

病棟の安全文化を高めるための 師長のリスクマネジメント役割

Risk Management Role of Chief Nurse to Raise the Safe Culture of The Nursing Ward

相撲佐希子・鈴木初子¹⁾・榎原毅²⁾

Sakiko Sumai, Hatuko Suzumura¹⁾ and Takeshi Ebara²⁾

要 旨

【目的】患者の安全を優先的に考えることが出来る病棟組織を作るために必要な師長のリスクマネジメント役割を明らかにする。

【方法】A県下200床以上の一般病院のうち20施設1813名の看護職員を対象に、医療安全文化構成要因尺度を用いた質問紙調査を郵送法で実施した。分析は、看護師長のマネジメント役割について要因を明らかにするために、医療安全構成要因の6下位尺度毎にロジスティック回帰分析を行った。

【結果・考察】医療安全文化下位尺度に最も強い関連を示した要因は、「フィードバック」であった。特に、「個人の安全意識・姿勢」「マネジメント・システムアプローチ」「教育訓練」では、OR:3.0以上を示した。次いで「危険回避」「管理者姿勢」だった。

これらから、師長のリスクマネジメント役割として、インシデント・アクシデント内容について適切な時期にフィードバックをすること、KYTやカンファレンスを活用し看護職員の危険感受性の育成をすること、話しやすい職場環境を作ることが病棟の医療安全文化を高めることが明らかになった。

キーワード(Key words)：安全文化 (safe culture), 師長 (chief nurse),
リスクマネジメント (risk-management), 役割 (role)

I. はじめに

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とされている¹⁾。また、医療事故予防には、看護師が患者の安全を最優先でできるための労働環境を作ることが必要²⁾と述べられている。

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リスクが高まっていることが指摘され³⁾⁴⁾、事故予防に必要とする労働環境としては不十分と考える。労働環境について金子ら⁵⁾は、労働条件の中でも看護師の超過勤務時間が長い程、エラー・ニアミスの発生頻度が高くなることを報告している。また、上司の安全態度は職場規範に反映される⁶⁾ため、看護師の身近な上司である病棟師

¹⁾ 愛知医科大学看護学部：Aichi Medical University, College of Nursing

²⁾ 名古屋市立大学大学院医学研究科：Nagoya City University, Graduate School of Medical Sciences

長の安全態度が、それぞれの病棟の医療安全文化に影響していると言える。実際、多くの施設では、医療事故予防において看護師長がリスクマネージャーの役割を果たすことが期待されている⁷⁾。近年の看護基礎教育カリキュラムでは、医療安全を学習項目として挙げているが、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が示され⁸⁾、具体的な方法論は現在も継続課題として検討を重ねられている段階と推察する。そのため、現在師長の役職を持つ年代は、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ことが考えられ、師長自ら、問題意識をもって知識の獲得に努めることが必要と考える。

このように歴史の浅い現状の中、病棟の安全文化を高めるには、病棟師長の安全管理に対する役割が大きいと言える。

また、経営も担う師長の責務として、看護職員が安全を意識して行動できる組織を作り上げることは、医療機関の安全と質の向上につながり、人々の信頼を高めていくことにもなるため必要な役割と考える。しかし、病棟の安全文化を高めるために必要な師長のリスクマネジメント役割について具体的に報告された研究はあまり見当たらない。

今回、師長のリスクマネジメント役割について看護職員の安全行動に影響を及ぼす要因から明らかにし、病棟の安全文化を高めるための師長の役割を検討する。

II. 研究目的

患者の安全を優先的に考えることが出来る病棟組織を作るために必要な師長のリスクマネジメント役割を明らかにする。

III. 用語の定義

安全文化：全てに優先して安全問題が取り扱われ、その重要性に相応しい注意が確実に払われている組織、個人の特性・態度の組み合わせを示す。

リスクマネジメント役割：病棟スタッフに対して、事故防止に関する具体的な目標設定、事故防止に関する定期的なミーティングの開催、学習会への参加啓発、病棟の医療安全学習会（経験年数別教育、シミュレーション教育）の定期的な開催、タイムリーな情報伝達と共有化を看護単位で取り組むことで患者、看護職員の安全を確保すること。

管理者：病棟師長と同義である。

インシデント：思いがけない出来事「偶発事象」で、これに対して適切な処理が行われないと事故となる可能性のある事象。「ヒヤリ・ハット」と同義とする。

アクシデント：インシデントに気づかなかつたり、適切な処置が行われないと、傷害が発生し「事故」となること。

KYT：K=危険、Y=予知、T=トレーニングの頭文字の略称。事故は発生していないが、その事象、その場面に潜んでいる危険を予測し察知できる能力を高めるトレーニングのこと。

