

Fig.9 に示した。

Table 1 インシデントレポート提出に関する意識

	1回目	2回目	3回目	F値	p
提出積極性	5.97	5.90	5.69	1.02	ns
提出有効性	5.83	6.10	5.93	0.94	ns
有効一般性	5.90	6.28	6.07	1.63	ns
他者関係提出	5.00	5.57	4.86	5.22	p<.01

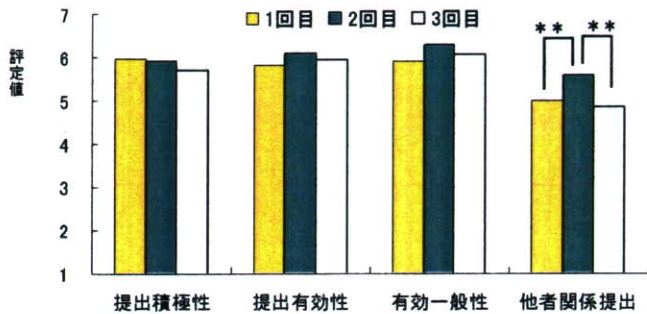


Fig.9 インシデントレポート提出に関する意識

また、安全教育に関する意識（4項目）についても同様の分析を行ったところ、「安全意識を高めると事故は完全になくすことができると思いますか」（意識完全性）の項目、及び「個人の注意力を高めると事故は完全になくすことができると思いますか」（注意有効性）の項目には有意差が見られた（いずれも逆転項目）。

LSDを用いた多重比較の結果、意識完全性については3回目の値が2回目よりも低下していた。また注意有効性については、1回目の値が2回目や3回目よりも高く、注意により事故防止は可能であるという項目の評定値は低下したまま持続していることを示していた。これらの結果についてはTable 2とFig.10に示した。

### 3. 4. 日常場面での安全行動項目に関する結果

日常場面での安全行動に関する項目については敢行性と認知について、一般（日常）場面と交通場面に分け、それぞれ項目を合計して一般敢行得点・交通敢行得点・一般認知得点・交通認知得点の4つの得点を作成した。値は高いほど、敢行得点では不安全行動の選択割合が高く、逆に認知得点ではリスクを高く見積もっていることを示している。

それぞれについて、回答の時期による変化を調べるために分散分析を行った。その結果、

Table 2 安全教育に関する意識

	1回目	2回目	3回目	F値	p
教育必要性	6.52	6.66	6.52	0.47	ns
意識有効性	6.14	6.34	6.17	0.73	ns
意識完全性	3.24	3.76	2.90	2.70	p<.10
業務有効性	5.83	6.00	5.76	0.63	ns
技術教育有意性	1.66	1.86	1.68	0.53	ns
注意有効性	2.93	2.31	2.21	3.57	p<.05

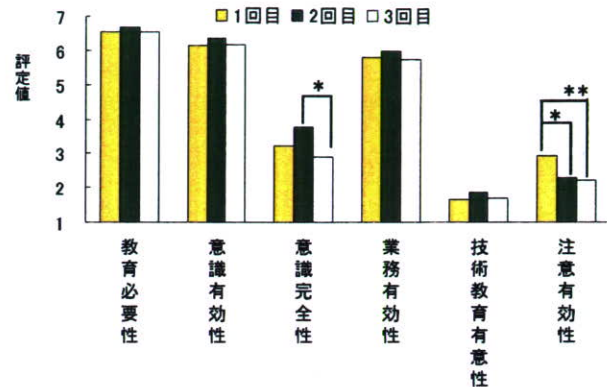


Fig.10 安全教育に関する意識

一般認知得点、交通認知得点の両認知得点には有意な差が見られた。

LSDを用いた多重比較の結果、1回目の値が2回目や3回目よりも低く、危険であるという認知が向上したまま持続していることを示していた。これらの結果についてはTable 3とFig.11で示した。

Table 3 日常場面での安全行動項目

	1回目	2回目	3回目	F値	p
一般・敢行	22.0	21.4	24.2	0.36	ns
交通・敢行	44.6	40.8	45.4	0.62	ns
一般・認知	74.1	82.6	82.4	6.92	p<.01
交通・認知	64.9	75.4	70.9	5.53	p<.01

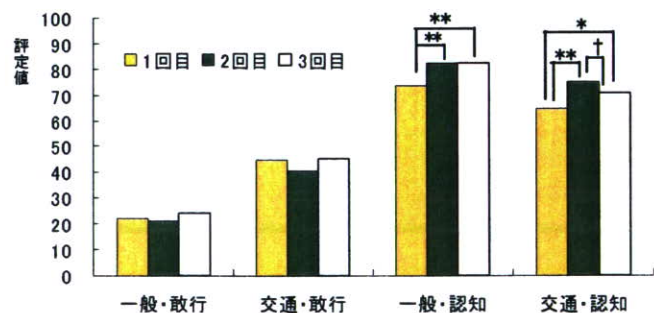


Fig.11 日常場面での安全行動項目

### 3. 5. 看護場面の安全行動に関する項目の分析結果

看護場面での安全行動に関する項目については、面倒因子、思い込み因子、急ぎ因子に分類し、それぞれ項目を合計して面倒得点・思い込み得点・急ぎ得点の3つの得点を作成した。

