

精神医療の場における事故対応の実態と 日常安全配慮・職場環境との関連

The Relation Between Prevention of Medical Accidents and Daily Safety care, Worke's situation in Psychiatric Hospital

土屋八千代^{*1}・山田美由紀^{*1}・内田 倫子^{*1}

Yachiyo Tsuchiya^{*1}・Miyuki Yamada^{*1}・Rinko Uchida^{*1}

Abstract

The purpose of this study was to see actual Prevention Medical Accidents for Mental Disorders in the hospital, and the relation between Prevention Medical Accidents and Daily Safety care, Worke's situation.

The sample analysis was done with 6,233 psychiatric nurses who worked at a hospital word in the whole country more than one hundred bed.

The results were as follows :

All Prevention of Medical Accidents scores more than point 4 except <conference for analysis of an accidents case>. Most high scores were check on job, and submit a report about an accident.

Prevention of Medical Accidents scores were significant as for senior, woman than man, higher position, and with more experiencing of nursing, care poinnts increased.

Daily Safety care scores more than point 4 were 8 items, the others not more than point 4.

Worke's situation scores ruled low in comparison with Prevention of Medical Accidents scores

Prevention of Medical Accidents and Daily Safety care, Worke's situation were relative.

Especially conference, cope for side effect, education about safety management, be given a opportunity for traning, and human support.

These findings discuss that it is important to Safety care for Mental disorders at the ward.

キーワード : 精神科看護, 精神障害者, 事故防止, 安全配慮, 職場環境

psychiatric nursing, mental disorder, prevention of medical accidents, daily safety care, worke's situation

I. 緒言

医療現場における安全対策が社会的に注目されるようになったのは、1999年の横浜市立大学での患者取り違え事件からである。その後2001年に厚生労働省が国立病院などの事事故事例を収集し、その分析結果を医療機関に提供する「医療安全対策

ネットワーク事業」を開始し、翌年には医療法施行規則が一部改正され、全ての病院・有床診療所に安全管理体制の整備が義務づけられた。2004年には国立病院や大学附属病院等は医療事故報告が義務づけられ、現在は560の登録された医療機関から日本医療機能評価機構の医療事故防止

*1 宮崎大学医学部看護学科 成人・老年看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

センターに事故が報告されている。同センターの報告¹⁾を見ると、事故発生の原因・誘因となっているものはケアレスミスに起因する 경우가多く、有資格者としての倫理観や責任の低さと専門職としての資質・能力の未熟さが指摘される。但し、医療過誤判例の分析では、過失を問われる注意義務はケアレスミスから高度なアセスメント能力を要するものまでの格差があり、注意義務の水準やその範囲は多様で明確な指針は示されていない²⁾。この看護職個々の要因に加えて事故は組織体制の相乗効果で発生する³⁾。医療過誤訴訟は増加しているが⁴⁾、裁判において論点となるのは医療従事者の過失（結果予見義務違反・結果回避義務違反）があったか否かの注意義務と、その行為と結果（患者の損害）との間に因果関係があるか否かである。危険性の予測は専門的な知識を基盤とした的確な観察とアセスメントによってなされるものであり、危険予測ができなければその後続く危険回避はできない。川島⁵⁾は「適切なアセスメントをすることで、転倒・転落を予測し、未然に防ぐことができる」と述べているが、これは高齢者の転倒・転落に限ったことではない。事故を未然に防ぐためには、どのような事態で事故は起こるのか現状査定と将来の予測をもって日々実践すること、更に当事者である患者自身のセルフケアを促進する関わりが重要となる。しかし、精神障害者などは自傷他害の危険性を有し予測しがたい行動を起こす可能性が高い一方で、病態の特殊性からくる行為の責任能力の脆弱さがあり、その分医療者の監督責任義務が強く求められることを判例が示している^{2), 6)}。

以上の背景を踏まえて、実際の医療現場でどのような安全配慮行動が実践されているのかを検討するために、病態の特殊性ゆえに安全の責務が強化される精神医療の場を対象に考える。精神医療の現場では過去の反省と評価から、治療は開放化の方向にある²⁾が、事故に対する対策の遅れも指摘されている⁷⁾。著者らは精神障害者に関する判例の分析から、精神医療は開放化の傾向にありその判断は医師の裁量権が重視されること、看護職には開放化治療に伴う安全配慮義務が要求される

ことを明らかにした²⁾。また、これらの判例分析から抽出された注意義務項目を軸に、精神科看護の実践者を含めて検討した調査表で某県の全数調査を行い、看護職の安全配慮行動の特徴を明らかにした⁸⁾。これらの結果が精神医療の現場での一般的な特徴か、或いは一県の地域特性か、更には精神医療の現場における事故防止に必要な観察項目やアセスメント能力を究明したいと考えた。そこで判例分析の結果抽出された注意義務に関する項目を、精神医療現場での実際の業務と対比させて項目を設定し、実践の行動レベルで調査表を作成し入院中の精神障害者の事故防止に関する全国調査を実施することにした。精神医療の分野でもリスクマネジメントや安全管理に関する特集が生まれ、その中で事故やヒヤリハット事例の分析から事故防止や業務改善を行った報告は多い。中でも、事故の振り返り評価での看護計画立案⁹⁾や、危険因子に基づいたアセスメントで転倒・転落を予防¹⁰⁾、看護判断も倫理的配慮も安全が優先されること^{11), 12)}、安全な治療環境の整備^{13), 14)}、患者の安全は患者自身が守れるような信頼関係の樹立やシステム作りの必要性¹⁵⁾⁻¹⁸⁾など日常的な安全配慮行動や環境整備が事故防止につながることを示される。

