

## 与薬における看護師のリスクテイキング行動の現状 — 医療事故報告内容のテキストマイニングによる分析 —

井村弥生<sup>1)</sup> 東 真理<sup>2)</sup> 赤澤千春<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> 大阪青山大学健康科学部看護学科 <sup>2)</sup> 天理医療大学医療学部看護学科  
<sup>3)</sup> 大阪医科大学看護学部

**Current status of nurses' risk-taking behavior during drug administration:  
Analysis of accident reports by text mining**

Yayoi IMURA<sup>1)</sup> Mari AZUMA<sup>2)</sup> Chiharu AKAZAWA<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Osaka Aoyama University, Faculty of Nursing

<sup>2)</sup> Tenri Health University, Faculty of Nursing

<sup>3)</sup> Care Osaka Medical College, Faculty of Nursing

### Abstract

This study aimed to clarify the status of nurses' risk-taking behavior during drug administration. Risk-taking behavior was analyzed by text mining using the data published on the Japan Medical Function Evaluation Organization website. Text mining focused on the reported contents regarding accident-related factors.

We have extracted the following four categories: [Low risk awareness and poor compliance with rules], [Forgetfulness and optimistic judgment due to multiple tasks], [Omission of tasks due to overconfidence in self-management ability], and [Prescription confirmation and poor information transmission due to overwork]. Nurses were less aware of the risks involved during drug administration, resulting in the omission of work and optimistic judgment. Furthermore, risk-taking behaviors happened because of time pressure and communication between nurses. This situation was judged, and the action was decided according to one's perception. Therefore, nurses need to understand how to perceive their risks, patterns of thinking and judgment, and the situation of risk-taking behavior.

**keywords :** medication, nurses, risk-taking behavior, text mining

キーワード：与薬 看護師 リスクテイキング行動 テキストマイニング

### I. 緒言

1999年に生じた横浜市立大学医学部附属病院での手術患者誤認事故などで重大事故が起きたことがきっかけとなり、2001年に厚生労働省は医療安全

推進室を設置し、翌年医療安全対策の基本となる医療安全推進総合対策を策定した(川村, 2003)<sup>1)</sup>。

厚生労働省は2006年より、医療事故情報収集等事業において医療事故及びヒヤリ・ハット事例の収集を国内の病院に働きかけ、任意に寄せられた報告

事例の分析を行っている。この分析結果は Web 上に公開され、また年に数回定期的な報告会で、新たな対策をするための情報として活用されている。

2016年度の重要事例情報の分析の結果では、ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に参加希望した施設が1,194施設あり、情報が寄せられ分析を行っている。その結果では、641施設より医療事故3,428件とヒヤリ・ハット事例30,318件の報告があった。当事者職種の内訳では、看護師が医師に続き第2位となっており、圧倒的に看護師が多く問題にかかわっている結果が報告された<sup>2)</sup>。また、事故要因別発生内訳では、当事者がかかわる要因が全体の43.8%占め、『確認を怠る』、『観察を怠る』、『判断を誤った』などが首位を占める。又ヒューマンファクターは20.2%で、看護師の行動や確認技術等、個人の要因により問題が60%以上を占め、ヒューマンエラーによる発生が多い結果となった。

この事故要因には、実施者のリスクを認識しながらも敢行する行為「リスクの敢行」つまりリスクテイキング行動 (risk-taking behavior) を認めており、事故要因の一部であるといえる。

リスクテイキング行動とは、交通心理学や行動科学において事故・労働災害の大きな要因の一つと考えられ、誰でもが持っている行動上の傾向として「リスクテイキング行動」の研究が行われている。看護においてもいくつかの研究が認めているが、実際の事故報告書を総合的にとらえている研究はみられない。

そこで、厚生省の医療事故情報収集等事業における、重要事例情報の報告事例を対象に調査を行い看護師のリスクテイキング行動の現状について明らかにすることを目的に調査を行った。事故報告の発生要因の報告内容を対象データとし、与薬における看護師のリスクテイキング行動の状況について明らかにする。

## II. 研究の目的

与薬における看護師のリスクテイキング行動の状況を明らかにすることである。

## III. 用語の定義

リスクテイキング行動とは、対象の危険や損傷の可能性を認識しながらも行われる行動のことであ

る。また、対象の危険や損傷の可能性をはっきりと認識していない場合や「たぶん大丈夫だろう」といった不確かさを伴う場合の意識的・無意識的な行動などが、個人行動の中に認められる (吉田, 2010)<sup>3)</sup>。今回の研究では、看護師が与薬において、対象の危険や損傷の可能性をはっきりとし認識していない場合も含めた、不確かさを伴う場合の意識的・無意識的行動とする。

## IV. 研究方法

### 1. 調査対象

日本医療機能評価機構のウェブサイトの公開データ (2019.2) を検索し、「医療事故」「ヒヤリ・ハット」をキーワードとし、「事例概要」で「薬剤」「看護師」「病棟」「病棟処置室」をチェックして事例を検索し、リスクテイキング行動が関与している事例を対象として、発生概要から発生要因を分的対象とした。公開データ検索のデータベース収載事例は、「医療事故」は2010年か2018年8月までに報告された全ての医療事故事例と、「ヒヤリ・ハット」は2015年1月から2018年9月の事例を対象とした。

