

医療安全文化調査の結果見えた当院の課題 安全管理室の取り組み

～医療法人錦秀会 阪和第二泉北病院の事例～

医療法人錦秀会 阪和第二泉北病院
医療安全管理室 看護課長 堰口ひろみ

2000年10月 阪和第二泉北病院 入社
2006年12月 大阪府看護協会 医療安全管理者養成研修 修了
2015年4月 医療安全管理室室長
2020年2月 大阪府医師会 医療安全推進指導者講習会 修了
現在に至る



【病院基本情報】

住所 〒599-8271 大阪府堺市中区深井北町 3176 番地
病床数 969 床
内訳（地域一般病棟 36 床、地域包括ケア病棟 55 床、緩和ケア病棟 21 床、障害者施設等一般病棟 120 床、医療保険療養病棟 734 床）
診療科 内科、外科、整形外科、麻酔科、放射線診断科、眼科、リハビリテーション科、歯科口腔外科
外来患者数 約 107 人/日
職員数 1051 名

1. 病院の概要

医療法人錦秀会は南大阪を中心に 7 病院 2 施設を運営しており、総病床数は 3206 床で、西日本でも最大規模の医療法人です。その中で大阪府堺市にある阪和第二泉北病院は、地域の急性期病院や総合病院の後方病院としての役割を担っている療養型病院です（写真 1）。また近隣の施設との連携も強く、多くの高齢者を中心に受け入れを行なっています。人工関節置換術や口腔外科も行なっています。基本理念である「やさしく生命（いのち）

をまもる」に基づき患者の安全を最優先に考える医療・介護サービスの実現を図るよう日々努力しています。

写真 1：病院外観



2. 医療安全文化調査 取り組みの目的

4年ほど前に看護研究の取り組みで約300名の看護師・准看護師を対象に安全風土と職責について研究を行ないました。その結果、20歳代もしくは経験年数が10年未満の看護職者はマニュアルが順守できるようにすることを目標に置いた教育、30歳代の看護職者に対してはワークライフバランスを考慮した研修体制を取りながら、それぞれの悩みごとが共有できるようなグループワーク方式の研修を開催する方法がより効果的な安全教育になるという結果になりました。また准看護師には関係法規の教育、また看護職全体には実際に起きた事事例を基に、法的責任について教育していくことがよいという結果を得ることができました。このような調査研究を組織全体に広げることができれば、組織全体の安全風土に良い変化をもたらすことができるのではないかと思います。

しかし、300名の職員の調査分析をすただけでも、大変な労力と時間がかかりました。そのため、1000人ほどの職員を対象に調査を実施することは不可能と考えていました。そんな中、2019年度「医療安全文化調査（試行）」があることを知りました。医療安全文化調査（試行）に参加し、当院の安全文化に関する課題を可視化し、その課題に取り組むことで、職員一同医療安全に対する意識が向上することができるようになることを目指しました。

3. 調査の実際

1) 調査方法

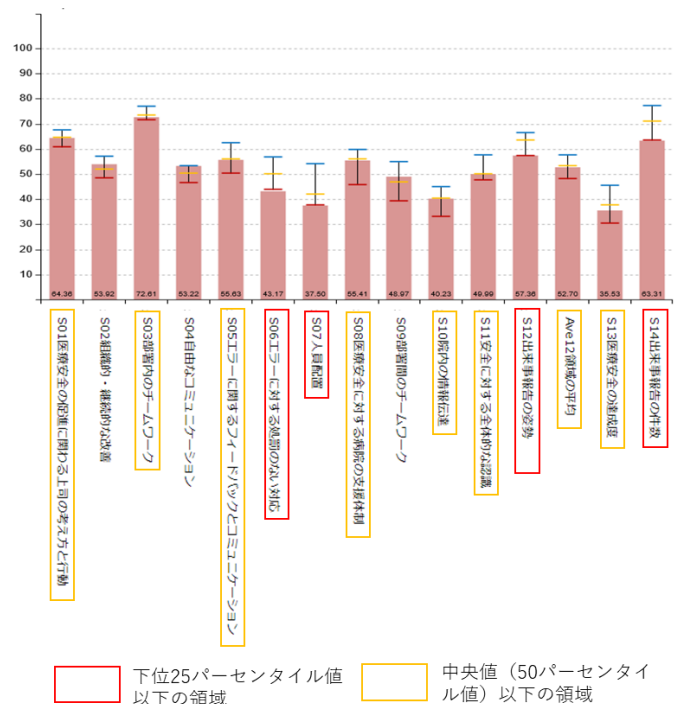
2019年11月21日から12月10日を

調査期間としました。調査の方法は個人のスマートフォンにQRコードを読み込み回答する方法と病院のパソコン(URL)から回答する方法、入力方式が困難な場合は紙面での調査も可としました。紙面での回答の方は無記名とし、紙面以外の回答は記名が必要としました。その結果、774名(78%)の回答を得ることができました。

