

ルール関連要因

①**遵守のコスト認知** ルールを遵守することに伴う負担を問う 8 項目の平均値と標準偏差を Table 6 に示す。遵守のコスト認知に関する 8 項目は、安全遵守行動に関する項目と同一のルールを取り上げていた。したがって、遵守のコスト認知の尺度構成にも同じルールに関する項目を採用するのが妥当と判断した。「1.指差喚呼」「2.再確認喚呼」「3.セクション・標識の喚呼」「4.気笛の鳴動」の 4 項目に対して主成分分析を行ったところ、1 因子性が確認された（分散説明率=54.6%、 $\alpha=.717$ ）。上記の 4 項目の単純合計値を遵守のコスト認知得点とし、可能な得点範囲は 4~20 点である。尺度の得点は高いほど、ルールを遵守することに伴う負担を高く認知していることを示す。

Table 6 遵守のコスト認知に関する項目の平均値と標準偏差 (N=148)

項目	M	SD
1. 大きな声を出し、指差して確認喚呼をすると、声がかかるし疲れる。	3.49	1.07
2. 場内・出発信号の確認や停車駅の停通確認をするとき、再確認をするのは面倒だ。	2.24	0.99
3. セクション標識（楯行標、力行標）や速度制限標識の確認喚呼をするのは面倒だ。	2.62	0.96
4. 見通しの悪い区間を通過する際に気笛を鳴らすのは面倒だ。	1.81	0.71
5. EB装置の警報をリセット棒で解除するのは面倒だ。	2.66	1.05
6. 駅接近予告装置の警報はうるさい。	3.16	1.19
7. 停車列車でATSロングの警報を確認扱いした後、鳴り続けるチャイムはうるさい。	2.15	0.99
8. エンド交換時のスイッチ整備をした後、列車の外に出て尾灯（後部標識）を確認するのは面倒だ。	1.91	0.74

②**遵守の有効性認知** ルールを遵守することが事故防止に役立つと思う程度を問う 8 項目の平均値と標準偏差を Table 7 に示す。遵守の有効性認知に関する 8 項目も、安全遵守行動に関する項目と同一のルールを取り上げていた。よって、遵守の有効性認知の尺度構成にも同じルールに関する項目を採用するのが妥当と判断した。「1.指差喚呼」「2.再確認喚呼」「3.セクション・標識の喚呼」「4.気笛の鳴動」の 4 項目に対して主成分分析を行ったところ、1 因子性が確認された（分散説明率=70.0%、 $\alpha=.785$ ）。上記の 4 項目の単純合計値を遵守の有効性認知得点とし、可能な得点範囲は 4~20 点である。尺度の得点は高いほど、ルールを遵守することが事故の防止に役立つと認知していることを示す。

Table 7 遵守の有効性認知に関する項目の平均値と標準偏差 (N=148)

項目	M	SD
1. 大きな声を出し、指差して確認喚呼をする。	3.90	0.87
2. 場内・出発信号の確認や停車駅の停通確認の再喚呼をする。	4.12	0.81
3. セクション標識（惰行標、力行標）や速度制限標識の確認喚呼をする。	3.29	0.95
4. 見通しの悪い区間を通過する際に気笛を鳴らす。	3.95	0.79
5. EB装置の警報をリセット棒で解除する（気笛やブレーキの操作などで解除しない）。	2.56	1.01
6. 駅接近予告装置を使用して列車を運転する。	4.13	0.78
7. 停車列車でATSロングの警報を確認扱いした後、列車が駅に到着するまではチャイムを消さない。	4.08	0.89
8. エンド交換時のスイッチ整備をした後、列車の外に出て尾灯（後部標識）を確認する。	3.85	0.85

組織の管理姿勢

安全対策や現場の作業環境に対する組織の管理姿勢について問う 10 項目の平均値と標準偏差を Table 8 に示す。10 項目の回答値に対して主成分分析を行い、第 1 主成分への負荷量が .35 以上になるよう項目を選定した。最終的に「10.休憩・宿泊場所の整備」に関する項目を除く、9 項目を尺度構成に用いることにした（分散説明率=46.12%、 $\alpha=.842$ ）。9 項目の単純合計値を組織の管理姿勢に関する認知得点とし、可能な得点範囲は 9~45 点である。尺度の得点は高いほど、安全に対する組織の管理姿勢を高く評価していることを示す。

Table 8 組織の管理姿勢に関する項目の平均値と標準偏差 (N=148)

項目	M	SD
1. 会社は重大事故（脱線や衝突など）の防止を重要だと考えている。	3.83	1.21
2. 会社が行う運転事故（停車駅通過や停車位置不良など）を防止するための取り組みは十分なものである。	2.79	1.03
3. 会社は乗客の利便性を向上させることを重要だと考えている。	3.26	1.15
4. 会社の打ち出す方針と実際の取り組みには一貫性がある。	2.37	1.00
5. 会社は運転士の仕事の負担が過度に大きくなるよう配慮している。	1.70	0.67
6. 会社は現場の仕事について十分理解している。	1.84	0.70
7. 会社は運転士に適切な教育・研修の機会を与えている。	2.72	0.94
8. 信号機や駅の停止位置目標は見間違えが起きないように配慮されている。	2.13	0.84
9. 乗務員室の設備（空調や座席など）は仕事をしやすいよう配慮されている。	1.83	0.80
10. 運転士の休憩場所や宿泊場所は過ごしやすいよう配慮されている。	1.80	0.77

組織規範

①**命令的規範** 安全遵守に関する命令的規範を問う 8 項目の平均値と標準偏差を Table 9 に示す。命令的規範に関する 8 項目は、安全遵守行動に関する項目と同一のルールを取り上げていた。したがって、命令的規範の尺度構成には、安全遵守行動の尺度構成に採用した項目と同じルールに関する項目を採用するのが妥当と判断した。「1.指差喚呼」「2.再確認喚呼」「3.セクション・標識の喚呼」「4.気笛の鳴動」の 4 項目に対して主成分分析を行ったところ、1 因子性が確認された（分散説明率=49.5%、 $\alpha=.650$ ）。上記の 4 項目の単純合計値をルール遵守に関する命令的規範の認知得点とし、可能な得点範囲は 4~20 点である。尺度の得点は高いほど、ルールを遵守すると、同僚からポジティブな評価を与えられると認知していることを示す。

Table 9 命令的規範に関する項目の平均値と標準偏差 (N=148)

項目	M	SD
1. 大きな声を出し、指差して確認喚呼をしたら...	3.86	0.78
2. 場内・出発信号の確認や停車駅の停通確認をする際に、再確認の喚呼をしなかったら... (R)	3.61	0.89
3. セクション標識(楕行標、力行標)や速度制限標識の確認喚呼をしたら...	3.51	0.79
4. 見通しの悪い区間を通過する際に、気笛を鳴らさなかったら... (R)	3.68	0.73
5. EB装置の警報をリセット棒以外で(気笛やブレーキの操作などで)解除したら... (R)	3.10	0.43
6. 駅接近予告装置を使わずに列車を運転したら... (R)	4.03	0.85
7. 停車列車でATSロングの警報を確認扱いした後、列車が駅に到着する前にチャイムを消したら... (R)	4.30	0.85
8. エンド交換時のスイッチ整備をした後、列車の外に出て尾灯(後部標識)を確認したら...	3.51	0.83

Note. (R)のついた項目は反転項目である。

②**記述的規範** 安全ルールを遵守しない者の多寡を問う記述的規範に関する 8 項目の平均値と標準偏差を Table 10 に示す。記述的規範に関する 8 項目も、安全遵守行動に関する項目と同一のルールを取り上げていた。したがって、記述的規範の尺度構成にも同じルールに関する項目を採用するのが妥当と判断した。「1.指差喚呼」「2.再確認喚呼」「3.セクション・標識の喚呼」「4.気笛の鳴動」の 4 項目に対して主成分分析を行ったところ、1 因子性が確認された（分散説明率=52.6%、 $\alpha=.689$ ）。上記の 4 項目の単純合計値を違反者の多寡に関する記述的規範の認知得点とし、可能な得点範囲は 4~20 点である。尺度の得点は高いほど、職場の中にルールを遵守しない者が多く存在すると認知していることを示す。