IV. 研究方法

1. 研究対象

本研究の趣旨を説明し、参加の同意を得られたA県下200床以上の一般病院20施設の看護職員（看護師、准看護師、助産師、保健師）を対象とした。

2. 調査期間

2010年1月中旬～3月中旬

3. 調査内容

質問紙の構成は、1) 医療安全文化の構成

要因の57項目, 2) 医療安全活動と安全管理体制の32項目, 3) 基本属性で構成した。

1) 医療安全文化の構成要因

職場の安全成熟度を測定するための尺度である(5件法)。榎原ら⁹⁾が作成した本尺度は、「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」の6因子構造であることが示され、信頼性・妥当性も検証されている。これらの尺度の使用、ならびに公表についても許可を得ている。

2) 医療安全活動と安全管理体制

医療安全管理体制について回答者の年間のインシデントレポート提出、ならびに病院・病棟の学習環境について確認するため、厚生労働省による「安全な医療を提供するための10の要点」を参考に研究者が独自に作成した32項目である。そのうち医療安全活動についての27項目は、「全くそう思わない」「あまりそう思わない」「まあそう思う」「全くそう思う」の4件法で行った。また、病院・病棟の学習環境については、「医療安全委員会が主催する院内の学習会の回数」と「医療安全委員会が主催する学習会への参加回数」などで構成した。尚、事前にプリテストを行った後に実施した。

3) 基本属性

(1)性別 (2)年代 (3)職種 (4)勤務状況 (5)経験年数 (6)職位 (7)リスクマネージャー養成研修会受講の有無の7項目について回答を求めた。

4. 倫理的配慮とデータ収集

本研究は、愛知医科大学倫理委員会に申請し、承諾を得た(No.190)。事前に各施設の看護部長及び医療安全管理部長に研究の内容と

目的、プライバシーの保護について文書と口頭にて説明をし、研究の承諾を得た。研究対象者には、個人宛の調査依頼文書の中で、研究目的ならびに調査協力は自由であること、回答内容の守秘が厳格に保たれていること、途中参加協力を拒否しても不利益が生じない事を文書で説明した。アンケートは無記名とし、個人が特定されないようにデータは記号化して処理を行うこと、データは本研究以外では使用しないこと、研究終了後は、データをシュレッダー処理することを文書で説明した。

研究協力について個人の意思が尊重されるようにするため、記入後は備え付けの封筒に各自封をして、指定された場所に投函するように回収箱を設置した。尚、調査用紙の投函を持って本研究に同意が得られたとみなした。

5. 分析方法

医療安全活動の27項目については、因子分析(主因子法, バリマックス回転)を行った後、信頼性, 妥当性の検証を行った。属性は、記述統計処理を行った。また、師長のリスクマネジメント役割を明らかにするため、医療安全文化の構成要因の6カテゴリー毎に、2項ロジスティック回帰分析を行った。分析には統計ソフトSPSS17.0J for Windowsを用いた。

V. 研究結果

質問紙については、A県下200床以上の病院のうち協力を得ることができた20施設の看護職員1813名に配布し、1564名から回答を得た(回収率86.3%)。そのうち、欠損回答が多い89名の回答は除外し、1475名(有効回答率81.4%)を分析対象とした。

1. 対象者の属性

表1に対象者の属性を示す。

表1 属性

	n	%	
性別	男性	68	4.6
	女性	1405	95.3
	無回答	2	0.1
年代	10代	2	0.1
	20代	430	29.2
	30代	457	31.0
	40代	349	23.7
	50代	221	15.0
	60代以上	8	0.5
	無回答	8	0.5
職位	一般看護師	1082	73.4
	主任	270	18.3
	師長以上	116	7.9
	無回答	7	0.5
職種	看護師	1325	89.8
	助産師	43	2.9
	保健師	25	1.7
	准看護師	79	5.4
	その他	3	0.2
勤務場所	病棟	1174	79.6
	外来	189	12.8
	中央部門	91	6.2
	訪問	14	0.9
	看護管理課	2	0.1
	無回答	5	0.3
経験年数	1年未満	74	5.0
	1～3年目	181	12.3
	4～6年目	223	15.1
	7～9年目	191	12.9
	10年以上	800	54.2
	無回答	6	0.4

n=1475

性別は、女性1405名（95.3%）、男性68名（4.6%）であった。年代は、30代が457名（31.0%）、次いで、20代が430名（29.2%）、40代が349名（23.7%）、50代が221名（15.0%）であった。

職位については、一般看護師1082名（73.4%）、主任270名（18.3%）、師長以上の管理職は116名（7.9%）だった。調査対象者の職種は、看護師1325名（89.8%）、助産師43名（2.9%）、保健師25名（1.7%）、准看護師が79名（5.4%）であった。

所属部署は、病棟1174名（79.6%）、外来189名（12.8%）であり、その他、中央部門91名（6.2%）、訪問看護14名（0.9%）、看護管理課2名（0.1%）だった。

