

「小規模急性期病院における多職種が連携した 医療安全活動向上へむけた取り組み」

～医療法人社団協友会 メディカルトピア草加病院～

医療法人社団協友会 メディカルトピア草加病院

医療安全管理室 遠藤 悟

1996 年 上尾中央医科グループ病院 入職
2010 年 日本病院会 医療安全管理者修了
2012 年 医療法人社団協友会メディカルトピア草加病院 入職
2015 年 同院 医療安全管理室室長
2018 年 同院 医療安全管理室室長兼手術看護科科长
現在に至る



【病院基本情報】

住所	〒340-0028 埼玉県草加市谷塚 1-11-18
病床数	80 床
診療科	内科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、糖尿病内科、外科、 内視鏡外科、婦人科、泌尿器科、女性泌尿器科、整形外科、小児 科、皮膚科 麻酔科、リハビリテーション科
平均外来患者数	356.7 名/日
職員数	347 名（2023 年 10 月現在）

1. 病院概要

当院は、埼玉県草加市にある上尾中央医科グループの小規模急性期病院であり、2012 年 2 月に名称変更し再出発しました（図 1）。2012 年当初は職員数が 100 名にも満たない人数でありましたが、年月の経過とともに診療科や病院機能が少しずつ変化し、現在では 300 名を超える職員数となりました。



図 1. 当院の外観

2. 医療安全体制

院長直轄部署として医療安全管理室を設置し、専任医療安全管理者（看護師）1名が看護部の部署チーフを兼任しながら従事しております。また医療安全管理部門として兼任医師、看護師、薬剤師、事務職員と連携しながら、週1回のカンファレンスをはじめ部署ラウンドなど実施しています。委員会は、患者安全対策委員会（以下「委員会」）、その下部部会にリスクマネージャー部会（以下「RM部会」）があります（図2）。

医療安全管理室は1人体制であり日々の安全活動に限界があるため、各部署のRM部会員と事例や各ワーキング活動の進捗状況の情報を共有しながら、組織横断的に医療安全活動に取り組んでいます。

3. 医療安全文化調査のきっかけ

2019年の医療安全文化調査 活用支援（試行）事業より参加し2023年度で5年目を迎えます。

2019年6月頃「医療機能評価機構」から試行事業の参加案内がありました。また同年8月頃、上尾中央医科グループの「医療の質向上委員会患者安全部会」において「医療安全文化調査 活用支援（試行）」事業の紹介があり、グループ全病院が本事業へ「参加をする」という後押しもあり、参加へ向けた情報収集と調査に向けた準備を進めました。

