

3-1.医療安全管理体制の確保のための委員会の委員は何人ですか。

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
0-5 人	8	1.3%	9	1.4%
6-10 人	127	20.1%	102	16.2%
11-15 人	194	30.7%	177	28.1%
16-20 人	159	25.2%	151	24.0%
21-25 人	69	10.9%	87	13.8%
26-30 人	23	3.6%	40	6.4%
31 人以上	31	4.9%	50	7.9%
未回答	21	3.3%	13	2.1%
平均値	16.2		18.5	
中央値	15.0		16.0	

3-2.委員会のメンバーにはどのような職種の方が入っていますか。(複数回答)

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 503)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)院長	481	76.1%	367	58.3%	345	68.6%
(2)副院長	360	57.0%	490	77.9%	293	58.3%
(3)各診療科・各部門ごとの安全管理の長	549	86.9%	530	84.3%	446	88.7%
(4)専従の安全管理担当者	163	25.8%	411	65.3%	—	—
(5)専任の安全管理担当者	196	31.0%	161	25.6%	131	26.0%
(6)その他	167	26.4%	215	34.2%	86	17.1%

4.医療安全管理体制の確保のための部署は設置していますか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)設置している	299	47.3%	498	79.2%	128	25.3%
(2)設置していない	327	51.7%	127	20.2%	376	74.3%
未回答	6	0.9%	4	0.6%	2	0.4%

5-1.医療安全管理を目的とした院内報告は実施していますか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)実施している	624	98.7%	624	99.2%	495	97.8%
(2)実施していない	6	0.9%	5	0.8%	10	2.0%
未回答	2	0.3%	0	0.0%	1	0.2%

5-2.報告対象について教えてください。

※5-1で「実施している」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 624)		非会員 (n = 624)		先行研究 (n = 495)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)医療事故	7	1.1%	13	2.1%	5	1.0%
(2)インシデント	23	3.7%	24	3.8%	27	5.5%
(3)医療事故とインシデントの両方	583	93.4%	583	93.4%	463	93.9%
未回答	11	1.8%	4	0.6%	0	0.0%

5-3.報告件数は年間おおよそ何件ですか。

	会員		非会員	
	平均値	中央値	平均値	中央値
(1)医療事故報告件数	110.6	15.0	140.1	19.0
(2)インシデント報告件数	534.5	297.0	1268.0	896.0

5-4.報告された事例の分析を行っていますか。

	H23				H16	
	会員 (n = 624)		非会員 (n = 624)		先行研究 (n = 493)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)行っている	454	72.8%	507	81.3%	364	73.8%
(2)行っていない	129	20.7%	91	14.6%	115	23.3%
未回答	41	6.6%	26	4.2%	16	3.2%

→どのような手法をお使いですか。(複数回答)

	H23				H16	
	会員 (n = 454)		非会員 (n = 507)		先行研究 (n = 364)	
	人数	%	人数	%	人数	%
RCA	190	41.9%	269	53.1%	43	11.8%
SHELL	146	32.2%	178	35.1%	120	33.0%
その他	172	37.9%	199	39.3%	145	39.8%

→年間、おおよそ何件を分析の対象としていますか。

	会員		非会員	
	医療事故	インシデント	医療事故	インシデント
平均値	30.3	109.6	18.3	111.1
中央値	6.0	20.0	5.0	18.0

5-5.報告された情報をどのように活用していますか。(複数回答)

※5-1で「実施している」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 624)		非会員 (n = 624)		先行研究 (n = 495)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)内容について院内で組織的に検討	528	84.6%	560	89.7%	426	86.4%
(2)定期的に頻度・パターンなどについて集計	446	71.5%	482	77.2%	357	72.4%
(3)事例を基に職員の教育・研修	443	71.0%	472	75.6%	338	68.6%
(4)事例を基にマニュアル・事例集を作成	310	49.7%	379	60.7%	245	49.7%
(5)外部機関・専門家と共同して分析	21	3.4%	48	7.7%	31	6.3%

