

## 病院の安全風土と医療エラーに関する海外文献レビュー

平塚淳子\*

### Overseas literature review on safety climate and medical error of hospital

Junko HIRATSUKA

#### Abstract

The study aims to clarify a research trend on safety climate and medical error of hospital and also examine overseas literature review to obtain research suggestions for future. The study searched for the keywords “Safety climate” and “Medical error” by PubMed. As a result, the study could extract 9 original literatures with the main theme as “Safety climate” and “Medical error”. Many of the contents in these literatures cover quantitative survey targeting nurses, doctors, and hospital administrators in acute phase care field and also make a measurement of safety climate with use of criteria. In major researches, the survey was conducted for factors influencing safety climate. The particular items to facilitate safety climate were job type, presence/absence of training program for safety, unit characteristics size, and leadership for administrator. For future issues, there are survey on safety climate, and environmental setting for open discussion of safety without any penalty.

*Key words:* safety climate, medical error, literature review

#### 要 旨

本研究の目的は、病院の安全風土と医療エラーに関する研究の動向を明らかにし、今後の研究の示唆を得るために、海外文献の検討を行った。PubMedを用いて、キーワードは、「安全風土」および「医療エラー」にて検索した。その結果、「安全風土」および「医療エラー」を主題としている原著論文9件を抽出した。内容は、急性期領域における看護師、医師、病院の管理者を対象とした量的な調査が多く、尺度を用いて安全風土を測定しているものが多かった。主な調査では、安全風土に影響する要因の調査がなされていた。安全風土を促進させるものには、安全に関する研修プログラム受講の有無、職種、勤務領域、病床数などであった。今後の課題では、安全風土の調査、罰則がなく安全に関してオープンに会話ができる環境を作ることなどが挙げられていた。

キーワード：安全風土、医療エラー、文献レビュー

---

\*福岡県立大学看護学部  
Faculty of nursing Fukuoka Prefectural University

連絡先：福岡県田川市伊田4395  
福岡県立大学看護学部  
平塚淳子  
E-mail: hiratsuka@fukuoka-pu.ac.jp

## 緒 言

患者安全とは、医療に関連した不必要な害のリスクを許容可能な最小限の水準まで減らす行動のことである<sup>1)</sup>。また、WHO加盟国は、2002年の世界保健総会において、患者安全に関する決議を採択した<sup>2)</sup>。2017年のWHOのレポートでは、安全ではなく質の低いサービスは、健康を損ね害となることさえあり、ヘルスケアの安全は今では世界的な関心事である<sup>3)</sup>と述べられている。実際に、アメリカでは、医療エラーで亡くなる人は、1年間で25万人より多いことが報告されているが、有害事象はかなり過少報告されている<sup>2)</sup>。

安全文化とは<sup>4)</sup>、安全に関わる諸問題に対して最優先に臨み、その必要性に応じた注意や気配りを払うという組織や関係者個人の態度や特性の集合体である。また、Reasonは<sup>4)</sup>、安全文化とは、「報告する文化」、「正義の文化」、「学習する文化」、「柔軟な文化」が作用し合うことにより、形成されるものであると述べている。さらに、安全風土は、個人の安全な行動に影響し、患者安全の改善において、重要な要因である<sup>5)</sup>。したがって、今後、安全対策を推進する上で、提供される医療に関与する看護職の役割は大きいと考えられ、安全な医療を提供するためには、安全文化を醸成することが求められていると考える。

これまで、海外における安全風土および医療エラーに関する先行研究はなされているが、本邦では萩原<sup>6)</sup>および山岸ら<sup>7)</sup>のインシデントレポートに関する認識と安全風土に関する調査など5件と極めて少ない。そこで、本研究では、海外における安全風土と医療エラーに関する最近の研究の動向を明らかにし、本邦における今後の研究の示唆を得ることを目的とした。これにより、安全風土に影響する要因が分かり、安全風土を高めるための支援についての教育的な示唆を得ることができると考える。

