

# 諸外国の博士論文にみる安全管理研究の動向と内容の特徴

## ——安全管理教育のための教育内容の検討——

高井ゆかり, 相楽有美, 定廣和香子, 山澄直美

岩波浩美, 原美弥子, 榎悦子, 杉森みど里

群馬県立県民健康科学大学

**目的：**諸外国の博士論文における安全管理研究の動向やその内容の特徴を明らかにし、その結果をもとに、看護基礎教育における安全管理に関する教育内容を検討する。

**方法：**「nursing」, 「doctoral dissertation」と「incident」, 「adverse event」などの用語を用いて Web 版 CINAHL により対象文献を検索した。検索された研究を分析フォームに基づきデータ化した。データのうち、研究デザイン等に関しては記述統計値を算出し、研究内容に関しては、ペレルソンの内容分析の手法を参考に分析した。

**結果：**69件の博士論文を分析対象とした。分析の結果、安全管理に関する博士論文の研究数は、2002年以降に増加していた。研究内容は、【看護師・看護学生・看護補助者の健康被害・傷害の発生の実際と関連する因子・対策の解明】【エラー・有害事象の発生の実際と関連する因子の解明】など8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、8カテゴリから示唆された安全管理に関する5つの研究領域に関する教育内容を検討する必要がある。

**キーワード：**安全管理, 文献研究, 内容分析, 看護基礎教育

### I. 緒言

人々の健康が脅かされたときや、その人らしい生活を営むための支援が必要であるときに提供される保健医療サービスが安全であることは、大前提である。しかし、1999年に起こった患者取り違え事故や同年に発表された米国医学研究機構(IOM)のレポート<sup>1)</sup>から、人々は医療に対し危機感をつのらせ、医療の安全性を求める声が強くなった<sup>2)</sup>。

特に、看護師は、保健医療従事者のなかで最も構成人数の多い職種であり、医療の対象者であるクライアントに直接的なケアや処置を行うことで即時的な影響をおよぼしうる立場に位置することから、医療の安全を守るために、きわめて重要な

役割を果たしている<sup>3)</sup>。そのような役割を遂行できる看護師を養成するために、我が国では、「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」が実施され<sup>4)</sup>、その報告書を受け、学士課程のカリキュラムの中で最低限身につけておくべき技術学習項目として、「安全管理の技術」が挙げられた<sup>5)</sup>。しかし、これは、看護師養成所における技術教育の到達目標として掲げられたわけではなく、能力基準としての統制力は弱い<sup>6)</sup>。また、「医療事故防止」などについて教授するための教育内容について解説している文献は少なく、限られた時間数のカリキュラムのなかで、実際に学生に教えられているのか否かの危惧感も唱えられている<sup>7)</sup>。

以上は、安全管理教育としてどのような教育内容・方法が必要かを明らかにすることは、看護基

礎教育の優先的課題であることを示す。本学では、安全管理に関する教育の検討のため、2005年より安全管理教育研究プロジェクトが進行している。このプロジェクトの目的は、現在の保健医療の現状をふまえ、最新のエビデンスに則した安全管理教育を学生に提供するための基礎資料の充実であり、すでに、我が国における安全管理研究の現状を研究的に明らかにし、教育内容精選に向けた示唆を得た<sup>8)</sup>。

今回、さらなるエビデンスの蓄積を目指し、患者安全への取り組みや研究が進展している諸外国の研究を分析することに着手した。これは、安全管理に関する研究の動向や内容を検討することで、どのような安全管理に関する事柄が研究的手法を用いて解明されており、どのような取り組みや対策が行われたのかを明らかにできる可能性が高いためである。また、これを通して、安全管理に関する教育の方向性や課題などの示唆を得ることができる。さらに、クライアントの安全を守るという視点は世界的に共通であり、諸外国の研究成果は、我が国の安全管理教育のエビデンスとして活用することが可能である。しかし、そのような研究の動向を明らかにした研究は存在していなかった。

そこで、安全管理に関する諸外国の看護学研究のうち特に博士論文に焦点をあてて、その動向や内容の特徴を明らかにすることとした。博士論文に焦点を当てたのは、学術的な信頼性および妥当性が高く<sup>9)</sup>、一定水準の質が保証されていることに加え、最新の研究状況を前提として作成されているため、安全管理教育として有効な教育内容に示唆が得られる可能性が高いためである。

## II. 研究目的・目標

### 1. 研究目的

安全管理に関する諸外国の看護学系博士論文を分析し、その動向や研究内容の特徴を明らかにし、

看護基礎教育における安全管理に関する教育内容を検討する基礎資料とする。

### 2. 研究目標

- 1) 1982年1月から2006年2月までにWeb版CINAHLに登録された安全管理に関する博士論文の分析を通し、研究の概容と内容を明らかにする。
- 2) 1)により解明された結果を基に、看護基礎教育における安全管理に関する教育内容を検討する。

## III. 用語の操作的定義

### 1. 安全管理 (safety management)

研究実施に際し、先行研究により規定した「安全管理」の定義<sup>10)</sup>を用いた。

安全管理とは、保健医療専門職が専門的視点に基づき危険を予測し、クライアント及びその家族や医療従事者の外的、内的環境を整える活動である。また、その目標は、単に医療事故の発生回避にとど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することの無い状態を保証することである。安全管理は、医療の質向上に向けた本質的な活動の一つである。なお、ここでいう医療事故とは、死亡、生命の危機、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指す。

## IV. 研究方法

### 1. 研究対象

本研究の対象は、1982年1月から2006年2月までにWeb版CINAHLに登録された看護学系博士論文のうち安全管理に関する研究である。

### 2. 対象文献の検索及び選定

安全管理に関する博士論文を次のように検索し

た。Web版CINAHLを用い、検索語に安全管理に関する用語である「safety management」, 「incident」, 「adverse event」, 「error」, 「patient safety」, 「malpractice」, 「close call」, 「risk management」, 「near miss」, 「clinical governance」, 「sentinel event」と「nursing」, 「doctoral dissertation」を用いて検索した。次に、検索された博士論文の研究要旨を翻訳したのち精読し、本研究の「安全管理」の定義に該当する文献を選定した。対象文献選定は、共同研究者による検討会議により行った。

なお、研究対象を研究要旨としたのは、次の理由による。第1に、研究要旨には、目的の記述の他、研究対象、方法、主な結果が記述されており<sup>11)12)</sup>、本研究の対象である研究の概要に関してのデータ収集を行うにあたり、十分な情報が得られると判断したためである。第2に、博士論文要旨を対象とした研究は、新たな看護学領域における研究の動向を分析することを目的に実施されており、成果が報告されている<sup>13)14)</sup>。

### 3. データ分析

#### 1) データ化

先行研究を<sup>15)</sup> 参考に分析フォームを作成し、対象の博士論文要旨の概要をデータ化した。分析フォームは、研究発表年号、国、研究デザイン、データ収集方法、研究対象、研究の場などの項目により構成した。研究デザインの分析には、Polit<sup>16)</sup>らの分類を用いた。また、研究内容は、各博士論文要旨を精読し、研究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

研究発表年号、国、研究デザイン、データ収集方法、研究対象、研究の場に関する記述統計値を算出した。研究内容の分析には、ベレルソンの内容分析の手法<sup>17)</sup>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、共同研究者間の検討を重ねることにより確保した。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<sup>18)</sup>による分類の一致率を算出し検討した。

## V. 結果

### 1. 諸外国の安全管理に関する博士論文の概要

1982年1月から2006年2月までにWeb版CINAHLに登録され、本研究の「安全管理」の定義に該当する看護学系博士論文は、69件であった。

#### 1) 国別研究数

発表された研究を国別に見ると、米国が64件(92.8%)と最も多く、次いで、カナダ4件(5.8%)、オーストラリア1件(1.4%)であった(図1)。

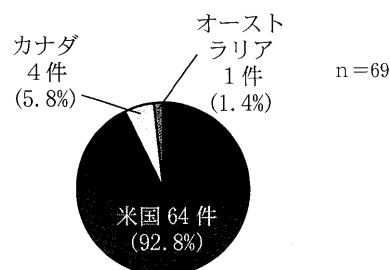


図1 国別に見た博士論文の研究数

#### 2) 年次別研究数

年次別研究数は、1988年2件、1989年1件、1990年3件、1991年3件、1992年4件、1993年1件、1995年6件、1996年5件、1997年4件、1998年2件、1999年4件、2000年5件、2001年2件、2002年10件、2003年8件、2004年8件、2005年1件であった(図2)。

