

与薬における看護師のリスクテイキング行動の質問紙作成の試み

井村 弥生^{*1)} 赤澤 千春²⁾

¹⁾ 四條畷学園大学 看護学部, ²⁾ 大阪医科薬科大学 看護学部

Development of a questionnaire about risk-taking behaviors among nurses during administration of medication

Yayoi IMURA¹⁾, Chiharu AKAZAWA²⁾

¹⁾ Faculty of Nursing, Shijonawate Gakuen University

²⁾ Faculty of Nursing, Osaka Medical and Pharmaceutical University

Abstract In order to devise a self-evaluation scale of risk-taking behaviors for nurses in the process of administering medication, we tried to develop a questionnaire. First, we extracted previously used questionnaire items through a literature review and selected specific questions and response expressions that were appropriate for the current context. This resulted in 42 questions being generated. Next, text mining was used to analyze the circumstances and conditions of the risk-taking behaviors that appeared in medical incident reports, and 53 questions were generated, bringing the question total to 95. Finally, a focus group interview was conducted with four nurses acting as medical safety managers to consider the validity of the questions from a professional point of view. A total of 91 question items were deemed to be valid. Further work is needed to assess the reliability and validity of the questionnaire and examine its feasibility and potential for clinical and educational use as a self-assessment scale of risk-taking behaviors for nurses.

Keywords: medication administration, nurses, risk-taking behaviors, questionnaire development

与薬 看護師 リスクテイキング行動 質問紙作成

I. 緒言

1999年に手術患者取り違え事故など重大事故が起きた。この際何度か異常に気が付き、確認行動を行う者がいた。患者の姿や体格の違いに違和感あり、また臓器の状態が術前の診断とは若干違うなど気が付き、再確認を行っていたが、決定的な患者間違いの判断に至らなかった。この際、患者の取り違え等起こるはずがなく、『大丈夫であろう』と潜在的に考え手術の実施という重大な医療事故が生じたと発表された¹⁾。

この事故を振り返り、2001年以降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、医療安全の確立に向け本格的に対策を行うことになり、今日までに改善を図り医療事故防止対策を行っている²⁾。

看護師の医療事故の要因と対策についての研究にお

いて、相撲が医療事故の要因には「組織」と「個人」にあると報告し³⁾、おもに「組織」の改善による対策が行われている。複雑な業務の改善や業務の単純化、看護師への効果的な注意喚起法の検討⁴⁾や、安全対策推進委員の導入、コミュニケーションエラーの防止対策⁵⁾。また、IT機器の導入、事故防止のための教育シテムの開発や危険予知トレーニングや医療事故報告システムによる現状把握と対策^{7,8)}、設備や環境では施設の構造、機器・機材などの改良などハード面の改善や、労働条件など職場環境への研究が行われ、対策が行われている⁹⁾。

一方「個人」の対策としては、リスクコントロールを行うことが必須で、看護師は常にリスク回避するために注意をはらい行動することや、個人傾向の研究や事故のリピーターの存在など指摘するものもある¹⁰⁾。しかし、個人の傾向をとらえることは個人を責めるこ

とになるなどの見解から対策が進んでおらず、判断や考え方により若干の違いがあるのも確かである。

日常生活の中には程度はさまざまであるがリスクがあり、その状況を個人が捉え回避もしくは選択するなど、個人行動に若干の違いが認められる。そのため、個人の傾向をとらえた対策が医療事故の低減には必要と考える。

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分析の結果では、2016年に3428件の医療事故が発生していた¹¹⁾。事故当事者職種では看護師が第2位で、薬剤関連の事故が多く認めている。また、事故内容は当事者がかかわることによるものが、全体の6割と個人の行動による事故発生が報告されており、この事故の中にリスクを認識しながらも敢行する行為があり「リスクの敢行」すなわち、リスクテイキング行動が事故につながる要因として見受けられた。

そこで医療事故の減少をめざし、看護師自身がリスクテイキング行動の傾向を知るための自己評価尺度が必要ではないかと考えた。

海外では、Weberが日常生活場面でのリスクテイキング尺度として金銭、健康安全、娯楽、倫理、社会の5領域の質問紙を作成し、信頼性と妥当性の高いものを作成した¹²⁾。しかし、文化や風習などの異なることが想定でき、現代の看護師に適応するには検討が必要であると考えた。

森泉は、リスクテイキング行動には属性と確信的敢行性、ギャンブル志向性、安全性配慮、状況的敢行性の4因子を見出し、個人のリスク傾向を測定する尺度開発を行った¹³⁾¹⁴⁾。これは日常のリスク傾向を測定できるものであるが、医療場面を想定したものではなかった。

