

I . 総括研究報告

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）
総括研究報告書

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

研究代表者 長尾 能雅 名古屋大学医学部附属病院教授

研究要旨

平成19年の診療報酬改定結果の検証、ならびに平成22・23年の医療安全体制整備に関する厚生労働科学研究等により、本邦の医療安全管理活動において医師の関与が乏しいことが指摘されている。一方、医師が関与することが望ましい業務内容や、医師の関与により、どの程度医療安全が向上するか、といった点については明らかになっていない。また、死亡事故発生時における病理医との連携のあり方について、検討された報告はない。

そこで我々は、医療安全管理活動における医師の関与のあり方について検討し、具体的な取り組みを提言することを目的に、2か年計画で調査研究を行った。本報告は、その2年目の研究成果を取りまとめたものである（1年目の研究成果については、平成27年度報告書参照）。

2年目は、1年目に行った1次アンケートの結果を解析、興味深い特徴を示していた病院（6施設）を訪問し、ヒアリング調査を行った。これらの結果を踏まえ、より詳細な分析を可能とするための質問票を作成、精神科単科病院を除く全国の病院（7582施設）に対し2次アンケート調査を行い、結果を解析した。また、病理医の意識調査のための質問票を作成し、日本病理学会北海道支部に所属する医師を対象にパイロット調査を行った。その結果を検討し、日本病理学会にアンケート調査を依頼した（2017年3月現在、調査進行中）。

医療安全に専従・専任する医師が配置された病院では、そうでない病院に比し、職員・医師の報告行動が有意に活性化されていた。また、日常的な改善活動もさることながら、特に重大事例の予後判断や治療連携、病理医や放射線科医との連携、医療事故調査、再発防止策の立案といった、有事における業務が活発に行われていた。一方、専従医師が配置されていても、病床規模によって重大事例への判断や対応が大きく異なるなど、課題も存在した。また、病理医は医療安全関連解剖に協力的な意向を示しつつ、第三者性の確保も重視していた。解剖の際には、医療安全担当医師と病理医の情報共有が必要と考えられた。

本調査結果より、専従・専任医師の配置は、医療安全業務全体の質向上に大きく貢献すると考えられた。積極性の高い医師を専従で配置することが望ましいが、配置が困難、コンピテンシーが不明、キャリアパスが不安定、といった課題も窺えた。今後は、医師医療安全管理者の業務指針や教育プログラムの整備を行い、人材養成を図るとともに、できるだけ多くの医療機関で、医師が中～長期的に医療安全活動に関与し続けられるような支援体制（加算措置など）を導入することが望ましいと考えられた。

研究分担者氏名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名

遠山信幸（自治医科大学医学部総合医学講座2（一般・消化器外科）医療安全・渉外対策部教授）

南須原康行（北海道大学病院医療安全管理部准教授）

浦松雅史（東京医科大学医学部医療の質・安全管理学分野講師）

兼児敏浩（三重大学医学部附属病院医療安全・感染管理部教授）

西原広史（北海道大学大学院医学研究科探索病理特任教授）

細川洋平（京都府立医科大学医学系研究科細胞分子機能病理学客員講師）

福田治久（九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座医療経営学分野准教授）

A. 研究目的

平成 19 年の診療報酬改定結果の検証、ならびに平成 22・23 年の医療安全体制整備に関する厚生労働科学研究等により、本邦の医療安全管理活動において、医師の関与が乏しいことが指摘されている¹⁾。一方、医療安全管理上、医師が関与することが望ましい具体的な業務内容や、医師の関与により医療安全がどの程度向上するか、といった点については、明らかになっていない。さらに、重大な医療事故（死亡事例）発生時において、事故調査委員会等の設置についての調査結果はあるものの²⁾、具体的に医師、特に病理医との連携のあり方について検討された報告はない。

そこで我々は、医療安全管理活動における医師の関与、および病理医との連携のあり方について検討し、医療安全管理体制向上のための具体的な取り組みを提言することを目的に、2 か年計画で本調査研究を行った。

本報告は 2 か年計画のうち、2 年目の研究成果について取りまとめたものである（1 年目の研究成果については、平成 27 年度総括研究報告書³⁾ 参照）。また、2 ヶ年の研究から導かれた提言等については、平成 27・28 年度最終研究報告書⁴⁾ として、別途まとめた。

B. 研究方法

本研究班は、国内で医療安全管理活動に専従・専任している医師 5 名と、病理医 2 名、および統計疫学の専門家 1 名により

構成された。ちなみに、本研究では、業務の 80%以上を医療安全管理に費やすもの「専従」とし、50%～79%を「専任」、50%未満を「兼任」と定義した。本年度の研究の流れについては、**資料 1**にまとめた。

1 年目の取り組みとして、現時点で医療機関に求められている医療安全業務の全体像を整理し、1 枚のシェーマ（医療安全管理活動のループ図：**資料 2**）として表した。

さらに、そのループ図を基に、それらの業務がどの程度実践できているかについて把握するための質問票を作成し、特定機能病院および DPC II 群病院（180 施設）を対象に 1 次アンケート調査を行った（**資料 3**）。アンケートは Web アンケート方式（Google フォーム[®]）とし、医師以外の医療資格を有し、専従医療安全管理者として活動している職員（以降、本報告では本回答者を便宜上「医師以外の GRM:General Risk Manager」と呼ぶこととする）を対象に行った。



2 年目においては、1 次アンケートの結果に対して統計解析を試み、専従・専任医師の有無、あるいはその医師の積極性等と、医療安全管理活動の達成状況、医師以外の GRM の満足度などとの関係性について、どの程度明らかにできるかどうかについて検討した（**資料 3**）。統計解析に関しては、単変量解析では χ^2 二乗検定および t 検定を行った。多変量解析では、線形回帰分析を行った。

さらに、回答の中から、興味深い特徴を示していた病院（6 施設）を選定、訪問し

てヒアリング調査を行った（資料4）。

これらの結果を踏まえ、より詳細な解析を可能とするための2次アンケート用の質問票を作成した。質問票は、1. 貴院の医療安全体制、2. 貴院の医療安全活動、3. 日常的な医療安全活動への医師のかかわり方、4. 重大医療事故発生時の医療安全活動への医師のかかわり方、5. 日常業務についてのあなたのお考え、の5段落で構成し、自由記載1項目を含む、計59項目（資料5）とした。

同質問票を用い、平成28年9月16日～12月12日にかけて、2次アンケート調査を行った。アンケートは、無記名式、Webアンケート方式（Google フォーム[®]）とし、精神科単科病院を除く全国の20床以上の病院（7582施設）を対象とした。また、医師の関与についての調査であるため、1次アンケート同様、医師以外のGRMに回答を依頼した。統計解析に関しては、単変量解析では χ^2 二乗検定およびt検定を行った。多変量解析では、インシデント・アクシデント報告件数に関する設問に対する解析ではポワソン回帰分析を、順序尺度を用いた設問に対する解析ではロジスティック回帰分析を、間隔尺度を用いた設問に対する解析では線形回帰分析をそれぞれ行った。

また、病理医の意識調査のための質問票を作成し、平成28年3月、日本病理学会北海道支部会員の協力を得て、29施設を対象にパイロット調査を実施し、9施設から回答を得た（資料6）。その結果を踏まえ、日本病理学会に全国アンケート調査を依頼し

た。全国アンケートは平成28年11月、日本病理学会認定施設A、および大学病院135施設を対象として実施され、2017年3月現在、進行中である。

C. 研究結果

1. 1次アンケート解析結果

1次アンケート結果の解析を行った（資料3）。対象とした180施設のうち、111施設から回答があり、うち有効回答は109件（回答率60.5%、無効回答2件）であった。

本調査結果の単変量解析より、特定機能病院やDPCⅡ群病院においては、おおむね医療安全の体制が整い、平時、有事いずれの活動も積極的に行われていることが確認された。また、多変量解析により、「医師が専従で配置されている」群の方が、「配置されていない群」よりも、安全管理体制に対する満足度が高い傾向にあること、さらに、専従医師の積極性は、専任や兼任医師に比べて高い傾向にあることが見て取れた。また、大半の回答者が、「医師の医療安全管理者」が必要であると考えていること明らかになった⁽⁵⁾。

また、本調査手法には一定の科学的信頼性があると判断され、この手法を応用して全国の病院を対象に調査を実施すれば、本邦の医療安全活動に対する医師の関与の現状を明らかにし、今後の課題等を抽出できる可能性があると考えられた。

2. 訪問・ヒアリング調査結果

訪問・ヒアリング調査は1次アンケート

結果を受け、1) 回答者の満足度と専従・専任医師の有無の関係性を明らかにする、2) 1次アンケートでは把握しきれなかった個別具体的な事項について把握する、3) 結果を受けて2次アンケート質問項目を充実させる、ことを目的として行われた(資料4)。

目的1)は本研究からは明らかにならなかったが、回答者の満足度に影響を与える要因について、①病院からの理解、②常に相談できる医師の存在、③医療安全担当医師の臨床業務量、などの関与が推測された。

また、医師が担っている業務は分野によって達成度にばらつきがあることが推測された。これらは目的2)に対応する結果である。上記結果を受け、目的3)の2次アンケート項目修正を行った⁶⁾。

3. 2次アンケート実施・解析結果

2次アンケートの実施・解析結果を資料5に示す。対象7582病院のうち、1198病院から回答があり(回答率15.8%)、うち有効回答は1142病院(15.1%)であった。以下に、解析結果を抜粋して記載する。

I. 単変量解析①

有効な回答のあった1142病院のうち、「医師専従あり」が47病院(4.1%)、「看護師・薬剤師専従あり」615病院(53.9%)、「その他」480病院(42.0%)であった。

また、1142病院を病床規模別に分類すると、199床以下が518病院(45.4%)、200～399床345病院(30.2%)、400床以上279病院(24.4%)であった。さらにこれらを「医

師専従あり」、「看護師・薬剤師専従あり」、「その他」の3群に分類し、計9グループについて、比較検討を行った。

結果、400床以上で「医師専従あり」の病院は、その他の病院に比べ、2015年度の職員からのインシデント・アクシデント報告数が6.7件/1床、医師からのインシデント・アクシデント報告数が0.34件/1床であり、いずれも最も多かった。

「インシデント・アクシデント報告の読解や医学的重要度に応じた仕分け」を「よく行っている」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群(84.0%)であった(最小16.7%)。

「インシデント・アクシデントの改善のための会議」を、6ヶ月で「11回以上行った」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群(73.1%)であった(最小26.7%)。

「改善のためのPDCAサイクル活動」を「行っている」と回答した病院が最も多かったのは、200～399床「医師専従あり」群(66.7%)であった(最小10.0%)。

「アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断」を「よく行っている」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群(96.1%)であった(最小23.2%)。

「アクシデントや重大事故発生時の治療のための連携や関係医師らとの緊急会議」を「よく行っている」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群(57.7%)であった(最小13.9%)。

「医療事故が疑われる死亡についての病理解剖の際、病理医と医療安全管理部門の連携」を「よく連携している」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（70.8%）であった（最小0.0%）。

「医療事故が疑われる死亡についてのAi撮影の際、放射線科医と医療安全管理部門の連携」を「よく連携している」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（69.2%）であった（最小4.3%）。

「医療事故調査報告書の作成」を「ときどき～よく行っている」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（80.8%）であった（最小18.6%）。

「医療事故調査において有効な再発防止策の立案」を「ときどき～よく行っている」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（92.3%）であった（最小35.3%）。

「日常の医療安全活動や医療事故発生時の対応に困った際、すぐに相談できる医師が」「常にいる」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（80.0%）であった（最小42.3%）。

「インシデント・アクシデント報告の読解や医学的重要度に応じた仕分け」に、医師の関与が「絶対に必要」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（88.0%）であった（最小43.9%）。

「インシデント・アクシデントの改善のための会議」に、医師の関与が「絶対に必

要」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「看護師・薬剤師専従あり」群（92.2%）であった（最小66.7%）。

「改善のためのPDCA活動」に、医師の関与が「絶対に必要」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（80.8%）であった（最小45.3%）。

「アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断」に、医師の関与が「絶対に必要」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（100.0%）であった（最小71.4%）。

「アクシデントや重大事故発生時の治療のための連携や関係医師らとの緊急会議」に、医師の関与が「絶対に必要」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群と200～399床「医師専従あり」群（100.0%）であった（最小73.3%）。

「病理解剖となった場合の病理医との連携」に、医師の関与が「絶対に必要」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「その他」群（89.5%）であった（最小50.0%）。

「Ai撮影となった場合の放射線科医との連携」に、医師の関与が「絶対に必要」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「その他」群（89.5%）であった（最小33.3%）。

「医療事故調査報告書の作成」に、医師の関与が「絶対に必要」と回答した病院が最も多かったのは、200～399床「医師専従あり」群（100.0%）であった（最小53.3%）。

「医療事故調査における有効な再発防止策の立案」に、医師の関与が「絶対に必要」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（92.3%）であった（最小60.0%）。

「医師以外の GRM が医療安全管理上必要と思った改善策が、医師の反対によって実施されなかった事例」が400床以上「医師専従あり」群では0.67件/100床/年であったのに対し、199床以下「看護師・薬剤師専従あり」群では、0.72件/100床/年（10.7倍）存在した。

「医師以外の GRM が患者の死亡に対し疑義があると判断したが、その意に反して病院としての介入が行われなかった事例」が400床以上「医師専従あり」群では0.33件/100床/年であったのに対し、200～399床「医師専従あり」群では、0.45件/100床/年（13.6倍）存在した。

「医師以外の GRM が医療行為に問題があると判断したが、主治医に合併症と判断された事例」が400床以上「医師専従あり」群では0.15件/100床/年であったのに対し、200～399床以下「医師専従あり」群では、0.78件/100床/年（5.2倍）存在した。

「医師以外の GRM が医療事故調査制度の対象と判断したが、調査が行われなかった事例」が400床以上「医師専従あり」群では0.08件/100床/年であったのに対し、200～399床「医師専従あり」群では0.41件/100床/年（5.1倍）存在した。

インシデントやアクシデント報告への意義を職員が「よく感じていると思う」と回

答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（50.0%）であった（最小13.3%）。

インシデントやアクシデント報告への意義を医師が「よく感じていると思う」と回答した病院が最も多かったのは、199床以下「医師専従あり」群（20.0%）であった（最小3.1%）。

自院の医療安全管理の体制に満足していると回答した病院（10点満点中8点以上）が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（42.3%）であった（最小6.7%）。

自院の医療安全管理責任者を、医療安全活動に積極的であると回答した病院（10点満点中8点以上）が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（57.7%）であった（最小16.7%）。

自院の医師 GRM を、医療安全活動に積極的であると回答した病院（10点満点中8点以上）が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（87.5%）であった（最小18.3%）。

自院が社会から求められている医療安全活動を実施できていると回答した病院（10点満点中8点以上）が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（46.2%）であった（最小18.0%）。

医療安全管理に専従や専任として携わる医師が必要と回答した病院（10点満点中8点以上）が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（100.0%）であった（最小56.9%）。

II. 単変量解析②

有効な回答のあった 1142 病院のうち、「医師専従あり」が 47 病院 (4.1%)、「医師専任あり」148 病院 (13.0%)、「医師兼任あり」800 病院 (70.1%)、「医師配置なし」147 病院 (12.9%) であった。

また、1142 病院を病床規模別に分類すると、199 床以下が 518 病院 (45.4%)、200～399 床 345 病院 (30.2%)、400 床以上 259 病院 (24.4%) であった。さらにこれらを「医師専従あり」、「医師専任あり」、「医師兼任あり」、「医師配置なし」の 4 群に分類し、計 12 グループについて、比較検討を行った。

結果、400 床以上で「医師専従あり」の病院は、その他の病院に比べ、2015 年度の職員からのインシデント・アクシデント報告数が 6.7 件/1 床、医師からのインシデント・アクシデント報告数が 0.34 件/1 床であり、いずれも最も多かった。

「インシデント・アクシデント報告の読解や医学的重要度に応じた仕分け」を「よく行っている」と回答した病院が最も多かったのは、400 床以上「医師専従あり」群 (84.0%) であった (最小 16.7%)。

「インシデント・アクシデントの改善のための会議」を、6 ヶ月で「11 回以上行った」と回答した病院が最も多かったのは、400 床以上「医師兼任あり」群 (74.6%) であった (最小 26.7%)。

「改善のための PDCA サイクル活動」を「行っている」と回答した病院が最も多かったのは、200～399 床「医師専従あり」群 (66.7%) であった (最小 22.5%)。

「アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断」を「よく行っている」と回答した病院が最も多かったのは、400 床以上「医師専従あり」群 (96.1%) であった (最小 18.4%)。

「アクシデントや重大事故発生時の治療のための連携や関係医師らとの緊急会議」を「よく行っている」と回答した病院が最も多かったのは、400 床以上「医師専従あり」群 (57.7%) であった (最小 9.0%)。

「医療事故が疑われる死亡についての病理解剖の際、病理医と医療安全管理部門の連携」を「よく連携している」と回答した病院が最も多かったのは、400 床以上「医師専従あり」群 (70.8%) であった (最小 0.0%)。

「医療事故が疑われる死亡についての Ai 撮影の際、放射線科医と医療安全管理部門の連携」を「よく連携している」と回答した病院が最も多かったのは、400 床以上「医師専従あり」群 (69.2%) であった (最小 4.4%)。

「医療事故調査報告書の作成」を「ときどき～よく行っている」と回答した病院が最も多かったのは、400 床以上「医師専従あり」群 (80.8%) であった (最小 11.1%)。

「医療事故調査において有効な再発防止策の立案」を「ときどき～よく行っている」と回答した病院が最も多かったのは、400 床以上「医師専従あり」群 (92.3%) であった (最小 28.4%)。

「日常の医療安全活動や医療事故発生時の対応に困った際、すぐに相談できる医師

が「常にいる」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（80.0%）であった（最小32.6%）。

「インシデント・アクシデント報告の読解や医学的重要度に応じた仕分け」に、医師の関与が「絶対に必要」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（88.0%）であった（最小43.8%）。

「インシデント・アクシデントの改善のための会議」に、医師の関与が「絶対に必要」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専任あり」群（93.5%）であった（最小64.0%）。

「改善のためのPDCA活動」に、医師の関与が「絶対に必要」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専任あり」群（85.5%）であった（最小47.8%）。

「アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断」に、医師の関与が「絶対に必要」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（100.0%）であった（最小71.4%）。

「アクシデントや重大事故発生時の治療のための連携や関係医師らとの緊急会議」に、医師の関与が「絶対に必要」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群と200～399床「医師専従あり」群（100.0%）であった（最小73.3%）。

「病理解剖となった場合の病理医との連携」に、医師の関与が「絶対に必要」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専任有り」群（80.6%）であった（最

小50.0%）。

「Ai撮影となった場合の放射線科医との連携」に、医師の関与が「絶対に必要」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師配置なし」群（77.3%）であった（最小33.3%）。

「医療事故調査報告書の作成」に、医師の関与が「絶対に必要」と回答した病院が最も多かったのは、200～399床「医師専従あり」群（100.0%）であった（最小53.3%）。

「医療事故調査における有効な再発防止策の立案」に、医師の関与が「絶対に必要」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専任あり」群（93.5%）であった（最小70.5%）。

「医師以外のGRMが医療安全管理上必要と思った改善策が、医師の反対によって実施されなかった事例」が400床以上「医師専従あり」群では0.07件/100床/年であったのに対し、199床以下「医師配置なし」群では0.76件/100床/年（10.9倍）存在した。

インシデントやアクシデント報告への意義を職員が「よく感じていると思う」と回答した病院が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（50.0%）であった（最小13.3%）。

インシデントやアクシデント報告への意義を医師が「よく感じていると思う」と回答した病院が最も多かったのは、199床以下「医師専従あり」群（20.0%）であった（最小3.2%）。

自院の医療安全管理の体制に満足してい

ると回答した病院（10点満点中8点以上）が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（42.3%）であった（最小2.9%）。

自院の医療安全管理責任者を、医療安全活動に積極的であると回答した病院（10点満点中8点以上）が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（57.7%）であった（最小14.8%）。

自院の医師 GRM を、医療安全活動に積極的であると回答した病院（10点満点中8点以上）が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（87.5%）であった（最小15.1%）。

自院が社会から求められている医療安全活動を実施できていると回答した病院（10点満点中8点以上）が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（46.2%）であった（最小8.0%）。

医療安全管理に専従や専任として携わる医師が必要と回答した病院（10点満点中8点以上）が最も多かったのは、400床以上「医師専従あり」群（100.0%）であった（最小60.0%）。

Ⅲ. 多変量解析①

職種別医療安全専従者の配置状況と、業務の達成状況の関連性を検証するため、多変量解析を行った。

小規模病院と中～大規模病院とでは、医療安全体制の実態が大きく異なると考えられたことから、有効回答のあった病院（1142病院）の中から199床以下の病院群（518病院）を除いた、624病院を解析対象とし

た。624病院のうち、「医師専従あり」が32病院（5.1%）、「看護師・薬剤師専従あり」が492病院（78.8%）、「その他」が100病院（16.0%）であった。

「医師専従あり」群が「看護師・薬剤師専従あり」群に比し、統計学的に有意差をもって活性化されていると考えられたのは、

- ・病床あたりの職員からのインシデント・アクシデント報告数
- ・アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断
- ・病理解剖となった場合の病理医との連携
- ・Ai撮影となった場合の放射線科医との連携
- ・医師がインシデント・アクシデント報告に意義を感じている度合い
- ・自院の医療安全管理体制の満足度
- ・医師 GRM の医療安全活動への積極性

であった。

Ⅳ. 多変量解析②

続いて、医師の関与の仕方（専任、専従、兼任、医師なし）と、業務の達成状況の関連性を検証するため、多変量解析を行った。

多変量解析①同様、有効回答のあった病院（1142病院）の中から199床以下の病院群（518病院）を除いた、624病院を解析対象とした。624病院のうち、「医師専従あり」が32病院（5.1%）、「医師専任あり」が102病院（16.3%）、「医師兼任あり」が432病院（69.2%）、「医師配置なし」58病院（9.3%）であった。

「医師専従あり」群が「医師配置なし」

群に比し、統計学的に有意差をもって活性化されていると考えられたのは、

- ・病床あたりの職員からのインシデント・アクシデント報告数
- ・病床あたりの医師からのインシデント・アクシデント報告数
- ・アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断
- ・病理解剖となった場合の病理医との連携
- ・Ai 撮影となった場合の放射線科医との連携
- ・自院の医療安全管理体制の満足度
- ・自院が社会から求められている医療安全活動を実施できていると感じる度合いであった。

「医師専任あり」群が「医師配置なし」群に比し、統計学的に有意差をもって活性化されていると考えられたのは、

- ・病床あたりの職員からのインシデント・アクシデント報告数
- ・病床あたりの医師からのインシデント・アクシデント報告数
- ・アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断
- ・インシデント・アクシデント報告の読解や医学的重要度に応じた仕分けに、医師の関与が必要と感じる度合い
- ・改善のための PDCA 活動に、医師の関与が必要と感じる度合い
- ・医療事故調査報告書の作成に、医師の関与が必要と感じる度合い
- ・自院の医療安全管理体制の満足度
- ・自院の医療安全管理責任者が、医療安全

活動に積極的と感じる度合い

- ・自院が社会から求められている医療安全活動を実施できていると感じる度合い
- ・医療安全に専従や専任医師が必要と感じる度合いであった。

「医師専従あり・専任あり」群が「医師兼任あり・医師配置なし」群に比し、統計学的に有意差をもって活性化されていると考えられたのは、

- ・病床あたりの職員からのインシデント・アクシデント報告数
- ・病床あたりの医師からのインシデント・アクシデント報告数
- ・アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断
- ・Ai 撮影となった場合の放射線科医との連携
- ・インシデント・アクシデント報告の読解や医学的重要度に応じた仕分けに、医師の関与が必要と感じる度合い
- ・改善のための PDCA 活動に、医師の関与が必要と感じる度合い
- ・医療事故調査報告書の作成に、医師の関与が必要と感じる度合い
- ・自院の医療安全管理体制の満足度
- ・自院の医師 GRM が、医療安全活動に積極的と感じる度合い
- ・自院が社会から求められている医療安全活動を実施できていると感じる度合い
- ・医療安全に専従や専任医師が必要と感じる度合いであった。

V. 多変量解析③

続いて、専従・専任医師の積極性と、業務の達成状況の関連性を検証するため、多変量解析を行った。

対象は、200床以上の病院のうち、専従医師・専任医師が配置されている122病院とした。「専従・専任医師が積極的」と判断された病院は68病院(55.7%)、「中間的」と判断された病院は42病院(34.4%)、「消極的」と判断された病院は12病院(9.8%)であった。

「専従・専任医師が積極的」群が、「消極的」群に比し、統計学的に有意差を持って活性化されていると考えられたのは、

- ・病床あたりの職員からのインシデント・アクシデント報告数
- ・病床あたりの医師からのインシデント・アクシデント報告数
- ・医師以外のGRMが日常の医療安全活動や医療事故発生時の対応に困った際、すぐに相談できる医師がいると感じる度合い
- ・Ai撮影となった場合の放射線科医との連携に医師の関与が必要と感じる度合い
- ・医療事故調査における有効な再発防止策の立案に医師の関与が必要と感じる度合い
- ・医師以外のGRMが医療安全管理上必要と思われた改善策が実施されない、といったことが少ない
- ・医師以外のGRMが患者の死に対し疑義があると判断しても、意に反して病院の介入が行われず、といったことが少ない
- ・医師以外のGRMが医療事故調査の対象だ

と思ったのに、調査が行われなかった、といったことが少ない

- ・自院の医療安全管理体制の満足度
- ・自院の医師GRMが、医療安全活動に積極的と感じる度合い
- ・自院の医療安全管理責任者が、医療安全活動に積極的と感じる度合い
- ・自院が社会から求められている医療安全活動を実施できていると感じる度合い
- ・医療安全に専従や専任医師が必要と感じる度合いであった。

VI. 多変量解析④

続いて、200床以上の病院を対象に、自施設の医療安全管理体制に満足度の高い群の要因を解析した。

- 統計学的に有意と考えられたのは、
- ・医療安全管理責任者以外の医師が医療安全活動に関与している
 - ・専従医師がいる
 - ・専任医師がいる
 - ・病床あたりの職員からのインシデント・アクシデント報告数が多い
 - ・インシデント・アクシデント報告の読解や医学的重要度に応じた仕分けが行われている
 - ・アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断が行われている
 - ・アクシデントや重大事故発生時の治療のための連携や関係医師らとの緊急会議が行われている

- ・病理解剖となった場合の病理医との連携が行われている
 - ・医師以外の GRM が日常の医療安全活動や医療事故発生時の対応に困った際、すぐに相談できる医師がいる
 - ・医師以外の GRM が医療安全管理上必要と思われた改善策が実施されない、といったことが少ない
 - ・自院の職員がインシデントやアクシデント報告に意義を感じている
- といった事項であった。

VII. 多変量解析⑤

続いて、200 床以上の病院を対象に、自施設が社会から求められている医療安全管理業務を実施できていると考える群の要因を解析した。

統計学的に有意と考えられたのは、

- ・薬剤師が医療安全活動に関与している
- ・専任医師がいる
- ・インシデント・アクシデント報告の読解や医学的重要度に応じた仕分けが行われている
- ・アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断が行われている
- ・医療事故調査において、有効な再発防止策の立案を行っている
- ・医師以外の GRM が日常の医療安全活動や医療事故発生時の対応に困った際、すぐに相談できる医師がいる
- ・医師以外の GRM が医療安全管理上必要と思われた改善策が実施されない、といった

ことが少ない

- ・自院の職員がインシデントやアクシデント報告に意義を感じている
- といった事項であった。

4. 病理医の意識調査 (資料 6)

日本病理学会北海道支部会員を対象に行ったプレ調査の結果では、医療安全上、診療関連死の疑いのある事例への病理解剖の経験については、9 施設中 6 施設が「ない」との回答であった。

医療安全関連病理解剖に対して病理医としての対応については、「通常の病理解剖以上に手厚く対応すべき」が 3 施設、「外部に委託すべき」との回答が 4 施設からあった。また、少数意見として、症例によっては法医解剖として対応すべきとの考えや、中立性を担保する上で外部委託が望ましいとの考えもあった。

医療安全関連病理解剖を行う上での課題として、「スタッフの増員」、「医療安全責任者などの第三者の立ち会い」を求める意見や、「責任範囲の明確化」などの意見があった。

病理医として病院の医療安全対策についてどう関わるべきかとの問いに対しては、5 施設から「日常的・積極的に関与すべき」と回答があったものの、3 施設からは「本来的に病理医は客観的な立場であることから、自己が所属する医療機関の医療安全対策に関与すべきではない」の考え方が示された。また、少数意見であるが、「予期せぬ死亡に際し、主治医は他医療機関において

も病理解剖を実施できることを明確に伝えるべき」との意見もあった。

D. 考察

本研究では、医療安全活動に対する医師の関与のあり方について検討した。

当研究では、第1段階として、現時点で医療機関に求められていると考えられる医療安全管理活動を、主に平時と有事の業務に分け、1枚のシェーマ（医療安全管理活動のループ図）として表す作業を行った。このループ図を基に作成した質問票を用いて実施した1次・2次アンケートの結果は、大変興味深いものであった。

まず、医師が安全管理活動に関与することで、インシデント・アクシデントレポートなど、職員、特に医師の報告行動が、有意に活性化することが把握された。インシデント・アクシデント報告はその組織の医療安全活動の端緒となるものである。特に医師からの報告は、重症度の高い事象を多く含み、医療事故調査制度の運用を推進するためにも重要な役割を担っている。しかし、2002年にインシデント報告システムが導入されて以降、長年に亘って、医師の報告行動が活性化されないことが、課題の一つとなってきた。医師の報告が少ない病院は、組織内で発生する重要な問題を把握することができず、平時・有事、いずれの医療安全業務にも支障をきたす可能性がある。今回の結果は、報告行動に関して、医療安全を担当する医師が、現場の医師を直接指導することに一定の効果があることを示唆

するものである。あるいは、医師がレポートの読解や仕分けに関与することで、重大事故の判断・治療連携といった業務が適切に運営されるようになり、現場の医師に、報告の意義や重要性がより深く理解されるのかもしれない。いずれにしても、専従・専任医師の配置は、職員と医師の報告行動を活性化し、組織内の重要な問題の把握、透明性の確保など、医療安全活動の基盤部分に重要な変化をもたらす可能性がある。

次に、「レポートの読解や医学的重要度に応じた仕分け」、「インシデント・アクシデントの改善のための会議」、「PDCAサイクルによる改善活動」といった平時の活動についてであるが、程度の差はあるものの、多くの病院において、これらの業務が実践されていることが把握された。中でも、400床以上で専従医師がいる病院において、実践状況が優れていた。一方で、「医師以外のGRMが医療安全管理上必要と思った改善策が、医師の反対によって実施されなかった事例」が、199床以下「医師配置なし」群では、400床以上「医師専従あり」群に比し、病床あたり10.9倍存在した。また、PDCAサイクルを用いた改善活動において、改善の計画(plan)は立てるものの、数値を用いた評価に至っていないとする病院が多く存在し、それは専従医師がいる病院よりも、いない病院に顕著であった。以上より、専従医師の存在が、院内の日常的な改善活動を活性化することが示唆された。

続いて、「事故発生時の医学的判断・予後評価」、「アクシデント・重大事故発生時の

治療連携や緊急会議」、「病理医との連携」、「放射線科医との連携」、「医療事故報告書の作成」といった有事の活動についてであるが、これらも、専従医師がいる病院の方が、そうでない病院に比し、よく実践されていた。しかしながら、医療事故調査制度発足（2016年10月）後の1年間で、200～399床「医師専従あり」群では、400床以上「医師専従あり」群に比し、「医師以外のGRMが患者の死亡に対し疑義があると判断したが、その意に反して病院としての介入が行われなかった事例」、「医師以外のGRMが医療行為に問題があると判断したが、主治医に合併症と判断された事例」、「医師以外のGRMが医療事故調査制度の対象と判断したが、調査が行われなかった事例」が、それぞれ病床あたり13.6倍、5.2倍、5.1倍存在したことは、驚くべき結果であった。これは、専従医師が配置されていたとしても、病床規模によっては、重大事例をめぐっての判断や対応が、ばらついていることを示唆するものである。専従医師への教育・啓発を図るなど、早急な対策が必要と考えられた。

多変量解析の結果によれば、200床以上で専従・専任医師がいる病院の、医師以外のGRMは、そうでない病院に比し、有意に「事故発生時の医学的判断・予後評価」、「病理医との連携」、「放射線科医との連携」といった有事対応ができていると考えており、なおかつ、有意に、「レポートの読解や医学的重要度に応じた仕分け」、「PDCAサイクルによる改善活動」といった平時対応や、「事

故調査報告書の作成」に医師の関与が必要と考えていることが把握された。このことは、医師が医療安全に関与した場合、まずは有事の業務における役割を求められるとともに、平時の業務への関与の期待も大きいことを表している。さらに、200床以上で専従・専任医師がいる病院の医師以外のGRMは、そうでない病院に比し、有意に、平時・有事のいずれの業務においても、医療安全に携わる医師の関与が必要と考えており、専従・専任医師の配置が必要と考えていた。その傾向は、400床以上で、すでに専従医師が存在する病院で顕著であった。これは、身近に専従医師がいる病院では、その役割の重要性や有用性を、常に認識できているからと考えられる。

また、200床以上で専従・専任医師がいる病院の医師以外のGRMは、そうでない病院に比し、有意に、自施設の医療安全活動に満足感を得ており、社会からの要望にも応えられていると感じていることは興味深い結果であった。このことは、社会的に求められている医療安全活動は、単一職種・少人数の専任者のみで達成できるものではなく、他職種・チームによって達成できることを示唆するものであり、今後の医療安全管理体制構築において、目指すべき方向性を示すものである。

パイロット調査において、病理医の多くは、医療安全上の死因究明のための病理解剖について積極的に関与すべきと考えており、協力的な意向を有していた。医療安全関連解剖の際には「医療安全責任者など

の第三者の立ち会い」を求める声があり、医療安全管理担当医師と病理医の間での医学的情報共有が必要と考えられた。一方、病理医や介助を担う臨床検査技師が不足していることへの不安があることも窺われた。都道府県単位、地域での医療機関の連携が望ましいと考えられた⁷⁾。

以上、医師が専従や専任として、医療安全活動に関与することの重要性があらためて認識される場所であるが、平成 28 年 10 月以降、全ての特定機能病院において、医師、薬剤師、看護師の専従医療安全管理者の配置（専従医師が困難な場合は専任医師 2 名を配置）が求められるようになったことは、本調査結果に照らしても、大きな前進であったといえる。

しかし、今回の調査からは、専従・専任であれば、どのような医師を配置してもよいというものではない、ということも認識される。特に、担当する医師の“積極性”が、有意に、医療安全活動の質に影響を及ぼす可能性がある。

では、専従・専任医師に求められる“積極性”とは、どのようなものだろうか。ちなみに、東海北陸厚生局主催のワークショップ（資料 8）において、遠山はこれらを「俯瞰性」、「冷静さ」、「フットワークのよさ」、「継続性（持続性）」と表現し、細川は「この人なら聞いてもらえるという信頼感」を挙げた。また、南須原は「高い倫理性と適度な妥協の能力」、「調整力」を、兼児は「リーダーシップと同時に、柔軟な適応力」を挙げ、長尾は「強い意志と公正性(justice)」

を加えた。

医療安全を担当する医師には、平時と有事の業務に精通すること、さらに、医師として貢献できる部分やその意義を十分理解した上で、多職種と連携し、課題や成果を視覚化しながら、公正に業務を進め、集団を牽引していくといった能力が求められる。今後は、これらのコンピテンシーや到達目標をより明確にし、教育体制を確立することが必要である。そのためには、「医師専従・専任安全管理者の業務指針」の策定や、それを基にした「教育プログラム」の整備、が求められる。さらに、短期間で標準的な教育効果を期待できる「e-learning コンテンツ」の作成などが必要となろう。

一方で、専従・専任医師が不足しており、特定機能病院以外の病院に、医師を直ちに配置することが難しい、という課題が存在する。また、国立大学病院で行われた過去研究において、専従医師の大半が、医療安全活動にやりがいと意義を感じ長期的な取り組みの必要性を感じているものの、キャリアパスが不安定、臨床スキルや専門医資格を維持できない、他の医師との衝突や院内での孤立への不安、特殊な業務ストレス、後継者がいない、など、持続性に影響を与えうる、多様な不安を抱えていることが指摘されている⁸⁾。

有事・平時に亘り、質の高い医療安全活動を実現しようとするならば、多くの病院で、医師が中～長期的に医療安全に関与し続けることを可能とするような支援体制を構築することである。専従医師や、複数の

専任医師の配置に対し、診療報酬上の加算措置を行うことも望まれる。全ての病院への適用が困難ということであれば、例えば400床以上の中～大規模病院から対応するといった選択肢も検討されてよい。

どうしても、専従・専任医師を確保できない医療機関においては、兼任医師が多職種と分担して医療安全業務を担う体制を検討する必要がある。その場合、兼任医師が優先的に取り組むべき業務を明確にする、複数の兼任医師の確保をサポートする、といった工夫が求められる。

また、クリニックのような小規模医療機関群における医療安全管理体制の確保においては、平成21年度厚生労働科学研究（嶋森班）⁹での議論を踏まえ、実践される診療内容に応じた、適切な体制構築が求められる。

E. 結論

2か年計画の研究の、2年目を終了した。

医療安全に専従・専任する医師が配置された病院では、そうでない病院に比し、職員・医師の報告行動が有意に活性化されていた。また、日常的な改善活動もさることながら、特に重大事例の予後判断や治療連携、病理医や放射線科医との連携、医療事故調査、再発防止策の立案など、有事における業務が活発に行われていた。一方で、専従医師が配置されていても、病床規模によっては、重大事例への対応のあり方が大きく異なるなど、課題も存在した。

また、パイロット調査において、病理医

は医療安全業務や、医療安全関連解剖に協力的な意向を示す一方で、第三者性の確保も重視していることが分かった。医療安全関連解剖の際には、医療安全管理担当医師と病理医の間での医学的情報共有が必要と考えられた。

本調査結果より、専従・専任医師の配置は、医療安全業務全体の質向上に大きく貢献すると考えられた。積極性の高い医師を専従で配置することが望ましいが、専従配置が困難、コンピテンシーが不明、キャリアパスが不安定、といった課題も存在する。今後は、医師医療安全管理者の業務指針や、教育プログラムの整備を行い、人材養成を図るとともに、できるだけ多くの医療機関で、医師が中～長期的に医療安全活動に関与し続けられるような支援体制（加算措置など）を導入することが望ましいと考えられた。



参考文献

- 1) 廣瀬昌博. 医療安全管理体制の整備に関する研究—認定病院を対象とした医療安全管理体制の実態と評価結果の関連に関する検証— 平成22・23年度厚労科学研究.
- 2) 高橋英夫. 医療事故に対する医療機関内における包括的対応マネジメントモデルに関する研究 平成24・25年度厚労科学研究 総括研究報告書.
- 3) 長尾能雅. 医療安全管理部門への医師の関与と医療安全体制向上 平成27年度厚労科学研究 総括研究報告書.
- 4) 長尾能雅. 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
平成 27・28 年度厚労科学研究 総括研究報告書。

5) 浦松雅史. 医師以外の職種の医療安全管理担当者への 1 次アンケート. 「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」平成 27・28 年度厚労科学研究 総括研究報告書。

6) 脇田祐実. 1 次アンケート回答病院から抽出した 6 病院への訪問調査 (ヒアリング). 「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」平成 27・28 年度厚労科学研究 総括研究報告書。

7) 細川洋平. 医療安全活動における病理医師の役割と意義～全国アンケートを実施して～. 「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」平成 27・28 年度厚労科学研究 総括研究報告書。

8) 南須原康行. 国立大学附属病院における医療安全管理専従 (専任) 医師の実態と役割. 「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」平成 27・28 年度厚労科学研究 総括研究報告書。

9) 嶋森好子. 「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研修カリキュラムの作成と実際の活用と普及」に関する研究. 平成 21・22 年度厚労科学研究 総合研究報告書。

F. 健康危険情報

本研究に関する健康危険情報は無い。

G. 研究発表

1. 書籍

・長尾能雅: 「病院内の医療安全 (部署別管理者の注意点) 1. 施設管理者」 医療安全管理実務者標準テキスト (編集: 日本臨床医学リスクマネジメント学会テキスト作成委員会) へるす出版 2016.

8.1 p126-129

・遠山信幸: 「医療事故調査制度の現状と課題」 新・心臓血管外科テキスト (編集: 安達秀雄、他) 中外医学社 2016.

10.1 p50-56

2. 論文発表

【英文雑誌】

・Ishikawa Y, Imagama S, Ito Z, Ando K, Gotoh M, Nishiwaki K, Nagao Y, Ishiguro. Delayed onset of subdural hematoma following epidural catheter breakage. N. Global Spine J. 2016 Feb;6(1) 1-6.

・Tanaka A, Ishii H, Tatami Y, Shibata Y, Osugi N, Ota T, Kawamura Y, Suzuki S, Nagao Y, Matsushita T, Murohara T.

Unfractionated heparin during the interruption of antiplatelet therapy for non-cardiac surgery after drug-eluting stent implantation. Internal Medicine Vol. 55 (2016) No. 4 333-337.

・Fukuda H. Changes to hospital inpatient volume after newspaper reporting of medical errors. Journal of Patient Safety 2017; in press.

【邦文雑誌】

・長尾能雅: 医療事故調査制度の開始に

あたって. Urology Today 23, No. 2, 4-8, 2016.

・長尾能雅：医療事故調査の標準化に向けて. 日本外科学会雑誌, 第117巻, 第6号, 562-564, 2016.

・長尾能雅, 福島曜, 脇田祐実, 北野文将：ばらつきを生まない医療事故調査手法の開発～医療事故調査制度導入後の課題に対応するために～. 患者安全推進ジャーナル, No46, 74-79, 2016.

・遠山信幸：医療事故調査制度の現状と課題. 埼玉県外科医会雑 35, 7-14, 2016.

・遠山信幸：医療事故調査制度への対応～制度の概要と医療機関の具体的手順について～. HOPE VISION 23, 16-17, 2016.

・遠山信幸：医療事故調査制度の現状と課題. 埼玉県医師会誌 799, 22-29, 2016.

・兼児敏浩：医療安全・医療の質から見たAiの役割. INNERVISION, Vol. 31, No. 1, 17-19, 2016.

・兼児敏浩：医療事故調査制度におけるAiの役割. 患者安全推進ジャーナル, No44, 58-64, 2016.

・兼児敏浩：組織として施行可能な体制整備が必要となるオートプシーイメージング. 月刊新医療, Vol. 10, 18～21, 2016.

3. 学会発表

【国際学会】

・Y. Mizutani-Hori, Y. Etoh, A. Kadowaki, T. Kaneko: Improving quality in healthcare requires analysis of all death cases in a hospital organization. ISQua' s 33rd

International Conference 16th-19th October, 2016 Tokyo, Japan

・A. Kadowaki, Y. Kawano, N. Hamaguchi-Itoh, T. Kaneko: Introduction of the WHO surgical safety checklist improves perioperative nontechnical skills of surgeons.

ISQua' s 33rd International Conference 16th-19th October, 2016 Tokyo, Japan

【国内学会】

・(座長:長尾能雅) 浦松雅史, 細川洋平, 南須原康行, 兼児敏浩, 遠山信幸：医療安全活動における専従(専任)医師の役割と意義～平成27・28年度厚生労働科学研究の成果から～. 第11回医療の質・安全学会学術集会 シンポジウム 6 2016. 11. 20 幕張

・長尾能雅：医療事故調査の標準化に向けて. 特別企画(3)：外科医に求められる医療安全-医療事故調査制度の開始にあたって-. 第116回日本外科学会定期学術集会 2016. 4. 14 大阪

・長尾能雅：安全な医療を提供するために. シンポジウム9：研究倫理および医療安全 第89回日本内分泌学術総会 2016. 4. 21 京都

・長尾能雅：医療安全の新制度(事故調査制度)について. JCR2016 アニュアルコースレクチャー 日本リウマチ学会 2016. 4. 24 横浜

・長尾能雅：医療安全業務の全体像を把握する～足りない部分を知るために～. ランチョンセミナー 第47回日本看護学会「看護教育」学術集会 2016. 8. 5 京

都

・長尾能雅：禁忌処方と医薬品の安全管理～薬剤師への要望と期待～. シンポジウム 32 第 26 回日本医療薬学会年会 2016. 9. 18 京都

・長尾能雅：「医療事故調査制度」1 年を経て～再発防止に繋がる調査の考え方～ パネルディスカッション 2-2 第 11 回医療の質・安全学会 2016. 11. 19 幕張

・長尾能雅：医療事故調査制度及び特定機能病院における義務化に伴う死亡事例把握の現状と課題～群馬大学病院医療事故調査委員会が指摘した医療事故報告システムの限界～ パネルディスカッション 13-2 第 11 回医療の質・安全学会 2016. 11. 20 幕張

・長尾能雅：医療安全の新たな段階～群馬大学病院医療事故調査報告書から～ シンポジウム 2 「泌尿器科の基本設計」 第 68 回日本泌尿器科学会 2016 年東部・中部・西日本総会 2016. 11. 25 下関

・長尾能雅：標準化された医療事故調査方法から学ぶ “医療者が普段から意識すべきこと” 卒後教育プログラム 第 68 回日本泌尿器科学会 2016 年東部・中部・西日本総会 2016. 11. 26 下関

・遠山信幸：事故調？その前に院内医療安全モニタリング. 第 30 回日本心臓血管外科学会ウィンターセミナー学術集会イブニングセッション 2016. 1. 25 越後

湯沢

・遠山信幸：自治医科大学附属さいたま医療センターにおける医療安全の取り組み. 医療倫理委員会主催 医療安全・医療倫理に関する講演会

第 80 回日本循環器学会学術集会 2016. 3. 20 仙台

・鷲原規喜、遠山信幸、宮谷博幸、眞嶋浩聡：当院における内視鏡診療のインシデントレポートの活用について. 第 102 回日本消化器内視鏡学会関東支部例会パネルディスカッション 2016. 6. 12 東京

・遠山信幸：医療の質向上のための有害事象報告制度の確立と医療安全文化の醸成. 第 78 回日本臨床外科学会 総会特別企画 2016. 11. 26 東京

・遠山信幸：医療安全に期待される医師の役割とは. 日本医療マネジメント学会 第 6 回埼玉支部学術集会 教育セミナー 2017. 3. 19 さいたま

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

(資料 1)

これまでの研究の流れ図

本研究の流れ図

平成
27
年度

業務の全体像把握

「医療安全管理活動のループ図」作成

1次アンケート

特定機能病院＋DPC2群病院

訪問調査 (ヒアリング)

1次アンケート回答病院から
6病院選定

2次アンケート

全国の医療機関
(精神科単科病院除く)

医療安全管理体制
向上のための
提言

コンピテンシー
特定

医療安全教育

平成
28
年度

病理医 プレアンケート

北海道病理医会

北海道病理医会

病理医 全国アンケート

日本病理医会に依頼

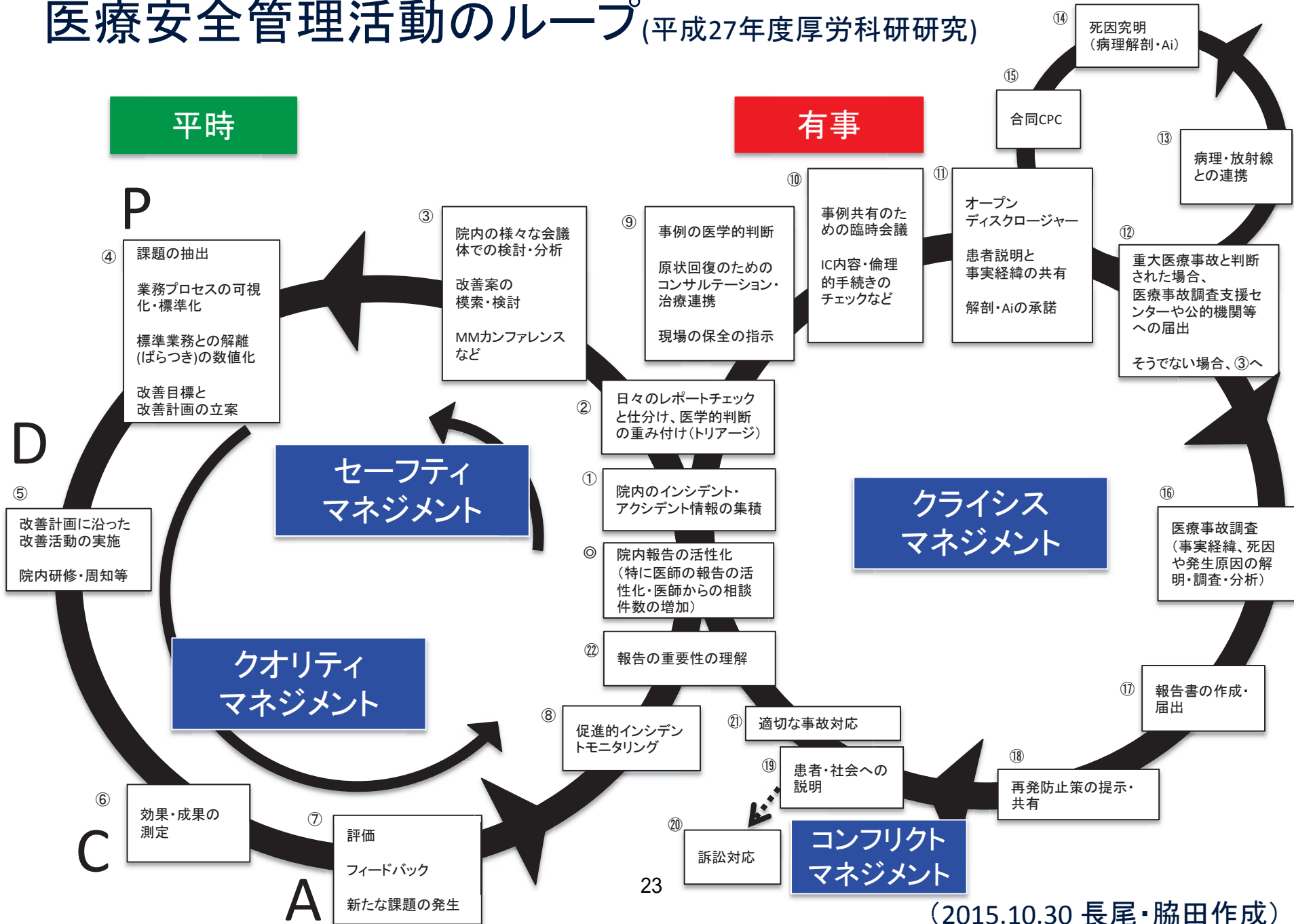
日本病理医会に依頼

今後
の課題

(資料 2)

医療安全管理活動のループ図

医療安全管理活動のループ (平成27年度厚労科学研究)



(資料 3)

1 次アンケート関連文書
(回答用紙・集計結果)

医師以外の医療資格を有し、院内で専従医療安全管理者としてご活動されている方へ

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」
研究代表者：名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部
長尾能雅

厚労科研 WEB アンケートへのご協力をお願い

師走の候、ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本年度より私どもは、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下にて「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」を実施しております。この度、本研究の一環として、特定機能病院およびDPCⅡ群病院に勤務され、医師以外の医療資格を有し、院内で専従医療安全管理者としてご活動されている皆様に対し、WEBアンケートへのご協力をお願いさせていただくことといたしました。お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、本アンケートが医療安全現場の実情を明らかにし、さらなる向上につながる重要な資料となりますよう、一人でも多くの皆様のご協力を頂きますと幸いです。

ご回答いただいた内容について、個人名や病院名が特定されることはありません。また、アンケート結果について、本研究の実施と、関連する研究、および研究内容の発表以外に使用することはありません。

なお、本アンケートはWEBアンケートとなっておりますので、ご回答頂く際にはインターネットにて以下のURLよりご回答ください。回答は3月7日(月)までにご送信をお願いします。

回答 URL : <http://goo.gl/forms/jcdAsjg1v1>

(終わりから3番目、1番目は数字の「1」です)

研究代表者	長尾能雅	名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 教授
研究分担者	遠山信幸	自治医科大学医学部 消化器外科学 医療安全学 教授
	南須原康行	北海道大学病院 医療安全管理部 准教授
	浦松雅史	東京医科大学医学部 医療の質・安全管理学分野 講師
	兼児敏浩	三重大学医学部附属病院 医療安全・感染管理部 教授
	西原広史	北海道大学大学院医学研究科 探索病理 特任教授
	細川洋平	京都府立医科大学医学系研究科 細胞分子機能病理学 客員講師
	福田治久	九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座 医療経営学分野 准教授

本研究の概要について

医療安全体制の確保には、医師、看護師など、多職種の医療従事者が緊密に連携し、平時や有事の医療安全活動に積極的に関与する必要があると考えられます。しかし、その実態は施設によってばらつきがあると推察されます。

例えば、平成 18 年より全ての医療機関に医療安全管理体制の整備が義務付けられ、平成 18 年度診療報酬改定において医療安全対策加算が新設されましたが、平成 19 年に行われた検証によると、当該加算の届出医療機関において、看護師が医療安全管理部門に専従配置されている機関は 92% である一方、医師が専従配置されている機関は 3.1%、兼任配置は 78.3%、未配置は 17.3% にとどまりました。

また、平成 22 年に医療安全対策加算 1 と 2 が新設されましたが、平成 22、23 年に実施された厚労科研では、同加算 1 の届出機関における医療安全管理部門の専従者配置について、「看護師 1 名以上」と答えた機関が約 90% であったのに対し、「医師 1 名以上」と答えた機関は約 3% でした。また、加算 1・2 の届出機関において、「医療安全管理部門の専任医師の週当たり延べ従事時間が 1 時間以下」であった医療機関の割合が 70% を占めていました。

これらの調査結果から、日本の医療安全管理体制については、未だ医師の医療安全への関与の低さが課題となっていると推察されますが、①医師の具体的な関与の状況や、②医師はどのような業務に関与することが求められているのか、③医師が関与することにより医療安全活動のどの部分がどの程度向上するのか、といった事柄は明らかになっていません。

そこで本研究では、第一段階として、現状の医療安全体制下において、医師以外の医療安全担当者がどのような業務を担当しているか、どの部分に不足を感じているか、医師の担当者にどのような業務を期待しているか、などを調査し、医療安全向上のために医師が果たす役割について考察したいと考えています。その方法として、すでに看護師の専従医療安全管理者が配置され、なおかつ医師の安全管理者も配置されている病院を比較的多数含む特定機能病院および DPC II 群病院の業務実態について、医師以外の医療資格を有する専従安全管理者を対象に第一次アンケート調査を行い、医師の配置状況と医療安全活動の達成状況の関係性を把握したいと考えます(今回の WEB アンケートはこの第一次調査に相当します)。さらに、その結果を踏まえてアンケートの質問内容を見直し、調査対象病院を拡大して第二次アンケート調査を行うことを予定しています。

さらに第二段階として、二回のアンケート調査から、上記①～③を明らかにし、今後のわが国の医療安全管理体制のあり方について、具体的な提言を行いたいと考えています。

関係者の皆様にはどうか本研究の主旨にご理解をいただき、ご協力をいただけますと幸いです。よろしくお願ひ申し上げます。

医師以外の医療資格を有し、
院内で専従医療安全管理者としてご活動されている方へ

本調査は、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」の第一次調査として、特定機能病院、およびDPCⅡ群病院を対象に行うものです。ここでいう専従医療安全管理者とは、およそ8割程度の業務を医療安全に費やしている方をいいます。一施設から複数名の方にご回答いただいても構いません。ご回答いただいた内容について、個人名や病院名が特定されることはありません。また、アンケート結果について、本研究の実施と、関連する研究、および研究内容の発表以外に使用することはありません。

調査は無記名ですが、病院名のみお答えください。第一次調査の結果を基に、質問項目を見直し、対象病院を拡大して第二次調査を行う予定としております。

本調査は名古屋大学医学部生命倫理委員会の承認を得て実施し、個人情報保護法等を遵守いたします。回答は3月7日までにご入力いただき、ご送信をお願いします。ご質問等ありましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部
研究代表者 長尾能雅
TEL&FAX 052-744-2940
yonagao@med.nagoya-u.ac.jp

アンケートの所要時間は10分程度です。回答は2016年2月1日時点での貴院の体制を基準としてお答えください。ご協力いただき、大変ありがとうございます。

↓「次へ」ボタンを押して回答開始してください。

はじめに

調査は無記名ですが、病院名のみお答えください。第一次調査の結果を基に、質問項目を見直し、対象病院を拡大して第二次調査を行う予定としております。

- ・ 貴院の医療機関名をご記入ください。
- ・ 回答される方の職種をご記入ください。
(看護師・薬剤師・臨床検査技師・医療事務・その他)
- ・ 専従医療安全管理者として勤務して何年目ですか？
(1年目・2年目・3年目・4～6年目・7年目以上)

1. 貴院の概要についてお尋ねします。

- ・ 貴院の病床数はおおよそどのくらいですか？
(100床未満 100～200床 201～400床 401～600床 601～800床 801～1000床 1001床以上)

2. 貴院の医療安全体制についてお尋ねします。

- ・ あなたの病院では、年間のインシデント・アクシデント報告数は、おおよそどのくらいですか？
(病床数未満 病床数程度 病床数の2倍 病床数の3倍 病床数の4倍 病床数の5倍 病床数の6倍 病床数の7倍 病床数の8倍 病床数9倍 病床数の10倍以上)
- ・ あなたの病院では、年間の全インシデント・アクシデント報告数に占める医師による報告は、おおよそどのくらいですか？(小数点以下切り捨てでお答えください。)
(1%未満 1～2% 3～4% 5～6% 7～8% 9～10% 11～15% 16～20% 21%以上)
- ・ あなたの病院では、インシデント・アクシデントの事実経緯等について、医師に確認しにくいことはありますか？
(よくある ときどきある まれにある ほとんどない)
- ・ あなたの病院では、安全管理部門主催のM&Mカンファレンス(病因死因検討会)は、おおよそどの程度開催されていますか？
(週に1回 月に2回 月に1回 2ヶ月に1回 3ヶ月に1回 4ヶ月に1回 6ヶ月に1回 年に1回 それ以下)
- ・ あなたの病院では、院内ラウンドは、おおよそどの程度行われていますか？
(週に1回 月に2回 月に1回 2ヶ月に1回 3ヶ月に1回 4ヶ月に1回 6ヶ月に1回 年に1回)
- ・ あなたの病院では、品質管理の手法(業務プロセスの標準化、改善活動の成果の測定、課題の特定と介入、現場へのフィードバック等)に基づいた改善活動は行われていますか？
(ほとんどされていない まれにされている ときどきされている よくされている)

・あなたの病院では、医療事故発生時、安全管理部門と各専門科が部門横断的に連携し、患者の原状回復のための治療連携をしていますか？

(ほとんどしていない　まれにしている　ときどきしている　よくしている)

・あなたの病院では、医療事故が疑われる死亡についての病理解剖の際、病理医と安全管理部門は連携していますか？

(ほとんどしていない　まれにしている　ときどきしている　よくしている)

・あなたの病院では、医療事故が疑われる死亡についての Ai 撮影の際、放射線科医と安全管理部門は連携していますか？

(ほとんどしていない　まれにしている　ときどきしている　よくしている)

・あなたの病院では、医療事故の死因究明や再発防止のための医療事故調査は実施されていますか？

(ほとんどされていない　まれにされている　ときどきされている　よくされている)

・あなたの病院では、訴訟・係争は適正に対応されていますか？

(ほとんどされていない　まれにされている　ときどきされている　よくされている)

3. あなた自身の業務の状況についてお伺いします。

・あなたは、医療事故防止のための改善活動への支援、介入をしていますか？

(ほとんどしていない　まれにしている　ときどきしている　よくしている)

・あなたは、主治医らへ、緊急電話連絡や事実経緯の確認をしていますか？

(ほとんどしていない　まれにしている　ときどきしている　よくしている)

・あなたは、病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断をしていますか？

(ほとんどしていない　まれにしている　ときどきしている　よくしている)

・あなたは、医療事故発生時に医療ミスによって発生したかどうかについての判断をしていますか？

(ほとんどしていない　まれにしている　ときどきしている　よくしている)

・あなたは、医療事故発生時に患者、家族への事実経緯を説明していますか？

(ほとんどしていない　まれにしている　ときどきしている　よくしている)

・あなたは、医療事故発生時に診療録の医師の記載内容を確認していますか？

(ほとんどしていない　まれにしている　ときどきしている　よくしている)

・あなたはには、日常の医療安全活動や医療事故発生時の対応に困った際、すぐに相談できる医師がいますか？

(まったくいない　いないことが多い　いることが多い　常にいる)

・それはどのような立場の人ですか？（複数選択可）

（医療安全担当副院長　医師専従医療安全管理者　医師専任医療安全管理者　医師兼任医療安全管理者　その他（　　）　　）

・日常的な医療安全管理活動について医療安全管理担当の医師に相談したいこと、依頼したいことはどのようなことですか？（複数選択可）

- ◆ 医師からのインシデント・アクシデント報告の活性化
- ◆ 報告されたインシデント・アクシデントについて医師への医学的内容の確認
- ◆ 報告されたインシデント・アクシデントが医療ミスによって発生したかどうかの判断
- ◆ 医療ミスにより患者に余分な診療行為が発生した場合の診療費免除の判断
- ◆ 医師の業務に対する院内ラウンド
- ◆ 医師への医療安全研修
- ◆ 医療事故防止上重要な医師の業務プロセス（患者誤認防止手順など）の可視化・標準化
- ◆ 医療事故防止のための医師の改善活動の支援、介入
- ◆ 医師の改善活動の効果、成果の測定
- ◆ 改善成果の医師へのフィードバック
- ◆ その他（ ）

・重大医療事故発生時に、医療安全管理担当の医師に相談したいこと、依頼したいことはどのようなことですか？（複数選択可）

- ◆ 主治医らへの緊急電話連絡
- ◆ 事実経緯の確認
- ◆ 病態の医学的評価
- ◆ 患者への影響や予後の判断
- ◆ 患者の原状回復のための治療および治療連携
- ◆ 医療ミスによって発生したかどうかについての判断
- ◆ 主治医らへの病院としての対応方針の説明
- ◆ 病理解剖となった場合の病理医との連携
- ◆ Ai 撮影となった場合の放射線科医との連携
- ◆ 病院管理者への状況報告
- ◆ 警察や医療事故調査支援センターに届け出るかどうかの判断
- ◆ 患者、家族への事実説明
- ◆ 診療録の医師の記載内容の確認
- ◆ 医療事故の原因究明や調査
- ◆ 医療事故調査の円滑な運営
- ◆ 適切な医療事故調査報告書の作成
- ◆ 医師の再発予防作の立案
- ◆ 適切な訴訟・係争対応
- ◆ その他（ ）

4. 日常業務についてのあなたの考えをお伺いします。

- ・あなたは貴院の医療安全管理体制に満足していますか？
(不満 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 満足)
- ・あなたは貴院の医療安全担当副院長は医療安全管理に積極的だと思いますか？
(不満 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 満足)
- ・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？
(不十分 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 十分)
- ・医師の医療安全管理者は必要だと思いますか？
(不要 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 必要)
- ・専従医療安全管理者として、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。
()
- ・専従医療安全管理者の業務に対し、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。
()
- ・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。

院内専従医療安全管理者を対象にした 質問票調査 【結果概要】

九州大学大学院医学研究院医療経営学分野
福田治久

【調査項目】

回答内容が良好である場合高値に設定

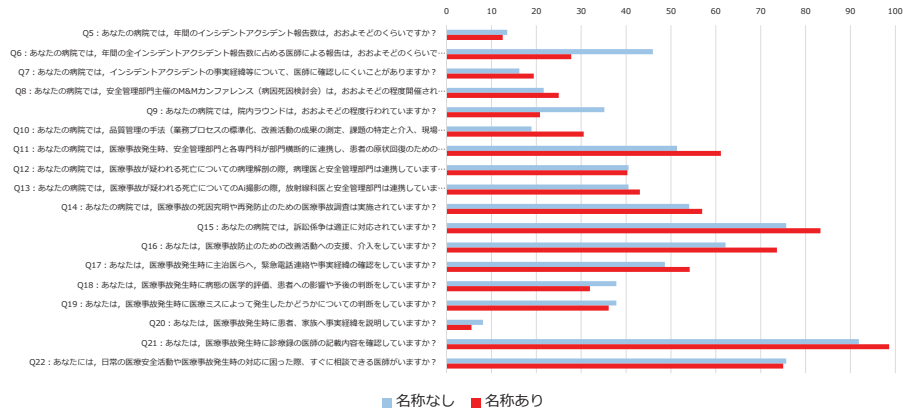
▶ Bold : 解析で主に使用した調査項目

Q1	・貴院の医療機関名をご記入ください。
Q2	・回答される方の職種をご記入ください。
Q3	・専従医療安全管理者として勤務して何年目ですか？
Q4	・貴院の病床数はおおよそどのくらいですか？
Q5	・あなたの病院では、年間のインシデント・アクシデント報告数は、おおよそどのくらいですか？
Q6	・あなたの病院では、年間の全インシデント・アクシデント報告数に占める医師による報告は、おおよそどのくらいですか？
Q7	・あなたの病院では、インシデント・アクシデントの事実経緯等について、医師に確認しにくいことがありますか？
Q8	・あなたの病院では、安全管理部門主催のM&Mカンファレンス（病因死因検討会）は、おおよそどの程度開催されていますか？
Q9	・あなたの病院では、院内ラウンドは、おおよそどの程度行われていますか？
Q10	・あなたの病院では、品質管理の手法（業務プロセスの標準化、改善活動の成果の測定、課題の特定と介入、現場へのフィードバック等）に基づいた改善活動は行われていますか？
Q11	・あなたの病院では、医療事故発生時、安全管理部門と各専門科が部門横断的に連携し、患者の原状回復のための治療連携をしていますか？
Q12	・あなたの病院では、医療事故が疑われる死亡についての病理解剖の際、病理医と安全管理部門は連携していますか？
Q13	・あなたの病院では、医療事故が疑われる死亡についてのAI撮影の際、放射線科医と安全管理部門は連携していますか？
Q14	・あなたの病院では、医療事故の死因究明や再発防止のための医療事故調査は実施されていますか？
Q15	・あなたの病院では、訴訟・係争は適正に対応されていますか？
Q16	・あなたは、医療事故防止のための改善活動への支援、介入をしていますか？
Q17	・あなたは、医療事故発生時に主治医らへ、緊急電話連絡や事実経緯の確認をしていますか？
Q18	・あなたは、医療事故発生時に病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断をしていますか？
Q19	・あなたは、医療事故発生時に医療ミスによって発生したかどうかについての判断をしていますか？
Q20	・あなたは、医療事故発生時に患者、家族へ事実経緯を説明していますか？
Q21	・あなたは、医療事故発生時に診療録の医師の記載内容を確認していますか？
Q22	・あなたには、日常の医療安全活動や医療事故発生時の対応に困った際、すぐに相談できる医師がいますか？
Q23	・それはどのような立場の人ですか？（複数選択可）
Q24	・日常的な医療安全管理活動について医療安全管理担当の医師に相談したいこと、依頼したいことはどのようなことですか？（複数選択可）
Q25	・重大医療事故発生時に、医療安全管理担当の医師に相談したいこと、依頼したいことはどのようなことですか？（複数選択可）
Q26	・あなたは貴院の医療安全管理体制に満足していますか？
Q27	・あなたは貴院の医療安全担当副院長は医療安全管理に積極的だと思いますか？
Q28	・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？
Q29	・医師の医療安全管理者は必要だと思いますか？
Q30	・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。
Q31	・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。
Q32	・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。

【医療機関名称有無別の回答結果】 医療機関名称回答は回答に影響しない

各設問上位回答*の有無

■ 統計学的有意差を認めない（カイ二乗検定）



【*上位回答の定義】

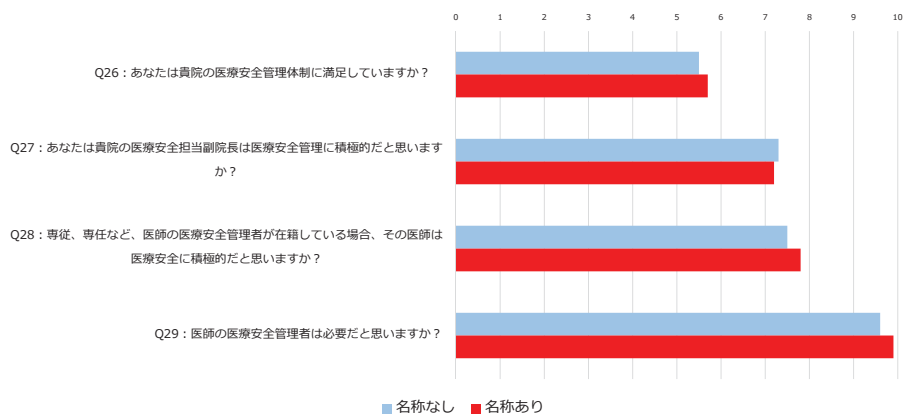
Q5: “病床数の8倍以上”, Q6: “7%以上”, Q8: “月1回以上”, Q9: “週1回以上”, Q7/Q10~Q22: “4”

3

【医療機関名称有無別の回答結果】 医療機関名称回答は回答に影響しない

各設問10段階得点

■ 統計学的有意差を認めない（t検定）

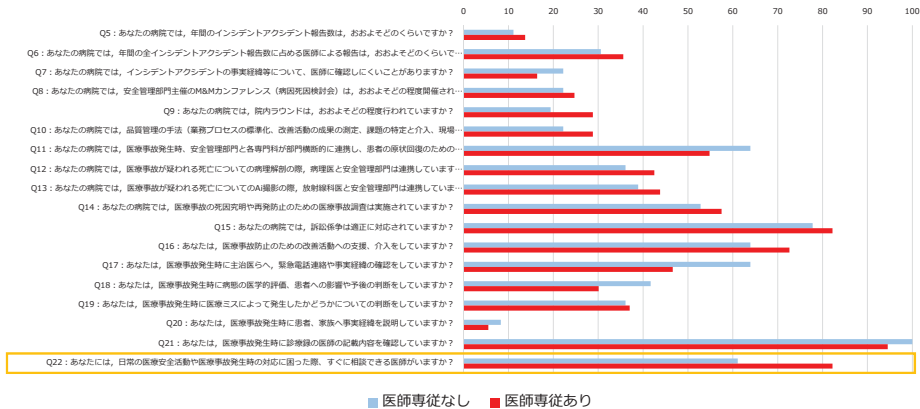


4

【医師専従配置有無別の回答結果】 「対応困難時に相談できる医師の有無」に有意差あり

各設問上位回答*の有無

■ Q22のみ統計学的有意差あり（カイニ乗検定）



【*上位回答の定義】

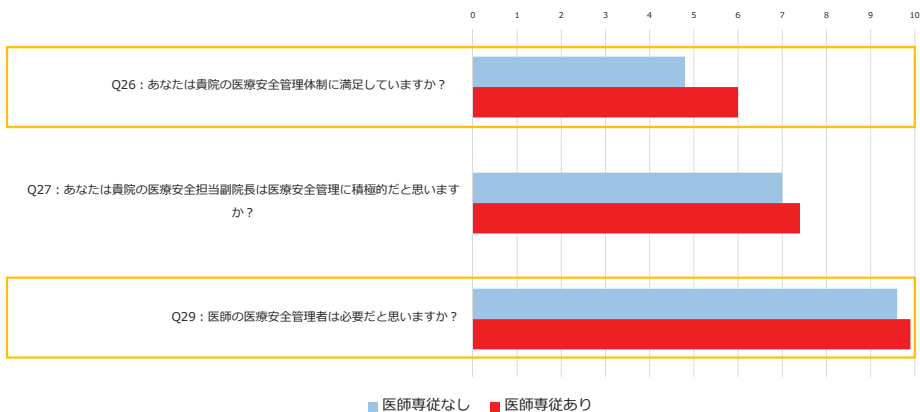
Q5: “病床数の8倍以上”, Q6: “7%以上”, Q8: “月1回以上”, Q9: “週1回以上”, Q7/Q10~Q22: “4”

5

【医師専従配置有無別の回答結果】 「体制満足度」「医師管理者の必要性」に有意差あり

各設問10段階得点

■ Q26・Q29に統計学的有意差あり（t検定）

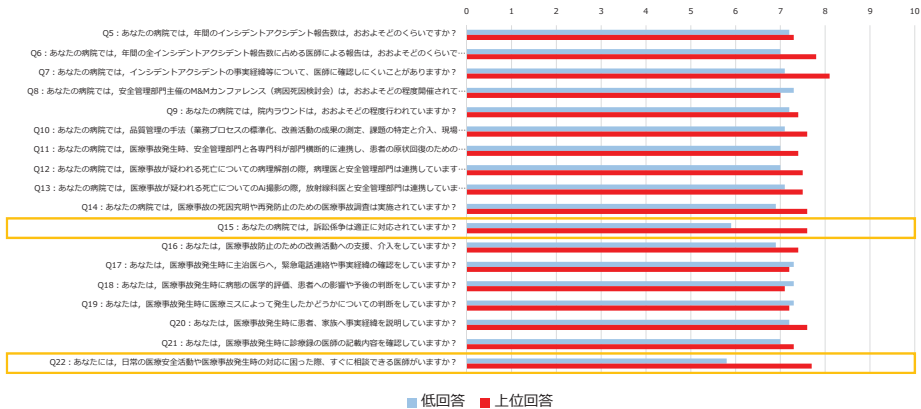


6

【医療安全担当副院長の医療安全管理への積極度(10点)】
「訴訟係争対応」「対応困難時の相談可能医師」に有意差あり

▶ **各設問上位回答別の平均値**

■ Q15・Q22に統計学的有意差あり (t検定)



【*上位回答の定義】

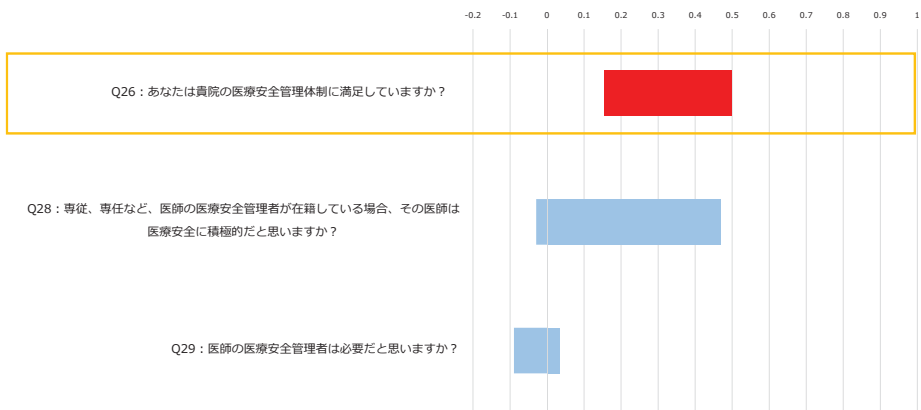
Q5：“病床数の8倍以上”，Q6：“7%以上”，Q8：“月1回以上”，Q9：“週1回以上”，Q7/Q10～Q22：“4”

7

【医療安全担当副院長の医療安全管理への積極度(10点)】
「体制満足度」に有意差あり

▶ **副院長積極度を目的変数に定めた線形回帰分析の結果（95%信頼区間）**

■ Q26に統計学的有意差あり (F検定)

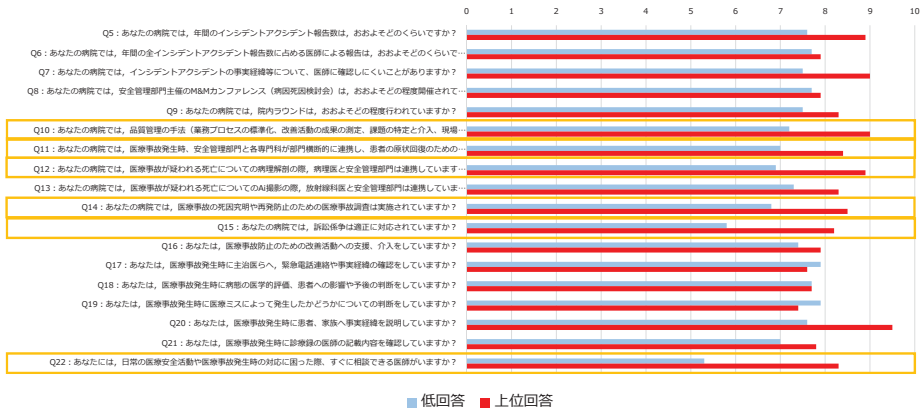


8

【医療安全医師管理者の医療安全管理への積極度(10点)】 各種医療安全体制、「対応困難時の相談可能医師」に有意差あり

各設問上位回答別の平均値

■ Q10・Q11・Q12・Q14・Q15・Q22に統計学的有意差あり (t検定)



【*上位回答の定義】

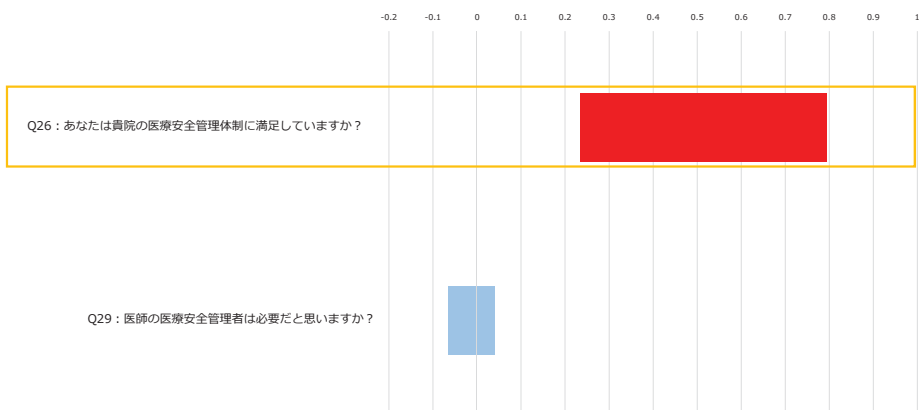
Q5：“病床数の8倍以上”，Q6：“7%以上”，Q8：“月1回以上”，Q9：“週1回以上”，Q7/Q10～Q22：“4”

9

【医療安全医師管理者の医療安全管理への積極度(10点)】 「体制満足度」に有意差あり

医師積極度を目的変数に定めた線形回帰分析の結果（95%信頼区間）

■ Q26に統計学的有意差あり (F検定)

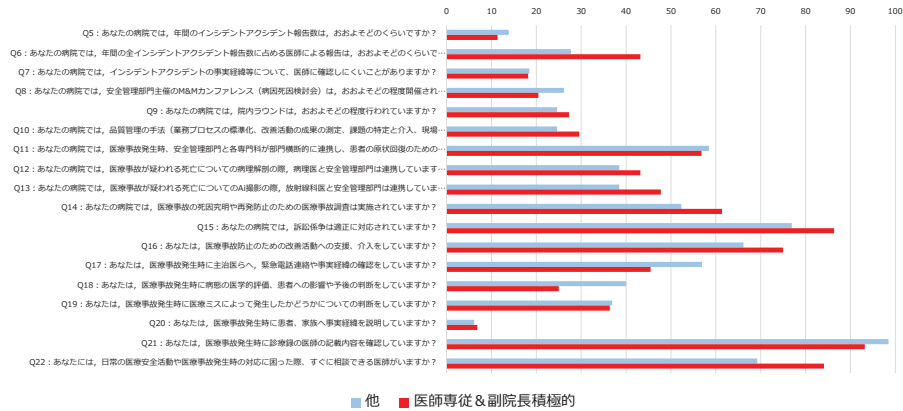


10

【医師専従 & 副院長積極的vsその他の回答結果】
有意差なし

各設問上位回答*の有無

有意差なし (カイ二乗検定)



【*上位回答の定義】

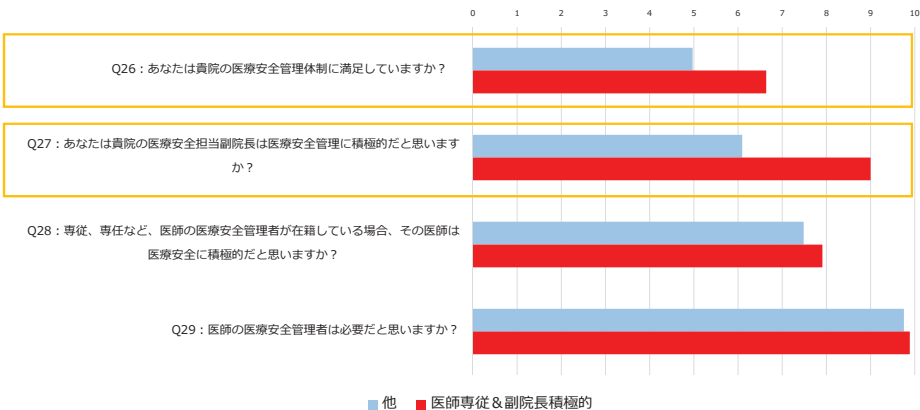
Q5: “病床数の8倍以上”, Q6: “7%以上”, Q8: “月1回以上”, Q9: “週1回以上”, Q7/Q10~Q22: “4”

11

【医師専従 & 副院長積極的vsその他の回答結果】
「体制満足度」「副院長積極度」に有意差あり

各設問10段階得点

Q26・Q27に有意差あり (t検定)



12

【医療安全体制偏差値】 算出方法

▶ Q5～Q15の回答値（良好を高値に変換）の単純合計値を用いて偏差値化

- Q5：あなたの病院では、年間のインシデント・アクシデント報告数は、おおよそどのくらいですか？

回答	病床数の2倍	病床数の3倍	病床数の4倍	病床数の5倍	病床数の6倍	病床数の7倍	病床数の8倍	病床数の9倍	病床数の10倍以上
点数	1	2	3	4	5	6	7	8	9

- Q6：あなたの病院では、年間の全インシデント・アクシデント報告数に占める医師による報告は、おおよそどのくらいですか？

回答	1%未満	1～2%	3～4%	5～6%	7～8%	9～10%	11～15%	16～20%
点数	1	2	3	4	5	6	7	8

- Q7：あなたの病院では、インシデント・アクシデントの事実経緯等について、医師に確認しにくいことがありますか？

回答	よくある	ときどきある	まれにある	ほとんどない
点数	1	2	3	4

- Q8：あなたの病院では、安全管理部門主催のM&Mカンファレンスは、おおよそどの程度開催されていますか？

回答	それ以下	年に1回	6ヶ月に1回	4ヶ月に1回	3ヶ月に1回	2ヶ月に1回	月に1回	月に2回	週に1回
点数	1	2	3	4	5	6	7	8	9

- Q9：あなたの病院では、院内ラウンドは、おおよそどの程度行われていますか？

回答	年に1回	6ヶ月に1回	4ヶ月に1回	3ヶ月に1回	2ヶ月に1回	月に1回	月に2回	週に1回
点数	1	2	3	4	5	6	7	8

- Q10～Q15

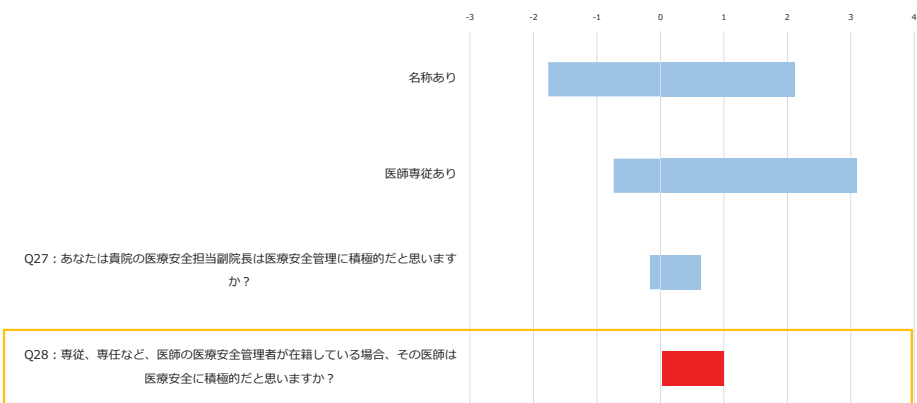
回答：Q10-Q11	ほとんどしていない	まれにしている	ときどきしている	よくしている
回答：Q12-Q15	ときどきしている	ほとんどしていない	まれにしている	よくしている
点数	1	2	3	4