そこで、今回は全国調査の中から、事故発生前・発生時・発生後の看護職の対応の実態と、日常的な安全配慮及び職場環境との関係を明らかにすることを目的とした。

II. 方法

1. 対象者：100床以上の精神病院の病棟勤務中の看護職者を抽出するにあたり、「全国医療機関一覧2004年版」¹⁹⁾より、北海道から沖縄までの人口を基盤として該当施設数を概算した。施設選択に当たっては、複数単位の病棟を有することと調査対象者数確保のために100床以上を対象とした。層化無作為抽出標本抽出法（100～299床と300床以上の施設に分けて）で抽出した100～299床327施設と300床以上193施設に、研究の趣旨を記した調査依頼書、調査表、往復はがきを郵送し研究協力と協力者数を打診した。参加協力のあった施設

は194施設，対象者数7,374名である。対象者選択の基準として，研究趣旨の説明後に賛同の得られた病棟勤務の看護職で，可能な限り性別・年齢・職位（スタッフ，主任・副師長，師長），所属（24時間開放，時間開放，完全閉鎖等の病棟の構造上の区分）を均等に選出してほしい旨を明記し，選出は看護部長に一任した。

2. データ収集と分析方法

1) 調査項目：(1) 属性：年齢，性別，職種，経験年数（免許取得後の経験年数と精神科での経験年数），所属，職位。(2) 安全配慮はベナーの技能習熟のステージ²⁰⁾に沿って有資格者項目（初心者・新人レベル）と専門職項目（一人前・中堅・達人レベル）を設定した。事故対応は事故発生前・発生時・後に区分し有資格者8項目，専門職8項目の計16項目（表1参照），及び日常的な安全配慮として13項目設定（表4）し，最近3ヶ月くらいの期間における実施状況について5段階で回答を求めた。実施度の目安は，いつもしている：5点（おおよそ10回のうち全部～8回実施）～していない：1点（殆どしていない）の5段階評定として得点化した。職場環境は12項目設定（表5），その充足度を5段階評定とし得点化した。(3) 分析は①記述統計，②事故対応と属性，③日常的な安全配慮，職場環境と事故対応との関連。④統計処理は5%有意水準で，尺度得点の比較はノンパラメトリックな検定（2群の場合はMann-

WhitneyのU検定，3群以上の場合はKruskal-Wallis検定），及び順位相関係数による無相関の検定を行った（統計ソフト：HALBAU7）。

3. 倫理的配慮：研究の趣旨と調査表の見本及び以下の①～⑦の内容の文書を郵送し，研究参加の承諾後に各施設に必要部数の調査表と個別封筒を郵送，調査表の返送をもって同意の意思と解釈した。①本調査は科学研究費補助金（基盤研究C）の支援のもとに行われること。②結果は統計的に処理され，施設や個人が特定されることはないこと。③研究の目的以外に使用しないこと。④研究終了時にデータは破棄されること。⑤各施設での研究協力者の選出は看護職者の自由意思で行われること。⑥調査結果を希望する場合は，参加協力の返信時に施設名と住所を明記してほしいこと。⑦調査結果は報告書及び論文として公表されること。

III. 結果

回収施設数は100～299床112施設，300床以上80施設の合計192施設（回収率99%）で，これらより返却された6,505部（回収率88.2%）から，記載漏れや安易な回答と思われるものを除外した6,233部（有効回収率95.8%）を解析対象とした。

1. 属性

女性4,652名（74.9%），男性1,555名（25.1%），年齢は図1に示したように40歳代が1,915名

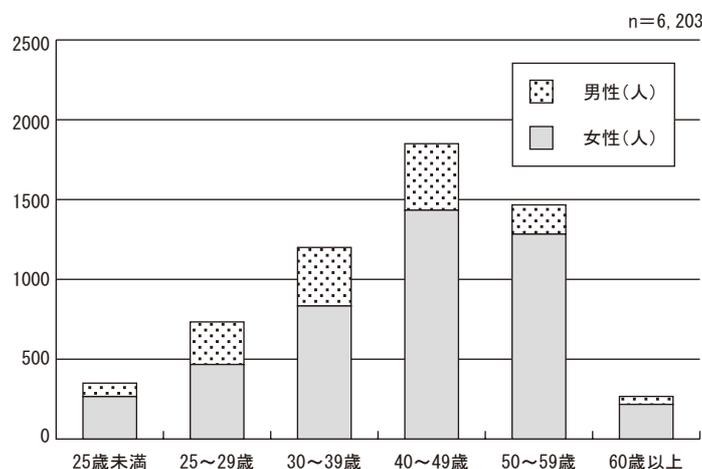


図1 対象者の年齢，性別構成

(30.7%)で最多であった。職種では看護師3,954名(63.4%)、准看護師2,279名(36.6%)、職位ではスタッフ4,596名(74.6%)、主任・副師長951名(15.4%)、病棟師長611名(9.9%)であった。所属は開放病棟742名(12.2%)、部分開放病棟1,704名(28%)、閉鎖病棟3,610名(59.3%)であり、その他個別対応の回答が36名(0.5%)であった。施設の規模は100~299床が3,253名(52.2%)、300床以上は2,980名(47.8%)であった。

2. 事故発生前・発生時・発生後の対応行動

1) 尺度の信頼性と妥当性：事故対応尺度構成の信頼性を検証するためにクロンバッハの α 信頼性係数を求めた。結果は α 信頼性係数は0.922であり、各項目と尺度得点との単相関係数も全て0.9以上を示し寄与率は48.2%であった。日常的な安全配慮の α 信頼性係数は0.84、職場環境は0.90であった。また、妥当性を検討するために因子分析を行った結果、主成分が1個で因子の寄与率が48.2%であることが確認できた。

2) 全体の傾向：全体総計は68.3(±9.8)点であり、各項目毎に見ると、最高値を示したのは事故発生後の<事故に関する報告書の提出(以下、事故報告書)>と事故発生前の<業務は常に確認

しながら実施(以下、業務常時確認)>が4.6点台で、共に有資格者該当項目であった。最低は事故発生後の<事故を教材としてのカンファレンスの開催(以下、事故教材カンファレンス)>の3.9点で、専門職該当項目であった(表1)。

