

Title	医療事故防止に向けた組織風土・文化の改善に関する調査研究
Sub Title	Research for the improvement of organizational climate and culture for the prevention of medical accident
Author	吉野, 貴之(Yoshino, Takayuki) 高野, 研一(Takano, Kenichi)
Publisher	慶應義塾大学大学院システムデザイン・マネジメント研究科
Publication year	2010
Jtitle	
JaLC DOI	
Abstract	<p>1999年1月に発生した横浜市立大学医学部附属病院における患者誤認事故以降、医療事故に関する報道は増加しそれまで表に出てこなかった事故事例が大きく報道されるようになった。一般の人でも自分の周りでも起こりうる問題であるため関心が高く、医療安全への過度な要求が社会問題となってきた。同時に、国をあげて医療安全に取り組むことが必要であるとの認識を深めることにもなり、医療法の改定やインシデント事例の収集・分析など多くの医療安全に対する取り組みが行われてきた。しかし一方で、2010年9月の帝京大学付属病院の院内感染事故など同様の医療事故の報道は後を絶たない。</p> <p>本研究では医療事故防止には組織の安全文化の醸成が重要であるとの仮説を立て、医療業界の安全文化意識の傾向の分析、安全文化意識と病院の安全レベルのインディケータの傾向を見つけること、および改善案の提案を目的とする。</p> <p>アンケートの質問は8軸の安全文化モデルを元に98項目を作成した。アンケートは2010年9～12月に実施し、49施設4,967枚の回答を得た。</p> <p>アンケート分析では主成分分析を行い、安全上主要な質問項目が第1主成分に集中することがわかり、これを総合的安全指標と名付けた。さらに主成分分析から得られた第1主成分得点を用いて、施設の安全レベルとの関連性を確認するために病院機能評価係数IIとの相関分析を行った。その結果、第1主成分得点と病院機能評価係数IIは正の相関があることがわかった。また因子分析を行い、新たな安全尺度として12因子を抽出した。この12因子を用いて共分散構造分析を行い各因子間の因果関係を分析した。その結果「職場の安全体制」に影響を及ぼすモデルを設定し、重要な因子を選定することができた。最後に主成分分析と共分散構造分析の結果から「職場の安全体制」に最も影響を及ぼす質問項目を選定し改善案を提言した。</p>
Notes	修士学位論文. 2010年度システムエンジニアリング学 第47号
Genre	Thesis or Dissertation
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=KO40002001-00002010-0056

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the Keio Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

修士論文

2010 年度

医療事故防止に向けた組織風土・文化の
改善に関する調査研究

吉野 貴之

(学籍番号：80933646)

指導教員 教授 高野 研一

2011 年 3 月

慶應義塾大学大学院システムデザイン・マネジメント研究科
システムデザイン・マネジメント専攻

論 文 要 旨

学籍番号	80933646	氏 名	吉野貴之
論文題目： 医療事故防止に向けた組織風土・文化の改善に関する調査研究			
<p>(内容の要旨)</p> <p>1999年1月に発生した横浜市立大学医学部附属病院における患者誤認事故以降、医療事故に関する報道は増加しそれまで表に出てこなかった事故事例が大きく報道されるようになった。一般の人でも自分の周りでも起こりうる問題であるため関心が高く、医療安全への過度な要求が社会問題となってきた。同時に、国をあげて医療安全に取り組むことが必要であるとの認識を深めることにもなり、医療法の改定やインシデント事例の収集・分析など多くの医療安全に対する取組みが行われてきた。しかし一方で、2010年9月の帝京大学付属病院の院内感染事故など同様の医療事故の報道は後を絶たない。</p> <p>本研究では医療事故防止には組織の安全文化の醸成が重要であるとの仮説を立て、医療業界の安全文化意識の傾向の分析、安全文化意識と病院の安全レベルのインディケータの傾向を見つけること、および改善案の提案を目的とする。</p> <p>アンケートの質問は8軸の安全文化モデルを元に98項目を作成した。アンケートは2010年9～12月に実施し、49施設4,967枚の回答を得た。</p> <p>アンケート分析では主成分分析を行い、安全上主要な質問項目が第1主成分に集中することがわかり、これを総合的安全指標と名付けた。さらに主成分分析から得られた第1主成分得点を用いて、施設の安全レベルとの関連性を確認するために病院機能評価係数Ⅱとの相関分析を行った。その結果、第1主成分得点と病院機能評価係数Ⅱは正の相関があることがわかった。また因子分析を行い、新たな安全尺度として12因子を抽出した。この12因子を用いて共分散構造分析を行い各因子間の因果関係を分析した。その結果「職場の安全体制」に影響を及ぼすモデルを設定し、重要な因子を選定することができた。最後に主成分分析と共分散構造分析の結果から「職場の安全体制」に最も影響を及ぼす質問項目を選定し改善案を提言した。</p>			
キーワード (5語) 安全文化、組織、病院、医療事故、組織風土・文化			

SUMMARY OF MASTER'S DISSERTATION

Student Identification Number	80933646	Name	Takayuki Yoshino
<p>Title</p> <p style="text-align: center;">Research for the Improvement of Organizational Climate and Culture for the Prevention of Medical Accident</p>			
<p>Abstract</p> <p>Since medical accident in the Yokohama City University hospital which occurred in January 1999, the news and reports about the medical accident have increased. The medical accident has become one of the major concerns for the public because it could happen with everyone, and an excessive demand to the medical safety has become a social problem.</p> <p>At the same time, the recognition that it is necessary to think hard about medical safety in Japan has become intense, and actions for much medical safety such as the revision of the Medical Law or collection and the analysis of the incident example have been performed. However, there is no end to the news of a similar medical accident such as the in-hospital infection accident in Teikyo University Hospital in September 2010.</p> <p>In this paper, basing on the hypothesis that a medical accident and organizational climate and culture are related to closely, the aim of this research is the analysis of the tendency of safety culture consciousness of healthcare industry, and the analysis of the tendency of safety culture consciousness and the indicator of the safety level of the hospital.</p> <p>Based on 8 shaft safety culture model, the question of the questionnaire made 98 items. At analysis of the questionnaire, t test, multiple comparison, principal component analysis, correlative analysis, factor analysis and covariance structure analysis are used. As a result of those analyses, the correlation between first principal component score and hospital assessment coefficient II is turned out, and the improvement plan is proposed by the model that had an influence on "the safety system of the workplace".</p>			
<p>Key Word(5 words)</p> <p>Safety culture, Organization, Hospital, Medical accident, Organizational climate and culture</p>			

目次

1. 諸言.....	6
1.1. 背景.....	6
1.2. 先行研究.....	7
1.3. 本研究の目的.....	8
1.4. 本研究の構成.....	8
2. 仮説構成.....	9
2.1. 医療事故.....	9
2.2. 組織事故.....	9
2.3. 安全文化.....	13
2.4. 仮説.....	15
3. アンケート調査.....	16
3.1. アンケート調査の対象.....	16
3.2. アンケート調査の方法.....	16
3.3. アンケート質問項目の作成.....	16
3.4. アンケート発送と回収結果.....	17

4.	アンケート調査結果.....	18
4.1.	有効回答サンプル.....	18
4.2.	組織情報データ.....	20
4.3.	t検定によるサンプルグループ間の比較.....	21
4.4.	t検定によるサンプルプロフィール間の比較.....	24
5.	分析.....	29
5.1.	多重比較.....	29
5.2.	主成分分析.....	38
5.3.	病院機能評価係数Ⅱとの相関分析.....	40
5.4.	因子分析.....	41
5.5.	共分散構造分析.....	44
6.	考察.....	46
7.	結言.....	50
8.	謝辞.....	51
9.	参考文献.....	52
10.	付録.....	54
10.1.	アンケート依頼書.....	54
10.2.	Fax 回答資料.....	55
10.3.	安全文化アンケートについての資料.....	57
10.4.	組織情報記入用紙.....	61
10.5.	アンケート指示用紙.....	62
10.6.	アンケート設問項目.....	63
10.7.	自由記述欄コメント.....	70

1. 諸言

1.1. 背景

1999年1月に発生した横浜市立大学医学部附属病院における患者誤認事故以降、医療事故に関する報道は増加しそれまで表に出てこなかった事故事例が大きく報道されるようになった。一般の人でも自分の周りで起こりうる問題であるため関心が高く、医療安全への過度な要求が社会問題となってきた。同時に、国をあげて医療安全に取り組むことが必要であるとの認識を深めることにもなった。

同時期の1999年11月、米国医学研究所が設置した米国医療の質委員会（Committee on Quality of Health Care in America）から「To error is human: building a safer health system」という報告書が公表された。この中で米国での医療ミスによる死亡数は年間44,000人～98,000人にのぼり、交通事故、乳がん、エイズによる死亡数を上回ると報告され、日本だけでなく米国でも医療安全に対する関心が高まった。この報告書が強調していることは、「人は誰でも間違える」ことを前提とし、事故の責任を他人に負わせるのではなく「ミスを起こしにくい組織作りをする」必要があるということであった。また、WHOも2004年にはWorld Alliance for Patient Safetyを創設し、国際的に医療安全推進の活動を進めてきた。

国内では2000年4月1日から医療法施行規則により、特定機能病院に①医療安全に関する指針の整備、②医療事故等の報告体制、③委員会の開催、④職員研修、が義務付けられた。2001年、厚生労働省は前述の事故以来続出する医療事故の報道と、社会からの批判の声を受け、医政局総務課に医療安全推進室を設けた。これによって、厚生行政として医療安全に取り組む姿勢が明らかになった。2003年からは前述の①～④に加えて⑤専任の安全管理者の配置、⑥医療安全管理担当部門の設置、⑦患者相談窓口の設置、が義務付けられた。①～④については2002年10月1日から全ての病院および有床診療所が対象となった。これが遵守出来ない場合、診療報酬上も1患者10点の減算がされる。また2006年の診療報酬改定で医療安全管理者の配置に対して「医療安全対策加算」が実施された。

2002年には医療法施行規則の一部改正によって、医療機関はヒヤリ・ハット事例等、医療安全に資する情報を収集・分析するシステムを医療機関内部に設けることが義務付けられた。2005年からは特定機能病院や臨床研修指定病院等に、医療安全管理を行う部署を設置し、専従者を置くことが義務付けられ、2004年からはこれらの病院に事故の報告が義

務付けられた。

現在、医療安全の課題は日本だけでなく世界的な問題となり、様々な施策・取組みがなされてきている。しかし 2010 年 9 月に報道された帝京大学付属病院院内感染事例からもわかるように現在でも同様の医療事故に関する報道は後を絶たない。

1.2. 先行研究

(専門病院における安全文化レベル評価に関する調査研究,奥村ら,2008)では、2003 年 10～11 月に安全文化評価ツール (Safety Culture Assessment Tool : 以下 SCAT と略す) を心臓循環器の一専門病院に適用することで、対象組織の安全文化を調査している。またヒューマンエラーを誘発する可能性がある組織要因の検出を行っている。(細田ら,2008)は「安全文化は組織が安全性を確保するために構築した体制・設備・活動などの仕組みと、組織メンバーがそれらに対して示す態度や行動、および組織メンバーの態度・行動傾向の組織内共有性、の 3 側面の相互関係によって規定される」とし、組織の安全文化を自らが把握出来るための質問紙調査として SCAT を開発した。SCAT は基本的には、前述の安全文化の 3 構成要素に基づき、安全確保のための仕組みに向けられた「組織メンバーの安全態度・安全行動」およびそれらに対する「管理者層、現場責任者層および作業層のそれぞれの層間共有性」という 2 つの指標から安全文化レベルを評価するものである。当病院の特徴として、管理者層、現場責任者層および作業層の層間の認識にギャップが大きいことが挙げられた。評価分野、評価項目別の分析結果では、共通して「不具合処理」、「情報経路・コミュニケーション」および「作業条件」の 3 分野は両得点とも平均と比較し有意に低かった。改善すべき優先度が高い項目としてこの分野が挙げられた。中でも、「意思疎通能力」、「ボトムアップ経路」、「環境条件の把握」および「現場実態の把握」の 4 項目は各層で共通で平均と比較して、両得点とも有意に低いことが示された。また、経営者に対する評価に限り、意思、実務管理者、実務者から「安全活動の評価」の評価が有意に低く、経営者は現場の安全活動を適切に評価していないとの思いが現場に蔓延しているのではないかと述べている。

(安全文化を測る,種田ら,2009)では、Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) による既に妥当性の示された患者安全文化尺度を翻訳し、2005 年 1～2 月に 8 病院を対象に、2006 年 2～3 月に 16 病院を対象にそれぞれ調査を行った。患者安全文化尺度として「オープンなコミュニケーション」、「エラー後のフィードバック」、「イベントの報告される頻度」、「仕事の引き継ぎや患者の移動」、「患者安全に対する病院マネジメント

支援」、「過誤に足しする非懲罰的対応」、「組織—継続的な改善」、「安全に対する総合的理解」、「人員配置」、「上司の安全に対する態度や行動」、「部署間でのチームワーク」および「部署内でのチームワーク」の12因子を見出し、日本語版の安全文化測定ツールの信頼性と妥当性を述べている。

1.3. 本研究の目的

本研究の最終目標は医療事故低減のために医療機関の組織風土・文化の活性化を行い、医療従事者と患者の双方が満足するいく医療現場を作ることである。この目標を達成するために本研究ではまず医療業界の安全文化意識の傾向の分析、安全文化意識と病院の安全レベルのインディケータの傾向を見つけること、および分析結果から改善案を導きだすことを目的とする。

1.4. 本研究の構成

Figure1.4.1 は本研究のVモデルである。第2章では医療事故についての特徴を確認し、安全文化との関連性についての仮説を述べる。また8軸の安全文化モデルの説明を行う。第3章ではアンケートの作成と調査について述べる。第4章ではアンケート結果について説明し、第5章では分析結果を元に仮説の検証を行う。第6章では考察、第7章では全体のまとめについて述べる。

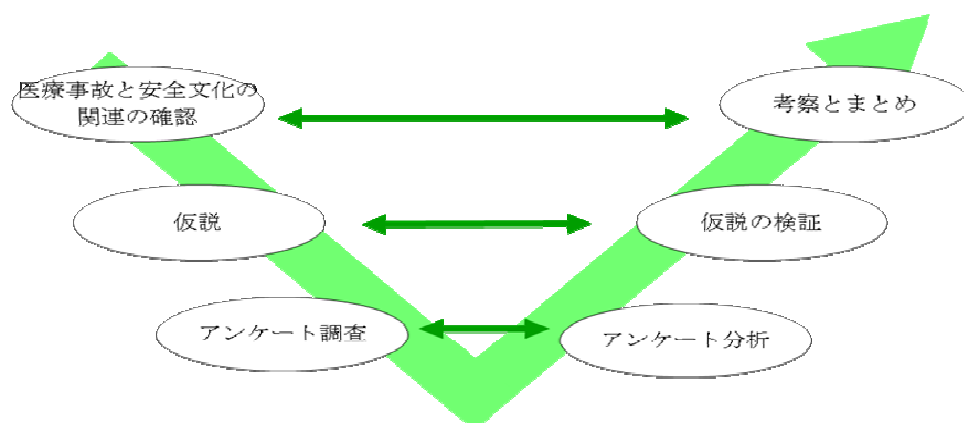


Figure1.4.1 本研究のV字モデル

2. 仮説構成

2.1. 医療事故

厚生労働省リスクマネジメントスタンダードマニュアル作成委員会「リスクマネジメントマニュアル作成指針」によると医療事故は「医療に関わる場所で、医療の全過程において発生するすべての人身事故」と定義されている。また、山内（1998）は、医療事故を、①不可抗力によるもの、②過失によるもの、③故意によるもの、の3つに整理した。不可抗力によるものとは、医療の内容に問題がないにも関わらず起こってしまった事故である。例えば、患者が薬剤や造影剤へのアレルギーがないことを確認して、CT検査の際に造影剤を投与したところアナフィラキシーショックに陥ったという事例は、過失のない医療事故である。過失によるものとは、医療の内容に問題があつて起こってしまった事故である。服薬の際に患者本人の内服薬の他に同姓の他患者の内服薬を投与してしまった事例がある。過失によるものには、さらにエラーとルール違反がある。医療現場では、医療事故を不可抗力によるものと過失によるものであると定義することが多い。それは、故意による医療事故は医療者にとって一般的には考えられにくいためである。本研究においても、医療事故を不可抗力、あるいは過失による医療行為から発生する事故と定義する。

2.2. 組織事故

ジェームズ・リーズン(1999)によると、人は以下の2つの方法によって事故に係わる。①顕在的失敗（active failures）と②潜在的条件（latent conditions）とである。前者は、組織システムの最前線の者、パイロットやオペレーター、看護師や医師によって起こされる不安全行動である。この不安全行動は、墜落やプラントの暴走、与薬ミスや手術ミスなどの結果に顕在的な形でつながる。後者は、組織システム全般に係わる失敗であり、直ちに事故に結びつかないものの、顕在的失敗を引き起こしやすくする組織的な要因である。規則・ルールの不明確さや違反に寛容的な態度や集団浅慮による誤った決定などが考えられる。

さらに、ジェームズ・リーズン(1999)はこの組織要因である潜在的条件あるいは潜在的条件が誘発する顕在的失敗により生じた組織全体ないしは組織外部にまで損害をもたらすことを「組織事故（organizational accident）」と定義した。

この組織事故については医療以外の産業分野で研究が行われてきたが、医療業界での研究は他産業界と比べて遅れているのが現状である。しかし Table2.2.1 を見ると医療業界は「要となるオペレータのエラー」と「第三者へのリスク」について「非常に大」となっ

いて早急な対応が必要だと考えられる。

Table2.2.1 4つのリスクの型についてさまざまな産業界での算定結果の比較（ジェームズ・リーズン(1999)、組織事故より引用）

産業界	人身災害リスク	要となるオペレーターのエラー	潜在的原因	第三者へのリスク
原子力発電	非常に小（通常時）	大	大	非常に大
化学プラント	中小（通常時）	大	大	非常に大
商業航空	中大（地下勤務）	大	大	非常に大
先端的製造業	非常に小	大	大	変わる
石油探索・生産	大	大	大	非常に大
船舶	大	大	大	非常に大
鉄道	大（設備工事）	大	大	大
建設	非常に大	中・大	大	大
鉱山	非常に大	中・大	大	小・大
医療	中	非常に大	大	非常に大
金融サービス	非常に小	非常に大	大	大
スポーツスタジアム群 集管理	大	大	大	大

また現代の医学は高度に専門分化し、患者と家族を中心にして、多くの医療スタッフの関与によって成り立っている。一般的な医療現場では医療・医学の進歩に伴い、医師をはじめ、専門指向が強くなった医療スタッフが集まり診療行為を行うチーム医療の形態がとられている。チーム医療とは、医療スタッフが協力し合って、それぞれが自己の専門的な能力を発揮し、その相乗効果によって、患者に対して、適切な医療を提供するための方法の一つである（横浜市立大学医学部附属病院の医療事故に関する事故調査委員会、報告書、1999.3）。

このように専門的なスタッフの協力により上手くエラーに対してのチェックがあり危険を回避する機能が働いているように思えるが、Table2.2.2 を見ると病院スタッフは幅広く複雑な労働やサービスをしているという特徴があることがわかる。

Table2.2.2 仕事の違いによる労働とサービスの特徴（山内桂子・山内隆久（2000） 医療事故なぜ起こるのか、どうすれば防げるのか 朝日新聞社 より引用）

項目	病院スタッフ（特に医師・看護師）	小学校教師	銀行の窓口係	長距離トラック運転手	農業
1 労働者に求められる資源	頭脳+肉体	頭脳+肉体	主に頭脳	主に肉体	主に肉体
2 分業の程度	高い	低い	高い	低い	低い
3 サービス内容の決定者	自分+他者（患者、同僚、上司）	自分	他社（来客、上司）	他社（運行計画者）	自分
4 サービスの特性	心理的+物的	心理的	物的	物的	物的
5 サービスの種類	多い	多い	少ない	少ない	少ない
6 操作（はたらきかけ）の対象	人+機器	人	人+機器	機器	自然+機器
7 操作対象の切り替え頻度	多い	-	多い	-	少ない
8 サービス消費者との距離	近い	近い	近い	遠い	遠い

※いずれの職種も場面や状況によって内容が異なる。この分類は厳密なものではなく、相対的違いを表している。

実際の医療現場では忙しさに追われ Figure2.1.1 のスイスチーズモデルの例のように、普段はスタッフや機械が危険を発生させたときに階層的な防護壁によってそれが事故になることを防いでいるが、防護は完璧ではないのでチーズの穴がたまたま重なるように危険が防護壁の穴をくぐり抜けてしまった場合に事故が発生してしまうことが考えられる。

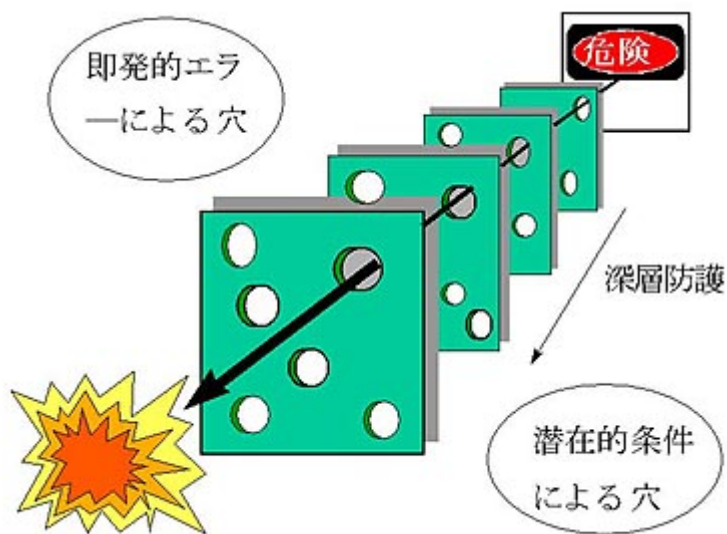


Figure2.2.1 スイスチーズモデル (ジェームズ・リーズン(1999)、組織事故より引用)

また、山内・山内(2000)は医療組織で起こる事故を Figure2.2.2 のように各スタッフは危険を防護する機能もあるが、逆に危険を発生させる可能性もあることを指摘し危険が患者へ到達するまでに徐々に大きくなっていくと表現している。

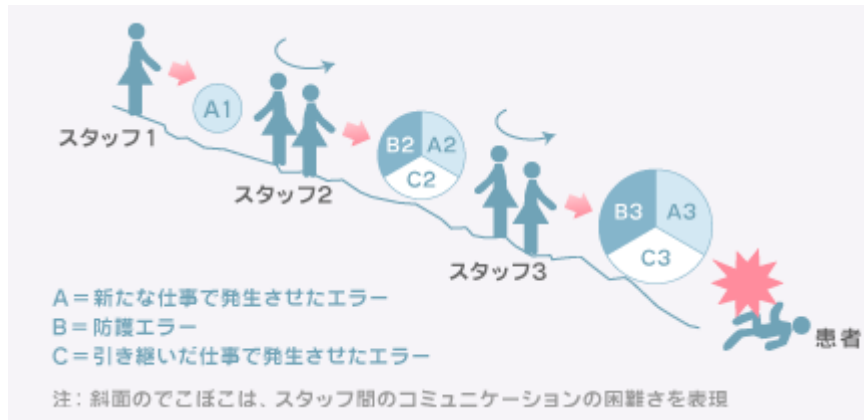


Figure2.2.2 スノーボールモデル (山内桂子・山内隆久 (2000) 医療事故なぜ起こるのか、どうすれば防げるのか 朝日新聞社 より引用)

このように山内・山内 (2000) は、医療事故が組織事故であると強調し、その他の医療事故研究においても医療事故を個人の失敗のみに帰することなく、組織事故として捉えるのが最近の動向である。

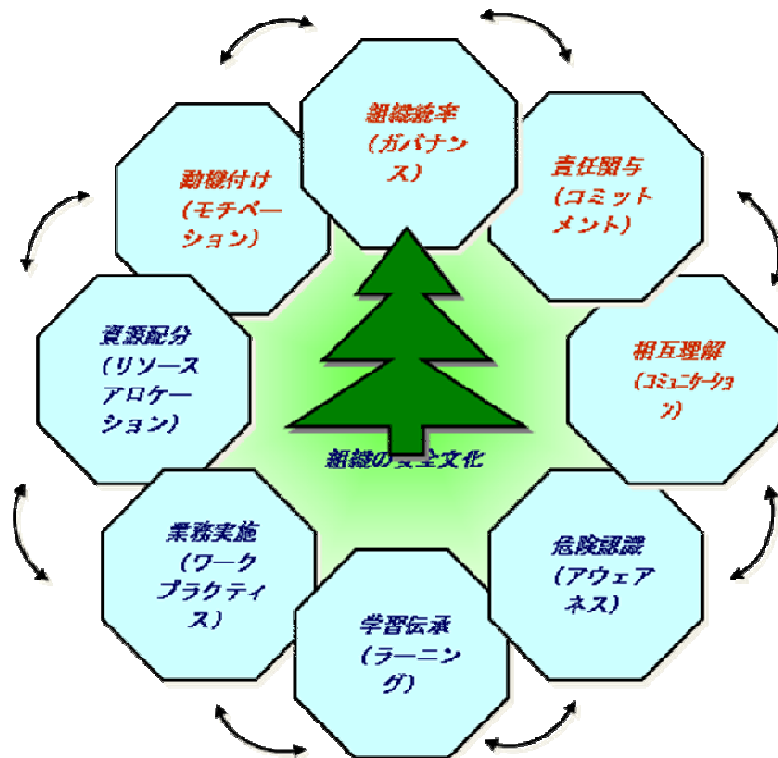
2.3. 安全文化

「安全文化」については 1986 年に発生したチェルノブイリ原子力発電所の事故を受けて広く言及されるようになったが、公式な報告書等で言及されたのは、同事故を受けて国際原子力機関 (IAEA) の国際原子力安全諮問グループ (INSAG) が発表した報告書 (INSAG-1) が最初とされている。IAEA による安全文化の定義は「安全が他の何よりも優先され、安全問題が最大の関心事として注意が払われ、それを保証する組織および個人の特性と態度の集合体である。」となっている。その後、同諮問グループが 1991 年にまとめた INSAG-4 において、次のように定義付けがなされている。

「原子力発電所の安全の問題には、その重要性にふさわしい注意が最優先で払われなければならない。安全文化とは、そうした組織や個人の特性と姿勢の総体である。」(平成 17 年版原子力安全白書において引用されている訳)

さらに、ジェームズ・リーズン(1999)は、その著書「組織事故 (Managing the Risks of Organizational Accidents)」の中で、組織事故の抑制に適用される「安全文化」とは「情報に立脚した文化」であり、それは、「報告する文化」、「正義の文化」、「柔軟な文化」、「学習する文化」という 4 つの要素から構成されるとしている。また、安全文化の取組みは、風化することなく、永続していくことが必要で著書の中で「最後の勝利なき長期のゲリラ戦である」と例えている。

本研究では「安全文化」を高野らが提唱する 8 軸の安全文化で考えている。8 軸の安全文化とは、ジェームズ・リーズンの 4 つの文化の要素が行き届いた組織にするために、「各国機関で提唱されている安全文化のガイドライン (IAEA 含む)」、「無事故企業の研究など学術的な既存の研究」、「我が国で発生した近年の組織事故の共通要因」、「我が国の安全優良企業の調査結果」、「我が国企業の安全診断による評価結果 (電力中央研究所の調査)」の視点で安全文化の構成要因を構築したものである。8 軸の安全文化の構成要因を table2.3.1 で示す。



※8軸は隣接する軸同士の関連が深いですが、他の軸とも密接に係わっている。

Figure2.3.1 8軸の安全文化モデル

Table2.3.1 8軸の安全文化の構成要因

組織統率 (ガバナンス)	組織内で安全優先の価値観を共有し、これを尊重して組織管理を行うこと。コンプライアンス、安全施策における積極的なリーダーシップの発揮を含む。
責任関与 (コミットメント)	組織の経営層および管理層から従業員まで、また規制機関、協力会社職員までが各々の立場で職務遂行にかかわる安全確保に責任を持ち、関与すること。
相互理解 (コミュニケーション)	組織内および組織間(規制機関、同業他社、協力会社)における上下、左右の意思疎通、情報共有、相互理解を促進すること。
危険認知 (アウェアネス)	個々人が各々の職務と職責における潜在的リスクを意識し、これを発見する努力を継続することにより、危険感知能力を高め、行動に反映すること。
学習伝承 (ラーニング)	安全重視を実践する組織として必要な知識(失敗経験の知識化等)、そして背景情報を理解し実践する能力を獲得しこれを伝承していくために、自発的に適切なマネジメントに基づく組織学習を継続すること。またそのための教育訓練を含む。
作業管理 (ワークマネジメント)	文書管理、技術管理、作業標準、安全管理、品質管理など作業を適切に進めるための実効的な施策が整備され、個々人が自主的に尊重すること。
資源管理 (リソースマネジメント)	安全確保に関する人的、物的、資金的資源の管理と配分が一過性でなく適正なマネジメントに基づき行われていること。
動機付け (モチベーション)	組織としてふさわしいインセンティブ(やる気)を与える／自ら獲得することにより、安全向上に向けた取組が促進されるとともに、職場満足度を高めること。

2.4. 仮説

前節までで述べたように本研究では医療事故を組織事故として捉え、組織の安全文化意識と医療機関の安全レベルを示すインディケータには相関関係があるという仮説を立てた。つまり医療事故防止には組織の安全文化意識の向上が有効ではないかと仮定した。

3. アンケート調査

3.1. アンケート調査の対象

医療従事者へのヒアリングや先行研究の事例で、病院勤務者は多忙のためアンケート調査への協力が難しいのではないかと、ということが最大の懸念点として挙げられた。そのためアンケートの回収率を上げることを最優先事項として、アンケート調査を実施した。

本研究で調査対象とした病院は 2009 年 9 月現在の単独・管理型臨床研修病院、802 施設である。医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、等を中心に病院勤務者全員をアンケート回答の対象とした。これは研修医を受け入れているような病院では安全への意識が高いと考えアンケート調査への協力の可能性が高いと判断したためである。また医療業界ではトップダウン型のアプローチが有効だということも選定の理由に挙げられる。

