

厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業
医療安全に寄与する患者参加の推進に資する研究

令和 2 年度 総括研究報告書

研究代表者 永井庸次

令和 3 (2021) 年 5 月

目 次

I. 総括研究報告	
医療安全に寄与する患者参加の推進に資する研究-----	1
永井庸次	
(資料 1) 医療安全管理体制と患者参加推進活動に関する調査 調査票	
(資料 2) 北里大学病院 インタビュー記録	
(資料 3) 東邦大学医療センター大森病院 インタビュー記録	
(資料 4) 日本医科大学付属病院 インタビュー記録	
(資料 5) 済生会熊本病院 インタビュー記録	
(資料 6) ひたちなか総合病院 インタビュー記録	
(資料 7) 練馬総合病院 インタビュー記録	
(資料 8) 大腸肛門病センター高野病院 インタビュー記録	
(資料 9) 医療機関の患者相談窓口および医療対話推進者のインタビューのまとめ	
(資料 10) 東京都医療安全支援センター インタビュー記録	
(資料 11) 神奈川県医療安全支援センター インタビュー記録	
(資料 12) 茨城県医療安全支援センター インタビュー記録	
(資料 13) 医療安全支援センターのインタビューのまとめ	
(資料 14) 医療安全管理体制と患者参加推進活動に関する調査 集計結果	
(資料 15) 医療安全に対する患者参加に関するシステムティックレビュー	
II. 研究成果の刊行に関する一覧表-----	16

医療安全に寄与する患者参加の推進に資する研究

研究代表者 永井 庸次 全日本病院協会・常任理事

研究要旨

第3回閣僚級世界患者安全サミットでは、医療安全管理への患者及び患者家族の参加の推進が必要であるとされた。本研究は、医療安全における患者参加の概念整理を行うとともに、国内外の医療安全の向上を意図した患者参加活動の実態を把握し、患者参加を効果的に推進する方法を明らかにすることを目的とした。

令和2年度はCOVID-19の感染拡大と政府の緊急事態宣言の発出により、研究計画の大幅な見直しが求められたものの、7病院の患者相談窓口の担当者、および、3都県の医療安全支援センター（以下、センター）の担当者に対する半構造化インタビュー調査、全国の病院を対象にしたアンケート調査および文献調査を行った。

病院の患者相談窓口の担当者に対するインタビュー調査では、病院の患者参加の定義が明確でなく、あるいは、その意味を認識している担当者が少なかった。定義している場合は、事故防止のために名乗らせる、薬剤を一緒に確認する、服薬中の薬剤やアレルギーを申告してもらうこと等であるとしていた。病院における患者参加推進活動には、糖尿病患者等への勉強会、がん患者同士のピアサポート、転倒・転落予防のパンフレット提供など、患者・家族をEmpowermentする取り組みが多く認められた。Shared Decision Making (SDM) の実践方法を明確に提示し、教育・訓練をしている病院は認められなかった。Advance Care Planning (ACP) は、がん看護専門看護師を中心にした活動が認められたが、実施状況は病院により差が見られた。

センターの担当者に対するインタビュー調査より、センターは、相談者が要望する場合を中心に、病院に対し相談内容を情報提供していることが明らかにされた。センターは、病院に対し情報提供後の経過報告を求めているとはおらず、双方向の連携は認められなかった。

全国の病院を対象にしたアンケート調査の有効回答率は16% (1,302/8,294)であった。約7割の病院に医療対話推進者養成研修を受講した職員が在籍していた。回答者の約4割はセンターの存在を認知しておらず、約8割は過去1年以内にセンターから情報提供された経験がなかった。患者参加推進活動として、約8割が患者相談窓口やご意見箱等で患者の意見を広く聴取する取り組みをしていたが、SDMやACPに取り組んでいる病院は半数に満たなかったほか、地域住民の声を病院の改善に活かす取り組みを行っている病院は1割に満たなかった。

今後は、得られた情報をさらに解析し、患者参加の定義や患者参加推進活動の要素等について明らかにする必要がある。

分担研究者	
長谷川友紀	東邦大学・教授
藤田 茂	東邦大学・准教授
西澤寛俊	全日本病院協会・名誉会長
飯田修平	全日本病院協会・理事
小谷野圭子	練馬総合病院・室長
研究協力者	
瀬戸加奈子	東邦大学・助教
畠山洋輔	東邦大学・助教
大西 遼	東邦大学・助教

A. 研究目的

第3回閣僚級世界患者安全サミットでは、医療安全管理への患者及び患者家族の参加の推進が必要であるとされた。しかし、本来は医療提供側が保証すべき医療安全において、患者参加という一定の役割を患者側に課すことの是非、および理論的根拠などの概念は必ずしも明確にされていない。医療安全全国共同行動では、患者にフルネームを名乗ってもらうなどの方法を例示しているが、それらの有効性や、各医療機関の取り組みの実態、患者側の主体的な参加の実態等は十分に明らかにされていない。我々の先行研究（H17-医療-一般-033）は、患者による医療事故やヒヤリハットの発見と報告が有効な患者参加の手段の一つであることを示した。医療機関の患者相談窓口と、都道府県の医療安全支援センター（以下、センター）には、患者や患者家族が気づいた医療安全上の問題や不安について相談を受け、その情報を臨床現場へ効果的にフィードバックすることが期待されている。しかし、両者の取り組みとその連携の効果は明らかにされていない。医療機関の医療対話推進者は、

患者と医療従事者との対話推進により、患者参加の推進に寄与している可能性があるが、その活動の実態や効果は明らかにされていない。

本研究は、医療安全における患者参加の概念整理を行うとともに、国内外の医療安全の向上を意図した患者参加活動の実態を把握し、患者参加を効果的に推進する方法を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

令和2年度はCOVID-19の感染拡大と政府の緊急事態宣言の発出により、研究活動の開始が遅れたほか、一部の調査を中止・延期するなど、研究計画の大幅な見直しが必要とされた。調査を中止した分は、他の調査の充実（サンプル数の増加等）により補うことにした。

（1）病院の患者相談窓口の担当者等を対象にしたインタビュー調査

病院における患者参加推進活動と患者相談、患者相談窓口とセンターとの連携の現状と課題を明らかにするため、病院の患者相談窓口の担当者および医療安全管理者等に対し、患者参加の定義、患者参加推進活動の実施状況、患者相談窓口の体制・実績、苦情・相談の情報収集や院内の流れ、医療安全支援センターとの連携、医療対話推進者の養成・活動の状況等について、半構造化インタビューを行った。

令和2年度は、当初3～5病院のインタビュー調査を行う計画であった。しかし、当初よりもサンプル数を増やし、9病院を対象にした調査を計画した。令和2年度末の時点で7病院のインタビューを完了した（表

1)。当初の予定は達成したものの、令和 3 年 1 月 8 日の政府の緊急事態宣言の再発出およびその延長により、残りの調査は令和 3 年度に延期した。

(2) センターの担当者を対象にしたインタビュー調査

センターにおける患者相談、病院の患者相談窓口との連携の現状と課題を明らかにするため、センターの担当者に対し、組織体制、相談実績、苦情・相談の受付方法や組織内の流れ、医療機関との連携の状況等について、半構造化インタビュー調査を行った。

令和 2 年度は、当初 3 都道府県のセンターの担当者を対象にインタビュー調査を行う計画であった。しかし、当初よりもサンプル数を増やし、6 都県および 3 市のセンターを対象にした調査を計画した。令和 2 年度末の時点で 3 都県のセンターのインタビューを完了した (表 1)。当初の予定は達成したものの、令和 3 年 1 月 8 日の政府の緊急事態宣言の再発出およびその延長により、残りの調査は令和 3 年度に延期した。

(3) 全国の病院を対象にしたアンケート調査

全国の病院における患者参加活動の実態と、患者相談を医療安全の向上に活かす方法を明らかにするため、全国の病院の病院代表者または医療安全管理の責任者を対象に、郵送法によるアンケート調査を行った。調査項目は、病床数等の病院の基礎的な情報のほか、医療安全管理の体制・活動の現状、患者・家族の苦情や相談への対応する体制・活動状況、患者参加活動の現状等に関する内容とした。調査票を資料 1 に示す。

当初は、病床規模で層別化した上で無作

為に抽出した約 3,000 病院を対象にアンケート調査を行う計画であった。しかし、当初よりもサンプル数を増やし、国内の全病院 (N=8,294) を対象に、令和 2 年 12 月 16 日から令和 3 年 1 月 15 日まで、郵送法による調査を実施した。

(4) 患者参加に関する文献調査

これまでに、医療安全における患者参加に関する取り組みやその効果を報告する研究は数多く発表されており、システムティックレビューも散見されるようになっている。2021 年に、それらのシステムティックレビューを取りまとめた文献 (システムティックレビューの文献を対象にしたシステムティックレビュー) が発表された (後述)。この文献およびこの文献で取り上げたシステムティックレビュー文献を対象に、医療安全における患者参加についての論点をまとめた。

(5) その他

患者団体を対象にしたインタビュー調査のインタビュー先の選定を進めた。文献調査により、関連するシステムティックレビューを抽出し、アンケート調査の項目作成に活用した。COVID-19 の感染拡大により、海外でのインタビュー調査は中止した。

(倫理面への配慮)

本研究の研究計画は、公益社団法人全日本病院協会倫理審査委員会の審査を受け、承認された (承認番号: R2-001)。

C. 研究結果

(1) 病院の患者相談窓口の担当者等を対象にしたインタビュー調査

7病院でインタビュー調査を実施した(資料2~8)。インタビュー結果の概要を資料9に示す。

① 患者参加の定義

「患者参加」を明確に定義している病院は東邦大学医療センター大森病院のみであった。入院患者向けの冊子(安全な医療のためのお願ひ)に、「患者参加の医療安全とは、患者さんの名前の確認や治療部位の確認、薬の投与などの際の確認段階で、私たちの思い込みや勘違いが原因となる間違いが発生することがありますので、これらの確認の際に患者さんにも参加いただいて、発生する間違いをなくすようにご協力いただくことです」と記載されていた。

インタビューを受けた各病院の担当者たちは、定義について、明確に考えたことはなかった。改めて、考えていただくと、患者が自ら傷病に関する情報を収集し、自分の意見を述べ、治療方針を自己決定するなど、患者が主体的に行動できることを指すとする意見が多かった。

患者の立場で考えると、「患者参加」は受動的な響きがあり、「患者参画」は能動的な響きがあるため、患者参画は患者参加より一歩進んだ考え方であるとする意見も聞かれた。

② Shared Decision Making (SDM)

SDMへの関心はあり、検討グループを起ち上げたり、研修会の話題として取り上げたりしている。しかし、明確に実践方法を提示し、教育・訓練をしている病院は認められなかった。

SDMは正解のない医療に適用されるものであり、議論の余地のないような医療に適用する必要はないと考えるとの意見も聞

かれた。

③ Advance Care Planning (ACP)

病院によりACPの取り組みの実施状況に差異が見られた。がん患者を中心に運用されており、心不全や腎不全の患者も対象に運用しているような病院がある一方で、書式は用意しているがほとんど運用していない病院も見られた。

済生会熊本病院は、2010年から「事前指定書」という名称で運用しているが、活用促進には運用上の難しさ・課題があるとしている。内容の説明に時間を要することや、ACPを患者に紹介するタイミングの難しさ、院内スタッフへの周知不足などを解決する必要があるとしている。

④ 患者・家族の Empowerment

自院の患者に対し、患者の疾病に対する知識の向上を目指した教育が行われていた。がん、糖尿病、循環器疾患、慢性腎不全等の患者を対象とした勉強会が行われていた。一部の手術や疾病について、動画を使用して説明している病院も認められた。

患者が他の患者の相談に乗るピアサポートに取り組んでいる病院が多かった。がんサロンにおいて、がんサバイバーが他のがん患者の相談に乗るといったものが多かった。

多くの病院が、患者が入院中に気を付けて欲しい内容をまとめた冊子を配布していた。転倒・転落予防、深部静脈血栓予防等の冊子を用意している病院が多かったが、他にも、点滴漏れへの対応、患者確認やアレルギー情報提供への協力依頼等の冊子を用意している病院も見られた。

地域住民向けの講演会・勉強会は、がん、インフルエンザ、糖尿病、転倒防止等の内容

で開催していた。

⑤ 患者相談窓口と医療対話推進者

大学病院などの大病院は、医療・福祉相談を受ける部署と、苦情・意見を受ける部署を分けていた。それ以外の病院は医療・福祉相談を受ける部署が、苦情・意見も一緒に受け付けていた。専従者は1～5名であり、看護師や精神保健福祉士が多かった。

苦情・意見を受ける部署は、医療対話推進者養成研修の基礎編と応用編の両方を受講している職員を1名以上配置している病院が多かった。それ以外に、大学病院などの大病院は、師長を中心に10～100名が同研修を受講しているほか、院内での伝達講習や、外部講師による院内講習会なども行われており、苦情・意見を受ける部門に限らず、医療対話推進者の養成を進めている様子が見られた。

患者相談窓口で受け付けた相談の件数は、年間50～4000件までバラつきが認められた。

⑥ 医療安全支援センターとの連携

病院がセンターから情報提供を受けた件数は、年間0～10件であり、多くは病院側も把握している案件であった。医師の説明や態度に関する苦情が多く、医療事故が疑われる内容はほとんど無いという意見が多かった。

センターから病院への情報提供は、一方通行であることが多く、センターもその後の対応について病院に報告を求めることはないほか、病院もその後の対応をセンターにフィードバックすることは少ないようであった。

(2) センターの担当者を対象にしたインタビュー調査

3つのセンターを対象にインタビュー調査を実施した(資料10～12)。インタビュー結果の概要を資料13に示す。

① 体制

患者等の苦情・相談を受ける担当者は、非常勤の看護師が多かった。いずれの都県も、1日当たり2～3名が勤務し、相談に当たっていた。多くの担当者は、医療安全支援センター総合支援事業により開催されている研修会に参加もしくは参加を予定していた。医療対話推進者養成研修に参加した担当者はいなかった。

② 相談

年間2000～10000件の苦情・相談を受けていた。内容は、いずれの都県も、医療行為・医療内容に関するものや、接遇等のコミュニケーションに関するものが多かった。患者の主観に基づく訴えであるため、医療事故であるかどうかの判断は難しいとしながらも、東京都は2019年に308件の訴えがあり、内容としてはベッドからの転落、採血時の神経損傷、検体の患者取り違い、検査や手術の失敗の訴えなどがあるが、件数としては検査や手術の失敗を訴える相談が多いとしている。神奈川県も同様に判断が難しいとしながらも、医療事故調査制度にかかわる相談が年間10件程度あるとしている。茨城県は、2013～2014年頃は医療事故が疑われる相談が多かったものの、近年は減少しており、ほとんどないとしている。その理由として、医療事故調査制度や医師会ADRの活動の影響が考えられるとしている。

③ 医療機関への情報提供

患者等から受けた相談のうち、医療機関に情報提供した割合は、0.5～6.6%であった。医療機関に情報提供するか否かの基準は明確には定めておらず、相談者である患者等が望んだ場合には情報提供するという意見が多かった。

④ 医療機関からセンターへのフィードバック

センターが医療機関に情報提供した苦情・相談に対し、医療機関がどのように対応したか追跡してはいなかった。医療機関が自主的に電話や文書でフィードバックしてくれる場合があるとしている。

⑤ センターから相談者へのフィードバック

原則としてフィードバックはしていないが、相談者から要望があった場合は、電話口で病院側の担当者と話した内容を伝える場合があるとしている。

⑥ 研修会の開催

茨城県と神奈川県は医療機関の職員を対象にした研修会を年1回開催しており、医療安全や感染症対策等の内容が多く、苦情・相談の内容に限定してはいなかった。

東京都は、都と都内の保健所の相談窓口の担当者を集め、苦情対応の要点や、相談されることの多い診療報酬制度に関する知識について学ぶ研修会を年3回開催していた。また、医療機関の患者相談窓口の担当者を対象に、苦情対応等について学ぶ研修会を年1回開催していた。

(3) 全国の病院を対象にしたアンケート調査 (資料14)

有効回答率は16% (1,302/8,294) であった。回答病院の内訳を表2に示す。全体の約7割、300床以上の急性期病院に限定すると約9割に、3日間の医療対話推進者養成研修を受講した職員が在籍していた(図1)。医療対話推進者の配置効果として、苦情等に対応する現場職員の負担が減った(33%)とする意見が最も多かった(図2)。

患者相談窓口は、病院の規模・機能に関わらず、兼任の看護師や医療ソーシャルワーカーを配置する病院が多かった(表3)。500床以上の急性期病院は専任の看護師を配置する傾向が見られたが、他は専任者を配置せず、兼任者を中心に配置していた。

回答者の約4割が医療安全支援センターの存在を認知していなかった(図3)。400床以上の急性期病院の約半数は、過去1年以内にセンターから1件以上の情報提供を受けた経験があった(表4)。しかし、全体では、約8割が情報提供を受けた経験が無いと回答した。

患者参加の概念や用語の意味を明示的に定めている病院は全体の14%であったが、経営理念・目標等に患者参加の推進を位置付けている病院は34%であった。患者の意向や価値観を意思決定に反映させる取り組みとして、患者等からDNAR (Do Not Attempt Resuscitation) を取得する取り組みは66%、ACPは40%、SDMは29%の病院が実施していた(図4)。患者・家族のヘルス・リテラシーを向上させる (Empowerment する) 取り組みとして、市民公開講座や疾病に関する勉強会、教材・パンフレットの提供、患者用パスの提供等は、いずれも約4割の病院が実施していた(図5)。患者同士または患者家族同士のピアサポートは約2割の病院が実施しており、

その多くはがん患者を対象としたものであった(図6)。患者の声を病院の改善に反映させる取り組みとして、患者相談窓口・ご意見箱・患者満足度調査等を実施する病院は8割を超えたが、地域住民を経営層や各種委員会等に参加させている病院は4%であった(図7)。患者が主体的に医療安全管理活動に参加する取り組みとして、患者にフルネームを名乗ってもらう取り組みは72%、確認行為への患者の参加は41%、患者または家族による医療事故やヒヤリハットの報告システムは13%の病院が実施していた(図8)。

2021年度に予定している病院職員と入院・外来患者を対象にしたアンケート調査について、41病院が参加の意向を示した。

(4) 患者参加に関する文献調査

医療安全の患者参加に関するシステムティックレビューの概要を資料15に示す。

患者参加について、患者や市民とともに(with)、もしくは、患者や市民によって(by)なされる活動であり、彼らに対して(to)、彼らについて(about)、彼らのために(for)なされる活動ではないと定義されていた(文献1)。

医療安全に関する患者参加に影響を与える促進/阻害因子として、患者の健康状態(文献2、5)、母国語の習熟度(文献2、4)、家族・親族の協力(文献5)、患者-医療者関係(文献2、5)、自己効力感(文献2、5、48)、医療者のコミュニケーション能力(文献2、5、6)、医療安全に関する患者の知識(文献2、5、6)、病院における医療者の労働環境(文献4、5)等が挙げられていた。

患者参加の取り組みは、個人レベル、チームレベル、組織レベルといった異なるレベ

ルの取り組みの中で実施されることが必要であるが指摘されていた(文献1)。

数多くの個別研究が発表されているものの、質の高いエビデンスが乏しいことが指摘されており(文献3、4)、効果に関するメタ解析はなかった。

D. 考察

(1) 病院の患者相談窓口の担当者等を対象にしたインタビュー調査

病院の患者相談窓口の担当者等を対象にしたインタビュー調査より、患者参加活動の実態と医療対話推進者の養成・配置状況、医療安全支援センターとの連携状況等が明らかにされた。

患者参加の用語や具体的な活動を定義している病院は少なかった。患者参加の推進には、用語と具体的な活動を定義することが必要と考えられた。

SDMは、明確に実践方法を提示し、医療者に教育・訓練をしている病院が認められなかった。SDMの定義はあるものの、具体的ではないため、具体的な活動に反映するのが難しくなっている可能性が考えられた。患者の意思決定に際し、患者・家族と医療者がどのような形で協働するのが良いのか、何を満たせば協働したと認められるのかなど、SDMの行動レベルの定義が必要であると考えられた。

ACPは、病院により取り組みに温度差が見られた。ACPを運用している病院は、がん看護専門看護師等がインフォームドコンセントに同席し、同看護師が中心になってACPについて患者・家族へ説明し、書式を作成するなどしていた。一方で、ACPの書式を用意したがあまり運用されていない病院は、ACPについて誰がいつどのように患

者・家族へ説明するか明示的に定められてはいなかった。ACPについて患者・家族に話を切り出すには、医師から患者・家族へなされたインフォームドコンセントの内容を把握している必要がある。ACPを適用する対象者を定め、対象者のインフォームドコンセントには、ACPについて理解している看護師等を同席させるような仕組みを構築する必要があると考えられる。また、心不全、腎不全、脳梗塞など、がん以外の患者に対し、誰がいつACPについて話すのが今後の課題であると考えられた。

患者・家族のEmpowermentの取り組みは、がんや糖尿病の患者に対する教育やパンフレット等で情報提供する病院が多かった。患者同士のピアサポートもがん患者が中心であり、教育や情報提供も含め、他の疾患の患者への拡大が今後の課題であると考えられた。

患者相談窓口が受け付けた相談件数は病院によりバラつきが認められた。今後は、相談しやすい体制の整備（窓口の場所や担当者の配置状況、窓口の案内等）、地域性、各病院における医師と患者の関係性等との関係についても検討する必要があると考えられた。大病院の患者相談窓口の専従者は医療対話推進者養成研修を受講する傾向が見られた。病院の規模や苦情の多寡等が、窓口担当者による研修受講の有無と関連している可能性が考えられた。

病院は、医療安全支援センターから情報を提供されるだけであり、両者が連携して問題の解決に当たる事例は認められなかったほか、提供された情報の多くは病院側が既に把握していた。したがって、病院と医療安全支援センターとの関係は、医療安全の推進に寄与する患者参加の推進という観点

では評価が難しいと考えられた。

（2）センターの担当者を対象にしたインタビュー調査

医療安全支援センターの担当者を対象にしたインタビュー調査により、センターの相談体制や医療機関への情報提供の実態等が明らかにされた。

医療事故が疑われる相談は極めて少なく、医療機関への情報提供も謙抑的であった。センターの担当者は、苦情・相談を医療機関に情報提供するよりは、センターの電話口で解決することに注力していた。センターは、医療法の定めに基づき医療機関へ情報を提供するが、それ以上のことはできないと考え、医療機関にフィードバックを求めているものと考えられた。センターの担当者の一人が、消費生活センター並みの権限があれば、出来ることも広がるであろうと述べていた点は、今後の課題として考慮する必要があると考えられた。患者・家族の苦情・相談を医療機関の改善等に反映させることが患者参加の形の一つであると考えられる場合、センターで受け付けた苦情・相談が医療機関の改善に役立てられている証左は認められなかった。

（3）全国の病院を対象にしたアンケート調査

全国の病院を対象にしたアンケート調査より、病院における医療対話推進者の養成状況や患者相談窓口の体制・活動、医療安全支援センターとの連携の状況、各種患者参加推進活動の状況等が明らかにされた。

約7割の病院が医療対話推進者を養成していた。その人数は、約半数の病院が3名以下であると回答した一方で、500床以上

の急性期病院の 27%が 10 名以上を養成していた。大病院の一部は、医療対話推進者のスキルを、患者相談窓口の担当者に限らず、管理者等にも求められるスキルとして、広く教育していることが推測された。

患者相談窓口の職員の多くは兼任者であり、専任者を配置しているのは大病院に限定されていた。病院や医療安全支援センターの担当者を対象にしたインタビュー調査では、苦情等への対応は経験を積むしかない、という意見を聞く機会が多かった。兼任者が経験を積むには時間を要すると考えられるため、兼任者が患者相談窓口を担当する場合の教育・研修の方法を検討する必要があると考えられた。

医療安全支援センターの認知度は、病床規模の大きい病院で高く、それ以外は相対的に低い傾向が見られた。100 床未満の急性期病院や、慢性期病院は、過去 1 年以内に情報提供された経験のある割合が 1 割に満たないため、必然的に認知度が低くなったと考えられた。

センターから病院へ医療安全に関わる内容が情報提供されることは極めて稀であり、医療安全の推進に寄与する患者参加の推進という観点では評価するのが難しいと考えられた。

患者参加の概念や用語の意味を定義している病院は少なく、患者の意向や価値観を意思決定に反映させるため ACP や SDM に取り組んでいる病院は半数に満たなかった。患者参加の定義があいまいであることに加え、その構成要素の一つと考えられる SDM についても概念的であり、具体的な取り組み方法が不明であること等が影響していると考えられた。今後は、SDM を行動レベルで定義し、それらの実施状況を改めて調査

することが望まれる。

患者・家族のヘルス・リテラシーを向上させる取り組みは、患者・家族をエンパワーメントする患者参加の取り組みであると考えられる。患者向けの勉強会の開催やピアサポートの体制整備、疾病や入院中の安全等に関するパンフレット作成など、いずれの取り組みもさらなる推進が期待される。病院の運営に地域住民が参加する取り組みは極めて稀であった。先行事例について調査し、その実態や導入するうえでの課題等を明らかにする必要があると考えられた。

(4) 患者参加に関する文献調査

既存の研究において患者参加に関する多様な要因が報告されてきたが、質の高い研究デザインによって医療安全に対する患者参加の影響を評価する研究が必要であると考えられる。

E. 結論

病院の患者相談窓口の体制や活動と、病院の患者参加推進活動、および、病院とセンターの連携の実態等を明らかにした。今後は、得られた情報をさらに解析し、患者参加の定義や患者参加推進活動の要素等について明らかにする必要がある。

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。

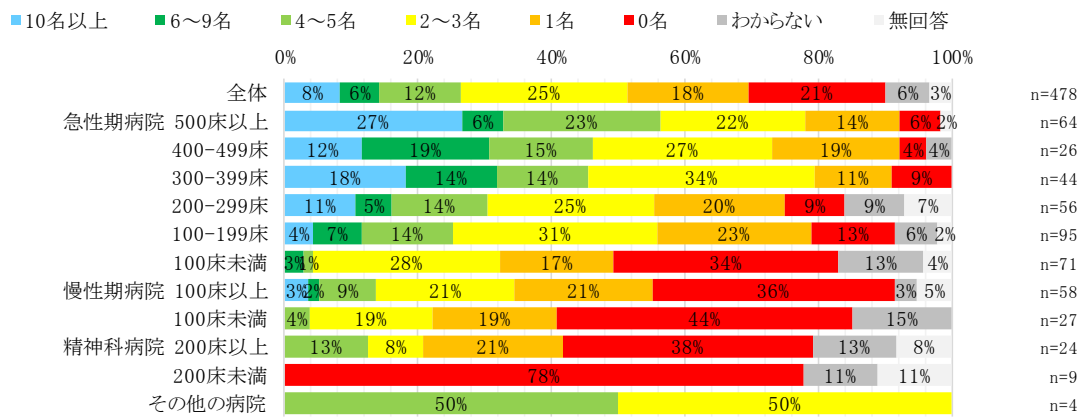


図 1. 病院の職員の中で医療対話推進者（医療対話仲介者）養成のための 3 日程度の研修（導入編+基礎編など）を修了した人数

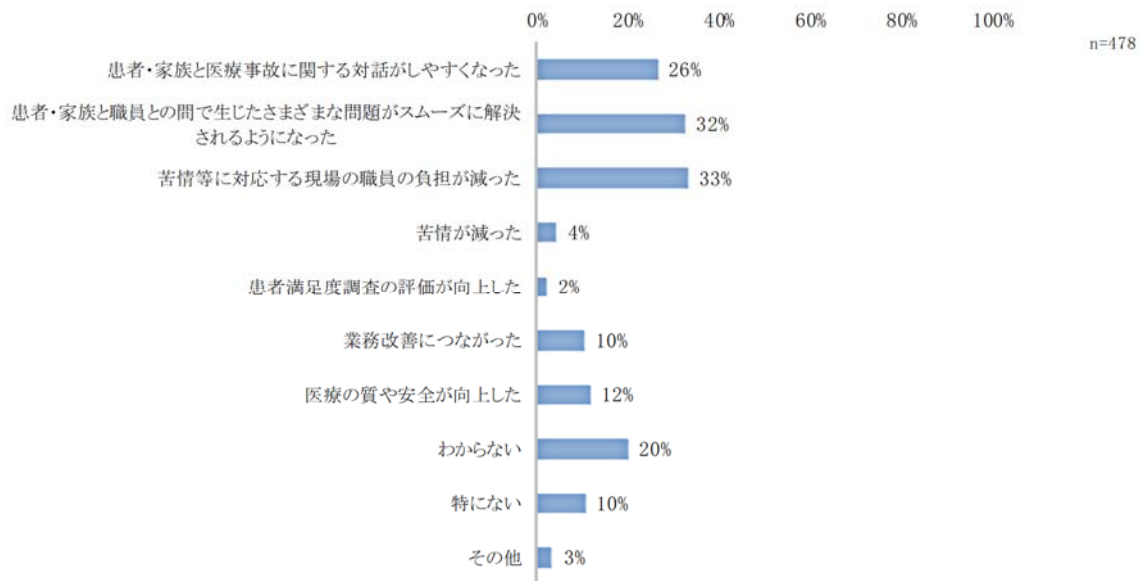


図 2. 医療対話推進者等の配置効果

n=1302

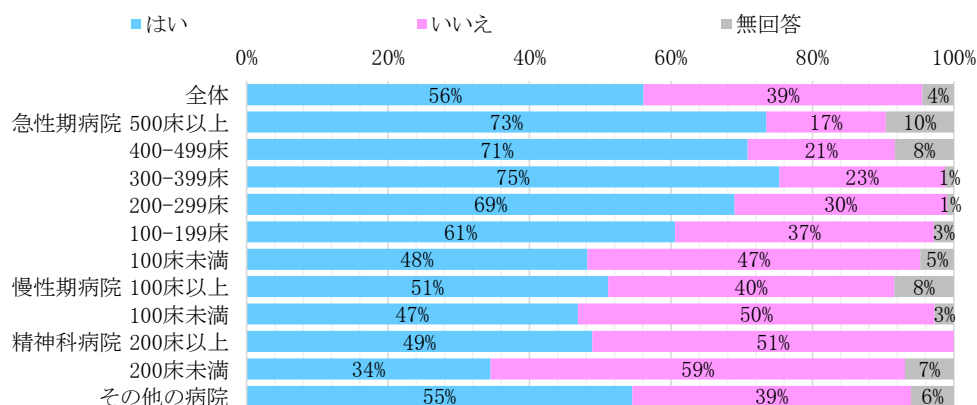


図 3. 都道府県または市町村に、患者や患者家族の医療相談や医療機関への苦情等を受け付ける医療安全支援センターが設置されているのを知っていますか

n=1302

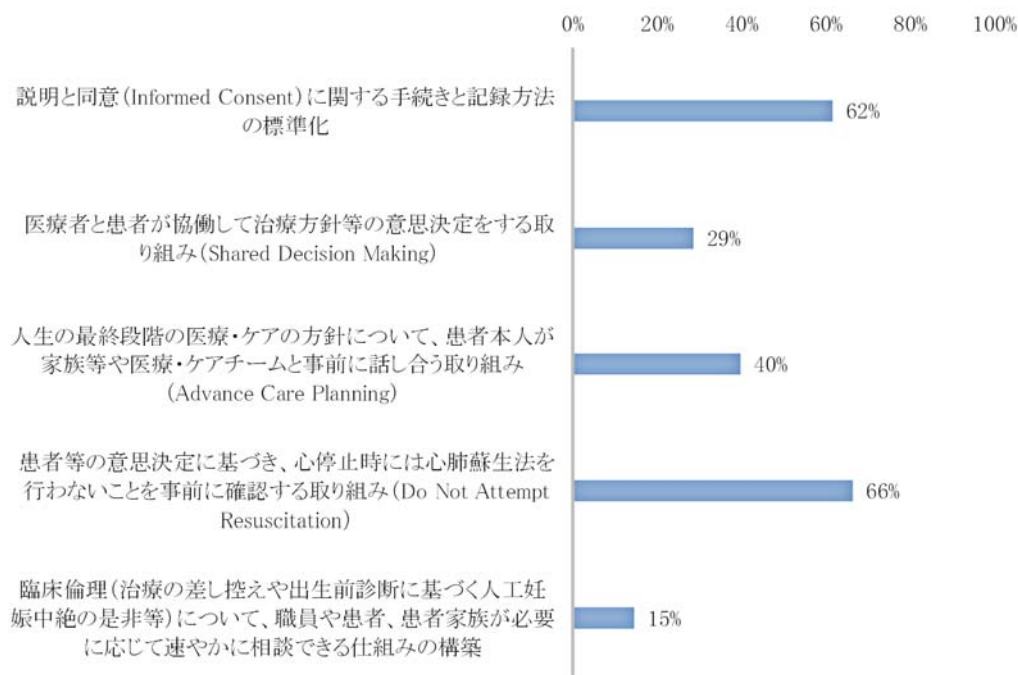


図 4. 患者の意向や価値観を意思決定に反映させる取り組みの実施状況

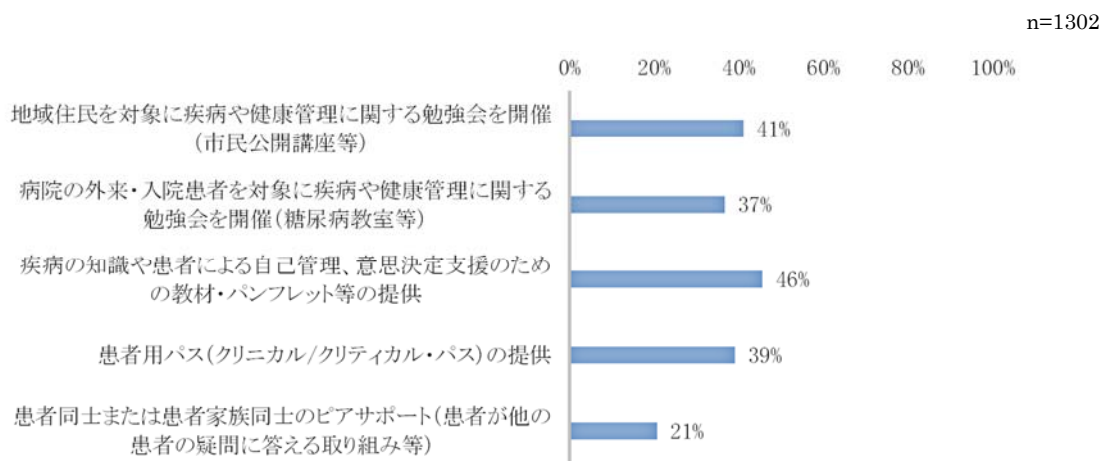


図 5. 患者・家族のヘルス・リテラシーを向上させる取り組みの実施状況

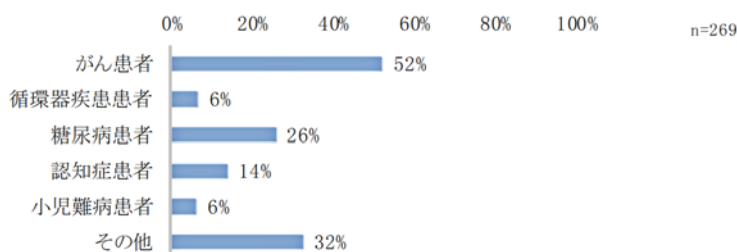


図 6. ピアサポートの対象となる患者

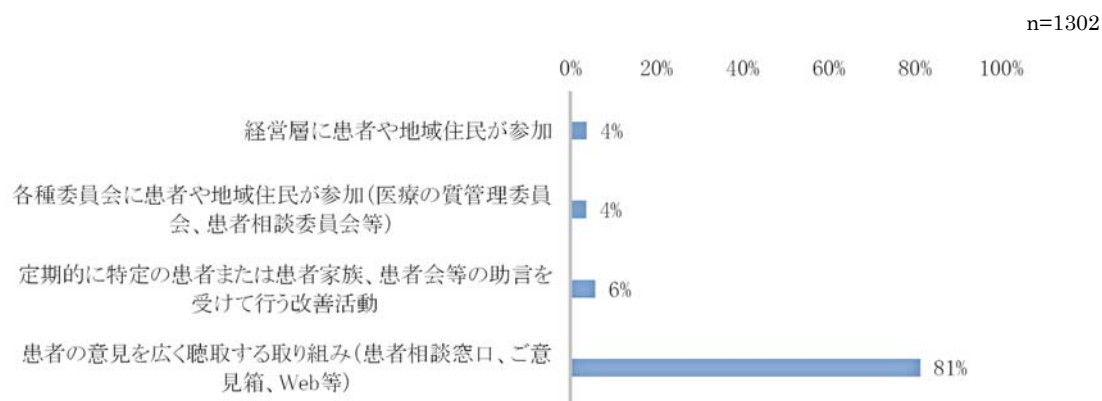


図 7. 患者の声を病院の改善に反映させる取り組みの実施状況

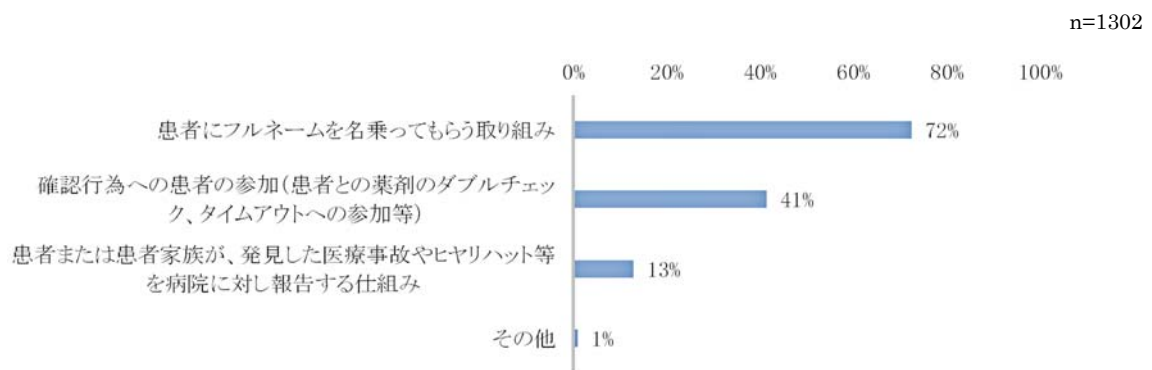


図 8. 患者が医療安全管理活動に参加する取り組みの実施状況

表 1. インタビュー調査の概要

インタビュー先	概 要	調査日
病 院		
北里大学病院	神奈川県、1033 床、 特定機能病院	2020 年 10 月 19 日(月)
東邦大学医療センター大森病院	東京都、934 床、 特定機能病院	2020 年 6 月 29 日(月)
日本医科大学付属病院	東京都、877 床、 特定機能病院	2020 年 12 月 4 日(金)
済生会熊本病院	熊本県、400 床、 地域医療支援病院	2021 年 3 月 15 日(月)
ひたちなか総合病院	茨城県、302 床、一般病院	2020 年 10 月 23 日(金)
練馬総合病院	東京都、224 床、一般病院	2020 年 11 月 4 日(水)
大腸肛門病センター高野病院	熊本県、166 床、一般病院	2021 年 2 月 5 日(金) 書面で回答
医療安全支援センター		
東京都医療安全支援センター	東京都、都庁内、年間相談受 付件数 10,106 件	2020 年 12 月 23 日(水)
神奈川県医療安全支援センター	神奈川県、県庁内、年間相談 受付件数 2,406 件	2021 年 1 月 7 日(木)
茨城県医療安全相談センター	茨城県、県庁内、年間相談受 付件数 2,396 件	2020 年 10 月 23 日(金)

表 2. 全国アンケート調査 回答病院の内訳

		n (病院数)
全 体		1302
急性期病院	500 床以上	83
	400-499 床	48
	300-399 床	81
	200-299 床	100
	100-199 床	246
	100 床未満	274
慢性期病院	100 床以上	178
	100 床未満	111
精神科病院	200 床未満	90
	200 床以上	58
その他病院		33

注 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

表 3. 患者相談窓口（患者や患者家族からの疾病に関する医学的な質問や、生活上及び入院上の不安等に関する相談を受け付ける窓口）の体制（人数の中央値）

	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	200床以上	200床未満		
専任	医師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	看護師	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	医療ソーシャルワーカー	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	事務員	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
兼任	医師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	看護師	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
	医療ソーシャルワーカー	0	0	0.5	0	1	0	0	1	0	1	1	1
	事務員	0	0	0	1	0.5	0	0	0	0	0	0	0
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表 4. 過去 1 年間（昨年または昨年度）に医療安全支援センターから自院に関する苦情や相談について情報提供された経験のある病院の割合

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	200床以上	200床未満	
20%	46%	47%	29%	32%	19%	9%	3%	4%	33%	18%	18%

（情報提供された件数 中央値：0 件、最小値：0 件、最大値：10 件）

以上

医療安全管理体制と患者参加推進活動に関する調査

令和2年度厚生労働科学研究

医療安全に寄与する患者参加の推進に資する研究
研究代表者

全日本病院協会 医療の質向上委員会
委員長

永井 庸次

医療安全の向上には患者及び患者家族の参加の推進が必要であるとされています。患者参加を推進する方法には、患者による医療事故やヒヤリハットの発見と報告や、患者にフルネームを名乗ってもらうなどの方法が知られています。しかし、それらの有効性や、各医療機関の取り組みの実態、患者側の主体的な参加の実態等は十分に明らかにされていません。本研究は、病院の医療安全管理の実態とともに、医療安全の向上を意図した患者参加活動の実態を把握し、患者参加を効果的に推進する方法を明らかに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

- ・同封の返信用封筒に入れ、**2021年1月15日(金)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/師長
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(大学病院の本院等)
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()

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。(昨年また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)
02 オーダーエントリーシステム(指示の電子化)
03 バーコード認証システム(照合の電子化)
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)
05 病理診断結果の医師による確認漏れを管理する情報システム
06 画像診断結果の医師による確認漏れを管理する情報システム
07 上記はいずれも導入していない
08 その他(具体的に:)

<医療安全管理の体制>

10. 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12へ進む



11. 問10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

12. 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

13. 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15へ進む

↓
14. 問13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。
(注意:問13の専従および専任の定義に合致する方の人数をお答えください。)

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

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

15. 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

16. 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(会議中や院内巡視中の口頭報告を含む)
- 10 その他()

上記の10個の方法のうち、特に重視しているものを3つ選んでください。

11()番 12()番 13()番

17. 問16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。

()%

18. 問16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 入院中の予期せぬ死亡・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()

19. 問16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()

20. 医療安全管理を目的とした**院内報告の件数**は、年間(昨年または昨年度)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

21. 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
- 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()

22. 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 院内のニュースレター等で周知して注意喚起
- 07 その他()

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

24. **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26へ進む

25. 問24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()

26. 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()

27. 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

28. 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29へ進む
→問30へ進む



29. 問28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()

30. 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。

- 01 実施している
- 02 実施していない →問36へ進む

31. 問30で「実施している」と回答した場合、どのようなメンバーで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 専従または専任の医療安全管理者のみ
- 02 多職種のチーム(医療安全管理部門・委員会の複数職種で職場巡視する場合を含む)
- 03 その他()

32. 問31で「02多職種のチーム」で職場巡視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()

33. 問31で「02多職種のチーム」で職場巡視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。(当てはまるもの全て選択)

- 01 全部署を巡視する(1年をかけて少しずつ順番に巡視する場合を含む)
- 02 病棟を中心に一部の部署のみを巡視する
- 03 巡視の目的・テーマに合わせて巡視する部署を選定する
- 04 直近の重大な事故に関連した部署を巡視する
- 05 インシデントレポートの報告件数が多い部署を巡視する
- 06 その他()

34. 問31で「02多職種のチーム」で職場巡視していると回答した場合、巡視で確認する項目をどのように選択していますか。

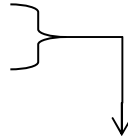
- 01 毎回ほぼ一定の項目を確認する
- 02 毎回その時に注目している特定の項目を中心に確認する
- 03 毎回ほぼ一定の項目に加え、その時に注目している特定の項目をいくつか確認する
- 04 その他()

35. 問31で「02多職種のチーム」で職場巡視していると回答した場合、巡視で確認している内容を選択してください。(当てはまるもの全て選択)

- 01 5S(整理、整頓、清掃、清潔、躰)
- 02 マニュアルやルール周知・遵守状況
- 03 患者確認・誤認防止の手順
- 04 医薬品の管理状況(保管、与薬手順等)
- 05 医療機器の管理状況
- 06 救急カートの管理状況
- 07 個人情報の管理状況
- 08 転倒・転落の予防策の実施状況
- 09 身体拘束の実施状況
- 10 インシデントレポートの内容から抽出した項目
- 11 直近の重大な事故に関連した項目
- 12 その他()

36. 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39へ進む



37. 問36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()

38. 問36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()

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45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
- 02 副院長
- 03 看護部長
- 04 事務長
- 05 師長または主任看護師
- 06 事務部の事務員
- 07 相談窓口の職員
- 08 専従または専任の医療安全管理者
- 09 顧問弁護士
- 10 医療ソーシャルワーカー
- 11 その他(具体的に:)

41. 病院の職員の中で、医療対話推進者(医療対話仲介者)養成のための3日程度の研修(導入編+基礎編など)を修了した人数とその職種を選んでください。

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <人数> | <職種>(当てはまるもの全て選択) |
| <input type="checkbox"/> 01 0名 | <input type="checkbox"/> 11 該当なし |
| <input type="checkbox"/> 02 1名 | <input type="checkbox"/> 12 医師 |
| <input type="checkbox"/> 03 2~3名 | <input type="checkbox"/> 13 看護師 |
| <input type="checkbox"/> 04 4~5名 | <input type="checkbox"/> 14 薬剤師 |
| <input type="checkbox"/> 05 6~9名 | <input type="checkbox"/> 15 事務員 |
| <input type="checkbox"/> 06 10名以上 | <input type="checkbox"/> 16 医療ソーシャルワーカー |
| <input type="checkbox"/> 07 わからない | <input type="checkbox"/> 17 その他() |

42. 医療対話推進者等の配置によりどのような効果がみられましたか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 患者・家族と医療事故に関する対話がしやすくなった
- 02 患者・家族と職員との間で生じたさまざまな問題がスムーズに解決されるようになった
- 03 苦情等に対応する現場の職員の負担が減った
- 04 苦情が減った
- 05 患者満足度調査の評価が向上した
- 06 業務改善につながった
- 07 医療の質や安全が向上した
- 08 わからない
- 09 特にない
- 10 その他()

43. 医療対話推進者が、現場の医療従事者と患者・家族との間に入って行う三者での話し合いは、年間(昨年または昨年度)およそ何件ですか。

()件

44. 医療対話推進者がその実務をこなすために必要と思う仕組みは何ですか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 医療対話推進者(医療対話仲介者)養成研修 2日間コース(基礎編)
- 02 医療対話推進者(医療対話仲介者)養成研修 1日間コース(導入編)
- 03 対応困難事例に関する医療対話推進者同士の意見交換会
- 04 医療対話推進者の情報交換のためのネットワーク
- 05 実例を基にした医療事故対応の研修
- 06 実例を基にした苦情対応の研修
- 07 その他()

45. 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 of 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 of 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 of 整備(Rapid Response System)
- 15 医療機器・器材 of 統一・標準化
- 16 病院機能評価 of 認定
- 17 ISO(International Organization for Standardization) of 認証 of 取得
- 18 JCI(Joint Commission International) of 認定 of 取得
- 19 職員のBLS(Basic Life Support)研修参加履歴 of 把握
- 20 医師の中心静脈カテーテル挿入技術 of 院内認定制度(CVCまたはPICC)
- 21 看護師の静脈注射技術 of 院内認定制度(IVナース 等)
- 22 その他の技術に関する院内認定制度(具体的に:)
- 23 その他()

46. 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)

- 01 指針 of 整備
- 02 医療安全管理 of ための委員会 of 実施
- 03 医療安全管理 of 目的とした報告
- 04 医療安全管理に関する教育・研修
- 05 医療安全に配慮した医薬品、医療器具などの提供
- 06 専従または専任 of 医療安全管理者 of 配置
- 07 医療安全文化 of 醸成
- 08 部門・職種横断的な活動 of 推進
- 09 報告された事例 of 分析
- 10 予算 of 確保
- 11 重要な情報 of 周知徹底
- 12 医療安全活動への医師 of 参加
- 13 その他()

47. 貴院で安全確保 of ための方策を实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 of 確保できない
- 02 時間 of ない
- 03 財源 of ない
- 04 取組み方法 of わからない
- 05 一部の部署または職種 of 協力が得られない
- 06 医療安全文化 of 醸成されていない
- 07 医療安全管理活動 of 効果が測定しにくい
- 08 医療安全管理者 of 組織内での地位 of 定まっていない
- 09 医療安全管理者 of キャリアパス of 定まっていない
- 10 その他()

48. **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。(当てはまるものを全て選択)

- 01 経験したことはない
- 02 患者情報を誤った相手にFax送信した
- 03 別患者の患者情報を提供した
- 04 薬剤の中止、変更、継続の指示を共有できず、患者に適切に与薬できなかった
- 05 感染症に関する情報を共有できず、適切な感染予防策を講じられなかった
- 06 食事形態に関する情報を共有できず、患者が窒息した
- 07 転倒する危険があることを共有できず、患者が転倒した
- 08 チューブを自己抜去する危険があることを共有できず、患者がチューブを自己抜去した
- 09 アレルギー情報を共有できず、患者にアレルギーのある薬剤や食物を提供した
- 10 その他()

49. 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>

50. **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60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

問50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。

51. 医療事故の原因究明を行いましたか。

- 01 はい
- 02 いいえ →問60へ進む

↓

52. 問51で「はい」と回答した場合、原因究明はどのような組織で行いましたか。(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:)

53. 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55へ進む



54. 問53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:)

55. 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
- 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った
- 04 上司が声掛けなどの心理的支援を行った
- 05 一定期間の休職など、休養を与えた
- 06 配置転換を行った
- 07 特になし
- 08 その他()

56. 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:)

57. 事故調査報告書は作成しましたか。

- 01 はい
- 02 いいえ

58. 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

59. 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 当事者間で意見や記憶が異なる場合の取り扱い
 - 10 当事者から協力を得るに当たってのルールが整備されていない
- 原因究明の結果 {
 - 11 報告書の内容が訴訟や捜査に与える結果が懸念される
 - 12 明確な原因を特定できなかった
- 職員の状況 {
 - 13 当事者となった医療従事者のケア
 - 14 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
 - 15 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 {
 - 16 患者・家族のケア
 - 17 患者・家族による暴言
 - 18 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
 - 19 事故被害者以外の患者さんの不安の軽減
 - 20 地域の住民や医療機関からの信頼の回復
- その他 21 その他(具体的に:)

<医療事故調査制度>

60. 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

61. 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65へ進む



62. 問61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した
 - 02 事故調査報告書を渡したが、口頭では説明しなかった
 - 03 要約文書を渡した上で口頭で説明した
 - 04 要約文書を渡したが、口頭では説明しなかった
 - 05 口頭の説明のみ →問64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65へ進む

63. 問62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と考えた
 - 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65へ進む

64. 問62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 遺族が口頭説明のみで納得した
- 03 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
- 04 病院長または病院幹部の判断で渡さないことにした
- 05 文書が訴訟に利用される可能性がある
- 06 その他()

65. 医療事故の届け出の判断や原因究明にあたり、次の組織等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67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 弁護士
- 06 その他の組織()

66. 問65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()

67. 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

68. 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
- その他 { 10 医療事故を外部に報告することに対し抵抗感がある
11 遺族に疑義がない症例まで報告するのは抵抗感がある
12 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
13 わからない
14 その他()

69. 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()

<病理診断報告書の確認漏れ(医師の未読)を防ぐ仕組み>

70. 院内で**病理検査**や**病理診断**を行っていますか。

- 01 はい
- 02 いいえ →問72へ進む

71. 病理医を配置していますか。(注) 非常勤は常勤換算の人数をご回答ください。

- 01 はい(常勤___人、非常勤___人)
- 02 いいえ

72. 病理診断報告書の確認漏れ(医師の未読)を防ぐ仕組みがありますか。

- 01 ある
- 02 ない →問82へ進む

73. 問72で「ある」と回答した場合、病理医・病理診断部門は、病理診断の結果を**誰に報告**することになって
いますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 決まっていない
- 02 主治医
- 03 指示医・オーダー医
- 04 診療部科長・医局長
- 05 その他()

74. 医師が病理診断報告書を**読んだか否かの確認**をどのようにしていますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 確認していない
- 02 報告書に医師のサインや押印があるか確認する
- 03 報告書を管理する情報システム上で、医師が確認済み(既読)であるか確認する
- 04 紙の報告書が**未読**の文書箱等に残っているか確認する
- 05 紙の報告書が**既読**の文書箱等に入っているか確認する
- 06 医師が患者に報告書の内容を説明したか、カルテを確認する
- 07 医師が報告書の内容をふまえて必要な治療計画を立案したか、カルテを確認する
- 08 その他()

75. どの医師が病理診断報告書を読んだか分かる仕組みになっていますか。

- 01 はい 02 いいえ

76. どの医師が病理診断報告書を読んだか確認していますか。

- 01 はい 02 いいえ

77. 医師が病理診断報告書を読んだか否かを確認する担当者は決まっていますか。

- 01 はい 02 いいえ →問79へ進む



78. 問77で「はい」と回答した場合、誰が確認していますか。

- 01 病理医または病理部門
02 医療安全管理者または医療安全管理部門
03 診療情報管理士または診療情報管理部門
04 その他()

79. 病理診断報告書の確認漏れ(医師の未読)を防ぐため、どのように注意喚起していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 注意喚起していない
02 報告書が完成した際、医師に電話で連絡する
03 報告書が完成した際、医師にメールで連絡する
04 紙の報告書(プリントアウトしたものを含む)を医師に直接届ける
05 未読の報告書に付箋やフラグをたてる
06 医師が電子カルテや部門システムにログインした際、未読の報告書の一覧を自動的に表示する
07 一定期間未読が続いた場合、医師に電話で連絡・督促する
08 一定期間未読が続いた場合、医師にメールで連絡・督促する
09 定期的に未読の報告書の一覧を作成し、医師に報告する
10 定期的に未読の報告書の一覧を作成し、診療部科長・医局長などの責任者に報告する
11 定期的に未読の報告書の一覧を作成し、医療安全管理部門や医療安全委員会等に報告する
12 定期的に症例検討会やカンファレンスを開催する
13 その他()

80. 病理診断報告書の確認漏れを防ぐために、医師に直接連絡(電話・メール等)するなど、特別な扱いをしている所見等がありますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 ない
02 悪性所見
03 臨床診断と病理組織の診断が異なる場合
04 術中迅速病理検査の結果と永久標本の病理診断の結果が異なる場合
05 その他()

81. 以下の状況で、病理診断報告書の確認漏れ(医師の未読)を防ぐための仕組みがありますか。

01	患者の退院や転科等により <u>主治医が変更</u> になった場合の、 <u>退院・転科前に行った病理検査</u> の病理診断報告書	<input type="checkbox"/> 11 ある	<input type="checkbox"/> 12 ない
----	--	--------------------------------	--------------------------------

82. 最近3年以内に、病理診断報告書の確認漏れ(医師の未読)に関連して、患者の治療に影響した事例(治療開始が遅れた、適切な治療が行われなかった等)はありましたか。

- 01 ある(件) 02 ない

<画像診断報告書の確認漏れ(医師の未読)を防ぐ仕組み>

83. 院内に画像診断部門がありますか。

- 01 ある 02 ない →問85へ進む



84. 診療報酬で画像診断管理加算を取得していますか。

- 01 画像診断管理加算1を取得している(70点)
02 画像診断管理加算2を取得している(180点)
03 画像診断管理加算3を取得している(300点)
04 取得していない

93. 画像診断報告書の確認漏れ(医師の未読)を防ぐために、医師に直接連絡(電話・メール等)するなど、特別な扱いをしている所見等がありますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 ない
- 02 気胸を疑う所見
- 03 異常陰影がある所見
- 04 悪性腫瘍を疑う所見
- 05 転移を疑う所見
- 06 腹部大動脈瘤を疑う所見
- 07 解離性大動脈瘤を疑う所見
- 08 主治医の専門領域ではない部位の異常所見
- 09 検査目的や対象臓器と異なる部位の悪性所見
- 10 その他()

94. 以下の状況で、画像診断報告書の確認漏れ(医師の未読)を防ぐための仕組みがありますか。

01	患者の退院や転科等により 主治医が変更 になった場合の、 退院・転科前に撮影した画像 の画像診断報告書	<input type="checkbox"/> 11 ある	<input type="checkbox"/> 12 ない
02	外来受診中の患者が 別の診療科を受診 し撮影された画像について、受診後に作成された画像診断報告書	<input type="checkbox"/> 21 ある	<input type="checkbox"/> 22 ない
03	患者が 救急外来・時間外外来を受診 し撮影された画像について、受診後に作成された画像診断報告書 (患者の 次の受診予定はない)	<input type="checkbox"/> 31 ある	<input type="checkbox"/> 32 ない

95. **最近3年以内**に、画像診断報告書の確認漏れ(医師の未読)に関連して、患者の治療に影響した事例(治療開始が遅れた、適切な治療が行われなかった等)はありましたか。

- 01 ある(件)
- 02 ない

<患者・家族の苦情や相談への対応>

96. 患者相談窓口(患者や患者家族からの疾病に関する医学的な質問や、生活上及び入院上の不安等に関する相談を受け付ける窓口)の体制について回答してください。

	専任者の 人数 [†]	兼任者の 人数 ^{††}
01 医師	()人	()人
02 看護師	()人	()人
03 医療ソーシャルワーカー	()人	()人
04 事務員	()人	()人
05 その他(職種:)	()人	()人

†: 専任者とは、患者相談窓口の業務に従事する時間が就業時間の5割以上である者を指す。
 ††: 兼任者とは、患者相談窓口の業務に従事する時間が就業時間の5割未満である者を指す。

97. 患者や患者家族の意見・苦情・相談の院内対応手順は定められていますか。

- 01 はい
- 02 いいえ
- 03 わからない

98. 複数の経路を通して入ってきた患者や患者家族の意見・苦情・相談への対応を統括する担当者や組織がありますか。

- 01 ある 02 ない →問100へ

99. 患者相談窓口、投書、電話、Webサイト等を通して受け付けた患者や患者家族の意見・苦情・相談を統括している(情報を管理し、対応を検討する)のは誰ですか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 事務長または事務部門
02 病院の幹部または幹部会議
03 担当の委員会(患者サービス委員会等)
04 医療安全管理者または医療安全管理部門
05 患者相談窓口の担当者
06 医療ソーシャルワーカーまたは医療福祉相談室
07 その他()

100. 患者相談窓口、投書、電話、Webサイト等を通して、病院の医療サービスに関する患者や患者家族の意見・苦情・相談を受けた件数は、年間(昨年または昨年度)およそ何件ですか。

()件

101. 患者相談窓口、投書、電話、Webサイト等を通して受け付けた患者や患者家族の意見・苦情・相談のうち、医療安全上の問題が疑われた事例は、年間(昨年または昨年度)およそ何件ですか。

()件

102. 都道府県または市町村に、患者や患者家族の医療相談や医療機関への苦情等を受け付ける医療安全支援センターが設置されているのを知っていますか。

- 01 はい 02 いいえ →問108へ

103. 医療安全支援センターから、貴院に関する苦情や相談について情報提供された件数は、年間(昨年または昨年度)およそ何件ですか。

()件

104. 昨年または昨年度に医療安全支援センターから情報提供された苦情や相談のうち(問103の件数のうち)、病院として事前に把握していなかった(情報提供されて初めて知った)苦情・相談は何件ですか。

()件

105. 昨年または昨年度に医療安全支援センターから情報提供された苦情や相談のうち(問103の件数のうち)、医療安全上の問題が疑われた事例は何件ですか。

()件

106. 医療安全支援センターから、貴院に対する意見・苦情・相談について情報提供された場合、その後の病院の対応や結果を同センターに報告(フィードバック)していますか。

- 01 情報提供されたことがない
02 全て報告している
03 一部は報告している
04 報告していない
05 わからない
06 その他()

107. 医療安全支援センターに希望することがありますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 患者や患者家族の意見・苦情・相談への対応方法に関する知識や技術を教えて欲しい
02 患者や患者家族の意見・苦情・相談への対応方法について相談にのって欲しい
03 医療機関の対応について成功事例や失敗事例を紹介して欲しい
04 地域の医療機関の患者相談窓口担当者のネットワークを構築して欲しい
05 特にない
06 わからない
07 その他()

<患者参加を推進する活動>

108. 貴院は「患者参加」の概念や用語の意味を明示的に定めていますか。

- 01 はい(具体的に:
- 02 いいえ

)→問110へ進む

109. 問108で「いいえ」と回答した場合、あなたが「患者参加」の概念や用語の意味を定義するとしたら、どのように定義しますか。

患者参加とは...