Table 10 記述的規範に関する項目の平均値と標準偏差 (N=148)

項目	M	SD
1. 大きな声を出し、指差して確認喚呼をしない人。	3.21	0.80
2. 場内・出発信号の確認や停車駅の停通確認をする際に、再確認の喚呼をしない人。	2.86	0.71
3. セクション標識（楯行標、力行標）や速度制限標識の確認喚呼をしない人。	3.27	0.66
4. 見通しの悪い区間を通過する際に、気笛を鳴らさない人。	2.95	0.67
5. EB装置の警報をリセット棒以外で（気笛やブレーキの操作などで）解除する人。	3.70	0.59
6. 駅接近予告装置を使わずに列車を運転する人。	2.02	0.77
7. 停車列車でATSロングの警報を確認扱いした後、列車が駅に到着する前にチャイムを消す人。	2.01	0.81
8. エンド交換時のスイッチ整備をした後、列車の外に出て尾灯（後部標識）を確認しない人。	3.14	0.64

(2) 変数間の関係と影響過程モデルの検証

上記の尺度構成によって得られた8つの変数の記述統計量と相関係数を Table 11 に示す。各変数間の関係は、28通りの組み合わせのうち、25通りの組み合わせで有意な相関係数が得られており、相互に複雑に相関しあっている。相関関係のみからは、Figure 1の仮説モデルに示した関係が、変数間に存在するかどうかを検討することは困難である。そこで以下の分析では、仮説モデルにおける予測を検証するために、Amos 4.02を用いてパス解析を行った。

Table 11 分析に用いた各変数の記述統計量および変数間の相関係数 (N=148)

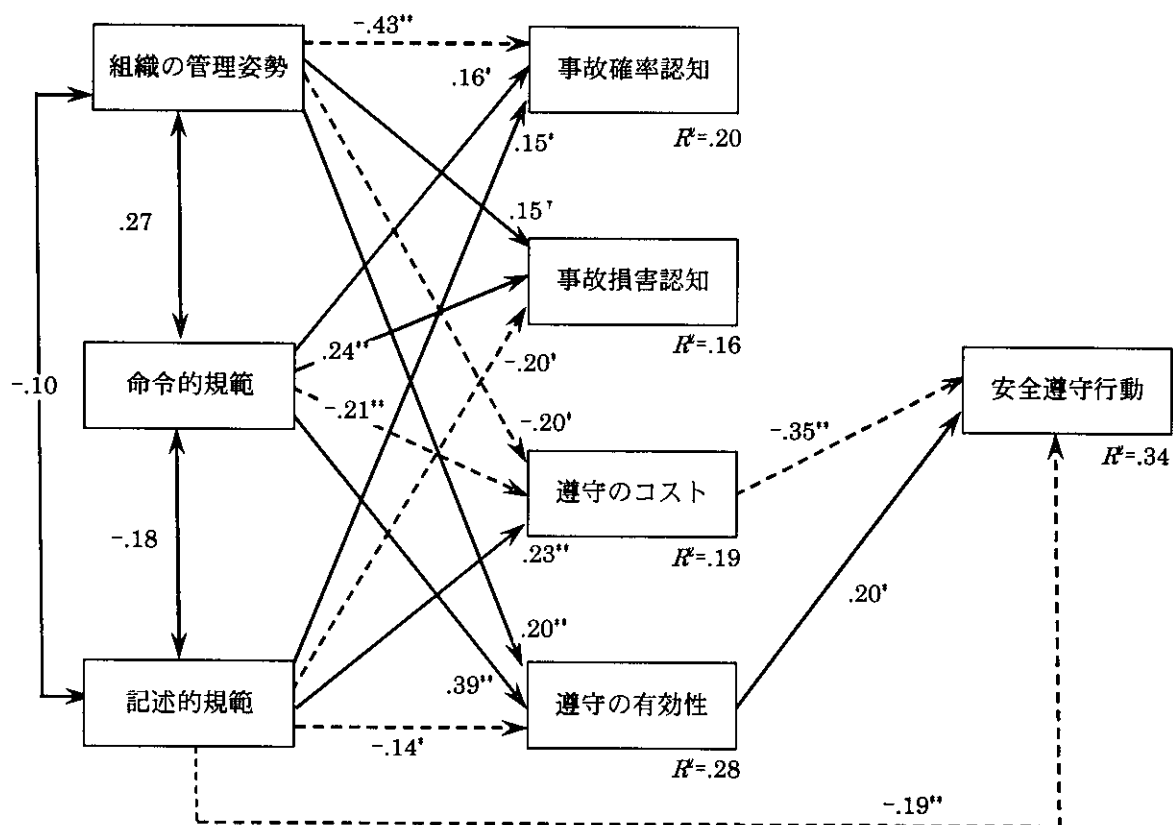
変数	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8
1. 安全遵守行動	3.8	0.69	(.74)							
2. 事故確率認知	3.3	0.68	-.11	(.78)						
3. 事故損害認知	3.5	0.83	.29**	-.27**	(.87)					
4. 遵守のコスト認知	2.6	0.70	-.51**	.19*	-.29**	(.72)				
5. 遵守の有効性認知	3.8	0.67	.43**	-.24**	.37**	-.55**	(.79)			
6. 組織の管理姿勢	2.5	0.63	.20*	-.41**	.23**	-.28**	.32**	(.84)		
7. 命令的規範	3.7	0.56	.31**	.01	.31**	-.31**	.47**	.27**	(.65)	
8. 記述的規範	3.1	0.51	-.34**	.17*	-.25**	.29**	-.23**	-.10	-.18*	(.69)

Note. 平均値と標準偏差は各尺度の項目平均である。* $p < .05$, ** $p < .01$

()内の数値は α 係数を示す。

仮説モデルでは、まず組織レベルの要因（組織の管理姿勢、命令的規範、記述的規範）がリスク認知要因（事故確率認知、事故損害認知）とルール関連要因（遵守のコスト認知、遵守の有効性認知）に影響を及ぼし、次にリスク認知要因とルール関連要因が安全遵守行動に影響を及ぼすと予測した。つまり、組織レベルの要因がリスク認知要因とルール関連要因に媒介されて、安全遵守行動に間接的に影響を及ぼすと予測した。パス解析の結果、適合度指標は低い値を示し、仮説モデルは棄却された ($\chi^2=17.05$, $df=7$, $p<.05$; GFI=.972; AGFI=.857; RMSEA=.099)。そこで、モデル中の各パス係数の有意性と修正指標を参考にして、仮説モデルに3点の修正を施した。

第一に、リスク認知要因の事故確率認知から安全遵守行動へのパス係数が有意でなかったため、このパスを削除した。第二に、同じくリスク認知要因の事故損害認知から安全遵守行動へのパス係数が有意でなかったため、このパスを削除した。そして第三に、修正指標を参考にして、組織レベルの要因である記述的規範から安全遵守行動への直接的影響を示すパスを付加した。上記3点の修正を加えたことにより、適合度指標の値は向上した ($\chi^2=12.83$, $df=8$, $p>.10$; GFI=.972; AGFI=.907; RMSEA=.064)。修正モデルのパス・ダイアグラムを Figure 2 に示す。以下、このパス・ダイアグラムに基づき、変数間に見出された関係についての分析結果を述べる。



Note. 図中の各パスに添付した数値は標準偏回帰係数 (β) を示す。* $p<.10$, ** $p<.05$, *** $p<.01$
 → は正の影響、--→ は負の影響、↔ は共変動を示す。