3.2. アンケート調査の方法

前節でも述べたようにアンケートの回収率を上げるための手段として、第一に郵送による紙媒体での回答方式とインターネットを使用した PC 上での回答方式の 2 種類を選択可能とした。第二に回答の負荷を軽減するために、アンケート回答をマーク式にした。第三に郵送方式の場合に回答済みのマークシートを他人に見られないように、調査対象者全員に封筒を配布し、マークシートを厳封の上で提出するようにした。

3.3. アンケート質問項目の作成

調査における具体的な質問項目は、8 軸の安全文化モデルに基づき産業界向けに作成された質問項目を元に以下の点を考慮して設定した。

第一に質問項目に登場する産業界向けの単語を医療業界向けに置き換えた。例として産業界での社員、事業所、工程などの単語をそれぞれスタッフ、病院、スケジュールなどと医療業界で使用されている単語に修正した。

第二に「医療事故防止対策マニュアル第二版」(神戸大学医学部附属病院,2001)、「ヒューマンエラー防止のヒューマンファクターズ」(行待武夫,2004) および「医療安全とリスクマネジメント」(嶋森好子・任和子,2008) を参考に医療業界特有の設問を追加し、産業界特有の設問を削除した。

なお、各質問項目に対しての回答は「1:全く当てはまらない」「2:あまり当てはまらない」「3:どちらともいえない」「4:少し当てはまる」「5:非常によく当てはまる」の 5 段階で評価した上で回答する形式とした。

3.4. アンケート発送と回収結果

本調査ではアンケート対象病院である 802 施設に対してアンケート協力を依頼するために 2010 年 7 月末に依頼状を送付した。送付物はアンケートの要旨を書いた依頼状本文、アンケート参加への是非を確認する返答用 Fax 用紙、安全文化とアンケート調査についての説明資料、郵送方式とインターネット方式のアンケート回答方式の説明資料の 4 点である。アンケート依頼状を送付した病院のうち、アンケートへの協力を受諾したのは郵送方式 51 施設、インターネット方式 6 施設であった。これらの病院に対して郵送方式を選択した病院には 9 月から 12 月にアンケート用紙本文、回答用マークシート、回答したマークシートの封入用封筒を各病院の必要数、また担当者向けアンケート実施説明資料、組織情報記入用紙を各病院 1 枚ずつ送付した。インターネット方式を選択した病院にも 9 月から 11 月にかけて、メールにてアンケート回答の接続先 URL を記述した資料、担当者向けアンケート実施説明資料、組織情報記入用紙を送付した。その中で、実際にアンケートの返送があったのは郵送方式 43 施設 4,874 枚、インターネット方式 6 施設 93 枚、合計 49 施設 4,967 枚であった。

4. アンケート調査結果

4.1. 有効回答サンプル

アンケート分析を行うにあたってその精度を高めるためには本調査に不適格なサンプルを取り除く必要がある。そのため本調査では 4,967 枚のアンケート回答の中から下記の 2 条件いずれかを満たす計 335 枚のサンプルを除外した。

①5 パーセント以上の欠損値のあるサンプル

②同じ選択肢に 80 パーセント以上の回答が集まっているサンプル

さらに本研究では病院間の比較も行う。その際に利用する数値は病院ごとの各サンプルの回答の平均値を利用する。そのため、ある程度のサンプル数が確保出来ないと病院の組織風土・文化を表した指標にはならないと考えられる。従って本研究では、有効な回答サンプルが 30 以上あった 27 施設 4,301 枚を分析に利用する。

以上の処理の結果得られた有効サンプルのプロフィールを Table4.1.1 に示す。

Table4.1.1 有効サンプルプロフィール

属性		サンプル数(人)	割合(%)
性別	男	960	22.3
	女	3334	77.5
	無回答	7	0.2
年齢	20歳以下	12	0.3
	21-30歳	1532	35.6
	31-40歳	1137	26.4
	41-50歳	957	22.3
	51-60歳	609	14.2
	61歳以上	47	1.1
	無回答	7	0.2
職位	管理職	797	18.5
	非管理職	3497	81.3
	無回答	7	0.2
主な職務	医師	429	10.0
	看護師	2967	69.0
	薬剤師	242	5.6
	臨床検査技師	271	6.3
	理学・作業療法士	51	1.2
	給食関係	75	1.7
	その他	260	6.0
	無回答	6	0.1
本医療機関での勤続年数	3年以下	1317	30.6
	4-10年	1336	31.1
	11-20年	813	18.9
	21-30年	571	13.3
	31-40年	247	5.7
	41年以上	3	0.1
	無回答	14	0.3
同一職種での勤務年数	3年以下	966	22.5
	4-10年	1328	30.9
	11-20年	951	22.1
	21-30年	745	17.3
	31-40年	288	6.7
	41年以上	5	0.1
	無回答	18	0.4
勤務形態	主に日勤	2116	49.2
	主に交替勤務	2119	49.3
	その他(臨時・不定期)	47	1.1
	無回答	19	0.4

4.2. 組織情報データ

本調査ではアンケート用紙とは別に、病院の安全レベルを知るために院内で発生した医療事故の件数を記入する組織情報記入用紙を配布した。しかしその回答は”医療事故”の定義が曖昧であったためか病院間での件数に大きな差があったり、回答を強制できなかったため無回答のデータが多くあったりした。そのため病院の安全レベルを知るための指標として病院機能評価係数Ⅱを用いた。

病院機能評価係数Ⅱとは平成 22 年度より DPC 導入病院の診療報酬について新しいルールが導入されたときに登場し、「データ提出指数」「効率性指数」「複雑性指数」「カバー率指数」「救急医療係数」「地域医療指数」の 6 項目から算出され、係数が大きい病院のほうが高度な医療機能を有するとみなされ、1 日あたりの診療報酬単価を高く請求することができる値である。

本調査では平成 22 年 7 月 30 日に厚生労働省より告示された病院機能評価係数Ⅱの値を使用する。(出典 2010.7.30 官報 (厚生労働省告示第 321 号)『厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、調整係数及び機能評価係数の一部を改正する件 (告示)』)

4.3. t検定によるサンプルグループ間の比較

対象となった病院の特徴を概観するため、質問 98 項目それぞれについて病院毎の平均を算出し、全サンプルの平均に対する病院毎の平均の差の検定(t 検定)を行った (Table4.3.2、Table4.3.3)。表では青色、緑色がそれぞれ有意水準 5%、10%で平均より優れており、赤色、黄色がそれぞれ有意水準 5%、10%で平均より劣ることを示している。病院毎に平均より優れている、劣っていることが明確にわかる。また 8 軸の安全文化項目や対象項目での隔たりは見られない。

なお、質問の中には番号 16「仕事上の指揮命令系統や職務分掌が曖昧である」のように否定的な内容を持つ 17 問の反転項目が含まれている。これらの 17 項目 (Table4.3.1) については「6-回答値」の処理を施した上で平均を算出した。

Table4.3.1 反転項目

番号	質問内容
14	この職場では年代ごとの人員構成に偏りがあり技術伝承がスムーズにできない
16	仕事上の指揮命令系統や職務分掌が曖昧である
17	無駄な会議や形式化・形骸化した会合が多い
18	この職場では一部の科・部門あるいは人に職務が集中する傾向にある
20	基準を超えた長時間勤務が常態化している
22	医療機器・設備の耐用年数を超えて使用している場合が多い
32	都合の悪い情報や事実は歪められて伝えられることが多い
42	個人の過失による医療事故・ニアミスの責任を追及している
45	規則より習慣が優先される
57	本来の業務でない余計な雑務が多い
66	上位者の判断は常に正しいとされる傾向がある
68	職務上での判断は個人よりも組織の都合が優先される
75	安全で確実な方法で作業をするよりも時と場合によっては早く終わらせることを優先する
77	状況が切迫している場合や規則自体に問題がある場合には、規則に従わないこともある
83	重要な業務であってもアウトソーシング (外注) する傾向がある
87	安全に関する現場の問題は各科・各部門で処理されリスクマネジメント部門には知らされない
98	リストラや人員整理がなされてきた

Table4.3.3 病院別平均の差の検定（対象項目並び）

対象	8軸	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27		
個人	業務管理	67	3.92	3.90	3.89	3.88	3.89	3.97	4.04	3.88	3.92	3.94	4.02	3.99	4.04	4.06	4.07	4.14	4.11	4.15	4.30	4.05	4.06	3.91	4.03	4.06	4.02	3.85	4.13	
		68	2.53	2.57	2.62	2.55	2.50	2.51	2.59	2.48	2.53	2.49	2.58	2.41	2.48	2.40	2.56	2.59	2.23	2.30	2.46	2.33	2.59	2.49	2.56	2.61	2.44	2.61	2.66	
		74	2.88	2.84	2.82	2.84	2.80	2.76	2.75	2.70	2.73	2.85	2.89	2.94	2.84	2.91	2.85	2.98	2.85	2.85	2.96	2.70	2.83	2.88	2.93	2.71	2.96	2.92	2.79	2.73
		63	3.13	3.30	3.28	3.35	3.32	3.29	3.33	3.50	3.67	3.30	3.43	3.68	3.24	3.66	3.50	3.70	3.71	3.64	3.60	3.78	3.38	3.54	3.30	3.41	3.28	3.52	3.66	
		69	3.01	3.47	3.11	3.50	3.50	3.59	3.64	3.93	3.73	3.48	3.53	3.50	3.45	3.60	3.83	4.05	3.50	3.62	4.00	3.54	3.68	3.80	3.44	3.47	3.63	3.67	3.90	
		61	3.37	3.29	3.30	3.21	3.30	3.11	3.24	3.34	3.81	3.33	3.41	3.80	3.21	3.89	3.35	3.64	3.23	3.77	3.84	3.69	3.55	3.51	3.59	3.27	3.47	3.39	3.56	
		58	3.09	3.22	3.12	3.63	3.43	3.12	3.77	3.69	4.25	3.52	4.01	3.90	3.35	3.69	3.74	3.86	3.52	3.82	4.54	3.90	3.18	3.50	3.29	3.11	3.51	3.48	3.56	
		59	3.08	3.27	3.10	3.46	3.22	3.12	3.23	3.45	4.35	3.40	3.71	3.59	3.27	3.57	3.78	3.86	3.45	3.74	4.30	3.97	3.66	3.37	3.25	3.33	3.21	3.24	3.44	
		72	3.56	3.68	3.68	3.65	3.79	3.62	3.69	3.99	3.98	3.79	3.74	3.99	3.63	3.91	3.83	3.80	3.81	4.02	4.00	4.13	3.85	3.97	3.84	3.86	3.87	3.87	4.00	
		66	2.75	2.70	2.74	2.75	2.66	2.83	2.80	2.55	2.52	2.97	2.59	2.57	2.62	2.81	2.52	2.77	2.69	3.62	2.84	2.51	2.91	2.57	2.71	2.66	2.73	2.67	2.84	
64	3.26	3.44	3.45	3.28	3.41	3.38	3.39	3.61	3.62	3.39	3.59	3.55	3.27	3.40	3.73	3.68	3.30	3.68	3.49	3.59	3.44	3.59	3.52	3.40	3.41	3.58	3.47			
62	3.38	3.43	3.40	3.51	3.53	3.53	3.51	3.90	4.12	3.46	3.67	3.64	3.12	3.94	3.80	4.02	3.46	4.13	4.19	4.10	3.26	3.66	3.53	3.42	3.66	3.79	3.94			
65	3.22	3.31	3.49	3.27	3.43	3.30	3.43	3.63	3.68	3.37	3.51	3.53	3.19	3.54	3.65	3.80	3.26	3.53	3.35	3.51	3.21	3.55	3.47	3.35	3.46	3.52	3.38			
56	2.87	3.20	3.09	2.99	2.79	2.87	3.15	3.25	3.38	2.90	3.11	3.15	3.12	3.26	2.91	3.32	2.77	3.55	3.57	3.49	2.32	3.33	2.96	2.92	3.12	3.31	3.22			
87	1.99	2.37	2.21	2.07	2.13	2.37	2.11	2.56	1.98	2.04	2.17	2.09	2.12	1.91	1.73	2.14	2.04	2.02	1.95	2.00	2.41	2.55	2.29	2.14	2.10	2.67	2.25			
個人	業務管理	60	3.24	3.21	3.21	3.34	3.34	3.19	3.39	3.76	4.03	3.31	3.49	3.39	3.33	3.49	3.59	3.91	3.31	3.70	4.19	3.67	3.26	3.51	3.21	3.34	3.53	3.33	3.63	
		70	3.94	4.01	3.97	3.86	4.00	4.02	4.11	4.11	4.03	4.09	4.08	4.09	3.95	4.06	4.17	4.14	3.88	4.28	4.24	3.95	4.06	3.86	4.02	4.02	4.07	4.15	4.31	
		71	3.90	3.45	3.33	3.14	3.47	3.22	3.36	3.44	3.55	3.58	3.50	3.47	3.35	3.49	3.26	3.48	3.71	3.97	3.32	3.41	3.59	3.34	3.34	3.33	3.42	3.52	3.52	
		55	3.57	3.64	3.72	3.60	3.68	3.67	3.87	4.08	4.53	3.57	3.25	4.30	3.80	3.74	4.07	4.14	3.45	4.32	4.32	3.62	3.75	4.25	3.67	3.71	3.93	3.88	4.50	
		72	2.71	2.79	2.74	2.72	2.70	2.74	2.63	2.72	2.63	2.91	2.75	2.62	2.76	2.63	2.44	2.54	2.18	2.70	2.68	2.41	2.59	2.76	2.76	2.58	2.71	2.58	2.77	
		73	3.75	3.78	3.69	3.78	3.79	3.75	3.82	4.03	4.00	3.83	3.89	3.95	3.78	3.94	3.87	4.14	3.69	4.06	4.32	4.05	3.82	3.99	3.75	3.76	3.87	4.06	4.17	
		75	3.29	3.19	3.11	3.12	3.18	3.17	3.14	3.37	3.75	3.13	3.55	3.29	3.38	3.23	3.76	3.66	3.29	3.26	3.62	3.15	3.59	3.66	3.53	3.43	3.21	3.30	3.28	
		76	3.85	3.83	3.79	3.71	3.85	3.86	3.86	3.97	4.07	3.80	3.97	3.92	3.93	3.74	4.00	4.11	3.91	4.25	4.11	4.18	4.03	3.71	3.78	3.86	3.88	3.94	4.03	
		16	2.80	3.12	3.13	2.80	3.06	2.83	3.09	3.19	3.22	3.12	3.20	3.31	3.12	3.32	3.20	3.41	2.77	3.41	3.27	3.21	3.09	3.21	2.80	3.07	2.99	3.15	3.16	
		15	2.33	3.15	3.06	2.89	3.14	3.08	3.13	3.37	3.30	2.91	3.24	3.11	3.15	3.23	3.20	3.43	3.05	3.13	3.51	3.05	3.26	3.30	3.06	3.20	3.67	3.61		
45	2.90	3.00	3.07	2.81	3.02	3.02	3.18	3.21	3.19	2.97	3.10	3.16	2.97	3.13	3.19	3.12	3.26	3.43	3.10	3.00	3.21	3.33	3.00	3.16	3.27	3.19				
7	2.51	3.18	2.98	2.63	2.77	2.60	3.03	3.17	2.83	2.79	3.12	3.27	2.57	2.76	2.85	3.07	2.57	3.09	2.84	3.03	2.68	2.89	2.85	3.06	2.85	2.94	3.28			
9	3.08	3.39	3.29	3.09	3.38	3.26	3.51	3.55	3.30	3.32	3.49	3.27	3.49	3.43	3.77	3.57	3.36	3.62	3.50	3.29	3.43	3.33	3.37	3.46	3.27	3.61				
5	3.12	3.40	3.06	3.53	3.25	3.28	3.42	3.67	3.97	3.42	3.51	3.49	3.27	3.66	3.68	3.95	3.58	3.90	3.86	3.56	3.47	3.07	3.21	3.42	3.30	3.83	3.74			
4	3.05	3.25	3.13	3.11	3.24	3.04	3.30	3.34	3.25	3.16	3.31	3.38	3.09	3.37	3.59	3.64	3.25	3.19	3.30	3.26	3.26	3.26	3.02	3.06	3.17	3.67	3.31			
53	3.27	3.11	3.11	3.47	3.50	3.40	3.54	3.71	4.20	3.49	3.53	3.56	3.46	3.77	3.65	3.75	3.59	3.81	3.81	3.74	3.53	3.76	3.10	3.54	3.68	3.55	3.32			
48	2.85	3.22	3.09	2.85	3.11	2.83	3.10	3.18	3.26	2.83	3.28	3.36	3.18	3.40	3.20	3.36	3.48	3.20	2.93	3.36	3.45	3.16	3.44	2.83	3.08	2.98	2.97	3.06		
49	2.89	3.55	3.51	3.12	2.93	2.63	2.69	3.04	3.67	2.91	3.66	2.68	2.95	3.68	2.93	2.98	2.95	2.87	3.35	2.90	3.34	3.03	2.87	2.81	3.22	2.67	2.83			
31	3.13	3.26	3.20	3.26	3.41	3.36	3.54	3.67	3.72	3.38	3.50	3.33	3.22	3.43	3.52	3.69	3.19	3.72	3.68	3.45	3.80	3.42	3.25	3.22	3.52	3.62	3.48			
32	3.09	3.22	3.12	3.01	3.14	3.06	3.23	2.93	3.05	3.08	3.14	3.03	3.06	3.00	3.00	3.28	2.97	3.09	3.05	3.00	2.97	3.07	3.03	2.94	3.11	3.27	2.84			
2	3.16	3.34	3.33	3.55	3.53	3.41	3.50	3.70	4.15	3.46	3.68	3.59	3.55	3.57	3.78	3.80	3.41	3.84	4.00	3.83	3.47	3.79	3.80	3.46	3.60	3.71	3.59			
2	3.08	3.41	3.45	3.36	3.30	3.41	3.50	3.60	3.47	3.26	3.43	3.54	3.43	3.63	3.67	3.77	3.51	3.43	3.70	3.44	3.71	3.66	3.39	3.31	3.44	3.64	3.54			
46	3.38	3.63	3.53	3.45	3.55	3.57	3.63	3.80	4.25	3.61	3.62	3.80	3.45	3.40	3.69	4.05	3.53	4.13	4.24	4.23	3.65	3.68	3.36	3.34	3.55	3.75	3.53			
1	3.75	3.70	3.68	3.72	3.67	3.77	3.81	4.02	3.83	3.68	3.91	3.90	3.79	3.74	4.02	4.07	3.73	3.72	4.24	3.77	4.00	4.03	3.75	3.81	3.82	3.94	3.19			
3	3.16	3.25	3.25	3.29	3.18	3.28	3.30	3.48	3.45	3.23	3.24	3.32	3.35	3.49	3.35	3.48	3.36	3.62	3.43	3.64	3.74	3.47	3.37	3.31	3.28	3.45	3.56			
19	3.46	3.62	3.79	3.62	3.52	3.67	3.46	3.62	3.52	3.53	3.70	3.66	3.62	3.65	3.52	3.64	3.46	3.68	3.49	3.49	3.51	3.47	3.67	3.51	3.64	3.70	3.53			
32	3.40	3.55	3.45	3.29	3.46	3.29	3.68	3.67	3.88	3.44	3.55	3.50	3.32	3.43	3.76	3.91	3.34	3.60	3.86	3.77	3.56	3.64	3.44	3.50	3.47	3.74	3.59			
6	3.06	3.47	3.22	3.11	3																									

4.4. t検定によるサンプルプロフィール間の比較

本研究ではアンケート調査を行った際に各回答者の性別、年齢、職位、主な職務、勤続年数、勤務年数、勤務形態についても調査している。そこでプロフィールごとの特徴を概観するため、質問 98 項目それぞれについてプロフィールごとの平均を算出し、全サンプルの平均に対するプロフィールごとの平均の差の検定 (t 検定) を行った。表では青色、緑色がそれぞれ有意水準 5%、10%で平均より優れており、赤色、黄色がそれぞれ有意水準 5%、10%で平均より劣ることを示している。

Table4.4.1 は性別と年齢ごとの平均値と t 検定の結果である。8 軸の安全文化の項目別に見ると、性別では男性は動機付けと積極関与で有意に優れており、学習伝承と業務管理で有意に劣っている傾向がある。年齢は 51～60 歳、61 歳以上の値は全体的に有意に優れていて、21～30 歳、31～40 歳の値は全体的に有意に劣っている傾向がある。

Table4.4.2 は職位と職務ごとの平均値と t 検定の結果である。職位では管理職が 8 軸の安全文化の項目全てにおいて有意に優れている傾向がある。職務では医師は動機付け、積極関与、相互理解で有意に優れている傾向にあり、逆に看護師はそれらの項目で有意に劣っている傾向がある。薬剤師、臨床検査技師、理学・作業療法士、給食関係は比較的平均以上の値で有意に劣っている項目が少ない。

Table4.4.3 は勤続年数と勤務年数ごとの平均値と t 検定の結果である。勤続年数では 21～30 歳、31～40 歳の値が全体的に有意に優れている傾向にあり、3 年以下、4～10 年の値は全体的に有意に劣っている傾向がある。勤務年数では勤続年数と同じく 21～30 歳、31～40 歳の値が全体的に有意に優れている傾向にあるが、3 年以下の値も有意に優れている傾向がある。4～10 年の値は全体的に有意に劣っている傾向がある。

Table4.4.4 は勤務形態ごとの平均値と t 検定の結果である。日勤の方が全体的に有意に優れている傾向であり、交替勤務の値は全体的に有意に劣っている傾向がある。

Table4.4.1 性別と年齢の平均の差の検定

八軸	対象	番号	性別			年齢						
			男	女	無回答	20歳以下	21-30歳	31-40歳	41-50歳	51-60歳	61歳以上	無回答
組織統率	個人	67	3.31	3.99	3.14	3.50	3.93	3.99	4.03	3.99	3.96	3.43
		68	2.51	2.53	2.71	2.58	2.61	2.48	2.47	2.47	2.51	2.71
		16	3.08	3.08	3.29	3.42	3.14	3.00	2.99	3.19	3.26	3.00
	職場	15	3.10	3.15	3.00	3.50	3.18	3.00	3.14	3.23	3.62	3.29
		45	3.07	3.06	3.00	3.42	3.02	2.99	3.07	3.27	3.13	2.86
		94	3.33	3.34	3.14	3.33	3.26	3.24	3.35	3.67	3.98	3.14
	組織	95	3.54	3.48	3.14	3.17	3.38	3.44	3.54	3.81	4.15	3.00
		88	3.26	3.31	3.43	3.08	3.23	3.28	3.33	3.46	3.49	3.29
		91	3.66	3.70	3.29	3.67	3.64	3.64	3.70	3.89	3.98	3.29
		86	2.84	2.88	2.71	3.17	2.86	2.83	2.79	3.07	3.38	2.71
		87	3.68	3.67	3.14	3.92	3.48	3.69	3.79	3.95	3.91	3.80
		80	3.24	3.22	3.57	3.17	3.13	3.21	3.26	3.44	3.61	3.83
		79	3.06	3.15	3.43	3.17	3.02	3.10	3.17	3.33	3.66	3.57
		83	3.19	3.25	3.14	3.25	3.27	3.24	3.19	3.21	3.11	2.86
		84	3.25	3.37	3.14	3.25	3.33	3.34	3.38	3.43	3.60	3.14
		92	3.28	3.22	2.86	3.50	3.23	3.15	3.22	3.37	3.89	2.71
		85	3.08	3.17	2.86	3.17	3.01	3.12	3.19	3.46	3.60	3.14
		90	2.74	2.79	2.57	2.92	2.90	2.70	2.69	2.72	3.09	2.86
82	3.25	3.11	3.14	3.25	3.10	3.09	3.13	3.39	3.39	3.43		
動機付け	個人	74	2.94	2.87	2.71	2.33	2.89	2.86	2.92	2.99	3.23	2.71
		63	3.47	3.34	3.00	2.58	3.24	3.40	3.43	3.51	3.74	3.00
		69	3.78	3.61	3.00	2.92	3.32	3.48	3.58	3.82	4.28	3.00
	職場	7	2.93	2.94	2.43	3.17	3.04	2.97	2.79	3.01	3.15	2.86
		9	3.37	3.31	2.86	3.17	3.23	3.29	3.35	3.57	3.60	3.00
		5	3.73	3.59	3.90	3.33	3.28	3.37	3.48	3.68	3.84	3.14
	組織	4	3.32	3.20	3.43	3.50	3.24	3.18	3.19	3.32	3.36	3.33
		81	2.70	2.85	3.29	3.25	2.99	2.75	2.62	2.81	2.87	3.50
		97	2.54	2.53	2.57	3.00	2.56	2.42	2.44	2.75	2.96	2.86
		61	3.28	3.37	3.29	3.25	3.27	3.30	3.40	3.55	3.32	3.14
積極関与	個人	58	3.62	3.50	3.29	3.33	3.37	3.47	3.58	3.78	3.89	3.00
		59	3.38	3.35	3.14	3.33	3.14	3.29	3.48	3.78	3.76	3.00
		53	3.49	3.49	3.57	3.42	3.45	3.44	3.45	3.71	3.94	3.86
	職場	48	2.99	3.14	3.29	3.25	3.17	3.03	3.02	3.18	3.26	3.57
		49	3.09	2.82	2.57	2.75	2.96	2.88	2.71	2.78	3.30	2.86
		31	3.46	3.32	2.86	2.83	3.15	3.35	3.42	3.57	3.77	3.00
		11	3.18	3.04	3.90	3.08	3.09	3.02	3.00	3.18	3.23	3.00
		93	3.24	3.11	3.90	3.25	3.10	3.08	3.11	3.40	3.86	2.86
		72	3.75	3.74	3.57	3.67	3.70	3.72	3.73	3.88	4.06	3.57
		66	3.75	2.66	2.57	2.50	2.61	2.68	2.72	2.78	2.59	2.57
相互理解	個人	64	3.43	3.47	3.29	3.25	3.60	3.43	3.32	3.40	3.60	3.43
		62	3.56	3.57	3.71	3.58	3.41	3.54	3.68	3.85	3.89	3.71
		65	3.44	3.43	3.43	3.75	3.54	3.42	3.31	3.37	3.60	3.71
	職場	52	3.53	3.53	3.14	3.17	3.45	3.50	3.51	3.77	4.09	3.29
		2	3.50	3.42	3.57	3.33	3.41	3.47	3.40	3.48	3.85	3.57
		46	3.53	3.60	3.57	3.00	3.45	3.55	3.64	3.87	3.94	3.57
		1	3.91	3.81	3.71	3.83	3.86	3.79	3.77	3.93	4.11	3.71
		3	3.49	3.34	3.14	3.29	3.18	3.31	3.33	3.52	3.60	3.14
		19	3.45	3.60	3.57	3.42	3.77	3.59	3.49	3.61	3.86	3.57
		32	3.51	3.47	3.14	3.33	3.46	3.47	3.47	3.66	3.68	2.43
6	3.47	3.25	3.14	3.67	3.35	3.21	3.27	3.47	3.64	3.14		
78	3.14	3.12	3.43	3.25	3.14	3.07	3.07	3.23	3.66	3.86		
資源管理	個人	56	3.06	3.10	3.29	3.42	3.05	3.02	3.12	3.24	3.53	3.71
		57	2.28	2.13	1.29	2.42	2.29	2.09	2.02	2.18	2.23	1.57
		17	2.59	2.72	2.43	3.58	2.83	2.57	2.63	2.63	2.70	3.00
	職場	21	3.22	3.39	3.57	2.83	3.28	3.31	3.41	3.54	3.55	3.43
		14	3.04	2.98	3.29	3.33	3.02	2.95	2.95	3.07	3.00	3.43
		43	2.73	2.72	2.57	2.75	2.75	2.68	2.64	2.84	3.17	3.00
		20	2.75	2.66	2.86	3.25	2.69	2.67	2.79	3.00	2.72	3.00
		18	2.97	2.75	2.57	3.25	2.94	2.81	2.58	2.55	2.53	2.57
		10	3.47	3.49	3.90	3.17	3.90	3.48	3.58	3.79	4.06	3.14
		8	3.83	3.77	2.86	3.92	3.72	3.82	3.77	3.89	4.26	2.71
		35	3.39	3.33	4.14	3.25	3.26	3.30	3.36	3.68	3.89	4.90
		44	3.05	3.04	3.33	3.00	3.03	2.99	3.04	3.16	3.13	3.14
		96	3.42	2.32	2.14	2.67	2.30	2.26	2.36	2.56	2.72	2.29
		98	3.67	3.69	3.57	3.83	3.73	3.65	3.60	3.75	3.62	3.57
		47	3.71	3.84	3.57	3.58	3.73	3.76	3.82	4.08	4.13	4.00
危険認識	職場	54	3.51	3.58	3.29	3.25	3.55	3.55	3.53	3.67	3.96	3.57
		41	3.49	3.54	3.57	3.17	3.51	3.50	3.51	3.60	3.77	3.57
		50	3.45	3.46	3.14	3.33	3.23	3.42	3.52	3.70	3.96	3.43
		38	3.70	3.75	3.71	3.25	3.67	3.67	3.77	3.96	4.19	3.86
		42	3.18	3.82	2.43	2.83	2.74	2.82	3.00	3.24	3.36	3.14
		40	3.62	3.72	3.71	3.90	3.59	3.72	3.73	3.90	4.06	3.71
		26	3.40	3.41	3.90	2.92	3.36	3.38	3.40	3.53	3.98	3.57
		27	3.64	3.59	3.29	3.60	3.92	3.94	3.63	4.82	4.13	3.43
		28	3.94	3.91	3.43	3.17	3.84	3.88	3.97	4.09	4.20	3.57
		29	3.48	3.60	3.71	2.75	3.53	3.51	3.59	3.79	3.87	3.86
		30	4.00	4.02	3.83	3.75	3.87	3.98	4.10	4.27	4.45	3.83
		24	3.18	3.05	3.00	2.67	3.04	3.04	3.07	3.21	3.76	3.00
		25	3.42	3.46	3.14	3.25	3.44	3.42	3.40	3.58	4.15	3.29
		51	3.43	3.53	3.43	3.33	3.43	3.50	3.51	3.70	3.72	3.71
		学習伝承	個人	60	3.35	3.40	3.29	3.42	3.23	3.37	3.47	3.65
34	3.44			3.35	4.00	3.17	3.25	3.33	3.42	3.61	3.87	4.00
33	3.51			3.71	4.00	3.50	3.50	3.68	3.69	3.80	3.77	3.86
職場	12		3.26	3.37	2.71	2.92	3.27	3.30	3.34	3.58	3.67	3.29
	36		3.75	3.79	3.86	3.50	3.64	3.72	3.85	4.11	4.21	4.14
	37		3.77	3.76	3.43	3.50	3.66	3.71	3.82	4.00	4.21	3.57
	39		3.60	3.83	3.67	3.25	3.30	3.22	3.22	3.27	3.38	3.71
	13		3.21	3.16	2.71	3.25	3.13	3.09	3.12	3.44	3.72	3.00
	89		3.40	3.44	3.00	3.17	3.33	3.41	3.40	3.63	3.83	2.86
業務管理	個人	70	3.88	4.07	3.57	3.36	3.98	4.04	4.08	4.05	4.28	3.67
		71	3.16	3.49	3.00	2.67	3.39	3.38	3.43	3.49	3.76	3.14
		55	3.74	3.72	2.86	3.58	3.60	3.72	3.77	3.93	4.11	3.00
		77	3.57	2.73	2.86	2.92	2.78	2.72	2.61	2.57	2.51	3.14
		73	3.75	3.86	3.43	3.33	3.73	3.85	3.92	3.94	4.30	3.57
		75	3.21	3.27	3.14	2.83	3.12	3.25	3.29	3.35	3.35	3.14
		76	3.73	3.91	4.00	3.80	3.81	3.87	3.90	3.99	4.17	3.71
		22	3.61	2.89	3.14	3.25	3.04	2.78	2.89	3.38	2.91	3.00
		23	2.68	2.62	2.14	2.92	2.76	2.99	3.21	2.56	3.11	2.43

