

医療安全文化調査回答により 安全文化の醸成を目指す

～社会福祉法人 京都社会事業財団 京都桂病院の事例～

社会福祉法人 京都社会事業財団 京都桂病院

医療安全管理室 室長 兼 看護部 副部長

岡田 依子

1991年 社会福祉法人 京都社会事業財団 京都桂病院 入職
2017年 京都府看護協会 医療安全管理者養成講習会 修了
2019年 社会福祉法人 京都社会事業財団 京都桂病院
医療安全管理室 副室長
2020年 同上 医療安全管理室 室長
2022年 同上 看護部 副部長兼務
現在に至る



【病院基本情報】

住所	〒615-8256 京都市西京区山田平尾町 17
病床数	545 床
診療科	一般内科、血液内科、内分泌・糖尿病内科、腎臓内科、膠原病・リウマチ科、心臓血管センター（心臓血管内科・心臓血管外科）、消化器センター（消化器内科・外科）、乳腺科、呼吸器センター（呼吸器内科・呼吸器外科）、脳卒中センター（脳神経内科・脳神経外科）、整形外科、形成外科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、小児科、緩和ケア科、精神科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、救急科、腫瘍内科
平均外来患者数	外来患者数 1000 人/日
職員数	約 1300 人（非常勤含む）

1. 病院概要

社会福祉法人京都社会事業財団京都桂病院は、京都市内南西部にあり、DPC 特定病院群の認定を受け、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院などを担う高度急性期病院です。当院は「一番大切な人を受診さ

せたい病院になる」「治療を受けてよかった、治療を受けたい病院になる」「働いてよかった、働きたい病院になる」をビジョンに掲げて地域の医療を担っています<図 1>。



図 1. 当院の外観

者・放射線安全管理者から成る医療安全部門と、各部署責任者と医療安全対策委員で構成するリスクマネージャーが連携して、医療安全文化の醸成を目指しています<図 2>。

私は 2020 年に前任者より医療安全管理室室長を引き継ぎました。その際、「当院の医療安全文化の醸成はどこまで進んでいるのか？」また、「今後、医療安全文化を更に醸成していくために目指すところはどこなのか？」ということが知りたいと思いました。その折に医療安全文化調査の存在を知り、医療安全文化を定量的に測定することで、客観的に当院の課題がわかり、医療安全管理者として何に取り組むべきなのかという指標になると思い参加に至りました。