5-6.生じやすい医療事故等についてリスクアセスメントを実施していますか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)行なっている(院内のほとんどの業務、部署について)	173	27.4%	217	34.5%	145	28.7%
(2)行なっている(院内の一部の業務、部署について)	339	53.6%	327	52.0%	258	51.0%
(3)行なっていない	101	16.0%	64	10.2%	92	18.2%
未回答	11	1.7%	16	2.5%	11	2.2%

5-7.日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業に参加していますか。

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
	(1)はい(医療事故、インシデントの双方を報告している)	58	9.2%	128
(2)はい(医療事故の報告のみをしている)	55	8.7%	99	15.7%
(3)はい(インシデントの報告のみをしている)	38	6.0%	80	12.7%
(4)いいえ	466	73.7%	310	49.3%
未回答	7	1.1%	7	1.1%

6.医療安全管理に関する教育・研修の現状について(複数回答)

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 489)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)担当者が設置されている	490	77.5%	526	83.6%	371	75.9%
(2)教育プログラムがある	263	41.6%	300	47.7%	162	33.1%
(3)予算が確保されている	146	23.1%	238	37.8%	165	33.7%
(4)教育・研修の教材が作成されている	173	27.4%	196	31.2%	133	27.2%

7-1.貴院として、医療安全のために特に重要と考えられる事項は何ですか。(複数回答)

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)指針の整備	280	44.3%	257	40.9%	227	44.9%
(2)医療安全管理のための委員会の実施	348	55.1%	301	47.9%	240	47.4%
(3)医療安全管理を目的とした報告	397	62.8%	359	57.1%	286	56.5%
(4)医療安全管理に関する教育・研修	577	91.3%	581	92.4%	459	90.7%
(5)医療安全に配慮した医薬品、医療器具などの提供	345	54.6%	377	59.9%	255	50.4%
(6)その他	52	8.2%	84	13.4%	45	8.9%

7-2.貴院で安全確保のための方策を実施するにあたっての問題点は何ですか。(複数回答)

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)人員が確保できない	374	59.2%	381	60.6%	247	48.8%
(2)時間がない	342	54.1%	317	50.4%	259	51.2%
(3)財源がない	169	26.7%	217	34.5%	87	17.2%
(4)取組み方法がわからない	70	11.1%	65	10.3%	53	10.5%
(5)その他	91	14.4%	92	14.6%	79	15.6%

8-1.病院の経営理念・目標等を明文化していますか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)明文化している	574	90.8%	599	95.2%	442	87.4%
(2)明文化していない	53	8.4%	27	4.3%	59	11.7%
未回答	5	0.8%	3	0.5%	5	1.0%

8-2.経営理念・目標・その他の文章の中に、院内の医療安全管理が位置付けられていますか。

※8-1で「明文化している」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 574)		非会員 (n = 599)		先行研究 (n = 442)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)位置付けられている	397	69.2%	462	77.1%	282	63.8%
(2)位置付けられていない	149	26.0%	110	18.4%	150	33.9%
未回答	28	4.9%	27	4.5%	10	2.3%

9-1.過去1年以内に、外部機関による医療安全に関する教育・研修を、貴院の幹部や医療安全の実務担当者が受けましたか。

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
(1)はい	575	91.0%	580	92.2%
(2)いいえ	52	8.2%	46	7.3%
未回答	5	0.8%	3	0.5%

9-2.その医療安全に関する教育・研修を主催している団体は何でしたか。(複数回答)

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
(1)病院団体	220	34.8%	223	35.5%
(2)医師会	204	32.3%	142	22.6%
(3)看護協会	341	54.0%	344	54.7%
(4)薬剤師会	38	6.0%	52	8.3%
(5)行政	217	34.3%	195	31.0%
(6)学会	119	18.8%	207	32.9%
(7)企業	99	15.7%	117	18.6%
(8)その他	58	9.2%	106	16.9%

