエラーが、リスク感性尺度のどの項目と関係するのかを明らかにすることができる。さらに、個々の看護師に欠如しているリスク感性についても具体的にわかるようになる。すなわち、欠如している部分を補うような教育、ならびに指導をすることによって、組織を構成する個々の看護職のリスク感性が高まると言える。さらに、医療事故や重大事象という危機への対処するトレーニングにも役立つだろう。そして、医療全体が目指している、組織全体の医療安全の

質の向上が期待できる。また、リスク感性尺度を、個々の看護師のリスク感性を測定するだけではなく、組織の医療安全教育や看護師の人事評価に活かすことができれば、医療安全教育の受講対象者の選定や病棟配置・配属にも役立ち、看護師の離職を防止し、看護師不足を改善できるツールにもなるだろう。すなわち、第1に、個々の看護師のみならず組織全体におけるリスク感性の程度の実態を客観的に把握できる。そして第2に、組織としてリスク感性を高めるための研修など行う必要性の判断にも役立ち、組織全体のリスク感性を高める方法を検討する際の評価ツールとして活用できる。さらに第3に、その結果として教育・研修効果を明らかにできる利点がある。最後に第4として、個々の看護師を研修・教育・評価・適正配置することによって、組織全体に医療安全文化を深く浸透・定着させることが可能となり、組織のリスク管理体制がレベルアップしていく。そして、最終的には、リスク感性が育成され、公正で公平な人事評価のもとに適切な労働管理と人事配置が行われることになり、結果的に医療事故の減少につながる。これによって、患者に対し安全で安心な医療が提供されるため、社会的な貢献度も高まるのである。したがって、本論文で提示した「個々の看護師のリスク感性を把握するための測定尺度を開発」、および、その信頼性と妥当性を検討したことの重要性は高いと考える。今後は、多くの看護領域において、本論文で提示したリスク感性にかかわる概念整理と、リスク感性尺度を活用し、この尺度の検証を繰り返すことで精度を高めていき、看護師による医療事故の軽減に役立てていきたい。

### 【謝辞】

本論文は、著者が愛知淑徳大学大学院ビジネス研究科ビジネス専攻後期博士課程在学中に、同ビジネス研究科上原衛教授の指導のもとに行ったものである。先生には、研究の遂行にあたり御指導・後助言を賜り、本論文の完成度が高まりましたこと、厚くお礼を申し上げます。

以下、各章の研究を進めるにあたり、研究に同意し、多忙な中にアンケート調査の協力を頂いた皆様方に厚く感謝を申し上げます。

第2編、第3章： A 県内 200 床以上の 20 病院施設の看護職員 1,475 名

第2編、第4章： B 県内看護専門学校 24 校の教員 262 名

第3編、第7章： C 県内の 300 床以上の中規模病院で働く看護職者 60 名

第4編、第8章,第9章、第10章： D 県内の 300 床以上の中規模病院 11 施設で働く看護職者 1,498 名

また、第2編、第4章の論文執筆にあたりご指導頂きました大阪医科大学看護学科の泊裕子教授に心より感謝を申し上げます。

尚、本論文の尺度作成においては、既存の尺度を参考、または活用している。尺度使用を快諾して下さい先生方に厚くお礼を申し上げます。

第2編 第4章：長野県看護大学，看護学部，教授 金子さゆり先生

第3編 第7章：大阪青山大学，健康科学部，教授 道廣睦子先生

香川大学，医学部， 准教授 南妙子先生

最後に、本論文作成にあたり、終始ご指導、御助言を賜りましたビジネス研究科ビジネス専攻の先生方にこの場を借りて厚く感謝を申し上げます。

## 附記

本論文の研究における倫理審査承認番号

本論文における研究を進めるにあたり、倫理委員による審査後の承認番号、研究協力者への謝辞ならびに研究助成金交付について以下にまとめた。

承認番号

第2編、第3章：愛知医科大学看護学部研究倫理委員会（承認番号 190）。

第2編、第4章：中京学院大学看護学部の研究倫理審査委員会（承認番号 7）。

第3編、第7章：修文大学研究倫理委員会（承認番号 28SR4）。

第4編、第8章～第10章：愛知淑徳大学大学院ビジネス研究科倫理委員会  
（承認番号 1）

研究助成金交付

第2編、第3章：平成21年度社団法人岐阜県看護協会研究助成を受けて実施した。

## 参考文献

- 明日徹:『医療事故予防のためのコミュニケーション要因についての研究—理学療法士を対象とした調査から—』。「厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業」, pp.168-179 (2003)
- 芦原睦:『エゴグラム実践マニュアル』.株式会社チーム医療,pp.31-36,(2006)
- 天野寛, 酒井順哉:『医療事故防止における医療スタッフの安全意識に関する研究—インシデントの発生および診療マニュアルの把握との関係分析—』。「日本医療情報会」, Vol.24, pp.639-655 (2004)
- 梁井皎,中島和江:『医療安全の向上に向けた医療担当者の自律的な取り組みについて—病院における医療安全体制チェック 10 箇条 (A~J) —』。「順天堂医学」 Vol.52,NO.3 (2006)
- 米国医療の質委員会/医学研究所:『人は誰でも間違える—より安全な医療システムを目指して—』。「日本評論社」, pp.1-2 (2002)
- 米国ナースの労働環境と患者安全委員会/医学研究所:『患者の安全を守る—医療・看護の労働環境の変革—』。「日本評論社」 (2006)
- Beck,U. (東兼,伊藤美登里訳):『危険社会—新しい近代への道—』。「法政大学出版局」 (1998)
- Benner P,井部俊子他,訳:『ベナー看護論.達人ナースの卓越性とパワー』。「医学書院」 (1992)
- Benner P,井部俊子他,訳:『ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ—』。「医学書院」 (2010)
- Borak J.“Five classic articles in public health,” Yale Journal of Biology and Medicine, 2010;83 (1) :43-45,Cited 2015 April 15. Available from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2844692/pdf/yjbm\\_83\\_1\\_43.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2844692/pdf/yjbm_83_1_43.pdf)
- Brown,I.D. & Groeger,J.A.,Risk Perception and decision taking during the transition between novice and experienced driver status,Ergonomics,31, pp585-597(1988)
- Cohen J.,Dearnaley E.J and Hansel C E.M..THE risk taken in driving under the influence of alchol.Brit.Med J.pp.1438-1442(1958)
- Dreyfus SE. “Formal models vs. human situational understanding: inherent limitations on the modeling of business expertise. Amsterdam, ” Elsevier Scientific Publishing Company,pp133-65 (1982)
- 独立行政法人国立環境研究所:『子どもの健康と環境に関する全国調査コアセンター.子どもの健康と環境に関する全国調査 (エコチル調査) 研究計画書 (第 1.43

