

注意」が教材の柱となっている。ちなみに、「Medication Reconciliation:継続した治療の確保」については、「Step 1: Identify a Patient Current List of Medication」にはじまり、「Reconcile the List(リストをつなぎ目のないものにする)」「Evaluate the List(評価する)」「Update the List(最新のものにする)」「Share the List(共有する)」という体系的な取り組みの流れを学ぶことになる。その実践のために「Step 7: The Role of Information Technology」が強調されていること、また現実的な落とし穴を「Step 8: Avoid Potential Pitfalls」として示されていることなどにも注目しておきたい。

(表3)「Creating Medication Safety」の目次

<b>Overview</b>
<b>Why Medication Safety Matters</b>
<b>Medication Reconciliation</b>
Steps to Success
Step 1: Identify a Patient Current List of Medication
Step 2: Reconcile the List
Step 3: Evaluate the List
Step 4: Update the List
Step 5: Share the List
Step 6: Implement and Improve the Process
Step 7: The Role of Information Technology
Step 8: Avoid Potential Pitfalls
Step 9: Measure and Celebrate Success
<b>High Alert Medications</b>
Definition
Strategies for Safeguarding High Alert Medication
Implement Safeguards and Improve the Process
Step to Success
Step 1: Construct a List of High Alert Medication
Step 2: Incorporate Safeguards
Step 3: Avoid Potential Pitfall
Step 4: Maintain and Update Safeguards
<b>Summary of Key Points</b>
<b>Attachments</b>
<b>Additional Resources</b>
<b>Acknowledgements</b>
<b>References</b>

#### 4. その他の仕組みのまとめ

昨年度の報告書にまとめたその他の仕組みについて振り返っておく。

##### ①「第三者機関による評価・認定の仕組み」—JCAHOによる評価・認定:治療や処置の内容に応じたプログラムの設定10) 11)

JCAHO は、1951 年に、American Hospital Association、American Medical Association、American College of Physicians、American College of Surgeons(後に American Dental Association が参加)によって設立された

医療機関の評価・認定機関である。当初その評価・認定の対象は「Hospital」であったが、アメリカにおける医療システムの変化とともに、必然的に「non-Hospital」にも対象を広げていくこととなった。1975年には、あらゆるタイプの外来施設を対象とする「Ambulatory Health Care Accreditation Program」が、そして2001年には、病院以外(office-based)で外科的処置を行う施設を対象とする「Office-Based Surgery Accreditation Program」が開始されている。

本研究のテーマとの関連で注目しておきたいのは、以下の2点である。

・「規模」というより、「行われる治療や処置の内容」に応じた評価・認定のプログラムが準備されていること

現在 JCAHO の評価・認定プログラムは、先に述べた「病院」「外来施設」「病院以外で外科的処置を提供する施設」を含み8つの領域に広がり、「長期療養施設」「在宅医療」なども加え、医療に関連する広い領域をカバーするものになっている(表4)。そのなかの「病院以外で外科的処置を行う施設」とされる条件をみみると、「侵襲的処置(invasive procedure)」として「形成外科、内視鏡、口腔外科、足の外科、眼科の手術、整形外科、一般外科など」を挙げ、かつ「外科医が4人以下であること」「外科医によって所有・運営されていること」「侵襲的処置が行われていること」「局所麻酔、セデーション(minimal, conscious)、一般麻酔が行われていること」などがその条件として挙げられている。すなわち、「外来施設」のなかでも、特に「侵襲的処置(invasive procedure)」「麻酔やセデーション」を行う施設については、独立したプログラムを設ける必要があると判断しているのである(表5)。

・評価・認定を受ける経済的インセンティブが働く仕掛けになっていること

評価・認定のプログラムが設定されていても、その対象である医療機関が評価・認定を受けなければ意味が無い。評価・認定に関する医療機関向けハンドブックのなかには、評価・認定を受けるメリットとして「さまざまな医療保険、団体などへの参加がしやすくなること:評価・認定を受けていることが、医療保険をはじめ、各種団体、マネージド・ケア・プランへの参加条件とされることが増えてきている」「賠償責任保険の内容の改善を図ることができること:リスクマネジメントに取り組むことや評価・認定を受けていることで、賠償責任保険へ加入しやすくなったり、保険料を安くしたりすることができる」といった経済的なメリットが謳われているなど、アメリカにおいては、評価・認定を受ける経済的なインセンティブが働く仕掛けが機能していることも見逃せない。

(表4) JCAHOの評価・認定プログラムの分類

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatory Health Care</li> <li>• Behavioral Health Care</li> <li>• Critical Access Hospital</li> <li>• Home Care</li> <li>• Hospital</li> <li>• Laboratory</li> <li>• Long Term Care &amp; Medicare/Medicaid Certification-Based Long Term Care</li> <li>• Office-Based Surgery</li> </ul>
--

(表5) JCAHOのOffice-Based Surgeryを行う施設の定義(一部)

<p>• The practice is comprised of four or fewer surgeons* (physician, dentist or podiatrist) performing operative or invasive procedures. OBS practices, including multi-site practices, are limited to four or fewer licensed independent practitioners;</p>
---

- The practice must be surgeon owned or operated, e.g., a professional services corporation, private physician office, or small group practice;
- Invasive procedures are provided to patients. (Practices only providing procedures such as excisions of skin lesions, moles, warts, and abscess drainage limited to the skin and subcutaneous tissue are not typically surveyed under OBS standards)
- Local anesthesia, minimal sedation, conscious sedation or general anesthesia is administered. (However, laser eye surgery using topical anesthesia does qualify.)