そこで本研究では、看護師のリスクテイキング行動を自己評価するための質問紙作成を試みた。今回はその作成過程とその表面妥当性の検討までを報告する。

II. 研究の目的・意義

研究の目的は、与薬における看護師個人のリスクテイキング行動の傾向と日常でのリスクテイキング行動との関連を調査するための質問紙の作成を行い、その内容の信頼性、妥当性の検証を行うことである。

研究の意義は、看護師のリスクテイキング行動の傾向が示唆することができ、それにより事前対策を個人が考えることが可能で、将来的な事故発生の予防対策として、「どのような方略を自分自身が理解している

のか」、「この場合どのように行動(思考)したらいいのか」などのメタ認知と称される高次の認知過程に統合された思考判断が可能となり、事故防止行動への認識を持つことが可能となる。また与薬での看護師のリスクテイキング行動の関連要因が明らかになれば他の状況に応用が可能となる。

用語の定義

リスクテイキング行動とは、対象者のリスクの可能性を認識しながらも行われる行動。また、対象者に与えるリスクの可能性をはっきりとは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実さを伴う場合の意識的、無意識的な行動を含む(吉田、2010)とした

III. 本研究の方法

本研究の方法は以下の通りである

①ステップ1で質問紙作成

②ステップ2で質問項目の表面妥当性の検討

リスクテイキング行動は日常生活の中に個人の特性の行動として表れる。ある場面でもよりリスクな行動を選択する者は、他の場面でもリスクに振る舞う傾向が強いとする個人傾向と、同一状況の場合同じような行動を取るという場面一貫性について示唆されている。そのためリスクテイキング行動を日常生活の場面と与薬場面との2場面での質問項目の作成を2ステップで行った。

①ステップ1 質問項目の収集

1) 文献検討により質問項目の抽出

(1) 方法

医学中央雑誌 web 版、CiNii、Google scholar、PubMed にて、キーワードを「リスクテイキング」「看護師」「risk-taking」「nurses」で検索した。検索期間は1998年から2018年とした。

(2) 結果

該当文献は5件であった。対象文献が少ないため、看護領域外でのリスクテイキング行動に関する研究の文献検討を行った。該当論文は和文献29件、海外文献は13件検出し、合計42文献が該当した。

研究論文の概要は、交通心理学、心理学、労働災害心理学、社会学、看護学が含まれていた。これらの研究の背景として、日常生活の中での事故や交通事故、労働災害、医療事故等の発生を背景に研究を行っていた。

各研究により【属性】【状況要因】【性格要因】【認識要因】【行動技能要因】の5のカテゴリーと、16のサブカテゴリーを抽出し、リスクテイキング行動に関連する要因と、因子関係を認めた内容を参考に質問項目を作成した。以下にカテゴリーと質問の概要を記す(表1)。

表1 リスクテイキング行動の関連要因

カテゴリー	サブカテゴリー
属性	性差
	発達段階
	経験年数
性格特性	楽観性
	達成動機
	不安感
	内的統制
環境要因	集団の影響
	社会的圧迫
	時間的圧力
認識要因	リスク知覚・認識
	リスク回避志向性
	自己能力の認識
	経験による認識
行動技能要因	批判的思考解決性
	日常生活の傾向(失敗傾向性・確実)

①基本属性として質問項目(9項目)

基本属性として〈年齢〉〈性別〉〈経験〉の9項目抽出した。年齢や性別による特徴として、青年期にあるものと高齢者で比較検討した研究では、高齢者よりも若年者の方がリスクの敢行しやすく、発達段階における特徴であると示唆し、性別においては、女性より男性にリスクテイキング行動を取りやすいと報告する研究が多い^{15)~20)}。

芳賀(1999)は、若年及び男性にリスク傾向性があると述べ、その理由として中年における行動抑制の要因を、違法精神が高く若年では無判断が多いためであると述べた²¹⁾。また看護業務の中にリスクテイキング行動の割合が高い者、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^{22)~26)}。これらによりリスクテイキング行動の一般的な特徴として男性はリスクを過小評価し、高齢者より若年者が敢行しやすい特徴や、経験年数や今までのインシデント、アクシデントの経験など、属性として質問項目を作成した。

②要因別リスクテイキング行動の質問項目(33項目)

リスクテイキング行動の要因として【状況要因】【性格要因】【認識要因】【行動技能要因】の4つを抽出した。

状況要因として、人数や社会的関係性や時間の圧迫によりリスクテイキング行動を起こすと示唆されていた。橋口は、集団になると責任の拡散が起こりよりリ

スキーな状況を選択すると示唆した²⁷⁾。また福田は、早朝の踏切での人々の危険な遮断器横断の傾向を、時間帯及び電車の通過時間が因子として生じることを示し、時間的な圧迫がリスクテイキング行動につながるとした²⁸⁾。また社会的圧迫と時間的圧迫でリスク敢行意図が高くなると示唆していた²⁹⁾³⁰⁾。これにより意思決定時の人数や社会的・時間的圧迫によるリスクテイキング行動の質問項目を作成した。

