資料1. 専門家調査の集計結果

(1)医療安全に関する全国/制度レベル・病院レベル・臨床現場レベルの各種施策について、下記の項目を1～5段階で評価してください。

集計結果(n=24人)　中央値に濃い色(例:■)、四分位範囲(25パーセンタイルと75パーセンタイル)に薄い色(例:■)をつけました。

番号	施策	調査回	過去の医療安全への貢献度 1:小さい～5:大きい						現在の普及度合 1:低い～5:高い						今後進めるにあたっての(現状を踏まえ、追加的な措置を講じる場合の) 期待される効果						費用						緊急性						優先度						各施策へのご意見
			1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	
1	全国/制度レベルの施策																																						
1.1	認定・認証における医療安全基準	①	1	4	5	11	3	0	0	4	6	9	5	0	0	2	8	11	3	0	0	2	8	7	7	0	3	5	10	6	0	0	0	4	11	7	2	0	継続的な質評価に対する診療報酬への適応が必要。診療報酬で直接的に評価すべきである。JCIの普及は正の影響を与える可能性がある。医療者の理解の向上が望まれる。普及はしているが自主性は高くないのでは。基準のクリアのみで実効性の疑い。
		②	–	–	–	–	–	–	0	3	7	12	2	0	0	0	10	11	3	0	0	2	7	8	7	0	1	5	13	5	0	0	0	4	13	5	2	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	1	6	15	2	0	0	1	6	14	3	0	0	1	3	12	8	0	2	1	17	4	0	0	2	0	15	6	1	0	
1.2	医療安全指標に基づくデータの収集と公表	①	1	8	11	2	1	1	2	8	10	3	0	1	0	4	11	7	1	1	0	2	12	9	0	1	2	6	7	8	0	1	0	4	12	6	1	1	データの活用が課題。病院団体に限定されず、規模別などでもっと共有し合えるものを望む。データの信頼性確保が重要。報告義務病院からの報告が少ない。あまり活用できていない。真に実態を反映していない可能性。医療機関間の差があるのではないか。データベース項目の検討必要。
		②	–	–	–	–	–	–	1	9	10	3	0	1	0	3	13	6	1	1	0	0	14	9	0	1	1	2	16	4	0	1	1	1	15	5	1	1	
		③	–	–	–	–	–	–	1	7	13	2	0	1	0	1	15	7	0	1	0	0	14	8	1	1	1	0	20	2	0	1	1	0	17	4	1	1	
1.3	医療事故の院外への強制報告制度	①	2	4	8	8	2	0	1	5	9	6	3	0	0	3	10	9	2	0	1	3	13	6	1	0	1	4	13	4	2	0	0	6	7	8	3	0	報告義務対象医療機関の拡大が望まれる。まだまだ外部表出できていないと感じる。法的義務であり、必要性が高い。病院によって温度差あり。取りあえずは普及しているが、今後の在り方は要検討。強制的報告の限界あり。
		②	–	–	–	–	–	–	0	5	11	7	1	0	0	4	11	8	1	0	0	1	16	5	2	0	2	4	16	2	0	0	2	3	9	9	1	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	1	17	6	0	0	1	1	12	9	1	0	0	0	13	11	0	0	1	2	15	6	0	0	1	1	10	11	1	0	
1.4	医療安全に対する診療報酬の支払い	①	2	3	8	5	6	0	3	2	8	5	6	0	0	0	3	13	8	0	1	2	10	5	6	0	0	0	8	9	7	0	0	0	8	9	7	0	効果は大きいが現実的ではない。支払いが低すぎる。医療安全にもっと加算をつけてほしい。やっていることへの評価を。人物金時間を投入しない限り安全確保は困難である。最も行動を規制しうる。効果は大きいと考えるが、経済メリットの追求の側面が強すぎるのが欠点。チーム医療の評価を進める必要あり。医療安全にもっとお金が必要。
		②	–	–	–	–	–	–	0	6	9	6	3	0	0	0	4	14	6	0	0	2	9	9	4	0	0	0	9	6	9	0	0	0	6	8	10	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	7	9	6	2	0	0	1	4	17	2	0	0	1	7	13	3	0	0	0	9	11	4	0	0	0	6	10	8	0	
1.5	医療職の教育・訓練	①	1	4	4	12	3	0	0	6	7	10	1	0	0	0	7	10	7	0	2	2	13	7	0	0	0	3	7	8	6	0	0	1	7	6	10	0	次世代のリーダー養成に力を注ぐことが重要。基礎教育にもっと取り入れてほしい。各団体で実施している。内容の充実が求められる。恒常的に取り組むもの。取りあえずは普及しているが研修の拡大が必要。医学生・病院職員・実習を含めた研修必要。
		②	–	–	–	–	–	–	0	3	10	11	0	0	0	0	5	13	6	0	0	2	12	10	0	0	0	1	5	11	7	0	0	1	4	9	10	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	2	10	11	1	0	0	0	6	14	4	0	0	1	14	8	1	0	0	1	2	17	4	0	0	0	2	14	8	0	
