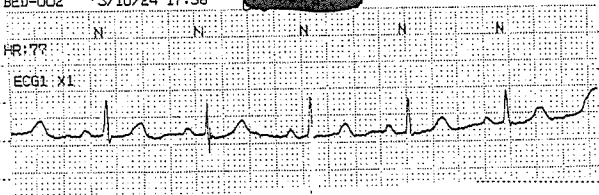



き加える。

その後、看護師 A が患者 606 に対して「メ
ジコンが中止」になったことを説明してい
る形跡はなかった。

月	日	時	(1) S O A P (2)	(3)	看護 ケア-
10/24	9		P) BP check, 14分の×3回>off 10/24 ×3回>中止 (6)	<p>2) 不整脈が1時内前<51カ>S 出た感じがする。頭と痛く。 英(23回)のせいかな。全2回左<5分 c) 29-7 HR 60代 SR. PAC ⊕ (4) 脚 128/68 (5) 頭痛 ⊕ 12 上記 ⊕ B) 食事 ⊕</p>	
14			P) 症状 check	<p>0) no symptom. 頭痛 ↓ 咳が抑えられ残存 HR 60~70代 SR ⊕ PAC ⊕ 叔母所 palpitation 年解元耐性 29-7 SR. BP 変動 ⊕</p>	
<p>BED-002 '3/10/24 17:58</p>  <p>HR: 77 ECG1 X1</p>					
			10/25 ~ 10/27 死 外泊可	<p>10/27 HR 60-70代 SR ⊕ PAC ⊕ 叔母所 palpitation 年解元耐性 29-7 SR. BP 変動 ⊕</p>	
<p>BED-002 '3/10/25 7:25</p>  <p>HR: 67 VFC: D/m ST: 0.2 ECG1 X1</p>					
			3:30	07 外泊可	

B-5 15T

図 II-1-2. CASE5

2) CASE11 (図Ⅱ-1-3)

08:00～08:13、病棟全体の申し送りが看護師 A、リーダー看護師 K、指導看護師 B も参加して行われる。

08:18、リーダー看護師 K が電話にて、患者 608 担当医師から “ユナシン中止、メロペンへの変更” の予定があることを伝えられる。

08:19、リーダー看護師 K が継続注射箋に患者 608 の担当医から受けたと思われる内容を記入して、継続注射箋を管理 Box の患者 608 の欄へ入れる。

8:50、日課業務として、リーダー看護師 K が薬局へ電話にて当日の薬剤情報の確認を行う。リーダー看護師 K が病棟にある注射伝票用いて、薬剤師が薬局にある注射伝票の控えで薬剤の内容の確認、追加・中止指示の確認を行う。この時、患者 608 のユナシンを中止して、メロペンへ変更の予定があることを薬局へ伝える。その際に、リーダー看護師はまだ医師から指示（正式な指示）が出ていないと薬局へ伝える。

09:03、担当看護師が管理 Box から注射伝票を取り出す。

9:05、看護師 A が処置室の薬品棚よりユナシンを準備する。

9:12、看護師 A と指導看護師 B との点滴の薬品ダブルチェックにて看護師 A が自ら、ユナシンの中止変更を患者 608 の注射伝票を確認した際に気付く。看護師 A は「もう先に言って（ほしい）」と嘆く。

10:00、リーダー看護師 K がナースステーションにて、患者 608 担当医師に「先生、メロペンはもう指示だしましたか？」と尋ね、患者 608 担当医師は「今書いています」と答える。さらに、リーダー看護師 K は「も

うユナシンは中止で OK？」と尋ね、患者 608 担当医師は「はい」と答える。

10:03、リーダー看護師 K が医師に、指示の変更を要請する。患者 608 担当医師が中止及び変更を注射伝票にてカルテに複写。

10:18、看護師 A が、患者 608 に抗生物質がメロペンに変更になった事を伝え、実施を行う。

C. 考察

1. カルテの真正性の確保

a) 実施記録について：処置実施の記録・押印と業務との関連性

処置の実施後速やかに実施記録をカルテ（看護記録 2 号用紙）に記録することは、処置の重複防止、処置忘れ、処置を実施したか否かが不明となり現場が混乱するのを防止するために必要といえる。今回、実施記録である、「実施後の押印」がなされない事例が、7 事例確認された。確認された事例の処置時刻は、9:00 台が 3 事例、10:00 台が 1 事例、12:00 台が 2 例、14:00 台が 1 例確認された。7 例の中で昼の休憩前の事例が 5 件確認された。

9:00 台の業務は、15 の異なる業務が行われ、「15.診療・治療の介助」、「19.準備・片付け」など、点滴の実施・管理が 50.7%を占め、「22.看護計画・記録」は 3.4%であり、業務が変わった場面も 64 回確認された。また、10:00 台においては、21 の異なる業務が行われ、「15.診療・治療の介助」、「19.準備・片付け」など、点滴の実施・管理が 37.1%を占め、「22.看護計画・記録」は 5.4%であり、業務が変わった場面は 79 回確認された。11:00 台では、「35.職員の健康管理（昼休憩）」が 39.2%、「3.清潔」が 20.4%であり、「22.看護計画・記録」は、4.6%であった。9:00 から 11:00 の各時間帯での看護計画・記録は他の業務と比較して少ない傾向であった。

実施印を連続して押印する行為（連続押印）が 13:00 台に 1 事例（CASE2）、14:00 台に 2 事例（CASE6、CASE 15）と午後のみを確認された。連続押印の内容であるが、13:00 台では、CASE2 の患者 601 が院外受

診のために外出をした確認印と 09:30

（CASE1）の抗生剤実施・ヘパリンロック実施印を連続して押印していた。14:00 台では、CASE6 と CASE 15 の連続押印が確認された。CASE6 は患者 606 に対する連続押印である。14:00 に実施された症状確認の実施印と 09:00（CASE5）に行われた血圧測定、内服薬中止の記録印とが連続して押印されていた。CASE15 は患者 608 に対する連続押印である。14:00 に実施された症状確認実施印と 09:00（CASE10）の症状確認と内服薬中止の記録印、10:10（CASE12）の抗生剤点滴終了・ヘパリンロック実施印、12:00（CASE13）のバランス確認・抗生剤更新の記録・実施印、12:30（CASE14）の配薬（条件配薬）の記録印の計 5 つの印が連続して押印されていた。

なお、CASE20 は映像記録上、実施印の押印がなされていないことが確認されたが、看護記録 2 号用紙上には押印がなされている。CASE20 は押印がいつなされたのかが特定できない事例であった。

