

表 4-2-1-2 研修群および統制群の第 1 回調査と第 2 回調査において各項目を最重要視する者の数

事故の原因として捉え得る要因	研修群 n=90		統制群 n=119	
	第 1 回調査	第 2 回調査	第 1 回調査	第 2 回調査
単数スタッフの当事者要因				
看護師の医師への確認の不足	26(28.9)	19(21.1)	19(16.0)	14(11.8)
看護師の患者への説明の不足	1(1.1)	1(1.1)	0(0.0)	2(1.7)
看護師の薬剤についての自己学習の不足	4(4.4)	1(1.1)	0(0.0)	1(0.8)
複数スタッフの当事者要因				
医師の処方箋を書くときの注意不足	29(32.2)	36(40.0)	62(52.1)	56(47.1)
薬剤師の医師への確認の不足	11(12.2)	11(12.2)	8(6.7)	8(6.7)
薬剤師の情報収集の不足	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.8)
単数スタッフのシステム要因				
与薬時の患者への説明に関する規則の欠如	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.8)
看護師への薬剤に関する教育・研修の不足	0(0.0)	1(1.1)	0(0.0)	1(0.8)
看護師間でのダブルチェックの規則の欠如	1(1.1)	1(1.1)	0(0.0)	0(0.0)
複数スタッフのシステム要因				
処方箋の書き方の規則が間違いやすく不適切	2(2.2)	2(2.2)	8(6.7)	6(5.0)
職種間の意思確認を行う仕組みの整備の不足	14(15.6)	16(17.8)	17(14.3)	18(15.1)
職種間で処方の規則を検討する機会の不足	2(2.2)	2(2.2)	5(3.8)	11(9.2)

注：() 内の数値は研修群および統制群の人数に対する選択者数の割合を示す。

考察

分析 1 および分析 2 の結果から、看護師の事故を捉える視点と研修に伴う視点の変化について、以下のようにまとめることができる。

まず、表 4-2-1-1 から、研修群と統制群のいずれにおいても、第 1 回調査において選択者数が多かったのは、単数スタッフの当事者要因および複数スタッフの当事者要因に該当する項目であった。このことから、全体的な傾向としては、事故を引き起こした原因として、システム要因よりも当事者要因を重要視する者が多かったといえることができる。そして、表 4-2-1-2 では、本研究において実施した医療事故防止研修の効果として、第 1 回調査から第 2 回調査にかけて、事故の原因として最も重要視される要因の選択者の人数の変化は見出されなかった。しかし、表 4-2-1-1 より事故の原因として重要視する要因については、「複数スタッフの当事者要因」、「単数スタッフの当事者要因」を重要視する者が減少し、「複数スタッフのシステム要因」を重要視する者が増加することが見出された。つまり、医療事故防止研修は、事故を捉える視点を、個人的な視点から組織的な視点へと変化させる効果があることが示された。

4.2.2 「情報の共有」に及ぼす研修効果の分析

分析1 研修群と統制群の時系列変化と比較

(1) 情報共有を阻害する行動への意識について

「情報共有を阻害する行動への意識」の各5項目に対する評定値(7段階評定;「絶対に許してはいけない」1点~「大いに許すべきだ」7点)を反転させた値を、情報共有を阻害する行動への意識得点とした。研修群と統制群における各項目の平均値と標準偏差を表4-2-2-1に示す。

各項目の意識得点について、研修有無(被験者間要因;研修群 vs. 統制群)×時系列(被験者内要因;第1回調査 vs. 第2回調査)の2要因分散分析を行った。その結果を表4-2-2-1と図4-2-2-1に示す。

表4-2-2-1 研修群と統制群における情報共有を阻害する行動への意識得点の平均値

項目	研修群 n=102	統制群 n=146	$F_{(1,246)}$		
			研修	時系列	研修 × 時系列
読みにくい字				23.48**	
第1回調査	4.18 (1.26)	3.97 (1.18)			
第2回調査	4.51 (1.39)	4.34 (1.21)			
きつい口調				5.18*	
第1回調査	4.39 (1.23)	4.42 (1.27)			
第2回調査	4.58 (1.30)	4.58 (1.18)			
申し送り後の記録			4.74*	10.90**	
第1回調査	2.99 (1.03)	2.82 (1.11)			
第2回調査	3.32 (1.25)	2.99 (1.05)			
了承なしの代理			2.81†		10.19**
第1回調査	4.48 (1.43)	4.47 (1.60)			
第2回調査	4.32 (1.42)	4.90 (1.55)			
情報確認・記録					
第1回調査	4.99 (1.38)	5.04 (1.54)			
第2回調査	4.77 (1.37)	4.96 (1.49)			

注:得点は高いほど「許してはいけない」という意識が高いことを示す。()内の数値は標準偏差。

研修は研修有無の主効果を示す。

F値は有意差があったもののみを記した。† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$

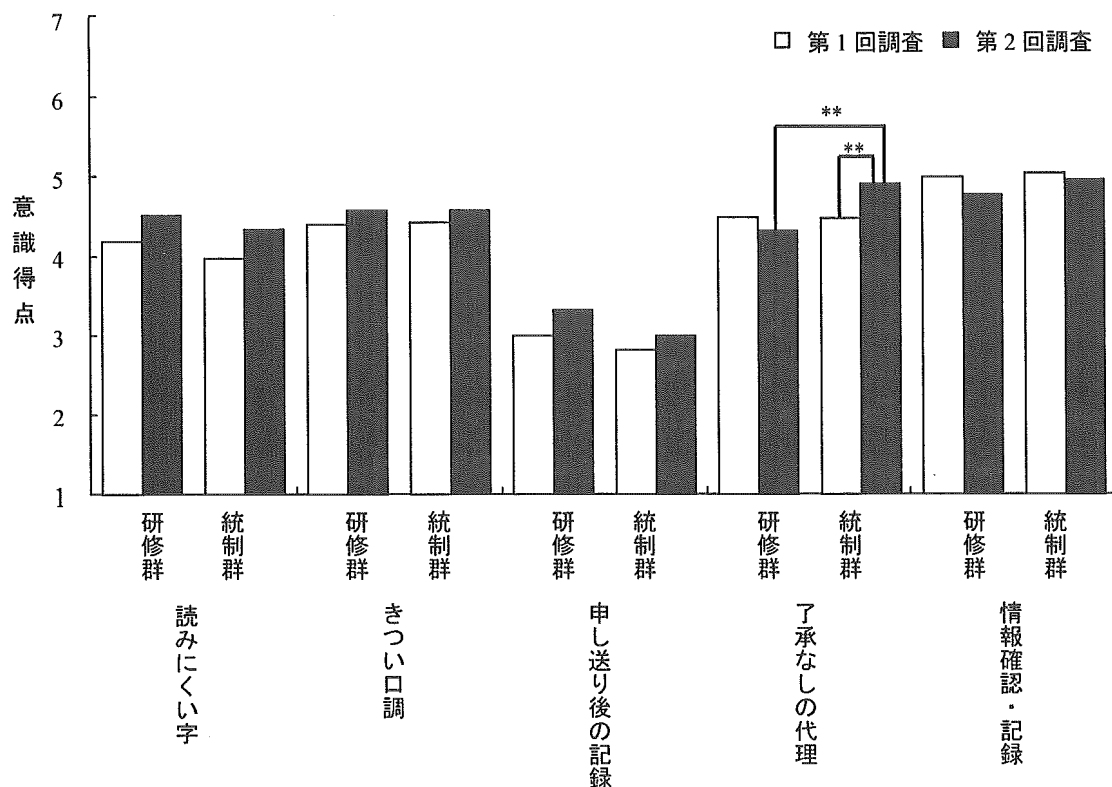


図 4-2-2-1 研修群と統制群の情報共有を阻害する行動への意識得点
注：図中の*は単純主効果を検定した結果、有意な差があることを示す。 ** $p < .01$

まず「読みにくい字」に関する意識得点と「きつい口調」に関する意識得点については、時系列の主効果が有意であり、研修群と統制群のいずれにおいても第1回調査から第2回調査にかけての変化が認められた（「読みにくい字」： $F(1, 246)=23.48, p < .01$ ；「きつい口調」： $F(1, 246)=5.18, p < .05$ ）。つまり、「記録に読みにくい字で記入すること」と「新人への口調が“きつい”表現になること」についての意識はどちらの群においても第2回調査で高くなっており、“許してはいけない”という方向へ変化したといえる。