Figure 2 安全遵守行動を規定する要因の影響過程モデル (修正モデル)

①個人レベルの要因の影響 まず、リスク認知要因の事故確率認知と事故損害認知から安全遵守行動へのパス係数は、いずれも有意でなく、仮説モデルを修正する際に削除された。つまり、リスク認知要因から安全遵守行動への直接的な影響は見出されなかった。

次に、ルール関連要因の遵守のコスト認知と有効性認知から安全遵守行動へのパス係数は、いずれも有意であった。予測通り、遵守のコスト認知は負の影響、遵守の有効性認知は正の影響を及ぼしていた。つまり、ルール遵守に伴うコストを高く認知している者ほど、遵守行動の頻度が低いこと、またルールを遵守することが事故防止に役立つと認知している者ほど、遵守行動の頻度が高いことが示された。

②組織レベルの要因の影響 組織の管理姿勢からリスク認知要因へのパス係数は、いずれも有意または有意な傾向の値を示した。しかし、組織の管理姿勢は事故確率認知に負の影響を及ぼしていた。これは予測とは逆方向の影響である。組織が安全対策や現場の作業環境の管理に十分に配慮した姿勢で臨んでいると高く評価している者ほど、事故の発生する可能性を低く見積もっていることが示された。事故損害認知に対しては、予測通り、正の影響を及ぼす傾向が確認された。この結果は、組織が安全対策や現場の作業環境の管理に十分に配慮した姿勢で臨んでいると高く評価している者ほど、事故によってもたらされる損害を甚大なものとして捉えていることを示している。また、組織の管理姿勢からルール関連要因へのパス係数は、いずれも有意であった。予測通り、コスト認知への負の影響、有効性認知への正の影響が見出された。つまり、組織が安全対策や現場の作業環境の管理に十分に配慮した姿勢で臨んでいると高く評価している者ほど、ルールの遵守に伴うコストを低く認知し、ルールの遵守を事故防止に役立つと捉えていることが示された。

命令的規範からリスク認知要因へのパス係数は、いずれも有意であった。予測通り、事故確率認知と事故損害認知に正の影響を及ぼしていた。よって、ルールの遵守を志向した職場内の規範を認知している者ほど、事故が発生する可能性と事故によって生じる損害の大きさを高く認知していることが示された。また命令的規範からルール関連要因の2変数へのパス係数も有意であった。予測通り、コスト認知に負の影響、有効性認知に正の影響を及ぼしていた。よって、ルールの遵守を志向した職場内の規範を認知している者ほど、ルール遵守に伴うコストを低く認知し、ルールを遵守することが事故防止に役立つと認知していることが示された。

記述的規範からリスク認知要因へのパス係数は、いずれも有意であった。しかし、事故確率認知に対しては正の影響を及ぼしていた。これは予測とは逆方向の影響である。また事故損害認知へは、予測通り、負の影響を及ぼしていた。したがって、違反して作業する者が職場内に多く存在すると認知している者ほど、事故が発生する可能性を高く見積もり、事故によって生じる損害の大きさを低く認知していることが示された。また記述的規範からルール関連要因へのパス係数は、いずれも有意な値を示した。予測通り、記述的規範は遵守のコスト認知に対して正の影響を及ぼし、遵守の有効性認知に対しては負の影響を及ぼしていた。よって、違反して作業する者が職場内に多く存在すると認知している者ほど、ルールの遵守に伴うコストを高く認知し、ルールを遵守することが事故防止に役立つとは認知していないことが示された。なお、記述的規範については、モデルを修正する過程で、仮説モデルでは予測していなかった安全遵守行動への負の直接的影響が見出された。

4 考察

本研究の目的は、個人レベルの要因と組織レベルの要因が、安全遵守行動に及ぼす影響について検討することであった。以下、仮説に沿って結果を吟味していく。

(1) 個人レベルの要因の影響

まず個人レベルの要因が安全遵守行動へ及ぼす影響に関する仮説について吟味する。仮説1では、リスク認知要因の事故確率認知と事故損害認知が、いずれも安全遵守行動を促進する影響を持つと予測した。しかしながら、パス解析の結果、リスク認知要因のいずれの変数からも安全遵守行動への有意なパス係数は示されなかった。したがって、仮説1は支持されず、リスク認知要因は安全遵守行動に影響を及ぼしているとはいえなかった。

ルール関連要因と安全遵守行動との関係については、仮説2で遵守のコスト認知が安全遵守行動を抑制する影響を持つと予測した。遵守のコスト認知から安全遵守行動の頻度へのパス係数は有意な負の値を示したため、仮説2は支持されたといえる。つまり、ルールの遵守に伴う疲労や負荷を高く認知する者ほど、安全遵守行動をとる頻度が少ないことが見出された。また仮説3では、遵守の有効性認知が安全遵守行動を促進すると予測した。遵守の有効性認知から安全遵守行動の頻度へのパス係数は、有意な正の値を示していた。よって、仮説3は支持されたといえる。つまり、ルールを遵守することが事故防止に役に立つと認知している者ほど、安全遵守行動をとる頻度が多いといえる。

以上の仮説1～3の結果は、ルール関連要因の方がリスク認知要因よりも、相対的に強い影響を安全遵守行動に及ぼすことを示している。芳賀(2000)や岡部(2003)は、不安全行動を規定する要因はリスクの主観的な評価だけでなく、ルールに違反した場合に得られる価値やルールを遵守した場合のデメリットも影響すると論じた。結果で見出されたルール関連要因の影響力の強さは、この議論を支持するものである。また同時に、遵守の有効性認知やコスト認知が安全の遵守や違反の文脈では、リスク認知を上回るほどの重要性を持つことを示しているといえよう。すなわち、安全のためのルールが守られるためには、リスクのような事故に対する“恐れ”よりも、そのルールが“守りやすいものかどうか”、“役に立つものかどうか”という点が重要であることが示唆された。

本研究の仮説モデルでは、リスク認知要因とルール関連要因の関係について、特に予測を設けていなかった。しかし、Table 11に示した相関係数から、二つの要因の間には有意な相関関係が存在することがわかる。したがって、リスク認知要因がルール関連要因へ影響を及ぼし、間接的に安全遵守行動に影響するというモデルも統計的には成立する可能性がある。この点についての検討は、本研究で扱う範疇を超えているため、今後の課題としたい。

(2) 組織レベルの要因の影響

次に組織レベルの要因の影響に関する仮説4～6について、順に吟味していく。仮説4では、組織の管理姿勢が個人レベルの要因を通じて、安全遵守行動を間接的に促進する影響を持つと予測した。パス解析の結果、組織の管理姿勢から事故確率認知へのパス係数は有意ではあったもの

の、予測に反して負の値を示した。また、事故損害認知、遵守のコスト認知と有効性認知に対しては、予測通りに有意または有意な傾向の影響が見出された。安全遵守行動を抑制していたコスト認知には負の影響、促進していた有効性認知には正の影響を及ぼしていたことから、仮説4は部分的に支持されたといえよう。組織の管理姿勢は、遵守のコスト認知と有効性認知を通じて、安全遵守行動を間接的に促進していた。なお、予測に反した結果が見出された組織の管理姿勢と事故確率認知の関係は、安全対策への組織の管理姿勢を高く評価している者ほど、事故が起こる可能性を低く見積もっていることを示している。これは組織の管理姿勢が十分なものと認知しているがゆえに、安心してしまい、かえって事故の起きる可能性を低く見積もるのだと解釈できる。

しかしながら、事故確率認知の測定の妥当性に問題があったために、予測に反した結果が見出されたという解釈も可能である。本研究では事故確率認知を“一般的な意味で事故が起きる可能性”として測定したが、“ルールを違反することが事故につながる可能性”という形式で測定することも可能であろう。一般的な意味の可能性と自分の行為によって事故が引き起こされる可能性は、概念上は区別されるものである。後者の測定の仕方の方が、本研究の文脈には沿っていたかもしれない。この点については、今後さらに検討する必要がある。