2) 調査結果

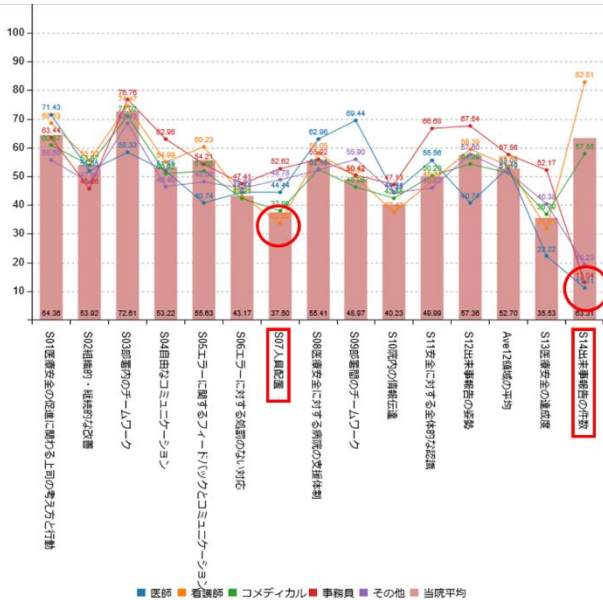
他院との比較を見ると安全文化を構成する12領域の内9領域が50パーセント以下となり、その中でも「エラーに対する処罰の対応」、「人員配置」、「出来事報告の姿勢」とアウトカム項目の「出来事の報告の件数」が25パーセント以下となってしまいました(図1)。これらの領域の中の設問を見ると、同じ領域の中でも得点の高いものと低いものがありました。また、これら低値を示した項目を職種別にグラフ化すると、「人員配置」では

図1：医療安全文化調査（試行）結果（N=774）



看護師が最も低く、「出来事報告の件数」では看護師は高いが医師や事務が低値を示していました（図2）。

図2：医療安全文化調査（試行）職種別結果



作成しました。作成した結果やグラフをタイムカード横に貼付したり、各会議で発信したり、各部署責任者に配布したりするなどして結果を周知しました。また、それらの結果を各部署の2020年度安全業務改善計画に反映してもらうことにしました。

2) 課題の整理と目標設定

他院との比較の結果50パーセント以下となった領域で、さらにそれらの領域内の設問のうち、肯定的回答割合が50パーセント以下となっている項目を課題とし、同じ方向性で取り組めるものに整理しました。その結果、5つの目標を設定することができました（表1）。

目標1：医療安全管理室から感謝の気持ちを伝える

課題1.「エラーに対する処罰のない対応」、課題2.「出来事報告の姿勢」、課題3.「医療安全の促進に関わる上司の考え方と行動」に対しては、出来事報告やインシデント報告を提出した職員に対して医療安全管理室から感謝の気持ちを伝えることでインシデントアクシデント報告の悪いイメージを払拭することができ、ま

4. 課題への取り組み

1) 医療安全文化調査の結果の周知

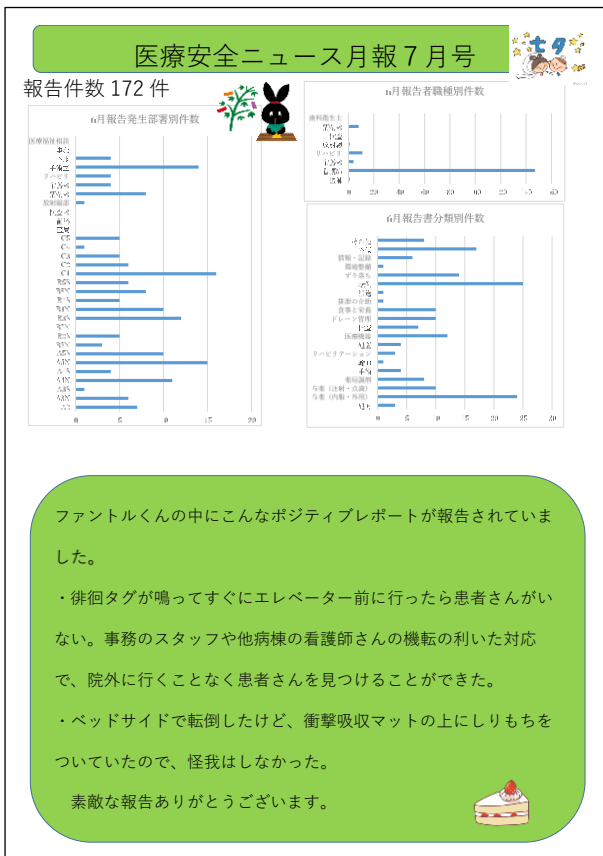
医療安全文化調査の結果をより多くの職員に知ってもらうために、当院の文化調査の結果や他院との比較結果、各部署と当院平均の結果をグラフにした資料を

