

分析 2.2 病棟勤務歴による比較

病棟勤務歴による抵抗感の差、および研修による抵抗感の変化の差を検討するために、対象者を病棟勤務歴により 4 群に分類した。そして、病棟勤務歴（被験者間要因；1 年未満,1 年以上 3 年未満,3 年以上 5 年未満,5 年以上）×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 4-2-3-5 と表 4-2-3-6 に示す。

表 4-2-3-5 病棟勤務歴ごとの指摘することへの抵抗感の平均値

場面	調査	1 年未満 n=29	1 年以上 3 年未満 n=39	3 年以上 5 年未満 n=20	5 年以上 n=11
上の看護師	第 1 回	1.72 (0.70)	1.46 (0.79)	1.65 (0.81)	1.45 (0.69)
	第 2 回	1.93 (0.80)	1.77 (0.81)	1.84 (0.99)	1.82 (0.98)
医師	第 1 回	2.21 (0.86)	1.87 (1.22)	2.00 (1.12)	2.18 (0.98)
	第 2 回	2.28 (1.00)	2.05 (1.05)	2.11 (1.17)	2.27 (1.27)
仲良くないスタッフ	第 1 回	1.97 (0.87)	1.97 (1.22)	1.90 (0.79)	2.09 (1.04)
	第 2 回	2.31 (1.00)	2.13 (1.00)	2.06 (1.23)	2.09 (1.30)
指示変更かもしれない	第 1 回	2.08 (0.92)	2.41 (1.16)	2.05 (0.94)	2.11 (0.54)
	第 2 回	2.14 (0.88)	2.18 (0.94)	2.16 (0.93)	2.18 (0.75)
記憶に自信がない	第 1 回	2.93 (1.22)	2.87 (1.24)	2.75 (1.21)	2.73 (1.01)
	第 2 回	2.86 (1.09)	2.74 (0.85)	2.84 (1.27)	2.55 (1.04)
嫌な顔をされるかも	第 1 回	2.69 (1.11)	2.72 (1.21)	2.65 (1.39)	3.03 (0.78)
	第 2 回	2.90 (1.23)	2.62 (0.99)	2.94 (1.43)	2.55 (1.21)
人間関係が悪化するかも	第 1 回	2.69 (1.11)	2.64 (1.13)	2.95 (1.43)	3.27 (0.90)
	第 2 回	2.86 (1.25)	2.74 (1.02)	2.94 (1.43)	3.00 (1.34)
自分も間違える	第 1 回	2.10 (0.98)	2.18 (1.12)	2.30 (1.08)	2.09 (0.83)
	第 2 回	2.31 (0.81)	2.10 (0.88)	1.96 (0.89)	2.36 (1.50)
うっかりミス	第 1 回	2.34 (0.94)	2.34 (1.18)	2.40 (1.05)	2.27 (0.65)
	第 2 回	2.48 (0.83)	2.31 (0.92)	2.27 (1.12)	2.18 (1.08)
患者への影響が小さい	第 1 回	2.21 (0.90)	2.03 (0.87)	2.25 (0.97)	2.09 (0.83)
	第 2 回	2.41 (0.95)	2.10 (0.88)	2.26 (1.12)	2.36 (1.21)

注：() 内の数値は標準偏差。

表 4-2-3-6 病棟勤務歴ごとの指摘されることへの抵抗感の平均値

場面	調査	1年未満 n=29	1年以上 3年未満 n=39	3年以上 5年未満 n=20	5年以上 n=11
下のスタッフ	第1回	2.41 (0.91)	2.08 (0.81)	2.35 (1.09)	2.09 (0.83)
	第2回	2.31 (0.89)	2.18 (0.94)	2.01 (0.73)	1.91 (0.94)
親しくないスタッフ	第1回	2.55 (0.95)	2.33 (1.11)	2.45 (1.05)	2.09 (0.70)
	第2回	2.45 (0.83)	2.28 (0.94)	2.37 (0.98)	1.91 (0.94)
誰でもする間違い	第1回	2.03 (0.87)	2.08 (0.74)	2.55 (1.00)	2.09 (0.94)
	第2回	2.31 (1.00)	2.10 (0.97)	2.16 (0.67)	2.00 (1.10)
うっかりミス	第1回	2.07 (0.92)	1.92 (0.96)	2.40 (1.14)	2.18 (1.08)
	第2回	2.03 (0.82)	2.00 (0.97)	2.05 (0.76)	2.09 (0.83)
患者への影響が小さい	第1回	2.21 (0.98)	2.10 (0.99)	2.65 (0.99)	2.27 (1.10)
	第2回	2.10 (0.86)	1.97 (0.87)	2.36 (0.87)	2.18 (1.08)

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 (表 4-2-3-5)

「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った ($F(1, 100)=6.88, p<.05$)。いずれの項目においても病棟勤務歴の主効果は有意ではなかった。これらの結果から、病棟勤務歴による指摘することへの抵抗感の差は見出せなかった。また、病棟勤務歴と時系列の交互作用も有意でなく、病棟勤務歴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 (表 4-2-3-6)

いずれの項目においても病棟勤務歴の主効果は有意ではなく、指摘されることへの抵抗感の病棟勤務歴による差は見出せなかった。また、病棟勤務歴と時系列の交互作用はみられず、病棟勤務歴による抵抗感の変化の違いは見出せなかった。

分析 2.3 病院勤続年数による比較

病院勤続年数による抵抗感の差、および病院勤続年数による抵抗感の変化の違いを検討するために、対象者を病院勤続年数により 5 群に分類した。病院勤続年数 (被験者間要因; 1年未満, 1年以上3年未満, 5年以上10年未満, 10年以上) ×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 4-2-3-7 と表 4-2-3-8 に示す。

表 4-2-3-7 病院勤続年数ごとの指摘することへの抵抗感の平均値

場面	調査	1年未満 n=13	1年以上 3年未満 n=27	3年以上 5年未満 n=15	5年以上 10年未満 n=17	10年以上 n=30
上の看護師	第1回	1.69(0.85)	1.52(0.80)	1.67(0.82)	1.53(0.72)	1.50(0.68)
	第2回	2.23(1.01)	1.81(0.56)	1.93(0.96)	1.71(0.85)	1.66(0.92)
医師	第1回	2.23(1.09)	1.81(1.27)	2.27(1.16)	1.88(0.60)	2.00(1.05)
	第2回	2.54(1.13)	2.11(0.80)	2.33(0.98)	2.00(1.06)	1.97(1.27)
仲良くないスタッフ	第1回	2.08(0.86)	1.93(1.24)	2.00(1.13)	1.88(0.86)	1.93(0.91)
	第2回	2.54(1.13)	2.11(0.89)	2.00(1.00)	2.12(1.11)	2.07(1.23)
指示変更かもしれない	第1回	2.31(1.11)	2.15(1.13)	2.47(1.19)	2.12(0.86)	2.08(0.83)
	第2回	2.31(0.95)	2.04(0.71)	2.33(0.98)	1.94(1.03)	2.21(0.89)
記憶に自信がない	第1回	3.23(1.48)	2.81(1.21)	3.13(1.19)	2.53(1.01)	2.70(1.15)
	第2回	3.08(1.04)	2.63(0.88)	3.00(0.93)	2.41(1.18)	2.79(1.09)
嫌な顔をされるかも	第1回	3.00(1.29)	2.59(1.25)	2.80(1.15)	2.71(1.10)	2.64(1.13)
	第2回	3.31(1.25)	2.67(0.92)	3.00(1.13)	2.47(1.37)	2.63(1.24)
人間関係が悪化するかも	第1回	2.92(1.26)	2.46(1.15)	2.98(1.14)	2.82(1.19)	2.83(1.18)
	第2回	3.08(1.38)	2.81(0.96)	3.00(1.13)	2.71(1.45)	2.69(1.23)
自分も間違える	第1回	2.15(1.14)	2.00(1.00)	2.60(1.30)	2.12(1.05)	2.07(0.83)
	第2回	2.62(0.77)	2.07(0.73)	2.27(0.96)	2.18(1.13)	1.94(1.02)
うっかりミス	第1回	2.38(0.96)	2.15(1.17)	2.80(1.01)	2.18(0.81)	2.30(0.99)
	第2回	2.77(0.73)	2.19(0.88)	2.40(0.99)	2.29(1.05)	2.21(1.00)
患者への影響が小さい	第1回	2.15(0.80)	1.89(0.80)	2.40(0.91)	2.24(1.03)	2.17(0.91)
	第2回	2.62(0.87)	2.04(0.81)	2.33(0.90)	2.24(1.20)	2.28(1.08)

