

## 事故を捉える視点とエラー指摘への抵抗感

森永今日子<sup>1</sup> 藤村まこと<sup>2</sup> 三沢 良<sup>3</sup> 山内桂子<sup>4</sup> 松尾太加志<sup>5</sup>  
 (Morinaga Kyoko) (Fujimura Makoto) (Misawa Ryou) (Yamauchi Keiko) (Matsuo Takashi)

<sup>1</sup>北九州市立大学大学院社会システム研究科博士課程, <sup>2</sup>九州大学大学院人間環境学府博士課程,  
<sup>3</sup>九州大学大学院人間環境学府修士課程, <sup>4</sup>国立小倉看護専門学校(非常勤), <sup>5</sup>北九州市立大学文学部

キーワード：事故を捉える視点, エラー指摘への抵抗感, 看護師

本研究では、看護師を対象に、医療現場における事故を捉える視点とエラー指摘への抵抗感の関連を検討する。

重大な事故の頻発を受け、事故防止のために、事故に関わったスタッフ個人の反省・改善を促す“個人の視点”ではなく、システムを改善し組織で事故予防や再発防止の取り組みを行う“組織の視点”が必要であることが提案されている<sup>1)2)</sup>。しかし、“組織の視点”がいかなる条件を持つものなのかに関する検討は不十分である。そこでまず、組織の視点の意味するものについて検討する。

医療業務には複数の多様な職種のスタッフが関与する。山内・山内<sup>1)</sup>は、各スタッフが、自分の業務を遂行しながら、自分の前の段階で発生したエラーを発見、訂正する一方で、新たな危険を生成しうることを指摘している。よって、事故防止においては、その事故の引き金となった単独のスタッフのみではなく、その事故に関連する複数のスタッフによる事故防止への取り組みが必要である。

また、Reason<sup>2)</sup>は、組織内で生じる事故は、組織の最前線にあるスタッフのエラーやルール違反など“顕在的な要因”により生じたように見えるが、その背景には、不適切な人員配置や設備機器など“潜在的な要因”が存在し、事故防止のためには潜在的な要因の改善が必要であると主張している。そして、彼は、事故が発生した場合、それが誰のどのような失敗によるものなのかを追求するアプローチではなく、なぜ防護ができなかったのかというシステムの問題を追及するアプローチが必要であることを強調している。

これらのことから、事故を捉える“組織の視点”と“個人の視点”を説明する次元には、以下の二つがあるといえる。一つ目は、事故の原因として、誰のどのような失敗によるものかという“当事者要因”を捉える視点、または、その失敗の背景に存在する“システム要因”に着目する視点のいずれであるかという次元である。二つ目は、事故の発生に関して、その引き金となった単独のスタッフのみにより引き起こされたか捉える視点、または、一連の業務に関わった複数のスタッフがその原因に含まれると捉える視点の両極とする次元である。2つの次元を直交軸で捉え、事故を捉える視点の構造を示すと、Figure1 に示した“事故を捉える視点モデル”のようになると考えられる。

このモデルに基づけば、事故を捉える視点は、Figure1 に

示す4つのカテゴリーに分類される。そして、組織事故の防止に有効な、事故を捉える“組織の視点”とは、一連の業務に関わった複数のスタッフが事故の原因に含まれると捉え<sup>1)</sup>、その失敗の背景に存在するシステム要因を重要視する<sup>2)</sup>視点である。つまり、本モデルにおける“複数スタッフのシステム要因”を重要視する視点である。