2. 医療安全文化調査を含む改善活動の体制

当院の医療安全は院長・事務長・看護部長を筆頭に、医療安全管理者・医療安全担当医師・医薬品安全管理者・医療機器安全管理

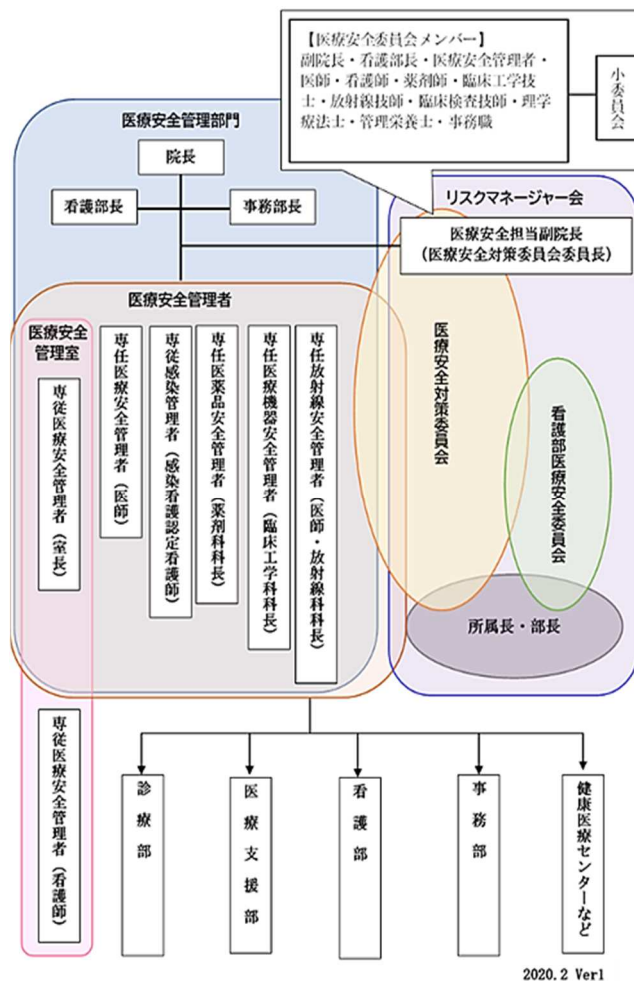


図 2. 院内の体制

3. 医療安全文化調査の取り組み事例

1) 調査の方法

調査は、現在までに3回実施しています。最初の2回までは、調査開始前に医療安全文化調査についての説明会を開催しました。また、初回は職員一人一人にWEB回答用QRコードとURLを印字した案内を配布し、次年度からは各部署に案内文を配布するとともに、院内各所にポスターを掲示し、調査への参加を呼びかけました。実施期間はいずれも、最初は1ヶ月間としていましたが、回答率が伸びないため3カ月間に延長しています。

結果の主な共有は2回/年行っているリスクマネージャー会で医療安全管理室室長がプレゼンテーションを行っています。内容は前年度比・ベンチマーク結果に加え、ベンチマークで低い項目については、当院の課題として今できていることと、今後課題として取り組むべきことを分析して結果を提示しています。経営層にはリスクマネージャー会開催前に結果と生データを提示し、

現場スタッフへは院内スタッフ向けのeラーニングシステムでリスクマネージャー会で発表した内容を配信しています<表1>。

2) 調査結果

主に2020年度と2021年度の比較について紹介します。

①回答率

2020年度の回答率は28%と非常に低い結果となりました。

その原因として考えられるのは、回答者の「部署」を問う設問において、部署・部門や診療科毎など細かい選択肢を作成したことです。初回であったこともあり、細かく分析できるようにしたいという思いと、本調査の設問に「『部署』とは、あなたが主として勤務し、最も時間を費やしている、もしくは最も医療サービスを提供している病院内の『職場』または『部門』『診療科』などを指します。」と但し書きされていることから、部門や診療科毎に設定する必要があると思います、細かい選択肢で設定しました。これにより、方々から「個人が特定されるので参加しない」という声が医療安全管理室に多く届

結果共有される人	経営層 (院長・副院長・看護部長・事務長など)	医療安全に関わる部・委員会	各部の所属長	現場スタッフ
結果共有の時期・場	❖ 院長・事務長・看護部長との1回/月ミーティングで共有 (リスクマネージャー会で発表する前に事前に共有)	❖ 医療安全対策委員会委員と部署の責任者から成るリスクマネージャー会で共有(2回/年開催しているリスクマネージャー会を2月の会にて共有)		❖ 院内スタッフ向けのeラーニングシステムで、3月から半年間配信
結果共有の内容・範囲	❖ 生データを含む全結果とデータ分析し、リスクマネージャー会で発表する形式にまとめた内容を提示。特に回答一覧については、管理者のみに提示	❖ 前年度比・ベンチマーク結果。およびベンチマークで低い項目については、当院の課題として、今できていることと、今後課題として取り組むべきことを分析した結果を提示		
結果共有する人・方法	❖ 医療安全管理室室長が院長・事務長・看護部長に直接説明を行う	❖ PowerPointを使用し、図などを張り付け資料を作成、分析した結果を医療安全管理室室長がプレゼンする		❖ リスクマネージャー会で発表したPowerPointに解説を加えeラーニングシステムで配信