注：() 内の数値は標準偏差。

表 4-2-3-8 病院勤続年数ごとの指摘されることへの抵抗感の平均値

場面	調査	1年未満 n=13	1年以上 3年未満 n=27	3年以上 5年未満 n=15	5年以上 10年未満 n=17	10年以上 n=30
下のスタッフ	第1回	2.23(0.93)	2.11(0.85)	2.40(0.91)	2.29(1.05)	2.17(0.87)
	第2回	2.46(0.78)	2.22(0.75)	2.33(1.18)	2.00(0.87)	1.94(0.83)
親しくないスタッフ	第1回	2.38(0.87)	2.30(1.14)	2.73(1.16)	2.35(1.00)	2.30(0.84)
	第2回	2.54(0.88)	2.37(0.84)	2.40(0.99)	2.18(0.81)	2.14(1.01)
誰でもする間違い	第1回	2.00(0.82)	1.93(0.62)	2.47(1.06)	2.29(0.92)	2.23(0.90)
	第2回	2.46(1.13)	2.15(0.86)	2.27(1.03)	2.00(1.00)	2.04(0.81)
うっかりミス	第1回	2.08(0.76)	1.81(0.96)	2.40(1.12)	2.29(1.16)	2.10(0.92)
	第2回	2.00(0.91)	2.11(0.85)	2.07(1.10)	2.06(0.75)	1.90(0.80)
患者への影響が小さい	第1回	2.23(0.93)	1.96(0.90)	2.53(0.99)	2.47(1.33)	2.27(0.87)
	第2回	2.15(0.99)	2.00(0.68)	2.40(1.12)	1.94(0.83)	2.10(0.92)

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 (表 4-2-3-7)

「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った ($F(1, 100)=9.42$, $p<.05$)。いずれの項目においても病院勤続年数の主効果は有意ではなく、指摘することへの抵抗感の病院勤続年数による違いは見出せなかった。また、病院勤続年数と時系列の交互作用はみられず、病院勤続年数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 (表 4-2-3-8)

いずれの項目においても病院勤続年数の主効果は有意ではなく、指摘されることへの抵抗感の病院勤続年数による差は見出せなかった。また、病院勤続年数と時系列の交互作用は有意ではなく、病院勤続年数による抵抗感の変化の違いは見出せなかった。

分析 3 病棟ごとの研修による抵抗感の変化

表 4-1-6 に示したように、研修の対象となった病院は、病院ごと、病棟ごとにさまざまな特徴を持っている。そして、病棟研修は病棟ごとに、その病棟の状況に合わせた実施となったため、完全な統制を行うことは不可能であった。また、ロールプレイで出された話題やその反応も病棟ごとに異なるものであった。よって、病棟ごとに異なった研修効果がもたらされた可能性がある。そこで、研修対象者を病棟ごとに分類し (C 病院は C1 病棟と C2 病棟の 2 病棟に分類)、研修前後の抵抗感の変化を明らかにするために、時系列 (被験者内要因; 第 1 回調査 vs. 第 2 回調査) による一要因の分散分析を行った。その結果を図 4-2-3-5~4-2-3-16 および表 4-2-3-9~4-2-3-10 に示す。