Table4.4.2 職位と主な職務の平均の差の検定

八軸	対象	番号	職位			主な職務									
			管理職	非管理職	無回答	医師	看護師	薬剤師	臨床検査技師	理学・作業療法士	給食関係	その他	無回答		
組織統率	個人	67	4.04	3.96	3.43	4.00	4.00	3.89	3.93	3.86	3.81	3.84	3.90		
		68	2.58	2.51	2.71	2.66	2.53	2.46	2.47	2.73	2.41	2.39	2.33		
		16	3.25	3.04	2.86	3.04	3.11	3.00	2.95	3.29	3.00	2.99	3.00		
	職場	15	3.28	3.10	3.43	3.04	3.14	3.26	3.17	3.51	3.29	3.62	3.00		
		45	3.21	3.03	2.86	3.03	3.07	3.07	3.04	3.16	3.08	2.98	2.83		
		94	3.71	3.20	3.14	3.36	3.34	3.31	3.31	3.47	3.52	3.27	3.17		
	組織	95	3.88	3.41	3.14	3.57	3.47	3.57	3.48	3.80	3.68	3.47	3.33		
		88	3.47	3.26	3.43	3.14	3.31	3.38	3.32	3.43	3.40	3.25	3.33		
		91	3.93	3.64	3.71	3.65	3.69	3.76	3.74	3.80	3.73	3.57	3.33		
		86	3.05	2.83	2.71	2.81	2.88	2.86	2.91	2.90	3.17	2.80	2.50		
		87	4.06	3.59	3.14	3.76	3.65	3.79	3.67	3.90	3.65	3.65	3.33		
		80	3.51	3.16	3.71	3.29	3.22	3.46	3.10	3.31	3.31	3.12	3.67		
		79	3.33	3.05	2.71	3.04	3.15	3.20	2.96	3.22	3.24	3.00	3.50		
		83	3.29	3.22	2.86	3.18	3.26	3.17	3.16	3.35	3.19	3.11	2.83		
		84	3.41	3.32	3.43	3.19	3.34	3.23	3.62	3.24	3.59	3.30	3.20		
		92	3.47	3.18	2.71	3.36	3.22	3.24	3.22	2.94	3.39	3.20	2.67		
		85	3.45	3.08	3.14	3.09	3.18	2.88	3.13	3.38	3.36	3.10	3.00		
		90	2.79	2.78	3.00	2.65	2.81	2.74	2.89	2.53	3.28	2.79	2.67		
		82	3.53	3.05	3.57	3.39	3.09	3.28	3.17	3.35	3.19	3.08	3.50		
		74	3.05	2.84	2.86	2.92	2.87	2.87	2.84	2.90	3.05	2.90	2.67		
		動機付け	個人	63	3.67	3.30	2.86	3.66	3.32	3.43	3.45	3.43	3.35	3.24	3.00
				69	3.89	3.42	3.00	4.05	3.37	3.67	3.75	4.18	3.67	3.58	2.83
				7	3.11	2.90	3.00	2.86	2.98	2.92	2.60	3.27	3.05	2.87	2.33
			職場	9	3.68	3.24	3.43	3.33	3.28	3.41	3.56	3.39	3.77	3.33	2.83
5	3.71			3.32	3.00	3.86	3.24	3.67	3.63	3.60	3.69	3.61	3.00		
4	3.31			3.21	3.33	3.45	3.17	3.38	3.28	3.85	3.19	3.18	3.50		
組織	81		2.73	2.84	3.14	2.85	2.87	2.82	2.82	2.75	2.97	2.73	3.33		
	97		2.68	2.49	3.00	2.47	2.54	2.48	2.45	2.59	2.79	2.61	2.33		
	61		3.62	3.29	3.14	3.16	3.37	3.37	3.32	3.53	3.43	3.31	3.17		
権限関与	個人	58	3.86	3.42	3.00	3.57	3.50	3.50	3.48	3.45	3.73	3.48	3.17		
		59	3.90	3.23	3.00	3.30	3.35	3.41	3.47	3.35	3.69	3.27	3.17		
		53	3.69	3.44	3.57	3.48	3.48	3.55	3.51	3.57	3.68	3.47	3.67		
	職場	48	3.16	3.09	3.14	2.93	3.15	3.05	2.90	3.06	3.39	2.99	3.50		
		49	2.81	2.87	2.71	3.04	2.80	2.96	2.86	2.90	3.40	3.00	2.83		
		31	3.61	3.27	2.86	3.50	3.28	3.41	3.48	3.29	3.40	3.42	2.83		
	組織	11	3.04	3.08	3.29	3.41	3.00	3.07	3.15	3.22	3.26	3.08	3.17		
		93	3.45	3.07	3.00	3.37	3.10	3.25	3.16	3.06	3.24	3.13	3.00		
		72	3.99	3.71	3.43	3.78	3.74	3.65	3.78	3.76	3.76	3.70	3.67		
相互理解	個人	66	2.72	2.67	2.43	2.81	2.64	2.81	2.72	2.73	2.67	2.68	2.33		
		64	3.85	3.44	3.86	3.57	3.47	3.41	3.41	3.55	3.60	3.50	3.50		
		62	3.98	3.49	3.57	3.43	3.57	3.68	3.62	3.86	3.63	3.58	3.50		
	職場	65	3.53	3.41	3.57	3.65	3.42	3.43	3.38	3.67	3.51	3.27	3.67		
		52	3.74	3.40	3.57	3.55	3.51	3.57	3.57	3.63	3.73	3.52	3.33		
		2	3.62	3.40	3.57	3.64	3.40	3.56	3.40	3.96	3.59	3.38	3.50		
	組織	46	3.91	3.51	3.71	3.47	3.61	3.54	3.57	3.49	3.60	3.55	3.80		
		1	4.00	3.79	3.86	4.09	3.78	3.97	3.86	4.29	3.93	3.74	3.50		
		3	3.56	3.24	3.29	3.72	3.21	3.46	3.27	3.63	3.45	3.33	2.67		
		19	3.62	3.63	3.57	3.27	3.22	3.41	3.51	3.76	3.63	3.45	3.50		
		32	3.71	3.43	2.57	3.66	3.48	3.50	3.40	3.69	3.33	3.33	2.60		
		6	3.65	3.25	3.43	3.62	3.27	3.38	3.33	3.75	3.67	3.24	3.50		
		78	3.26	3.09	3.57	3.23	3.12	3.12	3.06	3.35	3.35	3.30	3.67		
		56	3.26	3.05	3.57	3.11	3.12	2.92	2.94	3.18	3.20	3.05	3.50		
		57	2.86	2.18	1.86	2.14	2.85	2.40	2.68	2.45	3.07	2.47	1.99		
資源管理	個人	17	2.70	2.69	3.00	2.43	2.69	2.92	2.85	2.80	3.12	2.60	2.83		
		21	3.64	3.20	3.43	2.95	3.42	3.29	3.29	3.55	3.55	3.28	3.50		
		14	3.05	2.98	2.86	3.14	2.98	3.00	2.78	3.29	3.24	2.94	3.17		
	職場	43	2.94	2.67	2.67	2.70	2.73	2.81	2.61	2.95	2.95	2.63	2.67		
		20	2.82	2.65	3.00	2.19	2.57	2.86	3.54	3.12	3.81	3.21	3.17		
		18	2.58	2.74	2.57	2.47	2.75	2.64	2.72	3.02	2.89	2.59	2.83		
	組織	10	3.84	3.41	3.29	3.43	3.47	3.54	3.62	3.68	3.76	3.51	3.17		
		8	4.06	3.73	3.00	3.81	3.71	4.05	4.13	4.20	4.00	3.95	3.00		
		35	3.58	3.29	3.86	3.39	3.33	3.34	3.32	3.61	3.49	3.35	4.17		
		44	3.27	3.09	3.14	2.99	3.03	3.14	3.12	3.18	3.35	3.00	3.17		
		96	2.45	2.32	2.00	2.42	2.28	2.41	2.59	2.65	2.85	2.45	2.50		
		98	3.89	3.64	3.71	3.70	3.70	3.68	3.61	3.76	3.44	3.67	3.33		
		47	4.04	3.76	4.00	3.65	3.84	3.79	3.82	3.88	3.91	3.73	4.00		
		54	3.74	3.52	3.71	3.49	3.59	3.58	3.54	3.59	3.61	3.44	3.50		
		41	3.61	3.51	3.43	3.44	3.55	3.48	3.52	3.67	3.53	3.45	4.00		
危険認識	個人	50	3.77	3.38	3.43	3.43	3.44	3.44	3.60	3.58	3.54	3.47	3.50		
		38	3.95	3.69	4.14	3.57	3.75	3.85	3.78	3.84	3.89	3.66	4.17		
		42	3.38	2.79	1.86	3.41	2.80	3.12	2.92	2.88	2.68	3.00	2.17		
	職場	40	3.83	3.67	3.71	3.58	3.71	3.74	3.78	3.63	3.88	3.62	4.00		
		26	3.59	3.36	3.71	3.40	3.41	3.30	3.45	3.45	3.52	3.42	3.17		
		27	3.87	3.54	3.43	3.61	3.58	4.09	3.46	3.26	3.45	3.55	3.33		
	組織	28	4.12	3.87	3.57	3.98	3.92	3.83	3.94	3.80	3.89	3.95	3.83		
		29	3.64	3.56	4.00	3.61	3.61	3.23	3.51	3.80	3.53	3.50	3.83		
		30	4.31	3.94	4.00	4.00	4.02	3.96	4.05	4.10	4.04	3.97	4.20		
		24	3.19	3.05	3.29	3.21	3.63	3.02	3.29	3.25	3.47	3.06	3.17		
		25	3.58	3.42	3.57	3.32	3.46	3.44	3.53	3.24	3.71	3.53	3.33		
		51	3.66	3.47	3.57	3.40	3.51	3.47	3.59	3.57	3.67	3.51	3.83		
		60	3.74	3.31	3.14	3.24	3.41	3.41	3.41	3.59	3.51	3.27	3.17		
		34	3.63	3.31	4.00	3.38	3.34	3.49	3.38	3.51	3.54	3.41	4.17		
		33	3.84	3.63	3.86	3.35	3.74	3.69	3.57	3.63	3.72	3.49	4.17		
学習伝承	個人	12	3.61	3.28	3.43	3.20	3.37	3.24	3.31	3.53	3.53	3.27	2.83		
		36	4.07	3.72	4.14	3.60	3.80	3.78	3.89	3.88	3.83	3.78	4.17		
		37	4.03	3.71	3.71	3.67	3.76	3.88	3.88	3.71	3.80	3.76	3.83		
	職場	39	3.25	3.26	3.57	2.85	3.42	2.76	2.81	2.94	3.48	3.02	3.67		
		13	3.48	3.16	2.86	3.35	3.16	2.92	3.26	3.12	3.12	3.08	3.00		
		89	3.70	3.37	3.00	3.40	3.43	3.47	3.46	3.35	3.68	3.43	3.17		
	業務管理	個人	70	4.16	4.00	3.50	4.18	4.12	3.89	3.89	4.47	3.56	3.81	3.67	
			71	3.46	3.40	2.86	3.06	3.52	3.00	3.34	3.25	3.48	3.24	3.00	
			55	3.98	3.60	3.29	3.64	3.71	3.78	3.83	4.24	3.61	3.79	3.00	
		職場	77	2.59	2.72	3.00	2.41	2.73	2.74	2.66	2.84	2.89	2.64	3.00	
			73	4.08	3.78	3.29	3.90	3.84	3.83	3.83	4.04	3.87	3.74	3.50	
			75	3.44	3.21	3.00	3.45	3.26	3						

Table4.4.3 勤続年数と勤務年数の平均の差の検定

八軸	対象	番号	本医療機関での勤続年数						無回答	同一職種での勤務年数						
			3年以下	4-10年	11-20年	21-30年	31-40年	41年以上		3年以下	4-10年	11-20年	21-30年	31-40年	41年以上	無回答
組織統率	個人	67	3.79	4.06	3.99	4.02	3.97	3.33	3.93	3.83	4.02	3.98	4.05	4.01	3.80	3.89
		68	2.63	2.52	2.43	2.46	2.46	2.67	2.43	2.63	2.53	2.47	2.48	2.44	2.20	2.44
	職場	16	3.18	3.29	3.01	3.09	3.21	3.33	3.29	3.25	3.90	3.87	3.06	3.25	3.20	3.06
		15	3.15	3.06	3.12	3.26	3.24	3.00	3.50	3.28	3.00	3.43	3.17	3.33	2.80	3.11
	組織	45	2.91	3.03	3.05	3.25	3.31	3.00	3.00	3.05	2.90	3.00	3.19	3.30	2.60	2.78
		94	3.25	3.24	3.33	3.57	3.68	3.67	3.43	3.36	3.24	3.57	3.46	3.67	3.60	3.06
		95	3.39	3.41	3.54	3.74	3.88	3.67	3.43	3.49	3.39	3.42	3.65	3.89	3.60	3.39
		88	3.22	3.21	3.38	3.51	3.46	3.00	3.79	3.28	3.20	3.33	3.41	3.45	3.20	3.22
		91	3.64	3.61	3.70	3.86	3.94	3.33	3.71	3.73	3.60	3.63	3.77	3.98	3.40	3.61
		86	2.90	2.77	2.83	3.04	3.00	3.00	3.00	2.98	2.79	2.82	2.89	2.99	3.40	2.72
		87	3.46	3.65	3.77	3.95	4.00	3.67	3.64	3.46	3.61	3.69	3.90	4.04	4.20	3.44
		80	3.19	3.15	3.24	3.40	3.47	3.67	3.57	3.25	3.19	3.24	3.31	3.50	3.40	3.39
		79	3.07	3.03	3.17	3.31	3.40	2.53	3.21	3.13	3.00	3.13	3.21	3.46	2.60	3.28
		83	3.24	3.25	3.23	3.18	3.24	3.00	3.21	3.25	3.27	3.20	3.20	3.24	3.00	3.11
		84	3.32	3.29	3.40	3.34	3.54	3.00	3.36	3.36	3.32	3.32	3.31	3.49	3.00	3.33
		92	3.26	3.46	3.20	3.36	3.36	3.33	3.00	3.32	3.17	3.18	3.26	3.43	3.40	2.91
		85	3.05	3.01	3.21	3.34	3.57	2.67	3.43	3.14	3.01	3.16	3.27	3.51	2.80	3.17
		90	2.82	2.81	2.70	2.72	2.82	3.00	2.57	2.91	2.82	2.69	2.66	2.80	3.00	2.83
	82	3.16	3.49	3.10	3.20	3.31	3.00	3.36	3.16	3.06	3.11	3.22	3.38	3.60	3.33	
	74	2.85	2.86	2.91	2.91	3.02	3.00	2.79	2.89	2.87	2.88	2.86	3.01	2.80	2.83	
動機付け	個人	63	3.22	3.36	3.44	3.53	3.53	3.00	3.29	3.19	3.33	3.44	3.49	3.57	3.20	3.17
		69	3.42	3.44	3.53	3.65	3.88	3.33	3.07	3.39	3.38	3.54	3.68	3.89	4.20	3.11
	職場	7	3.06	2.89	2.80	2.92	3.04	3.33	3.29	3.18	2.88	2.82	2.84	3.05	4.20	2.78
		9	3.32	3.17	3.36	3.50	3.63	3.33	3.21	3.37	3.18	3.30	3.43	3.64	3.00	3.17
	組織	5	3.41	3.30	3.39	3.47	3.57	3.00	3.14	3.40	3.26	3.40	3.49	3.67	3.40	3.06
		4	3.33	3.14	3.17	3.23	3.31	3.00	3.57	3.37	3.14	3.17	3.21	3.34	2.90	3.47
		81	3.03	2.77	2.66	2.73	2.79	2.67	3.26	3.03	2.81	2.80	2.69	2.76	3.00	2.37
		97	2.67	2.87	2.91	2.64	2.83	3.33	2.29	2.72	2.42	2.43	2.50	2.83	2.60	2.39
		61	3.28	3.26	3.41	3.52	3.65	3.33	3.36	3.37	3.24	3.31	3.47	3.60	3.00	3.22
		58	3.39	3.44	3.51	3.75	3.84	3.67	3.50	3.45	3.42	3.46	3.64	3.87	3.80	3.33
職種間与	個人	59	3.17	3.25	3.43	3.69	3.89	3.67	3.36	3.26	3.18	3.35	3.61	3.88	3.80	3.39
		53	3.46	3.41	3.48	3.62	3.74	3.67	3.79	3.66	3.37	3.47	3.54	3.72	3.40	3.39
	職場	48	3.15	3.07	3.01	3.15	3.20	2.67	3.50	3.26	3.06	3.01	3.07	3.17	2.80	3.33
		49	2.98	2.84	2.79	2.81	2.69	2.33	3.00	3.05	2.84	2.84	2.73	2.70	2.40	2.94
	組織	31	3.19	3.26	3.45	3.54	3.62	3.33	3.36	3.24	3.21	3.41	3.46	3.64	3.40	2.89
		11	3.20	3.03	2.95	3.00	3.08	2.67	3.14	3.23	2.99	3.02	3.03	3.14	3.00	3.06
		93	3.16	3.06	3.11	3.27	3.37	3.33	2.79	3.20	3.05	3.08	3.19	3.46	3.00	2.89
		72	3.73	3.68	3.75	3.83	4.00	3.33	3.86	3.80	3.67	3.69	3.76	3.99	3.60	3.67
相互理解	個人	66	2.60	2.71	2.74	2.66	2.76	3.00	2.50	2.55	2.66	2.76	2.74	2.73	2.40	2.26
		64	3.62	3.41	3.32	3.42	3.45	3.00	3.43	3.68	3.45	3.32	3.37	3.49	3.00	3.50
	職場	62	3.37	3.52	3.67	3.87	3.94	3.33	3.71	3.43	3.48	3.58	3.77	3.94	3.40	3.39
		65	3.96	3.41	3.34	3.36	3.36	3.00	3.50	3.61	3.44	3.54	3.32	3.42	3.00	3.50
	組織	52	3.43	3.43	3.52	3.68	3.86	3.67	3.86	3.54	3.44	3.51	3.59	3.80	3.60	3.44
		2	3.40	3.48	3.42	3.47	3.46	3.33	3.43	3.42	3.45	3.44	3.42	3.55	2.80	3.39
		46	3.46	3.51	3.65	3.85	3.86	3.33	3.57	3.52	3.49	3.56	3.74	3.90	3.40	3.56
		1	3.83	3.86	3.79	3.81	3.88	4.33	3.86	3.86	3.83	3.77	3.82	3.99	3.60	3.83
		3	3.14	3.36	3.31	3.42	3.48	3.67	3.14	3.12	3.31	3.33	3.38	3.50	2.80	3.00
		19	3.72	3.61	3.51	3.60	3.68	3.00	3.62	3.81	3.65	3.47	3.55	3.63	3.40	3.78
資源管理	個人	32	3.48	3.46	3.46	3.56	3.66	3.33	3.43	3.49	3.44	3.44	3.55	3.66	3.00	3.17
		6	3.14	3.23	3.21	3.36	3.44	3.67	3.36	3.49	3.22	3.21	3.33	3.51	3.40	3.00
	職場	78	3.13	3.09	3.10	3.18	3.23	3.00	3.43	3.19	3.09	3.08	3.13	3.27	3.00	3.17
		56	3.11	2.98	3.15	3.15	3.20	3.33	3.50	3.21	2.90	3.07	3.13	3.20	2.80	3.22
	組織	57	2.42	2.62	2.60	2.66	2.10	2.33	1.79	2.45	2.09	2.67	2.64	2.14	2.20	1.72
		17	2.91	2.56	2.55	2.72	2.66	2.67	2.79	2.98	2.62	2.55	2.66	2.62	2.60	2.44
		21	3.18	3.32	3.44	3.57	3.63	3.00	3.57	3.27	3.28	3.32	3.53	3.63	3.00	3.56
		14	3.08	2.90	2.96	3.01	3.05	2.67	3.43	3.12	2.83	2.92	2.99	3.07	2.20	2.94
43		3.86	2.39	2.65	2.79	2.85	2.67	2.50	2.93	2.62	2.63	2.72	2.88	2.60	2.56	
20		2.58	2.32	2.78	3.00	3.03	2.67	2.64	2.58	2.56	2.71	2.88	2.97	2.80	2.66	
危険認識	個人	18	3.95	2.66	2.55	2.62	2.94	2.33	2.57	2.99	2.71	2.59	2.68	2.53	2.60	2.33
		10	3.36	3.36	3.61	3.74	3.83	4.00	3.21	3.38	3.33	3.55	3.68	3.86	3.80	3.11
	職場	8	3.77	3.71	3.89	3.81	3.86	4.33	3.79	3.82	3.69	3.83	3.80	4.00	4.00	3.28
		35	3.25	3.32	3.37	3.49	3.50	3.67	3.71	3.33	3.27	3.29	3.46	3.55	3.60	3.56
	組織	44	3.02	3.01	3.00	3.16	3.17	2.67	3.36	3.11	2.98	2.97	3.10	3.14	3.20	3.39
		96	3.47	3.15	2.30	2.49	2.53	2.67	2.14	2.49	2.19	2.30	2.42	2.53	2.40	2.11
		98	3.68	3.73	3.80	3.70	3.76	4.00	3.36	3.66	3.76	3.69	3.67	3.77	3.20	3.28
		47	3.05	3.16	3.84	4.02	4.23	3.33	4.07	3.77	3.72	3.79	3.92	4.14	3.80	3.89
		54	3.53	3.32	3.58	3.66	3.72	3.67	3.71	3.60	3.53	3.53	3.56	3.71	3.80	3.44
		41	3.49	3.48	3.51	3.65	3.68	3.33	3.86	3.58	3.50	3.46	3.54	3.66	3.20	3.33
学習伝承	個人	50	3.35	3.37	3.54	3.69	3.74	3.33	3.79	3.39	3.34	3.47	3.59	3.81	3.80	3.39
		38	3.60	3.68	3.80	3.96	4.03	3.67	3.93	3.73	3.64	3.69	3.86	4.05	3.80	3.72
	職場	42	2.81	2.81	2.92	3.11	3.22	3.00	2.57	2.75	2.80	2.89	3.10	3.36	3.00	2.56
		40	3.57	3.64	3.80	3.85	4.04	4.00	4.00	3.63	3.63	3.72	3.78	3.98	3.80	3.72
	組織	26	3.37	3.35	3.44	3.53	3.56	3.67	3.36	3.43	3.34	3.38	3.48	3.52	3.60	3.44
		27	3.48	3.54	3.65	3.78	3.89	3.00	3.71	3.58	3.51	3.59	3.71	3.86	3.25	3.39
		28	3.84	3.97	3.96	4.08	4.09	4.00	3.79	3.91	3.82	3.91	4.06	4.09	4.00	3.72
		29	3.60	3.48	3.53	3.64	3.93	4.00	3.93	3.68	3.46	3.54	3.60	3.88	3.80	

Table4.4.4 勤務形態の平均の差の検定

八軸	対象	番号	勤務形態				
			主に日勤	主に交替勤務	その他(臨時・不定期)	無回答	
組織統率	個人	67	3.98	3.97	3.89	3.68	
		68	2.51	2.54	2.60	2.26	
	職場	16	3.04	3.11	3.11	2.84	
		15	3.17	3.10	3.11	3.26	
	組織	45	3.09	3.04	2.96	2.89	
		94	3.40	3.20	3.32	2.84	
		95	3.59	3.42	3.28	3.21	
		88	3.32	3.29	3.21	3.26	
		91	3.74	3.64	3.64	3.79	
		86	2.89	2.85	2.96	2.74	
		87	3.75	3.61	3.43	3.58	
		80	3.29	3.17	3.02	3.42	
		79	3.14	3.11	3.19	3.37	
		83	3.22	3.24	3.21	3.26	
		84	3.35	3.34	3.28	3.21	
		92	3.28	3.19	3.28	3.00	
	85	3.20	3.10	3.34	2.95		
	90	2.76	2.79	3.06	2.79		
	82	3.25	3.04	2.85	3.32		
	74	2.90	2.86	2.96	2.89		
動機付け	個人	63	3.43	3.31	3.26	3.05	
		69	3.71	3.29	3.74	3.32	
		7	2.89	2.99	3.02	2.53	
	職場	9	3.41	3.24	3.32	3.05	
		5	3.59	3.15	3.47	3.21	
		4	3.28	3.17	3.32	3.72	
	組織	81	2.73	2.89	2.81	3.26	
		97	2.56	2.50	2.89	2.26	
		61	3.35	3.35	3.62	3.21	
		58	3.59	3.42	3.43	3.32	
積極関与	個人	59	3.47	3.25	3.09	3.11	
		53	3.52	3.45	3.49	3.47	
		48	3.05	3.16	3.17	2.89	
	職場	49	2.91	2.81	2.83	3.05	
		31	3.45	3.22	3.19	3.05	
		11	3.13	3.01	3.13	2.95	
	組織	93	3.22	3.07	3.19	2.79	
		72	3.79	3.89	3.68	3.68	
	相互理解	個人	66	2.73	2.61	2.60	2.32
			64	3.44	3.49	3.49	3.26
62			3.66	3.49	3.45	3.58	
65			3.41	3.46	3.49	3.32	
職場		52	3.59	3.47	3.51	3.53	
		2	3.49	3.39	3.45	3.32	
		46	3.62	3.55	3.72	3.58	
		1	3.87	3.80	3.70	3.89	
		3	3.40	3.20	3.28	3.00	
		19	3.48	3.77	3.64	3.68	
組織		32	3.50	3.47	3.49	3.26	
		6	3.39	3.29	3.32	3.21	
		78	3.12	3.13	3.15	3.05	
		56	3.09	3.09	3.15	2.89	
資源管理	個人	57	2.29	2.06	2.43	1.89	
		17	2.71	2.67	2.74	2.84	
		21	3.34	3.37	3.38	3.58	
		14	3.02	2.96	2.85	3.05	
	職場	43	2.74	2.71	2.66	2.56	
		20	2.80	2.48	2.38	2.58	
		18	2.64	2.79	2.81	2.58	
		10	3.60	3.37	3.74	3.26	
		8	3.89	3.60	3.72	3.58	
		35	3.39	3.29	3.32	3.58	
	組織	44	3.07	3.01	2.96	3.05	
		96	2.41	2.37	2.60	2.05	
		98	3.71	3.67	3.53	3.42	
		47	3.82	3.80	3.81	3.74	
危険認識	個人	54	3.57	3.56	3.51	3.53	
		41	3.52	3.54	3.28	3.16	
		50	3.53	3.39	3.30	3.42	
		38	3.75	3.73	3.60	3.89	
	職場	42	3.08	2.72	2.83	2.74	
		40	3.71	3.70	3.36	3.53	
		26	3.45	3.36	3.43	3.32	
		27	3.68	3.52	3.51	3.58	
		28	3.95	3.89	3.85	3.63	
		29	3.50	3.06	3.53	3.32	
	組織	30	4.04	3.99	3.83	3.94	
		24	3.16	2.99	3.28	3.26	
		25	3.47	3.43	3.62	3.47	
		51	3.53	3.49	3.43	3.58	
学習伝承	個人	60	3.43	3.35	3.22	3.21	
		34	3.44	3.30	3.28	3.74	
	職場	33	3.64	3.69	3.91	3.95	
		12	3.35	3.33	3.47	3.47	
		36	3.83	3.74	3.74	3.95	
		37	3.82	3.72	3.72	3.68	
		39	3.11	3.41	3.34	3.05	
		13	3.22	3.11	3.36	3.00	
組織	89	3.48	3.29	3.43	3.37		
	70	3.97	4.08	4.04	3.95		
業務管理	個人	71	3.83	3.49	3.38	3.32	
		55	3.77	3.65	3.63	3.42	
		77	2.64	2.75	2.66	2.63	
		73	3.90	3.77	3.96	3.47	
	職場	75	3.29	3.22	3.21	3.32	
		76	3.86	3.91	3.96	3.84	
		22	2.66	2.99	2.91	3.00	
		23	2.66	2.60	2.60	2.63	

5. 分析

5.1. 多重比較

質問項目毎や全体平均値との比較ではなく、8軸の安全文化の項目について各プロフィール間の差異について比較を行うため多重比較を行った。

Table5.1.1は性別について多重比較を行った結果であり、Figure5.1.1は性別別の平均値をグラフにしたものである。Table5.1.1で青色は有意確率5%で平均より優れていることを、赤色は劣っていることを表している。動機付けについて女性より男性の方が有意に優れている値であり、学習伝承、業務管理については男性より女性の方が有意に優れている値であることがわかる。これはTable5.1.2の性別と職務別のアンケート回答者数を見るとわかるように、男性の回答者は医師が多く、女性の回答者は看護師が多いことが関係しているのではないかと考えられる。つまり医師は診療の行う上で意思決定を行い、またリーダーとしての役目もあるため動機付けの項目について優れていると考えられる。また患者から尊敬され、診療行為の結果を直接肌で感じることもできる。一方看護師は患者と接する機会が一番多い職務であり、1999年に生じた事故は当事者が看護師であったことから医療安全についての意識が高く、リスクマネジメントの取組みを先導したのも看護師であった(嶋森・任、2008)とされるため学習伝承の項目で有意に優れていると考えられる。また看護師は業務範囲が広く多忙であることから業務管理の項目が有意に優れていると考えられる。

