

# 新人Ns ヒューマンエラー関連要因に関する分析 (2)

○ 迫田裕子<sup>1</sup>・兵藤好美<sup>2</sup>・田中共子<sup>3</sup>

(<sup>1</sup>岡山大学大学院文化科学研究科・<sup>2</sup>岡山大学医学部保健学科・<sup>3</sup>岡山大学文学部)

Key words: 新人Ns, ヒューマンエラー関連要因, グラウンデッドセオリー

## 目 的

近年、医療事故やヒヤリ・ハット分析の発生要因分析が、大規模に行われるようになってきた。しかしながら、確立された分析方法はなく、発生要因の関係性を全体にとらえ、介入までを見据えた研究は少ない。

兵藤・田中(2004)は、新人Nsのヒューマンエラー関連要因について数量化Ⅲ類による分析を行い、3つのカテゴリーを見いだしている。本研究では、グラウンデッドセオリーアプローチによって、ヒューマンエラー関連要因について質的分析を試み、現場に特有の要因の抽出とカテゴリー化を行い、兵藤・田中(2004)と比較検討する。また、本研究で得られたデータから仮説モデルを示す。

## 方 法

**調査対象:** A病院に勤務する新人Nsのうち、インタビュー調査への協力が得られた13名。調査は2003年と2004年の9月に、それぞれ約1ヶ月間実施した。

**調査方法:** 就職後約半年間に体験したヒヤリ・ハット事例の概略を把握するために、半構造的面接調査を行った。なおプライバシーに配慮し、回答は自由意志であること等を説明して、倫理的配慮に努めた。面接内容はテープで録音し、録音内容を起こした上で類似する内容についてまとめ、コード化、比較分析を行った。

## 結 果

### 1. カテゴリー化

得られたデータから、看護師が認知しているヒヤリ・ハットの要因についてカテゴリー化を行った。

その結果、最終的に5つのカテゴリー・グループ(以下ではCGと表す)を見いだした。なお、カテゴリーは階層構造をもち、最上位のものをカテゴリー・グループ、次に大きな単位をカテゴリー、その一つ下の単位を下位カテゴリーとして示した(Table1)。CGの一つである『作業状況』には、「目盛りが分かりにくい」、「管が邪魔になる」と行った「機器の扱いにくさ」と誤認しやすい物の置き方や他の仕事の割り込みといった「作業環境」に関する内容が含まれた。『業務特性』には、「多忙」や「突然他の人の仕事を頼まれた」といった「臨時業務」、「人手不足」が含まれた。『組織的取り組み』は、「仕事の指示や記述が不明確であった」、「申し送りの書き方が他のチームと違っていた」、「マニュアルが分かりにくい」といった「情報伝達の不備」が含まれた。これに加え、「先輩看護師や医師に意見をしづらい」、「相手の看護師がいなかったので確認できなかった」といった「組織の雰囲気」、「事前に学習する機会がなかった」といった「組織の学習機会の不足」がカテゴリーとして示された。『内的状況』には、疲労や焦り、不安などの「ストレス反応」と、「確認が足りなかった」「思いこんでしまった」といった「確認不足・思いこみ」、「知識が足りなかった」「初めて扱う機器だった」といった「知識・経験不足」が含まれた。『他者』には、「日勤のナースはシールの内容を書き直していなかった」、「主治医がちゃんと欠食の指示を出していなかった」などの「他者のエラー」がカテゴリーとして示された。

Table1 エラー要因カテゴリー表

カテゴリー・グループ	カテゴリー	下位カテゴリー
作業状況	機器の扱いにくさ	機器が扱いにくい
	作業環境	誤認しやすい物の置き方 他の仕事の割り込み
業務特性	多忙	忙しい
	臨時業務 人手不足	突然の仕事 人手が足りない
組織的取り組み	情報伝達の不備	記述・指示方法の不備 連絡システムの不具合 マニュアル等の不具合
	組織の雰囲気	質問や意見を言いつらい雰囲気 コミュニケーション不足
	組織の学習機会の不足	事前に学習する機会がない
内的状況	ストレス反応	疲労 心理状態
	確認不足・思いこみ	確認が足りない、思いこんでいた
	知識・経験不足	知識が足りない、経験不足だった
他者	他者のエラー	他の看護師や医師によるエラー

### 2. モデル化の試み

データの比較分析により、カテゴリー化をすすめる中で、以下のようなカテゴリー間の関係が見いだされた。すなわち、『組織的取り組み』や『業務特性』が『内的状況』に影響を及ぼし、エラーに結びつく関係と、『作業状況』や『他者』がエラーに直接結びつく関係が見られた。図式化した物を Figure1 に示す。

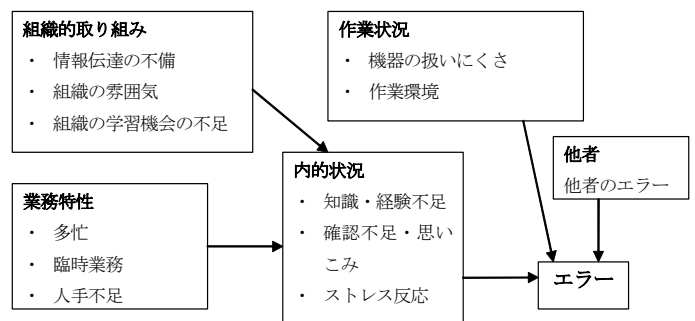


Figure 1 エラー要因のモデル図

## 考 察

本研究で示されたカテゴリーのうち、『組織的取り組み』、『内的状況』、『作業状況』は、兵藤・田中(2004)で示された「情報入力阻害関係」、「内的要因関係」、「外的・誤認関係」とそれぞれ内容的に類似するものとなった。兵藤・田中による量的な分析と、本研究での質的な分析で類似した傾向が見られることから、これらのカテゴリーは比較的安定したものだと考えられる。本研究において見いだされた『業務特性』と『他者』のカテゴリーは、新たな要因として今後考慮すべきものである。また、本研究で提唱する仮説モデルからは、看護師のエラーを抑制するため、業務特性や作業状況の改善のみならず、組織的取り組みが大きな役割を持つことが推測される。

## 引用文献

兵藤好美・田中共子 2004 新人Ns ヒューマンエラー関連要因に関する分析 (1) 日本心理学会第68回大会発表論文集, 232.

(SAKODA Yuko, HYODO Yoshimi, TANAKA Tomoko)