表1：目標と課題の整理

目標	領域名称	領域番号
1 医療安全管理室から感謝の気持ちを伝える	課題1： エラーに対する処罰のない対応	S06
	課題2： 出来事報告の姿勢	S12
	課題3： 医療安全の促進に関わる上司の考え方と行動	S01
2 情報伝達によるミスを低減する	課題4： 院内の情報伝達	S10
3 看護部以外の部署のインシデント報告書の提出件数を増やす	課題5： 出来事報告の件数	S14
4 看護部の人員配置をよくする	課題6： 人員配置	S07
5 医療安全管理室の他部署への関わりを多様化する	課題7： エラーに関するフィードバックとコミュニケーション	S05
	課題8： 医療安全に対する病院の支援体制	S08

た、責任者の方々にも、インシデントアクシデント報告は事故を未然に防げた行為であり、褒める対象にもなることを知ってもらえるのではないかと考えました。そのためにインシデントアクシデント報告書に加えてグッドジョブの報告書として「ポジティブインシデント報告書」の運用を開始しました。さらに、そのポジティブ報告書をみんなで共感することができるように、「ニュース月報」という月刊誌を発行することにしました（図3）。ニュース月報にはポジティブインシデント報告書の事例を2事例ほど載せて、感謝の言葉と、事故を未然に発見してくれたおかげでいかにその事例が大きな事故につながらなかったかを掲載しました。

図3：ニュース月報



目標2：情報伝達によるミスを低減する

課題4「.院内の情報伝達」では、他部署への伝達漏れや、勤務交代時の伝達漏れがあるという項目の設問に対して取り組むことにしました。

病院の中では、病状説明や退院後の方針などを患者本人や家族に説明する場合、多くの職種の職員が様々な立場から関わります。例えば退院の話一つでも、医師は病状について、MSW が施設について、リハビリスタッフがADLについてなど、多くの説明がされます。これまでは医師がすべての内容を簡潔に診療録に記載していました。しかし後から読み返してみると、おおまかな内容はわかるのですが、だれがどのような発言をしたのかよくわからない記載も多くみられました。そこで、同席した場合に限り、多職種が一枚の用紙にそれぞれ記載し、家族に渡すという取り組みを行ないました。医師を含め、気軽に多職種が記載することができ、またその用紙にはサインも入れますのでだれがその話をしたのかを患者家族や職員間にもわかりやすくなりました。

また、他施設と当院職員、当院職員同士の患者間違い防止のために、ネームバンドの着用の徹底に取り組みました。

当院に入院される患者の中には、施設で病状が悪化した場合、家族の付き添いなしで当院の送迎職員と患者のみで当院の外来を受診される場合があります。入院することになっても家族はすぐには来院できない場合、病棟スタッフが当院の送迎職員と患者氏名を確認することになってしまうことが度々あります。そこで、施設職員に協力を依頼し、来院前に施設職員に施設にて患者にネームバンドを装着してもらうことにしました。

目標3：看護部以外の部署のインシデント報告書の提出件数を増やす

課題5.「出来事報告の件数」に関しては、職種別にグラフ化すると看護部のみ報告件数が多いことがわかりました。そこで、看護部以外の報告件数を増やすために、医師を対象にオカレンス報告の基準(表2)を設け、オカレンス報告を提出してほしいことを医局会で伝達しました。また、事務やりハビリにはどのような報告内容が必要かを示すために、(公財)日本医療機能評価機構の医療事故収集事業より出されている事務・リハビリ関連の報告内容を提示することにしました。リハビリ課では2020年度の安全業務改善計画書に報告書の増加について取り組むことを計画してくれました。

表2：オカレンス報告基準

オカレンス報告

過失の有無に関係なく報告する有害事象

～手術に関連した患者有害事象および予期せぬ事象についての報告

1. 予期せぬ術中、術後48時間以内の死亡
2. 予定外の再手術で、同一入院中あるいは退院後7日以内に起きたもの
3. 予定外の術式の施行
4. 手術時間の予期せぬ延長(3時間以上)
5. 多量な出血(予定より濃厚赤血球5単位以上使用)
6. 異物の残置(治療目的のものは除く)
7. 医療機器、手術機器の不良、破損による手術中止や事故
8. 麻酔に伴う有害事象(術後4時間以降に影響が残らなかったものは除く)
9. 術後に生じた末梢神経麻痺、皮膚障害で術前には存在しなかったもの
10. 患者取り違え、手術部位の取り違え
11. 検体の取り違え、紛失

