

資料 1-1: 第 1 実験質問票 (内集団条件)

◎ 下記の文章をよく読み、よく理解した上で後続の質問 1 にお答えください。

- 下記の枠内に示す文章には学生生活の中での出来事が描かれています。
- あなたはあるとき、次のような話を耳にしました。

あなたが所属する研究室で、あるパソコン・ソフトを購入しました。そのソフトは非常に有用で、使用すればデータ分析が楽になることは間違いありません。

しかし、そのソフトは予算の都合で1台のパソコンにしか導入されませんでした。ソフトのコピーは法律で禁じられていることですが、あなたが親しくしている同じ研究室の友人たちはこっそりコピーして使用しているようです。

質問 1. 上記に描かれている出来事についてどのような印象を持ちましたか？ 5 段階 (1=全くそう思わない~5=非常に強く思う) のうち、あなたの感じ方にあてはまると思う番号に○をつけてください。

	全くそう思わない	ほとんどそう思わない	ある程度そう思う	かなり強く思う	非常に強く思う
① 上記のようなことは、頻繁に起きることであると……………	1	2	3	4	5
② 上記のようなことは、多くの人がしていることであると……………	1	2	3	4	5
③ 上記のようなことは、また繰り返し起きると……………	1	2	3	4	5
④ 上記の出来事は、身近なことであると……………	1	2	3	4	5
⑤ 上記のようなことは、ささいなことであると……………	1	2	3	4	5
⑥ 上記のようなことは、ゆゆしき問題であると……………	1	2	3	4	5
⑦ このまま放っておくと、将来たいへんなことになる……………	1	2	3	4	5
⑧ 友人たちの行動は、許されない行為であると……………	1	2	3	4	5
⑨ 友人たちには重大な責任があると……………	1	2	3	4	5
⑩ 上記のようなことをした友人たちを厳重に注意したい……………	1	2	3	4	5
⑪ 友人たちが行った行為を他の人に知らせたい……………	1	2	3	4	5
⑫ 友人たちと同様、自分もソフトをコピーしたい……………	1	2	3	4	5

資料 1-2： 第 1 実験質問票（外集団条件）

◎ 下記の文章をよく読み、よく理解した上で後続の質問 1 にお答えください。

- 下記の枠内に示す文章には、ある企業での出来事が描かれています。
- あなたはあるとき、次のような話を耳にしました。

ある企業の支店で、経理用パソコン・ソフトを購入しました。そのソフトは非常に有用で、使用すれば事務処理が楽になることは間違いありません。

しかし、そのソフトは予算の都合で1台のパソコンにしか導入されませんでした。ソフトのコピーは法律で禁止されていることですが、社員たちはこっそりコピーして使用しているようです。

質問 1. 上記に描かれている出来事についてどのような印象を持ちましたか？ 5段階（1=全くそう思わない～5=非常に強く思う）のうち、あなたの感じ方にあてはまると思う番号に○をつけてください。

	全く そう 思わない	ほとん どそう 思わない	ある 程度 そう 思う	かなり 強く そう 思う	非常 に強 くそ う思 う
① 上記のようなことは、頻繁に起きることであると……………	1	2	3	4	5
② 上記のようなことは、多くの人が行っていることであると……………	1	2	3	4	5
③ 上記のようなことは、また繰り返し起きると……………	1	2	3	4	5
④ 上記の出来事は、身近なことであると……………	1	2	3	4	5
⑤ 上記のようなことは、ささいなことであると……………	1	2	3	4	5
⑥ 上記のようなことは、ゆゆしき問題であると……………	1	2	3	4	5
⑦ このまま放っておくと、将来たいへんなことになる……………	1	2	3	4	5
⑧ 社員たちの行動は、許されない行為であると……………	1	2	3	4	5
⑨ 社員たちには重大な責任があると……………	1	2	3	4	5
⑩ 上記のようなことをした社員たちを厳重に注意すべきであると……………	1	2	3	4	5
⑪ 社員たちが行った行為を他の人に知らせたい……………	1	2	3	4	5
⑫ 社員たちと同様、自分もソフトをコピーしたい……………	1	2	3	4	5

資料 2-1： 第 2 実験質問票（蔓延度高条件）

- ◎ 下記の文章をよく読み、よく理解した上で後続の質問 2 にお答えください。
- 下記の枠内には、ある病院での一連の出来事が、5つのエピソードにわたって描かれています。
- あなたはあるとき、次のような話を耳にしました。

エピソード 1

ある大学病院での出来事です。

ある日、名前がよく似た 2 つの投与薬 F と投与薬 P を取り違えて、患者に誤って投与しそうになるということが起きました。その時は、患者さんに投与する前に間違いが発覚したため、事なきを得ました。

エピソード 2

同じ大学病院で、また次のようなことがありました。

前回、投与薬の取り違えが起きてから、十分に気を配っていたため、しばらくは何事も無く過ぎていました。

ところがあるとき、再び投与薬 F と投与薬 P の取り違えが起きてしまいました。そのときには投与する前に間違いが判ったため、大事には至りませんでした。

エピソード 3

またあるときのことです。医師から投与薬 P を患者さんに与えるようにとの指示を受けたときのことでした。そのときには、投与薬の取り違えはありませんでした。

ところが今度は、薬の投与量を間違え、指示された量よりも多くの薬を患者さんに与えるところでした。幸いにも事前に気づき、事なきを得ました。

エピソード 4

その後も、投与薬 F や投与薬 P の指示が与えられると、薬の種類や量を取り違えそうになることが何度かありました。

看護師たちは、その 2 つの薬の投与指示を受けたときには、患者さんに与える前に同僚の看護師に確認してもらうなど、十分気をつけるようにしていました。

次ページに続く

前ページからの続き

エピソード5

そして昨日、次のようなことがありました。
 Cさんは、この大学病院で中堅の看護師としてがんばっています。
 Cさんはある日、投与薬 F と投与薬 P を取り違えて、患者さんに間違っ
 た薬を与えそうになりました。

質問 2. 最後に描かれている出来事、すなわち Cさんに関する出来事 について、どのような印象を持ちましたか？ 5段階 (1=全くそう思わない~5=非常に強くそう思う) のうち、あなたの感じ方にあてはまると思う番号に○をつけてください。