110. 「患者参加」には類似した用語があります。あなたが次の用語の概念や意味を定義するとしたら、どのように定義しますか。

01 患者**参画**とは...

02 患者**中心**とは...

03 患者**主体**とは...

04 患者**志向**とは...

111. 次の用語は、「患者参加」と**概念・意味が同じだ**と思いますか。

	左の用語は 患者参加と同じ 用語=患者参加 	患者参加が左の 用語を包含する (患者参加の概念・意 味の方が広い) 患者参加 用語 	左の用語が患者 参加を包含する (左の用語の概念・意 味の方が広い) 用語 患者参加 	左の用語は 患者参加と 一部同じ (一部異なる) 用語 患者参加 	左の用語は 患者参加と 異なる 用語 患者参加
<用 語>					
01 患者参画→	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15
02 患者中心→	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25
03 患者主体→	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/> 35
04 患者志向→	<input type="checkbox"/> 41	<input type="checkbox"/> 42	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/> 44	<input type="checkbox"/> 45

112. 病院の経営理念・目標等に患者参加の推進が位置付けられていますか。

- 01 はい
- 02 いいえ

113. 患者参加活動の推進を担当する部署や委員会がありますか。

- 01 ある
- 02 ない
- 03 その他()

114. 医師と患者および患者家族との間で行われる説明と同意に、看護師が同席することを**ルール化**していますか。

- 01 はい
- 02 いいえ →問116へ進む

115. 問114で「はい」と回答した場合、看護師の同席をどこまで求めていますか。

- 01 同席を推奨しているが、義務にはしていない
- 02 全て同席することを義務付けている
- 03 一部は義務付けている(具体的に:)
- 04 その他()

116. 看護師は、同席の有無にかかわらず、医師の説明に対する**患者や患者家族の理解度や心配事、希望等を診療記録に記載**するルールになっていますか。

- 01 はい
- 02 いいえ

117. 看護師が同席したことや、患者や患者家族の理解度、心配事、希望等を確認して診療記録に記載していることを確認する仕組み(診療記録の監査等)がありますか。

- 01 ある 02 ない

118. 患者・家族のヘルス・リテラシー[†]の向上のため、貴院においてどのような内容の教材・パンフレット等を患者へ提供していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 疾病や治療法の知識
02 検査データの持つ意味の解説
03 患者が健康を自己管理する方法(食生活の注意点等)
04 入院中に自分の安全を守る方法(転倒・転落防止の注意点等)
05 その他()

†:ヘルス・リテラシーとは、健康に関連する情報を探し出し、理解して、意思決定に活用し、適切な健康行動につなげる能力を意味する。

119. 患者参加を推進するためにどのような取り組みを行っていますか。(当てはまるもの全て選択)

<患者の意向や価値観を意思決定に反映させる取り組み>

- 01 説明と同意(Informed Consent)に関する手続きと記録方法の標準化
02 医療者と患者が協働して治療方針等の意思決定をする取り組み(Shared Decision Making)
03 人生の最終段階の医療・ケアの方針について、患者本人が家族等や医療・ケアチームと事前に話し合う取り組み(Advance Care Planning)
04 患者等の意思決定に基づき、心停止時には心肺蘇生法を行わないことを事前に確認する取り組み(Do Not Attempt Resuscitation)
05 臨床倫理(治療の差し控えや出生前診断に基づく人工妊娠中絶の是非等)について、職員や患者、患者家族が必要に応じて速やかに相談できる仕組みの構築

<患者・家族のヘルス・リテラシーを向上させる取り組み>

- 06 地域住民を対象に疾病や健康管理に関する勉強会を開催(市民公開講座等)
07 病院の外来・入院患者を対象に疾病や健康管理に関する勉強会を開催(糖尿病教室等)
08 疾病の知識や患者による自己管理、意思決定支援のための教材・パンフレット等の提供
09 患者用パス(クリニカル/クリティカル・パス)の提供
10 患者同士または患者家族同士のピアサポート(患者が他の患者の疑問に答える取り組み等)

↳ どのような患者を対象にしたピアサポートですか。(当てはまるもの全て選択)

- 11 がん患者 14 認知症患者
12 循環器疾患患者 15 小児難病患者
13 糖尿病患者 16 その他(具体的に:)

<患者の声を病院の改善に反映させる取り組み>

- 17 経営層に患者や地域住民が参加
18 各種委員会に患者や地域住民が参加(医療の質管理委員会、患者相談委員会等)
19 定期的に特定の患者または患者家族、患者会等の助言を受けて行う改善活動
20 患者の意見を広く聴取する取り組み(患者相談窓口、ご意見箱、Web等)

↳ どのような取り組みをしていますか。(当てはまるもの全て選択)

- 21 患者相談窓口の設置 24 地域住民の意見を聴く取り組み
22 ご意見箱の設置 25 Webサイトやメールでの意見の募集
23 患者満足度調査の実施 26 その他(具体的に:)

<患者が主体的に医療安全管理活動に参加>

- 27 患者にフルネームを名乗ってもらう取り組み
28 確認行為への患者の参加(患者との薬剤のダブルチェック、タイムアウトへの参加等)
29 患者または患者家族が、発見した医療事故やヒヤリハット等を病院に対し報告する仕組み

<その他>

- 30 その他()

120. 患者参加を推進する取り組みの成果は測定していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 患者満足度調査に患者参加に関する項目を入れ、定期的に測定している
- 02 無作為に選択した患者に口頭で取り組みの良し悪しを質問している
- 03 個々の取り組みの成果を問うアンケート調査を実施している
- 04 患者参加に関する質指標 (Quality Indicator) を測定している
- 05 測定していない
- 06 その他()

121. 患者参加を推進すると、どのような効果が期待できると思いますか。

01 患者にとっての効果

02 病院にとっての効果

03 その他の効果

122. 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。

< 来年(2021年)に実施するアンケート調査への協力依頼 >

123. 本研究班では、**2021年の夏頃**に、ご協力いただける病院(10病院程度)において、医療従事者(各病院200人程度)と外来患者(各病院200人程度)、入院患者(各病院200人程度)を対象としたアンケート調査を計画しております。上記の患者参加推進活動の実践状況を医療従事者と患者の視点から評価し、両者の認識の差異を明らかにするほか、患者参加推進活動と患者満足度、職員満足度との関係を明らかにしたいと考えております。

貴院にも、2021年に実施するアンケート調査にご協力いただければ幸いです。(アンケートの対象者の人数は、病院の規模により変動する場合があります。)

もし、ご協力いただけるようであれば、以下に貴院の御担当者さまのご連絡先をご記入ください。2021年の夏頃、改めてご連絡したうえで、ご担当者さまのもとに調査票等一式を送らせていただきます。何卒よろしく

2021年に実施予定の貴院の医療従事者(200名程度)と外来患者(200名程度)、入院患者(200名程度)を対象としたアンケート調査に、

- 01 参加します。
- 02 参加しません。



2021年のアンケート調査にご参加いただける場合は、貴院の御担当者さま(貴院の窓口になってくださる方)の連絡先をお書きください。

病院名 _____	住所 _____
部署名 _____	電話 _____
氏名 _____	メール _____

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

調査へのご協力ありがとうございました。

事務局使用欄

資料 2

インタビュー記録

日時：2020年6月29日（月）15～16時

場所：東邦大学医療センター大森病院会議室

参加者：

インタビュー：総合相談部 事務員 1名、看護師 2名、MSW 1名

インタビュアー：研究班 2名、研究協力者 5名

■体制

- ・ 総合相談部の部員は 19 名（専従 5 名・兼任 14 名）で構成されている。専従は、看護師 2 名、事務員 3 名。兼任は、医師、看護師、栄養士、薬剤師、事務員、医療安全管理部（医師、看護師）、MSW。
- ・ 専従 5 名と看護部、医療安全管理部、MSW で、毎週木曜日に総合相談部部内会議を開催している。
- ・ 月 1 回、総合相談部運営委員会を開催し、相談内容や活動に対してご意見を頂いている。
- ・ 実際の相談は専従者である看護師 2 名、事務員 3 名で受け、関係部署と連携をとり対応している。
- ・ 総合相談部の対応時間は、平日（祝日は除く）が 9:00～17:00、土曜日（第三土曜日・祝日は除く）が 9:00～14:00。夜間は管理当直が対応する。
- ・ MSW の対応が必要な場合は、病院 2 号館 2 階の MY ステーションの部屋を使用して相談に応じている。

■医療対話推進者の研修の受講状況

- ・ 総合相談部メンバーは医療関係団体等が実施する、医療対話仲介者育成研修の受講者も配置している。
- ・ 医療対話仲介者育成研修の受講者は、院内に延べ 30 人いる（医師 5 人、看護師 15 人、技師 3 人、薬剤師 1 人、MSW 1 人、事務員 4 人、その他 1 人）。
- ・ 大森病院では職員を対象に院内コンフリクト・マネジメント研修を年 2 回、開催しており、地域の病院の担当者も参加している。年間約 50 名が受講している。
- ・ 総合相談部部長の医師は日本メディエーター協会の首都圏支部長を務めている。

■相談の実績

- 令和元年の相談件数は 1,790 件であった。内訳は次の通り。

項目	件数	割合
苦情・意見 ※1	714 件	40%
受診・診療相談 ※2	502 件	28%
経済的相談	103 件	6%
書類に関する相談	26 件	1%
薬に関する相談	24 件	1%
介護・療養相談	16 件	1%
栄養に関する相談	14 件	1%
その他 ※3	391 件	22%

※1 苦情・意見には、医療者の態度・発言・行動、医師の説明不足、施設設備に関する内容が多い。

※2 医師に直接言えない内容や、担当医師を替えて欲しいという相談が多い。

※3 その他には感謝・お褒めの言葉、忘れ物、患者からの事後報告などを含む。

■苦情・意見の情報収集、院内の流れ

- 苦情・意見は次の 4 つのルートで総合相談部に届く。
 - ①窓口での面談、②電話、③Web サイト、④ご意見箱（23 箇所に設置）
- ①～③は各部署の責任者が案件に応じて総合相談部または医療安全管理部へ報告する。
- ④は週 1 回総合相談部が回収する。
- 総合相談部に届いた案件は、執行部へ報告したうえで、各種の委員会へ報告する。内容に応じて患者サービスサポート委員会に内容を諮り、対応を検討する場合もある。

■苦情・意見の当事者へのフィードバック

- 医師の接遇等に対する苦情の場合、当人と医局長、診療部長に内容を伝える。
- 看護師の接遇等に対する苦情の場合、個人を特定できない場合が多いので、師長に内容を伝える。
- 感謝・お褒めの言葉も当事者へフィードバックしている。
- 苦情・要望に対する回答を求める患者は少ない。
- 無理難題や精神疾患が疑われる事例など、病院として対応できない内容もあり、そのような事例は患者へのフィードバックもできない。
- ご意見箱への投書に対し、一部の回答を掲示している。掲示場所は 4 か所あり、1～2 か月ごとに入れ替えている。
- 患者、医療者、医療対話推進者の 3 者面談に繋がるのは年に 10 件程度。
- 他の病院へのクレーム（医師が何もしてくれないなど）を受けることもあるが、他院へのフィードバックは行わない。

■院内の各部署との連携

- ・ 苦情を受けた現場で一次対応をするようお願いしているが、解決しない場合は総合相談部で対応する。
- ・ 総合相談部は、患者の苦情・意見を傾聴し、現場へ伝える。
- ・ 医療安全管理部と総合相談部はお互いの会議にメンバーを参加させることで連携し、情報共有している。
- ・ 医療安全に関する相談で、医療安全管理部に報告した事案については、医療安全管理部に確認し、その後の進捗を把握している。

■患者相談のアウトカム

- ・ 相談件数は測定しているが、改善等のアウトカムは測定していない。
- ・ 入院中の転倒・転落で受傷した症例を、院内の仕組みの見直しに繋げたケースがある。

■東京都医療安全支援センターからの案件とその後の対応について

- ・ センターから情報提供された案件は関係部署へ報告し対応を相談する。直近 2 年間で 12 件の情報提供があった。(毎年 10 件未満)
- ・ 総合相談部で事前に把握している事例も多いが、センターからの情報提供によって状況を把握する事例もある。
- ・ 12 件の情報提供には、医療者の接遇や病院のサービスへの不満が多く、医療事故が関係するような事例は含まれない。
- ・ 医療安全支援センターは、病院に患者の苦情を電話で伝えるだけで、何らかの回答を求めることはない。一方通行のコミュニケーションになっている。

■東京都医療安全支援センターとの連携

- ・ 船橋市の医療安全支援センター(保健所に設置)は、事例検討などのグループワークを行う研修会を積極的に開催するなどしている。
- ・ 東京都の医療安全支援センターの研修会は講義形式であり、グループワークは行わない。

■苦情相談ネットワーク

- ・ 平成 27 年より、近隣の私大が持ち回りで年に数回勉強会を開催し、メディアエーションの成功事例の発表や、病院の見学を行っていた。
- ・ 成功事例よりも、上手く行かない事例の方が多く、そのような事例の共有にこそ学びがあると考え、平成 29 年からやり方を変えた。
- ・ 平成 29 年より、大森病院が二次医療圏(品川区、大田区)の病院の相談窓口担当者に参加を呼びかけ、地元の病院同士で協力体制を構築した。
- ・ 年 24 回 3 時間の勉強会を開催しており、グループワーク形式で困難事例への対応方法を検討している。直近の令和 2 年 2 月 1 日は 14 医療機関 20 名が参加した。
- ・ 筑波大学も東邦大学の取り組みを真似て同様のネットワークを作った。

資料 2

■今後の課題

- ・ 患者の相談を受けたあと、患者を相談内容にあった部署まで歩かせて案内している。患者を歩かせるのではなく、対応部署の医療者が患者のもとに来るような体制になるとよいと考える（ワンストップサービスにしたい）。

以上

資料 3

インタビュー記録

日時：2020年10月21日（月）15：00～17：30

場所：北里大学病院 会議室

参加者：

インタビュー：医療対話推進者1名（Ns、専従）、医療安全管理者1名（Ns、専従）

インタビュアー：研究班3名、研究協力者1名

オブザーバー：厚生労働省医政局総務課医療安全推進室2名

<患者参加活動について>

■医療安全管理の体制

- ・ 組織図：病院長 – 危機管理部 – 医療の質・安全推進室
- ・ 専従：医師1名、看護師4名、薬剤師1名、事務員3名
- ・ 兼務：医師5名、看護師1名、薬剤師1名、診療情報管理士1名、臨床工学技士1名

■協働意思決定

- ・ 看護師長会内で協働意思決定の推進グループを起ち上げた（最近起ち上げたばかり）。
- ・ 看護師が医師のインフォームドコンセントに立ち合う割合は55%。医師から看護師に声掛けがあれば同席する。インフォームドコンセントの説明資料には、学会が公表する治療成績だけでなく、当院の治療成績も記載するように指導している。
- ・ 5年前にがん専門看護師を中心にACPプロジェクトを起ち上げた。現在、11診療科が参加し、医師を中心に多職種による個別事例検討会を開催している。がん看護外来では1人の患者に対し1時間程度の面接を行っている。現在、非がん領域（循環器内科、腎臓内科）にもACPの活動を拡大している。

■患者・家族のヘルスリテラシーの向上

- ・ 現在、外科系を中心に450種類のクリニカルパスを運用しており、全例に患者用パスがある。パスの逸脱があった場合はパスの適用を中止し、その後は医師の判断に任せる。バリエーション率は測定している。
- ・ 糖尿病教室、がんサロン、産科両親学級、慢性腎不全教室、NICU卒業児親の会、口唇口蓋裂親の会、市民公開講座等を開催している。今年度はコロナ禍により一部休会した。
- ・ がん専門看護師が中心となり、がん患者を対象にした講座や茶話会、がんサロン等を開催している。がんサロンは、がん患者ががんサバイバーと対話することができる。
- ・ ソーシャルワーカーががん患者の就労対策のための相談を受け付けている。
- ・ 広報誌「けやき」を年4回発行し、患者や地域住民に対し診療科の紹介などを行っている。
- ・ 医療安全の患者用教材として、入院患者用のリーフレットを作成している。苦情やインシデントの多い内容を取り上げ、リーフレットを作成した。現在は、医療安全（患者確認やアレルギー情報提供、持参薬、転倒転落等の内容）、点滴漏れ、静脈血栓塞栓症の3つのリーフレットがある。リーフレットの作成により、深夜に点滴確認をした際、起こされたことに対し怒り出す患者が減った。

資料 3

- ・ インスリンの量は、危険薬であるため、患者と医療者の 2 人でダブルチェックをしている。他の薬剤はケースバイケースであり、必ず患者とダブルチェックするといった取り決めはない。
- ・ 2014 年より、救命と小児の患者を除き、全ての入院患者に入院患者用タブレット端末（HosPad）を提供している。手術の説明動画を見たり、患者満足度調査に回答したり、売店の注文（届けてくれる）ができる。お年寄りには操作が難しいため、職員が代わりに操作し、説明に使用することがある。外部接続はできない。

■医療の質やサービス、患者満足などの改善を目的とした取り組み

- ・ がんサロン運営委員会にがんサバイバーが参加している。
- ・ 病院監査委員会に市民代表が参加している。
- ・ トータルサポートセンター、患者サービスセンター、がん相談支援センター（窓口は全て同じ場所）で患者の相談を受け付けている。
- ・ 院内に 22 箇所にご意見箱を設置している。
- ・ タブレット端末（HosPad）から患者の意見を送ることができる（感謝の言葉が多い）。
- ・ 患者満足度調査を年 1 回行っている。

■患者参加の定義

- ・ 明確な定義はない。個人的には、患者の意思決定（自己決定）を尊重し、患者と一緒に治療内容を考える、患者中心の医療であると考えている。

<患者相談窓口の活動について>

■患者サービスセンターの体制

- ・ 院長 – 医療支援部 – 患者サービスセンター
- ・ 専従：看護師 2 名（師長、内 1 名は医療安全管理者の経験あり）、事務員 2 名
- ・ 兼任：医師 1 名、事務員 1 名

■医療対話推進者の研修の受講状況

- ・ 専従の看護師 1 名が応用編、専従の事務員 1 名が基礎編を受講済み。
- ・ 他の専従スタッフも研修を受講予定であったが、コロナ禍で見送られた。

■相談の実績

- ・ 2019 年度の相談窓口・電話対応件数は 611 件であった。内訳は次の通り。
 - 診療内容 130 件（21%）
 - 接遇対応 98 件（16%）
 - 診療体制 74 件（12%）
 - 施設設備 11 件（2%）
 - 待ち時間 9 件（1%）
 - その他 289 件（47%）

- ・ ご意見箱の投書は 506 件（相談窓口・電話対応とは分類方法が異なる）であった。投書は元々総務課の管理であり、分類方法が相談窓口と異なっていた。投書の管理は患者サービスセンターに移管されたが、分類方法を修正していない。
- ・ HosPad に入力された患者の意見は 793 件であった。分類はしていないが、感謝やお褒めの言葉が多い。
- ・ 医療対話推進者が入る三者面談は年間 20 事例前後である。ほとんどは医療対話推進者と患者の二者面談である。職員から相談を受け、職員と医療対話推進者で面談することも多い。
- ・ 職員からの患者対応に困った際の相談が 178 件あり、現場だけで苦情相談に対応した結果の報告が 65 件あった。

■苦情・意見の情報収集、院内の流れ

- ・ 患者相談窓口（トータルサポートセンター、患者サービスセンター、がん相談支援センター）は病院 1 階中央の 1 か所に集約されている。
- ・ トータルサポートセンターは主に医療ソーシャルワーカーが福祉相談に対応し、患者サービスセンターはそれ以外の苦情や相談に対応する。
- ・ 受付の事務員が相談内容を聞き、各担当者に振り分けている。
- ・ 苦情・相談の一次対応部門として、患者サービスセンター、各部門窓口、現場担当者、医療安全推進者等がある。
- ・ 一次対応部門で対応が完了しない場合、二次対応部門（総務課、医事課、医療の質・安全推進室）へ送られる。建物・設備・駐車場・防災等の病院管理運営上の内容は総務課が担当し、医療費・事務職員の接遇・診療体制の問題等の内容は医事課が担当し、医療事故・訴訟に繋がる可能性のある内容等は医療の質・安全推進室が担当する。
- ・ 患者サービスセンターで対応した内容は病院長へ報告されるほか、緊急を要する内容については一時対応部門から病院長への速報ルートもある。
- ・ 苦情・相談は患者満足向上委員会（委員長は看護部長、事務局は患者サービスセンター）で対応状況を確認、再発防止策を協議する。医療安全に関する内容はリスクマネジメント委員会（委員長は病院長、事務局は医療の質・安全推進室）で検討する。

■苦情・意見の当事者へのフィードバック

- ・ 患者サービスセンターで受けた相談・苦情は各所属部署長に口頭または電話で伝える。主治医や外来看護主任に伝える場合もある。相談・苦情があったことは電子カルテに記録するが、差し障りのある内容は患者サービスセンターの内部記録に残す。患者満足向上委員会の会議資料にも掲載する。相談者の患者等に対しては、口頭、電話、診療場面、文書等でフィードバックする場合がある。
- ・ ご意見箱に寄せられた意見は、患者満足向上委員会の会議資料にも掲載するほか、イントラネットに掲載することで職員にフィードバックする場合がある。対象者が分かる場合は現場から患者等に直接回答する場合や、内容次第では院内廊下（患者の目に触れる場所）に内容を掲示する場合がある。
- ・ HosPad に寄せられた意見は、感謝の言葉が多く、患者満足向上委員会の会議資料に掲

資料 3

載する。内容により、当該病棟へ内容を電話で連絡するほか、病院のホームページに掲載する場合がある。

■院内の各部署との連携

- ・ 患者の苦情は患者サービスセンターが一手に引き受けている。
- ・ 病院の経営層とは、患者満足向上委員会での報告のほか、緊急時は電話やメールで連携している。
- ・ 患者サービスセンターと医療安全部門とは、隔週で連絡会を開催して情報交換しているほか、普段から相談・連携を密に行っている。
- ・ 医療事故後の患者・家族対応は医療メディエーターが担当し、調査・補償関係は医療の質安全推進室が担当している。
- ・ 患者サービスセンターとトータルサービスセンターは週 1 回個別の患者に関するカンファレンスを開催している。
- ・ 救急内科が対応した飲酒後の搬送患者や、一部の精神科患者、コンビニ受診する患者など、対応の難しい患者への対応は、隔週で開催する患者対応支援会議で検討している。
- ・ 7名の警察 OB が 3名ずつで院内巡視している。患者サービスセンターと警察 OB とで毎朝ミーティングを行っている。
- ・ 現場の職員は、患者対応に困った際、医療対話推進者（医療メディエーター）に相談してくることが多い。患者サービスセンター発足時、職員からあらゆる相談があることは想定外であった。2019 年は職員から患者サービスセンターへ 178 件の相談があった。
- ・ 現場のみで苦情・相談に対応した場合は、苦情相談対応報告システムに情報を入力し、事後報告する。2019 年は 65 件の報告があった。

■職員への教育・研修

- ・ 医療対話推進者の必要条件には、人に関心があること、基本的な接遇ができること、医療安全や臨床倫理の知識があること、組織横断的に行動できる役職であること等が求められる。真面目過ぎる人は燃え尽きるので、レジリエンスがあることが重要である。最低限、医療対話推進者養成研修（基礎編）等への参加が必要である。基礎編や応用編の研修に参加すれば、職種に限らず、医療対話推進者として、より活動ができる。
- ・ 2004 年より、外部の医療対話推進者養成研修会へ毎年 2～5 名の職員を派遣しており、延べ約 100 名の職員が参加経験を有している。
- ・ 院内では、外部講師を招聘し、医師中心の全職種を対象に、1 回 30 名で医療コンフリクトマネジメントセミナー（1 日）を開催している。また、自院の医療対話推進者が講師になり、部署毎に声をかけたり、部署からの要請にもとづき、医療対話推進研修会（60-90 分）を不定期に開催している。

■患者相談のアウトカム

- ・ 窓口の相談件数は測定している。ご意見箱と HosPad から得られた内容の分類方法等と合わせて、データを整備中である。
- ・ 対応時間数、面談回数、患者一覧などはアウトカムの指標になり得る。

資料 3

- ・ 改善につながった件数は測定していない。
- ・ その他、患者相談窓口があることで、当事者の不安やストレスの軽減、苦情対応により診療が滞ることの回避、医療対話推進者が長く担当していることによる患者・家族との信頼関係の構築などの効果があったと考えられる。

・

■医療安全支援センターとの関係

- ・ 市保健所・地域保健課が年に 1 回主催する地域保健連絡会に、地域の病院の患者相談窓口の担当者が参加している。連絡会は講演会方式であり、北里大学病院の医療対話推進者が 2018 年、2019 年の講師を引き受けた。
- ・ 市地域保健課（医療安全相談窓口）から、医療事故が疑われるような事例の情報提供は年に 1 件あるかどうかであり、行政が病院を指導して欲しいというような内容が年に 4 件程度ある。病院から市地域保健課（医療安全相談窓口）に対しその対応結果をフィードバックすることはない。
- ・ 市地域保健課（医療安全相談窓口）の職員は非常勤職員や退職後の看護師が多い印象。
- ・ 過去に神奈川県医療安全支援センターと北里大学病院患者相談窓口とが連携して何かをした経験はない。

■今後の課題

- ・ 複数の診療科にまたがる事例に対し誰が対応するかを調整するのが難しい。職種や部署間の壁は一部ある。
- ・ 現在は 1 名の医療対話推進者（医療メディエーター）を中心に活動しており、後継者の育成が課題である。万相談所になっており、医療メディエーターの役割以外の内容への対応も求められることがある。

以上

資料 4

インタビュー記録

日時：2020年10月23日（金）16：00～18：00

場所：ひたちなか総合病院 会議室

参加者：

インタビュー：病院長、副院長、事務長、医療対話推進者1名（Ns、専任）、医療安全管理者1名（Ns、専従）、品質管理センタ1名（主任）、地域医療連携推進センタ1名（Ns）

インタビュアー：研究班2名、研究協力者3名

<患者参加活動について>

■医療安全管理の体制

- ・ 組織図：病院長 — TQM 統括室 — 安全管理センタ
- ・ 専従：看護師1名

■協働意思決定

- ・ 医療安全管理の全体研修で協働意思決定（SDM）を取り上げ、インフォームド・コンセント（IC）の方法に関する講義と、事例への対応方法を紹介した。
- ・ がん相談支援センタでは、セカンドオピニオンを案内したり、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）について説明している。患者と家族に対し、「重要な面談にのぞまれる患者さんとご家族へ—聞きたいことをきちんと聞くために—」（国立がん研究センター東病院作成）を参考にした冊子を配布し、患者・家族が医師に質問する手助けをしている。同意書には質問、回答、同意の欄がある。医師等から連絡があれば、がん看護専門看護師またはがん化学療法看護認定看護師が説明に同席し、患者・家族の理解度や気持ちを確認している。
- ・ 診療科により差があるが、86種類のクリティカルパスを使用しており、30～40%の患者に適用している。患者用パスは入院診療計画書に取り込んでおり、イラストを挿入するなど分かりやすくする工夫をしている。パスから逸脱した場合はパスの利用を取りやめ、入院診療計画書の変更で対応している。クリティカルパスは、パス委員会で年1回見直している。

■患者・家族のヘルスリテラシーの向上

- ・ 外来で癌に関する一般的な内容をまとめた冊子を配布しており、持ち帰る患者も多い。
- ・ がんの治療法やインフルエンザ対策などに関する市民講座を年2～3回開催している。看護の日は、住民向けに救急処置の講義や、リハビリテーション科による転倒防止に関する講演などを開催した。転倒防止の講演では、住民からの質問を受けたが、個人の相談になってしまった。
- ・ 乳がんの患者会（山百合の会）が、月1回がん患者ががんサバイバーの話を聞いたり、相談する機会を設けている。
- ・ 月に1～2回ハローワーク等（3団体程ある）が院内に窓口を開設し、がん患者等の就

資料 4

労支援相談会を開催しており、月に 1 人程度が利用している。普段は病院の MSW が相談を受けている。

- ・ 入院案内、院内掲示板、ホームページに患者の権利を記載している。
- ・ 入院案内に転倒防止や深部静脈血栓症予防のための記載はある。また入院後にリスクのある患者に説明用紙等を渡している。

■医療の質やサービス、患者満足などの改善を目的とした取り組み

- ・ 入院患者は年 2 回、外来患者は年 1 回（2 日間）満足度調査を行っている。
- ・ ご意見箱を院内 7 箇所に設置し、週 1 回収している。品質管理センターが投書の内容に応じた対応者を決め、振り分けている。
- ・ TQC 活動で外来待ち時間の改善などに取り組んだ。

■患者が自身の安全を担保する取り組み

- ・ 医療者と患者によるダブルチェックや、一部はタイムアウトにも患者が参加している。
- ・ 患者の誤認防止のため、外来患者は名前と生年月日を確認し、入院患者はネームバンドを確認する旨を書いたポスターを掲示している。
- ・ 整形外科は、(外科)手術前の回診時に患者と一緒に手術部位にマーキングしている。

<患者相談窓口の活動について>

■患者サポートセンターの体制

- ・ 事務長ーサポートセンター長
- ・ 専任：看護師 1 名
- ・ 兼任：事務員 4 名
- ・ 予算は、人件費のほか、研修費用など。

■医療対話推進者の研修の受講状況

- ・ 専任の看護師 1 名のほか、兼任の病棟師長 1 名が日本医療機能評価機構の 2 日間コース（3 年更新）を受講済み。

■相談の実績

- ・ 患者サポートセンターが対応した苦情・相談は、2019 年度は約 50 件であった。対面が 50%、電話が 40%、書面が 10%程度。医療事故が疑われる事例は無かった。内訳は次の通り。
 - 診療内容 7 件（14%）
 - 接遇対応 22 件（44%）
 - その他 21 件（42%）
- ・ ご意見箱の投書は、2019 年度は約 30 件であった。
- ・ 医療対話推進者が医療者と患者の間に入って行う話し合いは、年に 3~4 件ある。

■苦情・意見の情報収集、院内の流れ

- ・ 患者サポートセンタの存在は、院内にポスターを掲示し、入院案内に記載して周知している。
- ・ 一次対応は現場（総合受付、入院病棟、総務など各部署）で行い、その場で収まれば報告書を提出して対応を終了する。現場で問題が解決しない場合は、二次対応として患者サポートセンタが対応する。
- ・ コールセンタが受けた苦情の電話は、患者サポートセンタに回される。事務部門が受けた苦情のメールは、患者サポートセンタに回される。ご意見箱の投書は、品質管理センタが週 1 回収し、関連する部署と対応を協議する。
- ・ 県の医療安全相談センター、日立製作所、厚生労働省からも患者から相談があったという連絡がくることがある。
- ・ 相談・クレームの報告書は、上長、専任看護師、医療安全管理責任者、総務係主任、事務長が確認（押印）し、事務長が必要を認めた事例は病院長に報告する。
- ・ 患者サポートセンタ会議を週 1 回開催し、相談・苦情の情報を共有し、対応を検討する。患者サポートセンタ会議は、患者サポートセンタの専任看護師とセンタ長（事務長）のほか、サポート員 4 名、事例に関連する部署の責任者等が参加する。

■苦情・意見の当事者へのフィードバック

- ・ 苦情・意見の対象者を特定できる場合は、内容次第ではあるが、当事者に口頭で内容を伝えている。

■院内の各部署との連携

- ・ クレームは、必要があれば口頭で院長に連絡し、それ以外はクレーム報告書を院長に届けている。
- ・ 医療安全管理センタには、クレーム報告書を回覧するほか、必要に応じて対応をお願いしている。相談の中で、医療安全に関わる案件と判断した場合は、患者サポートセンタから医療安全管理センタに連絡する。医療安全管理センタが最初に受けた案件でも、クレームの要素が多い場合は患者サポートセンタと一緒に対応する場合がある。

■職員への教育・研修

- ・ 患者サポートセンタの専任の看護師は、医療対話推進者養成のための 2 日間の研修に参加した。実際の医療事故事例に基づいたグループワークをしたが、現在の業務はクレーム対応が主になっており、現状に則さない内容であると感じた。
- ・ 患者と医師の間に入るのがメディエーターの役割だと思う。相手の言い分を聞いて、もう一方に伝える役目がほとんどである。医療対話推進者には、接遇とコミュニケーションの能力が求められる。患者の訴えたいことを引き出すような傾聴方法が学ぶ機会があるとよい。患者対応には継続的に経験を積むことが必要である。
- ・ 看護師はアドボケーターとしての教育を受けてきているので、メディエーターに適していると考ええる。クレーム対応であれば事務職でも対応可能と考える。
- ・ e-learning の接遇研修を年 1 回開催している。新入職員向けに、実例を用いたクレーム

資料 4

対応の研修も開催している。中途採用者には、中途採用者向けの医療安全研修の中でクレーム対応について解説している。

■患者相談のアウトカム

- ・ クレーム報告書には、対応した結果、患者・家族が「了解」したか、「不満」が残ったか、「不明」であるかを評価し、記載する欄がある。2019年の50件の苦情・相談のうち、了解は37件、不満は6件、不明が7件であった。
- ・ 相談者の年代や性別などの分布は把握している。
- ・ クレーム報告書とインシデントレポートが基になり、患者の移動中に皮膚の裂傷が起きた事例をリハビリテーション科と一緒に検討し、ベッドサイドに注意喚起の表示をするなどの改善に繋がった事例がある。

■医療安全支援センターとの関係

- ・ 県の医療安全相談センターから、年に2～3件の情報提供がある。内容は言いがかりのような苦情が多く、医療事故が疑われるような内容はない。
- ・ 病院での相談・苦情への対応結果は、全てではないが、内容次第で、病院から医療安全相談センターへフィードバックしている。
- ・ 患者サポートセンタの職員は、可能であれば医療安全相談センターが年1回開催している研修会に参加しているが、医療安全相談センターの担当者が誰であるかは知らない。
- ・ 患者からの苦情・相談を引き受けてくれて助かっていると感じる。

■今後の課題

- ・ 認知症、精神疾患患者や長時間の対応を要する患者への対応が難しい。
- ・ 電話は相手の顔が見えず、暴言を吐かれることが多い。
- ・ 警察OBはいないため、激昂した患者への対応に困る。

■その他

- ・ 保健所や医師会（個々の開業医）からの情報提供された苦情・相談等に対しては、病院の対応結果を先方にフィードバックしている。
- ・ 病院の機能や特徴により、患者への対応が異なる場合がある（患者が治療したくないと言えやらないなど）。新しく他の病院から赴任した医師は、求められる対応が異なるため、患者からの苦情が多くなることもある。
- ・ 医療対話推進者への精神的フォローが必要と考える。苦情は、自分に言われているわけではないが、自分が言われているように感じ、悩むことがある。近隣病院の同職者のネットワークを構築し、交流を持つ機会があると、事例について相談ができてよと感じる。

以上

資料 5

インタビュー記録

日時：2020年11月4日（水）10：00～12：00

場所：練馬総合病院 会議室

参加者：

インタビュー：病院長、事務長（なんでも相談室、兼任）、安全管理室 1 名（薬剤師、専任医療安全管理者）、庶務課課長（元医事課課長）1 名、医療福祉相談室 1 名（MSW、専従）

インタビュアー：研究班 4 名、研究協力者 3 名

オブザーバー：厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 1 名

<患者参加活動について>

■医療安全管理の体制

- ・ 組織図：病院長 — 安全管理室
- ・ 専従：安全管理者（看護師・師長）1 名
- ・ 専任：薬剤師 1 名（医療安全管理者）
- ・ 兼任：医師 1 名、薬剤師 1 名（医薬品安全管理責任者）、臨床工学技士 1 名（医療機器安全管理責任者）、診療放射線技師 1 名（医療放射線安全管理責任者）、臨床検査技師 1 名
- ・ 安全管理室は週 1 回会議を開催する。
- ・ 医療安全推進委員会は、各部署の安全管理者が委員として参加し、月 1 回会議を開催する。
- ・ 医療安全管理者養成研修は、病院長、専従の看護師、専任の薬剤師の 3 名が受講している。

■協働意思決定

- ・ インフォームド・コンセント（IC）で同意書を取る際、医師と看護師は患者が質問しやすいように心がけている。患者にはお気軽に質問・相談してくださいと話している。診療記録のサンプリング監査も実施し、十分な説明がされているか確認している。
- ・ 治療の同意書を取る際は原則として看護師が同席し、患者に生活上気を付けるべきことなどを説明している。がん化学療法の説明は薬剤師も同席し、副作用の注意点などを説明している。看護師や薬剤師が同席することを絶対条件に定めてはいない。診療記録のサンプリング監査では、ほとんどの IC に看護師のサインとコメントがある。
- ・ がん化学療法では、患者にレジメン（患者には「スケジュール」と表現）を渡すほか、小型版をお薬手帳にも貼付し、保険薬局と情報を共有している。薬剤師と患者で、モニタリングシート（副作用を確認するチェックリスト）を用いて一緒に副作用を確認し、その結果もお薬手帳に貼っている。
- ・ クリニカルパスは 54 種類あり、患者の 5 割強に適用している（婦人科・眼科は 10 割）。全てのクリニカルパスに患者用クリニカルパスを用意している。パスから逸脱した場合、その後の治療方針は主治医の判断で決定する。

資料 5

- ・ アドバンス・ケア・プランニングの用紙は用意しているが、まだ積極的には利用していない。以前から、治癒の見込みがない場合あるいは終末期医療に関する希望(advance directive：事前指示)を申し出るように文書を掲示し、希望を聴取している。

■患者・家族のヘルスリテラシーの向上

- ・ がん化学療法は高額なので、治療内容に加え、概算料金を示す資料を提供している。
- ・ 練馬区の施設を使用し市民講座を開催している。敬老の日講演会では転倒防止等の講演をしたほか、会場の外に相談ブースを設け、各種の相談に応じている。練馬区から依頼を受け、地域住民向けの糖尿病講演会も開催した。
- ・ 看護の日は地域住民向けに、院内で講演や血圧測定等を行っている。地域の小学校に案内を出し、親子で参加する夏休みの医療体験会を開催した。
- ・ 化学療法委員会が、がんサバイバーとがん患者の交流会を企画しているが、まだ開催していない。
- ・ 病院職員が講師を務める糖尿病患者向けの料理教室を開催しており、最大で約 70 名の患者・家族が参加している。料理教室では、患者・家族がどのような食事をとっているか紹介していただき、他の患者・家族の参考にしてもらっている。内容に問題がある場合は、指導する場合もある。その他、近所の町会に呼ばれ、医療関係の講演をすることもある。
- ・ がん患者の就労支援は、病院正面玄関の掲示「相談窓口のご案内」に、相談を受け付けている旨を記載している。患者から申し出があった場合に MSW が対応するが、今のところ依頼はない。
- ・ 機関紙のハローホスピタルを年 4 回発行し、講演会や夏休み医療体験会等の報告や、院内の専門家が情報を発信している。
- ・ 医療安全に関連した患者向けパンフレット等は作成していないが、入院のしおりには入院中に気を付けるべき内容(持参薬や手術前の注意など)を掲載している。転倒予防のための履物の選び方は、入院のしおりに記載し、病棟看護師が個別に指導している。
- ・ 入院のしおりの中に「賢い患者になるための 10 ヶ条」を入れている。

■医療の質やサービス、患者満足などの改善を目的とした取り組み

- ・ 法人の役員(理事・評議員・監事)に地域の町会長数名が入っているほか、他の町会長を含めた新春懇談会を開催し、地域のご意見を伺っている。院内の各種委員会に患者や地域住民が参加することはない。
- ・ 医療の質向上(MQI)活動を行っており、毎年テーマを変えて、課題に対する調査・改善を行っている。活動テーマによっては、患者を対象にしたアンケート調査を行い、その結果に基づいて改善活動を進める場合がある。一例として、保険薬局から病院への疑義照会による患者の待ち時間の調査・改善等を行った。
- ・ 全ての入院患者に対し、退院時に患者満足度調査の調査票を渡し、回収している。外来患者は 2 月と 7 月に患者満足度調査を行っている。患者満足度調査は病院独自の調査票(無記名)を使用している。患者満足向上委員会が患者満足度調査の結果を月 1 回検討している。医療者の接遇や食事への不満などがある。職員向けに「患者さんの声」とい

うニュースレターを発行し、調査結果に基づき改善すべき内容を周知している。患者満足度調査で、患者が自らの意思・判断で治療方法、方針を決定できたかどうかの確認はしていない（調査項目にない）。医師が患者の気持ちに寄り添ったかどうかは確認している。

- ・ ご意見箱の投書等は改善活動に役立っている。例えば、携帯電話の通話可能エリアの院内表示が分かりにくいという投書があり、医事課で対応した。患者から、職員が廊下で患者の病態に関わる話をしていて、他患者に内容が聞こえるという注意があり、院長が改善指示を出した。病院職員が近隣の店や店の前で患者に関わる話をしているという注意があり、病院長が改善指示を出した。

■患者が自身の安全を担保する取り組み

- ・ 患者の本人確認の際に氏名を名乗ってもらうが、患者自身が薬の名前を確認することはしていない。

<患者相談窓口の活動について>

■医療福祉相談室の体制

- ・ 組織図：院長 - 医療福祉相談室（相談窓口）
- ・ 専従：MSW 1名
- ・ 兼任：医師 1名、看護師 1名、社会福祉士 4名（うち精神保健福祉士の資格も持つ者 2名）
- ・ 医療福祉相談室は地域連携室を兼ねており、平日の日中のみ相談を受け付けている。土日祝祭日や夜間は窓口の事務員が話を聞き、後日申し送る。病院玄関の総合案内に患者の相談窓口として医療福祉相談室があることを掲示し、入院のしおりにも案内を記載している。
- ・ 患者の苦情等を受け付ける窓口として、他に「なんでも相談室」がある。各安全管理担当者、感染対策担当者、個人情報管理責任者の管轄外の案件は、なんでも相談室（事務長）が対応する。なんでも相談室と医療福祉相談室の窓口の場所は異なる。

■医療対話推進者の研修の受講状況

- ・ 医療対話推進者養成研修に参加した者はいない。

■患者相談の実績

- ・ 2019年度に医事課が電話対応したのは54件であった。内訳は、受付の接遇などへの注意が約3割、医療費等の問い合わせ・質問が約7割であった。2020年度から、受けた電話の冒頭で電話対応を録音するというアナウンスを流すようにした。その影響かどうかは分からないが、2020年9月までに電話対応したのは8件であり、今年度は件数が少ない。電話対応した中で、医療医事故を疑う事例は0件であった。
- ・ 2019年度に専従の医療安全管理者が対応した苦情・相談は8件であり、内3件は治療に関する内容、3件は接遇に関する内容、2件は個室料金等の医療費に関する内容であった。

資料 5

- ・ 患者と医療従事者の間で話がこじれている場合は、両者の面談時に事務長が同席する場合がある。

■苦情・意見の情報収集、院内の流れ

- ・ 苦情・相談の内容によりどの部署が対応するか臨機応変に決めている。患者相談対応・支援マニュアルがある。
- ・ 患者満足向上委員会を月 1 回開催し、退院時アンケートおよび年 2 回の外来アンケート（患者満足度調査）、苦情、投書等の内容および投書への各所属長の対応内容等について検討している。
- ・ 電話や窓口で受けた苦情・相談は、内容により病院長に報告する場合がある。ご意見箱の投書や患者満足度調査の結果は全て病院長に報告している。
- ・ 対面での苦情・相談は、現場（総合案内や各部署）で一次対応し、現場で対応できなかった案件は医療福祉相談室が二次対応する。医療福祉相談室では MSW が中心になって相談に応じる。
- ・ ご意見箱を各病棟及び外来 3 か所に設置し、患者満足向上委員が毎月回収している。投書への対応は、内容により担当部署に振り分ける。2019 年度のご意見箱への投書の件数は 120 件であった。内訳は、約 6 割が苦情、約 4 割がお褒めの言葉であった。投書の中に医療安全に関わる内容はなかった。苦情の内訳はほとんどが接遇関係であった。

■苦情・意見の当事者へのフィードバック

- ・ ご意見箱への投書への回答は、ご意見箱の近くに掲示するほか、一部は広報誌にも掲載している。広報誌は Web サイトで公開している。
- ・ 患者による退院時アンケートへの回答は匿名である。内容により、苦情・意見の対象者である医師や看護師を特定できる場合がある。その場合は個別に内容を伝え、指導している。
- ・ 患者・家族に回答を要求された場合など、回答する必要がある苦情・相談に対しては、次回来院時に回答を伝えるなどしている。

■院内の各部署との連携

- ・ 苦情・相談の内容が複数の部署に関わる場合、各部署で情報を共有し、各部署が順次対応する。
- ・ 医療安全に関わる苦情・相談は、各部署から安全管理室に要請があった場合に医療安全管理者等が患者対応する。それらの内容は、安全管理室の会議で検討した後、医療安全推進委員会で対応を検討する。
- ・ 苦情・相談のうち、患者の受け入れに関する内容（受診や救急での患者対応、紹介元との連携の課題等）は地域連携委員会で対応を検討し、退院支援に関連する内容（患者の意向に沿った退院支援ができたか等）は病床管理委員会で検討する。

■職員への教育・研修

- ・ 患者・家族の苦情・相談に限定した教育・研修は行っていないが、患者満足向上委員会

が職員向けにニュースレター「患者さんの声」を発行し、全職員で患者の苦情等を共有している。(院内) カルテメールで個別の対応を職員に指示する場合もある。

■医療安全支援センターとの関係

- ・ 医療安全支援センターから年に 3~4 件の情報提供がある。医師の接遇に関する内容が多い。情報提供された内容は、院内の投書等で既に把握しているものが多く、未知の内容は少ない。
- ・ センター側は「患者・家族のお話をお伝えするだけです」と話し、情報を一方的に伝えられるだけで、病院の対応結果について回答を求められることはない。
- ・ 電話連絡以外でセンターの職員と接する機会はない。
- ・ 東京都が開催する入退院支援に関する研修会等には参加しているが、医療安全支援センターが開催する研修会への参加は分からない。
- ・ 患者からの苦情などをセンターが受け、患者の感情を和らげてくれているのだとしたら、センターが患者と病院との間に入ることに意義があると思う。

■今後の課題

- ・ 認知症や精神疾患の患者は、苦情・相談が長引き、なかなか解決しないことがあり、対応に困る。

■その他

- ・ 病院長が臨床倫理に関する内容について職員から相談された場合、まずは現場で話し合うように指示する。現場で解決できない場合は倫理委員会を開催する。しかし、直近 1 年間で臨床倫理に関する内容を倫理委員会で検討したことはない。
- ・ 医療安全管理者の個人的な意見として、患者参加とは、患者の意見を自分達の業務改善に活かすことであると考えている。