### 2. 調査内容

対象事例の発生の状況 (対象者の経験年数、配置年数、事故の背景要因の概要について分析対象とした。

### 3. 分析の方法

- 1) 対象事例の事故内容と事故の背景要因の概要について読み込み、ハンドリサーチにより看護師のリスクテイキング行動が書かれている事例報告を抽出した。
- 2) 抽出した事故報告を対象として、計量テキスト分析KH Coderを用いて分析を行った。計量テキスト分析とは、『計量的分析法を利用しながらテキスト型データを整理分析する』内容分析 (content analysis) を行う方法である (樋口, 2006)<sup>4)</sup>。定性的なデータを定量的情報としてとらえ、系統的にエビデンスを残しながら分析できる。

今回用いた分析は①単語頻度分析 (単語の出現頻度による分析)、②共起ネットワーク (単語の出現頻度や使われ方等の情報から、その単語がどのように使われているかを調べる事が出来るもので、

バブルプロットの円の面積は語の出現回数と比例する)。抽出語の品詞による語の取捨選択を「名詞」「動詞」に設定し、単語分析を実施した。その際その際、《患者》《看護師》は主語として出現回数が大きく、語の関係性への影響が大きくなるため除外した。その後共起ネットワークでは描画する共起関係を80位まで表す設定を用い分析した。

## V. 結果

医療事故数は825件で、該当報告28件と少なかつたため、ヒヤリ・ハット事例14,778件を対象に追加し（2018~2015の検索終了）合計15,603件を対象に、ハンドリサーチによりリスクテイキング行動を認められた675件を抽出し、リスクテイキング行動の状況について分析を行った。

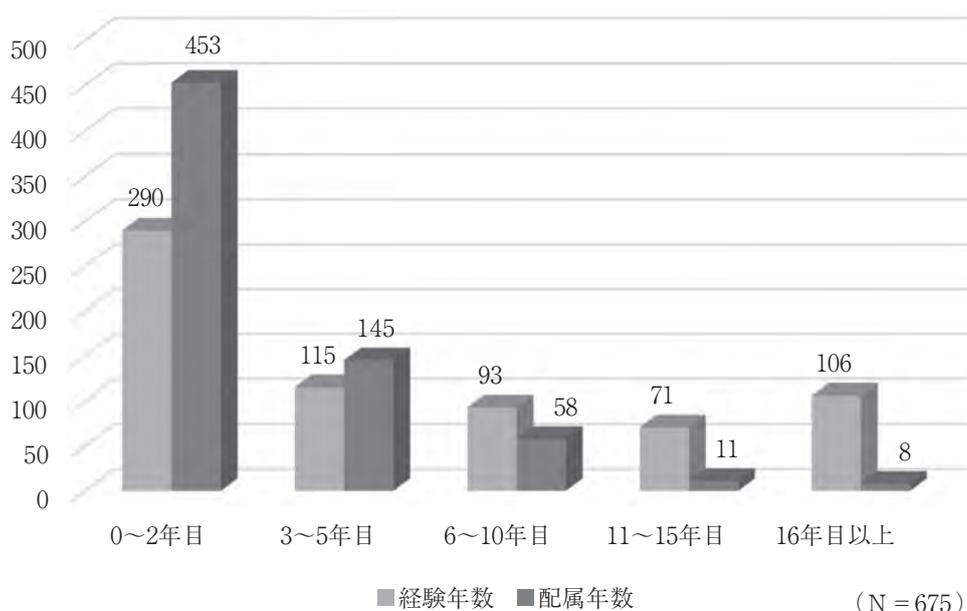


図1 リスクテイキング行動による経験年数と配属年数表

## 2. 事故の背景要因の概要のテキスト分析

対象事例報告にある内にある事故の背景要因の概要をテキストデータとして、分析を行った。総抽出語数は57,191語で、文章の単純集計において2,215文で、1,258段落であった。以下、抽出後を《 》、共起関係を(-)、原文を「 」で表す。

### 1) 単語頻度解析の結果

表1に1~50位までの単語とその出現頻度を示した。

## 1. 対象者の背景

対象事例の経験年数及び配属経験年数を図1に示す。

経験年数では、0~2年目が299人と最も多く、次いで3~5年目が115人、6~10年目までが91人と、経験年数が多くなるにつれ対象人数が減少していた。配属年数では0~2年目が453人、3~5年目が145人、6~10年目が58人と経験年数と同様、経験年数が多くなるにつれ、対象人数は減少しているが、0~2年目の人数が経験年数の約1.5倍であった。従って経験年数が少ない人ほど、与薬事故及びヒヤリ・ハットを起こし、また、配属年数においても0~2年目での報告件数が多く、経験と新たな環境においてリスクテイキング行動を起こしていた。

最も多く出現した単語の上位10位は《思い込む》《行う》《思う》《薬剤》《自己》《怠る》《ダブル》《内服薬》《忘れる》《業務》の順であった。

### 2) リスクテイキング行動の共起ネットワーク

図2は事故・ヒヤリ・ハット報告の背景要因に記述されたリスクテイキング行動の言葉を共起ネットワークとして可視化したものである。共起ネットワークによる語句の関連性は、出現パターンの類似語を線で結び、ネットワーク図として表わされる。

