

28. ・専従、専任など、医師の医療安全管理者が在籍している場合、その医師は医療安全に積極的だと思いますか？

1つだけマークしてください。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
不十分	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	十分

29. ・医師の医療安全管理者は必要だと思いますか？

1つだけマークしてください。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
不要	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	必要

30. ・GRMの業務の中で、あなたの職種が関わることでより充実すると思われる業務を挙げてください。

.....

31. ・GRMの業務の中で、医師以外の職種で医療安全管理部門に加わってほしいと思う職種があれば挙げてください。

.....

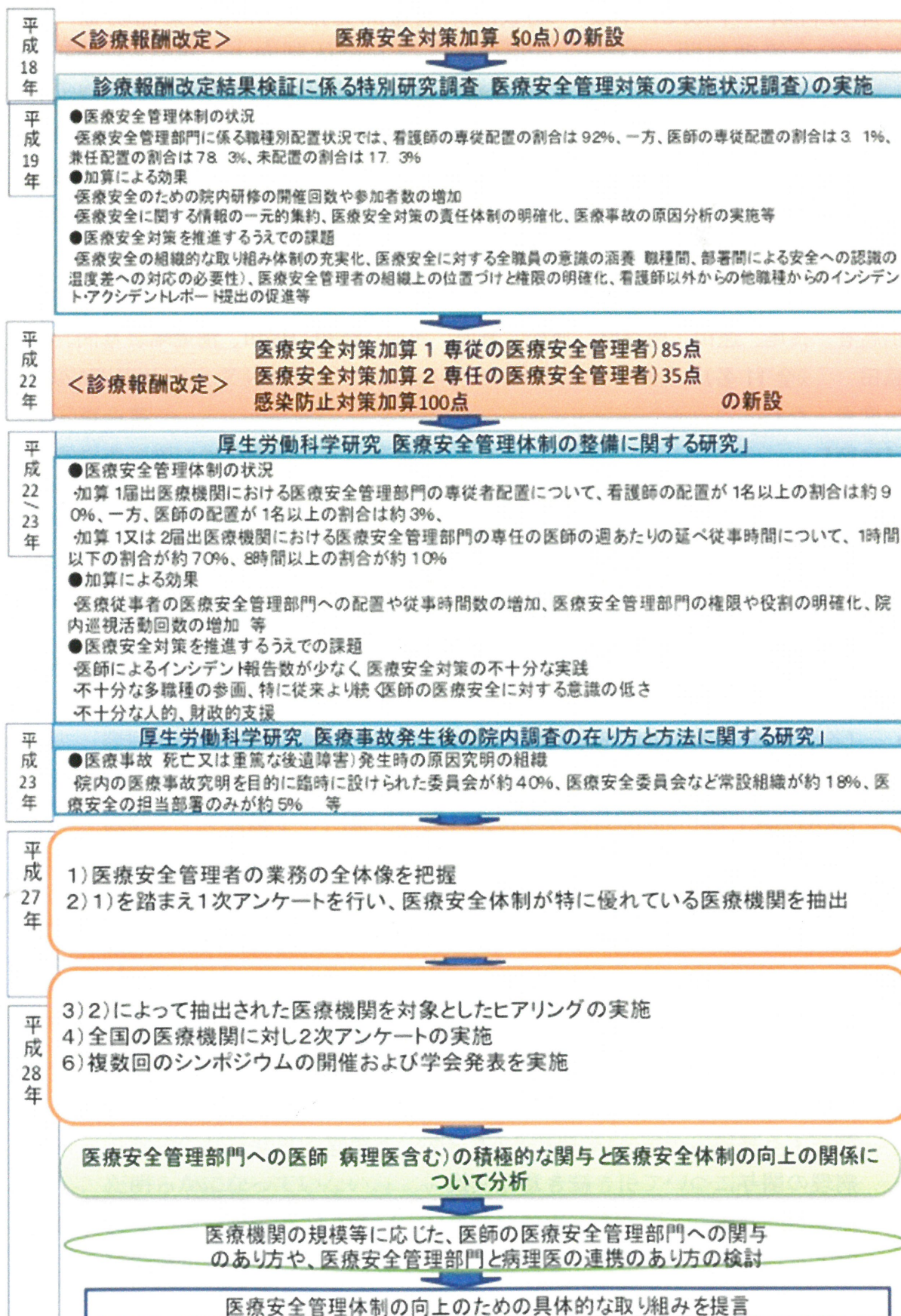
32. ・本調査に参加しての感想やその他のお考えを自由にご記入ください。

.....

