

厚生労働科学研究費補助金
医療技術評価総合研究事業

医療事故を防止するための対策の 効果的な実施及び評価に関する研究

平成 14 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 池田俊也

平成 15（2003）年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

医療事故を防止するための対策の

効果的な実施及び評価に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

池田俊也

II. 分担研究報告

1. 「安全な医療を提供するための 10 の要点」

に関する現状調査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3

池田俊也、阿部俊子

（資料）第一次調査票

第二次調査票

2. 5 病院のリスクマネージャーの活動内容

に関する調査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27

阿部俊子

（参考）平成 13 年度厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

「医療安全管理者（リスクマネージャー）の機能に関する研究報告書

（主任研究者 井部俊子）」要約

（資料）リスクマネージャーの活動時間記入用紙

リスクマネージャーの活動内容記入用紙

The Risk Manager's Desk Reference, 2nd ed.

3. 医療事故により発生する医療費推計の試み・・・・・・・・・・51

池田俊也、武藤正樹

研究組織

主任研究者	池田俊也	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室	専任講師
分担研究者	阿部俊子	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科	助教授
研究協力者	市川幾恵	昭和大学病院	
	浦澤智佐	慶應義塾大学病院	
	釜英介	都立松沢病院	
	北沢直美	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科	
	小林美亜	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室	
	田浦和歌子	武蔵野赤十字病院	
	竹山直子	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科	
	寺井美峰子	聖路加国際病院	
	友納理緒	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科	
	武藤正樹	国立長野病院	副院長
	山下悦子	聖路加国際病院	

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
総括研究報告書

医療事故を防止するための対策の効果的な実施及び評価に関する研究

主任研究者 池田俊也 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 専任講師

研究要旨 全国の医療機関における医療安全管理への取組状況を把握するとともに、安全管理部門や安全管理担当者の活動によって得られる効果を経済的側面から評価するための基礎的データの収集を行った。

A. 研究目的

本研究では、全国の医療機関における医療安全管理への取組状況を把握するとともに、安全管理部門や安全管理担当者の活動によって得られる効果を経済的側面から評価するための基礎的データを収集することを目的とした。

B. 研究方法

第一に、医療機関における 10 の要点の認知度や独自の標語の作成状況などについて、アンケート調査を実施した。調査対象は、特定機能病院 82 施設（東京女子医科大学病院を含む全施設）、その他の病院 918 施設（厚生労働省より提供された名簿より 1/10 抽出）、有床診療所 594 施設（同名簿より 1/30 抽出）とした。調査は、自記入式調査票を用いて、二段階に分けて実施した。第一次調査では調査対象施設に対して、第一次調査票ならびに冊子「10 の要点」を郵送し、ファクスにより回収を行った。第二次調査は、第一次調査票が返送された施設を対象に、具体的な取り組みや今後の取り組みに関して自由記述による第二次調査票を送付した。

第二に、医療施設において、医療事故防止対策の実施及び評価を中心に行っているリスクマネージャーの活動と機能を明らかにするために、都内 5 病院に勤務するリスクマネージャー（専任及び兼任含）の活動内容と活動時間をアンケート方式で調査した。

第三に、医療事故により発生した追加医療費の推計を目的として、病床数約 420 床の地域中核病院において、医療事故報告書の中から、事故により追加医療費が発生したと思われる事例を抽出した。これらの事例について、医療事故により発生したと思われる医療行為とその費用を特定するとともに、本来は実施されたが保険請求されなかったと思われる医療行為を推定した。

（倫理面への配慮）

医療事故報告書およびレセプトからのデータ収集・解析については、調査病院における倫理委員会での審査を受けるとともに、患者の氏名・患者番号など、個人情報も消去した。報告書においても、個人を特定できると考えられる事柄は削除した。

C. 研究結果

医療機関における 10 の要点の認知度や独自の標語の作成状況などに関する第一次調査では、428 通（回収率 26.9%）の回答が得られた。「10 の要点」の内容を「よく知っていた」との回答は 155 通(35.2%)、「内容はよく知らなかったが存在は知っていた」は 112 通(26.2%)、「存在を知らなかった」は 161 通(37.6%)であった。独自の標語を少なくとも 1 項目について作成した医療機関は 126 施設(29.4%)であった。第二次調査において、「10 の要点」を受けた具体的な取り組みについて記載があったのは 118 施設であった。特定機能病院と診療所を除く 92 施設において、最も取り組みが高かつ

た項目は「安全文化」(78.2%)、最も取り組みが低かった項目は「技術の活用と工夫」「環境整備」(いずれも 64.1%)であった。

リスクマネージャーの活動内容と活動時間に関する調査では、全ての病院で共通して見られた役割は、病院全体の医療安全管理会議への参加であった。各病院で特徴的な委員会もあり、リスクマネージャーがどの程度、臨床現場と関わっているかは、各病院で差が出る結果となった。

