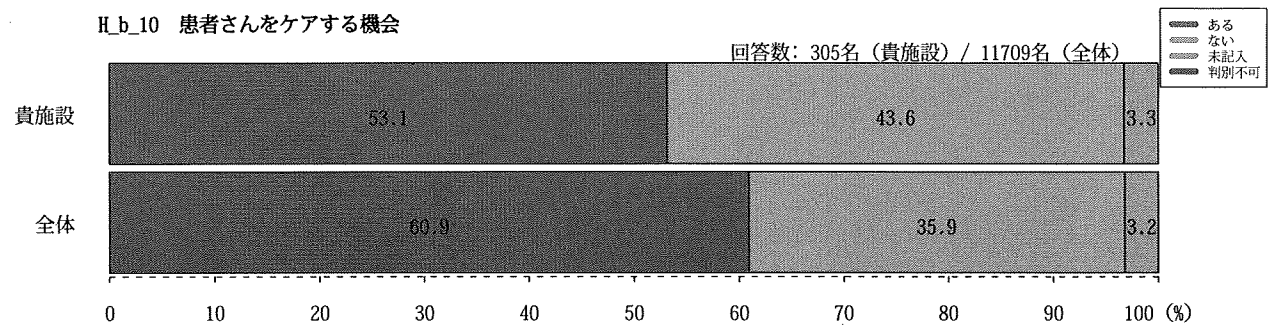
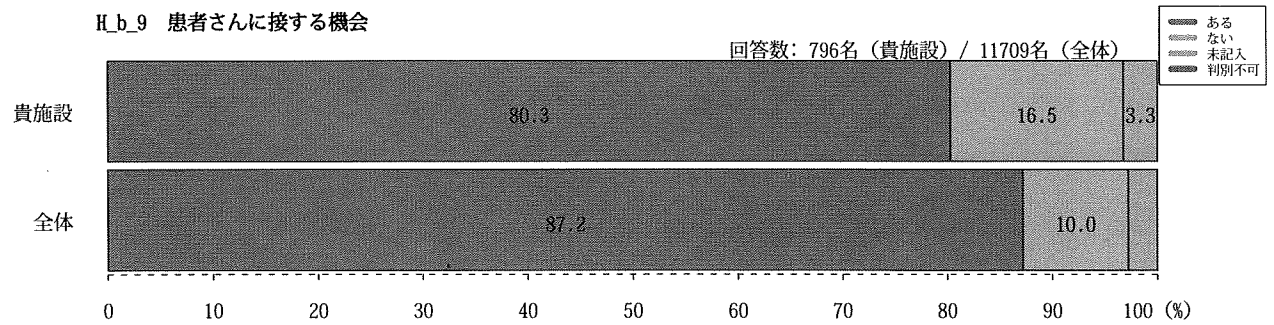
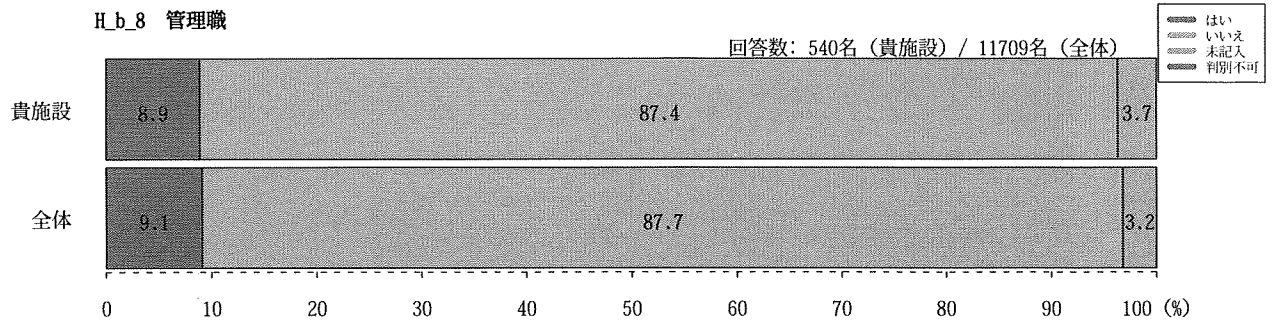


### 3.5 管理職/接する機会の有無/ケアする機会の有無



## 付録

## 4.1 箱ひげ図の読み方

ここでは、箱ひげ図の読み方を概説する。例として、A 学校と B 学校のテスト結果（仮想データ）を用いる。テストの点数の取りうる値は、0-100 点である。両学校の生徒数は、400 人とする。

2つの学校別に算出した、テスト結果の基礎統計量を表 4.1 に示した。A 学校の平均点は 76.7 点であり、B 学校よりも 25.6 点高い。また、得点のチラバリ（標準偏差）は、B 学校の方が高い。つまり、A 学校の生徒の方が、均質に高い成績を収めていることが、平均値と標準偏差より読み取れる。これらの結果を図示したものが、右図のヒストグラムである。

次に、中央値を確認すると、A 学校の中央値は 79 点であり、B 学校よりも 28.5 点高い。また、得点のチラバリを確認すると、A 学校の場合は、25% 点は 68 点、75% 点は 89 点であることから、50% の生徒は 68-89 点を収めることが確認できる。一方、B 学校の場合は、50% の生徒は 39-65 点を収めることが確認できる。これらの結果を図示したものが、右図の箱ひげ図である。

