

学位請求論文の内容の要旨

領域	健康支援科学	分野	健康増進科学
氏名	清水 真由美		
(論文題目)	看護職の安全確認行動に影響を及ぼす要因に関する研究		
主査	斎藤 久美子		
副査	渡邊 純		
副査	野戸 結花		
副査	西沢 義子		
<p>【はじめに】</p> <p>医療現場ではインシデント防止のため、指差呼称やダブルチェック等の対策が講じられているが、インシデントを完全に防ぐことは困難である。実際のインシデント報告書においてどのような業務、発生要因が多いかを詳細に分析することで対策を講じる手段を見出すことが必要とされている。インシデントの中でも薬剤に関する報告が約40%以上を占めている。確認不十分により発生した事例は多いが、それ以外の発生要因を含め多角的に検討していくことで対応策に対する示唆が得られると考える。また、経験年数が浅い看護師ほど当事者となりやすいが、経験年数が豊富な看護師であっても当事者となる場合がある。インシデント発生要因について、部署経験や看護師経験年数別の分析を行うことにより対応策が得られると考える。</p> <p>本研究の目的はA特定機能病院におけるインシデントの発生状況を把握するとともに、その中でも発生頻度が高い与薬に着目し、与薬プロセスごとにインシデント発生要因を経験年数と部署配置年数別に明らかにすることである。</p> <p>研究I：看護師によるインシデントの発生状況・発生要因に関する研究</p> <p>1. 目的：インシデント発生状況ならびに業務内容や発生要因との関連について明らかにする。</p> <p>2. 方法</p> <p>1) 対象：北日本のA特定機能病院で平成24～26年度に病棟看護師により提出されたインシデント報告書5,357件を分析対象とした。</p> <p>2) 方法：業務内容に関する発生状況、発生要因について分析した。インシデント報告書では業務は薬剤、輸血、診療、医療機器、ドレーン類、検査、療養上の世話、情報管理に分類される。発生要因は確認不十分、判断の誤り、身体的状況、心理的状況など11項目から構成され、複数回答可、当事者の自己申告となっている。看護経験年数については、新人と新人教育を離れた2年目を含む経験2年未満、2-10年、11年以上に分類した。さらに、確認しなかった点、当事者要因については報告書の経過内容から分析した。</p> <p>3) 解析方法：業務、発生要因、経験年数別頻度についてはχ^2検定で比較した。有意水準は$p < .05$</p>			

とした。また、「何(係り元単語)」の「確認をしなかった(係り先単語)」のか、当事者要因については、NTT データ数理システム テキストマイニングを使用し係り受け頻度解析を行った。当事者要因と業務の関連についてはコレスポネンス分析を行った。

4) **倫理的配慮**：弘前大学大学院医学研究科倫理委員会の承認を得て実施した。看護師に対しては、調査のテーマ、目的、統計処理のため個人特定されないこと、協力撤回が可能と記載した文書を看護師用掲示板に提示し、研究実施について周知した。

1. 結果

1) **業務内容に関する発生状況**：全 5,357 件のうち、薬剤業務に関する発生頻度は 38.5%、次いでドレーン類 25.9%、療養上の世話 19.0%であった。経験年数別では 2 年未満 19.2%、2-10 年 42.0%、11 年以上 31.3%、不明 7.5%であった。各業務の経験年数別の発生頻度は薬剤、診療、医療機器、ドレーン類、療養上の世話で有意差がみられ 2 年未満より 2-10 年が多く、輸血、検査では 2 年未満より 11 年以上で多くみられた。

2) **発生要因と経験年数**：当事者が選択した発生要因は、「確認不十分」が最も多く 60.4%、次いで「判断の誤り」21.1%、「心理的状況」20.1%であった。どの経験年数においても「確認不十分」が最も多く、次いで 2 年未満では「心理的状況」、2-10 年は「観察不十分」「判断の誤り」、11 年以上では「判断の誤り」であった。

3) **各業務における主な発生要因**：ほとんどの業務に共通して「確認不十分」が多く、ドレーン類では「確認不十分」よりも「観察不十分」が多かった。次いで薬剤業務では「心理的状況」、療養上の世話では「判断の誤り」、検査・診療・輸血では「心理的状況」であった。

4) **確認不十分であった点**：各業務において、何が確認不十分であったかを抽出した結果、薬剤業務では「処方箋・指示簿」「メディボックス」の出現頻度が多くみられた。ドレーン類では「緩み」「接続」、療養上の世話では「患者氏名」「食札」、検査では、「患者氏名」「日付」、診療では「患者氏名」、輸血では「指示簿」、医療機器では「接続」「作動状況」が多くみられた。

5) **当事者要因**：忘れる、思い込む、気づかない、見落とすが抽出され、薬剤業務は忘れる等の全当事者要因、診療と療養上の世話は思い込む、ドレーン類は見落とす、忘れると関連があった。

4. 考察

薬剤とドレーン類だけでも全体の約 65%を占めており、早急な対策が必要である。また、医療事故収集事業第 44 回報告書ではドレーン類の発生頻度は 16%に対し、本研究では 26%であった。本研究の対象となった医療機関は特定機能病院であり発生頻度が多い傾向になったと考える。また、確認が不十分なことで約 60%のインシデントが発生し、指示簿や接続部、患者氏名など特定の確認が不十分なためにインシデントが起こっていることが示唆された。

