

看護師と安全文化

A nurse and safety culture

加藤 淳¹

¹日本福祉大学大学院研究生

Atsushi Kato¹

¹Graduate School of Social Well-Being and Development, Nihon fukushi University
Mihama-cho, Chita-gun, Aichi, 470-3295 Japan

キーワード：看護師，安全文化，KJ法

Key words : Nurse, Safety culture, KJ method

抄録

医療現場の看護師にとって、「安全文化」という概念はどのように捉えられているのだろうか。これは、「理論」と「現場実践」の問題である。そこで、本稿では、現職の看護師及び看護師経験者を対象として、質問紙によるアンケート調査を行うことにより、(現場の看護師の)「安全文化」に関する問題意識を把握することを目的とする。なお、本稿では、アンケート調査の結果をもとに、KJ法による質的記述研究を行う。すなわち、KJ法により、データの切片化(ラベルづくり)、カテゴリー分類(グループ編成)を行うものである。それにより、6つの大分類カテゴリー、7つの中分類カテゴリー、15つの小分類カテゴリーに分けることができた。そして、今回の調査においても、「円滑なコミュニケーション」及び「マニュアルの作成・改訂・遵守」の2つが(医療現場の)日常の業務における「安全文化」に関する取り組みにおいて実践されていることを確認することができた。

1. はじめに

加藤^{[1][2]}においては、医療組織における「安全文化」の醸成について考察している。ところで、医療現場の看護師にとって、「安全文化」という概念はどのように捉えられているのだろうか。換言するならば、「安全文化」に関する現場の看護師の問題意識とはどのようなものなのか。例えば、それは日常的に意識されているものなのか。もしくは、単なるスローガンや標語の類いなのか。いわゆる「理論」と「現場実践」の問題である。

そこで、本稿では、現職の看護師及び看護師経験者を対象として、質問紙によるアンケート調査を行うことにより、(現場の看護師の)「安全文化」に関する問題意識を把握することを目的とする。

2. 調査の方法

本稿では、質問紙によるアンケート調査をもとに、KJ法^{[3][4]}による質的記述研究を行う。すなわち、KJ法により、データの切片化(ラベルづくり)、カテゴリー分類(グループ編成)を行うものである。なお、アンケート調査は2018年10月から2019年7月の間に実施した。対象者は、現職の看護師及び看護師経験者であり、回答者は34名である。回答者に対しては、「日常の業務における『安全文化』に関する取り組みについてご記入ください」

との問いに回答をしてもらった。

なお、著者のバイアスや関心が影響してデータの真実性を損ねないように、日本福祉大学大学院実務家教員とともに最終的なカテゴリー分類を確定している。

3. 調査の結果

手順としては、日常の業務における「安全文化」に関する取り組みについて、個々のアンケート内容を切片化したラベルをカテゴリーに分類した。以下では、カテゴリー分類について概観する。なお、カテゴリーは、6つの大分類カテゴリー、7つの中分類カテゴリー、15つの小分類カテゴリーに分類しており、大分類カテゴリーを【 】, 中分類カテゴリーを[], 小分類カテゴリーを「 」で示す(表1)。

まず、切片化したラベルの中で多かったのが、中分類カテゴリーの[インシデント情報の発信及び共有][コミュニケーション]であった。これらは、小分類カテゴリーの「インシデントレポート提出」「インシデントレポート情報の共有」「インシデントレポート以外の報告」から構成されており、大分類カテゴリーの【インシデント情報の発信及び共有、円滑なコミュニケーション】に分類する。

とくに、[インシデント情報の発信及び共有]では、“インシデントレポートの提出が義務化されている”との意見が多く、“インシデントレポートを定期的に確認する”“病院全体でのインシデント報告を行う”など、提出されたインシデント情報の積極的な共有も図られている。[コミュニケーション]では、報告体制の徹底のために、相談しやすい人間関係・環境づくりにも力が入れている。

