

わが国の安全管理に関する看護学研究の現状

——安全管理教育のエビデンス構築への課題の検討——

山澄直美, 岩波浩美, 定廣和香子, 相楽有美

村上みち子, 大川美千代, 杉森みどり

群馬県立県民健康科学大学

目的：わが国の「安全管理」に関する看護学研究の現状を解明し、看護基礎教育における安全管理教育のためのエビデンスの構築に向けた課題を検討する。

方法：2004年と2005年に医学中央雑誌 Web 版に掲載された安全管理に関する看護学研究を対象とした。分析フォームを用いてデータ化し、研究デザイン等に関しては記述統計値を算出、研究内容は Berelson, B. の内容分析の手法を参考に分析した。

結果：317件の研究を分析対象とした。研究デザインは調査研究が約45%を占めた。データ収集方法は記録をデータ源とした研究が最も多かった。研究内容は、【保健医療福祉施設のインシデント・事故防止に向けた対策の立案・導入・工夫とその評価】、【看護師への安全管理教育の評価】など16カテゴリに分類された。

結論：看護基礎教育における安全管理教育に向けては、16カテゴリから示唆された安全管理の6つの領域に関して教育の内容を精選する必要がある。

キーワード：安全管理, 文献研究, 看護基礎教育

I. 緒 言

医療安全の確保は、近年、わが国の保健医療分野における深刻な課題となっている。厚生労働省医療安全対策会議報告書¹⁾は、医療安全に関する教育研修の重要性を提言した。また、「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」報告書²⁾は、「安全管理の技術」を臨地実習において看護学生が教員や看護師の助言・指導により単独で実施できる看護技術として提示した。これらは、保健医療従事者に対する「安全管理教育」の重要性がますます高まっていることを示す。

看護における「安全」は、患者の生命を脅したり、身体的・精神的に消耗する状況にしないことであり³⁾、安楽、自立とともに、看護ケアを行う際の必須条件である⁴⁾。これは、看護における「安全」

が、医療事故に限らず、患者の「安全」を脅かす要素を予測し、身体的・精神的消耗を防ぐという看護の本質的な要素であることを示す。そのため、看護学教育は、従来からこれらを中核的かつ重要な教育内容として提供してきた。このことは、看護における「安全管理」が近年注目されている「医療事故防止」のみを目的とするものではなく、より包括的な内容を含む可能性があることを示す。

一方、現在の保健医療は、在院日数の短縮に伴う入院患者の重症化、在宅を始めとする保健医療を提供する場の拡大など大きく変化している。看護職は、在宅を含むより広い場と多様な対象に対して看護を提供する役割を求められており⁵⁾、看護職に必要な「安全管理」に関する知識や技術はますます多様化、複雑化している。また、医療事故に関与した看護職者が法的責任を問われる事例

は増加傾向にある⁶⁾。これらを背景として、看護学教育は、従来「安全」を重要な教育内容としてきたことを前提としつつも、保健医療の現状と将来を見据えた安全管理教育の内容や方法を検討していくべき時機を迎えている。

安全管理に関する看護学研究は1999年以降飛躍的に増加し、2000年からの5年間に約1200件が公表されている。これらの看護学研究は、安全管理教育のエビデンスとなりうる。そのため、わが国の安全管理に関する看護学研究が何を解明し、どのような知識が累積されているのか、その動向を明らかにすることは、安全管理教育のエビデンスの構築に向けて重要である。安全管理に関する研究を検索した結果、看護基礎教育課程における事故防止教育の動向に焦点を当てた研究⁷⁾が行われていた。しかし、安全管理に関する研究全体の動向を解明した研究は行われていなかった。そこで、本研究は、過去5年間の安全管理に関する研究の動向の解明に向けて、まず2004年と2005年に公表された研究を対象とし、研究の現状を明らかにすることを目的とした。

本研究の成果は、看護基礎教育における「安全管理」に関する教育内容を精選する際の資料として活用できる。また、安全管理教育におけるエビデンスとしての看護学研究の活用可能性を判断するための資料となる。

II. 研究目的・目標

1. 研究目的

わが国の「安全管理」に関する看護学研究の現状を解明し、看護基礎教育における安全管理教育のエビデンス構築に向けた課題を検討する。

2. 研究目標

- 1) 2004年1月から2005年9月までに発表された「安全管理」に関する看護学研究の分析を通し、研究の現状を明らかにする。

- 2) 研究内容の特徴から安全管理に関する研究の領域を考察する。

- 3) 1) 2) を通し、看護基礎教育における安全管理教育のエビデンス構築に向けた課題を検討する。

III. 用語の操作的定義

研究を開始するにあたり、文献検討に基づき「安全管理」を次の通り操作的に定義した。

安全管理とは、保健医療専門職が専門的知識・技術に基づき危険を予測し、クライアント及びその家族や保健医療従事者の外的・内的環境を整える活動である。その目標は、単に医療事故の発生回避に止まらず究極的にはクライアントおよびその家族や医療従事者が身体的にも精神的にも脅かされたり消耗したりすることのない状態を保証することである。安全管理は保健医療の質向上に向けた本質的な活動の1つである。

なお、ここでいう医療事故とは、死亡、生命の危険、病状の悪化など医療行為による身体的被害がクライアントに生じた状況を示す。

IV. 研究方法

1. 研究対象

2004年1月から2005年9月までに医学中央雑誌Web版に掲載された「安全管理」に関する看護学研究である。

2. 対象文献の検索及び選定

用語の操作的定義に基づき、検索語には「安全管理」に関連する用語である医療安全、安全管理、リスクマネジメント、セーフティマネジメントと看護を設定した。また、文献の種類は、原著論文と会議録に設定し、検索した。検索できた文献からは、シンポジウムの抄録など研究報告、研究論文ではない文献を除外した。次に、文献を精読し、本研究の「安全管理」の定義に該当する対象文献

表1 分析フォーム

文献番号			
表題			
入力者番号			
研究デザイン	1. 調査研究 2. 評価研究 3. ニードのアセスメント 4. 歴史的研究 5. 事例研究 6. フィールドスタディ 7. 二次的分析 8. 方法論的研究 9. メタ分析 10. その他 (内容を記入) 11. 判読不能		
研究の種類	1. 量 2. 質 3. 量質併用		
データ収集方法	1. 質問紙 (標準化尺度を含む) 2. 自作質問紙 3. 面接法 4. 観察法 5. 事故等報告書 6. 授業のレポート, 感想表など 7. その他 (内容を具体的に記入) 8. 判読不能		
分析方法	1. 記述統計 2. 推測統計 3. その他の統計 4. 内容分析 5. グラウンデッド・セオリー 6. KJ法 7. その他の質的分析		
安全管理に関わる用語	用語の有無 1. 有	定義の有無 1. 有	定義を記載
医療安全			
医療安全管理			
安全管理			
医療事故防止			
医療過誤			
リスクマネジメント			
セーフティマネジメント			
その他の用語			
研究対象	研究対象を記入		
研究内容			

を選定した。対象文献の選定は、複数の研究者により実施した。

3. データ分析

1) データ化

先行研究⁸⁾を参考に作成した分析フォーム(表1)を用いて、対象文献をデータ化した。分析フォームは、研究デザイン、研究の種類、データ収集方法、分析方法、安全管理に関わる用語の定義の有無、研究対象、研究内容などの項目により構成した。研究デザインの分析には、Polit, D.F.らの分類⁹⁾を用いた。また、研究内容は、各文献を精読し、内容を表す一文として要約し研究内容コードとした。

2) データ分析

研究の種類、研究デザイン、用語の定義の有無に関する記述統計値を算出した。また、データ収集方法、分析方法、研究対象に関しては、その採用頻度を算出した。さらに、研究内容は、研究内容コードをBerelson, Bの内容分析¹⁰⁾の手法を参考に意味内容の類似性に基づき分類・命名し、カテゴリ化した。

