

インシデントをどのように

フィードバックしていますか？

～エラーに関するフィードバックとコミュニケーションへのアプローチ～

自治医科大学附属さいたま医療センター

医療安全管理室室長補佐 兼 看護師長 大庭 明子

1999年 国際医療福祉大学 保健医療学部看護学科 卒業
1999年 自治医科大学附属大宮（さいたま）医療センター入職
2017年 医療安全管理室 主任看護師
医療の質・安全学会主催 医療安全管理者養成研修 修了
2019年 医療安全管理室 室長補佐 看護師長
現在に至る



【病院基本情報】

住所	〒330-8503 埼玉県さいたま市大宮区天沼町 1-847
病床数	628床
診療科	内科、循環器内科、小児科、外科、脳神経外科、心臓血管外科、整形外科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、産婦人科、皮膚科、形成外科、リハビリテーション科、麻酔科、放射線科、精神科、歯科口腔外科、病理診断科、救急科
平均外来患者数	1550人/日
職員数	1565人（非常勤を含む）

1. 病院概要

自治医科大学附属さいたま医療センターは、自治医科大学附属病院の分院として平成元年に埼玉県さいたま市大宮区（旧大宮市）に設立されました。さいたま市大宮区は日本の人口の100分の1にあたる人口130万の埼玉県の中核であり、センターは市の急性期医療を担っています（図1）。



図1. 当センター 理念

2. 医療安全体制について

当センターの医療安全管理室は、センター長直下の組織である医療安全・渉外対策部内にあり、インシデント報告関連の対応は医療安全管理室が担当し、組織的な対応が必要な事例は渉外対策室、院内でのトラブル事例については保安支援室が対応しています。医療安全管理室の下には、医療安全管理委員会と、クオリティマネジメント委員会が置かれ、そこで医療安全と質の担保のためのインシデントの情報共有がされています（図2）。

医療安全管理室は、日々現場から報告される沢山のインシデント報告を元に改善活動のサポートを行う他、患者さんと医療者の安全確保のため様々な活動を行



図2

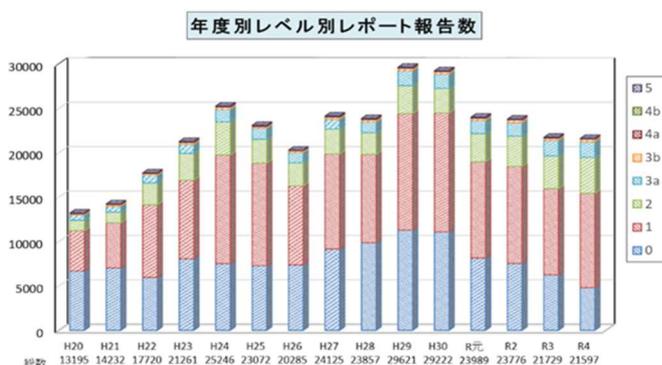


図3

っており、毎週金曜日の医療安全巡視（院内の全部署）、医療安全管理委員会の開催、医療安全推進担当者会議の開催、初期研修医1年目の医療安全講習会の開催、医療安全新聞の発行、外部講師による医療安全講演会の開催調整（年間3回程度）と e-learning の作成や申請、職員への医療安全教育、入職時オリエンテーション（中途採用も含む）等、活動は多岐に渡ります。

3. 医療安全文化調査のきっかけ

2021年度に病院機能評価受審することになり、それまで出来ていなかった医療安全文化の客観的評価として医療安全文化調査に参加することになりました。当センターのインシデント報告数は年間2万件以上で（図3）、医師の報告数は1000件を超えます。そのうち7割はレベル0, 1の報告であり、「現場で起こっていることを所属長へ知ってもらうため」「医療安全管理室やセンターに知ってもらいたいことを報告する」というような気軽な報告ツールという位置付けになっています。「報告文化がある＝医療安全文化がある」の仮説検証という点でも非常に興味深い調査となりました。

4. 医療安全文化調査の取り組み

1) 調査の方法

1回目 2021年 11月から12月

2回目 2022年 11月から12月

対象は全職員とし、Web 回答としました。

2) 結果

① 1回目は回答率70%で、看護師が全体の約6割、医師が2割という結果となり、2回目をもっと回答率を上げたいという気持ちがあり、回答促進用のポケットティッシュを作成し配布しましたが、結果的に1回目とほぼ回答率に変化なく、医師看護師が120人ほど減り、コメディカルと事務職、その他ラボランテ