経験年数は、10年以上800名（54.2%）が半数を占め、次いで4～6年目が223名（15.1%）、7～9年目191名（12.9%）、1～3年目が181名（12.3%）、1年未満が74名（5.0%）であった。

2. 医療安全活動と管理体制

表2に医療安全管理体制を示す。リスクマネージャー研修の受講状況は、未受講者1328名（90.0%）、受講者が101名（6.8%）であった。

インシデントレポートの年間提出状況は、2枚以下638名（43.3%）、次いで4枚以上335名（22.7%）、3枚255名（17.3%）であった。

病院・病棟内の医療安全に関する学習環境として学習会の年間の開催回数は、2～3回が39.9%を占め、次に4回以上（21.4%）、1回以下（16.0%）で僅かであった。また、学習会への年間の参加回数では、1回以下が588名（39.9%）で、次に2～3回419名（28.4%）、4回以上275名（18.6%）だった。

シミュレーションを活用した学習環境の有無については、活用ありが631名（42.8%）、活用なし739名（50.1%）で、ほぼ同じ割合だったが活用されていない病院・病棟割合がいくらか多かった。

医療安全委員会が主催する学習会におけるKYT（危険予知トレーニング）の研修企画状況として、企画あり1064名（72.1%）、企画なし278名（18.8%）だった。

表2 医療安全活動と管理体制

	n=1475	%	
リスクマネージャー研修受講状況	受講	101	6.8
	未受講	1328	90.0
	無回答	46	3.1
インシデントレポート提出/年	2枚以下	638	43.3
	3枚	255	17.3
	4枚以上	335	22.7
	無回答	247	16.7
	M±SD	3.3	3.0
医療安全委員会主催の学習会開催の状況/年	1回以下	236	16.0
	2～3回	586	39.7
	4回以上	315	21.4
	無回答	338	22.9
	M±SD	1.9	1.6
学習会参加回数/年	1回以下	588	39.9
	2～3回	419	28.4
	4回以上	275	18.6
	無回答	193	13.1
KYTなどの研修の企画の有無	あり	1064	72.1
	なし	278	18.8
	無回答	133	9.0
シミュレーションの活用の有無	あり	631	42.8
	なし	739	50.1
	無回答	105	7.1

n=1475

3. 看護職員の医療安全行動に影響する因子

医療安全活動の因子構造を明らかにするため、質問内容27項目について、主因子法によるバリマックス回転を用いた因子分析を行い、回転前の固有値が1.0以上を基準に5因子が抽出された。

第1因子($\alpha=0.72$)は、「あなたの病棟では、インシデント・アクシデントに対するフィードバックは肯定的である」、「あなたの病棟では、インシデント・アクシデント発生時には、患者や家族への対応が適切に行われる」、「あなたの病棟ではインシデント・アクシデント発生時の当事者に精神的サポートがされている」、「あなたの病棟では、機会がある毎にインシデント・アクシデントに対する意識を高める指導がある」など7項目で構成され、主に、病棟の職場環境に関する内容で構成されていたので「職場環境」と命名した。

第2因子($\alpha=0.6$)は、「自分自身の健康管理は医療人として必要である」、「あなたの病棟では患者の安全を最優先目標としている」、「あなたは危険を予測して行動している」、「あなたの病棟では、スタッフ同士の対話を大切にしている」の4項目で構成され、主に医療事故のリスクを回避するために日ごろから心がけている行動に関する内容であったので「危険回避」と命名した。

第3因子($\alpha=0.78$)には「あなたの病棟では他部門と情報交換をし、事故防止に役立っている」、「インシデント・アクシデントについての経験や教訓をスタッフ間で共有している」、「あなたの病棟は、インシデント・アクシデントに関する正確でタイムリーな情報が得られる環境である」、「病棟には、事故の発生を防ぐ技術の活用と工夫がある」、「あなたの病棟では提出されたインシデントレポート

を、適切な時期にフィードバックされている」の5項目で構成されており、主に事故が起きた後の情報の共有・交換などの対処に関する内容に因子負荷量が高かったので第3因子を「フィードバック」と命名した。

第4因子($\alpha=0.79$)には「あなたの病棟は、インシデント・アクシデントの原因や要因について上司と一緒に考えてみる」、「上司は医療事故防止に関する部下の意見に積極的に耳を傾ける」の2項目で構成され、主に病棟における管理者の医療安全に対する姿勢に関する内容であり「管理者の姿勢」と命名した。

第5因子($\alpha=0.62$)は「インシデントレポートを提出すると自分の評価が下がる」とインシデントに関連する内容で構成されていたので「レポート提出」と命名した。全項目のクロンバック α 係数は約0.7、Kaiser-Meyer-Olkinは0.91であり信頼性、妥当性を得た。

4. 医療安全文化の構成要因に影響する関連因子

師長のリスクマネジメント役割を検討するため、ロジスティック回帰分析を行った。(表3)