医療事故により発生した追加医療費の推計では、当該医療機関では平成 14 年に 487 件の医療事故報告書が作成されており、そのうち 112 件で事故による追加的医療行為が発生していた。その内訳は、転倒が 29 件と最も多く、次に CV トラブル 26 件の順であった。医療事故による追加的医療行為の全てあるいは一部を保険請求していたのは 76 件で、平均点数は 2570 点であった。最高は、狭心症に対する手術手技に起因する事故であり、14598 点であった。

D. 考察

今回の調査研究により、医療機関における医療安全管理への取組状況が明らかになるとともに、安全管理担当者の活動状況の把握ならびに医療事故防止の経済的側面からの評価が実施できた。これらの結果は、今後、安全管理担当者の設置による医療事

故防止効果ならびにその医療経済的側面からの影響を推計するための基礎的資料として活用できるものと考えられる。

E. 結論

今回の調査研究により、医療機関における医療安全管理への取組状況が明らかとなった。また、安全管理担当者の活動状況の把握ならびに医療事故防止の経済的側面からの評価を実施し、安全管理部門や安全管理担当者の活動によって得られる効果を経済的側面から評価するための基礎的データを収集することができた。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業
「医療事故を防止するための対策の効果的な実施及び評価に関する研究」

「安全な医療を提供するための 10 の要点」に関する現状調査

平成 14 年 3 月 31 日

慶應義塾大学医学部 池田俊也

東京医科歯科大学大学院 阿部俊子

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

「安全な医療を提供するための 10 の要点」に関する現状調査

主任研究者 池田俊也 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 専任講師
分担研究者 阿部俊子 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 助教授

研究要旨 医療機関における「安全な医療を提供するための 10 の要点」の認知度や独自の標語の作成状況などについて把握することを目的として、全国の病院及び有床診療所を無作為抽出し、自記入式調査票による調査を実施した。その結果、「10 の要点」の存内容をよく知っているとの回答は 36.2%に留まっており、医療機関への浸透度は必ずしも高くないことが明らかとなった。また、独自の標語を少なくとも 1 項目について作成した医療機関は 29.4%であった。今後、「10 の要点」の普及を通じて医療機関で働くすべての職員の意識啓発を進め、医療安全を推進する組織体制を構築するための方策を再検討する必要があると考えられる。

A. 研究目的

厚生労働省医療安全対策検討会議ヒューマンエラー部会は、部会ワーキンググループとして「患者安全のための標語検討会」（会長 橋本廸生教授）を設置し、平成 13 年 9 月 11 日「安全な医療を提供するための 10 の要点」（以下、「10 の要点」と略）を公表した。今回は、医療機関における 10 の要点の認知度や独自の標語の作成状況などについて把握することを目的とした。

B. 研究方法

調査対象は、特定機能病院 82 施設（東京女子医科大学病院を含む全施設）、その他の病院 918 施設（厚生労働省より提供された名簿より 1/10 抽出）、有床診療所 594 施設（同名簿より 1/30 抽出）とした。

調査は、自記入式調査票を用いて、二段階に分けて実施した。まず、調査対象施設に対して、平成 14 年 9 月 5 日に、調査依頼状、第一次調査票、冊子「10 の要点」の郵送を行った。第一次調査票の回収はファクスにより行った。

次に、第一次調査票が返送された施設を対象に、具体的な取り組みや今後の取り組みに関して自由記述による第二次調査

票を、ファクスまたは郵送により送付した。第二次調査票の回収もファクスにより行った。

（倫理面への配慮）

患者を直接対象としておらず、また、患者プライバシーに関わる質問も実施していないことから、倫理的問題はない。

C. 研究結果

第一次調査では、428 通（回収率 26.9%）の回答が得られた。「10 の要点」の内容を「よく知っていた」との回答は 155 通（35.2%）、「内容はよく知らなかったが存在は知っていた」は 112 通（26.2%）、「存在を知らなかった」は 161 通（37.6%）であった。独自の標語を少なくとも 1 項目について作成した医療機関は 126 施設（29.4%）であった。

第二次調査において、「10 の要点」を受けた具体的な取り組みについて記載があったのは 118 施設であった。特定機能病院と診療所を除く 92 施設において、最も取り組みが高かった項目は「安全文化」（78.2%）、最も取り組みが低かった項目は「技術の活用と工夫」「環境整備」（いずれも 64.1%）であった。

D. 考察

今回の調査により、「10 の要点」の存在を知っていた医療機関は 62.4%であったが、内容をよく知っているとの回答は 36.2%に留まっており、医療機関への浸透度は必ずしも高くないことが明らかとなった。

今回の調査では回収率が 26.9%に留まっており、医療安全に比較的関心のある医療機関から回答が寄せられている可能性がある。今後、「10 の要点」の普及を通じて医療機関で働くすべての職員の意識啓発を進め、医療安全を推進する組織体制を構築するための方策を再検討する必要があると考えられる。

