

# Safety- II の取り組みが 医療安全文化調査の結果に影響したこと

～光市立光総合病院の事例～

光市立光総合病院 副院長 竹中 智昭

1983 年 3 月 北里大学医学部卒業  
1983 年 6 月 北里大学病院麻酔科入局  
1990 年 4 月 北里大学医学部麻酔科講師  
2001 年 4 月 光市立光総合病院麻酔科部長  
2006 年 4 月 光市立光総合病院医療安全推進室室長  
2010 年 4 月より現職



## 【病院基本情報】

住所 〒743-8561 山口県光市光ヶ丘 6 番 1 号  
病床数 210 床  
診療科 内科、小児科、外科、整形外科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、リハビリテーション科、脳神経外科、麻酔科、精神科、放射線科  
外来患者数 約 300 人/日  
職員数 320 名

## 1. 病院概要

当院は「私たちは、良質で安全で心温まる医療を提供し、地域の皆様に信頼される病院づくりに努めます。」という理念のもと、光市および周辺地域から年間約 2,500 件の入院、2,700 件の救急患者を受け入れており、地域の急性期医療を担う中心的な病院です。また、緩和ケア対応病棟、地域包括ケア病棟を擁しており、地域の皆様に信頼される病院であり続けることを目指し、日々の業務、運営を心がけております。

## 2. 医療安全文化調査参加以前の医療安全活動

当院の医療安全は院長直属の組織である医療安全推進室が所管し、副院長が室長を務め、副室長 1 名（兼任）、リスクマネージャー 1 名（専従）という構成です。

医療安全推進室の平時の活動は主にインシデント報告など現場からの情報収集と対応、現場への情報発信で、他にも安全に関することであれば病院内で横断的、網羅的に活動しています。事故発生などの緊急時には医療安全推進室に情報が即座に集まり、当室から院長や病院幹部に情報が直ちに伝えられ、時間を置かず対

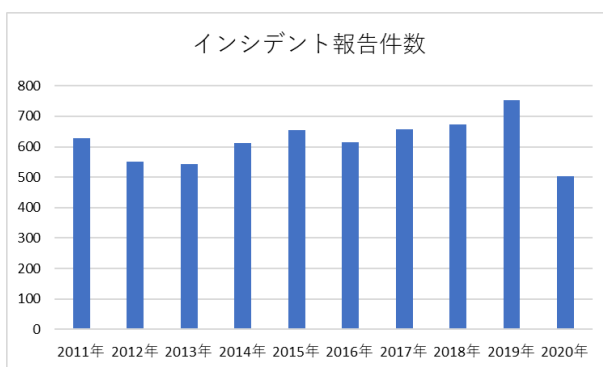
応する体制となっています。

### 3. 当院の医療安全文化調査の参加理由、結果と取り組み

#### 1) 2019 年度医療安全文化調査参加の経緯

医療安全活動の根幹はインシデント報告ですが、その年度別件数（図 1）は、年間約 600～700 件でした。当院の入院患者数から考えると、妥当であろうと思われます。しかし、その内容は、同じエラーが繰り返されており、改善策は実効性に乏しく、安全に対する考え方が不十分であると感じざるを得ないものも散見されていました。

図 1：インシデント報告件数の年次推移（2020 年度は 12 月までの 9 か月間）



その一方で、「インシデント報告を書くことで帰宅時間は遅くなり、職員を疲れさせ過度の負担となっている。」という指摘もありました。インシデント報告は自発的なものと位置付けており、報告を強要したことはありませんが、業務終了後の時間帯に反省文のようなインシデント報告を書いている職員の姿が目につく、これが本当に安全につながるのだろうかという疑問に思うこともありました。

問題を医療安全推進室で話し合い煮詰めていくと、「当院に安全文化が根付いて

いるか」、「どうすれば職員は安全を優先して考えるか」など、安全文化醸成に考えが至り、これらの疑問を解決するためには当院の現状を知ることが必要であると考え調査に参加しました。

#### 2) 2019 年度医療安全文化調査の概要、結果

調査期間は 2019 年 11 月～12 月の 2 か月で、対象は全職員です。調査方法は、事前に所属長を通じて調査施行を周知し、個人に案内メールを送り WEB 上で回答する形です。また、回答用 URL や QR コードを記載した案内書を各部署に配布し、調査の周知とともに回答を促しました。調査の回答時に記名を求めましたが、回答内容と個人名は紐づけされないことを案内しました。

