

原 著

## 病棟の安全文化を醸成するための看護管理者の認識

近森 清美<sup>1</sup> 村瀬 智子<sup>2</sup> 奥村 潤子<sup>2</sup>

### 要旨

本研究の目的は、病棟の安全文化を醸成するための看護管理者の認識を明らかにした上で、「安全文化評価指標」(種田他, 2009)の安全文化因子得点との関係を検討することである。看護師長4名を研究協力者として、半構成的面接法を用いて質的記述的研究を行った。

分析の結果、病棟の安全文化を醸成するための看護管理者の認識は、31のカテゴリーから7のコアカテゴリーに集約された。すなわち、【自ら作り出す安全】を意識しながら【挨拶や他愛もない会話が手掛かり】にして、リスクの発生を直観的に捉えているという特徴が見出された。安全文化の醸成を直観的に判断する基準は、【ほっこりとした雰囲気】、【おらかでゆったりとした看護】、【イキイキした仕事ぶり】、【人と向き合い見て感じる本来の看護】、【オープンな病棟環境】であった。

看護管理者の認識の特徴と関係している安全文化評価指標の安全文化因子は、「部署内でのチームワーク」であった。

キーワード 安全文化 看護管理者 認識 安全文化評価指標

### I. 序論

#### 1) 研究の背景

我が国では、医療は、「安全」であるという前提に立ち、安全性が脅かされる理由は個人の問題にあると考えられていた(杉山・西, 2003)。しかし、1999年の患者取り違え事故を発端に、次々と医療事故に関する報道が続き、医療における安全文化の醸成が国の大きな課題として問われるようになった(矢野, 2013; 庄子・梅澤・星, 2003)。

安全文化という概念は、チェルノブイリ原子力発電所事故に関して国際原子力安全諮問委員会において取り上げられ、その後、他の分野においても、一般に使われるようになった(種田・奥村・相澤, 2009; 近森, 2015)。安全文化とは、組織の健全性・安全性プログラムの参画及び形式と効率を決定する個人とグループの価値観、態度、能力、行動パターンから生ま

れるものであり、相馬(2003)は、定義について「ある目的のために協働する人々が共有する諸要素の中で、特に安全性の確保に重きを置いた認識と行動様式」として国際原子力安全諮問委員会(1986)、英国健康安全委員会(1993)で用いられた定義を集約している。

日本の医療界においては、安全文化を、医療に従事するすべての職員が患者の安全を最優先に考え、その実現を目指す態度や考え方、及びそれを可能にする組織のあり方と定義していた(種田・奥村・相澤, 2009)。したがって、看護管理者は、医療を提供する組織や医療人の安全も含めた組織全体を対象とする安全文化に着目する必要がある。なぜなら病院組織の中で、人的にも経費的にもその多くの割合を占めている専門職集団は看護職員だからである。特に、病院の1看護単位である病棟をいかに活性化させていくかが大きな課題となり(坂梨・安川・戸梶, 2003)、病棟の活性化には、意思決定を促進する責任と権限を付与された病棟師長の役割が大きな影響を持つ(坂梨・安川・戸梶, 2003; 吉川・関根・高橋, 2012)。すなわち、病棟における安全文化を目指した組織管理・運営

<sup>1</sup>名古屋第一赤十字病院

<sup>2</sup>日本赤十字豊田看護大学

は、看護管理者（中間管理者である病棟師長）の大きな役割であるといえる。

医療機関においては、医療安全管理体制として、インシデントレポート報告体制、看護の標準化とマニュアル作成などの整備が進められてきた（庄子・梅澤・星，2003）。著者自身、看護管理者と医療安全管理者を兼務した経験があり、看護管理者としてインシデントレポート報告の推進やマニュアルの遵守、アクシデント事例の分析を実践してきた。しかし、それだけでは組織の安全文化を醸成することは難しいことを実感していた。その反面、医療安全管理者として、さまざまな病棟をラウンドする中で、病棟全体の時間がゆっくり流れるような落ち着いた雰囲気があり、スタッフの表情も穏やかな病棟では、業務量が多いにもかかわらずアクシデントが発生していないという状況に何度も驚かされた経験がある。そのような経験を基に、病棟の安全文化を醸成することができる看護管理者は、どのような認識を持ち、組織管理・運営しているのかという疑問が生じた。病棟の安全文化を醸成することができる看護管理者の認識を知ることは、病棟の安全文化の醸成に困難さを感じている看護管理者へ組織管理・運営するための示唆になると考える。

先行研究では、米国の医療界において、“Hospital Survey on Patient Safety Culture”、“Safety Attitudes Questionnaire”などの安全文化指標ツールが開発・使用され、諸外国においても翻訳版が作成されている（種田・奥村・相澤，2009）。本邦の医療界においては、種田他が Agency for Healthcare Research and Quality によって開発された調査用紙を基に、信頼性及び妥当性を検証した「患者安全文化尺度日本語版」が作成され、用いられている。しかし、看護管理者が、病棟の安全文化の醸成についてどのように認識しているのかについては明らかにされていない（近森，2015）。

そこで、本研究では、病棟の安全文化を醸成している看護管理者の認識を明らかにすることを目指した。また、看護管理者の認識を明らかにする際に、半構成的面接法と合わせて、研究協力者である看護管理者が管理している病棟の安全文化の醸成について、研究協力者自身がどのように捉えて評価しているのかを客観的に理解するための指標として、「患者安全文化尺度日本語版」（種田・奥村・相澤，2009）の一部を用いた。

## 2) 研究目的

本研究の目的は、病棟の安全文化を醸成するための看護管理者の認識を明らかにすることである。本研究のリサーチクエスションは、以下の2点である。

- (1) 看護管理者は、病棟の安全文化の醸成についてどのように認識しているか。
- (2) 看護管理者が捉える病棟の安全文化の醸成に関する評価の特徴はどのようなものか。

## II. 研究方法

### 1) 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

### 2) 用語の定義

安全文化とは、「ある目的のために協働する人々が共有する諸要素の中で、特に安全性の確保に重きを置いた認識と行動様式」（相馬，2003）を用いた。

看護管理者とは、病棟という1看護単位において、意思決定を促進する責任と権限を付与された病棟師長とした。

### 3) 研究協力者

T 県下の特定機能病院、大学病院及びその機能に準ずる病院（小児科病棟、産科病棟、緩和ケア病棟及び外来を除く）で、7:1 人員配置を取得した一般急性期病棟を単独で管理し、施設長及び所属上司から医療安全を積極的に推進していると推薦された病棟師長

### 4) データ収集期間

平成 27 年 4 月～平成 27 年 11 月

### 5) データ収集方法

①病棟の安全文化の醸成に関する看護管理者の認識

インタビューガイドを用いて、半構成的面接を行った。インタビュー内容は、「病棟の安全文化を醸成するための認識」、「管理する病棟の特徴」、「病棟を管理する上で大切にしていること」とした。研究協力者から録音の許可を得て IC レコーダーに録音し、録音した内容を逐語録に起こしてデータ化した。インタビュー中の研究協力者の非言語的情報や観察内容は、研究協力者の同意を得てフィールドノートに記録

した。基本属性に関するデータは、研究協力についての同意を得た後、研究協力者に記入を依頼し、インタビュー時に回収した。

## ②安全文化評価指標

研究協力者である看護管理者が、自身で管理している病棟の安全文化の醸成について、どのように評価しているのかを客観的に把握するための指標として、「患者安全文化尺度日本語版」(種田・奥村・相澤, 2009)の一部である安全文化因子と患者安全の総合評価の2項目を用いた。この指標を用いた目的は、研究協力者が管理する病棟の安全文化の醸成についての認識を質的に明らかにする上で、補完するデータとして、安全文化が醸成されているという管理者自身の自己評価を客観的に把握できるデータが必要となるためである。