2) 属性との関係：年齢が高くなるほど得点有意に高くなり($p<0.001$)、40~49歳で平均値を超えた。各項目別にみると全項目で有意な差が認められ、60歳以上で<事故報告書>以外の項目全てが高い一方、4点未満が25歳未満では6項目、25~29歳と30~39歳では2項目あり、これらの共通項目は<緊急時の応援体制の事前確認(以下、応援体制)>と<事故教材カンファレンス>であった(表2)。

性別は女性の方が有意に高く($p<0.05$)、各項目別では事故発生前で6項目、事故発生後で3項目で女性の方が有意に高く($p<0.05\sim0.001$)、事故発生時では男性が高い傾向を示したが有意な差はなかった。職種別では看護師と准看護師に有意な差はなかったが、各項目別では事故発生前4項目、事故発生時1項目、事故発生後2項目に有意な差があった($p<0.05\sim0.001$)。職位別では職位が高くなるほど有意に高く($p<0.001$)、各項目別では事故発生前の<業務常時確認>以外

表1 事故対応行動の得点

		n=6,219	
		項目	平均値±標準偏差
事故発生前	○	1 業務は常に確認しながら実施	4.6±0.6
	○	2 緊急時の応援体制の事前確認	4.1±1.0
	○	3 患者同士の人間関係への配慮	4.2±0.7
	○	4 危険となる場所・箇所の把握	4.3±0.7
	●	5 疾患特有の危険徴候のキャッチ	4.2±0.7
	●	6 危険徴候患者の医師への連絡と指示受け	4.4±0.8
	●	7 事故回避のための患者への対応	4.3±0.7
事故発生時	○	8 事故発生時の正式ルートでの院内報告	4.5±0.8
	●	9 事故発生時の家族・外部関係部署等への迅速な報告	4.2±1.1
	○	10 事故発生時、他患者への配慮(2次の事故・連鎖予防)	4.3±0.9
	○	11 単独で対処困難な場合の応援要請	4.5±0.8
	●	12 事故発生時、患者に応じた対応	4.5±0.7
事故発生後	○	13 事故に関する報告書の提出	4.6±0.8
	●	14 事故に対する患者自身の受け止め方への配慮	4.2±0.8
	●	15 事故を教材としてのカンファレンスの開催	3.9±1.1
	●	16 事故の客観的分析を看護記録に記載・保存	4.2±1.1
		総計	68.3±9.8

表2 事故対応行動の年齢比較

n=6,211

項目	25歳未満 (n=367)	25~29歳 (n=752)	30~39歳 (n=1416)	40~49歳 (n=1911)	50~59歳 (n=1511)	60歳以上 (n=254)	
事故発生前	○ 1 業務常時確認	4.55±0.58	4.60±0.55	4.56±0.59	4.61±0.57	4.67±0.54	4.77±0.50**
	○ 2 応援体制の事前確認	3.68±1.09	3.92±0.98	3.97±0.97	4.10±0.93	4.22±0.88	4.33±0.86**
	○ 3 患者の人間関係調整	4.06±0.78	4.15±0.74	4.14±0.73	4.25±0.97	4.33±0.68	4.41±0.68**
	○ 4 危険箇所の把握	4.10±0.84	4.22±0.80	4.24±0.75	4.34±0.73	4.46±0.68	4.54±0.61**
	● 5 疾患特有の危険徴候	3.84±0.87	4.11±0.76	4.17±0.73	4.26±0.73	4.35±0.69	4.49±0.64**
	● 6 危険徴候患者の指示受け	4.11±0.96	4.36±0.79	4.33±0.81	4.43±0.78	4.49±0.79	4.59±0.77**
	● 7 事故回避患者対応	4.13±0.73	4.33±0.73	4.27±0.69	4.32±0.72	4.42±0.68	4.52±0.67**
事故発生時	○ 8 報告ルート	4.05±1.03	4.31±0.89	4.42±0.82	4.49±0.82	4.56±0.80	4.65±0.73**
	● 9 家族・関係部署への報告	3.77±1.24	4.05±1.10	4.16±1.03	4.26±1.04	4.35±1.01	4.47±1.00**
	○ 10 他患者配慮	3.91±1.05	4.21±0.88	4.27±0.82	4.31±0.86	4.43±0.80	4.54±0.77**
	○ 11 応援要請	4.33±0.90	4.51±0.83	4.52±0.73	4.48±0.83	4.51±0.81	4.56±0.81**
	● 12 患者に応じた対応	4.25±0.80	4.47±0.72	4.51±0.66	4.49±0.73	4.57±0.69	4.58±0.73**
事故発生後	○ 13 事故報告書	4.53±0.85	4.61±0.76	4.62±0.69	4.61±0.79	4.69±0.71	4.66±0.81
	● 14 患者の受け止めの配慮	3.96±0.97	4.14±0.84	4.16±0.82	4.22±0.84	4.34±0.76	4.40±0.82**
	● 15 事故教材カンファレンス	3.58±1.28	3.67±1.25	3.83±1.17	4.01±1.08	4.10±1.03	4.16±1.05**
	● 16 客観的分析と記録	4.24±1.05	4.23±1.06	4.22±1.03	4.19±1.09	4.27±1.03	4.42±1.00**
総計	64.6±9.9	67.4±9.2	67.9±9.5	68.6±9.8	69.5±9.9	70.5±10.0**	