	全くそう 思わない	ほとん どそう 思わな い	ある 程度 そう 思う	かなり 強く そう 思う	非常 に強 くそ う思 う
① 上記のようなことは、頻繁に起きることであると.....	1	2	3	4	5
② 上記のようなことは、多くの人がしていることであると.....	1	2	3	4	5
③ 上記のようなことは、また繰り返し起きると.....	1	2	3	4	5
④ 上記のようなことにだんだんと慣れてきたと.....	1	2	3	4	5
⑤ 上記のようなことが起きた経緯がよく把握できていると.....	1	2	3	4	5
⑥ 上記の出来事は、身近なことであると.....	1	2	3	4	5
⑦ 上記のようなことは、ささいなことであると.....	1	2	3	4	5
⑧ 上記のようなことは、ゆゆしき問題であると.....	1	2	3	4	5
⑨ このまま放っておくと、将来たいへんなことになる.....	1	2	3	4	5
⑩ Cさんの行動は、許されない行為であると.....	1	2	3	4	5
⑪ Cさんには重大な責任があると.....	1	2	3	4	5
⑫ 上記のようなことをしたCさんを厳重に注意したいと.....	1	2	3	4	5
⑬ Cさんが行った行為を他の人に知らせたいと.....	1	2	3	4	5
⑭ Cさんの立場に立たされたら、自分も同じことをしそうだ.....	1	2	3	4	5

◎下記の文章をよく読み、よく理解した上で後続の質問3にお答えください。

- 下記の枠内には、ある化学プラントでの一連の出来事が、5つのエピソードにわたって描かれています。
- あなたはあるとき、以下のような話を耳にしました。

エピソード1

ある企業の化学プラントでの出来事です。その化学プラントでは、危険物に指定されている化学薬品の処理をしています。

ある日、プラントでは緊急に化学薬品を処理してほしいとの依頼を受けました。時間的余裕がなく、通常の手順で作業をしては間に合いません。

そこで、マニュアルにある手順の一部を省略して、処理時間を短縮することにしました。作業はスムーズに行われ、期日どおり処理を終わらせることができました。

エピソード2

また同じ化学プラントで、次のようなことがありました。

近年の不況を受けて、プラントでも大幅な人員整理がなされました。通常の処理作業もスケジュール的に厳しい状態です。

そこで、再びマニュアルの手順を省略して化学薬品の処理を行うことにしました。細心の注意を払いながら処理を進め、そのときも何事もなく処理を終わらせることができました。

エピソード3

またあるときのことです。

この化学プラントでは、特定の化学薬品だけでなく、他の化学薬品の処理に関しても、手順の一部を省略して処理を行うようになりました。

薬品の種類が違うことによる支障もなく、無事に処理が行われています。

エピソード4

その後も、時間的に余裕がなくなってくると、マニュアルにある手順を省略して作業を進めることがたびたびありました。

今までは大きな事故もなく、無事に処理作業が行われています。

次ページに続く

前ページからの続き

エピソード5

Dさんは、この化学プラントで薬品処理を担当している作業員の一人です。
 昨日、プラントに化学薬品を処理してほしいとの緊急の要請が、再びありました。
 時間的余裕がないため、Dさんは、マニュアルにある手順を省略して化学薬品を処理
 することにしました。いつもどおり処理作業は細心の注意を払って行われ、事故もなく
 無事に処理することができました。

質問 3. 最後に描かれている出来事、すなわち **Dさんに関する出来事**について、どのような印象を持ちましたか？ 5段階（1=全くそう思わない～5=非常に強くそう思う）のうち、あなたの感じ方にあてはまると思う番号に○をつけてください。

	全くそう思わない	ほとんどそう思わない	ある程度そう思う	かなり強くそう思う	非常に強くそう思う
① 上記のようなことは、頻繁に起きることであると……………	1	2	3	4	5
② 上記のようなことは、多くの人がしていることであると……………	1	2	3	4	5
③ 上記のようなことは、また繰り返し起きると……………	1	2	3	4	5
④ 上記のようなことにだんだんと慣れてきたと……………	1	2	3	4	5
⑤ 上記のようなことが起きた経緯がよく把握できていると……………	1	2	3	4	5
⑥ 上記の出来事は、身近なことであると……………	1	2	3	4	5
⑦ 上記のようなことは、ささいなことであると……………	1	2	3	4	5
⑧ 上記のようなことは、ゆゆしき問題であると……………	1	2	3	4	5
⑨ このまま放っておくと、将来たいへんなことになるかと……………	1	2	3	4	5
⑩ Dさんの行動は、許されない行為であると……………	1	2	3	4	5
⑪ Dさんには重大な責任があると……………	1	2	3	4	5
⑫ 上記のようなことをしたDさんを厳重に注意したいと……………	1	2	3	4	5
⑬ Dさんが行った行為を他の人に知らせたいと……………	1	2	3	4	5
⑭ Dさんの立場に立たされたら、自分も同じことをしそうだかと……………	1	2	3	4	5

資料 2-2: 第 2 実験質問票 (蔓延度低条件)

◎ 下記の文章をよく読み、よく理解した上で後続の質問 2 にお答えください。

- 下記の枠内に示す文章には、ある病院での出来事が描かれています。
- あなたはあるとき、次のような話を耳にしました。

Cさんは、ある大学病院で中堅の看護師としてがんばっています。
ある日、Cさんは名前のよく似た 2 つの投与薬 F と投与薬 P を取り違えて、患者さん
に間違った薬を与えそうになりました。

質問 2. 上記に描かれている出来事について、どのような印象を持ちましたか？ 5 段階 (1=全くそう思わない~5=非常に強くそう思う) のうち、あなたの感じ方にあてはまると思う番号に○をつけてください。

	全くそう思わない	ほとんどそう思わない	ある程度そう思う	かなり強くそう思う	非常に強くそう思う
① 上記のようなことは、頻繁に起きることであると.....	1	2	3	4	5
② 上記のようなことは、多くの人がしていることであると.....	1	2	3	4	5
③ 上記のようなことは、また繰り返し起きると.....	1	2	3	4	5
④ 上記のようなことにだんだんと慣れてきたと.....	1	2	3	4	5
⑤ 上記のようなことが起きた経緯がよく把握できていると.....	1	2	3	4	5
⑥ 上記の出来事は、身近なことであると.....	1	2	3	4	5
⑦ 上記のようなことは、ささいなことであると.....	1	2	3	4	5
⑧ 上記のようなことは、ゆゆしき問題であると.....	1	2	3	4	5
⑨ このまま放っておくと、将来たいへんなことになる.....	1	2	3	4	5
⑩ Cさんの行動は、許されない行為であると.....	1	2	3	4	5
⑪ Cさんには重大な責任があると.....	1	2	3	4	5
⑫ 上記のようなことをした Cさんを厳重に注意したいと.....	1	2	3	4	5
⑬ Cさんが行った行為を他の人に知らせたいと.....	1	2	3	4	5
⑭ Cさんの立場に立たされたら、自分も同じことをしそうだ.....	1	2	3	4	5

