

医療安全教育プログラムの考案に向けた 医療機関における安全対策の現状調査

松本龍樹^{*1}, 真嶋由貴恵^{*2}, 梶田聖子^{*2}

*1 大阪府立大学 *2 大阪公立大学 情報学研究科

Survey of Current Safety Measures in Medical Institutions to Devise a Medical Safety Education Program

Tatsuki Matsumoto^{*1}, Yukie Majima^{*2}, Seiko Masuda^{*2}

*1 Osaka Prefecture University *2 Osaka Metropolitan University

Medical institutions need to provide safe medical services and prevent medical accidents. It is said that about 6.3 million incidents occur per year, which is four times the number of hospital beds in Japan. Currently, medical institutions are implementing various measures and staff education for medical safety, but the effectiveness of these measures and staff education has not been evaluated. In this study, we surveyed the current safety measures implemented by medical institutions and examined the educational programs required for future medical safety based on the results of the survey.

キーワード: インシデント, 医療安全, 報告する文化, 効果評価, 安全教育

1. はじめに

医療安全とは「安全な医療サービスを提供するために医療事故やトラブルなどの対策を行い未然に防ぐこと」であり、医療の質に不可分とされる⁽¹⁾。医療事故はその被害度合から 0, 1, 2, 3a, 3b, 4a, 4b, 5 の 8 段階に分けられる。0 は未発生もしくは未然に防げた例, 5 は死亡した例である。一般的にレベル 3a までがインシデント, 3b 以上がアクシデントに分類される。公益財団法人医療機能評価機構の集計表⁽²⁾を基に計算すると 2018 年に日本全体でインシデントは約 637 万件発生しており, そのうち約 3 万 4 千件は実際に発生していれば対象が死亡もしくは重篤な障害を負っていた事例である⁽³⁾。

医療安全を確保するためには「安全文化」の醸成が必要であり, 「報告する文化」, 「正義の文化」, 「柔軟な文化」, 「学習する文化」の 4 つから構成される⁽⁴⁾。荒井⁽⁴⁾は情報収集が他の文化の基礎となるという点で

「報告する文化」に着目している。病院などの各医療機関は医療安全の確保や「安全文化」の醸成のために様々な安全対策を行っている。安全対策にはダブルチェックや指さし確認, フルネームによる確認や医療安全に関する研修の実施など様々である。

日本看護協会⁽⁵⁾は, 過剰な対策はかえってリスクが増すことになり, 安全対策の実施により関連する医療事故の発生数が減少したかなどの観点から適切な評価を行い, 改善を継続していく事が重要であるとしている。評価は難しいとも述べており, 報告事例のモニタリング調査や, アンケート・院内ラウンドによる評価, コホート研究による介入評価といった方法を通して安全対策に対する評価の検討・実施をしていくことも重要であるとしている。

しかし, 各医療機関の実施する安全対策の項目や評価法, 効果については不明である。

2. 目的

本研究の目的は、各医療機関が実施する安全対策の項目とその効果や課題から、「報告の文化」との関連を明らかにし、今後の医療安全教育プログラムを検討することである。

3. 研究方法

3.1 調査対象

近畿県内にある病床数 400 床以上の 21 施設に対しメールで研究協力を依頼、そのうち同意を得られた 5 施設である（以下、対象病院）。

3.2 調査方法

アンケート調査：対象病院に対し郵送で質問紙を送付する。内容は、回答者の役割に関する質問 2 項目、実施している安全対策に関する質問 23 項目（表 1）とする。

インタビュー調査：実施する安全対策の効果等について、アンケートへの回答内容に基づきオンラインで実施する（所要時間 30 分程度）。

3.3 分析方法

アンケート調査：医療安全対策 23 項目（表 1）の実態を整理する。

インタビュー内容：各病院の具体的な安全実施対策や効果、担当者としての意見や問題意識などを定性的に分析する。

表 1 医療安全対策の項目

項目	
A	ダブルチェック
B	指さし確認
C	フルネームによる患者確認
D	転倒転落アセスメントシートの活用
E	救急カート内の薬品の管理方法標準化
F	医療事故発生時の対応マニュアルの製作
G	院内緊急コール先の確保
H	定期的な病棟の見回り
I	インシデント報告強化月間（週間）の実施
J	医療安全に関する講習・勉強会の実施・参加
K	インシデントレポートへの事例の報告
L	インシデントレベル 0 の積極的報告の推奨
M	医療安全に関する掲示物の発行

N	優秀な報告への表彰
O	事例報告における匿名性の確保
P	公的機関が実施する医療の質を評価する事業（QI など）への参加
Q	日本医療機能評価機構が実施する事故情報収集事業への参加
R	医療安全管理室もしくはそれに類する組織の設置
S	医療安全対策会議の実施
T	他機関との医療安全に関する情報交換
U	医療安全担当者の任命
V	報告された事例に対する分析
W	危険予測トレーニングの実施

