

「エラーに対する処罰のない環境を目指して」

～キーパーソンへの教育が近道！？～

～医療法人光臨会 荒木脳神経外科病院の事例～

医療法人光臨会 荒木脳神経外科病院

医療安全管理室 医療安全管理者 吉本 智子



2009 年 医療法人光臨会 荒木脳神経外科病院 入職
 2018 年 医療安全管理者養成講習 修了
 2023 年 医療安全管理室 医療安全管理者として現在に至る

【病院基本情報】

住所	〒743-8561 広島県広島市西区庚午北2丁目8-7
病床数	110 床
診療科	脳神経外科、脳神経内科、内科、外科、循環器内科、消化器内科、リハビリテーション科、放射線診断科
平均外来患者数	97.5 名/日（2022 年度）
職員数	300 人（非常勤含む）

1. 病院概要

当院は、広島県西区に位置します、脳神経外科病院専門病院です（図1）。病床数は、SCU 9床、一般病棟 32 床、地域包括病床 10 床、回復期リハビリテーション病棟 59 床）の計 110 床です。当院の医療安全に関わる組織図は以下の図のとおりです（図2）。



図 1. 当院の外観

りです（図2）。

当院は 2021 年 第 16 回医療の質安全学術集会にて、日本医療機能評価機構が企画した「医療安全文化調査を活用した改善事例」パネルディスカッションに当院の医療安全文化調査を用いた改善事例の発表をしました。この度は、前回発表からの当院の取り組みと医療安全文化調査結果の推移についてまとめます（前回取り組み 事例集 vol.7 参照）。

2. 調査実施のきっかけ

2017 年医療安全加算 1 を取得、「医療安全管理室 基本理念」を定め、医療安全文化の醸成について宣言しました。その

後、2019 年医療安全文化調査活用支援キットオフセミナーを聴講し、当院の医療安全文化を可視化し測ることができるという目的に賛同し本調査に参加することとなりました。

組織図

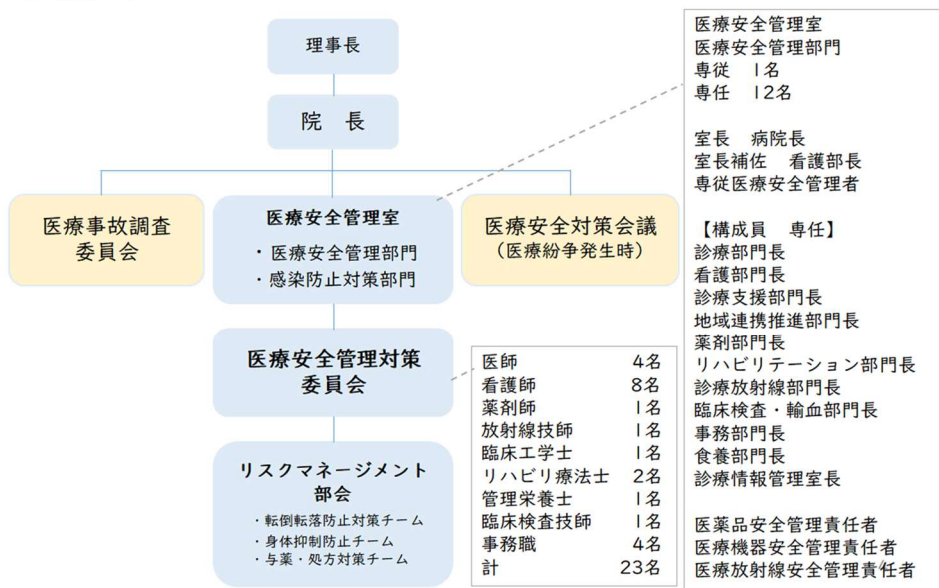


図 2：医療安全に係る組織図

3. 2022 年度の調査実施方法

調査開始について、各部門長、部署長へ医療安全管理者が医療安全管理対策委員会で案内しました。全職員に対しては、グループウェアに QR コードを付記した案内文書を掲載し、実施期間を 11 月中旬から約 2 週間としました。