～有害事象および予期せぬ事象についての報告

1. 入院中の予期せぬ死亡例
2. 検査、処置の死亡、予定外の処置の実施
3. 現在の医療水準より逸脱したと考えられる医療行為により発生した重篤な患者の障害

目標4：看護部の人員配置をよくする

課題6.の「人員配置」に関しては、最も低い評価は看護部でした。この問題は安全管理室として直接かかわることは難しいと考え、この結果を看護部長に伝えることにしました。その結果、看護部では、65歳以上の職員の雇用、身体介護不要のサポーターとしての介護士の雇用開

始、技能実習生の採用が実施されました。

目標5：医療安全管理室の他部署への関わりを多様化する

課題7.「エラーに関するフィードバックとコミュニケーション」、課題8.「医療安全に対する病院の支援体制」に関しては、医療安全管理室として様々な会議への出席するほか、訪問活動範囲の拡大に取り組みました。例えば、今まで介入が難しいと感じていた医局や事務所内などへも、個人情報パソコン上開かれたままになっていないかの点検活動に行きました。とにかく医療安全に関わるすべての出来事に医療安全管理室が関わる姿勢を持っていることを、病院の職員に理解してもらえよう働きかけました。

5. 取り組みの結果

2020年度の医療安全文化調査は2019年度と同時期の11月2日～11月21日としました。調査方法は同じですが、調査期間中に調査協力が低い部署には声掛けを行ないました。

その結果、928名(93%)の回答を得ることができました。調査の結果、総合評価の「出来事報告の姿勢」は2019年度より下がってしまいましたが、そのほかの評価はすべて上向きの結果となりました。また他院との比較をするベンチマークを見ても、2019年度は下位25パーセントと評価された項目が4領域ありましたが、2020年度は2領域に減少させることができました。反対に75パーセントと評価されたものは、1領域しかなかったものが、4領域に増加させることができました(図4)。

これら評価の低かったものを改善させることができた大きな要因は、病院全

体の課題に向けて、それぞれの部署が取り組む課題を数値で知ることが出来たためと考えます。

6. まとめ

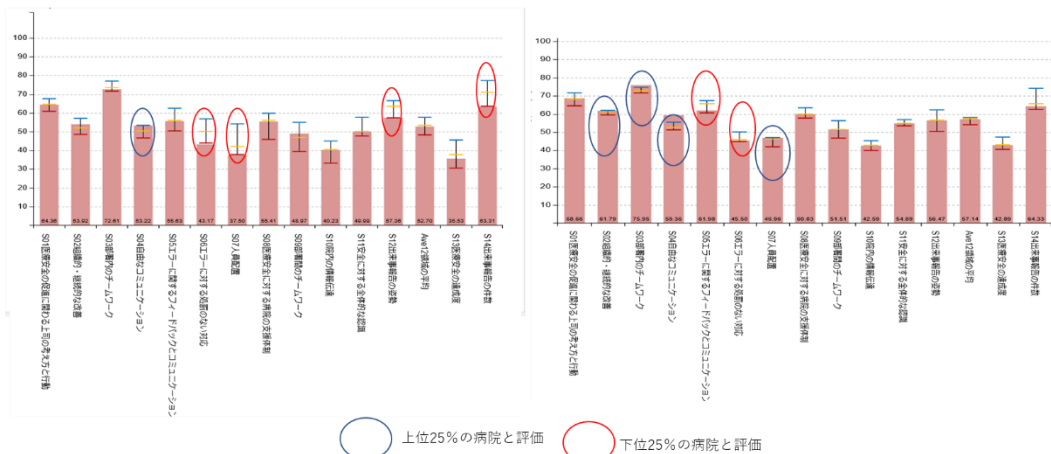
今まではインシデントアクシデント報告書から見える課題に取り組んできました。報告書から見える課題は、直接事故を起こすことに関わることが多く、看護部からの報告書の提出が多いため、看護部の課題に取り組むことが多い状況でした。しかし、医療安全文化調査では調査に協力してくれた職員すべての医療安全への意識、文化が多方面から集計分析されるため、課題解決に向けて組織全体の取り組む方向性と職種別の取り組む課題を知ることができます。多くの職員に調査を実施すればするほど、多方面から分析できます。

引き続き、当院の一人一人の職員の医療安全の意識が向上できるよう、2020年度の調査結果から見えた課題を多方面から分析し課題に取り組んでいこうと思います。

図4：医療安全文化調査結果比較

2019年度（療養・ケアミックス）N=19病院

2020年度（療養・ケアミックス）N=7病院



2021年6月発行
「医療安全文化調査 活用支援」
活用事例集 vol.5
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）