- 版』(2014)  
<http://www.env.go.jp/chemi/ceh/outline/data/kenkyukeikaku143.pdf>.
- 榎原毅,久保智英,佐藤智明,鶴見邦夫,鈴木初子,武山英麿,他:『医療安全文化構成要因の信頼性と妥当性の検討』.「人間工学」, 44 (suppl),pp.70-1 (2008)
- 福島寛『新版 性格のバイブル エゴグラム式・性格診断の本』.「ダイヤモンド社」(2001)
- 福留はるみ:『医療安全対策の見直しを図るポイント, 現状の課題と今後の対策』.「看護管理」, Vol.13, NO.10, pp.790-796 (2003)
- 藤井真美,刈間理介,海保博之,他:『安全能力の概念と構造』.「安全教育学研究」, Vol.7, No.1, pp.3-16 (2007)
- 藤沢由和:『医療安全国際動向ー政策的動向および施策とその方向性ー』.「J.Natl. Inst. Public Health」, Vol.51, No.3, pp.118-123 (2002)
- 藤田茂, 師岡孝次, 鈴木荘太郎,他:『医療におけるヒューマンエラーの分析(第1報)ー看護業務におけるヒューマンエラーの心身分析ー』.「病院管理」, Vol.38, No.3, pp.15-23 (2001)
- 藤田茂, 吉岡恵美子, 鈴木荘太郎:『看護業務におけるインシデントの要因に関する研究ー心身分析による「忙しさ」と「インシデント」の関係ー』.「病院管理」, Vol.41, No. 1, pp.47-53 (2004)
- 藤田茂, 渡辺聖, 鈴木荘太郎:『医育機関における医療安全管理の意識に関する検討』.「医療マネジメント学会雑誌」, Vol.15, No.4, pp.501-505 (2005)
- 古瀬彰, 長瀬真幸, 築根佳代子,他:『インシデント・アクシデント報告の現況』.「交通医学」, Vol. 58 , No.5, pp.151-156 (2004)
- Frank.H. Knight:“Risk,Uncertainty and Profit”,Houfhton Mifflin Company,1921.  
 原子力規制委員会:『平成 17 年版 原子力白書 第 1 編 安全文化の醸成』.Cited  
 2015 May 7.Available from  
<http://www.aec.go.jp/jicst/NC/about/hakusyo/hakusyo2005/index.html>.
- 生原靖彦,藤井信男:『安全運転における心身および社会的要因』.「交通医学」,Vol.44 No.6,pp.271-282 (1990)
- 芳賀繁:『うっかりミスはなぜ起きる』.「中央労働災害防止協会」,pp.64 (2000)
- 長谷川友紀:『危機管理原論』.「J.Natl.Inst.Public.Health」 Vol.51,No.3,pp.127-129 (2002)
- 長谷川俊彦:『医療安全の基本概念』.J.Natl.Inst.Public.Health,Vol.51, No.3,pp.108ー110 (2002)
- 畑瀬智恵美, 岩城美幸, 澁谷香代, 長谷川友紀:『危機管理原論』.

- 「J.Natl.Inst.Public.Health」,Vol.51,No.3,pp.127-129 (2002)
- 畑村洋太郎:『失敗学の法則』。「株式会社文藝春秋」,pp.141 (2002)
- 原田浩二,森山美知子,小林敏生:『看護師養成所における看護教員のストレスとソーシャルサポート及びバーンアウトの関係性』。「日本看護学教育学会誌」,Vol.22 No.1,pp.25-34 (2012)
- 原田広枝,永江誠司:『看護専門学校教員の教師ストレスに関する実態調査』。「看護実践研究」,No.7,56-64 (1999)
- 原田浩二,森山美和子,小林敏生:『看護教員の職業選択動機別によるソーシャルサポート、ストレス、バーンアウトとの関連について』。「広島大学保健学ジャーナル」,Vol.10,No.2,55-61 (2012)
- 星野崇宏,岡田謙介:『傾向スコアを用いた共変量調整による因果効果の推定と臨床医学・疫学・薬学・公衆衛生分野での応用について』。「Journal of the National Institute of Public Health」,Vol .55 , No.3,pp.230-43 (2006)
- 本谷和子,榎本多恵:『リスク感性と看護師の特性・エラータイプとの関係』。「日本看護学会論文集. 看護管理」,Vol .45, pp.288-291,(2015)
- 飯田真佐子,金井ヒロ,尾岸恵三子:『エゴグラムからみた看護婦の成熟性について』。「看護展望」,Vol.11,No.9,pp.34-43 (1986)
- 一般社団法人日本内部監査協会 監訳 (著),八田 進二 監訳 (著),橋本 尚 監訳 (著),堀江 正之 監訳 (著),神林 比洋雄 監訳 (著):『COSO 全社的リスクマネジメント -戦略およびパフォーマンスとの統合-』。「同文館出版」(2018)
- 行俊可愛,安江大志,新甫知恵,他:『危険予知トレーニングによる医療安全教育[臨床編]病棟カンファレンスで行う危険予知トレーニング』。「看護展望」,Vol.32,No.2,pp.68-75 (2007)
- International Nuclear Safety Advisory Group.Safety culture.INSAG-4.  
International Atomic Energy Agency Vienna(1991)
- 一瀬久美子,堀江令子,牟田典子,松山育枝,佐藤逸子,浅田まつえ,他:『看護師が抱える職場ストレスとその対応』。「保健学研究」,Vol.20,No.1,pp.67-74 (2007)
- 岩本真紀,名越民江,南妙子,他:『リスク・マネジャーが認識している新人看護師の医療安全教育』。「香川大学看護学雑誌」,Vol.13,No.1,pp.83-89 (2009)
- J.Reason:Human error:models and management.British Medical  
Journal,320,pp.760-770 (2000)
- J.Reason:『組織事故 - 起こるべくして起こる事故からの脱出 第4版』。「東京:日本科学技術連盟出版会」(2001)

