

事例報告

～調査が目的ではなく、 その結果をどう活用するかが肝～

～社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院の事例～

社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院

医療安全推進室 医療安全管理者 荻無里 千史

略歴

1988 年 3 月 新潟薬科大学卒業
同年 4 月 相澤病院薬剤科入職
2005 年 相澤病院薬剤科 科長
2007 年 相澤病院薬剤管理情報センター医薬品情報管理室 室長
2009 年 9 月から現職 相澤病院医療安全推進室 医療安全管理者
2022 年 4 月 木曾看護学校非常勤講師
2022 年 慈泉会本部医療品質戦略部 推進役
2024 年 6 月 エキスパート質安全責任者（EQSO）資格取得



【病院基本情報】

住所	〒390-8510 長野県松本市本庄 2-5-1
病床数	460 床
診療科	内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、脳神経内科、人工透析内科、腎臓内科、疼痛緩和内科、糖尿病内科、内視鏡内科、外科、気管食道外科、呼吸器外科、形成外科、歯科口腔外科、消化器外科、小児外科、心臓血管外科、整形外科、脳神経外科、乳腺外科、眼科、救急科、産婦人科、耳鼻いんこう科、腫瘍精神科、小児科、精神科、泌尿器科、病理診断科、放射線診断科、放射線治療科、皮膚科、麻酔科、リウマチ・膠原病内科、リハビリテーション科、臨床検査科
平均外来患者数	外来患者数 660 人/日 （2025 年 1 月現在）
職員数	1,510 名 （2025 年 1 月時点）

1. 病院概要

当院は長野県松本市に在する、病床数460床、職員数1,510名(2025年1月現在)24時間365日体制の救急を核とした地方の中核病院です(図1)。



図1. 当院の外観

2. 医療安全文化調査の実施背景と目的

当院が初めて医療安全文化調査を実施したのは、2011年(平成23年)になります。なぜ?医療安全文化調査を行ったのか、という理由ですが、2011年当時、専従の医療安全管理者として3年目を迎え、まわりが少しずつ見えてきた頃、現場から医療安全のためには「チーム医療が大切だ!」ということが聞こえてくるわりに、実践が伴っておらず、ここが医療安全管理者として大きな悩みどころでした。

そこで、この悩みを解決するために「チーム力とコミュニケーションの有効性の向上」を目的とした「チーム STEPPS」の研修を導入したいと考えました。しかし、全職員を対象とした研修を行うためにはコンセンサスとコストの問題があり、研修許可を取りつけるためには、まず、現状を把握し、問題を視覚化し、その必要性を訴える必要がありました。そのために、当時、国立保健医療科学院が牽引していた「医療安全文化調査」を活用することとしました。

3. 第1回目の調査とその結果

当時の調査状況ですが、参加施設は35施設でした。施設規模のカテゴリ分類はなされておらず、測定項目も現在とは少し異なる12の側面で調査されました。

この時、当院における評価が悪かった項目は、以下の5項目でした。

- ① 私の部署のスタッフは、患者さんのケアをするために、スタッフにとって最適な労働時間で働いている
- ② 仕事を行うのに十分な数のスタッフがいる
- ③ ミスをしても不利な立場になることはない
- ④ 病院内の各部署の連携がよい
- ⑤ 自分よりも権威のある者の決定や行為に対して、自由に疑問を表明できると感じている

この結果を踏まえて、①と②については他施設の状況調査を行い、比較・検証をしました。

①週平均の勤務時間は他施設と比して差はなく、業務時間ではなく業務量が問題であることが伺えました。

②他施設に比して、コメディカル・事務職員数は多いが、医師・看護師数が少ないこと。また、職員の年齢層が若く、看護師の離職率が高いことがわかりました。

③④⑤の検証については、以下の通りでした。

③ミスをすると不利な立場になるという結果については、心理的安全性の欠如が伺えました。

④部署間連携が悪いという結果については、状況モニター、相互支援、コミュニケーションの体制の構築が課題であることが伺えました。

⑤自由に疑問を表明できないという結果についても、心理的安全の欠如とコミュニ

ケーションの有効性の向上が課題であることが伺えました。

③④⑤の検証結果を踏まえ、理事長、院長へ安全文化醸成のために全職員を対象とした「チーム STEPPS」の研修を提案し、調整準備の後 2017 年から 3 ヶ年計画で全職員を対象に研修を開始しました（図 2）。

	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年
医療安全文化調査	初回											2回目	3回目	4回目
JCI受審			初回認定		更新			更新						
チームSTEPPS							開始 10回/年 717名	14回/年 587名	8回/年 371名	中途職員 対象 (年4回)				
RCA分析の推進								取り組み 強化年 (46回/年)						
医療安全報告強化活動										開始 3689件/年	7368件/年	7331件/年	8219件/年	
医療・サービスの質向上制度開始											開始			
セイフティマネージャーによる改善策 策定シート運用												開始		