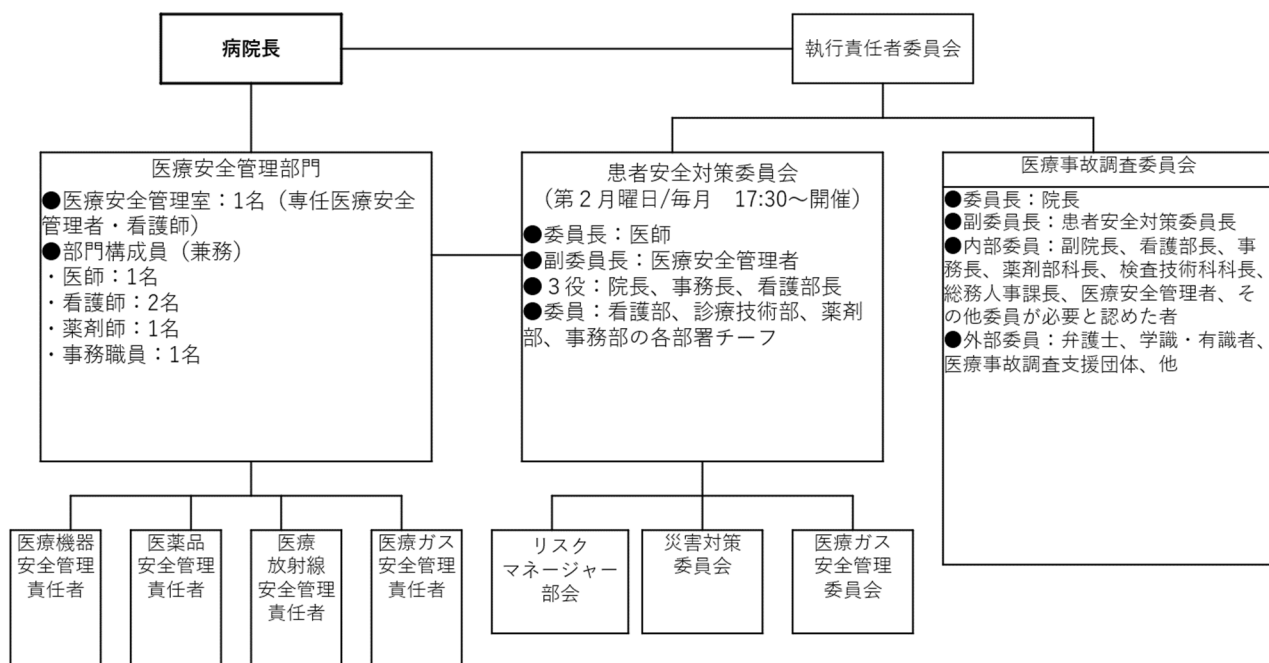


図2：医療安全体制図

4. 医療安全文化調査の方法

調査方法は以下のとおりです。

- 調査目的：職員が取り組んでいる医療安全文化がどのくらい醸成されているのかを定量的に測定し、現状把握したうえで課題を見出す
- 担当者：専任医療安全管理者、RM 部長、看護部長（オブザーバー）
- 周知方法：委員会、RM 部会、医局会、チーフ会でアナウンスし、更にメールにて配信、院内ポスター掲示
- 回答方法：スマートフォンや院内パソコンを用いた Web 調査と紙上回答票での回答方法で、個人の意思を尊重し任意回答
- 実施期間：2019 年 11 月 21 日～12 月 31 日（2020 年以降は各年の 11 月 1 日～12 月 31 日まで）
- ベンチマーク比較対象：一般病院（小規模 199 床以下）

5. 医療安全文化調査結果と共有

委員会・RM 部会において、随時進捗の報告を行い、最終結果報告を実施年度の 2 月の委員会、イントラネットなどで周知しました（表 1）。

2019 年度は調査準備や実施中の諸問題の対応が中心となり、各領域の分析やフィードバックまでは至りませんでした。結果では、14 領域中 12 領域でベンチマーク中央値を超えており、中央値を下回った 2 領域「S02 組織的・継続的な改善」「S06 処罰のない対応」においても、25%タイル以上であり「ある程度安全文化が醸成されている組織」という認識を持ちました。

2020 年度は、前年度の調査体制の問題点を見直したうえで実施しましたが、多くの領域で肯定的回答割合が下回りました。ベンチマークとの比較においても、

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	各部の代表者 (所属長・セーフティマネジャー (SM) など)	現場スタッフ
結果共有の 時期・場	患者安全対策委員会での報告	①患者安全対策委員会 (2月) ②リスクマネージャー部会 (2月)	〈所属長〉 ①患者安全対策委員会 (2月) ②医局会 (2月)	①チーフ会 (2月) ②リスクマネージャー部会 (2月) ①②で情報共有していただくよう伝達 ③院内Web、Allメール配信
結果共有の 内容・範囲	当院前年度比、ベンチマーク結果、部署別報告数、フリーコメント、他	当院前年度比、ベンチマーク結果、部署別報告数、フリーコメント一部、他	当院前年度比、ベンチマーク結果、部署別報告数	当院前年度比、ベンチマーク結果、部署別報告数
結果共有する 人・方法	前年比と比較した表・グラフをパワーポイントへ貼り付けプレゼン	前年比と比較した表・グラフをパワーポイントへ貼り付けプレゼン	前年比と比較した表・グラフをパワーポイントへ貼り付けプレゼン	前年比と比較した表・グラフをパワーポイントへ貼り付け院内Web、Allメール配信

表 1. 医療安全文化調査結果の共有

「S7 人員配置」「S10 院内の情報伝達」以外の全て領域で中央値を下回りました。

背景として2020年度以降コロナ感染対策が多分に影響したと考えます。当院のような小規模病院では、院内クラスターや病棟閉鎖になった場合、運営自体致命的となりうることから、徹底した感染対策を行うため様々な活動の制限などから以下のような変化が見られました。

- ・ 集合型の委員会、RM 部会活動が制限され、協議や情報共有する場が減少した。
- ・ 事例検討会が消極的となり、改善活動が停滞した。
- ・ 報告書提出数が減少した（前年度 34% 減少）。
- ・ 職種間、スタッフ間、患者、家族のコミュニケーションや交流が減少した。
- ・ 院内の情報共有不足、地域、院外活動が減少した。
- ・ 医療安全文化調査が形骸化し委員会や部会への結果報告のみとなった。
- ・ 2021 年度看護部目標に「身体拘束 0」を掲げ、方策を検討することとなった。