3) 分析の信頼性・妥当性

分析の信頼性・妥当性は、共同研究者間による検討を行い確保した。また、研究内容のカテゴリの信頼性は、看護学研究者2名にカテゴリへの分類を依頼し、スコットの式¹¹⁾による分類の一致率を算出し検討した。

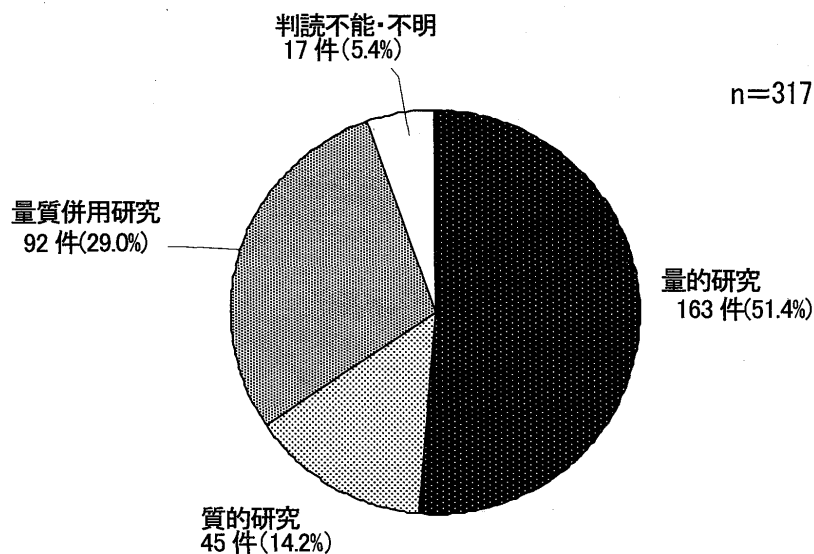


図1 研究の種類

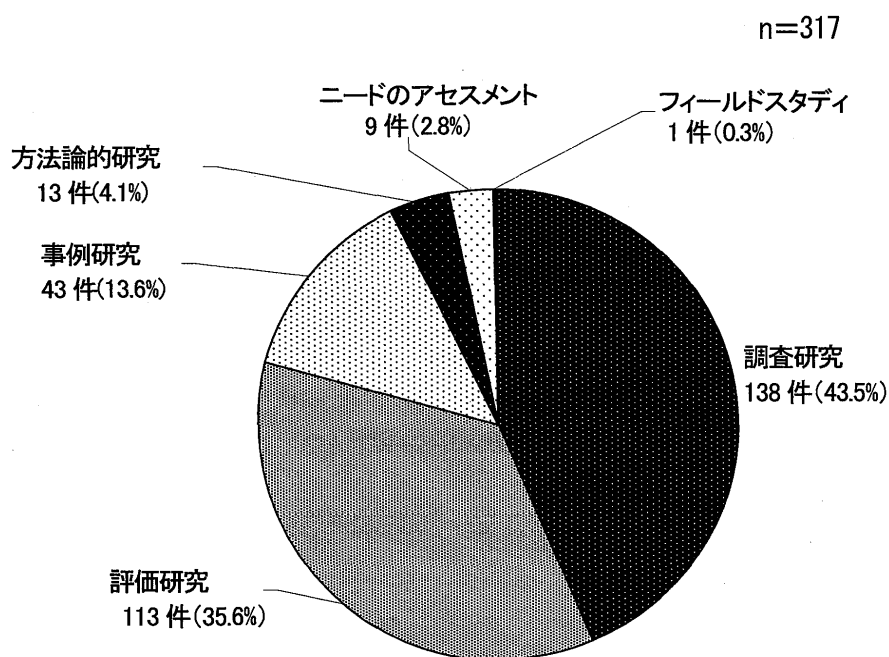


図2 研究デザイン

V. 結 果

1. 安全管理に関する看護学研究的文献数

2004年1月から2005年9月までに発表された「安全管理」に関する看護学研究は317件であり、このうち原著論文は137件(43%)、会議録は180件(57%)であった。

2. 研究の種類とデザイン

研究の種類は、量的研究163件(51.4%)、質的研究45件(14.2%)、量質併用研究92件(29.0%)、判読不能・不明17件(5.4%)であった(図1)。

研究デザインは、調査研究が最も多く、138件(43.5%)であった。次いで、評価研究が113件(35.6%)、事例研究43件(13.6%)、方法論的研

究13件 (4.1%), ニードのアセスメント 9 件 (2.8%), フィールドスタディ 1 件 (0.3%) であった (図 2)。

3. 研究方法

データ収集方法は、記録をデータ源とした研究が最も多く146件であり、次いで自作質問紙を用いた質問紙法114件、標準化尺度を用いた質問紙法21件、面接法20件、観察法10件であった。データ源となった記録は、事故報告書等92件、授業のレポート・感想文等 3 件、その他診療録、検査データ等 51 件であった (表 2)。

表 2 データ収集方法 (重複集計)

データ収集方法		文献数
記録類		146
	事故報告書等	92
	診療録・検査データ等	51
	授業のレポート・感想文等	3
自作質問紙		114
標準化尺度		21
面接法		20
観察法		10
その他		51
判読不能		65

分析方法は、記述統計を用いた研究が最も多く185件、次いでその他の質的分析50件、推測統計43件、内容分析21件、KJ法 3 件、その他の統計19件であった (表 3)。その他の質的分析に分類された研究は、業務工程分析¹²⁾、SHEL モデルによる分

表 3 分析方法 (重複集計)

分析方法	文献数
記述統計	185
その他の質的分析	50
推測統計	43
内容分析	21
その他の統計	19
KJ法	3
判読不能	76

析¹³⁾、4M4E 方式による分析¹⁴⁾といった事故分析の手法を用いていた。

4. 研究対象

研究対象は、看護職者125件、クライアント81件、看護職以外の保健医療福祉従事者・職員50件、看護学生16件、安全管理担当者等 5 件、教員・臨床指導者 5 件、家族・介護者 5 件、一般学生・社会人 3 件、看護単位10件、医療機関 3 件、介護福祉施設 3 件、看護基礎教育機関 1 件、事故・インシデント等事例70件、業務工程・内容 7 件、医療用機器・物品 2 件、医療情報等記録 6 件、文献 1 件であった (表 4)。

表 4 研究対象 (重複集計)

研究対象	文献数
看護職者	125
クライアント	81
事故・インシデント等事例	70
看護職以外の保健医療福祉従事者・職員	50
看護学生	16
看護単位	10
業務工程・内容	7
医療情報等記録	6
安全管理担当者等	5
教員・臨床指導者	5
家族・介護者	5
一般学生・社会人	3
医療機関	3
介護福祉施設	3
医療用機器・物品	2
看護基礎教育機関	1
文献	1
その他	7

5. 安全管理に関する用語とその定義

対象文献317件のうち用語の定義の記載があった研究は、41件 (13%) であった。定義が記載された用語は、「転倒・転落」11件、「インシデント

(インシデント報告を含む) 8件, 「ヒヤリ・ハット」 6件, その他医療事故, ミス・テイク, 看護ミス, ヒューマンエラーなどであった。このうち, 「転倒・転落」の定義は11件ともほぼ一致していた。一方, 「インシデント」 8件, 「ヒヤリ・ハット」 6件の定義はそれぞれ異なる内容を含み一致