10-1.外部機関への医療事故報告の義務化についてはどう思われますか。

※先行研究では、設問が「義務化」ではなく「制度化」であった。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)賛成	131	20.7%	160	25.4%	140	27.7%
(2)どちらかといえば賛成	344	54.4%	350	55.6%	251	49.6%
(3)どちらかといえば反対	118	18.7%	98	15.6%	84	16.6%
(4)反対	28	4.4%	11	1.7%	18	3.6%
未回答	11	1.7%	10	1.6%	13	2.6%

10-2.外部機関への医療事故報告を円滑に推進するために重要だと思うものは。(複数回答)

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)医療機関・報告者の匿名化 (個別名称を公表しない)	447	70.7%	483	76.8%	318	62.8%
(2)医療機関・報告者の免責	323	51.1%	354	56.3%	244	48.2%
(3)報告者が当該医療機関内で不利益を 被らないような保護	475	75.2%	468	74.4%	386	76.3%
(4)医療機関・報告者に対する報酬の支 払	30	4.7%	34	5.4%	26	5.1%
(5)外部機関による報告された内容につ いての的確な分析と防止策の提示	456	72.2%	493	78.4%	391	77.3%
(6)外部機関からの支援 (専門職の派遣、教育など)	302	47.8%	348	55.3%	259	51.2%
(7)その他	16	2.5%	20	3.2%	8	1.6%

11-1.患者が死亡した医療事故のうち、意図的な事例や明らかに過失のある事例を警察に届  
け出すことについてどう思われますか。

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
(1)賛成	309	48.9%	339	53.9%
(2)どちらかといえば賛成	244	38.6%	212	33.7%
(3)どちらかといえば反対	54	8.5%	52	8.3%
(4)反対	20	3.2%	14	2.2%
未回答	5	0.8%	12	1.9%

11-2.患者が死亡した医療事故のうち、偶発的な事例や過失の有無が明らかでない事例を警  
察に届け出すことについてどう思われますか。

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
(1)賛成	114	18.0%	91	14.5%
(2)どちらかといえば賛成	177	28.0%	167	26.6%
(3)どちらかといえば反対	225	35.6%	217	34.5%
(4)反対	112	17.7%	140	22.3%
未回答	4	0.6%	14	2.2%

※先行研究でのみ調査した設問

医療事故を起こした場合に警察に届け出ることについてどう思われますか。

	先行研究 (n=506)	
	人数	%
(1)賛成	129	25%
(2)どちらかといえば賛成	207	41%
(3)どちらかといえば反対	117	23%
(4)反対	27	5%
未回答	26	5%

11-3.これまでに貴院で発生した医療事故について警察に届出をしたことがありますか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)ある	161	25.5%	315	50.1%	77	15.0%
(2)ない	449	71.0%	298	47.4%	392	77.0%
未回答	22	3.5%	16	2.5%	37	7.0%

11-4.医療事故が起きた場合、医療側の過失の有無に関わりなく、公的な保険により速やかに被害者の補償を行う「無過失補償制度」の導入について、どう思われますか。

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
	(1)賛成	304	48.1%	298
(2)どちらかといえば賛成	252	39.9%	248	39.4%
(3)どちらかといえば反対	46	7.3%	47	7.5%
(4)反対	12	1.9%	9	1.4%
未回答	18	2.8%	27	4.3%

12.貴院の医療安全管理活動により、医療安全の確保に効果があったと思われる事例がありましたら、下の例にならってその内容をお教えてください。

別紙に要約

<医療事故等>

1.最近3年以内に、患者さんが死亡し、あるいは重篤な後遺障害を残すような医療事故を経験しましたか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)はい	123	19.5%	292	46.4%	90	17.8%
(2)いいえ	498	78.8%	333	52.9%	405	80.0%
未回答	11	1.7%	4	0.6%	11	2.2%