E. 結論

「10 の要点」の存在を知っていた医療機関は 62.4%であったが、内容をよく知っているとの回答は 36.2%に留まっており、医療機関への浸透度は必ずしも高くないことが明らかとなった。また、独自の標語を少なくとも 1 項目について作成した医療機関は 29.4%であった。

今後、「10 の要点」の普及を通じて医療機関で働くすべての職員の意識啓発を進め、医療安全を推進する組織体制を構築するための方策を再検討する必要があると考えられる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

(1) 第一次調査

調査対象

特定機能病院 82 施設（東京女子医科大学病院を含む全施設）、その他の病院 918 施設（厚生労働省より提供された名簿より 1/10 抽出）、有床診療所 594 施設（同名簿より 1/30 抽出）を調査対象とした。

調査方法

調査対象施設に対して、依頼状、第一次調査票、冊子「安全な医療を提供するための 10 の要点」の郵送を行った。第一次調査票はファクスによる回収とした。発送は平成 14 年 9 月 5 日に行い、9 月 13 日を締め切りと設定した。

調査結果

1) 第一次調査票の回収数 428 通（回収率 26.9%）

2) 質問 1（「安全な医療を提供するための 10 の要点」を知っていたか）に対する回答結果（以下、括弧内は、調査票回収数 428 通を母数として百分率で示す。）

- | | |
|--------------------------|-------------|
| 1. 内容を知っていた： | 155 (36.2%) |
| 2. 内容はよく知らなかったが存在は知っていた： | 112 (26.2%) |
| 3. 存在を知らなかった： | 161 (37.6%) |

3) 質問 2（昨年の医療安全推進週間について知っていたか）に対する回答結果

- | | |
|----------------------------|-------------|
| 1. 存在を知らなかった： | 212 (49.5%) |
| 2. 存在を知っていたが、特段の対応は行わなかった： | 173 (40.4%) |
| 3. 特別な対応を行った： | 42 (9.8%) |
| 4. 無回答： | 1 (0.2%) |

なお、対応の具体的な内容についての回答（36 施設）を別表 1 に示した。

4) 質問 3（独自の標語を策定したか）に対する回答結果

0 項目作成	302 件(70.56%)
1 項目作成	23 件 (5.37%)
2 項目作成	13 件 (3.03%)
3 項目作成	17 件 (3.97%)
4 項目作成	13 件 (3.03%)
5 項目作成	6 件 (1.40%)
6 項目作成	10 件 (2.34%)
7 項目作成	11 件 (2.57%)
8 項目作成	9 件 (2.10%)
9 項目作成	3 件 (0.70%)
10 項目作成	21 件 (4.90%)

＜作成項目（重複回答を含む）＞

1. 安全文化：	61 (14.3%)
2. 対話と患者参加：	56 (13.1%)
3. 問題解決型アプローチ：	50 (11.7%)
4. 規則と手順：	83 (19.4%)
5. 職員間のコミュニケーション：	70 (16.4%)
6. 危険の予測と合理的な確認：	69 (16.1%)
7. 自己の健康管理：	49 (11.4%)
8. 技術の活用と工夫：	50 (11.7%)
9. 与薬：	82 (19.2%)
10. 環境整備：	58 (13.6%)

5) 質問 3（貴院での安全対策の状況）

	十分	ほぼ十分	やや 不十分	不十分	無回答・ その他
安全文化	21(4.9%)	185(43.2%)	158(36.9%)	24(5.6%)	40(9.3%)
対話と患者参加	23(5.4%)	161(37.6%)	176(41.1%)	30(7.0%)	38(8.9%)
問題解決型アプローチ	30(7.0%)	183(42.8%)	147(34.3%)	28(6.5%)	40(9.3%)
規則と手順	39(9.1%)	222(51.9%)	114(26.6%)	20(4.7%)	33(7.7%)
職員間のコミュニケーション	49(11.4%)	194(45.3%)	138(32.2%)	17(4.0%)	30(7.0%)
危険の予測と合理的な確認	22(5.1%)	179(41.8%)	173(40.4%)	24(5.6%)	30(7.0%)
自己の健康管理	37(8.6%)	219(51.2%)	116(27.1%)	25(5.8%)	31(7.2%)
技術の活用と工夫	22(5.1%)	188(43.9%)	164(38.3%)	20(4.7%)	34(7.9%)
与薬	38(8.9%)	217(50.7%)	125(29.2%)	16(3.7%)	32(7.5%)
環境整備	38(8.9%)	197(46.0%)	141(32.9%)	18(4.2%)	34(7.9%)

6) 質問 4（職員に標語をどのように周知させているか）に対する回答結果（重複回答あり）

1. ポスター：	136 (31.8%)
2. パンフレット・冊子：	89 (20.8%)
3. ニュースレター・院内報：	87 (20.3%)
4. 研修テキスト：	60 (14.0%)
5. カレンダー：	8 (1.9%)
6. パソコンのスクリーンセーバー：	3 (0.7%)
7. その他：	105 (24.5%)

