

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