安全文化因子は、部署レベル因子7Factor、病院全体因子3Factor、アウトカム因子2Factorの12Factorで構成されている。部署レベルFactorは、「オープンなコミュニケーション」、「エラー後のフィードバック」、「過誤に対する非懲罰的対応」、「組織的-継続的な改善」、「人員配置」、「上司の安全に対する態度や行動」、「部署内でのチームワーク」であり、病院全体のFactorは、「仕事の引き継ぎや患者の移動」、「患者安全に対する病院マネジメント支援」、「部署間でのチームワーク」であり、アウトカムのFactorは、「イベントの報告される頻度」、「安全に関する総合的理解」であり、それぞれの意味は表1に示す。

安全文化因子は、肯定的な項目と否定的な項目があり、「全くそう思わない」から「全くそう思う」及び「該当しない」の6段階の自己評価とし、また、患者

表1. 患者安全文化因子とその意味

レベル	Factor	意味
部署	オープンなコミュニケーション	患者安全に悪影響を及ぼす出来事に対し、指摘し、問題として取り上げること
	エラー後のフィードバック	過誤を知り、対策のフィードバックを受け、再発防止法を議論すること
	過誤に対する非懲罰的対応	過誤を起こした個人に対し、非難、懲罰的態度を行わないこと
	組織的-継続的な改善	過誤が変化を生み、変化を測定するという学習文化があること
	人員配置	業務を遂行するために十分な職員がおり、勤務時間が適切なこと
	上司の安全に対する態度や行動	上司が患者安全に関する提言を考慮し、患者安全の手続きに従った職員を褒め、問題を見落とさないこと
	部署内でのチームワーク	同じ部署内の職員が協力しあい、互いに敬意をもって接し、チームとして働くこと
病院全体	仕事の引き継ぎや患者の移動	患者のケアに関する情報を、部署間、シフト交替時の伝達に関すること
	患者安全に対する病院マネジメント支援	病院マネジメントが患者安全を促進する環境を提供し、患者安全を最優先事項としていること
	部署間でのチームワーク	病院の部署間で協力しあって、患者に最良のケアをすること
アウトカム	イベントの報告される頻度	患者に悪影響を及ぼす前に発見した過誤、患者に実質的な実害がない過誤、患者に実害を及ぼしうる過誤だが実害がなかった過誤の報告頻度
	安全に関する総合的理解	部署や病院のシステムが総合的に過誤を予防するように考慮され、患者安全の問題がないかに関すること

〔 出典：種田憲一郎，奥村泰之，相澤裕紀，長谷川敏彦（2009）．安全文化を測る－患者安全文化尺度日本語版の作成－，医療の質・安全学会誌，4（1），10-24. 〕

安全の総合評価は、「非常に問題がある」から「非常に良い」までの5段階の自己評価とした。

### ③看護単位の医療安全看護管理評価指標

看護単位の医療安全看護管理評価指標は、「患者安全文化尺度日本語版」(種田・奥村・相澤, 2009)の「イベント報告数」である医療事故発生件数を用い、また、看護管理者が管理している病棟の安全を具体的に評価するため、医療事故発生件数だけでなく、医療事故レベルも含めた。医療事故発生件数は、転倒・転落、誤薬、褥瘡発生の件数(レポート提出件数)とし、医療事故レベルは、アクシデントは3b～5、インシデントは1～3aとした。

安全文化評価指標及び看護単位の医療安全看護管理評価指標に関するデータ収集は、研究協力についての同意を得た後、研究協力者に記入を依頼し、インタビュー時に回収した。

## 6) データ分析方法

### ①病棟の安全文化の醸成に関する看護管理者の認識

本研究では、インタビュー内容を「看護管理者が病棟の安全文化の醸成についてどのように認識しているのか」という分析視点から意味のまとまり毎にコード化し、共通性と差異性を基に質的分析を行った。個別分析により抽出された最終のカテゴリーからさらに統合分析によりカテゴリー化を行った。すべての分析過程における信頼性を高めるため、質的研究経験のある複数の研究者のスーパーバイズを受けた。

### ②安全文化評価指標及び看護単位の医療安全看護管理評価指標

安全文化評価指標及び看護単位の医療安全看護管理評価指標は単純集計し、インタビュー内容から捉えた認識の特徴と施設の属性、個人属性のデータと共に、看護管理者が管理している病棟の安全文化の醸成における着目点や病棟の医療安全に対する評価について考察した。

## 7) 倫理的配慮

研究協力施設及び研究協力候補者に対し、研究目的・内容を説明し、研究参加及び研究成果の公表について同意を得た。なお、日本赤十字豊田看護大学研究倫理委員会において審査を受け、承認を得た後、研究を開始した(承認番号2613)。

## III. 結果

### 1) 研究協力者の概要

施設の属性及び個人の属性、インタビュー時間、看護単位の医療安全看護管理評価指標、安全文化評価指標の患者安全の総合評価を表2にまとめた。

#### ①施設属性及び個人の属性、インタビュー時間

研究協力の同意を得た4施設は、全て600床～800床以上の病床数を有するT県下の特定機能病院であり、医療安全室及びその機能に準ずる部署を設置していた。

また、研究協力者全員が看護師長であり、女性であった。年齢は40代後半～50代後半、看護師経験年数は20年～34年(平均28.5年)、看護師長経験年数は4年～11年(平均7.5年)であった。また看護管理研修に全員参加しており、医療安全管理研修参加者は1名、医療安全に関する委員会メンバーの経験者は2名であった。

現配属部署の診療科は消化器内科、救急科(センター)、消化器外科、産科・婦人科と多様で、配属年数は1年弱～5年(平均約3年3か月)、配置部署の病床数は約20床～約60床、配属部署の看護師数は約20名～約60名であった。インタビュー時間は、26分～61分(平均43.3分)であった。

#### ②安全文化指標の患者安全の総合評価及び看護単位の医療安全看護管理評価指標

患者安全の総合評価は、研究協力者4名の患者安全の総合評価平均3.3点であり、A氏は2点、C氏は3点、B氏とD氏はともに4点であった。したがって、自部署の患者安全を「不十分である」と考える看護管理者はA氏、「許容範囲内である」と考える看護管理者はC氏、「良い」と考える看護管理者はB氏とD氏であった。「非常に問題がある」と「非常に良い」と評価している者はいなかった。

患者安全の総合評価と看護単位の医療安全看護管理評価指標であるインシデント及びアクシデント報告数を比較検討すると、インシデント報告数が1年間で85件であったB氏の場合、アクシデント報告数も4件と多いが患者安全の総合評価は「良い」と評価していた。一方、インシデント報告数が62件であったC氏の場合は、アクシデント報告数は0件であり、患者安全の総合評価は「許容範囲内である」と捉えてい

表 2. 研究協力施設及び研究協力者の概要とインタビュー時間、患者安全の総合評価、看護単位の医療安全看護管理評価指標

研究参加者	A 氏	B 氏	C 氏	D 氏
性別	女	女	女	女
年齢	40 歳代後半	50 歳代前半	50 歳代後半	40 歳代後半
看護師経験年数	28 年	32 年	34 年	20 年
看護師長経験年数	6 年	11 年	9 年	4 年
看護管理研修参加経験	有	有	有	有
医療安全管理研修参加経験	無	有	無	無
医療安全に関する委員会メンバー経験	無	有	有	無
現配置部署の診療科	消化器内科	救急科	消化器外科	産科・婦人科
現配属部署の病床数	約 20 床	約 40 床	約 40 床	約 60 床
現配属部署の看護師人数	約 50 名	約 20 名	約 30 名	約 60 名
現配属部署の経験年数	1 年弱	3 年	5 年	4 年
インタビュー時間	26 分	27 分	61 分	59 分
研究参加施設	X 病院	X 病院	Y 病院	Z 病院
施設の病床数	約 600 床	約 600 床	約 800 床	約 700 床
医療安全室の設置	有	有	有	有
患者安全の総合評価 (点)	2 (不十分)	4 (良い)	3 (許容範囲内)	4 (良い)
インシデント報告数 (件)	4	85	62	6
アクシデント報告数 (件)	4	4	0	0