値は逆転し、高いほど安全行動の選択を高く見積もっていることを示している。

それぞれの因子得点について、回答の時期による変化を調べるために分散分析を行った。その結果、面倒得点と思い込み得点には有意な差が見られた。

LSDを用いた多重比較の結果、日常場面での安全行動項目と同様に、1回目の値が2回目や3回目よりも低く、安全行動の選択を高く認知したまま持続していることを示していた。これらの結果についてはTable 4とFig.12で示した。

また各項目ごとに同様の分析を行ったところ

Table 4 看護場面の安全行動に関する調査回答

	1回目	2回目	3回目	F値	p
面倒	61.6	68.1	67.9	2.81	p<.01
思い込み	68.0	75.8	74.4	2.55	p<.05
急ぎ	44.7	47.9	42.7	1.53	ns

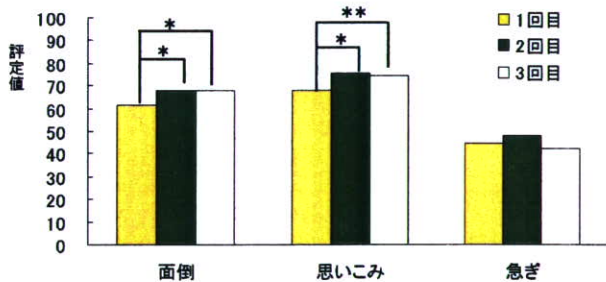


Fig.12 看護場面の安全行動に関する調査回答

る「内服処方箋と薬袋との照合」と「先輩の処方箋」（共に思い込み因子）、「プラスチックの手袋」（面倒因子）に有意差、あるいは有意な傾向が見られ、「内服処方箋と薬袋との照合」と「プラスチックの手袋」には1回目の値が2回目や3回目よりも低いという上と同様の結果が見られた（Table 5）。

### 3. 6. インシデント発生要因に関する項目

Table 5 看護場面の安全行動に関する調査回答

	1回目	2回目	3回目	F値	p
油性のマジック(面倒)	67.9	68.9	63.2	0.71	ns
初めの確認(思い込み)	70.0	69.3	70.5	0.03	ns
シリンジポンプ(面倒)	61.4	59.7	70.5	1.72	ns
内服処方箋と薬袋との照合(思い込み)	58.9	73.1	69.3	4.17	p<.05
患者さんの言葉(思い込み)	72.2	77.9	79.0	1.28	ns
待たせた患者(急ぎ)	32.4	37.2	30.2	1.60	ns
人より遅れた業務(急ぎ)	44.5	39.3	35.7	1.62	ns
先輩の処方箋(思い込み)	72.8	82.8	78.6	1.61	p<.10
処方箋とリストバンド(急ぎ)	66.9	73.8	65.4	1.03	ns
プラスチックの手袋(面倒)	57.2	72.4	73.1	4.73	p<.05
次の業務(急ぎ)	34.8	41.4	39.3	0.85	ns
処方箋の照合確認(面倒)	59.5	71.7	65.2	1.79	ns

### の分析結果

インシデント発生要因については、○を付ける回答方式で、正解の項目（4項目）とダミー項目（3項目）が混ざっている。そこで各因子（組織・作業・個人）ごとに、正解得点とダミー得点を作成した。以下それぞれ、組織得点・作業得点・個人得点・組織ダミー得点・作業ダミー得点・個人ダミー得点と呼ぶ。この得点が高いほど、インシデント発生要因として回答者が○を付けた数が多いことを示す。

これらの項目については角変換を行った後で、回答の時期を独立変数として分散分析を行った。その結果、作業得点を除いて有意な差が見られた。作業得点は平均値が高く、天井効果が見られたのではないかとと思われる。

LSDを用いた多重比較の結果、個人得点では、1回目・2回目・3回目全てに差が見られ、2回目が高かった。また組織得点と組織ダミー得点では2回目と3回目は1回目より高いことが、さらに個人ダミー得点と作業ダミー得点では、2回目の値が1回目よりも高く、3回目に低下していることを示していた。これらの結果についてはTable 6とFig.13で示した。

Table 6 インシデント発生要因に関する回答

	1回目	2回目	3回目	F値	p
組織	1.03	2.10	1.79	15.98	p<.001
作業	3.69	3.79	3.59	0.67	ns
個人	1.17	2.31	1.86	9.24	p<.001
組織D	0.00	0.28	0.21	5.61	p<.01
作業D	0.10	0.69	0.44	9.68	p<.001
個人D	0.07	0.38	0.21	5.04	p<.05

※角変換前の個数を示す。上の3項目は4点、下3項目は3点が最大値

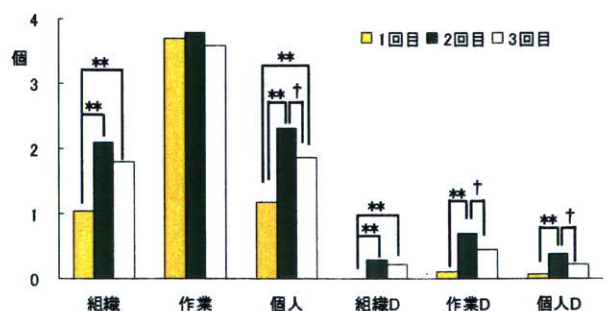


Fig.13 インシデント発生要因に関する回答

また各得点からdを算出し、回答への反応傾向を検討した。回答の時期による変化を調べるために分散分析を行ったところ、作業に関する

項目の  $d'$  には有意な差が見られた。LSD を用いた多重比較の結果、1 回目の値が 2 回目や 3 回目よりも高く、 $d'$  は低下して持続していることを示していた (Table 7 と Fig.14)。