回答率を上げる工夫として、安全文化調査期間のアピールと周知も含め、回答が済んだ人に自主的にチェックしてもらう回答確認表を作成し各部門長・部署長へ配布し、協力依頼しました。また、各部署の回答率はグループウェアで共有しました（図 3）。

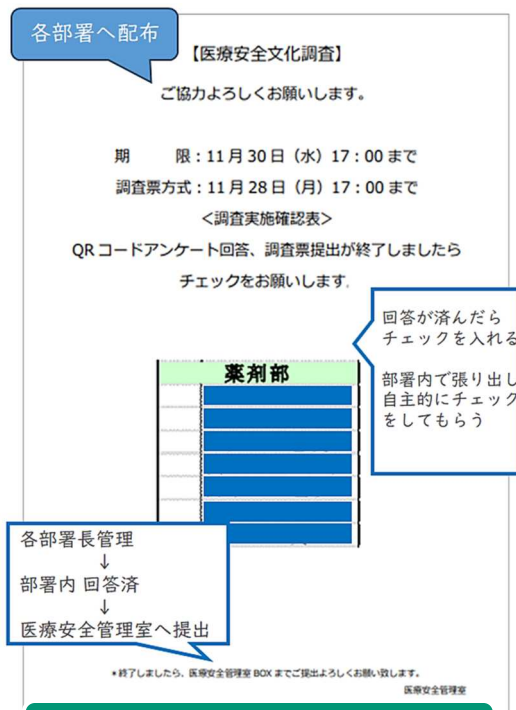


図 3：回答確認表

4. 調査結果の共有方法

医療安全管理部門には、週 1 回開催される医療安全対策カンファレンスで共有し、部署の責任者、部署長へは、医療安全対策委員会を活用し、共有しました。全職

員への共有は 2021 年 医療の質・安全学会学術集会での「医療安全文化調査を活用した改善事例」パネルディスカッションを聴講する機会を設け共有することにしました（表 1）。

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
結果共有の時期・場	2月 医療安全対策カンファレンス、医療安全管理部門構成員で共有	2月 調査実施後、ベンチマーク結果公開後の医療安全管理対策委員会	2月 医療安全管理対策委員会	2021年 9月 医療安全研修 2021年 11月 医療の質・安全学会学術集会シンポジウムの院内聴講
結果共有の内容・範囲	前年度比との比較 ベンチマーク、部署比較 Web調査システム上の全グラフ	①各部署毎のアンケート調査回答率を共有（12月） ②各部署比較、ベンチマークを共有し、分析を依頼（2月） ③医療安全管理部門の分析結果、各部署の分析結果をまとめ共通のフォルダーより共有する。（3月）	<所属長のみ> 委員会の内容と同様	前年度比較グラフ、ベンチマーク、当院の学会発表内容の聴講〔全職員〕
結果共有する人・方法	前年と比較したグラフをパワーポイントへ貼り付け医療安全管理者がプレゼンをする。	前年と比較したグラフをパワーポイントへ貼り付け医療安全管理者がプレゼンをする。 各部署の要因分析結果は、医療安全管理者がとりまとめ、パソコン上の共有フォルダー内で閲覧	左記と同様	研修講師：医道倫理委員会委員長 医師 医療安全管理者

※現場スタッフへの共有は2021年～実施。その他は本調査実施の2019年～上記のとおり共有を実施。

表 1：調査結果の共有方法

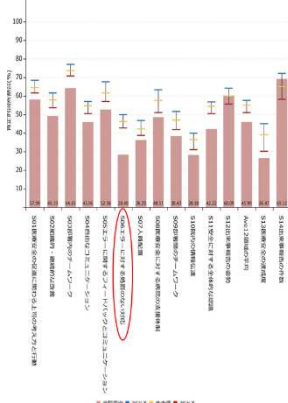
5. 改善サイクル

○2019 年、2020 年の調査結果

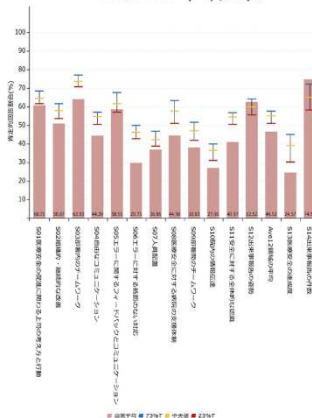
「S12 出来事報告の姿勢」、「S14 出来事報告の件数」以外はベンチマーク 25% タイル値よりはるかに下回る結果でした