従属変数を医療安全文化の「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」の6下位尺度とし、独立変数に属性、勤務状況、安全対策の状況、「職場環境」「危険回避」「フィードバック」「管理者姿勢」「レポート評価」を投入し、Wald検定による変数減少法を使用して分析を行った。医療安全活動の5因子については、平均値を中心に「低値群」と「高値群」の2群に分類した。

「安全重視型組織運営」に影響を及ぼす因子では、フィードバックあり(OR:2.59,95%CI:1.91-

3.51), リスクマネージャー研修受講あり (OR: 2.42, 95%CI:1.30-4.53), 危険回避高値群 (OR: 2.07, 95%CI:1.54-2.77), シミュレーション活用あり (OR:1.91, 95%CI:1.44-2.54), 管理者の姿勢高値群 (OR:1.78, 95%CI:1.26-2.52)が関連要因として選択された。

表 3 医療安全文化下位尺度に影響する要因 ロジスティック回帰分析

安全重視型組織運営					
		Exp (B)	EXP (B) の 95% 信頼区間		有意確率
			下限	上限	
フィードバック	低値群	1			
	高値群	2.59	1.91	3.51	.000
リスクマネージャー研修受講	なし	1			
	あり	2.42	1.30	4.53	.005
危険回避	低値群	1			
	高値群	2.07	1.54	2.77	.000
シミュレーション活用	なし	1			
	あり	1.91	1.44	2.54	.000
管理者姿勢	低値群	1			
	高値群	1.78	1.26	2.52	.001
個人の安全意識・姿勢					
フィードバック	低値群	1			
	高値群	3.04	2.22	4.15	.000
危険回避	低値群	1			
	高値群	2.48	1.85	3.32	.000
シミュレーション活用	なし	1			
	あり	1.63	1.23	2.17	.001
管理者姿勢	低値群	1			
	高値群	1.55	1.09	2.21	.014
医療安全委員会企画の学習会開催状況	3回以下	1			
	4回以上	1.32	0.96	1.81	.085
マネジメント・システムアプローチ					
フィードバック	低値群	1			
	高値群	3.00	2.20	4.09	.000
管理者姿勢	低値群	1			
	高値群	1.98	1.40	2.81	.000
危険回避	低値群	1			
	高値群	1.79	1.33	2.41	.000
シミュレーション活用	なし	1			
	あり	1.79	1.33	2.39	.000
リスクマネージャー研修受講	なし	1			
	あり	1.76	0.96	3.23	.066
安全・健康モニタリング					
危険回避	低値群	1			
	高値群	1.60	1.23	2.09	.000
シミュレーション活用	なし	1			
	あり	1.26	0.97	1.64	.082
教育・訓練					
フィードバック	低値群	1			
	高値群	3.23	2.36	4.43	.000
リスクマネージャー研修受講	なし	1			
	あり	2.20	1.22	3.98	.009
シミュレーション活用	なし	1			
	あり	2.02	1.52	2.70	.000
管理者姿勢	低値群	1			
	高値群	1.72	1.21	2.45	.002
医療安全委員会企画の学習会開催状況	3回以下	1			
	4回以上	1.46	1.06	2.01	.019
危険回避	低値群	1			
	高値群	1.29	0.96	1.73	.093
相互学習文化・コミュニケーション					
管理者姿勢	低値群	1			
	高値群	2.66	1.88	3.76	.000
フィードバック	低値群	1			
	高値群	2.32	1.71	3.16	.000
危険回避	低値群	1			
	高値群	2.09	1.56	2.80	.000
医療安全委員会企画の学習会開催状況	3回以下	1			
	4回以上	1.46	1.06	2.01	.022
シミュレーション活用	なし	1			
	あり	1.36	1.02	1.81	.039

「個人の安全意識姿勢」では、フィードバックあり (OR:3.04,95%CI:2.22-4.15), 危険回避高値群 (OR:2.48,95%CI:1.85-3.32), シミュレーション活用あり (OR:1.63,95%CI:1.23-2.17), 管理者姿勢 (OR:1.55,95%CI:1.09-2.21)が関連要因として選択され, 医療安全企画学習会開催4回以上/年 (OR:1.32,95%CI:0.96-1.81)が弱い関連であるが選択された。

「マネジメント・システムアプローチ」はフィードバックあり (OR:3.00,95%CI:2.20-4.09), 管理者姿勢高値群 (OR:1.98,95%CI:1.40-2.81), 危険回避高値群 (OR:1.79,95%CI:1.33-2.41), シミュレーション活用あり (OR:1.79,95%CI:1.33-2.39)が関連要因として選択され, リスクマネジャー研修受講あり (OR:1.76,95%CI:0.96-3.23)が弱い関連であるが選択された。

