

調査報告書

病院における未然防止活動の現状と課題

2011年3月

中央大学理工学部経営システム工学科

蘇山 顕央

謝辞

今回の卒業研究を行うにあたり、貴重な時間を割いて、調査票による調査に御協力いただきました病院の医療安全管理責任者の方々に厚く御礼申し上げます。

最後になりましたが、熱心かつ丁寧な御指導を頂きました中條武志先生に厚く御礼申し上げます。並びに当研究を通してお世話になりました技術員の皆様に厚く御礼申し上げます。大変ありがとうございました。

目次

要旨

謝辞

第1章 研究目的

第2章 病院での未然防止活動のモデルと活動の要素の抽出

第3章 病院での未然防止活動の調査方法

3.1 調査対象の選定

3.2 調査項目

3.3 調査の実施

第4章 インシデント・事故の発生状況

4.1 インシデント・事故の発生件数

4.2 人の不適切な行動が原因となるエラーのタイプと病院のグループ

第5章 病院での未然防止活動の現状と解析

5.1 未然防止活動の実施レベルと重要度

5.2 インシデント・事故の発生件数と未然防止活動の実施レベルの関係

第6章 未然防止活動を難しくしている点とそれを克服するための活動

第7章 考察

第8章 結論と今後の課題

参考文献

付録

付録1 調査票

付録2 モデル

第1章 研究目的

人に起因するインシデント・事故をいかに防ぐかは、医療安全を確保する上で重要な課題である。このようなインシデント・事故を防ぐには、起こったものを対策するだけでなく、過去のインシデント・事故をもとに将来起こりそうなものを予想して予め対策を取るという未然防止活動が大切である。しかし、医療分野固有の事情もあり、日本全体として見ると思うように進んでいない。

本研究では、病院における未然防止活動の現状と課題を調査し、何が未然防止活動を進める上での難しさになっているのか、その克服のために何が必要なのかを明らかにすることを目的とする。

第2章 病院内の未然防止活動のモデルと活動要素の抽出

未然防止活動を行う際には、組織全体でP D C Aサイクルを回すことが大切である。文献[1]のモデルを病院に当てはめ、病院での未然防止活動の情報の流れのモデルを作成した。

作成したモデルより未然防止活動において重要となると考えられる13要素を抽出した。結果を表1に示す。

表 2.1 未然防止活動の要素

A	安全管理に関する活動方針
B	安全管理に関する活動方針の展開
C	各職場の安全管理活動の実施状況の評価と支援
D	安全管理活動の見直し
E	安全管理に関する教育の計画と実施
F	インシデント・事故の事例収集
G	インシデント・事故の事例の分類・整理
H	インシデント・事故に繋がるエラー・不遵守などのリスクの洗い出し
I	インシデント・事故の根本原因分析
J	対策の検討と実施
K	有効な対策の収集と活用
L	実施の決定が困難な対策の取り扱い
M	対策の定着と継続的改善

第3章 病院での未然防止活動の調査方法

病院で表 2.1 に示した未然防止活動の要素がどの程度実施されているのか、また、未然防止活動を進める上で何が困難になっているのかを知るために、病院に対し、郵送調査を行った。

3.1 調査対象の選定

調査対象は、社団法人日本病院協会の支部会員となっている東京、神奈川の病院を中心に300病院を選定した。

3.2 調査項目

調査した項目は以下の3項目である。

- I. 病院の概要
- II. インシデント・事故の発生状況
- III. インシデント・事故の未然防止活動の現状と重要度

このうち、「I. 病院の概要」については、調査対象の病院の規模を知るために、以下の項目に関する質問を行った。

- (A) 病床数
- (B) 各職種の従業員の人数

「II. インシデント・事故の発生状況」については、調査対象の病院ではどの程度インシデント・事故が発生しているのか、どのような事故の種類が多いのかを知るために、以下の項目に関する質問を行った。

- (A) インシデント・事故の発生件数は他の病院と比べて多いか少ないか。5段階（5：他の病院に比べて少ない 4：他の病院と比べてやや少ない 3：他の病院と同じくらい 2：他の病院と比べてやや多い 1：他の病院と比べて多い）で評価。
- (B) インシデント・事故の中に占める、人の行動から見ての5つの原因「知識不足による」「スキル不足による」「意図的な不遵守による」「意図しないエラーによる」「その他の原因による」インシデント・事故の割合。10%刻み程度の概数を答えてもらった。

「III. インシデント・事故の未然防止活動の現状と重要度」については、表 2.1 の未然防止活動について、以下の調査を行った。

- (1) 各活動要素が、どの程度のレベルで行われているかを、5段階で評価。なお、5

段階は各レベルを具体的に表現した選択肢を用意し、選んでもらった。

5段階の具体的な表現の例を下に示す。

例) A. 安全管理に関する活動方針

1. 活動方針を立てていない。
 2. 活動方針はあるが、抽象的で、目指すべき姿が具体的に示されていない。
 3. 目指すべき姿を具体的に示した活動方針があるが、重点が絞られていない。
 4. 目指すべき姿を具体的に示した活動方針があり、重点が絞られている。ただし、未然防止に焦点を当てた内容になっていない。
 5. 目指すべき姿を具体的に示した活動方針があり、重点が絞られている。また、未然防止に焦点を当てた内容になっている。
- (2) 各活動要素が未然防止活動を進める上でどの程度重要なのかを 5 段階（5：重要である 4：やや重要である 3：どちらともいえない 2：あまり重要でない 1：重要でない）で回答してもらった。
- (3) 各活動要素を進める上での難しい点を自由書式で回答してもらった（最大3つ）。
- (4) 各活動要素を進める上での難しい点を克服するための活動を自由書式で回答してもらった（最大3つ）。

使用した調査票を付録に示す。

3.3 調査の実施

3.1 で選定した病院に調査票を郵送で送付し、回答を電子メール、または郵便で回収した。結果として、15病院より回答をいただいた（回収率5%）。

回答をいただいた病院の病床数、従業員の人数、従業員人数の割合を表3.1～3.2に示す。それより以下のことが分かる。

- (1) 病床数が多ければ従業員数も多い。また、医師、看護師の人数も多くなる。
- (2) 各病院で看護師の人数が、医師より多くなっている。
- (3) 医師の割合は、0.25未満である。
- (4) 看護師の割合は、0.40未満の病院が3病院、0.50前後の病院が9病院、0.60以上の病院が2病院であった。

表 3.1 各病院の各職種の人数と病床数

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
医師	150		22	143	53	180	38.5	24	48	12	246	61	275	150	13
看護師	350		100	606	330	455	155	32	316	138	597	157	711	568	78
看護助手	50		10	0	24	20	22	15	44	2	35	36	28	57	10
臨床検査技師	40		9	47	19	41	15	1	25	2	87	20	45	25	2
臨床工学技師	24		3	5	2	4	2	0	7	0	14	3	15	6	0
診療放射線技師	33		10	43	8	31	12	5	15	1	47	13	32	20	2
薬剤師	47		11	28	12	23	7	3	12	2	50	16	30	21	3
事務員	250		30	50	67	41	50	12	100	9	88	42	181	56	20
その他	20		20	47	70	188	23	5	56	0	475	35	90	60	36
従業員合計	964	0	215	969	585	983	324.5	97	623	166	1639	383	1407	963	164
病床数	542	200	253	606	464	610	308	60	274	233	972	287	611	634	168

注) 空欄は未回答だった病院

表 3.2 各病院の各職種の人数の割合

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
医師	0.16		0.10	0.15	0.09	0.18	0.12	0.25	0.08	0.07	0.15	0.16	0.20	0.16	0.08
看護師	0.36		0.47	0.63	0.56	0.46	0.48	0.33	0.51	0.83	0.36	0.41	0.51	0.59	0.48
看護助手	0.05		0.05	0.00	0.04	0.02	0.07	0.15	0.07	0.01	0.02	0.09	0.02	0.06	0.06
臨床検査技師	0.04		0.04	0.05	0.03	0.04	0.05	0.01	0.04	0.01	0.05	0.05	0.03	0.03	0.01
臨床工学技師	0.02		0.01	0.01	0.00	0.00	0.01	0.00	0.01	0.00	0.01	0.01	0.01	0.01	0.00
診療放射線技師	0.03		0.05	0.04	0.01	0.03	0.04	0.05	0.02	0.01	0.03	0.03	0.02	0.02	0.01
薬剤師	0.05		0.05	0.03	0.02	0.02	0.02	0.03	0.02	0.01	0.03	0.04	0.02	0.02	0.02
事務員	0.26		0.14	0.05	0.11	0.04	0.15	0.12	0.16	0.05	0.05	0.11	0.13	0.06	0.12
その他	0.02		0.09	0.05	0.12	0.19	0.07	0.05	0.09	0.00	0.29	0.09	0.06	0.06	0.22

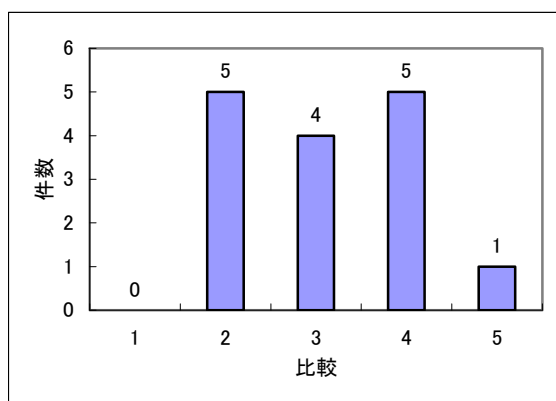
注) 空欄は未回答だった病院、割合は小数点第三位を四捨五入

第4章 インシデント・事故の発生状況

4.1 インシデント・事故の発生件数

3章で調査した結果をもとに、インシデント・事故の多さについて、調査した病院がどう考えているかヒストグラムを作成した。結果を図4.1に示す。それより分かることを以下に示す。

(1) 中央値は3だが、四分位範囲は2と、ばらつきが大きいことが分かる。



・データ数	15
・平均	3.13
・標準偏差	0.99
・中央値	3.00
・四分位範囲	2.00

注) 5：他の病院に比べて少ない 4：他の病院に比べてやや少ない 3：他の病院と比べて同じくらいである
2：他の病院に比べてやや多い 1：他の病院と比べて多い

図 4.1.1 インシデント・事故の多さのヒストグラム

4.2 人の不適切な行動が原因となるエラーのタイプと病院のグループ

3章で調査した結果をもとに、インシデント・事故が発生する原因となる人の不適切な行動のタイプの割合をまとめた。それを図4.2.1～4.2.13に示す。それより分かることを以下に示す。

(1) 「意図的な不遵守」「意図しないエラー」の割合が高い病院が多い。

(2) 「知識不足」と「スキル不足」を別の発生原因に分けたとき、「知識不足」の割合が高い病院は「3」の1病院で、「スキル不足」の割合が最も高い病院はなかった。また、2つの合計で見ても「知識・スキル不足」の割合が最も高い病院は2病院と、人の行動から見ると、何かが不足してインシデント・事故が起こっている病院は少ない。

(3) 「知識不足」「スキル不足」「意図的な不遵守」「意図しないエラー」の割合の合計が50%を超えた病院は13病院全て（未回答2病院）、70%を超えた病院が11病院（78.6%）であった。病院で起こる人の行動が原因で発生するインシデント・事故は「知識不足」「スキル不足」「意図的な不遵守」「意図しないエラー」でほとんど説明できる。