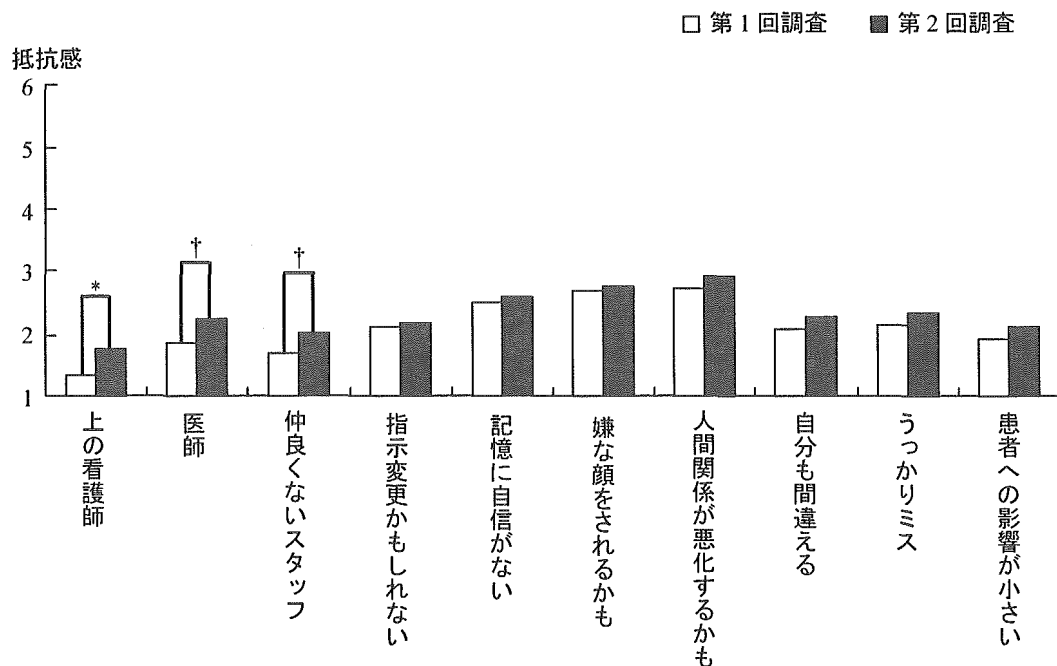


図 4-2-3-5 A 病棟における第 1 回調査と第 2 回調査の指摘することへの抵抗感の比較

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。† $p<.10$

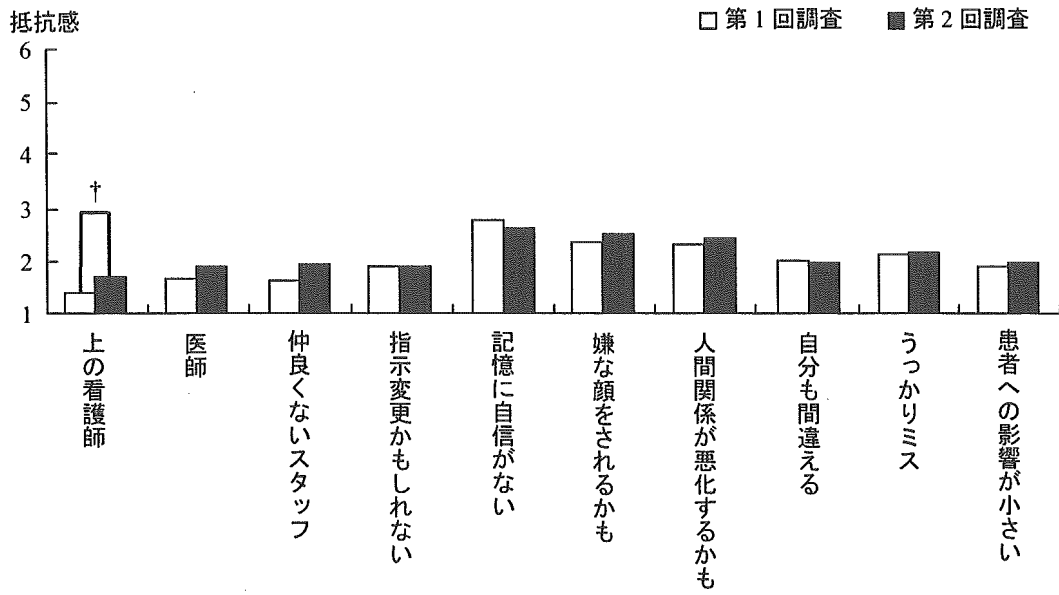


図 4-2-3-6 B病棟における第1回調査と第2回調査の指摘することへの抵抗感の比較

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

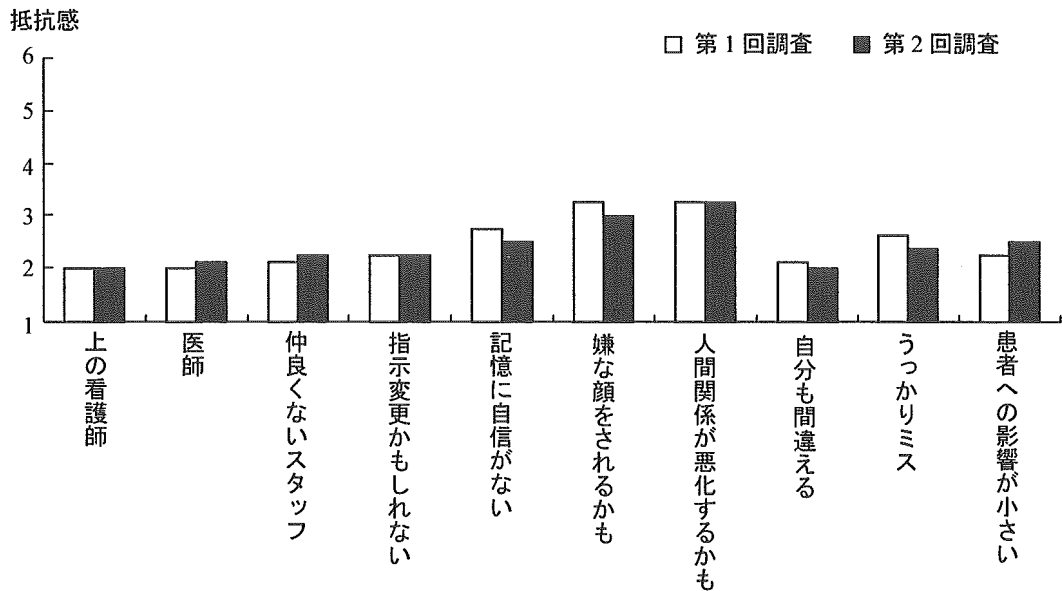


図 4-2-3-7 C1病棟における第1回調査と第2回調査の指摘することへの抵抗感の比較

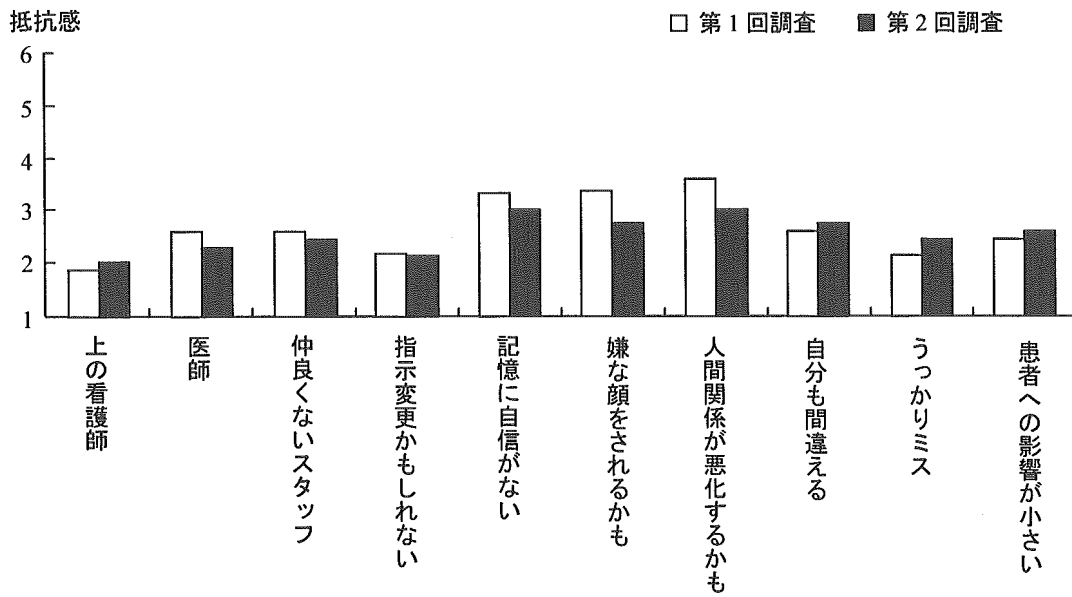


図 4-2-3-8 C2 病棟における第1回調査と第2回調査の指摘することへの抵抗感の比較

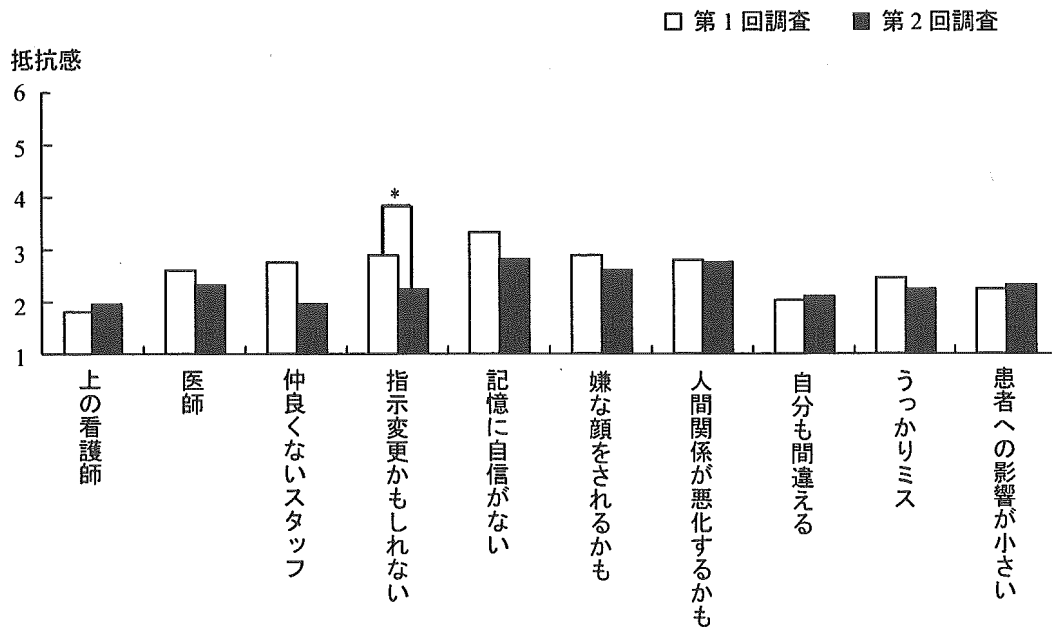


図 4-2-3-9 D 病棟における第1回調査と第2回調査の指摘することへの抵抗感の比較

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。* $p < .05$

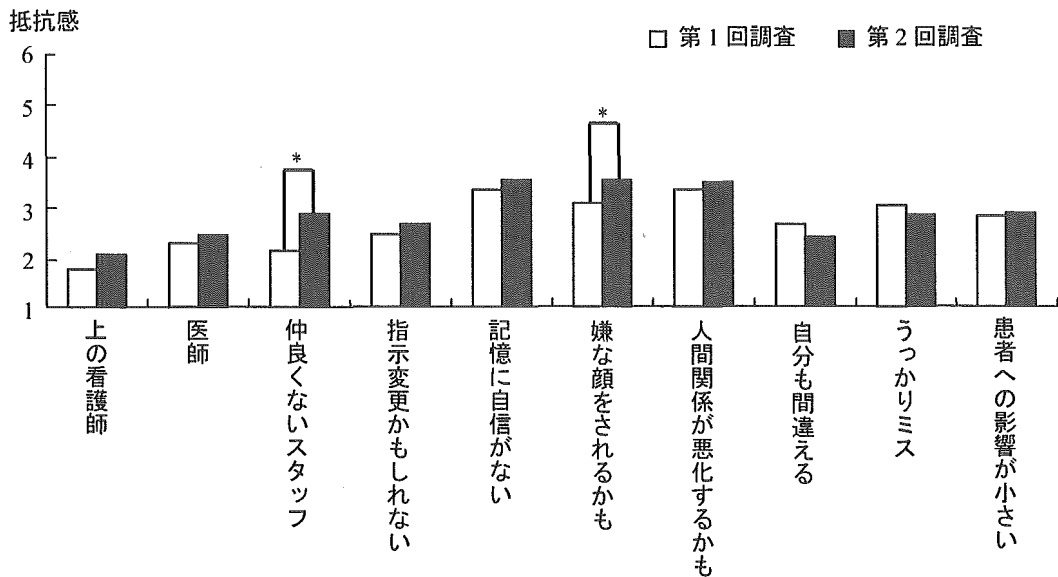


図 4-2-3-10 E 病棟における第 1 回調査と第 2 回調査の指摘することへの抵抗感の比較

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。* $p < .05$

表 4-2-3-9 病棟ごとの指摘することへの抵抗感の平均値

場面	調査	A 病棟 n=25	B 病棟 n=25	C1 病棟 n=9	C2 病棟 n=7	D 病棟 n=15	E 病棟 n=21
上の看護師	第 1 回	1.32 (0.63)	1.40 (0.76)	1.89 (0.78)	1.86 (0.90)	1.73 (0.80)	1.67 (0.73)
	第 2 回	1.76 (0.78)	1.68 (0.56)	1.89 (0.78)	2.00 (1.15)	1.87 (1.06)	1.94 (1.02)
医師	第 1 回	1.84 (0.85)	1.64 (0.99)	1.89 (1.17)	2.57 (0.98)	2.47 (1.46)	2.14 (0.96)
	第 2 回	2.24 (0.97)	1.88 (0.78)	2.00 (1.12)	2.29 (0.95)	2.20 (1.32)	2.29 (1.31)
仲良くないスタッフ	第 1 回	1.68 (0.75)	1.60 (0.96)	2.00 (0.87)	2.57 (0.98)	2.60 (1.45)	2.00 (0.77)