## 方 法

Pub Medを用いて、キーワード「safety climate」and「medical error」とし、患者安全を取りまく情勢は変化しており、患者安全に関する最近の知見を得るために、5年間における原著論文で検索した（検索日：平成30年5月2日）。その結果、74件が抽出された。その中から、「safety climate」および「medical error」を主題とし、病院において「safety climate」および「medical error」を測定している量的な調査かつ看

護師を対象として含んでいる調査9件を抽出した。分析内容は、発行年、国、対象、研究方法、結果概要とした。

## 用語の操作上の定義

本研究では、以下のように定義する。

1. 安全風土：Safety climate：報告する文化、正義の文化、柔軟な文化、学習する文化が作用し合うことにより、形成されるもの<sup>3)</sup> (Reason, 1997)
2. 報告する文化：自らのエラーやニアミスを報告しようとする組織の雰囲気<sup>3)</sup> (Reason, 1997)
3. 正義の文化：許容できる行動とできない行動の境界を明確にし、信頼関係に基づいた雰囲気づくり<sup>3)</sup> (Reason, 1997)
4. 柔軟な文化：変化する要求に効率的に適応できる文化<sup>3)</sup> (Reason, 1997)
5. 学習する文化：安全情報システムから正しい結論を導き出す意思と能力、大きな改革を実施する意思<sup>3)</sup> (Reason, 1997)
6. 患者安全：医療に関連した不必要な害のリスクを許容可能な最小限の水準まで減らす行動<sup>1)</sup> (WHO, 2009)
7. エラー：計画した活動を意図したとおりに実施できないこと、または不適切な計画に基づいて行動すること<sup>1)</sup> (WHO, 2009)
8. リーダーシップ：集団及び組織の目標を達成するために、メンバーが影響力を行使するプロセス<sup>8)</sup> (松原他, 2008)

## 結 果

### 1. 調査がなされていた国および対象者について

国別の文献数は、アメリカ2件、韓国1件、中国1件、オーストリア1件、サウジアラビア1件、カナダ1件、インド1件、イギリス1件であった。

発表年では、2012年は1件、2014年は1件、2015年は2件、2016年は2件、2017年は2件、2018年は1件であった。また、量的な調査のサンプルサイズでは、1000人以上は3件、1000人未満から500人以上は2件、500人未満は4件であった。

研究対象者では、看護師のみを対象とした調査は4件であり、看護師、医師、病院職員を対象とした調査は5件であった。研究対象者の勤務領域では、急性期領域に限定したものは4件、領域を限定していない調査は4件、慢性期領域に限定した調査は1

