

「調査結果を改善につなげる仕組み」 ~各部署が具体的な目標と対策をたてる~

独立行政法人労働者健康安全機構 岡山労災病院の事例~

独立行政法人労働者健康安全機構 岡山労災病院

医療安全管理室 医療安全管理者 中西 慶治

平成 18 年 4 月 岡山労災病院 手術室 入職

平成 21 年 4 月 ICU 所属

平成 25 年 4 月 手術室師長補佐 就任

平成28年4月 脳卒中センター、耳鼻科、眼科(5FO)師長 就任

平成28年4月 リスクマネージャー育成研修受講

平成30年4月整形外科・人工関節センター(4階オレンジ病棟)

令和 2 年 4 月 看護部安全対策委員会 委員長 就任 令和 5 年 4 月 医療安全管理者 就任 現在に至る



【病院基本情報】

住所 〒702-8055 岡山県岡山市南区築港緑町 1-10-25

病床数 358 床 (一般 340 床、 I C U 10 床、 H C U 8 床)

診療科 内科・心療内科・精神科・呼吸器内科・循環器内科・消化器内科・

腫瘍内科・小児科・外科・整形外科・形成外科・脳神経外科・泌尿 器科・婦人科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・

放射線科・麻酔科・病理診断科

平均外来患者数 外来患者数 750 人/日

職員数 約 640 人

1. 病院概要

独立行政法人労働者健康安全機構 岡山 労災病院は、岡山市南区唯一の地域医療支 援病院です。当院は「地域の人々に最適の医 療を提供し、働く人の健康を守ります」を理 念として地域医療を担っています<図1>。



図1. 当院の外観



2. 医療安全に関わる組織

当院の医療安全管理体制は、院長直轄の 医療安全管理室を設置し、安全統括責任 者、医療安全管理者(看護師)のほか、医 療機器安全・医薬品安全・医療放射線安全 に係る各管理責任者及び各職場の代表者を 選任し組織横断的に活動しています。

週1回の医療安全カンファレンスを開催し問題点等の検討を行い、月1回の医療安全管理委員会へ報告し安全で合理的な方法を関係者と協議のうえ必要に応じマニュアルの改定を行っています。各部門の安全対策の中心者であるセーフティマネージャー(以下SM)を代表者としているSM会議を2か月に1回開催し、各部門における課題の抽出や方針を共有し、周知徹底に取り組んでいます。検討内容は月1回開かれる病院の運営会議でも報告されています。それ以外にも、月に2回程度院内ラウンドも行っており、診療現場の確認も行っていますく図2>。

3. 「医療安全文化調査」実施の きっかけ

当院は、2019年から医療安全文化調査に

参加しています。医療安全文化調査に参加する前から、医療安全に関する取り組みを色々と実践していました。しかし、指差し呼称が定着しない、インシデントレベル 0、1報告件数が伸びないと悩んでいた時に、医療安全文化調査を知ったことがきっかけとなりました。

職員の医療安全に対する意識の実態が把握でき、全国の病院とも比較することができ、当院の医療安全に関する改善項目がはっきりすること、また、回答した中から職員の生の声が聞けると思い、医療安全文化調査に参加することとなりました。

4. 「医療安全文化調査」の実施 方法

1)調査説明・実施の流れ

医療安全文化調査を院内で実施するにあたっては、医療安全管理者が病院全体に向けて研修や院内メールを通して発信するだけでなく、各会議を通して各部門の SM へ参加の意義や内容を説明するようにしました。そして、各部門の SM が、それぞれの部門のスタッフに対して説明し、医療安全文化調査への協力依頼・周知を行い、調査票を回収しました。