1.6	電子化した診療情報の施設を越えた共有(Electronic Health Record:医療情報連携基盤)	①	5	14	3	1	1	0	6	13	5	0	0	0	1	2	8	6	7	0	0	0	2	7	15	0	1	3	10	6	4	0	1	2	7	7	7	0	開発を望む。地域限定。今後期待できるが投資が必要。地域包括ケアの基盤だが現行のHISは診療報酬中心で設計されている。以前から言われているが電子化情報共有は困難。
		②	–	–	–	–	–	–	3	17	4	0	0	0	0	3	6	8	7	0	0	0	0	10	14	0	0	2	9	10	3	0	0	2	8	11	3	0	
		③	–	–	–	–	–	–	2	17	5	0	0	0	1	2	6	9	6	0	0	0	0	10	14	0	0	2	10	10	2	0	1	1	8	12	2	0	
1.7	医療事故に対する無過失補償制度	①	3	9	4	7	1	0	4	10	5	5	0	0	1	3	8	8	4	0	0	0	7	7	10	0	2	3	7	10	2	0	2	2	9	8	3	0	医療安全への貢献度という視点？現場での医療安全の取り組みとの兼ね合い？産科医療補償制度は限定的である。医療全般に拡げるには、費用が掛かる。産科領域においては一定の貢献あり。国民的議論により、産科領域を超えた制度の創設が望まれる。産科以外の領域拡大をどう図るかが課題ではないか。産科のみでなく医療事故補償制度へ。
		②	–	–	–	–	–	–	3	14	5	2	0	0	0	4	9	8	3	0	0	0	4	10	10	0	0	3	11	7	3	0	0	3	13	6	2	0	
		③	–	–	–	–	–	–	5	17	2	0	0	0	0	4	8	10	2	0	0	0	1	11	12	0	0	2	9	11	2	0	0	2	12	8	2	0	
1.8	一般人を対象とした医療・健康・患者参加等の教育	①	6	11	6	0	1	0	6	12	6	0	0	0	2	7	5	8	2	0	1	6	12	3	2	0	1	7	7	8	1	0	2	5	10	4	3	0	もっと積極的に広報をすべき。患者参加の意味が不明確。効果を感じたことはない。正しい知識の普及をどう図るかが課題。今後必要。
		②	–	–	–	–	–	–	4	15	5	0	0	0	0	8	9	5	2	0	0	4	17	2	1	0	1	6	9	8	0	0	2	4	12	6	0	0	
		③	–	–	–	–	–	–	1	18	5	0	0	0	0	6	12	4	2	0	0	6	16	1	1	0	1	5	11	7	0	0	1	3	15	5	0	0	
1.9	医療安全に関する特定のテーマについて、政府が医療機関に取り組みを促す	①	3	4	8	8	1	0	0	4	9	10	1	0	0	1	12	8	3	0	0	3	17	3	1	0	0	5	14	3	2	0	1	4	14	2	3	0	特に医師に対する政府の取り組みを望む。診療報酬での評価が必要。法の遵守を促す必要がある。コスメティックになりがち。処分とつながる仕組みでは、本来の医療安全の動機を育てにくい。国の介入の在り方は要検討。保険加算・罰則等困難もある。
		②	–	–	–	–	–	–	0	4	11	9	0	0	1	4	8	10	1	0	0	3	16	5	0	0	1	0	20	3	0	0	1	0	20	3	0	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	4	15	5	0	0	0	3	7	13	1	0	0	2	16	6	0	0	0	2	18	4	0	0	0	2	17	5	0	0	
1.10	国全体の医療安全を管掌する公的機関(ナショナルセンター)の設置	①	1	6	5	8	4	0	0	6	9	8	1	0	0	4	4	11	5	0	1	1	6	8	8	0	1	5	10	6	2	0	2	3	7	9	3	0	機能を整理し一元化する検討を始める時期。分担ではなく統合の必要あり。分散しているので統括があると良いと思う。現組織の体制整備で十分。シンボル的だが、強制力が弱い。役割が分担されていることによる医療機関の負担軽減を図るべきではないか。医療事故調査制度を少し経過を見てから。
		②	–	–	–	–	–	–	0	6	12	6	0	0	1	1	6	13	3	0	0	0	7	10	7	0	1	1	15	7	0	0	1	1	11	10	1	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	6	15	3	0	0	0	1	5	17	1	0	0	1	3	12	8	0	0	2	13	9	0	0	0	2	12	10	0	0	

番号	施　策	調査回	過去の医療安全への貢献度 1:小さい～5:大きい						現在の普及度合 1:低い～5:高い						今後進めるにあたっての（現状を踏まえ、追加的な措置を講じる場合の） 期待される効果						費　用						緊急性						優先度						各施策へのご意見
			1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	
2	病院レベルの施策																																						
2A	組織全体の取り組み																																						
