

2015-20013B

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

医療機関の全職員に対応した効果的・効率的  
医療安全教育の研究

平成26年度～27年度 総合研究報告書

研究代表者 石川 雅彦

平成28（2016）年3月

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

医療機関の全職員に対応した効果的・効率的  
医療安全教育の研究

平成26年度～27年度 総合研究報告書

研究代表者 石川 雅彦

平成28（2016）年3月

# 目 次

## I. 総合研究報告

医療機関の全職員に対応した効果的・効率的医療安全教育の研究	1
石川 雅彦	

## II. 資料編

資料1 「医療機関の全職員に対応した効果的・効率的・医療安全教育の研究」 アンケート調査依頼文	29
資料2 「医療機関の全職員に対応した効果的・効率的・医療安全教育の研究」 アンケート記入上の注意	30
資料3 「医療機関の全職員に対応した効果的・効率的・医療安全教育の研究」 アンケート調査票	31
資料4 「医療機関の全職員に対応した効果的・効率的・医療安全教育の研究」 アンケート結果	35
資料5 中間報告会プログラム	46
資料6 調査結果「研究中間報告」	47
資料7 報告資料「体験から学ぶ！効果的・効率的な医療安全教育」 — 具体的事例活用による多職種・参加型研修の可能性	49
資料8 配布教材の使用説明	63
資料9 配布教材：素材	64
資料10 研修企画例1	65
資料11 研修企画例2	71
資料12 研修企画例3	76
資料13 「医療機関の全職員に対応した効果的・効率的・医療安全教育の研究」 “医療安全教育に関する現状評価” 調査依頼文	78
資料14 「医療機関の全職員に対応した効果的・効率的・医療安全教育の研究」 “医療安全教育に関する現状評価” 記入上の注意	79
資料15 「医療機関の全職員に対応した効果的・効率的・医療安全教育の研究」 “医療安全教育に関する現状評価” 問題	80
資料16 「医療機関の全職員に対応した効果的・効率的・医療安全教育の研究」 “医療安全教育に関する現状評価” 問題回答	85
資料17 「医療機関の全職員に対応した効果的・効率的・医療安全教育の研究」 “医療安全教育に関する現状評価” 正解率の比較	90
資料18 「医療機関の全職員に対応した効果的・効率的・医療安全教育の研究」 “医療安全教育に関する現状評価” 正解・不正解の割合	91
資料19 医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針	103
資料20 医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針	115

# I. 総合研究報告

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
総合研究報告書

医療機関の全職員に対応した効果的・効率的医療安全教育の研究

研究代表者 石川雅彦

公益社団法人 地域医療振興協会 地域医療安全推進センター長

研究要旨

職員が医療安全教育を受ける時間を十分確保できない現状で、全職員対応の効果的・効率的な医療安全教育を実施することは医療安全管理で残された大きな課題である。本研究の目的は全国調査結果を勘案し全職員対応の医療安全教育内容・方法・評価法開発、及び医療安全管理者、医療対話推進者の課題等の現状評価に基づく、医療安全教育システム構築の提言である。

平成 26 年度の研究では、全職員対応の医療安全教育の実施状況、及び実施主体の医療安全管理者や医療対話推進者の配置・課題の調査をした。医療安全教育に関する情報収集と、医療安全管理者、医療対話推進者の配置と課題、及び医療安全教育の実施状況を勘案した調査票で、全国調査を実施して結果を解析した。

医療安全教育に関する情報収集、医療安全管理者、医療対話推進者の配置と課題、及び医療安全教育の実施状況に関連する調査票作成、予備調査後に、本調査を実施した。対象施設は、申請時には全病院（約 8,500 施設）としたが、医療安全管理体制の整備されている施設への調査が、研究目的達成に最適と判断し、医療安全対策加算 1、2 を取得している病院（3,479 施設）を対象とした。

結果として、医療安全対策加算 1（495 施設）、加算 2（443 施設）取得の施設で、計 976 施設（無回答、不明回答 38）の回答あり集計を実施した（回収率 28.1%）。全職員対象の医療安全教育は、99.5%が実施しており、平均参加率は 61%以上の参加が 38.1%、トップマネジメントの常時参加が 40.5%だった。医療安全教育の課題は「職種による参加率の差がある」「全職員が関心を持てるテーマ選定が困難」が 60%以上、「参加型研修の企画が困難」30.7%であった。医療安全管理者配置の効果としては、医療安全に関する情報の一元集約（90.0%）、医療安全対策の責任の明確化（83.0%）、インシデント・医療事故発生時の職員への精神的ケア（53.2%）などであった。患者サポート体制充実加

算申請施設は 566 (58.0%)、医療対話推進者配置の効果としては、患者・家族からの相談の適切な対応 (79.6%)、相談事例の収集・フィードバックなど (41.3%)、患者・家族との対話推進に関する職員の意識向上 (42.8%)、などであった。

職員への医療安全教育は大多数の施設で実施されているが、平均の参加率やトップマネジメントが常時参加する割合は低く、本研究目的の「全職員に対応した効果的・効率的医療安全教育」の必要性が再確認された。効果的な医療安全教育を実施するためには、参加率の改善や全職員が関心の持てるテーマの選定、および教材開発についても検討する必要がある。医療安全管理者や医療対話推進者の配置は一定の効果ありと示唆される結果だが、効果が低い項目もあり、医療安全教育実施に関連する今後の課題である。

全国調査結果から、全職員に対応した医療安全教育の課題が判明した。今後、効果的・効率的な医療安全教育の内容、方法、評価法の決定とその実施が必要であり、特に新たな医療安全教育方法の開発が求められる。

