

# 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

山岸まなほ, 宮腰由紀子, 小林 敏生

広島大学大学院保健学研究科

(平成 19年 5月 22日 受付)

**要旨:** 安全風土やインシデントレポート提出に関する病院職員の意識と行動を評価し、影響要因を検討するために、西日本の特定機能病院 1 施設の常勤職員 1,327 名を対象に横断的質問紙調査を実施し 945 名から回答を得た。質問構成は安全風土 19 問とインシデントレポート提出の実際 13 問で回答は 5 点満点とした。安全風土では「全くそうである」「そうである」という肯定的回答が多く各問平均 3.0~4.1 点であった。インシデントレポート提出頻度は影響レベル 0(患者に実施される前に発見され修正)が 2.6 点, レベル 1(患者に実施されたが障害なし)が 3.6 点と, レベル 2・3(患者に一過性の障害)の 4.5 点より低値だった。

安全風土から抽出した 4 因子「協働性」「事故防止への取り組み」「他者への働きかけ」「安全行動への信念」を目的変数とした重回帰分析では、最も影響が大きい説明変数が部署の風土となり、その重要性が示唆された。また、4 因子間では「協働性」と「事故防止への取り組み」間を除き、互いに有意な説明変数であった。

インシデントレポート提出頻度を目的変数とした重回帰分析のモデル適合度は低く、職種を医師・歯科医師に限定しても 0.13~0.22 であった。インシデントレポート提出に共通する影響要因は、医師・歯科医師の影響レベル 0 と 1 では「対象となるインシデントレポートの認知」と「協働性」であった。レベル 1 と 2・3 に共通する影響要因は、提出理由の「事故予防に役立つ」であった。これらの結果から、安全風土とインシデントレポート提出に影響する要因の一部を検証することができた。

(日職災医誌, 55:194—200, 2007)

## キーワード

安全風土, 医療安全, インシデントレポート

## 序 文

近年、国民医療費の高騰と国家財政の深刻なひっ迫に伴い、保健医療施設においても投入費用に応じた成果が求められており、その 1 つとして安全な医療の提供が認識されている。また、医療事故が頻繁に報道され、安全な医療の提供に対する国民の関心は高まっている。保健医療施設の医療安全推進対策の評価方法としては、実際の事故の発生を把握することが最も妥当であると考えられるが、実際には事故の発生頻度は非常に低く事故の過少報告が多いことから正確な評価が難しいと考えられる。そこで、近年は施設の医療安全推進対策の評価として、職員の安全風土とインシデントレポート(ニアミスを含む事故報告)の提出について質問紙法によって評価

した報告が増えつつある。

安全風土とは、組織文化における安全に関わる文化的諸側面と定義され、具体的には安全に関わる態度、価値観、信念などや、その表現型としての具体的な行動パターンなどである<sup>1)</sup>。保健医療施設における安全風土を構成する要因については、研究が先行している産業界、特に航空業界を参考に検討されており、事故報告と事故防止体制、協働性、改善意欲、手順の遵守などが報告されている<sup>2)~8)</sup>。また、インシデントレポート提出に焦点をあてた報告では、設定された状況での報告頻度、レポートを提出しない理由などが検討されている<sup>9)10)</sup>。

安全風土に影響する要因については、金子らの 3 施設の看護師を対象とした調査結果で、「上司の姿勢」「安全風土の報告に対する雰囲気」「安全啓発」「改善意欲」に影響していたと報告されており<sup>5)</sup>、安全風土の内部関連の有意な関連が認められている。Blegen の 2 施設の看護師を対象とした調査では、8 因子(部署の管理者、訓練、

安全強調、非懲罰性、事故報告と情報利用、与薬管理、労働安全)の内部相関係数は0.24~0.64であった<sup>3)</sup>。Griffinらの1製造業の職員を対象とした調査では、5因子(管理者の価値観、コミュニケーション、安全実践、訓練、設備)の内部相関が0.37~0.65であった<sup>10)</sup>。