**質問は以上です。ありがとうございました。**

---

# 【これまでの研究の流れ図】



厚労科研 平成 27 年度 地域医療基盤開発推進研究事業補助金  
医療安全管理部門への医師の関与と医療安全体制向上に関する研究  
第 1 回会議 議事録

記録者：脇田  
(以下、敬称略)

【開催概要】

日時：平成27年6月21日（日）15時00分～18時00分

場所：名古屋大学東京オフィス 三菱ビル 11 階

出席者：長尾、遠山、南須原、浦松、兼児、西原、細川、福田、海老名、草間、  
脇田（全 11 名）

欠席者：なし

【議題】

- 医療安全部門へ医師の関与することで得られるものは何か。
- 医師の関与によるメリットをいかに客観的に測るか。
- 病理医と医療安全の連携について。

【決定事項】

- 次回会議は 7 月 19 日(日)16 時 00 分～18 時 00 分 の予定とする。

【第 2 回開催までのタスク】

- (各研究員) 資料④⑥⑦⑧(下記)の送付
- (南須原研究員) 協議会のデータ の用意
- (長尾班長、脇田) 医師 GRM の 業務流れ図 の作成
- (脇田) 議事録 の作成

【第 2 回について】

日時：7 月 19 日(日)16 時 00 分～18 時 00 分

場所：名古屋大学東京オフィス 三菱ビル 11 階

【今後の課題】

- 医師 GRM の 業務流れ図 の確認
- 協議会のデータ の共有
- 測定する事項 の決定。(必要なら) アンケート作成
- 病理の関与 について引き続き意見交換
- 医師が関わることによる 二次的な効果 についても探る。
- 2 月に 1 回程度は会議を開催する。

### 【配布資料】

- ①厚生労働科学研究費補助金交付申請書
- ②『明日の医療の質向上をリードする医師養成プログラム』アンケート単純集計
- ③厚労科研 医療安全管理部門への医師の関与と医療安全体制向上に関する研究 日程調整表（前回回収分 結果）
- ④厚労科研 医療安全管理部門への医師の関与と医療安全体制向上に関する研究 日程調整表（8月以降分）
- ⑤ASUISHI リーフレット
- ⑥復命書
- ⑦派遣依頼に対する所属長承諾書
- ⑧返信用封筒

### 【会議の流れ】

1. 配布資料の説明
  - 資料①～⑤について説明を行った。
2. 参加者自己紹介
3. 今回の研究のコンセプトの確認
  - 「本研究では病院長、学会長レベルではなく医療安全の実務をやってきた医師の中で会議をし、我々(医師として医療安全に関わっている人)の存在価値について示して、その存在意義を客観的にアピールするためのアプローチやデータについての議論に繋げたい。」
4. 第1回会議の目的の確認
  - 「フリートークにより上記コンセプトに対しての意見を聴取するのが目的である。」
5. 研究の概要、研究の流れ図についての確認
  - 資料①をもとに説明を行った。
  - 「割合の測定は可能だが、どのような機序で医師GRMが機能しているかはまだ明らかになっていない。」
6. 実務の中で医師として関わってきたことへの評価とその測定方法について各研究員から上記議題に関して発言があった。

- (名古屋大学のデータより)医師GRMが就任して報告件数が伸びたが、医師GRMの転勤後、重大事故対応不備が起き、報告件数に陰りがみられた。その後多職種で構成される講座が開設され、報告件数は持ち直した。講座開設後、重大事故の件数も減っているようである。