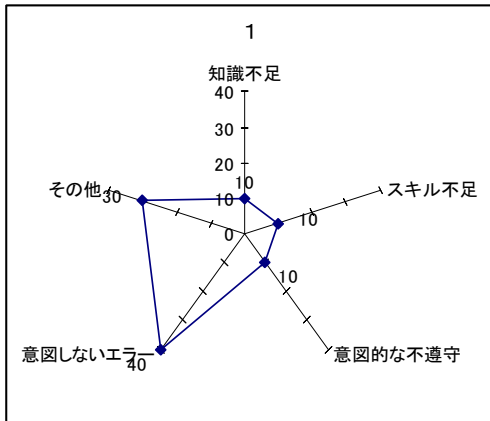


図 4.1.1 病院 1 の事故の発生原因の割合

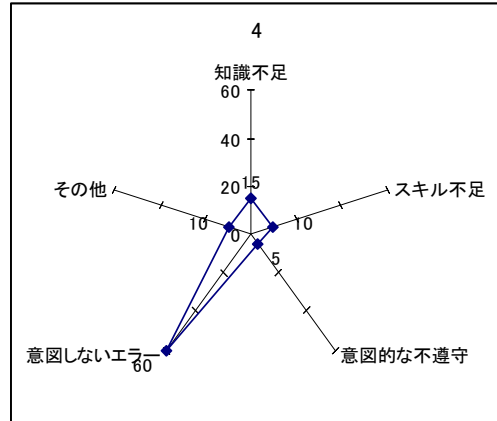


図 4.2.4 病院 4 の事故の発生原因の割合

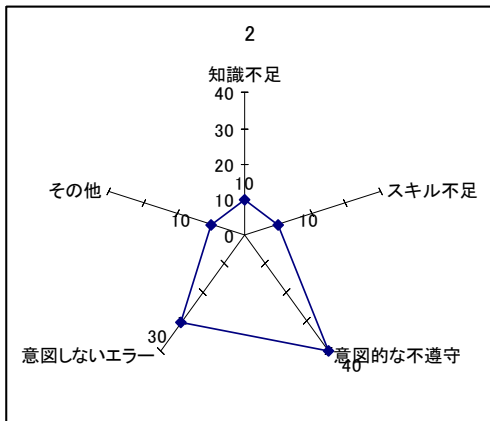


図 4.2.2 病院 2 の事故の発生原因の割合

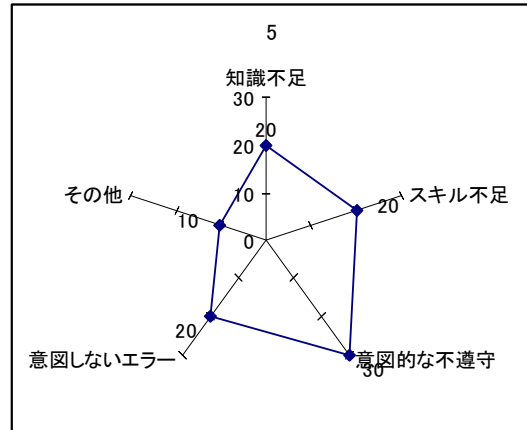


図 4.2.5 病院 5 の事故の発生原因の割合

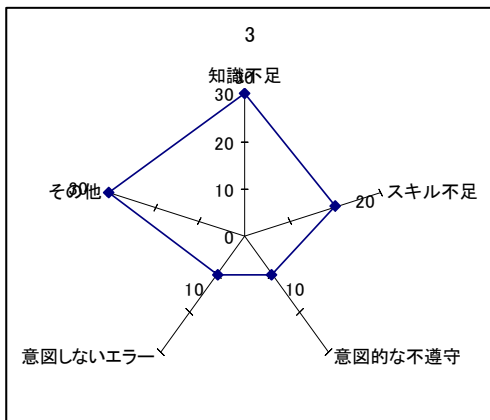


図 4.2.3 病院 3 の事故の発生原因の割合

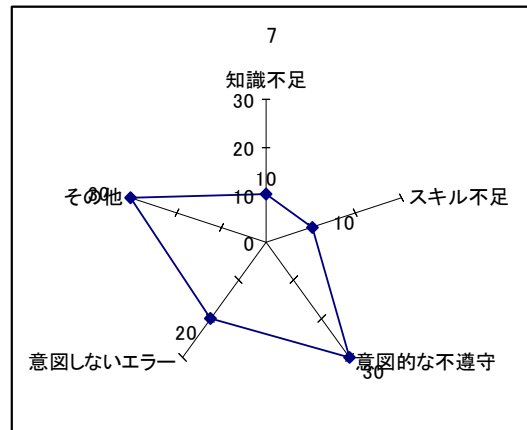


図 4.2.6 病院 7 の事故の発生原因の割合

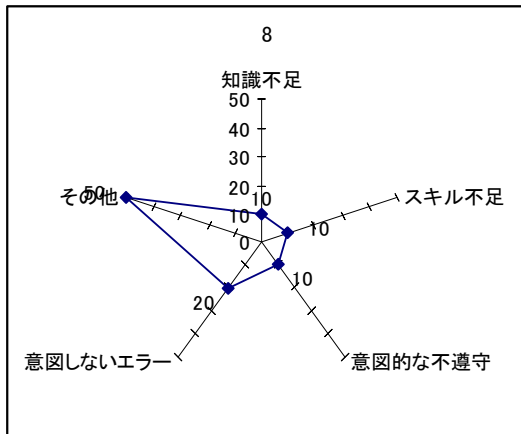


図 4.2.7 病院 8 の事故の発生原因の割合

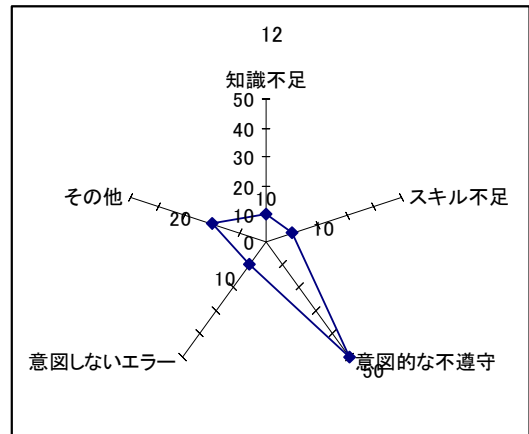


図 4.2.10 病院 12 の事故の発生原因の割合

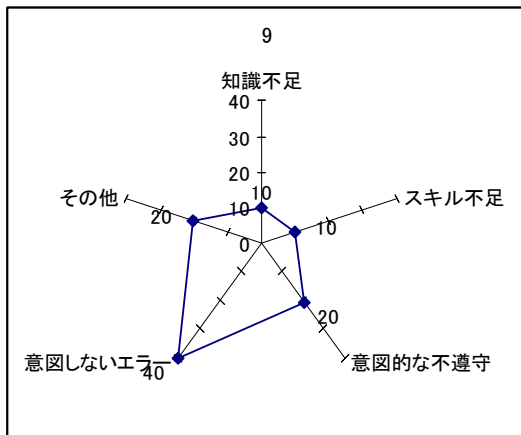


図 4.2.8 病院 9 の事故の発生原因の割合

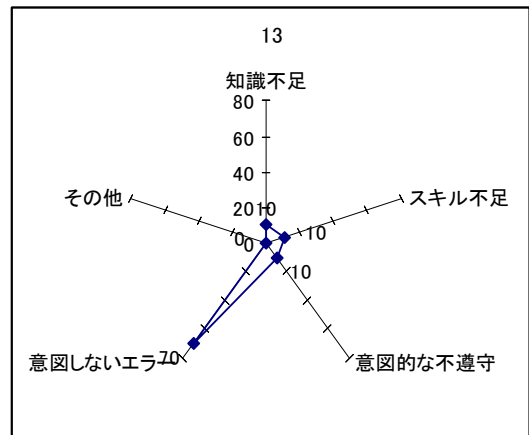


図 4.2.11 病院 13 の事故の発生原因の割合

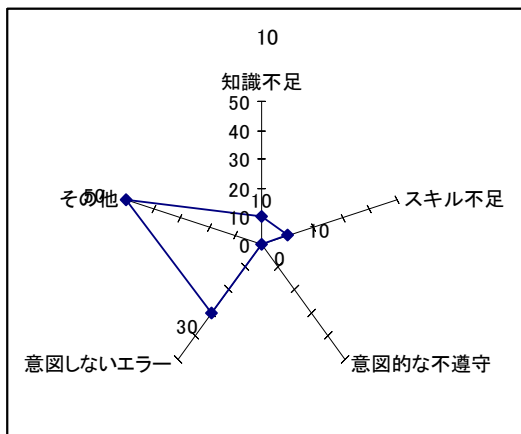


図 4.2.9 病院 10 の事故の発生原因の割合

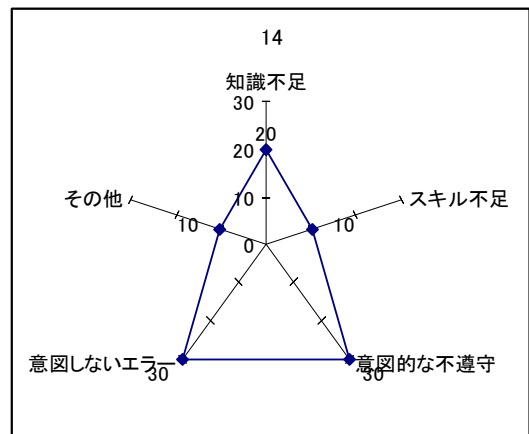
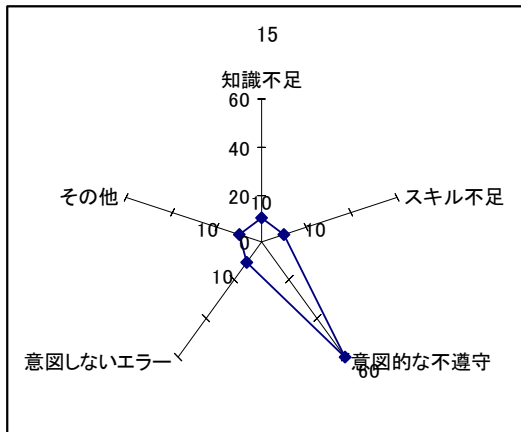


図 4.2.12 病院 14 の事故の発生原因の割合



注) 病院 6 と 11 は未回答

図 4.2.13 病院 15 の事故の発生原因の割合

表 4.2.1 事故の発生原因による病院のタイプ分け

タイプ	病院数
「知識・スキル不足」が原因の発生割合が大きい。	2
「意図的な不遵守」が原因の発生割合が大きい。	4
「意図しないエラー」が原因の発生割合が大きい。	4
「知識・スキル不足」「意図的な不遵守」「意図しないエラー」が原因の発生割合が同等に起こっている。	1
その他の発生割合が大きい。	2
計	13

注) 病院 6 と 11 は未回答

また、3章で示した病院の病床数、人の不適切な行動のタイプによって、選定した病院のグループ分けを行った。グループ分けには主成分分析を使用した。

表 4.2.1 各主成分の固有値と寄与率

主成分	固有値	寄与率	累積寄与率
第1主成分	1.988	0.398	0.398
第2主成分	1.244	0.249	0.646
第3主成分	1.051	0.210	0.857
第4主成分	0.584	0.117	0.973
第5主成分	0.133	0.027	1.000

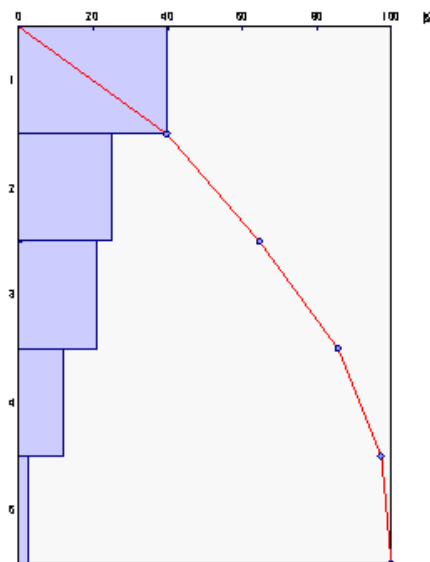


図 4.2.1 主成分と累積寄与率

表 4.2.1、図 4.2.1 より以下のことが分かる。

- (1) 固有値が1以上となる主成分は「第1主成分」「第2主成分」「第3主成分」である。
- (2) 「第3主成分」までに累積寄与率が85%以上となり、元のデータ（病床数、人の不適切な行動が原因となるエラーのタイプ）をほとんど説明できている。
- (3) (1) (2) より主成分として「第1主成分」「第2主成分」「第3主成分」を選択する。

次に各主成分の特性を見るために元のデータに対する係数のグラフを示す。

表 4.2.2 元の変数に対する係数のグラフ

変数名	主成分1	主成分2	主成分3
定数項	0	0	0
病床数	0.465	-0.057	0.099
知識・スキル不足	-0.318	-0.2	0.457
意図的な不遵守	-0.232	0.574	0.433
意図しないエラー	0.039	-0.569	0.551
その他	-0.361	-0.329	-0.493

表 4.2.2 より以下のことが分かる。

(1) 第1主成分は「病床数」と「知識・スキル不足」を比較している。正の方向へ行くと病院の規模が大きくなることを表し、負の方向へ行くと教育・訓練が行き届いていることを表している。病院の規模が大きくなれば教育・訓練が行き届かなくなり、病院の規模が小さいほど教育・訓練が行き届いていることがわかる。

(2) 第2主成分は「意図的な不遵守」と「意図しないエラー」を比較している。正の方向へ行くと意図的な不遵守がインシデント・事故の発生原因として大きくなることを表し、負の方向へ行くと意図しないエラーがインシデント・事故の発生原因として大きくなることをあらわしている。第2主成分では意図的な不遵守と意図しないエラーは逆方向の評価尺度となることを表す。

(3) 第3主成分は「知識・スキル不足」「意図的な不遵守」「意図しないエラー」と「その他」を比べている。その他は特性としては不適切なものなので、第3主成分は選択しない。

(4) 選択する主成分は第1主成分と第2主成分となる。

次に主成分得点散布図を図 4.2.2 に示し、病院のグループわけをする。

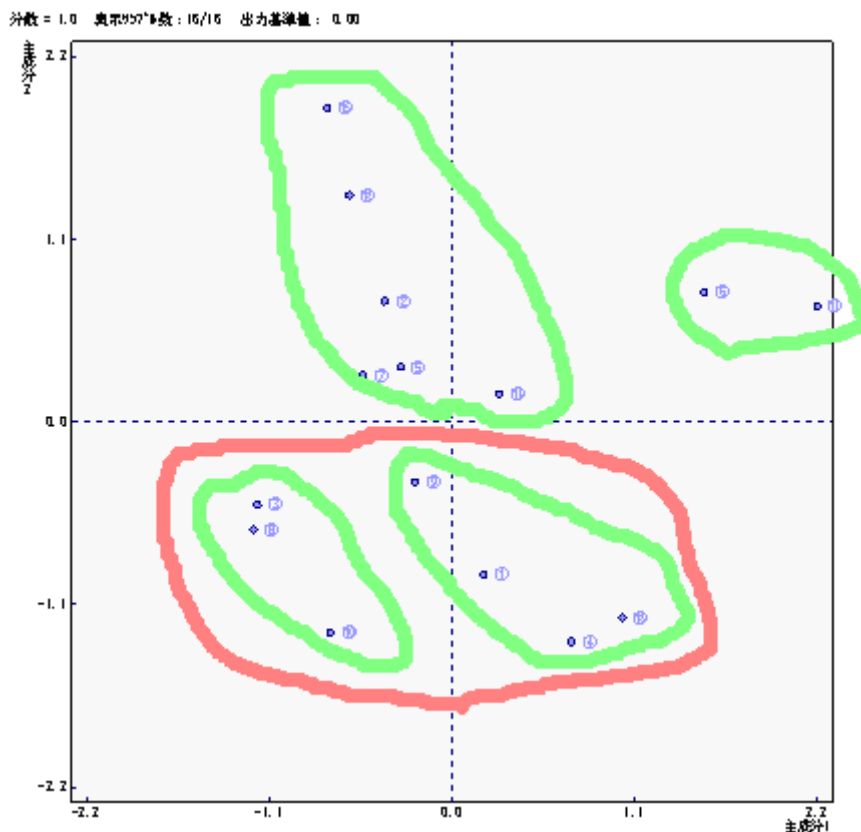


図 4.2.2 主成分得点散布図

2パターンでグループ分けを行った。1つ目のパターンは緑の枠で4グループに分け、もうひとつのパターンは第2主成分の正の部分は先に述べたものと同じ分け方、負の部分をひとつと考え、3グループに分けた。

グループ分けの結果を表 4.2.3 に示す。それより次のことが分かった。

(1) パターン1、2のグループ1は病院の規模が大きく、養育・訓練がうまくいっていないグループである。

(2) パターン1、2のグループ4は教育・訓練は行き届いているがインシデント・事故では意図的な不遵守が原因となることが多い。

(3) パターン1のグループ2はインシデント・事故の原因では意図しないエラーが多い。

(4) パターン2のグループ2教育・訓練が行き届いていて、インシデント・事故の原因では意図しないエラーが多い。

(5) パターン2のグループ3は病院の規模が大きめで、インシデント・事故の原因では意図しないエラーが多い。

表 4.2.3 病院のグループ分け

パターン1	
グループ1	⑥, ⑪
グループ2	①, ③, ④, ⑧, ⑨, ⑩, ⑬
グループ3	②, ⑤, ⑦, ⑫, ⑭, ⑮

パターン2	
グループ1	⑥, ⑪
グループ2	③, ⑧, ⑩
グループ3	①, ④, ⑨, ⑬
グループ4	②, ⑤, ⑦, ⑫, ⑭, ⑮

第5章 病院での未然防止活動の現状と解析

5.1 未然防止活動の実施レベルと重要度

3章で調査した結果をもとに、各病院での未然防止活動の実施レベルと重要度を折れ線グラフ、各要素で点数別に病院数を集計したものをヒストグラムに、各要素の中央値、四分位範囲、平均、標準偏差を表にしめした。それを図 4.2.1～4.2.56、表 4.2.1 に示す。それより分かることを以下に示す。

(1) 実施レベルに4や5のみがついている病院は病院1だけであり、他の病院は各要素の実施レベルにばらつきがある。

(2) 実施レベルの四分位範囲は全て1以上であり、各病院で実施レベルに差が見られる。

(3) 実施レベルの中央値が5となった要素は「F. インシデント・事故の事例収集」のみ、また中央値、平均が共に4以上となった要素は「G. インシデント・事故の事例の分類・整理」であり、実施レベルが高いことが分かる。

(4) 実施レベルの中央値、平均がともに最低値となった要素は「C. 各職場の安全管理活動の実施状況の評価と支援」「K. 有効な対策の収集と活用」であり、実施レベルが低いことが分かる。

(6) 重要度ですべての要素に5をつけている病院は5病院（約33%）あった。

(7) 重要度の四分位範囲は全て0.5以下であり、ばらつきはほとんどみられない。

(8) 重要度の中央値は「C. 各職場の安全管理活動の実施状況の評価と支援」が4で、それ以外の要素は5であり、13要素すべてがインシデント・事故の未然防止に重要であると認識されている。中でも「I. インシデント・事故の根本原因分析」は未記入だった病院14以外の病院全てが5を付けており、特に重要視されていることが分かる。