Table5.1.1 性別による比較

(I)	(J)	従属変数							
		組織統率	動機付け	積極関与	相互理解	資源管理	危険認識	学習伝承	業務管理
男	女	-0.0208919	0.1134545*	0.0365269	0.0272920	-0.0007143	-0.0093516	-0.0699032*	-0.1280351*

*. 平均値の差は 0.05 水準で有意です。

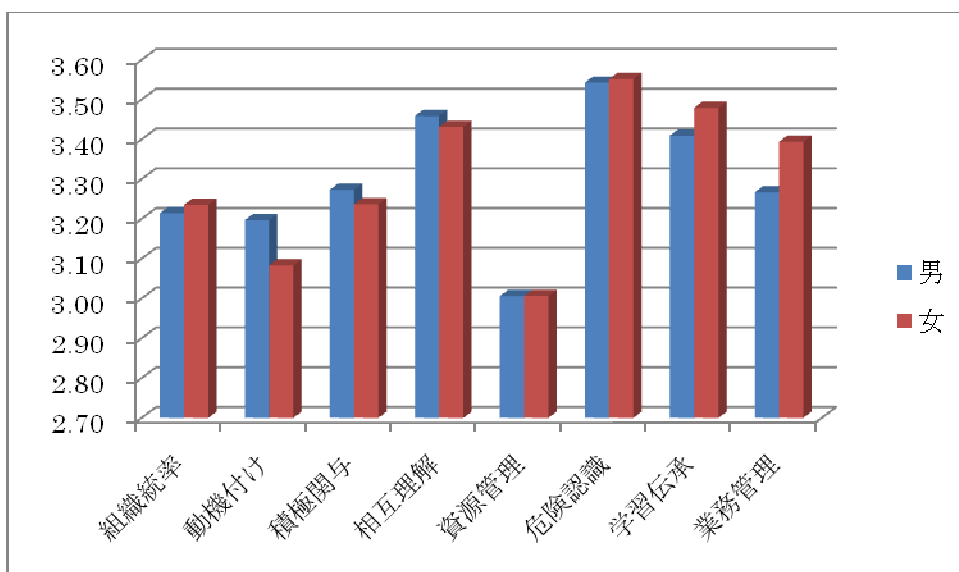


Figure5.1.1 性別別の8軸の安全文化の項目の平均値のグラフ

Table5.1.2 性別と職務のアンケート回答者数

性別/職務	男	女
医師	387	85
看護師	181	2926
薬剤師	129	142
臨床検査技師	104	200
理学・作業療法士	54	25
給食関係	23	64
その他	217	83

Table5.1.3 は年齢について多重比較を行った結果であり、Figure5.1.2 は年齢別の平均値をグラフにしたものである。20歳以下の回答者と61歳以上の回答者数はそれぞれ12人、47人と他と比べて極端に少ないため、他の年齢層と比べることは困難だと考えられる。20歳以下と61歳以上を比較対象から除くと、危険認識、学習伝承の項目は年齢層が高くなるにつれて平均値が大きくなっていくことが確認できる。これは業務の経験を積むことによって高まっていくからだと考えられる。一方、組織統率、動機付け、積極関与、相互理解、資源管理の項目は51～60歳だけ有意に優れている値となっていて他の層では有意差も平均値の差も見られない。これはTable5.1.4から51～60歳の全回答者に対して管理職が占める割合が一番高く、管理職として日頃から意識しているために値が大きくなっていると考えられる。また業務管理については各層の差はないと考えられる。

Table5.1.3 年齢による比較

(I)	(J)	従属変数							
		組織統率	動機付け	積極関与	相互理解	資源管理	危険認識	学習伝承	業務管理
20歳以下	21-30	.0368944	-.0604511	-.0252212	-.1204637	.1911002	-.3264898	-.0814779	-.2549892
	31-40	.0464815	-.0419232	-.0383982	-.1087484	.2338620	-.3629491	-.1297692	-.2471141
	41-50	.0041773	-.0462528	-.0739704	-.1020632	.2024250	-.4197617	-.1969552	-.2624112
	51-60	-.1514612	-.2349708	-.2702518	-.2466009	.0658423	-.5937022	-.3829821	-.2806978
	61-	-.3028182	-.4323286	-.4338061	-.4086100	-.0310576	-.8307497*	-.5396966	-.5273591*
21-30歳	-20	-.0368944	.0604511	.0252212	.1204637	-.1911002	.3264898	.0814779	.2549892
	31-40	.0095871	.0185279	-.0131770	.0117152	.0427618	-.0364592	-.0482914	.0078751
	41-50	-.0327171	.0141984	-.0487492	.0184005	.0113247	-.0932718*	-.1154773*	-.0074219
	51-60	-.1883555*	-.1745197*	-.2450306*	-.1261372*	-.1252579*	-.2672124*	-.3015043*	-.0257085
	61-	-.3397126*	-.3718775*	-.4085849*	-.2881463*	-.2221578*	-.5042599*	-.4582188*	-.2723699*
31-40歳	-20	-.0464815	.0419232	.0383982	.1087484	-.2338620	.3629491	.1297692	.2471141
	21-30	-.0095871	-.0185279	.0131770	-.0117152	-.0427618	.0364592	.0482914	-.0078751
	41-50	-.0423042	-.0043296	-.0355722	.0066853	-.0314370	-.0568126	-.0671860	-.0152970
	51-60	-.1979426*	-.1930476*	-.2318536*	-.1378525*	-.1680197*	-.2307532*	-.2532129*	-.0335837
	61-	-.3492997*	-.3904054*	-.3954080*	-.2998616*	-.2649196*	-.4678007*	-.4099274*	-.2802450*
41-50歳	-20	-.0041773	.0462528	.0739704	.1020632	-.2024250	.4197617	.1969552	.2624112
	21-30	.0327171	-.0141984	-.0487492	-.0184005	-.0113247	-.0932718*	.1154773*	.0074219
	31-40	.0423042	.0043296	.0355722	-.0066853	.0314370	.0568126	.0671860	.0152970
	51-60	-.1556385*	-.1887181*	-.1962814*	-.1445377*	-.1365826*	-.1739405*	-.1860269*	-.0182866
	61-	-.3069955*	-.3860758*	-.3598357*	-.3065468*	-.2334826*	-.4109881*	-.3427414*	-.2649480*
51-60歳	-20	.1514612	.2349708	.2702518	.2466009	-.0658423	.5937022	.3829821	.2806978
	21-30	.1883555*	.1745197*	.2450306*	.1261372*	.1252579*	.2672124*	.3015043*	.0257085
	31-40	.1979426*	.1930476*	.2318536*	.1378525*	.1680197*	.2307532*	.2532129*	.0335837
	41-50	.1556385*	.1887181*	.1962814*	.1445377*	.1365826*	.1739405*	.1860269*	.0182866
	61-	-.1513570	-.1973578	-.1635544	-.1620091	-.0968999	-.2370475	-.1567145	-.2466614*
61歳以上	-20	.3028182	.4323286	.4338061	.4086100	.0310576	.8307497*	.5396966	.5273591*
	21-30	.3397126*	.3718775*	.4085849*	.2881463*	.2221578*	.5042599*	.4582188*	.2723699*
	31-40	.3492997*	.3904054*	.3954080*	.2998616*	.2649196*	.4678007*	.4099274*	.2802450*
	41-50	.3069955*	.3860758*	.3598357*	.3065468*	.2334826*	.4109881*	.3427414*	.2649480*
	51-60	.1513570	.1973578	.1635544	.1620091	.0968999	.2370475	.1567145	.2466614*

*. 平均値の差は 0.05 水準で有意です。

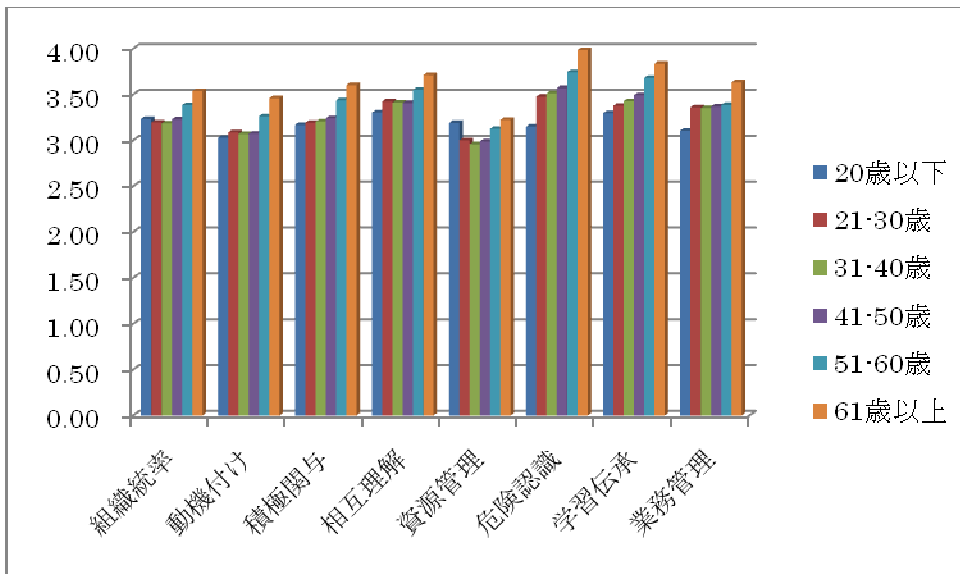


Figure5.1.2 年齢別の8軸の安全文化の項目の平均値のグラフ

Table5.1.4 年齢別の回答者数と管理職数

年齢	回答者数	管理職数	割合
20歳以下	12	0	0
21-30歳	1532	26	2
31-40歳	1137	158	14
41-50歳	957	334	35
51-60歳	609	394	65
61歳以上	47	28	60

Table5.1.5 は職位について多重比較を行った結果であり、Figure5.1.3 は職位別の平均値をグラフにしたものである。8 軸の安全文化の項目の全てで管理職の方が有意に優れている値であることがわかる。これは管理職は日頃の業務で常に安全について意識しているためだと考えられる。

Table5.1.5 職位による比較

(I)	(J)	従属変数							
		組織統率	動機付け	積極関与	相互理解	資源管理	危険認識	学習伝承	業務管理
管理職	非管理職	0.2495834	0.2555215	0.2641083	0.230281	0.1793634	0.2469901	0.2992022	0.1053446

*. 平均値の差は 0.05 水準で有意です。

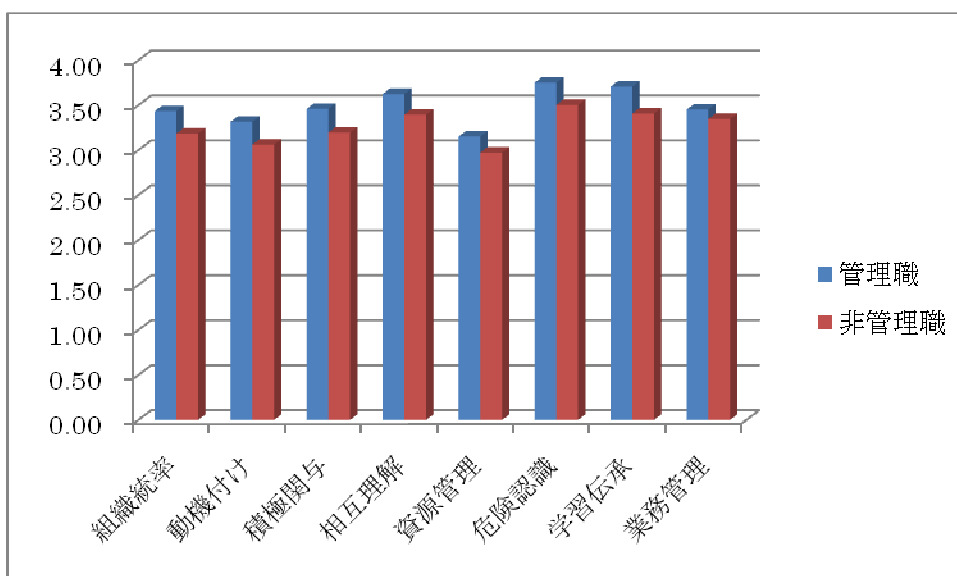


Figure5.1.3 職位別の 8 軸の安全文化の項目の平均値のグラフ

Table5.1.6 は職務について多重比較を行った結果であり、Figure5.1.4 は職務別の平均値をグラフにしたものである。性別による比較のときも述べたが医師は看護師と比較して動機付け、相互理解の項目で有意に優れていて、学習伝承、業務管理の項目は有意に劣っている。また医師は他職務と比べて資源管理の項目は有意に優れている。看護師は動機付け、資源管理の項目が有意に劣っている。また給食関係は資源管理の項目で有意に優れている。

Table5.1.6 主な職務による比較

(I)	(J)	従属変数							
		組織統率	動機付け	積極関与	相互理解	資源管理	危険認識	学習伝承	業務管理
医師	看護師	-.0113667	.1806432*	.0793520	.1106839*	-.0701534	-.0086777	-.1533430*	-.0981030*
	薬剤師	-.0160679	.0707954	.0209210	.0711579	-.1530154*	-.0196589	-.0672783	.1084622*
	臨床検査技師	.0187789	.1211971	.0448334	.1157205	-.1962463*	-.0489104	-.1032176	.0813182
	理学・作業療法士	-.1008353	-.1126118	.0372313	-.1170421	-.3281598*	-.0392763	-.1345125	-.2555095*
	給食関係	-.1067566	-.0222196	-.1632184	.0103184	-.4169984*	-.0839743	-.2660843*	-.0616097
	その他	.0701080	.1372960*	.0660062	.1801775*	-.1293047*	.0155678	-.0505277	.0595620
看護師	医師	.0113667	-.1806432*	-.0793520	-.1106839*	.0701534	.0086777	.1533430*	.0981030*
	薬剤師	-.0047013	-.1098478*	-.0584310	-.0395261	-.0828620	-.0109811	.0860648	.2065653*
	臨床検査技師	.0301455	-.0594461	-.0345186	.0050365	-.1260929*	-.0402327	.0501255	.1794213*
	理学・作業療法士	-.0894686	-.2932549*	-.0421207	-.2277260*	-.2580064*	-.0305985	.0188305	-.1574064
	給食関係	-.0953900	-.2028628	-.2425705*	-.1003655	-.3468450*	-.0752965	-.1127412	.0364934
	その他	.0814746	-.0433471	-.0133458	.0694936	-.0591512	.0242456	.1028153	.1576650*
薬剤師	医師	.0160679	-.0707954	-.0209210	-.0711579	.1530154*	.0196589	.0672783	-.1084622*
	看護師	.0047013	.1098478*	.0584310	.0395261	-.0828620	.0109811	-.0860648	-.2065653*
	臨床検査技師	.0348468	.0504017	.0239124	.0445626	-.0432309	-.0292515	-.0359393	-.0271440
	理学・作業療法士	-.0847674	-.1834072	.0163103	-.1881999	-.1751444	-.0196174	-.0672343	-.3639717*
	給食関係	-.0906887	-.0930150	-.1841394	-.0608395	-.2639830*	-.0643154	-.1988060	-.1700719*
	その他	.0861759	.0665007	.0450852	.1090197	.0237107	.0352267	.0167505	-.0489003
臨床検査技師	医師	-.0187789	-.1211971	-.0448334	-.1157205	.1962463*	.0489104	.1032176	-.0813182
	看護師	-.0301455	.0594461	.0345186	-.0050365	.1260929*	.0402327	-.0501255	-.1794213*
	薬剤師	-.0348468	-.0504017	-.0239124	-.0445626	-.0432309	.0292515	.0359393	.0271440
	理学・作業療法士	-.1196141	-.2338089	-.0076022	-.2327625*	-.1319135	.0096341	-.0312950	-.3368277*
	給食関係	-.1255355	-.1434167	-.2080519	-.1054021	-.2207521*	-.0350639	-.1628667	-.1429279
	その他	.0513291	.0160990	.0211728	.0644571	.0669417	.0644783	.0526899	-.0217563
理学・作業療法士	医師	.1008353	.1126118	-.0372313	.1170421	.3281598*	.0392763	.1345125	.2555095*
	看護師	.0894686	.2932549*	.0421207	.2277260*	.2580064*	.0305985	-.0188305	.1574064
	薬剤師	.0847674	.1834072	-.0163103	.1881999	.1751444	.0196174	.0672343	.3639717*
	臨床検査技師	.1196141	.2338089	.0076022	.2327625*	.1319135	-.0096341	.0312950	.3368277*
	給食関係	-.0059213	-.0903922	-.2004497	-.1273605	-.0888386	-.0446980	-.1315717	-.1938998
	その他	.1709433	.2499078	.0287749	.2972196*	.1988551	.0548441	.0839848	.3150714*
給食関係	医師	.1067566	.0222196	.1632184	-.0103184	.4169984*	.0839743	.2660843*	.0616097
	看護師	.0953900	.2028628	.2425705*	.1003655	.3468450*	.0752965	.1127412	-.0364934
	薬剤師	.0906887	.0930150	.1841394	.0608395	.2639830*	.0643154	.1988060	.1700719*
	臨床検査技師	.1255355	.1434167	.2080519	.1054021	.2207521*	.0350639	.1628667	.1429279
	理学・作業療法士	.0059213	-.0903922	.2004497	-.1273605	.0888386	.0446980	.1315717	-.1938998
	その他	.1768646	.1595157	.2292247	.1698591	.2876937*	.0995421	.2155566	.1211717
その他	医師	-.0701080	-.1372960*	-.0660062	-.1801775*	-.1293047*	-.0155678	.0505277	-.0595620
	看護師	-.0814746	.0433471	.0133458	.0694936	.0591512	-.0242456	-.1028153	-.1576650*
	薬剤師	-.0861759	-.0665007	-.0450852	-.1090197	-.0237107	-.0352267	-.0167505	.0489003
	臨床検査技師	-.0513291	.0160990	-.0211728	-.0644571	-.0669417	-.0644783	-.0526899	.0217563
	理学・作業療法士	-.1709433	-.2499078	-.0287749	-.2972196*	-.1988551	-.0548441	-.0839848	-.3150714*
	給食関係	-.1768646	-.1595157	-.2292247	-.1698591	-.2876937*	-.0995421	-.2155566	-.1211717

*. 平均値の差は 0.05 水準で有意です。

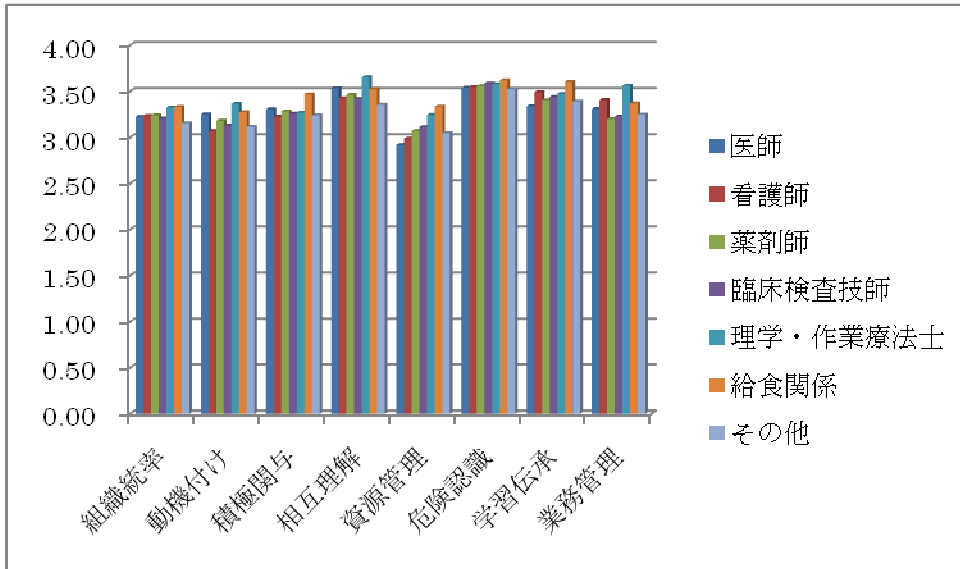


Figure5.1.4 職種別の8軸の安全文化の項目の平均値のグラフ

Table5.1.7 は勤続年数、Table5.1.8 は勤務年数について多重比較を行った結果であり、Figure5.1.5 は勤続年数別の平均値、Figure5.1.6 は勤務年数別の平均値をグラフにしたものである。勤続年数と勤務年数を比較すると、共通して年数が大きくなるに従って平均値も大きくなっていく傾向にあるが、動機付けの項目については勤務年数 3 年以下の層が 4～10 年、11～20 年の層より有意に優れていることがわかる。これは働きはじめの頃はやる気に満ちているが、仕事を続けていくとやる気がなくなっていってしまうと読み取れる。

Table5.1.7 現在の医療機関での勤続年数による比較

(I)	(J)	従属変数							
		組織統率	動機付け	積極関与	相互理解	資源管理	危険認識	学習伝承	業務管理
3年以下	4-10	.0237570	.1112755*	.0377017	.0079409	.1289785*	-.0092561	-.0404937	.0351728
	11-20	-.0321691	.0722663*	-.0200174	.0093867	.0518337	-.1110294*	-.1424155*	-.0068680
	21-30	-.1471901*	-.0300422	-.1543762*	-.0821189*	-.0495509	-.2309326*	-.2968725*	-.0493046
	31-40	-.2144379*	-.1346946*	-.2348784*	-.1468816*	-.0761428	-.3305106*	-.3659605*	-.0596303
	41-	.1121067	.0342213	.0337151	.0650684	-.0261584	-.0805449	-.0812663	.0316797
4-10年	-3	-.0237570	-.1112755*	-.0377017	-.0079409	-.1289785*	.0092561	.0404937	-.0351728
	11-20	-.0559261	-.0390093	-.0577191	.0014458	-.0771448*	-.1017733*	-.1019218*	-.0420407
	21-30	-.1709472*	-.1413177*	-.1920779*	-.0900598*	-.1785294*	-.2216765*	-.2563788*	-.0844774*
	31-40	-.2381950*	-.2459701*	-.2725801*	-.1548225*	-.2051213*	-.3212544*	-.3254667*	-.0948030*
	41-	.0883496	-.0770542	-.0039866	.0571275	-.1551368	-.0712888	-.0407726	-.0034930
11-20年	-3	.0321691	-.0722663*	.0200174	-.0093867	-.0518337	.1110294*	.1424155*	.0068680
	4-10	.0559261	.0390093	.0577191	-.0014458	.0771448*	.1017733*	.1019218*	.0420407
	21-30	-.1150211*	-.1023084*	-.1343588*	-.0915056*	.1013846*	-.1199032*	-.1544570*	-.0424366
	31-40	-.1822689*	-.2069608*	-.2148610*	-.1562683*	-.1279764*	-.2194812*	-.2235449*	-.0527623
	41-	.1442757	-.0380450	.0537325	.0556817	-.0779920	.0304845	.0611492	.0385477
21-30年	-3	.1471901*	.0300422	.1543762*	.0821189*	.0495509	.2309326*	.2968725*	.0493046
	4-10	.1709472*	.1413177*	.1920779*	.0900598*	.1785294*	.2216765*	.2563788*	.0844774*
	11-20	.1150211*	.1023084*	.1343588*	.0915056*	.1013846*	.1199032*	.1544570*	.0424366
	31-40	-.0672478	-.1046524	-.0805022	-.0647627	-.0265919	-.0995780	-.0690880	-.0103257
	41-	.2592968	.0642635	.1880913	.1471873	.0233925	.1503877	.2156061	.0809843
31-40年	-3	.2144379*	.1346946*	.2348784*	.1468816*	.0761428	.3305106*	.3659605*	.0596303
	4-10	.2381950*	.2459701*	.2725801*	.1548225*	.2051213*	.3212544*	.3254667*	.0948030*
	11-20	.1822689*	.2069608*	.2148610*	.1562683*	.1279764*	.2194812*	.2235449*	.0527623
	21-30	.0672478	.1046524	.0805022	.0647627	.0265919	.0995780	.0690880	.0103257
	41-	.3265446	.1689159	.2685935	.2119500	.0499844	.2499656	.2846941	.0913100
41年以上	-3	-.1121067	-.0342213	-.0337151	-.0650684	.0261584	.0805449	.0812663	-.0316797
	4-10	-.0883496	.0770542	.0039866	-.0571275	.1551368	.0712888	.0407726	.0034930
	11-20	-.1442757	.0380450	-.0537325	-.0556817	.0779920	-.0304845	-.0611492	-.0385477
	21-30	-.2592968	-.0642635	-.1880913	-.1471873	-.0233925	-.1503877	-.2156061	-.0809843
	31-40	-.3265446	-.1689159	-.2685935	-.2119500	-.0499844	-.2499656	-.2846941	-.0913100

*. 平均値の差は 0.05 水準で有意です。

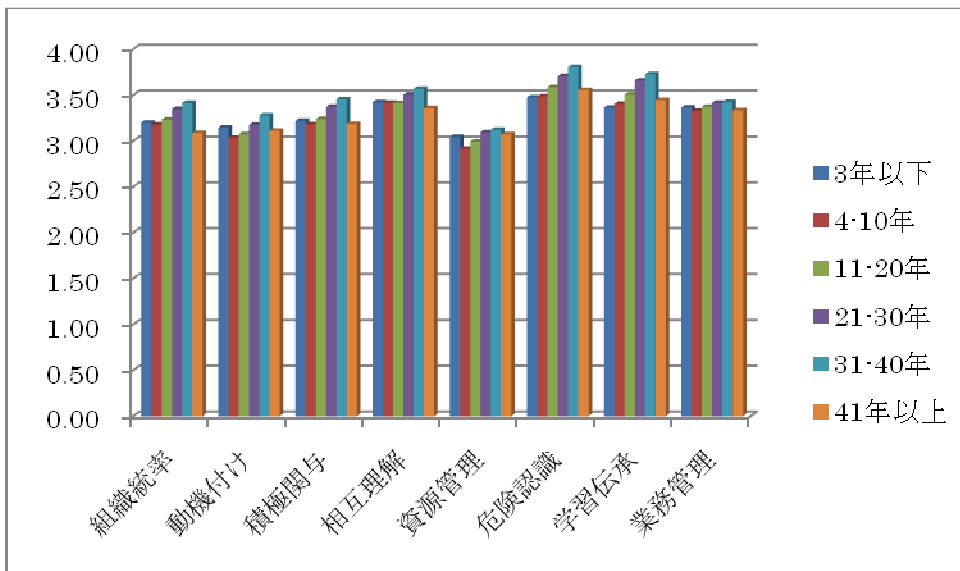


Figure5.1.5 勤続年数別の 8 軸の安全文化の項目の平均値のグラフ

Table5.1.8 同一職種での勤務年数による比較

(I)	(J)	従属変数							
		組織統率	動機付け	積極関与	相互理解	資源管理	危険認識	学習伝承	業務管理
3年以下	4-10	.0897519*	.1468262*	.1381690*	.0627692*	.1663899*	.0851943*	.0903517*	.0855929*
	11-20	.0633942*	.1027102*	.0721073*	.0725413*	.1366755*	.0211698	.0256882	.0602704*
	21-30	-.0303832	.0475129	-.0153496	.0059381	.0463474	-.0869541*	-.0997719*	.0242280
	31-40	-.1733828*	-.1300852*	-.1743830*	-.1327549*	-.0405100	-.2450831*	-.2749777*	-.0087410
	41-	.0876552	.1770618	.1123936	.2944697	.1659727	-.0583721	.0172677	-.0346380
4-10年	-3	-.0897519*	-.1468262*	-.1381690*	-.0627692*	-.1663899*	-.0851943*	-.0903517*	-.0855929*
	11-20	-.0263577	-.0441160	-.0660618	.0097721	.0297145	-.0640244*	-.0646635	-.0253225
	21-30	-.1201351*	-.0993133*	-.1535186*	-.0568312	-.1200425*	-.1721484*	-.1901235*	-.0613649*
	31-40	-.2631347*	-.2769115*	-.3125520*	-.1955241*	-.2068999*	-.3302773*	-.3653294*	-.0943339*
	41-	-.0020967	.0302355	-.0257754	.2317004	-.0004172	-.1435664	-.0730840	-.1202309
11-20年	-3	-.0633942*	-.1027102*	-.0721073*	-.0725413*	-.1366755*	-.0211698	-.0256882	-.0602704*
	4-10	.0263577	.0441160	.0660618	-.0097721	.0297145	.0640244*	.0646635	.0253225
	21-30	-.0937774*	-.0551973	-.0874568*	-.0666033	-.0903281*	-.1081240*	-.1254601*	-.0360425
	31-40	-.2367770*	-.2327954*	-.2464903*	-.2052962*	-.1771855*	-.2662529*	-.3006659*	-.0690115
	41-	.0242610	.0743516	.0402863	.2219283	.0292973	-.0795420	-.0084205	-.0949085
21-30年	-3	.0303832	-.0475129	.0153496	-.0059381	-.0463474	.0869541*	.0997719*	-.0242280
	4-10	.1201351*	.0993133*	.1535186*	.0568312	.1200425*	.1721484*	.1901235*	.0613649*
	11-20	.0937774*	.0551973	.0874568*	.0666033	.0903281*	.1081240*	.1254601*	.0360425
	31-40	-.1429996*	-.1775981*	-.1590335*	-.1386929*	-.0868574	-.1581289*	-.1752058*	-.0329690
	41-	.1180384	.1295488	.1277432	.2885316	.1196253	.0285820	.1170395	-.0588660
31-40年	-3	.1733828*	.1300852*	.1743830*	.1327549*	.0405100	.2450831*	.2749777*	.0087410
	4-10	.2631347*	.2769115*	.3125520*	.1955241*	.2068999*	.3302773*	.3653294*	.0943339*
	11-20	.2367770*	.2327954*	.2464903*	.2052962*	.1771855*	.2662529*	.3006659*	.0690115
	21-30	.1429996*	.1775981*	.1590335*	.1386929*	.0868574	.1581289*	.1752058*	.0329690
	41-	.2610380	.3071470	.2867766	.4272245	.2064828	.1867109	.2922454	-.0258970
41年以上	-3	-.0876552	-.1770618	-.1123936	-.2944697	-.1659727	.0583721	-.0172677	.0346380
	4-10	.0020967	.0302355	.0257754	-.2317004	.0004172	.1435664	.0730840	.1202309
	11-20	-.0242610	-.0743516	-.0402863	-.2219283	-.0292973	.0795420	.0084205	.0949085
	21-30	-.1180384	-.1295488	-.1277432	-.2885316	-.1196253	-.0285820	-.1170395	.0588660
	31-40	-.2610380	-.3071470	-.2867766	-.4272245	-.2064828	-.1867109	-.2922454	.0258970