（図 4）。中でも、特に肯定的回答割合が低かった「S06 エラーに対する処罰のない対応」「S10 院内の情報伝達」「S13 医療安全の達成度」の 3 領域を問題としました（図 5）。

2019年結果



2020年結果



※ベンチマーク：参考値として 2022 年度全種別（N=66）を使用

図 4：当院とベンチマーク比較

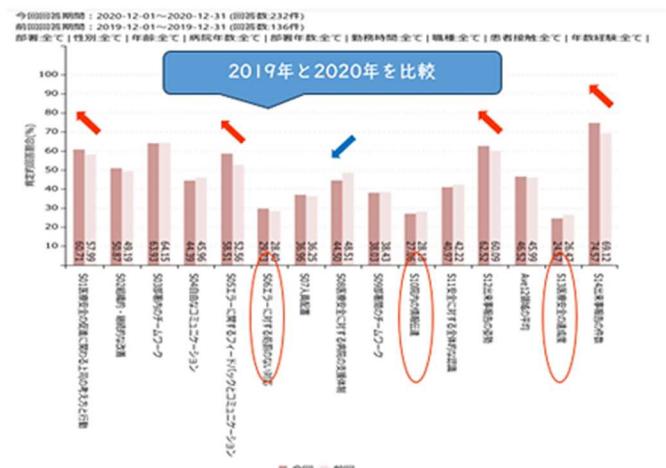


図 5：当院の経年比較

○改善の取り組み1（2021～22年度） ～注目領域への取り組み～

一番に改善しなければいけないと注目した領域が「S06 エラーに対する処罰のない対応」でした。2019年度の結果を意識して活動していたものの、2020年度も低値で推移していたことや、当時院内でのパワーハラスメント問題もあり、エラーが発生しても責めることがないよう医療安全の基本的姿勢を学んでもらいたいという病院長の考えから本領域に注目しました。

2019年から調査結果をどのように全職員へ共有したら良いか迷い、検討を重ね、「エラーに対する処罰のない対応」領域が影響する職場風土について、「どうにかしたい」という思いから、2021年10月に医療安全管理部門として、「心理的安全性の高いチームづくり」という目標を業務改善計画書の中に加えました。具体的な対策として、2021年第16回医療の質安全学術集会聴講後アンケートで職員からの反響が大きかった Safety-II の活用、その他グッドレポートの取り組み、公認心理士の介入を行うこととしました。

➤ Safety-II の活用・グッドレポートの取り組み

毎週、提出されるインシデント レポートに医療安全管理者がコメントをつけ、医療安全対策カンファレンス前にグループウェアに掲載し共有しました。また、毎月発行している院内の医療安全ニュースも活用し、部署で振り返りを行った Safety-II の事例紹介やグッドレポートの紹介を行いました（表2）。

➤ 公認心理士の介入

本調査のフリーコメント欄には管理者への辛辣な意見が記載されていることもあります。管理職への精神的フォローも含め、院内での出来事をいち早く同じタイミングで共有し、必要な時に医療安全管理者と一緒に問題解決に取り組むことができる体制の構築を目的として公認心理士に医療安全カンファレンスや管理職対象のグループワークに参加してもらうことにしました。

	誰が	誰に	いつ	何を	どのように
具体的な手順・方法	医療安全管理者が	リスクマネージャー	2022年2月	Safety II の概念	1. Safety II の紹介 2. 事例に応じた振り返りの実施
	医療安全管理者が	医療安全管理部門、医療安全管理対策委員会、リスクマネージャー	2021年11月頃から毎週水曜日	グッドレポートを紹介	1. 毎週情報共有を行うインシデント情報へグッドレポートのお知らせを行う。 2. 委員会・リスク部会で紹介
	医療安全管理者が	全職員	2021年11月頃から毎月	1. グッドレポートを紹介 2. Safety II の事例紹介	医療安全ニュースへ掲載する
	公認心理士	医療安全管理部門	2022年6月	1. 医療安全対策カンファレンス参加 2. 部署長対象のグループワークに参加	1. 院内の医療安全の現状、どんな問題が取り上げられているかを共有する。 2. 管理者に向けられたフリーコメント内容に対する精神的フォロー