連続押印と業務内容との関連であるが、13:00 台の業務は、18 の異なる業務が行われ、「7.自立の援助」、「22.看護師間の申し送り」の業務内容が中心的に行われ、22.看護計画・記録は 3.9%であった。14:00 台の業務は、18 の異なる業務が行われていたが、「22.看護計画・記録」は 59.1%であり、1 日の時間比率の中でももっとも多い時刻であった。以上のことから、実施後に実施印が押印されていないのは、対象看護師 A 自身の個人的な習慣や性格的なものではなく、各時刻帯の業務の内容や煩雑さが、実施印の欠如や連続押印を起因していることが考えられる。

また、調査対象病棟では、「看護記録 2 号用紙上に記載されているプランと実施印は、処置の実施後に記載され、同時に実施印が押印される」のが通常の手続きであることを病棟看護長に確認をした。したがって、2 号用紙へプランが記載されていることは、処置の終了を示すこととなる。そのために、実施印の押印が軽視される可能性あり、業務の多忙時には実施印は省略され、「看護計画・記録」の業務が多く行われている午後の時刻帯で連続押印がなされていたと推測できる。実施印が押印されていないことにより、処置の重複、処置忘れ、処置を実施したのかを確認することができず、混乱などが生ずる可能性がある。また、看護師が急病にて早退した場合は、情報を共有する看護記録 2 号用紙には実施記録が残らないことになる。したがって、ベッドサイドにカルテを持ち出すことが不可能ならば、ベッドサイドにて実施記録が確実に行える方法や、実施記録を記入した時点で、実施確認（押印）がなされるシステムの工夫が必要となる。

b) 加筆

CASE5 は、朝のラウンドにて患者が不調を訴えたために、メンバー看護師 A がメジコンの内服を 08:30 頃に一時中断にして、指導看護師 B 相談する。その後、指導看護師 B とリーダー看護師 K が担当医に相談することを決定する。リーダー看護師は、担当医に「メジコン中止」の記載を催促し、医師が看護記録 2 号用紙に中止を記載。そのご、14:00 台に、9:00 の処置計画欄に「メジコン off」と加筆した事例である。時系列的な流れからすると、結末を合わせるような行為とも受け取られてしまうが、看護師

としては、医師が中止指示を書いてからカルテに中止した事実を書き加えることは、安心感があると考えられる。もしも、医師が中止の指示を出さなかったのならば、朝の時点でメジコンを off にしたことは好ましくない行為となるからである。したがって、看護師が必要に応じて直ぐに担当やリーダー看護師に相談できる手順の確保が必要である。

また、08:30 に一時中止したメジコンの情報が、14:00 に看護記録 2 号用紙に記入されることになる。メジコンを中止した正式な記録としては、約 05:30 の空白がある事となる。その間、メジコンを中止している事実は、担当のメンバー看護師 A、指導看護師 B、リーダー看護師 K のみしか知らないことになり医療スタッフ間での情報共有がなされないことになる。

看護記録 2 号用紙などの医療記録は、看護診断や臨床研究、事故分析などにも用いられるので、真正性の確保は欠かせないと言える。時間を遡り記入ができないシステムや、記入した時刻が残るシステムが真正性の確保には必要であるといえる。

2. 口頭指示，確認に対するリスク管理上の問題点

Case11 は朝の申し送り後にリーダー看護師 K が、電話にて患者 608 の抗生剤の変更予定を告げられた例である。リーダー看護師 K は、受けた指示を継続注射箋に記入して、患者 608 の管理ボックスに入れる。608 担当看護師が注射箋を十分に確認することなく、通常通りに薬剤を準備し、指導看護師 B とのダブルチェックにて変更気付く事例である。

本事例での問題は、リーダー看護師 K が

口頭にて指示受けした中止・変更指示を通常使用されている“継続注射箋”に記入したこと、メンバー看護師 A が十分に確認しなかったことの 2 点があげられる。

朝は、担当する患者の情報収集や処置スケジュールの組み立てなど、忙しい時刻帯であり、注射伝票に書かれた内容を十分に確認出来ないことも予想される。中止・変更指示が書かれた、用紙が通常使用する注射伝票であったことも、変更に気が付かなかった要因であると考えられる。もし、中止・変更指示を通常使用している注射箋とは異なる用紙や伝票に記載されていたならば、伝票を取り出した時に気が付く可能性はある。

そのため、電話・口答指示でのリスクの軽減方法としては、口頭で指示を受けたときの専用用紙を作成することが有用な方法の一つであると思われる。用紙の構成として、指示時刻、指示出し医師名、患者名、指示受け看護師名、指示受けの内容として、新規・変更・中止の分類、薬剤名（変更の場合は変更前の薬品名）、投与量、方法などの記入欄、正確に指示を受けるための確認事項として復唱のチェックリスト項目などが必要事項あげられる。また、色や大きさも通常の伝票とは異なる工夫が必要である。

Ⅱ 「IT技術を活用した医療事故防止対策の効果に関する研究」

Ⅱ-2. エラー誘発要因の背景に関する調査

主任研究者 前原直樹 財団法人 労働科学研究所所長

分担研究者

佐々木司 (財) 労働科学研究所主任研究員

内藤堅志 (財) 労働科学研究所研究員

青柳直子 (財) 労働科学研究所研究員

協力研究者

高橋悦子 (財) 労働科学研究所研究員

武澤千尋 (財) 労働科学研究所研究員

研究要旨

医療事故防止に必要な要件を患者の視点のみならず、医療従事者の労働負担の視点からも解明することで、IT化が進んだもとの医療の安全確保・事故防止の方策及び患者の権利保障等のサービス向上に向けての基礎資料を得ることが可能であると考えた。本調査の目的は、ITシステムの導入前のヒューマンファクター上のエラー誘発要因を把握することである。具体的な調査項目として、病院の全職員を対象として、次の3つの調査を実施した。①勤務と健康と生活に関する調査として、CFSI(蓄積的疲労徴候インデックス)と②SCAT(安全文化評価支援ツール)の各調査を実施すると共に、対象病棟の退院患者に対する③患者満足度調査を実施した。

勤務と健康と生活に関する調査：CFSIの結果は、成人混合病棟、ICU、小児混合病棟に勤務する女性看護師の訴え率が高い結果となった。職種別では、男性看護師は、不安感が大きく、仕事のやりにくさなどを抱えている可能性が示唆され、女性看護師は、慢性的な疲労徴候が高めであった。訴え率が高い病棟については、労働条件や勤務状況、生活状況に関する情報収集などさらに詳細な情報を総合的に把握することで、健康に影響を与えている要因を抽出する必要があると考える。

SCATの結果では、全体として病棟管理者の評価が高く、作業条件(環境条件の把握、改善への姿勢、現場実態の把握)について、病棟管理者以外の評価が低い結果となった。また、各層間のギャップが大きかったため、各層間のコミュニケーションの機会を多く作り、お互いの行動や考え方を理解できるような組織作りを目指し、情報伝達ルートやミーティングの場の設定を行うと、組織としてまとまりが深まっていく可能性があることが示唆された。