表1. 情報共有体制

くことになりました。そこで、2021年度の工夫としては、まずは調査に参加してもらうことが医療安全文化の醸成に繋がる第一歩であると考え方を変換し、属性は部署別などの細かな設定はせず、最低限の医師・看護師・医療支援部・その他4つのみとしました。これにより2021年度は42%の回答を得ることが出来ました。

しかし、個人が特定される事への配慮を優先すると、部署単位や医療支援部では特に職種による差など、医療安全管理者として知りたい現状の把握ができないことや、部署や部門の課題が明確にならず、それぞれの取組みに活かすことが出来ないことが課題となってきています。

②ベンチマークの比較

2021年度は2020年度と比較して、25% T以下の項目が大半であり「S06 エラーに

対する処罰のない対応」のみ中央値に近い状況でした。また、「S03 署内のチームワーク」「S10 院内の情報伝達」は25% Tまで下がりました<図3>。

③肯定的割合の院内比較

2020年度と2021年度の院内での肯定的回答割合の比較では、「S03 部署内のチームワーク」「S07 人員配置」「S10 院内の情報伝達」以外は、前年と比べて上昇しました。特に「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」と「S14 出来事報告書の件数」は抜き出て上昇しています<図4>。

3) 改善への取組み

医療安全文化調査の結果をどのように実践に落とし込むのかという点については、難しさを感じていますが、先に述べた「S05 エラーに関するフィードバックとコミュニ

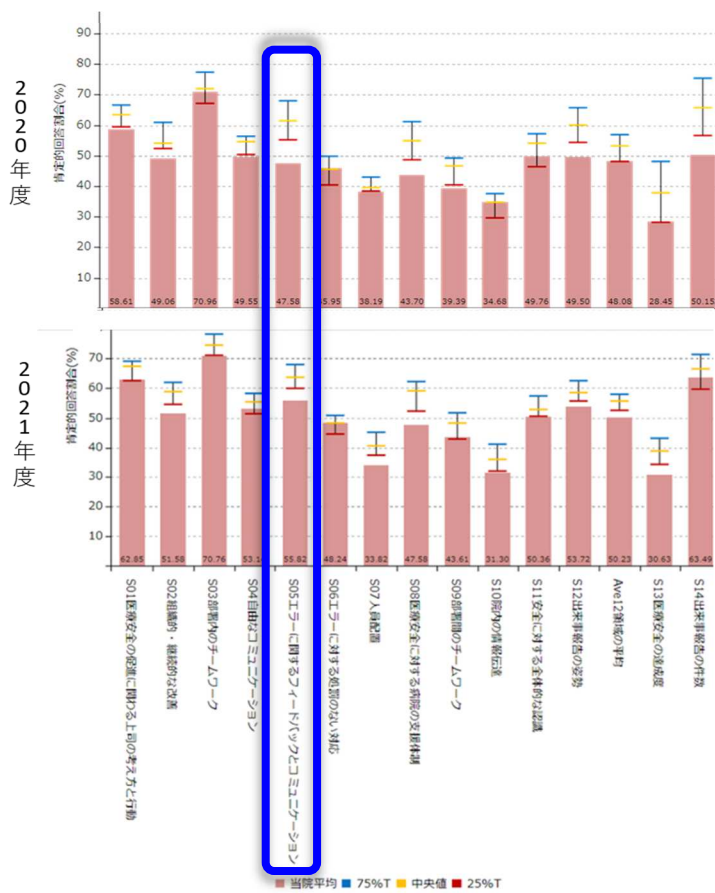


図3. 2020年度2021年度ベンチマーク比較

ケーション」については、取り組みが結果に結びついたと考えます。

この項目の2020年ベンチマーク結果は、大規模病院に絞り込んで比較すると当院が最低値でした。これに対しての活動として、長年行っている多職種参加で行うRCA分析を更に積極的に推進しました。