医師の関与により、報告数(特に医師からの報告数)や重大事故によい影響がある可能性が示唆される。この他にも測りがたい何かがあるように思う。
- 医療安全のPDCAのイメージ図のうち、医師のGRMは特に事故直後の報告、組織横断的治療、医療事故調査会、説明、謝罪、賠償の点で主体的に関わってきたように思う。
- 定量的に測定可能なものと定量的には測れないものがあるが、今回の研究では定量化が難しいものについて、形にできると良いと思う。
- 医療安全に関わる医師、看護師が奇特だとかハズレくじだとか言われる土壌をなくさないといけない。
- 医師として医療安全に関わって、「助かった」とは言われるが定量化はできていない。
- 就任以降訴訟がゼロであること、相談回数が増えていること、検討会が活性化していることは言えると思う。
- PDCAサイクルの「事故直後の報告、組織横断的治療、医療事故調査会、説明、謝罪、賠償」についてはスムーズにいつていると思うし、周りもそう言っている。
- レポートの数は指標にはなるが限界があると思っている。
- レポートの件数は、過少報告の問題はあるが、安全文化の醸成の指標にはなると思う。
- 訴訟の数は患者側のファクターもあり、示しにくいかもしれない。
- 相談回数、MMカンファレンスの数は示すことができるかもしれない。
- 医療安全に医師が関わる機序を明らかにするためには対策実施群と対策未実施群の比較が有用ではないか。
- 専従医師が設置されたばかりの病院もあるので医師GRM設置前後の測定は可能かもしれない。
- ①医師にしか対応できない専門性の高い事例に対応すること、②組織横断的なコーディネートをすること、は医師GRMの特徴といえるのではないか。

医療事故が起きた際、すぐに組織横断的なコーディネートができるのは医療安全専任でない医師には難しい役割だと思う。

- 医療安全は漠然とした概念であり、数としては表しにくい。
- 当院では事例検討会、M&Mカンファレンス、診療科・担当部署での書面での検討の3段階に分けて対応している。
- 就任以降、担当弁護士にも訴訟が少ない病院だと言われている。
- 出口である訴訟よりもむしろ、入口の報告や検討に力を入れている。
- 医師GRMの役割には平時のものと有事のものがあると思う。
- 平時は①医師独自の視点でレポートをチェックする、②巡視時に普段ナースが思っていることを安全管理部の立場から伝える、③医師に対してレポートを出すよう提案する、という役割を果たしている。
- 有事は①迅速に対応する、②M&Mカンファレンスに貢献する、の2点に加え、③M&Mカンファレンスで立てた目標がその後達成されているかをチェックする役割を果たす、ということができていると思う。
- レポートの役割には①再発防止につなげる、②重大有害事例の抽出、③行動規範と安全文化の醸成、の3つがあると思う。
- このうち①に関しては医師からの報告でなくても可能であるが、②に関しては医師からの報告が必要であると思う。医師からの報告の意義は①ではなく②であることは確認しておきたい事項である。

以上の発言をもとにまとめ図の作成が試みられた。

- 有事
  - ・ 権限、リーダーシップ、迅速性
  - ・ コンフリクト(訴訟数、クレーム)
- 平時
  - ・ 報告(レポートの活性化、トリアージ、ドクターへの指導)
  - ・ 医学的介入(コンサルト、検討会、M&Mカンファレンス、事故調査)
- 有事 > 平時  
重大 > 軽微  
対医師 > 対他の職種  
にわけることができるのではないか。
- 平時への介入として、質管理の視点も入れるべきではないか。

- 多くの安全管理部が通常行っている業務を**時系列で表す**。平時と有事いずれにも医師が関わる重要な部分があると思うので、関わり方を横軸として付きあわせてみて、その中から**測定可能なものを探す**。

以上の点を踏まえ、次回会議までに業務の流れ図とそこに介入する**医師GRMの仕事についての図を作成する**。(担当者：長尾先生、脇田)

## 7. 病理医と医療安全の連携について

各研究員から上記議題に関して発言があった。

- 病理医は平時から診療現場に関わっておくことが重要である。
- 平時の取り組みが有事に生きてくる。
- 当院では安全管理部が介入した病理解剖と普段の病理解剖にわけて対応してもらっている。
- 医師GRMがいることによって拡大型のCPCが増える可能性はあると思う。
- 病理医は診療している医師との信頼関係があればアドバイスしやすくなる。
- 診断にタッチしていない病理医が発言するのは難しい場合もある。
- 医療安全は怖いイメージだったが、南須原先生が来られてから、相談がしやすくなった。医療安全は医師の敵ではないというスタンスが大事である。
- 医師GRMを置いても信頼されていなければ意味がない。医師GRMが有効に作用するためのコンピテンシーもあるのではないかと思う。
- 病理や検査に精通している人は医療安全に適任かもしれない。
- ワングレード高い解剖のためには人的なサポートが必要だと思う。  
現在のままでは夜間でも対応できる体制づくりが難しい。
- 事故が疑われる解剖の場合には業務も増えるし迅速性も求められる。
- 三重はモデル事業ではないので客観性を担保するため、県内の複数の施設の先生に立ち会ってもらっている。
- 医師GRM配置においては国民から「**医療事故を隠す専門家を配置するための制度**」と**感じられることがないよう配慮が必要**だと思う。
- 診療報酬ということになると、お金を払っている国民のためになるかどうか**重要**になってくる。
- 訴訟数が少ないのは安全文化の指標とも言えると思うが、一方で、病院のメリットに見えてしまう可能性もあるのではないかと思う。
- **国民がメリットを感じられるようなものにする**必要がある。
- 医師が関わることによって**第三者性が増すことをアピールすべき**である。