性格要因として、個人の物事の捉え方によりリスクテイキング行動を起こすと示唆していた。上市(1998)や吉村(2010)は、日常生活の下で楽観的に行動するものはリスクテイキング行動を取りやすいと示唆した³¹⁾³²⁾。またハイリスクの選択をとる達成動機、不安感などの高感受性により影響を受ける事や、行動の決定に内的統制の程度がリスクテイキング行動の要因と示唆していた^{33)~35)}。

これらによりリスクテイキング行動の特徴として、楽観性や達成動機、不安感や内的統制を含むリスクテイキング行動の質問項目を作成した。

認識要因として、個人の認識がリスクテイキング行動に関与すると示唆している。芳賀(1998)は、「事故・災害の確率×事故・災害より予想される損失の大きさ」の主観的なリスク評価と作業による利得の程度がリスクテイキング行動に関与すると述べた²²⁾。またリスクに気が付く能力や、事故を未然に避ける傾向の程度、自己評価の程度、経験による安易的判断などの影響を示唆していた^{35)~37)}。

これによりリスク認識やリスク回避志向性、自己能力過信、経験による認識を含むリスクテイキング行動の質問項目を作成した。

行動技能要因として、看護師が侵しがちなエラータイプの調査では、自分の行動が正しいの、また対象が正しいのかと考えを深めて課題を解決する批判的思考行動や、日常生活の中での失敗や、確実な実施傾向などが要因として示唆していた^{36)38)~41)}。

これにより批判的思考や日常生活の失敗性によるリスクテイキング行動の質問項目を作成した。

文献検討によりリスクテイキング行動の要因についてのカテゴリーとしてまとめ、その後、研究結果において因子関係を認めた質問項目を参考にし、①日常生活場面、②身体健康に関わる場面、③交通にかかわる場面を含めた42項目を作成した。

2) 日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業報告 Web 上データより質問項目抽出

(1) 方法

公益財団法人、日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業ホームページ内掲載の事故事例検索を実施、「医療事故」をキーワードにし、「薬剤」「看護師」の事例を検索した。対象期間は、事故報告の実施全期間とした（2010 年 1 月から 2018 年 7 月）。

対象医療事故事例は 950 例であった。その後、事故の背景要因に関する報告内容について、ハンドリサーチにてリスクテイキング行動を認める事例を 32 件抽出した。対象数が少なかったため、さらにヒヤリ・ハット事例を対象に含め、2014 年 1 月から 2018 年 7 月の報告事例 14778 例を含め、合計 15728 事例を対象としリスクテイキング行動を認める 675 の医療事故及びヒヤリ・ハット報告事例の分析を行った（2019 年 3 月検 Web 上データ検索）。

分析方法は、報告事例の看護師の与薬過程の「指示受け・調剤」「薬剤受領」「与薬準備」「与薬」「患者」「観察・確認・記録」の 6 段階に分別し、各段階での内容分析を行った。

内容分析及び質問項目の作成方法は、報告事例の原文をテキストデータとし、分析には計量テキスト分析 KH Coder を利用し、テキストマイニング分析と共起ネットワーク分析を行った。

分析方法の詳細は、分析対象となる文章を単語の単位に区切り、各単語の品詞及び単語頻度分析で出現回数と単語間の結びつきを探るために、共起ネットワーク分析を用い、質的データを可視化した。その後、抽出したカテゴリー毎に元データに戻り、質問の作成を行った。

(2) 結果

文章の単純集計では、総抽出語数 57600、2215 の文、1259 の段落が抽出された。その後抽出語・共起ネットワーク分析を与薬段階毎に実施し、出力された結果から、主要語の意味内容を解釈し、質問項目を作成した。操作条件として描画する共起関係上位 60 位まで抽出、品詞による後の取捨選択では、「名詞」「固有名詞」「副詞」「動詞」「形容詞」「サ変名詞」を対象とした。以下に各段階での抽出カテゴリーと質問項目を『』で表す。

（一部共起ネットワーク図を記入する）

「指示受け」においては、共起ネットワークより《確認》《思い込む》《十分》《忘れる》の中心共起関係単語を抽出した。質問項目として、『薬の処方内容を確認せず、指示受けしたことがある』、『口頭指示を以前と同じと判断し、間違えて受けた事がある』など、薬剤指示を受ける段階で、指示確認の曖昧さ、知識不足のままの役割遂行などのリスクテイキング行動の質問を作成した。