表 1 リスクテイキング行動の単語と出現頻度 (上位50)

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
思い込む	212	シート	61	行く	36
行う	196	処方箋	56	知る	35
思う	170	自分	54	伝える	35
薬剤	169	渡す	53	カルテ	34
自己	116	内容	53	コール	34
怠る	112	入る	53	状態	34
ダブル	104	考える	52	飲む	33
内服薬	102	出来る	51	申し送る	33
忘れる	84	リーダー	47	入れる	33
業務	78	受け持ち	46	本人	33
焦る	78	血糖	44	単位	32
思い込み	69	ワーク	42	昼食	32
セット	65	病棟	42	ナース	31
見る	65	当事者	40	重なる	30
情報	63	受ける	39	状況	30
インスリン	62	気づく	38	名前	30
医師	62	与る	38		

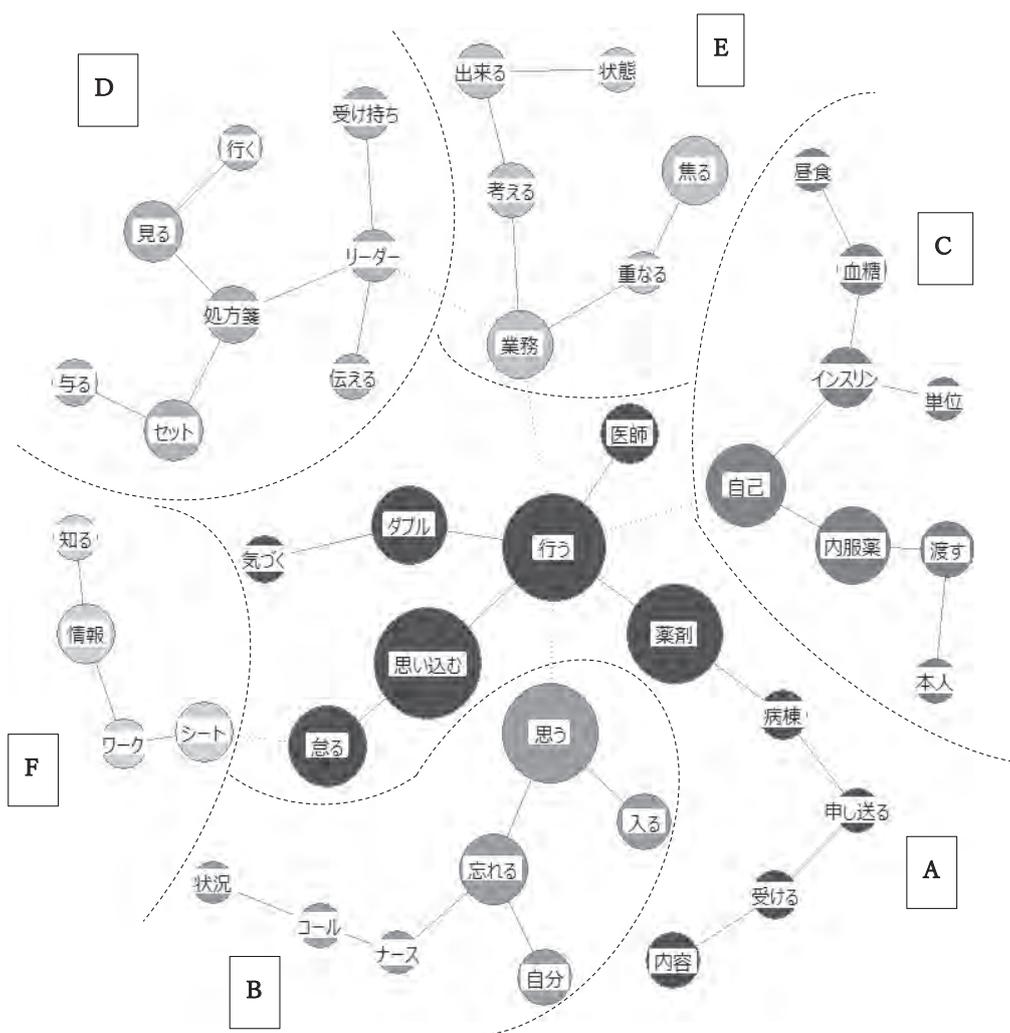


図 2 リスクテイキング行動の共起ネットワーク

表2 リスクテイキング行動の中心共起関係と原文

ネットワーク	カテゴリー	中心共起関係 単語	共起関係単語	原文
A	【リスク認識のさ、 およびルールの 遵守不良】	行う	思い込み	誰かが行っただろうと思い実施しなかった
				間違いないだろうと思い込み確認不十分で実施
				異常が生じないと思い確認を怠る
			薬剤	薬剤の確認が不十分のまま進めた
				薬剤確認作業の6Rを省略する
				薬剤師による処方のため未照合
				実施時に多重業務による患者間違い 薬剤の実施方法を間違える
			医師	医師への確認を怠る
				医師の指示は間違いないと判断
				医師の指示を理解せず実施
			ダブル	確認者の依頼せず、ダブルチェックを怠る
				忙しくダブルチェック内容を一部省略
ダブルチェックのため気が付かない				
ダブルチェックされている薬剤の代理投与				
B	【多重業務に よる忘却と 楽観的判断】	思う	忘れる	実施しようとしたが、忘れて無投与となった
				ナースコールの対応に追われ、実施を忘れる
			入る	他業務が入り、与薬確認をおろそかにする
				配薬車に入っているだろうと未確認 薬袋に入っているので大丈夫と思う
C	【自己管理能力への 過信による作業 の省略】	自己	内服薬	自己内服薬を不十分な確認で渡す
				自己内服管理能力のアセスメント不足
				自己管理内服薬の変更時の対応不良
				自己管理薬の服用後の確認未実施
		インスリン	インスリンの投与方法自己判断による間違い	
			インスリン量の変更時の対応不良	
			インスリン薬の未確認で実施	
			インスリンの実施を患者が正しく実施できるだろう	
D	【業務過多による 処方箋の確認や 情報伝達不足】	処方箋	セット	業務が多く与薬前の準備をしていなくて、焦って投与 セット薬は間違いないと未確認
				見る
			処方箋内容の照合はしたが、投与方法間違い	
			処方箋で確認したが、解からないまま対応	
			処方箋の未確認のまま実施	
			リーダー	リーダーへの処方指示の未伝達
				リーダー対応に追われ処方指示抜け
				処方変更を他業務実施中の看護師に指示したが、忘れて未実施

出現回数の多さは、バブルの大きさで表し、ネットワークの共起性の程度と関係性の強さは線の太さで表現した。ネットワークは6グループに分かれており、4グループは中心性を認めていた。

