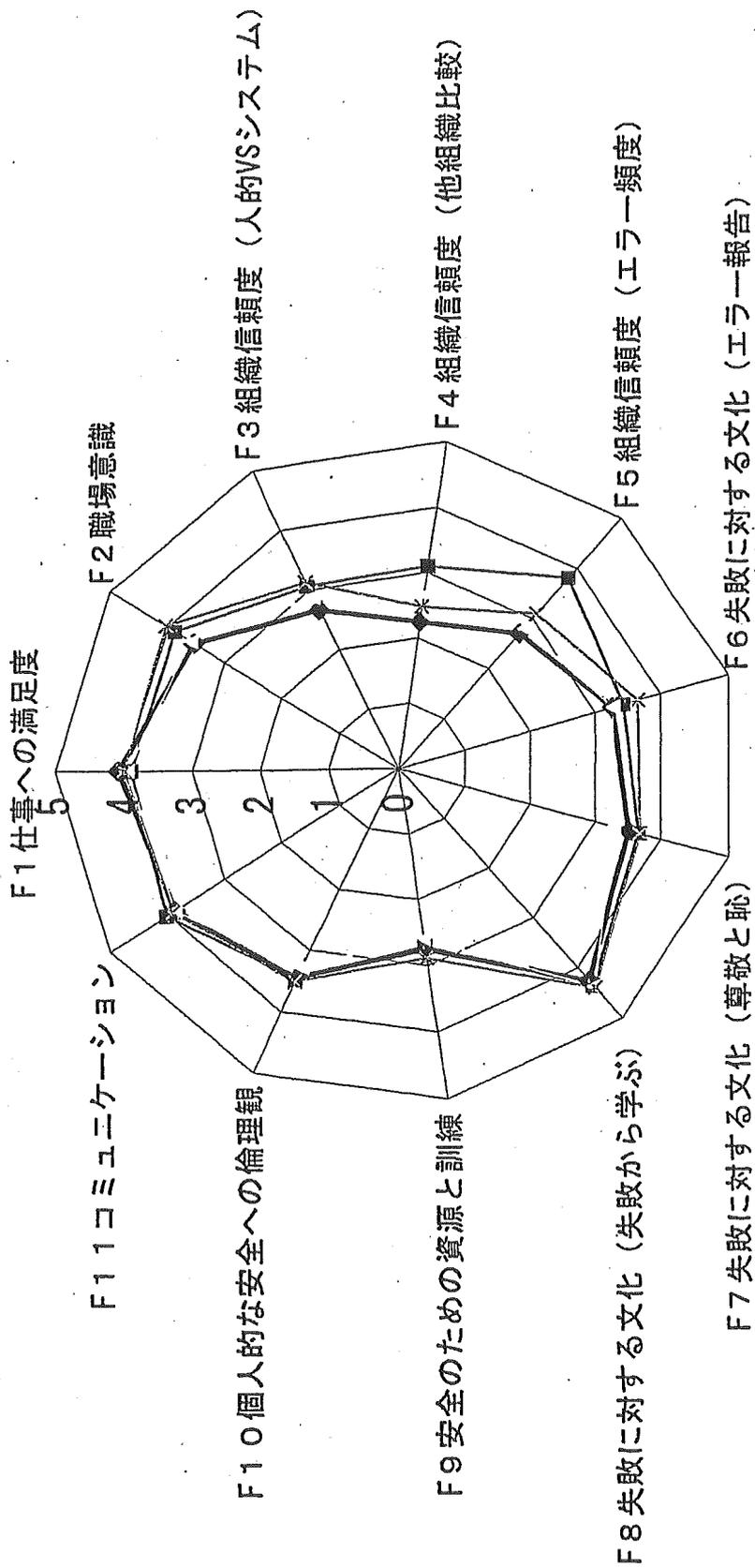


因子分析結果（施設・職種別比較）

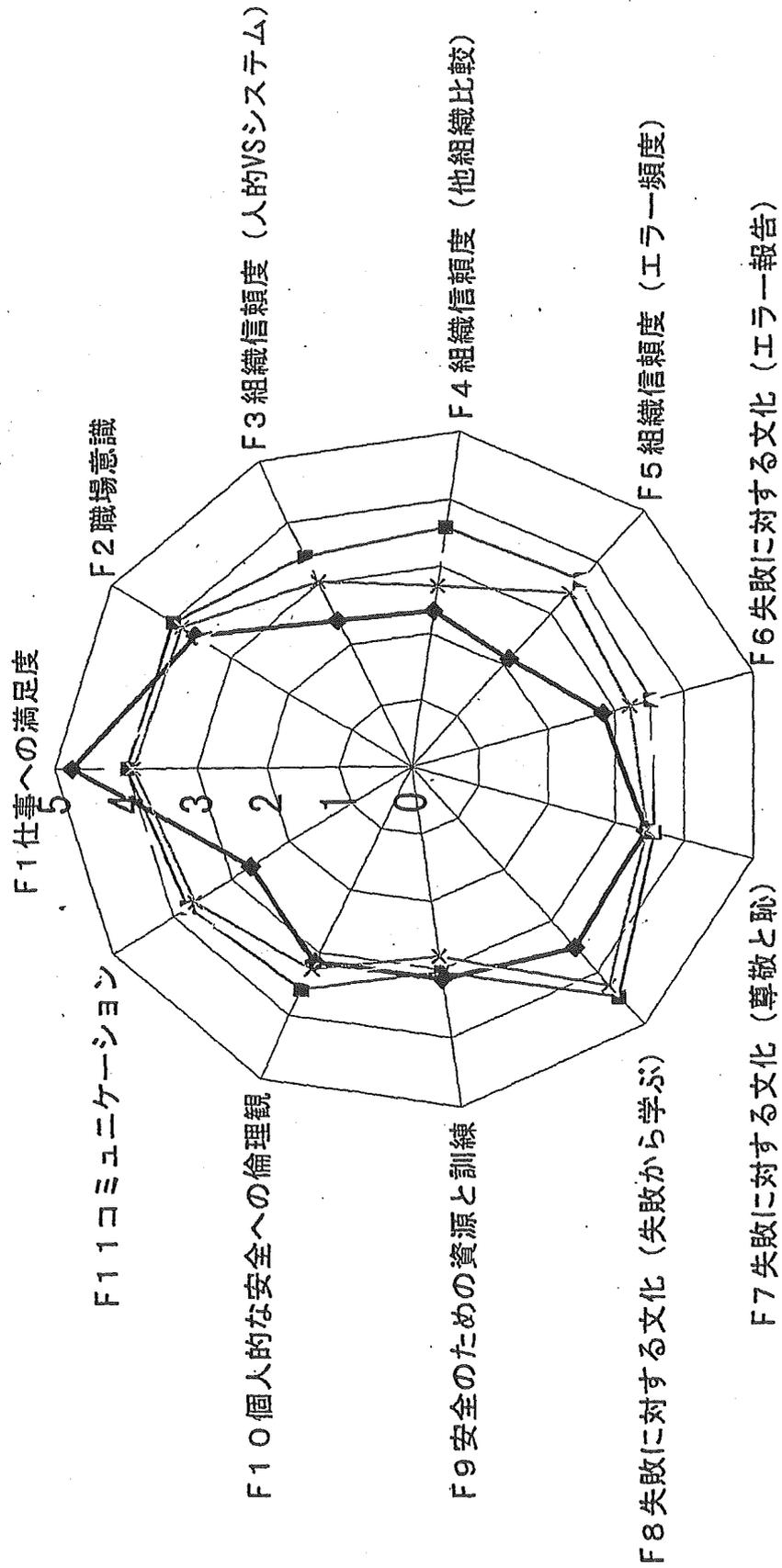
図表17 看護職系の比較



◆—看護職系1 ■—看護職系2 *—看護職系3 ▲—看護職系4

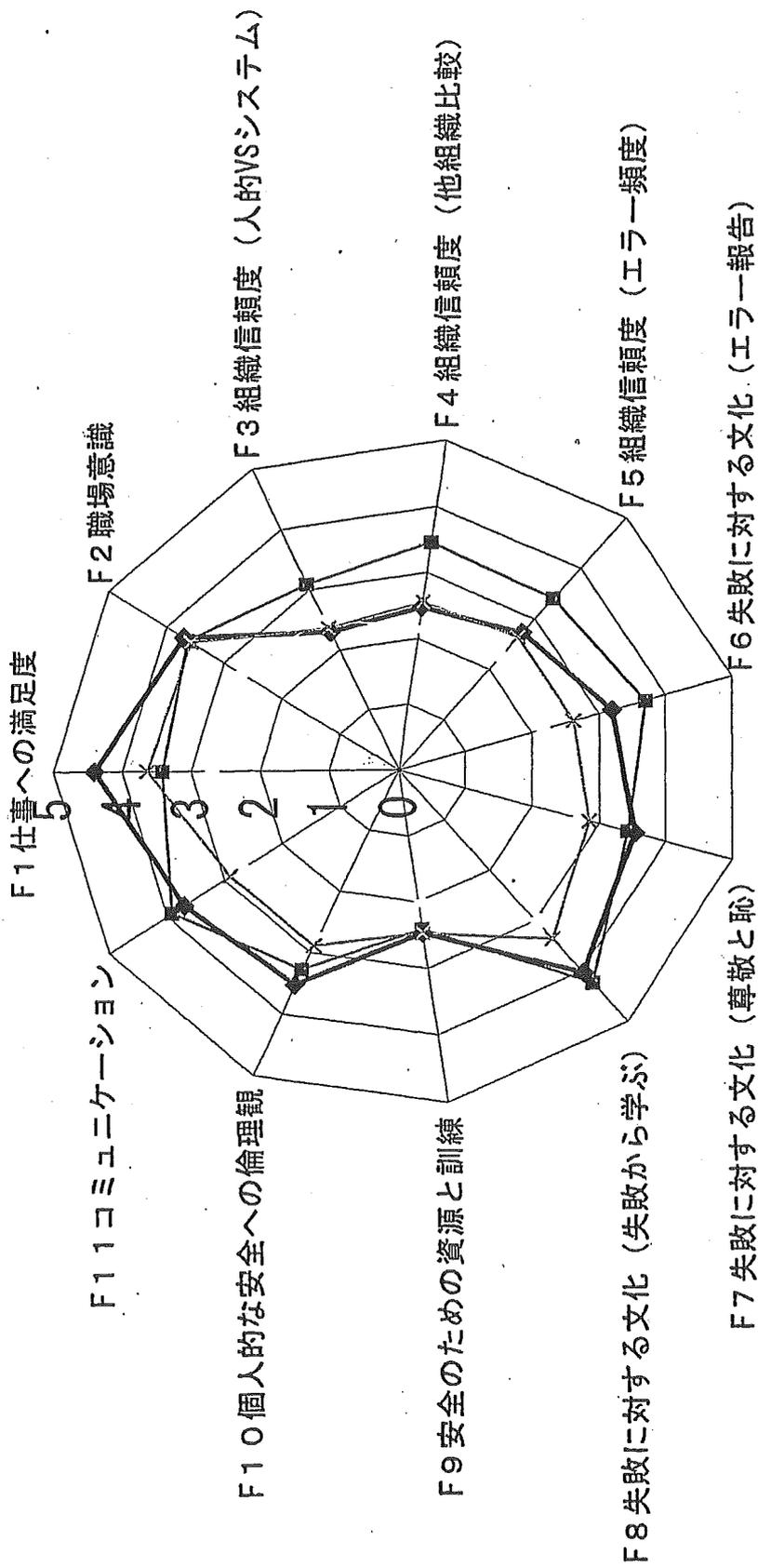
因子分析結果（施設・職種別比較）

図表 19 > 技術職系の比較



◆ 技術職系 1 ■ 技術職系 2 × 技術職系 3 ○ 技術職系 4

図表20> 事務職系の比較



◆ 事務職系1 ■ 事務職系2 ✱ 事務職系3 ● 事務職系4

安全管理研究科研究論文表紙

年度 平成14年度
主題 安全管理診断ツールの作成
著者 氏名 林 真由美
所属機関 麻生飯塚病院
指導教官 所属研究部 安全管理政策部
氏名 長谷川 敏彦

要旨

実効性のある安全管理体制を構築するには、病院機能評価のように安全管理評価を行うことも大切ではないかと考える。

そこで、安全管理の体制や機能の問題点をみつけ、問題解決の介入方法を抽出することができる、安全管理診断ツールを作成したので、有用性と機能を考えてみた。

診断ツールの客観的な項目から安全管理の体制や機能の問題点が把握でき、問題解決の介入方法が判断できる。そのことより、安全管理体制の強化には効果的で、有用なツールのひとつとすることができる。安全管理システムが正しく機能していれば、組織の面から安全文化の醸成度が判断できる。