	第 2 回	2.00 (1.08)	1.92 (0.91)	2.11 (0.93)	2.43 (1.13)	1.87 (1.06)	2.67 (1.19)
指示変更かもしれない	第 1 回	2.12 (0.83)	1.88 (0.97)	2.11 (0.78)	2.17 (0.69)	2.73 (1.49)	2.30 (0.90)
	第 2 回	2.16 (0.80)	1.88 (0.67)	2.11 (0.78)	2.14 (0.69)	2.13 (1.19)	2.48 (1.03)
記憶に自信がない	第 1 回	2.48 (1.16)	2.76 (1.13)	2.56 (1.01)	3.29 (1.38)	3.13 (1.60)	3.10 (0.94)
	第 2 回	2.60 (1.00)	2.60 (0.82)	2.33 (0.87)	3.00 (1.00)	2.67 (1.29)	3.27 (1.06)
嫌な顔をされるかも	第 1 回	2.68 (1.18)	2.32 (0.99)	3.00 (1.32)	3.33 (1.11)	2.73 (1.39)	2.86 (1.11)
	第 2 回	2.76 (1.16)	2.48 (1.00)	2.78 (1.48)	2.71 (1.11)	2.47 (1.25)	3.27 (1.19)
人間関係が悪化するかも	第 1 回	2.72 (1.10)	2.29 (1.06)	3.00 (1.41)	3.57 (1.27)	2.64 (1.17)	3.10 (1.09)
	第 2 回	2.92 (1.26)	2.40 (1.00)	3.00 (1.50)	3.00 (1.29)	2.60 (1.18)	3.23 (1.14)
自分も間違える	第 1 回	2.08 (1.08)	2.00 (1.08)	2.00 (1.22)	2.57 (0.98)	1.93 (0.96)	2.48 (0.87)
	第 2 回	2.28 (1.02)	1.96 (0.73)	1.89 (0.78)	2.71 (1.38)	2.00 (0.93)	2.25 (0.94)
うっかりミス	第 1 回	2.13 (0.83)	2.12 (1.24)	2.44 (0.88)	2.14 (0.90)	2.33 (1.05)	2.81 (0.93)
	第 2 回	2.32 (0.99)	2.16 (0.90)	2.22 (0.97)	2.43 (0.98)	2.13 (0.83)	2.63 (1.02)
患者への影響が小さい	第 1 回	1.92 (0.81)	1.88 (0.88)	2.11 (0.93)	2.43 (0.79)	2.13 (0.83)	2.62 (0.92)
	第 2 回	2.12 (0.97)	1.96 (0.73)	2.33 (1.12)	2.57 (0.98)	2.20 (1.01)	2.68 (1.10)