当院では看護部のクリニカルリーダー研修の1つにRCA分析の研修会を1回/年行っており、受講者の研修の総仕上げとして、自

部署で起こった出来事に対して多職種を交えてRCA分析を行い発表する取り組みを行っています。また、アクシデントが発生した際にはRCA分析を自部署で積極的に行う事を推奨してきました。しかし、クリニカルリーダー研修に伴ったRCA分析の実施がほとんどで、自発的に行うことはほとんどないというのが現状でした。そこで、2021年度はアクシデントとして報告のあったものや、インシデントであってもアクシデン

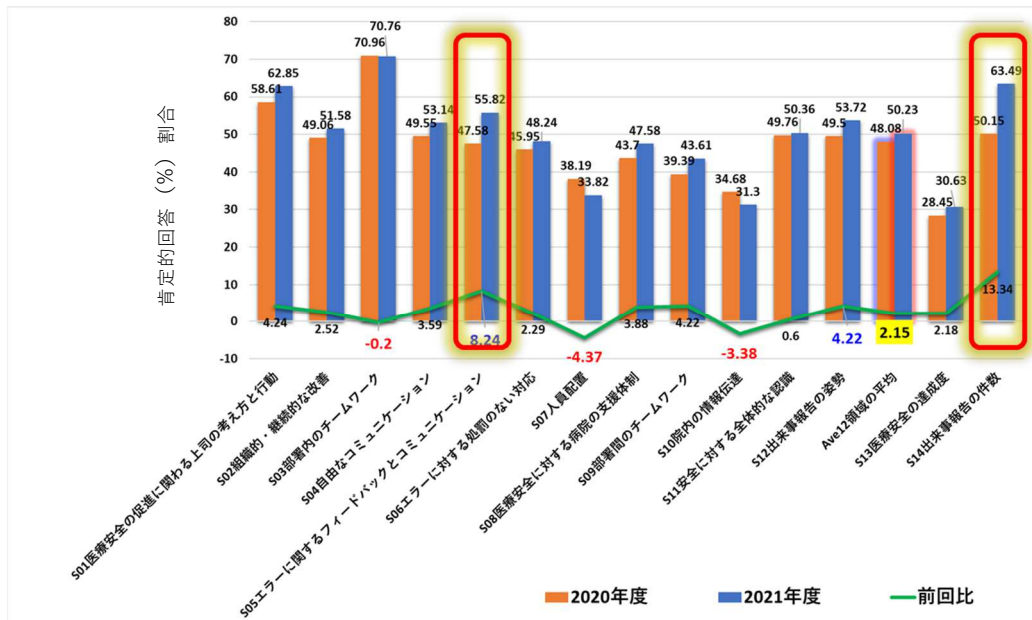


図4. 2020年度 2021年度 肯定的割合の比較

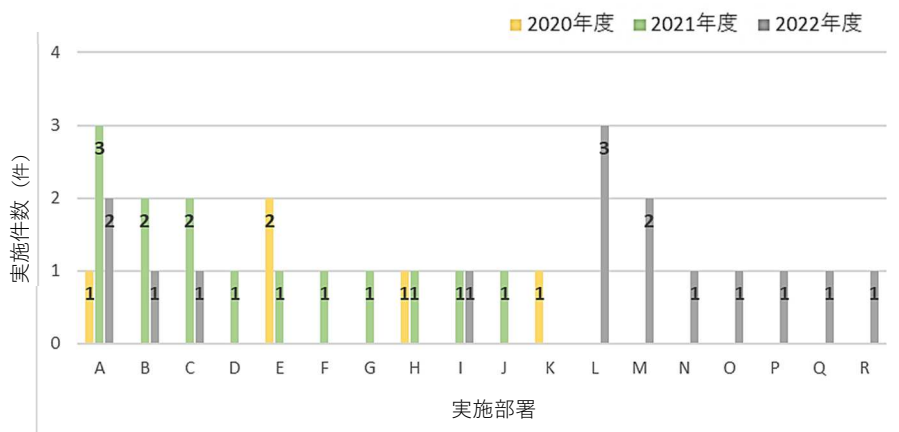


図5. RCA分析実施件数の比較

トに繋がる可能性の高い事例について、医療安全管理室から RCA 分析を行う事を積極的に声掛けするようにし、そこには必ず医療安全管理室のスタッフが参加することとしました。