○有資格者項目 ●専門職項目

significant at *p<0.05, **p<0.01

注：Kruskal-Wallis検定による対比較はBonferroniの検定基準(5%水準<0.0033, 1%水準<0.00067)を採用した。

表3 事故対応行動と性別・職種・職位別比較

項目	性別 (n=6,190)		職種 (n=6,215)		職位 (n=6,140)			
	女性 (n=4,637)	男性 (n=1,553)	看護師 (n=3,946)	准看護師 (n=2,269)	スタッフ (n=4,584)	主任・副師長 (n=946)	病棟(師)長 (n=610)	
事故発生前	○ 1 業務常時確認	4.65±0.54***	4.51±0.62	4.60±0.57	4.63±0.66*	4.62±0.56	4.61±0.54	4.57±0.63
	○ 2 応援体制の事前確認	4.10±0.94***	3.96±0.98	4.03±0.95	4.11±0.94**	4.02±0.98	4.13±0.87	4.31±0.79**
	○ 3 患者の人間関係調整	4.25±0.70***	4.15±0.75	4.23±0.71	4.22±0.72	4.19±0.73**	4.29±0.66	4.41±0.61
	○ 4 危険箇所の把握	4.34±0.73*	4.28±0.77	4.30±0.75	4.36±0.73**	4.29±0.77	4.37±0.68	4.52±0.62**
	● 5 疾患特有の危険徴候	4.24±0.73**	4.17±0.76	4.23±0.74	4.22±0.74	4.18±0.76**	4.33±0.67	4.39±0.67
	● 6 危険徴候患者の指示受け	4.42±0.81*	4.36±0.78	4.43±0.76**	4.36±0.87	4.36±0.85**	4.53±0.62	4.50±0.70
	● 7 事故回避患者対応	4.33±0.71	4.30±0.71	4.33±0.70	4.12±0.73	4.31±0.72**	4.39±0.64	4.39±0.69
事故発生時	○ 8 報告ルート	4.46±0.86	4.44±0.80	4.48±0.81***	4.40±0.90	4.38±0.90	4.58±0.70	4.75±0.49**
	● 9 家族・関係部署への報告	4.20±1.09	4.24±0.95	4.23±1.03*	4.18±1.10	4.12±1.13	4.40±0.85	4.61±0.62**
	○ 10 他患者配慮	4.29±0.87	4.31±0.82	4.30±0.84	4.31±0.89	4.25±0.90	4.39±0.73	4.52±0.66**
	○ 11 応援要請	4.49±0.82	4.51±0.75	4.51±0.78	4.47±0.84	4.47±0.85	4.54±0.71	4.61±0.62**
	● 12 患者に応じた対応	4.50±0.73	4.60±0.64	4.51±0.68	4.48±0.76	4.47±0.74**	4.58±0.61	4.62±0.56
事故発生後	○ 13 事故報告書	4.64±0.76*	4.59±0.71	4.65±0.71**	4.59±0.81	4.60±0.79**	4.68±0.64	4.77±0.53
	● 14 患者の受け止めの配慮	4.23±0.83*	4.17±0.83	4.20±0.83	4.24±0.84	4.18±0.86**	4.29±0.76	4.32±0.73
	● 15 事故教材カンファレンス	3.97±1.12***	3.83±1.16	3.94±1.12	3.91±1.16	3.86±1.19**	4.05±0.99	4.27±0.84
	● 16 客観的分析と記録	4.25±1.06	4.19±1.04	4.19±1.08	4.31±1.00***	4.27±1.03	4.22±1.06	4.00±1.19**
総計	68.41±9.99*	68.17±9.05	68.49±9.41	68.08±10.35	67.64±10.25**	69.88±8.15	71.18±7.18	

○有資格者項目 ●専門職項目

significant at *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

注：性別と職種はMann-WhitneyのU検定を、職位はKruskal-Wallis検定を行い対比較はBonferroniの検定基準(5%<0.167, 1%<0.003)を採用した。

の項目で有意な差が認められた (p<0.001)。有意差があった項目では事故発生前の<危険徴候患者の医師への連絡と指示受け(以下, 指示受け)>で主任・副師長が、事故発生後の<事故の客観的分析を看護記録に記載・保存(以下, 客観的分

析)>でスタッフが高かったが、それ以外の項目において師長が有意に高かった(表3)。

所属別で有意に高かったのは、閉鎖病棟で<危険となる場所・箇所の把握(以下, 危険箇所把握)>(p<0.001)、開放病棟で<家族・外部の関係部署

等への迅速な報告（外部関係者への報告）> ($p < 0.05$), 部分開放病棟で<事故に対する患者自身の受け止め方への配慮（以下、配慮）> ($p < 0.05$) と<事故教材カンファレンス> ($p < 0.001$) であった。経験年数では、看護経験年数及び精神科経験年数とも年数を増す毎に得点は高かった ($p < 0.001$)。看護経験においては総計の68点と並ぶのは10年以上の者、精神科経験においては5年以上であった。全項目で3年未満のもの得点が最低値であった。

3. 日常的な安全配慮行動・職場環境

以下、『 』は各項目を示す。日常的な安全配慮行動（以下、日常配慮）についての最高は、『薬物の確実投与』の4.7（±0.7）点であり、最低は『看護計画の立案（以下、計画立案）』、『看護実践の評価と記録（以下、実践評価）』、『カンファレンスの開催（以下、カンファレンス）』が4点未満であり標準偏差が大きかった（表4）。これら最低値の3項目は年齢が高くなるほど有意に高く ($p < 0.001$)、職種別では『計画立案』と『実践評価』は准看護師が、『カンファレンス』は

表4 日常的な安全配慮行動の得点

		n=6,239
項 目		平均値±標準偏差
○	1 個々の患者の看護記録の記載	4.3±0.9
○	2 個々の患者の看護の報告	4.4±0.8
○	3 個々の患者の日常生活の観察	4.5±0.7
○	4 患者の訴えの傾聴	4.4±0.6
○	5 必要な患者情報共有化	4.4±0.7
○	6 薬物の確実な投与	4.7±0.7
○	7 病棟内の整理整頓	3.8±0.9
●	8 職場の人間関係の調整	3.8±1.1
●	9 薬物の副作用出現時の対処	4.1±1.0
●	10 日頃の患者の変化の観察と記録	4.4±0.8
●	11 看護計画の立案	3.5±1.1
●	12 看護実践を評価し記録に残すこと	3.5±1.1
●	13 カンファレンスの開催	3.5±1.2
総 計		53.2±7.1

