

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

医療事故の再発防止策の効果的な作成および実践されるための

促進要因・阻害要因の研究

令和元年度 総括研究報告書

研究代表者 長谷川友紀

令和2(2020)年 5月

目 次

・ 総括研究報告	
医療事故の再発防止策の効果的な作成および実践されるための促進要因・阻害要因の研究-----	1
長谷川友紀	
(資料1) 医療安全管理体制と医療安全情報の利用状況に関する調査 調査票	
(資料2) 医療安全情報の利用状況に関する調査 調査票	
(資料3) インタビュー記録(日本医療機能評価機構)	
(資料4) インタビュー記録(医薬品医療機器総合機構)	
(資料5) インタビュー記録(日本医療安全調査機構)	
(資料6) インタビュー記録(テルモ株式会社、日本医療機器テクノロジー協会、 日本医療機器産業連合会)	
(資料7) 医療安全管理体制と医療安全情報の利用状況に関する調査 集計結果 (全国の病院を対象にした調査)	
(資料8) 医療安全情報の利用状況に関する調査 集計結果 (医療安全研修に参加した医療安全管理者を対象にした調査)	
・ 研究成果の刊行に関する一覧表-----	15

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

医療事故の再発防止策の効果的な作成および実践されるための促進要因・阻害要因の研究

研究代表者 長谷川 友紀 東邦大学医学部社会医学講座・教授

研究要旨

医療事故の事例等を収集し、それに基づき再発防止のための提言を行うことは世界的にも広く行われている。本研究は、医療安全に関する提言の作成プロセス、提言を受けた病院での利用状況と利用に関連する因子、医療機器・医薬品の業界団体およびメーカーでの提言作成・利用状況を体系的に明らかにすることを目的とした。本研究では、（１）提言作成を行っている主要な組織に対する半構造化インタビュー調査、（２）医療機器メーカーの業界団体および個別企業に対する半構造化インタビュー調査、（３）病院を対象にしたアンケート調査、（４）現職の医療安全管理者に対するアンケート調査を行った。

日本医療機能評価機構は、医療事故とヒヤリハットに関する大規模なデータベースを有し、豊富なデータに基づいて毎月１回提言（医療安全情報）を作成していた。医療安全情報は、情報提供を希望する約 6000 の医療機関に対し Fax で送信されていた。年 1 回は療養上の世話に関する医療安全情報を発行し、急性期病院以外でも利用できる情報を提供することで、提言を広く活用してもらえるように工夫していた。医薬品医療機器総合機構は、新しい提言（PMDA 医療安全情報）を作成すると、無料のメール配信サービス（メディナビ）を通じ、当該サービスに登録している約 17 万件のアドレスへ情報発信しており、費用対効果の高い周知方法であると考えられた。日本医療安全調査機構は、提言（医療事故の再発防止に向けた提言）を作成すると、約 45 万部印刷し、約 27 万箇所へ郵送していた。提言の内容は分量が多いものの、概要版の PowerPoint や動画、漫画など、さまざまな媒体を作成し、医療機関が利用しやすいように配慮していた。

病床規模で層別化し無作為に抽出した病院を対象に郵送法によるアンケート調査を行った。回収率は 20%（656/3,216）であった。日本医療機能評価機構の医療安全情報、PMDA 医療安全情報、医療事故の再発防止に向けた提言の 3 つは、いずれも 8~9 割の病院で利用されており、職員への注意喚起や自院の状況の確認などに役に立ったと回答する割合が高かった。提言を活用するうえでの阻害要因として、医師、看護師以外の職種が利用できる内容が少ないことを挙げる者が多かった。院内での利用促進ツールとしてコメディカルの職種別の特集や、提言の内容を解説した動画、概要をまとめた PowerPoint 等を求める者が多かった。

病院における各種提言の活用促進には、各提言作成組織のこれまでの取り組みに加え、登録者（個人）へのメール配信、動画・PowerPoint の提供など、病院および個人の扱う情報の電子化の進展に合わせ、利用しやすい形態での提供が望まれると考えられた。

分担研究者

飯田修平	全日本病院協会・理事
永井庸次	全日本病院協会・常任理事
平尾智広	香川大学・教授
藤田 茂	東邦大学・講師
小谷野圭子	医療の質向上研究所・研究員

A．研究目的

医療事故の事例等を収集し、それに基づき再発防止のための提言を行うことは世界的にも広く行われている。しかし、収集対象事例、エビデンスレベルの検討を含めて、どのようなプロセスを経て提言が作成されているか、医療機関が提言を実行するための支援ツール、提言を行った後の効果の検証など、提言の実効性を担保するための仕組みが構築されているかについての研究はない。また、提言を受ける側の医療機関において、どの提言が用いられることが多いか、職員への周知方法、院内医療安全にかかわる活動との関連については、提言作成主体による断片的な報告を除いては、我々の過去の研究が唯一のものである。医療機器・医薬品メーカーにおいては、提言を受けて商品の改良を図るほか、自ら、あるいは業界団体として提言を出す双方の役割を担っている。

本研究では、(1) 提言作成を行っている主要な組織に対する半構造化インタビュー調査、(2) 医療機器メーカーの業界団体および個別企業に対する半構造化インタビュー調査、(3) 病床規模で層別化した全国の病院を対象にしたアンケート調査、(4) 現職の医療安全管理者に対する継続研修を利用したアンケート調査を行うことにより、提言の作成プロセス、提言を受けた病院で

の利用状況と利用に関連する因子、医療機器・医薬品の業界団体およびメーカーでの提言作成・利用状況を体系的に明らかにすることを目的とした。

B．研究方法

(1) 提言作成組織に対するインタビュー調査

医療事故の再発防止の提言を作成している主要な組織として、日本医療機能評価機構、医薬品医療機器総合機構、日本医療安全調査機構の3つを選択した。

日本医療機能評価機構は医療安全情報を作成し、医薬品医療機器総合機構はPMDA医療安全情報を作成し、日本医療安全調査機構は医療事故の再発防止に向けた提言を作成している。

各組織の提言作成担当者に対し、半構造化インタビューを行った。インタビュー項目は次の通りである。

組織の概要(担当部署の体制)

事例の収集方法(誰が、いつ、どこで、何を、どのように)

提言内容の決定プロセス(提言作成の組織構成、テーマの選択、再発防止策の内容の決定方法、再発防止策のエビデンスの評価、その他参考にしている情報)

提言が広く受け入れられるための方策(提言の公表方法、提言内容が実行されることを促進するためツール作成など)

自ら作成した提言の医療機関等での利用状況・実効性の把握(インターネット上のアクセス件数、実施状況についての調査など)

その他

(2) 業界団体・メーカーに対するインタビ

ユー調査

テルモ株式会社、日本医療機器テクノロジー協会、日本医療機器産業連合会の医療安全担当を併任する専門家 1 名に半構造化インタビュー調査を行い、それぞれの立場での意見を聴取した。

インタビュー項目は提言作成組織に対するインタビューに倣った。

(3) 病院を対象にしたアンケート調査

全国の病院(n=8,448)から一般病床数で層別化したうえで抽出した 3,216 病院に対し、令和元年 11 月 22 日～12 月 11 日の期間で郵送法によるアンケート調査を行った。回答者は各病院の代表者または医療安全管理の担当者とした。設問項目は、病院の医療安全管理体制・活動のほか、各種提言の利用状況とその評価とした。調査票を資料 1 に示す。

(4) 現職の医療安全管理者に対するアンケート調査

全日本病院協会が主催する次の 2 つの医療安全研修会への参加者を対象に質問紙法によるアンケート調査を行った。

令和元年 12 月 2 日、医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会、参加者数 57 名

令和元年 12 月 21 日～22 日、医療安全管理体制相互評価者養成講習会 第 2 回運用編、参加者数 24 名

回答者の大部分は病院の医療安全管理の担当者であった。設問項目は、病院を対象にしたアンケート調査の項目に倣い、各種提言の利用状況とその評価とした。調査票を資料 2 に示す。

(倫理面への配慮)

本研究の研究計画は、東邦大学医学部倫理委員会の審査を受け、承認された(承認番号:A19016)。

C. 研究結果

(1) 提言作成組織に対するインタビュー調査の結果

日本医療機能評価機構(資料3)

日本医療機能評価機構は医療安全情報を月 1 回発行しているほか、報告書、年報等でさまざまな情報を定期的に発信している。

日本医療機能評価機構の特徴として、医療事故とヒヤリハットに関する大規模なデータベースを有し、豊富なデータに基づいて提言を作成している点が挙げられる。提言を作成する前に、分析テーマを決め、データベース内の情報を解析するなどしている。分析テーマは提言の内容と連動しており、分析結果が提言として発行されている。この分析テーマは、一般性・普遍性、発生頻度、患者への影響度、防止可能性、教訓性といった観点から評価して選択している。

精神科や歯科など、医療事故やヒヤリハットの報告事例が少ない分野の提言はまとめにくいとしている。しかし、年 1 回は、車椅子に関連する事例など、療養上の世話に関する医療安全情報を発行し、急性期病院以外でも利用できる情報を提供することで、提言を広く活用してもらえるように工夫している。

医薬品医療機器総合機構(資料4)

医薬品医療機器総合機構は PMDA 医療安全情報等の複数の提言を不定期に発行し

ている。本研究では PMDA 医療安全情報の作成担当者へインタビューを行った。

医薬品医療機器総合機構の提言は、主に日本医療機能評価機構が Web 上で公開している事例検索データベースのデータをダウンロードして解析し、作成されている。医療機関や企業から報告される薬剤の副作用や医療機器の不具合に関する情報も活用されている。2019 年より患者が薬剤の副作用情報を医薬品医療機器総合機構へ直接報告する仕組みの運用が開始された。今後は、Patient reported outcome の提言への活用を検討するとのことである。

提言の内容は、事例の重症度と頻度を勘案して決めており、必然的に人工呼吸器や輸液ポンプに関する内容が多くなっている。提言に記載する再発予防策は、厚生労働省の通知の内容や、教科書に記載されているような既に確立された内容、業界団体の協力の下で行われた実験の結果などをもとに決めている。エビデンスの確立していない再発予防策を記載するかどうか迷うような場面は少ない。モノに対する既存の事故防止対策がうまく機能せず、事故が再発しているような事例について、既存の事故防止対策の考え方を整理し、提言として出している。院内体制に関わるような再発予防策を提言することはない。

新しい提言が作成されると、医薬品医療機器総合機構が提供する無料のメール配信サービス(メディナビ)を通じ、当該サービスに登録している約 17 万件のアドレスへ情報発信している。費用対効果の高い情報発信の方法であると考えられる。

日本医療安全調査機構(資料5)

日本医療安全調査機構は、医療事故の再

発防止に向けた提言を不定期に発行している。

日本医療安全調査機構の提言は、医療事故調査制度に基づき医療機関から報告された医療事故調査報告書のデータを解析し、作成されている。

提言の内容は、医療事故の起因となった医療の領域別件数が多いもの、重要性が高いもの、複数の診療科に渡るような普遍性の高いもの、提言として受け止めやすいもの、死亡を回避する提言ができる可能性が高いものを総合的に勘案して決めている。

日本医療安全調査機構は、提言の作成に際し、報告書の情報に不足がある場合は、報告書を提出した医療機関に対し追加の情報提供を求めている点に特徴がある。複数の医療事故情報を並べ、情報の粒度や視点を揃えたうえで分析するため、より深い分析が可能になっている。提言の内容は必ずしも EBM (Evidence-Based Medicine) の手法に基づいて決められるわけではない。死亡を回避するための提言であり、ガイドラインや EBM とは異なるという前提でまとめられている。提言の作成にあたる者はその分野の専門家であり、海外のエビデンス等は提言に反映されていると考えている。

提言は各々約 45 万部を印刷し、約 27 万箇所へ送付している。国内の全ての病院に対し、各病院が要望する冊数を郵送するほか、診療所には日本医師会や日本歯科医師会の送付物に同封する形で送付している。提言の内容は分量が多いものの、概要版の PowerPoint や動画、漫画など、さまざまな媒体を作成し、医療機関が利用しやすいように配慮している。また、日本外科学会は提言の内容を解説する e-learning を作成し、

専門医の認定に活用している。

新しい提言を配布する際には、前々回の提言の評価を問うアンケートを同封しており、各提言に対する評価をシステムティックに収集している点に特徴がある。

(2) 業界団体・メーカーに対するインタビュー調査の結果(資料6)

日本医療機器テクノロジー協会(MT JAPAN)

MT JAPAN は産業振興を目的とした団体であり、厚労省からの照会等があれば関連する部会や委員会に当該案件を振り分けて対応している。病院や看護協会の求めに応じて教育のための人員を派遣することもある。

MT JAPAN は医療機関や医療者から製品の不具合情報を直接収集することはしていない。製品の問題はメーカーが個別に対応する機会が多いため、業界団体の意見をとりまとめた提言を出すことは難しいし、極めて稀である。医薬品の場合、成分が同じなら複数の企業で同じ提言を利用できるが、医療機器の場合、一般名が同じ製品でも、機構が異なるため、共通した提言を出すのが難しいことが影響していると考えられる。安全に関する提言を作成する引き金になるのは、海外の安全情報、行政の通知、他団体の安全情報などが多い。

テルモ株式会社

医療機器メーカーの安全管理統括部門は、当該メーカーの製品の不具合情報を収集し、PMDA への報告、添付文書の改訂、製品回収などの対応をとっている。

製品の不具合情報の収集方法は、各病院の担当職員等を通じて医療機関から報告さ

れる場合、日本医療情報センターが契約企業に対し文献検索した結果を報告する場合、行政から照会・通知される場合、競合他社から情報提供される場合などがある。提言を作成することはないが、医薬品医療機器総合機構への報告、添付文書の改訂、製品回収などの対応をとっている。

添付文書の改訂等があった場合は、内容の重要度に応じて医療機関への周知方法を選択する。各病院の担当職員が病院を訪問して情報を手渡す場合、各病院の薬剤部門の医薬品情報担当や医療安全管理部門(部門の体制が整っている場合のみ)にダイレクトメールを郵送する場合などがある。

(3) 病院を対象にしたアンケート調査の結果(資料7)

回収率は20%(656/3,216)であった(表1)。回答者の職種は看護師(67%)、職位は課長/科長(師長を含む)(36%)、医療安全管理の役割は専従もしくは専任の医療安全管理者(57%)が多かった。

200床以上の急性期病院の8割以上が医療安全対策加算1を算定していたが、その他の病院では同加算2を算定する病院の方が多かった(図1)。一方で、100床未満の急性期病院、慢性期病院、精神科病院は、同加算1または2を算定していない病院が半数を超えていた。

医療安全管理の担当者が、院内で発生した医療事故やヒヤリハットを把握するために用いる方法は、医療事故やヒヤリハットの報告書が最も多く(98%)、次いで患者・家族の相談・苦情(82%)、職員からの口頭報告(79%)であった。これらのうち、院内の全死亡症例の精査と合併症や偶発症の報告は、病床規模の大きい急性期病院ほど

重視する割合が高いが、病床規模の小さい急性期病院、慢性期病院、精神科病院では重視する割合が低かった(図2)。一方で、患者・家族の相談・苦情と職員からの口頭報告は、病床規模の小さい急性期病院、慢性期病院、精神科病院で重視する割合が高いが、病床規模の大きい急性期病院ほど重視する割合が低かった。

病理診断報告書の確認漏れ(主治医の未読)を防ぐ仕組みと(図3)、画像診断報告書の確認漏れ(主治医の未読)を防ぐ仕組みは(図4)、病床規模の大きい急性期病院ほど、「ある」と回答する割合が高かった。

医療事故やヒヤリハットの1病床当たりの年間の院内報告件数は、急性期病院が3~5件、慢性期病院と精神科病院が2~3件であった(表2)。

提言のうち、院内で利用していると回答した割合は、日本医療機能評価機構の医療安全情報が最も高く(93%)、次いで医薬品医療機器総合機構のPMDA医療安全情報(86%)、日本医療安全調査機構の医療事故の再発防止に向けた提言(84%)であった。院内で利用する提言を選択するにあたって重視するものは、自院でも起こり得る事例について解析されていること(88%)、事例が具体的に記載してあること(77%)、院内の教育・研修に使用できること(59%)、ファイルをダウンロード可能であること(52%)などが挙げられた。

日本医療機能評価機構の医療安全情報は、全ての号を周知している割合が最も高く(63%)、全部署に配布する割合も最も高かった(50%)(図5、6)。医療事故の再発防止に向けた提言(概要版)は周知していない割合が最も高く(43%)、概要版より全文の方が周知されていた。また、医療事故の再発

防止に向けた提言は、全部署に配布する割合は低く(全文35%、概要版26%)、一部の職員・部署に配布する割合が高かった(全文63%、概要版64%)。

日本医療機能評価機構の医療安全情報、PMDA医療安全情報、医療事故の再発防止に向けた提言の3つは、職員への注意喚起や自院の状況の確認などに役に立ったと回答する割合が高かった(図7)。前述の3つの提言は、いずれも、それらを活用することにより、自院における新たな医療事故の発生を予防できていると思う割合が7割を超えていた(図8)。前述の3つの提言を活用するうえでの阻害要因として、医師、看護師以外の職種が利用できる内容が少ない(各18~20%)や活用するための時間が不足している(11~13%)を挙げる者が多かった(図9)。

提言の院内での利用促進ツールとして、あれば利用したいと思うものとして、内容を解説した動画(73%)、医療安全情報のイラストや図表などの画像ファイル(61%)、概要をまとめたPowerPoint(57%)、メディカルの職種別の特集(56%)を挙げる者が多かった。提言の内容・テーマとして希望するものは、転倒・転落等の患者事故(68%)、指示の非遵守や自殺等の職員・患者のふるまい(67%)、処方・調剤・与薬等の内服薬・点滴(67%)、指示書や手順書等の記録・書類(64%)を挙げる者が多かった。

(4) 現職の医療安全管理者に対するアンケート調査の結果(資料8)

回収率は94%(76/81)であった。提言のうち、院内で最も利用しているものは医療安全情報(94%)であり、次いでPMDA医

療安全情報(72%)、医療事故の再発防止に向けた提言(68%)であった。

提言の全ての号を周知している割合が最も高いのは医療安全情報(50%)であり、次いで医療事故の再発防止に向けた提言(全文)(32%)、PMDA 医療安全情報(29%)、医療事故の再発防止に向けた提言(概要版)(15%)であった。

提言を全部署に配布する割合が最も高いのは医療安全情報であり(54%)、次いでPMDA 医療安全情報(40%)、医療事故の再発防止に向けた提言(40%)であった。提言を一部の職員・部署に配布する割合が最も高かったのは医療事故の再発防止に向けた提言(全文)であり(54%)、次いで同(概要版)(52%)、PMDA 医療安全情報(36%)であった。

複数の選択肢の中で、いずれの提言も、職員への注意喚起に役立ったとする回答が最も高かった(医療安全情報 91%、PMDA 医療安全情報 62%、医療事故の再発防止に向けた提言 47%)。提言が新たな医療事故の発生予防につながったと評価する割合は、医療安全情報が76%、PMDA 医療安全情報が62%、医療事故の再発防止に向けた提言が62%であった。

D. 考察

提言作成組織へのインタビュー調査より、各組織の提言の内容の選定や周知、周知状況の確認等にさまざま工夫をしていることが明らかにされた。各組織は、他の組織の長所を参考にし、医療機関における提言の活用を促進することが求められる。

日本医療機能評価機構は医療安全情報の内容の選択基準の一つに普遍性を挙げている。療養上の世話に関する内容を年1回は

発行するなど、病院の規模や機能に関わらず活用可能な提言を発行している。後述する全国の病院を対象としたアンケート調査において、日本医療機能評価機構の提言が最も病院で活用され、院内でも全ての号が全部署に配布される割合が高いのは、提言の内容の普遍性の高さが影響していると考えられた。それを可能にしているのは、日本医療機能評価機構が長年にわたり幅広く医療事故とヒヤリハットの情報を収集し、充実したデータベースを構築しているからであると考えられる。

医薬品医療機器総合機構のPMDA 医療安全情報は、機器の不具合より、機器を利用する人のヒューマンエラーに焦点を当てて提言を作成していた。日本医療機能評価機構がWeb上で公開している事例検索用のデータベースを活用し、提言の作成に必要な情報を入手しており、データの入手にかかる労力と費用を抑えることを可能にしている。また、提言の周知方法も、他の組織と異なり、電子メールとWebサイトを最大限に活用し、紙媒体の郵送に重きを置かない方法を採用している。医薬品医療機器総合機構のPMDA 医療安全情報は、その作成と周知に対し、費用対効果の高い方法を採用していると評価できる。

日本医療安全調査機構の医療事故の再発防止に向けた提言は、医療事故調査制度に基づき医療機関から提出された医療事故調査報告書に基づいて作成される。提言の作成時に当該報告書の情報が不足する場合は、当該報告書を提出した医療機関に対し、追加の情報提供を依頼している。提言に関わる追加の情報収集は、分析の精度を高めることに寄与していると考えられる。日本医療安全調査機構は、他の組織と異なり、医療

機関での利用を促進するための様々なツールを提供している。提言の概要版のパワーポイントのほか、動画や漫画も作成している。また、日本外科学会と協力し、e-learningも作成している。

医療機器や医薬品の業界団体は産業振興を目的に設立されたものが多く、医療安全の確保を目的に設立された前述の提言作成組織とは性格が異なると考えられた。医療機器に対する提言は、その提言に沿った商品を提供している企業にとっては追い風となるが、そうでない企業にとっては逆風となる。産業振興を目的に設立された業界団体は、特定の企業が不利益を被るような提言は出しづらいと考えられた。

全国の病院を対象にしたアンケート調査より、病院の医療安全管理体制と医療安全情報の利用状況等を明らかにした。医療安全管理の担当者が院内で発生した医療事故やヒヤリハットを把握する方法のうち、重視するものは、病院の機能等により異なっていた。病床規模の大きい急性期病院では院内の全死亡症例の精査と合併症や偶発症の報告が重視され、病床規模の小さい急性期病院と慢性期病院、精神科病院では患者・家族の相談・苦情と職員からの口頭報告が重視されていた。これは、提供する医療内容の違いや、対象とする患者の疾患や重症度の違い、発生する医療事故・ヒヤリハットの内容の違いなどが影響していると考えられる。職員からの口頭報告の管理方法についてはさらなる調査が必要と考えられた。病理診断報告書と画像診断報告書の確認漏れを防ぐ方法は、病床規模の大きい急性期病院ほど「ある」と回答していた。慢性期病院や精神科病院で病理診断報告書を作成することは稀であり、主治医の未読を防ぐ方法

が無いことをもって問題とすることはできない。一方で、エックス線やCTは病床規模の大きい急性期病院に限らず、あらゆる病院において撮影されている。病床規模の小さい急性期病院や慢性期病院、精神科病院などでは、常勤の放射線科医が不在であり、画像診断報告書が作成される件数も少ないことなどが、主治医の読影結果の未読を防ぐ仕組みの構築が進んでいないことに影響している可能性がある。今後は、各病院の病理・画像診断報告書の作成状況・体制を明らかにすることと併せて、主治医の未読への対応方法の実態を明らかにする必要があると考えられた。日本医療機能評価機構の医療安全情報、PMDA 医療安全情報、医療事故の再発防止に向けた提言の3つは、いずれも8~9割の病院で利用されており、職員への注意喚起や自院の状況の確認などに役に立ったと回答する割合が高かった。日本医療機能評価機構の医療安全情報は、全ての号を全部署に配布する傾向が見られた。提言の内容の普遍性の高さが影響していると考えられる。PMDA 医療安全情報は、一部の号を一部の職員・部署または全部署に配布する傾向が見られた。自院で採用している薬剤や医療機器に関する情報に限定し、関連する職員・部署を中心に配布している病院が多いと考えられる。現在病院で採用していない薬剤や医療機器に関する情報であっても、各医療従事者は将来それらを使用する機会があるかもしれないため、院内で周知されることが望ましいと考えられる。医療事故の再発防止に向けた提言は、全ての号を一部の職員・部署に配布する傾向が見られた。医療事故調査制度に基づいて収集された情報を基にしているため、重要な診断や侵襲度の高い処置・手術など、医師に

関係する内容が多いことが影響していると考えられる。医療事故の再発防止に向けた提言は、概要版よりも全文を利用する病院が多かった。概要版が存在することが病院や医師に知られていない、あるいは医師にとって概要版では情報が不十分であるなどの可能性が考えられる。医療事故の再発防止に向けた提言の概要版の利用促進の方法についてさらなる検討が必要と考えられた。各種の提言を活用するうえでの阻害要因として、医師、看護師以外の職種が利用できる内容が少ないことを挙げ、院内での利用促進ツールとしてコメディカルの職種別の特集を求める者が多かった。慢性期病院やリハビリテーション病院など、医師・看護師以外の職種の職員が多い病院において、それらの職種の事故予防に役立つ情報が不足している、または医療安全の教材が不足していると考えられる。海外の提言も含め、各種の提言を職種別・診療科別等に分類し、取りまとめることも有用と考えられた。提言の院内での利用促進ツールとして、内容を解説した動画や概要をまとめた PowerPoint を求める者も多い。提言に一つ一つ動画や PowerPoint を作成する方法もあるが、前述の職種別・診療科別等に複数の提言を取りまとめ、それを動画や PowerPoint で解説すれば、新入職員や学生などの医療安全管理教育にも利用しやすいと考えられる。

現職の医療安全管理者に対するアンケート調査の結果は、病院を対象にしたアンケート調査の結果と同じ傾向を示した。

E . 結論

各種の提言は、全国の病院において主に職員への注意喚起を目的に院内で配布・周知されていた。病院における各種提言の活

用促進には、各提言作成組織のこれまでの取り組みに加え、提言の登録者(個人)へのメール配信、動画・PowerPoint(編集可能な図表の画像を含む)の提供など、病院および個人の電子化の進展に合わせ、利用しやすい形態での情報提供が望まれると考えられた。また、病床規模の小さい急性期病院や慢性期病院、精神科病院の医療安全の向上に寄与する内容の充実も望まれると考えられた。

F . 健康危険情報
なし。

G . 研究発表
なし。

H . 知的財産権の出願・登録状況
なし。

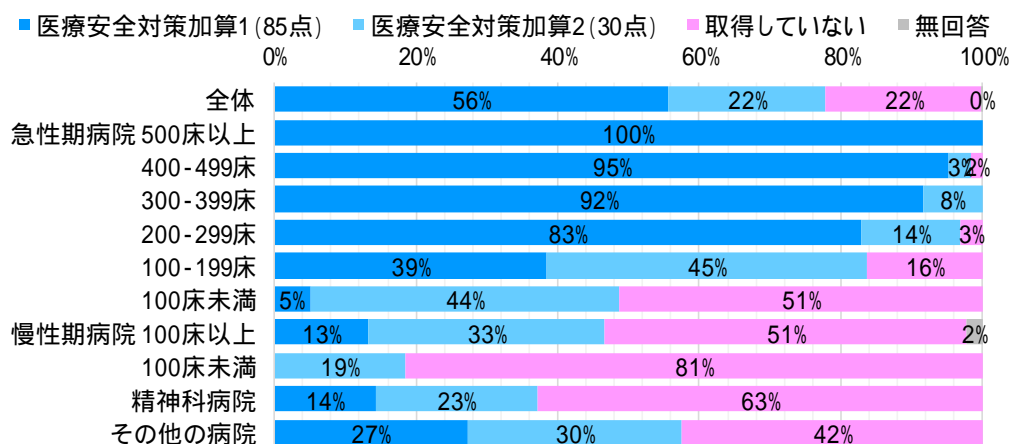


図1. 診療報酬で医療安全対策加算を取得していますか

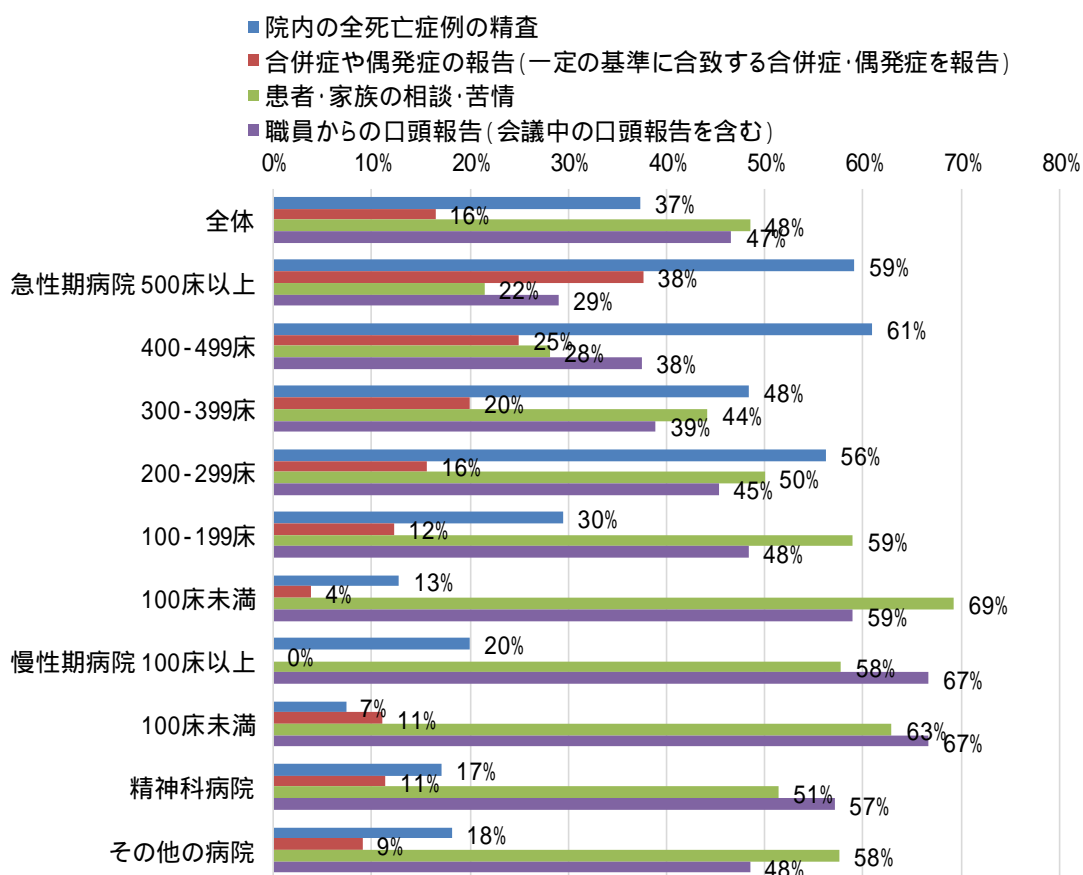


図2. 医療安全管理の担当者が医療事故やヒヤリハットを把握するのに重視しているもの
(注: 4つの方法のみを抜粋し、病院の規模で比較した。)

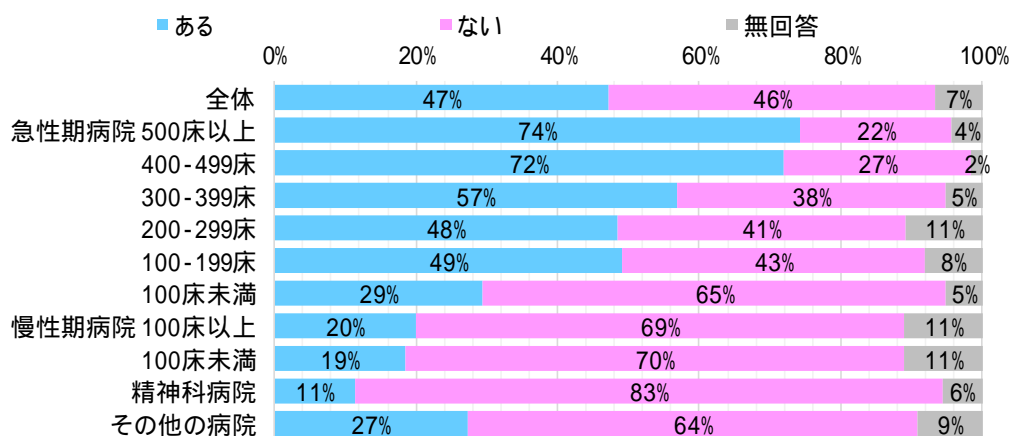


図 3 . 病理診断報告書の確認漏れ（主治医の未読）を防ぐ仕組みがありますか

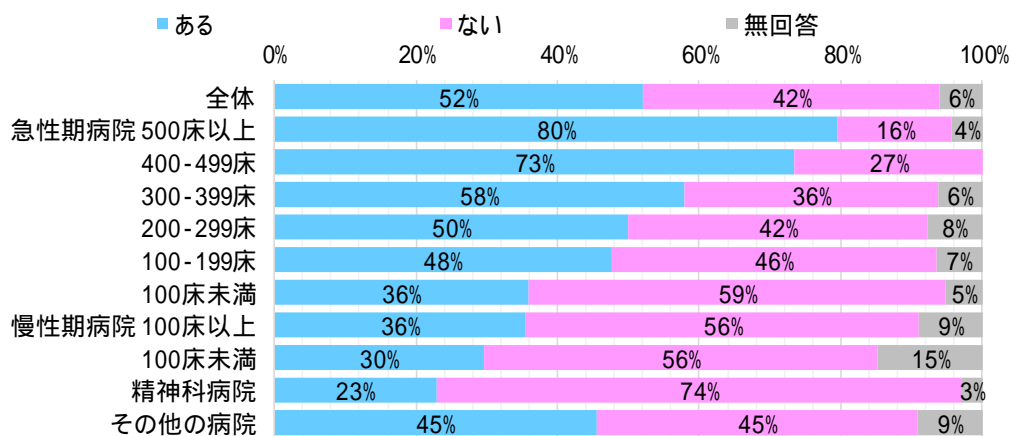


図 4 . 画像診断報告書の確認漏れ（主治医の未読）を防ぐ仕組みがありますか

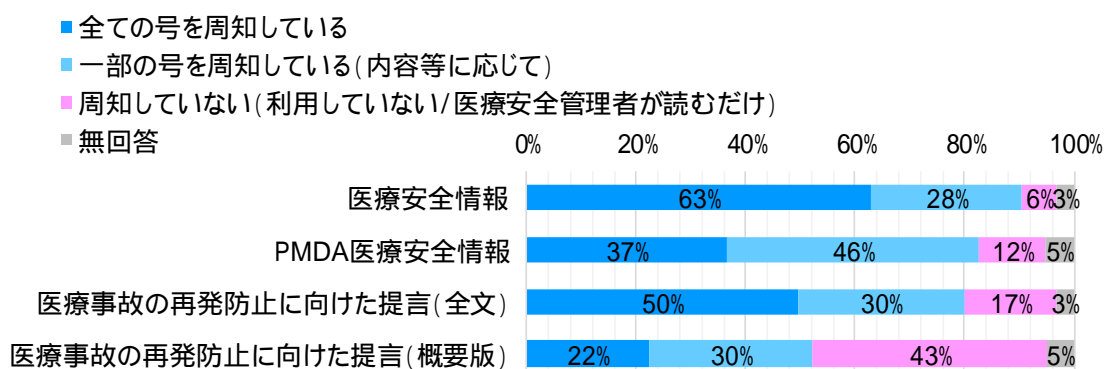


図 5 . 医療安全情報の院内での周知方法 1

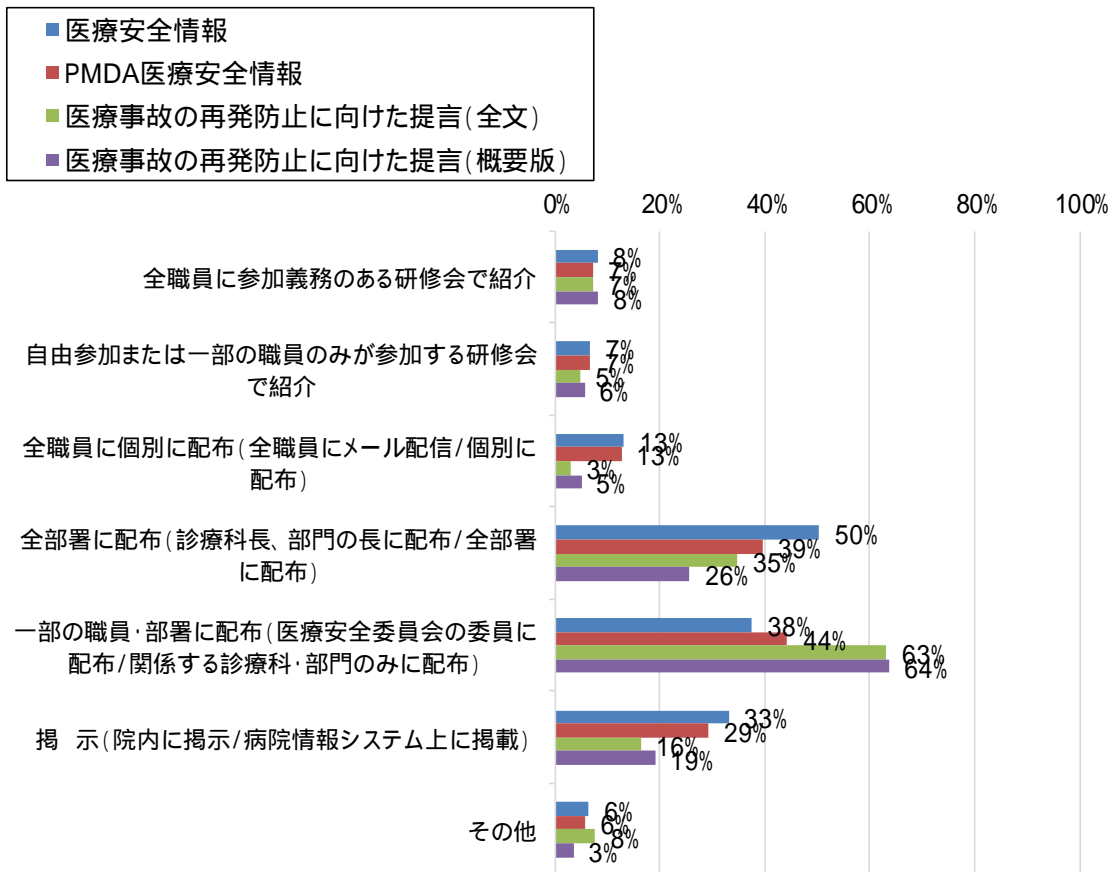


図6. 医療安全情報の院内での周知方法2

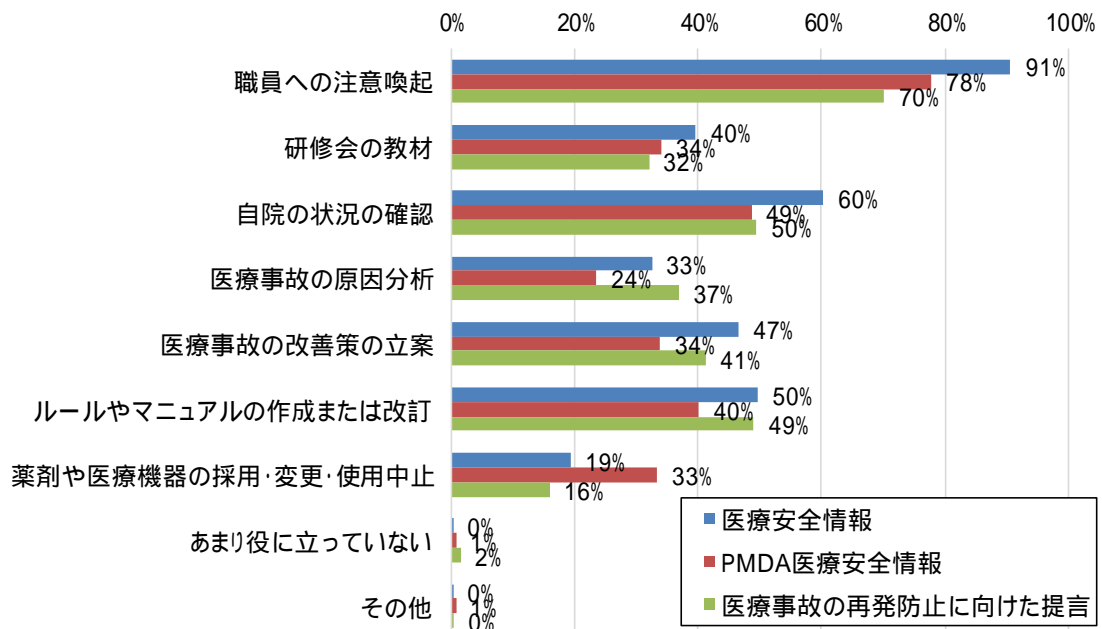


図7. 各種の医療安全情報が役に立ったと思う項目を選んでください

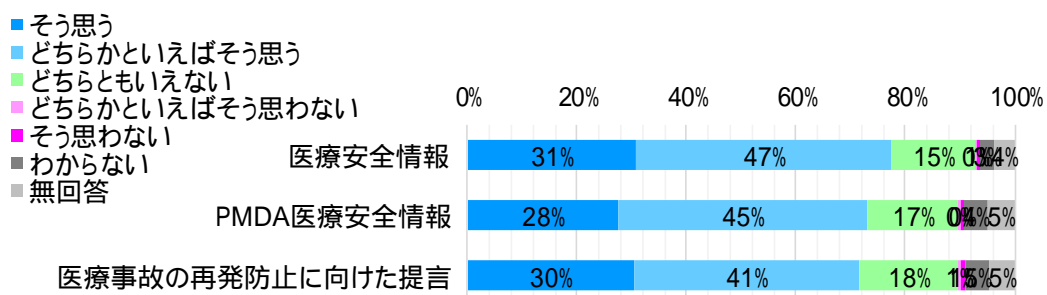


図 8 . 医療安全情報を活用することにより、貴院における新たな医療事故の発生を予防できていると思いますか

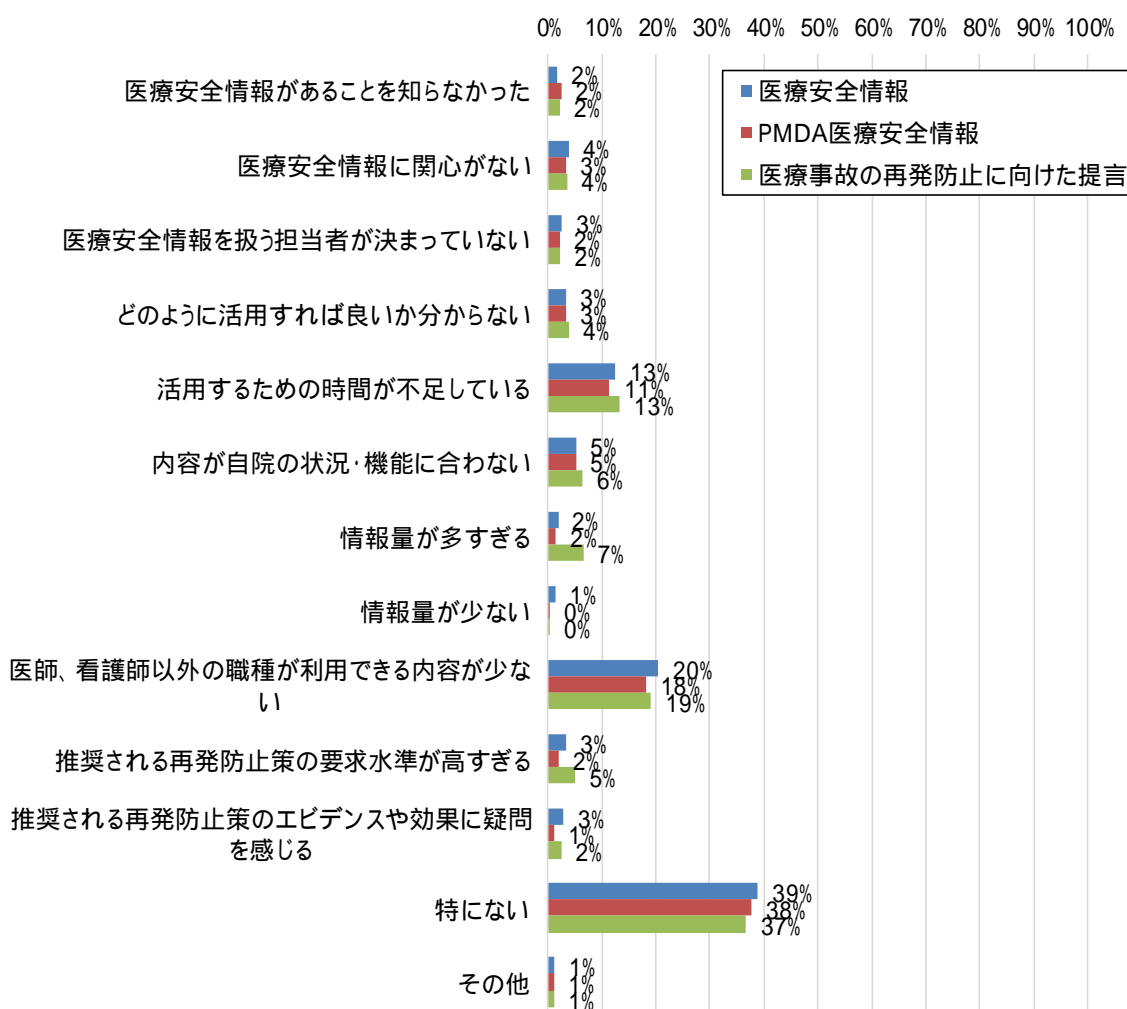


図 9 . 各種の医療安全情報の貴院における活用を阻害する要因があれば選んでください

表 1 . 回答者の病院の内訳

	総病床数	回答者数(病院数)
全 体		656
	500 床以上	93
	400-499 床	64
急性期病院	300-399 床	95
(一般病床が 50%以上を占める病院)	200-299 床	64
	100-199 床	122
	100 床未満	78
慢性期病院	100 床以上	45
(療養病床が 50%以上を占める病院)	100 床未満	27
精神科病院 (精神科病床が 50%以上を占める病院)		35
その他病院 (上記に該当しない病院)		33