「薬剤受領・管理」において、共起ネットワークより《情報》《自己》《処方》《検査》の中心共起関係単語を抽出した。質問項目として『薬剤師や看護師など他の者が準備している時、正しいと思い確認作業を省略することがある』『一包化薬の詳細な照合を省略することがある』など、【他者の存在による確認の省略や曖昧な対応】などのリスクテイキング行動の質問を作成した。

「与薬準備」では、共起ネットワークより《チェック》

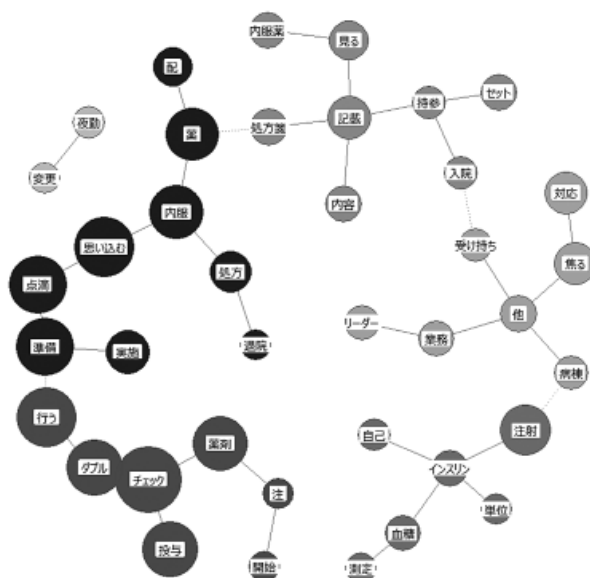


図1 「与薬準備」段階での共起ネットワーク

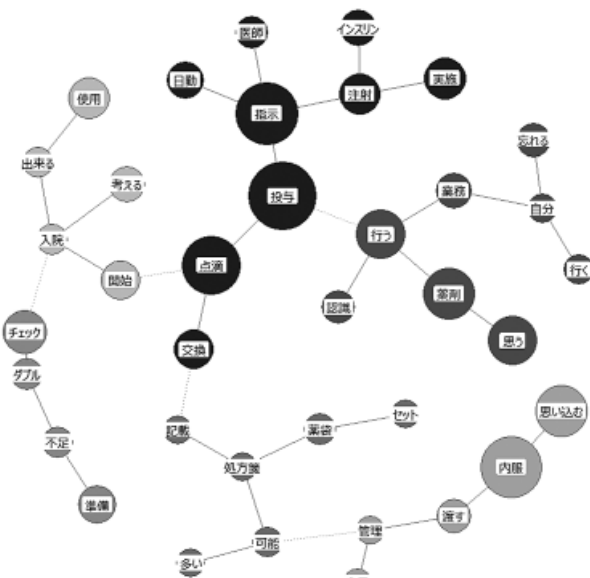


図2 「実施」段階での、共起ネットワーク

《内服》《記載》《インスリン》《他》の中心共起関係単語を抽出した(図1)。質問項目として、『減量の記載を認識せず、調整が必要な輸液量を間違えたことがある』『予定時間に投与できず、焦って確認照合を省略したことがある』など、【時間的圧迫による曖昧な確認や、作業省略】などのリスクテイキング行動の質問を作成した。

「実施」では、共起ネットワークより《指示》《行う》《処方箋》《入院》の中心共起関係および共起関係単語を抽出した(図2)。質問項目として、『他の看護師が準備した点滴を、指示簿で確認せず代理与薬を行ったことがある』『1回内服量がおかしいと疑問を感じたが、そのまま実施したことがある』などで、【多重業務や業務中断、時間的圧迫による確認作業の省略、楽観的判断】などのリスクテイキング行動の質問を作成した。

「患者」では、共起ネットワークより《内服薬》《配》《忘れる》の中心共起関係単語を抽出した。質問項目として、『服薬忘れの無い患者の場合、服薬確認を省略することがある』『患者の家族が内服の管理をしている場合、服用確認を省略することがある』など、【患者や家族の管理能力の過信や曖昧な状況判断】などのリスクテイキング行動の質問を作成した。

「観察・確認・記録」では、共起ネットワークより《投与》《点滴》《管理》《日勤》の中心共起関係単語を抽出した。質問項目として、『患者や家族との会話で作業が中断し、点滴の確認を曖昧に行ったことがある』『誰かがやってくれているだろうと思い、与薬確認を省略したことがある』など、多忙や作業中断、患者への遠慮やスタッフとのかかわりなどの【状況による確認作業の省略】などのリスクテイキング行動の質問を作成した。