Table 7 インシデント発生要因に関する  $d'$

	1回目	2回目	3回目	F値	p
組織 $d'$	2.49	2.88	2.98	1.31	ns
作業 $d'$	6.32	4.88	5.20	5.34	$p<.01$
個人 $d'$	2.69	3.26	3.10	0.85	ns

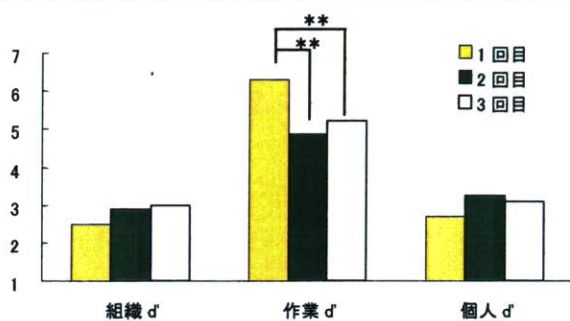


Fig.14 インシデント発生要因に関する  $d'$

### 3. 7. 危険予測に関する項目の分析結果

写真やイラストで示された看護場面を見て、その状況の危険予測を記述する項目 (2 場面) については、記述数をカウントして比較を行った。その際、はさみとセッションのように複数の項目が一文の中に書かれているものは分けて合計した。回答の時期を独立変数として分散分析を行った。その結果、どちらの場面でも有意差が見られた (Table 8 と Fig.15)。LSD を用いた多重比較の結果、場面 1 (写真) では、2 回目の値が 1 回目よりも高く、3 回目に低下していた。また場面 2 (イラスト) では全ての回答時

Table 8 危険予測で挙げられた個数

	1回目	2回目	3回目	F値	p
場面1	4.38	5.38	4.69	4.90	$p<.001$
場面2	2.62	3.90	3.31	9.32	$p<.001$

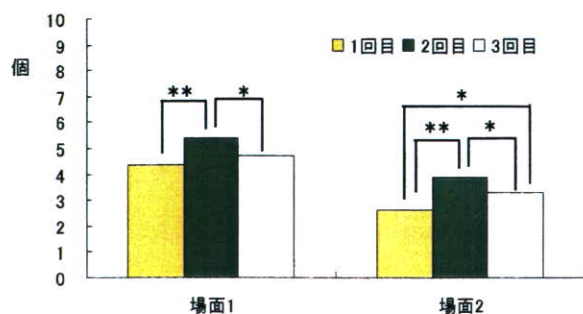


Fig.15 危険予測で挙げられた個数

期の間には有意な差が見られた。共通していたのは 2 回目が高い値を示していることであった。

### 3. 8. エラータイプに関する項目の分析結果

看護師に関するエラータイプのチェックリストから業務ミス得点・うっかりミス得点・違反得点の 3 つの得点を作成した。これらは値が高いほどエラーが多いことを示している (Table 9 と Fig.16)。

回答の時期を独立変数として分散分析を行った。その結果有意差は見られなかった。

Table 9 エラータイプの得点

	1回目	2回目	3回目	F値	p
業務ミス	21.1	20.5	20.4	0.93	ns
うっかり	16.4	16.4	16.7	0.18	ns
違反	10.5	10.6	10.3	0.17	ns

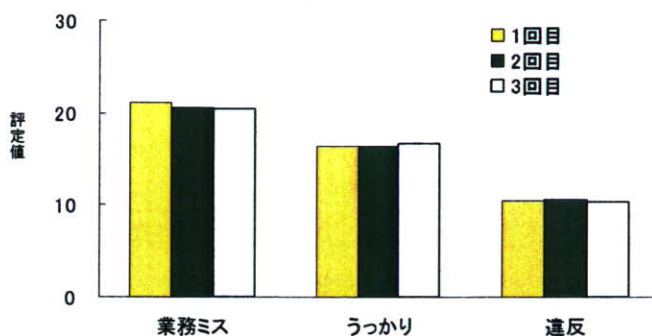


Fig.16 エラータイプの得点

また各項目ごとに同様の分析を行ったところ「薬剤の混注」「検体を別容器に」「類似した別の薬品」(いずれも業務ミス因子)、「用事を忘れる」(うっかり因子)に有意な傾向が見られ、LSD を用いた多重比較の結果、「薬剤の混注」では 2 回目の値が 1 回目や 3 回目よりも高く、「類似した別の薬品」と「用事を忘れる」では 2 回目と 3 回目の間に、「検体を別容器に」では 1 回目と 2 回目の間に有意な差が示された (Table 10)。

Table 10 エラータイプの得点(項目別)