仮説5では、安全遵守を志向する命令的規範が、個人レベルの要因を通じて、安全遵守行動を間接的に促進すると予測した。命令的規範から個人レベルの各要因へのパス係数は、いずれも予測通りの有意な値を示していた。つまり、命令的規範は事故確率認知、事故損害認知、遵守の有効性認知に正の影響、遵守のコスト認知に負の影響を及ぼしていた。安全遵守行動を抑制していたコスト認知には負の影響、促進していた有効性認知には正の影響を及ぼしていたことから、仮説5は部分的に支持されたといえる。すなわち、命令的規範は、遵守のコスト認知と有効性認知を通じて、安全遵守行動を間接的に促進していた。

仮説6では、ルールを遵守しない者の多寡に関する記述的規範は、個人レベルの要因を通じて、安全遵守行動を間接的に抑制すると予測した。パス解析の結果、記述的規範から事故確率認知へのパス係数は有意であったが、正の値を示した。これは予測とは逆の結果であり、ルールを遵守しない者が多く存在すると認知していると、事故が起こる可能性を高く見積もると解釈される。しかし前述したように、事故確率認知には測定の妥当性の問題があり、この解釈が必ずしも正しいとは結論できない。事故損害認知、遵守のコスト認知と有効性認知に対しては、予測通りに有意な影響が見出された。安全遵守行動を抑制していたコスト認知には正の影響、促進していた有効性認知には負の影響を及ぼしていたことから、仮説6は部分的に支持されたといえる。つまり、記述的規範は遵守のコスト認知と有効性認知を通じて、安全遵守行動を間接的に抑制していた。

仮説モデルでは、組織レベルの要因から安全遵守行動への直接の影響を予測してはいなかった。しかし、モデルを修正する過程で、記述的規範から安全遵守行動への直接の負の影響が見出された。この結果は、ルールを違反して作業する者が職場内に多く存在すると認知している者ほど、安全遵守行動をとる頻度が少ないことを示している。この記述的規範の直接的影響については、いくつかの解釈が考えられる。まず、第一の解釈は、パス・ダイアグラムに示された通り、記述的規範が行動に直接影響するというものである。組織レベルの要因が行動に強く影響する、あるいは同僚がとる行動をモデリングした、同調反応を示したなどの解釈である。第二の解釈は、記述的規範が安全遵守行動に及ぼす影響を媒介する、本研究では取り上げていない個人レベルの要因が存在したというものである。もしくは、記述的規範と安全遵守行動の相関関係そのものが、因果的なものではない可能性もある。むしろ、自分のとっている行動を多くの他者もとっている

だろうと認知する、フォールス・コンセンサス効果を反映したものであるかもしれない。記述的規範の影響についても、今後さらなる検討が必要である。

(3) 本研究で得られた示唆

仮説モデルの予測とは一部異なっていたものの、本研究の結果は組織レベルから個人レベル、そして安全遵守行動へという影響過程を概ね支持するものであった。個人レベルの要因に関しては、遵守のコスト認知と有効性認知が安全遵守行動に及ぼす影響が明らかになった。他方、リスク認知要因の影響は見出されなかった。したがって、安全ルールへの遵守には、リスク認知のような事故に対する“恐れ”よりも、そのルールが“守りやすいものかどうか”、“役に立つものかどうか”という点が重要であることが示唆された。

さらに、組織レベルの要因（組織の管理姿勢、命令的規範、記述的規範）は、遵守のコスト認知と有効性認知に影響を及ぼしていた。よって、組織レベルの要因は、遵守のコスト認知と有効性認知を通じて、安全遵守行動に間接的な影響を及ぼしていたといえる。安全遵守行動を規定するのは個人レベルの要因だけではなく、組織レベルの要因が重要な役割を果たしている。組織の管理姿勢が不十分だったり、違反に寛容な組織規範が存在すれば、現場で働く者はルールを守ることの負担を気にしがちになり、守っても事故防止にさほど役に立たないと感じる、そして、ルールから外れた行動をとる。本研究で示したモデルは、このような過程を描き出したといえる。

このような安全遵守行動を規定する個人レベルと組織レベルの要因の影響過程は、組織が有効な安全管理体制を確立していくために、重要な示唆を持つであろう。先行研究においても指摘されているように、安全対策としてルールを単に設けるだけでは不十分であり、ルールをどのような手続きを経て設定し、どのように運用していくのかを管理する側は考えなければならない（Reason, 1997; Reason, Parker, & Lawton, 1998）。本研究の知見は、ルールを遵守することにどのようなコストがかかるのか、本当にそのルールは有効性を持つのかといった点を検討することが必要であることを示唆している。

(4) 今後の課題と研究の方向性

今後の課題として、本研究で示した安全遵守行動を規定する要因の影響過程モデルの交差妥当性が挙げられる。本研究では A 鉄道企業の B 電車区に所属する運転士を標本集団として、調査を実施し、モデルの構成を行った。今後は別の標本集団を対象に調査を行い、モデルを修正しつつ、一般性のあるモデルを構成していく必要がある。またその際には、本研究で取り上げなかった要因をモデルに含めるかどうかを吟味したり、測定項目の妥当性を吟味することも必要となる。

本研究で特に着目したのは、個人レベルの要因と組織レベルの要因の双方が結びついて、安全遵守行動に影響を及ぼすという点である。当然のことながら、検証したモデルは、安全遵守行動に関連すると考えられる全ての要因を網羅したものではない。しかし、従来の安全や事故に関する研究は、個人内の情報処理メカニズムのみを限定して扱ったり、逆に組織のマクロな特性のみに焦点をあててすすめてきた。これに対し、本研究の組織レベルの要因と個人レベルの要因を結びつけた影響過程モデルは、今後の研究が進むべき新しい方向性を提案できたのではないかと考えられる。

引用文献

- 赤塚 肇・芳賀 繁・楠神 健・井上貴文 1998 質問紙法による不安全行動の個人差の分析 産業・組織心理学研究, 11, 71-82.
- Brown, R., & Holmes, H. 1986 The use of factor-analytic procedure for assessing the validity of an employee safety climate model. *Accident Analysis and Prevention*, 18, 455-470.
- Cialdini, R.B., Kallgren, C.A., & Reno, R.R. 1992 A focus theory of normative conduct: a theoretical refinement and reevaluation of the role of norms in human behavior. In M.P.Zanna. (Ed), *Advances in experimental social psychology. Vol. 24*. New York: Academic Press. Pp.201-234.
- Cialdini, R.B., Bator, R.J., & Guadagno, R.E. 1999 Normative influences in organization. In L.L.Thompson, J.M.Levine, & D.M.Messick. (Eds), *Shared cognition in organization: the management of knowledge*. Mahwah,NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cox, S., & Cox, T. 1991 The structure of employee attributes to safety: an European example. *Work and Stress*, 5, 93-106.
- Coyle, I., Sleeman, S., & Adams, N. 1995 Safety climate. *Journal of Safety Research*, 26, 247-254.
- Flin, R., Mearns, K., O'Connor, P., & Bryden, R. 2000 Measuring safety climate: identifying the common features. *Safety Science*, 34, 177-192.
- Geller, E.S. 1994 Ten principles for achieving a Total Safety Culture. *Professional Safety*, September, 18-24.
- Guldenmund, F.W. 2000 The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*, 34, 215-257.
- 芳賀 繁 2000 失敗のメカニズム 忘れ物から巨大大事故まで 日本出版サービス
- 芳賀 繁 2001 ミスをしない人間はいない -ヒューマン・エラーの研究- 飛鳥新社
- 芳賀 繁・赤塚 肇・白戸宏明 1996 「指差呼称」のエラー防止効果の室内実験による検証 産業・組織心理学研究, 9, 107-114.
- Hawkins, F.H. 1987 *Human factors in flight*. Gower Technical Press Ltd. (黒田 勲監修 石川好美監訳 1992 ヒューマン・ファクター -航空の分野を中心として- 成山堂書店)
- 海保博之 2001 4 自己モニタリングとエラー 認知心理学の立場より 大山 正・丸山康則 (編) ヒューマンエラーの心理学 医療・交通・原子力事故はなぜ起こるのか 麗澤大学出版会
- 厚生労働省 2001 平成 12 年度労働災害動向調査結果速報
- Lawton, R. 1998 Not working to rule: understanding procedural violations at work. *Safety Science*, 28, 77-95.
- Leplat, J. 1998 About implementation of safety rules. *Safety Science*, 29, 189-204.
- 丸山康則 2001 3 交通事故 心理学から見た安全対策 大山 正・丸山康則 (編) ヒューマンエラーの心理学 医療・交通・原子力事故はなぜ起こるのか 麗澤大学出版会
- Norman, D.A. 1981 Categorization of action slips. *Psychological Review*, 88, 1-15.
- 岡部康成 2003 第 9 章 事故や災害を防止するために -感情的側面への教育的配慮- 岡