患者満足度の結果は、90%以上の患者が病院職員(医師、看護師、薬剤師・技術者、受付・会計担当)の説明に納得していた。一方、療養生活の快適性については、約60%の患者が納得

をしていたが、その反面約 30%の患者が納得をしていなかった。その他、プライバシーの保護、退院後の支援についても 8 割近くの患者が対応に納得している結果となった。他病院と比較しても、非常に高い患者納得度を得られたため、平成 19 年度調査では、IT システム化により、納得度がいかに変化しているのかをみていく必要がある。

II-2-1 安全文化調査

A. 調査目的

本調査では、安全文化評価支援ツールを用いて、安全確保のための仕組みおよびその運用に対する病院職員の関与（態度及び行動的側面を含む）の現状把握を行うことを目的とした。

B. 方法

1. 安全文化評価支援ツールについて

1) 安全文化評価支援ツールの基本的な考え方

安全文化評価ツール（以後、SCAT とする）は以下の3つの基本的な考え方のもと、作成したものである。

現在、組織の中で問題やリスクが発見されるとそれに対する対処がなされているが、そういった問題を発見し、迅速な対処をするといった優れた安全マネジメントシステムを持った組織でも、依然として大なり小なりリスクが潜伏している。もちろん、リスクへの対処も大切であるが、さらに重要なことは、自らの組織の中に、そういったリスクを潜在させてしまう「素地」はないか、といったことを自らチェックし、修正することである。こういったことができる組織が安全文化レベルの高い組織だと考えられる（基本的考え方 その1）。

組織を構成している要因は、体制的要因（組織目標、計画、運用・管理、教育・訓練、情報チャンネルなど）と風土的要因（価値観、意欲、人間関係、仕事観、態度など）に分けることができる。その中で、体制的要因は改善が可能であるが、風土的要因は、人間の心の問題に関わり、直接的に変えることが困難なものである。よって、手のつけることができる体制面から取り組み、この側面を良くすることで、波及効果として、風土面も向上する可能性があると考え

られる（基本的考え方 その2）。

組織には安全に関する体制面も様々あるが、それがどんなに素晴らしくても、従業員がそれを認めてなければ機能はしない。管理者が安全についてマネジメントしているつもりであっても、現場サイドが受け入れなければ、形骸化の恐れがある。管理者も責任者も作業員も同じベクトルを向いてなければ、安全文化の向上は望めないと考えられる（基本的考え方 その3）。

2) 安全文化評価支援ツールの構成

安全文化に関する従来の研究や調査により、安全文化を表す側面として重要であると考えられている10分野から構成している（表II-2-1-1）。

表II-2-1-1 SCATにおける評価分野（10分野）

評価分野	内容
01 安全声明	組織において安全ポリシーが誰の目にも明らかに示されているか
02 安全と生産性	安全とコスト・費用・生産性のバランスがどの様に図られているか
03 規則・文書類	手続きや規則が文書化され適切に運用されるシステムであるか
04 責任・権限・役割	各層の各々の役割において責任と共に権限が付与されているか
05 不具合処理	トラブルへの対処や関与の仕方が明確な手続きとなっているか
06 教育・訓練	どの層においても教育・訓練が行われ、また見直すシステムがあるか
07 情報経路・コミュニケーション	トップ/ボトムからの情報伝達経路が確保されているか
08 作業条件	作業環境条件が的確に把握され改善が現場にフィードバックされるか
09 制度・活動	安全に関する体制や活動がどの様に定着し、機能しているか
10 外部との協力	研究機関、協力会社、規制当局など対外組織と適切な関係が築かれているか

これら10分野について、それぞれ3から6の評価項目で構成されており、全体は36評価項目からなっている（表II-2-1-2）。

表Ⅱ-2-1-2 SCAT36 の質問項目

評価分野	評価項目	基本項目
01. 安全声明	1 声明の認識	会社で安全に関する声明が出されていることを知っていますか
	2 声明の理解	安全声明を今言えない人がいますか
	3 声明の見直し	安全声明は定期的に見直すべきだと思っていますか
	4 声明の浸透	問題が起こった時に安全声明が頭に浮かびますか
02. 安全と生産性	5 安全優先性	安全のためだったら作業予定を変更しますか
	6 安全への関与	納期について安全の立場から意見を述べますか
	7 優先性の認識	安全上の理由で生産性が低下することを嫌がりますか
03. 規則・文書類	8 文書化	安全に関する処理や決定について文書化することを面倒くさいと感じていますか
	9 手順書の改善	手順書の誤りを発見した場合すぐに改善をしますか
	10 手順の遵守	手順書からの少しぐらいの脱線ならば認めますか
04. 責任・権限・役割	11 安全権限	安全について権限があると感じていますか
	12 役割の見直し	安全のための役割を定期的に見直すべきだと思っていますか
	13 管理職の選定	管理者を選ぶ基準に安全に関する実績や姿勢も反映されるべきだと思っていますか
05. 不具合処理	14 事故分析経験	事故分析をしたことがありますか
	15 人的要因の分析	不具合に関わる人的要因の分析を行っていますか
	16 報告手続き	個人エラーの報告手続きとその守秘手段を知っていますか
	17 対策の立案・実行	個人エラーや不測事象に対してすぐに対策を打ちますか
	18 改善への参加	不具合の究明や改善活動に参加したことがありますか
06. 教育・訓練	19 改善の認識	現場で作業環境に問題が発見され、改善がなされた例を多く知っていますか
	20 訓練実施状況	安全について十分な教育・訓練を受けていますか
	21 訓練の評価	教育・訓練の計画や結果を適切に評価していますか
	22 訓練内容充実化	教育・訓練について積極的に意見を言いますか
	23 トラブル対応訓練	人的要因の関与した不具合への対応訓練を受けていない人がいますか
07. 情報経路・コミュニケーション	24 教訓の具体化	トラブル教訓の具体化（水平展開、教材化など）を図っていますか
	25 トップダウン経路	安全に関する会議の議事録に目を通していますか
	26 意志疎通能力	あらゆる階層の人と業務に関する議論を行っていますか

	27 ボトムアップ経路	現場の意見は十分に吸い上げられていると感じていますか
08. 作業条件	28 環境条件の把握	作業環境や作業条件をよく把握していますか
	29 改善への姿勢	作業環境の改善が出来ない場合、それを放っておくことがありますか
	30 現場実態の把握	現場の実態をよく把握していますか
09. 制度・活動	31 安全制度の活用	欠陥や改善の報告制度を十分に活用していますか
	32 安全活動の評価	問題提起をした従業員を高く評価しますか
	33 間接部門の活動	事務部門では安全のための活動を行う必要はないと感じていますか
10. 外部との協力	34 研究機関の活用	外部の研究機関に安全に関する調査・検討を依頼すべきだと思っていますか
	35 外部監査の効用	外部監査は安全の向上に役立つと感じていますか
	36 協力会社との契約	安全に関連する事項が協力会社との間でどのように契約されているか知っていますか