表 2 . 医療安全管理を目的とした院内報告の件数は、年間およそ何件ですか

(中央値)

	全体		急性期病院					慢性期病院		精神科 病院	その他 の病院
	500 床 以上	400- 499 床	300- 399 床	200- 299 床	100- 199 床	100 床 未満	100 床 以上	100 床 未満			
1 病床当り医療事故件数 (レベル 3a 以上)	0.3	0.6	0.4	0.3	0.3	0.3	0.1	0.2	0.3	0.2	0.2
1 病床当りヒヤリハット件数 (レベル 2 以下)	3.3	4.2	4.0	4.1	3.3	2.8	2.7	2.3	1.2	2.5	2.5
1 病床当り報告件数	3.7	4.8	4.4	4.9	3.7	3.3	3.2	2.7	2.3	2.6	2.9

以上

・研究成果の刊行に関する一覧表

書籍（該当なし）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌（該当なし）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年

東邦大学医学部倫理審査結果通知書

承認日 2019年10月23日

申請者（研究責任者）

長谷川 友紀（社会医学講座・教授） 殿

東邦大学

医学部長 渡邊 善則

（公印省略）

申請番号：A19016

課題名：医療事故の再発防止策の効果的な作成および実践されるための促進要因・阻害要因の研究

研究期間：承認日2019年10月23日～2020年6月まで

上記課題名の実施計画について、下記のとおり判定したので通知します。

記

判定結果：

1. 承認

2. 条件付き承認

3. 修正後再審査

4. 変更の勧告

5. 不承認

6. 非該当

該当項目	研究内容	承認後対応内容
<input type="checkbox"/>	軽微でない侵襲を伴う介入研究の場合	承認後、研究計画書に従ってモニタリングを定期的実施、臨床研究支援センターへモニタリング報告書を提出すること。
<input type="checkbox"/>	介入研究の場合	当該研究の概要をその実施に先立って、国立大学附属病院長会議、一般財団法人日本医薬情報センター又は公益社団法人日本医師会が設置している公開データベースに登録し、研究計画書の変更及び研究の進捗に応じて適宜更新し、研究終了時には当該研究の結果を登録すること。ただし、非公開とすることが倫理審査委員会審査で認められたものについては、この限りでない（「人を対象とする医学研究に関する倫理指針」第3章第9-1）
<input type="checkbox"/>	健常者を対象とする研究の場合	医学部ホームページ掲載用の原稿（ファイル）を倫理委員会事務局へ提出すること。
<input type="checkbox"/>	研究の情報を公開する必要がある場合	医学部ホームページ掲載用の原稿（ファイル）を倫理委員会事務局へ提出すること。
<input checked="" type="checkbox"/>		不要

※ 該当項目について、2週間以内にご対応ください。

※ 年度末に研究報告書：様式8を医学部倫理委員会へご提出ください。

医療安全管理体制と医療安全情報の利用状況に関する調査

令和元年度厚生労働科学研究

医療事故の再発防止策の効果的な作成および実践されるための促進要因・阻害要因の研究 研究班

研究代表者

東邦大学医学部教授

長谷川友紀

全日本病院協会 医療の質向上委員会

委員長

永井庸次

日本医療機能評価機構や日本医療安全調査機構等は、医療事故の事例等を収集し、それに基づき医療安全情報の提供や再発防止のための提言を行っています。しかし、その効果は十分に検証されていません。本研究は、全国の病院の医療安全管理体制の現状を明らかにするのに加え、各種の医療安全情報の病院での利用状況と利用に関連する因子を明らかにし、医療安全情報が広く受け入れられるための方策を検討することを目的とします。

お忙しいところ恐縮ですが、何卒ご回答たまわりますようお願い申し上げます。

ご回答の注意

・「**病院情報システムの利用状況に関する調査**」の調査票とともに、同封の返信用封筒に入れ、**12月11日(水)まで**にご投函ください。

・本調査票は、**病院代表者または医療安全の責任者の方**がご回答ください。

・原則として当てはまるもの1つにチェック(✓)をつけてください。

・()には適当な数字、文章でお答えください。

1. 本調査に**主に**ご回答いただく方の院内でのお立場をお教えてください。(当てはまるもの全て選択)

<職 種>

- 01 医師
02 看護師
03 薬剤師
04 事務員
05 その他
()

<職 位>

- 11 院長
12 副院長
13 部長/室長
14 副部長/副室長
15 課長/科長
16 係長/主任
17 その他
()

<医療安全管理の役割> (当てはまるもの全て選択)

- 21 医療安全管理委員会の委員長
22 医療安全管理委員会の委員(委員長を除く)
23 医療安全管理部門の部門長
24 医療安全管理部門の職員(部門長を除く)
25 専従もしくは専任の医療安全管理者
26 医薬品安全管理責任者
27 医療機器安全管理責任者
28 医療安全管理責任者 †
29 その他()

†: 医療安全管理部門・委員会、医薬品・医療機器安全管理責任者を統括する者

<医療機関の基礎的な情報>

2. 病床数 (稼働病床数について直近の数値をご回答ください。)

- 01 一般病床 () 床
02 療養病床(医療保険・介護保険を含む) () 床
03 精神科病床 () 床
04 その他の病床 () 床

05 総病床数 合計 () 床

3. 施設機能としてもっとも当てはまるものを1つを選んでください。

- 01 特定機能病院
02 地域医療支援病院
03 一般病院(一般病床を主体とする病院)
04 ケアミックス病院(一般病床と療養病床の両方を有する病院)
05 長期療養型の病院(療養病床を主体とする病院)
06 精神科病院(精神科病床を主体とする病院)
07 リハビリテーション病院
08 単科専門病院(特定の疾患または診療科に特化した病院)(具体的に:)
09 その他()

資料1

4. 日本医療機能評価機構による認定を受けていますか。

- 01 はい 02 いいえ 03 過去に受けていたが、現在は受けていない

5. 救急医療体制には参加していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 救命救急センター 02 救急告示病院 03 輪番制へ参加
04 いずれにも参加していない

6. 職員数(常勤換算) (直近の数値をご回答ください。)

- 01 医師(研修医を除く) ()人
02 研修医 ()人
03 看護師 ()人
04 薬剤師 ()人
05 その他 ()人

06 総職員数 合計 ()人

7. 年間退院患者数および死亡退院患者数はそれぞれ何人ですか。(昨年もしくは昨年度の数値をご回答ください。)

- 01 退院患者数 ()人
02 うち死亡退院患者数 ()人

8. 卒前・卒後教育の状況についてそれぞれ回答してください。(当てはまるもの全て選択)

- 医育機関 01 大学病院の本院である。
02 大学病院の本院ではない。
- 臨床研修指定病院 03 基幹型臨床研修病院である。
04 協力型臨床研修病院である。
05 研修協力施設である。
06 臨床研修指定病院ではない。
- 学会指定研修施設 07 5学会以上の指定を受けている。
08 1～4学会の指定を受けている。
09 学会指定の研修施設ではない。

9. 病院情報システムの導入状況をご回答ください。(当てはまるもの全て選択)

- 01 電子カルテ(診療記録と指示の電子化)を導入している
02 オーダーエントリーシステム(指示の電子化)を導入している
03 バーコード認証システム(照合の電子化)を導入している
04 インシデント報告システム(インシデントレポートの電子化)を導入している
05 上記はいずれも導入していない
06 その他(具体的に:)

<医療安全管理の体制>

10. 診療報酬で医療安全対策加算を取得していますか。

- 01 医療安全対策加算1 (85点) 02 医療安全対策加算2 (30点) 03 取得していない

11. 専従または専任の医療安全管理者を配置していますか。

ただし、専従と専任は次の定義に従う者とします。 専従:他の業務を行わず、医療安全の業務に就業時間の8割以上従事している者 専任:他の業務への従事の有無を問わず、医療安全の業務に就業時間の5割以上従事している者
--

- 01 配置している 02 配置していない →問13へ進む

12. 問11で「配置している」と回答した場合、職種別の配置人数を教えてください。

<専従> 医¹師()人、看護²師()人、薬剤³師()人、事務⁴員()人、その⁵他()人

<専任> 医⁶師()人、看護⁷師()人、薬剤⁸師()人、事務⁹員()人、その¹⁰他()人

資料1

13. 医療安全管理のための部署を設置していますか。

- 01 設置している 02 設置していない

14. 医療安全管理の担当者が、院内で発生した医療事故やヒヤリハットを把握するために、どのような方法を用いていますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 医療事故やヒヤリハットの報告書
02 院内の全死亡症例の精査
03 患者・家族の相談・苦情
04 合併症や偶発症の報告(一定の基準に合致する合併症・偶発症を報告)
05 医療事故の把握のためのチャートレビュー(一部の診療記録を抜き出して精査)
06 オカレンスレビュー(自院で独自に定めた条件に合致する症例を精査)
07 症例検討会の結果
08 M&Mカンファレンスの結果(死亡症例や合併症症例の検討会)
09 職員からの口頭報告(会議中の口頭報告を含む)
10 その他()

上記の10個の方法のうち、特に重視しているのものを3つ選んでください。

- 11()番 12()番 13()番

15. 問14で「05 医療事故の把握のためのチャートレビュー」を用いていると回答した場合、入院患者の何%がその対象になっていますか。

()%

16. 問14で「06 オカレンスレビュー」を用いていると回答した場合、症例の抽出基準に入っている項目を選択してください。(当てはまるもの全て選択)

- 01 入院中の新たな病態の出現(心筋梗塞、脳血管障害、肺塞栓 等)
02 入院中に生じた重篤な合併症・併発症(麻痺、アレルギー 等)
03 予期せぬ死亡・心停止・呼吸停止、術中死亡
04 手術の中止・延期
05 予想以上の出血・輸血
06 予定外の臓器の切除・修復
07 手術時間の延長
08 予定外のICU入室
09 予定外の再手術
10 予定外の再入院
11 術後感染症
12 自傷・自殺
13 その他()

17. 問14で「07 症例検討会の結果」または「08 M&Mカンファレンスの結果」を用いていると回答した場合、医療安全管理の担当者はそれらの情報をどのような方法で把握していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 医療安全管理の担当者が症例検討会に参加する
02 医療安全管理の担当者がM&Mカンファレンスに参加する
03 会議後、一定の基準に該当する症例は医療安全管理の担当者へ報告される
04 医療安全管理の担当者は会議の議事録を読むことができる
05 その他()

18. 医療安全管理を目的とした**院内報告の件数**は、年間(昨年もしくは昨年度)およそ何件ですか。(1事例に対し複数の報告がある場合は、延べ報告件数を回答してください。)

- 01 医療事故 レベル3a(簡単な治療・処置を要した)以上† 年間()件
02 ヒヤリハット レベル2(治療や処置は行わなかった)以下† 年間()件

†国立大学医療安全管理協議会による分類

資料1

19. 報告された事例(医療事故やヒヤリハット)の分析にどのような手法を用いていますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 特定の手法は用いていない →問21へ進む
- 02 RCA
- 03 SHELL/PmSHELL
- 04 4M4E
- 05 ImSAFER
- 06 インシデントレポートKYT
- 07 その他()

08 複数の手法を用いている場合、それらをどのような基準で使い分けていますか。

20. RCAやImSAFER、PmSHELLモデル等の手法を用いて分析した件数は、年間(昨年もしくは昨年度)および何件ですか。(類似事例をまとめて分析している場合には、まとめて1件とします。)

01 医療事故 年間()件

02 ヒヤリハット 年間()件

21. 報告された事例(医療事故やヒヤリハット)・情報をどのように活用していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 内容について院内で組織的に検討
- 02 定期的に頻度・パターンなどについて集計
- 03 事例を基に職員の教育・研修を実施
- 04 事例を基にマニュアル・事例集を作成
- 05 外部機関・専門家と協同して分析
- 06 その他()

22. 生じやすい医療事故等についてリスク評価を実施していますか。

- 01 行なっている(院内のほとんどの業務、部署について)
- 02 行なっている(院内の一部の業務、部署について)
- 03 行なっていない

23. 日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業に参加していますか。

- 01 医療事故情報、ヒヤリハット事例(発生件数情報または事例情報)の双方を報告している
- 02 医療事故情報のみを報告している
- 03 ヒヤリハット事例(発生件数情報または事例情報)のみを報告している
- 04 参加していない

24. 医療安全管理を目的とした職場巡視を実施していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 医療安全委員会の委員を中心に定期的実施している } →問25へ進む
- 02 医療安全委員会の委員を中心に不定期実施している }
- 03 専従または専任の医療安全管理者のみで定期的実施している } →問28へ進む
- 04 専従または専任の医療安全管理者のみで不定期実施している }
- 05 実施していない
- 06 その他()

25. 問24で「医療安全委員会の委員を中心に実施している」と回答した場合、その頻度をお答えください。

- 01 週に1回以上
- 02 1か月に1~2回
- 03 1年に3~6回
- 04 1年に1~2回
- 05 その他()

資料1

26. 問24で「医療安全委員会の委員を中心に実施している」と回答した場合、巡視する場所(部署)をどのように選んでいますか。

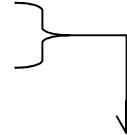
27. 問24で「医療安全委員会の委員を中心に実施している」と回答した場合、巡視で着目する点(テーマやチェックポイント)はどのように選んでいますか。

28. 医療安全管理に関する教育・研修の現状についてお答えください。(当てはまるもの全て選択)

- 01 全職員を対象にした研修会を年2回以上開催している
- 02 担当者が配置されている
- 03 教育プログラムがある
- 04 予算が確保されている
- 05 教育・研修の教材が作成されている
- 06 e-learningを使用している(院内で開催した研修会の録画の閲覧は除く)
- 07 外部の講師を招いて研修会を開催している
- 08 院外の研修会に職員を参加させている
- 09 その他()

29. 診療報酬で医療安全対策地域連携加算を取得していますか。

- 01 医療安全対策地域連携加算1(50点)
- 02 医療安全対策地域連携加算2(20点)
- 03 取得していない →問32へ進む



30. 問29で加算を取得していると回答した場合、どのような医療機関と連携していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 開設主体が同一の医療機関
- 02 同じまたは隣接する市区町村の開設主体が異なる医療機関
- 03 感染防止対策で地域連携している医療機関(感染防止対策地域連携加算を取得している)
- 04 同じ病院団体に所属する医療機関(国立大学附属病院長会議、日本私立医科大学協会 等)
- 05 その他()

31. 問29で加算を取得していると回答した場合、医療安全対策に関する相互評価のほかに、当該連携病院と協働しているものがあれば選択してください。(当てはまるもの全て選択)

- 01 医療安全管理者同士の情報交換
- 02 発生事例の情報共有
- 03 発生事例の協同分析
- 04 研修会の定期的な共同開催
- 05 相互の医療機関への講師派遣
- 06 感染防止対策に関する相互評価
- 07 特にない
- 08 その他()

32. 病院の経営理念・目標等を明文化していますか。

- 01 明文化している
- 02 明文化していない →問34へ進む



33. 問32で「明文化している」と回答した場合、その中に院内の医療安全管理が位置付けられていますか。

- 01 位置付けられている
- 02 位置付けられていない

資料1

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

- 01 はい 02 いいえ →問36へ進む



35. 問34で「はい」と回答した場合、その医療安全に関する教育・研修を主催している団体は何でしたか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 病院団体 02 医師会 03 看護協会 04 薬剤師会
05 行政(都道府県または区市町村) 06 学会 07 企業
08 厚生労働省/地方厚生局 09 日本医療機能評価機構
10 病院グループ本部 11 その他()

36. 貴院で実施されている医療の質向上を目的とした取組みを回答してください。(当てはまるもの全て選択)

- 01 医療の質の向上を目的とした組織の設立(質向上委員会、QCサークル等)
02 医療の質と安全に関する臨床指標の定期的な測定
03 患者満足度の定期的な測定
04 職員満足度の定期的な測定
05 マニュアルやルール of 遵守状況のモニタリング
06 マニュアルやルール of 定期的な見直し
07 マニュアルやルール of 作成・改訂への医療安全管理部門の関与
08 クリニカルパス(クリティカルパス)が適用される患者の割合の向上
09 クリニカルパス(クリティカルパス)のバリエーションの分析(パスの逸脱症例の原因分析)
10 業務フロー図の活用
11 医療安全文化の定期的な測定
12 医療安全管理活動に対する報奨制度(報告への賞の授与等)
13 患者情報の伝達方法の標準化(TeamSTEPPS、SBAR等)
14 病状の悪化や急変に迅速に対応する体制の整備(Rapid Response System)
15 医療機器・器材の統一・標準化
16 病院機能評価の認定
17 ISO(International Organization for Standardization)の認証の取得
18 JCI(Joint Commission International)の認証の取得
19 特定の技術に関する院内認定制度(具体的に:)
20 その他()

37. 病理診断報告書の確認漏れ(主治医の未読)を防ぐ仕組みがありますか。

- 01 ある(具体的に:) 02 ない

38. 画像診断報告書の確認漏れ(主治医の未読)を防ぐ仕組みがありますか。

- 01 ある(具体的に:) 02 ない

39. 医療紛争が起きた際、当事者である患者と医療者の対話を促進する役割を担う者(医療対話推進者等)を配置していますか。

- 01 配置している 02 配置していない →問41へ進む



40. 問39で「配置している」と回答した場合、それはどのような立場の方ですか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 院長 07 相談窓口の職員
02 副院長 08 専従または専任の医療安全管理者
03 看護部長 09 顧問弁護士
04 事務長 10 医療ソーシャルワーカー
05 師長または主任看護師 11 医療対話推進者の資格を有する者
06 事務部の事務員 12 その他(具体的に:)

資料1

41. 貴院として、医療安全のために特に重要と考えられる事項は何ですか。(当てはまるもの全て選択)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 01 指針の整備 | <input type="checkbox"/> 07 医療安全文化の醸成 |
| <input type="checkbox"/> 02 医療安全管理のための委員会の実施 | <input type="checkbox"/> 08 部門・職種横断的な活動の推進 |
| <input type="checkbox"/> 03 医療安全管理を目的とした報告 | <input type="checkbox"/> 09 報告された事例の分析 |
| <input type="checkbox"/> 04 医療安全管理に関する教育・研修 | <input type="checkbox"/> 10 予算の確保 |
| <input type="checkbox"/> 05 医療安全に配慮した医薬品、医療器具などの提供 | <input type="checkbox"/> 11 重要な情報の周知徹底 |
| <input type="checkbox"/> 06 専従または専任の医療安全管理者の配置 | <input type="checkbox"/> 12 医療安全活動への医師の参加 |
| <input type="checkbox"/> 13 その他() | |

42. 貴院で安全確保のための方策を実施するにあたっての問題点は何ですか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 人員が確保できない
- 02 時間がない
- 03 財源がない
- 04 取組み方法がわからない
- 05 一部の部署または職種の協力が得られない
- 06 医療安全文化が醸成されていない
- 07 医療安全管理活動の効果が測定しにくい
- 08 医療安全管理者の組織内での地位が定まっていない
- 09 医療安全管理者のキャリアパスが定まっていない
- 10 その他()

43. 最近3年以内に、介護保険事業所(特養や老健、訪問看護・介護など)との患者情報の交換・提供の不足や不備に起因した事故やヒヤリハットを経験したことがありますか。

- 01 ある(具体的に:) 02 ない

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

	部門/部署	内容
例	病棟	デバイスの変更により、ラインの誤接続がなくなった。
01 事例		
02 事例		

<医療事故への対応>

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

†

(†国立大学医療安全管理協議会による分類でレベル5またはレベル4bに該当する症例)

- 01 はい 02 いいえ →問55へ進む

↓
 「はい」の場合、それは何件ですか。
 ↓
 死亡症例 03 ()件
 重篤な後遺障害が残った症例 04 ()件

↓
 そのうち、院内医療事故調査委員会等により、原因究明し、その結果を報告書等にとりまとめたのは何件ですか。

05 ()件

資料1

問45で「はい」と回答された場合、その医療事故の原因究明の方法や事故報告書の取り扱い等についてお聞きします。もし、2例以上の重大な医療事故(死亡あるいは重篤な後遺障害が残った事例)を経験された場合には、**もっとも最近のもの**について回答して下さい。

46. 医療事故の原因究明を行ないましたか。

- 01 はい 02 いいえ →問55へ進む



47. 原因究明はどのような組織で行ないましたか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 医療安全の担当部署のみ
02 医療安全委員会など常設の組織
03 医療事故の原因究明を目的に臨時に設けられた委員会など(院内のメンバーのみで構成)
04 医療事故の原因究明を目的に臨時に設けられた委員会など(院外のメンバーを含む)
05 その他(具体的に:)

48. 原因究明にあたって外部の専門家の支援を受けましたか。

- 01 はい 02 いいえ →問50へ進む



49. 問48で「はい」と回答した場合、それはどのような方ですか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 医療安全、事故究明の専門家
02 医療事故に関連した医療分野(同一診療科 等)の専門家
03 保険会社の医師
04 医師会の医事紛争に関する委員会の委員
05 法律家
06 心理カウンセラー
07 その他(具体的に:)

50. 原因究明にあたって当事者の職員への対応はどうしましたか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 事情聴取に協力してもらった 05 一定期間の休職など、休養を与えた
02 原因究明のメンバーとして参加してもらった 06 配置転換を行なった
03 心理カウンセリングなどの支援を行なった 07 特になし
04 上司が声掛けなどの心理的支援を行なった 08 その他()

51. 原因究明にあたって患者・家族への対応はどうしましたか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 事情聴取に協力してもらった
02 原因究明のメンバーとして参加してもらった
03 心理カウンセリングなどの支援を行なった
04 経過を説明した
05 医療対話推進者(メディエーター 等)が問題解決を支援した
06 特になし
07 その他(具体的に:)

52. 事故調査報告書は作成しましたか。

- 01 はい 02 いいえ

53. 原因究明の結果について患者・家族へ説明しましたか。

- 01 はい 02 いいえ

資料1

54. 原因究明全般にあたって困ったことは何ですか。(当てはまるもの全て選択)

- 原因究明の体制
- 01 院内に医療安全、事故調査の専門家がいない
 - 02 院外の医療安全、事故調査の専門家の支援を得ることが困難であった
 - 03 当事者以外に、院内に医療事故に関連した医療分野(同一診療科等)の専門家がいない
 - 04 院外の医療事故に関連した医療分野(同一診療科等)の専門家の支援を得ることが困難であった
- 原因究明の過程
- 05 医療事故の分析方法がわからない
 - 06 医療安全管理者の精神的、肉体的な負担が大きい
 - 07 原因究明のための委員会の委員の日程調整
 - 08 遺族の病理解剖・Autopsy Imagingへの拒否
 - 09 当事者となった医療従事者の協力が得られなかった
- 原因究明の結果
- 10 報告書の内容が訴訟や捜査に与える結果が懸念される
 - 11 明確な原因を特定できなかった
- 職員の状況
- 12 当事者となった医療従事者のケア
 - 13 当事者以外の病院スタッフの士気低下・モラル低下の対策
 - 14 当該患者の診療に関係しない職員が興味本位で診療記録を閲覧する
- 患者・家族・地域の状況
- 15 患者・家族のケア
 - 16 患者・家族による暴言
 - 17 患者・家族との関係が完全に破たんし、話し合いに応じてくれない
 - 18 事故被害者以外の患者さんの不安の軽減
 - 19 地域の住民や医療機関からの信頼の回復
- その他 20 その他(具体的に: _____)

55. 患者・家族に医療事故が起きた事を説明することにより、患者・家族の医療機関への信頼が高まると思えますか。

<患者に健康被害が**あった**場合>

- 01 信頼が高まると思う 02 信頼が高まるとは思わない 03 わからない

<患者に健康被害が**なかった**場合>

- 04 信頼が高まると思う 05 信頼が高まるとは思わない 06 わからない

56. どのような条件を整えば、患者・家族に医療事故が起きた事を説明することにより、患者・家族の医療機関への**信頼が高まると思えますか**。(当てはまるもの全て選択)

- 01 医療事故を隠さないことを病院の方針として定める
- 02 医療事故については極力触れない
- 03 主治医が医療事故について患者・家族に説明する際の支援体制を整える
- 04 医療対話推進者を配置する
- 05 専従または専任の医療安全管理者が医療対話推進者を務める
- 06 事務員が医療対話推進者を務める
- 07 客観的な原因究明ができる
- 08 明確な原因が特定できる
- 09 病理解剖やAutopsy Imagingを行う
- 10 その他(_____)

資料1

<医療事故調査制度>

57. 医療事故調査・支援センターへの報告が必要な医療事故が発生した際の調査方法について定めた指針やマニュアルはありますか。

- 01 ある 02 ない

58. 最近3年以内に、医療事故調査・支援センター(日本医療安全調査機構)へ医療事故の届け出をしましたか。

- 01 はい(件) 02 いいえ →問62へ進む

59. 問58で「はい」と回答した場合、遺族への説明はどのように行いましたか。

- 01 事故調査報告書を渡した上で口頭で説明
02 事故調査報告書を渡したのみ(口頭の説明は無し)
03 要約文書を渡した上で口頭で説明
04 要約文書を渡したのみ(口頭の説明は無し)
05 口頭の説明のみ →問61へ進む
06 まだ調査が終了していない
07 その他()
- 医療事故調査・支援センターに提出した文書と同じもの
遺族にわかりやすい文章に編集した文書を含む
→問62へ進む

60. 問59で、事故調査報告書または要約文書を渡したと回答した場合、その理由として当てはまるものを選択してください。(当てはまるもの全て選択)

- 01 遺族が事故調査報告書の受け取りを希望した
02 遺族に事実を知ってもらう必要がある
03 院内規定に基づいて渡すことにした
04 病院長または病院幹部の判断で渡すことにした
05 その他()
- 問62へ進む

61. 問59で「口頭の説明のみ」と回答した場合、文書を渡さなかった理由として当てはまるものを選択してください。(当てはまるもの全て選択)

- 01 遺族が事故調査報告書の受け取りを明示的に要求しなかった
02 遺族が事故調査報告書の受け取りは不要であると明確に意思表示した
03 遺族が口頭説明のみで納得した
04 事故調査報告書または要約文書を遺族に渡すという院内規定がない
05 病院長または病院幹部の判断で渡さないことにした
06 文書が訴訟に利用される可能性がある
07 その他()

62. 医療事故の届け出の判断や原因究明にあたり、次の組織に相談したり支援を求めたりしましたか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 外部の組織には相談・支援を求めなかった →問64へ進む
02 医療事故調査・支援センター
03 医療事故調査支援団体(医師会、病院団体等)
04 病院の上部組織(法人等)
05 その他の組織()

63. 問62でいずれかの組織に相談・支援を求めたと回答した場合、どのような相談または支援を求めましたか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 届け出の対象に該当するかの相談
02 院外の専門家の紹介
03 院内医療事故調査の体制や方法に関する相談
04 病理解剖の実施施設の紹介
05 死亡時画像診断(Autopsy Imaging)の実施施設の紹介
06 その他()

64. 遺族から、医療事故調査・支援センターへの届け出の要請または死亡原因究明の要請を受けたことがありますか。

- 01 ある 02 ない

資料1

65. 医療事故調査・支援センターへ医療事故を報告するか否かの判断をするうえで、障害となっているのは何ですか。(当てはまるもの全て選択)

- 制度の理解
 - 01 職員が医療事故調査制度を知らない
 - 02 職員が医療事故調査制度を十分に理解していない
- 院内の仕組み
 - 03 死亡症例を漏れなく把握・検証する仕組みがない
 - 04 診療記録に判断できるほどの情報が記載されていない
- 報告対象の判断
 - 05 医療に起因する死亡に該当するか判断に悩む
 - 06 予期せぬ死亡に該当するか判断に悩む
 - 07 合併症や偶発症との区別が難しい
 - 08 病院長の判断と医療安全管理の担当者の判断が食い違うことがある
 - 09 判断についてどこに(誰に)相談したらよいか分からない
 - 10 各種団体が発行するガイドラインには報告基準の解釈が異なるものがある
- その他
 - 11 医療事故を外部に報告することに対し抵抗感がある
 - 12 遺族に疑義がない症例まで報告するのは抵抗感がある
 - 13 制度に則って報告・説明すると医事紛争に繋がるとの不安がある
 - 14 わからない
 - 15 その他()

66. 医療事故調査・支援センターへの報告が必要な医療事故の原因究明をするうえで、障害となっているのは何ですか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 院内に医療安全、事故調査の専門家がない
- 02 専従または専任の医療安全管理者がいない
- 03 医療事故について職員同士で話し合う組織文化がない
- 04 原因究明をする人と時間の確保が難しい
- 05 院内事故調査のルールが定まっていない
- 06 原因究明の方法や内容が適切であるか判断できない
- 07 院内で死亡時画像診断(Autopsy Imaging)ができない
- 08 病理専門医がいない
- 09 医師の協力が得られない
- 10 医療事故の分析方法がわからない
- 11 客観性の担保が難しい
- 12 院内で病理解剖ができない
- 13 経験がないのでわからない
- 14 その他()

<医療安全情報の利用状況>

さまざまな組織が医療安全管理に関する情報を発信しています。それぞれの医療安全情報について、貴院での利用状況をお答えください。

67. 次のうち、院内で利用しているものを全て選んでください。(当てはまるもの全て選択)

<医療安全情報の名称>	<発行者>	<発行頻度>
<input type="checkbox"/> 01 医薬品・医療機器等安全性情報	厚生労働省	月1回程度
<input type="checkbox"/> 02 医療安全情報	日本医療機能評価機構	毎月
<input type="checkbox"/> 03 医療事故情報収集等事業 報告書	日本医療機能評価機構	年4回
<input type="checkbox"/> 04 Web上での公開データ検索 (医療事故/ヒヤリ・ハット報告事例検索)	日本医療機能評価機構	-
<input type="checkbox"/> 05 PMDA医療安全情報	医薬品医療機器総合機構	年数回
<input type="checkbox"/> 06 医薬品に関する緊急安全性情報および安全性速報	医薬品医療機器総合機構	年数回
<input type="checkbox"/> 07 医療機器に関する緊急安全性情報および安全性速報	医薬品医療機器総合機構	年数回
<input type="checkbox"/> 08 医療事故の再発防止に向けた提言	日本医療安全調査機構	年数回
<input type="checkbox"/> 09 職能団体の各種医療安全情報	看護協会、薬剤師会等	年数回
<input type="checkbox"/> 10 病院グループの本部が提供する医療安全情報	各病院グループの本部	-

68. 院内で利用する医療安全情報を選択するにあたって重視するのは何ですか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 自院でも起こり得る事例について解説されている
- 02 事例が具体的に記載してある
- 03 院内の教育・研修に使用できる
- 04 絵や図表を用いて説明されている
- 05 ファイルをダウンロード可能である
- 06 職種に関わらず理解できる内容である
- 07 専門家が事例および防止策などについて解説している
- 08 メッセージが単純明快である
- 09 情報量が適切である
- 10 定期的に提供されている
- 11 新しいものが自動的に送られてくる
- 12 類似事例について検索できる
- 13 院内で容易に加工できる
- 14 カラーである
- 15 その他()

資料1

69. 医療安全情報(日本医療機能評価機構が毎月発行)を院内でどのように周知していますか。

- 01 全ての号を周知している
 - 02 一部の号を周知している(内容等に応じて)
 - 03 周知していない(利用していない/医療安全管理者が読むだけ)
- } →問70へ進む
- 問71へ進む



70. 問69で周知していると回答した場合、どのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 全職員に参加義務のある研修会で紹介
- 02 自由参加または一部の職員のみが参加する研修会で紹介
- 03 全職員に個別に配布 (全職員にメール配信/個別に配布)
- 04 全部署に配布 (診療科長、部門の長に配布/全部署に配布)
- 05 一部の職員・部署に配布 (医療安全委員会の委員に配布/関係する診療科・部門のみに配布)
- 06 掲 示 (院内に掲示/病院情報システム上に掲載)
- 07 その他()

71. PMDA医療安全情報(医薬品医療機器総合機構が年に数回発行)を院内でどのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 全ての号を周知している
 - 02 一部の号を周知している(内容等に応じて)
 - 03 周知していない(利用していない/医療安全管理者が読むだけ)
- } →問72へ進む
- 問73へ進む



72. 問71で周知していると回答した場合、どのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 全職員に参加義務のある研修会で紹介
- 02 自由参加または一部の職員のみが参加する研修会で紹介
- 03 全職員に個別に配布 (全職員にメール配信/個別に配布)
- 04 全部署に配布 (診療科長、部門の長に配布/全部署に配布)
- 05 一部の職員・部署に配布 (医療安全委員会の委員に配布/関係する診療科・部門のみに配布)
- 06 掲 示 (院内に掲示/病院情報システム上に掲載)
- 07 その他()

73. 医療事故の再発防止に向けた提言(日本医療安全調査機構が年に数回発行)の全文を院内でどのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 全ての号を周知している
 - 02 一部の号を周知している(内容等に応じて)
 - 03 周知していない(利用していない/医療安全管理者が読むだけ)
- } →問74へ進む
- 問75へ進む



74. 問73で周知していると回答した場合、どのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 全職員に参加義務のある研修会で紹介
- 02 自由参加または一部の職員のみが参加する研修会で紹介
- 03 全職員に個別に配布 (全職員にメール配信/個別に配布)
- 04 全部署に配布 (診療科長、部門の長に配布/全部署に配布)
- 05 一部の職員・部署に配布 (医療安全委員会の委員に配布/関係する診療科・部門のみに配布)
- 06 掲 示 (院内に掲示/病院情報システム上に掲載)
- 07 その他()

75. 医療事故の再発防止に向けた提言(日本医療安全調査機構が年に数回発行)の概要版を院内でどのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 全ての号を周知している
 - 02 一部の号を周知している(内容等に応じて)
 - 03 周知していない(利用していない/医療安全管理者が読むだけ)
- } →問76へ進む
- 問77へ進む



76. 問75で周知していると回答した場合、どのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 全職員に参加義務のある研修会で紹介
- 02 自由参加または一部の職員のみが参加する研修会で紹介
- 03 全職員に個別に配布 (全職員にメール配信/個別に配布)
- 04 全部署に配布 (診療科長、部門の長に配布/全部署に配布)
- 05 一部の職員・部署に配布 (医療安全委員会の委員に配布/関係する診療科・部門のみに配布)
- 06 掲 示 (院内に掲示/病院情報システム上に掲載)
- 07 その他()

資料1

77. 各種の医療安全情報を何に活用していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 職員への注意喚起
- 02 医療安全に関連した研修会の教材
- 03 医療安全管理の担当者による自院の状況の確認
- 04 医療事故の改善策を立案する際の参考資料
- 05 医療事故の原因究明をする際の参考資料
- 06 ルールやマニュアルの作成または改訂時の参考資料
- 07 薬剤や医療機器を採用・変更する際の参考資料
- 08 活用していない →問83へ進む
- 09 その他()

78. 各種の医療安全情報が役に立ったと思う項目を選んでください。(当てはまるもの全て選択)

	医療安全情報 (日本医療機能 評価機構)	PMDA 医療安全情報 (医薬品医療機器総合機構)	医療事故の 再発防止に 向けた提言 (日本医療安全 調査機構)
01 職員への注意喚起	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 21
02 研修会の教材	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 22
03 自院の状況の確認	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 23
04 医療事故の原因分析	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 24
05 医療事故の改善策の立案	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 25
06 ルールやマニュアルの作成または改訂	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 26
07 薬剤や医療機器の採用・変更・使用中止	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 27
08 あまり役に立っていない	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 28
09 その他()	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 29



79. 最近3年以内に、各種の医療安全情報に基づき、貴院のルールやマニュアルが作成または改訂されたことがありますか。

- 01 ある
- 02 ない
- 03 わからない

80. 最近3年以内に、各種の医療安全情報に基づき、貴院の医薬品、医療機器、器材を新規導入、変更または使用中止にしたことがありますか。

- 01 ある
- 02 ない
- 03 わからない

81. 各種の医療安全情報を活用することにより、貴院における新たな医療事故の発生を予防できていると思いますか。

01 医療安全情報 (日本医療機能評価機構が毎月発行)	<input type="checkbox"/> 01 そう思う	<input type="checkbox"/> 02 どちらかとい えばそう思う	<input type="checkbox"/> 03 どちらともい えない	<input type="checkbox"/> 04 どちらかとい えばそう思 わない	<input type="checkbox"/> 05 そう思わな い	<input type="checkbox"/> 06 わからない
02 PMDA医療安全情報 (医薬品医療機器総合機構が年に数回発行)	<input type="checkbox"/> 01 そう思う	<input type="checkbox"/> 02 どちらかとい えばそう思う	<input type="checkbox"/> 03 どちらともい えない	<input type="checkbox"/> 04 どちらかとい えばそう思 わない	<input type="checkbox"/> 05 そう思わな い	<input type="checkbox"/> 06 わからない
03 医療事故の再発防止 に向けた提言 (日本医療安全調査機構が年に数回発行)	<input type="checkbox"/> 01 そう思う	<input type="checkbox"/> 02 どちらかとい えばそう思う	<input type="checkbox"/> 03 どちらともい えない	<input type="checkbox"/> 04 どちらかとい えばそう思 わない	<input type="checkbox"/> 05 そう思わな い	<input type="checkbox"/> 06 わからない

資料1

82. 貴院において、各種医療安全情報の周知・活用を促進するため、何か工夫していることがありますか。
(当てはまるもの全て選択)

	医療安全情報 (日本医療機能 評価機構)	PMDA 医療安全情報 (医薬品医療機 器総合機構)	医療事故の 再発防止に 向けた提言 (日本医療安全 調査機構)
01 自院の類似事例を付加して周知する	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 21
02 自院の手順やルールを付加して周知する	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 22
03 自院の医療安全ニュースの体裁に編集し直して周知する	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 23
04 文章やイラストを切り取り、WordやPowerPointに貼り付けて使用する	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 24
05 いつでも誰でも閲覧できるようにする (医療情報システム内に掲載、部署別にバインダーに綴じる等)	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 25
06 特にない	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 26
07 その他()	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 27



83. 各種の医療安全情報の貴院における活用を阻害する要因があれば選んでください。(当てはまるもの全て選択)

	医療安全情報 (日本医療機能 評価機構)	PMDA 医療安全情報 (医薬品医療機 器総合機構)	医療事故の 再発防止に 向けた提言 (日本医療安全 調査機構)
01 医療安全情報があることを知らなかった	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 41
02 医療安全情報に関心がない	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 42
03 医療安全情報を扱う担当者が決まっていない	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 43
04 どのように活用すれば良いか分からない	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 44
05 活用するための時間が不足している	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 45
06 内容が自院の状況・機能に合わない	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 46
07 情報量が多すぎる	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 47
08 情報量が少ない	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 48
09 医師、看護師以外の職種が利用できる内容が少ない	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 49
10 推奨される再発防止策の要求水準が高すぎる	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 50
11 推奨される再発防止策のエビデンスや効果に疑問を感じる	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 51
12 特にない	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 52
13 その他()	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 53

資料1

84. 医療安全情報の院内での利用促進ツールとして、あれば利用したいと思うものを選んでください。(当てはまるもの全て選択)

- 01 医療安全情報の内容を解説した動画(DVD、Webでの動画配信 等)
- 02 医療安全情報の内容を解説した漫画
- 03 医療安全情報の内容に関するe-learning
- 04 医療安全情報に掲載されたイラストや図表などの画像ファイル(自院で医療安全情報を加工して利用可能)
- 05 医療安全情報の概要をまとめたPowerPoint
- 06 簡易版の医療安全情報(情報量が多い場合)
- 07 診療科別の特集(精神科、リハビリテーション科 等)
- 08 職種別の特集(技師、療法士、栄養士 等)
- 09 事故の形態別の対策案の特集
- 10 特にない
- 11 その他()

85. 医療安全情報の内容・テーマとして希望するものがあれば選択してください。(当てはまるもの全て選択)

- 01 医療の提供 (情報伝達、診療予約、患者紹介、入退院、転院、患者確認、同意 等)
- 02 臨床のプロセス・手順 (検診、診断、治療、看護・介護、検査、抑制 等)
- 03 記録・書類 (指示書、診療記録、手順書、ラベル、リストバンド、読影報告書 等)
- 04 院内感染 (血流、手術部位、膿瘍、肺炎、中心静脈カテーテル、尿路 等)
- 05 内服薬・点滴 (処方、調剤、表示・外装、配薬、与薬・投与、保管、観察 等)
- 06 輸血・血液製剤 (輸血前検査、処方、準備、配送、投与、保管、観察、表示・外装、供給 等)
- 07 栄養 (処方、調理、食材の調達、表示、盛り付け、配膳、食事摂取、保管 等)
- 08 医療用ガス (配管の標識、色による識別、表示、投与、供給、保管 等)
- 09 医療機器・器材 (表示、利用可能性、消毒、操作、組み立て 等)
- 10 職員・患者のふるまい (指示の非遵守、無礼な態度、危険行為、ハラスメント、自殺、院内暴力 等)
- 11 患者事故 (転倒・転落、接触・衝突、危険な環境・物質への曝露 等)
- 12 設備・建物 (設備の不在、不適切な設備・建物、破損、故障、経年劣化 等)
- 13 資源・組織管理 (人事・労務管理、病床管理、チームの組織化、手順書・規約の整備 等)
- 14 その他(具体的に:)

86. 各種の医療安全情報への要望があればお書きください(病院への伝達手段、記載内容、情報量、体裁等)。

87. 医療安全を向上するため方法等について、何かご意見がありましたらお書きください。

「病院情報システムの利用状況に関する調査」の調査票とともに、同封の返信用封筒に入れ、**12月11日(水)まで**にご投函ください。

調査へのご協力ありがとうございました。

問い合わせ先:
東邦大学医学部 社会医学講座
藤田茂、瀬戸加奈子
〒143-8510 東京都大田区大森西5-21-16
Tel 03-3762-4151(内線2415) Fax 03-5493-5417
health@med.toho-u.ac.jp

医療安全情報の利用状況に関する調査

令和元年度厚生労働科学研究

医療事故の再発防止策の効果的な作成および実践
されるための促進要因・阻害要因の研究 研究班

研究代表者

東邦大学医学部教授

長谷川友紀

全日本病院協会 医療の質向上委員会

委員長

永井庸次

日本医療機能評価機構や日本医療安全調査機構等は、医療事故の事例等を収集し、それに基づき医療安全情報の提供や再発防止のための提言を行っています。しかし、その効果は十分に検証されていません。本研究は、各種の医療安全情報の病院での利用状況と利用に関連する因子を明らかにし、医療安全情報が広く受け入れられるための方策を検討することを目的とします。