○有資格者項目 ●専門職項目

表5 職場環境の得点

		n=6,220
項 目		平均値±標準偏差
患者 体制	1 患者が定期検査を受ける体制	4.4±0.8
	2 集団感染に関する患者の検診体制	4.1±1.0
	3 保護室の環境（換気、冷暖房、トイレ）の整備	4.0±1.1
総 計		12.1±2.4
看護 体制	1 看護研修等の適宜開催の体制	4.2±0.9
	2 看護者が相談できる場や人の存在	3.5±1.1
	3 行動制限に関する看護マニュアルの存在	4.2±0.9
	4 行動制限に関する研修会の受講の機会	3.7±1.1
	5 患者の異動に看護職の意見が反映	3.6±1.0
	6 病棟外活動に必要な職員数の配置	3.6±1.1
	7 事故防止についての手順マニュアルの存在	4.2±0.9
	8 事故発生時の連絡・報告ルート of 整備・確立	4.4±0.8
	9 安全（事故）対策委員会等の設置	4.6±0.7
	10 発生した事故の院内での公表	4.2±1.0
	11 安全管理に関する教育の場（研修会等）	4.0±1.0
	12 事故発生に関わった看護者へのサポート（人・場）	3.5±1.2
総 計		47.2±8.4

表6 日常配慮行動・職場環境と事故対応行動の関係

	日常的安全配慮			職場環境			
	低群 (n=2,251)	平均群 (n=2,412)	高群 (n=1,519)	低群 (n=2,867)	平均群 (n=1,755)	高群 (n=1,557)	
事故発生前	○ 1 業務常時確認	4.4±0.7	4.7±0.5	4.9±0.4**	4.5±0.6	4.7±0.5	4.8±0.4**
	○ 2 応援体制の事前確認	3.7±1.0	4.1±0.9	4.5±0.7**	3.8±1.0	4.2±0.8	4.4±0.8**
	○ 3 患者の人間関係調整	3.9±0.8	4.3±0.6	4.6±0.5**	4.0±0.7	4.3±0.7	4.5±0.6**
	○ 4 危険箇所の把握	4.0±0.8	4.4±0.7	4.7±0.5**	4.1±0.8	4.4±0.7	4.7±0.6**
	● 5 疾患特有の危険徴候	3.9±0.8	4.3±0.6	4.6±0.5**	4.0±0.8	4.3±0.7	4.6±0.6**
	● 6 危険徴候患者の指示受け	4.1±0.9	4.5±0.7	4.7±0.6**	4.2±0.9	4.5±0.7	4.7±0.7**
	● 7 事故回避患者対応	4.0±0.8	4.4±0.6	4.7±0.5**	4.1±0.7	4.4±0.6	4.6±0.6**
事故発生時	○ 8 報告ルート	4.2±1.0	4.5±0.7	4.7±0.6**	4.3±0.9	4.5±0.8	4.7±0.7**
	● 9 家族・関係部署への報告	3.9±1.2	4.3±1.0	4.6±0.8**	4.0±1.1	4.3±1.0	4.5±0.9**
	○ 10 他患者配慮	4.0±1.0	4.4±0.7	4.7±0.6**	4.1±0.9	4.4±0.8	4.6±0.7**
	○ 11 応援要請	4.2±0.9	4.6±0.7	4.8±0.6**	4.3±0.9	4.5±0.7	4.7±0.6**
	● 12 患者に応じた対応	4.2±0.8	4.6±0.6	4.8±0.5**	4.3±0.8	4.6±0.6	4.7±0.6**
事故発生後	○ 13 事故報告書	4.4±0.9	4.7±0.6	4.8±0.6**	4.5±0.8	4.7±0.7	4.8±0.6**
	● 14 患者の受け止めの配慮	3.9±0.9	4.3±0.7	4.6±0.6**	4.0±0.9	4.3±0.7	4.5±0.7**
	● 15 事故教材カンファレンス	3.5±1.2	4.0±1.0	4.5±0.8**	3.5±1.2	4.1±1.0	4.4±0.9**
	● 16 客観的分析と記録	3.8±1.2	4.4±0.9	4.6±0.8**	4.0±1.2	4.3±0.9	4.6±0.9**
総計	63.3±10.4	69.5±8.1	74.1±7.2**	64.6±10.1	69.7±8.1	73.3±7.9**	

significant at *p<0.05, **p<0.01

注：日常配慮行動・職場環境は平均値±1標準偏差を基準に集団数を考慮して3群とした。日常配慮行動は51点以下（低群）、52～58点（平均群）、59点以上（高群）とした。職場環境は、47点以下（低群）、48～53点（平均群）、54点以上（高群）とした。Kruskal-Wallis検定による対比較はBonferroniの検定基準（5%水準<0.0167, 1%水準<0.0033）を採用した。

看護師が高く（ $p<0.01$ ）、職位別では『計画立案』と『実践評価』はスタッフ、『カンファレンス』は師長が高かった（ $p<0.001$ ）。職場環境については概ね4点台を示したが、『相談できる人と場（以下、相談）』、『研修会受講機会（以下、受講機会）』、『患者異動決定への参加（異動決定）』、『必要職員数の配置（以下、職員数）』、『安全管理教育』、『事故発生に関わった看護者へのサポート（人・場）（以下、サポート）』の6項目が3点台であった。『異動決定』は職位と精神科経験年数が多いほど高く、『職員数』は25～29歳と経験5～10年未満が低く、開放病棟が高かった。『受講機会』と『安全管理教育』は准看護師、職位が高いほど高く、25～29歳と3～10年未満で低かった。『相談』は25歳未満と60歳以上で高く、『サポート』は50歳以上で高かった（ $p<0.01\sim0.001$ ）。職位では『相談』には差はなく、『サポート』のみ師長が高かった（ $p<0.05$ ）。