図 2 医療安全文化醸成のための取り組み

4. 医療安全文化を取り巻く自院の 10 年の歩み

2011 年の医療安全文化調査後の当院の医療安全文化醸成のための取り組みですが、翌 2012 年から国際的な医療施設認証機関である JCI (Joint Commission International)

受審準備が始まり、認定に加えて、その後更新を経験することで、医療の質と安全の改善活動を推進しました。

2017 年から予定通り「チーム STEPPS」

	実施期間	延長実施期間	対象	対象者数	受講者数	受講率	調査方法
2011年 (第1回) 国立保健医療 科学院	2011/8/3～2011/8/14		2011年7月30日 時点で在籍する相 澤病院全職員(兼 務者含む)	1537	1505	97.90%	紙ベース
2022年 (第2回) 日本病院機能 評価機構	2022/7/20～2022/8/3	2022/8/14まで	2022年6月30日 時点で在籍する相 澤病院全職員(兼 務者含む)	1509	1458	96.60%	院内のPCまたは 自己所有の PC、スマホ、タブ レットでの入力可
2023年 (第3回) 日本病院機能 評価機構	2023/8/23～2023/9/3	2023/9/19まで	2023年7月31日 時点で在籍する相 澤病院全職員(兼 務者含む)	1400	1285	91.80%	院内のPCまたは 自己所有の PC、スマホ、タブ レットでの入力可
2024年 (第4回) 日本病院機能 評価機構	2024/7/29～2024/8/15	2024/8/31まで	2024年6月30日 時点で在籍する相 澤病院全職員(兼 務者含む)	1447	1417	98%	院内のPCまたは 自己所有の PC、スマホ、タブ レットでの入力可

図 3 医療安全文化調査の歴史

の研修を開始し、3年間でほぼ全職員が受講を終了しました。以降は中途職員を対象に毎年継続して実施しています。

2019年には根本原因分析（RCA）のレクチャーと実践を計画し、年間46回開催しました。RCAの意義とやり方を教育することで、分析手法はいろいろありますが当院ではRCA（なぜ？なぜ？分析）をスタンダード手法とし、定着させました。

2020年には報告書提出件数の推進・強化を行いました。

そんなこんなで10年経ち、これまでの活動を評価するために2022年から日本医療機能評価機構の「医療安全文化調査」を実施することにしました（図3）。

5. 改善活動の取り組み①

当院の調査方法は、1回目は紙ベースでしたが、2回目以降は院内端末か、個人の携帯端末やタブレットからアクセスし、毎年同時期に調査期間は概ね1ヶ月で実施しています。回答率は平均96%です。

2022年度は、各部署の結果に全体の結果を添えて部署長に調査結果をフィードバックしました。この際全体の評価結果から改善点を抽出し、改善課題を提示していましたが、部署毎の結果をよくよく検証すると、部署毎の強み、弱みには大きな差、特徴があり、全体課題の取り組みだけでは、医療安全文化の醸成には繋がっていかないことがわかりました。そこで、部署単位で改善に取り組めるようにするためにはどうしたらよいかを考え、2つの改善に取り組みました。

1つ目は、部署のセーフティマネージャーの再編です。セーフティマネージャーの定義の見直しと共に、26部署から各1名を選抜し、医療安全文化調査の結果を共有し、共に考える取り組みを開始しました。

2つ目として、自立したセーフティマネージャーを育成するためには、セーフティマネージャーへの教育が必要と考え、共に学ぶ、共に育つ「共育」活動を開始しました。

6. 改善活動の取り組み②

2023年度は、調査が8月でありセーフティマネージャーの活動開始が9月であったことから、前年と比して調査結果に大きな変化はありませんでした。

2023年9月以降は、セーフティマネージャーに各部署結果と全体の結果をフィードバックし、まずは結果を自部署へフィードバックさせ、自部署の問題点をセーフティマネージャーが中心となり自分達で考え、改善目標を決め、改善方法（何時までに、誰が。何を、どのように行うか）を決め、「改善策定シート」を作成してもらいました。そのうえで、セーフティマネージャー会で自部署の取り組みについて発表してもらい、問題が発生したらセーフティマネージャー会で共有し、協議することを繰り返し実施しています。このことで、取り組みを自分事として捉え、活動が暗礁に乗り上げたり、頓挫したりはしなくなります。

セーフティマネージャー会では、上手くいっている事例をさりげなく取りあげて紹介し「褒める」ことに徹します。そのうえで「こうしたらもっと良くなるのではないかなあ？」と疑問系でなげかけます。すると気づきの行動変容が起こります。また、おもしろいことに、良い意味での競争意識が生まれ、改善活動が活性化します。このような些細なことが医療安全文化の醸成に繋がると考えます。