## ②「行政による事故報告と評価・認定の仕組み」－「外科的処置を行う施設」を対象にした「事故報告」と「評価・認定」の義務付け(New York州)12)

NY州はアメリカのなかでも医療安全について厳しい先駆的な法的規制を設けている州のひとつであるが、このところ、立て続けに Office-Based Surgery を行う施設を対象に医療安全に関連する法案を通過させている。

本研究のテーマとの関連で注目しておきたいのは、以下の2点である。

### ・「外科的処置を行う施設」を対象にした「事故報告」を義務付けている

NY州では 2008 年 8 月に医療安全の改善と感染管理の支援における記念碑的法案として「Patient Safety Program Bills」という包括法案を通過させた。そのなかの一つが Office-Based Surgery を行う施設を対象とした医療事故の報告システムである。Office-Based Surgery を行う施設を、「moderate sedation, deep sedation, general anesthesia 等」を行い「外科的処置と侵襲的処置(内視鏡、大腸内視鏡、気管支鏡などを使った処置など)」を行う施設とし、「30日以内の患者の死亡」「病院への予定外の転送」「処置の72時間以内の24時間以上の予定外の入院」「重篤もしくは生命にかかわるような出来事」「医療従事者から患者へ、もしくは患者間での血液感染の疑い」などが生じた場合は、その日のうちにNY州の Department of Health の中にある Patient Safety Center に報告することになっている。

Office-Based Surgery を行う施設であれば、Physician Practice であっても、公的機関への事故報告が、報告すべき対象を決めて義務付けられていることに注目しておきたい。

### ・「外科的処置を行う施設」を対象にした「評価・認定」を義務付けている

加えて、2009 年 7 月からは、Office-Based Surgery を行うすべての施設は、NY州が指定した「Accreditation Association for Ambulatory Healthcare」「American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities」「The Joint Commission」のいずれかの機関で評価・認定を受けることが義務付けられることになった。

JCAHO が Office-Based Surgery を行う施設を対象にした評価・認定プログラムを設定していることは先に述べたとおりであるが、一般的に診療報酬と連動して評価・認定を受けるインセンティブが働く仕組みになっているというものの、病院と比べてそうしたインセンティブが薄れる Office-Based Surgery を行う施設の評価・認定を州が義務付けることでカバーし、最終的に Office-Based Surgery を行う全施設の評価・認定を行うようにしていることに注目しておきたい。

## ②「医療安全に関する基本の徹底の仕組み」－National Patient Safety Goals (JCAHO)

National Patient Safety Goals (NPSG) は医療事故防止に向けて、近年、JCAHO の評価・認定のプログラムのなかに織り込まれるようになったものである。評価・認定プログラムとして分類されている8つの領域ごとに目標と目標達成のための要求事項を示している(表6)。評価・認定における要求事項についてはその達成が厳格に求められているのに対し、NPSG における要求事項については、それぞれの施設に応じた代替の方法が認められるなど、比較的ゆるやかである。

本研究のテーマとの関連で注目しておきたいのは、以下の2点である。

・これらの目標と要求事項が、評価・認定のプロセスのなかで、いやおうなしに、医療安全に関する基本の徹底の機会にもなっていること

例えば、「Goal2：医療従事者間のコミュニケーションの有効性の向上」には「それぞれの組織で使ってはいけない危険な略号のリストを作成し遵守すること(使ってよい略号のリストではなく使ってはいけない略号のリストとし、危険な略号を徹底して排除していこうとしている(筆者注)」「口頭指示や電話の指示は必ず書きとめて、実際の仕事の際にはそれを読みなおして(read back)確認すること(口頭指示や電話の指示を禁止するのではなく、禁じることができないからこそ間違えないようにする方法を検討している。また「復唱」ではなく、「書き留めて読み直す」ことを奨励しているのは、とりもなおさず「記憶に頼るな」ということである(筆者注)」「Goal 3: 薬剤の使用の安全性の向上」には、「採用薬剤の規格を制限する」「聞き間違いやすい薬剤・見間違いやすい薬剤のリストを年1回以上見直し、間違い防止のための方策を検討する」「すべての薬剤と薬剤を移し替えた容器(シリンジやカップなど)にはラベルを貼ること(あらためて、医療の現場にどれだけ「移し替え」という作業が多いかに気付き、なかに何が入っているのか移し替えた人しかわからないような危険な状況が多いかに気付くことになる。そして「移し替えなくてもいい業務」ひいては「移し替えなくてもいい製剤」を検討していくことになる(筆者注)」といった具合である。

・確実に成果のあがる安全策を徹底していこうとしていること

また、NPSG のなかには、Universal Protocol として、「Time-Out」の実施も織り込まれている。手術開始直前に全員いったん手をとめて、全員で、患者、手術部位、手術の内容などを確認する「Time Out」については、日本でも手術における事故防止策のひとつとして採用しているところが増えてきている。「Time Out」については、WHO が、手術直前(Time Out)に手術前(Sign In)と手術後(Sign Out)のチェックリストも加えた「The WHO Surgical Safety Checklist」を公表し13)、「シンプルで、実用的で、コストがかからず、誰でも使えて、成果があがることがわかるツール」として、8カ国の他施設共同研究による活用の成果の発表などを通してその普及を図っている14)。

あれもこれもではなく、確実に成果のあがる安全策を徹底していくという取り組み方にも注目しておきたい。

(表6) Office-Based Surgeryを行う施設に適用される2009 National Patient Safety Goals (NPSG)