	1回目	2回目	3回目	F値	p
同性の別の患者のカルテ(業務ミス)	1.75	1.79	1.82	0.15	ns
確認することを忘れる(うっかり)	3.11	3.18	3.37	1.67	ns
薬剤の混注(業務ミス)	1.68	1.93	1.71	2.87	p<.10
用事を忘れる(うっかり)	3.50	3.18	3.32	2.47	p<.10
換体を別容器に(業務ミス)	1.75	2.00	1.68	3.14	p<.10
書く事と言う事の不一致(違反)	2.33	2.56	2.48	0.96	ns
違う量の与薬(業務ミス)	1.74	1.63	1.78	1.09	ns
手の衛生管理(違反)	2.96	2.93	2.86	0.21	ns
与薬のし忘れ(業務ミス)	2.61	2.54	2.46	0.54	ns
手袋をせずに片づけ(違反)	2.39	2.43	2.25	0.63	ns
与薬時刻の間違い(業務ミス)	2.37	2.19	2.15	1.31	ns
忘れ物(うっかり)	3.15	3.22	3.19	0.18	ns
類似した別の薬品(業務ミス)	2.36	2.07	2.21	3.03	p<.10
思っていないことを口走る(うっかり)	2.21	2.29	2.36	0.49	ns
違う患者の記入(業務ミス)	2.07	1.96	1.96	0.37	ns
エレベーターの間違い(うっかり)	2.21	2.04	2.00	1.43	ns
採血量の誤り(業務ミス)	2.04	2.04	1.93	0.36	ns
手指消毒をせず(違反)	2.59	2.63	2.67	0.07	ns
やり忘れを電話で依頼(業務ミス)	2.71	2.46	2.64	1.47	ns
手袋をせずにガーゼを処分(違反)	2.68	2.57	2.57	0.27	ns

#### 4. 考察

##### 4. 1. リスク教育の有効性について

今回の質問紙調査結果を教育の前後で比較すると、おおむね教育後の得点が安全な方向に変化しており、リスク教育の有効性が見られた。以下、質問項目ごとに考察を加える。

##### 4. 1. 1. 安全活動に関する質問:看護場面での安全意識、安全態度について

質問項目内容別に見ると、まず安全活動に関する質問では、教育前後でほとんどの項目で有意な差は見られなかった(Fig. 9, 10 参照)。青木(2005)、臼井ら(2005)の新人看護師を対象とした調査においてもすべての項目で有意差は見られなかったが、これは評定値の平均点が多くの項目で7点満点中6点前後と高く、天井効果が見られた可能性がある。ただし「他のナースや医師も関係するインシデント報告をしようと思いますか」(他者関係提出)は、教育後の得点が有意に増加していた。これは第3回リスク教育の検討事例に「他者から話しかけられて作業が中断する事例」や、第4回リスク教育で、「先輩の行動を過信することにより確認を省略する事例」など他者が

関わる事例をグループ討議の対象としたことが評価点を増加させた理由として考えられる。事故やトラブルは多くの場合共同作業で発生するため、他者が関与するインシデントも職場の安全性向上には重要な情報源となるが、今回の教育はその点で効果的であったと言える。また安全意識に関する項目では、「個人の注意力を高めると事故はなくなることが出来ると思うか」(注意有効性)の得点が教育後有意に減少(「そうは思わない」と評価)していた。講演内容やグループ討議から人間の注意力には限界があることについて理解された結果であると考えられる。

##### 4. 1. 2. 日常場面での安全行動に関する質問:日常場面でのリスク認知について

調査では、一般(日常)場面、交通場面ともに危険の認知得点に有意な上昇が見られたが、敢行度では差は見られなかった(Fig. 11 参照)。先行研究である新人看護師の調査ではいずれの項目においても得点に変化は見られなかった。今回の教育では主に看護場面での危険予測やインシデント要因分析を実施し、受講者の危険感受性を高めることをねらいの一つとしたが、日常場面や交通場面でのリスク認知得点に上昇が見られた結果から、教育の効果はその場面性においてある程度汎化したと言えるだろう。ただし危険の敢行性、すなわち実際に認知されたリスクを実際の行動レベルで抑制できるかについては、安全な方向に変化させるまでには至らなかった。教育内容が実際の行動変容に関わる意識にまで効果が及ぶことが望ましいが、今回のリスク教育においてはその点について課題が残った。

#### 4. 1. 3. 看護場面での安全行動に関する質問：看護場面での作業員心理のリスク認知について

この項目では看護場面における人間の心理面での危険性を、教育受講者はどの程度認識可能になったかを測定しようとした。その結果、先行研究では教育の効果が見られなかった「面倒」「思い込み」の項目で有意に得点が上昇し、教育によってそれら因子の危険性をより強く認識させるに至ったことを示した (Fig. 12 参照)。この点については、第2回リスク教育で、不安全行動（違反行動）の背景には、「急ぎ」「面倒」「思い込み」など危険な人間心理が存在することの理解を目的とした教育を実施しており、それに対応する項目で教育効果が表れたとも言える。ただし違反行動の発生に関わる心理的要因を認識することは通常難しいと考えられるが、その点に教育の有効性が見られたのは、今後のリスク教育内容の展開において意義深いであろう。また「急ぎ」の心理に関する項目は特に変化が見られなかった。「急ぎ」の評定値は「面倒」「思い込み」項目よりも低い値を示しているが、そもそも急ぎ事態は看護業務には常に付随しているため、例えば「患者さんを待たせていると少し無理をしても早く業務をする」などの項目のように、危険性は認識しつつもある程度看過せざるを得ないという現状が、結果に反映したのではないかと解釈される。

#### 4. 1. 4. インシデント発生要因に関する質問：看護場面でのインシデント要因の分析力について

インシデント発生要因として提示された項目のうち、組織要因、個人要因に関する項目については教育後、同定個数が有意に上昇

したが、作業要因に関する項目では変化がなかった (Fig. 13 参照)。その理由として、作業要因の同定個数が教育前でも多く（平均 3.69 個）天井効果が働いたことがあげられる。これら結果は新人看護師の調査と同様の結果であった。今回の4回にわたるリスク教育では一貫してヒューマンエラーや違反の背景にあるヒューマンファクターを広範かつ階層的に考えることに焦点を当てたが、その教育効果は大きく作用したと言えよう。ただしダミー項目についても、絶対値は小さいもののそれぞれ有意に増加しており、d'の結果 (Fig. 14 参照) も含めて、要因を同定する弁別力の評価については今後の課題として残った。