◎ 下記の文章をよく読み、よく理解した上で後続の質問3にお答えください。

● 下記の枠内に示す文章には、ある化学プラントでの出来事が描かれています。

● あなたはあるとき、次のような話を耳にしました。

Dさんは、ある企業の化学プラントで危険物に指定されている化学薬品の処理をしています。

昨日、プラントに化学薬品を処理してほしいとの緊急の要請がありました。

時間的に余裕がないため、Dさんは、マニュアルにある手順の一部を省略して、処理時間を短縮することにしました。

処理作業は細心の注意を払って行われ、事故もなく無事に処理することができました。

質問3. 上記に描かれている出来事について、どのような印象を持ちましたか？ 5段階（1=全くそう思わない～5=非常に強くそう思う）のうち、あなたの感じ方にあてはまると思う番号に○をつけてください。

	全くそう思わない	ほとんどそう思わない	ある程度そう思う	かなり強くそう思う	非常に強くそう思う
① 上記のようなことは、頻繁に起きることであると……………	1	2	3	4	5
② 上記のようなことは、多くの人がしていることであると……………	1	2	3	4	5
③ 上記のようなことは、また繰り返し起きると……………	1	2	3	4	5
④ 上記のようなことにだんだんと慣れてきたと……………	1	2	3	4	5
⑤ 上記のようなことが起きた経緯がよく把握できていると……………	1	2	3	4	5
⑥ 上記の出来事は、身近なことであると……………	1	2	3	4	5
⑦ 上記のようなことは、ささいなことであると……………	1	2	3	4	5
⑧ 上記のようなことは、ゆゆしき問題であると……………	1	2	3	4	5
⑨ このまま放っておくと、将来たいへんなことになるかと……………	1	2	3	4	5
⑩ Dさんの行動は、許されない行為であると……………	1	2	3	4	5
⑪ Dさんには重大な責任があると……………	1	2	3	4	5
⑫ 上記のようなことをしたDさんを厳重に注意したいと……………	1	2	3	4	5
⑬ Dさんが行った行為を他の人に知らせたいと……………	1	2	3	4	5
⑭ Dさんの立場に立たされたら、自分も同じことをしそうだかと……………	1	2	3	4	5

資料3 倫理意識の高さに関する質問項目

あなた自身についてお尋ねします。

次の考え方は、あなたにどの程度あてはまりますか？5段階（1=全くあてはまらない～5=非常によくあてはまる）のうち、自分にあてはまると思う番号に○をつけてください。

	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ある程度あてはまる	よくあてはまる	非常によくあてはまる
① 常に正しいことをすべきだ……………	1	2	3	4	5
② 自分の行動には責任を持たなければならない……………	1	2	3	4	5
③ どんなことがあっても正義を貫くべきだ……………	1	2	3	4	5
④ どんな場合でも、個人の事情よりも規則を重んじなければならない…	1	2	3	4	5
⑤ 不祥事は、すべて明らかにする必要はない……………	1	2	3	4	5
⑥ 自分の立場や組織を守るためには、時には事実を隠す必要がある…	1	2	3	4	5
⑦ 自分の組織を守るためには、他の人に事実を隠す必要がある……………	1	2	3	4	5
⑧ 人が不正なことをしていても、見て見ぬふりをする必要だ……………	1	2	3	4	5
⑨ 長いものには巻かれろの主義だ……………	1	2	3	4	5
⑩ 理不尽なことであっても、人から頼まれたことなら断るべきではない…	1	2	3	4	5

企業組織における安全行動基準の理解と実行の乖離を生む心理機制の研究

— 看護組織における乖離現象に関する実証研究 —

山浦 一保

(中央労働災害防止協会 調査研究部)

1 はじめに

近年、医療事故とその対策に強い関心が寄せられている。医療事故の内容を見ると、その多くは、医療提供者が、すべきことをきちんと行うことができていなかったことをうかがわせるものである。このような理解（“すべき”ことだという認識）と実行（すべきことの実践）の乖離現象は、看護組織に限らず、その他の企業・組織で起きた事故やトラブルの背景に潜む問題である（山浦, 2003; 山浦, 2000 も参照）。なぜ、このような現象が生じるのだろうか。そして、理解と実行をともに高め、かつこの乖離を抑制させる条件はないのだろうか。これが、一連の研究で取り組み、解明していこうとすることである。

1) 平成 15 年度の概要

このような問題意識のもと、企業・組織で起こったさまざまな“問題事象”の事例を俯瞰した。その中から 4 つの事例を取り上げ、安全行動基準・作業規則に関する当事者の理解と実行の様相について内容分析した。事故やトラブルの背景に、理解と実行の乖離が生じていることを確認した上で、その乖離を生み出す事柄を 6 つ指摘した。これらの 6 つとは、①2重基準のバランスの悪さや②組織の閉鎖性、③現場の主体・自律性といった組織・状況要因、④上司への依存性という対人的要因、および⑤過信や⑥結果予見力の低さといった個人要因である。

2) 本年度の取り組みと概要

以上の報告内容をもとに要因を吟味し、本年度は看護組織を対象にした調査研究の計画、および調査を実施した。今回の調査では、次に図 1 に示した仮説モデルにもとづいている。ここで収集したデータをもとに、次に挙げる 4 点を中心に据えて検討を進めている。

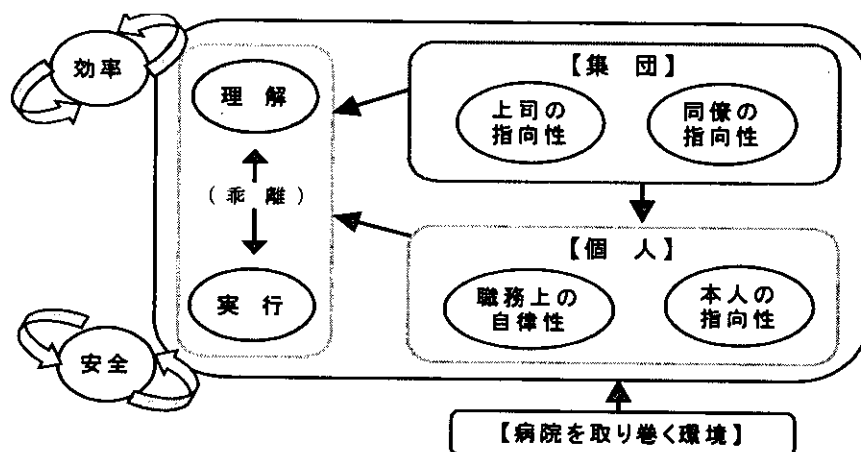


図1. 本研究の概略図.