- 甲斐野智子, 金谷祐美子, 橋崎裕幸他:『潜在看護師をいかに職場復帰させるか』.  
「ISFJ 政策フォーラム 2008 発表論文」, 20th-21st, Dec.(2008)
- 海保博之, 宮本聡介:『安全・安心の心理学 リスク社会を生き抜く心の技法』.「新曜社」, p.48 (2007)
- 風岡たま代, 上野邦子, 森美里:『誤薬事故のリスクに対する管理職看護師と一般職看護師の認識の比較』.「聖隷クリストファ-大学看護学部紀要」, Vol.14, pp.13-23 (2006)
- 加地浩, 佐野嘉彦, 堀江正知, 他:『医療現場における不安全行動の予測と回避—自己診断システムの開発と実地応用の試み』.「日本職業・災害医学会会誌」, Vol.54, No.2, pp.57-65 (2006)
- 片岡和江, 川上佐代子, 後藤由紀子:『臨地実習におけるヒヤリハット体験の教材化を促進する教員の関わり』.「勤医協札幌看護専門学校紀要」, Vol.3, pp.3-6 (2011)
- 片山朋子:『危険感受性を高める取り組み 危険予知トレーニング (KYT) を実施して』.「中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌」, Vol.3, pp.107-110 (2007)
- 桂載作, 芦原睦, 村山正人監修:『自己成長エゴグラムのすべて—SGE マニュアル—』.「チーム医療」 (1999)
- 金子さゆり, 濃沼信夫:『院内報告制度に関する個人認識と影響要因の関係モデル』.  
「病院管理」, vol.12, No.3, pp.15 -25 (2005)
- 金子さゆり, 濃沼信夫, 伊藤道哉:『病棟看護師の超過勤務および休憩時間と患者安全との関係』.「医療の質・安全学会誌」, Vol.2, No.4, pp.358-364 (2007)
- 金子さゆり, 濃沼信夫, 伊藤道哉:『病棟勤務看護師の勤務状況とエラー・ニアミス  
のリスク要因』.「日本看護管理学会誌」, Vol.12, No.1, pp.5-15 (2008)
- 金子さゆり, 濃沼信夫, 伊藤道哉, 他:『急性期病棟におけるインシデント・アクシ  
デント発生と看護業務・投入マンパワー量との関係』.「日本医療・病院管理学会誌」,  
Vol. 46, NO.3, pp.15-23 (2009)
- 金子さゆり, 濃沼信夫, 伊藤道哉:『急性期病棟における看護師の業務内容と患者安全との関連の検討』.「医療の質・安全学会誌」, Vol.5, No.3, pp.221-225 (2010)
- 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』.  
「日本看護協会出版会」 (2004)
- 釜英介:『「リスク感性」を育て、磨く意義』.「看護」, Vol. 57, No. 3, pp.38-42 (2005)
- 上山真弓, 木村千春:『危険予知トレーニング導入後の初級看護師への効果 研修前後でのアンケート調査から』.「北海道社会保険病院要」, Vol. 8, No. 12, pp.16-9 (2009)
- 亀井利明:『危機管理と保険理論』.「法律文化社」 (1995)



- 亀井利明,亀井克之:『リスク・マネジメント総論』.「同文舘出版」(2009)
- 河野龍太郎:『医療におけるヒューマンエラー』.「医学書院」, p.55 (2008)
- 川田和人:『「話す」「伝える」「語る」スキルが基本・・・「なぜなに分析」でリスク感性を磨く(特集 語り合って進めよう医療安全管理)』,精神看護,vol.34,No.5,pp19-25(2007)
- 川村治子:『求められる医療安全教育とは』.「看護教育」,Vol.48, No.9,pp.783-785 (2007)
- 北岡和代:『精神科勤務の看護者のバーンアウトと医療事故の因果関係についての検討』. Vol.25, No.3,pp. 31-40 (2005)
- 北島智子:『医療安全を考える』.「hope vision」, Vol.2,pp.8-9 (2005)
- 黒田勲:『「信じられないミス」はなぜ起こるーヒューマン・ファクターの分析ー』.「中災防 新書」,p.22 (2001)
- 公益社団法人 日本看護協会:『医療安全推進のための標準テキスト』 p. 6 (2013)
- 公益社団法人 日本看護協会.『継続教育の基準 ver.2 活用のためのガイド』.pp. 47-48 (2014)
- 公益財団法人 日本医療機能評価機構:『医療事故情報収集事業平成 22 年 年報』.Cited 2015 April 10.Available from <http://www.med-safe.jp/contents/cutline/index.html>.
- 厚生労働省:『医療安全推進総合対策(医療安全対策検討会議報告書)』.2002年(平成14年4月17日).
- 厚生労働省:『医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針ー医療安全管理者の質の向上のためにー』.2007年.
- 厚生労働省:『医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～』. Cited2011March.Availablefrom <http://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1y.html>,
- 厚生労働省:『医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～』.Cited 2015 April 15.Available from [http:// www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-ly.html](http://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-ly.html).
- 厚生労働省医政局 第 0330010 号:『良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法の一部を改正する法律の一部施行について』.平成19年3月30日.
- 小島恭子:『安全管理に関する新人看護師教育プログラムの開発』.「厚生労働科学研究費補助金, 分担研究報告書」,pp.10-12 (2004)
- 児玉真利子,新開淑子:『看護師長のリスク・マネジャー役割評価尺度開発』.「日本看護管理学会誌」, Vol.7, No. 2, pp.10-18 (2004)