「申し送り後の記録」に関する意識得点については、研修有無の主効果と時系列の主効果が有意であった（研修有無： $F(1, 246)=4.74, p < .05$ ；時系列： $F(1, 246)=10.90, p < .01$ ）。研修群の意識は統制群の意識よりも、第1回調査と第2回調査の二時点を通じて一貫して高かった。また、研修群と統制群のいずれにおいても、「申し送り後の記録」に関する意識は第1回調査から第2回調査にかけて高くなっていた。つまり、「申し送り後に記録に記入すること」についての意識は、どちらの群でも“許してはいけない”という方向へ変化したといえる。

「了承なしの代理」に関する意識得点については、研修有無の主効果が有意な傾向を示し（ $F(1, 246)=2.81, p < .10$ ）、研修有無と時系列の交互作用が有意であった（ $F(1, 246)=10.19, p < .01$ ）。下位検定の結果、統制群の意識得点は第1回調査よりも第2回調査において高かった（ $F(1, 246)=9.91, p < .01$ ）。つまり、「了承を得ずに仕事を代わりにすること」に関する意識は統制群において向上し、“許してはい

けない”という方向へ変化したといえる。また第2回調査の時点において、統制群の得点は研修群の得点よりも高かった ($F(1, 492)=9.66, p<.01$)。

「情報確認・記録」に関する意識得点については、いずれの主効果も交互作用も有意でなかった。研修群と統制群の間に得点差は見出せず、どちらの群においても第1回調査から第2回調査にかけての時系列変化は確認されなかった。つまり、「診療記録や看護記録が移動している間は、情報の確認・記録をせずに仕事をする事」に関する意識は、どちらの群でも変化していなかった。

(2) 情報共有のためのシステムの必要性について

「情報共有のためのシステムの必要性」の各4項目に対する評定値(7段階評定; 「絶対に導入すべきでない」1点～「絶対に導入すべきだ」7点)を、情報共有のためのシステムの必要性認知得点とした。研修群と統制群それぞれの群別に算出した各項目の平均値と標準偏差を表4-2-2-2に示す。

各項目の必要性認知得点について、研修有無(被験者間要因; 研修群 vs. 統制群)×時系列(被験者内要因; 第1回調査 vs. 第2回調査)の2要因分散分析を行った。その結果を表4-2-2-2と図4-2-2-2に示す。

表 4-2-2-2 研修群と統制群における情報共有のためのシステムの必要性の認知得点の平均値

項目	研修群 n=102	統制群 n=146	$F_{(1,246)}$		
			研修	時系列	研修 × 時系列
オーダーリング・システム			3.77 [†]		
第1回調査	5.25 (1.19)	4.91 (1.29)			
第2回調査	5.14 (1.40)	4.89 (1.42)			
電子カルテ					
第1回調査	4.73 (0.96)	4.64 (1.18)			
第2回調査	4.79 (1.02)	4.58 (1.33)			
カンファレンス			13.37**		
第1回調査	5.38 (1.03)	5.80 (1.01)			
第2回調査	5.32 (1.38)	5.76 (1.11)			
病棟回診			32.49**	7.28**	3.65 [†]
第1回調査	4.81 (1.09)	5.71 (1.17)			
第2回調査	5.15 (1.43)	5.76 (1.22)			

注：得点は高いほど必要性を高く評価していることを示す。()内の数値は標準偏差。

研修は研修有無の主効果を示す。

F 値は有意差があったもののみを記した。[†] $p<.10$, ** $p<.01$

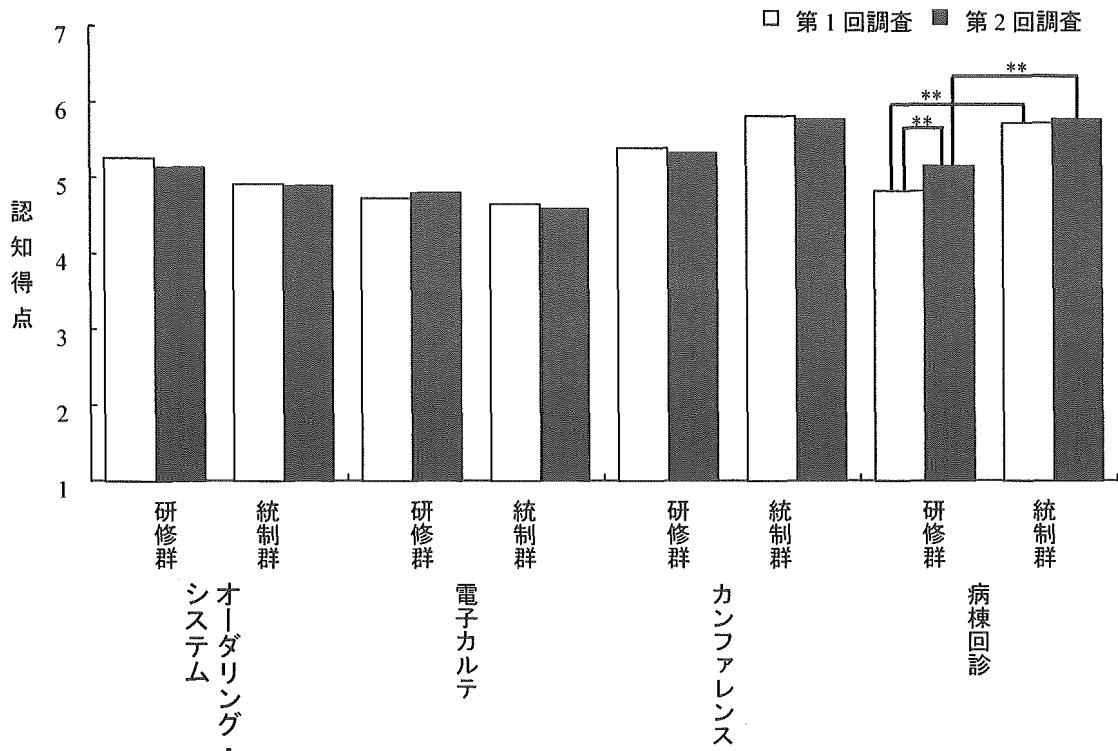


図 4-2-2-2 研修群と統制群の情報共有のためのシステムの必要性の認知得点
注：図中の*は単純主効果を検定した結果、有意な差があることを示す。 ** $p < .01$

「オーダーリング・システム」の必要性認知得点については、研修有無の主効果が有意な傾向にあった ($F(1, 246)=3.77, p < .10$)。研修群の必要性の認知は統制群の必要性の認知よりも、第1回調査と第2回調査の二時点を通じて一貫して高かった。つまり、「薬剤オーダーリング・システム」に関する必要性は、研修群の方が統制群よりも、もともと高く認知しており（第1回調査）、両群の間における必要性の認知の差は第2回調査の時点でも同じように存在していたといえる。

「電子カルテ」の必要性認知得点については、いずれの主効果も交互作用も有意でなかった。研修群と統制群の間に得点差は見出されず、どちらの群においても第1回調査から第2回調査にかけての時系列変化は確認されなかった。つまり、「電子カルテ」に関する必要性の認知は、どちらの群でも変化していなかった。

「カンファレンス」の必要性認知得点については、研修有無の主効果が有意であった ($F(1, 246)=13.37, p < .01$)。統制群の必要性の認知は研修群の必要性の認知よりも、第1回調査と第2回調査の二時点を通じて一貫して高かった。つまり、「他職種が看護師のカンファレンスに参加すること」に関する必要性は、統制群の方が研修群よりも、もともと高く認知しており（第1回調査）、両群の認知の差は第2回調査の時点でも同じように存在していたといえる。

「病棟回診」の必要性認知得点については、研修有無の主効果と時系列の主効果が有意であった（研修有無： $F(1, 246)=32.49, p < .01$ ；時系列： $F(1, 246)=7.28, p < .01$ ）。さらに、研修有無と時系列の交互作用が有意な傾向を示した ($F(1, 246)=3.65, p < .10$)。下位検定の結果、統制群の必要性の認知は研修

群の必要性の認知よりも、第1回調査と第2回調査の二時点を通じて一貫して高かった(第1回調査： $F(1, 492)=35.02, p<.01$; 第2回調査： $F(1, 492)=16.68, p<.01$)。また研修群の必要性の認知は、第1回調査よりも第2回調査において高かった($F(1, 246)=10.62, p<.01$)。この結果から、研修群の「薬剤師が医師の病棟回診へ参加すること」に関する必要性の認知は、もともと高く必要性を認知していた統制群を上回るには至らなかったものの、研修実施後の第2回調査の時点で向上し、“導入すべき”という方向へ変化したといえる。