平成 27 年度の研究では、前年度の研究成果を踏まえて、医療機関の全職員に対応した医療安全教育の全職員対応の医療安全教育内容・方法・評価法を決定して実施・評価するにあたり、医療安全教育に関する現状評価について調査を実施した。医療機関の部署リスクマネージャーを対象とした医療安全教育に関する現状評価を実施し、教育内容、方法、評価に関して検討した。部署リスクマネージャーを対象とした医療安全教育に関する現状評価を実施し、教育内容、方法、評価に関して検討した。医療機関の全職員に対応した効果的・効率的医療安全教育の実施には、全職員に知ってもらいたい医療安全管理上の課題の問題作成を実施し、医療機関の状況に合わせて現状評価を実施して、その評価結果を反映した医療安全教育を継続することが重要である。

#### 分担研究者氏名・所属研究機関名及び 所属研究機関における職名

稲葉一人 中京大学法科大学院教授  
越永守道 練馬光が丘病院 副院長  
(現：社会福祉法人 信愛報  
恩会 信愛病院 副院長)  
斉藤奈緒美 公益社団法人 地域医療  
振興協会 地域医療安全推  
進センター医療安全課長

#### A. 研究目的

医療従事者が医療安全教育を受け  
る時間を十分確保できない現状のな  
かで、全職員対応の効果的・効率的な  
医療安全教育の実施は医療安全管理  
において残された大きな課題であっ  
た。教育内容では国際的には  
Australian Patient Safety Education  
Framework (以下 APSEF) と WHO Patient  
Safety Curriculum Guide 以下  
WHO-PSCG) があるが、本邦の現状にあ

わせた活用法は提示されておらず、教育実施を担う医療安全管理者と医療対話推進者の配置状況・効果、業務内容、課題等の現状評価も明らかではない。

本研究の目的は APSEF、WHO-PSCG と全国調査結果を勘案した全職員対応の医療安全教育内容・方法（特に情報通信機器やシミュレータ活用方法）・評価法の開発、及び医療安全管理者、医療対話推進者の課題を現状評価した効果的な医療安全教育システム構築を提言することである。

平成 26 年度の研究では、医療安全教育の実施状況、及び実施主体の医療安全管理者や医療対話推進者の配置・課題の調査を行った。

平成 27 年度の研究では、前年度の研究成果を踏まえて、医療機関の全職員に対応した医療安全教育の全職員対応の医療安全教育内容・方法・評価法を決定して実施・評価するにあたり、医療安全教育に関する現状評価について調査を実施した。

## B. 研究方法

平成 26 年度の研究においては、医療機関の全職員に対応する医療安全教育に関する情報収集として、全職員対応の医療安全教育に関して国内外のレビュー（文献、HP 等）を行い、さらに APSEF の全 22 項目、WHO-PSCG の全 11 項目をレビューした。

これらの結果に基づき、医療安全管理者、医療対話推進者の配置状況と課題、及び医療安全教育の実施状況に関

連する調査票作成を作成した。調査内容には教育実施主体となる医療安全管理者や医療対話推進者の配置や課題、医療安全対策加算や患者サポート体制充実加算関連の項目も追加した。調査項目の妥当性を検討する目的で、病院（約 10 施設）に協力依頼し予備調査を実施し、調査結果を反映させた本調査票を作成した。

協力依頼した 10 施設のうち、以下の 8 施設から回答が得られた（回収率 80%）（練馬光が丘病院、東京北医療センター、横須賀市立市民病院、山中温泉医療センター、東京ベイ浦安・市川医療センター、公立黒川病院、西東京中央総合病院、自治医科大学さいたま医療センター）。

全国調査は、申請時は対象を全病院（20 床以上、約 8,500 施設）としたが、医療安全管理体制の整備されている施設への調査が、研究目的達成に最適と判断し、医療安全対策加算 1、2 を取得している病院（3,479 施設）を対象とし、無記名・自記式による質問紙調査を実施した。

調査票は、対象医療機関に郵送配布し、施設の管理者と医療安全管理者として相談の上、回答していただくことを依頼した。本調査事務局宛の返信用封筒（切手不要）の使用により、郵送回収を実施した。調査実施時期は、平成 26 年 11 月とした。

### 【調査項目】

#### 1. 施設属性

施設の開設者、病院の種別、第三者

評価の認定、許可病床数、職員数、であった。

## 2. 医療安全教育の実施状況

職員を対象とした医療安全教育・研修の実施について、研修実施の有無と実施している場合には、年間の実施回数、研修の平均参加率、1回の研修の所要時間を質問した。さらに、全職員に常勤職員以外（非常勤職員、派遣職員、外部委託職員など）が含まれるか否か、医療安全研修にトップマネジメント（施設管理者、病院長、副院長、看護部長、事務部長など）が参加するか否か、医療安全研修企画・運営の責任者、医療安全研修の講師（院外講師、院内講師をその職種、など）、今後実施したい医療安全研修のテーマ、現在自施設で実施している教育方法、研修の評価実施の有無と実施している場合には評価方法を質問した。

## 3. 医療安全管理体制

申請している医療安全対策加算（1、2）と職種、医療安全管理者の任期の有無とある場合にはその期間、現在の医療安全管理者の勤務年数、医療安全管理者の業務の中で最も困難（負担）と思われる業務、報告されたインシデント・アクシデント事例の分析実施の有無、加算の施設基準に示されている「カンファレンス」の実施回数、および医療安全管理者の配置の効果、医療安全管理体制整備に関わる課題（自由記載）について質問した。

## 4. 医療対話推進の体制

患者サポート体制充実加算の申請の無と申請している場合には医療対

話委推進者の職種と任期の有無、医療対話推進者の業務のなかで最も困難（負担）と思われる業務、加算の施設記事運に示されている「カンファレンス」の実施回数、および医療対話推進者配置の効果、患者・家族支援体制整備における課題（自由記載）について質問した。