注：() 内の数値は標準偏差。

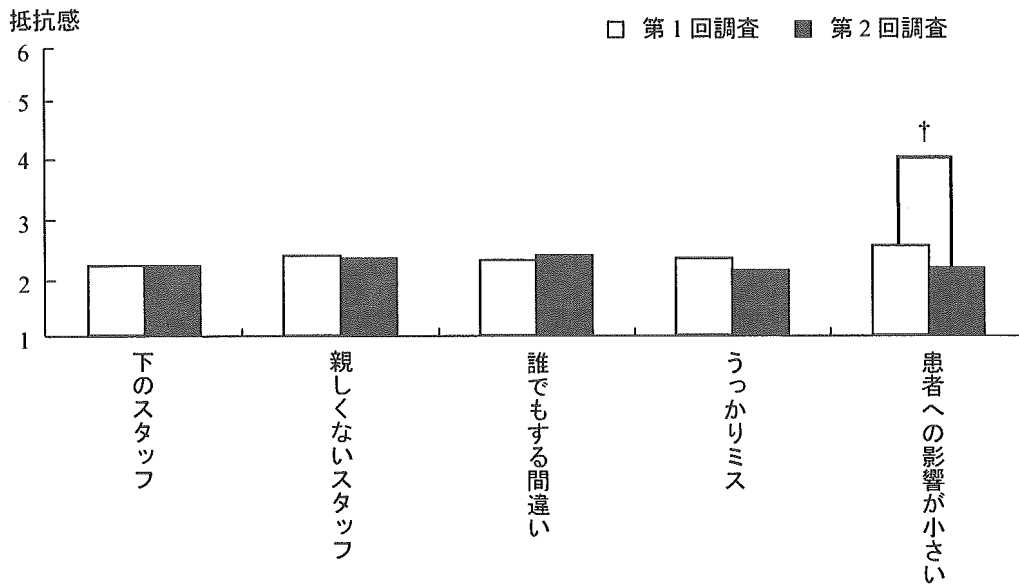


図 4-2-3-11 A 病棟における第 1 回調査と第 2 回調査の指摘されることへの抵抗感の比較

注：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。† $p < .10$

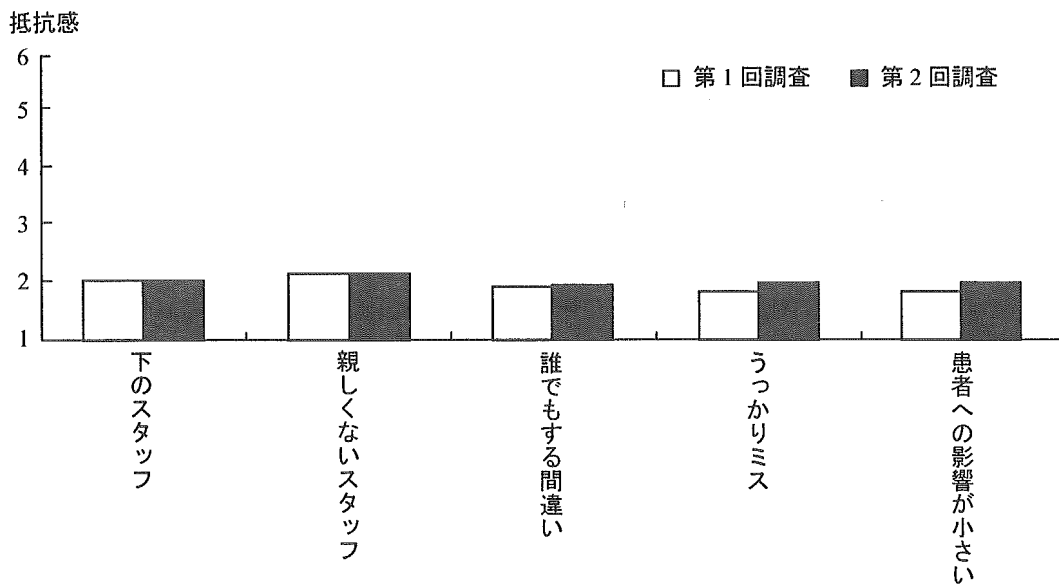


図 4-2-3-12 B 病棟における第 1 回調査と第 2 回調査の指摘されることへの抵抗感の比較

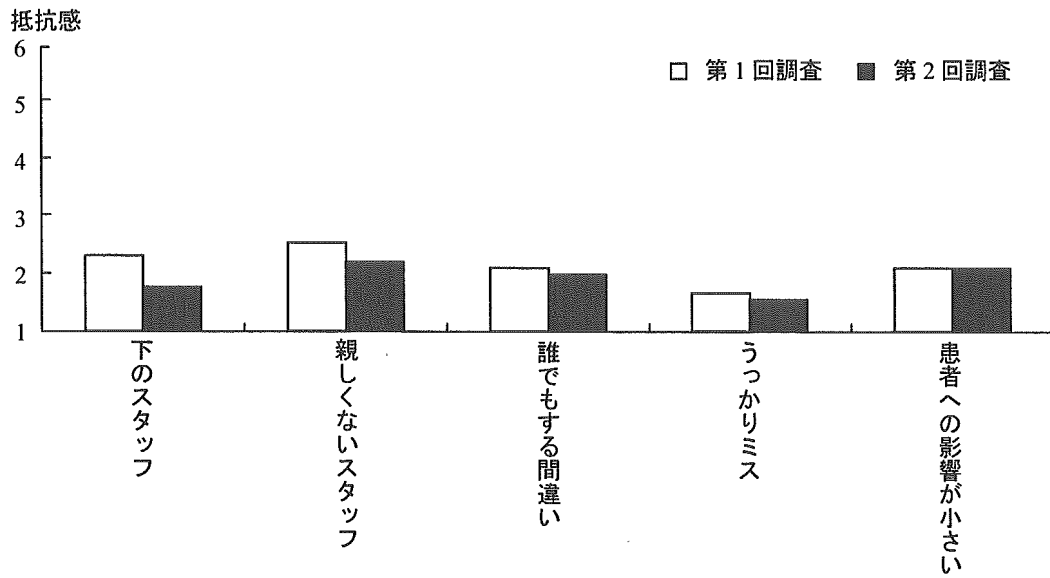


図 4-2-3-13 C1 病棟における第 1 回調査と第 2 回調査の指摘されることへの抵抗感の比較

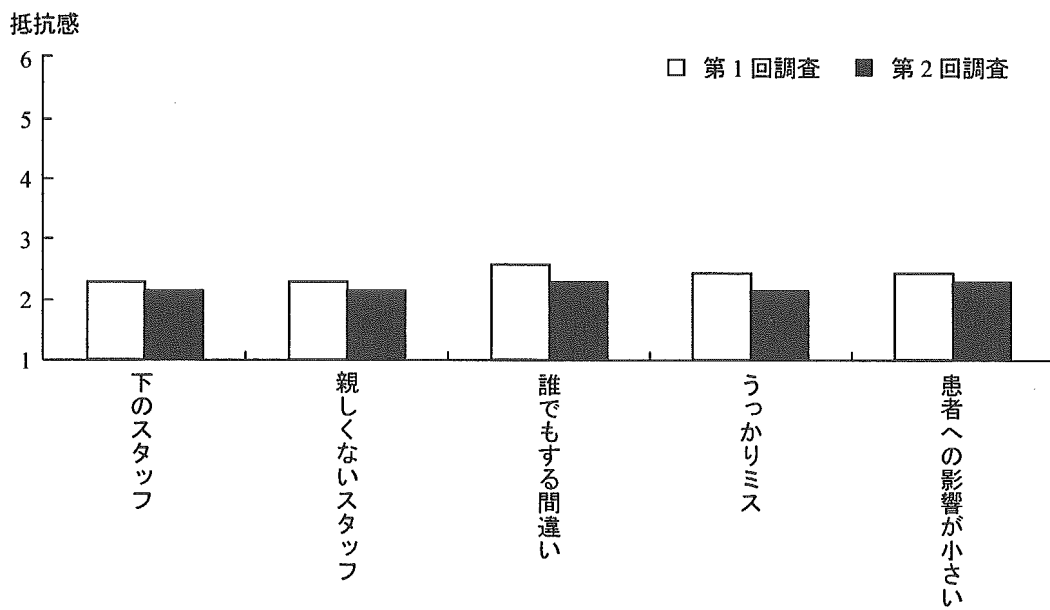


図 4-2-3-14 C2 病棟における第 1 回調査と第 2 回調査の指摘されることへの抵抗感の比較

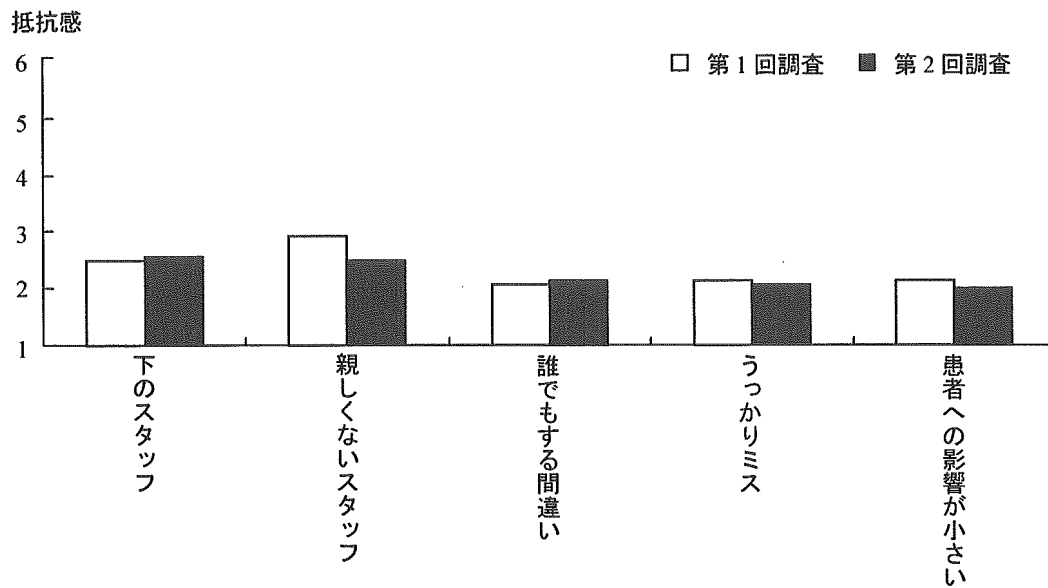


図 4-2-3-15 D病棟における第1回調査と第2回調査の指摘されることへの抵抗感の比較

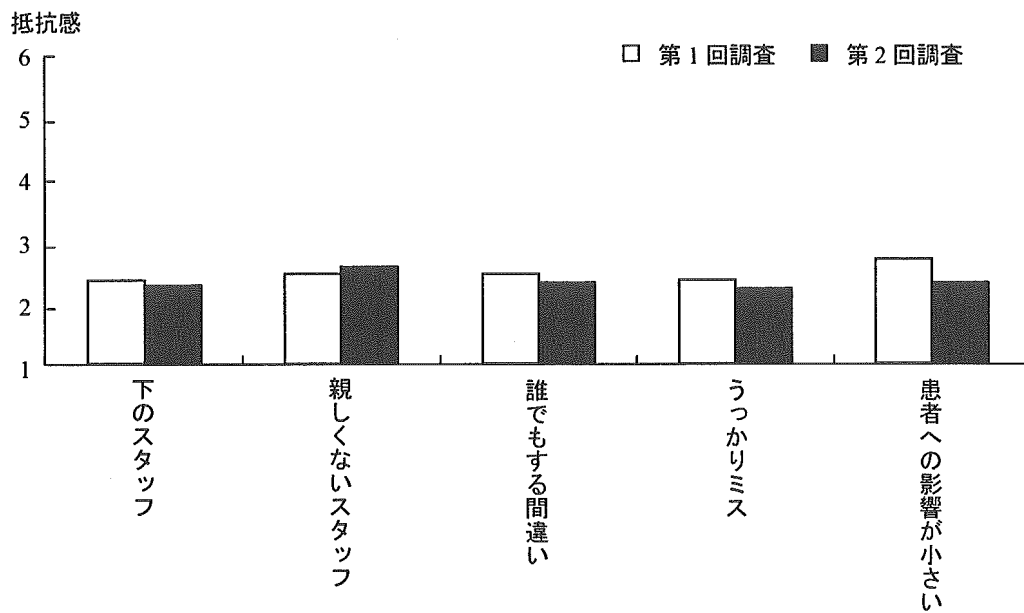


図 4-2-3-16 E病棟における第1回調査と第2回調査の指摘されることへの抵抗感の比較

表 4-2-3-10 病棟ごとの指摘されることへの抵抗感の平均値

場面	調査	A 病棟	B 病棟	C1 病棟	C2 病棟	D 病棟	E 病棟
		n=25	n=25	n=9	n=7	n=15	n=21
下のスタッフ	第1回	2.12(0.88)	2.04(0.84)	2.33(1.00)	2.29(0.76)	2.40(0.83)	2.33(1.06)
	第2回	2.12(0.97)	2.04(0.73)	1.78(0.67)	2.14(0.69)	2.47(1.25)	2.25(0.70)
親しくないスタッフ	第1回	2.28(0.89)	2.16(0.94)	2.56(1.13)	2.29(0.76)	2.80(1.26)	2.43(0.98)
	第2回	2.24(1.01)	2.16(0.75)	2.22(0.97)	2.14(0.69)	2.40(0.99)	2.54(0.97)
誰でもする間違い	第1回	2.21(0.91)	1.92(0.76)	2.11(0.93)	2.57(0.79)	2.00(0.85)	2.43(0.87)
	第2回	2.28(1.21)	1.96(0.79)	2.00(0.50)	2.29(0.95)	2.07(1.10)	2.29(0.71)
うっかりミス	第1回	2.24(1.05)	1.84(0.80)	1.67(1.00)	2.43(0.53)	2.07(1.16)	2.33(1.06)
	第2回	2.04(0.98)	2.00(0.82)	1.56(0.53)	2.14(0.69)	2.00(1.07)	2.19(0.75)
患者への影響が小さい	第1回	2.44(1.04)	1.84(0.69)	2.11(1.05)	2.43(0.53)	2.07(1.16)	2.67(1.06)
	第2回	2.08(0.95)	2.00(0.76)	2.11(0.78)	2.29(0.95)	1.93(1.10)	2.29(0.84)

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 4-2-3-5～4-2-3-10・表 4-2-3-9)

A 病棟では、「上の看護師」に指摘することへの抵抗感における、第1回調査と第2回調査の平均得点の差が有意であり、「医師」、「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、第1回調査と第2回調査の平均得点の差に有意な傾向があった（「上の看護師」 $F(1, 22)=6.40, p<.05$ ；「医師」 $F(1, 22)=3.00, p<.10$ ；「仲良くないスタッフ」 $F(1, 22)=3.98, p<.10$ ）。この結果から、第2回調査では、第1回調査に比べて、「上の看護師」、「医師」、「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ったことが明らかにされた。

B 病棟では、「上の看護師」に指摘することへの抵抗感において、第1回調査と第2回調査の平均得点の差が有意であった（ $F(1, 22)=3.61, p<.05$ ）。この結果から、第2回調査では、第1回調査に比べて、「上の看護師」に指摘することへの抵抗感が高くなったことが明らかにされた。

D 病棟では、「指示変更かもしれない」場合に指摘することへの抵抗感において、第1回調査と第2回調査の平均得点の差が有意であった（ $F(1, 13)=9.95, p<.05$ ）。この結果から、第2回調査では、第1回調査に比べて、「指示変更かもしれない」場合に指摘することへの抵抗感が低くなったことが明らかにされた。

E 病棟では、「仲良くないスタッフ」、「嫌な顔をされるかも」の場合に指摘することへの抵抗感において、第1回調査と第2回調査の平均得点の差が有意であった（「仲良くないスタッフ」 $F(1, 19)=5.18, p<.05$ ；「嫌な顔をされるかも」 $F(1, 19)=5.06, p<.05$ ）。この結果から、第2回調査では、第1回調査に比べて、「仲良くないスタッフ」、「嫌な顔をされるかも」の場合に指摘することへの抵抗感が高くなったことが明らかにされた。

C1 病棟、C2 病棟では、第1回調査と第2回調査の平均得点の差は有意ではなかった。

(2) 指摘されることへの抵抗感の変化 (図 4-2-3-11~4-2-3-16・表 4-2-3-10)