*. 平均値の差は 0.05 水準で有意です。

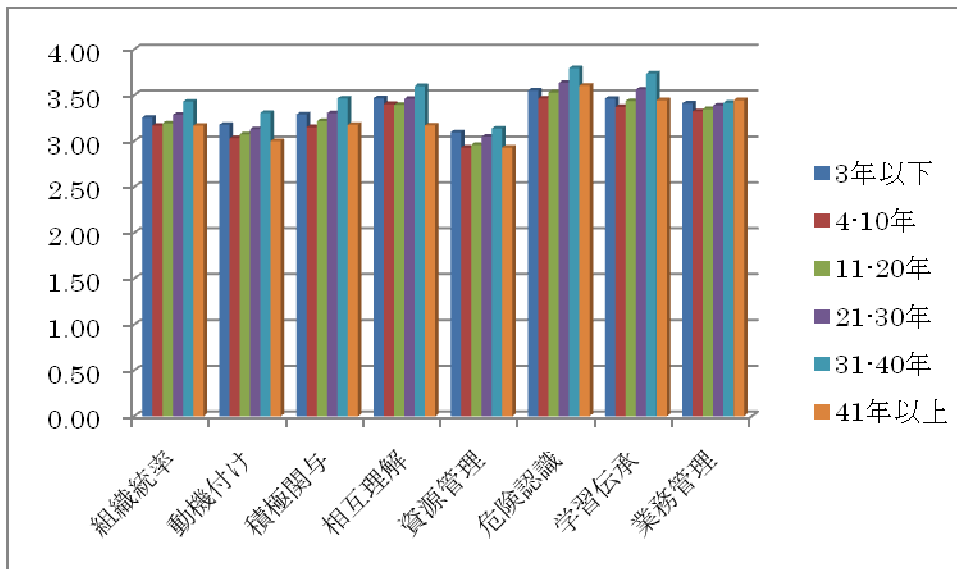


Figure5.1.6 勤務年数別の 8 軸の安全文化の項目の平均値のグラフ

Table5.1.9 は職務について多重比較を行った結果であり、Figure5.1.7 は勤務形態別の平均値をグラフにしたものである。組織統率、動機付け、積極関与、相互理解、資源管理、危険認識の項目は日勤の方が有意に優れており、逆に業務管理の項目は交替勤務の方が有意に優れていた。学習伝承の項目には有意差は見られなかった。

Table5.1.9 勤務形態による比較

(I)	(J)	従属変数							
		組織統率	動機付け	積極関与	相互理解	資源管理	危険認識	学習伝承	業務管理
主に日勤	主に交代勤務	.0585098*	.1225000*	.1051303*	.0484122*	.0953875*	.0661854*	.0333247	-.0440714*
	その他	.0673298	-.0244694	.1291307	.0370809	.0345083	.1075428	-.0178130	-.0271044
主に交代勤務	主に日勤	-.0585098*	-.1225000*	-.1051303*	-.0484122*	-.0953875*	-.0661854*	-.0333247	.0440714*
	その他	.0088200	-.1469694	.0240004	-.0113314	-.0608792	.0413574	-.0511377	.0169670
その他 (臨時・不定期)	主に日勤	-.0673298	.0244694	-.1291307	-.0370809	-.0345083	-.1075428	.0178130	.0271044
	主に交代勤務	-.0088200	.1469694	.0240004	.0113314	.0608792	-.0413574	.0511377	-.0169670

*. 平均値の差は 0.05 水準で有意です。

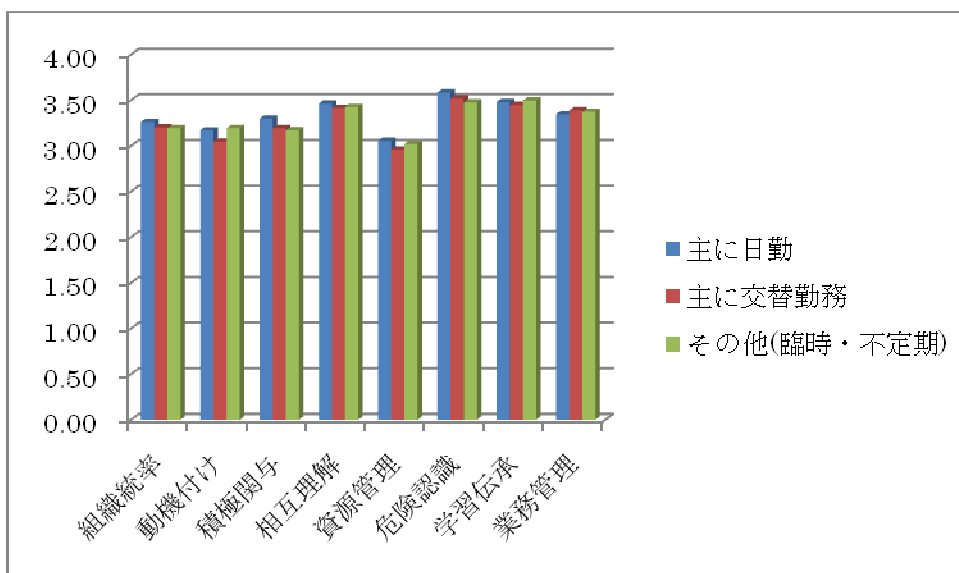


Figure5.1.7 勤務形態別の 8 軸の安全文化の項目の平均値のグラフ

5.2. 主成分分析

アンケート全体の傾向を把握し、1つの数値で施設の安全を定量化するために主成分分析を行った。Table5.2.1のように第1主成分が寄与率 22.23 となり、Table5.2.2のような安全に関する様々な質問内容を含んでいることから、第1主成分の名称を「総合的安全指標」と名付けた。また第2主成分はTable5.2.3のような強調や意欲に関する質問項目を含んでいることから、第2主成分の名称を「協調的・意欲的指標」と名付けた。

Table5.2.1 主成分と寄与率

成分	寄与率(%)	累積寄与率(%)
1	22.23	22.23
2	4.14	26.37
3	3.41	29.78
4	2.54	32.31

Table5.2.2 第1主成分の主成分負荷量と質問内容

	主成分負荷量	番号	質問内容
1	.683	96	職務の質と量に見合った給与体系になっている
2	.683	53	事故防止のための行動計画・施策の妥当性について病院スタッフからの意見を反映して見直している
3	.678	36	医療事故防止マニュアルはきちんと改訂され、尊重されている
4	.673	37	医療事故・ニアミスなどの経験が医療事故防止マニュアル等に反映されている
5	.658	95	安全方針に基づき具体的なリスクマネジメント施策・活動が計画され、実施されている
6	.655	54	医療行為の前に考えられる様々なリスクを想定し、手順について関係者で検討している
7	.648	52	病院スタッフからの安全上の懸念や要望はリスクマネジメント部門に伝えられ迅速に対応されている
8	.637	38	病院内で発生した医療事故・ニアミスの記録をデータベース化し、日常的なリスクマネジメント活動や教育に活用している
9	.624	61	職場の小グループ活動には積極的に参加している
10	.599	81	熟練者をその技量・経験に応じて処遇する制度などがある
11	.597	47	医療事故に結びつく可能性のある小さなリスクを見つけて報告し対処している
12	.597	92	現場の実情や安全上の問題点について、聞き取りやアンケートなどで把握する仕組みがある
13	.597	35	医療部門と医療技術部門の双方で情報を共有している
14	.592	50	新規あるいは重要な医療機器・設備の変更・リプレースに当たっては、使用法に関係者に十分周知している
15	.586	65	上位者は豊富な経験と技量を有し、日ごろから尊敬されている
16	.586	12	OJTの中で安全に関する視点が強調され伝承されるようになっていく
17	.586	94	安全最優先の理念が経営トップにより示され、病院スタッフに周知されている
18	.584	41	医療行為の遂行中の危険要因を特定し、事前に対策と確認を行っている
19	.576	80	リスクマネジメント部門には優秀な人材が登用されている
20	.567	34	他病院のリスクマネジメント活動・施策が紹介されいいものは取り入れている
21	.566	30	院内感染を予防するための措置を講じている
22	.561	56	医療機器・設備のエキスパートを育成する仕組みが機能している
23	.558	90	リスクマネジメント規則、禁止行為などを病院スタッフ全員に周知させるため携帯できるカードなどを用意している
24	.554	26	医療機器・器具には識別しやすい工夫がなされている
25	.548	66	上位者の判断は常に正しいとされる傾向がある
26	.547	43	現在の職務が自分の将来像に結びつくよう病院は配慮してくれる
27	.545	79	リスクマネジメントの専門家を育てる仕組みがある
28	.542	63	上位者は自分の技術力・能力を信頼してくれている
29	.536	25	危険箇所・操作注意箇所を意識させるための表示がなされている
30	.533	93	病院の幹部は安全への取り組み・安全施策について、病院スタッフと直接会話している
31	.527	64	上位者は医療行為の計画・実行段階で適切なアドバイスを与えてくれる
32	.526	13	医療技術・能力向上のため、熟練者によるマンツーマン指導が行われている
33	.523	48	リスクマネジメント活動への各人の取り組みの積極性や姿勢を人事評価に取り入れている
34	.523	7	上位者との面談により人事評価の妥当性や職務適性について納得できるまで話し合っている
35	.523	39	体系的な訓練プログラムが用意されレベルに応じて受講できるようになっている
36	.519	27	紛らわしい薬剤は識別しやすい工夫がなされている
37	.515	6	上位者は部下の職務内容及び状況を把握している
38	.513	83	重要な業務であってもアウトソーシング(外注)する傾向がある
39	.513	73	職務で疑問点・不明箇所があればすぐに解消するようにしている
40	.510	58	安全関係のシンポジウム・大会・セミナーへの参加が奨励されている
41	.506	60	リスクマネジメント教育・訓練の内容は現実的で役に立っている
42	.500	46	発生した事故情報は官庁・関連組織に迅速に伝えられている

Table5.2.3 第2主成分の主成分負荷量と質問内容

	主成分負荷量	番号	質問内容
1	.513	2	職務上の不満・悩み・要望を相談し易い雰囲気である
2	.470	1	職場での人間関係は良好である
3	.433	3	職種や職位・経歴に関係なく自由に意見を述べる事ができる
4	.310	57	本来の業務でない余計な雑務が多い
5	.301	69	自分の仕事にやりがいを感じている

※番号 57 は反転項目

次に横軸に総合的安全指標、縦軸に協調的・意欲的指標を設定し分析した施設を第1、第2主成分得点で位置付けした(Figure5.2.1)。4.3節で得られた質問項目毎の検定結果を使い、有意確率5%で優れている施設に3点、10%で優れている施設に1点、10%で劣っている施設に-1点、5%で劣っている施設に-3点として、その合計点で施設を4つに分類したところ、Figure5.2.1のように総合的安全指標が高い方から低い方へ向かって得点の高い分類から低い分類が位置づけされることを確認できた。

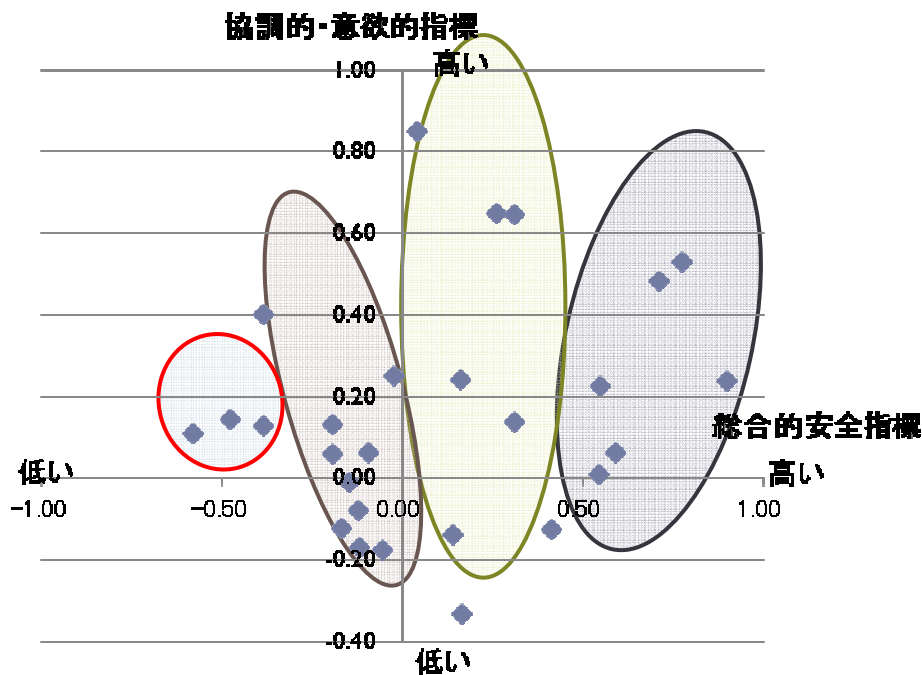


Figure5.2.1 施設の総合的安全指標と協調的・意欲的指標での位置付け

5.3. 病院機能評価係数Ⅱとの相関分析

前節で得られた第1主成分得点が施設の安全レベルを表しているかを検証するために病院機能評価係数Ⅱと第1主成分得点との相関分析を行った。相関係数が0.531と第1主成分得点と病院機能評価係数Ⅱは強い相関があることがわかる。

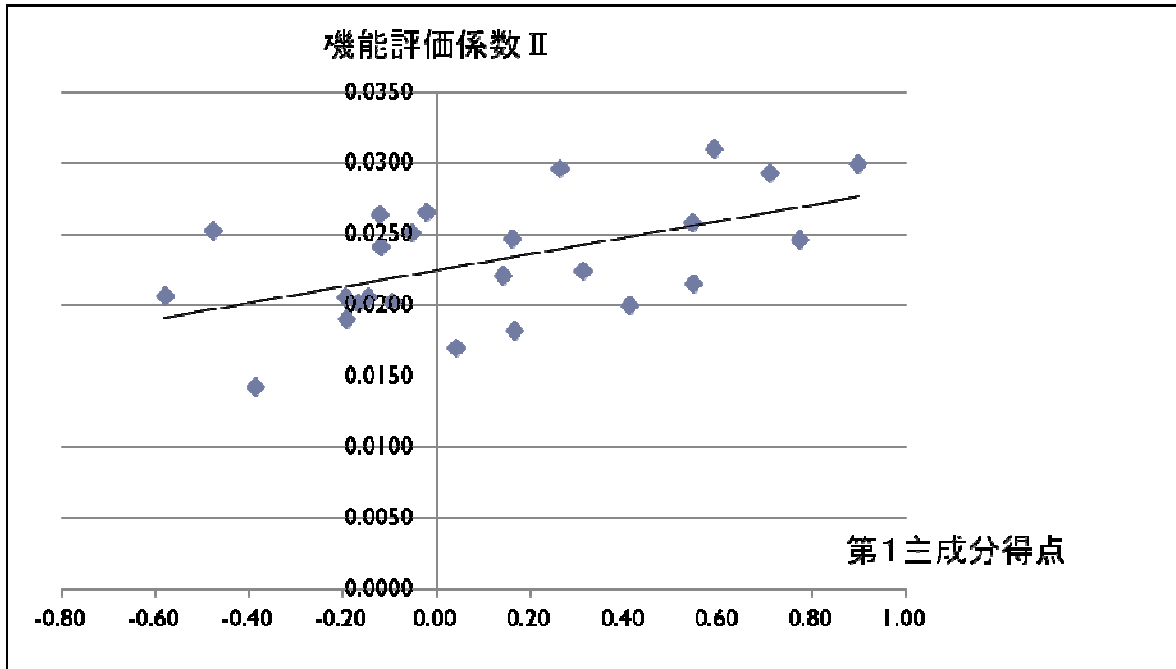


Figure5.3.1 第1主成分得点と機能評価係数Ⅱの相関図

Table5.3.1 第1主成分得点と機能評価係数Ⅱの相関係数

	第1主成分得点	機能評価係数Ⅱ
Pearson の相関係数	1	.531**
有意確率 (両側)		.006
N	27	25

** . 相関係数は 1% 水準で有意 (両側) です。

5.4. 因子分析

安全文化意識に関する 98 項目の評定値に対して因子分析（主因子法、プロマックス回転）を行った。また、分析後最も大きな因子負荷量が 0.3 より小さかった質問は分析から除外した。これらを除外することで各共通因子の相関が抑えられ、独立性が高まることが期待される。

Table5.4.1 因子分析から除外した質問項目

番号	質問内容
8	病院スタッフが参加する行事やイベントを行っている
11	医師も安全教育や訓練に自ら進んで参加している
14	この職場では年代ごとの人員構成に偏りがあり技術伝承がスムーズにできない
20	基準を超えた長時間勤務が常態化している
21	これまでの業務・手続きを見直し合理化するなど、業務量削減に取り組んでいる
22	医療機器・設備の耐用年数を超えて使用している場合が多い
31	積極的にセカンド・オピニオンを推奨している
42	個人の過失による医療事故・ニアミスの責任を追及している
44	病院スタッフの人事評価は減点法だけでなく加点法でも行われている
45	規則より習慣が優先される
57	本来の業務でない余計な雑務が多い
66	上位者の判断は常に正しいとされる傾向がある
67	安全よりもスケジュールを優先する上位者には従いたくない
68	職務上での判断は個人よりも組織の都合が優先される
74	良い成果を出すことや安全を優先していることでよく褒められる
75	安全で確実な方法で作業をするよりも時と場合によっては早く終わらせることを優先する
76	職務中に判断を迷ったときには職務を中断してでも必ず安全な方法を選ぶ
77	状況が切迫している場合や規則自体に問題がある場合には、規則に従わないこともある
83	重要な業務であってもアウトソーシング（外注）する傾向がある
84	外部機関を加え基準に従った安全監査を実施している
98	リストラや人員整理がなされてきた

因子分析を行った結果 12 因子が抽出され収束した。

第 1 因子は職場の安全に対する姿勢や仕組みに関する項目から構成されるため、因子名を「職場の安全体制」とした。第 2 因子は組織の働くことに対する待遇や評価の仕方などの項目から構成されるため、因子名を「労働条件」とした。第 3 因子は職場での個人の相互関係についての項目から構成されるため、因子名を「人間関係」とした。第 4 因子は個人の学習意欲に関する項目から構成されるため、因子名を「個人の知識習得」とした。第 5 因子は職場の危険認知、特にハードウェアに対しての有効な施策に関する項目から構成されるため、因子名を「職場の安全に対する労働環境」とした。第 6 因子は個人の業務への取り組み方に関する項目から構成されるため、因子名を「個人の業務に対する姿勢」とした。第 7 因子は上位者への尊敬や信頼および上位者との相互理解に関する項目から構成される

ため、因子名を「上位者との関係」とした。第 8 因子は組織としての安全に対する理念や施策に関する項目から構成されるため、因子名を「トップの施策」とした。第 9 因子は形骸化した会議が多いなどの職場の業務に関する項目から構成されるため、因子名を「職場の労働環境」とした。第 10 因子は非正規の職員などに関する項目から構成されるため、因子名を「雇用形態」とした。第 11 因子は組織のリスクマネジメントへの姿勢や取組みに関する項目から構成されるため、因子名を「リスクマネジメント部門の重要性」とした。第 12 因子は職場でのリスクマネジメントの取組みに関する項目から構成されるため、因子名を「リスクマネジメントの取組み」とした。

Table5.4.2 因子分析結果

番号	質問項目	因子											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
37	医療事故・ニアミスなどの経験が医療事故防止マニュアル等に反映されている	.922	-.046	-.016	-.040	-.008	-.102	-.005	.073	.010	.007	-.041	-.023
36	医療事故防止マニュアルはきちんと改訂され、尊重されている	.848	-.026	-.023	.040	.004	-.055	-.021	.043	.035	.001	-.017	-.072
38	病院内で発生した医療事故・ニアミスの記録をデータベース化し、日常的なリスクマネジメント活動や教育に活用している	.836	-.091	.027	-.020	-.079	-.038	-.028	.059	.020	-.023	.006	.022
34	他病院のリスクマネジメント活動・施策が紹介されたいものは取り入れている	.708	.062	.017	-.013	-.018	-.138	-.056	-.024	-.088	-.022	.103	.059
33	他病院の事故情報が回覧・周知され、この職場にも反映されている	.664	-.110	.008	.033	-.019	-.018	-.014	-.055	-.012	-.028	.092	-.070
35	医療部門と医療技術部門の双方で情報を共有している	.575	.123	-.022	.004	.035	-.012	-.063	-.026	-.017	-.002	.041	.029
30	院内感染を予防するための措置を講じている	.521	-.045	.051	.028	.125	-.027	-.037	.042	-.033	.061	.015	-.084
39	体系的な訓練プログラムが用意されレベルに応じて受講できるようになっている	.499	.169	-.059	.050	-.074	.133	.032	-.087	.025	-.048	-.018	-.027
41	医療行為の遂行中の危険要因を特定し、事前に対策と確認を行っている	.474	.010	-.058	-.012	.025	.102	.070	-.023	.036	-.010	-.068	.124
40	自然災害、事故などの緊急事態に対応する体制が定められ、定期的な訓練されている	.474	.053	-.079	.040	-.020	.004	.035	-.030	.047	.013	-.033	.038
28	患者を確実に識別し、確認する工夫がなされている	.417	-.025	.067	-.036	.306	.019	.066	.001	-.076	-.065	-.014	-.106
47	医療事故に結びつく可能性のある小さなリスクを見つけて報告し対処している	.371	-.128	.036	.054	-.031	.119	.050	.093	.046	.006	-.093	.193
46	発生した事故情報は官庁・関連組織に迅速に伝えられている	.330	-.072	-.045	-.131	-.036	.020	-.018	.065	.005	.126	.016	.067
96	職務の質と量に見合った給与体系になっている	-.094	.774	-.048	.009	-.053	-.060	-.112	.171	.110	.067	-.070	-.052
97	職務満足度の調査が行われ、そのフィードバックとして具体的な改善が行われている	-.019	.765	.001	.019	-.067	-.054	-.060	.198	.029	.032	-.074	-.051
43	現在の職務が自分の将来に結びつくよう病院は配慮してくれる	.015	.476	.018	.063	-.021	-.008	.112	-.055	.077	.049	.048	.006
81	熟練者その技量・経験に応じて処遇する制度などがある	-.104	.432	-.015	-.045	.031	-.033	.078	-.078	.001	-.081	.414	-.040
86	安全上の懸念・問題があれば優先して予算を確保することができる	-.050	.420	-.007	.036	.045	-.068	.023	.125	-.021	.055	.099	.029
56	医療機器・設備のエキスパートを育成する仕組みが機能している	-.106	.387	-.019	.096	.016	-.013	.007	-.122	-.047	.025	.113	-.169
87	安全に関する現場の問題は各科・各部門で処理されリスクマネジメント部門には知らされない	.114	-.340	-.011	.056	-.037	.044	-.032	.199	.137	.125	.092	.100
85	医療安全関係の法律の解釈について相談できる窓口・担当が用意されている	.079	.288	.000	.062	-.026	.046	-.116	.098	-.041	.062	.145	.070
48	リスクマネジメント活動への各人の取り組みの積極性や姿勢を人事評価に取り入れている	.194	.275	-.032	.010	-.058	.071	.087	-.084	.001	.000	-.054	.220
78	各科・各部門間の調整・協力・コミュニケーションは十分機能している	.008	.250	.181	-.057	.009	.134	-.040	.028	.092	-.046	.202	.024
2	職場上の不満・悩み・要望を相談しやすい雰囲気である	-.023	.024	.930	.028	-.081	-.072	-.034	-.025	-.038	-.003	-.025	-.001
1	職場での人間関係は良好である	-.023	-.062	.887	.000	-.013	-.022	-.061	.024	.046	-.107	-.007	-.022
3	職種や職位・経験に関係なく自由に意見を述べることができる	-.060	-.017	.764	.015	.014	-.102	-.035	.029	-.092	.081	-.034	.063
4	周囲に向上心の高い人材が多く互いに刺激し合っている	.072	.051	.318	-.102	.011	.045	.100	-.094	.023	.098	.047	.017
19	業務量に偏りが生じた場合にお互いに協力し合っている	.043	-.031	.317	-.042	.002	.175	.059	-.031	.182	.018	-.045	-.056
15	仕組みや制度の変化を進んで受け入れる雰囲気がある	.105	.056	.287	.026	.039	.023	-.085	-.072	.141	.128	-.001	.020
59	リスクマネジメント教育には積極的に参加するようにしている	.068	.033	-.022	.844	-.002	-.056	-.078	-.018	.025	.051	-.011	-.139
60	リスクマネジメント教育・訓練の内容は現実的で立っている	.142	.082	-.032	.645	-.033	-.090	-.019	.002	.084	.043	.051	-.015
61	職場の小グループ活動には積極的に参加している	.000	.068	.005	.597	-.058	.133	.053	-.087	.030	-.027	-.063	-.009
62	有益な情報は皆で共有できるように積極的に発信している	.014	-.051	.064	.556	-.014	-.163	.080	-.029	-.025	.004	-.087	.044
58	安全関係のシンポジウム・大会・セミナーへの参加が奨励されている	.155	.033	.025	.426	.007	.066	.022	.067	.034	-.014	.054	-.032
25	危険箇所・操作注意箇所を意識させるための表示がなされている	.032	-.038	-.036	-.063	.763	.000	-.010	.014	.059	.015	-.006	-.019
57	医療機器・器具には識別しやすい工夫がなされている	.066	-.054	-.008	.025	.751	.002	.009	.009	-.004	-.036	-.048	-.003
24	病院内の整理・整頓・清掃が徹底している	-.011	.142	-.080	-.089	.562	.004	-.072	-.052	.070	.089	-.003	.048
27	紛らわしい薬剤は識別しやすい工夫がなされている	.162	-.090	.018	.053	.545	-.036	.042	.050	-.072	-.034	.017	-.015
23	居住性（ゆとりある空間や職場生活を楽しくする要素）を高める工夫がなされている	-.100	.304	.090	.020	.515	-.010	-.062	-.093	.079	.016	-.049	.067
70	できる限り患者とコンタクトし、容態を観察するようにしている	-.044	-.124	-.070	-.009	.000	.816	-.050	.010	-.063	-.089	.024	-.063
71	チェックリストを確実に使用している	.010	.085	-.057	.084	-.017	.627	-.080	.022	-.016	-.014	-.056	-.062
73	職務で疑問点・不明箇所があればすぐに解消するようにしている	-.034	-.068	.073	.043	-.012	.551	-.054	.078	-.066	.041	-.002	.045
72	医療技術スタッフの技術力を信頼している	.064	.048	-.030	-.114	.022	.511	.022	.085	.019	.032	.028	-.012
64	上位者は医療行為の計画・実行段階で適切なアドバイスを与えてくれる	-.027	-.030	-.014	.026	-.008	-.063	.995	.059	-.023	-.086	-.016	-.014
65	上位者は豊富な経験と技量を有し、日ごろから尊敬されている	.016	-.033	-.003	-.064	-.016	-.041	.875	.036	.017	-.086	.072	-.034
63	上位者は自分の技術力・能力を信頼してくれている	-.072	-.042	.139	.237	.009	-.031	.579	.045	-.093	-.090	.003	-.036
6	上位者は部下の職務内容及び状況を把握している	.005	.017	.153	-.134	-.019	-.028	.366	.040	.064	.311	-.039	-.021
7	上位者との面談により人事評価の妥当性や職務適性について納得できるまで話し合っている	.043	.141	.166	-.067	-.029	.028	.311	-.052	.040	.262	-.037	-.091
93	病棟の幹部は安全への取り組み・安全施策について、病棟スタッフと直接会話をしている	.004	.413	-.008	-.083	-.024	-.013	.070	.586	-.048	.022	-.072	.033
94	安全最優先の理念が経営トップにより示され、病棟スタッフに周知されている	.076	.280	-.044	.000	.010	.041	.055	.579	.061	.037	-.054	-.055
95	安全方針に基づき具体的なリスクマネジメント施策・活動が計画され、実施されている	.138	.104	-.055	.031	-.017	.037	.050	.549	.016	.079	.022	-.008
92	現場の実情や安全上の問題点について、聞き取りやアンケートなどで把握する仕組みがある	.157	.297	.050	-.066	-.016	.006	.039	.444	-.079	-.070	-.026	.007
91	安全パフォーマンス（事故発生数・安全活動時間・安全対策費）などが周知され、次年度に反映されている	.350	-.025	.057	-.097	-.006	.078	.009	.380	.016	-.083	.063	.034
89	病棟間・内での交流会、情報交換会によりリスクマネジメント活動・施策などの情報を共有している	.101	-.042	.009	.031	.015	.040	-.024	.289	-.025	.089	.245	.026
17	無数の会議や形式化・形骸化した会合が多い	-.002	.131	-.076	.086	.062	-.100	-.002	.007	.677	-.121	.000	-.045
18	この職場では一部の科・部門あるいは人に職務が集中する傾向にある	-.022	.107	.000	.006	.014	-.031	-.062	.012	.655	-.158	-.025	-.026
16	職務上の指揮命令系統や分担当が曖昧である	.077	-.072	.051	-.022	-.007	-.017	.063	.001	.463	.037	.075	.005
32	都合の悪い情報や事実はゆがめられて伝えられることが多い	.009	-.152	.075	.041	-.006	-.031	-.014	.163	.360	-.012	.045	-.110
9	非正規の職員にも働きやすい労働環境となるよう配慮されている	-.034	.112	.081	-.015	.008	-.073	-.104	.034	-.083	.757	-.016	-.051
10	非正規の職員にも必要に応じてリスクマネジメント教育を行うよう指導している	.050	-.030	-.024	.085	-.009	-.036	-.090	.054	-.131	.721	.038	-.032
12	0月の中で安全に関する視点が強調され伝えられるようになっている	.155	-.042	-.013	.053	.094	.086	.019	.023	-.013	.396	.021	-.045
13	医療技術・能力向上のため、熟練者によるマンツーマン指導が行われている	.090	.088	-.001	.030	.070	.042	.130	-.043	.016	.308	-.009	-.038
80	リスクマネジメント部門には優秀な人材が登用されている	.130	.012	-.048	-.048	-.024	-.036	.059	.019	.038	-.006	.744	-.027
79	リスクマネジメントの専門家を育てる仕組みがある	.099	.137	-.019	-.031	-.059	-.047	-.056	-.005	-.027	.033	.634	.020
82	業務遂行上の適度な権限が与えられている	-.115	.175	.066	.110	.057	-.093	.147	.032	-.020	.015	.335	-.027
88	リスクマネジメント施策・活動の具体化は各科・各部門で議論され定められている	.016	.036	.014	.056	.052	-.022	-.053	.188	.002	.059	.194	.068
52	病院スタッフからの安全上の懸念や要望はリスクマネジメント部門に伝えられ迅速に対応されている	.191	.038	.036	-.073	-.022	-.065	-.062	.038	-.037	-.028	-.008	.761
53	事故防止のための行動計画・施策の妥当性について病院スタッフからの意見を反映して見直している	.198	.067	.002	-.052	.011	-.113	.028	.037	.021	-.043	-.027	.707
51	リスクマネジメントに関する規則への違反を報告・対応・是正する仕組みがある	-.119	-.021	.013	-.059	-.004	.020	-.047	-.020	-.026	-.040	.035	.568
54	医療行為の前に考えられる様々なリスクを想定し、手順について関係者が検討している	.236	-.002	-.072	.023	.044	.025	.091	.019	.017	-.056	-.017	.460
50	新規あるいは重要な医療機器・設備の変更・リプレースに当たっては、使用方法に関係者に十分周知している	.183	-.066	.019	.118	-.118	.039	.000	.063	.002	.077	-.034	.218
	因子寄与率	25.415	4.241	3.021	1.932	1.304	1.179	1.138	1.110	.916	.829	.802	755
	累積寄与率	25.415	29.656	32.676	34.609	35.912	37.092	38.230	39.340	40.255	41.084	41.886	42.641