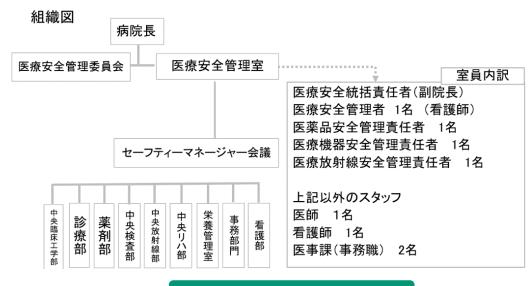


図 2. 院内の体制



2) 実施期間

2022 年度は、11 月 1 日~30 日で調査を 実施しました。

3)回答方法

回答方法は、2種類用意し、「個人のスマートフォンでQRコードや、URLから回答するweb回答」、「調査票への記載による回答」から、1つを選択できる体制で回答しやすい環境を準備しました。

5. 調査結果の共有

調査結果を病院内で共有する方法として、病院長、看護部長、事務局長、各部門の所属長が参加している医療安全管理委員会で発表し、病院の管理者が集まる運営会議でも共有しました。加えて看護部のSMが集まる看護部SM会議、各部門のSMが集まるSM会議の中でも共有しています。現場の看護スタッフには、看護部SM会議後の朝礼時に各病棟の師長より伝達します。各部門に対しては、SM会議後にSMが朝礼等を利用し伝達します。そして、医療安全管理室からは、全職員宛てにイントラネット上のメールでも資料を配布しました<表1>。

6. 医療安全管理室の取り組み

医療安全管理室では 2021 年度の結果を

踏まえ「S10:院内の情報伝達」「S09:部署 間のチームワーク」を強化領域とし具体的 な行動目標は肯定的割合を50%としました。 一方、各部署に対して、2021年度の調査 結果から前述の医療安全管理室が計画した 目標とは別に、取り組み領域を選択、目標決 定・対策立案して改善するよう依頼・管理し ました。具体的な手順や方法として、まず、 2022年5月のSM会議を利用し、各部門の SM に 2021 年度の調査結果から強化したい 領域を選択してもらいました。2022年6月 に、各 SM が強化に向けた目標値・対策を 立案し、安全管理室へ提出してもらいます。 安全管理室が提出物を確認、各部門の目標 を集約し、2022 年度の調査結果を基に翌 2023年3月の会議までに各部署の目標達成 や対策の効果を検証しました<表2>。

結果共有 される人	経営層	医療安全 ^{に関わる部・} 委員会	各部の代表者	現場スタッフ
結果共有の	 院長、看護部長、事務局長が参加している医療安全管理委員会で発表 病院の運営会議でも共有(2月) 	 医療安全管理委員会 (2月) 看護部リスクマネー ジャー会議(2月) SM会議(3月) 	医療安全管理委員会 (2月) <sm></sm>	 看護部セーフティ会議後の各部の朝礼(2月) SM会議後の各部署の朝礼(3月) 全職員宛てにイントラネット上のメール(3月)
	フリーコメントを含むWeb調査システム上の全グラフ(当院前年度比、部署比較、ベンチマーク)	Web調査システム上の全		フリーコメントを含むWeb調 査システム上の全グラフ
結果共有する	2021年度医療安全文化調査 結果をパワーポイントで作成。 ベンチマーク等の図を張り付 けした資料を作成し、会議等 で医療安全管理者が発表	へ図などを張り付け資料	Wordやパワーポイン	① 所属長が各スタッフへ所属 長会議の結果を伝える② 各部署SMが伝達③ <u>医療安全管理者がPDF化してイントラネット上の職員メールに送信する</u>