キーワード

診断ツール セルフアセスメント 安全文化

Ⅲ. 組織診断

林真由美（H14 年度安全管理研究科：麻生飯塚病院）

1.はじめに

米国において、より安全な医療システムをつくるために、医療事故予防について IOM より「To Err Is Human」¹⁾ 人は間違えるものという報告書が出版され、世界的に関心を集めた。わが国でも 1999 年 Y 大学病院における患者取り違え事件をきっかけに医療事故に関する関心が高くなった。それにともなって、患者権利意識も高まり、医療への期待と批判が強くなってきた。医療事故が社会問題化してきたことで、わが国の安全のあり方が大きな課題となっている。

厚生労働省は 1999 年に「患者誤認事故予防のための院内管理体制の確立方策に関する検討会」を設置し、「患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書」を公表した。国民の安心と信頼回復のため種々の事業を展開することになった。

取り組みの一環として、2000 年 1 月厚生労働省の「医療法施行規則の一部を改正する省令」が公布され、4 月施行により、全国的に、医療安全管理体制の構築、体制の整備は急務に進められている。多くは、社会問題化したことや関係機関の取り組みを受けて、医療安全管理体制の整備を始めたばかりである。

自院もクオリティ室を立ち上げ、安全管理体制の取り組みを積極的に進めているが、実効性を評価するに至っていないのが現状のようである。

実効性のある安全管理体制を構築するには、病院機能評価のように安全管理評価を行うことも大切ではないかと考える。

システムの体制や機能に問題点がないか有効性を評価し、改善を継続的に繰り返し行うことが医療の安全性を高める。

安全管理の体制、機能を正しく整備することは、安全文化を醸成するという波及効果が期待できるのではないかと考える。

そこで、病院機能評価のように大変な準備を必要としない、安全管理診断ツールを作成したので、有用性と機能を考えてみた。

言葉の定義

安全管理者・安全推進担当者：

医療におけるリスクマネジメントの手法が 1970 年代に米国で医療分野に導入された当初は、補償や損害賠償による経済的打撃を減らすことに重点が置かれていたが近年では、医療に内在する不可避な

リスクを管理し、いかに患者の安全を確保するかに移ってきている。そのような流れを踏まえわが国でも「リスク」という言葉よりも「医療安全」「患者安全」という、言葉を使うほうが適切と考えられるようになった。²⁾ 厚生労働省では「リスクマネージャー」という言葉は使用せず、「医療安全管理者」・「医療安全推進担当者」という呼称を使用している。ここでも組織横断的な活動を行う専任者（組織全体の安全管理を行う兼任者も含む）を「安全管理者」とし、各部署に配属されたまま一定の役割を担う兼任者を「安全推進担当者」とする。