(A) 安全基準行動の理解－実行の測定尺度の開発

まずは、安全確保に必要な行動基準についての理解と実行を測定するための尺度を作成する。看護活動の内容について、医療提供のための方針を設定し (Plan)、より円滑に、かつ一定の質を保ち確実に遂行するためにルールを守り (Rule)、情報活用し (Do)、不具合があればそれを改善する (See)、というサイクルを想定し、尺度の吟味を行った。

(B) 理解と実行、これら両者間の乖離の実態把握

次に、看護師の安全基準に関する理解－実行の乖離現象は、安全基準のどのような側面で生じがちであるのか、その実態を把握する。本報告では、看護師の職位別に分析した結果を報告する。

(C) 理解－実行の乖離と、ヒヤリハット経験／作業効率との関係

理解と実行との間の乖離が、実際のところ、アウトプット変数 (安全性、効率性) と関連しているのかを示すための分析を試みた。もし関連があるのなら、どのような安全基準行動の側面がこれら 2 つのアウトプット変数と関連があるのかを理解するための分析である。

(D) 理解－実行を規定する要因の検討

安全行動基準に関する理解や実行の程度を向上させ、かつその乖離を最小にするような条件を解明するため、モデル図 1 に取り上げた要因を中心に検討する。ここではその分析結果の一部を報告する。

2 先行研究の概観と問題点

ここで、組織における安全活動を規定する要因とその効果に関する先行研究を概観しておく。先に挙げた 6 つの意味内容を吟味し、本報告の分析で扱った次の 2 点を中心にみることにする。一つは、職務遂行に関する上司あるいは同僚の態度や行動、もう一つは、個人の自律性であり、それぞれが個人の安全活動に及ぼす影響に関する実証研究である。

安全活動を規定する要因とその効果に関する研究

1) 対人的要因：上司や同僚の影響

上司のリーダーシップと安全行動に及ぼす影響についての実証研究を概観すると、直属の上司の安全を指向したリーダーシップは、メンバーに安全マネジメント・システムのポジティブな認知に影響を及ぼすこと (Zohar, 2002a)、風土醸成の予測因であり (Zohar, 2002b; Barling, *et al.*, 2002)、事故 (Barling, Loughlin, & Kelloway, 2002; Loughlin & Barling, 2001) や従業員の負傷 (Zohar, 2002b) の抑制因であることなどが見出され、その重要性が改めて指摘されている。また、上司と安全に関する相互作用を行ったり (Zohar, 2002b)、上司との情報や心理的な資源交換の程度が高いほど (Hafmann, Morgeson, & Gerras, 2003)、従業員は積極的に安全活動をとることが報告されている。このことは、上司の行動そのものだけでなく、そこで形成される上司との関係性が個々人の安全行動基準の理解や実行に影響を及ぼすことを示唆するものである。

しかし、いくつか残された課題もある。1 点目は、上司のリーダーシップによる効果に関する研究のほとんどが、事故やヒヤリハット経験などの安全関連の変数のみである。組織全体の運営・

経営面を考えるならば、“安全のみ”ではなく、同時に作業効率への影響も取り上げて考えていく必要があるだろう。

2点目に、組織には、ときとして二律背反的な効率と安全という両基準が存在する (Reason, 1997; 山浦, 2003)。組織の人々の間で、安全への指向性が一致・不一致 (例えば、上司は作業効率をより指向するが、同僚は安全をより指向している場合など) のとき、個人の安全理解と実行にどのような影響を及ぼすのだろうか。医療現場において多くの職種の人々が従事している。今後、その専門性の活用と共有がより一層必要になるだろう。そうなれば、異なる指向性の他者との活動がますます重要な意味をもつようになると予想されるため、上司だけでなく同僚からの影響、および両者の指向性の一致・不一致による影響についても検討の余地があると思われる。

そこで本研究では、上司や同僚の指向性を検討する要因に取り上げ、調査計画することにした。なお、ここでいう指向性とは、本研究では効率面と安全面の2基準 (“安全-効率の指向性”) を想定する。すなわち、これら両基準を重視する程度、もしくはどちらか一方をより優先させようとする傾向 (軸となる活動指針の設定とその明確さの程度) ということである。そして、効率指向性とは、主に業務遂行の量・効率化の促進を重視し、そのための目標や計画、評価の明確さを指向する傾向であり、安全指向性とは、主に業務遂行の質的側面を重視し、業務の安定性や確実さの向上を指向する傾向とする。

本研究では、安全指向性が強いだけでなく効率指向性も強い職場とは、業務遂行で要求される量と質の充実化が図られている職場と考える。このような職場で働く個人は、安全性を確保することへの関心や理解を示し、それを実践しようとしているだろう。その結果として、ヒヤリハットの経験は少なく、業務効率も高いかもしれない。他方、効率性の基準のみ、もしくは安全性の基準のみを指向する職場では、2つとも重要な基準であるにも関わらず、そのどちらか一方に意識や活動の方向性が集中し、もう一方が副次的な基準と位置づけられてしまう可能性がある。もし、これらの2つの基準が二律背反的な関係であるならば、安全活動の不十分さやヒヤリハットの経験、あるいは業務の遂行量が抑制されるといった弊害と共存しているかもしれない。これらの2基準の両立ということを念頭におきながら、現在、分析を進めているところである。

2) 個人的要因

安全行動基準の理解と実行の程度、そして両者間の乖離度は、個人要因によっても影響を受けているだろう。ここでは、自律性に注目する。自律性とは、自主的に、自らの職務活動に関わる事柄や役割を果たそうとし、そうできる裁量権を与えられているという認知のことを指す。

職務に従事する人々の自律性が重要であることは、近年とくに強調されている (Breugh, 1999)。そして自律性の高さは、その人のパフォーマンスや仕事満足の高さ、転職の低さに影響を及ぼす要因である (Fried, 1991) ことが見出されている。この知見を踏まえると、自律性の高さは、その個人の安全活動の実行度にポジティブな影響を及ぼすと予想される。

