

南九州看護研究誌

第14巻 第1号 2016年

[研究報告]

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

.....中村小夜子・白石 裕子.....1

A県の緊急避妊診療の現状について

.....永瀬つや子・水畑喜代子・兵頭 慶子.....11

[資料]

A病院職員の医療安全に対する意識の実態調査

.....三次 貴大・甲斐由紀子..... 19

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

Investigation of Stress Coping Behavior and Assuring Behavior in Individual Characteristic of Nurses

中村小夜子¹⁾・白石 裕子²⁾

Sayoko Nakamura・Yuko Shiraishi

要 旨

A病院看護師385名を対象に、無記名による自記式調査票（自作の調査票，注意・確認行動調査票，CISS検査用紙，新版TEG 検査用紙）を用いて看護師個々のストレス状況対処行動とインシデント予防のために実施している注意・確認行動との関連について考察した。

CISSで課題優先対処，回避優先対処「対人的な気晴らし」が高い人は，ストレスフルな状況となった場合にも，安全に業務を遂行するための注意・確認行動が機能する。

エゴグラムでCPやAが高い人は，周囲に影響を受けることなく，安全に業務を行うための注意・確認行動が実施できる。AC優位の人は，他人に依存し感化されやすい特徴から，注意・確認不足によるインシデントにつながる可能性がある。

研究結果より，注意・確認不足によるインシデント予防やインシデントに関与した看護師へのフォローアップ体制の一つとして，個々の弱い点を補完・強化できるようなアサーショントレーニングの必要性が示唆された。

キーワード：インシデント，個人特性，注意・確認行動，ストレス状況対処行動，与薬業務 incidents, individual characteristic, assuring behavior, stress coping behavior, medication administration task

緒言

医療事故やインシデントを未然に防ぐにはその事例を確実かつ素早く把握し，その背景にあるエラーが生じた原因を分析し，適切に対処することが有効である。そのような状況には，職場環境や作業方法に内在している要因もあれば，就業者の認識，判断，行動に関わる身体的又は心理的な人間の要因もある（加地，2011）。

1999年に出版された「To Err Is Human（邦題：人は誰でも間違える）」（米国医療の質委員会／医学研究所，1999／医学ジャーナリスト協会訳，

2000）では，毎年44,000～98,000名の生命が病院内の医療事故により失われていると推計し，この現状を対処しようとする個々の医療職の努力には限界があり，有害事象の当事者となった医療者を責めても，その軽減にはつながらず，事故を起こしにくい医療システムへと早急に改善しなければならないと警告している。

わが国においても，1999年1月に横浜市立大学病院で手術患者取り違い事故が発生し，以後，人工呼吸器エタノール誤注入，経口投与薬の静脈内投与等，大学病院での医療事故報道が相次ぎ，患

1) 宮崎大学医学部附属病院
Faculty of Medicine, University of Miyazaki Hospital

2) 宮崎大学医学部看護学科 精神看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

者・国民の信頼を大きく失う結果となった(井俣, 2014)。この事態を重く見た国立大学医学部附属病院長会議は、医療事故は「個人の問題」ではなく「組織の問題」であるとし、医療事故防止のための安全管理体制の確立に向け、効果的な院内体制の整備を速やかに進めるよう提言した(医療事故防止方策の策定に関する作業部会, 2001)。また、厚生労働省も積極的に安全対策をとることを推進するようになった。以後、病院内に医療安全管理部門の設置、医療安全管理者の配置、インシデント報告制度等、組織全体で取り組むシステムが急務な課題として整備されてきた。

一方、J.Reason (2000) は医療事故防止を、組織的な事故防止への取り組みであるシステムへのアプローチと、個人の性格や気分状態に起因する個人へのアプローチ(パーソンアプローチ)の両面から検討することが重要であると指摘した。パーソンアプローチとして、天野ら(2007)は、看護師の個人特性を踏まえた円滑なコミュニケーション、自由に自己表現できる職場環境の整備、人間関係や勤務時間に起因する業務環境の改善等が重要であると述べている。

研究者の所属するA病院では、2013年度において看護師からのインシデント報告の割合は、全報告数の81%を占めていた。概要別にみると32%が薬剤に関連した報告であり、その発生要因は「確認を怠った」「観察を怠った」という当事者の行動に関わるものが84%であった。その背景として、「ナースコールが鳴り確認作業を中断した」「手術や検査準備等、次の業務で慌てていた」「忙しくてダブルチェックが不十分だった」等があげられる。看護業務は日常的に多重課題、時間切迫、割り込み業務の中で行われているが、その中で、過緊張、多忙感、焦り、不安といったストレス状況にうまく対処できないことが、看護師個々の注意や確認行動の中断・省略等に影響を及ぼしていると考えられる。

過去に看護師の個人特性とインシデントとの関連に着目した研究(天野ら(2007)、宇城ら(2004)、上山ら(2010)、畑瀬ら(2007)、澁谷ら(2007))は報告されているが、ストレス状況対処行動と注

意・確認行動との関係に着目し、個人への介入について論じた研究は検索できなかった。

そこで本研究では、看護師のインシデント報告の中で最も割合の高い与薬業務に焦点を当て、看護師個々のストレス状況対処行動とインシデント予防のために実施している注意・確認行動との関連性を明らかにし、看護師の個人特性を踏まえたインシデント予防対策やフォローアップ体制構築のための基礎資料とすることを目的とした。

．用語の定義

1. インシデント

研究者の所属施設では、国立大学医学部附属病院医療安全管理協議会での検討を踏まえ、「インシデントとは、患者の診療やケアにおいて、本来のあるべき姿からはずれた行為や望ましくない事態の発生を意味し、患者への影響(傷害等)及び過失の有無を問わない」としている。これをもとに本研究においては、先行研究の中で用いられているヒヤリ・ハットや医療事故、アクシデント、医療過誤(エラー)等を全てインシデントと定義する。

2. 看護師のストレス状況

本研究においては、看護の臨床場面における、多重課題・時間切迫・割り込み業務等の中で、過緊張、多忙感、焦り、不安等を感じる状況を看護師のストレス状況とする。

3. 注意・確認行動

看護師個々が、与薬業務を実施する際に、インシデントを起こさないように気を付けている注意行動や確認行動を、注意・確認行動とする。

4. 薬剤に関するインシデント

本研究では、与薬する患者の間違い、薬剤の間違い、配薬時間の間違い、量の間違い、無投薬を、薬剤に関するインシデントとする。

．方法

1. 研究デザイン

本研究は、看護師の注意・確認行動と、ストレス状況対処行動との関連を探ることで、個人特性を考慮した介入方法、必要なフォローアップ体制

を明らかにできるというリサーチ・クエスションのもとに、自記式調査票を用いた量的アプローチによる調査研究である。

2. 研究方法

1) 研究対象

病床数600床以上の特定機能病院であるA病院を調査対象とし、調査期間中に在職し、日常的に患者へ与薬業務を行っている看護師（常勤、非常勤は問わない）385名を研究対象とした。患者へ直接与薬業務を実施する機会の少ない外来や、手術部等の中央診療部門の看護師、看護師長以上の看護管理者、及び調査期間までに採用から間がない2014年4月以降の新規採用者は研究対象から除外した。

2) 測定用具

(1) 基本属性と薬剤に関するインシデントの想起による経験回数を問う自作の調査票

調査項目は、「性別」「年齢」「看護師経験年数」「対象者自身の想起による過去1年間の薬剤に関するインシデントの経験回数」の4項目で、無記名による自己記述式で回答を求めた。インシデント経験回数は、インシデント報告書提出の有無にかかわらず、自身がインシデントに関与したと認識した回数を、自己申告で求めた。

(2) 注意・確認行動調査票

宇城ら（2004）の作成した「エラーを起こさないために気を付けていること：注意行動10項目、確認行動10項目」（以下、「注意・確認行動調査票」）を作成者の承諾を得て用い、日頃からインシデントを起こさないために、個人として気を付けている注意・確認行動内容について自己記述式で調査した。注意・確認行動調査票は、「いつもしている」を5点、「どちらかといえばしている」を4点、「どちらでもない」を3点、「どちらかといえばしていない」を2点、「いつもしていない」を1点とするリッカート法で得点化した。

(3) ストレス状況対処行動尺度 (CISSTM: Coping Inventory for Stressful Situations (以下, CISS)) 日本語版

看護師個々のストレス状況対処行動を、CISS日本語版 (S.Endlerら, 1990 / 横山監訳, 2012) にて数量化した。CISSは自己評価式の対処行動評価尺度であり、48項目からなる。課題優先対処、情動優先対処、回避優先対処の3尺度について、それぞれ16項目で評価を行う。回避優先対処には、「気分転換 (8項目)」, 及び「対人的な気晴らし (5項目)」という2つの下位尺度が設けられている (回避優先対処の残る3項目は、これら2つの下位尺度の採点対象外となっている)。被験者は各項目について「1 まったくない」から「5 非常に多くある」まで5段階で回答する。得点が高いほど被験者がその尺度に対応する対処行動をとる頻度が大きくなる。

課題優先対処は、様々なストレスのかかる状況において、状況を把握し計画的に行動し、ストレス状況に対する解決法を考え対策をとる対処方法である。情動優先対処は、不安や緊張、自己非難や感情の発散等による対処方法を示す。回避優先対処は、ストレスフルな状況の回避を目指し、別の作業に没頭する「気分転換」や、友人等を活用しての「対人的な気晴らし」による対処方法を示している。

(4) 新版TEG 検査用紙

個人特性の測定に新版TEG 検査用紙を用いた。エゴグラム検査は、交流分析理論に基づき個人の自我状態を見る性格検査の一つで、「批判的親 (Critical Parent: CP)」「養育的親 (Nurturing Parent: NP)」「成人の自我状態 (Adult: A)」「自由な子ども (Free Child: FC)」「順応した子ども (Adapted Child: AC)」の5つの自我状態の強弱とバランスをグラフで表したものであり、その人の行動や特徴がみえてくる。それぞれの尺度の点数は高得点と低得点のそれぞれの利点や欠点があり、行動の良し悪しを評価するものではない。

3) データの収集

A病院看護部長に研究の主旨を説明し、研究協力の了解を得た。調査期間は2014年5月中旬～6月初旬とした。当該部署14ヶ所に、研究対象者への依頼文・研究概要説明書・調査票・回収箱を持参し、看護師長らへ委ねた。調査票は、留め置き法で回収しデータ収集を行った。

4) データの分析

回収した調査票をSPSS for Windows Ver.22を用いて解析し、関連を分析した。

注意・確認行動調査票を単純集計後に、注意行動と確認行動の項目全体についてCronbachの係数を求めたところ、それぞれ0.801、0.854であり、十分な信頼性を有していると判断した。それぞれの質問項目に対する回答に因子分析を施し、抽出された因子軸の解釈を行った。因子抽出は最尤法により、バリマックス回転で因子分析した。また、注意・確認行動の総得点から平均値(80.4点)を算出し、平均値より高い得点を高群、低い得点を低群としCISSの各尺度との関係についてMann-WhitneyのU検定を行った。

注意行動の3つの因子(「知識の獲得」「情報活用」「体調管理」)及び確認行動の2つの因子(「確認基本行動」「注意喚起」と5つの自我状態(CP, NP, A, FC, AC)についてはSpearmanの順位相関係数で分析した。

CISSの下位尺度と5つの自我状態(CP, NP, A, FC, AC)についてはSpearmanの順位相関係数で分析した。いずれも有意水準を5%未満とした。

5) 倫理的配慮

宮崎大学医学部医の倫理委員会の承認(承認番号:第2014-021号)を得た後、A病院看護部長に研究の主旨を説明し同意を得た。参加者への研究概要説明書に研究参加は任意とし、参加の有無によって不利益は一切被らないことと撤回の自由について明記した。調査用紙は無記名とし、研究者が準備した封筒に厳封して回収箱へ提出するよう依頼し、投函後に第三者が閲覧できないようにした。回収箱に参加者自らが投函することで研究への協力は得られたものとし、無記名で個人が特定