インシデントレポート提出に影響する要因については、安全風土と必ずしも関連していないと報告されている。その理由としてWeingartは5施設の病院職員を対象とした調査結果から、インシデントレポート提出システムの有効性・非懲罰性・簡便性の影響の方が大きいと報告している<sup>11)</sup>。Griffinらの共分散構造解析の結果でも、安全風土から事故報告行動には直接関連せず、インシデントレポート提出の動機づけと安全知識を介して事故報告行動につながるとされている<sup>11)</sup>。

わが国の安全風土とインシデントレポート提出については、看護師を対象とした報告は散見するものの他の職種を含めた報告は少ない。これらの先行研究をふまえ、わが国の多職種からなる病院職員を対象として安全風土とインシデントレポート提出に関連する要因を検討することによって、より安全風土やインシデントレポート提出を向上する方策を考察することができると考える。そこで我々は、32問で構成した調査票を作成し、西日本の地方都市の特定機能病院1施設の全職員を対象に調査を実施し職種による特徴を分析した<sup>12)</sup>。本研究では、安全風土とインシデントレポート提出の変数間の関連性について報告する。

## 方 法

調査協力は西日本の地方都市の特定機能病院1施設の1,327名の常勤職員から得た。平成17年11~12月の比較的落ちついている時期に、安全風土とインシデントレポート提出に関する横断的調査を実施した。調査票の質問数は回収率向上のために約10分間で回答可能な分量とし、第一段階として当該施設の専任リスクマネージャーを含む筆者ら(医師2名、看護師2名)が検討作成した。その後、病院勤務経験を持つ4名の看護師にプレテストを行って修正した。

安全風土については、国内の文献では前述した医療安全風土の概念の一部を測定していたので<sup>5)6)</sup>、重要と思われるなるべく多くの概念を含めた質問を先行文献から選択した<sup>2)~6)</sup>。結果、想定した概念としては事故防止体制、改善意欲、協働性、手順の遵守、事故発生時の非懲罰性、開放性と変革性となり19問で構成した。また、同じ質問に対する回答者自身の意識や行動と、回答者自身が評価する所属部署の意識と行動を別々に評価した。

インシデントレポート提出の実際を問う質問は、影響レベル別のインシデントレポート提出頻度(3問、レベル0:患者に実施される前に発見され修正、レベル1:患者に実施されたが障害なし、レベル2および3:患者に治

療が不要または必要な一過性の障害あり)、インシデントレポートの認知(2問)、インシデントレポートを提出する理由(2問)、提出しない理由(6問)とした。

以上の結果から、最終質問はインシデントレポート提出の実際(13問)、安全風土(回答者自身と所属部署の各19問)、および個人属性とした。回答は5段階のリッカート尺度とし、選択肢はインシデントレポート提出頻度のみ「提出しない」「まれに提出する」「ときどき提出する」「たいてい提出する」「いつも提出する」、その他の質問については「全くそうでない」「そうでない」「どちらでもない」「そうである」「全くそうである」とした。

個人属性は、年齢区分、職種経験年数区分、当該施設勤務年数区分、性別、職種、勤務場所とし、個人が特定されないような選択式回答を用いた。倫理的配慮に関しては、広島大学医学部保健学科倫理委員会に申請し承認を得た。調査票は匿名とし、閉封シール付き封筒を調査票に添付して回答者自身が閉封後に提出した。

分析方法は、リッカート尺度による回答を1~5点として各質問の得点分布を検討した。安全風土の質問については、逆転項目の質問は逆転し、回答者自身と所属部署別に因子分析(主因子法、プロマックス回転)とクロンバックの信頼性分析にて構成概念を決定した。安全風土とインシデントレポート提出への影響要因の検証では、安全風土の因子および影響レベル別(レベル0~2・3)のインシデントレポート提出頻度を目的変数としてモデルを作成し重回帰分析(stepwise法)を行った。なお、統計解析にはSPSS 14.0Jを用い有意水準は5%とした。

## 結 果

常勤職員1,327名のうち945名から回答を得、回収率は71%であった。このうち事務職42名は回収率が25%と低く他の職種に比較して総合的に得点が低かったため、事務職を除く902名を解析対象とした。