とくに、自律的な個人は、そうでない個人よりも自らの意思によって行動選択すると考えられるため、他者の指向性による影響は小さいだろう。

3 実証研究

1) 手続き

- (1) 方法：質問紙調査による。
- (2) 調査時期：平成 15 年 12 月～（現在データ回収中）
- (3) 調査対象：3 つの異なる病院の看護師 863 名を対象に質問紙を配布。
このうち、387 名から回答があった（回収率 44.8%）。内訳は、女性 372 名（96.1%）、男性 12 名（3.1%）、不明 3 名（0.8%）。
平均年齢 33.3（ $SD=9.91$ ）歳、平均勤務年数 11.6（ $SD=9.69$ ）年。
- (4) 質問紙の内容：付録を参照のこと。

2) 結果

(1) 安全行動基準の理解－実行尺度の吟味

看護活動の 4 側面を想定し、実行度の 18 項目について因子分析（主因子法、プロマックス回転；4 因子指定）を行った。複数の因子にも負荷量が高かった 2 項目を省き、再度、同様の因子分析を行った。4 つの因子の累積寄与率は、53.95%であった。結果を表 1 に示す。

表 1 安全行動基準に関する測定項目の因子分析（実行度）

No.	安全基準行動の内容	因子1 (.86)	因子2 (.77)	因子3 (.81)	因子4 (.77)	h^2
15	看護の質の向上を目指した手続きに改善するなど、変革の推進役になること	.947				.774
14	仕事により安全に行われるような方法に変更するため、職場で議論すること	.761				.585
18	病院の理念や長期的な仕事の方針などを理解しようとする	.600				.677
13	安全とコストが両立しないときでも最善の改善案の実現に努めること	.556				.478
2	器具や機材を取り扱うときには、文書にあるとおりの手続きや手順に従うこと		.876			.643
1	安全に関するルールや規則を守って作業すること		.755			.517
3	必要物品や薬品を正確に、決められたとおりの管理・保管をすること		.701			.462
11	日ごろから、仕事仲間と分け隔てなく交流し、情報交換すること			.713		.365
10	些細なことやネガティブな情報こそ、ポイントをつかんだ報告を上司に行うこと			.445		.408
5	組織内・外の事故の事例をもとに、自分の活動内容の問題点があれば改めること			.437		.479
12	知識や技術の基盤を作るための活動に参加して率直に話し合うこと	.380		.436		.632
6	機器・器具の安全な使用方法や注意事項について、自分で調べる			.353		.489
4	仕事仲間から、看護に必要な知識や技能についてたずねられたら丁寧に教えること			.318		.383
16	患者のニーズを踏まえた看護計画になるように工夫し、綿密に立てること				.937	.743
17	実施計画の中で、何が重要で優先すべきかを見極めること				.601	.504
7	患者が効果的な治療を受けられるように、看護記録や環境の管理を行うこと				.348	.492
		寄与率(%)				
		43.01	6.30	2.46	2.18	
因子1 (改善)						
因子2 (ルール遵守)		.573				
因子3 (情報活用)		.734	.662			
因子4 (方針設定)		.771	.634	.726		

項目内容から判断して、それぞれ第 1 因子を「改善」、第 2 因子を「ルール遵守」、第 3 因子を「情報活用」、第 4 因子を「方針設定」と命名した。各因子の信頼係数も十分に高いと判断した。

(2) 理解と実行、これら両者間の乖離の実態

看護師の職位（看護師長：n=21、主任・副師長：n=50、一般看護師：n=312）別に、安全基準の理解度と実行度について分析を行った。その結果（図2）、安全活動全体をみても、4つの下位活動側面それぞれについてみても尺度評定値の4点を上回っており（一般看護師の改善のみ3.87）、いずれの層の看護師も“すべき”だという認識をもっているようである。一方、実行度については、職位間の差異がみられ、とくに一般看護師の改善の行動基準面での実行度が低く、同時に、理解との乖離現象が顕著であることがみてとれる。

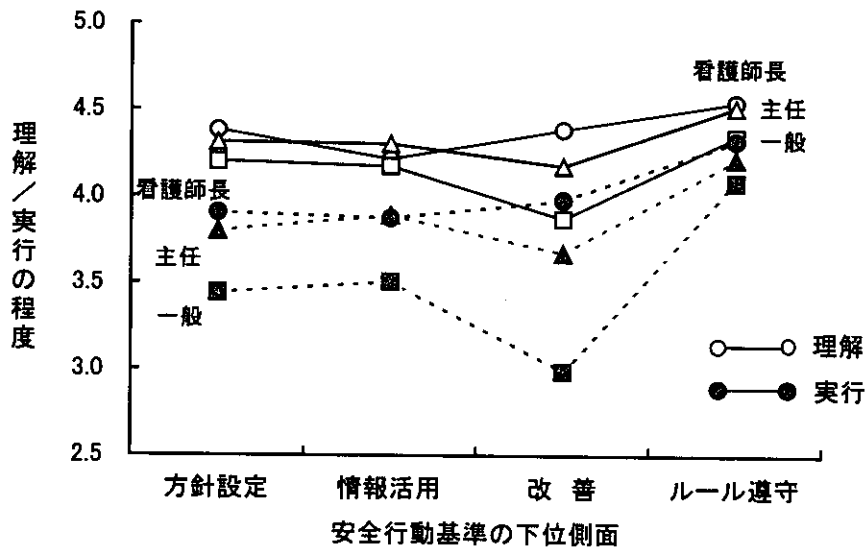


図2. 職位別にみた理解と実行の程度.

表2 ヒヤリハットと非効率の経験度：職位別比較

	ヒヤリハット経験				非効率の経験	
	自分	同僚をみて	ケガの経験	インシデント報告	仕事非効率	看護ケアの手取り
看護師長	2.24 (.83)	3.14 (.65)	1.05 (.22)	1.81 (1.12)	3.38 (.74)	2.80 (.89)
主任	2.88 (.72)	3.20 (.49)	1.22 (.51)	1.92 (.88)	3.62 (.81)	3.04 (.82)
一般	3.09 (.84)	3.05 (.80)	1.44 (.71)	2.13 (1.02)	3.65 (.89)	3.35 (.88)
全体	3.01 (.84)	3.08 (.76)	1.39 (.67)	2.08 (1.01)	3.63 (.87)	3.28 (.89)