表1 文献レビューの結果：概要

文献NO	タイトル/発行年	国	対象者	調査内容	変数	ジャーナル
1	Safety climate and attitude toward medication error reporting after hospital accreditation in south korea. (Lee, 2016)	韓国	看護師:研修前233/研修後373人	病院の認定プログラムの研修前後における、安全風土の得点の関連性、安全風土の認識と投薬エラーレポートに対する態度との相関関係を明らかにする。	属性、教育歴、臨床経験、現在の部署での経験年数、安全風土、hospital safety climate、attitudes toward medication error reporting	Quality in health care
2	Variations in patient safety climate in chinese hospitals. (Zhuら, 2016)	中国	看護師、医師、他の病院職員1464人	中国の6つの病院における部署と職種による安全風土を明らかにする。	safety climate、勤務病棟	patient safety
3	Do leadership style, unit climate and safety climate contribute to safe medication practices. (Farag and McGuinness, 2017)	アメリカ	オハイオ州の認定された1つのマグネット病院における5つの救命救急および11の外科病棟で3か月以上現在の部署で勤務している看護師246人	リーダーシップスタイルと部署の風土は、患者安全風土に影響するかを明らかにする。	nurse manager's leadership style、unit warmth and belonging climate、safty climate、safety practice	Nursing administration
4	Speaking up behaviors and safety climate in an Austrian university hospital (Schwappachら, 2018)	オーストリア	看護師、医師、病院職員859人	自分の意見を自由に話す行動と安全風土を測定する。	部署、職種、雇用年数、1週間当たりの患者ケアの時間、speaking up about patient safety questionnaire	Quality in health care
5	Quality and strebghth of patient safty climate on medical-surgical units (Hughes Lcら, 2012)	アメリカ	146の病院における286の外科病棟の看護師3689人	外科病棟および病院における安全風土と病棟の属性との関連性を明らかにする	属性: 病院のロケーション、病棟の規模、病院のベッドに対するレジデントの比、アメリカ看護師協会において、認定された病院 (Magnet) かどうか、work complexity scale、safety climate scale、error orientation scale	Health care manage rev
6	Safety climate in dialysis centers in Saudi Arabia : a multicenter study. (Taherら, 2014)	サウジアラビア	3つの市における5つの透析病棟の看護師、医師509人	透析病棟における医師、看護師の安全風土を明らかにする	属性: 3年以上の組織における経験、年齢、性別、Safety climate scale	patient safety
7	Patient safety climate perceptions of frontline staff in acute care hospitals : examining the role of ease of reporting, unit norme of openness, and participative leadership. (Zaheerら, 2015)	カナダ	オンタリオにおける13の一般急性期病院の2495人	報告の容易さ、開かれていることの規範、参加的なリーダーシップが最前線のスタッフの患者安全風土に影響しているかを明らかにする。	職種、教育レベル、年齢、報告の容易さ、開かれていることの規範、参加的なリーダーシップ、patient safety climate、modified stanford instrument	Health care management
8	A study of assessment of patient safety climate in tertiary care hospitals. (Bringら、, 2015)	インド	3つの3次病院における医療従事者300人	3つの大きな3次ケア病院の患者安全風土を明らかにする	職種、年齢、性別、経験年数、patient safety climate、safety attitude questionnaire	Armed forces India
9	Comparing safety climate for nurses working in operating theatres, critical care and ward areas in the UK a mixed methods study (Tarlindら, 2017)	UK	急性期病院の看護師319人およびフォーカスグループインタビュー調査: 20人	英国の急性期病院における看護実践において潜在的な変動要因と安全風土を明らかにする。	病棟、現在のポジションにおける勤務年数、資格を取得してからの年数、専門分野での勤務年数、専門資格の有無、安全トレーニング受講の有無、safetyclimatequestionnaire、インタビュー ・安全文化の理解 ・安全に関係するマネジメントとコミュニケーションの視点について	BMJ Open

件であった。(表1)

## 2. 調査方法および調査内容について

研究デザインでは、質問紙調査は8件であり、質問紙調査とフォーカスグループインタビューの混合研究法は1件であった。また、質問紙調査8件のうち、Lee<sup>9)</sup>の調査では、唯一介入研究を行い、研修受講前後で、質問紙調査を行っていた。

患者安全の測定尺度では、「hospital safety climate」「safety climate scale」「patient climate scale」などが使用されていた。(表1)

## 3. 患者安全風土および医療エラーについて

患者安全風土の得点に影響していたのは、職種、勤務領域、病床数などであった。

Lee<sup>9)</sup>の調査では、今回の文献レビュー9文献の中で、唯一介入研究を行っていた。その内容は、安全に関する研修プログラムを実施し、研修後は研修前と比べて、安全風土の得点は有意に高まり、安全風土が高まると、医療エラー報告に対する認識は高まっていた。

しかし、研修前後で、安全風土の得点で改善が認められなかった項目に、「間違いから学ぶための能力」があった。

次に、職種については、Zhu<sup>10)</sup>の調査およびTaherら<sup>11)</sup>の調査では、看護師の安全風土の得点は、医師の安全風土の得点より有意に高かった。その一方で、Bring<sup>12)</sup>の調査では、医師の安全風土の得点は、他の