できない為、投函後の研究参加中止はできないことを文書で提示した。

また、研究成果は、学会及び論文で公表することを研究概要説明書に明記した。

結果

1. 対象者の基本属性

調査回収数は240部(回収率62.3%)、有効回答数は223部(有効回答率92.9%)で、男性24名、女性199名であった。年齢は、25歳以下51名、26～30歳63名、31～40歳77名、41～50歳28名、51歳以上4名であった。また、看護師経験年数は、1年未満13名、1年以上～4年未満42名、4年以上～10年未満79名、10年以上が89名であった。

対象者自身の想起による過去1年間の薬剤に関するインシデントの経験回数は、0回46名、1～3回136名、4回以上41名であった(表1)。

表1 対象者の基本属性

属性	n=223
性別	
男性	24
女性	199
年齢	
20～25歳	51
26～30歳	63
31～40歳	77
41～50歳	28
51歳以上	4
看護師経験年数	
1年未満	13
1～4年未満	42
4～10年未満	79
10年以上	89
研究対象者自身の想起による過去1年間のインシデント経験回数*	
0回	46
1～3回	136
4回以上	41

*インシデントは薬剤に関するもの

2. データの分析結果

1) 注意・確認行動の因子分析

因子分析の結果、注意行動から3つの因子が、確認行動から2つの因子が抽出された。注意行動

についての因子Ⅰは、事前の知識獲得を示唆する項目によって特徴づけられたため「知識の獲得」(α = 0.792, 5項目)とした。因子Ⅱはマニュアルや文献の活用が示唆され「情報活用」(α = 0.686, 3項目)とした。因子Ⅲは勤務に従事する時の自

己の体調管理に関する項目で、「体調管理」(α = 0.844, 2項目)とした(表2)。

確認行動については、因子Ⅰが確認行動の基本項目であることが示唆され「確認基本行動」(α = 0.830, 8項目)とした。因子Ⅱは注意喚起を示

表2 注意行動の因子分析

n=223

項目	因子負荷量		
	因子Ⅰ	因子Ⅱ	因子Ⅲ
項目全体Cronbach's α係数=.801			
因子Ⅰ <知識の獲得>	Cronbach's α係数=.792		
1. 担当患者に新しい治療法が開始された時、その目的と方法を理解しようと努力する	0.806	0.137	0.016
2. 初めての検査を行う時、自分から検査内容を理解しようと努力する	0.765	0.206	0.124
3. 初めての機器の操作を行う時、自分から操作方法を理解しようと努力する	0.512	0.340	0.115
4. 何種類もの仕事が同時に飛び込んできた時、仕事の優先順位付けをする	0.392	0.301	0.082
5. 与薬を行う時、薬剤の作用、副作用を知ってから行う	0.493	0.413	0.109
因子Ⅱ <情報活用>	Cronbach's α係数=.686		
6. 看護行為で疑問が生じた時、マニュアルで確認する	0.233	0.681	0.068
7. 看護行為を行う時、自分の経験的知識だけでなく、文献などで確認する	0.229	0.676	0.099
8. 看護行為で理解不足を感じた時、同僚に説明を求める	0.159	0.457	0.231
因子Ⅲ <体調管理>	Cronbach's α係数=.844		
9. 勤務に従事する時、疲れを取ってから働くようにしている	0.160	0.180	0.758
10. 勤務に従事する時、睡眠不足にならないようにしている	0.030	0.111	0.931
固有値	3.830	1.550	1.050
寄与率(%)	38.340	15.470	10.500
累積寄与率(%)	38.340	53.800	64.300

最尤法、バリマックス回転

表3 確認行動の因子分析

n=223

項目	因子負荷量	
	因子Ⅰ	因子Ⅱ
項目全体Cronbach's α係数=.854		
因子Ⅰ <確認基本行動>	Cronbach's α係数=.830	
1. 集中力が続かないと感じた時も、実施内容の確認をする	0.455	0.154
2. 点滴のミキシングをする時、早く行動しようと焦っていても3回の確認をする	0.482	0.269
3. 看護行為を行う時、実施直前に最終確認をする	0.626	0.293
4. 予定した看護行為が、どこまで終了したのかを確認をする	0.798	0.164
5. 看護行為を行う時、患者の反応を確認する	0.741	0.178
6. 患者から頼まれた事を忘れないようにメモを取る等工夫をし処理したことを確認する	0.650	0.221
7. 与薬を行う時の対象確認は、患者に名前を名乗ってもらう	0.436	0.240
8. 与薬を行う時、指示簿の内容を確認する	0.466	0.412
因子Ⅱ <注意喚起>	Cronbach's α係数=.854	
9. 看護行為を行う時、指さし確認をする	0.271	0.865
10. 看護行為を行う時、声を出して確認する	0.220	0.803
固有値	4.520	1.170
寄与率(%)	45.170	11.690
累積寄与率(%)	45.170	56.860

最尤法、バリマックス回転

峻する項目であることから「注意喚起」($r = 0.854$, 2項目)とした(表3)。

2) 注意・確認行動とCISSとの比較

注意・確認行動とCISSの各尺度では、課題優先対処と、回避優先対処の下位尺度である「対人的な気晴らし」で、注意・確認行動高群が有意に高かった(表4)。

3) 注意・確認行動と5つの自我状態との関係

CPは注意・確認行動の「知識の獲得」「情報活用」「体調管理」「確認基本行動」において低い正の相関がみられた。Aは注意・確認行動の「知識の獲得」「情報活用」「確認基本行動」において低い正の相関がみられた。ACは「知識の獲得」

「確認基本行動」において低い負の相関がみられた(表5)。

4) CISSと5つの自我状態との関係

CPは課題優先対処で正の相関が、回避優先対処の下位尺度である「対人的な気晴らし」で低い正の相関がみられた。NPは課題優先対処で低い正の相関がみられた。Aは課題優先対処のみで低い正の相関がみられた。FCは回避優先対処の下位尺度「気分転換」「対人的な気晴らし」で低い正の相関がみられた。ACは、不安や緊張、自己非難や感情の発散等による対処方法を示す情動優先対処で、低い正の相関がみられた(表6)。

表4 注意・確認行動とCISSとの比較

注意・確認行動		CISS				
		n	課題優先 対処	情動優先 対処	回避優先対処	
					気分転換	対人的な 気晴らし
注意・確認行動	低群	101	91.2	114.7	104.2	101.9
	高群	122	129.2*	109.8	118.5	120.4*
Mann-WhitneyU検定			数字は平均ランク		* P<0.05	

表5 注意・確認行動と5つの自我状態の関係

自我状態	注意・確認行動					
	知識の獲得	情報活用	体調管理	確認基本行動	注意喚起	
CP	0.351**	0.354**	0.216**	0.294**	0.157*	
NP	0.086	0.034	0.027	0.121	-0.007	
A	0.322**	0.260**	0.174**	0.241**	0.116	
FC	0.000	0.005	0.183**	0.092	0.122	
AC	-0.252**	-0.198**	-0.189**	-0.257**	-0.118	
Spearmanの相関係数				**P<0.01	*P<0.05	

表6 CISSと5つの自我状態との関係

自我状態		CISS			
		課題優先 対処	情動優先 対処	回避優先対処	
				気分転換	対人的な 気晴らし
CP		0.462**	-0.089	0.181**	0.201**
NP		0.250**	-0.085	0.088	0.189**
A		0.380**	-0.064	0.017	0.015
FC		0.169*	-0.128	0.254**	0.370**
AC		-0.140*	0.353**	0.069	0.059
Spearmanの相関係数				**P<0.01	*P<0.05

考察

1. 注意・確認行動の因子分析の結果

注意行動を因子分析した結果、「知識の獲得」「情報活用」「体調管理」の3因子が抽出された。宇城ら(2004)は、「知識の獲得・確認」「身体管理」の2因子で分析しており、本研究の因子分析結果とは異なっていた。本研究で研究フィールドとしたA病院は、新規採用者を対象に、根拠に基づいた安全教育として「医療安全のための基礎技術研修」を実施している。また、看護手順や各種マニュアルを整備し、初めてや慣れない行為を実施する際には、必ず手順を確認すること等を教育している。そういった教育背景が、看護行為で疑問が生じた時に、マニュアルで確認するといった「情報活用」を含む3因子の抽出という結果に反映したと考えられる。

確認行動については、宇城ら(2004)の研究と同様の回答が得られ、同じ2因子として抽出され、「確認基本行動」「注意喚起」とした。看護師が、安全な看護を提供するために実施する基本的な確認行動は、施設の規模や教育背景等による違いは無く、共通していると考えられる。

2. 注意・確認行動とCISSとの比較

課題優先対処、及び回避優先対処の下位尺度である「対人的な気晴らし」において、注意・確認行動の高群が有意に高かった。課題優先対処は、様々なストレスのかかる状況において、状況を把握し計画的に行動し、ストレス状況に対する解決法を考え対策をとる対処方法である(S.Endlerら, 1990/横山監訳, 2012)。この対処行動が高い人は、与薬準備時に発生するナースコール等の割り込み業務への対応や、多重課題、時間切迫のストレスフルな状況となった場合にも、安全に業務を遂行するために必要な注意・確認行動が十分に機能すると考えられる。

「対人的な気晴らし」は、ストレスフルな状況を回避する手段として、アドバイスをくれる人に相談する、友人に会いに行く等、他者を活用する行動である(S.Endlerら, 1990/横山監訳, 2012)。この対処行動が高い人は、例えば、与薬準備時に

割り込み業務等の課題が重なる場面において、一人で抱え込まずに他者へ支援を求める。また、複数人が関わるダブルチェックも躊躇なく依頼できると考えられ、ストレスフルな状況下でも注意・確認行動が十分に機能すると考えられる。

3. 注意・確認行動と5つの自我状態との関係

CPは注意・確認行動の「知識の獲得」「情報活用」「体調管理」「確認基本行動」において低い正の相関がみられた。CPは「...すべきだ、...するのが当然だ、...しなければならない」といった批判や非難を行う自我状態(東京大学医学部心療内科TEG研究会, 2009)で、自己の価値観が高く、完璧主義で自他ともに厳しいといった特徴から、安全に業務を行うための注意・確認行動の実践につながっていることが示された。

Aは注意・確認行動の「知識の獲得」「情報活用」「確認基本行動」において低い正の相関がみられた。Aは事実に基づき物事を客観的かつ論理的に理解し、判断しようとする自我状態(東京大学医学部心療内科TEG研究会, 2009)で、理性的で感情に惑わされずに、合理的に判断し行動することができるという特徴がある。このことから、周囲に影響を受けることなく、安全な業務遂行に必要な注意・確認行動を実施できると考えられる。

ACは「知識の獲得」「確認基本行動」において低い負の相関がみられた。ACは周囲に適応していく従順な自我状態(東京大学医学部心療内科TEG研究会, 2009)で、他人に依存し感化されやすいという特徴がある。他人の言うことに左右される「指示待ちタイプ」で自分の判断で行動することが難しく、主体的に注意・確認行動をとることが低い。そのため、他者主導によるダブルチェック時の間違いの見落とし等、注意・確認不足によるインシデントにつながる可能性がある。これは、AC優位型はインシデントが多いという澁谷ら(2007)の報告を裏付ける結果であった。成人の自我状態であるAは、偏見・感情・本能に左右されずに、物事を冷静に捉えることができ、他の自我状態の調整役となる。Aの自我状態を上げていくことが、ACの注意・確認行動における低い部

分を補完することにつながると考える。

4. CISSと5つの自我状態との関係

CPは課題優先対処で正の相関が、回避優先対処の下位尺度である「対人的な気晴らし」で低い正の相関がみられた。完璧主義で、自分の価値観を押し付けるというCPの特徴(植木ら, 2005)から、課題解決を優先させる取り組みや、ストレスフルな状況下を回避するために他人を求める「対人的な気晴らし」によりストレス対処行動をとっていることが示された。