表 1. 調査結果の共有



項目		3		取り組み	8			
	栄養管理室	中央検査部	看護部	放射線科	ルス・ル	会計課·総務課	無知明	診療部
SOI 医療安全の促進に 関わる上司の考え 方と行動			情報をくれてありがとうなど の声掛けを意識して行う。 ヒューマンエラーではなく、 病院として取り組むための ものであることをしっかり伝 える。	医療安全文化調査より、回答率が38.5%と低いこと、回答した調査集計結果が全国平均の半分程度 てあることから、スタッフ全員の医療安全に対する 意識が低いことが分かる。イングデントアウッデン 中事例から、スタッフに事例の内容を心間し、事例 を検討し再発防止に努める。またグッドジョブ事例 においても公開し、検査前の対応で医療事故を防 止する方策を共有するよう努める。	職場内の業務環境の整備 とエラーの少ないシステムの構 築に努める		全ての部員が、問題(おか しい)と思った時、上司に報 告する	各科ミーテイングにおいて、 上司が主体的にイングデン トレポートの提出教向上へ の取り組みを行う
SO2 組織内・継続的な 改善		「確認不足」によるインシデントが多いことより、思い込みや伝達不足、情れなどで 発生しやすいと思われ、それ 活生しそすいと思われ、それ に対する改善事項を継続して考えていく		ダブルチェックの推進(撮影者と検像者を分ける など)	名前確認の徹底		インシデント・グッドジョブを報告していく	
SO3 部署内のチーム ワーク	病院側・奏託側の話し合い を窓に行い、よいチームワー ク作りに努める。			RISコメント機能を利用して患者情報の共有化	ミーティングに手の報告。事例について話し合いを実施	・情極的な声掛けと戦速相 の実施 ・積極的な声掛けの実施 (相談等のできる体制の構 築)担当とは違う業務参加 することで課内の連携を図る	朝のミーチイングでインシデ ントの報告を行い共有して いく	
SO4 自由なコミュニケー ション	上下関係なく話しかけやす い雰囲気つくりをする			RISコメント機能を利用して患者以外の情報も共有化	ミーティングに手の報告。事 例について話し合いを実施	挨拶励行		
SO5 エラーに関する フィードバックとコ ミュニケーション	毎朝のミーティングで前日 のインシデントについてス タッフに伝達し、参加してい ないスタッフにもミーティン グノートで間知して再発防 止に務める。	各技師へのフィードバックおよび、情報の共有が不足していると思われるため、インシアントが起こったら、その都度報告書を閲覧し共有する。		毎朝のミーティングで前日の問題点と対処を共有する	ミーテイングに手の報告。事例について話し合いを実施			医局会や各科ミーテイングでの情報共有
SO6 エラーに対する処 調のない対応			インシデントレポートの意義 をしっかり伝える。システム 改善していくためのもので あることを伝える。	インシボント・アクシデント・グッドジョブレポートの獲進	ミーティングに手の報告。事 例について話し合いを実施	フォローアゥプ体制を整える	エラー報告は匿名で報告	
SO7 人員配置				臨機応変に人員を動かす	セーフティマネージャーと副 マネージャーの配置	課内も連携を図ることで、1 +1=1.5を2にする		
SO8 医療安全に対する 病院の支援体制				分からない事は即産に医療安全管理室に相談する。				
SO9 部署間のチーム ワーク				知りえた患者情報は関連部署に伝える。		報連相の実施・対面でのコミュニケーションをとる		
SO10 院内の情報伝達				部署内の掲示板に伝達情報を張りスタッフが何時 でも情報共有できるようにする	配布された資料回覧	回覧板を積極的に回す	インシデント報告は、回覧し で情報共有	
SO11 安全に対する全体 的な認識				医療安全の話題を毎月行われる中央放射線部全体会議にあげる	通常ではないイベントが発生した時は必ずセーフティマネージャーに報告・相談	情報共有を徹底する		
SO12 出来事報告の姿勢	小さなグッドジョブから大きなインシデントまで、必ず報告してみんなで改善していとは良いことであることを意識付けをし報告者が有当のわれないような環境作りに務める。			朝ミーティングで近日の出来事またその経過報告 をする	通常ではないイベントが発 生した時は必ずセーフティ マネージャーに報告・相談	その日にあった事案は、そ の日のうちに報告する		



本調査回答率向上のための働きかけとしては、全体会議や全体研修で医療安全文化調査の意義を伝え、調査への参加を促しました。具体的には、医療安全研修の中に「安全を守るための職員間のコミュニケーション」研修を計画・実施し、研修を通して安全に対する意識を高め、調査への参加・回答率増加へつなげるように企画しました。加えて、以前作成した、「インシデントレポートの意義」を再度周知することとしましたく表3>。