最も大きなネットワークを「A」とし、表示されたバルーンは、《思い込む》《行う》《薬剤》《ダブル》《怠る》《医師》《病棟》《申し送る》《受ける》《内容》《気づく》《怠る》であった。語の出現回数の多さを示すバブルの大きさは《思い込む》と《行う》が大きく、《行う》は中心性が強く認め《ダブル》《薬剤》《医師》と共起関係を認めた。

表2に《行う》を中心とした共起関係が抽出さ

れた単語の原文を示す。《行う》-《思い込み》では、「誰かが行っただろうと思い実施しなかった」「間違いないだろうと思い込み確認不十分で実施」「異常が生じないと思い確認を怠る」などであった。《行う》-《薬剤》では、「薬剤の確認が不十分のまま進めた」「薬剤確認作業の6Rを省略する」、「薬剤師による処方のため未照合」、「実施時に多重業務による患者間違い」、「薬剤の実施方法を間違える」であった。《行う》-《医師》では「医師への確認を怠る」、「医師の指示は間違いないと判断」、「医師の指示を理解せず実施」となった。《行う》-《ダブル》では「確認依頼をせず、ダブルチェックを怠る」、「忙しくダ

ブルチェック内容を一部省略」「ダブルチェックのため気が付かない」、「ダブルチェックされている薬剤の代理投与」などであった。

看護師は指示内容が間違いないと認識するなど、批判的に状況をとらえないリスク認識の低くさが、確認作業などの未実施や、正しいと思込み、事故防止のためのルールの遵守不良が示された。従ってネットワークのAを【リスク認識の低さ、およびルールの遵守不良】とした。

次に大きなネットワークを「B」とし、《思う》《忘れる》《入る》《自分》《ナースコール》《状況》が共起関係にあった。《思う》《忘れる》は中心性があり《思う》-《入る》、《思う》-《忘れる》-《自分》、《思う》-《忘れる》-《ナースコール》と共起関係にあった。

表2に《思う》を中心とした共起関係が抽出された単語の原文を示す。《思う》-《忘れる》では、「実施しようとしたが、忘れ無投与」、「ナースコールの対応で忘れる」、《思う》-《入る》では「他業務が入り、与薬確認をおろそかにする」、「配薬車に入っているだろうと未確認」、「薬袋に入っているので大丈夫と思う」などで、看護師は予定外の業務を行うことが多い。例として配薬中に他患者より呼び止められ、対応を行い忘れてしまうなど、忘却により与薬の不良や、状況を楽観的に判断対応していることが示された。従ってネットワークBを【多重業務による忘却と楽観的判断】とした。

次に大きなネットワークを「C」とし、《自己》《内服薬》《渡す》《本人》《インスリン》《血糖》《単位》《昼食》であった。バブルの大きさは《自己》と《内服薬》が大きく、《自己》は中心性を認め《内服薬》と《インスリン》と共起関係を認めた。表2に《自己》を中心とした共起関係が抽出された単語の原文を示す。《自己》-《内服薬》では、「内服の自己管理薬を不十分な確認で渡す」、「自己管理できるだろうとアセスメント不足」、「自己管理内服薬の変更時の対応不良」、「自己管理薬の服用後の確認未実施」、《自己》-《インスリン》では、「インスリンの投与方法自己判断による間違い」「インスリン量の変更時の対応不良」、「インスリン薬の未確認で実施」、「インスリンの実施を患者が正しく実施するだろう」など、自己管理している内服薬やインスリン注射の実施において、患者の能力を過信し確認作業の省略や対応不良などが生じていた。従ってネットワークCを【自己管理能力への過信による作業の省略】とした。