さらに、Sasou & Reason<sup>3)</sup>は、集団での作業過程においては、社会的な手抜きや集団思考などが生じ、重大な事故が発生する危険があるが、一方で、他メンバーがエラーを検出し、エラーの生成者に対して指摘し、エラー生成者が訂正するという過程を経て、事故につながる前に回復されうることを示している。しかし、エラー回復は常に成功するわけではない。看護師が他のスタッフの失敗を発見した際には、“失敗者に直接指摘する”だけでなく、“自分で訂正”、“他の人に伝える”などの対処がとられる<sup>4)</sup>。看護師を対象とした質問紙調査では、エラーの指摘を抑制する要因として、“エラーへの確信の低さ”、“地位格差”、“現在の対人関係”、“相手のネガティブな反応”、“エラーの内容による”などの要因が見出された<sup>5)</sup>。つまり、医療現場では、各スタッフの専門性や役割が多様であり、それぞれの責任が重いという構造的な問題により、対人関係において回避し難い問題が生じやすく、それがエラーの指摘を抑制するといえる。そして、この結果から以下の2点が示唆された。第一は、エラー回復過程の検出から指摘に至るまでに、間違いかど

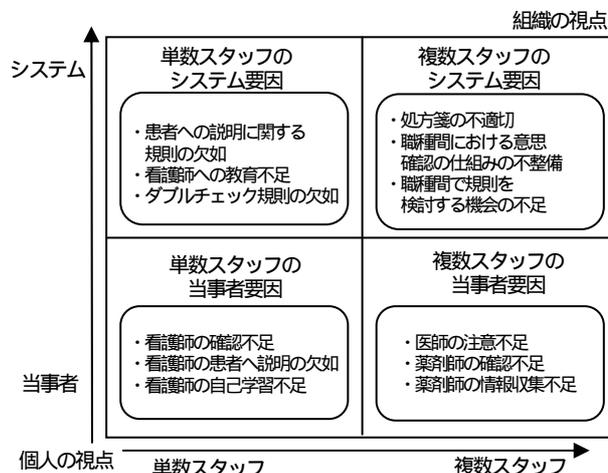


Figure1 事故を捉える視点モデル 注：囲み枠内は質問紙で用いた項目を示す

うかを確認する確認過程が存在し、この過程の阻害が、エラーの指摘を抑制することである。第二は、指摘行動が対人関係を悪化させると捉えられ、その背景に、“エラーはあってはならない”、“エラーを起こすはずがない”というタブー視が存在することである。例えば、エラー検出者がエラーをタブー視する場合、指摘にあたり攻撃的なコミュニケーションが行われる可能性がある。また、エラー生成者がエラーをタブー視する場合、エラー指摘により不愉快な感情や防衛的な反応が起こり得る。また、組織やチームがエラーをタブー視し、エラー生成者の損失が生じる場合も、その指摘はネガティブに捉えられ、同様の反応が起こるであろう。そして、このようなエラー検出者とエラー生成者の反応により、指摘を抑制が抑制されると考えられる。

しかし、エラーをタブー視せず、事故を組織の失敗であると捉えれば、指摘にあたってのエラー検出者の攻撃的なコミュニケーションや、エラー生成者の防衛的な反応が生じにくくなるであろう。よって、事故を組織の視点で捉えることで、情報の不確かさや、指摘を行った場合に懸念される対人的な問題を制御してエラー指摘を行うことが可能になると考えられる。

そこで本研究では、以下の仮説を設定し、これを検証するために、看護師を対象とした質問紙調査を実施する。

**仮説** 事故を組織的な視点で捉える者は、そうでない者よりも、エラー指摘への抵抗感が低いだろう。

### 方法

6病院に勤務する看護師315名を対象に、留置法を用いた質問紙調査を実施した。回収数314名(99.7%)のうち回答不備39名を除く275名を分析対象とした(有効回答率87.3%)。

### 測定項目

**1. 事故を捉える視点** まず、回答者に1件の投薬エラー事例を提示した。次に、事故の原因として捉えうる項目を、事故を捉える視点モデルの4カテゴリーそれぞれにつき3項目ずつ、計12項目提示した(Figure1)。そして、調査対象者に、それらの項目の中から、事故の原因として最重要視する項目を選択してもらった。

**2. エラー検出時の指摘への抵抗感** まず、森永他<sup>5)</sup>を参考に、エラー指摘を抑制する要因が存在する場面を10場面設定した(Table1)。そして、調査対象者に、それぞれの場面における“エラー指摘への抵抗感”を7件法で回答してもらった。