・看護単位の医療安全看護管理評価指標は 1 年間のインシデント及びアクシデント報告数

た。B 氏と同様にアクシデント報告数が 4 件であった A 氏の場合は、患者安全の総合評価は「不十分」と認識していた。D 氏は、A 氏とインシデント報告数は大きく相違がないものの、患者安全の総合評価は B 氏と同様「良い」と認識していた。

## 2) インタビュー内容の統合分析結果

研究協力者 4 名の逐語録から、看護管理者が病棟の安全文化を醸成するための考えや語りを認識とし、31 のカテゴリーが抽出された。個別分析結果における 31 のカテゴリーから共通性と差異性に着目し、17 のサブコアカテゴリー、9 のコアカテゴリーを経て、7 の最終コアカテゴリーに集約された。以下に最終コアカテゴリーについて記述する。(以下の表記で、【 】はコアカテゴリー、〈 〉はカテゴリー、〔 〕はサブカテゴリー、《 》は個別分析におけるカテゴリー、「 」は研究協力者の語りを表す。)

### (1) 挨拶や他愛もない会話が手掛かり

【挨拶や他愛もない会話が手掛かり】は、〔挨拶や他愛もない会話を手掛かりにスタッフの反応への気掛かり〕というサブコアカテゴリーから抽出された。A 氏の「朝の挨拶から、ちょっと顔を見れば、その日一日のその子の機嫌や体調が分かる」、B 氏の「おはようございますとほそぼそと言う時、大丈夫かなと思う」という語りから、病棟の看護管理者は、スタッフと交わす挨拶や他愛もない会話の反応を手掛かりに、リスク要因となるスタッフの体調不良の原因を追求し感情を把握できると認識した上で気に掛けていた。

### (2) おおらかでゆったりとした看護

【おおらかでゆったりとした看護】は、〔身体面が優先される時でも精神面に寄り添うおおらかでゆったりとした看護〕、〔機転ある対応による安全確保〕という 2 つのサブコアカテゴリーから抽出された。A 氏の「内科といえども、今は処置や検査が多く、看護師は

表 3. 認識に関する統合分析過程

最終コアカテゴリー	コアカテゴリー	サブコアカテゴリー	個別分析におけるカテゴリー
挨拶や他愛もない会話が手掛かり	挨拶や他愛もない会話を手掛かりと反応への気掛かり	挨拶や他愛もない会話を手掛かりにスタッフの反応への気掛かり	朝の挨拶や他愛もない会話が体調不良の把握の手掛かり(A氏)
			朝の挨拶時の元気がないスタッフの反応から生じる気掛かり(B氏)
おおらかでゆったりした看護	寄り添うおおらかでゆったりした看護と機転ある対応	身体面が優先される時でも精神面に寄り添うおおらかでゆったりした看護	身体面が優先される時でも人間関係を大切にしながら精神面に寄り添うおおらかでゆったりした看護の提供(D氏)
		機転ある対応による安全確保	患者への寄り添いと機転ある対応による安全確保(A氏)
イキイキした仕事ぶり	肯定的なフィードバックとスタッフのイキイキした仕事ぶり	患者と家族の肯定的なフィードバックと信頼の獲得	患者からの肯定的なフィードバックや笑顔の獲得(A氏)
		スタッフの笑顔で生き生きした仕事ぶりがリスク管理	患者や家族からの信頼の獲得できる安全・安心を軸とした関わり(C氏) ケアの主体となるスタッフの笑顔とイキイキした仕事ぶりがリスク管理(B氏)
ほっこりとした雰囲気	リスクを抑える職場のほっこりとした雰囲気	リスクが大きくなる要因は職場の人間関係が良い雰囲気	職場の人間関係が良い雰囲気(A氏)
		ほっこりとした雰囲気とアクシデントに直結しやすい重い仕事	リスクが大きくなる要因はスタッフ間のうまくいっているコミュニケーション(B氏)
			軽傷の患者が入るエリアはほっこりとした雰囲気(B氏)
			アクシデントに直結しやすい重い仕事をしている高度な医療を提供している部署(B氏)
人と向き合い見て感じる本来の看護	人と向き合い見て感じる本来の看護ができる環境作り	人と向き合い感情や表情を大切に環境作り	人と向き合い感情や表情を大切に環境作り(D氏)
		人を大事にして見て感じる本来の看護	電子カルテは便利だが、人を大事にして患者を見て感じる事が本来の看護の姿(D氏)
		スタッフの大事にされている経験	スタッフの気持ちを理解し大事にされているという感覚が大切(D氏)
			スタッフの子育てに活かす良い出産経験(D氏)
自ら作り出す安全	インシデントの再発防止の限界を認め、安全は自ら作り出すという認識	リスク事例は多く同じ人が同じリスクを繰り返すという認識とインシデント・ヒヤリハットの再発防止の限界	若い世代が多く患者優先でなく業務分担の落とし穴や報告と相談の混同とインシデント・ヒヤリハットの再発防止の限界(C氏)
			細かいリスク事例は多くあり同じ人が同じリスクを繰り返していると認識(D氏)
		病院の安全は看護師自ら作り出すものという認識を持つことを前提とした対応・ルール作りや提案	杖歩行の患者の転倒防止など病院の安全は看護師自ら作り出すものという認識(C氏)
	責める気持ちを抑制し良いケアを承認することでスタッフの強みを助長	責める気持ちを抑制しリスクのサインを認識	いきなり責めるような言動をしないように気持ちを抑制する心掛け(B氏)
			患者の安全よりスタッフメンバーや患者層にあるリスクのサイン(B氏)
		スタッフの強みを伸ばす良いケアの承認	看護管理で大事にしているスタッフの強みを伸ばすため良いケアを承認する志向(B氏)
オープンな病棟環境	安全文化について情報共有・対応を一本化できるオープンな病棟環境	基準やキーワードを軸とした情報共有と対応を一本化できる信頼関係のあるオープンな環境	基準やキーワードを軸とした指導や伝達・情報共有できるオープンな環境(C氏)
			大きな問題はリスクマネージャーや会議で情報共有し対応を一本化(D氏)
			自分に知識や経験がない部署ではスタッフの関わりの中で安全文化について共に思考(B氏)
			インシデントレポート内容を共有できるスタッフ間の信頼関係(A氏)
	オープンな病棟の雰囲気を強みとして反発を調整	オープンな病棟の雰囲気を強みとして反発を調整	研修生や自由な発言をウエルカムに受け入れるオープンな病棟の雰囲気が強み(C氏)
			スタッフ間の反発が生じた時は環境の強みを生かして調整することが師長の役割(B氏)
師長相互の信頼感を基盤として、組織全体の強みを活用する医療安全	インシデントの考え方の相違について看護管理者が共有する機会がない理由は、師長相互の信頼感	看護管理者のインシデント報告の考え方の相違は看護管理観を共有する機会のなさ(C氏)	
		セーフティマネージャーとしての師長相互の信頼感(A氏)	
	個としてだけでなく組織全体の強みを活用する医療安全	個としてではなく組織全体の強みを活用する医療安全(D氏)	