NPは課題優先対処で低い正の相関がみられた。世話好きで奉仕の精神があり、おせっかいであるという特徴(植木ら, 2005)から、ストレスがかかる状況において、段取りを整え問題解決に取り組むことで、ストレスフルな状況を回避する行動をとることができると考えられる。一方、「対人的な気晴らし」とはほとんど相関はなかった。「対人的な気晴らし」は他者にアドバイスを求めたり、友人に会いに行く等、他者の介入によりストレスを軽減させる対処法である。NPは世話好きでおせっかいではあるが、一方で、他者からの介入によるストレス対処は求めているということが明らかになった。

Aは課題優先対処のみで低い正の相関を示した。現実を冷静に観察・分析し、それに基づいて判断したり、評価したりするというAの特徴(植木ら, 2005)から、ストレス状況の対処行動は課題優先対処であり、情動優先・回避優先対処は取りにくいと考えられる。そのため、Aが優位に高い人は、ストレスを感じた時に柔軟に対応できるよう、ストレス対処法のレパートリーを増やしていく必要がある。

FCは回避優先対処の下位尺度「気分転換」「対人的な気晴らし」で低い正の相関がみられた。FCの「活発で、何事にも積極的、好奇心がありチャレンジ精神に富む」等の特徴(東京大学医学部心療内科TEG研究会, 2009)から、ストレスを溜めないようにするための様々なコーピング技法を用いる回避優先対処がとれると考えられる。

ACは、不安や緊張、自己非難や感情の発散等

による対処方法を示す情動優先対処で、低い正の相関がみられた。他者を優先し、主体性に欠け、依存性が高いというACの特徴(植木ら, 2005)から、課題優先対処は低いと推測できる。情動優先対処は、自己志向の情緒的反応を指し、ストレス軽減を目的とするが、必ずしも成功するとは限らない。情緒的反応、たとえば感情的になりすぎた自分を責めたり、腹を立てたり、緊張・動揺するといった反応を含む(S.Endlerら, 1990/横山監訳, 2012)。ACが高い場合、「依存心が強い、人のいいなりになる、主体性が無い」といった悪い部分が強調されることが多いが、見方を変えると、協調性があり素直であるという良い面でもある(東京大学医学部心療内科TEG研究会, 2009)。AC優位の人へは、ACを低下させるのではなく、他の自我状態のCPやFCを高められるようなアプローチや教育訓練を行うことで、必要な自己主張ができるようになり、課題優先・回避優先対処能力が高まり、ストレス対処につながると考えられる。

5. インシデント予防へのサポート体制

平野ら(2013)は、交流分析を用いた新人看護師へのバーンアウト予防への研究を行っており、その結果から、「CP, A, FCが高い、つまり自分の意志を貫き、冷静に考え、積極的に行動するといった、いわば仕事に積極的な態度はストレスに強い」と述べている。そしてAを高めるためのアサーショントレーニングの研修を行い、早期介入を提案している。また、不動(2008)はヒューマンエラーの減少を目指した研究を行い、「エゴグラムにより自分の傾向を知り、自分の行動を変容することで、素直に相手を受け止めて関係性を良好に築くことができ、すなわちアサーティブな人間関係の構築がヒューマンエラーを減少させる」と報告している。

これらから、AC優位の人へは、CP, A, FCを高めるためのアサーショントレーニングが、多重課題・切迫業務といったストレスフルな状況下においても、確実な注意・確認行動を実践し、インシデント予防につながると考える。また、この

ことがインシデントによるストレス対処に有効であると考えられる。

研究フィールドとしたA病院では、毎年、新人看護職員のフォローアップ研修が実施されている。そこでは、リアリティショックの予防・低減、現状の問題点・今後の目標等を明確にする目的で、グループワークにより新人同士の情報交換等を行っている。そうした研修内容に、リーダーシップをとる中堅看護師らを含んだアサーショントレーニングを組み込むことで、新人だけでなく、組織自体のコミュニケーション力が高まり、コミュニケーション不足によるインシデント予防や、インシデント後のサポート体制としての人間関係構築の促進が可能になると考える。

・ 結語

看護師の個人特性に応じたストレス状況対処行動と注意・確認行動との関連について分析した結果、以下のことが明らかになった。

1. CISSで課題優先対処、回避優先対処の下位尺度「対人的な気晴らし」が高い人は、多重課題、時間切迫のストレスフルな状況となった場合にも、安全に業務を遂行するために必要な注意・確認行動が機能する。
2. エゴグラムでCPやAが高い人は、周囲に影響を受けることなく、安全に業務を行うための注意・確認行動が実施できる。AC優位の人は、他人に依存し感化されやすい特徴から、注意・確認不足によるインシデントにつながる可能性がある。
3. Aが優位に高い人は、ストレスを感じた時に柔軟に対応できるよう、ストレス対処法のレパートリーを増やしていく必要がある。ACが優位に高い人は、CPやFCを高められるようなアプローチや教育訓練（アサーショントレーニング）により、必要な自己主張ができるようになることで、課題優先・回避優先対処能力が高まり、ストレス対処につながる。
4. アサーショントレーニングにより組織のコミュニケーション力を高めることが、インシデント後のサポート体制としての、双方向の人間関係

の構築を促進することにつながる可能性がある。本研究の結果より、注意・確認不足によるインシデントを予防し、インシデントに関与し、ストレスフルな状況となる看護師へのフォローアップ体制の一つとして、看護師個々の弱い点を補完・強化できるようなアサーショントレーニングの必要性が示唆された。

・ 研究の限界と今後の課題

本研究は、インシデント経験や注意・確認行動の実践、CISS検査用紙、新版TEG検査用紙の回答等、被験者個人の想起・自己評価による自己記述式調査である。インシデントに対する個々のリスク感性や捉え方により「経験」として記憶に残っているかは個人差があり、調査時の被験者の状況・背景等により回答に影響があることを考慮する必要がある。また、1施設での調査結果であり、研究結果の一般化には限界がある。対象施設、対象者数を増やし、アサーショントレーニングの効果を探る等、研究を重ねる必要がある。

謝辞

本稿を進めるにあたり、本研究にご協力を頂いた参加者の皆様に深く感謝致します。

本研究は宮崎大学大学院医学看護学研究科修士論文の一部を加筆修正したものであり、第46回日本看護学会-看護管理-学術集会で報告した。

文献

- 天野寛, 酒井俊彰, 酒井順哉 (2007): 医療事故防止におけるヒューマンファクターによるインシデントと個人特性の関係分析, パーソナリティ研究, 16(1), 92-99
- 米国医療の質委員会 / 医学研究所著, L.Kohn, J.Corrigan, M.Donaldson 編 (1999) / 医学ジャーナリスト協会訳 (2000): 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, 東京
- 不動美智子 (2008): アサーティブな人間関係を構築し、他者の行動を変容させるには - 指差し呼称での確認行動の周知を通して -, 名古屋市厚生院紀要, 34号, 35-37
- 畑瀬智恵美, 岩城美幸, 澁谷香代他 (2007): 看護師の性格特性とインシデントとの関連の検討, 第38回

- 日本看護学会論文集 (看護管理), 369-371
- 平野利治, 上野徳美, 山本義史他 (2013): 交流分析を用いた新人看護師のバーンアウト予防の取り組み, 看護展望, 38(9), 865-871
- 医療事故防止方策の策定に関する作業部会著, 国立大学医学部附属病院長会議編 (2001): 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] 事故を未然に防ぐ方策から事故後の対応策のガイドライン, 日総研, 名古屋
- 井隼彰夫 (2014): 医療安全活動の今後 - 当院の医療安全を顧みて -, 消化器外科, (37), 1711-1720
- J.Reason (2000): Human error: Models and management. *British Medical Journal*, 320, 768-770
- 加地浩 (2011): 医療現場におけるヒューマンエラー対策, (財) 労災保険情報センター, 東京
- S.Endler, A.Parker (1990) / 横山和仁監訳 (2012): CISS日本語版マニュアル, 金子書房, 東京
- 澁谷香代, 畑瀬智恵美, 岩城美幸 (2007): 看護師のインシデントと性格特性との関連 - 東大式エゴグラムからみた一考察 -, 第38回日本看護学会論文集 (看護管理), 440-441
- 東京大学医学部心療内科TEG研究会編 (2006): 新版TEG 解説とエゴグラム・パターン, 金子書房, 東京
- 植木清直, 佐藤寛 (2005): 新訂版 交流分析エゴグラムの読み方と行動処方, 鳥影社, 東京
- 上山純子, 富谷千秋 (2010): エゴグラム・パターンの特性を活かしたパーソンアプローチの試み, 日本医療マネジメント学会誌, (11), 381
- 宇城靖子, 山田一朗 (2004): 看護師の注意・確認行動と行動特性との関連, 和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要, (7), 85-88

A 県の緊急避妊診療の現状について

Situation of Consultations for Emergency Contraception in A Prefecture

永瀬つや子¹⁾・水畑喜代子¹⁾・兵頭 慶子¹⁾

Tsuyako Nagase・Kiyoko Mizuhata・Keiko Hyodo

要 旨

本研究は、2011年にLevonorgestrel単独剤（以下「ノルレボ錠」）が日本で緊急避妊薬として正式に認可された後の、A県の緊急避妊診療の現状を明らかにし、望まない妊娠の削減にむけた看護介入の示唆を得ることを目的に研究を行った。1次医療施設43施設を対象に無記名郵送法による自己記入式質問紙法にて調査を行った。21施設（回収率48.8%）から回答を得た。21施設とも緊急避妊診療を行っていた。平均診療件数24.9（ ± 21.6 ）件、最少4件、最多84件であった。使用している緊急避妊薬は、ノルレボ錠とヤッペ法の両方は2施設、ノルレボ錠のみ10施設、ヤッペ法のみ9施設であった。緊急避妊診療時の平均指導時間は、11.0（ ± 5.9 ）分であった。今後の介入としては、産婦人科施設と協力して、避妊に失敗した場合にカップルがECPsを使用でき、ECPs使用後は効果の高い避妊法を選択・実施するためのプログラムの必要性が示唆された。

キーワード : consultations for emergency contraception, emergency contraceptive pills,

緒言

日本の人工妊娠中絶（以下「中絶」）実施率（女子総人口千対）は、様々な対策の結果、1955年度の50.2から2006年度9.9となり、2013年度7.0と減少してきた。しかし、2006年度以降顕著な低下はなく、依然高率である。A県においても中絶率低下に向けた対策を実施し減少傾向にあるが、全国平均より中絶実施率は高い（母子衛生研究会、2015）。

中絶を減らすためには、避妊効果の高い方法を用いて、性交の度に避妊を確実に実施することが重要である。しかし、日本における避妊法は避妊効果の高い経口避妊薬（以下「ピル」）が1999年に認可された後も、女性が主体的に実施できるピルによる避妊法は3.7%に留まり、男性主体で使

用方法によって効果のばらつきが生じやすいコンドーム法が84.2%と主流（日本家族計画協会、2012）である。また、反復中絶者は2008年の25.4%から2012年36.3%（日本家族計画協会、2012）と増加している。

避妊に失敗した場合、妊娠を防ぐ最終手段として緊急避妊法がある。中でもLevonorgestrel単独剤0.75mgを2錠内服する方法（以下「ノルレボ錠」）は、性交後72時間以内の内服で約8割、120時間以内の内服で約6割の妊娠を防ぐことができ（FFPRHC Guidance, 2006）、副作用も殆どない。ノルレボ錠はWHOによって緊急避妊薬（Emergency Contraception pills: 以下「ECPs」）として推奨され、多くの国で緊急避妊法の主要な方法として使用されている（WHO, 2010；Shohel,