インシデントレポートを提出しない理由の6問は12~13%の欠損があり、6問すべてに無回答であった者は92名(10%)であった。回答者の職種は、医師26%、歯科医師12%、看護師54%、その他の診療支援職9%で、夫々の回収率は医師80%、歯科医師57%、看護師82%、診療支援職が70%であった。全回答者の性別は看護師が半数であることから女性が61%で、年齢区分は20歳代と30歳代が約30%、40歳代が約20%、50歳以上が13%であった。職種経験年数区分と当該施設勤務年数区分の割合はほぼ同様で、10年以上が約30%、1年以上3年未満と5年以上10年未満が約20%、1年未満と3年以上5年未満が約15%であった。勤務場所は、病棟50%、外来19%、集中治療部・高度救命救急センター12%、手術部8%、検査部、輸血部、病理部が各3%であった。

安全風土の19問は、因子分析(主因子法、プロマックス回転)の結果により4因子と単独の3質問の計7変数

として分析に用いた。回答者自身と所属部署を同じ因子構造と仮定した場合に、両方の因子負荷量が最も適当であった4因子構造((1)協働性：部署内の職員、他職種、他部署との協働性、(2)事故防止への取り組み：再発防止への取り組みと発生した事故の認知、(3)他者への働きかけ：新人の監督や問題の指摘などの他者への働きかけ、(4)安全行動への信念：安全行動の有用性の認識)を採用した。因子として抽出されなかったが、安全風土の概念として重要である非懲罰性、開放性、手順の遵守を代表して、「事故を起こした職員を責める」「患者のケアについて相談しにくい」「手順を省略することがある」を単独の質問として残した(詳細は先行文献に発表<sup>12)</sup>、表1)。

安全風土とインシデントレポート提出についての職種別得点を表1に示す。安全風土の因子と単独の3質問は5点満点中3.0~4.1点であり、「全くそうである」「そうである」という肯定的な回答の方が多かった。影響レベル0(患者に実施される前に発見され修正)と1(患者に実施されたが障害なし)のインシデントレポートの提出頻度は2.6点および3.6点で、レベル2・3(患者に一過性の障害)の4.5点と比較して低かった。

次に、重回帰分析のモデルの作成手順を説明する。目的変数は安全風土の4因子および影響レベル別のインシデントレポート提出頻度の計7変数である。安全風土は

基本的に所属部署ではなく回答者自身の得点を用いた。目的変数との相関係数が、回答者の得点の方が部署の得点に比較して大きかったからである。

安全風土の説明変数の候補は、目的変数の所属部署の得点(例えば、目的変数が事故防止への取り組みの場合は、事故防止への取り組みの所属部署の得点)、安全風土の他の3因子と単独の3質問、レベル別のインシデントレポート提出頻度、年齢区分、職種であった。職種は、診療支援職を参照値として職種別に0または1のダミー変数とした。

レベル別のインシデントレポート提出頻度説明変数の候補は、安全風土の4因子と単独の3質問、年齢区分、職種、インシデントレポートの認知(2問)、インシデントレポートを提出する理由(2問)、提出しない理由(6問)であった。

これらの候補のうち目的変数とのピアソンの相関係数が有意であった変数を選択してモデルを作成した。なお、説明変数間の相関係数の絶対値が0.50以上であったものは、基本的に目的変数との相関係数が大きいもののみを選択した。