#### 3) 研究デザイン

研究デザインは、調査研究22件(31.9%)、評価研究12件(17.4%)、現象学的研究7件(10.1%)、グラウンデッド・セオリー5件(7.2%)、記述的質的研究4件(5.8%)、臨床試験、その他の量的

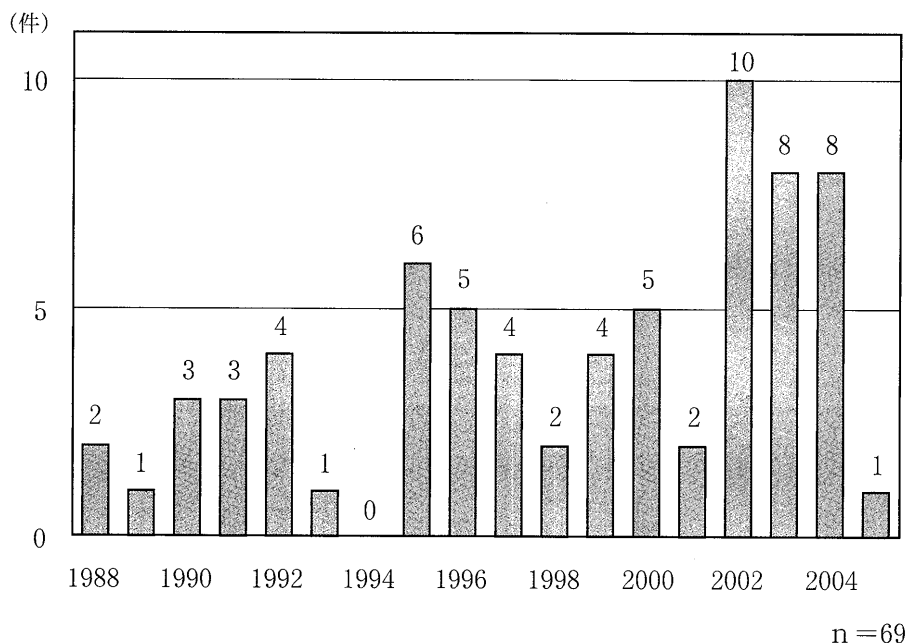


図2 年次別研究数

研究, 量質併用コンポーネントデザイン各3件 (4.3%), 2次的分析2件 (2.9%), 成果研究, デルファイ調査, 事例研究, 質的成果分析, その他の質的研究は各1件 (1.4%), 不明3件 (4.3%) であった (表1).

#### 4) データ収集方法

データ収集方法別にみると, 質問紙法25件, 面接法19件, 診療録など記録や書類等10件, 観察法8件, 生物生理学的測定5件, その他・不明10件であった (図3: 重複集計).

#### 5) 研究対象

研究対象は, 看護職者38件, クライアント17件, 看護補助者・医療スタッフ8件, 看護学生5件, 看護管理者4件, 組織・システム4件, 家族・介護者3件, 看護継続教育従事者2名, 施設環境2件, その他・不明2件であった (図4: 重複集計). このうち組織・システム (医療提供施設におけるシステム) には, 患者分類システムや看護師の人員配置システムなどが, 施設環境には, 建築構造, 照明に焦点を当てた研究が含まれた.

#### 6) 研究の場

研究が実施された場は, 病院33件 (47.8%), 長

表1 研究デザイン

n = 69

量的研究	文献数	(%)
調査研究	22	(31.9)
評価研究	12	(17.4)
臨床試験	3	(4.3)
その他量的研究	3	(4.3)
2次的分析・量	2	(2.9)
成果研究	1	(1.4)
デルファイ調査	1	(1.4)
インタベンション・リサーチ	0	(0.0)
追試研究	0	(0.0)
方法論的研究	0	(0.0)
ニーズ・アセスメント	0	(0.0)
メタ分析	0	(0.0)
質的研究		
現象学的研究	7	(10.1)
グラウンデッド・セオリー	5	(7.2)
記述的質的研究	4	(5.8)
事例研究	1	(1.4)
質的成果分析	1	(1.4)
その他の質的研究	1	(1.4)
民俗学的研究	0	(0.0)
歴史的研究	0	(0.0)
ナラティブ分析	0	(0.0)
2次的分析・質	0	(0.0)
メタ統合	0	(0.0)
批判的理論	0	(0.0)
フェミニズム研究	0	(0.0)
参加型アクションリサーチ	0	(0.0)
量・質併用研究		
量・質併用コンポーネントデザイン	3	(4.3)
量質併用統合デザイン	0	(0.0)
その他の量・質併用研究	0	(0.0)
不明	3	(4.3)
合計	69	(100.0)

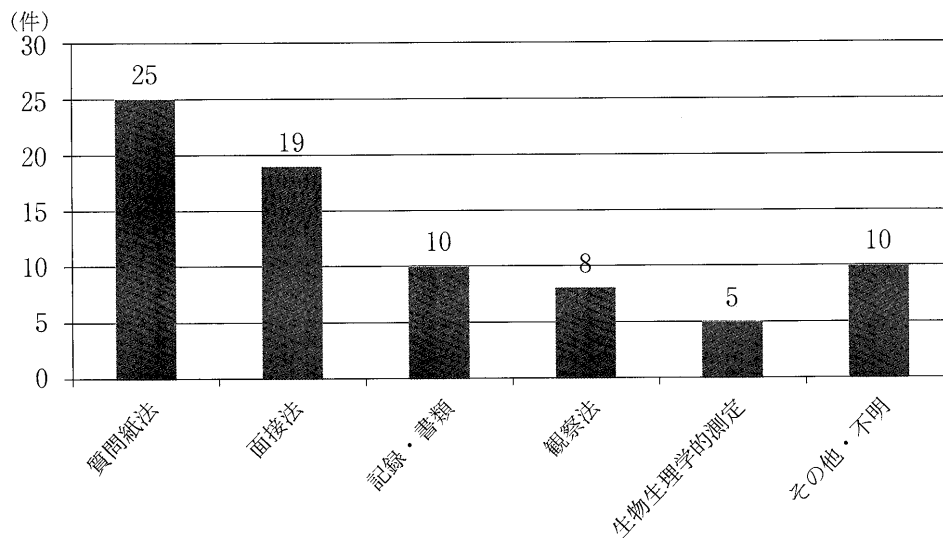


図3 データ収集方法 (重複集計: 重複合計77件)

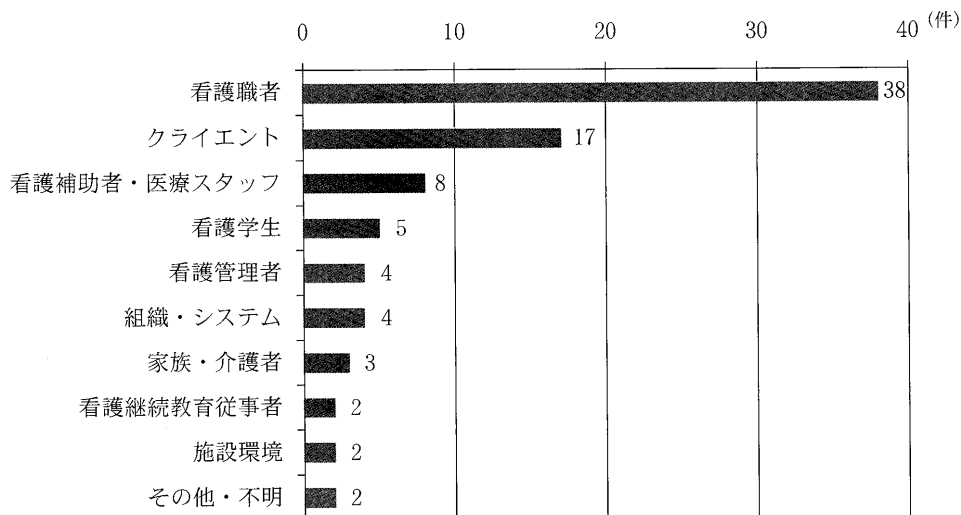


図4 研究対象 (重複集計: 重複合計85件)

期療養所12件 (17.4%), 大学 6件 (8.7%), 地域 3件 (4.3%), 病院と地域 1件 (1.4%), 病院と長期療養所 1件 (1.4%), その他 7件 (10.1%), 不明 6件 (8.7%) であった (表2).