以上により看護師の与薬段階ごとのリスクテイキング行動の質問を作成し、内容の重複や表現の統一など検討し最終的に53項目を作成した。

文献検討及び日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業報告Web上データより事故内容の分析による質問項目を統合し、95項目を作成した。

②ステップ2 質問項目の表面妥当性の検討

質問項目の表面妥当性・内容妥当性の検証を行う目的で、フォーカスグループインタビューを実施した。フォーカスグループインタビューを選択した理由は、与薬における看護師のリスクテイキング行動の現状の把握ができ、顕在的・潜在的問題などの情報を得ることが可能と考えたためである。

1) 方法

対象者は、圏内の医療安全対策地域連絡加算を受けている病院で働く医療安全対策委員の経験のある看護師4名とした。医療安全対策に精通した看護師より、より専門的な視点での意見の積み上げが可能で、質問項目の表面妥当性が可能であると考えた。

選抜方法は機縁法による対象病院の看護部に書面にて与薬における看護師のリスクテイキング行動の質問項目についてのフォーカスグループインタビューの参加協力を書面にて説明し、承諾が得られた後、対象者の推薦をいただいた。

推薦された対象者に研究の目的、倫理的配慮など書面を用いて説明し、書面にて承諾を得てから実施した。承諾後、作成したリスクテイキング行動の尺度項目の質問用紙を事前配布し、日程調整を行い、後日①現状における看護師のリスクテイキング行動について、②作成した質問項目の表現や配列などについてインタビューガイドを用いて実施した。

2) 結果

対象者は、看護師経験20年以上の医療安全対策室管理係長1名と病棟師長3名、医療安全対策委員の経験と医療安全管理者講習を修了した者であった。

(1) 質問項目の選別と表現の検討

先に作成した質問項目95項目から、重複や類似項目を整理し、曖昧な表現の語句の指摘などにより修正を加えた。また多くの人が状況設定のイメージが付くように表現の統一や幅を持たせること、だれが見ても同じ状況をイメージできるように、短文で読みやすく簡潔な表現に修正した。その結果、計29項目の表現を修正し、重複した意味内容を含む項目を4項目削除した。

グループインタビューによる修正として、与薬事故防止のための確認行動の違いや、看護体制の違いなどがある事の指摘を受け、具体的行動内容は控え、確認行動を表す6Rという表現にした。

尺度段階は生活内容の質問は先行研究を参考に5段階評価とし、与薬時の看護師の行動の質問は4段階尺度とした。

(2) 質問項目の分類と配列

選別した質問項目を、年齢・性別、看護師経験等の属性項目と、結果の分析に必要な配置場所での経験年数や、インシデント・アクシデントの経験の程度などの質問項目を加え、の質問を1とし9項目、日常生活

行動の質問をⅡとし32項目、与薬における看護活動の質問をⅢとし与薬過程の6段階を順に50項目、大きく3つに分けた。被検者が全ての項目に答えやすいように3領域の区分に見出し項目の色を変えて表現した。

これらの過程により作成した質問項目は91項目となり、A4版で横開きの6項の冊子とした。

IV. 倫理的配慮

本研究は大阪医科大学大学院研究倫理審査【看-47(2893)】の承認を受けて実施した。

V. 考察

今回質問紙作成を段階的に進めていった。それぞれの質問紙作成においての考察を述べる。

1. 質問項目の抽出 先行研究より既存の質問項目の抽出と公開データによる抽出

まず初めに行ったことは、国内外の文献検討を行い、リスクテイキングの研究の動向と複数の既存の質問紙より、研究目的に応じた質問項目を候補として収集することを行った。

リスクテイキング行動の研究は1970年代より始まり、交通心理学分野での研究が多く見られた。そもそもリスクテイキング行動とは、個人の持つ思考過程の特徴が行動に現れるものである。個人の思考過程の傾向が行動に反映し、状況の変化によりリスクテイキング行動が生じる。交通事故の一要因としてリスクテイキング行動について研究を行っていた。

リスクテイキング行動の要因として、【属性】【性格特性】【環境要因】【認識要因】【行動技能要因】を抽出し、それぞれより質問項目を42項目作成した。性別、年齢による傾向を認め、場面一貫性や個人一貫性があると示唆していた⁴²⁾。その理由として年を取ると意思決定時間をより持つこと、経験により保守的考え方が物事の選択に影響を及ぼすこと、男性より女性は保守的な判断を行うためであると示唆していた。

リスクの選択は、性別以外に性格の影響がある。現状にあるリスクを個人は、思考内で知覚・評価し行動する。この過程に関連するとして【性格特性】の＜内的統制＞や＜楽観性＞、＜達成欲求＞などが関与すると示唆していた¹⁸⁾。吉村は、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³²⁾。「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良いように見積もることが生じていると述べた³⁰⁾。また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¹⁵⁾。