研究Ⅱ：看護師が関与した内服薬に関するインシデントの発生要因に関する研究

1. **目的**：与薬プロセス別にインシデント発生要因を経験年数と部署配置年数別に明らかにする。

2. 方法

1) **対象**：インシデント報告書 5,357 件の中から、内服薬に関するインシデント報告書 1173 件のうち配薬カートを使用した食後薬に関する 510 件を分析対象とした。

2) **方法**：与薬プロセスを指示受け、与薬準備、配薬、服薬確認のプロセス順に 4 つに区分し、発生頻度について分析した。また、当事者の経験・配置年数による発生頻度について分析した。経験年数は、研究Ⅰと同様に分類した。配置年数による分類は、配置 2 年未満、2 年以上とした。また、各プロセスにおける経験・配置年数、当事者要因との関連性について分析した。

3) **解析方法**：全プロセス、各プロセスにおける経験・配置年数ごとの発生頻度について χ^2 検定

で比較した。有意水準は $p < .05$ とした。また、各プロセスにおける 11 項目の発生要因と経験・配置年数との関連性を分析するため、コレスポンデンス分析を行った。

4) 倫理的配慮：研究 I と同様である。

3. 結果

1) プロセスごとの発生頻度：各プロセスにおける発生頻度は、指示受け 10.4%、準備 39.8%、配薬 23.9%、服薬確認 25.9%であり、各プロセスの発生頻度に有意差がみられ、指示受けより準備段階で多くみられた。

2) 経験・配置年数による発生頻度：経験年数別では有意差があり、経験 2 年未満より経験 2-10 年で多くみられた。配置 2 年未満の者について経験年数別で比較すると有意な差はなかった。

3) 各プロセスにおける経験・配置年数と発生要因との関連：インシデントレポート 510 件のうち、当事者が選択した発生要因は「確認不十分」が最も多く、次いで「心理的状況」「判断の誤り」であった。次に、各プロセスにおける経験年数と発生要因との関連についてコレスポンデンス分析を行った結果、全てのプロセス、経験年数において「確認不十分」、経験 11 年以上は準備と配薬段階において「身体的状況」、配置 2 年未満では経験年数に関わらず「心理的状況」「確認不十分」と強い関連がみられた。また、全プロセスに共通して思い込む、指示受けでは見落とす、準備は気づかない、配薬は忘れる、服薬確認は確認しないとの関連がみられた。

4. 考察

与薬業務においては経験年数が豊富にも関わらず当事者となり、11 年以上の看護師においては身体的状況との関連がみられたことから、どのプロセスにおいても新人のみならず経験の豊富な看護師に対しても対策を講じる必要がある。また、部署異動後間もない場合は、経験年数に関わらず心理的状況との関連があった。このことから、心理的状況を左右するような労働環境を改善することが有効であると考えられる。

【総合考察】

3 年間に 5000 件以上のインシデントが報告されている。発生頻度の多い薬剤、ドレーン類は生命に直結する業務であり深刻な問題である。特定機能病院という役割を担う病院の特性に応じて病院組織はインシデントの防止策を考えていく必要がある。また、患者氏名等の確認が疎かになることで発生したインシデントが多かったことから、看護の基本について再確認するとともに、患者の氏名等の表示や確認方法についても再考し、防止策に繋げる必要がある。さらに、与薬カートを使用してもインシデントは発生していた。与薬業務は確認事項が多く、指示受けから配薬確認までのプロセスが複雑である。薬剤業務の手順を簡略化し確認漏れを減らすことや薬剤師との連携により、看護師の業務負担の軽減につながると考える。

【まとめ】

1. 薬剤やドレーン類に関するインシデントの発生頻度が 65% と多く、確認不十分による発生頻度は全体の約 60% であった。
2. 看護師経験 2 年未満の発生頻度は約 20%、2-10 年約 40%、11 年以上約 30% であった。経験 2 年未満より 2-10 年が多く、経験が多いにも関わらずインシデントは発生していた。また、全経験年数において、確認不十分による発生頻度が多くみられた。
3. 当事者要因として「忘れる」、次いで「思い込む」「気づかない」「見落とす」が抽出された。
4. 与薬業務では、全てのプロセスにおいて「思い込み」との関連が認められた。また、部署配置後間もない看護師は経験年数の多さに関わらず「心理的状況」との関連が認められた。

学位論文のもととなる研究成果としての筆頭著者原著

論文題目	STUDY ON INCIDENT CAUSAL FACTORS ABOUT THE ORAL MEDICINE BY NURSES :ANALYSIS FROM THE ADMINISTRATION PROCESSES
著者名	Mayumi Shimizu, Yoshiko Nishizawa, Toshiko Tomisawa, Keiko Aizu, Ryoko Tsuchiya, Kazuyuki Daitoku
掲載学術誌名	Hirosaki Medical Journal
巻, 号, 項	2017;68(1) in press
掲載年月日	