表5 転倒・転落, インシデント, ヒヤリ・ハットの定義

転倒・転落	転倒: 本人の意思ではなく足底以外の部分が床に接地すること。転落: ベッド, 車椅子, 便座から落ちること
転倒・転落	転倒: 自分の意志からではなく, 身体の足底部分以外の部分が床についた状態。転落: 自分の意志からではなく, より低い場所に足底以外の部分がついた状態
転倒転落	地面又はより低い場所に膝や手が接触すること
転倒転落	身体の足底以外の部分が床についたもの
転倒	自分の意思からではなく, 地面またはより低い場所に膝や手などが接触すること。階段, 台, 自転車からの転落も含まれる (※2件の研究が全く同じく定義)
転倒	本人の意思とは無関係に足底以外の身体部分が床につくこと
転倒	患者の意志に反して足底以外の身体の一部が床にふれた状態を指し, 階段・台・車椅子からの転落やずり落ちも含むものとする
転倒	自分の意志からではなく, 地面またはより低い場所に身体の足底以外の部分がついたもの
転倒	地面又はより低い場所に膝や手が接触すること
転倒	患者の故意によらず身体の足底以外の部分が床に着いた状態であり転落も含む
転倒	故意によらず転んだ結果, 足底以外の身体の一部が床についた状態
インシデント	インシデントの本来の語義によれば「出来事」を意味し, 患者に障害を及ぼした事例と及ぼさなかった事例の両方を含む (アクシデント: その行為によって, 患者・家族に障害もしくは不利益を及ぼしたもの)
インシデント	思いがけない出来事「偶発事象」で, これに対して適切な処理が行われないと事故となる可能性がある事象
インシデント	患者の診療やケアにおいて, 本来あるべき姿からはずれた行為や事態の発生, また, 医療機関の訪問者や医療従事者が経験したものも含む
インシデント	ミスをおこしそうになった (アクシデント: 実際にミスを起こした)
インシデント	日常診療の場で誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの, あるいは誤った医療行為などが実施されたことが, 結果として患者に影響を及ぼすに至らなかったもの。ヒヤリハットと同義。(アクシデント: 医療過誤, 医療事故の発生原因に医療機関や医療従事者に過失があるもの)
インシデント	患者に被害を及ぼすことはなかったが, 実習中に「ヒヤリ」としたり, 「ハッ」とした経験を有する事例
インシデント報告	患者に実施前に気づいた報告や実施したが実害はなかったレベルの報告 (アクシデント報告: 患者及び職員に実害があり, 検査及び処置が必要となったレベルの報告)
インシデント (ヒヤリ・ハット)	患者に被害を及ぼすことはなかったが, 実習中に“ヒヤリ”としたり, “ハッ”した経験を有する事例
ひやりハット	ヒヤリとしたりハットするような体験であり, エラーを未然または直後に発見しえたもの。あるいはエラーとなっても患者に危害を与えなかったもの
ヒヤリハット	患者や利用者に傷害を及ぼすには至らなかったが, 日常の診療現場や日常生活の援助で「ヒヤリ」としたり, 「ハッ」とした出来事をいう。インシデント, ニアミスという表現も同義語
ヒヤリハット	事故には至らなかったけれども, 一歩間違えば事故に至る可能性が高い出来事でヒヤッとした, ハッとした体験
ひやり・ハット	思いがけない偶発事象で, これに対して適切な処理が行われないと事故になる可能性があること
ヒヤリ・ハット	思いがけない出来事 (偶発事故) で, これに対して適切な処理が行われないと事故になる可能性がある事象
ヒヤリ・ハット体験	小児看護学実習において患児の身に危害を与えることなく, また何らかの防御メカニズムにより事故に至らなかった場合

していなかった(表5)。

6. 研究内容

対象文献317件から得られた研究内容コードは317であった。これらのコードを意味内容の類似性に基づき分類した結果、16カテゴリが形成された(表6)(以下、研究内容のカテゴリを【 】にて示す)。16カテゴリに沿い、結果を論述する。

【1. 保健医療福祉施設のインシデント・事故防止に向けた対策の立案・導入・工夫とその評価】

(119コード：37.5%)

このカテゴリは、12種類の研究内容から形成された。その内容とは、「医療提供施設の事故・インシデント防止方法の開発・導入・標準化とその評価」、「医療提供施設・介護保険施設・社会福祉施設のインシデント・事故事例分析に基づく事故防止対策の立案・実施とその評価」、「医療提供施設・社会福祉施設の事故・インシデント発生のリスクアセスメント方法の開発・導入・標準化とその評価」、「医療提供施設の事故・インシデント防止に向けた看護方法・物品の開発・工夫とその評価」、「医療提供施設のインシデント・事故の報告・分析の方法・システムの開発・導入とその評価」、「現行の事故防止対策の有効性向上に向けた工夫とその効果」、「事故防止に向けた複数の職種・スタッフ間の情報共有の効果」、「医療提供施設内の医療安全管理担当組織の活動とその効果」、「医療用物品・機器の安全な使用・管理上の問題と対策」、「医療機器使用に伴う事故防止に向けた機器の開発・改良」、「医療事故防止に向けた経過記録の標準化」、「医療提供施設間の緊急搬送時の安全管理に必要な内容」であった。

【2. 保健医療福祉施設・在宅のインシデント・事故・安全管理対策の現状とその関連要因】

(45コード：14.2%)

このカテゴリは、7種類の研究内容から形成された。その内容とは、「特定の医療提供施設・訪問看護ステーション・介護保険施設・社会福祉施設のインシデント・事故事例の内容とその関連要因」、「業務工程分析による事故危険因子の解明」、「一都道府県医療提供施設のインシデント・事故とリスクマネジメント・安全管理対策の現状」、「医療提供施設の事故・インシデント発生と業務状況の関係」、「全国の医療提供施設のインシデントの発生状況とその関連要因」、「全国の介護保険施設のリスクマネジメントの現状」、「在宅におけるME機器使用時のリスク管理上の問題」であった。

【3. 予防可能性の高い健康上の問題の未然防止に向けた方法・対策の開発・導入とその評価】

(36コード：11.4%)

このカテゴリは、11種類の研究内容から形成された。その内容とは、「褥瘡・皮膚損傷予防方法の開発・導入とその評価」、「褥瘡・皮膚障害のリスクアセスメント方法の開発・導入とその評価」、「身体の傷害につながりやすい症状のリスクアセスメント方法の開発・活用とその効果」、「医療提供施設の感染防止対策の導入とその効果」、「身体機能低下に伴う合併症のリスクアセスメント尺度・数式の開発」、「術後合併症の発生状況からみた術後リスク管理の評価」、「地域高齢者の要介護状態へのリスクアセスメント方法の開発」、「健康上の問題発生リスクの高い患者の看護方法の検討」、「家族の健康上の問題発生リスクアセスメント方法の開発」、「入院期間延長のリスクアセスメント方法導入の効果」、「医療提供施設内の感染予防のための組織的活動の実際」であった。

【4. 看護基礎教育課程における安全管理教育の現状と課題】

(20コード：6.3%)