3) 安全文化評価の特徴

(1) 評価構造

基本的考え方 その3で述べたが、組織メンバーが安全に対して同じ志向性を有し、それがどの程度共有されているのかが大事である。そこで、組織メンバーの共有性の検知を目的とし、SCATを次のように構造化した。

評価者を以下のような定義の管理者、責任者、作業者の3層に分類する。

管理者：責任者より上位に位置し、マネジメントが職務である層

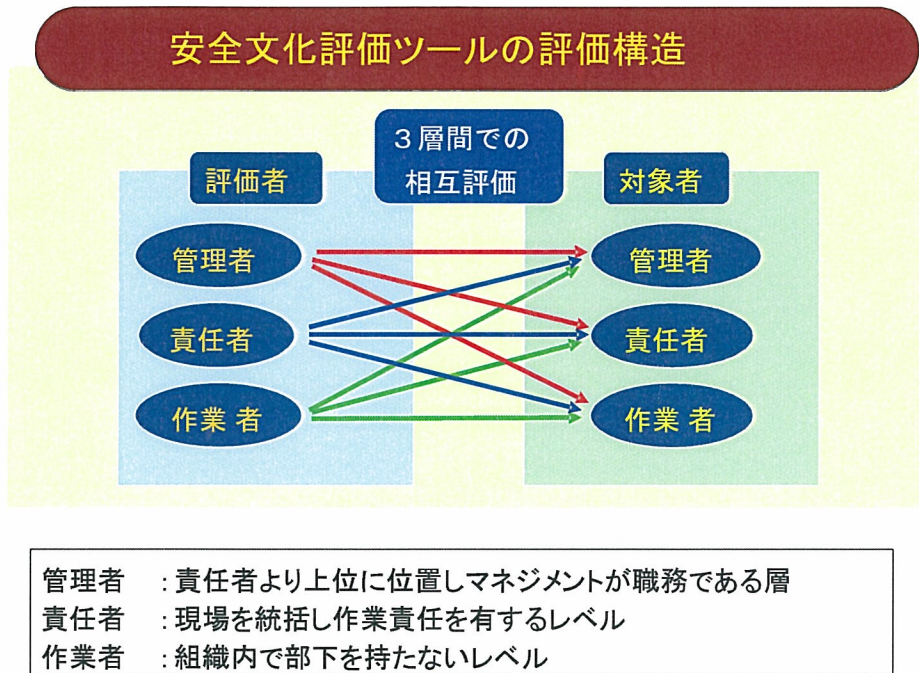
責任者：現場を統括し、作業に対して責任を有する組織上の最下位のレベル

作業者：組織内で部下をもたないレベル

同様に、評価対象者も3層とし、3層間の相互評価を行う。すなわち、「安全に関わる各側面(評価項目)に対して他者がどの様に関わっていると評価者が評価する」という設問構造に統一することとした。これが管理者層、責任者層、作業層となる。例えば、評価者が作業者であるとするならば、そのレベルから見て、管理者・責任者・同僚である作業者は対象となる各安全

側面とどのような関係だと自分は認識しているかと問うことになる。したがって、他者にも評価

者と同じ3層が相当する。図Ⅱ-2-1-1にSCATの評価構造を示す。



図Ⅱ-2-1-1 SCAT の評価構造

2. 調査対象と質問項目

評価者である調査対象者の分類は、SCATの構造上、管理者、責任者、作業員の3層になるが、調査対象病院との協議の結果、3層の分類が困難であるため、評価者は、病院管理者（院長、事務長など）、医師、実務管理者（看護師長、薬剤科長、検査系技師長、リハビリ科長、事務課長、その他の部署の管理者）、実務者（看護師、看護助手、薬剤師、他の医療技術者、事務総合職、その他の部署の実務者）の4層に分類した。よって、評価対象者も4層となり、アンケートの回答数は、36項目×4層=144箇所であった。

次に評定尺度であるが、評定尺度は8段階評定スケールになっている。これは、通常より多くとることで分散の度合いを高める意図がある。また、通常の質問紙調査では奇数尺度が一般的であるが、中点に偏る傾向を防ぐため、ネガティブ反応かポジティブ反応かをあえて強制的に

選択させるために偶数尺度としている。

3. 配布及び回収

安全文化評価支援ツールは組織全数を対象とした調査を基本としているので、調査対象病院の全職員である301名を対象とした。アンケートは、無記名自記式で、記入後は封筒に入れ封をしてもらい、各部署の担当者が回収した。

回収数（率）は、205名（68.1%）で、有効回答数は、回答に不備があった3件を除く202件であった。病院管理者は3名、責任者20名（うち、医師は13名、実務管理者は7名）、実務者は182名という内訳であった。各階層の人数および平均年齢、平均勤続年数を、表Ⅱ-2-1-3に示す。

	人数	平均年齢	平均勤続年数
管理者	3	57.0	25.0
責任者	20	43.9	12.3
作業員	182	29.4	4.5

表Ⅱ-2-1-3 対象者の属性

なお、具体的な質問の内容を本章末頁の資料に示す。

3. 分析方法と評価論理

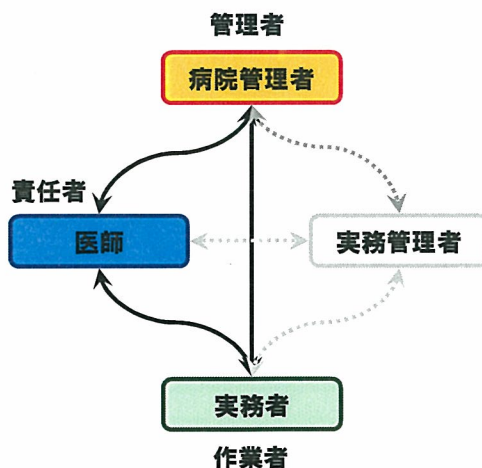
分析は前述したように、評価者、評価対象者ともに病院管理者、医師、実務管理者、実務者の4層に分類している。本来、SCATでは管理者、責任者、作業員の3層を基本としているので、他組織で行った調査結果のデータと比較するには調整が必要である。そこで、病院管理者

実務者」の2系統が存在するからである。したがって、各ラインの中間にあたる医師と実務管理者を責任者とすることは妥当であると判断した。つまり、責任者が2パターン存在することになる。