13

【医療安全体制偏差値（平時）】 「医師安全管理者積極度」に有意差あり

▶ 安全体制偏差値を目的変数に定めた線形回帰分析の結果（95%信頼区間）

- Q28に統計学的有意差あり（F検定）

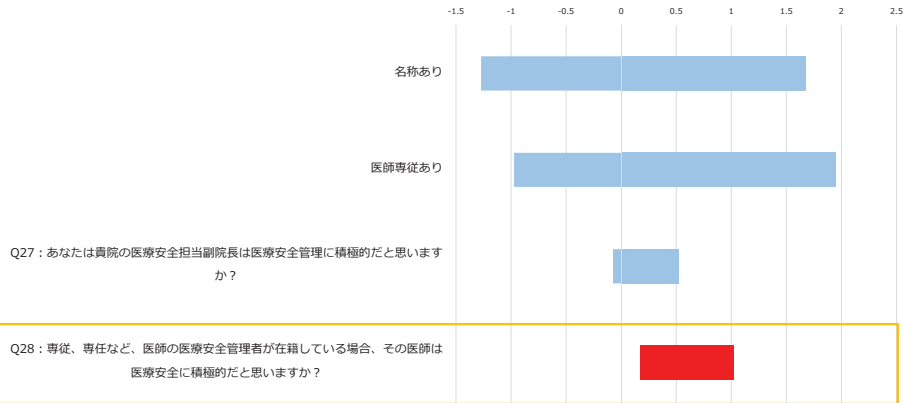


14

【医療安全体制偏差値（有事）】
「医師安全管理者積極度」に有意差あり

➤ **安全体制偏差値を目的変数に定めた線形回帰分析の結果（95%信頼区間）**

■ Q28に統計学的有意差あり（F検定）

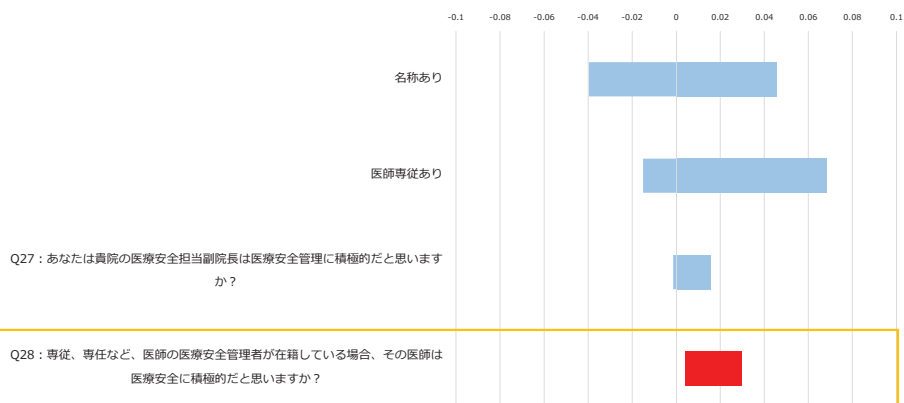


15

【医療安全体制偏差値（平時&有事）】
「医師安全管理者積極度」に有意差あり

➤ **安全体制偏差値を目的変数に定めた線形回帰分析の結果（95%信頼区間）**

■ Q28に統計学的有意差あり（F検定）



16

【各調査項目間の相関関係 1】

▶ 回答値を使用した場合

	q1c	q2c	q3c	q4c	q5c	q6c	q7c	q8c	q9c	q10c	q11c	q12c	q13c	q14c	q15c	q16c	q17c	q18c	q19c	q20c	q21c	q22c	q26	q27	q28	psdr		
q1c	1.00																											
q2c	0.11	1.00																										
q3c	-0.19	-0.12	1.00																									
q4c	-0.14	0.08	-0.01	1.00																								
q5c	0.02	0.08	-0.01	0.12	1.00																							
q6c	-0.11	-0.06	0.08	0.22*	-0.23*	1.00																						
q7c	0.08	0.03	0.05	0.13	0.30*	0.09	1.00																					
q8c	0.04	0.01	0.01	-0.07	0.05	-0.01	-0.13	1.00																				
q9c	-0.06	-0.07	0.13	0.02	0.10	-0.16	-0.01	0.09	1.00																			
q10c	0.17	-0.09	-0.03	0.16	0.12	-0.08	0.12	-0.02	0.09	1.00																		
q11c	0.08	-0.04	0.19*	0.04	-0.01	0.07	0.14	0.11	-0.01	0.21*	1.00																	
q12c	-0.03	-0.03	0.04	0.25*	0.14	0.01	0.05	-0.01	0.11	0.32*	0.45*	1.00																
q13c	0.03	-0.04	0.07	0.08	0.07	-0.02	0.15	0.00	0.07	0.31*	0.35*	0.64*	1.00															
q14c	0.02	0.02	0.17	0.18	0.24*	-0.03	0.25*	-0.03	-0.01	0.34*	0.31*	0.38*	0.31*	1.00														
q15c	0.07	0.11	0.18	0.10	0.06	-0.04	0.20*	-0.17	-0.05	0.24*	0.23*	0.29*	0.28*	0.50*	1.00													
q16c	0.08	-0.15	0.19*	-0.01	0.04	0.09	-0.11	0.14	0.23*	0.11	0.03	0.23*	0.28*	0.08	0.09	1.00												
q17c	0.07	-0.09	0.17	0.06	0.01	0.03	-0.12	0.10	0.18	-0.02	0.01	0.08	0.08	0.06	-0.05	0.24*	1.00											
q18c	-0.06	-0.16	0.03	0.11	0.09	0.22*	-0.02	0.14	-0.07	-0.14	0.03	0.07	0.12	-0.06	-0.09	0.08	0.31*	1.00										
q19c	-0.12	-0.02	0.15	0.12	0.11	0.19	0.05	0.08	-0.07	-0.07	0.05	0.10	0.13	0.01	0.03	0.10	0.32*	0.68*	1.00									
q20c	-0.05	-0.04	0.20*	0.01	0.00	0.04	-0.16	0.08	-0.13	-0.05	0.03	-0.01	0.07	0.07	0.01	0.12	0.19	0.09	0.31*	1.00								
q21c	0.20*	0.04	-0.13	0.08	0.02	0.17	0.06	0.13	-0.04	-0.02	0.01	0.08	0.06	0.08	-0.01	0.02	0.02	0.08	0.16	0.07	1.00							
q22c	0.03	0.13	0.06	-0.02	0.20*	-0.03	0.17	-0.08	-0.02	0.17	0.19	0.31*	0.15	0.23*	0.36*	0.15	-0.06	-0.07	-0.02	-0.16	-0.02	1.00						
q26	0.06	0.16	0.09	0.24*	0.09	0.00	0.26*	-0.01	0.02	0.44*	0.19*	0.36*	0.29*	0.32*	0.28*	0.02	-0.08	-0.10	-0.01	0.00	0.04	0.42*	0.40*	0.35*	1.00			
q27	-0.02	0.15	0.04	0.15	-0.04	0.19	0.09	-0.06	0.11	0.10	0.12	0.11	0.02	0.20*	0.26*	0.05	0.06	-0.01	-0.01	0.01	0.00	0.50*	0.50*	0.21	1.00			
q28	0.05	0.06	-0.01	0.32*	0.21	0.04	0.29*	0.08	-0.08	0.33*	0.16	0.42*	0.15	0.33*	0.21	0.03	-0.15	0.08	-0.07	-0.01	0.05	0.50*	0.50*	0.21	1.00			
psdr	0.03	0.11	-0.06	0.17	0.02	0.12	0.03	-0.01	0.05	0.17	-0.04	0.10	0.06	0.06	0.04	0.06	-0.16	-0.08	0.06	0.04	-0.10	0.22*	0.26*	0.07	.	1.00		

17

【各調査項目間の相関関係 2】

▶ 回答値を上位回答に変換した場合

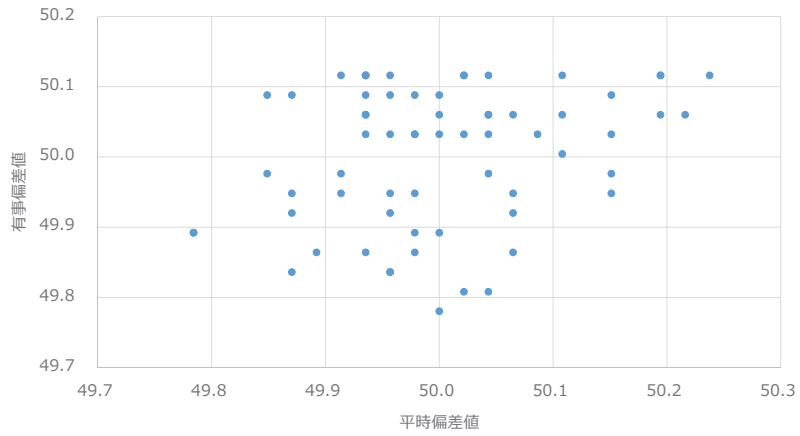
	q1c	q2c	q3c	q4c	q5c	q6c	q7c	q8c	q9c	q10c	q11c	q12c	q13c	q14c	q15c	q16c	q17c	q18c	q19c	q20c	q21c	q22c	q26	q27	q28	psdr		
q1c	1.00																											
q2c	0.11	1.00																										
q3c	-0.19	-0.12	1.00																									
q4c	-0.14	0.08	-0.01	1.00																								
q5c	-0.01	0.18	-0.09	0.15	1.00																							
q6c	-0.18	-0.11	0.06	0.16	-0.10	1.00																						
q7c	0.04	0.04	0.02	0.16	0.31*	0.16	1.00																					
q8c	0.04	0.01	0.06	-0.04	0.04	0.05	-0.10	1.00																				
q9c	-0.16	0.07	-0.05	0.02	0.09	-0.07	-0.01	0.02	1.00																			
q10c	0.12	-0.01	-0.04	0.19*	0.02	0.09	0.30*	-0.04	0.22*	1.00																		
q11c	0.09	-0.10	0.18	0.10	0.05	-0.05	0.26*	0.04	0.08	0.30*	1.00																	
q12c	0.00	0.05	-0.02	0.33*	0.13	0.00	0.09	0.02	0.03	0.27*	0.40*	1.00																
q13c	0.02	0.04	0.05	0.18	0.01	0.02	0.17	0.00	-0.03	0.20*	0.32*	0.62*	1.00															
q14c	0.03	-0.03	0.08	0.21*	0.06	-0.03	0.33*	0.06	-0.03	0.41*	0.36*	0.32*	0.23*	1.00														
q15c	0.09	0.12	0.17	0.15	0.12	-0.09	0.23*	0.00	0.02	0.29*	0.24*	0.26*	0.28*	0.41*	1.00													
q16c	0.12	-0.04	0.16	0.03	-0.05	0.09	0.00	0.09	0.11	0.22*	0.12	0.30*	0.20*	0.22*	0.18	1.00												
q17c	0.05	-0.14	0.19	0.01	-0.07	0.06	-0.12	0.06	-0.03	0.12	0.15	0.15	0.11	0.08	-0.05	0.25*	1.00											
q18c	-0.06	-0.11	0.06	0.01	-0.04	0.18	0.06	0.19*	-0.07	-0.04	0.10	0.08	0.13	0.13	-0.09	0.18	0.26*	1.00										
q19c	-0.02	0.00	0.24*	0.02	0.05	0.06	0.03	-0.07	0.03	0.02	0.15	0.11	0.16	0.10	0.08	0.21*	0.31*	0.54*	1.00									
q20c	-0.05	-0.07	0.15	0.00	-0.10	0.05	-0.12	0.03	0.02	-0.07	0.07	0.01	0.00	0.16	-0.06	0.09	0.18	0.13	0.19*	1.00								
q21c	0.17	0.05	-0.07	0.12	-0.07	0.14	0.09	-0.01	0.00	0.12	0.13	0.06	-0.03	0.22*	0.15	0.19*	0.11	0.14	0.15	0.05	1.00							
q22c	-0.01	0.14	0.06	0.06	0.22*	-0.04	0.16	-0.03	-0.05	0.20*	0.24*	0.34*	0.15	0.22*	0.42*	0.22*	-0.04	0.01	0.17	-0.02	0.00	1.00						
q26	0.06	0.16	0.09	0.24*	0.08	0.07	0.28*	0.12	0.09	0.32*	0.22*	0.37*	0.35*	0.30*	0.39*	0.05	-0.10	-0.10	0.02	-0.04	0.10	0.38*	1.00					
q27	-0.02	0.15	0.04	0.15	0.01	0.16	0.17	-0.07	0.04	0.09	0.10	0.10	0.08	0.15	0.29*	0.10	0.00	-0.06	-0.02	0.04	0.02	0.35*	0.35*	1.00				
q28	0.05	0.06	-0.01	0.32*	0.18	0.04	0.22	0.03	0.15	0.31*	0.26*	0.38*	0.21	0.32*	0.35*	0.08	-0.07	0.00	-0.09	0.16	0.07	0.44*	0.50*	0.21	1.00			
psdr	0.03	0.11	-0.06	0.17	0.04	0.05	-0.07	0.03	0.10	0.07	-0.09	0.06	0.05	0.05	0.05	0.09	-0.16	-0.11	0.01	-0.05	-0.14	0.23*	0.26*	0.07	.	1.00		

18

【医療安全体制偏差値：平時・有事の散布図】

➤ 線形回帰分析の結果（散布図）

- 有事と平時の間に統計学的有意差あり（F検定：P=0.027）



(資料 4)

ヒアリング関連文書

(A,B,C,D,E,G 病院 実施結果)

※F 病院キャンセルのため G 病院へ実施先変更。

A病院 ヒアリング結果

医師の専従・専任医療安全管理者 不在・回答者の満足度 低値

実施日(2016年6月10日)

実施者(細川、兼児)

病院の基礎情報

・医療安全体制

看護師(1)名

専従医師(0)名 専任医師(0)名 兼任医師(4)名

その他の職種(副薬局長、放射線技師長、検査技師)

特記事項(部門長は副病院長)

・回答者の医療安全管理者としての経験年数(3)年

回答者の職種(看護師長=アンケート当時)

特記事項(アンケート回答者は3月末で看護副部長として移動、面談には前安全管理者(現看護副部長)と4月からの現安全管理者(看護師長)が対応)

・その他特記事項

(ほぼ、がん専門病院であり、特定機能病院で500床あるが、MEは3名しか在籍していないなど、やや特殊な背景がある)

1 医療安全体制の満足度に対する回答の理由

① 多くのことを GRM がお膳立てをしないと医師が動かない。

安全管理担当の副病院長と4名の兼任医師は毎週火曜日 12:30~13:30 の部門会議、毎月の医療安全管理会議、毎月のリスクマネージャー会議、ほぼ毎月開催される MMC 等には基本的には出席している。副病院長は3b以上の事例をすべて見ているなど、医療安全に多く関わっているが、多忙であり、22時頃まで連絡がつかない状況である。また、兼任の医師はお膳立てしたことはしてくるが、忙しく、基本的には、自分の科の安全対策はしっかりするレベルである。MMCの症例選びや、各会議の議題等すべて看護師 GRM がしなければいけない。

② 病院長が安全管理部門について評価していない。

できるだけ、コストをかけずにそこその範囲でというのが基本的な考え方であり、「医療安全はあんまり頑張りすぎるな」などと面と向かって言われる。自分の頑張りに対する評価はまったくくない。

1-1) その満足度に「医療安全担当医師の積極性」が影響を与えているか?

あると考える。

2 医療安全担当医師の積極性に対する回答の理由

兼任医師がもっと積極的になれば診療の質の部分に踏み込めるので、安全管理の質もあがり、満足度は向上すると考えられる。

(実際は病院長の評価が上がらない限り、満足度は向上しないという印象であった。)

3 医療安全体制の満足度は、医師の有無で変わるか?

変わると考えられる。

3-1) もし変わるならば、医師の何が満足度を変えるのか?

2と同じく、医療安全管理の質の向上が期待できること。

3-2) もし変わらないのであれば、なぜ変わらないと思うのか?

非該当

4 医師の積極性を変化させるものは何か？

トップ（病院長）の医療安全管理に関する認識。

4-1) 積極的にさせるものは？

トップ（病院長）が医療安全管理を認識し、それに即した、病院運営を行うこと。

4-2) 消極的にさせるものは？

トップの認識の低さ

5 貴院での病理医との連携の現状は？

ごくまれに（3年で1例）積極的に関わり、病理解剖を依頼した事例があるが、基本的には、何かの時は部門長である副病院長が関わる。AIは実施していない。

5-1) 自身は病理解剖が必要だと思ったが現場が受け入れず実施されなかったことはあるか？

なし

5-2) その現状と医療安全体制の満足度との関連はあるか？

あまりなさそう（推測）

6 その他

看護師 GRM が一人で頑張っている現状が窺えたが、医療安全関連の各会議は機能し、MMC、研修会もしっかり行われている、インシデントレポートは2200～2400件/年でうち医師は10～11%など、実際の安全管理業務はおおむね適切になされている。また、兼任の4人の医師についても積極的とはいえないが、受け身ながら協力的であり、MMC実施後のまとめをローテーションで担当しているなど、及第点であると考えられる。

看護師 GRM 本人は医師がもっと積極的に関われば診療の質にも踏み込めてさらに自分の満足度も上がると述べているが、満足度が低い原因の本質は、トップが安全管理部門の存在、あるいは自分の仕事を評価していない、加えて、残業させるな、時間をかけるな、研修会に金をかけるな、やり過ぎるなどと否定的な認識を持っていることにあることは明らかである。

また、施設が老朽化し、再開発を控えた状況で病院全体が、経費節減モードとなっており、安全対策は経費の点からも優先されていない可能性もある。

B病院 ヒアリング結果

医師の専従・専任医療安全管理者 不在・回答者の満足度 低値

実施日(2016年6月8日)

実施者(遠山)

病院の基礎情報

- ・医療安全体制
看護師(1)名
専従医師(0)名 専任医師(0)名 兼任医師(室長1、副室長2)名
その他の職種(事務2名、医療機器安全管理者1名(兼務)、医薬品安全管理者1名(兼務))
特記事項(室長は脳外科科長で兼務)
- ・回答者の医療安全管理者としての経験年数(5)年
回答者の職種 (看護師：主事(師長職))
特記事項 (ほぼ1名で安全業務を行っている)
- ・その他特記事項(特になし)

1 医療安全体制の満足度に対する回答の理由

医療安全管理体制についての満足度は10点中3点程度と低い。
ICU、病棟、外来勤務ののち、看護部から出向の形で医療安全推進室勤務となった。推進室にきて5年目になるが、ほぼ1人ですべての業務を行っており、「とてもやりきれない」と思うことがある。レポートを読むこと、集計を取ることに時間を取られてしまい、疲れきってしまう。事務は2名いるが訴訟対応が主である。インシデント報告は昨年2600件、医師からは220-230件程度あった。勤務医師数は250-260名で、初期研修医は60名弱いる。医師に報告を依頼すると「なぜ?」「何で?」と言われてしまう。頼みづらい雰囲気がある。

1-1) その満足度に「医療安全担当医師の積極性」が影響を与えているか?

影響を与えている。医師の医療安全管理者が必要と思う。

2 医療安全担当医師の積極性に対する回答の理由

医師が部屋(医療安全推進室)にいない。室長の医師や担当の副院長は電話かメールで呼ばないと医療安全推進室には来ない。週に2回ぐらいしか会わない。兼務として副室長も2名(血液内科科長と心臓外科科長)もいるが、関与はない。そばに相談相手がいないのがつらい。医療機器安全管理者(臨床工学技士)や医薬品安全管理者(薬剤師)も医療安全推進室兼務となっているが、関与はほとんどない。

3 医療安全体制の満足度は、医師の有無で変わるか?

変わると思う。ぜひ積極的な医師の参加が望まれる。安全部門主催の事例検討(M&Mカンファレンス)は多くて年数件程度しかない。個人の責任追及と捉えられることがある。「またやるの?」と言われたこともある。

3-1) もし変わるならば、医師の何が満足度を変えるのか?

もっと相談したいことがあるし、分析や対策を一緒に考えてくれる医師がいてほしい。

3-2) もし変わらないのであれば、なぜ変わらないと思うのか?

病院の体質?かもしれない。室長は脳外科科長であり、診療業務が多忙のため、医療安全の業務まで手が回らないのかもしれない。副室長や担当副院長も同様である。

4 医師の積極性を変化させるものは何か?

現状ではインセンティブがないことか?病院全体の安全文化が低い。

4-1) 積極的にさせるものは？

わからない。

4-2) 消極的にさせるものは？

兼務による診療業務の多忙さだと思う。医療安全に手をかける時間がない。専従や専任の医師配置が望ましい。

5 貴院での病理医との連携の現状は？

安全部門との連携はない。

5-1) 自身は病理解剖が必要だと思ったが現場が受け入れず実施されなかったことはあるか？

ない。

5-2) その現状と医療安全体制の満足度との関連はあるか？

ない。

6 その他

改善活動は推進室としてはやっていない。

本院と分院4病院との間で年数回、医療安全担当者が集まって意見交換をしており、医師も出席しているが、医師からの発言はほとんどない。それも不満である。

C病院 ヒアリング結果

医師の専従・専任医療安全管理者 不在・回答者の満足度 高値

実施日(2016年5月27日)

実施者(兼児、細川)

病院の基礎情報

・医療安全体制

看護師(1)名

専従医師(0)名 専任医師(0)名 兼任医師(0)名

その他の職種(事務1名)

特記事項(安全管理室は室長の副院長(救急部部長)、当該看護師、3年で交代する事務職員のみ。副院長を長とする安全管理委員会に医師3名(消化器内科医、外科、糖尿病内科)と薬剤部長、放射線科技師長、検査科技師長等が参加)

・回答者の医療安全管理者としての経験年数(5)年

回答者の職種(看護師長)

特記事項(2016年3月で交代、アンケート回答者としてインタビュー)

・その他特記事項(なし)

1 医療安全体制の満足度に対する回答の理由

・院長、室長の副院長、その他のほとんどの医師が安全管理を重要視している。3年の約束であったが、結局5年担当した。もっとやりたいくらい(バーンアウトしていない)。全職員が協力的。
・2年前に建て替えが終了し、4年目に新築の医療安全管理室に移り、せっかくだからもう1年ということになり、5年間在籍した。

1-1) その満足度に「医療安全担当医師の積極性」が影響を与えているか?

担当者は兼任の副院長のみであるが、院長以下、安全管理に積極的に関わっていることは満足度に大きな影響を与えている。

2 医療安全担当医師の積極性に対する回答の理由

担当副院長は積極的である。毎日の軽いミーティングと毎週のカンファレンスを実施。医学的判断が必要な時には現場は副院長に直接相談している。安全委員会に参加している3人の医師も積極的である。

3 医療安全体制の満足度は、医師の有無で変わるか?

専任以上の医師がいたらより満足度は上がると思われる。特に医学的判断の必要性のトリアージ等について悩んでいるので。

3-1) もし変わるならば、医師の何が満足度を変えるのか?

上記と同じ

3-2) もし変わらないのであれば、なぜ変わらないと思うのか?

非該当

4 医師の積極性を変化させるものは何か?

10年以上在職している病院長が医療安全に非常に熱心。文化として醸成されている印象。
インシデントレポート 699床、全体3000~3500 医師 200
研修医は安全研修に100%参加、他の医師も70~80%以上は直接参加している(同一内容で5回実施)。

4-1) 積極的にさせるものは？

トップのリーダーシップ。院長が、医療安全が大事だと、常に会議の冒頭で一言言及してくれる。

4-2) 消極的にさせるものは？

非該当

5 貴院での病理医との連携の現状は？

病理や放射線部（A i）との関係はいい。必要時には副院長が直接関与。看護師GRMとして直接は関わっていない。

5-1) 自身は病理解剖が必要だと思ったが現場が受け入れず実施されなかったことはあるか？

自分がそう感じた事例も副院長との協議で疑問は解決している。
看護師GRMが毎日死亡時例のカルテをスクリーニングしている。

5-2) その現状と医療安全体制の満足度との関連はあるか？

満足度が高い一因と考えられる。

6 その他

満足度の高い原因として、

- ① 医療安全に対して院長が非常に熱心
- ② 医師が協力的
- ③ 患者への直接対応はほとんどしなくていい体制が構築
- ④ 大きなアクシデントが発生しておらず、事後対応に忙殺されることが無かった

インタビュー実施の直前までの5年間を医療安全管理室専従の看護師長として勤務後に病棟看護長として異動された方で、医療安全管理室業務を離れて2か月近くになるが、病院トップ、上司、同僚、院内職員の支援を得て、充実した5年間であったとの思いが強く、自分の仕事に誇りをもって生き生きと話す様子が印象的でした。医療安全はトップが重要であると再認識したインタビューでした。

D病院 ヒアリング結果
医師の専従・専任医療安全管理者 不在・回答者の満足度 高値

実施日(2016年6月7日)
実施者(浦松)

病院の基礎情報

- ・医療安全体制
看護師(1)名
専従医師(0)名 専任医師(0)名 兼任医師(0)名
その他の職種(事務員 事務1名)
特記事項(安全管理室長は産婦人科の部長, 安全担当副院長はおいていない)
- ・回答者の医療安全管理者としての経験年数(5)年
回答者の職種(看護師長)
特記事項(なし)
- ・その他特記事項(なし)

1 医療安全体制の満足度に対する回答の理由

満足度は7, 人手不足だが, 色々な職種が助けてくれる。特に, 薬剤師, ME。「味方がいる」。

1-1) その満足度に「医療安全担当医師の積極性」が影響を与えているか?

影響は不明だが, 「安全管理室長」へ相談しやすい。

2 医療安全担当医師の積極性に対する回答の理由

診療科長が集まる会議で, かなり患者側の意見を踏まえた発言をしてくれる。「身内だったらそんな風には言えないでしょう」などの発言をしてくれる。

3 医療安全体制の満足度は, 医師の有無で変わるか?

変わる

3-1) もし変わるならば, 医師の何が満足度を変えるのか?

カルテの記載については, 自分からは時に話しにくさを感じるので, この点に介入してもらおう。現在関係の悪い病理との関係を取り持ってもらおう。などの介入が満足度を高める。

3-2) もし変わらないのであれば, なぜ変わらないと思うのか?

該当回答なし

4 医師の積極性を変化させるものは何か?

該当回答なし

4-1) 積極的にさせるものは?

該当回答なし

4-2) 消極的にさせるものは?

該当回答なし

5 貴院での病理医との連携の現状は?

非常に不良。専従安全管理者に個人的な悪感情を持っている。

5-1) 自身は病理解剖が必要だと思ったが現場が受け入れず実施されなかったことはあるか?

該当回答なし

5-2) その現状と医療安全体制の満足度との関連はあるか？

該当回答なし

6 その他

該当回答なし

E病院 ヒアリング結果

医師の専従・専任医療安全管理者 在籍・回答者の満足度 低値

※訪問調査したところ、専従・専任医師は不在であることがわかった。

実施日(2016年6月1日)

実施者(遠山・浦松)

病院の基礎情報

- ・医療安全体制
看護師(2)名
専従医師(0)名 専任医師(0)名 兼任医師(1)名
その他の職種(兼任薬剤師, 兼任事務)
特記事項(なし)
- ・回答者の医療安全管理者としての経験年数(3)年
回答者の職種(看護師)
特記事項(なし)
- ・その他特記事項
(この春から、周術期管理認定看護師が専従に一名追加された。)

1 医療安全体制の満足度に対する回答の理由

該当回答なし

1-1) その満足度に「医療安全担当医師の積極性」が影響を与えているか?

該当回答なし

2 医療安全担当医師の積極性に対する回答の理由

積極的である。が忙しすぎて手が回らないように見える。

3 医療安全体制の満足度は、医師の有無で変わるか?

該当回答なし

3-1) もし変わるならば、医師の何が満足度を変えるのか?

医師の報告文化が良くなる、医師には医師が確認しやすい。看護師が医師に確認すると、立腹する人がいる。特に、高い職位、ベテラン、全身管理をする診療科でその傾向がある。

3-2) もし変わらないのであれば、なぜ変わらないと思うのか?

該当回答なし

4 医師の積極性を変化させるものは何か?

該当回答なし

4-1) 積極的にさせるものは?

該当回答なし

4-2) 消極的にさせるものは?

該当回答なし

5 貴院での病理医との連携の現状は?

病理の教授は安全管理委員会のメンバーであり、その点で連携しているといえる。同委員会に置いて、必要であれば病理解剖を勧めてくれる。病理医は4,5人。

5-1) 自身は病理解剖が必要だと思ったが現場が受け入れず実施されなかったことはあるか？

該当回答なし

5-2) その現状と医療安全体制の満足度との関連はあるか？

該当回答なし

6 その他

アンケートで回答したインシデント報告数が、「3倍」へ変更された。医師 250 件、11-15% 訪問調査したところ、専従・専任医師は不在であることがわかった。

G病院 ヒアリング結果
医師の専従・専任医療安全管理者 在籍・回答者の満足度 低値

実施日(2016年6月14日)
実施者(長尾、南須原、脇田)

病院の基礎情報

- ・医療安全体制
看護師(1)名
専従医師(0)名 専任医師(1)名 兼任医師(3)名
その他の職種(専従薬剤師1名 MSW1名 事務1名)
特記事項(なし)
- ・回答者の医療安全管理者としての経験年数(3)年
回答者の職種(薬剤師)
特記事項(前任者は看護職の専従で、バックアップしてくれている)
- ・その他特記事項
(病棟333床、インシデント2700件、医師からの報告46件)

1 医療安全体制の満足度に対する回答の理由

自身の働きが不足している気がして「3」にした。
医師に対して不満があるわけではない。

1-1) その満足度に「医療安全担当医師の積極性」が影響を与えているか?

いない。

2 医療安全担当医師の積極性に対する回答の理由

専任医師はいつでも相談に乗ってくれる。
院内ラウンドには積極的に参加してくれる。
兼任医師は臨床が忙しく積極的とはいえない。
PDCAや分析は不十分。

3 医療安全体制の満足度は、医師の有無で変わるか?

変わる。医師は必要だと思う。

3-1) もし変わるならば、医師の何が満足度を変えるのか?

医師がPDCAに積極的だったら、分析に関しても充実し、満足度が上がるかもしれない。

3-2) もし変わらないのであれば、なぜ変わらないと思うのか?

該当回答なし

4 医師の積極性を変化させるものは何か?

医療安全についてきちんと教育を受けてきた医師が一定数いる。
講習会で質問する、居眠りしない、インシデント発生時の対応が的確であるなど、助けてもらえ
そうな人はいる。
普段は臨床で忙しそうなので声はかけないが、どうしても困ったときに相談する。そういった医
師は現場からの信頼もあついで、若手にも良い影響がある。
一部いる医療安全に積極的な医師をうまく活用する。

4-1) 積極的にさせるものは?

わからない。

4-2) 消極的にさせるものは？

医師は医療安全に消極的ではない。
専門家として期待できる人はいない。皆臨床が好きで現場志向が強い。
自分の失敗には真剣に向き合うが、他人の失敗にまで付きあおうとする人はいないのではないかと思う。医療安全には謝罪や賠償のイメージがあるようである。
最近では厳しい対応の家族が増えて、現場も疲弊している。

5 貴院での病理医との連携の現状は？

病理医は昨年から2名いて、剖検することもあるが、医療安全では把握していない。人間関係が悪いわけではないが、これまで連携したことがない。

5-1) 自身は病理解剖が必要だと思ったが現場が受け入れず実施されなかったことはあるか？

ない。

5-2) その現状と医療安全体制の満足度との関連はあるか？

ない。

6. その他

- ・満足度が低いのは、自分自身のことを考えて回答した。
- ・専任医師については、OBであること（多くの医師がその医師を知っており、年長である）から医師に物をいう場合に、力になってくれる。
- ・事故の医学的評価、医療事故調査においては、専門用語の扱いなども含めて医師の力は必須。
- ・事故発生時の対応は、基本は現場の医師が行っている。回答者は患者が感情的になった場合等に要請があれば同席することがある。専任医師については、大きな事故で謝罪が必要な時のみ前面にでる（回答者としては、専任医師は普段から相談にのってくれるので、それで満足している。）
- ・専任医師自身も、OBであることのメリット（年齢的にもヒアリングがしやすいなど）を実感している。
- ・医師の目からみて、安全に対する診療科による姿勢の違いを感じる。診療科長の姿勢が大きく影響しているように思う。

(資料 5)

2次アンケート関連文書
(回答用紙・集計結果)

医師以外の医療資格を有し、院内で医療安全管理者としてご活動されている方へ

平成28年度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」

研究代表者：名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部

長尾能雅

厚労科研 2次 WEB アンケートへのご協力をお願い

晩夏の侯、ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、昨年度より私どもは、平成28年度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）下にて「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」を実施しております。この度、本研究の一環として、医師以外の医療資格を有し、院内で医療安全管理者としてご活動されている皆様に対し、WEBアンケートへのご協力をお願いさせていただくことといたしました。お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、本アンケートが医療安全現場の実情を明らかにし、医療安全体制のさらなる向上につながる重要な資料となりますよう、一人でも多くの皆様のご協力を頂きますと幸いです。

ご回答いただいた内容について、個人名が特定されることはありません。病院名については記載いただきますが、回答と病院名は非連結化され、連結表は研究代表者のみが保持します。つまり、回答結果と病院名を関連付けられるのは研究代表者のみです。社会に対して病院名が特定できるような形で結果を公表することはありません。また、アンケート結果について、本研究の実施と、関連する研究、および研究内容の発表以外に使用することはありません。

なお、本アンケートはWEBアンケートとなっておりますので、ご回答頂く際にはインターネットにて以下のURLよりご回答ください。回答期限は9月30日とさせていただきます。

回答 URL <https://goo.gl/forms/yrBnN4s20a6c63va2>

↑
(エル)

↑
(オー)

研究代表者	長尾能雅	名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 教授
研究協力者	遠山信幸	自治医科大学附属さいたま医療センター 総合医学講座Ⅱ（一般・消化器外科） 教授
	南須原康行	北海道大学病院 医療安全管理部 准教授
	浦松雅史	東京医科大学医学部 医療の質・安全管理学分野 講師
	兼児敏浩	三重大学医学部附属病院 医療安全・感染管理部 教授
	西原広史	北海道大学大学院医学研究科 探索病理 特任教授
	細川洋平	京都府立医科大学医学系研究科 細胞分子機能病理学 客員講師
	福田治久	九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座 医療経営学分野 准教授

本研究の概要

医療安全体制の確保には、医師、看護師など、多職種の医療従事者が緊密に連携し、平時や有事の医療安全活動に積極的に関与する必要があると考えられますが、その実態は施設によってばらつきがあると推察されます。

例えば、平成 18 年より全ての医療機関に医療安全管理体制の整備が義務付けられ、診療報酬改定において医療安全対策加算が新設されましたが、平成 19 年に行われた検証によると、当該加算の届出医療機関において、看護師が医療安全管理部門に専従配置されている機関は 92%である一方、医師が専従配置されている機関は 3.1%にとどまりました。

また、平成 22 年に医療安全対策加算 1 と 2 が新設されましたが、平成 22、23 年に実施された厚労科研では、同加算 1 の届出機関における医療安全管理部門の専従者配置について、「看護師 1 名以上」と答えた機関が約 90%であったのに対し、「医師 1 名以上」と答えた機関は約 3%でした。また、加算 1・2 の届出機関において、「医療安全管理部門の専任医師の週当たり延べ従事時間が 1 時間以下」であった医療機関の割合が 70%を占めていました。

これらの調査結果から、日本の医療安全管理体制については、未だ医師の医療安全への関与の低さが課題となっていると推察されますが、①医師の具体的な関与の状況や、②医師はどのような業務に関与することが求められているのか、③医師が関与することにより医療安全活動のどの部分がどの程度向上するのか、といった事柄は明らかになっていません。

そこで本研究では、特定機能病院および DPC II 群病院を対象に 1 次アンケート調査を行い、医師の配置状況と医療安全活動の達成状況の関係性を調査しました（平成 28 年 3 月実施）。さらに、その結果を踏まえて、調査対象病院を拡大して 2 次アンケート調査を行うことにいたしました。

二回のアンケート調査から、上記①～③を明らかにし、今後のわが国の医療安全管理体制のあり方について、具体的な提言を行いたいと考えています。なお、1 次アンケートにお答えいただいた方も、引き続き、今回の 2 次アンケートにご協力いただけますと幸いです。

関係者の皆様にはどうか本研究の主旨にご理解をいただき、ご協力をいただけますと幸いです。よろしくお願い申し上げます。

医師以外の医療資格を有し、院内で医療安全管理者としてご活動されている方へ

本調査は、平成28年度 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」の2次アンケート調査として、精神科単科を除く全国の病院を対象に行うものです。ご回答いただいた内容について、個人名が特定されることはありません。病院名については記載いただきますが、回答と病院名は非連結化され、連結表は研究代表者のみが保持します。つまり、回答結果と病院名を関連付けられるのは研究代表者のみです。社会に対して病院名が特定できるような形で結果を公表することはありません。また、アンケート結果について、本研究の実施と、関連する研究、および研究内容の発表以外に使用することはありません。

本調査は名古屋大学医学部生命倫理審査委員会の承認を得て実施し、個人情報保護法等を遵守いたします。このアンケートへのご回答をもって上記にご同意いただいたものとさせていただきます。

回答は9月30日までにご入力いただき、ご送信をお願いします。

ご質問等ありましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部

研究代表者 長尾能雅

TEL&FAX 052-744-2940

yonagao@med.nagoya-u.ac.jp

アンケートの所要時間は約15分です。回答は2016年9月1日時点での貴院の体制を基準としてお答えください。ご協力いただき、大変ありがとうございます。

***必須**

1.はじめに

1. 貴院の医療機関名をご記入ください。*医療機関名はアンケートの集計、解析のみに用います。*

.....

2. 貴院の所在地の郵便番号をご記入ください。*アンケートの集計、解析のみに用います。(例 123-4567 半角英数ハイフンあり)*

.....

3. 貴院の診療報酬上の病床数を教えて下さい。

.....

4. ご回答される方の職種をお答えください。

1つだけマークしてください。

- 看護師、助産師
- 薬剤師
- 臨床検査技師
- 診療放射線技師
- その他:

5. ご回答される方のお立場をお答えください。※全業務に占める医療安全業務の割合が80%以上を専従、50～79%を専任、50%未満を兼任と定義します。

1つだけマークしてください。

- 専従医療安全管理者
- 専任医療安全管理者
- 兼任医療安全管理者
- その他:

6. ご回答される方は現施設で医療安全管理者になって何年目ですか？

1つだけマークしてください。

- 7年目以上
- 6年目
- 5年目
- 4年目
- 3年目
- 2年目
- 1年目

2. 貴院の医療安全体制についてお伺いします。

7. 貴院の医療安全対策加算の取得状況を教えてください。

1つだけマークしてください。

- 加算1を取得している
- 加算2を取得している
- 取得していない
- わからない

8. 貴院の医療安全の責任者は誰が務めていますか？

1つだけマークしてください。

- 病院長
- 副病院長
- その他:

9. 貴院では上記以外の医師が医療安全活動に関与していますか？

1つだけマークしてください。

- はい
- いいえ

10. 「専従」として医療安全管理に携わる医師数を教えてください。※全業務に占める医療安全業務の割合が80%以上の方を専従と定義します。

1つだけマークしてください。

- 3人以上
- 2人
- 1人
- 0人

11. 「専任」として医療安全管理に携わる医師数を教えてください。※全業務に占める医療安全業務の割合が50～79%の方を専任と定義します。

1つだけマークしてください。

- 3人以上
- 2人
- 1人
- 0人

12. 「兼任」として医療安全管理に携わる医師数を教えてください。※全業務に占める医療安全業務の割合が50%未満の方を兼任と定義します。

1つだけマークしてください。

- 3人以上
- 2人
- 1人
- 0人

13. 貴院では2016年4月以降、医療安全管理に携わる医師の配置に大きな変更はありましたか？

1つだけマークしてください。

- 変更があった
- 変更はなかった
- その他:

14. (前問で配置に「変更があった」とお答えになった方)それはどのような変更ですか？

.....

15. 「専従」として医療安全管理に携わる看護師数を教えてください。※全業務に占める医療安全業務の割合が80%以上の方を専従と定義します。

1つだけマークしてください。

- 3人以上
- 2人
- 1人
- 0人

16. 「専任」として医療安全管理に携わる看護師数を教えてください。※全業務に占める医療安全業務の割合が50～79%の方を専任と定義します。

1つだけマークしてください。

- 3人以上
- 2人
- 1人
- 0人

17. 「専従」として医療安全管理に携わる薬剤師数を教えてください。※全業務に占める医療安全業務の割合が80%以上の方を専従と定義します。

1つだけマークしてください。

- 3人以上
- 2人
- 1人
- 0人

18. 「専任」として医療安全管理に携わる薬剤師数を教えてください。※全業務に占める医療安全業務の割合が50～79%の方を専任と定義します。

1つだけマークしてください。

- 3人以上
- 2人
- 1人
- 0人

19. 医師、看護師、薬剤師以外で医療安全管理に専従、または専任として携わっている職種があれば教えてください。※全業務に占める医療安全業務の割合が80%以上の方を専従、50～79%の方を専任と定義します。

3. 貴院の医療安全活動についてお伺いします。

20. 2015年度における貴院のインシデント・アクシデント報告総数をご記入ください。

21. 2015年度における貴院での医師によるインシデント・アクシデント報告数をご記入ください。

22. 貴院では、インシデント・アクシデント報告の読解や医学的重要度に応じた仕分けを行っていますか？

1つだけマークしてください。

- よく行っている
- ときどき行っている
- まれに行っている
- ほとんど行っていない

23. 貴院の医療安全管理部門において、インシデント・アクシデントの改善のための会議(定期、不定期、臨時を含む)を今年の4月以降で何回程度開催しましたか?(インシデント検討会やM&Mカンファレンスを含む)

1つだけマークしてください。

- 11回以上
- 6~10回
- 3~5回
- 1~2回
- まったくない

24. 貴院の医療安全管理活動の改善のためのPDCAサイクルの実施状況を教えてください。

1つだけマークしてください。

- PDCAを行っており、数値に基づいて評価(C)している
- PDCAは行っているが、数値に基づいた評価(C)はしていない
- 計画(P)は立てているが、評価(C)が十分にできていない
- PDCAは行っていない
- その他:

25. 貴院の医療安全管理部門では、アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断を行っていますか?

1つだけマークしてください。

- よく行っている
- ときどき行っている
- まれに行っている
- ほとんど行っていない

26. 貴院の医療安全管理部門では、アクシデントや重大事故発生時の治療のための連携や、関係医師らとの緊急会議などを行っていますか?

1つだけマークしてください。

- よく行っている
- ときどき行っている
- ほとんど行っていない
- まれに行っている

27. 貴院の医療安全管理部門において、医療事故が疑われる死亡についての病理解剖の際、病理医と医療安全管理部門は連携していますか？

1つだけマークしてください。

- よく連携している
- ときどき連携している
- まれに連携している
- ほとんど連携していない
- 病理解剖はほとんど行っていない

28. 貴院の医療安全管理部門において、医療事故が疑われる死亡についてのAi撮影の際、放射線科医と医療安全管理部門は連携していますか？

1つだけマークしてください。

- よく連携している
- ときどき連携している
- まれに連携している
- ほとんど連携していない
- Ai撮影はほとんど行っていない

29. 貴院では、医療事故調査報告書の作成を行っていますか？

1つだけマークしてください。

- よく行っている
- ときどき行っている
- まれに行っている
- ほとんど行っていない

30. 貴院では、医療事故調査において、有効な再発防止策の立案をしていますか？

1つだけマークしてください。

- よく行っている
- ときどき行っている
- まれに行っている
- ほとんど行っていない

4.日常的な医療安全活動への医師のかかわり方についてお伺いします。

31. あなたには、日常の医療安全活動や医療事故発生時の対応に困った際、すぐに相談できる医師がいますか？

1つだけマークしてください。

- 常にいる
- いることが多い
- いないことが多い
- まったくない

32. あなたが医療安全活動に関して最もよく相談する医師は、どのような立場の人ですか？※全業務に占める医療安全業務の割合が80%以上を専従、50～79%を専任、50%未満を兼任と定義します。

1つだけマークしてください。

- 病院長
- 医療安全担当副病院長
- 専従として医療安全管理に携わる医師
- 専任として医療安全管理に携わる医師
- 兼任として医療安全管理に携わる医師
- 誰もいない
- その他:

33. 「インシデント・アクシデント報告の読解や医学的重要度に応じた仕分け」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？

1つだけマークしてください。

- 絶対に必要である
- 場合によっては必要である
- さほど必要ない
- 全く必要ない

34. 「インシデント・アクシデントの改善のための会議(定期、不定期、臨時含む)」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？

1つだけマークしてください。

- 絶対に必要である
- 場合によっては必要である
- さほど必要ない
- 全く必要ない

35. 「医療事故防止のためのPDCAサイクルなどを用いた改善活動」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？

1つだけマークしてください。

- 絶対に必要である
- 場合によっては必要である
- さほど必要ない
- 全く必要ない

36. その他に医療安全管理に携わる医師の関与が必要と思われることがあればご記入ください。

.....

5. 重大医療事故発生時の医療安全活動への医師のかかわり方についてお伺いします。

37. 「アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？

1つだけマークしてください。

- 絶対に必要である
- 場合によっては必要である
- さほど必要ない
- 全く必要ない

38. 「アクシデントや重大事故発生時の治療のための連携や、関係医師らとの緊急会議」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？

1つだけマークしてください。

- 絶対に必要である
- 場合によっては必要である
- さほど必要ない
- 全く必要ない

39. 「病理解剖となった場合の病理医との連携」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？

1つだけマークしてください。

- 絶対に必要である
- 場合によっては必要である
- さほど必要ない
- 全く必要ない

40. 「AI撮影となった場合の放射線科医との連携」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？

1つだけマークしてください。

- 絶対に必要である
- 場合によっては必要である
- さほど必要ない
- 全く必要ない

41. 「医療事故調査報告書の作成」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？

1つだけマークしてください。

- 絶対に必要である
- 場合によっては必要である
- さほど必要ない
- 全く必要ない

42. 「医療事故調査における有効な再発予防策の立案」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？

1つだけマークしてください。

- 絶対に必要である
- 場合によっては必要である
- さほど必要ない
- 全く必要ない

43. その他に医療安全管理に携わる医師の関与が必要と思われることがあればご記入ください。

.....

6. 日常業務についてのあなたのお考えを伺います。

44. あなたは、医療安全管理上必要と思われる改善策が医師の反対によって実施されなかったことが昨年10月以降にどのくらいありましたか？

1つだけマークしてください。

- 0件
- 1~2件
- 3~4件
- 5~6件
- 7件以上

45. (前問で1件以上あったとお答えいただいた方)その状況は医療安全管理に携わる医師がさらに
関与することで改善すると思いますか？

1つだけマークしてください。

	1	2	3	4	5	
そう思わない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	そう思う

46. あなた自身が患者の死に対し疑義があると判断したとしてもあなたの意に反して病院としての
介入が行われないことが昨年10月以降にどのくらいありましたか？

1つだけマークしてください。

- 0件
- 1~2件
- 3~4件
- 5~6件
- 7件以上

47. (前問で1件以上あったとお答えいただいた方)その状況は医療安全管理に携わる医師がさらに
関与することで改善すると思いますか？

1つだけマークしてください。

	1	2	3	4	5	
そう思わない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	そう思う

48. あなたは医療行為に問題があると判断したとしても主治医に合併症と判断されたことが昨年
10月以降にどのくらいありましたか？

1つだけマークしてください。

- 0件
- 1~2件
- 3~4件
- 5~6件
- 7件以上

49. (前問で1件以上あったとお答えいただいた方)その状況は医療安全管理に携わる医師がさらに
関与することで改善すると思いますか？

1つだけマークしてください。

	1	2	3	4	5	
そう思わない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	そう思う

50. あなたは医療事故調査制度の対象だと思ったのに調査が行われなかった事例が昨年の10月以降でどのくらいありましたか？

1つだけマークしてください。

- 0件
- 1～2件
- 3～4件
- 5～6件
- 7件以上

51. (前問で1件以上あったとお答えいただいた方)その状況は医療安全管理に携わる医師がさらに関与することで改善すると思いますか？

1つだけマークしてください。

1 2 3 4 5

そう思わない そう思う

52. 貴院の職員はインシデントやアクシデント報告に意義を感じていると思いますか？

1つだけマークしてください。

- よく感じていると思う
- ときどき感じていると思う
- まれに感じていると思う
- ほとんど感じていないと思う

53. 貴院の医師はインシデントやアクシデント報告に意義を感じていると思いますか？

1つだけマークしてください。

- よく感じていると思う
- ときどき感じていると思う
- まれに感じていると思う
- ほとんど感じていないと思う

54. あなたは貴院の医療安全管理の体制に満足していますか？

1つだけマークしてください。

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

不満 満足

55. あなたは貴院の医療安全責任者(院長や副院長)は医療安全活動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	
消極的	<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"/>	積極的

56. (専従や専任として医療安全管理に携わる医師が在籍している方)その医師は医療安全活動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	
消極的	<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"/>	積極的

57. あなたの病院は社会から求められている医療安全管理業務を実施できていると思いますか？

1つだけマークしてください。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
できていない	<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"/>	できている

58. あなたは医療安全管理に専従や専任として携わる医師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	
必要ない	<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

59. 本調査に参加しての感想やその他のお考えを自由に記入ください。

.....

医師以外の医療資格を有し、院内で医療安全管理者としてご活動されている方へ

厚労科研 2次 WEB アンケート回収期間延長のお知らせ

深秋の候、ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、先日お送りしました 2 次 Web アンケートですが、回収期間の延長と回答手段の追加をいたしましたのでお知らせいたします。

回答期限は 11月25日といたします。以下の URL からご回答いただくか、それが難しい場合、下記連絡先までご連絡ください。メールまたは FAX にて回答紙をご案内させていただきます。

回答 URL <https://goo.gl/forms/yrBnN4s20a6c63va2>

↑
(エ)

↑
(オ)

連絡先 名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部

TEL&FAX : 052-744-2940

Mail : qps@med.nagoya-u.ac.jp

関係者の皆様にはどうか本研究の主旨にご理解をいただき、ご協力をいただけますと幸いです。よろしくお願い申し上げます。

〒466-8560 名古屋市昭和区鶴舞町 65

平成 28 年度厚労科研 医療安全体制向上に関する研究班

研究代表者：名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部

長尾能雅

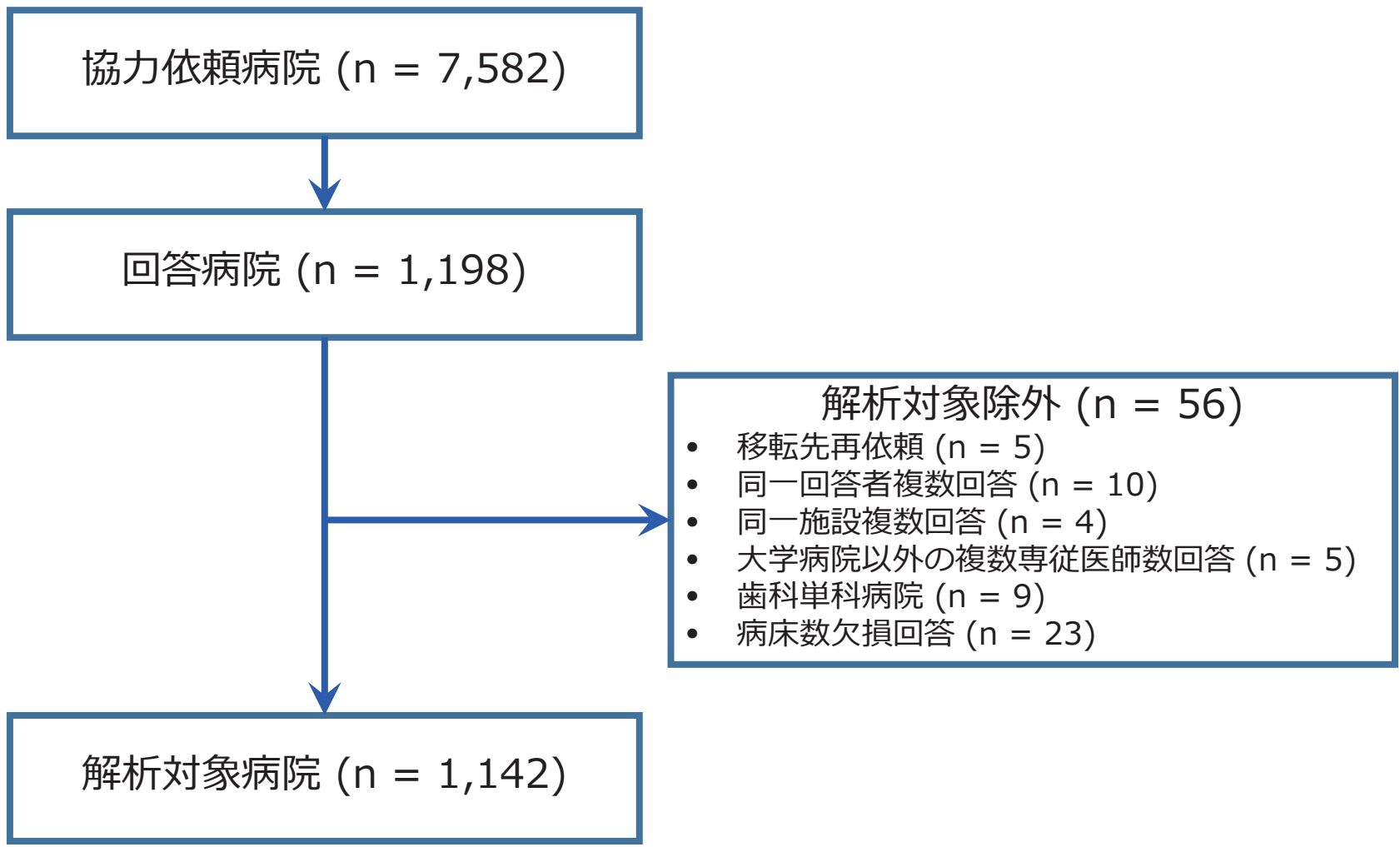
医療安全管理医師配置の有効性評価 2次アンケート結果分析 【報告書版 ($n = 1,198$)】

九州大学大学院医学研究院医療経営学分野
福田治久

2017年⁷²1月12日

解析对象

▶ 解析対象病院フロー

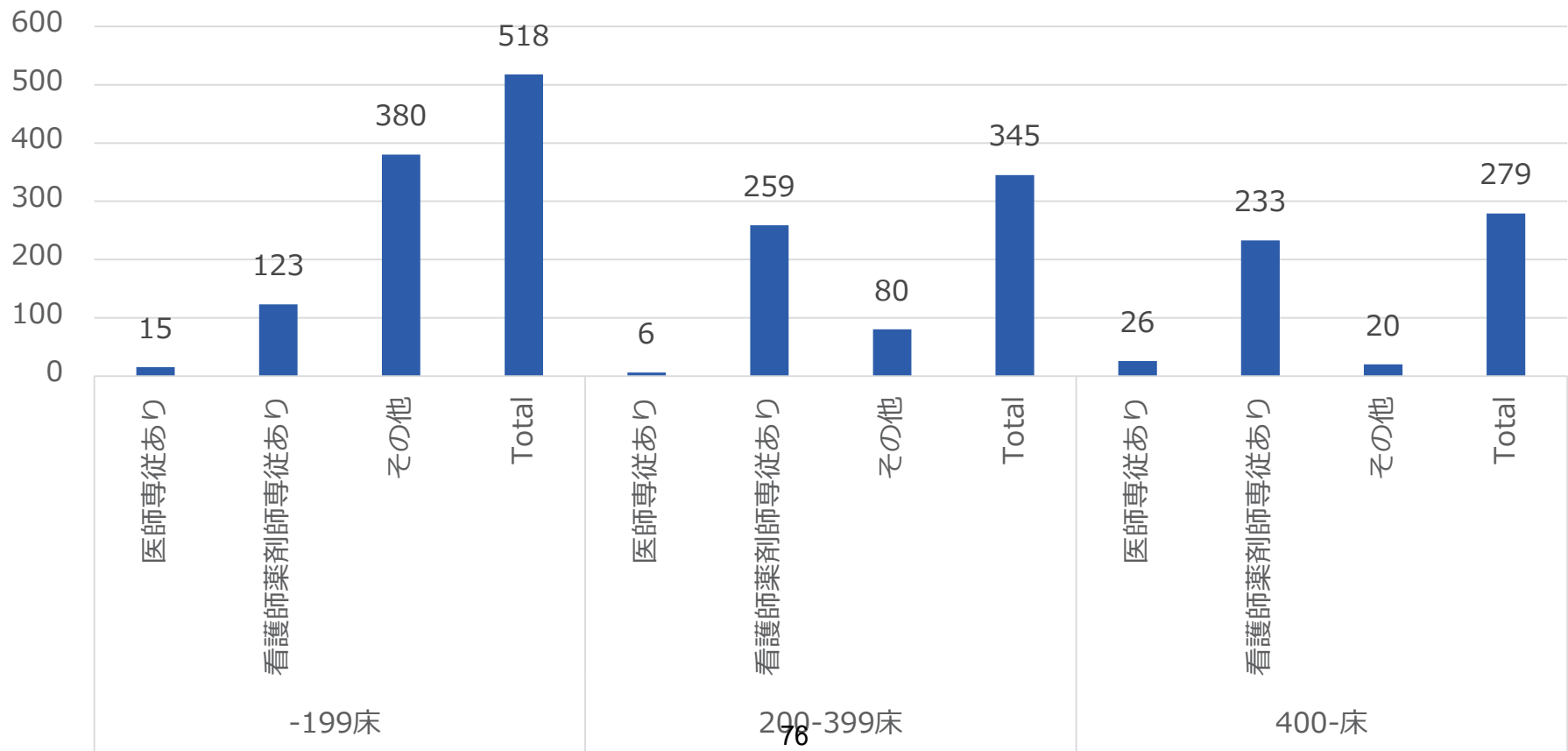


I. 単変量解析①

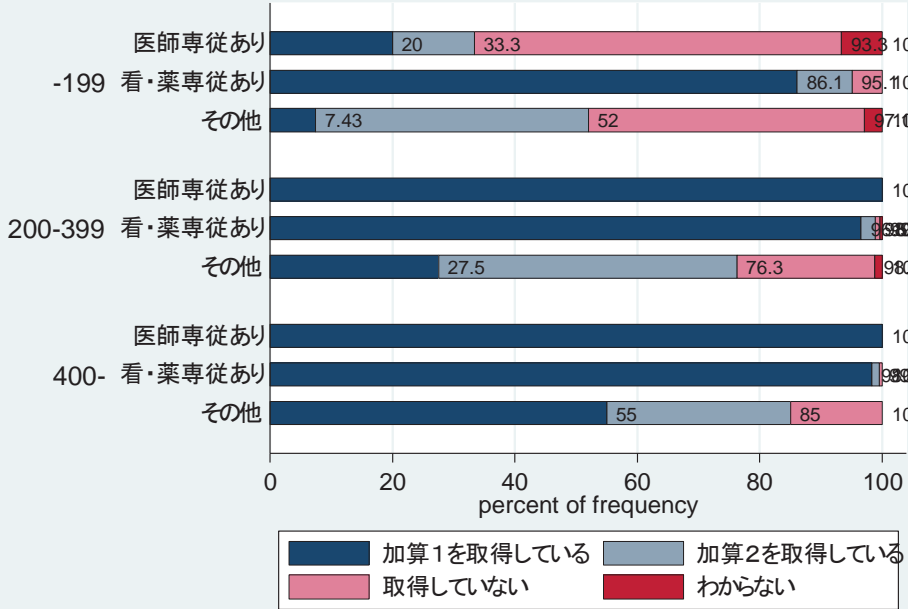
「医師専従あり」 vs. 「看護師・薬剤師専従あり」 vs. 「その他」

▶ 専従配置状況

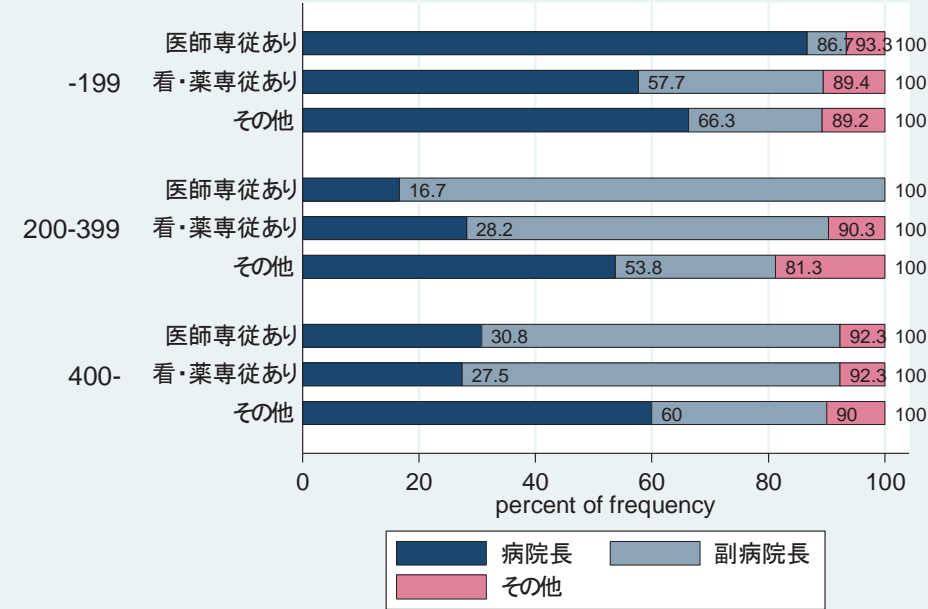
- 医師専従あり：47病院（4.1%）　うち、特定機能病院：17病院
- 看護師薬剤師専従あり：615病院（53.9%）
- その他：480病院（42.0%）



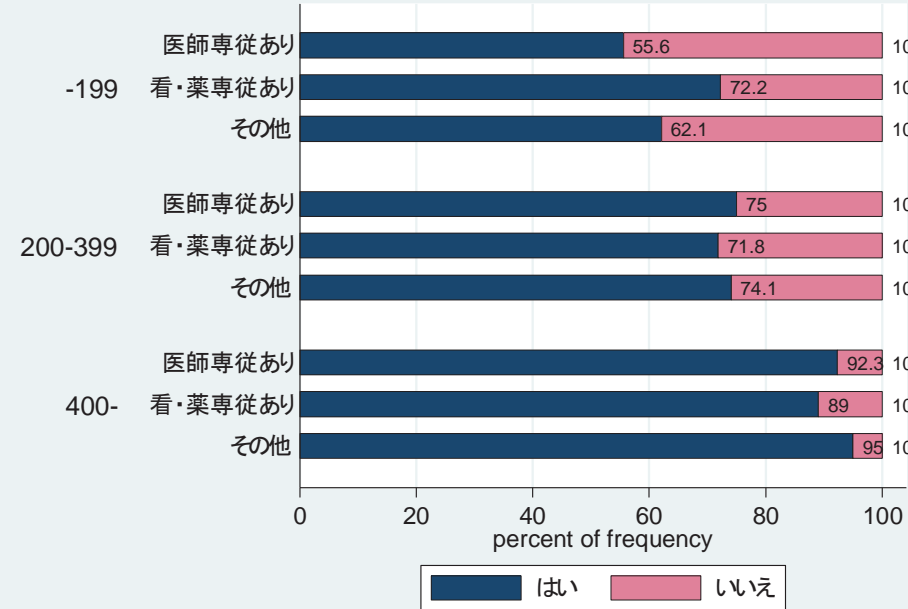
q7: 貴院の医療安全対策加算の取得状況を教えてください。



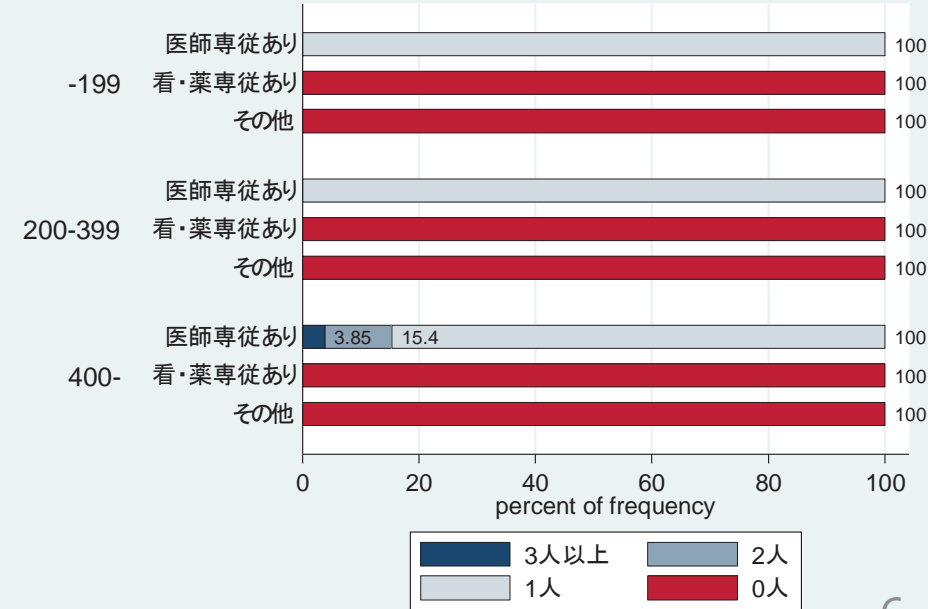
q8: 貴院の医療安全の責任者は誰が務めていますか？



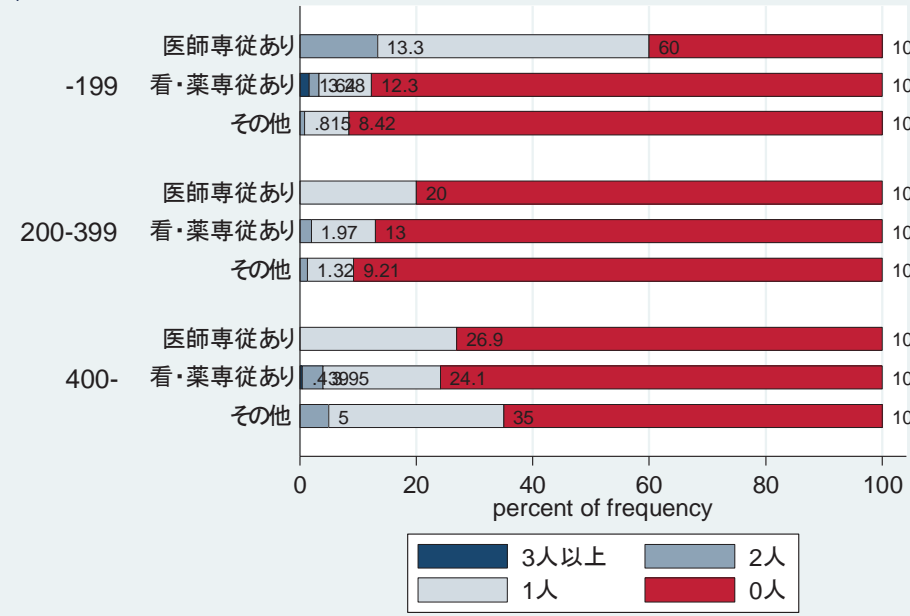
q9: 貴院では上記以外の医師が医療安全活動に関与していますか？



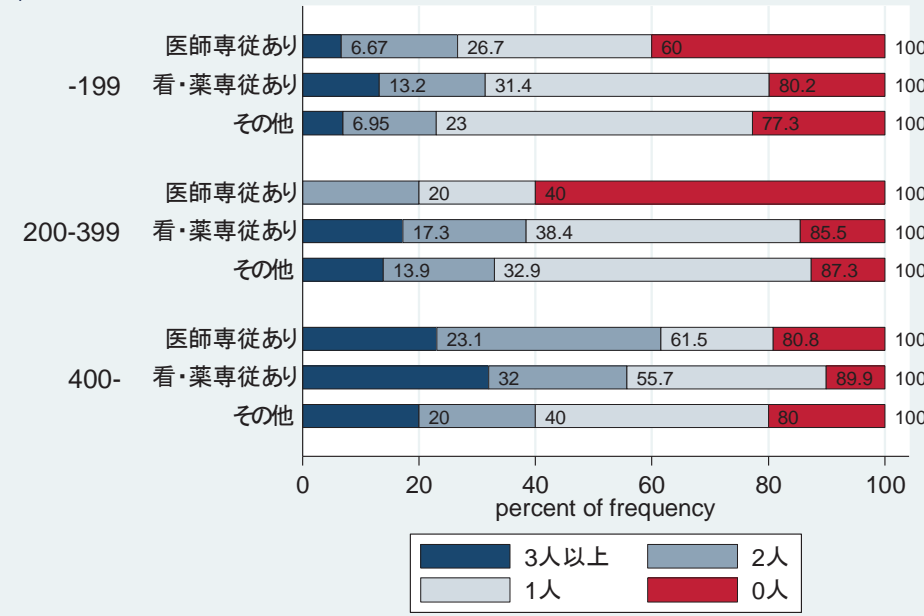
q10: 「専従」として医療安全管理に携わる医師数を教えてください。



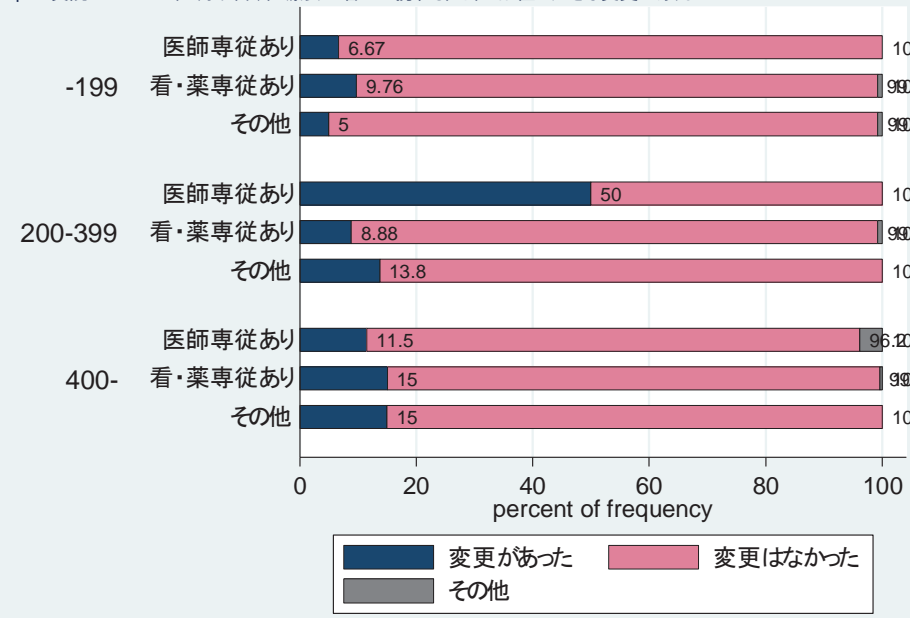
q11: 「専任」として医療安全管理に携わる医師数を教えてください。



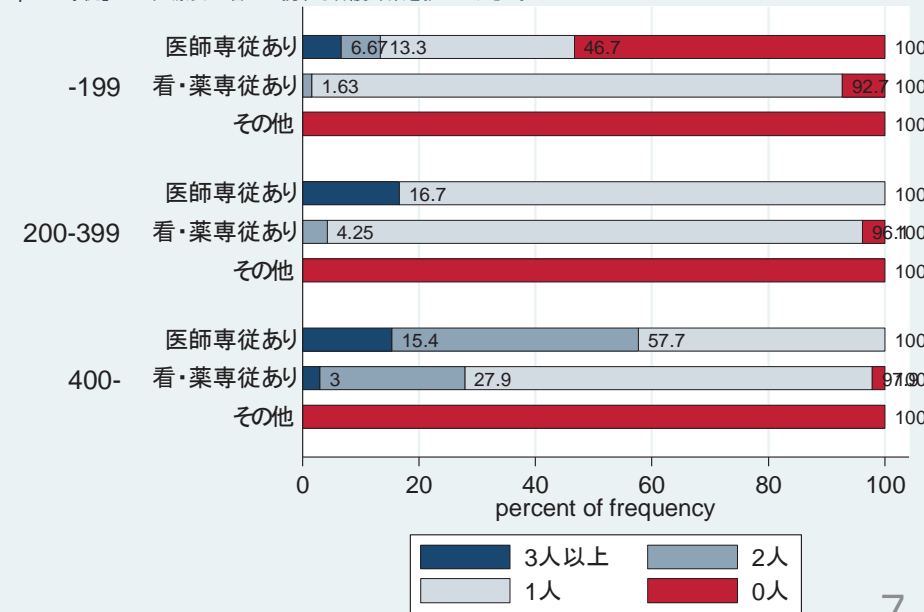
q12: 「兼任」として医療安全管理に携わる医師数を教えてください。



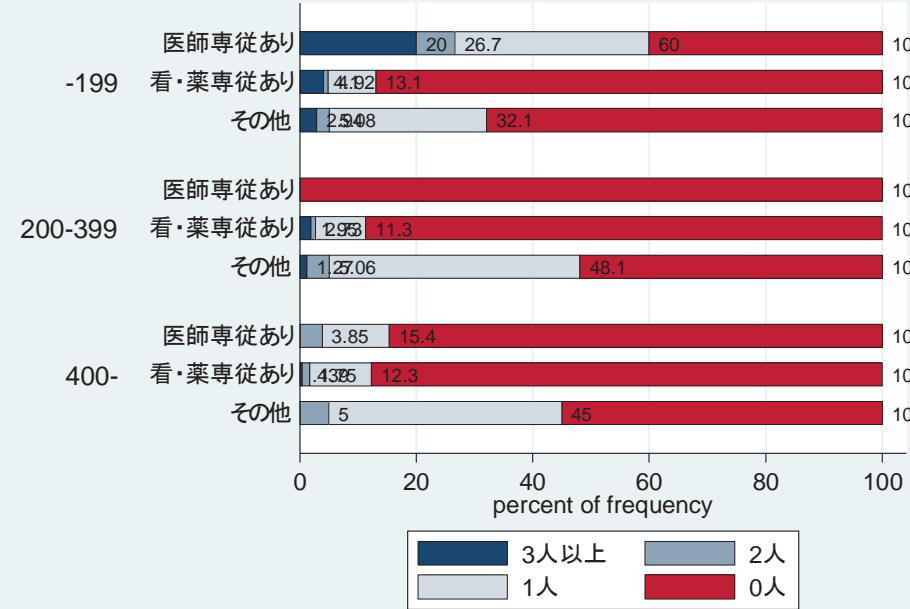
q13: 貴院では2016年4月以降、医療安全管理に携わる医師の配置に大きな変更はありましたか？



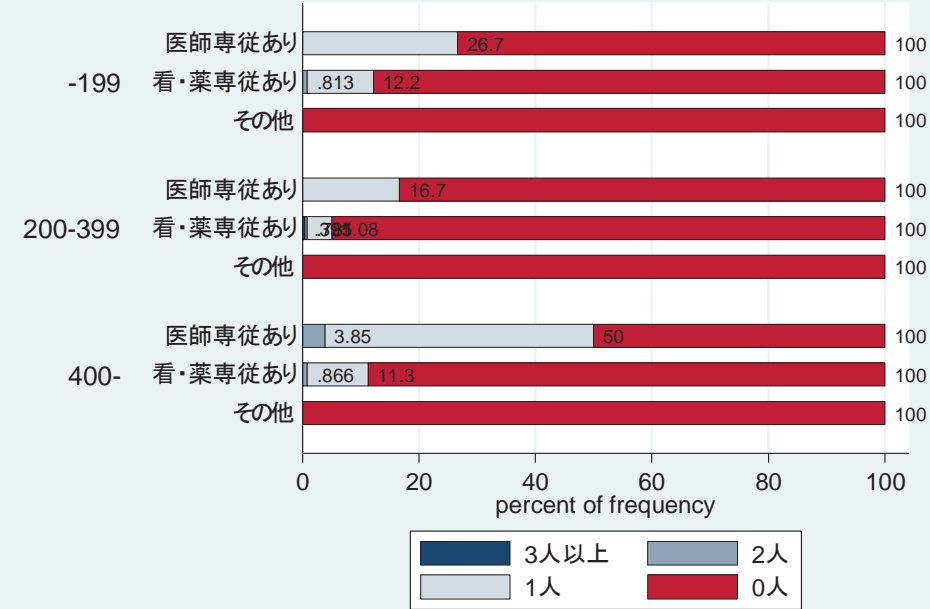
q15: 「専従」として医療安全管理に携わる看護師数を教えてください。



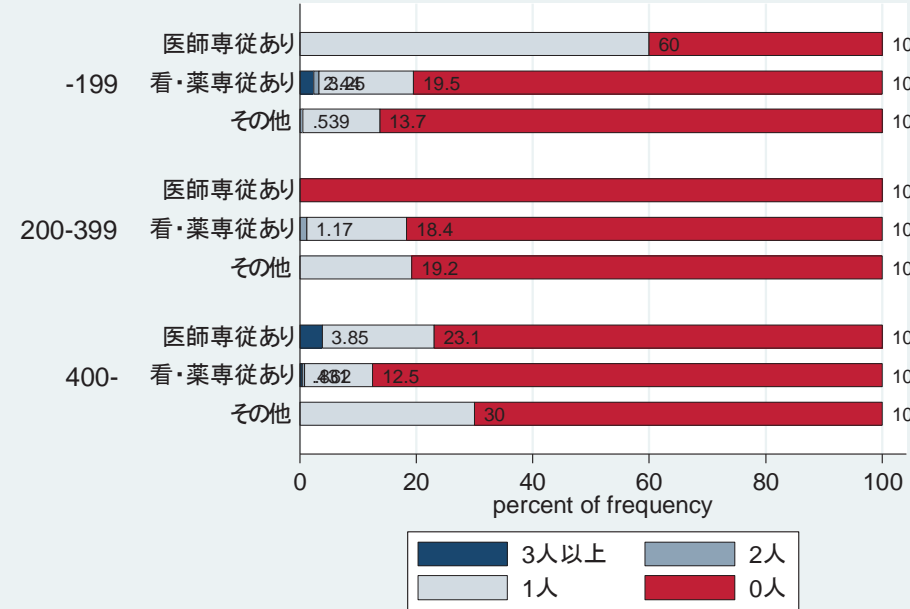
q16: 「専任」として医療安全管理に携わる看護師数を教えてください。



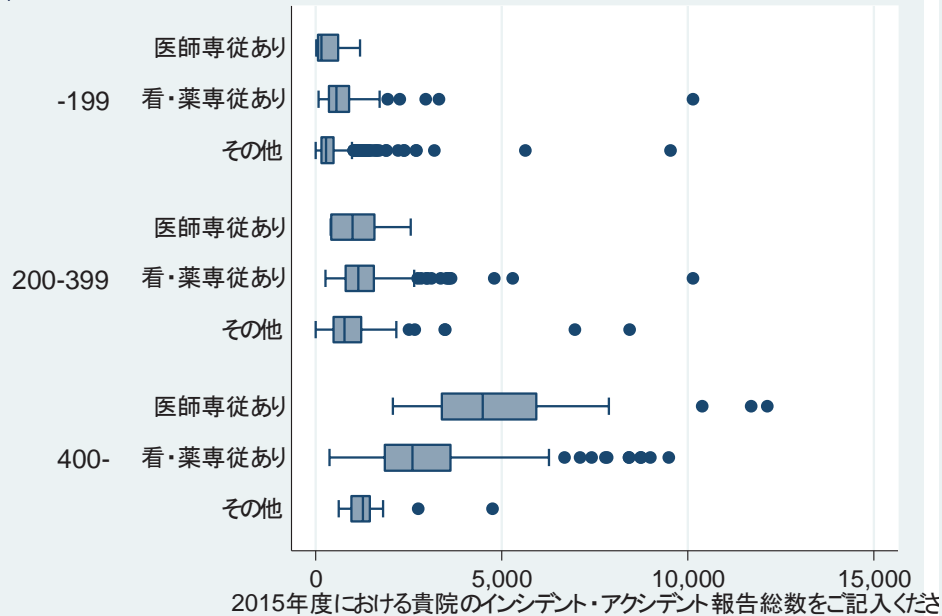
q17: 「専従」として医療安全管理に携わる薬剤師数を教えてください。



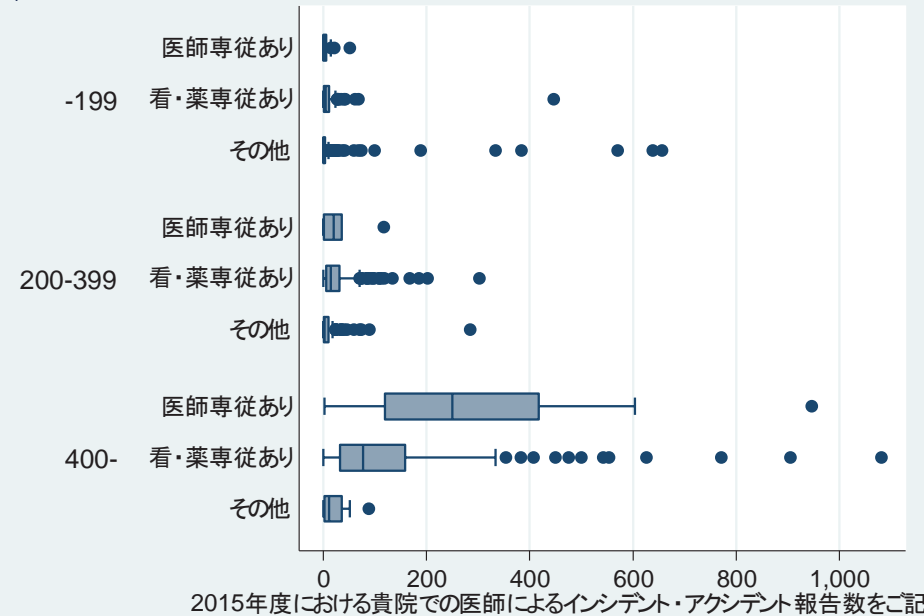
q18: 「専任」として医療安全管理に携わる薬剤師数を教えてください。



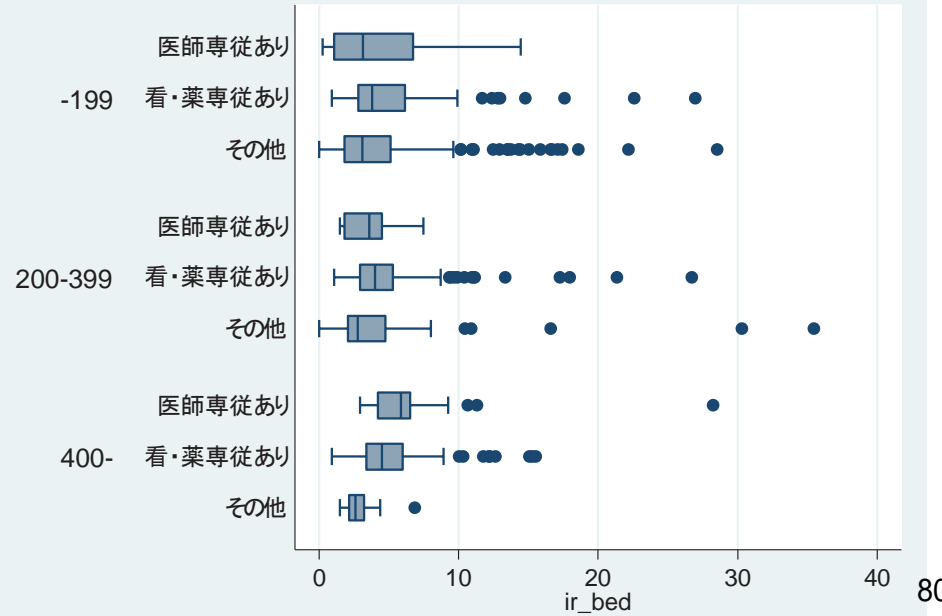
q20: 2015年度における貴院のインシデント・アクシデント報告総数をご記入ください。