7. 取り組み事例と結果

● 中央検査部の取り組み事例と結果

今回取り組みに対する効果があった、 中央検査部の事例を説明します。中央検 査部は、S02,S05の領域に絞って目標を立 て実践してくれました<表4>。

スタッフの回答率上昇への取り組みと して、前年までは安全文化調査のお知ら せを掲示し、口頭のみで周知していまし た。しかし、口頭や提示だけの案内では、参加への意識が低いため参加者が伸びませんでした。そのため、2022 年度は中央検査部内の責任者会議でも、医療安全文化調査の内容を取り上げ、それぞれの責任者に対して、SMが 2021 年度の結果を説明し、2022 年度の目標を伝達しました。その説明を、各責任者がそれぞれのメンバーに伝達しました。参加できていないメンバーに対しては、伝達内容を回覧するようにして、内容を確認したら印を押すよう変更しました。そうすることで、部署全体で共有でき、メンバーそれぞれが自覚して行動するようになったそうです。

また、インシデントが発生した時など、報告しやすい環境や体制を作ることを意識されたそうです。それにより、全部の領域に目標を立案しなくても、その部署の管理者や SM が安全に対する取り組みを意識させることで、中央値より上回る領域が令和3年度の6領域から令和4年度

(2022年度の取り組み)

	誰に	いつ	何を	どのように
	各部署の	SM会議で (5月)	2021年度のそれぞれの 部署の結果を元に2022 年度の目標設定・対策立 案を依頼し管理する	I. 医療安全管理室が、2022年度の 目標を決定し、各部署のSMも 2021年度の調査結果から強化し たい領域を選択する(5月)
具体的	S M Ic			2. 各SMが強化に向けた目標値・対 策を立案し、安全管理室へ提出 する(6月)
な				3. 安全管理室が提出物を確認する
手順・方				4. 安全管理室が各部門の目標を集 約し、本調査結果にて各部署の 目標達成や対策の効果を検証す る(~翌3月)
法	全	全体研修で		研修を通して安全に対する意識を高
	全スタ	(7月)	るための職員間のコミュ ニケーション」の実施	め、調査参加者率増加へつなげる
	ッフ	資料配布		2020年にマニュアルに追加した内容
	ıc	(7月)	の意義」を伝達する	を再周知した

表 3. 医療安全管理室の取り組み



は13領域へ増加し、結果として目標以外の領域も上昇し効果があったと評価しました<図3>。

当院全体の結果

当院全体の結果も、2022年度の対策は効果があったと評価しました。ほとんどの部署で2021年度より回答率が上昇し、ベンチマーク中央値より高い領域が、2021年度は4領域しかなかったのが2022年度は6領域に増加しました<図4、5>。

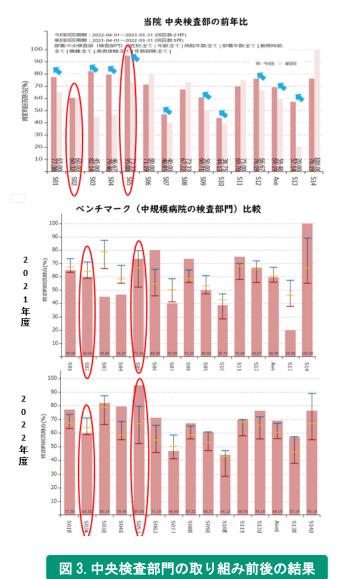
また、本調査参加のきっかけとなったインシデントレベル 0、1 の報告件数の推移については、参加を開始して 2 年目にあたる令和 2 年度には一時的に増加しました。しかし、その後は大きな変動はありませんで

した。そのため、今年度は報告する文化の定着に向けて取り組んでいます。インシデントレベル 0, 1 の報告件数を増加させるために、各部門に行動目標と改善計画の立案と実践をお願いしています。目標に対して少しずつ実践し、2023 年 6 月現在のところ2022 年と比較して報告数が上昇しています。また、それぞれの部署が取り組みを強化するためか、医療安全文化調査を行う時期には報告件数が上昇する傾向も見られました<図 6>。