そこで、当該組織のデータを2つのデータに分類した。1つは病院管理者(管理者)、医師(責任者)、実務者(作業員)とするパターン。もう1つは病院管理者(管理者)、実務管理者(責任者)、実務者(作業員)とするパターンである。それぞれの病院管理者、実務者のデータは重複する。ただし、元々は各層とも4層に対して評価を行っているので、前述のパターンでは実務管理者に対する評価を、後述のパターンでは医師に対する評価を省略し、3層の相互評価という形に整えている(図Ⅱ-2-1-2)。

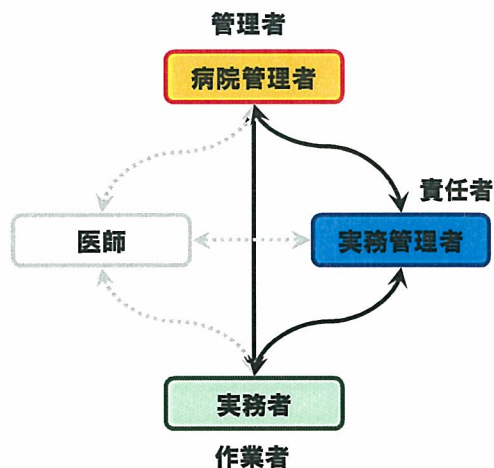
パターン1

病院管理者(管理者)-医師(責任者)-実務者(作業員)ライン



パターン2

病院管理者(管理者)-実務管理者(責任者)-実務者(作業員)ライン



図Ⅱ-2-1-2 分析方法(2パターンのデータ処理)

を管理者に、実務者を作業員とし、医師と実務管理者の2層を「現場を統括し作業に対して責任を有する組織上の最下位のレベル」という概念である責任者に置きかえた。その理由として、実際の業務遂行のラインとして、「病院管理者-医師-実務者」と「病院管理者-実務管理者-

1) 素点の評価について

SCATは相互評価方式をとっている。素点は、実際に対象者が各層に付けた得点の結果である。評定値尺度は1~8段階であり、その中央値は4.5にあたる。したがって、4.5を越えると評価

は高くなる。

2) 評価 MAP について

評価マップ (SCAT-MAP) は、縦軸にギャップ
値得点 (G 得点) を 1 横軸に評定値得点 (E 得点)
をとる、2 つの次元から対象組織の相対的位置
を見出すものである。

ギャップ値得点 (G 得点) について、その平均
値 50 (素点 1~8 点の標準化) を中心として
上位-下位に分け、それぞれ G タイプ、g タイプ
とする。この G タイプは層間でのギャップが小
さいことを示し、g タイプはギャップが大きい
ことを意味する。

同様に、評定値得点 (E 得点) も平均値 50 を
中心として上位-下位に分け、それぞれ E タイプ、
e タイプとする。この E タイプは評定値が高い
ことを示し、e タイプは評定値が低いことを意
味する。

これら G 得点、E 得点に従った各タイプを組
み合わせることにより、安全文化レベルに関し
て 4 つのタイプ (GE 型、Ge 型、gE 型、g
e 型) が構成される。すべての組織はいずれか
のタイプに分類される (図 II-2-1-3)。

なお、それぞれのタイプは以下のことを意味
する。

- GE 型 (評定値も高く、層間ギャップも小
さい): 安全文化の観点からは理想的なタイ
プであるが、第三者が同じように見ない可
能性もあり、自己満足型の可能性もあり得
る。
- Ge 型 (評定値は低いが、層間ギャップは
小さい): 一般的に安全態度や安全行動は低
いが、層間のギャップは小さいので、現在
は停滞していると言わざるを得ないが、新
たな施策を導入しようとする際には組織が
一丸となりやすく、改善への期待は持てる
型である。

- gE 型 (評定値は高いが、層間ギャップは
大きい): 一般的に安全態度や安全行動は高
いが層間のギャップが大きいのが問題であ
る。現在は階層間での不信があるようだが、
層間のコミュニケーションの機会を多く作
り、お互いの認識や行動傾向を理解でき
るようにすれば、組織として一丸となる可
能性がある型である。
- ge 型 (評定値も低く、層間ギャップも大
きい): 一般的に安全態度や安全行動が低く
1 層間のギャップも大きいため、大幅な組
織改革を行う必要がある。なお、まだ歴史
の浅い組織もこのエリアに入りがちである。

以上のように、それぞれの組織を 4 タイプに
分類することで組織の全体的特徴が分かると
ともに、組織間の比較も可能になる。また、ひと
つの組織内の各評価分野、各評価項目の結果も
同様に、この評価 MAP 上に表現することで、よ
り詳細に組織内の脆弱点を検討することが可能
となる。

SCEST による評価マップ

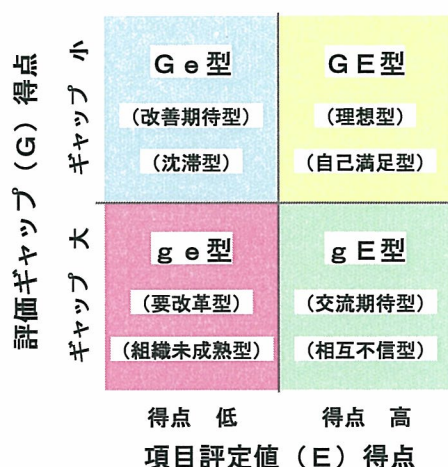


図 II-2-1-3 評価 MAP の説明図

4. 倫理面への配慮

調査票は無記名回答とし、記述した内容が他の目に触れないよう、個人毎に封筒に入れ、封を閉じた状態での提出を求めた。調査票の収集にあたっては「疫学研究に関する倫理指針」を厳守し、調査対象者のプライバシーに関する事項が外部に漏れないよう十分な配慮を行った。また、得られたデータはすべて、研究代表者が管理し、解析にあたっては調査対象者の所属する部署名、役職名などは用いず、すべて記号・匿名で扱い個人が特定されないよう配慮を行った。