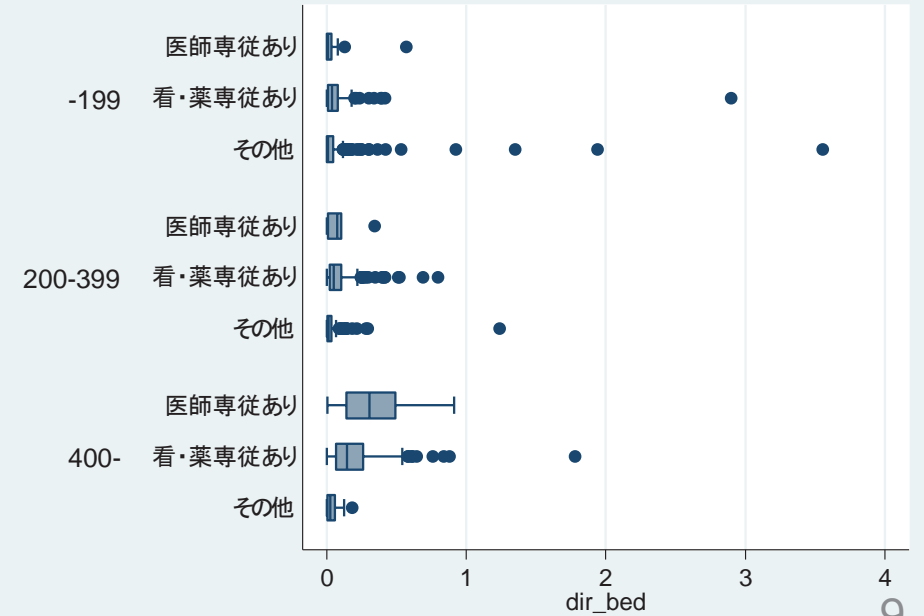
q21: 2015年度における貴院での医師によるインシデント・アクシデント報告数をご記入ください。



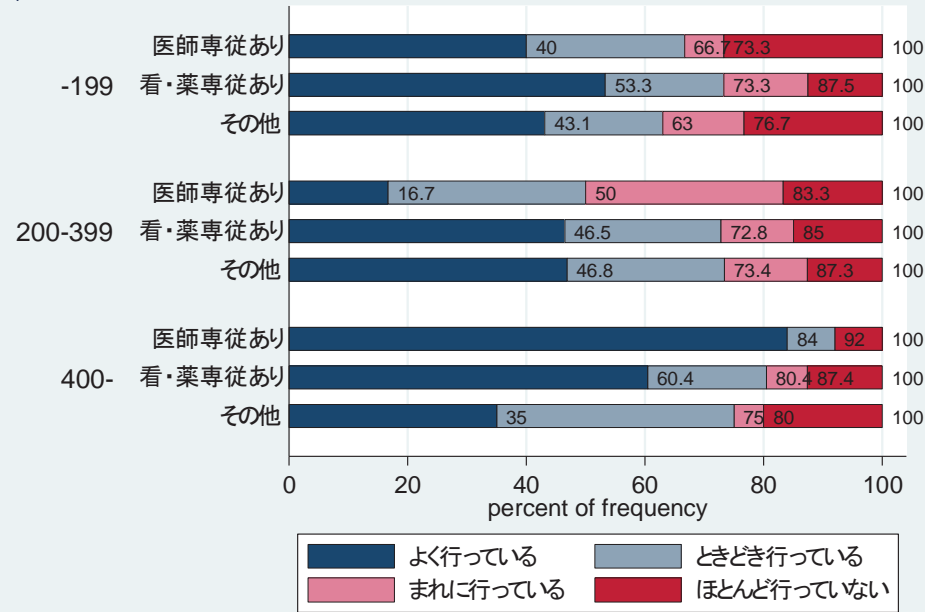
2015年度における病床当たりインシデント・アクシデント報告総数



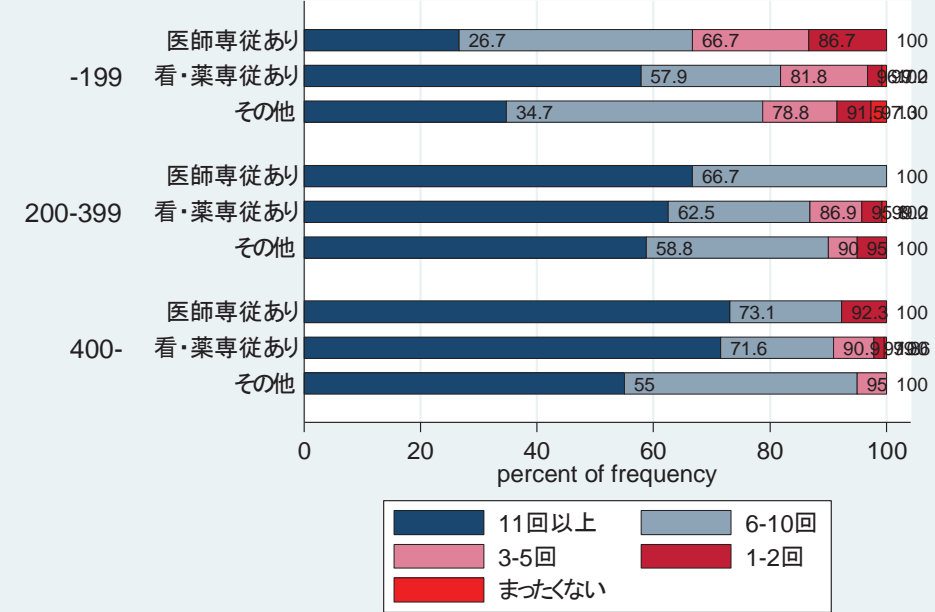
2015年度における病床当たり医師によるインシデント・アクシデント報告数



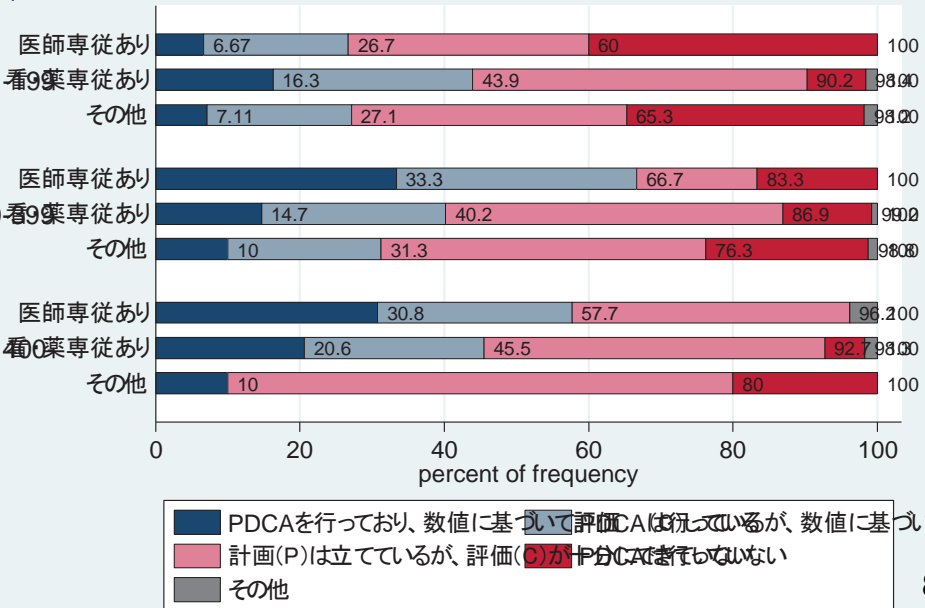
q22: 貴院では、インシデント・アクシデント報告の読解や医学的 중요度に応じた仕分けを行っていますか？



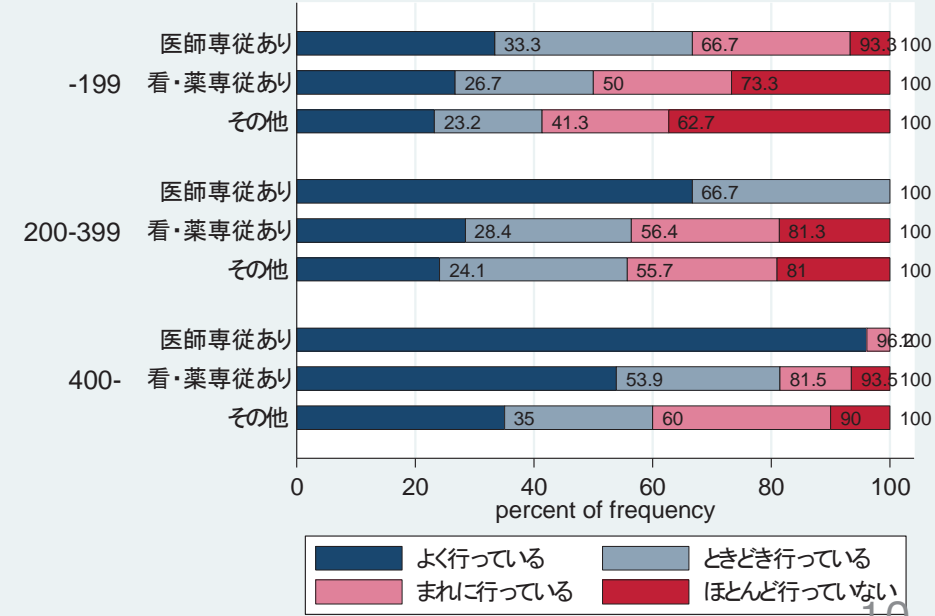
q23: 貴院の医療安全管理部門において、インシデント・アクシデントの改善のための会議 (定期、不定期、臨時を含む)を今年の4月以降で何回程度開催しましたか？



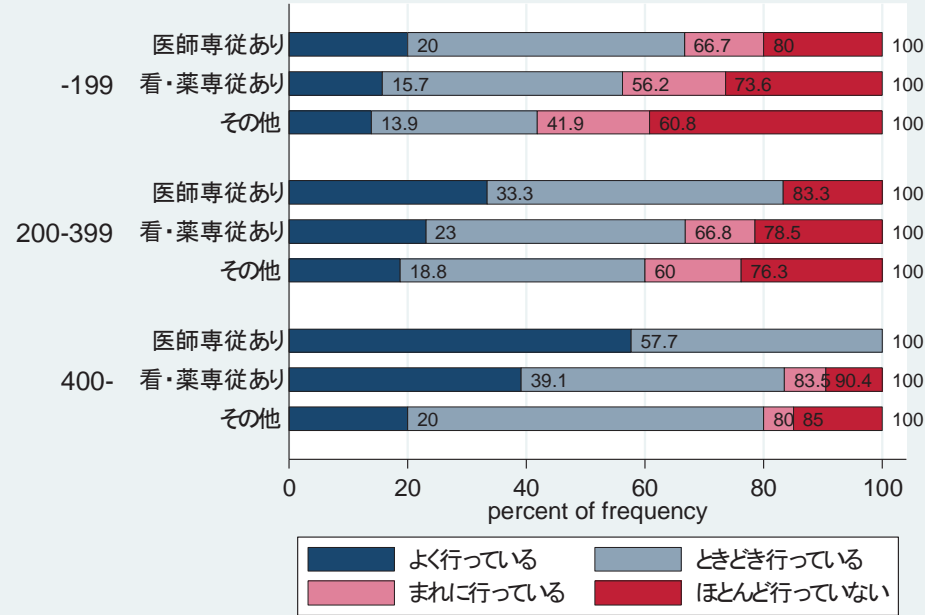
q24: 貴院の医療安全管理活動の改善のための PDCAサイクルの実施状況を教えてください。



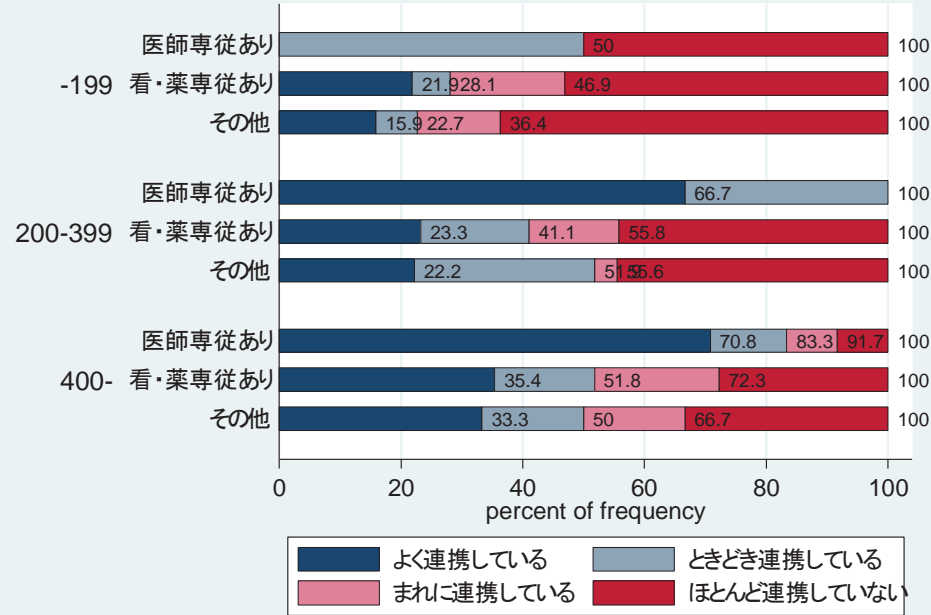
q25: 貴院の医療安全管理部門では、アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断を行っていますか？



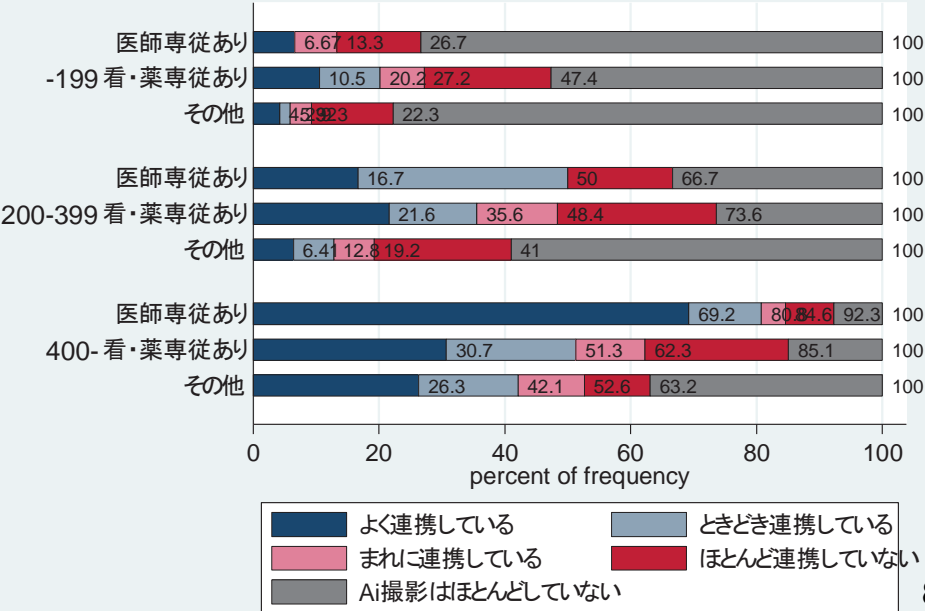
q26: 貴院の医療安全管理部門では、アクシデントや重大事故発生時の治療のための連携や、関係医師らとの緊急会議などを行っていますか？



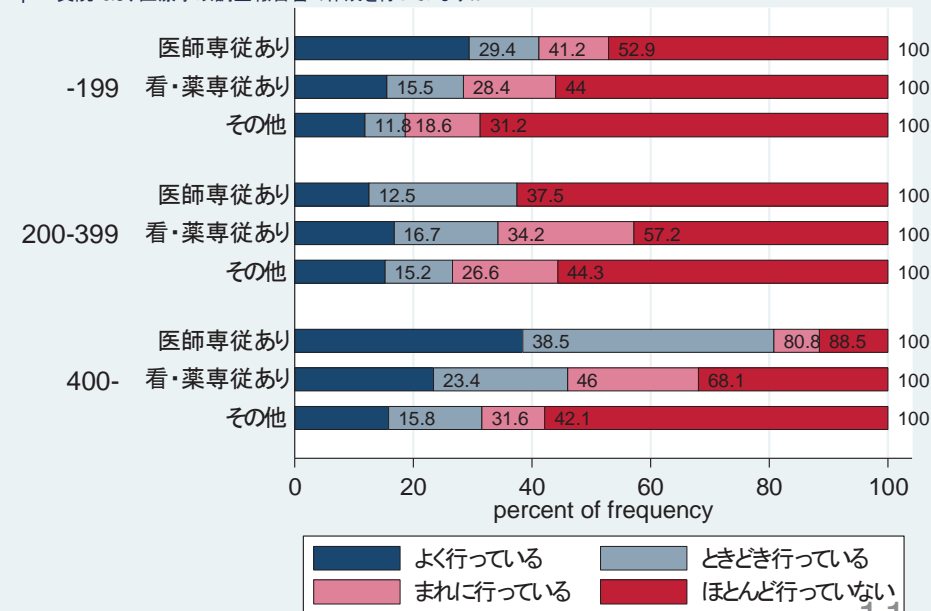
q27: 貴院の医療安全管理部門において、医療事故が疑われる死亡についての病理解剖の際、病理医と医療安全管理部門は連携していますか？



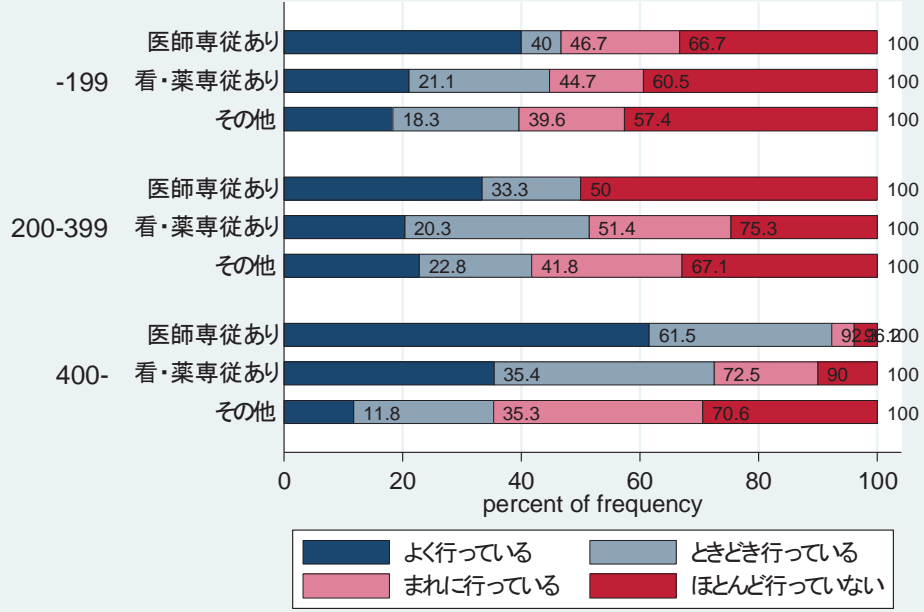
q28: 貴院の医療安全管理部門において、医療事故が疑われる死亡についての Ai撮影の際、放射線科医と医療安全管理部門は連携していますか？



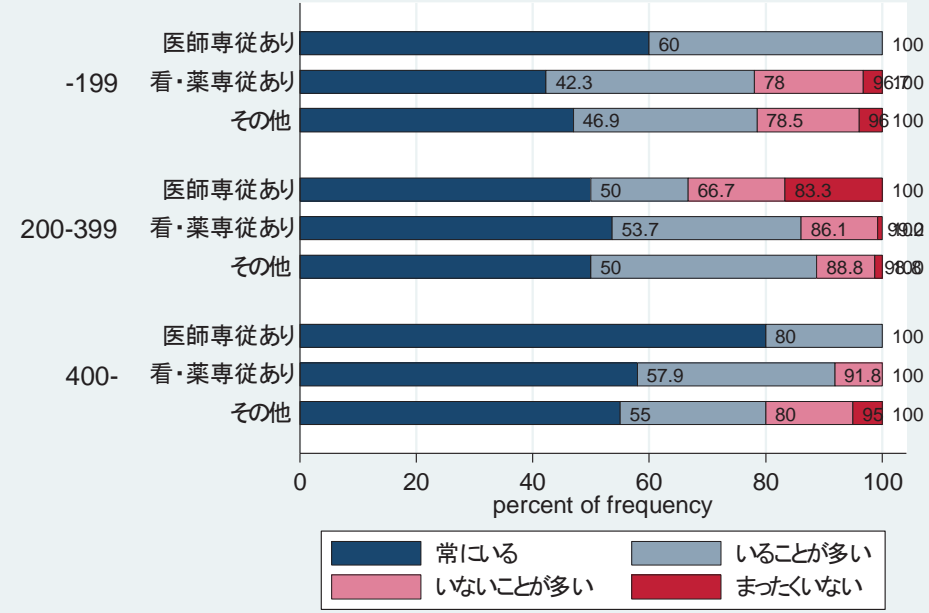
q29: 貴院では、医療事故調査報告書の作成を行っていますか？



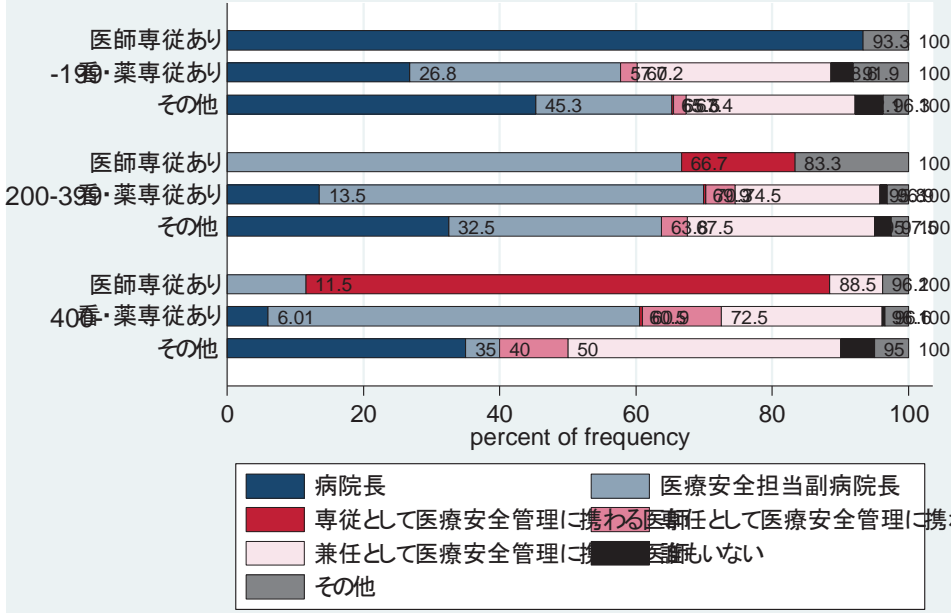
q30: 貴院では、医療事故調査において、有効な再発防止策の立案をしていますか？



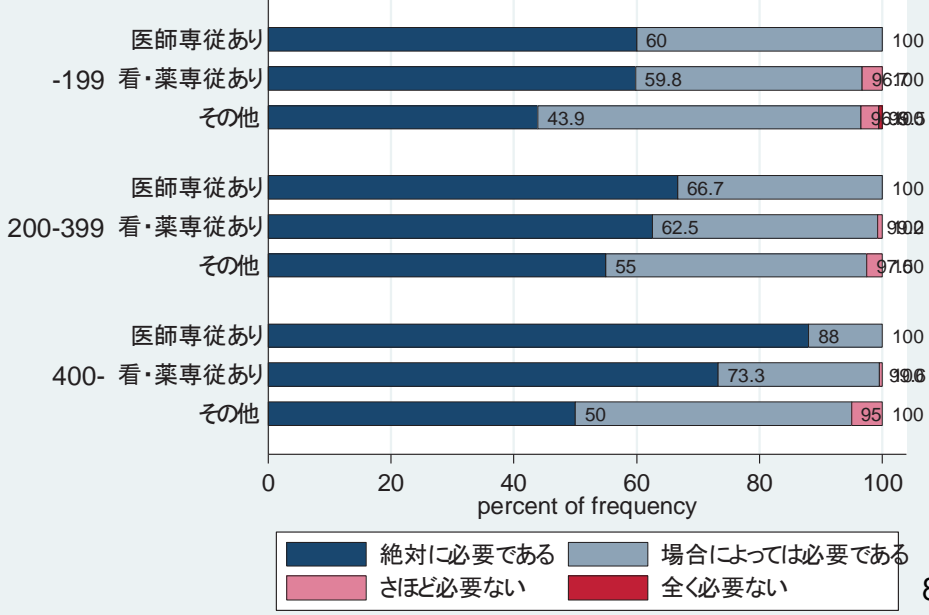
q31: あなたは、日常の医療安全活動や医療事故発生時の対応に困った際、すぐに相談できる医師がいますか？



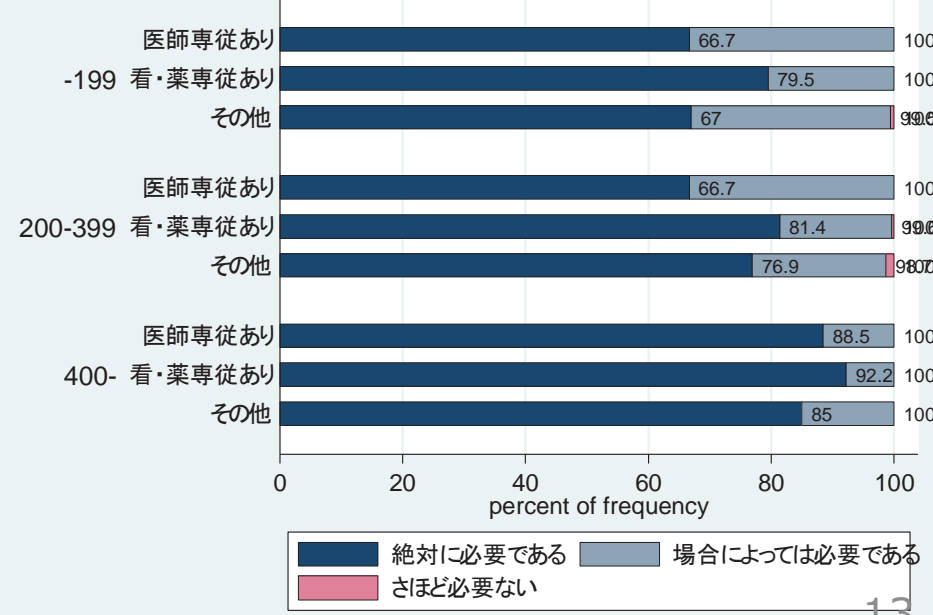
q32: あなたが医療安全活動に関して最もよく相談する医師は、どのような立場の人ですか？



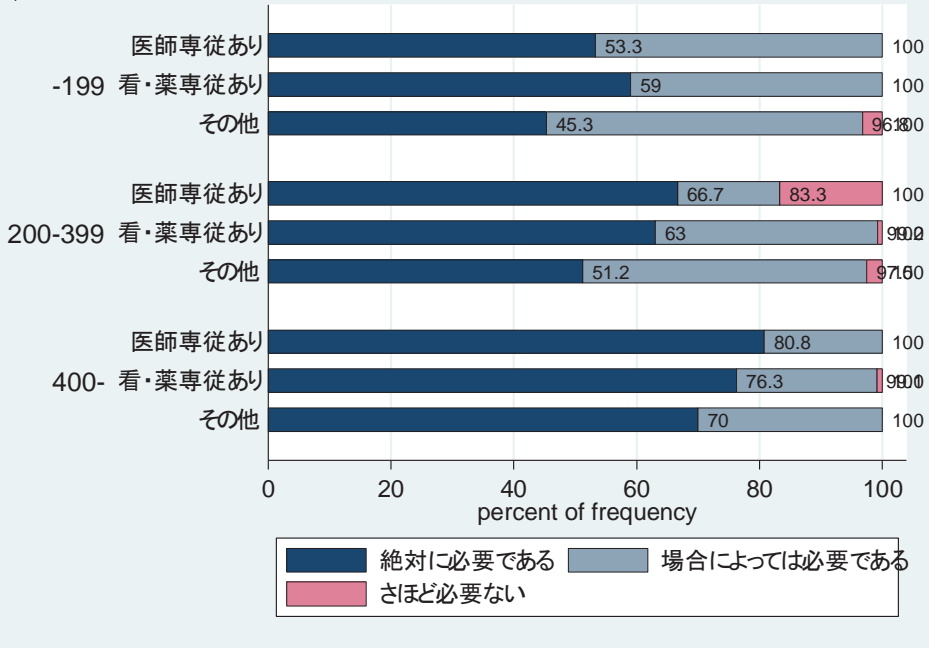
q33: 「インシデント・アクシデント報告の読解や医学的 중요度に応じた仕分け」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？



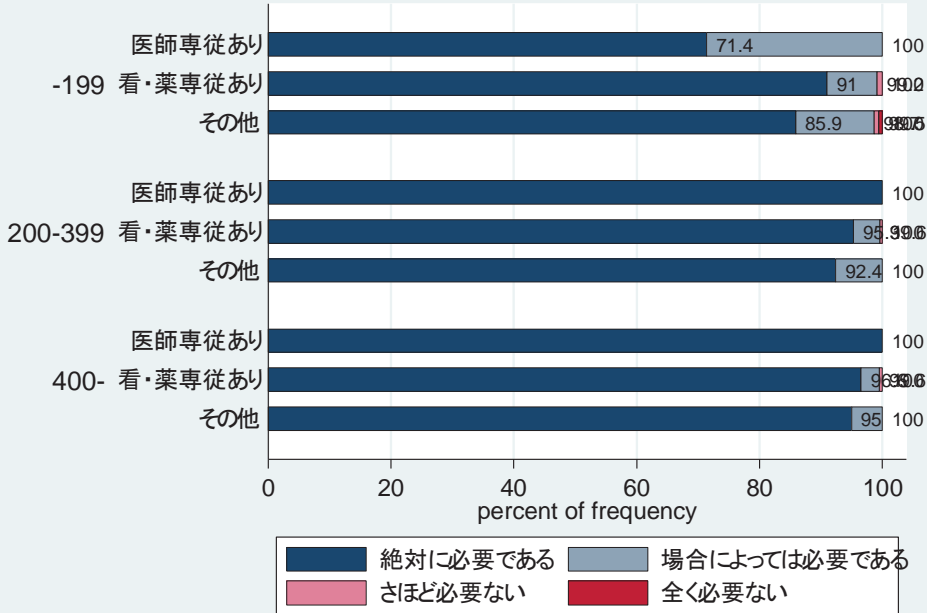
q34: 「インシデント・アクシデントの改善のための会議（定期、不定期、臨時含む）」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？



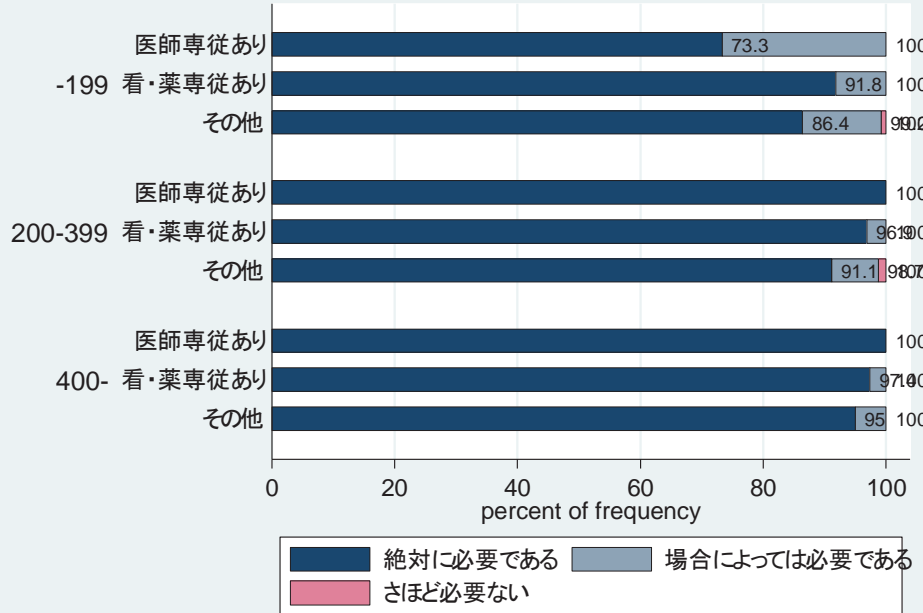
q35:「医療事故防止のための PDCAサイクルなどを用いた改善活動」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？



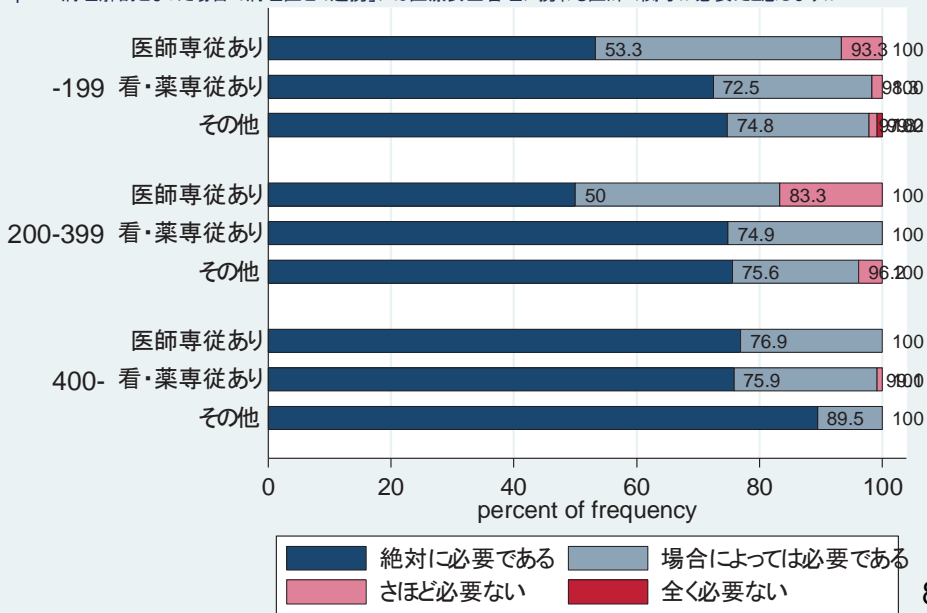
q37: 「アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？



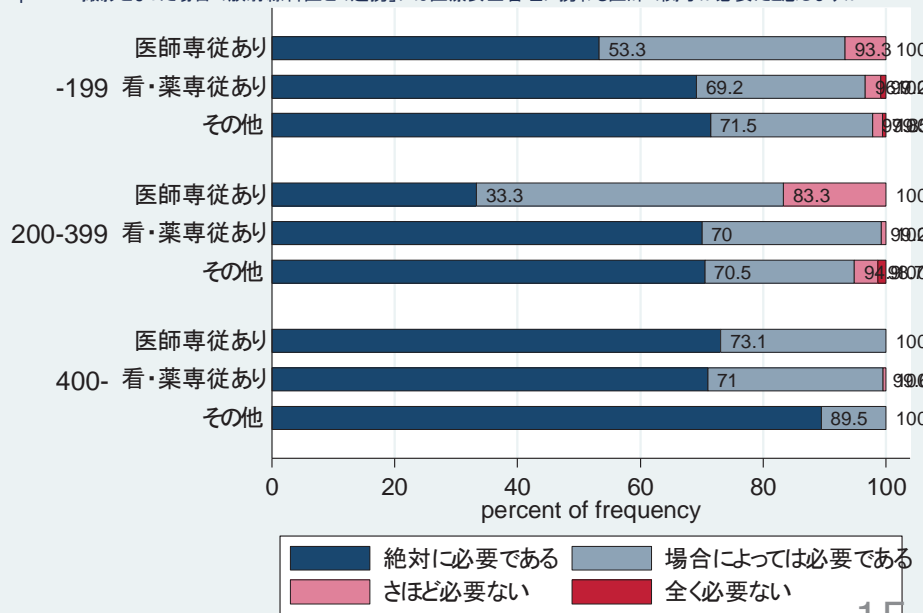
q38: 「アクシデントや重大事故発生時の治療のための連携や、関係医師らとの緊急会議」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？



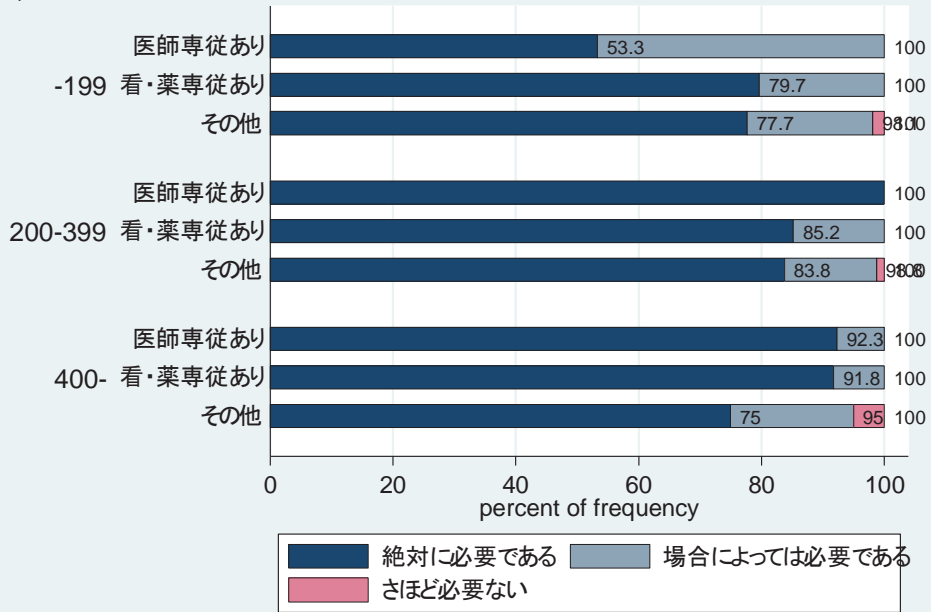
q39: 「病理解剖となった場合の病理医との連携」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？



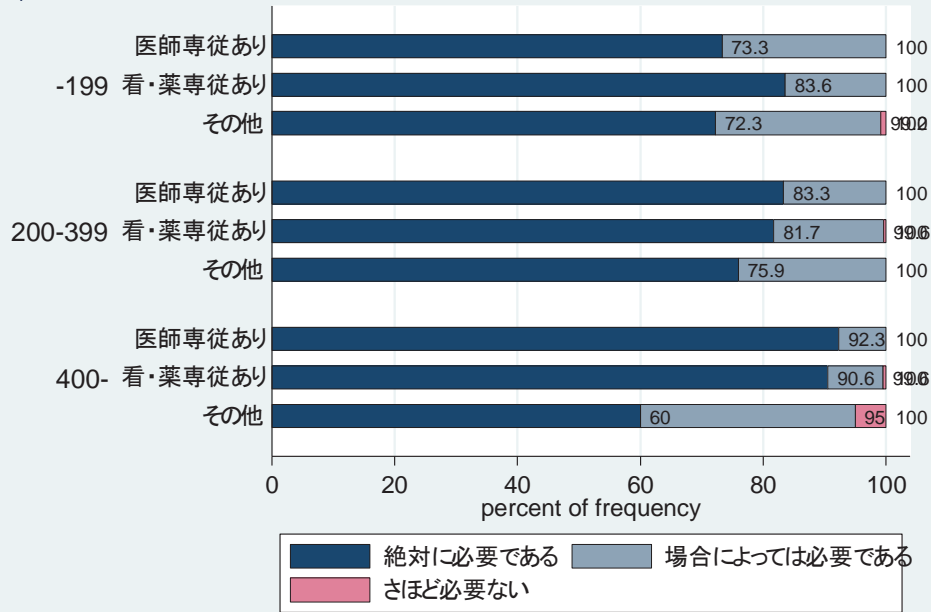
q40: 「Ai撮影となった場合の放射線科医との連携」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？



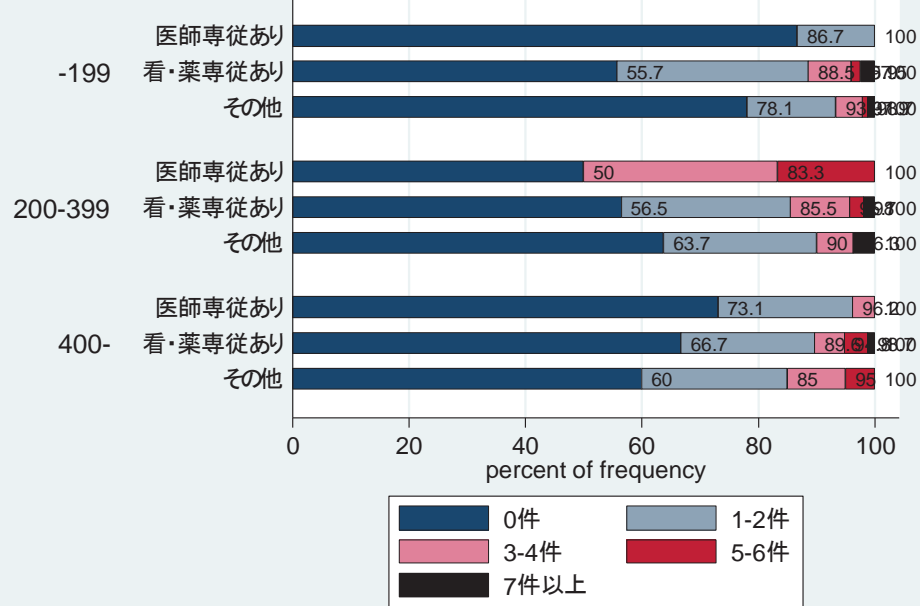
q41: 「医療事故調査報告書の作成」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？



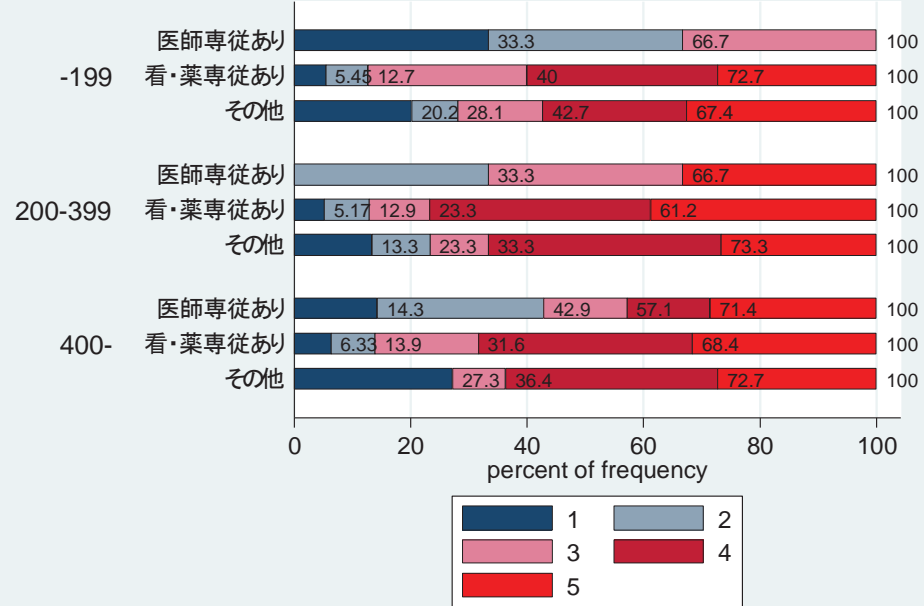
q42: 「医療事故調査における有効な再発予防策の立案」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？



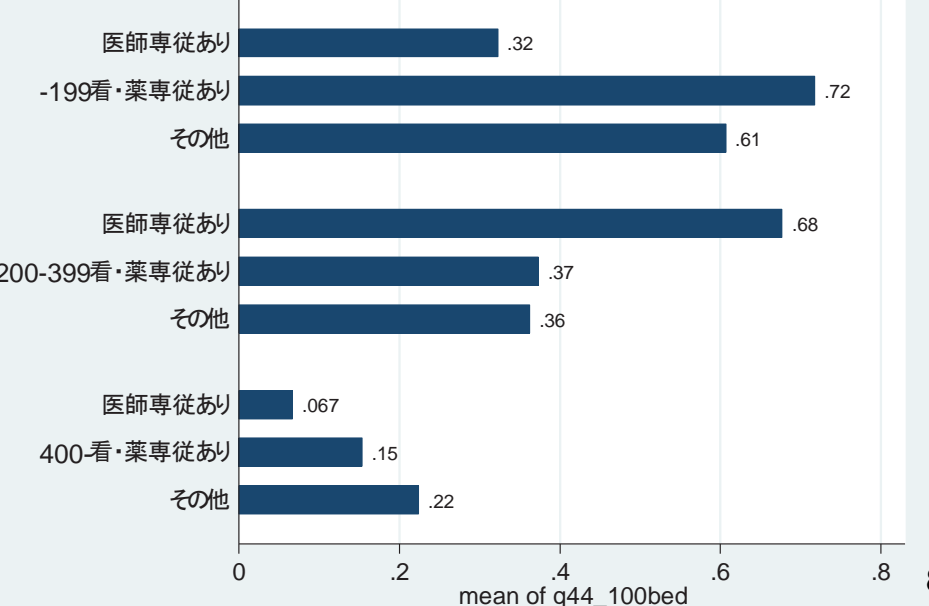
q44: あなたは、医療安全管理上必要と思われる改善策が医師の反対によって実施されなかつたことが昨年 10月以降にどのくらいありましたか?



q45: (前問で1件以上あったとお答えいただいた方)その状況は医療安全管理に携わる医師がさらに関与することで改善すると思



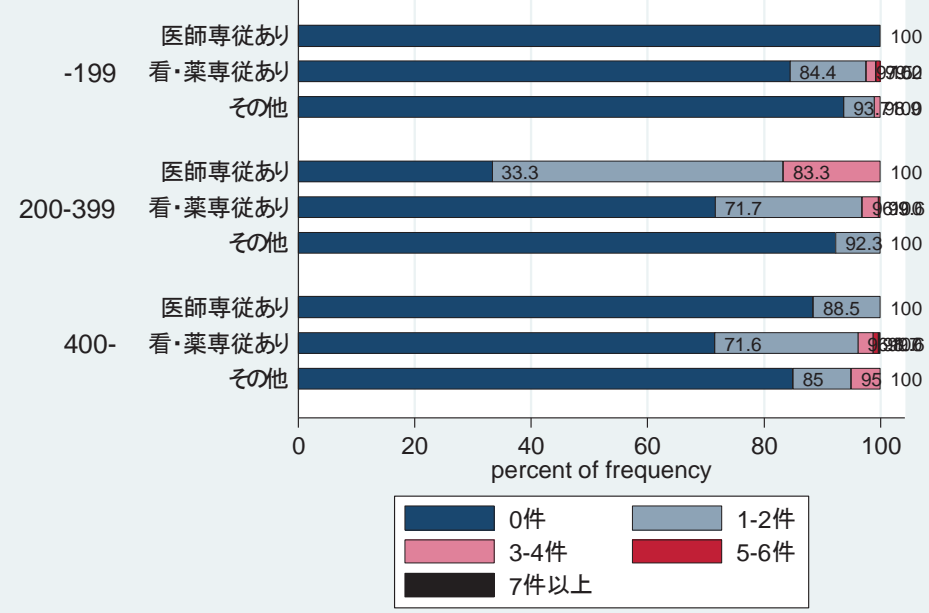
q44: あなたは、医療安全管理上必要と思われる改善策が医師の反対によって実施されなかつたことが昨年 10月以降にどのくらいあ



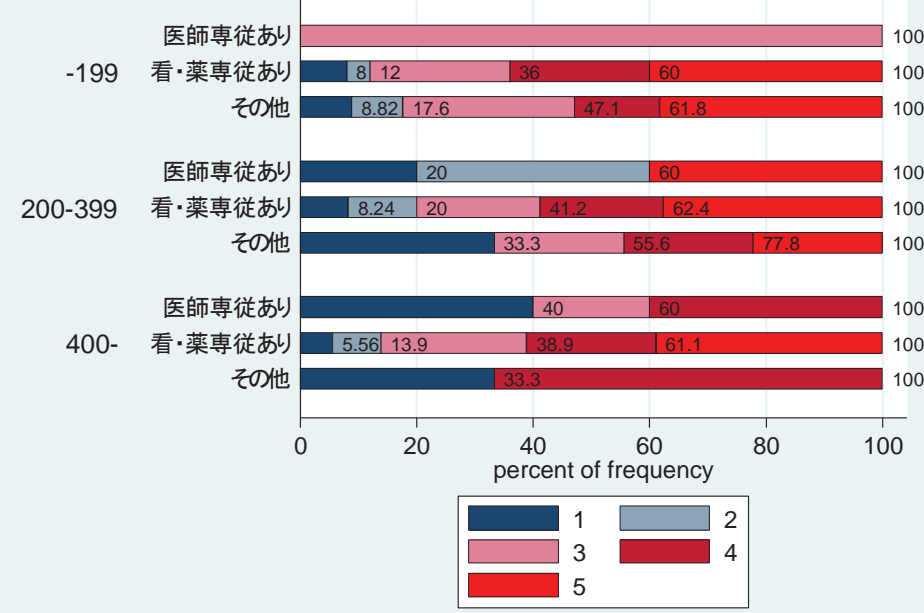
【左図の算出方法】

1. 各施設のQ44回答のうち、“0件”を“0”、“1-2件”を“1.5”、“3-4件”を“3.5”、“5-6件”を“5.5”、“7件以上”を“7.5”に数値化
2. 各施設の病床数で調整し、「100床当たり件数」を算出

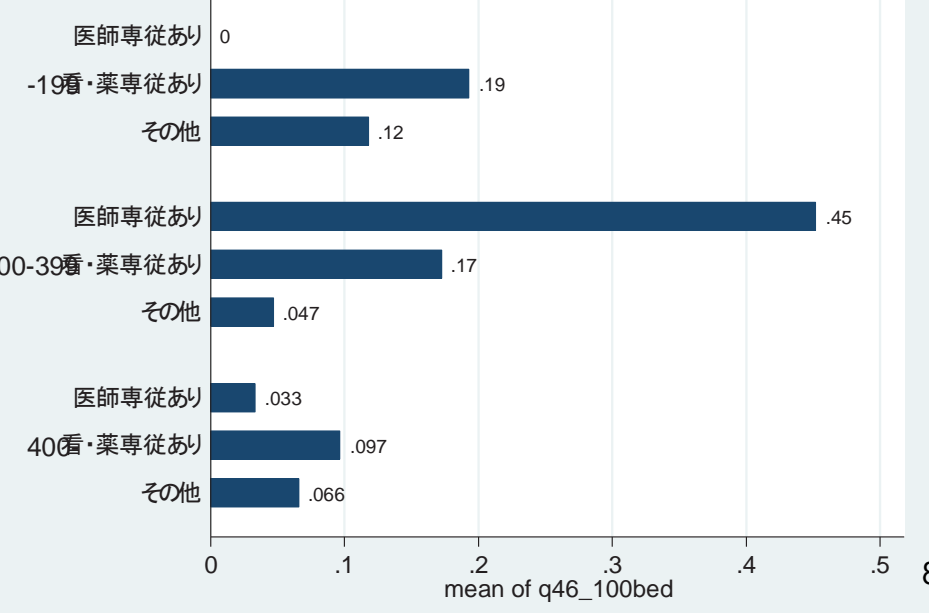
q46: あなた自身が患者の死に対し疑義があると判断したとしてもあなたの意に反して病院としての介入が行われないことが昨年 10月以降にどのくらいありましたか



q47: (前問で1件以上お答えいただいた方)その状況は医療安全管理に携わる医師がさらに関与することで改善すると思いませんか?



q46: あなた自身が患者の死に対し疑義があると判断したとしてもあなたの意に反して病院としての介入が行われないことが昨年

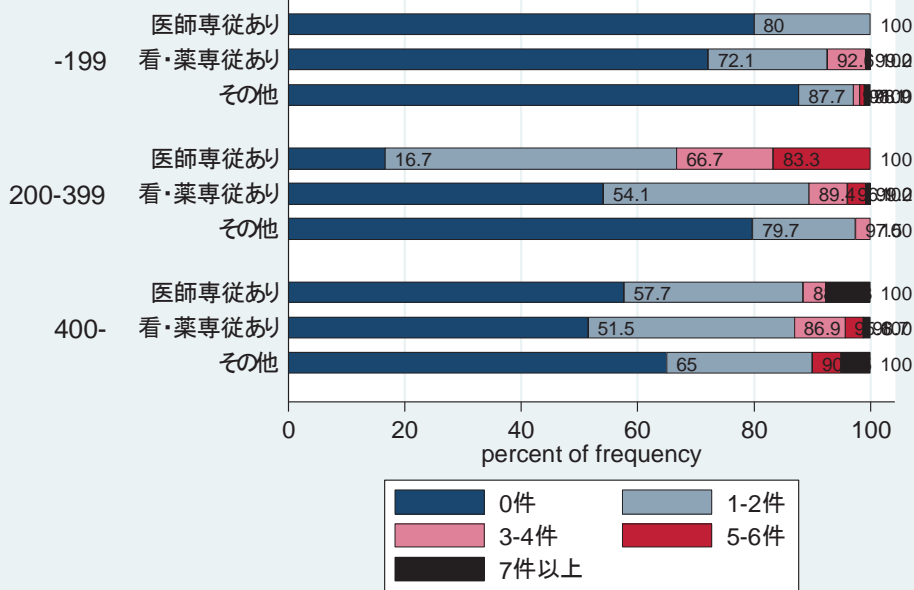


10月以降にどのくらい

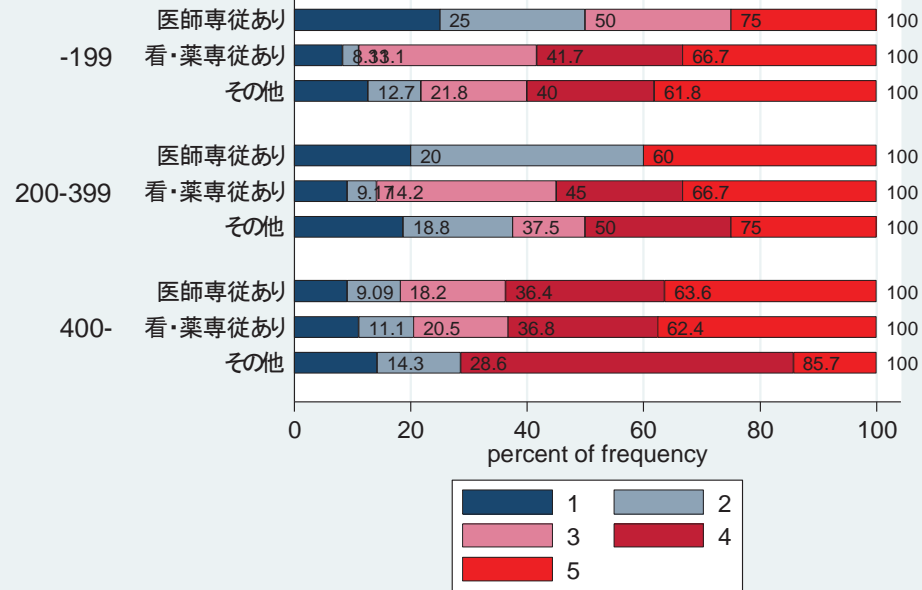
【左図の算出方法】

1. 各施設のQ44回答のうち，“0件”を“0”，“1-2件”を“1.5”，“3-4件”を“3.5”，“5-6件”を“5.5”，“7件以上”を“7.5”に数値化
2. 各施設の病床数で調整し，“100床当たり件数”を算出

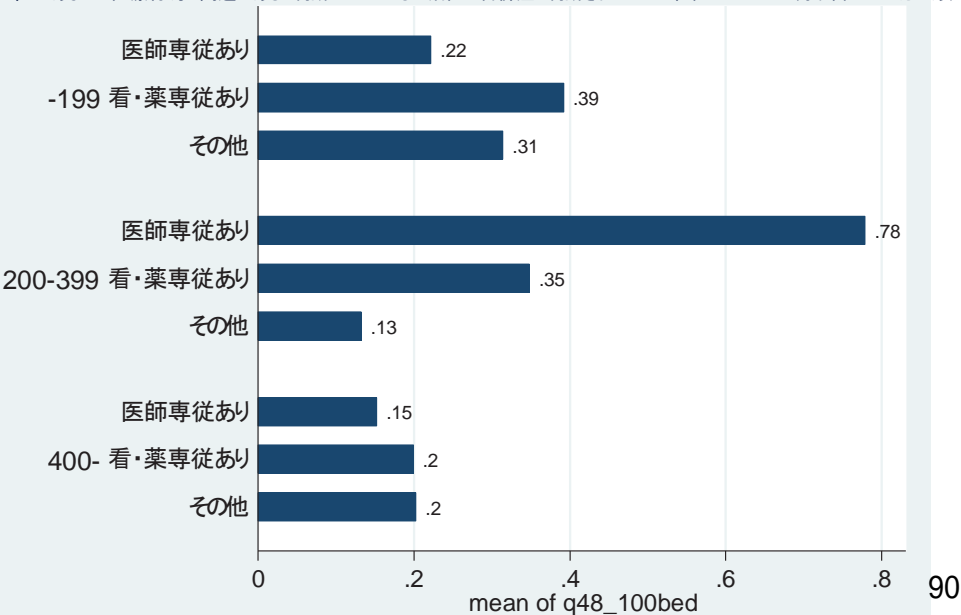
q48: あなたは医療行為に問題があると判断したとしても主治医に合併症と判断されたことが昨年 10月以降にどのくらいあり



q49: (前問で1件以上とお答えいただいた方)その状況は医療安全管理に携わる医師がさらに関与することで改善すると思いませんか?



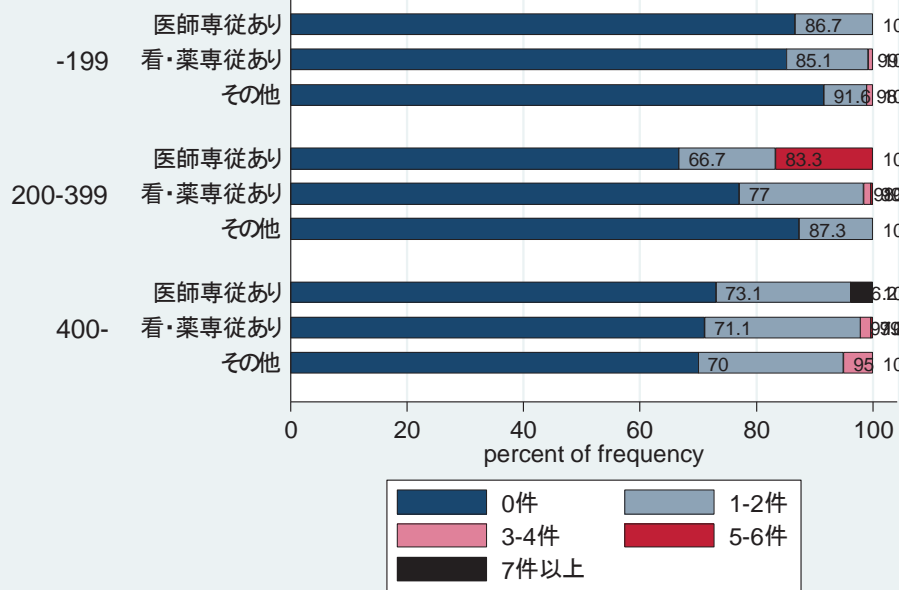
q48: あなたは医療行為に問題があると判断したとしても主治医に合併症と判断されたことが昨年 10月以降にどのくらいあり



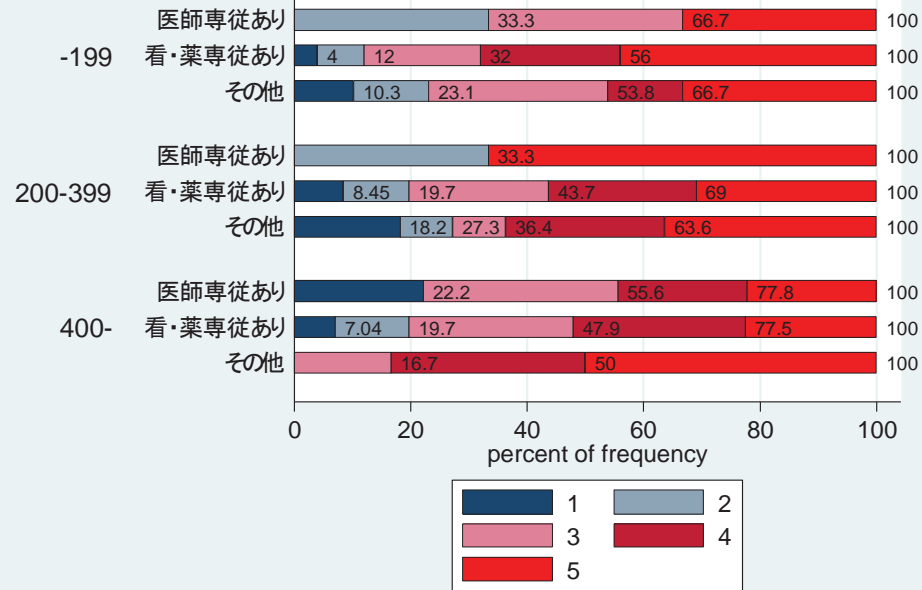
【左図の算出方法】

1. 各施設のQ44回答のうち、“0件”を“0”、“1-2件”を“1.5”、“3-4件”を“3.5”、“5-6件”を“5.5”、“7件以上”を“7.5”に数値化
2. 各施設の病床数で調整し、「100床当たり件数」を算出

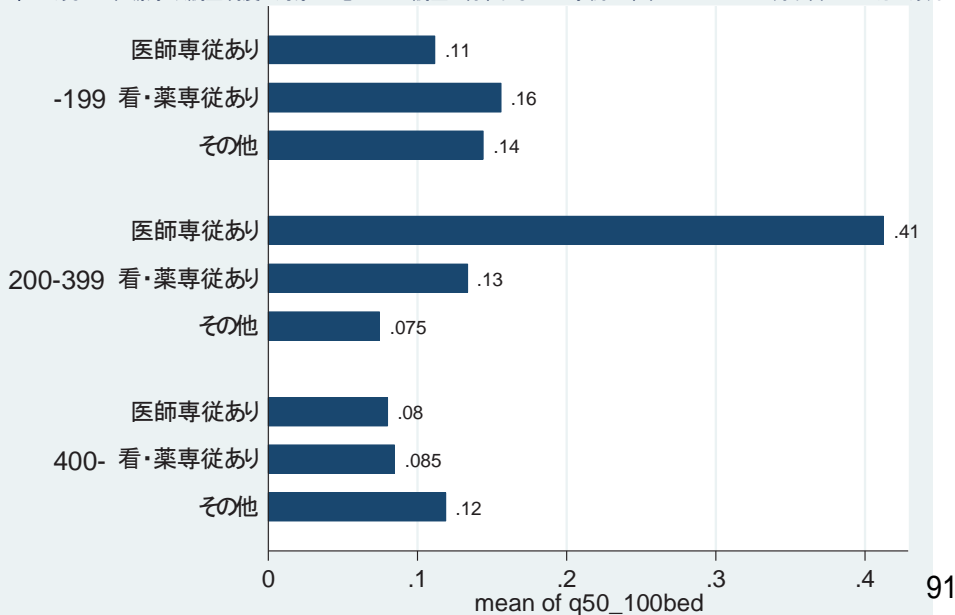
q50: あなたは医療事故調査制度の対象だと思ったのに調査が行われなかった事例が昨年の10月以降でどのくらいあり



q51: (前問で1件以上とお答えいただいた方)その状況は医療安全管理に携わる医師がさらに関与することで改善すると思いますか?



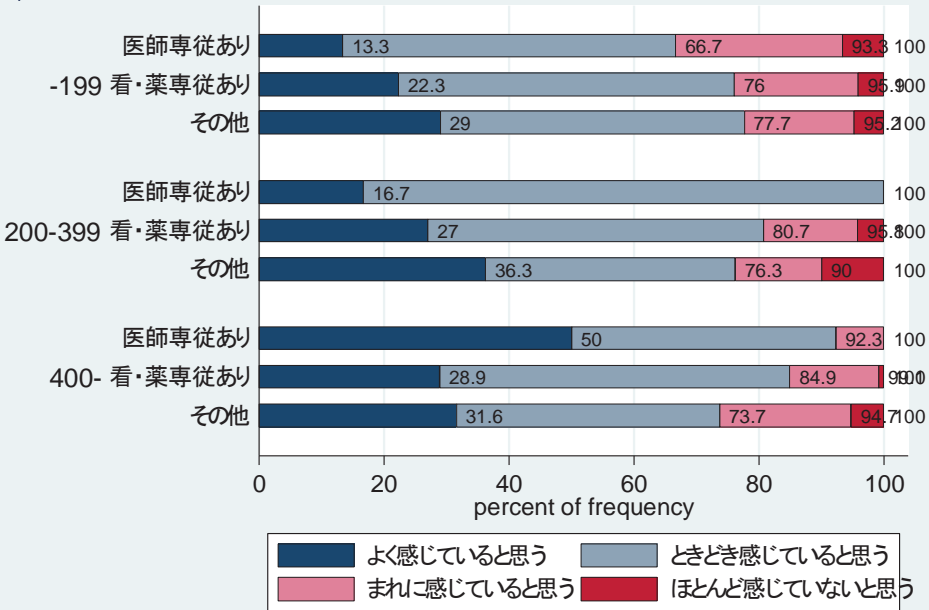
q50: あなたは医療事故調査制度の対象だと思ったのに調査が行われなかった事例が昨年の10月以降でどのくらいあり



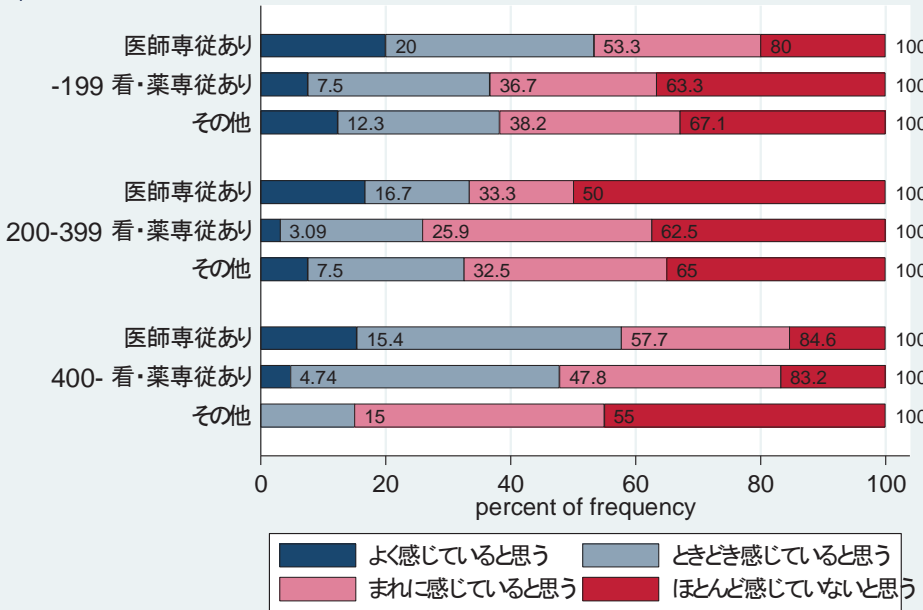
【左図の算出方法】

1. 各施設のQ44回答のうち，“0件”を“0”，“1-2件”を“1.5”，“3-4件”を“3.5”，“5-6件”を“5.5”，“7件以上”を“7.5”に数値化
2. 各施設の病床数で調整し，“100床当たり件数”を算出

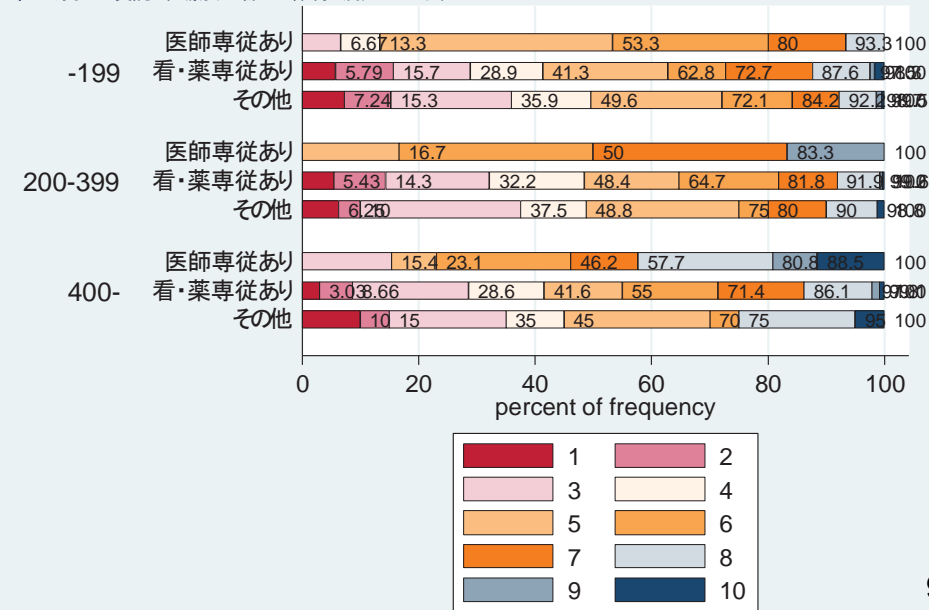
q52: 貴院の職員はインシデントやアクシデント報告に意義を感じていると思いますか？



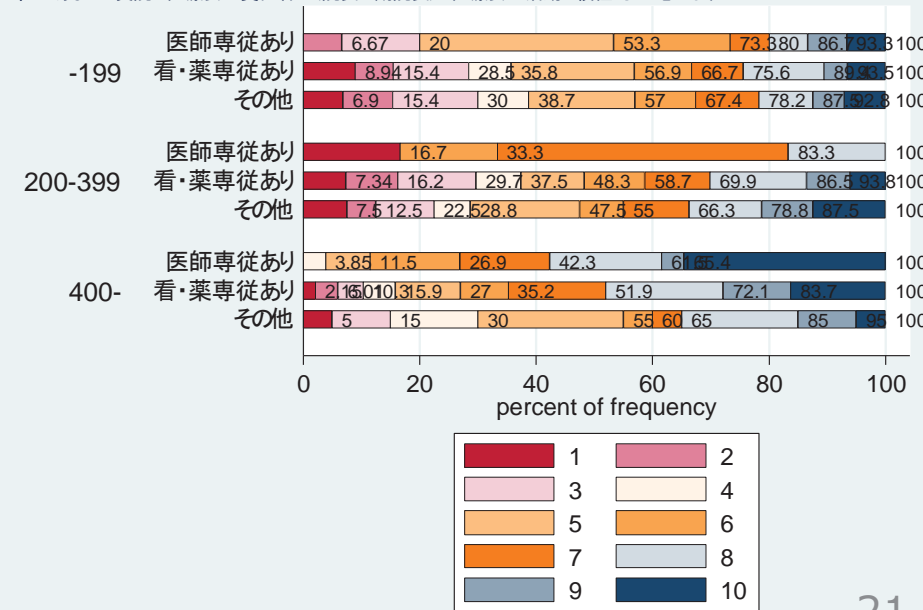
q53: 貴院の医師はインシデントやアクシデント報告に意義を感じていると思いますか？



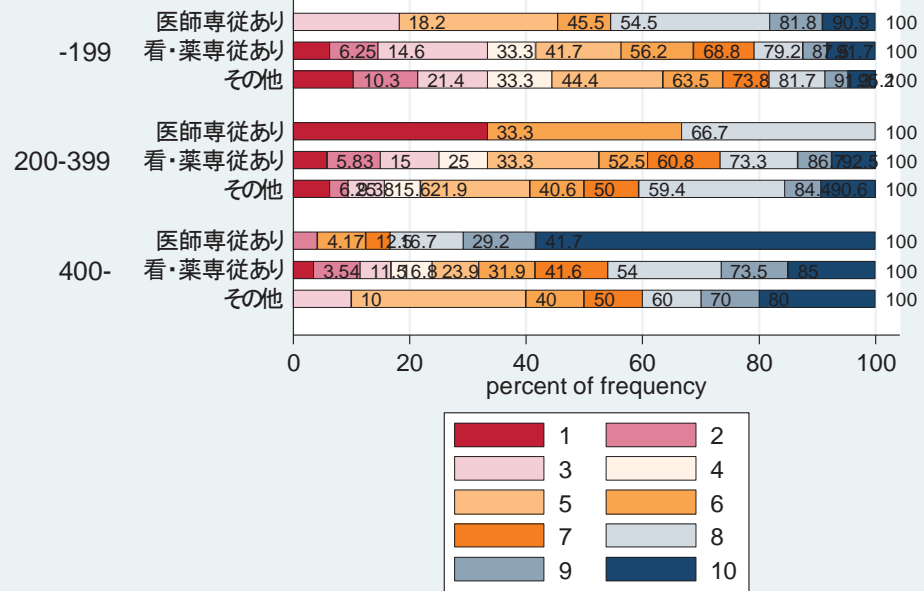
q54: あなたは貴院の医療安全管理の体制に満足していますか？



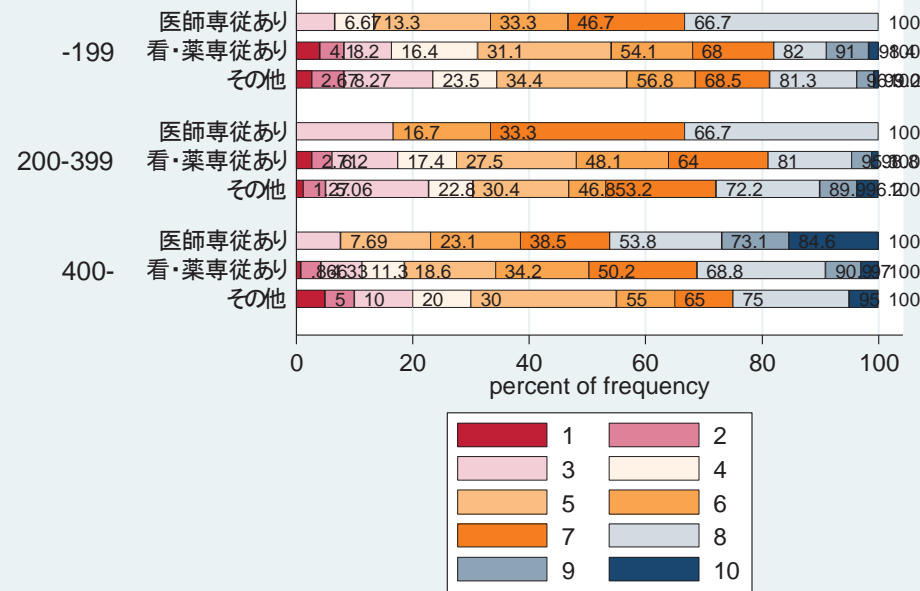
q55: あなたは貴院の医療安全責任者 (院長や副院長)は医療安全活動に積極的だと思いますか？



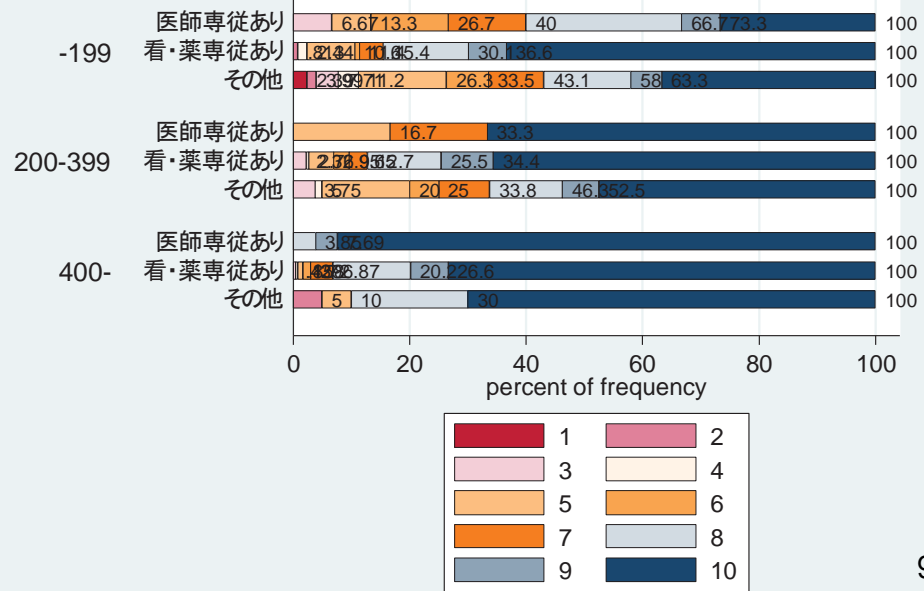
q56: (専従や専任として医療安全管理に携わる医師が在籍している方) その医師は医療安全活動に積極的だと思いますか?



q57: あなたの病院は社会から求められている医療安全管理業務を実施できていると思いますか?



q58: あなたは医療安全管理に専従や専任として携わる医師は必要だと思いますか?