機転を効かせる必要がある」、D氏の「患者搬送時は、ばたばたするけれど、みんなそんな時でも、やっぱり身体的側面が優先される中、精神面のケアを忘れず、同時進行でいかなきゃいけないと意識を働かせているので、そこはとても安心して見ている」という語りから、身体面が優先される時でも精神面に寄り添うおおらかでゆったりとした看護を行う中で機転ある対応することにより安全確保ができると認識していた。

### (3) イキイキした仕事ぶり

【イキイキした仕事ぶり】は、「患者と家族の肯定的なフィードバックと信頼の獲得」、[スタッフの笑顔で生き生きした仕事ぶりがリスク管理]という2つのサブコアカテゴリーから抽出された。A氏の「原動力は、患者さんの声かなという気がする」、B氏の「原動力は、やっぱりスタッフの楽しそうな笑顔で仕事をしている状況というのはこちらも励みになる」、C氏の「軸になるところは、安全・安心というところであり、それがあれば、患者さん、家族の信頼を受けられる」という語りから、安全・安心を軸としたスタッフの看護実践を通して患者や家族からの信頼を獲得し、患者からの肯定的なフィードバックや笑顔を得ること、ケアの主体となるスタッフの笑顔とイキイキした仕事ぶりが安全文化を醸成するための原動力となり、取り組みの目標と認識していた。

### (4) ほっこりとした雰囲気

【ほっこりとした雰囲気】は、「リスクが大きくなるといえない要因は職場の人間関係が良い雰囲気」、[ほっこりとした雰囲気とアクシデントに直結しやすい重い仕事]という2つのサブコアカテゴリーから抽出された。A氏の「人間関係が良く、雰囲気も良い、働きやすいという感じである」、B氏の「イキイキして、コミュニケーションが若い子たちも先輩たちも、うまくいってれば、そんなに大きなリスクにならない」、[この部署というのは、事が起こると大きくなり、インシデントというよりは、アクシデントに直結する部署だと思うので、そういう面では、とても重い仕事をやっていると思う]、「病棟にちょっと重症感を与えたようなところだが、ほっこりしている」という語りから、病棟の特性とアクシデントのつながりがある中で、インシデントが生じてリスクが大きくなるといえない要因として、職場の人間関係が温かく、ほっこりとした雰囲気であると認識していた。

### (5) 人と向き合い見て感じる本来の看護

【人と向き合い見て感じる本来の看護】は、「人と向き合い感情や表情を大切に環境作り」、[人を大事にして見て感じる本来の看護]、[スタッフの大事にされている経験]という3つのサブコアカテゴリーから抽出された。D氏の「協働と言われ、コミュニケーションの問題もあるが非常に取りにくい時代になっている」、「本来の看護は見て感じて、そこをきちんとした上で、医師の指示に起こしてというのが本来だと思う」、「スタッフの代わりは、言葉は悪いけど、たくさんいるから大丈夫だけどお母さんの代わりだとか、誰にも代われない」という語りから、患者だけでなくスタッフを含めた人を大事にして、人と向き合い、見て感じる本来の看護の姿が大切であるとスタッフに伝達し、環境作りをすることが安全文化を醸成する上で大切であると認識していた。

### (6) 自ら作り出す安全

【自ら作り出す安全】は、「リスク事例は多く同じ人が同じリスクを繰り返すという認識とインシデント・ヒヤリハットの再発防止の限界」、[病院の安全は看護師自ら作り出すものという認識を持つことを前提とした対応・ルール作りや提案]、[責める気持ちを抑制しリスクのサインを認識]、[スタッフの強みを伸ばす良いケアの承認]という4つのサブコアカテゴリーから抽出された。C氏の「安全ってというのは、自分たちで作るものだから、患者さんは、ここ病院にいるから安全、安全で安心できるということではない」、「指示、電子カルテの指示と、実際来た薬が違うとか、薬局でも払い出された薬の中身が違うとか、そうやって気付いていける。それが全部分担化されていると、確かにプロがやることだからよいだらうと思っても、そこに落とし穴がある」「アクシデントは、またちょっと違うけれど、インシデント、ヒヤリハットとかいうのは、どんなに防ごうとしても、やむを得ないことも人間だからある」、「最終的には自分たちで考えて、ルールならルールを作っていくって行動しないと、良くはないし、身に付かない」、D氏の「何回も同じ人が同じ人に対し、同じ行為を繰り返している」、B氏の「どうしてそうなっちゃったのといきなり言ってしまうようになる気持ちはあるが、それを抑えている」、「いろいろな病院から変わってきている人が多いので、この病院だけの方法だけでなく、他の病院の方法を

取り入れることができる環境が強みである」という語りから、リスク事例は多く、同じ人が同じリスクを繰り返すことやインシデント・ヒヤリハットの再発防止には限界があることから、他の病院の方法も取り入れて、病院の安全は自身を含めて看護師自ら作り出すものという認識を持つことを前提とした対応・ルール作り・提案することが大切であると認識していた。

#### (7) オープンな病棟環境

【オープンな病棟環境】は、〔基準やキーワードを軸とした情報共有と対応を一本化できる信頼関係のあるオープンな環境〕、〔オープンな病棟の雰囲気強みとして反発を調整〕、〔インシデントの考え方の相違について看護管理者が共有する機会がない理由は、師長相互の信頼感〕、〔個としてだけでなく組織全体の強みを活用する医療安全〕という4つのサブコアカテゴリーから抽出された。A氏の「インシデントレポートの冊子を見せることは、信頼関係があるからこそできることである」、B氏の「自分が経験の少ない部署では、スタッフと共に安全文化について考えられるのはよいなと思う」、「反発が生じた時、うまく調整することが師長の役目になる」、C氏の「皆、逆に優しいとたまに言われるけれど、自分も、叱る時や注意する時の基準やキーワード、それさえちゃんと核にして注意していれば、別に私は優しくしようと何だろうと別に問題ない」、「非常にオープンで、国際救援部からの研修や外科の研修を受けるなど、いろいろと研修に来られることが多い。比較的ウェルカムで、あまり物おじしない」、D氏の「医療安全室があり、リスクマネージャーが、大きな問題があれば皆で情報を共有するために、朝のベッドコントロールや運営会議などの会議で伝えてくれる」という語りから、基準や安全・安心というキーワードを軸とした情報共有を行い、対応を一本化できる信頼関係のあるオープンな環境を強みとし、医療チーム内の反発を調整することが看護管理者の役割であると認識していた。

### 3) 研究協力者の安全文化評価指標における安全文化因子の得点

各研究協力者の安全文化評価指標の安全文化因子をFactorごとの得点及び平均値を表4に整理した。否定的な文言には、文末に\*を付けた。

4名の研究協力者の全Factorの平均値（小数点第

2位を四捨五入）は3.8点であり、各研究協力者のFactorの平均値はA氏3.5点、B氏4.0点、C氏3.6点、D氏4.4点であった。各研究協力者の安全文化因子からみた病棟の安全文化の評価に関する捉え方を下記に示す。なお、個別分析におけるカテゴリーは《 》で示す。

#### ①安全文化因子の得点とA氏の特徴

A氏は、全研究協力者の中で平均値が3.5点と一番低く、また研究協力者の平均値3.8点にも満たなかった。A氏は、現配属部署の経験が4名中最も短く、イベント報告件数（インシデント）も4名中最も少なく、患者安全の総合評価得点は4名中最も低かった。A氏は、《職場の人間関係が良い雰囲気》という認識を持ち、部署内のチームワークを壊さないように気遣っていることが推察された。A氏の部署では、A氏の個人属性の特徴から、同じ部署内の職員が協力しあい、信頼関係のもとに、チームとして協働することを目指している過程であるため安全文化因子の得点が低かったと考えられる。