このカテゴリは、5種類の研究内容から形成された。その内容とは、「看護基礎教育課程における

表6 安全管理に関する看護学研究の研究内容

カテゴリ (コード数, %)	
1-1	医療提供施設の事故・インシデント防止方法の開発・導入・標準化とその評価 (33コード)
1-2	医療提供施設・介護保険施設・社会福祉施設のインシデント・事故事例分析に基づく事故防止対策の立案・実施とその評価 (23コード)
1-3	医療提供施設・社会福祉施設の事故・インシデント発生のリスクアセスメント方法の開発・導入・標準化とその評価 (15コード)
1-4	医療提供施設の事故・インシデント防止に向けた看護方法・物品の開発・工夫とその評価 (11コード)
1-5	医療提供施設のインシデント・事故の報告・分析の方法・システムの開発・導入とその評価 (8コード)
1-6	現行の事故防止対策の有効性向上に向けた工夫とその効果 (7コード)
1-7	事故防止に向けた複数の職種・スタッフ間の情報共有の効果 (7コード)
1-8	医療提供施設内の医療安全管理担当組織の活動とその効果 (7コード)
1-9	医療用物品・機器の安全な使用・管理上の問題と対策 (4コード)
1-10	医療機器使用に伴う事故防止に向けた機器の開発・改良 (2コード)
1-11	医療事故防止に向けた経過記録の標準化 (1コード)
1-12	医療提供施設間の緊急搬送時の安全管理に必要な内容 (1コード)
2-1	特定の医療提供施設・訪問看護ステーション・介護保険施設・社会福祉施設のインシデント・事故事例の内容とその関連要因 (31コード)
2-2	業務工程分析による事故危険因子の解明 (6コード)
2-3	一都道府県医療提供施設のインシデント・事故とリスクマネジメント・安全管理対策の現状 (3コード)
2-4	医療提供施設の事故・インシデント発生と業務状況の関係 (2コード)
2-5	全国の医療提供施設のインシデントの発生状況とその関連要因 (1コード)
2-6	全国の介護保険施設のリスクマネジメントの現状 (1コード)
2-7	在宅における ME 機器使用時のリスク管理上の問題 (1コード)
3-1	褥瘡・皮膚損傷予防方法の開発・導入とその効果 (10コード)
3-2	褥瘡・皮膚障害のリスクアセスメント方法の開発・導入とその評価 (9コード)
3-3	身体の傷害につながりやすい症状のリスクアセスメント方法の開発・活用とその効果 (3コード)
3-4	医療提供施設の感染防止対策の導入とその効果 (3コード)
3-5	身体機能低下に伴う合併症のリスクアセスメント尺度・数式の開発 (2コード)
3-6	術後合併症の発生状況からみた術後リスク管理の評価 (2コード)
3-7	地域高齢者の要介護状態へのリスクアセスメント方法の開発 (2コード)
3-8	健康上の問題発生のリスクの高い患者の看護方法の検討 (2コード)
3-9	家族の健康上の問題発生のリスクアセスメント方法の開発 (1コード)
3-10	入院期間延長のリスクアセスメント方法導入の効果 (1コード)
3-11	医療提供施設内の感染予防のための組織的活動の実際 (1コード)
4-1	看護基礎教育課程における安全管理教育の効果 (6コード)
4-2	学生が体験するインシデントの内容・医療事故への認識からみた看護基礎教育課程における安全管理教育の課題 (5コード)
4-3	学生が体験するインシデントと看護基礎教育課程における医療事故防止に向けた教育の現状 (4コード)
4-4	看護基礎教育課程における安全な看護技術習得に向けた教育の課題 (4コード)
4-5	学生の安全管理に関わる行動とその関連要因 (1コード)
5-1	より安全な看護方法の開発・導入とその効果 (8コード)
5-2	現行の看護技術・看護方法の安全性向上に向けた標準化 (5コード)
5-3	物品・看護技術の安全性の比較 (4コード)
5-4	看護実践の安全性向上に向けた物品の開発 (1コード)
5-5	看護実践の安全性向上に向けた看護体制の変更 (1コード)
6-1	褥瘡発生状況とその関連要因 (11コード)
6-2	家族による虐待の発生状況とその関連要因 (2コード)
6-3	遺族ケアの実施状況 (1コード)
6-4	患者と死別した家族の不適應のリスク因子の探索 (1コード)
6-5	リスク型看護診断の危険因子の探索 (1コード)

【1 保健医療福祉施設のインシデント・事故防止に向けた対策の立案・導入・工夫とその評価】
(119コード, 37.5%)

【2 保健医療福祉施設・在宅のインシデント・事故・安全管理対策の現状とその関連要因】 (45コード, 14.2%)

【3 予防可能性の高い健康上の問題の未然防止に向けた方法・対策の開発・導入とその評価】 (36コード, 11.4%)

【4 看護基礎教育課程における安全管理教育の現状と課題】 (20コード, 6.3%)

【5 看護実践の安全性向上に向けた看護技術・方法・体制の開発・導入・工夫とその効果】 (19コード, 6.0%)

【6 予防可能性の高い健康上の問題の発生状況とその関連要因】 (16コード, 5.0%)

表6 つづき

カテゴリ (コード数,%)	
7-1 医療提供施設の安全管理に焦点を当てた看護師への教育プログラムの評価 (5コード)	【7 看護師への安全管理教育の評価】 (15コード, 4.7%)
7-2 看護師のリスクアセスメント能力の向上に向けた教育の効果 (3コード)	
7-3 看護師への看護技術・看護方法のより安全な実施に向けた教育の効果 (3コード)	
7-4 看護師への医療事故発生時の対処に関する教育の効果 (2コード)	
7-5 看護師への安全管理に必要な行動の習得に向けた教育方法の導入その効果 (2コード)	
8-1 インシデント・医療事故・医療安全に対する看護師の認識 (4コード)	【8 安全管理に対する看護師の認識とその影響要因】 (14コード, 4.4%)
8-2 インシデント報告に対する看護師の認識とその影響要因 (4コード)	
8-3 看護師のME機器に対する認識 (2コード)	
8-4 感染に対する看護師の認識 (2コード)	
8-5 患者の安全な療養環境に対する看護師の認識とその影響要因 (1コード)	
8-6 新人看護師の転倒防止に対する認識の変化とその影響要因 (1コード)	
9-1 ヒューマンエラー・医療事故の起こしやすさと看護師の特性・態度・意識・心理状態の関係 (6コード)	【9 医療事故・インシデント・ヒューマンエラー発生に関係する看護師の特性・心理】 (13コード, 4.1%)
9-2 インシデント・医療事故の内容と看護師の特性・意識・心理状態の関係 (5コード)	
9-3 エラー経験後の看護師の行動変容とその関連要因 (1コード)	
9-4 医療事故を経験した看護師が支援をを求める対象・支援の内容 (1コード)	
10-1 看護実践における意思決定・危険認知と看護師特性の関係 (3コード)	【10 看護師のリスク管理能力とその関連要因】 (6コード, 1.9%)
10-2 看護師のリスク認知能力・リスク管理役割を評価する尺度の開発 (2コード)	
10-3 看護師のリスク予測に関わる臨床判断の構造 (1コード)	
【11 安全管理対策としての身体拘束の適正な実施基準の探索】 (4コード, 1.3%)	
【12 医療提供施設の災害時危機管理対策の評価】 (3コード, 0.9%)	
13-1 安全管理への患者の参加を促進する方法の検討 (1コード)	【13 安全管理への患者参加促進方法の探索】 (2コード, 0.6%)
13-2 患者の転倒に対する意識と対処行動 (1コード)	
【14 地域その他職種・他施設への安全管理に関する支援とその評価】 (2コード, 0.6%)	
【15 安全管理対策の効率的な実施方法の探索】 (2コード, 0.6%)	
【16 海外において開発された有害事象調査方法の適用に向けた評価】 (1コード, 0.3%)	

安全管理教育の効果], 「学生が体験するインシデントの内容・医療事故への認識からみた看護基礎教育課程における安全管理教育の課題], 「学生が体験するインシデントと看護基礎教育課程における医療事故防止に向けた教育の現状], 「看護基礎教育課程における安全な看護技術習得に向けた教育の課題], 「学生の安全管理に関わる行動とその関連要因」であった。

【5. 看護実践の安全性向上に向けた看護技術・方法・体制の開発・導入・工夫とその効果】
(19コード: 6.0%)

このカテゴリは, 5種類の研究内容から形成された。その内容とは, 「より安全な看護方法の開発・導入とその効果], 「現行の看護技術・看護方法の安全性向上に向けた標準化], 「物品・看護技

術の安全性の比較], 「看護実践の安全性向上に向けた物品の開発], 「看護実践の安全性向上に向けた看護体制の変更」であった。

【6. 予防可能性の高い健康上の問題の発生状況とその関連要因】
(16コード: 5.0%)

このカテゴリは, 5種類の研究内容から形成された。その内容とは, 「褥瘡発生状況とその関連要因], 「家族による虐待の発生状況とその関連要因], 「遺族ケアの実施状況], 「患者と死別した家族の不適應のリスク因子の探索], 「リスク型看護診断の危険因子の探索」であった。