その次に大きなネットワークを「D」とし、《処

方箋》《セット》《与る》《リーダー》《伝える》《受け持ち》《見る》《行く》であった。バブルの大きさは《処方箋》と《セット》がやや大きく、《処方箋》、《リーダー》は中心性を認めた。《処方箋》は《リーダー》-《伝える》-《受け持ち》と《処方箋》-《セット》-《与る》と《処方箋》-《見る》-《行く》と共起関係があった。

表2に《処方箋》を中心とした共起関係が抽出された単語の原文を示す。《処方箋》-《セット》では、「業務が多く与薬前の準備をしていなくて、焦って投与」、「セット薬は間違いないと未確認」であった。《処方箋》-《見る》では、「焦って処方箋の曖昧な確認」、「処方箋内容の照合はしたが、投与方法間違い」、「処方箋で確認したが、解からないまま対応」、「処方の未確認のまま実施」など処方内容の曖昧もしくは未確認があった。《処方箋》-《リーダー》では、「リーダーへの処方指示の未伝達」、「リーダー対応に追われ処方の指示抜け」、「処方変更を他業務実施中の看護師に指示したが、忘れて未実施」などで、業務過多による処方箋の未確認、理解不足、看護師間の伝達行為の不足が生じていた。従ってネットワークDを【業務過多による処方箋の確認や情報伝達不足】とした。

その他、中心性を認めない共起ネットワークが2つ認めた。ネットワーク「E」では、《業務》《重なる》《焦る》《考える》《出来る》《状態》が共起関係を認めた。バルーンの大きさは《業務》《焦る》が大きかった。原文では「業務が重なり、多忙で実施の認識が曖昧」、「多重業務の実施で焦り、間違いに気づかない」、「業務の煩雑化で十分に考えて対応できず」などであった。

ネットワーク「F」では、《情報》《ワーク》《シート》《知る》が共起関係を認めた。バルーンの大きさは情報がやや大きかった。原文では「情報を知っていたが、対応をよく考えて実施しなかった」、「ワークシートより変更の情報を確認せずに、いつもと同じと対応」であった。

## VI. 考察

今回、日本医療機能評価機構のウェブサイトの公開データ(2019. 2)の与薬における「医療事故」「ヒヤリ・ハット」の報告から、看護師のリスクテイキング行動が関与している事例を対象として、発生の概要からリスクテイキング行動の状況と要因を分析

し、中心性のある共起関係から4つのカテゴリー【リスク認識の低さ、およびルールの遵守不良】【多重業務による忘却と楽観的判断】【自己管理能力への過信による作業の省略】【業務過多による処方箋の確認や情報伝達不足】を抽出した。以下、事例の特徴及び各カテゴリーについて検討する。

### 1.1 報告事例の特徴

リスクテイキング行動の特徴として、経験年数、および配属年数が少ないほど対象事例の報告が多かった。

リスクテイキング行動の背景には様々な動機や状況が存在する。また、この行動は、個人的特徴として捉えられ、場面一貫性や個人一貫性があり、年齢差や性差による特徴があると研究結果が多い（赤塚, 1998；蓮花, 2000；宮崎, 2015）<sup>5)~7)</sup>。

小塩（2001）は大学生を対象に調査を行い、若年者にリスクテイキング行動の傾向があることを示した。若年者は成人期の初期段階で、広い範囲の探求行動や実験的行動など、模索しながら経験を積む基本的時期である<sup>8)</sup>。このような時期にリスクテイキング行動をとりやすいと述べている。

看護師においても、当事者の職種経験年数の少ない新人などは、若い年代の看護師と予測でき、リスクテイキング行動を取りやすい年代であると考えた。

当事者の部署配置期間別の結果では、配置年数の少ない群に発生数が多くあった。これは、経験によるリスク知覚に問題が生じているのではないかと考える。

酒井（2010）は、医療ミスのリピーター看護師の年齢と勤続年数と個人特性の関係の研究を行い、配置場所での経験年数が短い場合、個人特性としての従順・協調性の低さがあると示した<sup>9)</sup>。それにより消極性や依存的が生じ、慣れない職場環境や業務への適応の為の行動は、緊張感や抑うつなどのストレスを感じ、リスク行動を引き起こしやすいと述べた。これらのことが経験年数及び配属年数の少ない者が、リスクテイキング行動を起こし事故やヒヤリ・ハットにつながったものと考えられる。

#### 1.2.1. 全体共起ネットワークからのリスクテイキング行動の特徴

リスクテイキング行動の過程は、①リスクの知覚・予測、②その状況のリスク評価、③行動の意思

決定の3段階あり、思考の中で瞬時に判断し行動している。看護師の場合、状況の中にあるリスクをどのように捉え、どのように評価し意思の決定により、リスクテイキング行動をとるのか、リスクの回避行動を取るのか分かれる（芳賀, 1999）<sup>10)</sup>。