1) 宮崎大学医学部看護学科 小児・母性（助産専攻）看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

et al. 2014)。日本では2011年にノルレボ錠がECPsとして認可される前には、正式に認可されたECPsはなく、「医師の判断と責任」のもとで、エチニルエストラジオール50 μ gとノルゲストレル0.5mgを含有する中用量ピルを2錠、12時間後に再度2錠内服するヤッペ法を用いてきた。2種類のECPsの違いとして、次の3点が挙げられる。1点目は副作用において、ノルレボ錠は、悪心が3.6%、嘔吐は殆どない。一方でヤッペ法は14.8%に嘔吐、50.1%に悪心が出現するなど副作用出現率が高い（日本産科婦人科学会編，2011）。2点目は妊娠阻止率において、ヤッペ法は57%とノルレボ錠より低い（池田，2014）。3点目は1回あたりの費用において、ノルレボ錠は15,000～20,000円に対し、ヤッペ法は3,000～10,000円（清水，2014）である。以上のことより、ヤッペ法は副作用や低い妊娠阻止率にも関わらず、ノルレボ錠より安価であることから、依然としてECPsとして使用されている。

日本においてECPsを含む緊急避妊法の認知度は33.2%と低い（日本家族計画協会，2012）。しかし、その普及に関しては、男性が安易にECPsを使用すればよいと、避妊に協力しないリスクを増長させる可能性やECPsおよび妊娠のリスクに対する知識不足により適切に使用できずに妊娠してしまう女性も存在するため（Hu, et al, 2005）、慎重に推進する必要がある。一方でECPsの使用が妊娠防止につながっていることも事実である。更にECPsの処方を受けるための受診は避妊指導の機会となり、医療者、特に看護職による指導は避妊効果の高い避妊法への移行につながり、望まない妊娠を防止する効果がある（安達，2012；Dinas, et al, 2014）。

ECPsを取り扱っていない産婦人科もある。また、A県は全国で18番目に広い面積を有し、南北に長い地形であり、避妊に失敗した場合、72時間以内にECPsを使用できない可能性もある。そこで、A県の緊急避妊診療の現状を明らかにし、望まない妊娠の削減にむけた看護介入の示唆を得ることを目的に研究を行った。

．方法

1．調査期間および対象

調査は2015年5～6月に実施した。対象はA県で産婦人科診療を実施している1次医療施設の内、不妊治療及び乳がん専門の施設を除いた43施設とした。

2．調査方法

無記名郵送法による自己記入式質問紙法で行った。

3．調査内容

調査内容は、施設の所在医療圏（県内を地域周産期保健医療体制に基づき分けられた医療圏）、緊急避妊診療の現状に関する6項目（年間または月間の緊急避妊診療件数、使用しているECPsの種類、診療件数の前年度比、主に処方するECPs、性交後72～120時間以内のECPs処方の有無、ノルレボ錠の費用）、緊急避妊診療時の指導状況に関する6項目（診療時の男性の同伴、指導時間、看護職の指導関与と今後の関与希望、その後の避妊効果の高い避妊法の勧めとその開始割合）、ECPsの情報提供内容と方法とした。

4．分析方法

各質問項目を単純集計し、記述統計量を算出してその動向を把握した。地域は医療圏を県庁所在地のある中央部とその他の2分類で区分した。統計ソフトはSPSS.ver21.0を使用した。

5．倫理的配慮

本研究は、研究者が所属している大学の医の倫理委員会の承認（承認番号第2015-015号）とA県産婦人科医会の承認を得た。また、対象施設の施設長に研究の趣旨、研究協力の任意性、匿名性の保持、結果は学会などで発表する旨を明記した依頼文と質問表を郵送した。回答の返信をもって同意が得られたものとした。

．結果

43施設に質問票を郵送し、閉院および宛先不明

のため 2 通が返送され、21 施設から（回収率 48.8 %）の有効回答を得た。

1. 施設の所在医療圏

21 施設の所在する診療圏は中央部 10 施設、北部 4 施設、南部 1 施設、西部 6 施設であり、すべての診療圏において緊急避妊診療が行われていた。

2. 緊急避妊診療の現状

1) 緊急避妊診療の年間件数

年間の緊急避妊診療件数は、無回答の 1 施設を除く 20 施設の総診療件数 498 件、1 施設の平均件数 24.9（ ± 21.6 ）件、最少件数 4 件、最多件数 84 件であった。

10 件ごとの頻度でみると、一番多いのは年間 11～20 件で 7 施設であった。次は 1～10 件が 5 施設、21～30 件が 4 施設、51 件以上が 3 施設であった（図 1）。

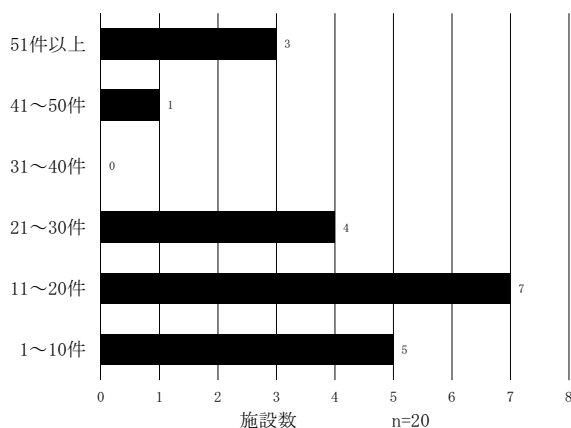


図 1 年間の緊急避妊診療件数別の施設数（1 施設無回答）

2) ECPs の使用状況

使用している ECPs は、ノルレボ錠とヤッペ法の両方が 2 施設、ノルレボ錠のみが 10 施設、ヤッペ法のみが 9 施設であった。約 6 割の施設でノルレボ錠を使用していた。医療圏別の使用している

表 1 医療圏別の使用している ECPs 別の施設数 n=21

医療圏	ノルレボ錠とヤッペ法	ノルレボ錠のみ	ヤッペ法のみ
中央部	1	6	3
その他	1	4	6
合計	2 (9.5%)	10 (47.6%)	9 (42.9%)

ECPs は表 1 の通りであった。

ECPs 使用数の前年度比は、「増加」が 9 施設、「同じ」が 11 施設、「減少」が 1 施設であった。

ノルレボ錠とヤッペ法の両方を使用している 2 施設で多く処方している ECPs は、1 施設がノルレボ錠、1 施設がヤッペ法であった。

クライアントの受診が『性交後 72～120 時間以内の場合』の ECPs の処方状況は、「妊娠のリスクが高くなることを説明して処方」が 6 施設、「処方しない」が 15 施設であった。『性交後 72～120 時間以内の処方』をしている 6 施設の ECPs は、3 施設がノルレボ錠、3 施設がヤッペ法であった。

ノルレボ錠を使用している 12 施設の税別金額は、「1 万円未満」が 2 施設、「1 万～1 万 5 千円未満」が 1 施設、「1 万 5 千～2 万円未満」が 7 施設、「2 万円以上」が 2 施設であった。

3) 緊急避妊診療時の指導状況（表 2）

緊急避妊診療時の男性の同伴を断る施設はなかった。その付き添い方は、「診療室への入室を断る」4 施設、「女性が希望すれば診療室まで付き添い可能」が 16 施設、無回答が 1 施設であった。

平均指導時間は、11.0（ ± 5.9 ）分で、最短

表 2 緊急避妊診療時の指導状況 n=21

	施設数 (%)
緊急避妊診療時の男性の付き添い	
同伴を断る	0 (0.0)
診察室の入室を断る	4 (19.0)
女性が希望すれば診療室まで付き添い可能	16 (76.2)
無回答	1 (4.8)
看護職の指導への関与	
いつも	6 (28.6)
時間のある時のみ	3 (14.2)
必要なクライアントのみ	6 (28.6)
関わっていない	5 (23.8)
無回答	1 (4.8)
今後の看護職による指導の希望	
いつも希望	4 (19.0)
必要時のみ希望	11 (52.5)
希望なし	4 (19.0)
無回答	2 (9.5)
効果の高い避妊法の勧め	
強く勧めている	8 (38.1)
勧める	8 (38.1)
あまり勧めていない	3 (14.2)
勧めない	1 (4.8)
無回答	1 (4.8)

指導時間は2分、最長指導時間は30分、最頻値は10分であった。指導時間を10分毎に区切ってみると、10分未満が4施設、10分以上が17施設であった。8割の施設が10分以上指導を行っていた。

看護職のECPs使用時の指導への関与は、「いつも」が6施設、「時間のある時のみ」が3施設、「必要なクライアントのみ」が6施設、「関わっていない」5施設、無回答1施設であった。7割の施設で看護職が指導に関与していた。

看護職による今後の指導の希望については、「いつも希望」が4施設、「必要時のみ希望」が11施設、「希望なし」が4施設、無回答が2施設であった。看護職が指導に関与している15施設は、今後も看護職による指導を希望していた。看護職が指導に関与していなかった5施設の内、4施設は今後も希望がなかったが、1施設は必要な時に看護職の指導を希望すると回答していた。全体で7割の施設で今後も看護職による指導への関与を希望していた。

ECPs使用者への避妊効果の高い避妊法 [ピル・銅付加IUD・ホルモン付加IUD等 (以下「効果の高い避妊法」)] については、「強く勧めている」が8施設、「勧める」が8施設で、8割の施設が効果の高い避妊法を勧めていた。

効果の高い避妊法の使用開始については15施設から回答が得られた。4施設でその後50%以上のクライアントが効果の高い避妊法を使い始め、1施設で30%、8施設は5~20%の割合で開始していた。また、1施設から「ECPsを使用したクライアントの再診がないため、不明」との回答があった。

3. ECPsに対する情報提供方法

ECPsについての情報提供は、21施設とも行っていた。提供の種類は、1種類である施設が15施設、2種類以上の方法をとっていたのが6施設であった。また、情報の提供方法は、「クライアントからの質問時」に回答するが17施設、「パンフレット類の提供」が5施設、「外来掲示板等での提供」と「望まない妊娠のリスクの高いクライアントへの情報提供」が4施設、「その他」が2施設であった。その他として「中絶後のクライエン

トに必ず行う」が1施設であった。

考察

1. 緊急避妊診療の現状

日本産婦人科学会の「緊急避妊法適正使用に関する指針」(日本産科婦人科学会編, 2011), 「Selected practice recommendations for contraceptive use」(WHO, 2004) において、避妊に失敗した場合、性交後出来る限り早く、72時間以内にECPsを内服することで、妊娠率が下がると言われている。A県の場合、全ての医療圏で緊急避妊診療が行われており、クライアントの生活圏、およそ1時間内でECPsの処方が受けられる状況である。

A県の緊急避妊の平均診療件数24.9件は、著者らが2009年に同県の1~3次医療施設に調査した結果の平均10.5件より多かった。また、前回は、最多診療件数が年間50件処方する施設は1施設のみであったが、今回は51件以上処方する施設が3施設あり、最多件数も83件と増えていた。しかしながら、北村の全国調査(2012)の平均処方数62.4件、対馬ら(2014; 1か月の平均処方人数9.4人を年に換算)の約113人より少ない。

一方、ノルレボ錠を使用している施設は約6割にすぎず、少ない状況であった。今回、導入理由を問うてはいないが、ノルレボ錠の費用が「1万5千~2万円未満」とヤッペ法より約1.5~2倍高いことが原因と考えられた。ECPsの使用は、10~20代の若者に多く(北村, 1998; 福武ら, 2007; 金子, 2014), これら若者は経済的余裕がない年代である。また、A県の1人当たりの県民所得は220.8万円で、年収は全国でもかなり低い(宮崎県統計調査課, 2014)。以上のことからクライアントの経済的負担を考慮していることが推察された。

2. 緊急避妊診療時の指導への看護職の関与について

ECPs使用時の指導時間が10分以上の施設は8割であり、効果の高い避妊法は8割の施設で勧められていた。ECPsの使用時に10分以上指導する

とピルによる避妊法に移行するクライアントの割合が高い (対馬ら, 2014) というが, 今回の調査では, ECPs からピルなどの効果の高い避妊法に変更したクライアントの割合が 5 割をこえていた施設は 4 施設にすぎなかった。