【7. 看護師への安全管理教育の評価】

(15コード: 4.7%)

このカテゴリは, 5種類の研究内容から形成さ

れた。その内容とは、「医療提供施設の安全管理に焦点を当てた看護師への教育プログラムの評価」、「看護師のリスクアセスメント能力の向上に向けた教育の効果」、「看護師への看護技術・看護方法のより安全な実施に向けた教育の効果」、「看護師への医療事故発生時の対処に関する教育の効果」、「看護師への安全管理に必要な行動の習得に向けた教育方法の導入とその効果」であった。

【8. 安全管理に対する看護師の認識とその影響要因】
(14コード：4.4%)

このカテゴリは、6種類の研究内容から形成された。その内容とは、「インシデント・医療事故・医療安全に対する看護師の認識」、「インシデント報告に対する看護師の認識とその影響要因」、「看護師のME機器に対する認識」、「感染に対する看護師の認識」、「患者の安全な療養環境に対する看護師の認識とその影響要因」、「新人看護師の転倒防止に対する認識の変化とその影響要因」であった。

【9. 医療事故・インシデント・ヒューマンエラー発生に関係する看護師の特性・心理】
(13コード：4.1%)

このカテゴリは、4種類の研究内容から形成された。その内容とは、「ヒューマンエラー・医療事故の起こしやすさと看護師の特性・態度・意識・心理状態の関係」、「インシデント・医療事故の内容と看護師の特性・意識・心理状態の関係」、「エラー経験後の看護師の行動変容とその関連要因」、「医療事故を経験した看護師が支援を求める対象・支援の内容」であった。

【10. 看護師のリスク管理能力とその関連要因】
(6コード：1.9%)

このカテゴリは、3種類の研究内容から形成された。その内容とは、「看護実践における意思決

定・危険認知と看護師特性の関係」、「看護師のリスク認知能力・リスク管理役割を評価する尺度の開発」、「看護師のリスク予測に関わる臨床判断の構造」であった。

【11. 安全管理対策としての身体拘束の適正な実施基準の探索】
(4コード：1.3%)

このカテゴリは、安全管理対策として行う身体拘束の適正な実施基準を探索した研究から形成された。

【12. 医療提供施設の災害時危機管理対策の評価】
(3コード：0.9%)

このカテゴリは、医療提供施設の災害時の危機管理対策を評価した研究から形成された。

【13. 安全管理への患者参加促進方法の探索】
(2コード：0.6%)

このカテゴリは、2種類の研究内容から形成された。その内容は、「安全管理への患者の参加を促進する方法の検討」、「患者の転倒に対する意識と対処行動」であった。

【14. 地域の他職種・他施設への安全管理に関する支援とその評価】
(2コード：0.6%)

このカテゴリは、地域において他職種・他施設に対して安全管理に関わる支援を実施しその評価を行った研究から形成された。

【15. 安全管理対策の効率的な実施方法の探索】
(2コード：0.6%)

このカテゴリは、安全管理対策を効率的に実施する方法を探索した研究から形成された。

【16. 海外において開発された有害事象調査方法の適用に向けた評価】
(1コード：0.3%)

このカテゴリは、海外において開発された有害

事象調査方法の適用に向けた評価を実施した研究から形成された。

7. カテゴリの信頼性

研究者2名によるカテゴリへの分類の一致率は、76.8%、63.3%であった。

VI. 考 察

1. 研究デザイン、研究方法の現状からみた安全管理教育のエビデンス構築への課題

対象文献317件のうち、研究デザインとして調査研究、事例研究、ニーズのアセスメントを適用した研究が192件約60%を占めた。調査研究とは、ある母集団の特性・意見・意思などを調べる目的で標本への直接的な質問を通じてデータを収集する方法¹⁵⁾である。また、事例研究は、個人、集団、施設、その他の社会的単位について深く掘り下げた分析を行う研究¹⁶⁾である。さらに、ニーズのアセスメントは、集団やコミュニティ、組織などのニーズを測定するためのデータを収集する研究¹⁷⁾である。これらは、いずれも研究対象の実態を明らかにしようとする研究デザインであり、このことは、安全管理に関する研究の半数以上が実態の解明を目的としていることを示す。

また、データ収集方法は、記録をデータ源とした研究が最も多く、そのうち事故報告書等をデータとした研究が92件であった。これは、対象文献全体の約30%にあたる。また、事故報告書等の名称は、対象文献により「インシデントレポート」「アクシデント報告書」「ヒヤリ・ハット報告」など様々であった。これらの事故報告書等は、病院や看護単位などの組織内において発生した医療事故や医療事故につながる危険性の高い事象に関して事実を把握し、原因を究明し、事故防止対策を立案するための情報を収集することを目的としている¹⁸⁾。このことは、安全管理に関する看護学研究として、各組織の「個々の状況」における事故の

原因究明や事故防止対策立案を目的とした研究が数多く行われている現状を示す。

報告システムの確立は、過去の誤りから学び、再発を防ぐための1つの方法である¹⁹⁾。また、傷害をもたらさないエラーであるニアミスの分析は、傷害が発生する以前にシステムに内在する弱点を検知して改善することにつながる²⁰⁾。個々の組織における事故やインシデントなどの分析は、各組織に特有な原因の把握や対策の立案には有効である。しかし、各組織に特有の状況を反映している研究成果は、一般化が困難であり、教育のエビデンスとして活用するには限界がある。

米国のJCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Organizations) を始め、オーストラリアなど諸外国においては、有害事象や警鐘事象の報告システムが整備され、分析結果を公表し、情報を共有するシステムが構築されている²¹⁾²²⁾²³⁾。一方、わが国においては、2004年に財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止センターが医療事故事例やヒヤリ・ハット事例収集などによる医療事故情報収集事業を開始した²⁴⁾。わが国の医療事故情報収集事業は開始されたばかりであり、今後、この事業による情報収集システムがより有効に機能することにより、個々の組織における事故防止への情報の活用が期待できる。しかし、同時に、実践を支える最善のエビデンス構築に向けては、安全管理に関するより普遍性の高い研究成果を産出することが必要である。看護学研究においては、各研究が安全管理に関する知識体系のどこに位置づき、どのような貢献をするかを示す概念枠組み²⁵⁾を明確化した研究を蓄積していく必要がある。このことは、看護実践とともに、安全管理教育を効果的に進めるためにも重要な課題である。

2. 用語の定義の現状からみた安全管理教育のエビデンス構築への課題

対象文献のうち用語の定義を記載していたものは41件13%であった。これらの定義のうち、転倒・転落の定義は、ほぼ一致していた。一方、インシデント、ヒヤリ・ハットに関しては、多様な表現が用いられていた。

安全管理に関わる用語は、「医療事故」、「医療過誤」、「インシデント」、「アクシデント」、「ヒヤリ・ハット」、「有害事象」、「エラー」、「ニアミス」など多数存在する。本研究を開始するにあたり、「安全管理」という用語を規定した。その際の文献検討を通して、「医療事故」の定義も必ずしも一致していないことが明確になった。例えば、厚生労働省医療安全対策検討会議は、医療事故を「医療に関わる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切を包含し、医療従事者が被害者である場合や廊下で転倒した場合なども含む。」²⁶⁾と定義している。これに対し日本看護協会の看護管理者のためのリスクマネジメントガイドラインは、医療事故を「医療従事者が行う業務上の事故のうち、過失が存在するものと不可抗力によるものの両方を含めたもの」としている。また、クライアント以外の来院者や職員に傷害が発生した場合に関しては、医療事故と併せて「事故」と定義している²⁷⁾。さらに、主に海外において用いられる「有害事象」とは、患者が本来持っていた疾患や基礎的条件によるものではなく、医療的処置によって生じた傷害²⁸⁾を意味し、あくまでも、患者に発生した有害な事象であり、保健医療従事者に発生した事象を含まない。