→医療事故の件数

※1.3年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答した場合に回答

	会員 (n = 123)		非会員 (n = 292)	
	人数	%	人数	%
1件	70	57%	132	45%
2件	27	22%	56	19%
3件	10	8%	23	8%
4件	4	3%	17	6%
5件	0	0%	10	3%
6件	1	1%	3	1%
7件	1	1%	5	2%
8件	1	1%	1	0%
9件	0	0%	2	1%
10件	0	0%	4	1%
11件以上	1	1%	17	6%
未回答	8	7%	22	8%

2-1.医療事故の原因究明を行ないましたか。

※1.3年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 123)		非会員 (n = 292)		先行研究 (n = 88)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)はい	120	97.6%	285	97.6%	89	98.9%
(2)いいえ	3	2.4%	7	2.4%	0	0.0%
未回答	0	0.0%	0	0.0%	1	1.1%



→原因究明の件数

※1.3 年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答した場合に回答

	会員 (n = 120)		非会員 (n = 285)	
	人数	%	人数	%
1 件	61	51%	117	41%
2 件	21	18%	44	15%
3 件	9	8%	22	8%
4 件	3	3%	15	5%
5 件	0	0%	5	2%
6 件	0	0%	3	1%
7 件	0	0%	4	1%
8 件	0	0%	3	1%
9 件	0	0%	1	0%
10 件	0	0%	1	0%
11 件以上	1	1%	9	3%
未回答	25	21%	61	21%

2-2.原因究明はどのような組織で行ないましたか。

※1.3 年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答した場合に回答(一部複数回答が見られた)

	H23				H16	
	会員 (n = 120)		非会員 (n = 285)		先行研究 (n = 89)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)医療安全の担当部署のみ	12	10.0%	9	3.2%	6	6.7%
(2)医療安全委員会など常設の組織	28	23.3%	44	15.4%	31	34.8%
(3)医療事故究明を目的に臨時に設けられた委員会など(院内メンバーのみから構成される)	53	44.2%	110	38.6%	26	29.2%
(4)医療事故究明を目的に臨時に設けられた委員会など(院内、院外のメンバーから構成される)	8	6.7%	69	24.2%	9	10.1%
(5)その他	19	15.8%	52	18.2%	17	19.1%

2-3.原因究明にあたって外部の専門家の支援を受けましたか。

※1.3 年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 120)		非会員 (n = 285)		先行研究 (n = 89)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)はい	45	37.5%	148	51.9%	30	33.7%
(2)いいえ	73	60.8%	134	47.0%	55	61.8%
未回答	2	1.7%	3	1.1%	4	4.5%

→それはどのような方ですか。(複数回答)

※1.3 年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答し、2-3.専門家の支援の有無に「はい」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 45)		非会員 (n = 148)		先行研究 (n = 30)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)医療安全、事故究明の専門家	2	4.4%	16	10.8%	3	10.0%
(2)医療事故に関連した医療分野の専門家	16	35.6%	90	60.8%	9	30.0%
(3)法律家	35	77.8%	104	70.3%	24	80.0%
(4)心理カウンセラー	1	2.2%	6	4.1%	1	3.3%
(5)その他	4	8.9%	16	10.8%	4	13.3%

#### 2-4.原因究明にあたって当事者への対応(複数回答)

※1.3 年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 120)		非会員 (n = 285)		先行研究 (n = 89)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)事情聴取に協力してもらった	105	87.5%	250	87.7%	70	78.7%
(2)原因究明のメンバーとして参加した	34	28.3%	110	38.6%	34	38.2%
(3)心理カウンセリングなど支援を行なった	12	10.0%	32	11.2%	6	6.7%
(4)一定期間の休職など、休養を与えた	8	6.7%	24	8.4%	6	6.7%
(5)配置転換を行なった	4	3.3%	14	4.9%	0	0.0%
(6)その他	6	5.0%	12	4.2%	2	2.2%