#### 4. 1. 5. 危険予測に関する質問：看護場面での危険予測について

インシデント発生要因の質問項目は、提示された要因のうち該当すると思う項目を同定するという内容であったが、危険予測に関する質問では写真やイラストで示された場面内の危険（場面内だけでなく、今後発生する可能性のある危険も含めて）を検出し内容を記述するという、個人のリスク認知能力の程度をより直接的に捉えようとするものであった。その結果、危険源として具体的に記述された個数は、教育後有意に増加し、危険認知および危険予測に関する能力が向上したことが示された。ただし、記述された項目の内容分析、例えば危険の重大性や危険の潜在性の観点等、質的な側面から今後検討する必要がある。

#### 4. 1. 6. エラータイプに関する質問：個人のエラー傾向について

20の質問は「業務ミス」「日常的なうっかりミス」「違反」にカテゴライズされるが、Fig.

16 に示されるとおり、それらの平均得点は教育前後および3ヶ月後においてもほぼ一定であった。また項目別に見ても、4項目で有意傾向が見られるものの（Table 10 参照）、他には有意差はなかった。この質問項目は過去の経験（例えば「与薬時刻を間違ってしまった」）の頻度を尋ねており、本来リスク教育を受講したことにより回答が変化すべき性質の内容ではない。従って今回の結果から、この質問項目の信頼性（安定性）が高いこと、さらに回答者が真面目に回答していることの2点が確認されたと言えよう。

#### 4. 2. 教育効果内容の般化について

今回の質問項目の多くは、リスク教育内容と密接に関わる内容であった。例えば看護場面におけるインシデント分析や危険予測、作業心理のリスク認知などは、第2回、第3回、第4回のグループ討議でテーマとした内容であった。したがって教育の効果は看護業務という特殊な場面に限定される可能性もある。しかし「日常場面でのリスク認知」に関する質問は、一般（日常）場面、交通場面という、特に今回のリスク教育のグループ討議では対象としなかった場面であるにもかかわらず、その危険認知度得点が向上しており、教育効果がある程度般化したと解釈することが可能であろう。

#### 4. 3. 教育効果の持続性について

2回目調査とその約3ヵ月後に実施した3回目調査を比較し、教育効果の持続性を検討した。その結果、教育効果の見られた項目、すなわち安全意識に関する「注意有効性（注意力を高めると事故はなくせる）」、「一般（日常）場面でのリスク認知」、「作業心理の面

倒、思い込み項目」、「インシデント発生要因（組織要因）」、「危険予測（場面2）」は3回目調査においても2回目と差がなく、効果が維持されていた。また3回目調査では2回目調査と比較して低下した傾向にあるが、1回目調査より依然として有意に向上している項目として、「交通場面でのリスク認知」「インシデント発生要因（個人要因）」があげられた。これらの分析結果から、今回のリスク教育による教育効果は一過性でないことが確認された。教育により安全に関する意識や行動を大きく変容させることは困難性を伴うが、一旦変容した意識や行動は比較的頑健な特性を持つと考えられる。

しかし安全意識に関する「他者関係提出（他のナース等が関係するインシデントを報告するか）」は2回目調査では有意に向上したが、3回目調査では2回目調査と比較して、有意に低下していた。他者との関わりに関する安全意識は、教育直後はその危険性を認識するものの、日常業務を経るうちに現実問題として人間関係が優先され、得点が元に戻った可能性がある。他者との関わりに含まれる危険性の認識を持続されるためには、継続的なリスク教育が必要と言えよう。

また「危険予測（場面1）」においても教育後有意に増加した危険の記述数が、3回目調査では2回目調査と比較して有意に低下していた。この質問項目はリスク源を箇条書きで自由に記述することを求めているが、何度も同内容の記述を繰り返すことは回答者には心理的にも負担になった可能性がある。今後は結果の重篤度等の観点から、記述されたリスク源を重要度別に分類し、その記述数の推移など、内容についての質的な分析から持続性についてさらに検討する必要がある。

#### 4. 4. 作業経験と教育効果の関連について

今回の調査結果を、新人看護師を対象とした先行研究の結果と比較すると、先行研究では有意に得点が向上しなかった項目、例えば安全意識の「他者関係提出」や「意識完全性」の項目、「一般場面でのリスク認知」「作業心理のリスク認知」、また今回新たに追加した「危険予測の記述数」など多くの項目で教育効果が見られた。すなわち、経験4-6年の看護師において、リスク教育の受講内容が、特にグループ討議を通して自らの体験と重ね合わせることにより一層活性化され、それが相乗効果となって有効に作用した可能性が考えられる。

ただし今回の調査対象者とした経験4-6年の看護師は、調査者が作成したリスク教育の趣旨を見て応募した看護師であり、もともとの安全に対する動機づけが高かった可能性もある。青木(2005)、臼井(2005)の調査では新人看護師だけでなく、所属するすべての看護師を対象にアンケート調査を実施しているが、その中の経験4-6年の看護師を抽出し(120名)、今回の調査対象者結果と比較した。なお比較した項目は、今回および先行研究と同内容であった質問項目、すなわちⅠ.安全活動に関する質問、Ⅱ.日常場面での安全行動に関する質問、Ⅳ.インシデント発生要因に関する質問項目であった。