本研究の結果明らかになった用語の定義の多様性は、これらの用語についての共通の認識が形成されないまま、研究が進展している現状を反映している。このことは、わが国の安全管理に関する研究や各関係機関の取り組みが開始されたばかりであることに起因する可能性が高い。また、安全

管理に関する取り組みが先進的に行われている諸外国から導入された概念が、わが国で従来用いられてきた用語が示す概念と必ずしも一致しないことも影響している可能性がある。

看護・医療事故防止のための看護基礎教育に関する研究は、1987年から1999年までの看護・医療事故に関する研究を概観し、看護・医療事故に関する概念が不明確であることを指摘している²⁹⁾。2004年と2005年の研究を対象とした本研究の結果もまた、同様に、用語の定義を始めとする「安全管理」に関わる諸概念が明確化されていない現状を示す。今後の安全管理に関する研究は、各用語を明確に定義した上で遂行していく必要がある。それらの研究の蓄積により、諸概念に関する共通の認識が可能になり、研究成果はより普遍性を有し、教育、実践にも活用できる精度の高いものとなる。

わが国においては、安全管理に関わる諸概念に関する統一した認識が形成されていない現状にあり、安全管理教育においては、このことに伴う研究の限界を理解した上で、研究成果を教育・実践のエビデンスとして活用する必要がある。

3. 安全管理に関する看護学研究の研究領域と安全管理教育のエビデンス構築への課題

安全管理に関する看護学研究の研究内容を分類した結果、16カテゴリが形成された。これらのカテゴリの特徴を検討し、安全管理に関する看護学研究の研究領域を考察した。

16カテゴリのうち【1. 保健医療福祉施設のインシデント・事故防止に向けた対策の立案・導入・工夫とその評価】、【2. 保健医療福祉施設・在宅のインシデント・事故・安全管理対策の現状とその関連要因】は、事故やインシデントの原因を解明し、防止に向けた適切な対策を探索していた。ここに示すインシデントとは、適切な処理が行われないと事故につながる可能性がある事象であ

る³⁰⁾。これらの研究は、医療提供施設のみではなく、介護保険施設、社会福祉施設、在宅など看護職が活動する様々な場において実施されていた。

また、【16. 海外において開発された有害事象調査方法の適用に向けた評価】の中の有害事象とは、患者が本来持っていた基礎的条件によるものではなく、医療的処置によって生じた傷害³¹⁾である。有害事象はすべて防ぎうるものではないが、エラーによる有害事象は防止できる。海外においては、診療録のレビューにより有害事象の発生頻度を把握し、医療事故対策の基盤としている³²⁾。これらは、【16. 海外において開発された有害事象調査方法の適用に向けた評価】がわが国の事故防止に向けた現状の把握のために有害事象の調査方法を導入することを目指した研究であることを示す。

さらに、【9. 医療事故・インシデント・ヒューマンエラー発生に関係する看護師の特性・心理】の中のヒューマンエラーとは、意図しない結果を生じる人間の行為³³⁾であり、エラーは事故やインシデントの原因となる。これは、【9. 医療事故・インシデント・ヒューマンエラー発生に関係する看護師の特性・心理】が医療事故の防止に向けて医療事故やインシデント及びその原因となるヒューマンエラーの発生に関係する看護師の要因を探索した研究であることを示す。

以上カテゴリ【1】、【2】、【16】、【9】は、安全管理に関する看護学研究には、〈看護職が活動する多様な場におけるエラーに起因する事故の防止に焦点を当てた研究〉の領域があることを示唆する（以下、研究領域をくくりにて示す）。この研究領域に含まれる研究は118件、37.6%を占め最も多い。これは、多様な場における事故の防止がわが国の安全管理に関する看護学研究の中心的な研究課題となっていることを示す。

16カテゴリのうち【3. 予防可能性の高い健康上の問題の未然防止に向けた方法・対策の開発・導入とその評価】、【6. 予防可能性の高い健康上

の問題の発生状況とその関連要因】は、クライアントの問題の発生を看護によって予防することに焦点をあてていた。予防可能性の高い問題とは、褥瘡や皮膚障害、感染、合併症、不穏・ICU症候群などの身体の傷害につながりやすい症状、入院期間の延長、家族による虐待の発生、患者との死別に伴う家族の不適応、リスクの高い患者に関わる問題などであった。

【6. 予防可能性の高い健康上の問題の発生状況とその関連要因】は、問題の発生状況とその関連要因を解明し、問題発生を確実に予測することを目指していた。また、【3. 予防可能性の高い健康上の問題の未然防止に向けた方法・対策の開発・導入とその評価】は、問題の発生防止に向けた対策を開発・導入し、さらに、それらを評価することにより、確実に問題の発生を回避することを目指していた。これらは、安全管理に関する看護学研究には、〈予防可能な健康上の問題の予測と発生回避に焦点を当てた研究〉の領域があることを示唆する。この領域に含まれる研究は、42件、16.7%であり、2番目に多数を占めていた。このことは、看護職がこれらの問題の発生を可能な限り回避しようと模索していることを示唆する。

オーストラリアの調査³⁴⁾は、有害事象を(1)意図しなかった傷害あるいは合併症であり、(2)一次的あるいは永続的な障害や死あるいは入院期間の延長を引き起こしたものであり、(3)患者の疾病よりも医療上の管理 (health care management) に起因するものと詳細に定義している。この定義とカテゴリ【3】、【6】の研究内容が示す予防可能性の高い問題を照合してみると、褥瘡や皮膚障害、感染、合併症、不穏・ICU症候群などの身体の傷害につながりやすい症状、入院期間の延長は、医療上の管理に関係しており、有害事象あるいは有害事象につながる可能性がある問題である。

一方、予防可能性の高い問題のうち、家族による虐待の発生、患者との死別に伴う家族の不適応、

リスクの高い患者に関わる問題は、医療上の管理とは直接関係しておらず、家族を含めた看護の対象側の要因に起因する問題である。また、褥瘡や皮膚障害、感染、合併症などは、医療上の管理とともに看護の対象側の要因が時に密接に関わり合って発生する問題であり、これがどちらの原因により生じたかを明確に区別することが困難な場合が多い。

これらは、カテゴリ【3】、【6】が示す予防可能性の高い問題には、医療上の管理に起因する問題、看護の対象側の要因に起因する問題、両者に起因する問題が含まれていることを示す。

16カテゴリのうち【5. 看護実践の安全性向上に向けた看護技術・方法・体制の開発・導入・工夫とその効果】は、看護実践そのものの安全性を高めることを目指した研究であり、安全管理に関する看護学研究には、〈看護実践の安全性向上に焦点を当てた研究〉の領域があることを示唆する。

16カテゴリのうち【10. 看護師のリスク管理能力とその関連要因】は、看護師のリスク管理能力を探索していた。また、【8. 安全管理に対する看護師の認識とその影響要因】の中の看護師の認識とは、安全管理に関わる知識や態度であり、これらは、安全管理に関わる能力を表す。すなわち、【10. 看護師のリスク管理能力とその関連要因】、【8. 安全管理に対する看護師の認識とその影響要因】は、安全管理に関する看護師個々の能力に焦点を当てている。

さらに、【4. 看護基礎教育課程における安全管理教育の現状と課題】、【7. 看護師への安全管理教育の評価】は、看護学生あるいは看護師の安全管理に必要な能力の獲得・向上を目指した効果的な教育の方法を探索した研究である。

以上、カテゴリ【10】、【8】、【4】、【7】は、いずれも、安全管理に必要な能力や教育による能力の獲得や向上に焦点をあてている。このことは、安全管理に関する看護学研究には、〈安全管理に必