(3) まとめ

本研究では「情報共有を阻害する行動への意識」および「情報共有のためのシステムの必要性」に関して、研修群の得点は第1回調査から第2回調査にかけて向上を示し、かつ第2回調査の時点で統制群を上回ると予測した。研修群と統制群を比較した結果は、この予測に完全に一致するものではなかった。

しかし「情報共有を阻害する行動への意識」のうち、「読みにくい字」と「きつい口調」については有意な時系列の主効果が確認された。研修群の意識は統制群の第1回調査から第2回調査の得点変化を上回るほどではなく、有意な交互作用は検出できなかったものの、「記録に読みにくい字で記入すること」と「新人への口調が“きつい”表現になること」についての研修群の意識は研修実施後に向上したといえる。

また「情報共有のためのシステムの必要性」のうち、「薬剤師が医師の病棟回診へ参加すること」の必要性について、研修群の認知は向上を示した。この項目については、統制群の認知得点が研修群の認知得点を第1回調査と第2回調査の両時点において上回っていた。しかし注目すべきことは、統制群では第1回調査から第2回調査にかけて必要性の認知が変化していないのに対し、研修群ではもともと低かった必要性の認知が研修を通じて向上を示したという点である。

上記の分析では、研修を実施した5病院全てを分析単位として研修群を構成し、統制群との比較検討を行った。しかし結果に示したように、第1回調査の時点で研修群と統制群の意識のあり方には差があり、等質だったとは言い難い。また研修群全体を単位とした分析では、各病院における意識の変化が病院間で相殺されてしまう可能性もある(ある病院では意識が向上、別の病院では意識が低下または変化なしなど)。これらの問題により、研修群と統制群の比較分析では、研修の効果を純粹に検出できていない可能性がある。そこで、研修の効果をさらに詳細に吟味するため、以下に研修群の各病院別に第1回調査から第2回調査にかけての変化を検討する。

分析2 研修群の各病院における時系列変化の検討

(1) 病院別の記述統計

研修群の各病院別に算出した「情報共有を阻害する行動への意識」得点の平均値と標準偏差を表4-2-2-3、「情報共有のためのシステムの必要性」の認知得点の平均値と標準偏差を表4-2-2-4に示す。研修群の各病院において、研修実施後に意識の向上の変化がみられるか吟味するため、第1回調査か

ら第2回調査にかけて時系列（第1回調査 vs. 第2回調査）を被験者内要因とする1要因分散分析を行った。

表 4-2-2-3 研修群の各病院における情報共有を阻害する行動への意識得点の平均値

項目	A n=25	B n=25	C n=16	D n=15	E n=21
読みにくい字					
第1回調査	4.20 (1.44)	4.88 (1.05)	3.44 (1.03)	3.87 (1.13)	4.10 (1.18)
第2回調査	4.64 (1.29)	4.96 (1.27)	3.69 (1.14)	4.33 (1.50)	4.57 (1.25)
きつい口調					
第1回調査	4.16 (1.03)	4.60 (1.35)	4.31 (1.25)	4.73 (1.49)	4.24 (1.09)
第2回調査	4.76 (1.23)	4.56 (1.19)	4.44 (1.09)	4.67 (1.63)	4.43 (1.12)
申し送り後の記録					
第1回調査	2.96 (0.84)	2.92 (0.76)	3.00 (0.73)	3.33 (1.40)	2.86 (1.39)
第2回調査	3.20 (1.08)	3.36 (0.91)	3.13 (1.36)	3.53 (1.13)	3.43 (1.33)
了承なしの代理					
第1回調査	4.12 (1.45)	5.08 (1.44)	4.19 (1.05)	4.40 (1.64)	4.48 (1.40)
第2回調査	4.00 (1.22)	4.81 (1.22)	4.38 (1.54)	4.33 (1.76)	4.05 (1.43)
情報確認・記録					
第1回調査	4.75 (1.48)	5.48 (1.29)	4.81 (1.47)	4.86 (1.30)	4.90 (1.30)
第2回調査	4.80 (1.15)	4.88 (1.24)	4.56 (1.31)	4.70 (1.44)	4.81 (1.12)

注：得点は高いほど「許してはいけない」という意識が高いことを示す。（ ）内の数値は標準偏差。

表 4-2-2-4 研修群の各病院における情報共有のためのシステムの必要性の認知得点の平均値

項目	A n=25	B n=25	C n=16	D n=15	E n=21
オーダリング・システム					
第1回調査	5.88 (0.88)	4.60 (1.00)	4.94 (1.24)	5.47 (1.36)	5.38 (1.20)
第2回調査	6.00 (1.00)	4.44 (0.92)	4.88 (0.96)	5.07 (1.22)	5.19 (1.08)
電子カルテ					
第1回調査	4.44 (0.77)	4.60 (1.00)	4.50 (0.82)	5.20 (1.01)	5.05 (1.02)
第2回調査	4.84 (0.75)	4.68 (0.95)	4.75 (0.86)	4.93 (0.70)	4.81 (0.87)
カンファレンス					
第1回調査	5.40 (0.96)	5.40 (0.96)	5.38 (1.20)	5.47 (1.19)	5.29 (1.06)
第2回調査	5.40 (1.15)	5.12 (1.01)	5.75 (1.13)	5.13 (0.99)	5.29 (1.01)
病棟回診					
第1回調査	4.12 (0.83)	4.88 (1.01)	5.13 (1.20)	5.00 (1.25)	5.19 (0.93)
第2回調査	4.72 (1.24)	4.88 (1.01)	5.50 (1.21)	5.13 (1.25)	5.71 (0.96)

注：得点は高いほど必要性を高く評価していることを示す。（ ）内の数値は標準偏差。

(2) A 病院 (図 4-2-2-3)

A 病院では「情報共有を阻害する行動への意識」のうち、「きつい口調」に関する意識得点が第 1 回調査よりも第 2 回調査において高かった ($F(1, 24)=5.40, p<.05$)。つまり A 病院では、「新人への口調が“きつい”表現になること」についての意識は研修実施後に向上し、“許してはいけない”という方向へ変化したといえる。これは研修の効果を支持する結果である。なお、その他の項目については、第 1 回調査と第 2 回調査における意識得点の間に有意な差は見出せなかった。

また、「情報共有のためのシステムの必要性」のうち、「電子カルテ」および「病棟回診」に関する必要性認知得点が、第 1 回調査よりも第 2 回調査において高かった (「電子カルテ」: $F(1, 24)=6.86, p<.05$; 「病棟回診」: $F(1, 24)=7.20, p<.05$)。つまり、A 病院では「電子カルテ」と「薬剤師が医師の病棟回診へ参加すること」の必要性の認知が、研修実施後に向上し、“導入すべき”という方向へ変化したといえる。これらの結果は、研修の効果を支持するものである。

(3) B 病院 (図 4-2-2-4)

B 病院では「情報共有を阻害する行動への意識」のうち、「申し送り後の記録」に関する意識得点が第 1 回調査よりも第 2 回調査において高かった ($F(1, 24)=4.13, p<.10$)。つまり「申し送り後に記録に記入すること」に関する意識は、研修実施後に向上し、“許してはいけない”という方向へ変化したといえる。これは研修の効果を支持する結果である。しかしその一方で、「情報確認・記録」に関する意識得点は第 2 回調査よりも第 1 回調査において高かった ($F(1, 24)=4.50, p<.05$)。この結果は、「情報確認・記録」に関する意識が研修実施後に低下したことを示している。

「情報共有のためのシステムの必要性」はいずれの項目についても、第 1 回調査と第 2 回調査における必要性認知得点の間に有意な差はみられなかった。よって、B 病院では「情報共有のためのシステムの必要性」については、研修による効果がなかったと判断される。