※ 「その他」には、現在のところ周知させていないとの回答（28 施設）が含まれている。

※ その他の周知方法についての具体的な回答（71 施設）を別表 2 に示した。

8. 無回答：	93 (21.7%)
---------	------------

別表 1 昨年の医療安全推進週間における対応

(調査票が回収された 428 施設中 42 施設で対応ありとの回答、そのうち具体的な内容について記載があったのは以下の 36 施設)

医療事故防止対策委員より各部署へ通知し周知させた

リーフレット配布、標語のポスター配布

院内医療安全対策委員会で安全推進について再検討す

回覧

看護部、事務部、その他にポスター貼付した

医療安全推進の標語を各関係部署に掲示した。また、関係会議で資料として提出した。

講演会

国の取り組みを周知し、安全管理対策委員会とリスクマネジャー会議で独自の標語を募集し、ベスト 13 を選出した。

各部署における標語の作成と掲示

標語掲示

安全対策のための全職員による研修

ポスターを貼り出し、諸会議での呼びかけ

主任会で各職場での具体的取組を検討実施

看護部会でポスターを配布し説明

医療事故防止月間を病院独自に設置し、研究会等を行った

院内研修会

院内講習会、

各部署の誰もが目に留まる場所に掲示し、事務系では朝礼、看護部門では申し送り時に職員への喚起を促した

院内で医療安全のための標語を募集した。そして適切なものを選び、院内に掲示した

医療安全パトロール、安全対策パネル展示

院内での啓蒙活動、ポスターの掲示など

冊子の配布、リスクマネジメント部会の活性化

院内安全パトロール、安全な医療を提供するための 10 の要点を職員へ周知するための講演会

医療安全の日を制定し、セミナーを開催

標語作成し、各セクションに見合っ安全意識を高め

講演会と研修会を開催した

各病棟で標語を示し、強化した

ポスター、パンフレットを掲示した

本院では医療安全推進月間(2001 年 11 月)を設けた

専門の方を呼んで講習会を開いた

頻回の講習会(安全対策に熱意のあるメーカの担当者も含めて)

インシデント、アクシデントに関する情報収集と対策を行った

安全文化をテーマにシンポジウムを行った。標語を各部署で掲示した

医療事故に関する講習会を開催

弁護士による院内講演会

院内に周知したほかに、医療安全に関する標語募集を行った

別表2 職員に標語を周知させる「その他」の方法

(調査票が回収された 428 施設中 105 施設で「その他」と回答。このうち自由記載欄に何らかの記載があったのは 99 施設。本表には「現在のところ周知させていない」旨の回答が記されていた 28 施設を除く、71 施設の回答を示した。)

赤穂私立病院の「安全いろははるた」

朝のミーティング(朝礼)

朝のミーティングで話す

安全管理対策委員会で周知

安全な 10 の要点について気づいたことはその時点で今まで検討している

委員会で提示

医療安全委員会ならびに病院管理会議を通して院内に伝達

医療事故防止委員会議事録・ビデオ

医療事故防止対策委員へ情報提供中

イントラネットにてマニュアル化して病棟に明文化したものを配布

院内安全管理シンポジウム テーマとして要点の中から選んでいる。今年度は「対話と患者参加」を考えている

院内会議

院内回覧

院内教育、リスクマネージャー会議

院内コンピュータで全職員にメール

院内セミナー

院内ミーティング

運営連絡会

会議

会議で周知

会議は規定を作り、機会あるごとに周知せしめています

回覧、研修会

各職場の朝礼、月 1 回の全員集会、院内教育の場

カラーコピーし、毎月 1 項目ずつ標語としていきます

カルタ

カンファランスなどにて

関連情報は院内掲示にて連絡

危険率の高い drug や注射を完全に教育

現在標語を周知させるための検討をしている。できれば 12 ヶ月のカレンダー方式にしたい

研修会で 1 項目ずつ説明を加え、周知

講演会、ガイドライン

講習会

口頭

口頭 ミーティング

黒板に書く

週 1 回の朝礼において

集会における説明

週に 1 回の朝礼で口頭で

主任連絡会議で発表

職制の会議で具体的取組の検討と職員回覧板

全職員が胸につけるネームプレートの裏に自分の職場にあった標語をカードにしていれて
毎日自己チェックできるようにしている

全部門統合した安全委員会での情報共有

朝礼

朝礼、会議

朝礼、会議および議事録

朝礼、終礼時に必要な時に

朝礼、申し送り時に 5 分ずつ標語の反復・説明

朝礼で知らせる

朝礼での発表

朝礼等での確認

朝礼などで確認する

朝礼にて

朝礼、リスクマネジメント部会

月 1 回の委員会報告を全職員に周知徹底させている

当院内の医療安全対策委員会の会則に採用

当院マニュアル、学内ホームページに掲載

日看協医療看護安全管理情報の活用

ノート

病棟会、外来会、主任会で紹介、年間目標設置の参考に

方針、マニュアル等→各部署の病院掲示板、食堂掲示板、院内新聞、職場集会、委員
会、全体会議等々

毎朝簡単な朝礼で周知徹底

毎朝朝礼のときに安全な医療について話している

毎朝の朝礼での再確認

毎朝ミーティング、いろはかるた作成予定

毎週カンファレンスを開いて、種々の問題点 etc について話し合っている

毎月の医療安全委員会の病院内事案検討の用紙に、全国版(10の要点の1つと)病院内
版(自分たちの標語)を記載して、全部署へ配布している

毎日のミーティング時にて口頭で

ミーティング(職員)

