

医療安全文化調査の意義・活用

東邦大学医学部社会医学講座

医療政策・経営科学分野 講師 藤田茂

平成9年3月青山学院大学理工学部経営工学科卒業後、株式会社野村総合研究所、東海大学等を経て、平成15年4月より東邦大学医学部および東邦大学医療センター大森病院医療安全管理部（兼務）に勤務。専門は社会医学、医療安全、病院管理学など。日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 専門分析班 委員、全日本病院協会 医療事故調査等支援担当委員会 特別委員、日本医療マネジメント学会評議員等を務める。



1. 医療安全文化を管理する

多くの医療機関は長年にわたり医療事故の再発防止や臨床指標の測定など、さまざまな取り組みを続けている。しかし、その効果をいまいち実感できない方も少なくないのではないだろうか。医療安全や医療の質向上の取り組みの成果を最大化するには、それを担う職員の考え方や態度、すなわち組織文化（医療安全文化と呼ばれる）から見直す必要があるとされている。厚生労働省が2002年に取りまとめた医療安全推進総合対策でも医療安全文化の醸成の重要性が指摘されており、現在に至るまで関心は高いものの、どのように醸成すればよいか悩んでいる医療機関も多いことであろう。

医療安全文化を管理するには、対象を定義し、測定可能なものにすることが重

要である。定義できないものは測定できず、測定できないものは管理できない。さまざまな定義があるものの、厚生労働省は、医療安全文化を、「医療に従事する全ての職員が、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やおよびそれを可能にする組織のあり方」と定義している。医療安全文化を測定するツールも複数あるが、米国 Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ) が開発した調査票 (Hospital Survey on Patient Safety Culture) が、世界中で広く使用されている最も有力なものであると言える。同調査票は和訳され、その妥当性と信頼性も検証されている。日本医療機能評価機構(以下「評価機構」)は、この調査票を用い、医療機関の医療安全文化の測定を支援する事業を2020年度から開始する。医療

機関の医療安全文化を管理するための環境が整備されたと言えるだろう。

2. 医療安全文化調査の概要

医療安全文化は、医療従事者を対象にしたアンケート調査により評価される。調査票は、回答者の属性に関する設問のほか、医療安全文化に関する42個の設問と、医療安全のアウトカムに関する2個の設問で構成される。医療安全文化に関する42個の設問は、12個の領域に分類され、領域ごとに点数が算出される（P.7：表1）。点数は、各領域を構成する設問に対し回答者が肯定的な回答をした割合を示しており、点数が高いほど医療安全文化が良いと判断される。

評価機構の医療安全文化調査に参加する各医療機関の職員は、自身のスマートフォンや病院のパソコンを使用し、所定のWebサイトにアクセスすればアンケートに回答できる。回答データは自動で集計され、Webサイト上で他の病院の点数（中央値など）との比較や、自院の部署別、職種別の点数の比較も可能である。病院の事情に合わせ、紙の調査票を使用して調査を行い（Web入力との併用も可）、入力データを所定のWebページにアップロードすることも可能である。ただし、その場合、各病院は自前で紙の調査票を準備し、エクセル等へデータ入力する必要がある。

3. 医療安全文化調査の活用支援の試行

米国 AHRQ は、2年に1回全米の医療機関に医療安全文化調査への参加を呼び掛けており、2018年の調査では630病院（全米の約1割の病院）の約38万人の医療従事者が調査に回答した。それらの集計データは報告書として公開されており、各病院が自院のデータと比較できるようになっている。

評価機構も同様の仕組みの構築を目指している。評価機構は、2019年に医療安全文化の試行調査を実施し、96病院の約4万人の医療従事者の回答からなるデータベースを構築した。2020年2月14日に開催された試行調査の報告会では、実際に2病院のデータを全体（96病院）のデータと比較し、その病院の医療安全文化の強みと弱みを示したほか、職種別・部署別の比較により院内の課題の在りかを示すことができた。筆者は、評価機構より、試行調査に参加した2病院のデータと一部の集計データの提供を受け、Excelなどを用い手間暇をかけ、苦勞して解析し、報告した。しかし、評価機構がWebサイト上で提供するシステムは、その大部分を簡単なボタン操作のみで解析可能にしており、各病院の担当者のデータ解析への負担も大きく軽減されている。各病院が個別に医療安全文化調査を実施しようとする、病院にも担当者にも大きな負担となるが、同事業に参加することで容易に自院の医療安全文