I. <u>Goal 1 – Improve the accuracy of patient identification.</u>
A. Use of Two Patient Identifiers (revised NPSG.01.01.01)
C. Eliminating Transfusion Errors (revised NPSG.01.03.01)
II. <u>Goal 2 – Improve the effectiveness of communication among caregivers.</u>
A. Reading Back Verbal Orders (revised NPSG.02.01.01)
B. Creating a List of Abbreviations Not to Use (revised NPSG.02.02.01)
C. Timely Reporting of Critical Tests and Critical Results (revised NPSG.02.03.01)
E. Managing Hand-Off Communications (revised NPSG.02.05.01)
III. <u>Goal 3 – Improve the safety of using medications.</u>
C. Managing Look Alike, Sound Alike Medications (revised NPSG.03.03.01)
D. Labeling Medications (revised NPSG.03.04.01)
VII. <u>Goal 7 – Reduce the risk of health care-associated infections.</u>
A. Meeting Hand Hygiene Guidelines (revised NPSG.07.01.01)
B. Sentinel Events Resulting from Infection (revised NPSG.07.02.01)
E. Preventing Surgical Site Infections (revised NPSG.07.05.01)
VIII. <u>Goal 8 – Accurately and completely reconcile medications across the continuum of care.</u>
A. Comparing Current and Newly Ordered Medications (revised NPSG.08.01.01)

- B. Communicating Medications to the Next Provider (revised NPSG.08.02.01)
- C. Providing a Reconciled Medication List to the Patient (revised NPSG.08.03.01)
- D. Settings in Which Medications are Minimally Used (revised NPSG.08.04.01)

XI. Goal 11 – Reduce the risk of surgical fires.

- A. Preventing Surgical Fires (revised NPSG.11.01.01)

XIII. Goal 13 – Encourage patients’ active involvement in their own care as a patient safety strategy.

- A. Patient and Family Reporting of Safety Concerns (revised NPSG.13.01.01)

**Universal Protocol**

I. Universal Protocol

- A. Conducting a Pre-Procedure Verification Process (revised UP.01.01.01)
- B. Marking the Procedure Site (revised UP.01.02.01)
- C. Performing a Time-Out (revised UP.01.03.01)

**5. おわりに・・・診療所対象にした医療安全の取り組みの特徴**

以上を踏まえ、アメリカの中小医療機関を対象にした医療安全の取り組みの特徴を整理する。

- ・外来診療の多様化などを踏まえ、新しい時代のなかでのあらためて「診療所レベル」の医療安全の重要性が意識されている
- ・病院だけではなく、「診療所レベル」を含めた中小医療機関についても評価・認定する仕組みがある
- ・評価・認定を受けるインセンティブが働く仕掛けがある
- ・評価・認定においては、「施設の規模」ではなく「施設で行われている治療や処置の内容」によってプログラムが設定されている
- ・「侵襲的処置(invasive procedure)」「麻酔やセデーション」を行う施設については、独立したプログラムを設ける必要があると判断している
- ・評価・認定といったプロセスのなかで、医療安全に関する基本が周知される仕組みが機能している
- ・「Time Out」といった確実に成果があがる安全策を徹底していく仕組みが機能している
- ・「診療所レベル」を対象にした医療安全に関する多彩なサポートの仕組みがある
  - ・「自己点検評価システム」「教育教材」といったさまざまなサポートが準備されている
  - ・各方面の関係団体の協力によって作成・運営されている
  - ・アンケートの結果やこれまで蓄積されてきたデータに基づいて、「ターゲットとなる領域」を選択し、「網羅的」ではなく「集中的」な内容で構成されている
  - ・これまでの研究結果から確実に成果があがるとされる安全策が提示されている
  - ・ITを活用し、無料でダウンロード、手ごろなコストでの評価など、現場の実情を踏まえ、取り組みやすい環境を整備している
  - ・自己点検評価システムなどを通してデータを蓄積できる仕組みが機能している
- ・「事故報告制度」や「評価・認定」など、州によっては、診療所レベルにもさまざまな医療安全に関する法的義務付けの仕組みがある

(参考文献)

- 1) Medical Group Management Association, Patient Safety and Quality Advisory Committee: 「Meeting the Challenge of Patient Safety in the Ambulatory Care Setting」, 2009
- 2) 「医療機関の規模や特徴に応じた職員研修の具体的で効果的なカリキュラムの作成と実際の活用と普

及」に関する研究、2009年3月

3) JCAHO: <http://www.jcaho.org>

4) Medical Group Management Association, Patient Safety and Quality Advisory Committee: 「Meeting the Challenge of Patient Safety in the Ambulatory Care Setting」, 2009

5) Health Research and Education Trust/Institute for Safety Medication Practice/

Medical Group Management Association: Patient Safety Tools for Physicians Practices, <http://www.mgma.com>

6) HRET: <http://www.hret.org>

7) ISMP: <http://www.ismp.org>

8) MGMA: <http://www.mgma.com>

9) JCAHO: National Patient Safety Goals: <http://www.jcaho.org>

10) JCAHO: <http://www.jcaho.org>

11) JCAHO: Accreditation Handbook for Office-Based Surgery, <http://www.jcaho.org>

12) New York State Department of Health:

[http://www.health.state.ny.us/professionals/office-based\\_surgery](http://www.health.state.ny.us/professionals/office-based_surgery)

13) WHO: Alliance for Patient Safety, The Second Global Patient Safety Challenge, Safe Surgery Saves Lives, 2008

14) Haynes AB, et al: A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. New England Journal of Medicine, 360:491-499, 2009

## 英国 NHS の病棟業務整理改善プロジェクト(プロダクティブ ウォード)

The Productive Ward Releasing Time to Care (生産的な病棟 ケア時間創出のために)の概要

村上紀美子(医療ジャーナリスト)

病院において、病棟では高度で複雑な業務に追われてスタッフが忙殺され、安全な業務遂行が脅かされ、ケアの時間が圧迫されているという現状は、日本のみならず英国でも大問題になっている。