## 5. 医療安全管理業務と患者・家族支援業務の有機的連動について

医療安全業務と患者・家族支援業務の有機的連動は図られているかということに関して質問し、あわせて警察OB 職員の配置の有無について質問した。

## 6. 医療安全対策加算 1、2 の施設の比較

加算 1、2 の施設について、医療安全教育、医療安全管理者の業務の中で最も困難（負担）と思われる業務、報告されたインシデント・アクシデント事例の分析の実施、加算の施設基準に示されている「カンファレンス」の実施回数、許可病床数、職員数、などに関して比較を行った。

## 7. 過去の調査内容との比較

医療安全管理者の配置状況等に関する過去の調査結果として、「診療報酬改定結果検証にかかる特別調査（平成 19 年度調査）医療安全管理対策の実施状況調査報告書（中医協 検一1-5、20. 7. 9）（以下、平成 19 年度調査）がある。内容の中に、「医療安全管理者（専従）の配置の効果」があり、本研究でも同様の項目で質問を実施し、比較検討した。



平成 27 年度の研究においては、医療安全教育の内容を作成するにあたり、Australian Council for Safety and Quality in Health Care の、National Patient Safety Education Framework（以下 NPSEF）と、WHO Patient Safety Curriculum Guide（以下 WHO-PSCG）、他、医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針（厚生労働省）、医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針（厚生労働省）、日本医療機能評価機構・医療事故情報等収集事業における年報・報告書、関連書籍、文献、ウェブサイト等を参考にして、「医療安全教育に関する現状評価」を行うために、問題を作成した。問題の妥当性を検討するため、医療安全対策加算 1 を申請している医療機関 2 施設に協力依頼を行い、主に部署リスクマネジャーに回答を依頼した。部署リスクマネジャーに回答を依頼したのは、医療安全に関連する基礎的知識を具有し、部署内はもとより自施設内の医療安全教育の企画・実施・評価等に大なり小なり関わっていることが考えられるため、である。

問題作成にあたり参考にした資料を挙げる。

NPSEF は、医療安全におけるコンピテンシーとして、以下の 7 つのカテゴリーを挙げている。1) Communication effectively（円滑なコミュニケーション）、2) Identifying, preventing and managing adverse events and near

misses（有害事象やニアミスを同定し、防止し、マネジメントする）、3) Using evidence and information（エビデンスと情報の活用）、4) Working safety（安全に業務を遂行する）、5) Being ethical（医療倫理を遵守する）、6) Continuing learning（継続学習）、7) Specific issues（特別な課題）、である。

さらに細目として、1) 円滑なコミュニケーションでは、Involving patient and carers as partners in health care（患者と家族に対して、医療への主体的な参加を促す）、Communicating risk（患者にリスクを伝達する）、Communicating honestly with patient(open disclosure)（有害事象の発生後に真実の告知をする）、同意を得る（Obtaining consent）、文化を尊重し、理解する（Being culturally respectful and knowledgeable）、などが挙げられている。

2) 有害事象やニアミスと同定し、防止し、マネジメントする、では、有害事象やニアミスを認識して報告し、マネジメントする（Recognising, reporting and managing adverse events and near misses）、リスクをマネジメントする（Managing risk）、医療におけるエラーを理解する（Understanding health care errors）、苦情をマネジメントする（Managing complaints）、などが挙げられていた。

3) エビデンスと情報の活用では、

利用可能な最前の根拠に基づいた医療を行う (Employing best available evidence-based practice)、情報技術を活用して安全性を高める (Using information technology to enhance safety)、などが挙げられていた。

4) 安全に業務を遂行する、では、チームの一員としてリーダーシップも発揮する (Being team player and showing leadership)、ヒューマンファクターを理解する (Understanding human factors)、組織は複雑であることを理解する (Understanding complex organizations)、継続した医療を提供する (Providing continuity of care)、疲労やストレスをマネジメントする (Managing fatigue and stress)、などが挙げられていた。

5) 医療倫理を遵守する、では、適切な業務の実施を維持する (Maintaining fitness to work or practice)、プロフェッショナルとして倫理的にふるまう (Professional and ethical behaviour)、などが挙げられていた。

6) 継続学習では、現場では常に学習を怠らない (Being a workplace learner)、現場では教育も怠らない (Being a workplace teacher)、などが挙げられていた。

7) 特別な課題としては、誤った部位

誤った方法、誤った患者への治療を防止する (Preventing wrong site, wrong procedure and wrong patient treatment)、医薬品の安全管理

(Medicating safety)、などが挙げられていた。また、このようなコンピテンシーに基づいた医療安全教育について、検討した。

WHO-PSCG では、11 のトピックが挙げられ、その内容は、Topic 1: What is patient safety?、Topic 2: Why applying human factors is important for patient safety、Topic 3: Understanding systems and the effect of complexity on patient care、

Topic 4: Being an effective team player、Topic 5: Learning from errors to prevent harm、Topic 6: Understanding and managing clinical risk、Topic 7: Using quality-improvement methods to improve care、Topic 8: Engaging with patients and carers、Topic 9: Infection prevention and control、Topic 10: Patient safety and invasive procedures、Topic 11: Improving medication safety、であった。

これらに記載されている内容を参考にし、研究1年目の調査結果も鑑みて、さらに、2015年10月から開始された「医療事故調査制度」を含めた、我が国の医療安全管理体制についても考慮して、現時点における「医療安全教育に関する現状評価」をするための問題を作成するに至った。

### 【問題の内容】

以下の4つのカテゴリーに分けて問題を作成した。特に、今回は、医療安

全教育の内容として、基本的・基礎的な内容に絞って作成した。

4つのカテゴリーは、1)情報収集、情報伝達、情報共有、情報発信、2)現状評価、問題提起、3)医療安全推進のためのリーダーシップ、医療安全マネジメント、医療の質向上、4)実践的スキルの向上、のカテゴリーとした。