Note. 得点が高いほど、ヒヤリハット経験が多いこと、業務の滞り経験が多いことを示している（5段階尺度）。

また、ヒヤリハットや非効率の経験の職位別比較（表2）をみても、一般看護師が他の職位に比べてこれらをより多く経験している。

これらを考え合わせても、一般看護師に対する実行度の向上は課題の一つだろう。

(3) 理解－実行の乖離と、ヒヤリハット経験／作業効率との関係

このような理解と実行の乖離（分かっているけど行っていない）の状態は、ヒヤリハット経験や業務の効率性と関連があるのだろうか。その指標として、実行度の高さを反映した検討することを重視して、理解、実行の差得点ではなく階層的重回帰分析で両者の交互作用項を用いて検討した。自分が経験したヒヤリハット、怪我をした経験頻度、および業務の滞りの経験頻度を基準変数にして、理解、実行、交互作用を順次投入した。

表3に示しているように、安全行動基準の4側面すべてで、理解－実行間の乖離が、ヒヤリハットや非効率と直接関連しているわけではなかった。

表3 不安全、非効率の経験を予測する理解・実行の重回帰分析

Step	Variables	不安全の経験		非効率の経験
		ヒヤリハット	けが	
全体				
1.	理解	.367	.055	.570 *
2.	実行	.213	.383	.442
3.	理解×実行	-.645	-.511	-.963 +
	R^2_{total}	.046	.034	.044
方針設定				
1.	理解	.199	-.062	.284
2.	実行	.074	.175	.137
3.	理解×実行	-.353	-.221	-.441
	R^2_{total}	.030	.028	.028
情報活用				
1.	理解	.338	.114	.585 *
2.	実行	.201	.427	.466
3.	理解×実行	-.526	-.571	-.920 +
	R^2_{total}	.026	.026	.038
改善				
1.	理解	.203	.151	-.008
2.	実行	-.007	.547 +	-.322
3.	理解×実行	-.340	-.703 +	.133
	R^2_{total}	.056	.029	.044
ルール遵守				
1.	理解	.223	-.513	.853 *
2.	実行	.158	-.407	.779 *
3.	理解×実行	-.514	.658	-1.483 *
	R^2_{total}	.037	.032	.029

ここでは、交互作用項の R^2 の増加分が有意差を示した安全基準全体の部分についてさらに検討を進めた。それぞれについて、理解度の平均値と±1SDでの、ヒヤリハット、怪我、あるいは非効率の経験に対する単回帰直線を求めた。

なお、以下に示す図は、横軸に実行度（低：M-SD、中：M、高：M+SD）をとり、縦軸にそれぞれのアウトプット変数をとっている。縦軸の数値が高いほど、不安全関連の経験や業務の滞りの経験頻度が高いことを示す。

怪我の経験により強く奇与したのは、4 側面のうちの改善であった。この結果は、理解の程度が高い場合（理解度 M+SD）の直線の傾きは大きく、看護師はより安全に、仕事の質を高めるように改善していく活動をすべきだと分かっているにもかかわらず、実際には取り組んでいないのならば怪我をすることが多い。逆に、改善に取り組んでいけば怪我をすることは少ない。使い勝手の悪い機器や環境が存在している可能性や、その事実にとえ気づいて、改善が必要であると感じていながらそのまま放置されているのかもしれない。不具合や改善案の取り上げとその実現に努めることは、看護師自身の怪我の軽減につながり、ひいては医療全体の質の向上にもつながるだろう。

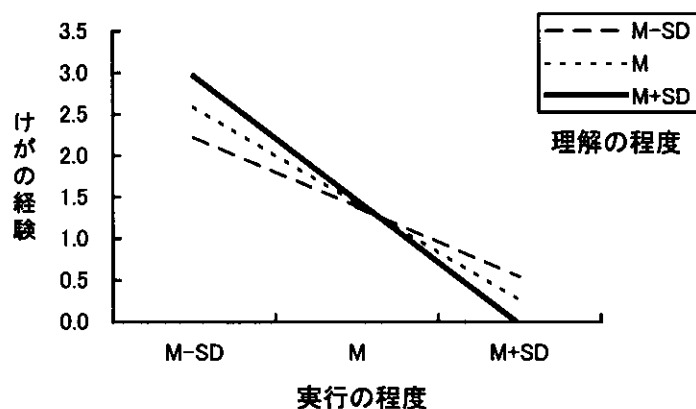


図 3a. 不安全（けが）経験に及ぼす理解と実行の交互作用効果。（改善）

また、“分かっているにもかかわらずやっていない”という人は、業務の滞りに直接影響している（図 3b, 図 3c）。とくに、情報活用については、それをすべきと分かっている人（理解度 M+SD）の直線の傾きは他よりも大きい（図 3b）。すなわち、活用すべきと思いながらもそれを怠ってしまっているとき、それは他の場合よりも仕事の滞りとして顕著に表れがちであるといえるだろう。

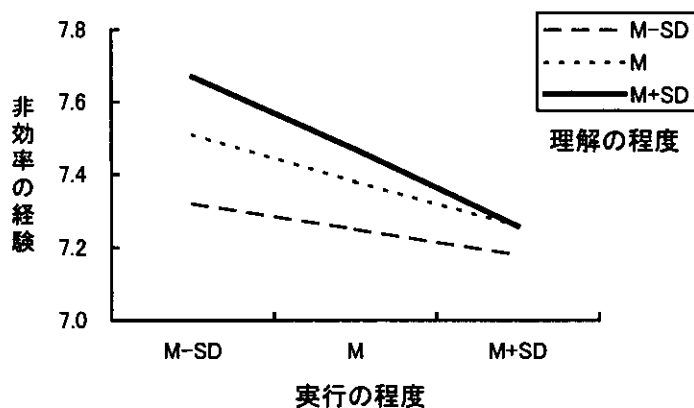


図 3b. 非効率経験に及ぼす理解と実行の交互作用効果。（情報活用）

現場の看護師にとって、情報交換や職場の人に報告を行うことにかかるコストが大きいかもしれない（時間や準備などによって、その後の仕事にしわ寄せがある等）。しかし、情報交換を行わなければ、業務遂行上に必要な事柄やコツなどを知る機会が狭められ、その習得が困難になるため効率性は低くなる。したがって、職場で情報交換の場における共通目的を明確に設定し、そこでだれが、どのように取り上げるかという問題、フォーマルな場で情報交換に費やす時間の問題、およびフォーマル、インフォーマルな場の使い分けや活用のあり方を考えていくことは重要だろう（本報告書の浦・古川、および藤井・藤村・古川も参照されたい）。