安全文化の醸成レベル：

安全文化とは「国際原子力機関（1991）は、安全文化を『関係者の間にあるべき、安全に関わる問題に対して最優先で臨み、その重要性に応じた気配りを行う態度や性格一般』と定義している。すなわち、優れた文化を有した組織では、関係者全員が安全は重要であり自分の仕事であるという認識を持っており、それが態度に表れているということである。」と定義されている³⁾。

しかし、安全文化の醸成レベルを測定、評価する方法は確立されていないのが現状である。さまざまなアプローチが考えられるが、本研究では医療機関に安全管理体制を作り上げていくその過程の中で、安全文化が組織の中に根付いていく（醸成されていく）のではないかという考え⁴⁾をもとに、安全管理体制の起こり始めの段階を「創成期」、安全管理体制を構築するために広範囲に亘って積極的介入の段階を「発展期」、機能が整い安全管理体制が十分に発達した段階を「成熟期」の3ステップとして定義した。

安全管理体制とは

安全とは、「To Err Is Human」では、患者の立場から「事故による傷害のない状態」⁵⁾と定義されている。安全管理体制とは患者安全を最優先に医療の安全と信頼性の確保に基づく組織体制である。

安全管理診断ツールとは

医療機関の種別・機能別にこだわらず医療機関が持つべき安全管理体制を整備するプロセスで、組織の機能や安全管理のための方策に問題がないか、客観的事実から現状を把握し問題点をみつけ、介入方法を抽出する診断用紙である。

この診断用紙は安全管理研究科講義内容から作成した143項目の抽出表を基本とする319項目の診断項目で、構成されている。A4サイズで15枚に記載されている。

使用目的は安全管理の体制、機能を総括する時、安全管理者が問題点を把握し、解決の介入方法を抽出し、改善するためである。(以後診断ツールとする)

2. 作成方法

安全管理体制を構築するうえで必要な「やるべきこと」を、安全管理研究科の講義資料から、381項目をリストアップした。

この381項目についてKJ法を用いてマネジメントの種類Risk,Safety,Qualityと安全文化の醸成レベル、創成期、発展期、成熟期と行う人、トップ、安全管理者、安全推進担当者、一般スタッフ、に分類し、一覧表を作成した。

一覧表の項目について、3名のグループでブレインストーミングを行い、重複項目や過不足を検討した。看護学雑誌、文献、エキスパートオピニオンなども参考にして、164項目に絞り込み、各項目の文章化を行った。

次に、19名の受講生に一覧表を送付し、訂正、削除、付加がないかチェックを依頼した。その回答内容を吟味し、最終的に143項目に整理した。

この143項目を体制の整備、方策、システム改善、の3項目の大分類に、その大分類を組織、情報、マネジメント、ヒューマンファクター、の4項目の中分類に、さらに22項目の小分類をカテゴリ別にして、「やるべきこと抽出表」(以下 抽出表)を作成した。

診断ツール質問項目を作成するために、この抽出表を基本にカテゴリの追加、整理を行う。システム改善の分類を執行のエラー、判断のエラー、環境のエラー、場のエラー、の4項目を中分類にプラスして16項目の中分類とし、小分類に10項目を追加し、32項目の小分類とする。ツールの基となる抽出表から診断用紙を作成した。体制の形作りの基本となるアプローチ部分と、全病院的アプローチが必要な重要方策と、分野的アプローチの具体的な取り組みの3項目の枠組みで大分類と考え、体制の整備・方策、システム改善、と

した。安全管理体制の取り組みを進める優先順位で安全管理組織、情報を中分類とする。さらに、中分類の「組織」を整備する優先順に、安全管理指針の整備、医療に係る安全管理を行う部、安全管理を行う人、患者関連の4項目に分類した。

「情報」は報告制度、分析・改善・還元、安全管理者の教育・研修、一般・新人教育・研修、の4項目の分類にした。

教育は管理的教育・研修と一般教育・研修では、教育・研修の目的が違ってくると考え、二つに分けた。もちろん新人教育・研修は違った重要性があると思われるが、新人から一般の各職種、各経験年数などは関連した教育が必要と考えた分類である。院内に患者安全体制を構築するには第0段階から第3段階まで、各施設で現状を把握し、どの時点で次の段階に入るか、もしくは同時並行でシステムを構築するか、長期的な戦略を立てる必要がある。⁶⁾といわれている。戦略的な安全管理体制の構築をもとに、安全な医療を提供するための「方策」をステップの最初のアプローチがリスクマネジメントなので、1分類を、「マネジメント」として、危険管理、危機管理、安全管理、品質管理の4項目の分類にした。危険管理に危機管理が含まれるが緊急に対応が必要で重要性が強いと考え、別枠にした。

「ヒューマンファクター」の分類はインターフェイスの部分で事故が多く発生していることから、概念的ではあるが、安全対策が重要であると考え、事故や事件の背景をたどると、必ずそこにはヒューマン要因と組織要因が見えてくる。⁷⁾とあり、ヒューマン要因の方策をヒューマンファクターの概念で、用具・物品、環境、規則、コミュニケーションの4項目の分類にした。

生じる事故の頻度、重篤度を把握し、病院での優先順位を決定し、エラーを傷害に結び付けない取り組みをする⁸⁾ということで、未然防止が必要であると考えて、「執行のエラー、判断のエラー、環境のエラー、場のエラー」で分類した。