- 本浩一・今野裕之（編著） リスク・マネジメントの心理学 事故・事件から学ぶ 新曜社
- Pidgeon, N. 1991 Safety culture and risk management in organizations. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 22, 129-140.
- Reason, J. 1990 *Human errors*. Cambridge University Press: New York.
- Reason, J. 1993 The human factor in medical accidents. In C.Vincent, M.Ennis, & R.J.Audley.(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.)
- Reason, J. 1997 *Managing the risks of organizational accidents*. Brookfield, Vt: Ashgate. (塩見 弘監訳 高野研一・佐相邦英訳 1999 組織事故 日科技連)
- Reason, J., & Hobbs, A. 2003 *Managing maintenance error: a practical guide*. Burlington, vt: Ashgate.
- Reason, J., Parker, D., & Lawton, R. 1998 Organizational controls and safety: the varieties of rule-related behavior. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71, 289-304.
- Wagenaar, W., & Hudson, P. 2001 Industrial safety In P.J.D. Drenth, H. Thierry, & C.J. de Wolff.(Eds.), *Handbook of work and organizational psychology. 2nd ed. Vol.2 : Work psychology*. Psychology Press. Pp. 65-87.
- 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
- Zohar, D. 1980 Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. *Journal of Applied Psychology*, 65, 96-102.

組織における問題事象への対処行動とその意思決定過程に関する検討

藤村まこと

(九州大学大学院人間環境学府)

古川 久敬

(九州大学人間環境学研究院)

1 はじめに

本稿の目的は、組織において従業員が他者による問題事象に直面したとき、いかなる行動を選択するかを検討することである。ここでは、先行研究に基づいて、従業員の対処行動、そしてその対処行動にいたるまでの意思決定過程について仮説を提案する。

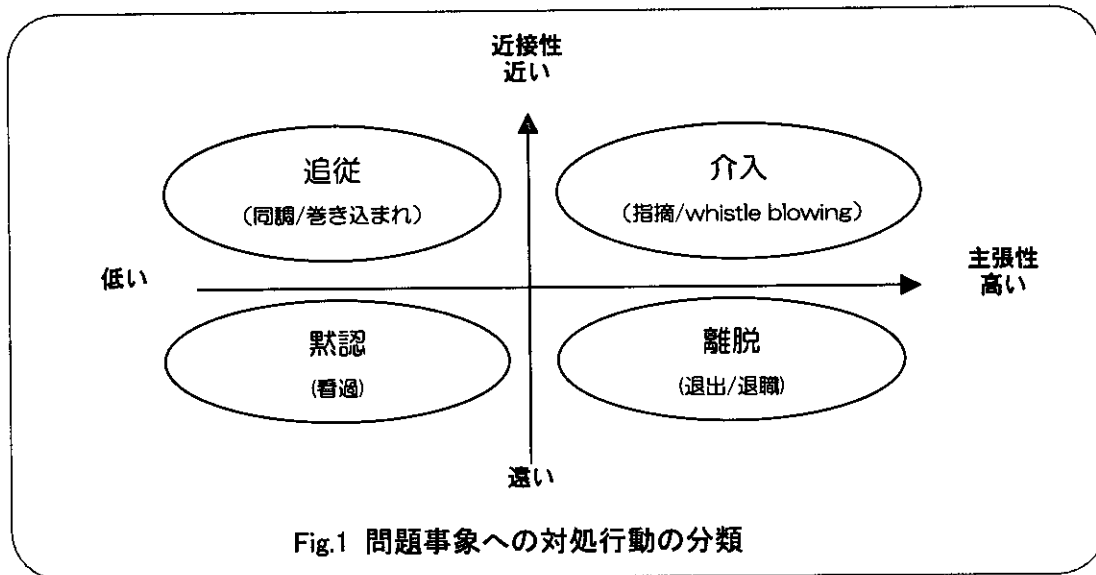
2 問題事象に対する対処行動の分類

組織の従業員が、他者の行為を見て「おかしいのではないかと、間違っているのではないかと」思ったとき、彼はいかなる行動をとるであろうか。本研究では、他者による問題事象に直面した個人がとりうる行動を、おかしいのではと伝える「主張性」と問題事象との「近接性」の2つの次元を用いて4つの領域に分類した (Fig.1)。

まず、主張的で対象との近接性が高い行動として「介入」がある。この介入行動とは、おかしいと気づいた従業員が、その意思を他者に対して表明することである。例えば、問題事象の行為者本人と話をする（指摘をする）ような「直接的介入」がある。また、組織内の第3者、もしくは組織外への第3者に話をし介入を求める「間接的介入」がある。本人に指摘を行う直接的介入は、医療、原子力、そして航空などの安全を提供する組織において、集団過程で生じるエラーを防止するために必要な行為として着目されている（例えば、Sasou & Reason, 1995；大坪・島田・森永・三沢, 2003）また、第3者の介入を求める間接的介入は、組織内外へむけて警笛を鳴らす行為として知られる whistle blowing の研究、または組織内の対人葛藤に対する対処行動の一部として研究がなされている（例えば、王, 2003；Miseli & Near, 2002；大西, 2002）。

それでは、この直接的介入と間接的介入（whistle blowing）には、どのような違いがあるのだろうか。杉本・高城（2002）は、組織内の問題事象に直面した従業員の介入行動には順序性（スペクトル）が存在し、その極として第三者介入による whistle blowing があるとしている。つまり、問題事象に直面した個人は、まず問題事象の行為者に自分でできる最も気のきいた方法で指摘をする余地があるかを考える。それが無理なときには、組織内の第3者に話をし、問題事象の行為者を説得してもらう。それでも聞き入れてもらえないときに、問題事象を解決する権限を持つ組織外部の第3者に伝える。このようにして従業員は一連の判断を行い、その中で介入行動を選択、実行していることが示されている。

一方、第二の対処行動として「離脱」がある。この行為は、組織内の小集団、もしくは組織そのものからの離脱であり、問題事象から身を遠ざける行為である。そのため対象との近接性は低い。しかし、Hirschman(1970)によれば、離脱はときに離脱した人々に対してなんら「返す言葉」もありえないほどに、あとに残った人々を動揺させることがある。つまり、離脱することで人は、返答しようのない議論を投げかけることも可能であることが示されている。これより離脱は組織内の問題事象に対する異議申し立ての側面も有していると考えられ、主張性は高いと思われる。



次に、第三の対処行動として「黙認」がある。具体的には、組織内の問題事象を見たときに、「おかしい」とも思わずに見過ごす行為や、「おかしい」と思いつつ何ら行動を起こさずに見過ごす行為などを指す。この黙認の行為は、組織内の問題事象に対して、一定の距離を保つため近接性は低く、主張性も低いといえる。この黙認の行為は、問題事象を是正することのない消極的な行為であるゆえに、問題事象は放置され、さらに状況の悪化を招く行為として捉えられるであろう。