4. 結果

4.1 アンケート結果

対象病院の医療安全対策の状況を表 2 に示す。対象病院が実施すると回答した項目の平均は 21.4 項目（93%）であった。標準偏差は 0.8 であり、対象病院間で実施している安全対策の数はほとんど差がなかった。項目の中で、未実施の病院が 2 施設以上あったのは、I（インシデント報告強化月間）、N（優秀な報告への表彰）であった。未実施の病院が 1 施設のみだった項目は、L（インシデントレベル 0 の積極的報告の推奨）や P（公的機関が実施する医療の質を評価する事業への参加）、Q（日本医療機能評価機構が実施する事故情報収集事業への参加）であった。

表 2 対象病院の医療安全対策の状況

	病院 1	病院 2	病院 3	病院 4	病院 5
A	○	○	○	○	○
B	○	○	○	○	○
C	○	○	○	○	○
D	○	○	○	○	○
E	○	○	○	○	○
F	○	○	○	○	○
G	○	○	○	○	○
H	○	○	○	○	○
I	○	×	○	○	×
J	○	○	○	○	○
K	○	○	○	○	○
L	○	○	○	×	○
M	○	○	○	○	○
N	×	×	×	○	○
O	○	○	○	○	○
P	×	○	○	○	○
Q	×	○	○	○	○

R	○	○	○	○	○
S	○	○	○	○	○
T	○	○	○	○	○
U	○	○	○	○	○
V	○	○	○	○	○
W	○	○	○	○	○
SUM	20	21	22	22	22

4.2 インタビュー結果

5 病院を対象にしたインタビューより、各安全対策の効果は測定されていないということがわかった。しかし現場のスタッフから得た情報や医療安全管理者の感覚、他の施設との交流などから一部の安全対策の効果に一定の認識を持っていることがわかった。以下に、医療安全対策の項目をあげて述べる。

A (ダブルチェック) : 4 施設がその効果について懐疑的な意見を持っており、実施されてはいるが形骸化や流れ作業化を感じていた。また 1 施設は試験的ではあるが、2 病棟ごとに実施を中止していると語った。

B (指さし確認) : 5 施設すべてが実施していると回答していたが、うち 3 施設は実際には正確に実施されていない状況があった。

F (医療事故発生時の対応マニュアルの作成) : 1 施設はマニュアルを作成したことに満足せず定期的に内容を精査しその時の状況に合わせて改善していくことが重要であると語った。

H (定期的な病棟の見回り) : 普段は看護師長などのベテランや統括する立場のスタッフに話を聞くことが多いが、実際に患者に接する機会が多い看護スタッフや比較的経験年数の少ないスタッフともコミュニケーションをとることが理想だという意見があった。

医療安全管理者になる前に看護師として病棟に勤務していたころは、医療安全管理者の見回りが怖かったという意見があった。

J (医療安全に関する講習・勉強会の実施・参加) : 医療法で規定されている年 2 回・全職員対象の研修に関して、1 施設から、部署によっては関係のない内容が多く参加意欲にばらつきが出ているとの意見があった。同施設は、対象者のニーズに合わせたテーマで研修を実施するために、部署別・経験年数別の研修を追

加で行っており、この方が、決定事項などを各部署に持ち帰って実践してくれやすいと考えていた。

L (インシデントレベル 0 の積極的報告の推奨) :

実施する理由として、インシデントレベル 0 のレポートは事故を未然に防ぐことができる事例のため、どうやったら事故が防止できるかという点で今後の安全対策の立案・遂行に非常に有益であることや、院内の状況把握に役立つからということがあげられていた。また 1 施設はインシデントレベル 0 のレポートに対して積極的に返信していると語った。

T (他機関との医療安全に関する情報交換) : すべての対象病院で行われていたが、情報交換の規模は異なっており、県・府規模で情報交換している施設や、全国にある同じ系列の医療機関の医療安全管理者と情報交換している施設、連携している近隣の 2, 3 施設と情報交換している施設などさまざまであった。

V (報告された事例に対する分析) : RCA 分析 (Root-Cause Analysis : 根本原因分析) は 2~3 か月に 1 回程度しか行えていないという意見があった。また手間と時間がかかるため RCA 分析の実施に至っていないという施設もあった。蓄積されたインシデントレポートデータを統計的に活用する施設はなく、むしろ日々あがってくるインシデントレポートを事故原因別などで集計する作業などに時間がかかるという意見があった。よって、4 施設はデータの加工や分析ができる人材を、そのうち 2 施設はそれが事務職員であることを望んでいた。

