

2007 ～ 2013 年

医療安全推進に必須の組織文化（安全文化）を醸成するために

— 医療における安全文化に関する調査 —

〇〇〇〇病院

【 2013 年調査結果 】

安全文化調査事務局

2013 年〇〇月〇〇日

目次

第1章	患者安全文化	1
1.1	調査概要	2
1.2	貴施設における患者安全文化調査の要約	5
1.3	本報告書の見方	6
1.4	総合ランキング：他施設との安全文化の比較	7
1.5	12 側面別ランキング：改善すべき側面は何か？	9
1.6	個別の項目別比較：優れた点は何か？	11
1.7	個別の項目別比較：改善すべき点は何か？	13
1.8	職種別ランキング：特に支援が必要な職種（大分類）は？	15
1.9	職種別比較：特に支援が必要な職種（大分類）は？	19
1.10	職種/側面別比較：各職種（大分類）において支援が必要な側面は？	21
1.11	職種別比較：特に支援が必要な職種（小分類）は？	23
1.12	職種/側面別比較：各職種（小分類）において支援が必要な側面は？	25
1.13	部署別比較：特に支援が必要な部署は？	27
1.14	部署/側面別比較：各部署において支援が必要な側面は？	29
1.15	勤務形態別比較：特に支援が必要な勤務形態は？	31
1.16	勤務形態/側面別比較：各勤務形態において支援が必要な側面は？	33
1.17	自由記述（判読できない箇所は■で示した）	35
第2章	質問項目単純集計結果	37
2.1	A. あなたが働いている部署についてお聞きします（1）	37
2.2	A. あなたが働いている部署についてお聞きします（2）	38
2.3	A. あなたが働いている部署についてお聞きします（3）	39
2.4	A. あなたが働いている部署についてお聞きします（4）	40
2.5	A. あなたが働いている部署についてお聞きします（5）	41
2.6	B. あなたの上司や管理者についてお聞きします	42
2.7	C. コミュニケーションについてお聞きします（1）	43
2.8	C. コミュニケーションについてお聞きします（2）	44
2.9	D. あなたの部署の出来事の報告頻度についてお聞きします	45

2.10	E. あなたの部署の医療安全を総合的に評価して下さい	46
2.11	F. あなたの働いている病院についてお聞きします (1)	47
2.12	F. あなたの働いている病院についてお聞きします (2)	48
2.13	F. あなたの働いている病院についてお聞きします (3)	49
2.14	G. 出来事の報告数について	50
第 3 章	回答者の属性	51
3.1	部署	51
3.2	職種小分類	52
3.3	職種大分類/性別/年齢/勤務形態	53
3.4	実務経験年数/勤務年数 (病院) /勤務年数 (部署) /勤務時間	54
3.5	管理職/接する機会の有無/ケアする機会の有無	55
第 4 章	付録	57
4.1	箱ひげ図の読み方	57
4.2	調査票 (患者安全文化)	60
4.3	患者安全文化の 12 側面と項目の対応	64
4.4	偏差値の計算法	65
4.5	項目別比較の計算法	66
4.6	逆転項目の記載	67
4.7	職種の小分類・大分類対応表	68
参考文献		69

患者安全文化

1.1	調査概要	2
1.2	貴施設における患者安全文化調査の要約	5
1.3	本報告書の見方	6
1.4	総合ランキング：他施設との安全文化の比較	7
1.5	12 側面別ランキング：改善すべき側面は何か？	9
1.6	個別の項目別比較：優れた点は何か？	11
1.7	個別の項目別比較：改善すべき点は何か？	13
1.9	職種別比較：特に支援が必要な職種（大分類）は？	19
1.10	職種/側面別比較：各職種（大分類）において支援が必要な側面は？	21
1.11	職種別比較：特に支援が必要な職種（小分類）は？	23
1.12	職種/側面別比較：各職種（小分類）において支援が必要な側面は？	25
1.13	部署別比較：特に支援が必要な部署は？	27
1.14	部署/側面別比較：各部署において支援が必要な側面は？	29
1.17	自由記述	35

1.1 調査概要

1.1.1 安全文化とは¹⁾

- 組織の安全文化とは、組織における健康と安全の管理に対する責任・形態・能力を決定する個人およびグループの価値観・態度・認識・能力・行動パターンの産物です。
- 良好な安全文化を持つ組織では、以下の3つの特徴を備えています。(a) 相互理解に基づいた意思の疎通、(b) 安全の重要性の共通認識、(c) 予防対策の効果に対する確信。

1.1.2 医療における安全文化：根づかせよう安全文化 みんなの努力と活かすシステム²⁾

- 医療において患者を最優先させることは、古くから医療人の基本的な行動規範とされてきました。
- 今日、患者の安全は何よりもまず優先されるべきであることを再認識し、医療に安全文化を根づかせていくことが必要です。
- 医療における安全文化とは、医療に従事する全ての職員が、患者の安全を最優先に考え、その実現を目指す態度や考え方およびそれを可能にする組織のあり方と言えるでしょう。
- なお、安全文化という言葉は、他の分野では「安全性に関する問題を最優先にし、その重要性に応じた配慮を行う組織や個人の特性や姿勢の総体」(国際原子力機関1991年)という意味で用いられています。
- 人は間違えうることを前提として、システムを構築し機能させていくことが必要です。

1.1.3 具体的な取組に向けて²⁾

- 全ての職員は、安全を最優先に考えて業務に取り組みましょう。
- 安全に関する知識や技術を常に学び向上することを心がけましょう。
- 管理者のリーダーシップの発揮、委員会やリスクマネジャーの設置、教育訓練の充実といった事故予防のための体制づくりに取り組みましょう。
- 業務の流れを点検し、個人の間違いが重大な事故に結びつかないようにする「フェイルセーフ」のしくみの構築に努めましょう。

1.1.4 調査の目的および活用

- 患者安全文化を測定して，改善点を明確化する
- ベンチマーキング
- 経時的変化をみる

1.1.5 調査期間

- 平成 23 年 2～3 月

1.1.6 調査参加者

- 国立保健医療科学院の研修に参加した病院を中心に，ご協力頂いた 28 施設の職員

17518 名 (回収数) (五十音順)

- － 医療法人財団 センター
- － 医療法人社団 病院
- － 大学医学部附属病院
- － 公立 総合病院
- － 国立 センター
- － 国家公務員共済組合連合会 病院
- － 会 病院
- － 会 病院
- － 県立
- － 県立 病院
- － 社会福祉法人 会
- － 社会法人 会 中央病院
- － 会病院
- － 特定医療法人 会 病院
- － 労働者健康福祉機構 病院
- － 中央 総合病院
- － 県立 センター病院
- － 大学附属病院
- － 医科大学附属病院
- － 日本赤十字社 病院
- － 医療法人社団 会 病院
- － 医科大学附属 病院
- － 医科大学 病院
- － 社会医療法人財団 会 病院
- － 病院
- － 病院
- － 都立千代田総合病院
- － 市立病院

- 回収率は 87.5%, 有効回答率 (付録 p. 65 参照) は 96.8% でした。

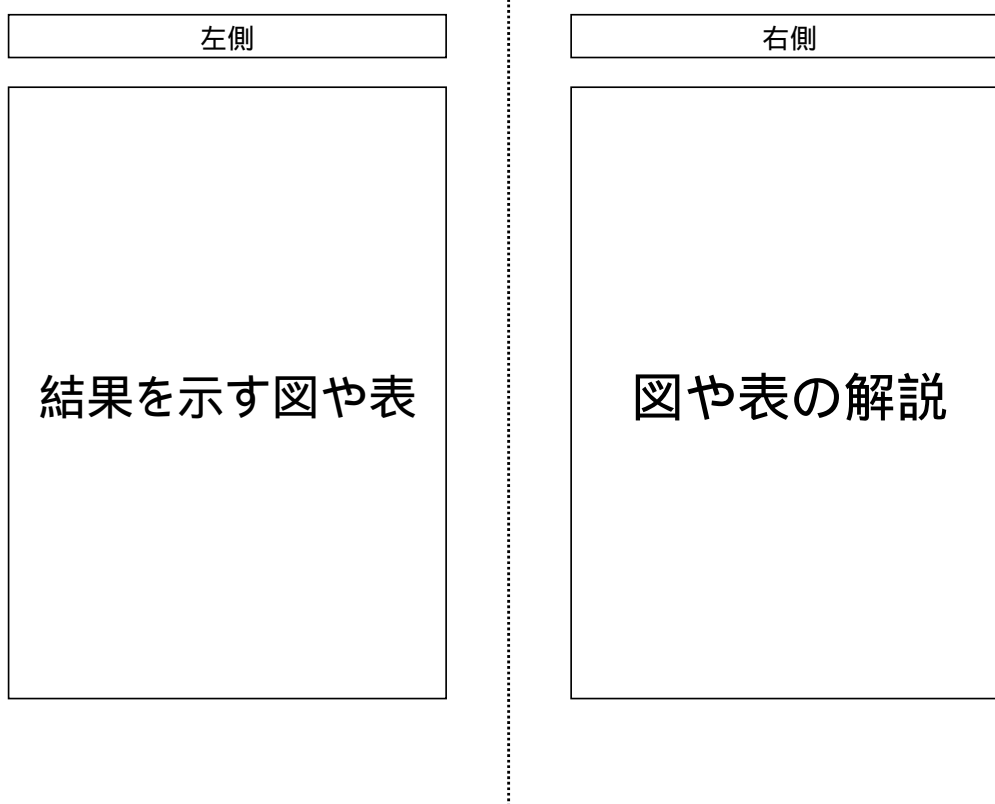
1.1.7 質問票の開発

- 米国において医療の質や安全を向上させるための機関である AHRQ (Agency for healthcare Research and Quality), U.S. Department of Health and Human Services により開発され, 妥当性の証明された質問票³⁾を国立保健医療科学院 政策科学部により和訳および妥当性の確認を行いました⁶⁾。その後, 言語学の専門家や英語を母国語とする翻訳者を含めたチームで, 翻訳版を再度英語に再翻訳し原版と照らし合わせるなどの課程を経て改訂を行っております^{7, 8, 9, 10)}。
- 付録 4.2 (p. 60) に調査票を掲載しました。

1.2 貴施設における患者安全文化調査の要約

- 貴施設の患者安全文化の総合評価は 28 施設中 14 位でした。
- 支援が特に必要な職種は「薬剤師」です。
- 患者安全文化を 12 側面から評価すると、「出来事の報告される頻度」の点が優れていました。
- また、貴施設において患者安全文化の評価の高い項目は、「繰り返し起きている医療安全の問題に配慮している」「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」でした。
- 一方、評価の低い項目は、「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」「仕事を行うのに十分な数のスタッフがいる」でした。
- 貴施設の患者安全文化を、さらに高めるために、本調査の結果が一助となることを願っております。

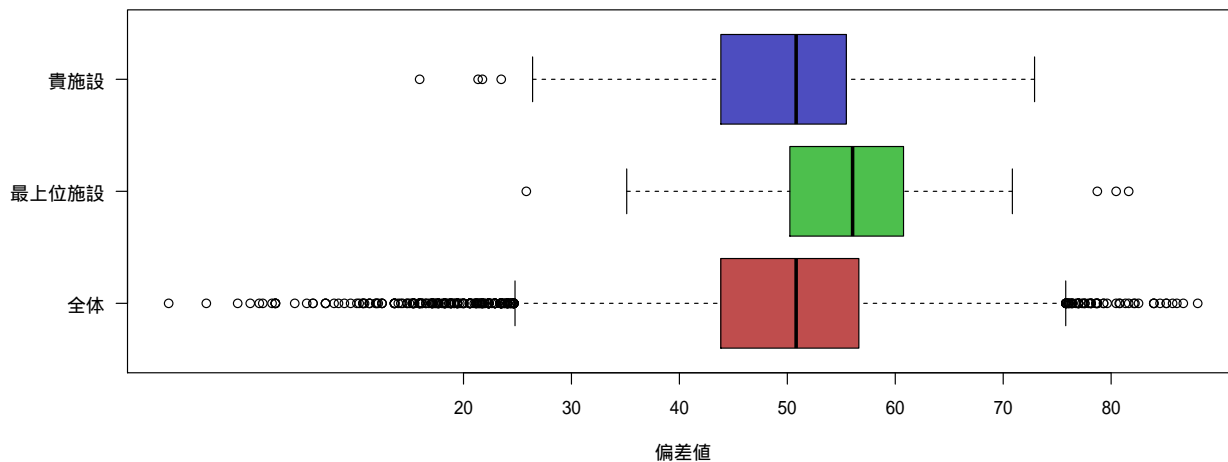
1.3 本報告書の見方



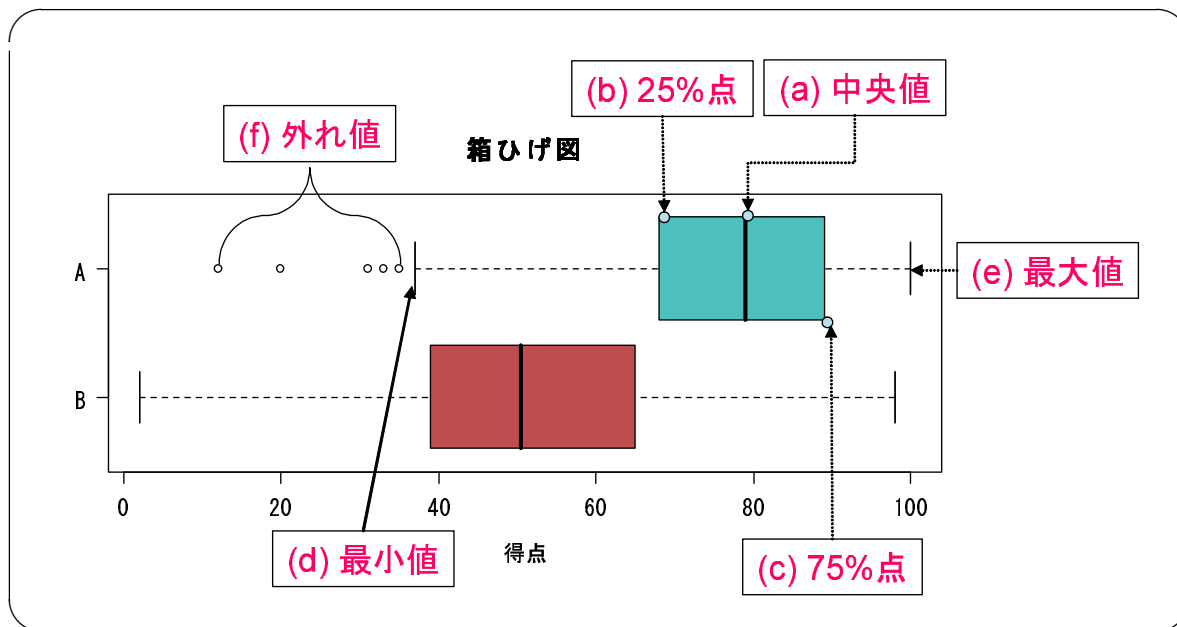
本報告書の構成は見開き 2 ページが対応していて、左側ページに主として結果を示す図や表、右側ページには図や表の解説を記載しております。

1.4 総合ランキング：他施設との安全文化の比較

順位：28施設中14位 / 偏差値：50.82



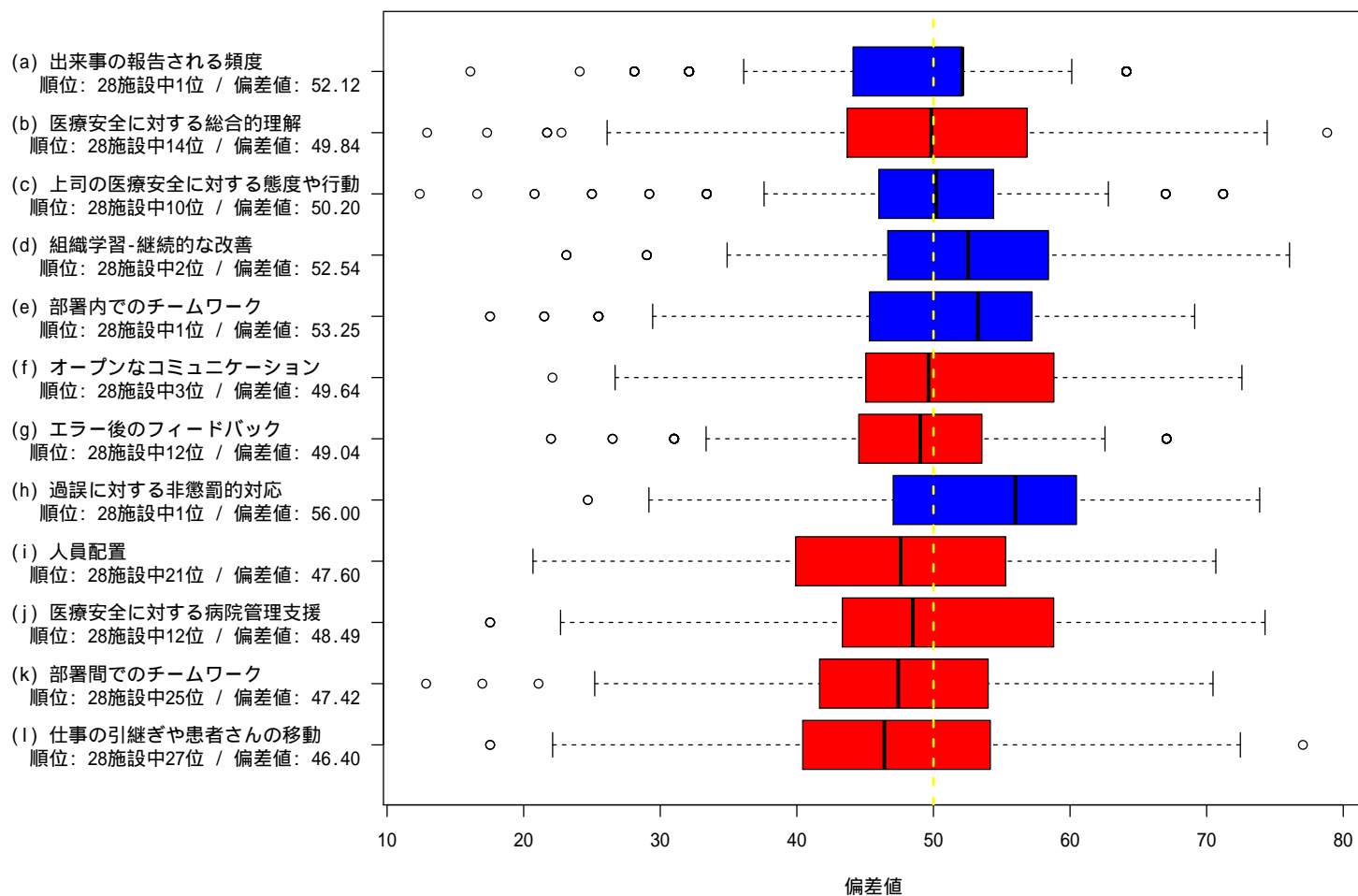
箱ひげ図解説（詳細は付録 (p. 57) に掲載）



総合ランキング 解説

- 左図は患者安全文化の総合評価の箱ひげ図です。
- 横軸は「偏差値」です。
 - (1) 偏差値が高いほど、患者安全文化が良好であることを示します。
 - (2) 偏差値 50 は、全参加施設の平均値を意味します。
- 図中には以下の 3 つの箱ひげ図が描かれています。
 - (a) 最上部 貴施設の結果
 - (b) 中心部 全参加施設の中で患者安全文化が最も優れている施設の結果
 - (c) 最下部 全参加施設の結果
- 貴施設の順位と偏差値は、箱ひげ図の中央値を基に、図左上に掲載しています。
- 箱ひげ図の読み方は、付録 (p. 57) をご参照下さい。
- また、総合評価は、付録 表 4.2 (p. 64) に掲載されている 42 項目から計算されています。

1.5 12 側面別ランキング：改善すべき側面は何か？



12 側面別ランキング 解説

- 左図は患者安全文化を 12 側面から評価した箱ひげ図です。
- 横軸は「偏差値」です。
 - (1) 偏差値が高いほど、患者安全文化が良好であることを示します。
 - (2) 偏差値 50 は、全参加施設の平均値を意味します。
- 全参加施設の平均よりも安全文化が高い側面を青で表示しています。
- 全参加施設の平均よりも安全文化が低い側面を赤で表示しています。
- さらに、図左方に各側面の「順位」と「偏差値」を掲載しています。
- 赤色の側面を改善するには、その各側面に対応する項目の改善が必要です。
- 側面と項目の対応は、下表と付録表 4.2 (p. 64) をご参照下さい。