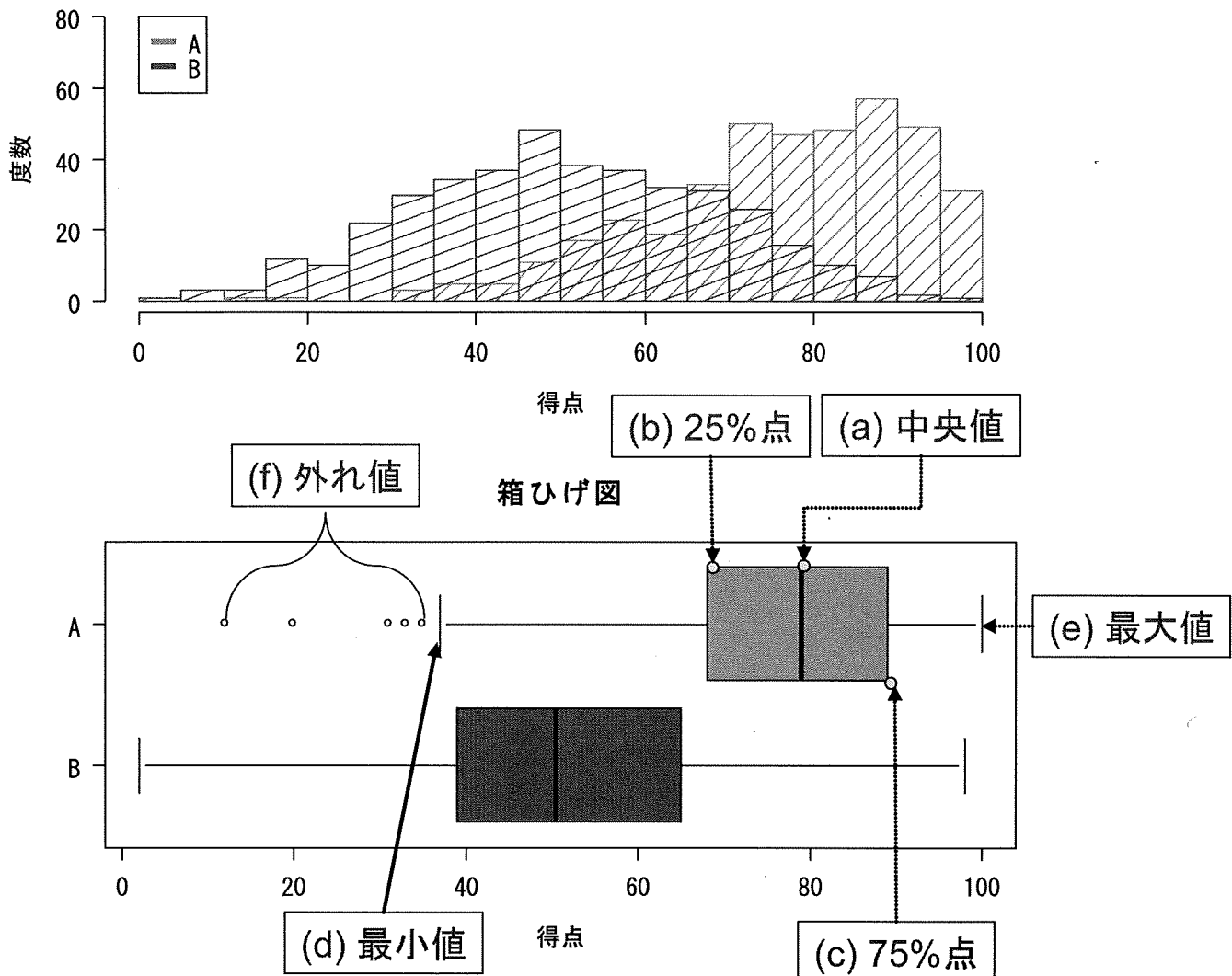
表 4.1 基礎統計量

	A	B
平均値	76.7	51.1
標準偏差	15.4	17.8
最小値	12	2
25% 点	68	39
中央値	79	50.5
75% 点	89	65
最大値	100	98

箱ひげ図では、以下の6つの情報が集約されている。

- (a) 中央値: 得点を低い者から順に並べたとき、50% (中央) に位置する値
- (b) 25% 点: 得点を低い者から順に並べたとき、25% 目に位置する値
- (c) 75% 点: 得点を低い者から順に並べたとき、75% 目に位置する値
- (d) 最小値:  $25\% \text{点} - 1.5 \times (75\% \text{点} - 25\% \text{点})$  を「下側境界点」とし、中央値寄りで下側境界点に最も近い値を「最小値」としている。
- (e) 最大値:  $75\% \text{点} + 1.5 \times (75\% \text{点} - 25\% \text{点})$  を「上側境界点」とし、中央値寄りで上側境界点に最も近い値を「最大値」としている。
- (f) 外れ値: 下側境界点よりも小さな値、上側境界点よりも大きな値は「外れ値」としている。

### ヒストグラム



■ 解釈のポイント 本資料で出てくる箱ひげ図の解釈の3ポイント

- (1) 中央値が偏差値 50 よりも高いか否か  
高い 参加施設の平均と比べて、患者安全文化が高い  
低い 参加施設の平均と比べて、患者安全文化が低い
- (2) 25% 点と 75% 点の幅は狭いか広いか  
狭い 患者安全文化の評価の個人差は小さい  
広い 患者安全文化の評価の個人差は大きい
- (3) 最小値と最大値の幅は狭いか広いか  
狭い 患者安全文化の評価の個人差は小さい  
広い 患者安全文化の評価の個人差は大きい



あなたの部署を念頭においてお答え下さい・・・

	全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも いえない	そう思う	強くそう 思う	該当 しない
⑬ スタッフは、自分のミスが人事記録に残されることを心配している	1	2	3	4	5	9
⑭ 私の部署では、医療安全に問題がある	1	2	3	4	5	9
⑮ 私の部署の業務手順やシステムは、 過誤を予防することができるようになっている	1	2	3	4	5	9