「安全健康モニタリング」は, 危険回避高値群 (OR:1.60,95%CI:1.23-2.09)が関連要因として選択され, 弱い関連でシミュレーション活用あり (OR:1.26,95%CI:0.97-1.64)が選択された。また, 「教育訓練」では, フィードバックあり (OR:3.23,95%CI:2.36-4.43), リスクマネジャー研修受講あり (OR:2.20,95%CI:1.22-3.98), シミュレーション活用あり (OR:2.02,95%CI:1.52-2.70), 管理者姿勢高値群 (OR:1.72,95%CI:1.21-2.45), 医療安全企画学習会開催状況4回以上/年 (OR:1.46,95%CI:1.06-2.01)が関連要因として選択され, 危険回避高値群 (OR:1.29,95%CI:0.96-1.73)が弱い関連であるが選択された。

「相互学習文化コミュニケーション」は, 管理者姿勢高値群 (OR:2.66,95%CI:1.88-3.76), フィードバックあり (OR:2.32,95%CI:1.71-3.16), 危険回避高値群 (OR:2.09,95%CI:1.56-2.80), 医療安全企画学習会開催4回以上/年 (OR:1.46,95%CI:1.06-2.01), シミュレーション活用

あり (OR:1.36,95%CI:1.02-1.81)が影響要因として選択された。

VI. 考察

職場風土の醸成に重要な働きをするのは上司のリーダーシップである。この上司の安全に関するリーダーシップが適切に機能していれば, 安全を志向する風土が醸成され, 個人の安全行動も促進される¹⁰⁾。今回, 医療安全文化構成要因に関連を示す因子から, 医療安全文化を高めるための師長の役割について明らかにした。以下, 医療安全文化の構成要因に影響する関連因子の結果をもとに師長のリスクマネジメント役割について考察する。

1. 医療安全文化に影響する要因

今回の結果より, 医療安全文化下位尺度において「フィードバック」が最も強い関連を示す項目として選択され, 6下位尺度の中でも「個人の安全意識・姿勢」「マネジメント・システムアプローチ」「教育訓練」ではオッズ比が3.0以上を示し, 「安全重視型組織運営」「相互学習文化・コミュニケーション」ではオッズ比2.0以上であった。これらから患者の安全を優先的に考えることが出来る病棟組織を作るためには「フィードバック」を実践することが有効であることが明らかになった。

フィードバックについて森本ら¹¹⁾は, 医療事故予防に向けた取り組みとして検討・分析した結果をフィードバックして情報と意識の共有化を図ることが重要であると報告している。

Reason¹²⁾は, 局所要因や組織要因に関するフィードバックのほうが, 個人を非難するよりはるかに重要であると述べている。具体的なフィードバックの方法として, 起こった事実そのものを伝えるのも一つの方法である

が、事例の原因、解決方法、守るべきルールを提示することは教育的な効果につながることを示している¹³⁾。また、組織ラインを通じたの情報提供とともに定期的な医療安全ニュースの配布や職員への一斉メール配信等の方法によりフィードバックし周知を図る¹⁴⁾方法が示されている。

このように、先行研究においても事故防止の具体策としてフィードバックの活用方法や効果が示されている。したがって、本研究結果から安全への認識に最も強い影響を示した「フィードバック」を師長のリスクマネジメント役割として意識的に取り入れることは、病棟の安全文化を高める一要因と考える。次にフィードバックの具体的な方法として、時期としては、インシデント・アクシデントレポート提出後に行うことが重要であることは多くの文献でも指摘されている¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾。奥田¹⁸⁾は、スタッフが医療安全対策についてポジティブに捉えられるような関わりが必要であることや、インシデントが発生した場合でも、個人を問い詰めるのではなくチーム全体としてその背景や要因を振り返り、対応策を検討するようなチーム作りの重要性を説いている。したがって、師長は職員が提出したインシデント・アクシデントレポートの分析結果や内容について病棟内・外を問わず情報交換や共有を行うために、適切な時期に病棟の看護師全体へフィードバックし、それぞれが対応策を考えることが出来るように意図的に関わり実践していくことが必要と示唆された。

杉山¹⁹⁾は、危険感受性を磨く気づきの訓練としてKYTを推奨し、これから起こりうる危険を特定、予測し、事前に対処できるレベルを目指すとして述べている。本研究における危険回避高値群は危険感受性に匹敵する項目で

あり、医療安全文化の6つの下位尺度のうち「安全健康モニタリング」ならびに「教育訓練」以外の4下位尺度でオッズ比2.0前後を示していることから、医療安全文化に影響する要因であることが明らかとなった。看護職員の危険感受性を高めることは、医療事故を未然に防ぐことに役立つため、KYTなどをスタッフ教育に取り入れることが効果的であると示唆された。