調査参加者は 117 名 (37.9%) でした。12 領域の調査結果を図 2 に示します。肯定的回答割合が 60% を上回った領域は、医療安全の促進に関わる上司の考え方と行動、部署内のチームワーク、エラーに関するフィードバックとコミュニケーション、出来事報告の姿勢の 4 領域、40% を下回ったのは人員配置、部署間のチームワーク、院内の情報伝達の 3 領域でした。

図 2：2019 年度医療安全文化調査 12 領域の調査結果



以上から、当院の特徴として、各部署内ではチームワークはよく、所属長を中心にコミュニケーションもとれて、フィードバックもされているが、他部署とのコミュニケーションや情報共有は不得手で、業務量に比べ人員が少ないと感じていることがわかりました。

医療安全推進室としては、予想よりも参加人数が少なかったことや、エラー報告が処罰の対象となると考えている職員がいることがわかり、自分たちと職員の意識のずれにも気づかされました。

2019 年度調査結果を受けての取り組みは、病院内に会議やグループウェア掲示板を用いて結果を周知したことが主なことで、弱点とわかった領域に対しての特別な対処は行っていません。

### 3) 2020 年度医療安全文化調査の概要、結果

2020 年度調査方法は、2019 年度とほぼ変わりはありません。変更点は、氏名の入力を行わないこととした点です。

参加者は 136 名 (41.5%) で、昨年度調査より少し増えました。12 領域の調査結果を表 1 に示します。2019 年度と比較し、12 領域全てにおいて肯定的回答割合が増加しました。中でも、前回低かった 3 つの領域、人員配置、部署間のチームワーク、院内の情報伝達、は 10 ポイント以上の増加がありました。また、安全に対する全体的な認識、職場や部署の医療安全の度合いも大きく増加しておりました。過去 12 カ月以内の出来事報告は少し減少しましたが、これは 2020 年 4 月以降、3a 未満の転倒転落事例は現場職員の負担軽減を目的に、セーフマスタールへの入力を省略し、紙面での簡易報告に変更したためと思われます。

表 1：2020 年度医療安全文化調査結果(肯定的回答割合：%) と 2019 年度との比較

| 領域 ID | 領域名                                              | 2020 年度 | 2019 年度 | 前回比  |
|-------|--------------------------------------------------|---------|---------|------|
| S01   | 医療安全の促進に関わる上司の考え方と行動                             | 63.9    | 61.4    | 2.5  |
| S02   | 組織的・継続的な改善                                       | 61.3    | 52.9    | 8.5  |
| S03   | 部署内のチームワーク                                       | 75.9    | 67.2    | 8.7  |
| S04   | 自由なコミュニケーション                                     | 56.7    | 54.5    | 2.3  |
| 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                         | 61.4    | 61.0    | 0.4  |
| S06   | エラーに対する処罰のない対応                                   | 47.4    | 44.4    | 3.0  |
| S07   | 人員配置                                             | 46.7    | 33.1    | 13.6 |
| S08   | 医療安全に対する病院の支援体制                                  | 63.0    | 49.8    | 13.2 |
| S09   | 部署間のチームワーク                                       | 49.4    | 35.8    | 13.6 |
| S10   | 院内の情報伝達                                          | 40.4    | 26.9    | 13.5 |
| S11   | 安全に対する全体的な認識                                     | 57.8    | 43.0    | 14.8 |
| S12   | 出来事報告の姿勢                                         | 63.9    | 62.7    | 1.2  |
| Ave   | 12領域の平均                                          | 57.3    | 49.4    | 7.9  |
| S13   | 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。                     | 46.3    | 31.6    | 14.7 |
| S14   | 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？ | 64.0    | 67.5    | -3.6 |

### 4) 2019 年度調査から 2020 年度調査の間の出来事 (医療安全文化調査に影響したと思われるもの)

私たちは、今回このように改善するとは全く予想していませんでした。前回の結果を受けた改善活動から、このような結果を得られたならば、それを示したいところですが、具体的なものは思い当たりません。結果を病院内に周知したことで、調査までの 1 年間に職員の医療安全意識に影響する出来事が相加的、相乗的に働いて結果的にこのようになったと考えるのが妥当であると思っています。