以上

資料 6

インタビュー記録

日時：2020年12月4日（金）10：00～12：00

場所：日本医科大学付属病院 会議室

参加者：

インタビュー： 研究班 3名、研究協力者 2名

インタビュアー：医療安全管理者（看護師）1名、患者相談室（事務）1名、患者支援センター（事務）1名

オブザーバー：厚生労働省担当者 3名

<患者参加活動について>

■医療安全管理の体制

- ・ 組織図：病院長 — 医療安全管理部 — 医療安全室
- ・ 医師 1名、看護師 1名（専従）、薬剤師 1名（専従）、事務員 3名（専従 2、兼任 1）

■患者の意向や価値観を意思決定に反映させる取り組み

- ・ 病院として、Shared decision making (SDM)がどのようなものか明示的に示してはいない。看護師は、Informed Consent (IC)に同席し、患者や家族の反応や理解度を確認し記録している。看護師は、病棟での IC は同席できているが、外来での IC は同席が難しい。看護師の IC への同席率は 30%程度である。2020 年度より IC への同席率向上のため、外来のがん看護専門看護師や認定看護師を増員した。
- ・ 医療安全管理部に IC 委員会が位置づけされており、処置・手技のグレードに応じて、IC に同席すべき医療従事者の職種や人数が設定されている。
- ・ 臨床倫理の問題に対しては、これまで医療安全が対応してきた。今年 10 月に、リエゾン看護師やがん看護専門看護師等の約 10 名をコアメンバーとする、臨床倫理委員会を起ち上げた。同委員会には各診療科から 1 名の医師が参加している。同委員会では、今後 Advanced Care Planning (ACP)の導入について検討している。患者の意思を確認可能なツールがあれば活用したいと考えている。

■患者・家族のヘルスリテラシーの向上

- ・ がん患者や糖尿病患者を対象にした市民公開講座を年に 3～4 回開催している。糖尿病患者を対象とした多職種による講習会を開催し、生活における注意事項の小冊子を作成・配布した。循環器患者家族を対象に心肺蘇生の実践方法講座を不定期に開講している。
- ・ がんの部位別に、がん体験者が、がん患者とその家族を対象にピアサポートを行う会を年 1 回開催している。
- ・ 入院案内の中で、転倒転落や深部静脈血栓症の予防法等について記載している。
- ・ クリニカルパスは全体で約 200 種類あり、その全てに患者用パスがある。パスは約 3 割

の患者に適用しており、バリアンス発生時は使用を中止する。

■その他

- ・ 患者満足度調査は実施しているが、患者参加の状況を評価するような設問は入っていない。病棟では、患者の入院時にご意見用紙を渡し、医療者に直接言えないようなことはそこに書いてご意見箱に入れるようお願いしている。
- ・ 監査委員会には患者の代表者が参加しているが、委員会を含む、院内の各種の組織に患者は参加していない。
- ・ 病院として、患者参加の概念や言葉の意味を定義してはいない。
- ・ 患者参加とは、患者が自分の状況やケアを把握し意見を述べること、自分のADLを理解して自ら安全を担保すること、患者が自ら医療に関与すること等であると考える。(医療安全管理者の見解)

<患者相談窓口の活動について>

■患者相談の体制

- ・ 院長 – 医療安全管理部 – 患者相談室 (医療安全に関する相談を担当)
 - 医師 1 名 (兼任)、事務員 2 名 (専従)
- ・ 院長 – 診療支援・管理部門 – 患者支援センター (相談全般の割振りを担当)
 - 事務員 14 名
- ・ 患者支援センターの患者相談窓口は本館 1 階の初診受付の近くにあり、平日の日中はスタッフ 2 名が窓口対応をしている。事務系の職員が交代で担当する。夜間、土日は開いておらず、当直の事務員が対応する。患者相談窓口の場所は、病院の入口に患者相談窓口の案内板を設置しているほか、院内 4 か所に案内を掲示している。入院案内に患者支援センターの内容を記載している。研修等のための予算は確保していない。
- ・ 相談者は患者相談窓口で受付票を記入する。窓口の担当者は、受付票の内容に応じて、MSW、退院支援看護師、がん専門看護師、医療連携部門、医事課入院係・外来係、各部署責任者へ対応を依頼する。

■医療対話推進者の研修の受講状況

- ・ 医療対話推進者養成研修は、医療安全管理部の薬剤師を含む 10 人ほどが受講している。患者相談室および患者支援センターの職員に受講経験のある者はいない。一部の職員は新型コロナウイルス感染症の拡大がなければ今年受講する予定であった。

■相談の実績

- ・ 2019 年度に患者相談室が受け付けた患者苦情・相談件数は、意見箱が 360 件、電話及び対面対応が 47 件であった。
- ・ 患者相談室が受け付けた相談・苦情の内容は分類別に集計している。~~2019~~
- ・ 患者相談室で受け付けた相談のうち、医療安全に関わる内容は月に 1~3 件である。
- ・ 2019 年度に患者支援センターが受け付けた窓口相談件数は、院内施設の案内や受診相談等が 3,878 件 (医師等への 25 件の苦情を含む)、療養支援部門に関連する内容が 606

件、がん相談に関連する内容が 187 件であった。

- ・ 患者支援センターの患者相談窓口で受け付けた相談のうち、医療安全に関わる内容は月に 3～5 件である。

■ 苦情・意見の情報収集、院内の流れ

- ・ 患者支援センターの患者相談窓口で受け付けた苦情・相談は、関係する部署に対応を割り当て、対応を依頼している。患者相談窓口が主体的に問題解決に当たるよりは、関係する部署が問題解決にあたる場合が多い。
- ・ 患者支援センターで受け付けた苦情は、Safe Master（医療事故や合併症、副作用、苦情等に関する電子的な院内報告システム）に入力し、院内で共有するほか、毎週週 1 回ミーティングを開き、苦情・相談への対応を検討している。
- ・ 夜間や土日は、当直の事務員が苦情・相談を受け、その内容を庶務課に報告し、後日 Safe Master にも入力する。
- ・ 現場の医師や看護師が受け付けた苦情・相談は、その医療従事者が Safe Master に入力・報告する。
- ・ Safe Master で入力・報告された患者の苦情・相談は、医療安全委員会で対応を検討し、その内容を当該各部署の責任者に伝達する。
- ・ 患者満足度調査の結果や職員の接遇に関する報告は、サービス向上委員会で対応している。
- ・ 院内にはご意見箱が 11 ヶ所設置されており、苦情・相談を受け付けている。患者相談室の職員が毎日回収し、投書内容については関係部署の責任者にその都度、報告し迅速に対応をしている。
- ・ Safe Master に登録された苦情・相談は、医療安全管理部の医師・医療安全管理者・院長・副院長・当該部署の責任者が毎日確認している。

■ 苦情・意見の当事者へのフィードバック

- ・ ご意見箱に入れられた投書への回答は、内容次第ではあるが、1 か所の掲示板に掲示し、3 ヶ月を目途に掲示内容を入れ替えている。
- ・ 職員を名指しした苦情は、当該職員が所属している部署の管理責任者に内容を報告し、管理責任者が当該職員の指導を行っている。
- ・ 電話で受け付けた苦情のうち、患者・家族からの要望があれば、病院の対応結果を後日フィードバックしている。
- ・ 分院に対する苦情が来るともあり、その場合は分院に内容を伝えることもある。

■ 院内の各部署との連携

- ・ 患者支援センターで受け付けた苦情・相談のうち、医療安全に関する内容は、医療安全管理部の患者相談室へ連絡する。

■ 職員への教育・研修

- ・ 接遇の研修は必要だと考えるが、全職員が受講しているわけではない。

資料 6

- ・ 苦情・相談を受ける担当者は、患者等の話を聴く力（患者等の話を反論せずに聴き、患者の要望を汲み取る）を訓練する機会があると良い。
- ・ 苦情・相談を受ける担当者は、どうしても病院側の立場・見方で回答してしまう。中立的な立場で患者等に対応する方法を学ぶ機会があると良い。
- ・ 苦情・相談を受ける担当者は、患者等の負の感情にさらされることが多い。担当者のメンタルヘルスを良好に保つため、それらの対処方法などを学ぶ機会があると良い。
- ・ 窓口対応では病院の立場だけではなく、患者の立場も理解した上で中立的な立場で対応できるようになることが重要だと考えている。

■患者相談のアウトカム

- ・ 患者相談窓口での対応件数が考えられるが、成果としてアピールすることはしていない。

■医療安全支援センターとの関係

- ・ 都の医療安全相談センターからは年に約 10 件の情報提供があるが、既知の内容が多い。内容は医師の説明や態度に関するものが多く、医療安全に関する内容はほぼない。
- ・ センターは、センターが受けた相談内容を病院に一方的に伝えるだけである。病院側の対応結果について、センターにフィードバックすることはない。
- ・ 年 1 回の都の立入検査の際に、医療安全支援センターに対し相談を繰り返す特定の患者について、病院でどのように対応したか質問を受けたことがあった。
- ・ 医療安全支援センターが年 1 回開催している研修会は認識していない。

■今後の課題

- ・ 患者支援センターの患者相談窓口は、シフトで人が入れ替わるため、経験の浅い若い事務員などが担当する場合もあり、相手の要望をうまく聞き出せないこともある。激昂した相談者への対応は、慣れていない職員には難しく、相手が何を求めているか冷静に聞き出せない。
- ・ 全職員に苦情を受ける経験をしてもらい、苦情を受ける担当者の現状を知って欲しい。
- ・ 医療安全について、人により考え方や解釈が異なる。医療安全管理者養成研修に参加して初めて分かったこともある。管理職は医療安全の研修を受講して欲しい。
- ・ 患者にも患者誤認に対しての理解を深めてもらえるようにしたい。患者も治療チームの一員であることを理解してもらいたい。
- ・ 患者が自分の治療に関する意見・主張を言いやすいオープンな雰囲気醸成が必要である。

以上

インタビュー記録

日時：2021年3月15日（月）13：00～15：00

場所：済生会熊本病院 会議室

参加者：

インタビューー： 研究班 3名、研究協力者 1名

インタビュアー： 支部長、病院長、副院長、副看護部長、TQM 部長、医療福祉相談室 2名、医療安全管理室 1名、品質管理室 1名、療養支援室 1名

<患者参加活動について>

■医療安全管理の体制

- ・ 組織図：病院長 — TQM 部 — 医療安全管理室
- ・ 医師 2名、看護師 1名（専従）

■患者参加の定義

- ・ 病院として「患者参加」の意味を定義してはいない。
- ・ 患者参加の定義に関する個人の考えは次の通り。
 - 患者と一緒に活動すること。
 - 患者が治療方針や生活の仕方を自身のこととして考え、主体的に活動できること。病院はそれを支援する。
 - 医療者が、患者が分かるように各種の説明を行い、患者が行動できるように支援すること。
 - 患者参加という言葉は、患者が受動的な姿勢であるように感じるが、患者参画という言葉は患者が能動的な姿勢であるように感じる。
 - 患者参画は、患者が治療計画に主体的に加わる印象があり、患者参加より一歩進んだ考え方だと思う。
 - 患者の責務として、医療者に症状を伝えるなどの治療への参加は患者の責務であると明示している。
 - IC だけではなく、Shared decision making (SDM)まで行ってこそ患者参加だと考える。SDM は正解のない医療に適用されるものであり、議論の余地のないような医療に適用する必要はないと考える。SDM は患者の周辺（家族等）にコミットできる人と一緒に行く必要がある。そのような場面ではコメディカルが力を発揮する。

■患者の意向や価値観を意思決定に反映させる取り組み

- ・ 緩和ケア委員会が看護師向けに意思決定支援ガイドを作成している。その中で、看護師は Informed Consent (IC)前に患者の意思決定能力や疾病に対する認識・理解度等を確認し、患者の意思を医師に伝えることを明記している。
- ・ IC を得る過程において、患者用クリニカルパスを提供し、セカンドオピニオンが保証されていることなども含めた説明をしている。

- Advance Care Planning (ACP)は、2010年より事前指定書という名称で、地域連携のツールとして運用開始した。現在は、救急患者や癌、心不全の患者を中心に運用している。患者説明には退院調整部門スタッフ（Ns または MSW）が同席している。近年、事前指定書の使用数が減少傾向にあるのが課題である。運用上の課題として、内容の説明に時間を要することや、ACP を患者に紹介するタイミングの難しさ、院内スタッフへの周知不足などがある。
- Do Not Attempt Resuscitation (DNAR)の希望がある場合は、紹介状にもその旨を記載している。
- 療養支援室の看護師は心外と呼外の IC に参加し、その後事前指定書を紹介するなどの支援をしている。他の診療科は患者の状態に応じて IC に同席又は IC が終わった後に支援している。

■患者・家族のヘルスリテラシーの向上

- 患者に、リーフレットなどの説明用ツールを用い、転倒・転落（ロコモの自己チェック）、誤嚥・窒息（嚥下機能の自己チェック）、せん妄、疼痛管理など、入院中のリスクについて説明している。
- 全診療科が、疾患に関する DVD やパンフレットを提供するなどして、治療に対する理解の促進を図っている。
- 地域連携フォーラムを開催し、高齢者医療について議論する場や救急医療連携について考える機会を設けている。
- 患者のピアサポートとして、がんサロンを月 1 回、透析患者向けの「そらまめじんぞう教室」を年 4 回開催している。

■患者が主体的に医療安全管理活動に参加

- 院内にポスターを掲示し、患者確認時は患者にフルネームと生年月日を名乗ってもらっている。与薬と配膳の際の実施率は 91%、外来は 96.5%。
- 手術部位は患者と一緒に確認し、マーキングしている。実施状況は電子カルテのテンプレートに入力してモニタリングしている。
- Patient eXperience (PX) を測定している。毎月第 3 週の退院患者を対象に、Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)に独自の設問を追加して PX を調査している。
- 院内の委員会等に患者が参加することはない。済生会の支部の理事会に地域代表者が参加している。

<患者相談窓口の活動について>

■患者相談の体制

- 医療福祉相談室が苦情に対応し、療養支援室が医療相談に対応する。
- 院長 - 医療連携部 - 医療福祉相談室
- 院長 - 医療連携部 - 療養支援室
- 医療福祉相談室は MSW 11 名、事務員 3 名が在籍している。6 名がメディエーターの研

- 修を受講しており、内 1 名は専従として配置している。3 年間でローテーションする。
- ・ 療養支援室は看護師 9 名が在籍している。3 名がメディエーターの研修を受講しているが、専従では配置していない。
 - ・ 医療対話推進者養成研修はロールプレイが参考になった。患者相談への対応は、場数を踏み経験を積むしかない。フォローアップ研修があると良いと思う。
 - ・ 患者サービス検討委員会（月 1 回開催）において、患者のご意見・苦情の確認、改善事例の是正管理、患者満足度の評価等を行っている。
 - ・ 患者相談対応会議（週 1 回）において、患者のご意見・苦情への対応を検討している。
 - ・ 患者サービス検討委員会と患者相談対応会議の内容は、管理運営会議（週 1 回）で報告する。

■相談の実績

- ・ 2020 年度 2 月時点までの患者苦情・ご意見件数は、意見箱が 45 件、対面が 64 件、電話が 35 件、アンケート記載が 149 件であった。
- ・ 苦情・ご意見の月別推移は、9 月が多く、その後減少している。
- ・ 苦情・ご意見の内容は、対応や接遇に関するものが多く（31%）、次に施設設備に関するもの（25%）、説明に関するもの（11%）となっている。
- ・ 苦情・ご意見は、患者・家族の苦痛（1～3 点）、緊急度（1～3 点）、病院への影響（1～3 点）の 3 つの観点で評価し、各評価点を積算した点数によりレベル分け（レベル 1～4）している。点が高いほど管理のレベルを高くしている。発生部署で検討・対応するレベル 1 が全体の 41.1%を占めている。
- ・ 苦情や事故に関して、患者、医療者、医療対話推進者の三者が一緒に面談するのは、年間 2～3 件である。

■苦情・意見の情報収集、院内の流れ

- ・ 苦情・ご意見の初期対応は原則として現場管理者が行うが、報告・検討・対応は苦情・ご意見のレベルに応じて変わる。また、対応に苦慮する場合はレベルを問わず医療福祉相談室が介入する。
- ・ 苦情・意見は、初期対応後、24 時間以内に意見・苦情管理システム（Safe Master）へ登録する。
- ・ 夜間・休日に寄せられた苦情・ご意見は担当の師長が対応し、翌営業日に引き継いでいる。
- ・ 医療安全に関わる案件は医療安全管理室に報告し、TQM と連携して対応する。
- ・ 法的対応が必要な場合は、現場管理者から医療福祉相談室と総務課が引継ぎ、顧問弁護士に相談する。
- ・ ご意見箱に投函された苦情・ご意見は、医療福祉相談室が内容を確認し、関連部署に検討を依頼し、病院上層部へ報告する。

■苦情・意見の当事者へのフィードバック

- ・ 職員に対する不満等は、原則として関連する職員の所属する部署の所属長へフィードバ

ックする。

- ・ ご意見箱に寄せられた苦情・ご意見への回答は、医療福祉相談室で内容を確認し、申出者が特定できる場合は本人へ説明し、申出者不明の場合は掲示板に回答を掲示する。
- ・ 転院先へのご意見等は、患者の同意を得たうえで、転院先の患者相談窓口等へ伝える。

■院内の各部署との連携

- ・ 苦情・ご意見に対する初期対応において、現場管理者で対応できない案件については医療福祉相談室が介入する。
- ・ 患者サービス検討委員会、患者相談対応会議には関係部署がメンバーとして参加し、情報共有等をしている。

■職員への教育・研修

- ・ 師長クラスの看護師は、全員（約 30 名）が日本医療機能評価機構の 2 日間の医療対話推進者養成研修を受講している。
- ・ 2016 年度に院内スタッフ向けに医療コンフリクト・マネジメントに関する e-learning を実施した。
- ・ 日本医療メディエーター協会の医療対話推進者養成研修会に定期的に職員を派遣している。

■医療安全支援センターとの関係

- ・ 年 1 件程度の情報提供があり、院内の対応結果を全てセンターに報告している。
- ・ 病院からセンターに対し、患者への対応方法を相談し、アドバイスを求めることがある。センターより、説明・同意の方法を変更すると良いというアドバイスを得て、同意書を修正し、その旨をセンターへ報告したことがある。

■今後の課題、その他

- ・ 医療安全支援センターとの連携は強化していきたいと考えている。

以上

インタビュー記録（書面回答）

大腸肛門病センター高野病院

回答日時：2021年2月5日

＜病院の患者参加の活動状況に関する項目＞

項目	回答
① 医療安全の組織体制	
・ 組織図上の位置付け（部署、委員会、担当者）	<p>病院長が医療安全統括責任者（副院長）を指名し、医療安全に関する権限を委譲する。医療安全統括責任者の直属として医療安全管理責任者を配置。</p> <p>医療安全部門として、医療安全管理対策、院内感染対策、医療機器対策、医薬品安全対策、放射線安全対策があり各部門に管理責任者を配置。医療安全管理責任者は各部門と連携し医療安全対策を講じる。</p>
・ 職員の職種・職位・常勤/非常勤の内訳	<p>①医療安全管理対策委員会 【職種】医師3、看護師4、事務3、放射線技師1、薬剤師1、理学療法士1、検査技師2、臨床工学技士1、医療ソーシャルワーカー1 計17名。 【職位】副院長1、部長1、次長2、科長1、係長2、主任5、主任代務2、副主任2、その他1。 【全員が常勤】</p> <p>②医療安全管理委員会【職種】医師3、看護師11、栄養士1、事務9、放射線技師1、薬剤師1、理学療法士1、検査技師1、臨床工学技士2、医療ソーシャルワーカー1 計31名。【職位】副院長2、医長1、部長1、次長2、科長1、係長3、主任5、主任代務3、副主任3、その他10。 【全員が常勤】</p>
・ 専従・専任の医療安全管理者の配置状況、研修の受講状況	専任医療安全管理者 医療安全管理者研修46時間時間受講終了。
② 患者参加の定義	
・ 病院としての患者参加の定義（患者参加の用語をどう捉えているか）	<p>医療者が診療情報を患者と共有して、患者－医療者のパートナーシップを強化することは極めて重要である。患者が療養上の選択肢を提示された場合に適切に判断をし、療養上の指導等を正しく理解して守れるようにするために、医療者による情報の提供とそれを理解するための支援が必要である。また、患者の医療安全対策上も患者の参加が重要である。具体的には、既往歴・治療歴・服薬歴・アレルギーなどの情報、誤認・誤薬・輸血過誤などの防止のための姓名・生年月日・リストバンド・診察券等の確認作業への協力の仕組みなどがある。</p>
・ 患者参加の意義（医療における意義、医療安全における意義、何を達成することか等）	<p>医療における意義：病気や治療への知識を高め、医師、看護師とより深く、よりスムーズなやりとりができるようになることで一歩踏み込んだ質問や相談など可能になり医療の質の向上につながる。</p>

	医療安全：患者の力を活かす、患者が間違いを見つけられることができるような機会、診断、治療過程に参加することでより安全な現場を創ることができる。 達成：患者、家族が医療安全、再発防止策に参加する。
・ 本インタビューに回答していただける方が考える「患者参加の定義」とは	患者が、自分の病気や治療に関して医師に任せるのではなく自ら情報収集するなど主体性を持って医療に参加。
☞ 患者参加の定義は広く、人によってその捉え方が異なると考えられる。	患者が本意の治療を受けるには患者は自身の意思を表示する。双方の意思が目に見える形で行動化されることが大切。

③ 患者参加に関する取り組みの実施状況	
・ 患者の意向や価値観を意思決定に反映させる取り組み	医局会・カンファレンス等で患者の意向を報告した上で意思決定を行っている。
☞ 説明と同意 (Informed Consent) に関する手続きと記録方法の標準化	主治医または担当医は原則として、看護師・医療ソーシャルワーカー等の同席の元で行い、同席できない場合は、同意書を受け取る際に、質問などがないか必ず確認し、確認した内容を記録している。 説明書・同意書などに基づいて説明を行い、医師、看護師共に記録を残す事を原則としている。 未成年者に対しては、保護者または代理者の同席を求め、理解力が困難と思われる患者（高齢者や日本語の理解が難しい方等）に対しては、代諾者の同席を求めたり、希望により通訳者などが同席できるようにしている。
☞ 医療者と患者が協働して治療方針等の意思決定をする取り組み (Shared Decision Making)	説明はわかりやすい言葉で、文書・資料・図を活用し行っている。選択肢として、他の治療法がある場合については、他の医師の意見を聞くことができる旨（セカンドオピニオン）を説明している。 患者が説明内容を十分理解したかどうかを必ず確認するように心がけている。
☞ 人生の最終段階の医療・ケアの方針について、患者本人が家族等や医療・ケアチームと事前に話し合う取り組み (Advance Care Planning)	厚生労働省の人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインに添って実施している。人生の最終段階における医療・ケアに関して本人・家族の意思を確認し、医師・看護師が中心となり、必要時に薬剤師・医療ソーシャルワーカー・理学療法士も交えて本人にとって最善の医療・ケアについて協議を行っている。緩和ケア外来でフォローしている方は、受診の際御本人の希望を伺い医師・看護師・家族と話し合いを行っている。希望される方は、熊本市が発行している「いまを生きる。あなたへ」のメッセージノート(エンディングノート)をお渡しし、受診の際に内容の共有を行っている。病状により本人の思いは変わるので、思いに寄り添いながらその時の BEST と考えられる医療やケアの提案を行っている。可能な限りタイミングを図り早い段階から人生の最終段階医療・ケアの方針について本人と話し合う機会を設けていくことが望ましい。癌と診断された時、化学療法

	<p>中、再発の診断を受けた時、治療方針の変更時など話し合いを持つ場を設ける必要があると考えられる。地域包括ケア病棟では、患者並びに家族に対し当院における看取りの目的を明確にし、必要が生じた場合は意思確認をして同意を得る。看取りの実施に当たっては、ケアに携わる全職員が統一した認識をもって計画を策定し、患者並びに家族に対し十分な説明を行い同意を得る。また、必要に応じて適宜計画の見直しや変更の際には患者または家族に対し説明し同意を得る。</p>
<p>☞ 患者等の意思決定に基づき、心停止時には心肺蘇生法を行わないことを事前に確認する取り組み（Do Not Attempt Resuscitation）</p>	<p>緩和ケア病棟入棟時には、本人・家族に心臓や呼吸が止まった際、心臓マッサージや人工呼吸器による延命治療を希望されるか確認し話し合った内容を記録している。即断できることではないため、本人・家族と十分な話し合いを持ってもらい返事をいただくようお願いしている。また話し合いに必要な情報も適宜提供している。</p> <p>外来でフォローしている患者さんが DNAR を希望されていても自宅で病状が悪化し、救急車を呼んだ際に救命処置が行われてしまうことがあるため、DNAR を希望されている方の急変時の対応について課題あり。</p> <p>地域包括ケア病棟では、「私の診療に関する希望書（事前確認書）」の中で心臓マッサージなどの心肺蘇生の有無を確認するようにしている。</p>
<p>☞ 臨床倫理（治療の差し控えや出生前診断に基づく人工妊娠中絶の是非等）について、職員や患者、患者家族が必要に応じて速やかに相談できる仕組みの構築</p>	<p>当院で定めた臨床倫理に関する方針に基づき診療を行っている。臨床における倫理問題が生じた場合は、まずは各部署内でカンファレンスを行い検討。解決が困難な場合は、臨床倫理委員会に検討を依頼。臨床倫理委員部会は、医療チームとして適切な対応を行うことを目的に検討を行う。検討内容としては、①治療方針②倫理的な重要課題③患者個別の倫理的問題④患者・家族への情報提供⑤職員教育⑥その他臨床における倫理に関する事項。臨床倫理委員会で検討する内容について、必要に応じて、倫理委員会の審議、判断を求めている。また、臨床倫理委員部会で検討した内容は倫理委員会委員長に報告を行っている。</p> <p>患者、患者家族が相談しやすい雰囲気づくりや体制づくりが必要。</p>
<p>・ 患者・家族のヘルス・リテラシーを向上させる取り組み</p>	<p>医療者の説明は専門用語が多いので一般の方は理解出来ない事が多い。そのため分かりやすい言葉での説明と説明した内容を十分理解しているのか確認しながら説明を行っている。</p> <p>また自身の病気についてどこまで理解しているのか、自分の病気や治療方針に興味があるか、自分の意見や考えを家族や主治医または看護師など医療者に伝えられているかなど確認を行うと共に、話しやすい環境作りに努めている。</p> <p>今後は、ヘルス・リテラシー尺度を用いて評価を行い、ヘルス・リテラシーを考慮したコミュニケーションに取り組んで行く。</p>
<p>☞ 地域住民を対象に疾病や健康管理に関する勉強会を開催（市民公開講座等</p>	<p>啓蒙活動として年 100 回程度、地域住民向け講演会を開催している。（2020 年 4 月～12 月実績はコロナ禍の影響で 18 回開催）</p>

☑️ 病院の外来・入院患者を対象に疾病や健康管理に関する勉強会を開催（糖尿病教室等）	院内外の患者さんご家族を対象に「高野会健康教室」という名称で患者会を開催している。過敏性腸症候群・排便障害・大腸憩室疾患を1グループ、炎症性腸疾患で1グループで年3回ずつ開催し、疾患理解の向上と患者同士、職員との交流を深める目的に開催している。
☑️ 疾病の知識や患者による自己管理、意思決定支援のための教材・パンフレット等の提供	説明と同意に関する方針があり、基準・手順書が整備。院内での書式も統一され、説明時の患者・家族の反応や、要望についての記録に残している。 セカンドオピニオンについても、方針・基準を明文化し、記録に残している。患者の権利は「患者の皆様の権利と責任」と題して、適切な内容で明文化して、ホームページ、病院入口や待合に掲示。病棟では、スタッフステーションのカウンターにガイドラインを設置。
☑️ 患者用パス（クリニカル/クリティカル・パス）の提供	診療・ケアに必要な情報を提供するにあたり、絵や図を取り入れたパンフレットの活用し、患者の理解を深める支援を行っている。
☑️ 患者同士または患者家族同士のピアサポート（患者が他の患者の疑問に答える取り組み等）	患者会やリレーフォーライフの事務局としてサポートを行っている
・ 患者の声を病院の改善に反映させる取り組み	入院患者、外来患者アンケートの日常的实施 回収後の委員会での報告と改善提案、意見交換など→患者さんへの報告（掲示）
☑️ 経営層に患者や地域住民が参加	当法人に評議員会を設置。院外の各分野の職者などが参加
☑️ 各種委員会に患者や地域住民が参加（医療の質管理委員会、患者相談委員会等）	同上評議員会にて当院に対しての様々な意見を頂いている。又、倫理委員会、治験審査委員会へも外部職者から意見を頂いている
☑️ 定期的に特定の患者または患者家族、患者会等の助言を受けて行う改善活動	患者アンケートを基にS&S委員会を開催し、全職員へのフィードバック。地域医療推進員（協力員）と定期的に会を開催しクレーム等のヒヤリングの実施。
☑️ 患者の意見を広く聴取する取り組み（患者相談窓口、ご意見箱、Web等）	患者相談窓口やご意見箱の設置、メールやラインの活用
・ 患者が主体的に医療安全管理活動に参加	誤認防止のために自ら姓名を名乗る。誤薬を防ぐため医療従事者と一緒に確認する。医療者ととも治療法を選択する。
☑️ 患者にフルネームを名乗ってもらう取り組み	外来患者：（返答が可能）患者に氏名を名乗ってもらう。患者ラベル情報（ID、氏名、性別、年齢）で再確認。（返答不可能）患者ラベル情報（ID、氏名、性別、年齢）で介護者に再確認する。入院患者：患者に氏名を名乗ってもらい、リストバンドの氏名を患者に確認してもらい手首に装着。病室、ベッドネームで確認し、リストバンドで確認。

<p>☑ 確認行為への患者の参加(患者との薬剤のダブルチェック、タイムアウトへの参加等)</p>	<p>1、点滴、注射：フルネームで呼称し、リストバンドと点滴、注射に記載してある氏名を患者自身に確認してもらい照合シールに準じてチェックする。 施行時は i Pod でバーコード照合。2、採血前にスピッツに貼ったラベル (ID、氏名を印字された) を患者に確認して頂く。 3、手術室入室時、フルネームを名乗って頂き電子カルテでバーコードを読み取る。担当看護師、麻酔科医、主治医が患者本人であることを確認。 自分で名前を名乗れない患者は病棟看護師が患者氏名を言い、担当看護師、麻酔科医、主治医が揃って確認する。 執刀前に、タイムアウト (氏名、病名、手術名、手術予定時間、特記事項) 主治医から発表する。 4、手術室からの搬出時などチューブに挿入部を明記したテープを貼り誤投薬防止の工夫を行っている。</p>
<p>☑ 患者または患者家族が、発見した医療事故やヒヤリハット等を病院に対し報告する仕組み</p>	<p>家族は各部門職員に相談、責任者は相談窓口担当者へ連絡、相談窓口担当者は各部門患者支援担当者と連携し問題事項を相談窓口責任者へ報告。患者相談カンファレンスを医療安全管理委員会を連携し開催し内容を院長へ報告。</p>
<p>・ その他、患者参加を推進すると考える病院の活動</p>	<p>患者相談窓口を設置し医療安全管理対策委員会と連携し対応。</p>

③ 患者参加のアウトカム	
<p>☑ 活動のアウトカムの測定や評価を行っているか</p>	未実施

< 患者相談窓口および医療対話推進者の活動状況に関する項目 >

項目	回答
④ 患者相談窓口の組織体制	
<p>・ 組織図上の位置付け (部署、委員会、担当者)</p>	<p>医療福祉相談室に患者支援のための医療相談窓口を設置 主担当者部署：診療部医療福祉課、医療安全委員会、担当者：主担当者社会福祉士、担当者：医師・看護師・薬剤師・放射線技師・臨床検査技師・臨床工学技士、栄養士</p>
<p>・ 職員の職種・職位・常勤/非常勤の内訳</p>	<p>主担当者：社会福祉士、医療福祉課課長、常勤、担当者：上記職種・職位は課長から一般職員、常勤</p>
<p>・ 医療対話推進者の配置状況、研修の受講状況</p>	<p>主担当者は医療メディエーター研修済</p>
<p>・ 土日、祝祭日、夜間の体制</p>	<p>土・日・祝日は担当者が窓口対応を分担。夜間は勤務者が対応し、翌日主担当者に連絡し、その後の対応を依頼する。</p>
<p>・ 窓口の場所、患者への周知方法</p>	<p>建物1階に医療福祉相談室を設置。周知方法は、院内ポスターの掲示、ホームページ、入院案内に記載</p>
<p>・ 予算規模</p>	<p>特になし</p>

⑤ 患者相談の実績	
・ 内容別の件数（接 遇・設備・サービス内容・ 待ち時間・医療事故等へ の苦情・意見、受診相談、 経済的相談 他）	(2020年4月～12月までの実績) 接遇・サービス内容・待ち時間等430件、症状や受診について 2370件、苦情3件、経済・福祉制度411件、治療関係50 9件、心理関係141件、緩和関係102件 他
・ 苦情や事故に関連 して、患者、医療従事者、 医療対話推進者の三者 面談を行った件数	0件(2020年4月～12月までの実績)
・ 医療事故調査制度 に基づく院内事故調査 と遺族への対応への関 与の有無	0件(2020年4月～12月までの実績)
⑥ 患者の相談・苦情・意見の収集方法、院内の流れ	
・ 情報収集の手段（窓 口、電話、Web サイト、 ご意見箱、医療安全支援 センター 他）	患者相談窓口への来室、電話、ご意見箱等
・ 収集した情報の院 内の流れ	患者相談窓口で対応した分については、医療安全委員会へ報告検 討し必要に応じて対応を院内へ周知する
・ 誰が情報を集め、ど のような内容を、誰に伝 え、誰がその対応を考え るか	患者相談窓口で対応した分については、医療安全委員会へ報告 し、医療安全対策委員会で対応等検討し、委員長、院長へ報告す る。 外来や病棟にアンケート箱を設置し、入院患者さんには接遇・応 対や治療・説明、当院の印象等について自由記述で、外来患者さ んには待ち時間や説明について採点方式と意見を書いていただ き、毎月開催される委員会（全部署参加）で共有し、苦情や意見 については対策案を検討した上で改善を進めている。対策内容に ついては、院内に掲示し職員だけでなく患者さんへも公開してい る。
⑦ 苦情・意見の当事者へのフィードバック	
・ 医療従事者へフィ ードバックする方法(医 師、看護師 他)	患者相談窓口で対応した分については医療者へは対応と今後の対 策について、個別対応の分は所属長へ、または内容によって職員 全体への周知が必要であればイントラや電子カルテメールにて周 知する。患者アンケートについては、入院患者分は職員向けサイ トと職員通用口への掲示、外来分は紙で各部署に配付をし職員間 で周知を図っている。
・ 患者へフィードバ ックする方法（Web 投 稿、投書、電話、窓口 他）	患者相談窓口で対応した分については、患者さんへ電話等で報告 している。Web 投稿については個人が特定できず事実確認が困難 な場合が多いため原則回答せず。電話や窓口でのご意見につい ては、内容によって関係部署の所属長や事務長の判断で電話等で回 答を行っている。

<ul style="list-style-type: none"> 他の医療機関等へフィードバックする方法(他院、調剤薬局等への苦情 他) 	患者相談窓口で対応した分については、必要に応じ患者さん等からの同意を得られれば関係の院外機関へフィードバックしている。
---	---

⑧ 院内の各部署との連携	
<ul style="list-style-type: none"> 病院の経営層との連携 	月1回医療安全管理委員会へ参加、インシデント報告と対策について情報の共有。委員会活動への協力。医療相談は、週1回委員会で報告し具体策について検討し 必要時、院長へ報告。
<ul style="list-style-type: none"> 医療安全管理部門との連携(内容に応じた分担の状況、協力体制 他) 	医療安全部門は医師、(統括責任者)、看護師(医療安全管理者)、薬剤師(医薬品安全管理責任者)、臨床工学技師(医療機器安全管理責任者)、感染管理認定看護師(院内感染管理者)、事務職員等で構成され、医療安全管理委員会、医療安全管理対策委員会、院内感染対策委員会と連携し業務遂行する。
<ul style="list-style-type: none"> 相談・苦情・意見を受けた現場との連携(現場と相談窓口の役割分担、協力体制 他) 	相談内容を関連部署に報告し、対応について協議する

⑨ 医療安全支援センターとの連携	
<ul style="list-style-type: none"> センターから情報提供があった件数と内容(接遇や医療事故に関する苦情・意見 他) 	0件(2020年4月～12月までの実績)
<ul style="list-style-type: none"> 院内での検討・対応結果のセンターへのフィードバックの有無 	なし
<ul style="list-style-type: none"> センターへの要望(支援、サービス 他) 	特になし
<ul style="list-style-type: none"> 医療法第25条第1項に基づく立入検査(保健所等による医療監視)でセンターから連絡された相談内容への対応状況等について問われたことがあるか 	なし

⑩ 職員への教育・研修	
<ul style="list-style-type: none"> 医療対話推進者に求められる要件、能力、必要な研修はどのようなものか 	聴く力、コミュニケーションスキル
<ul style="list-style-type: none"> 医療対話推進者養成のための院内研修の開催、外部研修会への参加促進 他 	医療メディエーター研修への参加

資料 8

・ 患者の相談・苦情・意見等を基にした接遇研修 他	医療安全講演会や職員勉強会で接遇、苦情への対処法などについて開催
---------------------------	----------------------------------

⑪ 患者相談窓口、医療対話推進者の活動のアウトカム	
・ 医療対話推進者の育成や配置が病院や患者に何らかの良い影響を与えたか	窓口があるということを周知することによって、相談できる環境があること、いつでも利用できることが分かれば安心に繋がる
・ 相談件数以外に何らかのアウトカムを測定しているか(改善件数他)	改善を要した件数は5件。その後改善項目が機能しているか定期的に確認を行う。
・ 医療の質や安全の改善、患者参加(協働意思決定の促進、患者意見の医療・業務への反映など)等に寄与した事例がどの程度あるか	<ul style="list-style-type: none"> ・尿やドレーンの廃液バックが外から見えないようにして欲しいとの要望があり、カバーをつけるように変更 ・病棟のインターホンの場所が暗くてわかりづらいというご意見に対し日中も照明をつけるようにした。 ・夜間のトイレの流水音が気になるというご意見に、流水音に配慮したトイレの使い方を表示した。 ・自分の聞きたいことなどうまく医療者に伝えられないというご意見に、事前にメモにして医療者に渡しておくなどの対応を提案した。

⑫ 課題	
・ 対応が難しい相談・苦情・意見の内容(無理難題、予算不足、院内の協力体制 他)	暴力的な患者については警察へ対応を相談したことがあります。
・ 患者相談窓口の課題	当院は日曜日・祝日も診療を行っているため、対応者の分担が大変
・ 医療対話推進者の課題	コミュニケーションスキルの向上

⑬ その他	
	なし

以上

資料9 医療機関の患者相談窓口および医療対話推進者に対するインタビュー調査の結果

		東邦大学医療センター大森病院	北里大学病院	ひたちなか総合病院	練馬総合病院	日本医科大学付属病院	済生会熊本病院	大腸肛門病センター高野病院
		東京都、特定機能病院、934床	神奈川県、特定機能病院、1033床	茨城県、一般病院、302床	東京都、一般病院、224床	東京都、特定機能病院、877床	熊本県、地域医療支援病院、400床	熊本県、一般病院、166床
インタビュー実施日		2020年6月29日	2020年10月19日	2020年10月23日	2020年11月4日	2020年12月4日	2021年3月15日	2021年2月5日 (書面回答)
患者参加	病院の定義	「安全な医療のためのお願い」(入院患者向けの冊子より) 患者参加の医療安全とは、患者さんの名前の確認や治療部位の確認、薬の投与などの際の確認段階で、私たちの思い込みや勘違いが原因となる間違いが発生することがありますので、これらの確認の際に患者さんにも参加いただいて、発生する間違いをなくすようにご協力いただくことです。「名前が違っています」「ミギではなく、ヒダリです」「私の薬ではありません」と指摘していただいたり、私たちが名前をお聞きした時に、自分の名前をはっきり名乗っていただくことが、「患者参加の医療安全」にあたります。	なし	なし	(患者との)医療における信頼の創造を経営の2大経営方針として運営している。あえて、曖昧な意味で、この用語を使う必要がないので、定義しない。	なし	なし	医療者が診療情報を患者と共有して、患者－医療者のパートナーシップを強化することは極めて重要である。 既往歴・治療歴・服薬歴・アレルギーなどの情報、誤認・誤薬・輸血過誤などの防止のための姓名・生年月日・リストバンド・診察券等の確認作業への協力の仕組みなどがある。
	個人の定義	-	患者の意思決定(自己決定)を尊重し、患者と一緒に治療内容を考える、患者中心の医療であると考えている	-	-	患者が自分の状況やケアを把握し意見を述べること、自分のADLを理解して自ら安全を担保すること、患者が自ら医療に関与すること等であると考え	患者と一緒に活動すること。 患者が治療方針や生活の仕方を自身のこととして考え、主体的に活動できること。病院はそれを支援する。 医療者が、患者が分かるように各種の説明を行い、患者が行動できるように支援すること。 患者参加という言葉は、患者が受動的な姿勢であるように感じるが、患者参画という言葉は患者が能動的な姿勢であるように感じる。 患者参画は、患者が治療計画に主体的に加わる印象があり、患者参加より一歩進んだ考え方だと思う。 患者の責務として、医療者に症状を伝えるなどの治療への参加は患者の責務であると明示している。 ICだけではなく、Shared decision making (SDM)まで行ってこそ患者参加だと考える。	患者が、自分の病気や治療に関して医師に任せるのではなく自ら情報収集するなど主体性を持って医療に参加。

		東邦大学医療センター大森病院	北里大学病院	ひたちなか総合病院	練馬総合病院	日本医科大学付属病院	済生会熊本病院	大腸肛門病センター高野病院
患者参加	協働意思決定 (SDM)	-	看護師長会内で協働意思決定の推進グループを立ち上げた(最近立ち上げたばかり)。	医療安全管理の全体研修で協働意思決定 (SDM) を取り上げ、インフォームド・コンセント (IC) の方法に関する講義と、事例への対応方法を紹介した。	なし	病院として、Shared decision making (SDM) がどのようなものか明示的に示してはいない。	SDMは正解のない医療に適用されるものであり、議論の余地のないような医療に適用する必要はないと考える。SDMは患者の周辺(家族等)にコミットできる人と一緒に行う必要がある。そのような場面ではコメディカルが力を発揮する。	-
	人生会議 (ACP)	書式は用意し、イントラネット上で共有しているが、まだ活用されていない	5年前にがん専門看護師を中心にACPプロジェクトを立ち上げた。現在、11診療科が参加し、医師を中心に多職種による個別事例検討会を開催している。がん看護外来では1人の患者に対し1時間程度の面接を行っている。現在、非がん領域(循環器内科、腎臓内科)にもACPの活動を拡大している。	がん相談支援センターでは、セカンドオピニオンを案内したり、アドバンス・ケア・プランニング (ACP) について説明している。患者と家族に対し、「重要な面談にのぞまれる患者さんとご家族へ-聞きたいことをきちんと聞くために-」(国立がん研究センター東病院作成)を参考にした冊子を配布し、患者・家族が医師に質問する手助けをしている。同意書には質問、回答、同意の欄がある。医師等から連絡があれば、がん看護専門看護師またはがん化学療法看護認定看護師が説明に同席し、患者・家族の理解度や気持ちを確認している。	用紙は用意しているが、まだ積極的には利用していない。以前から、治癒の見込みがない場合あるいは終末期医療に関する希望 (advance directive: 事前指示) を申し出るように文書を掲示し、希望を聴取している。	今年10月に、リエゾン看護師やがん看護専門看護師等の約10名をコアメンバーとする、臨床倫理委員会を立ち上げた。同委員会には各診療科から1名の医師が参加している。同委員会では、今後Advanced Care Planning (ACP) の導入について検討している。患者の意思を確認可能なツールがあれば活用したいと考えている。	Advance Care Planning (ACP) は、2010年より事前指定書という名称で、地域連携のツールとして運用開始した。現在は、救急患者や癌、心不全の患者を中心に運用している。患者説明には退院調整部門スタッフ (NsまたはMSW) が同席している。近年、事前指定書の使用数が減少傾向にあるのが課題である。運用上の課題として、内容の説明に時間を要することや、ACPを患者に紹介するタイミングの難しさ、院内スタッフへの周知不足などがある。Do Not Attempt Resuscitation (DNAR)の希望がある場合は、紹介状にもその旨を記載している。	厚生労働省の人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインに添って実施している。人生の最終段階における医療・ケアに関して本人・家族の意思を確認し、医師・看護師が中心となり、必要時に薬剤師・医療ソーシャルワーカー・理学療法士も交えて本人にとって最善の医療・ケアについて協議を行っている。緩和ケア外来でフォローしている方は、受診の際御本人の希望を伺い医師・看護師・家族と話し合いを行っている。希望される方は、熊本市が発行している「いまを生きる。あなたへ」のメッセージノート(エンディングノート)をお渡しし、受診の際に内容の共有を行っている。
	医療の質やサービス、患者満足などの改善の取り組み(患者参加に関する取り組み。患者満足度調査・投書箱等は除く。)	-	2014年より、救命と小児の患者を除き、全ての入院患者に入院患者用タブレット端末 (HosPad) を提供している。手術の説明動画を見たり、患者満足度調査に回答したり、売店の注文(届けてくれる)ができる。お年寄りには操作が難しいため、職員が代わりに操作し、説明に使用することがある。外部接続はできない。	TQC活動で外来待ち時間の改善などに取り組んだ。	法人の役員(理事・評議員・監事)に地域の町会長数名が入っているほか、他の町会長を含めた新春懇談会を開催し、地域のご意見を伺っている。院内の各種委員会に患者や地域住民が参加することはない。医療の質向上 (MQI) 活動を行っており、毎年テーマを変えて、課題に対する調査・改善を行っている。活動テーマによっては、患者を対象にしたアンケート調査を行い、その結果に基づいて改善活動を進める場合がある。一例として、保険薬局から病院への疑義照会による患者の待ち時間の調査・改善等を行った。	-	院内にポスターを掲示し、患者確認時は患者にフルネームと生年月日を名乗ってもらっている。与薬と配膳の際の実施率は91%、外来は96.5%。手術部位は患者と一緒に確認し、マーキングしている。実施状況は電子カルテのテンプレートに入力してモニタリングしている。Patient eXperience (PX) を測定している。毎月第3週の退院患者を対象に、Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) に独自の設問を追加してPXを調査している。院内の委員会等に患者が参加することはない。済生会の支部の理事会に地域代表者が参加している。	当法人に評議員会を設置。院外の各分野の職者などが参加。

		東邦大学医療センター大森病院	北里大学病院	ひたちなか総合病院	練馬総合病院	日本医科大学付属病院	済生会熊本病院	大腸肛門病センター高野病院	
患者参加	患者・家族のエンパワメント	「安全な医療のためのお願い」を作成し、入院患者に配布している。氏名確認・手術処置検査部位の確認への協力、「人生の最終段階」が迫った場合の希望(ACP)の案内、身体拘束・抑制、持参薬・高血圧・血小板薬・アレルギーの申告、転倒・転落予防、点滴の漏れ、挿入部の感染、自己抜去と身体拘束、褥瘡予防、深部静脈血栓症予防、せん妄予防、合併症・副作用治療の支払いについて、院内の禁止事項等を掲載している。	糖尿病教室、がんサロン、産科両親学級、慢性腎不全教室、NICU卒業児親の会、口唇口蓋裂親の会、市民公開講座等を開催している。がん専門看護師が中心となり、がん患者を対象にした講座や茶話会、がんサロン等を開催している。がんサロンは、がん患者ががんサバイバーと対話することができる。ソーシャルワーカーががん患者の就労対策のための相談を受け付けている。広報誌「けやき」を年4回発行し、患者や地域住民に対し診療科の紹介などを行っている。医療安全の患者用教材として、入院患者用のリーフレットを作成している。苦情やインシデントの多い内容を取り上げ、リーフレットを作成した。現在は、医療安全(患者確認やアレルギー情報提供、持参薬、転倒転落等の内容)、点滴漏れ、静脈血栓症の3つのリーフレットがある。リーフレットの作成により、深夜に点滴確認をした際、起こされたことに対し怒り出す患者が減った。	外来で癌に関する一般的な内容をまとめた冊子を配布しており、持ち帰る患者も多い。がんの治療法やインフルエンザ対策などに関する市民講座を年2～3回開催している。看護の日は、住民向けに救急処置の講義や、リハビリテーション科による転倒防止に関する講演などを開催した。転倒防止の講演では、住民からの質問を受けたが、個人の相談になってしまった。乳がんの患者会(山百合の会)が、月1回がん患者ががんサバイバーの話の聞いたり、相談する機会を設けている。月に1～2回ハローワーク等(3団体程ある)が院内に窓口を開設し、がん患者等の就労支援相談会を開催しており、月に1人程度が利用している。普段は病院のMSWが相談を受けている。入院案内に転倒防止や深部静脈血栓症予防のための記載はある。	練馬区の施設を使用し市民講座を開催している。敬老の日講演会では転倒防止等の講演をしたほか、会場の外に相談ブースを設け、各種の相談に応じている。練馬区から依頼を受け、地域住民向けの糖尿病講演会も開催した。看護の日は地域住民向けに、院内で講演や血圧測定等を行っている。地域の小学校に案内を出し、親子で参加する夏休みの医療体験会を開催した。化学療法委員会が、がんサバイバーとがん患者の交流会を企画しているが、まだ開催していない。病院職員が講師を務める糖尿病患者向けの料理教室を開催しており、最大で約70名の患者・家族が参加している。料理教室では、患者・家族がどのような食事をとっているか紹介していただき、他の患者・家族の参考にもなっている。内容に問題がある場合は、指導する場合もある。その他、近所の町会に呼ばれ、医療関係の講演をすることもある。	がん患者の就労支援は、病院正面玄関の掲示「相談窓口のご案内」に、相談を受け付けている旨を記載している。患者から申し出があった場合にMSWが対応するが、今のところ依頼はない。機関紙のハローホスピタルを年4回発行し、講演会や夏休み医療体験会等の報告や、院内の専門家が情報を発信している。医療安全に関連した患者向けパンフレット等は作成していないが、入院のしおりには入院中に気を付けるべき内容(持参薬や手術前の注意など)を掲載している。転倒予防のための履物の選び方は、入院のしおりに記載し、病棟看護師が個別に指導している。入院のしおりの中に「賢い患者になるための10ヶ条」を入れている。	がん患者や糖尿病患者を対象にした市民公開講座を年に3～4回開催している。糖尿病患者を対象とした多職種による講習会を開催し、生活における注意事項の小冊子を作成・配布した。循環器患者家族を対象に心肺蘇生の実践方法講座を不定期に開講している。がんの部位別に、がん体験者が、がん患者とその家族を対象にピアサポートを行う会を年1回開催している。入院案内の中で、転倒転落や深部静脈血栓症の予防法等について記載している。	患者に、リーフレットなどの説明用ツールを用い、転倒・転落(ロコモの自己チェック)、誤嚥・窒息(嚥下機能の自己チェック)、せん妄、疼痛管理など、入院中のリスクについて説明している。全診療科が、疾患に関するDVDやパンフレットを提供するなどして、治療に対する理解の促進を図っている。地域連携フォーラムを開催し、高齢者医療について議論する場や救急医療連携について考える機会を設けている。患者のピアサポートとして、がんサロンを月1回、透析患者向けの「そらまめじんぞう教室」を年4回開催している。	今後は、ヘルス・リテラシー尺度を用いて評価を行い、ヘルス・リテラシーを考慮したコミュニケーションに取り組んで行く。啓蒙活動として年100回程度、地域住民向け講演会を開催している。(2020年4月～12月実績はコロナ禍の影響で18回開催)院内外の患者さんご家族を対象に「高野会健康教室」という名称で患者会を開催している。過敏性腸症候群・排便障害・大腸憩室疾患を1グループ、炎症性腸疾患で1グループで年3回ずつ開催し、疾患理解の向上と患者同士、職員との交流を深める目的に開催している。患者会やリレーフォーライフの事務局としてサポートを行っている。