また、看護職員と同様に、病棟師長自身の危険感受性についても高めていくことで、フィードバックの時期や病棟の安全教育の内容の精選など師長のリスクマネジメント力を高めることにも繋がると推察する。危険感受性を高めるKYT以外の方法として千葉²⁰⁾は、情報の共有だけではなく、それを検討するカンファレンスの機会をもつことの必要性について報告している。医療安全に関する研修には、具体的な事例の活用は貴重な教材になると考える。したがって、師長は看護職員の危険回避の力を育成するための方法として、カンファレンスなどを利用して事例の検討や教育内容にKYTを取り入れることが役割として示された。

次に「管理者の姿勢」は、「安全健康モニタリング」以外の5要因と関連があった。金子ら²¹⁾は、安全管理推進ではリスクマネジャーの活動よりも上司による指導のほうが影響を与えるという報告は、本研究結果と同様なものとなった。

「管理者の姿勢」のオッズ比が2.0以上を示したのは「相互学習文化・コミュニケーション」であった。高木ら²²⁾は、上司との関係が良好な部署では、活発なコミュニケーションのもとで、スタッフに上司の安全態度が受け入れられることによって、部署内において適切な目標設定が行われ、安全コミュニケーション

ンに関する職場期待が高まり、その部署において安全を優先するコミュニケーション行動を行う者が増えるという。つまり、師長が安全を意識したコミュニケーションを行うことで、組織全体が安全を意識したコミュニケーションが行える環境となり医療安全文化が高まることが推測された。坂口²³⁾は、管理職においては医療安全の特別な知識や技術よりも、むしろ優れたリーダーシップやコミュニケーション・スキルがより重要であると述べている。

一方、医療事故予防は、病院・医療関連施設にとって経営上の重要課題でもある。看護管理者である師長は、今までの上司や先輩モデルから学び取るだけの経験知に頼るだけではもはや限界であり、マネジメントの一つとしてリスクへの対応策を打ち出していくことが必要とされている。また、寺島²⁴⁾は、フェイス・トゥ・フェイスで経験や思いを表出できる休憩室や、自分の考えを概念化しながらディスカッションを行う会議といった場の中で、自分達の実践を語り合うことが個人個人に蓄積された暗黙知を共有する機会となり、それが業務改善に対処していくための課題や新しい組織の知識を創り出すことにつながるという。これらから、師長の姿勢として安全を優先するコミュニケーションなどを自ら実践をしていく力を養う姿勢や看護職員が自分の考えを表出しやすい職場環境作りを意図的に行うことが必要と考える。

Ⅶ. 結論

本研究結果より、患者の安全を優先的に考えることが出来る病棟組織を作るために必要な師長のリスクマネジメント役割として以下の内容が示された。

1. 職員が提出したインシデント・アクシデ

ントレポートの分析結果や内容について、適切な時期に病棟の看護職員全体へフィードバックし、それぞれが対応策を考えることが出来るように意図的に関わり実践していくこと。

2. 看護職員の危険感受性を高めるためにKYTやカンファレンスを利用した事例の検討をする機会を意図的に作ること。

3. 安全を優先するコミュニケーションなどを師長自ら実践し、看護職員が自分の考えを表出しやすい職場環境を作ること。

以上より、医療安全に対する師長のリスクマネジメント役割は、病棟の看護職員へ安全啓発、啓蒙活動だけでなく、本稿において定義したリスクマネジメント役割に加えて上記で示した役割を師長が遂行することで看護職員の安全行動により影響を与え、病棟全体の医療安全文化を高める要因に繋がると考える。

本研究は愛知医科大学看護学研究科修士論文の一部に加筆・修正を加えたものであり、平成22年社団法人岐阜県看護協会看護研究助成金を受けて実施した研究の一部である。

引用文献

- 1) 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、日本学術会議第7部、平成14年11月26日。
- 2) 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。
- 3) 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 52(3), 2006。
- 4) 長谷川俊彦 医療安全の基本概念 J.Natl.