#### ②安全文化因子の得点とB氏の特徴

B氏の安全文化因子の平均値は4.0点であり、研究協力者の平均値3.8点より高い項目が9Factorあった。B氏の特徴として、救急科の病棟を管理し、看護師長経験年数が4名中最も長く、医療安全管理研修に参加し、医療安全に関する委員会メンバーの経験もあった。また、イベント報告件数は4名中最も多いが、患者安全の総合評価は最も高かった。経験知や研修の成果、医療安全に関する委員会経験のもとに、救急科という《アクシデントに直結しやすい重い仕事をしている高度な医療を提供している部署》という認識のもとに、評価した得点と推察された。

また、他の研究協力者3名にはない「人員配置」のFactorが3.8点であり平均点と同じ点数であった。これは、救急科という部署には、医師や他のコメディカルが多く属し、《リスクが大きくなる要因はスタッフ間のうまくいっていないコミュニケーション》を認識しながら、協働して医療提供しているためと考えられる。

#### ③安全文化因子の得点とC氏の特徴

C氏の安全文化因子の平均値は3.6点と研究協力者の平均値3.8点より低く、また平均値3.8点より高いFactorは「オープンなコミュニケーション」、「部署



表 4. 安全文化因子の結果

Factor	質問項目	A氏	B氏	C氏	D氏	平均値
オープンなコミュニケーション	私の部署では、患者さんのケアに悪影響があることを見た場合、気兼ねなく発言する	3.0	4.0	4.0	5.0	4.0
	私の部署では、目上の職員の決定や行為に対して遠慮なく質問する	4.0	4.0	4.0	3.0	3.8
	私の部署では、正しくないと感じることについて質問するのをためらうことがある*	3.0	3.0	4.0	5.0	3.8
	平均値	3.3	3.7	4.0	4.3	3.8
エラー後のフィードバック	私たちは、イベント報告に基づく改善があれば、それについてフィードバックを受けている	3.0	4.0	3.0	4.0	3.5
	私たちは、自分たちの部署で起きた過誤について説明を受けている	2.0	4.0	4.0	4.0	3.5
	私の部署では、事故やミスの再発防止策について議論がある	3.0	3.0	4.0	5.0	3.8
	平均値	2.7	3.7	3.7	4.3	3.6
過誤に対する非懲罰的対応	私の部署では、ミスをすると非難されているように感じる*	4.0	4.0	3.0	5.0	4.0
	あるイベントが報告された場合、問題自体ではなく当事者個人が非難される傾向がある*	4.0	4.0	4.0	5.0	4.3
	私の部署では、職員のミスが人事の記録に残されることを心配している*	4.0	4.0	4.0	5.0	4.3
	平均値	4.0	4.0	3.7	5.0	4.2
組織的一貫的な改善	私の部署では、患者の安全について積極的に取り組んでいる	3.0	4.0	4.0	4.0	3.8
	私の部署では、ミスは良い変化へとつながっていく	3.0	3.0	3.0	4.0	3.3
	私の部署では、患者安全の促進を図るため何かを改善した後、その効果を評価している	4.0	3.0	4.0	4.0	3.8
	平均値	3.3	3.3	3.7	4.0	3.6
人員配置	私の部署では、仕事を行うのに十分な数の職員がいる	2.0	3.0	3.0	3.0	2.8
	私の部署では、職員は患者安全に最適であろう労働時間よりも長く働いている*	4.0	4.0	2.0	4.0	3.5
	私の部署では、患者安全に最適な人数より多くの代理職員・臨時職員を採用している*	5.0	4.0	4.0	3.0	4.0
	私の部署では、“緊急事態”のように、あまりにも大量の仕事で大急ぎでやっている*	3.0	4.0	3.0	4.0	3.5
	平均値	3.5	3.8	3.0	3.5	3.4
上司の安全に対する態度や行動	私の上司や管理者は、仕事が定められた患者安全の手順どおりに行われると、ほめる	3.0	3.0	4.0	3.0	3.3
	私の上司や管理者は、職員から患者安全を促進する提案がされた時、真剣に考慮する	4.0	4.0	3.0	4.0	3.8
	私の上司や管理者は、多忙な時、手抜きであっても早く仕事をすることを要求する*	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0
	私の上司や管理者は、繰り返し起きている患者安全の問題を見落としている*	4.0	4.0	3.0	4.0	3.8
	平均値	3.8	3.8	3.5	3.8	3.7
部署内でのチームワーク	私の部署では、職員はお互いに助け合って仕事をしている	4.0	4.0	4.0	5.0	4.3
	私の部署では、急ぎでかつ大量の仕事がある場合、それを早く終わらせるためにチームとして一緒に取り組む	4.0	4.0	4.0	5.0	4.3
	私の部署では、職員はお互いに敬意をもって接している	3.0	4.0	4.0	4.0	3.8
	私の部署のどこかが非常に多忙になった場合、他の職員は手助けする	4.0	5.0	4.0	4.0	4.3
	平均値	3.8	4.3	4.0	4.5	4.1
仕事の引き継ぎや患者の移動	私の病院では、患者さんが部署間を移動するとき、不手際が起きることがある*	3.0	4.0	2.0	4.0	3.3
	私の病院では、シフト交替の際、重要な患者情報が抜け落ちることがよくある*	4.0	4.0	3.0	4.0	3.8
	私の病院では、部署間で情報をやりとりする際、よく問題が起きる*	4.0	4.0	3.0	4.0	3.8
		平均値	3.7	4.0	2.7	4.0
安全に対する病院マネジメント支援	私の病院は、患者安全を促進するような職場環境を用意している	5.0	5.0	4.0	5.0	4.8
	私の病院は、患者安全を最優先事項として経営活動を行っている	4.0	5.0	3.0	5.0	4.3
	私の病院は、悪い事が起きた後でしか、患者安全に関心をはらわないようである*	5.0	4.0	4.0	5.0	4.5
		平均値	4.7	4.7	3.7	5.0
部署間でのチームワーク	私の病院では、部署同士がうまく連携していない*	3.0	4.0	3.0	4.0	3.5
	私の病院では、協力しあう必要がある部署同士は、うまく連携している	4.0	4.0	4.0	5.0	4.3
	私の病院では、他の部署の職員と一緒に働くことが不愉快なことがよくある*	4.0	4.0	3.0	4.0	3.8
	私の病院では、患者さんに最高のケアを提供するため、部署同士が協力しあっている	3.0	4.0	3.0	5.0	3.8
	平均値	3.5	4.0	3.3	4.5	3.8
イベントの報告される頻度	ミスが起きたが、患者に影響を及ぼす前に発見され改善された場合、どれくらいの頻度で報告がありますか (インシデント0レベル、ヒヤリハット)	4.0	5.0	4.0	5.0	4.5
	ミスが起きたが、それが患者に悪影響を及ぼす可能性がないものである場合、どれくらいの頻度で報告がありますか (インシデントIレベル)	2.0	5.0	4.0	5.0	4.0
	患者に害を及ぼしうるミスが起きたが、被害がなかった場合、どれくらいの頻度で報告がありますか (インシデントIIレベル)	2.0	5.0	5.0	5.0	4.3
		平均値	2.7	5.0	4.3	5.0
安全に関する総合的理解	私の部署では、深刻なミスが起きていないのは偶然でしかない*	4.0	4.0	3.0	5.0	4.0
	私の部署では、より多くの仕事をするために、患者安全が犠牲になることはない	2.0	4.0	3.0	5.0	3.5
	私の部署には、患者安全についての問題がある*	2.0	4.0	3.0	4.0	3.3
	私の部署の業務手順やシステムは、ミスを予防するように配慮されている	2.0	4.0	3.0	4.0	3.3
	平均値	2.5	4.0	3.0	4.5	3.5
	全Factorの平均値	3.5	4.0	3.6	4.4	3.8