ミーティング(月 2 回)ノートの回覧での周知

連絡協議会

連絡ノート、ミーティングで繰り返す

(2) 第二次調査

「安全な医療を提供するための 10 の要点」に関する第二次調査票を返送いただいた 430 施設を対象に、具体的な取り組みや今後の取り組みに関して自由記述による第 2 次調査を行った。その結果、具体的な活動について 1 項目以上の記入が得られたのは 118 施設であった。10 の要点それぞれについて、3 施設以上で共通して行われている活動をカテゴリー化して抽出し、その具体的な内容を示した。さらに、少数ではあるがユニークな取り組みについてはコメントとして記した。また、19 床以下の診療所と特定機能病院を除いた 92 施設の病床数別の活動内容を図表で示した。

病床数別の施設数

病床数	施設数
0－19	22
20－49	8
50－99	18
100－149	19
150－199	15
200－	32
特定機能病院	4

具体的な回答が得られた施設数 ※ () 内は全施設数に対する割合 (%)

病床数	1. 安全文化	2. 対話と患者参加	3. 問題解決型アプローチ	4. 規則と手順
20～49	6(75)	3(37.5)	5(62.5)	4(50)
50～99	14(77.8)	12(66.7)	14(77.8)	14(77.8)
100～149	14(73.7)	13(68.4)	11(57.9)	13(68.4)
150～199	13(86.7)	12(80)	14(93.3)	13(86.7)
200～	25(78.1)	23(71.9)	25(78.1)	24(75)

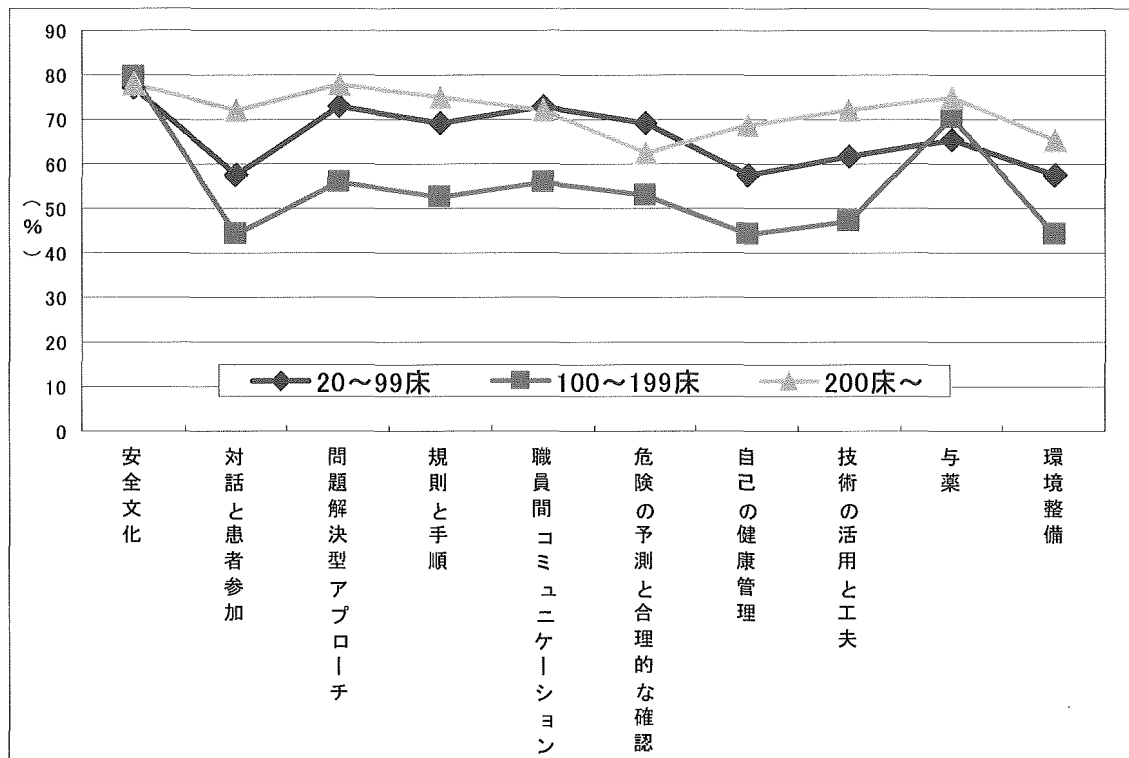
病床数	5. 職員間コミュニケーション	6. 危険の予測と合理的な確認	7. 自己の健康管理	8. 技術の活用と工夫
20～49	6(75)	5(62.5)	5(62.5)	5(62.5)
50～99	13(72.2)	13(72.2)	10(55.6)	11(61.1)
100～149	12(63.2)	12(63.2)	13(68.4)	9(47.4)
150～199	12(80)	10(66.7)	11(73.3)	11(73.3)
200～	23(71.9)	20(62.5)	22(68.8)	23(71.9)

