

医療安全文化調査の客観的評価から医療安全活動への展開

—各部署リスクマネージャーの力を活用するための仕掛け—

～日本医科大学千葉北総病院の事例～

日本医科大学千葉北総病院 医療安全管理者

矢野 綾子

1998年3月 北海道医療大学看護部福祉学部看護学科卒業

1998年4月 日本医科大学千葉北総病院入職

2014年3月より現職

2021年3月 千葉大学大学院看護学研究科

看護システム管理学専攻卒業



【病院基本情報】

住所	〒270-1694 千葉県印西市鎌苅 1715
病床数	574床
診療科	循環器内科、脳神経内科、腎臓内科、消化器内科、血液内科、呼吸器内科、糖尿病内分泌代謝内科、外科・消化器外科、乳腺外科、心臓血管外科、呼吸器外科、脳神経外科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、形成外科、皮膚科、メンタルヘルス科、麻酔科、緩和ケア科、泌尿器科、産科・女性診療科、放射線科、救命救急センター、小児科、リハビリテーション科、メンタルヘルス科、歯科
平均外来患者数	93.1名/日
職員数	1360名

1. 病院概要

当院は千葉県北西部に位置し、ドクターヘリを活用した高度急性期医療を担う病院です。ドクターヘリの出動回数は年

間 3500 件を数え、近隣の地域で急性期治療を必要とする患者さんを受け入れています。また、「基幹災害医療拠点病院」として、災害が発生した場合は、被災者の受け入れ、DMAT の活動拠点病

院としての役割を担っています。その他に、印旛医療圏における「地域がん診療連携拠点病院」の指定を受け、がん診療センターを設立し、地域のがん患者さんのために様々な活動を行っております。最近では、成田空港に近いという立地もあり、成田空港内に新型コロナウイルス感染症対応のためPCRセンターを開設しています。当院は「患者さんの立場に立った安全で良質な医療の実践と人間性豊かな良き医療人の育成」を理念に掲げ、患者さんの治療にあたりながら、日本医科大学4病院の一つとして、人間性豊かで安全で良質な医療を提供できる医療人の育成にも力を入れています。



図1. 病院外観

2. 医療安全文化調査を含む改善活動の体制

当院には院長直属の組織として医療安全管理部が設置されています。医療安全管理部長は副院長が務め、医療安全管理者が3名（専従看護師1名、専任医師1名、兼務看護師1名）、専任薬剤師1名、医薬品安全管理者1名（兼務）、放射線技師1名（兼務）、臨床検査技師1名（兼務）、臨床工学技士1名（兼務）、栄養士1名（兼務）、事務4名（専従2名、兼務2名）、計14名で構成されています。また、各部署にはリスクマネージャーがそれぞれ1名

任命され、自部署の改善活動に尽力しています。

医療安全改善活動は、院長を含む各部署長を中心とした医療安全管理委員会と、各部署のリスクマネージャーで構成されている医療安全管理小委員会の2つの委員会活動を中心に取り組んでいます。

院内で発生したインシデントは、入力システムを使い速やかに医療安全管理部に情報が集約されます。医療安全管理部は、各部署のリスクマネージャーと協力しながら、状況の確認やインシデントの振り返り、改善活動を検討します。それぞれの改善活動は医療安全管理小委員会で報告・検討され、院内全体の改善活動として検討した方がよい活動であれば、さらに医療安全管理委員会で検討・承認され、取り組みます。医療安全管理部は各部署のリスクマネージャーとの協力・連携のもと、組織横断的に活動しています。

3. 医療安全文化調査の取り組み

1) 2020年医療安全文化調査参加の目的

これまでの医療安全活動の評価は、インシデント報告数や、日本私立医科大学協会医療安全相互ラウンドでの評価が中心でしたが、これらの評価からは、当院の医療安全文化が醸成されているのかの分析はできていませんでした。当院のインシデント報告数は、病床数からみると決して多くありませんが（図2）、医師からの報告割合は9%程度の報告があり、比較的良好に報告されていると方だと思っていました。