行為や分野の予防対策は各施設で優先される順位で取り組むべきなので、この分類項目は例外的に配置した。

以上のコンセプトで各分類を行った。安全管理者が安全管理の体制や機能を診断するのに使用することを前提に診断項目の様式を考え、

文章構成をして、診断用紙を作成した。

3. 安全管理体制診断ツールの使用方法

この診断ツールはセルフアセスメントとして使用する。他施設との比較検討には診断する判断基準が一定ではないので使用しないほうがよい。この診断用紙を使用するのは施設の安全管理者とし、項目の判断基準は安全管理者が施設に応じて設定することとする。

問題が生じた時必要に応じて診断ツールを使用するか、定期的に診断日を決めて使用するかは自由とする。診断時に出来ていない項目に蛍光ペンでしるしをする。メモを書き入れるなど工夫すると、問題点の具体的取り組み項目が簡単に把握できる。

○は、はい出来ている ×は、いいえできていないとしてチェックする。○×方式でチェックを行い、集計した○を1点、×を0点として計算し、中項目の項目別に集計する。

集計した値は各中項目の項目数が違うので各項目の値をパーセントで計算し、表示する。

カテゴリ別に4項目～8項目の値をレーダーチャート図にして問題点を把握する。

改善するための、具体的な取り組みは診断ツールの×印の項目を確認することで判断する。

4. 診断ツール使用後の結果

安全管理科の受講生数名で診断ツールを使用してみる。2つの施設で（N病院 I病院）セルフアセスメントを行いレーダーチャート図にして診断してみた。

図1参照

ツールによって得られた情報（客観的事実）をレーダーチャート図にして、現状を把握することができる。

組織、情報、など各中分類の範囲でどこができていないかチャート図の形で把握することができる。

レーダーチャート図でなにができていて、何ができていないかという具体的な問題点は判断することができない。

レーダーチャート図で介入方法の抽出をすることはできない。

取り組みの優先順位はレーダーチャート図では判断することはでき

ない。

介入方法の抽出は診断ツールの項目をみることで行うことができる。問題点の詳細は、ツールの診断項目を確認することで把握することができる。

安全管理体制、安全対策の業務システムやプロセスの機能をセルフアセスメントすることが可能である。

問題点の重要要因がわかる。

診断項目が多く安全管理者の負担が大きい。

診断基準が曖昧で判断困難なところがある。

教育を受けた受講生は理解できても、最新の予防策や分析手法など理解できない項目（言葉）がある。

5. 考察（診断ツールの有用性を考える）

試験的に診断ツールを使用した安全管理研究科受講生の意見も参考に有用性を考えてみる。

病院機能評価のメリットとして、評価表を自己採点しているうちに改善の具体的項目が見えてくること、そして外部評価者を迎えて審査してもらうにあたって、それらの改善の実施を行うことにある。また、採点表による機能評価のフォローアップのメリットも指摘されている。⁹⁾このような、病院機能評価によるメリットを考えると、この診断ツールにも同様の機能があるのではないかと考えられる。改善業務のシステムや構築プロセスで管理上の問題点、弱点を認識でき、問題解決の介入方法を判断することができる。

診断ツールの項目を参考にすることで問題解決のためのアプローチをどうするか判断することができる。このことより安全管理体制の強化には効果的で、有用なツールのひとつとすることができそうである。組織における安全性文化の側面で知覚または計測が可能と思えるものを、安全性「風土」と呼ぶことがあり、管理システム、安全性システム、個人の姿勢と理解度が含まれる。¹⁰⁾ということより、安全管理システムが正しく機能しているということは観察可能な組織的な面からみると文化の醸成レベルを判断することができるのではないかと思われる。

危険性の高い組織の多くでは過誤のリスクが惨事につながるので、

8. 今後の課題

安全性を高めるには、システム改善分類（取り組み分野）の診断ツールの開発を引き続き行う必要がある。

使用すると同時に、診断項目の選択、訂正、削除、付加を重ねて診断ツールのグレードアップをはかる必要がある。

専門的対策項目などの理解をするために、使用する安全管理者の教育が必要である。

安全管理者の負担軽減を図るために、安全推進担当者が診断できる分類項目を選択し、ミニツールを作成するなどの改良、工夫を加える必要がある。その際は安全推進担当者の教育計画が必要である。

引用文献

- 1) 関沢純 リスク学事典ティビーエス・ブリタニカ 2000年9月 pp228~229
- 2) 医療安全ハンドブック編集委員会 医療安全管理の進め方メヂカルフレンド社 2002年10月 pp1~198p9
- 3) 谷口武俊 リスク学事典ティビーエス・ブリタニカ 2000年9月 pp154~155p154
- 4) 谷口武俊 リスク学事典ティビーエス・ブリタニカ 2000年9月 pp154~155p155
- 5) L コーン/J.コリガン/M.ドナルドソン 日本評論社 2000年 pp1~201p p188
- 6) 長谷川敏彦 病院経営戦略 医学書院 2002年3月 pp169~184p183
- 7) 安全防災部 病院における医療安全対策に関する調査・研究報告書 2003年3月 pp1~53 p1
- 8) 長谷川敏彦 病院経営戦略 医学書院 2002年3月 pp169~184p177
- 9) 武藤正樹 病院経営戦略 医学書院 2002年3月 pp214~221 p221
- 10) Laura T. Pizzi MaKingHealthCareSafer 第40章 doc1~doc7 doc3 より安全な医療を求めて

