

論文内容の要旨

本論文において、なぜ、看護師のヒューマンエラーによる医療事故に注目するのか。看護師は、医療組織を構成する職員の中で最も人数が多く、また、患者サービスの満足度にも大きく影響するため、看護師の質が医療組織の評価を左右すると言っても過言ではない。しかし、看護師のヒューマンエラーによる医療事故は少なからず発生している。むしろ、医療事故は減るどころか、毎年増加する傾向にあり、場合によっては、障害が残ってしまったり、死亡にまで至る重大な事象となることが分かっている。

日本医療機能評価機構がまとめる「医療事故情報の報告件数と医療機関数」の報告によると、2018年の報告件数は、4,565件であり、前年の4,095件と比べて470件増加していることが分かる。

医療事故に関しては「医療事故はあってはならないこと」という風潮が国内外にあったことにより、医療事故を未然に防止するための研究に遅れが見られる。また、医療現場は人間の介在がきわめて多く、エラー誘発要因が他の産業と比べて多いことも挙げられる。さらに、医療現場の安全文化に関する先行研究では、「尺度の開発」や「因子構造の確認」に終始して、安全文化を醸成するための「メカニズムの解明」による安全文化の醸成方法の確立に至っていない。とくに、医療安全に関する問題は、国内外で2000年頃に注目されるようになったが、20年以上が経過した現在も、その研究成果が医療現場の看護実践に資する内容になっておらず、研究（理論）と現場（実践）の間に乖離が見られる。

以上から、本論文では、つぎのリサーチ・クエスチョンを設定する。

- ・なぜ、医療事故は減らないのか？
- ・そして、医療事故を減らすためのメカニズムとは？

上記のように、医療現場の安全文化に関する研究は、局所的・部分的な傾向があった。そのため、本論文では、体系的・統合的なメカニズムの研究を行うため、安全文化とレジリエンスの研究知見に基づいた理論的枠組みを構築したいと考える。すなわち、本論文の根幹にあるのは安全文化とレジリエンスであり、この考えをベースに考察を進めていく。例えば、安全文化に関する議論は多くの研究者が同じ用語を用いているものの、その意味する概念が異なることが多く、扱っている対象が「文化」という漠然としたものであるため、研究知見が十分に整理・体系化されていないとの指摘がある。そこで、まず、Reasonによる安全文化の考えをレビューするとともに、芳賀繁名誉教授（立教大学）を中心に議論が進められている、（安全文化における）柔軟な文化とレジリエンスの繋がりについてレビューする。

なお、Hollnagel et al.によれば、レジリエンスとは、ある組織（システム）が安定した状態を維持して、時にはその状態から逸脱しても速やかに原状に復帰する能力のことである。その能力によって、組織は大規模な混乱の後や連続する強いストレスを受けている状態でも運用状態を維持していると定義される。また、Hollnagel et al.においては、医療従事者らが、何が安全を生むのかということについて議論し、合意できるような「共通の用語」と「共有できる基準となる枠組み」を確立する方法を見つけると述べる。そこで、Hollnagel et al.の言葉を借りると、「安全文化」という「共通の用語」を用いて、安全文化とレジリエンスの研究知見に基づいた理論的枠組みを構築することにより、「共有できる基準となる仕組み」として、医療現場の安全文化を醸成するための仕組みを新たな知見として提供できればと考える。

すなわち、「レジリエンス能力の高い柔軟な仕組みは、安全文化が醸成された組織において構築される」という本論文の主張を基にしながら、安全文化が醸成されていない組織ではヒューマンエラーが多発するという視点から、看護師のヒューマンエラーによる医療事故に注目して、安全文化とレジリエンスがどのように関連するのかを考察していく。端的に言うと、医療現場の安全文化を醸成するための仕組みとして、安全文化とレジリエンスの研究知見に基づいた理論的枠組みを構築することが、本論文の1つ目の目的である。

ここで、安全文化とレジリエンスを取り上げる理由であるが、看護師のヒューマンエラーについて論じら

れる類似の先行研究は少なくない。その中には、安全文化に関連づけて論じられているものもある。ただし、これらの先行研究についての批判的な見方をすると、Reason の提唱する 4 つの文化（報告する文化、正義の文化、柔軟な文化、学習する文化）のうち、例えば、「報告する文化」など、1 つの文化のみを取り上げて論じられる場合が多く、4 つの文化の相互作用については見過ごされがちな傾向にある。Reason によれば、安全文化とは、4 つの重要な構成要素、すなわち、報告する文化、正義の文化、柔軟な文化、学習する文化の 4 つが作用し合い、形成されるものである。