1)情報収集、情報伝達、情報共有、情報発信のカテゴリーでは、具体的には、ヒューマンエラー(Q22)、コミュニケーション(Q8)、個人情報保護(Q5, Q6)、医療安全管理体制整備(Q9, Q11)、医療安全対策加算(Q10, 16)、医療安全管理者の業務(Q17)、患者サポート体制充実加算(Q19)、医療対話推進者の業務(Q18)、注意義務・説明義務・債務不履行・不法行為・守秘義務(Q14, 15)、医療安全関連情報の収集と提供(医療安全情報：日本医療機能評価機構、医薬品医療機器総合機構)(Q12, 13)、医療事故発生時の記録(診療録、看護記録など)の整備(Q7)、医療事故調査制度(Q20, 21)、などとした。

2)現状評価・問題提起のカテゴリーでは、具体的には、説明と同意に関わるトラブル防止(インフォームドコンセント)、説明・同意文書(Q3, Q4)、患者同定(患者誤認)(Q26)、インシデントレポートの報告の推奨と現状(Q27, 28)、医療倫理(Q1, 2)、などとした。

3)医療安全推進のためのリーダーシップ、医療安全マネジメント、医療の質向上では、医療事故発生時の対

応支援(Q30)、とした。今回は基本的・基礎的な内容に特化したので、4)実践的スキルの向上、のカテゴリーからは作成しなかった。

問題の具体的な内容としては、Q1:患者の権利(リスボン宣言)、Q2:患者の自己決定権、Q3, 4:インフォームドコンセント、Q5, 6:個人情報保護、Q7:診療録、Q8:患者とのコミュニケーション(Open-ended question)、Q9:医療機関の規模・機能に応じた安全管理体制整備の取り組み、Q10:医療安全管理者の業務(安全文化の醸成)、Q11:医療安全管理体制の基準(入院基本料等の施設基準等)、Q12, 13:日本医療機能評価機構の医療事故やヒヤリ・ハット事例、Q14:守秘義務、Q15:過失の有無と注意義務違反、Q16:医療安全対策加算、Q17:医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針、Q18:医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針(医療対話推進者の業務)、Q19:患者サポート体制充実加算の施設基準、Q20, 21:医療事故調査制度、Q22:ヒューマンエラー防止対策、Q23:薬事法の劇薬表示、Q24:鍵をかけて保管しなければならない薬剤、Q25:インスリン製剤の単位、Q26:患者の誤認防止、Q27, 28:インシデントレポート、Q29:診療拒否、Q30:医療事故、であった。これらの内容の問題を合計30問、作成した。

問題は、対象医療機関に郵送配布し、施設管理者と医療安全管理者と相談

の上、部署リスクマネジャーに回答していただくことを依頼した。本問題の返信用封筒を同封し、郵送回収を実施した。調査実施時期は、平成 28 年 2 月とした。

#### (倫理面への配慮)

平成 26 年度の研究における調査票の内容は、研究対象者の保護、調査票を記載する個人に理解を求め了承を得る方法、調査票に記載する個人の人権保護と安全確保、個人・施設が特定できないこと、回収した資料の保存場所・期間・廃棄方法、匿名化の方法等に関して、研究代表者が所属する公益社団法人地域医療振興協会の倫理委員会で審査を受けた。本調査・研究に関しては、いずれの項目も倫理面での配慮が実施され、問題がないとして承認された。また、同じく利益相反委員会でも審査を受け、本研究全般について利益相反状態に該当しないとして承認された。平成 27 年度も前年度の継続の実施であり、同様の配慮を実施した。

### C. 研究結果

#### 【平成 26 年度の研究結果】

別紙のごとく調査票を作成した。予調査期間内に、医療安全対策加算 1 (495 施設)、加算 2 (443 施設) 取得の施設で、計 976 施設 (無回答、不明回答 38 含む) から回答あり、集計を実施した (回収率 28.1%)。

#### 1. 施設属性

##### 1) 施設の開設者

国立 32 (3.3%)、公立 171 (17.5%)、公的 92 (9.4%)、社会保険関係団体 9 (0.9%)、医療法人 471 (48.3%)、個人 20 (2.0%)、学校法人 31 (3.2%)、その他 141 (14.4%)、無回答 9 (0.9%)、であった。

##### 2) 病院の種別 (複数回答)

特定機能病院 50 (5.1%)、地域医療支援病院 250 (25.6%)、がん診療連携拠点病院 125 (12.8%)、その他 410 (42.0%) であった。

##### 3) 第三者評価の認定 (複数回答)

病院機能評価認定 496 (50.8%)、ISO9001 認証 39 (4.0%)、その他 102 (10.5%) であった。その他としては、ISO 14000・14001・15189、JCI、プライバシーマークなどが挙げられていた。

##### 4) 許可病床数

100 床以下 186 (19.1%)、101~200 床 308 (31.6%)、201~300 床 172 (17.6%)、301~400 床 110 (11.3%)、401~500 床 72 (7.4%)、501 床以上 229 (23.5%) 無回答・不明回答 38 (3.9%)、であった。

### 2. 医療安全教育の実施状況

職員を対象とした医療安全教育・研修の実施については、実施している 971 (99.5%)、実施していない 2 (0.2%)、無回答 3 (0.3%) であり、ほとんどの施設で医療安全教育・研修が実施していた。

実施している施設 (971 施設) において、年間の実施回数は、1 回 10 (1.0%)、2 回 549 (56.5%) 3 回 101 (10.4%)、4

回以上 296 (30.5%)、無回答 15 (1.5%) であり、2 回実施が約半数をしめていたが、3 回以上も約 4 割あった。

教育・研修への職員の平均参加率は、0～20% 73 (7.5%)、21～40% 152 (15.7%)、41～60% 163 (16.8%)、61～80% 180 (18.5%)、81～100% 213 (21.9%) であり、80%以上は約 2 割であった。