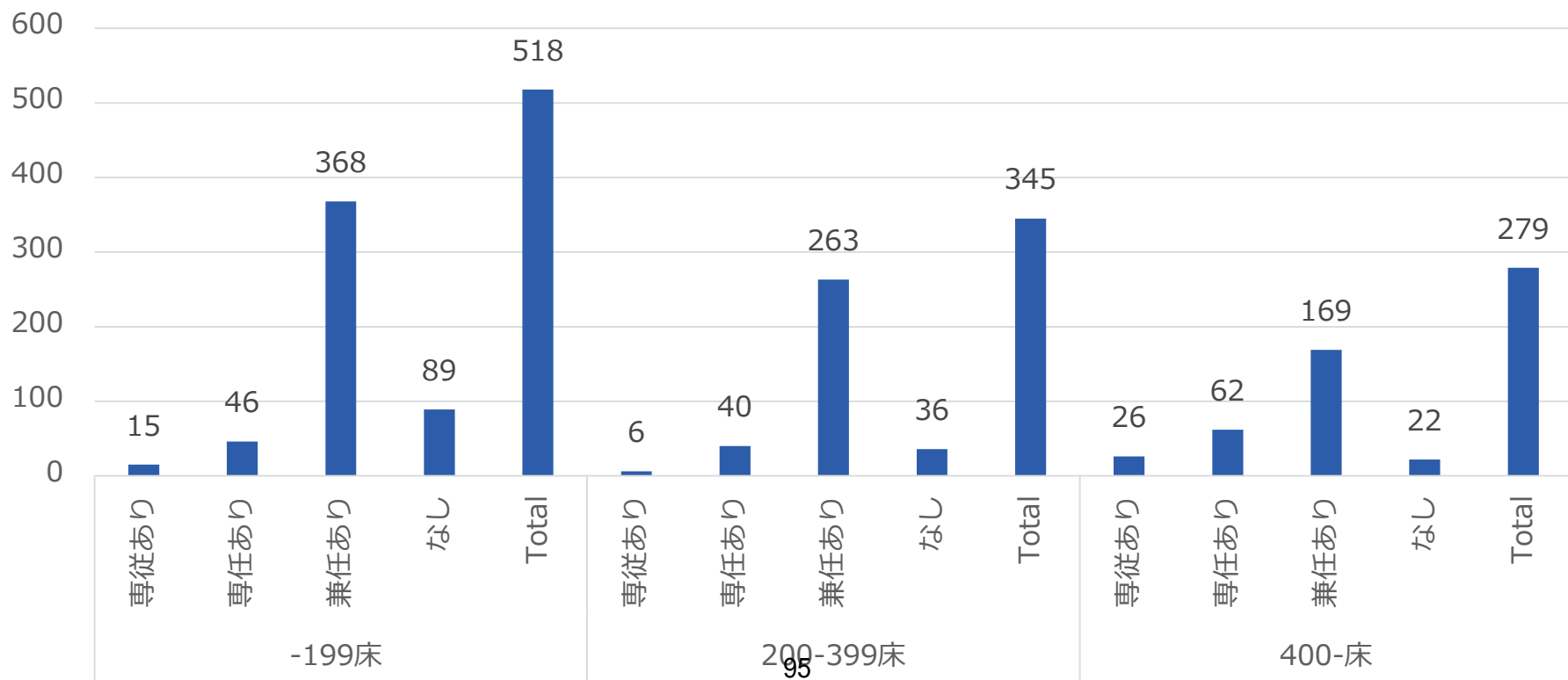


Ⅱ. 単変量解析②

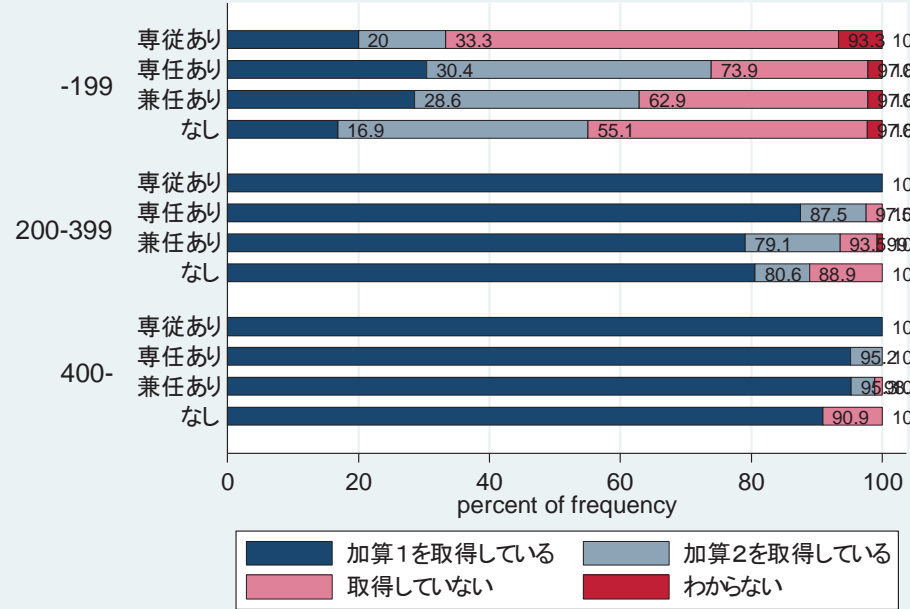
「医師専従あり」 vs. 「医師専任あり」 vs. 「医師兼任あり」 vs. 「その他」

▶ 専従配置状況

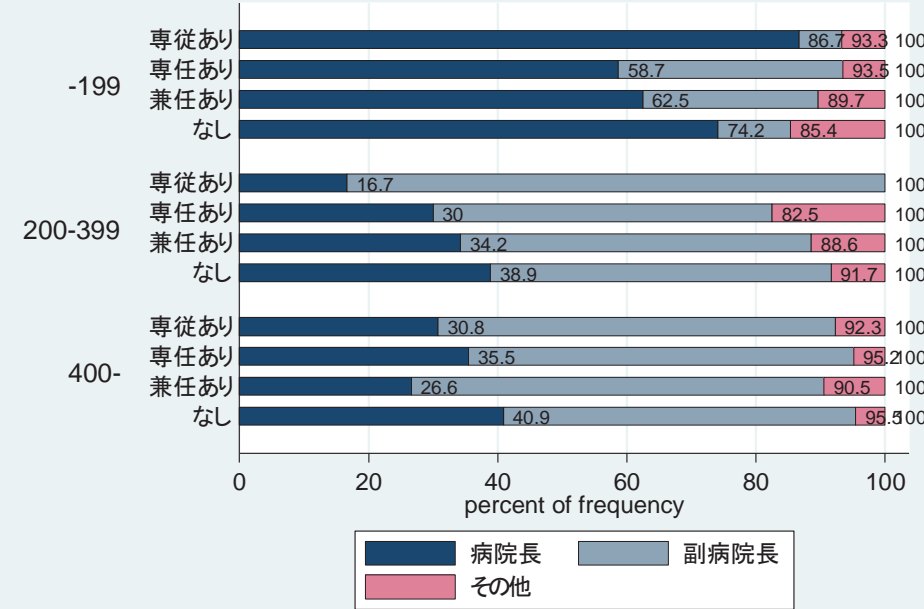
- 医師専従あり：47病院 (4.1%)
- 医師専任あり：148病院 (13.0%)
- 医師兼任あり：800病院 (70.1%)
- 医師配置なし：147病院 (12.9%)



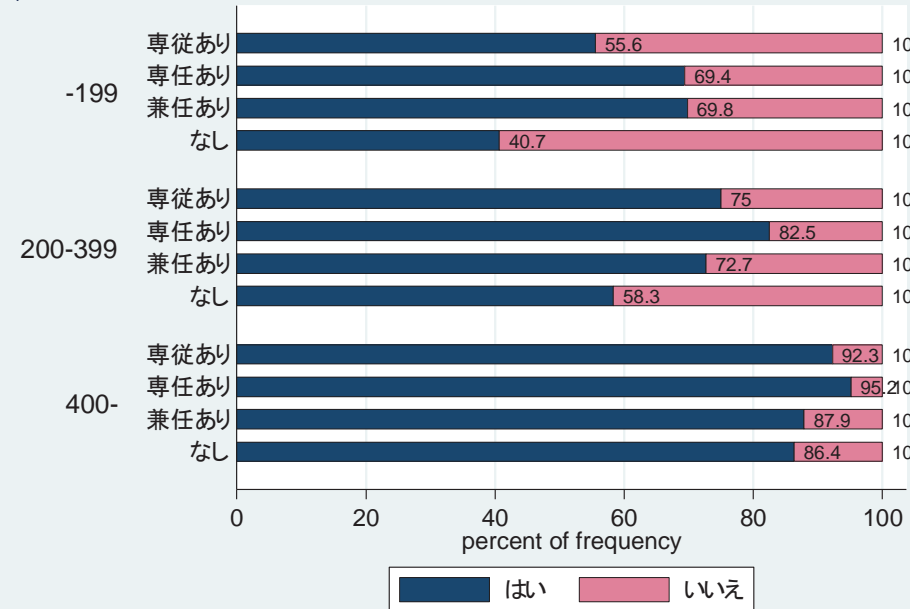
q7: 貴院の医療安全対策加算の取得状況を教えてください。



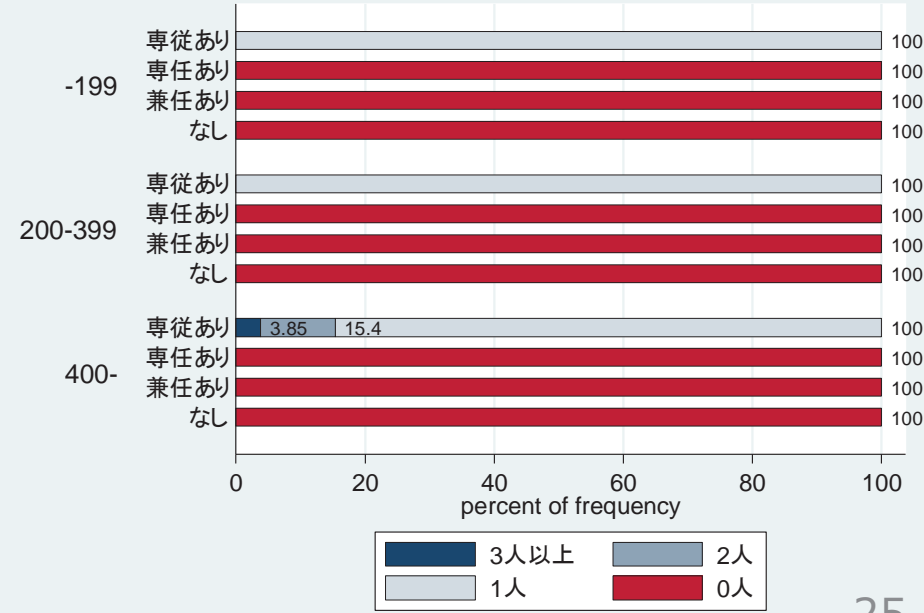
q8: 貴院の医療安全の責任者は誰が務めていますか？



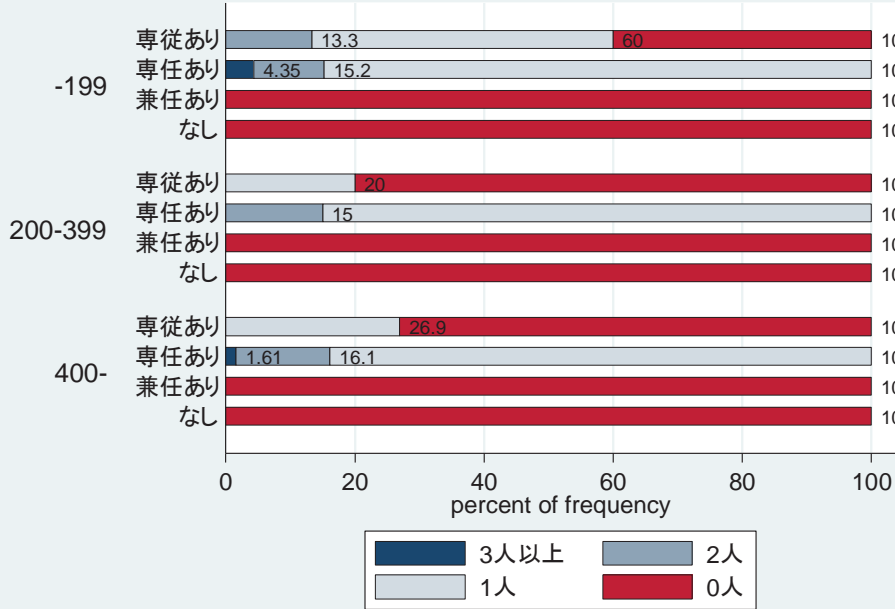
q9: 貴院では上記以外の医師が医療安全活動に関与していますか？



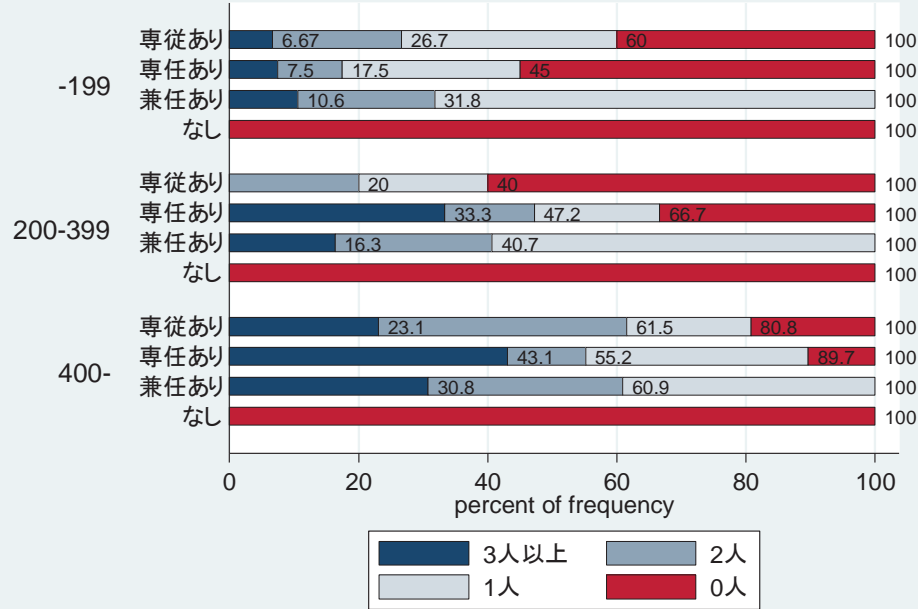
q10: 「専従」として医療安全管理に携わる医師数を教えてください。



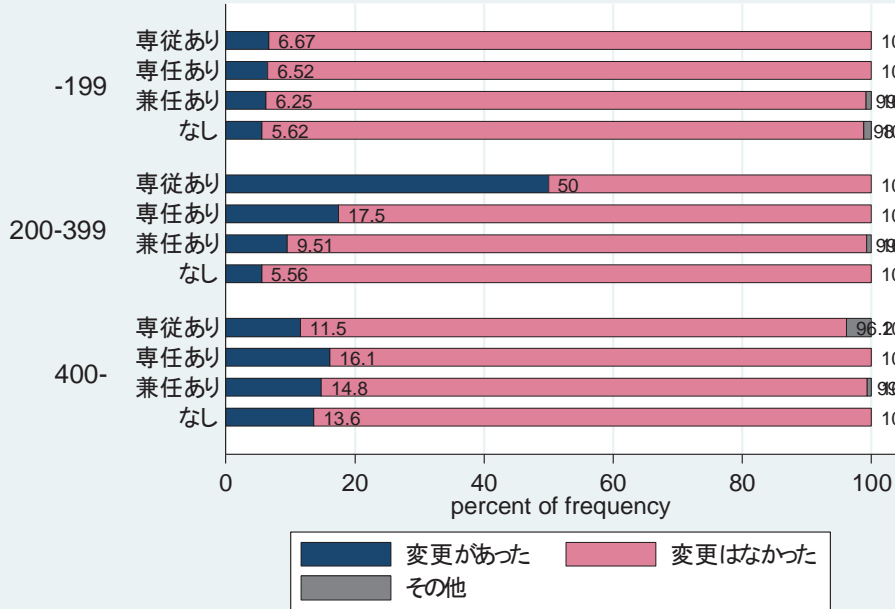
q11: 「専任」として医療安全管理に携わる医師数を教えて下さい。



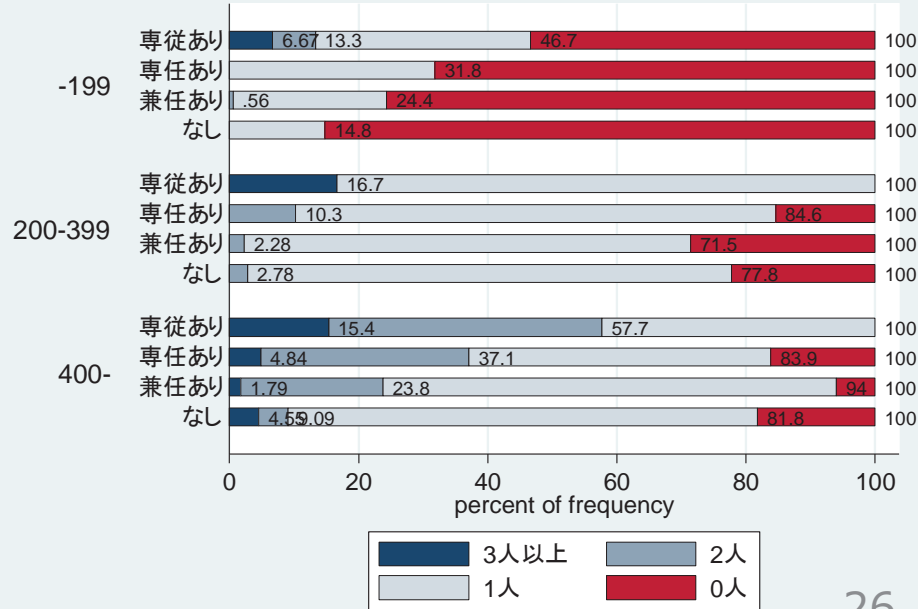
q12: 「兼任」として医療安全管理に携わる医師数を教えて下さい。



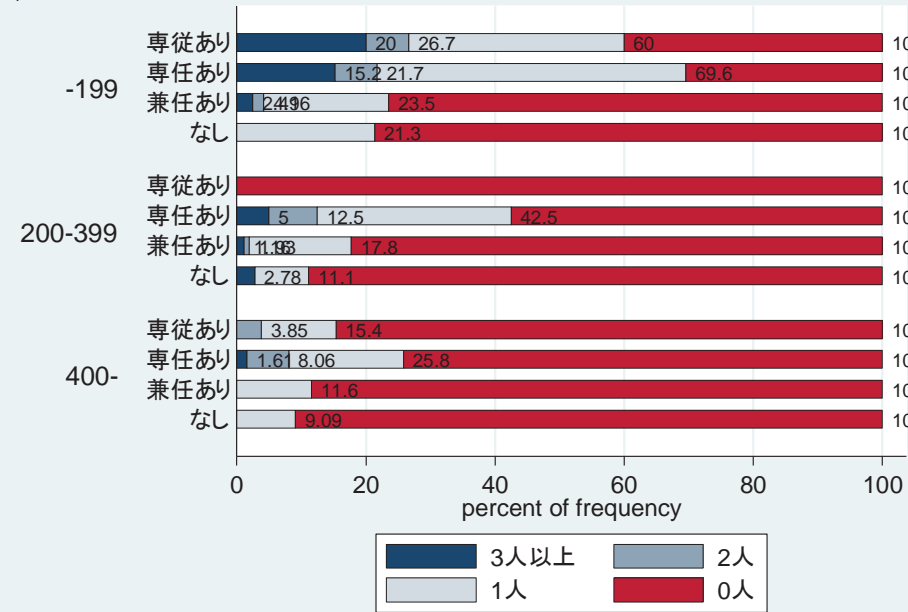
q13: 貴院では2016年4月以降、医療安全管理に携わる医師の配置に大きな変更はありましたか？



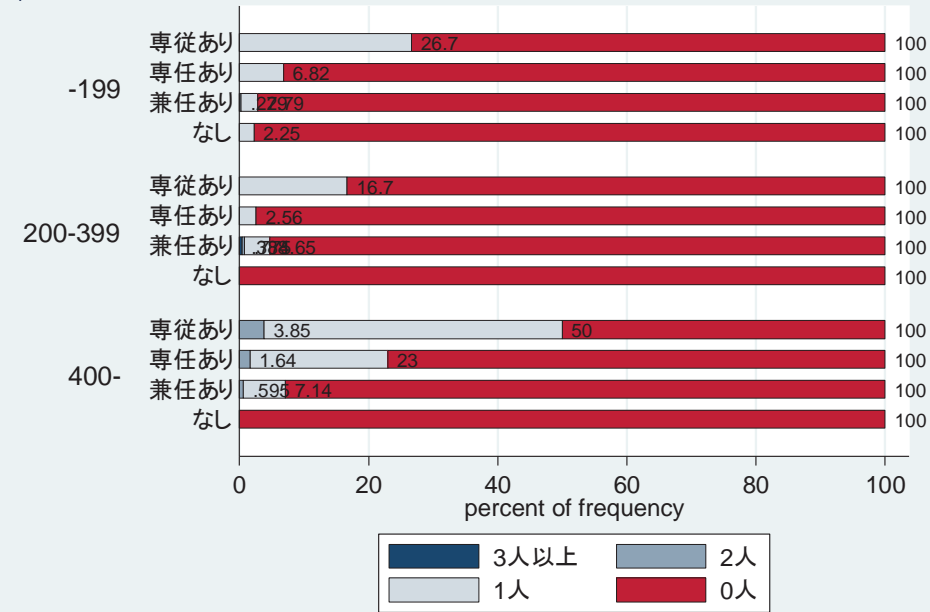
q15: 「専従」として医療安全管理に携わる看護師数を教えて下さい。



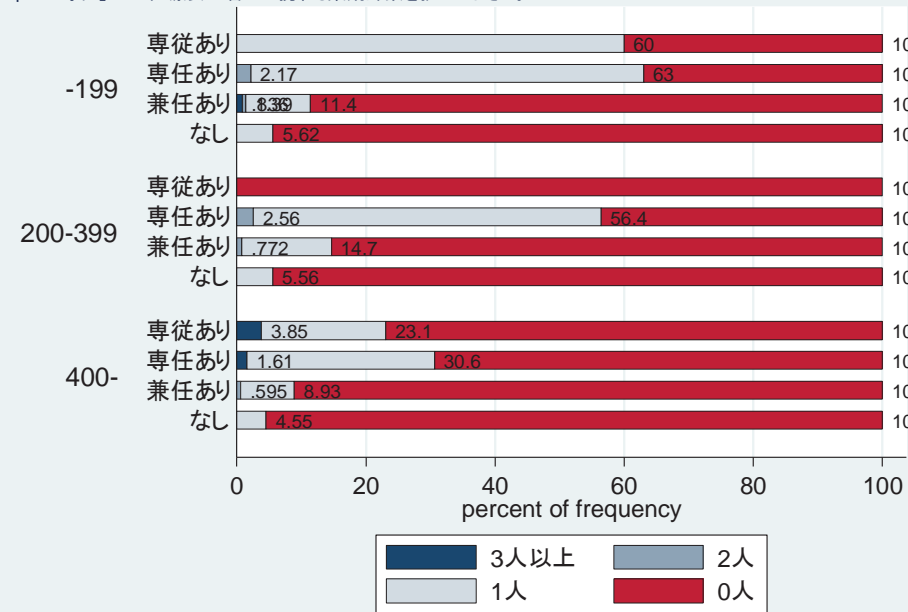
q16: 「専任」として医療安全管理に携わる看護師数を教えてください。



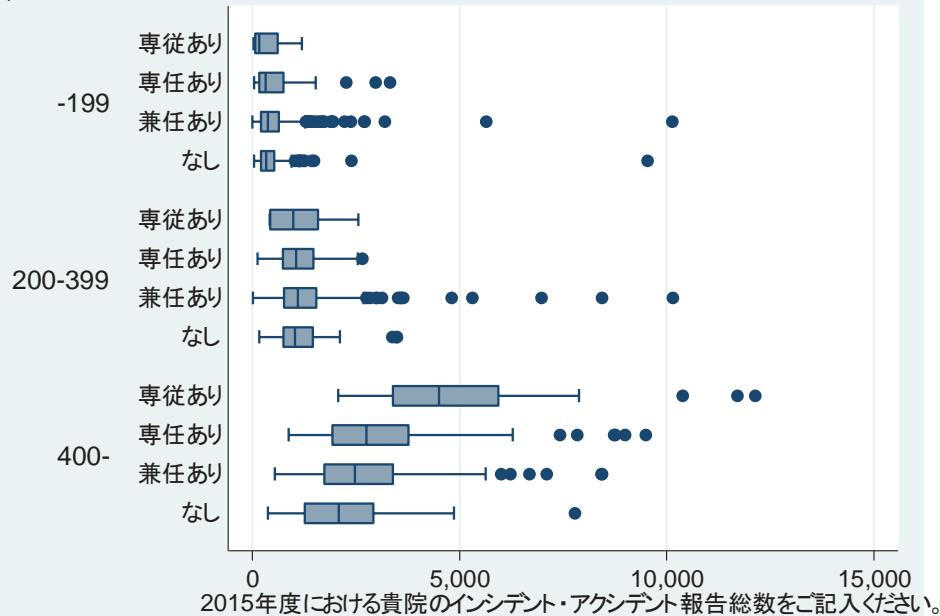
q17: 「専従」として医療安全管理に携わる薬剤師数を教えてください。



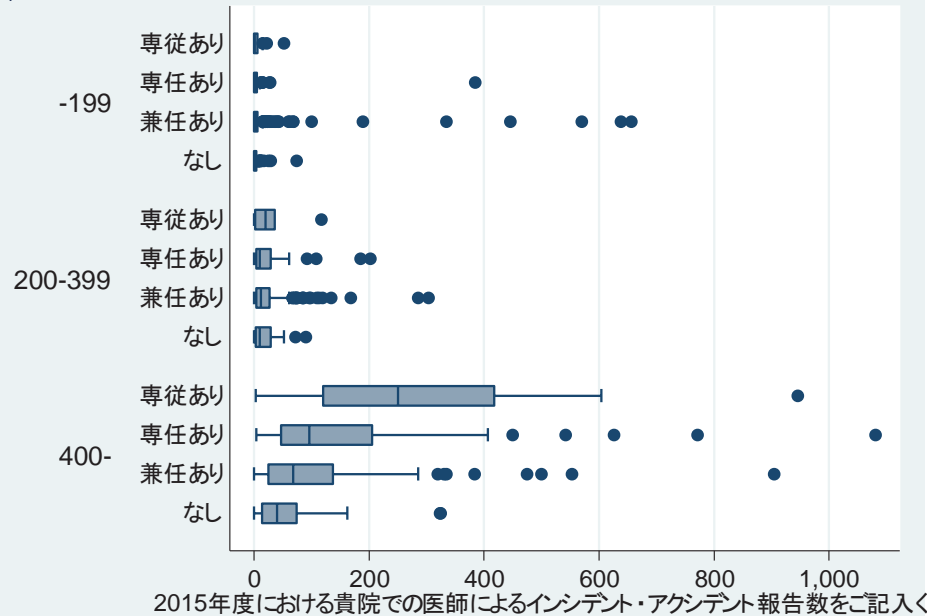
q18: 「専任」として医療安全管理に携わる薬剤師数を教えてください。



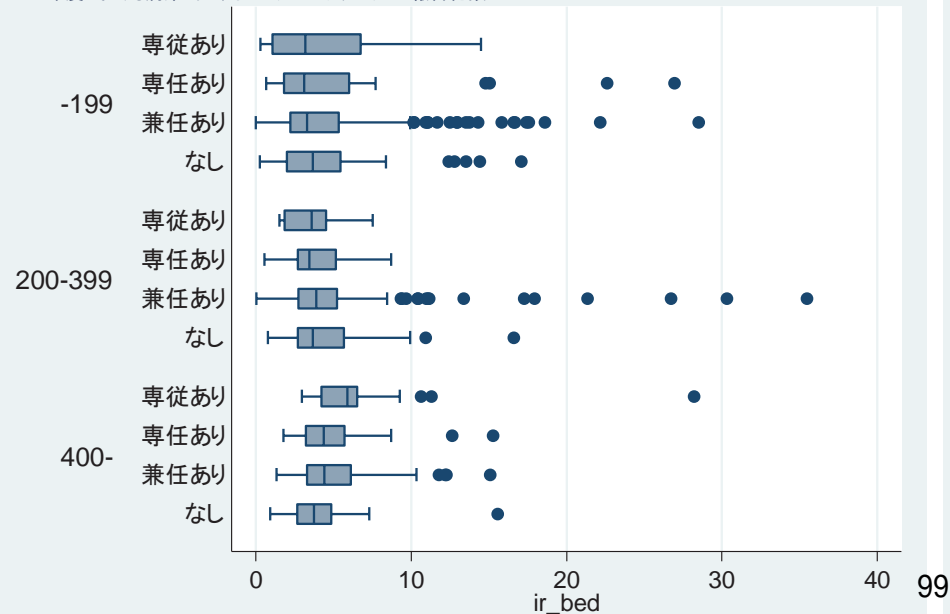
q20: 2015年度における貴院のインシデント・アクシデント報告総数をご記入ください。



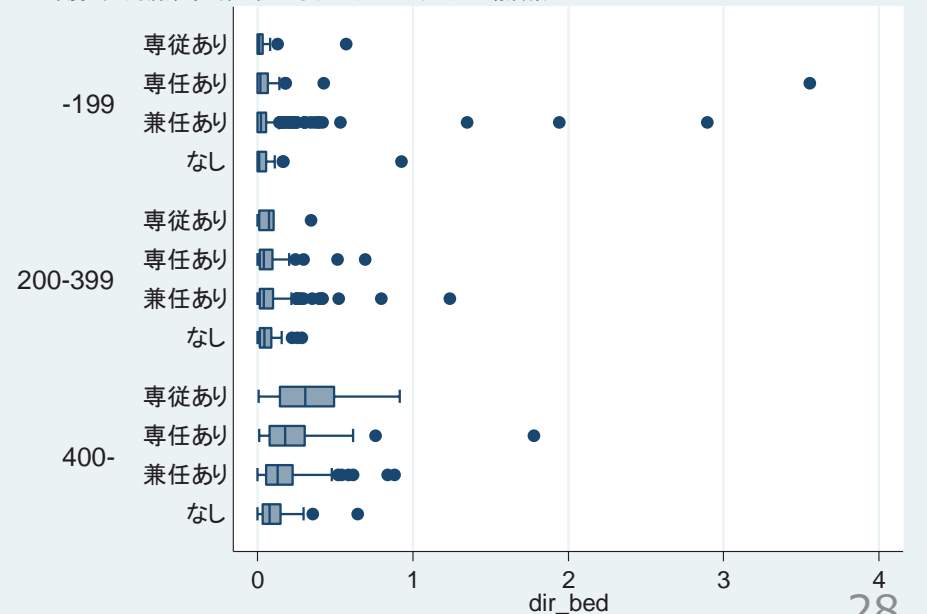
q21: 2015年度における貴院での医師によるインシデント・アクシデント報告数をご記入ください。



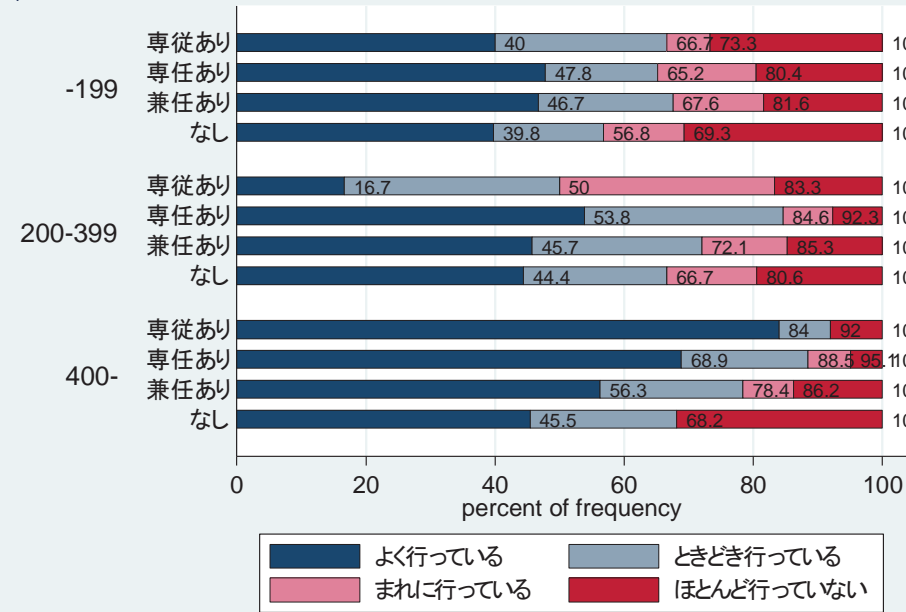
2015年度における病床当たりインシデント・アクシデント報告総数



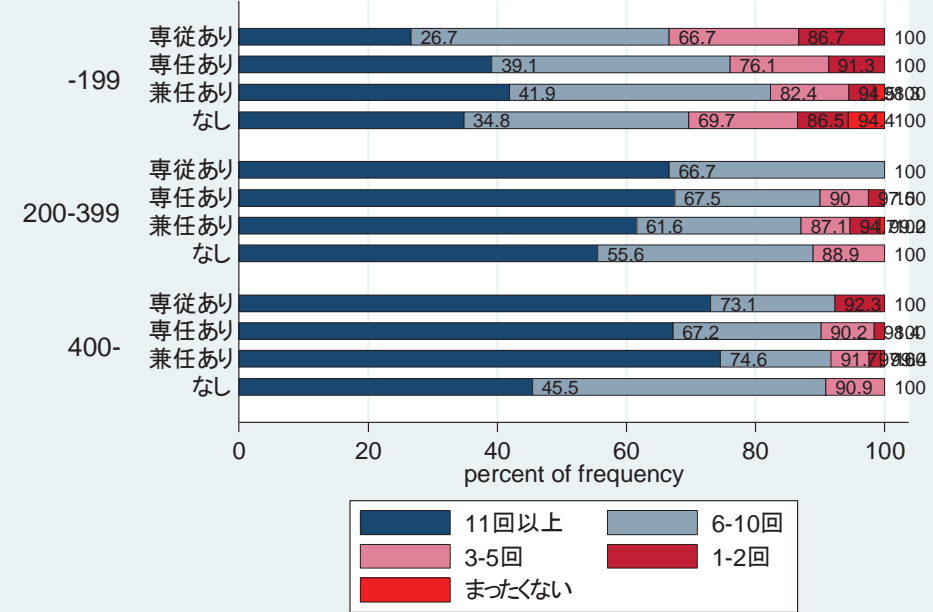
2015年度における病床当たり医師によるインシデント・アクシデント報告数



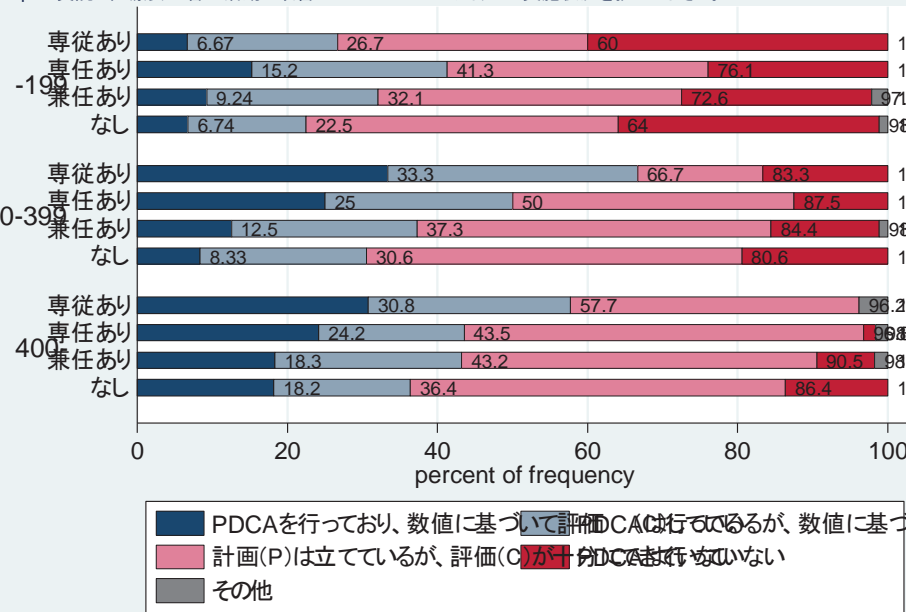
q22: 貴院では、インシデント・アクシデント報告の読解や医学的 중요度に応じた仕分けを行っていますか？



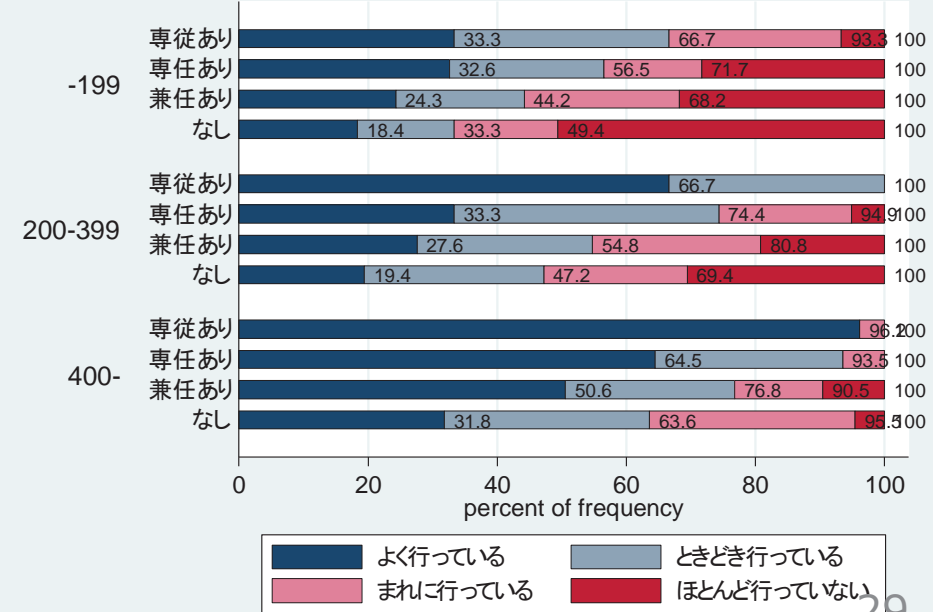
q23: 貴院の医療安全管理部門において、インシデント・アクシデントの改善のための会議 (定期、不定期、臨時を含む)を今年の4月以降で何回程度開催しましたか？



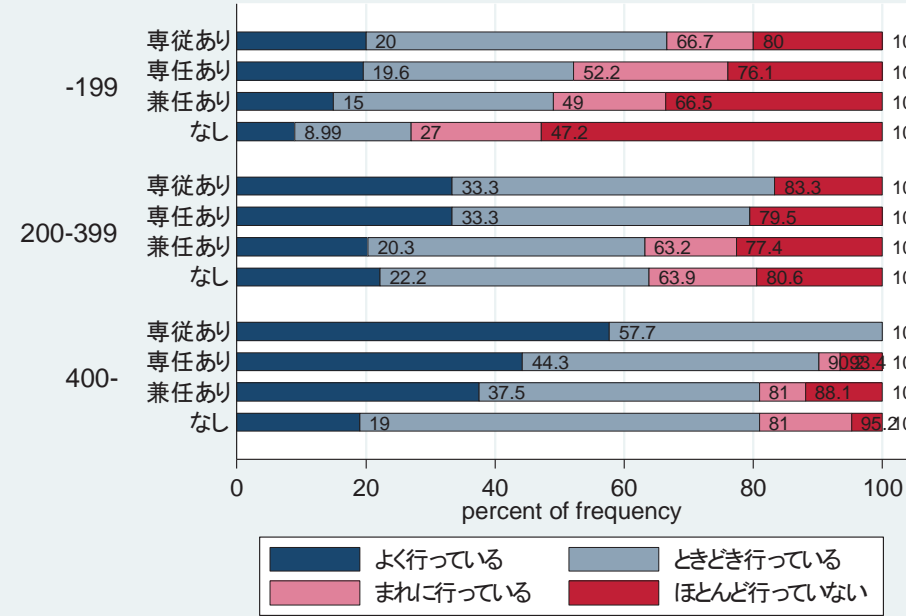
q24: 貴院の医療安全管理活動の改善のための PDCAサイクルの実施状況を教えてください。



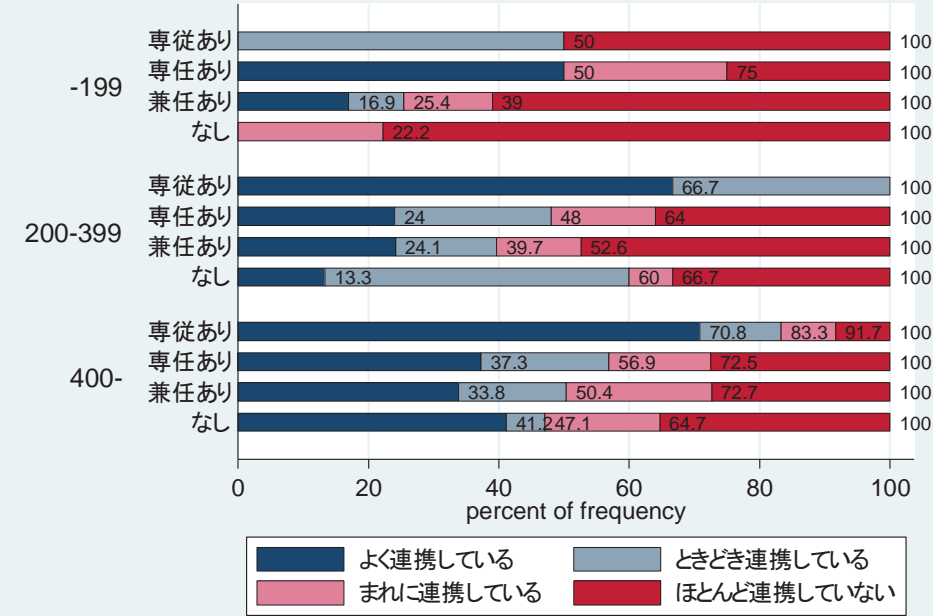
q25: 貴院の医療安全管理部門では、アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断を行っていますか？



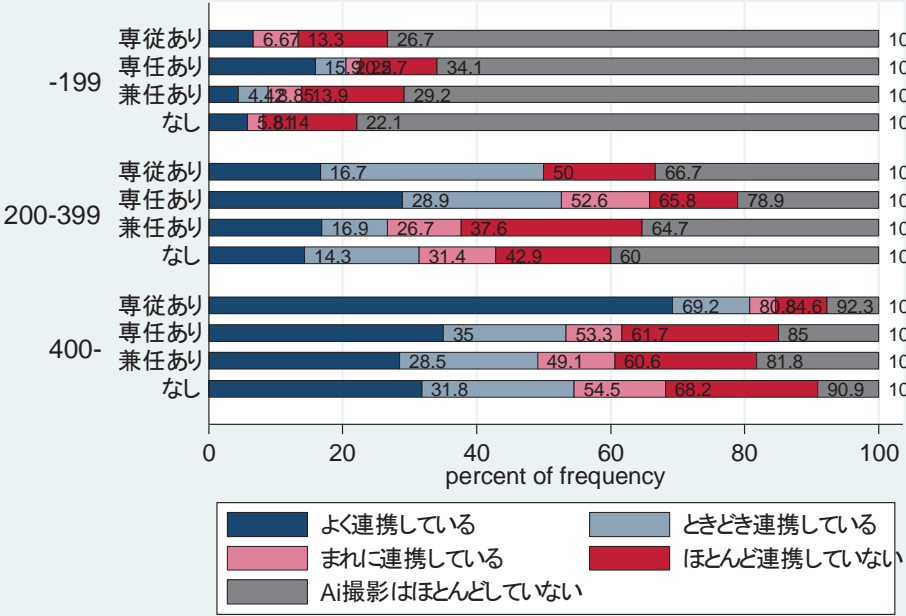
q26: 貴院の医療安全管理部門では、アクシデントや重大事故発生時の治療のための連携や、関係医師らとの緊急会議などを行っていますか？



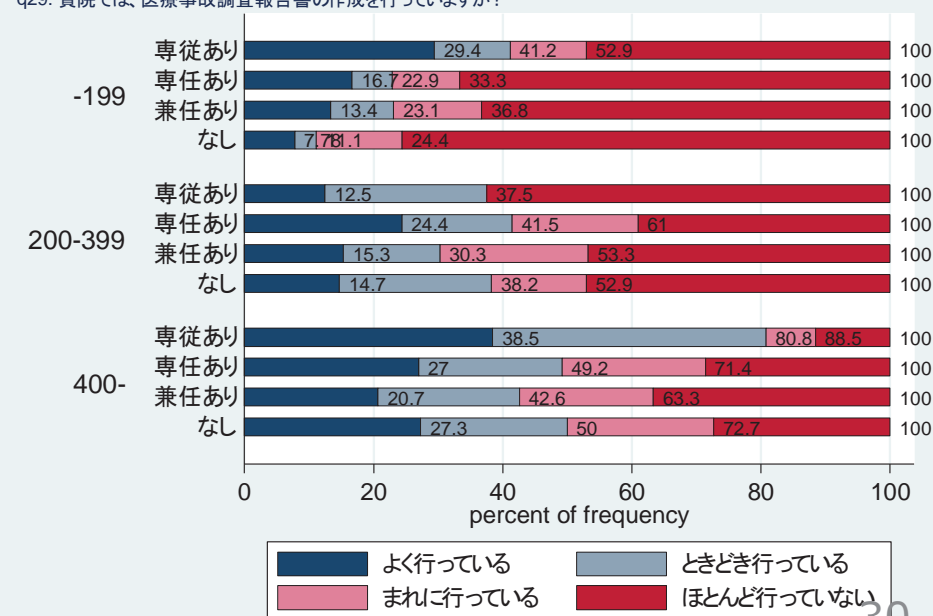
q27: 貴院の医療安全管理部門において、医療事故が疑われる死亡についての病理解剖の際、病理医と医療安全管理部門は連携していますか？



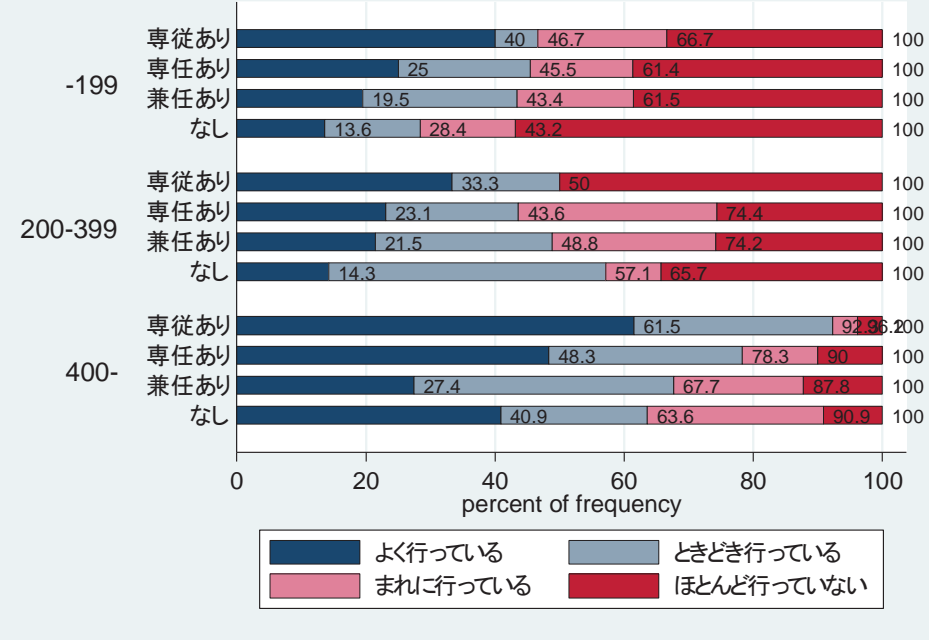
q28: 貴院の医療安全管理部門において、医療事故が疑われる死亡についての Ai撮影の際、放射線科医と医療安全管理部門は連携していますか？



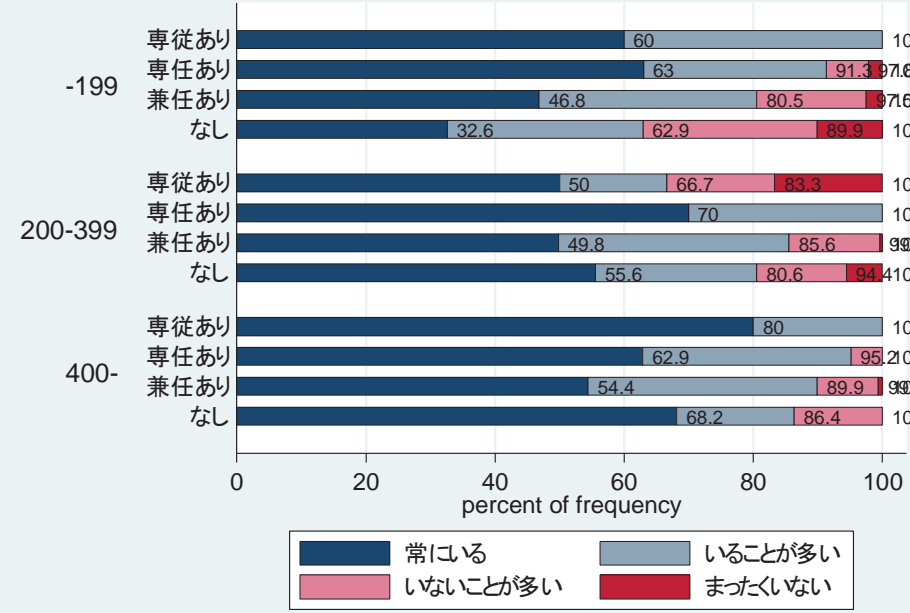
q29: 貴院では、医療事故調査報告書の作成を行っていますか？



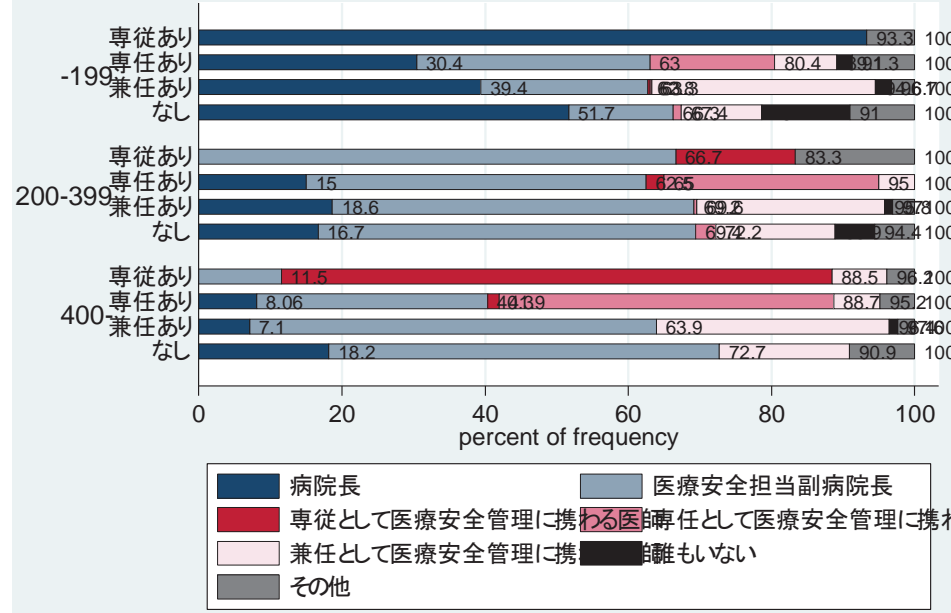
q30: 貴院では、医療事故調査において、有効な再発防止策の立案をしていますか？



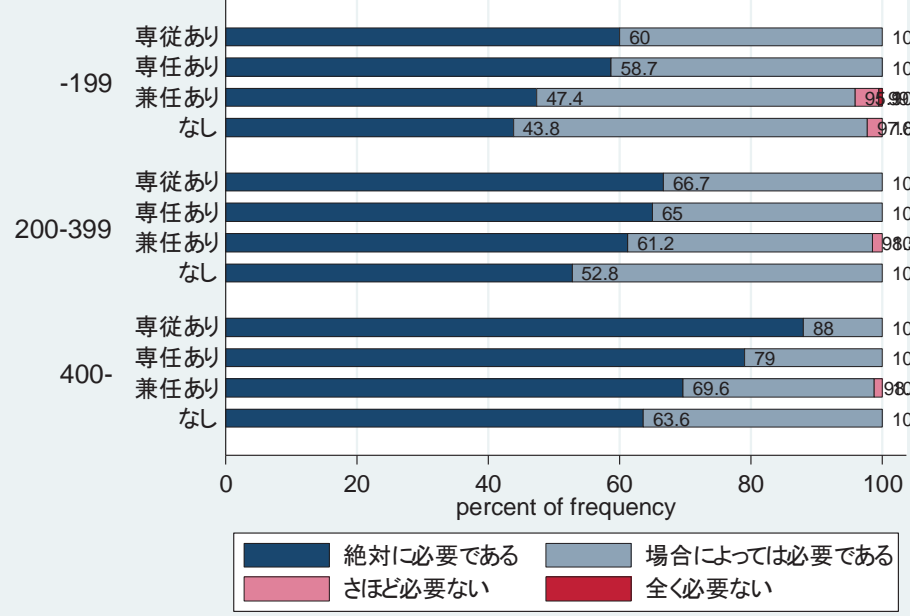
q31: あなたは、日常の医療安全活動や医療事故発生時の対応に困った際、すぐに相談できる医師がいますか？



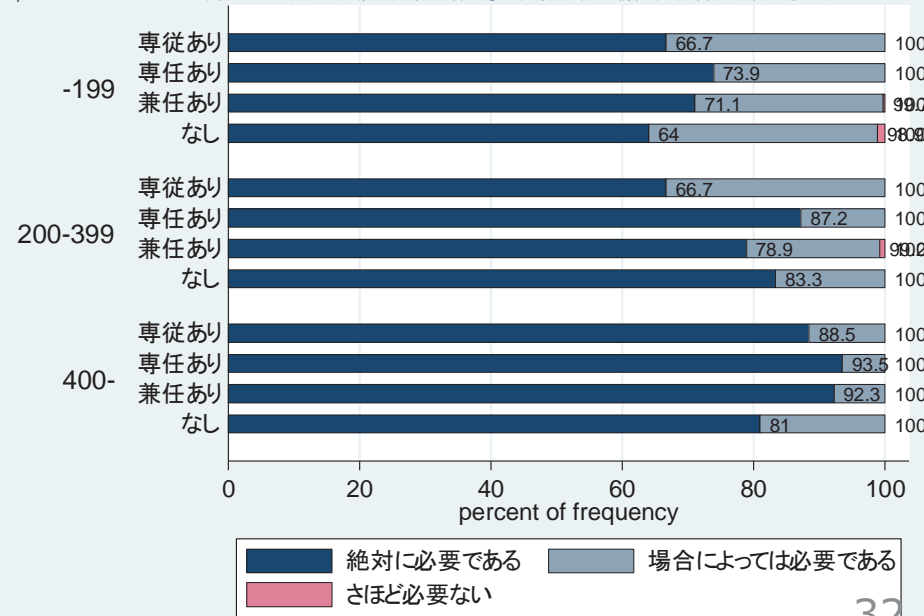
q32: あなたが医療安全活動に関して最もよく相談する医師は、どのような立場の人ですか？



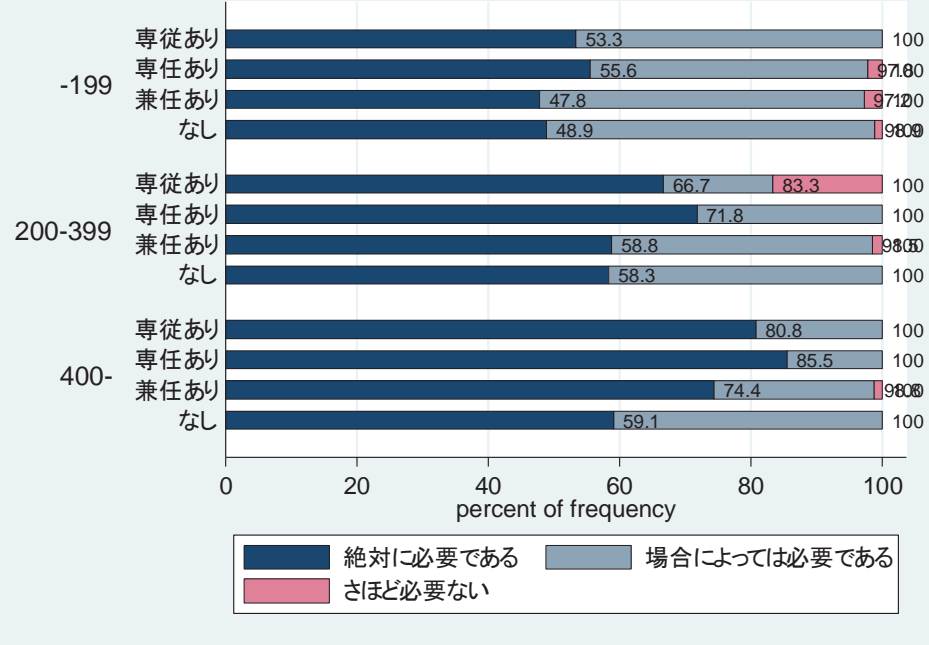
q33: 「インシデント・アクシデント報告の読解や医学的 중요度に応じた仕分け」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？



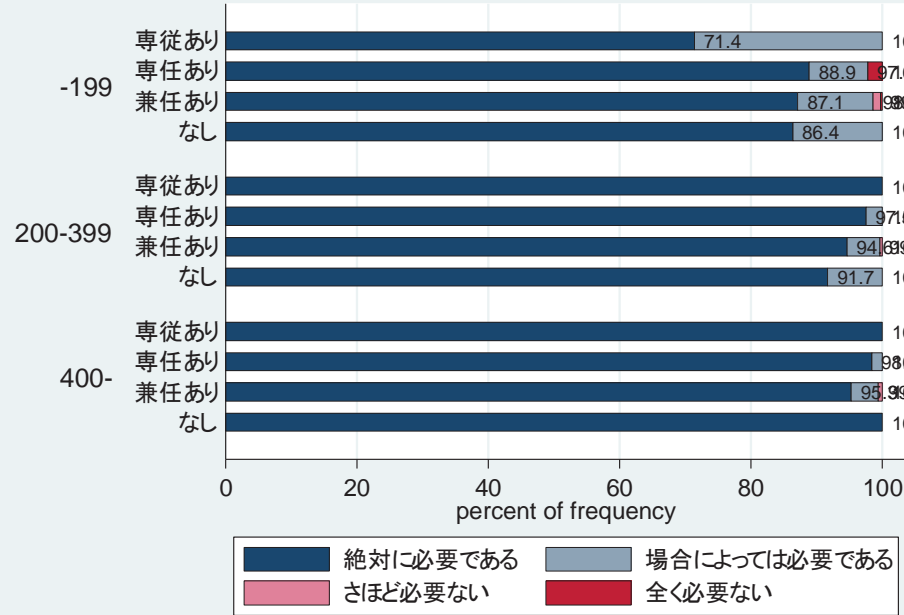
q34: 「インシデント・アクシデントの改善のための会議（定期、不定期、臨時含む）」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？



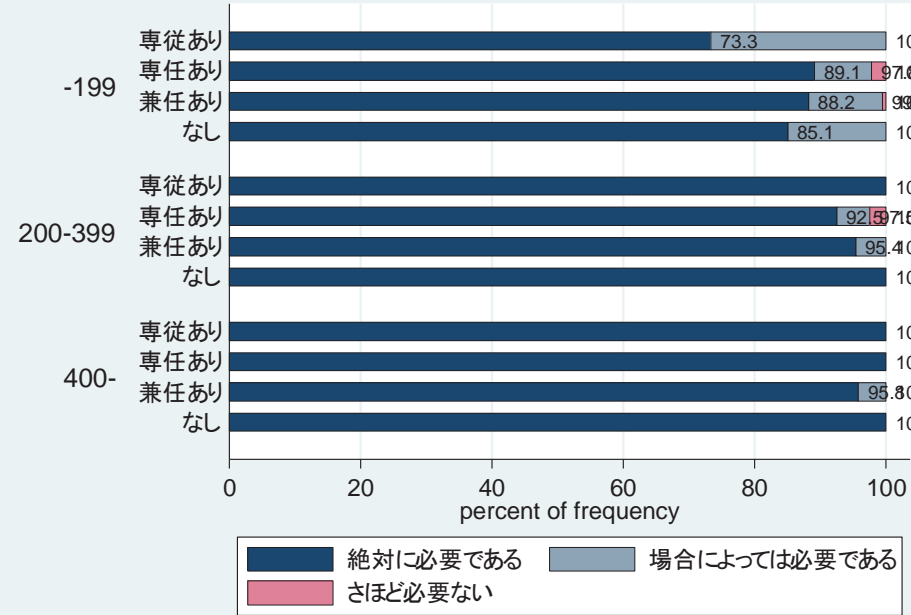
q35:「医療事故防止のための PDCAサイクルなどを用いた改善活動」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？



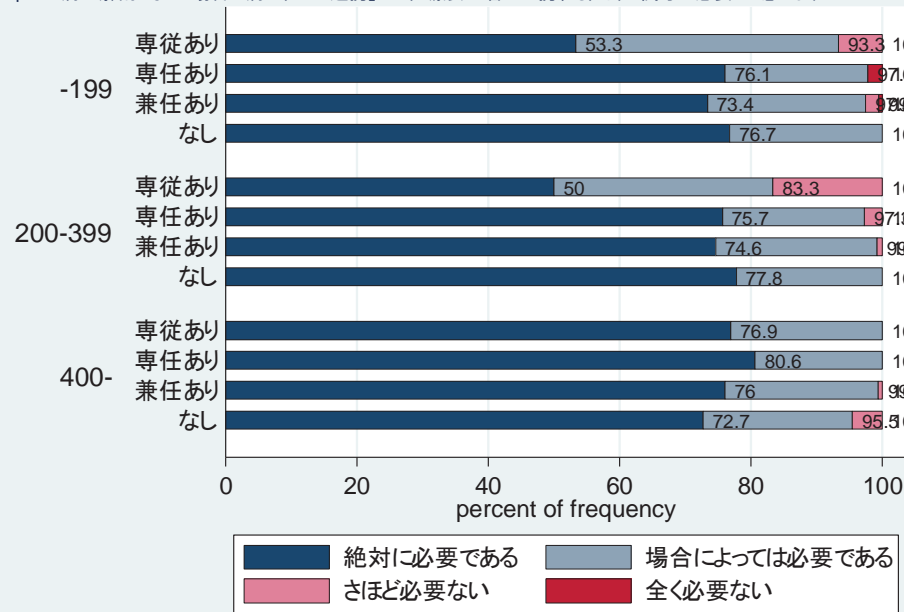
q37: 「アグシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？



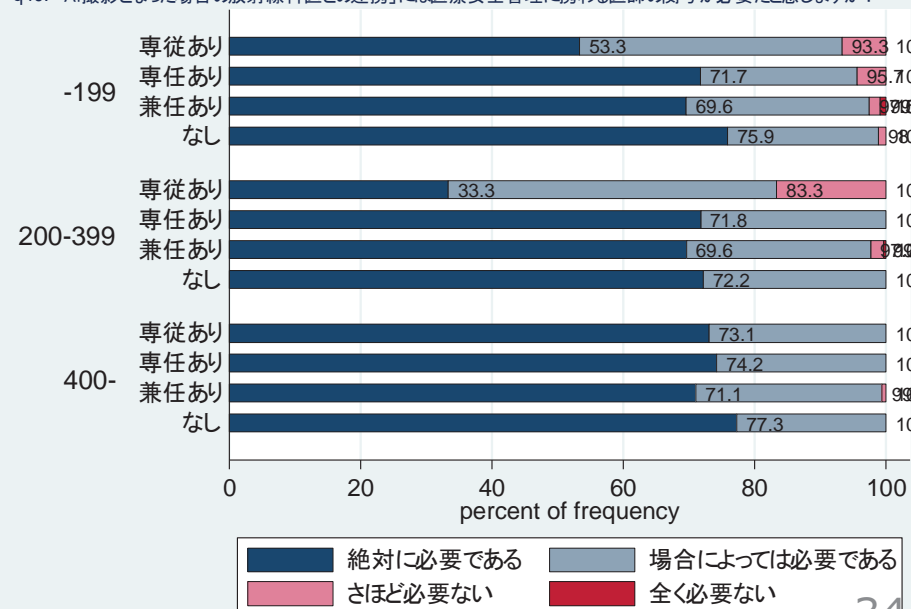
q38: 「アグシデントや重大事故発生時の治療のための連携や、関係医師らとの緊急会議」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？



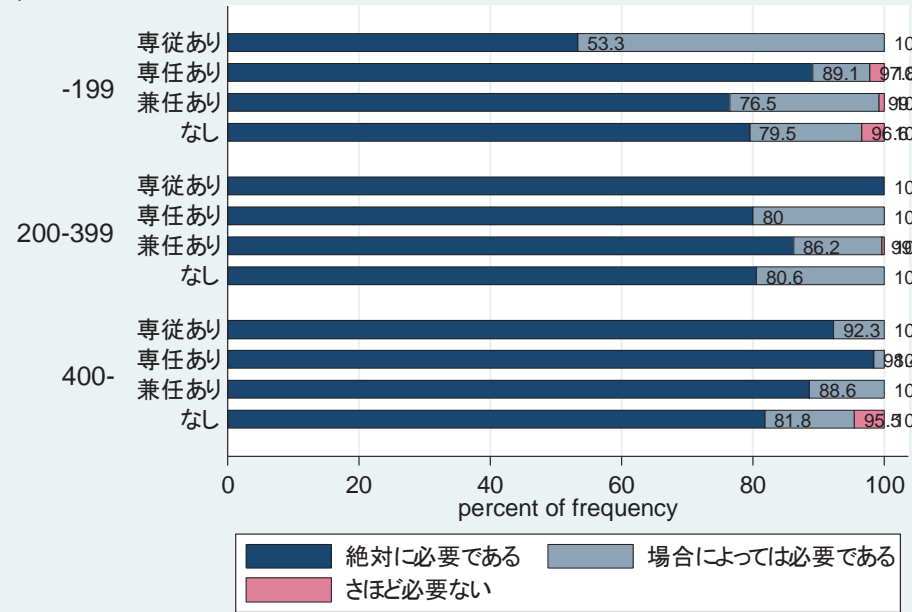
q39: 「病理解剖となった場合の病理医との連携」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？



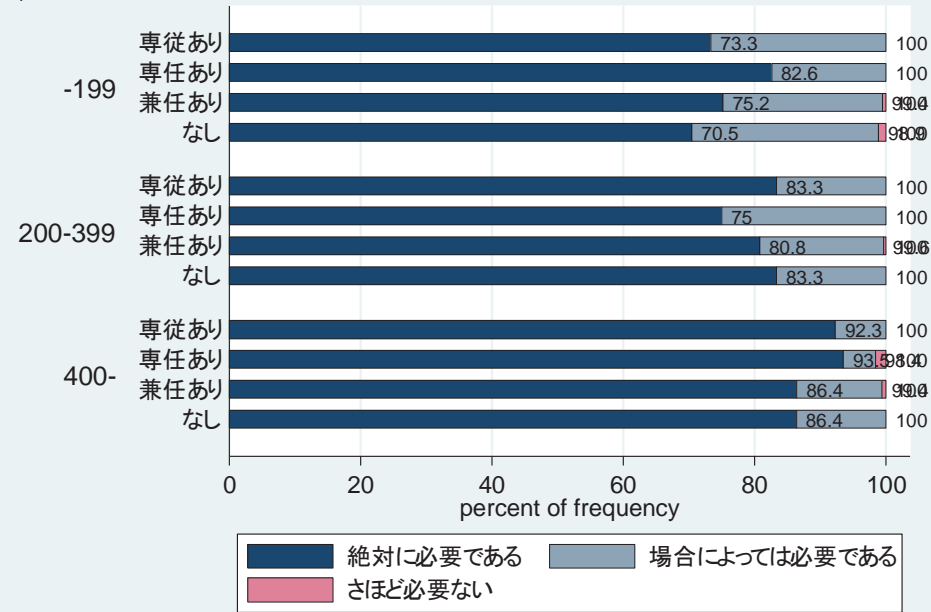
q40: 「Ai撮影となった場合の放射線科医との連携」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？



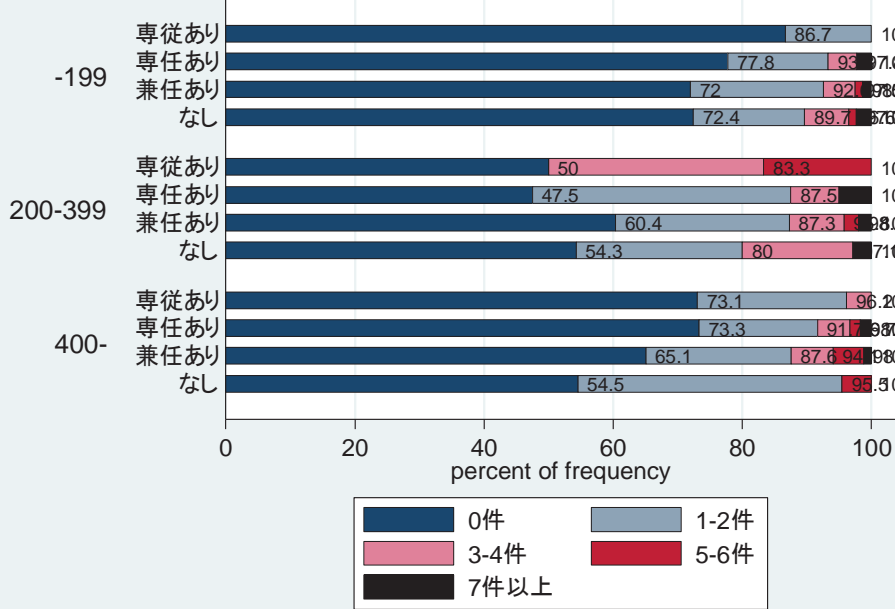
q41:「医療事故調査報告書の作成」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？



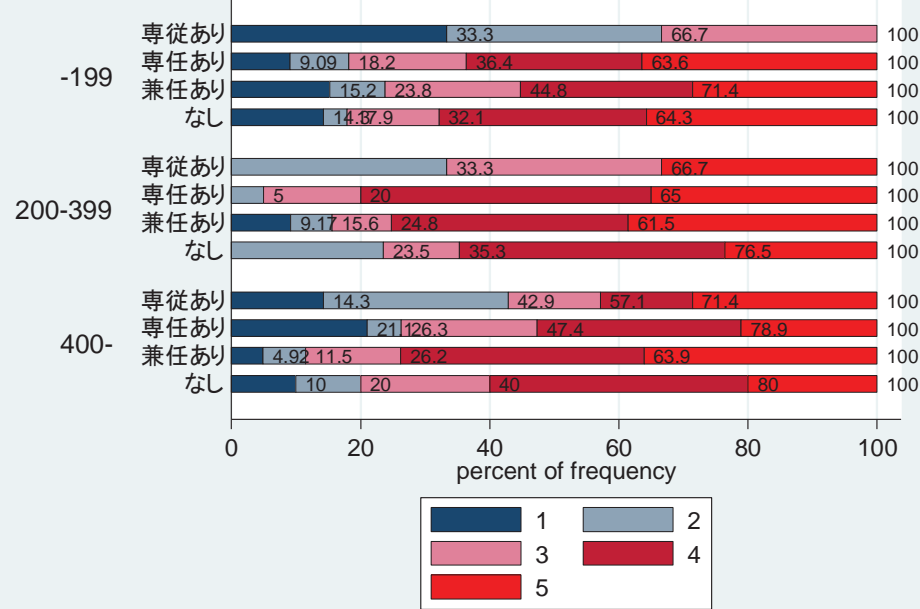
q42:「医療事故調査における有効な再発予防策の立案」には医療安全管理に携わる医師の関与が必要だと感じますか？



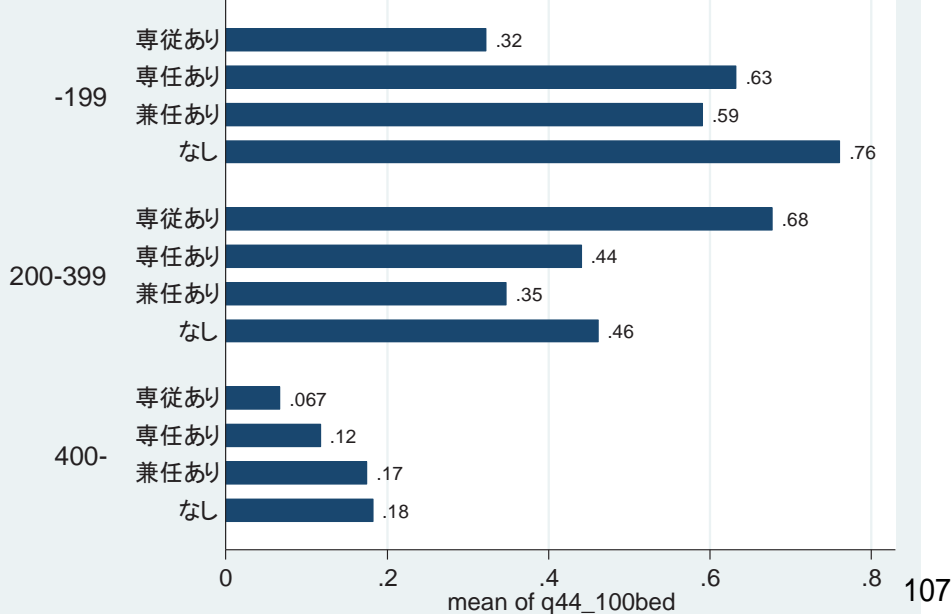
q44: あなたは、医療安全管理上必要と思われる改善策が医師の反対によって実施されなかったことが昨年 10月以降にどのくらいありましたか？



q45: (前問で1件以上あつたとお答えいただいた方)その状況は医療安全管理に携わる医師がさらに関与することで改善すると思いませんか？



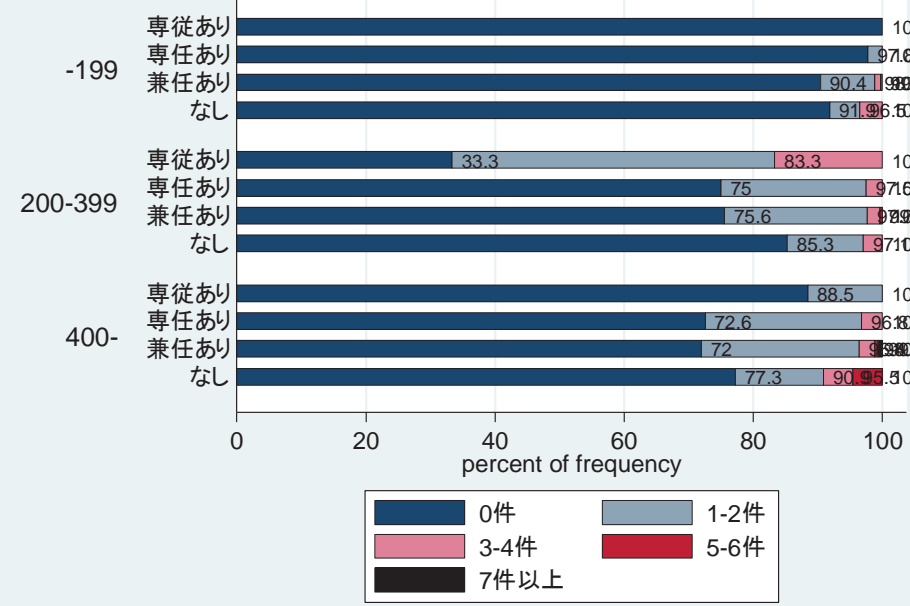
q44: あなたは、医療安全管理上必要と思われる改善策が医師の反対によって実施されなかったことが昨年 10月以降にどのくらいありましたか？



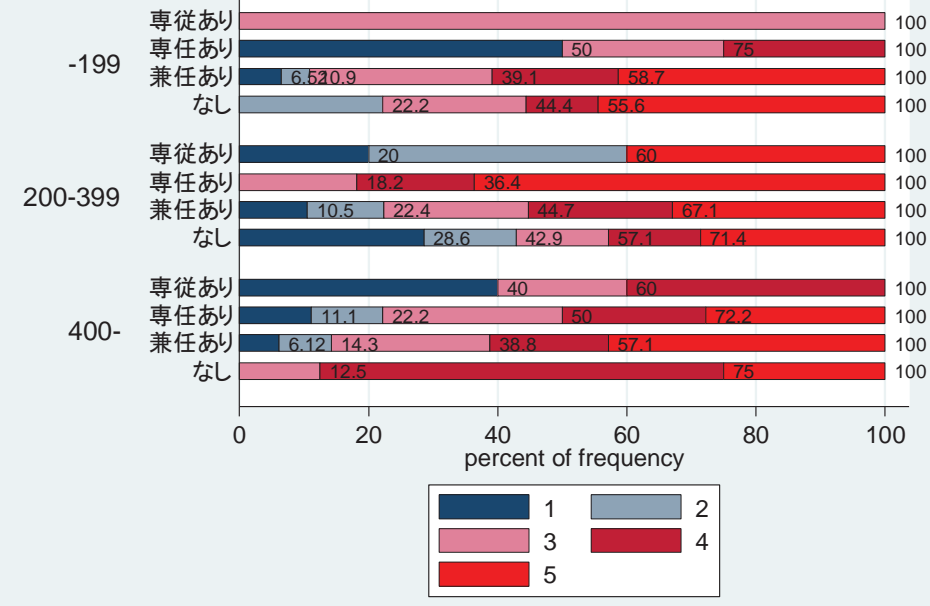
【左図の算出方法】

1. 各施設のQ44回答のうち、“0件”を“0”、“1-2件”を“1.5”、“3-4件”を“3.5”、“5-6件”を“5.5”、“7件以上”を“7.5”に数値化
2. 各施設の病床数で調整し、「100床当たり件数」を算出

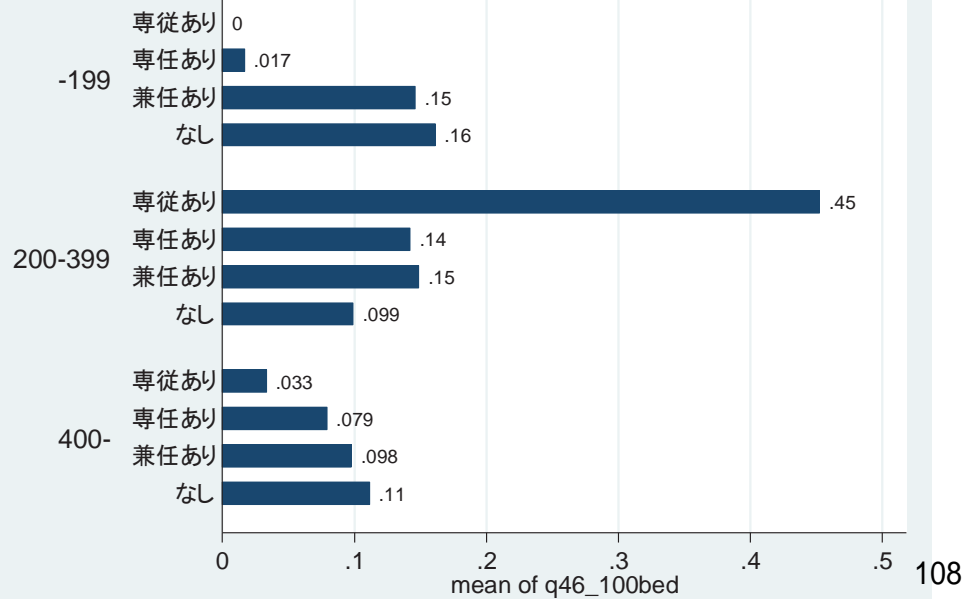
q46: あなた自身が患者の死に対し疑義がある判断したとしてもあなたの意に反して病院としての介入が行われなかったことが昨年 10月以降にどのくらいありましたか



q47: (前問で1件以上あったお答えいただいた方)その状況は医療安全管理に携わる医師がさらに関与することで改善すると思いませんか?



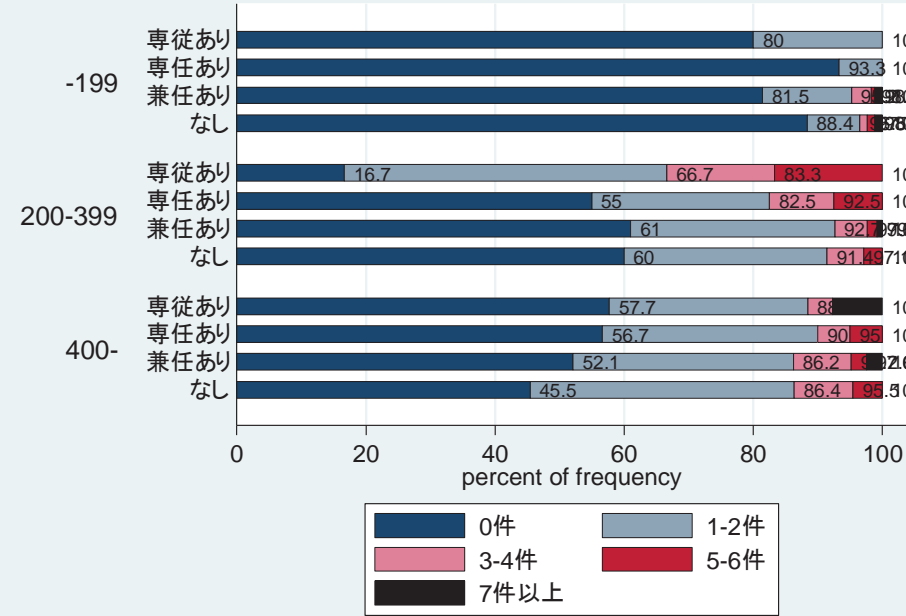
q46: あなた自身が患者の死に対し疑義がある判断したとしてもあなたの意に反して病院としての介入が行われなかったことが昨年 10月以降にどのくらいありましたか



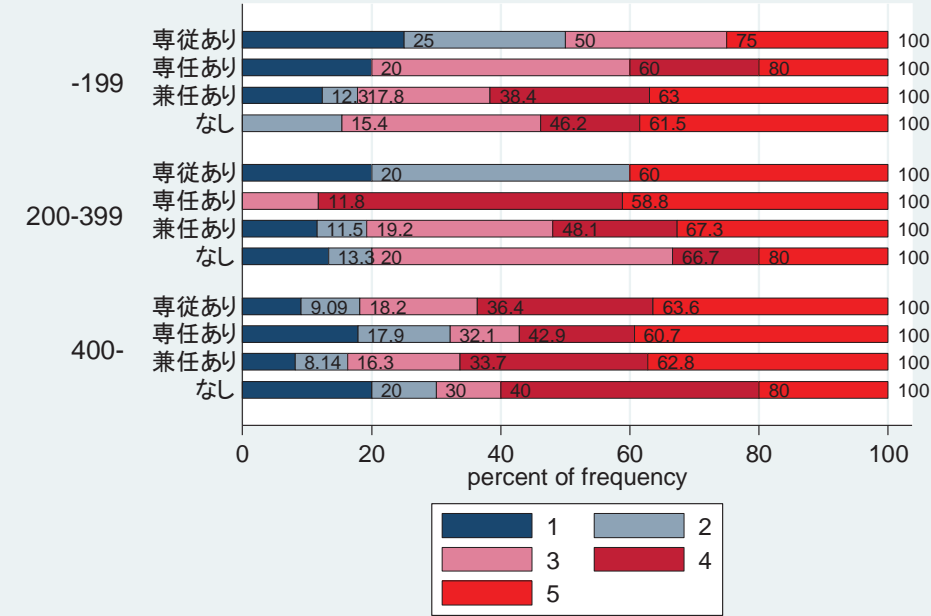
【左図の算出方法】

1. 各施設のQ44回答のうち, "0件"を"0", "1-2件"を"1.5", "3-4件"を"3.5", "5-6件"を"5.5", "7件以上"を"7.5"に数値化
2. 各施設の病床数で調整し, 「100床当たり件数」を算出

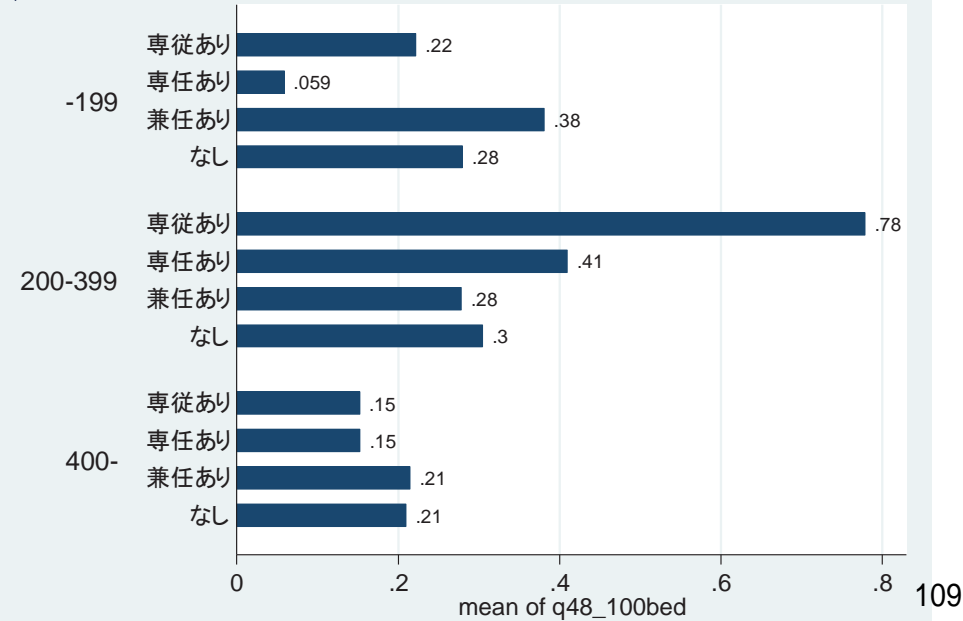
q48: あなたは医療行為に問題があると判断したとしても主治医に合併症と判断されたことが昨年 10月以降にどのくらいありましたか?



q49: (前問で1件以上あつたとお答えいただいた方)その状況は医療安全管理に携わる医師がさらに関与することで改善すると思いませんか?