病床数	9. 与薬	10. 環境整備	回答病院数
20～49	6(75)	4(50)	8
50～99	11(61.1)	11(61.1)	18
100～149	11(57.9)	11(57.9)	19
150～199	13(86.7)	12(80)	15
200～	24(75)	21(65.6)	32

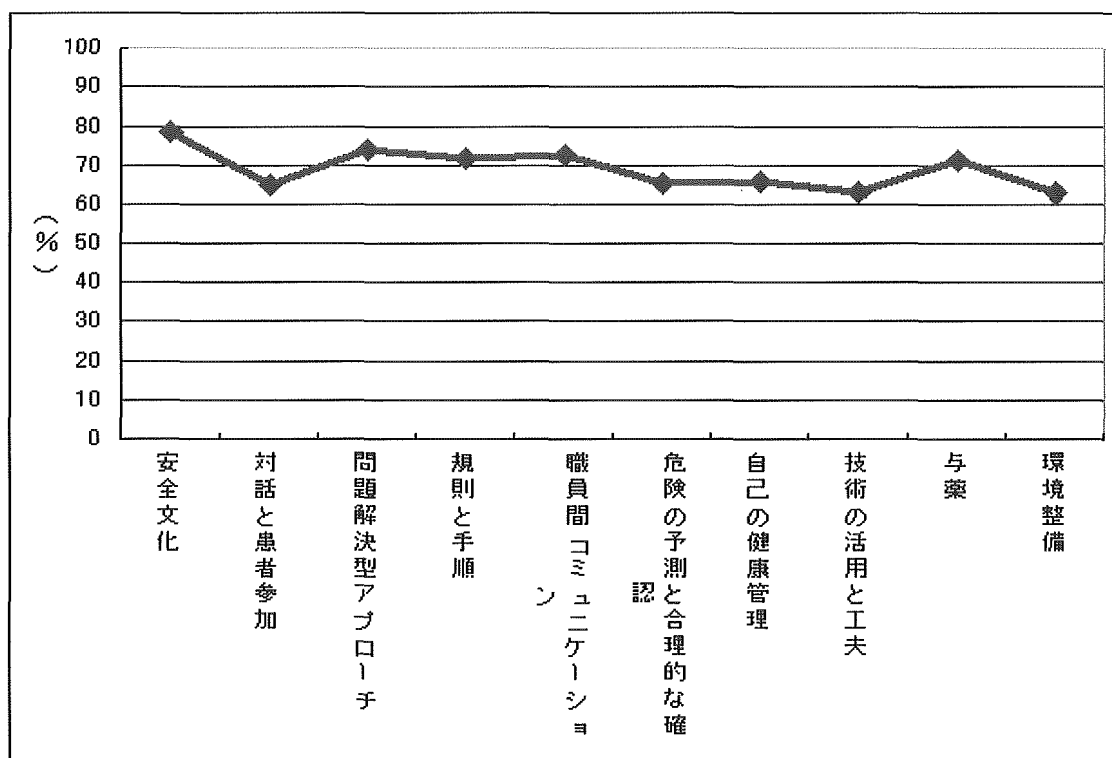
は「10 の要点」別でみた、最も取り組み率の高い施設群である。.....は「10 の要点」別でみた、最も取り組み率の低い施設群である。

赤字は施設群の中で最も取り組み率が高かった項目である。□は施設群の中で最も取り組み率が低かった項目である。

どの問題にも積極的に取り組んでいるのは 150～149 床の施設である。また最も取り組み率の悪い施設群としては 149 床以下の施設に集中している。「10 の要点」別にみると「安全文化」に対する取り組みが、どの施設群でも積極的であることがわかり、6、7、8 の項目に関しては、どの施設群でも取り組み率が低い結果となった。



「10の要点」に対する取り組み率（病床別）



「10の要点」に対する取り組み率（全施設）

3 施設以上での取り組み

1) 安全文化

1) 安全管理システムの構築

- ・リスクマネジャーの設置（専任、兼任）
- ・委員会等の設置（例：医療安全推進室、医療事故防止委員会など）
- ・病院理念の一つに安全をかがげ、優先事項とする
- ・ダブルチェックの徹底
- ・ヒヤリハット事例の活用（分析、対応策の検討）