5.5. 共分散構造分析

前節の因子分析では 12 個の因子を抽出できた。この 12 個の因子の因子相関行列を元に「1.職場の安全体制」に影響を与える要因が、相互にどのような因果関係にあるのかを仮定したモデルを作成した。

Table5.5.1 因子相関行列

因子	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1.000	.529	.465	.605	.679	.642	.536	.529	.399	.578	.598	.712
2	.529	1.000	.440	.334	.479	.415	.564	.222	.395	.440	.499	.494
3	.465	.440	1.000	.384	.454	.549	.693	.271	.493	.602	.390	.410
4	.605	.334	.384	1.000	.487	.613	.467	.572	.213	.492	.544	.614
5	.679	.479	.454	.487	1.000	.587	.484	.408	.386	.538	.496	.553
6	.642	.415	.549	.613	.587	1.000	.622	.428	.448	.571	.474	.589
7	.536	.564	.693	.467	.484	.622	1.000	.288	.552	.628	.459	.521
8	.529	.222	.271	.572	.408	.428	.288	1.000	.197	.374	.552	.546
9	.399	.395	.493	.213	.386	.448	.552	.197	1.000	.597	.299	.378
10	.578	.440	.602	.492	.538	.571	.628	.374	.597	1.000	.442	.521
11	.598	.499	.390	.544	.496	.474	.459	.552	.299	.442	1.000	.600
12	.712	.494	.410	.614	.553	.589	.521	.546	.378	.521	.600	1.000
13	.076	.312	-.040	-.038	-.040	-.064	.057	-.098	.015	.010	.043	.054
14	-.158	-.119	.249	.037	-.013	-.020	.121	.053	.078	.233	-.079	-.084

因子抽出法: 主因子法 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

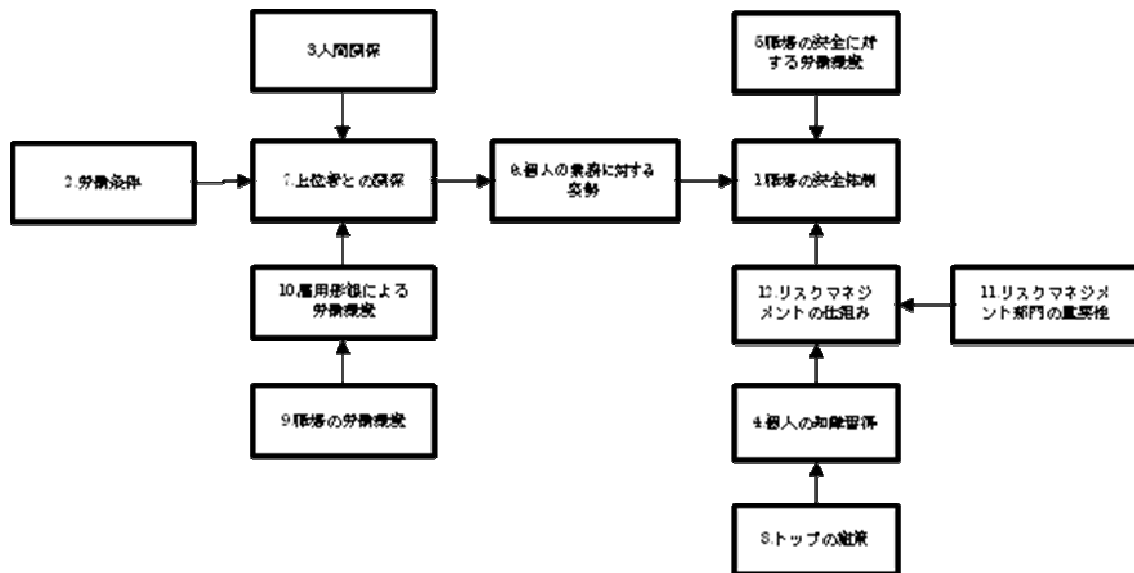


Figure5.5.1 因子相関行列から導いた因子間の仮説モデル

この仮説のモデルを検証するために全有効サンプルを対象に共分散構造分析を行った。その結果、適合度は「GFI=.500 AGFI=.291 RMSEA=.286」となったが、推定値の標準化効果と標準化間接効果を比較・検証し、因子間の因果関係をより示しているモデルとして新たに Figure5.5.2 のモデルを設定した。

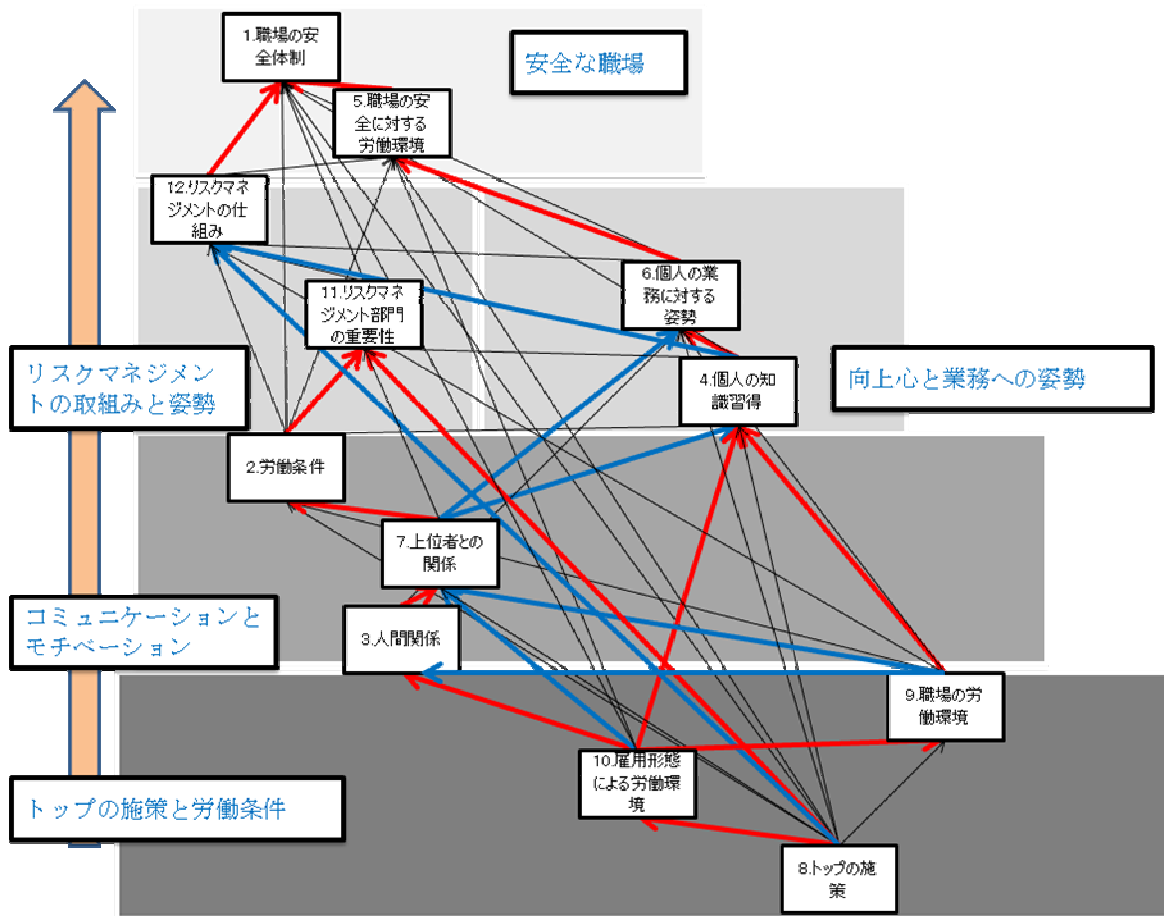


Figure5.5.2 新たに設定した共分散のモデル

分析の結果、「GFI=.992 AGFI=.971 RMSEA=.045」となり仮説モデルより高い適合度が得られた。赤色の矢印は因果係数 0.3 以上、青色の矢印は 0.2 以上の関係を表している。また各因子を矢印が下から上へ向くように配置し、各階層に「トップの施策と労働条件」、「コミュニケーションとモチベーション」、「リスクマネジメントの取組みと姿勢」、「向上心と業務への姿勢」および「安全な職場」と分類名称を設定した。各階層の分類名称に注目すると、土台に「トップの施策と労働条件」があり、次に「コミュニケーションとモチベーション」が影響し「リスクマネジメントの取組みと姿勢」と「向上心と業務への姿勢」を通じて「安全な職場」へ繋がることを確認できる。

因果係数（矢印の色）に注目すると、「1.安全な職場」には「12.リスクマネジメントの仕組み」と「8.トップの施策」から「5.職場の安全に対する労働条件」に繋がっている因子の連なりの2通りが影響していることがわかる。特に後者の因子の連なりには様々な相互作用が確認できるが因果係数の大きい矢印が集まっている「8.トップの施策」、「10.雇用形態による労働環境」、「4.個人の知識習得」および「6.個人の業務に対する姿勢」が重要な因子と考えられる。

6. 考察

前章の共分散構造分析から「8.トップの施策」、「10.雇用形態による労働環境」、「4.個人の知識習得」および「6.個人の業務に対する姿勢」が重要な因子であることがわかった。また主成分分析の第1主成分と病院機能評価係数は相関関係があることが確認できたので、共分散構造分析で得られた重要な因子に含まれる質問項目でかつ第1主成分に含まれる質問項目が医療安全に最も大きく影響すると考えられる。つまり Table6.1.1 に示す質問に対する回答結果を良くすることが医療安全に最も有効であると考えられる。

Table6.1.1 重要な因子かつ第1主成分に含まれている質問項目

因子番号	主成分負荷量	質問番号	質問内容
4	.624	61	職場の小グループ活動には積極的に参加している
4	.510	58	安全関係のシンポジウム・大会・セミナーへの参加が奨励されている
4	.506	60	リスクマネジメント教育・訓練の内容は現実的で役に立っている
6	.513	73	職務で疑問点・不明箇所があればすぐに解消するようにしている
8	.658	95	安全方針に基づき具体的なリスクマネジメント施策・活動が計画され、実施されている
8	.597	92	現場の実情や安全上の問題点について、聞き取りやアンケートなどで把握する仕組みがある
8	.586	94	安全最優先の理念が経営トップにより示され、病院スタッフに周知されている
8	.533	93	病院の幹部は安全への取り組み・安全施策について、病院スタッフと直接会話している
10	.586	12	OJTの中で安全に関する視点が強調され伝承されるようになっている
10	.526	13	医療技術・能力向上のため、熟練者によるマンツーマン指導が行われている

具体的には下記のような改善策が有効ではないかと考えられる。

- ・トップ・リーダーが安全最優先の理念や具体的なリスクマネジメント施策・活動を病院スタッフに周知し、またトップ・リーダーが現場の実情を把握できるようにする（アンケートや直接会話）
- ・職場の問題点などを解決するために積極的にワーキンググループを開催する（部門内・部門間での話し合い）
- ・人材教育をきちんと行う（OJT、マンツーマン指導）
- ・職務で疑問点・不明箇所があればすぐに解消するようにする

産業界での対策例として、技術 KI(Knowledge Intensive Staff Innovation Plan)計画（技

術者の知的生産性向上(岡田幹雄,1993)が挙げられる。技術 KI 計画とは日本能率協会グループが1980年より産学協同でホワイトカラーの生産性の研究を行い産業界へ広く提案している技術者の知的生産性向上のための対策案である。技術 KI 計画ではチームでの課題解決を行う場合に計画は本来業務そのものでありチームが計画完遂するための絶対不可欠な条件であると考え、OJT やコミュニケーションを行う時間であるとしている。また活動の5原則として、①全員参加、全員平等、②本質を守れば制約0、③自ら考え、自らの価値観で活動、④活動のプロセスすべてが創造性発揮、⑤笑う、見る、聞く、しゃべる、を掲げ技術者にオープンマインド状態と自由にのびのびと創造性を発揮させることを目的としている。またチームの成果を発表する場を持つことも重要であると考え、発表の4原則として、①生の声、生の資料で発表、②発表ストーリーは「やったこと」「わかったこと」「次にやること」、③チェック、コントロールは禁句、④お互い良い点を褒め合いケチをつけない、を掲げ「目に見えない成果」を共有し、互いに「相互刺激」し合い、「人材発掘」を積極的に行うことを目的としている。

技術 KI 計画を医療現場で行うことで、①部門を超えたチームで作業することで積極的なコミュニケーションが図れる、②他メンバーからの刺激で個人の安全やリスクマネジメントについての意識が高まる、③OJT や医療技術・能力向上のための指導の場が作れる、④発表の場を設けることで現場の声が経営トップやリーダーに伝わり現場スタッフとの距離が縮まる、⑤計画を可視化することで定量的にスタッフ全員の負荷量が見える、などの効果が期待できる。

(組織事故とレジリエンス,ジェームズ・リーズン,2010)では、原子力分野において、全てのヒューマンパフォーマンス問題の約70パーセントが、不適切な手順書に起因していると述べている。つまり手順書に誤った情報が記載されていたり、手順書が現状に合っていなかったり、機能しなかったり、知られていなかったり、古かったり、作業時に見つからなかったり、読んでも理解できなかったり、あるいは単に当該タスクについて書かれていなかったりする。英国イングランドの北西部の大規模石油化学プラントで行われた手順書の使用に関する調査では実際に作業を遂行する間、手順書を開いて目の前に置くと答えた人は4,000人のうち、わずか58パーセントにすぎず、正式な手順書ではなく作業員自身が作成した"裏の"手順書を使用している人は作業員で56パーセント、マネージャーで51パーセントいる例が紹介されていて、正式な手順書に従わない理由として、①手順書に従っていたら作業ができない、②手順書があることを知らない、③手順書よりも自分たち自身のスキルや経験に頼ることを好む、④手順書に何が書かれているかを熟知していると確信している、が挙げられている。医療業界は刻一刻と容態が変化する患者を対象に業務を行っているため、産業界と比較して手順書が作成しづらいということがあるかも知れないが、

現場で使える現実的な手順書を作成することが重要であると考えられる。

また(保守事故,ジェームズ・リーズン,2005)では、航空業界ではチームマネジメントの問題が空の安全を脅かす最も重大な脅威であると結論づけたとあり、その問題の中に「チームリーダーがあまりにも些細な技術的問題に掛かりきりになる」や「タスクや責任を与えることの失敗」などがある。最近の医療業界ではチーム医療という形がとられることが多くなってきている。チーム医療のリーダーはやはり医師ということになると考えられるが、医師は診療を主体に行う役割もありチームビルディングを行うリーダーを兼任とハードな業務になることは明白である。また専門分化されたスタッフでチームを組むために、タスクや責任の範囲が明確に区別されてしまう可能性がある。上述の航空業界の例を参考にとすると、リーダーには技術的な診療行為を行わない専任者は配置することでチームとしてのパフォーマンスが上がることを考慮し、専門職のスタッフのタスクや責任を曖昧にしてスタッフの意思で業務を積極的に行っていくようにすることでチーム医療が効果的に機能すると考えられる。

さらに Table6.1.1 の項目の検証ために研修医の満足度を例にあげる。Figure6.1.1 は研修医に対して厚生労働省が臨床研修プログラムについてのアンケート調査を行った結果である。Figure6.1.1 から研修医は総計で 53.8%しか研修体制に満足していないことがわかり、「人材教育をきちんと行う」という項目について実情と合っている可能性が高いことがわかる。

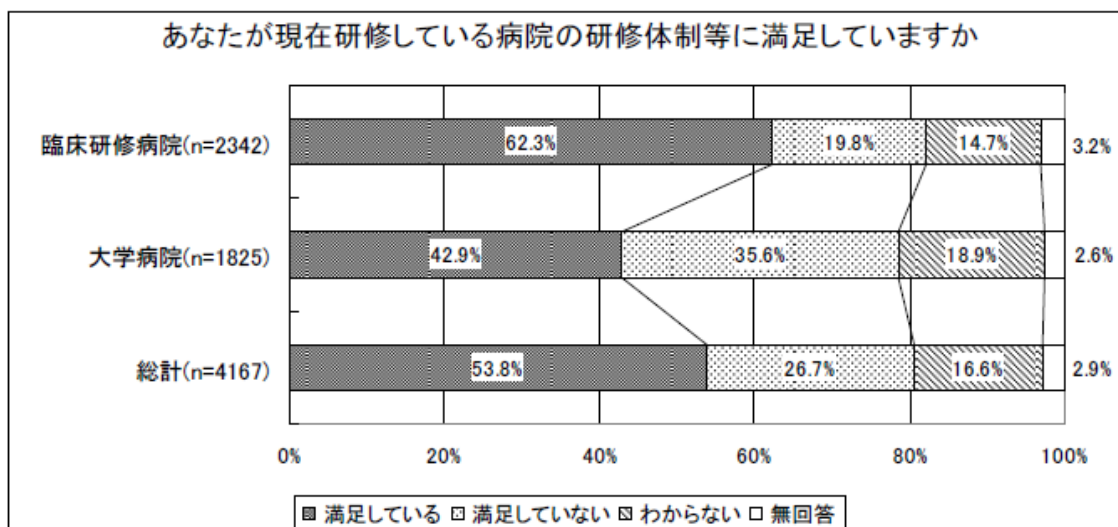


Figure6.1.1 平成 18 年度 研修体制等についての満足度 (臨床研修病院 / 大学病院)、「臨床研修に関する調査」報告のポイント(2007)より

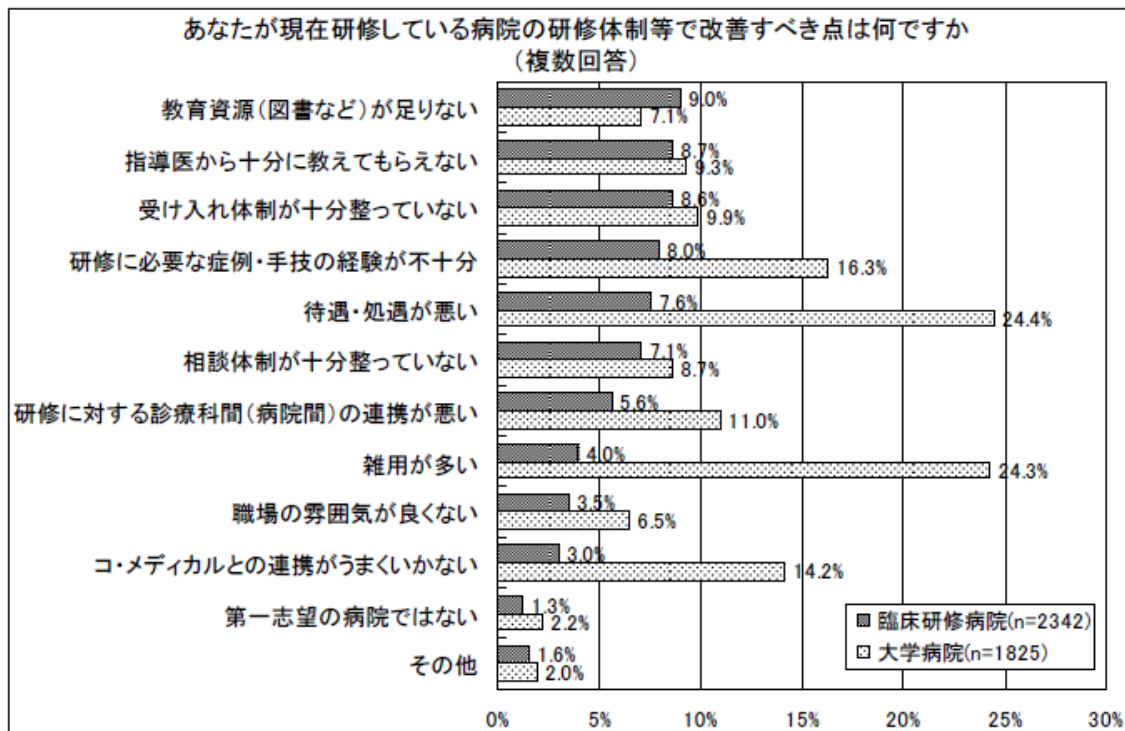


Figure6.1.2 ●平成 18 年度 研修体制等で改善すべき点 (臨床研修病院 / 大学病院)、「臨床研修に関する調査」報告のポイント(2007)より

Figure6.1.2 をみると、「指導医から十分に教えてもらえない」や「相談体制が十分整っていない」などの改善すべき点のポイントが高く、OJT やマンツーマン指導が十分に行われていないこと可能性が高く、本研究から得られた結果と合致していることが確認できる。

医療業界での安全に関する研究は他産業界と比べて歴史が浅く、医療機関というと特殊な問題があったり、Figure6.1.2 の大学病院の「待遇・処遇が悪い」や「雑用が多い」の改善すべき点のポイントが非常に高くなっているように、さらに各々の病院で特有の問題があったりするように思える。しかし前章の Figure5.5.2 の因子の関連モデルはそのまま産業界でも通用するようなモデルであり、医療業界も根本の構造は産業界と同じで、産業界での改善案が医療機関でも通用する可能性が十分あるのではないかと考えられる。

7. 結言

本研究では医療業界の安全文化意識の傾向の把握、安全文化意識と病院の安全レベルのインディケータの関連の調査および改善案を導くことのために3つのアプローチを行った。

1つ目はt検定と多重比較である。t検定によって安全文化意識の平均値との比較を行いその傾向を把握した。また多重比較によって安全文化意識の各プロフィール間の比較を行いその傾向を把握した。

2つ目は主成分分析と相関分析である。主成分分析によって安全上主要な要因が第1主成分に集中することがわかり、これを総合的安全指標と名付けた。また相関分析によって主成分分析から得られた第1主成分得点と病院機能評価係数Ⅱの関連を検証した。

3つ目は因子分析と共分散構造分析である。因子分析によって新たな12個の因子を抽出した。また共分散構造分析によって因子分析から得られた12個の因子の関連モデルを設定し重要な因子を選定した。

本研究の成果として、以下の点が挙げられる。

- ・全国の病院を対象として4,000以上の有効サンプル数が得られたアンケート調査であること
- ・安全文化意識と病院機能評価係数Ⅱの間に正の相関関係が確認できたこと
- ・医療安全に影響する12因子の関連モデルを設定することで重要な因子項目を選定し改善案を導きだしたこと

一方、今回導き出した改善案はアンケート調査結果から得られたものであり実際に病院に適用するためには各病院向けに具体策に落としつけていかなくてはならないだろう。さらに安全文化意識の醸成が医療事故の減少に影響することを証明するためにはさらに長い期間の調査と検証が必要になる。

8. 謝辞

本研究を無事卒業論文として形にすることが出来たのは、時には厳しく時には優しくご指導頂いた高野教授のおかげです。深く感謝いたします。

また本研究はアンケートにご回答くださいました 4,967 名の医療関係者の皆様のご協力なくしては成し遂げることができないものでした。アンケートを実施する前は 100 名分集まれば良いとも予想されましたが、多忙な業務にも関わらず多くの方に自由記述欄への記入も含め真剣なご回答を頂きましたことを感謝いたします。特に職員の皆様に対するアンケート調査資料の配布や回収などを行って頂きました病院ご担当者様に心より感謝いたします。

また研究に関してアドバイスを頂いたり、アンケート資材の作成や開封などの作業を手伝って頂いたりした高野研究室の皆様にも深く感謝いたします。

9. 参考文献

- ジェームズ・リーズン (塩見弘 監訳、高野研一、佐相邦英 訳) (1999)、組織事故、日科技連出版社
- ジェームズ・リーズン (高野研一 監訳、佐相邦英、弘津祐子、上野彰 訳) (2005)、保守事故、日科技連出版社
- ジェームズ・リーズン (佐相邦英 監訳、電力中央研究所ヒューマンファクター研究センター 訳) (2010)、組織事故とレジリエンス、日科技連出版社
- 岡田幹雄(1993)、技術者の知的生産性向上、日本能率協会マネジメントセンター
『平成17年版原子力安全白書』 第1編 第1章 「国際機関や諸外国における安全文化への取組
- 高野研一(2005)、安全性向上システムの開発 -システム全体の機能とその適用-、財団法人電力中央研究所
- 行待武生(2004)、ヒューマンエラー防止のヒューマンファクターズ、テクノシステム
- 嶋森好子・任和子(2008)、医療安全とリスクマネジメント、ヌーヴェルヒロカワ
- 森本剛・中島和江・種田憲一郎・柳田国夫 (2010)、医療安全学、篠原出版新社
- 山内桂子・山内隆久 (2000)、医療事故なぜ起こるのか、どうすれば防げるのか、朝日新聞社
- 河野龍太郎(2004)、医療におけるヒューマンエラー なぜ間違えるどう防ぐ、医学書院
- 河野龍太郎(2008)、8つの行動目標について 医療安全対策の基本的な考え方
- 河野龍太郎(2010)、医療安全へのヒューマンファクターズアプローチ、日本規格協会
- 阿部好文(2005)、医療安全キーワード 50、診断と治療社
- 労働科学 第84巻 第2号 p.43-62(2008)、労働化学研究所
- 医療の質・安全学会誌 第4巻 第1号 p.10-24(2009)、医療の質・安全学会
- 山崎秀樹・乗越勇美・川口整(2004)、医療現場の安全管理とリスクマネジメント、同友館
- 医療事故防止対策マニュアル第二版、神戸大学医学部附属病院(2001)
- 横浜市立大学医学部附属病院の医療事故に関する事故調査委員会 報告書(1999)、
<http://www.yokohama-cu.ac.jp/jimukyoku/kaikaku/bk2/bk21.html>
- 厚生労働省、医療法施行規則(2010)、
<http://law.e-gov.go.jp/htldata/S23/S23F03601000050.html>
- 厚生労働省、平成22年度診療報酬改定について
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/index.html>

10. 付録

10.1. アンケート依頼書

10.2. Fax 回答資料

10.3. 安全文化アンケートについての資料

10.4. 組織情報記入用紙

10.5. アンケート指示用紙

10.6. アンケート設問項目

10.7. 自由記述欄コメント

宛先各位

2010年7月
慶應義塾大学大学院 システムデザイン・マネジメント研究科
教授 高野 研一
〒223-8521 神奈川県横浜市港北区日吉4-1-1 協生館
電話 045-564-2458 (内38001)
Email: k.takano@sdm.keio.ac.jp

安全文化システム構築のためのデータ収集アンケートのご協力をお願い

謹啓 貴院益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

慶應義塾大学大学院システムデザイン・マネジメント研究科 (SDM) では、激変する社会・開発環境におけるグローバルで多様な価値観・利害関係に対応し、新しい技術・社会システムを提案・実現するとともに、創造した新規マーケットで事業を先導できる創造的デザイナー育成のため、開講いたしました。

SDM では、事故・トラブル低減を目指した「安全文化の構築」をひとつの柱として取り組んでおります。

大規模・複雑な組織体制・専門機器を有する病院においても、特に**個人・職場・組織**による**組織風土・文化の再構築**が不可欠となります。安全意識や価値観の共有により、組織の「安全文化」が醸成されていきます。

この度、慶應義塾大学大学院 SDM では、**安全文化診断プログラムの構築**を検討しております。このプログラムでは、**個人・職場・組織の風土・文化の健全性を定量評価する**アプローチで、現在、診断の基準となるデータの収集を医療業界に拡充のため実施しております。詳細は、別添資料を参照いただきますよう、お願いいたします。

ご回答いただいたデータは集計処理し、今後の安全文化診断に利用させていただくことを考えております。なお、**個別の病院名が特定できないように取扱いに注意**いたします。

また、ご回答をいただいた病院様には集計・分析した後、調査結果をお送りする予定です。アンケートは、**現場の医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師の方々**にご回答いただき、1ヶ月程度で回収することを考えております。同封の用紙で、アンケートにご協力いただけます病院名、ご担当窓口、アンケート実施人数などをご回答の上、FAXにて返信いただけますよう、お願い申し上げます。

皆様方にはご多忙のところ大変恐縮ではございますが、主旨をご理解いただき、アンケートにご協力賜りますよう、何卒、よろしくお願い申し上げます。

また、ご不明な点がございましたら、慶應義塾大学大学院 SDM 吉野貴之 (ta.yoshino@a7.keio.jp) までお問合せいただきますよう、お願いいたします。

敬具

FAX 送信先 慶應義塾大学大学院 システムデザイン・マネジメント研究科

FAX :045-564-2538

担当:吉野貴之

FAX 回答用紙 (回答期限 2010年8月31日)

1. 今回のアンケートに御協力頂けますか

はい ・ いいえ

※医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師の方々全員にアンケート回答をお願いしたいのですが、全員・全職種の方の回答が難しい場合は対象職種・人数などご相談に応じます。