A 病棟では、「患者への影響が小さい」場合に指摘されることへの抵抗感において、第 1 回調査と第 2 回調査の平均得点の差に有意な傾向があった ($F(1, 22)=3.27, p<.10$)。この結果から、第 2 回調査では、第 1 回調査に比べて、「患者への影響が小さい」場合に指摘されることへの抵抗感が低くなったことが明らかにされた。

他の病棟では、第 1 回調査と第 2 回調査の平均得点の差は有意ではなかった。

考察

表 4-2-3-1 および表 4-2-3-2 に示したように、指摘することへの抵抗感の平均得点、指摘されることへの抵抗感の平均得点のいずれも全体的には低かった。しかし、表 4-2-3-3 より、役職のない者は役職のある者に比べて指摘することへの抵抗感が高いことが明らかにされ、立場や専門性が上の者にはエラーの指摘をできないという権威勾配³⁾が医療場面でも存在していることが確認された。一方、3.3(2)において、立場の違いを規定する要因として示された指摘することへの抵抗感の病棟勤務歴および病院勤続年数による違いは見出せなかった。しかし、本結果により、病棟勤務歴および病院勤続年数が指摘することへの抵抗感と関連を持たないと言い切ることはできない。

例えば、病院内における病棟間の異動により、病棟勤務歴が短くても病院勤続年数の長い看護師も存在する。また、表 4-1-2 でも示した通り、病院によって、病棟勤務歴や病院勤続年数の分布が異なる。例えば B 病院では、病院勤続年数が全体的に短く、ほとんどの看護師が病院勤続年数 3 年未満であったが、E 病院は、病院勤続年数 3 年未満の看護師は存在しなかった。また、同じ勤続年数であったとしても、病棟によってその相対的地位は異なる。本結果では、病棟勤務歴や病院勤続年数の絶対的値が、指摘への抵抗感と関連しないデータは示されたが、実際には相対的地位に影響されることが考えられる。今後、それぞれの所属する病棟における相対的地位と指摘することへの抵抗感の関連について、詳細に検討する必要がある。

次に、研修による抵抗感の変化について考察する。

図 4-2-3-1 より、研修の有無に関わらず、第 2 回調査では、「上の看護師」、「仲良くないスタッフ」の場合に、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。

図 4-2-3-5~4-2-3-16 より、研修実施後に、指摘することへの抵抗感および指摘されることへの抵抗感が高くなった病棟と低くなった病棟、そして、抵抗感が変化しなかった病棟があることが明らかにされた。D 病棟は、「指示変更かもしれない」場合に指摘することへの抵抗感が低くなった。一方、A 病棟は「上の看護師」、「医師」、「仲良くないスタッフ」の場合に指摘することへの抵抗感が高くなり、B 病棟は、「上の看護師」の場合に指摘することへの抵抗感が高くなった。E 病棟では、「仲良くないスタッフ」、「嫌な顔をされるかも」の場合に指摘することへの抵抗感が高くなった。そして、A 病院は、「患者への影響が小さい」場合に指摘されることへの抵抗感が低くなった。

ところで、本研究では、「エラーの指摘」の前段階である行動目標として、「エラーを指摘することへの抵抗感」を低下させることを目的として研修を行った。ここで、この抵抗感の表すものについて

再度検討する。

本研究の対象者は、全体的に抵抗感の平均得点が低かった。この抵抗感の低さは、指摘のしやすさを反映しているというよりも、指摘への抵抗感をモニタリングできていないことを表していると考えられる。モニタリングが十分でない状況において、本研究における質問紙に回答することは、意識化されるようになり、以降の日常業務でモニタリングを始めるきっかけになる。表4-2-3-1で、研修の有無に関わらず、第2回調査で「上の看護師」、「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ったことは、2回の調査を通じてモニタリングが行われたことによるものではないだろうか。

問題解決の過程は、まず、「問題がある」と知覚すること（問題の知覚）から始まり、それがどのような問題であるかということに関する「情報収集」と「目標設定」を行い、目標を達成する解決策の案出、選択を経て、「問題解決行動の実行」に至る³²⁾。つまり、エラーの指摘の困難さを改善するためには、まず、自分自身がエラーの指摘をできていない、または指摘が困難であると感じていることを知覚することが必要である。そして、どのような場面でエラーの指摘ができないのか、また指摘が困難であると感じているのかについて情報収集するというモニタリングの過程が必要なのである。

アサーション・トレーニングなど、ソーシャルスキルの向上を目的としたトレーニングは、問題となるスキルについての教示やモデルによって示されたスキルを観察し、模倣するモデリングを行い、適切な反応をリハーサルし、それに対するフィードバックを得るという過程を繰り返すことで、スキルがトレーニング場面以外の日常場面に般化される³²⁾。多くのトレーニングでは、この過程は複数回のトレーニングを経ることで達成される。しかし、先述したように、本研究では、看護師の通常業務に支障を与えずに、病棟の看護師全員に参加してもらうことを重視し、ソーシャルスキルのトレーニングとしては比較的短時間で実施するプログラムとした。そこで、モニタリングに相当するものとして、以下の過程を設けた。

病棟研修の講義では、ファシリテーターは随時、参加者に対して「あなたはどうですか？」という問いかけを行った。また、ロールプレイの開始時には、参加者に対して、ロールプレイの題材とするコミュニケーションの困難な場面の想起を求めた。そして、その後に行うロールプレイにより、モデリング、リハーサル、フィードバックの効果がなされることを想定した。

ところが、ロールプレイの開始時に参加者から積極的に場面の提案が出されることは少なく、ロールプレイは、ファシリテーターの提案した場面を用いて始められることが多かった。しかし、研修においてロールプレイを繰り返すうちに、参加者から、さまざまな場面が積極的に提案されるようになった。また、研修終了時に、参加者から「私は言いたいことは言えている方だと思っていたが、意外に言えていないことに気づいた」という感想も出た。これらのことから、質問紙への回答だけでなく、研修への参加も、モニタリングの機会となったことが推測される。つまり、質問紙への回答および研修への参加により、日常業務におけるコミュニケーションの問題が知覚され、指摘することへの意識が高まった結果、第2回調査では第1回調査よりも指摘することへの抵抗感が高くなったのだろう。

しかし、D病棟では、第1回調査よりも第2回調査での指摘することへの抵抗感が低くなった。このD病棟の特徴的な変化について、D病棟の特徴、研修での参加者の反応、研修終了後の師長への面

接などから考察する。まず、D病棟は、産婦人科混合病棟であり、15名の看護スタッフのうち5名が助産師であった。そのため、治療チーム内での権威勾配は他の研修参加者の病棟よりも複雑であり、エラーの指摘を抑制する要因も多く存在すると推測される。また、他の病棟に比べて、第1回調査での指摘することへの抵抗感が他の病棟に比べて高い傾向にあった。さらに、病棟研修でのロールプレイの冒頭でも、積極的にコミュニケーションが困難な場面の提案が行われた。これらのことから、D病棟の看護師は、日常業務におけるコミュニケーションの困難さをモニタリングできていたと考えられる。よって、D病院においては、研修がモデリングやリハーサルの効果を持ち、日常業務への般化が行われ、抵抗感が低くなったのではないだろうか。

また、その他の病院の師長面接でも、研修終了後、看護師のコミュニケーションの取り方に変化があり、看護師の間で「アサーティブに話そう」という発言も出たことが報告された。このことから、研修参加者は、研修終了後、日常業務の中で自発的にリハーサルを行っていたことが推測される。つまり、研修参加者は、第2回調査時点においては、質問紙への回答および研修の参加により教示された「スキルをリハーサルする」というスキルの獲得過程にあるといえる。このため、今後参加者が適切なスキルを獲得するためには、この過程を支援することが必要となるだろう。支援の方法としては、研修を継続的に実施し、モデリング、リハーサル、フィードバックの過程を繰り返すことが有効であるだろう。そして、継続的な研修を行うことで、今回示唆された研修による短期的な効果と、長期的な効果について、検討することが可能である。

しかし、現状では、病棟の業務に影響を与えず、継続的な研修を実施することは容易ではない。野末武義¹³⁾は、アサーション・トレーニングを実践した経験から、アサーション・トレーニングの効果は、上司に言われて参加した人よりも自主参加の方が上がりやすく、それは、自主参加者が職場の人間関係で悩みを抱えていたり、自己表現の課題を抱えていたりして、アサーションを学ぶ準備状態ができてることによると述べている。しかし自主参加の場合でなくとも、日常業務におけるコミュニケーションの問題をモニタリングし、スキルを学ぶ準備を行うことができるようにプログラムを工夫することで、アサーションを学ぶ準備段階を作ることは可能であろう。この点について、研修プログラムの工夫が望まれる。