2.1	医療安全を含めたガバナンスと説明責任の確立	①	1	9	8	4	2	0	0	7	7	8	2	0	0	2	3	13	6	0	0	7	12	5	0	0	0	3	7	8	6	0	0	2	7	8	7	0	ある程度は普及済。重要だが、ガバナンスを正確に理解できていない。病院毎のバラツキが大きい。実績を上げるには、時間がかかる。施設間格差があるのではないか。形式はつくれるが内容を伴わない。
		②	–	–	–	–	–	–	0	6	13	5	0	0	0	1	3	15	5	0	0	4	16	4	0	0	2	1	4	15	2	0	2	1	3	12	6	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	7	12	5	0	0	0	2	2	20	0	0	0	3	15	6	0	0	0	3	5	15	1	0	1	2	3	16	2	0	
2.2	医療事故やヒヤリ・ハットの報告・管理の仕組み	①	2	1	4	14	3	0	0	1	4	11	8	0	0	0	12	7	5	0	0	2	18	4	0	0	1	6	10	5	2	0	0	5	10	5	4	0	全体としては院内の管理は不十分。分析が不十分である。恒常的に取り組むべきだが、活用方法にバラつき有り。再発防止につながらなくても、報告すること自体に意義が大きい。報告システムは普及しているが結果が活用されているか。報告文化と非懲罰性を病院レベルで徹底必要。
		②	–	–	–	–	–	–	0	0	7	8	9	0	0	0	5	16	3	0	0	2	18	4	0	0	0	1	16	7	0	0	0	2	14	7	1	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	0	5	12	7	0	0	0	6	16	2	0	0	2	19	3	0	0	0	2	15	7	0	0	0	1	15	8	0	0	
2.3	患者・家族による医療事故・苦情・意見等の報告の仕組み	①	1	9	9	4	1	0	1	7	7	6	3	0	0	9	11	3	1	0	4	5	14	1	0	0	1	9	11	2	1	0	0	10	11	2	1	0	患者への安全教育も併せて行う必要あり。患者家族の意見もよいが、医療者の取り組みが重要。患者の声は重要だが、事故防止には直接繋がらない。建設的な結果に結びついていない。
		②	–	–	–	–	–	–	0	9	9	4	1	1	0	9	12	0	2	1	2	8	12	1	0	1	0	8	12	3	0	1	0	8	14	1	0	1	
		③	–	–	–	–	–	–	0	9	9	5	0	1	0	7	11	4	1	1	2	3	17	1	0	1	0	5	15	3	0	1	0	6	16	1	0	1	
2.4	医療安全指標のモニタリングと現場へのフィードバック	①	3	5	11	4	0	1	3	5	9	6	0	1	1	1	7	11	3	1	0	4	14	5	0	1	1	1	11	7	3	1	1	1	9	10	2	1	分析と改善が必要。ノウハウがまだまだ身についていない。何を測るかが重要。何を指標とするかが問題。どのようにフィードバックを図るのかが課題。効果に疑問。
		②	–	–	–	–	–	–	1	7	11	4	0	1	0	1	9	13	0	1	0	3	14	6	0	1	0	1	12	9	1	1	0	0	11	12	0	1	
		③	–	–	–	–	–	–	0	11	8	4	0	1	0	1	8	14	0	1	0	2	15	5	1	1	0	0	16	7	0	1	0	1	10	12	0	1	
2.5	患者参加の取り組み	①	3	10	6	3	1	1	3	8	8	4	0	1	0	0	8	10	5	1	0	7	10	6	0	1	0	4	7	9	3	1	0	3	7	9	4	1	国民の医療安全文化が醸成されていない中での「参加」は慎重であるべき。患者参加の意味が不明確。患者教育が重要。内容にバラつき有り。形式的には普及しているが質の評価が必要。今後絶対必要。
		②	–	–	–	–	–	–	2	10	11	0	0	1	0	1	10	10	2	1	0	8	13	2	0	1	0	3	9	11	0	1	0	3	8	10	2	1	
		③	–	–	–	–	–	–	0	14	9	0	0	1	0	0	11	10	2	1	0	4	15	4	0	1	0	2	11	10	0	1	0	2	6	13	2	1	
2.6	患者情報の伝達方法の標準化と訓練	①	3	5	10	4	2	0	0	9	9	5	1	0	0	1	3	14	5	1	0	7	10	4	2	1	0	1	6	13	3	1	0	1	4	13	5	1	いかに本格的に導入できるかが鍵。取りあえず普及していると思われるが。
		②	–	–	–	–	–	–	0	8	10	5	0	1	0	1	1	19	2	1	0	2	18	3	0	1	0	1	3	16	3	1	0	1	2	18	2	1	
		③	–	–	–	–	–	–	0	9	12	2	0	1	0	1	1	21	0	1	0	2	18	3	0	1	0	0	6	17	0	1	0	0	2	21	0	1	
2.7	情報技術を用いた医療安全対策	①	3	5	8	6	2	0	0	6	9	8	1	0	0	2	5	8	8	1	0	0	0	6	17	1	1	1	5	7	9	1	0	2	4	6	11	1	ITに起因する不具合の検討が必要。電子カルテメーカーとの協働が求められる。画像や病理診断において、癌の診断が多いので、読影支援システムの充実が望まれる。情報システムの評価を行う必要があるのではないか。チェックのみで内容までのチェックは高度な対応必要。