- 小林美亜:『報告の仕方』。「看護」, Vol. 60, NO.14, pp.034-040 (2008)
- 小路ますみ, 小森直美, 藤岡あゆみ,他:『看護職・他部門間のコミュニケーション・リスクの構造』。「福岡県立看護学部紀要」, Vol.5, NO.2, pp.61-65 (2008)
- 小山真理子,大串靖子,小田正枝,他:『日本看護学教育学会調査研究プロジェクト看護教師の資質の発展に関する研究その1』。「日本看護学教育学会会誌」, Vol.10 No.3, pp.63-135 (2000)
- Lindsey, P.H. and Norman, D.A., : Human Information Processing - An Introduction to Psychology -, 2nd ed., Academic Press, New York, 1977 (中溝幸夫, 篠田裕司, 近藤倫明共訳, 『情報処理心理学入門 I』。「サイエンス社」(1983)
- 真島久美子:『医療事故模擬体験と臨地実習を包含した包括的な医療安全教育プログラムの検討』, 『日本看護学会論文集:看護教育』, No.45, pp.15-18 (2015)
- 松浦常夫:『運転中のハザード知覚とリスク知覚の研究動向』。「実践女子大学人間社会学部紀要」, Vol.2, pp.15-40 (2006)
- 松原美紀, 河村由美子, 山下希美:『チームエラーの発生要因の分析と課題の明確化』。「愛媛労災病院医学雑誌」, Vol.13, No.1, pp.28-32 (2006)
- 丸山美知子:『看護学校における「自己評価指針」活用のために, 看護学校で教育活動の自己評価を行うにあたっての実際的課題』。「看護展望」, Vol.29, No.3, pp.384-390 (2004)
- 丸山美知子:『看護基礎教育における看護・医療事故防止のための教育方法の開発の取り組み』。「看護展望」, Vol.30, No.5, pp.82-85 (2005)
- 三浦佳世:『知覚と感性の心理学』。「岩波書店」(2007)
- 道廣睦子:『看護師のリスク感性尺度の妥当性と信頼性の検討』。「兵庫大学論集」, Vol.16, pp.211-217 (2011)
- 南妙子, 田村綾子, 市原多香子:『看護学生のリスク感性測定尺度の開発と信頼性・妥当性の検討』。「日本看護学教育学会誌」, Vol.24, No.3, pp.13-25 (2015)
- 宮地由芽子:『組織事故防止に向けた背景要因の分析法』。「鉄道総研報告」, Vol.18, No.2, pp.47-50 (2004)
- 村越 真:『野外活動場面における児童の危険認知の特徴』。「体育学研究」, Vol.51, pp.275-285 (2006)
- 森聖美:『危険予知トレーニングによる医療安全教育[臨床編]全職種参加の危険予知トレーニング』。「看護展望」, Vol.32, No.2, pp.76-83 (2007)
- 森川昌子, 上田真知子, 菊池美鈴, 他:『看護現場での安全を支える看護技術の卒前教育実践力の向上を図る卒業前看護技術フォロー実習(特集リスク感性を高める医療安全教育)・(PART4 リスク感性を高める“体験型”医療安全教育)』, 『看護展

- 望」,vol.32,No.2,pp263-272(2007)
- 岡本初美,石川雅彦,長谷川敏彦:『組織の安全文化とつくる安全教育 医療安全に関する新人看護師のコンピテンシー自己評価表・作成と活用の可能性(特集リスク感性を高める医療安全教育)・(PART4 リスク感性を高める“体験型”医療安全教育)』,「看護展望」, Vol.32,No.2,pp256-262(2007)
- 森永今日子, 山内桂子, 松尾太加志:『医療事故におけるチームエラーの回復に関する研究(1) エラーの指摘を抑制する要因についての質問紙調査による検討』. 「北九州市立大学文学部紀要(人間関係学科)」, Vol.10,pp. 55-62 (2003)
- 森永今日子:看護師はなぜエラーの指摘をためらうのか, 看護, Vol. 56, No.2, pp. 055-057 (2004)
- 中村小夜子,白石裕子:『看護師の個人特性とストレス状況対処行動,注意・確認行動についての検討』,「南九州看護研究誌」, Vol.14, No.1,pp.1-10 (2016)
- 中山裕一, 瀬高昌子, 佐々木郁子他:『医薬品について不明点があったときの看護師の行動実態』. 「医療マネジメント学会雑誌」, Vol.15, No.3, pp.442-446 (2004)
- 長沢伸也:『“感性工学と感性評価と経験価値”』. 「経営システム,日本経営工学会」,Vol.26, No.1, pp.2-12 (2016)
- 新村出編:『広辞苑(第六版)』. 「岩波書店」(2008)
- 西本なをみ,村井律子:『新人看護師における多重課題シミュレーションを導入した研修の有効性 BLS 発動時の判断能力向上への取り組み』. 「日本循環器看護学会誌」,Vol.4,No.1,pp.54-59 (2008)
- 日本学術会議第7部:『医療の安全に関する諸問題について』,平成14年11月26日.
- 日本看護協会:『医療事故発生時の対応,看護管理者のためのリスク・マネジメントガイドライン』, Vol.14 (2002)
- 日本看護協会:『2003年(1/1~12/31)~2010年(1/1~12/31)に報道された看護職が関与した医療事故の概要.看護職が関与した医療事故報道について』, 2003~2010.
- 日本看護協会:『「爪のケア」に関する刑事事件』,「日本看護協会出版会」, p.22 (2011)
- 日本看護協会:『日本の医療を救え~看護職の健康と安全を守ることが患者の健康と安全を守る~』, 2011年6月3日.
- 日本規格協会:『JIS ハンドブックリスク・マネジメント』. 「日本規格協会」, pp.58-54 (2008)
- 日本認知心理学会監修,三浦佳世編:『現代の認知心理学 1 知覚と感性』. 「北大路書房」(2010)
- 大久保堯夫:『人間工学からみたヒューマンエラー』. 「月刊薬事」, Vol.41,No.11,

pp.2253-2266 (1999)