また、[マニュアルの作成・改訂・遵守]については、同じく【マニュアルの作成・改訂・遵守】に分類している。マニュアルの改訂にあたっては、例えば、“インシデント発生時の対処法をマニュアル化する”など、提出されたインシデント情報が活用されていることから、それぞれの関連性を見出すことができる。

つぎに、[責めない雰囲気]については、Reason^{[5][6]}によれば、「裁かない・叱らない・ミスはある程度許容する文化」、すなわち、結果主義でエラーを裁かないのが正義の文化であることを鑑みると、同じく【責めない雰囲気】に分類する。また、[再発防止に向けた取り組み]については、「専門部署による活動」「事例検討の実施」から構成されており、失敗やエラー、ミスから教訓を得て、つぎの対策に活かしていくのが学習する文化であることを鑑みると、【再発防止に向けた取り組み】に分類する。

その他、「研修及びトレーニングの実施」「5S」「日常的な注意行動」「W チェック及び声出し・指差し」から構成される[日常的な取り組み]については、同じく【日常的な取り組み】に分類する。最後に、「ハード面の点検及び充実」「アセスメント」から構成される[その他]については、同じく【その他】を設けている。

4. まとめ

本節では、調査の結果についての考察を行っていく。加藤^[2]での「看護師のヒューマンエラーによる医療事故に関する事例研究」においては、そのエラー誘発要因として、「役に立たない手順書」及び「不十分なコミュニケーション」を抽出している。今回の結果では、大分類カテゴリーにおいて、「円滑なコミュニケーション」及び「マニュアルの作成・改訂・遵守」を分類していることから、(医療現場の)日常の業務における「安全文化」に関する取り組みにおいても、これら2つに関する

取り組みが実践されていることを確認することができた。

ここで、藤本ほか^[7]においては、実務家は、彼らなりの「経験」に根ざした世界観(「持論」とも言う)を持ち、その「眼鏡」をかけて現実を見ている。それぞれ、世の中を理解し行動するための「言葉」「持論」「モットー」を持っている。研究成果は少なくともそうした組織現象の当事者から見ても「腑に落ちる」ものであることが望ましいと述べている。近森ほか^[8]においても、(自身の医療現場の経験から)看護管理者としてインシデントレポート報告の推進やマニュアルの順守、アクシデント事例の分析を実践してきたが、それだけでは組織の安全文化を醸成することは難しいと述べている。

すなわち、「安全文化」に関する問題意識とは、現場の看護師が個々に持っているイメージや日常的に認識したり、感じたりしている「直感」に似たような感覚に拠るところが大きいと思われる。

これらは、(敢えて言うならば)「理論」と「現場」の感覚についての問題と言えるのかもしれない。そして、両者の感覚の溝を埋めていく作業が今後のヒューマンエラー研究に求められるだろう。

引用文献

- [1]加藤淳. 医療組織の安全文化に関する研究. 実践政策学. 2018, 4 (1), pp.5-10.
- [2]加藤淳. 看護師のヒューマンエラーによる医療事故に関する研究. 人間生活文化研究. 2018, 28, pp.595-609.
- [3]川喜田二郎. “発想法”. 中公新書, 1967
- [4]川喜田二郎. “続・発想法”. 中公新書, 1970
- [5]Reason, J. “Managing the Risks of Organizational Accidents, Ashgate Publishing, 1997 (塩見弘・佐相邦英・高野研一. “組織事故一起こるべくして起こる事故からの脱出”. 日科技連, 1999)
- [6]Reason, J. “Managing Maintenance Error, Ashgate Publishing, 2003 (高野研一・弘津祐子・佐相邦英・上野彰. “保守事故”. 日科技連, 2005)
- [7]藤本隆宏ほか. “リサーチ・マインド経営学研究法”. 有斐閣アルマ, 2005
- [8]近森清美ほか. 病棟の安全文化を醸成するための看護管理者の認識. 日本赤十字豊田看護大学紀要. 2018, 13 (1), pp.47-61

(受付日: 2019年10月15日, 受理日: 2019年10月23日)