11) Laura T. Pizzi MaKingHealthCareSafer 第 40 章 doc1~doc7
doc1 より安全な医療を求めて

参考文献

医療安全ハンドブック編集委員会 医療安全管理の進め方メヂカル
フレンド社 2002 年 10 月 pp1~198

工藤雅俊 初級シヤスト試験完全マスターエクスメディア 2001 年
12 月 pp18~19 p244

長谷川敏彦 病院経営戦略医学書院 2002 年 3 月 pp14~30
pp169~205

谷口武俊 リスク学事典ティビーエス・ブリタニカ 2000 年
pp154~155

関沢 純 リスク学事典ティビーエス・ブリタニカ 2000 年 pp2
28~229

医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて 日総研 pp5~
154

リスクマネジメント読本 別冊看護管理 医学書院 pp170~182
pp183~ 188 pp 729~ 731

やるべきこと抽出表 ～ 分類表 ～

(表 1-1)

大分類	中分類	小分類
体制の整備	安全管理組織	安全管理指針
		安全管理委員会・安全管理部門
		安全管理者・安全推進担当者
		患者関連
	情報	報告制度
		分析・改善・還元
		安全管理者への教育・研修
		一般および新人への教育・研修
方策	マネジメント	危険管理
		危機管理
		安全管理
		品質管理
	ヒューマンファクター	医療器具・物品
		環境
		規則
		コミュニケーション
システム改善 (取り組み分野)		医薬品
		輸血
		転倒・転落
		患者同定
		患者参加
		設備

Ver.11

File:D:\My Documents\安全管理研究科研修\研究\やるべきこと抽出表\やるべきこと抽出表 Ver.11

大分類	中分類	小分類	No	やるべきこと	マネージメントの種類			安全文化の醸成レベル			行う人			講義日付等		
					リスク	セーフティ	クオリティ	創成期	発展期	成熟期	トップ	安全管理者	安全推進担当者		一般スタッフ	
体制の整備	安全管理組織	安全管理指針	1	安全管理のための指針を作成している										10/17PM		
			2	医療安全に関する声明をトップが公約している(コミットメント)				*							11/27AM	
			3	病院内の経営理念として患者の安全管理を明記している		*										
			4	行政機関と安全管理のための指針を適宜改定している		*										
			5	安全管理委員会を設置し、開催している		*										
			6	リスクマネージメント委員会を設置し、開催している		*										10/17PM
			7	院内感染対策委員会を設置し、開催している		*										10/17PM
			8	安全管理者を配置している		*										10/17PM
			9	安全推進担当者を配置している		*										10/17PM
			10	診療現場を視察し、リスク調査を行っている		*										10/17PM
		11	院内における医療従事者の業務範囲と責任を明確にしている		*										ASHRM	
		12	各部門間の役割、責任を明確にしている		*										12/4AM	
		13	安全管理部を設置している													
		14	医療事故防止関連マニュアルを作成し、周知徹底している					*							10/17PM	
		15	職員からの安全に関する質問に答えられる知識を備えている				*						*		10/17PM	
		16	職員に法律や規則の情報を提供している			*							*		ASHRM	
		17	事故防止対策の実施状況を確認している			*							*		ASHRM	
		18	患者診療の評価に関する委員会に参加している				*						*			
		19	安全指標を設定し、モニタリングしている				*						*		ASHRM	
		20	病院の理念、指針、行動計画をモニタリングしている				*						*		10/28AM	
		21	医療器具および医薬品の改善策を製造業者へフィードバックしている				*						*		10/28AM	
		22	安全に対する費用対効果を算出している				*						*			
		23	経営幹部に安全に関する予算項目を提言している				*						*			
		24	リスク削減について、活動内容を幹部にフィードバックする				*						*		ASHRM	
		25	定期的の方針や手順を改定したり、新規作成して見直し案を推奨している				*						*		ASHRM	
		26	患者相談室を設置している				*						*		10/25AM	
		27	患者相談担当者を配置している				*						*		10/25AM	
		28	患者相談体制窓口の「活動趣旨」「設置場所」「対応時間」を掲示している				*						*		10/30AM	
		29	事故の院内報告制度を実施している				*						*		10/17PM	
		30	報告基準を明確にしている				*						*		10/16AM	
		31	インシデント・アクシデントレポートの収集をしている				*						*		10/17PM	
		32	インシデント・アクシデントレポートの収集し、分析をしている				*						*		10/17PM	