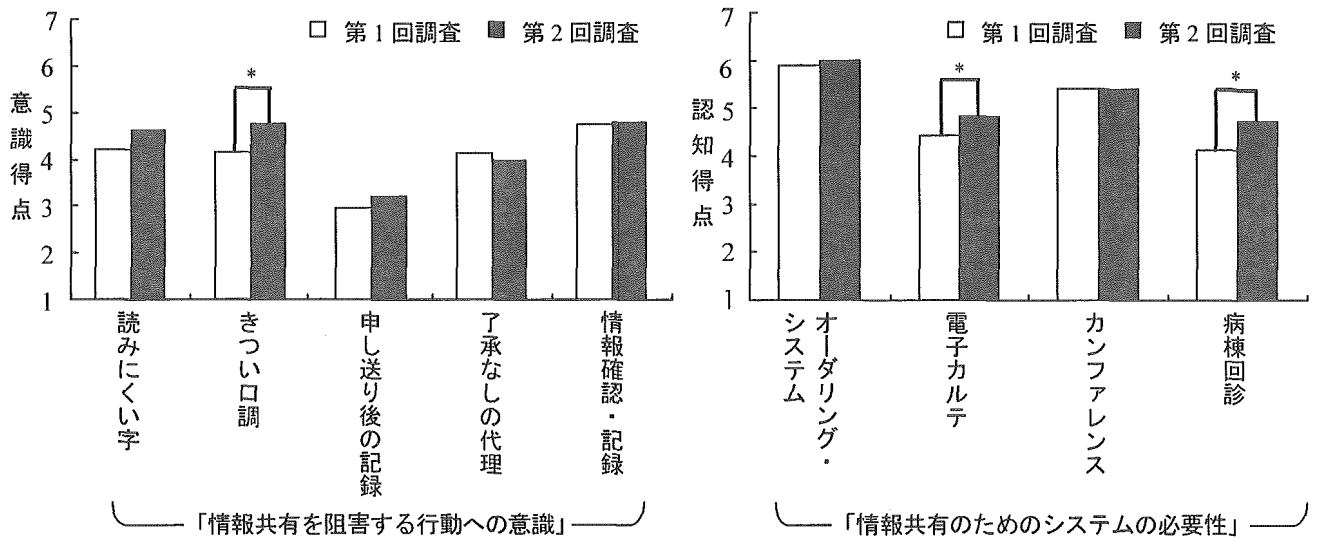


図 4-2-2-3 A 病院における第 1 回調査から第 2 回調査にかけての意識変化

注：図中の*は有意な差があることを示す。* $p<.05$

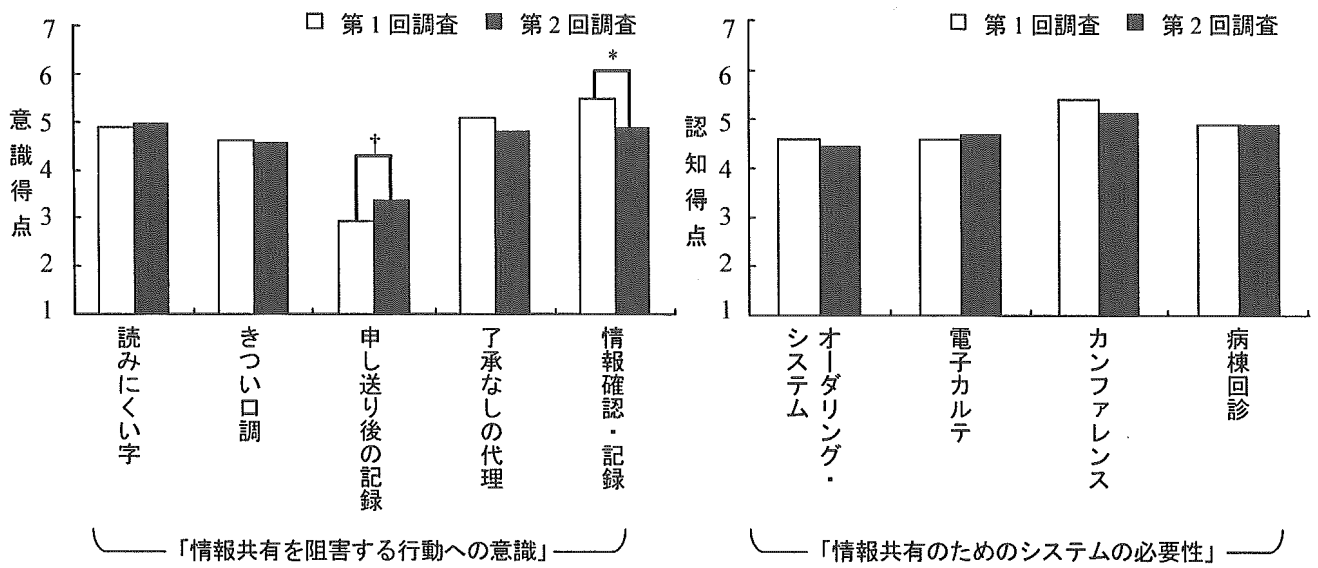


図 4-2-2-4 B 病院における第1回調査から第2回調査にかけての意識変化

注：図中の*は有意な差があることを示す。 $p < .05$
†は有意な傾向の差があることを示す。 $p < .10$

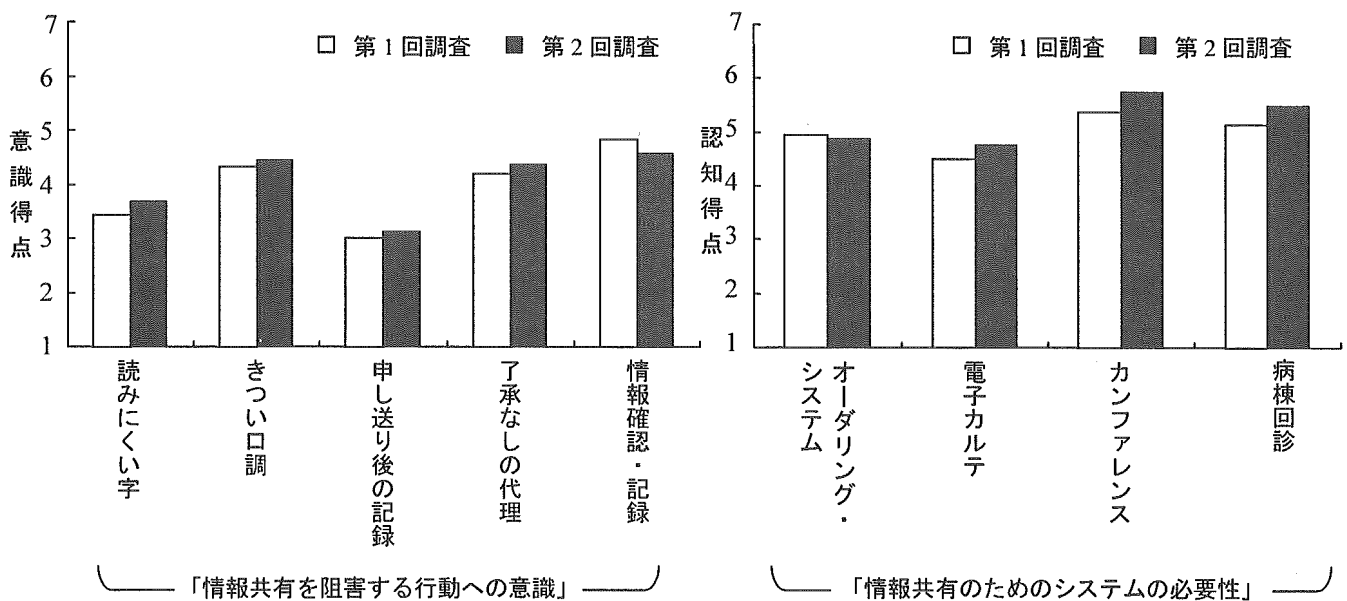


図 4-2-2-5 C 病院における第1回調査から第2回調査にかけての意識変化

(4) C 病院 (図 4-2-2-5)

「情報共有を阻害する行動への意識」、「情報共有のためのシステムの必要性」の全項目について、第1回調査と第2回調査における得点の間に有意な差は見出せなかった。この結果から、C病院では情報共有を阻害する行動に関する意識および情報共有のためのシステムに関する必要性の認知とも、研修による意識の向上がもたらされなかったといえる。

(5) D 病院 (図 4-2-2-6)

「情報共有を阻害する行動への意識」のいずれの項目についても、第1回調査と第2回調査における意識得点の間に差はみられなかった。ゆえに、D病院では情報共有を阻害する行動への意識について、研修による効果はなかったと判断される。

また、「情報共有のためのシステムの必要性」のうち、「カンファレンス」の必要性認知得点が第2回調査よりも第1回調査において高い傾向にあった ($F(1, 14) = 4.28, p < .10$)。この結果は、D病院では「他職種が看護師のカンファレンスに参加すること」に関する必要性の認知が、研修実施後に低下したことを示している。