**B. あなたの上司や管理者についてお聞きます**

以下の文を読み、あなたの直属の上司・管理者について当てはまる番号を1つだけ選んで○を付けて下さい。

あなたの上司や管理者を念頭においてお答え下さい・・・

	全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも いえない	そう思う	強くそう 思う	該当 しない
① 決められた医療安全の手順通りに仕事が行われることをよく評価する	1	2	3	4	5	9
② スタッフから医療安全を向上する提案がなされたときは、真剣に考慮する	1	2	3	4	5	9
③ プレッシャーがかかるといつも、上司や管理者は、 通常の手順を簡略化してでも急いで仕事をすることを求める	1	2	3	4	5	9
④ 医療安全の問題が繰り返し起きていても見過ごしている	1	2	3	4	5	9

**C. コミュニケーションについてお聞きます**

以下の文を読み、あなたが働いている部署ではどの程度実行されているか、  
当てはまる番号を1つだけ選んで○を付けて下さい。

あなたの部署を念頭においてお答え下さい・・・

	まったく ない	まれで ある	ときどき	ほとんど いつも	いつも	該当 しない
① 出来事*の報告に基づいて変更された点に関してフィードバックを受けている	1	2	3	4	5	9
② スタッフは、患者ケアに悪い影響がありそうなことを見かけたら気兼ねなく指摘する	1	2	3	4	5	9
③ 自分達の部署で起きた過誤について知らされている	1	2	3	4	5	9
④ 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	1	2	3	4	5	9
⑤ 私の部署では、過誤の再発防止策について皆で議論している	1	2	3	4	5	9
⑥ 「何か違う」と感じても質問しづらい雰囲気がある	1	2	3	4	5	9

**D. あなたの部署の出来事\*の報告頻度についてお聞きます**

以下のようなミスが発生した場合、あなたが働いている部署での報告の頻度はどのくらいですか？  
当てはまる番号を1つだけ選んで○を付けて下さい。

あなたの部署を念頭においてお答え下さい・・・

	まったく ない	まれで ある	ときどき	ほとんど いつも	いつも	該当 しない
① ミスが起きたが、そのミスが患者さんに影響を及ぼす前に発見されて 修正された場合、どれくらいの頻度で報告されますか？	1	2	3	4	5	9
② ミスが起きたが、そのミスが患者さんに害を及ぼす可能性が なかった場合、どれくらいの頻度で報告されますか？	1	2	3	4	5	9
③ 患者さんに害を及ぼしうるミスが起きたが、実際には害が及ばなかった場合、 どれくらいの頻度で報告されますか？	1	2	3	4	5	9

E. あなたの部署の医療安全を総合的に評価して下さい

医療安全について、この病院におけるあなたの働いている部署の総合的なレベルとして当てはまる番号を1つだけ選んで○を付けて下さい。

特に優れている	とても良い	まあまあ	悪い	失格
▼	▼	▼	▼	▼
1	2	3	4	5

F. あなたが働いている病院についてお聞きます

以下の文を読み、あなたが働いている病院について当てはまる番号を1つだけ選んで○を付けて下さい。

あなたの病院を念頭においてお答え下さい・・・	全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも いえない	そう思う	強くそう 思う	該当 しない
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
① 病院経営者たちは、医療安全を推進させるような職場風土を提供している	1	2	3	4	5	9
② 病院内の各部署同士の連携がよくない	1	2	3	4	5	9
③ 患者さんが部署間を移動するとき、不手際が起きることがある	1	2	3	4	5	9
④ 協力しあう必要がある部署同士はうまく連携している	1	2	3	4	5	9
⑤ 勤務交替の際、重要な患者情報が抜け落ちることがよくある	1	2	3	4	5	9
⑥ 他の部署のスタッフと一緒に働くのは不愉快なことがよくある	1	2	3	4	5	9
⑦ 部署間で情報をやりとりする際、よく問題が起きる	1	2	3	4	5	9
⑧ 私の病院の管理運営のあり方をみると、医療安全を最優先事項としていることがわかる	1	2	3	4	5	9
⑨ 病院経営者たちは、有害事象(事故)が起きた後でしか医療安全に関心を払わないようである	1	2	3	4	5	9
⑩ 患者さんに最高のケアを提供するため、部署同士がよく協力している	1	2	3	4	5	9
⑪ 私の病院の勤務交替制は、患者さんにとって問題がある	1	2	3	4	5	9

G. 出来事\*の報告数について

過去12ヶ月間にあなたが作成し、提出した出来事\*報告書(医療過誤や有害事象など)の数は何件でしたか。当てはまる番号を1つだけ選んで○を付けて下さい。

0件	1~2件	3~5件	6~10件	11~20件	21件以上	該当しない
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
1	2	3	4	5	6	7

H. あなたご自身についてお聞きします。

個人が特定されない形でのみ結果をお返し致します。さしつかえのない範囲でお答え下さい。

(a-1) 現在の病院におけるあなたの職種の大まかな分類をお伺いします（常勤・非常勤は問いません）。最も当てはまる番号を1つだけ選んで○を付けて下さい。

1. 医師                      2. 看護職                      3. コ・メディカル                      4. 事務職員                      5. その他