表1 日常の業務における「安全文化」に関する取り組み（筆者作成）

大分類 カテゴリー	中分類 カテゴリー	小分類 カテゴリー	ラベル
インシデント 情報の発信及び 共有、円滑な コミュニケーション (49)	インシデント 情報の発信 及び共有 (30)	インシデント レポート提出 (19)	インシデントレポート提出をシステム化
			インシデントレポートの任意提出
			インシデントレポート提出の義務化 (12)
		インシデント レポート情報の 共有 (8)	インシデント、アクシデントレベルによる報告体制の整備
			インシデントレポートの作成 (4)
			インシデントレポートの共有 (5)
	コミュニケーション (19)	インシデント レポート以外の 報告 (3)	提出されたインシデントを一早く共有できるように、看護師長に報告前であってもレポートを入力次第、速報としてファイリング
			インシデント、アクシデントレポートを定期的に確認
			病院全体でのインシデント報告
		報告・連絡・ 相談体制 (10)	0レベルの報告（未然に防げた事故等）についても積極的に報告する
			ヒヤリハット報告
			各病棟において事故報告ノートを作成し、朝礼で申し送り
円滑な雰囲気 (9)	疑問がある場合は必ず確認する		
	報告体制の徹底 (7)		
	医療ケアの変更や薬剤の副作用に関する新情報を回覧で周知		
マニュアルの 作成・改訂・ 遵守 (15)	マニュアルの 作成・改訂・ 遵守 (15)	情報漏れのない申し送りの実施	
		お互いに相談しやすい人間関係づくり (3)	
		コミュニケーション (4)	
マニュアルの 作成・改訂・ 遵守 (15)	マニュアルの 作成・改訂・ 遵守 (15)	困り事、懸案事項等の話し合い	
		パートナーシップ	
		マニュアルの改訂 (11)	
責めない雰囲気 (3)	責めない雰囲気 (3)	責めない雰囲気 (3)	マニュアルの遵守 (3)
			ルール作成
			インシデントの報告者に謝意を述べる
再発防止に 向けた取り組み (14)	再発防止に 向けた取り組み (14)	専門部署に よる活動 (11)	責めない雰囲気づくり (2)
			医療安全部署の設置及び活動 (9)
			カンファレンスの実施 (2)
日常的な 取り組み (24)	日常的な 取り組み (24)	事例検討の実施 (3)	インシデントが発生した場合、事例検討を必ず行い対策を立てる
			多職種との連携・多職種間での事例検討
			インシデントレポートの対応策について現場の管理者と相談
		研修及びトレ ーニングの実施 (6)	医療法で義務付けられている研修の他、現場で役立つ研修を随時開催
			KYT（危険予知トレーニング）の実施
			医療安全に対する研修の義務化（年2回受講）
			SBARの活用
			RCA分析の実施
			KYTでの事例検討や勉強会の実施
		5S (2)	5S活動の呼び掛け
			整理・整頓
			不慣れな看護師への業務の指導
日常的な 注意行動 (8)	同姓患者は同室にしないようにベッドコントロール。		
	朝のミーティングで同姓患者がいることを口頭で注意喚起。		
	入職時から医療安全に対して説明し、日々取り組んでいる		
	ルール違反に対して、スタッフ自ら監査を実施し、フィードバックする		
	チェックリストの活用		
	口頭以外に伝達ノートを作成・活用		
Wチェック及び 声出し、指差し (8)	患者に関する情報の共有		
	投薬準備の実施中、NS対応やその他の作業をしない		
	Wチェック (4)		
ハード面の 点検及び充実 (3)	ハード面の 点検及び充実 (3)	ハード面の 点検及び充実 (3)	医療機器の作動点検の実施
			認証システムなど、ハード面の充実
			バーコードリーダー導入やミス防止製品の採用
アセスメント (2)	アセスメント (2)	アセスメント (2)	対象の反応・状況をしっかりアセスメントする
			アセスメント力の強化

加藤 淳 (かとう あつし)

日本福祉大学大学院研究生

愛知学院大学大学院経営学研究科博士後期課程満期退学。
専門は組織研究領域からのヒューマンエラー研究。