ンなどの職種の回答が増加しました(図4)。

1回目の結果はほとんどの領域がベンチマーク中央値以上で、医療安全文化は良好な状態にあると考えられる結果で、また出来事報告の件数は参加病院の最高値でした。ベンチマーク中央値以下は、「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」「S07人員配置」の2領域でした。1回目の結果は医療安全管理室の課題としてとらえ、インシデントの周知や対策の周知の徹底を強化し、「くり返しのアナウンス」を行いました。

② 2022年はベンチマーク中央値との比較でほとんどの領域がベンチマークを上回りましたが「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」「S07人員配置」が昨年同様中央値を下回る結果となりました(図5)。

前年度との比較では、「S12 出来事報告の姿勢」「S14 出来事報告の件数」以外はすべてプラスポイントにあり、中央値を下回った「S05 エラーに関するフィード

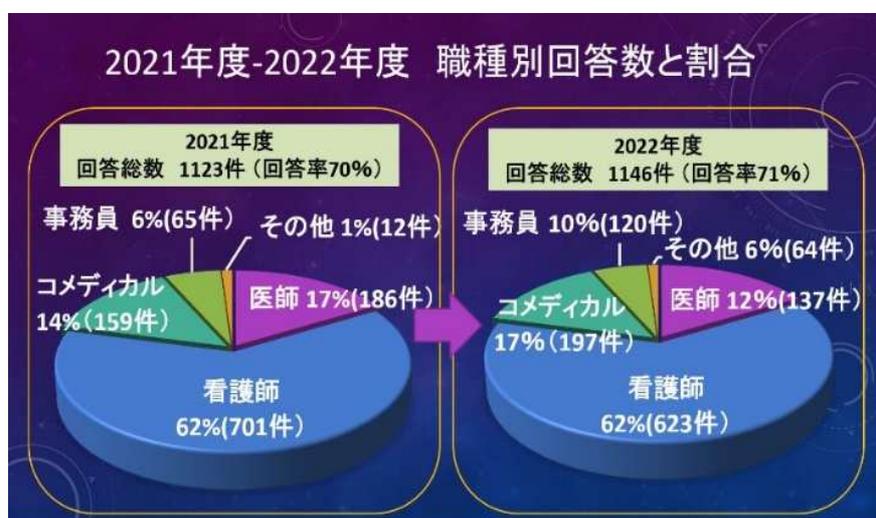


図4

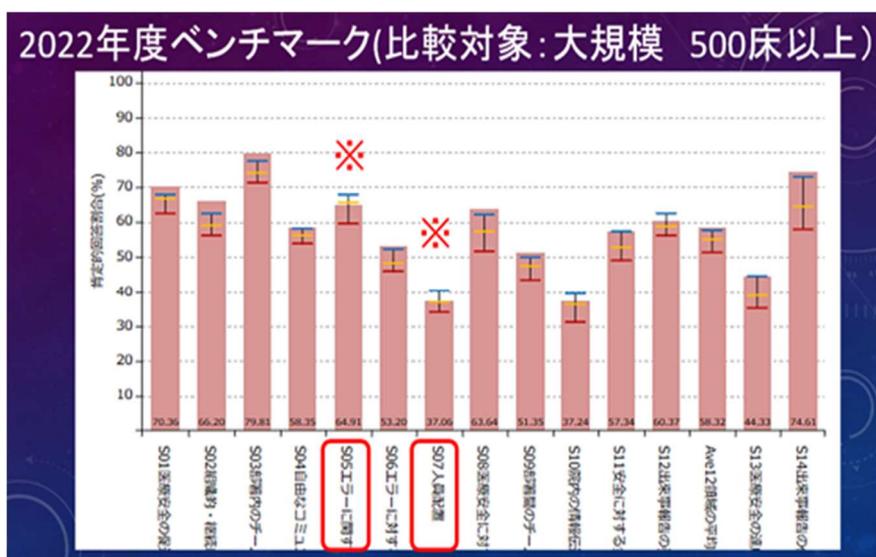


図5

バックとコミュニケーション」も 2021 年度に比べると 4.47%ポイント上昇がみられていました (図6)。

次にベンチマーク 75 パーセント以上ではありますが、「S14 出来事報告の件数」の肯定的回答割合低下についての分析をしました。本調査とは別に管理・分析している当院のインシデント報告数の推移を確認すると、前述の図3の通り 2021 年度と 2022 年度のインシデント報告数はほぼ変化はありませんでしたが、職種ごとの「S14 出来事報告の件数」の結果を見たところ、「事務員」や「その他」の職種の肯定的割合が極端に低いことがわかりました (図 7)。これらのことから、「事務員」や「その他」の職種の回答数が 100 人以上増加したことが、S14 領域の 2022 年度当院全体の肯定的回答割合を押し下げたことがわかりました。