4. 日常配慮、職場環境と事故対応との関係

日常配慮及び職場環境の各総計を平均値±1標準偏差で3区分し、事故対応との関連を検討した。

次に各項目で最低値を示した項目について、5～4点、3点、2～1点の3段階に区分して、それぞれの事故対応得点を比較した。日常配慮得点の高い者が事故対応の全ての項目において有意に高く、標準偏差も小さかった（ $p<0.001$ ）。低値の3項目『計画立案』『実践評価』『カンファレンス』の実施度が高いほど事故対応も有意に高かった（ $p<0.001$ ）。職場環境との関係では、職場環境の充足度が高い者は事故対応も有意に高かった（ $p<0.001$ ）。低値の6項目『相談』『受講機会』『異動決定』『職員数』『安全管理教育』『サポート』と事故対応の関係についても同様の傾向が示された（ $p<0.001$ ）（表6）。日常配慮及び職場環境と事故対応への関連性の度合いを確認するために相関係数を求めた結果、相関係数0.4以上であったのは、日常配慮の『カンファレンス』と事故対応の＜事故教材カンファレンス＞、同様に『薬物の副作用出現時の対応（以下、副作用）』と＜疾患特有の危険徴候のキャッチ＞、＜事故回避のための患者対応（以下、事故回避）＞であった。係数が0.3以上の項目の多くも＜事故回避＞と関連していた（表7）。

表7 事故対応行動と日常的な安全配慮行動、職場環境（看護職体制）との相関関係

	事故対応行動																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
日常的な安全配慮行動	1 看護記録																
	2 看護報告	0.24		0.21	0.21	0.25	0.24	0.27				0.21		0.20		0.22	
	3 日常生活観察	0.27		0.26	0.23	0.28	0.23	0.30				0.22		0.23			
	4 訴えの傾聴	0.26		0.30	0.26	0.30	0.24	0.32	0.20		0.23	0.24		0.28			
	5 情報共有	0.27	0.23	0.32	0.31	0.33	0.29	0.33	0.24	0.20	0.25	0.25	0.28	0.29	0.25	0.21	
	6 薬物確実投与																
	7 病棟内整理整頓	0.23	0.25	0.29	0.30	0.28		0.27			0.22				0.25	0.21	
	8 職場人間関係		0.27	0.29	0.28	0.26	0.21	0.25		0.25	0.24				0.26	0.26	
	9 副作用への対処	0.26	0.29	0.32	0.32	0.40	0.38	0.40	0.31	0.31	0.34	0.32	0.34	0.25	0.33	0.28	0.25
	10 変化の観察・記録	0.28		0.25	0.24	0.31	0.30	0.32			0.23	0.22	0.27		0.26		0.27
	11 計画立案					0.23	0.21	0.24							0.22	0.21	0.25
	12 実践評価・記録	0.22	0.21	0.23	0.23	0.28	0.24	0.28			0.23		0.20		0.26	0.24	0.31
	13 カンファレンス		0.21	0.25	0.22	0.25	0.23	0.25	0.22	0.22	0.24		0.20		0.24	0.45	0.24
職場環境 看護職体制	1 看護研修開催		0.21	0.23	0.23	0.25	0.21	0.24	0.21		0.24		0.20		0.22	0.29	0.20
	2 相談		0.23	0.23	0.21	0.21		0.21							0.22	0.23	
	3 マニュアル		0.21	0.22	0.24	0.23		0.23	0.21	0.21	0.22				0.22	0.28	
	4 受講機会		0.26	0.25	0.25	0.25		0.23		0.23	0.25				0.26	0.32	0.21
	5 意見反映		0.23	0.26	0.24	0.24		0.23		0.21	0.21		0.20		0.24	0.26	
	6 職員数		0.24	0.25	0.25	0.25		0.25			0.21				0.24	0.25	
	7 事故防止	0.21	0.25	0.25	0.26	0.26	0.24	0.27	0.23	0.22	0.25		0.23		0.25	0.30	0.23
	8 連絡・報告	0.25	0.26	0.27	0.28	0.29	0.26	0.30	0.30	0.24	0.29	0.26	0.30	0.25	0.27	0.29	0.25
	9 委員会設置	0.22		0.22	0.24	0.23	0.23	0.25	0.25	0.20	0.23	0.24	0.27	0.26	0.22	0.24	
	10 院内公表		0.20	0.21	0.22	0.22		0.24	0.21		0.22		0.21		0.23	0.28	0.21
	11 教育の場		0.24	0.25	0.25	0.25	0.21	0.25		0.22	0.24		0.21		0.25	0.33	0.22
	12 サポート		0.27	0.25	0.23	0.23		0.22		0.21	0.23		0.21		0.25	0.30	0.22

significant at p<0.001
事故対応行動の1~16は項目を指す

IV. 考察

1. 精神医療の場における事故に関する安全配慮行動の特徴

精神科病院に入院中の患者に対する事故対応は、発生前や発生時の項目の方が発生後よりも高い傾向にあった。特に発生前の「業務常時確認」は最高値を示した項目の一つであり、先行研究⁷⁾と同様の結果であることから、精神科勤務者は常に業務確認を行うことで事故防止に努めていることが推察される。また、発生前では「応援体制」の平均値は他の項目に比べて低い、発生時の「単独で対処困難な場合の応援要請」の平均値が高いことから、実際には応援要請で事故対応できていると推測できる。しかし、本項目は年齢が低く経験の少ない者ほどなされていないことが問題となる。予測不能な事故が起こりうる確率の高い精神科の場合、事故発生時に冷静・迅速に対応できるよう事前確認は不可欠である。事故発生時の「外部関係者への報告」が他の項目よりも低かったが、判例によれば離院も含めて事故発生時の警察への連絡の遅れが問題を大きくする場合があるので注意したい^{2),20)}。事故発生後の「事故報告書」は最高