\*安全文化因子の否定的文言の質問項目の文末に\*を記入

内でのチームワーク]、「イベントの報告される頻度」の3項目で、全研究協力者の中で項目が最も少なかった。C氏の特徴は、消化器外科病棟を管理し、医療安全に関する委員会のメンバーの経験があった。また、イベント報告件数（インシデント）が比較的多く、アクシデントはなく、患者安全の総合評価も平均に近い得点であった。医療安全に関する委員会を通じて他部署の安全文化の醸成を垣間見ることができ、病棟の特殊性を理解した上で、自部署の問題点を認識していたと推察される。

他の3名が平均値3.8点より高いFactorであるにもかかわらず、C氏ひとりが平均値に満たないFactorが「過誤の対する非懲罰的対応」、「上司の安全に対する態度や行動」、「安全に対する病院マネジメント支援」の3Factorあった。C氏は、《安全・安心というキーワードの意味をスタッフ自身が常に考え続けて対応・ルール作りや提案》の必要性を認識しながら、《若い世代が多く患者優先でなく業務分担の落とし穴や報告と相談の混同とインシデント・ヒヤリハットの再発防止の限界》、《看護管理者のインシデント報告の考え方の相違は共有する機会のなさ》という認識も持ち、患者優先のケア、業務分担の落とし穴などインシデント・ヒヤリハットを繰り返す若いスタッフが多い病棟の特徴を理解し、看護師も人間なのでやむを得ないというインシデント・ヒヤリハットの再発防止の限界を感じていたと考える。

#### ④安全文化因子の得点とD氏の特徴

D氏の安全文化因子の平均値は4.4点と全研究協力者の中で最も高く、平均値3.8点より高い項目が11Factorあった。D氏の特徴は、看護師長経験年数が4名中最も短く、産科・婦人科病棟を管理していた。また、イベント報告件数が4名中最も少なく、患者安全の総合評価の得点は4名中最も高かった。これは、D氏は、社会背景から人の特徴を理解した上で、病棟の安全文化を醸成できている環境にあると推察された。また、他の3名にない「エラー後のフィードバック」が4.3点、「組織的・継続的な改善」が4.0点と2Factorの得点が高かった。D氏が、《細かいリスク事例は多くあり同じ人が同じリスクを繰り返していると認識》、《大きな問題はリスクマネージャーや会議で情報共有し対応を一本化》という認識を持ち、自部署の中で起こっているインシデント事例を分析し、問

題を情報共有し、対応を一本化するという再発防止を議論する仕組みを作っていたことが、「エラー後のフィードバック」のFactorと関係していると考えられる。そして、《身体面が優先される時でも人間関係を大切にしながら精神面に寄り添うおおらかでゆったりとした看護の提供》という認識を持つことで、身体的側面が優先される中で精神的ケアを同時に行っている状況を安心して見守りをするような行動をとっていた。身体面が優先されるという状況を認識し、人間関係を大切にしながら、精神面に寄り添う、おおらかでゆったりとした看護をスタッフが行えるような関わりを大切にし、そのようにスタッフが心理的ケアを同時に行っている状況を確認し安心感を得て見守るという教育的な関わりをしていた。このことは、「組織的・継続的な改善」のFactorに関係していると考えられる。

## IV. 考察

### 1) 病棟の安全文化を醸成する看護管理者の認識について

統合分析により、看護管理者が捉える病棟の安全文化の醸成に関する認識については、7最終コアカテゴリーに集約された。

【自ら作り出す安全】という最終コアカテゴリーは、本研究で新たに見出すことのできた概念の一つであった。看護管理者は、アクシデントが生じた時でさえも、スタッフの判断の良い所を認めた上で、アクシデントの予測可能性やアクシデントの理由を確認し、多職種間のカンファレンスを利用して全体で共有し、次の対策に活用するよう自発的な行動を導く関わりを展開していた。このことは、安全文化というものが存在するという前提としたマニュアル遵守のマネジメントではなく、安全文化は自らが作り出すものということを前提とした捉え方であり、本研究の研究協力者の認識の特徴でもあった。また、研究協力者は医療安全を積極的に推進していると施設長及び所属上司の推薦のある病棟師長としていることから、医療安全において他者から優れた成果をあげられると認められた看護管理者であり、そのような人には達成志向を持つ（アンダーセン、2002）とされている。そのために図1の中央に位置づけた。また、このことは、細田他（2010）が述べる「支援的リーダーシップ、つまり

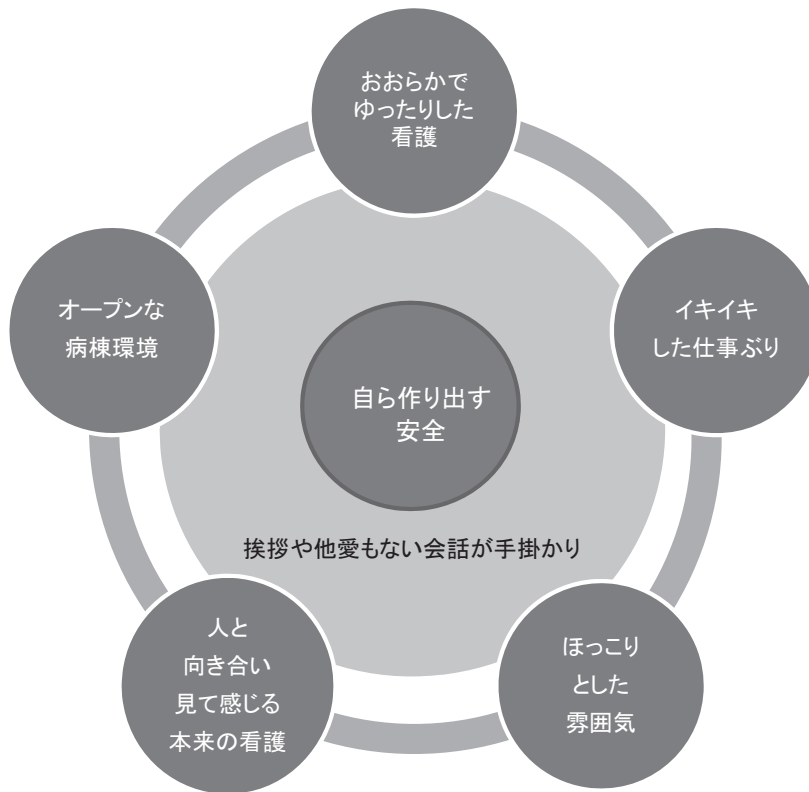


図1. 病棟の安全文化を醸成する看護管理者の認識の構造

他の人たちを支援するスタイルのリーダーシップであり、相手が自ら答えを見つけ出し行動できるように役割を果たす能力である」という看護管理者としてのリーダーシップを意図した行動であると考え（細田・星・藤原，2010）。また、荻野（1998）は、良い組織文化というものがあり、組織メンバーの行動様式を変えることにより良い文化へ変革することができる」と述べていた。つまり、看護管理者が、病棟という組織を【自ら作り出す安全】という良い文化にするために、組織メンバーであるスタッフの行動様式を変える働きかけをすることが求められていると考える。

看護管理者は、病棟が【オープンな病棟環境】で、【ほっこりとした雰囲気】であり、【人と向き合い見て感じる本来の看護】や【おおらかでゆったりとした看護】が行われ、スタッフが【イキイキした仕事ぶり】を見せている時は、病棟が安全な状態であり、安全文化が醸成されていると認識していた。そのため、図1では、これらの判断基準となる5つの認識のコアカテゴリーを円形に配置した。齊藤（2001）は、「看護管理者のもつべきコンピテンシーを、職業意識と使命感から考えてみると、『患者の満足を第一に考えた目配