アンケート調査に御協力くださる病院様は以下の質問に御回答願います

2. アンケート必要事項

貴病院名			
アンケート送付先住所			
ご所属		お役職	
TEL		FAX	
フリガナ ご氏名		E-mail	
アンケート回収方式	<input type="checkbox"/> 郵送方式 ・ <input type="checkbox"/> インターネット方式 ※詳細は別紙(アンケート回答方式①、②)を参照ください		
必要アンケート部数	部 ※インターネット方式の場合は大まかな人数をお書きください		
アンケート実施時期	9月 ・ 10月 ・ 11月 ※ご希望の調査実施時期にひとつ○をしてください		
<input type="checkbox"/> 「安全文化の紹介資料(PDF)の送付を希望する場合はチェックしてください (E-mailにて送付させていただきます)			

2010年8月31日までに慶應義塾大学大学院 システムデザイン・マネジメント研究科修士 吉野貴之(045-564-2538)へ FAX にて御返信願います。

安全文化アンケートについて

安全文化には様々な要素が関連しています。組織風土・文化について定量的に評価を行うため、我が国の安全文化を考え、重要な要素をリストアップしたのが、**図 1** に示します「安全文化の 8 軸」です。隣り合った軸はお互いに関連が深く、赤字で示した「責任関与」「相互理解」「危険認識」「動機付け」の 4 要因は安全確保の観点から特に重要と考えています。



図 1 組織の安全文化の 8 軸

以下に 8 軸に関し、考慮すべき点を記述します。

- ① 組織統率 (ガバナンス)：組織内で安全優先の価値観を共有し、これを尊重して組織管理を行うこと。コンプライアンス、安全施策における積極的なリーダーシップの発揮を含む。
- ② 責任関与 (コミットメント)：組織の経営層および管理層から従業員まで、また規制機関、協力会社職員までが各々の立場で職務遂行にかかわる安全確保に責任を持ち、関与すること。
- ③ 相互理解 (コミュニケーション)：組織内および組織間 (規制機関、同業他社、協力会社) における上下、左右の意思疎通、情報共有、相互理解を促進すること。
- ④ 危険認識 (アウェアネス)：個々人が各々の職務と職責における潜在的リスクを意識し、これを発見する努力を継続することにより、危険感知能力を高め、行動に反映すること。
- ⑤ 学習伝承 (ラーニング)：安全重視を実践する組織として必要な知識 (失敗経験の知識化等)、そして背景情報を理解し実践する能力を獲得しこれを伝承していくために、自発的に適切なマネジメントに基づく組織学習を継続すること。またそのための教育訓練を含む。
- ⑥ 作業管理 (ワークマネジメント)：文書管理、技術管理、作業標準、安全管理、品質管理など作業を適切に進めるための実効的な施策が整備され、個々人が自主的に尊重すること。
- ⑦ 資源管理 (リソースマネジメント)：安全確保に関する人的、物的、資金的資源の管理と配分が一過性でなく適正なマネジメントに基づき行われていること。
- ⑧ 動機付け (モチベーション)：組織としてふさわしいインセンティブ (やる気) を与える／自ら獲得することにより、安全向上に向けた取組が促進されるとともに、

職場満足度を高めること。

また、既に実施されたアンケートにより、安全文化指標が高い事業所は災害（労災および設備災害）発生率が低いという結果が示されております。図2にイメージを示します。

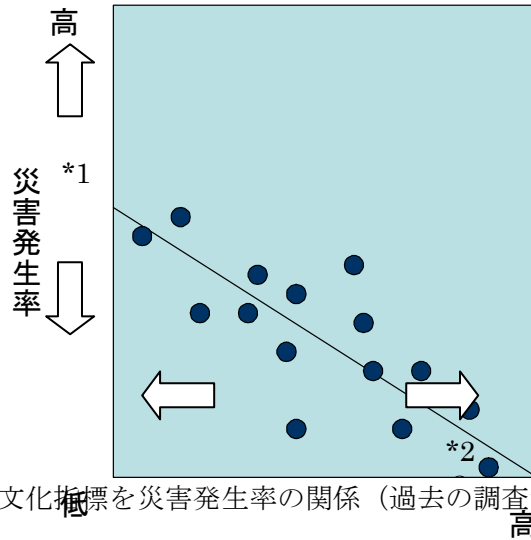


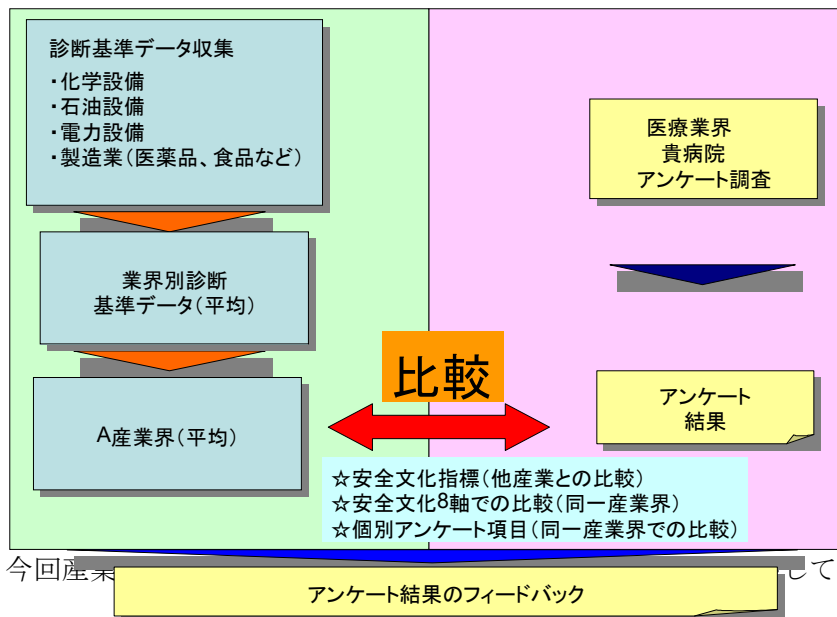
図2 安全文化指標を災害発生率の関係（過去の調査データから得られた知見）

*1： 災害率が同一基準で定義された安全文化指標で比較

*2： アンケート結果に主成分分析を適用して得た主成分得点を用いた

1. アンケートの目的

組織の安全文化を定量的に示すため、従業員の意識、職場の安全管理（活動）および組織風土の健全性に関する基準データベースを構築する必要があります。（図3を御参照ください）



このため、今回産業安全文化調査を実施しております。

2. アンケート調査の進め方

2.1 アンケート回答方法について（貴病院、慶應義塾）

アンケート回答方法の概要は別紙 回答方式①、②を御参照ください。

2.2 アンケート項目について（貴病院）

アンケートは設問が 100 問程度あり、30 分程度で終了します。（図 4 を御参照ください）

2.3 アンケートのフィードバックについて（慶應義塾）

アンケートの集計結果をフィードバックいたします。

フィードバックの内容は以下を予定しております。

- ・ 本調査における診断基準データと貴病院の位置づけ（図 5 を御参照ください）
- ・ 項目ごとの比較診断結果（表 1 を御参照ください）

質問項目		回答項目				
		全く当てはまらない	あまり当てはまらない	どちらともいえない	少し当てはまる	非常によく当てはまる
23	無駄な会議や形式化・形骸化した会合が多い	1	2	3	4	5
24	これまでの業務・手続きを見直し合理化するなど、作業量削減に取り組んでいる	1	2	3	4	5
25	この職場では年代ごとの人員構成に片寄りがあり技術伝承がスムーズにできない	1	2	3	4	5
26	現場の職務が自分の将来像に結びつくよう職場の上長は配慮してくれる	1	2	3	4	5
27	この職場では一部の部署あるいは人に残業が集中する傾向にある	1	2	3	4	5
28	協会の社員の従業員にも必要に応じて安全教育をする指導している	1	2	3	4	5
29	協力は独自の安全活動を実施している	1	2	3	4	5
30	社員と協会従業員がともに参加する行事やイベントを行っている	1	2	3	4	5
31	定格を超えた設備運用が常態化している	1	2	3	4	5
32	運転と設備管理部門の双方で技術情報を共有している	1	2	3	4	5
33	仕事の評価は減点法だけでなく加点法でも行われている	1	2	3	4	5

図 4 アンケート設問例（抜粋）

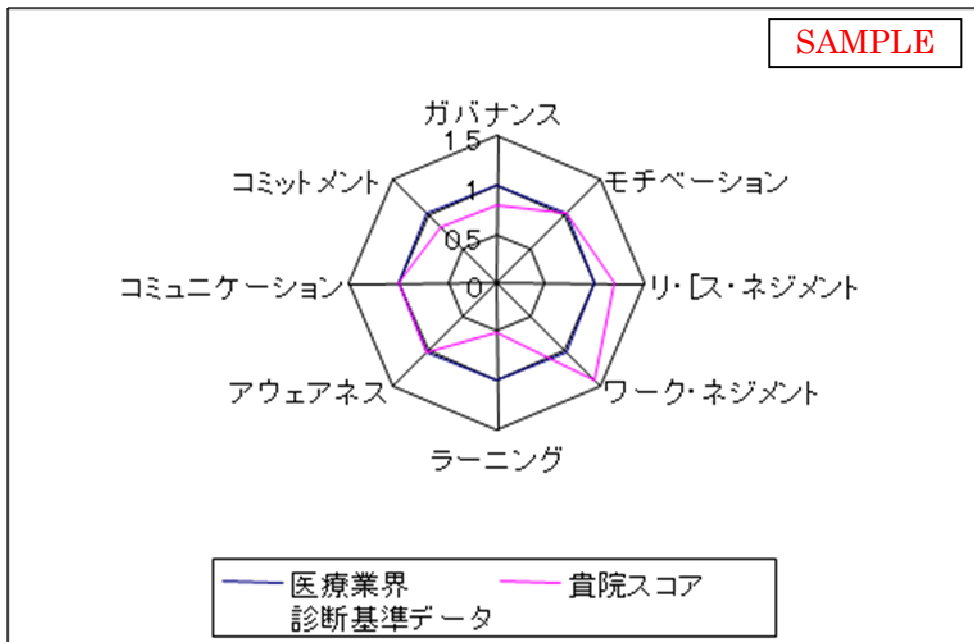


図5 安全8軸に対する各医療機関の弱点把握のためのスコアリング (例)

表1 項目ごとの比較診断結果 (例)

SAMPLE

	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	F病院	貴病院	業界診断基準データとの優位差検定
Q1	1.0	1.4	2.0	0.7	1.0	0.9	0.5	
Q2	0.5	1.2	1.5	1.0	0.9	1.7	0.8	■ 1%優位
Q3	1.2	0.7	1.2	0.8	0.9	1.5	1.0	■ 5%優位
Q4	0.8	1.5	0.8	0.9	0.8	1.0	0.9	■ 5%劣位
Q5	0.7	1.0	0.7	1.5	1.0	0.7	1.5	■ 5%劣位
Q6	1.2	0.8	0.9	1.0	1.0	0.8	0.9	■ 1%劣位
Q7	0.8	0.9	1.2	0.8	1.4	0.9	0.9	
.	
.	
.	

貴病院の診断データを表示します。
 ※病院名を特定出来るような情報は表示しません。

以上

アンケート調査基本情報回答用紙

以下の貴病院情報をご記入の上、アンケート回収時に同封してください。

貴病院名	
アンケート実施人数	(人)

① 貴病院について

1) 概要

	病床数	(床)
	(平均) 外来患者数	(人/年度・人/月・人/日)
	(平均) 入院患者数	(人/年度・人/月・人/日)
職員数	医師	(人)
	看護師	(人)
	薬剤師	(人)
	臨床検査技師	(人)

2) 医療事故データ (公表されているもので結構です)

	H17年	H18年	H19年	H20年	H21年
医療事故 (軽度)	件	件	件	件	件
医療事故 (重度)	件	件	件	件	件
医療事故 (死亡)	件	件	件	件	件

② 分析結果の受領方法

アンケート分析結果は、基本的に E-mail にて送付する予定です。メール以外での送付を希望される場合は、FAX 番号もしくは郵送先をご記入ください。

(名刺を同封いただいても結構です)

<input type="checkbox"/> E-mail		
<input type="checkbox"/> その他 (FAX、郵送等)	ご希望方法 ()	連絡先

③ アンケート調査や安全文化に関するご意見・ご感想等ございましたら、こちらへご記入ください。

ご担当者各位

慶應義塾大学大学院 システムデザイン・マネジメント研究科
教授 高野 研一／修士 吉野 貴之
Email: ta.yoshino@a7.keio.jp (吉野)

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度は大変ご多忙の中にも関わらず「安全文化診断システム構築のためのデータ収集アンケート調査」へのご協力のお願いに、ご快諾くださり誠にありがとうございます。アンケート実施の流れを以下に記しますので、ご確認の上、**10月29日**までに返送くださいますようお願い申し上げます。なお、ご不明な点がございましたら上記までお問い合わせいただけますようお願いいたします。

なお、この研究は GCOE（環境共生・安全システムデザインの先導拠点）研究の一環として実施しております。（参照 URL:<http://www.gcoe-s4design.keio.ac.jp/index.html>）

- ① 同封資料の確認をお願いいたします。不足がありましたらご一報ください。
 - ・ご担当者様用アンケート説明用紙（本紙）
 - ・アンケート調査基本情報回答用紙（1枚）
 - ・設問用紙（ご連絡いただいた部数+5枚）
 - ・回答用紙（マークシート）（ご連絡いただいた部数+5枚）
 - ・回収用封筒（ご連絡いただいた部数+5枚）
 - ・返送用袋（1枚）部数多量のため段ボールでお送りしている場合は同封されていません
 - ・慶應義塾宛ての着払い票（1枚）複数枚必要な場合はコピーしてお使いください
- ② アンケート用紙の配布
アンケート対象者に設問用紙と回答用紙（マークシート）、回収用封筒を配布してください。この時、回収時には回収用封筒を厳封するようご指示ください。
- ③ アンケートの回答
アンケート対象者にアンケートを回答していただきます。
- ④ アンケート用紙の回収
アンケート対象者から、設問用紙と回答用紙（マークシート）を厳封した回収用封筒を回収してください。
- ⑤ アンケート調査基本情報の記入
ご担当者の方は、アンケート調査基本情報回答用紙にご回答ください。
- ⑥ アンケートの返送
返送用袋に「アンケート調査基本情報回答用紙」と「回収した封筒」を詰め、慶應義塾宛て着払い票をご利用いただき、**10月29日**までに返送ください。送付に使用した段ボールを使用しないでください。

安全文化診断システム構築のための データ収集アンケート調査ご協力をお願い

私ども慶應義塾大学大学院システムデザイン・マネジメント研究科では、医療ミス低減を目指した医療機関における「安全文化の構築」の研究に取り組んでおります。今回のアンケート調査では、安全文化診断システム構築に向けてのデータ収集を目的にしております。

ご多忙の中大変恐縮ですが、下記の注意事項をご一読の上、アンケート調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。

記

このアンケート調査は、
①あなたの一般的な属性に関する設問(7問)
②安全文化に関する設問(98問)
③自由記入欄
で構成されています。

- ①当てはまる属性に対応するマークシートの番号を塗りつぶしてください。
- ②1:「全く当てはまらない」から5:「非常によく当てはまる」の5段階の選択肢があります。
最も近いと思うマークシートの番号を塗りつぶしてください。
- ③アンケートや安全文化に関するご感想・ご意見がありましたらご記入ください。

ご回答頂きました本冊子とマークシートは厳封の上、取り纏め責任者にお渡してください。本アンケート調査に付随するいかなる情報も、本調査研究のみに利用し、それ以外の目的に使用することは一切ございません。

本アンケート調査についてご不明な点などございましたら下記までご連絡ください。

慶應義塾大学大学院 システムデザイン・マネジメント研究科
教授 高野 研一／修士2年 吉野 貴之
〒223-8521 神奈川県横浜市港北区4-1-1 協生館6階 NO1 高野研究室
Mail:ta.yoshino@a7.keio.jp

0. はじめにあなた自身のことについてお伺いします。
 当てはまる番号を回答用紙にマークしてください。

質問項目	回答項目									
性別	男	女								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
年齢	20歳以下	21～30歳	31～40歳	41～50歳	51～60歳	61歳以上				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
職位	管理職	非管理職								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
主な職務	医師	看護師	薬剤師	臨床検査技師	理学・作業療法士	給食関係※3	その他			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
本医療機関での勤続年数※1	3年以下	4年～10年	11～20年	21～30年	31～40年	40年以上				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
同一職種での勤務年数※2	3年以下	4年～10年	11～20年	21～30年	31～40年	40年以上				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
勤務形態	主に日勤	主に交替勤務	(その他)臨時不定期							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

※1 この医療機関への就職から現在までの勤務年数

※2 現在の職種における勤務年数

※3 栄養士・管理栄養士を含む

1. あなたが普段職場に対して感じていることについて、
当てはまる番号を回答用紙にマークしてください。

質問項目		回答項目				
		全く 当て はまら ない	あまり 当て はまら ない	どちら とも いえ ない	少し 当て はまる	非常に よく 当て はまる
1	職場での人間関係は良好である	1	2	3	4	5
2	職務上の不満・悩み・要望を相談し易い雰囲気である	1	2	3	4	5
3	職種や職位・経歴に関係なく自由に意見を述べるができる	1	2	3	4	5
4	周囲に向上心の高い人材が多く互いに刺激し合っている	1	2	3	4	5
5	現状に満足することなくさらなる前進を目指して努力している	1	2	3	4	5
6	上位者は部下の業務内容及び進捗状況を把握している	1	2	3	4	5
7	上位者との面談により人事評価の妥当性や職務適性について納得できるまで話し合っている	1	2	3	4	5
8	病院スタッフが参加する行事やイベントを行っている	1	2	3	4	5
9	非正規の職員にも働きやすい労働環境となるよう配慮されている	1	2	3	4	5
10	非正規の職員にも必要に応じてリスクマネジメント教育をするよう指導している	1	2	3	4	5
11	医師も安全教育や訓練に自ら進んで参加している	1	2	3	4	5
12	OJTの中で安全に関する視点が強調され伝承されるようになっている	1	2	3	4	5
13	医療技術・能力向上のため、熟練者によるマンツーマン指導が行われている	1	2	3	4	5
14	この職場では年代ごとの人員構成に偏りがあり技術伝承がスムーズにできない	1	2	3	4	5
15	仕組みや制度の変化を進んで受け入れる雰囲気がある	1	2	3	4	5
16	仕事上の指揮命令系統や職務分掌が曖昧である	1	2	3	4	5
17	無駄な会議や形式化・形骸化した会合が多い	1	2	3	4	5
18	この職場では一部の科・部門あるいは人に職務が集中する傾向にある	1	2	3	4	5
19	業務量に偏りが生じた場合にはお互いに協力し合っている	1	2	3	4	5
20	基準を超えた長時間勤務が常態化している	1	2	3	4	5
21	これまでの業務・手続きを見直し合理化するなど、業務量削減に取り組んでいる	1	2	3	4	5
22	医療機器・設備の耐用年数を超えて使用している場合が多い	1	2	3	4	5

質問項目		回答項目				
		全く当てはまらない	あまり当てはまらない	どちらともいえない	少し当てはまる	非常によく当てはまる
23	居住性(ゆとりある空間や職場生活を楽しくする要素)を高める工夫がなされている	1	2	3	4	5
24	病院内の整理・整頓・清掃が徹底している	1	2	3	4	5
25	危険箇所・操作注意箇所を意識させるための表示がなされている	1	2	3	4	5
26	医療機器・器具には識別しやすい工夫がなされている	1	2	3	4	5
27	紛らわしい薬剤は識別しやすい工夫がなされている	1	2	3	4	5
28	患者を確実に識別し、確認する工夫がなされている	1	2	3	4	5
29	薬剤・点滴の誤投与防止のためバーコードなどが使用され、確認する仕組みが機能している	1	2	3	4	5
30	院内感染を予防するための措置を講じている	1	2	3	4	5
31	積極的にセカンド・オピニオンを推奨している	1	2	3	4	5
32	都合の悪い情報や事実は歪められて伝えられることが多い	1	2	3	4	5
33	他病院の事故情報が回覧・周知され、この職場にも反映されている	1	2	3	4	5
34	他病院のリスクマネジメント活動・施策が紹介され、いいものは取り入れている	1	2	3	4	5
35	医療部門と医療技術部門の双方で情報を共有している	1	2	3	4	5
36	医療事故防止マニュアルはきちんと改訂され、尊重されている	1	2	3	4	5
37	医療事故・ニアミスなどの経験が医療事故防止マニュアル等に反映されている	1	2	3	4	5
38	病院内で発生した事故・トラブルの記録をデータベース化し、日常的なリスクマネジメント活動や教育に活用している	1	2	3	4	5
39	体系的な訓練プログラムが用意されレベルに応じて受講できるようになっている	1	2	3	4	5
40	自然災害、事故などの緊急事態に対応する体制が定められ、定期的に訓練されている	1	2	3	4	5
41	医療行為遂行中の危険要因を特定し、事前に対策と確認を行っている	1	2	3	4	5
42	個人の過失による医療事故・ニアミスの責任を追及している	1	2	3	4	5
43	現在の職務が自分の将来像に結びつくよう病院は配慮してくれる	1	2	3	4	5
44	病院スタッフの人事評価は減点法だけでなく加点法でも行われている	1	2	3	4	5
45	規則より習慣が優先される	1	2	3	4	5
46	発生した事故情報は官庁・関連組織に迅速に伝えられている	1	2	3	4	5

質問項目	回答項目				
	全く当てはまらない	あまり当てはまらない	どちらともいえない	少し当てはまる	非常によく当てはまる
47 医療事故に結びつく可能性のある小さなリスクを見つけて報告し対処している	1	2	3	4	5
48 リスクマネジメント活動への各人の取り組みの積極性や姿勢を評価して人事評価に取り入れている	1	2	3	4	5
49 リスクマネジメントへの取り組み・活動について病院全体で発表会を行い優秀な活動については表彰している	1	2	3	4	5
50 新規あるいは重要な医療機器・設備の変更・リプレースに当たっては、使用法に関し関係者に十分周知している	1	2	3	4	5
51 リスクマネジメントに関する規則への違反を報告・対応・是正する仕組みがある	1	2	3	4	5
52 病院スタッフからの安全上の懸念や要望はリスクマネジメント部門に伝えられ迅速に対応されている	1	2	3	4	5
53 事故防止のための行動計画・施策の妥当性について病院スタッフからの意見を反映して見直している	1	2	3	4	5
54 医療行為の前に考えられる様々なリスクを想定し、手順について関係者で検討している	1	2	3	4	5
2. あなたが普段仕事上感じていることについて、 当てはまる番号を回答用紙にマークしてください。					
55 必要な診療情報はすぐに取り出せるようになっている	1	2	3	4	5
56 医療機器・設備のエキスパートを育成する仕組みが機能している	1	2	3	4	5
57 本来の業務でない余計な雑務が多い	1	2	3	4	5
58 安全関係のシンポジウム・大会・セミナーへの参加が奨励されている	1	2	3	4	5
59 リスクマネジメント教育には積極的に参加するようにしている	1	2	3	4	5
60 リスクマネジメント教育・訓練の内容は現実的で役に立っている	1	2	3	4	5
61 職場の小グループ活動には積極的に参加している	1	2	3	4	5
62 有益な情報は皆で共有できるように積極的に発信している	1	2	3	4	5
63 上位者は自分の技術力・能力を信頼してくれている	1	2	3	4	5
64 上位者は仕事の計画・実行段階で適切なアドバイスを与えてくれる	1	2	3	4	5
65 上位者は豊富な経験と技量を有し、日ごろから尊敬されている	1	2	3	4	5
66 上位者の判断は常に正しいとされる傾向がある	1	2	3	4	5
67 安全よりもスケジュールを優先する上位者には従いたくない	1	2	3	4	5
68 職務上での判断は個人よりも組織の都合が優先される	1	2	3	4	5

質問項目	回答項目					
	全く当てはまらない	あまり当てはまらない	どちらともいえない	少し当てはまる	非常によく当てはまる	
69	自分の仕事にやりがいを感じている	1	2	3	4	5
70	できる限り患者とコンタクトし、容態を観察するようにしている	1	2	3	4	5
71	チェックリストを確実に使用している	1	2	3	4	5
72	医療技術スタッフの技術力を信頼している	1	2	3	4	5
73	職務で疑問点・不明箇所があればすぐに解消するようにしている	1	2	3	4	5
74	良い成果を出すことや安全を優先していることでよく褒められる	1	2	3	4	5
75	安全で確実な方法で作業をするよりも時と場合によっては早く終わらせることを優先する	1	2	3	4	5
76	職務中に判断を迷ったときには職務を中断してでも必ず安全な方法を選ぶ	1	2	3	4	5
77	状況が切迫している場合や規則自体に問題がある場合には、規則に従わないこともある	1	2	3	4	5
3. あなたが普段会社に対して感じていることについて、 当てはまる番号を回答用紙にマークしてください。						
78	各科・各部門間の調整・協力・コミュニケーションは十分機能している	1	2	3	4	5
79	リスクマネジメントの専門家を育てる仕組みがある	1	2	3	4	5
80	リスクマネジメント部門には優秀な人材が登用されている	1	2	3	4	5
81	熟練者をその技量・経験に応じて処遇する制度などがある	1	2	3	4	5
82	職務遂行上の適度な権限が与えられている	1	2	3	4	5
83	重要な業務であってもアウトソーシング(外注)する傾向がある	1	2	3	4	5
84	外部機関を加え基準に従った安全監査を実施している	1	2	3	4	5
85	医療安全関係の法律の解釈について相談できる窓口・担当が用意されている	1	2	3	4	5
86	安全上の懸念・問題があれば優先して予算を確保することができる	1	2	3	4	5
87	安全に関する現場の問題は各科・各部門で処理されリスクマネジメント部門には知らされない	1	2	3	4	5
88	リスクマネジメント活動・施策の具体化は各科・各部門で議論され定められている	1	2	3	4	5
89	病院間・内での交流会・情報交換会によりリスクマネジメント活動・施策などの情報を共有している	1	2	3	4	5
90	リスクマネジメント規則、禁止行為などを病院スタッフ全員に周知させるため携帯できるもの(カードなど)を用意している	1	2	3	4	5

質問項目	回答項目				
	全く当てはまらない	あまり当てはまらない	どちらともいえない	少し当てはまる	非常によく当てはまる
91 安全パフォーマンス(ヒアリハット報告数、事故発生数・安全活動時間・安全対策費)などが周知され、次年度に反映されている	1	2	3	4	5
92 現場の実情や安全上の問題点について、聞き取りやアンケートなどで把握する仕組みがある	1	2	3	4	5
93 病院の幹部は安全への取り組み・安全施策について、病院スタッフと直接会話している	1	2	3	4	5
94 安全最優先の理念が経営トップにより示され、病院スタッフに周知されている	1	2	3	4	5
95 安全方針に基づき具体的なリスクマネジメント活動・施策が計画され実施されている	1	2	3	4	5
96 職務の質と量に見合った給与体系になっている	1	2	3	4	5
97 職務満足度の調査が行われ、そのフィードバックとして具体的な改善が行われている	1	2	3	4	5
98 リストラや人員整理がなされてきた	1	2	3	4	5

4. 安全に関することでご意見等ございましたら、
 どんな些細なことでも構いませんので、
 自由記入欄にご記入ください。

質問は以上です。ご回答お疲れ様でした。
 最後にマークシートの記入漏れ・ミスの有無を
 ご確認いただけますでしょうか。

ご協力大変感謝致します。誠に有り難うございました。

● 自由記述欄コメント

年齢	職務	性別	コメント
状況(良い)			
20代	看護師	女	転倒・転落が多いため、週に1回カンファレンスを行う場を設けて安全が守れるような工夫を考えています。
20代	看護師	女	安全については委員会などで積極的に取り組んでいると思う。
20代	看護師	女	ミストラブル報告は朝の申し送り時などのみに発表され、当事者の名はふせられている。とくに追求されたことはない。
20代	理学・作業療法士	男	ヒヤリハット事例、事故事例をパソコンへ入力することで自己の行動の振り返りができている。
30代	薬剤師	女	忙しいときよりも時間があって少し気が抜けてしまった時の方が、ミスをしやすいということが経験上わかったので、気をつけています。
40代	看護師	女	当院では患者誤認Oを目指し、入院患者様にはネームバンドの協力を頂きフルネーム呼称とネームバンドでの確認を行っている。安全のため6R確認に重心をおき、ダブルチェック、指差し確認、声だし確認を心がけている。
50代	看護師	女	このアンケートについては組織全体のことを判断して回答しています。安全について取組中です。部門的には、比較的活発に安全に取り組みが行われるようになってきています。
50代	看護師	女	今年、機能評価を受審するための体制を整備しているところです。医療安全のマニュアルも今回作成する予定ですので、来年には改善されていると思っています。
50代	検査技師	女	安全を期するためには確認・さらに再確認が重要と思います。事故の事例報告を参考に安全に努めている。
50代	検査技師	女	業務上リスクは常に伴うが、スタッフの安全に配慮している。
不明	不明	不明	患者さんが守られ、職員(自分自身)を守るためにとても重要なこと、組織活動の充実により学ばせてもらっている
状況(悪い)			
20代	医師	女	オーダーリングシステムがないことの業務効率の悪さは未だしも、PACSによる画像情報がない分、誤診や医療の質の低さが懸念されます。早急な導入を考慮する必要があると思います。
20代	医師	男	制度上の腐敗が目立つ市民病院です。
20代	看護師	女	空間の確保がなされず、危険が伴う事が多いと思います。今の時代大切なのでは。
20代	看護師	女	物品が不足しているという時点で安全に安全を確保しろと言われても限度があるし、予算を投じなすぎ。余計なところに金がかかっている。書類ばかり多く、死後が増えているだけ。モチベーションが下がり、集中できず、事故。悪循環。管理者は実際の現場をみて、ものを言うならまだしも、口ばかりでやって仕方がない。フィードバックといいながら文句を言われているようにしか感じない。
20代	看護師	女	モニターの数少なく、重症者、急変リスクがある患者の変化に気付けない可能性あり、よく故障しています。また電波がちゃんと入らずモニター監視自体が行えない状況。この環境の中で安全を守るにしても限度があると思います。他にもポンプなどが不足しています。そのことについて、上司に報告・相談しても「仕方がない」と言われることがあります。すぐには出来ないことかも知れませんが、実状を知って頂きたいです。スタッフの能力だけでは何とかありません。
20代	看護師	女	私たちの病棟はヒヤリ・ハットに対する意識が低く、呼びかけや勉強会をしてもやってくれる人とやらない人の差があり疲れてきました。カンファレンス自体も全くせず、低レベルな病棟だと思います。勝手にしろって感じです。
20代	看護師	男	業務と給与が合っていない。職場の皆が不満を持っていると思う。
20代	薬剤師	女	安全意識とコスト意識のバランスが悪い。コスト削減のために安全面がおろそかになる。その一方で安全のためにと言って、当院の身の丈に合わない高価なものを使用している。
20代	理学・作業療法士	女	自分が勤める病院ですが、他部門のことはよく知らないことが多いと感じました。
30代	看護師	女	短期入院・回転率・在院日数など、流れ作業的に色々な業務が行われ、意味理由を知らず、仕事ではなく作業を行う人が多い事に不安を感じます。
30代	看護師	女	自身を守るための安全教育は消極的と考えます。システムは一層軽視されていると感じる事があり、個人の努力に任せられているところが大きいと思います。