2. 研究内容

対象文献69件から得られた研究内容コードは71コードであった(表3). これらのコードを意味内容の類似性に基づき分類命名しカテゴリ化した結果, 8カテゴリが形成された (以下, 研究内容のカテゴリを【 】にて示す). 8カテゴリを形成し

表2 研究の場 n = 69

研究の場	文献数	(%)
病院	33	(47.8%)
長期療養施設	12	(17.4%)
大学	6	(8.7%)
地域	3	(4.3%)
病院と地域	1	(1.4%)
病院と長期療養所	1	(1.4%)
その他	7	(10.1%)
不明	6	(8.7%)
合計	69	(100.0%)

表3 諸外国の安全管理に関する博士論文の研究内容

n=71

研究内容コード	カテゴリ (コード数,%)			
ペンシルバニア州の救命救急病棟に勤務する看護師の職務遂行時に受ける被害の実態の解明	1-1) 看護師・看護学生に生じる疾病・傷害・被害の実態と関連する因子の解明 (7コード)	【1. 看護師・看護学生・看護補助者の健康被害・傷害の発生の実際と関連する因子・対策の解明】 (19コード, 26.8%)		
看護師の疾病・障害とストレスとの関連についての仮説の検証				
病院スタッフ看護師の職業的健康阻害要因に関する知識とその発生および影響の解明				
看護管理者が認識するナーシングホーム入所者とスタッフ間の暴行件数の変化に影響を与える組織的要因の解明				
新人登録看護師の学生時代における針刺し・飛沫汚染事故の有無と身体的・心理社会的環境リスク要因との関係解明				
集中ケア看護師に潜在する心的外傷後ストレス障害の兆候に影響を与えるパーソナリティ特性の解明				
交代制勤務により急性期ケアに関わる看護師の疲労に関連する因子の解明				
精神科病棟に入院する自殺願望を持つ青年を対象とする精神衛生看護師の経験の説明	1-2) 危険性の高い環境で働く看護師の経験と実践の解明 (4コード)			
矯正施設の囚人である患者をケアする看護師の体験の記述				
集中ケア看護師に潜在する心的外傷後ストレス障害の兆候の現状解明				
危険に身をさらす状況設定時における看護師の患者の視点に立った心理的理解内容と援助の積極性ととの関係解明	1-3) 患者の暴力に対する看護師・看護学生の対応・対策の解明 (4コード)			
ナーシングホーム入居者の暴力に対するスタッフの反応に関する基盤理論の開発				
精神科看護師への患者による暴力の影響とそれへの反応・対策との関係の説明				
高齢認知機能障害入所者による身体的な暴力への看護スタッフの反応とそれによる実践への影響の記述				
職場暴力及び攻撃の経験に対する女子看護学生の知覚と、それらに対する自己対処や調整の方法の解明				
暴力行動リスク患者の特性解明と暴力行動リスク患者の特性を用いた暴力行動の予言可能性の検証	1-4) 患者の暴力発生の実際と関連する因子の検討 (2コード)			
暴力的になる精神科入院患者の経験の記述				
長期療養病院で働く看護助手と在宅で患者ケアを提供する家事担当者の腰背部痛の危険性と危険を増加・減少する要素の解明	1-5) 看護助手・ヘルパーの健康被害発生と関連する因子の解明 (1コード)			
病院から薬剤を盗んだ経験や薬物依存がある看護師の特徴やその経験についての記述	1-6) 看護師の薬物依存や薬物の不法入手に関する経験の記述 (1コード)			
看護師が判断した患者重症度分類に基づく人員確保・配置が誤薬・転落・褥瘡発生に与える影響解明	2-1) 組織的・文化的要因とエラー・有害事象発生との関係の解明 (9コード)	【2. エラー・有害事象の発生の実際と関連する因子の解明】 (15コード, 21.1%)		
急性期病院における看護師の人員配置と有害事象の関係解明				
看護師の人員配置と有害事象およびその発生に伴う医療コストとの関係の解明				
病院再編成におけるナーシングスキルミックスの変化による患者満足、有害事象の発生、死亡率、入院期間への影響解明	2-2) エラー・有害事象発生のリスク要因の解明 (2コード)			
各専門領域における看護職文化と有害事象発生・患者ケアの質との関係解明				
ユニット文化と登録看護師の満足度・組織へのコミットメント及びクライアントのアウトカム (満足度・エラー) との関係の解明				
心臓カテーテル検査を受ける患者の費用、入院期間、死亡率/罹病率に影響を与える病院の組織的要因の解明				
アルツハイマー病特別ケアユニットの施設構造・照明と入居者の徘徊行動やスタッフの作業効率等との関係解明				
ナーシングホーム入居者の逃走の記録を基盤とした施設構造上の逃走要因とスタッフ配置等の組織的要因の解明				
腸管チューブを挿入している子供のチューブ位置エラーのリスクファクター、徴候、症状についての検証				
高齢者の日常行動と平衡能力、転倒リスクとの関係の解明				
臨床看護師の看護エラー (過誤) 経験と自己管理習得過程の説明			2-3) 看護師のエラー経験と克服過程の解明 (2コード)	
看護師の患者ケアのエラーに関する経験の記述				
薬剤与薬エラーとその報告に関して専門看護師としての認定の有無による相違の検証	2-4) 専門看護師の資格の有無と薬剤管理上のエラーの報告状況の検討 (1コード)			
患者家族が認識する自分の配偶者の転倒事故に関する経験の記述	2-5) 有害事象発生に伴う患者家族の経験の解明 (1コード)			

研究内容コード	カテゴリ (コード数,%)	
急性期ケア看護師のユニバーサルプレコーションに対するコンプライアンスに関連する因子の検証	3-1) 看護師の感染予防・身体拘束・薬剤管理・注射針の取り扱いに関する知識・技術・態度に関連する因子の解明 (5コード)	【3. 看護師・看護学生の安全管理能力の実際と関連する因子の解明】 (9コード, 12.7%)
南イリノイのカスカスキア大学地方の登録看護師がもつ HIV/AIDS 感染に関するユニバーサルプレコーションの知識と人口統計学上要因の関係解明		
暴力的な患者の身体的抑制実施決定に、看護師の恐怖感や怒り、コントロールの必要感が影響しているという仮説の検証		
登録看護師の医療上の意思決定能力と薬物服用量計算能力との関係の解明		
ホームヘルスケア施設で働く看護婦の注射針の安全な取り扱いの障害と促進要因の解明		
性別や計算能力、テスト時の不安、過去の数学の成績と学士課程看護学生の薬量学的エラーとの関係解明	3-2) 看護学生の薬剤管理能力に関連する因子の解明 (2コード)	
看護学生の薬量計算能力に対する不安、数学に関する自己効力感、CAI 教育の影響の解明		
看護学生の高齢者に関する知識や態度が身体拘束実施や代替策選択に与える影響の解明	3-3) 看護師・看護学生の知識・態度と身体拘束実施状況との関係の解明 (2コード)	
高齢入院患者に対しての身体拘束実施に関する看護師の認識・倫理的葛藤の説明		
バーコードと薬管理システム適用による与薬エラーの要因への影響の検証	4-1) 薬剤管理・治療計画システムの効果の検証 (4コード)	【4. 有害事象発生回避・安全な医療提供にむけたシステム・ツールの開発】 (7コード, 9.9%)
看護師の薬物指示入力に関するホームヘルスケアコンピューターシステム使用の有用性の評価		
薬物療法における看護師の注意力散漫を減少させることに焦点化したプロトコルの効果の検証		
個人用携帯端末 (PDA) 使用による新人ナースプラクティショナーの治療計画の正確性と効率性の解明		
老人ホーム入所者のせん妄・尿路感染予防への水分出納管理に関するガイドラインの有効性検証	4-2) 有害事象予防システムの効果の検証 (1コード)	
ナーシングホーム入居者の安全な車いす使用のためのスクリーニングツール開発の適用・評価	4-3) 安全性の確保に向けたアセスメントツールの開発 (1コード)	
ナーシングホームにおける転落事故に対するメニュー方式インシデント報告システムの評価	4-4) インシデント報告システムの効果の検証 (1コード)	
ナーシングホームにおける身体的拘束削減率と転倒回数・受傷程度との関係解明	5-1) 身体拘束の解除・削減による事故発生への影響 (2コード)	
長期療養施設におけるベッド柵使用の削減と転落との関係検証		
急性期ケア看護管理者の身体拘束に関する知識や態度とその病棟での抑制の実施状況との関係解明	5-2) 看護管理者の知識・態度と薬剤管理・身体拘束の実施体制との関係の解明 (2コード)	
組織・個人のリーダーシップと組織の薬物安全体制の関係の解明		
安全のためとして自分の家族に身体拘束が実施される理由を家族が容認する過程の説明	5-3) 身体拘束に伴う患者家族の経験の解明 (1コード)	
入院患者の自殺防止のための看護ケアに対する患者と看護師の認識の比較とその効果の記述	5-4) 自殺防止対策の現状と効果 (1コード)	
労働衛生看護師または医師による雇用者への就業上の事故発生後の初期対応における費用対効果分析による比較	5-5) 看護師による就業上の事故発生後の初期対応の費用対効果 (1コード)	