側面	項目例
(a) 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？
(b) 医療安全に対する総合的理解 (4 項目)	・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 (4 項目)	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 (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
(e) 部署内でのチームワーク (4 項目)	・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 (3 項目)	「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 (3 項目)	・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 (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
(i) 人員配置 (4 項目)	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 (3 項目)	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 (4 項目)	・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 (4 項目)	私の病院の勤務交替制は、患者さんにとって問題がある

は逆転項目を表しています。

1.6 個別の項目別比較：優れた点は何か？

表 1.1 評価が良好だった項目

項目内容	貴施設	全施設の結果における比率		
		最高比率	平均比率	最低比率
(1) 繰り返し起きている医療安全の問題に配慮している	82.2	92.6	80.7	66.7
(2) 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	80.4	92.5	83.4	76.1
(3) 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	78.2	90.7	74.7	53.7
(4) 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？	73.2	86.7	73.7	52.3
(5) 自分達の部署で起きた過誤について知らされている	72.6	87.1	73.4	50.8

個別の項目別比較 解説

- 表 1.1 は、項目別の比較において、貴施設内での評価が良好だった項目です。
- 表 1.1 の数値は、各項目に肯定的な回答をした者の比率を示しています。従って、数値が高いほど望ましい評価となります。
- 表 1.1 には、全参加施設における相対的な位置を示すために、全参加施設の結果における最高比率、平均比率、最低比率が併記してあります。
- なお、表 1.1 の項目内容は、一部、逆転項目を考慮し、実際に使用した質問とは異なる表現で掲載しています。詳細は、付録 表 4.3 (p. 67) をご参照下さい。
- 表 1.1 の計算方法は、付録 (p. 66) をご参照下さい。

1.7 個別の項目別比較：改善すべき点は何か？

表 1.2 評価が悪かった項目

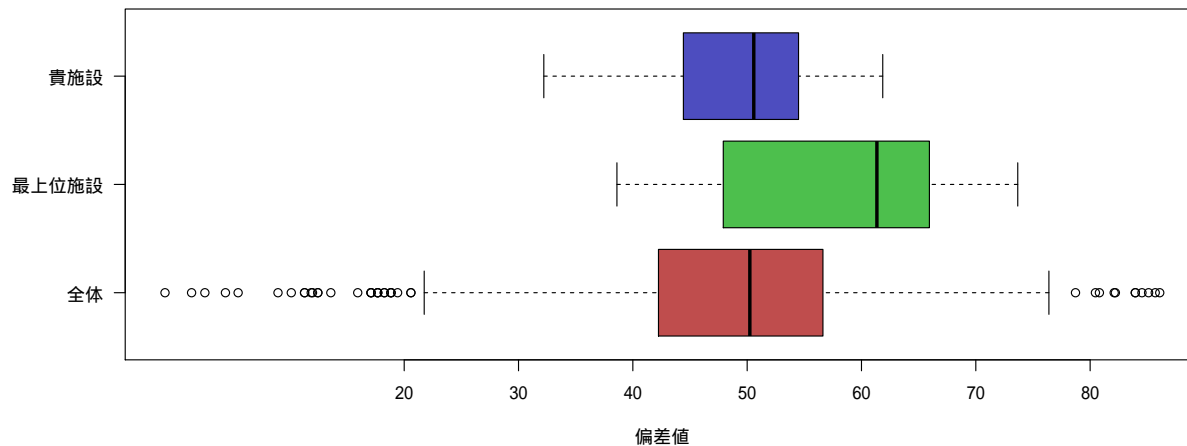
項目内容	貴施設	全施設の結果における比率		
		最低比率	平均比率	最高比率
(1) 私の部署のスタッフは、患者さんのケアをするために、スタッフにとって最適な労働時間で働いている	56.2	26.8	54.5	69.1
(2) 仕事を行うのに十分な数のスタッフがいる	53.0	21.6	43.8	61.0
(3) 患者さんが部署間を移動するとき、不手際が起きることはない	46.5	17.8	30.9	46.5
(4) 病院内の各部署間の連携がよい	45.2	20.4	32.8	51.5
(5) 患者さんのケアにとって最適な人数の常勤がまずはいて、代理職員・臨時職員も採用している	29.9	2.9	17.4	40.4

個別の項目別比較 解説

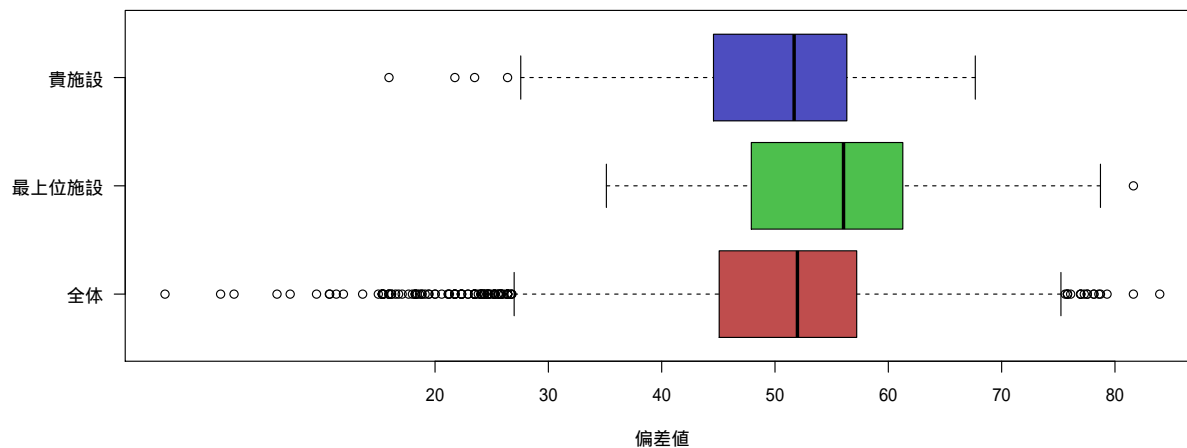
- 表 1.2 は、項目別の比較において、貴施設内での評価が悪かった項目です。
- 表 1.2 の数値は、各項目に否定的な回答をした者の比率を示しています。従って、数値が低いほど望ましい評価となります。
- 表 1.2 には、全参加施設における相対的な位置を示すために、全参加施設の結果における最低比率、平均比率、最高比率が併記してあります。
- なお、表 1.2 の項目内容は、一部、逆転項目を考慮し、実際に使用した質問とは異なる表現で掲載しています。詳細は、付録 表 4.3 (p. 67) をご参照下さい。
- 表 1.2 の計算方法は、付録 (p. 66) をご参照下さい。

1.8 職種別ランキング：特に支援が必要な職種（大分類）は？

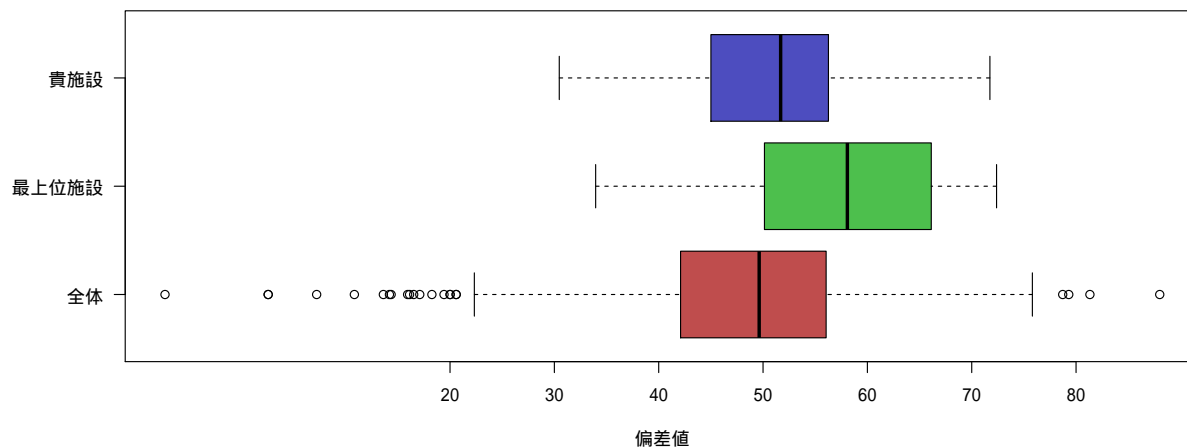
医師 順位：24施設中12位 / 偏差値：50.58



看護職 順位：28施設中16位 / 偏差値：51.69



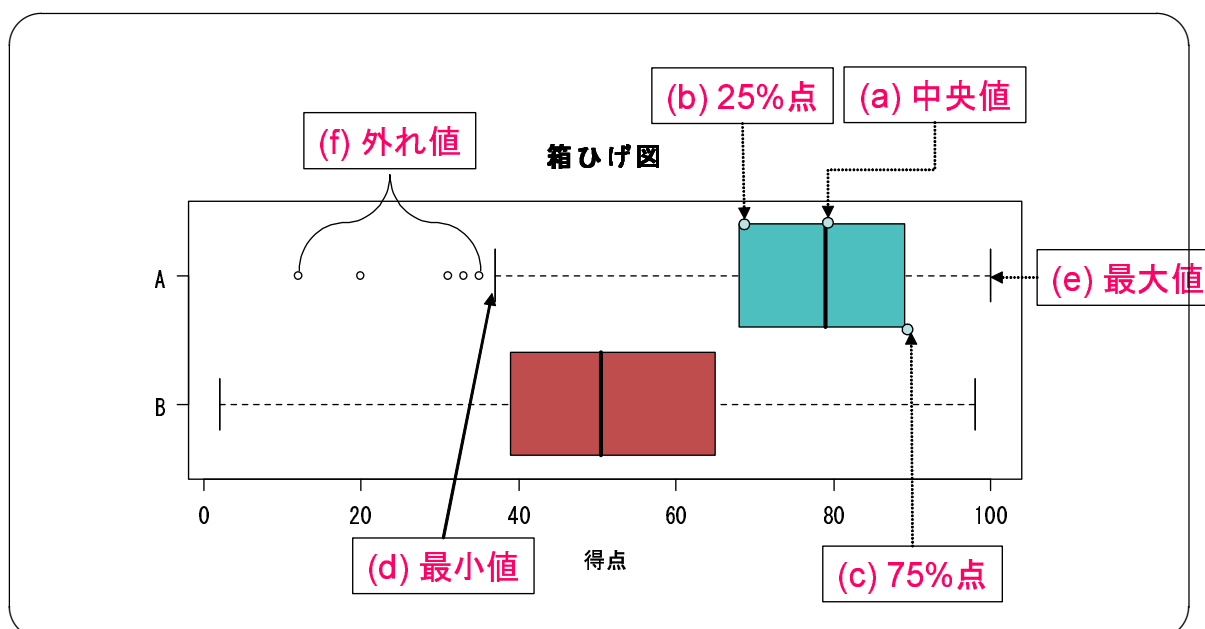
コ・メディカル 順位：28施設中13位 / 偏差値：51.69



職種別ランキング 解説

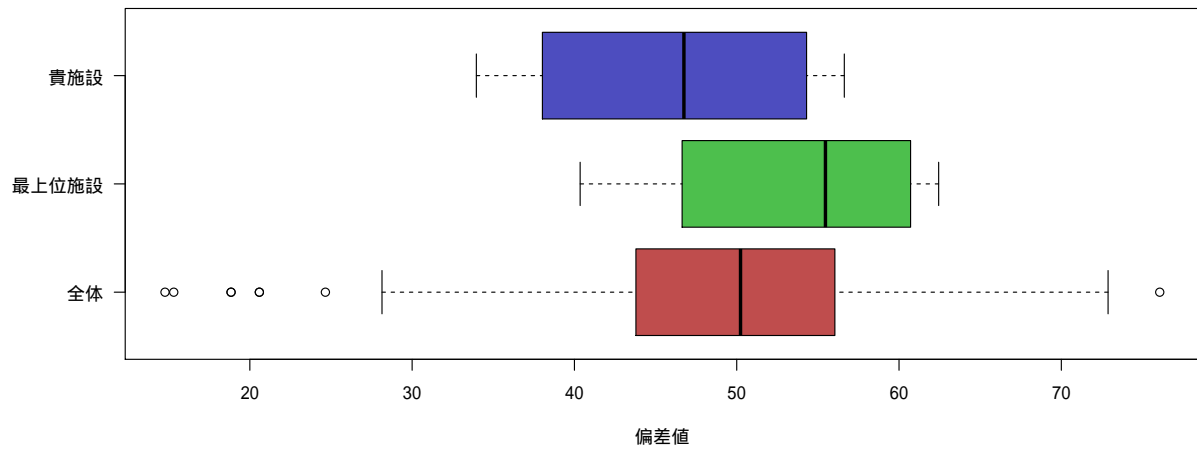
- 左図は患者安全文化の職種別評価の箱ひげ図です。
- 横軸は「偏差値」です。
 - (1) 偏差値が高いほど、患者安全文化が良好であることを示します。
 - (2) 偏差値 50 は、全参加施設の平均値を意味します。
- 図中には以下の3つの箱ひげ図が描かれています。
 - (a) 最上部 貴施設の結果
 - (b) 中心部 全参加施設の中で患者安全文化が最も優れている施設の結果
 - (c) 最下部 全参加施設の結果
- 貴施設の順位と偏差値は、箱ひげ図の中央値を基に、図左上に掲載しています。
- 箱ひげ図の読み方は、付録 (p. 57) をご参照下さい。
- また、総合評価は、付録 表 4.2 (p. 64) に掲載されている42項目から計算されています。

箱ひげ図解説（詳細は付録 (p. 57) に掲載）

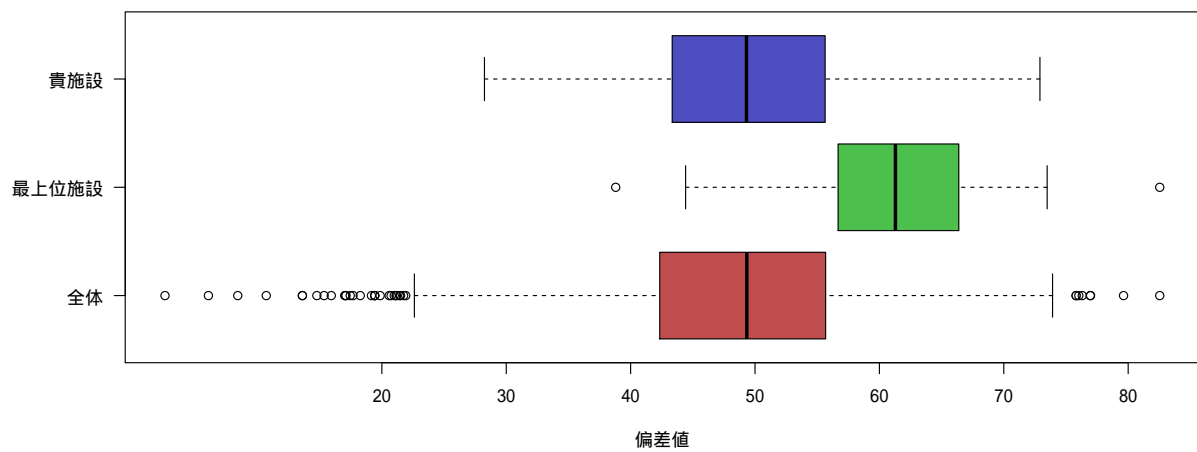


職種別ランキング つづき・・・

薬剤師 順位: 22施設中17位 / 偏差値: 46.75



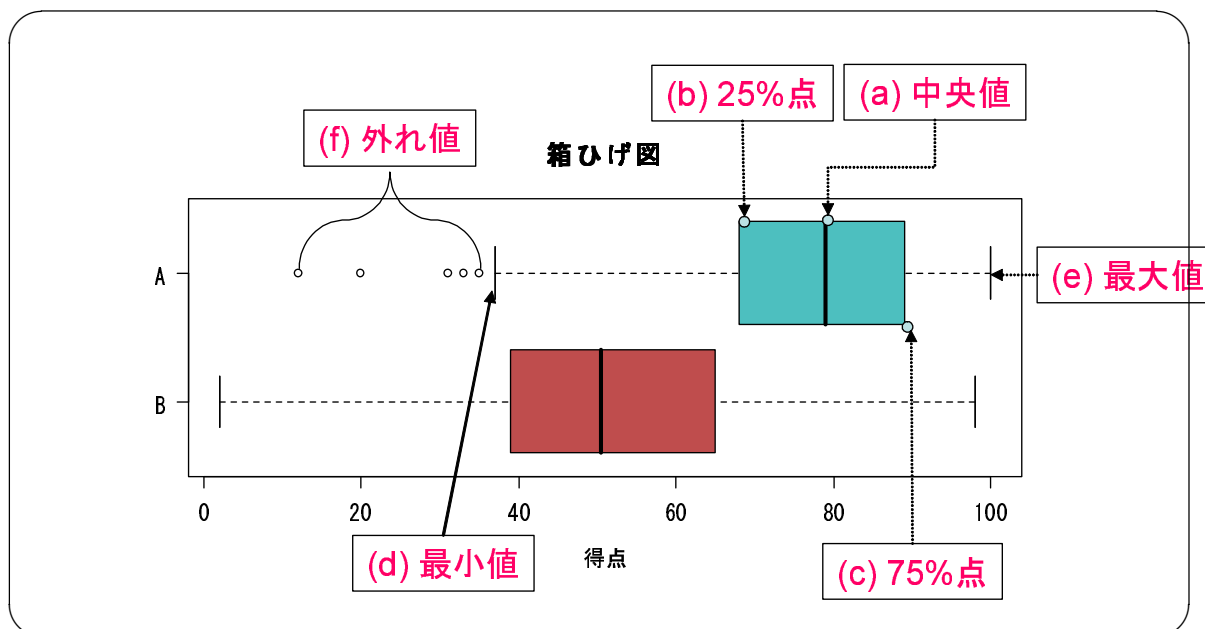
事務職員 順位: 25施設中14位 / 偏差値: 49.31



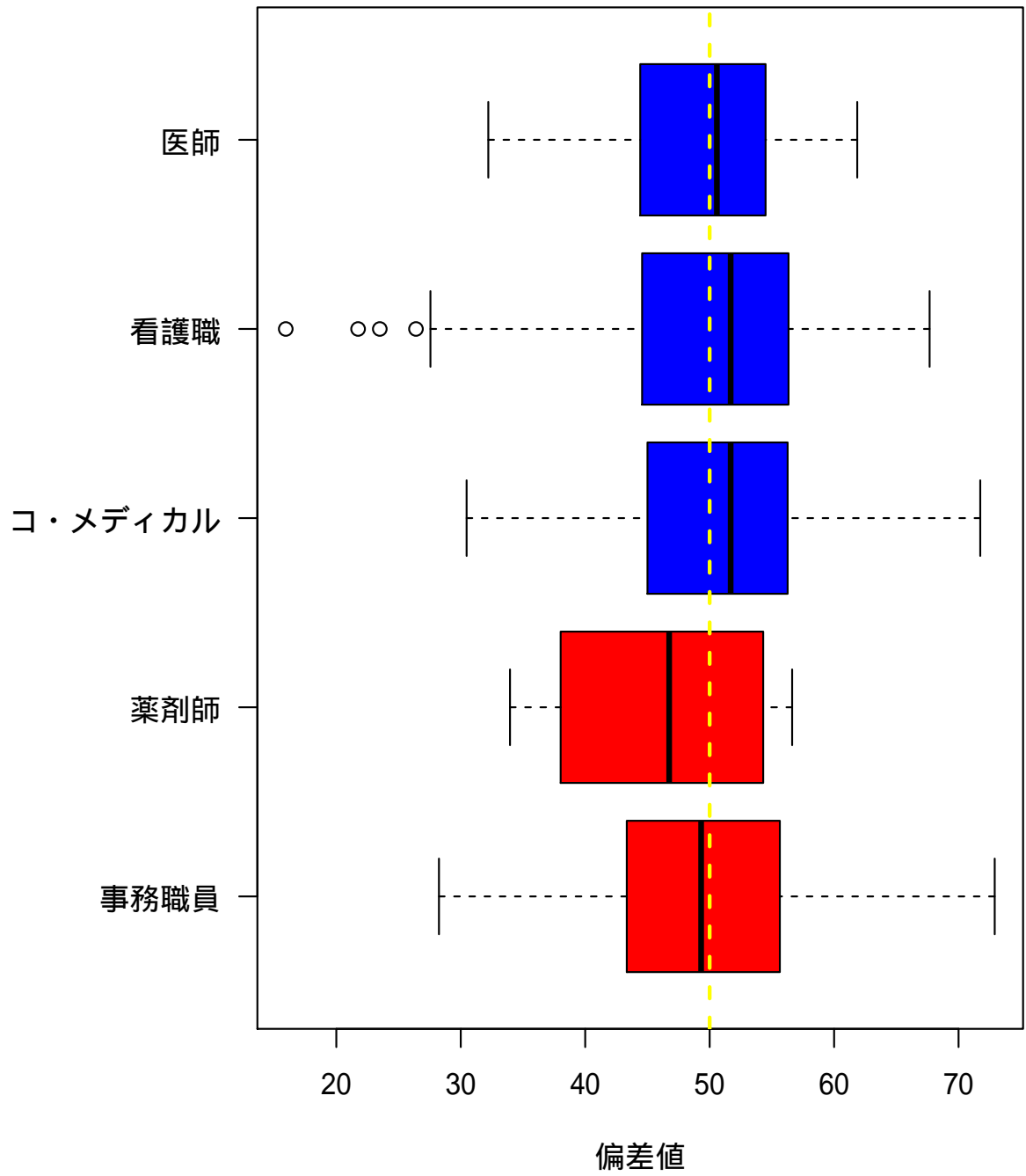
職種別ランキング 解説 (再掲)