7. ベンチマークと調査結果の活用

次に、ベンチマークの使い方についてですが、ベンチマークの値に惑わされないことも必要です。当院では、今年度（2024年度）のベンチマークの結果には、大きな外れ値が2項目ありました。1つは、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。もう1つが、S14: 出来事報告の件数です（図4）。本来であれば、この項目は改善項目となるべき項目となりますが、1つ目の 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ついては、2011年の第1回目調査から肯定回答割合が低く、ここを問題と捉え「チーム STEPPS」の導入を仕掛けて、活動して来ましたが、ベンチマークの結果ではまだまだ改善が必要ですが、2022年から2024年の調査結果を比較すると、肯定的回答割合が 53.74→54.97→55.79 と少しずつではありますが右肩上がりであることから、スタッフには「ダメダメ」を伝えるより、データを示して「少しずつだけど私たち頑張ってるね」をフィードバックしました（図5）。



図4 2024年度ベンチマーク結果

単年調査では、悪い結果として捉えられる結果でも、継続調査を行うことで自施設の状況が見え、正しいジャッジが出来ます。

もう1つの S14: 出来事報告の件数ですが、当院の報告件数は2022年(7,331件)、2023年(8,219件)と少ない数ではありません。ではなぜ?と考察すると当院は事務職者数が多く、出来事報告の多くは医師、看護師、コメディカルからであることから、報告件数に対してベンチマークが低い結果となったことがわかりました。

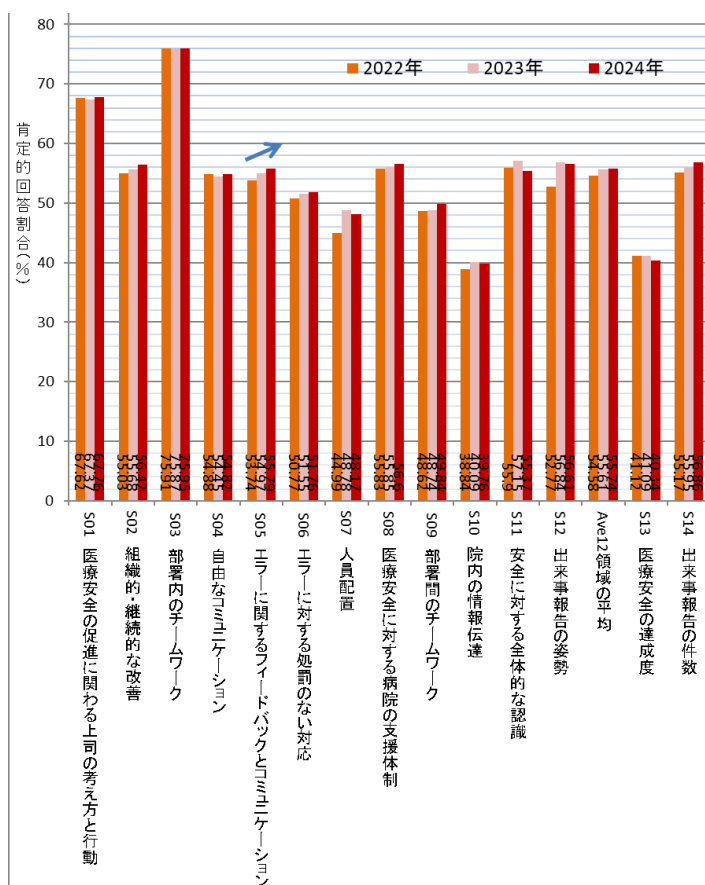


図5 2022-2024年調査結果

8. まとめ

このように、大切なのは結果を踏まえての分析・検証であり、自施設にとってすべきことは何かを見極めることではないでしょうか。

医療安全文化調査は、調査することが目的ではなく、調査の結果をどう活用するかが肝だと考えます。医療安全文化調査は、自部署の強み、弱みがデータで示されることで、現状の視える化ができます。さらに、経年的に調査を行うことで改善活動の評価ができます。

当院では、結果と一緒に分析、検証し、改善活動を行うセイフティマネージャーの仕組みを構築しました。

斬新奇抜なことは何もしていません。愚直に一步ずつ前に向かって活動し続けること、1人でも多くの職員を巻き込むことで、医療安全文化を醸成していきたいと思っています。

今までの経験から言えることは、「医療安全文化の醸成は1日して成らず」。腐らず、あせらず、あきらめず、こつこつと進めることで、ふとした時に医療安全文化の花が鮮やかに咲いていることに気づけたらいいなあと密かに願っています。

2025 年 8 月発行

「医療安全文化調査 活用支援」
活用事例集 vol. 19

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)