教育・研修における 1 回の所要時間は、45 分以内 198 (20.4%)、1 時間 598 (61.6%)、1 時間 30 分 104 (10.7%)、その他 11 (1.1%)、無回答 60 (6.2%) であり、1 時間が最も多かった。その他のなかでは、2 時間 5、1.25 時間 2、2.5 時間 1、3 時間 1 などが挙げられていた。

教育・研修の対象の全職員に、常勤職員以外に含まれる職員として、非常勤職員 865 (88.6%)、派遣職員 398 (40.8%)、外部委託職員 403 (41.3%)、その他 37 (3.8%) (複数回答) であり、非常勤職員を含めている施設が約 9 割あった。その他のなかでは、学生 (実習生)、関連病院の希望者、関連施設職員、薬局職員、などが挙げられ、「外部委託職員には案内をしているが参加は少ない」「非常勤職員や外部委託職員を含めたいが困難」「非常勤職員や外部委託職員は自由参加」などの意見も挙げられていた。

医療安全研修に、施設の管理者・病院長・副病院長・看護部長・事務部長などのトップマネジメントが参加するか否かについては、常に参加する (参加可能な日に実施を計画する) 395 (40.5%)、参加できないこともあ

る 545 (55.8%)、参加しない 20 (2.0%)、無回答 16 (1.6%) であり、約 4 割は、トップマネジメントが参加可能な日に実施を計画するとの回答であった。

医療安全研修の企画・運営の責任者は、医療安全管理者 893 (91.5%) と最多であり、医療安全教育担当者 85 (8.7%)、教育担当者 124 (12.7%)、部署リスクマネージャー 111 (11.4%)、医療対話推進者 7 (0.7%) であり (複数回答)、ほとんどが医療安全管理者であり、少数ながら、部署リスクマネージャーや医療対話推進者が責任者として担当している医療機関も認められた。その他では、医療安全管理部長、医療機器安全管理担当者、医薬品安全管理担当者、院長、安全管理担当副院長、看護部長、医師などの職種や、医療安全推進室のメンバー、その都度、医療安全管理対策委員の中から選出する、内容によって担当部署の部署長、ということも挙げられていた。また、医療安全部門、看護部、薬剤部、臨床工学部門、総務課、企画・広報部会などの部門や、院内研修委員会、教育研修委員会、医療安全管理委員会、医療安全対策委員会、クオリティマネジメント室、セーフティマネジメント委員会など、個人ではなく委員会なども挙げられていた。

医療安全研修を担当する講師は、院外講師 764 (78.3%)、院内講師 (76.9%) で、ほぼ同じであった (複数回答)。院内講師の職種としては、医師 92、看護師 72、医療安全管理者 70、薬剤師 56、看護師・医療安全管理者 40 など

が多く挙げられ、その他に、看護部長・副看護部長、看護師長、看護師主任、医師（院長、副院長）、臨床工学技士、薬剤師（薬局長、薬剤部長など）、診療放射線技師、理学療法士、臨床検査技師、作業療法士、事務部長、管理栄養士、など、医療機関内のさまざまな職種が挙げられていた。また、各部署、部門で医療安全管理を担当している部署リスクマネージャーも挙げられていた。

今後、医療安全研修で実施したいテーマとしては、医療安全の基礎知識 396 (40.6%)、ヒューマンエラー 463 (47.4%)、コミュニケーション 557 (57.1%)、個人情報保護 186 (19.1%)、苦情・クレーム対応 424 (43.4%)、患者誤認 266 (27.3%)、患者・家族相談対応 183 (18.8%)、説明と同意に関わるトラブル防止 313 (32.1%)、事故発生時の対応 384 (39.3%)、院内事故調査委員会 158 (16.2%)、RCA（根本原因分析法） 291 (29.8%)、インシデント・アクシデント報告事例の活用 526 (53.9%)、その他 84 (8.6%) であった（複数回答）。その他としては、チームステップス、KYT、5S、SBAR、ノンテクニカルスキル、コミュニケーション、コンフリクト・マネジメント、倫理関連、事例分析、接遇、医療機器・医薬品関連、院内暴言・暴力対応、診療録の記載、医療訴訟、転倒・転落防止、自殺防止対策、教育・指導方法、質の保証、法的責任、人間工学、失敗学、および医療安全のことなら何でも、などが挙げられていた。

現在、実施している医療安全教育方法は、講義 950 (97.3%)、DVD 等の視聴 478 (49.0%)、グループ討議 431 (44.2%)、演習 333 (34.1%)、シミュレーション 215 (22.0%)、eラーニング 24 (2.5%) で、講義が最も多かったが、DVD 視聴やグループ討議も比較的多くの施設で実施されていた（複数回答）。その他としては、オンデマンド視聴、ロールプレイ、ポスター展示、シンポジウム、業務改善報告会、ヒヤリハット劇場、医療安全ニュースで再発防止策を周知、宿泊研修、などが挙げられていた。

研修評価の実施の有無については、実施している 779 (79.8%)、実施していない 192 (19.7%)、無回答 5 (0.5%) であり、約 8 割の施設で評価が実施されていた。

実施している評価方法は、終了直後のアンケート調査が 745 (96.6%) と最も多く、フォローアップアンケート 51 (6.5%)、第三者評価 9 (1.2%)、筆記試験 58 (7.4%)、実技試験 14 (1.8%)、その他 32 (4.1%) であり、施設数は多くはないが、さまざまな評価が実施されていた（複数回答）。その他としては、レポート提出、インシデント集計結果の対比、DVD 視聴報告書、グループワーク発表と感想、医療安全ラウンドとリンクして評価、医療安全委員会での評価、演者・教育担当者を含めてミーティングを実施して評価、各部署業務会議で検討、教育訓練表にレビューを記入、研修後にグループ毎に反省会をして発表する、などが挙げられて