最後の対処行動として「追従」がある。この行為は、問題事象に直面した従業員がその事象に巻き込まれ、問題事象を「おかしい」と思いながら加担する行為、もしくはより能動的に問題事象に加担する行為である。この追従行為は、問題事象に対する近接性は高いが、「おかしい」という考えの主張性は低いといえるであろう。Warren (2003)によれば、組織の規範が社会の規範と矛盾する反社会的なものであるとき、従業員の従順な行動は社会規範からの逸脱となることを指摘している。組織規範と社会規範との一貫性が損なわれたとき、従業員の多くがそのことに気付かず組織規範を追従したならば、結果として組織内の問題事象の悪化を招く可能性があるといえる。

以上、問題事象への対処行動として、従業員の主張性と対象との近接性を用いて、4つの対処行動を提案した。社会および組織のいずれにとっても建設的な結果をもたらす行為、つまり組織内の問題事象を解決する行動とは、従業員の主張性が高く、対象との近接性が近い「介入行動」である。今後、これら4つの対処行動の妥当性と、これらの行動が社会および組織にもたらす効果性について、実証的な検討が必要である。

3 対処行動の意思決定過程

では、組織従業員が問題事象に直面したあと、彼らはいかにして対処行動を選択するのであろうか。従来では、個人が状況をどのように捉えるかによって、個人の行動選択は変化することが指摘されている。しかし、組織内の問題事象に直面した個人の内的な情報処理過程の検討は不十分である (Cundlash, Douglas, & Martinko, 2003)。したがって、本研究では、問題事象に直

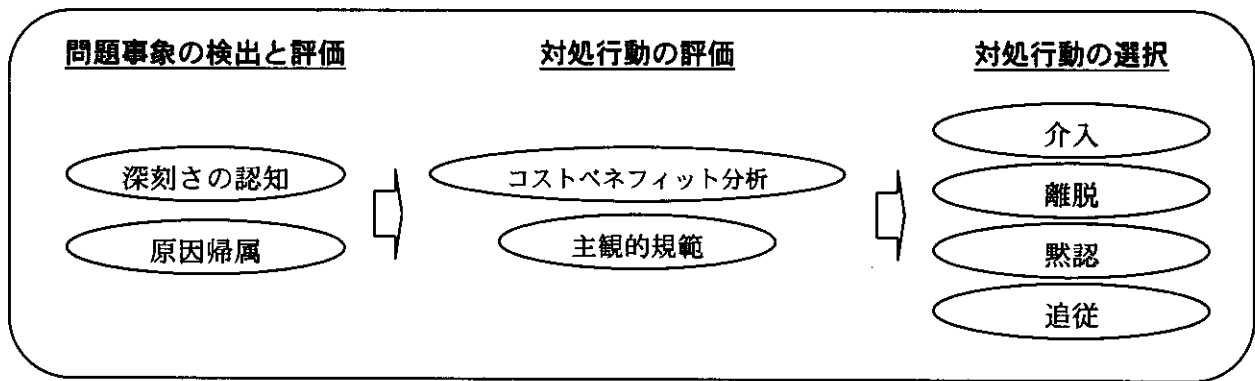


Fig. 2 問題事象の対処行動の意思決定過程

面した個人の個人内過程、つまり、組織の従業員が問題事象をいかに捉え、行動の選択をしているかについて仮説を示す (Fig.2)。

問題事象の検出と評価

組織内で他者による問題事象に直面した個人は、まず、その問題事象の評価を行うであろう。その評価の際に重要な個人内認知として、問題事象の深刻さの認知が予測される。間接的介入の対処行動である whistle blowing の研究では、個人が問題事象の深刻さ、そして非常事態であることの認知をすることが、その後の意思決定を行うきっかけとなることを示している (Dozier & Miceli, 1985)。言い換えれば、問題事象の深刻さを認知できない個人は、問題事象に対して解決を導く行動をとらずに、結果として「黙認」を行うことになるといえる。

一方、Cundlash, et.al. (2003) は、問題事象に直面した個人が、問題事象の原因をどこにあると帰属 (推測) するかによって、個人の対処行動が異なることを示唆した。この点について、藤村・古川 (2003) は、間接的介入である whistle blowing の実行意図に及ぼす原因帰属の効果を、看護師を対象とした調査によって検証した。その結果、問題事象に直面した個人が、問題事象の原因を当事者自身ではなく、当事者を取り囲む環境にあると推測するほど、より whistle blowing を行う意図が高いことが分かった。

以上のことから、問題事象を検出し、個人が問題事象の評価を行うときには、問題事象の深刻さの認知および問題事象の原因帰属が、その後の行動選択に影響を与えると予測できる。

仮説 1 個人による問題事象の深刻さの認知が低いとき、従業員は黙認の行動を選択するであろう。

仮説 2 個人が、問題事象の原因を当事者の環境要因にあると推測するとき、従業員は介入行動の実行意図が高まるであろう。

対処行動の評価と選択

問題事象を検出、評価した個人は、次に対処行動の評価を行い、その後行動の選択を行うであろう。したがって、ここでは対処行動の評価基準として以下の2つを取りあげる。

まず、期待理論に依拠した合理的な意思決定過程のモデルを参考にすれば、個人は、対処行動のベネフィット認知が高いほど、またコスト認知が低いほど、よりその対処行動に動機づけられると予測できる。問題事象に直面し「おかしい」と認知した個人も、介入行動のもたらすコスト

を高く見積もれば、介入行動の選択はなされないであろう。これまでに、個人が whistle blowing をしない理由は、仕事やキャリアを危険にさらすことを避けるためであることが示されている (Miceli & Near, 1984, 1985)。Whistle blowing は長期的には組織に利益をもたらすが、短期的には組織に混乱と損失をもたらすことが知られている。そのため、個人は、whistle blowing が社会的に望ましいベネフィットをもたらすと認知しながら、同時に高いコスト認知も見積もっているため、個人の介入行動は抑制されたと思われる。

また、従業員が主観的に持っている対処行動に対する規範も重要な評価基準になるであろう。例えば Fishbein & Ajzen (1975)は、合理的行為の理論 (the theory of reasoned action) において、個人の行動意図は2つの認知によって規定されることを示した。ひとつは、主観的規範であり、“重要な他者は何を期待しているかという当人の判断”と、“それに従うべきであるとの考え”に関する認知である。また、もうひとつは「行動への態度」とされ、“行動によって得られる結果の推測”と“その結果の評価”に関する認知である。先述の対処行動のコストベネフィットの認知とは、この「行動への態度」に類似した概念であるといえる。したがって、この合理的行為の理論に従えば、対処行動のコストベネフィット認知と同時に、対処行動に対する主観的規範も個人の対処行動の規定要因として重要であることが予測できる。

仮説3 対処行動のベネフィット認知が高いほど、もしくはコスト認知が低いほど、その対処行動の実行意図が高まる。

仮説4 対処行動を行うべきであるとする主観的な規範認知が強いほど、その対処行動の実行意図は高まる。

最後に、本稿では、個人が他者とのつながりを重要視する程度の差異によって、意思決定過程における判断基準がコストベネフィット認知となるか、主観的規範となるかを検討する。

これら2つの規定要因が行動意図に及ぼす影響の効果を検討した Abrams & Moura (2001)によれば、個人主義と集団主義の文化の差異は、他者とのつながりの重視度の差異をもたらし、その結果他者とのつながりの強い集団主義の個人は、主観的規範に基づいて行動意図を決定することを示した。

この結果より、他者とのつながりを重要視する程度の差異によって、「主観的規範」を判断基準とした意思決定を行う個人と、「コストベネフィットの認知」を判断基準とした意思決定を行う個人とが存在する可能性が示唆される。本稿では、他者とのつながりを重要視する程度を、個人の他者依存性の程度として、以下の仮説を設定した。