#### 2-5.原因究明にあたって患者・家族への対応(複数回答)

※1.3 年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 120)		非会員 (n = 285)		先行研究 (n = 89)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)事情聴取に協力してもらった	48	40.0%	104	36.5%	42	47.2%
(2)原因究明のメンバーとして参加してもらった	3	2.5%	17	6.0%	4	4.5%
(3)心理カウンセリングなど支援を行なった	3	2.5%	11	3.9%	0	0.0%
(4)その他	41	34.2%	83	29.1%	23	25.8%

2-6.事故報告書は作成しましたか。

※1.3年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 120)		非会員 (n = 285)		先行研究 (n = 89)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)はい	97	80.8%	225	78.9%	83	93.3%
(2)いいえ	18	15.0%	52	18.2%	1	1.1%
未回答	5	4.2%	8	2.8%	5	5.6%

→外部へ公表していますか。

※1.3年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答し、2-6.事故報告書の作成に「はい」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 97)		非会員 (n = 225)		先行研究 (n = 83)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)外部へ公表している	22	22.7%	65	28.9%	18	21.7%
(2)外部へ公表はしていない	69	71.1%	153	68.0%	61	73.5%
未回答	6	6.2%	7	3.1%	4	4.8%

2-7.原因究明の結果について患者・家族へ説明しましたか。

※1.3年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 120)		非会員 (n = 285)		先行研究 (n = 89)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)はい	93	77.5%	243	85.3%	77	86.5%
(2)いいえ	17	14.2%	27	9.5%	6	6.7%
未回答	10	8.3%	15	5.3%	6	6.7%

2-8.原因究明全般にあたって困ったことは何ですか。(複数回答)

※1.3年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答した場合に回答

	H23				H16	
	会員 (n = 120)		非会員 (n = 285)		先行研究 (n = 89)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)院内に医療安全、事故調査の専門家がいない	42	35.0%	81	28.4%	30	33.7%
(2)当事者以外に、院内に医療事故に関連した医療分野の専門家がいない	24	20.0%	47	16.5%	11	12.4%
(3)院外の医療安全、事故調査の専門家の支援を得ることが困難であった	15	12.5%	39	13.7%	12	13.5%
(4)院外の医療事故に関連した医療分野の専門家の支援を得ることが困難であった	9	7.5%	26	9.1%	8	9.0%
(5)医療事故の分析方法がわからない	9	7.5%	12	4.2%	8	9.0%
(6)警察による捜査、裁判所による証拠保全などのため関連資料が利用できない	3	2.5%	1	0.4%	6	6.7%
(7)報告書の内容が訴訟や捜査に与える結果が懸念される	19	15.8%	55	19.3%	10	11.2%
(8)当事者のケア	57	47.5%	146	51.2%	34	38.2%
(9)患者、家族のケア	61	50.8%	158	55.4%	44	49.4%
(10)当事者以外の病院スタッフの士気低下・モラル低下の対策	26	21.7%	57	20.0%	16	18.0%
(11)事故被害者以外の患者さんの不安の軽減	13	10.8%	32	11.2%	11	12.4%
(12)地域の住民や医療機関からの信頼の回復	10	8.3%	31	10.9%	6	6.7%
(13)対策アイデア対策	7	5.8%	30	10.5%	8	9.0%
(14)その他	11	9.2%	22	7.7%	6	6.7%

<裁判外紛争解決>

1.裁判外紛争解決は医療における紛争解決手法として有用であるとお考えですか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)有用である	210	33.2%	240	38.2%	153	30.2%
(2)どちらかといえば有用である	314	49.7%	292	46.4%	244	48.2%
(3)どちらかといえば有用でない	52	8.2%	45	7.2%	36	7.1%
(4)有用でない	9	1.4%	9	1.4%	11	2.2%
未回答	47	7.4%	43	6.8%	62	12.3%