お忙しいところ恐縮ですが、何卒ご回答たまわりますようお願い申し上げます。

ご回答の注意

- ・本日の講習会が終了するまでの間にご回答ください。
- ・ご回答いただいた調査票は、座席に置いたままご退出ください。
- ・原則として当てはまるもの1つにチェック(✓)をつけてください。
- ・()には適当な数字、文章でお答えください。

1. ご回答いただく方の院内でのお立場をお教えてください。(当てはまるもの全て選択)

<職 種>

- 01 医師
02 看護師
03 薬剤師
04 事務員
05 その他()

<医療安全管理の役割>(当てはまるもの全て選択)

- 11 医療安全管理委員会の委員
12 医療安全管理部門の職員
13 専従もしくは専任の医療安全管理者
14 医薬品安全管理責任者/医療機器安全管理責任者
15 その他()

2. 貴院の特徴をお教えてください。

<病床数>

()床

<機 能>

- 01 特定機能病院/地域医療支援病院
02 一般病院(一般病床を主体とする病院)
03 ケアミックス病院(一般病床と療養病床の両方を有する病院)
04 長期療養型の病院(療養病床を主体とする病院)
05 その他()

さまざまな組織が医療安全管理に関する情報を発信しています。それぞれの医療安全情報について、貴院での利用状況をお答えください。

3. 次のうち、院内で利用しているものを全て選んでください。(当てはまるもの全て選択)

<医療安全情報の名称>

- 01 医薬品・医療機器等安全性情報
02 医療安全情報
03 医療事故情報収集等事業 報告書
04 Web上での公開データ検索
(医療事故/ヒヤリ・ハット報告事例検索)
05 PMDA医療安全情報
06 医薬品に関する緊急安全性情報および安全性速報
07 医療機器に関する緊急安全性情報および安全性速報
08 医療事故の再発防止に向けた提言
09 職能団体の各種医療安全情報
10 病院グループの本部が提供する医療安全情報

<発行者>

厚生労働省
日本医療機能評価機構
日本医療機能評価機構
日本医療機能評価機構

<発行頻度>

月1回程度
毎月
年4回
-

医薬品医療機器総合機構 年数回
医薬品医療機器総合機構 年数回
医薬品医療機器総合機構 年数回
日本医療安全調査機構 年数回
看護協会、薬剤師会等 年数回
各病院グループの本部 -

4. 院内で利用する医療安全情報を選択するにあたって重視するのは何ですか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 自院でも起こり得る事例について解説されている
02 事例が具体的に記載してある
03 院内の教育・研修に使用できる
04 絵や図表を用いて説明されている
05 ファイルをダウンロード可能である
06 職種に関わらず理解できる内容である
07 専門家が事例および防止策などについて解説している
08 メッセージが単純明快である
09 情報量が適切である
10 定期的に提供されている
11 新しいものが自動的に送られてくる
12 類似事例について検索できる
13 院内で容易に加工できる
14 カラーである
15 その他()

資料2

5. 医療安全情報(日本医療機能評価機構が毎月発行)を院内でどのように周知していますか。

- 01 全ての号を周知している } →問6へ進む
02 一部の号を周知している(内容等に応じて)
03 周知していない(利用していない/医療安全管理者が読むだけ) →問7へ進む



6. 問5で周知していると回答した場合、どのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 全職員に参加義務のある研修会で紹介
02 自由参加または一部の職員のみが参加する研修会で紹介
03 全職員に個別に配布 (全職員にメール配信/個別に配布)
04 全部署に配布 (診療科長、部門の長に配布/全部署に配布)
05 一部の職員・部署に配布 (医療安全委員会の委員に配布/関係する診療科・部門のみに配布)
06 掲示 (院内に掲示/病院情報システム上に掲載)
07 その他()

7. PMDA医療安全情報(医薬品医療機器総合機構が年に数回発行)を院内でどのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 全ての号を周知している } →問8へ進む
02 一部の号を周知している(内容等に応じて)
03 周知していない(利用していない/医療安全管理者が読むだけ) →問9へ進む



8. 問7で周知していると回答した場合、どのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 全職員に参加義務のある研修会で紹介
02 自由参加または一部の職員のみが参加する研修会で紹介
03 全職員に個別に配布 (全職員にメール配信/個別に配布)
04 全部署に配布 (診療科長、部門の長に配布/全部署に配布)
05 一部の職員・部署に配布 (医療安全委員会の委員に配布/関係する診療科・部門のみに配布)
06 掲示 (院内に掲示/病院情報システム上に掲載)
07 その他()

9. 医療事故の再発防止に向けた提言(日本医療安全調査機構が年に数回発行)の全文を院内でどのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 全ての号を周知している } →問10へ進む
02 一部の号を周知している(内容等に応じて)
03 周知していない(利用していない/医療安全管理者が読むだけ) →問11へ進む



10. 問9で周知していると回答した場合、どのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 全職員に参加義務のある研修会で紹介
02 自由参加または一部の職員のみが参加する研修会で紹介
03 全職員に個別に配布 (全職員にメール配信/個別に配布)
04 全部署に配布 (診療科長、部門の長に配布/全部署に配布)
05 一部の職員・部署に配布 (医療安全委員会の委員に配布/関係する診療科・部門のみに配布)
06 掲示 (院内に掲示/病院情報システム上に掲載)
07 その他()

11. 医療事故の再発防止に向けた提言(日本医療安全調査機構が年に数回発行)の概要版を院内でどのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 全ての号を周知している } →問12へ進む
02 一部の号を周知している(内容等に応じて)
03 周知していない(利用していない/医療安全管理者が読むだけ) →問13へ進む



12. 問11で周知していると回答した場合、どのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 全職員に参加義務のある研修会で紹介
02 自由参加または一部の職員のみが参加する研修会で紹介
03 全職員に個別に配布 (全職員にメール配信/個別に配布)
04 全部署に配布 (診療科長、部門の長に配布/全部署に配布)
05 一部の職員・部署に配布 (医療安全委員会の委員に配布/関係する診療科・部門のみに配布)
06 掲示 (院内に掲示/病院情報システム上に掲載)
07 その他()

資料2

13. 各種の医療安全情報を何に活用していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 職員への注意喚起
- 02 医療安全に関連した研修会の教材
- 03 医療安全管理の担当者による自院の状況の確認
- 04 医療事故の改善策を立案する際の参考資料
- 05 医療事故の原因究明をする際の参考資料
- 06 ルールやマニュアルの作成または改訂時の参考資料
- 07 薬剤や医療機器を採用・変更する際の参考資料
- 08 活用していない →問19へ進む
- 09 その他()

14. 各種の医療安全情報が役に立ったと思う項目を選んでください。(当てはまるもの全て選択)

	医療安全情報 (日本医療機能 評価機構)	PMDA 医療安全情報 (医薬品医療機 器総合機構)	医療事故の 再発防止に 向けた提言 (日本医療安全 調査機構)
01 職員への注意喚起	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 21
02 研修会の教材	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 22
03 自院の状況の確認	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 23
04 医療事故の原因分析	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 24
05 医療事故の改善策の立案	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 25
06 ルールやマニュアルの作成または改訂	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 26
07 薬剤や医療機器の採用・変更・使用中止	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 27
08 あまり役に立っていない	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 28
09 その他()	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 29



15. 最近3年以内に、各種の医療安全情報に基づき、貴院のルールやマニュアルが作成または改訂されたことがありますか。

- 01 ある
- 02 ない
- 03 わからない

16. 最近3年以内に、各種の医療安全情報に基づき、貴院の医薬品、医療機器、器材を新規導入、変更または使用中止にしたことがありますか。

- 01 ある
- 02 ない
- 03 わからない

17. 各種の医療安全情報を活用することにより、貴院における新たな医療事故の発生を予防できていると思いますか。

01 医療安全情報 (日本医療機能評価機構が毎月発行)	<input type="checkbox"/> 01 そう思う	<input type="checkbox"/> 02 どちらかとい えばそう思う	<input type="checkbox"/> 03 どちらともい えない	<input type="checkbox"/> 04 どちらかとい えばそう思 わない	<input type="checkbox"/> 05 そう思わな い	<input type="checkbox"/> 06 わからない
02 PMDA医療安全情報 (医薬品医療機器総合機構が年に数回発行)	<input type="checkbox"/> 01 そう思う	<input type="checkbox"/> 02 どちらかとい えばそう思う	<input type="checkbox"/> 03 どちらともい えない	<input type="checkbox"/> 04 どちらかとい えばそう思 わない	<input type="checkbox"/> 05 そう思わな い	<input type="checkbox"/> 06 わからない
03 医療事故の再発防止 に向けた提言 (日本医療安全調査機構が年に数回発行)	<input type="checkbox"/> 01 そう思う	<input type="checkbox"/> 02 どちらかとい えばそう思う	<input type="checkbox"/> 03 どちらともい えない	<input type="checkbox"/> 04 どちらかとい えばそう思 わない	<input type="checkbox"/> 05 そう思わな い	<input type="checkbox"/> 06 わからない

資料2

18. 貴院において、各種医療安全情報の周知・活用を促進するため、何か工夫していることがありますか。
(当てはまるもの全て選択)

	医療安全情報 (日本医療機能 評価機構)	PMDA 医療安全情報 (医薬品医療機 器総合機構)	医療事故の 再発防止に 向けた提言 (日本医療安全 調査機構)
01 自院の類似事例を付加して周知する	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 21
02 自院の手順やルールを付加して周知する	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 22
03 自院の医療安全ニュースの体裁に編集し直して周知する	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 23
04 文章やイラストを切り取り、WordやPowerPointに貼り付けて使用する	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 24
05 いつでも誰でも閲覧できるようにする (医療情報システム内に掲載、部署別にバインダーに綴じる等)	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 25
06 特にない	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 26
07 その他()	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 27



19. 各種の医療安全情報の貴院における活用を阻害する要因があれば選んでください。
(当てはまるもの全て選択)

	医療安全情報 (日本医療機能 評価機構)	PMDA 医療安全情報 (医薬品医療機 器総合機構)	医療事故の 再発防止に 向けた提言 (日本医療安全 調査機構)
01 医療安全情報があることを知らなかった	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 41
02 医療安全情報に関心がない	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 42
03 医療安全情報を扱う担当者が決まっていない	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 43
04 どのように活用すれば良いか分からない	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 44
05 活用するための時間が不足している	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 45
06 内容が自院の状況・機能に合わない	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 46
07 情報量が多すぎる	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 47
08 情報量が少ない	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 48
09 医師、看護師以外の職種が利用できる内容が少ない	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 49
10 推奨される再発防止策の要求水準が高すぎる	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 50
11 推奨される再発防止策のエビデンスや効果に疑問を感じる	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 51
12 特にない	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 52
13 その他()	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 53

20. 医療安全情報の院内での利用促進ツールとして、あれば利用したいと思うものを選んでください。(当てはまるもの全て選択)

- 01 医療安全情報の内容を解説した動画(DVD、Webでの動画配信 等)
- 02 医療安全情報の内容を解説した漫画
- 03 医療安全情報の内容に関するe-learning
- 04 医療安全情報に掲載されたイラストや図表などの画像ファイル(自院で医療安全情報を加工して利用可能)
- 05 医療安全情報の概要をまとめたPowerPoint
- 06 簡易版の医療安全情報(情報量が多い場合)
- 07 診療科別の特集(精神科、リハビリテーション科 等)
- 08 職種別の特集(技師、療法士、栄養士 等)
- 09 事故の形態別の対策案の特集
- 10 特にない
- 11 その他()

21. 各種の医療安全情報への要望があればお書きください(病院への伝達手段、内容、情報量、体裁等)。

調査へのご協力ありがとうございました。

担当者: 東邦大学医学部 社会医学講座 藤田茂
〒143-8510 東京都大田区大森西5-21-16
Tel 03-3762-4151(内線2415) health@med.toho-u.ac.jp

資料 3

インタビュー記録

日 時：2020 年 2 月 7 日（金）

場 所：日本医療機能評価機構（東京都）

インタビューー：坂口美佐（部長・医師）、井上純子（看護師）、大西麻衣（看護師）、河野めぐみ（看護師） 敬称略

組織概要

日本医療機能評価機構は、医療機関の第三者評価を行い、医療機関が質の高い医療を提供していくための支援を行うことを目的として、1995 年に設立された。病院機能評価事業、認定病院患者安全推進事業、産科医療補償制度運営事業、EBM 医療情報事業(Minds)、医療事故情報収集等事業、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業などを実施している。その中で、医療事故情報収集等事業と薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業は、それぞれ事例情報の収集と再発防止策の普及に努めている。機構全体の職員数(常勤、契約、派遣を含む)は 2019 年 1 月時点で 142 人である。

■提言について

医療事故情報収集等事業により、全国の医療機関から報告された医療事故とヒヤリ・ハットの情報を基に、医療事故などの再発防止や医療従事者への注意喚起を目的とした医療安全情報を月 1 回発刊し、医療事故とヒヤリ・ハットの報告件数やテーマ別の解析結果などをまとめた報告書を年 4 回発刊している。他にも、1 年分の情報と医療事故が発生した医療機関の訪問調査の結果などをまとめた、日本語版と英語版の年報をそれぞれ年 1 回発刊している。

医療安全情報は、医療の現場で活用しやすいよう A4 サイズ 2 枚にイラストや表を入れるなど視認性に配慮して作成し、当該事業に参加する医療機関とその他に当該情報の提供を希望する病院に対し、毎月 1 回 FAX で無料配信している。医療安全情報には、再発防止策として、事例を報告した医療機関における取り組みを紹介するほか、必要に応じて総合評価部会の意見を付記している。

提言作成組織について

医療事故防止事業部医療安全課は、医療事故情報収集等事業を運営し、提言作成を担当する。医療安全課は医師 1 名、看護師 3 名、事務系の派遣職員 1~2 名で構成される。医療安全情報と報告書の原案は医療安全課が作成し、専門分析班会議に諮られた後、総合評価部会で内容の是非が検討され、さらに運営会議の承認を経て発刊される。

専門分析班会議には、コア分析班会議(2 チーム、各年 4 回)、薬剤分析班会議(年 4 回)、医療機器分析班会議(年 3 回)等がある。コア分析班の各チームは、医療安全の専門家、病院の医療安全管理者など、医師、看護師、薬剤師、研究者などを含む 8~10 名で構成され

資料 3

る。薬剤分析班は病院などの薬剤師など 5 名で構成、医療機器分析班は病院の臨床工学技士、医療安全の専門家、各分野のメーカー担当者など 8~9 名で構成されている。総合評価部会（年 4 回）は、医療安全の専門家、病院の医療安全管理者、医薬品・医療機器の各業界団体の担当者、研究者などを中心に、医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士などを含む 11 名で構成される。

データ収集について

医療機関は、機構の Web サイトで医療事故及びヒヤリ・ハットの情報を報告する。国立研究開発法人、国立病院機構、特定機能病院などには、医療法施行規則に基づき、医療事故情報を機構に報告する義務がある。その他の病院、診療所は医療事故情報を任意で報告している。ヒヤリ・ハット事例の発生件数情報及び事例情報の報告は任意であり、事業参加登録をした医療機関が、発生件数情報を 3 ヶ月に 1 回、事例情報をその発生または認識した時点から 1 ヶ月以内に報告している。ヒヤリ・ハット事例の情報収集では、一定期間特定の分析テーマを設定し、分析テーマに該当する事例について、医療機関に詳細な内容（事例情報）の報告を求めている。

2019 年 9 月 30 日時点で医療事故情報収集・分析・提供事業とヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の少なくともどちらかに参加している医療機関は 1,517 施設であった。その内、医療事故情報収集・分析・提供事業に参加義務のある医療機関は 274 施設、任意参加の医療機関は 806 施設であり、ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に任意参加している医療機関は 1,248 施設であった。医療事故情報は、2018 年 1 月~12 月の間に、報告義務対象医療機関から 4,030 件、任意参加の医療機関から 535 件報告された。

分析テーマの選択について

提言（医療安全情報及び報告書）は、（1）医療安全課が分析テーマを設定し、過去に報告された医療事故情報から該当する情報を抽出し、分析した結果に基づいて作成されるものと、（2）総合評価部会で分析テーマを設定したうえで、該当するヒヤリ・ハットの事例情報を 6 ヶ月間収集し、過去に報告された医療事故情報と併せて分析した結果に基づいて作成されるものがある。

分析テーマの内容は、一般性・普遍性、発生頻度、患者への影響度、防止可能性、教訓性といった観点から評価し、選択している。同様のテーマがなるべく続かないようにするほか、歯科など報告件数が少ない分野も可能な限り取り上げるようにしている。しかし、精神科や歯科など報告事例が少ない分野や、データベース検索時のキーワードが定まらないものは分析しづらく、提言としてまとめにくい。

医療安全課の職員は、医療機関から報告された医療事故情報の全てに目を通し、週に 1 回読み合わせを行っている。医療安全課ではそれらの情報について頻繁にミーティングを行い、課内で情報共有し、前述の（1）の分析テーマとして採用するかどうかを合議により決める。（1）の分析テーマが決まると、過去に報告された医療事故情報から該当する情報を抽

資料 3

出し（後ろ向き調査）医療安全課で分析を行い、分析結果の下案を作成する。その後、分析結果の下案をコア分析班会議に諮ったうえで、(1)の分析結果として取りまとめる。

前述の(2)の場合、専門分析班会議に分析テーマの候補を聴取したうえで、医療安全課が分析テーマの下案を作る。分析テーマの下案は総合評価部会に諮られ、合議により決定する。総合評価部会の委員の意見により、下案とは全く異なる分析テーマが設定される場合もある。(2)の分析テーマに該当する情報は、過去に報告された医療事故情報から抽出する（後ろ向き調査）だけでなく、当該事業に参加する医療機関から新たにヒヤリ・ハット情報を収集する（前向き調査）。分析テーマごとに新たな分析班（プロジェクトチーム）を立ち上げる。当該分析班は当該事業の関係者とその伝手を使って招聘された専門家3～4名で構成される。収集した情報は医療安全課で分析し、分析結果の下案を作成したうえで、当該分析班に諮り、(2)の分析結果として取りまとめる。

(1)および(2)の分析結果は、総合評価部会に諮って意見を求めた後、年4回発行する報告書に掲載される。年4回発刊する報告書の各々について、分析テーマに対する分析結果を3件掲載し、過去に医療安全情報等で周知した事例に対する再発・類似事例の分析結果を2件掲載している。

提言作成の流れ

提言は次の流れに沿って作成する。

1. 分析テーマを設定し、詳細な情報（事例情報）を収集する。
2. 収集した情報を医療安全課で分析し、分析結果の下案を作成する。
3. 分析結果の下案を、専門分析班会議に諮り、必要に応じて修正や追加の情報収集などを行う。専門分析班会議のうち、前述の(1)の場合は主にコア分析班に諮り、(2)の場合は新たに立ち上げた分析班に諮る。
4. 分析結果を年4回発刊する報告書の原稿に入れる。
5. 分析結果を含む上記の報告書を総合評価部会に諮り、必要に応じて修正する。
6. 運営会議において報告書の発刊の承認を得る。
7. 報告書の冊子の印刷、郵送などを外注し、PDFをホームページに掲載する。
8. 報告書の中から特に周知が必要と考えられる一部を医療安全情報としてまとめる。（以下は1～7と並行して進める場合もある。）
9. 医療安全課で医療安全情報の原案を作成する。この時点でイラストのみは業者に作成してもらう。
10. 医療安全情報の案をコア分析班会議に諮り、必要な修正を加える。
11. 医療安全情報の案を総合評価部会に諮り、内容の承認を得る。
12. 医療安全情報の案を運営会議に諮り、発刊の承認を得る。
13. 医療安全情報を当該事業の参加医療機関と当該情報の提供を希望する病院に対し FAX で送信し、PDFをホームページに掲載する。

資料 3

医療安全情報の原案を作成してから発刊されるまでの期間には幅がある。コア分析班会議と総合評価部会での指摘により修正を繰り返す場合もあり、長いもので 6 か月くらいかかる場合もある。

提言が広く受け入れられるための工夫について

1. 当該事業のホームページを改修し、見やすくした。
2. 過去の医療安全情報を 1 冊にまとめた医療安全情報集を発行している。
3. 医療安全情報の英語版を作成している。
4. Facebook を活用し情報発信している。(フォロワー数約 2300 人、各医療安全情報に対し 30~90 件程度の「いいね」が付く。)
5. 報告された医療事故とヒヤリ・ハットの事例情報を、マスキング作業などを行った後、ホームページ上で事例検索ができる形で公表している。
6. 年 1 回は、車椅子に関連する事例など、療養上の世話に関する医療安全情報を発刊し、急性期病院以外でも利用できる情報を提供している。

提言の利用状況の把握について

医療機関における医療安全情報や報告書の利活用状況、医療機関の要望などについて、不定期にアンケート調査を実施している。直近に実施した Web アンケート調査では、医療安全情報と報告書は、医療機関内の研修や医療安全委員会の会議資料、関係部署への周知などに活用されていること、報告書は回答者の 77% が引き続き紙媒体の冊子による郵送を希望していることなどが明らかにされた。

ホームページ上に掲載している医療安全情報の PDF の閲覧数をカウントしており、関心の高いテーマの把握に努めている。

以上

資料 4

インタビュー記録

日 時：2019年7月3日（水）13：30～14：50

場 所：医薬品医療機器総合機構（東京都）

インタビュアー：長谷川友紀、藤田茂、大西遼

インタビューー：上野清美（安全性情報・企画管理部長）、田島康則（安全性情報・企画管理部課長）、小池和央（医療機器品質管理・安全対策部、安全性情報・企画管理部、医薬品安全対策第二部）、高橋健中（安全性情報・企画管理部） 敬称略

PMDA での安全性に関する情報提供文書について、本インタビュー記録では「提言」と表記する。

■組織概要

2004年に設立。2019年4月1日時点の常勤職員数は936人（審査部門561人、安全部門224人、救済部門39人：PMDA業務案内より）。業務は主に承認審査業務、安全対策業務、健康被害救済業務の3つ。

■提言作成組織について

PMDAでは複数種類の提言を作成しているが、提言により担当部署が異なる。安全性情報・企画管理部医療安全情報室は、医薬品・医療機器が関連するヒヤリ・ハット事例等の中から、同様の事象が繰り返し報告されている事例等について、医療従事者に対し安全に使用するための注意点等をまとめ、PMDA医療安全情報を作成している。医療安全情報室の職員は薬剤師、臨床工学技士、看護師など10～15人。

■データ収集について

提言の情報源は次の4つ。

1. 日本医療機能評価機構医療事故情報収集等事業の事例検索データベースおよび報告書
ならびに、日本医療機能評価機構薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の事例検索データベース

医療安全情報室等にて上記データベースに公開されている情報をダウンロードし、医薬品・医療機器などのモノが関係した事例を収集する。なお、収集された事例については医薬品・医療機器などという「モノ」の観点から医療安全対策の必要性を検討し、その検討結果等についてはPMDAのシステムエンジニアにてデータの取り込みや整理を行い、PMDAのホームページ上に掲載している。

2. 医療機関からの副作用・不具合情報の報告（国内症例）

医薬品の副作用に関する報告は約1万件/年、医療機器の不具合に関する報告は約500件

資料 4

/年。内容は多様であり、医薬品の報告については医薬品安全対策第一部、医薬品安全対策第二部の職員が、医療機器の報告については医療機器品質管理・安全対策部の職員が、全てに目を通し、医療安全情報室が関連するような内容があれば連絡してくれる。

3. 企業からの副作用・不具合情報の報告（国内症例）

医薬品の副作用に関する報告は約 6 万件/年、医療機器の不具合に関する報告は約 1 万 7 千件/年。内容は法定項目に従っており、医薬品の報告については医薬品安全対策第一部、医薬品安全対策第二部の職員が、医療機器の報告については医療機器品質管理・安全対策部の職員が、全てに目を通し、医療安全情報室が関連するような内容があれば連絡してくれる。

4. 患者からの副作用の報告

2019 年 3 月に本格運用が開始されたため、実績は少ない。

■提言作成の流れ

1. 医療安全情報室の職員の中で提言のテーマの案を検討する。
2. 医療安全情報室が提言案を作る。
3. 検討会（年 2 回開催、医師会・薬剤師会・看護協会・医薬品医療機器の業界団体などの外部委員 10～15 人で構成）に案を提示し、意見を聴取する。
4. 検討会と並行して専門家の意見を聴取する場合がある（専門委員として PMDA に登録された者や PMDA 内部の臨床担当であることが多い）。
5. 意見をもとに提言案を修正し、発行する。

■提言の発行頻度

PMDA 医療安全情報は 2007 年より 57 件が発行されている（2019 年 7 月 1 日時点）。年に 4～5 件が発行されている。今年度より、医療安全情報室の年度計画に、年に 5 件の提言（PMDA 医療安全情報以外の提言や再周知も含む）を発行することを目標として入れた。

■提言の内容について

医薬品・医療機器の種類ごとに、日本医療機能評価機構に報告された事例の件数を集計している。事例の重症度と頻度を勘案してテーマを選択しており、必然的に人工呼吸器やポンプなどの医療機器に関連したテーマが多くなっている。しかし、弾性ストッキングに関する提言のように、発生頻度が低い、対策がなかなか定着しないような事例もテーマとして取り上げる場合がある。

提言に記載する再発予防策は、厚生労働省の通知の内容や、教科書に記載されているような既に確立された内容、業界団体の協力の下で行われた実験の結果などをもとに決めている。厚生労働省の通知内容が分かりにくい場合、通知の理解促進を目的として、通知内容を図解した提言を発行する場合がある。エビデンスの確立していない再発予防策を記載するかどうかわからないような場面は少ない。モノに対する既存の事故防止対策がうまく機能せず、事

資料 4

故が再発しているような事例について、既存の事故防止対策の考え方を整理し、提言として出している。院内体制に関わるような再発予防策を提言することはない。

PMDA 医療安全情報は、日本医療機能評価機構の医療安全情報と情報源が同じであるため、似た内容の提言が出される場合がある。しかし、PMDA の視点は医薬品・医療機器などというモノの観点から医療安全対策の必要性を検討しており、提言の内容もモノに由来する事故が中心になっている。

■提言が広く受け入れられるための工夫について

日本語版ならびに英語版の PMDA 医療安全情報の PDF を PMDA のホームページ上に掲載している。PMDA はメディナビ(PMDA が提供する無料のメール配信サービス)にて、登録されているアドレス(約 17 万件)に対し、メールで情報発信している。PMDA 医療安全情報を発行すると、メディナビ登録者へメールで通知している。なお、メールが不達となることが一定期間繰り返されたことが確認できたアドレスは削除している。厚生労働省が発行する医薬品・医療機器等安全性情報にも PMDA 医療安全情報の内容が掲載され、周知されている。

PMDA 医療安全情報は 10 件ずつまとめてダウンロードできるようにしており、医療機関で利用する際の利便性に配慮している。

■提言の利用状況等の把握について

ホームページに掲載した提言へのアクセス件数などは必要に応じて確認しているが、公表はしていない。なお、2018 年に医療機関での PMDA 医療安全情報の認知状況を調査した。844 病院に調査の案内を郵送し、Web での回答を求めた。回収率は約 44% (373 病院) であり、約 90% の施設にて PMDA 医療安全情報を見たことがあるといった結果であった。

■その他

企業から報告される副作用・不具合情報について、評価にあたってさらに詳細な情報が必要な場合は PMDA から企業に調査依頼をしている。一方、医療機関から報告される副作用・不具合情報で、詳細な情報が必要な場合は、PMDA が医療機関に直接問い合わせ、追加情報を収集する場合がある。医療機関が報告してくる医療機器の不具合情報に、ヒューマンエラーが関連するような事例はあまり含まれない。医療機関からの不具合情報の報告は、副作用情報の報告*に比べ、非常に少ないため、報告制度の周知等については今後の課題である。

*関連する厚労科研等

2014 年度厚労科研「医療機関および薬剤師における副作用等報告制度の認識と実践の実態把握とその推進に関する研究」(研究代表者：眞野成康) では、全国の薬剤師を対象にしたアンケート調査により、副作用報告の実態を明らかにした。副作用を報告しない理由とし

資料 4

て、薬剤との因果関係が不明であることや、多忙などが挙げられていた。2016 年度厚労科研「薬局・薬剤部の機能を活用した副作用報告の推進に関する研究」(研究代表者：益山光一)では、事例調査等をもとに医薬関係者の副作用報告ガイダンスの骨子(案)を作成した。2017 年度 AMED 研「医薬品開発等における安全性向上のため、医薬関係者からの副作用等情報の活用方策に関する研究」(研究代表者：眞野成康)では、医療機関報告を行うことが望まれる副作用等の基準について検討した。

以上

資料 5

インタビュー記録

日 時：2019年6月25日（火）15：00～16：20

場 所：日本医療安全調査機構（東京都）

インタビュアー：長谷川友紀、藤田茂、平田幸輝

インタビュイー：木村壯介（常務理事・医師）、田中慶司（専務理事・医師）、吉田長司（事務局長）、畑涼子（参事・看護師） 敬称略

■組織概要

2005年より厚生労働省補助事業「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」が日本内科学会を主体として開始された。2010年に日本内科学会に加え、日本外科学会、日本病理学会日本法医学会、日本医学会が運営主体に加わり、日本医療安全調査機構を設立しモデル事業を2014年まで継承した。

2015年医療法が改正され、「医療事故調査制度」が創設された。同年に日本医療安全調査機構は医療事故調査・支援センターの指定を受けた。職員数は2019年7月現在、常勤医師2名、看護師40名、事務職8名、派遣事務10名。東京のほかに、各地方厚生局の区域ごとに事務所を設置している。

■提言作成組織について

理事会の下にある再発防止委員会が提言作成を担当する。再発防止委員会での議論に基づき、テーマ別に専門分析部会を設置する。専門分析部会で提言を作成し、再発防止委員会で内容が承認されると提言が公表される。提言が公表されると当該専門分析部会は解散する。

各専門分析部会の構成員の人数は8～10名程度。再発防止委員会で専門分析部会に必要な専門家の領域を検討し部会員の構成を決める。また、広い視野で部会を取りまとめる部会長を決める。部会員は部会長の推薦、又は、関連学会に適任者を推薦してもらうなどする。推薦が整った段階で最終的に再発防止委員会に諮り、承認を得る。再発防止委員会に諮ることで修正される場合もある。（例：胃瘻の事故に関する提言の専門分析部会を設置する際に、事務局は部会員に医療機関の看護師を入れることを考え、再発防止委員会に提案した。しかし、日本看護協会の委員より、在宅や老人ホームなどでも胃瘻を使うので、その分野の看護師も入れるべきとの意見をいただき、追加した。）

提言の作成開始から公表まで約1年を要している。その間に専門分析部会の開催は4回前後、再発防止委員会での審議が1回程度行われる。部会員はCOIについて申告し、守秘義務が課せられ、役割が終了後も守秘義務は継続する。

■データ収集について

医療事故調査制度に基づき提出された報告書を対象にして分析する。死亡事例に基づく

資料 5

注意喚起についての提言であり、エビデンスに基づくガイドラインとは異なるものであると認識している。提言の中にもその旨を記載している。原因分析の対象は医療機関から提出された事故報告書であるが、提言を作成するには学会のガイドラインなども参考にする。

■提言のテーマ選択について

再発防止委員会において事務局案の中からテーマを選択する。テーマの選択に際しては次の要素を総合的に勘案する。

- ・医療事故の起因となった医療の領域別件数が多いもの
- ・重要性が高いもの
- ・複数の診療科に渡るような普遍性の高いもの
- ・提言として受け止めやすいもの
- ・死亡を回避する提言ができる可能性が高いもの

事務局が、医療事故の情報について、起因した医療の領域別に件数を集計している。事務局では常に10件くらいのテーマ案を用意している。手技や診断に関するテーマは提言としてまとめやすい。例えば、「中心静脈カテーテル」の手技や「頭部を打撲した転倒」の対応などに関するテーマに比べ、「インフォームドコンセント」は対象が幅広く抽象的であり、提言をまとめにくい。

提言は年に5件程度出すことを目指している。

■テーマ選択後の提言作成の流れ

1. 再発防止委員会でテーマを決定する。
2. 再発防止委員会で専門分析部会の部会長を決め、部会を設置する。
3. 事務局がテーマに関連する医療機関の報告書（匿名化された）を部会員に提供する。
4. 部会員は事前に報告書に目を通し、追加調査項目や、事例の問題点、防止策などについて事務局に意見を伝える。
5. 事務局が部会員の意見を取りまとめ、第1回会議に資料として提出する。
6. 会議の内容に従い、事務局が各医療機関に対し追加情報の提供を依頼する。
7. 共通項や傾向を見出すため、情報を整理し比較・検討、追加の情報収集を繰り返す。
8. 情報が揃い、部会でひと通りの分析が終わると、提言の執筆に入る。
9. 先に提言の文言を決め、その後に提言の説明文を部会員で分担執筆し、部会長が全体を取りまとめる。
10. 提言の解説に必要な画像は関連学会に提供を求め、図表などの資料は、部会員の支援の下に事務局が作成する。
11. 提言のファイルはセキュアなクラウド上で管理され、部会員はクラウドにアクセスして執筆する。
12. 提言がまとまると、再発防止委員会に提出し意見を聴取する。

資料 5

13. 再発防止委員会の意見に基づき、部会と事務局で提言を修正し、公表する。

■提言の内容について

医療機関から提出された報告書は、内容に濃淡があり、そのままでは十分に分析できない。提言を作成する際には、関連する報告書を検討し、必要な情報項目を整理したうえで、共通点・傾向を検討し、不足している情報について、報告書を提出した各医療機関に対し追加情報の提供を求める。このようなやりとりの結果、報告医療機関単独では気がついていないような事実、行動の理由等が原因のポイントとして浮き上がってくることもある。例えば、中心静脈カテーテルの提言では穿刺に着目したが、穿刺の具体的な記載をしていない報告書も多かったため、当該報告書を提出した各医療機関に追加情報として、穿刺時の具体的な手技（方向・深さ等）どのような判断で手技をすすめたかなどの提供を求めた。画像の提供を求める場合もあるが、画像は提言書で公表することはない。追加情報の提供依頼に対し、自ら判断して報告した医療機関だけあり、多くの医療機関は協力的に対応してくれる。

提言は各 5 から 10 程度の項目にまとめられている。提言の章立てについて定型的なものはないが、最初に提言一覧を示し、次に関連した事例の紹介、各提言の説明と続く場合が多い。提言の内容の統一性は事務局が管理している。

提言の内容は必ずしも EBM の手法に基づいて決められるわけではない。死亡を回避するための提言であり、ガイドラインや EBM とは異なるという前提でまとめられている。専門分析部会の部会員はその分野の専門家であり、海外のエビデンス等は提言に反映されていると考える。

提言の内容について一定期間の後にアンケートをとっているが、医療機関からは概ね「役に立った」「今後に活かしたい」等の意見をいただいている。例えば、アナフィラキシーを疑った場合はためらわずにアドレナリン 0.3mg を筋注するとの提言は、学術的には 10 年前に効果が報告されていたが、実際に現場に普及しているとはいえなかった。医療機関からは実際にやってみてうまく行ったとの報告もある。

■提言が広く受け入れられるための工夫について

毎号、厚生労働記者クラブでプレスリリースを行っている。

提言そのものはホームページからダウンロード可能となっているが、加えて、提言の概要をまとめた PPT を医療機関での研修の際に活用できるように、WEB 上で公開している。

専門分析部会の部会員から、提言に動画や漫画を付加する提案があり、提案に基づいて動画や漫画が作成された例がある。動画や漫画は部会員と事務局が協力して作成する。動画のシナリオは事務局が作成し、医療 CG の作成業者に動画を作成依頼した。

提言は約 45 万部を約 27 万箇所へ送付している。提言の作成に 1 件あたり約 2000 万円の費用がかかっており、大部分は印刷費と郵送費である。当初は国内の全ての病院に 20 部ずつ、診療所に 1 部ずつ送付していたが、現在は病院については各医療機関の要望数を聴取したうえで必要数を送付している。診療所に対しては、日本医師会や日本歯科医師会の送

資料 5

付物に、また、薬局については日本薬剤師会の送付物に同封させていただき送付している。本事業は医療機関を対象としたものであるため、提言を特養や老健などに送付することはない。提言によっては、特養や老健で役に立つ例もあることから、厚生労働省老健局を通じて情報提供してもらったこともある。国内で開催される 76 個の学術総会に対し、各提言や年報を 30 部程度送付し、学術総会で配布してもらっている。

専門分析部会の部会員は各学会の中心人物であることが多い。提言が完成すると、部会員の関連学会の学術総会でシンポジウムを開催するなどして、内容を周知する場合がある。

提言の内容等について講演依頼を受けると、木村理事が講演することが多い。看護系の団体からの依頼であれば畑参事をはじめ事務局看護師が講演する場合もある。

日本外科学会では、提言の内容を解説した e-learning を作成。専門医認定に活用している。現在は中心静脈カテーテルの提言が、外科学会の専門医認定の基本領域の e-learning として使用されている。外科学会からの提案により、関係する提言を順次 e-learning のコンテンツに追加することになっている。基本領域の e-learning であり、有料コンテンツであるが、他の職種も参考にできる内容なので、一定期間経過後は誰でも無料で受講できるようにする予定とのことである。

■提言の利用状況の把握について

提言を医療機関に郵送する際、前々回の提言の評価を問うアンケートを同封し、料金後納郵便で回収される。提言がどのように受け止められているか調査し次の提言作成に活かし、結果は年報に掲載している。アンケート回収率は病院に関し 20%程度である。手順や仕組みの見直しにつながった割合も把握している。

医療機関等は、WEB サイトより提言のダウンロードもできるか、冊子の追加送付も依頼できる。その際、追加送付する冊子の利用目的を回答してもらっており、院内研修に利用されていることが多い。

学会、業界に対して

各回、学会、業界に対しても提案を行い、その追跡の方策については、現在検討中。

以上

資料 6

インタビュー記録

日 時：2019年6月19日（水）9：30～13：00

場 所：テルモメディカルプラネックス（神奈川県）

インタビュアー：長谷川友紀、藤田茂、平田幸輝

インタビューー：三田哲也氏（テルモ株式会社、日本医療機器テクノロジー協会、日本医療機器産業連合会）

■日本医療機器テクノロジー協会（MT JAPAN）

産業振興を目的とした団体であり、加盟企業の売り上げは、親団体の日本医療機器産業連合会の6～7割を占める。事務局は4人で、厚労省からの照会等があれば関連する部会（製品別）や委員会（内容別）に当該案件を振り分ける。安全性情報委員会は約30人で構成され、2か月に1回程度開催されるほか、病院や看護協会の求めに応じて教育のための人員を派遣している。他にQMS（Quality Management System）委員会や法制委員会などがある。

MT JAPANは医療機関や医療者から製品の不具合情報を直接収集することはしていない。安全に関する提言は、「誤接続防止コネクタに関する情報提供」などをウェブサイト上で公表している。しかし、製品の問題はメーカーが個別に対応するケースが多いため、業界団体の意見をとりまとめた提言を出すことは難しいし、極めて稀である。医薬品の場合、成分が同じなら複数の企業で同じ提言を利用できるが、医療機器の場合、一般名が同じ製品でも、機構が異なるため、共通した提言を出すのが難しいことが影響していると考えられる。安全に関する提言を作成する引き金になるのは、海外の安全情報、行政の通知、他団体の安全情報などが多い。海外の安全情報が厚生労働省に届き、厚生労働省から日本医療機器産業連合会、関係団体、関係メーカーへと情報が伝達される。

平成25年に、アンチフリーフロー機能のついた輸液ポンプの普及のため、協会として当該機能のついた輸液ポンプの一覧を作成し、医療機関に提供しようとした。しかし、一部企業の合意を得られず、合意の得られた企業のみが連名で文書を出したことがある。企業として第三者を支援すると、企業のプロモーションと捉えられてしまう場合もあるので、あえて協会を通して支援する場合がある。

■医療機器の不具合の報告制度について

医薬品の副作用等の厚生労働省への報告は1967（昭和42）年に始まったが、医療機器の不具合等の厚生労働省への報告は2001（平成13）年に始まった。医療機器の不具合等の厚生労働省への報告は、当初クラス3・4の製品（侵襲性の高い体内埋め込み型の医療機器など）のみが対象であった。

医療機器メーカーからPMDAへの製品の不具合情報の報告は年間約50,000件あり、増加

資料 6

傾向にある。しかし、医療機関から PMDA への製品の不具合情報の報告は年間約 500 件である。医療機関は、製品自体の不具合は PMDA やメーカーに報告するが、使い方を誤ったケースまでは報告していない可能性がある。

PMDA に報告される不具合情報は、医薬品に関するものが約 4000 件/年、医療機器に関するものが 600～700 件/年程度である。

■テルモ株式会社

北里柴三郎等が発起人となり、体温計を製造するメーカーとして 1921 年に設立された。事業内容は心臓血管事業（5 割）、ホスピタル事業（3 割）、血液システム事業（2 割）など。設立 35 周年事業としてテルモメディカルプラネックスを建設し、医療機器のシミュレーションを通じた医療従事者等の教育研修を行っている。

医療機器メーカーは、製造と販売の許可を得るため、平成 17 年より製造販売業許可制度が施行された。施行当時、Good Vigilance Practice (GVP) 及び Good Quality Management (GQP) の 2 つを守ることにされた。現在では、後者 (GQP) は Quality Management System (QMS) となり、GVP と 2 つを遵守することが求められる。平成 17 年に施行された GVP 省令で、メーカーには安全管理体制（安全管理統括部門の設置）と手順書の整備が義務付けられた。安全管理統括部門は、当該メーカーの製品の不具合情報を収集し、PMDA への報告、添付文書の改訂、製品回収などの対応をとっている。統括販売責任者の下に品質保証責任者と安全管理責任者を置き、安全管理責任者の下には約 40 名のスタッフがいる。

製品の不具合情報の収集元には次のものがある。

・医療機関からの報告

MR の資格を持つ職員を病院ごとに担当者として配置し、医療機関の不具合情報報告の窓口としている。

・文献および学会抄録

日本医薬情報センター (JAPIC) の文献データベースで、メーカー名や製品名などでキーワード検索する。JAPIC は文献検索等を行う専門の業者であり、検索結果を契約した企業に報告してくれる。米国 FDA の不具合情報のデータベースである MedWatch もキーワード検索する。

・行政からの照会・通知

・競合他社からの情報提供

2 つの異なるメーカーの製品を組み合わせて使用し、片方の製品に不具合が生じた場合、病院は不具合の生じた製品のメーカーにしか不具合情報を報告しない。製品の組み合わせが問題となる場合もあるため、各メーカーの安全管理責任者同士で連携し、必要な情報をメーカー同士で連絡している。業界団体で各メーカーの担当者と繋がりができるため、不具合情報を共有する際に役立っている。

資料 6

テルモの安全管理統括部門への、製品の不具合情報の報告は、年間数万件ある。約 40 名のスタッフがすべての情報を確認し、安全管理責任者へ報告、さらに統括販売責任者へ報告される。その過程で PMDA への報告、添付文書の改訂、製品回収などの対応をとっている。昨年の製品回収は 5 件であった。

添付文書の改訂等があった場合の医療機関への周知方法は次の通り。内容の重要度に応じて周知方法を選択する。情報提供した日付は記録する。

- ・ MR が各病院に直接赴いて情報を手渡す。
- ・ 各病院の薬剤部門の医薬品情報担当へダイレクトメールを郵送する。
- ・ 医療安全管理部門へダイレクトメールを郵送する(医療安全管理部門の体制がしっかりしている病院のみ)

メーカーが提供した安全に関する情報を、各医療機関がどのように使用しているか聞くのは難しい。病院の医療安全管理者のうち親しい人へ個人的に聞くことはある。

■その他

TERUMO Proactive Action for Safety (T-PAS)

テルモの製品に関する不具合情報を集計し、頻度の高い事象について、教育研修ツールを作成している。液体の入ったシリンジを冷蔵し、その後取り出して指で弾くとシリンジが割れる現象など。