大山末美:『看護専門学校教員の職業性ストレスとバーンアウトの関連』。「日本看護福祉学会誌」,Vol.17, No.2,pp.79-92 (2012)

小川和久,蓮花一己,長山泰久:『ハザード知覚の構造と機能に関する実証的研究』。「応用心理学研究」, Vol.18,pp.37-54 (1993a)

小川和久:『リスク知覚とハザード知覚』。「大阪大学人間科学部紀要」, Vol.19, pp.27-40 (1993b)

小川和久:『児童を対象とした交通安全教育プログラム「危険箇所マップづくり」の評価研究』。「国際交通安全学会誌」,Vol.32, No.4, pp.299-308 (2007)

奥田清子:『インシデントあるいはアクシデント後の看護師の感情体験』。「日本赤十字看護大学紀要」, Vol.20, pp.43-53 (2006)

恩田清美:『看護学生と医療安全教育』。「一般社団法人日本看護学校協議会共済会」 Vol.7,pp.1-14,2010年2月28日.

Reason,J:『組織事故 起こるべくして起こる事故からの脱出』。「日科技連出版社」, pp.12-13 (2001)

蓮花一己,向井希宏,小川和久,太田博雄:『高齢ドライバーを対象としたハザード知覚教育の効果測定』。「国際交通安全学会誌」, Vol.32,No.4,pp.274-281 (2007)

Rosenbaum P.R and Rubin D.B. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika* 1983; 70 (1) : pp.41-55, doi:10.1093/biomet/70.1.41

酒井俊彰,酒井順哉,天野寛:『看護師の年齢・勤務年数による個人特性と医療ミス発生傾向の変化に関する研究』。「医療機器学」 Vol.80, No.6,pp607 - 613 (2010)

坂本すが (監) 日本医療マネジメント学会:『5日間で学ぶ医療安全超入門』。「学習研究社」,P.36 (2008)

坂本すが:『医療安全超入門』。日本医療マネジメント学会監修, p.12 (2008)

桜庭恵,河田裕企子,岸見加奈子:『看護師の疲労とインシデントの関係性—インシデント多発時間の現状分析から考える安全性の向上—』。「東京医科大学病院看護研究集録」, pp.31-34 (2007)

佐々木真由美:『看護師のリスク感性と看護実践能力・臨床経験の関連の検証—看護実践能力尺度を用いて比較検討—』。「国立病院機構長崎医療センター医学雑誌」, Vol.14 No.1, pp.32-39 (2012)

Sasou,K&Reaso,J:Team errors definition and taxonomy, *Engineering and system safety*, 65, 1-9,1999.

佐藤信江,奥村百合恵,小山聡子,他:『看護者が関与する医療事故・インシデントの発

- 生要因 総合病院に勤務する看護者の調査結果から－第1報－』。「新潟青陵大学紀要」, vol.3,pp.213-222 (2003)
- 柴田厚子,島津ひとみ:『KYT を取り入れた医療安全プログラムの構築』。「善仁会研究年報」, vol.29,pp.96-8 (2008)
- 塩霧都恵,土屋八千代:『看護学生が臨地実習でインシデントを起こした後の教育的なかかわり』。「医療の質・安全学会誌」, vol.9,№.1,pp.12-23 (2014)
- 相楽有美, 岩波浩美, 定廣和香子,他:『医療事故に関連する用語の定義の現状と特徴－看護基礎教育課程における安全管理教育の充実に向けて－』。「群馬県立県民健康科学大学紀要」, Vol.3,pp.83-100 (2008)
- 白鳥さつき,田嶋紀子:『東日本の1都3県に所在する看護師要請書および短期大学に勤務する教員の就業環境と特性的自己効力感に関する研究』。「日本看護福祉学会誌」, Vol.18, No.2,pp.93-105 (2013)
- 城川美佳,藤田茂,瀬戸加奈子,松本邦愛,平尾智広,長谷川敏彦,他:『米国 AHRQ による医療安全文化評価指標の開発状況と日本への適応可能性について』。「日本マネジメント学会雑誌」, Vol.11, No.1,pp.2-14 (2010)
- 杉田峰康:『講座サイコセラピー 交流分析』。「日本文化科学社」(1991)
- 鈴木健修, 大井田隆:『Helth Status,Shift Work,and Occupational Accidents Among Hospital Nurses in Japan』。「Journal of Occupational Health」, Vol.46 No.16, pp.448-454 (2004)
- 相撲佐希子,岡田摩理:『看護教員の医療安全教育に対する認識とリスク感性に影響する要因』。「日本看護学教育学会誌」, Vol.25, No.3 (2016)
- 相撲佐希子,山田泰行,鈴木初子,榎原毅:『看護における組織安全研修体制が医療安全文化水準に与える影響』。「労働科学誌」, Vol.90 ,No.5,pp.138-152 (2016)
- 相撲佐希子,上原衛,山下洋史:『リスク感性とハザード感性の構造フレームワーク－看護分野を中心に－』。「第56回 JAMS 全国大会論文集」, pp70 - 73 (2016a)
- 相撲佐希子,上原衛,山下洋史:『看護職者のためのリスク感性とハザード感性尺度』。「第57回 JAMS 全国大会論文集」, pp244 - 247 (2016b)
- 相撲佐希子,上原衛,山下洋史:『看護職者のリスク感性尺度の因子構造と信頼性の検討』。「第58回 JAMS 全国大会論文集」, pp130 - 133 (2017)
- 相撲佐希子,上原衛,山下洋史:『エゴグラムに示される看護師のパーソナリティとリスク感性(広義)との関連』。「第59回 JAMS 全国大会論文集」, pp234 - 237 (2017)
- 相撲佐希子,上原衛,山下洋史:『看護職者のリスク感性尺度の開発－信頼性と妥当性の検証－』。「日本経営システム学会誌」, Vol.35 ,No.2,pp.107-113 (2018)
- 相撲佐希子:『看護職者のためのリスク感性尺度-リスク感性(狭義)とハザード感性