緊急避妊のために受診するクライアントは10代の若者の占める割合が多い (北村, 1998; 福武ら, 2007; 金子, 2014) と報告されている。また, 避妊法の選択や実施について女性は男性の意見を優先する傾向があり (Yamauchi, 2007), 特に若い女性ほど性関係や避妊についての決定権を行使できず, パートナーの意見に左右されやすい, 経済的問題でピルの使用が続かないなどの問題がある (金子, 2014)。以上のような理由から男性パートナーにも効果の高い避妊実施についての指導が必要であると考えられる。A 県においては男性の診療室への付き添いは, 女性が希望すれば 8 割近くは許可しており, パートナーへの指導を推進できる環境にあった。

A 県において約 7 割の施設で看護職が ECPs 使用時のクライアントへの指導に関わり, 引き続き 7 割の施設で今後の指導への関与希望があった。緊急避妊の受診時は避妊の失敗により動揺している時期でもある。また, 医療者の若者の性交渉に対する偏見により不適切な対応をしてしまい, その結果クライアントがショックを受けることもある (堀, 2011)。しかし ECPs 使用時はパートナーとの関係やピルを始めとした効果の高い避妊法を指導する機会でもある。北村 (2013) のクリニックでは ECPs の使用者がピルへと変容を促す指導を行い, その結果約 7 割がピル, 約 1 割が IUD を選択し, 高塚ら (2008) の助産師外来での避妊指導では, 約 90% のクライアントがピルに移行するなど看護職の指導時の役割は高いことが明らかになっている。このようなことから A 県においても看護職への指導への関与について期待された。

3. ECPs の情報提供方法について

クライアントが ECPs を適正に使用するためには, 避妊指導も含めた ECPs に対する情報提供が必要である。しかし, 日本の ECPs を含む緊急避

妊法の認知度は 33.2% と低く, ECPs に関する情報が不足している (日本家族計画協会, 2012)。今回の結果も, ECPs の情報提供は 21 施設すべての施設で行われていたが, 一番多い情報提供方法は, 「クライアントからの質問時」であった。また, 望まない妊娠というリスクの高いクライアントへの直接的な対話による方法がとられていたのは 4 施設にすぎなかった。このように ECPs に関する情報提供に積極的でない状況が見受けられた。

タイ国では ECPs を薬局で購入できることや男性がコンドームなどの避妊法を使用することを嫌うなどの理由から通常の避妊法代わりに ECPs を使用する, なかには月に 2 回以上使用する者がいる (Lerkiatbundit, et al, 2000) という新たな問題が出現してきている。

このようなことから妊娠を望まない, あるいは中絶後のカップルが, 避妊に失敗した場合の緊急手段として ECPs を適正使用できるための情報提供の必要性が示唆された。更に A 県においては, ノルレボ錠とヤッペ法がほぼ同率に使われており, 利用可能な ECPs については, ノルレボ錠とヤッペ法の情報提供が必要であることが判明した。

4. 望まない妊娠の削減に向けて介入と今後の課題

A 県における中絶実施率 (女子総人口千対) は 2007 年度の 11.4 (母子衛生研究会, 2008) から 2013 年度は 8.3 と減少し A 県近隣県の中では一番低い実施率となっている (母子衛生研究会, 2015)。しかし, 中絶の実施率が全国平均より高いこと, 緊急避妊の診療件数が全国平均より低いこと, 効果の高い避妊法への移行率が低いことから, 産婦人科施設と協力した望まない妊娠の削減のためのカップルへの介入, 教育プログラムの必要性が望まれ, 久しい。教育プログラムにはカップルが, 避妊に失敗した場合に ECPs を使用でき, ECPs 使用後は効果の高い避妊法を選択・実施を可能にするための内容を含む必要がある。特に出産後と中絶後のカップルに対しては, お互いのライフデザインに基づく妊娠・出産・子育てを考える家族計画を考慮する必要性がある。

看護職は約7割の施設でECPs使用時のクライアントへの指導に関与しているが、実際に「いつも」指導している施設は21施設中6施設と低かった。看護職が避妊を失敗した場合の緊急避妊法についての情報提供とECPs使用後のクライアントが効果の高い避妊法に移行するための支援となるためのプログラムを開発し、看護職の指導への関与を増やす必要があると思われる。

今回は医療施設側の緊急避妊診療の現状についての研究であった。今後の課題は、教育プログラム作成に向けて、緊急避妊診療時のクライアントに寄り添い、より効果の高い避妊法の実践に結びつける指導方法を明らかにするために、緊急避妊診療を受けた女性を対象とした研究を実施する必要がある。

結語

今回A県の緊急避妊の診療の現状として以下ことが明らかになった。

1. 緊急避妊の年間診療件数は、20施設の総計498件、平均診療件数24.9 (: ±21.6) 件、最少は4件、最多は84件で、全国平均より少なかった。
2. ECPsとして6割の施設がノルレボ錠を使用していた。医療施設によってノルレボ錠またはヤッペ法のどちらか限定していた。
3. ECPs提供時の指導は、8割の施設で指導時間が10分以上で、同時に効果の高い避妊法を勧めており、指導時間と内容は全国と同レベルであった。
4. ECPs提供時の看護職の関与や今後の関与希望は約7割の施設にあった。今後の介入としては、産婦人科施設と協力して、避妊に失敗した場合にカップルがECPsを使用でき、ECPs使用後は効果の高い避妊法を選択・実施するための教育プログラムの必要性が示唆された。

謝辞

最後に、今回調査を開始するにあたりご指導及びご協力いただきましたA県産婦人科医会会長を始め、医会会員の先生方、スタッフの方々に深く

感謝いたします。

なお、本研究は、平成25年～27年度文部科学研究挑戦的萌芽研究(25670976)として助成を受けて行っており、一部は、宮崎県母性衛生学会平成27年度総会・学術集会で発表した。

文献

- 安達知子(2012):12.緊急避妊における避妊指導特集 適正な避妊をめざして,産科と婦人科,79(11),1413-1418
- 母子衛生研究会(2008):母子保健の主なる統計平成20年度刊行,85,母子保健事業団,東京
- 母子衛生研究会(2015):母子保健の主なる統計平成26年度刊行,85,母子保健事業団,東京
- Dinas, K., Hatzipantelis, E., Mavromatidis, G., et al. (2008): Knowledge and practice of contraception among Greek female medical students, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 13(1), 77-82
- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit (2006): FFPRHC Guidance (April 2006) Emergency contraception. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 32(2), 121-128
- 福武恵, 福原博子, 寺口加奈子, 他(2007):当院における緊急避妊薬処方患者の現状,岡山県母性衛生,23,21-22
- Hu, X., Cheng, L., Hua, X., et al. (2005): Advanced provision of emergency contraception to postnatal women in China makes no difference in abortion rates: a randomized controlled trial, *Contraception*, 72(2), 111-116
- 池田裕美枝(2014):緊急避妊に禁忌はない 診断・治療 緊急避妊のマネジメント 知らなきゃ損する! Doctor's pearl, 治療, 96(増刊), 560-561
- 金子法子(2014):緊急避妊薬(EC)の処方時における,低用量避妊薬(OC)処方の工夫と現状について,現代産婦人科,63(Suppl), S43-S44
- 北村邦夫(1998):6)緊急避妊法 3.各種避妊法の特徴 特集避妊指導,産科と婦人科,65(5),612-619
- 北村邦夫(2009):人工妊娠中絶の減少要因に関する研究,産婦人科医を対象とした調査結果から探る-,研究代表者武谷雄二:全国の実態調査に基づいた人工妊娠中絶の減少に向けた包括的研究,25-101,平成20年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業),東京
- 北村邦夫(2013):6.女性のQOLを向上させるECからOCへの行動変容 特集女性のトータルヘルスケア-

- 管理方法の実際, 産科と婦人科, 45(8), 1003-1009
- 堀成美 (2011): 匿名座談会緊急避妊を経験して 特集女性の健康と性を考える 緊急避妊の基礎知識, 助産雑誌, 65(4), 318-324
- Lerkiatbundit, S., Reanmongkol, W. (2000): Use of 0.75mg Levonorgestrel for postcoital contraception in Thailand, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 25(3), 185-190
- 宮崎県統計調査課 (2014): 指標でみる宮崎県_都道府県__経済基盤 (平成26年): <http://stat.pref.miyazaki.lg.jp/modules/stat/tkav001.php> [2015-11-27現在]
- 宮崎大学医学部看護学科小児・母性 (助産専攻) 看護学講座 (2010): 「宮崎県内の産婦人科における子宮内避妊器具 (IUD等), 低用量ピル, 緊急避妊の現状について」結果報告書, 宮崎大学医学部看護学科, 宮崎
- 日本家族計画協会 (2012): 第6回男女の生活と意識に関する調査結果 (概要): http://www.koshu-eisei.net/upfile_free/20130118kitamura.pdf [2014-11-4現在]
- 日本産婦人科学会編 (2011): 緊急避妊法の適正使用に関する指針: <http://www.jsog.or.jp/news/pdf/guiding-principle.pdf> [2014-12-25現在]
- 清水なほみ (2014): 避妊に失敗した場合の緊急避妊法: <http://allabout.co.jp/gm/gc/381142/> [2015-11-27現在]
- Shohel, M., Rahrman, M.M., Zaman, A., et al. (2014): A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception, *BMC Women's Health*, 14: 54: <http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-14-54> [2014-11-4現在]
- 高塚美沙子, 中村美由紀, 杉村由香里, 他 (2008): 459 ECからOCへ - コメディカルの力量が問われている -, 母性衛生, 49(3), 285
- 対馬ルリ子, 間壁さよ子, 松峰寿美, 他 (2014): P2-30-5我が国の緊急避妊ピルの処方実態調査 - ウィメンズヘルスケア専門家NPO団体2013年アンケート解析から -, 日本産科婦人科学会雑誌, 66(2), 661
- WHO (2004): Selected practice recommendations for contraceptive use (2nd edition). WHO, Geneva, : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43097/1/9241562846.pdf> [2014-11-4現在]
- WHO (2010): Fact sheet on the safety of levenorgetrel-alone emergency contraceptive pills (LNG ECPs). : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70210/1/WHO_RHR_HRP__10.06_eng.pdf [2014-11-4現在]
- Ymauchi, H., Satomura, S., Iwata, G. (2009): Awareness and Behavior on the Contraception of Youth, 熊本大学医学部保健学科紀要, 5, 53-62

A病院職員の医療安全に対する意識の実態調査

Survey on Patient Safety Awareness of National Hospital Staff

三次 貴大¹⁾・甲斐由紀子²⁾

Takahiro Miyoshi・Yukiko Kai

要 旨

本研究は、質問紙調査によってA病院職員の医療安全に対する意識を明らかにし、調査が職員の意識に影響を与えたかについて検討した。質問紙の構成は、(1)「医療安全風土尺度」(8因子33項目)、(2)「医療安全に対する意識」に関する選択・自由記載とした。対象を医師、看護師、他職種に分け比較分析した結果、(1)「自由なコミュニケーション」「上司の安全リーダーシップ」「他職種の安全リーダーシップ」の3因子で看護師の得点が最も低く、有意差を認めた。看護師は、権威勾配によるコミュニケーションの難しさや、医師自身が安全への関わりが少ないと感じていると推測された。(2)医療安全に対する意識の高い組織作りには、全職種が自由なコミュニケーションが重要だと訴え、情報の共有不足も明らかとなった。また、回答者の約7割が調査により意識が変化したと回答し、今後の経年的調査が医療安全風土の醸成に繋がると考えられた。

キーワード: エラー, 医療安全風土尺度, コミュニケーション, 環境改善, 情報共有
medical errors, patient safety climate scale, communication,
environmental improvement, information sharing