### 結果

事故の原因として最重要視する要因が、事故を捉える視点モデルのどのカテゴリーに該当するかによって、対象者を分類した。複数スタッフのシステム要因を最重要視する55名を組織的視点群とし、単数スタッフの当事者要因を最重要視する154名、複数スタッフの当事者要因を最重要視する64名、単数スタッフのシステム要因を最重要視する2名を非組織的視点群(合計220名)とした。そして、両群間の、10場面におけるエラー指摘への抵抗感の回答値(1~7点)の

平均値を、t検定により比較した。その結果をTable1に示す。

Table1 組織的視点群と非組織的視点群におけるエラー指摘への抵抗感

場面 \ 指摘への抵抗感	組織的視点群 (n=55)		非組織的視点群 (n=220)		t 値	
	M	(SD)	M	(SD)		
地位格差	相手が上の看護師	1.47	(0.63)	1.59	(0.85)	1.15
	相手が医師	1.75	(0.89)	1.87	(1.11)	0.76
エラーへの確信の低さ	記憶に自信がない	2.49	(1.15)	2.81	(1.31)	1.67 †
	指示変更かもしれない	2.02	(1.05)	2.21	(1.14)	1.13
現在の対人関係	相手が仲良くない人	1.87	(1.06)	2.01	(1.13)	0.84
	ネガティブな反応	2.40	(1.26)	2.70	(1.33)	1.51
エラーの内容による	人間関係が悪化するかも	2.45	(1.23)	2.70	(1.39)	1.17
	自分もする間違い	1.84	(0.96)	2.10	(1.10)	1.80 †
内容による	うっかりミス	1.96	(0.92)	2.23	(1.16)	1.83 †
	患者への影響が小さい	2.02	(1.08)	2.14	(1.08)	0.73

注: † $p < .10$ (両側検定)

### 考察

Table1より、事故を組織的な視点で捉える者は、“記憶に自信がない場合”、“自分もする間違いだと思う場合”、“うっかりミスの場合”におけるエラー指摘への抵抗感が低いことが明らかにされ、仮説は部分的に示唆された。

組織的視点群において、“記憶に自信がない場合”の抵抗感が低かったことから、事故を組織の視点で捉えることで、情報が不確かな場合においても、相互確認のためのエラー指摘が促進されると考えられる。また、“自分もする間違いだと思う場合”と“うっかりミスの場合”の抵抗感が低かったことから、事故を組織の視点で捉えることで、エラーをタブー視せず、失敗を共有するためのエラー指摘が促進されると考えられる。

一方、地位格差が存在する場合の抵抗感や、現在の対人関係や相手のネガティブな反応など、対人的な問題が予期される場合の抵抗感に関しては、事故を捉える視点による差は見出せなかった。階層的な集団における下位者からの意見に対しては攻撃的な反応が行われる<sup>6)</sup>。よって、地位格差による抵抗感も、対人的な問題の発生と関連を持つことが予測される。対人的な問題が予期される場面において、エラー指摘を促進する要因の検討が、今後の課題である。

### 参考文献

- 1) 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
- 2) Reason, J. 2000 Human Error: models and management, *BMJ*, 320, 768-770.
- 3) Sasou, K., & Reason, J. 1999 Team errors: Definition and taxonomy. *Reliability Engineering and System Safety*, 65, 1-9.
- 4) 山内桂子他 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.
- 5) 森永今日子他 2003 医療事故防止におけるチームエラーの回復に関する研究(1)~エラーの指摘を抑制する要因についての質問紙調査による検討~北九州市立大学文学部紀要(人間関係学科), 10, 55-62.
- 6) Fumier, M. A. et al, 2002 Social Rank Strategies in Hierarchical Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 425-433.

付記: 本研究は、厚生労働科学研究補助金(H13-医療-037)の助成を受けた。