- Inst.Public.Health 51 (3) 108-110, 2002.
- 5) 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, 2 (4), 358-364, 2007.
- 6) 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, 53-63, 2007.
- 7) 児玉真利子, 新開淑子: 看護師長のリスクマネージャ-役割評価尺度開発, 日本看護管理学会誌, 7(2), 10-18, 2004.
- 8) 北島智子: 医療安全を考える, hope vision, 2, 8-9, 2005.
- 9) 榎原毅, 久保智英, 佐藤智明他: 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, 70-71, 2008.
- 10) 前掲書 6)
- 11) 森本泰介, 片桐秀樹, 渡辺照美他: 診療科インシデント・アクシデントレポートの分析と問題症例検討小委員会の活動ジェネラルリスクマネージャーとしての3年間を振り返って, 京都市立病院紀要, 28 (2), 1-6, 2008.
- 12) Reason, J: 組織事故 起こるべきして起こる事故からの脱出, 281, 日科技連出版社, 2001.
- 13) 医療事故防止方策の策定に関する作業部会: 医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて [提言], 25, 日総研出版, 2001.
- 14) 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-医療安全管理者の質の向上のために-, 2007.
- 15) 前掲書 11)
- 16) 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, 58(5-6), 151-156, 2004.
- 17) 鶴浩幸, 江川雅人, 今井賢治他: 明治国際医療大学附属鍼灸センターにおけるインシデントレポートシステムの構築, 全日本鍼灸学会雑誌, 60(1), 64-73, 2010.
- 18) 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, 20, 43-53, 2006.
- 19) 杉山良子: 医療における危険予知トレーニングの実際と効果に向けて, 日本医療マネジメント学会, 第9回東京地方会学術集会, 33, 2009.
- 20) 千葉幸子: 医療事故につながる看護エラーの背景要因 - 与薬に関するヒヤリ・ハット経験の調査から -, 看護教育研究集録, 12(6), 236-242, 2001.
- 21) 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, 12(3), 15-25, 2005.
- 22) 前掲書 6)
- 23) 坂口美佐: キャリアに応じて医療安全を考える, 看護, 日本看護協会出版会, 60, (14), 85-88, 2008.
- 24) 寺島ひとみ: 業務改善に取り組む看護師長の暗黙知, 日本看護管理学会誌, 13(1), 67-75, 2009.

資料 調査票

1. あなたの所属している部門について、あなたが評価者となって、自部門について診断してください。

No	↓自部門についての診断	ま っ た く な い	わ ず か に	多 少	か な り	非 常 に
1	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。	0	1	2	3	4
2	医療安全が主要な課題としてとりあげられている	0	1	2	3	4
3	安全に関する文書(マニュアルなど)が、必要ときにすぐ利用できる状態にある	0	1	2	3	4
4	安全に関するミーティングの議題はよく整理されている	0	1	2	3	4
5	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	0	1	2	3	4
6	良好なチームワークがある	0	1	2	3	4
7	安全声明・理念を言える	0	1	2	3	4
8	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	0	1	2	3	4
9	上司が積極的に安全に関心をはいり関与する	0	1	2	3	4
10	安全を優先して作業計画を変更することを推奨する取り決めがあり、適用されている。	0	1	2	3	4
11	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。	0	1	2	3	4
12	安全に関する決定事項を面倒がらずに文書化する	0	1	2	3	4
13	作業手順書の誤りを発見した場合すぐに改善する	0	1	2	3	4
14	作業手順書の指示をきちんと守る	0	1	2	3	4
15	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	0	1	2	3	4
16	エラー防止のため、多角的に対策が実施されている	0	1	2	3	4
17	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、優先的に対策をとっている	0	1	2	3	4
18	これまでに実施された改善の効果を評価している	0	1	2	3	4
19	継続的な改善活動が展開されている	0	1	2	3	4
20	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	0	1	2	3	4
21	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	0	1	2	3	4
22	インシデントに対する対策の実施時期(発生後1ヶ月以内に対策実施など)が決まられている	0	1	2	3	4
23	事故・インシデントの究明や改善活動に全員が参加している	0	1	2	3	4
24	安全について十分な教育・訓練を受けている	0	1	2	3	4
25	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	0	1	2	3	4
26	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	0	1	2	3	4
27	インシデント・アクシデント教訓の具体化(他事例に応用・教材料など)図っている	0	1	2	3	4
28	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	0	1	2	3	4
29	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	0	1	2	3	4
30	医療従事者の満足度や仕事でのストレスを定期的に評価している	0	1	2	3	4

No	↓自部門についての診断	ま っ た く な い	わ ず か に	多 少	か な り	非 常 に
31	同僚間の相互サポートが円滑に行われている	0	1	2	3	4
32	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	0	1	2	3	4
33	医療事故は個人の不注意が原因ではなく、仕組みや組織の不備が真の原因だとの共通認識がある	0	1	2	3	4
34	お互いに学習しあう職場環境が築かれている	0	1	2	3	4
35	他部門または他病院などの良好事例を自分の職場に応用している	0	1	2	3	4
36	ミーティング等で安全に関する現場の意見を十分に吸い上げている	0	1	2	3	4
37	情報の伝達(指示、申し送りなど)は具体的に行われている	0	1	2	3	4
38	作業環境の改善が困難な場合でも、あきらめずに試行錯誤する	0	1	2	3	4
39	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	0	1	2	3	4
40	作業負荷・負担を軽減することに成功している	0	1	2	3	4
41	事務部門も安全活動に参加している	0	1	2	3	4
42	安全管理目標や計画を定期的に見直している	0	1	2	3	4
43	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	0	1	2	3	4
44	職場のスタッフが適切に日常業務を行わないと、どのような安全上の問題を引き起こすのかを理解して	0	1	2	3	4
45	医療安全のための目標作成に関わり、その内容を十分に説明できる	0	1	2	3	4
46	外部組織・他部門または上司から指摘される前に安全上の問題を多くの人が提案している	0	1	2	3	4
47	安全に関する講習会に積極的に参加している	0	1	2	3	4
48	外からの安全に関する提案を柔軟に取り入れ、定期的な意見交換がされている	0	1	2	3	4
49	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にお互いに促している	0	1	2	3	4
50	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	0	1	2	3	4
51	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(役割の明確化)	0	1	2	3	4
52	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	0	1	2	3	4
53	自部門の安全水準について、対外的に情報公開・提供している	0	1	2	3	4
54	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	0	1	2	3	4
55	"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"を関連付けて考えることができている	0	1	2	3	4
56	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醸成されている	0	1	2	3	4
57	職場の整理整頓がされている	0	1	2	3	4