令和4年度

医療安全文化調査結果からの取り組み 部署名: 中央検査部 項目 取り組み SO1: 医療安全の促進に関わる上 司の 考え方と行動 「確認不足」によるインシデントが多いことより、思い込みや伝達不足、慣れなどで発生しやすいと思われ、それに対 ISO2:組織内・継続的な改善 する改善事項を継続して考えていく SO3: 部署内のチームワーク SO4: 自由なコミュニケーション SO5:エラーに関するフィードバッタ 各技師へのフィードバックおよび、情報の共有が不足していると思われるため、インシデントが起こったら、その都度 報告書を閲覧し共有する コミュニケーション SO6:エラーに対する処罰のない対 SO7:人員配置 SO8: 医療安全に対する病院の支 体制 SO9: 部署間のチームワーク S10:院内の情報伝達 S11:安全に対する全体的な認識 S12:出来事報告の姿勢

表 4. 中央検査部の取り組み領域と目標



今回回答期間: 2022-04-01〜2023-03-31 (回答数:445件) 前回回答期間: 2021-04-01〜2022-03-31 (回答数:370件) 部署:全て|性別全て|年齢全て|病院年数全て|部署年数全て|勘務時間全て|職種全て|患者接触全で|年数経 験全て ■ 今回 ■ 前回 100 90 80 -70 -肯定的回答割合(%) 60 50 40 30 20 10 S010 S02 S038 S041 **S05** S06 S07 3805 S098 S10 S115 S12 Ave S138 S14 図 4. 当院全体の結果 前年比 ペンチマーク集計開替: 2021-07-01~2021-12-31 ペンチマーク比較対象: <mark>** 約成6 (中規度: 2021-459年) (17頁院)</mark> n=37C 出版量計開放: 2021-04-07~2022-02-14 (回答数370円) 報報団分全で |性別全で | 年齢全で | 病院年数全で | 動器年数全で | 動務時間全で | 悪種接触全で | 年数 経験全で | 100 90 80-2 0 Ξ 2

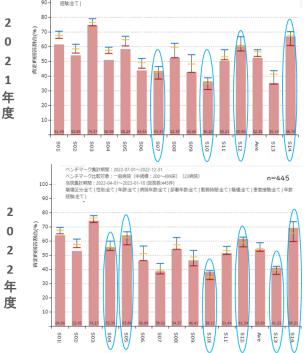
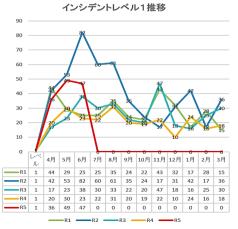


図 5. 当院全体とベンチマーク比較





(2023年6月作成)

図 6. インシデントレベル 0、1 の報告件数の推移

8. 今後の改善活動

ベンチマークと当院の各領域の結果を比較すると「S01:医療安全の促進に関わる上司の考え方と行動」「S02:組織的・継続的な改善」の2領域が25%タイルを下まわっており、当院全体の課題であると評価しています。

当院の 12 領域の平均値と当院の各領域の結果を比較すると「S10:院内の情報伝達」、「S09:部署間のチームワーク」が低く、他職種間の連携不足や情報共有が出来ていないと考え、2023 年度の課題としました。

2019 年から昨年までの調査結果から、SBAR やチーム STEPPS などを取り入れ改善活動を継続しています。しかし、「S02:組織的・継続的な改善」、「S06:エラーに対する処罰のない対応」が現在も課題となっています。職場の風土と安全文化には関連があり、連携の強化だけではなく、職場内の円滑なコミュニケーションとポジティブフィードバックが必要であると考えています。また、インシデントレポートは、報告文化の定着に向けた非懲罰的取り扱いであること、システム改善のためであることを認識して

もらえるように伝える必要があります。そして、報告することで、振り返り学習への活用の場となることも伝えていく必要があるため、インシデントレポートの意義を今年度も伝えていこうと考えています。

2023年10月発行

「医療安全文化調査 活用支援」 活用事例集 vol. 15

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)