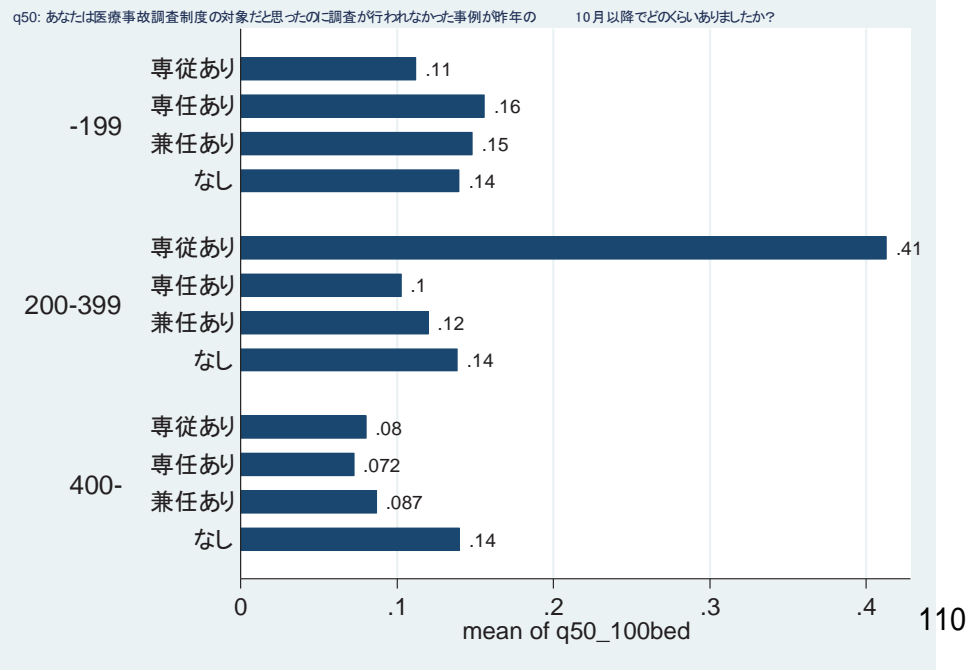
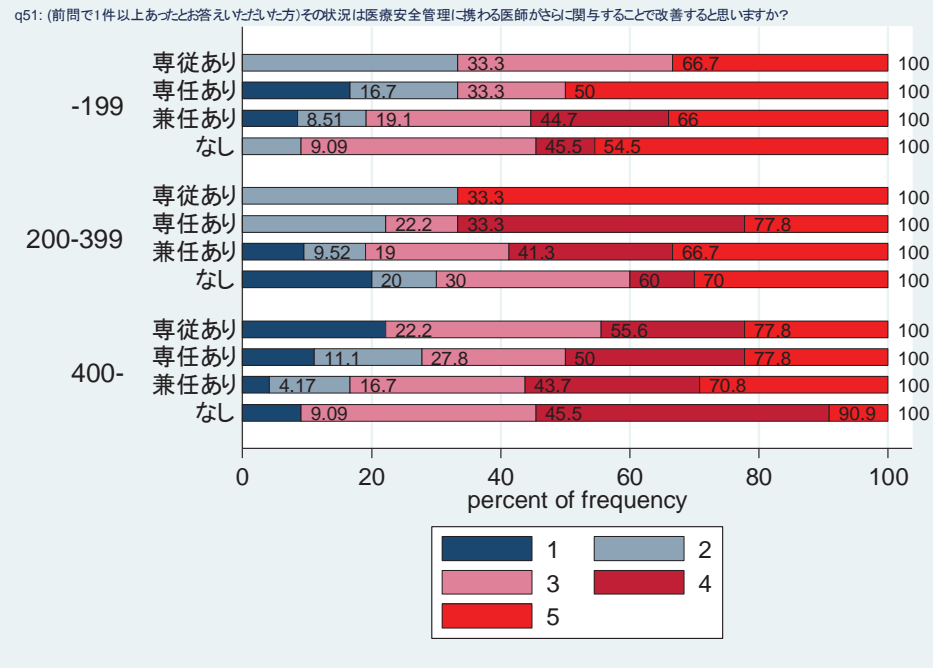
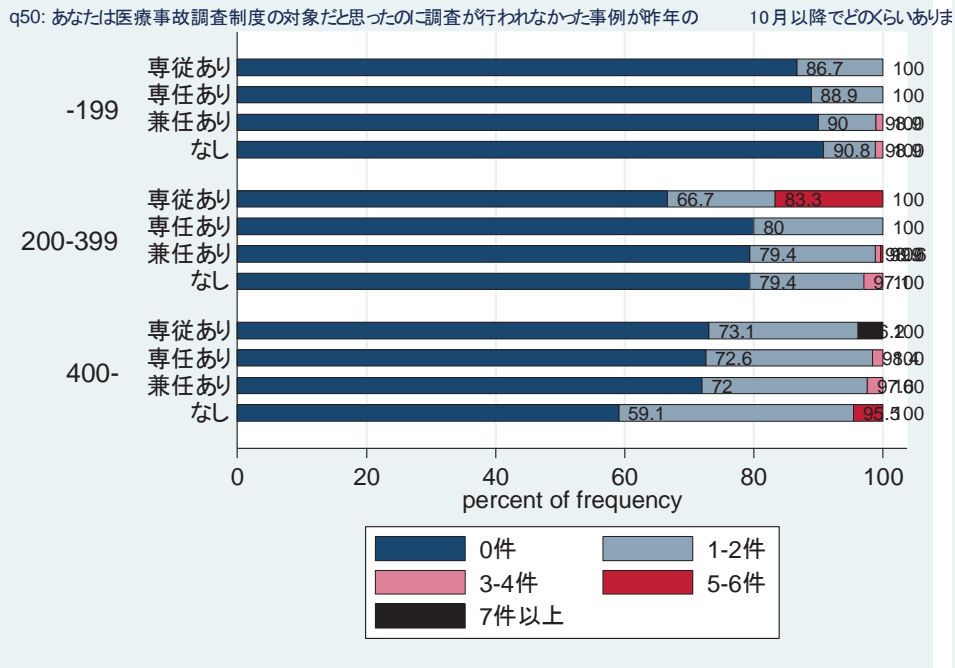


q48: あなたは医療行為に問題があると判断したとしても主治医に合併症と判断されたことが昨年 10月以降にどのくらいありましたか?



【左図の算出方法】

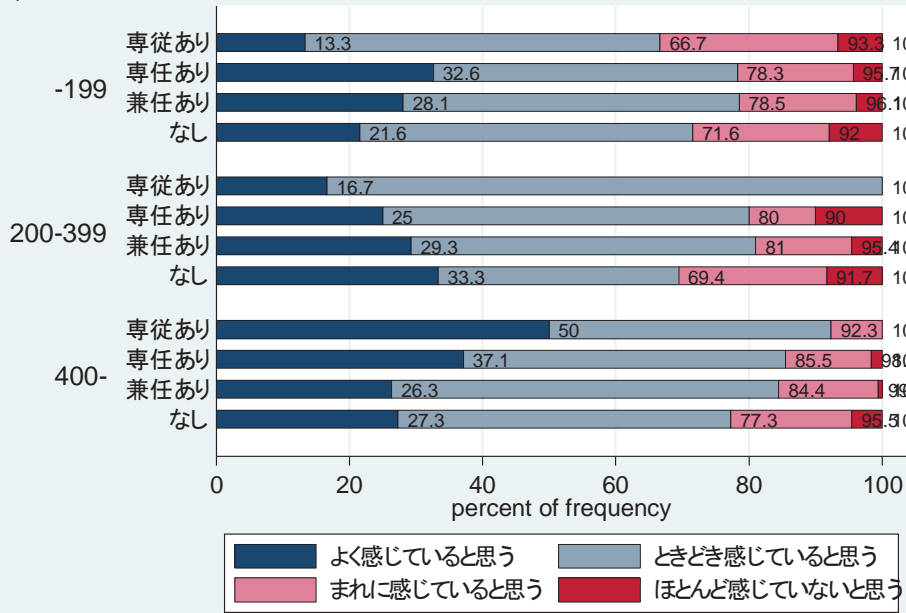
1. 各施設のQ44回答のうち，“0件”を“0”，“1-2件”を“1.5”，“3-4件”を“3.5”，“5-6件”を“5.5”，“7件以上”を“7.5”に数値化
2. 各施設の病床数で調整し，“100床当たり件数”を算出



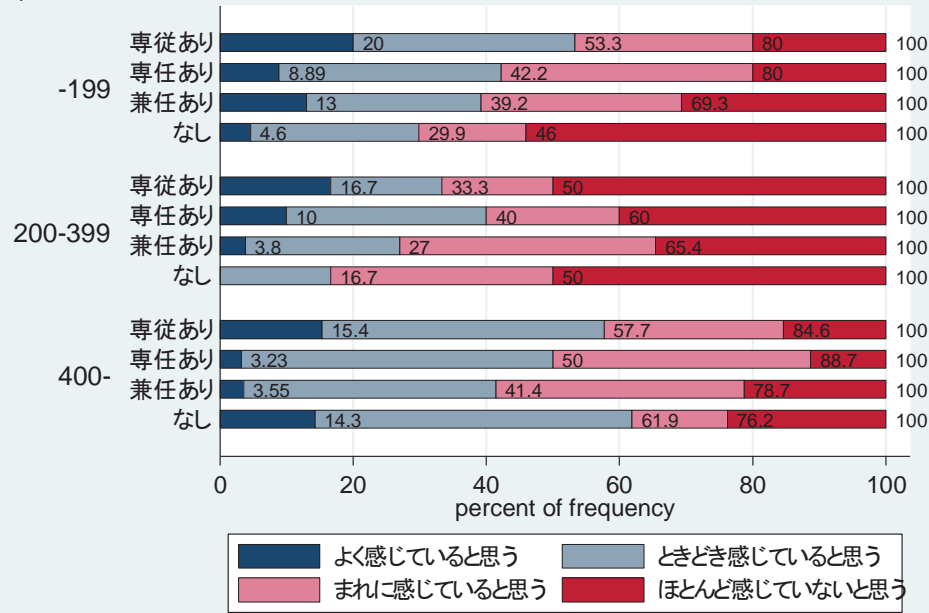
【左図の算出方法】

1. 各施設のQ44回答のうち、“0件”を“0”、“1-2件”を“1.5”、“3-4件”を“3.5”、“5-6件”を“5.5”、“7件以上”を“7.5”に数値化
2. 各施設の病床数で調整し、「100床当たり件数」を算出

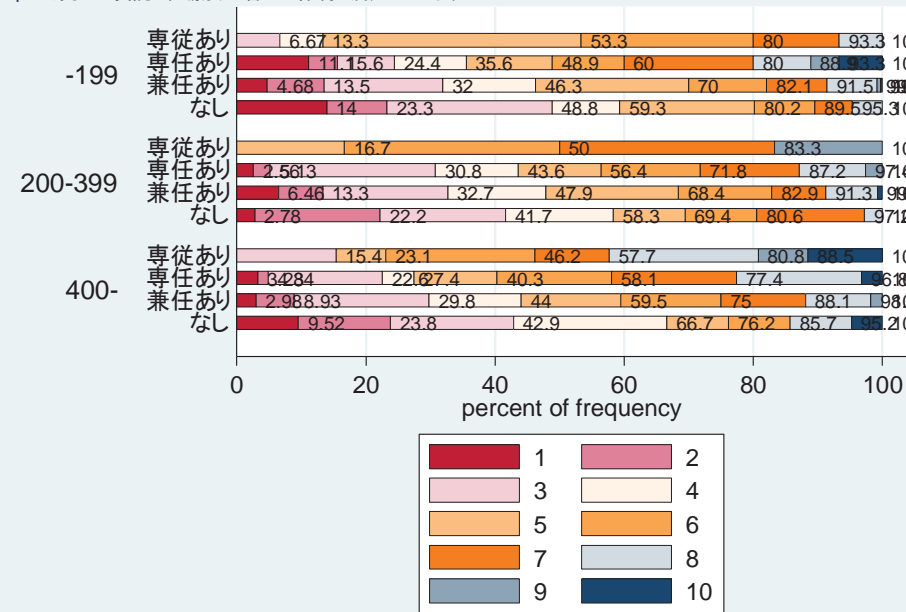
q52: 貴院の職員はインシデントやアクシデント報告に意義を感じていると思いますか？



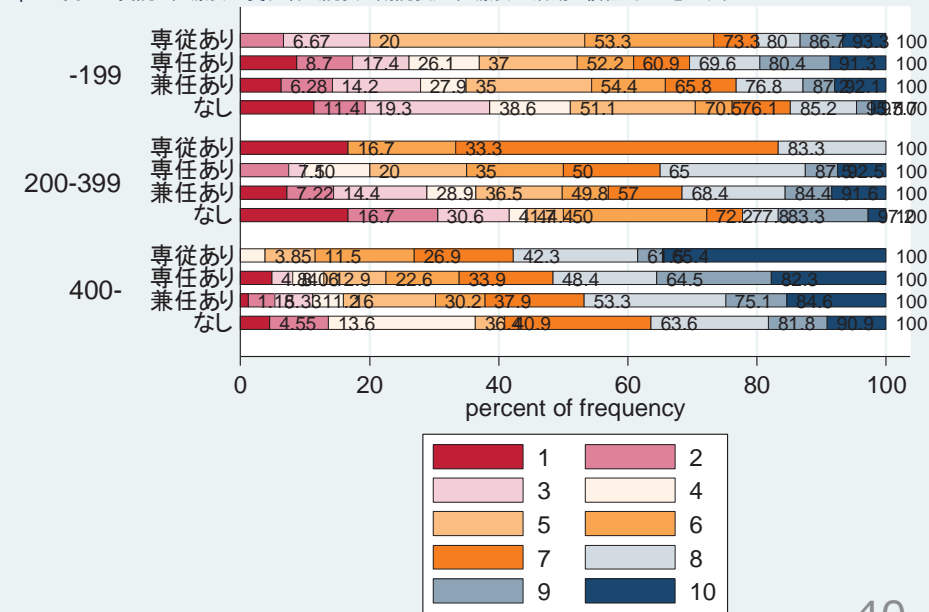
q53: 貴院の医師はインシデントやアクシデント報告に意義を感じていると思いますか？



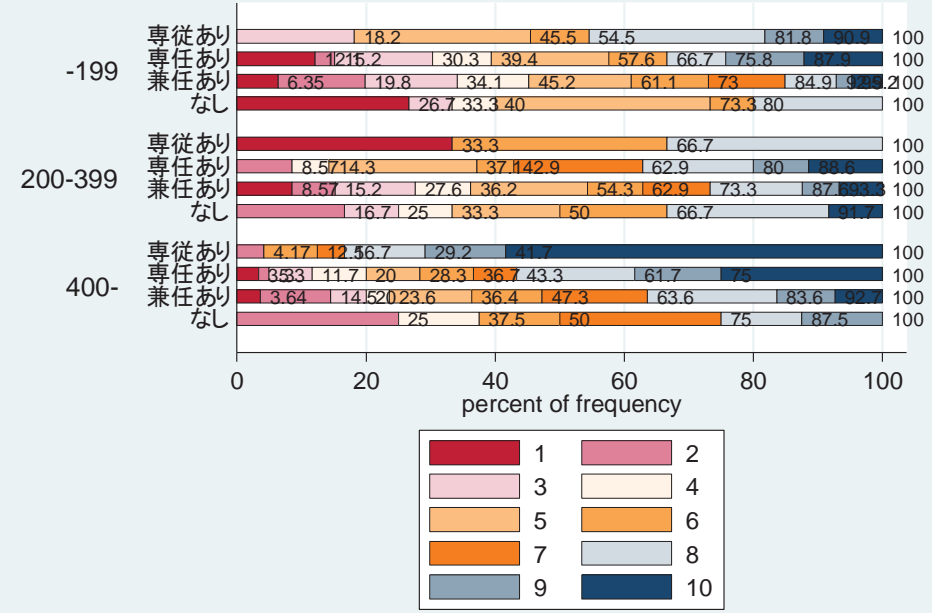
q54: あなたは貴院の医療安全管理の体制に満足していますか？



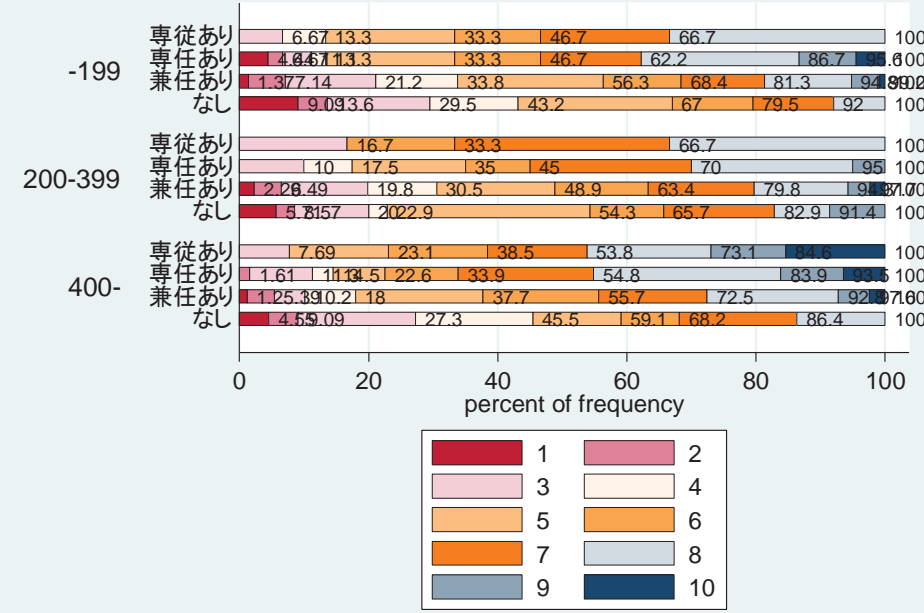
q55: あなたは貴院の医療安全責任者（院長や副院長）は医療安全活動に積極的だと思いますか？



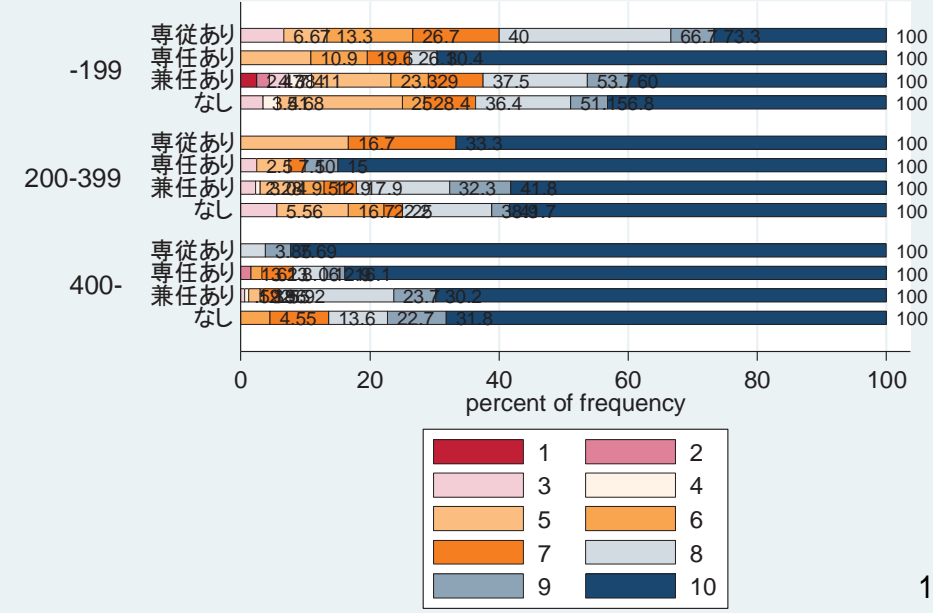
q56: (専従や専任として医療安全管理に携わる医師が在籍している方) その医師は医療安全活動に積極的だと思いますか?



q57: あなたの病院は社会から求められている医療安全管理業務を実施できていると思いますか?



q58: あなたは医療安全管理に専従や専任として携わる医師は必要だと思いますか?



Ⅲ. 多変量解析①

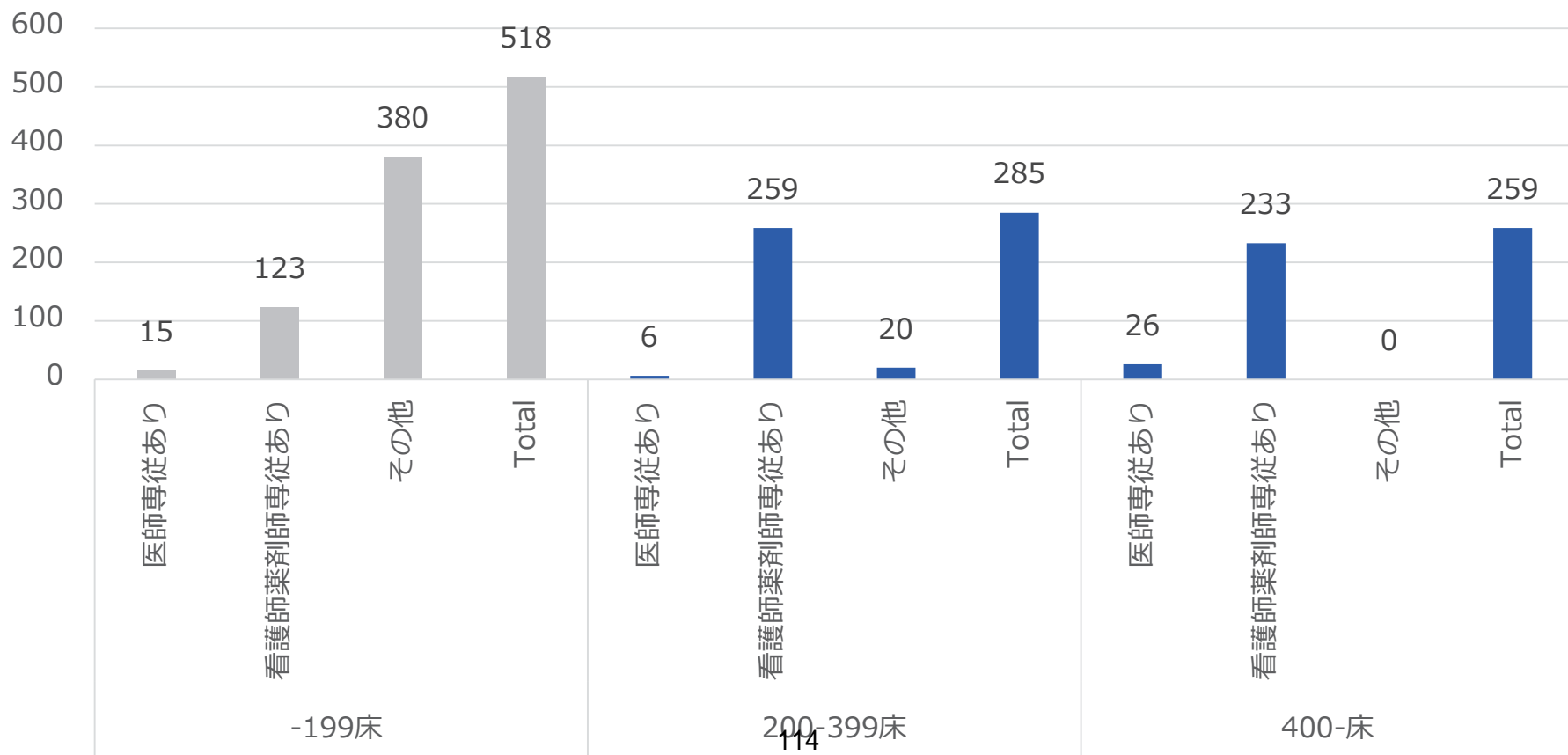
医療安全専従者の配置状況との関連性 【200床以上病院対象】

【曝露変数】 • 医療安全専従者の配置状況
(Ref = 看護師薬剤師専従者あり)

【調整変数】 • 病床数 (連続変数)
• 回答者職種
• 医療安全対策加算の取得状況
• 医療安全責任者
• 専任医療安全看護師有無
• 専任医療安全薬剤師有無

▶ 専従配置状況

- 医師専従あり：32病院（5.1%）　うち，特定機能病院：17病院
- 看護師薬剤師専従あり：492病院（78.8%）
- その他：100病院（16.0%）

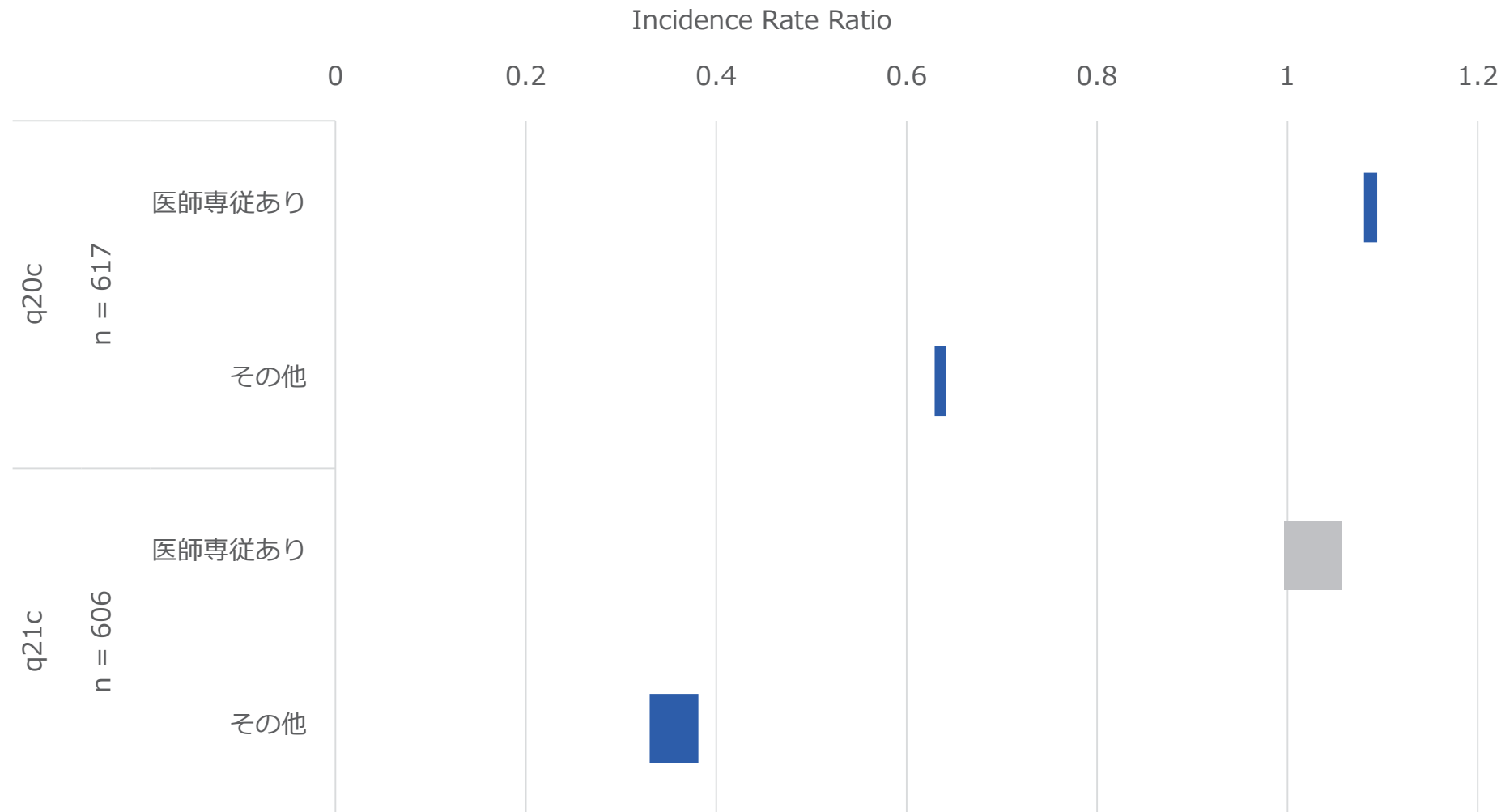


3. 貴院の医療安全活動について

【Poisson Regressionの推定結果】連続変数

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

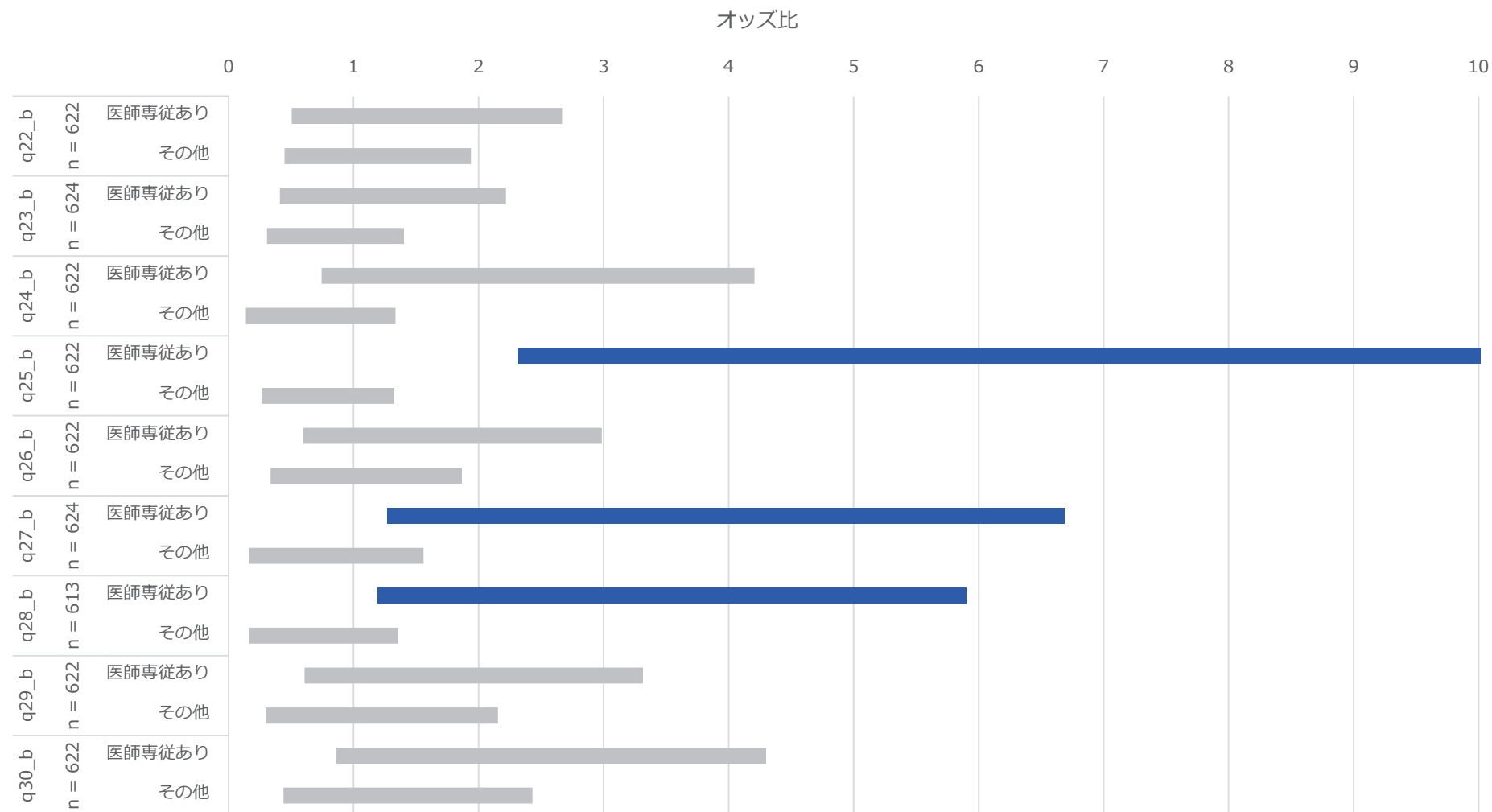


3. 貴院の医療安全活動について

【Logistic Regressionの推定結果】 最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

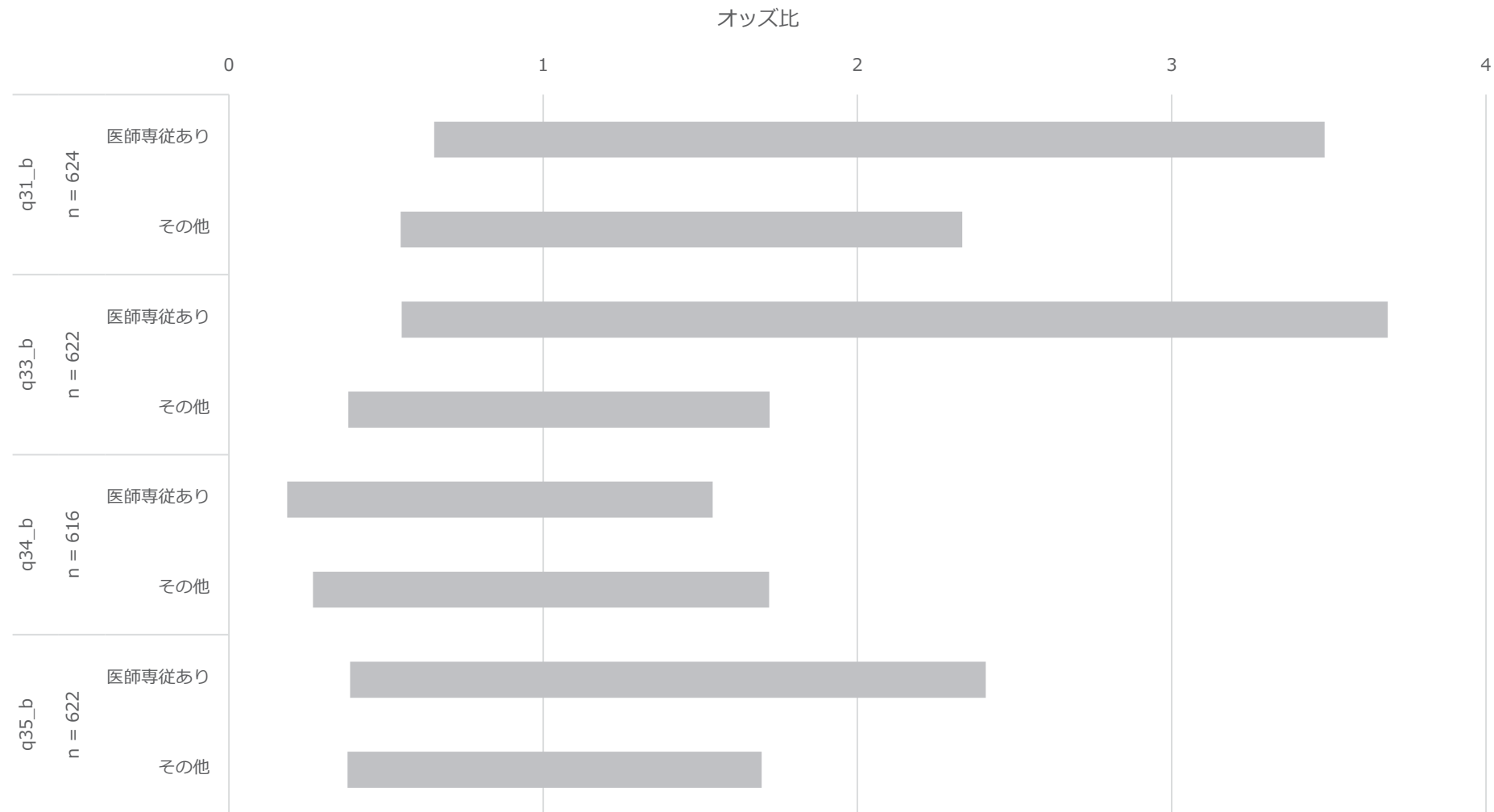


4. 日常的な医療安全活動への医師のかかわり方について

【Logistic Regressionの推定結果】 最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

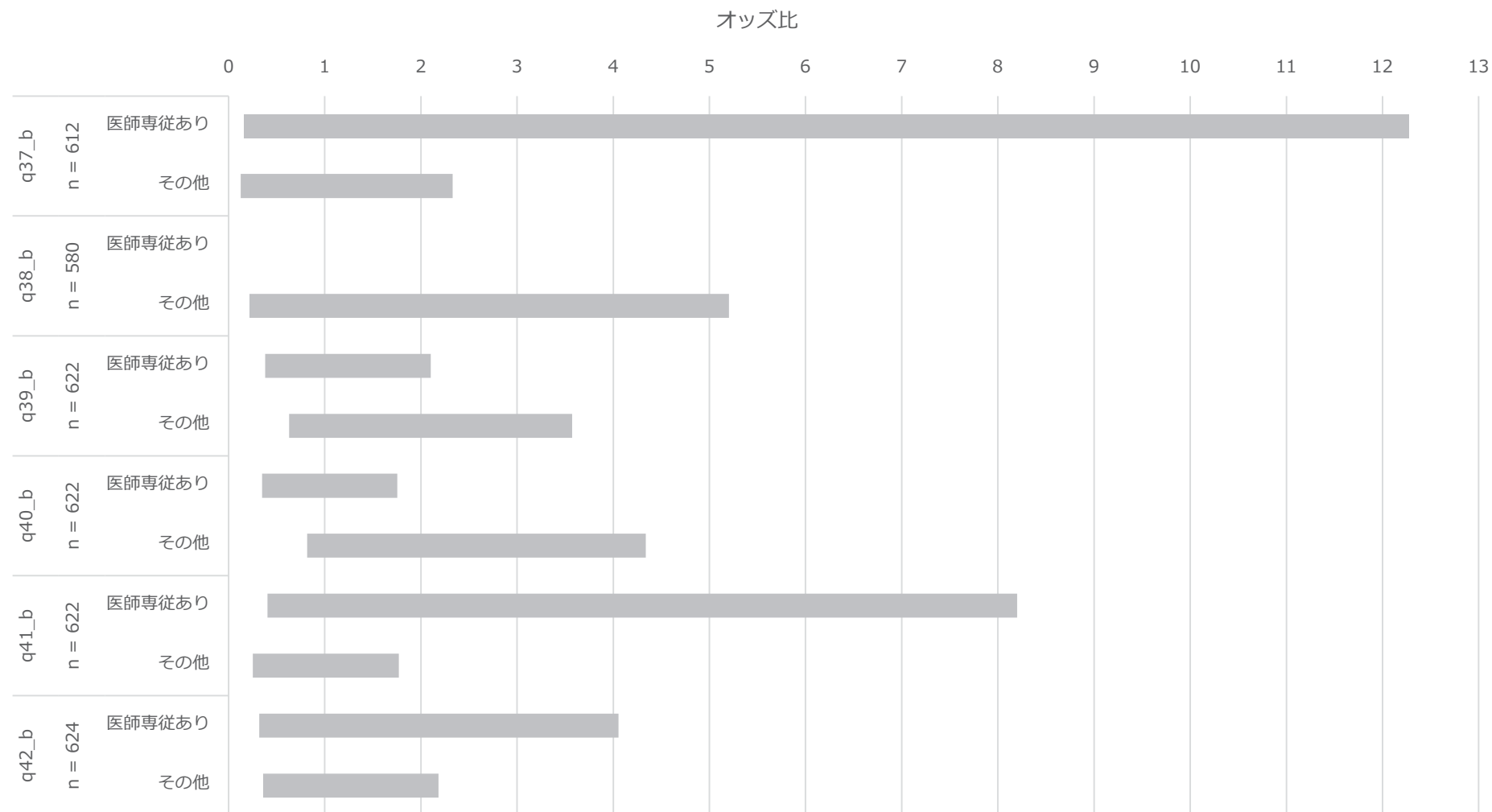


5. 重大医療事故発生時の医療安全活動への医師のかかわり方

【Logistic Regressionの推定結果】 最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

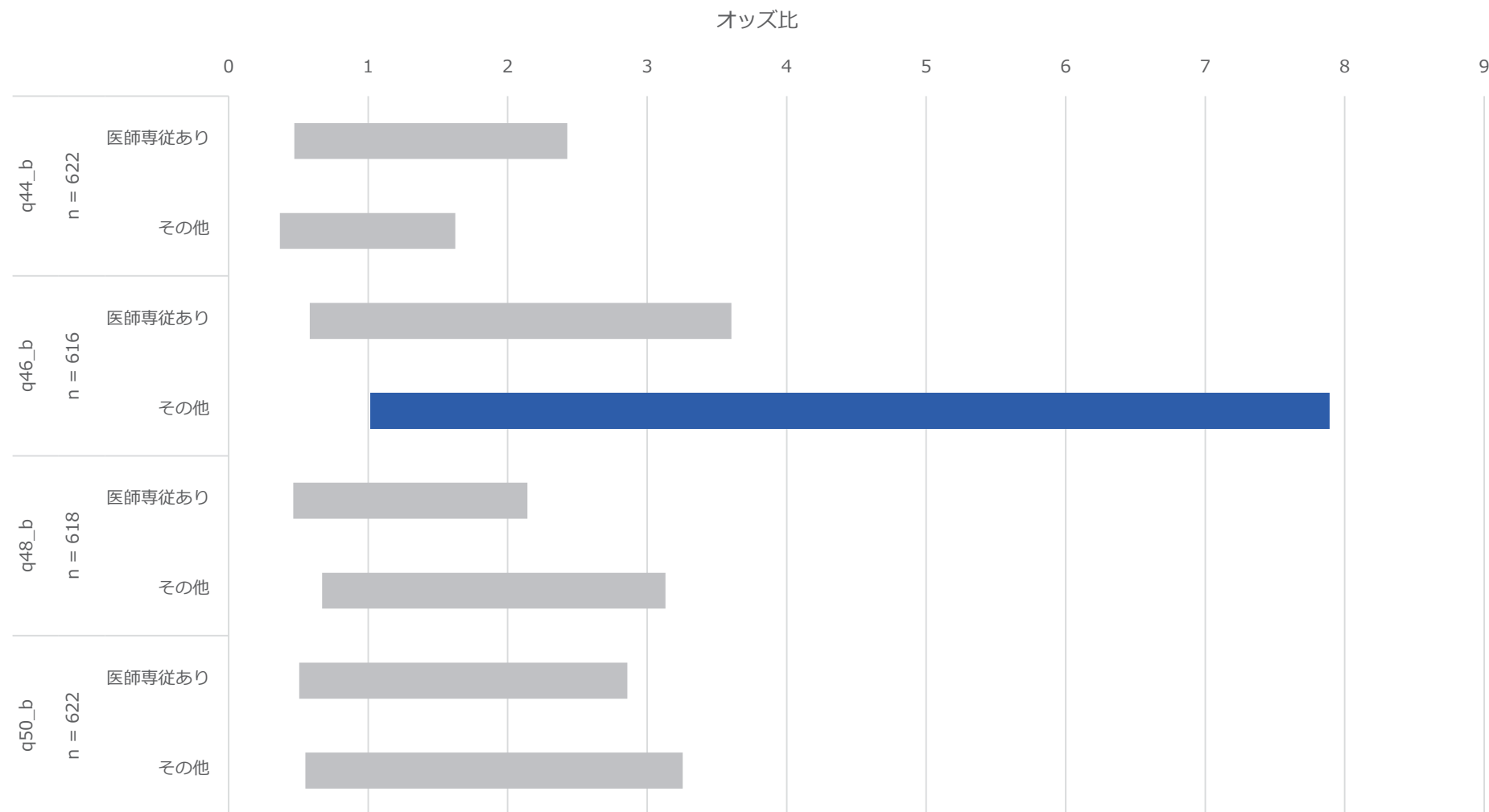


6. 日常業務についてのあなたのお考えについて

【Logistic Regressionの推定結果】最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

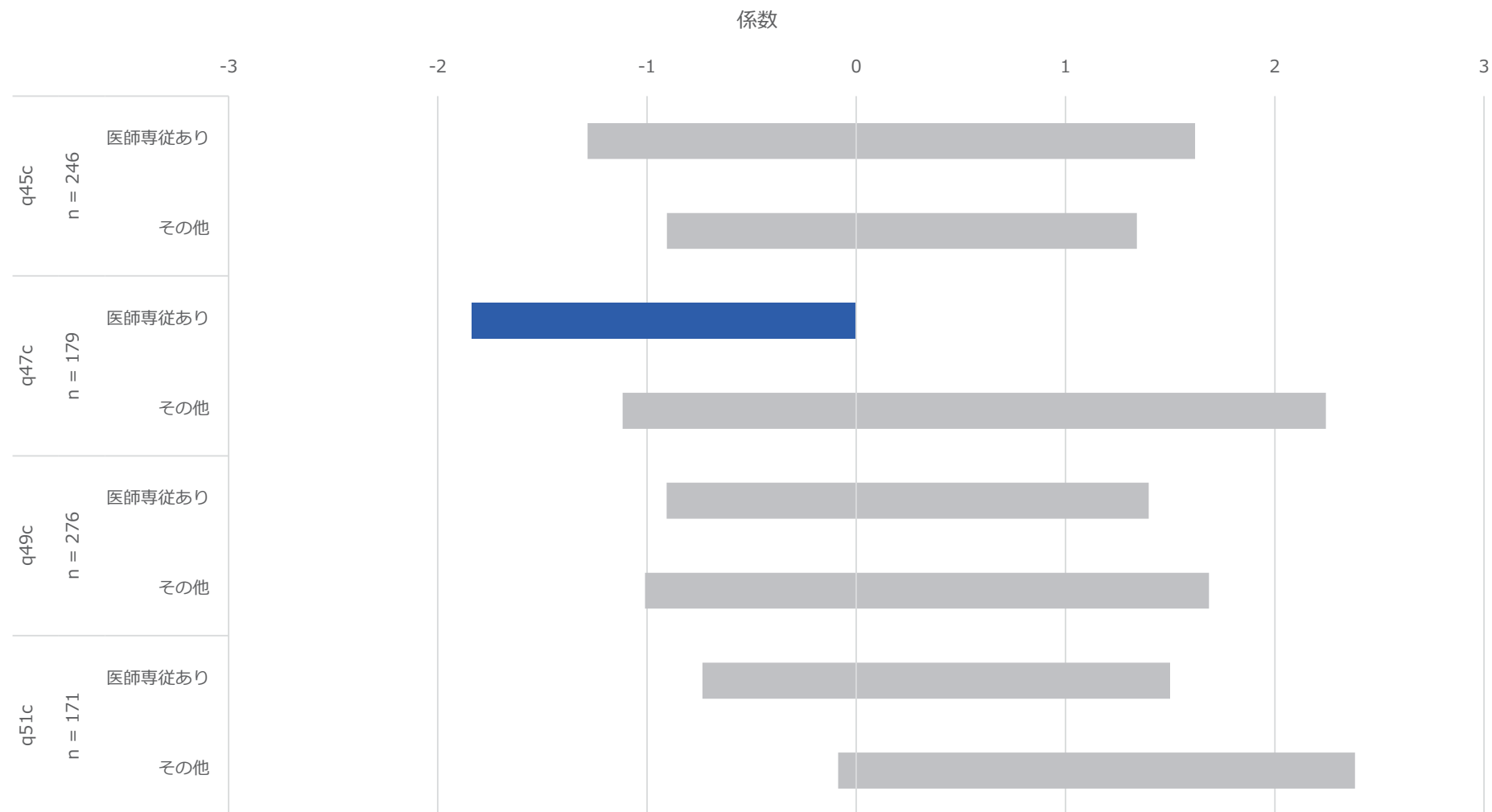


6. 日常業務についてのあなたのお考えについて

【Linear Regressionの推定結果】連続変数

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が0をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 0をまたがない場合は統計学的有意差あり

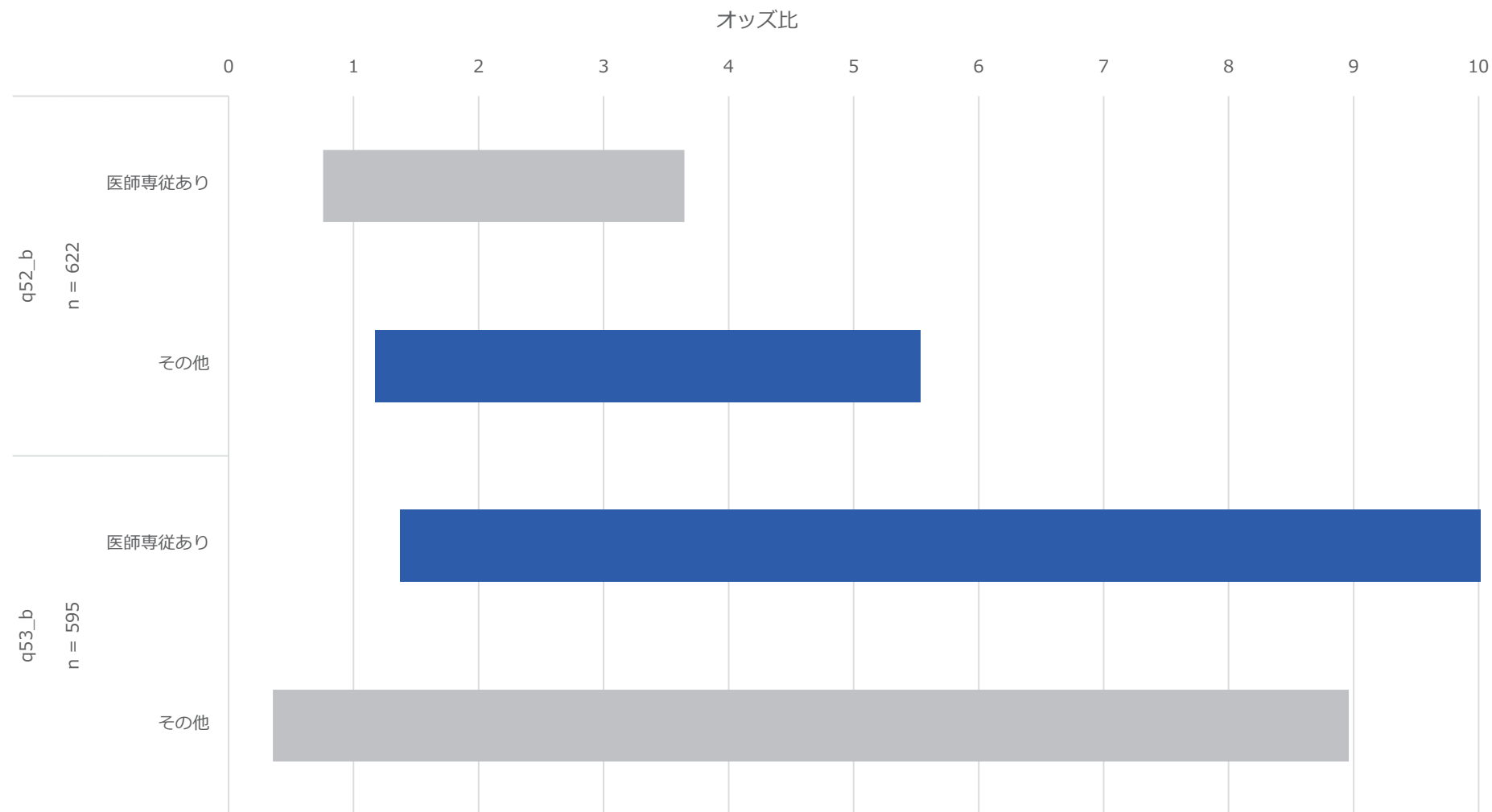


6. 日常業務についてのあなたのお考えについて

【Logistic Regressionの推定結果】 最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

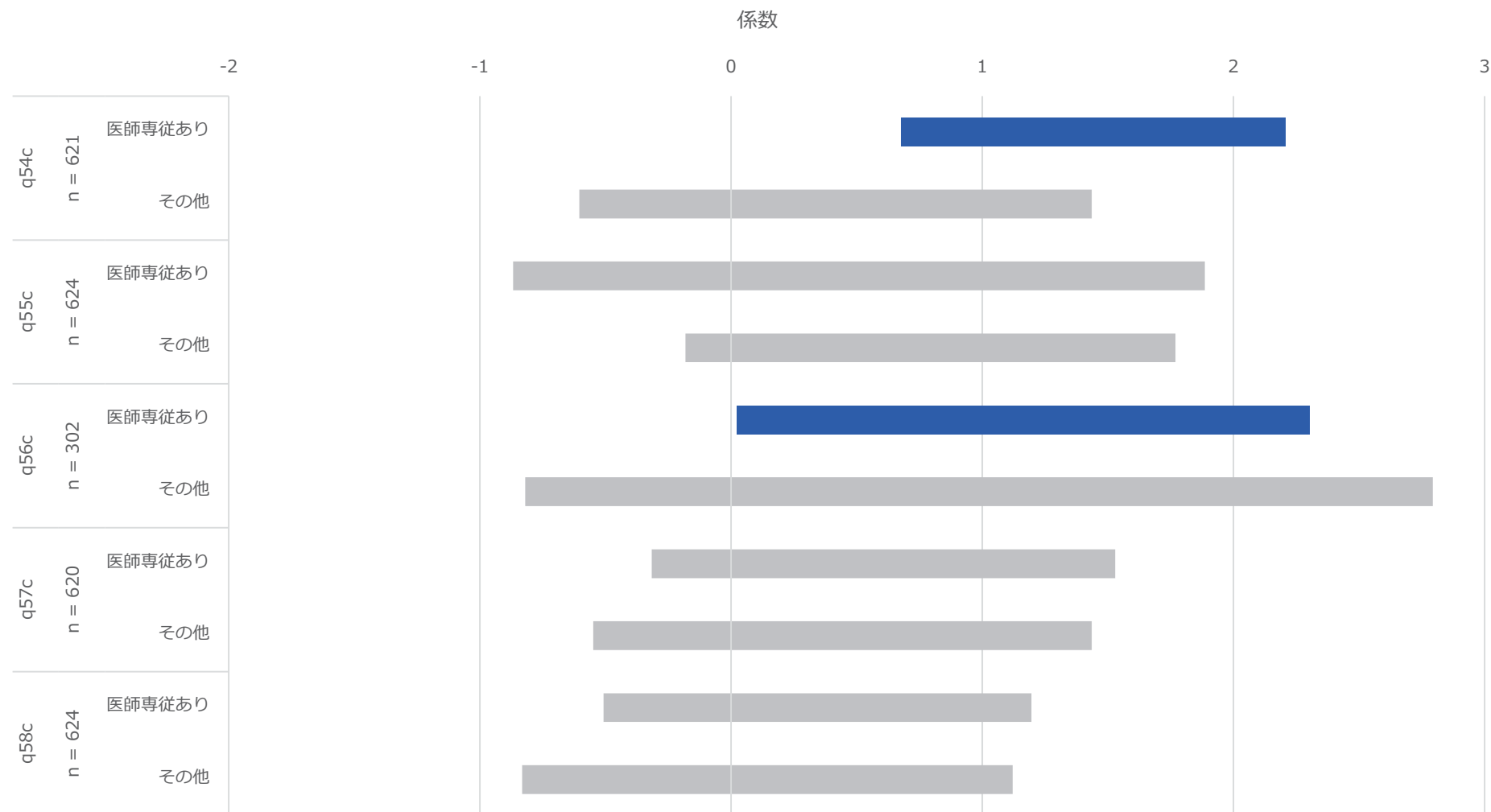


6. 日常業務についてのあなたのお考えについて

【Linear Regressionの推定結果】連続変数

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が0をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 0をまたがない場合は統計学的有意差あり



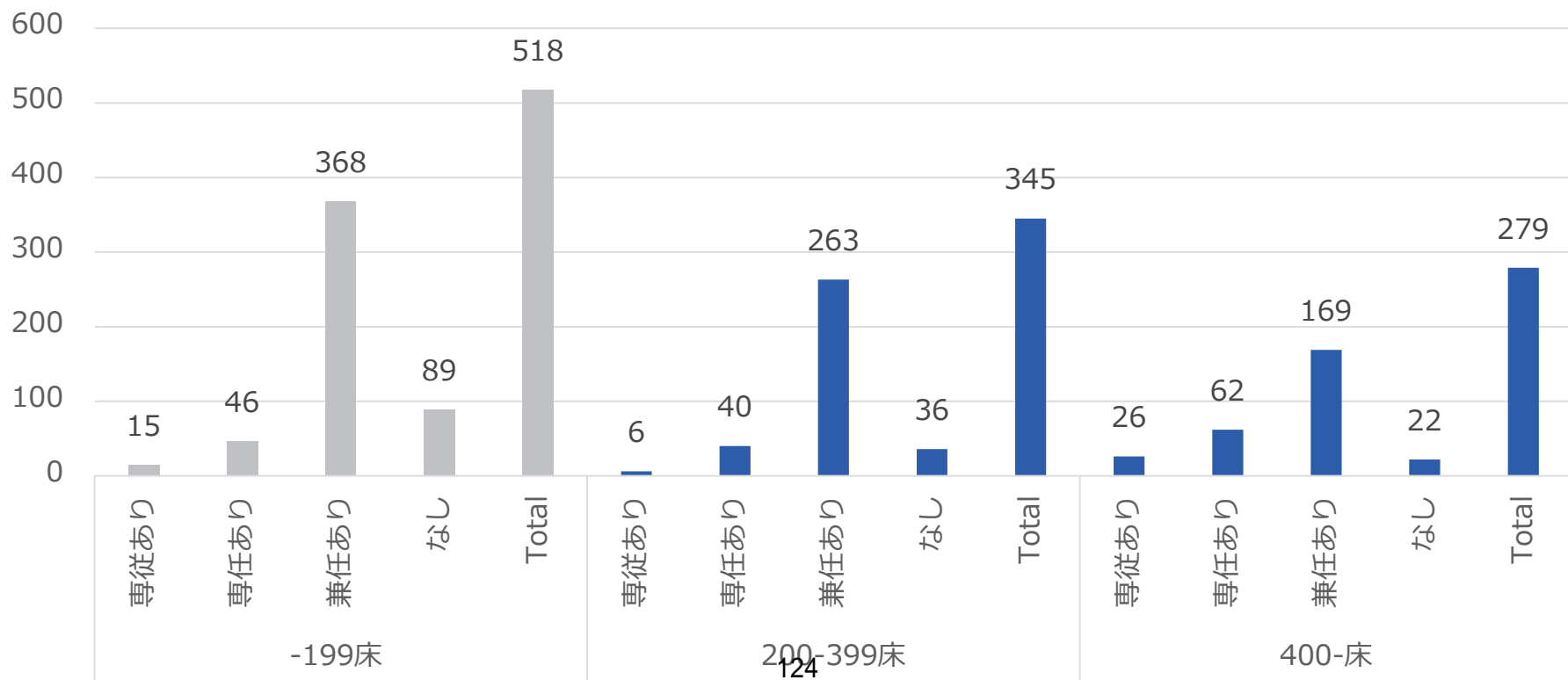
IV. 多変量解析②

医療安全管理医師の配置状況との関連性 【200床以上病院対象】

- 【曝露変数】 • 医療安全管理医師の配置状況
- 【調整変数】 • 病床数（連続変数）
 - 回答者職種
 - 回答者立場
 - 回答者経験年数
 - 医療安全対策加算の取得状況
 - 医療安全責任者
 - 専従医療安全看護師有無
 - 専任医療安全看護師有無
 - 専従医療安全薬剤師有無
 - 専任医療安全薬剤師有無

▶ 専従配置状況

- 医師専従あり：32病院 (5.1%)
- 医師専任あり：102病院 (16.3%)
- 医師兼任あり：432病院 (69.2%)
- 医師配置なし：58病院 (9.3%)

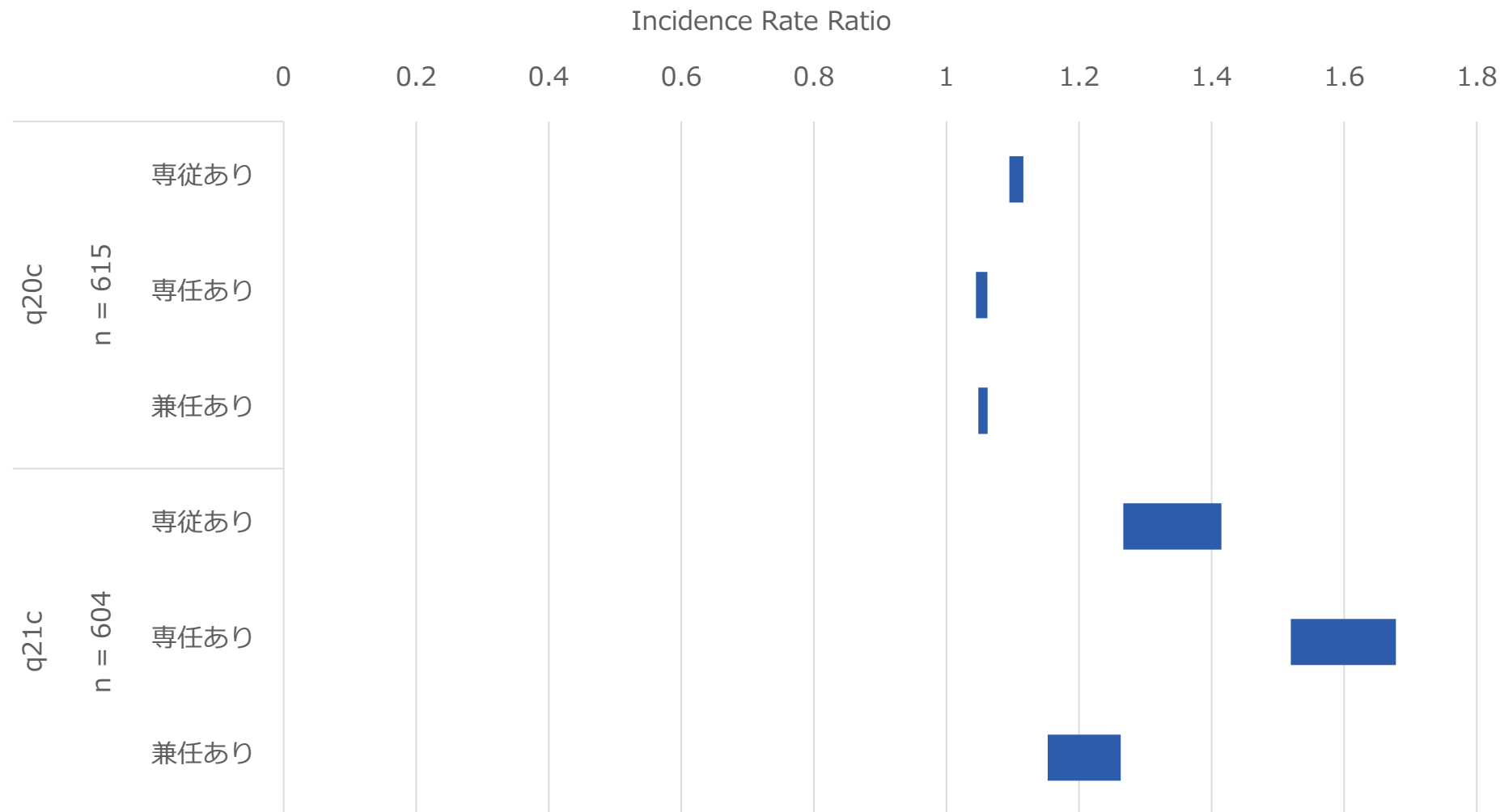


3. 貴院の医療安全活動について《専従vs専任vs兼任vs不在》

【Poisson Regressionの推定結果】連続変数

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

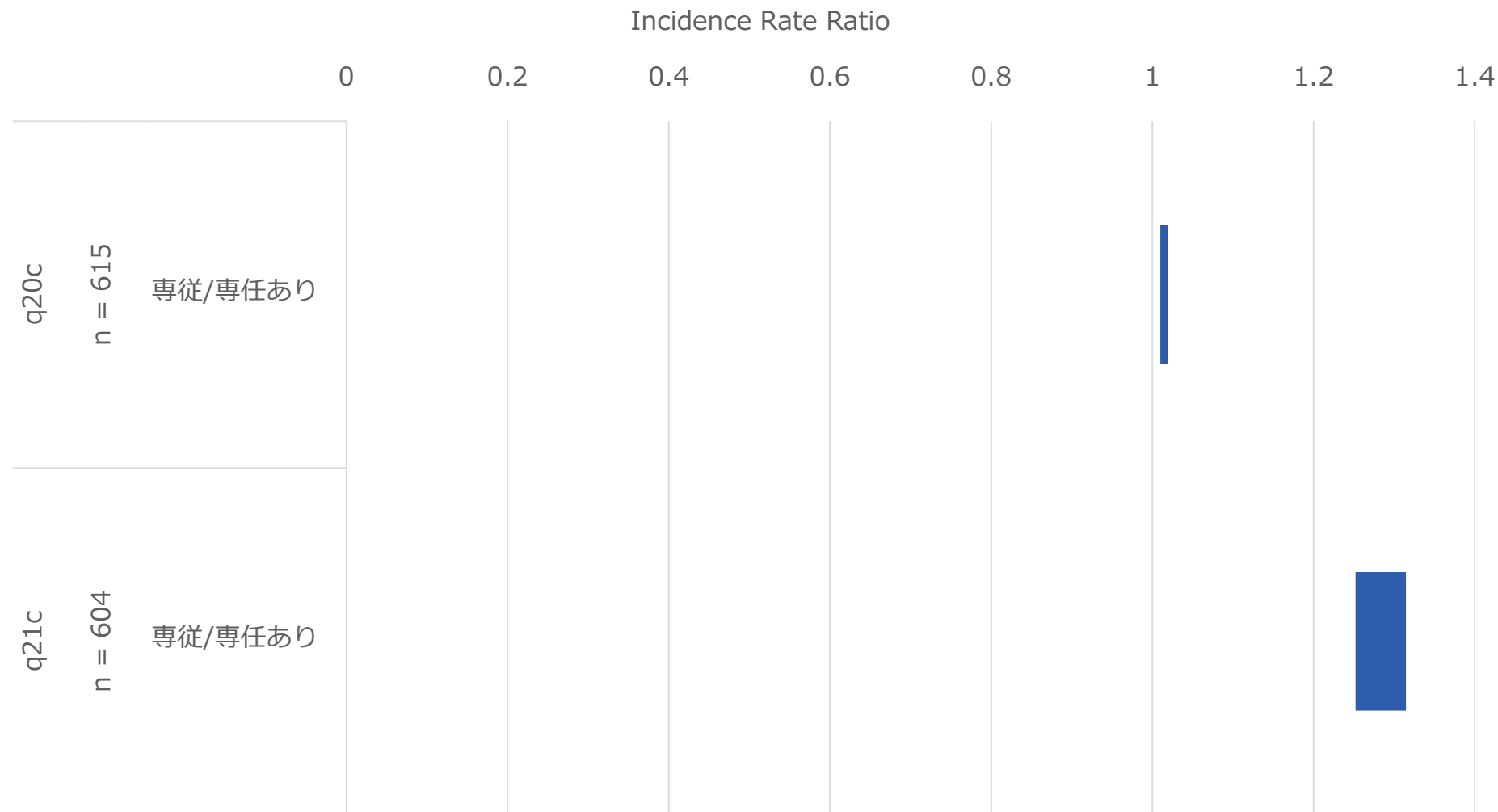


3. 貴院の医療安全活動について《専従/専任vs兼任/不在》

【Poisson Regressionの推定結果】連続変数

95%信頼区間の推定結果を示す。

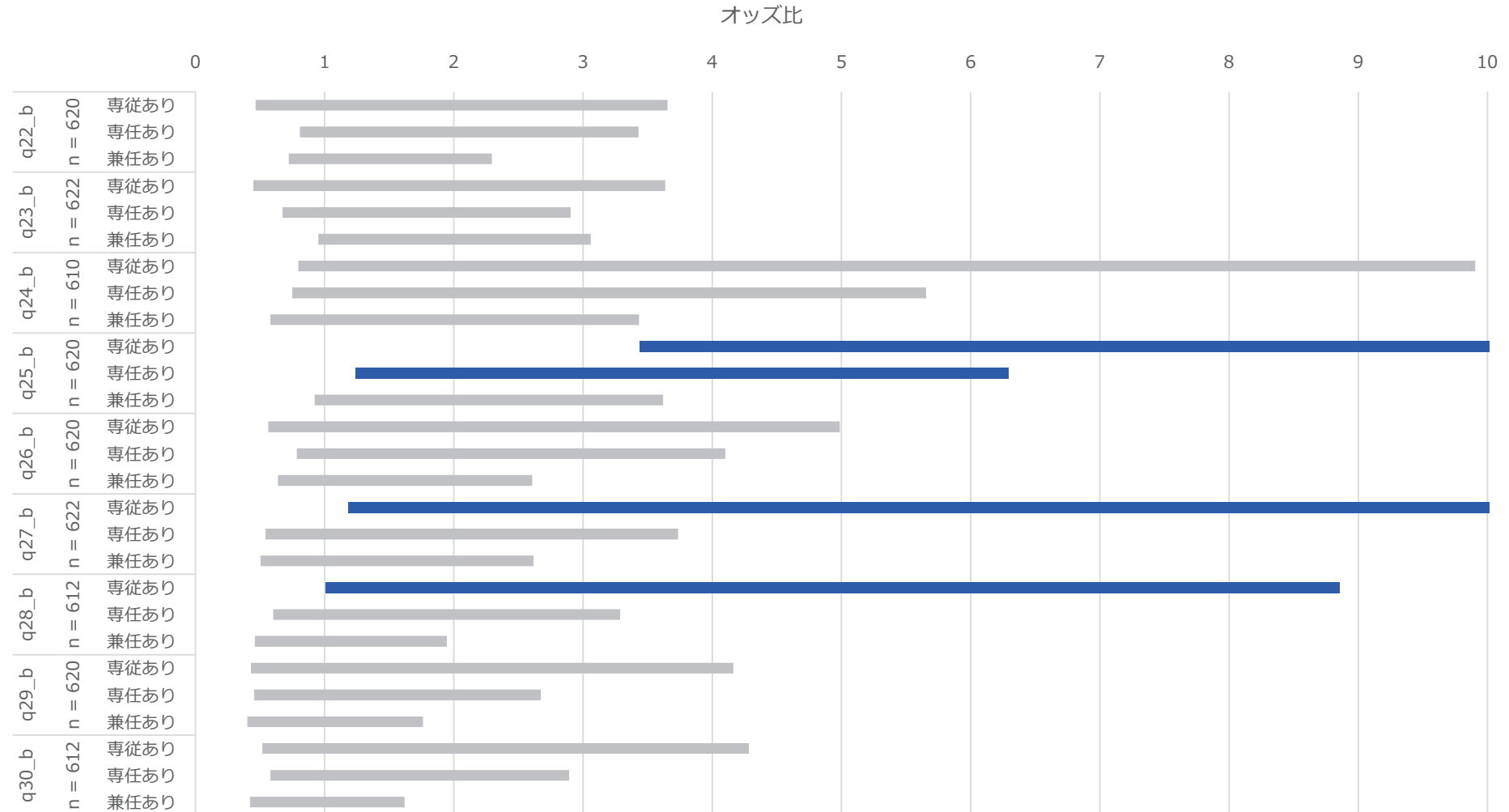
95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり



3. 貴院の医療安全活動について《専従vs専任vs兼任vs不在》 【Logistic Regressionの推定結果】 最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

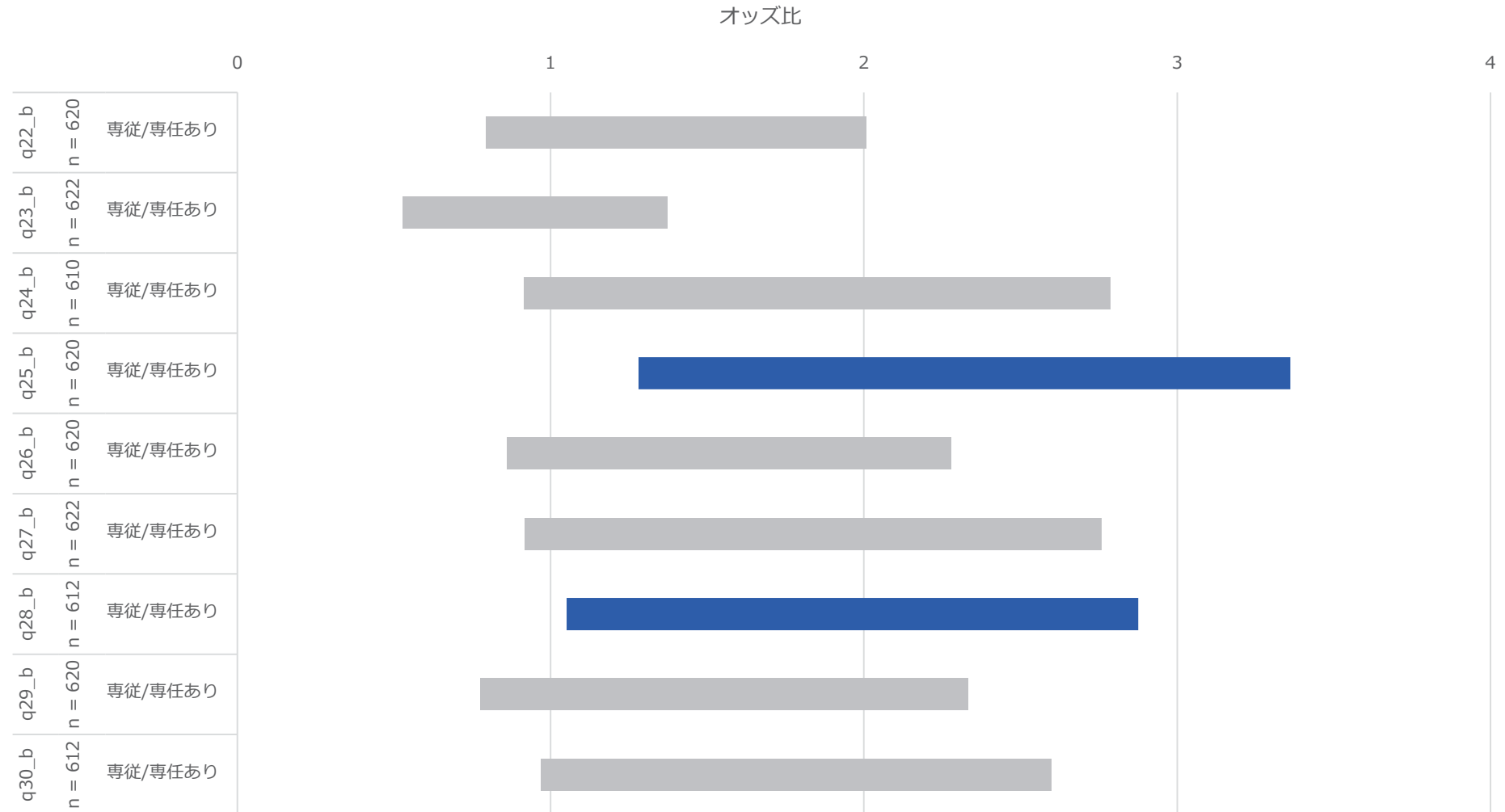
95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり



3. 貴院の医療安全活動について《専従/専任vs兼任/不在》 【Logistic Regressionの推定結果】最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

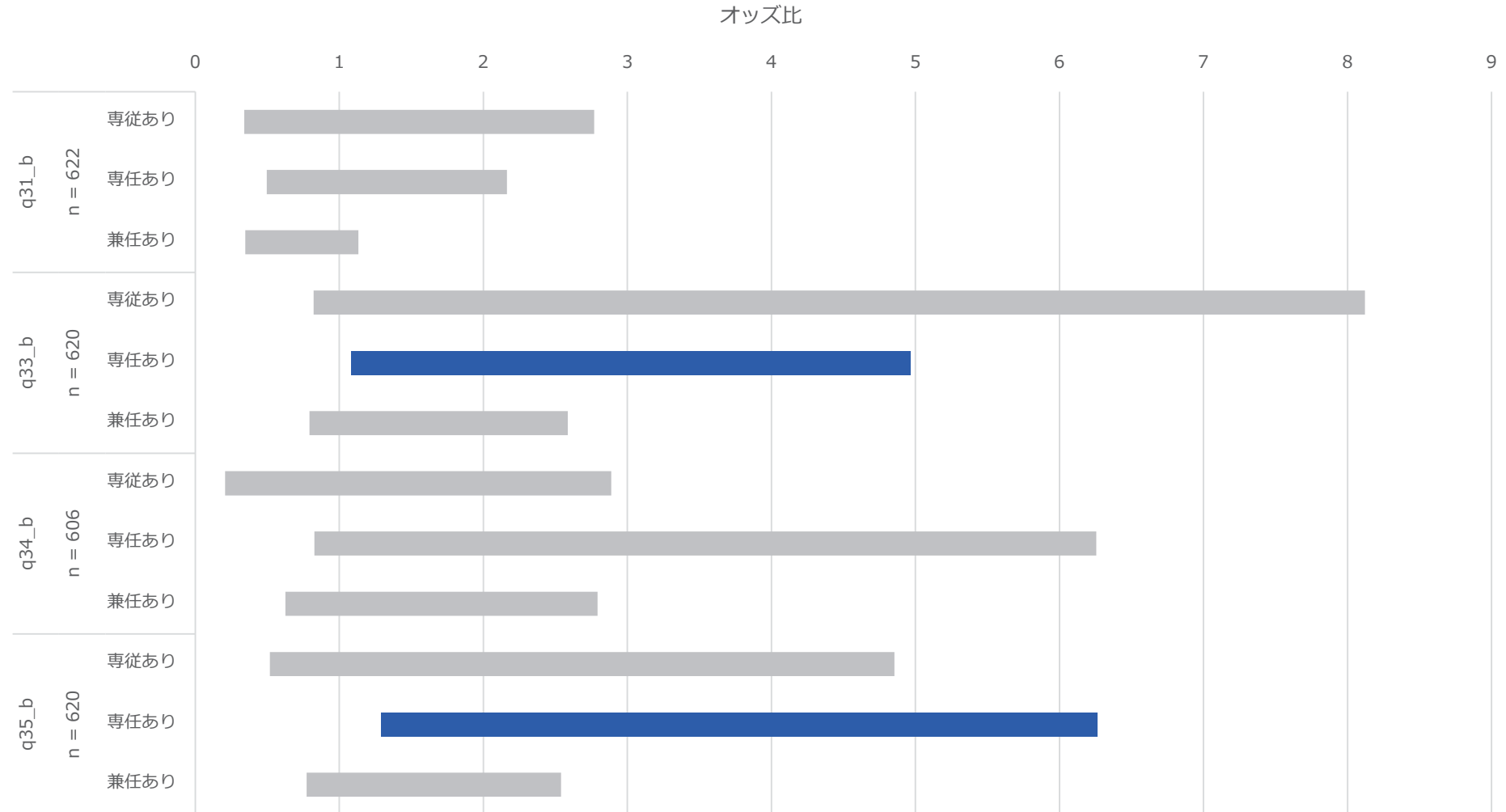
95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり



4. 日常的な医療安全活動への医師のかかわり方について《専従vs専任vs兼任vs不在》 【Logistic Regressionの推定結果】 最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

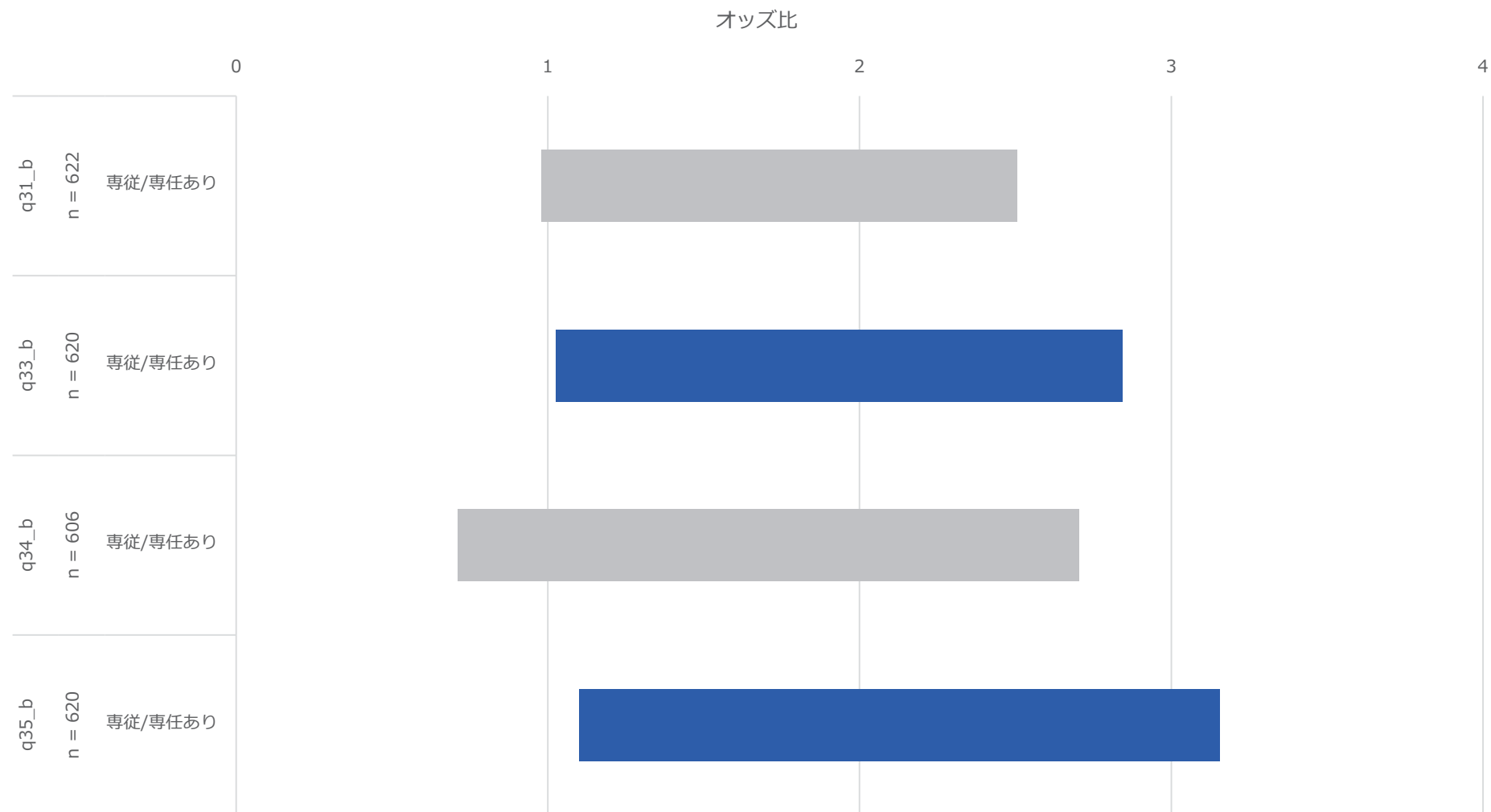
95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり



4. 日常的な医療安全活動への医師のかかわり方について《専従/専任vs兼任/不在》 【Logistic Regressionの推定結果】 最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