緒言

ジェームズ・リーズン(1999)は「安全文化の重要な構成要素の1つに『報告する文化』」を挙げ、Matsubara(2008)は「安全風土とは、組織のメンバーによって共有されている職場の安全状態に関する認識で、エラー発生に影響する要因である」と述べている。患者の安全性向上には、エラーに気づき報告し、分析・検証して同じエラーを繰り返さないことが重要である。しかし、影平(2014)は「ヒヤリハットのイメージについては、全体の64%が自己の行為の見直し、安全への気づき等と肯定的に捉えていたが、自分のミスは知ら

れたくない等否定的な考えも36%あった」と述べているように、報告=ミスというような否定的なイメージは少なからず存在している。

A病院においても、インシデントレポートは提出されるが、医療安全管理者に確認すると、職員からは「レポートを提出すると個人が責められる気がする」「気づいても報告しない」という負のイメージがあると話している。また、同規模の病院と比較すると医師や薬剤師等のインシデント報告数が少ない現状がある。

2009年、米国AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)が「患者安全文化尺度」を

1) 宮崎大学大学院医科学看護学研究科看護学専攻
Graduate School of Medical Science and Nursing Science, University of Miyazaki
2) 宮崎大学医学部看護学科基礎看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

開発した。それらを翻訳した種田ら (種田, 2009 ; 城川, 2010 ; 瀬戸, 2011) が「患者安全文化尺度日本語版」を発表し、日本でも活用され始めた。

一方、日本では、2008年にMatsubara (2008) が日本の病院や文化・風土に合わせて日本の医療スタッフ向けの日本語版安全風土測定ツールとして、「医療安全風土尺度」を開発した。

米国 AHRQ の「患者安全文化尺度日本語版」は、日本国内でも少数の先進的な大病院の使用に留まっており、日本語解釈に一部ばらつきがあることから定着していない。また、これまでに A 病院では、組織メンバーの医療安全に対する意識を測定する調査を実施したことがない。これらのことから、日本の医療文化や医療システムを考慮して作成された「医療安全風土尺度」を用いた調査によって、医療安全に対する意識や職種ごとの意識の違い、医療安全に対する意識の高い組織となるには何が必要と感じているかについて実態調査することとした。本研究は、質問紙調査によって A 病院職員の医療安全に対する意識を明らかにするとともに、質問紙調査が職員の医療安全に対する意識に影響を与えたかについて検討した。

方法

1. 用語の定義

医療安全風土については、Matsubara (2008) が論文で定義している「安全風土とは、組織のメンバーによって共有されている職場の安全状態に関する認識で、エラー発生に影響する要因である」を使用した。したがって、本研究における医療安全風土とは、「医療機関における安全に関する個人の意識を集約し、集団の医療安全に対する意識」と定義した。

2. 対象

A 病院に勤務する医師 17 名、看護師 123 名、薬剤師 3 名、理学療法士 4 名、放射線技師 3 名、臨床検査技師 5 名、計 155 名 (非常勤職員を除く)

3. 調査方法

留置法による無記名自記式質問紙調査

4. 配布及び回収方法

A 病院の看護部長に文書及び口頭で研究協力を依頼した。各部署長に、研究の概要と質問紙は個別に封筒に入れて回収ボックスへ投函することを口頭で説明し、対象者へ質問紙と封筒の配布を依頼した。

5. 質問紙の内容

質問紙は「医療安全風土尺度」を用いた患者安全に影響を及ぼす組織風土の実態把握、独自に作成した「医療安全に対する意識」に関する選択及び自由記載を加えた 2 部構成とした。また、予備調査を行った後に言い回しと適切性を確認した質問紙を用いた。

1) 医療安全風土尺度

Matsubara の「医療安全風土尺度」(8 因子 33 項目)は、看護職員・薬剤師・医療技術職員用と、医師・研修医用の 2 種類で構成されている。因子は、第 1 因子「自由なコミュニケーション (権威勾配のない自由な)」、第 2 因子「継続的改善 (より安全な職場を目指して)」、第 3 因子「報告と規則の遵守 (ミスを隠さない、規則を守る)」、第 4 因子「患者と家族の参画 (医療チームの一員として)」、第 5 因子「上司の安全リーダーシップ (リーダーとして)」、第 6 因子「他職種の安全リーダーシップ (医師/他職種の態度)」、第 7 因子「安全管理委員会のリーダーシップ (情報の収集と提供)」、第 8 因子「規則と物品の有用性 (医療事故防止に役立つ)」である。回答は「そう思わない (1 点)」～「そう思う (5 点)」のリッカート法形式とした。また、第 3 因子は逆転項目であり、点数が高いほど肯定と同意を意味するように反転 (「そう思わない (5 点)」～「そう思う (1 点)」) させた。尺度の信頼性や妥当性は、Matsubara の研究「Development of a patient safety climate scale in Japan」で認められている。

2) 医療安全に対する意識

質問項目は先行研究 (城川, 2010 ; 瀬戸, 2011 ; 伊藤, 2011 ; 竹村, 2011) をもとに、(1)～(3) を独自に作成した。

(1) 「本調査により医療安全に対する意識が高

まったか」は、(はい, いいえ) の選択とし、理由は自由記載とした。

(2) 「より安全な組織になるための要素」は選択式の14項目とした。

(3) 「医療安全や報告システムの問題点」は自由記載を依頼した。

6. 調査期間

平成25年9月17日～9月30日

7. 分析方法

1) 「医療安全風土尺度」を用いた組織風土の実態把握

対象者を「医師」、「看護師」、「他職種（薬剤師、理学療法士、放射線技師、臨床検査技師）」の3群に分類し、分析は、SPSS (version20.0 for windows) を使用した。各因子の平均点±SDを3群で単純比較後、3群の差の検定としてKruskal-Wallis 検定を行った。有意差のある項目に関して、どの群間に有意差があるか確認するためにMann-Whitney のU検定で各群間の比較を行い、Bonferroniの方法でp値を修正した。また、逆転項目は点数を反転した。検定は有意水準5%未満及び1%未満とした。また、各因子で項目数が異なるため、得点率を用いて各因子の得点順位を比較した。

2) 医療安全に対する意識に関する選択及び自由記載

(1) 「本調査により医療安全に対する意識が高まったか」は単純集計を行い、自由記載は個別に分析した。

(2) 「より安全な組織になるための要素」は、項目毎に対象者が選択した割合を算出した。

(3) 「医療安全や報告システムの問題点」「その他の意見」の自由記載は、記載内容をコード化し、類似性からカテゴリー分類を行った。

8. 倫理的配慮

研究者が所属する宮崎大学医学部医の倫理委員会の承認を得た（承認番号第2013-023号）。さらに、A病院倫理委員会（第25-4号）で承認を得た。そのうえで、研究依頼は、A病院の看護部長に研究の主旨を説明し同意を得た。参加者に対し、文書で協力の任意性と撤回の自由、個人情報保護、研究の公表方法について説明し、質問紙への回答により調査協力の同意とした。

「医療安全風土尺度」の使用は、Matsubaraに電話及び署名で承諾を得た。

結果

155名中91名から回収（回収率58.7%）し、有効回答者数は87名（有効回答率95.6%）であった。職種ごとに見ると、医師17名中11名（64.7%）、看護師123名中66名（53.7%）、他職種15名中10名（66.7%）が回答していた。属性は表1に示したように、医師（年齢50.0±6.0歳、経験22.9±5.7年）、看護師（年齢37.8±11.4歳、経験14.4±10.8年）、他職種（年齢40.5±11.0歳、経験16.3±12.1年）であった。

1. 「医療安全風土尺度」を用いた患者安全に影響を及ぼす組織風土の実態

表2に示したように、「自由なコミュニケーション」は全体平均点16.5±4.5で、得点率は8因子中3番目に低かった。また、看護師の得点が医師及び他職種と比較して最も低く、有意差を認めた

表1 回答者の属性

	全体	医師	看護師	他職種			
				薬剤師	理学療法士	放射線技師	
回答者数	87	11	66	3	4	3	
年齢	平均±SD	39.7±11.5	50.0±6.0	37.8±11.4	39.0±13.5	34.8±7.8	49.7±8.7
現在の職種での年数	平均±SD	15.9±10.7	22.9±5.7	14.4±10.8	15.0±12.1	8.0±5.7	28.7±9.7
現在の病院での勤続年数	平均±SD	8.8±8.4	7.5±4.1	10.0±9.1	1.7±0.6	2.0±1.2	3.0±1.0

表2 医師・看護師・他職種における「医療安全風土尺度」の因子毎の平均点比較

(n=87)

因子 (1~8)	全体 (n=87)	医師 (n=11)	看護師 (n=66)	他職種 (n=10)	職種間比較
自由なコミュニケーション (問1~問5)	16.5±4.5	20.1±2.3	15.5±4.3	19.5±4.3	0.001**
継続的改善 (問6~問10)	18.4±2.8	18.7±1.7	18.1±2.9	20.2±2.6	0.102
報告と規則の遵守 (問11~問14)	15.2±2.6	14.3±1.7	15.3±2.8	15.4±2.2	0.372
患者と家族の参画 (問15~問17)	9.3±2.1	11.1±0.5	9.1±2.2	8.9±1.9	0.002**
上司の安全リーダーシップ (問18~問21)	14.6±3.0	16.5±1.6	14.0±3.0	17.1±2.5	0.001**
他職種の安全リーダーシップ (問22~問25)	11.4±3.5	14.7±2.8	10.3±3.0	14.5±3.0	0.000**
安全管理委員会のリーダーシップ (問26~問29)	15.1±3.2	16.6±1.1	14.8±3.3	15.1±3.9	0.171
規則と物品の有用性 (問30~問33)	13.7±2.5	13.4±1.2	13.7±2.7	14.0±2.1	0.749

平均点±標準偏差 *p<0.05、**p<0.01

3群の差の検定: Kruskal-Wallis 各群の比較: Mann-WhitneyのU検定, Bonferroni

($p = 0.003$, $p = 0.03$)。「継続的改善」は全体平均点 18.4 ± 2.8 で、得点率は8因子中3番目に高かった。また、職種間に得点の差はなかった。「報告と規則の遵守」は全体平均点 15.2 ± 2.6 で、得点率は8因子中最も高かった。また、職種間に得点の差はなかった。「患者と家族の参画」は全体平均点 9.3 ± 2.1 で、得点率は8因子中2番目に低かった。また、医師の得点が看護師及び他職種より高く、有意差を認めた ($p = 0.003$, $p = 0.015$)。「上司の安全リーダーシップ」は全体平均点 14.6 ± 3.0 で、得点率は8因子中4番目に高かった。また、看護師の得点が医師及び他職種よりも低く、有意差を認めた ($p = 0.021$, $p = 0.009$)。「他職種の安全リーダーシップ」は全体平均点 11.4 ± 3.5 で、得点率は8因子中最も低かった。また、看護師の得点が医師及び他職種より低く、有意差を認めた ($p = 0.000$, $p = 0.000$)。「安全管理委員会のリーダーシップ」は全体平均点 15.1 ± 3.2 で、得点率は8因子中2番目に高かった。また、職種間に得点の差はなかった。「物品と規則の有用性」は全体平均点 13.7 ± 2.5 で、得点率は8因子中4番目に低かった。また、職種間に得点の差はなかった。

2. 医療安全に対する意識

1) 「本調査により医療安全の意識が高まったか」の選択及び自由記載

「意識が高まった」と答えたのは59名 (68%) で、理由として「行動を振り返ることができた」「質問をみて気づきや発見があった」と回答した。「変化無し」は28名 (32%) で、「質問だけでは意識は高まらなかった」「医療安全は当たり前のことを当たり前にするかどうかの問題」「普段から医療安全に対する意識をもっている」と回答した。