【状況要因】では、社会的圧迫と時間的圧迫や人数などでにより敢行意図が高くなると示唆する研究が認められた。早朝の踏切での人々の危険な遮断器横断や、信号のない道路の横断、他の人々の危険行為に合わせての行動などが、リスクテイキング行動につながるとした。これらの状況の中で、個人がリスクテイキング行動となるのかが問題となる。

多くの研究で、個人の＜リスク知覚・認識＞と＜リスク回避・志向性＞がリスクテイキング行動に関与していた。そもそもリスクに対する感受性の程度や、状況に対応する行動の負担と得られる成果を比較により、得られる成果が大きい場合リスクテイキング行動が生じやすくなる。また、得られた結果は個人の成功経験として、＜経験による認識＞としてその後の行動に関与する。看護においては、個人行動による看護活動とチームの関係を持ちながら患者のケアを行う特徴がある。そのためこれらの内容は質問項目の作成に重要な参考内容となった。

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の医療事故報告の薬剤に関するインシデント・アクシデント内容の言葉をテキストデータとして、テキストマイニングによる分析を行った。医療事故報告内容は数が多く、質的データを人の力で行う場合、多くの時間と内容分析に洞察的見解が困難で、客観的な結果を導くことが難しい。そのため網羅的に分析するためには、テキストマイニングは有効である⁴³⁾。しかし、頻度の少ない言葉は、データ分析が難しい欠点が指摘されている。そのため今回は、原文の素データに戻り、医療事故報告の内容や状況を含むように、質問紙の作成を行った点は有用ではないかと考える。また、与薬の報告内容を段階ごとに分けそれぞれの段階に生じている状況を再現できるように質問紙を作成したことは被験者がどの段階や状況でリスクテイキング行動を取りやすいのか知ることができるのではないかと考える。

リスクテイキング行動の発生は、【指示確認の曖昧さ、知識不足のままの役割遂行】【多重業務や業務中断、

時間的圧迫による確認作業の省略や楽観的判断】【他者の存在による確認の省略や曖昧な対応】や【患者や家族の自己管理能力の過信や曖昧な状況判断】【多忙や多重業務、患者への遠慮など状況による確認作業の省略】などのリスクテイキング行動を認めた。与薬段階に多重業務や時間的圧迫が多く生じていた。確認業務において曖昧な対応や省略が生じていた。

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遵守のため、システムを整え事故防止を行っている(44)～(48)。現在与薬過程で複数人によるダブルチェックなどが行われている病院も多いが、確認作業においてリスクテイキング行動が多く認めた。

安達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⁴⁶⁾。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²⁶⁾。

本来人間の思考は自分に都合のよい情報だけを選択的に処理してしまうヒューリスティックな判断をする。そして認知的特性が個人にあり、それが論理的過誤などの誤った判断を生むと示唆している⁴⁰⁾。

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²⁾。そのため業務が多くなることでの負担や、それらを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。また、時間が無いというタイムプレッシャーは、精神的な余裕がなくなる。多忙時や安全の意識の欠落、他者の存在による責任の分散化など、潜在的に存在するリスクの認識と行動の個人差が生じていると考える⁴⁹⁾。

以上により、看護師のリスクテイキング行動の質問53項目の抽出ができた。今後の活用により、事前対策を個人が考えることが可能となり、予防対策の一助となると考える。

2. フォーカスグループインタビューによる質問項目の表面妥当性の検討

作成した質問項目の内容の検討を行うため4名の安

全管理看護師の専門化によるフォーカスグループインタビューによる表面妥当性の討議を行った。研究対象になる看護師より段階的な与薬時のリスクテイキング行動の現状を表す意見があり、より具体的で表現の適切性の意見が多く認めた。

VI. 終わりに

本研究は、与薬における看護師のリスクテイキング行動の自己評価を行うための質問項目の作成を目的に段階的に行った。それにより91項目の質問項目を作成することができ、以下の結果を得た。

1. 文献検討より選別した質問項目を、年齢・性別、看護師経験等の属性項目と、結果の分析に必要な配置場所での経験年数や、インシデント・アクシデントの経験の程度などの質問項目を加え、の質問をⅠとし9項目、日常生活行動の質問をⅡとし33項目、医療事故報告の看護師の報告内容より53項目で合計95項目を作成した。
2. 表面妥当性の検討を行い、重複内容や分かりにくい表現について修正および削除を行い最終的91項目の質問項目を作成した(表2)。