仮説5 他者とのつながりを重要視する他者依存傾向の強い個人は、コストベネフィット認知よりも主観的規範に基づいて対処行動の実行意図を決定するであろう。一方、他者依存傾向の弱い個人は、主観的規範よりもコストベネフィット認知に基づいて、対処行動の実行意図を決定するであろう

以上、本稿では、組織内の問題事象に直面した個人がとりうる対処行動の分類、およびその対処行動を選択する意思決定過程について仮説を述べた。今後、これらの仮説の実証的な検証を行い、問題事象の解決をもたらす対処行動の促進要因と抑制要因の解明が必要である。

引用文献

- Abrams, D. & Moura, G. R. 2001 Organizational Identification : Psychological Anchorage and Turnover. In Hogg , M. A.,& Terry, D. J. (Eds.), *Social Identity Process in Organizational Contexts*: Taylor & Francis. Pp. 131-148.
- Cundlash, Douglas, & Martinko 2003 The decision to blow the whistle: A social information processing framework *Academy of Management Review*, 28 (1), 107-123..
- Dozier, J.B., & Miceli, M.P. 1985 Potential predictors of whistle-blowing: A prosocial behavior perspective. *Academy of Management Review*. 10, 823-836.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hirschman, A. O. 1970 *Exit, voice, and loyalty : responses to decline in firms, organizations, and states*. Cambridge, Mass : Harvard University Press.
- 藤村まこと・古川久敬 2003 組織内外へのwhistle blowingを規定する要因に関する研究 日本心理学会第67回大会論文集. Pp.1273.
- Miceli, M.P., & Near, J.P. 1984 The relationships among beliefs, organizational position, and whistle-blowing status: A discriminant analysis. *Academy of Management Journal*. 27, 687-705.
- Miceli, M.P., & Near, J.P. 1985 Characteristics of organizational climate and perceived wrongdoing associated with whistle-blowing decisions. *Personnel Psychology*. 38, 525-544.
- Miceli, M.P., & Near, J.P. 2002 What makes whistle-blowers effective? Three field studies. *Human Relations*, 55, 455-479.
- 大西勝二 2002 職場での対人葛藤発生時における解決目標と方略 産業・組織心理学研究, 16, 23-33.
- 王晋民・宮本聡介・今野裕之・岡本浩一 2003 社会心理学の観点から見た内部告発 社会技術研究論文集, 1, 268-277.
- 大坪庸介・島田康弘・森永今日子・三沢良 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—質問し調査による検討— 実験社会心理学研究, 43, 85-91.
- Sasou, K., & Reason, J. 1999 Team errors: definition and taxonomy. *Reliability Engineering and System Safety*, 65, 1-9.
- 杉本泰治・高城重厚 2002 大学講義技術者の倫理入門 (第2版), 丸善.
- Warren, D. E. 2003 Constructive and destructive deviance in organizations. *Academy of Management Review*, 28, 622-632.

組織内の問題事象に関する調査研究

－「経験の共有」が問題事象の発生を抑制する効果について－

浦 聖子
(株式会社プロファイル)

古川 久敬
(九州大学人間環境学研究院)

1 本研究の問題意識

組織内で発生する、さまざまな「問題事象」の中でも、規範からの逸脱や無知、職務中のミスや事故、といった個人レベルの問題事象(Robinson & Bennet, 1995)は、主に成員個人のモラルや職務能力に帰属される事柄であり、談合や隠蔽といった組織レベルの問題事象(Robinson & Bennet, 1995)にくらべて、組織全体で問題視され、防止策が検討されることは少ない。

雇用形態の変化に伴い、異なる職歴や学歴を持つ人々が、異なる雇用形態で勤務する状況が増加した近年では、成員同士が規範などの職務上の共通認識を持つことが難しくなり、個人レベルの問題事象はさらに発生しやすい状況になっているといえよう。

同じ職場に働く成員同士が、自らの職務上の経験について話し合い、その経験から学習した知識と理解を共有すること、すなわち「経験の共有」が、個人レベルの問題事象を抑制する効果について、検討を行う必要性が高まっている。

「経験の共有」は、他者が経験した職務上の成功経験(高い成果・評価を得た)、あるいは、職務上のつまずき経験(ミスやトラブルを起こした)について、別の成員がモデリング学習(Blanton, Buunk, Gibbons, & Kuypers, 1999)を行う機会となると考えられる。

モデリング学習は、最高水準の成果をあげる能力であるコンピテンシーの獲得を促進すると考えられている(古川, 2002)。

「経験の共有」を通して、成員が通常業務に必要な「通常時のコンピテンシー」と、ミスやトラブルへの対応に必要な「非常時のコンピテンシー」を獲得していき、その結果として、個人レベルの問題事象にも対応できるようになる可能性は高い。

「経験の共有」を促進する職場の雰囲気、あるいは組織風土を明らかにすることで、問題事象の防止策となるような組織の介入方法と、高いコンピテンシーを持つ人材育成の方法について示唆を得ることは有益であるといえよう。

本研究は以上の問題意識を持ち、(a)「経験の共有」が成員のコンピテンシー獲得に及ぼす影響、そして、(b)「経験の共有」を促進する職場の雰囲気と組織風土、という2つの事柄について、実際の医療現場に勤務する看護師を対象とした調査による検討を行う。

2 調査の目的と内容

(1) 調査の目的

医療現場では、規範からの逸脱、あるいは職務上の無知といった個人レベルの問題事象が、医療事故という組織レベルの深刻な問題事象へと発展してしまう危険性が常に潜んでいる。

そのため、病院関係者が個人レベルの問題事象防止に向けた関心は非常に高く、問題事象を抑

制するような組織の介入方法が、早急に求められている。

今回の調査は、医療現場に勤務する看護師が、お互いの職務経験について話し合い、学習した知識と理解を共有する「経験の共有」を行うことで、個々の看護師のコンピテンシー獲得にもたらされる影響を明らかにすることを目的としている。

加えて、「経験の共有」を活性化させるような職場の雰囲気、組織風土といった、環境要因も明らかにしていく。

(2)調査の対象と内容

対象 調査対象は、福岡県内の病院に勤務する看護師 298 名である。対象となった看護師は、全員が同じ病院に勤務しており、日常的に看護業務に従事している。

内容 2003 年の 3 月に、質問紙による調査を行った。質問紙の主な内容を以下に示す。

(a)「経験の共有」についての質問

まず、同じ職場に勤務する看護師同士、および看護師と上司の間で、業務上の成功経験やつまずき経験について話し合う「経験の共有」が、ふだんの業務活動中で行われている頻度を質問した。「経験の共有」として、以下の 2 つの事柄を質問し、5 段階での自己評価を求めた。

成功経験の共有 業務活動で高い成果や評価を得たときに、その理由について他の看護師と一緒に考えたり、業績のよい同業組織の成功要因について同僚や上司と話し合ったりする程度について質問した（「仕事が上手くいったとき、その理由を看護師と上司（同僚）と一緒に考える」、「評判がよい他の病院の仕事の進め方を看護師と上司（同僚）と一緒に実践してみる」など 10 項目）。

つまずき経験の共有 業務活動でミスやトラブルを起こしてしまったとき、他の看護師と原因分析を行ったり、他の病院での事故を参考に、業務のあり方について職場全体で再検討したりする程度について質問した（「仕事が上手くこなせないとき、その理由を看護師と上司（同僚）と一緒に考える」、「他の病院での事故やミスを参考に、自分達のあり方を上司（同僚）と一緒に見直す」など 10 項目）。

(b)コンピテンシーについての質問

次に、業務遂行に必要なコンピテンシーや、ミス・トラブル発生時に必要なコンピテンシーを、現在の自分自身が備えている程度について質問し、5 段階での自己評価を求めた。