C.調査結果

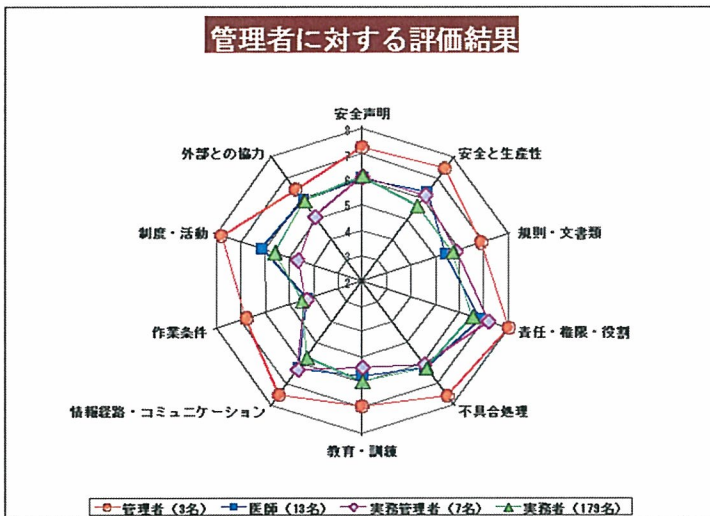
1. 評定値（素点）について

1) 病院管理者に対する評価結果

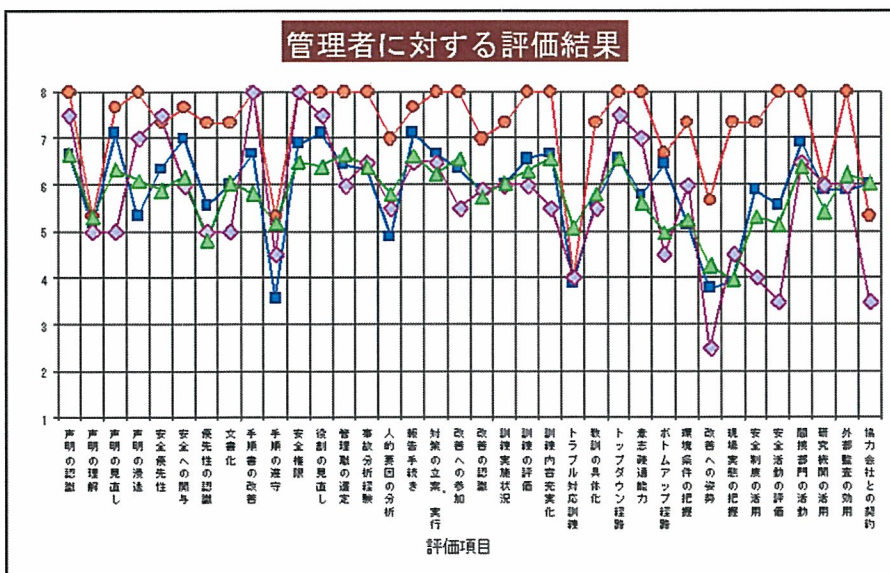
病院管理者に対する評定値（素点）の評価分野結果を図Ⅱ-2-1-4に示す（図中「管理者」が病院管理者を指す）。これを基準に見ると病院管理者は、全体として自身の評価が高いと結果であった。一方、医師、実務管理者、実務者の各層からの評価も、ほとんどの評価分野において4.5を超えており、評定値はやや高く評価されていた。しかし、「作業条件（環境条件の把握、

改善への姿勢、現場実態の把握）」については、医師、実務管理者、実務者いずれの階層からの評価も中央値4.5を下回っていた。

病院管理者に対する評価を項目別に詳しく見ると（図Ⅱ-2-1-5）、各層とも「手順の遵守」「トラブル対応訓練」「改善への姿勢」の評価が低い結果であった。また、相対的に病院管理者は他の3層より高く評価する傾向にあり、自己評価は高いが、他者からは改善への姿勢がみられないと認識されていると考えられる。



図Ⅱ-2-1-4 病院管理者に対する素点の評価分野結果



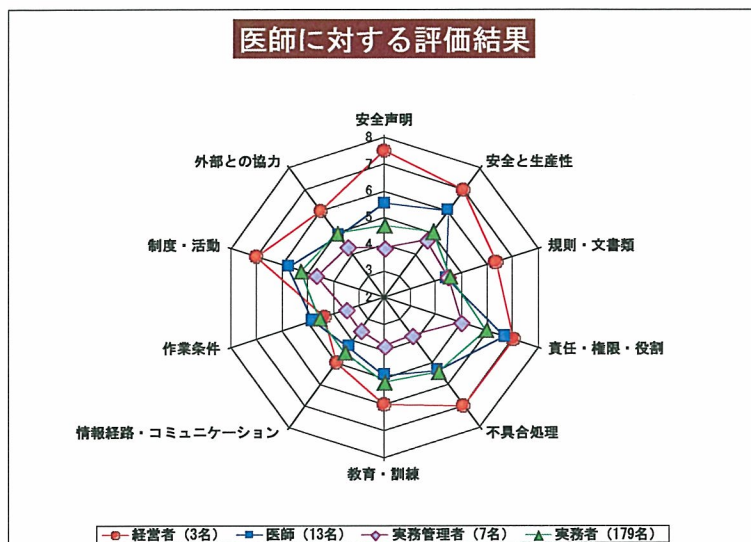
図Ⅱ-2-1-5 病院管理者に対する素点の評価項目結果

2) 医師に対する評価結果

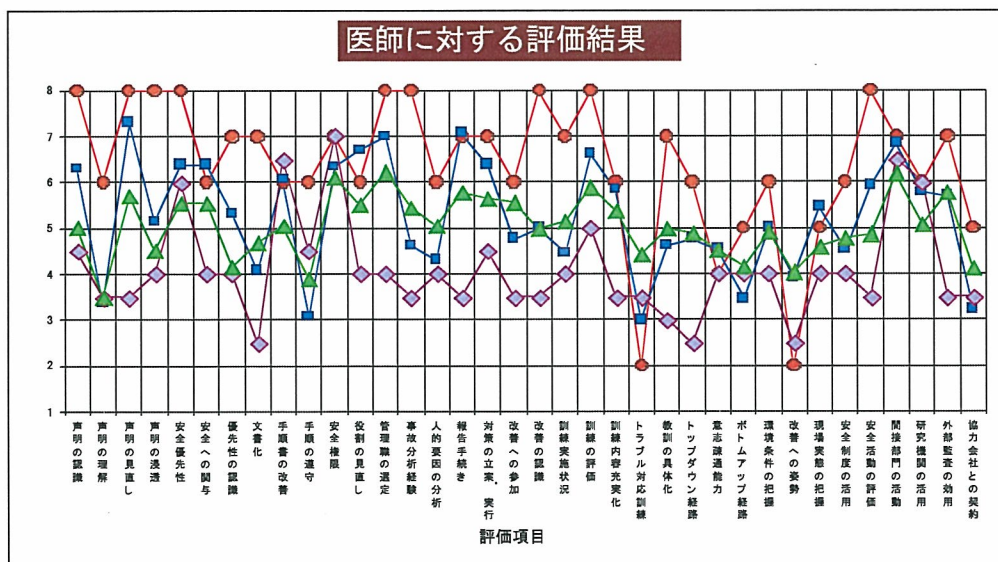
次に、医師に対する素点結果を図Ⅱ・2-1-6に示す。

医師に対しては実務管理者からの評価が全体的に低い結果となった。特に、「責任・権限・役割」、「制度・活動」、「外部との協力」の3分野を除く7分野に対しては中央値4.5を下回っている。それに対し、管理者の評価は全体的に高く評価している傾向にある。