全体の共起ネットワークより、《行う》《思う》《自己》《処方箋》を中心としたネットワークを抽出した。それ以外に出現頻度の多い用語として《思い込む》《怠る》《焦る》《忘れる》など、リスクテイキング行動を表す言葉を抽出した。《思い込み》や《焦る》はリスク知覚に影響を及ぼし、《怠る》《忘れる》というリスクテイキング行動が生じていた。行動決定に至る前の思考の段階でのリスクテイキング行動につながる過程が生じていると考えられる。

以下に、ネットワークごとがあらわすリスクテイキング行動について検討する。

#### 1.2.2. 事故・ヒヤリ・ハット報告でのリスクテイキング行動の状況

##### 1) 【リスク認識の低さ、およびルールの遵守不良】

ネットワークAでは薬剤の使用時において「誰かが行うだろうと思い実施しなかった」「間違いないだろうと思い込み確認不十分のまま実施」や「医師の指示は間違いないと判断」「確認依頼をせず、ダブルチェックを怠る」など与薬において潜在的に存在するリスクの認識の低さによって、確認行動の省略などリスクテイキング行動を認めた。

医療事故防止対策の実施は、あらゆる場面で行われている。常に看護師は現状の中にリスクがあることを理解し、安全行動を行うためのルールの遵守のため、システムを整え事故防止を行っている（八代, 2003；相撲, 2012；河野, 2015；神中, 2016）<sup>11)~14)</sup>。しかし与薬過程においては、最終的に看護師個人が与薬投与などを行うことが多いため、個人の行動が問題となる。

リスクテイキング行動は、状況の中にあるリスクを個人の思考内で知覚・評価し、行動を決定する。そのため個人の認識やリスクの捉え方の違いや、状況をどのように判断し対応しているのかが問題となる（藤井, 2009）<sup>15)</sup>。

リスクテイキング行動となるには、事故の発生する可能性がどの程度あるかを評価する心的過程で、リスク認識後の評価で「自分なら大丈夫」といった判断からリスク認識の低下が生じ、リスクテイキング行動となると考えられる。

## 2) 【多重業務による忘却と楽観的判断】

ネットワークBでは、業務の途中中断による物忘れによるものと、個人の楽観的な判断によるリスクテイキング行動が抽出された。「実施しようとしたが、忘れて無投与となった」や「ナースコールの対応に追われ、実施を忘れる」「誰かが行っただろうと思い、行わなかった」「昨日と同じで間違いないだろう」と思い込み、確認不十分で実施した」など、多重業務による作業中断が忘却を生じ、また何とかなるだろうと楽観的な判断をするリスクテイキング行動が認められた。

山田らは、物忘れなどの日常生活の中での記憶の失敗（アクションスリップ）について研究し、進行中の行動に注意が向けられなかったことで起こる個人の傾向を調査した。その結果、注意が妨害されやすさや、能動的に注意を向けやすい傾向のある者が、物忘れなどの記憶の失敗に関連していると示唆した（山田，1999；清水，2019）<sup>16) 17)</sup>。この傾向のある看護師が行動の途中で他の事に対応した場合に、物忘れが生じていることが考えられる。

リスクテイキング行動には、個人の内的統制や楽観性の傾向が関与すると示唆されている（上市，1998）<sup>18)</sup>。

リスクテイキング関連要因の検討を行った吉田（2010）は、看護業務の中にリスクテイキング行動の割合が高く、経験年数による傾向と内的統制傾向の弱い者にその傾向があると示唆した<sup>3)</sup>。また吉村（2007）は、日常生活の中での楽観性とリスク認知、生活行動についての関連を研究し、楽観性の中でも特に気楽さの因子がリスクテイキング行動を起こしやすいと示唆した。「何とかなるだろう」や「このくらい大丈夫であろう」など、自分には危険は及ばないであろうという判断がリスクテイキング行動につながるとし、主観的なリスクの確率の評価を恒常的によいように見積もることが生じていると述べた<sup>19)</sup>。

内的統制とは、自律的あるいは他律的に動機づけにより物事をどうとらえているかという個人的傾向を表す、物事の結果は自分の努力とは無関係によって決まると考える。一方「外的統制」は無動機の状態に近いとしている。内的統制の傾向があるものは、物事の結果は自己にあると結論するため、自己のリスクコントロールを行うことが予測できる。従って内的統制傾向がリスクテイキング行動と関連していると示唆されているため、個人の内的統制傾向に依

じた対策が必要であると考ええる。

## 3) 【自己管理能力への過信による作業の省略】

ネットワークCでは自己管理している内服薬やインスリン注射の実施において、患者の実施の確認においてリスクテイキング行動が抽出された。「内服の自己管理薬を不十分な確認で渡す」、「自己管理できるだろうとアセスメント不足」、「インスリンを患者が正しく実施できるだろうと」など患者の能力を過信し、確認作業の省略や対応不良などのリスクテイキング行動を認めた。自己管理薬の場合、看護師はすでに患者自身が正しく行っているという認識が、確認作業の省略につながったと考えられる。

リスクテイキング行動が行われやすい条件として、得られる結果の大きさや合理性、他者からの存在などが関係することが示唆されている<sup>7)</sup>。人はリスクを知覚あるいは予測した場合、まずリスクの大きさを認知し、その後評価を行う。どれくらい危険であるか瞬時に判断して意思決定している。