#### 1. 安全風土の関連要因

目的変数と説明変数の候補とのピアソンの相関係数を表2に示す。説明変数間の相関係数の絶対値が0.50以上

表1 安全風土とインシデントレポート提出の職種別平均点

N			医師 231	歯科医師 109	看護師 483	診療支援職 79	合計 902
安全風土 (回答者)	因子	協働性	3.8 (0.6)	3.7 (0.7)	3.6 (0.5)	3.6 (0.6)	3.7 (0.6)
		事故防止への取り組み	3.5 (0.9)	3.5 (0.9)	3.8 (0.7)	3.5 (0.6)	3.6 (0.8)
		他者への働きかけ	3.6 (0.7)	3.3 (0.9)	3.2 (0.7)	3.4 (0.7)	3.4 (0.7)
		安全行動への信念	3.9 (0.6)	3.9 (0.6)	3.8 (0.5)	3.9 (0.5)	3.9 (0.5)
	単独	事故を起こした職員を責めることがよくある#	3.9 (0.9)	4.1 (1.0)	4.1 (0.8)	4.1 (0.7)	4.0 (0.8)
		患者のケアについて問題や疑問があるとき、相談したり話したりしにくい雰囲気がある#	3.6 (1.0)	3.5 (1.1)	3.4 (1.0)	3.4 (0.7)	3.4 (1.0)
治療、検査、看護などの手順を、省略して実施することがある#		3.0 (1.0)	3.0 (1.0)	3.0 (0.9)	3.3 (0.9)	3.1 (1.0)	
(部署)	因子	協働性	3.8 (0.8)	3.5 (0.8)	3.6 (0.6)	3.3 (0.7)	3.6 (0.7)
		事故防止への取り組み	3.6 (0.8)	3.5 (0.9)	3.8 (0.7)	3.6 (0.7)	3.7 (0.8)
		他者への働きかけ	3.7 (0.7)	3.4 (0.9)	3.4 (0.6)	3.4 (0.6)	3.5 (0.7)
		安全行動への信念	3.9 (0.6)	3.9 (0.7)	3.9 (0.5)	3.7 (0.7)	3.9 (0.6)
インシデントレポート	提出頻度	レベル0	2.0 (1.2)	2.3 (1.5)	3.0 (1.3)	2.7 (1.1)	2.6 (1.4)
		レベル1	3.2 (1.3)	3.0 (1.6)	3.9 (1.1)	3.7 (1.2)	3.6 (1.3)
		レベル2・3	4.5 (0.9)	4.4 (1.0)	4.6 (0.9)	4.6 (0.7)	4.5 (1.0)
	認知	インシデントレポートをどのような時に提出する必要があるか、知っている	3.7 (0.9)	3.6 (1.2)	4.2 (0.6)	4.2 (0.7)	4.0 (0.9)
		インシデントレポートの記載内容を知っている	3.8 (1.1)	3.5 (1.3)	4.3 (0.6)	4.1 (1.0)	4.0 (1.0)
	提理由	医療上の事故の予防に役立つから	4.4 (0.7)	4.4 (0.8)	4.5 (0.7)	4.4 (0.8)	4.4 (0.7)
		上司や同僚から、提出するように言われるから	2.9 (1.2)	2.7 (1.4)	2.9 (1.3)	2.9 (1.3)	2.9 (1.3)
	提理由しない	記載するのに手間がかかる	3.7 (1.2)	3.6 (1.2)	3.1 (1.3)	3.2 (1.4)	3.3 (1.3)
		提出しても、事故防止に貢献しない	2.4 (1.1)	2.3 (1.2)	2.4 (1.1)	2.5 (1.2)	2.4 (1.1)
		上司や医療安全管理者から、発生状況について質問される	2.5 (1.1)	2.7 (1.2)	2.8 (1.2)	2.3 (1.2)	2.6 (1.2)
自分の評判が傷つく		1.9 (0.9)	2.3 (1.0)	2.2 (1.0)	2.0 (1.1)	2.1 (1.0)	
責任を追及される		2.1 (1.0)	2.5 (1.2)	2.5 (1.2)	2.1 (1.1)	2.4 (1.1)	
上司や同僚に、提出しないように言われる	1.5 (0.7)	1.7 (1.0)	1.6 (0.9)	1.5 (0.8)	1.6 (0.9)		

括弧内はSD、#は逆転後の得点を表記

表2 全職員の安全風土と説明変数とのピアソンの相関係数 (N = 902)