英国の地域・病院全体を統括する国民医療サービス(National Health Service 以下 NHS)の開発推進部門は、NHS が近年取り組んでいる改革の一環として、このような病棟の現状に注目して改善に乗り出した。安全で質の高いケアの時間を増やすため、病棟の煩雑な業務を再検討し、改善点を見いだして取り組んでいくプログラムをまとめて、全国の NHS の病院・病棟に取り組みを促している。The Productive Ward Releasing Time to Care (大意:生産的な病棟 ケア時間創出のために)である。

日本の病院の業務整理・改善にとって、病棟の状態のアセスメント、リーダーの役割の明確化、推進のためのステップ、継続するための活動、具体的で取り組みやすい教材など、参考になることも多いと判断し、ここに紹介する。

情報収集 :2009年 9月 英国の地域医療視察

日本訪問看護振興財団 佐藤美穂子常務理事 監修

シティ大学のロス・ブライヤ教授(コミュニティ&プライマリケアナーシング専門)企画

<視察目的>

英国の国民医療サービス(NHS)の地域医療サービス提供全体と今後の取り組みを概観

<NHS改善の近年の取り組み>

- ・病院の業務整理改善で患者ケアの時間ねん出活動(プロダクティブ ウォード)
- ・ケアホームのサービス改善QOL向上の(マイホームライフプログラム)
- ・コメディカルの業務拡大と再教育:地域看護師、地域看護師のスペシャル教育、処方ナー  
ス
- ・NHS 職員の職務階層、モチベーション向上(バンドシステム)
- ・病院や施設での看取りケア改善(エンドオブライフストラテジー)(リバプール臨死ケアパスウ  
エイ)

<見学先>

ロンドンのシティ大学と連携が深く、実習教育先であり、スタッフ教育が充実している、ロンドン  
の下町地区、NHS タワーハムレットトラストを中心に、下記のサービス機関を訪問(NHSの主

要サービス機関は「プライマリーケアユニット」以外はほぼ網羅)

- NHS **プライマリーケアトラスト**: 病院と地域の全体を管轄する。(マイルエンド病院内に NHS タワーハムレット、バンクロフトユニットの事務所がある)「プロダクティブウォードプログラム」、
- NHS **地域保健センター**: 日本の充実した保健所の感じ(マイルエンド病院のセントピーター地域保健センター)
- NHS **ウオークインセンター**: 登録や予約は不要で利用できる、夜間・週末も対応、複数のナースプラクティショナーが勤務(パーソンズグリーン NHS ウオークインセンター)
- ケアホーム**: キーンズコートケアホーム (ウインブルドン的高级住宅地にある、ロンドンでも屈指のケアホーム)
- 民間団体の新しい活動**: マギーズがんケアセンター

<この地区の健康面にかんする特徴>

ロンドンの下町いわゆる城東地区。下町を舞台にしたテレビドラマ(ソープオペラ)シリーズの舞台になっている(浅草、上野あたりの感じ)。

貧しい人が多い。職業資格のない人が 3 割以上で、仕事に就くのが難しい。失業率が 2007 年の好況時の調査で 7%。2009 年はもっと高い。

健康調査では 86%が「自分は健康」と思っているという結果だが、実際にはいろんな健康問題が渦巻いている。

◇NHS の病棟の概況(マイルエンド病院を例にとって)

○患者の特徴: 高齢者・認知症が多い

○病棟の一般的な構成:

24 床(4床室、2床室、個室などで構成)

病棟医は、シニアハウズドクターが 1 人(専属ではなく、他の病棟や地域とかけもち)

スタッフ 20 人(そのうち 11 人はナース)

シフトと人数: 3交代

①7:30~15:30 = NS3 人+アシスタント 3 人

②13:15~21:15 = 2 人+3 人

③20:45~翌朝 7:45 = 2 人+1 人

○医療安全に関して:

感染症防止に力を入れている。例: 病室の入口で使い捨てエプロンつける。感染症患者は黄色のエプロンで区別し、それをつけたスタッフが廊下に出ないように、相互に注意。



## ◇NHS病棟の業務整理・改善プロジェクト

プロダクティブ ウォード(PW) リリーシング タイム トゥ ケア

### <概要>

NHS の開発推進部門は、病棟が煩雑な業務で忙殺されケアの時間が圧迫されている現状を改善し、対人ケアの時間を増やすため、このプログラムをまとめて、全国の NHS の病院・病棟に取り組みを促している。

○名称:The Productive Ward Releasing Time to Care

大意 生産的な病棟(以下PW)ケア時間創出のために

○進め方:①準備→②アセスメント→③診断→④計画→⑤実施→⑥評価→のプロセスで、記録やカンファレンスの時間の短縮化、患者の観察・交代時の引き継ぎ・薬に関すること・食事などの作業モジュールを一つ一つ検討し、改善点を抽出し取り組む。

○ツールキット:ホームページ、リーダーガイド、DVD など、実際的で詳しいガイドラインや教材が用意されている。

○普及:例えばマイルエンド病院でも進めており、2009年9月段階で、半分まで来ている。英国の NHS 病院のほか、ヨーロッパ、米国、中国の病院でも広まっている。

### <リーダーガイド>

エグゼクティブリーダー プロジェクトリーダー 病棟リーダー のための詳しいガイドでプロジェクトのスタート、継続、普及(モデル実施病棟から拡大)について、10分のDVD付き

### <進め方のステップ>

○ステップ1:図1「病棟の環境」を提示:

この絵を見て何を感じるか、自分たちの病棟の環境はどうか、振り返り、話し合う。

現実の病棟の環境が、いかに複雑で繁忙であるかを、再認識する

○ステップ2:7つのキーメッセージ

PW を考えて行くモジュールに対応した7つの場面について、図を見ながら、どう感じるか問いかけながら話し合いや討議を進める。各モジュールの目的や期待できる成果の、おおまかな紹介になっている。個々のモジュールやツールキットをよく読むと、PWプログラムに親しみを持てるだろう。