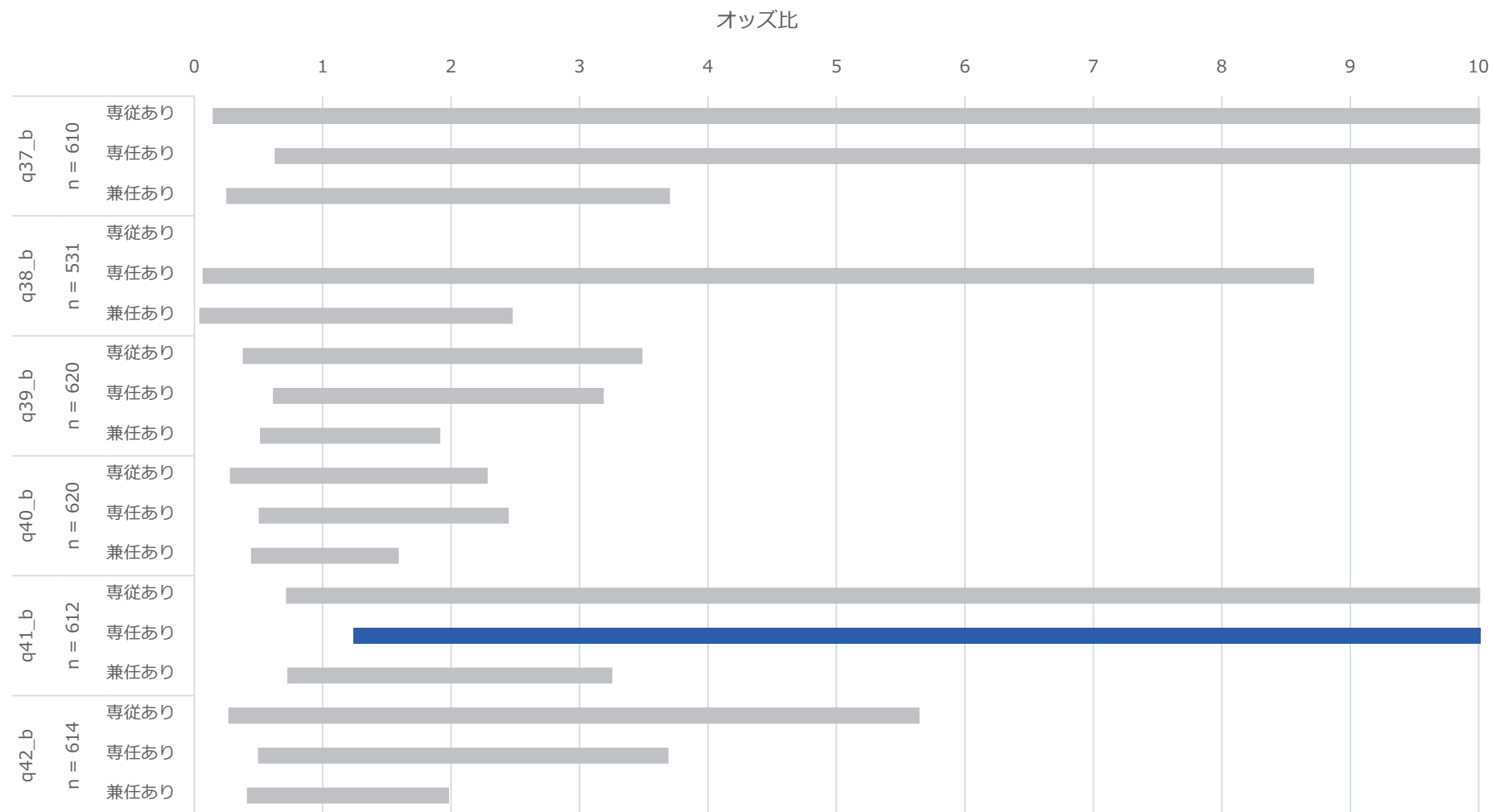


5. 重大医療事故発生時の医療安全活動への医師のかかわり方《専従vs専任vs兼任vs不在》

【Logistic Regressionの推定結果】 最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

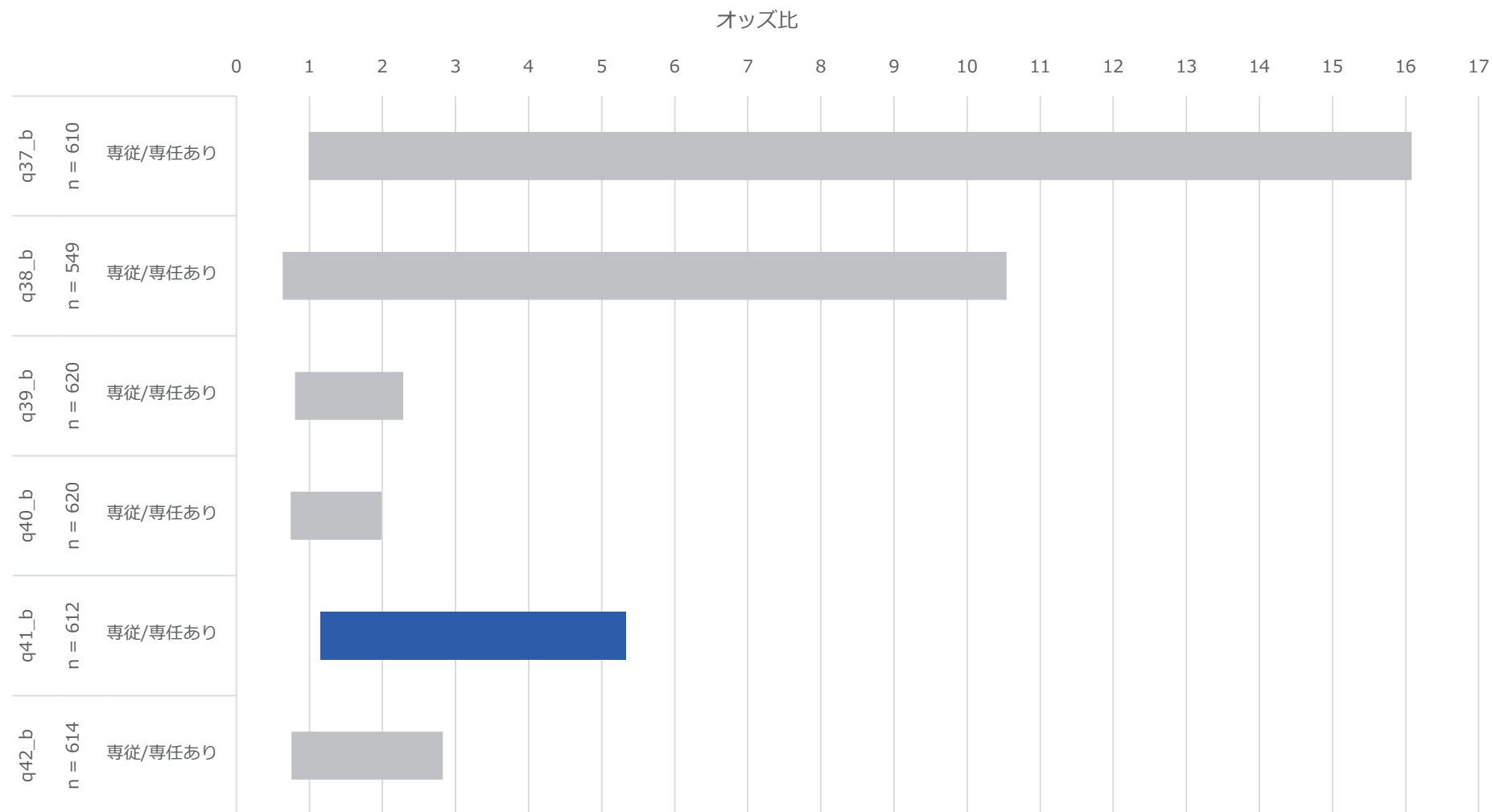


5. 重大医療事故発生時の医療安全活動への医師のかかわり方について《専従/専任vs兼任/不在》

【Logistic Regressionの推定結果】 最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

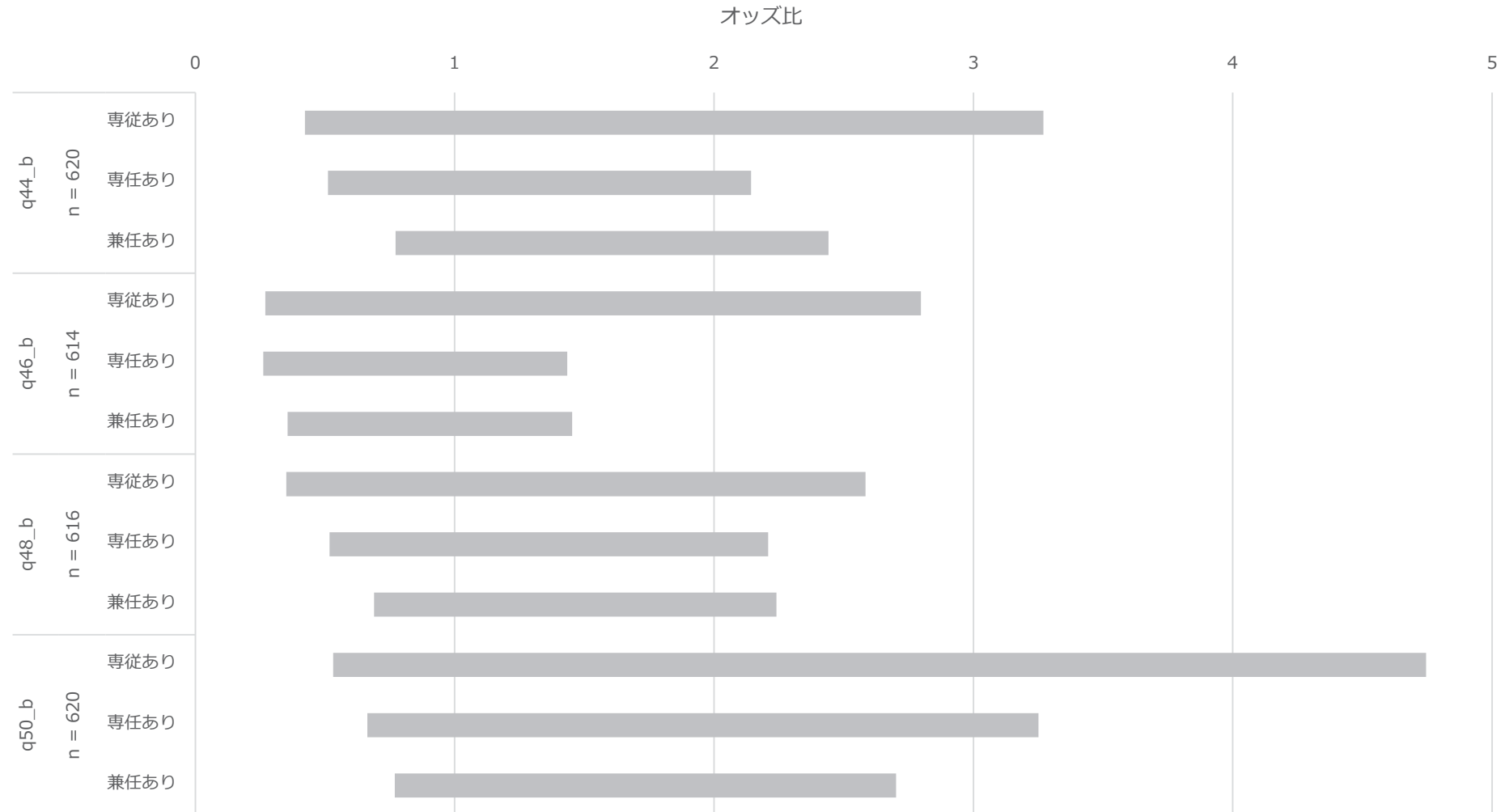
95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり



6. 日常業務についてのあなたのお考えについて《専従vs専任vs兼任vs不在》 【Logistic Regressionの推定結果】最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

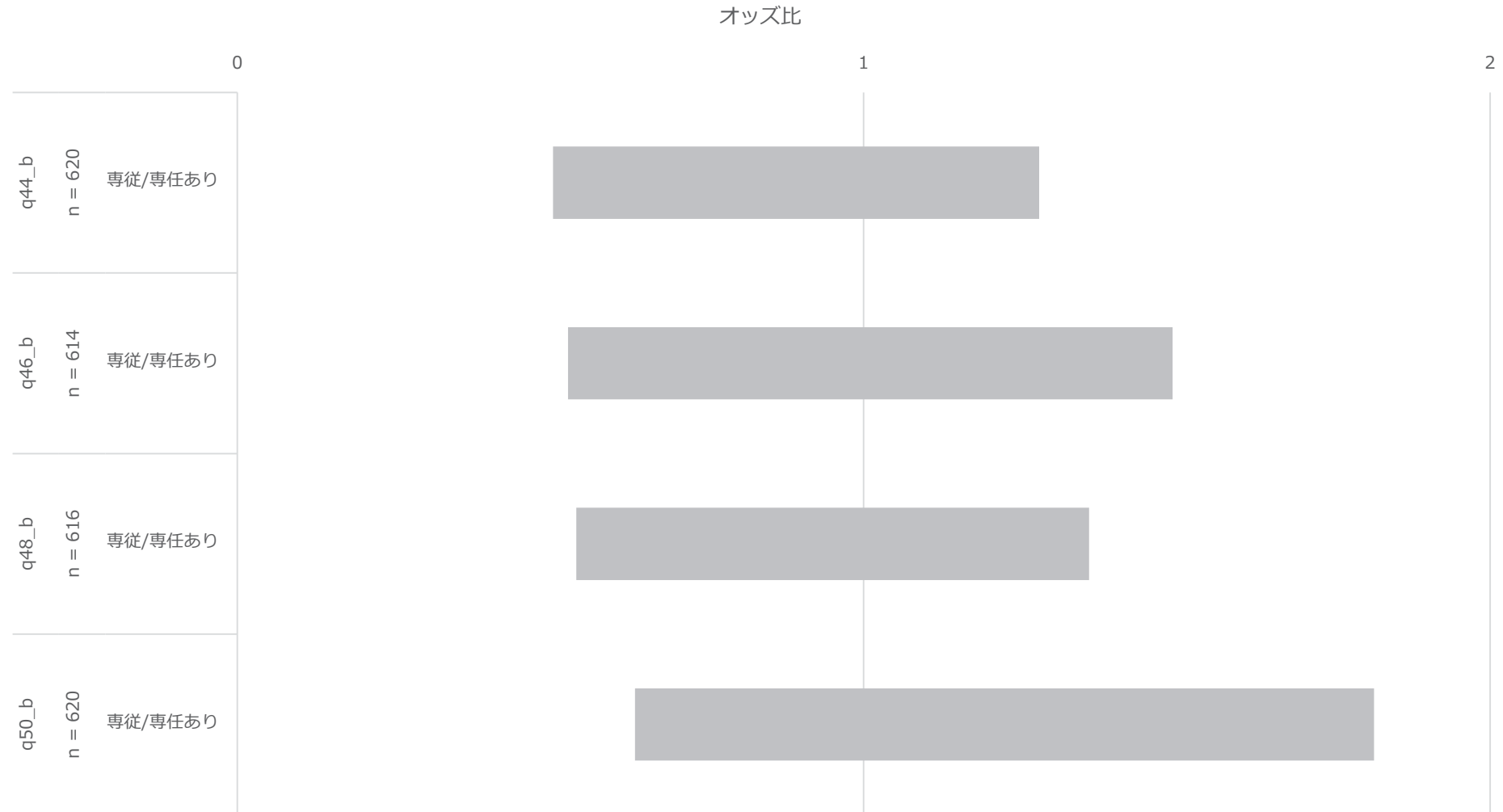
95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり



6. 日常業務についてのあなたのお考えについて《専従/専任vs兼任/不在》 【Logistic Regressionの推定結果】最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

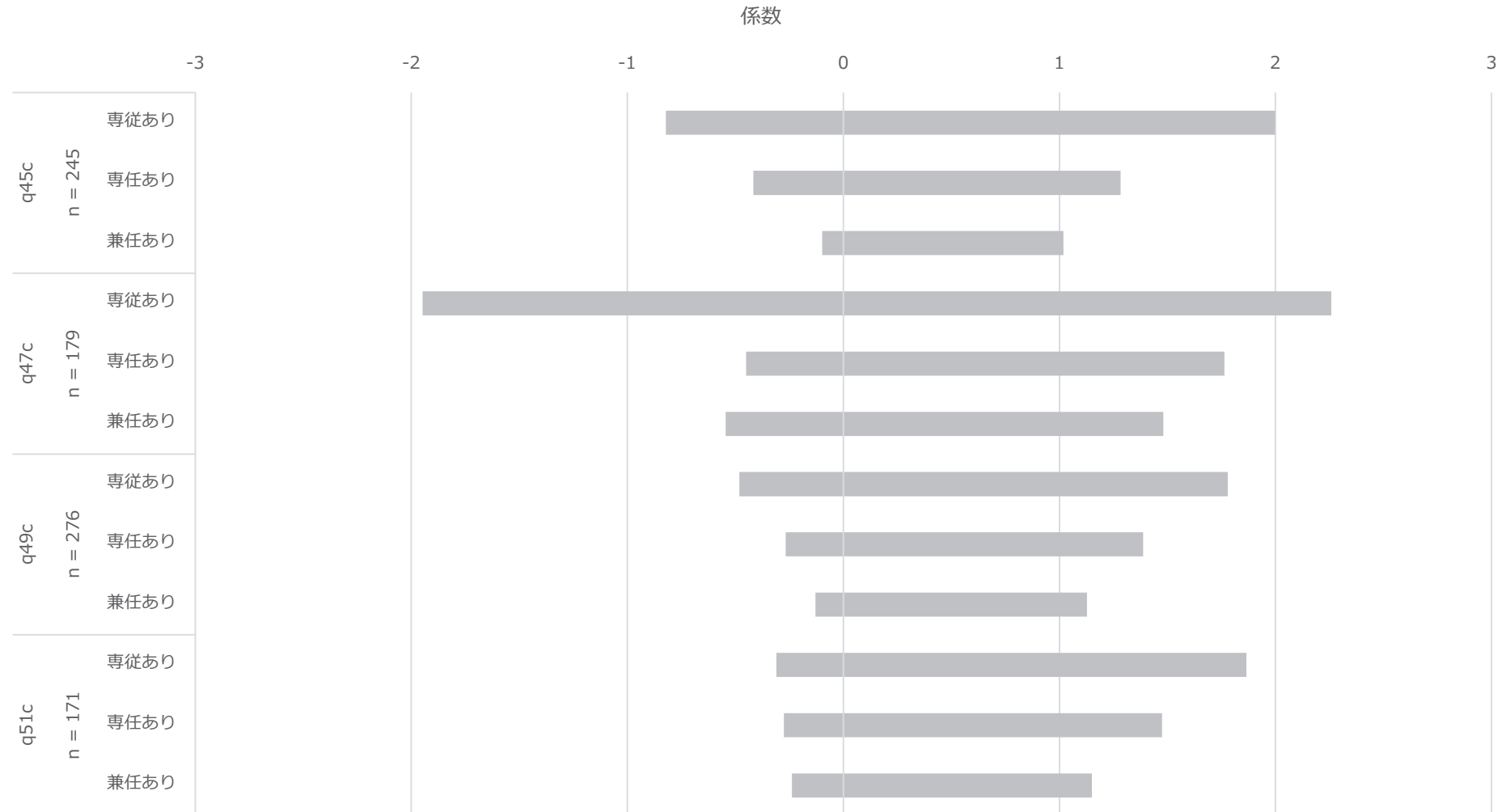
95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり



6. 日常業務についてのあなたのお考えについて《専従vs専任vs兼任vs不在》 【Linear Regressionの推定結果】連続変数

95%信頼区間の推定結果を示す。

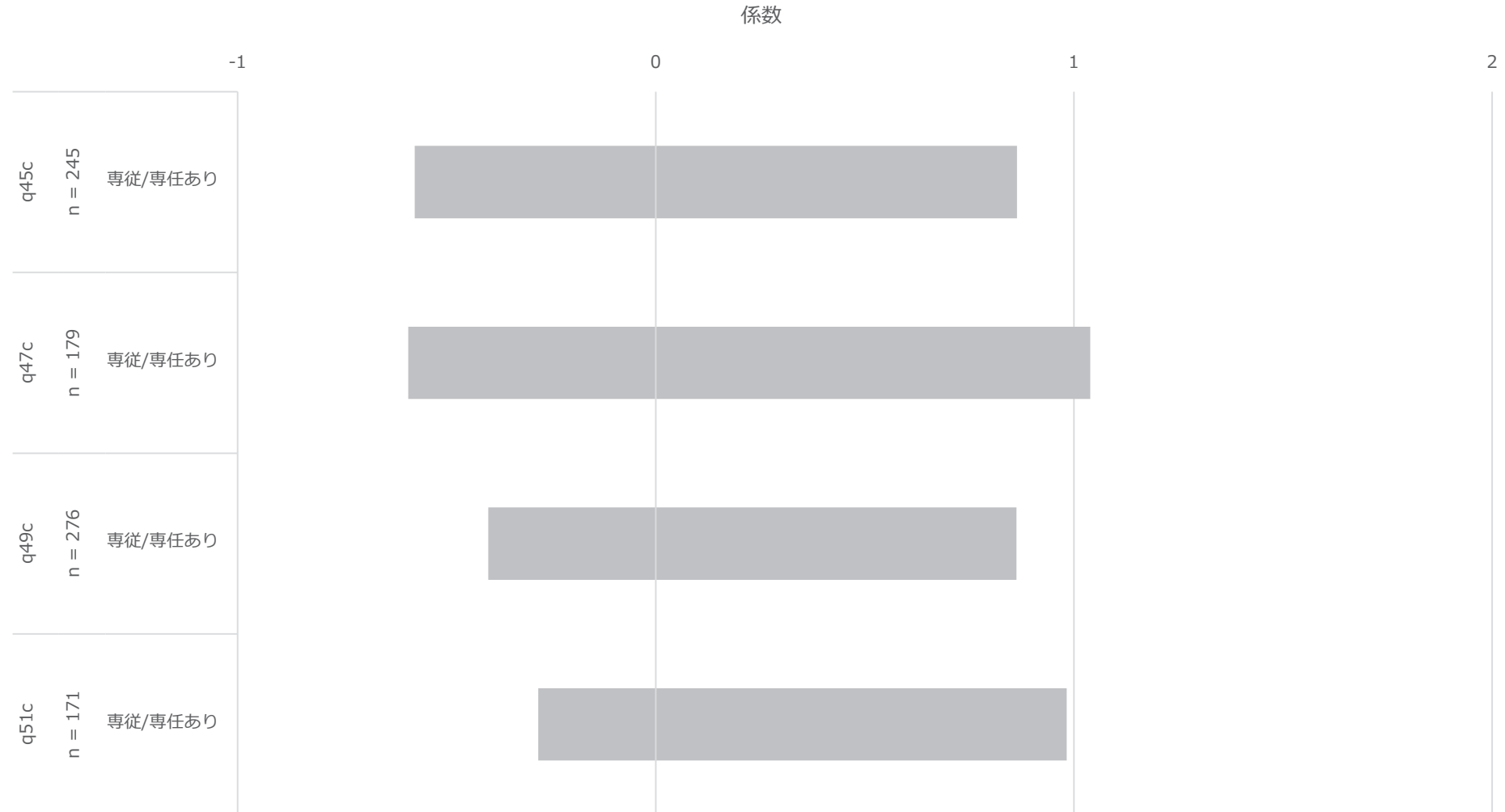
95%信頼区間が0をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 0をまたがない場合は統計学的有意差あり



6. 日常業務についてのあなたのお考えについて《専従/専任vs兼任/不在》 【Linear Regressionの推定結果】連続変数

95%信頼区間の推定結果を示す。

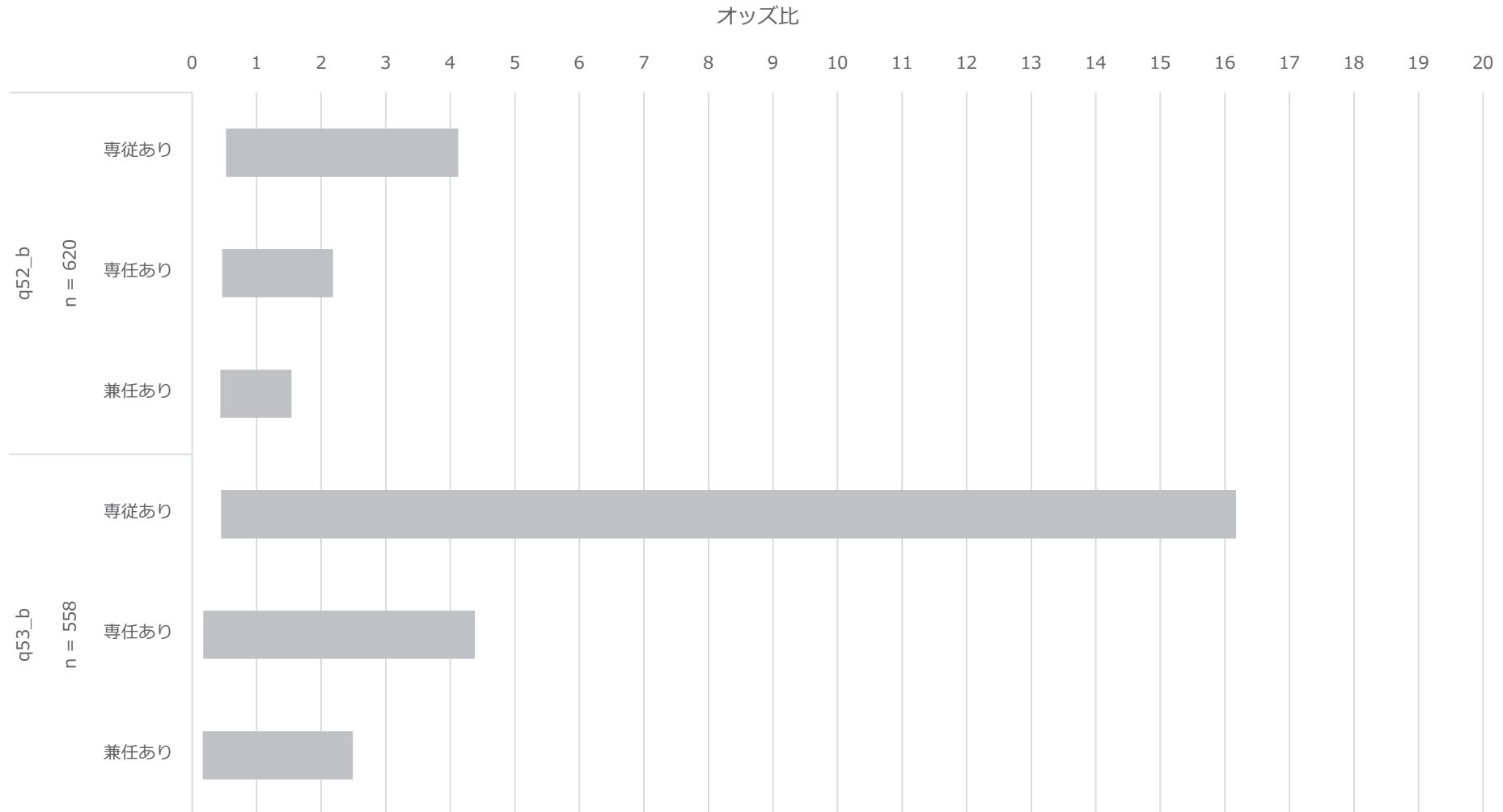
95%信頼区間が0をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 0をまたがない場合は統計学的有意差あり



6. 日常業務についてのあなたのお考えについて《専従vs専任vs兼任vs不在》 【Logistic Regressionの推定結果】最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

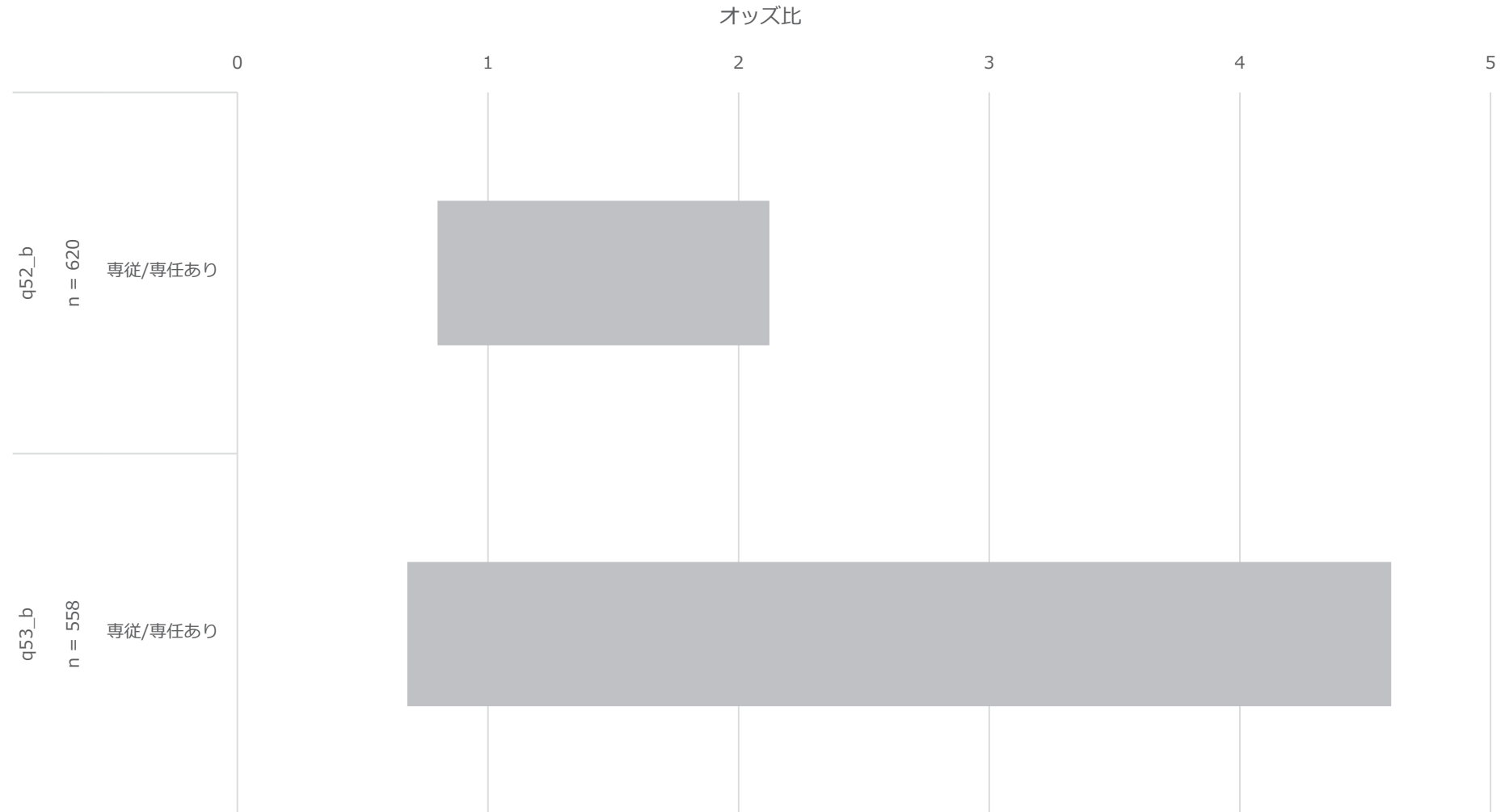
95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり



6. 日常業務についてのあなたのお考えについて《専従/専任vs兼任/不在》 【Logistic Regressionの推定結果】最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

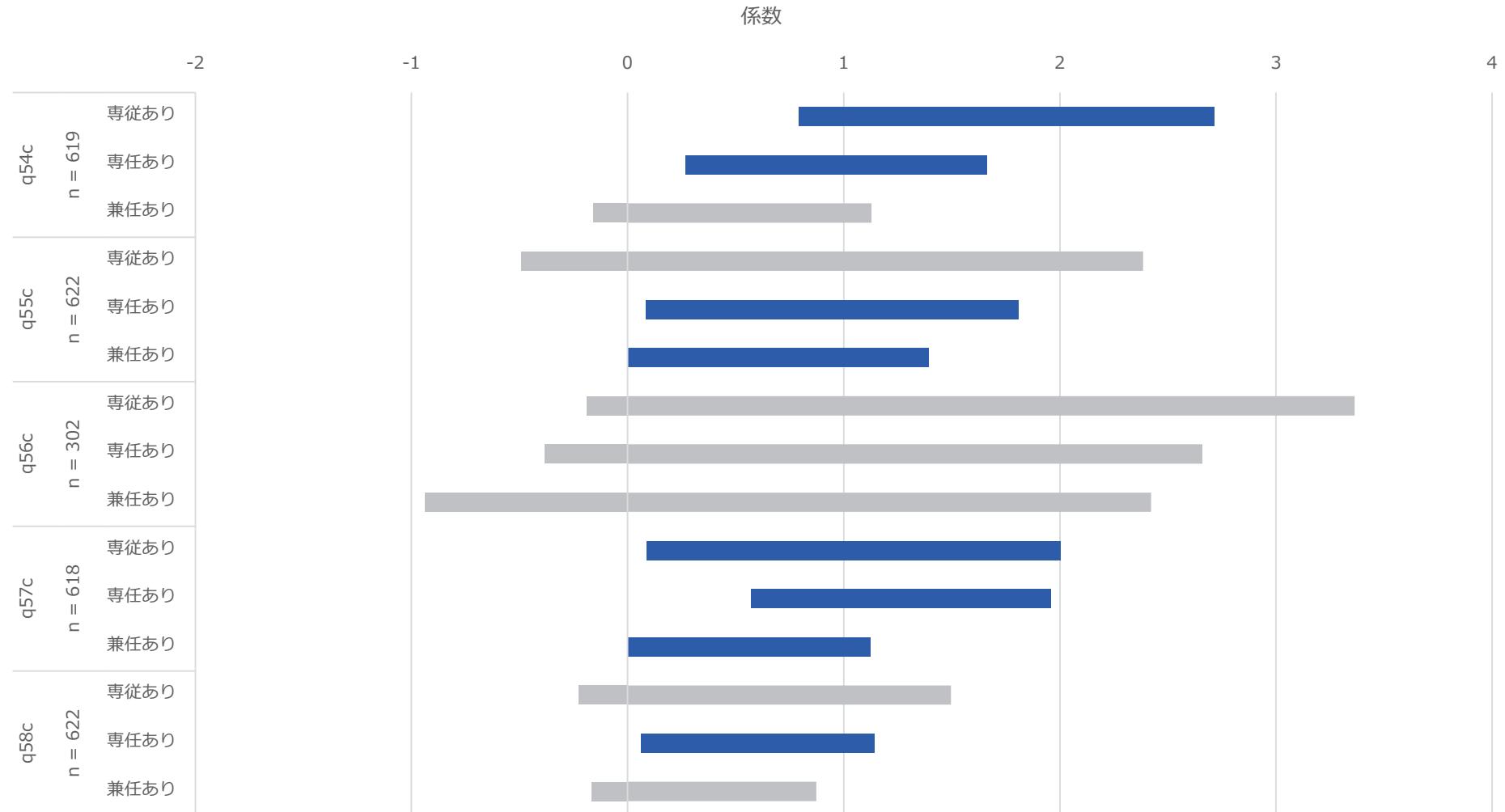
95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり



6. 日常業務についてのあなたのお考えについて《専従vs専任vs兼任vs不在》 【Linear Regressionの推定結果】連続変数

95%信頼区間の推定結果を示す。

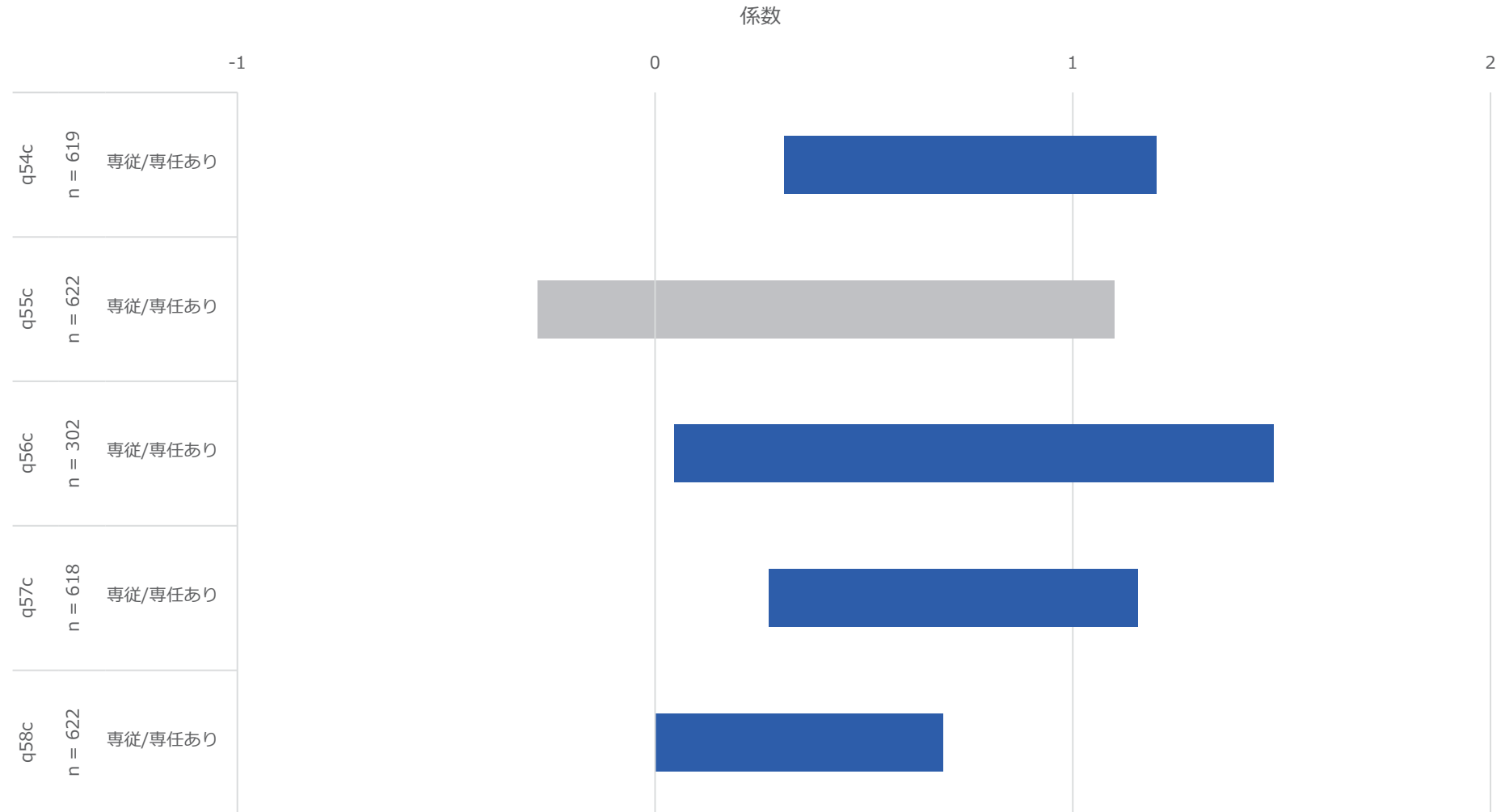
95%信頼区間が0をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 0をまたがない場合は統計学的有意差あり



6. 日常業務についてのあなたのお考えについて《専従/専任vs兼任/不在》 【Linear Regressionの推定結果】連続変数

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が0をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 0をまたがない場合は統計学的有意差あり



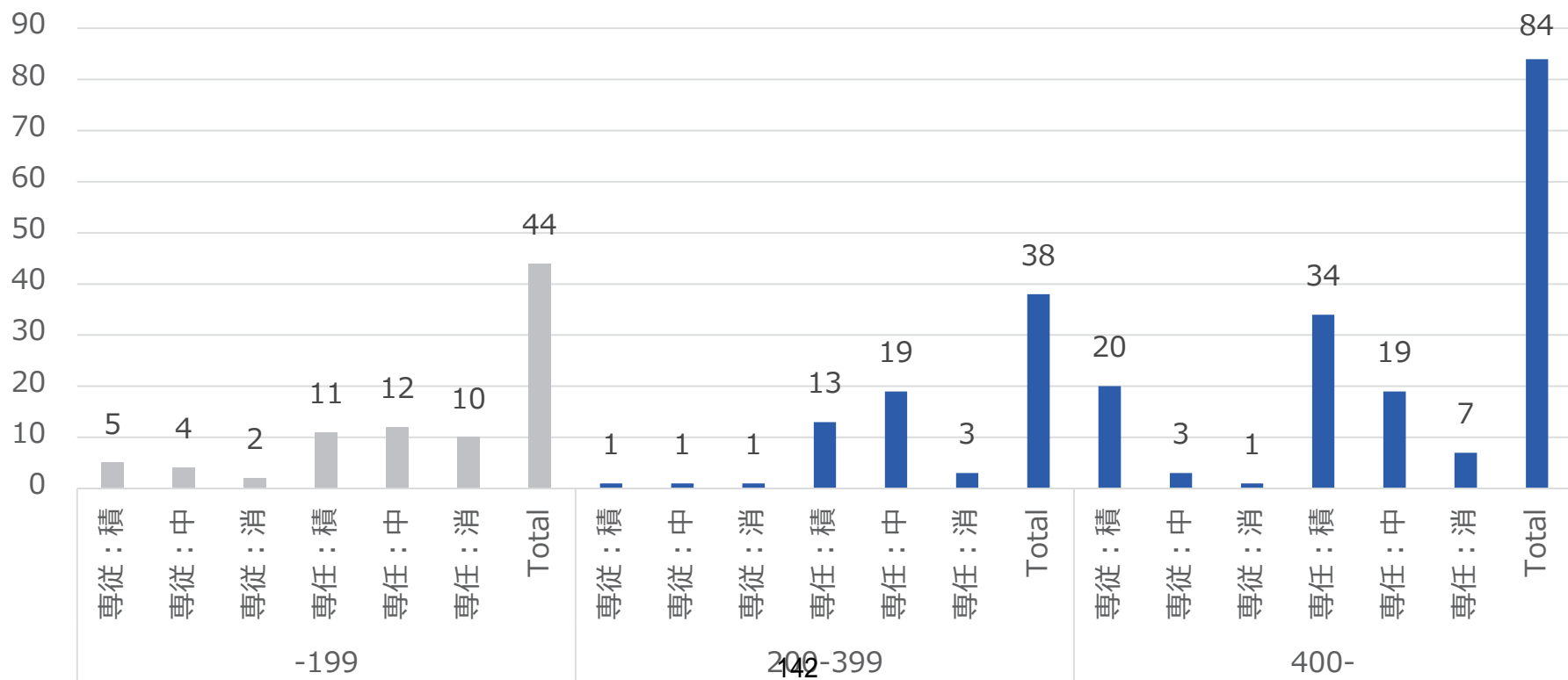
V. 多変量解析③

医療安全管理医師の積極性との関連性 【200床以上病院対象】

- 【曝露変数】 • 医療安全管理医師の積極性
- 【調整変数】 • 病床数（連続変数）
- 回答者職種
- 回答者立場
- 回答者経験年数
- 医療安全対策加算の取得状況
- 医療安全責任者
- 専従医療安全看護師有無
- 専任医療安全看護師有無
- 専従医療安全薬剤師有無
- 専任医療安全薬剤師有無

▶ 専従配置状況

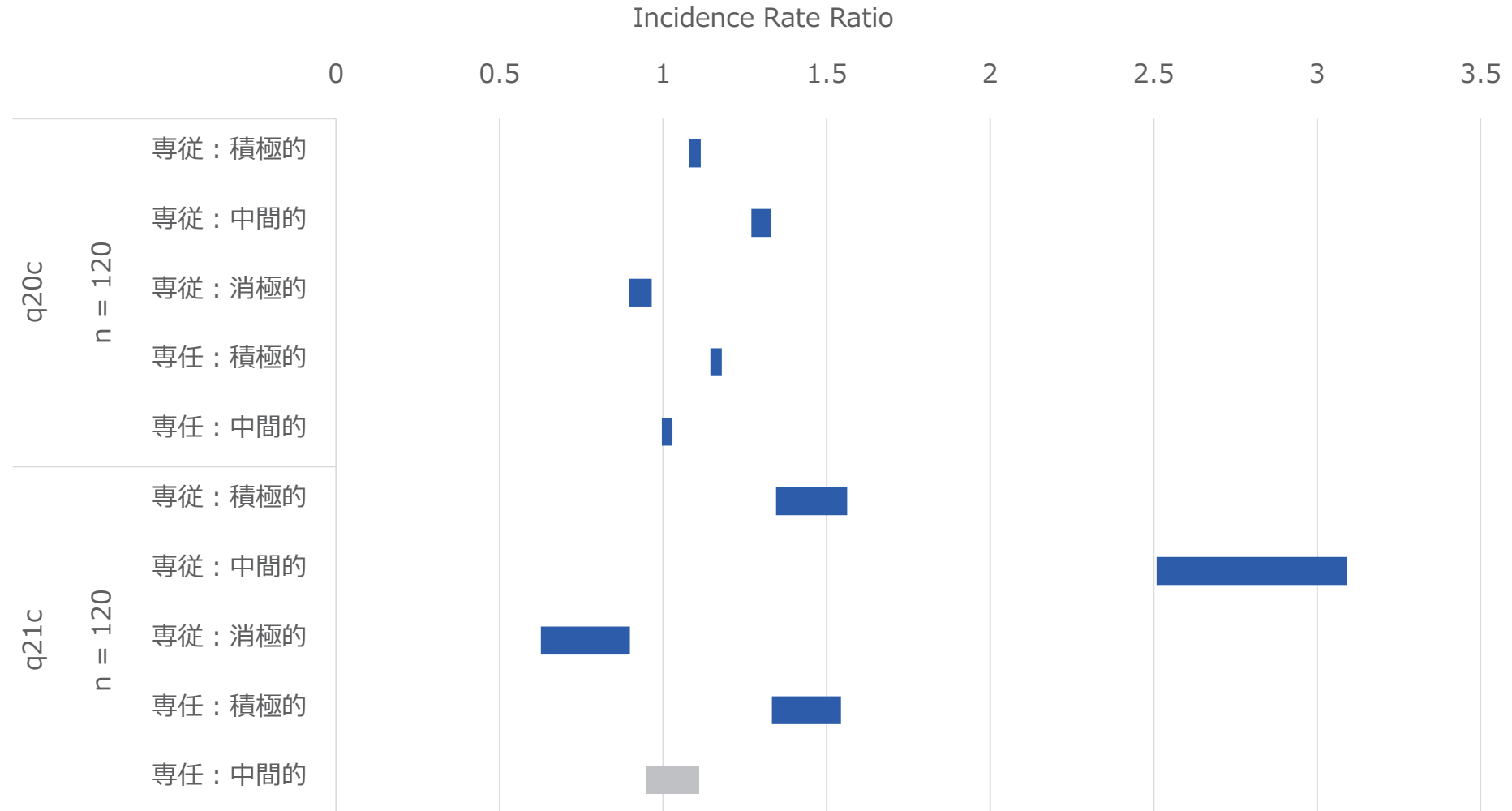
- 医師専従・積極的：21病院 (17.2%)
- 医師専任・積極的：47病院 (38.5%)
- 医師専従・中間的：4病院 (3.3%)
- 医師専任・中間的：38病院 (31.1%)
- 医師専従・消極的：2病院 (1.6%)
- 医師専任・消極的：10病院 (8.2%)



3. 貴院の医療安全活動について《専従vs専任×積極的vs中間的vs消極的》 【Poisson Regressionの推定結果】連続変数

95%信頼区間の推定結果を示す。

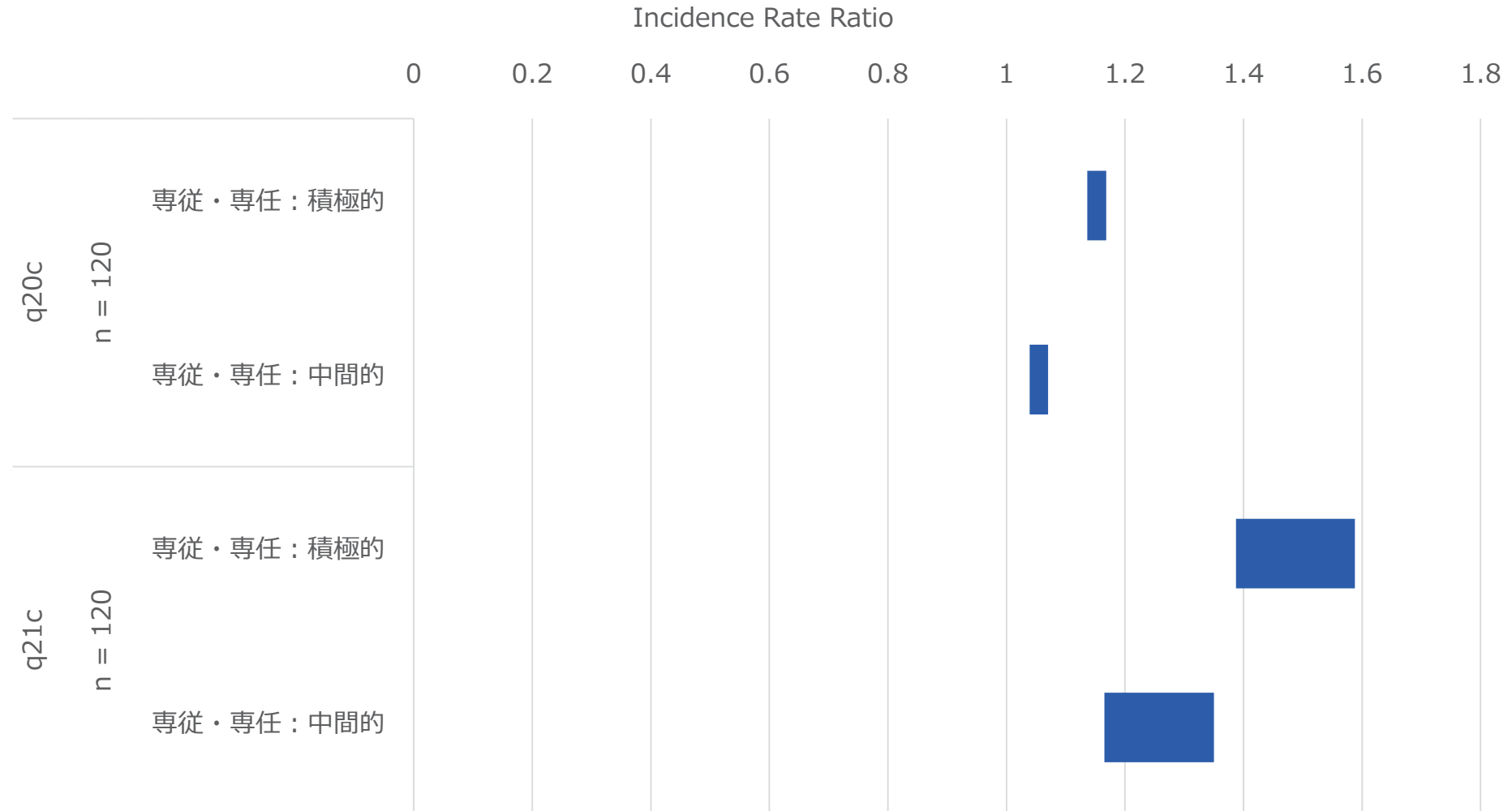
95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり



3. 貴院の医療安全活動について《専従/専任：積極的vs中間的vs消極的》 【Poisson Regressionの推定結果】連続変数

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

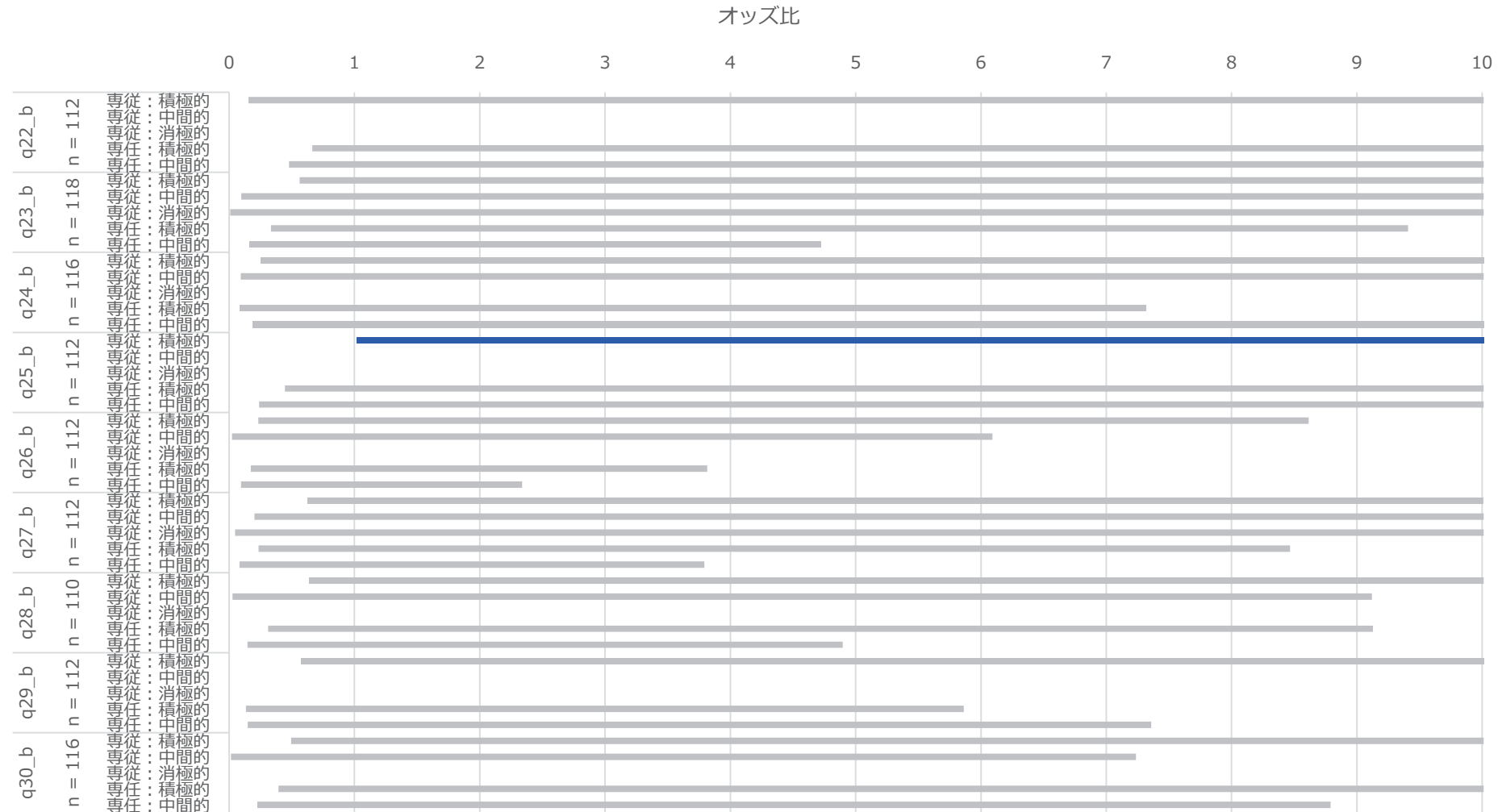


3. 貴院の医療安全活動について《専従vs専任×積極的vs中間的vs消極的》

【Logistic Regressionの推定結果】 最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す.

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

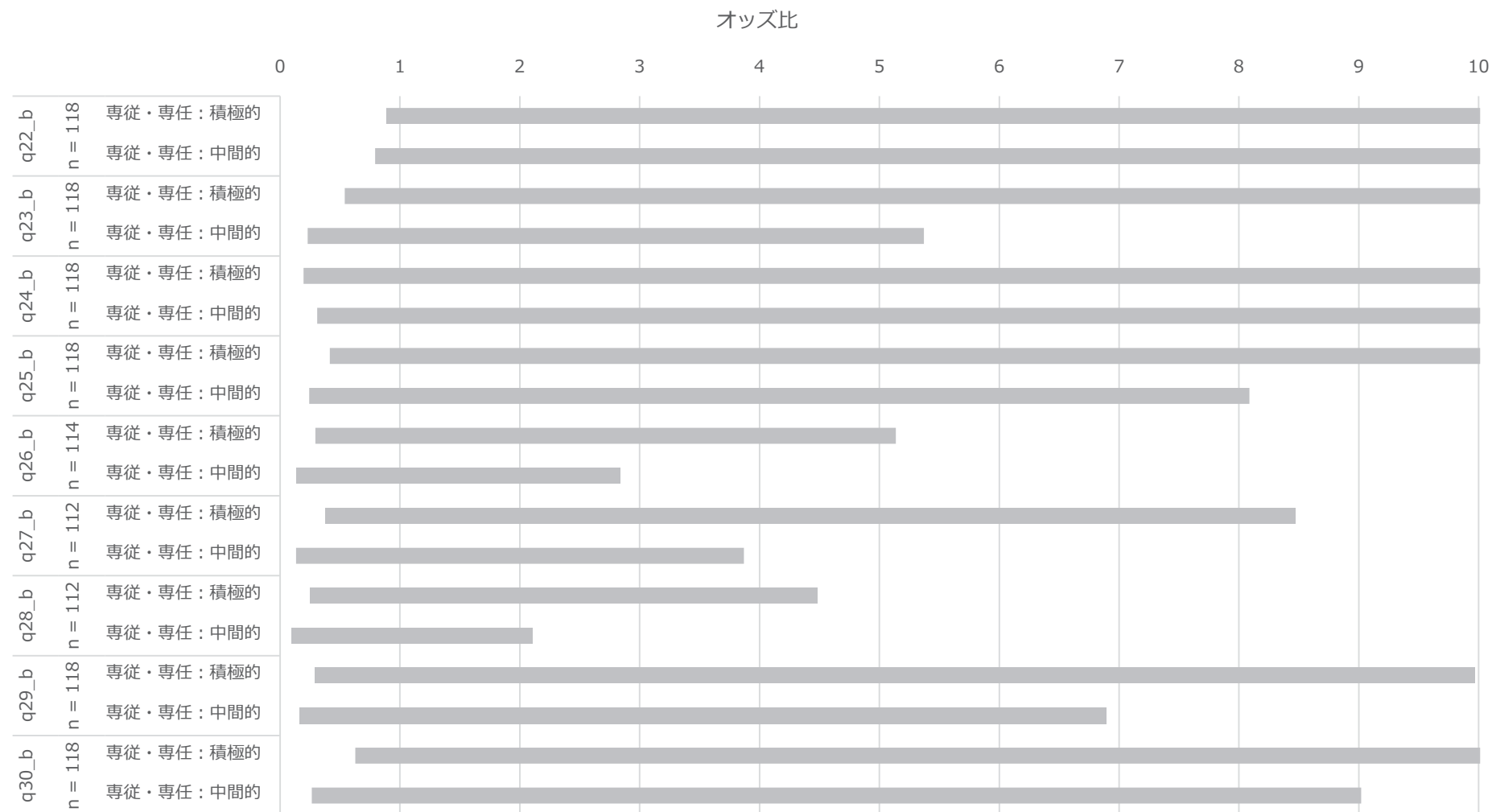


3. 貴院の医療安全活動について《専従/専任：積極的vs中間的vs消極的》

【Logistic Regressionの推定結果】最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

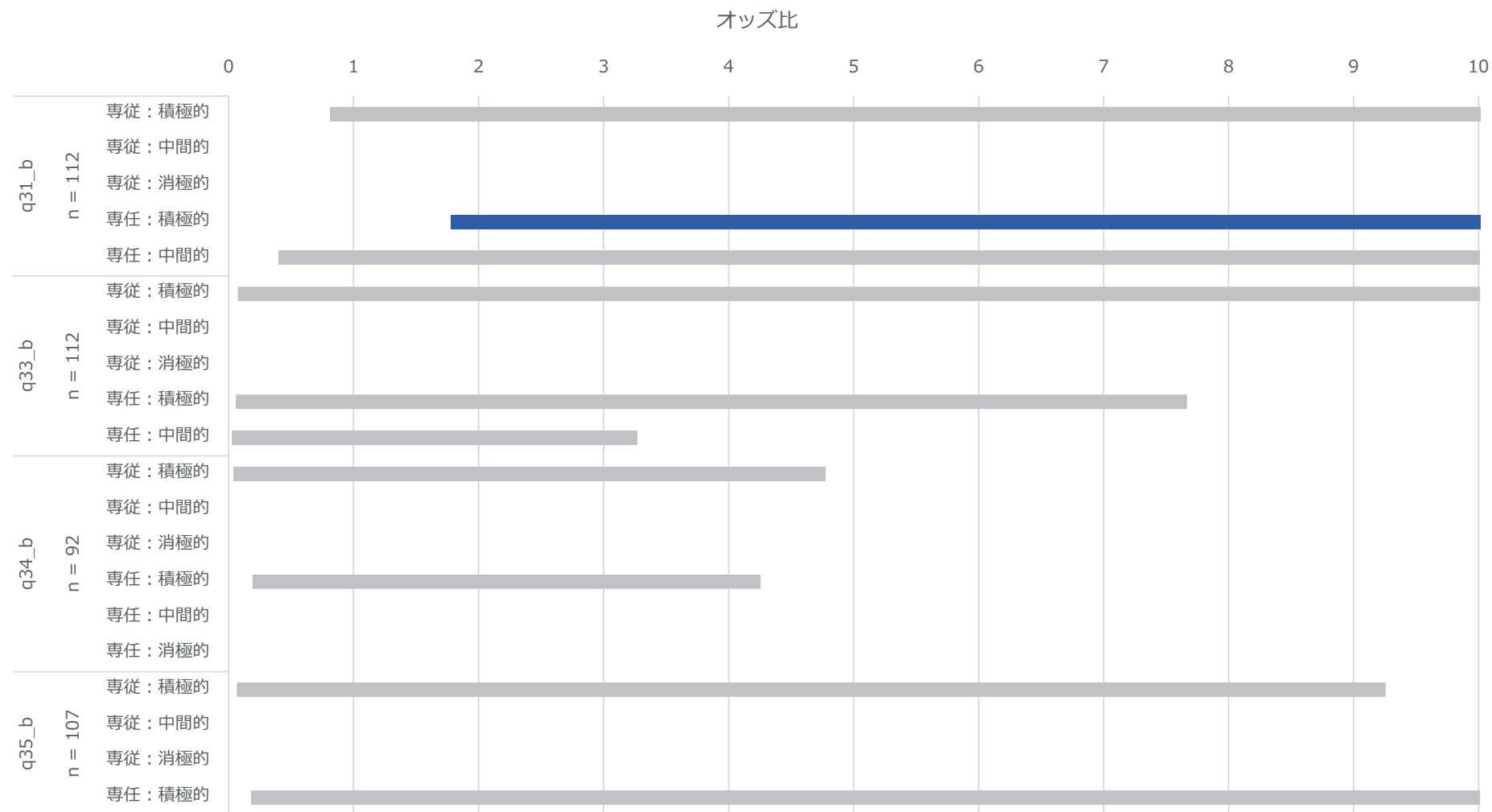


4. 日常的な医療安全活動への医師のかかり方について《専従vs専任×積極的vs中間的vs消極的》

【Logistic Regressionの推定結果】 最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

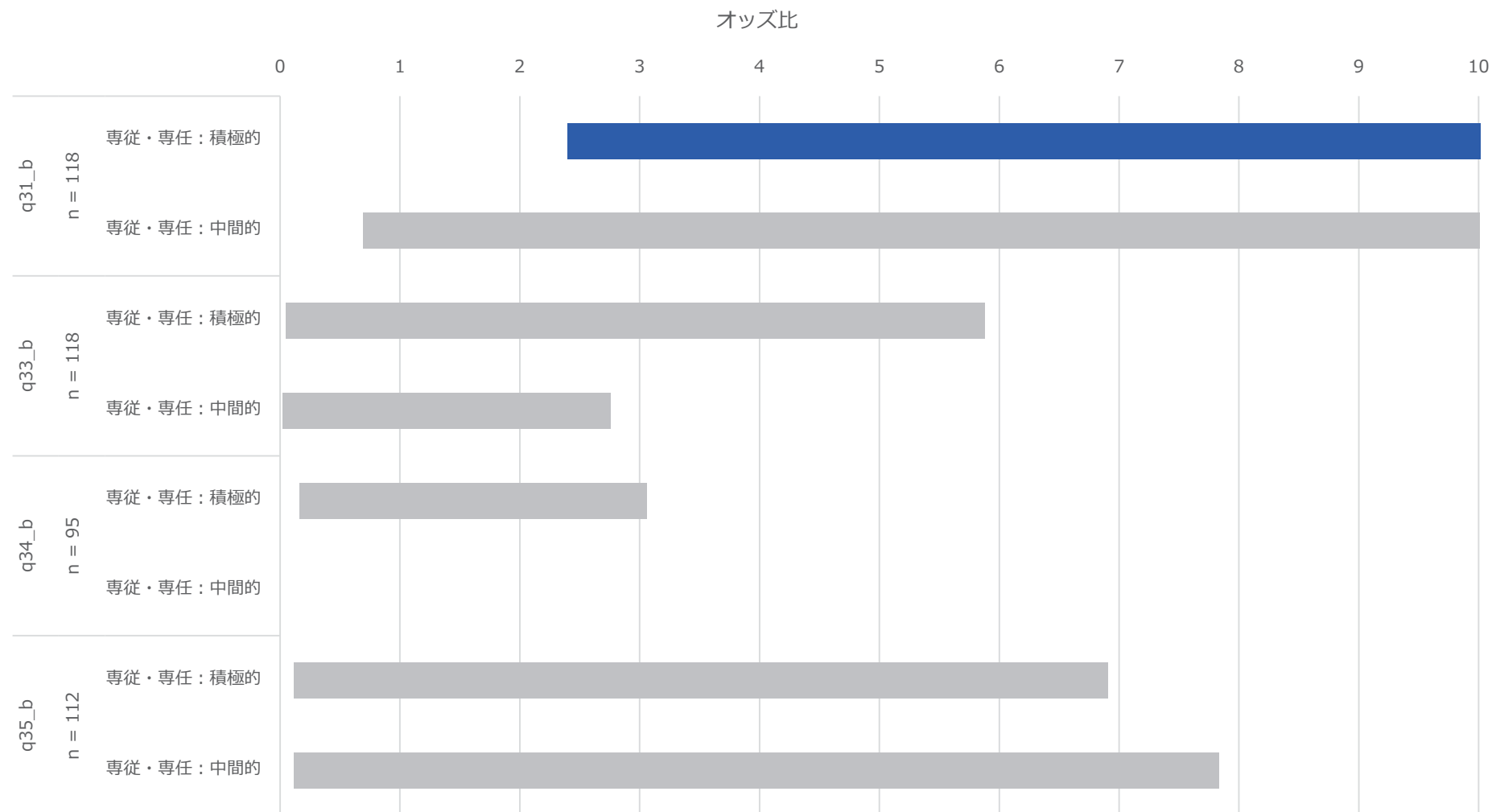


4. 日常的な医療安全活動への医師のかかわり方について《専従/専任：積極的vs中間的vs消極的》

【Logistic Regressionの推定結果】最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

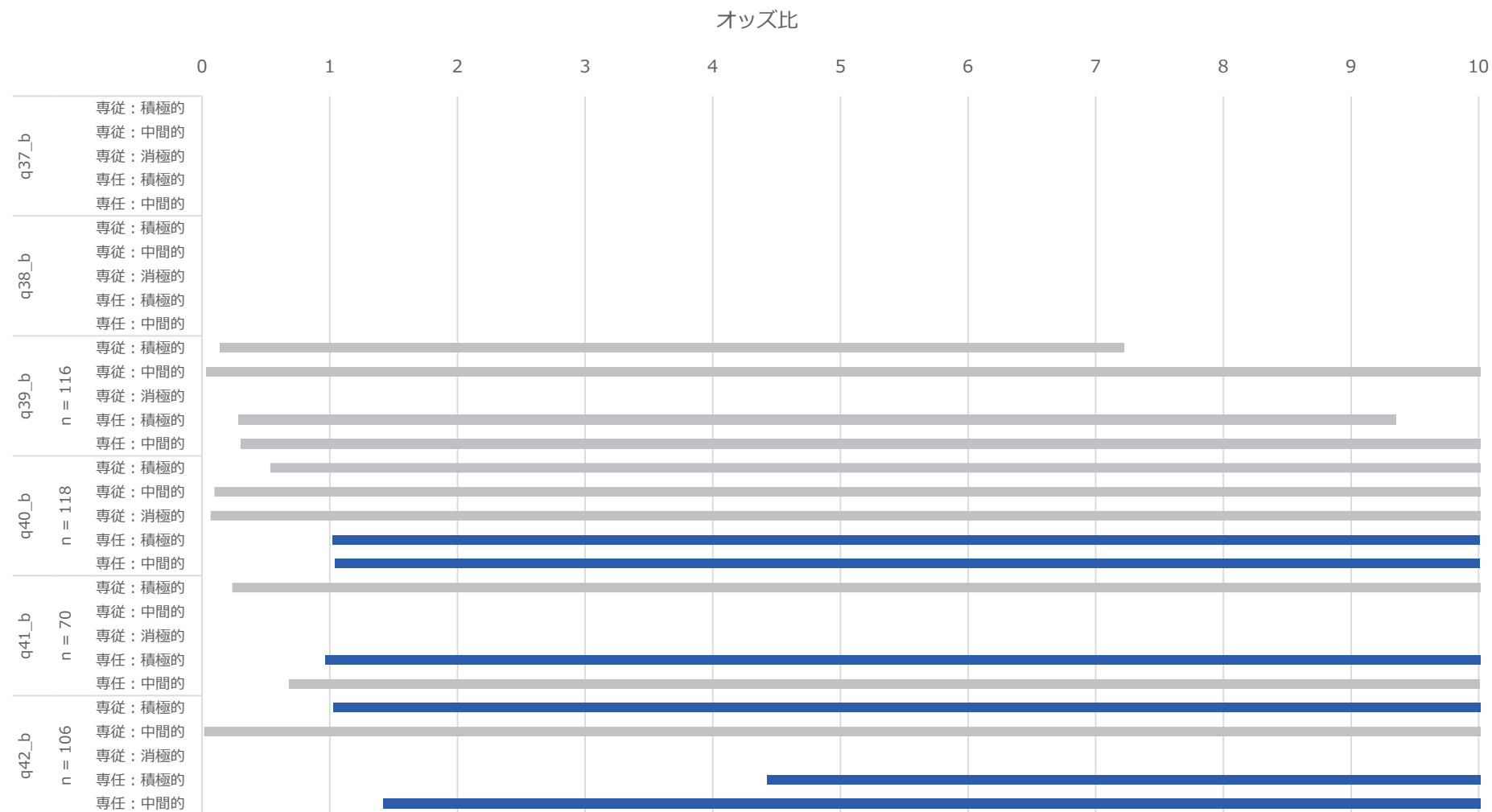


5. 重大医療事故発生時の医療安全活動への医師のかかり方について《専従vs専任×積極的vs中間的vs消極的》

【Logistic Regressionの推定結果】 最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

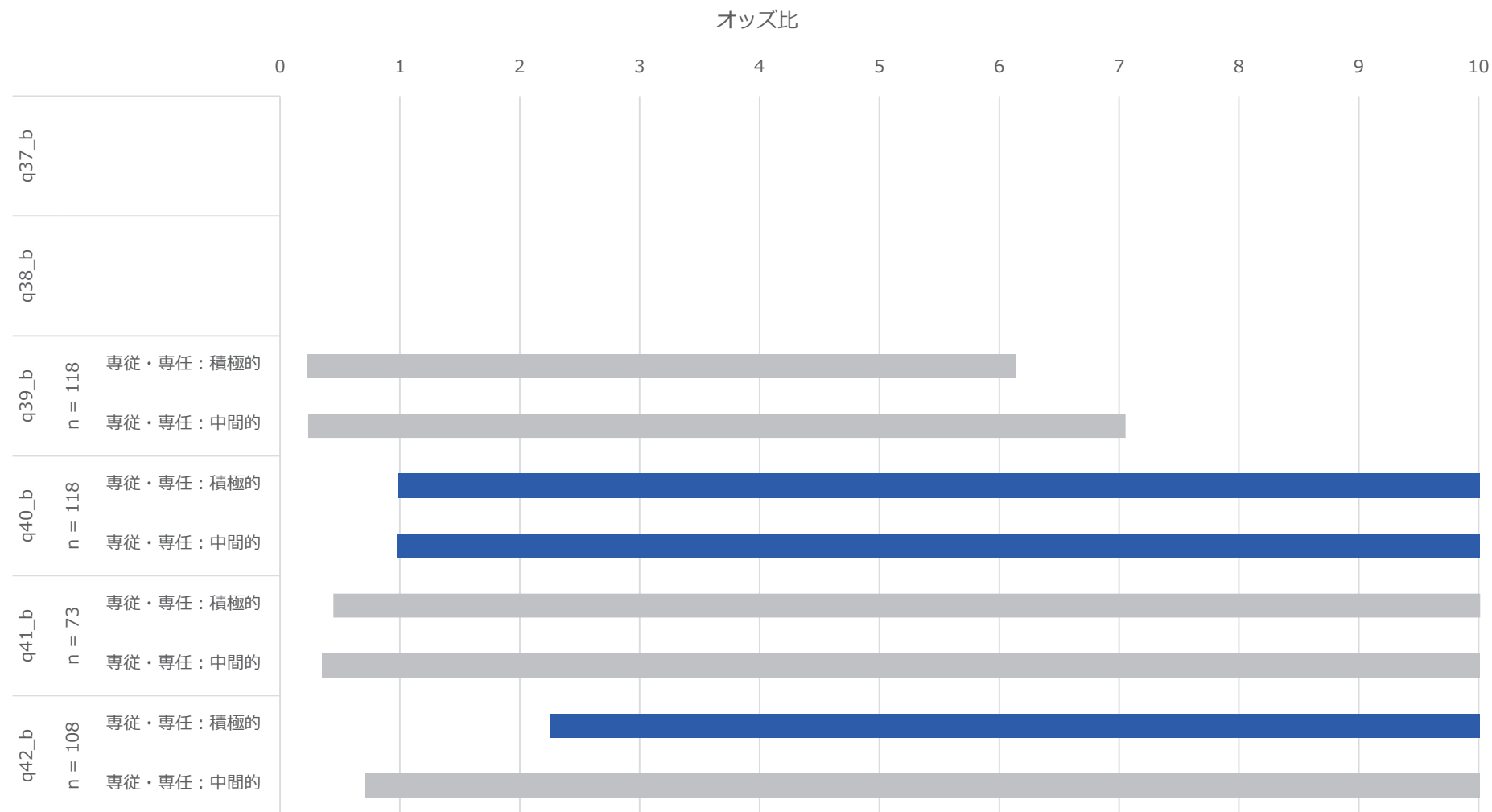


5. 重大医療事故発生時の医療安全活動への医師のかかり方について《専従/専任：積極的vs中間的vs消極的》

【Logistic Regressionの推定結果】最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

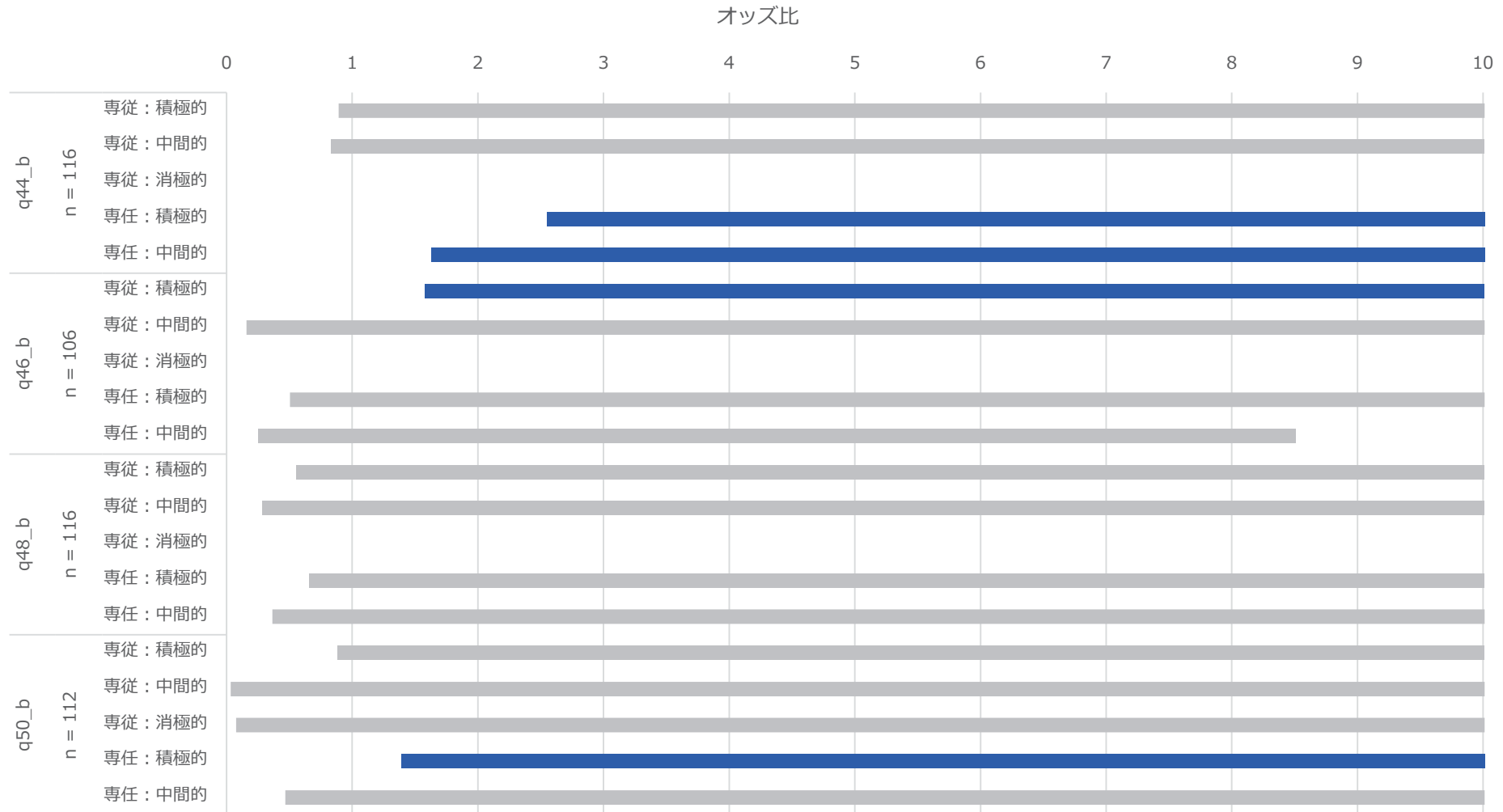


6. 日常業務についてのあなたのお考えについて《専従vs専任×積極的vs中間的vs消極的》

【Logistic Regressionの推定結果】最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

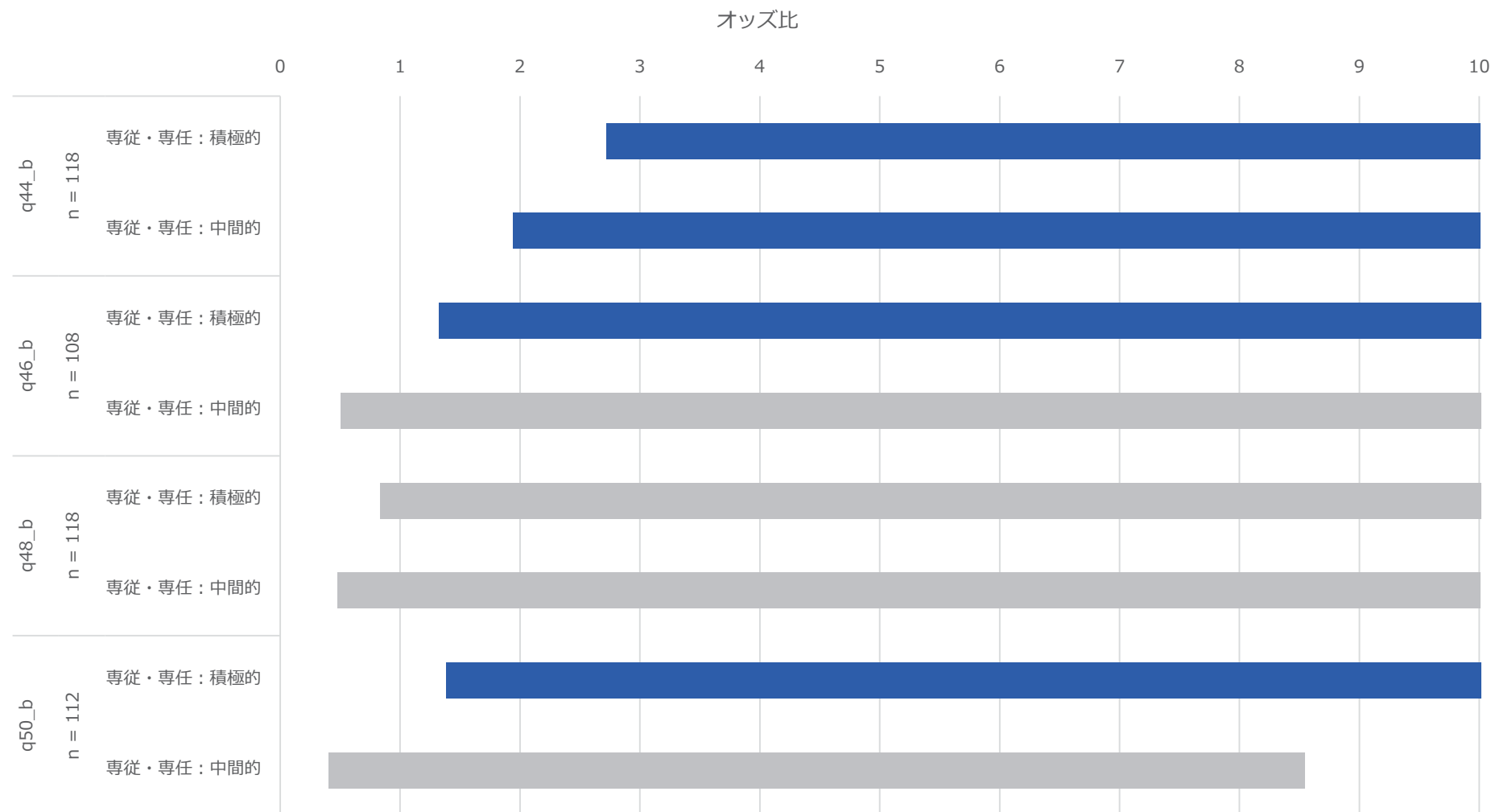


6. 日常業務についてのあなたのお考えについて《専従/専任：積極的vs中間的vs消極的》

【Logistic Regressionの推定結果】最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

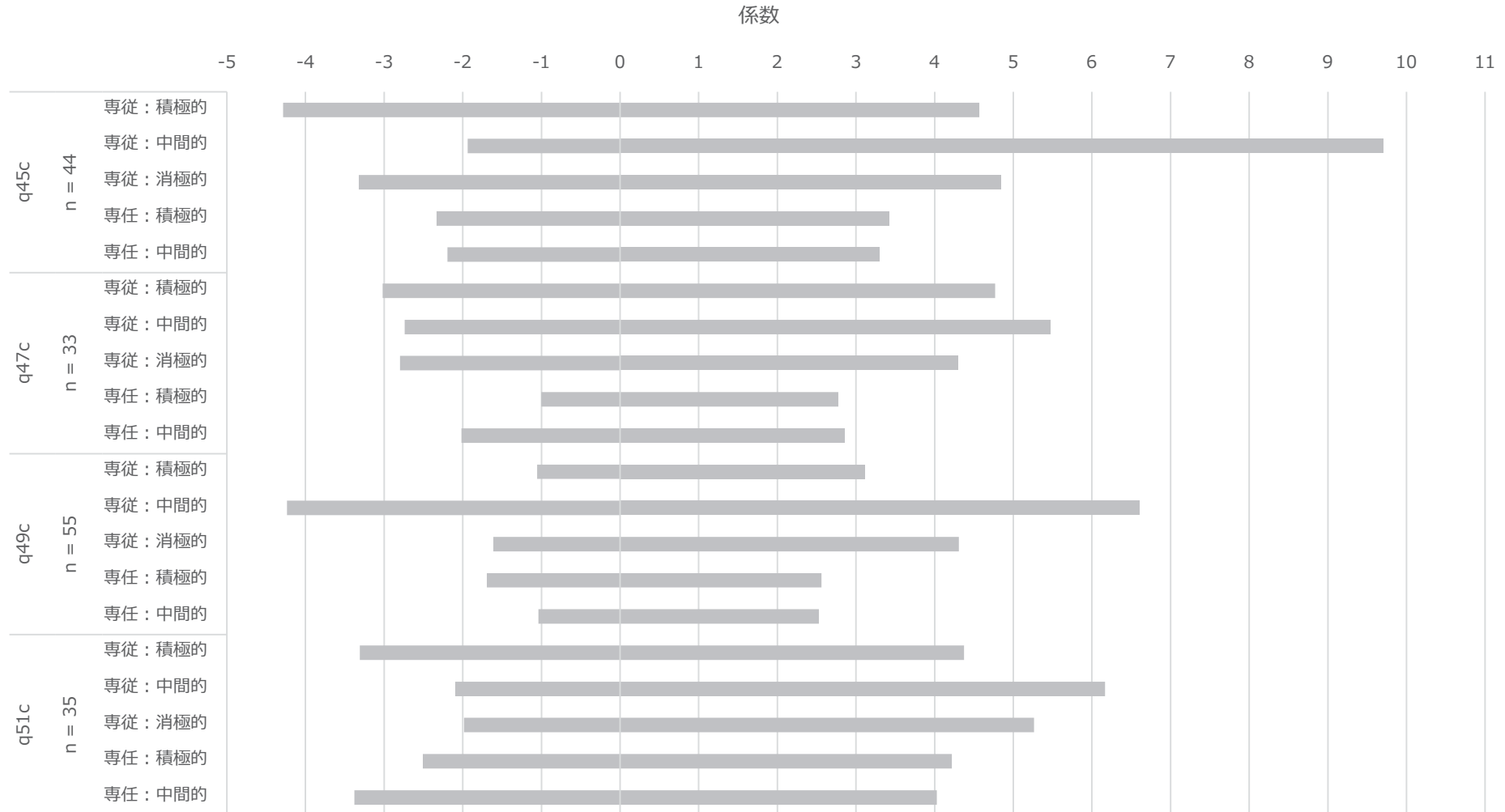


6. 日常業務についてのあなたのお考えについて《専従vs専任×積極的vs中間的vs消極的》

【Linear Regressionの推定結果】連続変数

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が0をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 0をまたがない場合は統計学的有意差あり

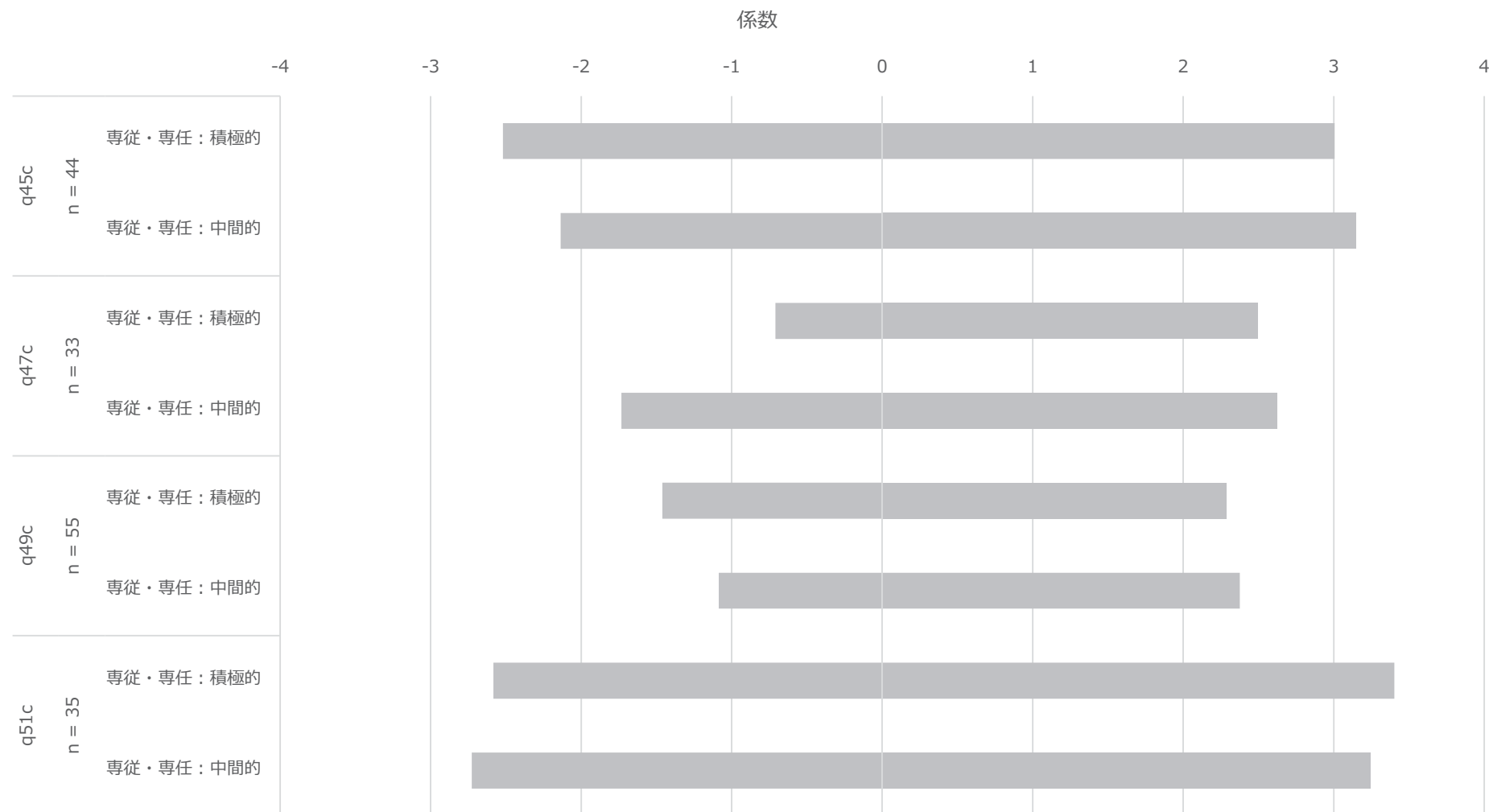


6. 日常業務についてのあなたのお考えについて《専従/専任：積極的vs中間的vs消極的》

【Linear Regressionの推定結果】連続変数

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が0をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 0をまたがない場合は統計学的有意差あり

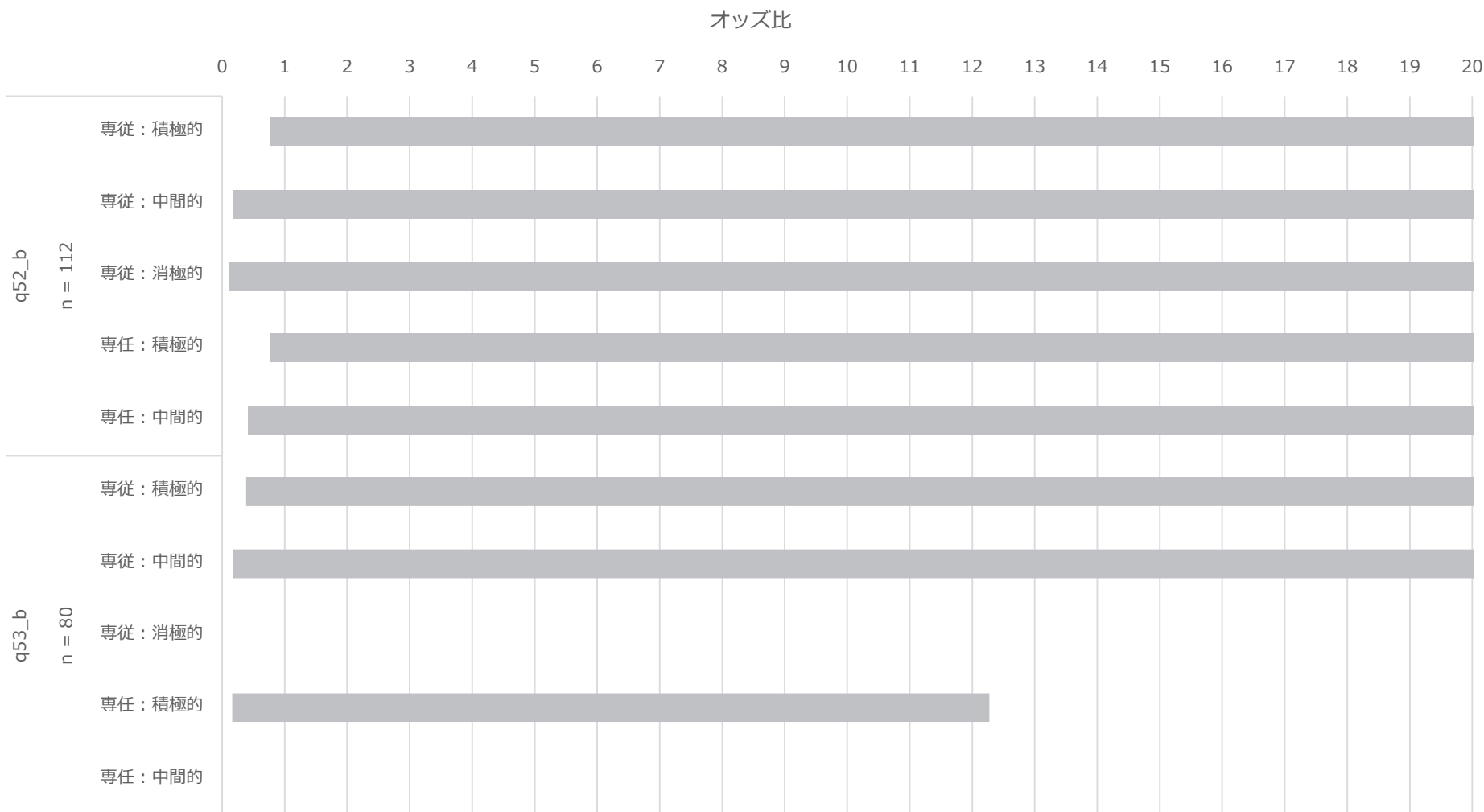


6. 日常業務についてのあなたのお考えについて《専従vs専任×積極的vs中間的vs消極的》

【Logistic Regressionの推定結果】最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す.