職種による安全風土の得点より有意に高かった。このように、職種による安全風土の得点については、一貫した結果は得られていなかった。

勤務領域では、手術室の看護師の安全風土の得点は、他の外科領域の看護師の得点よりも低かった<sup>13)</sup>という報告もあれば、外科、集中治療室、手術室、救急室のスタッフは、そのほかの領域の看護師より、否定的な安全風土であったことが示されていた<sup>10)</sup>。このように、勤務領域においても一貫した結果は得られていなかった。

次に医療エラーについては、Zhu<sup>10)</sup>の調査では、44.5%の者は、エラー報告について、否定的な認識であった。また、Hughes Lc<sup>14)</sup>は、マグネット病院

の看護師は、そうではない病院と比べて、安全風土の下位尺度「エラーのコミュニケーション」および「エラーの問題解決」の得点が有意に高かった。さらに、32床より小さな病棟看護師は、32床より大きな病棟看護師と比べて、安全風土の下位尺度「エラーのコミュニケーション」「エラーの問題解決」「エラーを明らかにする」「安全のコンプライアンス」の得点が有意に高かった<sup>14)</sup>。また、都会の病院は、地方の病院と比べて、安全風土の下位尺度「エラーの問題解決」の得点が有意に高かった<sup>14)</sup>。このように、安全風土の下位尺度の医療エラーに関する得点には、病院のロケーション、認定された病院かどうか、病床数が関係していた。(表2)

表2 文献レビューの結果：知見と今後の課題

文献NO	知見	今後の課題
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>研修後は、研修前より、安全風土の下位尺度19のうち、12の下位尺度の得点が有意に高かった。</li> <li>安全風土の得点で、改善しなかったのは、「管理者の態度を知ること」および「間違いから学ぶための能力」であった。</li> <li>「エラー報告」では、研修後は研修前と比べて、安全風土が高まると、医療エラー報告に対する認識が高まった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院や病棟では、よりフレンドリーで、看護師の罰則を取り除く親密な職場環境を作ること。</li> <li>韓国における様々な医療の場や地域および医師や薬剤師の安全風土と医療エラーについて調査されること。</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>安全風土では、68%の者は、肯定的な安全風土であった。</li> <li>下位尺度では、「組織的な学び」および「病棟の管理サポート」は、80%の者は肯定的であった。</li> <li>44.5%の者は「エラー報告」について、肯定的と答えた者は、少なかった。</li> <li>外科病棟、集中治療室、手術室、救急室のスタッフは、他の部署のスタッフより否定的な安全風土であった。</li> <li>医師は、7つの下位尺度において看護師、病院職員の得点より低かった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院のリーダーは、外科病棟、集中治療室、手術室、救急などの援助が必要な部署に焦点をあてること。</li> <li>患者安全風土と臨床の成果の関連性の調査、時間の経過とともに、安全風土を追求すること。</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>安全風土の「チームワーク」「組織の学び」「管理者の安全な行動」の得点が高かった。</li> <li>改善が必要であったのは、「エラーのフィードバック」「オープンなコミュニケーション」「エラーの罰則がない」であった。</li> <li>管理者の変革的、業務的、受動的回避の3つのリーダーシップスタイルおよび温かい部署の風土、所属は、安全風土に影響を与えていた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師には、最前線でガイドし、動機付け、高い可能性に近づくための力を与える強いリーダーが必要である。</li> <li>病院の管理者は、看護管理者をリーダーシップ研修に投じ、過剰な会議や委員会の仕事から自由にする。</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>50%以上の者は、4週間以内に患者安全について、関心があった。また、潜在的なエラーを観察していた。</li> <li>医療従事者の半数以下は、安全性の懸念があった。</li> <li>90%以上の者は、確かな状況においては、話をすると答えた。話をするための心理的な安全は、管理機能を有する病院職員の方がそうではない者と比べて低かった。