- 医師が病理医とコンタクトすることによって、病理解剖につながる事例を増やすことができるかもしれない。
- 病理解剖の結果、どんなことが明らかになるのかも重要な視点である。
- 医師が過失の可能性を心配して解剖してみて、実は問題がなかったケースもある。現在は医療安全に報告する体制はできていないが、今後そういった制度を作ってもいいかもしれない。
- 院内解剖では問題なかったものを公的な解剖で再度検証したところ、手技上の問題が明らかになった事例もある。  
病理解剖や公的解剖で明らかになる事故もあるのではないかと思う。
- 測定するかどうかは置いておくとしても、具体例がどれくらいあるかは把握しておくと良いと思う。
- 肉眼的に見てわかるものであればいいが、ミクロにみなければならぬものは大変で、解剖が半年後になってしまうこともある。  
解剖報告のスピードが課題である。
- マクロでわからずミクロでわかる場合は多くはないが、マクロで想定したことをミクロで確認している部分はある。
- ミクロの解剖を試みたら疑っていた病態と全く違った病態だとわかった場合もあった。AIでわからなくても解剖で明らかになる場合もあった。
- 当院では1ヶ月以内に(レポートは難しいにしても)所見などについてAI検討会にて報告いただいている。
- このような体制になっているのは前の病院長のおかげでもある。
- 医師が関わることによって得られるベストプラクティスを示すのも良い。
- カンファレンスの開催という意味では医師の関与は重要である。
- 医療安全に病理医が専属でいたらもっと早く対応できると思う。解剖の遅さは人的要因が大きいと思う。
- 病理解剖をした後、法医解剖にいく場合も経験したことがある。そのようなことがあると病理医への信頼が厚くなるのではないか。

## 8. その他の議論

下記のような点も議論された。

### ①病院へのメリット

- 現行の診療報酬点数では専従医師をまかなうことはできず、インセンティブには不足している。病院へのメリットをどう示すかも重要である。



- 訴訟が減る、風通しがよくなる等のメリットがあると思う。
- 医師GRMがいる病院といない病院でスタッフの意識調査をするのもよいかもしれない。

#### ②病院機能に応じた医療安全管理者のキャリアパス

- 専従医師ということになると、外勤が許されない病院では外科医は手術ができなくなってしまう。
- 専従だけでなく、日替わり体制も検討してもいいかもしれない。
- 中規模病院にとっては日替わりが現実的のような気がする。
- 専任、専従医師の医療安全への関与の割合や算定の基準をかえるだけでも効果はあるかもしれない。
- どうしても専従や専任を増やしたいとなると特定機能病院の要件に加えるという発想も考えられるが、現在のところ厚労省側としては無理に要件にするつもりはない。

#### ③感染制御と医療安全の違いについて

- 感染分野は学問であり、もともと関心の高い医師も多い。医療安全は考え方自体を変えなければならない気がして大変なのではないか。
- 感染制御には医師免許が必要だが、安全管理は医師免許がなくてもできる。
- 講習の時間も感染制御の方が長い。

#### ④医師が関わることのベストプラクティス例

- 平時の診療録チェックを行っている。  
現状は「よい診療録」に対する加算はないがカルテ記載に対して診療情報管理士の配置に対しての加算はある。
- この他にもベストプラクティスがあればゲストとして参加していただいてプレゼンテーションしてもらいたい。

#### ⑤これから医療安全に関わる人へメリットを提示する

- 医療安全に関わったことのある人が関わったことのない人に比べて豊かな医師生活を送りやすいということを示してもらいたい。
- ずっと医療安全に関わる人の他にも、医療安全という分野を通り抜けていく人にとってもメリットを感じられるものにしていきたい。
- コミュニケーション能力の向上、コンフリクトに対してのマネジメント能力など、一般の医師としても重要なスキルが身につくのではないかと思う。
- 医療安全に関わる人が増えることによる二次的なメリットも重要である。