2020 年度調査に影響を与えたと考えられる出来事としては、COVID-19 の蔓延、Safety-II の取り組み、レベル 4 の医療事故の医療事故検討委員会の開催、などがありました。いずれもインパクトのあるもので、それぞれ、職員の安全意識を動かしたものと思いますが、医療安全推進室としては、この一年間で最も力を入れた Safety-II の取り組みによって職員の安全への考え方が変化し調査結果が改善したのであってほしいという願いも込め

て、Safety- II の取り組みを紹介したいと思います。

#### 5) Safety- II の取り組みについて

医療安全活動の中心は、インシデント報告からの改善策の策定とその実行です。しかし、この従来の方法に限界を感じていたところ、医療の質・安全学会で Safety- II の講演を聞き、この考え方が現状を変える突破口となると確信しました。その時から Safety- II の勉強を始めましたが、ちょうど 2019 年度医療安全文化調査の時期と一致しておりました。調査の結果を受けて Safety- II に取り組み始めたのではありませんが、これが 2020 年度の調査に影響を与えたことは明らかだと考えています。

Safety- II の職員への浸透は、勉強会や事例検討会、研修で取り上げ、Safety- II という言葉を知ってもらうことから始めました。Safety- II という言葉が知られるようになって、実際に使うにはハードルが高く、現場から「Safety- II で考える方法がよくわからない」という声が多く聞かれました。実際に Safety- II を使ってもらうには、現場から報告された事例をもとに、現場の人と一緒に考えることが必要であると思い、インシデント報告に Safety- II の考え方をコメントし、院内巡視の時には現場の人と一緒に Safety- II の視点から議論しました。報告とコメントの例を表 2 に示します。このような、現場の人たちとの直接のやり取りは最も手ごたえを感じることであり、Safety- II を広めるには即効的な方法はなく、現場との対話を続けるという、地道な努力を続けていくことが大事であると認識しました。

## 4. まとめ・今後の課題

### 1) Safety- II に取り組んで感じたこと

Safety- II に取り組んで良かったと感じることの一部を紹介します。まず、「失敗を絶対に繰り返してはいけない」という Safety- I の呪縛から解き放たれ、まれに失敗はあるとしても成功を増やしていこうと考えればよいのだと気づき、気持ちが楽になりました。また、Safety- I で考えるときに「個人の責任ではなく、システムで考えましょう。」と言われてきたにもかかわらず、失敗した本人にとって、事例の検討は居心地の良いものではないでしょう。Safety- II では失敗を指摘しなくて済みますので、話し合いも進めやすいと思います。

残り二つは日々の活動を通じての実感です。以前は改善策など策定の際、安全と効率のどちらを優先するかの板挟みから現場で決められず、「医療安全推進室で決めてください、私たちはそれに従います。」など、人任せの言動もありました。しかし、Safety- II を進めていくうちに、このような相談はほとんどなくなりました。現場の人たちが自分たちで問題を解決しようという考えが芽生えてきているのではないかと思います。もう一つは、成功を増やすという考えから、「患者さんにとって成功は何か？」と考えることで、不必要な行動抑制は少なくなり、臨床倫理との軋轢に悩むことも少なくなったように思います。