(a-2) 現在の病院におけるあなたのより詳細な職種をお伺いします（常勤・非常勤は問いません）。最も当てはまる番号を1つだけ選んで○を付けて下さい。

- |           |               |               |             |                  |
|-----------|---------------|---------------|-------------|------------------|
| 1. 医師     | 8. 保健師        | 15. 視能訓練士     | 22. 歯科衛生士   | 29. リネン係         |
| 2. 歯科医師   | 9. 理学療法士      | 16. 衛生検査技師    | 23. 歯科技工士   | 30. 清掃員          |
| 3. 看護師    | 10. 作業療法士     | 17. 介護福祉士     | 24. 社会福祉士   | 31. 守衛           |
| 4. 看護補助職員 | 11. 臨床検査技師    | 18. 言語聴覚士     | 25. 柔道整復師   | 32. 売店員          |
| 5. 研修医    | 12. 診療放射線技師   | 19. 臨床工学技士    | 26. 精神保健福祉士 | 33. 運転手          |
| 6. 薬剤師    | 13. 診療エックス線技師 | 20. 義肢装具士     | 27. 事務職員    | 34. その他<br>(記入欄) |
| 7. 助産師    | 14. 栄養士・管理栄養士 | 21. 医療社会事業従事者 | 28. 調理師     |                  |

(b) 以下の情報は調査結果の分析に役立つものです。該当する番号を1つだけ選んで○を付けて下さい。

① 性別	1. 男性	2. 女性	
② 年齢	1. 20歳未満 4. 40～50歳未満	2. 20～30歳未満 5. 50歳以上	3. 30～40歳未満
③ 勤務形態	1. 正職員 4. 派遣職員	2. 嘱託職員 5. その他( )	3. 委託職員
④ 現在の専門職での実務経験年数	1. 1～2年目 4. 11～18年目	2. 3～5年目 5. 19年目以上	3. 6～10年目
⑤ 現在の病院での勤務年数	1. 1～2年目 4. 8～14年目	2. 3～4年目 5. 15年目以上	3. 5～7年目
⑥ 現在の部署での勤務年数	1. 1年目 4. 4～6年目	2. 2年目 5. 7年目以上	3. 3年目
⑦ 週あたりの平均勤務時間	1. 20時間未満 4. 60～80時間未満	2. 20～40時間未満 5. 80時間以上	3. 40～60時間未満
⑧ あなたは現在、管理職ですか	1. はい	2. いいえ	
⑨ 勤務中に患者さんと接する機会	1. ある	2. ない	
⑩ 勤務中に患者さんに直接ケアをする機会	1. ある	2. ない	

(c) あなたの病院における医療安全や過誤、出来事\*の報告について思うことをご自由にお書き下さい。

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。



## 4.3 患者安全文化の 12 側面と項目の対応

表 4.2 患者安全文化の 12 側面と項目の対応

(a)	出来事の報告される頻度 ミスが起きたが、そのミスが患者さんに影響を及ぼす前に発見されて修正された場合、どれくらいの頻度で報告されますか？ ミスが起きたが、そのミスが患者さんに害を及ぼす可能性がなかった場合、どれくらいの頻度で報告されますか？ 患者さんに害を及ぼしうるミスが起きたが、実際には害が及ばなかった場合、どれくらいの頻度で報告されますか？
(b)	医療安全に対する総合的理解 ★ 私の部署で深刻なミスが起きていないのは偶然でしかない より多くの仕事をするために医療安全が犠牲になることは決してない ★ 私の部署では、医療安全に問題がある 私の部署の業務手順やシステムは、過誤を予防することができるようになっている
(c)	上司の医療安全に対する態度や行動 決められた医療安全の手順通りに仕事が行われることをよく評価する スタッフから医療安全を向上する提案がなされたときは、真剣に考慮する ★ プレッシャーがかかるとういつも、上司や管理者は、通常の手順を簡略化してでも急いで仕事をするを求める ★ 医療安全の問題が繰り返し起きていても見過ごしている
(d)	組織的・継続的な改善 医療安全を向上させるための取り組みを積極的に行っている 私の部署では、ミスを良い変化へとつなげてきた 医療安全を向上させるための変更を行った後、その効果を評価している
(e)	部署内でのチームワーク 私の部署では、スタッフはお互いに助けあって仕事をしている 早急にすませるべき仕事が多いときには、仕事を終わらせるために、チームとして一緒に取り組む 私の部署では、スタッフはお互いに敬意をもって対応している 私の部署のどこかが非常に多忙になった場合、他のスタッフが手助けする
(f)	オープンなコミュニケーション スタッフは、患者ケアに悪い影響がありそうなことを見かけたら気兼ねなく指摘する 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 ★ 「何か違う」と感じて質問しづらい雰囲気がある
(g)	エラー後のフィードバック 出来事の報告に基づいて変更された点に関してフィードバックを受けている 自分達の部署で起きた過誤について知らされている 私の部署では、過誤の再発防止策について皆で議論している
(h)	過誤に対する非懲罰的対応 ★ ミスをするとう不利な立場になると感じる ★ 出来事が報告される場合、問題そのものではなく、誰が起こしたかということの方がより報告されるように感じる ★ スタッフは、自分のミスが人事記録に残されることを心配している
(i)	人員配置 仕事を行うのに十分な数のスタッフがいる ★ 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よりも長時間にわたって働いている ★ 患者さんのケアにとって最適とは言えないほど常勤が少なく、派遣職員・臨時職員が多い ★ あまりにも多くのことを、あまりにも大急ぎでやろうと、「緊急事態」のように仕事をしている
(j)	医療安全に対する病院管理支援 病院経営者たちは、医療安全を推進させるような職場風土を提供している 私の病院の管理運営のあり方をみると、医療安全を最優先事項としていることがわかる ★ 病院経営者たちは、有害事象（事故）が起きた後でしか医療安全に関心を払わないようである
(k)	部署間でのチームワーク ★ 病院内の各部署同士の連携がよくない 協力しあう必要がある部署同士はうまく連携している ★ 他の部署のスタッフと一緒に働くのは不愉快なことがよくある 患者さんに最高のケアを提供するため、部署同士がよく協力している
(l)	仕事の引継ぎや患者さんの移動 ★ 患者さんが部署間を移動するとき、不手際が起きることがある ★ 勤務交替の際、重要な患者情報が抜け落ちることがよくある ★ 部署間で情報をやりとりする際、よく問題が起きる ★ 私の病院の勤務交替制は、患者さんにとって問題がある