表2 リスクテイキング行動の質問紙一部抜粋

Ⅱ 下記の質問に対して、今までの経験であてはまる番号を○で囲んでください。				
質問	該当する回答			
	一度もない	めったにない	時々ある	頻繁にある
1. 口頭指示を以前と同じと判断し、間違えて受けたことがある	1	2	3	4
2. 薬の処方内容を確認せず、指示受けたことがある	1	2	3	4
3. 薬剤追加などの指示受け時、残薬の確認をしなかったことがある	1	2	3	4
4. 与薬の指示コメントの照合が抜けたことがある	1	2	3	4
5. 薬効を把握しないまま、指示受けを行なったことがある	1	2	3	4
6. 内服中止の処理を忘れたことがある	1	2	3	4
7. 処方内容に違和感があったが、そのままにしたことがある	1	2	3	4
8. 自己管理薬の変更時、患者への説明を忘れたことがある	1	2	3	4
9. 薬剤師や看護師など他の者が準備している時、正しいと思い確認作業を省略することがある	1	2	3	4
10. 持参薬の確認を怠ったことがある	1	2	3	4
11. 内服などの開始の日時を間違え、与薬カードにセットしたことがある	1	2	3	4
12. 一包化薬の個数の確認を省略することがある	1	2	3	4
13. 緊急時、薬剤の6Rの確認ができなかったことがある	1	2	3	4
14. 検査や手術前などの前投与薬の実施を忘れたことがある	1	2	3	4
15. 先輩などに気兼ねして、確認依頼ができなかったことがある	1	2	3	4
16. 規格量の減量が必要な薬剤の調整を間違えたことがある	1	2	3	4
17. 混合してはいけない薬剤などを間違えて混注してしまったことがある	1	2	3	4
18. 初めて投与する薬品の確認は、特に注意して行う	1	2	3	4
19. 予定時間に投与できず、確認の6Rを省略したことがある	1	2	3	4

今後は、信頼性と妥当性の検討を行う必要がある。
利益相反について
本研究において開示すべき利益相反はない

引用・参考文献

- 1) 横浜市立大学医学部附属病院の医療事故に関する事故対策委員会：横浜市立大学医学部附属病院の医療事故に関する中間とりまとめ 平成 11 年 3 月 24 日, <https://www.yokohamacu.ac.jp/kaikaku/BK3/bk3.html>(2020. 11.2 閲覧)
- 2) 川村治子. ヒヤリ・ハット報告が教える 内服と薬事故防止, 医学書院, 2002.
- 3) 相撲佐希子. 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. 2012.
- 4) 増田貴之, 佐藤礼紀. 指差し喚呼によるヒューマンエラー防止効果を体感する, 日本総研報告, Vol.71, No41, 2014.
- 5) 伊藤正子, 舟島なをみ, 野本百合子, 鈴木美和. 患者の安全保証に向けた看護師の対策と実践, 看護教育学研究, Vol.15, No.1, 2006.
- 6) 加賀山朋枝, 渡邊聡, 宇賀神和久, インシデント発生にかかわる行動特性についての分析—人事考課と行動特性を組み合わせた二次元複合解析法から—, 医学検査, Vol, 64, No. 3, 2015.
- 7) 河野龍太郎. 医療におけるヒューマンエラー第 2 版, 医学書院, 2015.
- 8) 神中緑, 塩出千晶, 大谷稔. 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, 2016.
- 9) 山岸まなほ, 宮腰由紀子, 小林 敏生. 病院職員の安全風土とインシデントレポートの提出に影響する要因, 日本職業・災害医学会会誌, Vol. 55, No. 4, 194-200, 2007.
- 10) 天野寛, 酒井俊彰, 酒井順哉. 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, 2007.
- 11) 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](http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action(2019.2.1) 閲覧).
- 12) Weber UE, Blais A, Betz EN. (2002). A Domain-specific Risk-attitude Scale : Measuring Risk Behaviors. Journal of Behavioral Decision Making, 15, 263-290, 2002.
- 13) 森泉慎吾, 白井伸之介, 中井宏. リスクテイキング行動尺度作成の試み—信頼性・妥当性の検討—, 労働科学, 86 巻, 3 号, 127-138, 2010.
- 14) 森泉慎吾, 白井伸之介. リスクテイキング行動尺度の信頼性・妥当性の再検討, 労働科学, 87 巻, 6 号, 211-225, 2011.
- 15) 赤塚肇, 芳賀繁, 楠神健. 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, 1998.
- 16) 蓮花一己. 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, 2000.
- 17) 小塩慎司. 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, 2001.
- 18) Deakin J, Aitken M, Robbins T, Sahakian BJ. Risk taking during decision-making in normal volunteers changes with age. Journal of the International Neuropsychological Society, (10), 590-598, 2004.
- 19) 宮崎彰夫, 矢野伸裕. 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, 2015.
- 20) 蓮花一己, 多田昌裕, 向井希宏. 高齢者ドライバーのリスクテイキング行動に関する実証的研究, 応用心理学研究, Vol.39, No. 3, 182-196, 2014.
- 21) Joshua Piche, Jaeson Kaylegian, Dale Smith and Scott J. Hunter. (2018). The Relationship between Self-Reported Executive Functioning and Risk-Taking Behavior in Urban Homeless Youth, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55, 10(S), 2018.
- 22) 芳賀繁. 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, 1999.
- 23) 吉田理恵. 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, 2010.
- 24) 酒井俊彰, 酒井順哉, 天野寛. 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, 2010.
- 25) 大塚雄市, 三沢良, 野口博司, 山口裕幸. 守られる設計—製造上の安全規則に関する考察, 日本機械学会論文集, 73 巻, 725 号, 331-338, 2007.
- 26) Melek Kalkan, Hatice Odaci, and Hatice Epli