	安全風土 (回答者)			(部署)						
	2	3	4	職員を責める#	疑問を相談しにくい#	手順を省略する#	1	2	3	4
1. 協働性	.27 **	.46 **	.37 **	.09 **	.22 **	.01	.54 **	.22 **	.31 **	.31 **
2. 事故防止への取組		.35 **	.30 **	-.02	.21 **	.02	.27 **	.65 **	.28 **	.28 **
3. 他者への働きかけ			.32 **	-.10 **	.21 **	.09 **	.33 **	.26 **	.53 **	.24 **
4. 安全行動への信念				.11 **	.17 **	.02	.33 **	.28 **	.26 **	.60 **
	インシデントレポート提出頻度			職種		年齢区分				
	レベル0	レベル1	レベル2・3	医師	歯科医師	看護師	診療支援職			
1. 協働性	.09 **	.09 *	.03	.16 **	.01	-.11 **	-.04	.24 **		
2. 事故防止への取組	.28 **	.24 **	.14 **	-.15 **	-.05	.19 **	-.04	.21 **		
3. 他者への働きかけ	.09 **	.10 **	.13 **	.20 **	-.01	-.20 **	.07 *	.42 **		
4. 安全行動への信念	.13 **	.14 **	.05	.06	.02	-.03	-.05	.08 *		

網掛けはモデルに投入しなかった変数を示す。#は逆転後の得点を使用。 \*\* p < 0.01 \* p < 0.05

であったが、どちらの変数も重要であるため両方とも投入したものは、医師と看護師であった (r = -0.63)。

重回帰分析 (stepwise 法) にて有意であった説明変数を表3に示す。安全風土のモデルの適合度 (調整済み R<sup>2</sup>) は、協働性 0.41, 事故防止への取り組み 0.51, 他者への働きかけ 0.49, 安全行動への信念 0.42 であった。安全風土の4因子に共通する最も影響が大きい説明変数は、それぞれの因子の部署の得点であった。例えば事故防止への取り組みでは、部署の事故防止への取り組みが最も影響が大きい説明変数であった。

安全風土の因子間の関連については、「協働性」と「事故防止への取り組み」間の関連を除いて、互いに有意な説明変数となっていた。例えば安全行動への信念の有意な説明変数として他の3因子の協働性、事故防止への取り組み、他者への働きかけが選択されていた。

安全風土の単独の3設問との関連については、事故を起こした職員を責める (逆転後) が、「協働性」と「安全行動への信念」の正、「他者への働きかけ」の負の説明変数となっていた。相談しにくい (逆転後) は、「事故防止への取り組み」のみの正の説明変数となっていた。

年齢区分は、「協働性」「事故防止への取り組み」「他者への働きかけ」の正の説明変数とされたが、「安全行動への信念」の説明変数ではなかった。職種は、「事故防止への取り組み」では医師、「他者への働きかけ」では看護師が負の説明変数であった。

2. 医師と歯科医師のインシデントレポート提出への影響要因

インシデントレポートの提出頻度の影響要因は職種別で異なり、全職員を対象とした重回帰分析では、3種類の影響レベル別に共通して調整済み R<sup>2</sup> が 0.02~0.08 と低かった。そこで、職種別に分析したところ、医師・歯科医師の合計を対象とした場合に調整済み R<sup>2</sup> が 0.13~0.22 とわずかに上昇したため、医師と歯科医師計 340 名を対象とした結果のみを示す。

表3 全職員の安全風土に影響する要因 (N = 902)

目的変数	説明変数	調整済 R <sup>2</sup>	標準化係数	有意確率
協働性	協働性 (部署)	0.41	0.39	0.000
	他者への働きかけ		0.26	0.000
	安全行動への信念		0.14	0.000
	職員を責める#		0.08	0.003
	年齢区分		0.07	0.014
事故防止への取り組み	事故防止への取り組み (部署)	0.51	0.54	0.000
	他者への働きかけ		0.13	0.000
	医師		-0.11	0.001
	年齢区分		0.16	0.000
	レベル1IR 提出頻度		0.09	0.001
	安全行動への信念		0.09	0.001
	看護師		0.08	0.013
疑問を相談しにくい#	0.05	0.047		
他者への働きかけ	他者への働きかけ (部署)	0.49	0.34	0.000
	協働性		0.23	0.000
	年齢区分		0.21	0.000
	事故防止への取り組み		0.12	0.000
	職員を責める#		-0.10	0.000
	安全行動への信念		0.10	0.000
	レベル2・3IR 提出頻度		0.09	0.000
看護師	-0.09	0.002		
安全行動への信念	安全行動への信念 (部署)	0.42	0.50	0.000
	協働性		0.13	0.000
	他者への働きかけ		0.12	0.000
	事故防止への取り組み		0.09	0.003
	職員を責める#	0.06	0.033	