厚労科研 平成 27 年度 地域医療基盤開発推進研究事業補助金  
医療安全管理部門への医師の関与と医療安全体制向上に関する研究  
第 2 回会議 議事録

記録者：脇田

【開催概要】

日時：平成27年7月19日（日）16時00分～18時00分

場所：名古屋大学東京オフィス 三菱ビル 11 階

出席者：長尾、遠山、南須原、浦松、兼児、西原、細川、福田、海老名、草間  
(敬称略)、脇田 (全 11 名)

欠席者：なし

【議題】

1. 前回議事録の確認
2. 国立大学附属病院における医師 GRM の現況と意識（南須原論文）について
3. 医療安全活動のループ（長尾・脇田作成）について
4. 福田研究員による研究案について
5. その他

【次回以降の日程】

- 第 3 回 9 月 20 日(日)16 時～18 時
- 第 4 回 12 月 20 日(日)午後

【第 3 回までのタスク】

- ・ (長尾班長、福田研究員)研究の具体的なアイデアをつめる
- ・ (脇田)議事録作成

【次回議題(予定)】

- ・ 研究に必要なアンケートの聴取項目について

### 【第1回 会議概要】

- 医療安全部門へ医師が関与することで得られるものは何か
- 医師の関与によるメリットをいかに客観的に測るか
- 病理医と医療安全の連携について

以上3点について、ブレインストーミングを行った。

### 【第2回 配布資料】

- ① 第1回会議議事録
- ② 国立大学附属病院における医師 GRM の現況と意識-アンケート調査の結果から-
- ③ 医療安全活動のループ
- ④ 研究案①/②/参考

### 【第2回 会議の流れ】

#### 1. 前回議事録の確認

資料①に基づいて前回出た提案型の意見の確認がされた。

#### 2. 国立大学附属病院における医師 GRM の現況と意識 (南須原論文) について

南須原研究員から資料②に基づいて説明があった。

参加者からは以下の意見があった。

- 医師GRMが必要だと思ふ理由として①医師の有害事象の評価は医師でなくてはできない②医師へのアプローチは医師でないと難しい③重大事故をおこすのは医師であるからとあるのは共感できる。
- 医師GRMがない国立大学病院はまだ多少あるが、肩身が狭くなってきている。医療安全協議会など、集まったり発表したりする機会がある。
- 私立大学病院での実態調査はまだない。私立大学病院は40弱あるが、医師GRMはまだあまり聞かない。兼任が少数いるくらいではないだろうか。
- 海外の医療安全に関して、インセンティブやキャリアについて知りたいが、詳しい人があまりいない。池田俊也先生(国際医療福祉大学)か、相馬孝博先生、李啓充先生(福島の臨床研修医)は詳しいかもしれない。今後は詳しい方をお招きすると良いかもしれない。
- 医療安全が専門の看護師はいらないという流れになっているわけではない。むしろ医師と一緒に働きたいと思っている。

- ・ 看護師GRMは病院長直轄でありながらも、人事は看護部長が握っている。事務についても同様で、人事は事務長が握っている。安全管理部は人を選ぶことができない状況にある。

以上の意見を踏まえ、以下の提案がなされた。

- ・ 私立大学病院についても調査が必要である。  
→再度アンケート調査が必要か。病院群を変えて調べることを検討する。
- ・ 海外の動向について説明していただける方を探す。
- ・ 看護サイドからも医師の配置に対してのニーズがあるかどうか調べる。
- ・ 人事のアンバランスを浮き彫りにできるアンケートが必要である。

