

抜粋版

2019 年度 医療安全文化調査 活用支援プログラム(試行) 【年報】



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

人の安心、医療の安全 JQ

目次

1. はじめに	3
2. 医療安全文化調査 活用支援 プログラムについて	
(1) 総括	5
(2) 概要	
① 調査・分析ツールの提供（調査支援システム）	6
② 調査・改善活動の共有	7
③ 医療安全文化調査の意義・活用	8
(3) 設問一覧	25
(4) カテゴリの定義と一覧	31
(5) 肯定的回答割合の定義	32
(6) パーセンタイルについて	33
3. 2019 年度（試行）の概要	
(1) 参加病院カテゴリおよびベンチマークカテゴリ	35
(2) 年間スケジュール	36
(3) 領域別の肯定的回答割合	
① 全体	37
② カテゴリ別 一般病院（大規模：500 床以上）	38
③ カテゴリ別 一般病院（中規模：200 床以上 500 床未満）	39
④ カテゴリ別 一般病院（小規模：200 床未満）	40
⑤ カテゴリ別 療養・ケアミックス病院	41
(4) 領域順・設問別の肯定的回答割合	
① 全体	42
② カテゴリ別 一般病院（大規模：500 床以上）	49
③ カテゴリ別 一般病院（中規模：200 床以上 500 床未満）	56
④ カテゴリ別 一般病院（小規模：200 床未満）	63
⑤ カテゴリ別 療養・ケアミックス病院	70
(5) 回答者属性	
① カテゴリごとの病院数および回答者数	77
② 属性ごとの回答者数	78

4. 参考資料

(1) 医療安全文化調査 活用支援（試行）報告セミナー	83
(2) 活用事例集	103
(3) 実施規約	125

1. はじめに

公益財団法人日本医療機能評価機構（以下「評価機構」）は医療機関の第三者評価機関として、中立的・科学的な立場で医療の質・安全の向上と信頼できる医療の確保に関する事業を行い、国民の健康と福祉の向上に寄与することを理念としています。

医療機関が高水準の医療を継続的に提供するためには、医療の質の向上に向けて医療機関自らの努力が重要となります。その努力を効果的なものとするために、評価機構では第三者評価を主とし、医療の質の向上に向けた様々な事業を展開して、その環境を強化しています。

また、評価機構では2015年の創立20周年に際して、「次世代病院機能評価のアジェンダ」を作成し、「医療機能評価を通じて、患者が安心して医療を享受でき、職員が働きやすく、地域に信頼される病院づくりに貢献する」というビジョンの下、「組織の＜評価＞」「組織への＜支援＞」「個への＜教育＞」の三本の柱を策定しました。「医療安全文化調査活用支援」は、組織への支援として、医療安全文化を定量的に測定し、医療安全の推進および質改善の取り組みを支援するプログラムです。

医療安全文化調査 活用支援プログラム（試行）には105病院にご参加いただき、報告セミナーの開催を執り行うことができました。

本プログラム試行の、2019年度の活動をまとめた「2019年度 医療安全文化調査 活用支援プログラム（試行）【年報】」を作成いたしました。医療安全の推進ならびに医療の質向上に向けた日々の取り組み資料としてご参考にしていただければ幸甚でございます。

医療機関の質改善活動のツールとしてご活用いただけるよう、プログラムの内容の一層の充実に努めてまいりますので、今後とも変わらぬお力添えを賜りますようお願い申し上げます。

2020年7月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

理事 長谷川 友紀

2. 医療安全文化調査 活用支援 プログラムについて

(1) 総括

評価機構では、2015年に「医療機能評価を通じて、患者が安心して医療を享受でき、職員が働きやすく、地域に信頼される病院づくりに貢献する。」という次世代医療機能評価のアジェンダを策定し、「評価」「教育」「支援」を三本の柱と定めた。

指標を用いた質改善活動を支援する「組織への支援」として「医療安全文化調査 活用支援」を位置づけた（図1）。

医療安全文化とは、「医療に従事する全ての職員が、患者さんの安全を最優先に考え、その実現を目指す態度や考え方およびそれを可能にする組織のあり方」と定義されている。また、医療機関が良好な医療安全文化を醸成すると、医療チームの能力が高まり、コミュニケーションエラーが減り、医療の質が高まること等が報告されている。

「医療安全文化調査票 (HSOPS; Hospital Survey on Patient Safety Culture)」を用いた調査であり、医療安全文化調査の調査票は、「回答者属性」の設問と併せて全54問で構成されている。HSOPSは、米国AHRQが開発した調査票であり、2019年2月時点で、日本語を含む40か国語に翻訳され、93カ国で調査が実施されている。

本プログラムの目的は、医療安全文化調査を用いて、医療安全文化を定量的に測定し、院内の現状を把握して医療安全文化の醸成に向けて支援することである。認定病院に対して認定の新たな価値を付加するとともに、認定を取得していない病院に対しても医療安全の推進および質改善の取り組みの支援として、2019年度に試行を実施した。

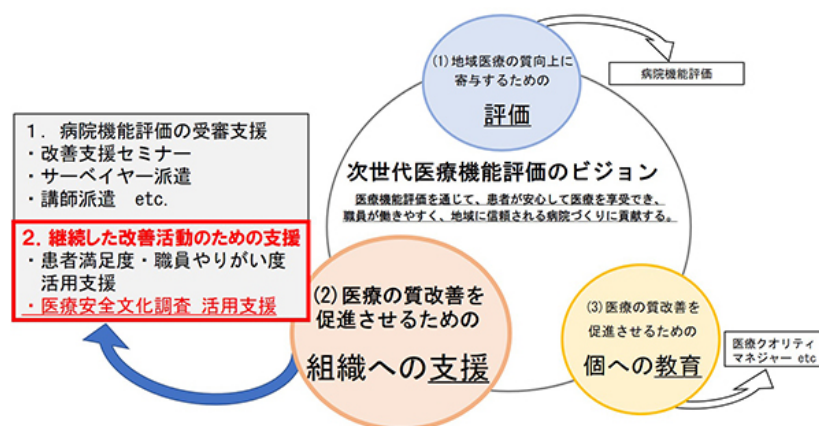


図1：次世代医療機能評価のビジョンと3本柱

(2) 概要

① 調査・分析ツールの提供（調査支援システム）



インターネットを利用して調査を実施し、データを登録する「医療安全文化調査支援システム」を提供している。

個別病院の集計結果は「医療安全文化調査支援システム」でリアルタイムに自動でグラフ化して示される（図2）。自院のデータをダウンロードして、独自に分析することも可能である。インターネット経由での調査が難しい場合は、質問紙を用いた調査を行い、CSV形式で回答を一括してシステムに登録することも可能である。

一定期間に登録されたデータはベンチマークデータとして扱われ、病院機能、病床規模などの属性別に、75パーセンタイル値、中央値、25パーセンタイル値が示される（図3）。参加病院は、ベンチマークデータと比較することにより、自院の位置づけを明らかにし、問題点の把握や改善活動に活用できる。



図2：医療安全文化調査支援システム



図3：ベンチマーク

② 調査・改善活動の共有



課題の把握、原因の分析、改善策の策定と導入、効果の確認において課題と感じている病院が多い。本プログラムでは、「報告セミナー」（図4）や「活用事例集」（図5）等を通じて、医療安全文化の醸成に取り組んでいる病院の好事例や具体的な取り組みを共有できる。



図4：報告セミナー



図5：活用事例集

(3) 設問一覧

医療安全文化の調査項目は Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) が開発した 44 問の設問から構成されている。

<医療安全文化調査項目一覧>

No	調査区分	領域	設問文	選択肢					
1	A.職場・部署	S03	(A01) 私の部署では、職員はお互いに助けあって仕事をしている。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう思う	該当 しない
2	A.職場・部署	S07	(A02) 私の部署では、仕事を行うのに十分な数の職員が確保されている。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう思う	該当 しない
3	A.職場・部署	S03	(A03) 私の部署では、たくさんの仕事を素早く実施しなければならぬとき、お互いに協力し合い、チームとしてその仕事に取り組んでいる。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう思う	該当 しない
4	A.職場・部署	S03	(A04) 私の部署では、職員はお互いに敬意をもって接している。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう思う	該当 しない
5	A.職場・部署	S07	(A05) 私の部署の職員は、労働時間が必要以上に長い。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう思う	該当 しない
6	A.職場・部署	S02	(A06) 私の部署では、積極的に、医療安全を促進するための取り組みをしている。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう思う	該当 しない
7	A.職場・部署	S07	(A07) 私の部署では、常勤職員よりも、派遣職員や委託職員を必要以上に雇用している。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう思う	該当 しない
8	A.職場・部署	S06	(A08) 職員は、失敗すると非難されると感じている。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう思う	該当 しない
9	A.職場・部署	S02	(A09) 私の部署では、ミスが改善につながっている。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう思う	該当 しない

No	調査区分	領域	設問文	選択肢					
10	A.職場・部署	S11	(A10) 私の部署で重大なミスが起こらないのは、単なる偶然でしかない。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう 思う	該当 しない
11	A.職場・部署	S03	(A11) 私の部署では、一部の職員が非常に忙しかったら、他の職員が手助けしている。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう 思う	該当 しない
12	A.職場・部署	S06	(A12) ある出来事が報告されると、問題点を追及するのではなく、個人の責任が追求されているように感じる。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう 思う	該当 しない
13	A.職場・部署	S02	(A13) 私の部署では、医療安全の改善策が導入されたあと、その効果を検証している。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう 思う	該当 しない
14	A.職場・部署	S07	(A14) 私の部署では、たくさんの業務を素早くこなそうとして、非常に危険な状態で働いている。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう 思う	該当 しない
15	A.職場・部署	S11	(A15) 私の部署では、労働の生産性を上げるために医療安全が犠牲にされることはない。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう 思う	該当 しない
16	A.職場・部署	S06	(A16) 私の部署の職員は、自分のミスが記録され、人事の評価につながることを心配している。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう 思う	該当 しない
17	A.職場・部署	S11	(A17) 私の部署では、医療安全に問題がある。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう 思う	該当 しない
18	A.職場・部署	S11	(A18) 私の部署の業務手順や業務システムは、ミスを予防するように配慮されている。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう 思う	該当 しない
19	B.上司	S01	(B01) 私の上司は、定められた医療安全の業務手順に従って仕事をしていれば、褒めてくれる。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう 思う	該当 しない
20	B.上司	S01	(B02) 私の上司は、医療安全の向上に関する部下の意見を、十分に検討している。	全く 思わない	思わない	どちら でもない	そう 思う	全く そう 思う	該当 しない

No	調査区分	領域	設問文	選択肢					
21	B.上司	S01	(B03) 私の上司は、時間がなくなると、手抜きをしてでも素早く業務を終わらせるように要求してくる。	全く 思わない	思わ ない	どち らで もな い	そう 思 う	全く そう 思 う	該当 しない
22	B.上司	S01	(B04) 医療安全上の問題が何度も発生しているが、私の上司は見て見ぬふりをしている。	全く 思わない	思わ ない	どち らで もな い	そう 思 う	全く そう 思 う	該当 しない
23	C.コミュニケーション	S05	(C01) 私達は、出来事報告書に基づいて導入された改善策について、フィードバックを受けている。	全くな い	まれで ある	ときど き	ほとん どいつ も	いつも	該当 しない
24	C.コミュニケーション	S04	(C02) 職員は、患者に悪影響を及ぼす可能性のあるケアを目にしたら、遠慮なく指摘することができる。	全くな い	まれで ある	ときど き	ほとん どいつ も	いつも	該当 しない
25	C.コミュニケーション	S05	(C03) 私達は、この部署で発生したエラーについて情報共有している。	全くな い	まれで ある	ときど き	ほとん どいつ も	いつも	該当 しない
26	C.コミュニケーション	S04	(C04) 私の部署では、上司や先輩の意思決定や行動に対して、自由に質問することができる。	全くな い	まれで ある	ときど き	ほとん どいつ も	いつも	該当 しない
27	C.コミュニケーション	S05	(C05) 私の部署では、エラーの再発を予防する方法について話し合われている。	全くな い	まれで ある	ときど き	ほとん どいつ も	いつも	該当 しない
28	C.コミュニケーション	S04	(C06) 私の部署では、何かおかしいと感じても、職員はそれを指摘したがない。	全くな い	まれで ある	ときど き	ほとん どいつ も	いつも	該当 しない
29	D.出来事報告の頻度	S12	(D01) ミスが発生したが、患者へ及ぶことを未然に防いだ場合	全くな い	まれで ある	ときど き	ほとん どいつ も	いつも	該当 しない
30	D.出来事報告の頻度	S12	(D02) ミスが発生し、患者に達したが、患者に悪影響を及ぼす可能性がない場合	全くな い	まれで ある	ときど き	ほとん どいつ も	いつも	該当 しない
31	D.出来事報告の頻度	S12	(D03) ミスが発生し、患者に達したが、患者に悪影響を及ぼ	全くな い	まれで ある	ときど き	ほとん どいつ も	いつも	該当 しない