2) 「より安全な組織になるための要素」の選択

表3に示したように、14項目のうち、最も回答が多かったのは「自由なコミュニケーション」(64.4%)であった。また、「人員配置」(57.5%)、「規則や手順の継続的改善」(55.2%)、「再発防止に向けたカンファレンスの充実」(55.2%)の3項目が50%以上の回答であった。職種別にみると、医師は、「自由なコミュニケーション」(72.7%)への回答が最も多く、次いで「医療安全教育の充実」(63.6%)、「人員配置」(63.6%)、「患者と家族の参画」(54.5%)の3項目で50%以上の回答がみられた。看護師は、「自由なコミュニケーション」(62.1%)への回答が最も多く、次いで「規則や手順の継続的改善」(59.1%)、「人員配置」(59.1%)「再発防止に向けたカンファ

表3 「より安全な組織になるための要素」A病院の回答割合

(n=87)

選択項目	A病院 (n=87)		医師 (n=11)		看護師 (n=66)		他職種 (n=10)	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
自由なコミュニケーション	56	64.4	8	72.7	41	62.1	7	70.0
規則や手順の継続的改善	48	55.2	4	36.4	39	59.1	5	50.0
報告と規則の遵守	35	40.2	4	36.4	23	34.8	8	80.0
患者と家族の参画	28	32.2	6	54.5	19	28.8	3	30.0
上司の安全リーダーシップ	28	32.2	1	9.1	25	37.9	2	20.0
他職種の安全リーダーシップ	22	25.3	3	27.3	17	25.8	2	20.0
安全管理委員会のリーダーシップ	20	23.0	5	45.5	13	19.7	2	20.0
規則と物品の有用性	20	23.0	0	0.0	18	27.3	2	20.0
医療安全教育の充実	41	47.1	7	63.6	29	43.9	5	50.0
事故報告システムの改善	19	21.8	2	18.2	12	18.2	5	50.0
再発防止に向けたカンファレンスの充実	48	55.2	5	45.5	36	54.5	7	70.0
人員配置	50	57.5	7	63.6	39	59.1	4	40.0
労働時間管理	33	37.9	1	9.1	28	42.4	4	40.0
その他	4	4.4	2	18.2	2	3.0	0	0.0

表4 A病院職員の考える、医療安全や事故報告システムに関する問題点

(n=40)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	医師	看護師	他職種
情報の共有不足 (15)	院内の情報が共有されていない(11)	各部署での事例が閲覧できない(11)	0	8	3
		人が変わると過去の事例が生かされていない(1)	1	0	0
	過去の事例が生かされていない(2)	事故報告は数日間、朝のミーティングで報告すべき(1)	0	1	0
		病院へのクレームが公開されていない(1)	1	0	0
	安全管理委員会の活動ができない(1)	事故報告は受けるが、医療安全委員として、当事者と話をする時間がない(1)	0	1	0
報告しづらい雰囲気 (8)	個人への追求が大きい(4)	誰がどうしたかすぐにわかってしまう(1)	0	1	0
		事故報告後の個人への追求が大きい(3)	0	3	0
	0レベルヒヤリハット件数が少ない(3)	0レベルヒヤリハットの報告を増やすべき(3)	0	3	0
	報告件数が少ない(1)	医師からの報告が少ない(1)	1	0	0
報告システムの未整備 (7)	報告書の作成に手間がかかる(6)	回答困難(不要)な設問がある(3)	1	1	1
		回答項目が多く、時間がかかる(3)	0	1	2
	システムが整備されていない(1)	コスト面のせいで既存のシステムが改善できない(1)	0	1	0
労働環境の不備 (6)	人員不足を感じる(4)	人員不足によって事故を起こしそうになる(2)	0	2	0
		人員不足で気持ちに余裕がない(2)	0	2	0
	業務が煩雑している(2)	業務が煩雑で気持ちに余裕がない(1)	0	1	0
他職種連携不足 (4)	医師の協力が不十分(3)	一部の医師に、医療安全に対する非協力的な態度、行動を感じる(3)	0	3	0
	看護師への追求が大きい(1)	看護師のミスばかり指摘されることが多々ある(1)	0	1	0
安全教育不足 (2)	安全教育が不足している(2)	安全教育が不足している(1)	0	0	1
		安全教育を日々繰り返し行うことが必要(1)	0	1	0
個人の問題 (1)	個人の意識と能力 (1)	個人の意識と能力の問題 (1)	1	0	0

※上記は複数回答である

() 内の数値はコード数を示す

「再発防止に向けたカンファレンスの充実」(54.5%)の3項目で50%以上の回答がみられた。他職種では、「報告と規則の遵守」(80.0%)への回答割合が最も多く、次いで「自由なコミュニケーション」(70.0%)、「再発防

止に向けたカンファレンスの充実」(70.0%)、「規則や手順の継続的改善」(50.0%)、「医療安全教育の充実」(50.0%)、「事故報告システムの改善」(50.0%)の5項目で50%以上の回答がみられた。

3) 「医療安全や報告システムの問題点」の自由記載

40名から43件の回答を得た。カテゴリー分類の結果、表4に示したように、7カテゴリー15サブカテゴリーを抽出した。最も回答が多かったのは、カテゴリー【情報の共有不足】(15件、35%)であった。次いで、【報告しづらい雰囲気】、【報告システムの未整備】、【労働環境の不備】、【他職種連携不足】、【安全教育不足】、【個人の問題】の順であった。

考察

1. 「医療安全風土尺度」を用いた患者安全に影響を及ぼす組織風土の実態

8因子のうち「他職種の安全リーダーシップ」は全体平均点の得点率が最も低かった。これは、看護師の得点が医師及び他職種と比較して最も低く、有意差を認めたことから、看護師の得点が影響したと考えられる。看護職員・薬剤師・医療技術職員用の質問紙では、「他職種の安全リーダーシップ」は医師を対象として質問が構成されていることから、A病院の看護師は医師の安全への関わり不足を感じていると推測された。野中ら(2009)も「他職種(医師)の安全リーダーシップが低値で、看護師は医師による率先した安全に対する関わりが不足していると考えている」と報告している。

「患者と家族の参画」は、医師の得点が看護師や他職種よりも高く、有意差を認めた。これは、医師がインフォームド・コンセントや治療に関して家族と話す機会が多いためと推測された。しかしながら、「患者と家族の参画」における全体平均点の得点率は8因子中2番目に低かった。Matsubara(2008)は、「患者とその家族がケアプロセスに参加し、患者のケアに関する議論に参加すれば、医療上のエラーの発生はさらに減少すると考えられる」と述べている。同様に医師は主の医療行為者として、インフォームド・コンセントを通して患者・家族に参画していると自己評価している。しかし、看護師や他職種としては、患者・家族が納得し、安全な医療が受けられるよう

な関わりが少ないと自己評価していることが明らかになった。

「自由なコミュニケーション」と「上司の安全リーダーシップ」においても、看護師の得点が医師及び他職種より低く、有意を認めた。このことは、大坪ら(2003)が「職種内・間の両方で程度の差こそあれ地位格差によるエラー指摘への抵抗感が存在する」と述べているように、A病院においても看護師は、医師や他職種に比べ権威勾配によるコミュニケーションの難しさを感じている現状が明らかになった。山内(2012)は「権威勾配を小さくして、率直な指摘や意見交換ができる環境をつくる必要がある」と述べている。また、手塚(2013)が「多職種のメンバーとのコミュニケーションは、同じ文化をもち、物事の進め方、価値観などで共通基盤があり、いわば同文化内のコミュニケーションに比べ理解が難しく、誤解や意見の衝突が起こりやすい」と述べていることから、円滑なコミュニケーションはチーム医療を支えるうえで重要である。奥山ら(2014)の「看護師の問題指摘に対する態度測定尺度を用いたコミュニケーションスキルの把握」や、種田ら(2012)が提案する「チームSTEPPS」等、自分自身を客観的に評価するコミュニケーションスキルアップトレーニングをA病院で導入することを検討していきたい。

2. 医療安全に対する意識

1) 調査が医療安全に対する意識に影響を与えたか
回答者の約7割が「意識が高まった」と回答し、「行動を振り返ることができた」「質問をみて気づきや発見があった」と述べているように、本調査が日々の安全行動を振り返る機会となり、医療安全に対する意識を高めることに有効だったと推測された。「変化無し」と回答した職員は、「普段から医療安全に対する意識をもっている」と述べているように、日頃から高い意識を持っていることが明らかになった。

竹村(2011)は、教育介入と組織の安全意識・安全文化について経年的な調査を実施し、施設の医療安全意識について分析している。医療安全に

対する意識の変化においても、経年的調査を行い、結果を現場へフィードバックしていくことが安全風土の醸成に繋がると考える。

2) より安全な組織になるための要素

より安全な組織になるための要素として、「自由なコミュニケーション」への回答割合が最も多く、どの職種でも回答者の5割以上が選択していた。医療安全風土尺度では、「自由なコミュニケーション」に対する評価は看護師のみが低かった。しかし、「より安全な組織になる」という視点では、全職種が自由なコミュニケーションは重要だと考えていた。次いで「人員配置」への回答割合が多かった。自由記載においても「人員不足で気持ちに余裕がない」という回答がみられた。金子ら(2010)は、「入院件数や検査件数が多く、入院や患者移送への対応時間が多い場合にヒヤリハットが起きやすくなる」と述べている。また、河合ら(2009)は「超過勤務が長くなるほどにストレスが高まることが認められた」と述べている。WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版(東京医科大学, 2012)は、「人間の実践能力に影響を与えエラーの素因となる要因は数多く存在するが、最も深刻な影響を及ぼす要因は疲労とストレスの2つである」と述べている。さらに、米国ナースの労働環境と患者安全委員会医学研究所(2004)は、「医療機関は、医療スタッフ・職員の能力の発揮を妨げ、患者の安全を危うくしている問題を解消する対策として次の3つすべてを実践する必要がある。すなわち、患者の安全を守ることのできる適切な人員配置水準の確保」と報告している。A病院は10対1看護配置基準である。限られた人数の中で、安全な行動ができるよう業務の見直しや看護師間の連携や協力が必要である。

3) 医療安全や報告システムの問題点

医療安全や報告システムに対し、回答者の約4割が『院内の情報が共有されていない』『過去の事例が生かされていない』といった【情報の共有不足】について問題と捉えていた。高崎(2012)が「ヒヤリ・ハットの情報を共有し具体的対策立案が出来るようになった事により、レベル1報告の減少に繋がった」と述べている。A病院職員に

おいても、エラーの大きさに関わらず事例や対策を共有し、再発防止や改善に繋げることが重要だと感じていることが明らかになった。

・ 結語

A病院における医療安全に対する認識は、医療安全風土尺度の8因子のうち、「自由なコミュニケーション」「上司の安全リーダーシップ」「他職種の安全リーダーシップ」の3因子において、看護師の得点が医師や他職種よりも低く、有意差を認めた。看護師は、権威勾配によるコミュニケーションの難しさや、医師自身が安全への関わりが少ないと感じていると推測された。より安全な組織になるために必要な要素として、「自由なコミュニケーション」を選択した割合が最も多かったことから、今後は、職種間の連携、コミュニケーションを円滑に行えるような安全教育について検討していきたい。また、医療安全のための報告システムでは、情報の共有不足が問題であることが明白となった。これらのことから、今回の調査は、A病院職員が日々の安全行動を振り返る機会となり、医療安全に対する意識を高めることに有効だったと推測された。今後、経年的調査を行い、結果を現場へフィードバックしていくことが医療安全風土の醸成に繋がると考える。

今回の実態調査は、一施設の分析結果であった。今後、複数施設で調査を行い、職種間、施設間、経験年数における比較を通して医療安全風土醸成に必要な要素を検討していきたい。

引用文献

- 米国ナースの労働環境と患者安全委員会医学研究所(2004)/井部綾子(2006):患者の安全を守る 医療・看護の労働環境の変革, 193-194, 日本評論社, 東京
- 伊藤真奈美, 田中滋己, 山本初実(2011):ヒューマンエラー・マネジメント(HEM)セルフチェックシートを用いた医療安全活動の評価, 日本医療マネジメント学会雑誌, 12(1), 19-24
- ジェームズ・リーズン(1997)/塩見弘(1999):組織事故, 278, 日科技連出版社, 東京
- 影平由美(2014):旭川荘南愛媛病院看護師のヒヤリハット報告に対する認識, 旭川荘研究年報, 45(1),