		②	–	–	–	–	–	–	1	3	10	9	1	0	0	0	4	13	7	0	0	0	0	8	16	0	0	2	2	10	10	0	0	2	2	10	10	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	3	13	7	1	0	0	1	4	12	7	0	0	0	0	7	17	0	0	2	2	12	8	0	0	2	2	13	7	0	
2.8	業務量に応じた人員配置	①	1	8	12	2	1	0	1	11	8	4	0	0	1	0	5	10	7	1	1	0	3	5	14	1	1	0	6	6	10	1	1	0	5	8	9	1	適切の定義が必要。費用対効果が重要。業務の視覚化・整理を先行させる必要あり。施設間格差がおおきいのではないか。どこも人手不足。必要量の推定困難。
		②	–	–	–	–	–	–	1	13	8	2	0	0	0	0	8	13	3	0	0	0	4	9	11	0	0	1	7	10	6	0	0	1	6	6	11	0	
		③	–	–	–	–	–	–	1	15	7	1	0	0	0	0	7	14	3	0	0	1	2	9	12	0	0	0	6	13	5	0	0	0	4	10	10	0	
2.9	医療安全文化の醸成	①	3	4	10	6	1	0	1	4	9	9	1	0	0	1	6	13	4	0	0	5	13	6	0	0	0	3	10	8	3	0	0	1	9	10	4	0	病院の規模、地域性、リーダーシップによっても差が大きい。医師が非協力的であり、政策を望む。恒常的な取り組み。取りあえずはできていると思われるが。すでに行われている。
		②	–	–	–	–	–	–	0	4	12	7	1	0	0	0	8	15	1	0	0	3	17	3	1	0	0	2	15	6	1	0	0	0	8	15	1	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	3	17	3	1	0	0	0	11	12	1	0	0	1	20	3	0	0	0	1	15	8	0	0	0	0	10	14	0	0	
2B	特定の分野での取り組み																																						
2.10	院内感染の検知・報告・サーベイランスの仕組み	①	1	3	5	9	6	0	0	4	5	7	8	0	0	1	7	11	5	0	0	1	9	12	2	0	0	4	8	7	5	0	0	5	7	6	6	0	現状継続及び新型感染症への取り組み。専門外で不明だが、効果を上げているように見える。質の向上が課題ではないか。明かな目的・分野で効果大。
		②	–	–	–	–	–	–	0	1	4	14	5	0	0	1	4	15	4	0	0	0	12	12	0	0	0	0	12	9	3	0	0	0	8	12	4	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	0	6	17	1	0	0	0	4	18	2	0	0	0	10	14	0	0	0	0	10	12	2	0	0	0	8	15	1	0	
2.11	手指衛生の取り組み	①	1	3	9	7	4	0	0	4	8	7	5	0	0	0	5	13	6	0	2	8	8	6	0	0	0	3	6	11	4	0	0	4	5	10	5	0	タイミング、質的なモニタリング。まぁいいかがなくならない。永遠の課題である。何を測定するかが重要。取りあえず普及していると思われる。すでに行われている。
		②	–	–	–	–	–	–	0	1	9	11	3	0	0	0	3	14	7	0	2	6	15	1	0	0	0	3	5	13	3	0	0	2	2	15	5	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	1	9	12	2	0	0	0	3	16	5	0	0	7	8	8	1	0	0	2	7	12	3	0	0	1	2	17	4	0	
2.12	抗菌剤の適正使用	①	3	5	6	9	1	0	2	4	11	6	1	0	0	0	1	16	7	0	2	4	13	4	1	0	0	0	7	12	5	0	0	2	5	11	6	0	使用量の増加、クリニカルパス。かなり実施されている。徐々に普及してきた？施設内のみならず地域での評価が必要。専門部門必要。
		②	–	–	–	–	–	–	1	3	13	6	1	0	0	0	3	16	5	0	1	2	17	3	1	0	0	1	8	11	4	0	0	1	4	14	5	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	2	19	3	0	0	0	2	1	19	2	0	0	6	12	4	2	0	0	1	6	15	2	0	0	1	5	16	2	0	
2.13	輸血用血液製剤の管理方法の標準化	①	1	3	4	10	5	1	0	1	7	10	5	1	0	2	5	11	5	1	2	3	13	4	1	1	1	4	7	10	1	1	2	3	7	9	2	1	医療機関による差がある。かなり実施されている。それでもまだ完全ではない。施設毎のバラツキが起きい。取りあえず普及していると思われる。すでに行われている。
		②	–	–	–	–	–	–	0	0	3	14	6	1	0	1	5	11	6	1	2	2	15	4	0	1	0	3	8	10	2	1	1	1	9	8	4	1	
		③	–	–	–	–	–	–	0	0	6	13	4	1	0	2	5	12	4	1	0	3	14	6	0	1	0	3	8	11	1	1	0	2	10	9	2	1	
2.14	医療器具の滅菌方法の標準化	①	1	3	6	9	5	0	0	2	7	9	6	0	0	1	7	8	8	0	2	2	10	7	3	0	1	2	12	7	2	0	1	2	11	6	4	0	単回使用。かなり実施されている。専門外のため現状不明。取りあえず普及していると思われる。すでに行われている。