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

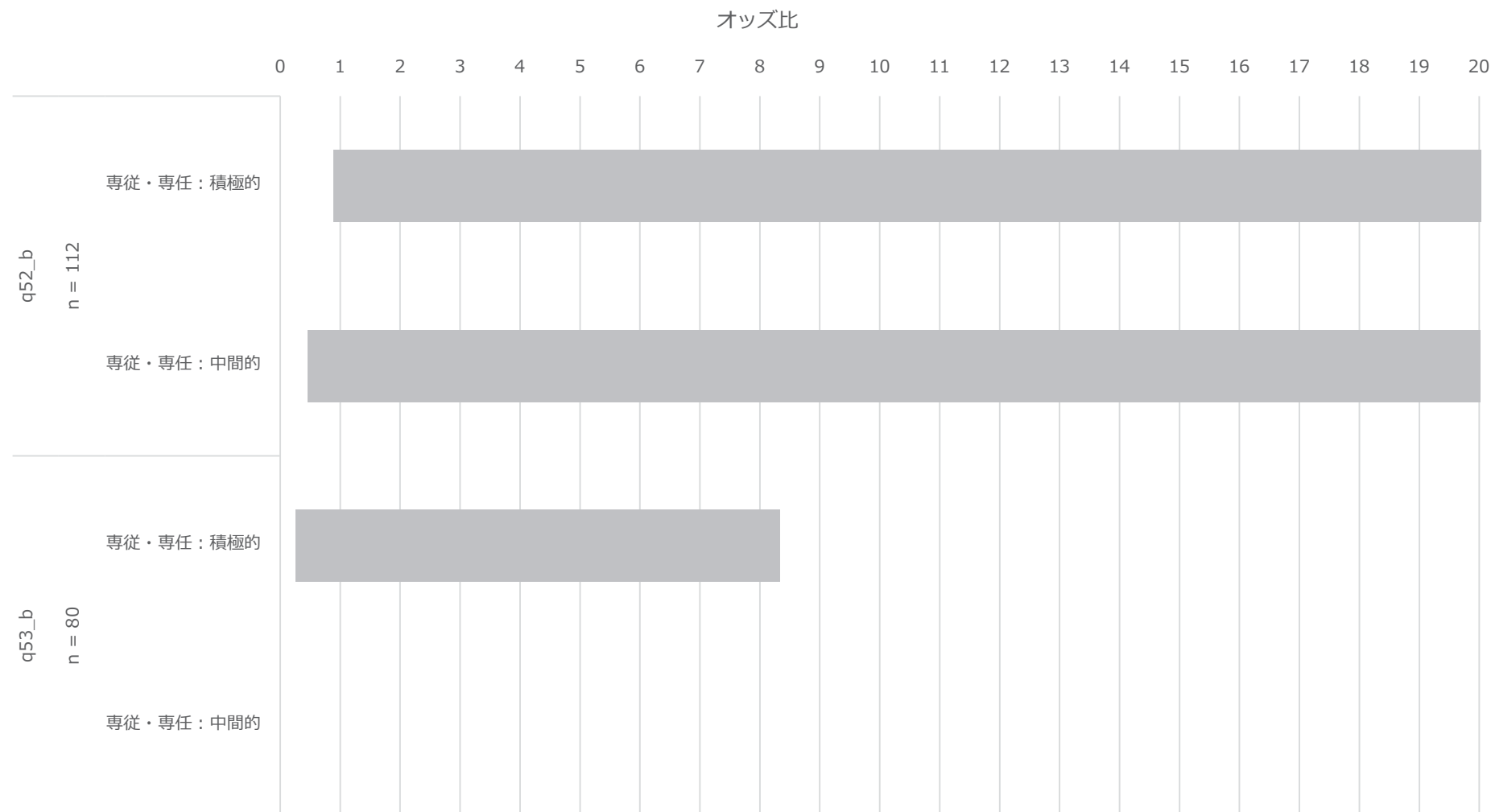


6. 日常業務についてのあなたのお考えについて《専従/専任：積極的vs中間的vs消極的》

【Logistic Regressionの推定結果】最上位回答=1 / その他=0

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が1をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 1をまたがない場合は統計学的有意差あり

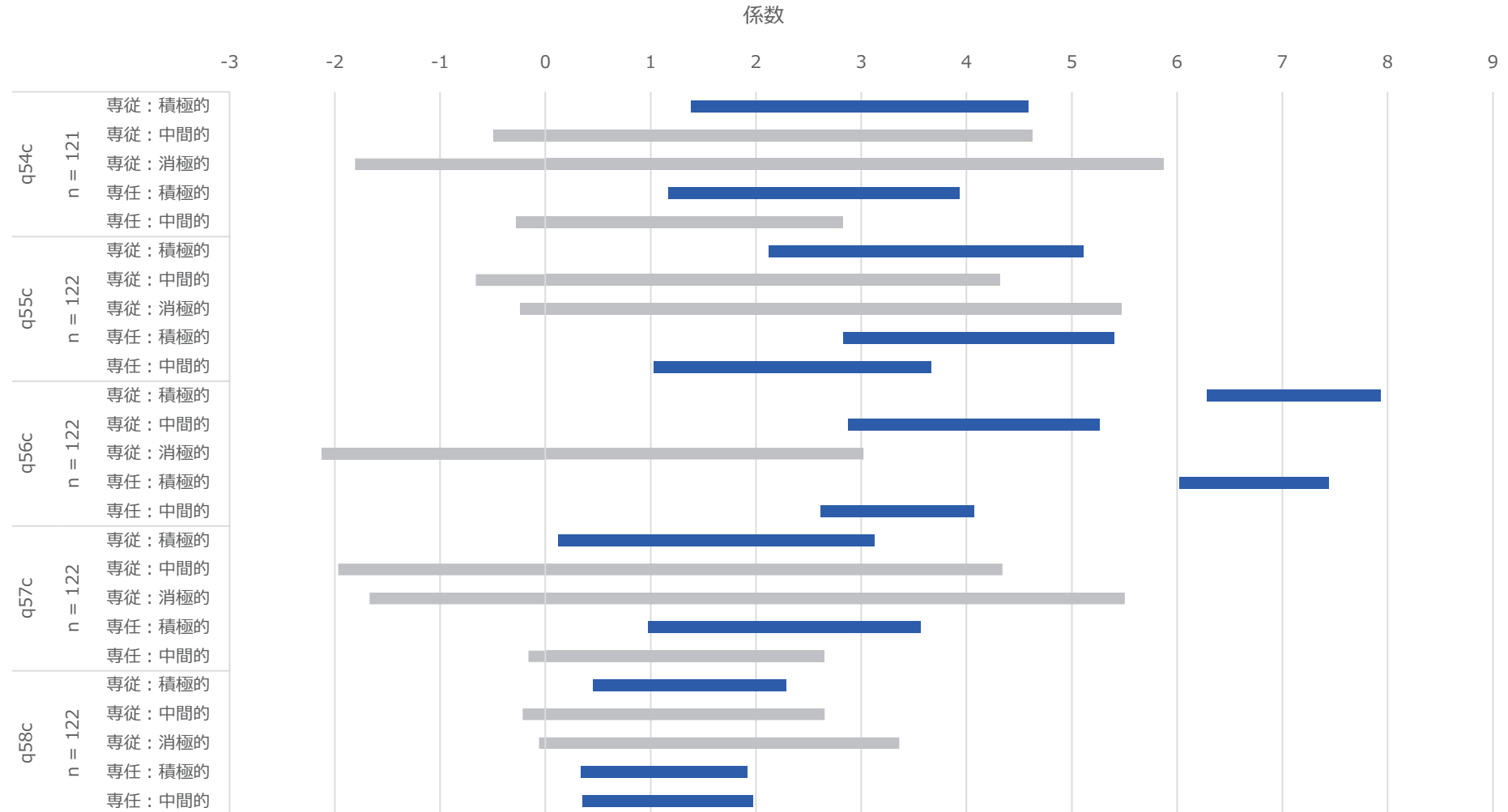


6. 日常業務についてのあなたのお考えについて《専従vs専任×積極的vs中間的vs消極的》

【Linear Regressionの推定結果】連続変数

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が0をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 0をまたがない場合は統計学的有意差あり

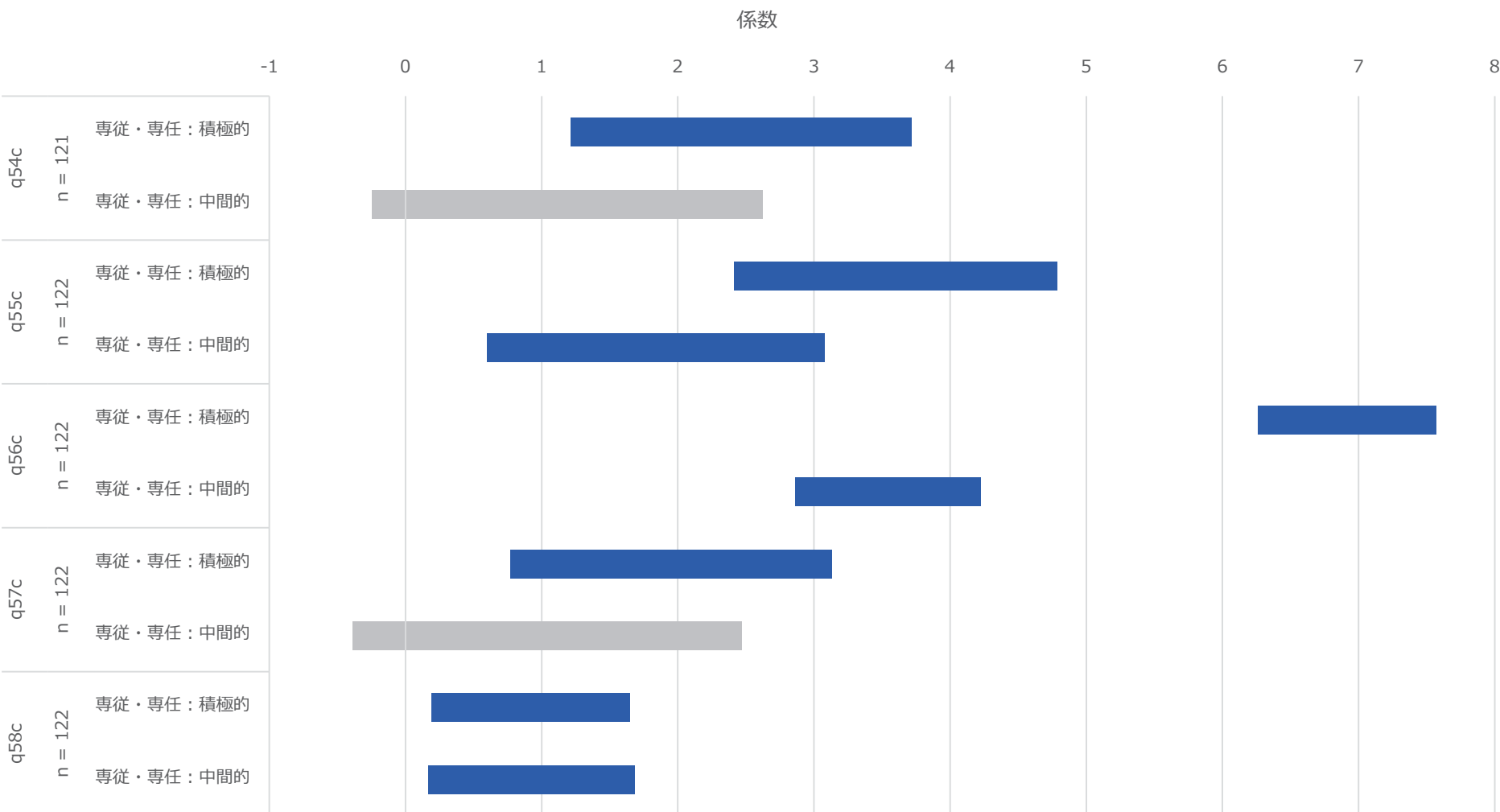


6. 日常業務についてのあなたのお考えについて《専従/専任：積極的vs中間的vs消極的》

【Linear Regressionの推定結果】連続変数

95%信頼区間の推定結果を示す。

95%信頼区間が0をまたぐ場合は統計学的有意差なし / 0をまたがない場合は統計学的有意差あり



VI. 多変量解析④

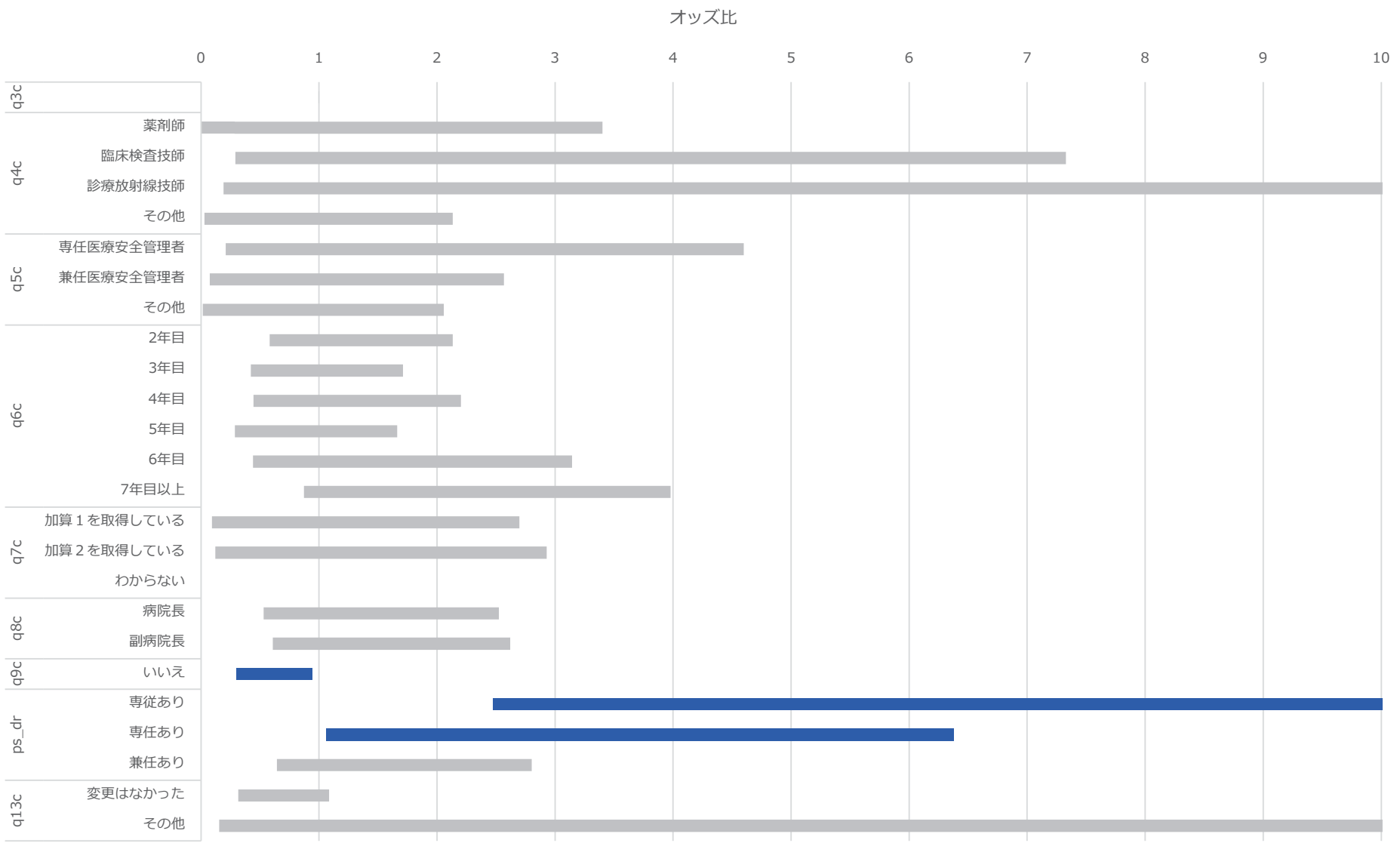
Q54：あなたは貴院の医療安全管理の体制に満足していますか？
【200床以上病院対象】

- 【説明変数】
- “1-5点”：0
 - “6-10点”：1

- 【説明変数】
- 全調査項目を強制投入

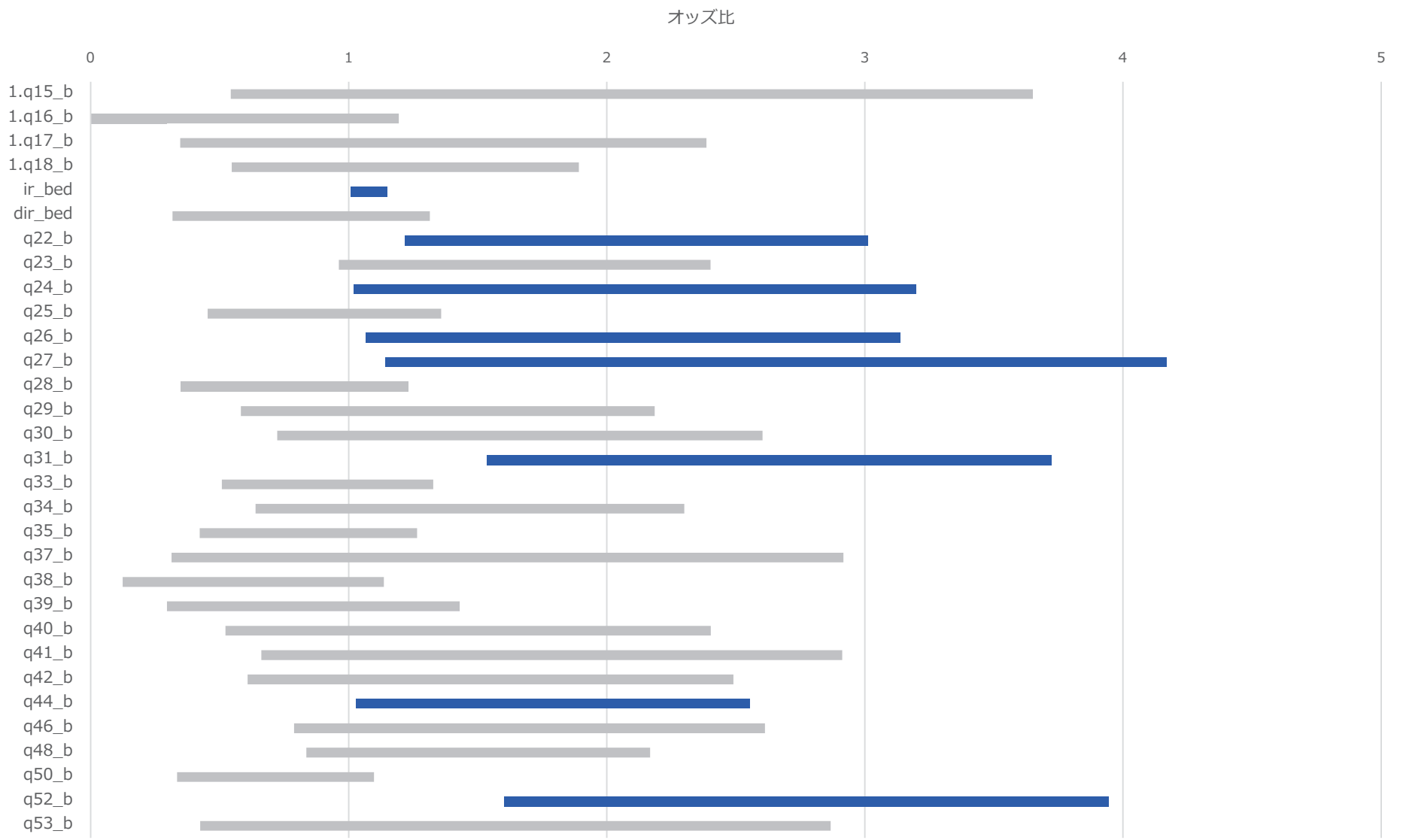
Q54 : あなたは貴院の医療安全管理の体制に満足していますか？

【Logistic Regressionの推定結果1/2】



Q54 : あなたは貴院の医療安全管理の体制に満足していますか？

【Logistic Regressionの推定結果2/2】



VII. 多変量解析⑤

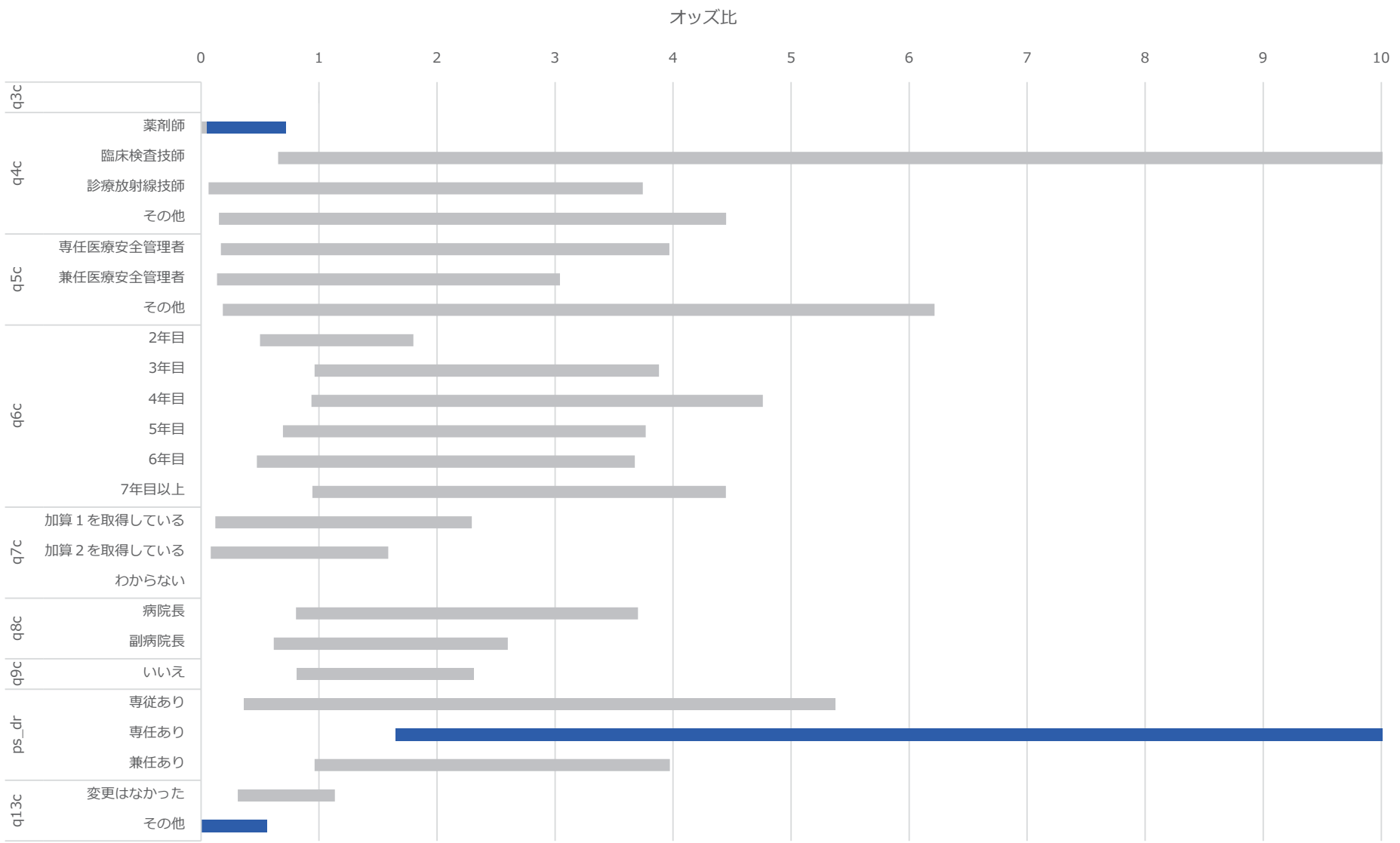
Q57：あなたの病院は社会から求められている医療安全管理業務を実施できていると思いますか？
【200床以上病院対象】

- 【説明変数】
- “1-5点”：0
 - “6-10点”：1

- 【説明変数】
- 全調査項目を強制投入

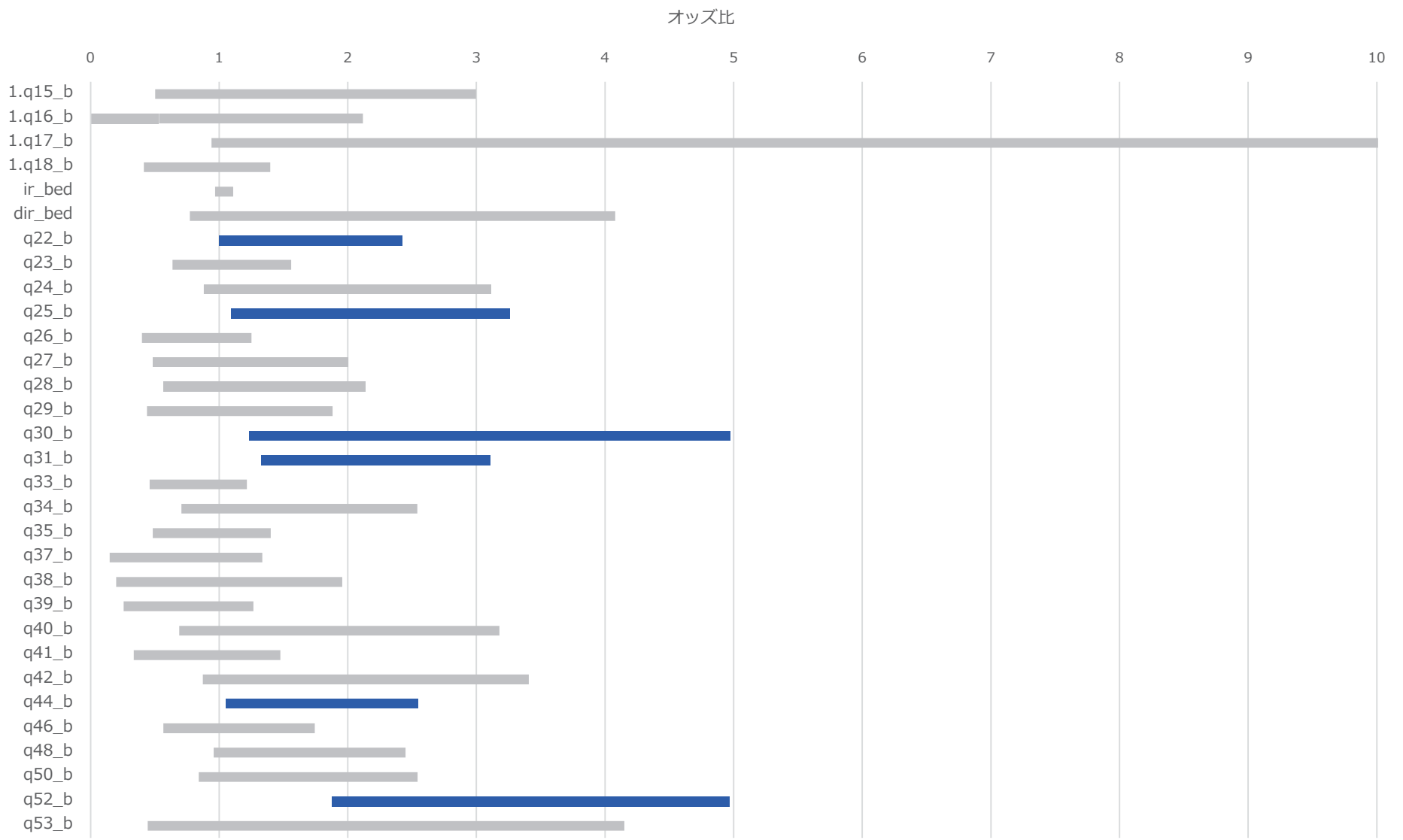
Q57：あなたの病院は社会から求められている医療安全管理業務を実施できていると思いますか？

【Logistic Regressionの推定結果1/2】



Q57 : あなたの病院は社会から求められている医療安全管理業務を実施できていると思いますか？

【Logistic Regressionの推定結果2/2】



(資料 6)

病理医会プレアンケート関連文書

(集計結果)

1. 貴院（貴講座）における病理解剖の実施状況についてお伺いします。

Q1 貴院における病理解剖の年間実施数を教えてください。

- ① 50 体以上
- ② 30-50 体
- ③ 10-30 体
- ④ 10 体以下

回答： ① 0 ② 2 ③ 4 ④ 3

Q2 貴院における死体解剖を担当する医師数について教えてください。

- ① 5 人以上
- ② 2-4 人
- ③ 1 人
- ④ 外部委託

回答： ① 4 ② 3 ③ 2 ④ 0

Q3 貴院における解剖体制について教えてください。

- ① 24 時間、365 日対応可
- ② 24 時間、365 日連絡可であるが、執刀は原則として勤務時間内のみ
 - ②-1： ご遺体を冷蔵保存する設備有
 - ②-2： ご遺体の冷蔵保存設備なし
- ③ 勤務時間内のみ対応
- ④ その他

回答：① 3 ②-1 3 ②-2 2 ③ 0 ④ 1

Q4 執刀時の解剖補助体制について

- ① 臨床検査技師またはそれに準ずるスタッフが最低一名以上、必ず補助する
- ② 臨床検査技師またはそれに準ずるスタッフの都合がつく場合のみ補助する
- ③ 原則として補助はない

回答： ① 7 ② 2 ③ 0

2. 貴院（貴講座）における医療安全に関連する病理解剖のへの対応状況についてお伺いします。

Q5 医療安全に関連する病理解剖の経験の有無を教えてください

- ① 過去に5体以上、執刀したことがある
- ② 過去に執刀したことがある（5体未満）
- ③ 過去に一度も執刀したことはない

*医療安全に関連する病理解剖： 医療安全部(委員会)からの依頼によって執刀した病理解剖症例。「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」による解剖症例を含む。

回答：① 2 ② 1 ③ 6

Q6 医療安全に関連する病理解剖に対して病理医はどのように対応すべきでしょうか？

- ① 通常的病理解剖と同じ対応をすれば良い
- ② 通常的病理解剖に比して手厚く対応すべき（増員や執刀時間の融通、優先度など）
- ③ 病理解剖ではなく、法医解剖として対応すべきである
- ④ 医療安全に関連する病理解剖を行う外部の専門機関に委託すべきである

回答：① 1 ② 3 ③ 0 ④ 4

・ケースによる。場合によっては(火) 病理解剖ではなく、法医解剖として対応すべきである、か、(水) 医療安全に関連する病理解剖を行う外部の専門機関に委託すべきである、による対応が必要とも考えられるが、回答困難。

Q7 医療安全に関連する病理解剖を円滑に行うために必要と思われる事象を挙げ、優先順位をつけてお答えください) 複数回答可

- ① 病理医や補助者の充足
- ② 日常の病院運営から病理医が医療安全管理に関与する
- ③ 病理解剖に対する診療報酬の設定
- ④ 病理解剖施設（ご遺体の冷蔵施設、感染対策剖検室など）の充実
- ⑤ 執刀前カンファレンスによる問題点の確認など、体制の確立
- ⑥ 医療安全に関連する病理解剖を担当する病理医への専門教育
- ⑦ 医療安全管理者（通常は副院長）との連携

⑧ 自由記載

回答： ① 15 ② 3 ③ 7 ④ 4 ⑤ 9 ⑥ 3 ⑦ 2

⑧ ・関係者の刑事免責、刑事事件の証拠採用とならないこと

*一番に記載した項目を3点、二番を2点、三番を1点、四番以下は0点として集計

Q8 病院の医療安全対策について、病理医はどのように関わるべきでしょうか？

- ① 院内の医療安全対策に、日常的に積極的に関与すべき
- ② 病理医は、依頼があった病理解剖を行うだけで良い
- ③ 本来的に病理医は客観的な立場であるべきなので、自分の所属する病院の医療安全対策には関与すべきでない
- ④ その他（自由記載）

回答： ① 5 ② 0 ③ 3

- ④ ・選択肢が、解剖のことと通常 of 医療安全対策と混在しており回答不能
- ・スタッフの増員必要。医療安全の責任者など第三者が、立ち会う必要有り。
- ・まずは病理医や補助者の充足が不可欠で、人がいれば医療安全対策にも積極的にかかわっていけると思います。
- ・臨床医が解剖を勧める際に他機関でもできる事を明確に遺族に伝えるべき

Q9 これまでに経験した医療安全に関連する病理解剖の際に直面した困難について教えてください（自由記載）

回答：

- スタッフの増員必要。医療安全の責任者など第三者が、立ち会う必要有り。
- 納得してくれない家族や親族がいると、病理解剖を説明しても、虚しさが残る
- 解剖の責任範囲が未だに不明確な印象がある。

(資料 7)

病理医会全国アンケート関連文書

(回答用紙)

平成 28 年 11 月 25 日

日本病理学会研修施設認定 A 施設および大学病院本院・分院
研修指導責任者 御侍史

一般社団法人日本病理学会
理事長 深山 正久
医療関連死調査に関する委員会
委員長 田中 伸哉
内藤 善哉

アンケート調査ご協力のお願い

この度、下記のとおりアンケート調査（3部構成）をお願いすることとなりました。お手数ですが、ご回答の上、同封の返信用封筒にてご返送いただけますよう、よろしくお願いたします。締切は12月12日（月）消印有効です。

記

1. アンケート名

I. 日本病理学会診療関連死委員会 アンケート調査・・・1ページ目

II. 「病理医に対する医療安全剖検に関するアンケート」（厚労科研・長尾班）
・・・設問1～18（18問）

III. 「病理医の医療安全や診療・治療方針決定などに関わる役割についてのアンケート」（厚労科研・伏見班）
・・・設問19～45（27問）
【本報告書では割愛】

2. 回答期限 : 平成 28 年 12 月 12 日（月）消印有効

3. 回答方法

アンケート I～III にご回答の上、同封の返信用封筒にてご返送下さい。

4. 回答先・お問合せ先

日本病理学会事務局 jsp-admin@umin.ac.jp 03-6206-9070
〒113-0034 東京都文京区湯島 1-2-5 聖堂前ビル 7階

以上

日本病理学会研修施設認定 A 施設および大学病院本院・分院

研修指導責任者 御侍史

医療事故調査を含む医療安全管理体制に関わる病理医の役割について、厚生労働省科学研究費（伏見班・長尾班）のアンケートのご依頼

この度、「医療事故調査を含む医療安全に関し、病理部門等と安全管理部門との連携が院内の医療安全体制に与える影響について提示できる具体的な指標作り」を目標した厚生労働省科学研究費による研究班（伏見班）のアンケートお願い申し上げますとともに、日本病理学会の診療関連死に関する委員会、並びに厚生労働省科学研究費「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」に関する長尾班との関係についてご説明申し上げます。

（背景）

現在、我が国では、医療事故調査制度を含む医療安全管理体制に関するガバナンス体制の再編・整備・強化が急務であることの認識とともに、これらの制度や体制に関わる病理医の貢献についても考慮されつつある。このような中で、厚生労働省科学研究費補助事業として医療事故調査制度を含む医療安全管理体制に関する病理部門の貢献や評価を勘案する「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」長尾班と「医療安全指標の開発及び他施設間比較体制の検討と病理部門等と安全管理部門との連携が院内の医療安全体制に与える影響に関する研究」伏見班の二つの研究班が、発足するに至った。また、日本病理学会でも医療事故調査制度に対応する委員会として診療関連死に関する委員会（田中伸哉委員長）が発足し、医療事故調査を含む診療関連死に対する病理学会としての取り組みなどを協議することとなった。

（研究班、学会委員会の目的）

伏見班：「医療事故調査を含む医療安全に関し、病理部門等と安全管理部門との連携が院内の医療安全体制に与える影響について提示できる具体的な指標作り」を目標としている。

長尾班：「医療安全管理活動への医師の関与のあり方や病理医との連携のあり方について検討し、医療安全管理体制向上のための具体的な取り組みを提言」することを目標としている。

日本病理学会診療関連死に関する委員会（田中委員会）：定期的に（年1度）医療事故剖検の実施数についてのアンケート調査を行い、地域別・都道府県別の実態を学会として把握して会員にフィードバックすることを目的とする。

今回、長尾班や伏見班からのアンケート調査依頼に対し、田中伸哉委員長を中心に慎重に協議を行い、日本病理学会として長尾班と伏見班のアンケートに協力するとの結論になりました。その際、日本病理学会や病理医の貢献がよりの確に反映されるように2つの研究班のアンケート内容の立案に参画し、アンケート結果の個別のデータ、まとめの分析結果については速やかに共有することで、日本病理学会の発展のために積極的に活用する予定です。

なお、このアンケートは、全国の日本病理学会研修認定施設のうち135施設を対象に行い、アンケートに関する情報は、日本病理学会会員にフィードバックする予定です。

ご高配のほど、宜しくお願い申し上げます。

内藤善哉

日本医科大学大学院医学研究科 統御機構診断病理学

日本病理学会診療関連死に関する委員会委員

伏見班研究分担者

田中伸哉

日本病理学会診療関連死に関する委員会委員長

北海道大学大学院医学研究科 腫瘍病理学分野

伏見班研究協力者

I. 日本病理学会 診療関連死委員会 アンケート調査

2016年11月25日

新医療事故報告制度が開始されて10月で1年が経過しましたが、日本医療安全調査機構による報告書が先日公表されました。事故報告件数は388件で解剖率は32.3%でした（病理解剖36件、司法解剖12件、行政解剖1件）。ただし剖検については件数しか公表されておらず実態は不明です。そこで病理学会では今後年に1度、医療事故に関する解剖実施状況のアンケート調査を実施し、会員には地域別の解剖実数の情報をフィードバックする予定です。学会としてのアンケート調査は今年の5月にも実施しており、一部重複しますが、趣旨をご理解の上ご回答をお願いします。

日本病理学会 診療行為関連死調査に関する委員会委員長 田中 伸哉
理事長 深山 正久

【アンケート内容】

対象期間：2015年10月1日から2016年9月30日まで

対象症例：日本医療安全調査機構に「医療事故」の届け出がなされた症例についての剖検数を下記に記載してください。

自施設の症例を自施設で剖検	件
他施設の症例を自施設で剖検	件
他施設の症例を他施設で剖検 (出向しての剖検遂行)	件
その他・法医解剖が施行されたなど例外的な剖検 があればわかる範囲で記載してください。 ()	件
合 計	件

一貴施設基本情報一

病床数：() 床

ご施設名： _____

ご回答者 所属・職名： _____

氏名： _____

ご回答者連絡先 (e-mail アドレス、ない場合は電話番号など)：

*なお、アンケートに関して個別の施設名を公表することはありません。

II. 長尾班 アンケート

病理医に対する医療安全剖検に関するアンケート

1. 貴施設（貴講座）における病理解剖の実施状況についてお伺いします。

1. Q1 貴院における病理解剖の年間実施数を教えてください。

1つだけマークしてください。

- 50体以上
- 30～50体
- 10～30体
- 10体以下

2. Q2 貴院における病理解剖を担当する医師数について教えてください。

1つだけマークしてください。

- 5人以上
- 2～4人
- 1人
- 外部委託

3. Q3 貴院における病理解剖体制について教えてください。

1つだけマークしてください。

- 24時間、365日対応可
- 24時間、365日連絡可であるが、執刀は原則として日中のみ
- 24時間、365日連絡可であるが、執刀は原則として平日の日中のみ
- 勤務時間内のみ対応可

4. Q4 貴院の病理解剖施設について教えて下さい。

1つだけマークしてください。

- ご遺体を冷蔵保存する設備あり
- ご遺体の冷蔵保存設備なし

5. Q5 執刀時の解剖補助体制について教えてください。

1つだけマークしてください。

- 臨床検査技師またはそれに準ずるスタッフが最低一名以上、必ず補助する
- 臨床検査技師またはそれに準ずるスタッフの都合がつく場合のみ補助する
- 原則として補助はない（病理医のみで執刀）

2. 貴院（貴講座）における医療安全に関連する病理解剖のへの対応状況についてお伺いします。

*医療安全に関連する病理解剖

医療に起因した死亡（治療効果の判定目的などは含まない）か否かについて検討するための病理解剖（通常の病理解剖として執刀したが、結果として医療に起因した死亡が判明または疑われた症例を含む、医療については過誤の有無を問わない）。

- ・ 平成27年9月以前の診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業による解剖症例、それ以降の改正医療法に基づく医療事故調査制度に関連した解剖症例
- ・ 医療安全管理部からの依頼に基づく病理解剖
- ・ 通常の病理解剖として執刀したが、途中から明らかな医療に起因した死因が判明した症例
- ・ 医療過誤の可能性が考えられたため行われた病理解剖（結果は問わない）
- ・ 遺族が医療過誤を疑い（臨床医はその疑いをもっていない）、遺族の強い希望で行われた病理解剖。

【具体例】

- ・ 腹部の手術から比較的短期間で死亡し、縫合不全（過誤の有無は問わない）からの出血による出血性ショックによる死亡が疑われる。
- ・ 原因不明の片側性胸水による呼吸不全が死因と考えられた。病理解剖の結果、中心静脈カテーテルが血管から逸脱し、胸腔内に挿入されていたことが判明した。
- ・ 原因不明の腹腔内膿瘍からの敗血症性ショックで死亡。病理解剖の結果、ガーゼ遺残およびその周囲の膿瘍が判明した。

6. Q6 医療安全に関連する病理解剖の経験の有無を教えてください。

1つだけマークしてください。

- 過去に5体以上、執刀したことがある
- 過去に執刀したことがある（5体未満）
- 過去に一度も執刀したことはない

7. Q7 医療安全に関連する病理解剖に対して病理医はどのように対応すべきでしょうか？

1つだけマークしてください。

- 通常の病理解剖と同じ対応をすれば良い
- 通常の病理解剖に比して手厚く対応すべき（増員や執刀時間の融通、優先度など）
- 病理解剖ではなく、法理解剖として対応すべきである
- 医療安全に関連する病理解剖を行う外部の専門機関へ委託すべきである

**Q8 医療安全に関連する病理解剖を円滑に行うために必要と思われる事象について、各項目の重要度を数値でお答えください
(1：重要度低 ⇒ 5：重要度高)**

8. Q8-1 病理医や補助者の充足

1つだけマークしてください。

	1	2	3	4	5	
重要度 低	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	重要度 高

9. Q8-2 日常の病院運営から病理医が医療安全管理に関与する

1つだけマークしてください。

	1	2	3	4	5	
重要度 低	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	重要度 高

10. Q8-3 病理解剖に対する診療報酬の設定

1つだけマークしてください。

	1	2	3	4	5	
重要度 低	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	重要度 高

11. Q8-4 病理解剖施設（ご遺体の冷蔵施設、感染対策剖検室など）の充実

1つだけマークしてください。

	1	2	3	4	5	
重要度 低	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	重要度 高

12. Q8-5 執刀前カンファレンスによる問題点の確認など、体制の確立

1つだけマークしてください。

	1	2	3	4	5	
重要度 低	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	重要度 高

13. **Q8-6 医療安全に関連する病理解剖を担当する病理医への専門教育**

1つだけマークしてください。

	1	2	3	4	5	
重要度 低	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	重要度 高

14. **Q8-7 医療安全管理者（通常は副院長）との連携**

1つだけマークしてください。

	1	2	3	4	5	
重要度 低	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	重要度 高

15. **Q8-8 刑事訴追、刑事事件の証拠採用とならないこと**

1つだけマークしてください。

	1	2	3	4	5	
重要度 低	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	重要度 高

16. **Q9 医療安全管理者との連携についてお聞かせください。**

1つだけマークしてください。

- 日常業務の上で、医療安全管理者とは十分な連携が来ている
- 必要な状況の際には、医療安全管理者と直接相談できる環境にある
- 医療安全管理者との連携は殆どない

17. **Q10 病院の医療安全対策について、病理医がどのように関わるべきでしょうか？**

1つだけマークしてください。

- 院内の医療安全対策に、日常的に積極的に関与すべきである
- 病理医は、依頼があった病理解剖を行うだけで良い
- 本来的に病理医は、客観的な立場であるべきなので、自分の所属する病院の医療安全対策には関与すべきではない
- その他:

18. **Q11 これまでに経験した医療安全に関連する病理解剖の際に直面した困難を教えてください。**

.....

(資料 8)

シンポジウム関連文書

(北海道厚生局ワークショップ
医療の質・安全学会シンポジウム
東海北陸厚生局ワークショップ)

シンポジウム開催概要

◎平成 28 年度医療安全に関するワークショップ

○日時:平成 28 年 11 月 11 日 (金) 9:20~16:35 ○会場:札幌コンベンションセンター1 階大ホール
第 2 部 シンポジウム:

「医療安全活動における医師の役割と意義」 ~平成 27・28 年度厚生労働科学研究の成果から~
座長:長尾 能雅

1. 医療安全管理活動のループ図について 長尾 能雅
2. DPCI 群・II 群病院における医療安全管理活動の実態 浦松 雅史
3. 国立大学附属病院における医療安全管理専従(専任)医師の実態と役割 南須原 康行
4. 死因究明にかかる専従医師安全管理者の役割 ~有事での対応を中心に~ 兼児 敏浩
5. インシデント報告に基づいた医師主導による医療安全活動の取り組み 遠山 信幸

◎第 11 回 医療の質・安全学会学術集会

日時:2016 年 11 月 20 日(日) 8 時 30 分~10 時 00 分 場所:幕張メッセ国際会議場

「医療安全活動における専従(専任)医師の役割と意義」 ~平成 27・28 年度厚生労働科学研究の成果から~

座長:長尾 能雅, 遠山 信幸

1. 平成 27・28 年土厚生労働科学研究の概要と結果について 浦松 雅史
2. 医療安全活動における病理医師の役割と意義~全国アンケートを実施して~ 細川洋平、西原 広史
3. 国立大学附属病院における医療安全管理専従(専任)医師の実態と役割 南須原 康行
4. 死因究明にかかる専従医師安全管理者の役割~有事での対応を中心に~ 兼児 敏浩
5. 院内有害事象(インシデント)情報の収集とその活用法~平時での対応を中心に~ 遠山 信幸

◎東海北陸厚生局ワークショップ

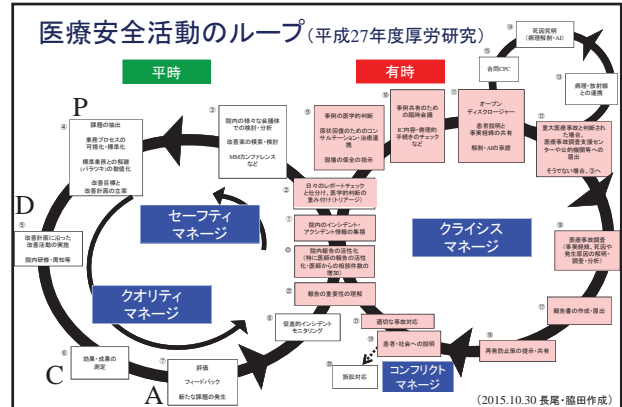
日時:平成28年12月20日(火曜日) 9:30~16:40 場所:ウィルあいち 1階(セミナールーム1・2)

「医療安全活動における医師の役割と意義」 ~平成27・28年度厚生労働科学研究の成果から~
座長:長尾 能雅

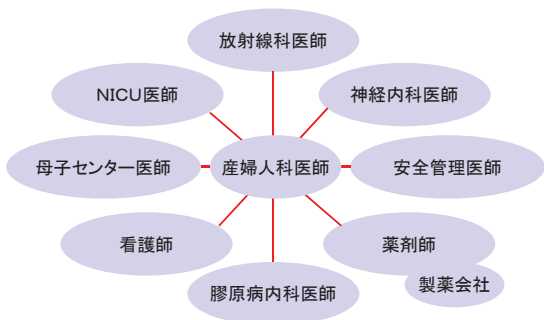
1. 平成27・28年度厚生労働科学研究 の概要と結果について 長尾 能雅
2. 医療安全活動における病理医師の役 割と意義~全国アンケートを実施して~ 細川 洋平
3. 国立大学附属病院における医療安全 管理専従(専任)医師の実態と役割 南須原 康行
4. 死因究明にかかる専従医師安全管 理者の役割~有事での対応を中心に~ 兼児 敏浩
5. インシデント報告に基づいた医師主導による医療安全活動の取り組み 遠山 信幸

「医療安全活動における医師の役割と意義」
～平成27・28年度厚生労働科学研究の成果から～

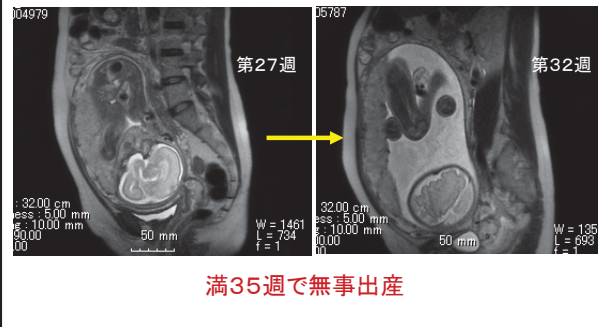
名古屋大学医学部附属病院
医療の質・安全管理部
長尾能雅



ベストメンバーで難局を乗り切る



バルサルタン錠による羊水枯渇事例



外部参加型院内事故調査会
(名大病院)

- ◆ 外部の医学専門家2～3名・外部の有識者1名・内部の医学専門家1名・医療安全管理者1～2名
- ◆ 専門学会に調査委員の派遣を依頼
- ◆ 委員長は外部委員が務める
- ◆ 事実確認、原因究明、医療水準の評価、再発防止を目的
- ◆ 3～4回の会合、12カ月程度で報告書完成
- ◆ 説明は病院から

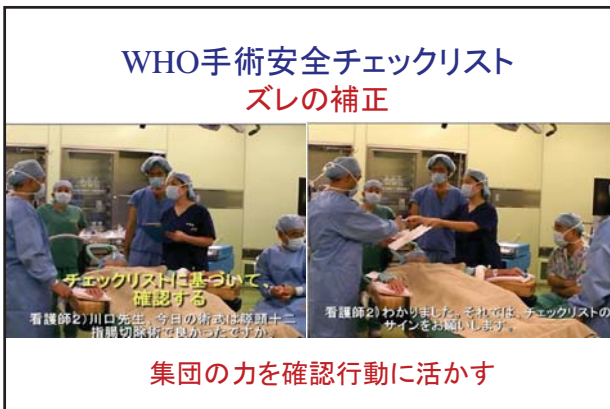
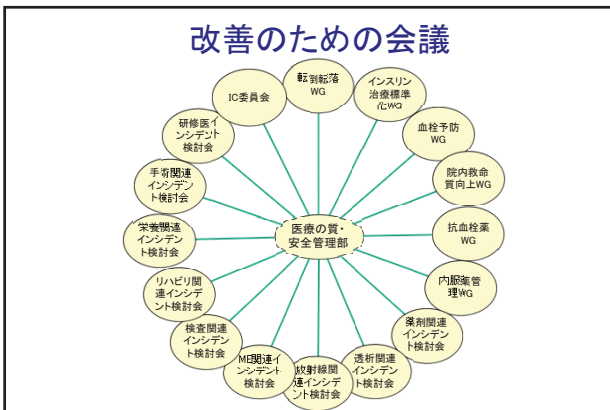
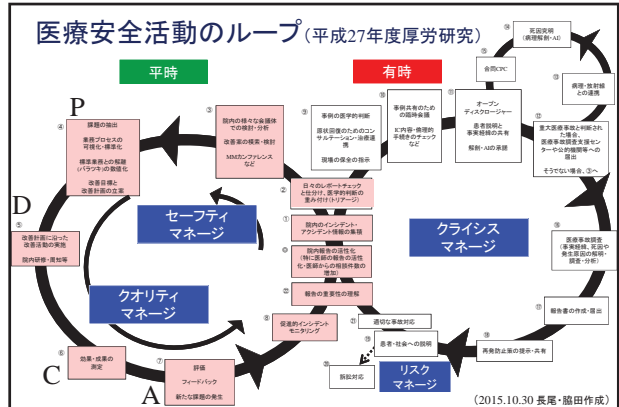
医療事故調査報告書(名大病院)

- ◆ 救急科の新設
- ◆ 先進医療審査体制の見直し
- ◆ 医療安全管理部の拡充と講座設立
- ◆ RRSの導入
- ◆ Team STEEPSの導入



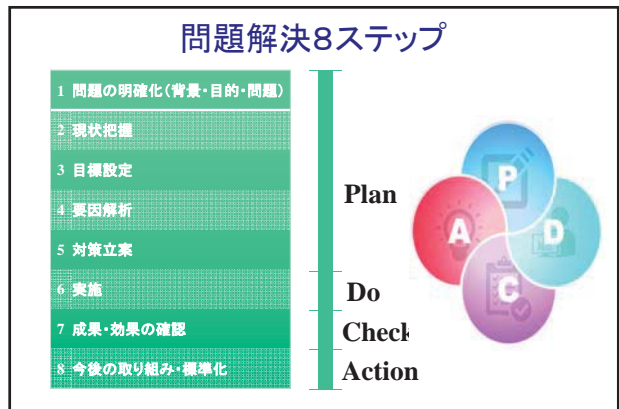
SpO2持続モニター中 窒息死事例 報道会見

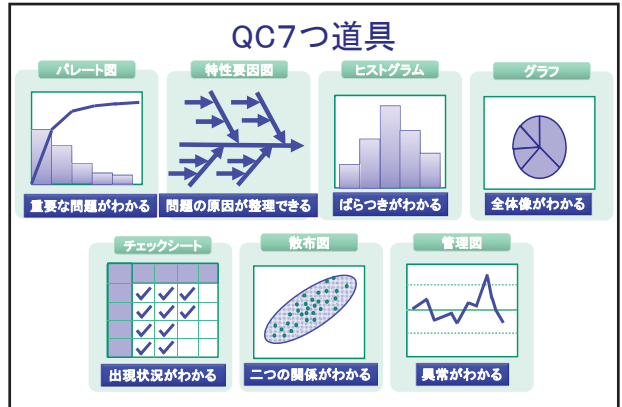
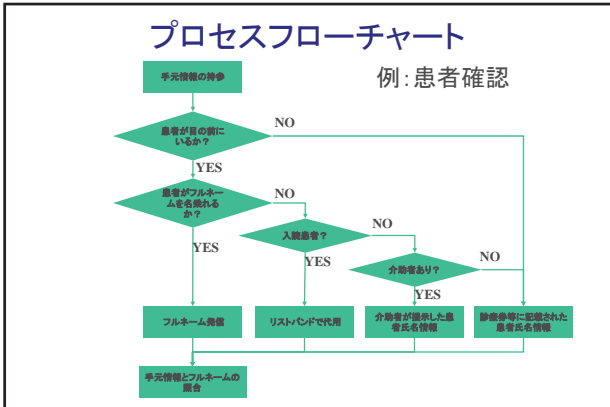
2009.3.18



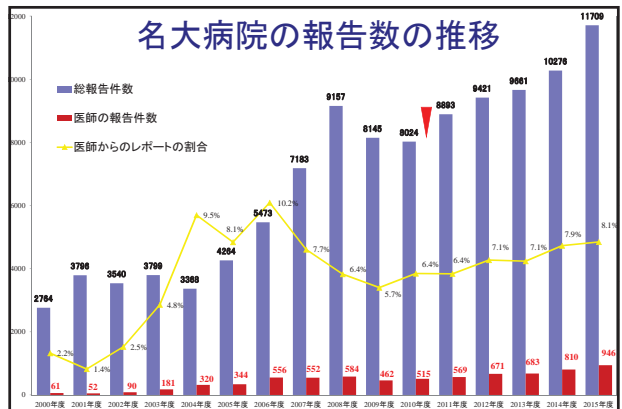
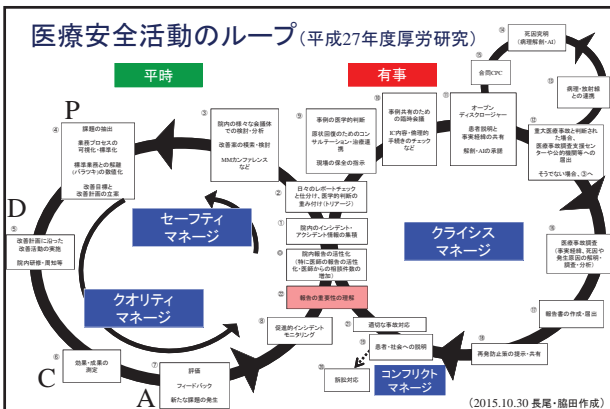
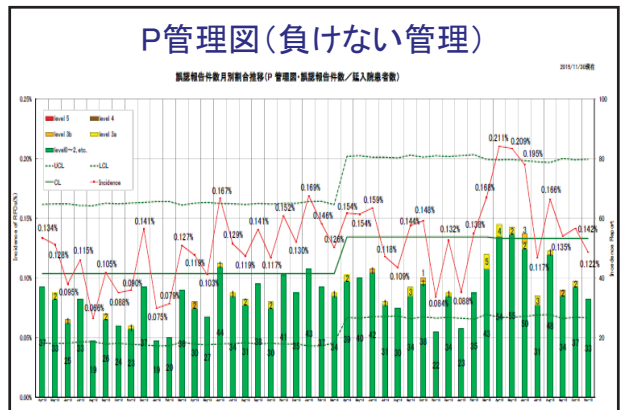
WHO手術安全チェックリスト ズレの補正

集団の力を確認行動に活かす





- ### “型”を駆使して勝ちパターンに持ち込む
- ・検査部インシデント検討会
病棟での検体搬送直前における検査部への電話連絡率の測定
 - ・リハビリインシデント検討会
病棟との連絡不備によるインシデントの測定
 - ・栄養インシデント検討会
朝食トレイインギミスの発生率の測定
 - ・ME関連インシデント検討会
人工鼻に関するインシデント発生要因の分類
 - ・転倒転落事故防止委員会
病棟別患者のスリッパ使用率の測定と公開



医療安全活動における病理医師の役割と意義～全国アンケートを実施して～

¹近江八幡市立総合医療センター病理診断科
²北海道大学大学院医学研究科探索病理学講座
 細川洋平¹、西原広史²

自院の医療安全活動における病理医としての取り組み

背景と目的

- 医療現場で発生する有害事象で重大なものは医師が関わることが多く、またその評価は医師でなければ困難なことが多い。そして、医師へのアプローチは医師でなければ困難なことも少なくない。
- 医師は多忙でインシデント・アクシデント事例報告を自ら記載することさえ困難【当院実績、2014年度：15/1400(1.07%)、2015年度：14/1149(1.22%)】。
- 質の高い医療を安全に提供することを目的として、医療安全推進活動における医師の役割を高め、事例検討の人材育成をも目指した新しい組織づくりを試みた。
- 病理解剖を死因解明と教育に活用(見学自由)。
- 臨床病理検討会(CPC)は全職員参加可能。地域医療従事者支援研修会として開催。

根本分析会議の立ち上げ

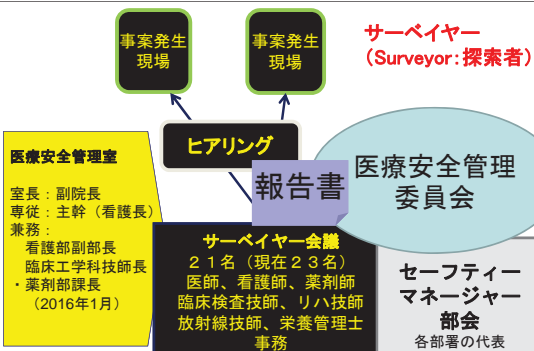
- 2011年、1月。
- 報告しやすさを追求した無記名ヒヤリハット事例にレベル3b事例が含まれていたことが本取組を始める契機。
- インシデント・アクシデント事例を分析する。
- 根本原因分析法(Root cause analysis: RCA)を用いる。
- セーフティマネージャー部会の有志。
- 毎週木曜日、午前11時～12時、2011年1月～2014年3月。
- 検討症例数は1回、1～2例。
- 参加者は4、5名、最大8名。

医療安全管理委員会



セーフティマネージャー部会
各部署の代表

サーベイヤー会議立ち上げ(2014年4月)



サーベイヤー会議(2014年度)



氏名	所属	職名	担当	担当部署
藤井 尚	内外科	部長	藤井 尚	6054 1
高橋 隆	放射線科	部長	高橋 隆	6122 3
香川 隆	放射線科	部長	香川 隆	6041 2
香川 隆	消化器科	部長	香川 隆	6717 4
香川 隆	代謝内分泌科	部長	香川 隆	6900 5
香川 隆	泌尿器科	部長	香川 隆	6018 1
香川 隆	泌尿器科	部長	香川 隆	6104 3
香川 隆	泌尿器科	部長	香川 隆	6107 4
香川 隆	泌尿器科	部長	香川 隆	6106 5
香川 隆	泌尿器科	部長	香川 隆	6114 2
香川 隆	泌尿器科	部長	香川 隆	6752 1
香川 隆	泌尿器科	部長	香川 隆	6736 5
香川 隆	泌尿器科	部長	香川 隆	6760 3
香川 隆	泌尿器科	部長	香川 隆	6760 2
香川 隆	泌尿器科	部長	香川 隆	6771 1
香川 隆	泌尿器科	部長	香川 隆	6805 4
香川 隆	泌尿器科	部長	香川 隆	6807 5
香川 隆	泌尿器科	部長	香川 隆	6791 3
香川 隆	泌尿器科	部長	香川 隆	6113 1
香川 隆	泌尿器科	部長	香川 隆	6001 1
香川 隆	泌尿器科	部長	香川 隆	6113 2

取組の要約

	2014年度	2015年度
運営期間	4月～3月	4月～3月
会議開催回数	11回	11回
1回当り会議時間	1時間	1時間
委員数(医師数)	21名(医師:7名)	23名(医師:5名)
参加率	74.9%(医師:68.5%)	80.4%(医師:63.8%)
検討事例数	10例	10例
サーベイヤー会議ニュース発行	3回	2回

検討事例

2014年度

- 抗凝固剤誤薬事例
- ベッドからの転落事例
- インスリン過剰投与事例
- 抗凝固剤誤薬事例)
- 誤飲義歯の除去翌日の急変死亡事例
- ヒューマリンR過剰投与事例
- 麻薬管理インシデント事例
- ENチューブ誤挿入による肺炎発症事例
- 手術中の縫合針紛失事例
- 透析中にチューブが抜け多量失血した事例

2015年度

- 多発性骨髄腫、ベッド転落、外傷性クモ膜下出血後死亡症例
- 胃管チューブの誤挿入、肺・横隔膜穿通
- 転倒による腰椎圧迫骨折
- インスリン過剰投与による低血糖
- 母乳取り違い
- 採血管の患者取り違い事例
- 洗腸液温度設定方法間違い事例
- 血管造影室、転倒による裂創受傷
- 痰塊による窒息事例

事例提示(1)

- 事例:60歳代男性
- 入院期間:2010年〇月〇日～〇月〇日(23日間)
- プロフィール:ADL全介助(要介護5)、経管栄養、脳梗塞、直腸穿孔、人工肛門増設術
- 経管栄養の先端部が早期胃癌部に接触し、同部からの出血により貧血進行。ESD目的により入院。
- 本来、喀痰が多く、自力排痰不可能で、1～2時間間隔の吸引が必要。
- 前日頃から吸引しにくくなっていた。
- ESD終了22日目、退院3日前に痰塊による窒息で死亡。

事例検討の要約

- ヒアリング参加者:主治医、病棟看護長、担当看護師2名、合計4名
- 面談者:医師、看護師、薬剤師、合計3名
- 喘鳴呼吸、吸引困難
- 主治医はモニター装着も考慮していた、...
- 事例発生後、主治医と現場とのコミュニケーションが著しく改善された。

課題と考案

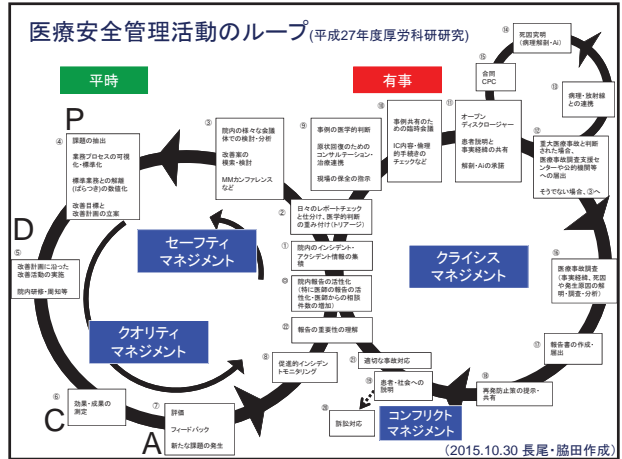
- 重大事例ほど迅速な対応・情報共有が望ましい。
- メディエーターマインドを備え、当事者を尊重する態度を涵養することが大切。
- 面談能力を高めることを目指す人材育成の取り組み。
- 不注意、うっかりなどの個人的要素を含めたエラー発生要因を職場、組織全体の課題として捉える風土づくり。
- 医師参加促進、判りやすい資料作成、誰もが発言しやすい雰囲気づくりが事例検討の質を高める大切な要素。

病理解剖と臨床病理検討会(CPC)

- 2006年～2015年における年平均病理解剖数は6例。
- 2016年1月～11月14日現在、病理解剖実施数は11例。原則、職員の見学自由。
- 2016年1月～12月21日現在、CPCは11回。
- 臨床病理検討会(CPC)は原則として院内職員参加自由。地域医療従事者支援研修会として開催。



厚労科研 平成27・28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」における取組



医療安全活動における病理解剖の位置づけと環境整備についての概観

- 平成19年の診療報酬改定結果検証並びに平成22・23年の医療安全体制整備に関する厚生労働科学研究等より、日本の医療安全管理活動において医師が必ずしも積極的に関与し得ていない状況が明らかとなってきた。
- 厚生労働省は平成20年4月、「医療の安全確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案-第三次試案-」を公開した。
- 同月、日本病理学会は、同事業への貢献のための具体的要望として、病理専門医養成への財政的支援、病理医の地域単位グループ化、現実的な登録制度等の整備、解剖施設等運営のための財政的裏づけ、既存施設充実による解剖調査拠点設置と協力体制構築を挙げ、さらに医療安全推進のため、病理解剖の公費負担を要望してきたが、現在なお診療報酬は算定されていない。

病理医への一次アンケート

- 西原広史先生【厚労科研班員、北海道大学大学院医学研究科探索病理学講座特任(専任)教授】
- 日本病理学会北海道支部(北海道病理医会)の先生方

年間病理解剖実施数と病理医数

年間解剖実施数 (体)	病理医師数 (人)
50体以上	0
30-50体	2
10-30体	4
10体以下	3

病理医師数 (人)	外部委託
5人以上	4
2-4人	3
1人	2
外部委託	0

貴院における解剖体制について

- | | |
|---|---|
| ① 24時間、365日対応可 | 3 |
| ② 24時間、365日連絡可であるが、執刀は原則として勤務時間内のみ
・ご遺体を冷蔵保存する設備 | 3 |
| ・ご遺体の冷蔵保存設備なし | 2 |
| ③ 勤務時間内のみ対応 | 0 |
| ④ その他 | 1 |

執刀時の解剖補助体制について

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ① 臨床検査技師またはそれに準ずるスタッフが最低一名以上、必ず補助する | 7 |
| ② 臨床検査技師またはそれに準ずるスタッフの都合がつく場合のみ補助する | 2 |
| ③ 原則として補助はない | 0 |

医療安全に関連する病理解剖の経験の有無

- | | |
|----------------------|---|
| ① 過去に5体以上、執刀したことがある | 2 |
| ② 過去に執刀したことがある(5体未満) | 1 |
| ③ 過去に一度も執刀したことはない | 6 |

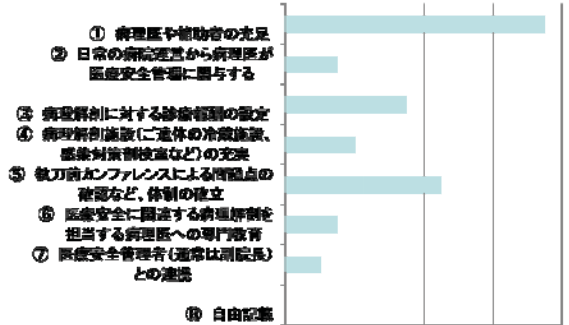
医療安全に関連する病理解剖に対して 病理医はどのように対応すべきか

- ① 通常の病理解剖と同じ対応をすれば良い 1
- ② 通常の病理解剖に比して手厚く対応すべき
(増員や執刀時間の融通、優先度など) 3
- ③ 病理解剖ではなく、法医学解剖として対応すべきである 0
- ④ 医療安全に関連する病理解剖を行う外部の専門機
関に委託すべきである 4

* ケースによる。場合によっては病理解剖ではなく、
法医学解剖として対応すべきである。或いは、医療安全に
関連する病理解剖を行う外部の専門機関に委託すべき
ある。回答困難。

医療安全に関連する病理解剖を円滑に行うために必要と思われる
事象を挙げ、優先順位をつけてお答えください(複数回答可)

* 一番に記載した項目を3点、二番を2点、三番を1点、四番以下は0点として集計



病院の医療安全対策について、 病理医はどのように関わるべきか

- ① 院内の医療安全対策に日常的に積極的に関与すべき 5
- ② 病理医は、依頼があった病理解剖を行うだけで良い 0
- ③ 本来的に病理医は客観的な立場であるべきなので、
自分の所属する病院の医療安全対策には関与すべき
でない 3
- ④ その他(自由記載)

※ ④その他(自由記載)
・選択肢が、解剖のことと通常の医療安全対策と混在しており回答不能
・スタッフの増員必要。医療安全の責任者など第三者が、立ち会う必要有り。
・まずは病理医や補助者の充足が不可欠で、人がいれば医療安全対策にも
積極的にかかわっていかないとします。
・臨床医が解剖を勧める際に他機関でもできる事を明確に遺族に伝えるべき

これまでに経験した医療安全に関連する病理解剖
の際に直面した困難について (自由記載)

- スタッフの増員必要。医療安全の責任者など第三者
が、立ち会う必要有り。
- 納得してくれない家族や親族がいると、病理解剖を
説明しても、虚しさが残る。
- 解剖の責任範囲が未だに不明確な印象がある。

まとめ

- 多忙な医師にインシデント・アクシデント事例検討への関与と
支援を依頼し、医療現場で医師がリーダーシップを発揮し、
責任を果たせるように心掛けてきた。
- 死因究明だけではなく、貴重な教育機会として病理解剖を重
視し、院内にも地域医師会にもオープンにCPCを実施してき
た。
- 本厚労科研の取組では北海道病理医会の協力を得て、一
次アンケートを実施し、現在、日本病理学会と協力して全国
アンケートを進めている。
- 死因について議論しやすい環境を整え、予期せぬ死亡事例
の病理解剖を実践し、CPC、M&Mカンファレンスを開催し、
医療安全活動に貢献することが病理医にとって大切な役割
となると考えられる。

平成28年度医療安全に関するワークショップ

シンポジウム

医療安全活動における医師の役割と意義
～平成27・28年度厚生労働科学研究の成果から～

国立大学附属病院における医療安全管理専従
(専任)医師の実態と役割

北海道大学病院 医療安全管理部
南須原康行

【背景および目的】

当初国立大学附属病院において、GRM (General Risk Manager) は主に看護師が担ってきたが、組織的な医療安全推進のために、医師・歯科医師や薬剤師のGRMを配置する施設が増加している。しかし、医師・歯科医師GRM(以下、医師GRMとする)と医療安全担当管理者(副病院長等)の業務・役割が重複し、各々の役割が不明確になる傾向も認められる。今後増加するであろう医師GRMの参考になるように、その業務内容・役割の現状を検討する目的でアンケート調査を実施した。

(協力)

国立大学医療安全管理協議会

国立大学医療安全管理協議会GRM部会

医療の質・安全学会誌 7(2012)

【アンケート実施時期】 平成22年7月

【対象】

国立大学附属病院医療安全管理協議会に所属している施設において、GRMとして活動している医師・歯科医師。

本アンケートでのGRMの定義は、「医療機関の管理者から委譲された権限に基づき、全病院的な安全管理業務や質改善策業務(1. 体制の構築、2. 指針作成等の参画・周知、3. 教育研修の企画・運営、4. インシデントの収集分析と防止対策の策定、5. 情報収集と事故防止、6. 医療事故の対応・調査・要因分析と再発防止について中心的あるいは支援的な活動)を行っている者」とした。医療安全に関する業務の割合による専従、専任、兼任は問わなかった。

医療の質・安全学会誌 7(2012)

【実施方法】

国立大学附属病院医療安全管理協議会GRMメーリングリストにてメール添付の形式で送付し、各施設のGRMを通じて、医師GRMへの配布を依頼した。

【結果】

国立大学附属病院42大学45病院中、41病院から回答があった。

医療の質・安全学会誌 7(2012)

【実態調査結果】

GRM(専従、専任、兼任)の内訳

病院として医師GRMを配置しているのは、
22病院/41病院(53.7%)27名

回答の無かった4病院について医師GRMを配置していないとすると、
22病院/45病院(48.9%)

[定義] 医療安全業務の割合が80%以上を専従、50%以上を専任、50%未満を兼任と定義すると、

専従 10名 業務の50%以上を医療安全管理に費
専任 7名 やしている医師GRMは17名(14病院、
兼任 10名 34.1% [31.1%])

医療の質・安全学会誌 7(2012)