通常時のコンピテンシー 通常の看護業務遂行に必要なコンピテンシーとして、①職務上の注意点や問題点を抽出し的確な行動をとる「問題点の抽出」（「仕事内容に応じて特に注意すべき点を見極める」、「医療を取り巻く環境と問題点について幅広い知識を持つ」など 11 項目）、②自身の技術レベルや職場で問題点を把握し改善提案を行う「現状の改善と提案」（「看護業務で行き詰まったとき、それを解決するための的確な行動をとる」、「業務時間内に全業務を終えられるよう時間配分する」など 12 項目）、そして、③病院や病棟全体の目標を理解し達成に貢献する「最良の看護の提供」（「患者の心理状態にぴったりと適した看護を実施する」、「病院や科全体の目標を完璧に理解し、その達成に貢献する」など 10 項目）、の 3 つを質問した。

非常時のコンピテンシー ミスやトラブルなどの非常事態に必要なコンピテンシーとして、①患者とのトラブルに冷静に対処し原因究明と予防策の提案を行う「トラブルへの対応」（「患者とト

ラブルが生じても看護師として適切な態度と行動をとる」、「患者とのトラブルが発生した原因について客観的な分析をする」など6項目)、および、②業務上のミスに冷静に対処し原因究明と予防策の提案を行う「ミスへの対応」(「看護中にミスが発生したとき冷静に必要な処置を行う」、「発生したミスを参考に、その予防策を新しく見出す」など8項目)、の2つを質問した。

(c) 病院、病棟、個々の看護師に関する認識についての質問

さいごに、現在所属している病院、病棟の状況と、所属している個々の看護師の状況に関して持っている認識について質問し、5段階での自己評価を求めた。

病院の状況に関する認識 病院経営に個々の看護師の意見が反映されていると思う程度、そして、看護師の育成に関する配慮がなされていると思う程度について質問した(「私の病院では、経営や管理上の問題に看護師の意見も取り入れている」、「私の病院では、看護師の技術向上を積極的に支援している」など8項目)。

病棟の状況に関する認識 所属する看護師同士で、業務上の問題や疑問について話し合う雰囲気があるか否かについて質問した(「私の病棟では看護師全員に発言の機会が設けられている」、「私の病棟には、仕事上の質問や意見を言い出しやすい雰囲気がある」など10項目)。

個々の看護師の状況に関する認識 個々の看護師が抱えている業務の忙しさに関する認識と、看護師の学習必要性に関する認識について質問した(「やるべき仕事が多く、看護師1人1人が常に忙しさに追われている」、「自分の知識量や技術のレベルに多くの看護師が危機感を持っている」など6項目)。

3 調査の主な結果と考察

調査から明らかになった事柄は、主に以下の3つにまとめられる。すなわち、(1)看護師が職場の上司や同僚と行う「成功経験およびつまづき経験の共有」の頻度、(2)「経験の共有」が個々の看護師のコンピテンシー獲得に及ぼす影響、そして、(3)「経験の共有」を促進する職場の雰囲気と組織風土、である。

(1) 看護師が行う「経験の共有」の頻度

病院全体の傾向

まず、実際の医療現場に勤務する看護師が、直属の上司(科長、主任)や同僚の看護師と共に、業務上の成功経験やつまづき経験について「経験の共有」(項目と信頼性係数を表1に示す)を行う頻度を、対象となった看護師298名全体で算出した。結果を図1に示す。

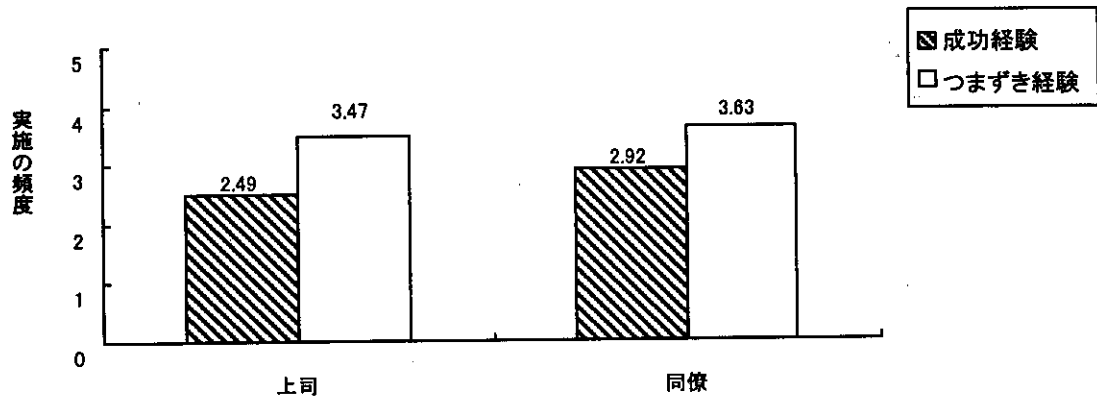


図1 看護師が上司・同僚と行う「経験の共有」頻度の平均値
5…「非常に多く見られる」、3…「ある程度見られる」、1…「全く見られない」

分散分析を用いて頻度の平均値を比較した結果、看護師が上司や同僚と行う「経験の共有」は、成功経験よりもつまずき経験に関する内容のものが多いたことが明らかとなった($t = 19.66, df = 593, p < .000, t = 13.06, df = 593, p < .000$)。

表1 「経験の共有」に関する質問項目と信頼性係数

「経験の共有」	項目
「成功経験の共有」 ($\alpha = .902$)	看護師の間で「こうすれば上手くいく」という仕事のコツが話題になる。 各看護師が、仕事のコツや工夫している点について上司（同僚）に質問する。 各看護師が、自分なりの仕事のコツや工夫している点を上司（同僚）に教える。 自分の仕事が上手くいった理由を、看護師が上司（同僚）と一緒に考える。 他の看護師が仕事を順調にこなせる理由を、看護師が上司（同僚）と一緒に考える。 看護師の間で、評判がよい他の科や病院の仕事ぶりが話題になる。 上司（同僚）に教わった仕事のコツや工夫している点を、各自が実践してみる。 評判がよい他の科の仕事の進め方を、看護師が上司（同僚）と一緒に実践する。 評判がよい他の病院の仕事の進め方を、看護師が上司（同僚）と一緒に実践する。 新しい仕事の進め方を実践した結果や感想を看護師が上司（同僚）に報告する。
「つまずき経験の共有」 ($\alpha = .871$)	各看護師が、上手くこなせない仕事について、上司（同僚）に相談する。 各看護師が、自分の仕事の進め方に改善すべき点がないか上司（同僚）に質問する。 看護師の間で、各自の仕事の進め方の改善すべき点が話題になる。 仕事が上手くこなせないとき、その理由を看護師が上司（同僚）と一緒に考える。 各看護師が、上司（同僚）から指摘された問題点を改善するように努める。 ミスや不明な点が発生したとき、各看護師がすぐに上司（同僚）に知らせる。 ミスが発生した状況とその原因を、看護師が上司（同僚）と一緒に考える。 看護師同士の会話で、どうしたらミスを防げるか、ということが話題になる。 看護師同士の会話で、他の科や他の病院で生じた事故、ミスが話題になる。 他の科や病院での事故、ミスを参考に、自分達のあり方を上司（同僚）と見直す。 ミスの発生を防ぐため、看護師同士がお互いの仕事の状況を把握しあう。 看護婦同士の会話から、仕事上のミスを減らすための具体案が見出される。

病棟別の傾向

つぎに、対象となった看護師が所属する病棟によって、「経験の共有」が行われる頻度に、どのような差が見られるかについて検討した。

調査対象となった看護師が、上司や同僚と行っている「経験の共有」の頻度を、病棟別に算出したものが参考資料①、②（別紙）である。

この結果、全病棟に共通して、以下の3つの事柄が見出された。