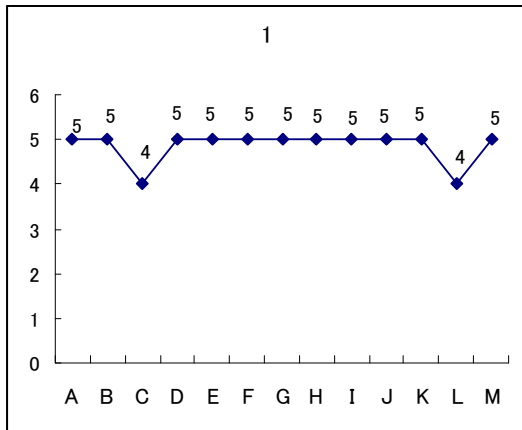


図 5.1.11 病院 1 の未然防止活動の実施レベル

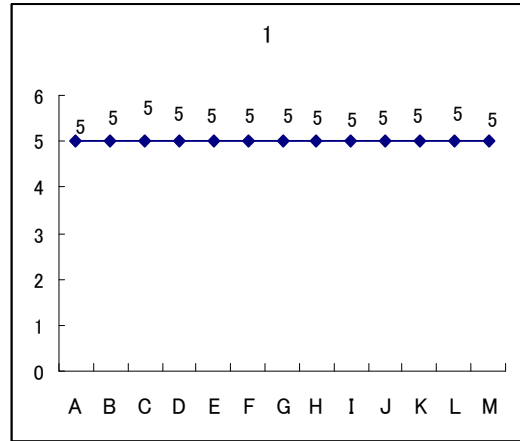


図 5.1.16 病院 1 の未然防止活動の重要度

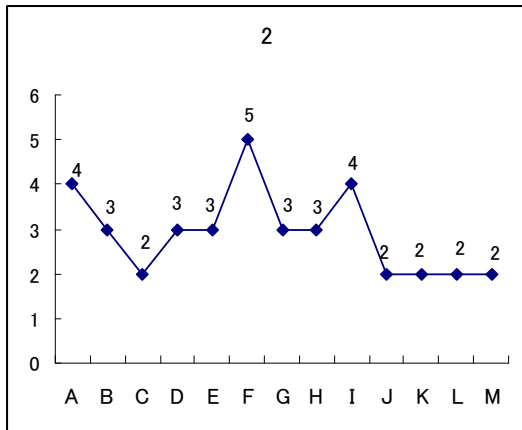


図 5.1.12 病院 2 の未然防止活動の実施レベル

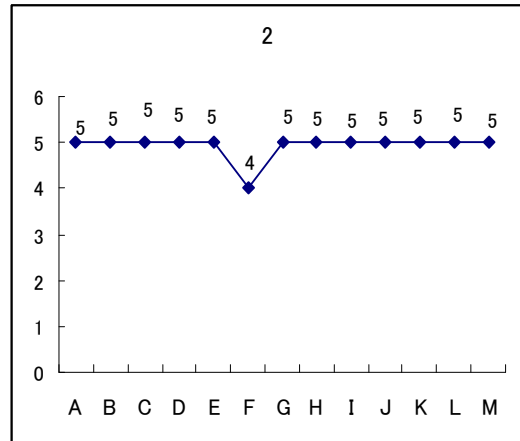


図 5.1.17 病院 2 の未然防止活動の重要度

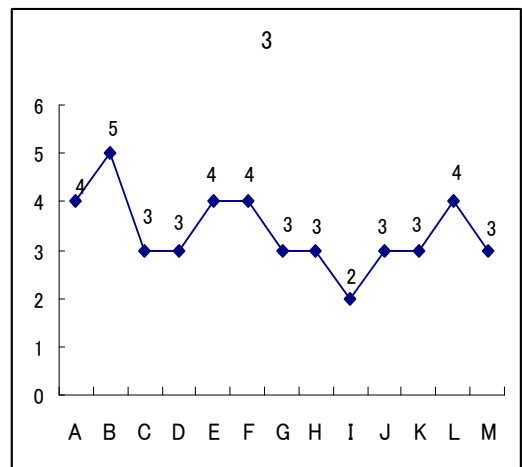


図 5.1.13 病院 3 の未然防止活動の実施レベル

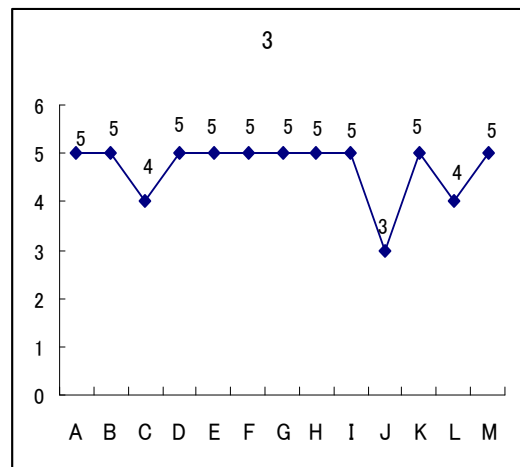


図 5.1.18 病院 3 の未然防止活動の重要度

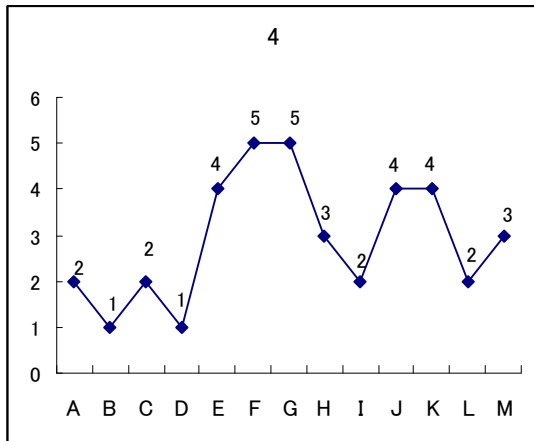


図 5.1.4 病院 4 の未然防止活動の実施レベル

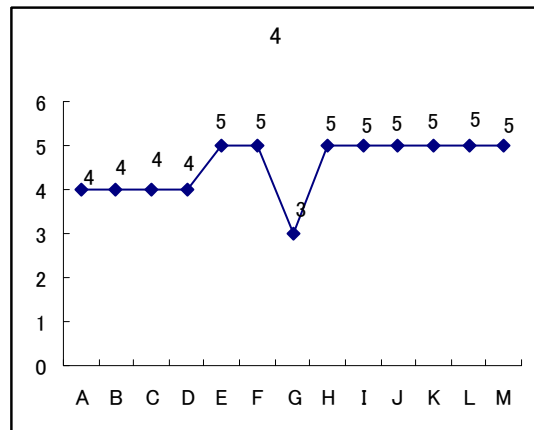


図 5.1.19 病院 4 の未然防止活動の重要度

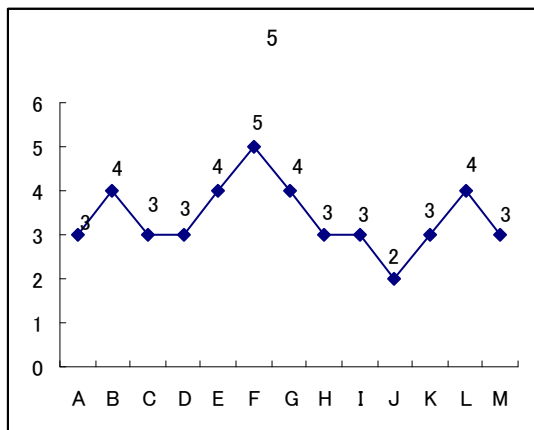


図 5.1.5 病院 5 の未然防止活動の実施レベル

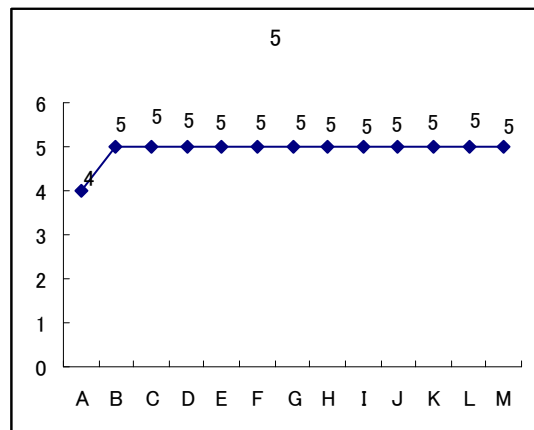


図 5.1.20 病院 5 の未然防止活動の重要度

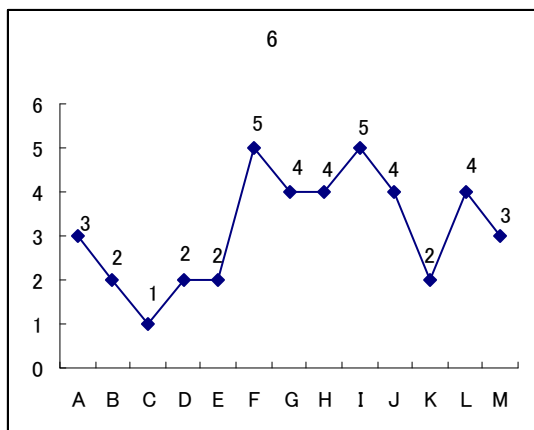


図 5.1.6 病院 6 の未然防止活動の実施レベル

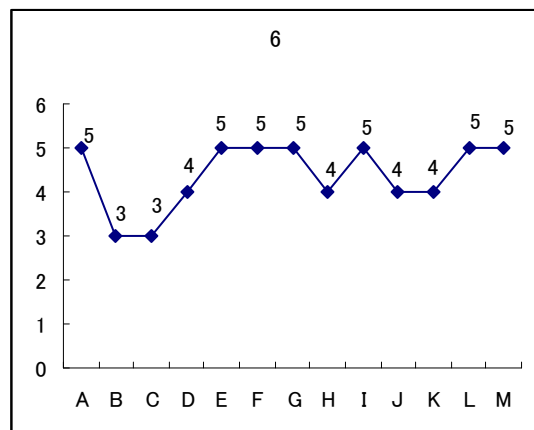


図 5.1.21 病院 6 の未然防止活動の重要度

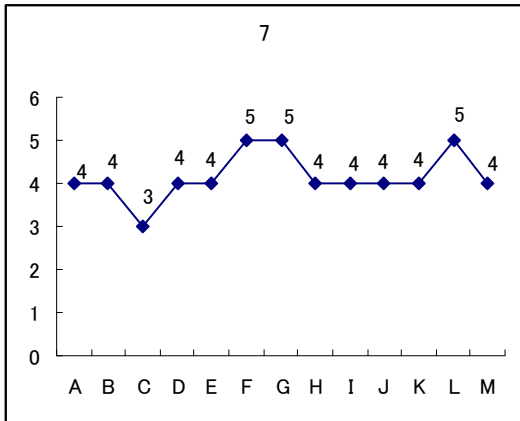


図 5.1.17 病院 7 の未然防止活動の実施レベル

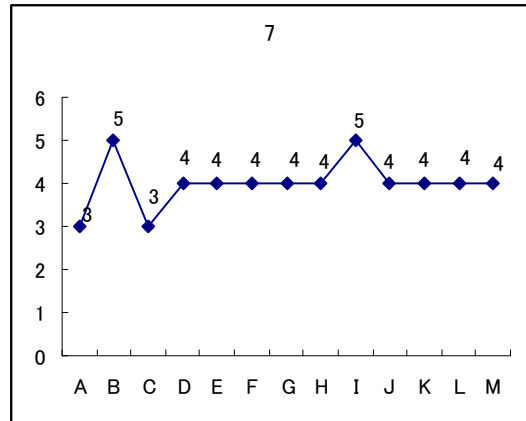


図 5.1.22 病院 7 の未然防止活動の重要度

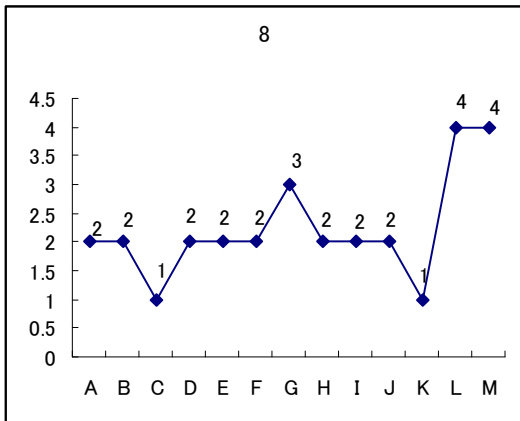


図 5.1.18 病院 8 の未然防止活動の実施レベル

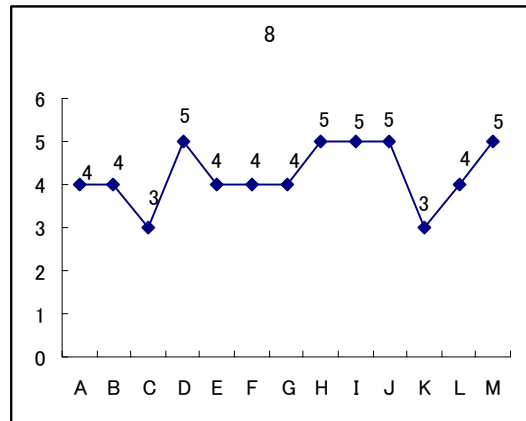


図 5.1.23 病院 8 の未然防止活動の重要度

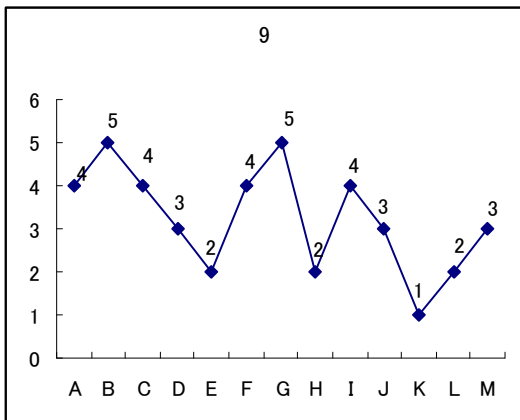


図 5.1.19 病院 9 の未然防止活動の実施レベル

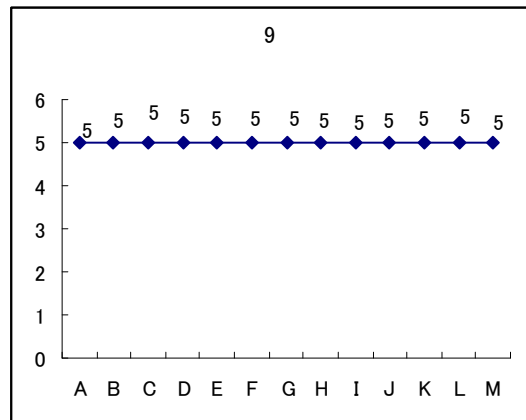


図 5.1.24 病院 9 の未然防止活動の重要度

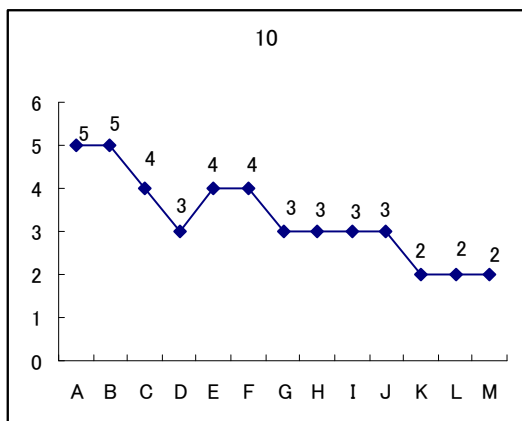


図 5.1.10 病院 10 の未然防止活動の実施レベル

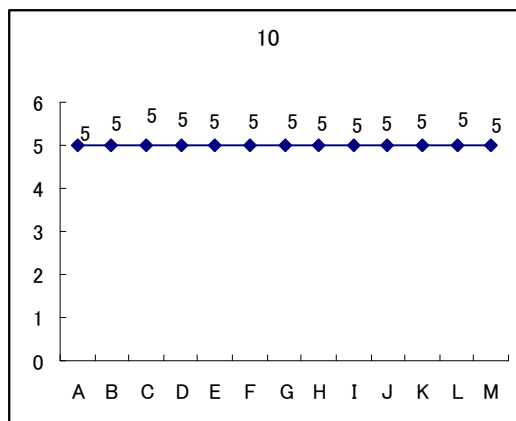


図 5.1.25 病院 10 の未然防止活動の重要度

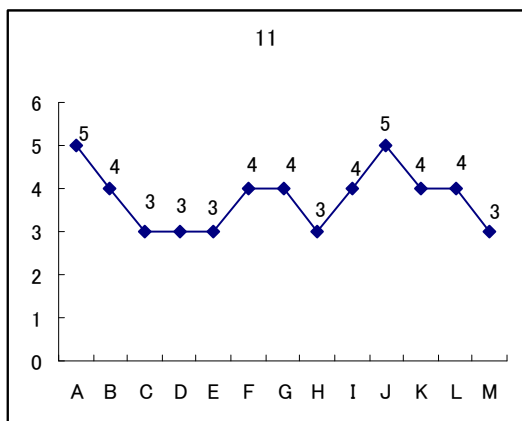


図 5.1.11 病院 11 の未然防止活動の実施レベル

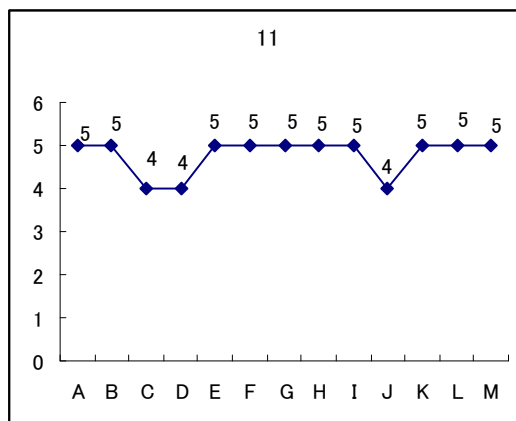


図 5.1.26 病院 11 の未然防止活動の重要度

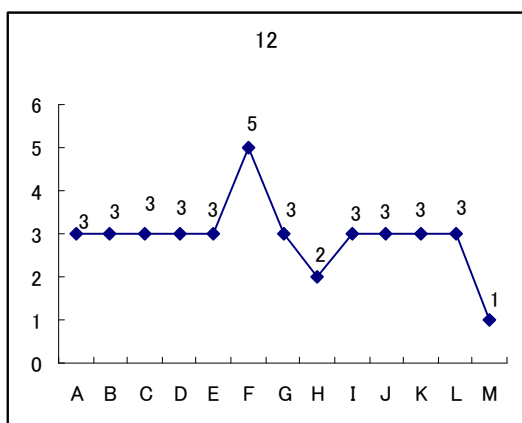


図 5.1.12 病院 12 の未然防止活動の実施レベル

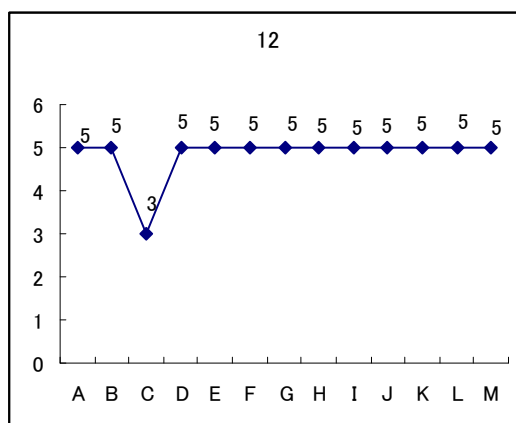


図 5.1.27 病院 12 の未然防止活動の重要度

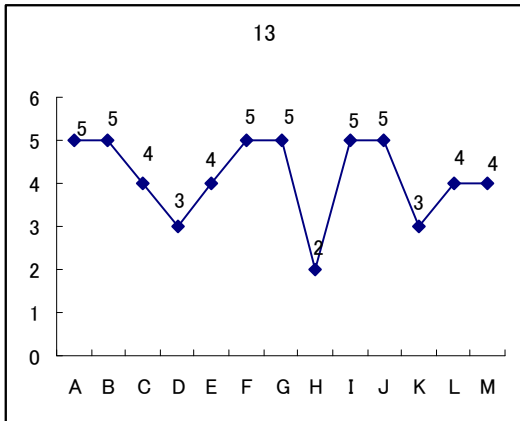


図 5.1.13 病院 13 の未然防止活動の実施レベル

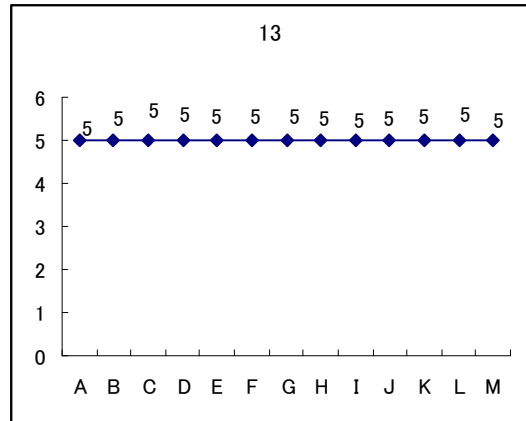
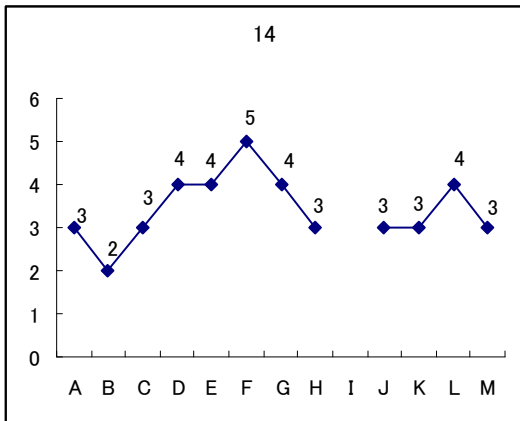
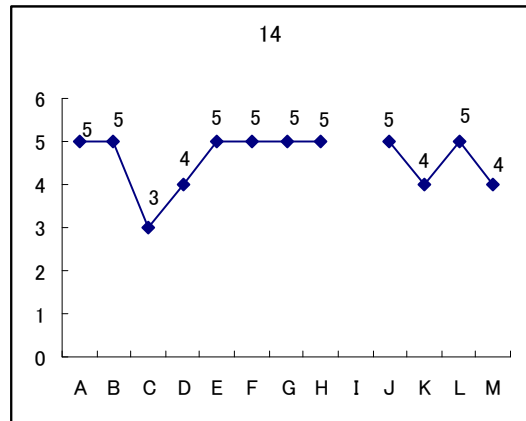