2) 医療事故情報の共有（他院の情報も）

- ・広報誌
- ・ポスター
- ・会議、ミーティング、朝礼

3) 教育の強化

- ・研修会、勉強会、講演会

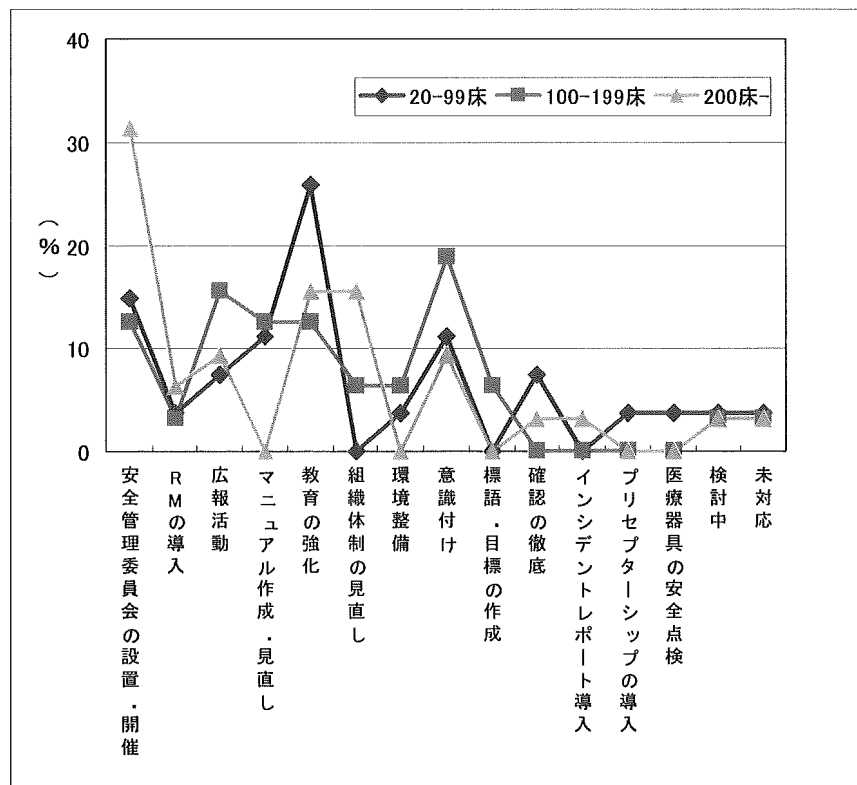
4) マニュアル化

その他

- ・プロモーションビデオの作成と研修会での上映を実施（東京都、1000床以上）
- ・安全文化を醸成するプログラムを作成予定（京都府、1000床以上）
- ・病院長からのバックアップ体制の整備（山形県、500—1000床未満）

まとめ

安全文化は医療安全における理念であり、幅広い要素を含んでいるため様々な視点からの回答が得られた。なかでも、リスクマネジャーの配置や委員会の設置などに重点を置いている様子が伺える。



2) 対話と患者参加

1) インフォームド・コンセントの徹底	・時間をかけて傾聴 ・パンフレットの使用 ・診療計画書やクリニカルパスの活用 ・看護師の同席 ・家族も一緒に ・質問しやすい雰囲気（環境）づくり
2) 患者会の設立	・
3) 医療相談窓口の設置	
4) 意見箱の設置	・定期的な意見交換 ・アンケート
5) カルテ開示	・記録内容の吟味 ・セカンドオピニオンの勧め
6) 接遇の向上	・挨拶、笑顔の慣行 ・ポスター掲示

その他

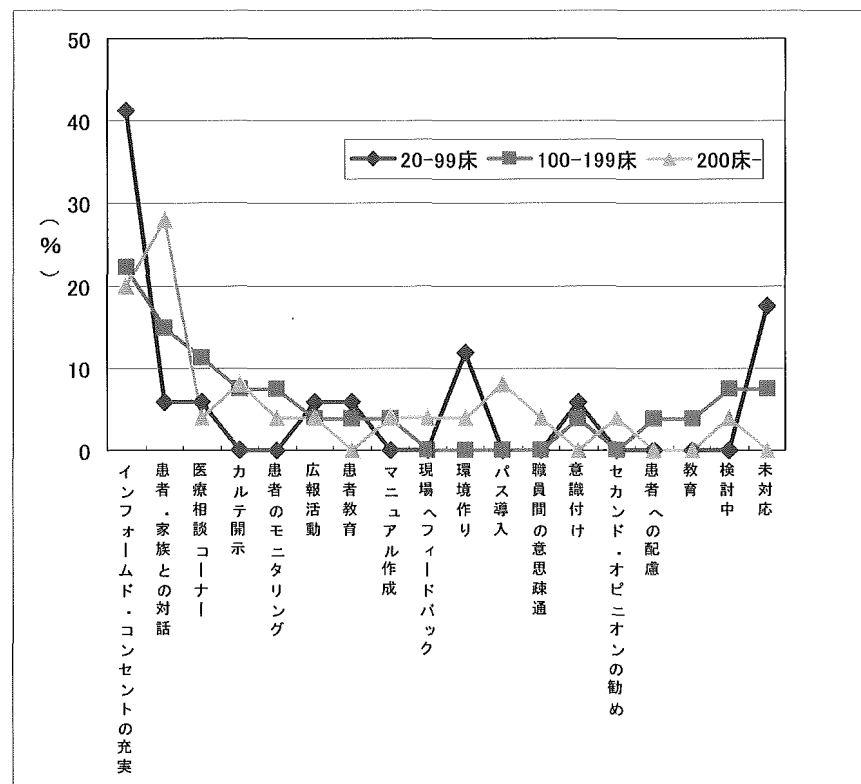
- ・地域活動に積極的に参加（宮城県、1-9床）
- ・苦情対応の寸劇（鹿児島県、100-149床）