		②	–	–	–	–	–	–	0	0	7	12	5	0	0	0	7	9	8	0	2	0	11	9	2	0	0	4	12	6	2	0	1	4	10	6	3	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	0	7	11	6	0	0	2	7	10	5	0	0	2	11	9	2	0	0	5	13	5	1	0	0	4	13	5	2	0	

番号	施　策	調査回	過去の医療安全への貢献度 1:小さい～5:大きい						現在の普及度合 1:低い～5:高い						今後進めるにあたっての（現状を踏まえ、追加的な措置を講じる場合の） 期待される効果						費　用						緊急性						優先度						各施策へのご意見
			1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	
3	**臨床現場レベルの施策**																																						
3A	薬剤に関連した有害事象対策																																						
3.1	患者が服薬中の薬剤の定期的な評価・見直し	①	2	12	1	7	1	1	1	10	5	5	2	1	0	0	2	12	9	1	2	0	9	6	6	1	0	1	4	13	5	1	0	1	1	14	7	1	病棟薬剤師の役割の標準化は急ぐべき。病棟薬剤師の介入が有効。推進が望まれる。以前に比べれば普及したが、今後更なる質の向上が必要。薬剤部に新たな人員必要。
		②	–	–	–	–	–	–	0	6	12	5	1	0	0	0	2	14	8	0	1	2	7	9	5	0	0	2	3	16	3	0	0	2	2	12	8	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	5	14	4	0	1	0	1	1	15	6	1	0	2	10	7	4	1	0	1	3	15	4	1	0	1	1	13	8	1	
3.2	転記・読み取りミスを減らす対策	①	1	8	4	6	4	1	0	5	11	6	1	1	0	1	4	12	6	1	0	3	5	11	4	1	0	2	9	9	3	1	0	2	7	10	4	1	持参薬の情報を転記することがある。手書きによるエラーは減少。推進が望まれる。情報システムとの兼ね合い。すでに基本は行われている。
		②	–	–	–	–	–	–	0	3	10	10	1	0	0	1	3	13	7	0	0	2	7	10	5	0	0	2	7	10	5	0	0	1	4	13	6	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	3	11	10	0	0	0	1	3	15	5	0	0	2	6	12	4	0	0	2	3	15	4	0	0	1	3	16	4	0	
3.3	医療安全面の機能を充実させた輸液ポンプ・シリンジポンプ（スマートポンプ）の導入	①	2	7	6	6	3	0	2	4	13	4	1	0	0	2	2	14	6	0	1	1	1	10	11	0	1	2	10	8	3	0	1	2	8	10	3	0	機器はモデルチェンジするため行政の介入が必要。費用対効果。病院の経営事情などに左右される。モノの面から一層の改善の余地ありと考える。機種の統一化が課題。すでに現行の中では機器側は充実、運用に問題。
		②	–	–	–	–	–	–	0	5	14	4	1	0	0	1	3	16	4	0	1	1	0	8	14	0	1	2	6	13	2	0	1	2	6	14	1	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	6	15	2	1	0	0	3	4	15	2	0	0	2	0	10	12	0	0	3	6	13	2	0	0	3	5	15	1	0	
3B	感染制御																																						
3.4	無菌操作法や感染予防対策の標準化	①	1	3	4	7	8	1	0	1	7	10	5	1	0	1	5	11	6	1	1	1	9	7	5	1	1	3	7	7	5	1	1	4	6	6	6	1	継続して強化する。継続必要。質の向上と徹底が必要。すでに行われている。徹底の部分必要。
		②	–	–	–	–	–	–	0	1	4	16	3	0	0	0	2	16	6	0	0	3	3	11	7	0	1	2	9	9	3	0	0	3	6	11	4	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	1	5	16	2	0	0	1	2	17	4	0	0	1	4	14	5	0	0	2	8	12	2	0	0	3	5	14	2	0	
3.5	尿道カテーテルの使用・挿入方法の標準化	①	2	5	6	6	4	1	1	2	7	9	4	1	1	1	8	9	4	1	2	5	10	4	2	1	1	3	14	4	1	1	2	2	13	5	1	1	使用しない方向で。閉鎖式のものを使用する。恒常的取り組み。一応普及していると思われる。すでに行われている。徹底の部分必要。
		②	–	–	–	–	–	–	0	2	6	14	1	1	1	0	6	15	1	1	1	4	11	6	1	1	1	2	14	5	1	1	1	2	15	4	1	1	
		③	–	–	–	–	–	–	0	0	8	14	1	1	0	1	3	18	1	1	0	3	14	6	0	1	0	2	15	6	0	1	0	3	16	4	0	1	