		東邦大学医療センター大森病院	北里大学病院	ひたちなか総合病院	練馬総合病院	日本医科大学付属病院	済生会熊本病院	大腸肛門病センター高野病院
患者相談窓口、医療対話推進者	部門の体制	総合相談部の部員は19名(専従5名・兼任14名)で構成されている。専従は、看護師2名、事務員3名。兼任は、医師、看護師、栄養士、薬剤師、事務員、医療安全管理部(医師、看護師)、MSW。	専従:看護師2名(師長、内1名は医療安全管理者の経験あり)、事務員2名 兼任:医師1名、事務員1名	専任:看護師1名 兼任:事務員4名	医療福祉相談室(相談窓口) 専従:MSW 1名 兼任:医師1名、看護師1名、社会福祉士4名(うち精神保健福祉士の資格も持つ者2名)	患者相談室(医療安全に関する相談を担当) 医師1名(兼任)、事務員2名(専従) 患者支援センター(相談全般の割振りを担当) 事務員14名	医療福祉相談室はMSW 11名、事務員3名 療養支援室は看護師9名	主担当者は社会福祉士1名
	医療対話推進者の配置	総合相談部メンバーは医療関係団体等が実施する、医療対話仲介者育成研修の受講者も配置している。	専従の看護師1名が応用編、専従の事務員1名が基礎編を受講済み	専任の看護師1名のほか、兼任の病棟師長1名が日本医療機能評価機構の2日間コース(3年更新)を受講済み	なし	医療安全管理部の薬剤師	医療福祉相談室は6名(内1名は専従)、療養支援室は3名	主担当者1名
	医療対話推進者の養成	医療対話仲介者育成研修の受講者は、院内に延べ30人いる(医師5人、看護師15人、技師3人、薬剤師1人、MSW1人、事務員4人、その他1人)。職員を対象に院内コンフリクト・マネジメント研修を年2回、開催しており、地域の病院の担当者も参加している。年間約50名が受講している。	2004年より、外部の医療対話推進者養成研修会へ毎年2~5名の職員を派遣しており、延べ約100名の職員が参加経験を有している。院内では、外部講師を招聘し、医師中心の全職種を対象に、1回30名で医療コンフリクトマネジメントセミナー(1日)を開催している。また、自院の医療対話推進者が講師になり、部署毎に声をかけたり、部署からの要請にもとづき、医療対話推進研修会(60-90分)を不定期に開催している。	-	なし	院内に10人ほど	師長クラスの看護師は、全員(約30名)が日本医療機能評価機構の2日間の医療対話推進者養成研修を受講している。2016年度に院内スタッフ向けに医療コンフリクト・マネジメントに関するe-learningを実施した。日本医療メディエーター協会の医療対話推進者養成研修会に定期的に職員を派遣している。	-
	相談実績	1790件(内40%が苦情・意見、28%が受診相談)	611件(内21%が診療内容、16%が接遇)	50件(内44%が接遇、14%が診療内容)	62件(内3割が接遇、医療費等が7割)	患者相談室は407件(医療安全に関わる内容は月1~3件) 患者支援センターは4671県(内83%は受診相談、医療安全に関わる内容は月3~5件)	293件(2020年度2月まで)(内31%が接遇、25%が施設設備)	3966件(内60%は受診相談、11%は接遇等)
医療安全支援センターとの連携	情報提供された実績	直近2年間で12件(毎年10件未満)	年4件程度(内、医療事故が疑われるような事例は1件あるかどうか)	年2~3件	年3~4件	年約10件	年1件程度	0件(2020年4-12月)
	内容	医療者の接遇や病院のサービスへの不満が多く、医療事故が関係するような事例は含まれない	行政が病院を指導して欲しいというような内容	内容は言いがかりのような苦情が多く、医療事故が疑われるような内容はない	医師の接遇に関する内容が多い。情報提供された内容は、院内の投書等で既に把握しているものが多く、未知の内容は少ない。	既知の内容が多い。内容は医師の説明や態度に関するものが多く、医療安全に関する内容はほぼない。	-	-
	連携	センターは、病院に患者の苦情を電話で伝えるだけで、何らかの回答を求めることはない。一方通行のコミュニケーションになっている。	病院から市地域保健課(医療安全相談窓口)に対しその対応結果をフィードバックすることはない。過去に神奈川県医療安全支援センターと北里大学病院患者相談窓口とが連携して何かをした経験はない。市保健所・地域保健課が年に1回主催する地域保健連絡会に、地域の病院の患者相談窓口の担当者が参加している。連絡会は講演会方式であり、北里大学病院の医療対話推進者が2018年、2019年の講師を引き受けた。	病院での相談・苦情への対応結果は、全てではないが、内容次第で、病院から医療安全相談センターへフィードバックしている。患者サポートセンターの職員は、可能であれば医療安全相談センターが年1回開催している研修会に参加している。	センター側は「患者・家族のお話をお伝えするだけです」と話し、情報を一方的に伝えられるだけで、病院の対応結果について回答を求められることはない。電話連絡以外でセンターの職員と接する機会はない。東京都が開催する入退院支援に関する研修会等には参加しているが、医療安全支援センターが開催する研修会への参加は分からない。	センターは、センターが受けた相談内容を病院に一方的に伝えるだけである。病院側の対応結果について、センターにフィードバックすることはない。年1回の都の立入検査の際に、医療安全支援センターに対し相談を繰り返す特定の患者について、病院でどのように対応したか質問を受けたことがあった。医療安全支援センターが年1回開催している研修会は認識していない。	院内の対応結果を全てセンターに報告している。病院からセンターに対し、患者への対応方法を相談し、アドバイスを求めることがある。センターより、説明・同意の方法を変更すると良いというアドバイスを得て、同意書を修正し、その旨をセンターへ報告したことがある。	なし

	東邦大学医療センター大森病院	北里大学病院	ひたちなか総合病院	練馬総合病院	日本医科大学付属病院	済生会熊本病院	大腸肛門病センター高野病院
その他の取り組み	<p>苦情相談ネットワークを構築した。平成29年より、大森病院が二次医療圏(品川区、大田区)の病院の相談窓口担当者に参加を呼びかけ、地元の病院同士で協力体制を構築した。年24回3時間の勉強会を開催しており、グループワーク形式で困難事例への対応方法を検討している。直近の令和2年2月1日は14医療機関20名が参加した。</p>	<p>2014年より、救命と小児の患者を除き、全ての入院患者に入院患者用タブレット端末(HosPad)を提供している。手術の説明動画を見たり、患者満足度調査に回答したり、売店の注文(届けてくれる)ができる。お年寄りには操作が難しいため、職員が代わりに操作し、説明に使用することがある。外部接続はできない。</p>		<p>患者満足向上委員会が職員向けにニュースレター「患者さんの声」を発行し、全職員で患者の苦情等を共有している。(院内)カルテメールで個別の対応を職員に指示する場合もある。</p>	<p>患者支援センターで受け付けた苦情は、Safe Master(医療事故や合併症、副作用、苦情等に関する電子的な院内報告システム)に入力し、院内で共有するほか、週1回ミーティングを開き、苦情・相談への対応を検討している。夜間や土日は、当直の事務員が苦情・相談を受け、その内容を庶務課に報告し、後日Safe Masterにも入力する。現場の医師や看護師が受け付けた苦情・相談は、その医療従事者がSafe Masterに入力・報告する。Safe Masterで入力・報告された患者の苦情・相談は、医療安全委員会での対応を検討し、その内容を当該各部署の責任者に伝達する。</p>	<p>苦情・意見は、初期対応後、24時間以内に意見・苦情管理システム(Safe Master)へ登録する。苦情・ご意見は、患者・家族の苦痛(1~3点)、緊急度(1~3点)、病院への影響(1~3点)の3つの観点で評価し、各評価点を積算した点数によりレベル分け(レベル1~4)している。点が高いほど管理のレベルを高くしている。発生部署で検討・対応するレベル1が全体の41.1%を占めている。</p>	

資料 10

インタビュー記録

日時：2020年10月23日（金）13：30～15：30

場所：茨城県庁会議室

参加者：

インタビュー：茨城県保健福祉部厚生総務課 2名、

相談員（Ns、病院の医療安全管理者の経験者）1名

インタビュアー：研究班 2名、研究協力者 3名

オブザーバー：研究協力者 1名

■体制

- ・ 2003年のセンターの開設時は相談員を2名配置していたが、近年の相談件数の増加を受け、現在は専任4名を配置している。
- ・ 4名の相談員は、全員が病院の師長経験のある看護師であり、内1名は医療安全管理者の経験もある。病院の患者相談窓口の勤務経験のある者はいない。
- ・ 相談員の資格要件は定めていない。
- ・ 茨城県看護協会からの推薦や県の募集により相談員を採用している。
- ・ 以前は、相談員は2～3年で交代することが多かった。過去には相談員の任期を5年間とする県の取り決めがあったが、現在は5年以上勤務している相談員もいる。
- ・ 相談窓口の開設時間は平日の日中のみ（8:30～12:00、13:00～17:15）。
- ・ 業務は、患者や家族等からの医療機関に関する苦情や相談への対応、受診や診療報酬等に関する相談への対応、茨城県医療安全研修会の開催、茨城県医療安全対策委員会の運営等。
- ・ 茨城県医療安全対策委員会は、医師会等の代表、受益者代表（施設の代表者）、弁護士、学識経験者等の10名で構成され、相談窓口での対応が困難な事例について対応方法を検討する。相談時間が非常に長い事例、相談回数が非常に多い事例などが、年に7～8件検討される。
- ・ 相談窓口の予算は、相談員4名の人件費と年1回の研修会の開催費用程度である。

■相談員の教育・研修について

- ・ 相談員は、医療安全支援センター総合支援事業により東京大学で開催されていた研修会に参加している。医療対話推進者養成研修には参加していない。
- ・ 病院を退職したあとに相談員として採用されるケースが多いので、医療安全支援センター総合支援事業による研修会は、ブランクを埋める効果があると思う。
- ・ 同研修会では、同じ立場の人たちといろいろ話すことができる点に意義があると思う。
- ・ 茨城県の薬剤師会は、相談内容を録音し、対応等について検証していた。同じような仕組みがあると、相談員の教育に役立つかもしれない。

■相談の実績

- ・ 2019年度の相談窓口・電話対応件数は2,396件であった。

- ・ 相談の手段は、電話が 2,353 件 (98%)、来訪が 33 件、文書・メールが 10 件であった。
- ・ 苦情/相談の別は、苦情が 351 件 (15%)、相談 2,045 件 (85%) であった。両方を含む案件もあり、明確に分けられない場合もあるが、相談を受け付けた者の判断でどちらかに分類している。
- ・ 相談内容の内訳は次の通り。
 - 医療行為等 501 件
 - コミュニケーション 355 件
 - 医療費 (診療報酬) 133 件
 - 医療知識を問うもの 502 件
 - 医療機関の紹介 73 件
 - その他 832 件
- ・ 相談者のほとんどは一般県民であるが、医療従事者や医療機関、他の行政機関等から相談を受ける場合もある。過去には次のような相談を受けた経験がある。
 - 施設の看護師が、職場において医行為を行うことを施設長より求められ、どのように対応すればよいか相談してきた。
 - 医療機関が問題のある患者への対応方法について相談してきた。
 - 消費者生活センターが、同センターが受け付けた医療関係の相談について、どのように回答すればよいか相談してきた。
 - 市役所の生活保護担当者が、医療に関連した内容で生活保護受給者への対応に苦慮しており、どのように対応すればよいか相談してきた。
- ・ 消費者生活センターや他の行政機関から受ける相談は、全体の 1 割程度である。
- ・ 医療事故が疑われる相談は、2013~2014 年頃は多かったものの、近年は減少しており、ほとんどない。医療事故調査制度や医師会 ADR の影響が考えられる。
- ・ 窓口直接来訪する相談者は、カルテのコピーを持参するなど、しっかりと準備したうえで相談に来ている場合がある。窓口の来訪は、事前予約をしたうえで来訪する場合と、突然来訪する場合がある。

■相談・苦情の組織内の流れ

- ・ 受付方法は電話が主体であるが、訪問、文書 (郵送、FAX)、メール等でも受け付ける。
- ・ 相談内容が医療機関への問い合わせである場合、当該医療機関に問い合わせ、相談者にその結果を返す場合がある。
- ・ 相談内容が苦情・相談である場合、センターには指導権限はないことを伝え、話を聞く。話を聞いて相談者に納得してもらうか、内容によっては関係部署へ回す。
 - 生活保護関連は福祉指導課へ引き継ぐ。
 - 難病関係は疾病対策課へ引き継ぐ。
 - 特定の診療報酬を請求されたが、対応する文書が発行されていないなど、診療報酬の不正請求が疑われる相談については、立ち入り検査部門に引き継ぐ。
 - 医療機関の衛生面の問題に関する相談や、オーバーベッドではないかという指摘などは保健所に引き継ぐ。
 - 医療事故が疑われる相談では、医師会 ADR を紹介する場合がある。

- 他県の住民の相談・苦情や他県の医療機関に関する相談・苦情は、しばらく話を聞いたうえで、当該地域を主管するセンターを紹介している。
- 対応困難な相談は、茨城県医療安全対策委員会に対応を諮る。
- ・ 年 1 回相談件数を集計し、茨城県医療安全対策委員会と医療安全支援センター総合支援事業の事務局へ報告する。

■相談・苦情の医療機関への情報提供について

- ・ 2019 年度に苦情・相談の内容を医療機関に情報提供したのは 95 件であり、相談の 3.9%、苦情の 27%に当たる。
- ・ 相談・苦情を病院へ情報提供するかどうかは、相談者の要望を踏まえて、相談・苦情を受け付けた相談員が個人で判断している。情報提供するか否かの明確な基準はない。話が堂々巡りをするなど、相談が長時間になるとき、解決策の一つとして、病院に伝えましょうか、と申し出る場合がある。
- ・ 相談・苦情の内容を医療機関に伝えることを提案した場合、相談者の同意を得られるのは 7 割程度である。
- ・ センターは、相談者の話を聞いて医療機関に伝えることがあるが、相談者と医療機関の間に入り、両者の調整をすることはない。相談者と医療機関の間で問題の解決に取り組むように話している。
- ・ 医療機関の受付が忙しい時間を考慮して連絡するようにしている。
- ・ 医療機関への情報提供は、相談を受けた当日中に医療機関の代表番号に電話している。代表電話に出た職員から、当該病院の患者相談窓口の担当者に電話を回してもらっている。大病院は患者相談窓口の担当者が決まることが多いが、中小の病院や診療所は対応窓口が不明確な場合がある。
- ・ 相談員として、相談者の相談・苦情を医療機関に伝えるのは抵抗がある。相談者の訴えが全て正しいとは限らないので、「子供の使いのようで申し訳ないが」とか「相談者の一方的な話であるが」と断ったうえで、相談者の言葉をそのまま医療機関の担当者に伝えている。
- ・ センターから医療機関に情報提供する際、医療機関の患者相談窓口の担当者が、「ああ～分かっています。分かっています。」など、真摯に対応してくれていない印象を受けられる場合や、冷たい対応をされる場合は負担を感じる。
- ・ 相談者の一方的な視点からの苦情（言いがかり）と思われる内容でも、相談者の希望があれば当該医療機関に伝達せざるを得ないため、そのような場合は負担を感じる。

■医療機関からセンターへのフィードバック

- ・ 原則、情報の伝達はセンターから医療機関への一方通行である。相談・苦情に対して各病院がどのように対応したかは追跡していない。
- ・ 医療機関が対応結果をセンターへ自発的に報告してくることは少ないが、その内容は相談受付記録に追記し、再相談の際にはその情報も加味して対応している。医療機関からセンターへのフィードバックは、病院は少ないが、診療所は多い印象である。

■センターから相談者へのフィードバック

- ・ 相談・苦情の内容を医療機関に伝えたあと、医療機関の回答を相談者に伝えることは、相談者の要望がある場合を除き、原則としていない。相談者から確認の電話があった場合は、相談内容を先方に連絡したことを伝えている。

■医療安全相談センターの周知方法

- ・ ホームページに詳しい情報を掲載している。医療安全支援センターで検索すると上位に出てくるらしく、他県民からも問い合わせがある。
- ・ 関係機関に案内のリーフレットを置いている。
- ・ 相談を受けた際、たまにどのようにしてセンターを知ったかを相談者に聞いている。Web で知ったと回答することが多いが、集計はしていない。

■研修会の開催

- ・ 年 1 回茨城県医療安全研修会を開催しており、毎回 200 名超の医療機関の医療従事者が参加している。
- ・ 研修の内容は、医療安全、感染症対策に関わる講演、報告、実演などであり、苦情・相談に関する内容でない場合が多い。数年前に、相談への具体的な対応に関する研修を開催した際は、参加者の反応が良かった。
- ・ 地域住民を対象としたシンポジウムなどは開催していない。

■今後の課題等

- ・ 組織の風土により相談・苦情への対応に差があるように感じる。何度も名指しで相談を受ける医療機関がある。
- ・ センターから医療機関に情報提供する際、医療機関の患者相談窓口の担当者は、手元とその案件に関する資料を用意しているわけではないので、情報提供された話をただ聞くだけのことが多く、その場での意見交換は難しい。担当者がその案件を把握していた場合でも、医療機関としての対応は院内の委員会等で検討されるため、電話口ですぐに解決するのは難しい。
- ・ センターと医療機関のコミュニケーション、顔の見える関係の構築が重要だとは思いますが、県のセンターであるため、管轄する医療機関数が多く、困難である。
- ・ 現状では、医療機関とセンターが連携して課題の解決に取り組むことはなく、センターが医療機関の医療安全文化の構築や改善に寄与するのは難しい。相談員としては、医療機関に対し一方的な情報提供に終始するのではなく、センターと医療機関との間の情報交換や検討の機会があれば、医療機関と患者間の信頼関係の構築に寄与できるのではないかと考えている。
- ・ 2020 年 4 月に水戸市が中核市に移行したため、市保健所に医療安全支援センターを相談件数等の推移をみながら、設置に向けて検討中である。市保健所に当該センターが設置された場合の市と県のセンターの役割分担をどのようにしていくかはまだ定まっていない。

■その他

- センターの患者参加促進の取り組みとしては、相談者との相談の中で、治療の主体は患者であることや、医療機関に自分の気持ちを伝えるなど積極的に医療機関とコミュニケーションをとることが重要であること、その窓口として医療機関の患者相談窓口があること等を伝えている。

以上

インタビュー記録

日時：2020年12月23日（水）13：30～15：30

場所：東京都庁会議室

参加者：

インタビュー：東京都福祉保健局医療政策部医療安全課 2名

インタビュアー：研究班 1名、研究協力者 2名

オブザーバー：研究協力者 2名

■体制

- ・ 東京都医療安全支援センター（以下、「センター」とする。）は医療安全課に設置され、医療安全課指導担当には常勤職員 13名、会計年度任用職員（非常勤職員）13名がいる。「患者の声相談窓口（以下、「窓口」とする。）」における相談対応は、会計年度任用職員 13名が専門相談員として専従で担当している。
- ・ 専門相談員は看護師や保健師の資格を有している。
- ・ 「窓口」の受け付け時間は、平日の 9 時～12 時、13 時～17 時であり、原則電話で 30 分以内として相談を受けている。専用の電話回線を有し、専門相談員が 1 日 3～4 名で対応している。
- ・ 東京都では、病院に関する相談・苦情は、医療安全課に設置した「窓口」が担当し、診療所等に関する相談・苦情は、所在地を管轄する保健所に設置した「窓口」が担当することになっている。
- ・ 医療安全支援センターは、患者や家族等からの病院に関する苦情・相談の対応のほか、医療安全推進協議会の開催、医療の安全に関する情報の提供、病院向けの研修会の開催等を行う。

■相談員の教育・研修について

- ・ 専門相談員の中には、医療対話推進者養成研修の受講者はいない。
- ・ 指導担当に新たに配属された常勤職員全員と、専門相談員の希望者が、医療安全支援センター総合支援事業の初任者研修を受講する。
- ・ 同初任者研修では、センターの概要や、苦情・相談への対応をテーマに行われた。集合形式の際は、相談者（患者）役とセンター職員役に分かれて電話対応のシミュレーション（演習）が行われていたが、今年度はオンライン形式で講義のみであった。
- ・ 医療安全支援センター総合支援事業が実施する、実践研修や全国協議会についても、専門相談員へ周知し、希望者が受講している。
- ・ 今年度はオンライン形式で開催されたこともあり、受講しやすく、受講人数も多かった。
- ・ センターの窓口対応に関する業務マニュアルと相談対応事例集を作成し、専門相談員や常勤職員へ配布し、活用している。
- ・ 専門相談員同士で、相談対応中や、相談対応後に、事例や対応の共有や相談をしている。
- ・ 常勤職員が適宜、専門相談員から相談を受けて助言対応している。

■相談の実績

- ・ 2019 年度の都本庁の相談受付件数は 10,106 件であった。
- ・ 以下の数字は、全て都本庁についてである。
- ・ 相談の手段は、電話が 9,868 件 (97.6%)、来所相談が 58 件、手紙・FAX が 77 件、メールが 82 件、その他が 21 件であった。
- ・ 苦情/相談の割合は、苦情が 3,828 件 (37.9%)、相談 4,991 件 (49.4%)、その他が 1,287 件 (12.7%) であった。苦情内容の上位は次の通り。
 - コミュニケーション 1,253 件
 - 医療行為、医療内容 1,089 件
 - 医療費 226 件
 - (医療費 (保険診療) であれば、121 件)
 - 入院・転院・退院に関すること 153 件
 - 診療拒否 120 件
 - 看護行為 91 件
 - 医療機関の施設 (清潔、安全管理等) 82 件
- ・ 相談者のほとんどは住民 (本人、家族・親戚、友人・知人で 93.6%) であるが、医療機関の職員から相談を受ける場合も僅かにある (0.4%)。
- ・ 都庁内の他部署等から転送されてくる相談は 21 件 (0.2%) ある。
- ・ 相談者からのみの情報で、医療事故が疑われる相談・苦情は 308 件あった。内容は、ベッドからの転落、採血時の神経損傷、検体の患者取り違い、検査や手術の失敗の訴えなどがある。検査や手術の失敗を訴える相談が多い。

■相談・苦情の組織内の流れ

- ・ 受付方法は原則電話としている。来所による面接相談は原則予約制としているが、予約なしに来所される相談者もいる。面接相談は原則複数名で対応する。対応内容は、電話と来所による面接相談は同じである。手紙や FAX、メール等が届くこともあるが、相談内容を文面のみで判断し、文面で回答することは、相談の主旨を正確に把握できないことや、回答の内容を相談者が誤解する恐れがあるため、必要に応じて電話で状況を確認しながら対応を検討する。
- ・ 病院に関する相談内容は都本庁で受け付けるが、診療所に関する内容であれば対象地域の保健所に設置されている窓口を紹介している。
- ・ 相談への助言・対応方法に迷う場合は、当日出勤している専門相談員同士での相談や、常勤職員が専門相談員から相談を受けている。
- ・ 常勤職員のうち主にセンターを担当する職員が、毎日の相談記録に随時目を通してしている。常勤職員と専門相談員で、毎朝の相談受付開始前の 15 分程度、情報伝達や打ち合わせを行うほか、月 1 回 15 分程度、相談窓口業務に関するミーティングを行っている。

■相談・苦情の医療機関への情報提供について

- ・ 2019 年度に苦情・相談の内容を病院に情報提供したのは 671 件である。
- ・ 相談・苦情を病院へ情報提供するかどうかは、相談者の要望に応じている。

- ・ 情報提供は病院の相談担当者へ行う。病院に相談窓口が設置されているかどうかは、住民を対象に公表している病院の相談窓口一覧を活用している。患者相談窓口の電話番号が分からない場合は、病院の代表番号に電話し、担当部署へ繋いでいただいている。

■医療機関からセンターへのフィードバック

- ・ センターから病院へ情報提供した後に、相談・苦情に対して各病院がどのように対応したかは、確認していない。病院からのフィードバックも求めている。しかし、文書や電話でその後の経過を報告してくれる病院も稀にある。個別の相談事例に対して、センターと病院が継続して相談しあう体制はとっていない。
- ・ センターから情報提供を受けた後に、病院ではどのように対応しているかについて、常勤職員が医療法に基づく定例立入検査の際に、聞き取り調査を行ったことがある。多くは院内で情報共有し、その後の対応に活用しているという回答であった。中には、病院では情報収集できていなかった情報（患者に家族がいた等）を知ることができ、その後の支援方針の検討に役立ったという回答もあった。

■センターから相談者へのフィードバック

- ・ 病院へ情報提供することは、相談者と病院との信頼関係を構築するきっかけづくりを目的としているため、病院へ情報提供することを希望する相談者に対しては、センターが病院へ情報提供した後は、相談者が自ら病院へ問い合わせよう促している。
- ・ 病院へ情報提供することを希望した相談者から後日に問い合わせを受けた場合は、センターが病院に相談者の気持ちを情報提供したということ、説明する。

■医療安全相談センターの周知方法

- ・ 窓口の周知は、住民を対象にしたリーフレットを作成し、保健所や病院、東京都医師会・東京都歯科医師会・東京都薬剤師会や消費者センター等の関係団体に配布しているほか、東京都福祉保健局の Web サイトで行っている。区市町村等が発行する相談窓口一覧の中に掲載されているところもある。都本庁の執務室内では、センターや窓口の案内表示をしている。

■研修会の開催

- ・ 年に 4 回、都保健所医療安全支援センターの職員及び特別区・保健所設置市相談窓口担当者を対象に、医療安全支援センター連絡会を開催している。センターの運営等に係る情報交換、相談対応に必要な知識・技術の向上のための学習機会の提供等を行い、センターや窓口の設置を検討するきっかけとしても活用いただいている。
- ・ 年に 3 回、都保健所医療安全支援センターの職員及び特別区・保健所設置市相談窓口担当者を対象に、研修会を開催している。内容は、医療安全支援センターの概要や運営に関すること、クレーム対応の要点、保険診療制度に関する知識等である。各回とも参加者は 30 名前後で、各部署の担当者が参加している。
- ・ 都内にある医療機関の管理者や医療安全推進担当者を対象に、年に 1 回、医療安全推進講習会を開催している。医療事故調査制度や画像診断の見逃し等、医療安全上の課題や

関心が高いことをテーマに、関係する機関に講演を依頼している。毎回 200～300 名程度が参加している。

- ・ 医療機関の管理者を対象に、年に 1 回、病院管理講習会を開催している。事業継続計画や診療情報管理、障害者差別解消法等をテーマに、関係する機関に講演を依頼している。
- ・ 医療機関の相談窓口担当者を対象に、年に 1 回、患者相談窓口担当者講習会を開催している。病院の患者相談窓口の関わりやクレーム対応等をテーマに、関係する機関に講演を依頼している。
- ・ 病院管理講習会と患者相談窓口担当者講習会ともに、毎回 200～300 名程度の参加があるが、2019 年度は新型コロナウイルス感染拡大防止のため中止した。
- ・ 地域住民を対象としたシンポジウムなどは開催していない。

■今後の課題等

- ・ 病院に聞き取り調査を行った際に、センターの役割や相談対応等の活動について知りたい、という意見が多かった。
- ・ 年間約 10,000 件受けている相談について、都内にある約 650 か所の病院と連絡をとり、個別の事例の解決に取り組むのは困難である。
- ・ 相談者から病院に対する行政指導を求められることがある。センターは行政指導する部署ではないことを説明すると、「役立たず」「税金泥棒」などと言われる場合がある。また、相談開始時から大声や語気が強い相談を受けることもある。相談者が満足できる結果にならないことや、相談者の思いや感情を受け止めること等、相談対応には精神的負担がある。専門相談員同士や常勤職員で、受けた相談に対する気持ちを表出や傾聴等を行い、メンタルヘルスを保持できる環境を心がけている。
- ・ 医療費に関する相談や苦情に対して、対応に迷うことが多い。診療報酬制度に関して自己学習では理解しにくいいため、相談員に対する診療報酬制度に関する研修会があると活用したい。

以上

インタビュー記録

日時：2021年1月7日（木）15：00～17：00

場所：神奈川県庁新庁舎会議室

参加者：

インタビュー：神奈川県健康医療局保健医療部医療課 1名、神奈川県医療安全相談センター1名

インタビュアー：研究班1名、研究協力者3名

■体制

- ・ 医療安全相談センターは、非常勤職員3名が1～2人体制で相談窓口業務を担当している。職種は、それぞれ社会福祉士（県の福祉系の元職員）、看護師・保健師（教職経験者）、看護師（行政機関の相談業務経験者）である。
- ・ 窓口の受付時間は、平日10時～12時、13時～15時であり、電話対応を基本とする。面談は予約制にしている。
- ・ 窓口の場所は、神奈川県庁内の神奈川県健康医療局保健医療部医療課法人指導グループ内に設置されている。面談は空いている会議室等で行う。
- ・ 相談窓口の予算は人件費と弁護士への相談依頼料等を確保している。研修等のための予算は設けていない。
- ・ 神奈川県医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護師協会、病院団体、弁護士会、市町村の福祉担当者、学術経験者、県民からの公募委員（2020年度は該当者なし）等で構成される医療安全推進協議会に、窓口の相談業務について助言を受けている。協議会は年1-2回開催される。毎回相談員が対応に困った5～6件の事例について助言を受けている。

■相談員の教育・研修について

- ・ 横浜市健康福祉局医療安全課が年3回医療者向けに開催している医療安全研修（医療従事者向け）に参加している。
- ・ 医療安全支援センター総合支援事業の研修会に参加している。
- ・ 医療対話推進者養成研修には参加していない。
- ・ 窓口の職員には、入職時に、神奈川県独自に作成したマニュアルや、他の医療安全支援センターが作成した事例集を読み込んでもらうほか、他の各種相談窓口のリストを把握してもらっている。しかし、相談技術の向上は経験を積むしかないので、ある程度の相談業務経験を持つ人材を採用するようにしている。
- ・ 医療安全相談アドバイザー（弁護士）との意見交換会（年1回）

■相談の実績

- ・ 2019年度の相談受付件数は2,406件（苦情が938件、相談が1,468件）であった。
- ・ 相談の手段は、電話が2,228件（92.6%）、メールが159件（6.6%）、FAXが7件、手紙が6件、面談が6件であった。
- ・ 医療機関、弁護士、議員等から患者の苦情等への対応方法について相談を受けることもある。その他に、役所、厚生局、消費者生活センター等から患者の苦情等について連絡

を受けることもある。

- ・ 苦情は相談受付総数の 39.0%であり、内訳は以下の通り。
 - 医療行為、医療内容 406 件
 - コミュニケーションに関すること 222 件
 - 医療費（診療報酬等） 100 件
 - 医療情報の取扱 55 件
 - 医療知識等を問うもの 29 件
 - 医療機関等の紹介、案内 2 件
 - その他（要望・提案・その他を含む） 112 件
- ・ 2019 年度は立入検査部門に 2 件の相談・苦情を引き継いだ。
- ・ 医療事故に関する相談は相談者の主観による判断が入るため、医療事故が疑われる相談・苦情の件数を示すのは難しい。医療事故調査制度に関わる相談は年間 10 件以内である。

■相談・苦情の組織内の流れ

- ・ 受付方法は電話が主体であるが、面談、手紙、FAX、メール等でも受け付ける。面談は原則電話で予約を取ってもらう必要があるが、稀に予約なしで訪れる相談者もいる。
- ・ 相談対象の医療機関が保健所設置市にある場合、市設置の医療安全相談窓口を紹介している。
- ・ 職員が対応方法について判断が迷う場合は、職員間で相談している。また、専門性を必要とする相談内容の場合は専門機関・団体を紹介している。150 以上の専門機関・団体のリストを作成しており、①公的組織、②準公的組織、③NPO 等の順に優先順位をつけて紹介している。
- ・ 受付けた相談内容は日報に記し、相談員はお互いの記録に目を通すほか、医療課課長に回覧している。
- ・ 立入検査部門に年間数件の相談・苦情を引き継いでいる。診療報酬や社会保険に関わる事例は関東信越厚生局、国民健康保険に関わる事例は神奈川県、その他の違法行為が疑われる事例は保健所に伝達している。
- ・ 相談窓口で受付けた内容は、統計をとりまとめている。

■相談・苦情の医療機関への情報提供について

- ・ 2019 年度は医療機関へ 13 件（全体の 0.5%）の苦情・相談の内容を情報提供した。センターで相談を完結させることが多い。
- ・ 相談・苦情を病院へ情報提供するかどうかは、相談者の要望を踏まえて判断している。情報提供するか否かの明確な基準はない。
- ・ 情報提供の際は、基本的に医療機関の代表番号に電話している。多くの病院は患者相談窓口が決まっており、そちらに電話を回される。担当部署が不明な場合は、医事課や総務課で対応されることが多い。
- ・ 医療機関に情報提供した苦情・相談は、医療機関が既知であることが多い。

■医療機関からセンターへのフィードバック

- ・ 相談・苦情に対して各病院がどのように対応したかは追跡していないが、自主的に対応結果を報告していただける事例も多い。大規模な病院はケースワーカーから、小規模な医療機関は院長から対応結果を報告していただけることが多い。対応結果を書面で送付していただけることもある。

■センターから相談者へのフィードバック

- ・ 相談者には、センターは医療機関を指導できないことを伝えている。
- ・ 相談者の要望がある場合は、医療機関の回答や対応結果を相談者に事後報告する。

■医療安全相談センターの周知方法

- ・ ホームページに詳しい情報を掲載している。
- ・ 市役所等の行政機関に案内のリーフレットを置いている。

■研修会等の開催

- ・ 年に1回、医療安全に関する一般的な内容（相談・苦情に限定しない）の講演会を、主に医療従事者向け（県民受講可）に開催している。講演会は、神奈川県と医師会等5団体が実行委員会を組織し、開催している。
- ・ 年に1回、県と市保健所（6箇所）の患者相談窓口の担当者会議を開催している。弁護士も参加してもらい、相談窓口の業務内容や相談事例について情報交換するほか、対応が困難な相談者への適切な回答の仕方などについて半日ほど議論している。

■今後の課題等

- ・ 医療安全支援センターの権限は限られており、出来ることも限界がある。消費者生活センター並みの権限があれば、もう少し幅の広い活動が可能になるかもしれない。
- ・ 歯科医療に関しては、県歯科医師会の相談窓口が機能していると聞いている。同様の機能を担う機関との役割分担や連携が重要である。
- ・ 苦情相談の経験より、医療機関で患者に対し十分に説明することが重要であると考える。

以上

資料13 医療安全支援センターへのインタビュー調査の結果

		茨城県医療安全相談センター	東京都医療安全支援センター	神奈川県医療安全支援センター
		2020年10月23日	2020年12月23日	2021年1月7日
体制		専任4名。全員が病院の師長経験のある看護師であり、内1名は医療安全管理者の経験もある。病院の患者相談窓口の勤務経験のある者はいない。	会計年度任用職員(非常勤職員)13名。看護師や保健師。1日3～4名が勤務。医療安全課指導担当の常勤職員13名も支援している。	非常勤職員3名。1日1～2名が勤務。社会福祉士(県の福祉系の元職員)、看護師・保健師(教職経験者)、看護師(行政機関の相談業務経験者)。
相談員の教育研修		医療安全支援センター総合支援事業により東京大学で開催されていた研修会に参加している。医療対話推進者養成研修には参加していない。	医療安全課指導担当に新たに配属された常勤職員全員と、専門相談員の希望者が、医療安全支援センター総合支援事業の初任者研修を受講する。医療対話推進者養成研修の受講者はいない。	横浜市健康福祉局医療安全課が年3回医療者向けに開催している医療安全研修(医療従事者向け)に参加している。医療安全支援センター総合支援事業の研修会に参加している。医療対話推進者養成研修には参加していない。
相談	実績	2396件	10106件 (都の医療安全支援センターは病院に対する相談のみ扱い、保健所が診療所に対する相談を扱う)	2406件
	内容	内15%が苦情、85%が相談。約1割が消費者生活センターや他の行政機関からの相談。医療行為、医療知識を問うもの等が多い。	内38%が苦情、49%が相談。コミュニケーションや医療行為・医療内容に関するものが多い。相談者からのみの情報で、医療事故が疑われる相談・苦情は308件あった。内容は、ベッドからの転落、採血時の神経損傷、検体の患者取り違え、検査や手術の失敗の訴えなどがある。検査や手術の失敗を訴える相談が多い。	内39%が苦情、61%が相談。苦情の内容は、医療行為・医療内容、コミュニケーションに関するものが多い。医療事故に関する相談は相談者の主観による判断が入るため、医療事故が疑われる相談・苦情の件数を示すのは難しい。医療事故調査制度が関わる相談は年間10件以内である。
	相談者に了解を求める事項	相談内容が苦情・相談である場合、センターには指導権限はないことを伝えたくて話を聞く。センターは、相談者の話を聞いて医療機関に伝えることがあるが、相談者と医療機関の間に入り、両者の調整をすることはない。相談者と医療機関の間で問題の解決に取り組むように話している。	-	相談者には、センターは医療機関を指導できないことを伝えている。

		茨城県医療安全相談センター	東京都医療安全支援センター	神奈川県医療安全支援センター
医療機関への情報提供	提供実績	95件(相談の3.9%、苦情の27%)	671件	13件
	情報提供する基準	相談者の要望を踏まえて、相談・苦情を受け付けた相談員が個人で判断している。情報提供するか否かの明確な基準はない。話が堂々巡りをするなど、相談が長時間になるとき、解決策の一つとして、病院に伝えましょうか、と申し出る場合がある。	相談・苦情を病院へ情報提供するかどうかは、相談者の要望に応じている。	相談・苦情を病院へ情報提供するかどうかは、相談者の要望を踏まえて判断している。情報提供するか否かの明確な基準はない。
	情報提供の障害	大病院は患者相談窓口の担当者が決まっていることが多いが、中小の病院や診療所は対応窓口が不明確な場合がある。	-	-
	負担感	相談員として、相談者の相談・苦情を医療機関に伝えるのは抵抗がある。相談者の訴えが全て正しいとは限らないので、「子供の使いのようで申し訳ないが」とか「相談者の一方的な話であるが」と断ったうえで、相談者の言葉をそのまま医療機関の担当者に伝えている。医療機関の患者相談窓口の担当者が、「ああ～分かっています。分かっています。」など、真摯に対応してくれていない印象を受ける場合や、冷たい対応をされる場合は負担を感じる。相談者の一方的な視点からの苦情(言いがかり)と思われる内容でも、相談者の希望があれば当該医療機関に伝達せざるを得ないため、そのような場合は負担を感じる。	-	-
フィードバック	医療機関からセンターへ	原則、情報の伝達はセンターから医療機関への一方通行である。相談・苦情に対して各病院がどのように対応したかは追跡していない。医療機関が対応結果をセンターへ自発的に報告してくることは少ないが、その内容は相談受付記録に追記し、再相談の際にはその情報も加味して対応している。医療機関からセンターへのフィードバックは、病院は少ないが、診療所は多い印象である。	センターから病院へ情報提供した後、相談・苦情に対して各病院がどのように対応したかは、確認していない。病院からのフィードバックも求めている。しかし、文書や電話でその後の経過を報告してくれる病院も稀にある。個別の相談事例に対して、センターと病院が継続して相談しあう体制はとっていない。	相談・苦情に対して各病院がどのように対応したかは追跡していないが、自主的に対応結果を報告していただける事例も多い。大規模な病院はケースワーカーから、小規模な医療機関は院長から対応結果を報告していただけることが多い。対応結果を書面で送付していただけることもある。
	センターから相談者(患者等)へ	相談・苦情の内容を医療機関に伝えたと、医療機関の回答を相談者に伝えることは、相談者の要望がある場合を除き、原則としていない。相談者から確認の電話があった場合は、相談内容を先方に連絡したことを伝えている。	病院へ情報提供することを希望する相談者に対しては、センターが病院へ情報提供した後は、相談者が自ら病院へ問い合わせよう促している。病院へ情報提供することを希望した相談者から後日に問い合わせを受けた場合は、センターが病院に相談者の気持ちを情報提供したということを、説明する。	相談者の要望がある場合は、医療機関の回答や対応結果を相談者に事後報告する。

		茨城県医療安全相談センター	東京都医療安全支援センター	神奈川県医療安全支援センター
研修会の開催	頻度	年1回	年5回	年1回
	内容	医療安全、感染症対策に関わる講演、報告、実演などであり、苦情・相談に関する内容でない場合が多い。数年前に、相談への具体的な対応に関する研修を開催した際は、参加者の反応が良かった。 地域住民を対象としたシンポジウムなどは開催していない。	年に3回、保健所医療安全支援センターの職員及び特別区・保健所設置市相談窓口担当者を対象に、研修会を開催。内容は、医療安全支援センターの概要や運営に関すること、クレーム対応の要点、保険診療制度に関する知識等である。各回とも参加者は30名前後。 都内の医療機関の管理者や医療安全推進担当者を対象に、年に1回、医療安全推進講習会を開催。医療事故調査制度や画像診断の見逃し等、医療安全上の課題や関心が高いことをテーマに、関係する機関に講演を依頼。毎回200～300名程度が参加。 医療機関の相談窓口担当者を対象に、年に1回、患者相談窓口担当者講習会を開催。病院の患者相談窓口の関わりやクレーム対応等をテーマに、関係する機関に講演を依頼。毎回200～300名程度が参加。 地域住民を対象としたシンポジウムなどは開催していない。	医療安全に関する一般的な内容(相談・苦情に限定しない)の講演会を、主に医療従事者向け(県民受講可)に開催している。講演会は、神奈川県と医師会等5団体が実行委員会を組織し、開催している。
その他		茨城県医療安全対策委員会 は、医師会等の代表、受益者代表(施設の代表者)、弁護士、学識経験者等の10名で構成され、相談窓口での対応が困難な事例について対応方法を検討する。相談時間が非常に長い事例、相談回数が非常に多い事例などが、年に7～8件検討される。 茨城県の薬剤師会は、相談内容を録音し、対応等について検証していた。同じような仕組みがあると、相談員の教育に役立つかもしれない。	年に4回、都保健所医療安全支援センターの職員及び特別区・保健所設置市相談窓口担当者を対象に、医療安全支援センター連絡会を開催している。センターの運営等に係る情報交換、相談対応に必要な知識・技術の向上のための学習機会の提供等を行い、センターや窓口の設置を検討するきっかけとしても活用いただいている。 センターから情報提供を受けた後に、病院ではどのように対応しているかについて、常勤職員が医療法に基づく定例立入検査の際に、聞き取り調査を行ったことがある。多くは院内で情報共有し、その後の対応に活用しているという回答であった。中には、病院では情報収集できていなかった情報(患者に家族がいた等)を知ることができ、その後の支援方針の検討に役立つという回答もあった。	神奈川県医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護師協会、病院団体、弁護士会、市町村の福祉担当者、学識経験者、県民からの公募委員(2020年度は該当者なし)等で構成される医療安全推進協議会に、窓口の相談業務について助言を受けている。協議会は年1-2回開催される。毎回相談員が対応に困った5～6件の事例について助言を受けている。 年に1回、県と市保健所(6箇所)の患者相談窓口の担当者会議を開催している。弁護士も参加してもらい、相談窓口の業務内容や相談事例について情報交換するほか、対応が困難な相談者への適切な回答の仕方などについて半日ほど議論している。 医療機関に情報提供した苦情・相談は、医療機関が既知であることが多い。

医療安全管理体制と患者参加推進活動に関する調査 集計結果

令和2年度厚生労働科学研究
 医療安全に寄与する患者参加の推進に資する研究
 研究代表者
 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:

病院の医療安全管理の実態とともに、医療安全の向上を意図した患者参加活動の実態を把握し、患者参加を効果的に推進する方法を明らかにする

対 象: 全国の病院 (n=8,294) (全日本病院協会の会員病院 (n=2,546) を含む)

期 間: 2020年12月16日 (発送) ~ 2021年1月15日 (投函期限)

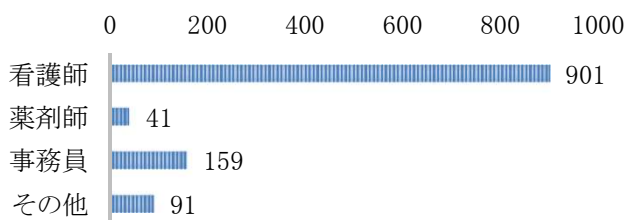
有効回答率:

全体 15.7% (1,302/8,294)
 内、全日本病院協会 会員病院 15.4% (392/2,546)

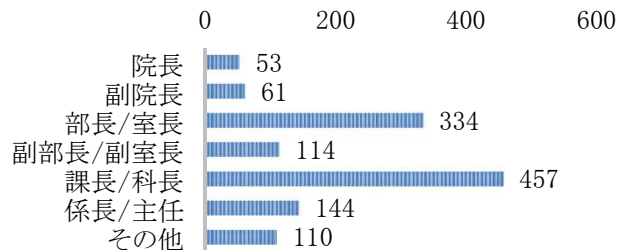
定 義: 急性期病院 一般病床が50%以上を占める病院
 慢性期病院 療養病床が50%以上を占める病院
 精神科病院 精神科病床が50%以上を占める病院
 その他病院 上記に該当しない病院

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)

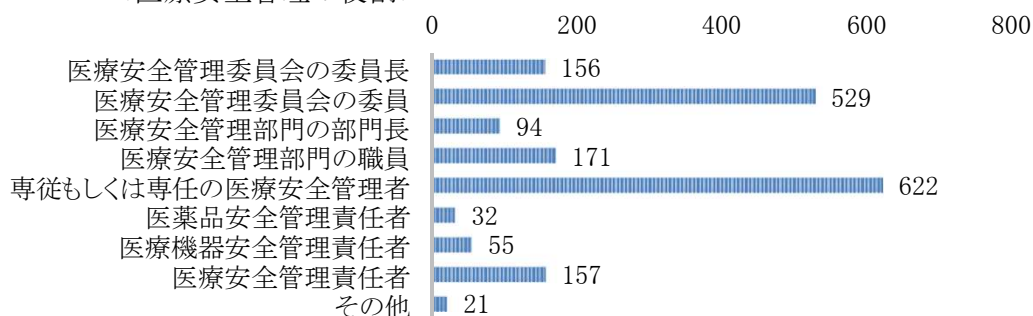
<職 種>



<職 位>



<医療安全管理の役割>



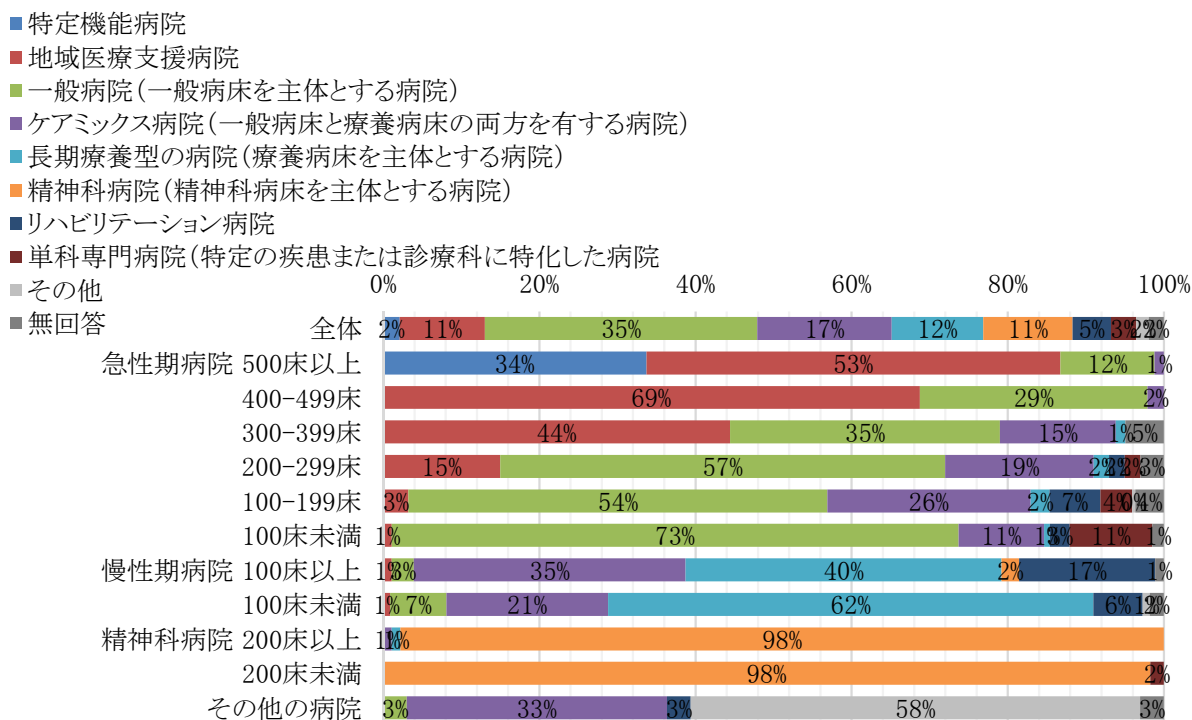
<医療機関の基礎的な情報>

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。)

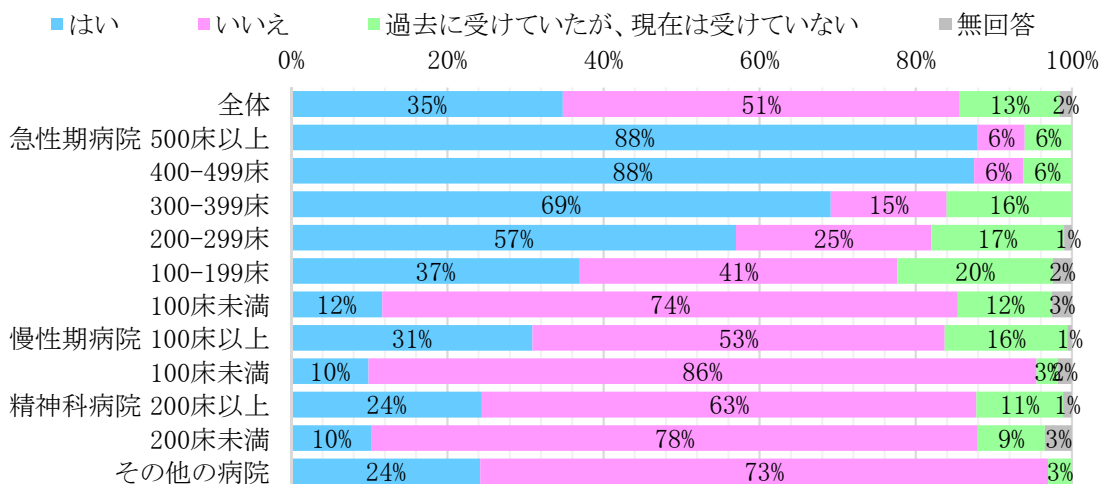
			n (病院数)
全体			1302
急性期病院	総病床数	500床以上	83
		400-499床	48
		300-399床	81
		200-299床	100
		100-199床	246
		100床未満	274
慢性期病院	総病床数	100床以上	178
		100床未満	111
精神科病院	総病床数	200床未満	90
		200床以上	58
その他病院			33

(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。)

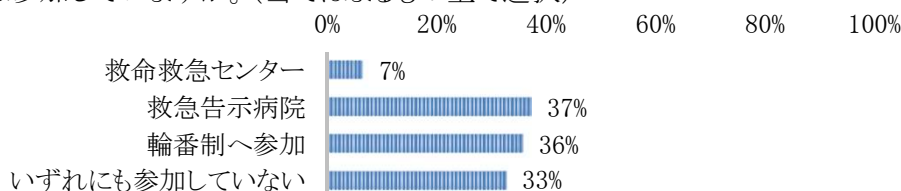
3. 施設機能としてもっとも当てはまるものを1つを選んでください。



4. 日本医療機能評価機構による認定を受けていますか。



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)



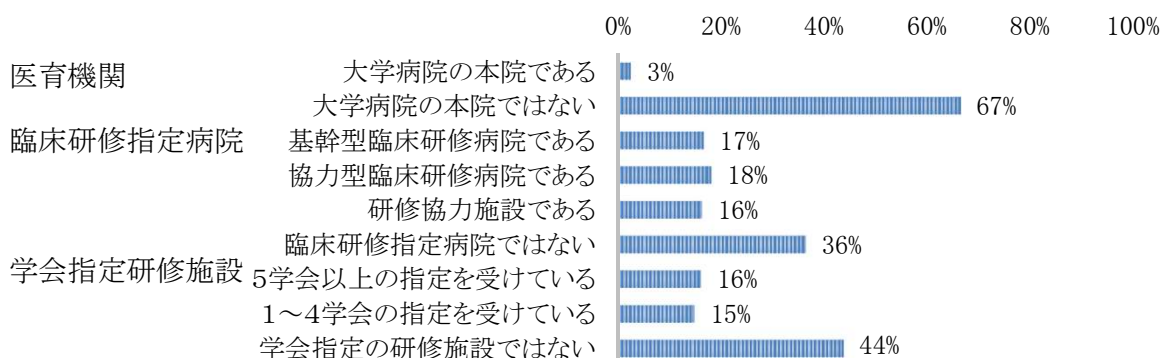
6. 職員数(常勤換算) (直近の数値をご回答ください。) (平均)

	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	200床 以上	200床 未満	
医師(研修医を除く)	36	269	93	67	35	17	10	9	5	13	6	12
研修医	5	41	16	8	3	1	1	0	0	0	0	0
看護師	151	726	425	299	189	108	42	75	30	113	55	101
薬剤師	8	44	21	17	11	6	2	4	2	4	2	4
その他	137	443	304	216	170	122	56	129	46	109	51	124
総職員数	341	1,516	862	603	409	256	110	219	84	240	117	245

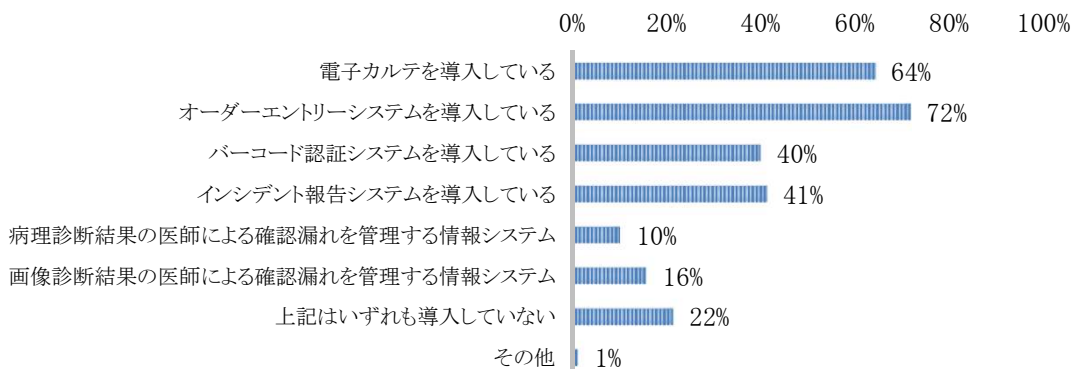
7. 年間退院患者数および死亡退院患者数はそれぞれ何人ですか。(昨年または昨年度の数値をご回答ください。)(平均)

	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	200床 以上	200床 未満	
退院患者数	2,778	15,509	9,616	6,287	3,751	2,019	844	585	563	474	184	600
うち死亡退院患者数	139	492	617	286	185	105	39	106	50	36	13	56

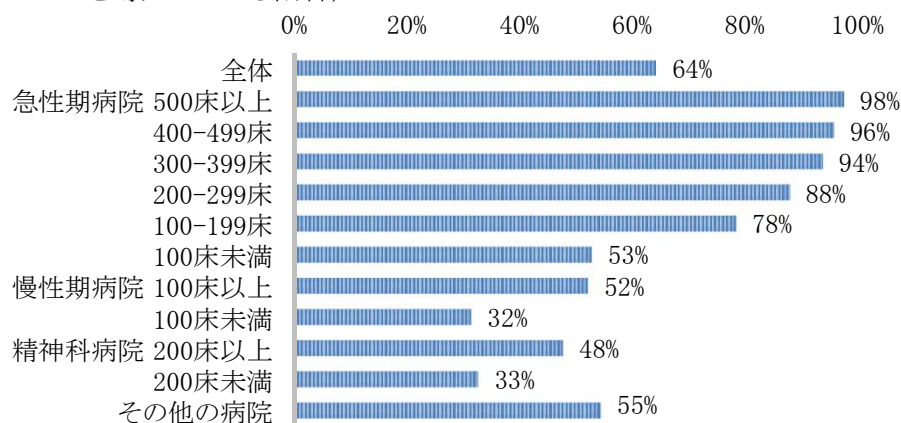
8. 卒前・卒後教育の状況についてそれぞれ回答してください。(当てはまるもの全て選択)



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)