</li> <li>管理機能を有するは、管理機能を持たない病院職員より、話を聞く環境が低いと認識した。</li> <li>保健医療従事者の自由で話ができない共通のバリアは、話すことの効果がない、患者もしくは関係者の存在などであった。</li> <li>医師は、管理機能を有する看護師より、安全を認識していた。また、外科および麻酔科領域では、より関心があった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自由に話をする文化を増やすためのパラダイムシフトが必要である。</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>安全風土には、「安全に対する仕事のグループの責任」と「安全に対する管理者の責任」が影響していた。</li> <li>32床以下のより小さな病棟の看護師は、過去のエラー、患者安全に対しての話をする傾向にあり、エラーの問題解決に参加していた。</li> <li>問題は、仕事の量、安全のコンプライアンス、エラーを明らかにすることに対する躊躇である。</li> <li>マグネット病院の看護師は、エラーについてのコミュニケーションとエラー関連の問題解決のための参加の可能性が高かった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>今後の調査では、病棟における風土の質と強さとの関係、労働者の行動、患者安全の結果を明らかにすること。</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>上級管理職より、急性期領域の看護師は、安全に対する強い責任を認識していた。</li> <li>看護師の安全風土の得点は、医師の安全風土の得点より高かった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>安全に関係した報告について、改善する重要性、罰則のない文化を醸成すること。</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>「開かれた規範」および「参加的なリーダーシップ」は、安全風土に影響していた。</li> <li>学士号を持っている看護師は、修了証を持っている看護師よりも肯定的な安全風土の認識を示していた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>若い医師は、病棟の安全対策を実施するよう推奨されるべきである。</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の患者安全風土の得点は、他の職種より有意に高かった。</li> <li>safety attitude questionnaireの下位尺度と職種との関連では、「チームワーク風土」「マネジメントの知覚」「ストレスの認識」において、</li> <li>「チームワーク」「マネジメントの知覚」が高まると、安全風土が高まっていた。</li> <li>全ての職種において、職務満足は高かった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>インドにおける様々な医療機関の階層に対する患者安全風土のアセスメントが必要である。</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術室看護師の安全風土の得点は、他の外科領域の看護師の得点よりも、有意に低かった。</li> <li>安全風土の9つの下位尺度のうち、「マネジメントコミットメント」「コミュニケーション」の得点は、救急、手術室、医療病棟、外科病棟との間に有意差があった。</li> <li>手術室の「マネジメントコミットメント」の得点は、他の部署より低かった。</li> <li>フォーカスグループフォーカスグループインタビューより3つのテーマが抽出された。                     <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 人的要因：人員配置、チェックリストの使用、インシデント報告などの環境</li> <li>2. 臨床の管理：日常業務に関連するコミュニケーションの過程、管理行動、チームミーティング、病棟ラウンド</li> <li>3. 患者保護：患者ケアにどのように看護技術が適用され、患者に支持されたか</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>混合研究法を行うことは、安全風土をもたらす潜在因子の調査が可能となる。</li> <li>混合研究法の使用と管理者の行動の調査は、患者安全風土における調査において潜在的で有益なものになりうる。</li> </ul>