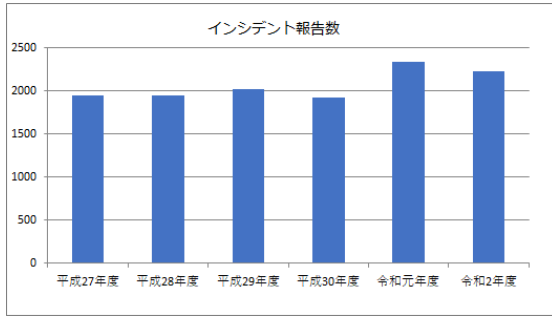


図2. インシデント報告数の年次推移

しかし、インシデント報告数やラウンドの評価だけを医療安全文化醸成の指標としていては、当院の医療安全に関する強みや弱みを可視化することができないと思っていました。今までの医療安全活動から職員一人一人に安全文化が根付いているのか、そうでないのか、今後の医療安全活動の方向性を検討するためにも、日本医療機能評価機構の医療安全文化調査支援プログラムに参加しました。

2) 医療安全文化調査の方法

調査期間は2020年8月1日～11月30日までの4か月間とし、清掃などの委託職員を含む全職員1450名を対象としました。調査は、医療安全文化調査の目的や個人が特定されないことを説明した内容で、入力用のQRコードを付けた文書を職員個々に配布し実施しました。また、病院のメールアドレスを持っている職員には、入力フォーマットのURLを添付した個人宛のメールを送信したり、QRコードが読み取れなかったり、QRコードに慣れていない職員には回答用紙を配布するなど、いくつかの方法を組み合わせ実施し

ました。調査結果への影響を考慮し、回収率を毎月各リスクマネージャーを通し報告し、医療安全文化調査への参加協力を依頼しました。

3) 医療安全文化調査結果

リスクマネージャーの働きかけの甲斐もあり、調査参加者は1181名(81.4%)でした。

12領域の調査結果を図3に示します。肯定的回答割合が60%の領域は、「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」、「医療安全の促進に関わる上司の考え方と行動」でした。肯定的回答割合が40%以下の領域は、「院内の情報伝達」、「医療安全の達成度」、「エラーに対する処罰のない対応」でした。

4) 医療安全文化調査ベンチマークの結果

当院は、医療安全文化調査参加は初年度であったため、同条件の他施設とベンチマークしてみることにしました。結果は図4に示します。

当院の結果は同条件の他施設と比較しても平均的な活動であったといえる結果でありました。これらの結果より、「エラーに対するフィードバックとコミュニケーション」、「医療安全に対する病院の支援」、「安全に対する全体の認識」は当院の強みと言え、「医療安全に関わる上司の考え方と行動」、「自由なコミュニケーション」、「院内の情報伝達」に関しては弱みとみることができました。