り、気配り、心配りの行き届いたケア（看護）の実施統括指導、及びスタッフ（人材）の育成』に焦点をおいたコンピテンシーに集約される」と述べている（齊藤，2001）。本研究においても、患者を人として捉え、安全を最優先に考えた【人と向き合い見て感じる本来の看護】や【おおらかでゆったりとした看護】という認識が浮き彫りになった。このことは、看護管理者のヒューマンケアリングに関する認識が認識の核であることを意味していると考えられる。これは、組織という文化におけるケアを考える上で本研究の理論的前提としたレイニンガーのヒューマンケアこそ看護の本質であり、看護の知識と実践の中心的・優先的・統一的領域であるという考え（Leininger, 1995）と同様の知見であると考えられる。さらに、上脇他（2011）による「イキイキ型（伝統自由・組織活発型）の組織風土が建設的な行動変容に有用である」と述べている（上脇・丹羽，2011）報告があり、本研究協力者が、スタッフの【イキイキした仕事ぶり】を見ることができるよう、スタッフが成長できる人材育成のための環境作りの大切さを認識していたことと一致する知見であった。これは、医療界で問われている安全文化の安

全とは、患者が安全な医療を受けるための患者安全であり、医療を提供する組織や医療人の安全でないとする考え（種田・奥村・相澤，2009）とは異なっている。この理由は、研究協力者が看護管理者であることにより、患者だけでなく、医療スタッフ、つまり管理する病棟という組織全体の安全を念頭に置いた安全文化の醸成する役割を遂行しているためと考える。

また、これら5つの認識の最終コアカテゴリーは、病棟の安全文化についての看護管理者が判断する手掛かりであるとともに、安全文化を醸成した成果とも言える。看護管理者は、管理している病棟の安全文化の醸成について、これらの5つの認識を判断基準として直観的にイメージし、それに基づき行動していると考えられた。すなわち各病棟の組織文化を超えて、看護管理者には安全文化が醸成されているということについて、共通したイメージがあり、安全文化を醸成するために能動的に行動をおこしていることが浮き彫りになった。その根底には、患者の安全を最優先に考え、看護管理者としての役割を理解し遂行する能力を活用し目標を達成しようとする動機があると考えられる。これは、細田他（2010）が述べている「目標に焦点をあて、それを達成しようと試みる姿勢を維持する能力という目的達成志向」（細田・星・藤原，2010）と同様の知見と考えられる。また、堀野（1987）は、「従来の達成動機概念には『社会的・文化的に価値があるとされたものを達成すること』が大きな要因として存在している」（堀野，1987）と述べており、本研究においても看護管理者は、患者の安全を最優先に考え、安全文化を醸成するという社会的・文化的に価値があるものを達成するという認識を持っているため、これらは同様の見解と考えられる。その一方で、堀野（1987）は、個々人の視点からとするならば、社会的・文化的評価の枠組みの中だけでなく、「自己実現」や「その人らしい個性的な人間にまで発展する活力」の中で達成動機を多角的に捉えることを提言し、社会的・文化的に価値が認められなくとも、個々人において重要な価値を持つものへの達成動機を認め、「社会的達成欲求」と「個人的達成欲求」の二つの欲求の側面から達成動機を捉える必要性を示唆している（堀野，1987）。本研究においても、安全文化が醸成された病棟のイメージを成果として達成し、患者やスタッフ、組織・地域に求められる看護管理者となるという

自己実現が、個人の達成動機の基になっていると考えられた。したがって、看護管理者の安全文化を醸成するための認識には、患者の安全を最優先に考え行動する社会的達成欲求と他者や組織から認められたいという個人的達成欲求が関係していると考えられた。

5つの認識の情報収集の手掛かりとしているのが、挨拶や他愛もない会話時のスタッフの反応の様子であった。そのため、この最終コアカテゴリーを図1の認識をつなぐ位置に配置した。

病棟の安全文化を醸成している看護管理者の認識の特徴は、患者だけでなく病棟全体が安全な状態であることを直観的なイメージとして捉え、常に病棟の安全文化をモニタリングし、「今日は何かが違う」と直観した場合、知識や経験知を活用して、リスクを予測・回避した行動につなげるよう意図していると考えられた。この「今日は何かが違う」とする判断基準が、【オープンな病棟環境】で【ほっこりとした雰囲気】があり、スタッフが【イキイキした仕事ぶり】で【人と向き合い見て感じる本来の看護】や【おおらかでゆったりとした看護】が実践できているかどうかであると考えられた。

以上のことから、本研究で新たに見出せた病棟の安全文化を醸成するための看護管理者の認識の特徴は、常に安全は自ら作り出すものという【自ら作り出す安全】という認識に基づき、病棟の安全な状態として【オープンな病棟環境】、【ほっこりとした雰囲気】、【イキイキした仕事ぶり】、【人と向き合い見て感じる本来の看護】、【おおらかでゆったりとした看護】から安全文化の醸成を直観的にイメージし、朝の【挨拶や他愛もない会話の手掛かり】から能動的にリスクを予測・回避する行動を日頃からとっているということが示唆された。

## 2) 研究協力者の基本属性及び安全文化評価指標、看護単位の医療安全看護管理評価指標からみた病棟の安全文化の捉え

病院組織における安全文化の現状を測定するツールである安全文化評価指標は、看護管理者が管理している病棟の安全文化の醸成において、どのような点に着目しているのかを視覚化するための指標として用いたため、安全文化評価指標の安全文化因子の各 Factor は、その得点は高いほど安全文化が醸成されていると

看護管理者が認識していると捉えることができる。

全研究協力者の平均値 3.8 点より高く、全研究協力者が該当する安全文化因子の Factor は、「部署内でのチームワーク」の 1Factor のみであり、その反面、全研究協力者の平均値 3.8 点より低く、全研究協力者が該当する安全文化因子の Factor がなかった。つまり、病棟の安全文化が醸成されていると評価する際に着目する項目として「部署内でのチームワーク」があり、着目しない項目はなかった。

同じ部署内の職員が協力しあい、互いに敬意をもって接し、チームとして働く「部署内でのチームワーク」の Factor が高い値なのは、病棟を評価した上で、《インシデントレポート内容を共有できるスタッフ間の信頼関係》を築くような関わりが大切であると認識していたからである。真下他（2009）は、「PFI（民間賃金等の活用における公共施設等の整備等の促進に関する法律）導入時、『チームワークと協調性』では、新しいシステムに対応できるよう『誰一人落ちこぼれることのないように励ましあった』という行動がみられた」と述べており（真下・小澤・井上，2009）、病棟の安全文化を醸成するためにも部署内でのチームワークが求められることが示唆されていた。

安全文化評価指標の安全文化因子の得点、各研究協力者の個人属性などの関係は、研究協力者の現配属部署の経験年数や看護師長経験年数により、経験年数が短い研究協力者は、病棟の安全文化を醸成する過程にあり、Factor の得点にはアクシデント報告件数が反映されていると推察された。また、医療安全管理研修参加経験の有無や医療安全に関する委員会メンバー経験の有無により、研修やメンバー経験のある研究協力者は、アクシデントに直結しやすい重い仕事をしていると認識し、インシデントやアクシデント報告件数が多いことは人間なのでやむを得ないとインシデント・アクシデント再発防止の限界を感じながら、他の部署にない病棟の特徴を考慮した上で、具体的に病棟の安全文化の醸成へ取り組んでいた。このことが、Factor の得点にも影響を与えていると推察される。したがって、現配属部署の経験年数や看護師長経験年数、医療安全管理研修参加経験の有無、医療安全に関する委員会メンバー経験の有無が、Factor の得点に影響を及ぼす要因であると考えられる。