大分類	中分類	小分類	No	やるべきこと	マネージメントの種類			安全文化の醸成レベル			行う人			講義日付等		
					リスク	セーフティ	クオリティ	創成期	発展期	成熟期	トップ	安全管理者	安全推進担当者		一般スタッフ	
体制の整備	情報	分析・改善・還元	33	事例の収集、分析、結果の還元体制を整備している												
			34	分析手法として4M4EやSHELLモデルを導入している	*								*		ASHRM	
			35	改善策に対してフルブルーフ、フェイルセーフの概念を取り入れている	*								*			
			36	改善策に対して、ヒューマンファクターの概念を取り入れている(人間工学認知・判断・行動モデルシステム)	*	*							*		12/4PM	
			37	改善策に対して、デミングの管理(PDCA)サイクルを用いている												
			38	分析手法としてRCAを導入している		*							*		10/17AM	
			39	改善手法を導入している(FMEAなど)		*							*		12/6AM	
			40	QFDを取り入れている		*							*			
			41	安全推進担当者に対し、安全に関する教育を実施している		*							*		10/28AM	
			42	安全推進担当者に対し、分析手法や改善手法の教育を実施している		*							*		10/17PM	
			43	安全に関する研修に積極的に参加している		*							*			
			44	新人に対し安全に関する教育を実施している(基本技術と知識の習得)		*							*		ASHRM	
			45	職員に対して安全に関する定期的な教育を実施している		*							*		10/17PM	
			46	管理者に対し安全に関する教育を実施している		*							*		10/17PM	
			47	臨床にかかわる職員に対し「インフォオームドコンセント」の教育を実施している		*							*			
			48	随時、最新技術についての教育を実施している		*							*		10/17PM	
			49	随時、医療器具についての教育を実施している		*							*		10/17PM	
			50	記録に関する教育が定期的に行われている		*							*			
			51	全職員に対して倫理の教育を実施している		*							*			
			52	医療安全性向上に必要な研究を実施している		*							*		10/17PM	
53	潜在的なクレイムのある事象を経営幹部に伝えている		*							*		ASHRM				
54	クレイムが発生する原因や部門を把握している		*							*		ASHRM				
55	病院に対する過去のクレイム、訴訟、苦情を分析している		*							*		ASHRM				
56	病院に対する各種クレイムの対応をしている		*							*		ASHRM				
57	弁護士との調整をしている		*							*		ASHRM				
58	示談のためのクレイムの評価に参画している		*							*		ASHRM				
59	潜在的な損害賠償のクレイムの場合、話し合っ解決策を提示している		*							*		ASHRM				
60	保険範囲・リスクファイナンスの調整をしている		*							*		ASHRM				
危機管理			61	異常死は所轄警察署に届けている	*						*		10/28AM			
			62	緊急時の連絡網および指揮命令系統を明確にしている	*							*		10/24AM		

大分類	中分類	小分類	No	やるべきこと	マネージメントの種類			安全文化の醸成レベル			行う人				講義日付等
					リスク	セーフティ	クオリティ	創成期	発展期	成熟期	トップ	安全管理者	安全推進担当者	一般スタッフ	
			63	災害教育・訓練を実施している	*			*				*	*	10/30AM	
			64	災害時に患者の搬送先・搬送手段を確保している	*				*			*	*	10/30PM	
			65	災害時、ライフラインを確保できるよう設備を整備している	*				*			*	*	10/30PM	
			66	災害時に必要な備蓄をしている	*				*			*	*	10/30PM	
			67	災害時マニュアルを作成している	*				*			*	*	10/30PM	
			68	危機対応マニュアルを作成している	*				*			*	*	10/24AM	
		安全管理	69	クリニカルパスを導入している		*		*				*	*	10/17PM	
			70	インフォームドコンセントを実施している		*		*				*	*		
			71	診療録や看護記録が正確かつ詳細に記載されている		*		*				*	*	10/17PM	
			72	定期的に記録の監査が行われている		*		*				*	*	10/25PM	
			73	診療録の開示をしている		*		*				*	*	10/24AM	
			74	IT化を推進している		*		*				*	*	10/22PM	
			75	医薬品使用全行程の標準化をしている		*		*				*	*	10/17PM	
		安全管理	76	EBMに基づいた医療安全対策を行っている		*		*			*	*	*	10/17PM	
			77	個人の目標管理評価制度を導入している		*		*			*	*	*	10/22PM	
			78	事故を起こした当事者のカウンセリングを実施している(職員のメンタルヘルスケア)		*		*			*	*	*		
		品質管理	79	QC活動を実施している			*	*			*	*	*	12/17AM	
			80	職員に対し、満足度調査を定期的にも実施している			*	*			*	*	*	10/31PM	
			81	満足度調査の内容を、フィードバックしている			*	*			*	*	*	10/31PM	
			82	安全管理に関する情報の一元管理をしている			*	*			*	*	*	10/17AM	
			83	平均在院日数を短縮する取り組みをしている			*	*			*	*	*	10/22PM	
			84	クリニカルパスのアウトカムを評価している			*	*			*	*	*	10/28AM	
			85	品質保証から大きく外れた事象や、バリエーションを把握している			*	*			*	*	*	ASHRM	
			86	品質管理部門を設置している			*	*			*	*	*	12/16PM	
			87	CQI、TQMを組織横断的に実施している			*	*			*	*	*	12/3AM	
			88	シックスシグマを実施している			*	*			*	*	*	12/16PM	
			89	ISO9000の認定を受けている			*	*			*	*	*	12/16PM	
			90	クリニカルインディケータを管理する機能を設けている			*	*			*	*	*	10/25PM	
		品質管理	91	新しい診療報酬支払い制度(DRG/PPS)の準備が出来ている			*	*			*	*	*	12/6AM	
			92	アクティブサーベイランス(疫学調査)をしている			*	*			*	*	*	10/28AM	
			93	統計の手法について			*	*			*	*	*	10/28AM	