注) 文献NOは、表1の文献と対応している。

#### 4. 今後の課題

今後の課題では、安全風土または医療エラーに関する調査の必要性について述べていた文献は5件、職場環境の改善について述べていた文献は3件、看護管理者への対策について述べていた文献は1件、若い医師への教育の必要性について述べていた文献は1件であった。

具体的な内容として、安全風土または医療エラーに関する調査については、様々な病院で、看護師以外の職種を対象とした調査を行うこと<sup>9)</sup>、安全風土を追跡することの必要性について述べられていた<sup>10)</sup>。また、職場環境の改善では、フレンドリーで看護師の罰則がないこと<sup>9)</sup>、安全に関してオープンに会話ができる環境を作ること<sup>15)</sup>、リーダーシップがとれる人材の配置の必要性について述べられていた<sup>16)</sup>。さらに、看護管理者への対策として、看護管理者をリーダーシップ研修に参加させること、過剰な会議や委員会の仕事から解放することが挙げられていた<sup>16)</sup>。(表2)

### 考 察

#### 1. 対象者について

対象者では、急性期領域における看護師、医師、病院の管理者を対象としたものがあつた。Tarling<sup>13)</sup>は、先行研究より、手術室および救命救急領域における安全風土に関する調査は、外科病棟などより少ないことから、手術室および救命救急領域での調査を行っていた。また、Schwappachら<sup>15)</sup>は、一般的に、外科は高いリスクがある領域であり、自分の意見を自由に話す能力は、とても重要であると述べている。これらのことより、外科領域での調査が多かった可能性があると考えられる。

しかし、アメリカの成人患者の68%の者は、個人病院、クリニック、病院のERではない部署で医療エラーを経験しており、ERで医療エラーを経験した者は、14%と少なかったことが報告されている<sup>18)</sup>。したがって、今後は、外来診療の場での調査および内科領域での調査も必要と考える。

次に、看護師のみを対象とした調査もあつた。しかし、投薬エラーを例にとると、投薬エラーは、医師からの薬の処方箋、看護師あるいは患者による薬の管理などの投薬プロセスで起こっており、投薬エラーの原因は、誤った診断、処方箋のエラー、誤った薬の管理がある<sup>19)</sup>。このように、投薬のみならず、

医療提供体制においては、医師、看護師、薬剤師などの多職種が連携している状況である。したがって、安全風土を高めるためには、多職種間においても、エラー報告の情報共有を行う必要があり、多職種を含めた調査も望ましいと考える。

#### 2. 安全風土および医療エラーに影響する要因について

Zhu<sup>10)</sup>らおよびTaferら<sup>11)</sup>の調査では、看護師の安全風土は、医師より高いことが示されていた。その理由として、看護師は、患者安全に関するトレーニングを受けていること、医師より患者の側にいる時間が長いこと、病院の管理者は、看護部門に安全管理を委ねる傾向にあること、若い医師のスーパーバイズである医師の安全に関する認識が乏しいことが関係していると考えられていた。その一方で、Chakravartyらの調査<sup>17)</sup>では、医師の安全風土は、他の職種の安全風土より高いことが示されていた。その理由では、他の職種より大きな患者に対する説明責任があるためと考えられていた。このように、調査によって医師と看護師間の安全風土における認識は異なっており、このことは、それぞれの業務特性のほかに、教育課程における教育プログラムも影響していると考えられる。そこで、患者安全を促進するためには、多職種間において、患者安全に関する共通の教育ツールを活用することも必要と考える。

例えばWHOは、医療専門職を目指す学生向けと指導者向けに「患者安全カリキュラム指針多職種版」を作成している<sup>1)</sup>。これは、世界的な患者安全の向上を目的としており、あらゆる国、文化、環境に対応できるカリキュラム指針となっている。このカリキュラムの内容では、人は誰でも間違えるという人間特性をもとに、エラーが起こる様々な要因について取り上げてある。そこで、医療専門職の教育ツールにおいて、このようなツールを活用することも有効と考える。これにより、多職種間で患者安全に対する共通の認識をもつ事が可能となり、異なる文化圏でも、安全な医療を提供できると考える。

#### 3. 今後の課題

Leeの調査<sup>9)</sup>では、「間違いから学ぶための能力」を改善することの必要性について述べており、リーズンは、安全文化を醸成する1つに、「報告する文化」<sup>4)</sup>があると述べている。

Leeの調査<sup>9)</sup>では、「投薬エラー報告に対する態度」の尺度において、最も得点が低かったのは、「エラー

報告のペナルティーが怖い」であった。このことより、エラー報告は医療事故の再発防止のためと認識されているのではなく、個人の責任を追及されるものと認識されている可能性があると考え。しかし、Reasonは、エラーには、人間、状況、組織に関連した多数の原因が関係している<sup>4)</sup>と述べている。そのため、エラー報告では、多角的な視点で原因を分析し、組織で再発防止策を検討することができる1つの方法であると認識する必要があると考え。また、エラーの記録を分析することで、エラーに関係しているものが分かり、同じような医療エラーを減らすことができる可能性がある。したがって、「報告する文化」<sup>4)</sup>を醸成し、エラー報告をさらに促進させ、エラーの原因は何かを振り返ることが必要と考える。