30代	看護師	女	安全に関して医師との温度差を感じている。
30代	看護師	女	インシデントがあった際、上位者に状況を細かく聞かれ、リスクマネジメントの責任者にも電話で状況を聞かれ、長時間の時間外勤務をさせられたことは非常にストレスだった
30代	看護師	女	施設は建前が整えば、あとはお金を出来るだけかけないようにしているし、お金のかかる安全策は絶対に導入しない。個人の努力はあたり前でそれを評価することはない。医師に対しては、やりたい放題でも絶対逆らわない。安全に対しても非協力的でも何も言わない。
30代	看護師	女	知らないことのほうが多い。
30代	看護師	女	直接の指導が少なく、十分に周知されていないように感じる。
40代	その他	女	車椅子やベッドの使用年数が長すぎる。破損していても、予算がないと言われて、修理もままならない状態で使い続けている。患者様が危険にさらされていると感じる。
40代	医師	女	上から下の周知検討システムは整っている。下から上に広く意見を募るシステムはない。現場で問題を指摘しても予算、人員等の問題で事務レベル、各部署で却下され事故や重大なインシデントが発生するまで検討項目にあげられることが少ない。
40代	医師	男	リスクマネージャーが現場のことに不案内な内容であったものもあり、その際、現実化の困難な提案も多くみられた。
40代	医師	男	病院経営と安全性の向上を考えた場合、現在のところは病院経営(収益の増加など)が優先されている傾向があります。
40代	医師	男	病院のシステムが近年の流れから完全に取り残されているように思います。(古いのは建物でも、人でもなく、システムです)。あとは皆が何でも人のせいにするところでしょうか。
40代	医師	男	RiskManagement に関しては関心が薄く十分に把握していません。病院そのものは古く電子カルテが稼働して1年でバタバタと計画を進めている状況で事故対策という面では不十分と考えます。
40代	医師	男	上位者として残念な結果です。
40代	看護師	女	ヒヤリハット報告数と実際起こっているヒヤリハット数はだいぶ数にひらきがあると思う。これが100%報告される状況にならないと本当の意味で改善等にならないと思う。
40代	看護師	女	建物・設備が古く、感染対策上、環境が良くないと思います。
40代	看護師	女	事故防止のための努力をしても自分の立場や組織の都合を優先し、個人を評価しない。問題が起きた場合の対応は、上司が自分の立場を守るための行動としか思えない。
40代	看護師	女	患者の安全を最優先に考え、行動しても上司より「余計なことをして」と言われることもあります。何が安全で、何を優先するのか、わからなくなることが多くあります。
40代	看護師	女	確認ミスによるインシデントが減りません。何が問題なのか、分析出来ないまま過ぎてしまっていることがよくあります。
40代	看護師	女	安全ばかりに気を取られて職種や病棟の特殊性が忘れられている事がある。
40代	看護師	女	安全の障害になるのは、安全に関心のない人。安全に関心のない人は繰り返シミスをする。
40代	看護師	女	管理職になる人で優秀な人材が少ない。
40代	看護師	女	年齢能力により仕事の効率が異なるが、経営の観点から仕事に対して十分な責務を果たしていない人でも雇用を継続されている(7対1の人員確保のため)。上司は働けていないことをしていても、いるだけで良いと言い、その負担は一緒に働いているスタッフにきている。同様の給料を支払われている者にとっても仕事内容の差が生じ不満が出ている。
40代	看護師	女	2人確認および3度の確認を行っています、それでも思い込みでインシデントが発生することがあります。
40代	看護師	女	体制はありますが、専従ではなくまだまだです。
40代	看護師	女	医療面では個人の注意、努力が求められている部分が多く、仕事をする上でのプレッシャーをととも感じている。
50代	給食関係	女	市立病院(公務員)であるため現場の危機意識に欠けている。しょうがないなど、医師は副作用にしたがる。
50代	医師	男	病院組織が大きいので、改めて院内での安全活動の実態を十分把握できていないことを感じました。

50代	看護師	女	安全のための各種マニュアルはありますが、それを全てのスタッフに周知し、手技に反映出来るようにトレーニングまで出来れば生きたマニュアルになると思います。周知までで終わっている場合が多いのが現状です。
50代	看護師	女	安全対策の為の活動に対し、批判の声が強く、意欲が低下している(同職種(看護師)による批判)。他部門からは協力が得られ活動しやすい。
50代	看護師	女	部門内外でもリスク感性は高まりつつあり、インシデントの報告も出されるようになった。しかし、依然として看護部内からの報告が圧倒的に多い。医師や他職種も、どのような些細なことでインシデントや報告を提出する意識を持ってもらえるようにと感じる。
50代	薬剤師	女	リスクマネジメントのためのルールや組織作りが病院全体として取り組まれ実践はされているが、マニュアルだけが1人歩きしていたり、個々に情報を発信しているにも関わらず、周知され、浸透させることは難しい。個々の習慣として大きな組織体の中で定着させることに壁を感じる仕事です。
50代	理学・作業療法士	女	組織で一貫した安全に関する捉え方がないと見過ごされたり、口先だけで終わってしまうことになると思う。
60代	理学・作業療法士	男	医療安全とはということすら理解していない医師や看護師が少なからず存在するところに、問題点がある。
提言・意見			
20代	看護師	女	他の職種、医療機関以外の安全に対する文化を取り入れる必要があると思う。また、教育の段階で安全の視点を盛り込んでいくべきと思う。病院の多数を占めるナース、ドクターは病気について学んでいるが、それ以外は素人だから。
20代	看護師	女	患者・医療者間での安全を守るためには、どんなことでも話し合うことが大切であると思います。
20代	看護師	女	新人の頃は何が危険なのか分からないこともあった。KYT(危険予知トレーニング)をもっと行うべきだと思う。
20代	看護師	女	安全に対しては常に注意していかなければいけないと思っているが、個人では対応出来ない問題も多いため、部署や院内全てで対策などが立てられる環境になる事を期待しています。
20代	看護師	男	医療安全はそれぞれの医療職が専門性を発揮し始めてなされるものだと思います。チームでつくり上げる体制が重要になると思います
30代	その他	男	安全管理部門の定数化をして頂きたい。総合病院であるが専任は1名のドクターしかいない。Dr〇〇名、Ns〇〇名、技師〇〇名、事務員〇〇名と法律で決めないと、今の幅広い医療安全情報を理解するのは不可能。(医療安全部の設置と職種毎の最低定数を決めて法律化が必要)
30代	医師	男	経営と安全は常に相反するものである。人件費を削れば個々の仕事量が増えミスも多くなり安全は損なわれる。
30代	看護師	女	このアンケートがどのように使用されるかは分かりませんが、実際の医療現場では、患者・家族の権利意識も高くなってきているため、対応に苦慮しているのが現状です。その部分での看護師としての役割も大きくなってきており、今後はより一層クレームの対応や説明の部分が増えてくるのだと思います。
30代	看護師	女	安全確保のためには、病院、病棟スタッフ全体の意識付けと現状を上司がどれだけ把握し、具体策をあげるかだと思う。リアリティに欠けては意味がないと思う。
30代	看護師	女	各部署のリスク管理が現場にまかされ過ぎていると思う。病棟によってバラバラ。コンサルしてくれる人がいたり、担当者を決めて教育するシステムがあったら良いと思う。中央で勉強会があったり、プロジェクトはあるが、現場にもっとリスクのプロの目が入ると良い。
30代	看護師	女	医療安全管理者により、安全文化や風土が変わる傾向がある。
30代	看護師	女	入職してまだ4カ月であり、組織での取り組みを十分に理解できていないなあと、このアンケートに答えているときに感じました。
30代	検査技師	女	実際に安全対策を行わなくてはいけない人々(上位者・事務方)が、現場の状況がよくわかっていない(理解が乏しい)。病院は様々な職種の集まりなので、各職種から人材が起用されたリスクマネジメント部門がなくてはならないと思う。
30代	検査技師	女	予算の確保の問題などは把握しておらず答えにくいものもあった
40代	その他	男	経営的な制約により安全性が犠牲になることも、現状の病院経営の苦しさの中ではありうることです。あつてはならないと思いますが・・

40代	医師	男	「リスクマネジメント」「安全方針」「危険因子」など言葉だけが先行していて本来の意味合いが現場に反映されていない虚しさを日々感じている。このアンケートも含めてリスクマネジメントのためのリスクマネジメントではだめである。
40代	医師	男	安全最優先と出来るほど日本の医療制度、医療費に余裕はない
40代	医師	男	患者さんは勿論ですが、我々職員も安全な病院であることを望んでいます。少しでもお役に立てれば幸いです。
40代	看護師	女	看護師も業務分けが必要な時代になってきていると思います。例えば、外来とQQ、OPルーム、病棟と介助など、どうでしょうか？
40代	看護師	女	医療安全はトップの考え方がとても重要です。マニュアルを整備して、標準通りに行いヒヤリハットが起きたら標準に戻ることが大事だと思う。原因を追求することが出来ないと同じことを繰り返してしまう。また、安全にはお金もかかります。
40代	看護師	女	常にリスクを考えて行動しているスタッフが少なく感じている。リスクを考えて安全な医療行為、看護行為が行われるようスタッフを教育していきたいと考えている。
40代	看護師	女	当院に不足しているものがわかり、今後自分からも発信していかなければならないと思った。
40代	検査技師	女	インシデントレポートをただ報告し、解決策は各現場に任されている現状である。医療安全管理室や委員会のあり方、倫理委員会のあり方など、組織ぐるみでの安全対策が求められると感じる。
40代	検査技師	女	安全と医療の質(患者・家族の欲求)は、必ずしも一致しないように思う。患者・家族の自分自身への責任意識が薄く、すべて医療者任せになっているように思う。国民の医療に対する意識改革も医療の安全を考えるときには重要なカギになるのではないだろうか。また、責任に見合った処遇がされていないように思う。
40代	検査技師	女	安全に医療が実施されることは当然重要なことであるが安全を重視するあまり医療が硬直化し、それがかえって患者の有益性をそこなうことのないよう十分配慮して、安全対策を実施する必要がある。医療者はリスクから、守られている気がしない。
40代	薬剤師	女	些細なことでも起こったインシデントは隠さずに情報共有すべきだと思う。
50代	その他	女	総合病院と開業医との安全対策に差があり、中途採用者への教育が重要となる。
50代	その他	男	人間は必ずミスをするということを念頭に置いた事故・トラブル対策を構築することが大切であると考えます。
50代	医師	男	認知症であっても、患者の自己責任は存在する。病院側の妥当な免責基準を確立することが求められる。
50代	医師	男	医療安全文化を浸透させるために各種の施策を行っていますが、その評価をいかに行うかの検討も必要と思います。また医療機関として医療安全に対して支払う費用が少ないと考えます。帝京大学の感染問題をみると、医療安全は病院経営の根幹になると考えます。
50代	医師	男	安全にはコストと手間と時間がかかることを全員が認識(国民も含めて)すべきだと思います。また、100%の安全は不可能で、100%に近づけることのみ可能であることも理解が必要だと思います。
50代	看護師	女	安全文化の醸成は重要な課題と考えます。看護部内はインシデントレポートの提出、KYTなどに積極的に取り組んでいます。医師は安全な診療を実施していますが、インシデント事例の分析・対策の取組みは消極的のようです。アクシデントが起こってからへの対応でなく、インシデントを起こさないための対策の共有が必要だと思えます。
50代	看護師	女	同じようなヒヤリハットが続くことがある。全員が周知していくことの難しさを感じている。院内で起きているリスク、ヒヤリハットがもっと(職員に)オープンになるといいと思う。
50代	看護師	女	安全な医療提供のために人員確保とリスクから職員を守る制度の設立が重要。患者と同等の保護が医療職員に対してもほしいですね。バランスが少し崩れていないでしょうか。
50代	看護師	女	安全と経済は相反するものではない。人、システム、制度の構築が重要。私たち看護師はとかく自分の犯したミスを、しっかりしていなかったから起こしてしまったと個人の問題として考えがちです。真面目ですごく頑張っているんです。人間は過ちを犯す前提として、ハード面、チームパフォーマンスなどで安全安心は医療を提供する必要があると考えます。指示を電子カルテに一本化したり、暗記に頼らず、チェックリスト化していく等のリスクコミュニケーションを行い、患者さんとも医療の危険について話し合う時期にきているのかも知れません。

50代	看護師	女	新人職員には技術訓練等のプログラムがありますが、中堅者にはありません。技術者として安全、根拠に基づいた訓練を受け、改めて自己流ではない実践が必要であると考えました。
50代	検査技師	女	安全に対する意識(危険に対する予測能力)は性格・家庭環境による個人差が大きい。成人になる前に学校でその格差を小さくする教育が必要だと思えます。
50代	検査技師	女	日常的に、小グループでの情報交換や、さらに全体に対しての啓蒙を含めた活動がなされ、安全・危機管理に対しての職員の意識向上を図ることができれば全体としての活動も活発化できるのではないかと思います。隠ぺい体質を避け、情報共有することで、自分ごととしてとらえることが大切だと思う。
50代	検査技師	男	医療安全に対する意識がやや低い印象をもちます。些細なことにまで『うるさい』ほどの選任リスクマネージャーが必要ではないかと思えます。(すでにいらっしゃるのでしたらご容赦ください、当方の認識不足です…)
50代	薬剤師	女	まず大切なことは小さなことでもヒヤリハットとして報告してもらおうこと、そして分析することだと思います。
50代	薬剤師	男	同じ事象の事故で単純に個人の不注意でも、たまたま体調が悪かったり、たまたまその瞬間人に声をかけられたり、他の物音が耳に入ったり…色々な要因が集中力をなくす原因になると思えます。
60代	医師	男	安全を目指すなら十分な予算と過剰勤務をなくすことが必須です。
			病院全体としては悪い雰囲気だが、自分の持ち場はとても良い雰囲気なので、答えに困ってしまいます。
業務過多・人員不足			
20代	看護師	女	離床センサーがない。スタッフが少ない。スタッフ同士のコミュニケーションが円滑に行えればミスももっと防げると思う。
20代	看護師	女	医療安全についての研修が行われているが、当院では勤務終了後の時間外に行うため、疲れていたり、研修後に残務をしたりで研修が苦痛に感じる。時間内に行うか、時間外手当を出してほしい。また、上司はどんどん職場をまわり、現状を把握してほしい。
20代	看護師	女	スタッフの人数が確保されないことほど危険な因子はないと思う。上は実際の病棟の状況を把握せずに理想論だけでマニュアルを作り、職場はしんどい。
20代	看護師	女	Ns がしなくてもよいような仕事が多く、それで疲れてしまっていることが多い。Ns の仕事量を減らすことや働きやすい関係・環境作りで安全に仕事が出来ると思う。
20代	看護師	女	仕事外仕事が多く、残業が多い。体力消耗するが、忙しさによるミスは許されないとされる。疲労によりモチベーションが下がったり、退職が増え、悪循環が生まれていると思えます。現場の意見が出て、なかなか通らないこともある。(リスク管理のところでも)
20代	看護師	女	人が少ない。1年目や2年目で形成される勤務が多い。
20代	看護師	女	徹底した確認をすることを心がけているが、あまりの忙しさによってミスをしないか不安になることがある。業務内容、スタッフ人数などもっとゆとりが欲しいです。忙しいとき程インシデント発生があるように思えます。
20代	看護師	女	このような人手が足りない給料も少ない、多忙、集中が欠ける要因が多すぎる。もっと本当に取り組んでまずは人を増やすなり、人がくるように賃金をあげるべき。
20代	看護師	女	人員不足や業務の繁忙度から安全な業務を行えているのはどうか自信がなくなるときがありますが、自分としては常に患者様にとって自分にとっての安全な方法で業務にあたっているつもりです。
20代	看護師	女	私が働いている病棟は産婦人科、小児科、内科や整形・耳鼻科などの亜急性期の混合病棟です。夜間の緊急入院やお産なども勿論あります。病床数は36床程度ですが、Ptのレベルも様々で介護度の高い方もいらっしゃる中で何が起きるかわからない状態での勤務を夜勤は3人でやっています。お産があれば病棟のナースコール対応は1人で行うことになり、安全を守るのは厳しい状況であるのが現状です。
20代	検査技師	女	人員削減と行うのに、業務上の羽化は上がっている。リスクが上がるのは誰が考えてもわかるはずなのに、要求ばかりが増える。
30代	看護師	女	疲れている体、気持ちでは、安全は守れないと思う。医療者は誰もが事故を起こさないように常に思っていると思う。患者のためにも、自分の生活のためにも。

30代	看護師	女	コストばかりを気にして、医療に使う物品など安価なものになっているが、患者に使うときいいのかな？と思う。制度の改革が原因1つとも思う。病院にかかる負担をもっと下げられれば、患者に対してもっと安全で安心な医療を受けてもらえると思う。
30代	看護師	女	アナログの病院ですので、業務量が多くなるとミスが起こりやすい環境になりかねません。人はミスをするものです。人材は増えません。
30代	看護師	女	1人に見合った業務量をオーバーすると、いつかは破綻する。安全優先ならば、業務調整するために人員確保すべきである。
30代	看護師	女	スタッフが減って、新しい人が入ってのサイクルが早いので、教える方もこわい。
30代	看護師	女	病院の経営者は現場を知らないのにコスト削減やオーバーワークにも関わらず入院の要請をしてくる。それによって、ヒヤリハット問題が増えるということも理解してほしい。オーバーワーク、一番つらい。環境が事故を起こしていると思うことが多々ある。
30代	薬剤師	男	人員不足があるので、そこを解消してほしい
30代	理学・作業療法士	男	インターネットによる情報もあふれる程手に入るが業務・雑務が忙しく、情報のごく一部しか知らないのが実情で対策についても十分な予防の検討まで手が回らない印象である。
40代	医師	男	多忙で安全確認などがおろそかになることがあります。
40代	看護師	女	看護師不足は毎年続いており、定員に満たない状態である。
40代	看護師	女	業務の手順・カルテチェックを行う等の一定のルールが決まっているはずなのに、忙しかったから、確認出来なかったと平然として他部署から申し送りがあった。
40代	看護師	女	薬剤に関するインシデント報告が多い。看護師が管理する内服薬が非常に多く、業務多忙となっている。病棟に薬剤師を1人配置することなど、問題が改善されない。また、看護必要度で反映されない、見えない部分をトップは把握していないため、患者数だけで忙しさを判断されるのは困る。
40代	看護師	女	看護師の業務量が多く、このままでは患者の安全確保は困難になるかもしれない。疲弊感により、やる気の減退が著明にみられる。
40代	看護師	女	とにかくNsの疲労度が強いと思います。安全に業務を行うための人員確保が必要と思います。その為には国の法律から変えないといけないと思います。
40代	看護師	女	年々医療技術や求められるものが高くなっている日々、業務の整理などを行ってはいるがマンパワーが実際には少ないと思われる。マンパワー不足によりミスも発生していると思う。
40代	看護師	女	看護師職員不足が最大の安全管理上のネックになっていると思います。
40代	看護師	女	高齢患者増加、不穏患者増加で業務に負担、精神的な負担によるヒューマンエラーと繋がっている思いである。
40代	薬剤師	女	残業時間削減のため、時間差勤務を導入し、結局サービス残業が増える(見かけ上は残業が減っているが)。とにかく人員を増やして欲しい。蓄積した疲れがリスクを増やしている。所属長は上から言われるがままに業務を増やしていくが、無理があるときは一度始めたことでも撤退する勇気も必要であると思う。
40代	薬剤師	女	日常業務の多忙で、このようなシステムが十分に動いていない場面も多いのではないかと(安全システムの担当者以外では)と思う。現状は通常業務を改善したいが手いっぱいと感じる。個人的に残業もそう出来ないし。
40代	薬剤師	男	多忙が一番のリスク。大学病院は診療、教育、研究の全てで一流を求められるが、マンパワーが不足している。
50代	医師	男	医療業務が多すぎて安全監理に興味があるが、そこに力を注げない。(自分に関しては安全を優先して医療を行っているが、他部署に関しては最後の会議でしか対応出来ない。)医療安全のための専任スタッフが少ない。医師が協力しないのは仕事量が多すぎるため。
50代	医師	男	本業以外の雑務が多い。「リスクマネジメントのため職域間で・・・」「リスクマネジメントのため相互に情報を・・・」「リスクマネジメントのため検討し・・・」と患者そっちのけでそういう雑務を増やすのか？
50代	医師	男	医師や看護師をサポートする事務員が少ない。事務員は委託派遣のため、直接的な指導がづらい。(以前の私立病院では、製薬会社の人がコピーや弁当の購入など手伝ってくれた。研修医も下働きではなくなった。)
50代	医師	男	安全のためのガイドラインやマニュアルは確かに存在するが、かなり基本的な要件と思われる人員の余裕がどの部署もほとんどないことが一番の問題だと思われる。また、裏付けとなる財政的な余裕が今の医療政策ではなかなか望ましいものにならないことも問題。

50代	看護師	女	アンケートに答えながら、病院の安全の取り組みはこんなことをやった方が良いのか、とか、こんなにも安全の対策が不足しているのかと感じた。いつも人手不足で病棟で実労しながら様々な事をして、大変疲れています。
50代	看護師	女	病院での新たな事業計画があるたびに職員の就労条件が格下げされて疲労困憊している状況である。休日減、一日就労時間減、時間外の半強制的研修など多く、就労上での安全に対する配慮に欠ける事態にならぬ様にしている。
50代	検査技師	女	リスク防止対策により、インシデント報告に時間が取られるため、看護師本来の業務に支障をきたし判断に躊躇する場合がある。看護師の不安除去の対策が急務である。
60代	看護師	女	スタッフの人員不足で、休暇どころか半休・時間休も取れない為、病欠が出ると負担が大きい。医療事故・ニアミスが起りやすくなる。また、患者への看護も必要最低限となり、積極的な働きかけが出来ず質が下がる。
環境・風土・意識			
20代	その他	女	ヒヤリ・ハットを記名して、必ず師長に報告しなければならないことになっている。ヒヤリ・ハットが多いと師長につきつけられ、辞めた職員もあり、業務改善としてではなく、個人を攻める材料として使われている。
20代	給食関係	女	私たちの部署ではヒヤリ・ハットを書く＝悪い事というように考える人が多く、なかなか書いてもらえない。さらに、何かミスがあった際、自分がその場においても担当ではないと関係ないの一点張りで責任を他の人になすりつけようとする。昔気質の所においては、ミスを減らすことは難しいと思う。
40代	その他	男	日本においては、精神論的になったり、問題となったことについて不注意だからだとか個人の注意不足が問題だとかいって個人の問題にすり変わったりすることが多いと思われる。
40代	医師	男	個人免責の仕組みを整備しない限り、安全性の向上への有効な対策はとられない。気付かない、あるいは気付かない振りをする傾向がある。
40代	看護師	女	安全対策に向けヒヤリハット記載があげられているが、ヒヤリハットが多いとミスの多い部署としてとらえる上位者の考え方によって正確な情報把握が出来ていない。個人を責める傾向にある。
40代	看護師	女	必要なときタイムリーに確認したり相談したりするためには、率直に聞ける職場の環境が重要だと思います。過剰な緊張によって普段できていることもできなくなることがあり(勿論逆もありますが)、労働環境としては不適切だと感じます。
50代	看護師	女	インシデントレポートに対して客観的分析と対策がとられず、個人の責任追及になることが多い。医療安全管理者の適性判断が難しい。
処遇			
20代	医師	男	給与が安すぎる。国から出ているはずの手当てが病院に搾取されている。医師につかない違法行為である。
20代	医師	男	病院管理者が労働基準法に触れるほど給与の削減を徹底しており、医師離れに繋がっています。
20代	看護師	女	人事評価システムの導入はされていません。
30代	看護師	女	看護師以外の医療者のリスクマネジメント教育の現状を知りたい。
30代	看護師	男	働いた分金払え
30代	薬剤師	女	薬の相互作用のうち併用禁忌薬の取り扱いには安全面では最も優先されるべきと思われるが、実際には、マンパワーに頼っており、迅速で確実な対応出来るよう便利なツールを取り入れて欲しい。
40代	看護師	女	電子カルテについて、ベンダーへの働きかけの機会があれば、安全なシステムの構築を働きかけて欲しいです。(経済的な負担が少なく)
50代	看護師	女	職員の安全と患者の安全、安全部門の体制を明確にしてほしい。
50代	看護師	女	総合病院にはリスクマネジメント部門の設置を義務づけることを望みます。(従業員のみならず、患者側からもわかる部門として)
50代	看護師	女	安全管理者は、様々な多くの人の意見や考えを聞く立場にあるため、人の話をよく聴ける人をあてて欲しい。
50代	看護師	女	診療部の安全対策に関する情報の周知徹底と協力連携体制の確立を望む。
他部門			
20代	医師	男	当院ではおそらくリスクマネジメント的な活動のほとんどが看護師によって行われています。
20代	看護師	女	インシデントレポートはNsが記入している事が多く、他部署では少ないと思う。

30代	看護師	女	医師もリスク感覚を高め、振り返りや看護師との話し合いに積極的になってほしい。病院として医療安全を高めていきたいなら医療機械の老朽や不足を解決してほしい
30代	看護師	女	安全に対して実際に頑張っているのはナースだけ。
30代	看護師	女	各職種間や個人によって安全に対する意識の差が生じやすく、対策を立てたとしても周知され、実施するまでに時間を要する事が多いと感じています。
50代	看護師	女	リスクマネジメントへの関心・教育はかなり徹底されているが、報告数から各部門の温度差がある。
50代	看護師	女	他職種は比較的研修会等にも意識して参加するが、医師は不参加や興味を示さない人が多い傾向がある。
50代	薬剤師	男	特に医師は医療安全に対しては感心が少ない傾向にある。
悩み・不満			
20代	その他	男	当病院は安全対策については最位限なされていると思うのですが、上の者がそれを独占して、下の者へ伝えないことが多いです。このアンケートで改めて情報の共有することの大切さを理解しました。このアンケート結果を各病院へ配って、上の者へ結果を知ってもらいたいです。
20代	その他	男	上司は自分しか頭になく患者もみない。教育はしない。自分の名前を世間に知らせたいがためにしか動かない。患者の安全確保が全くされていないのが現状。いつか大きな事故が起きなければいいが。
20代	看護師	女	安全対策になる勉強会、講演があっても全職員が徹底しなければ無意味で、指導しても改善する気がない人がいると結局、解決・対策にはならない。
20代	看護師	女	所属する病棟では一番手を抜く、仕事をきちんとしない人がリスクを担当しています。全く意味も説得力もありません。
20代	看護師	女	何回かアンケートを行ったことはありますが、何一つ変化したことはないです。アンケートを行うなら少しでも変化があることを期待します。また、アンケートを行う前に私たちの働いている所を一度見て頂きたいです。本当に大変です。いろいろすみません。
20代	看護師	男	安全守れません。
30代	看護師	女	今まで行ってきていたことが、本当は自分にとっても危険を与える可能性が高い事を知り、無知ということは怖いことであることが最近強く感じる事が多いです。日頃から学生や新人へ指導する機会が多いですが、言葉で伝えるだけでは、なかなか相手に伝わりにくい事も多いように感じます。事例等を通して伝えることもしているのですが、実際の体験しないと身にしみない人がいるように思います。そんな場合はどうしたら良いのか常に悩んでいます。
30代	看護師	女	いかに忙しい中でも、確認を怠らないようにする方法、意識付けの方法などあるか？決めたことが守られないのはどうしたら良いか？
30代	看護師	女	何かミスやヒヤリハットが起きた時、院内からの指示を待ち、その部署内で伝達する事が多いが、それでは対応が遅いのではと言われる事がある。大きな組織の中でどの位の時間内で対策・対応が良いのか教えて欲しいです。
40代	医師	男	リスクマネジメント委員をしていますが、リスク全体のマネジメント、個々のマネジメントのコントロールの割合が両立せず、難しさを感じています。
40代	看護師	女	日本医療技能評価機構からの認定も受け、一定の基準は達成しているのだろうが、利益優先の雰囲気があることと公的機関なので定員制によりマンパワー不足があることで安全文化を根付かせていくことに困難さを感じます。何より危険人物の首を切ることが出来ないところに憤りさえ感じています。
40代	看護師	女	研修や講演を受講してもどこか他人事で自分の業務に照らし合わせて考えることが出来ていないと感じる。また、年2回の受講を義務付けられているから参加しているが、自主的に参加できるようにするためには、どうすればよいのか…もっと小規模研修が有効か？
40代	看護師	女	リスクマネジメントの係の人がちゃんと仕事をしていないうえに口ばかり。自分は何もしないのに安全も何も無いと思う。
40代	看護師	女	安全管理者の役割が本人に十分理解されていない、また、病院トップが理解していない。データではなく、「感情」で動いておりリスクは高い状態である。
40代	看護師	女	安全を守るためとはいえ、抑制をしなければならぬときに悩む。
50代	看護師	女	患者の安全が第一ですが、私たちの安全は？スタッフの問題をフォローしてくれるところは？

50代	看護師	女	医療安全でリスクマネージャーが一生懸命やっているが、個人レベルでは質の問題もあり、また、多忙の事もあり、なかなかヒヤリハットが減らない。組織で取り組むことが必要。
50代	看護師	男	経営トップや上に立つ立場の人々の道徳観や倫理観の低下は眼を覆うばかりである。安全は責任感の強さだけかやろー。