その結果、安全活動に関する質問の「提出積極性」「技術教育有効性」およびインシデント発生要因に関する質問(作業要因)の3項目で、今回の調査回答者の回答が有意に安全な傾向を示していた。したがって回答者の調査への動機づけの高さが教育効果に影響を及ぼした可能性は残るものの、作業経験により

教育の効果は促進されたと言うことはできるだろう。

#### 5. まとめと今後の課題

経験4-6年の看護師を対象に、4回にわたるヒューマンファクターを中心としたリスク教育を実施し、教育前後および3ヶ月後に行った質問紙調査の比較から教育の有効性と持続性を評価した。その結果、特にリスクの認知能力には教育効果が見られること、また教育効果の内容はある程度汎化すること、教育効果は持続すること、作業経験が教育効果を促進させることが明らかになった。

ただし現実場面での安全性を向上させるためには、リスクの認知能力を高めるだけでなく、危険な行動を抑制する、または安全な方向に行動を変容させなければ、事故やインシデントの防止にはつながらない。今回の調査では質問紙法による意識の変化のみを測度としたが、今後は教育効果がいかに行動変容に作用するか、行動パフォーマンスレベルで検討する必要がある。

また今回、リスク教育の持続性および経験との関連性について検討したが、持続性についてはその期間、経験については看護経験年数をさらに操作するなど、今後もシステマティックなデザインによる検討が必要となろう。

#### 6. 研究成果による特許権等の知的財産権の出願・登録状況

特になし。

#### 7. 参考文献

- 1) 安全の指標 平成18年度(2006)中央労働災害防止協会編。
- 2) 深沢伸幸(1987)認知的動機付けの手

- 法を用いた運転行動の変容に関する研究. 産業・組織心理学研究, 1(1), 29-38.
- 3) 長山泰久 (1998) 道路交通事故防止への新しい視点. 電気評論, 83(5), 35-39.
  - 4) 申紅仙 (2001) 五感を活用した安全教育プログラムの開発・実施とその効果 - プログラム実施前後の職長・作業員の意識の変化について-. 産業・組織心理学研究, 15(1), 65-72.
  - 5) 濱崎賢一 (2006) 原子力発電所要員に対するヒューマンファクター教育の効果測定, INSS Journal, Vol.13, 2-11.
  - 6) 青木喜子 (2005) 看護におけるリスク教育の現状と有効性に関する研究, 2005年度大阪大学大学院人間科学研究科修士論文.
  - 7) 臼井伸之介, 青木喜子, 和田一成, 太刀掛俊之 (2005) 看護における安全教育の有効性に関する研究 - 質問紙調査結果 -, 日本心理学会第69回大会論文集, 1327.
  - 8) 芳賀繁・中村玲香・山出康世 (2006) 医療と質と安全学会誌, Vol.1, No.1, 16-22.
  - 9) 長山泰久・三浦利章・臼井伸之介・李淳哲・小川和久・蓮花一己 (1989) ハットヒヤリ事例の分析による科学的管理システムの開発. 大阪大学人間科学部産業行動学研究室 昭和63年度研究報告書.



## 【付録】質問紙（一回目）

### 看護上の安全についてのアンケート調査

—お願い—

安全な看護を提供するうえで、安全意識を高め安全行動を実践することが大切であるといわれています。その一つの方法として安全教育は欠くことのできないものであり、なおかつ継続することが要求されます。この度、この現状を把握するためにアンケート調査をすることになりました。下記の6点に関して調査をいたします。結果は、調査目的以外には使用いたしません。プライバシー保護に努め、個人が特定されないようにしてありますので、アンケート調査へのご協力をお願いいたします。

- I 安全活動に関する調査
- II 日常場面での安全行動に関する調査
- III 看護場面での安全行動に関する調査
- IV インシデント発生の要因に関する調査
- V 危険予測に関する調査
- VI エラータイプに関する調査

次のページより質問項目があります。記入後は所定の封筒に入れ封をした後、所属看護師長へ提出ください。

尚、調査に関するお問い合わせは下記までお願いいたします。

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘1-2 大阪大学大学院 人間科学研究科  
リスク人間科学研究分野 臼井研究室  
TEL & FAX 06-6879-8052





ま った く そ う 思 わ な い	や や そ う 思 わ な い	や や そ う 思 う	ま った く そ う 思 う
--	--------------------------------------	----------------------------	----------------------------------

3. 提出することで他のいろいろなことにも気をつけるようになると思えますか。

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

4. 他のナースや医師も関係するインシデント報告をしようと思えますか。

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

3. 医療事故防止の安全教育（講演、講義など）についておたずねいたします。該当する番号に○をつけてください。

ま った く そ う 思 わ な い	や や そ う 思 わ な い	や や そ う 思 う	ま った く そ う 思 う
--	--------------------------------------	----------------------------	----------------------------------

(1) 卒後の安全教育は必要だと思えますか。

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

(2) 安全教育を受けると安全意識は向上すると思えますか。

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

(3) 安全意識を高めると事故は完全になくすことができると思えますか。

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

(4) 安全教育で聞いたことは業務上に役立つと思えますか。

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

(5) 十分な看護技術教育があれば安全教育はいらな思えますか。

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

(6) 個人の注意力を高めると事故は完全になくすことができると思えますか。

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

## Ⅱ 日常場面での安全行動に関する調査

右のページにあげた(1)～(12)の行動について、次の二つの質問にお答えください。

### 質問 1

あなたは、どのくらいの率で、これらの行動をとると思いますか。「決して行わない」を0%、「必ず行う」を100%として、行動する確率を0～100の数字で以下の回答欄に記入してください。