大分類	中分類	小分類	No	やるべきこと	マネジメントの種類			安全文化の醸成レベル			行う人				講義日付等		
					リスク	セーフティ	クオリティ	創成期	発展期	成熟期	トップ	安全管理者	安全推進担当者	一般スタッフ			
方策	ヒューマンファクター	医療器具・物品	94	カルテレビューし、分析している		*					*		*		10/17AM		
			95	医療器具の適切な保守管理を行い、記録が整備されている		*							*		*	10/17PM	
			96	医療器具購入時は安全を重視し、選択、見直しを実施している		*					*				*		10/17PM
			97	安全対応のための医療器具の購入をしている		*									*		
			98	医療器具(人工呼吸器・輸液ポンプなど)の使用行程の標準化をしている		*									*		
			99	医療機器管理室を設置している		*								*			
			100	物品の保管や配置を統一している		*									*		10/22AM
			101	安全な作業環境を保つために、定期的に点検している		*									*		10/17PM
			102	危険な作業環境を、改善している		*									*		10/17PM
			103	危険薬剤に対する方策をとっている		*									*		10/30PM
システムの改善	医薬品	規則	104	看護度に応じて、看護職員の適正な人員配置をしている		*							*		12/4AM		
			105	安全な療養環境を保つために、定期的に点検している		*								*		11/27AM	
			106	危険な療養環境を、改善している		*									*		11/27AM
			107	医療行為の作業手順を統一している		*									*		10/17PM
			108	記録用紙の記載様式を統一している		*									*		10/17PM
			109	積極的に他部門との情報交換をしている		*									*		11/19PM
			110	院内の権威勾配を適正にする		*									*		
			111	チームパフォーマンスタレーニングを実施している(CRM)		*									*		12/4AM
			112	医薬品採用時の選択、見直しをしている		*									*		10/17PM
			113	病棟保管薬の見直しを定期的に実施している		*									*		10/17PM
システムの改善	輸血	輸血	114	手書き処方および口頭指示をしていない		*							*		11/19PM		
			115	処方に関する疑義照会をしている		*								*		10/17PM	
			116	患者に対する医薬品の説明書を作成し、説明している		*								*		10/23PM	
			117	注射薬は個人セットにしている		*								*		11/19AM	
			118	オーダーリング画面にエラー対策を実施している		*								*		11/19PM	
			119	病棟に薬剤師を常駐している		*								*		11/19AM	
			120	血液製剤の適切な保管・管理ができていない		*								*			
			121	24時間体制の整備ができていない		*								*			
			122	輸血に際して、患者の同意を得ていない		*								*			
			123	輸血実施直前に、患者の前で確認作業ができていない		*								*			
転倒・転落	転倒・転落	転倒・転落	124	患者に対して、転倒・転落アセスメントが実施されている		*						*					
			125	転倒・転落の危険度に応じた予防策がとられている		*							*				

大分類	中分類	小分類	No	やるべきこと	マネージメントの種類			安全文化の醸成レベル			行う人			講義日付等
					リスク	セーフティ	クオリティ	創成期	発展期	成熟期	トップ	安全管理者	安全推進担当者	
			126	転倒・墮落の障害レベルに応じた対応マニュアルがあり、実施されている					*				*	
	患者同定		127	患者確認のために、リストバンドを採用している					*				*	
	患者参加		128	患者確認のために、バーコードによる識別を採用している				*					*	
		129	手術部位の確認のために、マーキングを実施している				*						*	
		130	患者に対し、満足度調査を定期的に実施している				*						*	11/31PM
		131	治療や行為に関する適切な案内や説明をしている				*						*	
		132	入院診療計画を活用している				*						*	
	設備		133	患者が安全に医療を受けられるよう、患者に対し教育を実施している			*						*	11/21AM
		134	患者の意思を尊重し、自由に医療を選択できるようにしている				*						*	10/23AM
		135	レセプトを電算化している				*						*	10/24AM
		136	電子カルテを電算化している				*						*	11/19PM
		137	電子カルテを導入している				*						*	10/23AM
		138	自動調剤システムを導入している				*						*	11/19PM
		139	SPDを導入している				*						*	10/25AM
		140	手術部門におけるケースカーストシステムを導入している				*						*	10/25AM
		141	プロシージャートレイシステムを導入している				*				*		*	10/25AM
		142	個体識別システム(バーコード)を導入している				*				*		*	10/25AM
		143	インテリジェンスキヤベネットワークシステムを導入している				*				*		*	10/25AM

(表 1-2)やるべきこと抽出表 ~ 抽出項目 ~

安全管理診断ツール 分類表

(表 1-3)

	中分類	小分類
体制の整備	安全管理組織	安全管理指針
		安全管理委員会・安全管理部門
		安全管理者・安全推進担当者
		患者関連
	情報	報告制度
		分析・改善・還元
		安全管理者への教育・研修
		一般および新人への教育・研修
方策	マネジメント	危険管理
		危機管理
		安全管理
		品質管理
	ヒューマンファクター	医療器具・物品
		環境
		規則
		コミュニケーション
システム改善 (取り組み分野)	執行のえらー	医薬品
		輸血
		人工呼吸器
		麻酔
	判断のエラー	検査
		記録
		患者参加
		事務
	環境のエラー	転倒・転落
		院内感染
		患者同定
		設備
	場のエラー	手術
		救急
		ICU
		分娩