#は逆転後の得点を使用

まず、目的変数と説明変数の候補とのピアソンの相関係数を表4に示す。候補変数間の相関係数の絶対値が 0.50 以上であったものでは、「提出対象となるインシデントレポートの認知」を選択し「記載内容の認知」を除外した。また、「責任を追及される」を選択し「質問される」「評判が傷つく」を除外した。相関係数が 0.50 以上であったがどちらの変数も重要であるため両方とも投入したものは、インシデントレポートを提出しない理由の「提出

表4 医師・歯科医師のインシデントレポート提出頻度と説明変数とのピアソンの相関係数 (N = 340)

	安全風土 (回答者)							医師	年齢区分
	協働性	事故防止への取組	安全行動への信念	他者への働きかけ	職員を責める#	疑問を相談しにくい#	手順を省略する#		
レベル0	.22 **	.30 **	.19 **	.26 **	.07	-.02	.02	-.13 *	.26 **
レベル1	.24 **	.21 **	.17 **	.25 **	.08	-.09	.07	.06	.17 **
レベル2・3	.12 *	.18 **	.06	.18 **	.07	-.04	.12 *	.02	.10
	提出対象の認知	提出する理由		提出しない理由					
		事故予防に役立つ	提出するよう指示	手間がかかる	貢献しない	質問される	評判が傷つく	責任を追究される	提出しないよう指示
レベル0	.36 **	.21 **	-.18 **	-.28 **	-.12 *	-.05	-.12 *	-.11 *	-.05
レベル1	.29 **	.30 **	-.18 **	-.14 *	-.03	-.12 *	-.17 **	-.19 **	-.13 *
レベル2・3	.22 **	.30 **	-.13 *	-.09	-.05	-.13 *	-.19 **	-.21 **	-.19 **

網掛けはモデルに投入しなかった変数を示す。#は逆転後の得点を使用。 \*\* p < 0.01 \* p < 0.05

表5 医師、歯科医師のインシデントレポート提出頻度に影響する要因 (N = 340)

目的変数	説明変数	調整済R <sup>2</sup>	標準化係数	有意確率
レベル0	提出対象の認知	0.22	0.26	0.000
	理由) 手間がかかる		-0.22	0.000
	協働性		0.13	0.017
	医師		-0.16	0.003
	年齢区分		0.14	0.011
レベル1	提出対象の認知	0.14	0.22	0.000
	理由) 事故予防に役立つ		0.20	0.000
レベル2・3	理由) 事故予防に役立つ	0.13	0.26	0.000
	理由) 責任を追究される		-0.16	0.004
	事故防止への取り組み		0.14	0.011

しないように言われる」と「責任を追究される」であった。

重回帰分析 (stepwise 法) にて有意であった説明変数を表5に示す。影響レベル0と1のインシデントレポート提出に共通する影響する要因は、「対象となるインシデントレポートの認知」と「協働性」であった。レベル1と2・3のインシデントレポート提出に共通する影響する要因は、提出する理由の「事故予防に役立つ」であった。

レベル0のみ有意であった説明変数は、提出しない理由の「手間がかかる」(負)、医師 (負)、年齢区分 (正) であった。レベル2・3のみ有意であった説明変数は、提出しない理由の「責任を追究される」(負) と安全風土の事故防止への取り組み (正) であった。

## 考 察

### 1. 安全風土の関連要因

安全風土の4因子に共通する最も影響が大きい説明変数は、それぞれの因子の部署の得点であった。例えば事故防止への取り組みでは、部署の事故防止への取り組み

が最も影響が大きい説明変数であった。金子らの報告でも、安全風土には、病院全体のインシデントレポートへの対応と上司の姿勢が大きく影響しており<sup>5)</sup>、部署の安全意識と行動を改善していくことが職員個人の向上につながる事が確認された。