### 3) 本研究の限界と今後の課題

本研究では、研究協力者が 4 名で女性であり、T 県という限られた地域であることにより十分なデータが得られたとは考えにくい。また、特定機能病院、大学病院およびその機能に準ずる病院における 7:1 看護配置を取得している一般急性期病棟を単独で管理する看護師長を研究協力者としたため、一般の看護管理者が病棟の安全文化を醸成している認識の特徴と一致するとは限らない。

今後は、これらを課題として研究協力者の範囲を一般の看護管理者に拡大し、分析方法についても十分検討を重ね、研究を継続していく必要がある。

## V. 結論

本研究では、4 名の研究協力者に、半構成的面接法を用いて質的記述的研究を行い、以下のことが明らかになった。

1. 本研究では、病棟の安全文化を醸成するための認識の特徴として、【ほっこりとした雰囲気】、【おおらかでゆったりとした看護】、【イキイキした仕事ぶり】、【人と向き合い見て感じる本来の看護】、【オープンな病棟環境】、【挨拶や他愛もない会話が手掛かり】、【自ら作り出す安全】の 7 つの最終コアカテゴリーが抽出された。
2. 病棟の安全文化を醸成するための看護管理者は、異なる組織文化を超えて存在し、常に【自ら作り出す安全】を意識していた。
3. 本研究の研究協力者である看護管理者は、病棟の安全文化を醸成する上で、【挨拶や他愛もない会話が手掛かり】という認識を持ち、朝の挨拶や他愛もない会話時のスタッフの反応からリスクを直観的に捉えていた。そして、【ほっこりとした雰囲気】、【おおらかでゆったりとした看護】、【イキイキした仕事ぶり】、【人と向き合い見て感じる本来の看護】、【オープンな病棟環境】という 5 つのイメージから病棟の安全文化が醸成されていると認識していた。これらの 5 つの概念は病棟の安全文化が醸成できているとする看護管理者の判断基準であり、安全文化醸成の成果でもあった。これらの認識の核となる概念は、看護の本質であるヒューマンケアリングであると考えられた。

4. 看護管理者が病棟の安全文化について評価している点を視覚化する指標である安全文化評価指標の安全文化因子の得点については、安全文化因子の「部署内でのチームワーク」の1Factorのみが本研究で見出された看護管理者の病棟の安全文化を醸成する認識と関係していると推察された。また、Factorの得点に影響する要因には、看護師長経験年数、医療安全管理研修参加経験、医療安全に関する委員会メンバー経験、現配属部署の経験年数、アクシデント及びインシデント報告数などが考えられた。

#### 謝辞

本研究を行うにあたりご協力いただきました全ての方々に心から感謝いたします。

本研究は、日本赤十字豊田看護大学大学院看護学研究科修士論文の一部であり、また、本研究を行うにあたり日本赤十字豊田看護大学学長裁量経費の助成を受けて実施しました。なお、本研究の一部は、第17・18回日本赤十字看護学会学術集会で発表しました。利益相反となる企業・団体はありません。

#### 文献

- アンダーセン (2002). 図解コンピテンシーマネジメント, 18-37, 東京: 東洋経済新報社.
- 堀野緑 (1987). 達成動機の構成因子の分析 - 達成動機概念の再検討 -, 教育心理学研究, 35 (2), 52-58.
- 細田泰子, 星和美, 藤原千恵子, 石井京子 (2011). 施設内教育担当者の視点からみた中堅期の看護師のコンピテンシー, 大阪府立大学看護学部紀要, 17 (1), 37-44.
- 上脇優子, 丹羽さよ子 (2011). 看護ミス発生後における当事者の建設的行動変容への影響要因, 日本集中治療医学会雑誌, 18 (4).
- Leininger, M., 稲岡文昭 (監) (1995). レイニンガー看護論 - 文化ケアの多様性と普遍性, 36-53, 東京: 医学書院.
- 真下綾子, 小澤未緒, 井上幸子, 菅田勝也 (2009).

PFI 導入による経営環境変化に対応するために発揮された看護管理者のコンピテンシー, 日本看護管理学会誌, 13 (2), 31-40.

- 萩野雅 (1998). 看護研究における組織文化の概念分析, 日本看護科学会誌, 18 (3), 106-117.
- 斎藤清一 (2001). 特集 管理者がもつべき技術 管理者が持つべきコンピテンシー (高成果実現行動特性) とは, インターナショナルナーシングレビュー, 24 (1), 37-40.
- 坂梨薫, 安川文朗, 戸梶亜紀彦 (2003). 病棟師長の看護管理の現状と改革課題, 看護管理, 13 (3), 216-222.
- 庄子由美, 梅澤昭子, 星邦彦, 根本建二, 大内憲明 (2003). 私の病院の取り組み 医療の安全文化をいかに醸成するか, 日本医療マネジメント学会雑誌, 4 (3), 445-449.
- 杉山良子, 西三代子 (2003). 武蔵野赤十字病院における医療安全文化確立への方略, インターナショナルナーシングレビュー, 26 (4), 51-58.
- 相撲佐希子, 鈴木初子, 榎原毅 (2013). 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, 3 (1), 17-28.
- 相馬孝博 (2003). 医療安全文化の確立へ 医療における安全文化 我々の目指すべきは? インターナショナルナーシングレビュー, 26 (4), 30-34.
- 種田憲一郎, 奥村泰之, 相澤裕紀, 長谷川敏彦 (2009). 安全文化を測る - 患者安全文化尺度日本語版の作成 -, 医療の質・安全学会誌, 4 (1), 10-24.
- 近森清美 (2015). 病棟の安全文化における看護管理者の認識とコンピテンシー, 日本赤十字豊田看護大学大学院 看護学研究科修士論文.
- 矢野真 (2013). 医療安全への組織的な取り組み たどってきた道を振り返って, 看護展望, 38 (8), 4-8.
- 吉川三枝子, 関根聡子, 高橋由紀, 坪井章雄, 松田たみ子 (2012). 新任の中間看護管理者が認識する役割遂行上の困難と必要とする支援, 茨城県医療大学紀要, 第17巻, 1-10.

# Cognition of Nursing Managers for Safety Culture in a Hospital Ward

CHIKAMORI Kiyomi<sup>1</sup>, MURASE Tomoko<sup>2</sup>, OKUMURA Junko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nagoya First Red Cross Hospital

<sup>2</sup>Japanese Red Cross Toyota College of Nursing

## Abstract

The purpose of this study was to clarify the nursing manager's cognition to foster safety culture in a hospital ward and then to examine the relationship with safety culture factor scores of patient safety culture survey tool developed by Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), which was developed a useful tool for measuring safety culture in Japan (Taneda, et al., 2009). The design of this study was qualitative descriptive method using semi-structured interviews with four nursing managers as research collaborators.

The characteristics in appreciation of nursing managers on safety culture in a hospital ward were aggregated into 7 core categories from 31 categories. In other words, while conscious of "Safety to create by themselves", I was able to find the characteristic that intuitively grasping the occurrence of risk by "Greeting way of each other and behavior of conversation". The yardstick for intuitively judging the fostering of safety culture in a hospital ward was "A warm atmosphere", "Nursing with generosity and relax", "Staff works over fulling of life", "Original human care with warn feeling and carefully", "A frankly and equality of human relationship in a ward".

The safety culture factor scores of patient safety culture survey tool related to nursing manager's cognition was "Teamwork within the department".