注)「★」は逆転項目を意味する。逆転項目とは、質問の表現が本来あるべき様とは反対の状況を示している項目である。従って、逆転項目に肯定的な回答（例えば、まったくそうだ）をしている場合、安全文化は低いことを示している。

## 4.4 偏差値の計算法

### 4.4.1 欠損値のある項目の処理

■ 以下の条件に合致するデータを有効回答としました。

- 安全文化に関する 44 の質問項目のうち、23 項目以上に回答した者
- 「該当しない」の選択が 22 項目以下の者

■ 各質問項目 (以下：項目) の欠損値 (未回答, 判別不可, 該当しない) に、以下の式で求めた各施設における、項目ごとの平均得点を代入しました。

$$\text{各施設の項目 } X \text{ の平均得点} = \frac{\text{項目 } X \text{ の欠損値を除いた得点の総和}}{\text{項目 } X \text{ の欠損値を除いた回答数}}$$

### 4.4.2 偏差値を求める

■ 総合ランキング, 職種別比較, 部署別比較に用いた偏差値

$$\text{各回答者の総点の偏差値} = \frac{\text{各回答者の総得点} - \text{全回答者の総得点の平均値}}{\text{全回答者の総得点の標準偏差}} \times 10 + 50$$

ここで、各回答者の総得点とは、各回答者ごとの各項目得点の総和と定義しました。以上のようにして求めた偏差値から、全ての回答者、職種、部署ごとの中央値を算出し、貴施設の偏差値として扱いました。

■ 12 側面ランキング, 職種/側面別比較, 部署/側面別比較に用いた偏差値

$$\begin{aligned} & \text{各回答者の各側面ごとの合計得点の偏差値} \\ & = \frac{\text{各回答者の各側面ごとの合計得点} - \text{全回答者の各側面ごとの合計得点の平均値}}{\text{全回答者の各側面ごとの合計得点の標準偏差}} \times 10 + 50 \end{aligned}$$

ここで、各回答者の各側面ごとの合計得点とは、各回答者ごとの各側面ごとの総和と定義しました。各側面と項目の対応は、付録表 4.2 (p. 68) をご参照下さい。

以上のようにして求めた偏差値から、全ての回答者、職種、部署ごとの中央値を算出し、貴施設の偏差値として扱いました。

## 4.5 項目別比較の計算法

### 4.5.1 肯定的に回答している者の比率

貴施設のデータから、全項目について、肯定的に回答している者の比率を以下の式で求めました。

$$\text{比率} = \frac{\text{肯定的に回答している人数}}{\text{有効回答数}}$$

ここで、肯定的とは、「ややそうだ」「まったくそうだ」または「ほとんどいつも」「いつも」という選択肢を選んでいることと定義しました。また、有効回答数は、

有効回答数

$$= \text{回収された質問票の枚数} - (\text{当該項目に回答していない人数} + \text{「該当しない」を選択した人数})$$

と定義しました。

例えば、貴施設は従業員が 220 人の施設で、210 人に調査をしたとします。「私の部署では、職員はお互いに助けあって仕事をしている」という項目に対して、「ややそうだ」、「まったくそうだ」と回答した人は、150 人だったとします。また、この項目に回答しなかった人、または「該当しない」と回答した人は、10 人だったとします。この際の比率は、

$$.75 = \frac{150}{(210 - 10)}$$

となります。

### 4.5.2 否定的に回答している者の比率

同様に、貴施設のデータから、全項目について、否定的に回答している者の比率を以下の式で求めました。

$$\text{比率} = \frac{\text{否定的に回答している人数}}{\text{有効回答数}}$$

ここで、否定的とは、「ややちがう」「まったくちがう」または「まれである」「まったくない」という選択肢を選んでいることと定義しました。

### 4.5.3 全施設の平均比率、最高比率、最低比率

上記と同様に全施設における全項目の比率を算出し、全施設の平均比率を算出しました。

また、それぞれの項目について、最も比率の高い施設の比率を最高比率、最も比率の低い施設の比率を最低比率と定義しました。

## 4.6 逆転項目の記載

表 4.3 逆転項目の記載

表 1.6, 表 1.7 に掲載されている項目内容	質問票の項目内容
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	★ 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よりも長時間にわたって働いている
患者さんのケアにとって最適な人数の常勤がいて、代理職員・臨時職員も採用している	★ 患者さんのケアにとって最適とは言えないほど常勤が少なく、派遣職員・臨時職員が多い
ミスをしてもしも不利な立場になることはない	★ ミスをする和不利な立場になると感じる
私の部署で深刻なミスが起きていないのは当然である	★ 私の部署で深刻なミスが起きていないのは偶然でしかない
出来事が報告される場合、誰が起こしたかということではなく、問題そのもののほうがより報告される	★ 出来事が報告される場合、問題そのものではなく、誰が起こしたかということの方がより報告されるように感じる
あまりにも多くのことを、あまりにも大急ぎでやろうと、“緊急事態”のように仕事をするのではない	★ あまりにも多くのことを、あまりにも大急ぎでやろうと、“緊急事態”のように仕事をしている
スタッフは、自分のミスが人事記録に残されることを心配していない	★ スタッフは、自分のミスが人事記録に残されることを心配している
私の部署では、医療安全に問題がない	★ 私の部署では、医療安全に問題がある
プレッシャーがかかっても、上司や管理者は、通常の手順を簡略化してでも急いで仕事をするを求めない	★ プレッシャーがかかるといつも、上司や管理者は、通常の手順を簡略化してでも急いで仕事をするを求める
繰り返し起きている医療安全の問題に配慮している	★ 医療安全の問題が繰り返し起きているも見過ごしている
「何か違う」と感じることを質問しやすい雰囲気がある	★ 「何か違う」と感じてても質問しづらい雰囲気がある
病院内の各部署間の連携がよい	★ 病院内の各部署同士の連携がよくない
患者さんが部署間を移動するとき、不手際が起きることはない	★ 患者さんが部署間を移動するとき、不手際が起きることがある
勤務交替の際、重要な患者情報が抜け落ちることはない	★ 勤務交替の際、重要な患者情報が抜け落ちることがよくある
他の部署のスタッフと一緒に働くのは楽しい	★ 他の部署のスタッフと一緒に働くのは不愉快なことがよくある
部署間で情報をやりとりする際、問題が起きることはない	★ 部署間で情報をやりとりする際、よく問題が起きる
病院経営者たちは、有害事故が起きる前から、医療安全に関心を払っている	★ 病院経営者たちは、有害事象（事故）が起きた後でしか医療安全に関心を払わないようである
私の病院の勤務交代制は、患者さんにとって問題はない	★ 私の病院の勤務交代制は、患者さんにとって問題がある