要な看護職の能力とその獲得・向上に焦点を当てた研究〉の領域があることを示唆する。

16カテゴリのうち【12. 医療提供施設の災害時危機管理対策の評価】は、災害時の対応マニュアルの有効性などを評価した研究から形成された。危機管理とは、本来、組織の存続に多大な影響を及ぼすリスクに対して対応することであり、リスクマネジメントの一部である³⁵⁾。危機管理として考慮すべきリスクは、一般に、自然災害、火災や設備の事故、人事・労務上の問題、情報漏えいなど様々なものを含む³⁶⁾。カテゴリ【12. 医療提供施設の災害時危機管理対策の評価】は、災害時の危機管理に関する研究から形成されたが、医療提供施設における「組織の存続に多大な影響を及ぼすリスク」としては、災害のみではなく、たとえば、電子カルテ等のネットワークの機能停止なども考えられる。このことは、安全管理に関する看護学研究には、〈医療提供施設の組織としての危機管理に焦点を当てた研究〉の領域があることを示唆する。

16カテゴリのうち【11. 安全管理対策としての身体拘束の適正な実施基準の探索】は、身体拘束を適正に実施することを目的とした研究から形成された。身体拘束は、拘束衣や抑制帯などを使用して一次的に患者の運動を制限することであり³⁷⁾、患者の自由を制限する行為である。しかし、意識障害や激しい興奮などにより自己のからだの安全を守れない場合や点滴などの必要な治療行為を受け入れず危険な行動が予想される場合には実施しなければならない場合もある³⁸⁾。身体拘束は、患者の安全を守る目的で実施されるが、それが患者の権利を侵害することにもなりうるため、看護職は、患者の安全を守りつつ、できる限りその権利を侵害しない方法を模索している。また、【13. 安全管理への患者参加促進方法の探索】は、患者参加を促進する方法を探索した研究から形成された。医療への患者参加は、個人がみずから選択し

た計画にそって自分自身の行動を決定するという自律を意味し³⁹⁾、これは、倫理原則のひとつである。すなわち、【11. 安全管理対策としての身体拘束の適正な実施基準の探索】、【13. 安全管理への患者参加促進方法の探索】は、安全管理の倫理的な実施に焦点を当てた研究である。

さらに、【14. 地域その他職種・他施設への安全管理に関する支援とその評価】は、看護職以外あるいは自施設以外の人々への支援を実施し、その評価を行った研究から形成された。患者安全に向けては、保健医療に携わる一部の職種ではなく全てのスタッフが関わることが必要である⁴⁰⁾。すなわち、【14. 地域その他職種・他施設への安全管理に関する支援とその評価】は、安全管理の効果的な実施に焦点を当てている。

以上、カテゴリ【11】、【13】、【14】は、安全管理の倫理的な実施、効果的な実施に焦点を当てていた。これら3つのカテゴリと【15. 安全管理対策の効率的な実施方法の探索】は、安全管理に関する看護学研究には、〈安全管理のより倫理的・効果的・効率的な実施に焦点を当てた研究〉の領域があることを示唆する。

看護学研究として〈安全管理のより倫理的・効果的・効率的な実施に焦点を当てた研究〉が行われていることは、看護実践の場において、看護職に限られた時間の中で効果的かつ効率的、倫理的に対象の安全を守るための方略を模索していることを示唆する。4カテゴリを形成した研究は、10件、全体の3.1%にすぎないが、これらは、看護における安全管理の重要な部分であり、今後、研究を蓄積する必要がある。また、看護学教育においても教育内容として組み込むべき重要な内容である。

考察の結果明らかになった6つの研究領域のうち、〈看護職が活動する多様な場におけるエラーに起因する事故の防止に焦点を当てた研究〉、〈予防可能性が高い健康上の問題の予測と発生回避に焦

点を当てた研究〉、〈看護実践の安全性向上に焦点を当てた研究〉は、事故防止から、発生する可能性のある問題の予測と回避、看護実践そのものの安全性の向上まで、看護に関わる「安全」の幅広い範囲に関して研究が実施されていることを示す。このことは、看護における「安全管理」は、単なる事故の防止に止まらず、予防可能な健康上の問題や看護実践そのものの安全性を含むものとして幅広く捉えられていることを示唆する。

また、〈安全管理に必要な看護職の能力とその獲得・向上に焦点を当てた研究〉、〈医療提供施設の組織としての危機管理に焦点を当てた研究〉、〈安全管理のより倫理的・効果的・効率的な実施に焦点を当てた研究〉は、安全管理に関わる人と組織というシステムの側面や倫理的・効果的・効率的な実施という側面に関して研究が実施されていることを示し、看護が関わる安全管理の奥行きを示す。

6領域は、いずれも看護における安全管理の重要な側面を表しており、看護基礎教育における安全管理教育は、これらの各側面に関して教育内容を精選していく必要がある。

6領域のうち〈予防可能性が高い健康上の問題の予測と発生回避に焦点を当てた研究〉が示す予防可能性の高い健康上の問題は、医療上の管理に起因する可能性がある問題、看護の対象側の要因に起因する問題、およびその両者に起因する問題を含んでいた。医療上の管理に関係しない、対象側の要因に起因する可能性がある問題に関する研究は、今回「安全管理」に関する研究として検索されたもの以外にも多数存在する可能性が高い。そのため、これらの問題を「安全管理」の内容として取り上げるべきであるか否かに関しては、今後検討が必要である。

以上、6領域が示す看護における「安全管理」の幅広さと奥行きは、安全管理に関する教育内容を限られた学科目として集約し、教育す

るのみでは十分な効果が得られない可能性があることを示唆する。そのため、看護基礎教育においては、これらの教育内容をレディネスに応じて段階的に学習していくことができるようにカリキュラム全体を通した安全管理教育を提供する必要がある。

4. 本研究の限界および今後の課題

本研究は2004年と2005年の研究を対象としているため、研究対象を拡大することにより、新たな研究内容が抽出され、異なる研究領域が見出される可能性がある。

研究内容のカテゴリ分類の信頼性の判定は、スコットの式を用いた分類の一致率により実施した。信頼性確保の基準は示されていないが、先行研究等は、70%以上の一致率を示した場合にカテゴリが信頼性を確保していると判断している⁴⁾。本研究におけるカテゴリの信頼性の一致率は、76.8%、63.3%であり、1名の一致率はこの基準に達していない。これは、信頼性の確保に向けてカテゴリを洗練する必要があることを示す。

本研究は、対象文献を過去5年間に拡大し、研究動向を解明する研究につなげる予定である。その際には、多数の文献の分析に向けて本研究の結果である研究内容カテゴリを分類カテゴリとして活用する。そのため、研究内容カテゴリをさらに洗練し、信頼性を高めることが今後の課題である。

Ⅶ. 結 論

1. わが国の安全管理に関する看護学研究は、個々の組織の医療事故やインシデントの原因究明や対策立案を目的とする研究が多くを占めている。各組織に特有の状況を反映している研究成果は、一般化が困難であり、教育のエビデンスとして活用するには限界を持つ。安全管理に関するより普遍性の高い研究成果を産出し、最善のエビデンスを構築することは、看護実践と

ともに、安全管理教育を効果的に進めるためにも重要な課題である。

2. わが国においては、安全管理に関わる諸概念に関する統一した認識が形成されていない現状にあり、今後の安全管理に関する研究は、これらの用語を明確に定義して実施される必要がある。また、安全管理教育においては、このことに起因する研究の限界を理解した上で、現在存在する研究成果を教育・実践のエビデンスとして活用する必要がある。
3. 安全管理に関する看護学研究の研究内容を分類した結果、次の16カテゴリが形成された。16カテゴリとは、【1. 保健医療福祉施設のインシデント・事故防止に向けた対策の立案・導入・工夫とその評価】、【2. 保健医療福祉施設・在宅のインシデント・事故・安全管理対策の現状とその関連要因】、【3. 予防可能性の高い健康上の問題の未然防止に向けた方法・対策の開発・導入とその評価】、【4. 看護基礎教育課程における安全管理教育の現状と課題】、【5. 看護実践の安全性向上に向けた看護技術・方法・体制の開発・導入・工夫とその効果】、【6. 予防可能性の高い健康上の問題の発生状況とその関連要因】、【7. 看護師への安全管理教育の評価】、【8. 安全管理に対する看護師の認識とその影響要因】、【9. 医療事故・インシデント・ヒューマンエラー発生に関係する看護師の特性・心理】、【10. 看護師のリスク管理能力とその関連要因】、【11. 安全管理対策としての身体拘束の適正な実施基準の探索】、【12. 医療提供施設の災害時危機管理対策の評価】、【13. 安全管理への患者参加促進方法の探索】、【14. 地域の他職種・他施設への安全管理に関する支援とその評価】、【15. 安全管理対策の効率的な実施方法の探索】、【16. 海外において開発された有害事象調査方法の適用に向けた評価】であった。
4. 安全管理に関する研究には、看護職が活動す