医療機関が職員の医療安全教育に使用できる DVD も作成している。10 分×6 話 = 60 分の DVD であり、医療機関からの要望に基づき 2019/6 に改訂版を作成した。

以上

医療安全管理体制と医療安全情報の利用状況に関する調査 集計結果 (全国の病院を病床規模で層別化し無作為に抽出した病院)

令和元年度厚生労働科学研究

医療事故の再発防止策の効果的な作成および実践
されるための促進要因・阻害要因の研究 研究班

研究代表者

東邦大学医学部教授

長谷川友紀

全日本病院協会 医療の質向上委員会

委員長

永井庸次

お忙しい中、本調査にご協力いただいた皆さまに深く御礼申し上げます。以下に本調査の集計結果を示します。

本調査の目的:

全国の病院の医療安全管理体制の現状を明らかにするのに加え、各種の医療安全情報の病院での利用状況と利用に関連する因子を明らかにし、医療安全情報が広く受け入れられるための方策を検討する。

対象:

全国の病院(n=8,448)を病床規模で層別化し無作為に抽出した病院(n=3,216)と、無作為抽出から漏れた全日本病院協会の会員病院(n=1,600)。

	一般病床の病床数	母数(2019)	抽出率	配布数
無作為抽出病院	100床未満	5,851	25%	1,462
	100-299床	1,685	50%	842
	300床以上	912	100%	912
	小計	8,448	-	3,216
	(内、全日病会員病院)	(2,554)		(954)
無作為抽出から漏れた全日本病院協会 会員病院				1,600
合計				4,816

期間: 2019年11月22日(発送)～12月11日(投函期限)

回収率: 全体 18.6%(898/4816)

無作為抽出病院 20.4%(656/3216)

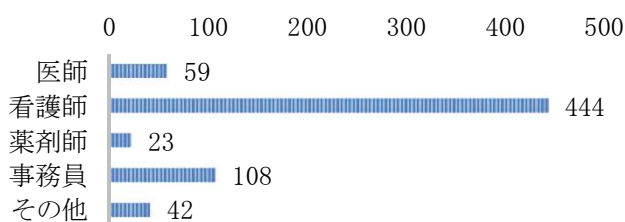
全日本病院協会 会員病院 18.4%(471/2554)

定義: 急性期病院 一般病床が50%以上を占める病院
慢性期病院 療養病床が50%以上を占める病院
精神科病院 精神科病床が50%以上を占める病院
その他病院 上記に該当しない病院

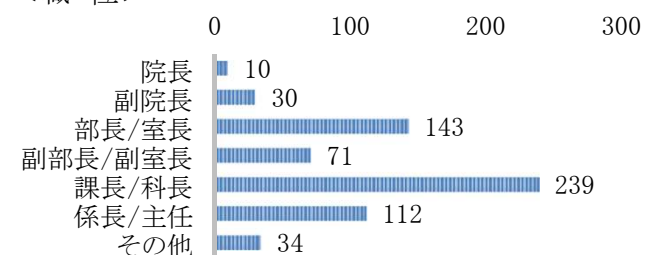
※以下は無作為抽出された病院の調査結果(n=656)をまとめたものです。

1. 本調査に主にご回答いただく方の院内でのお立場をお教えてください。(当てはまるもの全て選択)

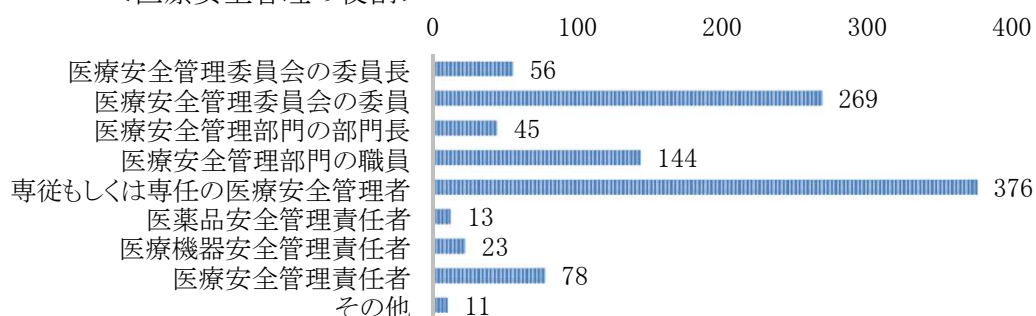
<職種>



<職位>



<医療安全管理の役割>



資料7

<医療機関の基礎的な情報>

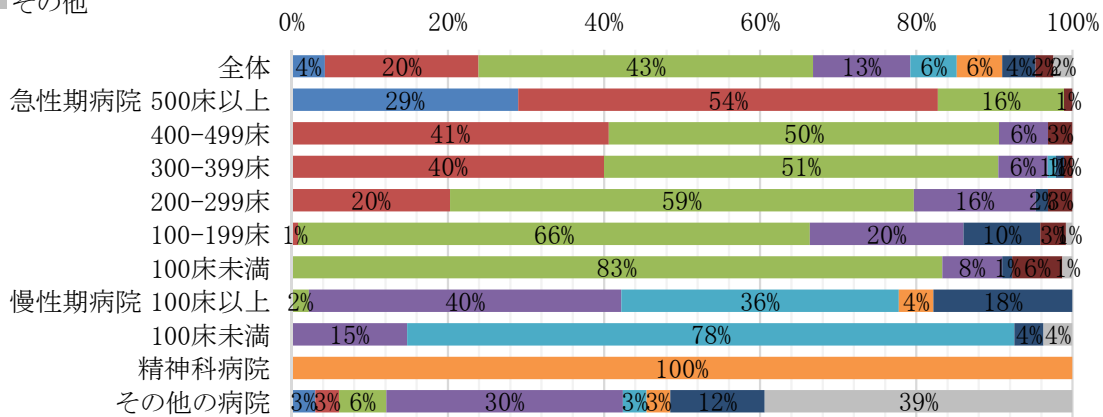
2. 病床数 (稼働病床数について直近の数値をご回答ください。)

			n (病院数)
全体			656
急性期病院	総病床数	500床以上	93
		400-499床	64
		300-399床	95
		200-299床	64
		100-199床	122
		100床未満	78
慢性期病院	総病床数	100床以上	45
		100床未満	27
精神科病院			35
その他病院			33

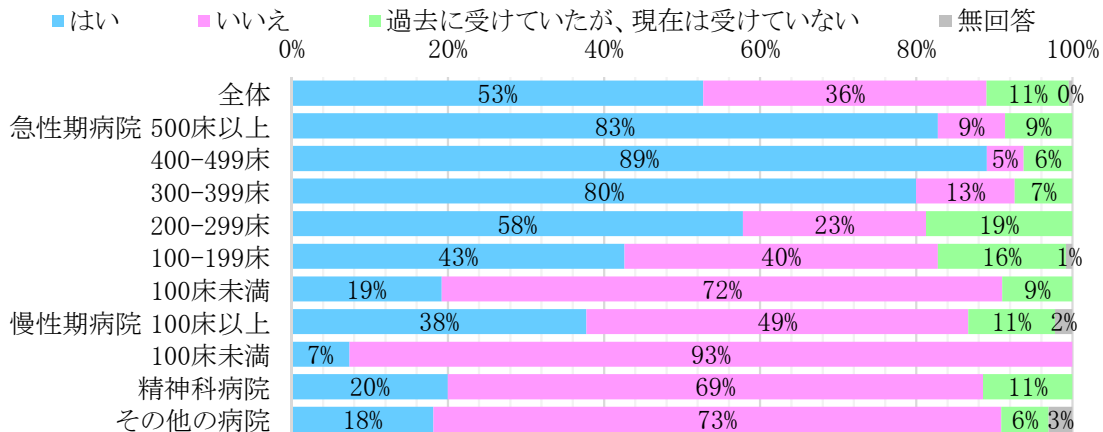
(注意:各図の標本数は、特に記載のない限り、左記の値をとるものとする。)

3. 施設機能としてもっとも当てはまるものを1つを選んでください。

- 特定機能病院
- 地域医療支援病院
- 一般病院(一般病床を主体とする病院)
- ケアミックス病院(一般病床と療養病床の両方を有する病院)
- 長期療養型の病院(療養病床を主体とする病院)
- 精神科病院(精神科病床を主体とする病院)
- リハビリテーション病院
- 単科専門病院(特定の疾患または診療科に特化した病院)
- その他

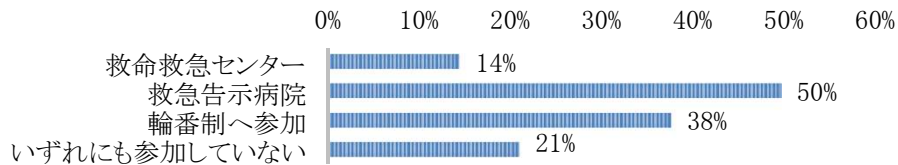


4. 日本医療機能評価機構による認定を受けていますか。



資料7

5. 救急医療体制には参加していますか。(当てはまるもの全て選択)



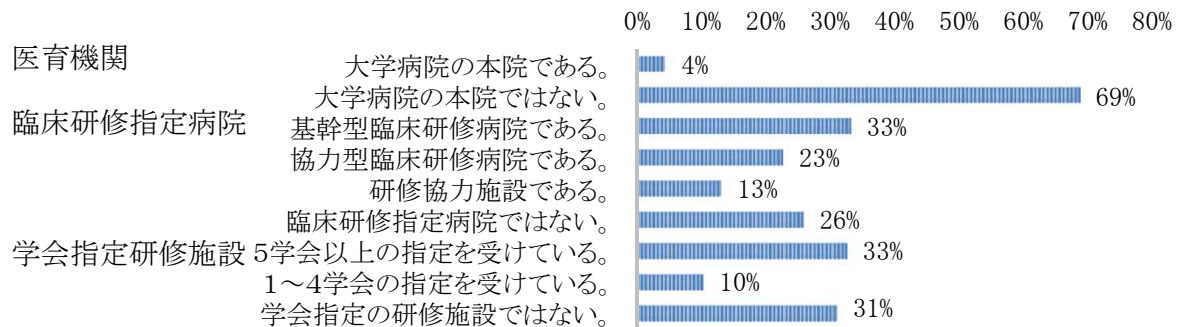
6. 職員数(常勤換算) (直近の数値をご回答ください。) (平均)

	全体	急性期病院						慢性期病院		精神科病院	その他の病院
		500床以上	400-499床	300-399床	200-299床	100-199床	100床未満	100床以上	100床未満		
医師(研修医を除く)	64	242	91	70	36	18	12	9	5	13	13
研修医	11	43	15	11	4	1	1	0	0	1	0
看護師	313	717	421	722	206	106	45	78	30	106	94
薬剤師	15	43	25	20	11	7	2	4	1	4	4
その他	251	465	304	565	177	125	55	145	49	110	122
総職員数	674	1509	848	1509	429	254	115	232	85	234	235

7. 年間退院患者数および死亡退院患者数はそれぞれ何人ですか。(昨年もしくは昨年度の数値をご回答ください。)(平均)

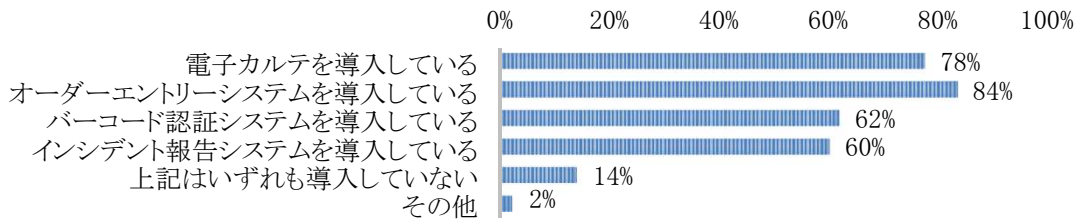
	全体	急性期病院						慢性期病院		精神科病院	その他の病院
		500床以上	400-499床	300-399床	200-299床	100-199床	100床未満	100床以上	100床未満		
退院患者数	5430	15608	9268	7059	5198	2844	943	560	220	479	1128
うち死亡退院患者数	214	510	392	281	212	128	40	98	42	30	67

8. 卒前・卒後教育の状況についてそれぞれ回答してください。(当てはまるもの全て選択)

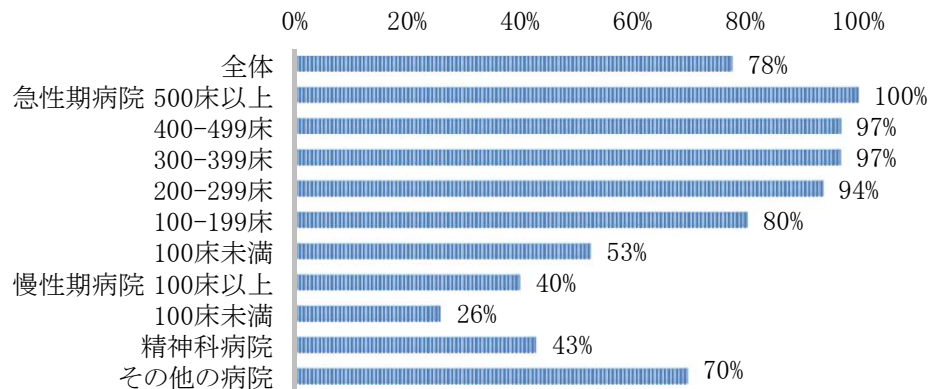


9. 病院情報システムの導入状況をご回答ください。(当てはまるもの全て選択)

(注: 電子カルテを導入している場合、オーダーエントリーシステムも導入しているものとして集計)

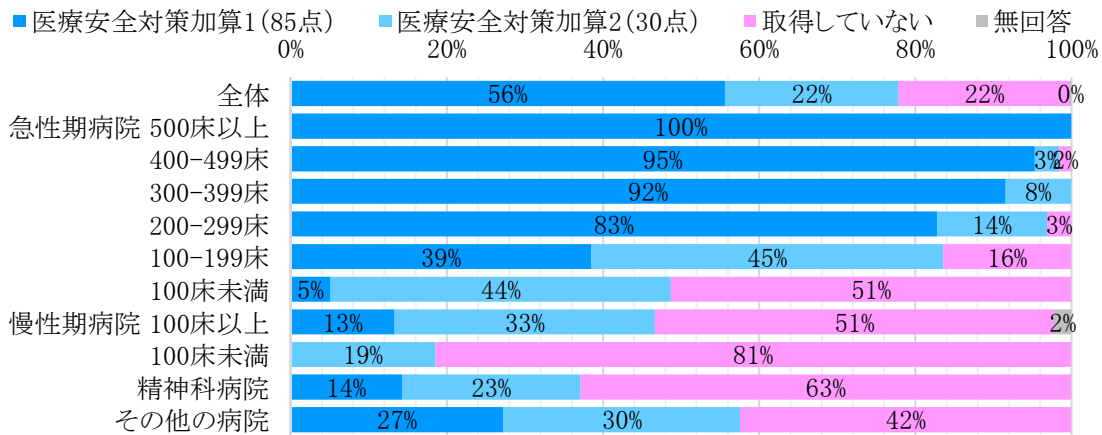


(電子カルテを導入している割合)



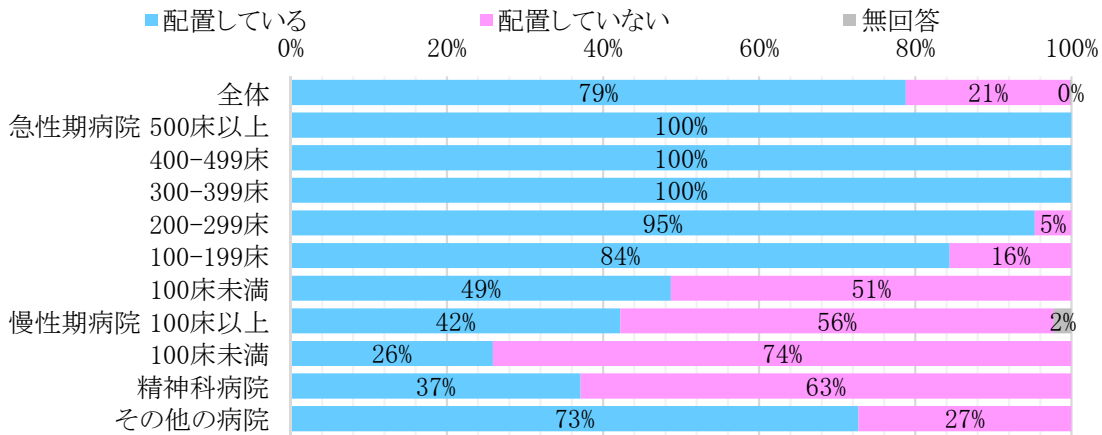
<医療安全管理の体制>

10. 診療報酬で医療安全対策加算を取得していますか。



11. 専従または専任の医療安全管理者を配置していますか。

ただし、専従と専任は次の定義に従う者とします。
 専従: 他の業務を行わず、医療安全の業務に就業時間の8割以上従事している者
 専任: 他の業務への従事の有無を問わず、医療安全の業務に就業時間の5割以上従事している者

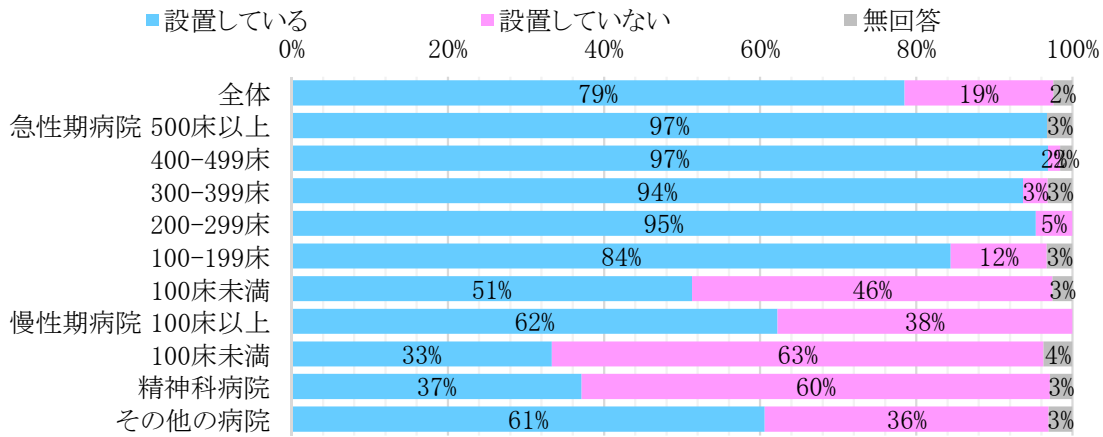


12. 問11で「配置している」と回答した場合、職種別の配置人数を教えてください。(中央値)

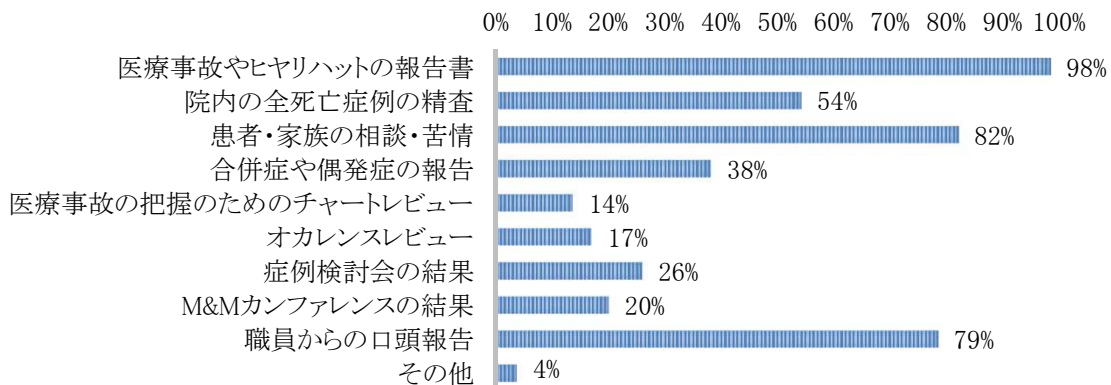
	職種	全体	急性期病院					慢性期病院		精神科病院	その他の病院
			500床以上	400-499床	300-399床	200-299床	100-199床	100床未満	100床未満		
<専従>	医師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	看護師	1	1	1	1	0	0	0	0	0	
	薬剤師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	事務員	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<専任>	医師	0	1	1	0	0	0	0	0	0	
	看護師	0	0	0	0	0	1	1	1	1	
	薬剤師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	事務員	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

資料7

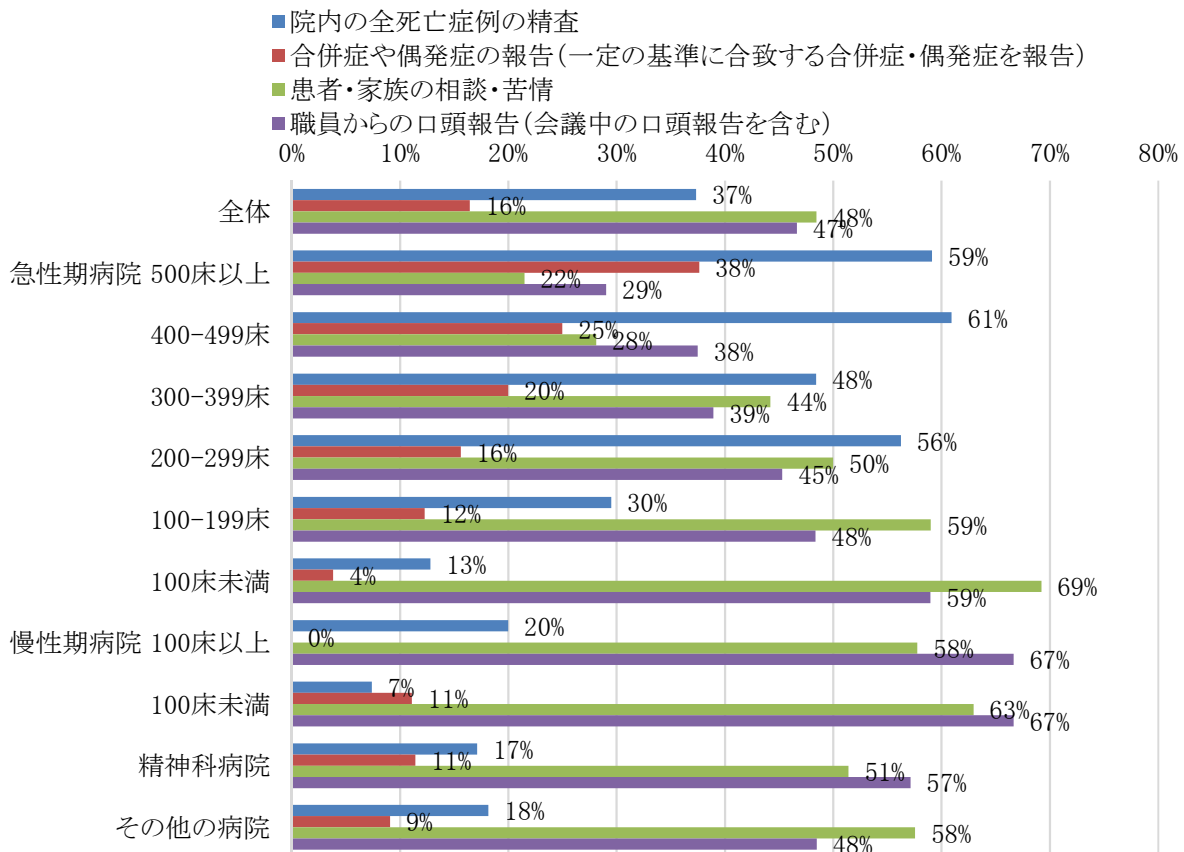
13. 医療安全管理のための部署を設置していますか。



14. 医療安全管理の担当者が、院内で発生した医療事故やヒヤリハットを把握するために、どのような方法を用いていますか。(当てはまるもの全て選択)



上記の10個の方法のうち、特に重視しているのものを3つ選んでください。
(3割以上、9割未満の病院が実施している方法のみを抽出)



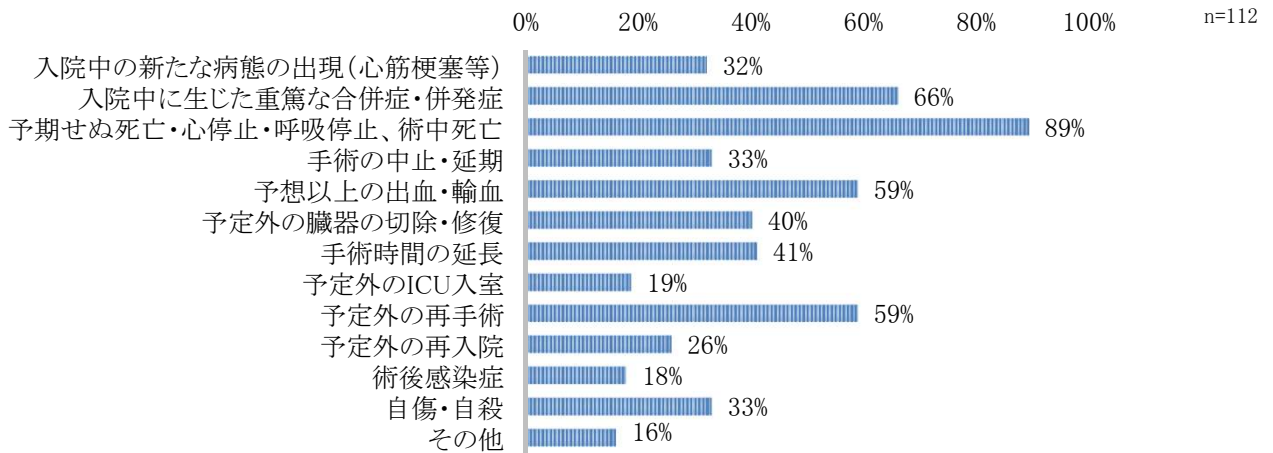
資料7

15. 問14で「05 医療事故の把握のためのチャートレビュー」を用いていると回答した場合、入院患者の何%がその対象になっていますか。

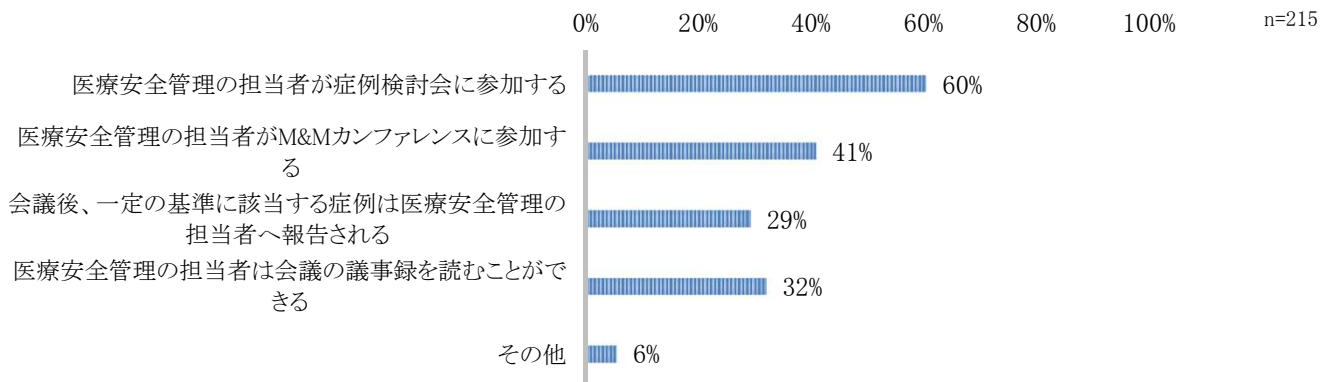
2.8% (中央値)

n=90

16. 問14で「06 オカレンスレビュー」を用いていると回答した場合、症例の抽出基準に入っている項目を選択してください。(当てはまるもの全て選択)



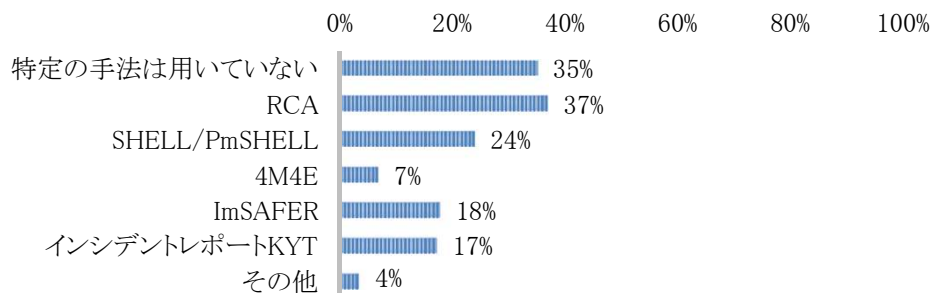
17. 問14で「07 症例検討会の結果」または「08 M&Mカンファレンスの結果」を用いていると回答した場合、医療安全管理の担当者はそれらの情報をどのような方法で把握していますか。(当てはまるもの全て選択)



18. 医療安全管理を目的とした院内報告の件数は、年間(昨年もしくは昨年度)およそ何件ですか。(1事例に対し複数の報告がある場合は、延べ報告件数を回答してください。)(中央値)

	全体		急性期病院				慢性期病院		精神科病院	その他の病院	
	500床以上	400-499床	300-399床	200-299床	100-199床	100床未満	100床以上	100床未満			
1病床当たり医療事故件数	0.3	0.6	0.4	0.3	0.3	0.3	0.1	0.2	0.3	0.2	レベル3a以上
1病床当たりヒヤリハット件数	3.3	4.2	4.0	4.1	3.3	2.8	2.7	2.3	1.2	2.5	レベル2以下
1病床当たり報告件数	3.7	4.8	4.4	4.9	3.7	3.3	3.2	2.7	2.3	2.6	2.9

19. 報告された事例(医療事故やヒヤリハット)の分析にどのような手法を用いていますか。(当てはまるもの全て選択)



08 複数の手法を用いている場合、それらをどのような基準で使い分けていますか。(自由記載、省略)

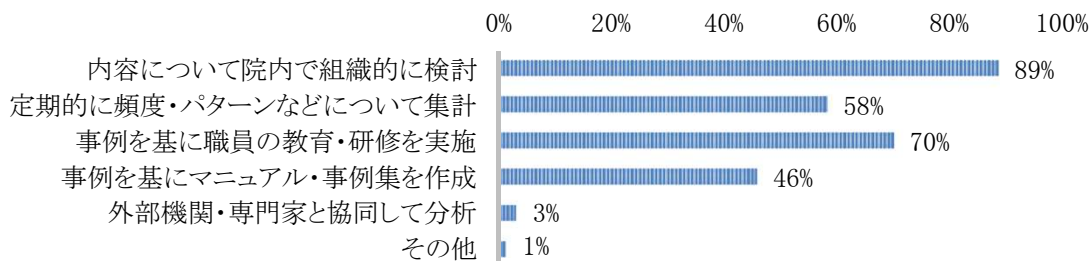
資料7

20. RCAやImSAFER、PmSHELLモデル等の手法を用いて分析した件数は、年間(昨年もしくは昨年度)およそ何件ですか。(類似事例をまとめて分析している場合には、まとめて1件とします。)

01 医療事故 年間 3件 (中央値)

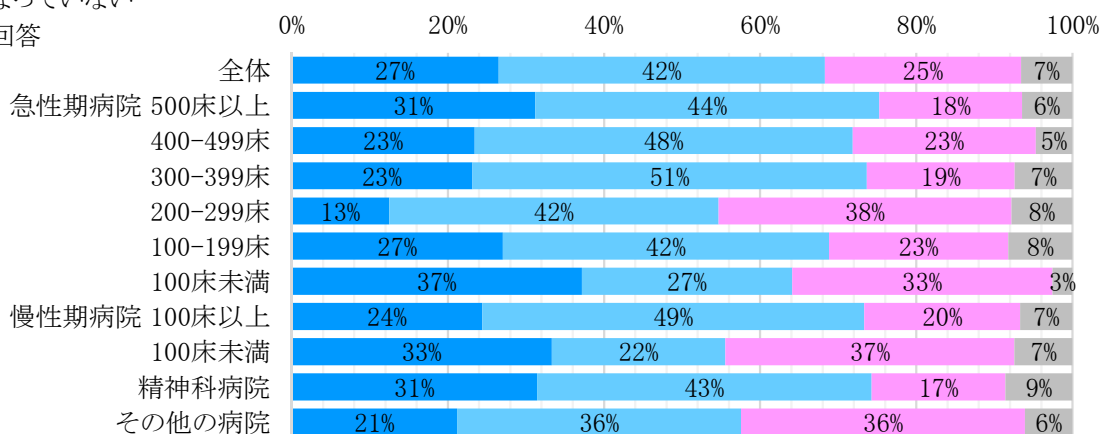
02 ヒヤリハット 年間 6件

21. 報告された事例(医療事故やヒヤリハット)・情報をどのように活用していますか。(当てはまるもの全て選択)



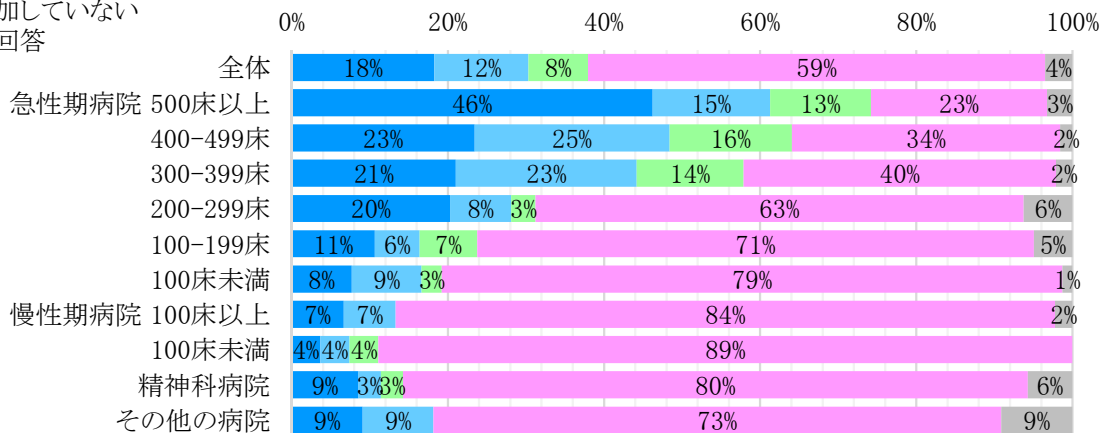
22. 生じやすい医療事故等についてリスク評価を実施していますか。

- 行なっている(院内のほとんどの業務、部署について)
- 行なっている(院内の一部の業務、部署について)
- 行っていない
- 無回答



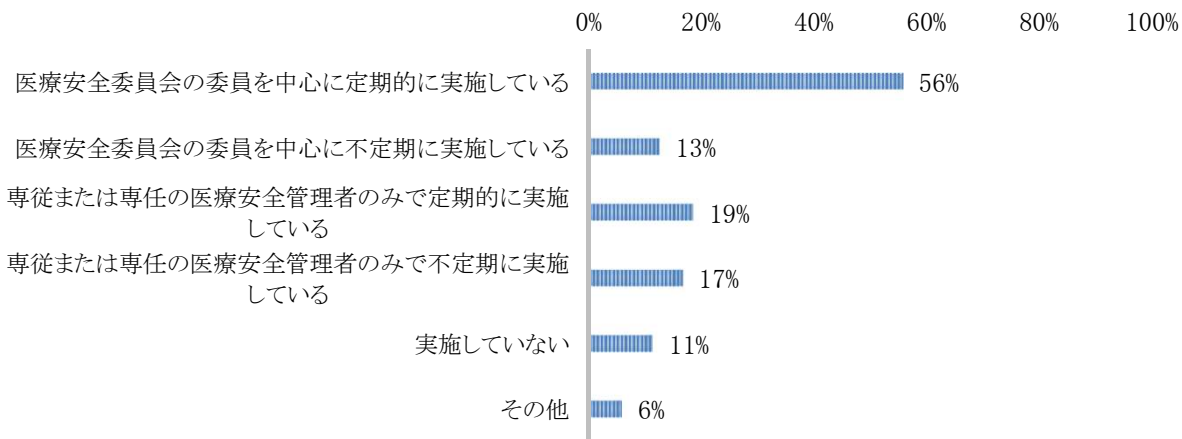
23. 日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業に参加していますか。

- 医療事故情報、ヒヤリハット事例(発生件数情報または事例情報)の双方を報告している
- 医療事故情報のみを報告している
- ヒヤリハット事例(発生件数情報または事例情報)のみを報告している
- 参加していない
- 無回答

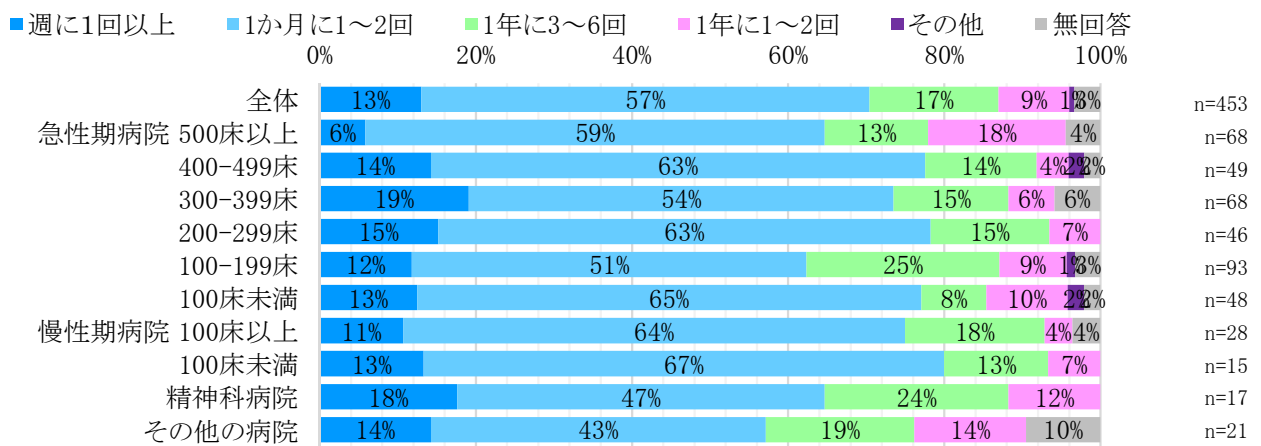


資料7

24. 医療安全管理を目的とした職場巡視を実施していますか。(当てはまるもの全て選択)



25. 問24で「医療安全委員会の委員を中心に実施している」と回答した場合、その頻度をお答えください。



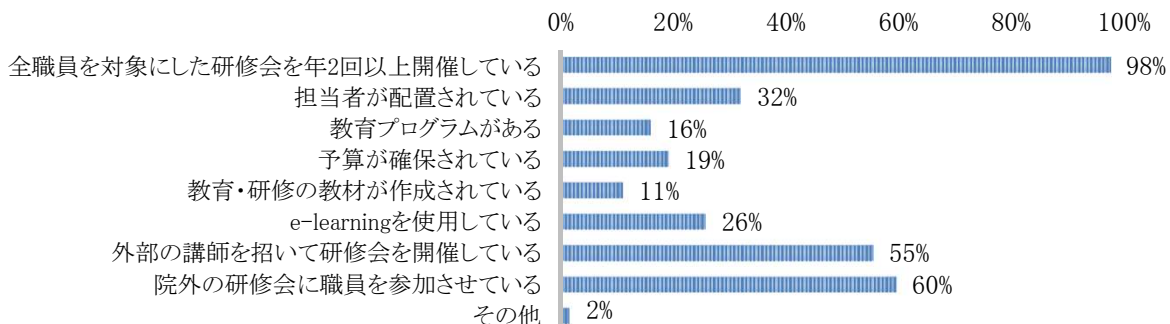
26. 問24で「医療安全委員会の委員を中心に実施している」と回答した場合、巡視する場所(部署)をどのように選んでいますか。

(自由記載、省略)

27. 問24で「医療安全委員会の委員を中心に実施している」と回答した場合、巡視で着目する点(テーマやチェックポイント)はどのように選んでいますか。

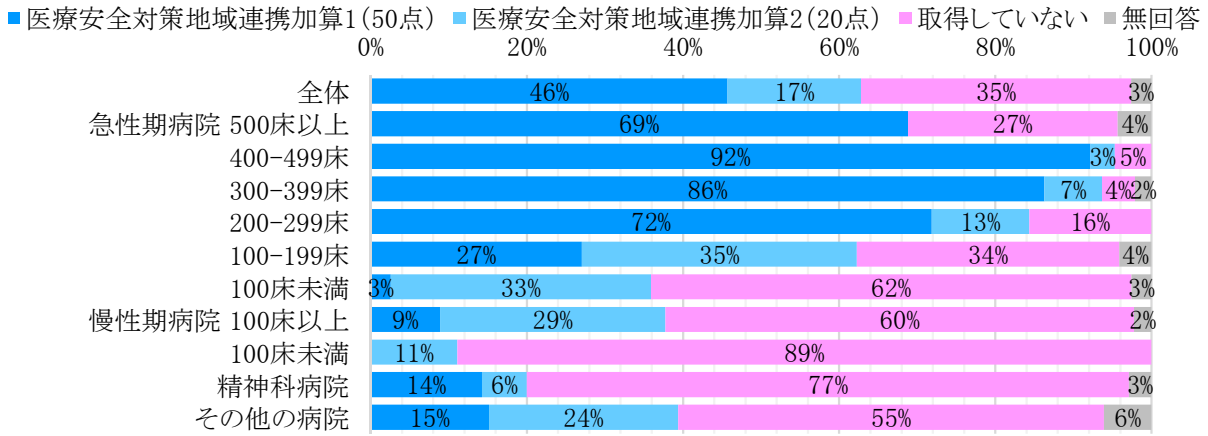
(自由記載、省略)

28. 医療安全管理に関する教育・研修の現状についてお答えください。(当てはまるもの全て選択)