2.医療紛争解決を実施する仕組みとしてはどのようなものが適切だと思いますか。

	H23				H16	
	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)		先行研究 (n = 506)	
	人数	%	人数	%	人数	%
(1)現行の裁判制度がよい	26	4.1%	16	2.5%	8	1.6%
(2)医療専門の裁判制度を設けるのがよい	283	44.8%	242	38.5%	187	37.0%
(3)裁判外紛争解決を設け、通常の裁判とどちらかを選択できるのがよい	252	39.9%	277	44.0%	231	45.7%
(4)その他	10	1.6%	30	4.8%	20	4.0%
未回答	61	9.7%	64	10.2%	60	11.9%

3.医療紛争が起きた際、当事者である患者と医療者の対話を促進する役割を担う者(メディエーターなど)を配置していますか。

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
(1)配置している	171	27.1%	180	28.6%
(2)配置していない	426	67.4%	422	67.1%
未回答	35	5.5%	27	4.3%

4.それはどのような立場の方ですか。(複数回答)

※3.対話促進者を「配置している」と回答した場合に回答

	会員 (n = 171)		非会員 (n = 180)	
	人数	%	人数	%
(1)院長	30	17.5%	10	5.6%
(2)副院長	18	10.5%	16	8.9%
(3)看護部長	27	15.8%	7	3.9%
(4)事務長	90	52.6%	36	20.0%
(5)師長または主任看護師	17	9.9%	22	12.2%
(6)事務部の事務員	20	11.7%	47	26.1%
(7)相談窓口の職員	36	21.1%	49	27.2%
(8)専従または専任の医療安全管理者	40	23.4%	74	41.1%
(9)顧問弁護士	50	29.2%	16	8.9%
(10)当事者とは無関係の患者代表	0	0.0%	0	0.0%
(11)外部の専門家	0	0.0%	2	1.1%
(12)その他	17	9.9%	19	10.6%

5.医療紛争が起きた際、当事者である患者と医療者の対話を促進する役割を担う者(メディエーターなどは、どのような立場の者がふさわしいと思いますか。(複数回答)

	会員 (n = 632)		非会員 (n = 629)	
	人数	%	人数	%
(1)院長	94	14.9%	37	5.9%
(2)副院長	60	9.5%	51	8.1%
(3)看護部長	113	17.9%	60	9.5%
(4)事務長	199	31.5%	91	14.5%
(5)師長または主任看護師	58	9.2%	84	13.4%
(6)事務部の事務員	39	6.2%	78	12.4%
(7)相談窓口の職員	142	22.5%	191	30.4%
(8)専従または専任の医療安全管理者	212	33.5%	227	36.1%
(9)顧問弁護士	343	54.3%	135	21.5%
(10)当事者とは無関係の患者代表	36	5.7%	56	8.9%
(11)外部の専門家	97	15.3%	135	21.5%
(12)その他	26	4.1%	66	10.5%

●事故報告書の項目および作成上の注意点に関するアンケート

1.事故報告書の中に以下の情報は含まれていますか。(複数回答)