### 3. 医療安全活動のループ（長尾・脇田作成）について

長尾班長から資料③に基づいて説明があった。

**病理との連携**について、参加者からは以下の意見があった。

- ・ 病理の連携は今のところパッシブである。病理医は安全管理部の日常の動きを知らないの、依頼を受けて対応しているというのが現状である。
- ・ 解剖の前に情報が十分得られていないことも多く、見落としや大事なところを傷つけることにつながりかねない現状がある。治療介入後の場合には特に、診療科の先生からの正確な情報が重要である。解剖の際にコーディネートするのも医師安全管理者の役割と言える。
- ・ 病理医が安全管理部に日常的に関わっていると心の準備ができるかもしれない。普段から病理医が医療安全に関わる解剖について勉強しておくとうい。
- ・ 解剖の結果は死因として書かれることになる。患者との事実の確認や、コンフリクト回避のためにも病理とのタイアップは必要であると言えるかもしれない。
- ・ 病理医が患者と直接コミュニケーションをとることで、患者の満足度が上がるかもしれない。
- ・ 医療事故かどうかわからないような事例では、院内で解剖していいかどうか患者遺族に聞くべきである。
- ・ 安全管理部ではなく主治医の方から解剖の必要性を患者遺族に説明してもらうことがあるが、主治医団が解剖の必要性を感じておらず、うまくいかない場合がある。ここをつなぐのも医師安全管理者の仕事かもしれない。
- ・ 病理との連携で何がどう変わるかを検討すべきである。病理解剖があるとどれだけ良いことがあるのかを示したい。

- ・ 現在は1000床規模の病院で年間40～50例の解剖をしていて、うち4～5件が安全管理部絡みである。解剖数は年々減っている。理由は遺族から解剖の同意が取れないためであるが、一方で、遺族からの要望で解剖する症例も増えてきている。
- ・ 解剖が死因究明につながった事例についてはモデル事業の方にデータがあると思う。新たにデータを集めるのも良いかもしれない。

以上の意見を受けて以下のような提案がなされた。

- ・ 安全管理部経由の解剖の数を把握する。
- ・ そのうち家族が望んだために解剖になった件数を把握する。
- ・ 臨床診断と解剖結果が違って、病院の対応が変わる事例の件数を把握する。
- ・ 以上の3点を明らかにすることで、病理と医師安全管理者の連携が重要だという議論に持っていけるかもしれない。

→数施設でパイロット調査をしてみてもいいかもしれない。アンケートやフィールドワークの手法が有効ではないか。

→パイロット調査に関しては、北海道や三重で可能かもしれない。

→モデル事業のデータも利用を検討する。

**病理との連携以外**については、以下のような意見が出た。

- ・ 医師が関与することで医療安全活動のクオリティは上がりそうである。
- ・ 測定できるものとして、①インシデント数、②MMカンファレンスの数、③何件の外部調査が行われたか、④いくつの提言が出たか、⑤通知で終わっている提案の数、⑥改善が実施された提案の数、などが考えられる。
- ・ 本当は手術死亡率の低下をデータで出せたらいいが、それを数年単位で出すのは難しいであろう。
- ・ 周知はしているが、実施していないものは多そうである。しかし、それをどうやって測定するかというのは難しい問題である。
- ・ そのまま比較すると大学病院VS市中病院になりかねない。大学病院の中で、3年前くらいのデータを用いての比較が良いのではないか。
- ・ 一般病院については、アンケートしてみて医師GRMがそれなりにいるようであれば一般病院同士で比較をする。  
→名大病院の課題解決型プログラムでされたアンケートを利用して検討。
- ・ 全死亡例調査や死亡診断書チェックも医師でないとできないものだと思う。

手術のことなど、専門的な技術を評価できる医師は同じ県にはいないことの方が多く、これまで行われた手術を後から振り返ってみれば気付くことができる。しかし、数値化は難しいかもしれない。

- ・ 医師GRMの関与でデスカンファレンスは増えた。それにともなって医師からのインシデント報告数も増えた。

以上を受けて、今後検討が必要なのは次の点である。

- ・ ①インシデント数、②MMカンファレンスの数、③何件の外部調査が行われたか、④いくつの提言が出たか、⑤通知で終わっている提案の数、⑥実施された提案の数、の6点について、医師GRMがいるところといないところで比較するのがよい。
- ・ 「医師へのアプローチは医師でないと難しい」に関して、看護師だけだとどうなるのかの分析も必要である。
- ・ 安全管理者の他者評価(看護師や一般医師、管理者層にわけて)を行うのもよいかもしれない。
- ・ リングの右側については、報告書の作成までの期間短縮、患者・患者家族の満足度の向上などを示せるかもしれない。
- ・ リングの左側については、回転数や向上を示せるとよい。
- ・ 比較は大学病院同士、市中病院同士で行う。市中病院で可能かどうかは課題解決プログラムでのデータを用いて検討する。