No	調査区分	領域	設問文	選択肢					
			す可能性があったものの、運良く被害がなかった場合						
32	E.医療安全の達成状況	S13	(E01) あなたの職場や部署の医療安全の度合いを評価してください。	非常に良い	良い	許容範囲内である	不十分である	非常に問題がある	
33	F.病院	S08	(F01) 私の病院は、医療安全を推進するような職場環境を用意している。	全く思わない	思わない	どちらでもない	そう思う	全くそう思う	該当しない
34	F.病院	S09	(F02) 私の病院では、部署同士がうまく連携していない。	全く思わない	思わない	どちらでもない	そう思う	全くそう思う	該当しない
35	F.病院	S10	(F03) 私の病院では、患者をある部署から別の部署に移す際、患者情報の伝達漏れが発生することがある。	全く思わない	思わない	どちらでもない	そう思う	全くそう思う	該当しない
36	F.病院	S09	(F04) 私の病院では、協力しあう必要がある部署同士は、うまく連携している。	全く思わない	思わない	どちらでもない	そう思う	全くそう思う	該当しない
37	F.病院	S10	(F05) 私の病院では、勤務交代時に、しばしば治療上重要な情報の伝達が漏れることがある。	全く思わない	思わない	どちらでもない	そう思う	全くそう思う	該当しない
38	F.病院	S09	(F06) 私の病院では、他の部署の職員と共に働くのが嫌な場合がある。	全く思わない	思わない	どちらでもない	そう思う	全くそう思う	該当しない
39	F.病院	S10	(F07) 私の病院では、部署間で情報をやりとりする際、しばしば問題が発生している。	全く思わない	思わない	どちらでもない	そう思う	全くそう思う	該当しない
40	F.病院	S08	(F08) 管理職はみずからの行動で、医療安全が最も重要であることを示している。	全く思わない	思わない	どちらでもない	そう思う	全くそう思う	該当しない
41	F.病院	S08	(F09) 病院の管理職は、有害事象が発生した直後だけ医療安全に関心を持つようである。	全く思わない	思わない	どちらでもない	そう思う	全くそう思う	該当しない

No	調査区分	領域	設問文	選択肢					
42	F.病院	S09	(F10) 病院の各部署は、患者に最良の医療を提供するために、十分協力し合っている。	全く 思わな い	思わな い	どちら でもな い	そう思 う	全く そう思 う	該当 しない
43	F.病院	S10	(F11) 私の病院では、勤務交替の際に問題が起こりやすい。	全く 思わな い	思わな い	どちら でもな い	そう思 う	全く そう思 う	該当 しない
44	G.出来事報告 の数	S14	(G01) 過去 12 ヶ月間に、あなたは何件の出来事報告書（インシデントレポート等）を作成し、提出しましたか？	0 件	1～2 件	3～5 件	6～10 件	11～20 件	21 件以 上

<回答者属性の選択肢一覧>

No	調査区分	設問文	選択肢					
1	H.背景情報	(H01) 部署名	40 部署まで登録可能 (※2019 年度試行での仕様)					
2	H.背景情報	(H02) 性別	男性	女性				
3	H.背景情報	(H03) 年齢	19 歳以下	20～29 歳	30～39 歳	40～49 歳	50～59 歳	60 歳以上
4	H.背景情報	(H04) この病院での勤務年数は？	1 年未満	1～5 年	6～10 年	11～15 年	16～20 年	21 年以上
5	H.背景情報	(H05) 現在の部署での勤務年数は？	1 年未満	1～5 年	6～10 年	11～15 年	16～20 年	21 年以上
6	H.背景情報	(H06) この病院で、週にだいたい何時間働いていますか？	20 時間未満	20～29 時間	30～39 時間	40～49 時間	50～59 時間	60～69 時間
			70～79 時間	80～89 時間	90～99 時間	100 時間以上		
7	H.背景情報	(H07) この病院におけるあなたの職種で、最も当てはまるものを 1 つだけ選んでください。	看護師	准看護師	看護助手・介護職員	医師	研修医	薬剤師
			栄養士・調理従事者	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・視能訓練士	技師（臨床検査、診療放射線、臨床工学等）	精神保健福祉士・臨床心理士・ソーシャルワーカー・カウンセラー	病棟事務員／医療事務員（事務部門以外の事務員）	事務員（事務部門の事務員）
			清掃員	その他				
8	H.背景情報	(H08) あなたは普段患者さんと接することがありますか？	はい	いいえ				
9	H.背景情報	(H09) 今の職種に就いてからの経験年数は？	1 年未満	1～5 年	6～10 年	11～15 年	16～20 年	21 年以上
10	I.ご意見	(I01) あなたの病院の医療安全やエラー、出来事報告書について、自由にご記載ください。	自由記載（65,535 文字まで）（※2019 年度試行での仕様）					

(4) カテゴリーの定義と一覧

ベンチマークグループの定義は以下の内容にて決定している。

No.	ベンチマークグループ	定義
1	一般病院（大規模：500 床以上）	病院機能評価を「一般 2」で受審した病院で 500 床以上の病院
2	一般病院（中規模：200 床以上 500 床未満）	病院機能評価を「一般 2」で受審した病院で 200 床以上 500 床未満の病院
3	一般病院（小規模：200 床未満）	病院機能評価を「一般 1」で受審した病院で一般病床のみの病院 または 病院機能評価を「一般 2」で受審した病院で 200 床未満の病院
4	リハビリ病院	病院機能評価を「リハビリテーション病院」で受審した病院
5	療養・ケアミックス病院	病院機能評価を「慢性期病院」「緩和ケア病院」で受審した病院 または 病院機能評価を「一般 1」で受審した病院で一般病床以外の病床を有する病院
6	精神病院	病院機能評価を「精神科病院」で受審した病院

※いずれも主たる機能

※未認定病院は上記に準じて決定する

（５）肯定的回答割合の定義

肯定的回答割合とは「肯定」「やや肯定」の回答割合を指す。ただし、否定的設問の場合は、「全く思わない」「思わない」などの否定的な回答が「肯定」「やや肯定」に割り振られる。

■対象表

設問区分	設問 ID (設問順)	肯定	やや肯定	中立	やや否定	否定
P : 肯定的設問	A01/A02/A03 A04/A06/A09 A11/A13/A15 A18/B01/B02 C01/C02/C03 C04/C05/D01 D02/D03/F01 F04/F08/F10	5 全くそう 思う/ いつも	4 そう思う/ ほとんど いつも	3 どちらで もない/ ときどき	2 思わない/ まれであ る	1 全く思わ ない/ 全くない
N : 否定的設問	A05/A07/A08 A10/A12/A14 A16/A17/B03 B04/C06/E01 F02/F03/F05 F06/F07/F09 F11	1 全く思わ ない/ 全くない/ 非常に良 い	2 思わない/ まれであ る/ 良い	3 どちらで もない/ ときどき/ 許容範囲 内である	4 そう思う/ ほとんど いつも/ 不十分で ある	5 全くそう 思う/ いつも/ 非常に問 題がある

■肯定的回答割合

$$\text{肯定的回答割合（\%）} = \frac{（「肯定」の回答数） + （「やや肯定」の回答数）}{（全回答数） - （「該当しない」の回答数）} \times 100$$

■ 出来事報告の数の肯定的回答割合

設問 ID : G01 領域 ID : S14	出来事報告の数について 「過去 12 ヶ月間に、あなたは何件の出来事報告書（インシデントレポート等）を作成し、提出しましたか？」					
選択肢	0 件	1～2 件	3～5 件	6～10 件	11～20 件	21 件以上

※網掛けの選択肢が「肯定的回答」となる。

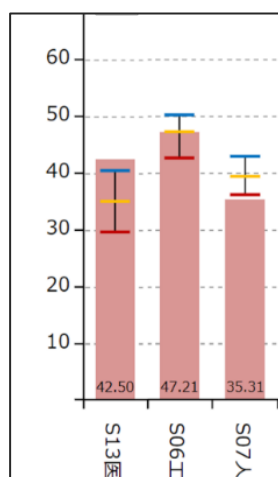
$$\text{肯定的回答割合（\%）} = \frac{（全回答数） - （「0 件」の回答数）}{（全回答数）} \times 100$$

（6）パーセンタイルについて

安全文化調査に参加している病院の集計結果を、ベンチマークとして表示する。得点の低い順に病院を並び替えて 4 等分したときの、3 つの切れ目をそれぞれ「75 パーセンタイル値」「中央値」「25 パーセンタイル値」と呼ぶ。

	「75 パーセンタイル値」	上位 25%の病院の得点。システムの「ベンチマーク」では青線で示される。
	「中央値」	順位が真ん中の病院の得点。システムの「ベンチマーク」では黄色線で示される。
	「25 パーセンタイル値」	下位 25%の病院の得点。システムの「ベンチマーク」では赤線で示される。

システムでは、自院の得点（棒グラフ）と併せてベンチマーク結果が以下の図のように表示される。



一番左（S13）は、自院の得点が **75** パーセンタイル値を上回っており、強みであることがわかる。

一番右（S07）は、自院の得点が **25** パーセンタイル値を下回る結果になっており、弱みであることがわかる。

3. 2019 年度（試行）の概要

（１）参加病院カテゴリおよびベンチマークカテゴリ

参加病院のカテゴリおよびベンチマークのカテゴリは以下の通りである。なお、ベンチマークカテゴリについては、参加病院数が少なかったことから、一般病院以外は「療養・ケアミックス」に分類した。

カテゴリ	定義	参加 病院数	ベンチ マーク 数	備考
一般病院 （大規模：500 床以上）	“一般 2” 受審病院 500 床以上	17	17	
一般病院 （中規模：200 床以上 500 床未満）	“一般 2” 受審病院 200 床～500 床未満	44	42	
一般病院 （小規模：200 床未満）	“一般 1” 受審病院で 一般病床のみ “一般 2” 受審病院 200 床未満	22	17	
リハビリ病院	“リハビリテーション 病院” 受審病院	6	—	療養・ケアミッ クス病院に分類
療養・ケアミックス病院	“慢性期” “緩和ケ ア” 受審病院 “一般 1” 受審病院で 一般以外の病床あり	11	19	
精神病院	“精神科病院” 受審病 院	5	—	療養・ケアミッ クス病院に分類
合計		105	95	