値を示したが、2000年2月実施の先行研究⁸⁾では実施度の低い項目であったにもかかわらず、今回は厚労省の事例報告促進体制作り（2000年）の推奨が影響していると考える。一方、「事故教材カンファレンス」は最低値であり、事故の「客観的分析」の実施度も報告書に比べて高くはない。これらの結果を総合すると、報告書の提出は形式的で事故対策に活用されていないのではないかと推察する。事故の要因を客観的に分析し、その情報を組織的に共有することで事故防止につながることは多数の報告からも周知である。報告書の提出のみではペナルティとしての意味合いが強くなりやすく、事故防止に繋がらないので事故を教材としてのカンファレンスの開催を推進する必要がある。

属性との関係では、年齢が高いほど、また職位が高いほど、看護・精神科経験が多いほど事故対応行動の実施度が高かったが、これらの結果も先行研究⁸⁾と同様の傾向であった。職位が高いほど事故対応が高くなるのは管理を司る病棟師長としての職責からすれば当然とも言える。しかし、事故発生後の事故の「客観的分析」の得点が師長は

最低であることや、＜事故教材カンファレンス＞の得点も4点前半であり、師長の役割から鑑みれば実施度が高いとは言えない。先行研究⁸⁾では師長はこれらの3項目は高値を示し、特に＜客観的分析＞はスタッフの3.9点に比し師長は4.7点であったが、今回は師長は4点に満たず、スタッフが4.3点と逆転現象を示している。事故の振り返り評価での効果や、事故分析が誰が？ではなく何故？の視点から分析する重要性は医療安全やリスクマネジメントの重要なポイントであることは先の厚労省を含め多数報告されている^{9),22)}。今回の結果より、看護管理者は事故を未然に予防し、事故発生時には管理者としての的確に対処することで被害を最小限に抑えるよう努めていることが推察されたが、これに加えてカンファレンスでの事故分析を行い、その結果を実践に還元しスタッフのさらなる安全配慮への行動を高めていく役割の充実が求められる。また、看護経験及び精神科経験年数が多くなるほど行動得点も高くなるが、平均値を超えるのは看護経験では10年以上、精神科経験では5～10年である。有資格者設定項目は経験年数に関わらず全員が実施すべき項目であるが、専門職設定項目は経験年数の少ない者では関与しない（或いはできない）項目もある。ベナーは中堅ナースを経験3～5年、5年以上を達人と想定しているが、今回の結果から言えば、精神医療現場での事故対応行動は少なくとも看護経験は10年以上、精神科経験は5年以上が必要となることが判明した。

職種別では先行研究は看護師の得点が有意に高かったが、今回は有意な差はなく項目別に見ると＜指示受け＞、＜外部関係者への報告＞、＜事故発生時の正式ルートでの院内報告＞、＜事故報告書＞は看護師が高く、＜応援体制＞、＜危険箇所把握＞、＜客観的分析＞は准看護師の方が有意に高かった。指示受けや連絡などは管理者やリーダーの業務に伴うとして専門職項目として設定したものであり、看護師がこれらの役割を担っていることが示唆される。

2. 日常配慮、職場環境について

日常配慮は平均的に4点台を示したが、中には3.5点台を示したのが3項目あり、これらは専門職設定項目であった。今回の分析に先立ち九州圏内のみを分析したが、全国よりも九州圏内の方が得点が高く、『カンファレンス』は3.9点を示し、『計画立案』や『実践評価』も3.8点であった²³⁾。カンファレンスはより質の高い看護を提供するために患者の情報交換や看護ケアについて討議するものであり、日常の看護実践上不可欠な業務である。事故の振り返り評価が計画に還元されることや、リスクアセスメントで実践に還元することは事故予防に直結することは多数実証されていることから、日常業務で共に低い項目である看護計画の立案や実践の評価の充実と共に、常時のカンファレンス開催への努力を師長が率先して行う必要がある。

職場環境は日常的な安全配慮や事故対応が自己行動の評価であるのと異なり、所属する組織体制への充足度を問うものであった。自己行動評価に比べて職場環境評価は総じて低い傾向を示し、項目間の得点差も小さく、特に、『相談』や『サポート』が全調査項目中最低であった。これらの結果は先行研究⁸⁾よりも得点は高くなっているが、得点配分は同様の傾向を示している。『相談』や『サポート』については実際に事故に関与した看護者へのサポートが低いのか、或いはサポートは衆人の知らない場所で事故関与者のみに行われているのか今回の調査では不明である。しかし、得点の低かった年齢層や経験層はリーダーや副師長などを担当する中堅レベルに該当する者であることから、彼等が安心できるように職場にサポートシステムが存在し機能していることを周知しておくほうが望ましいと言えよう。同様に、マニュアル等の存在熟知に比べて『受講機会』の得点が低く、職位による差が大きかった。研修会等の企画・運営は師長が実践している現状が示唆されるものの、研修会開催の周知に比べて受講機会が少ないとスタッフが判断していることから、実際の参加も少ないことが推察される。これはスタッフのみ

整や研修会内容・方法などの検討が必要であることを示唆している。

3. 日常配慮及び職場環境と事故対応との関係

日常配慮と事故対応との関連では、日常配慮が高い者は先行研究⁸⁾同様に事故対応も高かった。特に、行動レベル4.5点（実践度は9割）以上の者はそれ以下に比べて標準偏差が小さいことがわかった。これは平均値を軸に回答のバラツキが小さいことを示しており、これらの群の対象者は概ね同じような方向で実践を行っていることが示唆される。特に点数の低かった看護計画立案や実践評価、カンファレンスに関しても同様の結果であった。職場環境と事故対応との関連では、職場環境の充足度が高い者は事故対応も高く、日常配慮と同様の傾向を示した。関連の度合いを確認するために事故対応と日常配慮及び職場環境について無相関の検定を行った結果、多くの項目間で関連性が示唆された。特に、〈事故回避〉については日常配慮及び職場環境で多くの項目で相関があること、中でも『副作用出現時の対応』の重要性、〈事故教材カンファレンス〉には日常的な『カンファレンス』や職場環境としての『安全管理教育』や『受講機会』、『サポート』などとの関連性が高いことが判明した。現状で8割（4点台）以上実施されている項目に関しては、9割（4.5点）以上を目指したより質を保証しながらの継続が求められるが、その場合宮本ら²⁰⁾の報告にあるようにケア量を考慮した関わりや応援態勢、職員数の検討など、個々の看護職の研鑽のみでは解決できない課題への対応を組織的に検討していくことが求められる。