また、病院の管理者および看護管理者は、医療エラーを報告する者に対して、賞賛したりするなど、肯定的なフィードバックを与えることも有効と考える。具体的には、有害事象を生じなかったインシデント報告から、なぜエラーを防ぐことができたかを分析し、多職種間で事例を情報共有することから始めていくと、エラー報告に対する肯定感をもてると考える。

さらに、Fragらによると管理者は、罰則がなく安全に関してオープンに会話ができる環境を作るために、組織の安全文化、組織のマネジメント、スタッフのエラー報告に影響する組織風土および組織文化を整理する必要がある<sup>16)</sup>と述べている。さらに、加藤によると、組織風土を機能させるために重要な役割を果たすのは、「サーバントリーダーシップ」である<sup>5)</sup>と述べている。サーバントリーダーとは、指示、命令し、管理、コントロールするのではなく、むしろ、組織メンバーの一人ひとりが持っている才能、能力、可能性を発揮できるように助けるリーダーのことである。そこで、看護管理者は、看護スタッフの強みを把握し、個々の強みを活かせる役割を与え、承認することも組織風土を機能させるための効果的な方法ではないだろうか。また、助けることに着目すると、看護者は成人学習者であり、アンドラゴジーの概念に基づいて考察すると、個人の学習者の経験を重視する学習援助型の教育<sup>20)</sup>を現任教育において行う事が出来る管理者が必要と考える。具体的な現任教育の方法としては、これまでに経験した看護実践において、患者安全の観点から振り返る必要があった事例を教材化し、部署内で討論することも有

効と考える。

このほかにも、Fragら<sup>16)</sup>は、看護管理者をリーダー研修に参加させる必要性と過剰な会議および委員会活動から解放する必要性を述べている。したがって、看護管理者の育成と、兼任ではなく専任の安全管理者とし、業務過多にならないようにすることも課題であると考え。

最後に、エラー報告には、ヒエラルキーが影響している<sup>9)</sup>。著者はこれまでの臨床での経験の中で、上司である看護管理者の指示に疑問を抱いたまま看護ケアを行った経験がある。幸いにもアクシデントは生じなかったが、その際に、看護管理者と、何が最善かについての対話がなされなかった。このように、看護スタッフは自分より職位が高い者の指示に疑問を持った際に、安全か否かについて率直な対話をもつことは容易なことではないと推察する。しかし、患者の安全を第一に考えた際に看護者は、患者の状態の変化に応じたタイムリーな判断力と倫理的な視点を持ち、看護実践を行うことが必要不可欠と考える。

Hwang and Parkの先行研究においては<sup>21)</sup>、倫理的風土が高まると医療エラーが減少することが示されていた。そこで、医療者は、倫理原則の1つである患者に危害をおよぼさない「無害の原則」<sup>22)</sup>を念頭におき、意見が対立した際に、双方向性の対話をもつ勇気とコミュニケーション能力を高めることが課題と考える。さらに、今後の調査では、このような倫理的な因子と安全風土との関連性の調査も必要と考える。

## 結 論

今回の文献レビューにより、以下のことが示唆された。

1. 急性期領域における看護師、医師、病院の管理者を対象とした量的な調査が多く、尺度を用いて安全風土を測定しているものが多かった。
2. 主な調査では、安全風土に影響する要因の調査がなされていた。その結果、安全風土を促進させるものには、安全に関する研修の有無、職種、勤務領域、病院のロケーション、病床数などが影響していた。
3. 今後の課題では、安全風土の調査、患者安全の効果を追跡すること、罰則がなく安全に関してオープンに会話ができる環境を作ることなどが挙げ