2020 年 3 月末時点

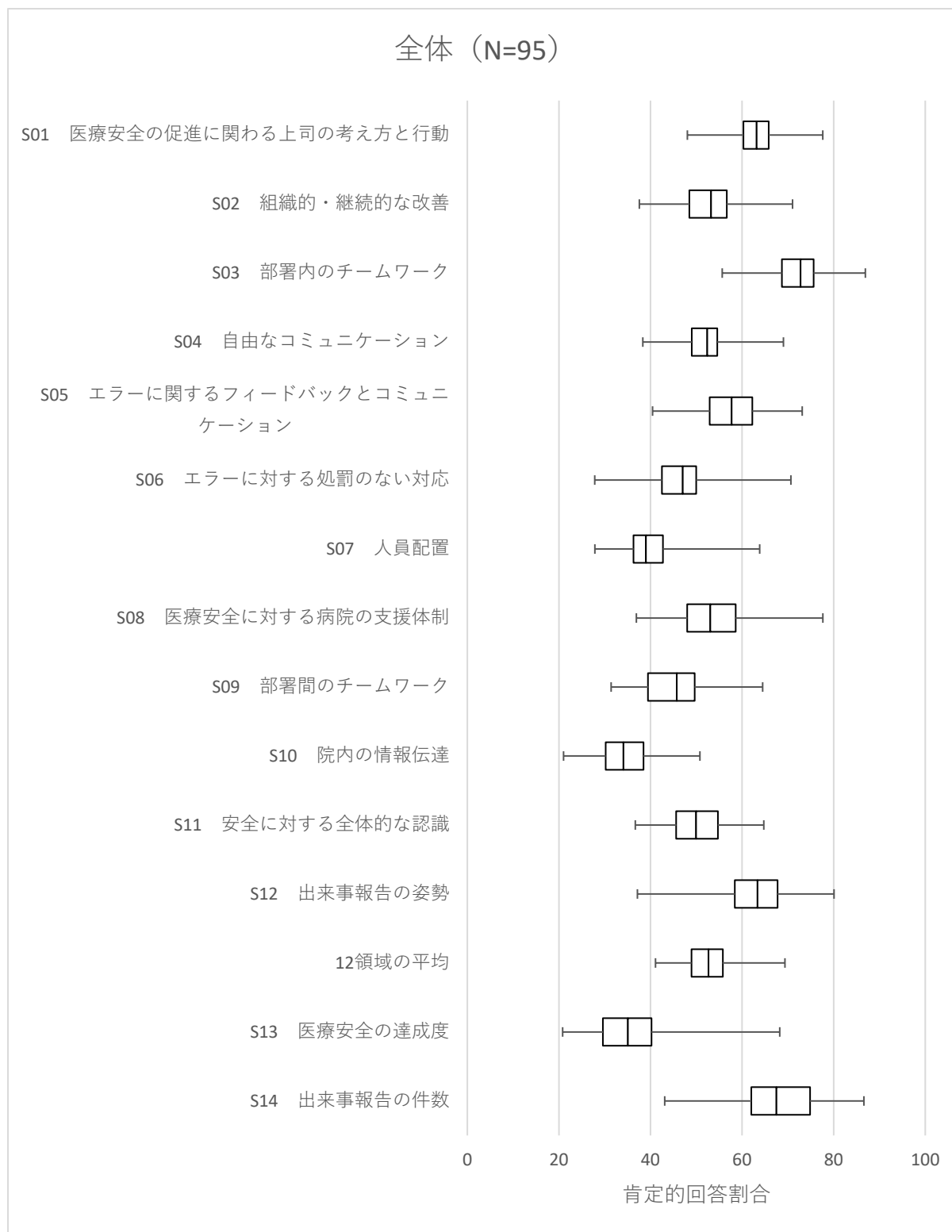
(2) 年間スケジュール

2019年度の試行は以下のスケジュールでベンチマーク、セミナー等を実施した。

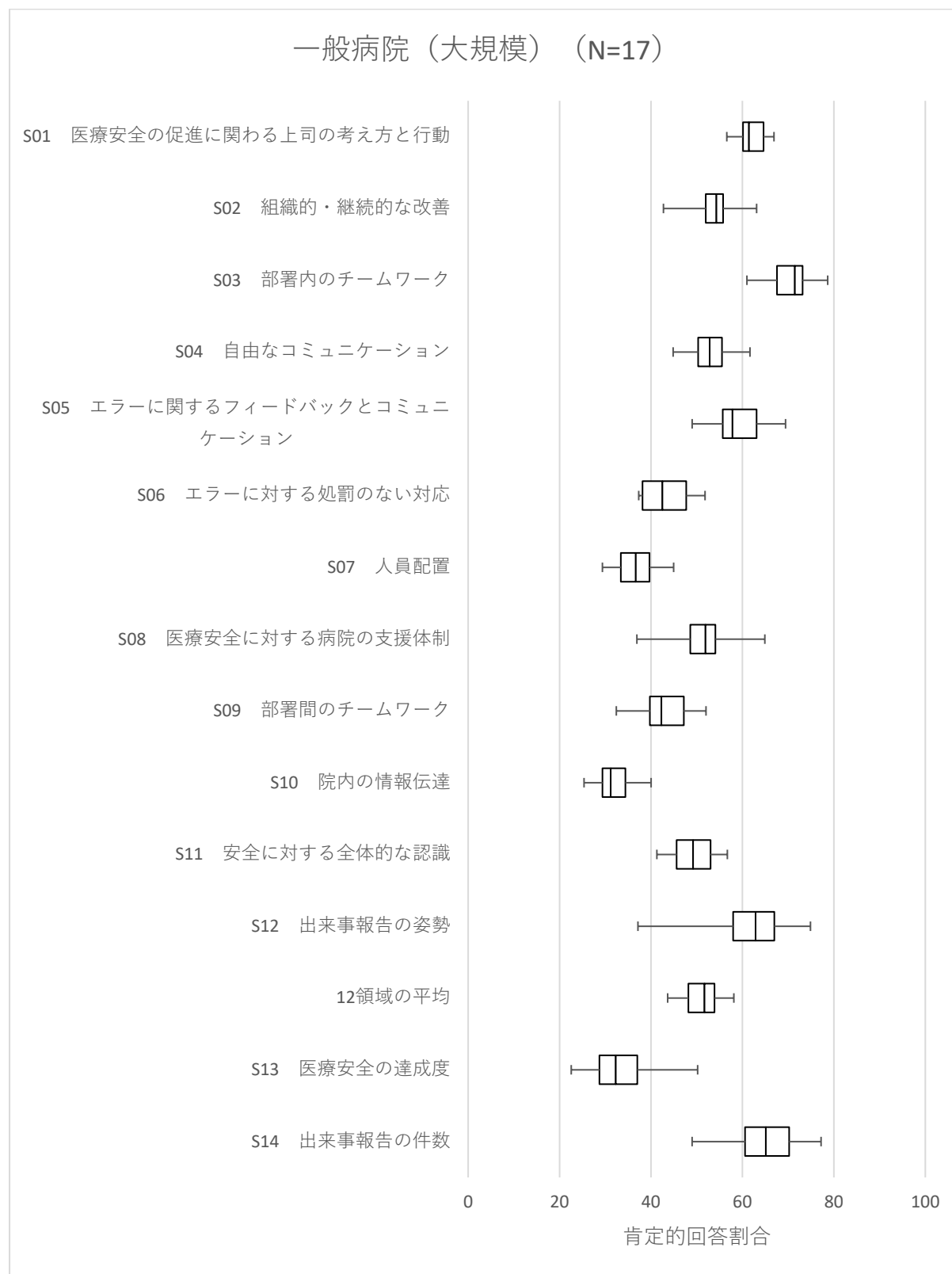
年月	内容
2019年4月	2019年度 医療安全文化調査 活用支援プログラム（試行） 開始
5月	
6月	
7月	25日（木） キックオフセミナー 開催
8月	9日（金） キックオフセミナー web配信開始 （～2020年3月31日）
9月	
10月	
11月	13日（水） ベンチマーク期間開始（～2019年12月20日）
12月	25日（水） ベンチマークデータ公開（～2020年3月31日）
2020年1月	
2月	14日（金） 報告セミナー 開催
3月	4日（水） 報告セミナー web配信開始（～2020年8月31日）