49-52

- 金子さゆり (2010) : 急性期病棟におけるヒヤリハット発生と看護業務量及び投入マンパワー量の関係, 日本医療マネジメント学会雑誌, 10(4), 570-574
- 河合孔美 (2009) : 看護師の職業性ストレス調査, 日本看護学会論文集 看護管理, 39, 378-380
- 野中雅人, 柴田千恵子 (2009) : 病棟勤務看護師における医療安全風土に関する検討, 日本看護研究学会雑誌, 32(3), 195
- 奥山絢子, 山口悦子, 早川和生 (2014) : 看護師の問題指摘に対する態度測定尺度 (日本語版) の開発, 医療の質・安全学会誌, 9(4), 323-340
- 大坪庸介, 島田康弘, 森永今日子, 他 (2003) : 医療機関における地位格差とコミュニケーションの問題 質問紙調査による検討, 実験社会心理学研究, 43(1), 85-91
- 瀬戸加奈子 (2011) : 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, 11(4), 223-230
- Shinichi Matsubara (2008) : Development of a patient safety climate scale in Japan, International Journal for Quality in Health Care, 20(3), 211-220
- 城川美佳 (2010) : 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用可能性について, 日本医療マネジメント学会雑誌, 11(1), 2-6
- 高崎あけみ, 堀江直子, 相馬京子, 他 (2012) : レベル0の情報共有から安全な与薬を考える, 日本ハンセン病学会雑誌, 81, 103
- 竹村敏彦, 浦松雅史, 濱野強, 他 (2011) : 医療安全意識の変化に関する研究 - 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, 243, 57-66
- 種田憲一郎, 奥村泰之, 相澤祐紀, 他 (2009) : 安全文化を測る 患者安全文化尺度日本語版の作成, 医療の質・安全学会誌, 4(1), 10-24
- 種田憲一郎, 高田幸千子, 鈴木真 (2012) : チーム医療とはなんですか? 何ができるとよいですか? チーム STEPPS : エビデンスに基づいたチームトレーニング, 医療の質・安全学会誌, 7(4), 430-450
- 手塚千鶴子 (2013) : 医療におけるコミュニケーションと看護, 中西睦子, 小池智子, 松浦正子 (編) : 看護サービス管理, 36-41, 医学書院, 東京
- 東京医科大学 医学教育学・医療安全管理学 (2012) : ヒューマンファクターズと患者安全の関係, 東京医科大学 (編) : WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版2011, 113, 東京医科大学, 東京
- 山内桂子, 玉利英子, 松浦知子 (2012) : みんなの医療安全キホンのき (第5回) 他の職種との連携で安全を守ろう!, ナーシング・トゥデイ, 27(5), 94-96

研究誌投稿規定

宮崎大学医学部看護学科教員の研究活動の活性化並びに研究情報の共有化を図り、教育活動へ還元することを目的として、研究誌を刊行する。

1. 投稿資格

投稿資格者は、宮崎大学医学部看護学科の専任教員、また専任教員が含まれる共同研究者、その他、研究誌委員会（以下、委員会）が投稿を依頼または認めた者とする。

2. 原稿の種類及び内容

- 1) 原稿の種類は次の5分類とする。
 - a. 総説：特定のテーマについて、1つまたはそれ以上の学問分野における内外の諸研究を概観し、そのテーマについて、これまでの動向、発展を示し、今後の方向性を示したもの。
 - b. 原著：独創性と知見に新しさがあがり、研究としての意義が認められること。及び、研究目的、方法、結果、考察など論文としての形式が整い、主張が明確に示されているもの。
 - c. 研究報告：内容的に原著には及ばないが、学術的發展に寄与すると判断されることから、研究としての意義があると認められるもの。
 - d. 資料：研究上重要な見解や記録を示しており、資料的価値のあるもの。教育活動報告・看護実践報告などを含む。
 - e. その他：海外研修レポート、主催した地域貢献等の紹介等々、研究誌委員会が認めたもの。
- 2) 上記は、他誌に発表されていないものとする。重複投稿は禁止する。
- 3) 原稿は和文または英文とする。

3. 倫理的配慮

人および動物が対象の研究は、倫理的な配慮について、その旨を本文中に明記すること。

4. 原稿等の提出および受理

- 1) 原稿（図表等を含む）の提出は原本1部と著者名及び所属、謝辞他投稿者を特定できるような事項を外してコピーした査読用原稿2部を委員会に提出すること。
- 2) 投稿原稿の採択が決定したときには、投稿最終原稿と記録したCD・ROMを提出する。なお、原稿を記録したCD・ROMには、著者名、使用機種名、使用ソフト名、保存ファイル名を明記する。
- 3) 原稿等を提出する際には、コピーを手元に保管しておくこと。
- 4) 提出時には別に定めるチェックリストを用いて原稿の点検・確認を行い、原稿に添付する。

5. 査読並びに採択

- 1) 原稿の採否は、査読を経て決定される。
- 2) 原稿の査読は、2名の査読者によって2回まで行うことを原則とするが、原稿の種類を変更した場合はこの限りではない。ただし、「e.その他」は原則として査読は行わない。なお、査読者の名前は公表しない。
- 3) 査読者間の意見に差異が著しい場合は、委員会は、査読者間の調整を行うことができる。

6. 著者校正

原則として、著者による校正は2回までとする。校正の際の加筆・変更は原則として認めない。

7. 原稿執筆要領

- 1) 原稿規定枚数および抄録等の規定頁数は、要旨、図、表、写真等を含め、下記の表に規定する。ただし、投稿者からの申し出により、委員会が認めた場合は規定枚数を超えることができる。

表 原稿の規定枚数ならびに形式

註; は添付するもの, - は添付しなくてよいもの

原稿種類	枚数(字数) 以内 和文の場合	枚数(words) 以内 英文の場合	抄 録		備 考
			和文 (400字程度)	英文 (300words程度)	
総説	8(12,000)	10(3,000)			
原著	10(16,000)	13(4,000)			
研究報告	8(12,000)	10(3,000)			抄録は和英どちらかの一方
資料	7(10,000)	8(2,500)		-	抄録は本文が英文の場合は英文で可
その他	7(10,000)	8(2,500)	-	-	ランニングタイトルは記載自由

2) 原稿の形式

- a. 原稿は、A4判の用紙を用いて、左右余白25mm、上下余白25mmをとり、ワープロで作成する。
- b. 和文原稿は40字×40行(1,600字)とし、文字のフォントは明朝、サイズは10.5ポイントとする。英文原稿では、文字のフォントはTimes New Roman、サイズは11ポイントとし、1枚当たり30行(300~360 words)とし、適切な行間をあける。
- c. 図表等は、1点につき400字に数える。
- d. 原稿には、頁番号を付与する。
- e. 表紙には、表題・著者名・所属(講座まで)・キーワード(5語以内)を日本語および英語(小文字)で記載する。また、ランニングタイトルと原稿の種類および図・表・写真の数を記す。ランニングタイトルは、25文字程度とする。

3) 本文

- a. 原則として、. 緒言(はじめに)、. 方法、. 結果、. 考察、. 結語(おわりに)の順とする。
- b. 漢字は必要ある場合を除き当用漢字を用い、仮名は現代仮づかい、送り仮名を用い、楷書で記述する。
- c. 英数字は半角とし、数字は算用数字、度量衡の単位はm, cm, g, mg, ml, 等を用いる。
- d. 字体をイタリックにするところはその下に線を引くこと。
- e. 外国人名、地名および適当な訳語のない外国語は原語もしくは片仮名で記載すること。

4) 図、表、写真

- a. 図・表・写真はそのまま印刷できる明瞭なものとする。
- b. 表の罫線は横線のみとする。
- c. 図・表・写真は余白に図1, 表1, 写真1等の番号とタイトルおよび著者名をつけ、図・表・写真の縮小率を一括して明記したものを本文とは別に添付すること。
- d. 図・表・写真の挿入については、本文中の欄外余白に挿入場所を赤字で指定する。

5) 文献

- a. 本文中に著者名、発行年を括弧表示する。
- b. 文献は著者名のアルファベット順に列記する。
- c. 文献の記載は、下記の記載形式にしたがうこととする。
- d. 著者名は3名を超える場合は3名を記載し、それ以上は「他」と省略する。

【雑誌】著者名(西暦発行年):論文表題,雑誌名,巻(号),始頁 終頁

山田太郎,看護花子,宮崎ひむか,他(2002):社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴,南九州看護研究誌,1(1),32-38

Yamada,T., kango H., Miyazaki H. et al (2002): Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, The South Kyusyu Journal of Nursing, 1(1), 32-38

【単行本】

- 著者名(西暦発行年):書名,始頁 終頁,出版社名,発行地
研究太郎(1995):看護基礎科学入門,23-52,研究会出版,東京
- 著者名(西暦発行年):表題,編集者名(編),書名,始頁 終頁,出版社名,発行地
研究花子(1998):不眠の看護,日本太郎,看護花子(編):臨床看護学,123-146,研究会出版,東京
Kimura, H. (1996): An approach to the study of pressure sore, In: Suzuki, H. et al. (Eds): Clinical Nursing Intervention, 236-265, Nihon Academic Press, New York

【翻訳本】著者名（原書西暦発行年）／訳者名（訳本西暦発行年）：書名，頁，出版社名，発行地
Fawcett, J. (1993) / 太田喜久子，筒井真優美 (2001)：看護理論の分析と評価，169，廣川書店，東京

8. 著作権

著作権は研究誌委員会に帰属する。ただし，本誌に掲載された著作の著者が掲載著作を利用する限りにおいては研究誌委員会の許可を必要としないものとする。

9. 著者負担費用

別刷及び図・表・写真の作成に要する経費については，著者負担とする。

附則

この規定の改正は，2003年9月17日から施行する。
この規定の改正は，2004年8月19日から施行する。
この規定の改正は，2005年6月20日から施行する。
この規定の改正は，2006年5月16日から施行する。
この規定の改正は，2008年6月24日から施行する。
この規程の改正は，2012年7月17日から施行する。
この規程の改正は，2014年11月18日から施行する。
この規程の改正は，2015年6月16日から施行する。

編集後記

南九州看護研究誌第14巻を発刊する運びとなりました。投稿していただいた皆様と査読して下さった皆様に深く感謝申し上げます。

平成27年度で宮崎大学大学院看護学研究科が完成年度を迎えます。看護学研究科で修了された方が本誌に投稿していただく日も近いのではないかと期待を膨らませています。

また、今年度は新たな取り組みにチャレンジしました。「南九州看護研究誌」がオンラインジャーナル (ISSN-L) になり、看護学科のホームページ上でも閲覧が可能になりました。第1巻からダウンロードしていただくことができます。本誌の閲覧も投稿も皆様にご愛顧いただける研究誌としてますます充実させていきたいと考えております。今後とも皆様のご協力をお願いいたします。

研究誌委員

委員長 金子 政 時
青石 恵 子
竹山 ゆみ子

南九州看護研究誌 第14巻 第1号

平成 28 年 2 月 25 日発行

発行所 宮崎大学医学部看護学科
〒889-1692 宮崎市清武町木原5200番地

印刷所 (株)印刷センタークロダ
〒880-0022 宮崎市大橋2丁目175番地

The South Kyusyu Journal of Nursing

Vol. 14, No. 1, 2016

【Research Report】

Investigation of Stress Coping Behavior and Assuring
Behavior in Individual Characteristic of NursesSayoko Nakamura.....1
Yuko Shiraishi

Situation of Consultations for Emergency ContraceptionTsuyako Nagase.....11
in A Prefecture Kiyoko Mizuhata
Keiko Hyodo

【Material】

Survey on Patient Safety Awareness ofTakahiro Miyoshi 19
National Hospital Staff Yukiko Kai