る多様な場におけるエラーに起因する事故の防止に焦点を当てた研究〉、〈予防可能な健康上の問題の予測と発生回避に焦点を当てた研究〉、〈看護実践の安全性向上に焦点を当てた研究〉、〈安全管理に必要な看護職の能力とその獲得・向上に焦点を当てた研究〉、〈医療提供施設の組織としての危機管理に焦点を当てた研究〉、〈安全管理のより倫理的・効果的・効率的な実施に焦点を当てた研究〉という6つの領域が存在することが示唆された。看護学教育における安全管理教育は、6つの領域が示す側面に関して精選した教育内容をカリキュラム全体を通して提供する必要がある。

【引用文献】

- 1) 医療安全対策検討会議(2002)：医療安全推進総合対策－医療事故を未然に防止するために－，医療安全ハンドブック編集委員会，医療安全管理の進め方，p.53-87，メヂカルフレンド社，東京。
- 2) 看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会(2003)：「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」報告書，看護問題研究会監修，厚生労働省 新たな看護のあり方に関する検討会報告書，p.183-190，日本看護協会出版会，東京。
- 3) 小笠原宏実(2003)：安全，和田 攻，南 裕子，小峰光博(編)，看護大事典，p.95，医学書院，東京。
- 4) 泉キヨ子(2003)：安全，見藤隆子，小玉香津子，菱沼範子他(編)：看護学大事典第1版，p.14，日本看護協会出版会，東京。
- 5) 看護問題研究会監修(2004)：新たな看護のあり方に関する検討会報告書，p.24，日本看護協会出版会，東京。
- 6) 佐々木久美子(2006)：日本看護協会「2005年看護者が関与した医療事故報告」，看護，58(6)，p.74-79。
- 7) 菊池麻由美，羽入千悦子，喜多加奈子他(2005)：看護基礎教育課程における「医療事故防止の教育」に関する文献レビュー，日本看護学教育学会誌，15，p.133。
- 8) 舟島なをみ，安斎由貴子，中谷啓子(1994)：過去5年間の看護学教育研究の動向と課題，看護教育，35(5)，p.392-397。
- 9) Polit, D.F., Hungler, B.P.; 近藤潤子監訳(1999)：看護研究 原理と方法，p.117-140，医学書院，東京。
- 10) Berelson, B; 稲葉三千男，金 圭煥訳(1957)：内容分析，みすず書房，東京。
- 11) Scott, W.A. (1955)：Reliability of Content Analysis; The Case of Nominal Scale Coding. Public Opinion Quarterly, 19; p. 321-325.
- 12) 飯田修平監修(2005)：医療の質用語事典，p.309-310，日本規格協会，東京。
- 13) 日本看護協会リスクマネジメント検討委員会(1999)：看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン，看護，51(12)，p.42-43。
- 14) 前掲書13)，p.44-45。
- 15) 前掲書9)，p.406。
- 16) 前掲書9)，p.404。
- 17) 前掲書9)，p.407。
- 18) 前掲書13)，p.36。
- 19) Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine; 医療ジャーナリスト協会訳(2000)：人は誰でも間違える－より安全な医療システムを目指して，p.105，日本評論社，東京。
- 20) 前掲書19)，p.106。
- 21) 前掲書19)，p.114。
- 22) 武村雪絵，松谷千枝，山岸まなほ他(2005)：豪州における医療の質・安全管理，看護管理，15(11)，p.917-920。
- 23) Rural and Regional Health and Aged Care

- Service Division, Victorian Government Department of Human Service (2005): Sentinel event program annual report 2004-2005, www.health.vic.au/clinrisk.
- 24) 財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止センター(2005): 医療事故情報収集等事業第6回報告書.
- 25) 南 裕子(2000): IV 概念枠組みと仮説, 井上幸子他(編), 看護学体系10看護における研究, p.52-53, 日本看護協会出版会, 東京.
- 26) 前掲書1), p.62.
- 27) 前掲書13), p.31.
- 28) 前掲書19), p.31.
- 29) 丸山美知子, 和賀徳子, 坪倉繁美他(2001): 看護・医療事故における事故防止のための看護基礎教育に関する研究 連載をはじめるにあたってー本研究の概要ー, 看護展望, 26 (10), p.70-72.
- 30) 前掲書13), p.31.
- 31) 前掲書19), p.33.
- 32) 吉原恵, 小林美亜, 戸塚智子他(2004): 診療録レビューにより有害事象を把握する試みー看護師によるスクリーニングに焦点をあててー, 医療安全, 1 (2), p.92-97.
- 33) 飯田修平監修(2005): 医療の質用語事典, p.255, 日本規格協会, 東京.
- 34) Ross McL Wilson, William B Ruchiman, Robert W Gibberd et al (1995): The Quality in Australian Health Care Study, The Medical Journal of Australia, 163 (6). p. 458-471.
- 35) 前掲書33), p.246.
- 36) 前掲書33), p.246.
- 37) 安西信雄(2003): 拘束, 和田 攻, 南 裕子, 小峰光博(編), 看護大事典, p.933, 医学書院, 東京.
- 38) 前掲書38), p.933.
- 39) サラ T. フライ; 片田範子, 山本あい子監訳 (1999): 看護実践の倫理 倫理的意思決定のためのガイド, p.25, 日本看護協会出版会, 東京.
- 40) The Australian Council for Safety and Quality in Health Care (2005): National Patient Safety Education Framework, x.
- 41) 舟島なをみ(2002): 質的研究への挑戦, p.49, 医学書院, 東京.

Present State of Nursing Research on “Safety Management” in Japan

Naomi Yamasumi, Hiromi Iwanami, Wakako Sadahiro, Yumi Sagara,
Michiko Murakami, Michiyo Ohkawa, Midori Sugimori
Gunma Prefectural College of Health Science

Objectives : The purpose of this study was to clarify the present state of nursing research on safety management and discuss issues regarding evidence-based education in undergraduate nursing programs.

Methods : Related literature published between 2004-2005 was identified by searching the *Igaku Chuo Zasshi* database using the following keywords: “safety management,” “risk management,” “medical safety,” and “nursing”. Descriptive statistics and a content analysis were performed on the selected papers.

Results : A total of 317 research papers were selected, of which approximately 45% were surveys. The most common data collection method was the use of existing records, such as incident reports. Only 41 papers provided definitions of technical terms in safety management.

All papers were coded and categorized based on code similarities. Sixteen categories, including “planning, implementing, devising, and evaluating measures for preventing accidents in medical health and welfare institutions” and “evaluation of education for nurses in safety management”, were defined. Based on the features of the content categories, six safety management research areas were identified.

Conclusions : The present results suggest that it is necessary to produce more generalized research findings on safety management for evidence-based education, as existing research on nursing care and education has limitations. To prepare students for successful safety management, educational programs should be drawn from the six areas of nursing research, and research findings should be used throughout the undergraduate curriculum according to student’s readiness.

Key Words : safety management, literature study, undergraduate program for nursing,
nursing education