(3) 領域別の肯定的回答割合

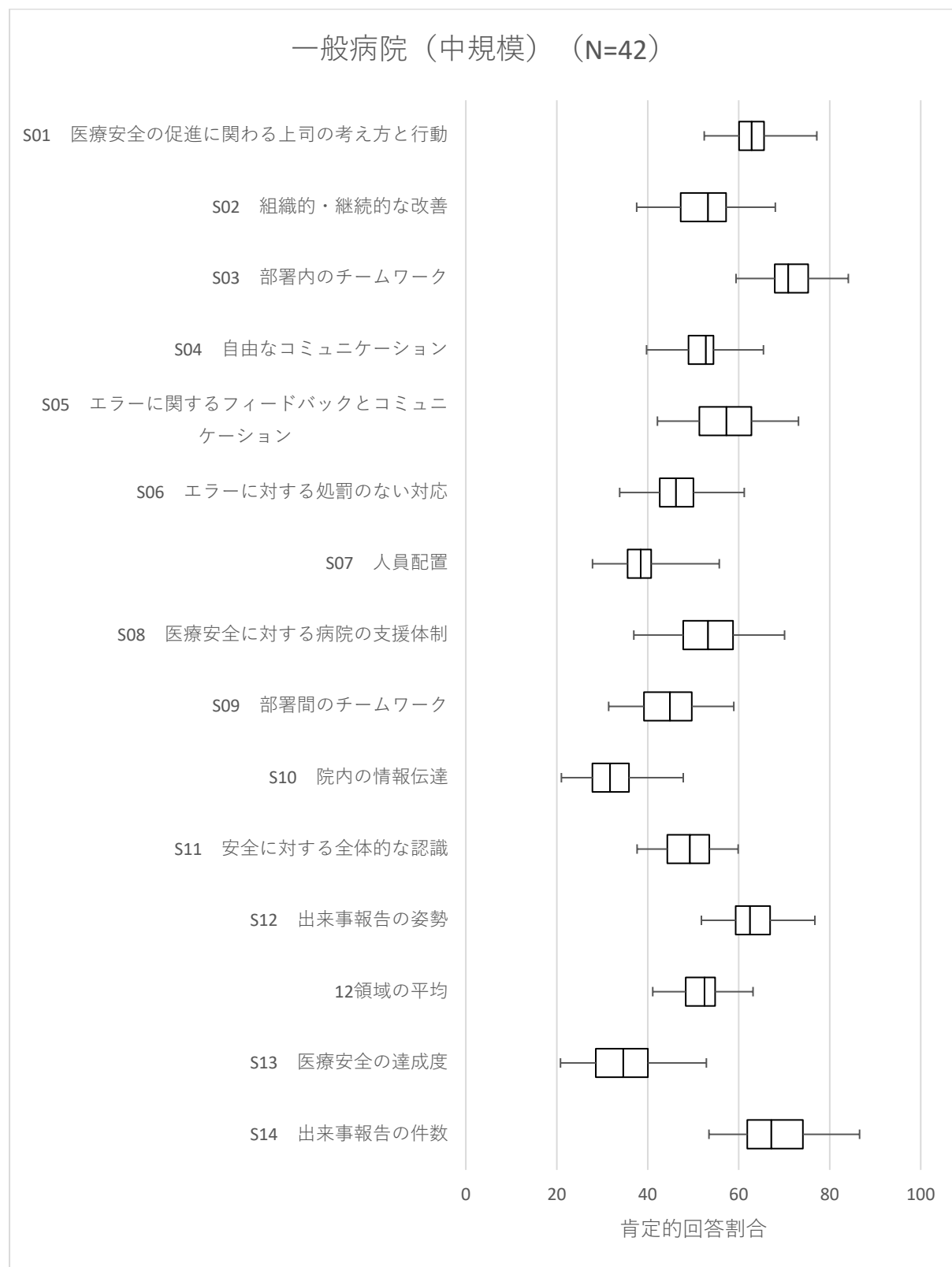
① 全体



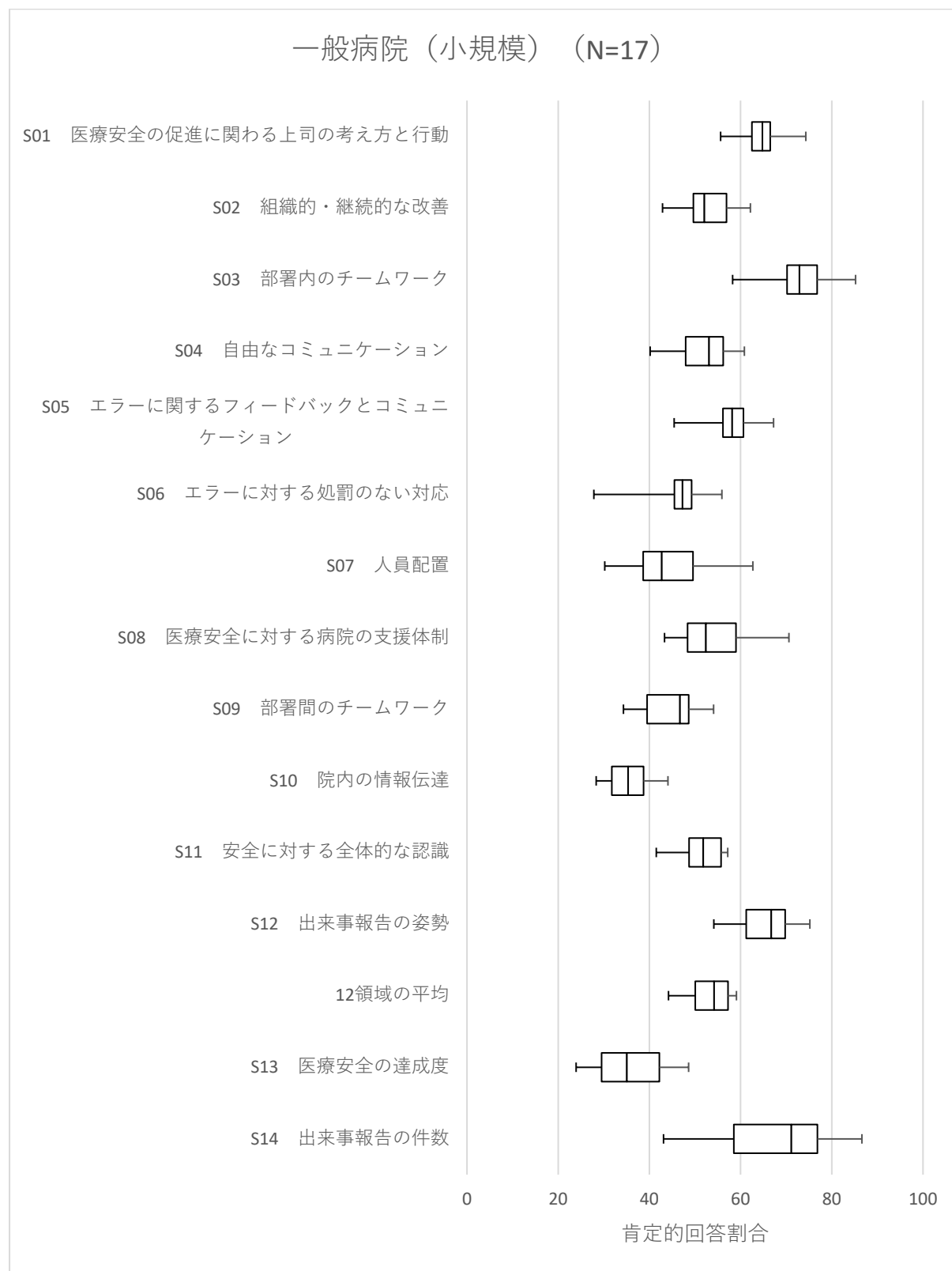
② カテゴリ別 一般病院（大規模：500床以上）



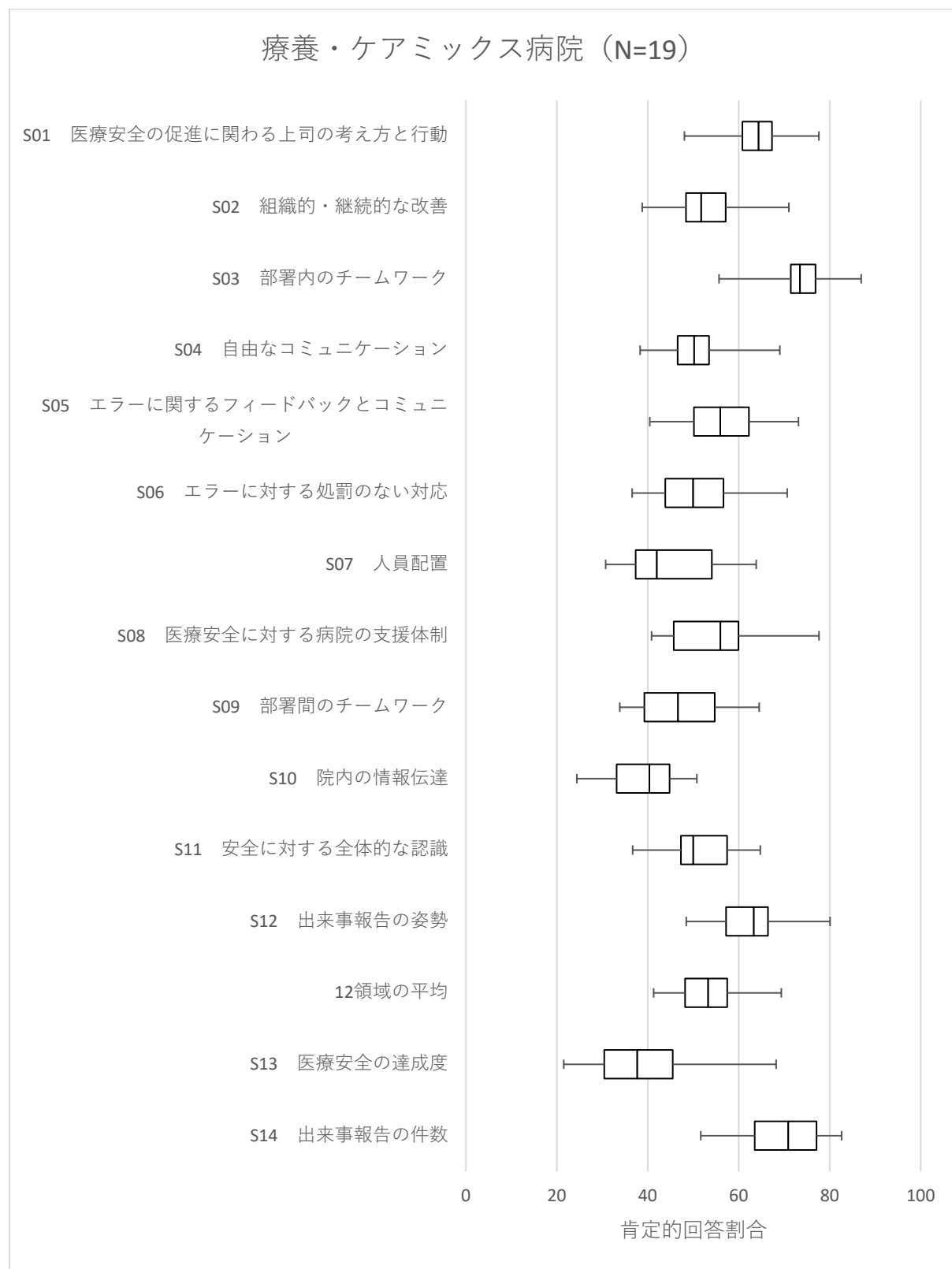
③ カテゴリ別 一般病院（中規模：200床以上500床未満）



④ カテゴリー別 一般病院（小規模：200床未満）



⑤ カテゴリ別 療養・ケアミックス病院



(5) 回答者属性

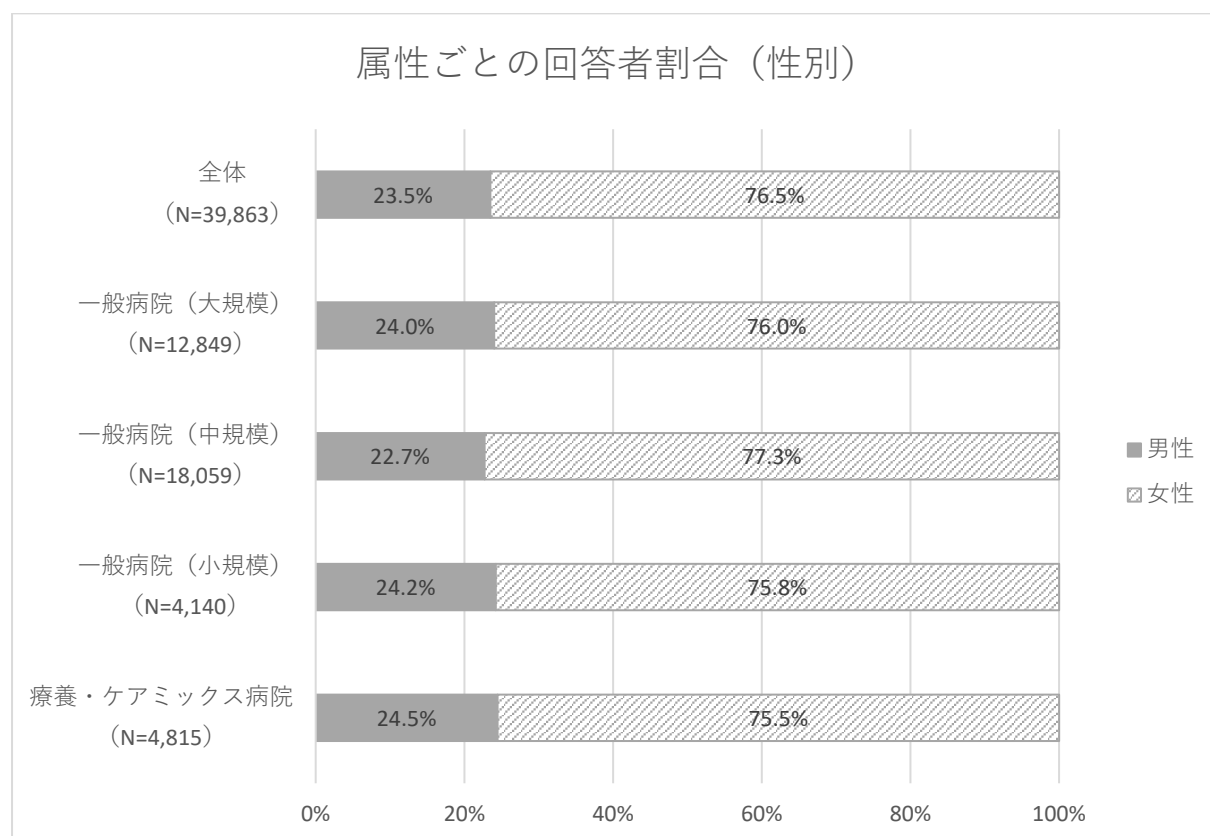
① カテゴリごとの病院数および回答者数

単位：病院

単位：名

	病院数	回答者数
一般病院（大規模）	17 (17.9%)	12,849 (32.2%)
一般病院（中規模）	42 (44.2%)	18,059 (45.3%)
一般病院（小規模）	17 (17.9%)	4,140 (10.4%)
療養・ケアミックス病院	19 (20.0%)	4,815 (12.1%)
合計	95 (100.0%)	39,863 (100.0%)

② 属性ごとの回答者数

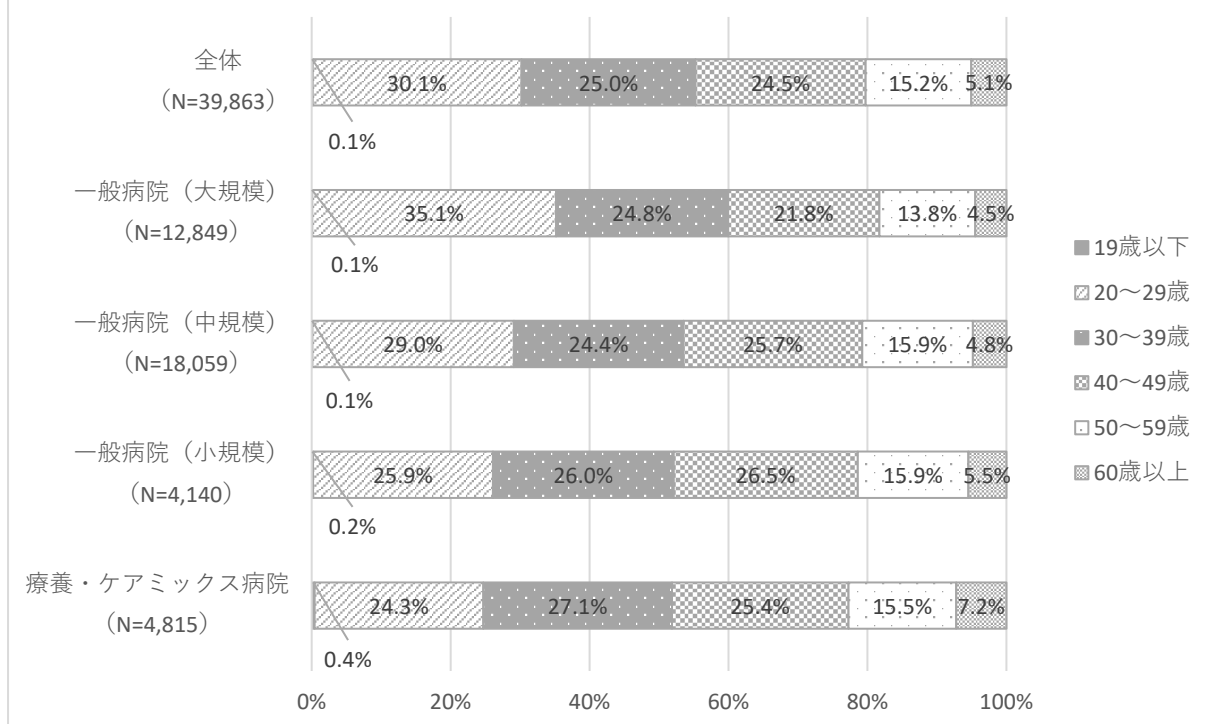


属性ごとの回答者数（性別）

単位：名

	男性	女性
全体 (N=39,863)	9,371 (23.5%)	30,492 (76.5%)
一般病院（大規模） (N=12,849)	3,085 (24.0%)	9,764 (76.0%)
一般病院（中規模） (N=18,059)	4,105 (22.7%)	13,954 (77.3%)
一般病院（小規模） (N=4,140)	1,003 (24.2%)	3,137 (75.8%)
療養・ケアミックス病院 (N=4,815)	1,178 (24.5%)	3,637 (75.5%)

属性ごとの回答者割合（年齢）

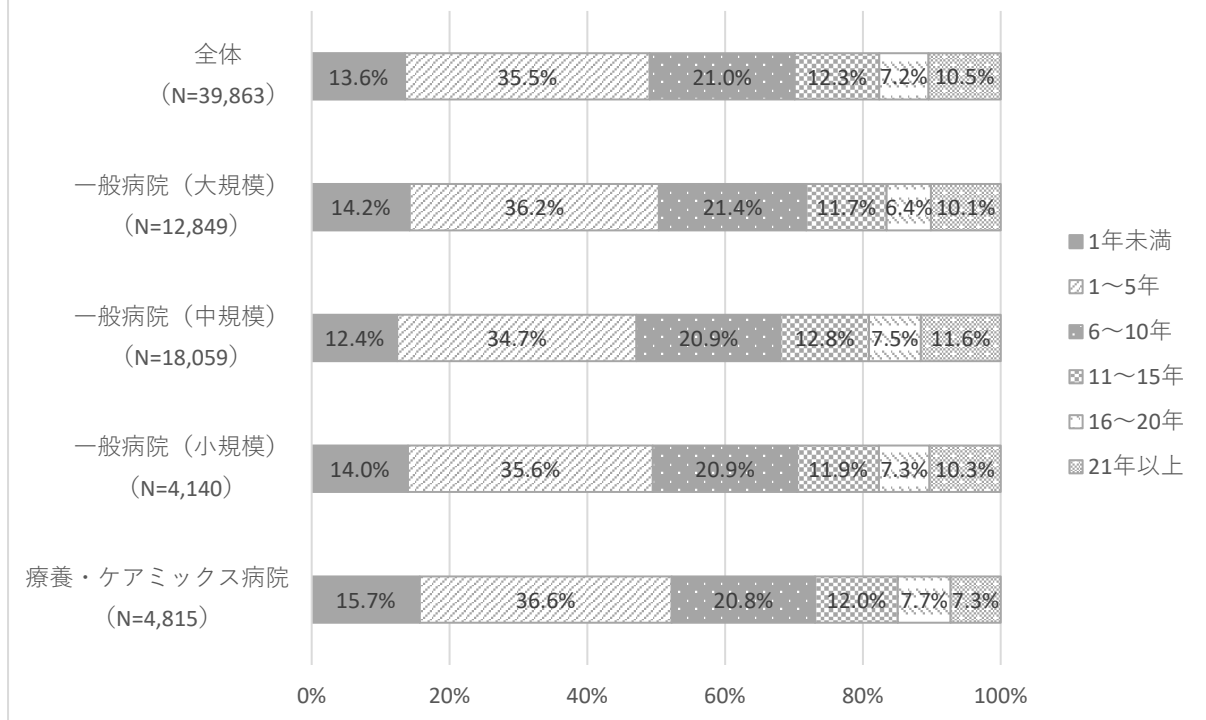


属性ごとの回答者数（年齢）

単位：名

	19 歳以下	20～29 歳	30～39 歳	40～49 歳	50～59 歳	60 歳以上
全体 (N=39,863)	59 (0.1%)	11,988 (30.1%)	9,979 (25.0%)	9,762 (24.5%)	6,055 (15.2%)	2,020 (5.1%)
一般病院（大規模） (N=12,849)	11 (0.1%)	4,510 (35.1%)	3,183 (24.8%)	2,795 (21.8%)	1,775 (13.8%)	575 (4.5%)
一般病院（中規模） (N=18,059)	19 (0.1%)	5,237 (29.0%)	4,411 (24.4%)	4,647 (25.7%)	2,875 (15.9%)	870 (4.8%)
一般病院（小規模） (N=4,140)	8 (0.2%)	1,072 (25.9%)	1,078 (26.0%)	1,096 (26.5%)	659 (15.9%)	227 (5.5%)
療養・ケアミックス 病院 (N=4,815)	21 (0.4%)	1,169 (24.3%)	1,307 (27.1%)	1,224 (25.4%)	746 (15.5%)	348 (7.2%)