続いて、医師に対する各評価項目についての評定結果を図Ⅱ・2-1-7に示す。病院管理者からは「トラブル対応訓練」「改善への姿勢」の評価が低い結果となった。病院管理者からの評価が高い傾向は、医師に対する評価のみでなく、実務管理者、実務者に対する評価にも一貫して見られた。また、実務管理者からは「文書化」「トップダウン経路」「改善への姿勢」の評価が低い傾向であった。



図Ⅱ・2-1-6 医師に対する素点の評価分野結果

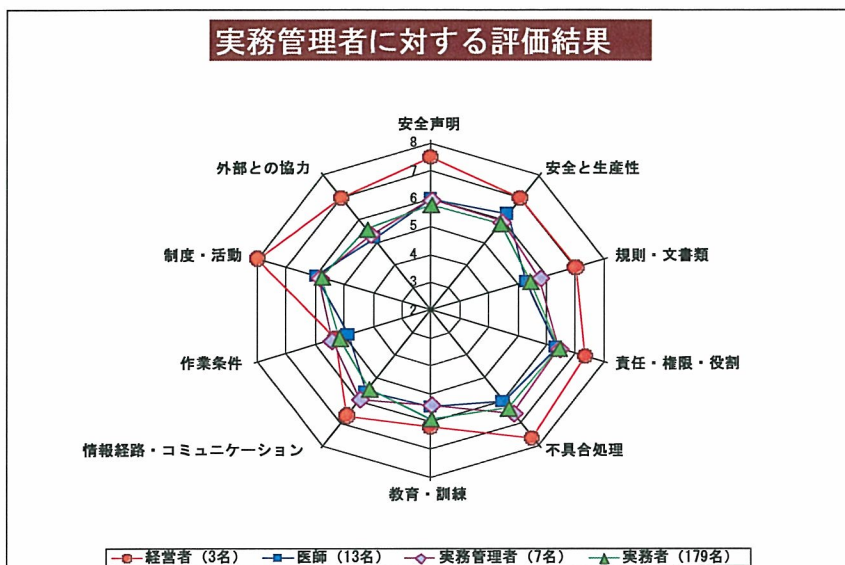


図Ⅱ・2-1-7 医師に対する素点の評価項目結果

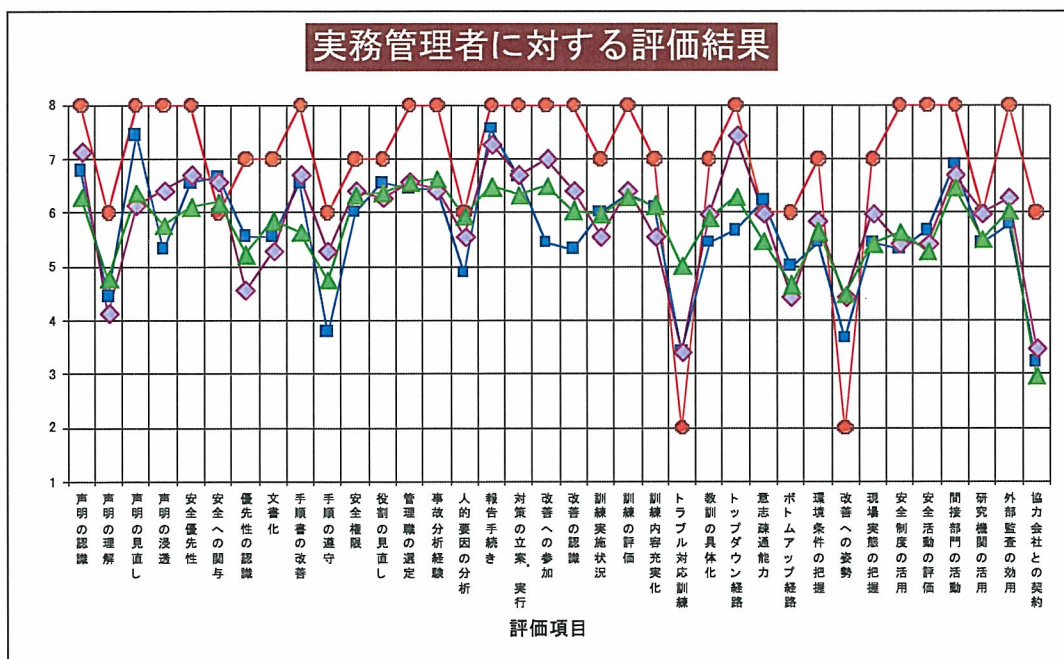
3) 実務管理者に対する評価結果

実務管理者に対する素点結果を図Ⅱ-2-1-8に示す。管理者を除く3層の評価はほぼ一致し、その評価得点も相対的に高い結果となった。

実務管理者に対する各評価項目についての評定結果(図Ⅱ-2-1-9)では、他の階層で見られた傾向と同様に、管理者からの「トラブル対応訓練」「改善への姿勢」の評価が低い結果となった。