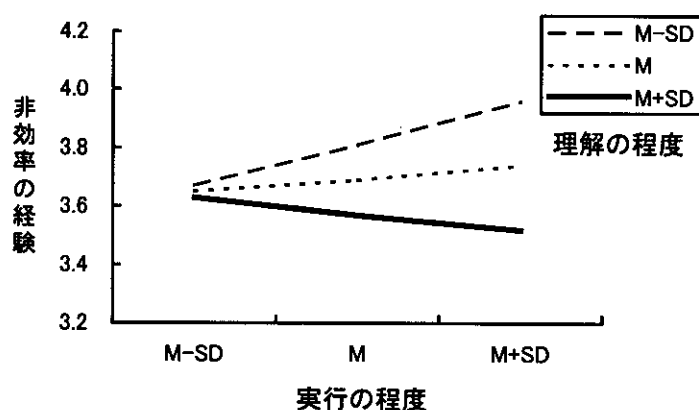


図 3c. 非効率経験に及ぼす理解と実行の交互作用効果。
(ルール遵守)

そして、ルール遵守（図 3c）の結果が示すように、決められたことやルールをそのとおりにすべきかどうか分からず（理解度 M-SD）、とりあえず業務や看護活動を行っているようなときには作業効率が悪い。しかし、ルールをきちんと守るべきだと考え（理解度 M+SD）、それを実行しているときに作業が滞ることは少ないことが示された。すなわち、安全のルール遵守と作業効率が両立しうるのは、そのルールの十分な理解とそれにもとづいた実行がなされる場合に限るといえそうである。

安全基準の理解だけでは不十分であり、それに実行が伴わなければ安全確保はもちろん、業務の効率化をはかることが難しいことは言うまでもない。ただし、この分析結果からは、安全行動基準について、分かっていることを可能な限り実行すれば（乖離は必然的に小さくなる）、看護師自身や患者の安全確保だけでなく、仕事効率を図ることにもつながりそうである。このことは、安全と相対立しがちな効率の基準（Reason, 1997）との両立が可能であることを示唆している。そうであるならば、業務や看護ケアの諸活動やルールについて、その意味内容を理解し、それを実際の医療提供に生かした実践を推進させていくことは急務だろう。

(4) 理解と実行を規定する要因の検討

本報告では、上司の指向性と同僚の指向性、および自律性の3つを取り上げる。

ここでまず言及しておきたいことは、看護師自身の指向性についてである(質問紙の設問2(2)を参照)。自分自身の指向性を評定してもらった9項目について、効率性重視(AかBへの回答:0)であるか、安全重視(CかDへの回答:1)であるかにカテゴリー化した。安全重視を選択した個数を集計したものが、表4に示す分布である。看護師長は、他の層よりも効率指向の割合がやや高めであるが、全体的に安全指向に大きく偏っていることがわかる。看護組織の特徴か、医療事故や訴訟への関心の高さを反映した調査時期による影響か、このデータのみでは判断できないが、今後の分析や研究を進める上で考慮すべき点と思われる。

表4 自分の指向性：職位別比較

	指向性									計	
	効率指向←						→安全指向				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
看護師長	2			1			1		1	16	21
			3 (14.3%)				2 (9.5%)			(76.2%)	
主任				1			1		3	42	47
			1 (2.1%)				4 (8.5%)			(89.4%)	
一般	4				2	7	7	14	24	249	307
			6 (2.0%)				52 (16.9%)			(81.1%)	
全体	6			2	2	7	9	14	28	307	375
			10 (2.7%)				58 (15.5%)			(81.9%)	

分析では、上司と同僚の各指向性をその対象とし、Aを1点、Bを2点、Cを3点、Dを4点として9項目の合計値を算出した。それぞれの平均値で折半して効率指向性と安全指向性に分けた。また、自律性については、因子分析(主因子法、バリマックス回転)の結果、1項目を省いた5項目の合計値を用いた($\alpha=0.72$)。これについても同様に中央折半し、高群と低群の2つに分けた。

以下の分析では、理解-実行の乖離度も重要であるが、上で報告した分析結果の内容を踏まえると、理解、そしてとくに実行のレベルをより高めていく必要がある。したがって、まずは理解と実行それぞれについて分析を行うが、実行度を規定する要因の解明に主眼をおきたい。

表5 上司-同僚の指向性が理解と実行に及ぼす影響：自律性×上司の指向性×同僚の指向性の集計

上司の指向性 同僚の指向性 (人数)	自律性低群				自律性高群				全体 (有効回答者) N = 369
	効率		安全		効率		安全		
	効率 n=66	安全 n=29	効率 n=41	安全 n=56	効率 n=54	安全 n=25	効率 n=34	安全 n=64	
全体									
理解	4.00 (.42)	4.06 (.60)	4.05 (.56)	4.14 (.51)	4.19 (.50)	4.33 (.48)	4.22 (.40)	4.37 (.52)	4.17 (.51)
実行	3.20 (.46)	3.21 (.48)	3.25 (.50)	3.31 (.43)	3.80 (.42)	3.86 (.45)	3.91 (.50)	3.92 (.54)	3.56 (.57)
方針設定									
理解	4.07 (.53)	4.08 (.75)	4.15 (.70)	4.17 (.62)	4.25 (.59)	4.44 (.46)	4.29 (.53)	4.45 (.59)	4.23 (.61)
実行	3.16 (.61)	3.11 (.55)	3.21 (.60)	3.20 (.52)	3.73 (.59)	3.79 (.59)	3.88 (.65)	4.01 (.58)	3.52 (.68)
情報活用									
理解	4.05 (.47)	4.18 (.58)	4.10 (.59)	4.19 (.53)	4.19 (.51)	4.25 (.50)	4.23 (.46)	4.35 (.56)	4.19 (.53)
実行	3.22 (.54)	3.32 (.49)	3.29 (.55)	3.32 (.48)	3.84 (.48)	3.92 (.53)	3.89 (.47)	3.91 (.64)	3.58 (.62)
改善									
理解	3.78 (.55)	3.66 (.82)	3.70 (.76)	3.90 (.65)	4.02 (.65)	4.14 (.57)	3.99 (.57)	4.17 (.67)	3.94 (.67)
実行	2.78 (.63)	2.51 (.80)	2.64 (.69)	2.85 (.67)	3.41 (.67)	3.46 (.68)	3.65 (.64)	3.55 (.75)	3.14 (.80)
ルール遵守									
理解	4.11 (.51)	4.33 (.64)	4.33 (.59)	4.34 (.57)	4.36 (.54)	4.61 (.34)	4.39 (.46)	4.61 (.47)	4.37 (.54)
実行	3.75 (.52)	4.02 (.58)	4.01 (.69)	4.04 (.48)	4.21 (.51)	4.35 (.45)	4.30 (.53)	4.39 (.54)	4.11 (.58)