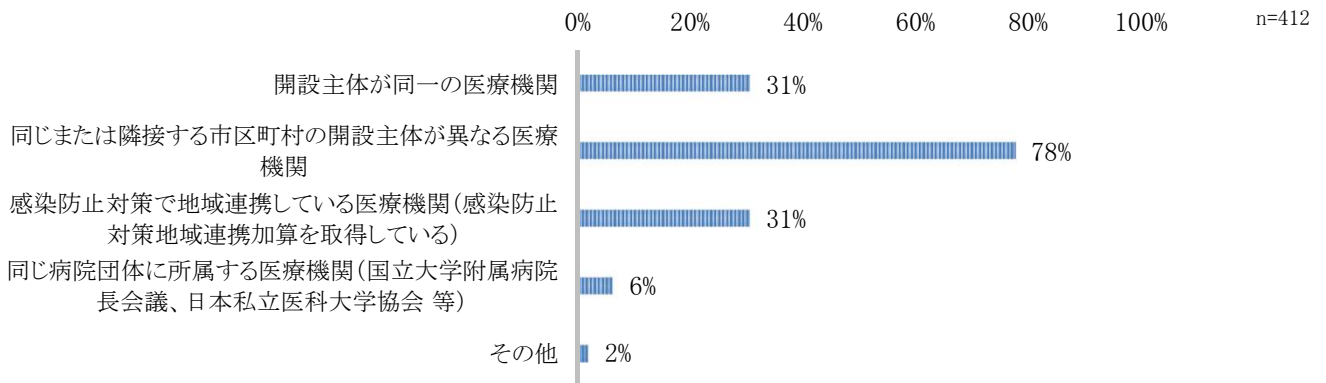


資料7

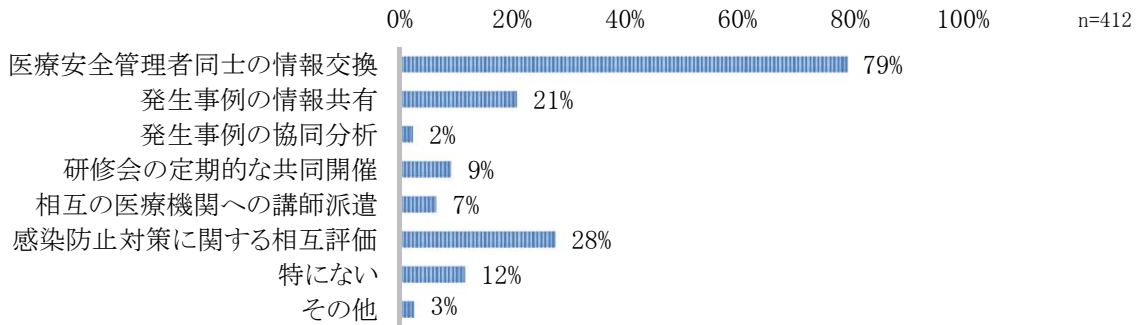
29. 診療報酬で医療安全対策地域連携加算を取得していますか。



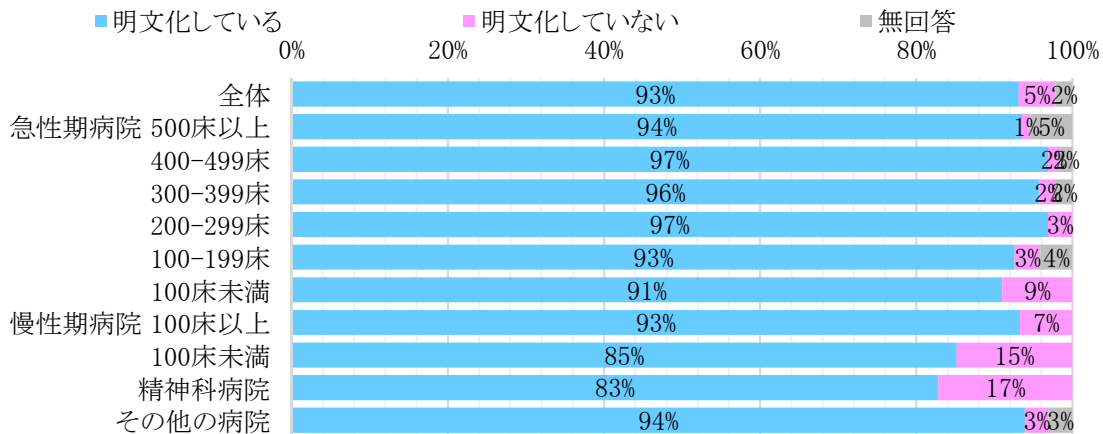
30. 問29で加算を取得していると回答した場合、どのような医療機関と連携していますか。(当てはまるもの全て選択)



31. 問29で加算を取得していると回答した場合、医療安全対策に関する相互評価のほかに、当該連携病院と協働しているものがあれば選択してください。(当てはまるもの全て選択)

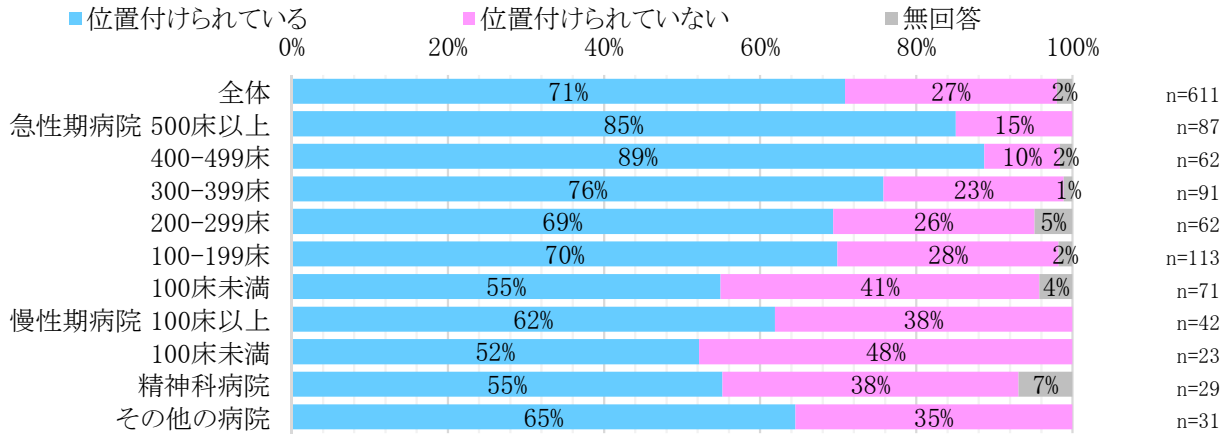


32. 病院の経営理念・目標等を明文化していますか。

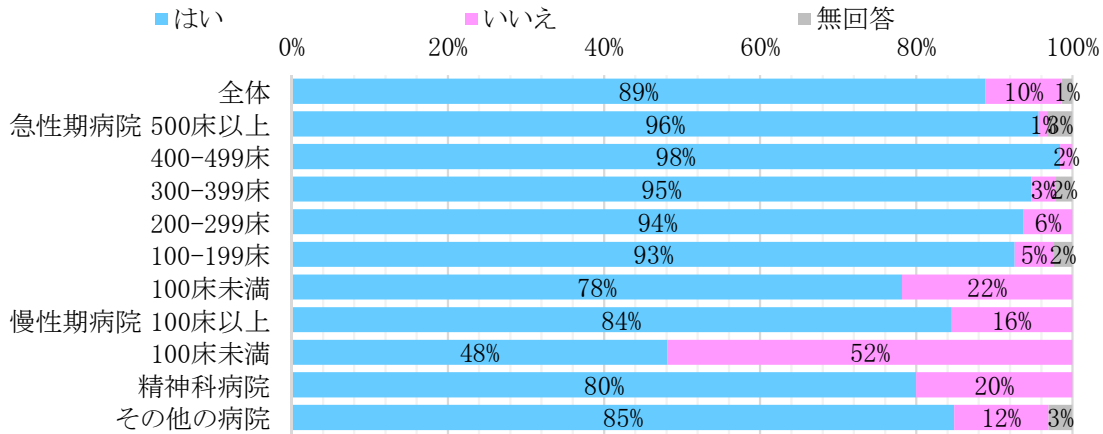


資料7

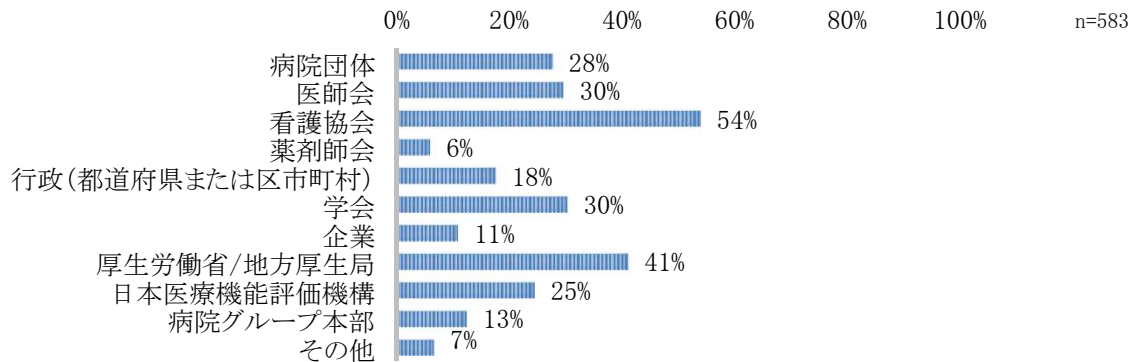
33. 問32で「明文化している」と回答した場合、その中に院内の医療安全管理が位置付けられていますか。



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

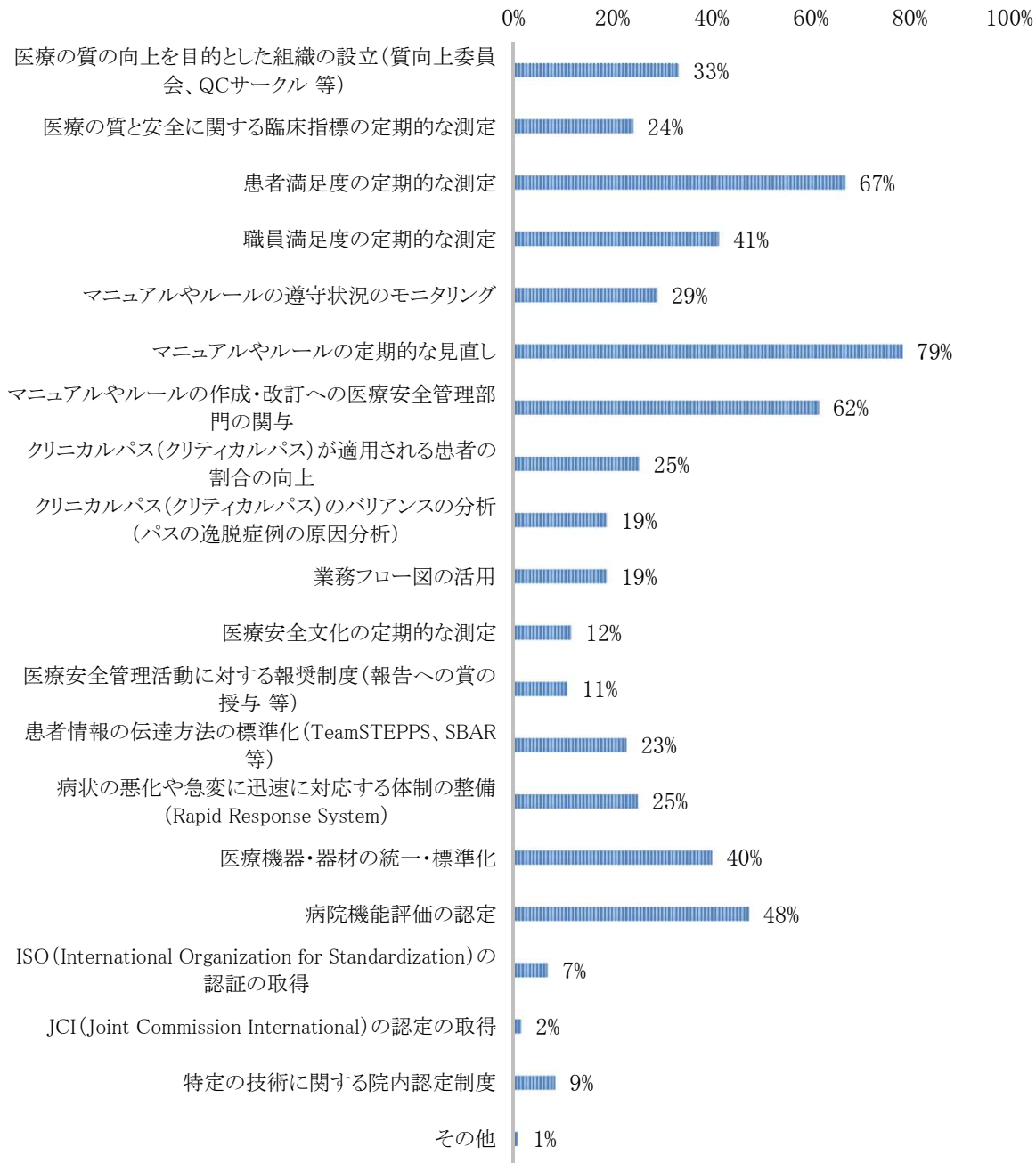


35. 問34で「はい」と回答した場合、その医療安全に関する教育・研修を主催している団体は何でしたか。(当てはまるもの全て選択)

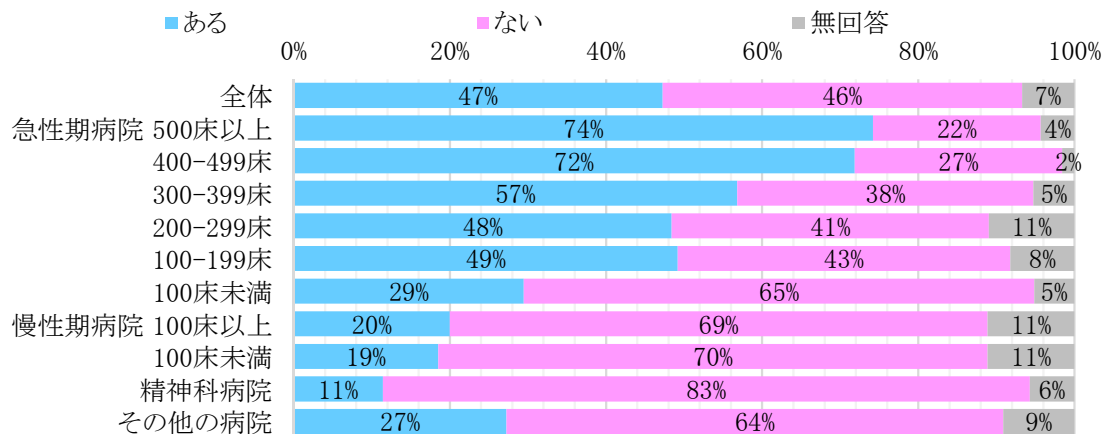


資料7

36. 貴院で実施されている医療の質向上を目的とした取組みを回答してください。(当てはまるもの全て選択)

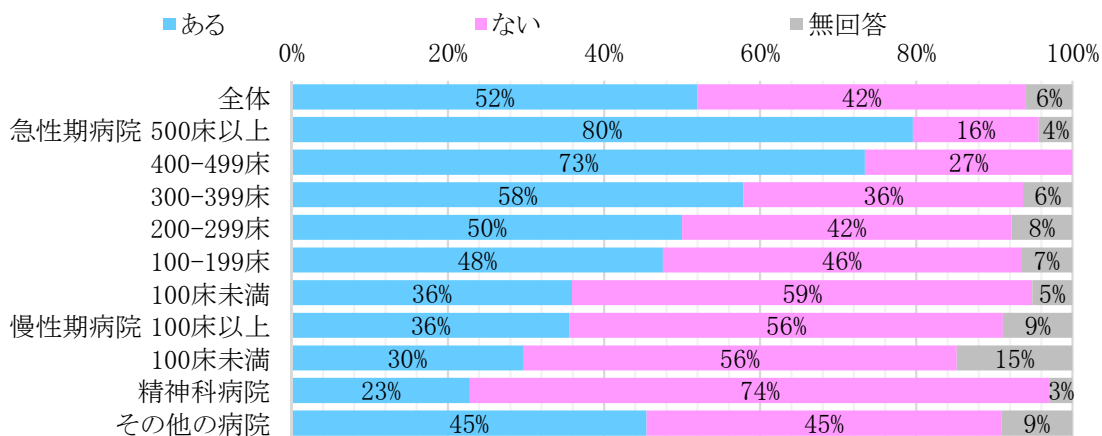


37. 病理診断報告書の確認漏れ(主治医の未読)を防ぐ仕組みがありますか。

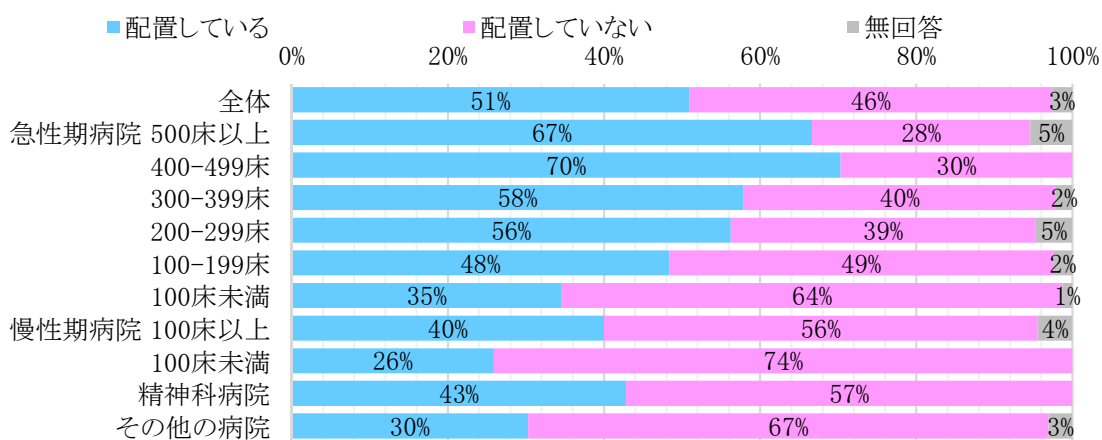


資料7

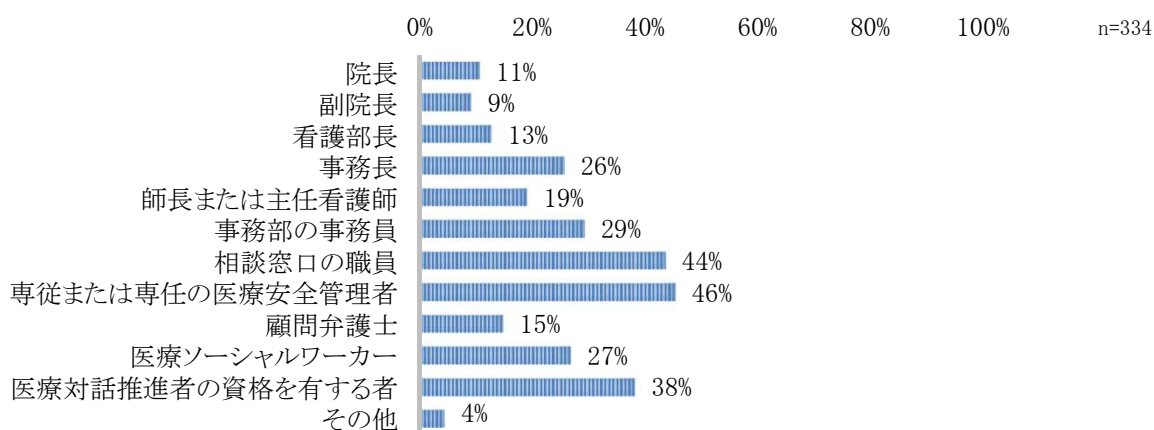
38. 画像診断報告書の確認漏れ(主治医の未読)を防ぐ仕組みがありますか。



39. 医療紛争が起きた際、当事者である患者と医療者の対話を促進する役割を担う者(医療対話推進者等)を配置していますか。

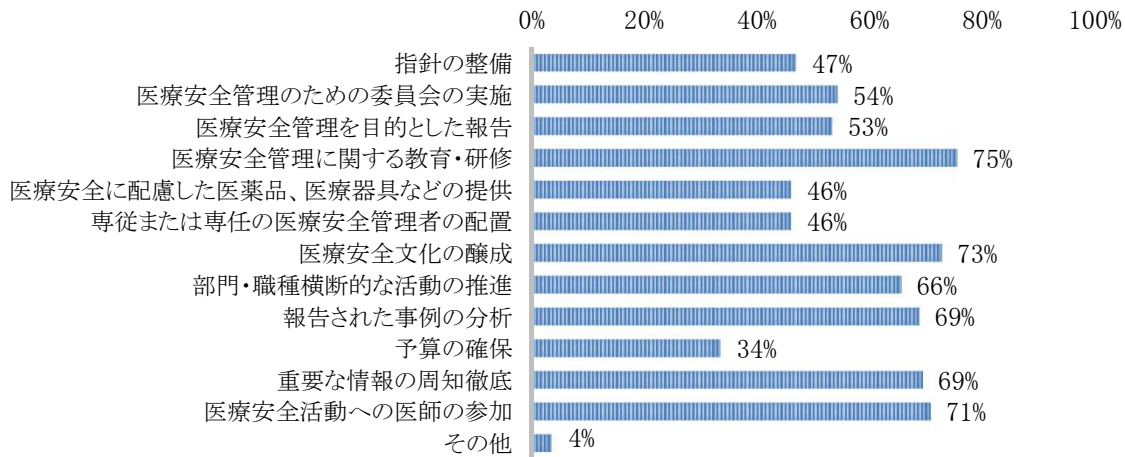


40. 問39で「配置している」と回答した場合、それはどのような立場の方ですか。(当てはまるもの全て選択)

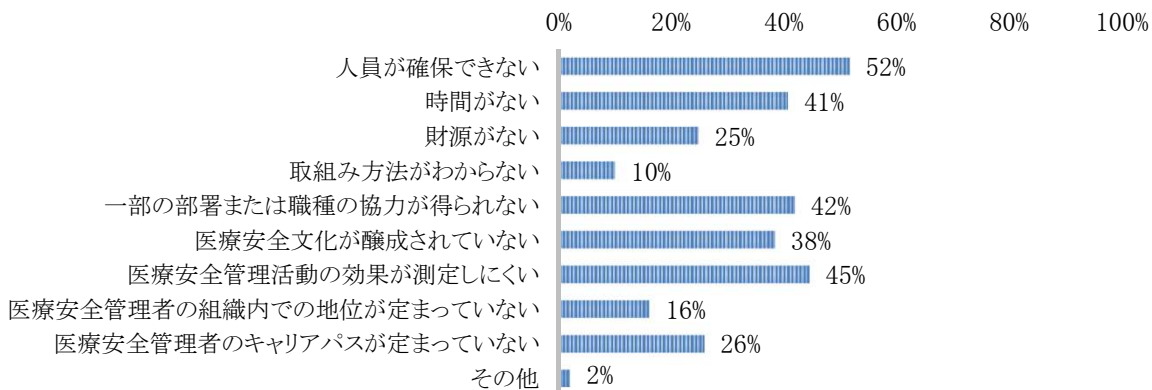


資料7

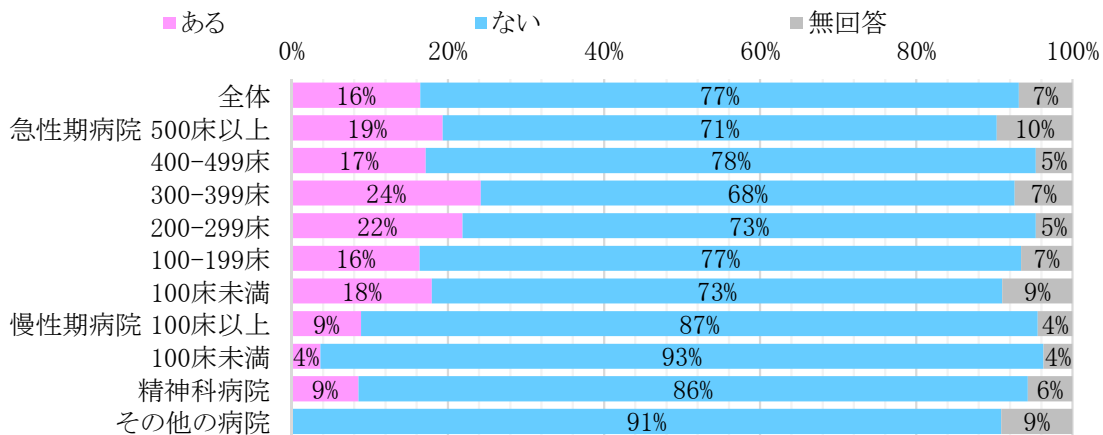
41. 貴院として、医療安全のために特に重要と考えられる事項は何ですか。(当てはまるもの全て選択)



42. 貴院で安全確保のための方策を実施するにあたっての問題点は何ですか。(当てはまるもの全て選択)



43. 最近3年以内に、介護保険事業所(特養や老健、訪問看護・介護など)との患者情報の交換・提供の不足や不備に起因した事故やヒヤリハットを経験したことがありますか。



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

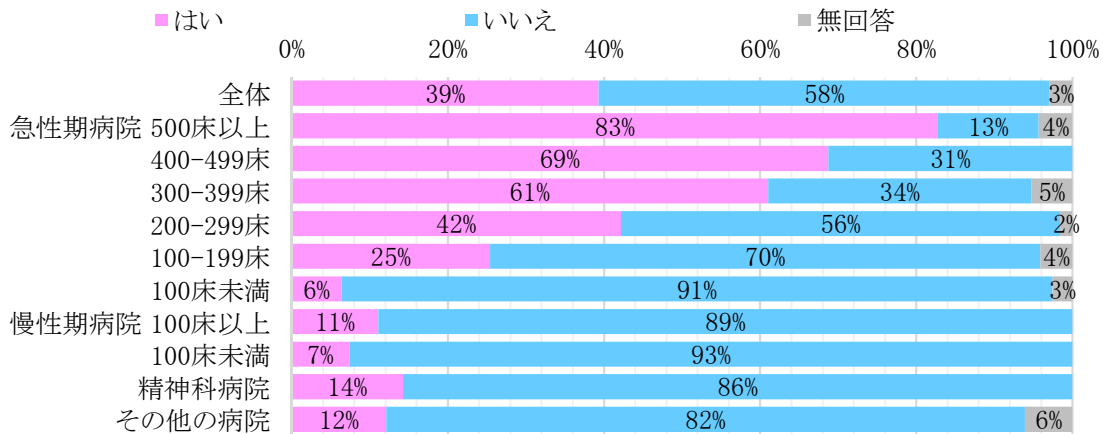
(自由記載、省略)

資料7

<医療事故への対応>

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

(†国立大学医療安全管理協議会による分類でレベル5またはレベル4bに該当する症例)



「はい」の場合、それは何件ですか。

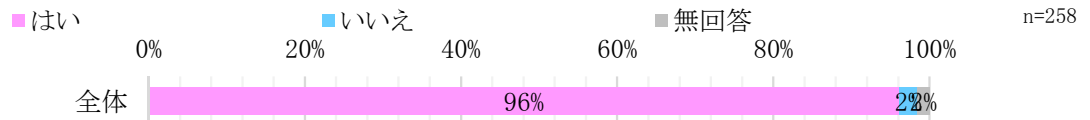
死亡症例 2件 (中央値) n=258
重篤な後遺障害が残った症例 1件

そのうち、院内医療事故調査委員会等により、原因究明し、その結果を報告書等にとりまとめたのは何件ですか。

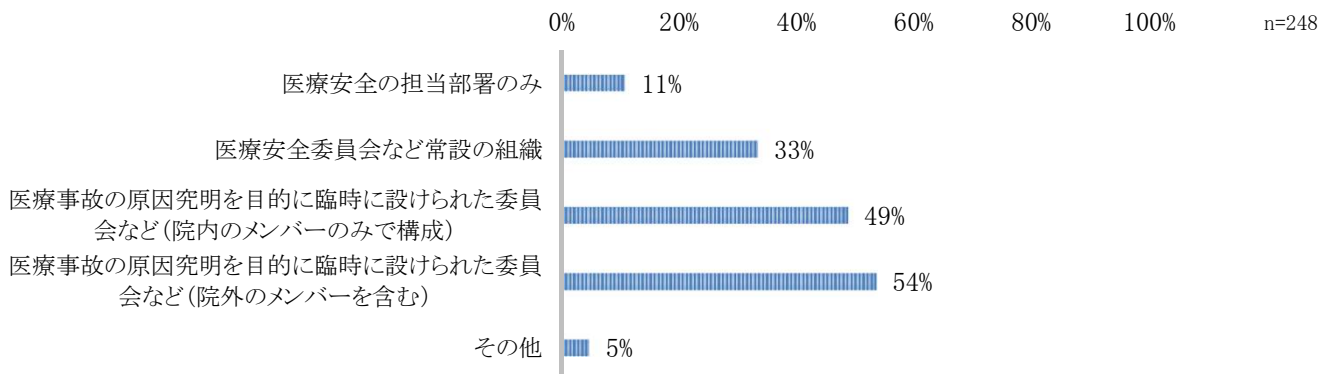
1件 (中央値) n=258

問45で「はい」と回答された場合、その医療事故の原因究明の方法や事故報告書の取り扱い等についてお聞きします。もし、2例以上の重大な医療事故(死亡あるいは重篤な後遺障害が残った事例)を経験された場合には、**もっとも最近のもの**について回答して下さい。

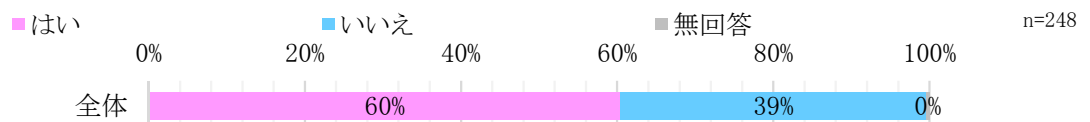
46. 医療事故の原因究明を行ないましたか。



47. 原因究明はどのような組織で行ないましたか。(当てはまるもの全て選択)

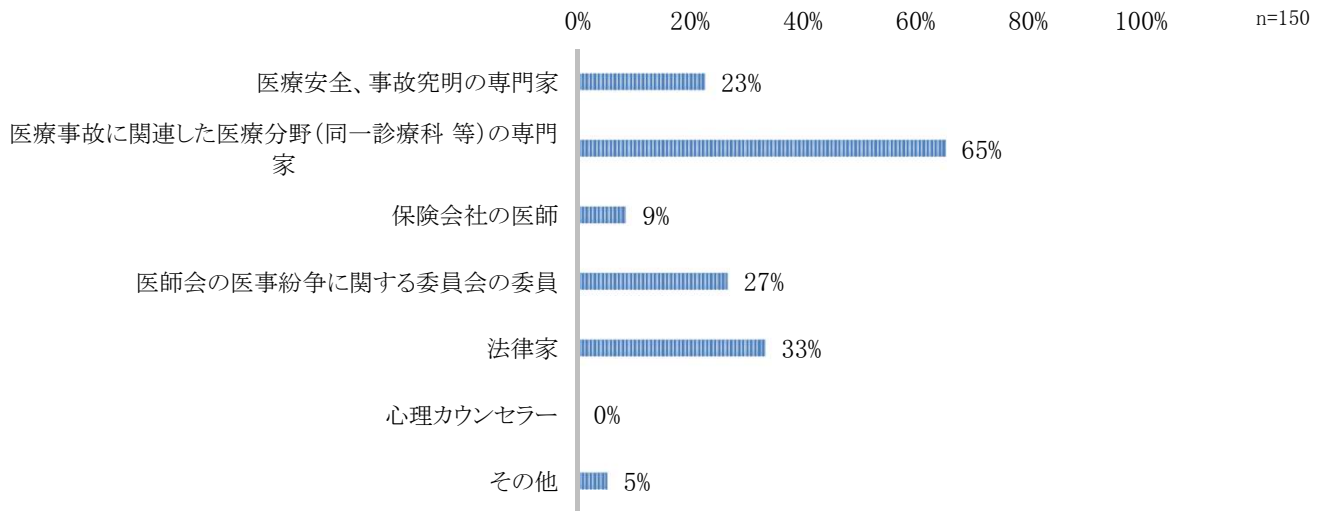


48. 原因究明にあたって外部の専門家の支援を受けましたか。

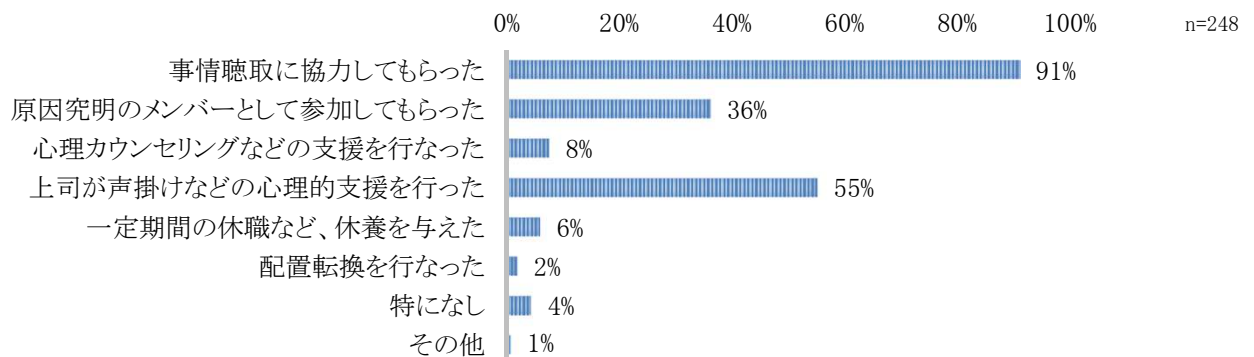


資料7

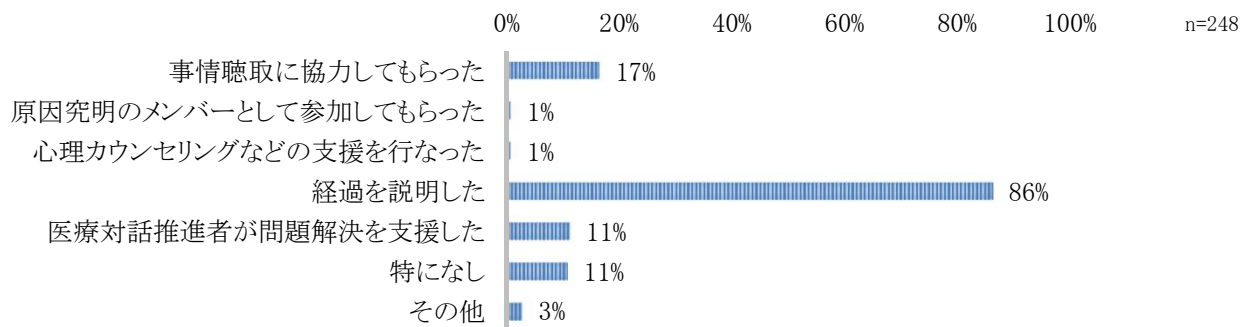
49. 問48で「はい」と回答した場合、それはどのような方ですか。(当てはまるもの全て選択)



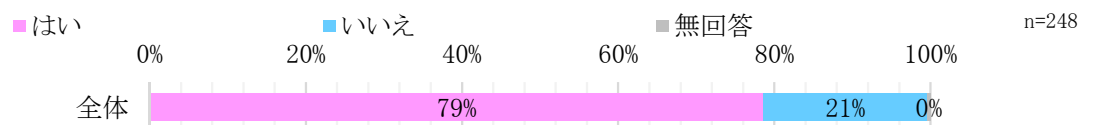
50. 原因究明にあたって当事者の職員への対応はどうしましたか。(当てはまるもの全て選択)



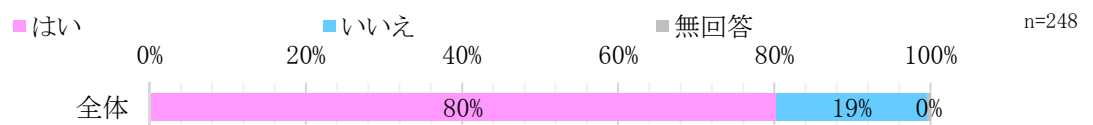
51. 原因究明にあたって患者・家族への対応はどうしましたか。(当てはまるもの全て選択)



52. 事故調査報告書は作成しましたか。



53. 原因究明の結果について患者・家族へ説明しましたか。



資料7

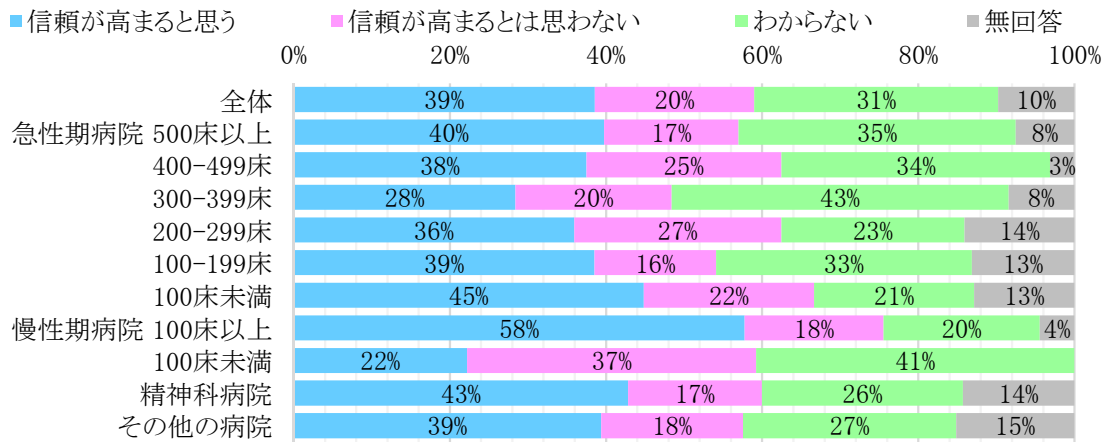
54. 原因究明全般にあたって困ったことは何ですか。(当てはまるもの全て選択)



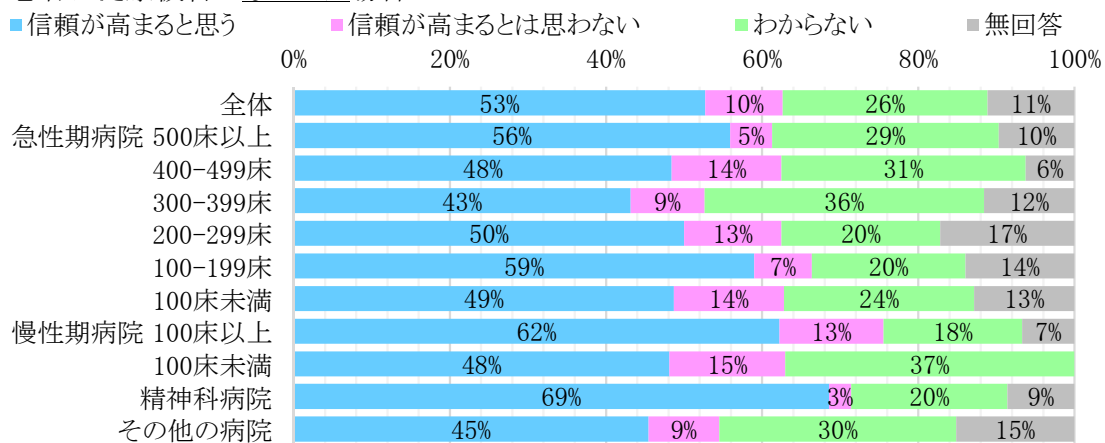
資料7

55. 患者・家族に医療事故が起きた事を説明することにより、患者・家族の医療機関への信頼が高まると思いますか。

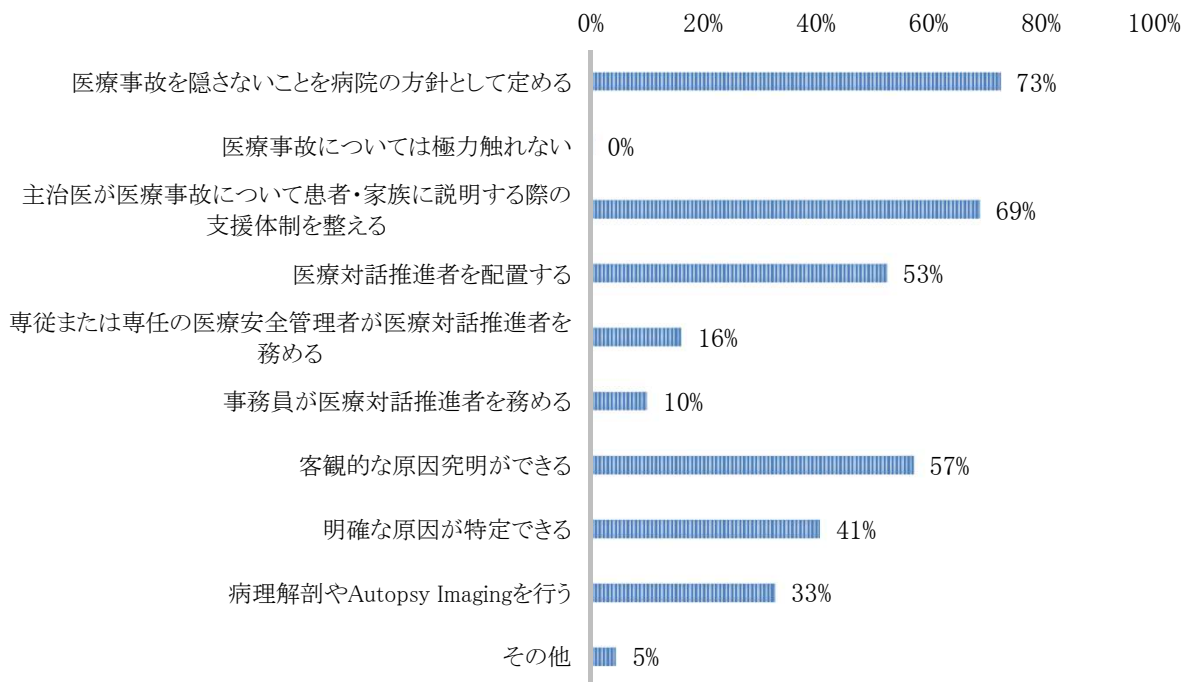
<患者に健康被害があった場合>



<患者に健康被害がなかった場合>

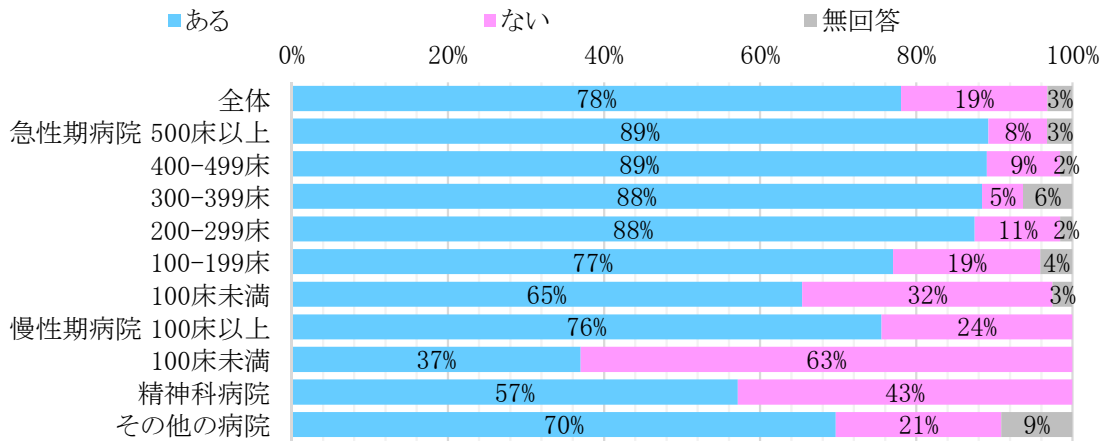


56. どのような条件を整えれば、患者・家族に医療事故が起きた事を説明することにより、患者・家族の医療機関への信頼が高まると思いますか。(当てはまるもの全て選択)

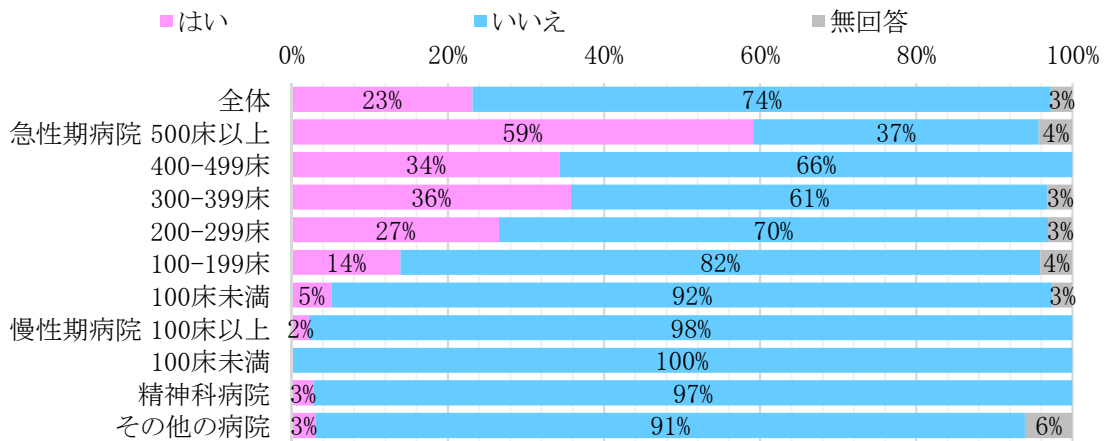


<医療事故調査制度>

57. 医療事故調査・支援センターへの報告が必要な医療事故が発生した際の調査方法について定めた指針やマニュアルはありますか。



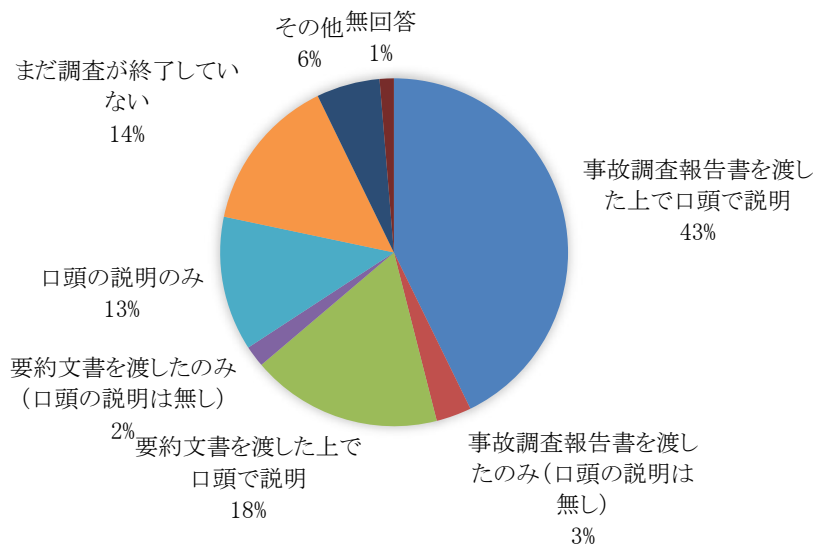
58. 最近3年以内に、医療事故調査・支援センター（日本医療安全調査機構）へ医療事故の届け出をしましたか。