コメント

・「病院におまかせ」という患者さんも少なくはなく、患者教育も考えていく必要がある（長崎県、100-149床）

まとめ

「インフォームドコンセントの徹底」を進めている施設が多く、なかでもパンフレットなどの視覚に訴える資料を用いたり、家族も一緒に説明するなどの意見があった。「カルテ開示」はインフォームドコンセントにも関係している。また、「患者会の設立」、「医療相談窓口の設置」、「意見箱の設置」のように患者側からの意見や発言を積極的に取り入れようという工夫が行われているようである。



3) 問題解決型アプローチ

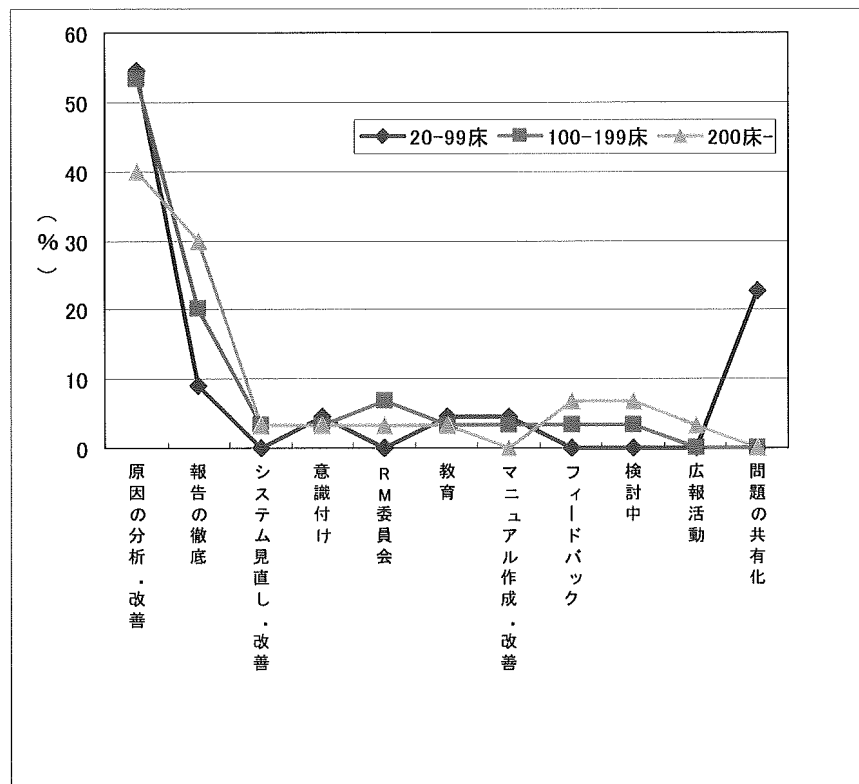
1) コミュニケーションの向上、情報の共有化	・会議、委員会、ミーティング、朝礼による話しやすい雰囲気作り ・実施・評価・フィードバック（委員会や病棟レベルで） ・報告の推奨
2) ヒヤリハット・事故の事例検討と分析	・SHELモデルや4M4Eモデルの活用（背景の分析） ・個人批判をしない ・マニュアル作成 ・ポスターやニュースレター（定期的）
3) 教育の強化	・セミナー、講義、勉強会など

その他

- ・QC的問題解決手法を学び、PDCAサイクルを活用した取組み（宮城県、1000床以上）

まとめ

ヒヤリハット報告書や事故報告書を活用し、問題解決アプローチを実行しているようである。具体的な分析手法として、SHELモデルや4M4Eモデルが挙げられており、医療界に浸透している手法ともいえる。また、「フィードバックとしてどこまでのデータを提示するか検討中」という意見もあったが、おおむね何らかの形で報告書の分析結果をフィードバックし、職員への意識付けにつなげているようである。



4) 規則と手順

1) 業務手順の見直し（統一）

- ・業務の標準化
- ・マニュアル・ガイドラインの作成
（例：事故予防マニュアルなど）
- ・チェックリストの活用
- ・見直しに伴う関連部署間の調整

2) 教育の強化

- ・講演会、オリエンテーションの実施
- ・ポスター

3) ダブルチェックの徹底

その他

- ・オカレンスレポートの導入の検討（静岡県、500－1000 床）
- ・病棟巡回（宮城県、1000 床以上）

まとめ

業務や手順の見直し、マニュアルの作成や改定などが主に行われているようである。