(例)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
40						
(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	

### 質問 2

あなたが、これらの行動を行ったと仮定して、その行動はどれくらい危険だと思いますか。「まったく安全だと思う」を0、「非常に危険だと思う」を100として、感じられる危険性の程度を0～100の数字で以下の回答欄に記入してください

(例)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
15						
(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	

- (例) 凧が木の枝に引っかかったので、木に登ってとった。
- (1) 石油ストーブの灯油が残りわずかになったという表示が出たので、火を消さずに給油した。
  - (2) 朝、自宅から自転車で駅に向かう途中、交差点の信号が赤だったが、車が来ないので渡った。
  - (3) 夕方、自宅近くのバス停でバスを降りて横断歩道を渡ろうとしたとき、信号は赤だったが、車がこないで渡った。
  - (4) 友人といっしょに駅に向かう途中、友人だけが自転車に乗っていたので、友人の自転車の後ろに乗せてもらった。
  - (5) 海水浴に来たところ、波が荒いために遊泳禁止となっていたが、かまわず泳いだ。
  - (6) 友人の家で、素人が調理したフグ料理を食べた。
  - (7) 踏切を渡ろうとして手前まで歩いてきたとき、警報が鳴り、遮断機が降りはじめたので、走って踏切を渡った。
  - (8) 交通量の多い道路の向こう側に渡りたいと思ったが、横断歩道は遠回りになるので、車がとぎれるタイミングを見計らって走って渡った。
  - (9) 夜に自転車で帰宅するとき、街灯がついていたのでライトをつけずに走った。
  - (10) 電車に乗ろうとしてプラットフォームに降りる階段の上に来たとき発車ベルが鳴り出したので、階段を駆け降りて閉まりかけのドアに飛び込んだ。
  - (11) アイススケートをしにスケート場に来たら、手袋を忘れてきたことに気付いたが、売店で売っている手袋を買わずに、手袋なしで滑った。
  - (12) 背伸びをしても手の届かないところにあるものを取ろうとしたとき、手近なところに脚立がなかったので、座面が回転する机の椅子に乗った。

### Ⅲ 看護場面における安全行動に関する調査

看護業務中の看護場面における安全行動についておたずねいたします。以下の12の項目について、あなたの業務中の行動や態度がどの程度これらの内容にあてはまると思いますか。「まったくそう思わない(あてはまらない)」を0、「まったくそう思う(あてはまる)」を100として、あてはまる程度を0～100の数字で以下の回答欄に記入してください。

- |  | 回答欄                  |
|--|----------------------|
| 1. リストバンドに部屋番号と苗字は書かれていたが名前の記載がない場合、油性のマジックがその場になればそのままにするでしょう。            | <input type="text"/> |
| 2. はじめに何回か同じ確認を繰り返せば、大丈夫でしょう。  | <input type="text"/> |
| 3. シリンジポンプのコンセントが作業箇所から離れている場合でも、差し込みを必ず確認するでしょう。                          | <input type="text"/> |
| 4. 内服処方箋の氏名と薬袋に書かれている氏名との照合を省略する背景には、これまで間違えたことがなかったと思う気持ちが深くかかわっていると思います。 | <input type="text"/> |
| 5. 一般に患者さんの言葉を信用したことで思い違いをすることもあるでしょう。                                     | <input type="text"/> |
| 6. 患者さんを待たせていると、少々無理をしても早く業務を仕上げようとするでしょう。                                 | <input type="text"/> |
| 7. 人より業務が遅れた場合には、少々無理をしても遅れを取り戻そうと急いで業務をするでしょう。                            | <input type="text"/> |
| 8. 先輩が準備した処方箋は間違っているはずがないと思い照合はしないでしよう。                                    | <input type="text"/> |
| 9. 処方箋とリストバンドの氏名との照合を省略する背景には、急ぎの気持ちが最も深くかかわっていると思います。                     | <input type="text"/> |
| 10. 感染症の創傷処置の範囲が狭い場合は、プラスチック手袋を省略することがあるでしょう。                              | <input type="text"/> |
| 11. 次の業務がたて込んでいる場合には、少々無理をしても急いで業務をするでしょう。                                 | <input type="text"/> |
| 12. 処方箋の照合などを省略する背景には、面倒と思う気持ちが最も深くかかわっていると思います。                           | <input type="text"/> |

## IV インシデント発生の要因に関する調査

以下の事例を読み、下記の質問にお答えください。

### 事例

201号室に田中ヨシ子さん（消化器疾患）と田中ヨシ江さん（神経内科疾患）が入院していた。医師は、田中ヨシ江さんに頭のCT検査の指示をした。翌日の予約がとれたので、検査依頼箋は放射線科に提出しておいた。検査当日、放射線科から検査の連絡が入った。電話を受けた事務員は、「田中さん、検査に行きます。」とナースコールで呼びかけた。Nsステーション前にきた田中さんをフリー看護師（1年目）が放射線科に案内した。検査終了後、患者が「先生は頭を検査するとは言ってはなかったが、念のためですか。」とフリー看護師に聞いた。患者の氏名を確認したところ、「田中ヨシ子」であった。Nsステーションに確認すると、検査を予定していたのは田中ヨシ江さんであり、「田中違い」であることがわかった。昨日提出されていた放射線科の検査依頼箋の名前は、「田中ヨシ江」となっていた。