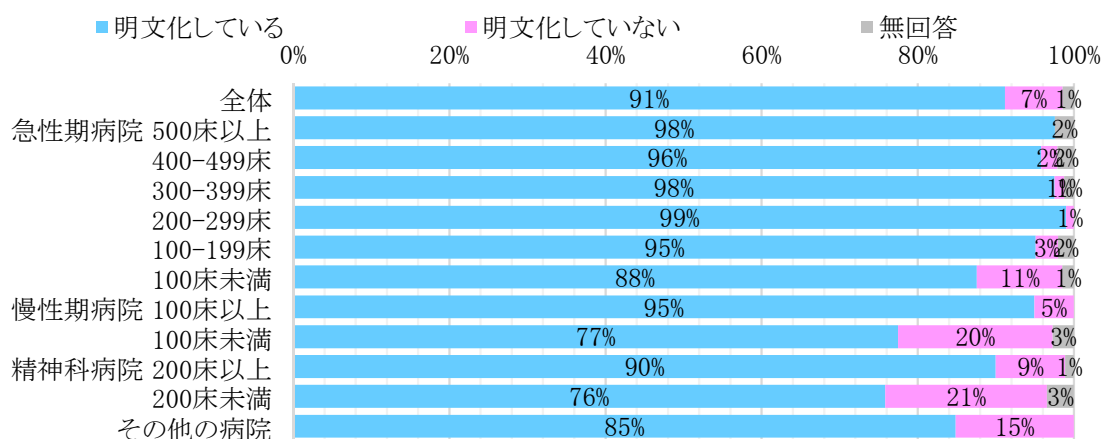


(電子カルテを導入している割合)

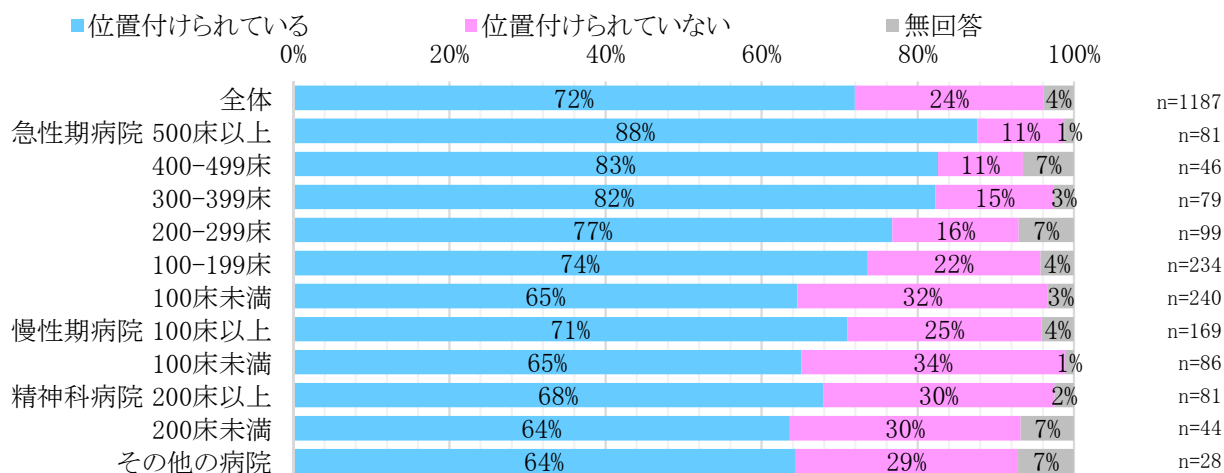


<医療安全管理の体制>

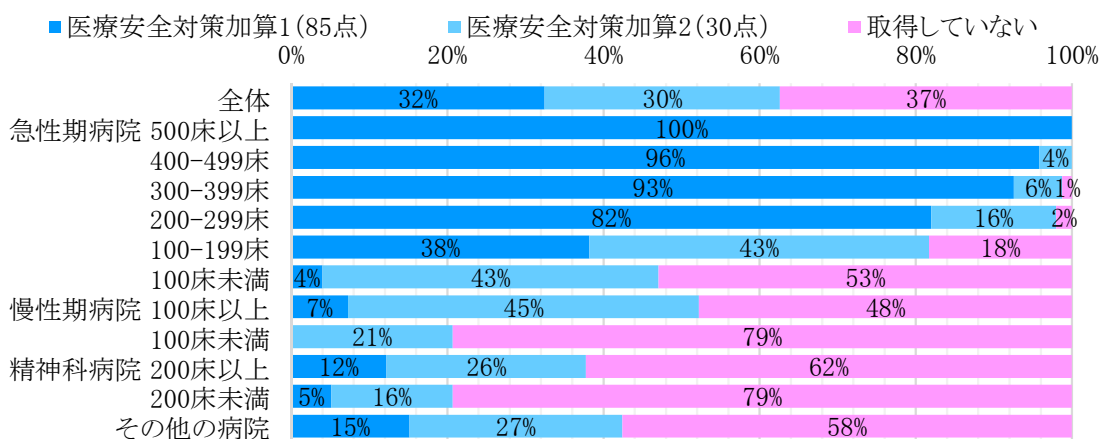
10. 病院の経営理念・目標等を明文化していますか。



11. 問10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。

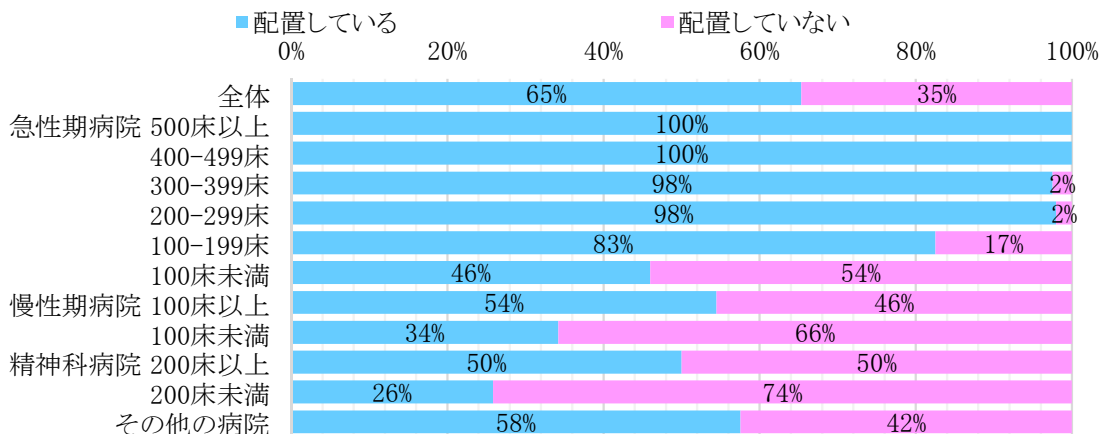


12. 診療報酬で医療安全対策加算を取得していますか。



13. 専従または専任の医療安全管理者を配置していますか。

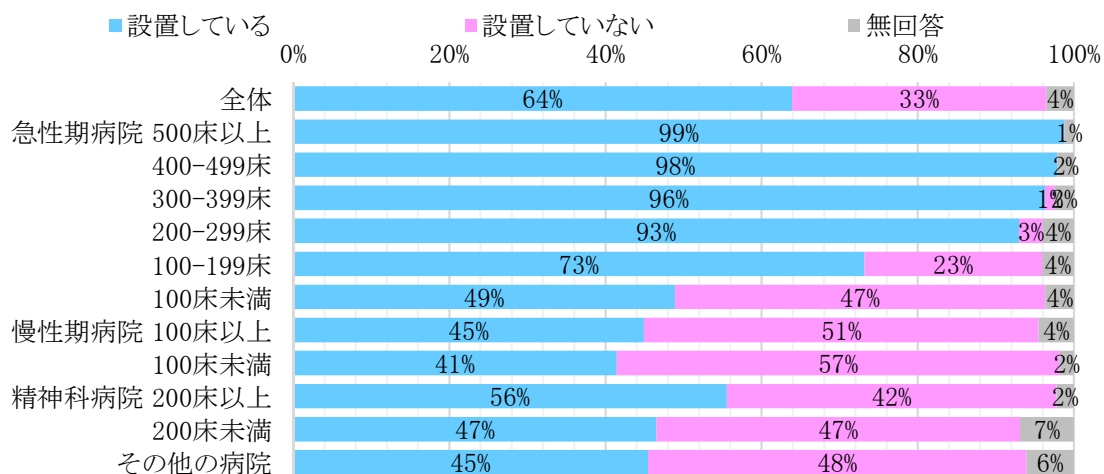
ただし、専従と専任は次の定義に従う者とします。
 専従：他の業務を行わず、医療安全の業務に就業時間の8割以上従事している者
 専任：他の業務への従事の有無を問わず、医療安全の業務に就業時間の5割以上従事している者



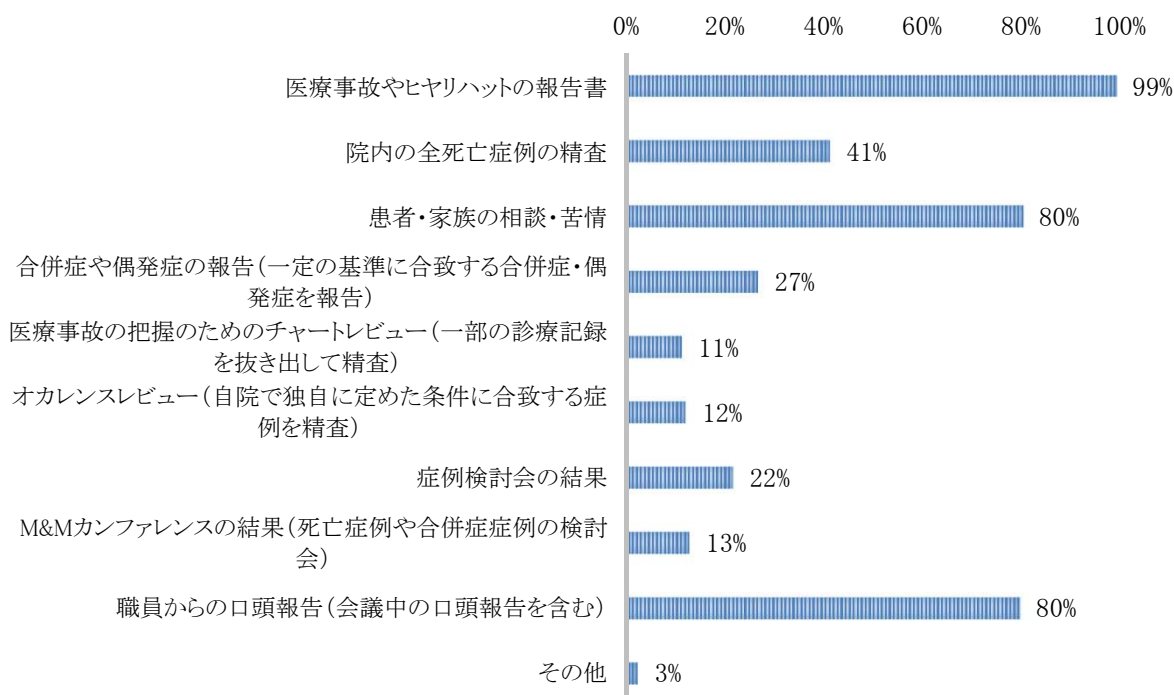
14. 問13で「配置している」と回答した場合、職種別の配置人数を教えてください。(中央値)
 (注意：問13の専従および専任の定義に合致する方の人数をお答えください。)

	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	200床 以上	200床 未満	
<専従>	医師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	看護師	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
	薬剤師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	事務員	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<専任>	医師	0	0.5	1	0	0	0	0	0	0	0
	看護師	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0
	薬剤師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	事務員	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

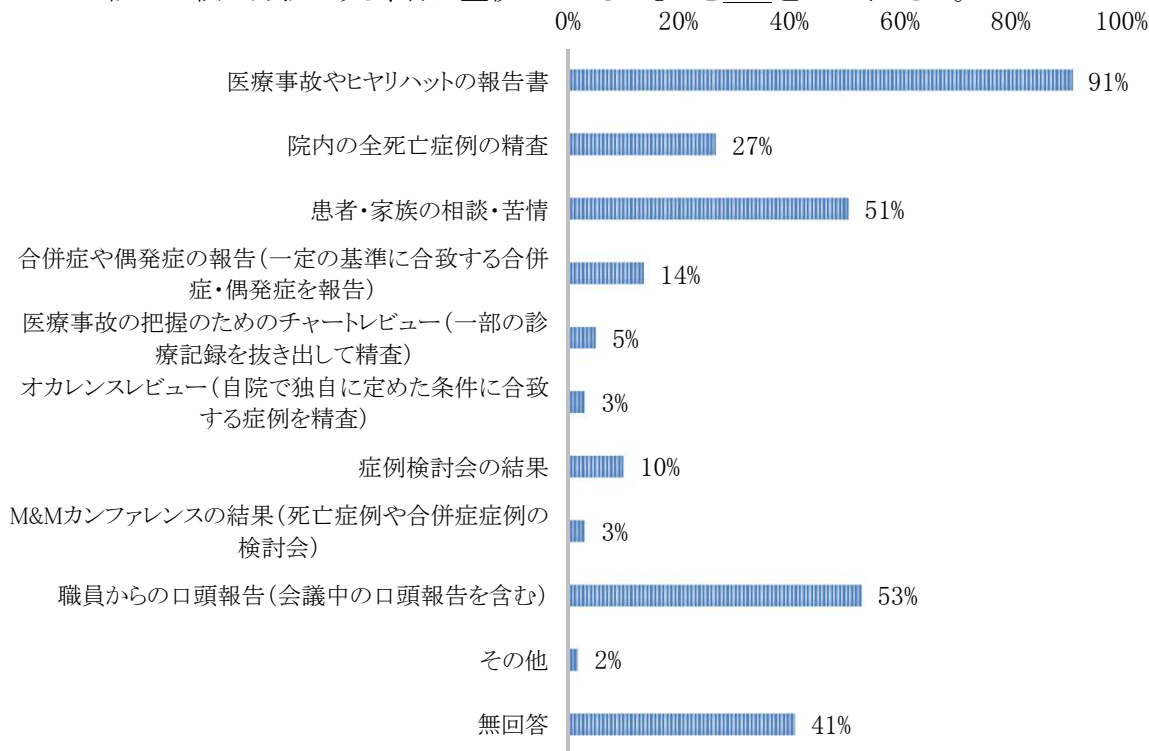
15. 医療安全管理のための部署を設置していますか。



16. 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)



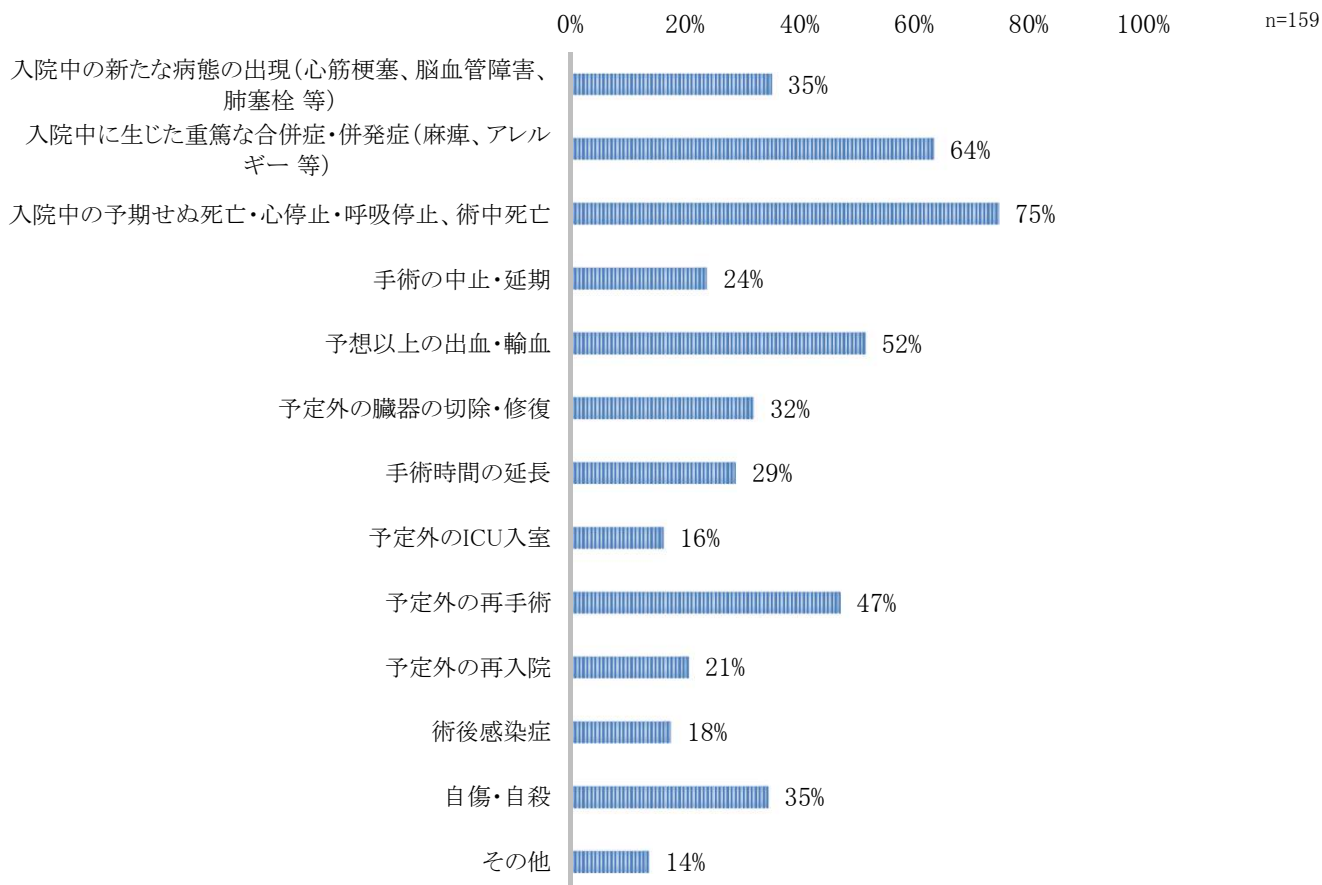
上記の10個の方法のうち、特に重視しているものを3つ選んでください。



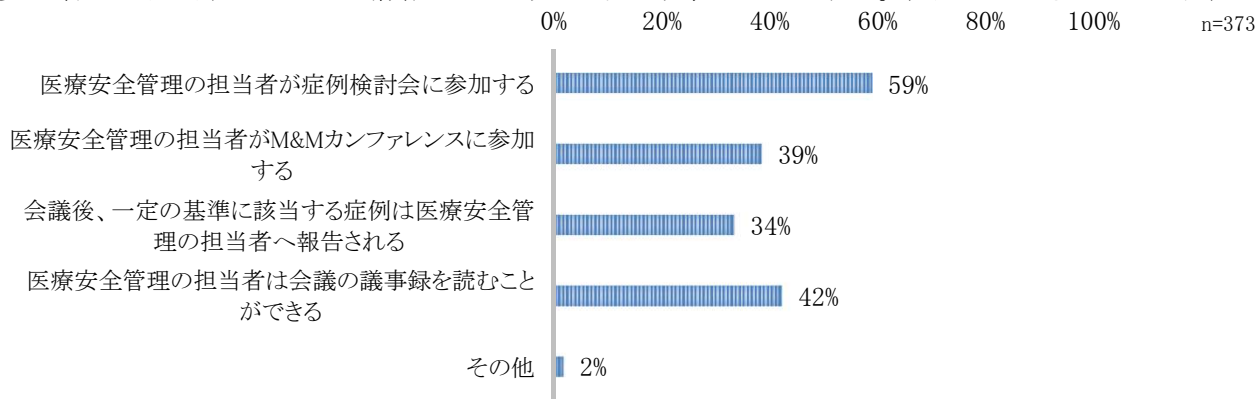
17. 問16で「05 医療事故の把握のためのチャートレビュー」を用いていると回答した場合、入院患者の何%がその対象になっていますか。

中央値 5%

18. 問16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)



19. 問16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)

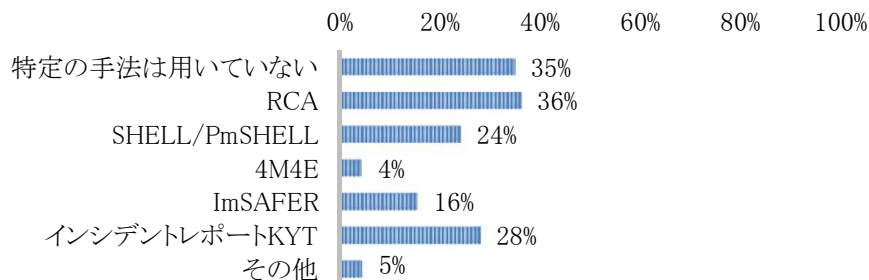


20. 医療安全管理を目的とした院内報告の件数は、年間(昨年または昨年度)およそ何件ですか。(1事例に対し複数の報告がある場合は、延べ報告件数を回答してください。)

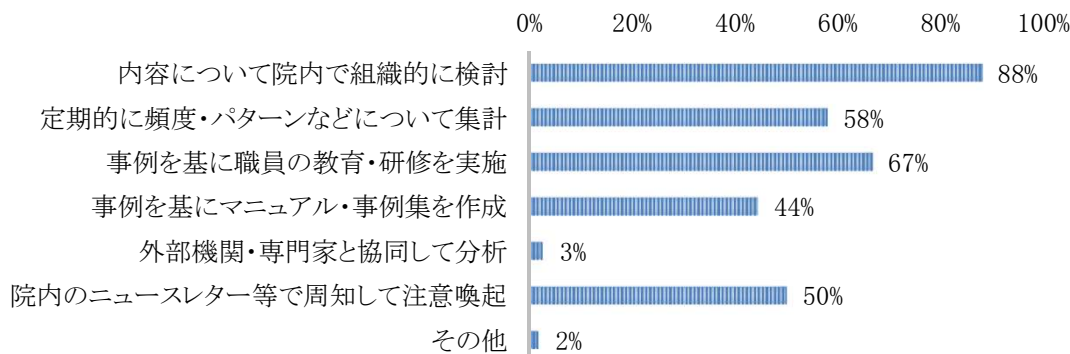
(中央値)

1病床当たりの件数	全体	急性期病院					慢性期病院		精神科病院		その他	
		500床以上	400-499床	300-399床	200-299床	100-199床	100床以上	100床未満	200床以上	200床未満		
医療事故	0.3	0.6	0.4	0.3	0.3	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2
ヒヤリハット	2.8	4.1	3.4	3.6	3.4	3.3	2.7	2.1	1.6	2.2	1.8	2.4
医療事故 + ヒヤリハット	3.3	5.2	4.0	4.2	3.8	3.8	3.2	2.5	2.0	2.6	2.1	3.0

21. 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)

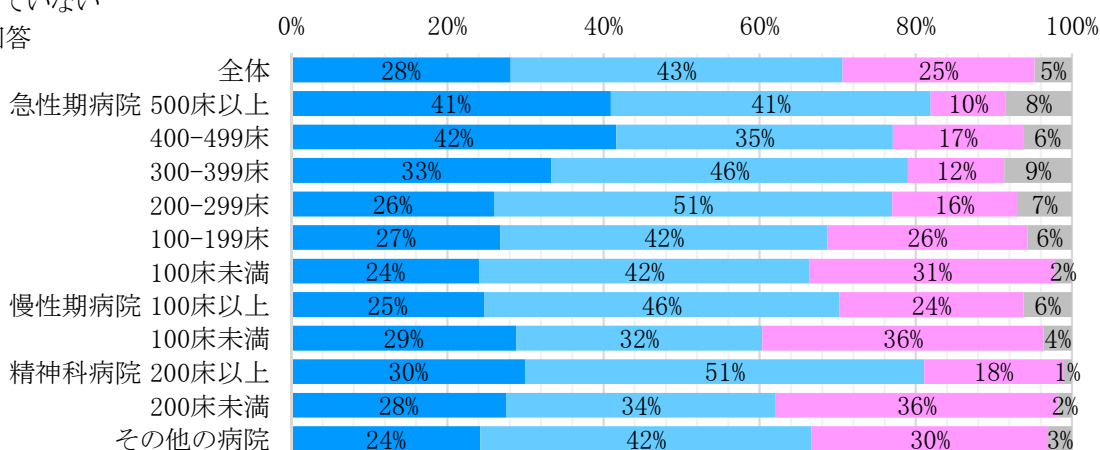


22. 報告された事例(医療事故やヒヤリハット)・情報をどのように活用していますか。(当てはまるもの全て選択)

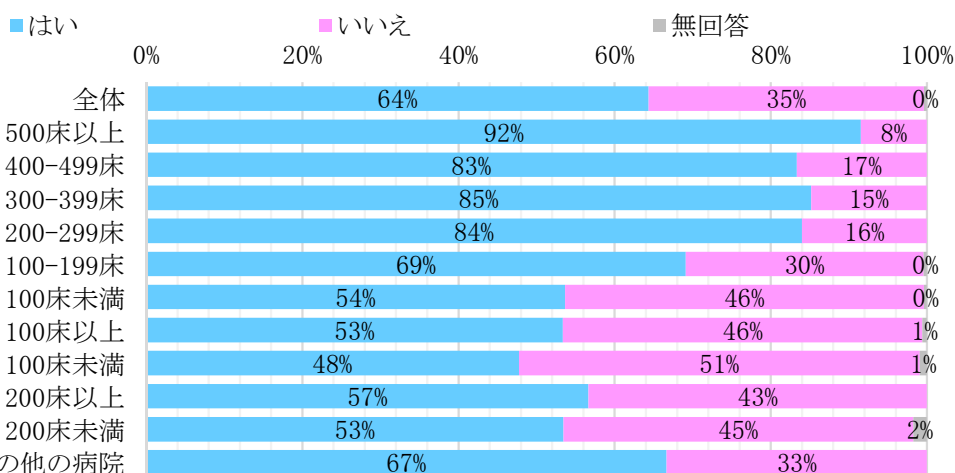


23. 生じやすい医療事故等についてリスク評価を実施していますか。

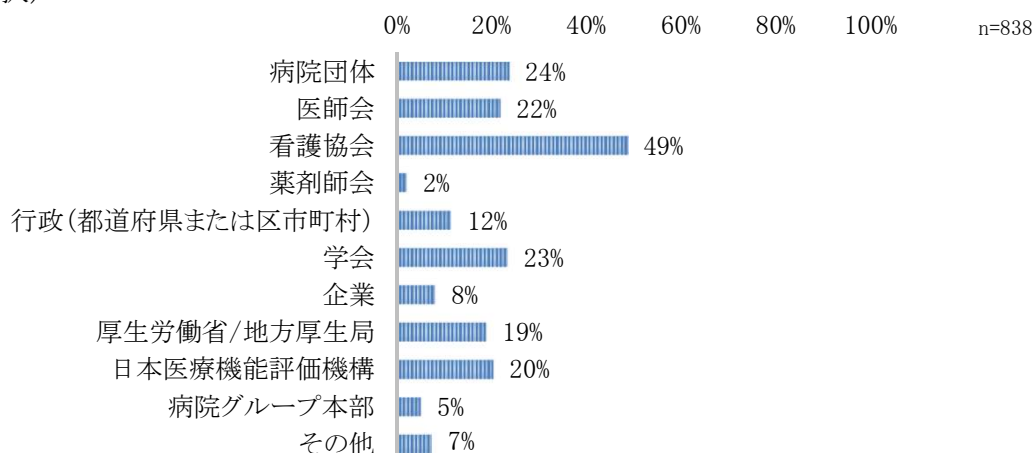
- 行っている(院内のほとんどの業務、部署について)
- 行っている(院内の一部の業務、部署について)
- 行っていない
- 無回答



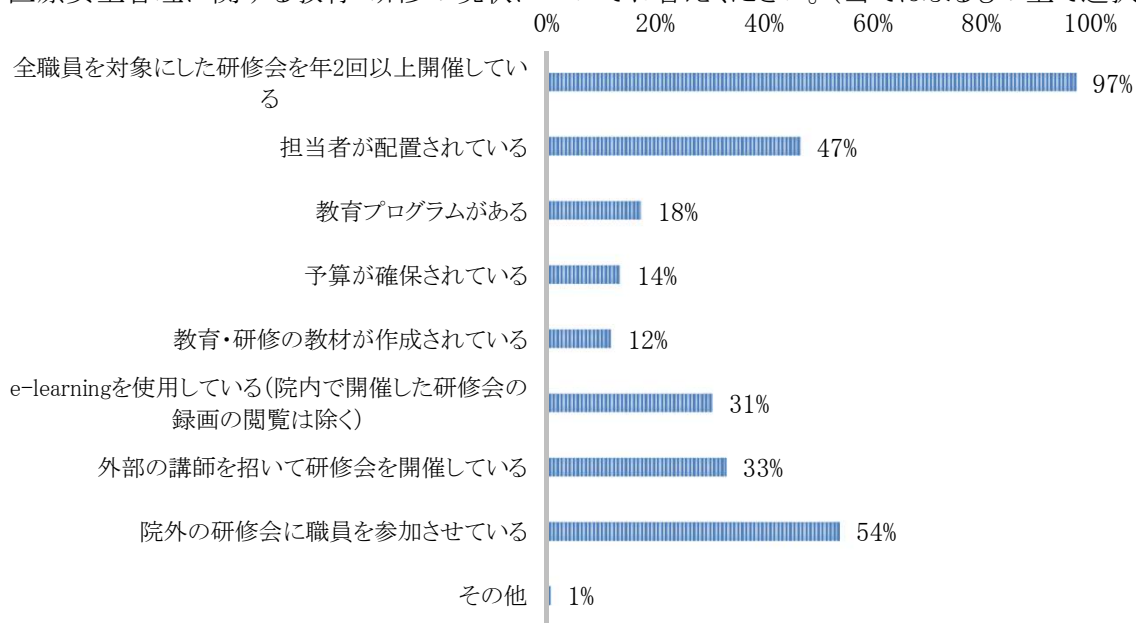
24. 最近1年以内に、外部機関による医療安全に関する教育・研修を、貴院の幹部や医療安全の実務担当者が受けましたか。



25. 問24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)

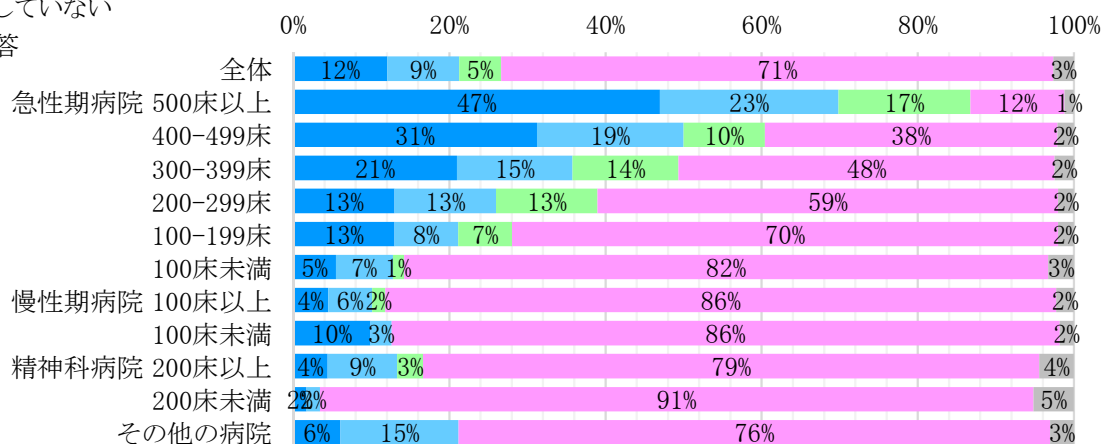


26. 医療安全管理に関する教育・研修の現状についてお答えください。(当てはまるもの全て選択)



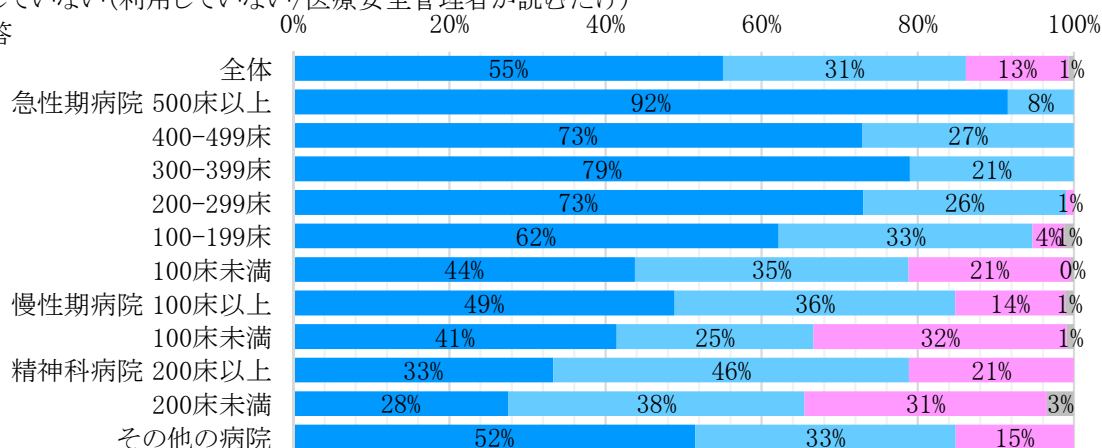
27. 日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業に参加していますか。

- 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



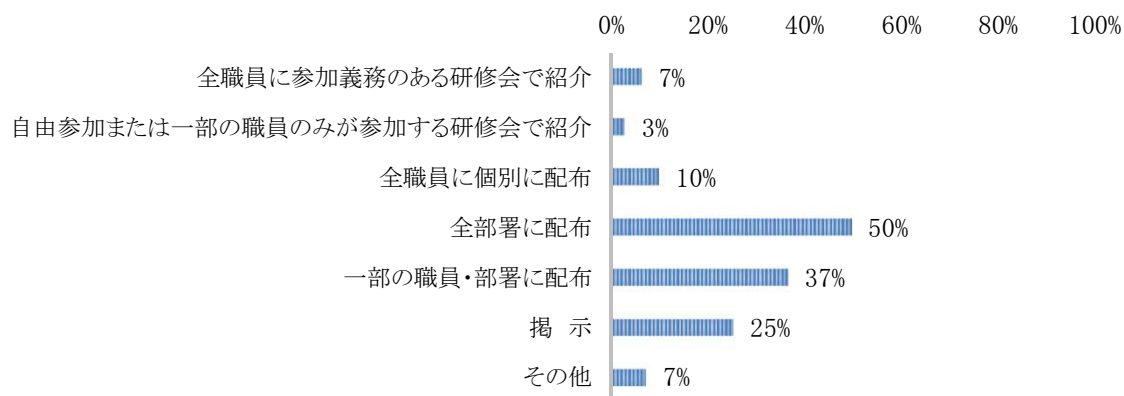
28. 医療安全情報(日本医療機能評価機構が毎月発行)を院内でどのように周知していますか。

- 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

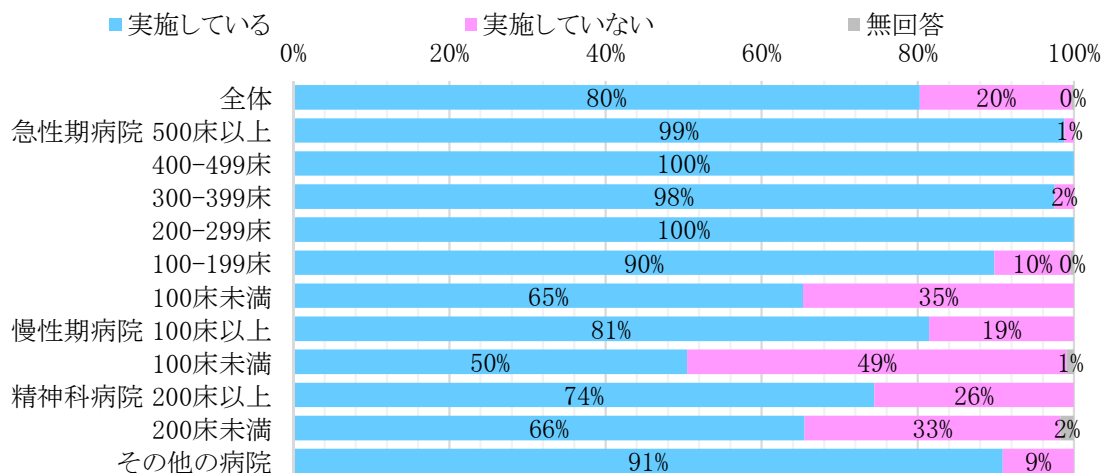


29. 問28で周知していると回答した場合、どのように周知していますか。(当てはまるもの全て選択)

n=1122

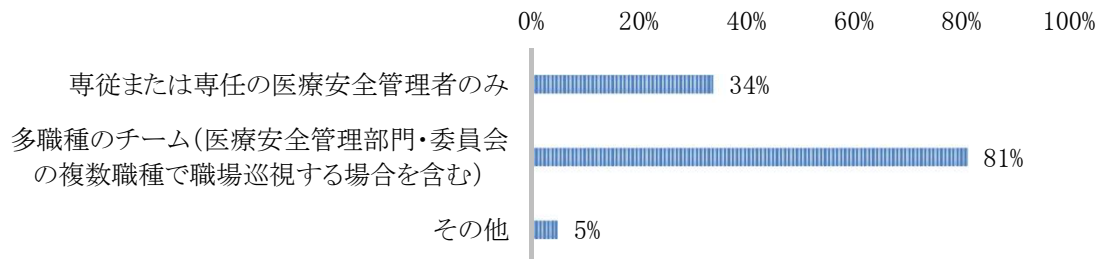


30. 医療安全管理を目的とした職場巡視を実施していますか。

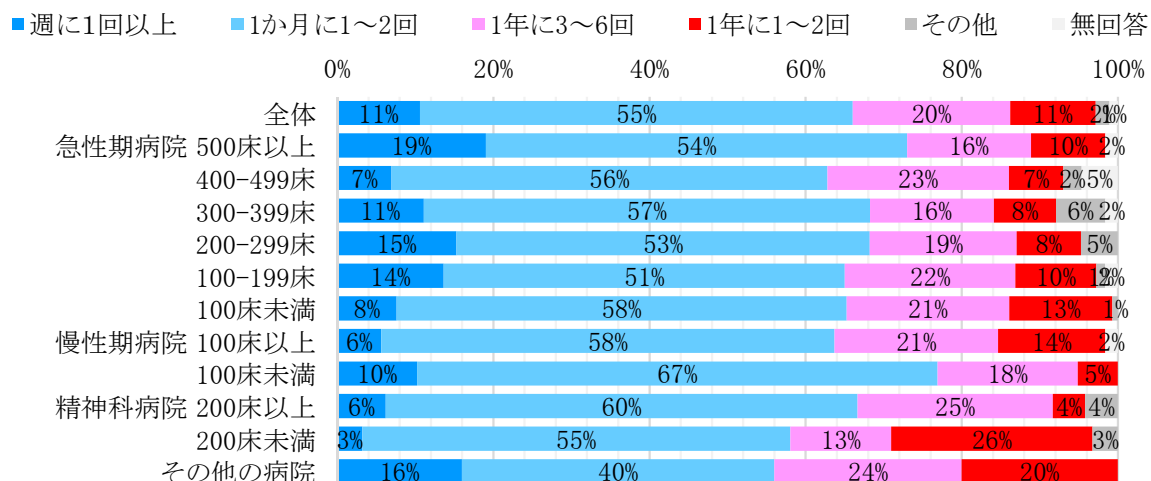


31. 問30で「実施している」と回答した場合、どのようなメンバーで職場巡視を実施していますか。(当てはまるもの全て選択)

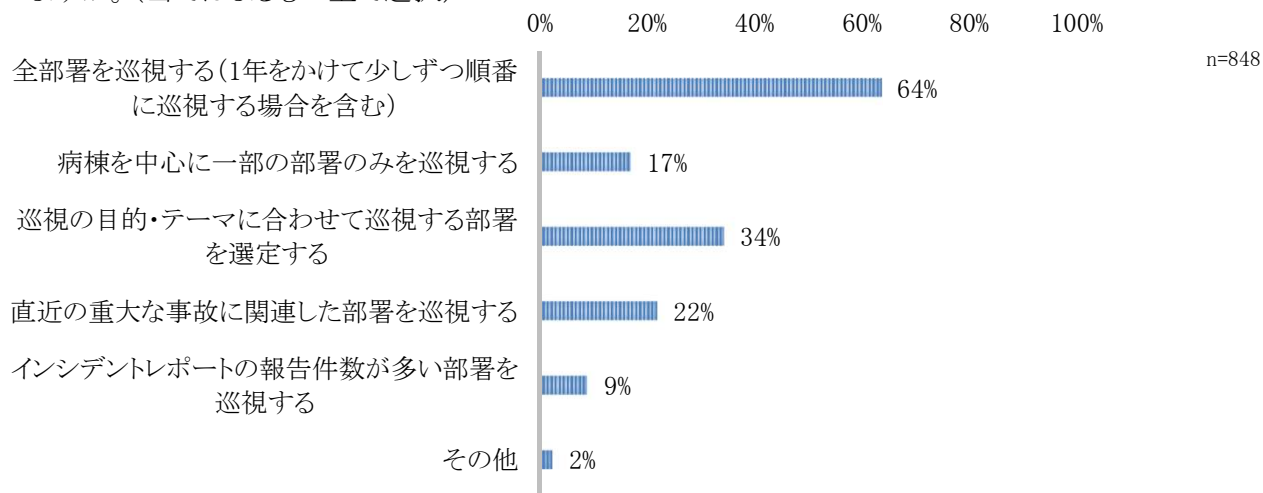
n=1045



32. 問31で「02多職種チーム」で職場巡視していると回答した場合、その頻度をお答えください。

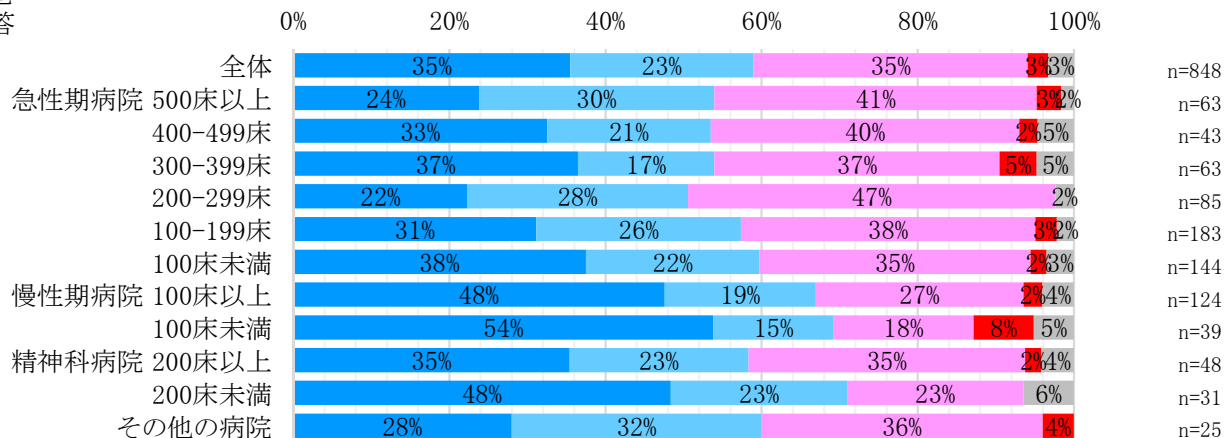


33. 問31で「02多職種チーム」で職場巡視していると回答した場合、巡視する場所(部署)をどのように選んでいますか。(当てはまるもの全て選択)

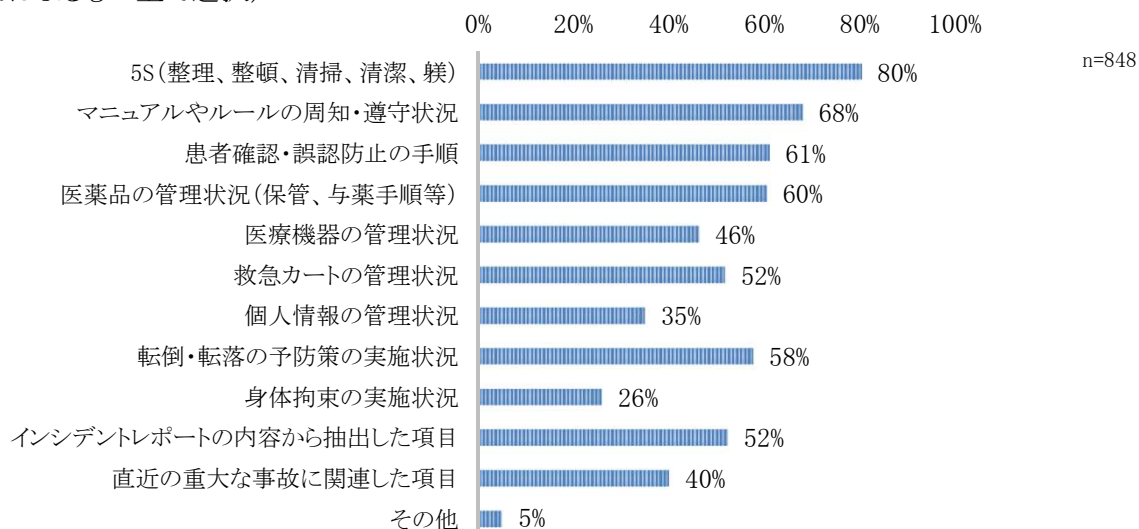


34. 問31で「02多職種チーム」で職場巡視していると回答した場合、巡視で確認する項目をどのように選択していますか。

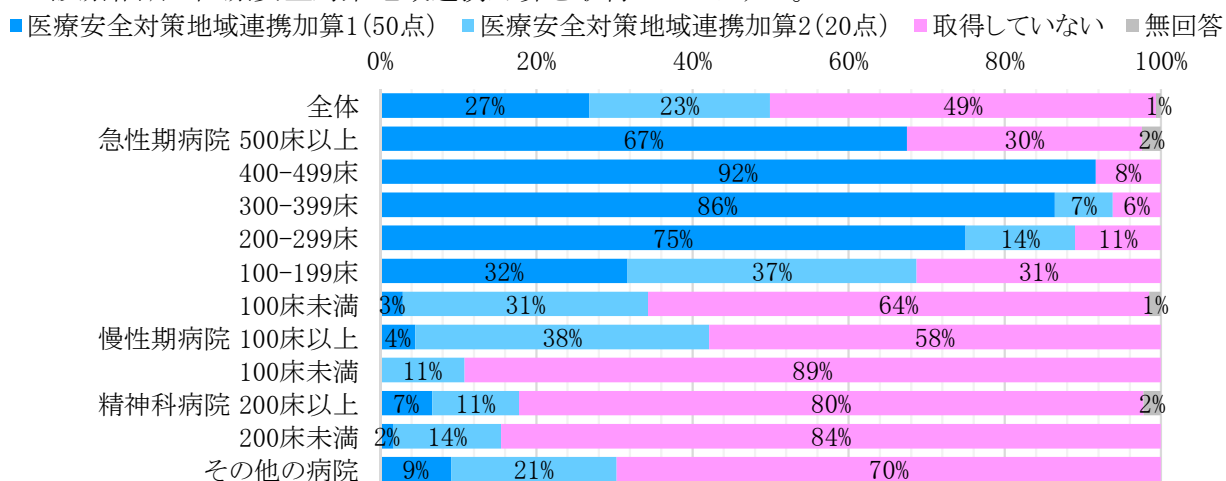
- 毎回ほぼ一定の項目を確認する
- 毎回その時に注目している特定の項目を中心に確認する
- 毎回ほぼ一定の項目に加え、その時に注目している特定の項目をいくつか確認する
- その他
- 無回答



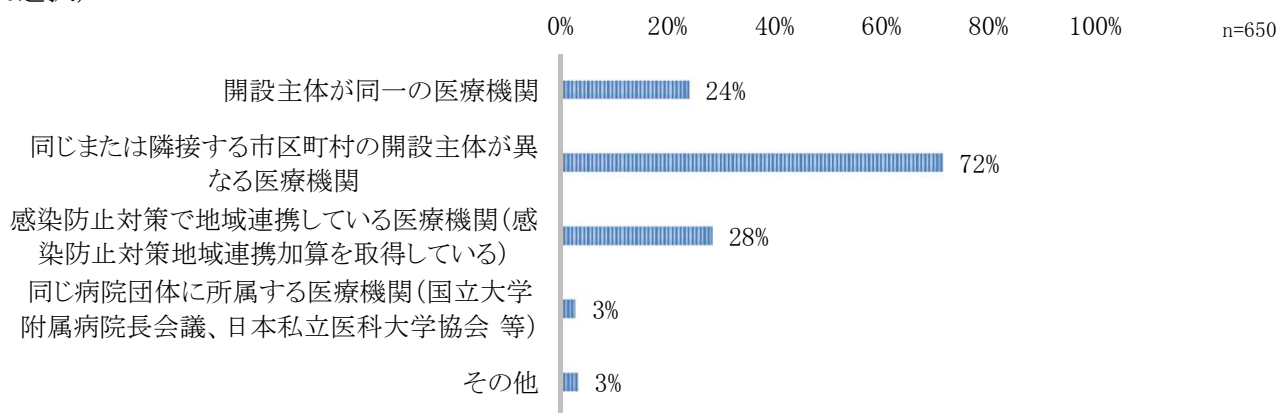
35. 問31で「02多職種チーム」で職場巡視していると回答した場合、巡視で確認している内容を選択してください。(当てはまるもの全て選択)



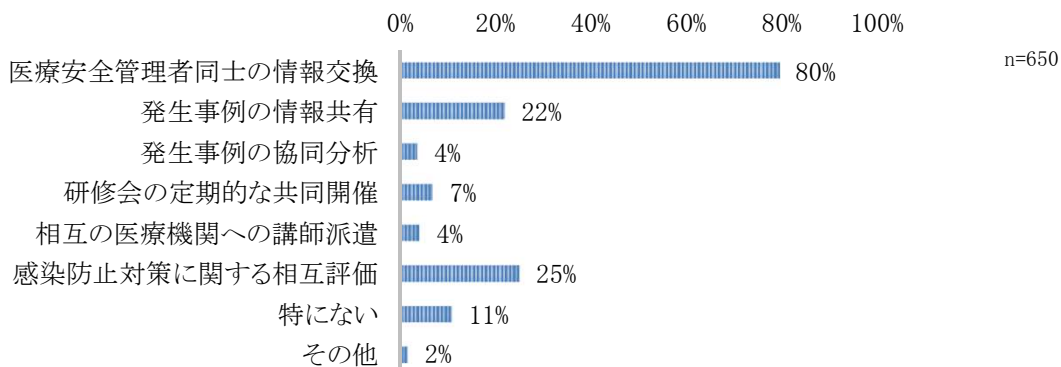
36. 診療報酬で医療安全対策地域連携加算を取得していますか。



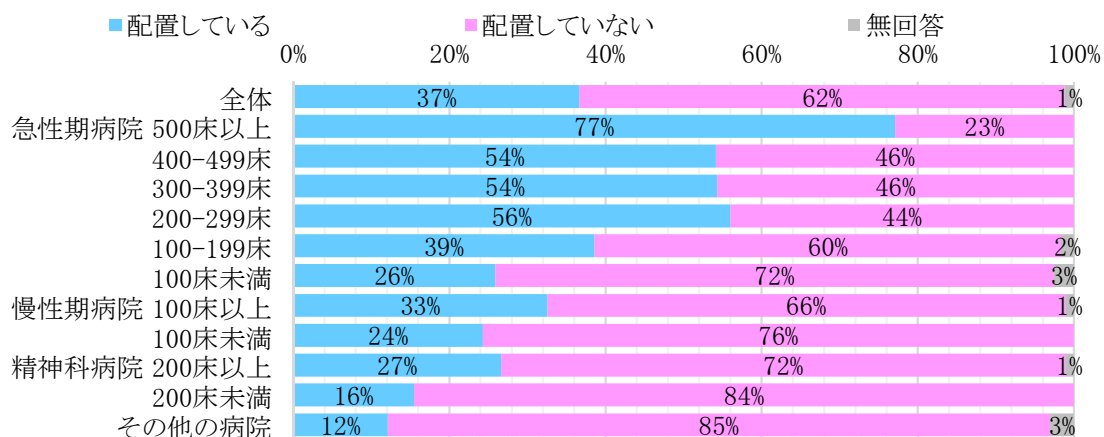
37. 問36で加算を取得していると回答した場合、どのような医療機関と連携していますか。(当てはまるもの全て選択)



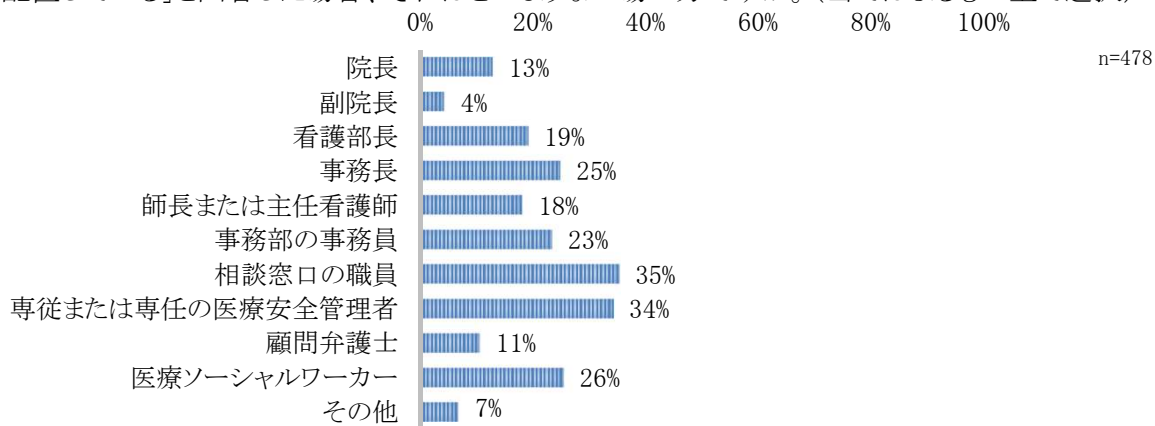
38. 問36で加算を取得していると回答した場合、医療安全対策に関する相互評価のほかに、当該連携病院と協働しているものがあれば選択してください。(当てはまるもの全て選択)