図 5.1.28 病院 13 の未然防止活動の重要度



注) I は未回答

図 5.1.14 病院 14 の未然防止活動の実施レベル



注) I は未回答

図 5.1.29 病院 14 の未然防止活動の重要度

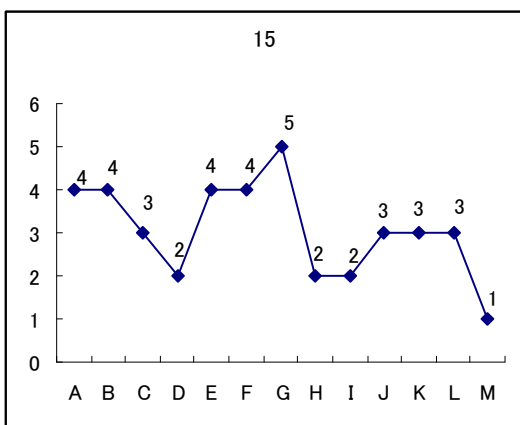


図 5.1.15 病院 15 の未然防止活動の実施レベル

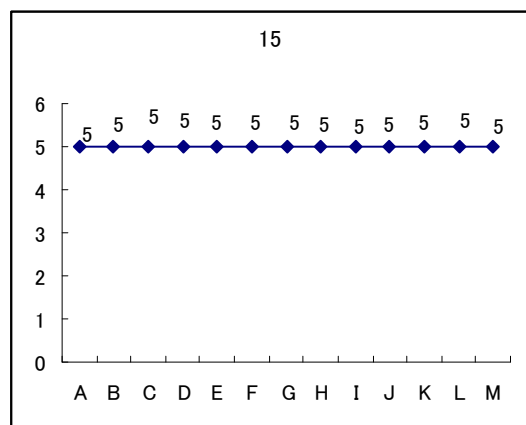


図 5.1.30 病院 15 の未然防止活動の重要度

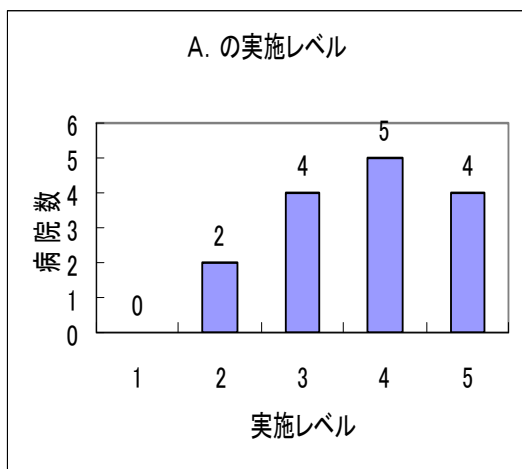


図 5.1.31 要素Aの実施レベル

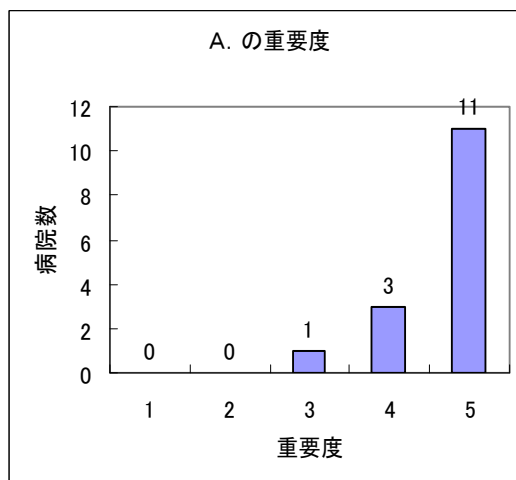


図 5.1.44 要素Aの重要度

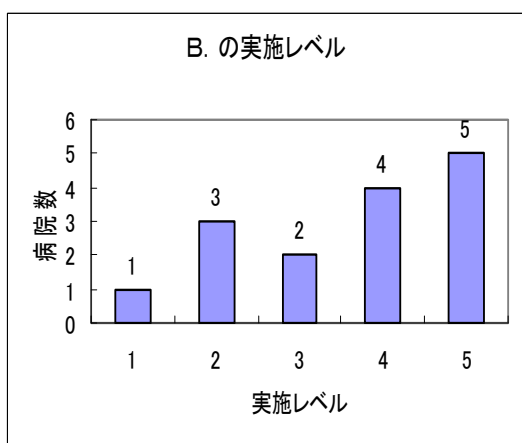


図 5.1.32 要素Bの実施レベル

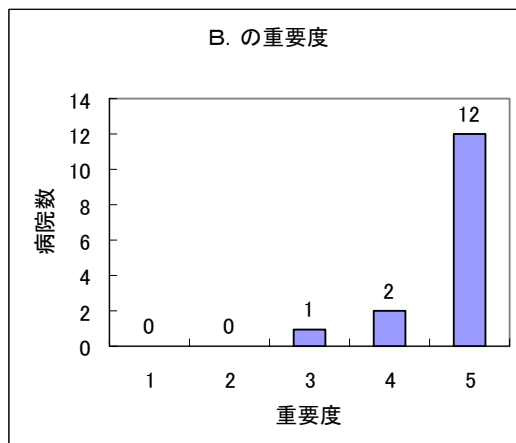


図 5.1.45 要素Bの重要度

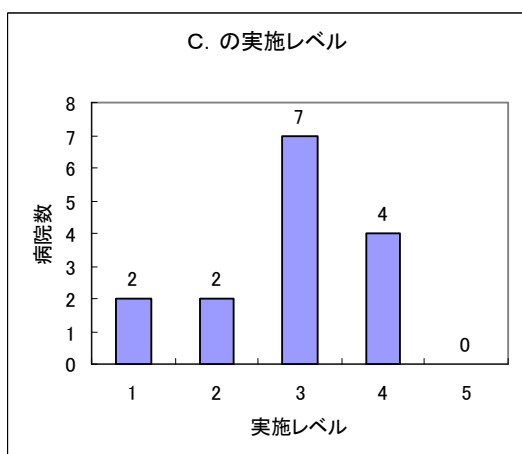


図 5.1.33 要素Cの実施レベル

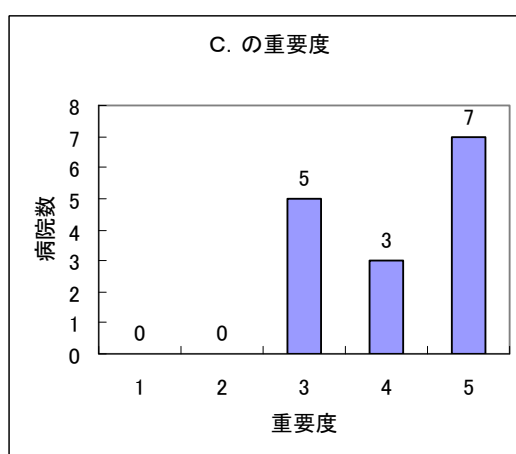


図 5.1.46 要素Cの重要度

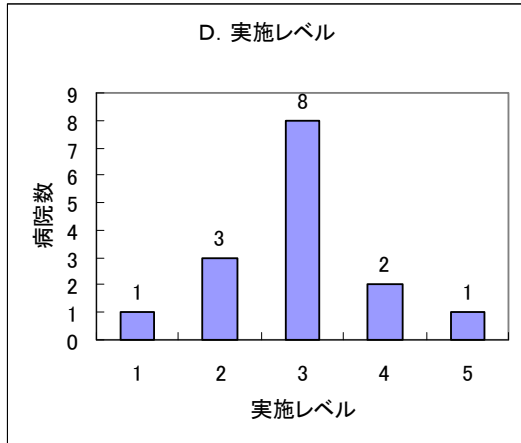


図 5.1.34 要素Dの実施レベル

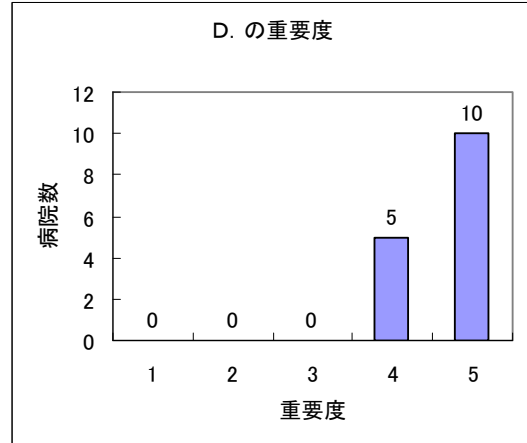


図 5.1.47 要素Dの重要度

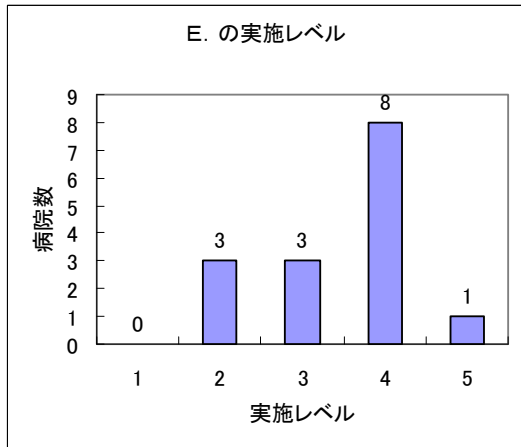


図 5.1.35 要素Eの実施レベル

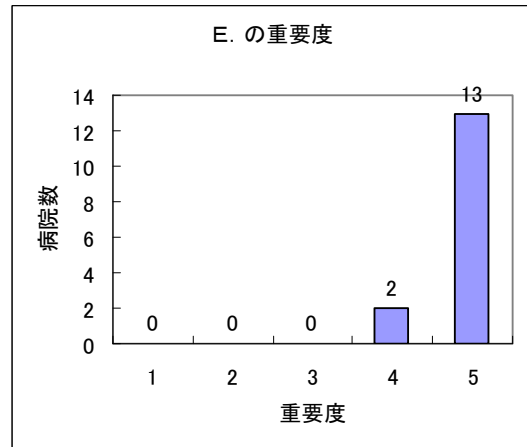


図 5.1.48 要素Eの重要度

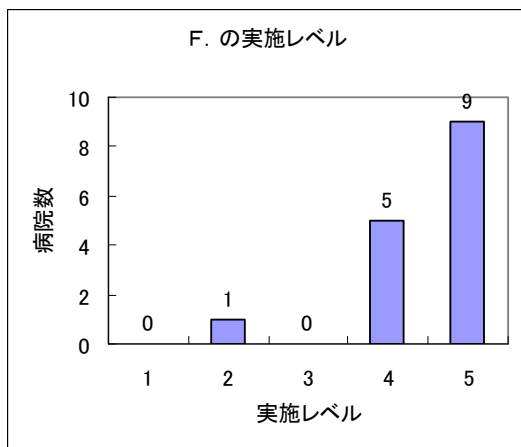


図 5.1.36 要素Fの実施レベル

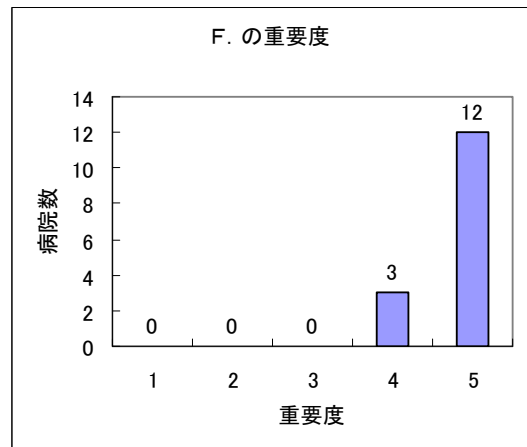


図 5.1.49 要素Fの重要度

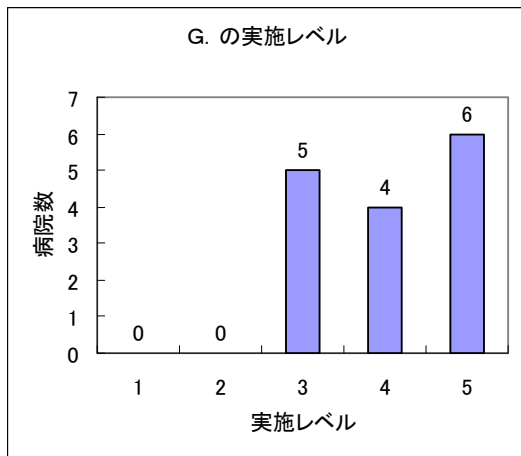


図 5.1.37 要素Gの実施レベル

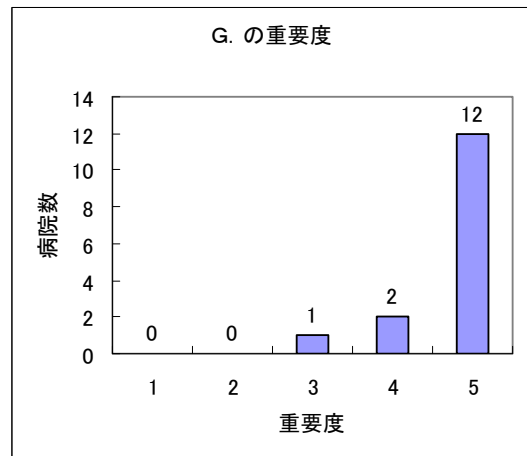


図 5.1.50 要素Gの重要度

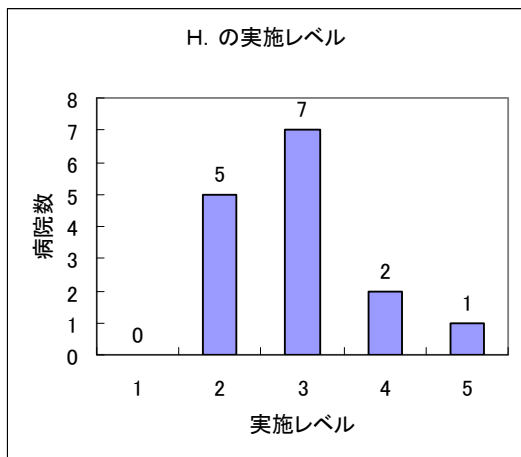


図 5.1.38 要素Hの実施レベル

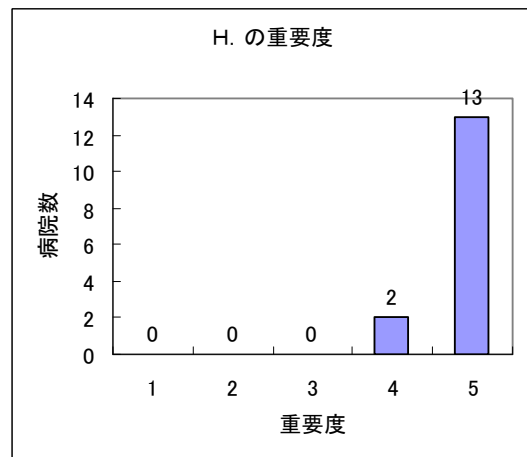


図 5.1.51 要素Hの重要度

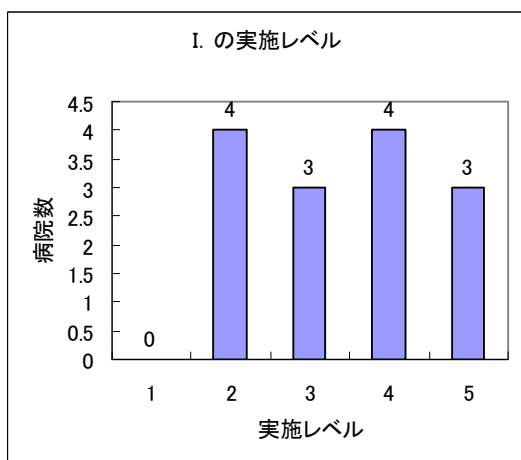


図 5.1.39 要素Iの実施レベル

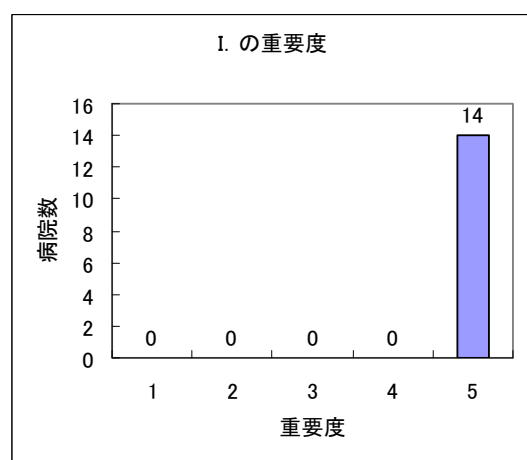


図 5.1.52 要素Iの重要度

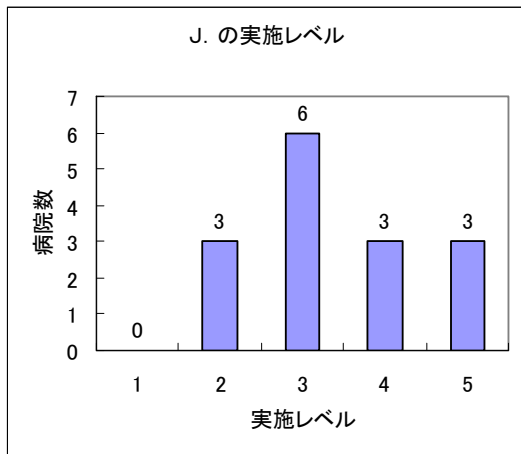


図 5.1.40 要素 J の実施レベル

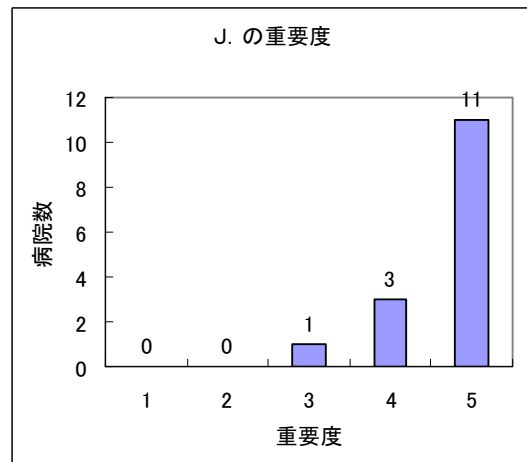


図 5.1.53 要素 J の重要度

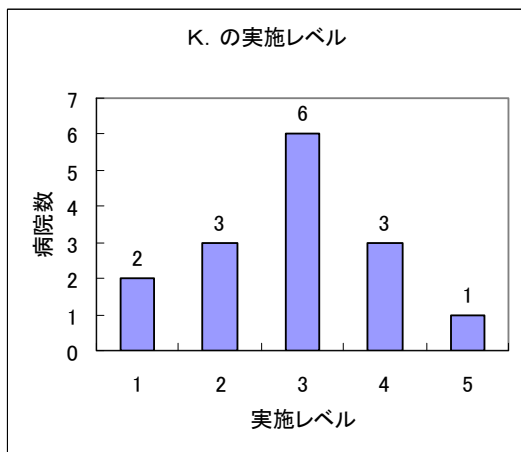


図 5.1.41 要素 K の実施レベル

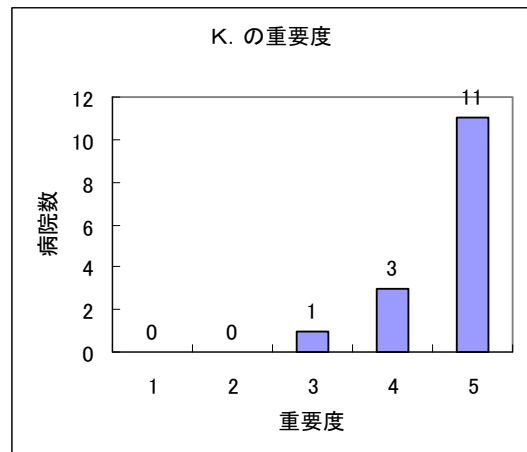


図 5.1.54 要素 K の重要度

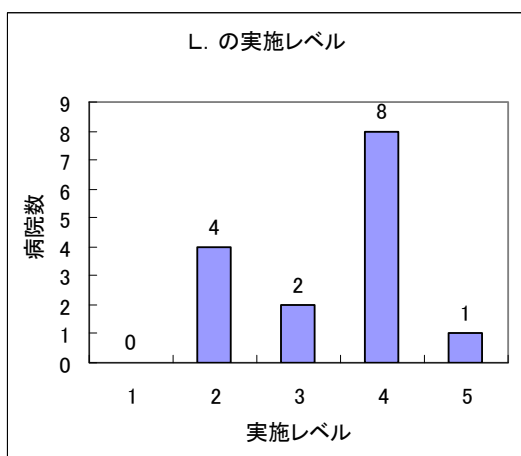


図 5.1.42 要素 L の実施レベル

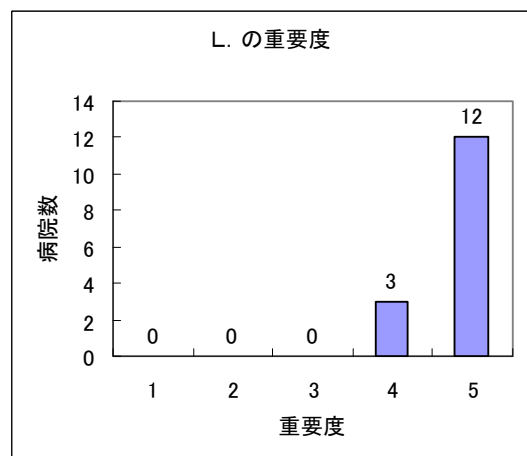


図 5.1.55 要素 L の重要度

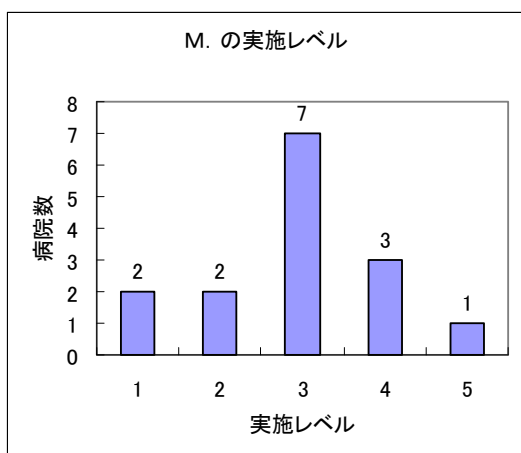


図 5.1.43 要素Mの実施レベル

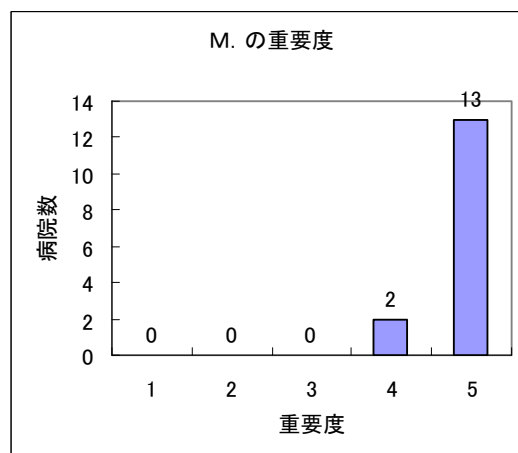


図 5.1.56 要素Mの重要度

表 5.1.1 13要素の実施レベルと重要度

要素	実施レベル		重要度	
	中央値 (四分位範囲)	平均 (標準偏差)	中央値 (四分位範囲)	平均 (標準偏差)
A	4(1.5)	3.73(1.03)	5(0.5)	4.67(0.62)
B	4(2.5)	3.60(1.35)	5(0)	4.73(0.59)
C	3(1)	2.87(0.99)	4(2)	4.13(0.92)
D	3(1)	2.93(0.96)	5(1)	4.67(0.49)
E	4(1)	3.47(0.92)	5(0)	4.87(0.35)
F	5(1)	4.47(0.83)	5(0)	4.80(0.41)
G	4(2)	4.07(0.88)	5(0)	4.73(0.59)
H	3(1)	2.93(0.88)	5(0)	4.87(0.35)
I	3.5(1.75)	3.43(1.16)	5(0)	5.00(0.00)
J	3(1)	3.40(1.06)	5(0.5)	4.67(0.62)
K	3(1.5)	2.87(1.13)	5(0.5)	4.67(0.62)
L	4(1.5)	3.40(0.99)	5(0)	4.80(0.41)
M	3(1)	2.93(1.10)	5(0)	4.87(0.35)

5.2 インシデント・事故の発生状況と未然防止活動の実施レベルの関係

未然防止活動とインシデント・事故の関係を解析するために、インシデント・事故の多さ（5段階による他の病院との比較）を目的変数、13要素の実施レベルを説明変数として重回帰分析を行った。結果を表5.2.1に示す。この表より以下のことが分かった。

（1）寄与率は約60%であり、インシデント・事故の多さについて13要素の実施レベルを用いて説明できている。

（2）「C. 各職場の安全管理活動の実施状況の評価と支援」「I. インシデント・事故の根本原因分析」「K. 有効な対策の収集と活用」が進んでいる病院ほどインシデント・事故が少ない。

（3）いくつかの要素について回帰係数がマイナスとなったが、これは要素の実施レベルの間に高い相関があるためと考えられる。他の要素とのアンバランス度として考えるのが良いと思われる。

表 5.2.1 実施レベルとインシデント・事故の関係

要素	偏回帰係数	t値
定数項	8.783	4.372
C	0.840	1.989
D	-2.037	-2.759
F	-1.495	-2.295
I	1.524	2.001
J	-1.538	-2.040
K	1.555	2.156

注) 重相関係数 0.738、残差標準偏差 0.871、寄与率 0.613

次に4章でグループ分けをした結果をもとに、層別変数 Z1、Z2 を導入する。Z1 は教育に関する情報を持ち、Z2 は意図的なエラーかどうかの情報を持つ。

まず、表 4.2.3 のパターン 1 について層別変数を導入した。層別変数の割り振りを表 5.2.2 に示す。

表 5.2.2

	Z1	Z2
グループ1	1	0
グループ2	0	1
グループ3	0	0

先ほど行った重回帰分析でインシデント・事故の多さに効いていると分かった要素「C」「I」「K」と、層別変数を組み合わせ、重回帰分析を行った。結果を表 5.2.3 に示す。この表より以下のことが分かった。

(1) 寄与率は約 60%であり、インシデント・事故の多さについて 13 要素の実施レベルを用いて説明できている。

(2) 「E. 安全管理に関する教育の計画と実施」が進んでいる病院ほどインシデント・事故が少ない。また、グループ 1、グループ 2 に分類された病院では、「C. 各職場の安全管理活動の実施状況の評価と支援」が進んでいるとインシデント・事故が少なくなる。

(3) いくつかの要素について回帰係数がマイナスとなったが、これは技術的な矛盾があると考えられる。

表 5.2.3 パターン 1 の実施レベルとインシデント・事故の関係

要素	偏回帰係数	t値
定数項	2.854	2.15
C	-1.688	-2.565
E	1.843	2.616
H	-0.626	-1.862
C * Z1	0.833	2.178
C * Z2	1.077	2.104
K * Z2	-0.96	-1.976