属性ごとの回答者割合（所属病院の勤務年数）

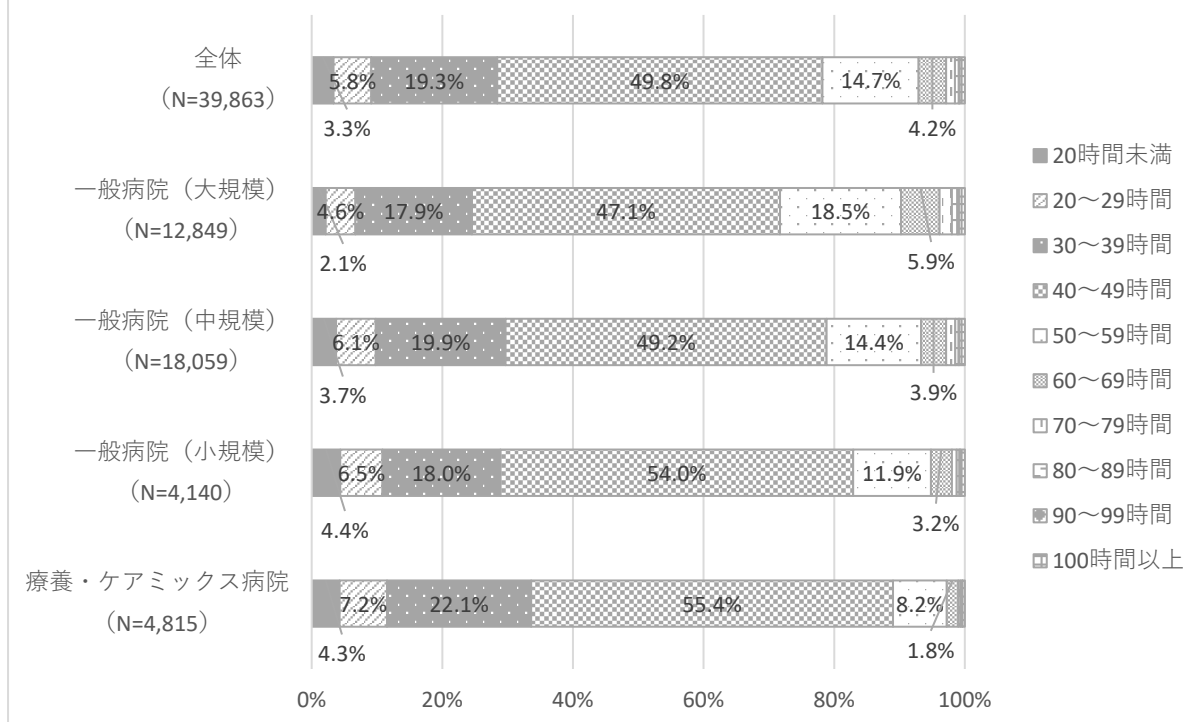


属性ごとの回答者数（所属病院の勤務年数）

単位：名

	1年未満	1～5年	6～10年	11～15年	16～20年	21年以上
全体 (N=39,863)	5,407 (13.6%)	14,149 (35.5%)	8,391 (21.0%)	4,887 (12.3%)	2,857 (7.2%)	4,172 (10.5%)
一般病院（大規模） (N=12,849)	1,829 (14.2%)	4,647 (36.2%)	2,748 (21.4%)	1,498 (11.7%)	827 (6.4%)	1,300 (10.1%)
一般病院（中規模） (N=18,059)	2,244 (12.4%)	6,270 (34.7%)	3,774 (20.9%)	2,320 (12.8%)	1,357 (7.5%)	2,094 (11.6%)
一般病院（小規模） (N=4,140)	578 (14.0%)	1,472 (35.6%)	867 (20.9%)	491 (11.9%)	304 (7.3%)	428 (10.3%)
療養・ケアミックス 病院 (N=4,815)	756 (15.7%)	1,760 (36.6%)	1,002 (20.8%)	578 (12.0%)	369 (7.7%)	350 (7.3%)

属性ごとの回答者割合（1週間の勤務時間）

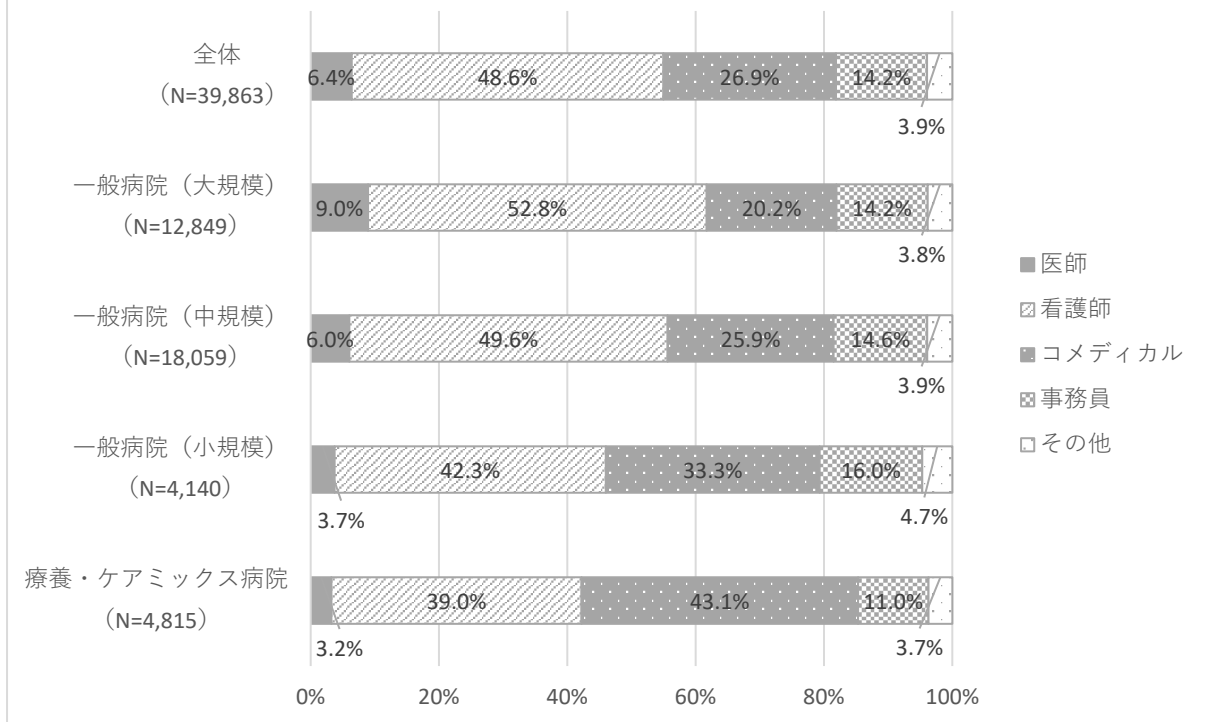


属性ごとの回答者数（1週間の勤務時間）

単位：名

	20時間未満	20～29時間	30～39時間	40～49時間	50～59時間	60～69時間	70～79時間	80～89時間	90～99時間	100時間以上
全体 (N=39,863)	1,335 (3.3%)	2,303 (5.8%)	7,689 (19.3%)	19,842 (49.8%)	5,877 (14.7%)	1,673 (4.2%)	542 (1.4%)	229 (0.6%)	57 (0.1%)	316 (0.8%)
一般病院（大規模） (N=12,849)	275 (2.1%)	585 (4.6%)	2,294 (17.9%)	6,058 (47.1%)	2,381 (18.5%)	759 (5.9%)	244 (1.9%)	105 (0.8%)	33 (0.3%)	115 (0.9%)
一般病院（中規模） (N=18,059)	673 (3.7%)	1,101 (6.1%)	3,585 (19.9%)	8,880 (49.2%)	2,607 (14.4%)	696 (3.9%)	251 (1.4%)	94 (0.5%)	17 (0.1%)	155 (0.9%)
一般病院（小規模） (N=4,140)	181 (4.4%)	268 (6.5%)	747 (18.0%)	2,236 (54.0%)	493 (11.9%)	133 (3.2%)	30 (0.7%)	18 (0.4%)	6 (0.1%)	28 (0.7%)
療養・ケアミックス病院 (N=4,815)	206 (4.3%)	349 (7.2%)	1,063 (22.1%)	2,668 (55.4%)	396 (8.2%)	85 (1.8%)	17 (0.4%)	12 (0.2%)	1 (0.0%)	18 (0.4%)

属性ごとの回答者割合（職種区分）



属性ごとの回答者数（職種区分）

単位：名

	医師	看護師	コメディカル	事務員	その他
全体 (N=39,863)	2,546 (6.4%)	19,369 (48.6%)	10,722 (26.9%)	5,655 (14.2%)	1,571 (3.9%)
一般病院（大規模） (N=12,849)	1,150 (9.0%)	6,780 (52.8%)	2,598 (20.2%)	1,828 (14.2%)	493 (3.8%)
一般病院（中規模） (N=18,059)	1,086 (6.0%)	8,961 (49.6%)	4,670 (25.9%)	2,637 (14.6%)	705 (3.9%)
一般病院（小規模） (N=4,140)	154 (3.7%)	1,751 (42.3%)	1,379 (33.3%)	662 (16.0%)	194 (4.7%)
療養・ケアミックス病院 (N=4,815)	156 (3.2%)	1,877 (39.0%)	2,075 (43.1%)	528 (11.0%)	179 (3.7%)

4. 参考資料

(1) 医療安全文化調査 活用支援（試行）報告セミナー

日時：2020年2月14日（金）13：30～16：00

会場：株式会社 LMJ 東京研修センター

時間	プログラム
13:00	開場
13:30～13:35（5分）	開会・事務局よりご案内
13:35～14:25（50分）	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 藤田 茂
14:25～14:55（30分）	医療安全文化調査事例報告 川崎市立多摩病院 副院長 長島 梧郎
14:55～15:05（10分）	休憩
15:05～15:35（30分）	医療安全文化の調査 福岡赤十字病院における取り組み報告 福岡赤十字病院 医療安全推進室 看護副部長 佐藤 章子
15:35～15:40（5分）	2020年度のご案内 事務局
15:40～16:00（20分）	質疑応答 座長：日本医療機能評価機構 理事 長谷川 友紀
16:00	閉会

※「医療安全文化調査の意義・活用」は p.8～p.24 参照

来場：40 病院、1 団体、51 名の参加

Web 視聴：83 病院（2020 年 7 月 2 日現在）

(2) 活用事例集

活用事例集として、以下の3事例を発行した。

ホームページからダウンロードすることができる。

<https://www.jq-hyouka.jcqh.or.jp/support/psc/case/>

1. Vol.1 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 講師 藤田茂>
2. Vol.2 医療安全文化調査
<川崎市立多摩病院の事例>
3. Vol.3 医療安全文化の調査を活用した組織的課題への取り組み
<福岡赤十字病院の事例>

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、苦労して解析し、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、TeamSTEPPS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方	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、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。ニューズレターの発行や、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患者に影響を与える前に発見され修正されたミス、②患者に害を与える可能性のないミス、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）

医療安全文化調査 事例報告

～川崎市立多摩病院（指定管理者 学校法人聖マリアンナ医科大学）の事例～

川崎市立多摩病院（指定管理者 学校法人聖マリアンナ医科大学）

副院長 長島 梧郎

昭和 60 年 3 月 東京医科歯科大学医学部卒
現在、川崎市立多摩病院副院長、
脳神経外科部長・病院教授、
救急災害医療センター長、
医療情報部長、
医療安全管理室長



【病院基本情報】

住所：〒214-8525 川崎市多摩区宿河原 1-30-37

病床数：376 床

診療科：総合診療内科、循環器内科、呼吸器内科、消化器・肝臓内科、腎臓・高血圧内科、代謝・内分泌内科、神経内科、リウマチ・膠原病内科、腫瘍内科、アレルギー科、小児科、消化器・一般外科、乳腺・内分泌外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科、リハビリテーション科、病理診断科

外来患者数：808

職員数：812

1. 病院の概要

川崎市は東京都と横浜市に挟まれた東西に長い行政区で、人口は 140 万人を越えています。川崎市南部および川崎市北部の二つの二次医療圏に分かれており、当院は川崎市北部医療圏にあります。また、川崎市唯一の医科大学として聖マリアンナ医科大学があります。当院は全国で初めて私立医科大学が指定管理

者となった、川崎市で 3 つ目の市立病院として、2006 年 2 月に設立されました。10 床の集中治療室を含めた救急災害医療センターを併設した地域の中核病



写真：病院正面玄関

院として位置づけられ、2011 年 3 月に地域医療支援病院に指定されています。

「生命の尊厳を重んじ、病める人を癒す、愛ある医療を提供します」という大学の理念に倣い、「私たちは、市民がいつでも、安心して満足できる、愛ある医療を提供します」という理念を病院の理念として掲げ、

- ・医療者を守ることがまず優先されるべき
 - ・医療者が安心して医療を提供できる職場が最低条件
 - ・仲間を信じ、助けることができ、初めて医療安全を語れるようになる
- という考えに基づいて医療安全対策を推進しています。

当院の医療安全は、病院長直轄の組織である医療安全管理室が所管し、担当副院長が医療安全管理室長に任命されています。医療安全管理室には、医療安全担当と感染制御担当の専従看護師、専従事務が各 1 名ずつ配属され、さらに専任医師、専任薬剤師等が任命されて業務を行っています。