3.6	中心静脈カテーテルの挿入方法の標準化	①	1	3	6	10	4	0	0	2	8	12	2	0	0	0	3	13	8	0	0	2	7	10	5	0	0	3	8	10	3	0	0	1	8	11	4	0	定期的な研修会の実施が必要。専門家の協力必要。実技研修の普及が課題。いまだに事故多くシミュレーション等必要。
		②	–	–	–	–	–	–	0	0	11	12	1	0	0	1	4	15	4	0	0	1	8	12	3	0	0	2	7	12	3	0	1	2	5	14	2	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	1	12	9	2	0	0	1	1	19	3	0	0	0	11	11	2	0	0	2	6	15	1	0	0	2	4	17	1	0	
3.7	人工呼吸器関連肺炎の予防方法の標準化	①	1	4	9	8	1	1	0	4	8	9	2	1	0	0	6	14	3	1	1	2	13	4	3	1	1	3	8	9	2	1	1	1	10	9	2	1	専門外のため不明。一応普及していると思われる。すでに行われている。徹底のみ。
		②	–	–	–	–	–	–	0	4	10	9	1	0	0	0	8	14	2	0	1	2	13	8	0	0	0	2	14	6	2	0	0	3	11	9	1	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	2	13	8	0	1	0	1	4	16	2	1	0	2	13	8	0	1	0	1	14	7	1	1	0	1	10	11	1	1	
3C	周術期の安全																																						
3.8	処置・手術のチェックリスト	①	1	3	7	8	4	1	0	4	7	10	2	1	0	1	5	12	5	1	6	3	11	2	1	1	1	3	7	9	3	1	1	1	6	10	5	1	普及にバラつき有り。一応普及していると思われる。すでに行われている。徹底のみ。
		②	–	–	–	–	–	–	0	0	7	15	2	0	0	0	3	16	5	0	3	5	14	2	0	0	0	1	8	13	2	0	0	2	5	13	4	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	0	11	10	3	0	0	1	1	20	2	0	1	4	18	1	0	0	0	1	7	16	0	0	0	1	4	18	1	0	
3.9	手術室内の情報の統合・一覧性の向上	①	2	8	7	4	3	0	1	9	9	5	0	0	0	1	4	14	5	0	3	2	7	4	8	0	1	2	8	10	3	0	1	1	10	8	4	0	RFIDを使用した機器管理。ITの改良が必要。予算に余裕があれば。手術室の機能が複雑になっていることから、情報の統合は重要。機器の発展、表示の標準化が必要。機器の種類、新製品への交換等、現状では不可。
		②	–	–	–	–	–	–	0	8	14	2	0	0	0	0	4	19	1	0	1	2	6	7	8	0	0	1	11	10	2	0	0	1	11	9	3	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	6	16	2	0	0	0	1	5	17	1	0	0	2	10	6	6	0	0	1	12	10	1	0	0	2	9	13	0	0	
3.10	周術期の投薬方法の標準化	①	1	6	7	7	2	1	0	5	8	9	1	1	0	1	2	15	5	1	4	7	6	5	1	1	1	1	4	13	4	1	1	2	3	13	4	1	エビデンスあることは推進すべき。周術期への薬剤師関与を高める必要あり。投薬の手順はごく基本以外個別。一部統一しても効果なし。
		②	–	–	–	–	–	–	0	2	11	10	0	1	0	0	2	21	0	1	1	5	10	7	0	1	0	2	4	17	0	1	0	3	2	18	0	1	
		③	–	–	–	–	–	–	0	3	13	7	0	1	0	1	2	19	1	1	1	4	14	4	0	1	0	1	6	16	0	1	0	1	4	18	0	1	
3D	その他の分野の対策																																						
3.11	深部静脈血栓の予防方法の標準化	①	2	2	8	7	4	1	0	3	7	11	2	1	0	0	5	13	5	1	1	2	12	6	2	1	0	2	7	13	1	1	0	2	8	12	1	1	エビデンスあることは推進すべき。徹底方法が課題。すでに行われている。新しい標準が必要。
		②	–	–	–	–	–	–	0	1	6	15	1	1	1	0	2	18	2	1	1	1	12	9	0	1	0	1	7	15	0	1	0	1	5	16	1	1	
		③	–	–	–	–	–	–	0	0	8	14	1	1	0	0	3	18	2	1	0	2	11	10	0	1	0	2	4	17	0	1	0	1	3	19	0	1	
3.12	主要な疾患の治療方法の標準化	①	2	1	12	6	2	1	0	3	12	7	1	1	0	0	3	15	5	1	3	7	8	4	1	1	1	1	8	12	1	1	1	0	8	13	1	1	エビデンスあることは推進すべき。標準化の一層の推進が必要。標準化の普及が課題。すでに行われている。
		②	–	–	–	–	–	–	0	2	15	5	1	1	0	1	5	17	0	1	1	2	13	7	0	1	0	0	8	15	0	1	0	0	8	15	0	1	