- 左図は患者安全文化の職種別評価の箱ひげ図です。
- 横軸は「偏差値」です。
 - (1) 偏差値が高いほど、患者安全文化が良好であることを示します。
 - (2) 偏差値 50 は、全参加施設の平均値を意味します。
- 図中には以下の3つの箱ひげ図が描かれています。
 - (a) 最上部 貴施設の結果
 - (b) 中心部 全参加施設の中で患者安全文化が最も優れている施設の結果
 - (c) 最下部 全参加施設の結果
- 貴施設の順位と偏差値は、箱ひげ図の中央値を基に、図左上に掲載しています。
- 箱ひげ図の読み方は、付録 (p. 57) をご参照下さい。
- また、総合評価は、付録 表 4.2 (p. 64) に掲載されている42項目から計算されています。

箱ひげ図解説 (詳細は付録 (p. 57) に掲載)



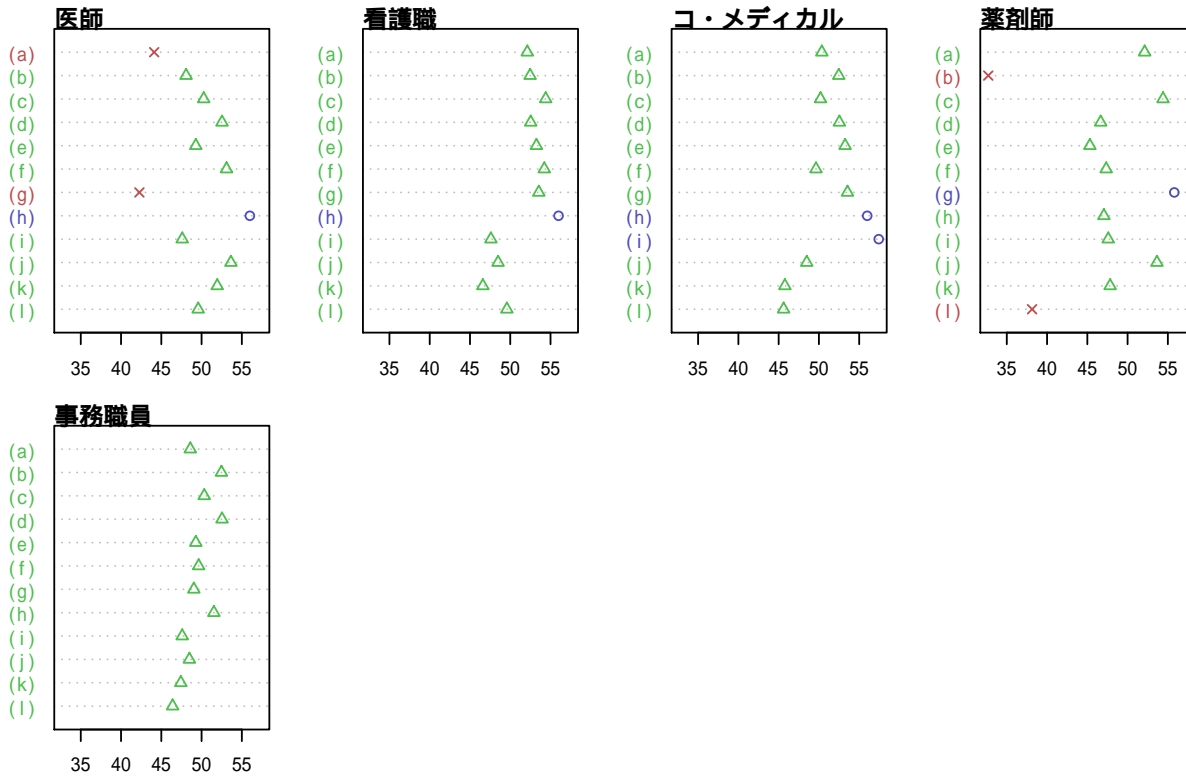
1.9 職種別比較：特に支援が必要な職種（大分類）は？



職種別比較 (大分類) 解説

- 左図は患者安全文化 (総合評価) を各職種別に示した箱ひげ図です。
- 横軸は「偏差値」です。
 - (1) 偏差値が高いほど、患者安全文化が良好であることを示します。
 - (2) 偏差値 50 は、全参加施設の平均値を意味します。
- 全参加施設の平均よりも安全文化が高い職種を青で表示しています。
- 全参加施設の平均よりも安全文化が低い職種を赤で表示しています。
- 従って、特に組織による支援が求められている職種は赤色の職種です。
- なお、6 名以上の有効回答数が得られなかった職種は掲載していません。
- 職種は、(a) 医師、(b) 看護職、(c) コ・メディカル、(d) 事務職員、(e) その他の 5 職種に大別しています。
- 箱ひげ図の読み方は、付録 (p. 57) をご参照下さい。
- 職種の分類の方法は、付録 表 4.4 (p. 68) をご参照下さい。

1.10 職種/側面別比較：各職種（大分類）において支援が必要な側面は？



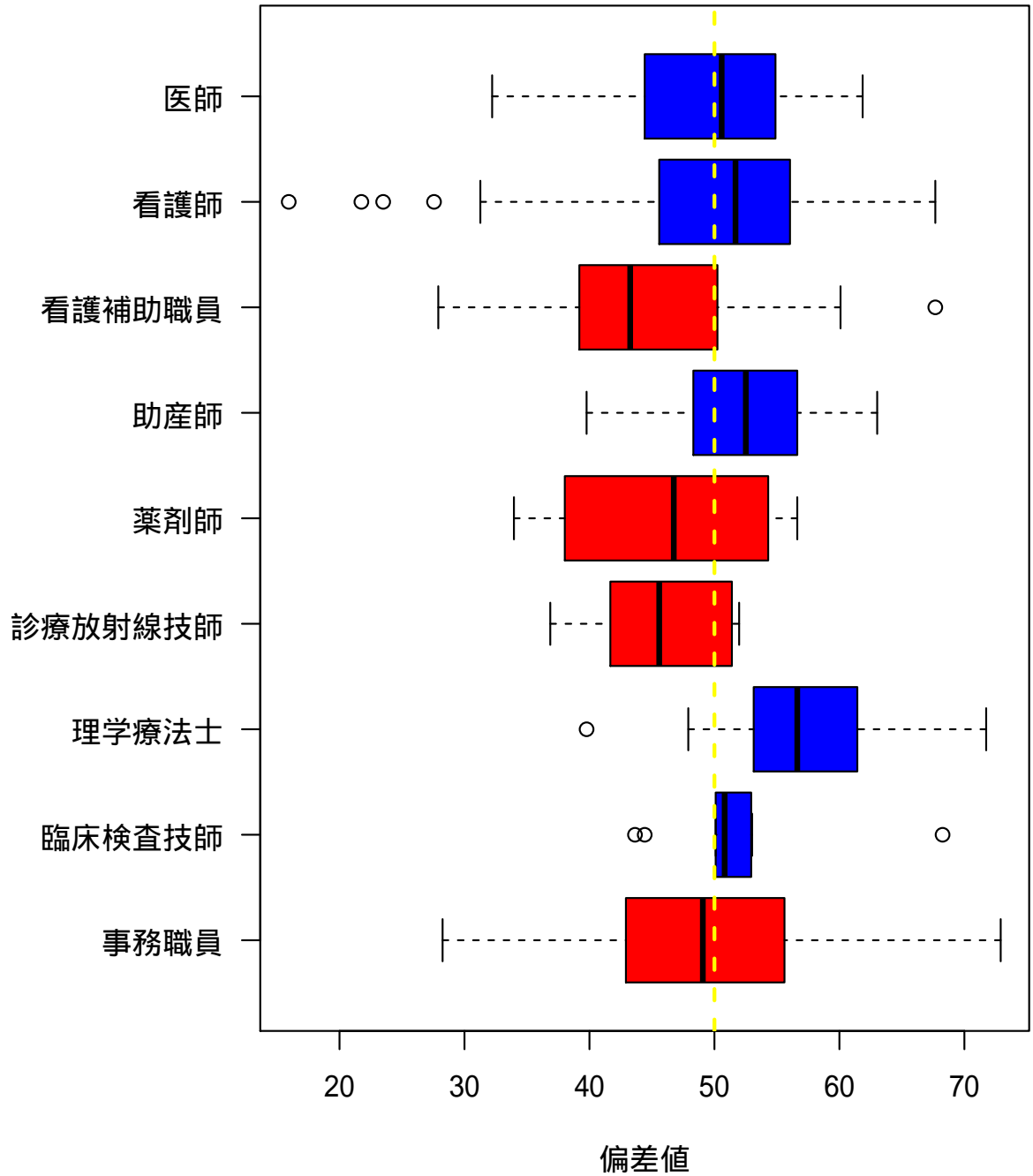
職種/側面別比較 (大分類) 解説

- 左図は患者安全文化を各職種別 (大分類) に 12 側面から評価した点プロットです。
- 横軸は「偏差値」です。
 - (1) 偏差値が高いほど、患者安全文化が良好であることを示します。
 - (2) 偏差値 50 は、全参加施設の平均値を意味します。
- 図中には、職種、側面別に「3 種類の点」が描かれています。
 - ×...偏差値が 45 未満の側面
 - △...偏差値が 45 より高く、55 以下の側面
 - ...偏差値が 55 より高い側面
- なお、6 名以上の有効回答数が得られなかった職種は掲載していません。
- 赤色 × や緑色 △ の側面を改善するには、各側面に対応する項目について組織による支援が求められます。
- 側面と項目の対応は、下表、付録表 4.2 (p. 64) をご参照下さい。
- 職種の分類の方法は、付録表 4.4 (p. 68) をご参照下さい。

側面	項目例
(a) 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？
(b) 医療安全に対する総合的理解 (4 項目)	・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 (4 項目)	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 (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
(e) 部署内でのチームワーク (4 項目)	・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 (3 項目)	「何か違う」と感じても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 (3 項目)	・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 (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
(i) 人員配置 (4 項目)	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 (3 項目)	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 (4 項目)	・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 (4 項目)	私の病院の勤務交替制は、患者さんにとって問題がある

は逆転項目を表しています。

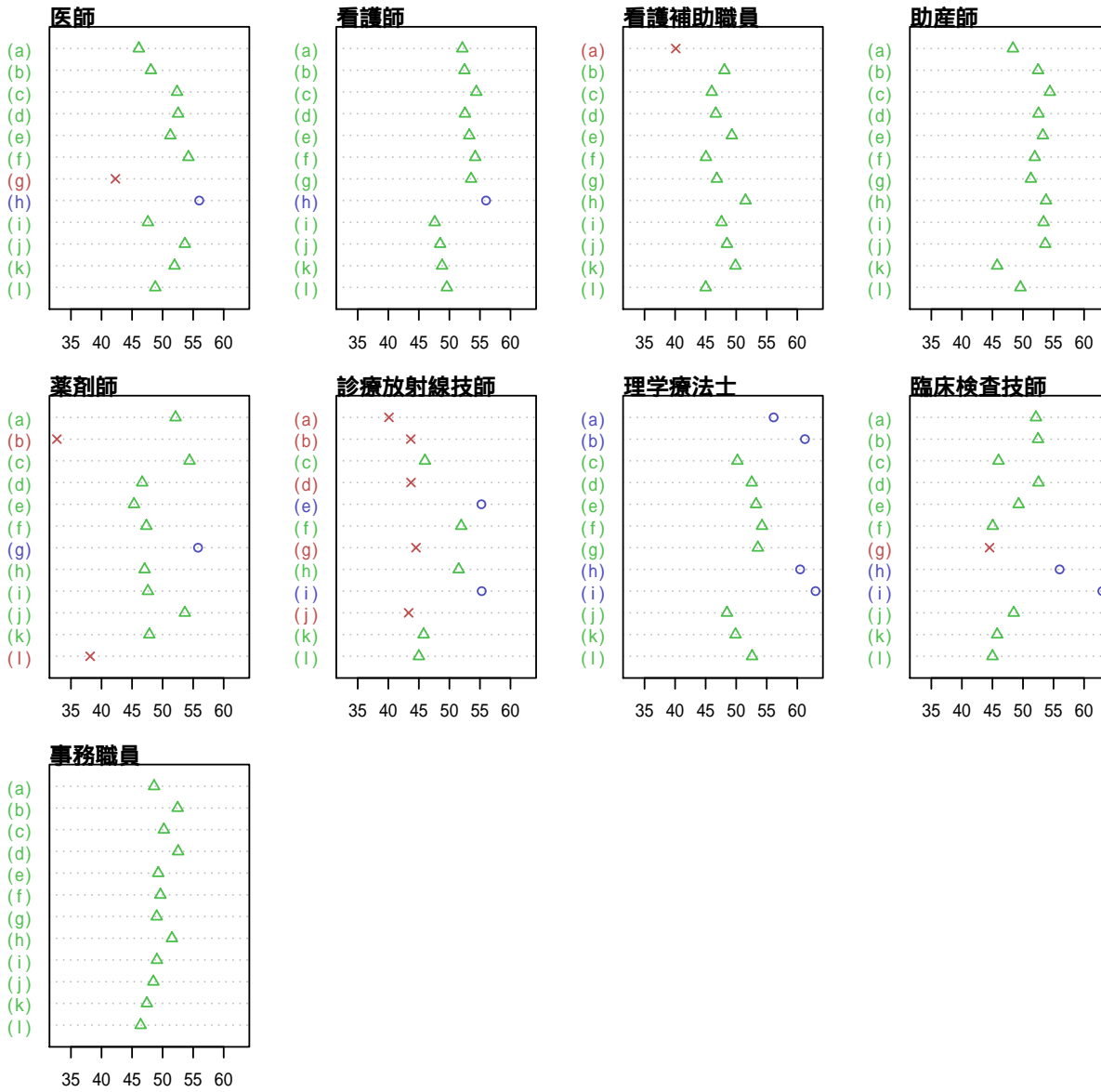
1.11 職種別比較：特に支援が必要な職種（小分類）は？



職種別比較 (小分類) 解説

- 左図は患者安全文化 (総合評価) を各職種別に示した箱ひげ図です。
- 横軸は「偏差値」です。
 - (1) 偏差値が高いほど、患者安全文化が良好であることを示します。
 - (2) 偏差値 50 は、全参加施設の平均値を意味します。
- 全参加施設の平均よりも安全文化が高い職種を青で表示しています。
- 全参加施設の平均よりも安全文化が低い職種を赤で表示しています。
- 従って、特に組織による支援が求められている職種は赤色の職種です。
- なお、6 名以上の有効回答数が得られなかった職種は掲載していません。
- 箱ひげ図の読み方は、付録 (p. 57) をご参照下さい。
- 職種の分類の方法は、付録 表 4.4 (p. 68) をご参照下さい。

1.12 職種/側面別比較：各職種（小分類）において支援が必要な側面は？



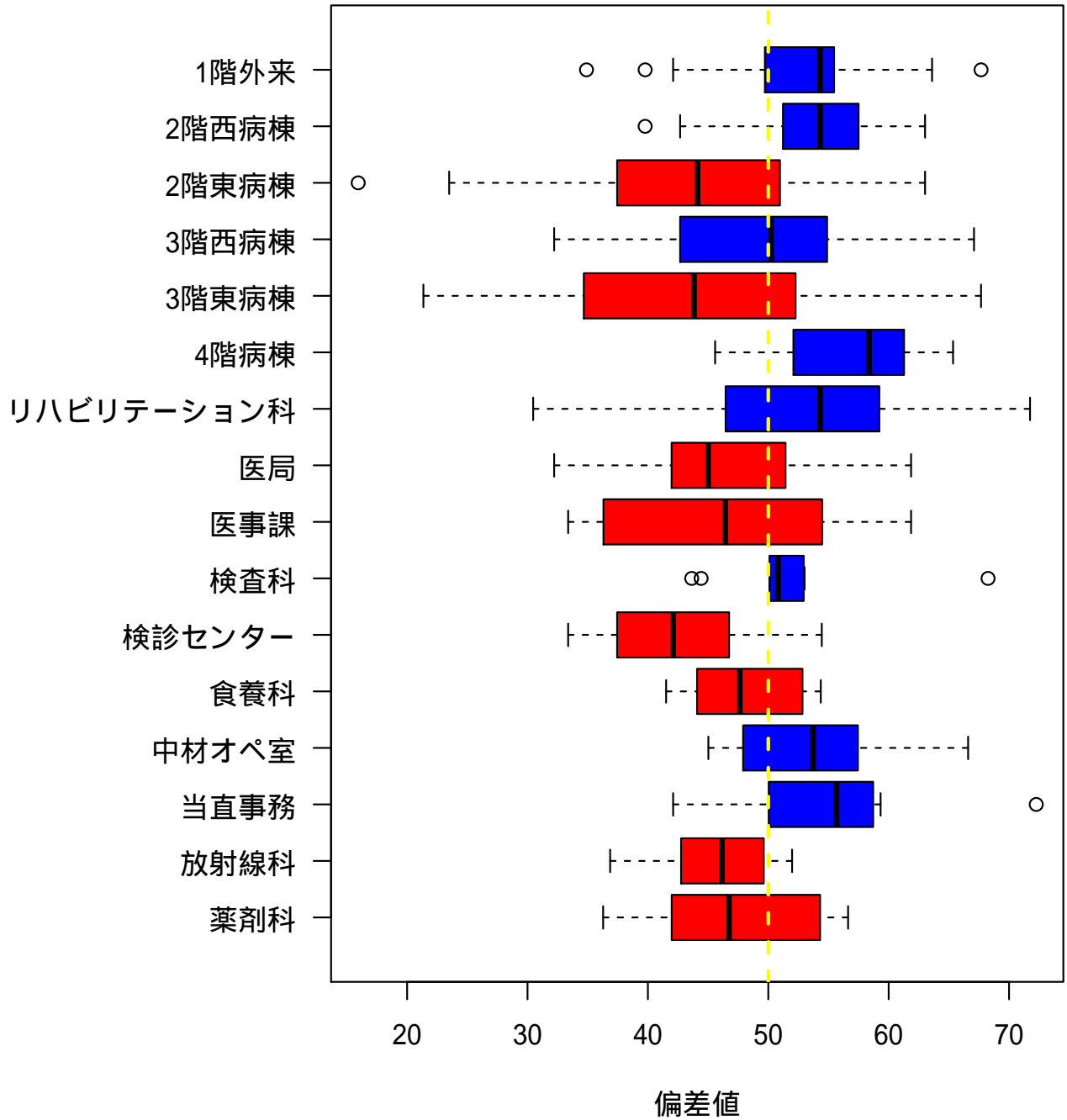
職種/側面別比較 (小分類) 解説

- 左図は患者安全文化を各職種別 (小分類) に 12 側面から評価した点プロットです。
- 横軸は「偏差値」です。
 - (1) 偏差値が高いほど、患者安全文化が良好であることを示します。
 - (2) 偏差値 50 は、全参加施設の平均値を意味します。
- 図中には、職種、側面別に「3 種類の点」が描かれています。
 - ×...偏差値が 45 未満の側面
 - △...偏差値が 45 より高く、55 以下の側面
 - ...偏差値が 55 より高い側面
- なお、6 名以上の有効回答数が得られなかった職種は掲載していません。
- 赤色 × や緑色 △ の側面を改善するには、各側面に対応する項目について組織による支援が求められます。
- 側面と項目の対応は、下表、付録表 4.2 (p. 64) をご参照下さい。
- 職種の分類の方法は、付録表 4.4 (p. 68) をご参照下さい。