2:あなたの医療安全活動について

Q2-1 あなたは、最近1年間にインシデントレポートを何件、提出しましたか？
 約 件 / 年

3:あなたの属性について

Q2-2 インシデント・レポートの提出及び安全管理について

		全く 思 わ な い	あ ま り な い	ま ま 思 う	全 く 思 う
1	インシデントレポートの提出並びに記録には手間がかかる	1	2	3	4
2	インシデントレポートを提出しても、事故防止に役立たない	1	2	3	4
3	上司や医療安全管理者から、発生状況について質問される	1	2	3	4
4	インシデントレポートを、常に自発的に報告している	1	2	3	4
5	インシデントレポートを提出すると責任を追及される	1	2	3	4
6	あなたの病棟は、インシデントレポートを積極的に提出する雰囲気である	1	2	3	4
7	インシデントレポートを提出すると自分の評価が下がる	1	2	3	4
8	あなたの病棟では、患者の安全を最優先目標としている	1	2	3	4
9	あなたの病棟では、スタッフ同士の対話を大切にしている	1	2	3	4
10	インシデント・アクシデントについての経験や教訓をスタッフ間で共有している	1	2	3	4
11	あなたの病棟では、他部門との情報交換をし事故防止に役立っている	1	2	3	4
12	自分自身の健康管理は医療人として必要である	1	2	3	4
13	あなたは、危険を予測して行動している	1	2	3	4
14	病棟には、事故の再発を防ぐ技術の活用と工夫がある	1	2	3	4
15	あなたの病棟は、インシデント・アクシデントに関する正確でタイムリーな情報が得られる環境である	1	2	3	4
16	あなたの病棟は、インシデント・アクシデントの原因や要因について上司が一層になって考える	1	2	3	4
17	あなたの病棟ではインシデント・アクシデントを報告しても制裁が伴わないことが保証されている	1	2	3	4
18	あなたの病棟には、経験年数別の医療安全に関連した教育計画がある	1	2	3	4
19	あなたの病棟は、提出されたインシデントレポートを、適切な時期にフィードバックされている	1	2	3	4
20	上司は、医療事故防止に関する部下の意見に積極的に耳を傾けてくれる	1	2	3	4
21	あなたの病棟では、インシデント・アクシデント発生時の当事者の精神的サポートが行われる	1	2	3	4
22	あなたの病棟では、以前に比べて患者や家族から医療安全に対する苦情は少なくなった	1	2	3	4
23	あなたの病棟では、機会がある毎にインシデント・アクシデントに対する意識を高める指導がある	1	2	3	4
24	あなたの病棟のスタッフは充足している	1	2	3	4
25	あなたの病棟は多忙である	1	2	3	4
26	あなたの病棟では、インシデント・アクシデント発生時には患者や家族への対応が適切に行われる。	1	2	3	4
27	あなたの病棟では、インシデント・アクシデントに対するフィードバックは肯定的である	1	2	3	4

該当するものに○をつけてください

性別 ①男性 ②女性

年代 ①10代 ②20代 ③30代 ④40代 ⑤50代 ⑥60代以上

職種 ①准看護師 ②看護師 ③助産師 ④保健師 ⑤その他

勤務状況 ①常勤 ②非常勤

経験年数 ①1年以内 ②1~3年目 ③4~6年目 ④7~9年目 ⑤10年以上

職位 ①一般職員 ②主任以上 ③師長以上

リスクマネージャー養成研修受講 ①あり ②なし

所属場所 ①外来 ②病棟 ③その他()

時間外勤務 約()分/日

休憩時間 約()分/日

看護体制 ①7:1 ②10:1 ③その他()

Q2-3. あなたの病院・病棟の学習環境について

1)医療安全委員会が主催する院内の学習会の回数は 回 / 年

2)H21年度にあなたが、医療安全委員会が主催する学習会に参加した回数は 回 / 年

3)医療安全委員会が主催する学習会には、職員参加型(KYTなど)の研修が企画されている。

①はい ②いいえ

4)あなたの病院や病棟には、シミュレーションを活用した学習環境がある

①はい ②いいえ