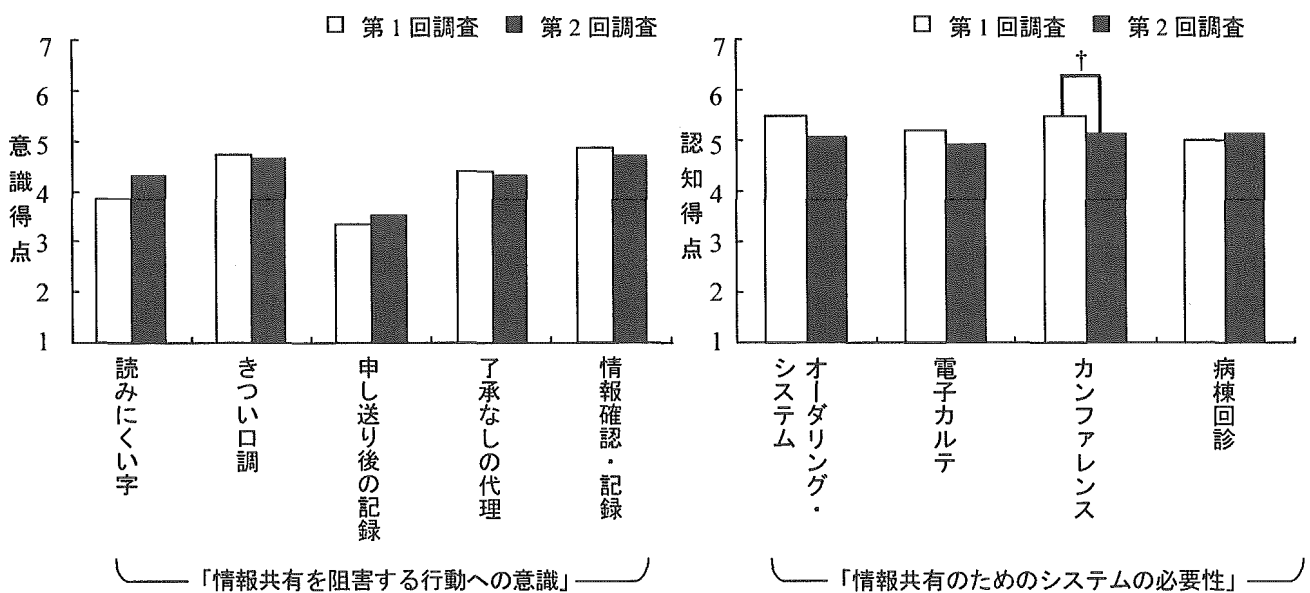


図 4-2-2-6 D 病院における第1回調査から第2回調査にかけての意識変化

注：図中の†は有意な傾向の差があることを示す。† $p < .10$

(6) E 病院 (図 4-2-2-7)

「情報共有を阻害する行動への意識」のうち、「読みにくい字」に関する意識得点が第 1 回調査よりも第 2 回調査において高い傾向にあった ($F(1, 20) = 3.50, p < .10$)。また「申し送り後の記録」に関する意識得点も、第 1 回調査よりも第 2 回調査において高い傾向にあった ($F(1, 20) = 3.90, p < .01$)。つまり E 病院では、「記録に読みにくい字で記入すること」と「申し送り後に記録に記入すること」に関する意識が研修実施後に向上し、“許してはいけない”という方向へ変化したといえる。これは研修の効果を支持する結果である。

また「情報共有のためのシステムの必要性」のうち、「病棟回診」に関する必要性の認知得点が、第 1 回調査よりも第 2 回調査において高かった ($F(1, 20) = 4.96, p < .01$)。すなわち、「薬剤師が医師の病棟回診へ参加すること」の必要性の認知が研修実施後に向上し、“導入すべき”という方向へ変化したといえる。この結果は研修の効果を支持するものである。

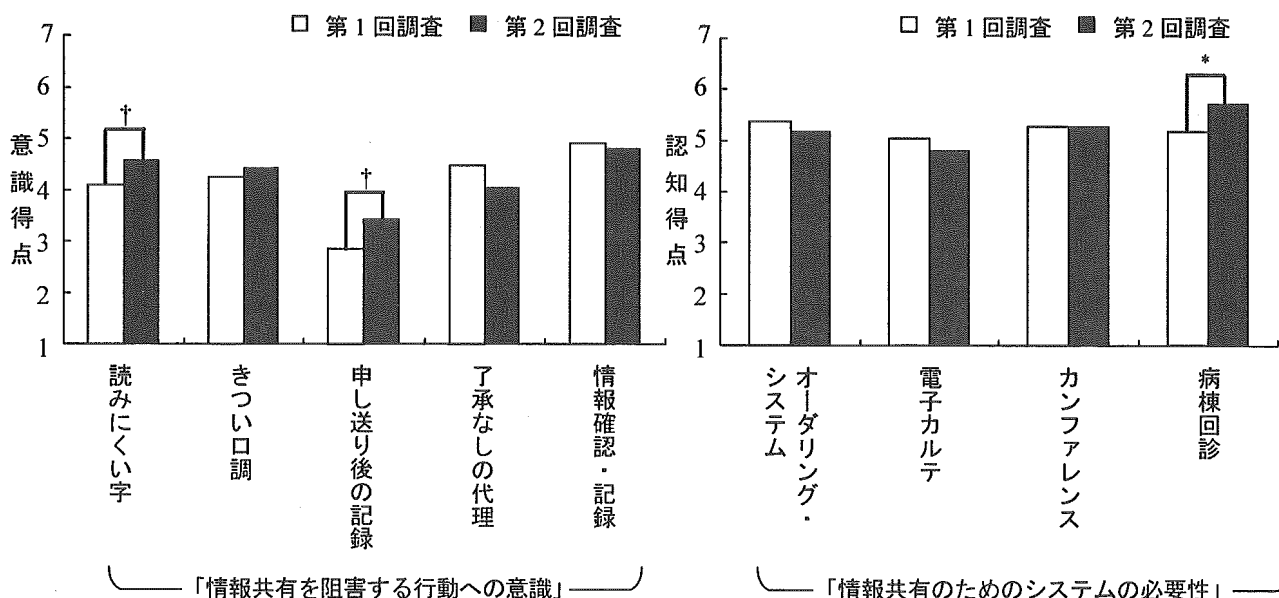


図 4-2-2-7 E 病院における第 1 回調査から第 2 回調査にかけての意識変化

注：図中の*は有意な差があることを示す。 $*p < .05$

†は有意な傾向の差があることを示す。 $†p < .10$

考察

以上の結果を基に、研修群の各病院における意識の時系列変化を表 4-2-2-5 に整理した。第 2 回調査の終了後に A、D、E の 3 病院で実施した師長への面接（詳細は総合考察にて後述）から得られた情報も踏まえ、以下に考察を行う。

「情報共有を阻害する行動への意識」に関しては、「読みにくい字」について 5 病院中 1 病院、「きつい口調」について 5 病院中 1 病院、「申し送り後の記録」について 5 病院中 2 病院において意識が向上しており、研修の効果が示されたといえる。しかし「了承なしの代理」については、いずれの病院においても意識の向上はみられなかった。また「情報確認・記録」については、5 病院中 1 病院が意識の低下を示した。これらについては、研修の効果を支持する結果が見出せなかったといえる。

この「情報確認・記録」で取り上げたカルテや看護記録に関して、師長への面接を実施した 3 病院ではいずれも 1 患者 1 カルテ制が採用されていた。このうち、E 病院では、医師の指示はカルテのみではなく、カードックスにも記載され、指示の記録が二重に把握される方式がとられていた。また、A 病院と D 病院では、必要とされる記録をカルテから外し、病棟に残しておくという“工夫”が行われていた。このような“工夫”は、質問文で示したような必要な情報を即座に得られない事態を回避させるであろう。こうした各病院の事情もあり、「情報確認・記録」については研修の効果を見いだせなかったものと推察される。しかし、上記の工夫は患者の情報を集中管理し、共有するという、1 患者 1 カルテ制の本来の目的に合致したものではない。そのため、このような工夫をしていた病院で研修の効果がなかったのは、すでに十分な情報共有のシステムが確立されていたためというわけではない。

表 4-2-2-5 研修群の各病院における意識の時系列変化

項目	A n=25	B n=25	C n=16	D n=15	E n=21
情報共有を阻害する行動への意識					
読みにくい字	—	—	—	—	△
きつい口調	△	—	—	—	—
申し送り後の記録	—	△	—	—	△
了承なしの代理	—	—	—	—	—
情報確認・記録	—	▼	—	—	—
情報共有のためのシステムの必要性					
オーダリング・システム	—	—	—	—	—
電子カルテ	△	—	—	—	—
カンファレンス	—	—	—	▼	—
病棟回診	△	—	—	—	△