側面	項目例
(a) 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？
(b) 医療安全に対する総合的理解 (4 項目)	・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 (4 項目)	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 (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
(e) 部署内でのチームワーク (4 項目)	・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 (3 項目)	「何か違う」と感じても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 (3 項目)	・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 (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
(i) 人員配置 (4 項目)	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 (3 項目)	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 (4 項目)	・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 (4 項目)	私の病院の勤務交替制は、患者さんにとって問題がある

は逆転項目を表しています。

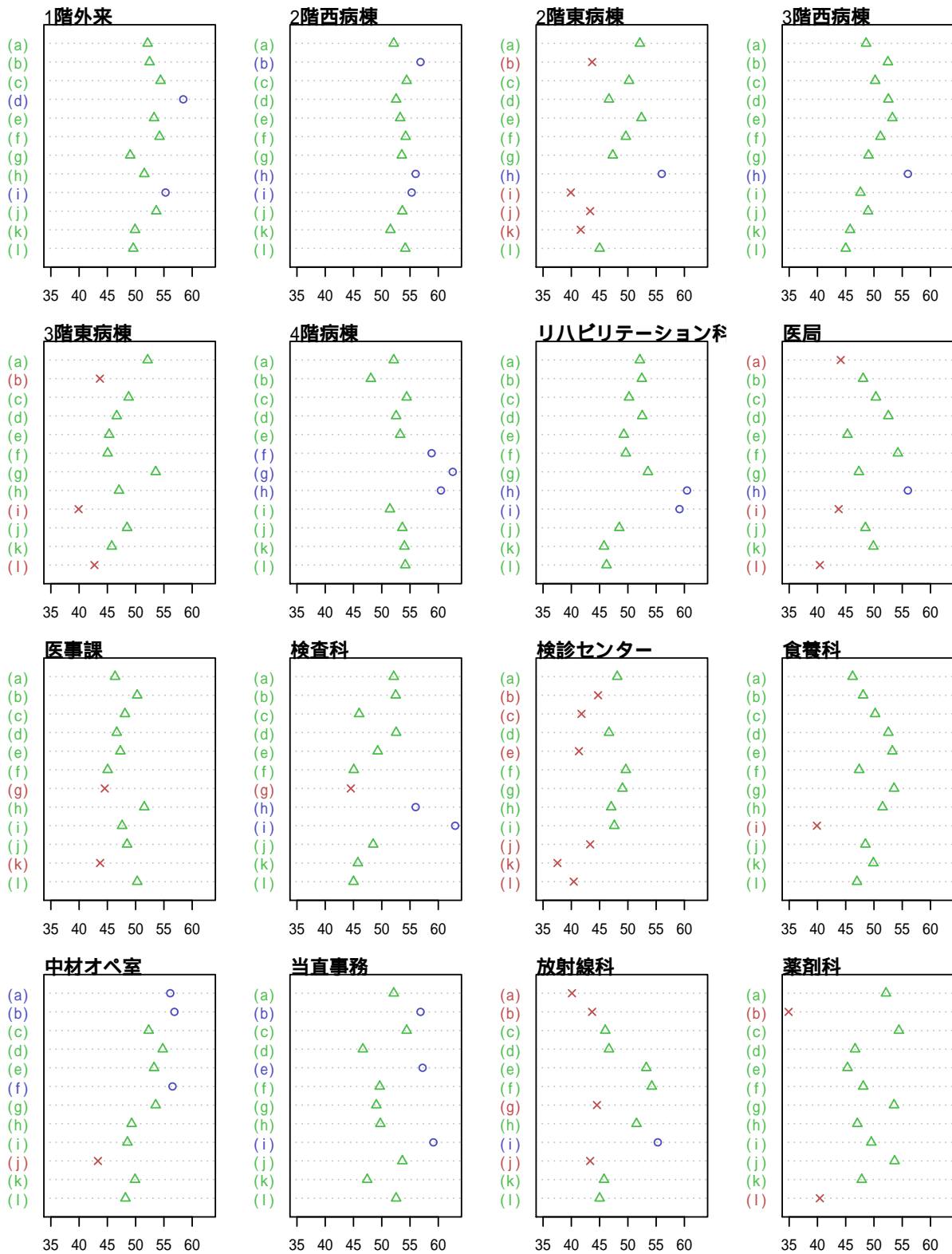
1.13 部署別比較：特に支援が必要な部署は？



部署別比較 解説

- 左図は患者安全文化（総合評価）を各部署別に示した箱ひげ図です。
- 横軸は「偏差値」です。
 - (1) 偏差値が高いほど、患者安全文化が良好であることを示します。
 - (2) 偏差値 50 は、全参加施設の平均値を意味します。
- 全参加施設の平均よりも安全文化が高い部署を青で表示しています。
- 全参加施設の平均よりも安全文化が低い部署を赤で表示しています。
- つまり、特に組織による支援が求められている部署は赤色の部署です。
- なお、6 名以上の有効回答数が得られなかった部署は掲載していません。
- 箱ひげ図の読み方は、付録 (p. 57) をご参照下さい。

1.14 部署/側面別比較：各部署において支援が必要な側面は？



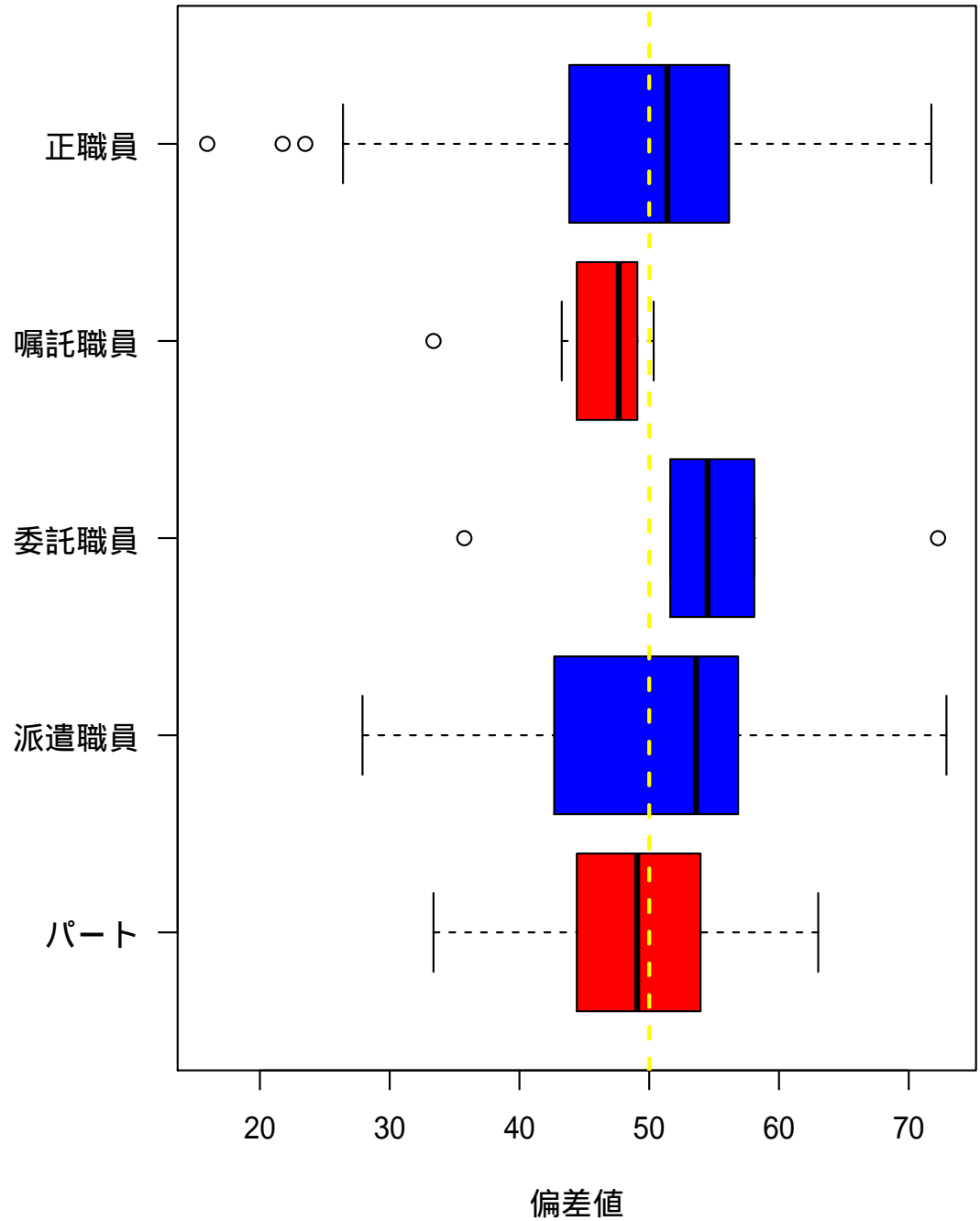
部署/側面別比較 解説

- 左図は患者安全文化を各部署別に 12 側面から評価した点プロットです。
- 横軸は「偏差値」です。
 - (1) 偏差値が高いほど、患者安全文化が良好であることを示します。
 - (2) 偏差値 50 は、全施設参加施設の平均値を意味します。
- 図中には、部署、側面別に「3 種類の点」が描かれています。
 - ×...偏差値が 45 未満の側面
 - △...偏差値が 45 より高く、55 以下の側面
 - ...偏差値が 55 より高い側面
- なお、6 名以上の有効回答数が得られなかった部署は掲載していません。
- 赤色 × や緑色 △ の側面を改善するには、各側面に対応する項目の対応、改善を行う必要があります。
- 側面と項目の対応は、下表、付録表 4.2 (p.64) をご参照下さい。

側面	項目例
(a) 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？
(b) 医療安全に対する総合的理解 (4 項目)	・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 (4 項目)	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 (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
(e) 部署内でのチームワーク (4 項目)	・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 (3 項目)	「何か違う」と感じても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 (3 項目)	・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 (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
(i) 人員配置 (4 項目)	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 (3 項目)	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 (4 項目)	・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 (4 項目)	私の病院の勤務交替制は、患者さんにとって問題がある

は逆転項目を表しています。

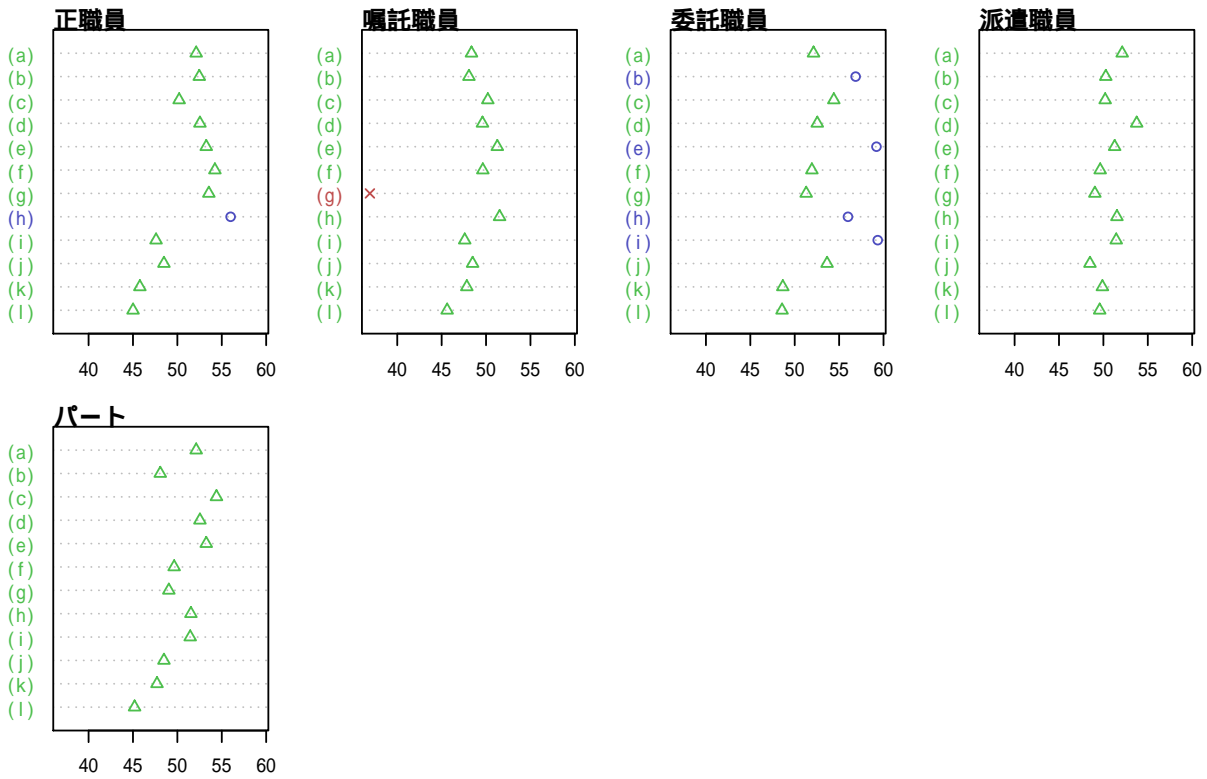
1.15 勤務形態別比較：特に支援が必要な勤務形態は？



勤務別比較 解説

- 左図は患者安全文化（総合評価）を各部署別に示した箱ひげ図です。
- 横軸は「偏差値」です。
 - (1) 偏差値が高いほど、患者安全文化が良好であることを示します。
 - (2) 偏差値 50 は、全参加施設の平均値を意味します。
- 全参加施設の平均よりも安全文化が高い勤務形態を青で表示しています。
- 全参加施設の平均よりも安全文化が低い勤務形態を赤で表示しています。
- つまり、特に組織による支援が求められている勤務形態は赤色の勤務形態です。
- なお、6 名以上の有効回答数が得られなかった勤務形態は掲載していません。
- 箱ひげ図の読み方は、付録 (p. 57) をご参照下さい。

1.16 勤務形態/側面別比較：各勤務形態において支援が必要な側面は？



勤務形態/側面別比較 解説

- 左図は患者安全文化を各勤務形態別に 12 側面から評価した点プロットです。
- 横軸は「偏差値」です。
 - (1) 偏差値が高いほど、患者安全文化が良好であることを示します。
 - (2) 偏差値 50 は、全参加施設の平均値を意味します。
- 図中には、部署、側面別に「3 種類の点」が描かれています。
 - ×...偏差値が 45 未満の側面
 - △...偏差値が 45 より高く、55 以下の側面
 - ...偏差値が 55 より高い側面
- なお、6 名以上の有効回答数が得られなかった勤務形態は掲載していません。
- 赤色 × や緑色 △ の側面を改善するには、各側面に対応する項目について組織による支援が求められます。
- 側面と項目の対応は、下表、付録表 4.2 (p.64) をご参照下さい。

側面	項目例
(a) 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？
(b) 医療安全に対する総合的理解 (4 項目)	・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 (4 項目)	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 (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
(e) 部署内でのチームワーク (4 項目)	・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 (3 項目)	「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 (3 項目)	・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 (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
(i) 人員配置 (4 項目)	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 (3 項目)	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 (4 項目)	・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 (4 項目)	私の病院の勤務交替制は、患者さんにとって問題がある

は逆転項目を表しています。

1.17 自由記述 (判読できない箇所は＝で示した)

- (1) 日本の医療制度の現状は低医療費政策であり、結果として医療現場の体制や質の確保を阻害しており、結局医療の安全性確保が現場の努力だけでは限界があるところまできている。
- (2) 主治医が、問題として報告しないかぎり、報告されない。
- (3) 医師数不足。Ns不足。2～3週間休みなしで働く状況
- (4) 私の部署では、事故報告書(できごと報告書)を積極的に入力できている。
- (5) スタッフがキャパオーバーと感じるのに、入院ばかり依頼されても事故のもと。安全面も考えて断っているのに無理やり入院させるのはどうかと思う。
- (6) スタッフの人数や能力以上に要求される事が多く患者の安全が守られていないように感じる
- (7) スタッフが足りないため、いつもバタバタと仕事をしている
- (8) ナースエイドの知識がないゆえの事故が多い。素人に疾患のある患者の対応をさせるのには無理がある。
- (9) いいやすい部署には言って医師には言いにくいのかちゃんと処理されてないように思います。
- (10) マンパワー不足で多忙
- (11) 一応無記名にはなっているがIDを入力するので誰が記入したか個人が特定できるようになっている
- (12) 風土としてまだまだ医療安全が定着しない部署もあるのでは？
- (13) 大きな医療事故がおきても他部署のスタッフがそれを知る機会がない。
- (14) ロボットではありません。ノートに注意事項を書けば、全部理解して頭にインプットされるわけではありません。人が育つ環境、雰囲気を上司が作らないと、人がやめていく職場になります。
- (15) 患者さんの病気内容など入院された時少しでも情報がほしい。
- (16) 記入にたくさんの労力を費やし嫌な思いをします。過誤は当然書くべき。
- (17) 他部署でおきたことはわかりづらい。
- (18) 夜勤の多い人は遅出を含めて月に10回くらいあるので、常勤をふやしてほしい。研修などに行きたくても休みが少ないと体が休められないです。
- (19) 効率が悪いのかわかりませんが、毎日バタバタと忙しく昼休けいも十分とれていません。その上残業も多いです。一人一人に余裕がないためミスも多く、はっきり言って仕事も職場も楽しくありません。談笑する時間もあります。このまま続けば皆辞めたくなると思います。他の部署の方は自分の仕事が楽しい、やりがいがあると思っているのですか？
- (20) 出来事の報告についてのシステム、手順等についての説明がなく、実際にその場に出会った時に非常に困った。マニュアルについても、誰が読んでも分かるようには

なっていないと感じ、過誤の原因になるのではないかと思う。

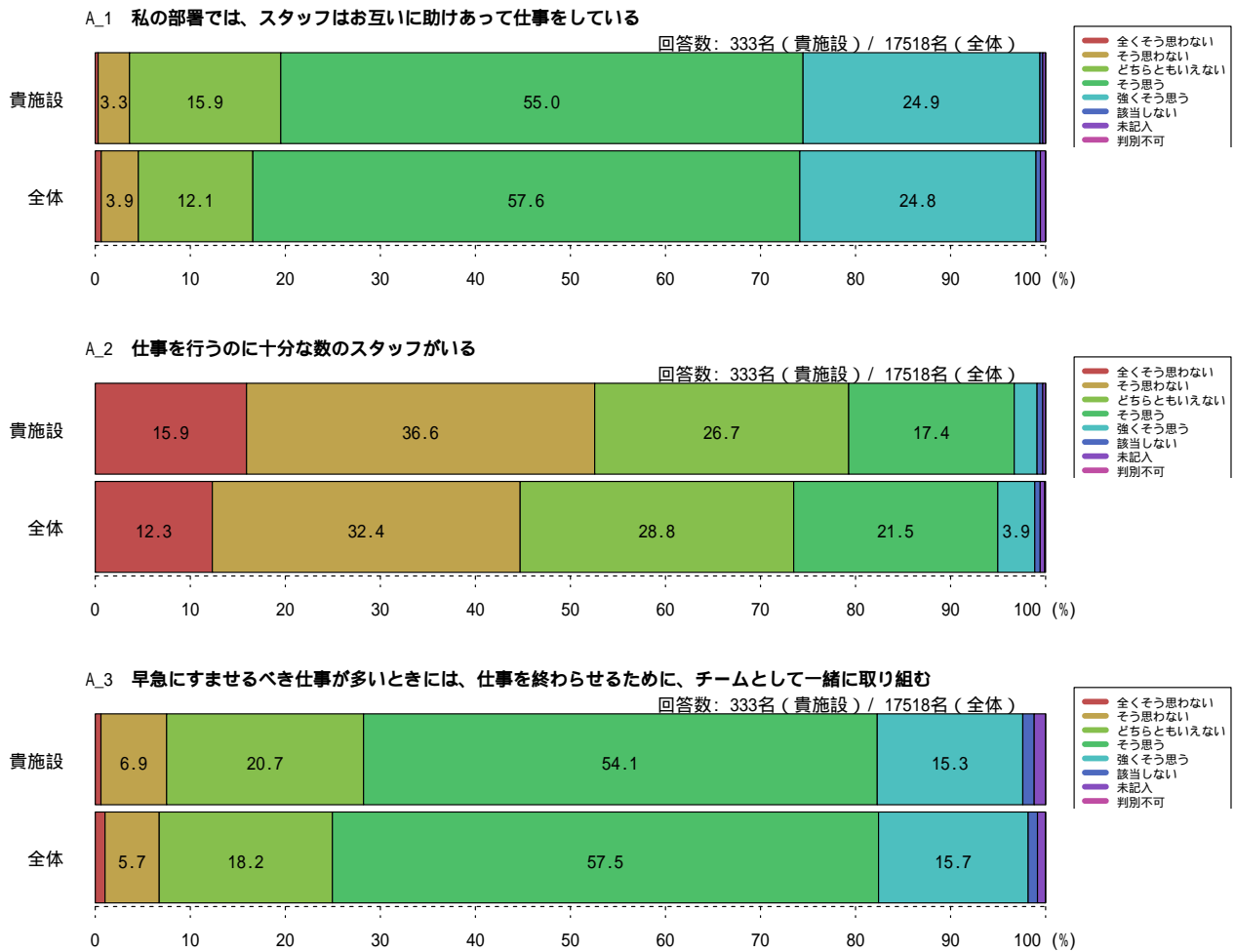
- (21) 肝炎を予防する注射はしていますが触れる機会があり、消毒するための薬などがちゃんと完備されていない気がします。
- (22) 統計資料作成してほしいです。
- (23) 医療安全への投資や、コストの適正額について、悩みは尽きない。