### 質問

この事例が生じた原因として、どのようなものが考えられますか？下記の項目で該当すると思うものの番号に○印をつけてください（複数回答可）。

1. 気軽に意見を言える雰囲気病棟にはなかった。
2. 会議数が最近急に増えていた。
3. 放射線技師が患者のリストバンドと検査依頼箋を照合しなかった。
4. Nsステーションが整理整頓されていなかった。
5. 同室に同姓患者を入院させていた。
6. この日、放射線科の頭の検査は普段より多かった。
7. フリー看護師が事務員に確認しなかった。
8. 緊急入院時の対応手順が作成されていなかった。



9. 放射線技師は、左ききだった。
10. 医師の数が不足気味だった。
11. 放射線技師が検査前に患者の名前を名乗ってもらわなかった。
12. 病状急変時の対応手順が作成されていなかった。
13. フリー看護師は放射線科に患者を案内するのが今日5人目だった。
14. フリー看護師は看護大学出身であった。
15. 薬剤部との連携が取れていなかった。
16. Nsステーション前でフリー看護師が患者に氏名を名乗ってもらわなかった。
17. フリー看護師が患者を放射線科に案内する時間が遅れ気味だった。
18. インシデント報告が人事考課の対象になると思っていた。
19. 事務員は、頭の検査なので姓を呼ぶだけでフリー看護師はわかると思った。
20. 安全対策委員会の事例紹介があまり読まれていなかった。
21. 事務員は、患者と話すのが苦手であった。
22. その他  
具体的にお書きください



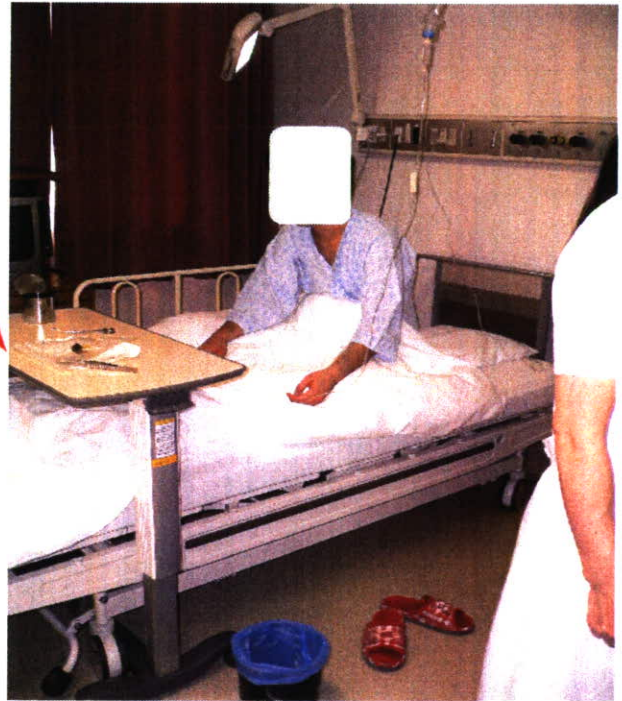
## V 危険予測に関する調査

以下に示される写真やイラストを見て、危険だと思う点や気になる点があれば、いくつでも結構ですので、下の空欄に箇条書きで記入して下さい。

(1)



認知症の患者さんの処置に来ました。看護師が持ってきたものは、ガーゼ・手袋・ハサミ・綿球・ピンセットです。テープを忘れたことに気付き、取りに帰ります。



(2)



## VI エラータイプに関する調査

以下の項目についてお答えください。

### 看護職のためのエラータイプチェックリスト

あなたは次のような行動(似たような行動を含む)をとることがありますか？  
 あてはまる頻度を示す数字を選んで○で囲んでください。

《注意事項》

- ・あまり深く考え込まず、思ったとおりにお答えください。
- ・必ず全ての質問にお答えください。

	一度もない	めったにない	たまにある	ときどきある	頻繁にある				
1 同姓の別の患者のカルテに書き込んでしまった。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
2 確認しようとしていたことが何だったのか、現場へ行くと覚えていない。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
3 混合してはいけない薬剤などを間違って混注してしまった。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
4 用事を頼まれていたが、途中で声を掛けられて何だったか忘れてしまった。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
5 専用の容器に入れるべき検体を、他の容器に入れてしまった。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
6 自分が書いていることと言っていることが違っていた。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
7 示された与薬量とは違う量を与薬してしまった。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
8 一処置ごとに手の衛生管理をしなかった。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
9 与薬をし忘れてしまった。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
10 血液や浸出液等で汚染している機器、器具の片づけを手袋をせずに行なった。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
11 与薬時刻を間違ってしまった。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
12 病室やナースステーションに忘れ物をした。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
13 名称の類似した別の薬品を手にとってしまった。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
14 つい、思ってもいないことを口走ってしまった。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
15 本人とは違う患者のカルテまたは看護記録に記入してしまった。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
16 エレベーターの階を間違えておりてしまった。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
17 採血時に採血量を誤った。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
18 手指消毒(ウエルパス等)を、すべきシーンでしなかった。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
19 勤務明けの時、後で仕事のやり忘れに気付き、電話でその仕事の依頼をした。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
20 血液のついたガーゼを処分するとき、血液のついていない部分を手袋をせずにつまんで捨てた。	1	—	2	—	3	—	4	—	5

ご協力ありがとうございました。