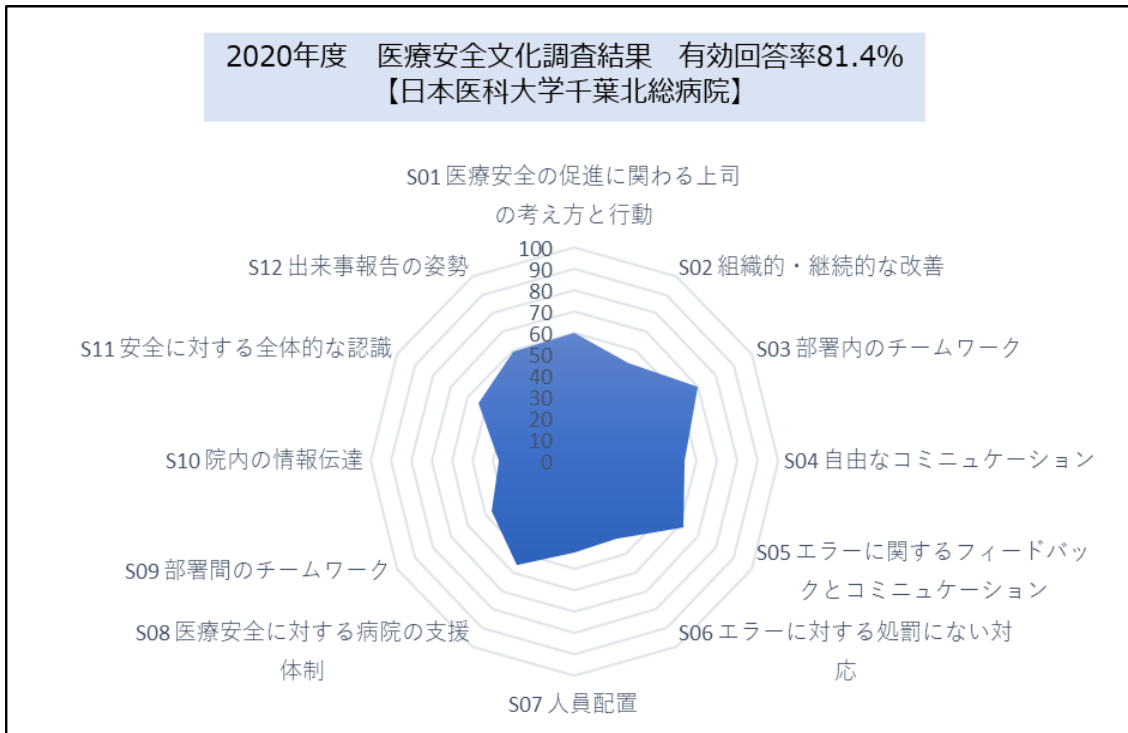


図 3. 当院の医療安全文化調査結果

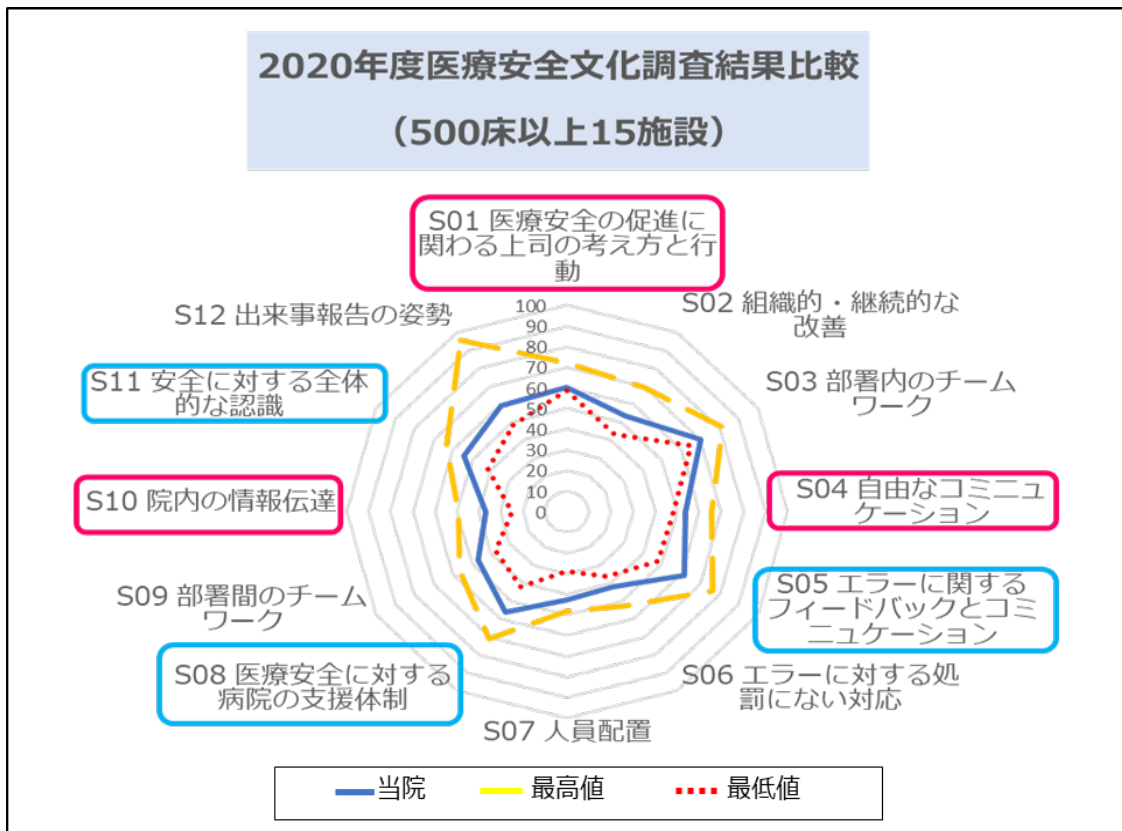


図 4. 医療安全文化調査 ベンチマーク結果

4. 医療安全文化調査の活用

1) 病院全体の取り組み

2020年の医療安全文化調査の結果をもとに、2021年度の医療安全重点目標として「院内の情報伝達に関する改善」に取り組んでいくことにしました。これまでインシデント入力システムは十分活用できておらず、一般職員が他の職員、他の部署で入力されたインシデントを共有する仕組みはありませんでした。また、新しい医療安全の改善活動を実践するために、委員会等を利用し周知したりもしていましたが、職員一人一人が理解し実践するまでには時間を要していました。インシデント事例の共有や改善活動の情報伝達に関しては、当院の課題でもあり、医療安全文化調査をどのように職員へ周知するかも同様でした。

表 1. 主な改善のための取り組み

改善点	期待される効果
電子カルテ端末の共有画面に医療安全文化調査の結果を掲載	職員はいつでも医療安全文化調査の結果を見ることができる
院内メールを活用した安全情報の共有	情報伝達が迅速になる
Web会議の開催	リスクマネジャーの参加機会が増える
インシデント報告の匿名性と一般公開	他部署で起きたインシデントやヒヤリハット報告の情報共有

こうした取り組みから、「インシデント報告しても罰せられない」「インシデント報告は医療安全の改善のために必要なこと」という理解が進むことで、職員一人一人の医療安全文化が少しずつでも醸成されていくことを期待しています。

2) 各部署の取り組み

各部署のリスクマネジャーには、①医療安全文化調査の全体の結果、②自部署の結果、③他施設の同じような部署とのベンチマークした結果を配布しました。これらの結果から、自部署の医療安全上の課題を整理し、取り組み目標を立てて改善活動をおこなってもらうこととしました。最初は医療安全文化調査の結果から、肯定的解答の割合が低い領域に対する改善対策に目が向きがちだったリスクマネジャーたちも、一緒に文化調査の結果を分析することで、ポジティブな物の見方、考え方で自部署の「強み」や「弱み」を意識した分析や目標設定することができました。