「はい」と回答した場合の件数 1件（中央値）

59. 問58で「はい」と回答した場合、遺族への説明はどのように行いましたか。

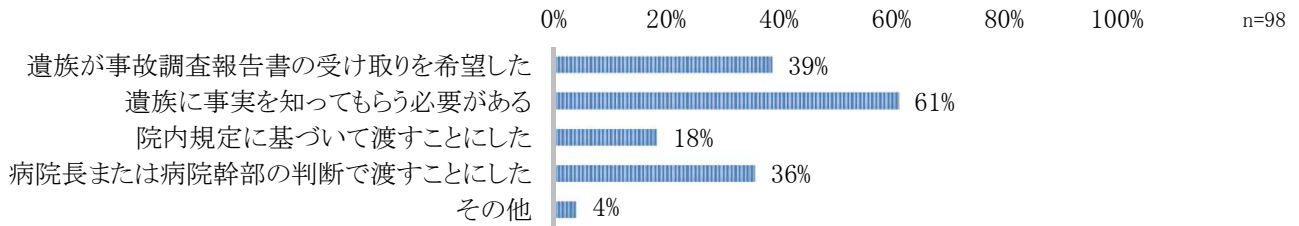
n=152



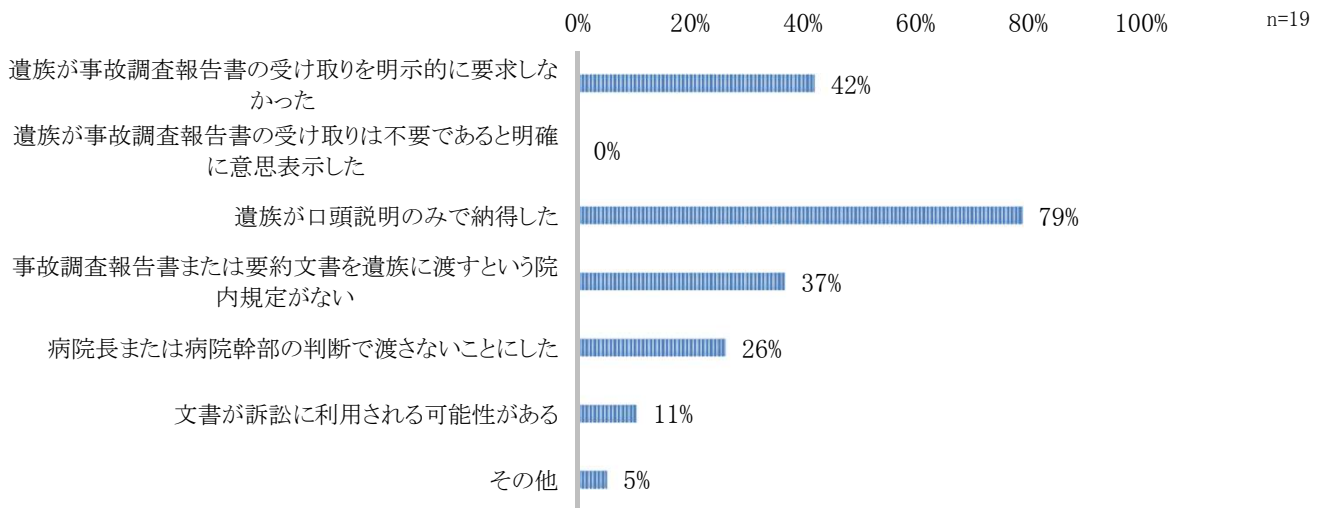
注: 「事故調査報告書」は医療事故調査・支援センターに提出した文書と同じものを指す。
「要約文書」は遺族にわかりやすい文章に編集した文書を含む。

資料7

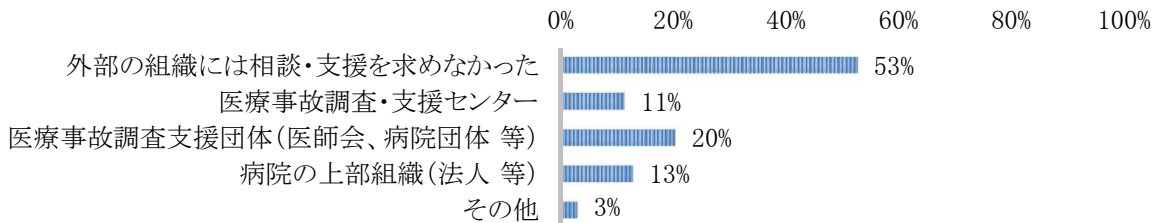
60. 問59で、事故調査報告書または要約文書を渡したと回答した場合、その理由として当てはまるものを選択してください。(当てはまるもの全て選択)



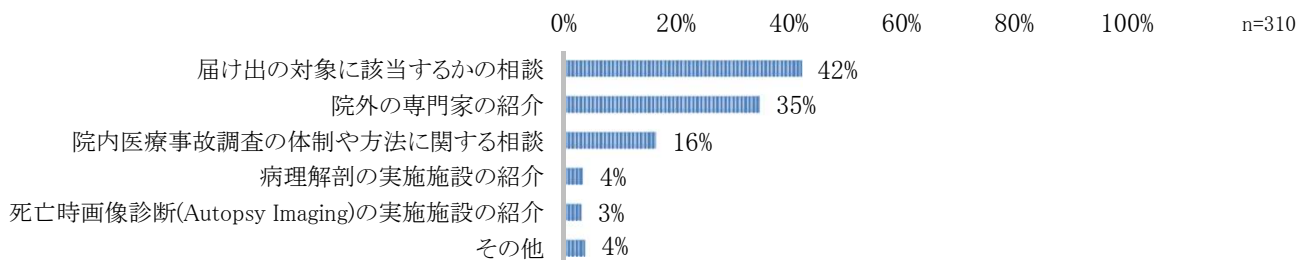
61. 問59で「口頭の説明のみ」と回答した場合、文書を渡さなかった理由として当てはまるものを選択してください。(当てはまるもの全て選択)



62. 医療事故の届け出の判断や原因究明にあたり、次の組織に相談したり支援を求めたりしましたか。(当てはまるもの全て選択)

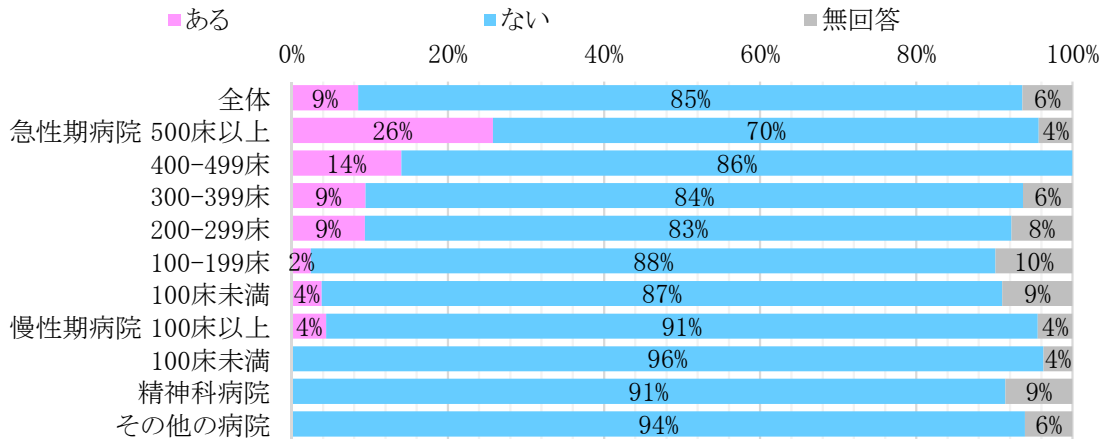


63. 問62でいずれかの組織に相談・支援を求めたと回答した場合、どのような相談または支援を求めましたか。(当てはまるもの全て選択)

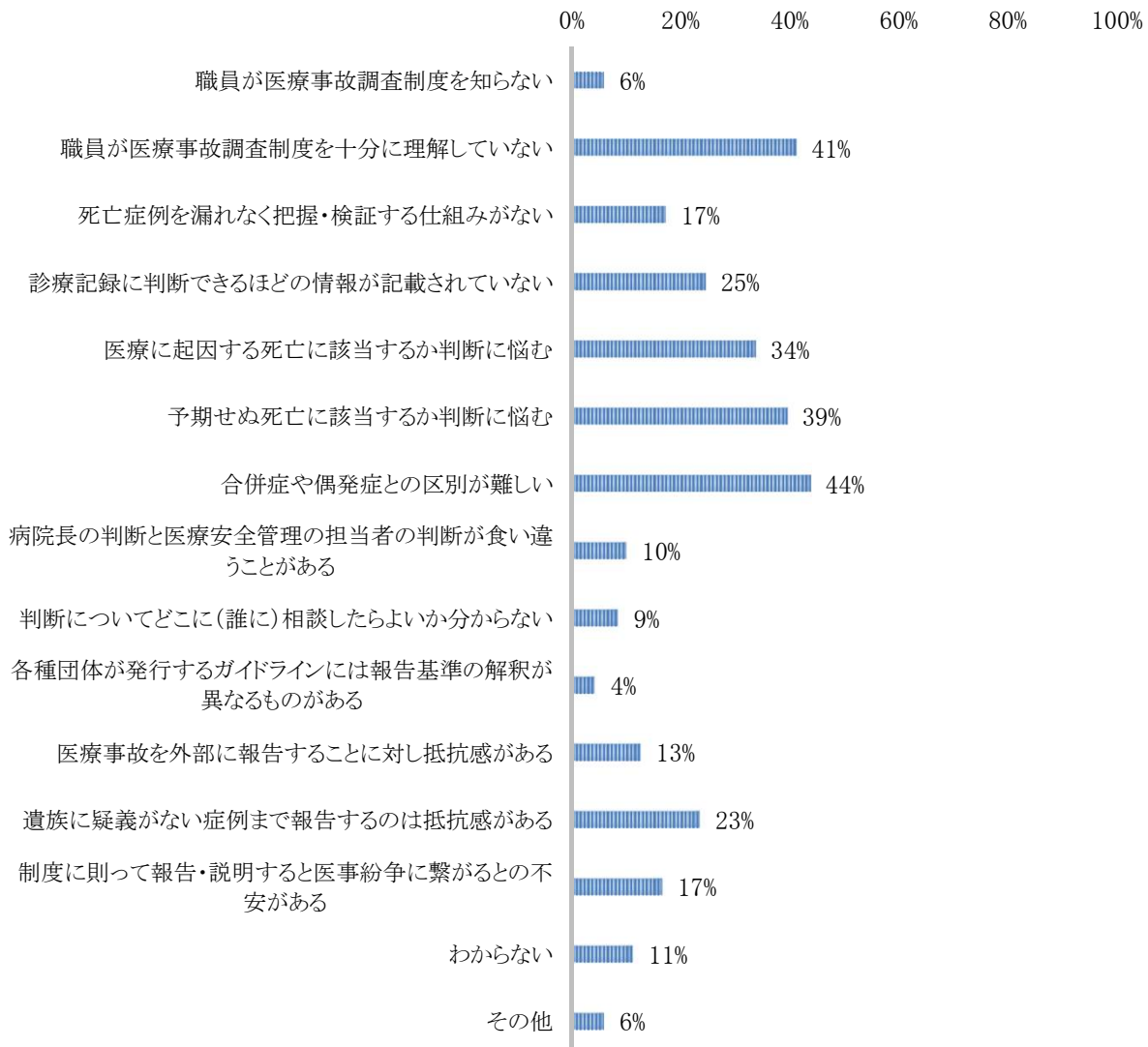


資料7

64. 遺族から、医療事故調査・支援センターへの届け出の要請または死亡原因究明の要請を受けたことがありますか。

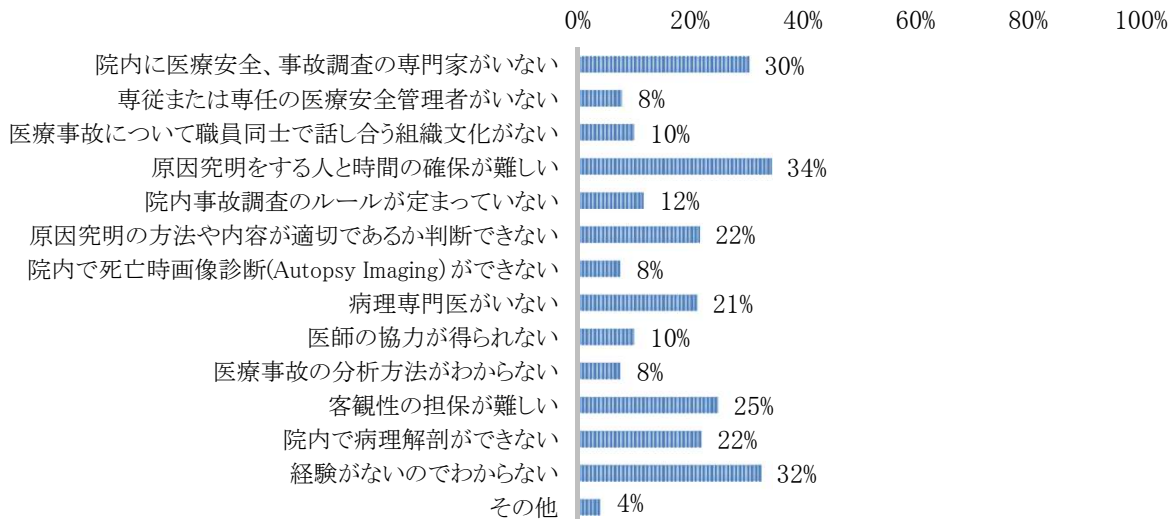


65. 医療事故調査・支援センターへ医療事故を報告するか否かの判断をするうえで、障害となっているのは何ですか。(当てはまるもの全て選択)



資料7

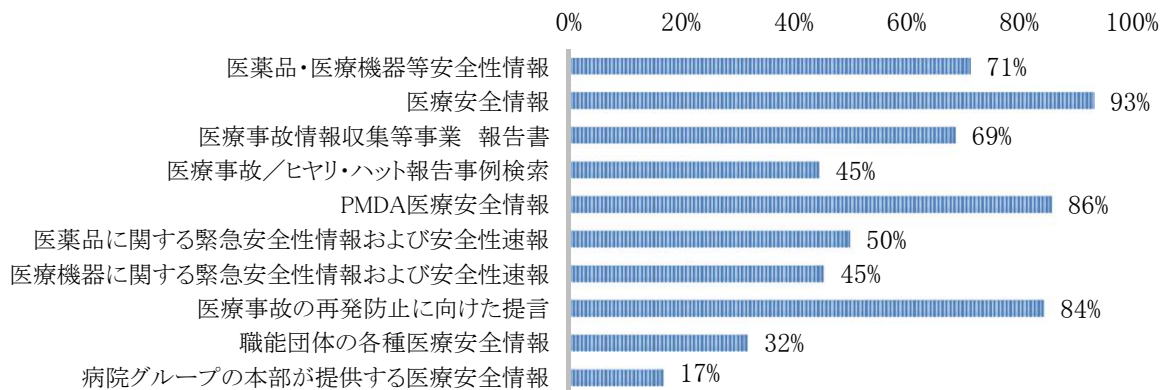
66. 医療事故調査・支援センターへの報告が必要な医療事故の原因究明をするうえで、障害となっているのは何ですか。(当てはまるもの全て選択)



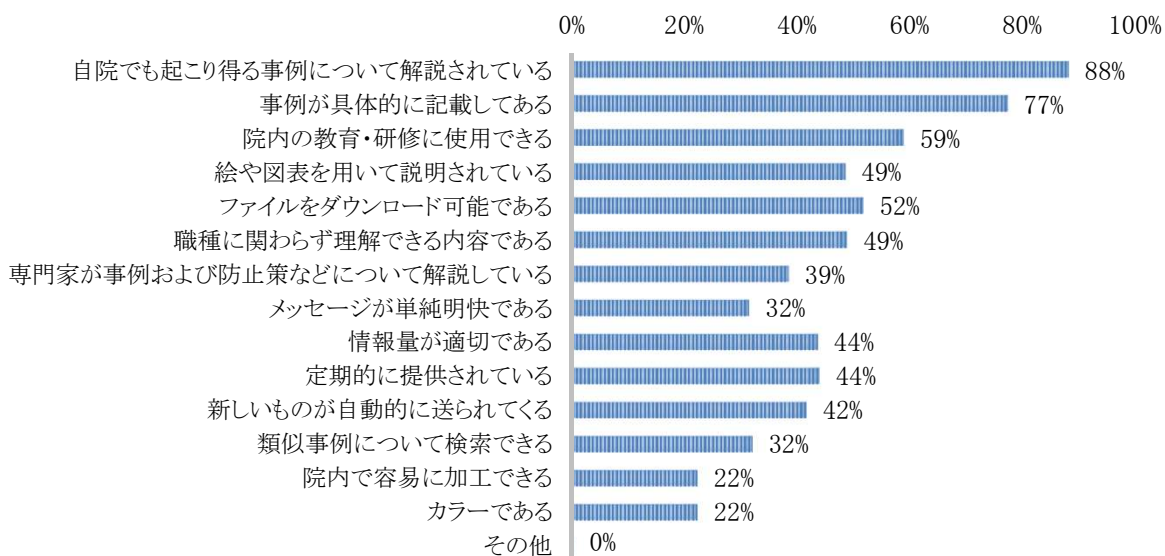
<医療安全情報の利用状況>

さまざまな組織が医療安全管理に関する情報を発信しています。それぞれの医療安全情報について、貴院での利用状況をお答えください。

67. 次のうち、院内で利用しているものを全て選んでください。(当てはまるもの全て選択)



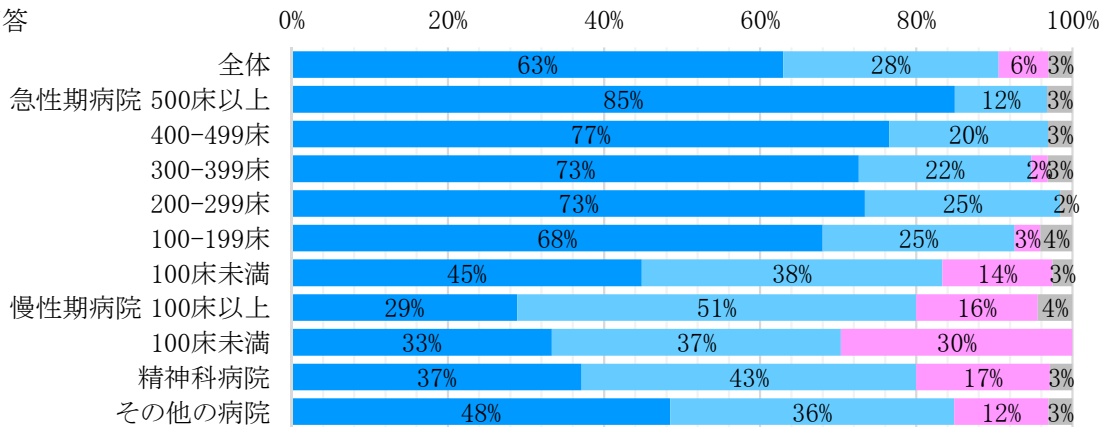
68. 院内で利用する医療安全情報を選択するにあたって重視するのは何ですか。(当てはまるもの全て選択)



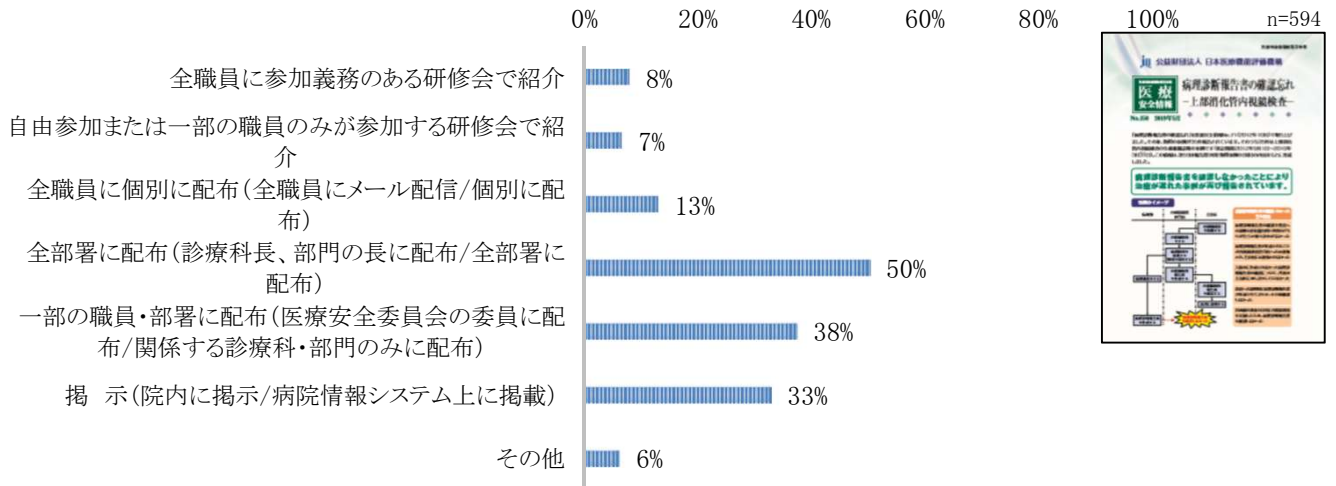
資料7

69. 医療安全情報(日本医療機能評価機構が毎月発行)を院内でどのように周知していますか。

- 全ての号を周知している
- 一部の号を周知している(内容等に応じて)
- 周知していない(利用していない/医療安全管理者が読むだけ)
- 無回答

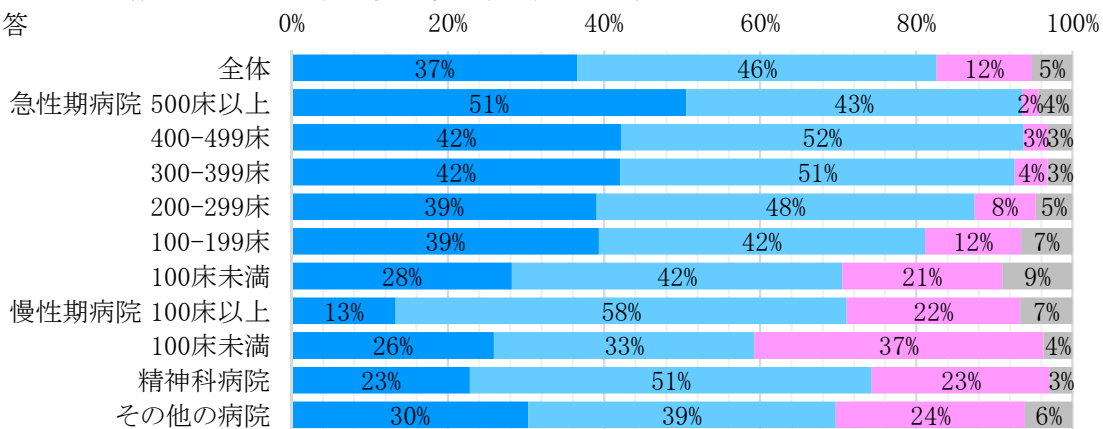


70. 問69で周知していると回答した場合、どのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)



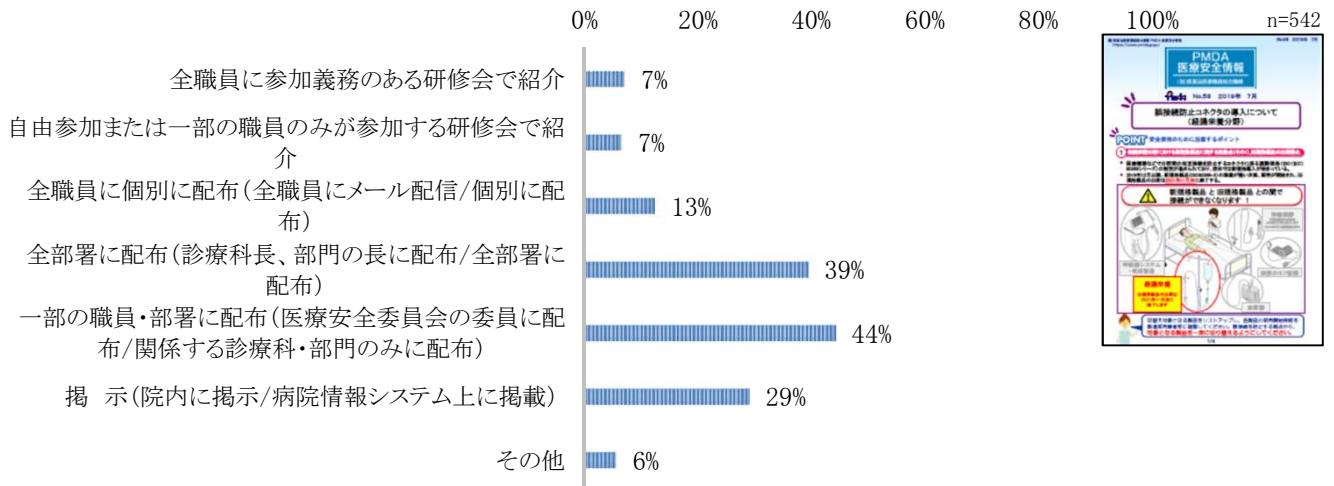
71. PMDA医療安全情報(医薬品医療機器総合機構が年に数回発行)を院内でどのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 全ての号を周知している
- 一部の号を周知している(内容等に応じて)
- 周知していない(利用していない/医療安全管理者が読むだけ)
- 無回答



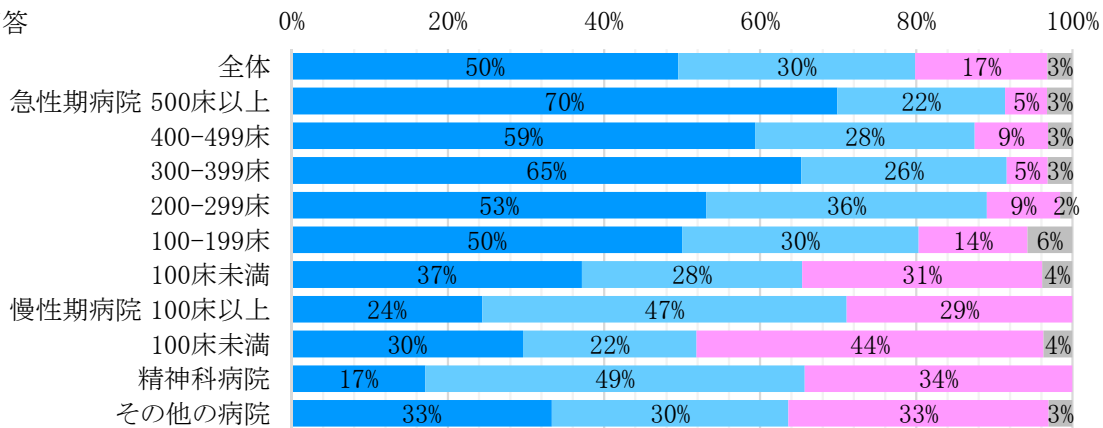
資料7

72. 問71で周知していると回答した場合、どのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

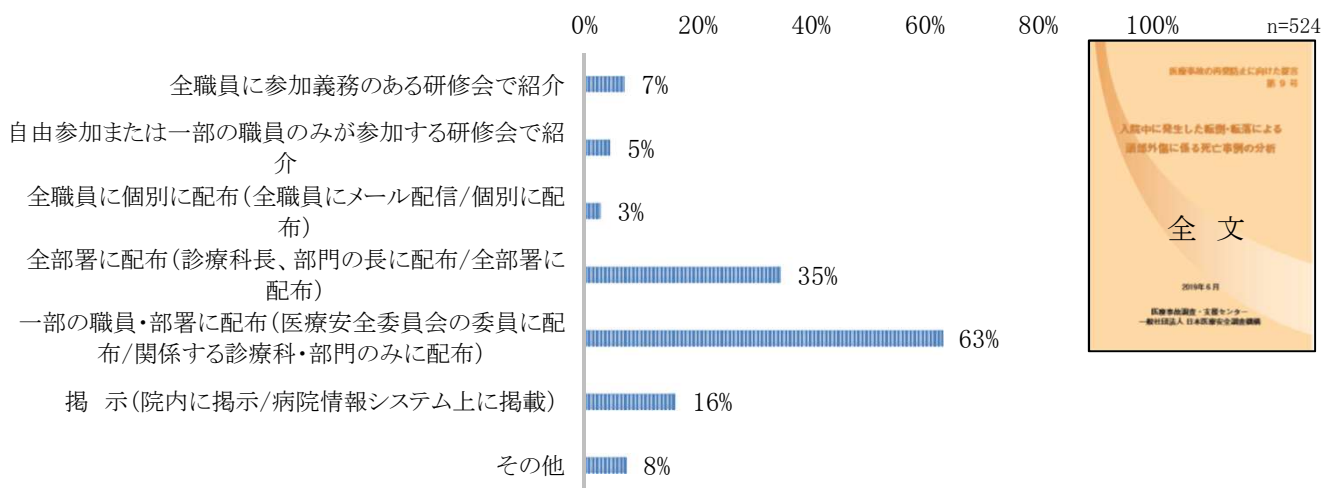


73. 医療事故の再発防止に向けた提言(日本医療安全調査機構が年に数回発行)の全文を院内でどのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 全ての号を周知している
- 一部の号を周知している(内容等に応じて)
- 周知していない(利用していない/医療安全管理者が読むだけ)
- 無回答



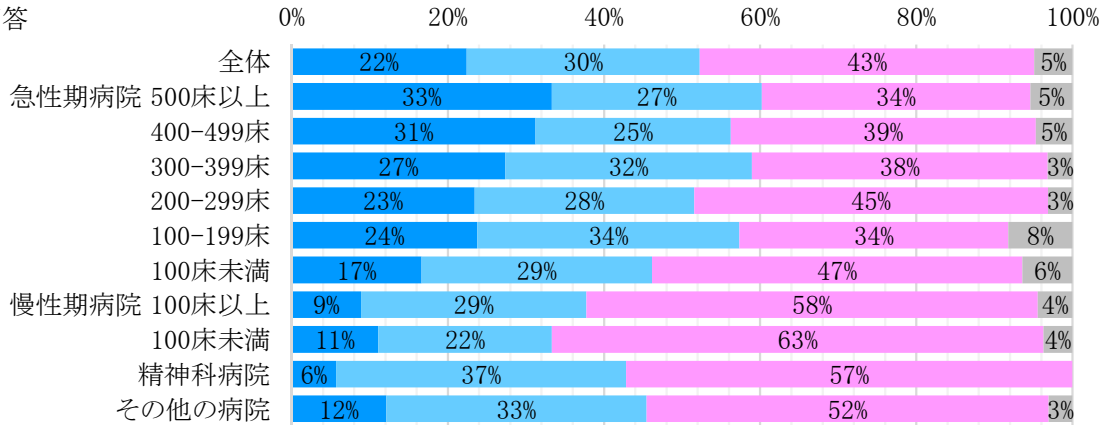
74. 問73で周知していると回答した場合、どのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)



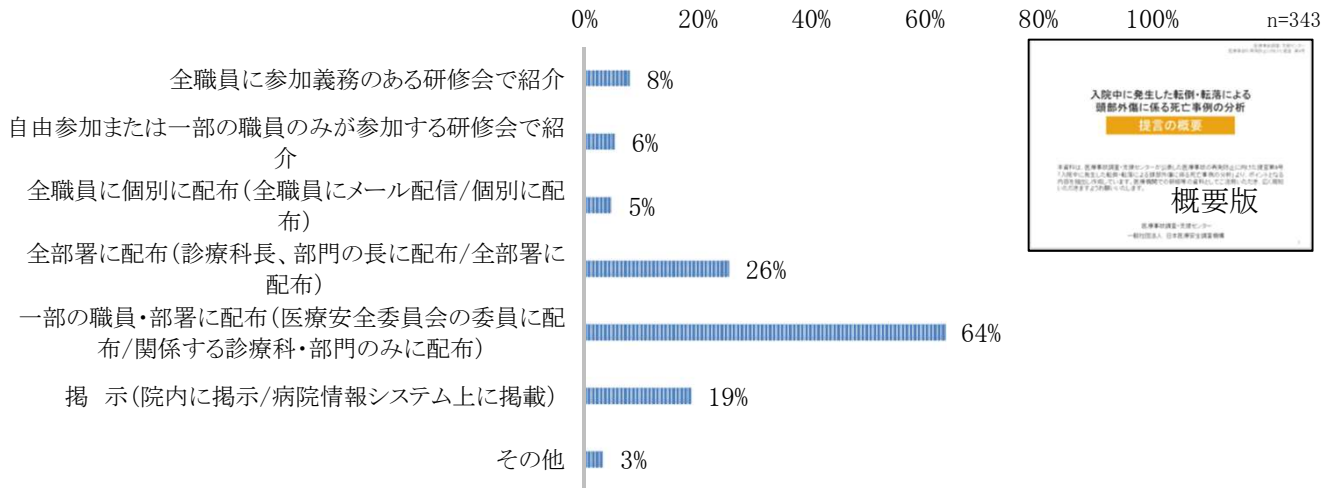
資料7

75. 医療事故の再発防止に向けた提言(日本医療安全調査機構が年に数回発行)の**概要版**を院内でどのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

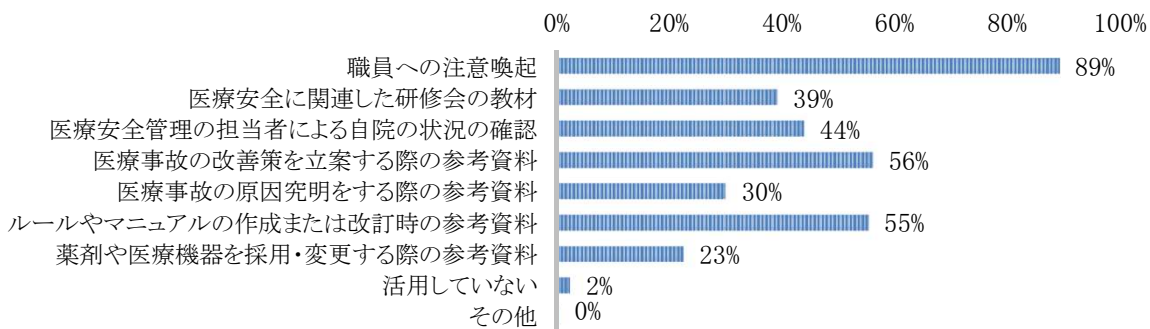
- 全ての号を周知している
- 一部の号を周知している(内容等に応じて)
- 周知していない(利用していない/医療安全管理者が読むだけ)
- 無回答



76. 問75で周知していると回答した場合、どのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

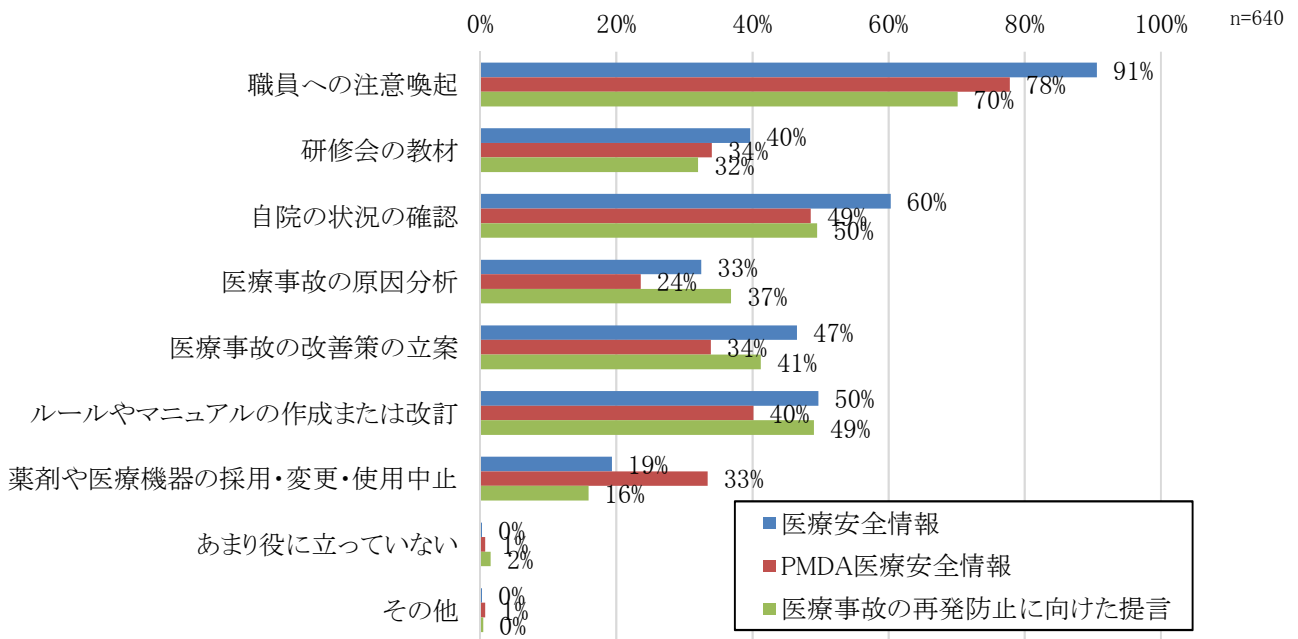


77. 各種の医療安全情報を何に**活用**していますか。(当てはまるもの全て選択)

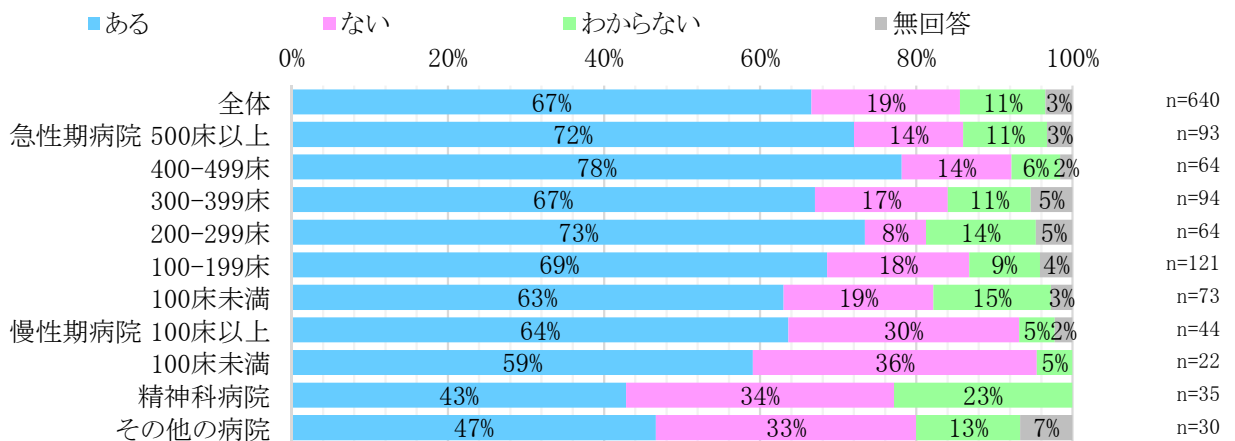


資料7

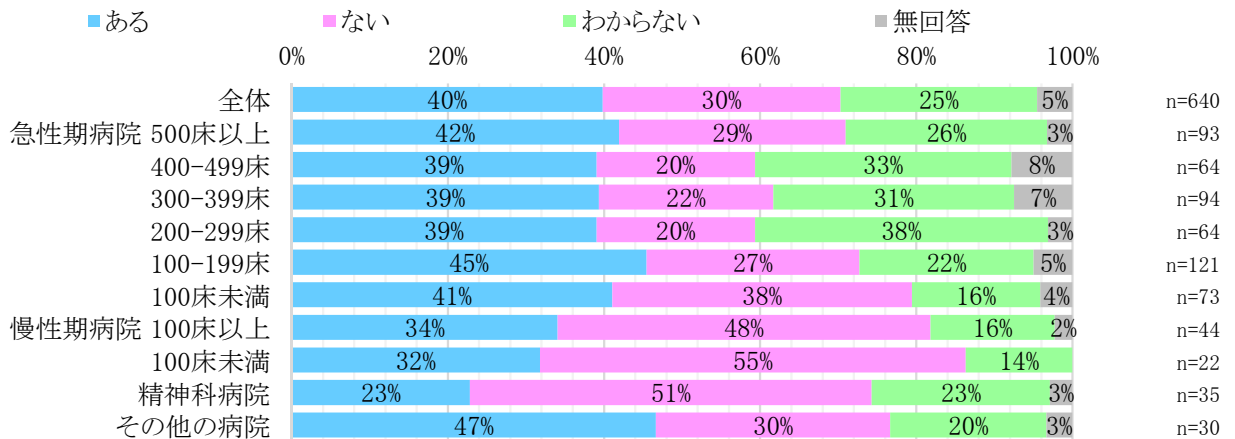
78. 各種の医療安全情報が役に立ったと思う項目を選んでください。(当てはまるもの全て選択)



79. 最近3年以内に、各種の医療安全情報に基づき、貴院のルールやマニュアルが作成または改訂されたことがありますか。



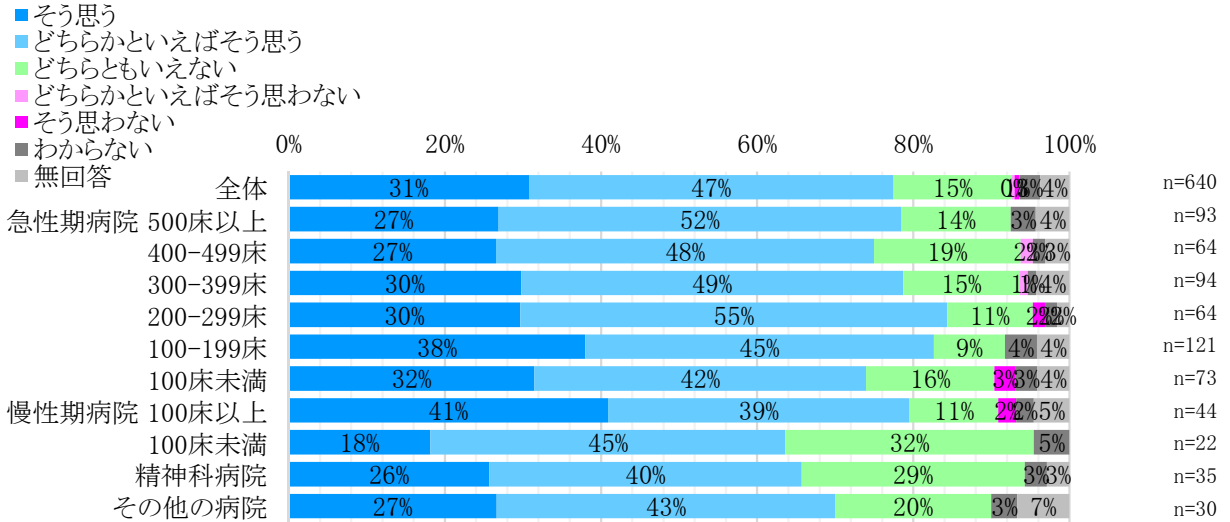
80. 最近3年以内に、各種の医療安全情報に基づき、貴院の医薬品、医療機器、器材を新規導入、変更または使用中止にしたことがありますか。