またこれらの職種についてのインシデント報告文化の醸成が必要であることも同時に明確となりました。

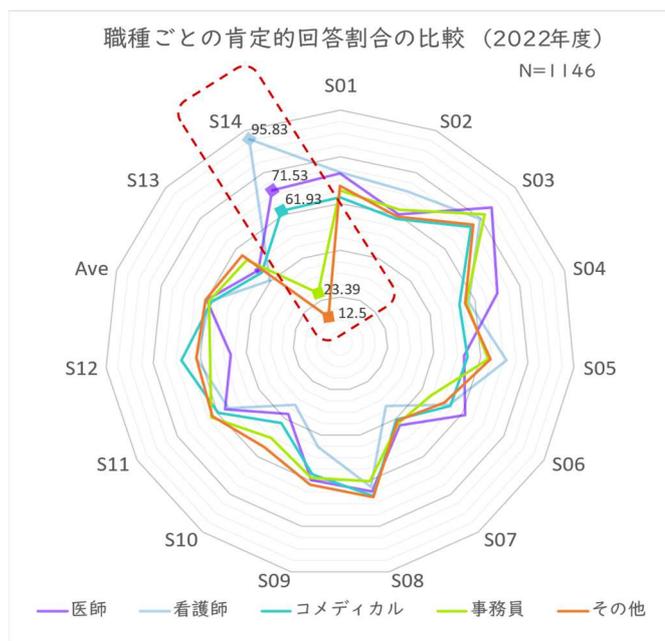


図 7



図 6

5. 医療安全文化調査結果のフィードバック

1) 可視化の準備（資料作り）

当センターの課題である「S5 エラーに関するフィードバックとコミュニケーション」について、まず回答率6割を占める看護部へアプローチすることにしましたが、調査結果を自分ごととして認識して貰えなければ、フィードバックの意味はなくなってしまうと考え、自部署が院内の他の部署や、他施設のベンチマーク中央値と比べてどのあたりに位置しているのか比較が出来るような資料と、自部署の取り組み結果が分かるように昨年度との比較資料を持参できるように準備しました（図8、9）。

このような資料を持参し、部署の師長と一緒にひとつひとつ見て確認することで、ベンチマークとの比較だけでなく、部署の努力によって改善されたことなどを、多角的にポジティブフィードバックすることが出来ました。

2) フィードバックとヒヤリング（肯定的回答割合の高い部署から先に）

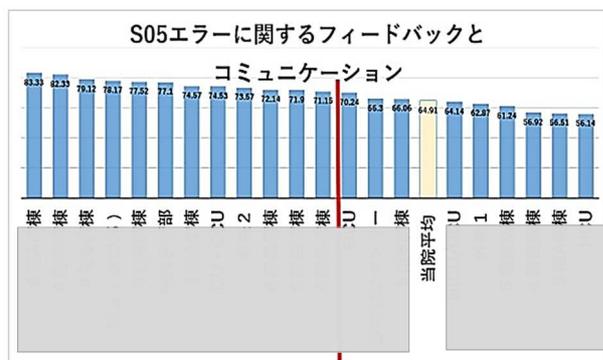


図8

目立って良い結果となっている領域や、前年度と比較して改善している領域について、「どのような取り組みを行ったか教えて欲しい」という姿勢でフィードバックを実施しました。ヒヤリングの結果、肯定的回答割合の高い部署の看護師は自部署や他部署で起きたインシデントの情報をしっかり受け取り、それに対する自分の意見を言える環境があり、インシデントについて対策を検討し周知するというプロセスが機能しているという共通点がありました。