※1.3年以内に医療事故の経験の有無に「はい」と回答し、2-1.原因究明の実施に「はい」と回答し、2-6.事故報告書の作成に「はい」と回答した場合に回答

	会員 (n = 97)		非会員 (n = 225)	
	人数	%	人数	%
(1) 患者・家族等への謝罪・哀悼の意	36	37.1%	90	40.0%
(2) 事故の要約	91	93.8%	207	92.0%
(3) 事故の発生日	93	95.9%	208	92.4%
(4) 事故報告書の作成日	92	94.8%	199	88.4%
(5) 患者の氏名	84	86.6%	162	72.0%
(6) 患者の年齢または年代	91	93.8%	201	89.3%
(7) 患者の性別	89	91.8%	198	88.0%
(8) 患者の病名または手術内容	87	89.7%	205	91.1%
(9) 当事者・関係者の職員の氏名	61	62.9%	109	48.4%
(10) 当事者・関係者の職員の職種	85	87.6%	182	80.9%
(11) 当事者・関係者の職員の経験年数	46	47.4%	122	54.2%
(12) 事故の経過(事実関係を時系列に整理したもの)	89	91.8%	197	87.6%
(13) 患者の転帰	80	82.5%	199	88.4%
(14) 事故前および事故後の患者・家族への説明内容	75	77.3%	170	75.6%
(15) 事故の原因や問題点	87	89.7%	201	89.3%
(16) 過失の有無	42	43.3%	124	55.1%
(17) 再発防止策、改善策、提言	81	83.5%	186	82.7%
(18) 後日、再発防止策の実施状況と効果を評価する方法	42	43.3%	46	20.4%
(19) 事故調査委員の所属と氏名	51	52.6%	113	50.2%
(20) 事故調査委員会の開催日時	55	56.7%	138	61.3%
(21) 事故の公表に対する患者・家族の承諾	15	15.5%	42	18.7%

→事故報告書に含めた項目の数

	会員 (n = 97)		非会員 (n = 225)	
	人数	%	人数	%
1-3	0	0%	1	0%
4-6	0	0%	1	0%
7-9	1	1%	3	1%
10-12	9	9%	14	6%
13-15	30	31%	66	29%
16-18	36	37%	88	39%
19-21	17	18%	35	16%
未回答	4	4%	17	8%

2.上記の中で、記載すべきであったとお考えのものはありますか。

	会員 (n = 97)		非会員 (n = 225)	
	人数	%	人数	%
(1)ない	57	58.8%	124	55.1%
(2)ある	28	28.9%	61	27.1%
未回答	12	12.4%	40	17.8%

→記載すべきであったと考える項目(複数回答)

	会員 (n = 28)		非会員 (n = 61)	
	人数	%	人数	%
(1) 患者・家族等への謝罪・哀悼の意	8	28.6%	12	19.7%
(2) 事故の要約	2	7.1%	1	1.6%
(3) 事故の発生日	0	0.0%	0	0.0%
(4) 事故報告書の作成日	1	3.6%	0	0.0%
(5) 患者の氏名	0	0.0%	0	0.0%
(6) 患者の年齢または年代	0	0.0%	1	1.6%
(7) 患者の性別	0	0.0%	1	1.6%
(8) 患者の病名または手術内容	1	3.6%	0	0.0%
(9) 当事者・関係者の職員の氏名	1	3.6%	0	0.0%
(10) 当事者・関係者の職員の職種	1	3.6%	0	0.0%
(11) 当事者・関係者の職員の経験年数	4	14.3%	8	13.1%
(12) 事故の経過(事実関係を時系列に整理したもの)	0	0.0%	2	3.3%
(13) 患者の転帰	2	7.1%	1	1.6%
(14) 事故前および事故後の患者・家族への説明内容	3	10.7%	3	4.9%
(15) 事故の原因や問題点	1	3.6%	1	1.6%
(16) 過失の有無	3	10.7%	5	8.2%
(17) 再発防止策、改善策、提言	4	14.3%	3	4.9%
(18) 後日、再発防止策の実施状況と効果を評価する方法	9	32.1%	26	42.6%
(19) 事故調査委員の所属と氏名	7	25.0%	7	11.5%
(20) 事故調査委員会の開催日時	4	14.3%	5	8.2%
(21) 事故の公表に対する患者・家族の承諾	14	50.0%	15	24.6%



3.その事故報告書の事例について、以下のことをしましたか。(複数回答)