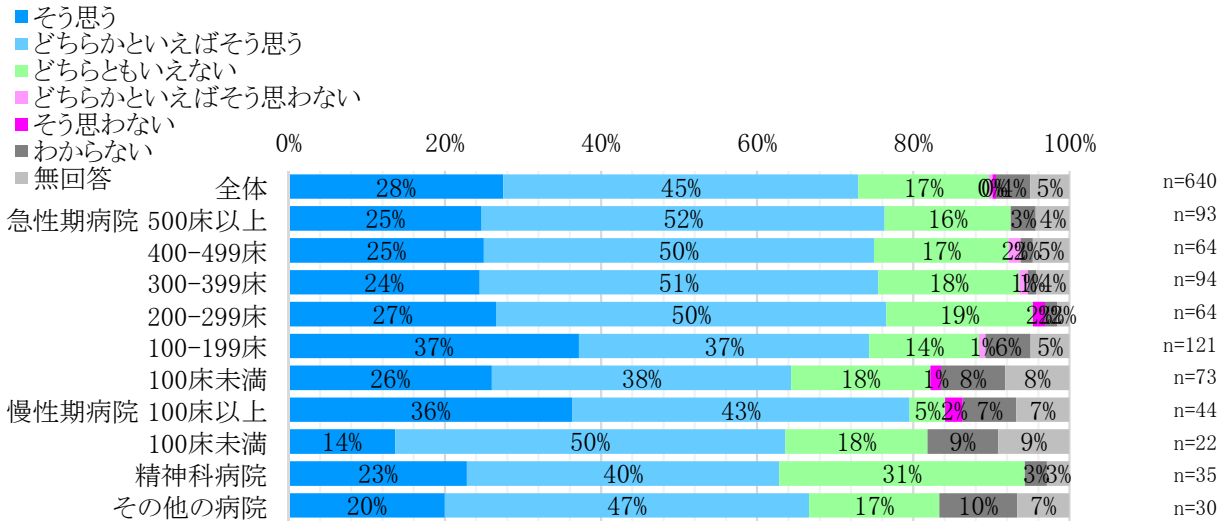
資料7

81. 各種の医療安全情報を活用することにより、貴院における新たな医療事故の発生を予防できていると思いますか。

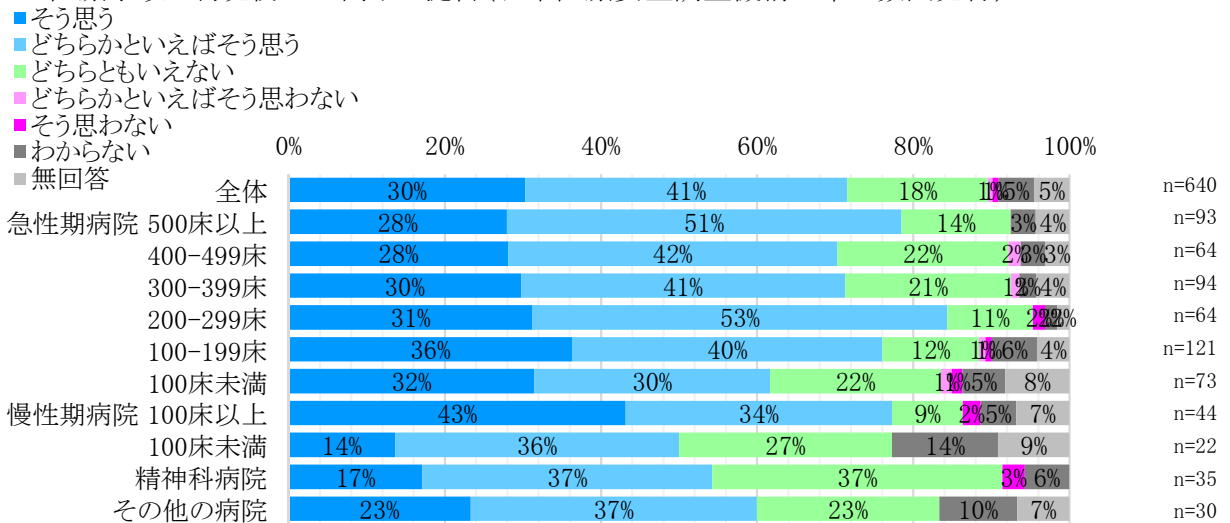
01 医療安全情報(日本医療機能評価機構が毎月発行)



02 PMDA医療安全情報(医薬品医療機器総合機構が年に数回発行)

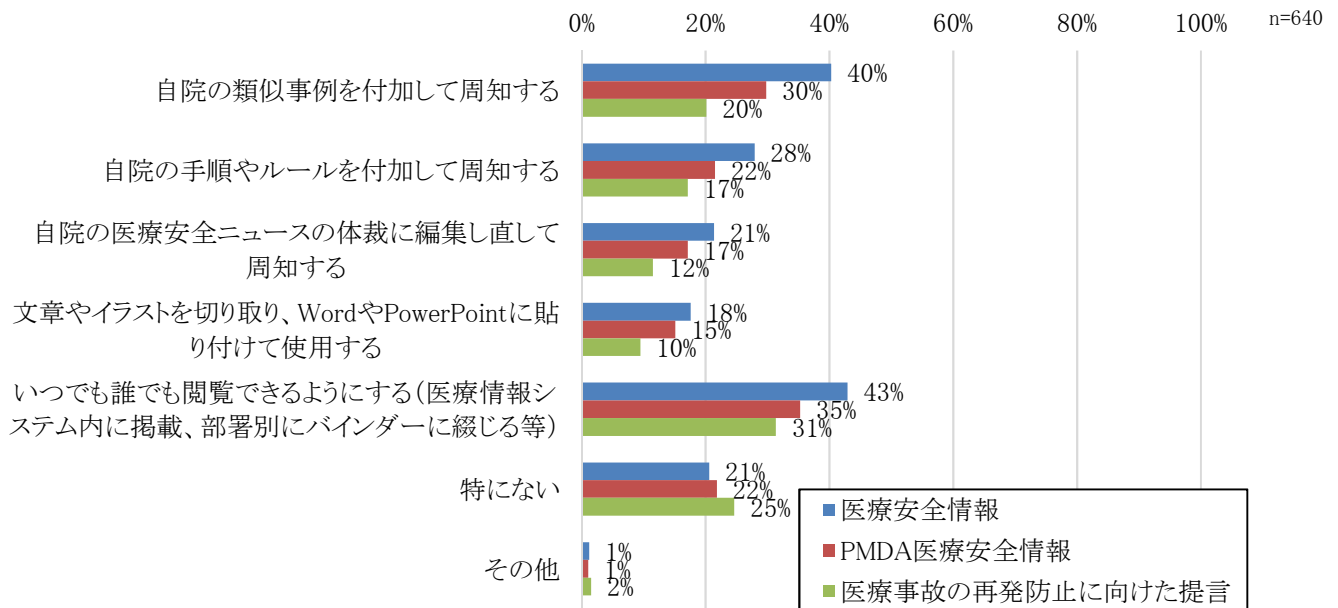


03 医療事故の再発防止に向けた提言(日本医療安全調査機構が年に数回発行)

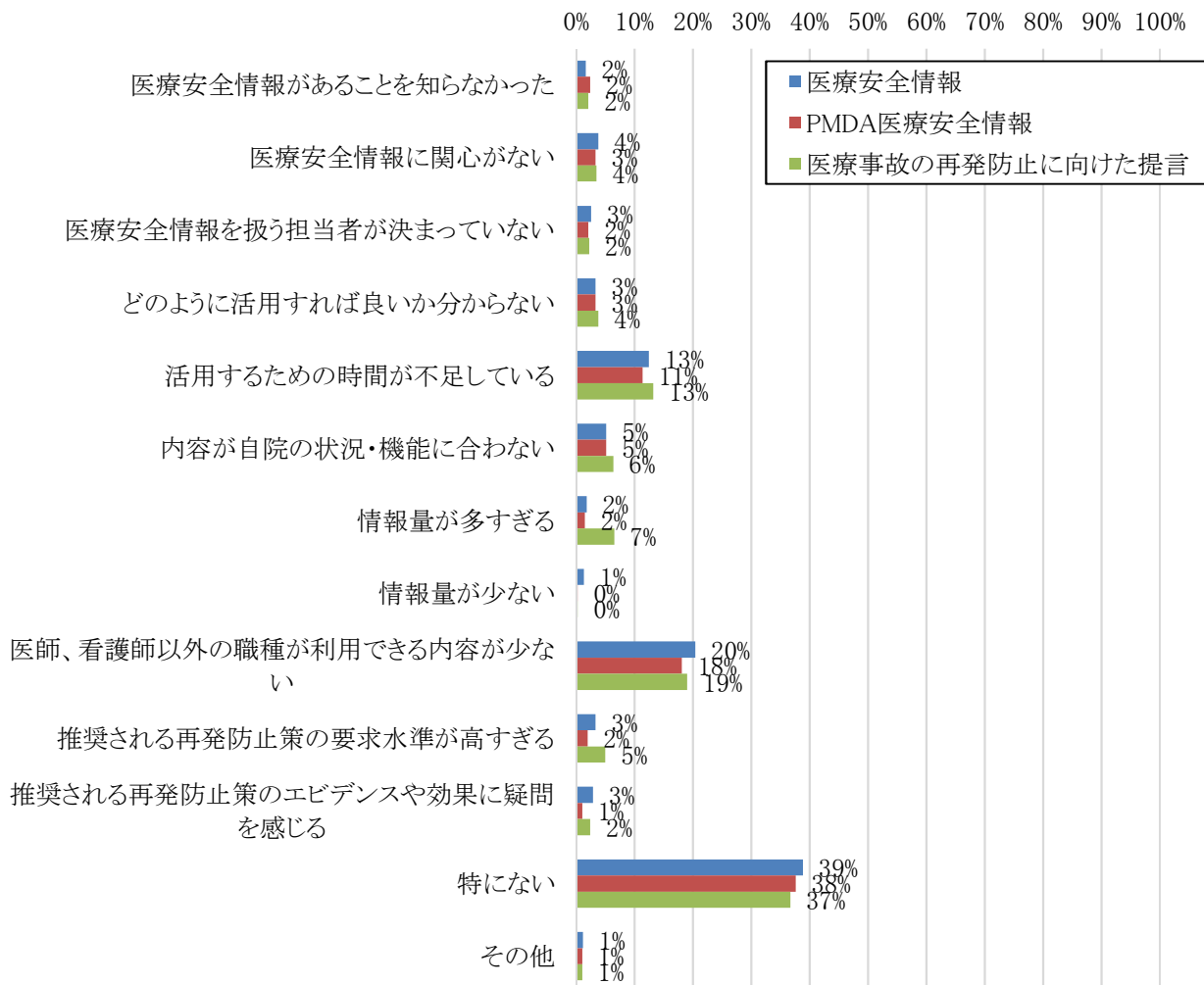


資料7

82. 貴院において、各種医療安全情報の周知・活用を促進するため、何か工夫していることがありますか。
(当てはまるもの全て選択)

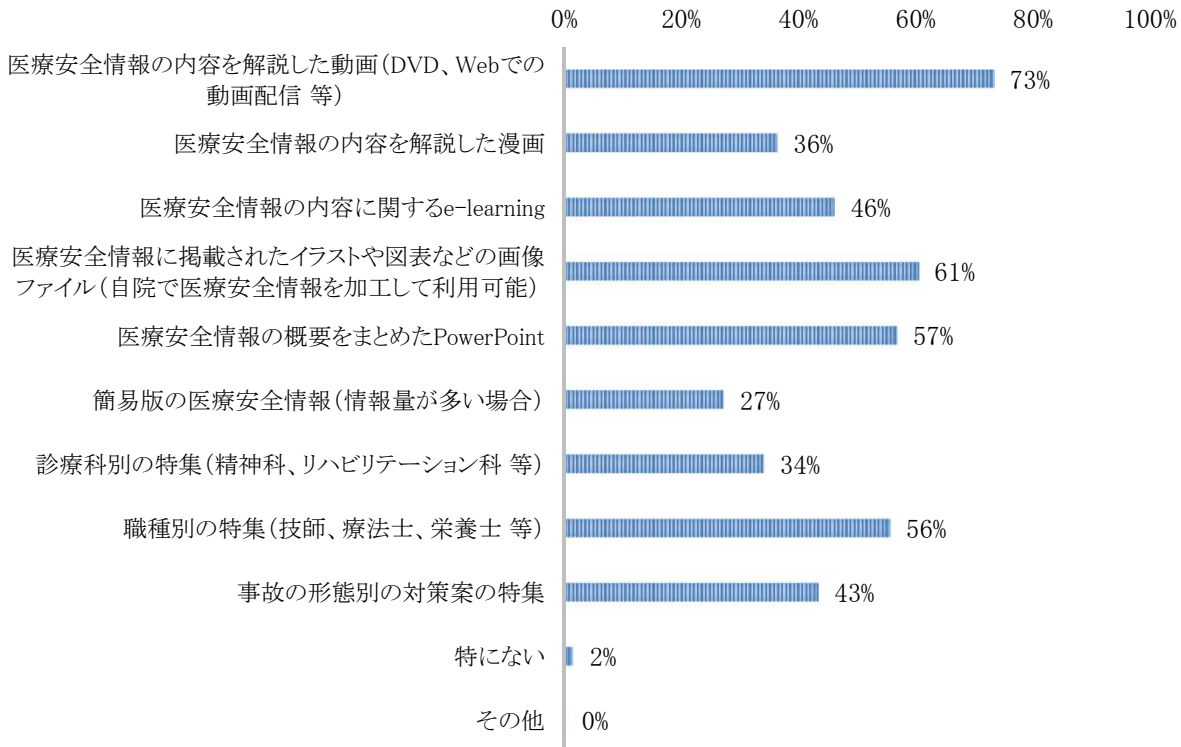


83. 各種の医療安全情報の貴院における活用を阻害する要因があれば選んでください。(当てはまるもの全て選択)

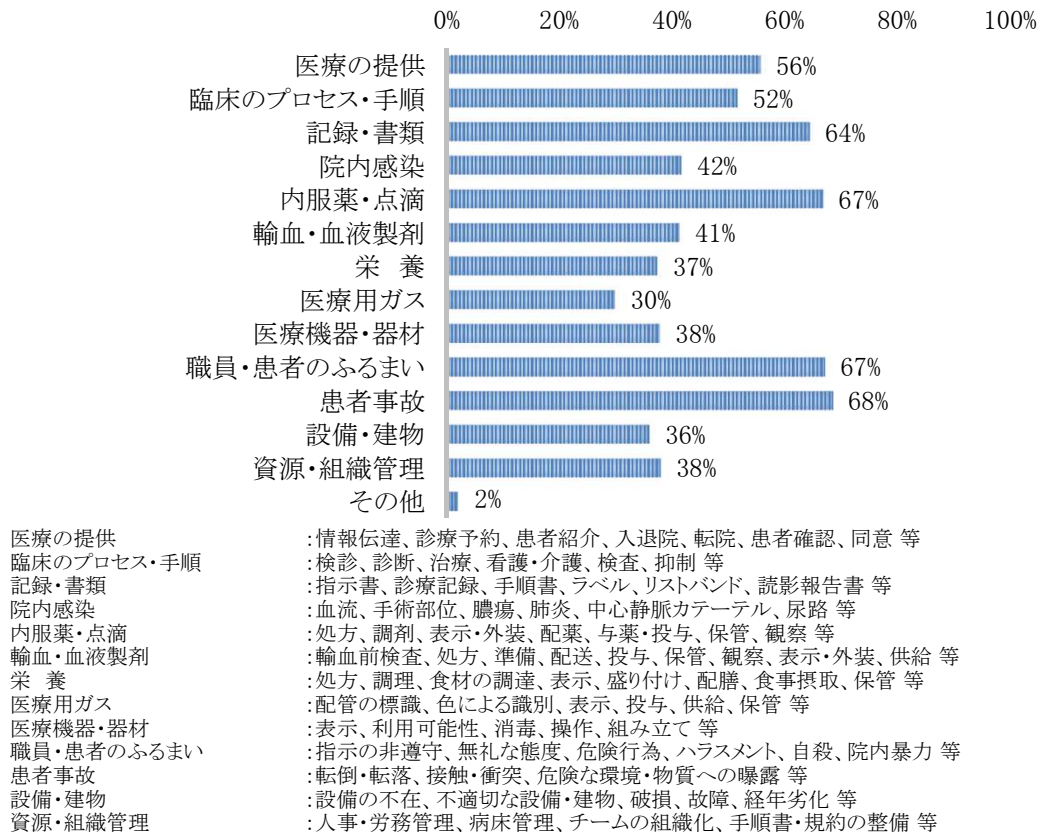


資料7

84. 医療安全情報の院内での利用促進ツールとして、あれば利用したいと思うものを選んでください。(当てはまるもの全て選択)



85. 医療安全情報の内容・テーマとして希望するものがあれば選択してください。(当てはまるもの全て選択)



86. 各種の医療安全情報への要望があればお書きください(病院への伝達手段、記載内容、情報量、体裁等)。

(自由記載、省略)

87. 医療安全を向上するため方法等について、何かご意見がありましたらお書きください。

(自由記載、省略)

以上

調査へのご協力ありがとうございました。

医療安全情報の利用状況に関する調査(集計結果)

令和元年度厚生労働科学研究

研究代表者

東邦大学医学部教授

長谷川友紀

全日本病院協会 医療の質向上委員会

委員長

永井庸次

全日本病院協会が主催して開催した次の2つの研修会の参加者に調査票を配布し、研修会の最後に回収した。

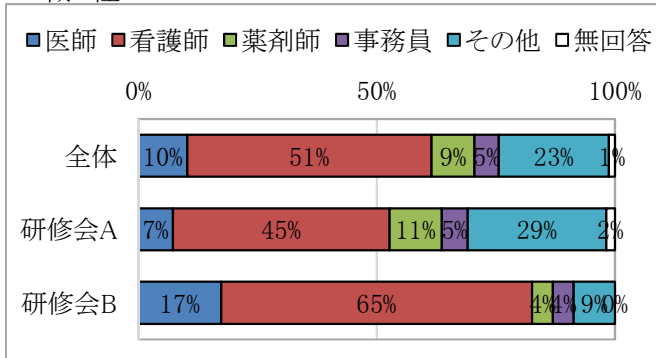
	開催日	研修会	参加者数	回収数	回収率
A	2019年12月2日	医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会(研修会A)	57名	53件	93%
B	2019年12月21日 ~22日	医療安全管理体制相互評価者養成講習会 第2回運用編(研修会B)	24名	23件	96%
		全体	81名	76名	94%

研修会Aは、医療安全推進週間に合わせて開催し、医療安全の専門家2名を招いて医療安全に関する講演を行った。

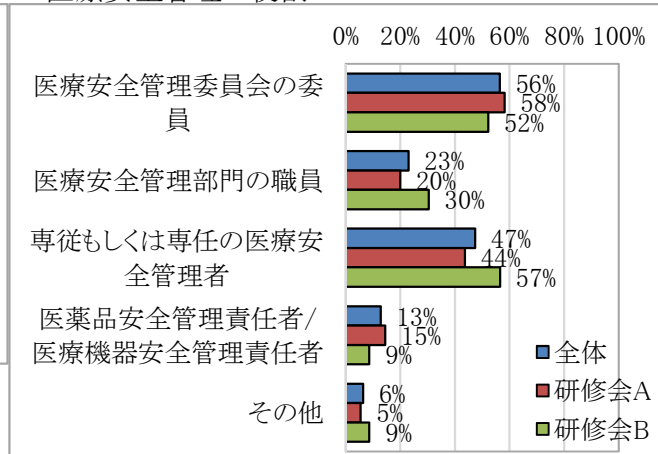
研修会Bは、医療安全対策地域連携加算に関わる病院同士の相互評価の方法について、講義とグループワークを行った。

注意: 図のデータは、原則として、特記が無い場合はn=76、全体はn=76、研修会Aはn=53、研修会Bはn=23とする。

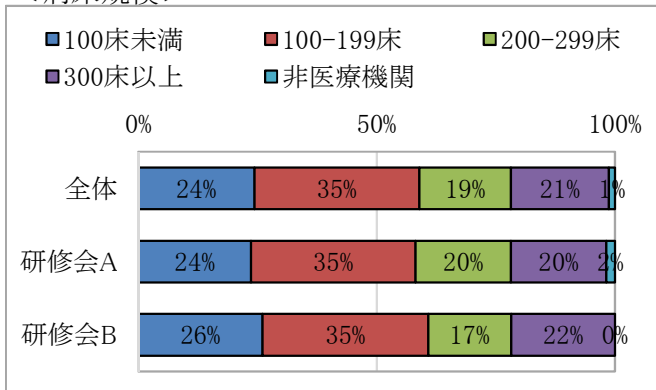
1. 回答者 <職種>



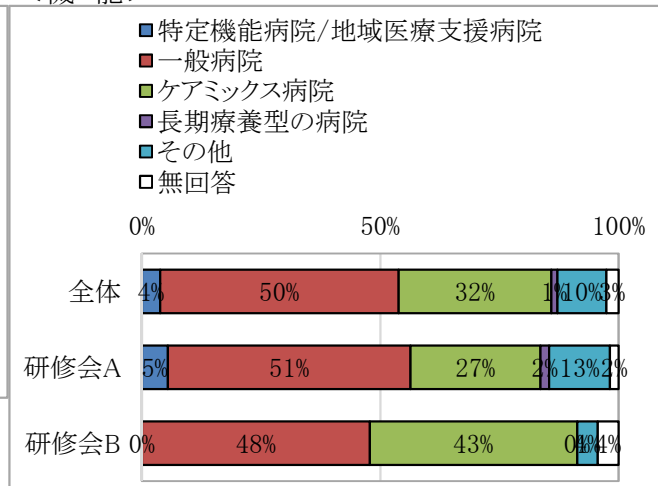
<医療安全管理の役割>



2. 病院の特徴 <病床規模>

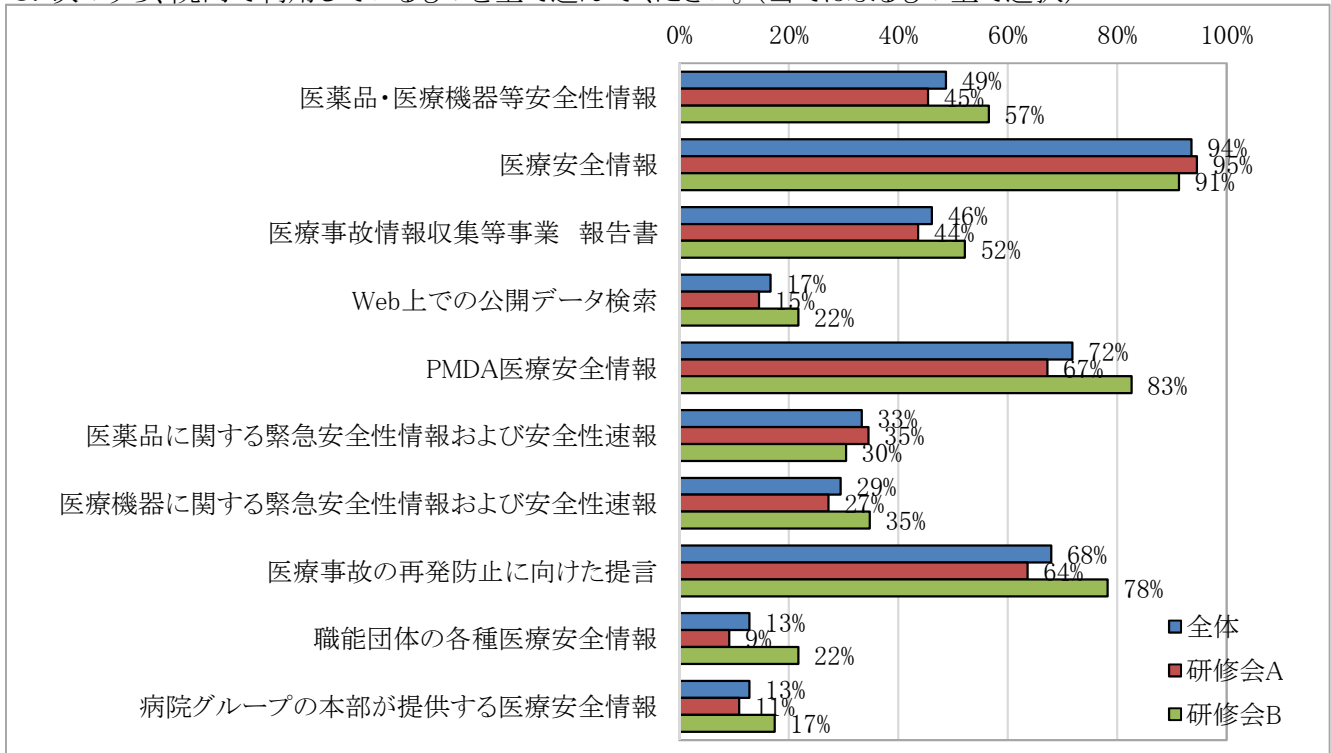


<機能>

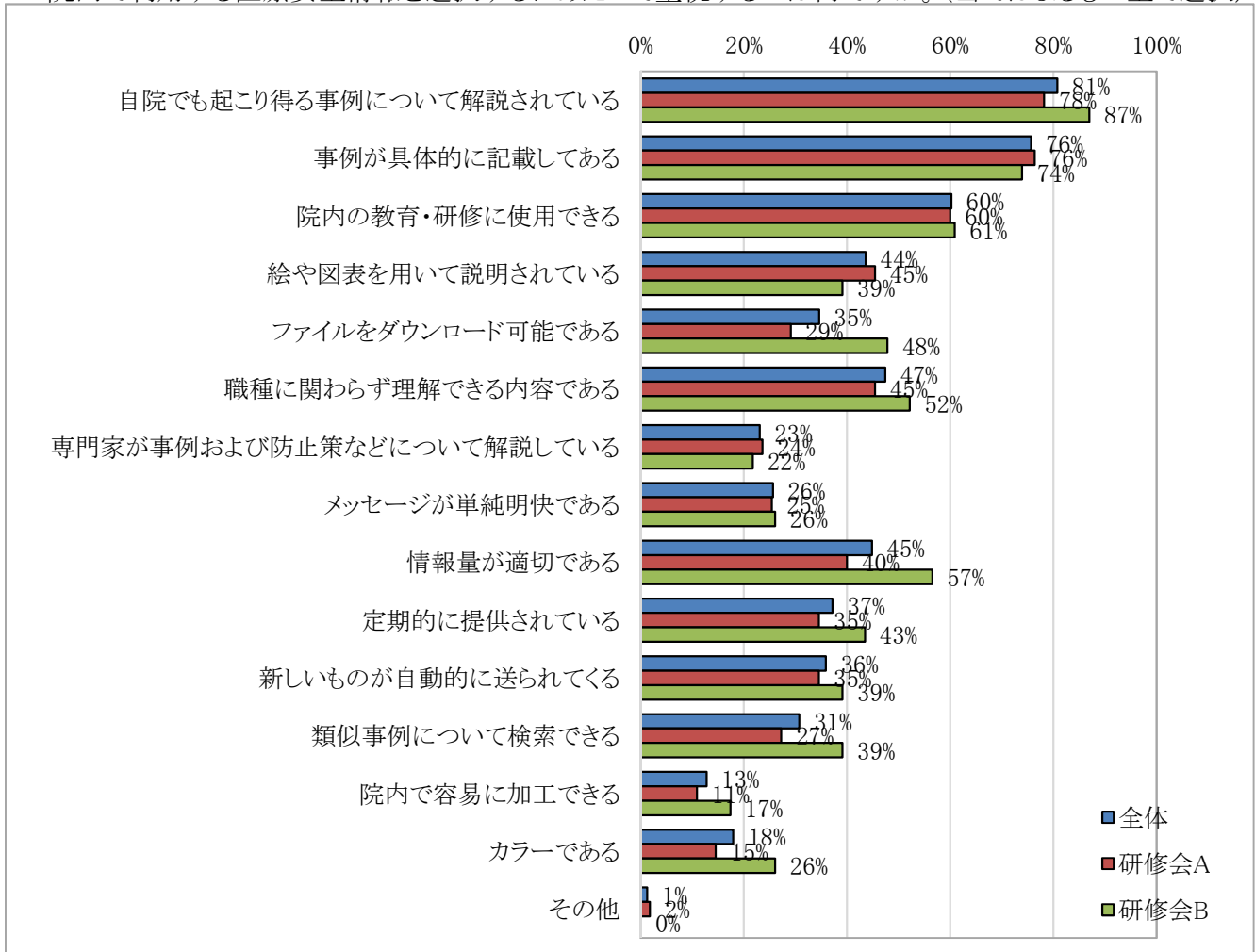


資料8

3. 次のうち、院内で利用しているものを全て選んでください。(当てはまるもの全て選択)

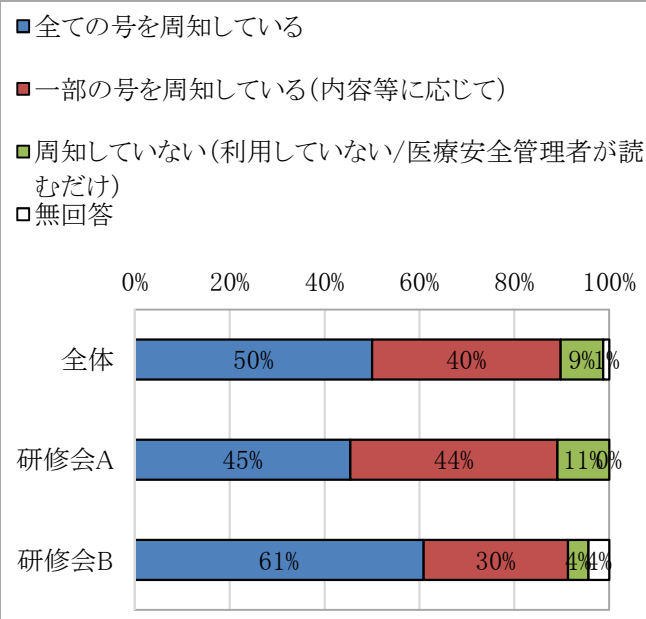


4. 院内で利用する医療安全情報を選択するにあたって重視するのは何ですか。(当てはまるもの全て選択)

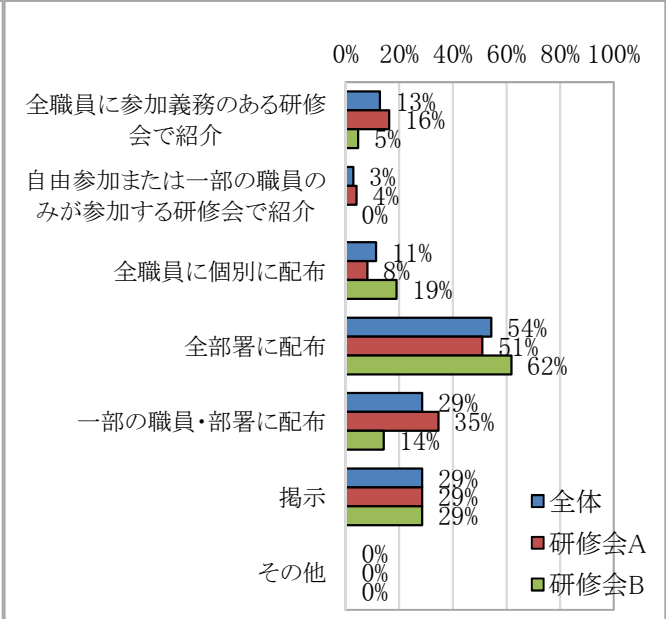


資料8

5. 医療安全情報(日本医療機能評価機構が毎月発行)を院内でどのように周知していますか。

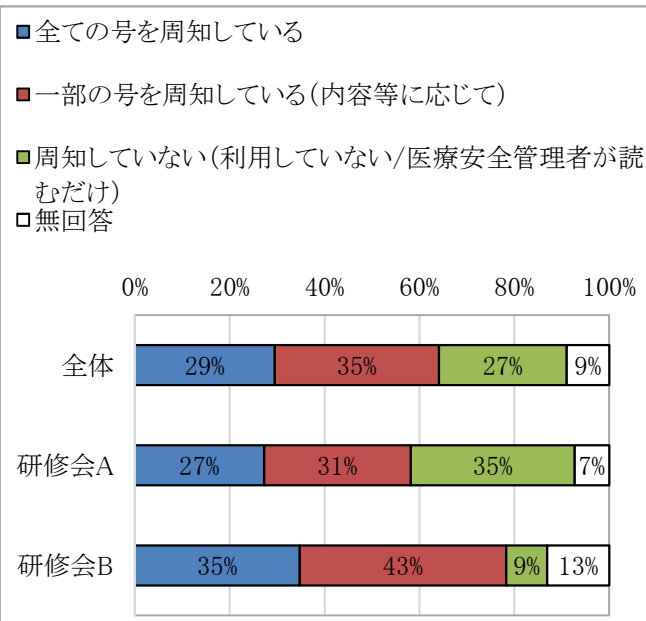


6. 問5で周知していると回答した場合、どのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

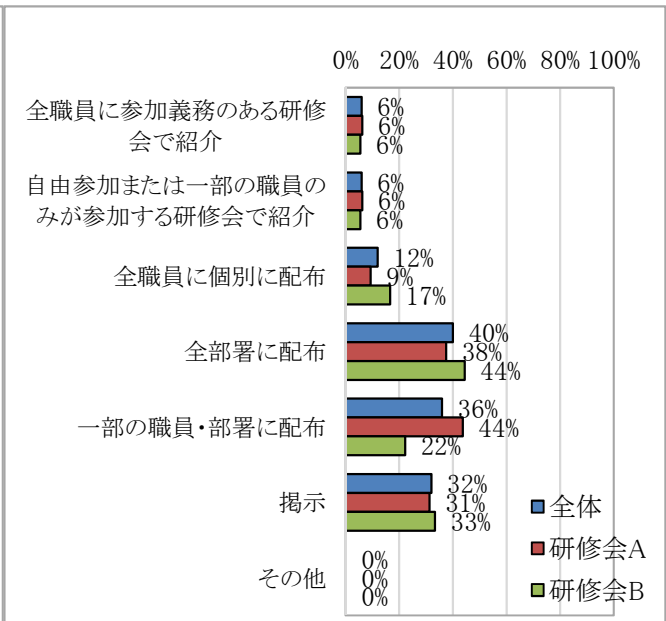


全体 n=70、研修会A n=49、研修会B n=21

7. PMDA医療安全情報(医薬品医療機器総合機構が年に数回発行)を院内でどのように周知していますか。



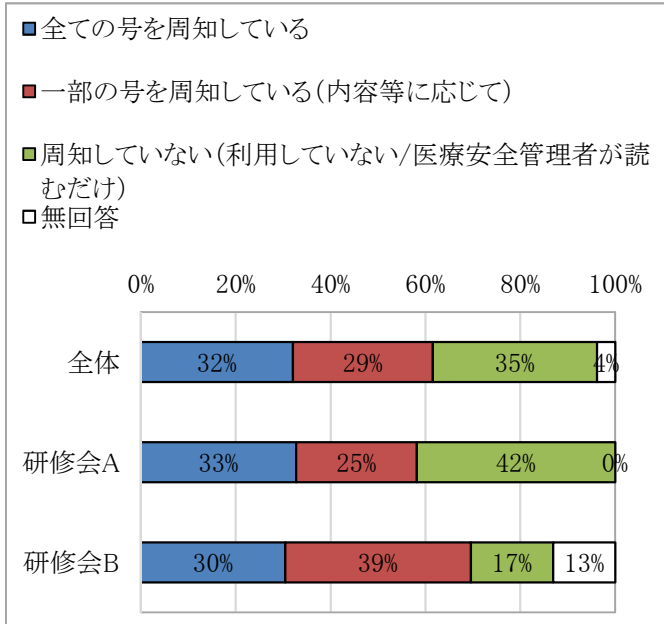
8. 問7で周知していると回答した場合、どのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)



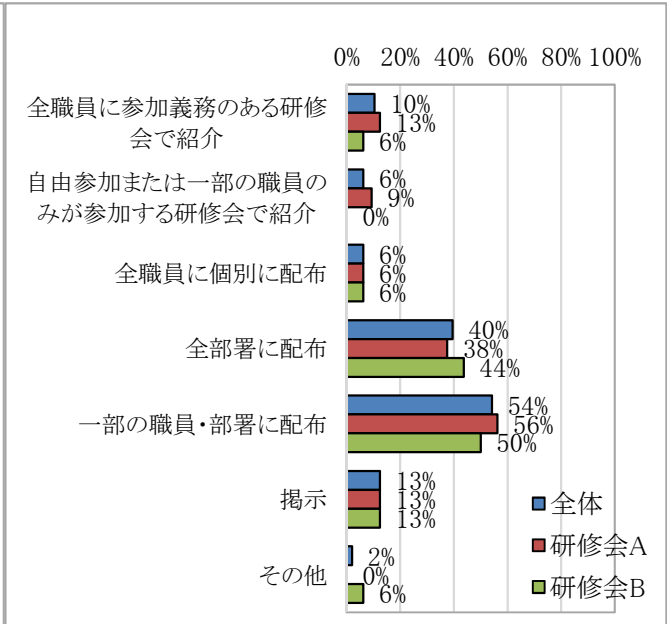
全体 n=50、研修会A n=32、研修会B n=18

資料8

9. 医療事故の再発防止に向けた提言(日本医療安全調査機構が年に数回発行)の全文を院内でどのように周知していますか。

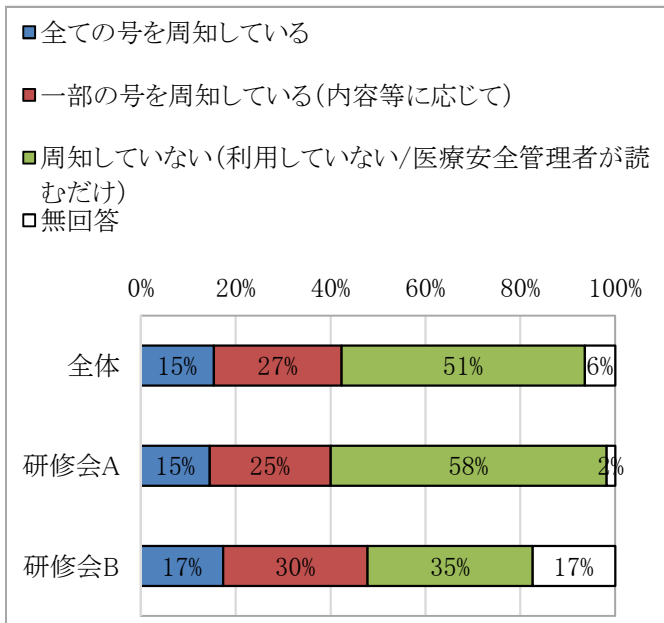


10. 問9で周知していると回答した場合、どのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

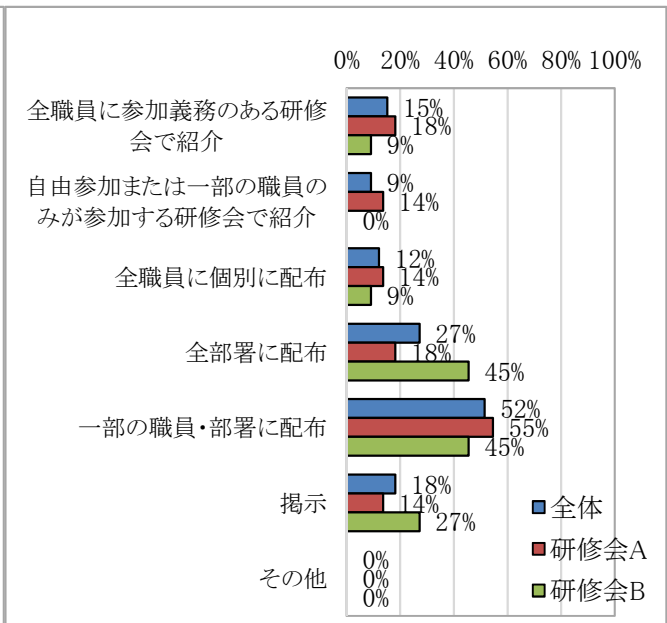


全体 n=48、研修会A n=32、研修会B n=16

11. 医療事故の再発防止に向けた提言(日本医療安全調査機構が年に数回発行)の概要版を院内でどのように周知していますか。



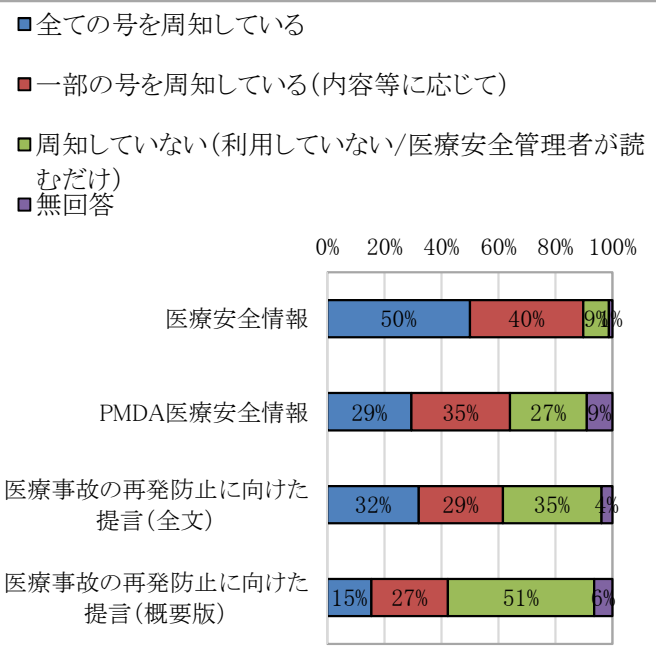
12. 問11で周知していると回答した場合、どのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)