2. 試行調査に関する取り組み

医療安全推進のための組織文化の醸成は、様々なシステム構築とともに安全な医療を提供する上で必要不可欠な要素です。今回(2019 年度)、評価機構が医療安全文化調査支援システムを立ち上げ、医療機関の医療安全文化の醸成に主体的に取り組むことになったのを受けて、トライアルに参加しました。感染制御で

は、手指消毒率、PPE 装着率、経路別感染予防策実施状況、デバイス関連サーベイランス、耐性菌検出状況、抗菌薬処方量などの様々な指標を改善活動に利用できますが、医療安全では、インシデントレポートや満足度調査など、アウトカム指標として客観性のある指標が確立していません。その意味で安全文化調査による医療安全に対する姿勢の数値化は、安全を管理する上で有用な指標になり得ると考え、この調査に協力することにしました。

3. 医療安全文化調査の方法と結果

トライアルということもあり、回収率が期待でき、事前説明が必要ない医療安全推進部会の出席者所属部署を調査対象とし、医療安全管理室がデータ収集・解析を担当しました。2019 年 11 月 18 日～11 月 30 日を調査実施期間とし、紙ベースの調査票を用いてデータを収集しました。対象者は 199 名で、回収率は 88%（医師 10 名、看護師 69 名、薬剤師 25 名、技師 30 名、事務 42 名）でした（表 1）。

評価機構が提供している医療安全文化調査は、12 領域と 2 つのアウトカム評価（表 2）からなり、当院のデータ（図 1：棒グラフ）はベンチマークとして提供される 75%タイル値を、ほぼすべての項目で上回っていました）。唯一、出来事報告の件数がベンチマークを下回りま

表 2：調査票の構造

No	領域名
1	医療安全の促進に関わる上司の考え方と行動
2	組織的・継続的な改善
3	部署内のチームワーク
4	自由なコミュニケーション
5	エラーに関するフィードバックとコミュニケーション
6	エラーに対する処罰のない対応
7	人員配置
8	医療安全に対する病院の支援体制
9	部署間のチームワーク
10	院内の情報伝達
11	安全に対する全体的な認識
12	出来事報告の姿勢
アウトカム評価	
13	医療安全の達成度
14	出来事報告の件数

表 1：調査概要

【実施体制】	
担当：医療安全推進部会委員所属部署	
データ収集・解析：医療安全管理室	
【実施期間】	
2019年11月18日～11月30日	
【実施方法】	
調査票	
【院内周知方法】	
医療安全推進部会委員に委託	
【対象数】	
199名	
【職種】	
医師	脳神経外科、整形外科、救急科
看護師(助手を含む)	内科病棟、手術部
薬剤師	
診療放射線技師	
臨床工学士	
事務(病棟クラーク、MC含む)	
【回答数】	
176枚	
職種別回答数	
医師	10
看護師(助手を含む)	69
薬剤師	25
技師	30
事務(病棟クラーク、MC含む)	42

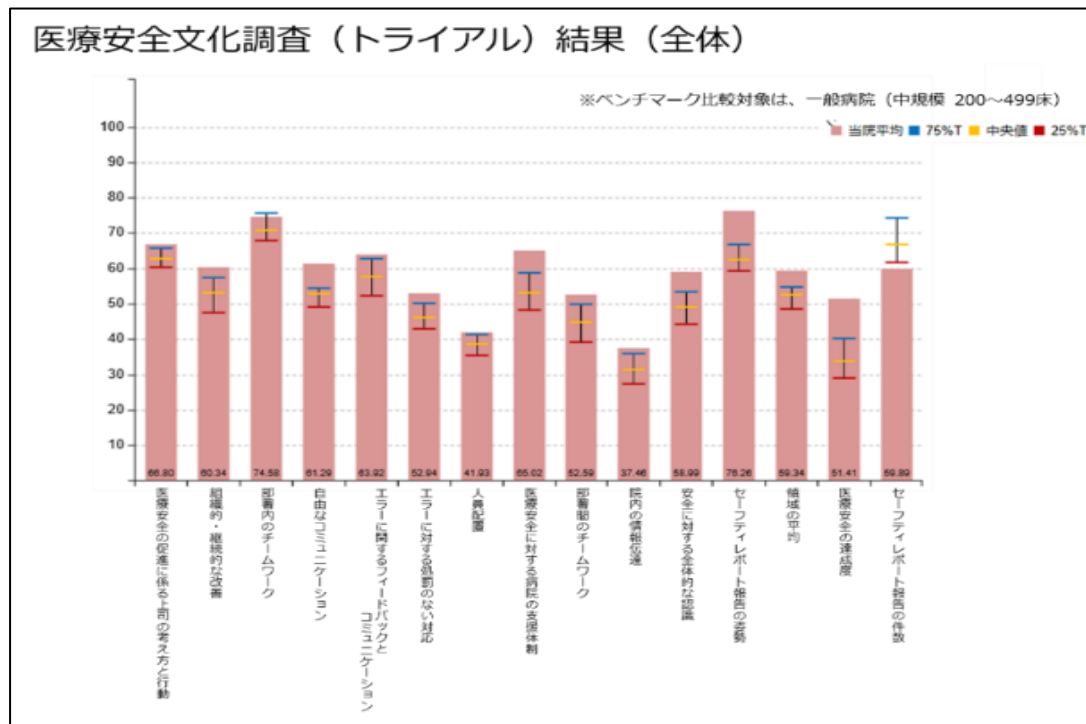


図 1：当院の調査結果

4. 評価結果に対する考察

(1) 医師

図2に脳神経外科、整形外科および救急部門の医師に対する調査結果を示します。

当院の全体の平均値との比較になりますが、脳神経外科の医師は、「S07 人員配置」「S10 院内の情報伝達」「S13 医療安全の達成度」などで課題があることが示されています(図2(1)▼矢頭)。一方で、「S04 自由なコミュニケーション」「S06 エラーに対する処罰のない対応」「S08 医療安全に対する病院の支援体制」「S14 出来事報告の件数」で医師の平均を上回っていました(図2(1)★星印)。医療安全管理室長が脳神経外科医であることも影響しているのかもしれない。

当院では、2019年に下肢骨骨折で手術をした患者が、術翌日に肺血栓塞栓症を合併して死亡し、医療事故調査制度に基づいて対応した事例がありました。この際に、整形外科医のみならず院内全体で様々な検討会を開催し、対策立案を行いました。整形外科医の医療安全に対する意識が当院全体と比較して低いことが示され(図2(2))、イベントベースの介入による医療安全文化の醸成効果は、限定的であることが示唆されました。

また、救急部門では、2015年に急性アルコール中毒の患者が、入院管理中に抑制帯を頸部に巻き付けて心肺停止となった事例を経験しました。この事例以外

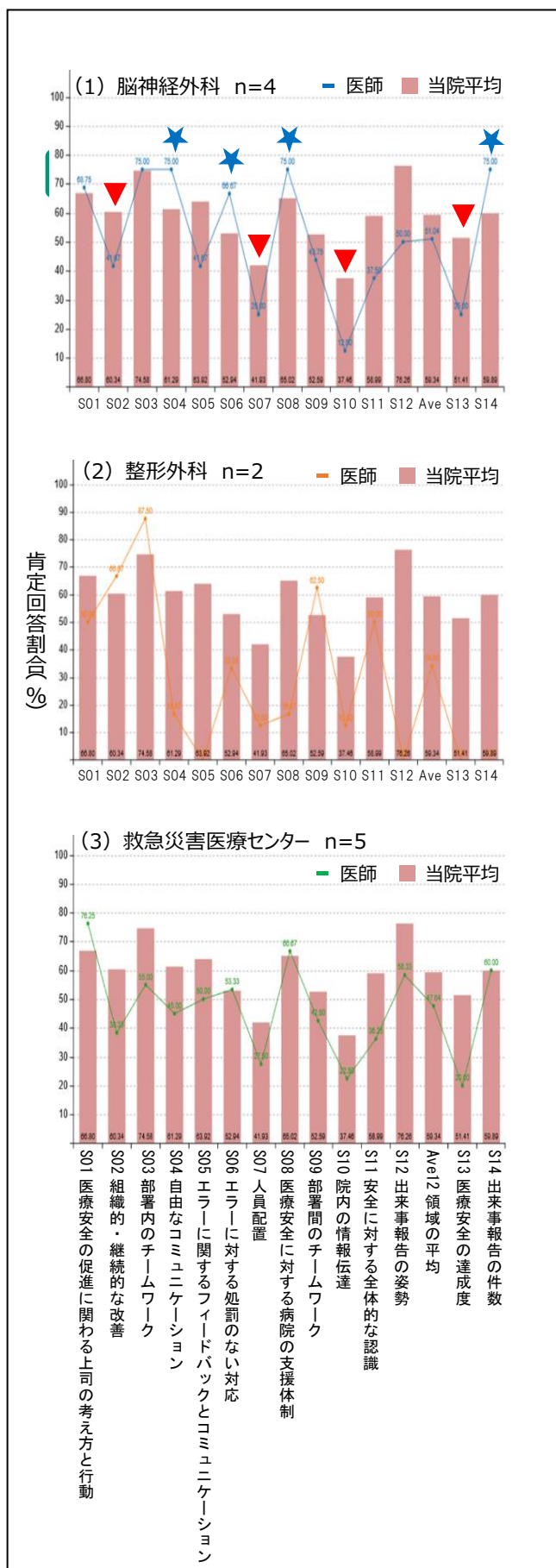


図2：医師の調査結果

にも、救急部門では医療安全管理室による対応が望ましい事例が発生しており、様々な介入を行っています。調査結果(図2(3))は、救急部門の医師の安全文化に対する意識が、ほぼ全ての領域で当院の平均を下回っており、介入回数が多くても、イベントベースの介入には限界があることを示唆しています。

(2) 看護師

図3に手術室及び一般病棟の看護師のデータを提示します。

手術室では、2015年に危機的大量出血による術中停止事例を経験し、訴訟対応を行いました。この事例以降、手術室では毎年新入職者に対するビデオを用いた研修会を開催しています。また、麻酔科医と手術室使用職員を対象としたシミュレーション訓練を毎年行っています。医療安全文化の醸成には、こうした継続的な取り組みが必要であることが調査結果に示されていると考えています(図3(1))。

また、一般病棟では今回の医療安全文化調査の期間が、業務改善のためのフィールドイノベーション活動に一致していたこともあり、極めて良い結果が示されました(図3(2))。

当該病棟でのフィールドイノベーション活動は、医療安全文化調査の期間を含め半年間実施され、課題感知、事実可視化、施策立案、施策実施、施策展開と進めていきました。上位目標を「看護業務の業務改善」、戦略課題を「超過勤務時

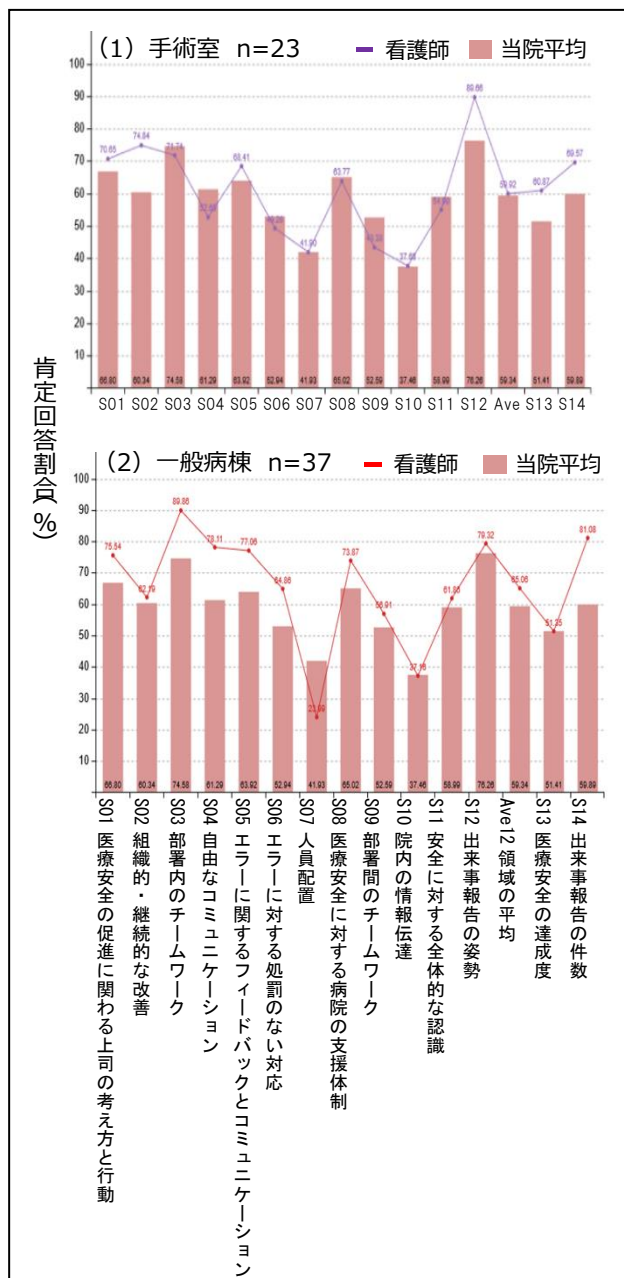


図3：看護師の調査結果

間の見直し」「業務移管や業務協業」「看護補助者の獲得・業務拡大」とし、「看護師業務効率性を見直し、看護の質への時間創生と時間外削減」を目標に掲げて行っています。フィールドイノベーション活動の結果を図4に示しますが、医療安全文化の醸成に対して、優れた介入方法の一つであることが示されていると考えています。