そして、アセスメントや効果測定においては、「問題の知覚」、「行動目標の設定」、「問題解決行動の実行」を区別して測定する必要がある。しかし、社会的望ましさの影響を考慮すると、自己評定による「問題解決行動の実行」の測定は困難であろう。ソーシャルスキルの測定方法には、専門家による測定、情報提供者による測定、本人からの情報による測定などさまざまなものがあるが、それぞれが限界を持っている。またそれらは、学校教育における児童生徒や臨床場面における患者など、測定の実施が比較的容易な場面および対象者に向けて開発されたものであり、病院業務における看護師の場合においては、回答の負荷が高いことが予測される。今後は、妥当性が高く、負荷の低い測定の開発に向けてさらなる検討を重ねることが必要である。

以上のことから、エラーの指摘への抵抗感に対する、本研修プログラムの効果についてまとめると、以下ようになる。まず、指摘への抵抗感は、日常の業務においてはあまりモニタリングされない。

そのような状態で第1回調査を実施することが、指摘することへの抵抗感をモニタリングするきっかけとなる。そして、研修への参加により、指摘への抵抗感がモニタリングされ、第2回調査においては指摘への抵抗感が高くなる。その後、研修後の日常業務において、リハーサルが行われる。しかし、研修への参加以前に抵抗感がモニタリングされていた場合、研修への参加は、モデリングやフィードバックへの機会となり、第2回調査において抵抗感が低くなる。これらの過程における研修の効果について、今後検討を重ねたい。

5 総合考察

本研究では「事故を捉える視点を変える」、「情報の共有について理解する」、「エラーの指摘への抵抗感を減少させる」の三点を目標とした、「チームエラー防止研修」のプログラムと、その効果を測定するための方法を開発し、研修プログラムの効果を検証することであった。そのために、研究協力病院を対象とした研修プログラムの実施と、質問紙による効果測定を行い、測定結果の分析を行った。

その結果、本研修プログラムにより、事故を捉える視点が変化し、情報共有への意識が向上したことが明らかにされた。また、エラーの指摘に関しては、指摘への抵抗感が上昇し、研修が指摘の困難さ、すなわちコミュニケーションにおける問題をモニタリングする機会となったことが示唆された。これらの分析結果は、概ね予測した研修効果と一致するものであった。しかし一部、予測と一致しない結果も得られた。予測と反する結果の原因として、研修プログラムそのものの問題と、効果測定における方法上の問題の二つが推測される。そこで、以下に、研修と質問紙のそれぞれに関する問題と今後の課題についての考察を行う。

(1) 研修

効果測定の結果の分析から、研修効果は対象とした全ての病院において一様ではなく、各病棟や看護師の特性によって異なることが示された。そこで、研修の効果や問題点をより詳細に考察するため、研修終了後（「病棟（アサーション）研修」終了後1.5～4ヶ月）、3病棟の師長にインタビュー（師長への面接）を行い、研修前には把握し切れなかった病棟の事情や、研修前後の参加者の様子などについて補足的な資料を得た（表5-1-1）。研修への参加者である師長を対象とした面接であるため、研修の効果への期待により、その評価に若干のバイアスがかかっている可能性も否定できない。しかし、表5-1-1に示した通り、面接においては、参加者の具体的な行動の変化も述べられている。このことから、師長への面接の結果は、研修効果について、質問紙では測定できない行動レベルの変化を検討する上では一定の情報を与えると判断できる。よって、質問紙による分析と師長への面接の結果を用いて、総合考察を行う。

表 5-1-1 研修後の「師長への面接」で述べられた病棟スタッフの変化

病院名	師長から見た研修後の病棟スタッフの変化
A 病院	<ul style="list-style-type: none"> ・アサーティブという言葉が共通言語になり、共通理解につながった。 ・看護師間の会話で「相手を傷つけないような言い方をしないといけないね」などの発言や「どんな言い方があるだろうか」などアサーティブな発言方法への意識が高まった。特に病棟内で最も発言することが多かった人が最もアサーティブな発言を行っていた。そのためか病棟内の雰囲気は全体的にとっても良かった。しかし、研修後の1~2カ月間はアサーティブな発言が多かったが、最近は少なくなっている（その頃と比べると業務量が増えたせいもあるかもしれない）。 ・医師の（攻撃的な）発言に対して、以前に比べるとそれを（我慢するだけでなく）師長に訴えるようになった。
D 病院	<ul style="list-style-type: none"> ・研修以前は個人レベルのインシデントが多くあったが、研修後はインシデントになる前にお互いに注意し、インシデントになる前に防げるようになった。 ・インシデントレポートは、実際にエラーがあったときのみ書くのだが、インシデントレポートに挙がらないインシデント以前のエラー回復が増えた気がする。 ・「医師が看護師によって指示の出し方を変えるため、看護師間に葛藤がある」ということが問題であると思っていたが、研修後には看護師間の受けとめ方が変化し、その問題が解決されたように思う。 ・スタッフ間での注意の仕方、され方に変化があった。攻撃的に注意する人が控えめになった。 ・指導の際に注意の仕方について触れたり、注意の仕方についてスタッフ間の話題に挙がったりするようになり、スタッフ間でアサーティブに言い合えるようになった。 ・研修前はスタッフ間の空気が硬かった気がするが、研修後はチームという感じになってきた。 ・お互いが言いやすくなった分、特に業務上の注意場面において、フランクになりすぎる（言葉遣いなどが友達同士ようになってしまった）ことが気になる。規律も必要かもしれない。
E 病院	<ul style="list-style-type: none"> ・（忙しさが増してミスをしたくないという意識の中で）ボーッとしている人がいたら、みんなで声をかけ合っているし、みんなで声をかけ合える雰囲気も感じられる。 ・はっきり話す人の言い方が、以前に比べたらやわらかく、ゆっくりした言い方であり、言葉の最後には「ありがとう」という言葉も聞かれる。自分の立場がわかって言っている様子。 ・研修直後は「アサーティブにしよう」という言葉が聞かれた。 ・師長に対し、看護師自ら「これアクシデントですよ」という言葉が聞かれた。 ・病院全体でインシデントレポートの提出を推進している中、当病棟の提出が特に増えた（月間枚数が研修前（10月）に比べ研修後（2月）は7倍に。病院全体も1.4倍になったが、当病棟は特に著しく増加した）。 <p data-bbox="347 1753 655 1783">【総看護師長の情報提供より】</p>

本研究では、参加者全員に対して同じ内容の研修を行った。これは、事故防止についてまず集団の全員が共通の「知識」を持ち、「意識」を共有することが必要であるとの方針に基づくものであった。この点について、師長への面接では、「同じ研修を受けたので、研修後は皆がアサーティブという言葉がわかり意識が共有できている」、「スタッフが互いに『アサーティブに言おう』などと言っている」などの発言が得られた。このことから、研修への参加を通して、病棟スタッフ間で「知識」や「意識」の共有ができたことが示唆された。

また、病院や病棟により、研修効果の表れ方に差が認められた。例えば、「電子カルテ」による情報の共有への意識の変化は、現在、コンピュータによる薬剤のオーダーリング・システムを導入している病院と、導入していない病院とで異なっていた。そして、指摘への抵抗感の変化も、病棟によって異なっていた。これらのことから、所属する病院や病棟の状況によって、研修の効果が異なる可能性が示された。どのような対象者に、どのような研修が有効か、今後の検討が必要である。

そして、4.3に示されたように、エラーの指摘への抵抗感に関する研修効果は、「指摘への抵抗感が減少する」という予測に反するものであった。このことから、研修はコミュニケーションの問題をモニタリングする過程となる効果を持ったが、指摘スキルの獲得に至るには不十分であったといえる。その理由としては、「病棟（アサーション）研修」が非常に短時間であったことが挙げられる。師長への面接においても、「ロールプレイがもう少し長いと良かった。皆が打ち解けてきたところで終わってしまった」という発言が得られた。また、ロールプレイについては、参加者から、「アサーティブに自己表現しにくい場面の例が研修の場ではすぐには思いつかない」という感想が述べられることがあった。これらの問題を改善するためには、研修前のオリエンテーションを丁寧に行うなど、短時間の研修を効果的に実施するための工夫が必要である。

さらに、師長への面接から、「数ヶ月経つと研修直後に比べると、病棟の看護師の発言にアサーティブという言葉が聞かれることが少なくなった」という発言も得られた。深沢³⁶⁾は、タクシードライバーに対する危険感受性訓練の直後、事故発生者数が大きく減少したものの、訓練後3ヶ月以降に増加傾向がみられたことから、訓練効果の持続期間は3ヶ月程度であると述べている。よって、研修や訓練によってもたらされた行動変容の効果は、3～6ヶ月経過後に薄れてしまうのが一般的であり、この時期に再度の訓練が必要であると考えられる。そこで、本研究で開発・実施した研修の効果を維持・定着させるためにも何らかのフォローアップが必要であると考えられる。その内容や実施時期についての検討は今後の課題である。

また、「病棟（アサーション）研修」のロールプレイ終了後に、参加者（看護師）から、「多職種（医師・栄養士・薬剤師）にも参加してもらいたかった」という感想が述べられることがたびたびあった。今回の研修においては、「病棟（アサーション）研修」の対象を看護師に限定したが、今後は、他職種も含む集団を対象とした研修が必要である。それにより、職種間で、「知識」や「意識」に加えてロールプレイの「体験」も共有することができ、スタッフ全員の態度や行動、職員間や部署間の関係やそこで用いられているシステムの改善にさらなる寄与が期待される。