研究内容コード	カテゴリ (コード数,%)
ナーシングホームの看護助手に対して行った背部損傷予防のための教育的介入の開発・適用・評価	【6. 有害事象発生、看護師・看護学生・看護補助者の健康被害回避に向けた教育プログラムの効果】 (6コード, 8.5%)
看護師へのストレス管理プログラムが病院における無断欠勤時間や誤薬数・個人的な心配事変化の検証	
看護学生の与薬量計算のための数学的能力の育成に対する対話式マルチメディア学習の効果検証	
臨床判断を下すことに関する学習に対する新卒看護師の知覚の記述	
シドニーの主な大学の教育病院における看護の質保証プログラム実施による褥瘡、転倒、術後創感染症発生への影響の評価	6-4) 有害事象の発生回避に向けた教育プログラムの効果 (1コード)
暴力防止教育・訓練提供への産業保健看護師の意思と会社のリスク・自己効力感・環境による制限との関係の解明	6-5) 暴力防止教育の実施と個人・組織的要因の解明 (1コード)
新生児の処置に伴う痛み緩和のためシヨ糖使用の効果と安全性の検証	【7. 看護実践の安全性・適切性の検討】 (4コード, 5.6%)
急性期成人患者への病院内輸送に伴う生理的影響の検証	
ナーシングホームにおける高齢者への鎮静剤・催眠剤と薬の適正性検証	
訪問看護師と病院勤務看護師が在宅または病院で慢性疾患をもつ子供へ提供しているケアの安全性と質に関する認識の比較	
テキサス州の医療過誤訴訟事例において提供された看護の質と負の患者アウトカムとの関係解明	【8. 医療過誤訴訟において看護職に求められる責任・看護の質の解明】 (4コード, 5.6%)
看護職が関係した判例で裁判官が標準的ケアを決定する際の判断指標の解明	
看護職に対する医療過誤訴訟における看護職の責任の範囲と訴訟要因の解明	
ナースプラクティショナーの医療過誤訴訟件数と州の規定による実践範囲との関係の解明	

た研究内容を述べる。

【1. 看護師・看護学生・看護補助者の健康被害・傷害の発生の実際と関連する因子・対策の解明】  
(19コード, 26.8%)

このカテゴリは、6種類の研究内容から形成された。その研究内容とは、「看護師・看護学生に生じる疾病・傷害・被害の実態と関連する因子の解明」「危険性の高い環境で働く看護師の経験と実践の解明」「患者の暴力に対する看護師・看護学生の対応・対策の解明」「患者の暴力発生の実際と関連する因子の検討」「看護助手・ヘルパーの健康被害発生と関連する因子の解明」「看護師の薬物依存や薬物の不法入手に関する経験の記述」であった。

【2. エラー・有害事象の発生の実際と関連する因子の解明】(15コード, 21.1%)

このカテゴリは、5種類の研究内容から形成さ

れた。その研究内容とは、「組織的・文化的要因とエラー・有害事象発生との関係の解明」「エラー・有害事象発生のリスク要因の解明」「看護師のエラー経験と克服過程の解明」「専門看護師の資格の有無と薬剤管理上のエラーの報告状況の検討」「有害事象発生に伴う患者家族の経験の解明」の研究であった。

【3. 看護師・看護学生の安全管理能力の実際と関連する因子の解明】(9コード, 12.7%)

このカテゴリは、3種類の研究内容から形成された。その研究内容とは、「看護師の感染予防・身体拘束・薬剤管理・注射針の取り扱いに関する知識・技術・態度に関連する因子の解明」「看護学生の薬剤管理能力に関連する因子の解明」「看護師・看護学生の知識・態度と身体拘束実施状況との関係の解明」であった。



【4. 有害事象発生回避・安全な医療提供にむけたシステム・ツールの開発】(7コード, 9.9%)

このカテゴリは、4種類の研究内容から形成された。その研究内容とは、「薬剤管理・治療計画システムの効果の検証」「有害事象予防システムの効果の検証」「安全性の確保に向けたアセスメントツールの開発」「インシデント報告システムの効果の検証」であった。

【5. 安全管理対策・方針の実際と適切性の検討】(7コード, 9.9%)

このカテゴリは、5種類の研究内容から形成された。その研究内容とは、「身体拘束の解除・削減による事故発生への影響」「看護管理者の知識・態度と薬剤管理・身体拘束の実施体制との関係の解明」「身体拘束に伴う患者家族の経験の解明」「自殺防止対策の現状と効果」「看護師による就業上の事故発生後の初期対応の費用対効果」であった。

【6. 有害事象発生, 看護師・看護学生・看護補助者の健康被害回避に向けた教育・学習の効果】(6コード, 8.5%)

このカテゴリは、5種類の研究内容から形成された。その研究内容とは、「看護師・看護助手の健康被害回避に向けた教育プログラムの効果」「看護学生の薬剤管理能力を育成するための学習方法の検討」「新卒看護師の安全管理に関する学習過程の解明」「有害事象の発生回避に向けた教育プログラムの効果」「暴力防止教育の実施と個人・組織的要因の解明」であった。

【7. 看護実践の安全性・適切性の検討】(4コード, 5.6%)

このカテゴリは、より安全な看護実践を提供することを目指し、従来実施されてきた疼痛緩和や患者移送の方法などの安全性や適切性を検討した研究より形成された。

【8. 医療過誤訴訟において看護師に求められる責任・看護の質の解明】(4コード, 5.6%)

このカテゴリは、医療過誤訴訟を通して看護の

質と看護職の責任・実践範囲との関係性を解明した研究から形成された。

### 3. カテゴリの信頼性

看護学研究者2名によるカテゴリへの分類の一致率は、91.4%, 74.3%であった。

### 4. カテゴリを形成した博士論文の発表年による推移 (表4)

カテゴリを形成した博士論文の発表年による推移を表4に示した。カテゴリ【1. 看護師・看護学生・看護補助者の健康被害・傷害の発生の実際と関連する因子・対策の解明】は、1988年から2004年に発表された博士論文により形成されていた。カテゴリ【2. エラー・有害事象の発生の実際と関連する因子の解明】は、1990年から2004年に発表された博士論文により形成されていた。カテゴリ【3. 看護師・看護学生の安全管理能力の実際と関連する因子の解明】は、1991年から2002年に発表された博士論文により形成されていた。カテゴリ【4. 有害事象発生回避・安全な医療提供にむけたシステム・ツールの開発】は、2000年から2005年に発表された博士論文により形成されていた。カテゴリ【5. 安全管理対策・方針の実際と適切性の検討】は、1995年から2004年に発表された博士論文により形成されていた。カテゴリ【6. 有害事象発生, 看護師・看護学生・看護補助者の健康被害回避に向けた教育・学習の効果】は、1990年から2004年に発表された博士論文により形成されていた。カテゴリ【7. 看護実践の安全性・適切性の検討】は、1990年から2002年に発表された博士論文により形成されていた。カテゴリ【8. 医療過誤訴訟において看護師に求められる責任・看護の質の解明】は、1989年から2004年に発表された博士論文により形成されていた。