### <PWの3つの基本モジュール>

チームがモジュールプロセスを開始する前に、これら全体を勉強することが必要。以下のように説明される。

1、何をなすべきかを知る 2、よく整備された病棟環境 3、患者情報の可視化

<プロセスモジュール>

4、患者の観察 5、交代時の引き継ぎ 6、薬の投与 7、食事

<図示されない4つのプロセスモジュール>

患者の衛生状態 看護手順 コンサルタントチームによる病棟巡視 入院と計画的な退院

○ステップ3:スタッフにPW モジュールハウスを見せる

モジュール図示を見せ、リーダーズガイドとツールキットを説明する。

このプログラムのリーダーが現場でなすべき役割

- ・エグゼクティブリーダー:組織がどんなコミットを必要としているか、開始できるか、持続できるか、普及可能性を構築できるか
- ・プロジェクトリーダー:このプロジェクトに使える資源のマネジ、どこから開始するか選ぶ、統治、高い質での実施や普及の計画
- ・病棟リーダー:PW の基本原則、病棟チームをリード、持続

○ツールキット:病棟チームがモジュールにあわせて使えるように、PW のすべてのツールを、  
順次、紹介する

○セッションの終了:何か質問はないかをたずねる。

## 9. 参考となる報告書

### 1) 医療安全の取組についてのアンケート報告書

(横浜市健康福祉局・医療安全部・医療安全課)

### 2) 伊賀保健所管内の医療機関で発生した事案についての調査報告書

(伊賀地域医療事案対策本部特別調査班)

医療安全の取り組み  
についてのアンケート  
報告書

平成20年2月

横浜市健康福祉局

健康安全部 医療安全課

## はじめに

平成19年4月からの改正医療法の施行によって、病院だけでなく、一般診療所（有床・無床）、歯科診療所、助産所の管理者に対し、医療の安全を確保する措置を講じることが義務づけられました。

具体的には、医療にかかる安全管理のための指針整備、職員研修の実施をはじめ、院内感染対策、医薬品、医療機器の安全管理のための体制確保に係る措置を講じることが必要となっています。

また、都道府県や保健所設置市等に対し、医療安全に関する情報の提供、研修の実施、意識啓発等医療安全確保に必要な措置を講ずるよう努めなければならないことも新たに明記されました。

横浜市では、今年度の4月から健康危機管理機能の強化を目的に、新たに横浜市保健所を設置し、これまでの18保健所体制から1保健所・18保健所支所体制としました。これに伴い、医療安全についても、医療法に基づく許認可及び医療機関立入検査業務を集約化し、体制強化を行いました。

今回のアンケートでは、一般診療所（有床・無床）、歯科診療所、助産所を対象に、医療安全への取り組み状況、各医療機関で必要とされている情報や、情報の取得先等を把握することを目的としました。今後、このアンケート結果を活用し、各医療機関へより良い医療安全推進のサポート強化を積極的に進めていきたいと考えております。

横浜市保健所長 大浜 悦子

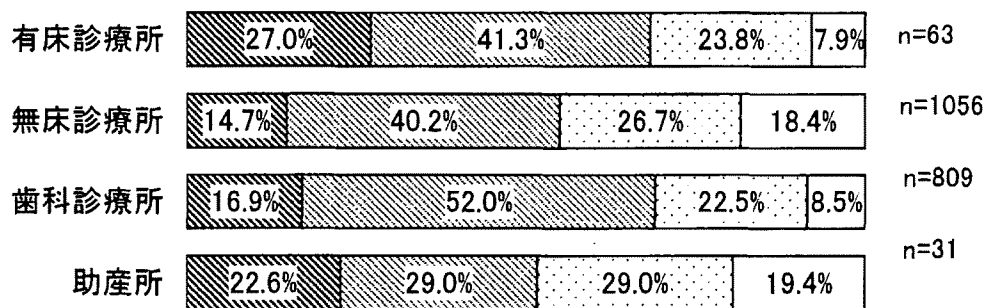
## 目次

はじめに	
結果の概要	4
1 調査方法と対象	6
2 回収状況	6
3 調査結果	6
(1) 施設の属性	6
(2) 主診療科	7
(3) 管理者の医歴（職歴）と管理者歴	8
(4) 医療安全対策義務化内容の把握について	9
(5) 横浜市医療安全相談窓口の周知状況	9
(6) 「ヒヤリ・ハット」事例の有無	10
(7) 「医療安全」取り組み意欲	10
(8) 「医療安全」で取り組んでいること	11
(9) 医療安全の情報源	13
(10) 医療安全推進で知りたい情報	15
4 アンケート依頼文及び調査票	17

結果の概要

(1) 医療安全対策義務化内容の把握

Kruskal-Wallis  $p < 0.00$

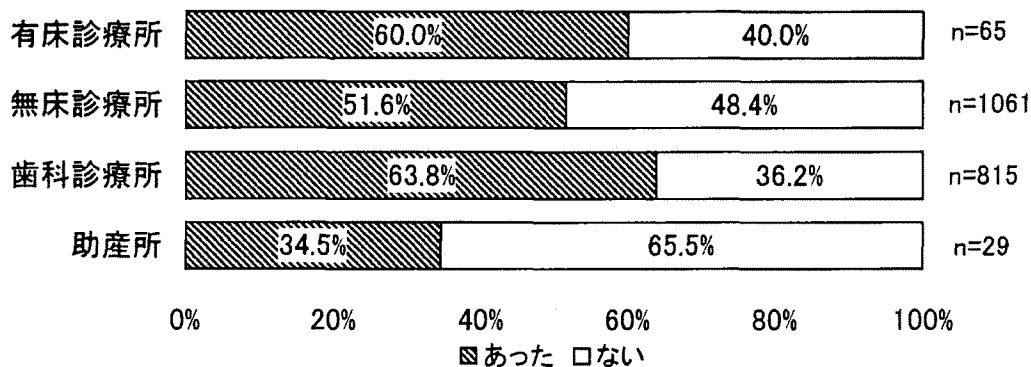


十分に把握している      どちらかといえば把握している  
どちらかといえば把握していない      あまり把握していない

医療法改正により、医療安全対策で義務化された内容の把握状況では、有床診療所(68.3%)、無床診療所(54.9%)、歯科診療所(68.9%)、助産所(51.6%)で、5割以上が把握していると回答していました。