以上より、精神医療の場での事故防止には、まず第一に日常的な安全配慮行動の実践、中でも薬物の副作用出現時の対応を適切に行うことが多くの事故対応行動と関連すること、日常的なカンファレンスの開催が事故発生後の事故を教材としたカンファレンスの開催に繋がること、及びそのためには安全管理教育や研修会受講機会の確保、人的サポートの充実に向けての対策が必要となる。

4. 研究の限界

今回使用した尺度は、先行研究の時に精神医療の現場の指導者と大学の担当教員複数名で作成した尺度を評価修正したものである。質問項目の信頼性を検討した結果、信頼性係数 α 係数は0.8～0.9と高かったことから測定の内的整合性は担保できた。内容及び構成概念妥当性については判例や実際例の検討から測定の範囲と内容を吟味して構成された質問項目であること、因子分析で因子負荷量の2乗和が1以上の主成分が1個であることが確認できた。質問紙法は自己申告に依存してしまうこと、事前の打診による協力施設の対象者となってしまったこと、所属が閉鎖病棟が多かったこと、年齢的に60歳以上が含まれ得点を引き上げてしまったこと、対象者数が予定数を大幅に上回ったため統計処理において有意差が出やすくなったこと、など今後検討を要する課題が残った。

V. 結語

今回は判例分析から抽出された注意義務項目について実践レベルでの実態を調査した結果、現在の日本における精神医療の現場は、類似の問題を抱えていることが示唆された。結果を見ると、精神科医療事故の対策の遅れが指摘されている中で各施設で種々の工夫を行っていることが推測ができるが、日常的な安全配慮行動として実践計画の立案や評価、記録して情報として活用することが少ないこと、日常のカンファレンスのみならず事故を教材としてのカンファレンスの開催が少ないこと、相談やサポートを含めて人的資源が充実していないこと、など共通の問題点を指摘したい。これらは看護チームで直ちに実践可能な項目である。

今後は60歳以上や職位を制御して年齢や経験年数の関係、他の安全配慮行動との関係を探究していくことで、事故防止につながるアセスメントの内容や項目について明らかにしていく。

本研究は、平成16～18年度科学研究費補助金（基盤C）の助成を受けて実施した調査の一部である。協力下さった施設・看護職に感謝します。

文献

- 1) 日本医療機能評価機構医療事故防止センター：医療事故情報収集事業第5回報告書，2006
- 2) 土屋八千代，福永ひとみ：精神医療における看護職者に求められる注意義務－医療過誤判例及び新聞記事の分析から－，山梨県立看護大学紀要，第2号，9-22，2000
- 3) ジェームズ・リーズン著，塩見弘監訳：組織事故，1-23，日科技連，1999
- 4) 森功：わが国の医療事故の現状とその原因，日本病院管理学会第117回例会資料，1999
- 5) 川島和代：高齢者の転倒を防ぐためのナースの判断過程，エキスパートナース，12(6)，28-30，1996
- 6) 深谷翼：精神科医療事故の特徴と法的責任，精神科看護，28(8)，47-51，2001
- 7) 南良武：遅れている精神科医療事故対策と責任，日精協誌，24(3)，85，2005
- 8) 土屋八千代，野澤由美，内藤さゆり，他：入院中の精神障害者への安全配慮に関する研究－山梨県下の精神病院に勤務する看護職の実態と課題－山梨県立看護大学紀要第3号，1-15，2001
- 9) 樋渡明美，大滝緑：事故の振り返りと看護計画との関連性を考える，日精看誌，44(1)，384-387，2001
- 10) 奥田宏子，梅野正明：危険因子に基づいたアセスメントをすることで転倒・転落を予防する，日精看誌，46(1)，357-360，2003
- 11) 柴田真紀，池田明子：精神科保護室における看護判断－看護者の経験年数に焦点を当てて，北里看護学誌，3(1)，27-35，1997
- 12) 榎戸文子：精神科救急医療施設の保護室における看護婦の倫理的配慮－行動制限と患者の意思の尊重に焦点を当てて，聖路加看護大学紀要，24，21-31，1998
- 13) 下里誠二：保安施設におけるセキュリティ；精神科看護，30(9)，48-53，2003
- 14) 堀川公平：安心感をもたらすアメニティとは，精神科看護，30(11)，19-23，2003
- 15) 高橋政代：患者さんを迎え入れる姿勢と気持ちを形に，精神科看護，30(11)，13-18，2003
- 16) 加納佳代子：「安全管理」とは何か，精神科看護，30(12)，10-16，2003
- 17) 天賀谷隆：隔離・拘束中の事故を減らすためのしくみづくり，精神科看護，30(12)，17-23，2003
- 18) 五十嵐瑞枝：ヒヤリハット報告から業務改善へ，精神科看護，28(8)，21-29，2001
- 19) 医療施設政策研究会編：病院要覧2003-2004年版，医学書院，2003年
- 20) パトリシア・ベナー著，井部俊子，川村真澄，上泉和子訳：ベナー看護論，医学書院，1992
- 21) 深谷翼：精神科医療過誤判例解説③，精神科治療学，16(7)，729-732，2001
- 22) 鮎沢純子：医療事故防止とリスクマネジメント，精神科看護，28(8)，8-14，2001
- 23) 内田倫子，土屋八千代，安藤一博，他：九州圏内の精神医療施設における日常的な安全配慮，南九州看護研究誌，4(1)，29-34，2006
- 24) 宮本有紀，萱間真美，沢田秋，他：精神科急性期看護のケア量の時期に応じた増減の特徴，精神科看護，30(11)，42-46，2003