- の構造フレームワークを考慮して-』.「愛知淑徳大学論集-ビジネス学部・ビジネス研究科篇」, Vol.14,pp.37-49 (2018)
- 関由紀子:『日本の医療機関における労働環境要因とエラ-発生に関する研究』.「The Kitakanto Medical Journal」, Vol.55,No.1, pp.45-46 (2005)
- Seki Yukiko: Working Condition Factors Associated with Time Pressure of Nurses in Japanese Hospitals, Journal of Occupational Health,50, (2),181-190,(2008)
- 関由紀子:『看護師の多重課題及び業務中断の検討 Time and Motion study, ビデオ分析法を用いて』.「保健医療社会学論集 (1343-0203)」, Vol.21, No.1, pp.39-51, 2010.
- 関口恵子,稲尾公子,岩沢純子,他:『看護学生の安全管理に対する意識向上を目指した指導方法の検討』. Vol.19,pp.49-64 (2008)
- 関谷正明:『リスク感性向上のための防災・安全教育ーリスク認知度と防災・安全意識の調査ー』.「千葉科学大学紀要」, Vol.2, pp.61-78 (2009)
- 瀬戸加奈子,藤田茂,松本邦愛,伊藤慎也,長谷川俊彦,長谷川友紀:『日本の急性期病院での医療安全文化の検討』.「日本医療マネジメント学会雑誌」, Vol.11 No.4,pp.223-30 (2011)
- The National Quality Forum. Improving patient safety by creating a culture of safety. safe practices for better healthcare, The National Quality Forum Washington DC, 17-19 (2003).
- 高木修, 鬼塚佳奈子:『医療事故と病院組織における人間関係とコミュニケーション』.「175 回産業セミナー」, pp.53-63 (2007)
- 高橋雅延:『認知と感情の心理学』.「岩波書店」(2007)
- 竹村敏彦,浦松雅史,濱野強,藤澤由和,相馬孝博:『医療安全意識の変化に関する研究ー国立大学病院における経年変化の比較 -』.「日本医療・病院管理学会誌」, Vol.48, No.4,pp57-66 (2011)
- 橘温子,武内美穂,波田野なみ子:『危険予知トレーニング(KYT)導入における看護師のリスク感性の変化:看護師のリスク感性尺度を使用して』.「日本看護学会論文集.看護管理」, Vol.44, pp.161-164 (2014)
- 津畑求,原節子,桂載作:『全人医療によりみたより良き病院像についてー第 1 報 エゴグラムによる看護スタッフの検討ー』.「progress in medicine」, Vol.8 No.2,pp173 - 177 (1988)
- 坪井桂子,安酸史子:『看護教師の実習教育に対する教師効力とその関連要因』.「日本看護学教育学会誌」, Vol.11, No.1,pp. 1-10 (2001)

- 寺島泰子, 片岡則子, 良村貞子:『インシデント・アクシデントの報告と看護師の職場満足度との関連』。「医工学治療」, Vol.21 ,No.3,pp.171-177 (2009)
- 豊増功治, 吉田典子, 岩崎瑞枝他:『新人看護師の「ヒヤリ・ハット」体験状況とメンタルヘルスの関係, 日本循環器病予防学会誌 , Vol.40 ,No.1, pp.55-59 (2005)
- Thomas L.barton,william G.Shenkir,Paul L,Walker 著,刈谷武昭,佐藤勉、藤田正幸 訳:『収益をつくる戦略的リスクマネジメント』,「東洋経済」(2003)
- 上原衛,相撲佐希子,山下洋史:『主観的リスク評価過程における知識生成プロセス』。「第 57 回 JAMS 全国大会論文集」,pp.216-219 (2016)
- 上原衛:『バランス・スコアカードと Web ベースのリスク・アセスメント・ツールによる内部統制におけるコントロールとサポートの共存』。「愛知淑徳大学ビジネス学部紀要創刊号」,pp.45-60 (2005)
- 上原衛:『コントロールとサポートの両立による ERM の構築 - BSC と Web を利用したリスク・アセスメント・ツールによる高-低エントロピーの循環と信頼の構築 - 』。「日本経営システム学会誌」, Vol.23 , No.2,pp.41-47 (2007)
- 上原衛:『KCM (ナレッジ・チェーン・マネジメント) ・e-KCM による ERM の構築』。「愛知淑徳大学論集-ビジネス学部・ビジネス研究科篇-」, Vol.4,pp.55-67 (2008)
- 宇佐見忠雄:『教育学の基礎と教育の現実』。「ちくさ正文館」 p.15 (1997)
- 八代利香, 松成裕子, 梯正之:『看護職における「与薬エラー発生」に関わる要因- 国内外の研究動向と今後の課題-』。「日本職業・災害医学会会誌」, Vol.52,No.5, pp. 299-307 (2004)
- Yasushi Kudo, Yoshiharu Aizawa, Sigeri kido, Machiko Taruzuka Shahazad, Yoichi Saegusa,Toshihiko Satoh:Safety Climate and motivation toward Patient Safety among Japanese Nurses in hospitals of Fewer than 250 Beds.Industrial Health,47 (1) :70-79(2009)
- 矢吹明子, 鯉坂由紀, 山田豊子:『看護基礎教育における「安全意識教育」の実態と課題 -3 回生への「ヒヤリ・ハット」体験レポートに対するアンケート調査より-』,「京都市立看護短期大学紀要」, Vol.32,pp.1-9 (2007)
- 山内桂子, 山内隆久:『医療事故におけるヒューマンファクターの研究課題-心理的アプローチを中心に』。「北九州大学文学部紀要 (人間関係学科)」, Vol.6, pp.63-69 (1999)
- 山内桂子, 山内隆久:『医療事故』。「朝日新聞社」(2000)
- 山内桂子, 山内隆久, 山口裕幸:『病院では他者の誤りを指摘できているか?-医療場面のコミュニケーションに関する考察 (2)』。「日本心理学会第 65 回大会発表論文