化を測定し、解析することが可能になると考えられる。

4. 医療安全文化調査の活用方法

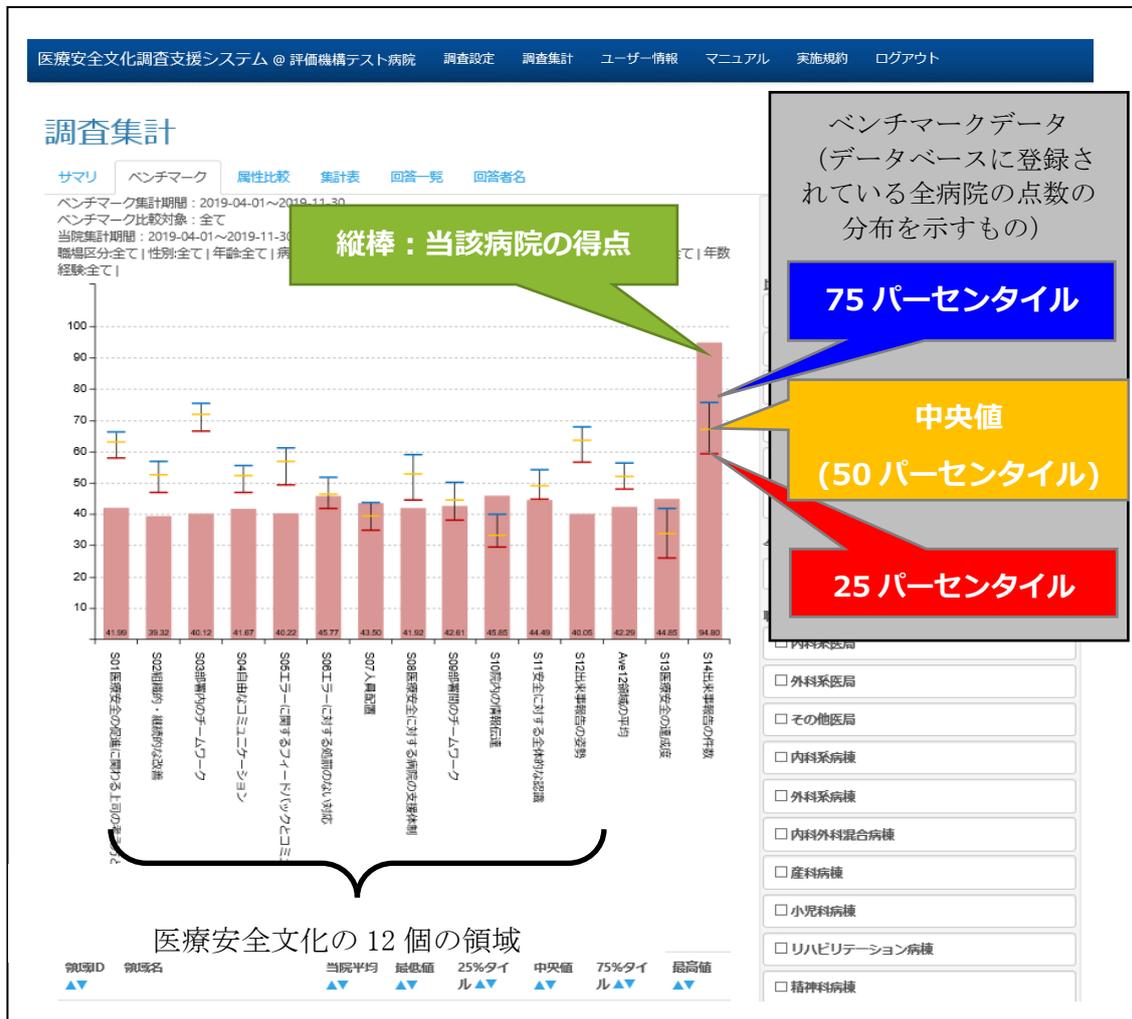
医療安全文化の調査結果は次の4つの方法で活用できる。

(1) 自院の強み弱みを把握する

他の医療機関のデータと自院のデータを比較し、自院の強み弱みを把握することができる。医療安全文化調査に参加する全医療機関のデータは、病院の機能

別・規模別または職種別等に集計され、医療安全文化の点数の中央値と25・75パーセンタイル値がベンチマークデータ（他の医療機関と比較するうえでの指標）として参加医療機関に提示される。各医療機関は、自院のデータとそのベンチマークデータを比較し、自院の立ち位置を把握することが可能である（図1）。なお、自院の医療安全文化の点数が75パーセンタイル値を上回る場合、全病院の中でその病院の点数は上位25パーセントに含まれると判断できる。

図1：ベンチマーク例



(2) 院内の課題の在りかを見える化する

自院のデータを、職種、経験年数、部署（病院ごとに設定可能）などのサブグループ（回答者属性）で比較し、課題の在りかを見える化することが可能である（図2）。職種や部署の特徴を示すことができれば、現場の職員や管理者に対し改善（介入）の必要性を説くことが可能になる。

(3) 自院の経時変化を監視する

継続的に医療安全文化を測定すれば、自院の変化を監視し、良くない兆候を早期発見・早期介入することが可能になる（図3）。

(4) 医療安全管理の取り組みの効果を評価する

教育研修を実施する前後、あるいは新しい取り組みの導入前後で医療安全文化を測定すれば、その効果を評価することが可能である。

図2：属性比較の例



5. 医療安全文化の醸成方法