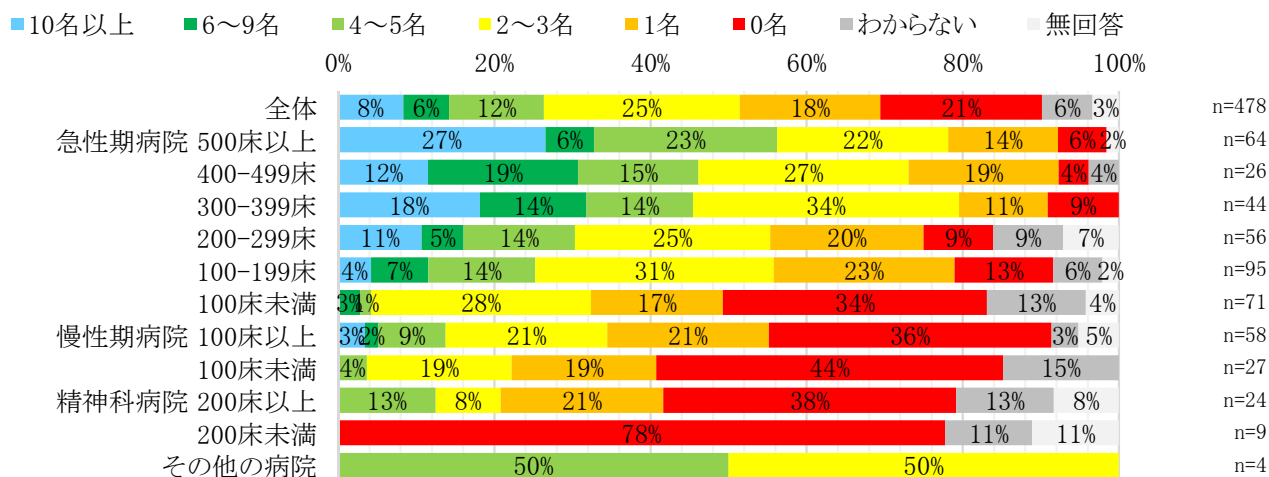
39. 医療紛争が起きた際、当事者である患者と医療者の対話を促進する役割を担う者(医療対話推進者等)を配置していますか。



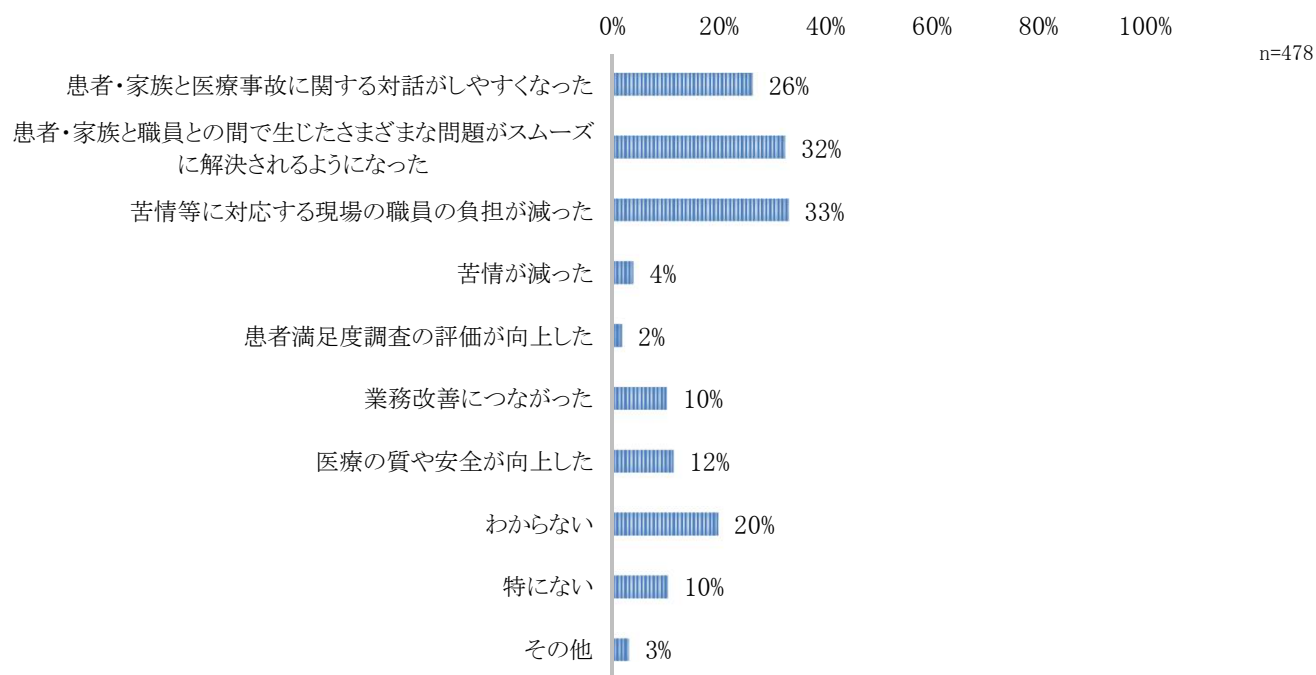
40. 問39で「配置している」と回答した場合、それはどのような立場の方ですか。(当てはまるもの全て選択)



41. 病院の職員の中で、医療対話推進者(医療対話仲介者)養成のための3日程度の研修(導入編+基礎編など)を修了した人数とその職種を選んでください。



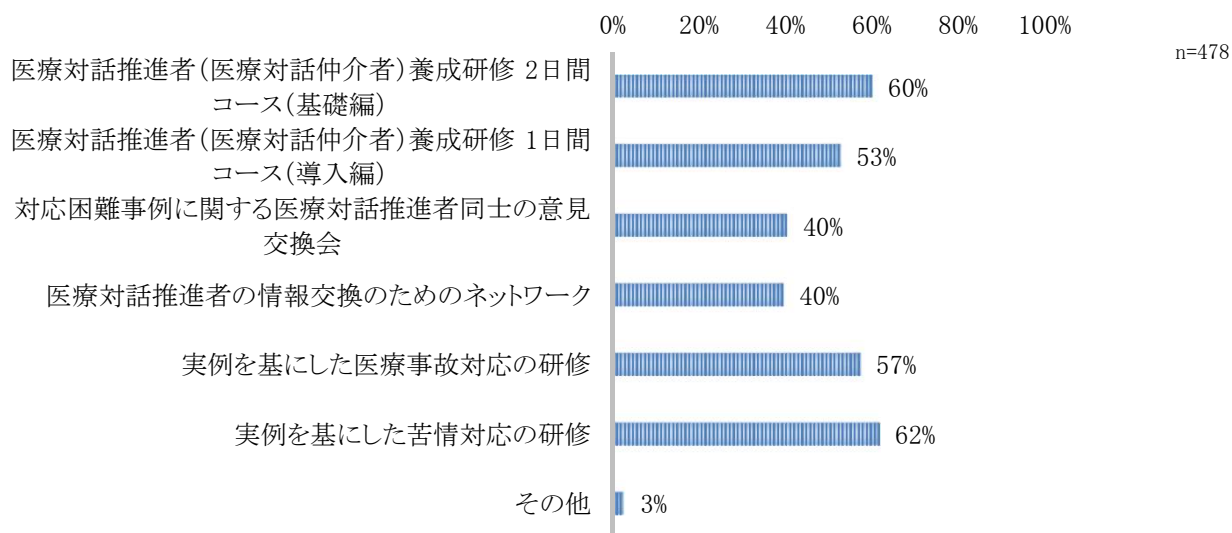
42. 医療対話推進者等の配置によりどのような効果がみられましたか。(当てはまるもの全て選択)



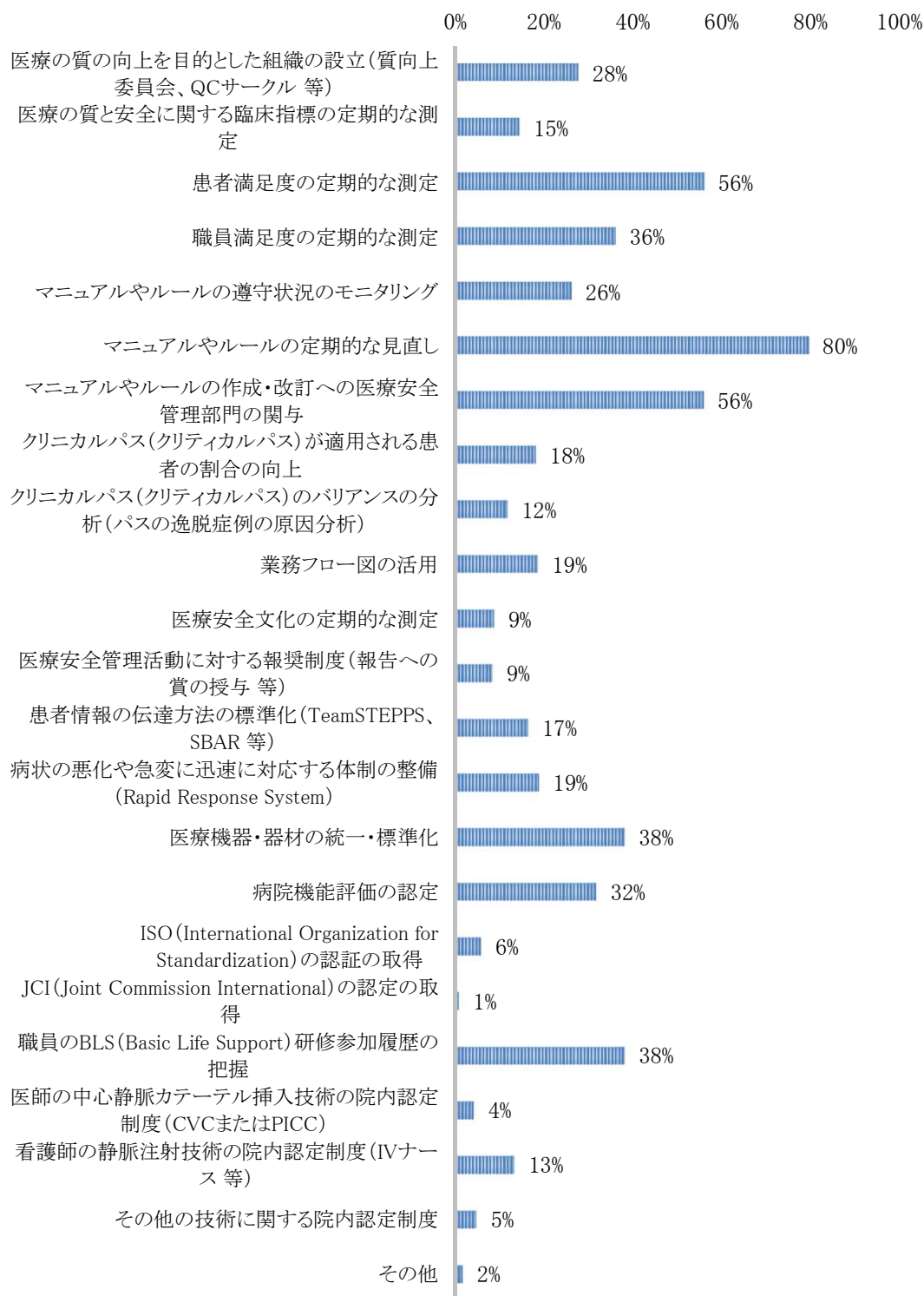
43. 医療対話推進者が、現場の医療従事者と患者・家族との間に入って行う三者での話し合いは、年間(昨年または昨年度)およそ何件ですか。(中央値)

全体	急性期病院					慢性期病院		精神科病院	その
	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	他の病院
	2	7	5	3	3	1	1	1	1
									4

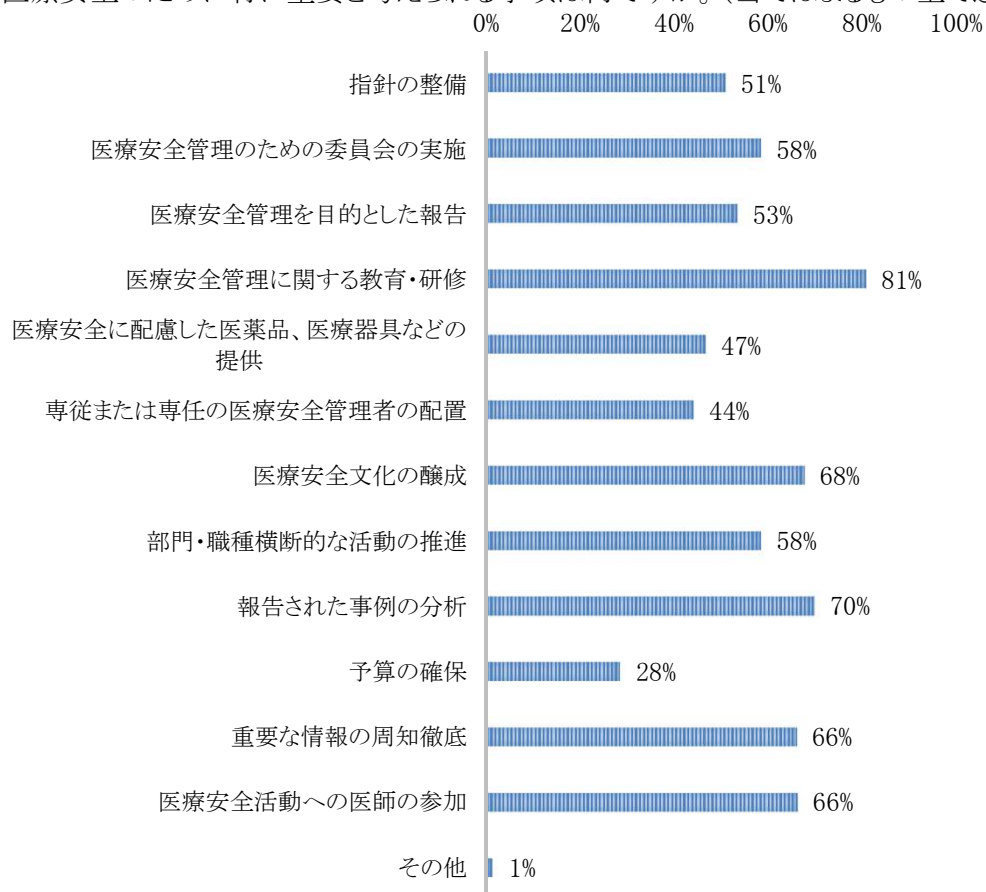
44. 医療対話推進者がその実務をこなすために必要と思う仕組みは何ですか。(当てはまるもの全て選択)



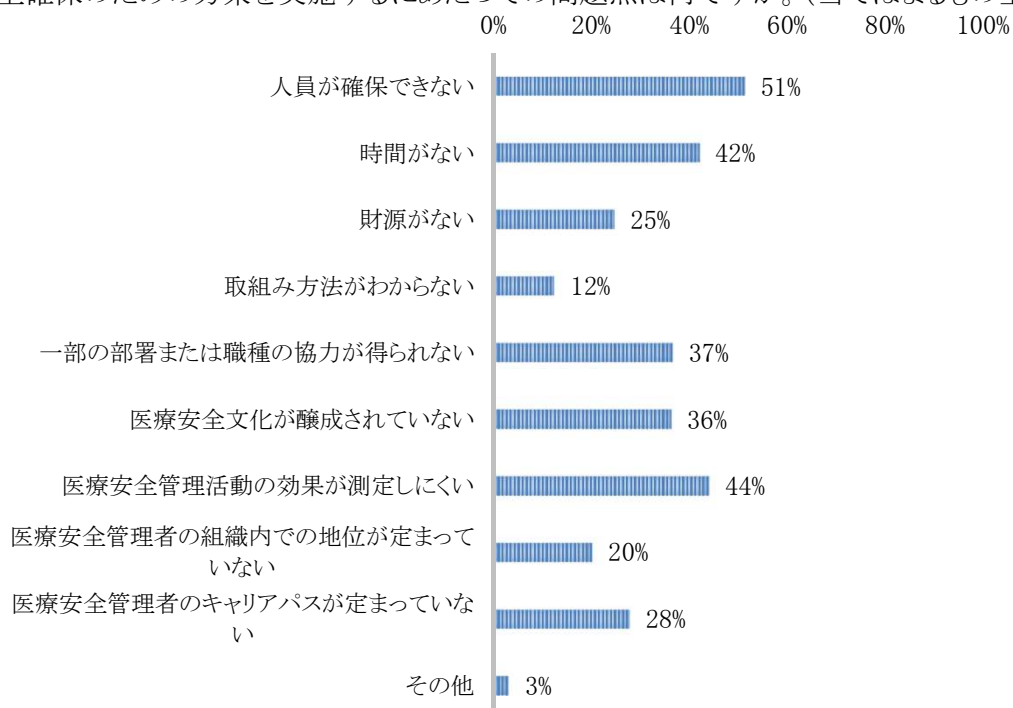
45. 貴院で実施されている医療の質向上を目的とした取組みを回答してください。(当てはまるもの全て選択)



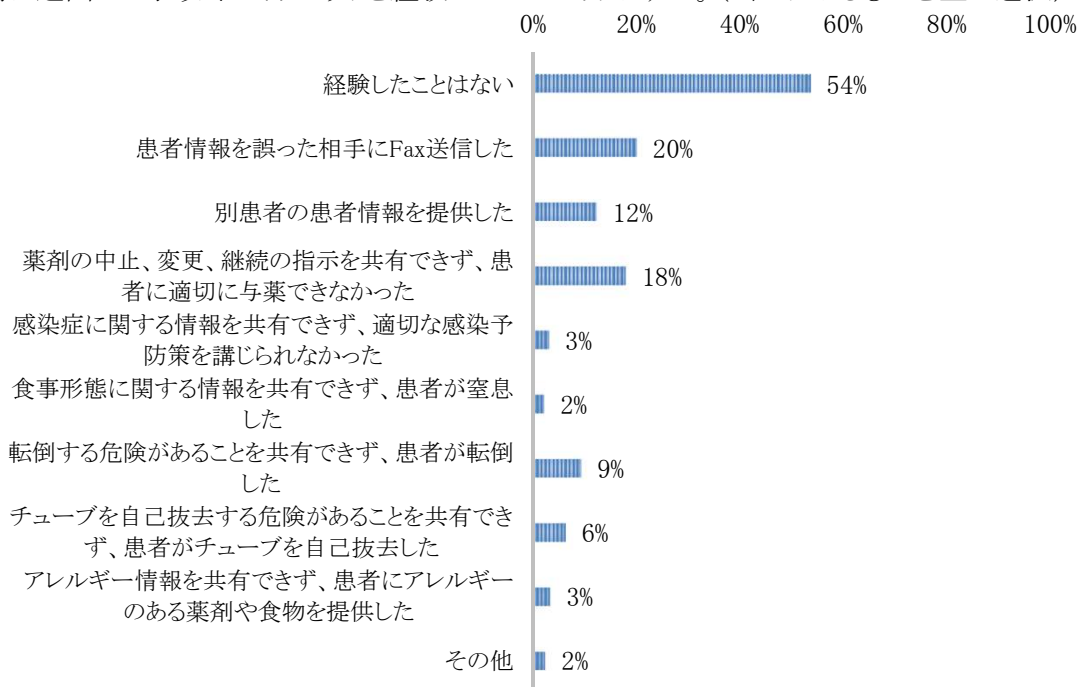
46. 貴院として、医療安全のために特に重要と考えられる事項は何ですか。(当てはまるもの全て選択)



47. 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)



48. **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。(当てはまるものを全て選択)



49. 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。

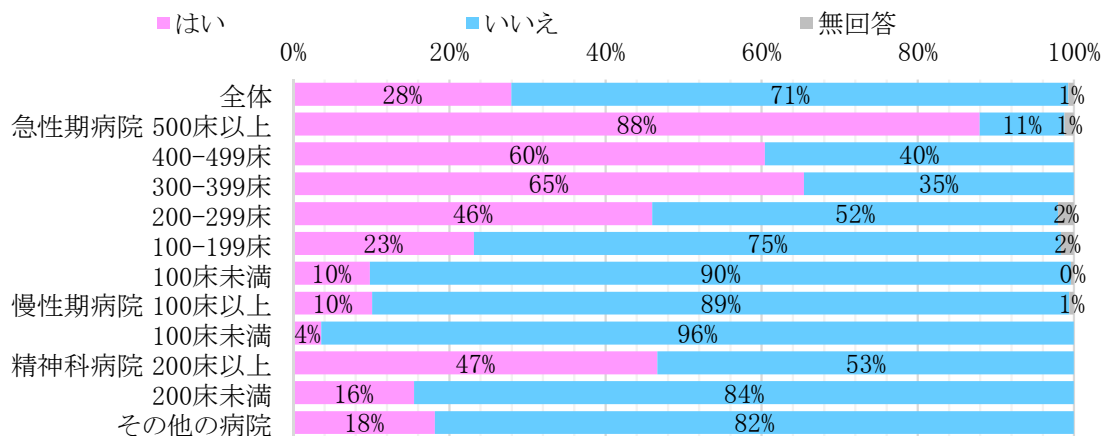
(自由記載、省略)

<医療事故への対応>

50. **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)



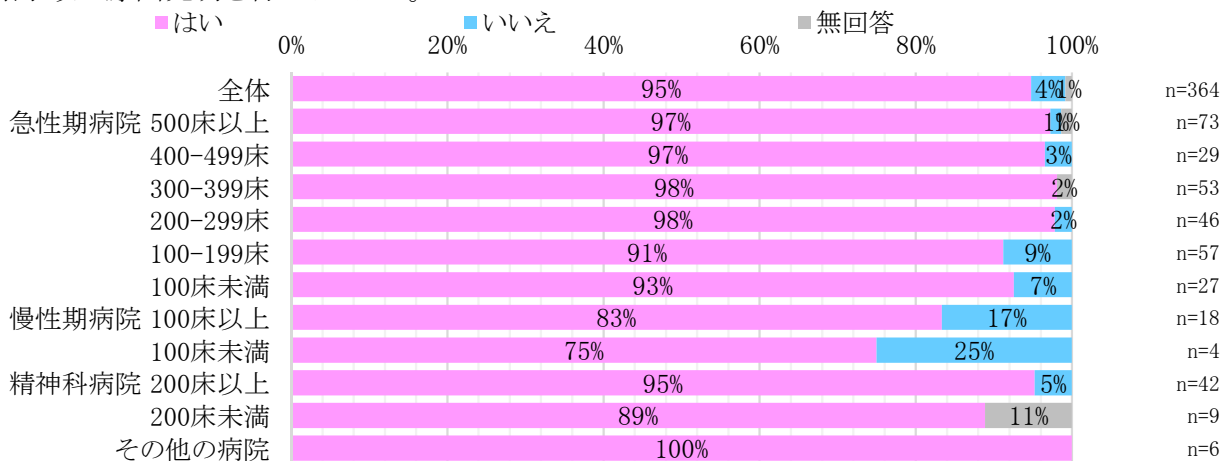
「はい」の場合、それは何件ですか。(中央値)

	全体		急性期病院					慢性期病院		精神科病院		その
	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	200床以上	200床未満	他の病院	
死亡症例	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	2.0	1.0	1.0	
重篤な後遺障害が残った症例	1.0	2.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.5	0.0	0.5	0.5	0.0	

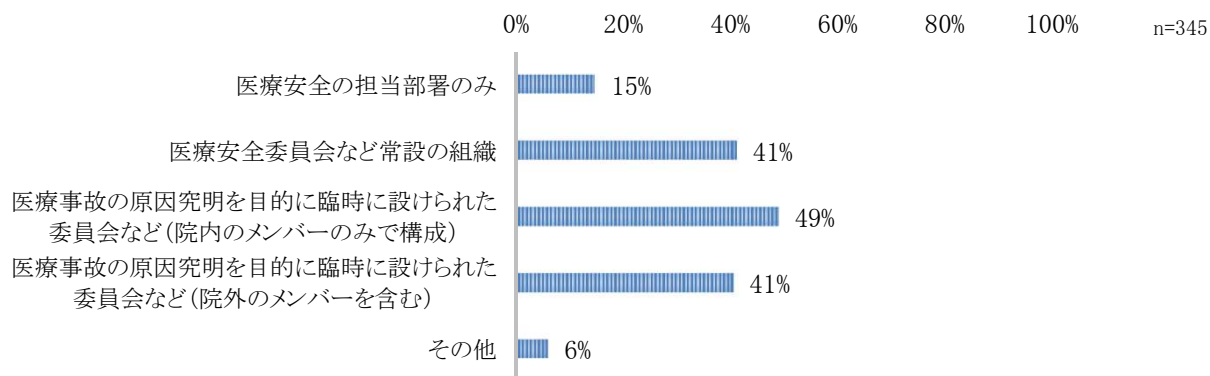
そのうち、院内医療事故調査委員会等により、原因究明し、その結果を報告書等にとりまとめたのは何件ですか。(中央値)

	全体		急性期病院					慢性期病院		精神科病院		その
	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	200床以上	200床未満	他の病院	
	1.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	

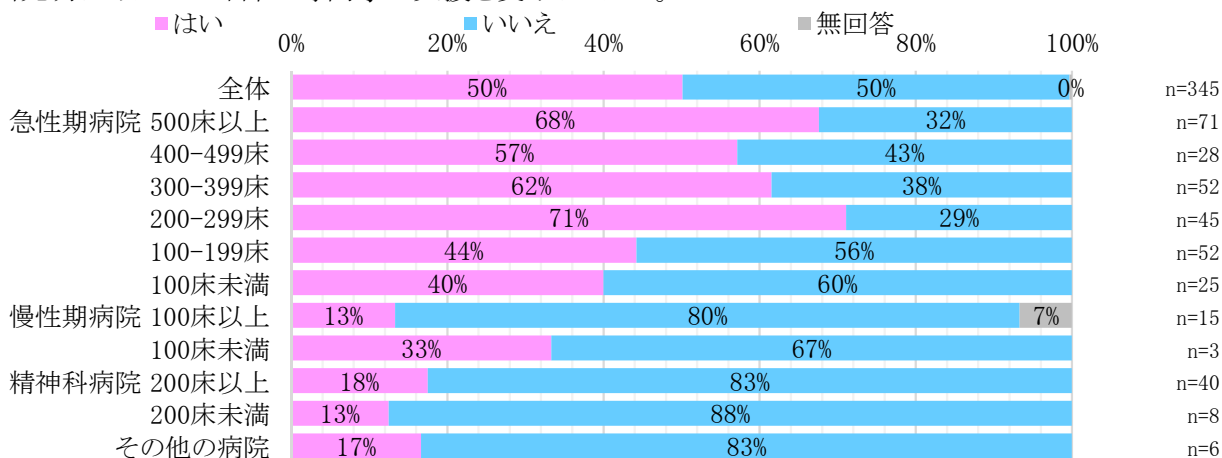
51. 医療事故の原因究明を行いましたか。



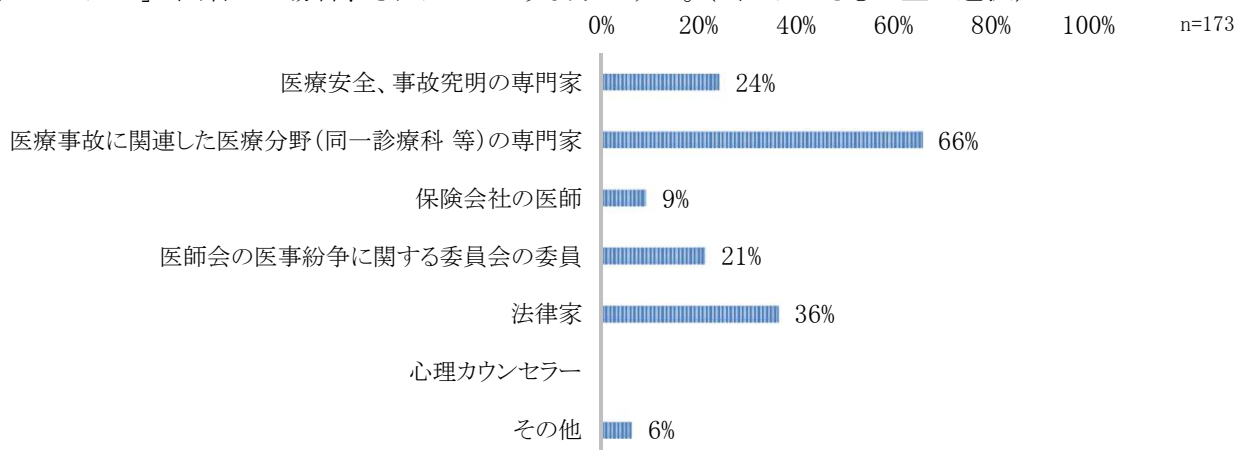
52. 問51で「はい」と回答した場合、原因究明はどのような組織で行いましたか。(当てはまるもの全て選択)



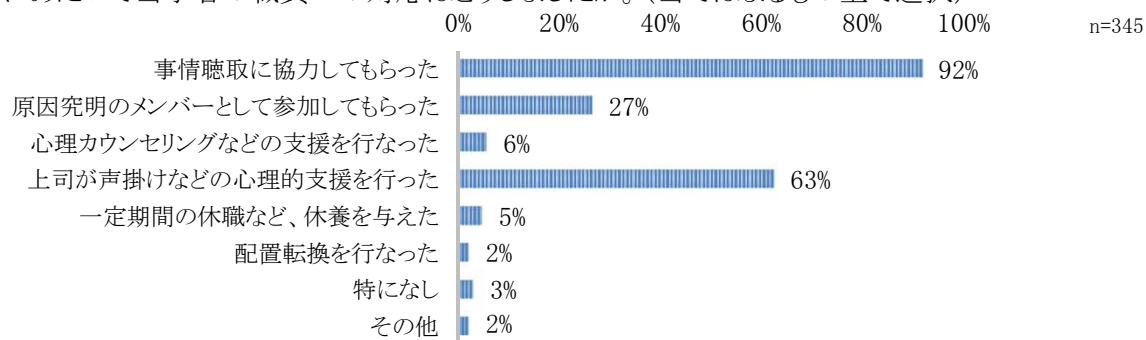
53. 原因究明にあたって外部の専門家の支援を受けましたか。



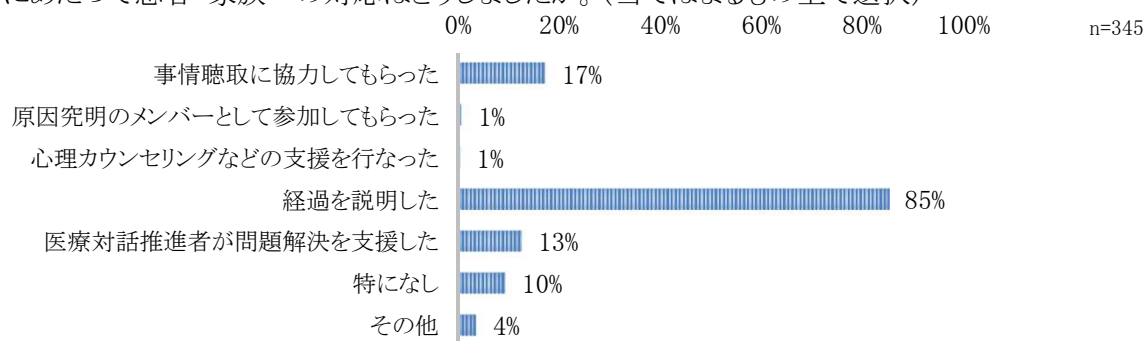
54. 問53で「はい」と回答した場合、それはどのような方ですか。(当てはまるもの全て選択)



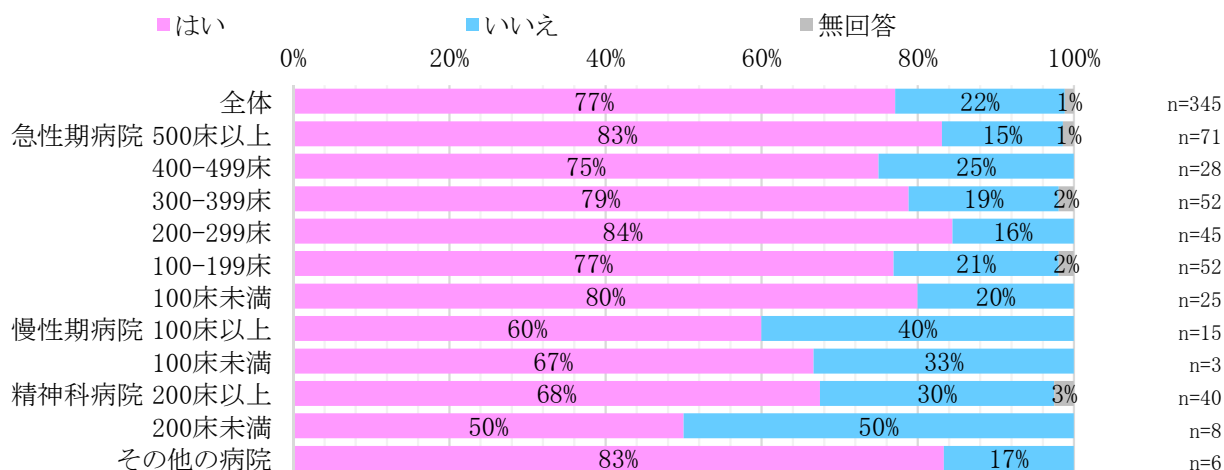
55. 原因究明にあたって当事者の職員への対応はどうしましたか。(当てはまるもの全て選択)



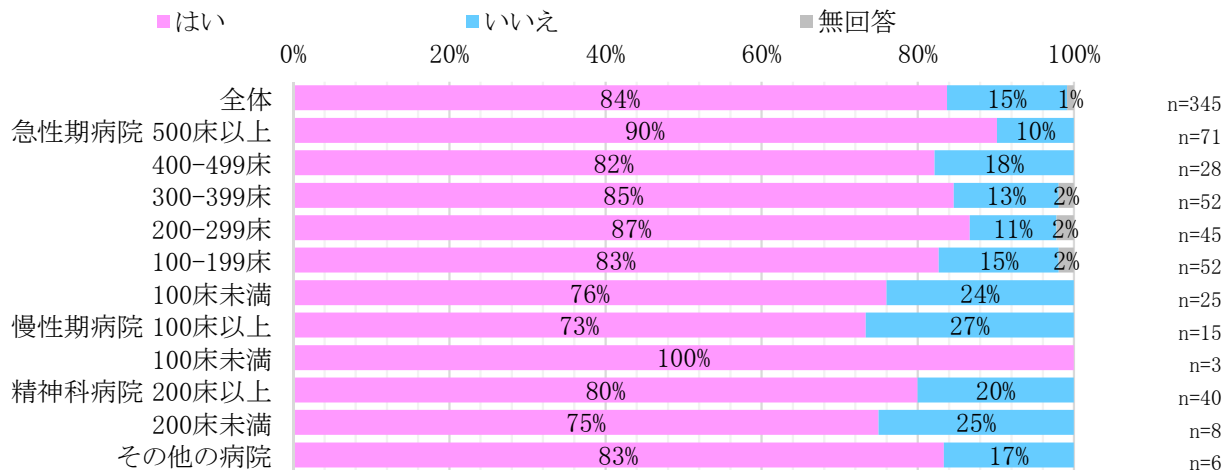
56. 原因究明にあたって患者・家族への対応はどうしましたか。(当てはまるもの全て選択)



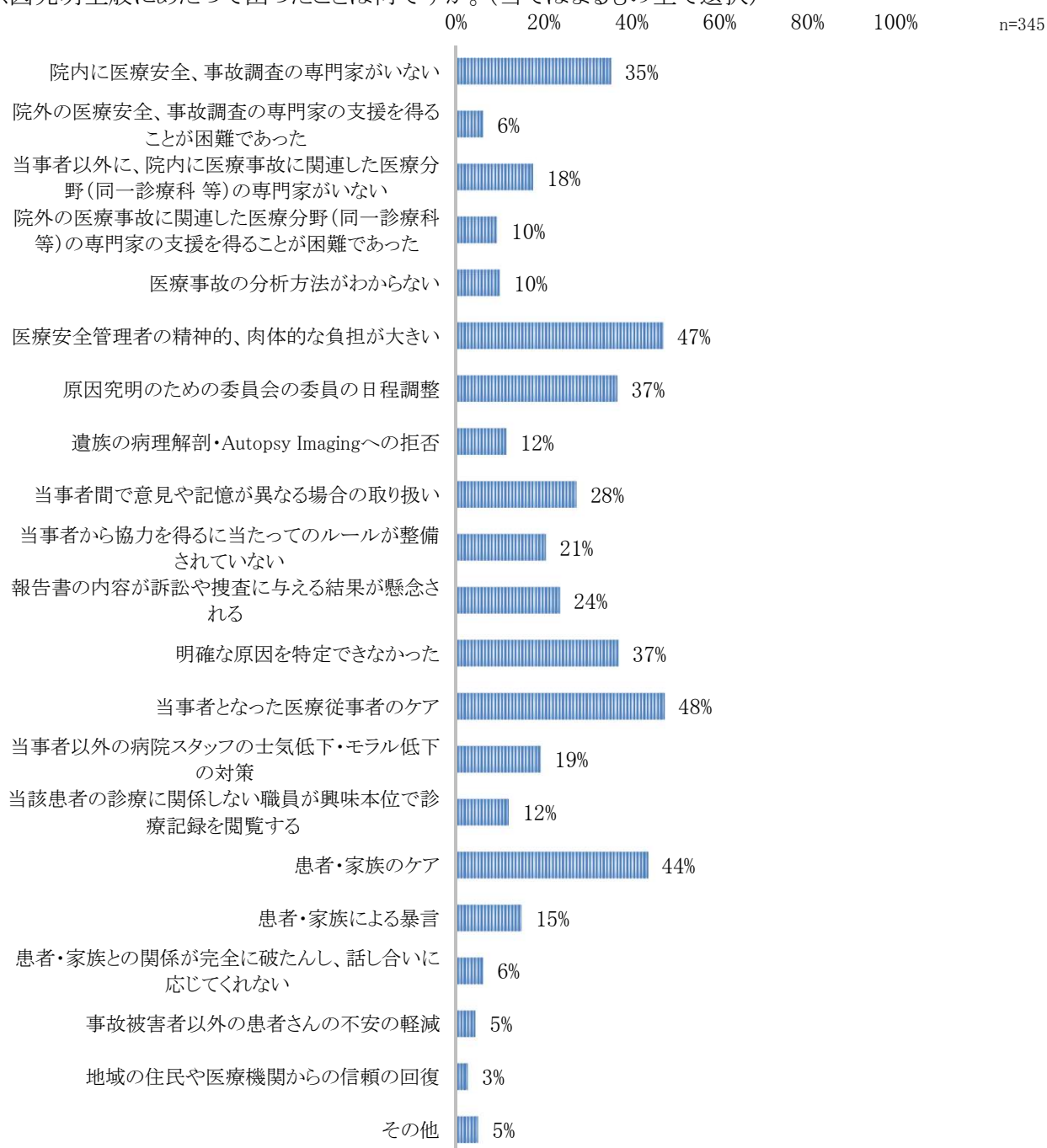
57. 事故調査報告書は作成しましたか。



58. 原因究明の結果について患者・家族へ説明しましたか。

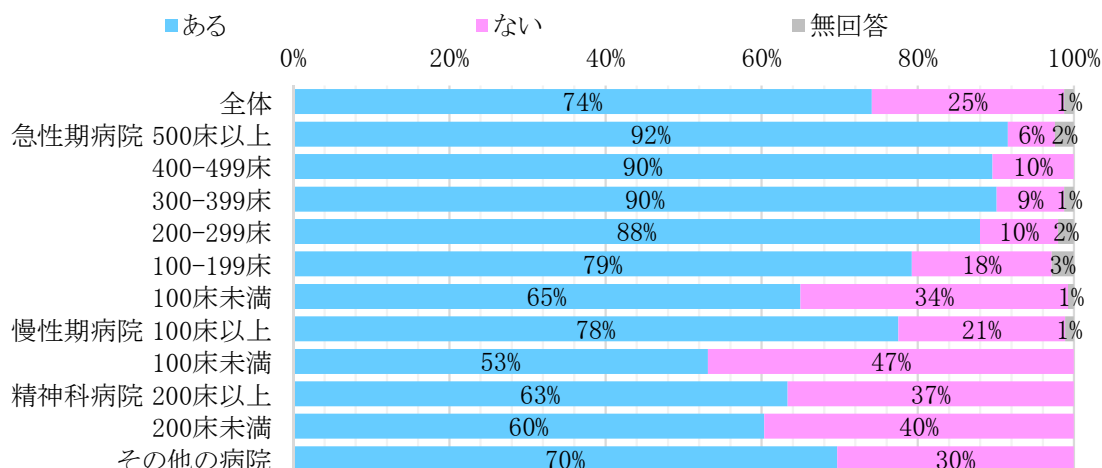


59. 原因究明全般にあたって困ったことは何ですか。(当てはまるもの全て選択)

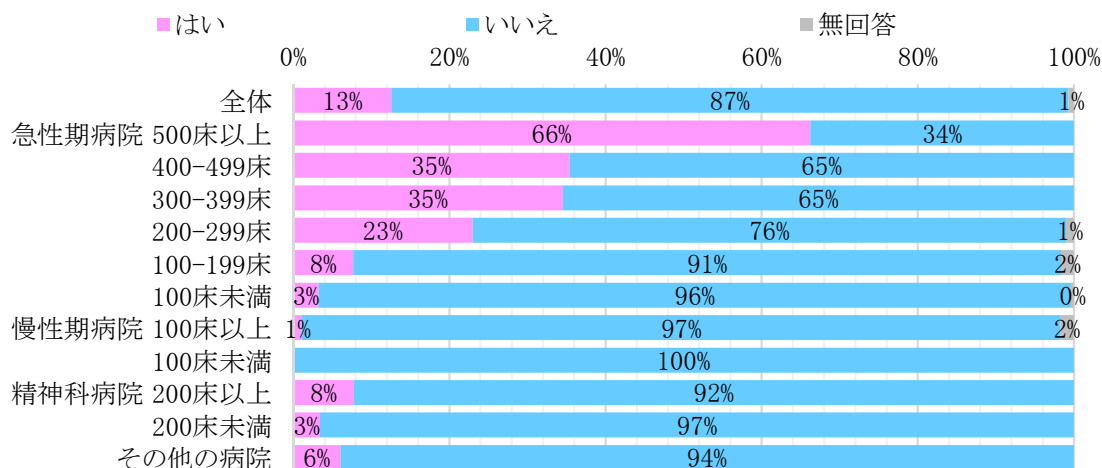


＜医療事故調査制度＞

60. 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。

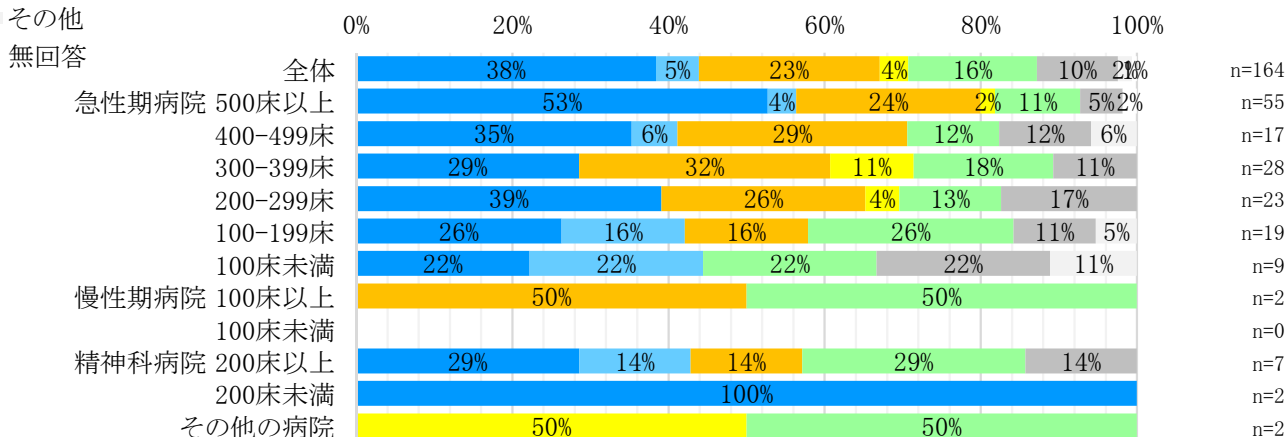


61. 最近3年以内に、医療事故調査・支援センター（日本医療安全調査機構）へ医療事故の届け出をしましたか。

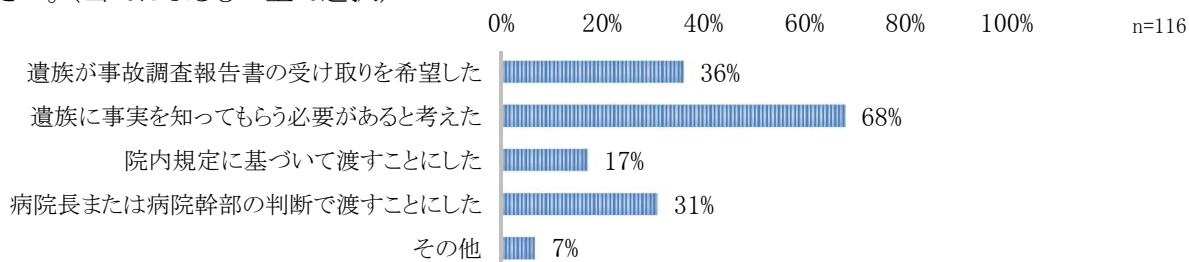


62. 問61で「はい」と回答した場合、遺族への説明はどのように行いましたか。

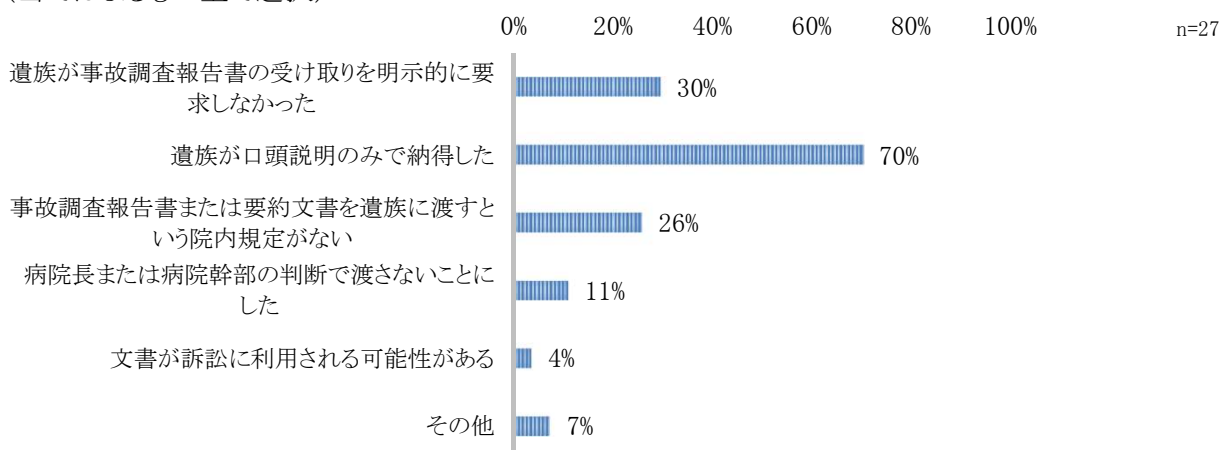
- 事故調査報告書を渡した上で口頭で説明した
- 事故調査報告書を渡したが、口頭では説明しなかった
- 要約文書を渡した上で口頭で説明した
- 要約文書を渡したが、口頭では説明しなかった
- 口頭の説明のみ
- まだ調査が終了していない
- その他
- 無回答



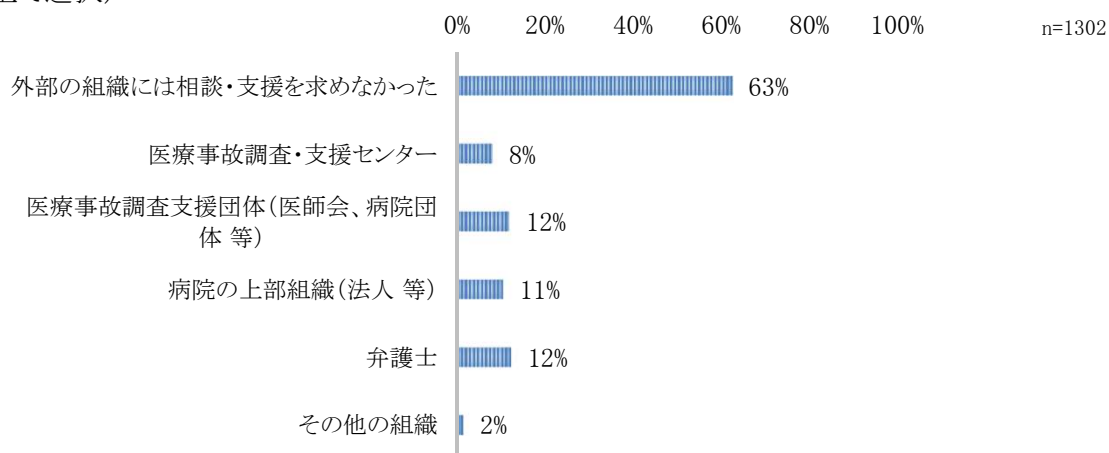
63. 問62で、事故調査報告書または要約文書を渡したと回答した場合、その理由として当てはまるものを選択してください。(当てはまるもの全て選択)



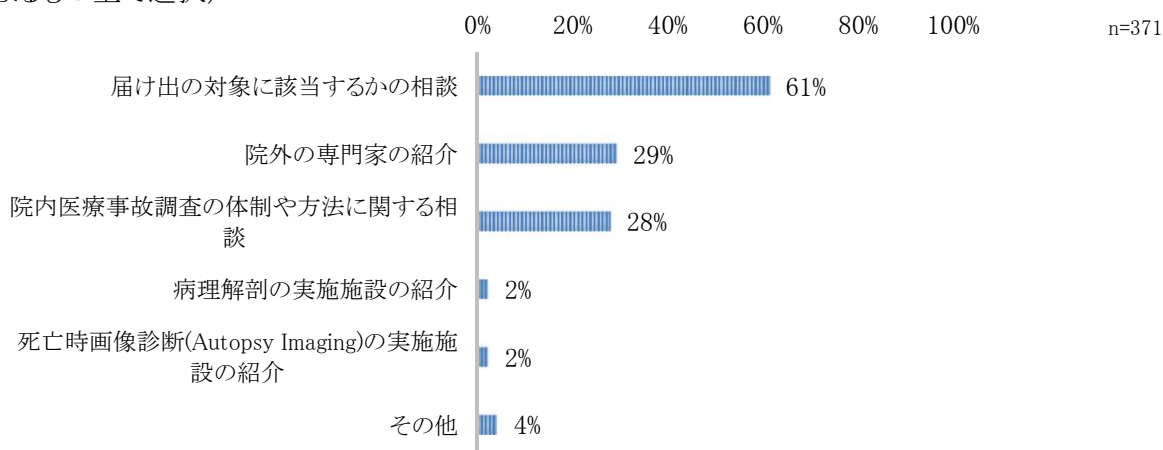
64. 問62で「口頭の説明のみ」と回答した場合、文書を渡さなかった理由として当てはまるものを選択してください。(当てはまるもの全て選択)



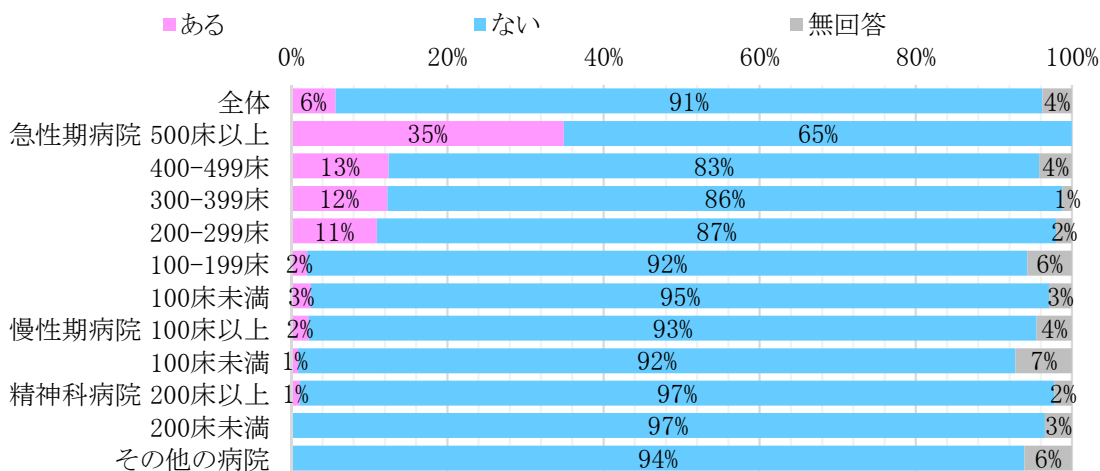
65. 医療事故の届け出の判断や原因究明にあたり、次の組織等に相談したり支援を求めたりしましたか。(当てはまるもの全て選択)