## 4.7 職種の小分類・大分類対応表

表 4.4

表 4.4 職種の分類・小分類対応表

大分類	小分類	大分類	小分類
医師		その他	
	医師*		CRC/治験コーディネーター
	歯科医師*		ケアマネージャー・介護福祉士*・介護支援・ヘルパー
	研修医*/レジデント		看護補助職員*
看護職	医局		専門職助手/補助
	看護師*		地域連携関係
	助産師*		安全管理関係
	保健師*		薬剤ピッキング関係
コ・メディカル			受付/案内関係
	歯科技工士*		中央材料・物品管理・搬送関係
	臨床検査技師*		滅菌関係
	診療放射線技師*		リネン係*・クリーニング関係
	診療エックス線技師*		調理師*/配膳/洗場関係
	衛生検査技師*		保育関係
	内視鏡技師		設備保守/電気/ボイラー/中央監視関係
	言語聴覚士*		清掃員*
	作業療法士*		電話交換関係
	視能訓練士*		警備・守衛*
	理学療法士*		駐車場関係
	社会福祉士*		運転手*
	精神保健福祉士*		図書館関係
	医療社会事業従事者*		研究関係
	栄養士・管理栄養士*		委託/パート/派遣/シルバー人材関係
	あん摩/マッサージ関係		売店員*・院内営業店舗職員
	運動指導士		複数選択
	臨床心理関係		etc...
薬剤師			
	薬剤師*		
臨床工学技士			
	臨床工学技士*		
事務職員			
	事務職員*		
	医療事務		
	事務当直		
	事務補助		
	クラーク		
	診療情報・カルテ管理関係		
	システム開発・管理関係		

注 1) \*は、質問票の H.a.2 にある職種を意味する。\*以外の職種は自由記述の職種を示す。

注 2) 大分類への割り当ては、過去調査における回答傾向を参考に行った。

## 参考文献

- [1] ACSNI Human Factors Study Group. *Organising for safety, advisory committee on the safety of nuclear installations, health and safety commission, Third Report*. Sudbury, England: HSE Books, 1993
- [2] 厚生労働省. ヒューマンエラー部会 安全な医療を提供するための 10 の要点, 2001(<http://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1f.html>)
- [3] Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. *AHRQ Publication No. 04-0041*, 2004
- [4] Hoppock, R. Job satisfaction New York: Harper, 1935
- [5] Zeithamal, V. A. and Bitner, M. J. Services marketing New York: McGraw-Hill, 1996
- [6] 種田憲一郎, 奥村泰之, 相澤裕紀, 長谷川敏彦. 安全文化を測る –患者安全文化尺度日本語版の作成–, 医療の質・安全学会誌, 第 4 巻 第 1 号, 2009

この報告書に関するお問い合わせは下記宛にお願い致します:

国立保健医療科学院

政策科学部・安全科学室

担当: 種田 憲一郎・相澤 裕紀

〒351-0197 埼玉県和光市南 2-3-6

TEL: 048-458-6182, 048-458-6178

FAX: 048-468-7983

Eメール: [safety\\_culture@niph.go.jp](mailto:safety_culture@niph.go.jp)

資料 2

2008年度医療における安全文化調査

フォローアップ調査結果



## フォローアップ調査結果

問1.「医療における安全文化に関する調査」報告書の結果と、貴施設における実際の印象や傾向が一致している点、異なっている点などをお教え下さい。

一致点（全8施設中7施設から報告あり）

### ■職種別比較

- 職種別比較で特に支援が必要な職種
- 全体として事故報告の件数が多い看護部が、一番支援を求めているということ。直接患者さんにかかわることが多いため報告件数も多く、類似のインシデントを経験する機会が多いためだと思います。
- 職種別比較：看護師、薬剤師、医師など、直接患者と対応する部門が高い。

### ■チームワーク

- チームワークについては、報告のとおりと思いましたが、ただ一つ気になるのは、ルーチン化した業務を効率よくチームワークを持って行っているのは、患者様のためという視点に立って患者様に寄り添いながら、臨機応変にチームワークよく行っているかという点では、少し意識が薄いかもしれないという意見がありました。事故報告の頻度も一致していると思います。
- 部署間でのチームワークの評価の高さ
- 私の部署では、スタッフはお互いに助け合って仕事をしている
- 私の部署のどこかが非常に多忙になった場合、他のスタッフが手助けする
- 「部署間でのチームワーク」について安全文化が低い側面であった。
- 「病院内の各部署同士の連携がよくない」改善点
- オープンなコミュニケーションの評価の低さ