注：△は第 1 回調査から第 2 回調査にかけて得点が向上、▼は第 1 回調査から第 2 回調査にかけて得点が低下したことを示す。

「情報共有のためのシステムの必要性」に関しては、「電子カルテ」について5病院中1病院のみで必要性の認知が向上しており、研修の効果が示されたといえる。このA病院は、研修群の中で唯一、薬剤オーダーリング・システムをすでに導入している病院であった。それゆえA病院では医療業務においてITの活用が有効であることを、スタッフがすでに認識していたと推察される。このことはA病院において、研修実施以前から「オーダーリング・システム」に関する必要性が高く認知されていたことからもうかがえる。つまり、A病院ではスタッフがすでにITの有効性を認識しているという準備体制が整っていたために、他病院ではみられなかった電子カルテシステムの必要性の認知の向上が表われたのではないだろうか。

「病棟回診」については5病院中2病院で必要性の認知の向上がみられた。このうち、A病院では薬剤師が医師の病棟回診に同行しておらず、E病院では一部同行しているという情報が管理者対象の調査から確認された(表4-1-5)。また、師長への面接によると、A病院の一部では薬剤師ではなく、看護師が医師の病棟回診に同行していた。したがって、A病院の看護師には、医師の病棟回診へ他職種スタッフが同行することによる情報共有の重要性が、すでに認識されていた可能性がある。このことが、A病院で研修の効果が認められたことへの一因であるかもしれない。逆にE病院では、以前は院長回診が週一回行われ、医師と看護師の間における情報の共有が図られていたが、現在ではほとんど行われなくなったということが師長への面接で報告された。よって、E病院にみられた研修の効果は、病棟回診の際に情報の共有を図ることの有用性を研修が改めて再認識させたということを示すと解釈できるだろう。これらのことから各病院の状況による違いは考えられるものの、研修を通じて、機器や設備だけでなく、職種間の連携システムについての必要性の認知も向上することが示唆された。

なお、「カンファレンス」については、すでに医師と薬剤師がカンファレンスへ参加しているD病院において、研修実施後に必要性の認知が低下するという結果が得られた。これは予測とは逆方向の意識の変化である。師長への面接によると、D病院では薬剤師が看護師のカンファレンスへ参加しており、さらに、医師の病棟回診へも同行している。それにより医師と薬剤師との間の情報の共有は図られている。しかし、薬剤師と看護師との間の情報伝達は必ずしも円滑に行われているとはいえず、薬剤師の側に十分に情報の共有の必要性が理解されていないという。D病院ではこのような事情により、研修の効果が見出されなくなり、むしろ逆方向の変化を招いた可能性がある。

病院別の分析結果から、研修の効果の現れ方が病院ごとに異なることが示された。おそらく、これは各病院の特性やシステムの状態が、研修前後の意識変化に一定の影響を与えたことを反映しているだろう。このことは、研修を実施する前にスクリーニングとして、対象病棟におけるシステムの状態と他職種との連携体制について把握する必要があることを示唆している。事前にそのようなスクリーニングを行うことで、その病棟に適した研修プログラムと効果測定調査を行うことができるようになるだろう。

4.2.3 エラーの指摘に関する研修効果の分析

まず、エラーを指摘することへの抵抗感尺度の各項目に対する評定値（6段階評定；「直接本人に絶対伝えたい」1点～「直接本人に絶対に伝えたくない」6点）を、エラーを指摘することへの抵抗感得点とした。次に、エラーを指摘されることへの抵抗感尺度の各項目に対する評定値（6段階評定；「いつも快く受け入れられる」1点～「いつも嫌な気分になる」6点）を、エラーを指摘されることへの抵抗感得点とした。

分析 1 対象者全体での研修による抵抗感の変化

まず、対象者全体における、研修の実施による抵抗感の変化について検討するために、研修有無（被験者間要因；研修群 vs. 統制群）×時系列（被験者内要因；第1回調査 vs. 第2回調査）の2要因分散分析を行った。その結果を図4-2-3-1～4-2-3-2 および表4-2-3-1～4-2-3-2 に示す。

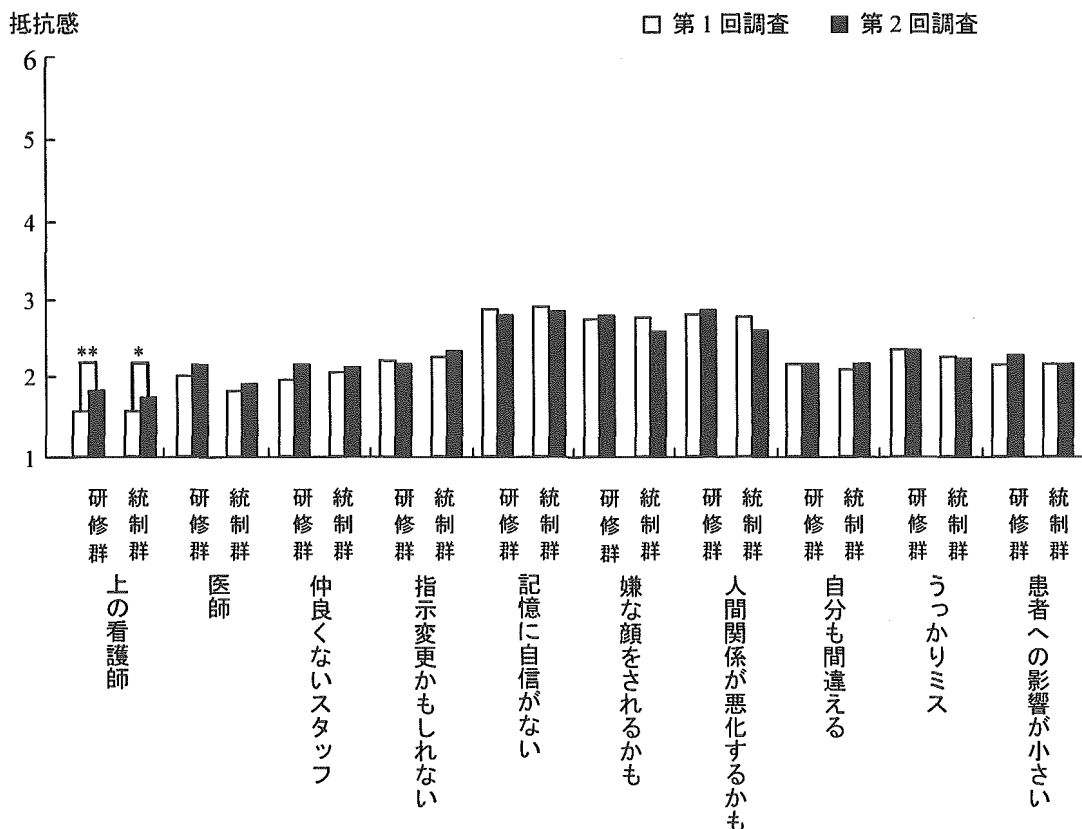


図 4-2-3-1 研修群と統制群における第1回調査と第2回調査の指摘することへの抵抗感の比較

注：図中の*は単純主効果を検定した結果、有意な差があることを示す。 $p < .05$, $**p < .01$

表 4-2-3-1 研修群と統制群の指摘することへの抵抗感の平均値

場面	調査	研修群 n=102	統制群 n=146
上の看護師	第1回	1.56(0.75)	1.56(0.82)
	第2回	1.82(0.85)	1.73(0.83)
医師	第1回	2.00(1.07)	1.82(1.04)
	第2回	2.14(1.06)	1.90(1.05)
仲良くないスタッフ	第1回	1.95(1.01)	2.04(1.16)
	第2回	2.14(1.07)	2.11(1.02)
指示変更かもしれない	第1回	2.19(1.00)	2.24(1.14)
	第2回	2.15(0.88)	2.31(1.07)
記憶に自信がない	第1回	2.83(1.19)	2.86(1.30)
	第2回	2.75(1.03)	2.80(1.21)
嫌な顔をされるかも	第1回	2.71(1.17)	2.73(1.41)
	第2回	2.75(1.18)	2.55(1.21)
人間関係が悪化するかも	第1回	2.76(1.17)	2.73(1.40)
	第2回	2.82(1.20)	2.57(1.19)
自分も間違える	第1回	2.15(1.03)	2.08(1.15)
	第2回	2.15(0.94)	2.15(1.04)
うっかりミス	第1回	2.32(1.02)	2.24(1.15)
	第2回	2.32(0.94)	2.21(1.05)
患者への影響が小さい	第1回	2.14(0.89)	2.15(1.12)
	第2回	2.26(0.98)	2.14(1.02)