		③	–	–	–	–	–	–	0	1	16	5	1	1	0	2	2	19	0	1	0	5	12	6	0	1	0	2	5	16	0	1	0	2	4	17	0	1	
3.13	褥瘡の予防方法の標準化	①	1	2	11	6	3	1	0	1	7	10	5	1	0	1	7	12	3	1	2	7	9	4	1	1	1	7	10	4	1	1	1	6	8	7	1	1	マットレスの変更、評価・ポジショニングのスキル。介護施設との連携が必要。エビデンスあることは推進すべき。標準化の普及が課題。すでに行われている。
		②	–	–	–	–	–	–	0	0	10	13	0	1	0	0	8	14	1	1	1	1	14	7	0	1	0	2	12	9	0	1	0	0	17	6	0	1	
		③	–	–	–	–	–	–	0	0	7	16	0	1	0	2	5	15	1	1	0	2	16	5	0	1	0	3	13	7	0	1	0	3	13	7	0	1	
3.14	転倒・転落の予防方法の標準化	①	2	3	9	6	2	2	0	2	7	9	4	2	0	4	9	6	3	2	1	3	4	8	6	2	1	4	5	8	4	2	0	5	6	8	3	2	対応の標準化を国レベルで行ったらその遵守に重きをおく。患者が「転ばないこと」を評価とするのは無理がある。医療界の施策の不足、全体の問題になっていない。外来患者への定期的評価が遅れている。効果が正確に視覚化されていない印象有り。標準化の普及が課題。すでに行われている。
		②	–	–	–	–	–	–	0	1	10	9	3	1	0	2	16	4	1	1	1	0	9	10	3	1	0	5	9	7	2	1	0	2	10	9	2	1	
		③	–	–	–	–	–	–	0	2	8	11	2	1	0	1	12	8	2	1	0	1	9	12	1	1	0	2	13	8	0	1	0	1	12	9	1	1	
3.15	せん妄・認知機能障害の管理	①	2	5	11	4	0	2	0	8	9	4	1	2	0	2	6	11	3	2	1	4	9	6	2	2	0	2	4	10	6	2	1	1	6	9	5	2	むしろ看護師の労務管理上重要。抗精神薬の最新の使い方の知識を普及する必要性が大きい。手順の標準化・普及が課題。今後増大か。
		②	–	–	–	–	–	–	1	8	11	3	0	1	0	1	7	14	1	1	1	2	14	5	1	1	0	1	5	12	5	1	0	2	3	14	4	1	
		③	–	–	–	–	–	–	0	9	12	2	0	1	0	1	7	14	1	1	0	4	15	4	0	1	0	1	4	16	2	1	0	1	2	18	2	1	

番号	施　策	調査回	過去の医療安全への貢献度 1:小さい～5:大きい						現在の普及度合 1:低い～5:高い						今後進めるにあたっての（現状を踏まえ、追加的な措置を講じる場合の）期待される効果						費　用						緊急性						優先度						各施策へのご意見
			1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	1	2	3	4	5	無	
3.16	患者の状態悪化への対応	①	1	6	10	5	0	2	1	7	5	8	1	2	0	0	5	12	5	2	1	1	6	8	6	2	1	1	5	12	3	2	1	1	5	12	3	2	費用対効果。実現可能な病院少ない。専門医師の協力必要。RRS（Rapid Response SYstem）の普及が望まれる。人員問題。すでに行われている。
		②	–	–	–	–	–	–	0	8	12	4	0	0	0	0	7	13	4	0	1	2	10	6	5	0	0	0	7	13	4	0	0	0	5	16	3	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	5	16	2	0	1	0	0	5	17	1	1	0	2	10	9	2	1	0	0	4	17	2	1	0	0	4	17	2	1	
3.17	患者の水分・栄養管理の基準	①	1	6	12	3	0	2	0	5	11	5	1	2	0	0	13	7	2	2	1	5	15	1	0	2	0	4	13	4	1	2	0	3	11	7	1	2	スクリーニングとそれに基づくNSTの介入。エビデンスあるなら推進すべき。普及・徹底をどう図るかが課題。現在の基準・治療の中で行われる。今さら必要ない。
		②	–	–	–	–	–	–	0	1	20	2	1	0	0	0	17	6	1	0	1	2	20	1	0	0	0	1	17	5	1	0	0	0	19	4	1	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	0	20	3	0	1	0	1	18	4	0	1	0	4	19	0	0	1	0	2	18	3	0	1	0	2	18	3	0	1	
3.18	患者・部位・手技等の照合方法の標準化	①	1	3	3	13	2	2	0	1	6	11	4	2	0	2	7	8	5	2	6	8	7	0	1	2	1	2	8	9	2	2	1	2	8	8	3	2	遵守がまだ不足。国内で手順を標準化すべき。標準化の普及が課題。すでに徹底されていると思われる。
		②	–	–	–	–	–	–	0	2	4	14	4	0	0	0	6	13	5	0	7	9	6	1	1	0	2	0	4	15	3	0	2	0	3	16	3	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	0	5	15	4	0	0	1	3	17	3	0	3	9	9	2	1	0	0	2	5	14	3	0	0	2	3	17	2	0	