表4 カテゴリを形成した博士論文の発表年による推移

n = 71

カテゴリ	年																			合計
	1988	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	01	02	03	04	05		
1	2			1	1	1		2	3	1		4(3)	1		1	1	1		19	
2			1		1			1	1		1	1	1	1	3	2	2		15	
3				2				1	1	1			2		2				9	
4													1		1	2	2	1	7	
5								1		1	1				1	2	1		7	
6			1					1		1					1	1	1		6	
7			1		1									1	1				4	
8		2(1)			1												1		4	
合計	2	2	3	3	4	1	0	6	5	4	2	5	5	2	10	8	8	1	71	

\*数値はコード数、括弧内は一論文から複数のコードが形成された場合の博士論文数を示す。

## VI. 考 察

### 1. 安全管理に関する博士論文の研究概容

対象となった文献69件のうち、国別に見た博士論文の研究数は、米国64件 (92.8%)、カナダ4件 (5.8%)、オーストラリア1件 (1.1%) であり、米国での研究が多数を占めていた。また、安全管理に関する博士論文の研究数は、2002年以降に顕著に増加していた。1999年米国医学研究所の報告書「人は誰でも間違える (to err is human)」により、入院患者に引き起こされた有害事象の半分以上には医療上のエラーが関与しており、防ぎうるものであったことや、医療過誤が原因による年間の死者数は自動車事故や乳がんによる死亡数を上回ること<sup>19)</sup>などが公表された。博士論文の作成期間等を考慮すると、2002年以降の増加は、このような報告書などに影響を受けて、米国を中心に研究が開始されたために生じた可能性が高い。しかし、今回検索の対象とした CHNAHL は、米国の英語論文を中心に構成されたデータベースである<sup>20)</sup>。諸外国の安全管理に関する看護学研究の中で、米国の研究が特に進展しているかに関しては、今後検討する余地がある。

諸外国の安全管理に関する博士論文には、14種類の多様な研究デザインが用いられていた。我が国の安全管理に関する研究の現状を明らかにした

研究に適用されていた研究デザインは、記述統計、推測統計、内容分析、KJ法などの6種類のみであり<sup>21)</sup>、諸外国の博士論文は多様な研究デザインを適用しており、安全管理に関する研究が多角的な方法を用いて試みられていることが明らかとなった。

また、安全管理に関する博士論文は、看護職者やクライアントのみならず、看護補助者・医療スタッフ、医療システム、施設、家族・介護者、施設環境などを研究対象としていた。さらに、その研究の場は、病院のみならず、長期療養施設、大学、地域などであり、様々な場所で実施されていることが明らかとなった。このことは、諸外国の安全管理に関する博士論文では、医療従事者や入院中の患者のみならず、さまざまな健康レベルの人々やその生活・療養の場に焦点を当てて研究を展開していることを意味する。

以上、諸外国の安全管理に関する看護学系博士論文は、医療における安全管理に関する国際的な関心の高まりを背景として、米国を中心にその研究数が増加していたが、その範囲は、医療の現場や健康水準を限定せず、実に多様であることが示唆された。これらは看護学における『安全管理』が対応すべき対象の多様性を裏付けるものであり、看護基礎教育における安全管理教育を検討する上で、対象、健康状態を限らず幅広く安全管理

をとらえていくことの重要性が確認できた。

## 2. 安全管理に関する研究領域とその特徴

安全管理に関する諸外国の博士論文の研究内容を分類した結果、8カテゴリが形成された。また、カテゴリへの一致率は、91.4%、74.3%であり、カテゴリが信頼性を確保していることを示した。

これらのカテゴリの類似性・相違性を検討し、諸外国の安全管理に関する博士論文の研究領域とその特徴を明らかにし、看護基礎教育における安全管理教育の教育内容として活用可能性を考察した。

はじめに着目したのは、8カテゴリのうち、カテゴリ【2. エラー・有害事象の発生の実際と関連する因子の解明】である。このカテゴリは、誤薬などの看護師のエラーや、転倒による身体的・精神的傷害などクライアントに引き起こされた有害事象がどのように発生するのかその実際を明らかにした研究や、人員配置などエラーや有害事象発生に影響を与えた組織的・文化的要因を明らかにした研究から形成されていた。

また、カテゴリ【4. 有害事象発生回避・安全な医療提供にむけたシステム・ツールの開発】は、有害事象の予防などの組織的・包括的な安全管理対策の開発や効果の検証に焦点をあてた研究により形成されていた。これには、エラーを起こさないためや、クライアントに有害な事象が生じることのないように、組織的・包括的な取り組みとして、薬剤管理に関するエラーの予防やクライアントのせん妄や尿路感染予防に対し、ガイドラインやプロトコルを採用し、その効果を検証した研究が含まれた。

Reason は、患者の安全を守るためには、エラーを減少させるための個人へのアプローチより、システムへのアプローチを重視し、エラーの原因となるシステム内部の状況を修正することが、患者安全へ最大の効果を上げる<sup>22)</sup>と述べている。この

ことは、医療において、システムの観点からのエラーの原因究明と安全なシステムの採用が、クライアントの安全を守ることへの近道であることを意味する。カテゴリ【2. エラー・有害事象の発生の実際と関連する因子の解明】、【4. 有害事象発生回避・安全な医療提供にむけたシステム・ツールの開発】に含まれた研究は、エラー・有害事象発生の原因およびその対策としての組織的・包括的な取り組みに焦点をあてているという点で共通性があり、諸外国の安全管理に関する博士論文には〈エラー・有害事象発生の実際とその対策〉に関する研究領域があることを示す（以下、研究領域を〈 〉で示す）。

研究領域〈エラー・有害事象発生の実際とその対策〉のうち、「エラー」とは、「計画した行動を意図したとおりに遂行する上での失敗（実行のエラー）、もしくは目的達成のために誤った計画を採用したことによる失敗（計画のエラー）である」<sup>23)</sup>と定義されている。また、Byers<sup>24)</sup>らは、この2つのエラーの特徴を以下のように説明している。「実行のエラー」は、患者とケア提供者との間で発生することが多いため、ケア提供者である看護師にとって、可視的なエラーである。その一方、「計画のエラー」は、誤った計画の実行の時にはエラーとして認識されにくく、患者に望ましいアウトカムが発生しないことに気付くまで観察不能である。つまり、エラーには、可視的なエラーと、エラーが起こったときにエラーとして認識されにくいエラーがある。

「計画のエラー」は、目標達成のために不適切な計画を採用したことによる失敗である。このようなエラーはミスエイク<sup>25)</sup>とも呼ばれている。このミスエイクは、看護師などの医療者が、クライアントの計画や治療を立案する過程で起こる<sup>26)</sup>。その計画立案の過程では、患者や患者の状態、治療計画、治療方法、薬物療法などに関する医療者の知識に焦点が当てられ<sup>27)</sup>、計画や治療が立案され

る。この知識に基づいた解釈や判断過程でおこるエラーは、看護師の患者や治療に関する知識・情報の質や量などが関連することから、個々の知識修得の度合いやクライアントや治療に関する情報や計画立案のための組織的・計画的な支援状況など多角的な要因が関連すると考えられる。

このようなエラーの分類は、人間の基本的なエラーの形式がどのようにして起こるのかを説明するための概念的な枠組みとして発展している<sup>28)</sup>。

また、世界保健機構(以下 WHO とする)では、発生してしまった1つのエラーから各国が学び、同じエラーを防ぐための取り組みを構築する必要性を示している<sup>29)</sup>。