いた。また、研修の欠席者への対応として、欠席者に資料とアンケートを渡して調査する、欠席者にはレポート提出で評価する、などが挙げられていた。

全職員を対象とした医療安全教育・研修の実施における課題としては、職員の関心が低い 279 (28.6%)、職種による参加率の差がある 647 (66.3%)、企画担当者の負担が多い 353 (36.2%)、企画のマンネリ化 241 (24.7%)、参加型研修の企画が困難 300 (30.7%)、具体的事例を活用した企画が困難 133 (13.6%)、職種横断的な内容の企画が困難 360 (36.9%)、全職員が関心のもてるテーマの選定が難しい 618 (63.3%)、院内講師の選定が難しい 258 (26.4%)、評価が難しい 240 (24.6%)、時間の確保が困難 288 (29.5%)、全職員対象の会場確保が困難 242 (24.8%)、予算の確保が困難 167 (17.1%)、その他 24 (2.5%) であった (複数回答)。

その他として、医師の参加が悪い、パート職員の参加率を上げることが難しい、医療安全管理者が企画の段階から参加する体制ではない、欠席者への対応が難しい、時間外の実施における手当等の問題、実施場所の確保が困難、全職員が参加可能な時間の確保が困難、卒後経験年数や在職年数を考慮して研修を企画することが困難、委託業者への研修参加の呼びかけが困難、トップマネジメントの関心の薄さ、などが挙げられていた。60%以上だったのが、職種による参加率の差、および全職員が関心のもてるテーマの選定が難しい、であり、研修実施方法や教

育内容に関する課題が多く指摘されていた。

### 3. 医療安全管理体制

申請している医療安全対策加算は、加算 1 が 495 (50.7%)、加算 2 が 443 (45.4%)、無回答・不明回答 38 (3.9%) であった。担当者の職種は、看護師、医師、など、さまざまな職種が実施していた。

加算 1 の施設において、配置されている専従の医療安全管理者の数は、1 名 447 (90.3%)、2 名 41 (8.3%)、3 名 5 (1.0%)、4 名 2 (0.4%) であり、約 9 割が 1 名であったが、3~4 名の配置がある施設も少数ながら認められた。職種は複数の記載のなかで、看護職 493 と最も多く、次に薬剤師 22、医師 8、臨床検査技師 7、事務職員 7、診療放射線技師 5、助産師 2、臨床工学技士 2 などが挙げられていた。

加算 2 の施設において、配置されている専任の医療安全管理者の数は、1 名 352 (79.5%)、2 名 57 (12.9%)、3 名 22 (5.0%)、4 名 4 (0.9%)、5 名以上 8 (1.8%)、であり、約 8 割が 1 名であったが、5 名以上配置されている施設もあり、2 名以上の複数配置の施設が、約 20% であった。職種は、看護師 395、薬剤師 48、医師 38 などが挙げられ、臨床検査技師や臨床工学技士なども挙げられていた。

医療安全管理者の任期は、ない 848 (90.4%)、ある 61 (6.5%)、無回答 29 (3.1%) で、約 9 割の施設では任期がなかった。任期があると回答した施設

における任期の年数は、1年 11 (18.0%)、2年 23 (37.3%)、3年 15 (24.6%)、4年以上 9 (14.8%)、無回答 3 (4.9%)であった。

現在、従事している医療安全管理者の従事年数は、1～2年 365 (38.9%)、3～4年 283 (30.2%)、5～6年 103 (11.0%)、7～8年 54 (5.8%)、9～10年 22 (2.3%)、11年以上 18 (1.9%)、無回答 93 (9.9%)、であり、4年以内が約70%であり、施設数は少ないが11年以上従事している医療安全管理者も配置されていることがわかった。

医療安全管理の業務のなかで、最も困難（負担）と思われる業務として、医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針に挙げられている業務について質問した結果、安全管理体制の構築 306 (31.4%)、医療安全に関する職員への教育・研修の実施 434 (44.5%)、医療事故を防止するための情報収集、分析、対策立案、フィードバック、評価 613 (62.8%)、医療事故への対応 327 (33.5%)、安全文化の醸成 526 (53.9%)であった。

報告されたインシデント・アクシデント事例の分析については、実施している 891 (91.3%)、実施していない 69 (7.1%)、無回答 16 (1.6%)であった。

実施している施設において、1か月における実施事例数は、1～5例 547 (61.4%)、6～10例 83 (9.3%)、11～20例 57 (6.4%)、21～30例 18 (2.0%)、31～40例 16 (1.8%)、41～50例 20 (2.2%)、51例以上 37 (4.2%)、無回

答 113 (12.7%) であり、1～5例が約6割であったが、51例以上実施している施設もあることがわかった。

医療安全対策加算の施設基準のなかに示されている「カンファレンスの実施」において、その実施回数は、月1回程度 179 (18.3%)、月2回程度 72 (7.4%)、月3回程度 48 (4.9%)、週1回程度 612 (62.7%)、週2回程度 14 (1.4%)、週3回程度 5 (0.5%)、その他 14 (1.4%)、無回答 25 (2.6%)で、その他としては、ほぼ毎日6、各部署で週1回～月1回、最低月1回実施して事故があればその都度実施、定期的ではないが月4回、病棟では週1回、などが挙げられていた。週1回が最も多く、少数ながら週3回実施している施設も認めた。

#### 【医療安全管理者の配置の効果】

医療安全管理者が配置され、その配置の効果について、「大変そう思う」「少しそう思う」「どちらともいえない」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」の5段階回答のうちひとつを選択する質問を実施した。