(2) 「ヒヤリ・ハット」事例の有無

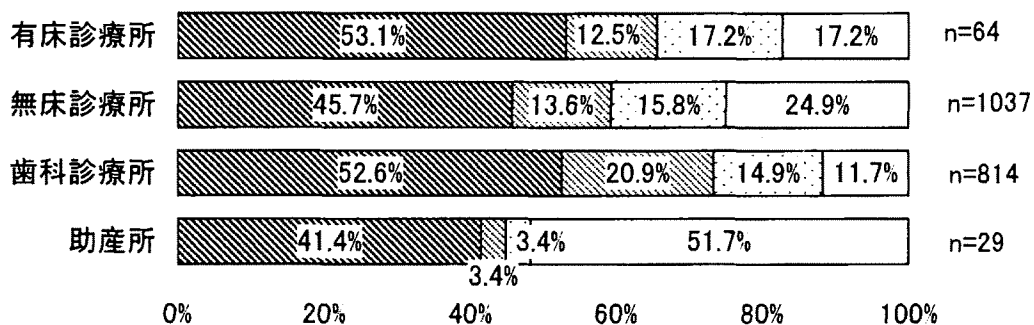
$\chi^2 p < 0.00$



「ヒヤリ・ハット」事例があると回答したのは、歯科診療所(63.8%)が最も多く、次に有床診療所(60.0%)、無床診療所(51.6%)、助産所(34.5%)でした。