注：() 内の数値は標準偏差。

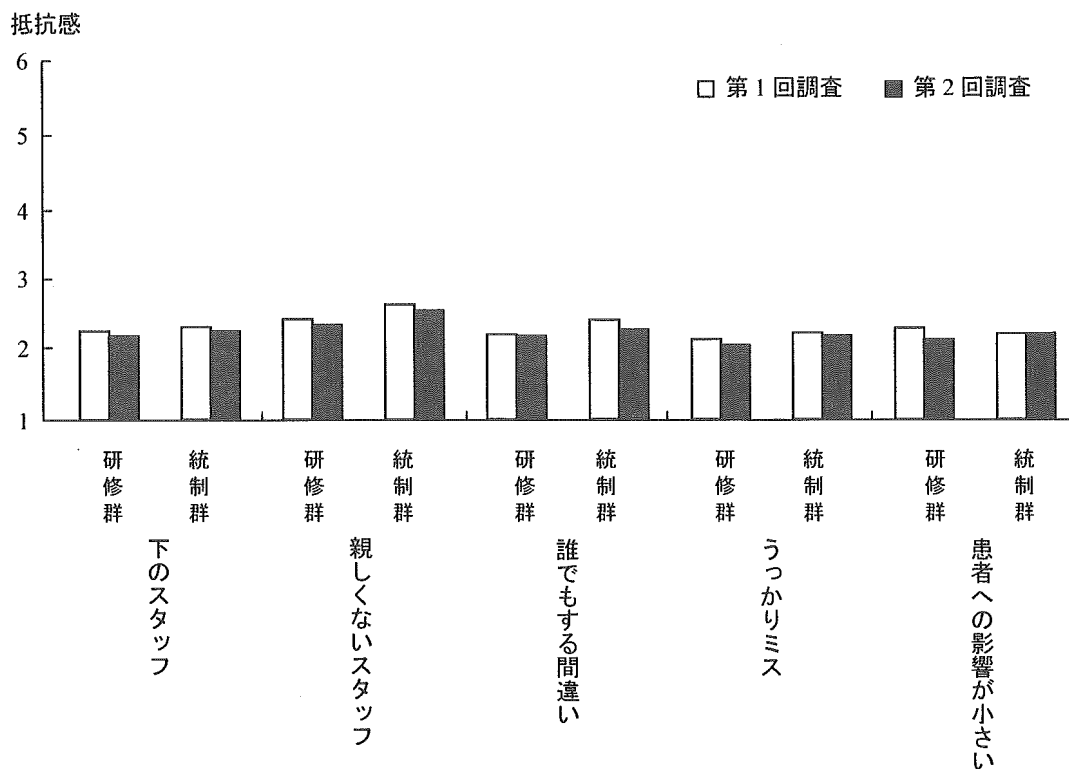


図 4-2-3-2 研修群と統制群における第1回調査と第2回調査の指摘されることへの抵抗感の比較

表 4-2-3-2 研修群と統制群の指摘されることへの抵抗感の平均値

場面	調査	研修群 n=102	統制群 n=146
下のスタッフ	第1回	2.22 (0.90)	2.27 (1.04)
	第2回	2.15 (0.87)	2.22 (0.91)
親しくないスタッフ	第1回	2.38 (1.00)	2.58 (1.19)
	第2回	2.30 (0.91)	2.50 (1.04)
誰でもする間違い	第1回	2.17 (0.86)	2.37 (1.20)
	第2回	2.15 (0.93)	2.23 (1.02)
うっかりミス	第1回	2.10 (0.99)	2.18 (1.08)
	第2回	2.02 (0.86)	2.15 (0.94)
患者への影響が小さい	第1回	2.25 (0.99)	2.17 (1.08)
	第2回	2.10 (0.88)	2.17 (0.93)

注：() 内の数値は標準偏差。

(1) 指摘することへの抵抗感の変化 (図 4-2-3-1・表 4-2-3-1)

「医師」に指摘する場合の抵抗感に研修の有無の主効果が有意な傾向を示し ($F(1, 246)=3.34, p<.10$)、研修群は統制群よりも医師に指摘することへの抵抗感が高いことが明らかにされた。「上の看護師」に指摘することへの抵抗感における時系列の主効果が有意であり ($F(1, 246)=16.48, p<.01$)、「仲良くないスタッフ」に指摘することへの抵抗感における時系列の主効果が有意な傾向が見られた ($F(1, 246)=3.32, p<.10$)。このことから、研修の有無に関わらず、第2回調査では「上の看護師」および「仲良くないスタッフ」に指摘することへの抵抗感が高くなることが明らかにされた。また、交互作用は有意ではなく、研修の実施による抵抗感の変化は見出せなかった。

(2) 指摘されることへの抵抗感の変化 (図 4-2-3-2・表 4-2-3-2)

いずれの項目においても、主効果ならびに交互作用は有意ではなかった。よって、研修の実施による抵抗感の変化は見出せなかった。

分析2 対象者の属性による抵抗感の変化の比較

3.3(2)より、役職、勤務歴など、立場の違いが指摘を抑制する可能性が示された。よって、研修参加者においても、役職のない者や勤務歴の短い者は、役職がある者や勤務歴の長い者に比べて、指摘することへの抵抗感が高いと考えられる。また、それに伴い、研修による抵抗感の変化にも差があることが予測される。そこで、研修群を対象に、対象者の属性のうち、役職、病棟勤務歴、病院勤続年数など、立場の違いに関連するものを取り上げ、エラーを指摘することへの抵抗感の差、および抵抗感の変化の違いについて検討した。

分析 2.1 役職の有無による比較

役職の有無による抵抗感の差、および役職の有無による抵抗感の変化の違いを検討するために、対象者のうち、師長、副師長、主任、副主任を「役職あり群」、それ以外の者を「役職なし群」に分類し、役職(被験者間要因; 役職あり群 vs. 役職なし群) × 時系列(被験者内要因; 第1回調査 vs. 第2回調査)の2要因分散分析を行った。その結果を図 4-2-3-3~4-2-3-4 および表 4-2-3-3~4-2-3-4 に示す。