5. まとめ

医療安全文化調査の結果は、自院の医療安全活動の指標になります。ターゲットとなる部署や職種を絞り込むことができ、対象となる職種に、より効果的な介入ができるようになります。また、評価機構が提供する「医療安全文化調査活用支援」は、他の組織で行われている医療安全文化調査に比較し、金額が比較的安価であり、データ収集方法が紙ベースと電子媒体ベースの2つのデータ収集方法を施設の状況に合わせて選択できるメリットがあります(併用も可能)。当院の今回の試行調査では、IPアドレスの問題があったため紙ベースの情報収集となりましたが、様々な角度からデータ分析が可能であり、継続的なデータ収集が自施設の安全文化醸成に大きく寄与することが期待されるところと考えます。

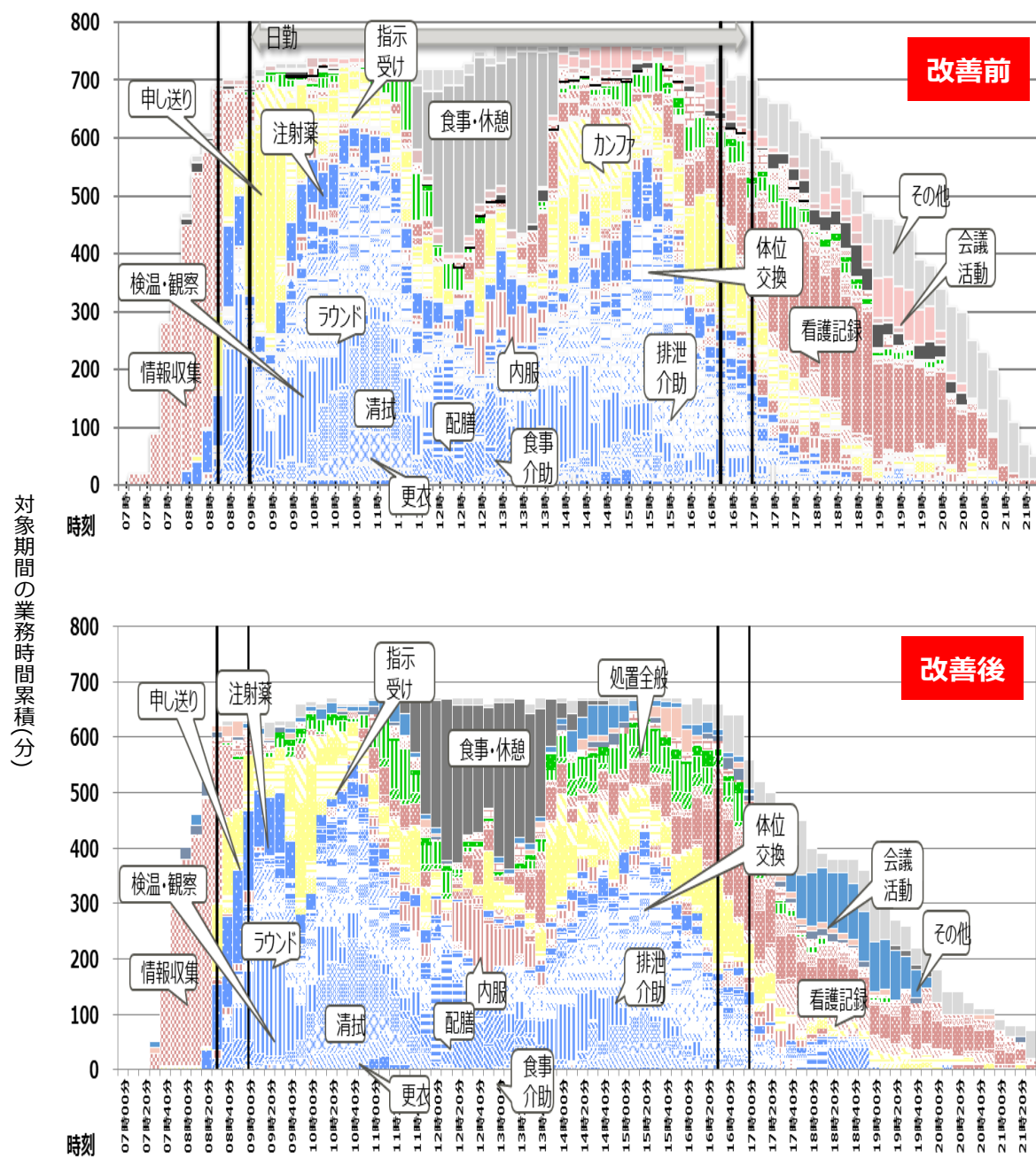


図4：フィールドイノベーションの効果

2020年3月発行

「医療安全文化調査 活用支援」事例集
Vol. 2

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)

医療安全文化の調査を活用した 組織的課題への取り組み

～福岡赤十字病院の事例～

福岡赤十字病院

医療安全推進室 看護副部長 佐藤 章子

1986年4月 福岡赤十字病院 入社
2009年9月 福岡県看護協会 養成研修医療安全管理者 修了
2009年4月～2013年3月、2016年4月～ 医療安全管理者
2018年3月 (公財)日本医療機能評価機構
医療安全マスター養成プログラム 修了
2019年7月 認定看護管理者(サードレベル) 取得
現在に至る



【病院基本情報】

住所：福岡県福岡市南区大楠 3-1-1

病床数：509 床

診療科：36 科

2018 年度実績：新入院患者数 14,592 人 救急車受入数 5,415 台 手術件数 4,582 件

平均在院日数：11.0 日 病床利用率：89.7%

病院機能：地域医療支援病院、災害拠点病院、へき地医療拠点病院

病院機能評価認定病院（2016 年 3rdG：Ver. 1.1 一般病院 2 認定）、DPC 特定病院群

外国人患者受入れ医療機関（JMIP） 認証病院、特定行為研修指定研修機関

職員数：1,046 名

1. 病院の概要

福岡赤十字病院は、福岡市の中心に位置し、急性期医療を担う 509 床の地域中核病院です(図 1)。赤十字の基本 7 原則（人道、公平、中立、奉仕、独立、単一、世界性）を行動規範とし、「人間を救うのは、人間だ。」という組織のスローガンを掲げています。また、病院理念を「地域とともに世界を視



図 1：病院全景

野に信頼される最善の医療を」とし、質の高い効率的な医療の提供に努めています。

2. 医療安全文化調査の目的

医療安全文化を一定の基準で定量的に測ることで、部署レベル・病院レベルでの医療安全の達成度について評価でき、ベンチマークにより、他施設と比べた自施設の強み・弱みを知ることができます。医療安全を推進していく上で、自施設の医療安全文化を測り現状を可視化することにより、課題を明確にして継続的な改善に向けた取り組みにつなげたいと考えました。

3. 調査の実際

2017年度に1回目の調査を実施しました。調査は外部委託で計画したため、予算の確

保が必要でした。また、記述式質問紙調査であったため、医療安全事務職員の協力が不可欠でした。無記名での封入により個人は特定されないことの周知およびリスクマネージャーへの協力依頼などに努めた結果、回収率は98%となりました。調査結果から、「自由なコミュニケーション」「部署間のチームワーク」「出来事報告の姿勢」の3つを組織の課題として抽出され、具体的な取り組みにつなげることができました(図2)。

2019年度に評価機構の活用支援(試行)に参加することで、2回目の調査を実施しました。キックオフセミナーをWeb視聴して理解を深めました。評価機構のマニュアルが整備されていること、Webでの調査であったこと、データが取り扱いやすいことなど、少ない労務負担で実施できました。回答率を高めるために、URL(病院のPC)あるいはQRコード(回答者自身のスマートフォン)を利用することにし、回答者名の入力を必須としました。このため、個人は特定しないことを強調し、安心して率直な回

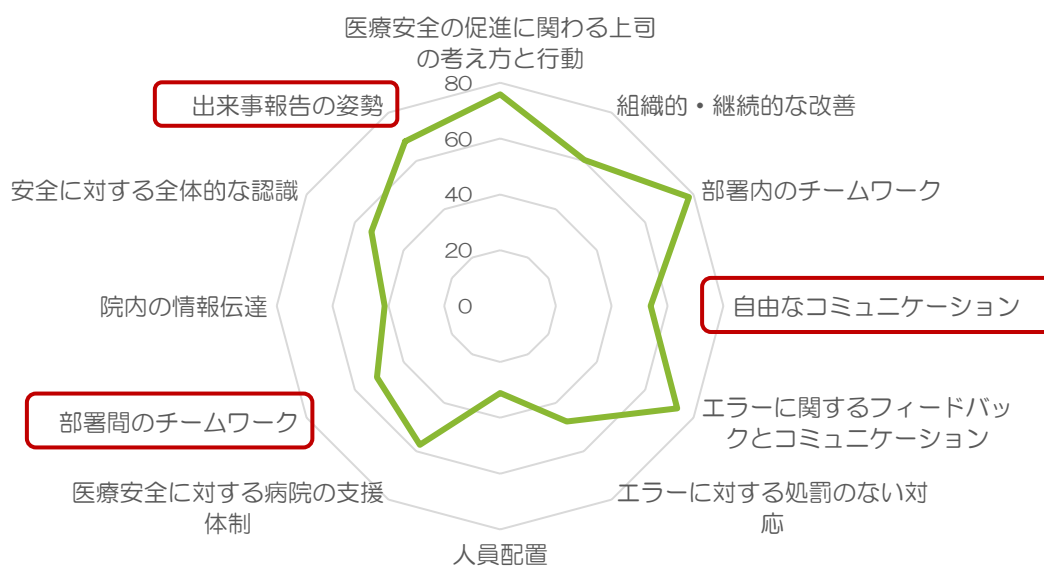


図2：2017年度 医療安全文化調査の結果

答をしてもらうよう働きかけました。2 回目も回収率は 98%と 1 回目と同様高い数値でした。

4. 課題への取り組み

「自由なコミュニケーション」については「Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPS) の導入」、「部署間のチームワーク」については「Rapid Response System (RRS) の導入」、「出来事報告の姿勢」については「インシデント報告の推進」に取り組むこととして、中期計画を立案しました（図 3、図 4）。



図 3：課題への取り組み

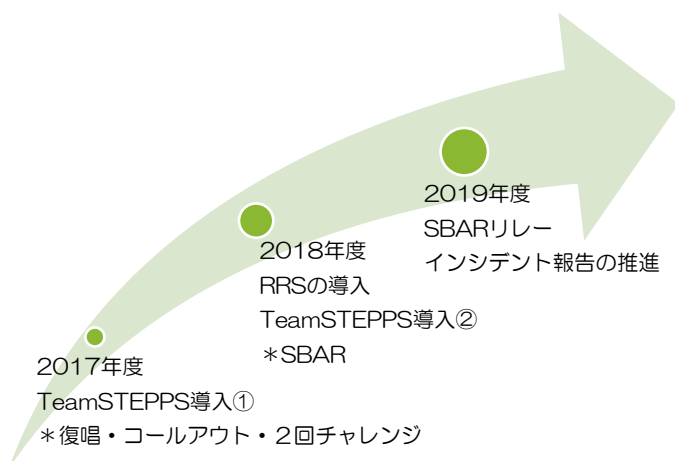


図 4：中期計画

組織的取り組みとするために、病院幹部の承認、リスクマネジャーの理解、全職員への周知という流れを作るとともに、キックオフ宣言によるポジションパワーと部門・部署での推進というパーソナルパワーの融合に努めました（図 5）。

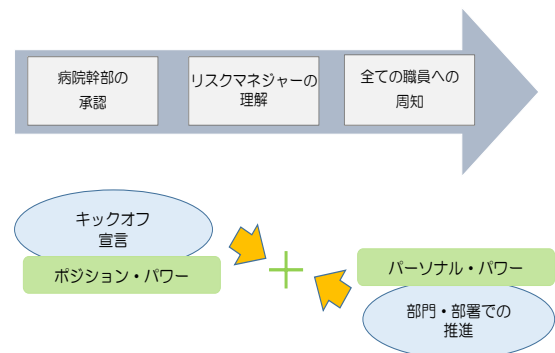


図 5：組織としての展開

1. TeamSTEPPS の導入

副院長より「コミュニケーション不足は臓器虚血と同じだ。TeamSTEPPS でコミュニケーションのよい病院にしよう」というビジョンが表明されました。推進メンバーは、医師、看護師、薬剤師等多職種で構成し（表 1）、月 1 回ワーキングを開催しました。職員教育としては研修会、周知・定着については事例検討・フィードバック・情報発信を実施しました。

第 1 段階として 3 つのツール（復唱・コールアウト・2 回チャレンジ）を目標に設定しました。2017 年度は、幹部とリスクマネジャーが外部講師による TeamSTEPPS 研修を受講し、基本的知識を習得することで、組織的取り組みの準備をしました。その後、部門・部署から TeamSTEPPS 推進者を選出での研修、さらに全職員を対象とした研修等を展開しました。

表 1 : TeamSTEPPS 推進メンバーの構成

職種	人数	備考
医師	4	診療部長 3 名、 副部長 1 名
看護師	5	看護師長
薬剤師	1	薬剤係長
放射線技師	1	放射線係長
検査技師	1	検査係長
臨床工学技士	1	臨床工学課長
医療安全推進室	4	副院長 2 名、 看護副部長 1 名、 事務 1 名

現状の問題点を共通認識し、TeamSTEPPS 推進のためにどのようにしていくかについて検討しました。研修の理解度を確認したアンケートでは、前向きな意見が多くあり、個々が TeamSTEPPS に期待を持っていること、チーム医療に真剣に取り組もうとしている姿勢がみられました。また、3 つのツール（復唱・コールアウト・2 回チャレンジ）は身近なものになりつつあることが確認できました。

第 2 段階は、コミュニケーションツールとして Situation、Background、Assessment、Recommendation（SBAR）を目標に追加しました。2018 年度は、全ての部門・部署から推進者を選出してもらい、日常起こり得る状況を教材としたシミュレーション形式での研修をしました。各職種が、情報を整理しながら SBAR で報告することを通して学ぶ機会となり、現場での推進につながりました。

2019 年度は、「SBAR リレー」と称して、1 年をかけてほぼ全ての職員が SBAR を経験する取り組みを行いました。具体的には、日常業務の中で、自分が報告した内容を

〈SBAR カード〉に記載し、報告した相手がフィードバックコメントを記入することで評価を可視化する取り組みです（図 6）。報告した内容を客観的に振り返ることができるため、「アセスメント力が向上した」「職種間のコミュニケーションが改善した」という意見が多く聞かれています。

SBAR をもっと身近にするために、医師へは回診でのプレゼンテーション、看護師へは業務の引き継ぎ、全職員へはインシデントレポートの記載などの場面で、SBAR 形式を意識するよう働きかけています。

SBAR カード

日時 : 2019 年 9 月 10 日 時

報告者サイン

誰に : Mr. H. T. E. L.