られていた。

## 文 献

- 1) WHO患者安全 カリキュラム指針 多職種版.  
[http://www.tokyomed.ac.jp/mededu/news/doc/who/WHO%20Patient%20Curriculum%20Guide\\_B\\_01.pdf](http://www.tokyomed.ac.jp/mededu/news/doc/who/WHO%20Patient%20Curriculum%20Guide_B_01.pdf)
- 2) WHO. 10 fact on patient safety.  
[http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/) (2018年8月20日アクセス)
- 3) Study Suggests Medical Errors Now Third Leading Cause of Death in the U.S.  
[https://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/study\\_suggests\\_medical\\_errors\\_now\\_third\\_leading\\_cause\\_of\\_death\\_in\\_the\\_us](https://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/study_suggests_medical_errors_now_third_leading_cause_of_death_in_the_us). (2018年8月20日アクセス)
- 4) James Reason. 高野研一 佐相国英訳. 組織事故. 1999. 日科技連出版社.
- 5) 加藤 淳. 医療組織の安全文化とリーダーシップ. *Human environment studies*. 2017 ; 15 : 2 : 157-162.
- 6) 荻原典子. インシデントレポートについての個人認識と医療現場の安全風土との関連. 日本看護学会論文集. 看護管理. 2015. 272-275.
- 7) 山岸まなほ, 宮腰由紀子, 小林敏生. 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. *日本職業・災害医学会誌*. 2007 ; 55 : 194-200.
- 8) 松原伸一. 安全風土尺度で医療安全の新しい知見を探る.  
<http://www.medsafe.net/contents/recent/114fuudo.html> (平成30年8月31日アクセス)
- 9) Lee, E. Safety climate and attitude toward medication error reporting after hospital accreditation in south korea. *Quality in health care*. 2016 ; 28 : 4 : 508-514.
- 10) Zhu J, Li L, Zhou Z, et al. Variations in patient safety climate in Chinese hospitals. *Patient safety*. 2106 ; 1-8.
- 11) Zaher, S, Ginsburg, L, Chuang YT, et al. Patient safety climate perceptions of frontline staff in acute care hospitals : Examining the role of ease of reporting, unit norms of openness, and participative leadership. *Health care management review*. 2015 ; 40 : 1 : 13-23.
- 12) Bring, AC, Maji, AS, Bribg, MB, et al. A study of assessment of patient safety climate in tertiary care hospitals. *Med J Armed forces India*. 2015 ; 71 : 2 : 152-157.
- 13) Tarling, M, Jones, A, Murrells T, et al. Comparing safety climate for nurses working in operating theatres critical care and ward areas in the UK a mixed methods study. *BMJ open*. 2017 ; 7 : 10.
- 14) Hughes, LC, Chang, Y, Mark, BA. Quality and strength of patient safety climate on medical-surgical units. *Health care Management review*. 2009 ; 34 : 19-28.
- 15) Schwappach, D. Sendlhofer G, Hasler, L, et al. Speaking up behaviors and safety climate in an Austrian university hospital. *Quality in health care*. 2018 ; 1-7.
- 16) Farag, A, Tullai-McGuinness, S, Anthony MK, et.al. *Nursing administration*. 2017 ; 47 : 1 : 8-15. Do leadership style, unit climate, and safety climate contribute to safe medication practices?
- 17) Chakravarty A, Sahu, A, Biswas, M. A study of assessment of patient safety climate in tertiary care hospitals. *Armed forces India*. 2015 ; 71 : 2 : 152-157.
- 18) A americans' Experiences with Medical Errors and Views on Patient Safety. FINAL REPORT.
- 19) Pazokian, M, Tafreshi, Z, Rassouli, M. Iranian nurse's perspectives on factors influencing medication errors. *International council of nurses*. 2014. 246-254.
- 20) Malcolm S. Knowles. 堀薫夫 三輪健二監訳. 成人教育の現実的実践 ペタゴジーからアンドラゴジーへ. 2002. 鳳書房.
- 21) Hwang and Park. Nurse perception of ethical climate and organization commitment. *Medical ethics and history of medicine*. 2014 ; 21 : 1 : 28-42.
- 22) Sara T. Fry and Megan-june Johnstone. 片田範子 山本あい子訳. 看護実践の倫理 倫理的意思決定のためのガイド. 2009. 日本看護協会出版会.

受付 2018. 8. 31

採用 2019. 1. 16