第2章

質問項目単純集計結果

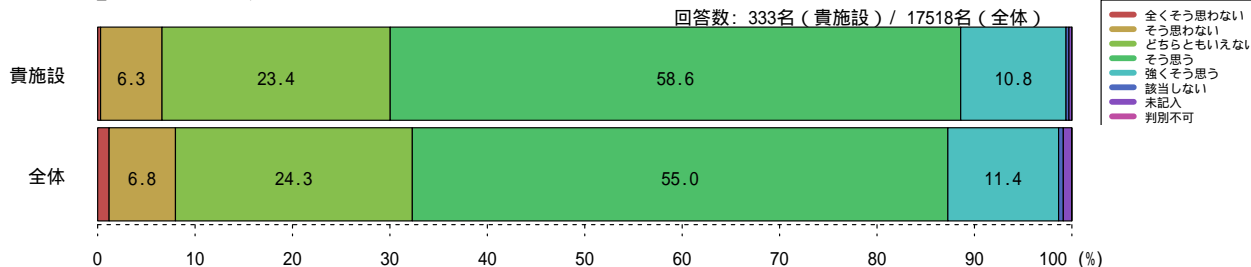
質問項目単純集計結果につきましては、逆転項目処理を行ったデータを表示しています。

2.1 A. あなたが働いている部署についてお聞きします (1)

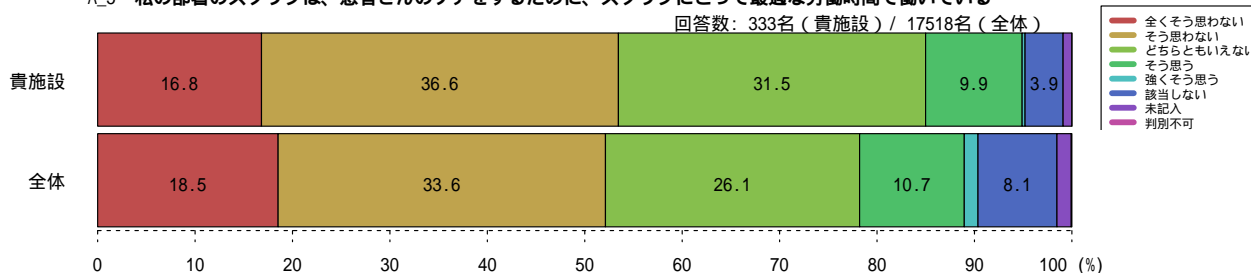


2.2 A. あなたが働いている部署についてお聞きします (2)

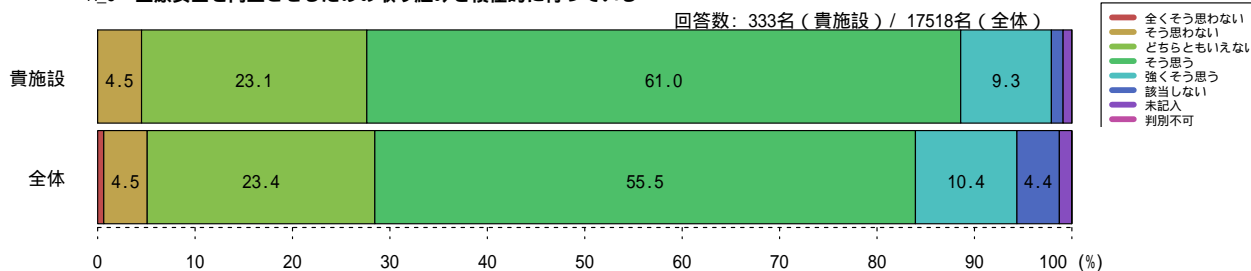
A_4 私の部署では、スタッフはお互いに敬意をもって対応している



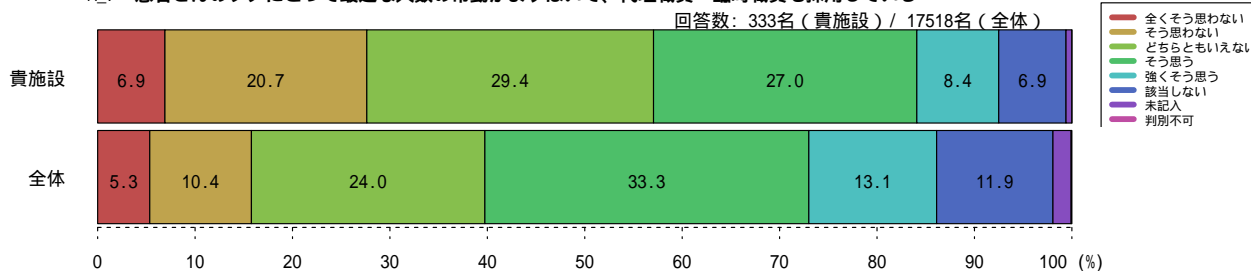
A_5 私の部署のスタッフは、患者さんのケアをするために、スタッフにとって最適な労働時間で働いている



A_6 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

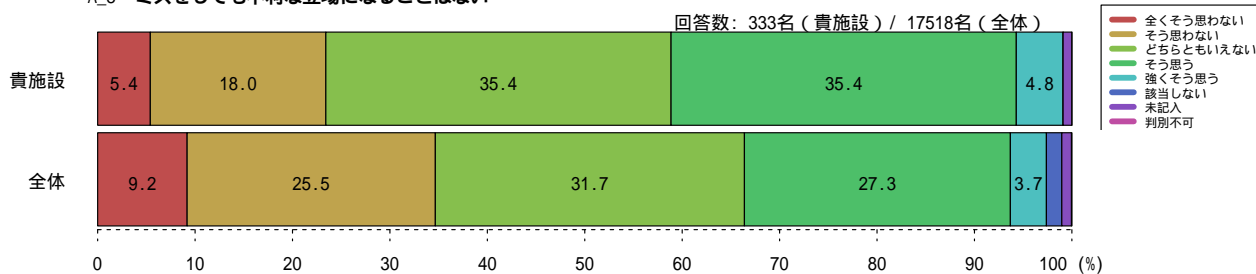


A_7 患者さんのケアにとって最適な人数の常勤がまずはいて、代理職員・臨時職員も採用している

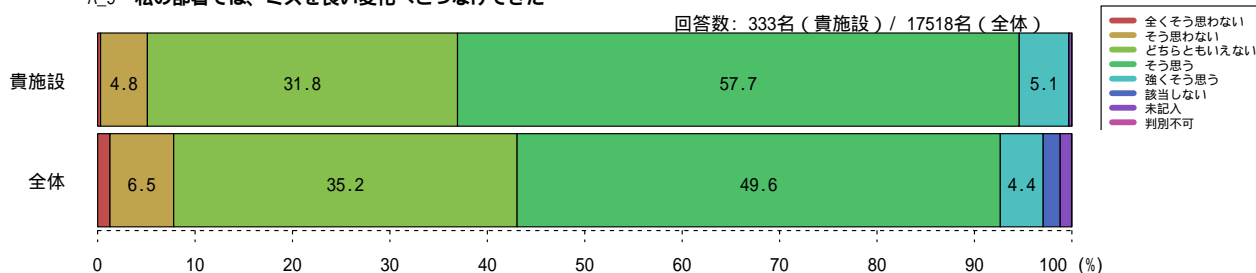


2.3 A. あなたが働いている部署についてお聞きします (3)

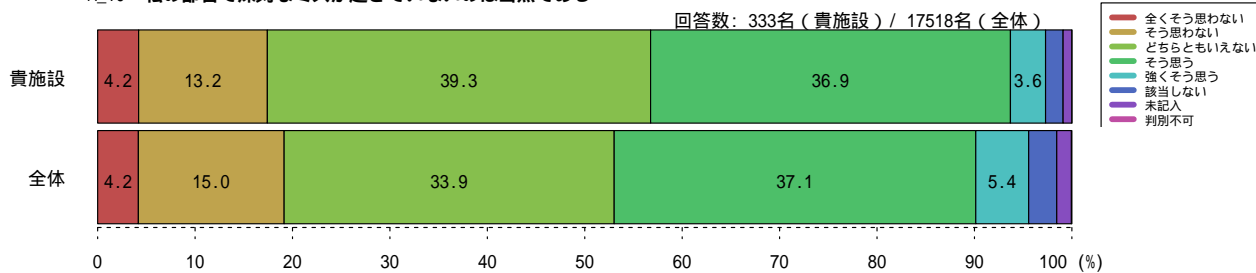
A_8 ミスをしてもしも不利な立場になることはない



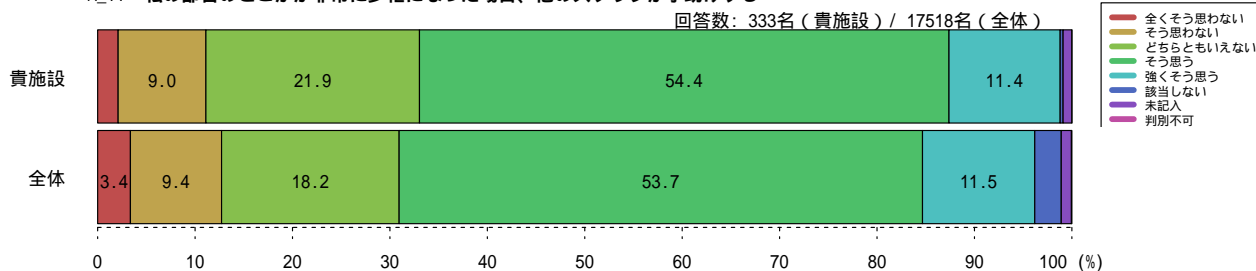
A_9 私の部署では、ミスを良い変化へとつなげてきた



A_10 私の部署で深刻なミスが起きていないのは当然である



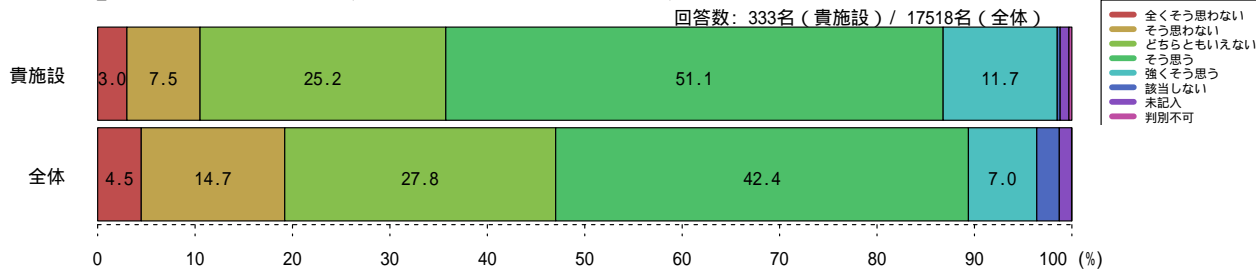
A_11 私の部署のどこかが非常に多忙になった場合、他のスタッフが手助けする



2.4 A. あなたが働いている部署についてお聞きします (4)

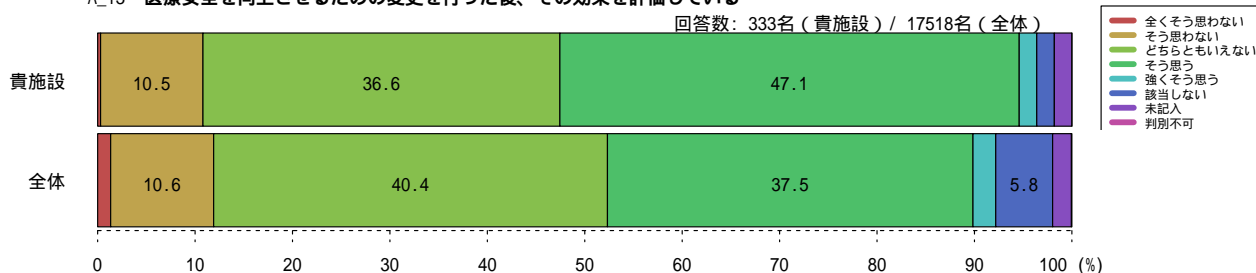
A_12 出来事が報告される場合、誰が起こしたかということではなく、問題そのもののほうがより報告される

回答数: 333名(貴施設) / 17518名(全体)



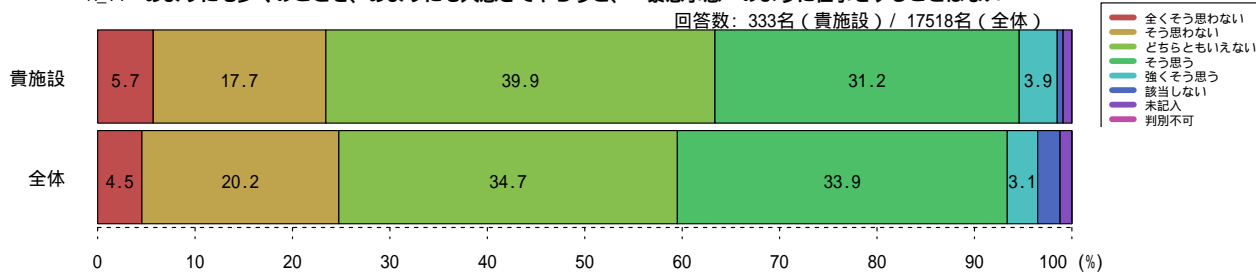
A_13 医療安全を向上させるための変更を行った後、その効果を評価している

回答数: 333名(貴施設) / 17518名(全体)



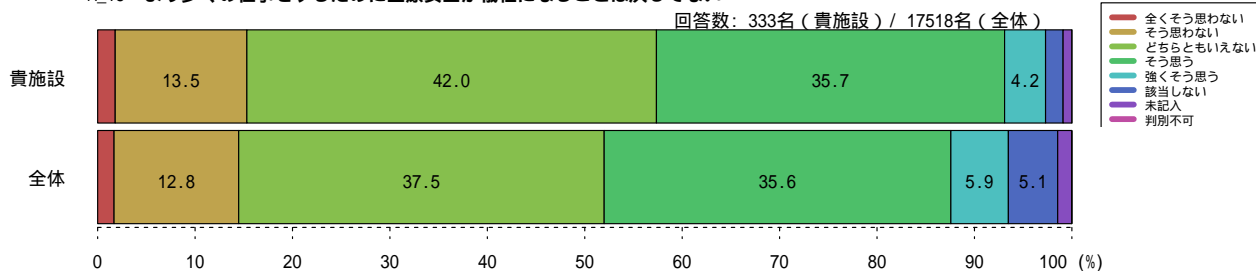
A_14 あまりにも多くのことを、あまりにも大急ぎでやろうと、“緊急事態”のように仕事をするのではない

回答数: 333名(貴施設) / 17518名(全体)



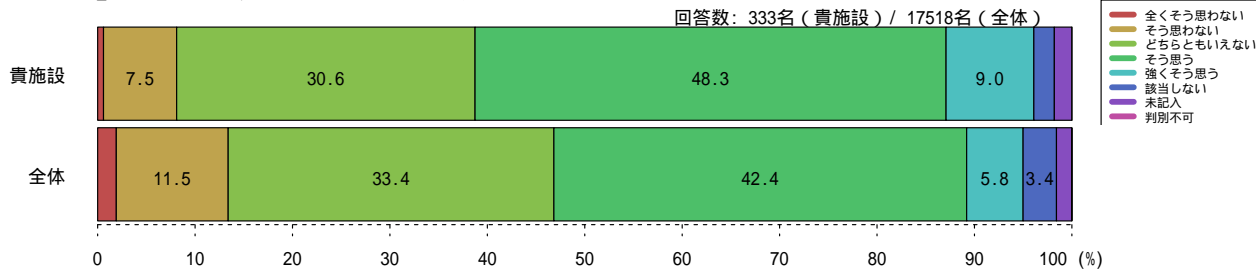
A_15 より多くの仕事をするために医療安全が犠牲になることは決してない

回答数: 333名(貴施設) / 17518名(全体)

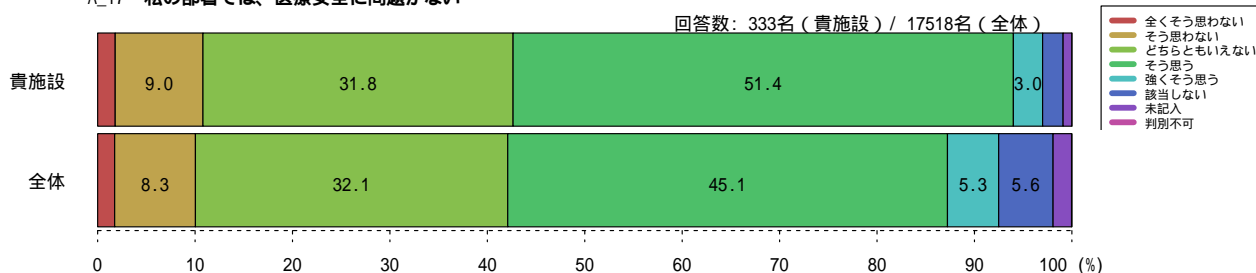


2.5 A. あなたが働いている部署についてお聞きします (5)

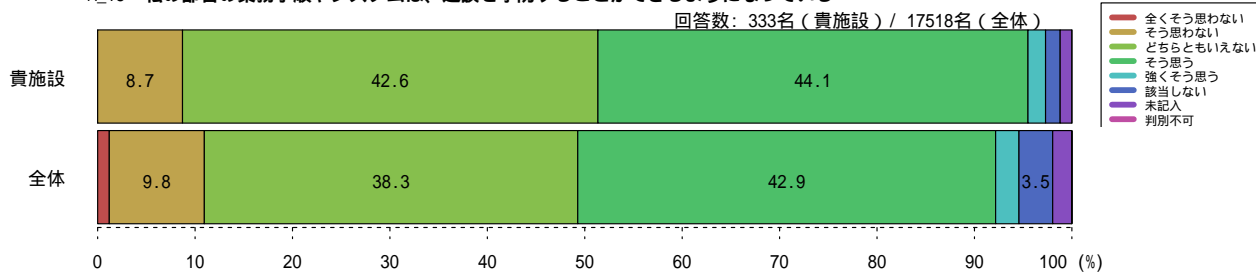
A_16 スタッフは、自分のミスが人事記録に残されることを心配していない



A_17 私の部署では、医療安全に問題がない



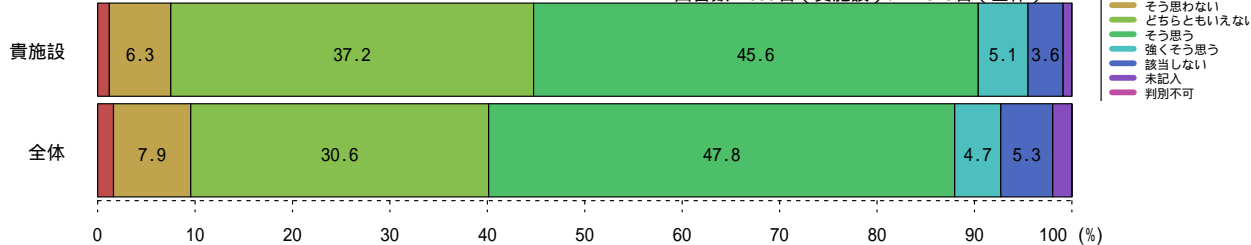
A_18 私の部署の業務手順やシステムは、過誤を予防することができるようになっている