Note. すべて1項目あたりの得点に換算。得点が高いほど、理解していること、実行していることを示している（5段階尺度）。

① 理解

まず、理解全体（16項目の合計）についてみると（表5、付録も参照）、どの条件においても、安全行動基準の事柄について“すべき”であるという理解の程度は高い水準にあると言えそうである。強いて言えば、自律性の低い人よりも高い人の方が、また効率指向の同僚よりも安全指向の同僚と働いている人の方が、より一層“すべき”であるとの認識を強くもっていることもうかがえる。

統計的な分析を試みたところ、安全指向の同僚（ $M=4.23$, $SD=.53$ ）の方が、効率指向の同僚（ $M=4.10$, $SD=.47$ ）よりも安全行動基準に関する理解度が高かったこと（ $F(1, 359)=4.01$, $p<.05$ ）、また、自律性が高い個人（ $M=4.23$, $SD=.53$ ）の方が、その低い個人（ $M=4.10$, $SD=.47$ ）よりも活動基準への理解が高かったこと（ $F(1, 359)=15.369$, $p<.001$ ）が示された。技能が未熟であったり、実践的な臨床経験が浅く知識が少ない新人など、理解度の低い看護師への介入に同僚の力を援用することは、行うべきことや守るべきことの原則を浸透させる上で有効だろう。

② 実行

次に、実行度についてみる（表5）。この実行度については、統計的な検定（上司の指向性×同僚の指向性×自律性の3要因分散分析）の結果を踏まえながら理解していく。

まず、自律性の高い人（ $M=3.88$, $SD=.50$ ）の実行度は、低い人のそれ（ $M=3.25$, $SD=.46$ ）よりも高く、統計的にみてもその差は有意であった（ $F(1, 354)=142.45$, $p<.001$ ）。

4つの安全行動基準の各側面に視点を移し、もう少し詳しくみる。先でも少し触れたが、改善面の実行度は、他の側面に比べて低い。そしてここでも、自律性が低い人においてその傾向

が顕著である。多変量分散分析を用いて検討した結果、自律性の高さは強い影響力をもっており、その要因の主効果が有意であった ($F(4, 351)=37.68, p<.001$)。また、同僚の指向性の効果については、ルール遵守の側面で見出された ($F(1, 354)=11.11, p<.05$)。同僚が安全をより指向しているとき ($M=4.20, SD=.54$) には、効率を指向しているとき ($M=4.03, SD=.60$) よりも、看護師はルールを守って医療活動に従事している。

さらに、上司×同僚×自律性の交互作用効果について有意な傾向が見出された ($F(4, 351)=2.25, p<.10$)。このことについて分析を進めたところ、改善の側面での傾向が顕著にみられた ($F(1, 354)=4.08, p<.05$)。この結果について、自律性の高、低の2群に分けて図示した(図4)。上述したように、自律性の高さによる実行度の違いが見取れる。そして、上司や同僚の指向性による影響は、この自律性高群ではみられない。それに対して、自律性低群をみると、効率指向の上司のもとで、より安全であることを重視している同僚をもつ看護師(効率-安全指向の群)は、安全指向の上司のもとで、同僚はより効率的であろうとする職場で働く看護師(安全-効率指向の群)や、上司も同僚もより業務の効率化を図ろうとしている職場で働く看護師よりも、安全な医療活動を行うための最善な方法を検討し実現させようとしていることが示された。

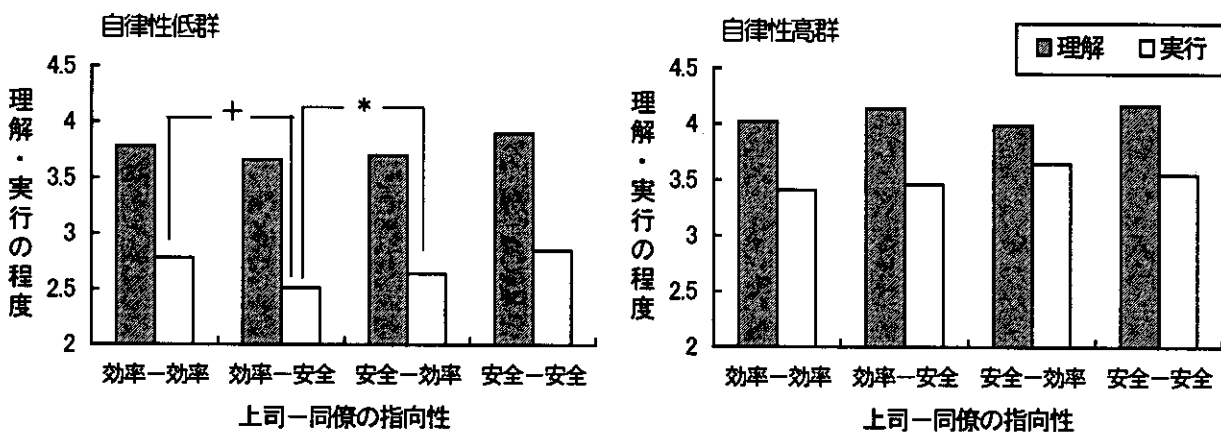


図4. 上司、同僚の効率-安全指向性と”改善”の理解-実行との関係 * $p<.05$ + $p<.10$

安全行動基準の理解度や実行度には、個々人の自律した看護姿勢が重要であるといえる。自律的でない看護師は、理解と実行の乖離も大きく生じていた。個々人の自律性を育成することは、安全性の確保に伴う看護の質の向上につながることを示唆される。また、それだけではなく、同僚の安全に対する姿勢が“すべき”ことの理解促進に一定の影響をもつことが示唆された。一緒に仕事をする多くの同僚の安全行動や取り組みの姿勢が、個々人の判断や行動を決める際のアンカーポイントになっているようである。その意味で、職場全体の規範や秩序づくりが重要な意味をもつといえる。また、この理解を医療活動として実現するには、上司の存在も不可欠である。とりわけ、“改善 (See)”という次の医療活動サイクルに橋渡しするための重要な接合部分に寄与することが示された。

以上の結果を踏まえると、理解と実行の乖離を生じさせる要因として、自律性の低さ、および上司や同僚の指向性(効率-安全指向の条件)が示唆されたといえる。