4	**その他の施策（1回目調査で回答者が追加的に評価すべきと回答した施策）**																																						
4.1	病院管理者への教育啓発	①	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	
		②	–	–	–	–	–	–	4	14	3	3	0	0	0	1	7	13	3	0	0	5	14	5	0	0	0	0	4	19	1	0	0	0	3	15	6	0	
		③	–	–	–	–	–	–	3	16	2	3	0	0	0	0	4	16	4	0	0	5	15	4	0	0	0	2	3	17	2	0	0	2	1	17	4	0	
4.2	医療安全に関する院内教育・研修の標準化	①	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
		②	–	–	–	–	–	–	4	12	4	4	0	0	0	1	7	15	1	0	0	1	9	12	2	0	0	0	11	10	3	0	0	0	8	11	5	0	
		③	–	–	–	–	–	–	1	16	4	1	1	1	1	0	7	15	0	1	0	1	7	11	4	1	1	0	8	11	3	1	1	0	7	10	5	1	
4.3	専従または専任の医療安全管理者の配置	①	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	医師の専従・専任化は効果あり
		②	–	–	–	–	–	–	0	1	9	9	5	0	0	0	4	15	5	0	0	0	9	14	1	0	1	1	6	13	3	0	1	0	4	14	5	0	
		③	–	–	–	–	–	–	0	2	8	11	3	0	0	1	3	16	4	0	0	0	7	15	2	0	1	1	4	15	3	0	1	1	3	14	5	0	
4.4	電子カルテ等情報システムの標準化	①	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	ベンダー間の差が大きい。人間中心設計を進めるべき。診療報酬請求目的から正確な医療記録を残すシステムへの転換が必要。
		②	–	–	–	–	–	–	2	9	9	3	1	0	0	0	2	14	8	0	0	0	1	6	17	0	0	1	7	9	7	0	0	1	6	10	7	0	
		③	–	–	–	–	–	–	1	12	8	2	1	0	0	1	4	13	6	0	0	0	1	7	16	0	1	1	5	10	7	0	1	1	4	11	7	0	
4.5	薬物療法の標準化	①	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
		②	–	–	–	–	–	–	1	6	13	3	0	1	0	1	5	15	2	1	0	1	19	2	1	1	0	1	8	14	0	1	0	1	7	15	0	1	
		③	–	–	–	–	–	–	0	8	13	2	0	1	0	1	4	17	1	1	0	1	19	2	1	1	0	0	9	14	0	1	0	0	8	15	0	1	
4.6	新薬の患者モニタリング	①	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	医療機関・薬局の連携が課題
		②	–	–	–	–	–	–	0	7	13	3	0	1	0	1	10	9	3	1	0	2	11	9	1	1	0	1	12	10	0	1	0	1	10	12	0	1	
		③	–	–	–	–	–	–	1	6	14	2	0	1	1	1	9	11	1	1	0	1	14	8	0	1	1	1	15	6	0	1	1	2	11	9	0	1	
4.7	医療対話推進者の養成	①	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
		②	–	–	–	–	–	–	4	11	7	2	0	0	0	3	6	10	5	0	1	2	8	9	4	0	0	5	8	11	0	0	0	4	10	10	0	0	
		③	–	–	–	–	–	–	2	15	5	2	0	0	0	1	9	11	3	0	0	1	12	10	1	0	0	4	10	9	1	0	0	3	10	11	0	0	
4.8	院内事故調査の実務研修	①	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	
		②	–	–	–	–	–	–	2	18	2	2	0	0	0	2	6	10	6	0	0	2	8	13	1	0	0	2	9	4	9	0	0	1	10	7	6	0	
		③	–	–	–	–	–	–	1	19	1	2	1	0	1	1	8	9	5	0	0	0	10	12	2	0	1	1	8	8	6	0	1	1	10	7	5	0	

(2) 上記の施策の中で、相乗効果が見込まれる組み合わせがあれば、その組み合わせを施策の番号で回答してください。

1.1-1.4,
1.1-1.5-2.8,
1.1-3.18,
1.2-2.1-2.4,
1.3-1.7-2.1-2.2,
1.3-2.1,
1.4-1.7,
1.4-1.9,
1.4-2.9-4.3,
1.4-3.14,
1.4-3.3,
1.6-2.4-2.7-3.9,
1.6-2.6-2.7-4.1,
1.6-2.7,
1.8-2.5,
2.1-2.9,
2.5-2.6,
2.10-2.11-2.12,
2.10-3.4,
2.14-3.4,
3.1-4.2-4.3,
3.1-3.10,
3.8-3.18,
3.9-3.18,
3.14-3.15,
4.8-4.10,