	会員 (n = 97)		非会員 (n = 225)	
	人数	%	人数	%
(1) 事故の公表に対する患者・家族の承諾を得る	13	13.4%	55	24.4%
(2) 病院のホームページ上での公表	2	2.1%	19	8.4%
(3) 記者会見・報道発表	3	3.1%	24	10.7%
(4) 警察への届出	34	35.1%	71	31.6%
(5) 保健所への届出	22	22.7%	56	24.9%
(6) 地方自治体への届出	19	19.6%	56	24.9%
(7) 厚生労働省地方厚生局への届出	4	4.1%	32	14.2%
(8) 文部科学省への届出	1	1.0%	6	2.7%
(9) 日本医療機能評価機構事故防止センターへの届出	21	21.6%	79	35.1%
(10) 解剖(司法・行政・病理解剖)	17	17.5%	63	28.0%

4.事故の発生から院内事故調査委員会による事故報告書の完成まで何日かかりましたか。  
(複数回答)

	会員 (n = 97)		非会員 (n = 225)	
	人数	%	人数	%
~1ヵ月未満	52	53.6%	68	30.2%
1ヵ月以上~3ヵ月未満	22	22.7%	72	32.0%
3ヵ月以上~半年未満	10	10.3%	38	16.9%
半年以上~1年未満	6	6.2%	13	5.8%
1年以上	2	2.1%	4	1.8%
未回答	5	5.2%	30	13.3%

設問 12. 貴院の医療安全管理活動により、医療安全の確保に効果があったと思われる事例がありましたら、下の例にならってその内容をお教えてください。

■ 看護

- ✓ 誤接防止機能付ラインの導入でラインの誤った接続がなくなった。
- ✓ 入浴後に酸素を流し忘れがあったが、酸素使用中の人は流量の札を置くようにし、帰宅後、酸素の流し札を外すことにより忘れなくなった。
- ✓ すべての部署の体重計をデジタル体重計に変更したことにより、患者の転倒防止につながった。
- ✓ ベッドからの転落、転倒が重大な問題であったが、①転倒、転落マニュアルの整備と、②要警戒患者へ離床センサーを活用することにより減少させることができた。
- ✓ バーコード付リストバンド導入による3点チェックにより輸液注射の注射の患者確認がなくなった。

■ 薬剤

- ✓ 人員の増員により、ダブルチェックが強化された。
- ✓ 規格の一番大きい薬剤（同種薬剤中）に印を明示することにより（処方箋に）調剤ミスがなくなった。
- ✓ 「1患者1トレイ」「内服カード」の導入により薬剤払い出し時の確認がなくなった。
- ✓ 注射薬入力時、「警告薬が選択されました」と表示されるようになり、注入時に注意喚起が図られるようになった。
- ✓ 入院時持参薬の薬剤師の介入方法を明確にしたシステムを作成し、入院時持参薬の確認が向上した。

■ その他

- ✓ シリンジポンプに関して、3桁まで設定できるものから2桁までのものに切り替えた。また、タッチ式でなく、ダイヤル式に切り替えたことで、注入速度ミスが減った。
- ✓ 麻薬管理票、麻薬金庫内での管理を1患者1トレイにしたことにより、誤投与（過剰・過少）が少なくなった
- ✓ 酸素ボンベ使用時間換算表を作成し、投与中の残量不足を防いでいる。
- ✓ 自己血保存バックのバーコード化による管理、誤った返血の防止の開始
- ✓ 便検体貼布ラベル表示の変更により便検体容器間違いが減少した。
- ✓ アナフィラキシーショック対応シート作成により、早期対応が可能となり、重篤な状態に陥る事例が減った。
- ✓ 手術後、レントゲン撮影による異物確認方法を強化し、未然に防いでいる。
- ✓ 呼吸器のバッテリー搭載を示す色表示。どこからでも見える呼吸器の稼働状況表の作成
- ✓ 安全手帳を作成し、危険手技、危険薬などの周知と迅速な確認に役立っている
- ✓ 防水型心電図モニターへの変更で入浴リハビリ中のモニタリングが出来るようになった。