今年度はそれらの目標を達成するために、医療安全改善活動に取り組んでいます。現場のリスクマネジャーがキーパーソンとなり、自部署の医療安全の改善に少しずつ取り組むことで、組織全体の医療安全文化の醸成にもつながると期待しています。

5. まとめ・今後の課題

2020年度の医療安全文化調査と今年度の改善活動を通して、今までの当院の医療安全活動に足りなかったことが少なからず見えてきました。これまでの医療安全活動のなかで、職員はインシデントの原因を個人の責任と捉え、エラーを否定的に捉えていました。今年度の活動を通し、エラーはシステムの不具合であることを職員も少しずつ理解し、インシデント報告を共有することで、他の職員のエラーから学ぶ機会と捉えることができるようになりました。

また、各部署のリスクマネジャーの取り組みから、リスクマネジャーの考え方

の中に、ポジティブな物の見方や考え方が不足していることにも気づきました。ヒヤリハット事例報告の中には、エラーはあったけど患者さんへの影響がなかった事例報告がありますが、こうした事例報告は少ない現状です。これは、「エラーは気が付いて当たり前」という文化があり、「そのエラーになぜ気が付くことができたのか？」というアプローチが少ないためだと考えます。こうしたアプローチは自部署改善や対策に結びつく重要な視点です。こうした視点を持ったリスクマネジャーを一人でも多く増やすことが、医療安全文化醸成に重要だと考えています。

2021 年も引き続き医療安全文化調査に参加し、前年度の結果と比較し、今年度の取り組みを評価し、次年度の医療安全文化醸成のための活動を続けていきます。

2022 年 3 月発行

「医療安全文化調査 活用支援」

活用事例集 vol. 8

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)