(3) 「医療安全」取り組み意欲

Kruskal-Wallis  $p < 0.00$

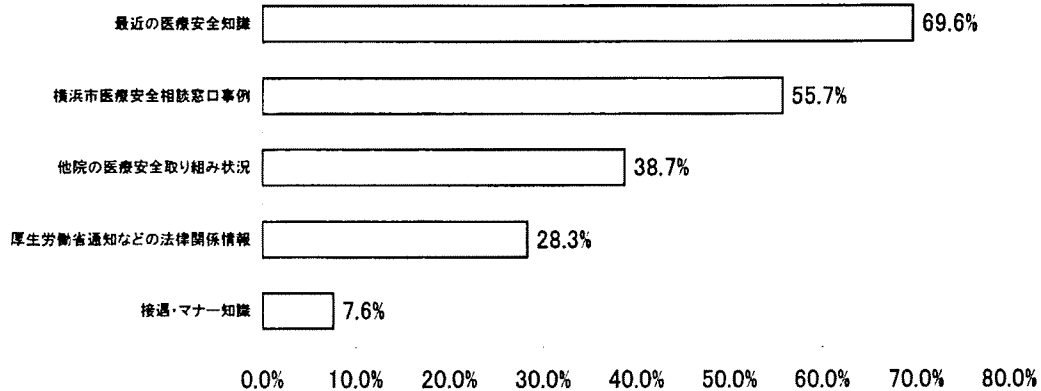


既に改善に取り組んでいる      1年以内に改善に取り組む予定  
課題はあるが、諸事情で取り組めない      医療安全の課題はほとんどない

医療安全への取り組み意欲では、歯科診療所(73.5%)が最も高く、次に有床診療所(65.6%)、無床診療所(59.3%)、助産所(44.8%)となっていました。

(4) 医療安全推進で知りたい情報

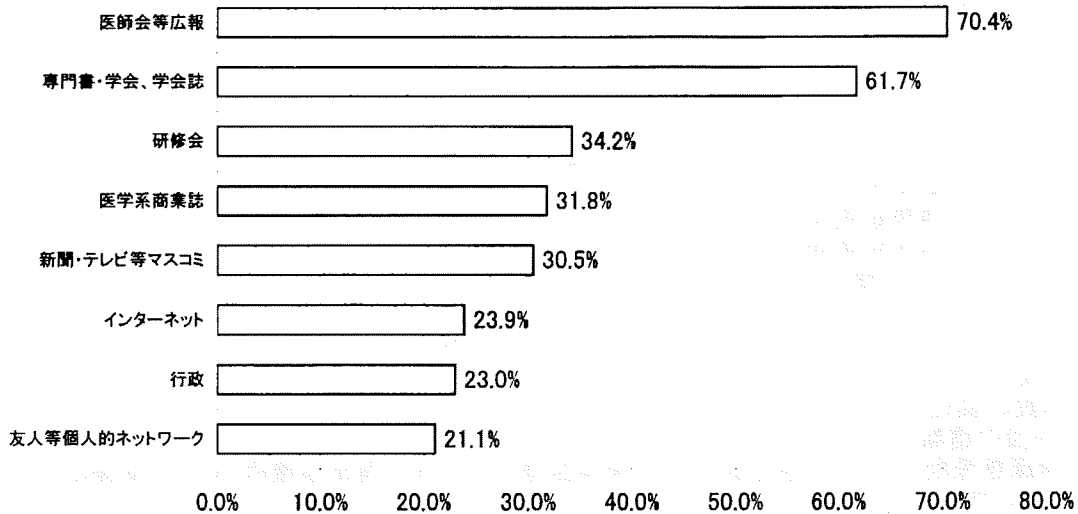
医療安全推進で知りたい情報：無床診療所



医療安全を推進する上で、各施設が最も知りたいと考えているものは、「最近の医療安全知識」、「横浜市医療安全窓口相談事例」、「他院の取り組み状況」でした。

(5) 医療安全の情報源

医療安全の情報源：無床診療所



医療安全の情報源では、どの施設でも7割以上が、「医師・歯科医師・助産師会等広報」であり、「行政」から情報を得ていると回答した者は、3割から2割程でした。

○今後の方策について

- (1) 医療安全義務化内容について引き続き周知徹底し、内容把握率を向上します。
- (2) 医療安全取り組み意欲では、医療機関の種類によって有意差があり、意欲のステージに応じた、医療安全向上の取り組み(ex.無関心期・啓発、準備期・啓発、知識の普及、実行期・継続的なサポート)を行ないます。
- (3) 医療機関が知りたいと考えている、「医療安全知識」、「横浜市医療安全窓口相談事例」などの情報を、医療機関が利用している情報源(「医師・歯科医師・助産師会等広報」など)から伝達する必要があります。そのためには、関係機関と調整・協議する必要があります。



## 調査の目的

平成19年度から、医療法改正により、有床診療所(病床数19床以下の診療所)、無床診療所(病床を持たない診療所)、歯科診療所、助産所でも、医療事故の管理者への報告、職員研修や指針の策定など、医療安全対策が義務化された。その義務化された内容を周知するとともに、各医療機関の医療安全に対する取り組みの情報を把握し、今後の医療安全推進施策立案の基礎資料とすることを目的に調査を実施した。

## 1 調査対象と方法

### (1) 調査対象

横浜市内のすべての一般診療所(有床・無床)、歯科診療所、助産所

### (2) 調査方法

郵送式配布・回収によるプリコード式質問紙調査(アンケート調査)

### (3) 調査項目

- ア 施設の属性(種類、病床数、実質病床数)
- イ 主診療科
- ウ 職歴・院長歴
- エ 医療安全義務化の把握状況
- オ 横浜市医療安全相談窓口の周知状況
- カ 「ヒヤリ・ハット」事例の有無
- キ 医療安全への取り組み意欲
- ク 医療安全の取り組み状況
- ケ 医療安全の情報源
- コ 医療安全で知りたい情報

### (4) 調査期間

平成19年9月1日～30日

## 2 回収状況

	送付	回収	回収率
全体	4,886	2,002	41.0%
一般診療所	2,779	1,147	41.3%
無床診療所	2,622	1,067	40.7%
有床診療所	157	65	41.4%
不詳	—	15	—
歯科診療所	2,026	824	40.7%
助産所	81	31	38.3%

## 3 調査結果

### (1) 施設の属性

#### ア 施設の種類

無床診療所(53.7%)が最も多く、次に歯科診療所(41.5%)、有床診療所(3.3%)、助産所(1.6%)であった。

	度数	%
有床診療所	65	3.3
無床診療所	1067	53.7
歯科診療所	824	41.5
助産所	31	1.6
欠損値	15	—
合計	2002	100

#### イ 有床診療所病床数

届出のされている病床数よりも、実働病床数のほうが、有意に下回っていた。

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
病床数	65	1	19	8.58	6.66
実働病床数	35	0	19	5.09	6.62

t-test p=0.00

(2) 主診療科

ア 有床診療所

産婦人科(62.1%)が最も多く、次に内科(25.9%)であった。

	度数	%
産婦人科	36	62.1
内科	15	25.9
整形外科	2	3.4
耳鼻咽喉科	2	3.4
美容外科	1	1.7
皮膚科	1	1.7
肛門科	1	1.7
欠損値	7	-
合計	65	100

イ 無床診療所

内科(52.0%)が最も多く、次に小児科(9.9%)、皮膚科(7.4%)、眼科(7.1%)、耳鼻咽喉科(7.1%)であった。

	度数	%
内科	510	52.0
小児科	97	9.9
皮膚科	73	7.4
眼科	70	7.1
耳鼻咽喉科	70	7.1
整形外科	46	4.7
精神科	42	4.3
産婦人科	23	2.3
泌尿器科	14	1.4
心療内科	10	1
脳神経外科	6	0.6
麻酔科	5	0.5
形成外科	4	0.4
性病科	3	0.3
リハビリテーション科	3	0.3
外科	2	0.2
リウマチ科	2	0.2
肛門科	1	0.1
欠損値	78	-
システム欠損値	8	-
合計	1067	100

(3) 管理者の医歴(職歴)と管理者歴

医歴(職歴)では、有床診療所(34.8年)が最も長く、次に無床診療所(29.0年)、歯科診療所(24.0年)であった。管理者歴では、歯科診療所(17.7年)が無床診療所(14.4年)よりも有意に長かった。

	医歴(職歴)		管理者歴	
	平均年数	標準偏差	平均年数	標準偏差
有床診療所	34.8	12.5	17.7	13.7
無床診療所	29.0	13.1	14.4	12.8
歯科診療所	24.0	11.3	17.7	11.8
助産所	30.7	15.5	15.1	16.2

分散分析

		平方和	自由度	平均平方	F値	有意確率
医歴	グループ間	15604.379	3	5201.460	33.631	.000
	グループ内	296955.934	1920	154.665		
	合計	312560.312	1923			
院長歴	グループ間	5006.582	3	1668.861	10.700	.000
	グループ内	304445.770	1952	155.966		
	合計	309452.352	1955			