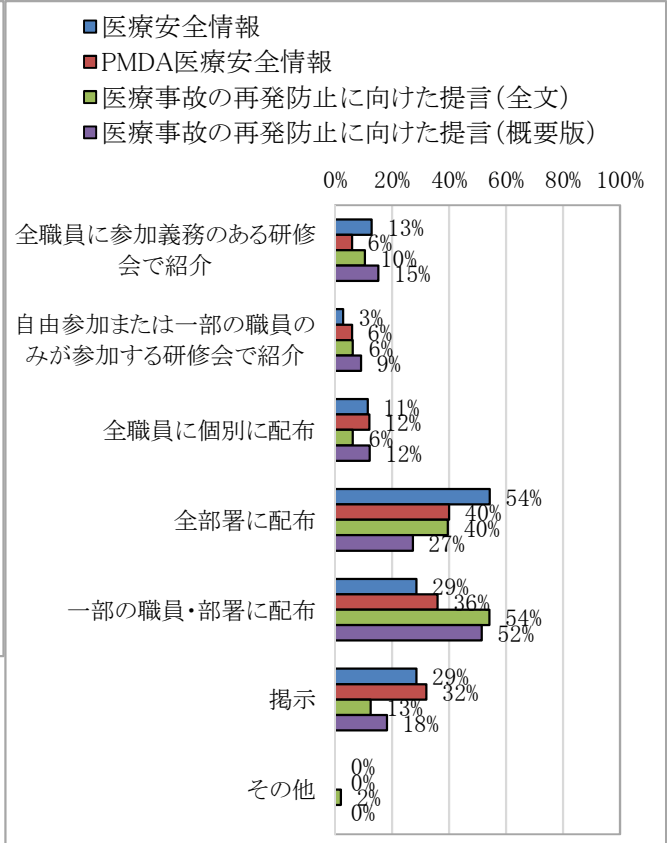
全体 n=33、研修会A n=22、研修会B n=11

資料8

<4つの提言の比較:周知する号>

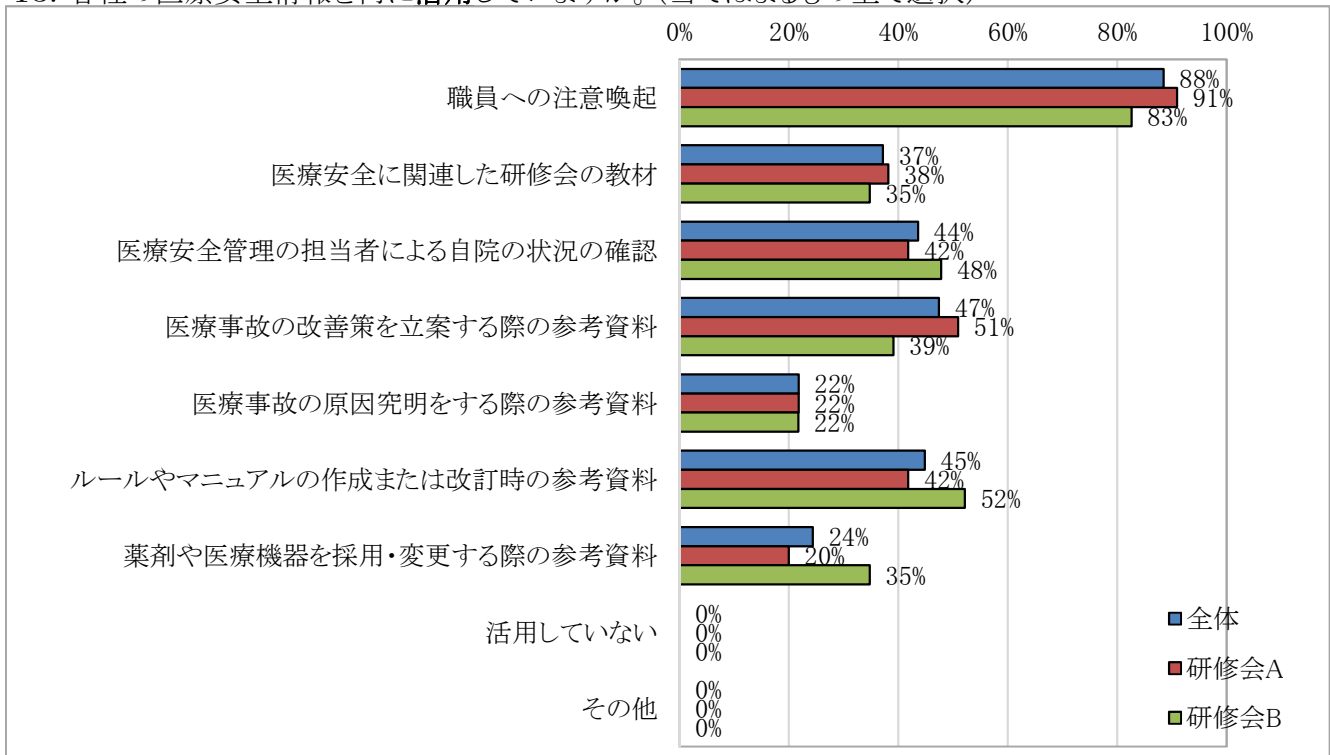


<4つの提言の比較:周知方法>



医療安全情報 n=70、PMDA医療安全情報 n=50、医療事故の再発防止に向けた提言(全文) n=48、同(概要版) n=33

13. 各種の医療安全情報を何に活用していますか。(当てはまるもの全て選択)

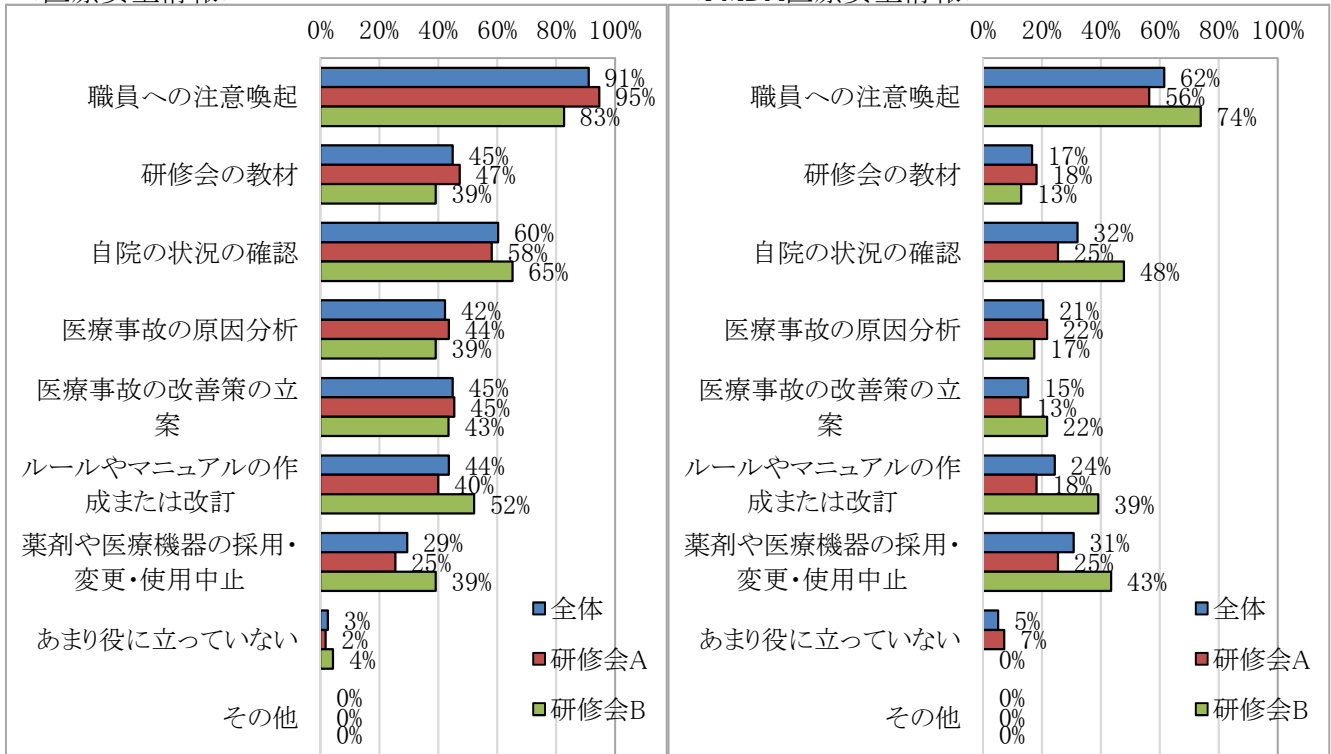


資料8

14. 各種の医療安全情報が役に立ったと思う項目を選んでください。(当てはまるもの全て選択)

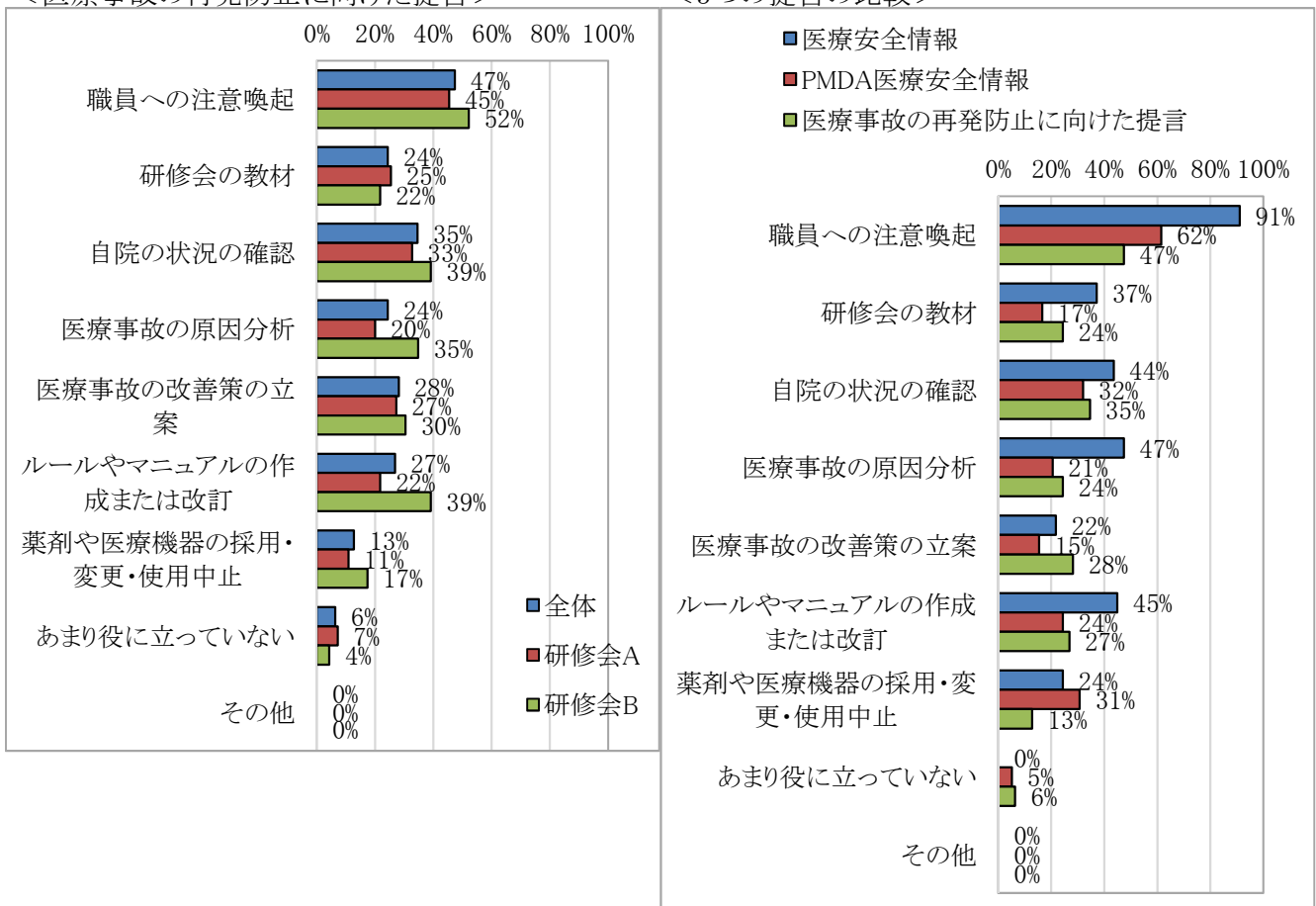
<医療安全情報>

<PMDA医療安全情報>



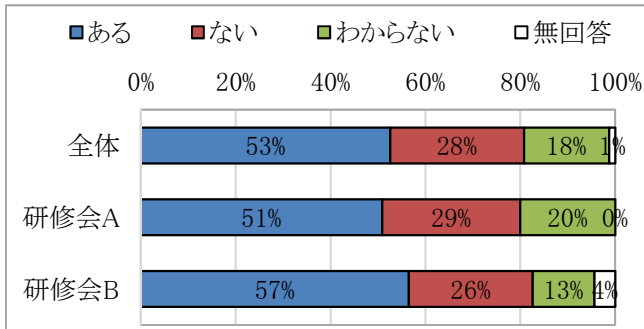
<医療事故の再発防止に向けた提言>

<3つの提言の比較>

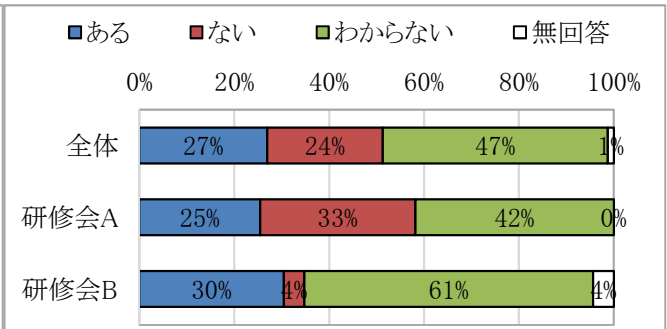


資料8

15. 最近3年以内に、各種の医療安全情報に基づき、貴院のルールやマニュアルが作成または改訂されたことがありますか。

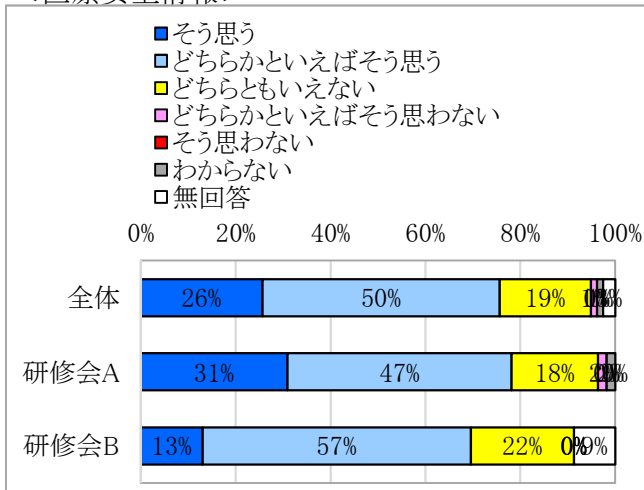


16. 最近3年以内に、各種の医療安全情報に基づき、貴院の医薬品、医療機器、器材を新規導入、変更または使用中止にすることがありますか。

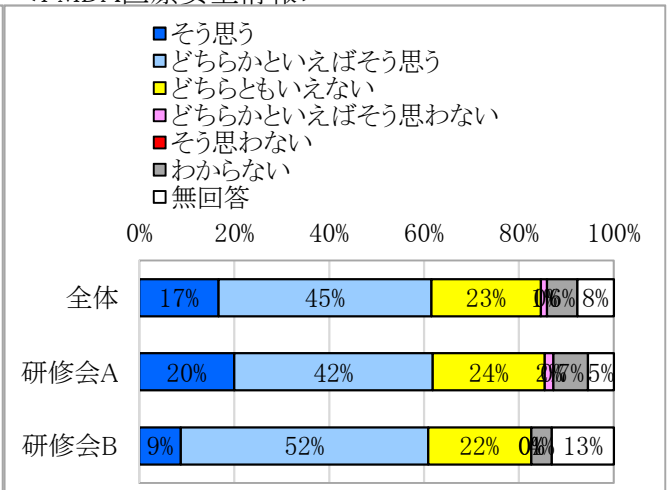


17. 各種の医療安全情報を活用することにより、貴院における新たな医療事故の発生を予防できていると思いますか。

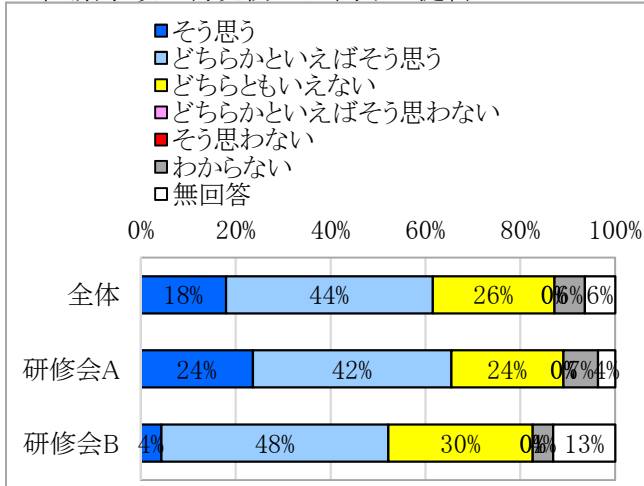
<医療安全情報>



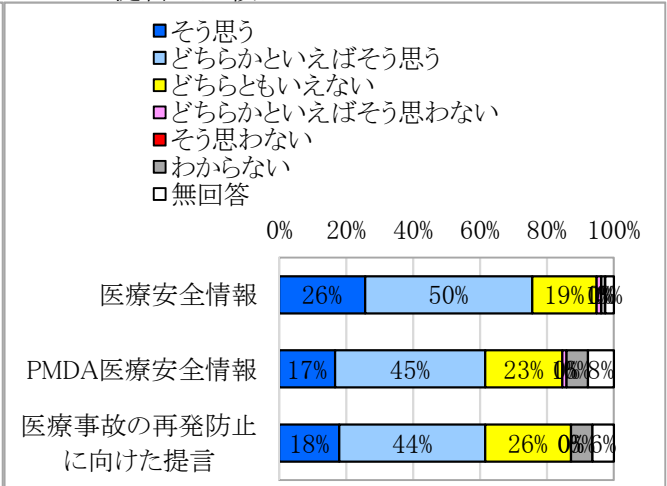
<PMDA医療安全情報>



<医療事故の再発防止に向けた提言>



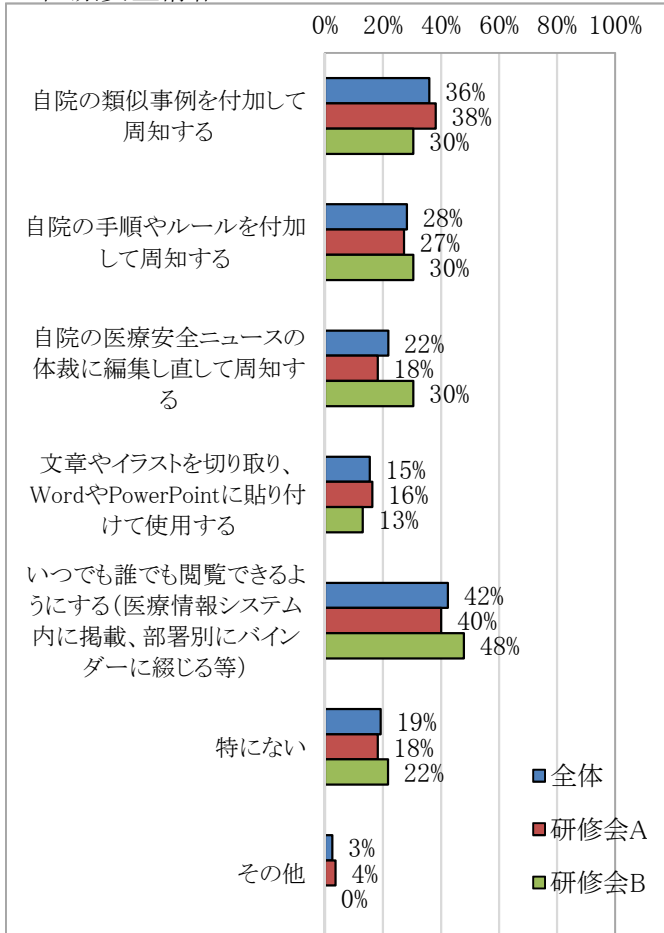
<3つの提言の比較>



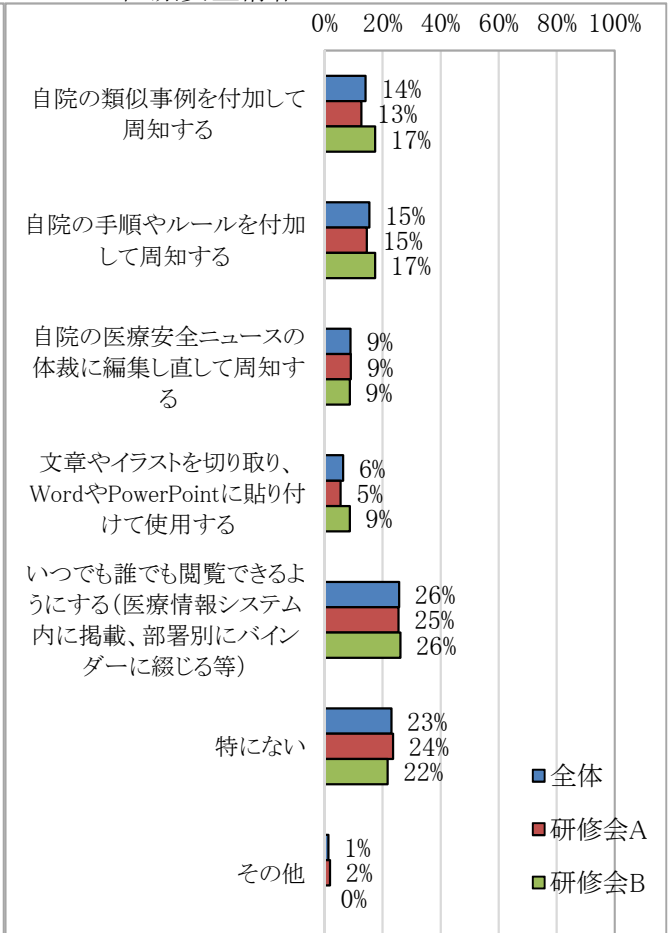
資料8

18. 貴院において、各種医療安全情報の周知・活用を促進するため、何か工夫していることがありますか。
(当てはまるもの全て選択)

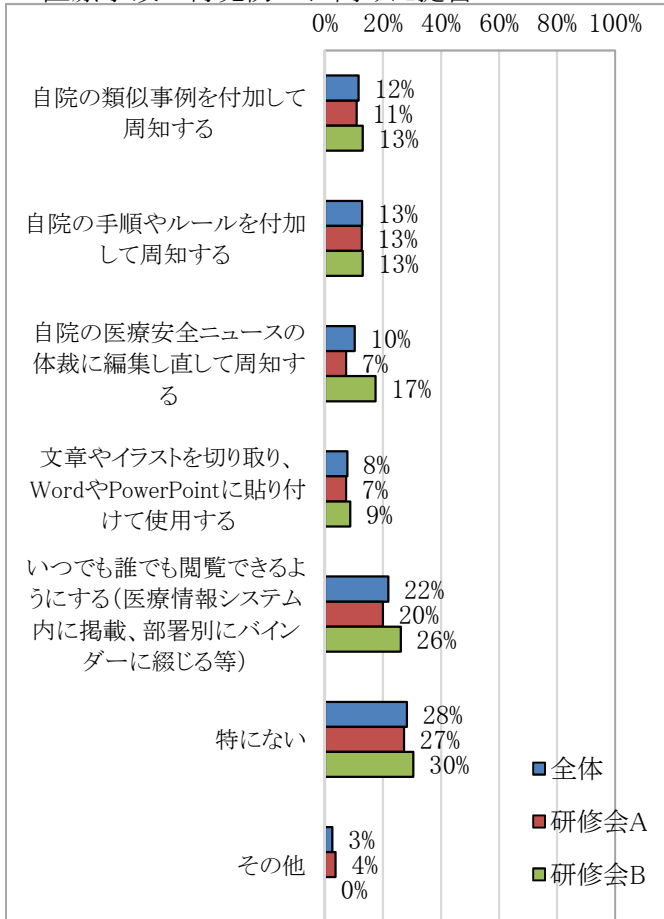
<医療安全情報>



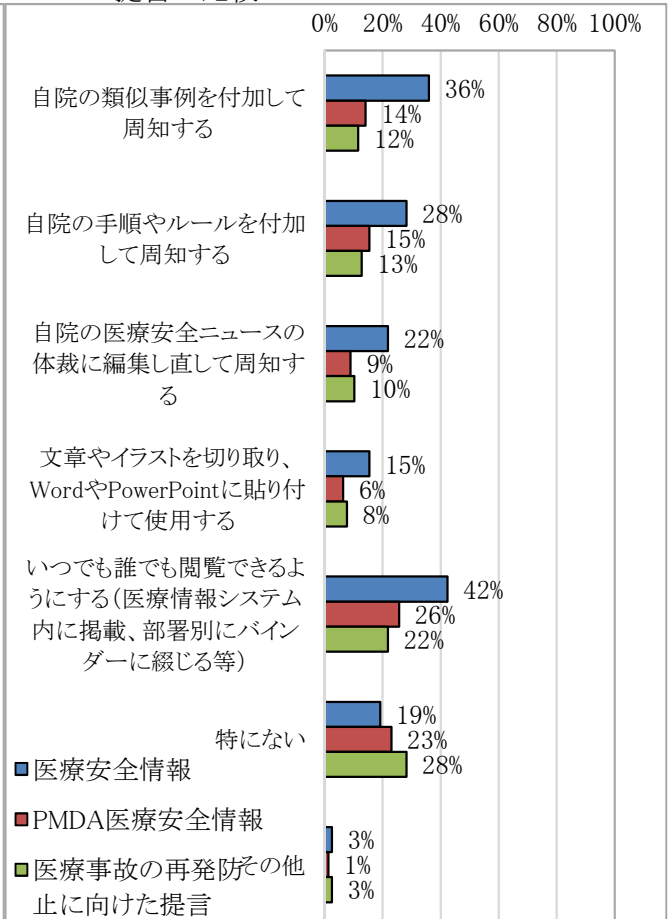
<PMDA医療安全情報>



<医療事故の再発防止に向けた提言>



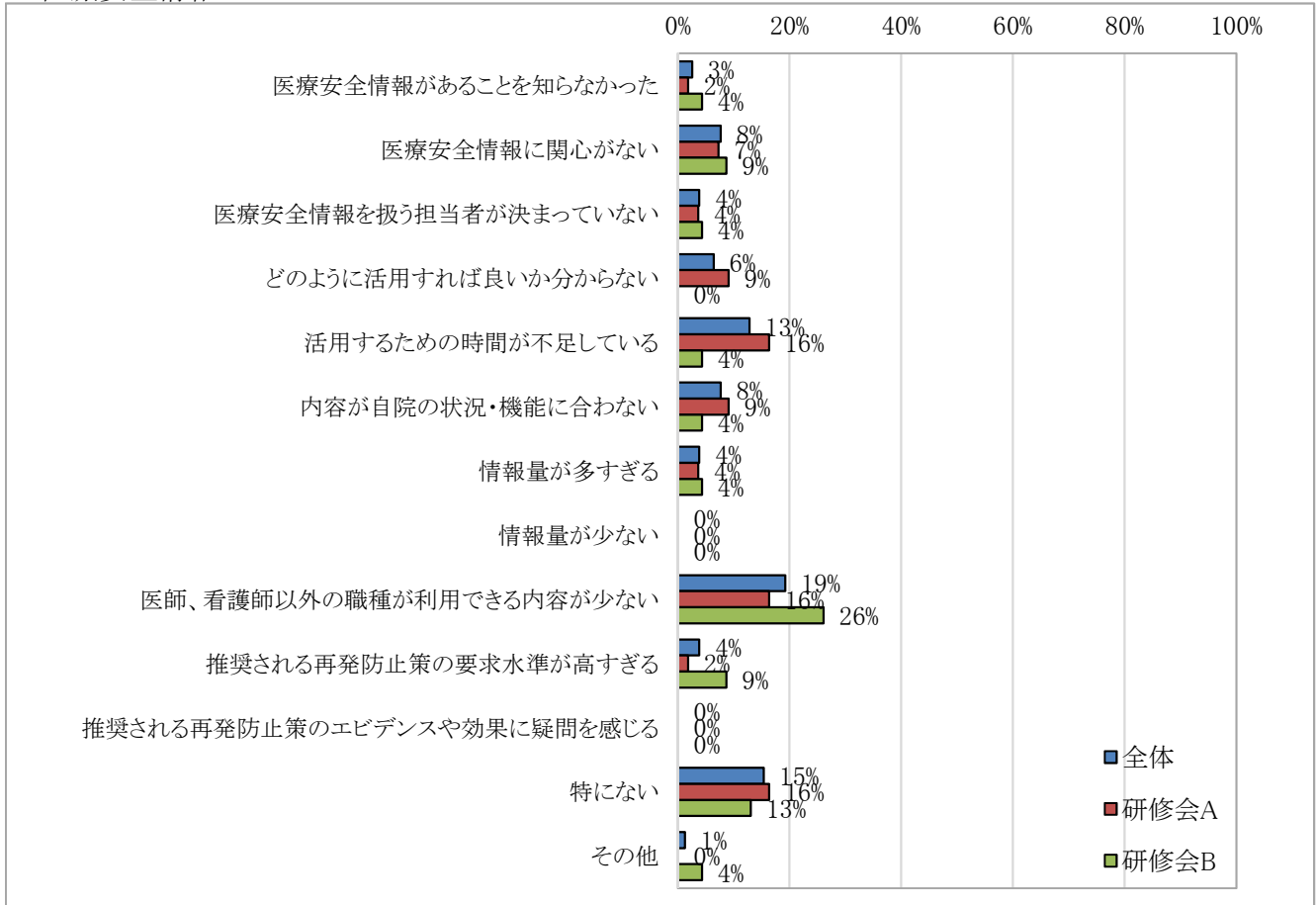
<3つの提言の比較>



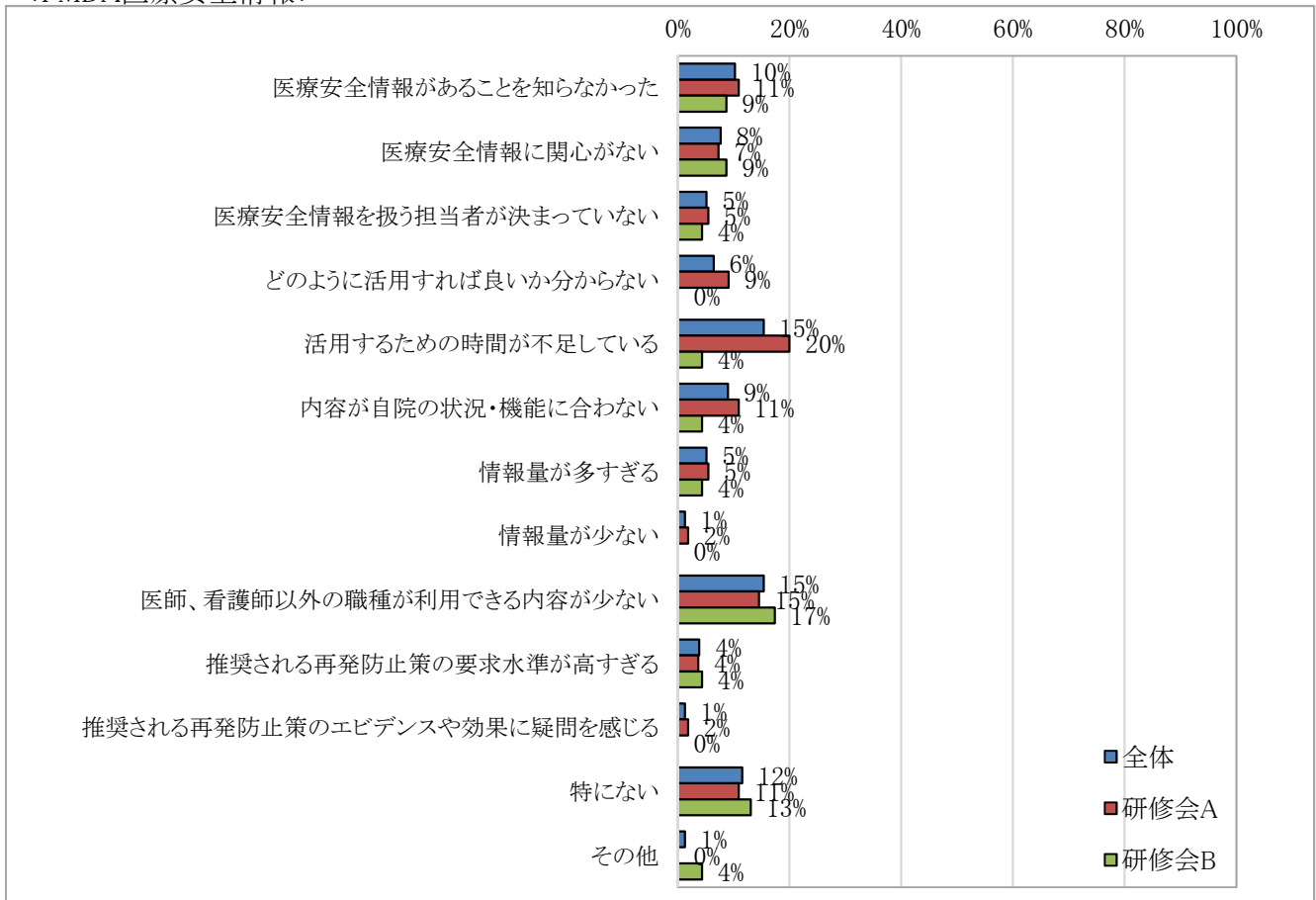
資料8

19. 各種の医療安全情報の貴院における活用を阻害する要因があれば選んでください。(当てはまるもの全て選択)

<医療安全情報>

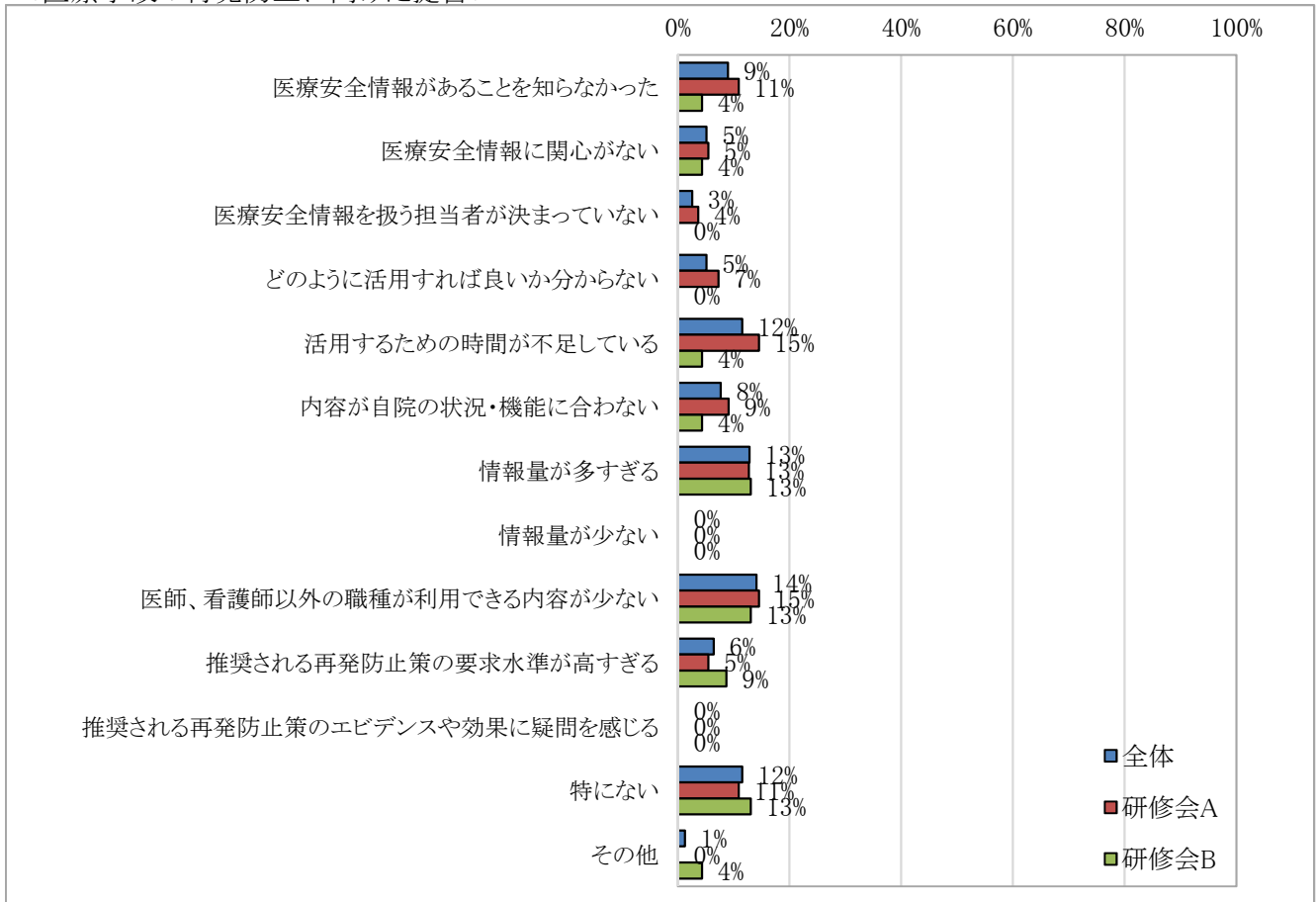


<PMDA医療安全情報>

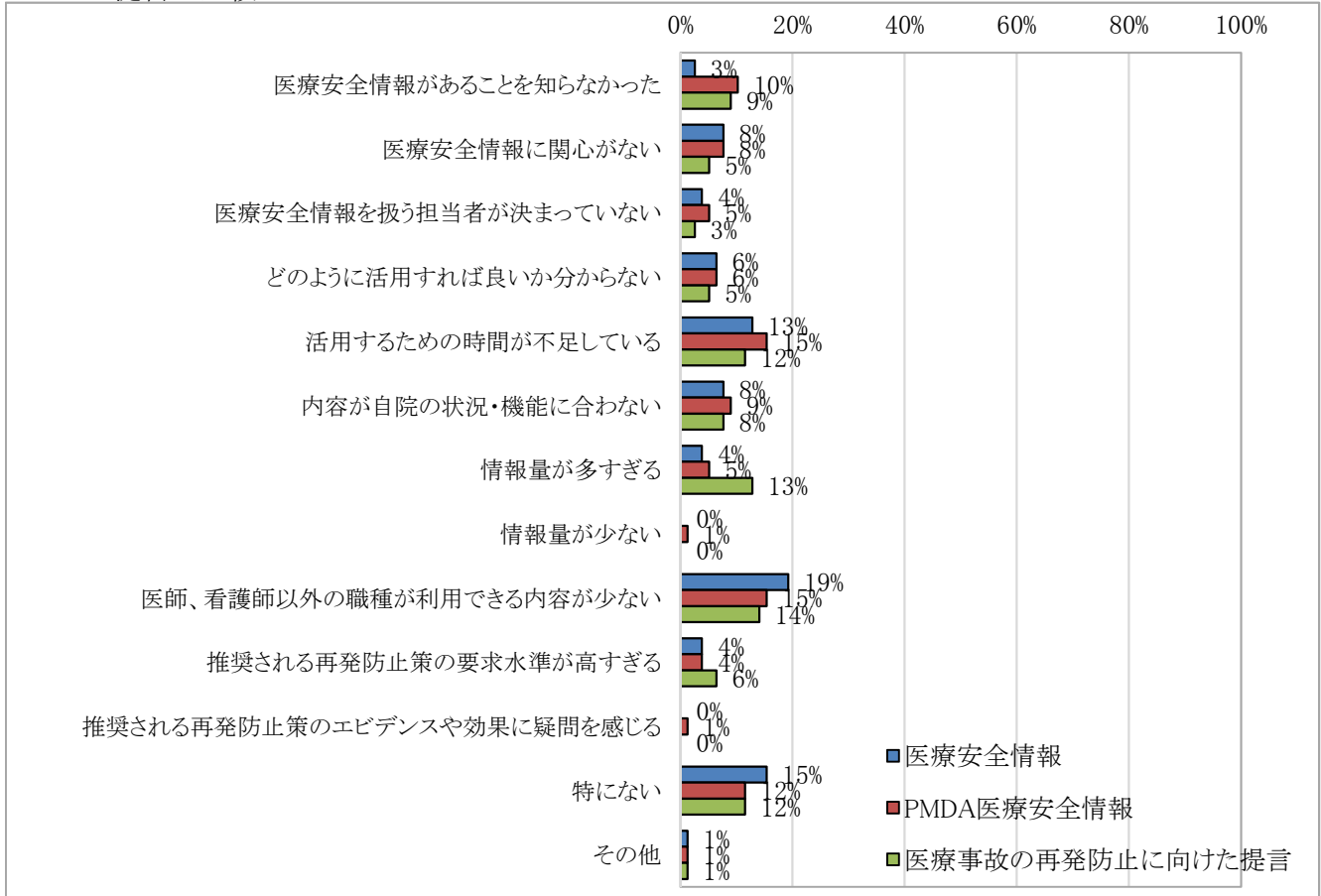


資料8

<医療事故の再発防止に向けた提言>

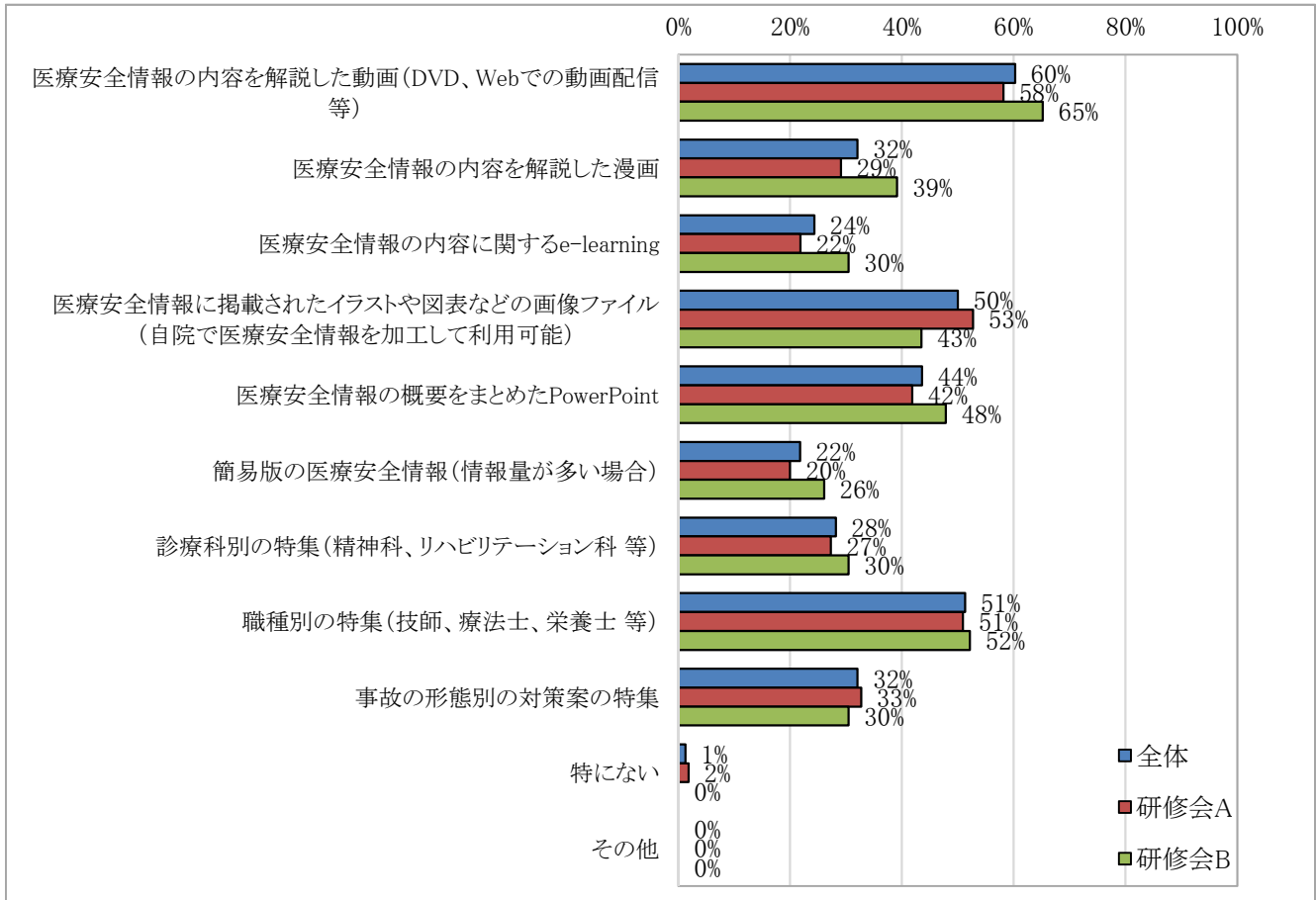


<3つの提言の比較>



資料8

20. 医療安全情報の院内での利用促進ツールとして、あれば利用したいと思うものを選んでください。(当てはまるもの全て選択)



21. 各種の医療安全情報への要望があればお書きください(病院への伝達手段、内容、情報量、体裁等)。

医療安全情報を2種類作成して欲しい。現在あるものと、医療者でない者が見て内容理解できるもの(文字少なめ、イラスト多め)。

医師の協力、研修・委員会参加率UP、協力体制確立のためのノウハウが知りたいです。
職種別のインシデント特集があると良いです。当院では栄養課の誤配膳が多く対策が難しいです。

以上