以上は、研究領域〈エラー・有害事象発生の実際とその対策〉に含まれた「エラー」は、安全管理における重要な概念であり、その理論的背景を含めて正確に理解することは、看護職者が安全に実践を遂行し、安全管理に向けて国際的に連携する上で必要不可欠であることを意味する。しかし、我が国では、保健医療の安全管理に関し、「ヒヤリハット」などの我が国独自の用語が使用され、関連した用語の定義も多様である<sup>30)31)</sup>ことが指摘されている。安全管理教育を効果的に展開するためには、このような国内外の用語の多様性をふまえて教育内容を検討する必要がある。

また、研究領域〈エラー・有害事象発生の実際とその対策〉のうち、「有害事象」とは、医療の介入によって生じた傷害であり、患者の健康な状態とは対極に位置するものである。有害事象の大半はエラーの結果であり、エラーの結果として生じた有害事象は、特に防ぎうる有害事象と見なされる<sup>32)</sup>。具体的には、転倒や、転倒に関連した傷害、褥瘡などが防ぎうる有害事象とみなされる<sup>33)</sup>。さらに、研究領域〈エラー・有害事象発生の実際とその対策〉は、次のような研究によって形成されていた。具体的には、有害事象に直結しやすい高齢者や認知症高齢者の徘徊や逃走と組織構造的な要

因との関係を解明した研究や、高齢者の日常行動・平衡能力など有害事象発生につながりやすいクライアントのリスク要因の解明を行った研究などである。

保健医療サービスの受け手である者は、疾病を持つ者や高齢者、若年者など脆弱な人々である<sup>34)</sup>。そのような者は、施設への入所や入院などの環境の変化により、心身へのなんらかの傷害を被る状況に陥りやすい。このような事象は、医療専門職者などの個人が引き起こしたエラーとは違い、多くの要因をふまえて起こると考えられる。米国内務省の労働環境と患者安全委員会は、このような状況により生じた望ましくないアウトカムは、不適切で非安全なケアから生じる有害事象とは異なるとしている<sup>35)</sup>。しかし、Wilkinson と McDowall は、すべての看護師にとって、ヘルスケアシステムの中に潜在する不必要な傷害を避けるだけでなく、ヘルスケアに関連した傷害を予防するために事前に対策を練るということは、エラーによる事故の防止以上に重要である<sup>36)</sup>と述べている。すなわち、クライアントのリスク要因により起こる有害事象は、エラーの結果とはいえないが、クライアントのリスク要因を認識し、安全な療養生活を保障するために、有害事象の回避という観点から対策を立てることは看護師の重要な役割の一つである。

以上は、研究領域〈エラー・有害事象発生の実際とその対策〉は、クライアントのリスク要因をエラー・有害事象という観点から明らかにし、それへの対策を検討し、クライアントに引き起こされる可能性のある健康上の傷害を予防するために不可欠な安全管理活動の一つであることを意味する。そのため、看護基礎教育課程の安全管理に関する教育内容として、「エラー・有害事象の概念と関連」およびその防止に向けたシステム論的対策の実際に焦点を当てて知識・技術を選択しこれらの領域に含まれる研究成果をエビデンスとして活

用していくことは重要である。

次に、カテゴリ【1. 看護師・看護学生・看護補助者の健康被害・傷害の発生の実際と関連する因子・対策の解明】は、看護職者に生じる腰痛などの健康被害や患者の暴力や針刺しなどの傷害の実際とこれらに関連する因子や看護師個々の反応・対応に焦点を当てた研究により形成された。具体的には、看護業務によって生じやすい腰痛や針刺しなどの問題から、集中治療ケア看護師に潜在する心的外傷後ストレス症候群や薬物依存などに焦点を当てた研究から形成されていた。これらは、クライアントや家族の安全とは異なり、保健医療を提供する側の安全を追及しようとする研究であり、他のカテゴリと異なる特徴を持つ。

以上は、諸外国の安全管理に関する博士論文には〈看護職の健康被害・傷害の発生とその対策〉に関する研究領域があることを示す。

看護師の健康については、International Council of Nurses (ICN) が、看護師の倫理綱領において、以下のように規定している。「看護師は、自己の健康を維持し、ケアを提供する能力が損なわれないようにする。」<sup>37)</sup> また、日本看護協会による「看護者の倫理綱領」では、専門職としての看護師の引き受ける責任の範囲として、「看護者は、より質の高い看護を行うために、看護者自身の心身の健康保持に努める」ことを規定している。このように、国際社会や我が国でも、看護師が良質の看護を提供するために、健康的な職業生活を実現するための自己の健康保持の重要性を規定している。このことは、看護師自身の健康を守ることも質の高い看護を提供するために重要であることを示唆している。そのため、患者の暴力や針刺し事故など看護職者に生じる健康被害や傷害の発生の実際や健康被害につながるような潜在した問題やそれに関連する因子の解明は、安全かつ質の高い医療提供に必要で不可欠なエビデンスである。

以上は、研究領域〈看護職の健康被害・障害の

発生とその対策〉は、看護師にとって倫理要綱にも定められた質の高い看護を保証する上での責任範囲に関わる領域である。我が国の看護基礎教育において、〈看護職の健康被害・傷害の発生およびその対策〉に関して、教育内容として充実させていくことは、安全な医療提供という観点からのみでなく、看護の質向上に向けた基礎的能力の育成という点からも重要である。

さらに、カテゴリ【3. 看護師・看護学生の安全管理能力の実際と関連する因子の解明】、【6. 有害事象発生、看護師・看護学生・看護補助者の健康被害回避に向けた教育・学習の効果】に注目した。これらは、安全管理において看護職に求められる能力や責任範囲の解明や、有害事象や健康被害の発生回避に向けた教育プログラムや学習の実際に焦点をあてていた。

カテゴリ【3. 看護師・看護学生の安全管理能力の実際と関連する因子の解明】は、看護師の感染予防、身体拘束、薬剤管理、注射針の取り扱いへの知識や技術などに関連する因子や看護学生の薬物管理能力や、身体拘束の実施状況を明らかにすることを目的とした研究により形成されていた。感染予防や身体拘束、薬剤管理、注射針の取り扱いなどは、日々の看護実践の中で、看護師個々はその安全性の確保に関する能力を問われる技術である。

また、カテゴリ【6. 有害事象発生、看護師・看護学生・看護補助者の健康被害回避に向けた教育・学習の効果】は、看護職の健康被害や患者への有害事象発生回避にむけた教育プログラムや学習の実際やその効果を明らかにした研究から形成されていた。これらは、安全管理に関する教育方法の検証を行った研究であり、6つの研究が包含された。

以上、カテゴリ【3. 看護師・看護学生の安全管理能力の実際と関連する因子の解明】と【6. 有害事象発生、看護師・看護学生・看護補助者の健

【康被害回避に向けた教育・学習の効果】は、看護師の安全管理に関する能力とその育成に関して焦点を当てているという点で共通性があり、諸外国の安全管理に関する博士論文には、〈安全管理にむけた看護師の能力の実際と教育・学習の効果〉に関する研究領域があることを示す。

これら、〈安全管理にむけた看護師の能力の実際と教育・学習の効果〉に関する研究領域に包括される研究成果は、安全管理に関する教育方法のエビデンスとして、看護基礎教育課程においても活用していくことが有効である。

しかし、この研究領域の中で、教育や学習の効果についての研究のほとんどが看護継続教育に焦点を当てており、看護基礎教育に焦点を当てた研究は1件のみであった。

オーストラリアにおける安全管理教育に関する調査結果<sup>38)</sup>は、オーストラリアの看護基礎教育課程における安全管理に関する学科目は提供されておらず、カリキュラム全体を通して安全管理に関する教育内容を提供し、安全管理に関する基礎的知識・技術・態度を育成していることを明らかにした。また、システムを含む安全管理の技術などに関しては、看護職として、就業後に看護継続教育を通して具体的実践的に展開されていることを明らかにした。このことは、米国を中心とした諸外国においてもオーストラリア同様、看護師の安全管理能力の育成に関する教育は、主として看護継続教育を通して提供されている可能性があり、その現状が、教育に関するエビデンスの蓄積に反映している可能性を示す。

以上、研究領域〈安全管理に向けた看護師の能力の実際と教育・学習の効果〉は、看護継続教育に焦点を当てた研究が多数を占め、安全管理能力の育成に関する教育は、主として看護継続教育を通して提供されている可能性があることを意味する。今後は、米国の看護基礎教育課程における安全管理教育の現状を調査し、看護基礎教育課程に