表2：調査結果の共有方法

○2022 年度の結果

前年よりプラス 5 ポイント以上上昇した領域は、「S02 組織的・継続的な改善」、「S03 部署内のチームワーク」、「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」、「S06 エラーに対する処罰のない対応」、「S11 安全に対する全体的な認識」の 5 領域でした。また、ベンチマークと比較すると「S02 組織的・継続的な改善」、「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」「S09 部署間のチームワーク」の 3 つの領域がベンチマーク 25%タイル値に達することができ、中でも「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」に関しては、ベンチマーク 75%タイルに達する結果となりました（図 6）。

○改善の取り組み 2（2020～22 年度）

～各部署個別分析で改善につなげる～

医療安全管理部門として、病院全体の調査結果を分析した資料および部署固有の集計資料を各部門・部署長へ共有しました。部署固有の集計資料には、自部署を「現状把握・分析」する欄を設け、記入を依頼しました（図 7）。また、共通フォルダーを作成し、資料をいつでも見返すことのできるような工夫を行っています。なお、本調査初年度であった 2019 年度は簡易的な結果分析のみを行いました。

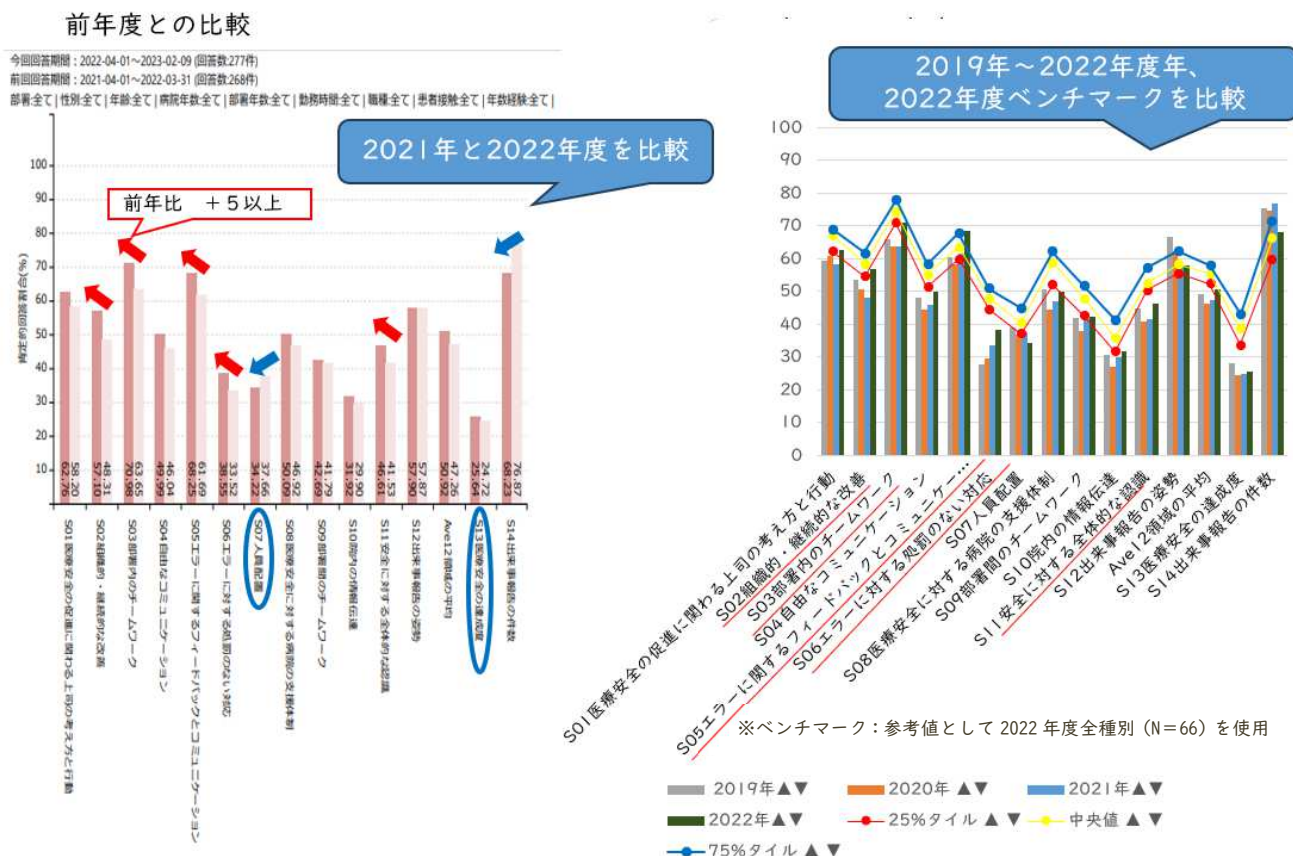


図 6：2022 年度の結果

原因分析

医療安全管理部門 強味・弱み・要因分析
⇒各部署へ強味・弱み・要因分析を依頼
⇒全部署の要因分析を共通フォルダーで共有

2022年度 医療安全文化調査 各部署振り返り



部署名【 医療安全管理部門 】
前年比+5以上を選出、かつベンチマーク（25%タイル）に達している項目（赤太字）

2022年度 強み	肯定割合が高い要因として考えられること
S02 組織的・継続的な改善	*+2.07) ベンチマーク中央値には達していないが、25%タイルより+2.07上回っている。医療安全室の組織的な活動が職員間に少しずつ認知されてきているのではないかと
S03 部署内チームワーク	-1.19) ベンチマークには達していないが、各部署での医療安全の取り組み結果が部署内のチームワークよい結果をもたらしているのではないかと
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	*+9.4) 3年前より医療安全対策カンファレンス、医療安全管理対策委員会内でS06に関する発言や取り組みべきこととして、認識を共有した結果、S05に関するコミュニケーションに良い影響をもたらすことができたのではないかと
S06 エラーに対する処罰のない対応	*-7.44) 2019年度と比較すると+10.73と肯定割合が増加している。2021年医療の質・安全学会で当院の取り組みの発表を行った。S06項目について、院内医療安全必須研修会で、インシデントレポートは懲罰に値する物ではないことを宣言し、繰り返し周知を行ってきた。今後、さらにベンチマークに達することを目標に、改善が必要と考える