平成22年7月

専従10名
専任7名
兼任10名

⇒

平成28年10月

専従14名
専任21名
兼任16名
不明4名

専従が配置されている病院 14病院/45病院

専従または専任が配置されている病院 27病院/45病院
(60%)

専門領域

専従または専任のみ

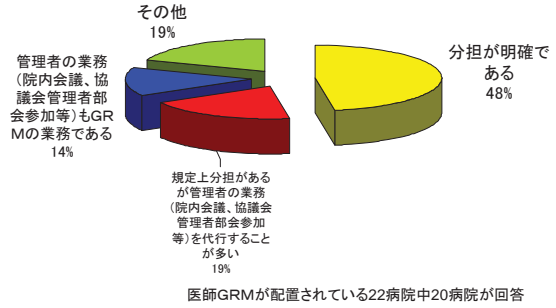
診療科	
内科系	13
外科系	14
麻酔科、救急科、集中治療	4
歯科	3
計	34

医師GRMの専門領域として多い診療科

麻酔・救急・集中治療 4名
呼吸器・感染症内科 3名
循環器内科 3名
消化器外科 3名

医療の質・安全学会誌 7(2012)

医療安全管理者との役割分担



他職種GRMとの役割分担

①インシデントレポートの処理・確定

	専従	専任	兼任	計
すべて	5	5	6	16
医師の報告と3b以上	1	3	0	4
医師の報告のみ	2	0	1	3
3b以上のみ	0	0	0	0
無回答	1	0	3	4

②医療事故発生時の対応

	専従	専任	兼任	計
常にfirst call	3	5	0	8
重大事例などのfirst call	1	0	0	1
second call、当番制など	3	2	7	12
医師関連のみfirst call	2	0	0	2
無回答	1	0	3	4

医療の質・安全学会誌 7(2012)

医師GRMとして病院(長)から評価される具体的なものはありますか

ある	0
ない	23
無回答	4

・ねぎらい、激励、謝辞など言葉による評価 6
・医師GRMとしてではないが、賞与の際の勤勉加算が多い 2

医療の質・安全学会誌 7(2012)

【意識調査結果】

臨床面についての不安はありますか

	専従	専任	兼任	計
ある	4	6	5	15
ない	4	1	2	7
どちらでもない	1	0	0	1
無回答	1	0	3	4

具体的なコメント

- ・外科系としてスキルの維持に不安を感じる 3
- ・臨床能力の低下 6

- ・未練は無い
- ・あきらめている
- ・あるが意識しないようにしている

医療の質・安全学会誌 7(2012)

臨床の所属医局との関係に対する不安はありますか

	専従	専任	兼任	計
ある	2	2	4	8
ない	6	5	3	14
どちらでもない	1	0	0	1
無回答	1	0	3	4

具体的なコメント

- ・上司が2人いるため気を使う
- ・出身医局の医療事故の扱いに不安を感じる
- ・理解されていない、疎外感がある
- ・医局がバックアップしてくれている
- ・兼任であり問題ない
- ・教授にいつでも帰っておいでといわれているので安心

医療の質・安全学会誌 7(2012)

GRMとしての業績や身分などに不安はありますか

	専従	専任	兼任	計
ある	4	6	4	14
ない	4	0	3	7
どちらでもない	1	1	0	2
無回答	1	0	3	4

具体的なコメント

- ◎業績について
 - ・医療安全の仕事は医師の業績として評価されにくい
 - ・医療安全に関する仕事で業績としての結果を出すのは難しい
 - ・教員に戻るのであれば、GRMとして働いている期間は業績の面から見ると負に働く可能性が高い
- ◎身分について
 - ・長く続けるには教授職であることが必要
 - ・准教授が丁度良い

医療の質・安全学会誌 7(2012)

医師GRMは必要だと思いますか

	専従	専任	兼任	計
思う	9	7	7	23
思わない	0	0	0	0
無回答	1	0	3	4

具体的なコメント

- ・医師の有害事象の評価は医師でなくてはできない 11
- ・医師へのアプローチは医師でないと難しい 5
- ・重大事故を起こすのは医師であるから 5
- ・チーム医療の統括は医師であるから、医療安全においてもそうあるべき 5
- ・医師は安全に対する意識が最も低いため 2
- ・医療安全を学問として構築するには医師が必要 2

医療の質・安全学会誌 7(2012)

GRMはやりがいのある仕事だと思いますか

	専従	専任	兼任	計
はい	9	6	7	22
いいえ	0	1	0	1
無回答	1	0	3	4

医療安全に関する仕事を続けていくつもりはありますか

	専従	専任	兼任	計
ある	8	5	5	18
ない	0	2	2	4
どちらともいえない	1	0	0	1
無回答	1	0	3	4

医療の質・安全学会誌 7(2012)

専従の医師GRMとしての8年間の活動を通して

- ・医師への対応において、医師同士というやりやすさがある(お互いに)。一方、対看護師の場合、権威勾配のようになってしまう可能性もある。
- ・事故対応においてリーダーシップをとりやすい。
- ・事故調査における調査委員会の設定、報告書作成。
- ・对患者・家族の場面において、責任を持った発言ができる一方、発言が病院としての最終判断ととらえられてしまうことがある。
- ・医師としての発言であるため、医学的な発言の影響力が大きすぎることがある。特に、自分の専門領域の場合。

他職種GRMが考える専従医師GRM役割や必要性

- ・インシデントを分析したり対応を協議する会議の招集がスムーズに行える。
- ・医学的な理解が高いレベルででき、検証の質が高くなるように思う。
- ・医師の立場での心情を理解できるので、先に医師GRMと看護師GRMが話すことで、不用意な発言を減らすことができているように思う。
- ・医療過誤事例において、回復のための最善な治療を行う説明において、当該診療科ではない第三者的な立場の医師から説明されることで、言い訳的な印象と捉えられず、患者の理解が得られたと思われる。
- ・重大事案発生に伴う事故調査で調査委員を選定する際の、情報・人脈が豊富。

問題点

- ・看護師GRMが医師GRMの判断に任せきりになる危険をはらんでいるかもしれない。

現場の医師からみた医師GRMの必要性など

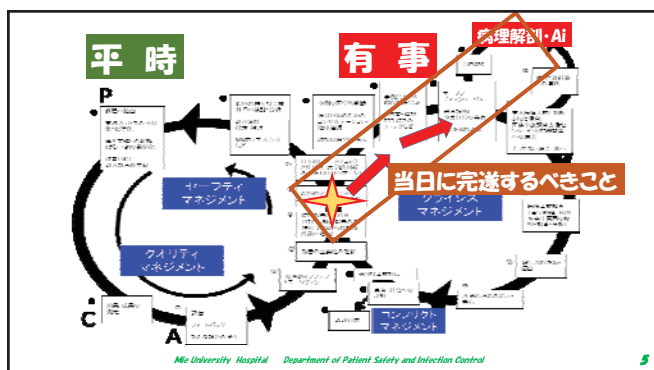
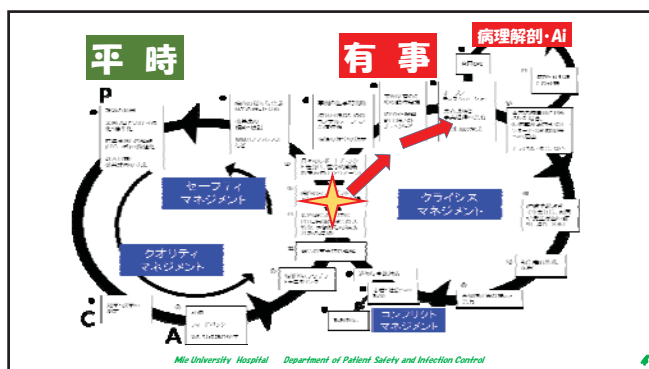
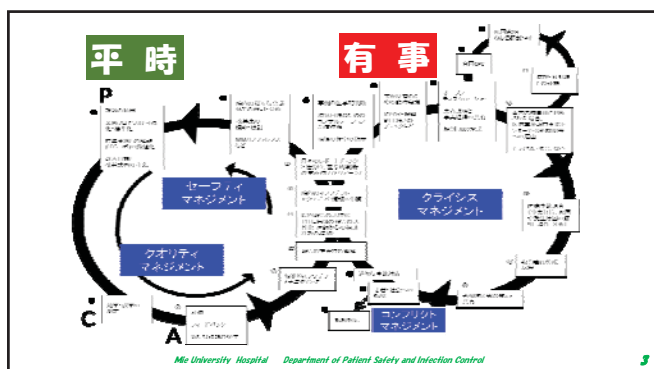
- ・比較的相談しやすい同職種者が、医療安全のトップにいることで安心感がある(病院長や副院長ではなく)。
- ・相談する際に、医学的な話(共通言語で)がしやすい。
- ・医療過誤において、謝罪の席に同席してくれるのが心強い。
- ・病院(長)との間に入ってもらえるのが良い。
- ・医師であるがゆえに、決断が早い(個人としてではなく、組織において、専従医師GRMに伝わると、そこから先は直ちに上層部に伝わり対応してくれる)。
- ・医師GRMというわけではないが、医療安全管理者がいることによって、インシデント発生の際も、通常業務を続けることができる。

医療安全活動における医師の役割と意義
 死因究明にかかる専従医師安全管理者の役割
 ～有事での対応を中心に～

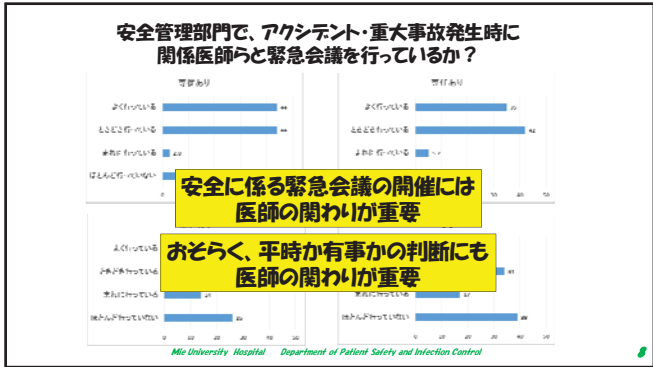
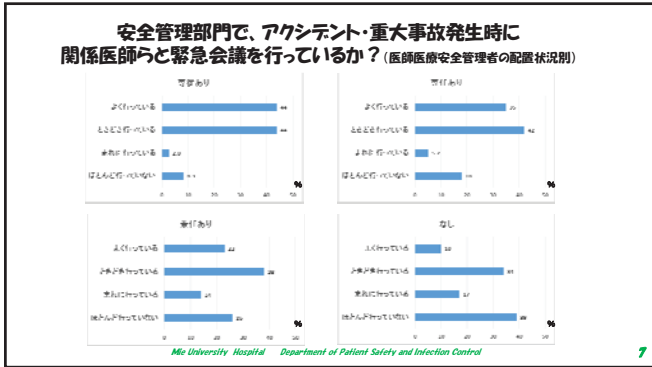


三重大学医学部附属病院 医療安全・感染管理部 / AIセンター
 兼児敏浩

1. はじめに



2. 平時の死亡か、有事の死亡か
 (レフトルール) (ライトルール)



2003年5月 大学病院に10年ぶりに着任
(当時は安全管理室、安全管理専従医師として)

管理的な立場になって初めて気づいたこと

病院組織は死亡患者に関心がない

Mie University Hospital Department of Patient Safety and Infection Control 9

死亡は医療上のもっとも明確で
かつ重大なアウトカムである。

にも拘わらず ↓

管理者は、平均在院日数や稼働率を
把握していても、何人の患者さんが亡
くなったかはまったく知らない。

Mie University Hospital Department of Patient Safety and Infection Control 10

2004年ごろから
死亡事例の収集を安全管理室で開始

しかし ↓

なかなかカンファレンスの開催まで
たどり着かない。

Mie University Hospital Department of Patient Safety and Infection Control 11

当時の病院長の強力なバックアップと
根回しによって

2006年9月に
第1回委員会を開催

Mie University Hospital Department of Patient Safety and Infection Control 12

三重大学医学部附属病院 「医療の質・倫理検討委員会」について (The Committee for Quality in Healthcare and Medical Ethics)

Mie University Hospital Department of Patient Safety and Infection Control

13

「医療の質・倫理検討委員会」

医療の質を担保し、臨床上の倫理的な問題に対応するため、平成18年10月より「医療の質・倫理検討委員会」が開催されている。当委員会は病院幹部に加えて、外部委員の参加もある。死亡、重篤合併症事例の検討と臨床倫理上の問題（臓器移植を含む）について検討する。

1. 死亡症例・重篤合併症事例の検討
 - 1) 検討症例
前月分の当院で死亡診断書および死体検案書が発行されたすべての事例と重篤な合併症事例を検討する。救急部における死体検案事例も含む。
 - 2) 検討内容
施行された医療の質（インフォームド・コンセントは十分なされていたか、適応には問題がなかったか、担当科・担当医の経験や技術水準に問題はなかったか等）について検討する。重症の有無についても検討するが、この要素が強い場合は医療問題対策委員会での検討となる。
 - 3) 精査基準
以下に示した基準に該当する事例は「基準該当あり」事例として精査の対象となる。
・術後30日以内の死亡事例・侵襲を伴う処置の3日以内の死亡事例入院後・24時間以内の死亡事例・退院後14日以内の死亡事例
・その他、精査の必要があると思われる死亡事例・重篤な合併症事例
 - 4) 疑義事例
上記精査で医療内容に疑義があると判断された場合はGRMと関係者との面談、事例に関する論文・事例に関する当該科の成績の提出、医療の質・倫理検討委員会への関係者への陪席を求めることがある。
2. 臨床上の倫理的事項の検討
以下、省略

Mie University Hospital Department of Patient Safety and Infection Control

14

「医療の質・倫理検討委員会」

医療の質を担保し、臨床上の倫理的な問題に対応するため、平成18年10月より「医療の質・倫理検討委員会」が開催されている。当委員会は病院幹部に加えて、外部委員の参加もある。死亡、重篤合併症事例の検討と臨床倫理上の問題（臓器移植を含む）について検討する。

院内の全ての死亡確認事例が対象

1. 死亡症例・重篤合併症事例の検討
 - 1) 検討症例
前月分の当院で死亡診断書および死体検案書が発行されたすべての事例と重篤な合併症事例を検討する。救急部における死体検案事例も含む。
 - 2) 検討内容
施行された医療の質（インフォームド・コンセントは十分なされていたか、適応には問題がなかったか、担当科・担当医の経験や技術水準に問題はなかったか等）について検討する。重症の有無についても検討するが、この要素が強い場合は医療問題対策委員会での検討となる。
 - 3) 精査基準
以下に示した基準に該当する事例は「基準該当あり」事例として精査の対象となる。
・術後30日以内の死亡事例・侵襲を伴う処置の3日以内の死亡事例入院後・24時間以内の死亡事例・退院後14日以内の死亡事例
・その他、精査の必要があると思われる死亡事例・重篤な合併症事例
 - 4) 疑義事例
上記精査で医療内容に疑義があると判断された場合はGRMと関係者との面談、事例に関する論文・事例に関する当該科の成績の提出、医療の質・倫理検討委員会への関係者への陪席を求めることがある。
2. 臨床上の倫理的事項の検討
以下、省略

全ての病院幹部と外部委員が参加

当該診療科内で問題なしとされた事例、ご遺族が納得している事例が主な対象

Ai (Autopsy Imaging) の活用

明確な基準に基づいて介入

Mie University Hospital Department of Patient Safety and Infection Control

15

当時は

人のうちの座敷に土足で上がってきて……

わざわざ寝た子を起こさなくても……

→ **精査基準 (介入基準) の設定**

Mie University Hospital Department of Patient Safety and Infection Control

16

精査基準 (介入基準)

- ・入院後24時間以内の死亡事例
- ・術後30日以内の死亡事例
- ・侵襲を伴う処置の3日以内の死亡事例
- ・退院後14日以内の死亡事例

Mie University Hospital Department of Patient Safety and Infection Control

17

全死亡事例のレビューはしんどい！



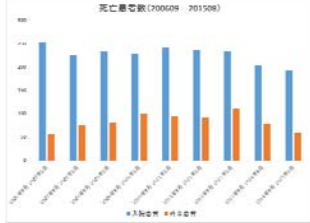
精査 (介入) 基準をスクリーニング基準として活用できないか？

Mie University Hospital Department of Patient Safety and Infection Control

18

過去9年間の全死亡者数

三重大学医学部附属病院において2006年9月から2015年8月までの9年間に2049名の入院死亡、746名の外来死亡事例があった。



年間200から250人の入院患者と50から100人の外来患者が死亡

過去9年間の全死亡者数と疑義事例

三重大学医学部附属病院において2006年9月から2015年8月までの9年間に2049名の入院死亡、746名の外来死亡事例があった。



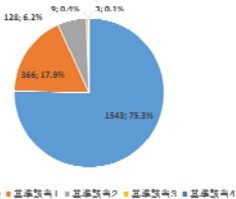
年間200から250人の入院患者と50から100人の外来患者が死亡

全死亡事例レビューの結果、入院患者2049名中、146事例が疑義有と判断

過去9年間の基準該当事例

9年間の入院書居患者2049人のうち、約1/4が精査基準に該当した。

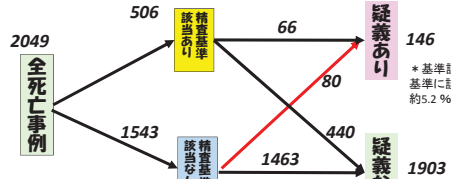
入院死亡事例の基準該当(200609-201508)



精査基準
①入院後(搬送後)24時間以内の死亡
②手術後30日以内の死亡
③侵襲処置3日以内の死亡
④退院後14日以内の死亡

過去9年間の疑義事例と精査基準との関係

9年間の入院死亡患者2049件のうち、146件で疑義ありと判定された。しかし、精査基準に該当しない事例であっても疑義事例が多数存在した。

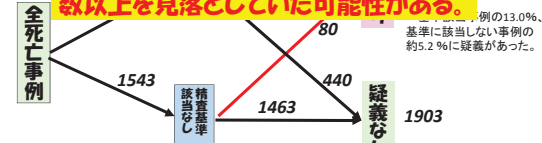


* 基準該当事例の13.0%、基準に該当しない事例の約5.2%に疑義があった。

過去9年間の疑義事例

9年間の入院死亡患者2049件のうち、146件で疑義ありと判定された。しかし、精査基準に該当しない事例であっても疑義事例が多数存在した。

精査(介入)基準によってスクリーニングをしていたら疑義のある死亡症例の半数以上を見落としていた可能性がある。

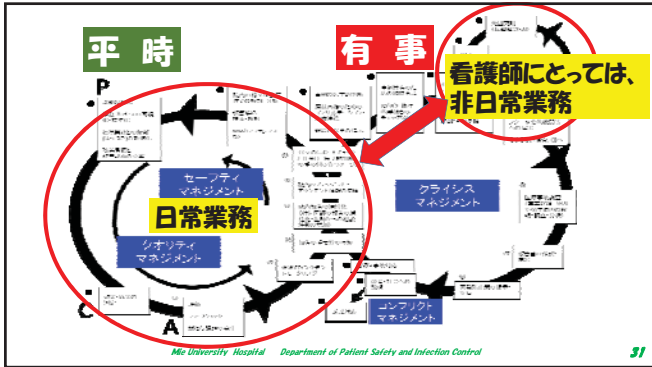


医事情報より抽出 現場からの届け出(原則当日)(死亡診断書、死亡事例報告書)

医師 1名 看護師 2名
薬剤師 2名 診療情報管理士 1名
事務職員 2名 (医療安全コア会議、1/週)

医療の質・倫理検討委員会 (2016年9月から医療安全管理委員会) (1/月)

死亡事例の把握
1. 死亡事例
2. 疑義事例の把握



医師医療安全管理者に期待されること

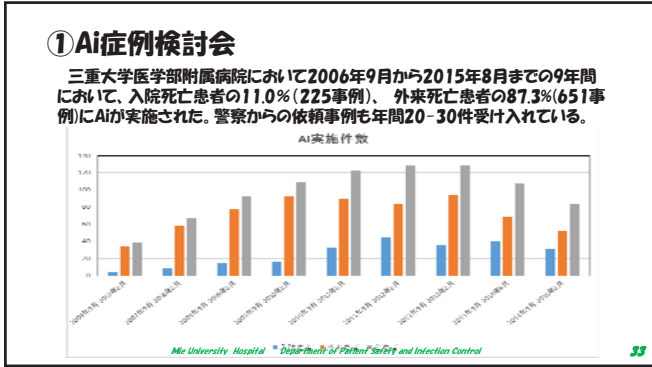
↓

日常業務と病理解剖・Aiの距離を近づけること

我々が行っている三つの取り組み

- ① Ai症例検討会
- ② “三重モデル”
- ③ オープンM&M

32



三重大病院におけるAi症例検討会

前月の全Ai事例の画像を供覧し臨床経過とあわせて、医療の妥当性や死因についてディスカッションを行うきわめて臨床的な検討会。

Aiセンターが主催であるが全職員に開催をアナウンスするオープン参加の検討会で2011年7月より毎月開催されている。

参加者：放射線科医、放射線技師、病理医、法医、救急救命センター医、医療安全管理部門、研修医 等々 加えて、
三重県警検視官など警察関係者2-5名が参加。

34

② “三重モデル”

病理解剖における“三重モデル”の構築

→ 1県1医大地域の脆弱な点を補う仕組み

疑義事例の病理解剖

- ・三重大病院の事例 三重大病院の病理医+他施設の病理医
または三重大法医学医
- ・他施設の事例 当該施設の病理医+三重大病院の病理医

10例程度の実績

35

③ オープンM&Mカンファレンス

- ・まだ、5回/年程度の実績
- ・死亡事例以外も対象となる
- ・死亡事例の場合は、事故調の対象ではないが、疑義があり、複数の診療科が関わった事例

→ 今後、発展させていくべき取り組み

36

③オープンM&Mカンファレンス

→出席者・出席職種/部署が多いほど、ディスカッションは盛り上がり、レベルも高くなる。

EX 病理医と法医学医の参加

→予想以上の成果も期待できる。

EX Stroke Call の開設のきっかけ

まとめ②

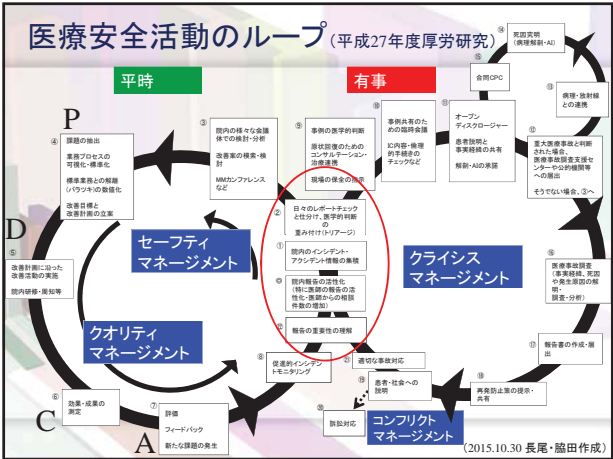
日常業務と病理解剖・Aiとの距離を近くするためには
医師医療安全管理者が関わった、「仕掛け」が有効かもしれない。

4. さいごに

医師医療安全管理者が機能していれば、有事発生当日に完遂すべきことの最初(トリアージ)と最後(病理解剖・Ai)をしっかりと押さえやすくなり、質の高い死因究明調査の実施が可能となる。

インシデント報告に基づいた医師主導による 医療安全活動の取り組み

自治医科大学附属さいたま医療センター
医療安全・渉外対策部
総合医学講座Ⅱ（一般・消化器外科）
遠山 信幸



安全文化の4つの要素 (James Reason, 1997)

1. 報告する文化 Reporting Culture
2. 正義(公正)の文化 Just Culture
3. 柔軟な文化 Flexible Culture
4. 学習する文化 Learning Culture

スイスチーズモデル

報告文化=安全文化そのもの

※ 医療事故調査制度の前提は？

- ・ 医療従事者の自浄的・自発的行動
 - プロフェッショナルオートノミー Professional Autonomy
- ・ ポイントは平時(普段)からの備え
 - 院内での報告体制の充実
 - 大きな事故だけでなく、小さなことからの全数把握が理想

医療機関内での有害事象報告制度

インシデント(・アクシデント、オカランス、バリエンス)報告

自院内で発生したインシデント報告の活用
(=原因究明と再発予防策の立案・実行)

↓

医療安全対策の基本
最も実効性の高い方策

発生したインシデントが速やかにかつ
全例報告される仕組みが理想的

有害事象発生報告の考え方

- ・ 医療者中心の考え方 △
 - インシデント報告、アクシデント報告、オカランス報告
 - 何をどこまで報告するか? : 内容に差異が出る(主観的?)
 - 有害事象⇒医療事故⇒医療過誤との考えがまだあり
- ・ 患者中心の考え方 ○
 - 診療経過中、患者に生じた全ての有害事象
 - 医療者(当事者)側の理由で分けない
 - ・ 過誤・過失の有無で報告する・しないを決めるのは危険!
 - ・ 個人個人によって報告基準が「ぶれない」ことが重要
 - 報告の「入口」で分けない!
 - 術後、検査、処置合併症(バリエンス)なども報告すべき
 - ・ 賛否両論あり(特に、外科系医師? ベテラン医師?)

インシデント報告に対する考え方は様々!

<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Positive ○</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 公正性、オープン性 ・ 情報共有 ・ 医療の質向上・改善 ・ PDCAサイクルの起点 ・ 患者中心の医療 ・ 職員の保護 <ul style="list-style-type: none"> - 針刺し、クレーム対応 etc ・ 医療安全文化の醸成 ・ 自浄性、Professionalism </div>	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Negative ✕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 始末書、顛末書? ・ 自分の力不足? 知識不足? ・ 能力の低さ? ・ 強制的(仕方なく)? ・ 密告(他者のインシデント)? ・ 罰則、ペナルティー? ・ 報告作業が大変(時間外)? ・ 面倒くさい ・ 恥ずかしい(対外的にも)? </div>
--	--

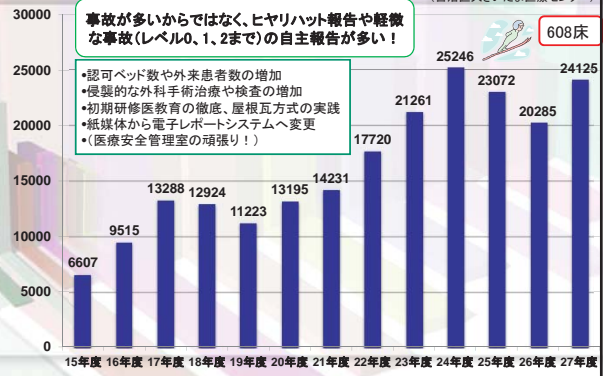
インシデント報告の隠れた(?)意義

当事者(報告者)に対する意義

- 報告者が報告画面に向く
- 状況を改めて「振り返る」
 - 反省点はないか?
 - どうすればよかったか?
 - 仕方なかったか? 自分が悪かったのか?
 - 何を伝えようか? どういう文章にするか?
 - 報告したら何か言われませんか?
- 復習の場・振り返りの場としても重要な意義!
 - 頭を冷やして考えるデブリーフィング→手術記録と同じ
 - 個々の「医療安全力」を高めるツール
 - 自分で考える、改善策や再発予防策を考える習慣



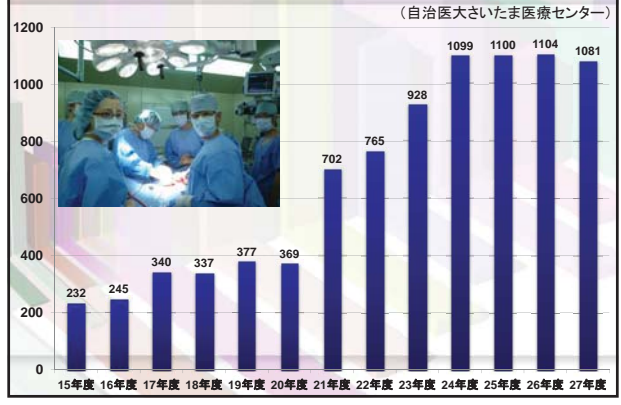
全職員からのインシデント報告年度推移



2015年度分 部門別インシデント報告数

レベル	0	1	2	3a	3b	4a	4b	5	計	%
看護師	8597	9654	2461	913	47	0	1	10	21683	89.9%
医師	131	303	193	146	211	6	20	71	1081	4.5%
薬剤部	183	97	16	0	0	0	0	0	296	1.2%
放射線部	60	143	44	4	0	0	0	0	251	1.0%
臨床検査部	65	115	16	12	1	0	0	0	209	0.9%
臨床工学部	76	129	32	3	1	0	0	0	241	1.0%
栄養部	8	145	9	0	0	0	0	0	162	0.7%
リハビリ室	27	72	30	12	1	0	0	0	142	0.6%
事務部門	4	21	3	0	0	0	0	0	28	0.1%
中央材料室	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0.0%
歯科衛生士	4	18	6	2	0	0	0	0	30	0.1%
合計	9157	10697	2810	1092	261	6	21	81	24125	100.0%
%	38.0%	44.3%	11.6%	4.5%	1.1%	0.0%	0.1%	0.0%	100.0%	

医師インシデント報告数の年度推移



医師がインシデント報告を義務付けられている事項

1. 脳梗塞あるいは脳出血: 急性性で前検査上、明らかな病変を認めるもの
2. 意識障害: JCSで2つ以上の状態が1日以上持続したもの
3. 神経障害: 多行麻痺や痺痺、その他部位での持続する神経障害を生じたもの
4. けいれん: 重症状態のもの
5. 心停止あるいは心室細動: 心臓生息を必要としたもの
6. 心筋梗塞: 新たなQ波の出現及びCPKの上昇(≥1,000u)
7. 心不全: POPSなどの補助循環を必要としたもの
8. 急性腎不全: 血液透析を必要としたもの
9. 呼吸不全: 想定外の気管挿管や人工呼吸器装着を必要としたもの
10. 肝不全: 血液浄化療法を必要としたもの
11. 術後の重篤な感染症(SSD: 菌血症、膿瘍、膿瘍、膿瘍、膿瘍、膿瘍)でVTRや再手術を要したもの
12. 敗血症ショック: 集中治療室に入室が必要となったもの
13. 重篤な視力、聴力などの感覚障害をきたしたもの
14. 多量出血(3,000ml以上)をきたしたもの
15. 内視鏡検査や処置中の消化管穿孔、膿瘍形成など
16. 造影剤や薬剤による有害事象・臓器障害(アレルギー、アナフィラキシーショックなど)
17. 心臓カテーテル検査やIVR後の心タンポナーデ及び出血や手術が必要となった血腫形成
18. 想定外の再手術(1ヶ月以内)や追加手術および予定手術時間の2倍以上もしくは4時間以上の超過延長
19. 想定外の早期再入院や死亡
20. 中心静脈導管に関連した合併症: 肺膿瘍、気胸など
21. 院内感染(ハリコールド)
22. 予定(特種)手術後の在院死亡例
23. 無断外出・離職・離職(行方不明)例
24. 医療従事者のコールまたは不具合例
25. 重大疾患(癌病変、脳梗塞、心筋梗塞、大動脈瘤、脳動脈瘤など)の見出し
26. 誤診、誤治療
27. 術後の異物遺残
28. 異型出血
29. 最寄間違え、左右間違え、前後間違え: 手術時、検査時、診察時、記録時など
30. 薬物の過剰投与、誤投与などの誤薬

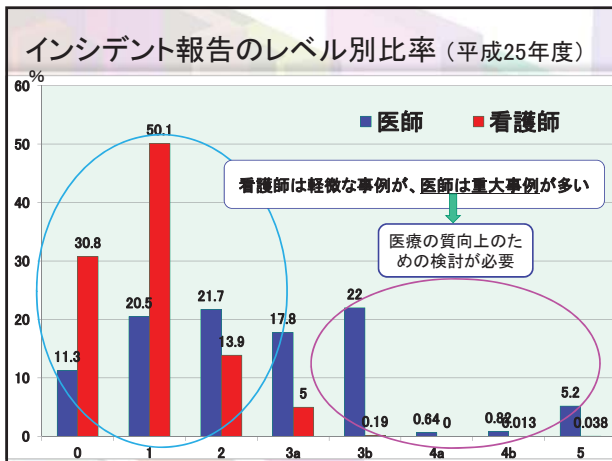
当センターでの
取り決め事項
30項目

有害事象報告は診療行為の一環!

報告すべき「医療事故」の定義
医療に関わる場所で生じた全ての有害事象
過誤・過失の有無を問わない(患者・医療従事者)

平成26年度医師インシデント報告(経験年別)






- ### 医師報告から事例検討会等への流れ
- 毎週1回の医療安全ミーティング
 - 医師からのインシデント報告を医療安全管理室(室長+補佐)からセンター長、副センター長、事務方へ報告
 - 毎回約20-30事例/週、約1時間程度
 - 全死亡事例(1週間分)の詳細も報告
 - 医師(+α)のインシデント報告から事例のピックアップ
 - 重要かつ教訓的な事例(死亡例+ヒヤリハット事例も含む)
 - センター長、副センター長、医療安全管理室長、同補佐で検討し、各種検討会の開催などを決定
 - 事例検討会(重要事例)
 - 外科系M&Mカンファランスでの検討依頼
 - 各診療科・部署内での検討依頼→書面提出
 - その他(個別指導、等)

- ### 事例検討会
- 重要かつ教訓的、様々な事例を対象
 - M&Mカンファランス形式の他(多)科横断的「検討会」
 - いわゆる「事故調査委員会」とは性格が異なる
 - 新しい制度の「院内事故調査を主体とした、医療関連死亡例の取り扱い」と対象や方法が異なる(死亡例のみではない、当事者も検討会に出席、etc)が、目指すべきところはほぼ同様
 - 医療行為に伴う有害事象の「原因究明」と「再発予防」検討
 - 個人の責任追及や懲罰目的ではない!
 - 医療の質向上のための自律的・自浄的な取り組み
 - Professional autonomy としての Peer-review
 - 背景にあるシステムエラーを抽出し、具体的・現実的・実行可能な改善策・再発予防策を策定

- ### 事例検討会の構成
- 医師+多職種参加による症例検討会(semi-closed)
 - 担当医(当事者)、関係医師(当該科科長含む)、他科医師(第三者的)、看護師、検査技師、放射線技師、臨床工学技士、薬剤師、事務職など、計15~20名程度
 - 司会: 他科の第三者的医師(教授、准教授、講師クラス)等
 - 症例提示: 当事者(主治医)
 - 議事まとめ: 他科の第三者的医師(教授、准教授、講師クラス)、多職種の所属長(技師長、看護部長など)
 - 上記メンバーは医療安全管理室で選択
 - 「センター長主催の公式な検討会」として他の業務より優先的に出席を依頼

- ### 事例検討会の概要
- 開催時期(時間)
 - 記憶が薄れない早期の開催を目指す
 - 1-2週間以内、遅くとも1か月以内
 - 17時以降 約1時間~1時間半
 - スケジュール調整が大仕事
 - 冒頭に司会者が検討会の目的を宣言
 - 原因の究明と再発予防策の策定⇒「個人の責任追及ではない」
 - 症例提示者が作成したサマリーと電子カルテを参照
 - 原因究明と再発予防
 - 出席者全員の意見を聴取
 - 議事内容をまとめ文書化→センター長へ報告
 - 議論が不十分、欠席者の意見が必要→再開催もあり
 - 2003年8月~開始→2016年12月まで274回開催済み
- 

- ### 事例検討会のフィードバック
- 医療安全管理委員会、クオリティマネジメント委員会、医療安全推進担当者(RM)会議等に報告
 - 全医師、主任クラス以上の看護師・医療職・事務職を対象とした事例検討報告会(年2回開催)
 - 出席義務化(チェック→出欠状況を科長にフィードバック)
 - 全症例の概要説明(医療安全管理室長から)
 - 1~2症例の詳細提示とコメント(当事者、司会者、議事まとめ者)
 - 医療安全管理室年報として各部署に配布
 - 事例検討会を通して種々のマニュアル策定やシステム変更を実施→評価(PDCA)

2015年 事例検討会一覧(20例)

1	耳下腺腫瘍術中の急変事例	耳鼻科、麻酔科
2	脳動静脈奇形術後の脳出血事例	脳神経外科、麻酔科
3	透析患者のシャント取扱い不具合事例	心臓外科、腎臓科
4	小児麻酔導入時の急変事例	麻酔科、小児外科
5	悪性リンパ腫治療中の急変事例	血液内科
6	大動脈解離術後のカテーテル遺残事例	心臓外科
7	内視鏡治療中の食道穿孔事例	消化器内科
8	人工血管置換術後の急変事例	心臓外科
9	神経ブロックの部位違い事例	麻酔科
10	胃切除術後に急変した悪性リンパ腫事例	外科
11	甲状腺術後の気道閉塞による急変事例	外科
12	ワーファリン内服中の脳出血事例	救急科、消化器内科
13	尿管ステント交換時の遺残事例	泌尿器科
14	骨折の診断が遅れた事例	救急科、皮膚科、整形外科
15	腎動静脈奇形に対するIVR後の急変事例	放射線科、泌尿器科
16	胃全摘術後の急変事例	外科
17	腹部大動脈瘤術後の誤嚥急変事例	心臓外科
18	新生児仮死で搬送となった事例	産科、小児科(NICU)
19	胃癌術後PCI待機中の急変事例	外科、循環器内科
20	肺切除術後の出血による急変事例	呼吸器外科

事例検討会から得られた再発予防策例

- 中心静脈カテーテル穿刺ガイドライン(認定医制度の導入)
- 注射用ベンゾジアゼピン系薬剤の使用基準の策定
- 手術室以外での気管内挿管マニュアル
- 内視鏡的胃瘻造設術(PEG)マニュアル
- 癌化学療法委員会の設置
- インフォームドコンセントの見直し→IC管理委員会の設置
- 心肺蘇生委員会の設置
- 放射線科医によるX線診断 pitfall 講演会の開催(年2回)
- 救急外来におけるめまい患者の対応指針
- 入院患者における対症指示の見直し
- 麻酔マニュアルの見直し
- 薬剤の剤型変更(例:麻酔時のリバース)
- IVR術前説明(IC)への放射線科医の介入
- 同姓(同名)患者の同一日同一病棟への入院禁止
- 理学療法士による転倒転落防止のための介助講習
- 術前抗凝固療法中止基準の制定
- 腎機能低下患者に対する造影剤使用マニュアル
- 周術期深部静脈血栓症予防ガイドライン
- 術前手術部位マーキングの施行
- 小児科薬剤オーダー時の単位変更
- 術前ブリーフィング(タイムアウト)の施行



外科系M&Mカンファランス

- 外科系診療科の総合医学講座Ⅱ全体(医師数:約150名)の術後合併症例を中心としたケースカンファランス
 - 心臓血管外科、一般・消化器外科、呼吸器外科、脳神経外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、整形外科、泌尿器科、皮膚科、眼科、歯科口腔外科、麻酔科・ICUの12診療科
- 毎月1回 第3火曜日、18時00分から約1時間~1時間半程度
- 毎回2科が持ち回りで担当:症例提示、検討(外科と心外は隔月担当)
- 術後合併症例のみならず、他科との連携で危機回避した成功事例も!
- 症例提示終了後、前月の手術室利用状況と問題症例のフィードバック
 - 3,000mL以上の大量出血、早期の再手術、申し込み予定時間の2倍以上の超過、定時手術の延長状況など→各科に注意喚起
- ICU、救急部からの報告(利用状況、RRSなど)
- 新規採用医師の紹介や連絡事項も周知する場
- 出席状況:平均70~90名(最大96名)→出席状況は毎年科長にfeedback
- 2003年から開始し、2016年12月までに138回開催済み

2015年 外科系M&Mカンファランス一覧

2015/1	一般・消化器外科	鼠径ヘルニア術後早期に大腿ヘルニア嵌頓をきたした1例
	眼科	レーザー閉鎖が無効であった閉塞性隅角緑内障の2例
2015/2	心臓血管外科	術後管理に難渋した高齢者ASO事例
	脳外科	顔面けいれんに対する減圧術時の体位による気脳症事例
2015/3	一般・消化器外科	甲状腺術後の難治性乳糜漏の1例
	皮膚科	類天疱瘡に合併した後天性血友病Aの1例
2015/4	心臓血管外科	長期免疫抑制剤使用患者における術後感染症の1例
	麻酔科	術後再挿管を要した2例
2015/5	一般・消化器外科	嵌頓鼠径ヘルニア術後早期のメッシュ感染の1例
	産科	下大静脈フィルターを使用し帝王切開した下肢静脈血栓症の1例
2015/6	心臓血管外科	脳梗塞を併発した急性大動脈解離の1例
	呼吸器外科	ステープルが原因と思われる肺切除術後出血の1例
2015/7	一般・消化器外科	肝切除後の心肺停止の1例
	耳鼻科	耳性脳膿瘍の1例
2015/9	心臓血管外科	透析中のAS+重症下肢血腫の1例
	歯科口腔外科	歯性感染症から縦隔炎に至った1例
2015/10	一般・消化器外科	乳癌に対する分子標的薬治療と心不全リスク
	泌尿器科	腎部分切除術後の合併症により腎摘に至った1例
2015/11	心臓血管外科	下行大動脈解離破裂に対する緊急手術後の腸管壊死した1例
	婦人科	Trousseau症候群と菌血症を合併した子宮頸癌の1例
2015/12	一般・消化器外科	急性胆嚢炎術後の心不全増悪から急変した1例
	整形外科	右下肢切断により救命したA型溶連菌による壊死性筋膜炎の1例

医師が医療安全に関わる上での課題

- 医療安全管理は組織横断的な活動
 - 多職種の医療従事者の関与が必要
- 医療安全管理者
 - 看護師職(師長クラス)が中心的な役割を担っている医療機関が多い
- 医療安全に関わる医師(副院長クラス?)
 - 臨床との関わり:いわゆる「名ばかり医療安全管理(責任)者、医療安全管理室長」が多い実態
 - 医師が積極的に医療安全管理に参画・関与している医療機関はまだ(現実的には)少ない!

医師が医療安全に関わる上での課題

- 医療の質向上と医療安全は表裏一体
 - 医師が積極的に関与することで医療安全は担保
 - 医療安全は臨床業務そのものと考えべき
- 問題点
 - 多くの病院勤務医師は診療業務で多忙
 - 病院全体の「医療安全」までは手が回らない事が多い
 - 種々の委員会(会議)出席や病院外での業務
 - 大学病院では学生教育や研究等も必須(教員として)
- 兼務での医療安全(管理)にはおのずと限界(制約)
- マンパワー、キャリアパス、モチベーション、インセンティブ、コンピテンシー、etc

「医療安全管理活動における専従(専任)医師の役割と意義」
 ～平成27・28年度厚生労働科学研究の成果から～

浦松 雅史
 東京医科大学 医療安全管理学講座
 東京医科大学病院 安全管理室

1

背景

医療安全管理体制は、徐々に整備されてきている



医療安全管理活動への医師の積極的な関与？
 医師の関与と医療安全の向上との関係？

2

目的

医療安全管理活動への医師の関与のあり方
 (医療機関の規模等, 病理医との連携)



医療安全管理体制向上のための
 具体的な取り組みを提言

3

方法

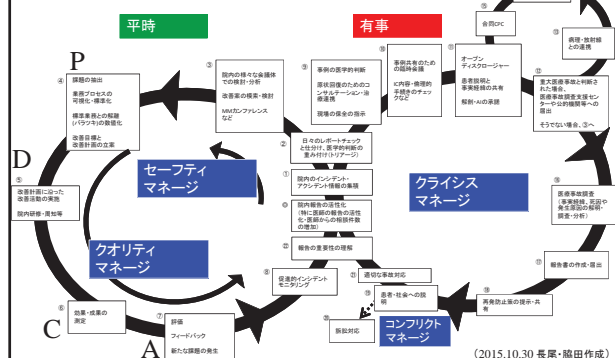
- 1 医師の医療安全管理活動への関わりについて,
 「医療安全管理のループ図」を基に調査票を作成
- 2 全病院へWeb上のアンケートへの協力依頼
「医師以外の医療資格を有する医療安全管理者」

4

結果

5

医療安全管理のループ (平成27年度厚労研究)



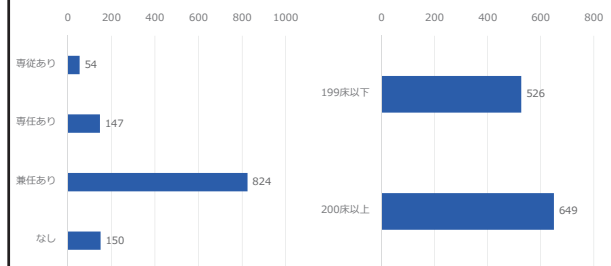
(2015.10.30 長尾・輪田作成)

アンケートの内容

- 1.はじめに
- 2.貴院の医療安全体制
- 3.貴院の医療安全活動
- 4.日常的な医療安全活動への医師のかかわり方
- 5.重大医療事故発生時の医療安全活動への医師のかかわり方
- 6.日常業務についてのあなたのお考え

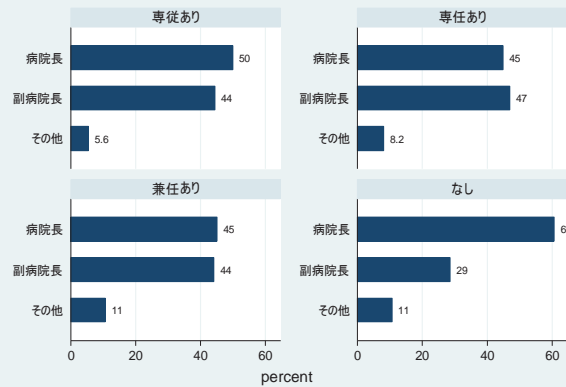
7

回答状況 (N = 1,175)



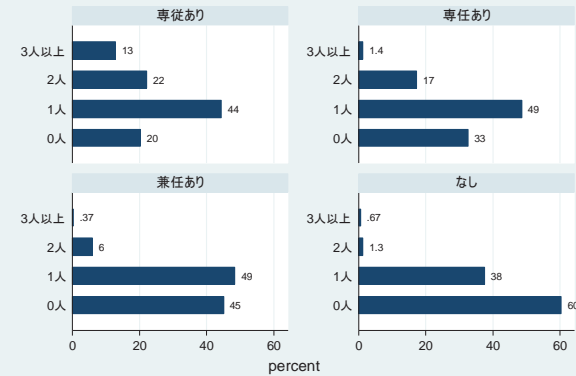
8

q8: 貴院の医療安全の責任者は誰が務めていますか？



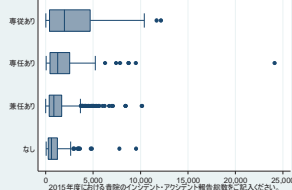
Graphs by ps_dr

q15: 「専従」として医療安全管理に携わる看護師数を教えてください。

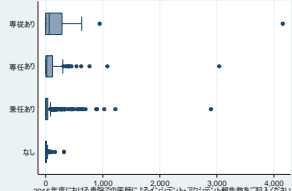


Graphs by ps_dr

q20: 2015年度における病院長のインシデント/アクシデント報告件数を記入ください。

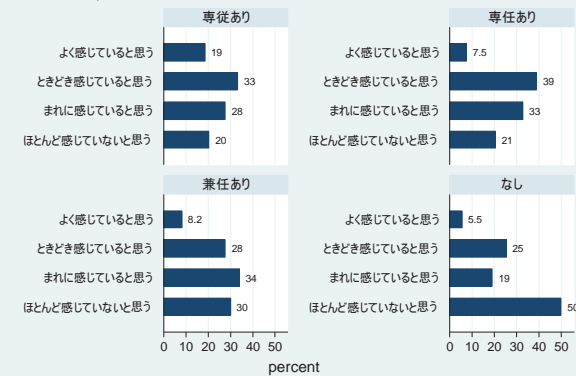


q21: 2015年度における病院長以外の医師によるインシデント/アクシデント報告件数を記入ください。

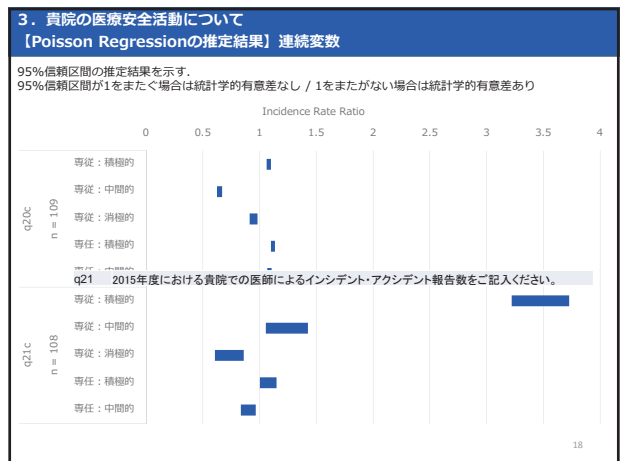
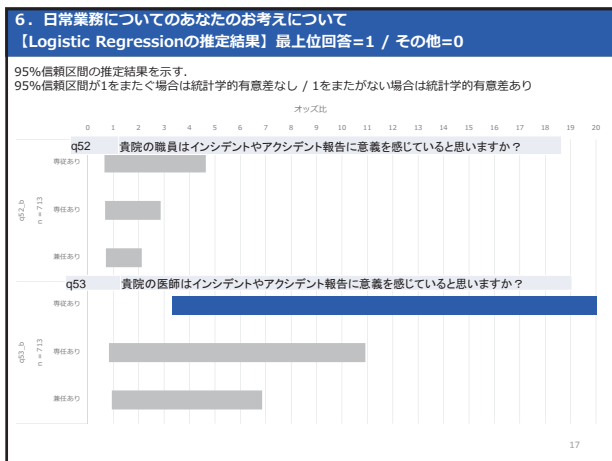
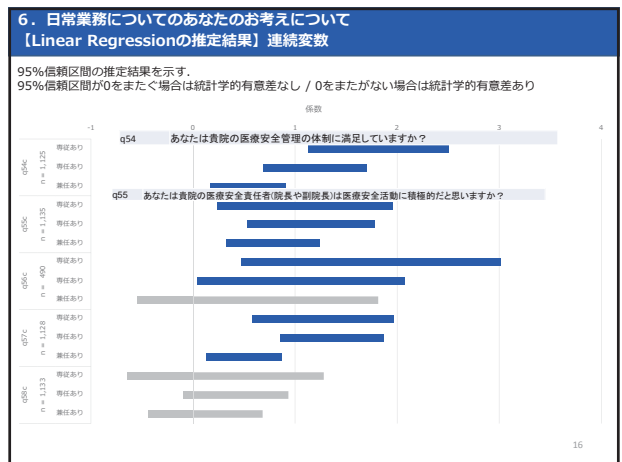
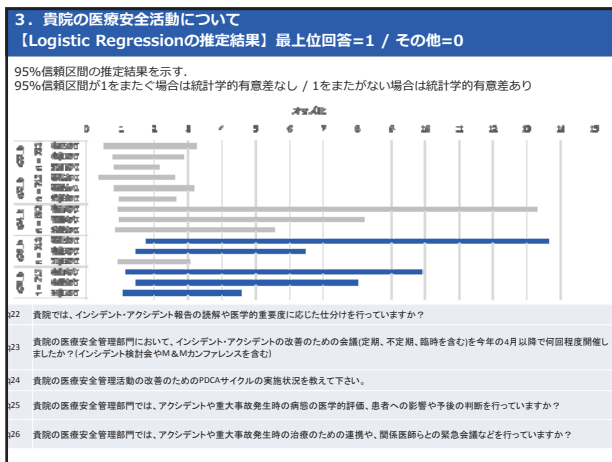
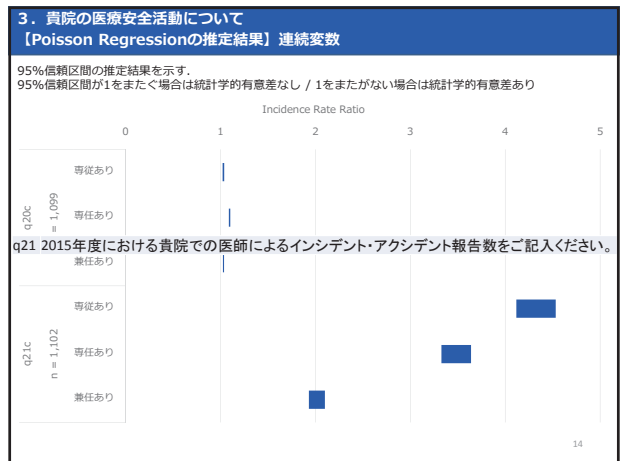
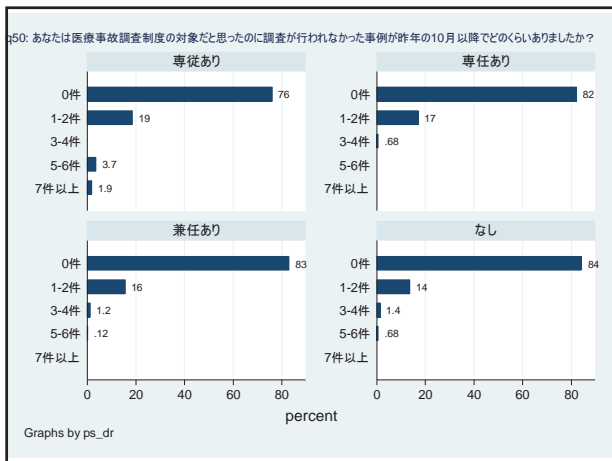


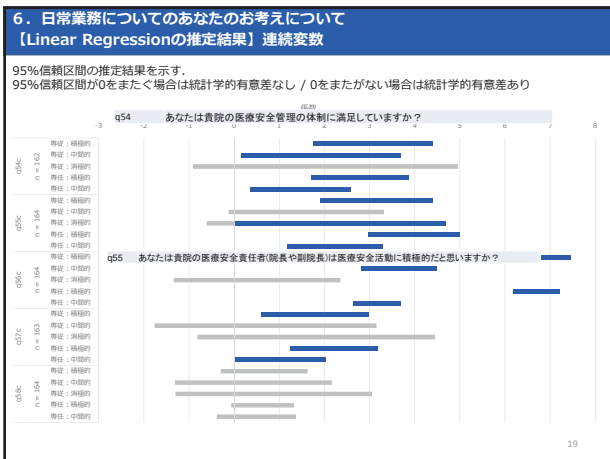
11

q53: 貴院の医師はインシデントやアクシデント報告に意義を感じていると思いますか？



Graphs by ps_dr





まとめ

専従医師の「有無」
 医師からのインシデント・アクシデント報告数が増える？

専従・専任医師の「積極性」
 専従・専任に関わらず積極的だとGRMが満足する？

↓

医療安全に活動に関して、医師を「配置」するのみではなく、「積極性(質)」が問われるようになる可能性がある

シンポジウム
「医療安全活動における医師の役割と意義」
～平成27・28年度厚生労働科学研究の成果から～

名古屋大学医学部附属病院
医療の質・安全管理部
長尾能雅

背景

医療安全対策が始まってから約15年が経過した。この間、医療安全活動への医師の関与の必要性が指摘されているが、実際にどのような業務に、どのような関与が必要とされているのかについては明らかになっていない。

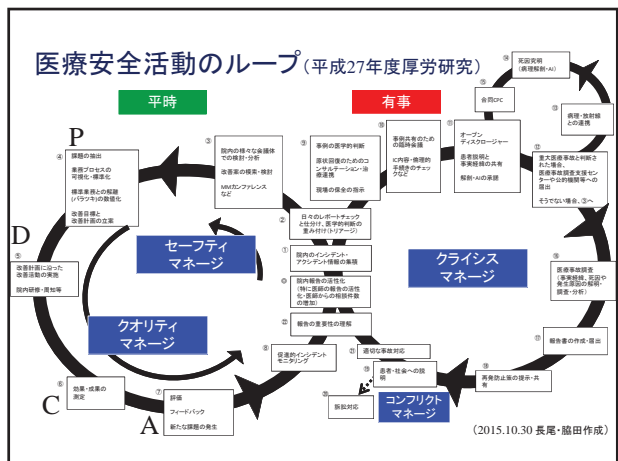
目的

まずは、医療安全管理業務の全体像を明らかにした上で、医療機関の規模等に応じた医療安全活動への医師の関与のあり方や、病理医との連携のあり方について検討し、具体的な取り組みを提言する。

方法

1. 現時点で医療機関に求められている医療安全業務の全体像を整理し、シエマ(医療安全活動のループ図)を作成する。
2. 全病院の「医師以外の医療資格を有する医療安全管理者」へWebアンケートへの協力を依頼した。

結果



アンケート内容と対象

【内容】

1. 貴院の医療安全体制
2. 貴院の医療安全活動
3. 日常的な医療安全活動への医師のかかわり方
4. 重大医療事故発生時の医療安全活動への医師のかかわり方
5. 日常業務についてのあなたのお考え

計59項目

【対象】

精神科単科病院を除いた7582病院に勤務する、医師以外の医療資格を有する医療安全管理者(本発表ではGRMと呼ぶ)

1198病院(15.8%)から回答を得た。

7

単変量解析

「医師専従あり」 vs. 「看護師・薬剤師専従あり」 vs. 「その他」

「医師専従あり」 vs. 「医師専任あり」 vs. 「医師兼任あり」 vs. 「なし」

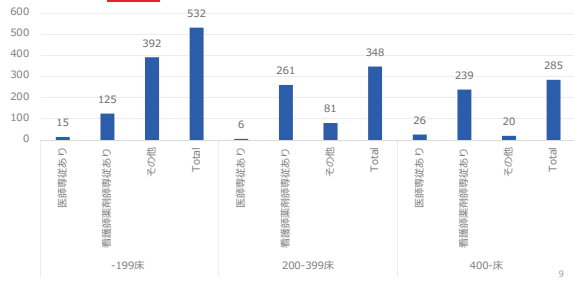
8

解析対象 (N = 1,165)

※33病院は回答内容の信頼性を確認できないため解析対象から除外

▶ 専従配置状況

- 医師専従あり：47病院 (4.0%) うち、特定機能病院：17病院
- 看護師薬剤師専従あり：625病院 (53.6%) うち、特定機能病院：37病院
- その他：493病院 (42.3%)



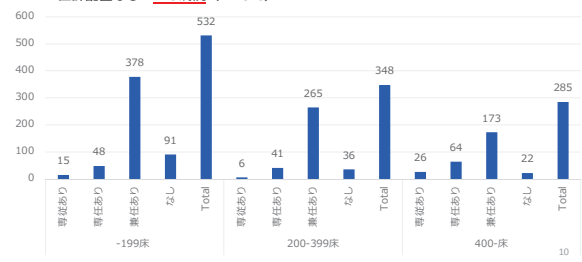
9

解析対象 (N = 1,165)

※33病院は回答内容の信頼性を確認できないため解析対象から除外

▶ 専従配置状況

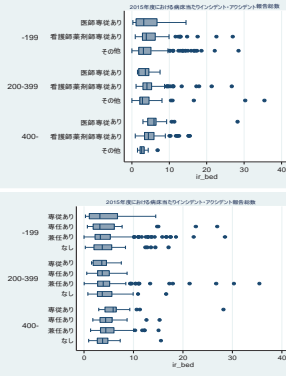
- 医師専従あり：47病院 (4.0%)
- 医師専任あり：153病院 (13.1%)
- 医師兼任あり：816病院 (70.0%)
- 医師配置なし：149病院 (12.8%)



10

報告行動

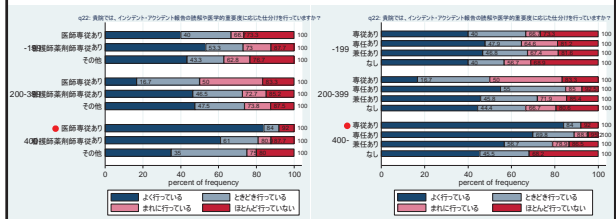
<全職員>



<医師>

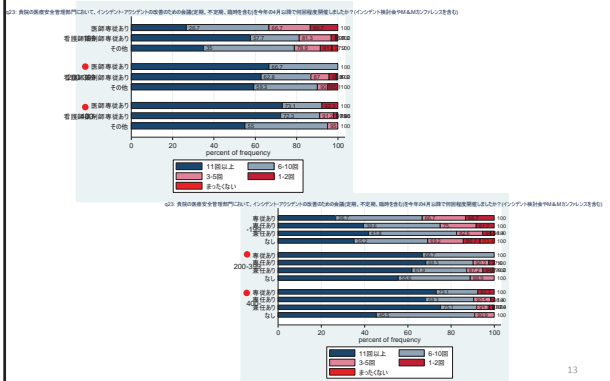


レポートの仕分け・トリアージ



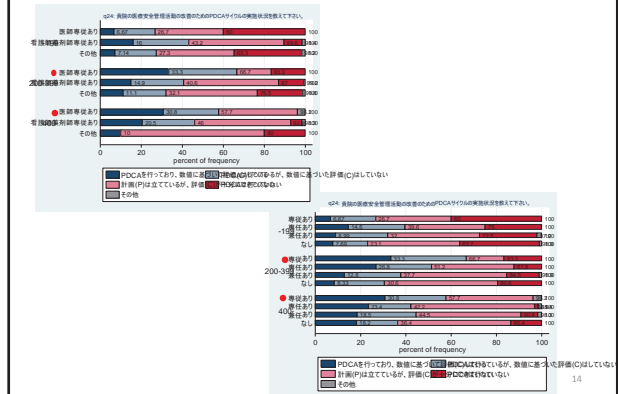
12

改善のための会議



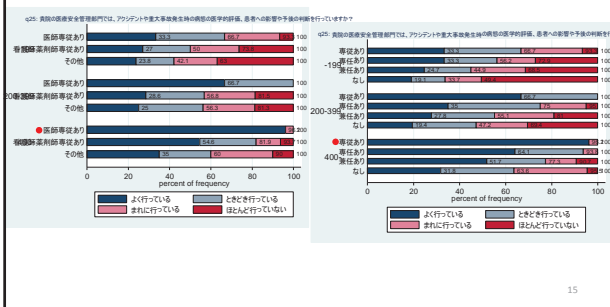
13

PDCAサイクル活動



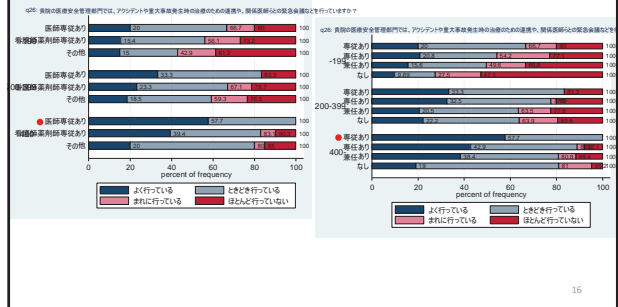
14

病態の医学的評価・予後の判断



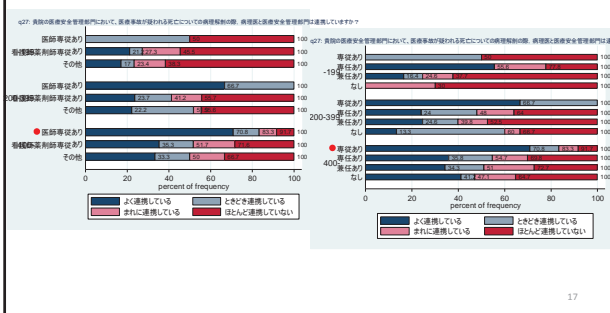
15

治療連携・緊急会議



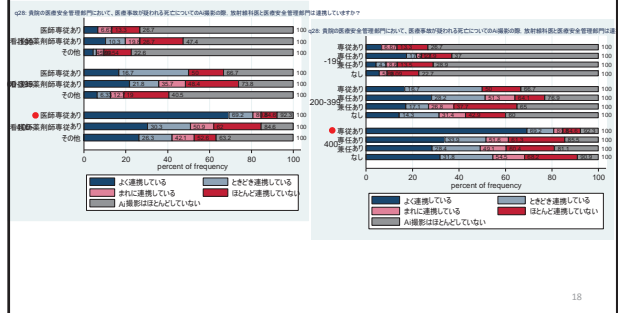
16

病理医との連携



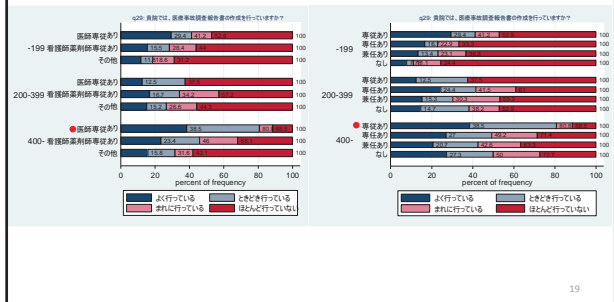
17

放射線科医との連携



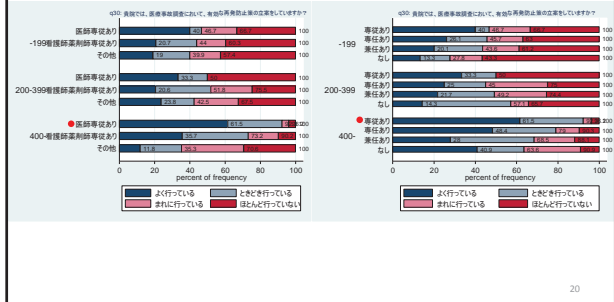
18

事故調査報告書の作成



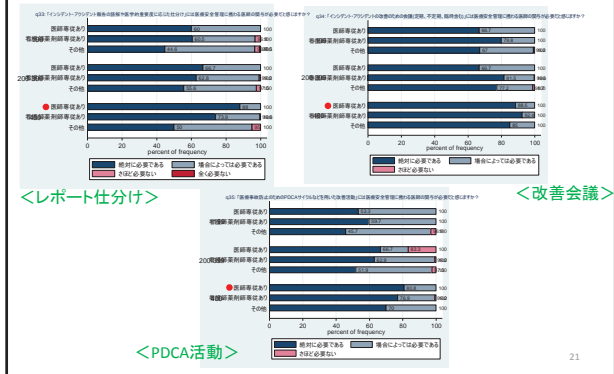
19

事故調における再発防止策の立案



20

医師の関与は必要ですか？



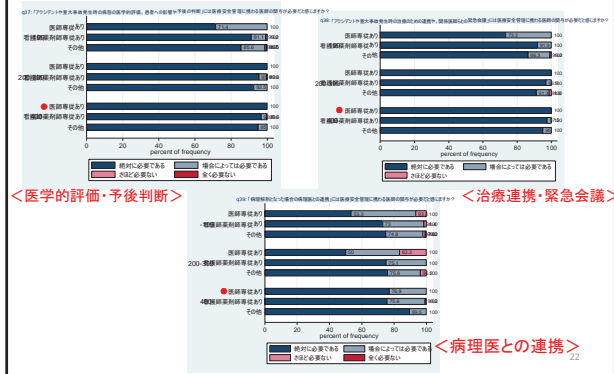
<レポート仕分け>

<改善会議>

<PDCA活動>

21

医師の関与は必要ですか？



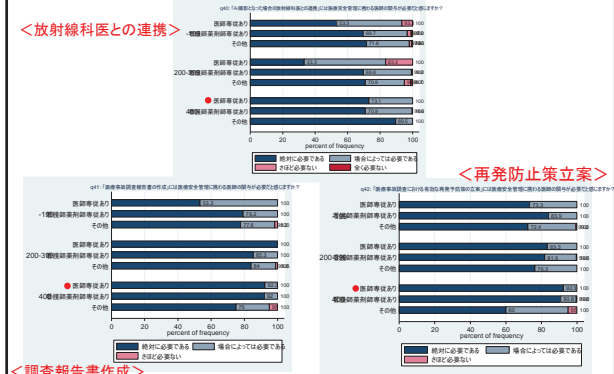
<医学的評価・予後判断>

<治療連携・緊急会議>

<病理医との連携>

22

医師の関与は必要ですか？



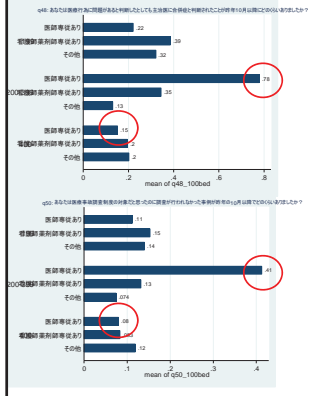
<放射線科医との連携>

<再発防止策立案>

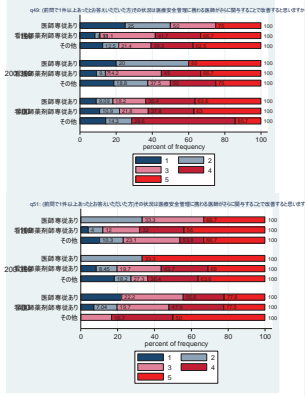
<調査報告書作成>

23

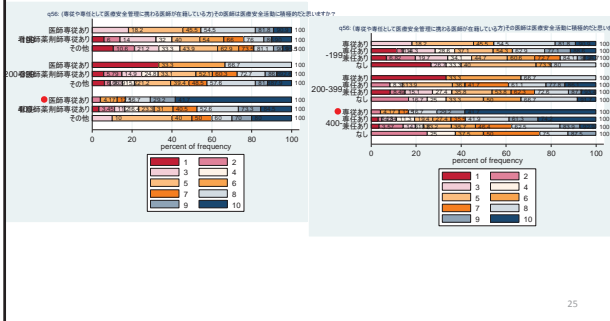
疑義があるが対応しなかった事例



医師がいると改善する？

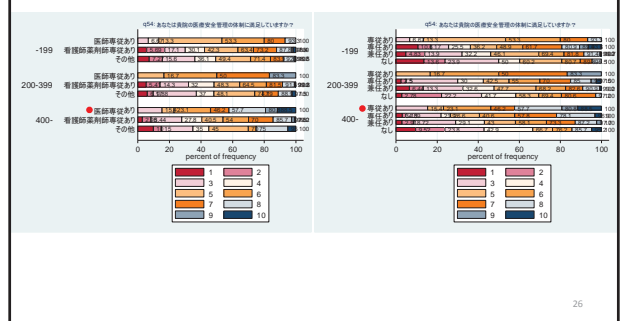


専従・専任医師の積極性



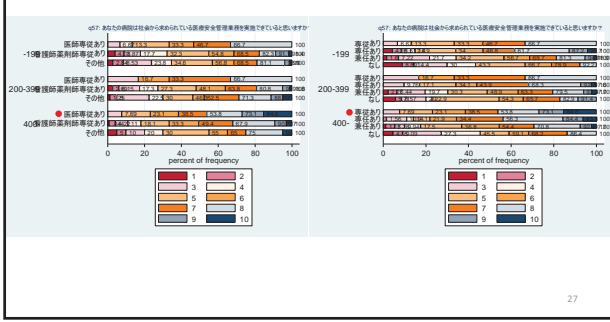
25

GRMの満足度



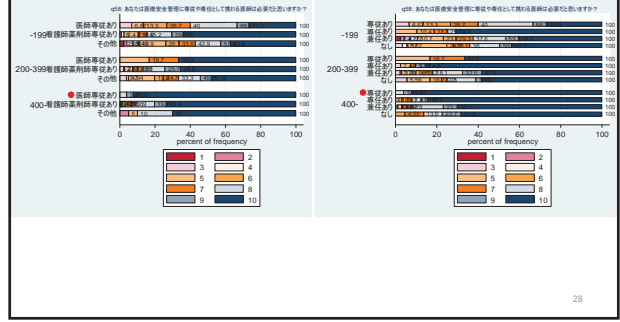
26

社会のニーズに応えられているか



27

専従・専任医師は必要か

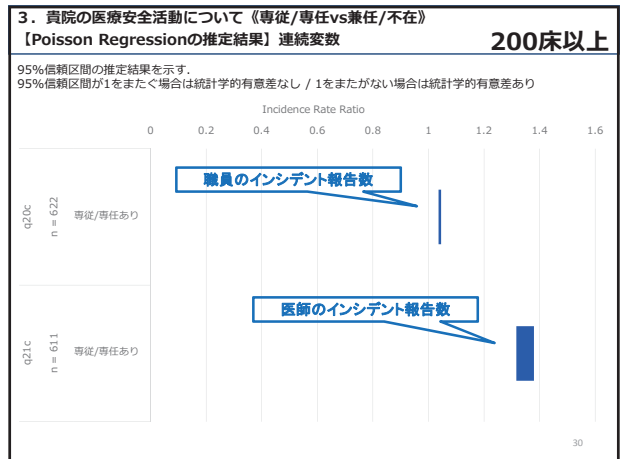


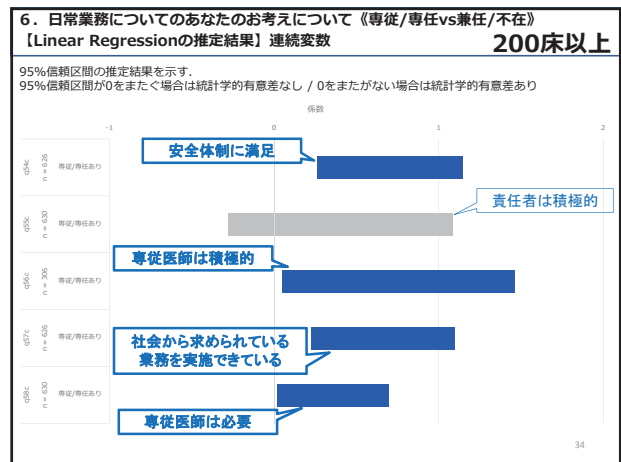
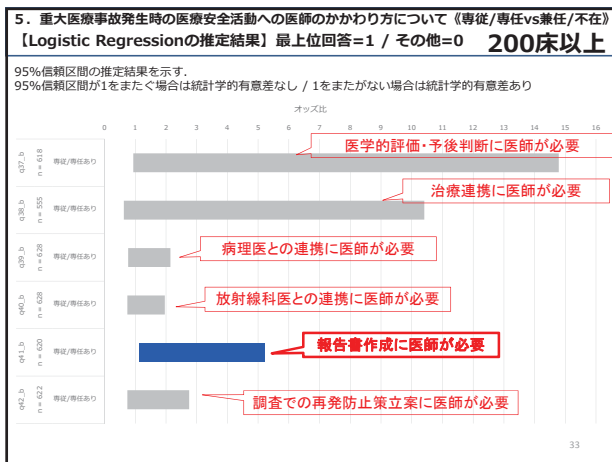
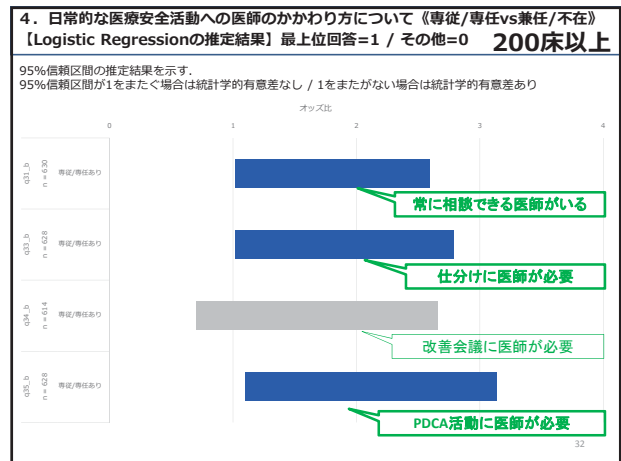
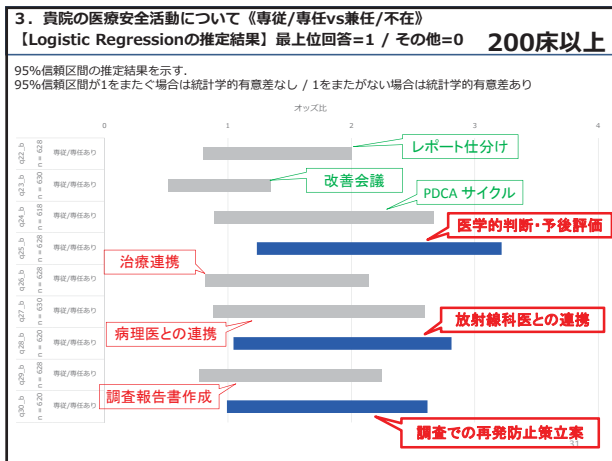
28

多変量解析 医療安全管理医師の配置状況との関連性 【200床以上病院対象】

- 【曝露変数】
- 医療安全管理医師の配置状況
- 【調整変数】
- 病床数 (連続変数)
 - 回答者職種
 - 回答者立場
 - 回答者経験年数
 - 医療安全対策加算の取得状況
 - 医療安全責任者
 - 専従医療安全看護士有無
 - 専任医療安全看護士有無
 - 専従医療安全薬剤師有無
 - 専任医療安全薬剤師有無

29





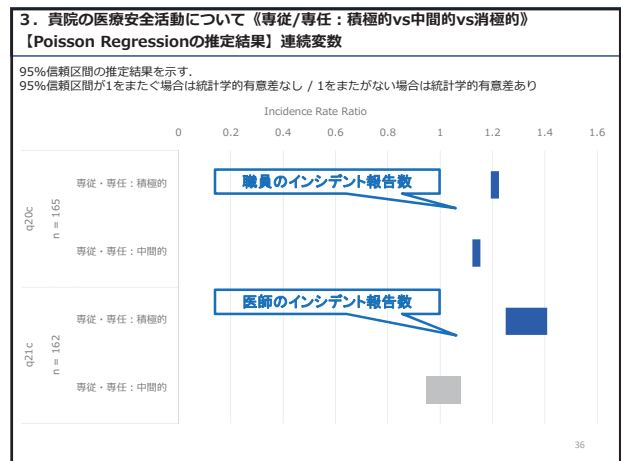
多変量解析 医療安全管理医師の積極性との関連性

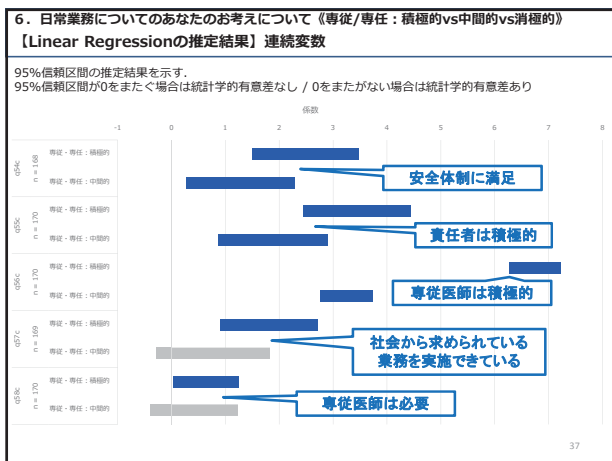
【曝露変数】
医療安全管理医師の積極性

【調整変数】

- 病床数 (連続変数)
- 回答者職種
- 回答者立場
- 回答者経験年数
- 医療安全対策加算の取得状況
- 医療安全責任者
- 専従医療安全看護師有無
- 専任医療安全看護師有無
- 専従医療安全薬剤師有無
- 専任医療安全薬剤師有無

35





多変量解析

Q54: あなたは貴院の医療安全管理の体制に満足していますか？

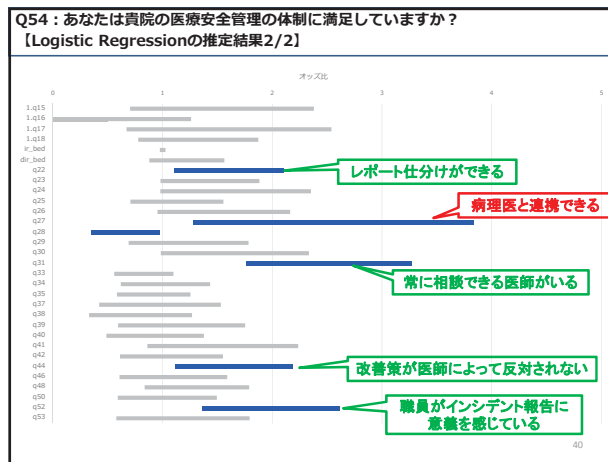
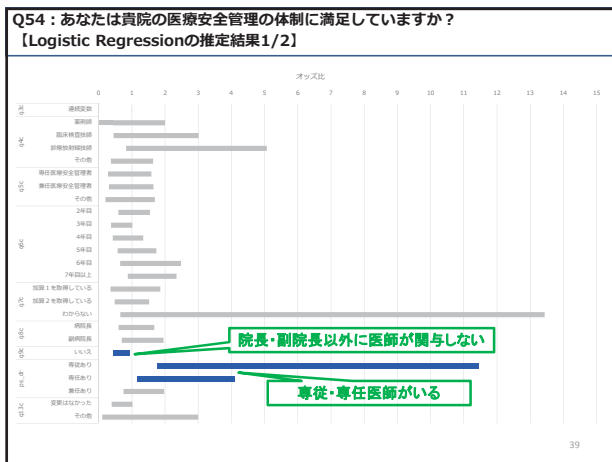
【説明変数】

- “1-5点”: 0
- “6-10点”: 1

【説明変数】

- 全調査項目を強制投入

38



まとめ

- 専従・専任医師がいる病院の場合、いない病院に比し、
 - 職員、特に医師からのインシデント・アクシデント報告が有意に多い。
 - GRMは平時、有事とも多くの業務に着手することができていると考えている(専従>専任)。
 - しかし、200-399床病院のGRMの多くは、事故調査関連業務ができていないと感じている。
 - 事故調査制度発足後の1年間で、GRMが意義を感じたのに、主治医により合併症と判断されたり、事故調査にならなかった事例が、200-399床病院では400床以上の病院に比し、約5倍存在している。
 - 400床以上の病院のGRMは、自施設の専従医師を積極性が高いと評価している。
 - 自施設は社会のニーズに応えられている、と感じるGRMが相対的に多い。
- 多くのGRMが平時・有事のいずれの業務において、医療安全に携わる医師の関与が必要と考えている。その傾向は、400床以上で、すでに専従医師が存在する病院のGRMに顕著である。
- 多くのGRMが専従・専任医師が必要と考えている。その傾向は、400床以上で、すでに専従医師が存在する病院のGRMに顕著である。

41

- 200床以上で、専従・専任医師がいる病院のGRMは、そうでない病院に比し、有意に
 - 常に相談できる医師がいる、自施設の専従医師は積極的であると考えている。
 - 自施設の安全体制に満足しており、社会のニーズに応えられていると考えている。
 - 事故発生時の医学的判断・予後評価、放射線科医との連携、事故調査における再発防止策の立案ができていると考えている。
 - レポートの仕分け、PDCAサイクル、調査報告書作成に医師の関与が必要と考えている。
 - 専従医師は必要、と考えている。
- 200床以上で、専従・専任医師が積極的な病院のGRMは、消極的な病院に比し、有意に
 - 院長、副院長などが医療安全に積極的であると考えている。
 - 自施設の安全体制に満足しており、社会のニーズに応えられていると考えている。
 - 専従医師は必要、と考えている。
- GRMが自施設の安全管理体制に満足している病院では、そうでない病院に比し、有意に
 - 専従・専任医師がおり、常に相談できる医師がいる。
 - レポートの仕分けや、事故発生時における病理医との連携ができていていると感じている。
 - GRMが重要と思った改善策が医師によって反対されることが少ない、と感じている。
 - 職員がインシデント報告に意義を感じていると考えている。

42