医療安全対策の責任体制の明確化については、大変そう思う 493 (50.5%)、少しそう思う 317 (32.5%)、どちらとも言えない 116 (11.9%)、あまりそう思わない 32 (3.3%)、全くそう思わない 3 (0.3%)、無回答 15 (1.5%)であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で83.0%であった。

医療安全に関する情報の一元集約については、大変そう思う 557 (57.1%)、



少しそう思う 321 (32.9%)、どちらともいえない 72 (7.4%)、あまりそう思わない 15 (1.5%)、全くそう思わない 1 (0.1%)、無回答 10 (1.0%) であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で 90.0%であった。

スムーズな各部門間の連携・調整(平時)に関しては、大変そう思う 366 (37.5%)、少しそう思う 420 (43.0%)、どちらともいえない 137 (14.0%)、あまりそう思わない 36 (3.7%)、全くそう思わない 1 (0.1%)、無回答 16 (1.6%) であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で 80.5%であった。

スムーズな各部門間の連携・調整(事故発生時)については、大変そう思う 437 (44.8%)、少しそう思う 372 (38.1%)、どちらともいえない 122 (12.5%)、あまりそう思わない 24 (2.5%)、全くそう思わない 6 (0.6%)、無回答 15 (1.5%) であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で 82.9%であった。

患者等の相談への適切な対応については、大変そう思う 222 (22.7%)、少しそう思う 369 (37.8%)、どちらともいえない 281 (28.8%)、あまりそう思わない 70 (7.2%)、全くそう思わない 19 (1.9%)、無回答 15 (1.5%) であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で 60.5%であった。

インシデント・医療事故に対する職員全体の意識向上については、大変そう思う 300 (30.7%)、少しそう思う 474 (48.6%)、どちらともいえない 144 (14.8%)、あまりそう思わない 46 (4.7%)、全くそう思わない 5 (0.5%)、

無回答 7 (0.7%) であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で 79.3%であった。

看護職員以外からのインシデント・医療事故報告の実施については、大変そう思う 314 (32.2%)、少しそう思う 424 (43.4%)、どちらともいえない 147 (15.1%)、あまりそう思わない 75 (7.7%)、全くそう思わない 7 (0.7%)、無回答 9 (0.9%) であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で 75.6%であった。

医療事故の原因分析の実施については、大変そう思う 343 (35.1%)、少しそう思う 447 (45.8%)、どちらともいえない 117 (12.0%)、あまりそう思わない 50 (5.1%)、全くそう思わない 4 (0.4%)、無回答 15 (1.5%) であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で 80.9%であった。

職員、各部門からの相談への適切な対応については、大変そう思う 289 (29.6%)、少しそう思う 440 (45.1%)、どちらともいえない 176 (18.0%)、あまりそう思わない 47 (4.8%)、全くそう思わない 3 (0.3%)、無回答 21 (2.2%) であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で 74.7%であった。

インシデント・医療事故発生時の職員への精神的ケア等の実施については、大変そう思う 191 (19.6%)、少しそう思う 328 (33.6%)、どちらともいえない 323 (33.1%)、あまりそう思わない 95 (9.7%)、全くそう思わない 22 (2.3%)、無回答 17 (1.7%) であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で 53.6%であった。

患者や家族からの医療安全に関する

る苦情の減少については、大変そう思う 121 (12.4%)、少しそう思う 213 (21.8%)、どちらともいえない 462 (47.3%)、あまりそう思わない 127 (13.0%)、全くそう思わない 42 (4.3%)、無回答 11 (1.1%) であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で 34.2%であった。

医療安全管理体制整備に関わる課題（自由記載）としては、「インシデント報告に対する報告者へのフィードバック不足」「システムエラーの改善が難しい」「医師の協力を得ることが難しい」「医師のインシデントレポートが少ない」「電子カルテ導入に伴うマニュアルの整備」「医療安全に関する職種間の温度差」「小規模病院では専従の医師、看護師の配置は困難」「安全に関する管理がマンネリ化している」「職員の安全意識の高揚に苦慮している」「組織上層部が安全を意識して欲しい」「組織としての体制構築が困難」「インシデント・アクシデントの情報の共有、フィードバック」「医療安全管理者の権限が不明確」「医療安全管理者の業務が不明確」「医療安全管理者の業務多忙で、組織全体の安全文化醸成の活動ができていない」「委託職員のインシデントが増加している」「事故防止の対策立案はしても、改善の評価が適切にできていない」などが挙げられていた。

その他の意見としては、「500床以上の病院であると報告件数も多く、その処理や対応だけでも大変な労力が必要である。院内全体をみて、管理する

ことが必要」「インシデント・アクシデントの報告書の集約はスムーズにできる」「本年度より活動しているため、改善に時間がかかっている」「医療安全管理者にメディエーター的役割を期待することが多い」などが挙げられていた。

#### 4. 医療対話推進の体制

患者サポート体制充実加算の申請に関しては、申請している 566 (58.0%)、申請していない 349 (35.8%)、無回答 61 (6.3%) であり、約 6 割の施設が申請していた。職種は複数記載で、看護職 435、医師 57、事務職 132、社会福祉士 201、医療ソーシャルワーカー (MSW) 179、精神保健福祉士 38、薬剤師 24、の他、少数ながら、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、臨床工学技士、臨床心理士、介護支援専門員、相談員、保安員、メディエーター、などが挙げられていた。医療安全管理担当者 14 も挙げられていた。

患者サポート体制充実加算を申請している 566 施設において、医療対話推進者の任期については、ある 5 (0.9%)、ない 521 (92.0%)、無回答 40 (7.1%) であった。

医療対話推進者任期があると回答した 5 施設では、任期 1 年 2 (40.0%)、2 年 1 (20%)、3 年 0 (0.0%)、4 年以上 1 (20.0%)、無回答 1 (20.0%) であった。