S11 安全に対する全体的な認識	*-3.22) インシデントレポートを元に業務手順・システムなどの検討・見直しをおこなってきた。今後ベンチマークに達するためには、行っていることを全職員にわかりやすく周知することや、業務手順・システムの改善が、現場主導で取り組むことができ、それに対する支援の取り組みが必要ではないかと

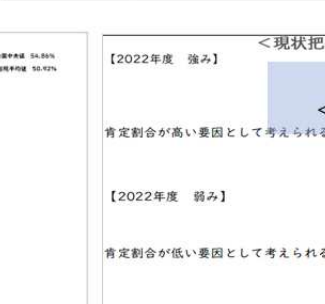
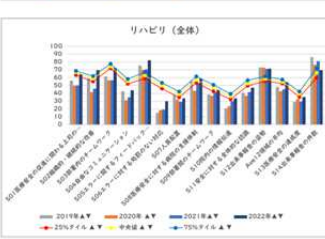
(※数値：ベンチマーク 25%タイルとの差)

各部署毎に作成 要因分析の資料として配布

領域ID	領域名	2022年度	2021年度	25%タイル	中央値	75%タイル
S01	S01医療安全の促進に開く...	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S02	S02組織的・継続的な改善	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S03	S03部署内のチームワーク	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S04	S04自由なコミュニケーション	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S05	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	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S06	S06エラーに対する処罰のない対応	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S07	S07人員配置	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S08	S08医療安全に対する病院の意識	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S09	S09部署間のチームワーク	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S10	S10院内の情報伝達	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S11	S11安全に対する全体的な認識	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S12	S12医療安全の姿勢	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S13	S13医療安全の達成度	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S14	S14出来事報告の件数	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75