ところで、今回の研修は、研究の一環として行ったため、講義の講師やロールプレイのファシリテーター

ターを本研究の心理学研究者が務めた。しかし今後、多くの病院で実施可能なプログラムにするためには、研修の進行手続きを体系的に整備して、研修をマニュアル化することに加え、講師の養成が必要である。特に少人数で実施される「病棟（アサーション）研修」におけるファシリテーターの養成は欠かせない。このファシリテーター役として、看護師長など病院の管理者が訓練を受け、その後に各病棟で研修を実施するという方法も可能であろう。ただしこの場合、日頃は部下と権威関係にある上司が研修でファシリテーターを務めることについて、適切といえるかどうかという疑問が残る。どのような人物がファシリテーターを務めるのが適切かという点についても、今後検討する必要がある。

(2) 効果測定

本研究では看護師による自記入式質問紙を開発し、これを研修効果の測定に用いた。質問紙の開発にあたっては、看護師の意識の幅広い側面における変化を捉え、研修効果として測定できるよう工夫を行った。一方、多忙な看護師の業務に支障を与えることのないよう、できる限り回答の負担を少なくする配慮を行った。

質問紙の回答状況や回収状況から、本研究で用いた質問紙は医療現場の看護師が無理なく回答できるものであり、匿名性を保つための手続きも妥当であると判断される。しかし、統制群において指摘の抵抗感が高くなるなど研修の効果測定として必ずしも十分ではない点も示された。今後は、質問紙の改訂により、回答者にかかる負担を増やすことなく、質問項目の妥当性をより高めるよう努める必要がある。同時に、質問紙のみならず、観察調査や面接調査を併用した効果測定方法についても再検討する必要がある。

研修後の師長への面接からは、「病棟（アサーション）研修」後、攻撃的だった人がアサーティブに話そうとするようになったという、行動の変化が特に目についたとの発言が得られた。さらに、病棟全体の雰囲気は「やわらかくなった」、「チームという感じがしてきた」という集団の変化も述べられた。このことから、効果測定の方法として、本人の意識だけでなく、他者から見た行動の変化を捉えたり、集団の凝集性やモラルなどを捉えたりすることも有効であると考えられる。

また、詳細な分析は実施していないが、質問紙への回答結果は、病院や病棟における職種間関係やコミュニケーションの円滑さを反映しているといえるものであった。今後、研修実施前のアセスメントの手段として、スタッフへの質問紙調査を行い、あらかじめ対象病院や病棟の職種間関係やコミュニケーションの状況を分析することにより、病院や病棟の状況に合わせた、より効果的なオーダーメイドの研修を行うことも可能となるであろう。

そして、統制群も含めた回答結果の分析より、質問紙に回答することそのものに、看護師に日頃の自身の行動やものの見方を振り返らせ、問題意識を持たせる効果があった可能性も示唆された。今後も研修と質問紙調査を継続的に進めることが医療事故防止に寄与することになるだろう。

(3) おわりに

「全体研修」終了後に「病棟（アサーション）研修」を行うため再び病院を訪問した際に、看護部長やリスクマネジメント担当者から、「『全体研修』で学んだキーワードが、普段の職員間の会話で使われているのを知り、これまで一緒に事故防止の話をする機会がなかった事務職の人たちにも講義を聞いてもらえて良かった」という報告が複数あった。これは、「全体研修」という機会を通して、事故防止についての「知識」や「意識」が、組織内のさまざまな職種のスタッフに共有されたことを示している。これは、職員の多くが参加できる院内研修の利点によるものであると考えられる。また、「他の病棟の看護師にもぜひ『病棟（アサーション）研修』を受けさせたい」という依頼が複数の病院から寄せられた。これらのことから、研究協力病院において、研修プログラムの効果が肯定的に評価されているといえる。

本研究で考案した「チームエラー防止研修」は、開発の基礎的段階にあるため、改善されるべきさまざまな課題をはらんでいる。また研修効果の測定方法も探索的なものであったため、再検討の余地がある。しかしながら、医療現場を対象とした初の実証的かつ実践的な研究として、これからの事故防止研修に十分な示唆を与えることができたと考えられる。「チームエラー防止研修」は、実施上の工夫や効果測定の工夫を加えることで、多くの病院で利用される効果的な研修プログラムになると期待できる。

今後、さらなる実践と検証を重ね、より効果的な事故防止研修プログラムの開発を進める予定である。医療事故防止のために、本研究が提案する心理学的な理論と方法に基づく研修と効果測定の普及が望まれる。

引用文献

- 1) Reason, J. 1993 The human factor in medical accidents. Vincent, C., Ennis, M., & Audley, R. J. (Eds), *Medical Accidents*. Oxford : Oxford University Press. (安全学研究会訳 1998 医療事故 ナカニシヤ出版 Pp.1-18.)
- 2) 山内桂子・山内隆久 2000 医療事故 なぜ起こるのか、どうすれば防げるのか 朝日新聞社
- 3) Sasou, K., & Reason, J. 1999 Team errors: definition and taxonomy. *Reliability Engineering and System Safety*, **65**, 1-9.
- 4) Reason, J. 1990 *Human Error*. Cambridge University Press. (林喜男監訳 1994 ヒューマンエラー—認知科学的アプローチ— 海文堂)
- 5) Hofling, C. K., Brontzman, E., Dalrymple, S., Graves, N., & Piece, C.M. 1966 An experimental study of nurse-physician relationships. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **143**, 171-180.
- 6) 山内桂子・山内隆久・山口裕幸 2001 病院では他者の誤りを指摘できているか？—医療場面のコミュニケーションに関する考察(2) 日本心理学会第65回大会発表論文集 Pp.919.
- 7) 松尾太加志 1999 コミュニケーションの心理学 認知心理学・社会心理学・認知工学からのアプローチ ナカニシヤ出版

- 8) 山内桂子 2000 病院では情報が正しく伝わっているか？－医療場面のコミュニケーションに関する一考察 日本心理学会第 64 回大会発表論文集 Pp.1140.
- 9) Edmondson, A. 1996 Learning from mistakes is easier said than done: group and organization influences on the detection and correction of human error. *Journal of Applied Behavioral Science*, **32**, 5-28.
- 10) 森川早苗 1996 アサーション・トレーニング－さわやかな自己表現 相川充・津村俊充編 社会的スキルと対人関係－自己表現を援助する 誠信書房 Pp.201-222.
- 11) 平木典子 1993 アサーション・トレーニング－さわやかに自己表現>のために－ 日本・精神技術研究所
- 12) Chenevert, M. 1988 *STAT- Special Techniques in Asssertiveness Training for Women in the Health Professions*. St, Louis: Mosby -Year Book Inc. (藤田敬一郎・杉野元子訳 1994 ナースのためのアサーティブ・トレーニング さわやかに自分を主張する法 医学書院)
- 13) 野末武義 2002 アサーション・トレーニングの実際 平木典子・沢崎達夫・野末聖香編著 ナースのためのアサーション 金子書房 Pp.129-175.
- 14) Abraham,C. & Shanley, E. 1992 *Social Psychology for Nurses: Understanding Interaction in Health Care*. Great Britain :Edword Arnold. (細江達郎監訳 2001 ナースのための臨床社会心理学－看護場面の人間関係のすべて－ 北大路書房)
- 15) 箕輪良行・佐藤純一 1999 医療現場のコミュニケーション 医学書院
- 16) Buckman, R. 1992 *How To Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Toronto: c/o Westwood Creative Artists. (恒藤暁監訳 2000 真実を伝える コミュニケーション技術と精神的援助の指針 診断と治療社)
- 17) 野末聖香 2002 ナースになぜアサーションが必要なのか 平木典子・沢崎達夫・野末聖香編著 ナースのためのアサーション 金子書房 Pp.11-27.
- 18) 沢崎達夫・平木典子 2002 アサーションの基礎知識 平木典子・沢崎達夫・野末聖香編著 ナースのためのアサーション 金子書房 Pp.1-10.
- 19) 山中淑江 2002 アサーション・トレーニングの実践例 平木典子・沢崎達夫・土沼雅子編著 カウンセラーのためのアサーション 金子書房 Pp.127-146.
- 20) 山内隆久・嶋森好子 2001 ベットサイド中心の「患者安全学」 看護管理, **11**, 436-441.
- 21) Reason, J. 2000 Human error, models and management. *British Medical Journal*, **320**, 768-770.
- 22) 松尾太加志 2003 外的手掛かりによるヒューマンエラー防止のための動機付けモデル ヒューマンインタフェース学会論文誌, **5**, 75-84.
- 23) Tversky, A. & Kahneman, D. 1974 Judgement under uncertainty: heuristics and biases. *Science*, **185**, 1124-1131.
- 24) 鷹野和美編著 2002 チーム医療論 医歯薬出版株式会社
- 25) Institute of Medicine 2001 *Crossing the Quality Chasm : A New Health System for the 21st Century*. Washington, D. C.: National Academic Press. (医学ジャーナリスト協会訳 2002 医療の質－谷間を