における安全管理教育の在り方に関して、教育カリキュラムの展開という観点から検討を加えていく必要がある。

さらにカテゴリ【5. 安全管理対策・方針の実際と適切性の検討】、【7. 看護実践の安全性・適切性の検討】は、看護職者がクライアントの安全を守るために行っている対策や従来実施されてきた看護実践の安全性や適切性の検証に焦点を当てていた。具体的には、カテゴリ【5. 安全管理対策・方針の実際と適切性の検討】は、身体拘束や自殺予防対策、薬物管理体制、事故後初期対応など患者の安全を守るための対策・方針の実際とその適切性を明らかにした研究から形成された。またカテゴリ【7. 看護実践の安全性・適切性の検討】は、より安全な看護実践を提供することを目指し、従来実施されてきた疼痛緩和や患者移送の方法などの安全性や適切性を検討した研究より形成されていた。

カテゴリ【5. 安全管理対策・方針の実際と適切性の検討】、【7. 看護実践の安全性・適切性の検討】はいずれも安全管理対策や看護実践のさらなる向上を目指すという点で共通しており、諸外国の安全管理に関する博士論文には、〈より安全な看護にむけた実践の適切性の検討〉に関する研究領域があることを示す。

安全管理とは、保健医療専門職が専門的視点に基づき危険を予測し、クライアント及びその家族や医療従事者の外的・内的環境を整える活動である<sup>39)</sup>。しかし、転倒・転落など身体面での危険防止を重視したとき、結果として、抑制、拘束、行動制限など、クライアントやその家族の心理的側面での安寧が脅かされることが指摘されている<sup>40)</sup>。また、看護学は、後発学問であり、これまで看護実践の中で経験的に提供されてきた方法には、その安全性に関する十分なエビデンスが蓄積されていないものも多い。

以上、研究領域〈より安全な看護にむけた実践

の適切性の検討〉は、単に危険を回避することにとどまらず、看護の目標との関連から、その看護実践の安全の質を高めていく上で不可欠な研究領域である。このことは、看護基礎教育においては、安全管理を身体面における危険防止という観点からのみ取り扱っていくことは適切ではなく、看護の目標の理解を前提として、安全管理に関する教育内容を提供していく必要があることを示唆する。また、安全性に限らずエビデンスに基づく看護実践の適切性を検討していくことが重要であり、その動機付けを高めていく教育を通して、結果として、クライアントに提供する看護実践の安全の質を向上する能力が高められる可能性が示唆される。

最後に、カテゴリ【8. 医療過誤訴訟において看護師に求められる責任・看護の質の解明】に着目した。このカテゴリは、医療過誤訴訟事例の分析を通して明らかとなった看護の質と看護職の責任・実践範囲との関係性を解明した研究から形成されており、類似性・共通性を持つカテゴリは見いだせなかった。

これは、諸外国の安全管理に関する博士論文には、〈医療過誤訴訟からみた看護師の責任や看護の質〉に関する研究領域があることを示す。

看護に関する医療過誤訴訟では、事故当時の看護水準からみて過失があったかどうか争点となる<sup>41)</sup>。また、看護水準とは、その当時の臨床看護における看護知識・看護技術の実践水準のことである<sup>42)</sup>。このことは、医療過誤訴訟で論点となった看護水準からみた看護職の責任と実践範囲に焦点をあてた研究を通して、看護職に求められる安全に関する看護の質、実践範囲などを明確にすることが可能であり、これらの研究領域の研究成果そのものが、看護基礎教育課程の必須の教育内容として活用可能であることを示唆する。しかし、医療過誤訴訟の背景となる看護水準や看護職の責任範囲は、その国々の法律に基づく職務権限によ

る<sup>43)</sup>。例えば、本研究の対象文献には、米国のナース・プラクティショナーを対象とした研究がふくまれたが、ナース・プラクティショナーは処方権限をもち治療行為を行う<sup>44)</sup>ため、必然的にこれらの実践に必要な能力に焦点を当てられる。しかし、わが国においては、看護師に処方権限はないため、処方に関する能力は看護職の教育内容としては適切でない。

以上は、研究領域〈医療過誤訴訟からみた看護師の責任や看護の質〉は、研究成果そのものが、重要な教育内容として検討可能であるが、しかし、このような研究領域に関して諸外国の研究内容を教材とする際には、制度上の相違を確認する必要がある。わが国の基礎教育課程に採用可能な教育内容を精選するためには、わが国の医療過誤訴訟を対象とした研究を実施し、エビデンスとする必要がある。

### 3. カテゴリを形成した博士論文の発表年推移からみた特徴

カテゴリを形成した博士論文の発表年推移から、以下の特徴が明らかとなった。まず、カテゴリ【1. 看護師・看護学生・看護補助者の健康被害・傷害の発生の実際と関連する因子・対策の解明】【2. エラー・有害事象の発生の実際と関連する因子の解明】【3. 看護師・看護学生の安全管理能力の実際と関連する因子の解明】【6. 有害事象発生、看護師・看護学生・看護補助者の健康被害回避に向けた教育・学習の効果】【7. 看護実践の安全性・適切性の検討】【8. 医療過誤訴訟において看護師に求められる責任・看護の質の解明】は、1988年以降2004年までの期間に発表された博士論文より形成されていた。これらのカテゴリを形成した研究は、1980年代後半もしくは1990年代前半から現在に至るまで継続して研究されている研究内容であることを示す。

カテゴリ【4. 有害事象発生回避・安全な医療

提供にむけたシステム・ツールの開発】【5. 安全管理対策・方針の実際と適切性の検討】は、1995年以降から現在までに発表された博士論文により形成されていた。特に、カテゴリ【4. 有害事象発生回避・安全な医療提供にむけたシステム・ツールの開発】は、そのすべての博士論文が2000年以降に発表されていた。これらのカテゴリが示す研究内容であるシステム・ツールの開発や安全管理対策・方針の検討などは、基礎研究を踏まえ安全管理に関する研究が蓄積されてきた近年になり、研究が進展してきたことを表す。これらの研究は、我が国でも安全管理体制の向上に直接的に影響をもたらす可能性があり、その効果や妥当性の検証が求められる。

#### 4. 本研究の限界および今後の課題

本稿は、2006年2月時点で検索可能な看護学系博士論文の要旨を研究対象とし、分析、考察の結果、安全管理教育への示唆を得ることができた。しかし、諸外国の研究を対象としたため、その研究成果の看護基礎教育への活用にあたっては、保健医療制度の背景や文化の違いが存在することを考慮する必要がある。

### Ⅶ. 結 論

1. 諸外国の安全管理に関する博士論文は、医療における安全管理に関する国際的な関心の高まりを背景に米国の研究数が増加していたこと、その範囲は、医療現場や健康水準を限定せず、実に多様であることが示唆された。また、諸外国の安全管理に関する博士論文の研究内容を分類した結果、8カテゴリが形成された。8カテゴリとは、【1. 看護師・看護学生・看護補助者の健康被害・傷害の発生の実際と関連する因子・対策の解明】【2. エラー・有害事象の発生の実際と関連する因子の解明】【3. 看護師・看護学生の安全管理能力の実際と関連する因子の解明】【4. 有害事象発

生回避・安全な医療提供にむけたシステム・ツールの開発】【5. 安全管理対策・方針の実際と適切性の検討】【6. 有害事象発生、看護師・看護学生・看護補助者の健康被害回避に向けた教育・学習の効果】【7. 看護実践の安全性・適切性の検討】【8. 医療過誤訴訟において看護師に求められる責任・看護の質の解明】であった。これらのカテゴリの類似性・相違性を考察した結果、〈エラー・有害事象発生の実際とその対策〉、〈看護職の健康被害・傷害の発生とその対策〉、〈安全管理にむけた看護師の能力・責任の実際と教育・学習の効果〉、〈より安全な看護にむけた実践の適切性の検討〉、〈医療過誤訴訟事例からみた看護師の責任や看護の質〉の5つの研究領域が展開されていることが示唆された。