このリスクの大きさを決定するには、個人の主観的リスク評価の程度が関係し、「事故や・災害が起きた場合に予想される損失の大きさ」の主観的見積りでリスク評価を行い、敢行へとつながる（三浦，2007）<sup>20)</sup>。要するに個人がリスクに気が付く程度の違いや、またリスクを評価し対応の必要性の有無と程度は、その状況をどう判断するか、生じている状況と個人の認識により左右される。従って誰もがリスクテイキング行動を取るとは限らず、個人の傾向として考える必要がある。

## 4) 【業務過多による処方箋の確認や情報伝達不足】

ネットワークDでは、業務過多による処方箋の未確認、理解不足、看護師間の伝達行為の不良というリスクテイキング行動が起こっていた。「業務が多く与薬前の準備をしていなくて、焦って投与」、「焦って処方箋の曖昧な確認」、「処方の未確認のまま実施」、「リーダー対応に追われ処方の指示抜け」など、業務が多く、十分な対応ができない状況で処方内容の曖昧さ、もしくは未確認、スタッフ間での情報伝達を行なわなかったなどのリスクテイキング行動を認めた。

看護師の業務は診療の介助と療養上の世話と、同時に多くの内容を行うことが多い（川村，2002）<sup>1)</sup>。そのため業務が多くなることでの負担や、それらに必要な時に実践するために時間的圧迫が生じてい

る。また、看護師の業務には意図としない途中中断が生じることも多く、ナースコールや他患者から呼び止めなど予定外の対応を行うことが多い。

看護師の業務でのインシデントの発生する原因として、多忙時や安全の意識の欠落している場面で起こりやすく（天野，2005，2007）<sup>21) 22)</sup>、与薬時の途中中断によるエラー防止対策が導入されている病院もある。途中中断による影響として、点滴実施の際にインシデントを起こした看護師の調査を行い、別の処置や業務が気になることでインシデントを起こす事態があると示し、意識がそれることが要因であると示した（山内，2000；松尾，2001）<sup>23) 24)</sup>。

また、時間がないというタイムプレッシャーは、精神的な余裕がなくなりリスクテイキング行動が生じる要因として示唆されている。踏切の遮断機横断の状況と時間帯別との関連を検討した研究では、朝の通勤時間帯や電車の通過時間及び閉鎖時間などが関与し、リスクテイキング行動が行われるとした（福田，2008）<sup>25)</sup>。一方、安達（2014）は看護業務の違反の心理的生起要因の質問紙調査を行い、客観的なリスク評価に時間や社会的圧力がリスク評価に影響することを示した。主観的なリスクを低く評価する者は、時間的圧迫やスタッフなどの人的存在がある場合、リスクの評価がより低くなりリスクテイキング行動を起こしやすくなると述べた。潜在的危機が存在する状況を個人がどのように判断して行動するかは、個人差があると言える<sup>26)</sup>。

看護の場面は、状況に応じた適切な判断が必要である。しかし、予測できるものばかりでなく、突発的な出来事への判断などが求められる。特に与薬に

よる事故は、患者に重大な身体的問題を引き起こしやすく、より慎重で適切な判断が必要である。しかし、臨床の場では、十分な判断や対応をする場面ばかりでなく、予定外の事情をタイムリーな判断が必要となることも多い（松壽，2004）<sup>27)</sup>。

従って看護において、時間的や社会的圧迫はリスクテイキング行動の重要な関連要因と言える。また、個人の認知的要因や作業的要因によりリスクテイキング行動をおこす要因を知ることが必要であると考ええる。

## Ⅶ．終わりに

今回、厚生労働省の医療事故情報収集等事業における、重要事例情報の報告事例を対象に調査を行い看護師のリスクテイキング行動の現状について明らかにすることを目的に調査を行った。その結果、4つのカテゴリー【リスク認識の低さ、およびルールの遵守不良】、【多重業務による忘却と楽観的判断】、【自己管理能力への過信による作業の省略】、【業務過多による処方箋の確認や情報伝達不足】を抽出した。

一般的に人の行動を規定するのは、個人の特性と状況の交互作用であるため、行動理解のためには両者を分析する必要がある。看護師の与薬におけるリスクテイキング行動の研究においても状況の交互作用を検討していくことが必要であろう。また、個人がリスクテイキング行動の傾向を自己理解することは、医療事故を未然に防ぐ方略を意識的にとることができるのではないかと考える。

## 要 旨

本研究の目的は、与薬における看護師のリスクテイキング行動の状況を明らかにすることである。日本医療機能評価機構のウェブサイトに掲載している事故の背景にある要因について報告された内容を対象に、テキストマイニングを利用してリスクテイキング行動を分析している。その結果、4つのカテゴリーを抽出した。【リスク認識が低さ、およびルールの遵守不良】【多重業務による忘却と楽観的判断】【自己管理能力への過信による作業の省略】【業務過多による処方箋の確認と情報伝達不足】であった。看護師は、与薬の過程において自分自身が行っている状況のリスクを認識しないため、作業が省略され、楽観的な判断が生じた。さらに、時間的な圧迫や看護師間の情報伝達でリスクを冒す行動が起こっている。この状況判断は、個人の考えで行われ、行動を決定している。従って、看護師は自己のリスクの捉え方や思考と判断のパターン、リスクテイキング行動の状況を理解する必要がある。