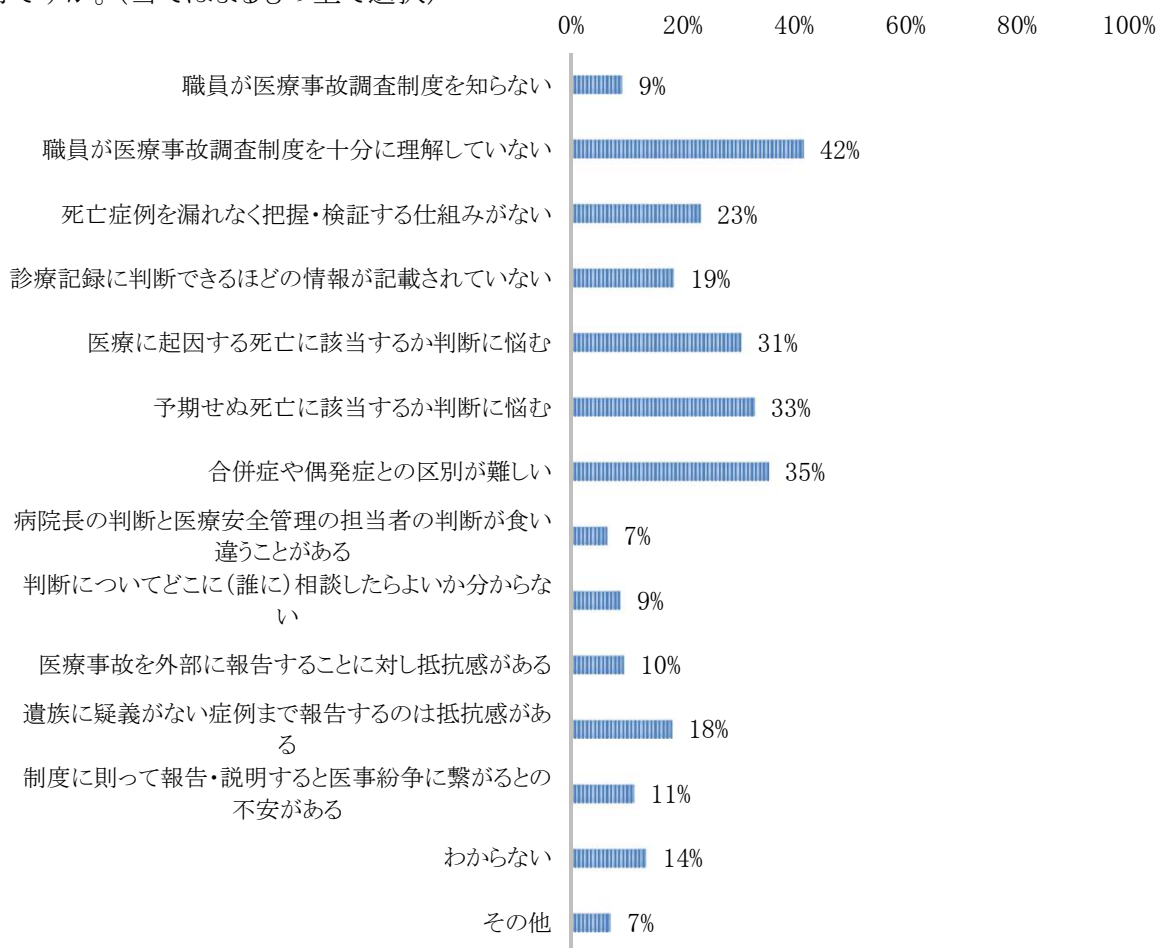
66. 問65でいずれかの組織に相談・支援を求めたと回答した場合、どのような相談または支援を求めましたか。(当てはまるもの全て選択)



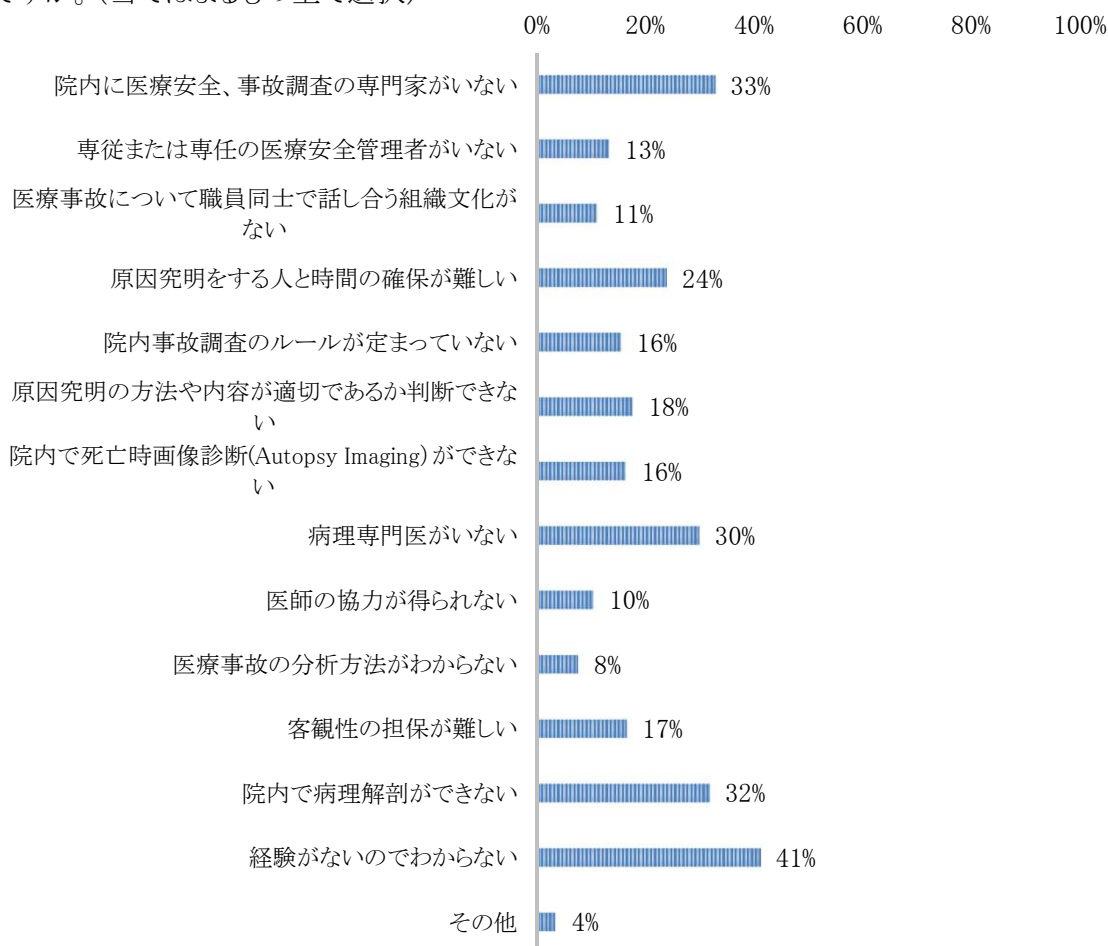
67. 遺族から、医療事故調査・支援センターへの届け出の要請または死亡原因究明の要請を受けたことがありますか。



68. 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)

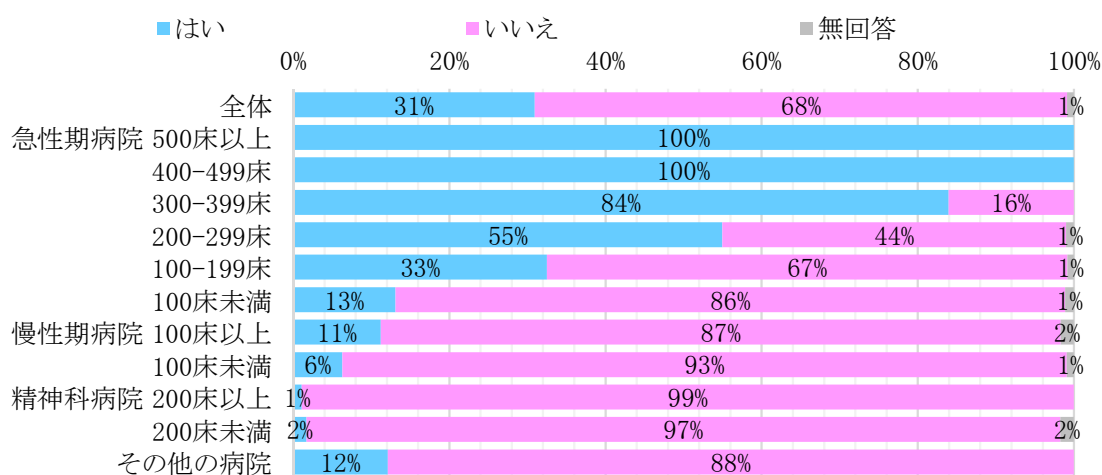


69. 医療事故調査・支援センターへの報告が必要な医療事故の原因究明をするうえで、障害となっているのは何ですか。(当てはまるもの全て選択)



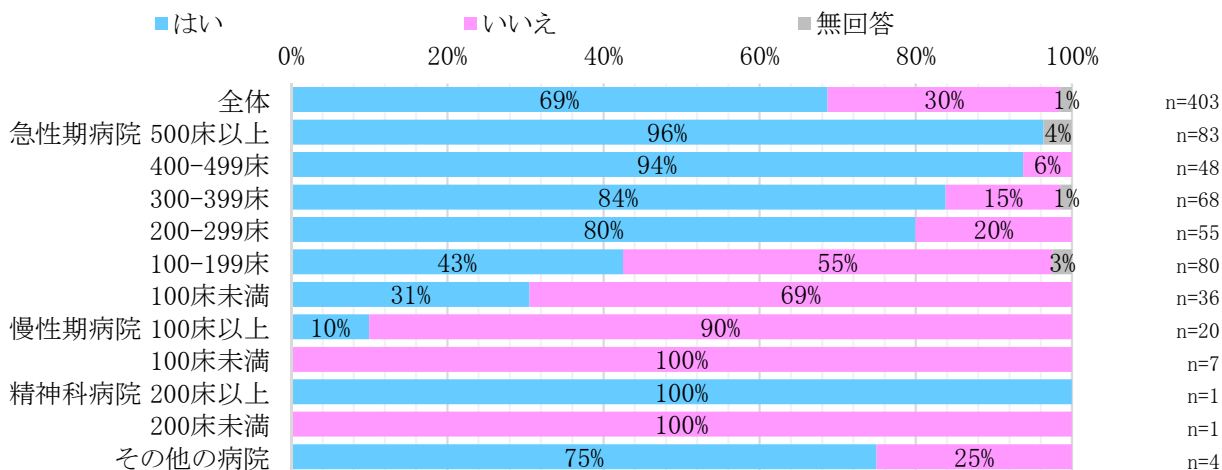
< 病理診断報告書の確認漏れ(医師の未読)を防ぐ仕組み >

70. 院内で病理検査や病理診断を行っていますか。



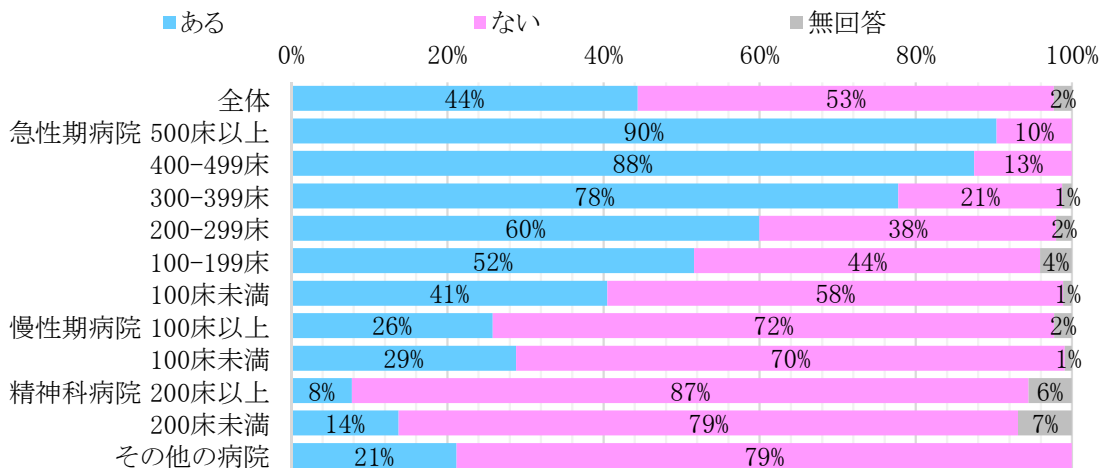
71. 病理医を配置していますか。

(注) 非常勤は常勤換算の人数をご回答ください。

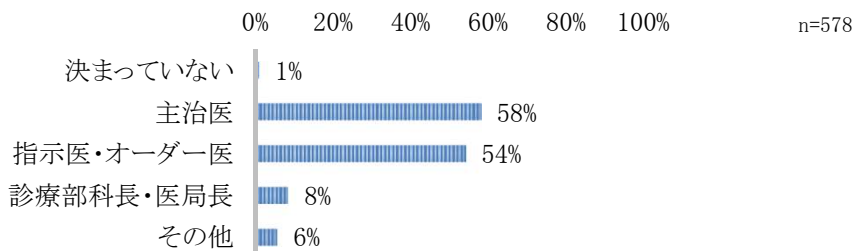


	平均値	中央値	最小値	最大値	(人)
常勤	1.7	1.0	0.0	16.0	
非常勤	0.8	0.0	0.0	11.8	

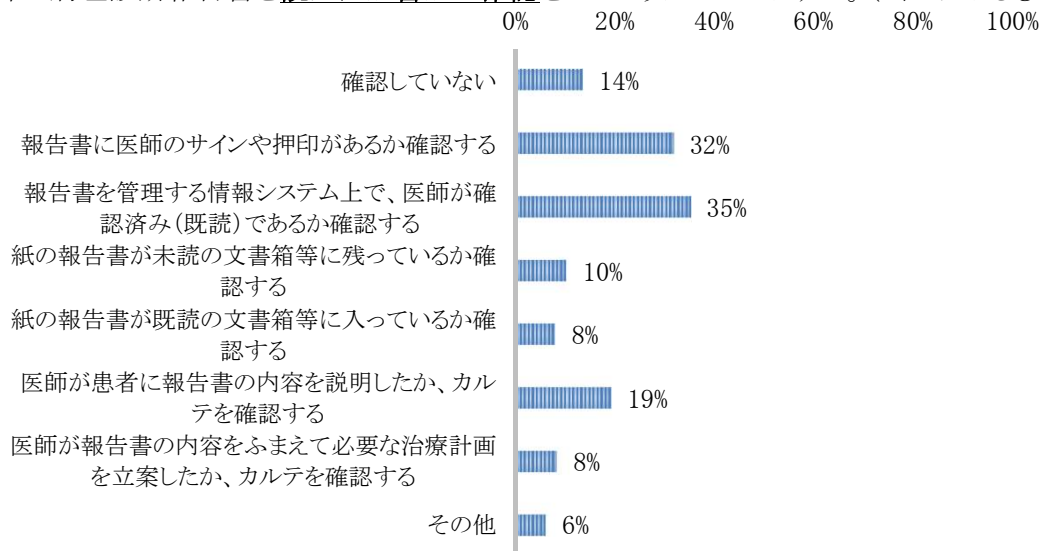
72. 病理診断報告書の確認漏れ(医師の未読)を防ぐ仕組みがありますか。



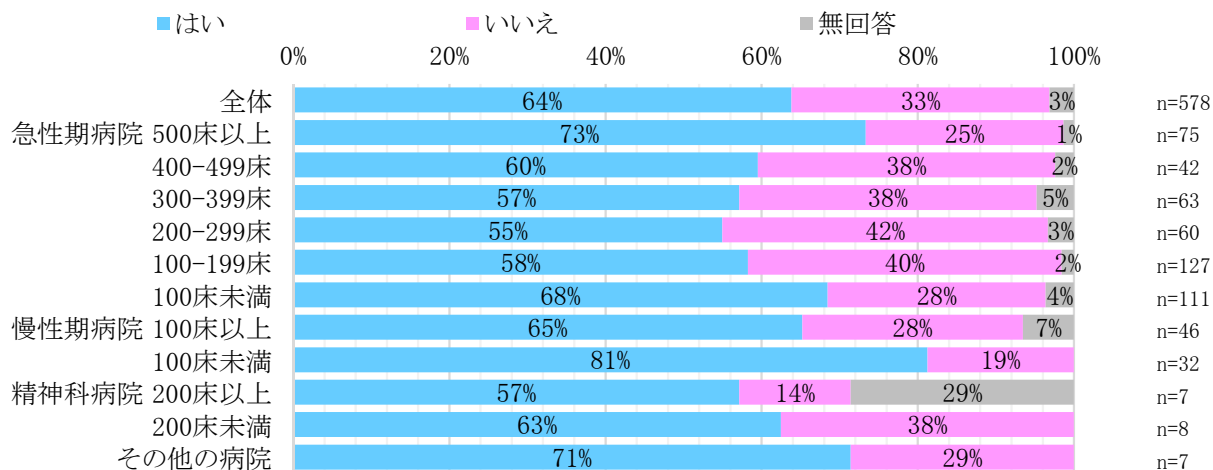
73. 問72で「ある」と回答した場合、病理医・病理診断部門は、病理診断の結果を誰に報告することになって
いますか。(当てはまるもの全て選択)



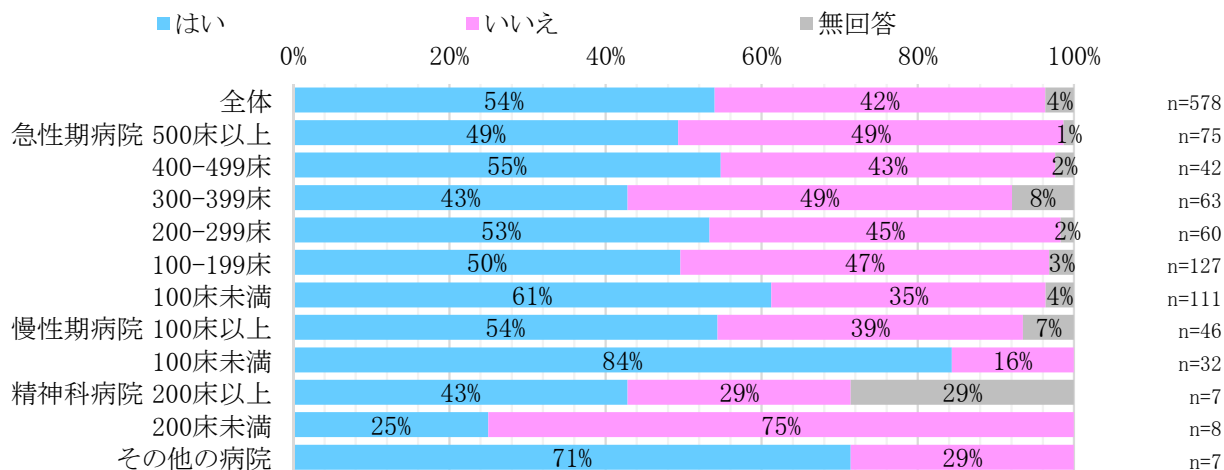
74. 医師が病理診断報告書を読んだか否かの確認をどのようにしていますか。(当てはまるもの全て選) n=578



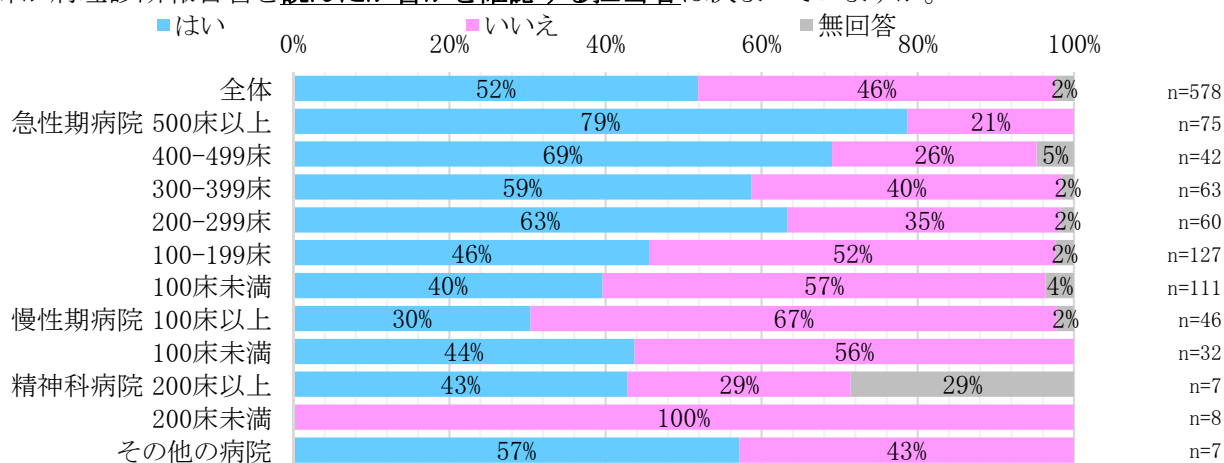
75. どの医師が病理診断報告書を読んだか分かる仕組みになっていますか。



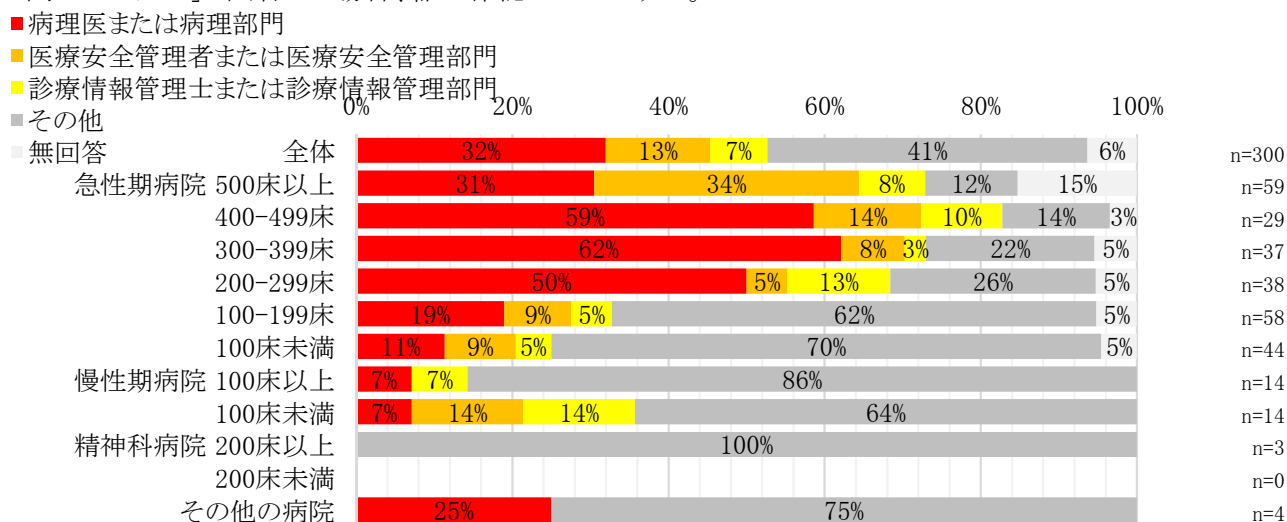
76. どの医師が病理診断報告書を読んだか確認していますか。



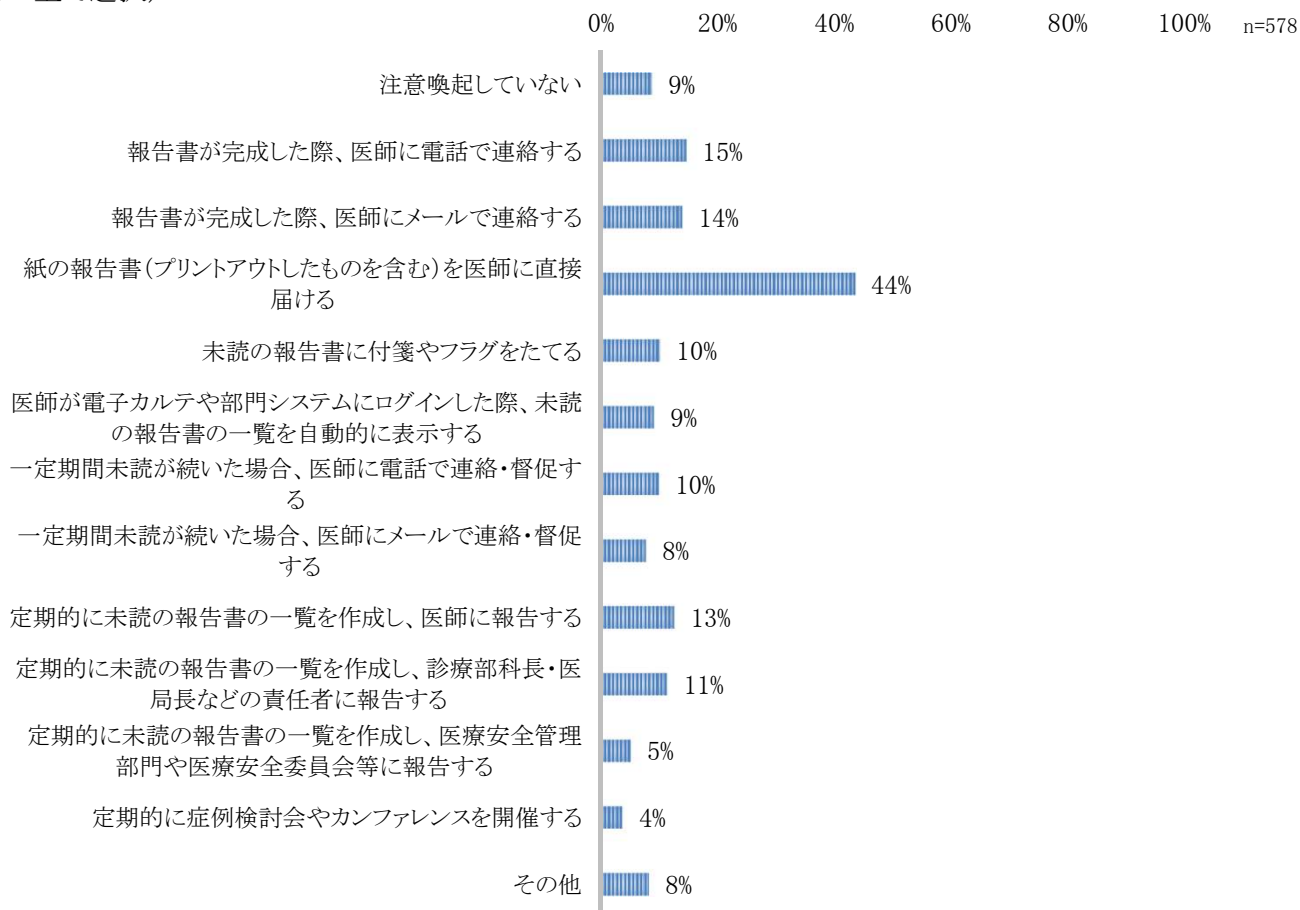
77. 医師が病理診断報告書を読んだか否かを確認する担当者は決まっていますか。



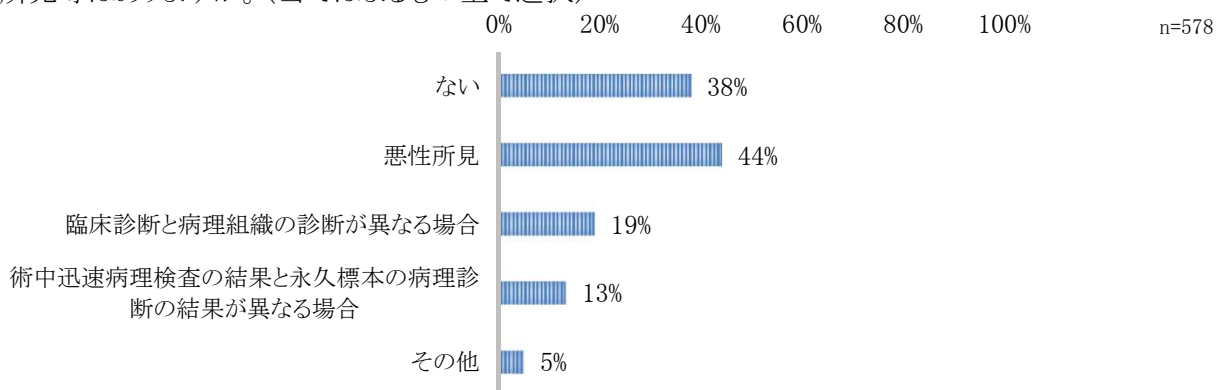
78. 問77で「はい」と回答した場合、誰が確認していますか。



79. 病理診断報告書の確認漏れ(医師の未読)を防ぐため、どのように注意喚起していますか。(当てはまるもの全て選択)

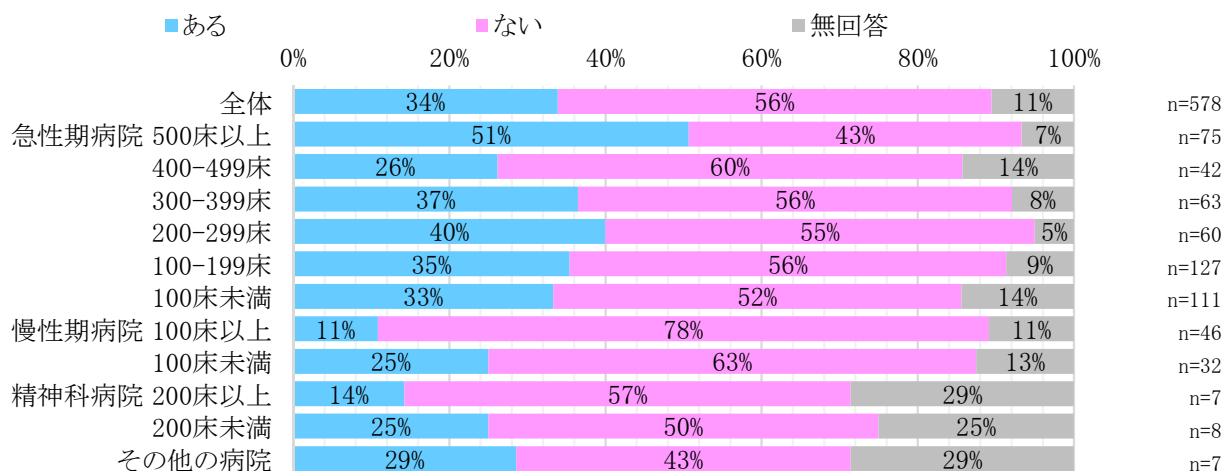


80. 病理診断報告書の確認漏れを防ぐために、医師に直接連絡(電話・メール等)するなど、特別な扱いをしている所見等がありますか。(当てはまるもの全て選択)

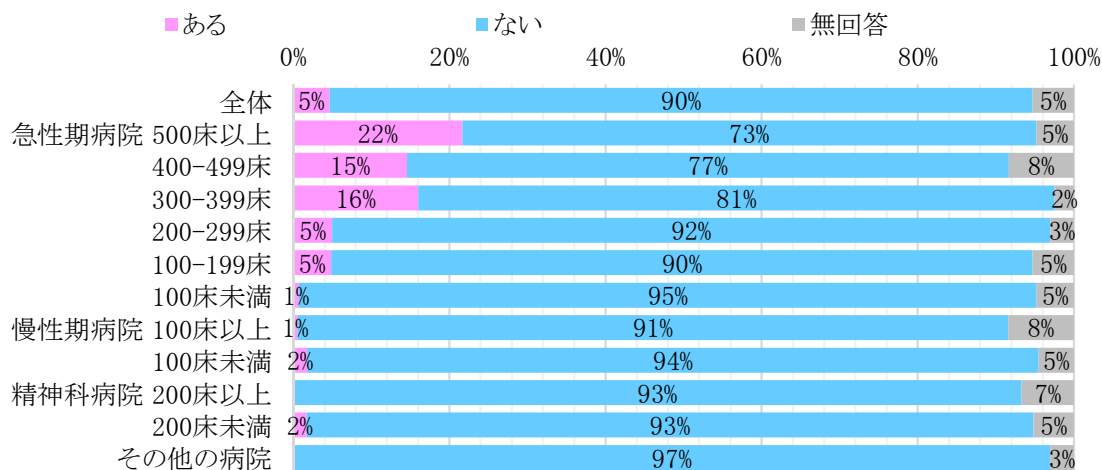


81. 以下の状況で、病理診断報告書の確認漏れ(医師の未読)を防ぐための仕組みがありますか。

01 患者の退院や転科等により**主治医が変更**になった場合の、**退院・転科前に行った病理検査**の病理診断報告書

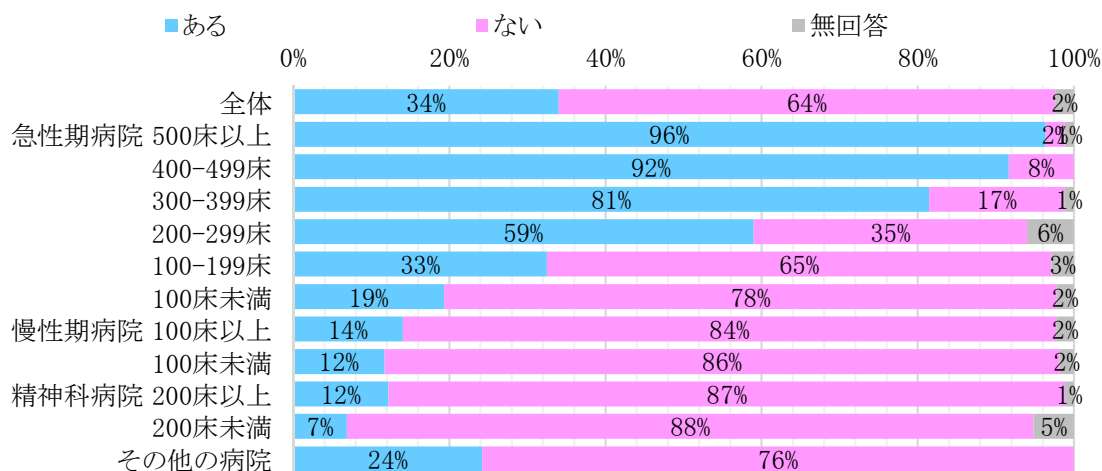


82. **最近3年以内に**、病理診断報告書の確認漏れ(医師の未読)に関連して、患者の治療に影響した事例(治療開始が遅れた、適切な治療が行われなかった等)はありましたか。

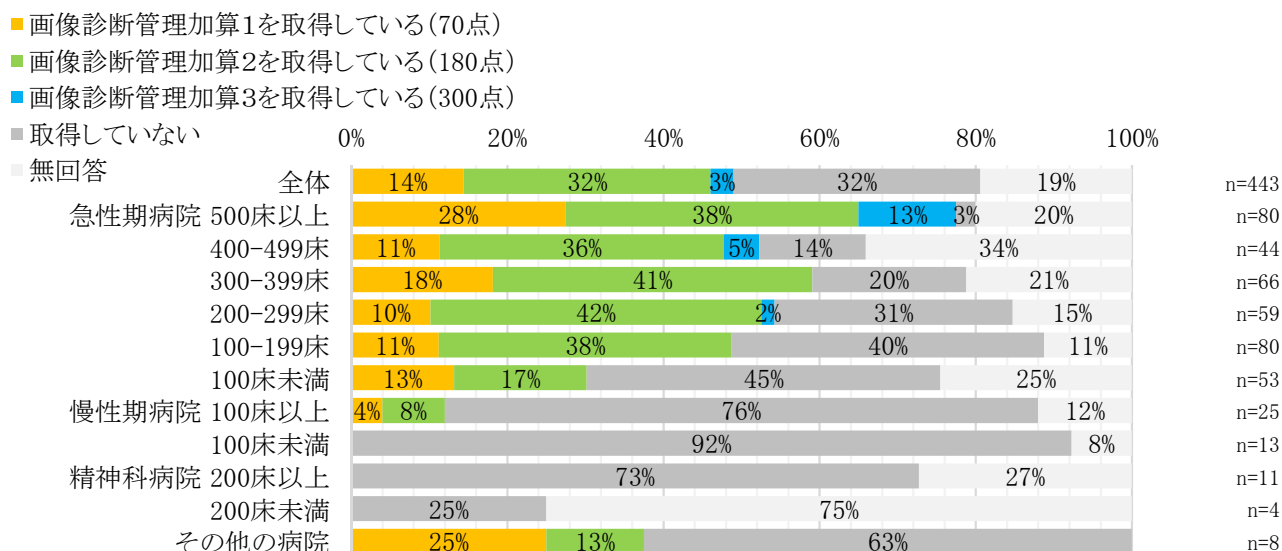


<画像診断報告書の確認漏れ(医師の未読)を防ぐ仕組み>

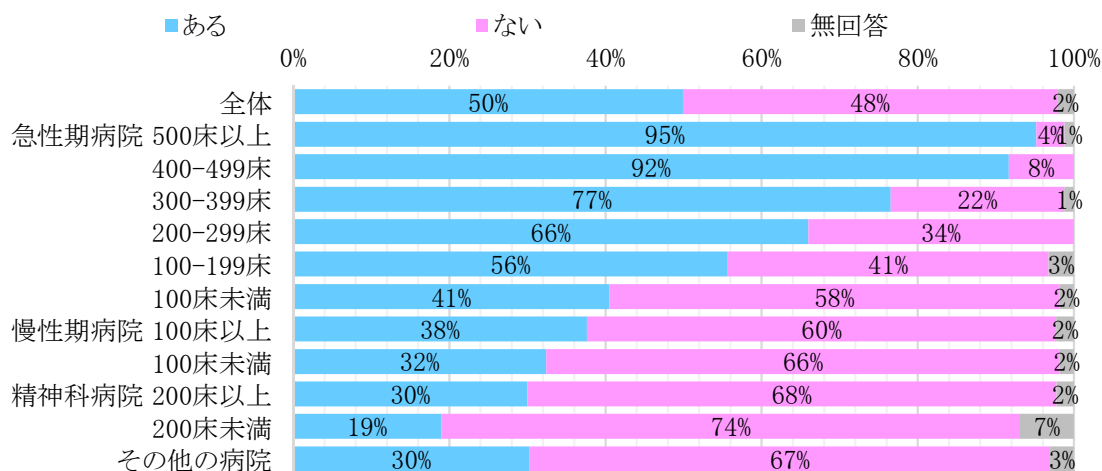
83. 院内に**画像診断部門**がありますか。



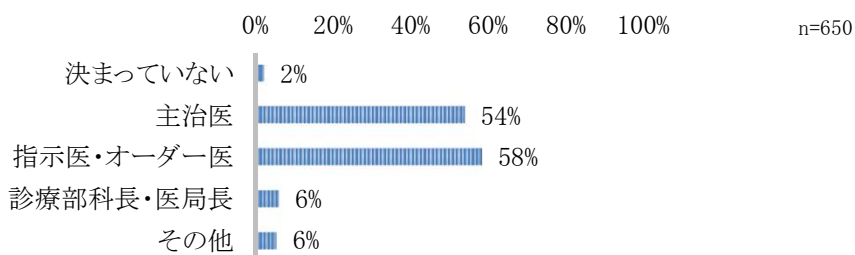
84. 診療報酬で画像診断管理加算を取得していますか。



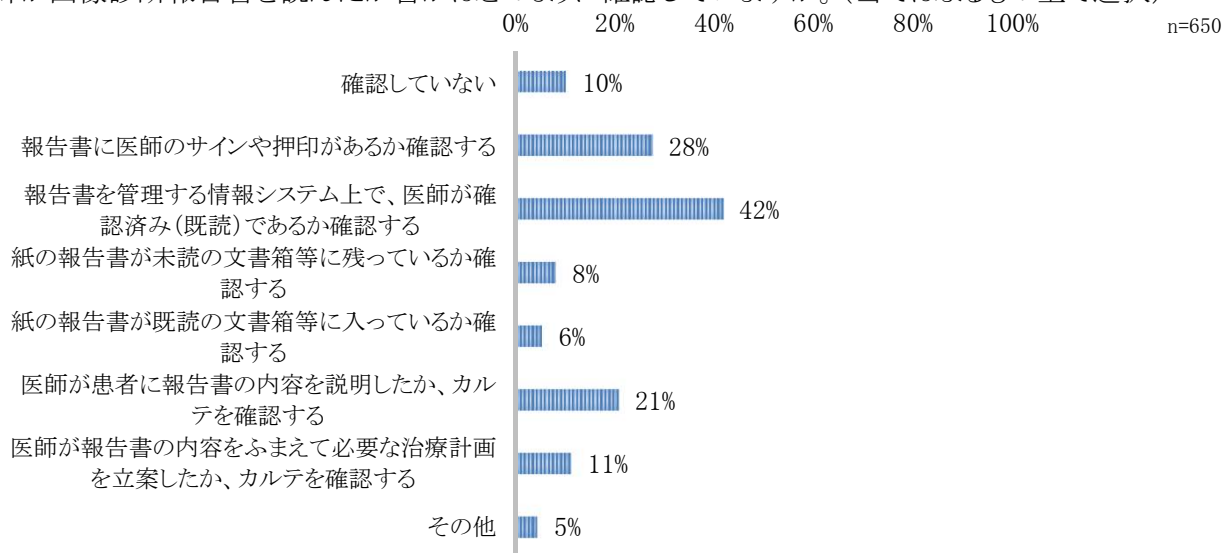
85. 画像診断報告書の確認漏れ(医師の未読)を防ぐ仕組みがありますか。



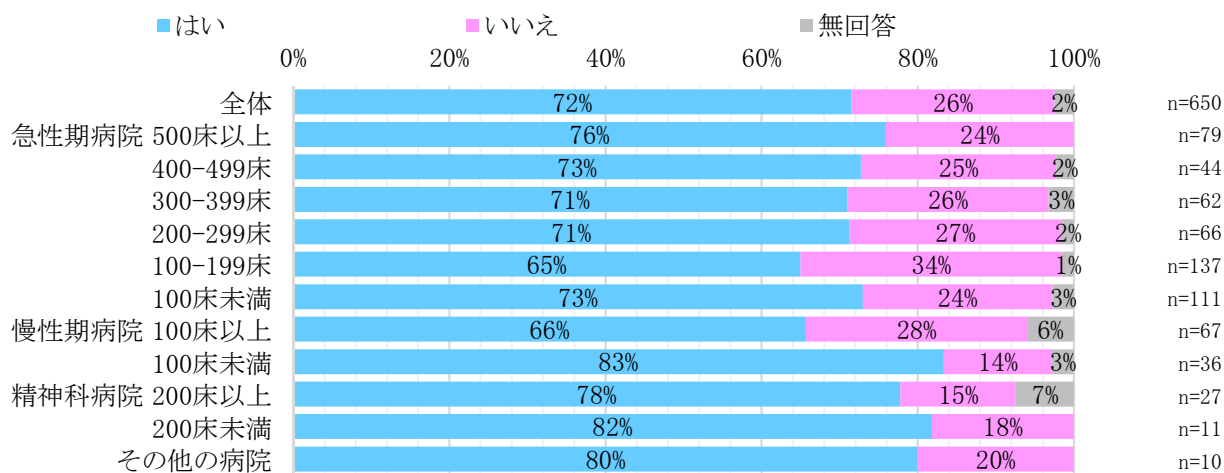
86. 問85で「ある」と回答した場合、読影医・画像診断部門は、画像診断の結果を誰に報告することになっていますか。(当てはまるもの全て選択)



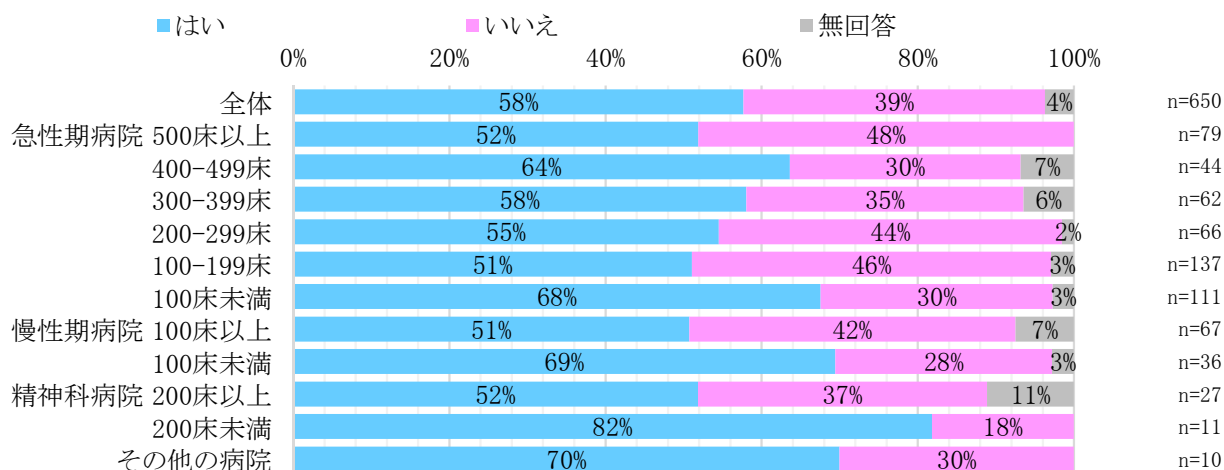
87. 医師が画像診断報告書を読んだか否かはどのように確認していますか。(当てはまるもの全て選択)



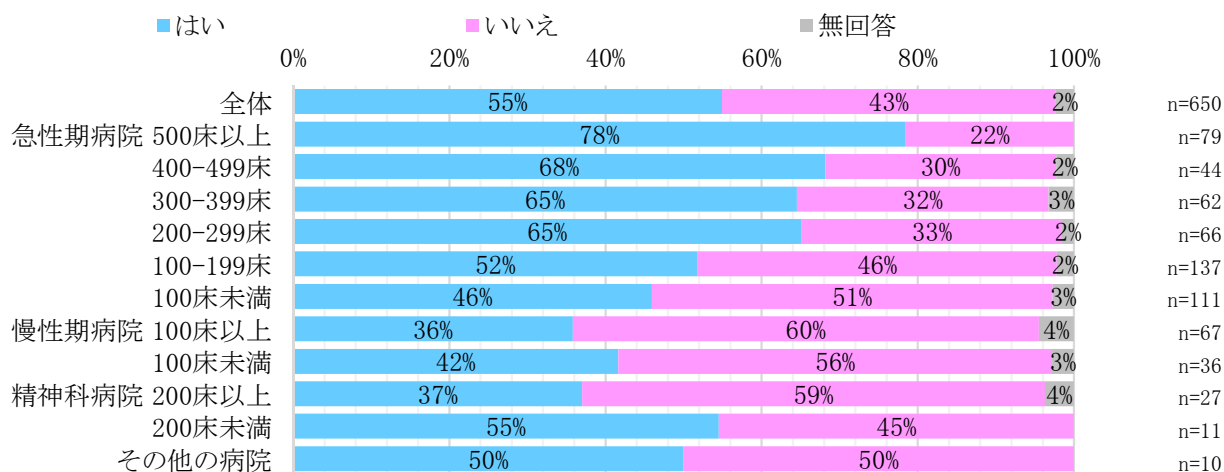
88. どの医師が画像診断報告書を読んだか分かる仕組みになっていますか。



89. どの医師が画像診断報告書を読んだか確認していますか。

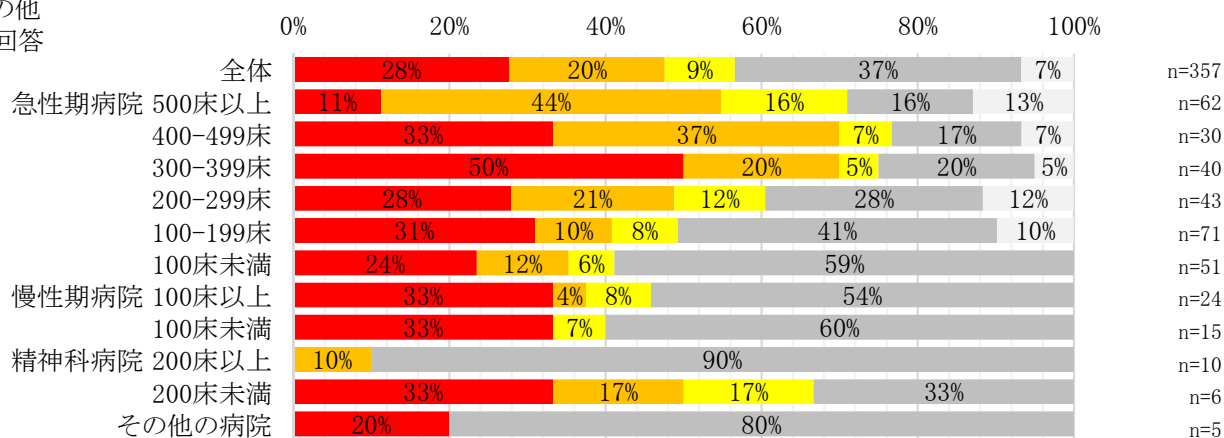


90. 医師が画像診断報告書を読んだか否かを確認する担当者は決まっていますか。

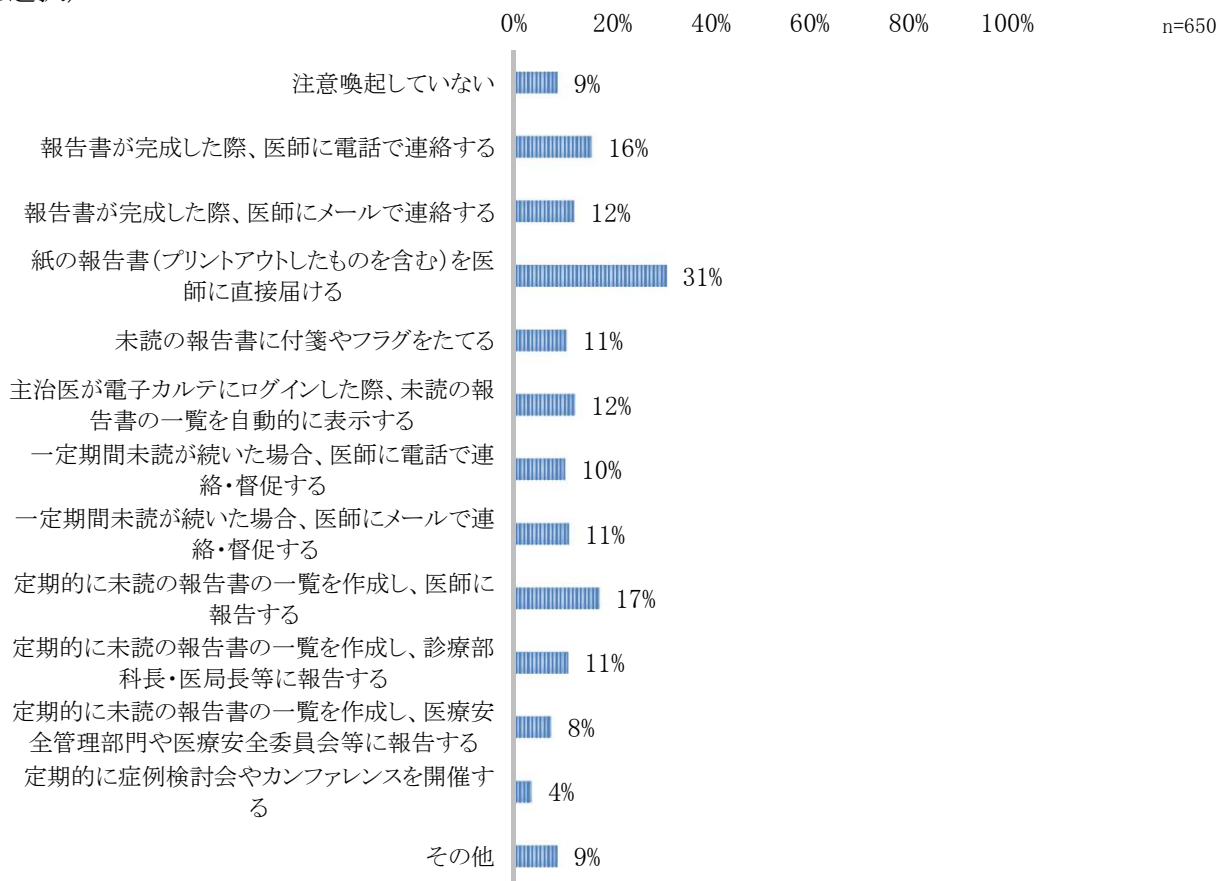


91. 問90で「はい」と回答した場合、誰が確認していますか。

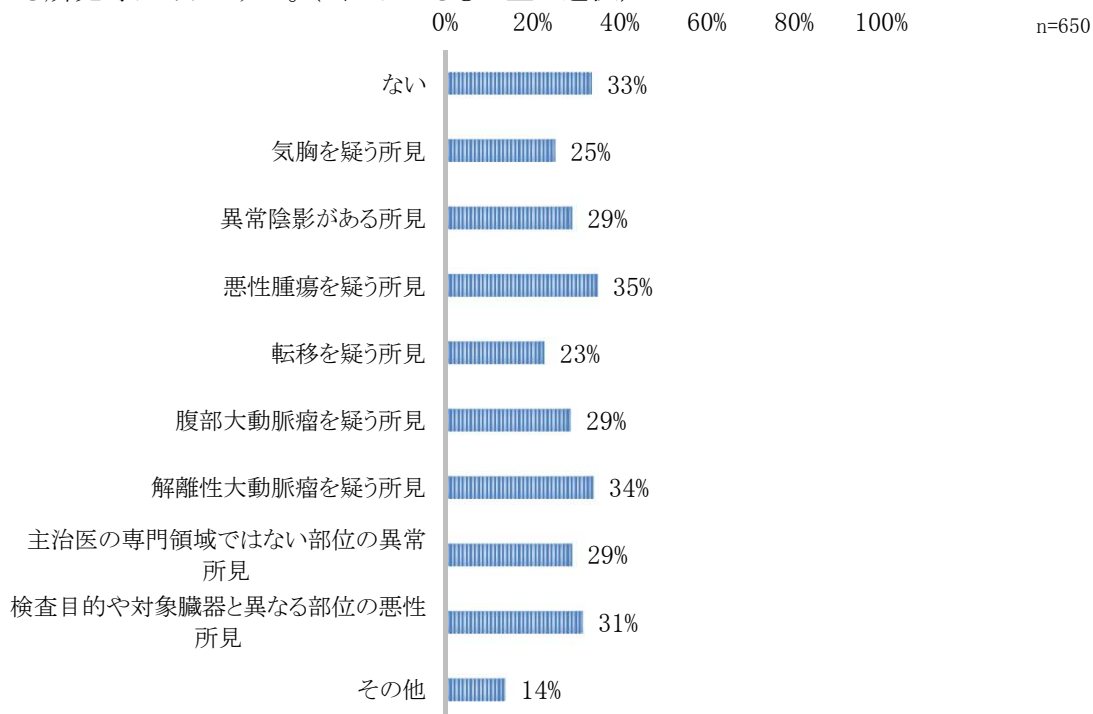
- 読影医・画像診断部門
- 医療安全管理者または医療安全管理部門
- 診療情報管理士または診療情報管理部門
- その他
- 無回答



92. 画像診断報告書の確認漏れ(医師の未読)を防ぐため、どのように注意喚起していますか。(当てはまるもの全て選択)