注) 重相関係数 0.758、残差標準偏差 0.913、寄与率 0.574

次に、表 4.2.3 のパターン 2 について層別変数を導入した。層別変数の割り振りを表 5.2.4 に示す。

表 5.2.4

	Z1	Z2
グループ1	1	0
グループ2	0	1
グループ3	1	1
グループ4	0	0

先ほど行った重回帰分析でインシデント・事故の多さに効いていると分かった要素「C」「I」「K」と、層別変数を組み合わせ、重回帰分析を行った。結果を表 5.2.5 に示す。この表より以下のことが分かった。

(1) 寄与率は約70%であり、インシデント・事故の多さについて13要素の実施レベルを用いて説明できている。

(2) 「E. 安全管理に関する教育の計画と実施」が進んでいる病院ほどインシデント・事故が少ない。また、グループ1に分類された病院では、「K. 有効な対策の検討と活用」が進んでいるとインシデント・事故が少なくなる。

(3) いくつかの要素について回帰係数がマイナスとなったが、これは技術的な矛盾があると考えられる。

表 5.2.5 パターン1の実施レベルとインシデント・事故の関係

要素	偏回帰係数	t値
定数項	3.596	3.16
A	0.4	1.349
E	1.611	2.735
I	-0.581	-2.224
K	-1.949	-3.44
K*Z1	0.813	3.469
C*Z2	-0.657	-3.187

注) 重相関係数 0.845、残差標準偏差 0.750、寄与率 0.713

以上の結果より「C. 各職場の安全管理活動の実施状況の評価と支援」「E. 安全管理に関する教育の計画と実施」「I. インシデント・事故の根本原因分析」「K. 有効な対策の収集と活用」がインシデント・事故を減らすための未然防止活動の要素として重要であるという結果を得た。

各病院が回答した重要度の中で「C. 各職場の安全管理活動の実施状況の評価と支援」の中央値は唯一4（他の要素は全て中央値が5）であり、平均も4.13と最も低かった（他の要素の平均は全て4.6以上）。要素Cの重要度について、どちらともいえないと回答した病院は全体の約30%（5病院）と多く、インシデント・事故の発生件数を少なくするためには力を入れなければならない活動要素を理解していない病院があることが分かった。

第6章 未然防止活動を難しくしている点とそれを克服するための活動

3章で調査した結果をもとに、未然防止活動の各要素を難しくしている点を各要素でKJ法により分類し、それを克服するための活動として回答されたものをまとめた。その結果を表6.1～6.13に示す

表6.1 「A. 安全管理に関する活動方針」の難しい点とその工夫

難しい点	工夫
職員全員に方針を周知させることが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 何度でも、伝達方法を変えて伝達する ・ 部署のリスクマネージャーを通じて周知させる ・ ポスターやお知らせ、メール等、文面での配布をする
職域・部署による温度差がある	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故防止の講義を全職員に対し、院内ルールを前提にした内容で行う ・ 病院の運営会議で周知徹底できるように依頼する ・ 各部署のリスクマネージャーが意識の低い部署へ働きかける
全職員・職域に有効な方針を立てることが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職種ごとの業務に反映させられるような説明を加える ・ 標準化する内容とその適切性の説明を加える ・ 常に職員から意見をもらい、評価をして次につなげる
医師が安全管理への意識が低い	<ul style="list-style-type: none"> ・ 部長会議や医局会で啓蒙する ・ 院長が事あるごとに医師に伝える
立てた方針の評価が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 報告数の多い事例を対称にする
方針を決める担当者の区別が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ リスクマネージャー部会や安全委員会との連携をとる
重点を絞ることが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院の理念に沿った方針を立てている ・ 重点を明確にするための点数付けをする
方針を守らせることが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院幹部が出席する委員会で呼びかける ・ 院長名で通知する

表 6.2 「B. 安全管理に関する活動方針の展開」難しい点とその工夫

難しい点	工夫
活動のルールを守らせることが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院幹部が出席する委員会を活用する ・ リーダー会議や朝礼など様々な場面で文章を作成し、伝える ・ 院長名で通知する
各部署の安全管理への意識の違い	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療安全管理委員会で協力的ではない部署への要請をする ・ 専従安全管理者が直接介入する ・ 各部署で行う方針の展開は出来るだけリスクマネージャー会のメンバーと行う
職種による専門性によって方針を展開することが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 組織横断による問題解決のためのワーキンググループの編成をする
リーダーシップをとることが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他の委員会や部署との連携を図る ・ セイフティーマネージャーへの教育をする
活動内容を周知させることが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 何度でも、伝達方法を変えて伝達する ・ 部署のリスクマネージャーを通じて周知させる ・ ポスターやお知らせ、メール等、文面での配布をする
安全管理への意識を向上させることが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 都度ごとのカンファレンスで意識向上を図る ・ 各部署のリスクマネージャーが、意識の低い部署へ働きかける
方針の展開に対する評価がされないので、部署内のみの活動となっている	<ul style="list-style-type: none"> ・ 委員会等トップが定期的に評価をする仕組みを作る ・ 部署横断的に情報を共有できる仕組みを作る
安全管理活動を活動へと展開する場が少ない	<ul style="list-style-type: none"> ・

表 6.3 「C. 各職場の安全管理活動の実施状況の評価と支援」の難しい点とその工夫

難しい点	工夫
活動を客観的に評価することが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ M&Mカンファレンスの推進をする ・ リスクマネージャー等が直接問題の整理解決までフォローをする ・ 点数付けできる評価指標を作成する
支援を提供できる関係がない	<ul style="list-style-type: none"> ・ CLIPが出たとき、すぐ対応が必要かどうか判断して伝える ・ 委員会等、トップと現場、部署間が集まる場を利用する ・ 安全管理活動を推進する部門のメンバーを各部署から選出する
各部署の管理職のモチベーションが異なる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 評価の必要性を様々な会議やカンファレンスで伝えている ・ 医療安全管理委員会で協力的ではない部署への要請をする ・ 各部署のリスクマネージャーが意識の低い部署へ働きかける
安全管理責任者1人では評価・支援をするのに人手が足りない	<ul style="list-style-type: none"> ・ セーフティケア委員会・転倒転落プロジェクトチーム等メンバーを増やしている ・ ワーキンググループを編成する
部署間の現場力の差がある	<ul style="list-style-type: none"> ・ 部門への働きかけ ・ 教育を行う