2.6 B. あなたの上司や管理者についてお聞きします

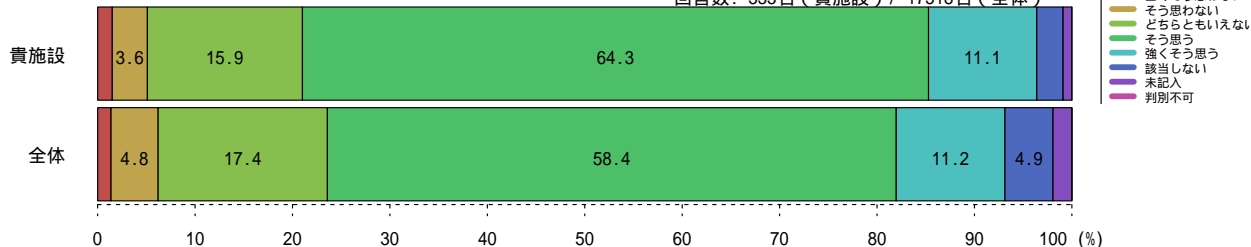
B.1 決められた医療安全の手順通りに仕事が行われることをよく評価する

回答数：333名（貴施設） / 17518名（全体）



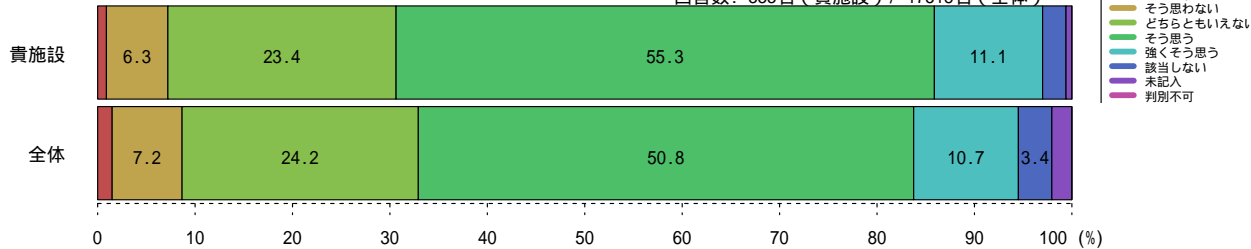
B.2 スタッフから医療安全を向上する提案がなされたときは、真剣に考慮する

回答数：333名（貴施設） / 17518名（全体）



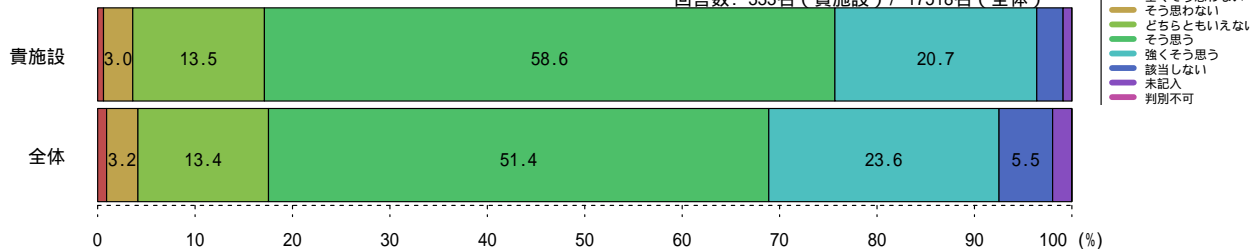
B.3 プレッシャーがかかっても、上司や管理者は、通常の手順を簡略化しても急いで仕事をすることを求めない

回答数：333名（貴施設） / 17518名（全体）



B.4 繰り返し起きている医療安全の問題に配慮している

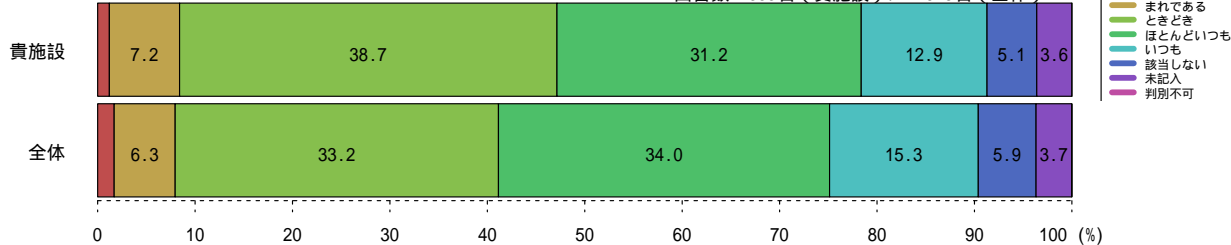
回答数：333名（貴施設） / 17518名（全体）



2.7 C. コミュニケーションについてお聞きします (1)

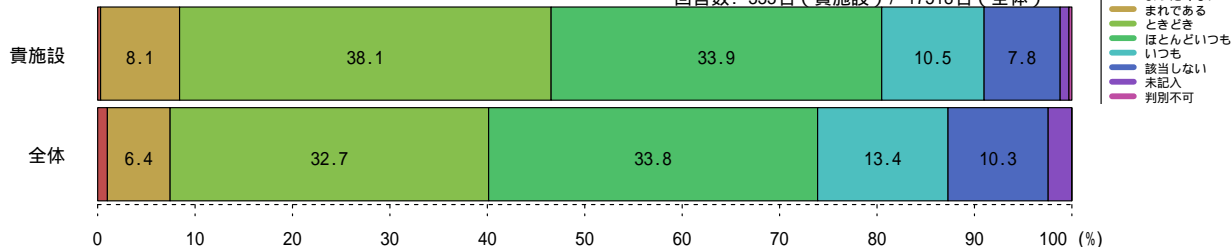
C.1 出来事の報告に基づいて変更された点に関してフィードバックを受けている

回答数：333名（貴施設） / 17518名（全体）



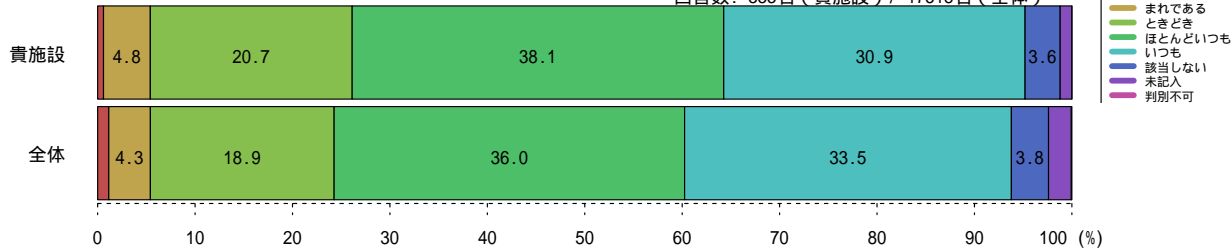
C.2 スタッフは、患者ケアに悪い影響がありそうなことを見かけたら気兼ねなく指摘する

回答数：333名（貴施設） / 17518名（全体）



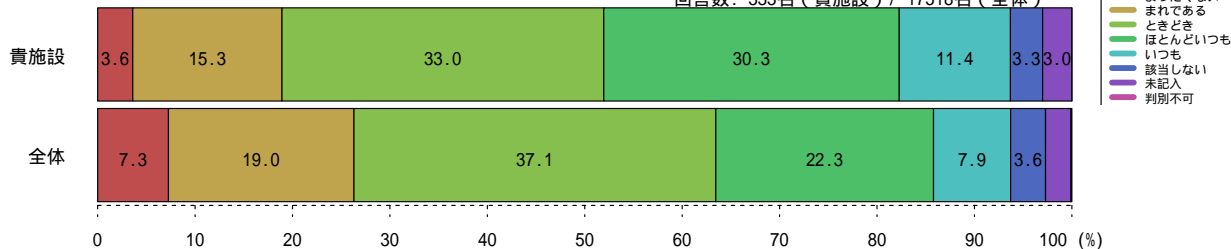
C.3 自分達の部署で起きた過誤について知らされている

回答数：333名（貴施設） / 17518名（全体）



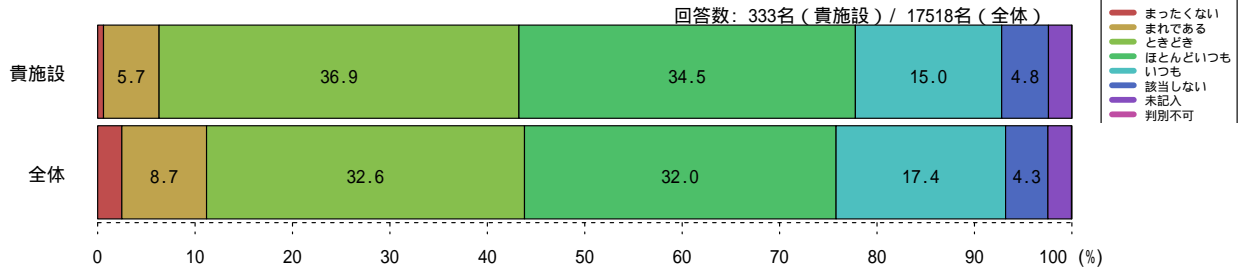
C.4 自分よりも権威のある者の決定や行為に対して、自由に疑問を表明できると感じている

回答数：333名（貴施設） / 17518名（全体）

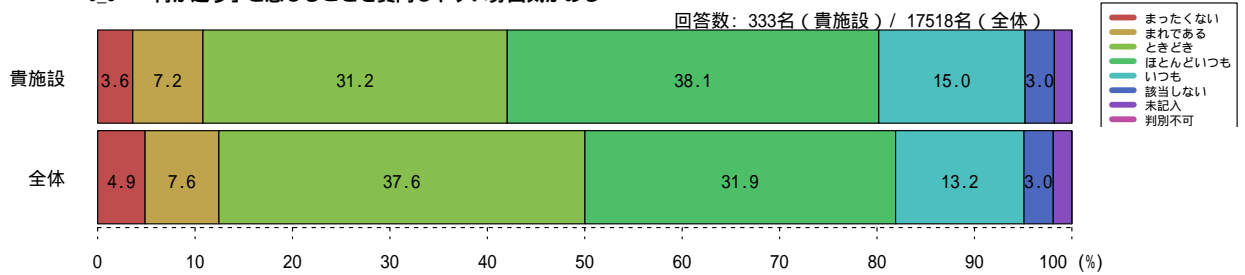


2.8 C. コミュニケーションについてお聞きします (2)

C.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



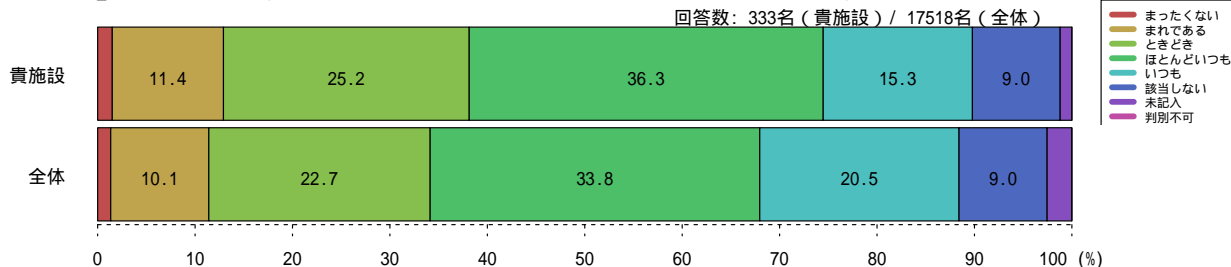
C.6 「何か違う」と感じることを質問しやすい雰囲気がある



2.9 D. あなたの部署の出来事の報告頻度についてお聞きします

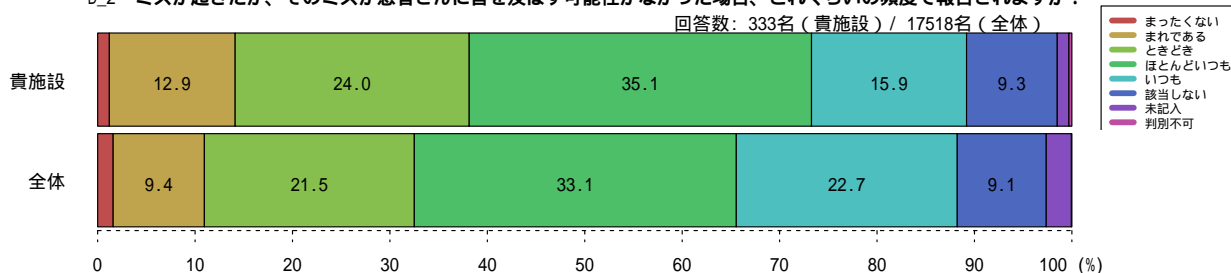
D_1 ミスが起きたが、そのミスが患者さんに影響を及ぼす前に発見されて修正された場合、どれくらいの頻度で報告されますか？

回答数：333名（貴施設） / 17518名（全体）



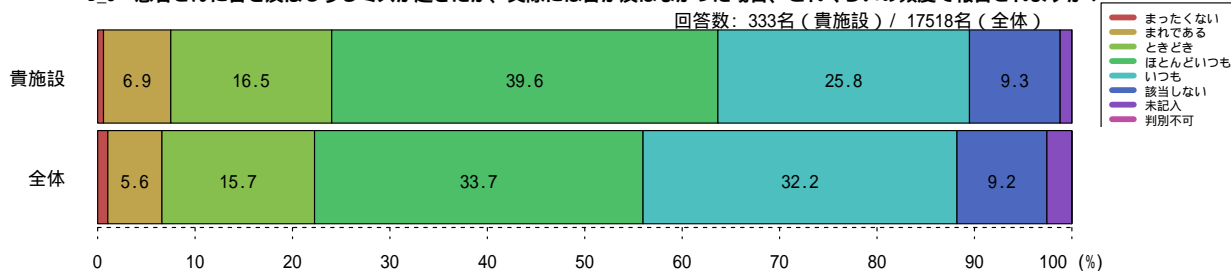
D_2 ミスが起きたが、そのミスが患者さんに害を及ぼす可能性がなかった場合、どれくらいの頻度で報告されますか？