#### 4. 研究案①/②/参考について

福田研究員から研究案についての説明があった。以下の点が議論された。

**研究案①**： 医師専従GRM配置が医師によるインシデント報告件数に及ぼす影響

- ・ 重症事例(レベル3A以上)のキャッチ増加も大事である。

**研究案②**： 医師専従GRM配置が医療安全関連相談件数に及ぼす影響

**参考**： 医療事故報道が患者数に及ぼす影響

- ・ 1件程度の報道であれば、患者数に大きな変化はなさそうである。
- ・ 事故報道があっても患者は選択を変えられないということが示唆される。
- ・ 以上2点を踏まえると、医師GRMを置くのは病院が患者数減少をさけるという経営上の理由ではなく、より安全な医療を提供するという患者の利益のためであるということが出来るかもしれない。

以上を受けて、今後検討が必要なのは次の点である。

- ・ 研究案①と②については引き続き検討する。

- ・ 参考案については重要な指摘として研究結果に盛り込む。

## 5. その他

- ・ 医療事故調査制度で病理解剖がいきなり増えると現場は困る。お金というよりは遺体用の冷蔵庫などの設備や技士などの人的サポートが欲しい。
- ・ 解剖には1件55万円程度かかっているが、現在は無料で提供している。今後は解剖している機関に対しての加算という形をとることもできるのではないかな。
- ・ 医療安全に関わる解剖を有料化したり、解剖をしている機関に加算を出したりすることは国民からの批判を受ける可能性もあるが、一方で、解剖をすることで患者満足につながる可能性もある。
- ・ 現在、医療事故支援団体が医師会保険に特約をつける流れがある。この流れに乗れば、保険になるかもしれない。病院もちということにすれば、クリアになるのではないかな。
- ・ 医師GRMがいることによって変な分業ができつつある。看護師GRMが主体性を失ったり依存的になったり、また現場が看護師GRMを尊重しないということが起きないようにしないといけない。

厚労科研 平成 27 年度 地域医療基盤開発推進研究事業補助金  
医療安全管理部門への医師の関与と医療安全体制向上に関する研究  
第 3 回会議 議事録

記録者：脇田

【開催概要】

日時：平成27年9月20日（日）16時00分～18時00分

場所：名古屋大学東京オフィス 三菱ビル 11 階

出席者：長尾、遠山、南須原、浦松、兼児、西原、細川、福田、海老名、草間  
(敬称略)、脇田（全 11 名、欠席者なし）

【議題】

1. 前回議事録の確認
2. 医療安全活動のループ/フローについて
3. 死因究明に係わる解剖の意義・貢献度について
4. 看護師 GRM に対する研究の進め方について
5. 病理医との連携について
6. 福田研究員による研究案について
7. その他

【次回以降の日程】

- ・第 4 回 12 月 20 日(日)16 時 00 分～18 時 00 分

【第 4 回までのタスク】

- ・(長尾班長)アンケート案作成、倫理委員会申請
- ・アンケート送付、集計
- ・(細川研究員、南須原研究員、西原研究員)北海道病理医会へアンケート実施
- ・(脇田)議事録作成

【次回議題(予定)】

- ・看護師対象アンケート集計結果共有
- ・北海道病理医会アンケート集計結果共有



### 【第3回 配布資料】

- ① 第2回会議議事録
- ② 医療安全活動のループ/フロー（2015.09.13 作成）
- ③ 成功事例の抽出と先行調査
- ④ 日本病院会シンポジウム（2015.07.18）資料
- ⑤ 研究案①/②/参考案（福田研究員作成）[再提示]
- ⑥ 今後の研究の進め方（案）
- ⑦ 看護師 GRM への一次調査（案）
- ⑧ 医療事故として患者請求を行わなかったもの（名大病院）

#### 1. 前回議事録の確認（資料①）

#### 2. 医療安全活動のループ/フローについて（資料②）

追加・確認事項は以下の通りである。

- ・有事に関しては、死亡事例だけでなく生存事例も含む。
- ・生存事例などで⑥の前に⑬が前になる場合もある。医療機関によってバリエーションがありそうだが、典型例としてはこのループが表していると言えそうである。

#### 3. 死因究明に係わる解剖の意義・貢献度について（資料④）

- ・臨床の段階で不明のものは41%、明確なものは22%にすぎない。解剖を行うと明確、もしくはある程度明確になるものが88%あり、解剖でもわからないものは12%である。