表 6.4 「D. 安全管理活動の見直し」の難しい点と工夫

難しい点	工夫
活動を客観的に評価することが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 点数付けできる評価指標を作成する ・ リスクマネージャー等が直接問題の整理解決までフォローをする
医療安全管理者の能力では活動を見直すことができない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 見直しをする職員が研修に参加する
見直した活動を定着させることが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 聞き取り調査を実施し、チェックをする ・ 病院幹部が出席する委員会で呼びかける
活動を見直す時間がない	<ul style="list-style-type: none"> ・
活動を見直す方法が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門の業者に依頼する ・ 各部署の管理者に分析の方法についての講習を実施する ・ 各部署の検討会に医療安全管理者が介入し、一緒に見直しを行う
各部署で連携をとることが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 委員会で情報交換をする ・ 安全管理活動を推進する部門のメンバーを各部署から選出する
古い習慣は変えにくい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一気に攻めず、徐々に見直す ・ なるべく分析をして見直す必要性を伝える

表 6.5 「E. 安全管理に関する教育の計画と実施」の難しい点と克服するための活動

難しい点	工夫
全職種の職員に同等の教育を行うことが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ できるだけ職種が偏らず、興味を持って安全について考えられるテーマを選び、講演や研修を実施する ・ eラーニングの導入と活用 ・ 研修後にアンケートを実施して常に職員から意見をもらい、研修の評価を行う
教育を行うのに十分な時間が取れない	<ul style="list-style-type: none"> ・ アンケートにより時間の調整をする
計画的に教育を行うことが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2～3年周期で固定のテーマを作る ・ 計画時、他の企画と調整をする
安全管理に関心のない人に教育することが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師向けに、医療訴訟など興味があると思われるテーマを取り入れている ・ 資料による情報提供をする ・ 都度ごとのカンファレンスで意識向上を図る
新人研修が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ トレーナーによる新人研修を行う
部署ごとではなく病院全体で教育することが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実践的な事例を取り上げた全体勉強会を開催する ・ 基本的な教育は院内の職員にメールを送信し、教育する ・ eラーニングを導入し、達成度を見る
教育を提供するタイミングが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重大なインシデント・事故が発生した場合は1ヶ月以内に教育する
教育者の能力に限界がある	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修後にアンケートを実施して常に職員から意見をもらい、研修の評価を行う ・ 教育者が院外研修に参加する
レクチャー的な研修には人が集まらない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 出席者を明記し、欠席者に関してはいつ、誰に、の部分をはっきりとさせ、伝達を行う

表 6.6 「F. インシデント・事故の事例収集」の難しい点と克服するための活動

難しい点	工夫
部署によってレポートの提出率が異なる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師に関係のあるものはナースが聞き取りした事例を入力する ・ 定期的に部署・職種別提出件数割合を表などにして、報告する ・ 各部署のリスクマネージャーが他部署へ働きかける ・ リスクマネージャー部会でレポート提出件数の情報を共有をする ・ ケースごとに促し働きかける
インシデントについて理解していない職員がいる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師には始末書でないことをその都度伝える
軽微なインシデントの報告が少ない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 些細な事例でも報告するように情報発信をする ・ 当事者以外でも報告できるようにする ・ 0レベルインシデント強化月間を儲け、え？こんな事例でも書いているの、といった内容も受領する
インシデントレポートを記入することで時間的負担を感じる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎月の診療部長会議でインシデント・アクシデントレポート集計と対策・評価についての報告をしており、意識改善に努めている ・ 簡易報告が出来るフォーマットの導入（電子システム等）
特定の人からの報告となっている	<ul style="list-style-type: none"> ・ 簡易報告できるフォーマットの導入 ・ オカレンス報告を導入する
レポートの提出数を増やすことが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ インシデント・事故として知りえた情報がある場合、提出依頼をする ・ リスクマネージャー部会でレポート提出件数の情報を共有し、少ない部署には提出を促す
報告された事例を有効活用できない	<ul style="list-style-type: none"> ・ フィードバックを行う
事故の報告が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 先に知りえた情報がある場合、提出依頼をする
当事者で無い人からの報告が無い	<ul style="list-style-type: none"> ・ 聞き取り報告を実施する

表 6.7 「G. インシデント・事故の事例の分類・整理」の難しい点と克服するための活動

難しい点	工夫
時間・人手が足りない	<ul style="list-style-type: none"> ・ ワーキンググループを編成する ・ 専門の業者に分析を依頼する ・ インシデントシステムを導入する ・ 定期的に検討の時間を設ける
分類のカテゴリーをうまく作ることが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事例をよく調べて、どの要因が一番の原因となっているか分析する ・ インシデントシステムを導入する
個人で分類するため客観的に分類できない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他病院のデータ分析などを参考にする ・ 事故内容毎にレベル設定の例を設け、標準化を図る
分類する方法が分からない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門の業者に分析を依頼する ・ より細かい分類にして分類に迷わないように設定する ・ 事故の詳細が見えてこない場合は、各部署のリスク委員会に聞き取りを実施する
対策を打たれない事例がある	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的にセーフティケア委員会等に各部署の分析をしてもらっている
インシデント・事故の事例分類・整理をするような組織作り	<ul style="list-style-type: none"> ・ 目的にあった検討が出来るよう組織作りをしている ・ 部署横断的に情報できるように組織作りをする

表 6.8 「H. インシデント・事故に繋がるエラー・不遵守などのリスクの洗い出し」の難しい点と克服するための活動

難しい点	工夫
リスクを洗い出す時間がない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門の業者に分析を依頼する ・ 定期的に検討の時間を設ける
未然に防げた場合が分からない	<ul style="list-style-type: none"> ・ K Y T の考え方を身に付けてもらうための教育を行う ・ 事故報告書が出た場合、他部署への警鐘事例として報告する
古い習慣に踏み込めない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一気に攻めず、徐々に見直す ・ なるべく分析をして見直す必要性を伝える
F M E A など専門的な手法が使用できない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療安全管理室が事例のワーキンググループを作り F M E A を実施する ・ F M E A などの分析手法を学ぶ研修を各職種の職員を参加させる ・ リスクマネージャーの教育を行う
現場スタッフの協力	<ul style="list-style-type: none"> ・ なるべく分析をして洗い出しを行う必要性を伝える
エラーが潜んでいそうな事例の報告が無い	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専従リスクマネージャーが得た情報・報告の中で、これから起こりそうなエラーの洗い出しが必要であると気づいた場合、事故が起こる前に対応する
全ての業務に決まったプロセスがあるわけではない	<ul style="list-style-type: none"> ・ P F C (プロセスフローチャート) を作成する
人によってリスクを感じる場所が違う	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理者が洗い出しを行う
ルールの徹底が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院幹部が出席する委員会で呼びかける ・ リーダー会議や朝礼など様々な場面で文章を作成し、伝える

表 6.9 「I. インシデント・事故の根本原因分析」の難しい点と克服するための活動

難しい点	工夫
人手・時間が足りない	<ul style="list-style-type: none"> ・ KYTやSHELLなど比較的時間のかからない分析手法を用いる
分析の手法がうまく使えない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 分析手法の研修・講義を行う ・ 各部署の検討会に医療安全管理責任者が一緒に入り実施している
原因の重要度が部署・個人により異なる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 何が重点的な問題か点数付けなどができる評価基準を決める
部署内で分析が止まり、病院全体で活用できていない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 部署横断的に情報を共有できる仕組みを作る
チーム編成が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重大事故や多職種で検討したほうが良い事例については、医療安全管理室がリーダーシップをとり、ワーキンググループを編成する ・ 重大事例については随時開催の委員会を活用し、タイムリーにチーム編成をする

表 6.10 「J. 対策の検討と実施」の難しい点と克服するための活動

難しい点	工夫
時間が足りない	<ul style="list-style-type: none"> ・ KYTやSHELLなど比較的時間のかからない分析手法を用いる
現場の協力が得られない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対策の評価をフィードバックし、必要性を訴える ・ 全職場が集まる会で1事例のみであるが検討、対策を考えている ・ なるべく分析をして対策の検討と実施を行う必要性を伝える
対策の評価をすることが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 点数付けできる評価指標を作成する ・ 多職種が関わっている事例は、院での会議で検討し、様々な視点で評価をする
対策を実施することで業務が増えてしまう	<ul style="list-style-type: none"> ・ 危険な業務を減らすような対策から考える
職員に周知することが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 何度でも、伝達方法を変えて伝達する ・ 部署のリスクマネージャーを通じて周知させる ・ ポスターやお知らせ、メール等、文面での配布をする
情報提供し介入するタイミングが分からない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重大なインシデント・事故が発生した場合はすぐに対策の検討と実施を行う
リーダーシップを取れる人材がない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院外研修などに参加させる
コスト面が問題になるとあまり議論されない	<ul style="list-style-type: none"> ・ なるべく分析し、導入しなかった場合のリスクを説明する
重点的に行うことの説明が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 点数付けできる評価指標を作成し、重点的に対策が必要なところを説明する

表 6.11 「K. 有効な対策の収集と活用」の難しい点と克服するための活動

難しい点	工夫
部署間で協力する風土が無い	<ul style="list-style-type: none"> 各部署での対策を毎月ひとつにまとめてフィードバックをする 病院幹部が出席する委員会を活用する リスク委員会に参加し、他部署へ警鐘となる事例を報告・情報収集をする
他部署の事例を自部署でうまく活用できない	<ul style="list-style-type: none"> 同系病院で共有している事例と対策を委員会で報告し、当病院でも活用できる事例がないか会議をする
専従のみの特定の視点による分類になってしまう	<ul style="list-style-type: none"> 他病院のデータ分析などを参考にする 事故内容毎にレベル設定の例を設け、標準化を図る
人手不足	<ul style="list-style-type: none">
ローカルルールをシステム化することが難しい	<ul style="list-style-type: none">
周知することが難しい	<ul style="list-style-type: none"> 何度でも、伝達方法を変えて伝達する ポスターやお知らせ、メール等、文面での配布をする
定着させることが難しい	<ul style="list-style-type: none"> 病院幹部が出席する委員会で呼びかける 院長名で通知する

表 6.12 「L. 実施の決定が困難な対策の取り扱い」の難しい点と克服するための活動

難しい点	工夫
コストが問題となる対策の検討が難しい	<ul style="list-style-type: none"> なるべく分析し、導入しなかった場合のリスクを説明する
時間を要する	<ul style="list-style-type: none"> 安全管理委員会に幹部が出席するため、そのときに議題に出す 予め関連部署と話を詰めておき、委員会ではある程度方向性が決まった状態で報告、議論できる状態にする
トップが決断できない場合がある	<ul style="list-style-type: none">
院内全体のルールにすることが難しい	<ul style="list-style-type: none"> 部署のリスクマネージャーを通じて周知させる 院長名で通知する

表 6.13 「M. 対策の定着と継続的改善」の難しい点と克服するための活動

難しい点	工夫
いつ、どのくらいの頻度で、どのような評価項目で評価するのか分からない	<ul style="list-style-type: none"> 決められたルールをマニュアルや事例集として明記する
部署で決めた対策の評価が難しい	<ul style="list-style-type: none"> 点数付けできる評価指標を作成する
ルールを定着させることが難しい	<ul style="list-style-type: none"> PFC（プロセスフローチャート）による作業手順の浸透を目指している
対策を指導する人が足りない	<ul style="list-style-type: none"> ワーキンググループを編成する 専門の業者に分析を依頼する 定期的に収集の時間を設ける

表 6.1～表 6.13 より以下のことが分かる。

- (1) 活動の要素が異なっても難しい点では同じこと（人手・時間不足など）が難しい点として回答されている。
- (2) 委員会など、各部署の職員が参加するものが工夫として多く挙がっている。
- (3) 人手・時間不足などは工夫しにくい点である。
- (4) 工学的手法のやり方がわかっていない。
- (5) 病院内で安全管理の意識統一が難しいことが分かる。

第7章 考察

本章では4～6章で得た結果についてそれぞれ考察する。

4章では病院のインシデント・事故の発生件数と人の不適切な行動によるインシデント・事故のタイプをまとめた。事故の発生件数では「他の病院に比べてやや少ないと思う」「他の病院に比べてやや少ないと思う」と回答した病院が共に5件、「他の病院に比べて同じくらいだと思う」と回答した病院が4件と、病院では未然防止活動の成功度はほぼ同じという結果を得た。また、エラーのタイプ分けをし、病院の規模と合わせてグループ分けを行った結果、病院を3～4つのグループに分類することができた。病院の規模が大きければ「知識・スキル不足」がエラーの原因としての割合が大きいことが分かり、病院の規模が大きいほど教育が行き届きにくくなっている。規模の大きい病院は教育と達成度のチェックに力を入れるべきだと分かる。「意図的な不遵守」がエラーの原因となっている病院はどちらかという教育が上手くいっている病院が多く、その次のステップの業務プロセスを守らせること、を徹底していかなければいけないと分かる。「意図しないエラー」は病院の規模に関わらずエラーの原因となっている。「人はエラーをする生き物だ」という考え方にに基づき病院は器具の配置や病院のレイアウト等、人間がエラーをしにくい組織作りをしていかなければいけない。

5章では病院での未然防止活動の現状と解析を行った。病院内の未然防止活動の情報の流れを記したモデルより抽出した未然防止活動の13要素について、「C. 各職場の安全管理活動の実施状況の評価と支援」の中央値が4、それ以外の要素については中央値が5と、モデルより抽出した未然防止活動の要素は病院では重要だと考えられていることが分かった。「I. インシデント・事故につながるエラー・不遵守などのリスクの洗い出し」については回答した病院全てが5と回答し、特に重要視されている活動要素だと分かる。また、全ての未然防止活動の要素について「重要である」と回答した病院は全体の約33%（5病院）であり、未然防止活動の重要性を感じている病院が多い。実施レベルでは各活動の要素で四文位範囲が1以上であり、病院ごとでばらつきがあることが分かる。その中でも中央値が5となった活動要素が「F. インシデント・事故の事例収集」であった。1病院のみ実施レベルが2であり、そのほかの病院は4または5であり、病院では事例収集に力を入れていることがわかる。次に、インシデント・事故の発生状況と実施レベルの関係を見るために重回帰を行った。その結果、「C. 各職場の安全管理活動の実施状況の評価と支援」「E. 安全管理に関する教育の計画と実施」「I. インシデント・事故の根本原因分析」「K. 有効な対策の収集と活用」が進んでいる病院ほどインシデント・事故が少ないという結果を得た。この結果と病院が考える重要度を見ると、「C. 各職場の安全管理活動の実施状況と評価の支援」の重要性に気付いていない病院が多いことが分かった。

6章では未然防止活動を難しくしている点とそれを克服するための活動をK J法によりまとめた。各活動要素でまとめた難しい点をさらにK J法でまとめた。その結果を表7に示す。

表7 病院の未然防止活動の難しい点

		活動の要素	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
		実施レベル	4	4	3	3	4	5	4	3	3.5	3	3	4	3
		重要度	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
		難しい点													
病院 と い う 組 織 の 問 題	周知		○	○								○	○		
	意識向上			○			○								
	ルールを守らせる		○	○		○				○			○		○
	リーダーの能力			○	○	○	○					○			
	部署の違い		○	○			○	○							
	部署間の協力				○	○							○		
	専門性			○									○		
	人手・時間不足				○	○	○		○		○	○	○		
	時間的負担になる								○		○		○		○
	現場の協力									○		○			
	タイミング						○					○			○
	古い習慣					○				○			○		
	病院全体での統一						○		○		○			○	
トップからの評価			○										○		
コスト											○		○		
スキル の 問 題	評価指標		○		○	○						○			○
	客観性		○		○	○			○	○	○		○		
	重点化		○									○			
	手法					○			○	○	○				
活動要素特有のもの				○			○	○	○	○					

表7より以下のことが分かった。

(1) 未然防止活動の要素特有のものが問題となっている要素はB, E, F, G, Hであり、それ以外の難しい点は「病院の組織の問題」、「スキルの問題」に分類できる。

(2) 難しい点では「人手・時間不足」「客観性」が共に7つの要因で難しい点として回答されている。

(3) 5章で行った重回帰の結果より、要素C, E, I, Kの実施レベルが高い病院はインシデント・事故の発生件数が少ないという結果を得た。この4つの要素で共通し難しい点として出てきたものは「時間・人手不足」であった。C, I, Kの3つに共通して難しい点として出てきているものは「客観性」である。この2つの難しい点は他の活動要素でも難しい点として挙げられているため、特に力を入れた克服しなければいけないと分かる。

第8章 結論と今後の課題

本研究では、病院における未然防止活動の現状と課題を調査し、何が未然防止活動を進める上での難しさになっているのか、その克服のために何が必要なのかを明らかにするために進めてきた。