- Koç. Innovativeness, Risk Taking, Focusing on Opportunity Attitudes on Nurse Managers and Nurses, World Academy of Science, Engineering and Technology International Journal of Social, Behavioral, Educational, Economic, Business and Industrial Engineering Vol.4, No7, 2010.
- 27) 橋口捷久. 集団内の意思決定者数とリスクテイキングの水準, 九州大学, 4(2)123-13, 1974.
- 28) 福田字志. 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, 2008.
- 29) Carl Thompson, Len Dalglish, Tracey Bucknall, Carole Estabrooks, Alison M, Hutchinson, Kim Fraser, Rien de Vos, Jan Binnekade, Gez Barrett, Jane Saunders. The Effects of Time Pressure and Experience on Nurses' Risk Assessment Decisions A Signal Detection Analysis, Nursing Research September Vol 57, No.5, 302-311, 2008.
- 30) 安達悠子, 小倉有紗, 臼井伸之介. 看護業務における違反の心理的生起要因—リスクマネージャーを対象に—, 応用心理学, Vol. 40, No 1, 23-35, 2014.
- 31) 上市秀雄, 楠見孝. 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, 1998.
- 32) 吉村典子. 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, 2007.
- 33) 小塩真司. 友人関係における欲求, 友人の行動, 危険度認知が大学生のリスクテイキング行動に及ぼす影響, 人文学部研究論集 第10号, 47-58, 2007.
- 34) 藤井真砂子, 米沢弘恵, 長谷川智子. 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, VOL12, No.2, 32-41, 2009.
- 35) 上市秀雄, 楠見孝. 後悔がリスク志向の・回避に行動における意思決定に及ぼす影響: 感情・パーソナリティ・認知要因のプロセスモデル, 認知科学, 7(2), 39-151, 2000.
- 36) 松寄英士, 遠藤英子. 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, 2004.
- 37) 小倉慈子. 自己愛傾向とリスクテイキング行動, 心理学研究 2014 年 第 85 巻 第 1 号, 80-86, 2014.
- 38) 松尾太加志. 事故損失の認知がリスクテイキング行動に及ぼす影響—効用最大化モデルと動機付けモデルによる検討—, ヒューマンインタフェース学会論文誌 Vol.8, No1, 1-7, 2006.
- 39) 佐藤重孝, 戸梶亜紀彦. 認知的評価理論に基づく個別のネガティブ感情のリスクテイキングに及ぼす影響について, 東洋大学大学院紀要, 50 巻, 33-54, 2014.
- 40) 松尾太加志. ヒューマンエラーへの認知工学的アプローチ, BME Vol.15, No.5, 43-50, 2001.
- 41) 芳賀繁, 中村玲香, 山出康世. 看護職のためのエラータイプチェックリストの開発, 医療の質・安全学会誌, 1(1), 15-22, 2006.
- 42) 中井宏, 臼井伸之介. 運転場面におけるリスクテイキング行動の一貫性検証, 応答心理学研究 Vol.32, No1, 1-10, 2006.
- 43) 樋口耕一. 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, No1, 101-115.
- 44) 八代利香, 松成裕子, 梯正之. 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, 2003.
- 45) 相撲佐希子, 鈴木初子, 榎原毅. 病棟の安全文化を高めるための師長のリスクマネジメント役割, 中京学院大学看護学部 紀要, 第3巻第1号, 17-28, 2013.
- 46) 安達悠子, 小倉有紗, 臼井伸之介, 吉田乃里子, 青木喜子, 和田一成, 太刀掛俊之. 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回総会抄録集, 2007.
- 47) 天野寛, 酒井順哉. 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, 2004.
- 48) 山内佳子, 山内隆久. 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, 63-64, 2000.
- 49) 三浦利章, 原田悦子. 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, 2007.