多重比較

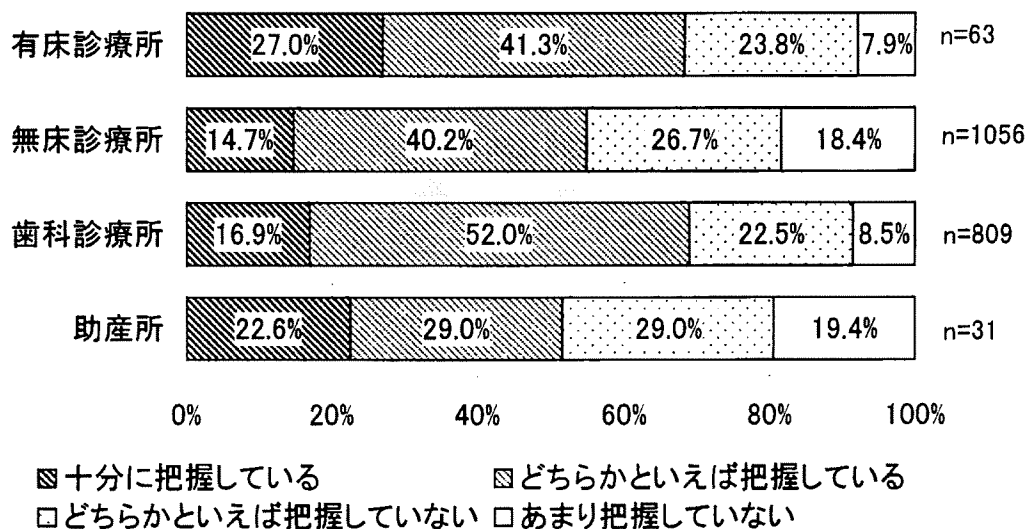
Tamhane

従属変数	(I)診療所種別	(J)診療所種別	平均値の差(I-J)	標準誤差	有意確率	95%信頼区間	
						下限	上限
医歴	有床診療所	無床診療所	5.768*	1.636	.005	1.34	10.20
		歯科診療所	10.794*	1.634	.000	6.37	15.22
		助産所	4.032	3.198	.763	-4.73	12.79
	無床診療所	有床診療所	-5.768*	1.636	.005	-10.20	-1.34
		歯科診療所	5.026*	.573	.000	3.52	6.53
		助産所	-1.736	2.808	.991	-9.62	6.15
	歯科診療所	有床診療所	-10.794*	1.634	.000	-15.22	-6.37
		無床診療所	-5.026*	.573	.000	-6.53	-3.52
		助産所	-6.761	2.806	.125	-14.64	1.12
	助産所	有床診療所	-4.032	3.198	.763	-12.79	4.73
		無床診療所	1.736	2.808	.991	-6.15	9.62
		歯科診療所	6.761	2.806	.125	-1.12	14.64
院長歴	有床診療所	無床診療所	3.256	1.759	.346	-1.51	8.02
		歯科診療所	.026	1.762	1.000	-4.74	4.80
		助産所	2.543	3.371	.974	-6.68	11.76
	無床診療所	有床診療所	-3.256	1.759	.346	-8.02	1.51
		歯科診療所	-3.230*	.572	.000	-4.74	-1.72
		助産所	-.713	2.930	1.000	-8.94	7.52
	歯科診療所	有床診療所	-.026	1.762	1.000	-4.80	4.74
		無床診療所	3.230*	.572	.000	1.72	4.74
		助産所	2.517	2.932	.952	-5.72	10.75
	助産所	有床診療所	-2.543	3.371	.974	-11.76	6.68
		無床診療所	.713	2.930	1.000	-7.52	8.94
		歯科診療所	-2.517	2.932	.952	-10.75	5.72

\*. 平均の差は .05 レベルで重要です。

- (4) 医療安全対策義務化内容の把握について  
 医療安全対策の義務化内容の把握状況では、有床診療所(68.3%)、無床診療所(54.9%)、  
 歯科診療所(68.9%)、助産所(51.6%)と、すべての医療機関の分類において、5割以上が把握  
 していると回答していた。

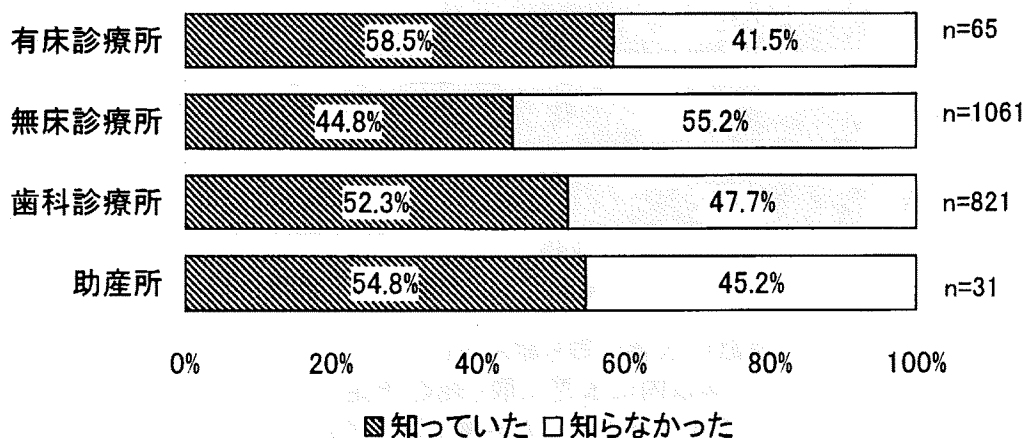
医療安全対策義務化内容の把握



Kruskal-Wallis p=0.000

- (5) 横浜市医療安全相談窓口の周知状況  
 横浜市医療安全相談窓口を知っていると回答した者で、最も多かったのは有床(58.5%)  
 で、次に助産所(54.8%)、歯科(52.3%)、無床診療所(44.8%)であった。

横浜市医療安全相談窓口の周知状況



$\chi^2$  p=0.003