## 引用・参考文献

- 1) 川村治子 (2002). ヒヤリ・ハット報告が教える 内服与薬事故防止, 医学書院.
- 2) 日本医療機能評価機構: 医療事故情報収集事業 公開データ検索, <http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (2019.2.1閲覧).
- 3) 吉田理恵 (2010). 看護業務におけるリスクテイキング行動とその関連要因の検討, 日本看護研究学会雑誌, 35(1), 183-194.
- 4) 樋口耕一 (2006). テキスト型データの計量的分析 —2つのアプローチの峻別と統合, 理論と方法, VOL. 19, No. 1, 101-115.
- 5) 赤塚 肇, 芳賀 繁, 楠神 健, al. (1998). 質問紙による不安全行動の個人差の研究, 産業・組織心理学研究, 11巻1号, 71-82.
- 6) 蓮花一己 (2000). 運転時のリスクテイキング行動の心理的過程とリスク回避行動へのアプローチ, 国際交通安全学会誌 Vol. 26, No. 1, 12-22.
- 7) 宮崎彰夫, 矢野伸裕 (2015). 動機の異なる運転リスクテイキング行動の基本的特徴: 年齢, 性別, 交通事故経験との関連性, 茨木大学人文学部紀要, 人文コミュニケーション学科論集, (18), 63-75.
- 8) 小塩慎司 (2001). 大学生用リスクテイキング行動尺度 (RTBS-U) の作成, 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要心理学発達学科, 48, 257-265.
- 9) 酒井俊彰, 酒井順哉, 天野 寛 (2010). 看護師の年齢・勤続年齢による医療ミスにつながる個人特性の相違研究, 医療情報学, 30(1), 55-61.
- 10) 芳賀 繁 (1999) 不安全行動のメカニズム, 電子情報通信学会技術研究報告, 99(238), 29-34
- 11) 八代利香, 松成裕子, 梯 正之 (2003). 看護職におけるエラー発生に関わる要因 —国内外の研究の動向と今後の課題—, 日本職業・災害医学会会誌, 52(5), 299-307.
- 12) 相撲佐希子 (2012). 看護師が関連した医療事故の要因と対策, 中京学院大学看護学部紀要, 2(1), 47-59.
- 13) 河野龍太郎 (2015). 医療におけるヒューマンエラー第2版, 医学書院.
- 14) 神中 緑, 塩出千晶, 大谷 稔 (2016). 危険予知トレーニング導入による職員の意識変化, 第39回日本精神科看護学術集会, 350-351.
- 15) 藤井真砂子, 米沢弘恵, 長谷川智子, al (2009). 転倒が予測される看護場面のリスク評価に影響する要因, 日本看護管理学会誌, VOL. 12, No. 2, 32-41.
- 16) 山田尚子 (1999). 失敗傾向質問紙の作成及び信頼性・妥当性の検討, 教育心理学研究, 47, 501-510.
- 17) 宇根優子 (2014). 日常場面における時間ベースの展望記憶課題とメタ認知 —課題遂行に与える予測の影響について—, 東京工芸大学芸術学部紀要, 49-53.
- 18) 上市秀雄, 楠見 孝 (1998). パーソナリティ・認知・状況要因がリスクテイキング行動に及ぼす効果, 心理学研究, 69(2), 81-88.
- 19) 吉村典子 (2007). 楽観性が健康に及ぼす影響 —リスクテイキング行動、生活習慣、楽観的認知バイアス、健康状態との関連から—, 甲南女子大学研究起用第43号, 人間科学編, 9-18
- 20) 三浦利章, 原田悦子 (2007). 事故と安全の心理学 リスクとヒューマンエラー, 東京大学出版, 8-18.
- 21) 天野 寛, 酒井順哉 (2004). 医療事故防止における医療スタッフの安全意識に関する研究 —インシデントの発生及び診療マニュアルの把握と関係分析—, 医療情報学, 24(6), 639-655.
- 22) 天野 寛, 酒井俊彰, 酒井順哉 (2007). 医療事故防止におけるヒューマンファクターによるインシデントと個人特性の関係分析, パーソナリティ研究, 16(1), 92-99.
- 23) 山内佳子, 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.
- 24) 松尾太加志 (2001). ヒューマンエラーへの認知工学的アプローチ, 15(5), 43-50.
- 25) 福田字志 (2008). 踏切における歩行者・自転車利用者のリスクテイキング行動. 労働科学, 84(4), 140-150.
- 26) 安達悠子, 小倉有紗, 臼井伸之介, al. (2007). 看護業務における中断によるエラー防止対策の実験的検討—「準備中カード」の有効性について—, 日本心理学会第71回相曾抄録集.
- 27) 松崎英士, 遠藤英子 (2004). 看護学生のリスクテイキング行動の分析 クリティカル・シンキング志向性, リスクに対する傾向性とリスク評定との関連, 日本看護管理学会誌, 8(1), 58-67.