医療対話推進者の業務のなかで、最も困難（負担）と思われる業務については、患者・家族支援体制の構築 156

(27.6%)、患者・家族支援体制に関する職員への教育・研修の実施 224

(39.6%)、患者・家族への一次対応としての業務 145 (25.6%)、患者・家族からの相談事例の収集、分析、対策立案、フィードバック、評価 234(41.3%)、医療事故や医療事故を疑った患者・家族からの申し出に関して対応すること 276 (48.8%)、説明と対話の文化の醸成 208(36.7%)であった(複数回答)。

加算の施設基準に週1回程度と示されているカンファレンスの実施回数については、月1回程度 67 (11.8%)、月2回程度 35 (6.2%)、月3回程度 17 (3.0%)、週1回程度 378 (66.8%)、週2回程度 3(0.5%)、週3回程度 10(1.8%)、その他 17 (3.0%)、無回答 26 (4.6%)であった。その他としては、随時、毎日(週6日)、週9回などが挙げられていた。週1回程度が最も多かったが、少数ながら週2~3回程度開催している施設も2.3%あった。

#### 【医療対話推進者の配置の効果】

医療対話推進者が配置され、その配置の効果について、「大変そう思う」「少しそう思う」「どちらともいえない」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」の5段階回答のうちひとつを選択する質問を実施した。

患者・家族支援体制における責任の明確化については、大変そう思う 166 (29.3%)、少しそう思う 201(35.5%)、どちらともいえない 122 (21.6%)、あまりそう思わない 32 (5.7%)、全くそう思わない 9(1.6%)、無回答 36 (6.4%)

であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で64.8%であった。

患者・家族相談支援に関する情報の一元集約については、大変そう思う 177(31.3%)、少しそう思う 215(38.0%)、どちらともいえない 103 (18.2%)、あまりそう思わない 27 (4.8%)、全くそう思わない10(1.8%)、無回答 34(6.0%)であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で69.3%であった。

スムーズな各部門間の連携・調整(平時)については、大変そう思う 164 (29.0%)、少しそう思う 228(40.3%)、どちらともいえない 115 (20.3%)、あまりそう思わない 18 (3.2%)、全くそう思わない 4(0.7%)、無回答 37 (6.5%)であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で69.3%であった。

スムーズな各部門間の連携・調整(相談等の発生時)については、大変そう思う 199 (35.2%)、少しそう思う 40.3%、どちらともいえない 85(15.0%)、あまりそう思わない 16 (2.8%)、全くそう思わない 4 (0.7%)、無回答 34 (6.0%)であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で75.5%であった。

患者・家族からの相談への適切な対応については、大変そう思う 213 (37.6%)、少しそう思う 238(42.0%)、どちらともいえない 74 (13.1%)、あまりそうおもわない 7 (1.2%)、全くそう思わない 2 (0.4%)、無回答 32 (5.7%)であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で79.6%であった。

患者・家族との対話推進に関する職員全体の意識向上については、大変そ

う思う 86 (15.2%)、少しそう思う 156 (27.6%)、どちらともいえない 199 (35.2%)、あまりそう思わない 77 (13.6%)、全くそう思わない 14 (2.5%)、無回答 34 (6.0%) であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で 42.8%であった。

患者・家族からの相談等に関する報告の実施に関しては、大変そう思う 162 (28.6%)、少しそう思う 253 (44.7%)、どちらともいえない 94 (16.6%)、あまりそう思わない 21 (3.7%)、全くそう思わない 1 (0.2%)、無回答 35 (6.2%) であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で 73.3%であった。

苦情・クレーム事例の原因分析の実施については、大変そう思う 101 (17.8%)、少しそう思う 206 (36.4%)、どちらともいえない 164 (29.0%)、あまりそう思わない 47 (8.3%)、全くそう思わない 12 (2.1%)、無回答 36 (6.4%) であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で 54.2%であった。

職員、各部門からの相談への適切な対応については、大変そう思う 139 (24.6%)、少しそう思う 213 (37.6%)、どちらともいえない 137 (24.2%)、あまりそう思わない 28 (4.9%)、全くそう思わない 9 (1.6%)、無回答 40 (7.1%) であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で 62.2%であった。

苦情・クレーム事例発生時の職員への精神的ケア等の実施については、大変そう思う 89 (15.7%)、少しそう思う 127 (22.4%)、どちらともいえない 198 (35.0%)、あまりそう思わない 90

(15.9%)、全くそう思わない 25 (4.4%)、無回答 37 (6.5%) であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で 38.1%であった。

患者・家族からの苦情の減少については、大変そう思う 75 (13.3%)、少しそう思う 110 (19.4%)、どちらともいえない 232 (41.0%)、あまりそう思わない 77 (13.6%)、全くそう思わない 27 (4.8%)、無回答 45 (8.0%) であり、「大変そう思う」「少しそう思う」で 32.7%であった。

患者・家族支援体制の整備における課題（自由記載）としては、「研修を受けて、患者・家族支援ができる人材を増やしたい」「退院時にアンケート調査を実施しているが、十分な対応ができていない」「業務経験が浅く、内容によっては他部署に依頼することがある」「患者・家族支援や苦情の内容が多岐にわたり、対応窓口の担当者の選任が難しい」「患者・家族の訴えの形態が多様」などが挙げられていた。

## 5. 医療安全管理業務と患者・家族支援業務の有機的連動について

「医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針」において、指針の位置づけについて、「医療安全管理業務と患者・家族支援業務を、各医療機関の規模や機能に応じて有機的に連動させる」と記載されている。そこで、本研究でも、双方の有機的連動が図られているか否かについて、「十分できている」「少しできている」「どちらともいえない」「あま