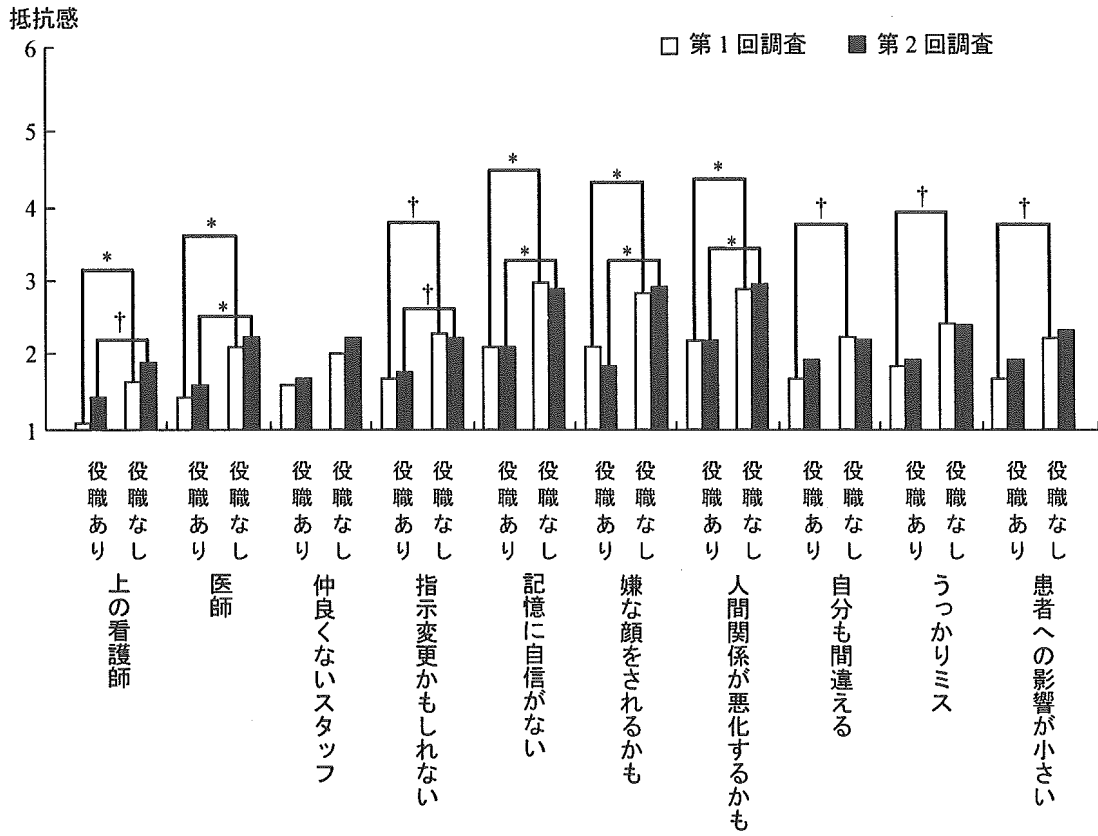


図 4-2-3-3 役職あり群と役職なし群における第1回調査と第2回調査の指摘することへの抵抗感の比較

注：図中の*は有意な差があることを示す。 $p < .05$

図中の†は単純主効果を検定した結果、有意な傾向があることを示す。 $p < .10$

表 4-2-3-3 役職あり群と役職なし群の指摘することへの抵抗感の平均値

場面	調査	役職あり n=12	役職なし n=90
上の看護師	第1回	1.08 (0.29)	1.62 (0.77)
	第2回	1.42 (0.51)	1.88 (0.87)
医師	第1回	1.42 (0.67)	2.08 (1.09)
	第2回	1.58 (0.90)	2.21 (1.07)
仲良くないスタッフ	第1回	1.58 (0.79)	2.00 (1.03)
	第2回	1.67 (0.78)	2.20 (1.09)
指示変更かもしれない	第1回	1.67 (0.49)	2.26 (1.03)
	第2回	1.75 (0.75)	2.20 (0.89)
記憶に自信がない	第1回	2.08 (0.79)	2.93 (1.21)
	第2回	2.08 (0.90)	2.84 (1.02)
嫌な顔をされるかも	第1回	2.08 (0.90)	2.79 (1.18)
	第2回	1.83 (0.83)	2.88 (1.17)
人間関係が悪化するかも	第1回	2.17 (0.94)	2.84 (1.18)
	第2回	2.17 (1.19)	2.91 (1.18)
自分も間違える	第1回	1.67 (0.65)	2.21 (1.05)
	第2回	1.92 (1.24)	2.18 (0.89)
うっかりミス	第1回	1.83 (0.72)	2.39 (1.03)
	第2回	1.92 (1.08)	2.37 (0.92)
患者への影響が小さい	第1回	1.67 (0.78)	2.20 (0.89)
	第2回	1.92 (1.08)	2.30 (0.96)

注：() 内の数値は標準偏差。

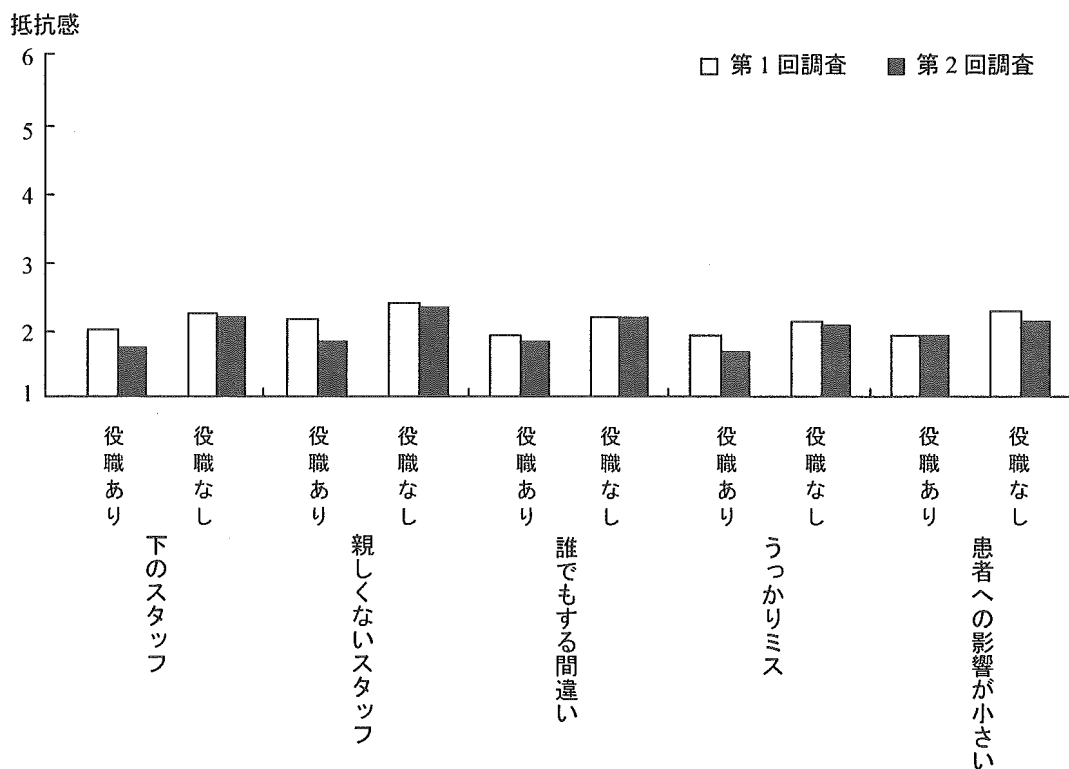


図 4-2-3-4 役職あり群と役職なし群における第1回調査と第2回調査の指摘されることへの抵抗感の比較

表 4-2-3-4 役職あり群と役職なし群の指摘されることへの抵抗感の平均値

場面	調査	役職あり n=12	役職なし n=90
下のスタッフ	第1回	2.00 (0.74)	2.24 (0.92)
	第2回	1.75 (0.87)	2.20 (0.86)
親しくないスタッフ	第1回	2.17 (0.72)	2.41 (1.03)
	第2回	1.83 (0.83)	2.36 (0.90)
誰でもする間違い	第1回	1.92 (0.79)	2.20 (0.86)
	第2回	1.83 (1.03)	2.19 (0.91)
うっかりミス	第1回	1.92 (0.79)	2.12 (1.01)
	第2回	1.67 (0.78)	2.07 (0.86)
患者への影響が小さい	第1回	1.92 (0.79)	2.30 (1.01)
	第2回	1.92 (1.08)	2.12 (0.86)

注：() 内の数値は標準偏差。

(1) 指摘することへの抵抗感の変化 (図 4-2-3-3・表 4-2-3-3)

「上の看護師」「医師」「指示変更かもしれない」「記憶に自信がない」「嫌な顔をされるかも」「人間関係が悪化するかも」「うっかりミス」の場合における指摘することへの役職の主効果が有意であった (「上の看護師」 $F(1, 100)=6.21, p<.05$; 「医師」 $F(1, 100)=5.80, p<.05$; 「指示変更かもしれない」 $F(1, 100)=4.53, p<.05$; 「記憶に自信がない」 $F(1, 100)=7.37, p<.05$; 「嫌な顔をされるかも」 $F(1, 100)=8.91, p<.01$; 「人間関係が悪化するかも」 $F(1, 100)=5.32, p<.05$; 「うっかりミス」 $F(1, 100)=4.19, p<.05$)。「仲良くないスタッフ」「自分も間違える」「患者への影響が小さい」の場合における指摘することへの役職の主効果に有意な傾向がみられた (「仲良くないスタッフ」 $F(1, 100)=3.52, p<.10$; 「自分も間違える」 $F(1, 100)=2.80, p<.10$; 「患者への影響が小さい」 $F(1, 100)=3.19, p<.10$)。これらの結果から、師長、副師長、主任、副主任など役職のある看護師に比べて、役職のない看護師は、指摘することへの抵抗感が高いことが明らかにされた。

役職と時系列の交互作用は有意ではなく、役職の有無による抵抗感の変化の違いは見出せなかった。

(2) 指摘されることへの抵抗感の変化 (図 4-2-3-4・表 4-2-3-4)

いずれの項目においても役職の主効果は有意ではなく、役職による指摘されることへの抵抗感の差は見出せなかった。役職と時系列の交互作用も有意ではなく、役職の有無による抵抗感の変化の違いは見出せなかった。