### ■自分よりも権威のあるものの決定や行動に対して

- 評価が悪かった項目で、「自分よりも権威のあるもの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。」は一致している。ただし、一部の管理職と思われたまま職員数が多い部署であったことが考えられる。
- 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ない改善すべき点である

### ■人員配置

- H17年の調査では、「人員配置」が12側面から見て最も優れているという評価でしたが、H18年度に新病棟がオープンした際に、他の病棟の人員削減が行われ、20年度の調査では、「人員配置」に関する項目が低く評価されていました。
- 人員配置の評価の上昇

### ■過誤について

- 過誤に対する非懲罰的対応の評価の低さ
- (h) 過誤に対する非懲罰的対応(3項目) ★ スタッフは、自分のミスが人事記録に残されることを心配している
  - ▶ コメント：人事記録に残される、という形では確かでない。しかし、インタビューしていくと、部署によっては、部会やチームミーティングでインシデントの検討をすることがミスをしたスタッフにとって、「責められている」ように感じ、過緊張のあまり、またミスをしてしまうという悪循環があった、ということを知っている。
  - ▶ 確かにミスが直接的に人事考課に結びつくことはないが、違う意味で「インシデント」に対するその職場の考え方が、個人を結果として責めるようなムードになっていた事例があった。
- 「ミスをするとなりに不利な立場になると感じている」改善点
- 「エラー後のフィードバック」について安全文化が低い側面であった。
- 自分たちの部署でおきた過誤についても、どこの病棟も事例が発生すると必ず他職種も参加するカンファレンスで、共有する作業が行われ

ており、優れているという評価が一致する。

## ■報告頻度

- 患者さんに害を及ぼさなかった場合の報告頻度が優れているという評価は一致していると思います。こんなことまで報告しなくてもと思うような内容の報告もありますが任意の報告として受理しています。
- 「出来事の報告される頻度」について安全文化が低い側面であった。

## ■事務の支援

- 事務（総務職員担当）で支援が必要な側面に関して、(d)・(e)・(f)・(g) の項目の偏差値が低かったことでは、事務職は担当制で各自が仕事をしており、部署内で協力して仕事をしているという印象が薄いことは確かです。「担当がいないとわからない」ということがよくあり、他の事務職と比較するとその傾向が強いと思う。
- 医療事務の支援が必要な側面の (a) について一致していると思う。クレーク業務で病棟と関連する事例の場合は看護部からの報告で発見されることが多く、部署の職員自ら報告されることはない。おそらく医療事務関連の業務では報告されないインシデントが相当数あると思います。

## ■患者さんの移動

- 「患者さんが部署間を移動するとき、不手際が起きることがある」改善点
- 「仕事の引継ぎや患者さんの移動」について安全文化が低い側面であった。

## ■安全文化に差がみられる

- 部署別比較において、病棟間であっても、安全文化に大きな差がみられたこと。
- 結果において最小値と最大値の幅が広がったこと。安全文化の理解について大きな差があると感じていた。
- 患者安全文化の評価の個人差は大きい。

## ■その他

- 「医療安全に対する総合的理解」について安全文化が低い側面であった。
- 参加施設平均と比べ、患者安全文化は低い。
- 総合評価の順位
- 「組織学習—継続的な改善」について安全文化が低い側面であった。
- 「医療安全に対する病院管理支援」について安全文化が低い側面であった。
- 正規採用職員が多い部署は高い。
- 部門別教育で見た印象で「反応が悪い」と感じている職種は低い。
- 研修医に対しては、教育が不十分だと思うので結果通りで納得。
- 当院は市立病院であり、長らく漫然とした体制を続けてきていた。しかし、6年ほど前に、組織や運営の改革がされ、各部門のトップの交代・業務改善により、チーム医療の推進が進み、他部門間との協力体制が整いつつあるところである。医師・看護師・コメディカル職員の数も年々増え、古い体制を変えようとしている病院である。医療安全推進室が設立し専従の医療安全管理者を配置し3年目になった。安全文化の醸成を促すための教育を、20年度から取り組み始めたところである。職場風土を変革させるのは容易ではないと痛感している。アンケートの結果を見ると、まだまだ古い体制がはびこっている。

## 不一致点（全8施設中8施設から報告あり）

### ■組織学習

- 12側面別ランキング：組織学習-継続的教育については、結果はよかったが、個人的には、職種によって参加率が異なり、完全を要する面が多いと感じているので、やや意外であった。
- 組織学習、継続的な改善という点では、あまりぴんとこないのが本音です。研修は年2回程度なので・・・但し、毎朝接遇について必ず1人発表するのでそのことを継続的な学習と捉えているのかもしれませんが。

## ■部署別比較

- 部署別比較において、デイケア、医局、栄養科、北病棟（北2病棟）、薬局の部署は、安全文化が高い。
- 部署別比較：病棟別では、インシデント・アクシデント報告数、取り組み、成果は高いのに、調査結果としてはよくなかった病棟があった。また、逆に、事故は多いに結果は良い病棟があった。これは、成果がプラスの動機づけになっていなかったということか？
- 職種によって現状に対する意識が異なるのは当然ですが、部署間で結果が異なる事が、もっとも興味深く読みました。

## ■労働時間

- 労働時間については、アンケートの設問では十分答えられなかったのですが、当院では、日中の職員の数はある程度満たしていますが、早朝や夕方に薄いのでそのことが結果に反映したのではと思います。ケアをするに十分な正職員の数があると回答しながら、仕事を行うのに十分な職員の数ではないと回答しているのはそのためではないかと考えます。