安全風土の因子間の関連においては、「協働性」と「事故防止への取り組み」間の関連を除いて、互いに有意な説明変数となっていた。安全風土の内部相関が多くの場合に有意であることは先行文献と一致しており<sup>10)11)</sup>、1つの因子が高い職員は他も高いことが推測された。また、「協働性」と「事故防止への取り組み」の関連が、多変量解析で他の変数の影響を調整すると低くなることは、製造業を対象とした調査の結果とも一致していた<sup>10)</sup>。

安全風土の単独の3設問との関連については、事故を起こした職員を責める (逆転後) は、「協働性」と「安全行動への信念」の正、「他者への働きかけ」の負の説明変数となっていた。「他者への働きかけ」は時として職員を責めるような行動につながりやすいと思われる。

### 2. 医師と歯科医師のインシデントレポート提出への影響要因

インシデントレポートの提出頻度のモデル適合度が低かったことは、インシデントレポートの提出頻度には今回収集した以外の影響要因が関わっていると推測される。特に、安全風土との関連が大きくなかったことは先行文献と一致しており<sup>4)11)</sup>、先行文献で示されているように、インシデントレポート提出頻度の向上のためには、安全風土だけでなくインシデントレポートの提出への動機づけとインシデントレポートの有効性の啓蒙が必要とされるだろう。具体的にはインシデントレポート提出の簡便化、非懲罰性の推進などが考えられる。

また、インシデントレポートの提出頻度には、回答者が遭遇した事故の頻度と特性に左右されると思われる。事故に遭遇する頻度には回答者によってばらつきがある。金子, Vincent, Jayasuriya のようにインシデントを特定して提出頻度を問うとより明確な関連要因が検証で

きたと思われる<sup>5)8)13)</sup>。特定の例として、産科病棟での新生児仮死、手術中の心停止、報告しても事故予防にならないと思ったインシデントなどが挙げられる。

医師と歯科医師の影響レベル0と1のインシデントレポート提出に共通する影響要因は、「対象となるインシデントレポートの認知」と安全風土の「協働性」であった。金子らの報告では、報告規定の明瞭性は看護師を対象とした調査では有意な関連要因でなかったが、医師・歯科医師を対象とした本研究の結果からは依然として報告規定を周知する必要があることが確認された。

レベル1と2・3のインシデントレポート提出に共通する影響要因は、提出する理由の「事故予防に役立つ」であった。職員が事故予防になると思うことがインシデントレポートの提出への大きな動機づけとなっているようである。インシデントレポートを提出しない理由の「手間がかかる」は、実施される前に発見され修正されたレベル0のみ有意であり、患者に実施されたレベル1以上では、「手間がかかる」という理由は影響が小さいことがわかった。

レベル2・3は患者に一過性の障害が見られたインシデントであるが、レベル2・3にのみ有意であった説明変数は、提出しない理由の「責任を追及される(負)」と安全風土の「事故防止への取り組み(正)」であった。金子らの看護師を対象とした報告でも、報告雰囲気と安全啓発がインシデントレポート提出への大きな影響要因であった<sup>9)</sup>。このように、重大影響をもたらす可能性のあるインシデントの報告では、非懲罰性を推進することも重要であり、そのためには匿名の報告制度を確立することが重要との報告もある。航空業界では重要な報告の多くが匿名であり、週報に掲載されて周知が推進されている<sup>14)</sup>。なお、レベル0や1では「責任を追及される」と「事故防止への取り組み」は有意な説明変数でなかった。

本研究の限界としては、回収率が71%であり医療安全に意識の高い者が多く回答している可能性が考えられる。また、重回帰分析のモデルの適合度は低～中程度であり、本研究で収集しなかった要因について検討することによって、安全風土やインシデントレポート提出に影響する要因をより明らかにできると思われた。

## 文 献

- 1) 藤澤由和：医療安全文化論—医療組織における安全文化概念—, J Natl Inst Public Health 51: 137—141, 2002.