そこで、看護師のヒューマンエラーによる医療事故に注目し、4 つの文化それぞれがどのように関連するのかを主眼とすることで、本論文の独自の研究知見を提供できればと考える。また、ここ数年、医療安全をレジリエンスに関連づけて論じている先行研究もあるが、レジリエンス単体のみを取り上げて論じる場合が多く、安全文化とレジリエンスの両概念の視点からの考察は見受けられないことも挙げられる。

つぎに、それでは、医療現場で安全文化を醸成する担い手は誰になるのか？という問いであるが、本論文では、看護師長のリーダーシップに着目する。例えば、ここ数年の研究では、看護師長のサーバント・リーダーシップの有効性が注目される。ただし、それはチーム医療の視点からの有効性であるため、医療安全の視点からも有効であるのか、または、それに代わるリーダーシップ・スタイルがあるのかを検証することを本論文の 2 つ目の目的とする。

本論文は、全 8 章で構成される。第 1 章は、研究の背景、研究の目的、論文の構成について述べる。第 2 章は、わが国の看護師のヒューマンエラーによる医療事故の概要を述べるとともに、医療事故の事例紹介を行う。第 3 章は、ヒューマンエラーの定義及び先行研究について述べるとともに、ヒューマンエラー分析モデルの系譜を確認する。第 4 章は、Reason による安全文化の考えをレビューするとともに、（安全文化における）柔軟な文化とレジリエンスの繋がりをレビューする。第 5 章は、医療現場の安全文化を醸成するための仕組みとして、安全文化とレジリエンスの研究知見に基づいた「理論的枠組み」（仮説）の構築及び事例研究を行う。第 6 章は、Schein による組織文化にアプローチするとともに、組織文化とリーダーシップをレビューすることで、看護師長のリーダーシップに関する考察及び仮説の設定を行う。第 7 章は、第 5 章及び第 6 章で提起した仮説について、看護師及び看護師経験者へのインタビュー調査を通して、検証作業を行う。第 8 章は、本論文のまとめについて述べる。

なお、本論文では、ルース・カップリング概念、田尾雅夫名誉教授（京都大学）によるヒューマン・サービス組織等を取り上げる。例えば、組織論の研究領域では、ルース・カップリング概念は目新しいものではないが、従来のヒューマンエラー研究では、組織論の概念が応用されることはなかった。すなわち、これまでのヒューマンエラー研究では、心理学や人間工学の視点から産業事故を防止するための取り組みが行われてきた。組織の活動にはミクロの人間の活動が含まれており、組織的・人的側面については、組織論の視点からも扱わなければならないため、本論文では、組織論の研究知見を含めた考察を展開することによって、医療安全マネジメント研究の裾野を広げる役割を担うことができると考える。

また、先行研究における（安全文化における）柔軟な文化とレジリエンスの繋がりに関しては、研究（理論）と現場（実践）に乖離があることを認めなかった。とくに、原子力組織や医療組織等、対象とする組織の範囲が明確にされていなかった。その点では、本論文での「高度化・精緻化」を図ることで、医療現場で適用可能な理論的枠組みにより、安全文化の醸成を可視化するための一助になるのではないかと考える。

なお、医療安全の確保については、医療従事者及び医療機関の責務であり、これまで以上に個人の知識や技術の研鑽、医療組織全体のシステムの向上に努めていかなければならないが、医療安全に関する問題解決の多くは個人に対する注意喚起や現場の努力に過度の期待がなされる傾向があり、これだけでは医療安全の確保はできない。Lynette においては、看護師はヒューマンエラーの発生に最も近い存在であり、そのために看護師の業務に関するヒューマンエラー研究はとくに重要となるが、最も効果的な選択肢は「安全文化を醸成すること」であると述べている。

最後に、本論文における理論的枠組みの構築については、外枠のハード的な要素が大きいと、内部のソフト面に関しては、看護師及び看護師経験者へのインタビュー調査を行うことにより、医療現場との齟齬が起きないように配慮している。とくに、研究（理論）と現場（実践）の距離感を注視しながら、それらを解消していく作業に注力している。