2021 年度の結果では、ベンチマーク結果が少しずつ上向きましたが、「S8 医療安全に対する病院の支援体制」「S9 部署間のチームワーク」「S10 院内の情報伝達」が 25% タイルを下回りました。

2019 年度からの 3 年間の当院肯定的回答割合の推移では、「S7 人員配置」を含む 4 領域で前年度以降の落ち込みが見られました（図 3）。中でも 2019 年度以降約 7 ポイント低下した「部署間のチーム

ワーク」について何らかの改善をする必要があると考え、2022 年度の RM 部会活動目標と方策を検討することとしました。

「S9 部署間のチームワーク」を構成する設問別結果で分析すると、2020 年度比較で 2021 年度は 4 問中 3 問の肯定的回答割合の低下も見られました（図 4）。また一部の職員からは「部署間のコミュニケーションが悪い」というコメント記載も見られました。

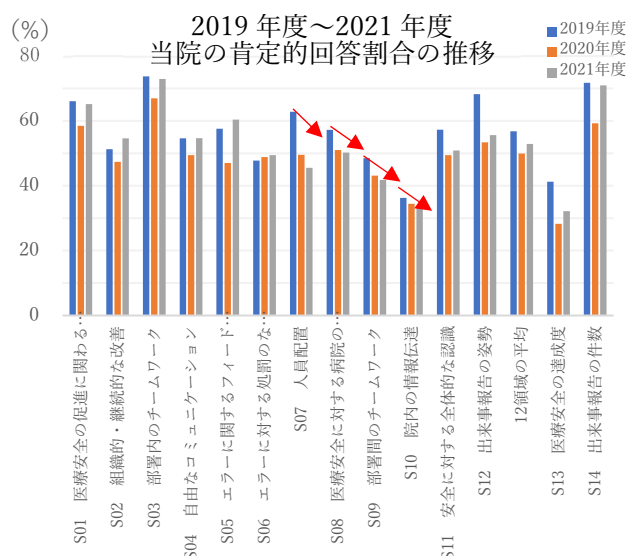


図 3

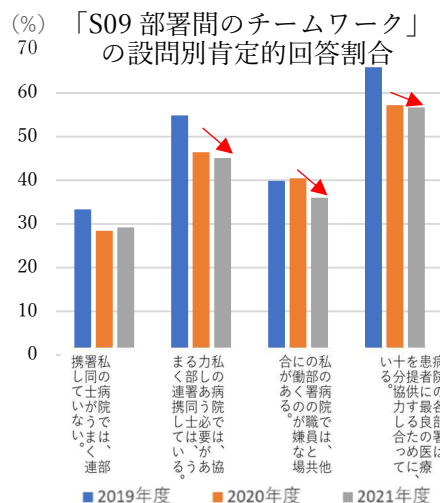


図 4

6. 取り組み事例

2022 年度部会活動目標に「多職種コミュニケーション力 UP」と掲げ「多部署、多職種が連携した部会活動の活性化」として表 2 のように方策を策定し、活動することとしました。活動の詳細は以下のとおりです（図 5、表 2）。

2022年度RM部会目標

～医療安全対策の意識を高めよう～

- 多職種コミュニケーション力UP
- アクシデントレベル3b以上「0」

【具体的方策】

- ①指示受け指示出しの明確化
- ②『BLS』5年以上(2017年以降)未受講者「0」
- ③RCA分析の理解を深める
- ④5S大会実施（他部署連携可）
- ⑤コードブルーのシミュレーション(発展形)

図 5

	誰が	誰に	いつ	何を	どのように
具体的な手順・方法	RM部会長・副部会長	各部署チーフ、全部署のRM部会員へ周知	2023年1月1日～2月28日	5S大会	①2020年度に実施した5S大会後のビフォー・アフターの写真などを活動報告にまとめ提出 ②報告書を院内掲示し、RM部会で一次投票、委員会で選考し表彰する。 ③院内Webへの結果配信
	RM部会	RM部会各WGリーダー、病棟看護師、リハビリテーションスタッフ、MSW、医師、など	2022年4月～	RM部会各WGが職種の専門性を生かした活動の実践	①転倒・転落・チューブトラブルラウンド（継続活動） ②病棟ウォーキングカンファレンス ③他職種が参加したコードブルー訓練の実施（職種ごとに担当、役割などを決めて実施）

表 2. 活動概要

改善前



改善後



図 6

2) 多職種が連携した部会活動の活性化

① 転倒・転落、チューブトラブルラウンド

RM 部会転倒転落・チューブトラブル WG が中心となり 2021 年度より活動している取り組みです。毎月 1 回多職種メンバーがラウンド表を用いてそれぞれの視点でラウンドを実施。ラウンド実施後はその評価を行い、また転倒・転落・チューブトラブル報告事例を共有し対策を検討しています。