医療安全文化は12個の領域の点数として表現される。自院の弱い領域が特定できれば、その領域の点数を向上させるうえで最適な方法を選択することができる。米国AHRQは、各領域の点数を向上させる方法を提案しており、その一部を表1に紹介する。全ての領域に対して十分な介入方法が揃っているわけではないが、参考にしていただきたい。

6. 医療安全文化の研究

世界各国で医療安全文化に関するさまざまな研究が進められている。過去の研究では、TeamSTEPSやCrew Resource Managementなどのチームワーク改善のための取り組みや、Root Cause Analysisの導入などは、医療安全文化の一部の領域の点数の向上に役立つことが報告されている。取り組みの導入前後を比較する研究や、取り組みに参加した部署と参加しなかった部署を比較するような研究が多い。また、医療安全文化が

図3：経年比較の例



良いと、医療安全指標（Patient Safety Indicators）が良く、医療事故が少なく、手術部位感染が少ないだけでなく、医療従事者の労働時間が短く、燃え尽き症候群が少ないことなども報告されている。医療安全文化の醸成は、医療の質と安全だけでなく、感染管理や医療従事者の労働安全衛生など、さまざまな分野に良い波及効果を与える可能性を秘めている。

7. 今後の展望

医療安全文化の定期的な測定は、PDCA（Plan-Do-Check-Action）サイクルに組み込み、医療機関の医療の質と安全を継続的に改善するための歯車の一つとなり得る。評価機構の「医療安全文化調査活用支援」は、医療機関が医療安全文化を管理（醸成）するための基盤となる。医療機関には、医療安全文化を醸成するための取り組みや研究の活発化が期待される。今後は、事例報告会の定期的な開催など、医療機関の取り組みや経験を共有する場の提供も必要になるであろう。また、ベンチマークデータベースのデータ解析を進め、その結果を報告書等として発信することなども求められるであろう。