- 集」, p919 (2001)
- 山内桂子:『医療安全とコミュニケーション』.「麗澤大学出版会」, pp.62-63 (2011)
- 山下洋史:『情報管理の基礎』.「東京経済情報出版」(2007)
- 横田祐介,芳賀繁,國分三輝,小川哲男:『シミュレーター上の運転行動とリスク知覚,運転経験,安全態度の関係』.「立教大学心理学研究」, Vol.46, pp.23-32 (2004)
- 吉岡光枝,井上恭久子,山内幸子:『医療事故対応シミュレーション訓練取組みの評価』.  
「日本赤十字医学会」, Vol.60 ,No.2,pp.458-60 (2009)
- 吉野絹子・木下富雄:『リスク受容尺度 (SRA) 構成の 試み』.「日本リスク研究学会第 9 回発表論文集」,pp.121-124(1996)
- 余村朋樹:『評価ツールを用いた組織安全文化の測定と醸成活動 安全文化評価ツール (Safety Culture Assessment Tool:SCAT)』.「労働の科学」, Vol.68,No.4,pp.42-7(2013)
- Zohar,D. Safety climate in industrial organizations: Theoretical and applied implications.Journal of Applied Psychology 65, 96-102 (1980)



## 参考資料

以下のアンケートは、第3編でリスク感性のパイロット版尺度を用いて信頼性と内容妥当性の検証した上で、看護職者に対する医療安全教育で育成すべきリスク感性(狭義)とハザード感性に関わる63の質問項目で構成されている。第4編 第8章でリスク感性尺度(広義)の信頼性と妥当性の検証のためにD県内の看護職者1,498名を対象に実施した。

### 看護職者のリスク感性に関する調査 ご協力をお願い

#### ・調査の目的

医療館是対策は、これまで組織を対象に実施されてきました。しかし、近年では、個人への対策としてリスク感性の育成が注目され、多くの施設で研修等が実施されるようになってきました。しかし、そのリスク感性を測定するツールは見当たらないため、研修の成果を捉えにくくがあります。本研究は、施設ならびに個人のリスク感性を客観的に把握できるツールとして、「看護職者のリスク感性尺度」を開発することを目的としています。

#### ・調査における倫理的配慮

- 本調査は無記名により実施し、結果は集団データとして統計的に処理致します。
- 回答者のプライバシー保護のため、万全の注意を払って管理しますので、調査の結果から、個人が特定されるようなことは一切ありません。
- 本調査への参加は、本人の自由意思に基づくものなので、調査参加を拒否しても不利益を生じることはありません。
- 研究の承諾をして質問紙を受け取った後、途中で参加意思がなくなった場合は研究協力を中断することができます。
- 得られた結果は、個人名、施設名を特定できない形で学術集会や学術論文に公表いたします。
- 得られた結果は研究目的のみに使用し、それ以外の目的には一切使用致しません。

- 回答所要時間 : 約10分～15分
- 回答期日 : H29年3月18日まで
- 回収方法 : 封筒を密封した上、郵便ポストまたは指定の回収箱にご投函願います。

#### ■研究への同意

上記の説明文をご覧になり、本調査の目的を理解し、調査への参加に同意頂けた方は調査票へご記入ください。また、プライバシー保護の観点より、自署を頂くかわりに調査票への記入・返信を持って本調査参加への同意とさせていただきますことをご了承ください。

本研究の内容に関して、ご意見・ご質問などがございましたら、お気軽に研究者にお尋ねください。

【問い合わせ先】 〒491-0938 愛知県一宮市日光町6番地

ショウブンダイガク  
修文大学看護学部看護学科

スマイ  
相撲 佐希子

TEL (0586) - 45 - 2101

e-mail: sumai.s@shubun.ac.jp

★ 下記から始まる質問は

I. あなたの普段の医療安全に対する考えと行動

II. フェイスシート

III. あなたの行動パターン

以上の項目で構成されています。

I. あなたの普段の医療安全に対する考えや行動として、以下の質問項目毎に最もあてはまると思うところの数字に○印をつけてください。		あ ま つ は た ま く ら な い	あ ほ と は ん ま ど ら な い	い ど ち ら な い と も	あ 少 し は ま る	あ 非 て 常 に は ま る
1	自分が行動をすることに、いつも意味を考えながら行為を行うようにしている	1	2	3	4	5
2	インシデント・アクシデント発生した際、環境や人間関係などに起因する原因や背景から考えている	1	2	3	4	5
3	看護場面では、自分の限界を超えた無理な行動を控える	1	2	3	4	5
4	看護場面での同じミスは、繰り返さないように注意している	1	2	3	4	5
5	看護場面でのケア実施前には、事前にマニュアル（手順）を確認する	1	2	3	4	5
6	患者に危害を与える事故は起こさないという強い意志を持つ	1	2	3	4	5
7	看護場面で、わからなかった内容については後で調べて確認する	1	2	3	4	5
8	医療現場において エラーしやすい場面では、ミスをしないように普段より注意して行動する	1	2	3	4	5
9	看護場面での確認行動の意義・目的を理解して行動している	1	2	3	4	5
10	自分の看護場面でのヒヤリ・ハット体験の予防対策を説明できる	1	2	3	4	5
11	友人の看護場面でのヒヤリ・ハット体験について振り返りを行う	1	2	3	4	5
12	過去に看護場面でのヒヤリとした経験を活用する	1	2	3	4	5
13	新聞やニュースの医療事故の内容を確認する	1	2	3	4	5
14	新聞やニュースの医療事故は注意して読む	1	2	3	4	5
15	新聞やニュースの医療事故の原因を確認する	1	2	3	4	5
16	新聞やニュースの医療事故の予防策を確認する	1	2	3	4	5
17	発生件数の多い看護事故やヒヤリ・ハットの発生原因を把握している	1	2	3	4	5
18	発生件数の多い看護事故（看護師が当事者である医療事故）やヒヤリ・ハットの種類を把握している	1	2	3	4	5
19	看護ケア（援助）実施前には、起こりやすい看護事故の種類を予測している	1	2	3	4	5
20	日常生活における危険とその対応策を確認してから行動する	1	2	3	4	5
21	自分の日常生活における危険とその防止策を考えている	1	2	3	4	5
22	日常生活の慣れた状況下でも危険がないかを考え、慎重に行動する	1	2	3	4	5
23	患者のベッド周辺の変化に敏感に気づくことができる	1	2	3	4	5
24	患者の様子の変化に敏感に気づくことができる	1	2	3	4	5