② 転倒・転落、チューブトラブルウォーキングカンファレンス

内科混合病棟で週 1 回看護師、リハビリスタッフ、ケアワーカーなどのメンバーが、当該リスクの高い対象者のベッドサイドでその評価と対応

策の検討と共有を行っています。今後は医師・薬剤師・栄養士などの参加を促していくことが課題です。

これら①、②の活動結果として、2022 年度転倒・転落、チューブトラブルの件数が減少し、活動成果が見られたのではないかと考えます（図 7）。

③ コードブルー訓練

コードブルーは、部署や職種ごとに役割が決まっています。訓練ではシナリオはありましたが各職種が連携し、搬送から模擬の蘇生活動がスムーズに実施することができました。

その他、院内広報活動や研修会活動など多職種が関わって実施できたことで、部署や職種間のコミュニケーションが活発になり、院内外の活動も再開し盛んになっています。

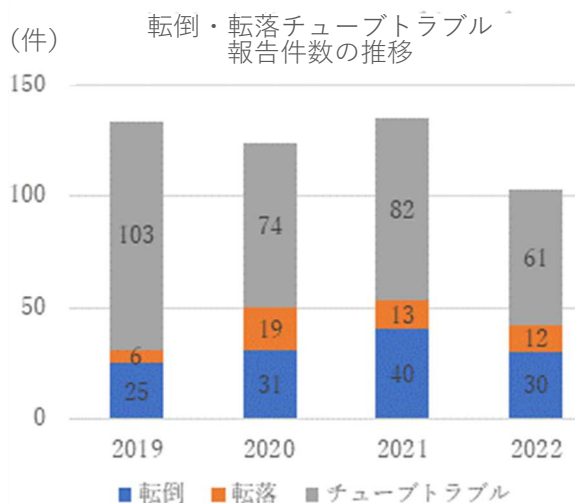


図 7

7. 改善結果と考察

2022 年度はベンチマーク中央値を、また当院の前年度の肯定的回答割合を、ほ

ぼ全ての領域において上回ることができました（図 8、9）。

2020～2022 年度のベンチマーク結果

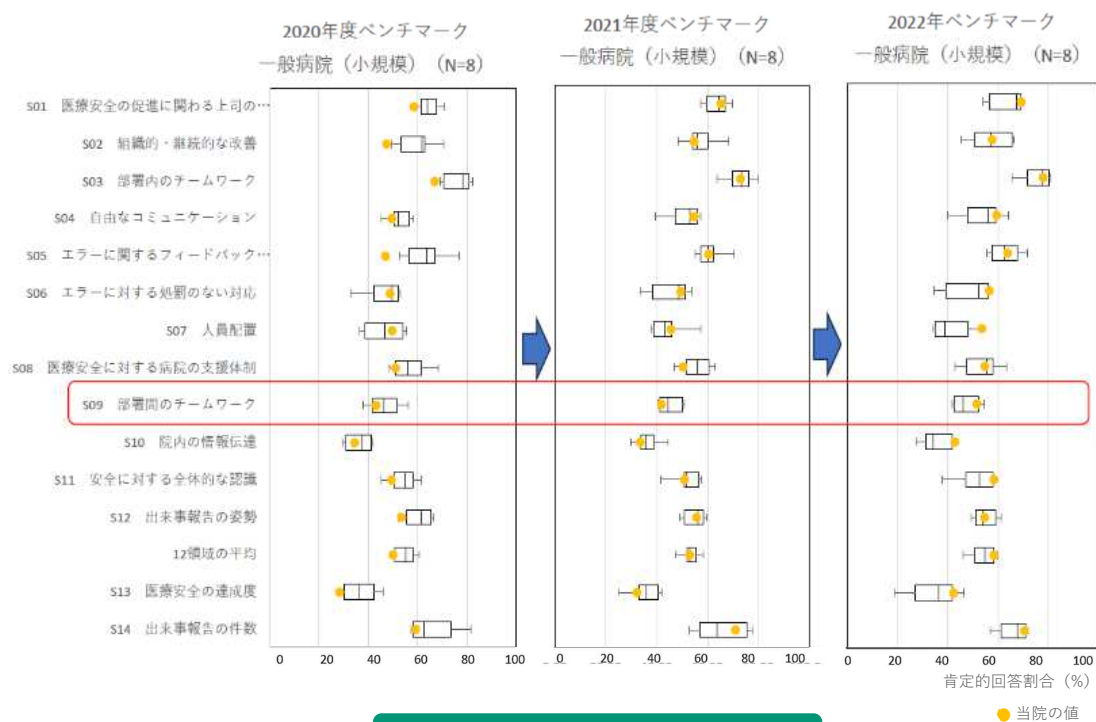


図 8

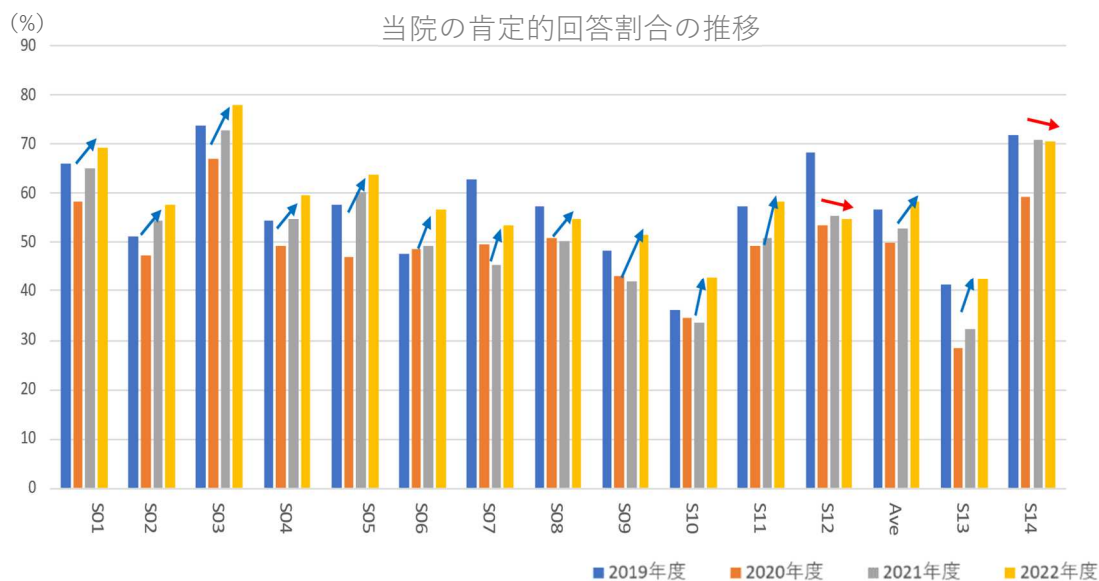


図 9

「S9 部署間のチームワーク」の改善に
絞り、RM 部会目標、計画、改善活動の
PDCA を回すことで様々な要素が相乗し、
この結果につながったと考えます。また
院内全体で多くの職種が連携したことで、
以前よりも良いコミュニケーションが取
れ、安全に対する意識が向上したように
思えます。一方で「関わりの少ない職種
がある」というコメントや指摘もありま
す。特に、医師や少人数部署との協働し