5. 考察

5.1 安全対策の実施状況に関して

アンケートの結果では実施する安全対策の数にあまり差がなかったが、インタビューの結果も踏まえると実施の状況は対象病院間で異なるを考える。特に V (報告された事例に対する分析) に関して、あまりデータの活用を行っていないという状況は共通していたが、そもそもデータの活用を行う必要があるのかという点で対象病院間に認識の相違があったように思う。認識の相違が生まれた原因としては、医療安全においてデータの活用に関する研究が乏しいからであると考え

5.2 安全対策の効果に関して

各安全対策の効果が測定されていない理由に関して、2つの理由が考えられる。ひとつ目は日々の業務が多く人力的余裕がないため、各安全対策の効果を測る余裕がないこと。ふたつ目は実施したくても方法がわからない事である。前者に関して、インタビューの節々で一日の業務量の多さがうかがえた。またその中で大きな負担となるのが報告された事例の集計・分析業務であると推察される。

また各項目に関して、A（ダブルチェック）はB（指さし確認）とは異なり個人で完結するものではなく、実施率が悪いという意見もなかった。形骸化や流れ作業化の理由は、ダブルチェックそのものの簡易さにあると考える。よってAは継続的なインシデント予防効果が小さいと推察する。

H（定期的な病棟の見回り）に関して、スタッフと積極的にコミュニケーションをとることは些細な事でも報告しやすい雰囲気づくり、つまり「報告する文化」の醸成に大きく貢献していると考えられる。

L（インシデントレベル0の積極的報告の推奨）に関して、インシデントレベル0を報告することは状況把握などの理由から重要であると感じていたが、公益財団法人日本医療機能評価機構の事故情報収集等事業の情報^②を見るに実際に発生したインシデント（1~3a）はそうでないインシデント（0）に比べ2倍近い。これはハインリッヒの法則（1つの重大な事故の背景には29の軽微な事故が、その背景には300もの事故未満が存在するとする経験則）に反するものであり、インシデントレベル0の報告が軽視されていると考えられる。これは医療安全管理者とそれ以外のスタッフ間での認識の相違であり、インシデントレベル0の報告の重要性を伝える必要があると考える。

V（報告された事例に対する分析）に関して、看護師など現場からの情報が細かく分析され事後対策に活かされることは、医療安全の確保につながると同時に報告側のモチベーションになるため、フィードバックの質は「報告する文化」を向上させることにつながる。よってフィードバックのために分析やその過程を担う人材は医療安全の確保をより確実なものにすると考え

る。しかしデータの加工や分析には知識と経験の両方が要求されることであり、日々様々な業務をこなす医療安全管理者が働きながら学ぶのは極めて難しいと考える。したがって、医療安全管理室に追加でデータの加工や分析ができる人材が必要であることから、発掘や育成の重要性は高いと考える。

5.3 必要な教育プログラムに関して

以上の結果・考察をふまえ、必要な医療安全教育プログラムの内容を考えた。

- ・EXCELもしくはその他ツールによるデータハンドリング技術
- ・Exploratory（Rをベースとするノーコードの分析ツール）に代表される分析用ツールを扱う技術
- ・統計的知識（統計検定2級：大学基礎科目レベル）
- ・インシデントレベル0報告の重要性

6. おわりに

本研究では各医療機関が実施する安全対策の実態や効果を調査し、「報告する文化」との関連性を解明し今後の医療安全教育プログラムを検討した。調査に協力いただけたのは21施設中5施設であり数は十分といえないが、一部の項目の「報告する文化」との関連性を明らかにし、いくつか医療安全教育プログラムを検討できた。今後の展望として、「報告する文化」との関連性を数値化することや考察した医療安全プログラムの具体的な内容に関して検討することが挙げられる。

謝辞

本研究に協力してくださった医療安全管理者の方々に感謝の意を表明する。

参考文献

- (1) 厚生労働省、政策について 医療安全施策にかかる説明資料、
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000109040.html>, (2023年2月9日確認)
- (2) 公益財団法人日本医療機能評価機構、ヒヤリ・ハット事例収集・分析提供事業 2018年1月-12月（2018年年報

- 分) 発生件数の報告 YNR-01 発生件数情報の報告件数,
https://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2018/TTL301_YNR-01.html, (2023年2月9日確認)
- (3) 厚生労働省, 日統計表 9 都道府県-18 大都市・中核市
(再掲) 別にみた病床数及び人口10万対病床数,
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/07/toukei09.html>, (2023年2月9日確認)
- (4) 荒井由実, “インシデント報告によるナレッジマネジメント”, 医学界新聞, 医学書院 (2020)
https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2020/PA03356_03, (2023年2月9日確認)
- (5) 公益社団法人日本看護協会, “医療安全推進のための標準テキスト”, 2013年
<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/text.pdf>, (2023年2月9日確認)