回答数：333名（貴施設） / 17518名（全体）

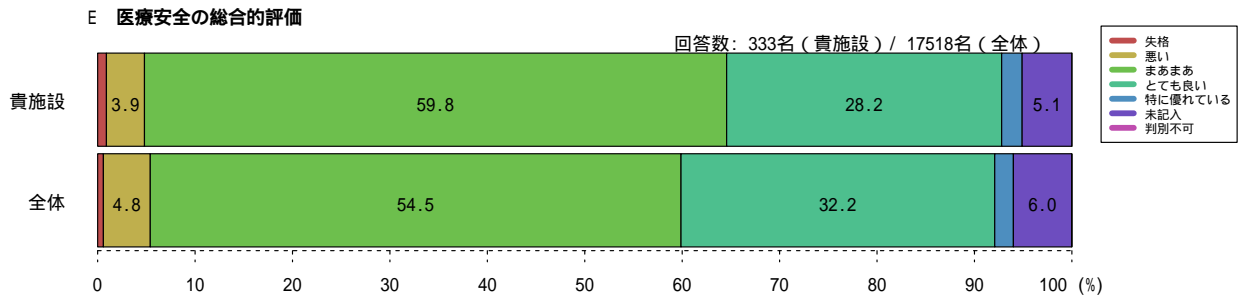


D_3 患者さんに害を及ぼしうるミスが起きたが、実際には害が及ばなかった場合、どれくらいの頻度で報告されますか？

回答数：333名（貴施設） / 17518名（全体）

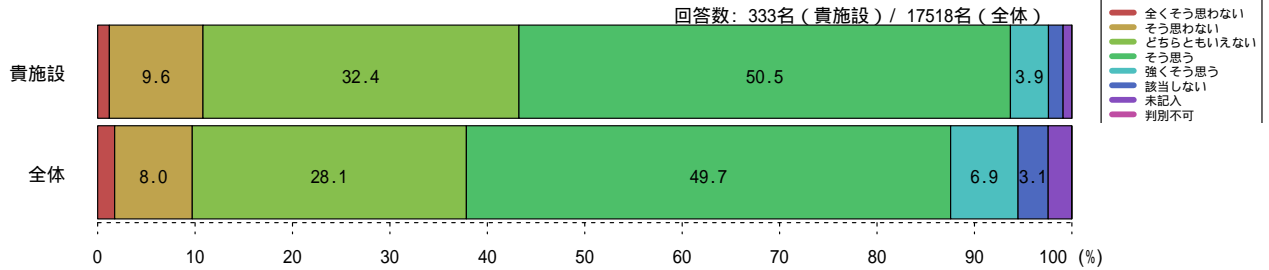


2.10 E. あなたの部署の医療安全を総合的に評価して下さい

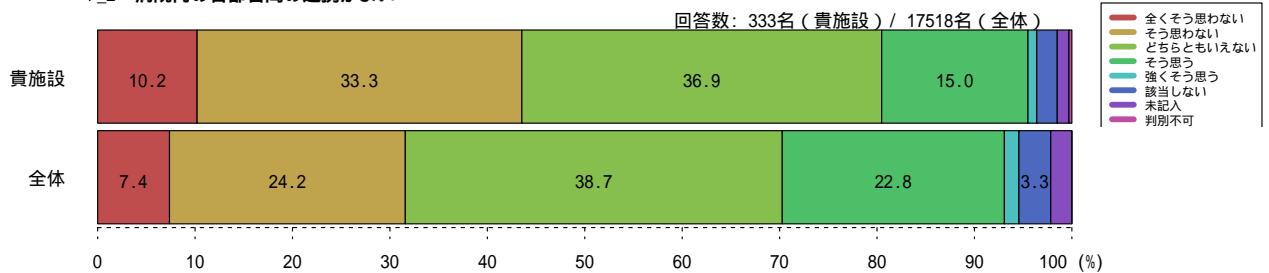


2.11 F. あなたの働いている病院についてお聞きします (1)

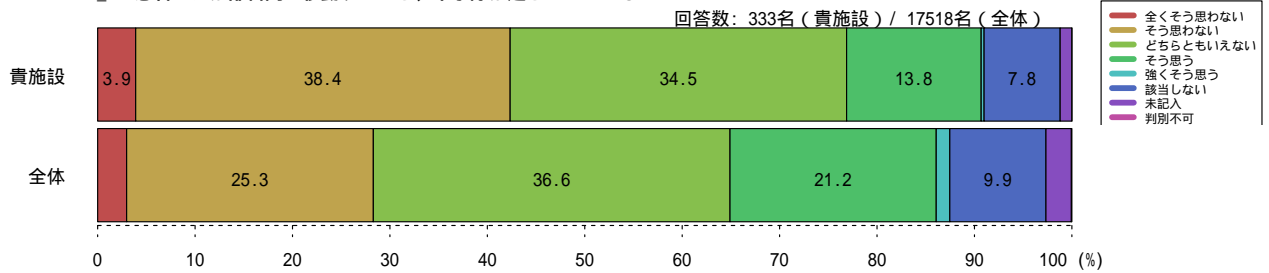
F_1 病院経営者たちは、医療安全を推進させるような職場風土を提供している



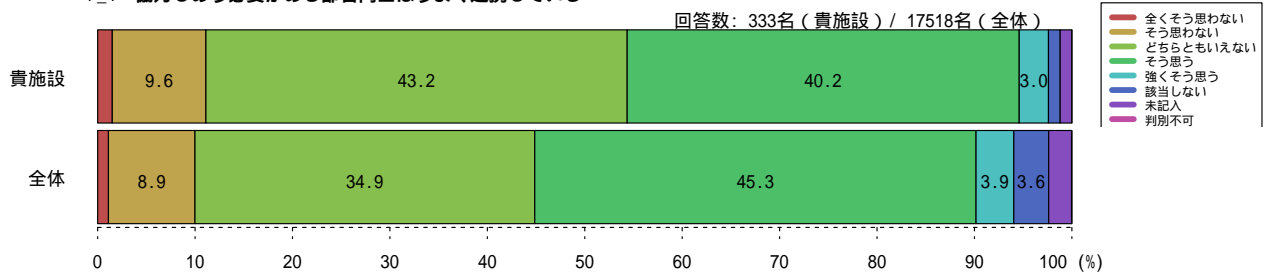
F_2 病院内の各部署間の連携がよい



F_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はない

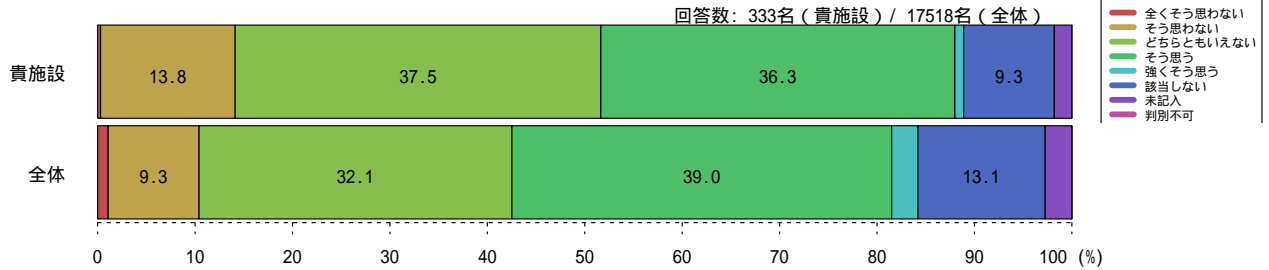


F_4 協力しあう必要がある部署同士はうまく連携している

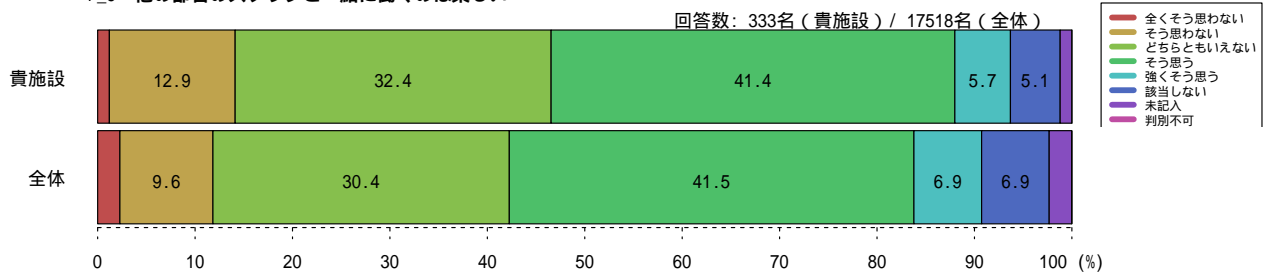


2.12 F. あなたの働いている病院についてお聞きします (2)

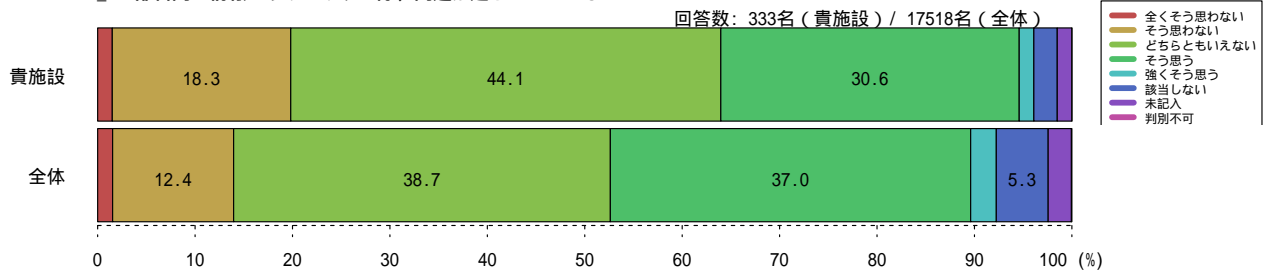
F_5 勤務交替の際、重要な患者情報が抜け落ちることはない



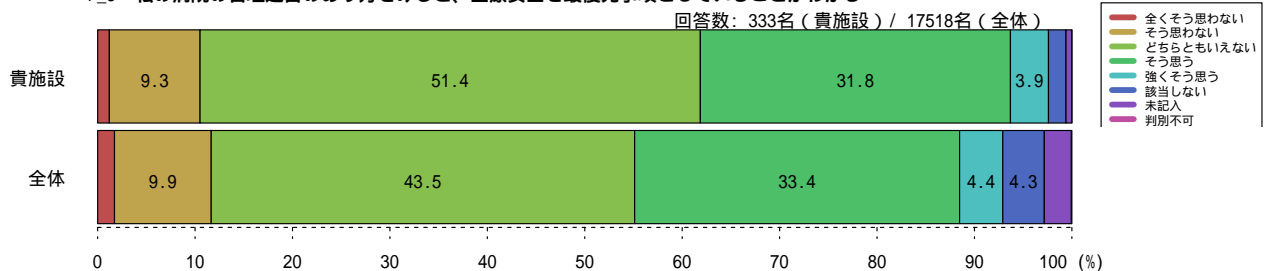
F_6 他の部署のスタッフと一緒に働くのは楽しい



F_7 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

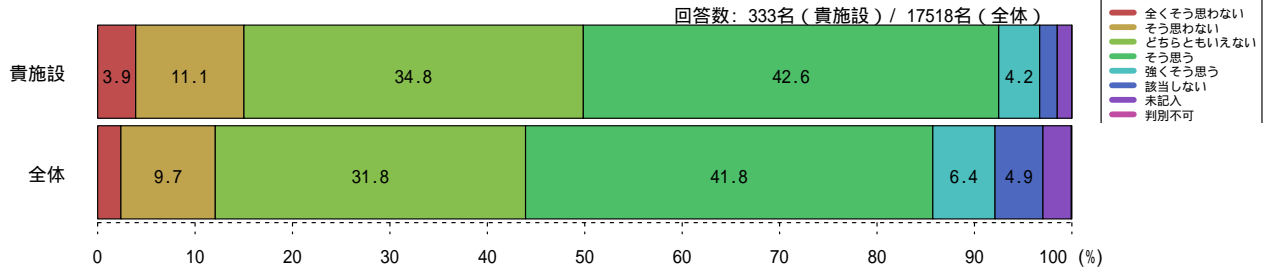


F_8 私の病院の管理運営のあり方をみると、医療安全を最優先事項としていることがわかる

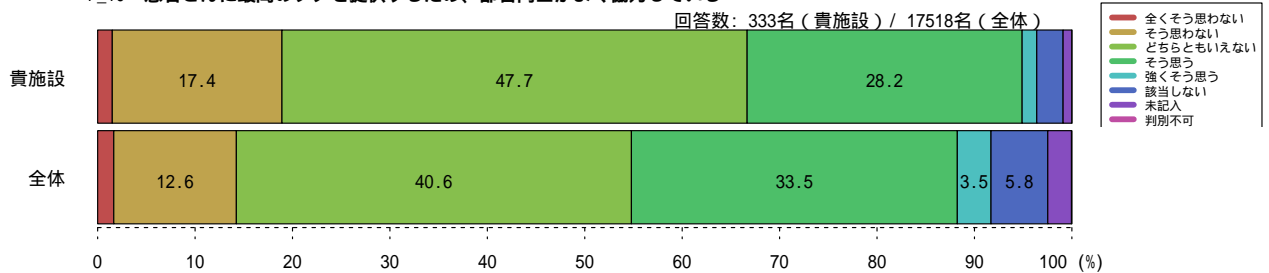


2.13 F. あなたの働いている病院についてお聞きします (3)

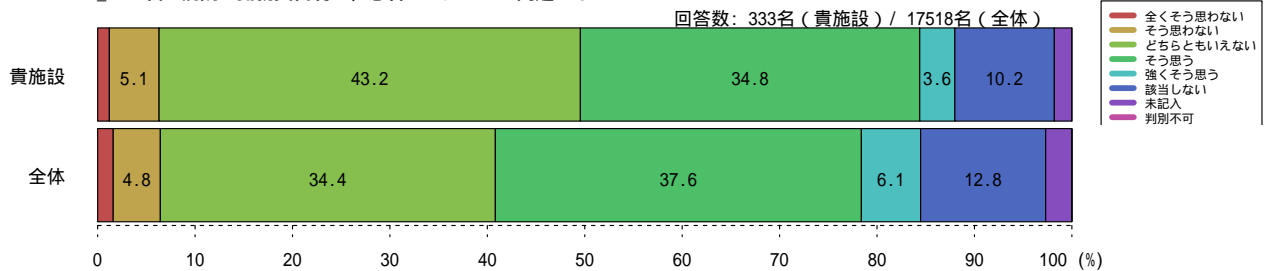
F_9 病院経営者たちは、有害事故が起きる前から、医療安全に関心を払っている



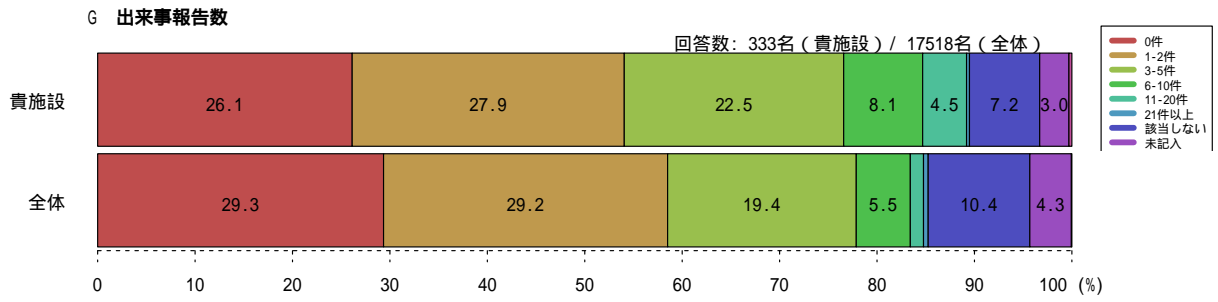
F_10 患者さんに最高のケアを提供するため、部署同士がよく協力している



F_11 私の病院の勤務交代制は、患者さんにとって問題はない



2.14 G. 出来事の報告数について



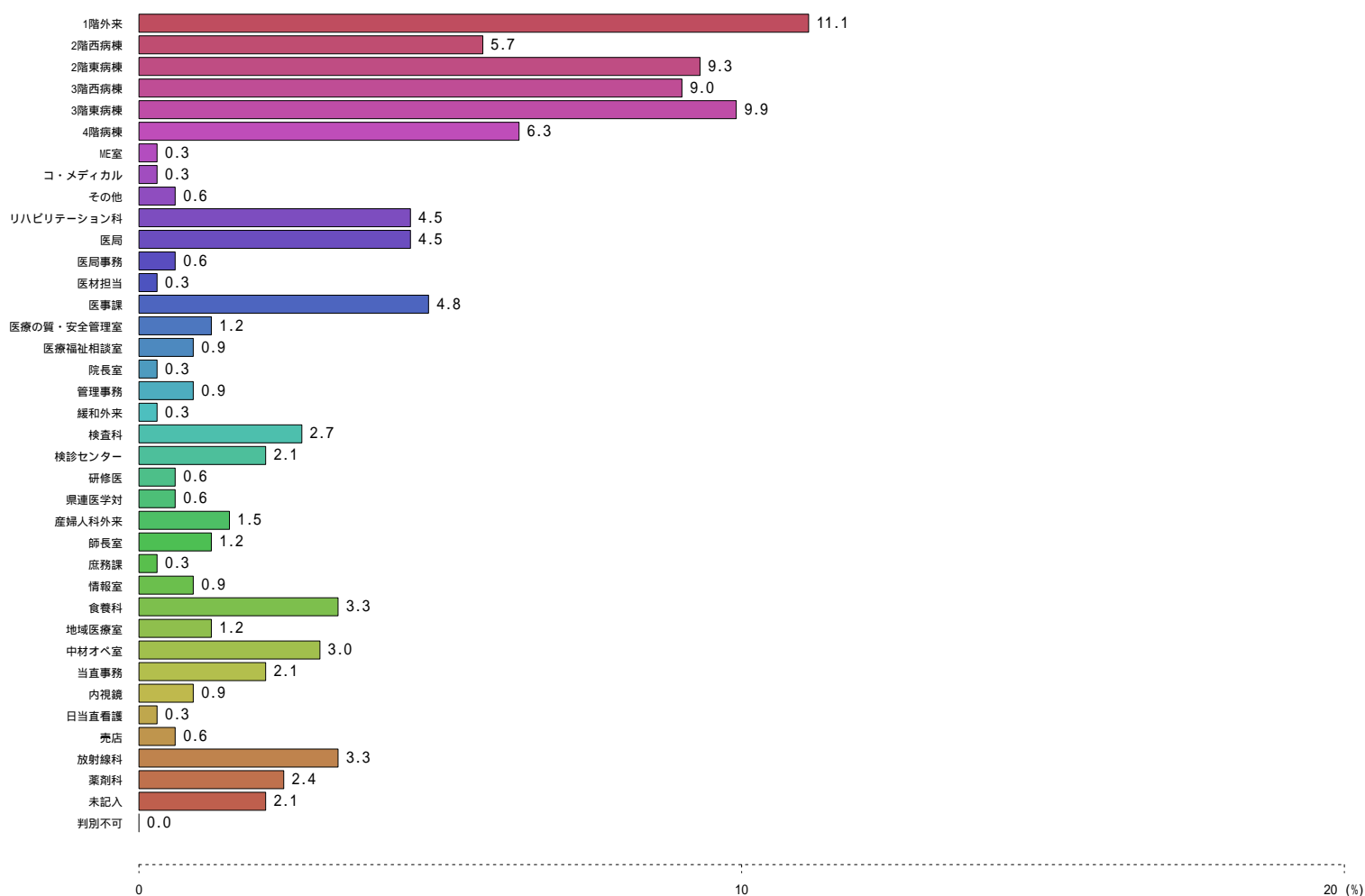
第3章

回答者の属性

部署・職種・勤務形態については各調査施設独自の分類を用いた整理を行っており、全参加施設で統一した分類が困難なため、調査全体の数値を掲載しておりません。

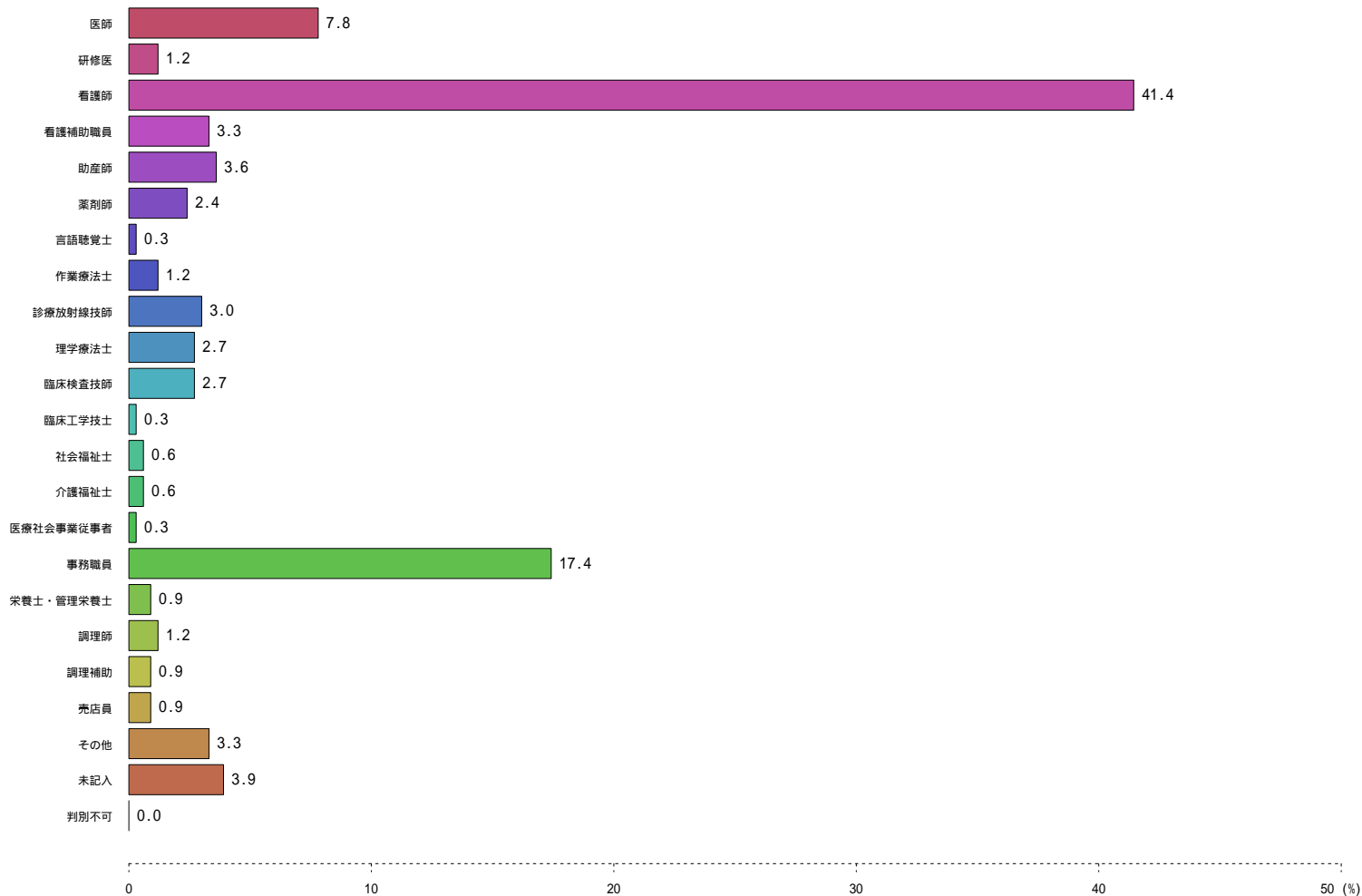
3.1 部署

回答数 333名



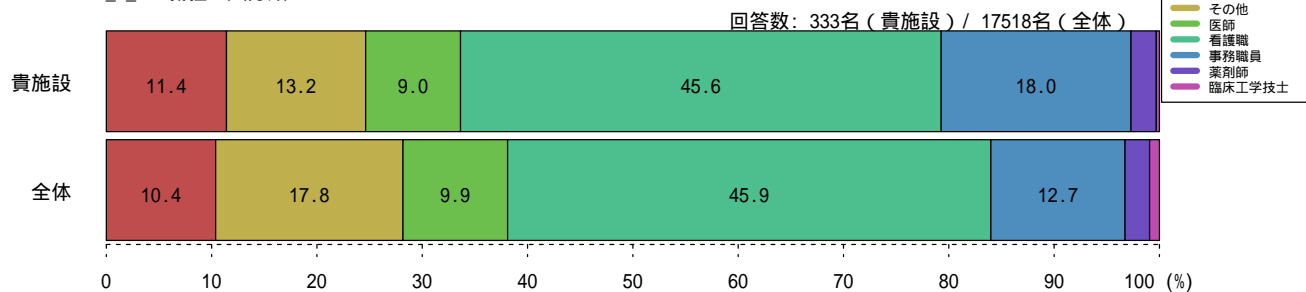
3.2 職種小分類

回答数 333名

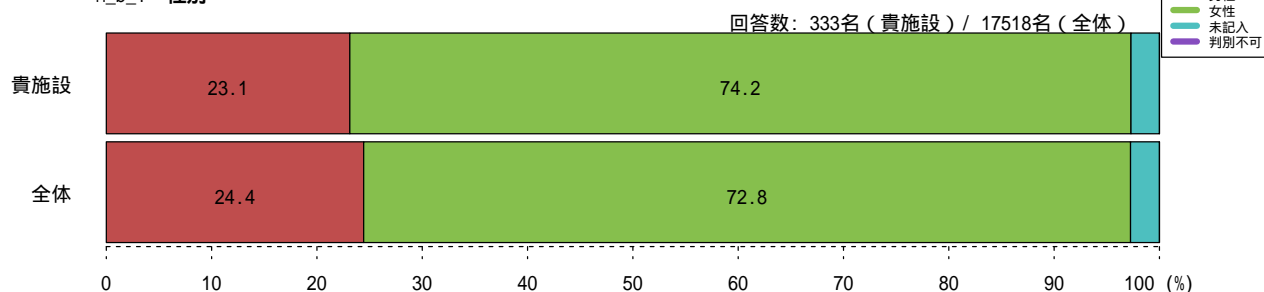


3.3 職種大分類/性別/年齢/勤務形態

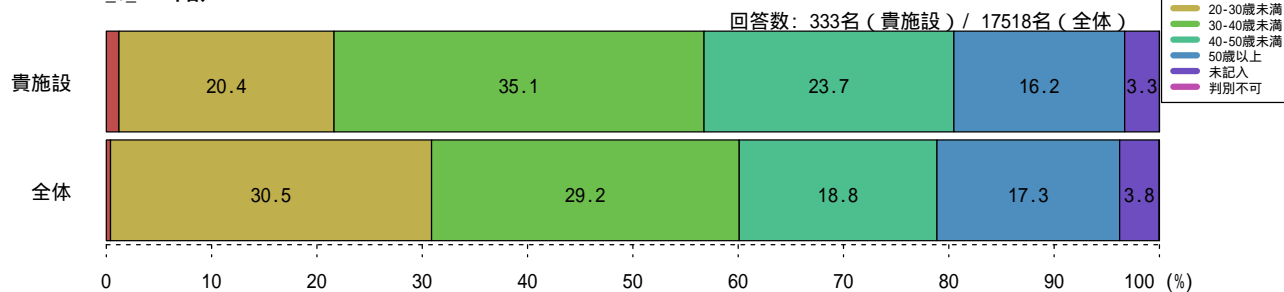
H_a_1 職種の大分類



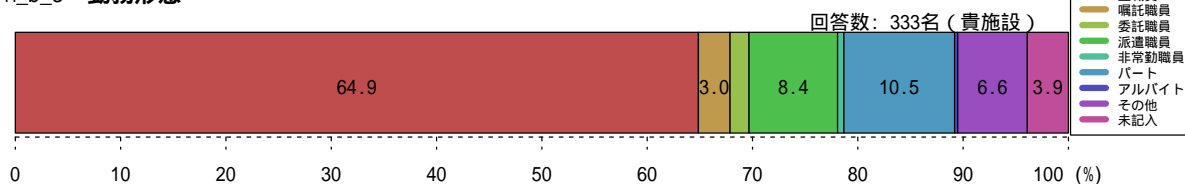
H_b_1 性別



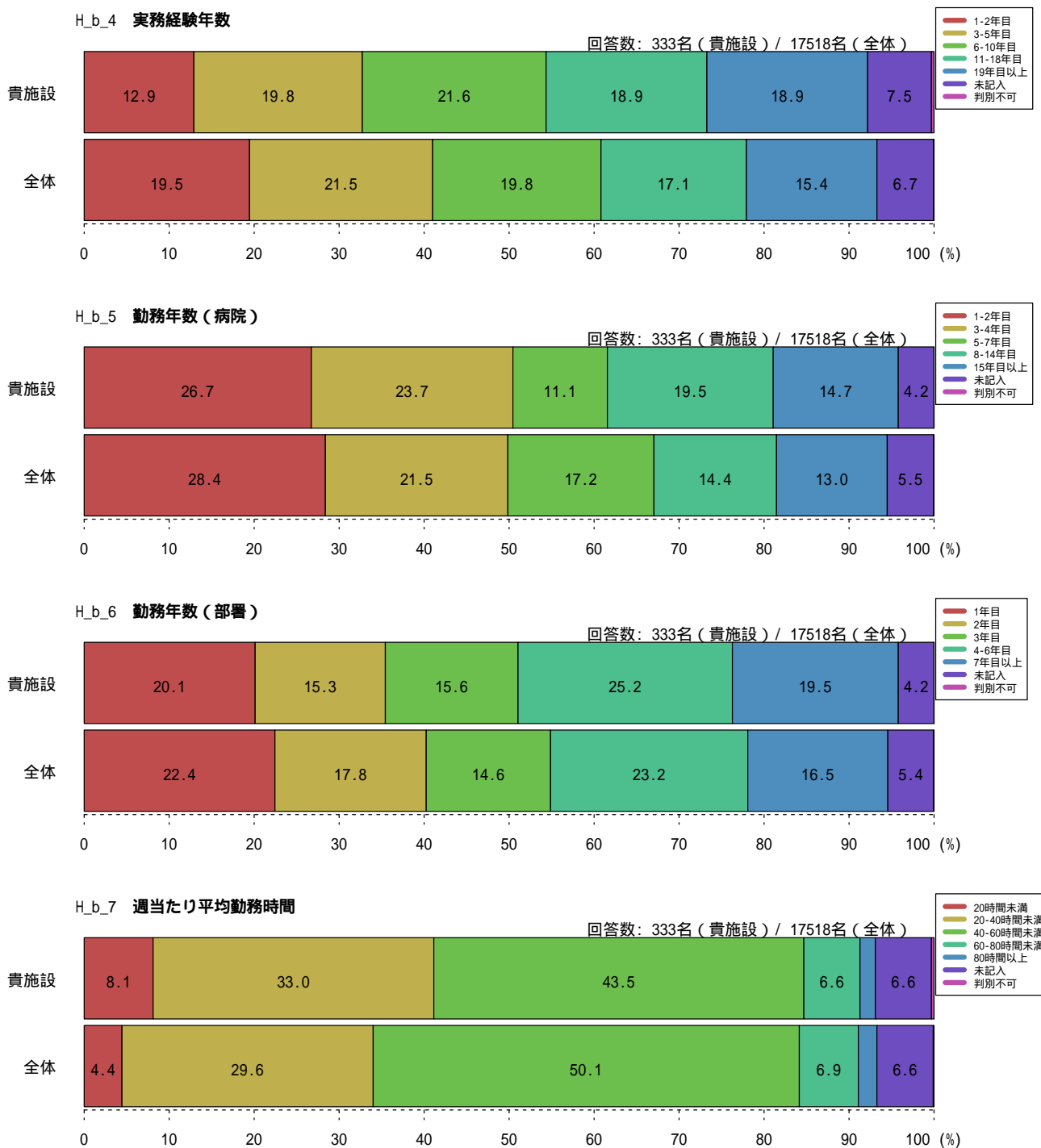
H_b_2 年齢



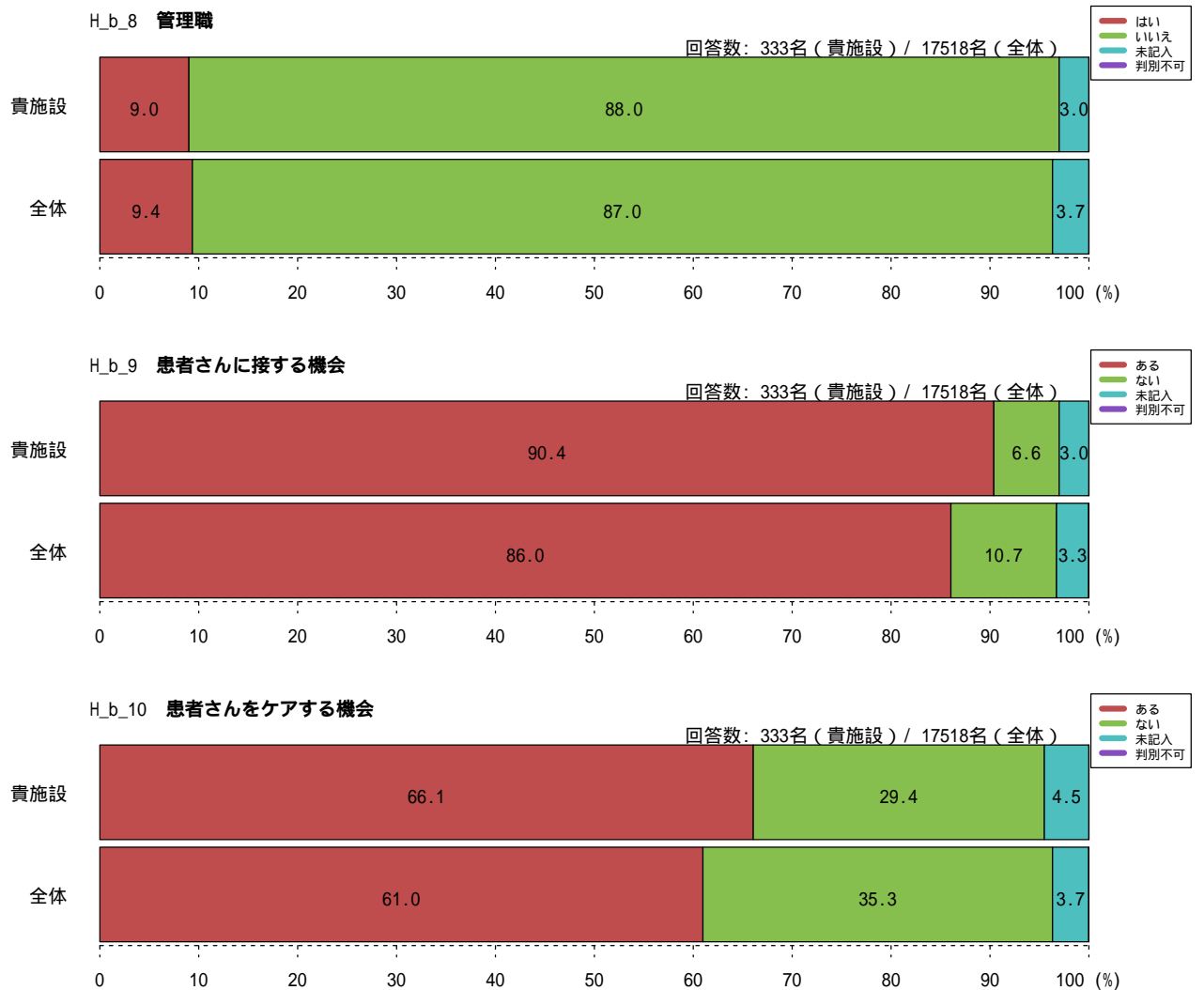
H_b_3 勤務形態



3.4 実務経験年数/勤務年数（病院）/勤務年数（部署）/勤務時間



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します。例として、A 学校と B 学校のテスト結果（仮想データ）を用います。テストの点数の取りうる値は、0-100 点です。両学校の生徒数は、400 人とします。

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 に示します。A 学校の平均点は 76.7 点であり、B 学校よりも 25.6 点高いです。また、得点のチラバリ（標準偏差）は、B 学校の方が高いです。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ます。これらの結果を図示したものが、右図のヒストグラムです。

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 点高いです。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ます。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ます。これらの結果を図示したものが、右図の箱ひげ図です。

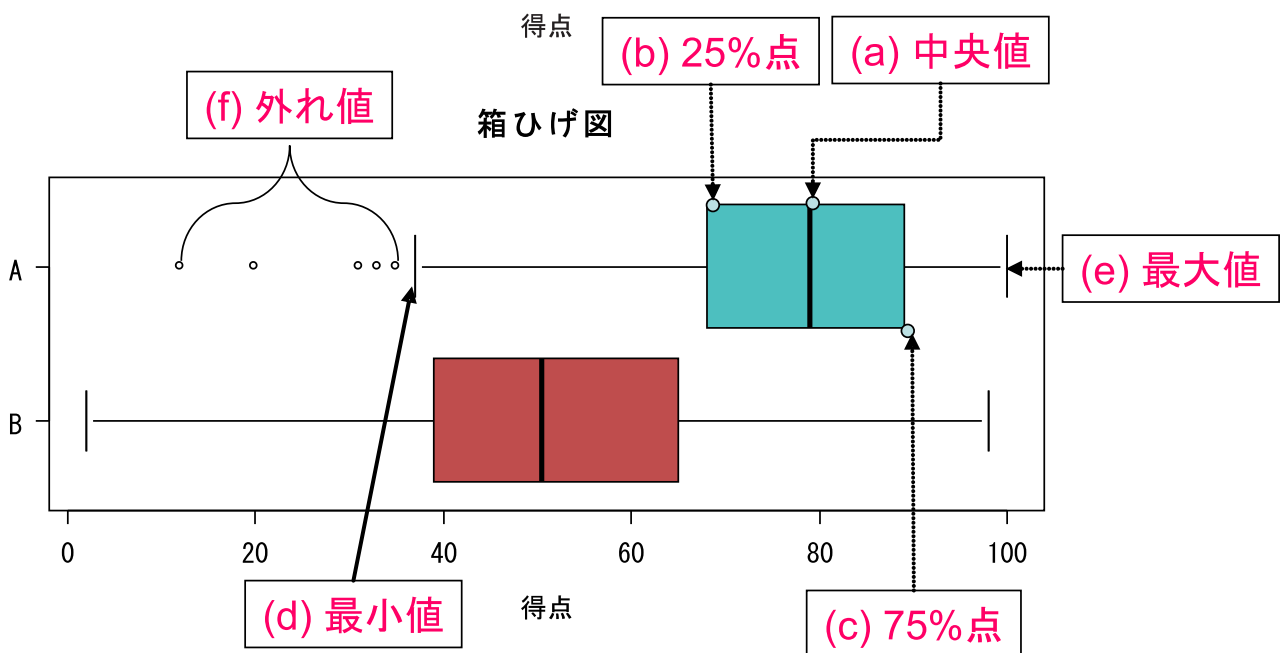
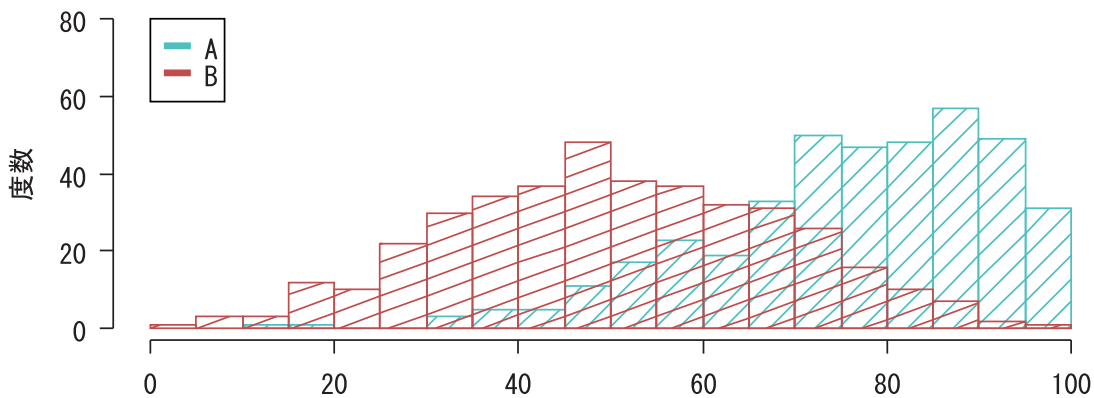
表 4.1 基礎統計量

	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% 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% 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

4.2 調査票（患者安全文化）

医療における安全文化に関する調査

この調査は、貴院の「医療安全」「医療過誤」「出来事*の報告」に対するあなたのご意見をお伺いするものです。貴院の「医療における安全文化の現状」「安全な医療を提供するための課題」を把握するために必要な調査です。お忙しいところ恐縮ですが、ご協力のほどよろしくお願い致します。

【ご説明】

- (1) 10～15分程度の回答時間がかかります。
- (2) 設問への解答は、あなたの考えに最も近い番号を1つ選んで○を付けて下さい。
- (3) 本調査は匿名で行うもので、個人が特定される形で病院へデータおよび結果をお返すことはありません。
- (4) 調査票は画面印刷になっていますので、記入漏れにご注意下さい。

本調査で使用されている3つの用語は、以下のようにお考え下さい。

※【出来事】患者への害の有無にかかわらず、全ての種類の過誤、ミス、インシデント、アクシデント、逸脱した医療行為。

【医療安全】医療提供の過程から生じる、患者への傷害・有害事象(事故)を回避・予防すること。

【部署】あなたが主として働いていたり、サービスを提供したりする、病院内の「職場」「部門」「診療科」など。

A. あなたが働いている部署についてお聞きします

この病院における、あなたの主な職場・部署はどこですか。
別添の「部署一覧」より最も当てはまるものを1つだけ選んでご記入下さい。

私の職場・部署は [] ⇒「その他」の場合は、具体的にご記入下さい: []

以下の文を読み、あなたが働いている部署について、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
① 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	1	2	3	4	5	9
② 仕事を行うのに十分な数のスタッフがいる	1	2	3	4	5	9
③ 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	1	2	3	4	5	9
④ 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	1	2	3	4	5	9
⑤ 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	1	2	3	4	5	9
⑥ 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	1	2	3	4	5	9
⑦ 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	1	2	3	4	5	9
⑧ ミスをすると不利な立場になると感じる	1	2	3	4	5	9
⑨ 私の部署では、ミスを良い変化へとつなげてきた	1	2	3	4	5	9
⑩ 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	1	2	3	4	5	9
⑪ 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	1	2	3	4	5	9
⑫ 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	1	2	3	4	5	9
⑬ 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	1	2	3	4	5	9
⑭ 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	1	2	3	4	5	9
⑮ 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	1	2	3	4	5	9

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きている	1	2	3	4	5	9