た活動が乏しいことも事実であり、他の
部署や職種との壁を感じることもありま
す。

8. 今後の課題

これまでの調査結果を踏まえ、部会と
医療安全管理部門の共通課題として以下
の4つを共有しました。

1) 「ナイスレポート」(レベルQ、1事例)
を増やす

「反省文的」「不公平感」を感じて
いる報告書を「ナイスレポート」に変
換し、「提出ありがとう」や「防止で
きて良かったね」などポジティブに伝
え、良好な関係を築きたいと思います。
特に、医師との関りを密に行いたいと
思います。

2) 院内外の安全情報の発信

院内外での発生事例や医療安全に関す
る報道などを、RM 部会員から各部署ス
タッフへ周知、全職員へメール配信、院
内掲示することで、職員が医療安全情報
にアンテナを張り、リスクの感性を高め
るために働きかけていく予定です。

3) プチ KYT 研修の実施

多職種参加型のカンファレンスなど
を活用し10～20分程度で、身近な出来
事や軽微な事例、写真などを活用した
形での KTY 研修の実施を検討していま
す。

4) 多職種参加型の事例検討会の実施

医師、関連部署・職種が共有し、事
例検討を共同でできるように促してい
きます。

9. まとめ

本調査をとおして結果を定量的に把握
し可視化できたことで問題解決に向けた
取り組みをすることができました。

2023 年度のベンチマーク結果や当院の
肯定的回答割合の推移をもとに 2024 年度
の部会・医療安全管理部門の課題を見出
したうえ活動目標・計画を検討したいと
考えています。また多職種が連携した当
院ならではの医療安全文化を醸成させて
いきたいと思います。

2024 年 3 月発行

「医療安全文化調査 活用支援」

活用事例集 vol. 18

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)