## ■人員配置

- 人員配置が参加施設平均と比べ、安全文化が高い側面であること。

## ■過誤について

- 過誤に対する非懲罰的対応参加施設平均と比べ、安全文化が高い側面であること
- 医療事務で支援が必要な側面のうち（g）については、事例が発生すると医事担当のリスクマネージャーが状況をフードバックして、話し合いが行われていると思っていたが、現場の職員はそう思っていなかったこと。
- 出来事の報告される頻度(3項目)ミスが起きたが、そのミスが患者さんに影響を及ぼす前に発見されて修正された場合、どれくらいの頻度で報告されますか？
  - ▶ コメント：ヒヤリハットの報告がまだまだされていないという結果から、報告制度はほぼ行き渡っていると（一部職種を除いて）考えていたが、まだ検討の必要があることがわかった。

## ■チームワーク

- 部署内でのチームワークが参加施設平均と比べ、安全文化が高い側面であること。
- オープンなコミュニケーションが参加施設平均と比べ、安全文化が高い側面であること。
- 部署間でのチームワークの側面について偏差値が高いこと。

## ■上司について

- 上司の医療安全に対する態度や行動の評価の高さ
- 病院全体（管理職）の安全管理に対する感想がもう少し、厳しいと予想していました。

## ■医師について

- 医師の偏差値が高く、順位が2位/17施設中であること。

## ■その他

- 医療安全に関する総合的理解 18施設内順位が高い（18施設の中でもっと順位が低いと考えている）
- 繰り返し起きている医療安全の問題に配慮している 18施設内順位がもっと高いと思われる（18施設の中でもっと順位高いと考えている）
- 仕事の引継ぎや患者さんの移動の側面について偏差値が高いこと。
- その職場でのスタッフ間の”空気”が表現されていると思います。
- 18病院中1位ということ。

問2. 今回のような調査結果になった理由をどのように推測されますか。また、貴施設における医療安全に関する取り組みは結果に影響していると思われませんか。以下のそれぞれの結果についてご意見をお教え下さい。

### ① 他の医療機関との比較において・・・

#### A. 調査結果に示されていた偏差値の高かった側面・優れた点について

##### ■チームワークについて

- 「部署内でのチームワーク」

- 看護部職員には残業手当が出ない。残業意識が看護部にはない。時間外に業務を残しても、代行者が可能であれば、残務を任せる病院風土がある。
- 多くの病棟が病棟内でのチームカンファレンスをほぼ毎日行っていることがコミュニケーションを作り出しているとも考えられる。
- 「部署間でのチームワーク」
  - 副院長が強いリーダーシップを発揮しており、他施設から医師を引き抜いた。人員は刷新され、医局でのチームワークはよい。医師の権威勾配が強い。医師がリーダーシップをとった場合は、それに意見をする者はほぼ不在である。ゆえに医師からだど、「部署間でのチームワーク」はよく見える。医師以外では、おおむね偏差値が50以下である。
- (f) オープンなコミュニケーション(3項目) ★ 「何か違う」と感じてても質問しづらい雰囲気がある

## ■過誤について

- エラー後のフィードバック：各部署の管理者や事故防止委員会メンバーが中心となって、ほぼ毎日部署内で事例を報告している。
- 「過誤に対する非懲罰的対応」
  - 就業規則のゆるみ。やや逸脱した行為であっても、他の人もやっていることだからと、大目に見られる慣習。例えば勤務中に喫煙する者は多い。決められたことを守る意識の薄さから、被懲罰の意識の薄さへとつながる。
  - 起きたアクシデントに対する当事者支援の方法論が理解されていない。どう対応してよいかわからないため、もちろん懲罰的対応も行わない。
  - 上司が部下に対してよい対応をしてくれていると感じている。昨年は、27名の部課長対象に2日間に渡る研修を行ったりしたことも影響しているかもしれない。トップの意識の示し方も良い影響を与えていると思う。
- スタッフは、自分のミスが人事記録に残されることを心配している
  - コメント：(f) (h) は、2007年度同様、偏差値の高かった項目である。(f)については、面談の中で「オープン」でいい点と「オープン」が「言いたい放題」という側面をもっていなければいいという意見もあった。

## ■組織学習・継続的教育について

- 組織的学習・継続的な改善：
  - QCの発表会（看護室 部署別に年1回）
  - 事故防止委員会 年1回 活動報告（成果発表）
  - 医療安全研修内容の工夫：ロールプレイングを活用しての教育
 身近なテーマの選択で現場の疑問解決を助けることができるような研修を計画している。
- 組織学習・継続的教育について
  - 病院として、中でも特に看護部門が中心に系統的に教育を実施しているためと思われる。安全管理についても感染管理と協力して全体・部門別研修を行って教育に力を注いでいることが効を奏していると思う。
- (d) 組織的・継続的な改善(3項目) 医療安全を向上させるための変更を行った後、その効果を評価している
  - コメント：(C) (d) 項目とも、偏差値のみならず、2007年度・2008年度の単純集計を比較しても改善している。
  - 2008年下期に2007年度安全文化調査結果を入手したのち、医局以外の全部署の職場長と安全推進委員に対して個別面談を設定しその中で本調査の意義と当該部署の結果を報告した。結果は部署にてスタッフと共有化するように依頼するとともに、結果を受けて部署における目標に安全に関する目標を組み込んでもらうよう依頼した。
  - インシデント報告はトリアージして発生部署にて対策を考え実践してもらうようフォローアップ回答書をおくる。フォローアップ回答者が安全管理室に、もどってくれば、各部署の対策が実践されているかラウンドする。このサイクルを実践したことが結果につながった一因と考えられる。

## ■上司の医療安全に対する態度や行動

- 「上司の医療安全に対する態度や行動」