(SBAR で報告を受けた人が評価する)

S: 状況

B: 背景

A: 評価

R: 提案

評価を受けた者の返り

① 報告者は SBAR 形式で報告内容を記載する

② 報告した相手から評価をもらう

③ 評価を受けて振り返りを記載する

図 6 : SBAR カード

2. RRS の導入

院内急変を減らすためにも RRS の導入は重要な取り組みです。過去 4 年間のコードブルーは心肺停止での起動が 80% を占め、意識障害なく回復できたのは 30% 程でした。このため、副院長より「RRS を導入して日本一安全な病院にしよう」というビジョンが表明されました。

2018 年 11 月に試行を開始し、2019 年 5 月より複数診療科、認定看護師の協力体制で、Medical Emergency Team（MET）による 24 時間・365 日の体制をとることができました。体制の基盤をつくるために、RRS 研修を医療安全必須研修として位置づけ、RRS

についての基本的知識、院内の現状からの必要性、成功の秘訣などについて周知を図りました。

今のところコードブルーの件数は減少していませんが、症状出現後速やかに MET が要請される症例が増えており、徐々に現場に浸透してきています。病態や治療方針の共有、病棟と集中治療フロアとの連携によるベッドコントロールについても強化している状況です。また、MET が介入した全ての症例について振り返りを実施していることで、アセスメントの教育や職種間の連携を考える機会となっています。

3. インシデント報告の推進

報告に基づく医療安全管理、医療の透明性を担保するために、院内では各報告制度「インシデント・アクシデント報告」「有害事象・合併症報告」「手術関連出来事報告」を定めています。また、“発見ありがとうレポート”と称して、未然防止・発見報告についての表彰制度を設けて推進しています。

しかし、この数年報告数は減少傾向にあり、2018 年度は報告件数が 2,000 件を下回っていました。そこで、推奨だけではなく報告を増やす仕組みづくりが必要と考え、2019 年度は病床数の 5 倍に当たる 2,500 件を目標値に設定し、報告の意義について再周知を図りました。さらに、薬剤部による積極的な疑義照会事例の報告、疑義を受けた医師からのレスポンス報告、事例における関連職種からの複数報告、レベル 0 報告の簡略化など、複数の方策を講じました。報告書から、システム改善・マニュアル改訂・情報発信などのフィードバックについてもより意識しながら取り組みました。その結果、2019 年度は目標値 2,500 件を超え

る 2,749 件を達成しました。なお、レベル 0 とレベル 1 をあわせた報告数は、全体の 87%程に上昇しています。

5. 2 回の調査結果をふまえて

1 回目の調査結果（2017 年度）と 2 回目の調査結果（2019 年度）を比較すると、取り組みを実施した 3 つの課題は全て改善を示しました。「自由なコミュニケーション」は 8%上昇し、「部署間のチームワーク」、「出来事報告の姿勢」はともに 1%程ですが上昇しました（図 7）。また、2019 年度のベンチマークでは、「自由なコミュニケーション」「出来事報告の姿勢」「部署間のチームワーク」はいずれも 75%タイル値以上の結果でした。このように、2017 年度から、TeamSTEPPS の推進、RRS の構築、インシデント報告の推進について取り組みを継続していることが、3 つの領域の改善につながっていると思われました。

2 回の調査結果を比較したデータを各部門・部署のリスクマネージャーへ公表し、現場で職員と共に改善に向けて問題点や新たな提案を検討してもらいました。次年度の部門・部署の業務改善計画への反映を考えています。また、自由記載欄には様々な意見があり、今後の医療安全の取り組みにつなげていきたいと考えています。

6. まとめ

医療安全文化を測ることで、課題が明確になり具体的な取り組みにつながりました。また、今回の活用支援（試行）に参加し調査を継続したことで、取り組みの成果・課題を可視化、そして比較することができました。医療安全管理において、医療安全文

化調査は極めて有効なツールであり、調査の継続は不可欠であることを痛感しました。

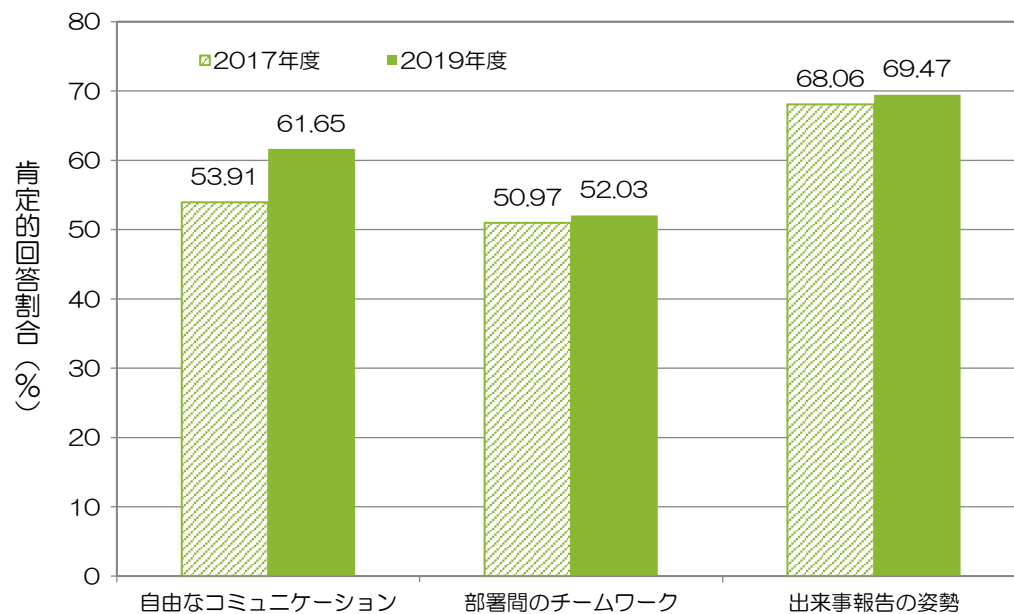


図 7 : 取り組みの成果

2020 年 6 月発行
「医療安全文化調査 活用支援」事例集
Vol. 3
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）

(3) 実施規約

医療安全文化調査活用支援プログラム（試行）における実施規約を以下に掲載する。

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療安全文化調査 活用支援(試行)に関する実施規約

第1条（総則）

この実施規約（以下「本規約」という。）は、公益財団法人日本医療機能評価機構（以下「評価機構」という。）が2019年度に実施する「医療安全文化調査 活用支援」の試行（以下「本試行」という。）にあたって必要な事項を定めるものである。

第2条（目的）

「医療安全文化調査 活用支援」は、「医療機能評価を通じて、患者が安心して医療を享受でき、職員が働きやすく、地域に信頼される病院づくりに貢献する。」という病院機能評価事業の目的の達成のための柱の一つである「組織の支援」の一環として、医療安全に関する指標の一つである医療安全文化調査（以下「調査」という。）について、調査・分析・比較の仕組みを提供することにより、病院における医療安全の取り組みの成果を可視化し、医療安全のさらなる向上を支援することを目的とする。

本試行は、この「医療安全文化調査 活用支援」の本格的な事業化に先立って、病院のニーズ、事業設計の妥当性、システムの使いやすさ等、事前に把握しておくべき事項を検証することを目的とする。

第3条（参加病院および協力義務）

本試行は、原則として、病院機能評価の認定病院のうち、本規約の内容に同意して同意書（様式1）を提出した病院（以下「参加病院」という。）を対象とする。

第4条（提供内容）

評価機構は、参加病院に対して以下の内容を実施することにより、参加病院の医療安全文化を可視化させ医療安全の向上を支援する。

- (1) システム
調査の実施、集計、ベンチマーク結果の閲覧ができる調査支援システムの提供
- (2) セミナー
試行の結果を報告するセミナーの開催
- (3) 報告書
試行の結果をまとめた報告書の提供

第5条（参加費）

参加病院が負担する事務手数料は、1万円（税別）とする。

第6条（協力義務）

参加病院は、第4条(1)に定めるシステムを利用して調査を実施し、当該病院の質改善に活用するとともに、評価機構に対し、試行結果に関する意見を提供するなどして、「医療安全文化調査 活用支援」の事業化に協力する。

第7条（調査データの使用）

- (1) 評価機構は、本試行を通じて参加病院からシステムに登録されたデータを、本試行および「医療安全文化調査 活用支援」に関する資料等の作成および医療の質向上への目的に非独占的に利用することができる。
- (2) システムに登録された参加病院のデータおよび評価機構で作成した二次データ（データ）は評価機構に帰属する。
- (3) 参加病院は、当該病院のデータがベンチマークに利用されることをあらかじめ承諾する。
- (4) 評価機構は、個人や個別の病院を特定できる形でデータを公開する場合はあらかじめ当該個人または当該病院の許諾を得ることとする。
- (5) 参加病院は、自己の責任においてデータを利用するものとし、データに基づいて行った活動により被った損害に関連して、評価機構は一切責任を負わない。ただし、データの過誤に基づく損害が発生した場合、過誤に対して評価機構に故意または重過失があったときは、この限りではない。

第8条（システムの利用開始）

- (1) 評価機構は、参加病院に対して試行用システムのID・パスワードを付与する。
- (2) ID・パスワードの有効期限は2020年3月31日とする。

第9条（禁止事項）

本システムの利用にあたり、参加病院は以下の行為をしてはならない。参加病院において以下の行為が行われたことが発覚した場合、評価機構は、当該参加病院の利用を停止し、ID・パスワードを削除できるものとする。

- (1) 1つのIDを他の施設で利用するなど、参加病院以外の第三者が本システムを共同して使用する行為
- (2) 本システムを、事前に評価機構の承諾を得ることなく、営利・非営利を問わず使用する行為
- (3) 本システムの全部または一部を、自ら複製・改変し、もしくは第三者をして複製・改変させる行為およびこの複製物・派生物を第三者に使用させる行為
- (4) 本システムの情報通信システムの利用に支障を及ぼす、または及ぼすおそれのある行為
- (5) 誹謗・中傷行為、脅迫行為
- (6) 第三者に対して本システムを使用させる行為
- (7) 第三者に対して不正な不利益を与える行為
- (8) 第三者のプライバシーまたは個人情報を侵害する行為
- (9) 法令に違反する、もしくは違反のおそれのある行為または公序良俗に反する行為
- (10) その他、評価機構が本試行の運営上不相当と判断する行為

第10条（本システムの停止・中断・変更・終了）

評価機構は、参加病院に事前に通知することなく、本システムを停止、中断、変更または終了することがある。これにより参加病院および第三者に損害が生じた場合であっても、理由の如何を問わず一切の責任を負わない。

第11条（届出事項の変更）

参加病院は、試行参加申し込み際に提供した管理者等の氏名・住所・電話番号・メールアドレス等に誤りがあった場合、またはその後の変更があった場合は、すみやかに評価機構指定の方法により届け出るものとする。

第12条（個人情報の取扱い）

評価機構は参加病院から取得した問合せに関する情報、E-mail アドレス等の個人情報は、評価機構の個人情報保護方針（別紙、評価機構の個人情報の取り扱いについて）に基づき適正に管理する。

第 13 条（免責事項）

（1） 評価機構は、本試行および参加病院が本システムを通じて得る情報等について、その完全性、正確性、確実性、有用性の他いかなる保証も行わない。

（2） 評価機構は、本システムの利用に起因するソフトウェア、ハードウェア上の事故、通信環境の障害、参加病院と第三者の間において生じたトラブル、その他の事故等によって生じた一切の損害について責任を負わない。

第 14 条 （その他）

参加病院は、本規約に定めのない事項について、別途評価機構の定めるところに従う。

附則

本規約は 2019 年 7 月 1 日より実施するものとする。

2019 年度 医療安全文化調査 活用支援プログラム（試行） 【年報】

2020 年 7 月 31 日発行

発行 公益財団法人日本医療機能評価機構

（担当：評価事業推進部 企画課）

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町 1-4-17 東洋ビル

TEL：03-5217-2326 FAX：03-5217-2331

（無断転載・複製を禁じます）