- 2) Stones PW, Harrison MI, Feldman P, et al: Organizational climate of staff working conditions and safety: An integrative Model, <http://www.ahrq.gov/qual/advances/> accessed on 7/1/2005.
- 3) Blegen MA, Pepper GA, Rosse J: Safety climate on hospital units: A new measure, <http://www.ahrq.gov/qual/advances/> accessed on 7/1/2005.
- 4) Benner P, Sheets V, Uris P, et al: Individual, Practice and System Causes of errors in nursing. JONA 32: 509—523, 2002.
- 5) 金子さゆり, 濃沼信夫: 院内報告制度に関する個人認識と影響要因の関連モデル. 病院管理 42: 255—265, 2005.
- 6) 松原紳一, 鮎澤純子, 萩原明人: 医療安全に関する組織風土尺度の開発—看護職を対象とした医療機関の安全風土に関する実証的研究. 安全医学 1 (2): 78—88, 2004.
- 7) Ramanujam R, Keyser DJ, Sirio CA: Making a case for organizational change in patient safety initiatives: Tool development and lessons learned, <http://www.ahrq.gov/qual/advances/> accessed on 7/1/2005.
- 8) Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M: Reasons for not reporting adverse incidents: An empirical study. J Eval Clin Prac 5: 13—21, 1999.
- 9) 北沢直美, 阿部俊子: 看護職者の薬剤エラーの報告書提出に対する認識と施設間比較. 病院管理 42: 315—325, 2005.
- 10) Griffin MA, Neal A: Perception of safety at work: a framework for linking safety climate to safety performance, knowledge and motivation. J Occup Health Psychol 5: 347—358, 2000.
- 11) Weingart SN, Farbstein K, Davis RB, et al: Using a multi-hospital survey to examine the safety culture. Jt Comm J Qual Saf 30 (3): 125—132, 2004.
- 12) 山岸まなほ, 秋本万里子, 伊藤勝陽, 他: 病院職員の医療安全に対する意識と行動. 病院管理 7: 7—17, 2007.
- 13) Jayasuriya JP, Anandaciva S: Compliance with incident report scheme in anesthesia. Anesthesia 50: 846—849, 1995.
- 14) Barach P, Stephen D: Reporting and preventing medical mishaps: Lessons from non-medical near miss reporting systems. BMJ 320: 759—763, 2000.

(原稿受付 平成 19. 5. 22)

別刷請求先 〒734-8551 広島市南区霞1—2—3  
広島大学大学院保健学研究科  
山岸まなほ

## Reprint request :

Manaho Yamagishi  
Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University,  
734-8551, Japan

FACTORS RELATING TO SAFETY MANAGEMENT AND SUBMISSION ATTITUDES  
TOWARD INCIDENT REPORTS OF HOSPITAL EMPLOYEES

Manaho YAMAGISHI, Yukiko MIYAKOSHI and Toshio KOBAYASHI,  
Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University

To evaluate safety management and submission attitudes toward incident reports of hospital employees, and to examine the relating factors, we conducted a cross-sectional questionnaire survey of full-time employees of an university hospital in western Japan. The questionnaires were composed of safety management (19 questions) and submission attitudes toward incident reports (13 questions). Replies were obtained from 945 of the 1,327 employees.

The Scores for safety management were 3.0 to 4.1 out of a possible 5. The frequency scores for submission of incident reports by influence level were 2.6 out of a possible 5 in level zero (prevented before practice to patients), 3.6 in level one (practiced to patients, but no influence), and 4.5 in level two to three (temporary influence to patients).

Using multiple regression analysis, in which the dependent variables were four subscales of safety management: cooperativeness, efforts to prevent accidents, encouraging others, and belief in safe behavior, the largest independent variable was safety management of the department. Three other subscales, among four, were also significant, except for between cooperativeness and efforts to prevent accidents.

Using multiple regression analysis, in which the dependent variables were three levels of submission attitudes toward incident reports, adjusted  $R^2$  were low. Adjusted  $R^2$  were larger 0.13~0.22 when analyzed within physicians and dentists. In level zero and one incidents for physicians and dentists, "if they know which incidents should be reported" and "cooperativeness of safety management" were significant. In level one and two to three, "I submit because reporting contributes to preventing accidents" was significant. Based on these findings it was concluded that a part of the factors relating to safety management and submission attitudes toward incident reports could be examined.

---