### 2) 今後の課題、取り組み

今後、調査参加者が増えていくことを期待したいです。前回、今回とも参加率は高いとは言えませんでした。参加者を増やすために義務化するなどの方法もあり

表2：インシデント報告と Safety-II に視点をおいたコメント（例）

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 表題          | リハビリ中の表皮剥離                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 事例内容        | リハビリ介入後、自室へと送ってベッドへ移乗・臥床させた後に下衣を脱がした際、左脛骨近位・腓骨頭に表皮剥離を2カ所発見した。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 要因          | 起居動作時（左起き）に寝返った際、左側臥位になった瞬間にベッド柵に左膝前面をぶつけた。または移乗動作介助で患者様の両膝関節を介助者の膝で抑え込んで起立させるために擦れてしまった。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 改善策         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 皮膚保護のためにレッグウォーマーの着用</li> <li>・ 起居動作時にベッド柵が当たらないように患者様の体位確認、またベッド柵をタオル等で保護</li> <li>・ 介助方法の変更（膝の押さえ込みなしで実施）</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 医療安全推進室コメント | <p>今回、リハビリ中にケガをしたことが疑われておりますが、この日に限って何か特別なことをしたからケガをしたわけでは無いと思われます。むしろ、いつも通りにリハビリし、気がついたらケガをしていたというのが実際のことでないでしょうか。いつもはケガすることなく予定の内容が達成できていて（毎日受け入れられる結果を重ねてきた）のに、この日に受け入れられない結果となったのは、何か悪いことをしたのではなく、パフォーマンスの揺らぎが悪い方へ共鳴したと考えます。例えば、リハビリの内容は決まっていますが、毎回同じようにできるわけではなく、患者さんの体調、周りの設備や衣類などに影響されます。その影響のされ方が、悪い方へ重なり、受け入れられない結果となってしまったのです。</p> <p>注意しないといけなのは、悪い方へ重なったパフォーマンスをケガの原因と考え、これらを排除することは、同時に患者さんにとって良いこともしていることも排除してしまう危険性があることです。行なうべき事は、やめることではなく、揺らぎが重ならなくすること、揺らぎの振幅を低くすることです。</p> <p>今回、ケガしたことで強く関係すると思われることを要因に挙げていただきましたが、これらは同時に患者さんにとって良いことをしていると認識してください。そして、成功例を増やしていくためには、レジリエントな行動を認識することが大切です。監視すること（患者さんの皮膚の状態、器材や衣類の状態など）、想定すること（器具への接触や体重のかかり方など）は同じ患者さんでも毎回違うと思いますが、現場の人はいつもそれらの能力を無意識に使って、適切に対応するというレジリエントな行動で成功が続いていたのです。</p> |

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 表題          | ●●テープの貼付枚数間違い                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 事例内容        | 医師の指示では2枚貼付のはずの●●テープが1枚しか貼付されていなかった。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 要因          | 確認の失敗。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 改善策         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護師2人で指示簿を確認し、貼付枚数を経過表に記入する。</li> <li>・ 貼付後も枚数に間違いがないかバイタルサイン測定時等に確認を行う。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 医療安全推進室コメント | <p>Safety-Iではエラーに注目しますので、この事例では●●テープの貼り忘れがそれになります。このエラーを再び繰り返さないように改善策を考えるわけですが、往々にして確認の強化などが挙げられます。</p> <p>Safety-IIでは成功していることに注目しますから、このような事例を見たときには、いつも間違えずにテープを貼ることができているのはなぜかと考えます。それは現場の人が意識しないで行っていることで特に「これが良かった」というものは思い当たらないかもしれませんが、いつもやっていることに注目する事が大切です。人は物事を行うときに、うまくやろう、良い方向へ向かわせようとするのが普通ですから、普段やっていることには必ず良いことがあります。それに気づき、より精度高く、よりたくさんの方がそれができるようになれば安全性は高まります。</p> <p>このように考えてみると Safety-I でも Safety-II でも、改善策に「きちんと確認すること」が挙るかもしれません。行き着いた結論は同じでも、Safety-Iでは、「失敗しないために確認をきちんとする。」という思考プロセスで到達したのに対し、Safety-IIでは「より多くの成功を生むために確認する。今回も成功するために確認する。」というプロセスになります。Safety-IIでは成功から学ぶので、確認すること以外にも普段やっている良いことも共有できるでしょう。いずれの考え方が現場の人の背中を押す力が強いのかも考えてみてください。そして、現場でこのような議論をする事自体が安全の考え方を醸成していくものだという事も気づいていただければうれしいです。</p> |

ますが、調査に自発的に回答することも安全文化の醸成具合を示す指標のうちと考え、今の方法で続けたいと思います。

今後の改善活動ですが、Safety- II の浸透、推進を主に続けていきます。今回の結果が改善したことは Safety- II 以外にも要因がありますが、Safety- II はよい方向へ動かす力となっていることは間違いないと思います。他の改善活動として、ポイントの低い領域に注力して介入するという方法もありますが、今は考えておりません。弱点を見つけてそれを是正すること自体が Safety- I の考え方のように思え、私たちが限界を感じた方法を改善活動に用いることで医療安全文化が醸成されるのか、疑問に感じているところがあるからです。

12 領域のテーマは、それぞれが複雑に絡み合い、干渉しあい、一部を変えるとそれは良くも悪くも他に影響し、非常に複雑です。このような複雑なシステムでは、特定のテーマを切り分けて改善するのではなく、物事全体を良い方向へ動かそうとする Safety- II の考え方が適していると思います。Safety- II 推進を続けることで今後の結果がどうなるか注視してまいりたいと思います。

2021 年 4 月発行

「医療安全文化調査 活用支援」  
活用事例集 vol. 4

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)