B. あなたの上司や管理者についてお聞きします

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。

	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します

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。

	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します

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。

	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すミスが起きたが、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	9

H. あなたご自身についてお聞きます。

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 |
| 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 | (記入欄) |

(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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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」と感じても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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ミスをするると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	<ul style="list-style-type: none"> ・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、あまりにも太急ぎでやろうと、“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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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

各回答者の各側面ごとの合計得点の偏差値

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

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. 64) 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、貴施設は職員が 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。この項目に回答しなかった人は 3 人、そして「該当しない」と回答した人は、7 人だったとします。この際の比率は、

$$.75 = \frac{150}{(210 - (3 + 7))}$$

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
<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・患者さんのケアにとって最適な人数の常勤がまずはいて、代理職員・臨時職員も採用している ・ミスをしてもしも不利な立場になることはない ・私の部署で深刻なミスが起きていないのは当然である ・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 ・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 ・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 ・私の部署では、医療安全に問題がない ・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ことを求めない ・繰り返し起きている医療安全の問題に配慮している ・「何か違う」と感じることを質問しやすい雰囲気がある ・病院内の各部署間の連携がよい ・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 ・勤務交替の際、重要な患者情報が抜け落ちることはない ・他の部署のスタッフと一緒に働くのは楽しい ・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 ・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 ・私の病院の勤務交代制は、患者さんにとって問題はない 	<ul style="list-style-type: none"> 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 ミスをするとなりに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偶然でしかない 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る 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 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 「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 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、よく問題が起きる 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 職種の大分類・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*		看護補助職員*
	歯科医師*		介護福祉士*/ヘルパー/ケアマネージャー
	研修医*		専門職助手・補助
看護職			治験コーディネーター
	看護師*		医療安全管理者
	助産師*		トランスクリイパー
	保健師*		メッセンジャー
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・院内物流関係
	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・防災センター関係
	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*/物理療法士		駐車場関係
	社会福祉士*		運転手*
	精神保健福祉士*		売店員*/院内営業店舗職員
	医療社会事業従事者*		複数選択
	栄養士・管理栄養士*		etc...
	マッサージ師		
	運動指導士		
	心理職		
	義肢装具士		
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		
	事務補助		
	クラーク		
	診療情報・カルテ管理関係		
	システムエンジニア		

注 1) *は、質問票の H_a_2 にある職種を意味します。*以外の職種は記述回答のあった職種です。

注 2) 大分類への割り当ては、過去の調査における回答を参考に行いました。

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
- [7] 種田憲一郎. 研究代表者. 厚生科学研究費補助金・医療安全・医療技術評価総合研究事業「医療安全推進に必須の組織文化(安全文化)の測定および簡便な有害事象把握手法の開発と活用」 課題番号: H19 医療一般 002)平成 19 - 21 年度 総合研究報告書; 2010 .
- [8] 種田憲一郎. 研究代表者. 厚生科学研究費補助金・医療安全・医療技術評価総合研究事業「医療安全推進に必須の組織文化(安全文化)の測定および簡便な有害事象把握手法の開発と活用」 課題番号: H19 医療一般 002)平成 21 年度 総括・分担研究報告書; 2010 .
- [9] 種田憲一郎. 研究代表者. 厚生科学研究費補助金・医療安全・医療技術評価総合研究事業「医療安全推進に必須の組織文化(安全文化)の測定および簡便な有害事象把握手法の開発と活用」 課題番号: H19 医療一般 002)平成 20 年度 総括・分担研究報告書; 2009 .
- [10] 種田憲一郎. 研究代表者. 厚生科学研究費補助金・医療安全・医療技術評価総合研究事業「医療安全推進に必須の組織文化(安全文化)の測定および簡便な有害事象把握手法の開発と活用」 課題番号: H19 医療一般 002)平成 19 年度 総括・分担研究報告書; 2008 .
- [11] 種田憲一郎, 安全文化. In: 医療安全学(森本・中島・種田・柳田 編.). 東京: 篠原出版新社; 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。

安全文化調査事務局

〒101-0052 東京都千代田区神田小川町 3-6-8

伸幸ビル 7 階 有限会社 MDB 内

T E L 03-5577-6272 F A X 03-5577-6273

e-mail medsafe@mdbj.co.jp