3) 肯定的回答割合の低かった部署へのアプローチ

すべての領域で院内最下位となった外来部門の事例を紹介します。

外来部門の特徴として、集中治療部や救命救急センター等での勤務経験がある看護師が多く、1人1人のアセスメント能力が高く、気づきも多いスタッフが揃っています。そのためヒヤリハットレポートは看護部で1番多く出る部署でもあります。しかし、子育て世代で短時間勤務の職員も多く、色々な場所に散って業務を行うため、なかなか集合してカンフ

領域ID ▲	領域名	今回 ▲▼	前回 ▲▼	前回との差
S01	S01医療安全の促進に関わる上司の考え方	87.93	84	3.93
S02	S02組織的・継続的な改善	86.21	81.33	4.88
S03	S03部署内のチームワーク	93.97	91	2.97
S04	S04自由なコミュニケーション	80.46	79.17	1.29
S05	S05エラーに関するフィードバックとコミコ	81.36	82.33	-0.97
S06	S06エラーに対する処罰のない対応	70.11	74.67	-4.56
S07	S07人員配置	25.86	23	2.86
S08	S08医療安全に対する病院の支援体制	81.61	70.33	11.28
S09	S09部署間のチームワーク	66.38	64	2.38
S10	S10院内の情報伝達	39.66	36.67	2.99
S11	S11安全に対する全体的な認識	68.97	60	8.97
S12	S12出来事報告の姿勢	60.92	57.97	2.95
Ave	Ave12領域の平均	70.29	67.04	3.25
S13	S13医療安全の達成度	65.52	48	17.52
S14	S14出来事報告の件数	96.55	92	4.55
-	回答数(件)	29	25	4

図9

ァレンスを行う機会や時間がないという現状があります。

外来部門は、医療安全管理室からの個別フィードバックを受け、師長が主任看護師と安全係を集めて今回の医療安全文化調査結果について話し合いました。師長が「みんなは医療安全についてどうしたいか？」を聞いたところ、「安全のことでモヤモヤすることが多々あり、とても気になっていた」という気持ちをスタッフが抱えており、患者さんへの思いが強く「何かしなくてははいけない」と思いつつ、自分がどのようにアクションを起こして良いのかが分からず躊躇していたということが分かりました。

これを機に、外来部門では医療安全や問題解決の体制を見直して、スタッフが個々で活動していることを部署全体の取り組みとして実現させようと一致団結して、医療安全にかかわるそれぞれ役割りを明確化しました。また、医療安全管理室からの個別フィードバック時に紹介した、調査結果の良い部署の取り組みを参考に「終礼」を週に1回実施し、医療安全の時間にするというしくみを作ることが出来ました。

これは医療安全文化調査の結果を受けて、調査結果の良い部署の取り組みをヒントに行動変容できた事例であり、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キーワードとなる「双方向型のコミュニケーション」が人を動かすということを改めて感じました。

6. まとめ

医療安全文化調査により、当センターの「報告する文化」の醸成は「医療安全文化」を良好な状態を保持していることが分かりました。

また、看護師において「インシデントのフィードバックとコミュニケーション」は部署での円滑な双方向型コミュニケーションが不可欠であり、大人数でのカンファレンスだけではなく、少人数または1対1など、人数には関係なく有効であることが分かりました。

今回、2回目の医療安全文化調査の結果を振り返り、各部署の師長と対話したことで、今まで知らなかった部署内の活動内容、部署の強み弱みを理解することが出来ました。これは医療安全管理室として今後の部署へのアプローチに活かせる内容でもあり、何より看護部各部署の医療安全活動の評価や改善の良い機会となりました。

今回は看護部に対して詳細なフィードバックを行いました。看護部以外の職種へのフィードバックが課題となります。特に診療科毎の結果を医療安全管理室がどのような方法で行うことが効果的なのか、インシデントのフィードバックと同様に双方向型を検討していきたいと思えます。



2024年2月発行
「医療安全文化調査 活用支援」
活用事例集 vol.17
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）