		あ ま つ は ま ら な い	あ ほ と は ま ら な い	い ど ち ら な い と も	あ し は ま る	あ 非 常 に ま る
25	看護場面に潜在する危険に敏感に気づくことができる	1	2	3	4	5
26	インシデントレポートは提出することが必要だ	1	2	3	4	5
27	私は、インシデントレポートを提出したことが良かったと感じる	1	2	3	4	5
28	事故報告後のフィードバックは、今までのインシデントの危険因子をより明確にできるよい機会である	1	2	3	4	5
29	日ごろからコミュニケーションのゆき違いが起きないように工夫や努力をしている	1	2	3	4	5
30	身の回りで事故が発生した場合は、その背景なども含めた解説情報を調べるほうである	1	2	3	4	5
31	私は、今まで経験したインシデントの原因を把握している	1	2	3	4	5
32	私は、今まで改善したインシデントの経験を業務に生かしている	1	2	3	4	5
33	私は、インシデントの背景にある危険因子を把握することができる	1	2	3	4	5
34	ヒヤリ・ハットの体験を話し合っって知識を共有化する機会をとるようにしている	1	2	3	4	5
35	安全確保においては、収集したインシデント情報を活用している	1	2	3	4	5
36	事故の対応策についての学習・技術の習得はすすんで行う	1	2	3	4	5
37	危険な状況下にあっても冷静に対応できる	1	2	3	4	5
38	自分の心理状態が不安定になっていないか、身体が疲労していないかなど、常に自ら確認をしている	1	2	3	4	5
39	普段と異なる状況の有無について敏感に感じる	1	2	3	4	5
40	「もしかしてこの先には危険があるかもしれない」と常に慎重な態度を保つようにしている	1	2	3	4	5
41	事故が生じた場合には適切な報告ルートや報告方法を用いて対応することができる	1	2	3	4	5
42	患者に不利な事象が発生した場合には、障害が最小限にいとめることができるように常に対策をとっている	1	2	3	4	5
43	自分の心理状態をコントロールし衝動的な行動を抑制することができる	1	2	3	4	5
44	ルールを尊重し、定められた安全基準を守ることができる	1	2	3	4	5
45	人の命に対する尊さを常に意識してケアを行う	1	2	3	4	5
46	事故発生時への対処として、シミュレーションや危険予知トレーニングを実践している	1	2	3	4	5
47	物事を実践するときには、自分の操作や動作対象を意識的にモニターしている	1	2	3	4	5
48	学習も予測もしていなかったものを見たり聞いたりした場合は、必ず確認をしてから行動する	1	2	3	4	5
49	日常生活におけるささいな問題でも関心をもつようにしている	1	2	3	4	5
50	業務を遂行するにおいて「今まで大丈夫だったから、確認は必要ない」と感じた場合でも規則や手順は遵守している	1	2	3	4	5



Ⅲ. 以下の質問項目では、あなたの行動パターンについて50問お尋ねします。

はい（○）、どちらでもない（△）、いいえ（×）のようにお答えください。

ただし、できるだけ○か×で答えるようにしてください。

質問項目		○・△・×
1	間違っただことに対して、間違いだと言う	
2	待ち合わせの時間を厳守する	
3	規則やルールを守る	
4	人や自分を批判するほうである	
5	“～すべきである”、“～ねばならない”と考える	
6	決めたことは最後まで守らないと気がすまない	
7	借りたお金を期限までに返さないと気になる	
8	約束を破ることはない	
9	不正なことには妥協しない	
10	無責任な人を見ると許せない	
11	思いやりがある	
12	人をほめるのが上手	
13	人の話をよく聞くことができる	
14	人の気持ちを考える	
15	ちょっとした贈り物でもしたいほうである	
16	人の失敗には寛大である	
17	世話好きである	
18	自分から温かく挨拶する	
19	困ってる人を見るとほおっておけない	
20	子供や目下の人々の面倒をよくみる	
21	何に対しても、何が中心問題か考え直す	
22	物事を分析して、事実に基づいて考える	
23	“なぜ” そうなのか、理由を検討する	
24	情緒的というより理論的である	

裏にも質問がありますので、忘れずにお答えください。

質問項目		○・△・×
25	新聞の社会面などには関心がある	
26	結末を予測して準備する	
27	物事を冷静に判断する	
28	わからない時はわかるまで追求する	
29	仕事や生活の予定を記録する	
30	他の人ならどうするだろうかと客観視する	
31	してみたいことがいっぱいある	
32	気分転換が上手である	
33	よく笑う	
34	好奇心が強いほうである	
35	物事を明るく考える	
36	人を楽しませることが好きである	
37	新しいことが好きである	
38	将来の夢や楽しいことを空想することが好きである	
39	趣味をたくさんもっている	
40	“すごい” “わあー” “へえー”等の感嘆詞をよく使う	
41	人の気持ちが気になって合わせてしまう	
42	人前に入るより後ろに引っ込んでしまうほうである	
43	よく後悔する	
44	相手の顔色をうかがう	
45	不愉快なことがあっても口に出さず、抑えてしまう	
46	人に良く思われようとふるまう	
47	協調性がある	
48	遠慮がちである	
49	周囲の人の意見に振り回される	
50	自分が悪くないのに、すぐ謝る	

**これで回答は終わりです。ご協力、ありがとうございました。**