図Ⅱ-2-1-8 実務管理者に対する素点の評価分野結果

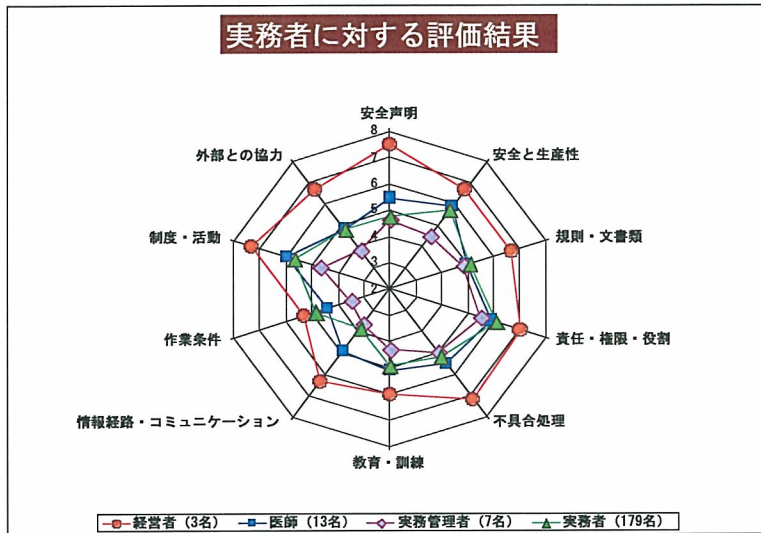


図Ⅱ-2-1-9 実務管理者に対する素点の評価項目結果

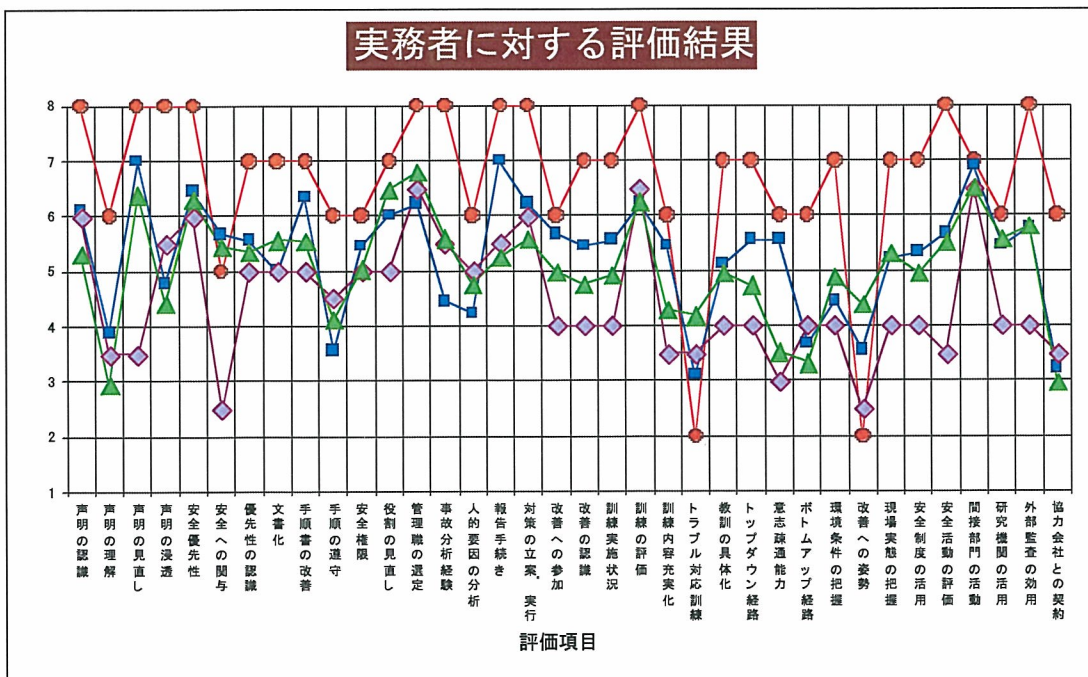
4) 実務者に対する評価結果

実務者に対する素点結果を図Ⅱ・2-1-10に示す。実務者に対する評価は、病院管理者と実務管理者からの評価が大きく異なる結果となった。実務管理者からの評価が各評価分野にわたって厳しいことが顕著である。

実務者に対する各評価項目についての評定結果(図Ⅱ・2-1-9)では、他の階層で見られた傾向と同様に、管理者からの「トラブル対応訓練」「改善への姿勢」の評価が特に低い結果となった。また、実務管理者の「安全への関与」「意思疎通能力」「改善への姿勢」への評価が低い結果となった。



図Ⅱ・2-1-10 実務者に対する素点の評価分野結果



図Ⅱ・2-1-11 実務管理者に対する素点の評価項目結果

2. 評価 MAP の結果（他組織との比較）

1) 評価 MAP による当該病院組織全体の位置づけ

図Ⅱ・2・1・12 に、当該病院組織(組織 Q)を含めて、これまで回答を得た合計 16 組織の総合評価 MAP を示す。この総合評価 MAP は、横軸に標準化された評定値得点を、縦軸に層間の評定値の差を標準化したギャップ値得点を示す（ギャップ値得点が高いほど層間ギャップが小さいことを意味する）。

評定値得点はほぼ平均の 50 を示し標準的な結果であった。一方、GAP 得点は低く、組織全体として層間に評価ギャップがあることを示している。

2) 評価 MAP による責任者（医師および実務管理者）に対する評価の位置づけ

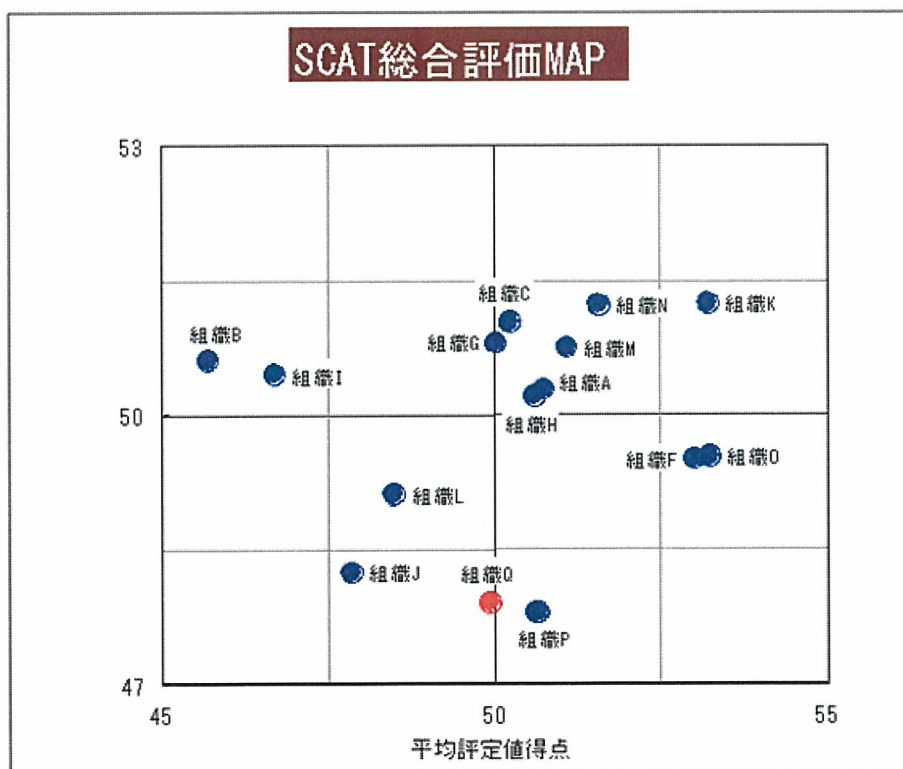
次に、医師および実務管理者に対する評価 MAP を図Ⅱ・2・1・13 に示す。病院管理者・責任者（医師・実務管理者）ラインの結果は評定値得点、ギャップ値得点ともに低く、非常に悪いと判断せざるを得ない。すなわち、責任者は組織全体から安全に対する取り組みが不十分だと認識されており、その不十分な中でも評価に対して層間で見方が

分かれていて一致していないことを示している。

3) 評価分野 MAP による当該病院組織全体の位置づけ

次に、評価分野に関する総合評価 MAP を図Ⅱ・2・1・14 に示す。

「責任・権限・役割」は評定値得点も評価ギャップ得点ともに高い結果となった。一方、「作業条件」および「情報経路・コミュニケーション」は、評定値得点も評価ギャップ得点ともに低い結果となっており、早急に対策を講じる必要があると言える。



図Ⅱ・2・1・12 総合評価 MAP