2. 研究領域エラー・有害事象発生の実際とその対策〉に含まれた概念である「エラー」は、安全管理における重要な概念であり、その理論的背景も含めて理解することは、看護職者が安全に実践を遂行し、安全管理に向けて国際的に連携する上で必要不可欠である。また、クライアントのリスク要因をエラーのみでなく、有害事象という観点から明らかにし、それへの対策を検討することは、クライアントに引き起こされる可能性のある健康上の傷害を予防するための重要な安全管理の活動の一つである。そのため、看護基礎教育課程の安全管理に関する教育内容として、「有害事象」に焦点を当てて知識・技術を提供していく必要がある。

3. 研究領域〈看護職の健康被害・傷害の発生とその対策〉によって示された看護職の健康被害や傷害を防止することは、倫理要綱にも定められた責任範囲であるとともに、看護の質保証に向けた重要な課題である。

4. 研究領域〈安全管理にむけた看護師の能力・責任の実際と教育・学習の効果〉には、看護継続教育に焦点を当てた研究が多数を占め、安全



管理能力の育成に関する教育は、看護継続教育を通して提供されている可能性を示唆した。

5. 研究領域〈より安全な看護にむけた実践の適切性の検討〉は、看護実践の安全の質を高めていく上で不可欠な研究領域であり、看護基礎教育においては、安全性に限らずエビデンスに基づく看護実践の適切性を検討していくことに対して、その動機付けを高めていく教育の重要性が示唆される。

6. 研究領域〈医療過誤訴訟からみた看護師の責任や看護の質〉は、研究成果そのものが、重要な教育内容として検討可能である。しかし、このような研究成果を教材とする際には、制度上の相違を確認する必要がある。わが国の基礎教育課程に採用可能な教育内容を精選するためには、わが国の医療過誤訴訟を対象とした研究を実施し、エビデンスとする必要があることを示唆した。

#### 【引用文献】

- 1) L. コーン他編, 米国医療の質委員会/医学研究所著, 医学ジャーナリスト協会 (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.1-6, 日本評論社, 東京.
- 2) Youngberg, B.J. & Hatlie, M.J.(Eds) (2004): The Patient Safety Handbook, p. 1-2, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury.
- 3) Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety, Institute of Medicine, Page, A. (Ed) (2006): KEEPING PATIENTS SAFE: Transforming the Work Environment of Nurses, 日本医学ジャーナリスト協会: 患者の安全を守る, 医療・看護の労働環境の変革, 井部俊子監訳, p.59, 日本評論社, 東京.
- 4) 日本看護協会編 (2005): 平成17年版看護白書, p.6-7, 日本看護協会出版会, 東京.
- 5) 前掲書 4) p.47.
- 6) 前掲書 4) p.6-7.
- 7) 「看護教育」編集室 (2003): 別冊「看護教育」 「安全管理」の授業 看護事故防止を中心に, p.2-12, 医学書院, 東京.
- 8) 山澄直美, 岩波浩美, 定廣和香子他(2007): 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—, 群馬県立県民健康科学大学紀要, 2: 27-45.
- 9) 大賀明子, 杉森みどり (1998): 看護学教育の評価に関する研究 (1), Quality Nursing, 4 (3): 54-61.
- 10) 前掲書 8) p.27-45.
- 11) Polit, D.F. & Beck, T.C. (2004): Nursing Research Principles and Methods, p.97, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.
- 12) 井上幸子, 平山朝子, 金子道子 (2005): 看護における研究, p.193, 日本看護協会出版会, 東京.
- 13) 舟島なをみ, 安齋由貴子 (1993): 米国の博士論文にみる看護学教育研究の現状—研究デザイン, 教育内容に焦点をあてて—, 埼玉医科大学短期大学紀要, 4: 41-51.
- 14) 大賀明子, 看護教育学学会1995年度共同研究グループ (1996): 米国の博士論文にみる看護学教育研究の研究内容の分析, 看護教育学研究, 5 (2): 10-12.
- 15) 前掲書 8) p.27-45.
- 16) 前掲書11)
- 17) Berelson, B; 稲葉三千男, 金 圭煥訳(1957): 内容分析, みすず書房, 東京.
- 18) Scott W.A. (1955): Reliability of Content Analysis; The Case of Nominal Scale Coding, Public Opinion Quarterly, 19: 321-325.
- 19) 前掲書 1)
- 20) 佐藤淑子, 和田佳代子編 (2004): ナースのた

- めの Web 検索・文献検索テクニック JJN スペシャル, p.78, 医学書院, 東京
- 21) 前掲書 8) p.27-45.
- 22) Reason J. (2000) : Education and debate : Human error : Models and management, British Medical Journal, 320 : 768-770.
- 23) 前掲書 1) p.33.
- 24) Byers J.F. & White S.V. (2004) : Patient Safety, p.11-16, Springer Publishing Company, New York.
- 25) Reason J. : HUMAN ERROR ; 林 喜男監訳 (2005) : ヒューマンエラー, p.11, 海文堂, 東京.
- 26) 前掲書 25) p.11.
- 27) 前掲書 25) p.11.
- 28) 前掲書 1) p.23-76.
- 29) World Health Organization (2005) : A YEAR OF LIVING less DANGEROUSLY- WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY PROGRESS REPORT 2005, p.2-5, WHO press, Geneva.
- 30) 幸田正孝, 高久史麿, 坪井栄考他監修 (2001) : 保健+医療+福祉の現代用語 WIBA2001年版, p.198-201, 日本医療企画, 東京.
- 31) 前掲書 8) p.27-45.
- 32) 前掲書 3) p.28.
- 33) Cowen, P.S. & Moorhead, S. (2006) : Current Issue in Nursing, 7<sup>th</sup>ed, p.271, Mosby, St. Louis.
- 34) 前掲書 3) p.74.
- 35) 前掲書 3) p.74.
- 36) Wilkinson J. & McDowall J.P. (2003) : Harm Reduction in Context-The Scope of Nursing Practice, In Milligan E. & Robinson K. (Eds) : Limiting Harm in Health Care : A Nursing Perspective, p.61-78, Blackwell Science, Oxford.
- 37) 日本看護協会 (2006) : ICN 看護師の倫理綱領 [2005年改訂版], <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/icnrinri.html>
- 38) 杉森みど里, 村上みち子, 定廣和香子他 (2006) : 群馬県立県民健康科学大学 安全管理教育研究プロジェクトオーストラリアにおける安全管理教育に関する現地報告書
- 39) 岩波浩美, 定廣和香子, 杉森みど里他 (2007) : 「安全管理」の概念の検討—群馬県立県民健康科学大学カリキュラムの充実をめざして—, 群馬県立県民健康科学大学紀要, 2 : 47-56.
- 40) 前掲書 39) p.47-56.
- 41) 稲葉一人 (2003) : 医療・看護過誤と訴訟, p.5-10, メディカ出版, 大阪.
- 42) 前掲書 41) p.5-10.
- 43) 吉村貞子 (2002) : アメリカにおける医療過誤と看護師に責任, p.233-249, 北海道大学図書刊行会, 札幌.
- 44) 河野圭子 (2006) : 病院の外側から見たアメリカの医療システム, p.72, 新興医学出版社, 東京.

## **Content Analysis to Clarify the Status and Features of Overseas Nursing Doctoral Dissertations on “Safety Management”**

Yukari Takai, Yumi Sagara, Wakako Sadahiro, Naomi Yamasumi,  
Hiromi Iwanami, Miyako Hara, Etsuko Enoki, Midori Sugimori  
Gunma Prefectural College of Health Sciences

**Objective:** The Purpose of this study was to clarify the status and features of nursing doctoral dissertations regarding safety management published outside Japan and to determine issues related to evidence-based education in undergraduate nursing programs.

**Methods:** Nursing doctoral dissertations on safety management were identified by searching the CINAHL database using key words related to safety management such as incident and adverse event. Descriptive statistics and content analysis were performed in the selected dissertations.

**Results:** A total of 69 dissertations were selected for the study. There was a considerable increase in dissertations from 2002. Eight categories, for example, “evaluation of the facts regarding health hazards and injuries among nurses, nursing students, and nursing aids and strategies toward these” were defined.

**Conclusions:** The results suggested that a comprehensive approach to safety management education was required.

**Key Words:** safety management, literature study, content analysis,  
undergraduate nursing education