表 1：医療安全文化の領域とそれを向上させる方法

領域の名称	領域の意味	各領域の点数を向上させる方法（米国AHRQの提案）
S01：医療安全の促進に係わる上司の考え	上司は、患者の安全を向上するための職員の提案に耳を傾け、定められた手順に従っている職員を誉め、患者の安全に関わる問題を見逃さない。	経営陣や管理者による院内巡視のほか、各部署で1日1回または週1回医療安全について議論する場を設ける（Safety HuddleまたはSafety Briefingと呼ばれる）。
S02：組織的・継続的な改善	ミスは肯定的な改善策に繋がりが、改善策はその効果が評価されている。	質指標や臨床指標の活用、医療安全研修（事故が起こる理由や予防法、病院の方針や手順の理解）の開催など。
S03：部署内のチームワーク	職員はお互いに助け合い、お互いを尊重し、チームとして協力し合っている。	TeamSTEPPS [†] の導入（2回チャレンジャー、SBAR [§] 、復唱）など。
S04：自由なコミュニケーション	職員は、患者に悪影響を与える可能性のあるものを見たら自由に発言し、それらについて上司に気軽に質問する。	医療安全上の問題を目にしたら、躊躇せずに声を上げることが大事であることや、自由に発言し議論できる環境作りが重要であることを講義する（英語版の教育用動画は公開されている）。
S05：エラーに関与するフィードバックとコミュニケーション	職員は、発生したエラーについて情報提供され、その改善策についてフィードバックを受け、エラーを防ぐ方法について話し合っている。	インシデントレポート等の報告に対し、現場へのフィードバックを行う。ニュースレターの発行や、報告者を他の職員の前で感謝し褒めること、必ず何らかの返事を返すことなど。
S06：エラーに対する処罰のない対応	職員は、ミスや出来事報告により自分が非難されることはなく、そのミスは人事考課に反映されないと感じている。	医療事故の原因分析にRoot Cause Analysisを導入し、「誰が」ではなく、「なぜ」「どのように」に焦点を当てて分析するなど。
S07：人員配置	仕事をこなすのに十分な職員がおり、労働時間は患者に適切なケアを提供するうえで適切な長さである。	医師、看護師等の適正配置およびパフォーマンスを向上させるための労働環境について、エビデンスを示して院内で検討するなど。
S08：医療安全に対する病院の支援体制	病院の幹部は、患者の安全を促進し、患者の安全を最優先する姿勢を示している。	領域S01と同じ。
S09：部署間のチームワーク	院内の各部署はお互いに協力し合い、患者に最適なケアを提供している。	救命救急部門の混雑に対応する方法など、一部の部門・場面に特化した取り組みは紹介されている。
S10：院内の情報伝達	患者のケアに関する重要な情報は、部署をまたいで伝達され、勤務交代の最にも伝達される。	勤務交代時に患者情報を伝達するための書式（Safer sign-out form for patient handoffs）やSBAR [§] の導入など。
S11：安全に対する全体的な認識	マニュアルや体制はエラーの予防に役立っており、患者の安全に問題はない。	各部署に安全管理（マニュアル）に詳しい職員を配置するなど。
S12：出来事報告の姿勢	次のヒヤリハットが報告されている。：①患者に影響を与え前に発見され修正されたミス、②患者に害を与え可能性のないミス、③患者に害を与える可能性があるが、結果的に害を与えなかったミス	事故報告の名称を肯定的な名称（ナイス報告など）に変える、チーム対抗の報告競争を行う、1日の業務終了時に安全報告を行う仕組みの導入、良い報告への報償制度の導入など。

† TeamSTEPPS: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety

§ SBAR: Situation (状況), Background (背景), Assessment (評価), Recommendation (提案)

患者情報をやりとりする際のコミュニケーションエラーを防ぐ手法（ツール）である。



2020年3月発行
「医療安全文化調査 活用支援」事例集
vol.1
発行：
(公財)日本医療機能評価機構
〒101-0061
東京都千代田区神田三崎町1-4-17
東洋ビル
TEL：03-5217-2320(代)
/03-5217-2326(評価事業推進部)