その結果、医師・メディカルスタッフと共に RCA 分析を実施した件数は、看護部関連の 18 部署中 2020 年度は 4 部署 5 件でしたが、2021 年度は 11 部署 14 件と実施件数が増加しました<図 5>。

RCA 分析を行うことを推奨し、実際に多職種を交えて実施することにより、事故を分析するという意識づけができてきていると思われ、結果的に「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」の評価項目である「私達の部署では、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」「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」「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」という各項目の肯定的割合の大幅な上昇につながったと考えます<図 6>。

しかし、部署内で分析結果に基づいた再発防止策が実行されているかまでは、把握できていない現状があることと、重大なアクシデントについて RCA 分析した結果が部署内の対策にとどまっており、病院全体

には共有できていないことが 2021 年度の課題として残りました。

2022 年度は課題を解決するため、引き続きアクシデント発生時には RCA 分析を実施することを推進し、半年以内に改善策を実施した評価を医療安全管理室へ報告することとしました。また、分析結果を部署にとどめず、医療安全ニュース等を利用して院内で共有することも行いました。結果、RCA 分析の実施状況は看護部関連の 18 部署中 2022 年度も 11 部署 15 件でしたが、2020-2021 年度には実施していない部署で実施することが出来ました<図 5>。

2022 年度の医療安全文化調査の結果は、残念ながら肯定的回答割合の上昇には至りませんでした<図 6>、全部署が RCA 分析に取り組むきっかけとなり、今後も継続して対策を実施することで評価も上がるのではないかと期待しています。

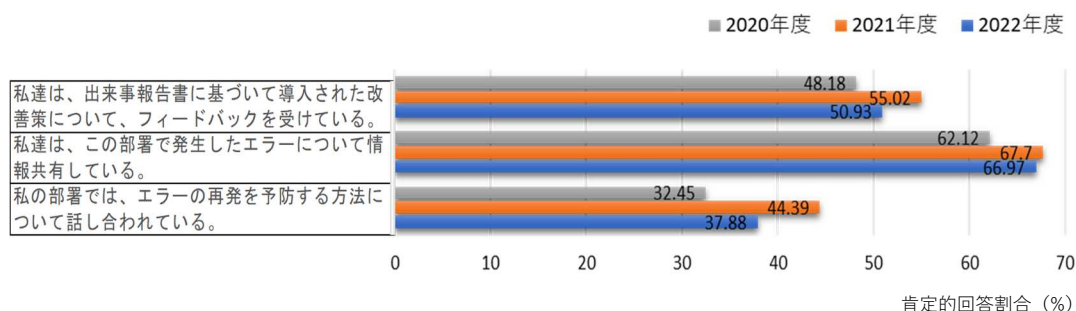


図 6. 「S05エラーに関するフィードバックとコミュニケーション」を構成する各設問の肯定的割合

4. 今後の課題

2022年度は2021年度と比較して参加率も減少し、ベンチマークも肯定的回答割合も2021年度を下回る結果となり、まだまだ調査に参加することが第一目標で、医療安全文化調査の回答により安全文化の醸成を目指すためには、調査への参加率を高める工夫が必要です。2022年度の調査時期が、当院の高度急性期病棟の立ち上げと重なってしまい、スタッフの異動や病棟機能の変更などにより、非常に煩雑な状態となったことが、今回の調査結果に影響していると思われます。今回の調査結果から鑑みると、様々な環境の変化の影響により当院の医療安全文化は揺れ動く不安定な状況にあり、ゆるぎない安定した医療安全文化を醸成することが今後の課題です。

2023年5月発行
「医療安全文化調査 活用支援」
活用事例集 vol.13
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)