#### 4. 看護師 GRM に対する研究の進め方について（資料③⑥⑦）

○研究全体の流れ

1次アンケート（成功病院の抽出）→成功病院にヒアリング→最終アンケート作成

（注意・補足点）

- ・必要があれば質的研究の併用も検討する。
- ・今期中にヒアリングまでを終えるのが目標である。
- ・最終アンケートでは満足度ではなく経験を聞く工夫も検討する。
- ・最終アンケートには医師がいることにより看護師の業務負担がどれだけ減るかの質問項目も盛り込む。

## ○1次アンケートについて

- ・対象：大学病院と DPC2 群病院の看護師 GRM
- ・目的：うまくいっている病院/いっていない病院を見つける
- ・回答方法：10段階の数字回答。ウェブ回答を依頼する。依頼状は郵送する。
- ・今後の予定：アンケート作成→メーリングリストで共有→名古屋大学倫理委員会に申請→アンケート送付→回答集計→次回会議で共有（12月予定）

### （注意・補足点）

- ・看護師個人、医師個人に対してではなく病院の医療安全体制に対する評価を依頼する。
- ・回答は病院管理者には見せずに回答してもらう。
- ・4割以上の回収率が望ましい。診療点数に関わるという表現も加える。
- ・委託費がないため1次アンケートは集計のアウトソーシングは難しい。今回は内部で集計を行う。
- ・倫理審査に時間がかかるようであれば意見を聞きたい人を研究協力者にしてヒアリングを同時並行で行うことも検討する。
- ・看護師の属性、インシデントアクシデント数に関しては質問しない。副院長や医師 GRM に対する評価項目を増やす。
- ・「GRM」という表現ではなく「安全管理者」という表現を用いる。
  
- ・同じ病院でも数年前と現在で状況が違ふ場合があるので考慮が必要。
- ・コンピテンシーにあたる部分とドライなアウトカムとを別個に考える。

### （診療報酬加算について）

- ・人にではなく役割に加算をするという発想もある。
- ・役割を算定基準にすると事務負担が増える可能性なので注意が必要である。
- ・市中病院は医師の安全管理者を置きたいと思っても加算がなく難しい現状がある。追い風になるような報酬改訂が望ましい。
- ・特定機能病院の要件にするのはよいかもしれない。
- ・現在は副院長のやる気に左右されている。やる気があったとしても多くが訴訟対応に終始している。

## 5. 病理医との連携について

パイロット的に意識調査を行う。

担当：細川研究員、南須原研究員、西原研究員

対象：北海道病理医会

研究予定：質問項目作成（10月）→回答期間（11月）→会議で共有（12月）

（注意点）

・「医療安全に係わる解剖」の定義がはっきりしないという問題がある。関連死が疑われる解剖は司法解剖すべきであるので、意識調査・アンケートの際には表現に注意が必要である。

厚労科研 平成 27 年度 地域医療基盤開発推進研究事業補助金  
医療安全管理部門への医師の関与と医療安全体制向上に関する研究  
第 4 回会議 議事録

記録者：脇田  
(以下、敬称略)

**【開催概要】**

日時：平成27年12月20日（日）16時00分～18時00分

場所：名古屋大学東京オフィス 三菱ビル 11 階

出席者：長尾、遠山、南須原、浦松、兼児、西原、細川、福田、平子、草間、  
脇田（全 11 名、欠席者：海老名）

**【議題】**

1. 自己紹介
2. 前回議事録の確認
3. 医療安全管理者の業務指針および育成のための研修プログラム作成指針
4. 医師以外の職種の専従医療安全管理者に対するアンケート
5. 病理医に対する医療安全剖検に関するアンケート

**【次回以降の日程】**

- ・ 第 5 回 3 月 13 日(日)16 時 00 分～18 時 00 分

**【第 4 回までのタスク】**

- ・ (長尾班長)アンケート案作成、倫理委員会申請
- ・ アンケート送付、集計
- ・ (細川研究員、南須原研究員、西原研究員)北海道病理医会へアンケート実施
- ・ (脇田)議事録作成

**【次回議題(予定)】**

- ・ 看護師対象アンケート集計結果共有
- ・ 北海道病理医会アンケート集計結果共有
- ・ 来年度の予定