領域ID	領域名	2022年度	2021年度	25%タイル	中央値	75%タイル
S01	S01医療安全の促進に開く...	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S02	S02組織的・継続的な改善	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S03	S03部署内のチームワーク	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S04	S04自由なコミュニケーション	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S05	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	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S06	S06エラーに対する処罰のない対応	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S07	S07人員配置	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S08	S08医療安全に対する病院の意識	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S09	S09部署間のチームワーク	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S10	S10院内の情報伝達	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S11	S11安全に対する全体的な認識	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S12	S12医療安全の姿勢	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S13	S13医療安全の達成度	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S14	S14出来事報告の件数	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75

領域ID	領域名	2022年度	2021年度	25%タイル	中央値	75%タイル
S01	S01医療安全の促進に開く...	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S02	S02組織的・継続的な改善	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S03	S03部署内のチームワーク	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S04	S04自由なコミュニケーション	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S05	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	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S06	S06エラーに対する処罰のない対応	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S07	S07人員配置	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S08	S08医療安全に対する病院の意識	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S09	S09部署間のチームワーク	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S10	S10院内の情報伝達	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S11	S11安全に対する全体的な認識	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S12	S12医療安全の姿勢	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S13	S13医療安全の達成度	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75
S14	S14出来事報告の件数	52.75	52.75	52.75	52.75	52.75



領域ID	今年	前年	前年比
S01	62	68	-6
S02	64.52	50	14.52
S03	69.35	46.08	23.27
S04	72.58	56.62	15.96
S05	8.82	11.67	-2.85
S06	10.93	4.29	6.64
S07	56.42	52.44	3.98
S08	44.76	40.81	3.95
S09	33.71	30.02	3.69
S10	47.18	41.66	5.52
S11	71.51	71.08	0.43
S12	54.33	45.27	9.06
S13	35.48	29.41	6.07
S14	69.35	80.88	-11.53

領域ID	今年	前年	前年比
S01	62	68	-6
S02	64.52	50	14.52
S03	69.35	46.08	23.27
S04	72.58	56.62	15.96
S05	8.82	11.67	-2.85
S06	10.93	4.29	6.64
S07	56.42	52.44	3.98
S08	44.76	40.81	3.95
S09	33.71	30.02	3.69
S10	47.18	41.66	5.52
S11	71.51	71.08	0.43
S12	54.33	45.27	9.06
S13	35.48	29.41	6.07
S14	69.35	80.88	-11.53

＜現状把握・分析＞
当該部署 記入欄
＜現状把握・分析＞
肯定割合が高い要因として考えられること

【2022年度 弱み】
肯定割合が低い要因として考えられること

図7：調査結果 フィードバック資料

6. まとめ・今後の課題

ベンチマーク中央値と比較するとまだまだ下回っているのが現状ですが、2019 年度から比較するとどの領域も上昇傾向にあります。

特に、「S06 エラーに対する処罰のない対応」に注目し肯定回答割合を増やすためには、どのような活動が必要であるのか模索してきました。医療安全管理対策委員会で部門、部署長を中心に分析、検討を重ねた結果が、エラーに対する管理職の行動変容を生み、「S03 部署内チームワーク」、「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」の肯定割合の変化に影響を及ぼしたのではと考えます。

課題としては、2021 年度よりコロナ禍でもあり、分析後の各部署への結果共有はできているが、フリーコメントの活用や部署毎の振り返りを行う場を作ることができていないことです。今後は、各部署の分析活動をリスクマネージャー・主任クラスへ広げ、全職員を巻き込む取り組み活動、ボトムアップの仕組みを構築し、要因分析・対策について部署毎に話し合う場合を検討していきたいと考えています。

医療安全文化調査を模索しながら 4 年間、調査結果を分析し活動することで、各部署から意見を拾い上げる「きっかけ」を作ることができました。この「きっかけ」を基に、医療安全文化の醸成、心理的安全性の高いチーム作りを目標に、今後も活動を継続していきたいと思っています。継続は、力なり。

2023 年 12 月発行

「医療安全文化調査 活用支援」

活用事例集 vol. 16

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)