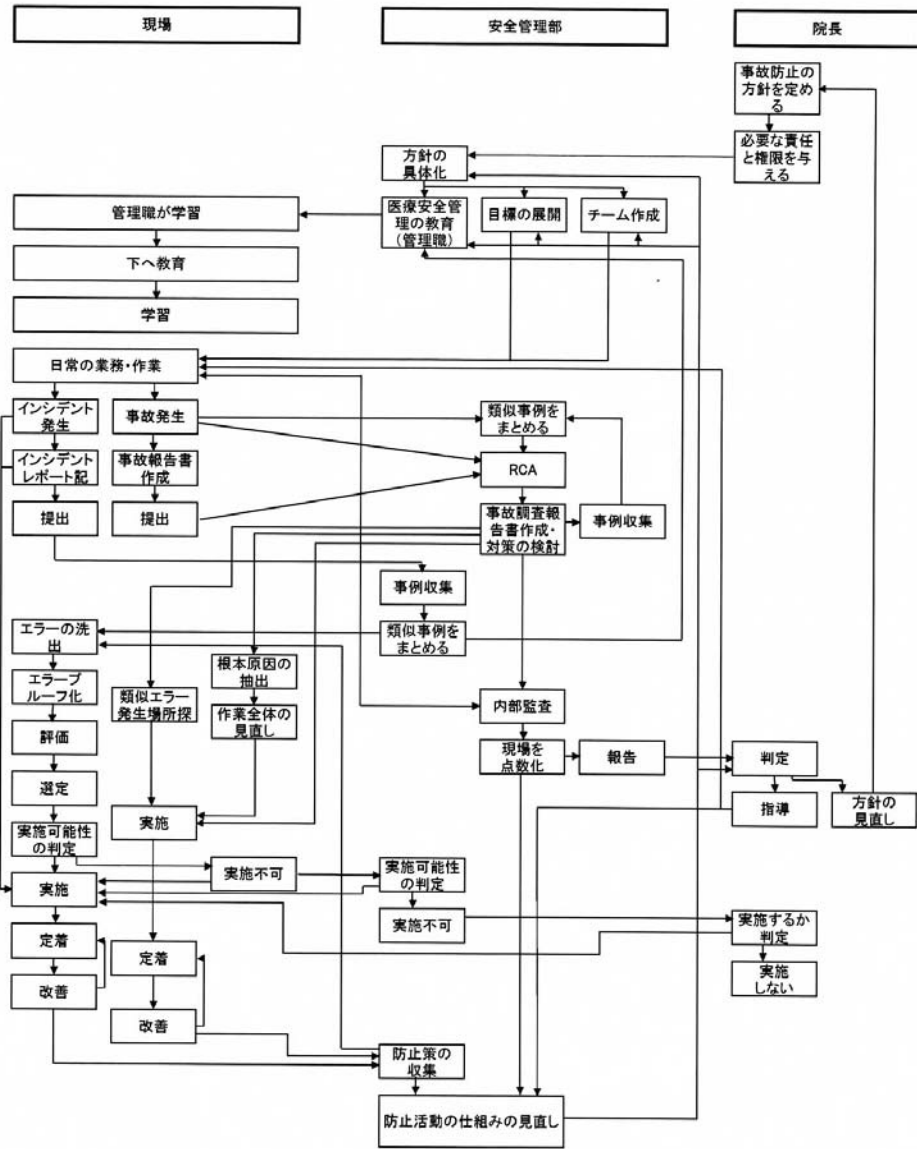
インシデント・事故を減らすには「各職場の安全管理活動の実施状況の評価と支援」「安全管理に関する教育の計画と実施」「インシデント・事故の根本原因分析」「有効な対策の収集と活用」が重要である。しかし、「各職場の安全管理活動の実施状況の評価と支援」について重要度を理解していない病院が多かった（約30%）ため、重要性を理解する必要がある。未然防止活動を有効なものにするためには「人手・時間不足の改善」「各部署の専門性の高さを説明する客観的な評価・調査基準の確立」に力を入れなければいけない。

今後の課題としては、明らかとなった難しさを克服するための具体的な方法を明らかにすることが残されている。

参考文献

- [1] 中條武志 (2010) : 「人に起因するトラブル・事故の未然防止と R C A」、日本規格協会。
- [2] 社団法人日本病院会 (2010) : 「支部会員」 : http://www.hospital.or.jp/shibu_kaiin/

付録1 モデル



病院における未然防止活動の現状と課題に関する調査

1. 主要

人に起因するインシデント・事故をいかに防ぐかは、医療安全を確保する上で重要な課題となっています。このようなインシデント・事故を防ぐには、起こったものを対策するだけでなく、過去のインシデント・事故をもとに将来起こりそうなものを予想して予め対策を取るという未然防止のアプローチが大切です。しかし、医療分野固有の事情もあり、日本全体として見ると思うように進んでいません。このような現状を踏まえ、本調査では、病院における未然防止活動の現状と課題を調査し、何が未然防止活動を進める上での難しさになっているのか、その克服のために何が必要なのかを明らかにすることを目的としています。

2. 回答にあたってのご注意

(1) 本調査は大きく次の3つのパートから構成されています。

- I. 病院の概要
- II. インシデント・事故の現状
- III. インシデント・事故の未然防止活動の現状と課題
- IV. インシデント・事故の未然防止活動に関するその他のご意見

(2) 本調査用紙の電子ファイル (Microsoft Word ファイル) は、下記のホームページからダウンロードできます。 <http://www.indsys.chuo-u.ac.jp/~nakajo/mss.html>

ご記入頂きました調査用紙 (電子ファイル) につきましては、2010年12月24日 (金) までに、e-mail アドレス : d77228@educ.kc.chuo-u.ac.jp 宛に添付にて返送頂きますようお願い申し上げます。印刷した調査票を下記あてに郵送頂いてもかまいません。

(3) 調査結果をまとめた報告書は、2011年3月を目途にお送りする予定です。報告書の送付を希望される場合は下記に送り先をご記入下さい

住所 または e-mail アドレス	
病院名	
所属	
氏名	

(4) 本調査に関してご不明な点、ご質問がありましたら下記担当者までご連絡ください。

本研究担当者： 中央大学理工学部経営システム工学科 蘇山 顕央
112-8551 東京都文京区春日 1-13-27
Tel 03-3817-1933 Fax 03-3817-1943
Tel 080-2091-5324 (直通)
e-mail : d77228@educ.kc.chuo-u.ac.jp

質問 I . 病院の概要についてお伺いします。

- I - A 病院名をお答え下さい（報告書で病院名、個人名を出すことは一切ありません）。
記入いただかなくてもかまいません。

- I - B 病床数をお答え下さい。正確な数値でなくとも概数でかまいません。

- I - C 医師、看護師、看護助手、臨床検査技師、臨床工学技士、診療放射線技士、薬剤師、事務員の
人数をそれぞれお答え下さい。正確な数値でなくとも概数でかまいません。

医師	人
看護師	人
看護助手	人
臨床検査技師	人
臨床工学技士	人
診療放射線技士	人
薬剤師	人
事務員	人
その他	人

質問Ⅱ インシデント・事故の現状についてお伺いします。

Ⅱ－A インシデント・事故の発生数は、他の病院と比べてどれ位だと思えますか。最も近いと思うものを以下の選択肢の中から選んで回答欄に記入してください。

1. 他の病院に比べて多いと思う。
2. 他の病院に比べてやや多いと思う。
3. 他の病院に比べて同じくらいであると思う。
4. 他の病院に比べてやや少ないと思う。
5. 他の病院に比べて少ないと思う。

Ⅱ－A	
-----	--

Ⅱ－B インシデント・事故の原因は、その原因となった人の行動から見ると

1. 知識不足（ルールを知らない）によるインシデント・事故
2. スキル不足（ルールを知っているがスキル不足でその通り行うことができない）によるインシデント・事故
3. まあ、大丈夫だろうと意図的にルールを守らないことによるインシデント・事故
4. 度忘れ・勘違いなどの意図しないエラーによるインシデント・事故
5. その他の原因によるインシデント・事故

の5つに分けることができます。このように分けたとき、各タイプに該当するインシデント・事故の割合を概数（10%刻み程度）でお答えください。

Ⅱ－B	割合 (%)
1. 知識不足によるインシデント・事故	
2. スキル不足によるインシデント・事故	
3. 意図的な不遵守によるインシデント・事故	
4. 意図しないエラーによるインシデント・事故	
5. その他の原因によるインシデント・事故	

質問Ⅲ インシデント・事故の未然防止活動の現状と課題についてお伺いします。

Ⅲ－A 人に起因するインシデント・事故の未然防止活動においては、医療安全管理に関する病院全体の活動方針を明確にし、これに基づく組織的な取り組みを展開することが大切です。あなたの病院における「**安全管理に関する活動方針の設定**」の現状と課題についてお伺いします。

(A－1) 安全管理に関する活動方針の設定に対する取り組みの状況として、もっとも近いものを以下の選択肢の中から選び、その番号を回答欄に記入して下さい。

1. 活動方針を立てていない。
2. 活動方針はあるが、抽象的で、目指すべき姿が具体的に示されていない。
3. 目指すべき姿を具体的に示した活動方針があるが、重点が絞られていない。
4. 目指すべき姿を具体的に示した活動方針があり、重点が絞られている。
ただし、未然防止に焦点を当てた内容になっていない。
5. 目指すべき姿を具体的に示した活動方針があり、重点が絞られている。
また、未然防止に焦点を当てた内容になっている。

Ⅲ－A－1	
-------	--

(A－2) 安全管理に関する病院全体の活動方針を設定することは、人に起因するインシデント・事故を防ぐ上でどの程度重要だと思いますか。以下の選択肢の中からもっとも近いものを選び、番号を回答欄に記入して下さい。

1. 重要でない
2. あまり重要でない
3. どちらともいえない
4. やや重要である
5. 重要である

Ⅲ－A－2	
-------	--

(A－3) 安全管理に関する病院全体の活動方針を設定する上での難しさは何ですか。難しいと感じている点があれば教えて下さい（最大3つ）。

(A－4) (A－3) でお答えいただいた難しさを克服するために現在取り組んでおられることがあれば、その具体的な内容を教えて下さい（最大3つ）。

Ⅲ－B いくら良い病院全体の活動方針を定めても、それが各職場における活動につながらなければ効果は得られません。あなたの病院における「**安全管理に関する活動方針の展開**」の現状と課題についてお伺いします。

(B－1) 安全管理に関する活動方針の展開に対する取り組みの状況として、もっとも近いものを以下の選択肢の中から選び、その番号を回答欄に記入して下さい。なお、活動方針を定めていない場合には、1. を選んでください。

1. どのような活動を行うかは個人にまかされている。
2. 病院全体の活動方針を受けて各職場で個別に活動を行っている。
3. 病院全体の活動方針を受けて各職場で活動計画を立て、病院全体でその内容の確認・調整を行っている。ただし、両者の関連は必ずしも強くない。
4. 各職場で病院全体の活動方針と密接に関連する活動計画を立て活動に取り組んでいる。ただし、必要に応じた職場横断的な委員会や検討チームの編成が適切に行われておらず、十分な成果が出ていないところが見られる。
5. 各職場で病院全体の活動方針と密接に関連する活動計画を立て活動に取り組んでいる。また、必要に応じた職場横断的な委員会や検討チームの編成が適切に行われており、十分な成果が出ている。

Ⅲ－B－1	
-------	--

(B－2) 安全管理に関する病院全体の活動方針を具体的な活動につなげるために展開することは、人に起因するインシデント・事故を防ぐ上でどの程度重要だと思いますか。以下の選択肢の中からもっとも近いものを選び、番号を回答欄に記入して下さい。

1. 重要でない
2. あまり重要でない
3. どちらともいえない
4. やや重要である
5. 重要である

Ⅲ－B－2	
-------	--

(B－3) 医療安全管理に関する病院全体の活動方針を具体的な活動につなげるために展開する上での難しさは何ですか。難しいと感じている点があれば教えて下さい (最大3つ)。

(B－4) (B－3) でお答えいただいた難しさを克服するために現在取り組んでおられることがあれば、その具体的な内容を教えて下さい (最大3つ)。

Ⅲ－C 一つの病院の中を見ると安全管理活動がうまくいっている職場もあればそうでない職場もあります。職場ごとの状況の評価・点数付けし、うまくいっていない職場に対して必要な支援を適切なタイミングで提供することが必要です。あなたの病院における「**各職場の安全管理活動の実施状況の評価と支援**」の現状と課題についてお伺いします。

(C－1) 各職場の安全管理活動の実施状況の評価と支援に対する取り組みの状況として、もっとも近いものを以下の選択肢の中から選び、その番号を回答欄に記入して下さい。

1. 各職場の安全管理活動については各職場まかせになっている。
2. 各職場の安全管理活動の実施状況を確認するための会合を開いているが、報告を受けるだけになっている。
3. 各職場の安全管理活動の実施状況を確認するための会合を定期的（毎月、3ヶ月ごとなど）に開いており、遅れている活動について議論している。ただし、議論だけで終わってしまい、必要な支援を提供することができていない。
4. 各職場の安全管理活動の実施状況を確認し、遅れている活動について検討し、必要な支援を提供している。ただし、実施状況を点数付けする等の定量化が十分でなく、検討や支援が場当たりのみになっている面が見られる。
5. 各職場の安全管理活動の実施状況を点数付けし、これに基づいて進捗の遅れている職場・活動を把握している。また、この結果に基づいて必要な支援を提供している。

Ⅲ－C－1	
-------	--

(C－2) 各職場の医療安全管理活動の実施状況の評価・点数付けし、必要な支援を適切なタイミングで提供することは、人に起因するインシデント・事故を防ぐ上でどの程度重要だと思いますか。以下の選択肢の中からもっとも近いものを選び、番号を回答欄に記入して下さい。

1. 重要でない
2. あまり重要でない
3. どちらともいえない
4. やや重要である
5. 重要である

Ⅲ－C－2	
-------	--

(C－3) 各職場の医療安全管理活動の実施状況の評価・点数付けし、必要な支援を適切なタイミングで提供する上での難しさは何ですか。難しいと感じている点があれば教えて下さい（最大3つ）。

(C－4) (C－3) でお答えいただいた難しさを克服するために現在取り組んでおられることがあれば、その具体的な内容を教えて下さい（最大3つ）。

Ⅲ-D 安全管理活動を形骸化させないためには、病院全体の安全管理活動を定期的に見直し、安全管理に関する活動方針を改訂したり、推進の仕組みを改善するなどの適切な舵取りを行うことが大切です。あなたの病院における「**安全管理活動の見直し**」の現状と課題についてお伺いします。

(D-1) 病院全体の安全管理活動の見直しに対する取り組み状況としてとして、もっとも近いものを以下の選択肢の中から選び、その番号を回答欄に記入して下さい。

1. 病院全体の安全管理活動についての見直しを行っていない。
2. 病院全体の安全管理活動の見直しを時々行っているが、各職場での実施状況を踏まえたものになっていない。
3. 各職場での実施状況を踏まえて、病院全体の安全管理活動の見直しを定期的（毎年、3年に1度など）に行っている。ただし、活動と成果（インシデント・事故の件数など）の関連についての検討が不十分で、試行錯誤を繰り返すだけになっている。
4. 活動と成果との関係をデータに基づいて議論し、その結果に基づいて病院全体の安全管理活動の見直しを定期的に行っている。ただし、十分な成果が得られるまでには至っていない。
5. 活動と成果との関係をデータに基づいて議論し、その結果に基づいて病院全体の安全管理活動の見直しを定期的に行っており、十分な成果が得られている。

Ⅲ-D-1	
-------	--

(D-2) 病院全体の安全管理活動を定期的に見直し、適切な舵取りを行うことは、人に起因するインシデント・事故を防ぐ上でどの程度重要だと思いますか。以下の選択肢の中からもっとも近いものを選び、番号を回答欄に記入して下さい。

1. 重要でない
2. あまり重要でない
3. どちらともいえない
4. やや重要である
5. 重要である

Ⅲ-D-2	
-------	--

(D-3) 病院全体の安全管理活動を定期的に見直し、適切な舵取りを行う上での難しさは何ですか。難しいと感じている点があれば教えて下さい（最大3つ）。

(D-4) (D-3) でお答えいただいた難しさを克服するために現在取り組んでおられることがあれば、その具体的な内容を教えて下さい（最大3つ）。

Ⅲ－E 各職場で安全管理活動が活発に行われるようするためには、長期的な視点に立って安全管理に関する教育を計画・実施することが大切です。あなたの病院における「**安全管理に関する教育の計画と実施**」の現状と課題についてお伺いします。

(E－1) 安全管理に関する教育の計画と実施に対する取り組み状況として、もっとも近いものを以下の選択肢の中から選び、その番号を回答欄に記入して下さい。

1. 安全管理については特に教育を行っていない。
2. 安全管理の教育については必要に応じてその都度計画し、実施している。
3. 年間の計画を立てて、安全管理の教育を実施している。ただし、どのような人にどのような安全管理の教育を行うべきかという教育体系が明確になっていない。
4. どのような人にどのような安全管理の教育を行うべきかという教育体系を定めて、計画的に安全管理の教育に取り組んでいる。ただし、病院全体の活動方針や各職場の安全管理活動の状況を踏まえて、教育体系を見直すことができていない。
5. どのような人にどのような安全管理の教育を行うべきかという教育体系を定めて、計画的に安全管理の教育に取り組んでいる。また、病院全体の活動方針や各職場の安全管理活動の状況を踏まえて、教育体系を見直している。

Ⅲ－E－1	
-------	--

(E－2) 安全管理の教育を行うことは、人に起因するインシデント・事故を防ぐ上でどの程度重要だと思いますか。以下の選択肢の中からもっとも近いものを選び、番号を回答欄に記入して下さい。

1. 重要でない
2. あまり重要でない
3. どちらともいえない
4. やや重要である
5. 重要である

Ⅲ－E－2	
-------	--

(E－3) 安全管理の教育を行う上での難しさは何ですか。難しいと感じている点があれば教えて下さい（最大3つ）。

(E－4) (E－3) でお答えいただいた難しさを克服するために現在取り組んでおられることがあれば、その具体的な内容を教えて下さい（最大3つ）。

Ⅲ－F 現在の安全管理活動の弱さを知るためには、インシデントや事故の事例を集めることが大切です。あなたの病院における「**インシデント・事故の事例の収集**」の現状と課題についてお伺いします。

(F－1) インシデント・事故の事例の収集に対する取り組みの現状として、もっとも近いものを以下の選択肢の中から選び、その番号を回答欄に記入して下さい。

1. 病院全体ではインシデント・事故の事例の収集を行っていない。
2. インシデント・事故の事例を必要に応じて集めているが、日常的に報告してもらう仕組みはない。
3. インシデント・事故の事例を一定の仕組みにしたがって集めている。ただし、どのような情報が必要かが明確になっておらず、うまく役立てられない事例が多い。
4. インシデント・事故の事例を一定の仕組みにしたがって集めており、必要な情報を得ることができている。ただし、軽微なものについては十分集めることができていない。
5. インシデント・事故の事例を一定の仕組みにしたがって集めており、軽微なインシデントや事故を含め必要な情報を得ることができている。

Ⅲ－F－1	
-------	--

(F－2) インシデント・事故の事例を集めることは、人に起因するインシデント・事故を防ぐ上でどの程度重要だと思いますか。以下の選択肢の中からもっとも近いものを選び、番号を回答欄に記入して下さい。

1. 重要でない
2. あまり重要でない
3. どちらともいえない
4. やや重要である
5. 重要である

Ⅲ－F－2	
-------	--

(F－3) インシデント・事故の事例を集める上での難しさは何ですか。難しいと感じている点があれば教えて下さい（最大3つ）。

(F－4) (F－3) でお答えいただいた難しさを克服するために現在取り組んでおられことがあれば教えて下さい（最大3つ）。

Ⅲ-G 集めたインシデントや事故の事例は、適切に分類・整理することではじめて役立ちます。あなたの病院における「**インシデント・事故の事例の分類・整理**」の現状と課題についてお伺いします。

(G-1) インシデント・事故の事例の分類・整理に対する取り組みの現状として、もっとも近いものを以下の選択肢の中から選び、その番号を回答欄に記入して下さい。なお、インシデント・事故の事例の収集を行っていない場合は、1. を選んでください。

1. インシデント・事故の事例の分類・整理を行っていない。
2. インシデント・事故の事例の分類・整理を行っているが、各職場への報告・発信は行っていない。
3. インシデント・事故の事例の分類・整理を行って、各職場へ報告・発信している。しかし、分類・整理した結果については十分議論できていない。
4. インシデント・事故の事例の分類・整理を行って、各職場へ報告・発信している。また、分類・整理した結果に基づいて十分な議論を行っている。しかし、分類や整理の仕方が適切でなく、重点的に取り組むべき課題をはっきりさせることができていない。
5. インシデント・事故の事例の分類・整理を行って、各職場へ報告・発信している。また、分類・整理した結果に基づいて十分な議論を行い、重点的に取り組むべき課題をはっきりさせることができている。

Ⅲ-G-1	
-------	--

(G-2) インシデントや事故の事例を分類・整理することは、人に起因するインシデント・事故を防ぐ上でどの程度重要だと思いますか。以下の選択肢の中からもっとも近いものを選び、番号を回答欄に記入して下さい。

1. 重要でない
2. あまり重要でない
3. どちらともいえない
4. やや重要である
5. 重要である

Ⅲ-G-2	
-------	--

(G-3) インシデントや事故の事例を分類・整理する上での難しさは何ですか。難しいと感じている点があれば教えて下さい (最大3つ)。

(G-4) (G-3) でお答えいただいた難しさを克服するために現在取り組んでおられることがあれば、その具体的な内容を教えて下さい (最大3つ)。

Ⅲ-H 人に起因するインシデントや事故を防ぐには、それらの発生を待つて再発防止の対策を考えるだけでは不十分で、意図しないエラーや意図的な不遵守などが起こりそうなところを予め洗い出すことが大切です。あなたの病院の「**インシデント・事故につながるエラー・不遵守などのリスクの洗い出し**」の現状と課題についてお伺いします。

(H-1) インシデント・事故につながるエラー・不遵守などのリスクの洗い出しに対する取り組みの現状として、もっとも近いものを以下の選択肢の中から選び、その番号を回答欄に記入して下さい。

1. 起こったインシデント・事故に対しては対応しているが、インシデント・事故につながる、これから起こりそうなエラー・不遵守については洗い出しを行っていない。
2. 一部の職場では、起こりそうなエラー・不遵守の洗い出しに取り組んでいるが、成果を得るところまで至っていない。
3. 一部の職場では、起こりそうなエラー・不遵守の洗い出しを行っており、良い成果を得たものもある。
4. 各職場で起こりそうなエラー・不遵守の洗い出しに取り組んでいるが、一部行えていない職場もある。また、洗い出しを行っている職場も FMEA などの手法を十分使いこなすまでに至っていない。
5. ほとんどの職場で起こりそうなエラー・不遵守の洗い出しを行っており、中には FMEA などの手法をうまく活用しているところもある。

Ⅲ-H-1	
-------	--

(H-2) インシデントや事故につながるエラー・不遵守などが発生しそうな作業や場所の洗い出しは、人に起因するインシデントや事故を防止する上でどの程度重要だと思いますか。以下の選択肢の中からもっとも近いものを選び、番号を回答欄に記入して下さい。

1. 重要でない
2. あまり重要でない
3. どちらともいえない
4. やや重要である
5. 重要である

Ⅲ-H-2	
-------	--

(H-3) インシデントや事故につながるエラー・不遵守などが発生しそうな作業や場所の洗い出しを行う上での難しさは何ですか。難しいと感じている点があれば教えて下さい (最大3つ)。

(H-4) (H-3) でお答えいただいた難しさを克服するために現在取り組んでおられることがあれば、その具体的な内容を教えて下さい (最大3つ)。

Ⅲ－Ⅰ インシデントや事故の事例についてはその原因を深く掘り下げ、組織としての取り組みの弱さ（根本原因）を知ることが大切です。あなたの病院における「**インシデント・事故の根本原因分析**」の現状と課題についてお伺いします。

(Ⅰ－1) インシデント・事故の根本原因分析に対する取り組みの現状として、もっとも近いものを以下の選択肢の中から選び、その番号を回答欄に記入して下さい。

1. インシデント・事故に対しては注意喚起のみ行われ、原因となった仕事のやり方や手順の悪さを追求できていない。
2. 一部の職場ではインシデント・事故の原因を仕事のやり方や手順の悪さの点から追求している。
3. 各職場でインシデント・事故の原因を仕事のやり方や手順の悪さの点から追求している。しかし、個々の仕事のやり方や手順のみが議論され、組織的な要因（教育研修、監督者による指導・指摘、リスクの洗い出しなど）は分析できていない。
4. 各職場で仕事のやり方や手順の悪さの点からインシデント・事故の原因を追求している。また、一部の職場では組織的な要因の分析も行っている。ただし、対策が必要な組織的な要因を明らかにするまでには至っていない。
5. 各職場で仕事のやり方や手順の悪さを追求している。また、組織的な要因の分析も行われており、対策が必要な組織的な要因が明らかになっている。

Ⅲ－Ⅰ－1	
-------	--

(Ⅰ－2) インシデントや事故の事例についてその原因を深く掘り下げ、組織としての取り組みの弱さ（根本原因）を明らかにすることは、人に起因するインシデント・事故を防ぐ上でどの程度重要だと思いますか。以下の選択肢の中からもっとも近いものを選び、番号を回答欄に記入して下さい。

1. 重要でない
2. あまり重要でない
3. どちらともいえない
4. あまり重要である
5. 重要である

Ⅲ－Ⅰ－2	
-------	--

(Ⅰ－3) インシデントや事故の事例についてその原因を深く掘り下げ、組織としての取り組みの弱さ（根本原因）を明らかにする上での難しさは何ですか。難しいと感じている点があれば教えて下さい（最大3つ）。

(Ⅰ－4) (Ⅰ－3) でお答えいただいた難しさを克服するために現在取り組んでおられることがあれば、その具体的な内容を教えて下さい（最大3つ）。

Ⅲ－J インシデントや事故をいくら分類・整理しても、インシデントや事故につながるエラー・不遵守などのリスクをいくら洗い出しても、組織としての取り組みの弱さをいくら掘り下げても、それらに対する対策が適切に講じられなければ意味がありません。あなたの病院における「**対策の検討と実施**」の現状と課題についてお伺いします。

(J－1) 対策の検討と実施に対する取り組みの現状として、もっとも近いものを以下の選択肢の中から選び、その番号を回答欄に記入して下さい。

1. 具体的な対策の検討を行わずに、注意喚起のみを行っている。
2. 対策の検討を行っているが、対策は特定の人が一人または少数で考えている。
3. 仕事に携わっている複数の人が参画して対策の検討を行っている。ただし、思いつきで考えている場合が多い。
4. 仕事に携わっている複数の人が参画して対策の検討を行っている。また、考えられる対策を系統的に列挙し、利点・欠点を考えて有効な対策を絞り込んでいる。しかし、他の職場で過去に行われた有効な対策をうまく活用するところまでは至っていない。
5. 仕事に携わっている複数の人が参画して対策の検討を行っている。また、他の職場で過去に行われた有効な対策をうまく活用しながら、考えられる対策を系統的に列挙し、有効な対策を絞り込んでいる。

Ⅲ－J－1	
-------	--

(J－2) 対策の検討と実施を適切に行うことは、人に起因するインシデント・事故を防ぐ上でどの程度重要だと思いますか。以下の選択肢の中からもっとも近いものを選び、番号を回答欄に記入して下さい。

1. 重要でない
2. あまり重要でない
3. どちらともいえない
4. やや重要である
5. 重要である

Ⅲ－J－2	
-------	--

(J－3) 対策の検討と実施を適切に行う上での難しさは何ですか。難しいと感じている点があれば教えてください（最大3つ）。

(J－4) (J－3) でお答えいただいた点に対して、それらを克服するために取り組んでいる活動があれば、その具体的な内容を教えてください。

Ⅲ-K 良い対策を思いつくためには、いろいろな職場で行われている有効な対策を数多く集めて整理し、活用することが大切です。あなたの病院における「**有効な対策の収集と活用**」の現状と課題についてお伺いします。

(K-1) 有効な対策の収集と活用に対する取り組みの現状として、もっとも近いものを以下の選択肢の中から選び、その番号を回答欄に記入して下さい。

1. ある職場で行われた対策が別の職場に展開されることはない。
2. ある職場で行われた有効な対策を別の職場が取り入れたケースがいくつかある。
3. 対策を含めた活動内容を報告するための発表会を開くなど、各職場が有効な対策を相互に学びあえる場を設けている。
4. 病院全体として、いろいろな職場で行われている有効な対策を集めて事例集やデータベースにまとめ、これを各職場が活用できるようにしている。しかし、分類が上手く行われていないなどの理由により、十分活用できていない。
5. 病院全体として、いろいろな職場で行われている有効な対策を集めて事例集やデータベースにまとめている。各職場では、対策の検討時にこれをうまく役立てている。

Ⅲ-K-1	
-------	--

(K-2) いろいろな職場で行われている有効な対策を数多く集めて整理し、活用することは、人に起因するインシデント・事故を防ぐ上でどの程度重要だと思いますか。以下の選択肢の中からもっとも近いものを選び、番号を回答欄に記入して下さい。

1. 重要でない
2. あまり重要でない
3. どちらともいえない
4. やや重要である
5. 重要である

Ⅲ-K-2	
-------	--

(K-3) いろいろな職場で行われている有効な対策を数多く集めて整理し、活用する上での難しさは何ですか。難しいと感じている点があれば教えて下さい（最大3つ）。

(K-4) (K-3) でお答えいただいた難しさを克服するために現在取り組んでおられることがあれば、その具体的な内容を教えて下さい（最大3つ）。

Ⅲ－L 対策の中には他職場・他職種への影響や費用などの点から自分たちだけで実施を決められないものもあります。このような対策については、より上位の組織による検討と決定がなされなければなりません。あなたの病院における「**実施の決定が困難な対策の取扱い**」の現状と課題についてお伺いします。

(L－1) 実施の決定が困難な対策の取扱いに対する取り組みの現状として、もっとも近いものを以下の選択肢の中から選び、その番号を回答欄に記入して下さい。

1. 費用等の理由により実施するかどうかを各職場で決めることが難しい対策は、そのままになっている。
2. 費用等の理由により実施するかどうかを各職場で決めることが難しい対策が、病院全体の委員会等に提案され、実施されることになったケースがいくつかある。
3. 費用等の理由により実施するかどうかを各職場で決めることが難しい対策については、より上位の組織に提案し、検討を依頼できるしくみがある。ただし、実際に提案され、実施されることになったものは少ない。
4. 費用等の理由により実施するかどうかを各職場で決めることが難しい対策については、より上位の組織に提案し、検討を依頼できるしくみがある。実際に提案され、実施されることになったものも多いが、結論がでるまでに時間がかかっている。
5. 費用等の理由により実施するかどうかを各職場で決めることが難しい対策については、より上位の組織に提案し、検討を依頼できるしくみがある。実際に提案され、実施されることになったものも多く、短時間で結論を出せている。

Ⅲ－L－1	
-------	--

(L－2) 自分たちだけで実施を決められない対策について、より上位の組織による検討と決定が適切になされることは、人に起因するインシデント・事故を防ぐ上でどの程度重要だと思いますか。以下の選択肢の中からもっとも近いものを選び、番号を回答欄に記入して下さい。

1. 重要でない
2. あまり重要でない
3. どちらともいえない
4. やや重要である
5. 重要である

Ⅲ－L－1	
-------	--

(L－3) 自分たちだけで実施を決められない対策について、より上位の組織による検討と決定が適切になされる上での難しさは何ですか。難しいと感じている点があれば教えて下さい（最大3つ）。

(L－4) (L－3) でお答えいただいた難しさを克服するために現在取り組んでおられることがあれば、その具体的な内容を教えて下さい（最大3つ）。

Ⅲ-M 対策は継続される必要がありますが、ややもすると時間が経つにつれてみんなの関心が薄くなり、実施されなくなります。あなたの病院における「**対策の定着と継続的改善**」の現状と課題についてお伺いします。

(M-1) 対策の定着と継続的改善に対する取り組みの現状として、もっとも近いものを以下の選択肢の中から選び、その番号を回答欄に記入して下さい。

1. 対策の定着状況や効果については誰も責任を持っておらず、対策がいつの間にか実施されなくなっている。
2. 一部の職場では対策を職場のルールとして定め、その定着状況や効果を一定期間後に評価・確認している。
3. 対策を職場のルールとして定め、その定着状況や効果を一定期間後に評価・確認している。しかし、定着状況や効果が十分でない時、改善に継続的に取り組んでいるケースは少ない。
4. 対策を職場のルールとして定め、その定着状況や効果を一定期間後に評価・確認している。また、定着状況や効果が十分でない時には、継続的に改善に取り組んでいる。ただし、十分な成果を得るところまでは至っていない。
5. 対策を職場のルールとして定め、その定着状況や効果を一定期間後に評価・確認している。また、定着状況や効果が十分でない時には、継続的に改善に取り組んでおり、十分な成果を達成している。

Ⅲ-M-1	
-------	--

(M-2) 対策をきちんと定着させ、効果が不十分なものについてさらなる改善を検討することは、人に起因するインシデント・事故を防ぐ上でどの程度重要だと思いますか。以下の選択肢の中からもっとも近いものを選び、番号を回答欄に記入して下さい。

1. 重要でない
2. あまり重要でない
3. どちらともいえない
4. やや重要である
5. 重要である

Ⅲ-M-2	
-------	--

(M-3) 対策をきちんと定着させ、効果が不十分なものについてさらなる改善を検討する上での難しさは何ですか。難しいと感じている点があれば教えて下さい（最大3つ）。

(M-4) (M-3) でお答えいただいた難しさを克服するために現在取り組んでおられることがあれば、その具体的な内容を教えて下さい（最大3つ）。

質問Ⅳ インシデント・事故の未然防止活動についてのその他のご意見をお伺いします。

Ⅳ－１ 質問Ⅲで取り上げた１３の要素以外で、人に起因するインシデント・事故を防ぐ上で重要と考えられるものがあればお書き下さい（最大３つ）。

Ⅳ－２ 人に起因するインシデント・事故の未然防止にかかわるその他のご意見がありましたらお書き下さい。

--

以上で、アンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。