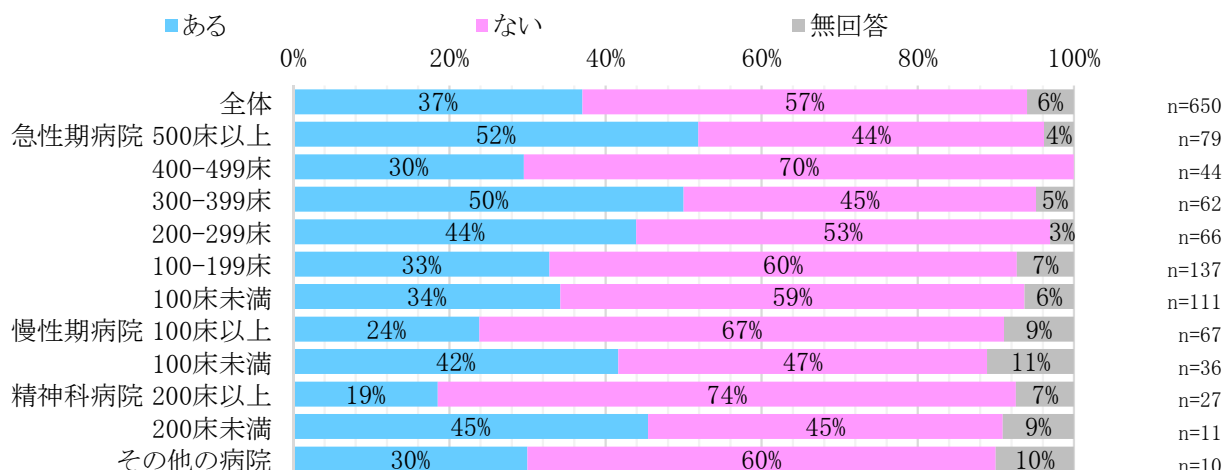


93. 画像診断報告書の確認漏れ(医師の未読)を防ぐために、医師に直接連絡(電話・メール等)するなど、特別な扱いをしている所見等がありますか。(当てはまるもの全て選択)

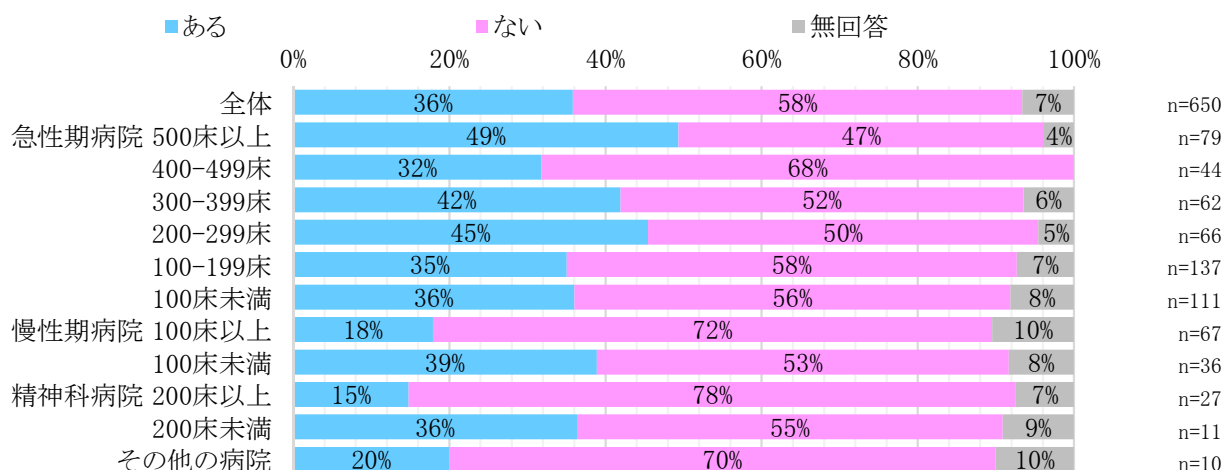


94. 以下の状況で、画像診断報告書の確認漏れ(医師の未読)を防ぐための仕組みがありますか。

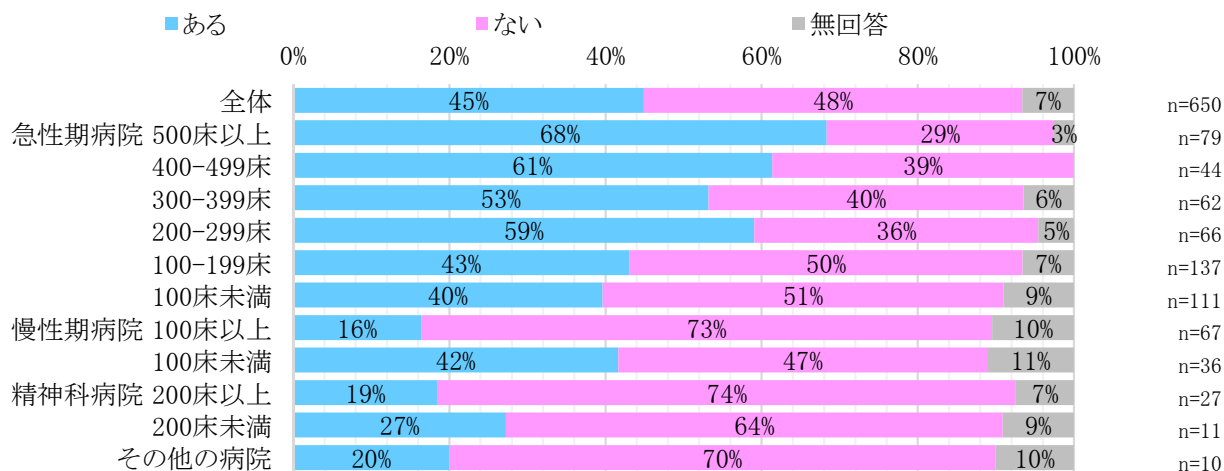
01 患者の退院や転科等により**主治医が変更**になった場合の、**退院・転科前に撮影した画像**の画像診断報告書



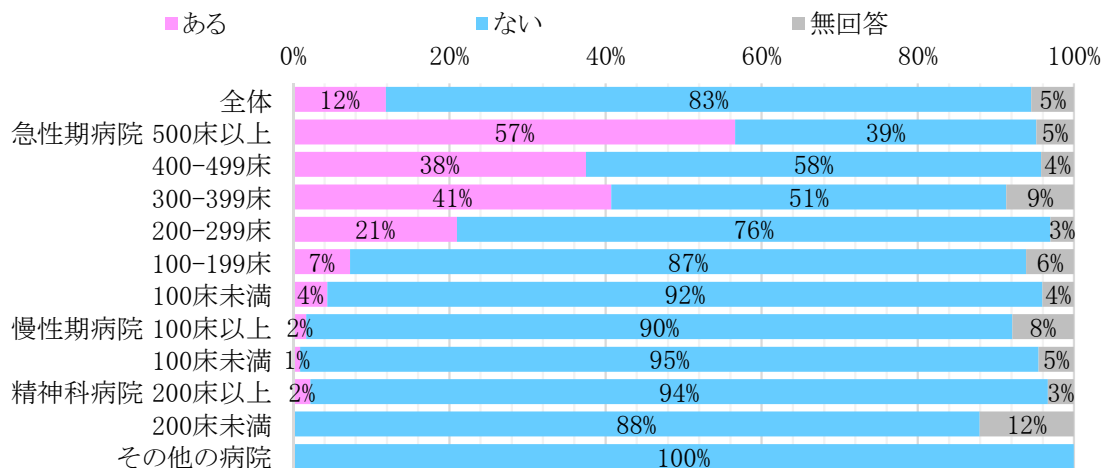
02 外来受診中の患者が**別の診療科を受診**し撮影された画像について、受診後に作成された画像診断報告書



03 患者が**救急外来・時間外外来を受診**し撮影された画像について、受診後に作成された画像診断報告書 (**患者の次回の受診予定はない**)



95. 最近3年以内に、画像診断報告書の確認漏れ(医師の未読)に関連して、患者の治療に影響した事例(治療開始が遅れた、適切な治療が行われなかった等)はありましたか。



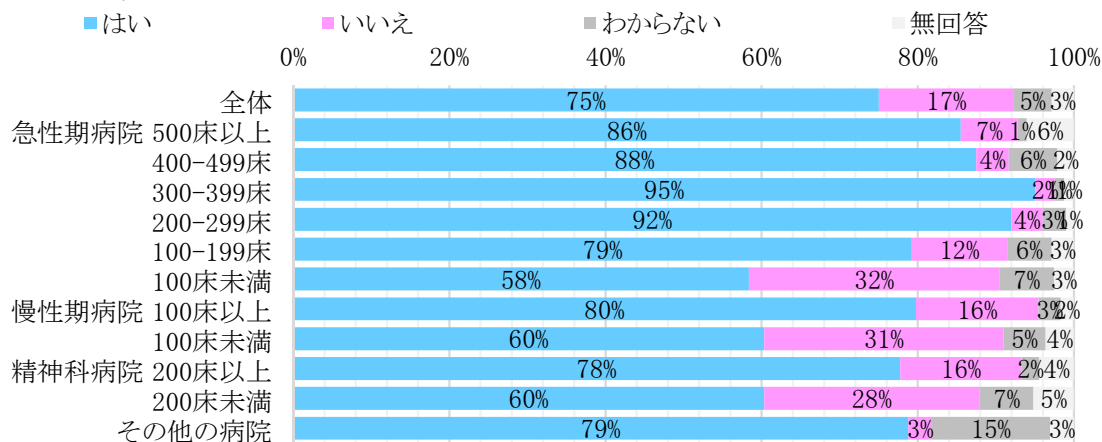
<患者・家族の苦情や相談への対応>

96. 患者相談窓口(患者や患者家族からの疾病に関する医学的な質問や、生活上及び入院上の不安等に関する相談を受け付ける窓口)の体制について回答してください。(中央値)

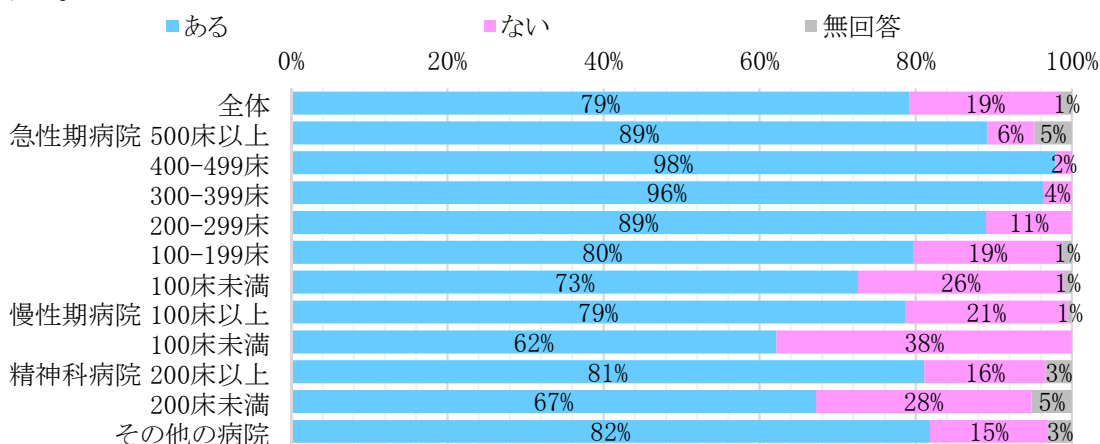
	専任	兼任	全体		急性期病院					慢性期病院		精神科病院		その 他の 病院
			500床 以上	400- 499床	300- 399床	200- 299床	100- 199床	100床 未満	100床 以上	100床 未満	200床 以上	200床 未満		
01 医師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02 看護師	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
03 医療ソーシャルワーカー	0	0	0.5	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1
04 事務員	0	0	0	1	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05 その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

†: 専任者とは、患者相談窓口の業務に従事する時間が就業時間の5割以上である者を指す。
 ††: 兼任者とは、患者相談窓口の業務に従事する時間が就業時間の5割未満である者を指す。

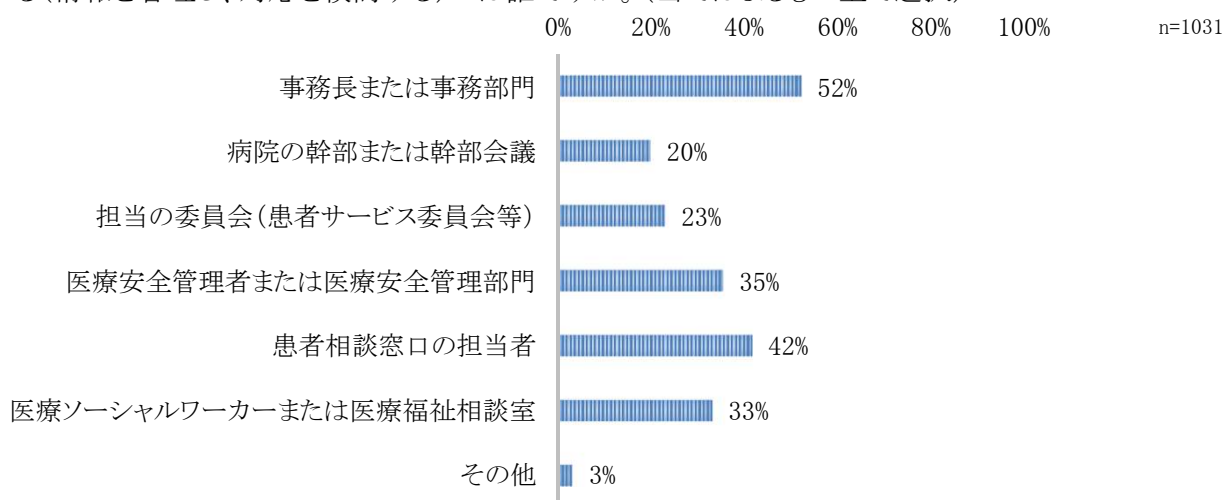
97. 患者や患者家族の意見・苦情・相談の院内対応手順は定められていますか。



98. 複数の経路を通して入ってきた患者や患者家族の意見・苦情・相談への対応を**統括する担当者や組織**がありますか。



99. 患者相談窓口、投書、電話、Webサイト等を通して受け付けた患者や患者家族の意見・苦情・相談を統括している(情報を管理し、対応を検討する)のは誰ですか。(当てはまるもの全て選択)



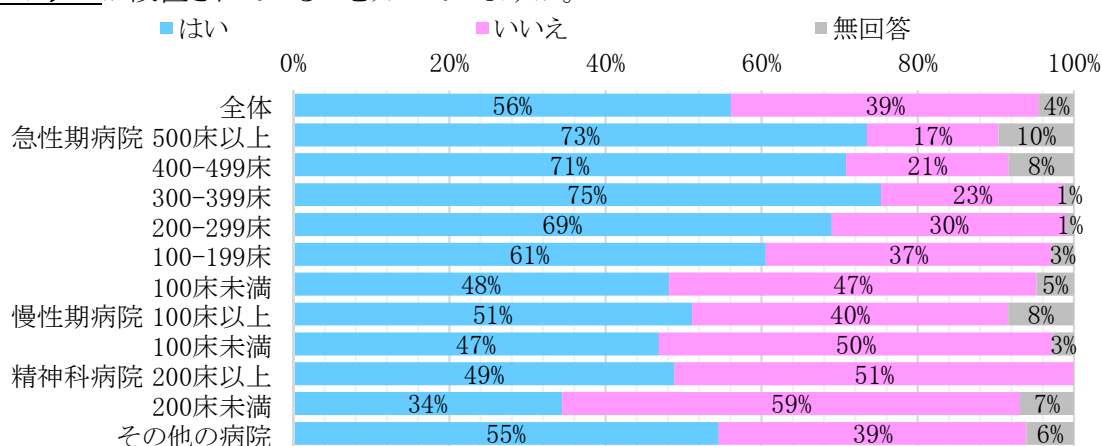
100. 患者相談窓口、投書、電話、Webサイト等を通して、病院の医療サービスに関する**患者や患者家族の意見・苦情・相談を受けた件数**は、年間(昨年または昨年度)およそ何件ですか。(平均値)

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	200床 以上		200床 未満
340	1,226	1,256	1,033	883	224	53	45	11	267	49	48

101. 患者相談窓口、投書、電話、Webサイト等を通して受け付けた患者や患者家族の意見・苦情・相談のうち、**医療安全上の問題が疑われた事例**は、年間(昨年または昨年度)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	200床 以上		200床 未満
0	4	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0

102. 都道府県または市町村に、患者や患者家族の医療相談や医療機関への苦情等を受け付ける**医療安全支援センター**が設置されているのを知っていますか。



103. **医療安全支援センターから、貴院に関する苦情や相談について情報提供された件数**は、年間(昨年または昨年度)およそ何件ですか。(1件以上情報提供された経験がある割合)

施設	割合
全体	20%
急性期病院	
500床以上	46%
400-499床	47%
300-399床	29%
200-299床	32%
100-199床	19%
100床未満	9%
慢性期病院	
100床以上	3%
100床未満	4%
精神科病院	
200床以上	33%
200床未満	18%
その他の病院	18%

n=696

最大値: 10件 中央値: 0件 最小値: 0件

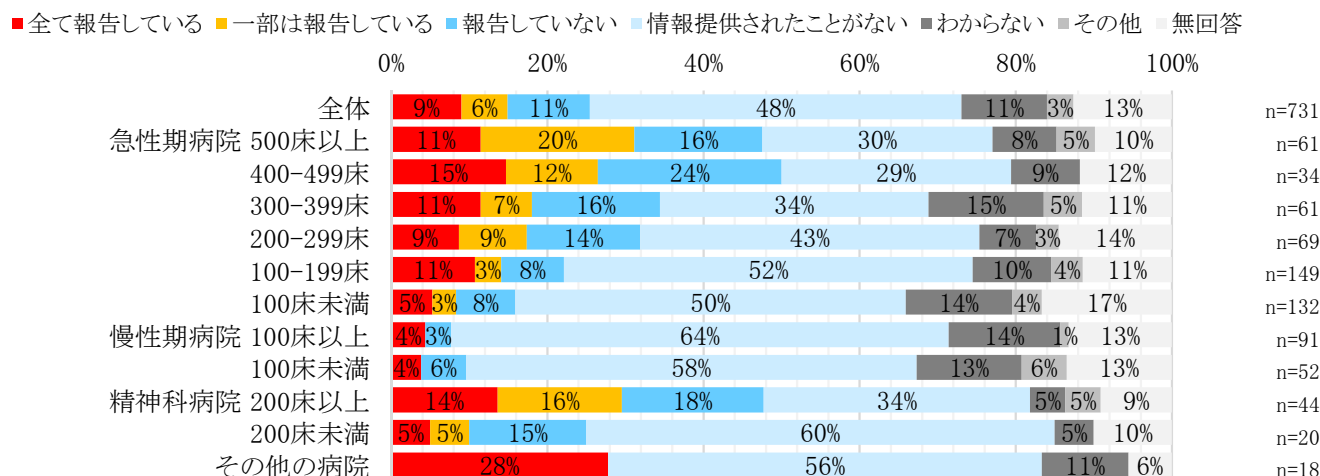
104. 昨年または昨年度に医療安全支援センターから情報提供された苦情や相談のうち(問103の件数のうち)、**病院として事前に把握していなかった(情報提供されて初めて知った)苦情・相談**は何件ですか。(中央値)

1件以上情報提供された経験のある病院数 n=140 (問103に回答があるが、問104が無回答の1件を除く)
 上記の病院が医療安全支援センターから情報提供された件数 n=281
 上記のうち病院として事前に把握していなかった苦情・相談の割合 43%(121/281)

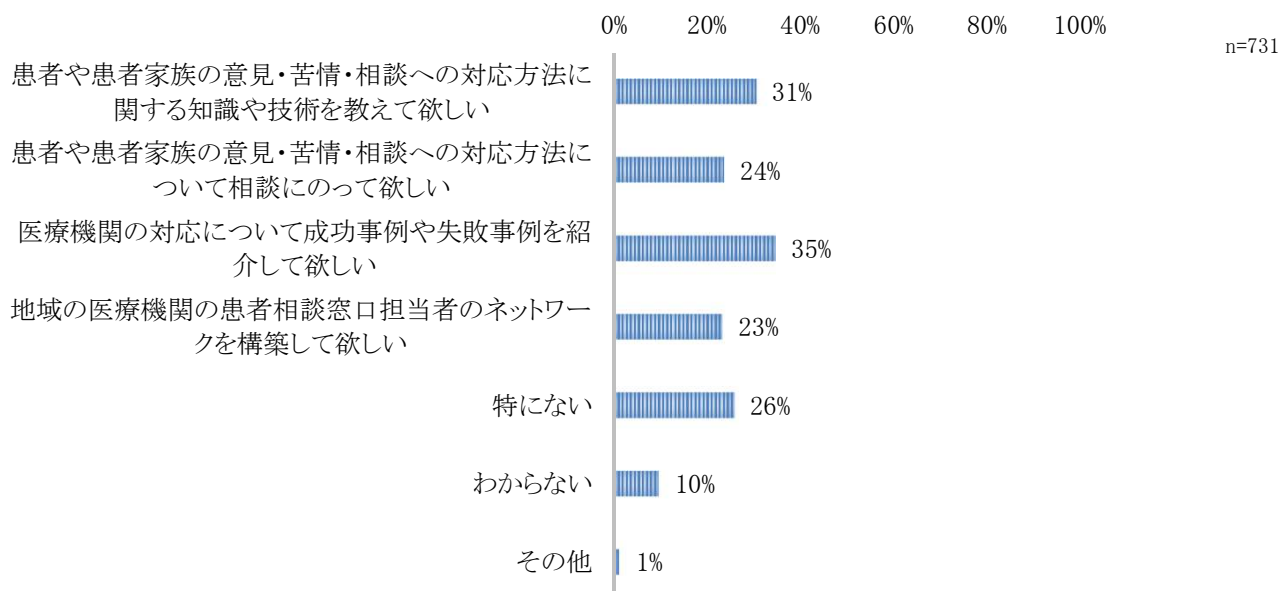
105. 昨年または昨年度に医療安全支援センターから情報提供された苦情や相談のうち(問103の件数のうち)、**医療安全上の問題が疑われた事例**は何件ですか。(中央値)

1件以上情報提供された経験のある病院数 n=139 (問103に回答があるが、問105が無回答の2件を除く)
 上記の病院が医療安全支援センターから情報提供された件数 n=278
 上記のうち医療安全上の問題が疑われた事例の割合 7%(20/278)

106. 医療安全支援センターから、貴院に対する意見・苦情・相談について情報提供された場合、**その後の病院の対応や結果を**同センターに報告(フィードバック)していますか。

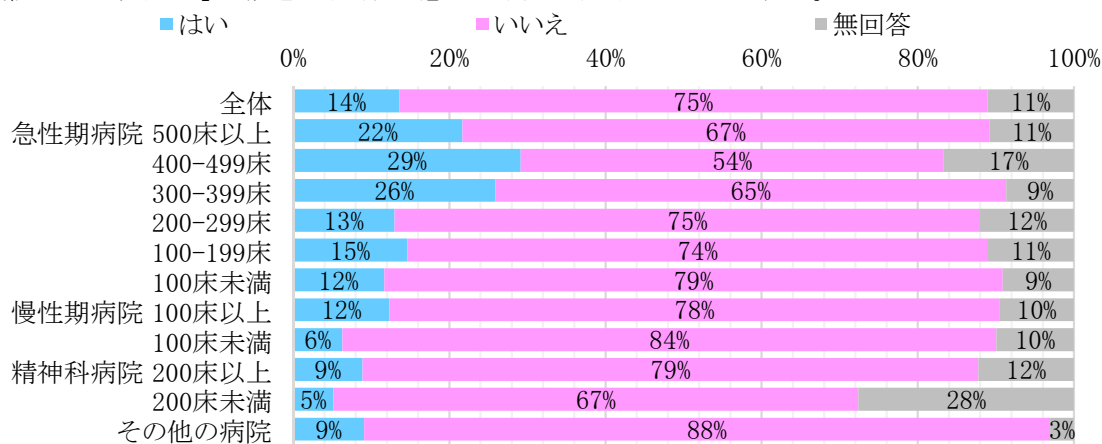


107. 医療安全支援センターに希望することがありますか。(当てはまるもの全て選択)



<患者参加を推進する活動>

108. 貴院は「患者参加」の概念や用語の意味を明示的に定めていますか。



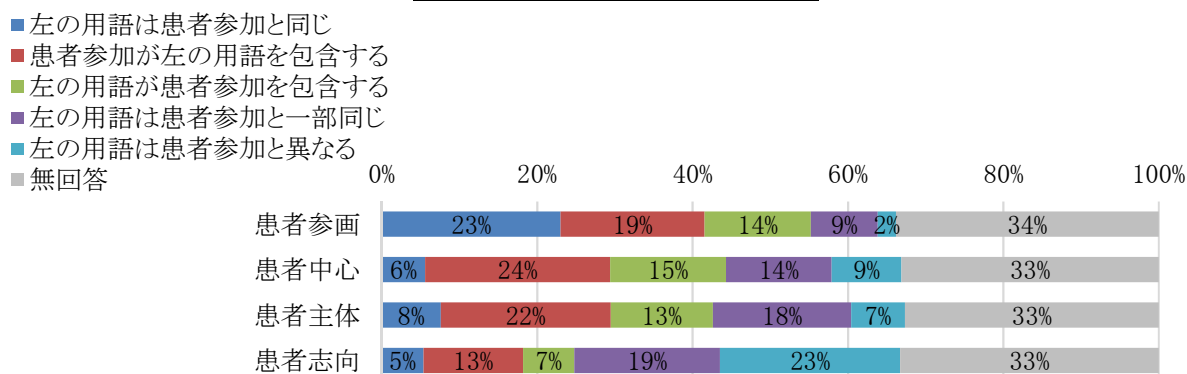
109. 問108で「いいえ」と回答した場合、あなたが「患者参加」の概念や用語の意味を定義するとしたら、どのように定義しますか。

(自由記載、省略)

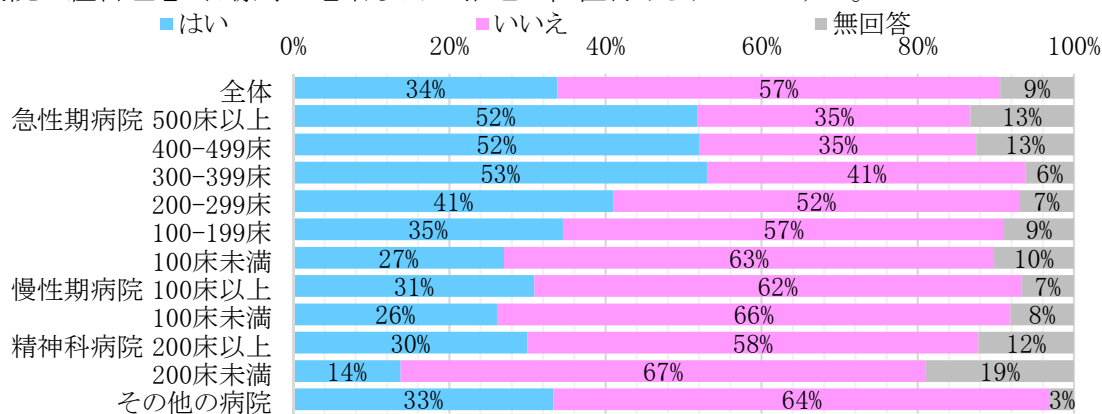
110. 「患者参加」には類似した用語があります。あなたが次の用語の概念や意味を定義するとしたら、どのように定義しますか。

(自由記載、省略)

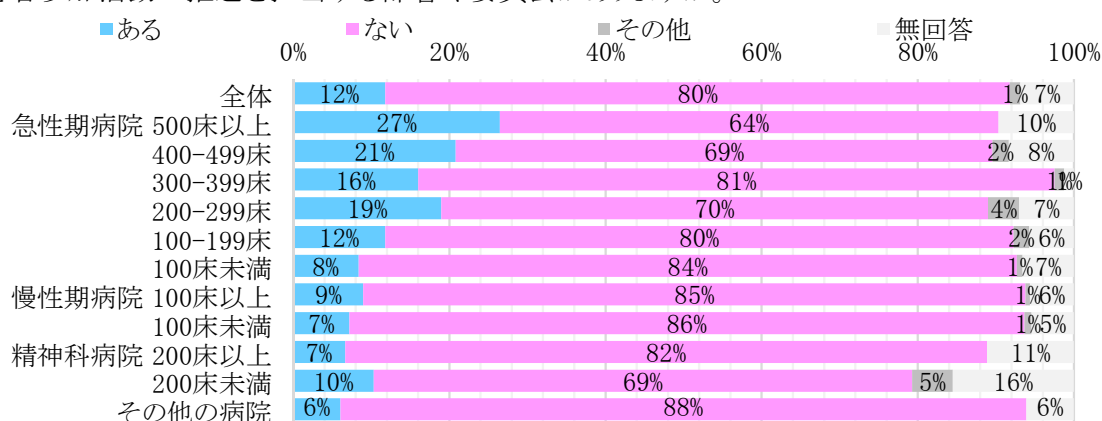
111. 次の用語は、「患者参加」と概念・意味が同じだと思いますか。



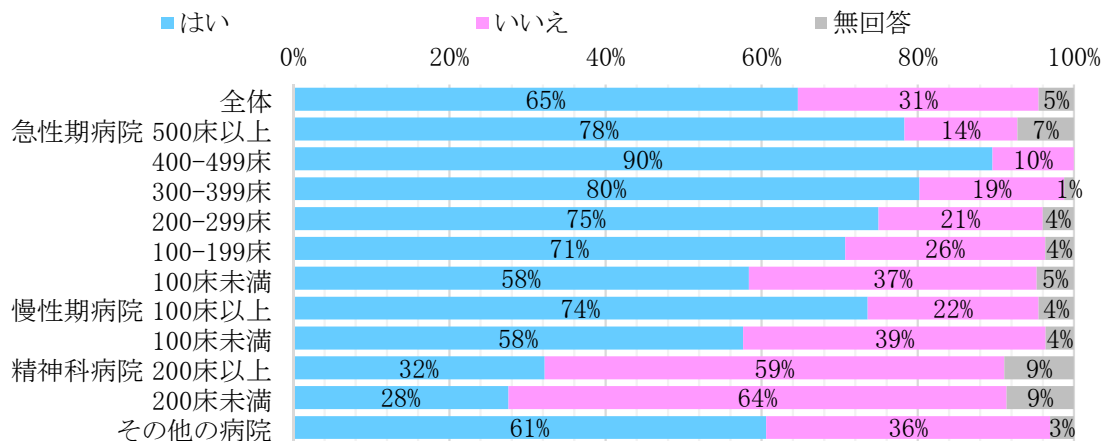
112. 病院の経営理念・目標等に患者参加の推進が位置付けられていますか。



113. 患者参加活動の推進を担当する部署や委員会がありますか。

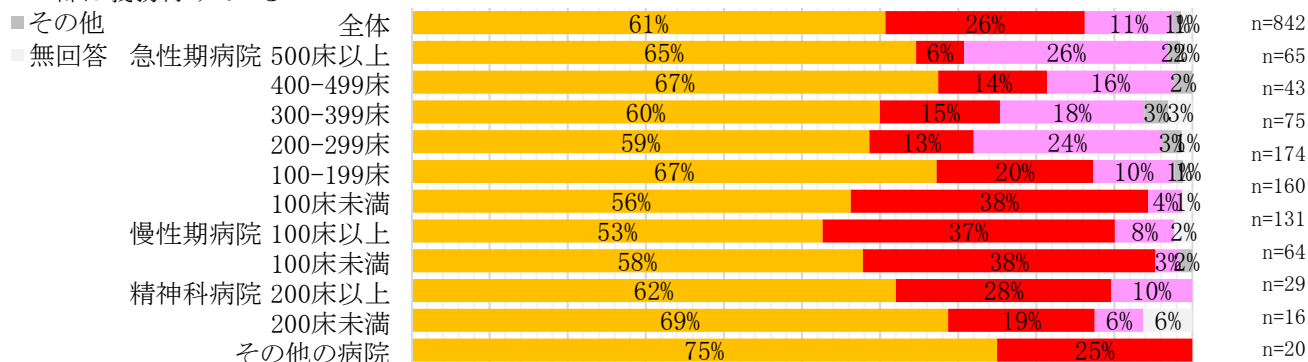


114. 医師と患者および患者家族との間で行われる説明と同意に、看護師が同席することをルール化していますか。

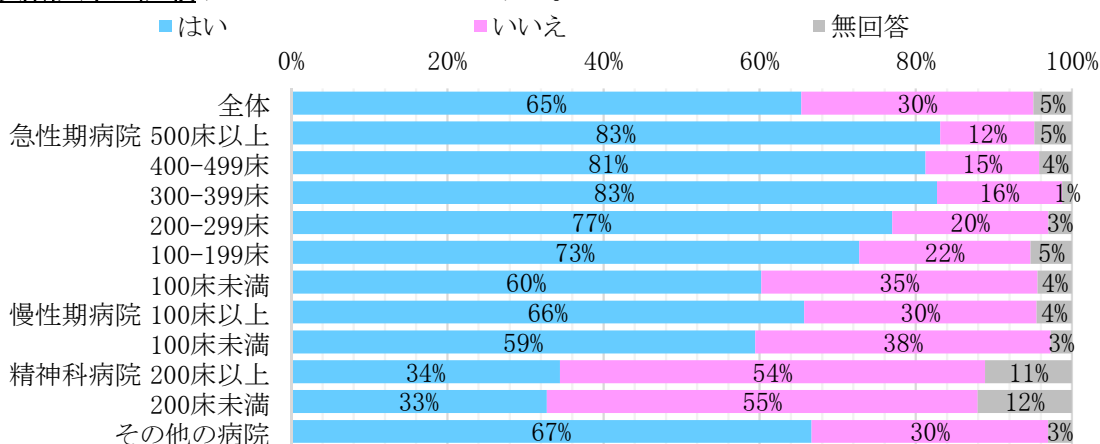


115. 問114で「はい」と回答した場合、看護師の同席をどこまで求めていますか。

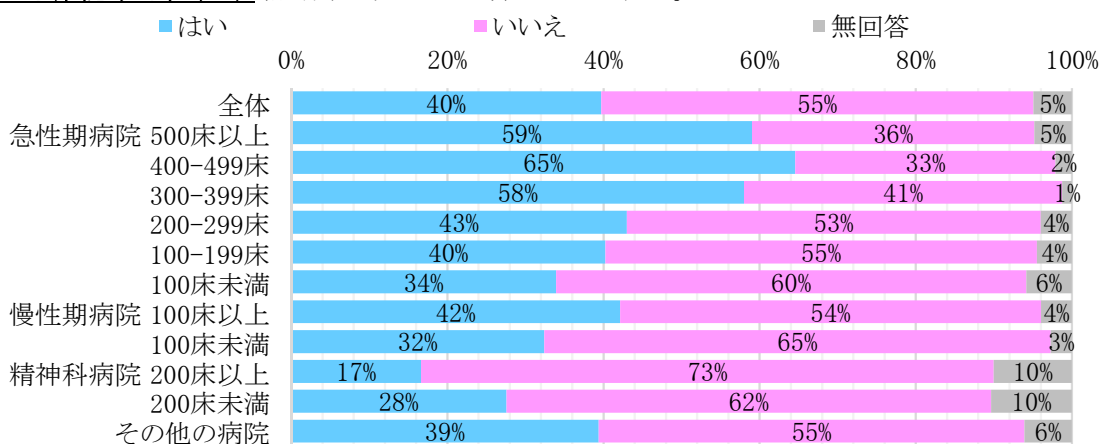
- 同席を推奨しているが、義務にはしていない
- 全て同席することを義務付けている
- 一部は義務付けている



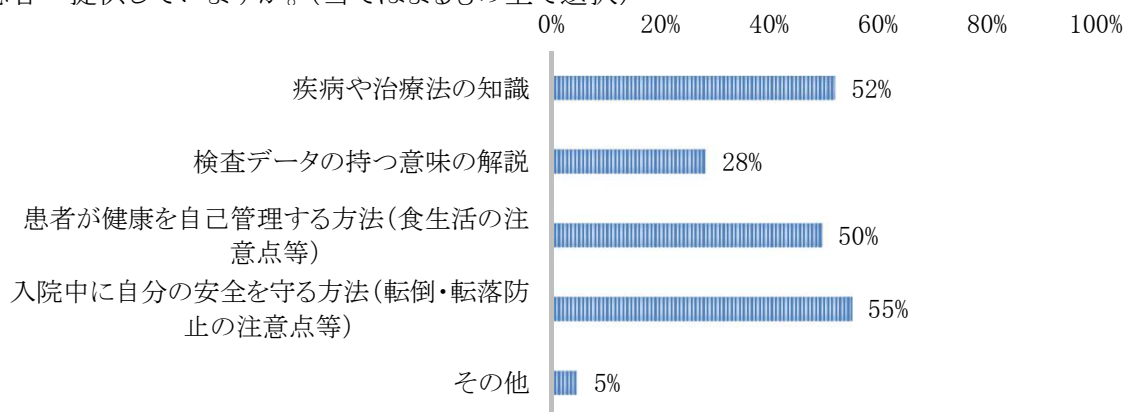
116. 看護師は、同席の有無にかかわらず、医師の説明に対する患者や患者家族の理解度や心配事、希望等を診療記録に記載するルールになっていますか。



117. 看護師が同席したことや、患者や患者家族の理解度、心配事、希望等を確認して診療記録に記載していることを確認する仕組み(診療記録の監査等)がありますか。

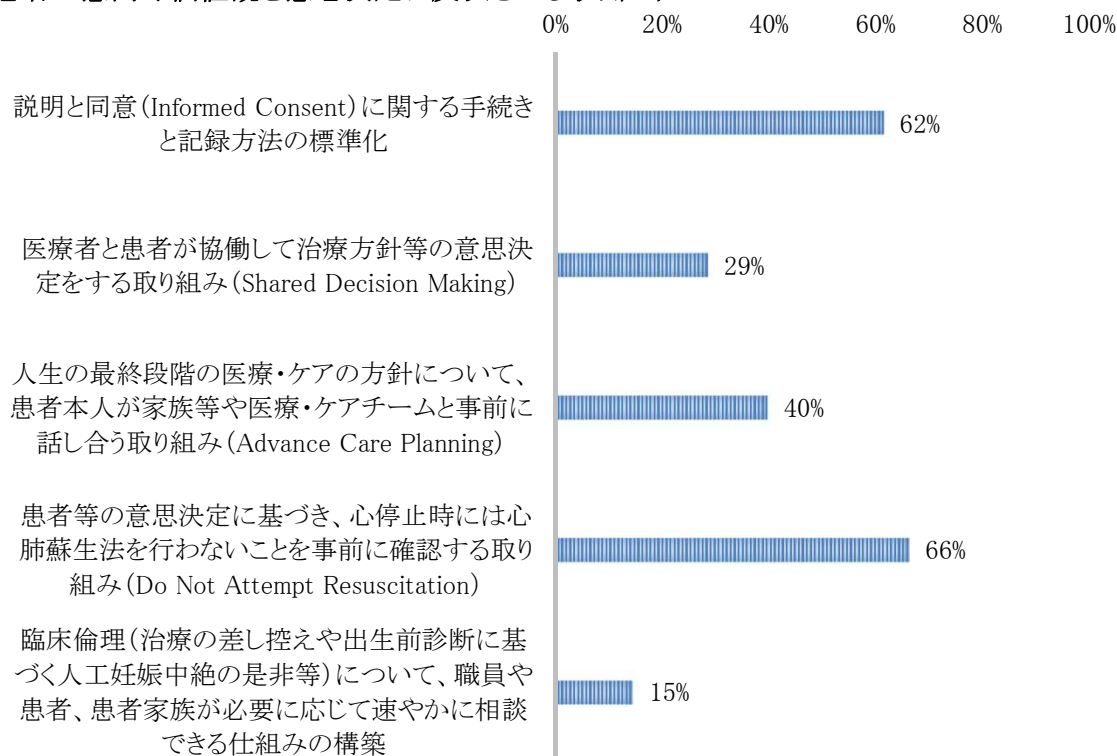


118. 患者・家族のヘルス・リテラシー[†]の向上のため、貴院においてどのような内容の教材・パンフレット等を患者へ提供していますか。(当てはまるもの全て選択)

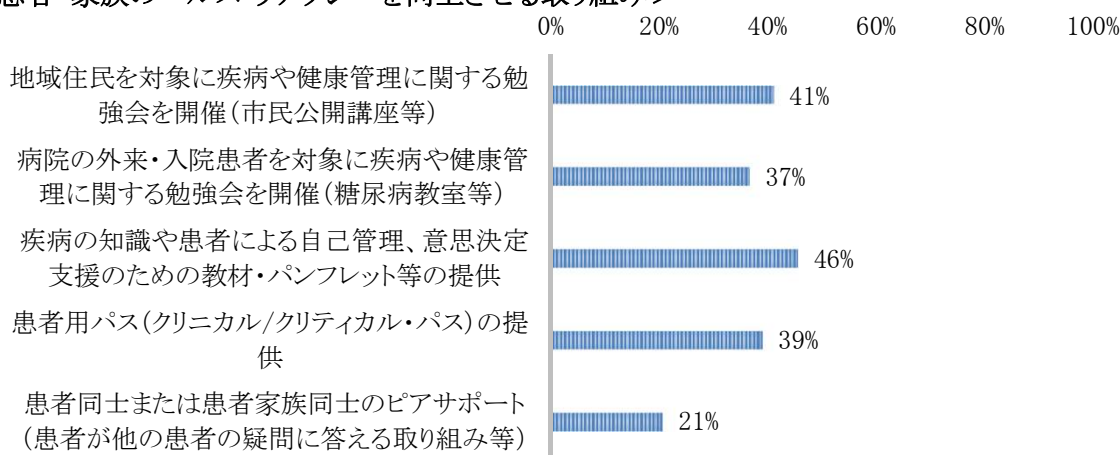


[†]:ヘルス・リテラシーとは、健康に関連する情報を探し出し、理解して、意思決定に活用し、適切な健康行動につなげる能力を意味する。

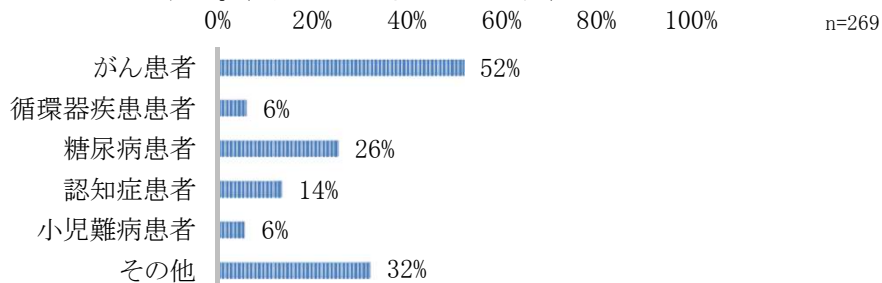
119. 患者参加を推進するためにどのような取り組みを行っていますか。(当てはまるもの全て選択)
 <患者の意向や価値観を意思決定に反映させる取り組み>



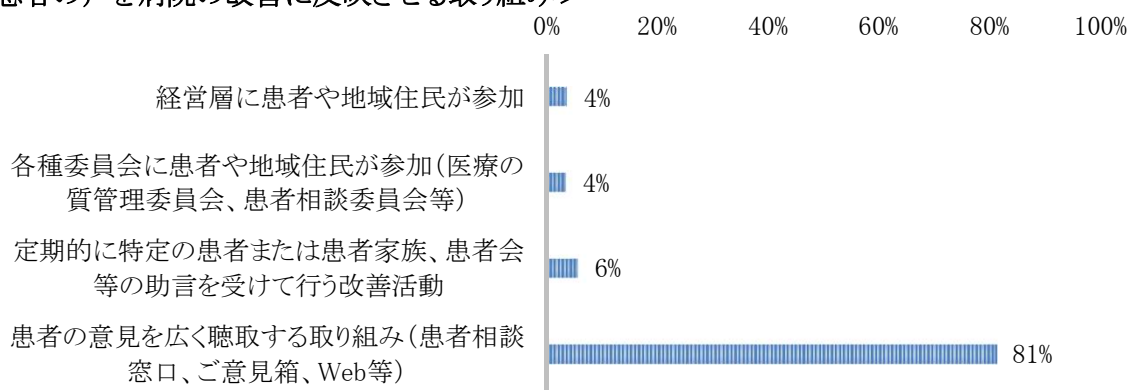
<患者・家族のヘルス・リテラシーを向上させる取り組み>



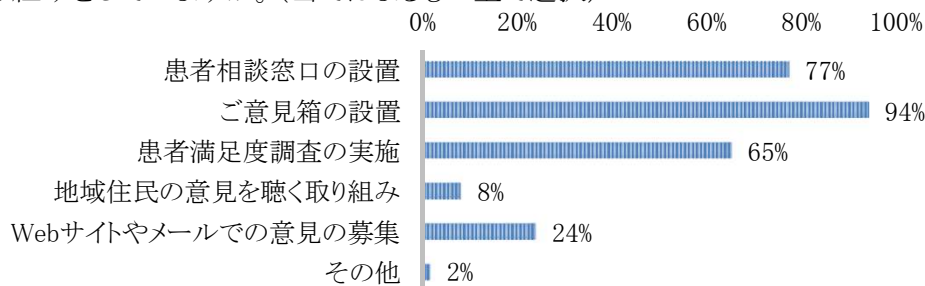
どのような患者を対象にしたピアサポートですか。(当てはまるもの全て選択)



<患者の声を病院の改善に反映させる取り組み>

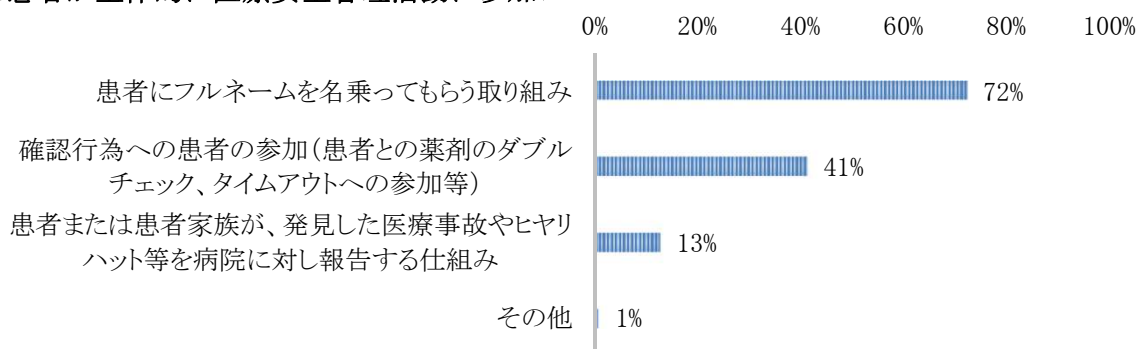


どのような取り組みをしていますか。(当てはまるもの全て選択)

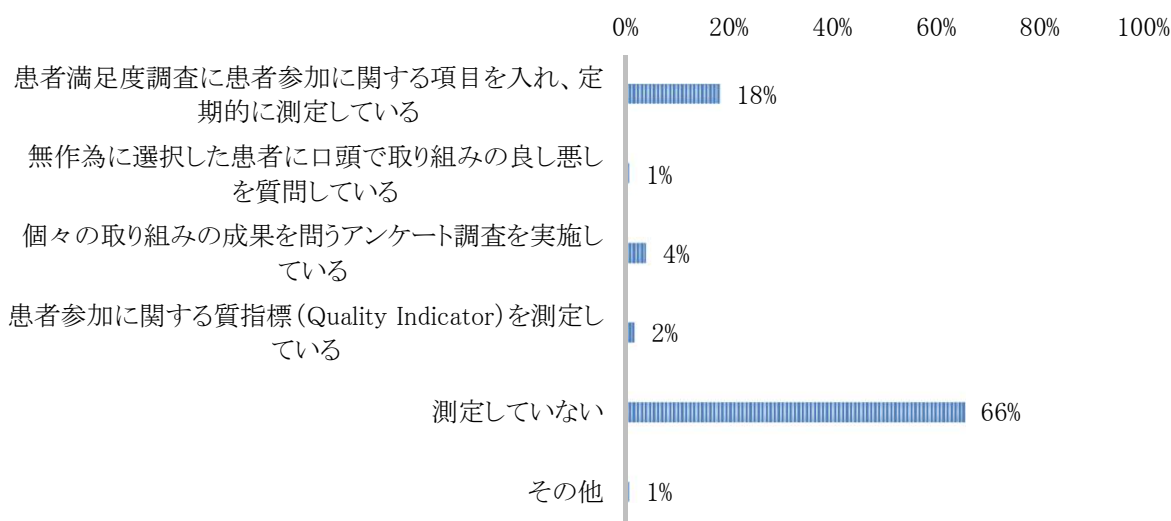


n=1058

<患者が主体的に医療安全管理活動に参加>



120. 患者参加を推進する取り組みの成果は測定していますか。(当てはまるもの全て選択)



121. 患者参加を推進すると、どのような効果が期待できると思いますか。

- 01 患者にとっての効果
- 02 病院にとっての効果
- 03 その他の効果

(自由記載、省略)

122. 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)

123. 2021年に実施予定の貴院の医療従事者(200名程度)と外来患者(200名程度)、入院患者(200名程度)を対象としたアンケート調査に、

参加します	41
参加しません	1060
無回答	201

以上

資料15 医療安全に対する患者参加に関するシステマティックレビュー

番号	書誌情報	発行年	目的	方法				結果		
				検索対象データベース	対象期間	対象とした研究デザイン	採用/除外基準	検索で得た文献数	分析に含めた文献数	内容
1	Ocloo J, Garfield S, Franklin BD, Dawson S. Exploring the theory, barriers and enablers for patient and public involvement across health, social care and patient safety: a systematic review of reviews. Health Res Policy Syst. 2021 Jan 20;19(1):8.	2021	医療、福祉、医療安全における患者・市民参加に関する理論、阻害因子・促進因子のエビデンスを探索すること。	MEDLINE, EMBASE and PsycINFO	～2018年8月	システマティックレビュー	採用基準:1) 医療安全、保健医療、社会福祉に関連する患者・市民参加の概念、アプローチを対象とするシステマティックレビュー、2) 対象とする環境が組織レベル、3) 対象とする参加のタイプが集団レベル、市民参加、4) 研究デザインが公開された実証研究や理論的論文のシステマティックレビュー。除外基準:1) 集団によるサービスの改善に関するレベルの患者・市民参加を検討対象としていない、2) 実証研究、3) 系統的ではないレビュー、4) 個人レベルの治療や意思決定を対象とする、5) 英語以外。	5744	42	組織レベルの阻害因子と促進因子として、個人、態度、医療専門家、役割と期待、知識、情報およびコミュニケーション、資金と資源、トレーニング、一般的なサポート、採用と代表、PPI手法とコミュニティとの協力、権力のダイナミクスへの取り組み、等が特定された。患者・市民参加とパートナーシップの活動は、システム全体のアプローチ (a whole system approach) を取ることに依存していることが示唆された。このことは、このプロセスに対する複雑な個人および組織の促進要因と障害を考慮すること、そして、さまざまなグループが経験する権力の不均衡に対処することを必要とする。
2	Doherty C, Stavropoulou C. Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: a systematic literature review. Soc Sci Med. 2012 Jul;75(2):257-63.	2012	患者が臨床的エラーのリスクを減らすことに積極的に参加する意欲と能力を発揮することに対する、支援ないし阻害要因を特定すること。	MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, ISI Web of Knowledge, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews and CINAHL. + Handsearch	1999～2011年	質的インタビュー、調査票調査、RCT、非参与観察、フォーカス・グループ、構造化インタビュー、文書解析	採用基準:1) 患者がエラーを減らすために取ることのできる行動に関する経験的なデータを報告する研究、2) 英語ないしスペイン語。除外基準:1) 臨床家の行動に関するデータ、2) 患者向けの活動に関するデータ、3) 患者の意思決定に関する論文、4) 研究デザインが事例報告、文献レビュー、コメント、意見。	2714	68	患者が臨床エラーの削減に積極的に関与する主な要因として、病気、個々の認知的特性、臨床医と患者の関係、および組織的要因の4つが挙げられた。そのうち、病気と、自身の役割と臨床家に従属する地位に関する認識が、エラー削減へ患者が関与する際に最も重要な阻害要因である。
3	Hall J, Peat M, Birks Y, Golder S; PIPS Group, Entwistle V, Gilbody S, Mansell P, McCaughan D, Sheldon T, Watt I, Williams B, Wright J. Effectiveness of interventions designed to promote patient involvement to enhance safety: a systematic review. Qual Saf Health Care. 2010 Oct;19(5):e10.	2010	患者自身や他者の安全を向上させることを目的として、患者による自身のケアへの参加を促進させることを明確に意図して用いられている戦略・介入の評価を特定し、吟味し、要約することを目的とする。	Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects, CENTRAL, CINAHL, EMBASE, HMC Health Management Information Consortium, MEDLINE, MEDLINE In-process & other non-indexed citations, PsycINFO, Applied Social Sciences Index and Abstracts and NHS Economic Evaluations Database. + databases of reports, conference proceedings, grey literature and ongoing research. + Handsearch in the websites of patient safety organisations, hand-searched two specialist patient safety journals and consulted topic specialists within the research team.	～2008年	システマティックレビュー、介入研究、擬似的介入研究	採用基準:患者に対する医療と医療安全を向上させるための介入が関連している活動のうち、患者参加を促進・支援する介入について評価するシステマティックレビュー、介入研究、擬似的介入研究。除外基準:医療安全を向上させることを明確な目的としていない介入。	22367	15	研究の大部分は、治療の安全な提供のモニタリングと確保に分類され、すべて投薬の安全性の向上に関連していた。患者参加を促進する介入として、次のものが挙げられた。(1) 自己による治療の安全な提供のモニタリングと確保、(2) 治療計画の通知/モニタリングおよび自己による治療の安全な提供の確保。研究の方法論上の質に関する懸念から、介入の有効性については明確な結論を出すことができない。

資料15 医療安全に対する患者参加に関するシステマティックレビュー

番号	書誌情報	発行年	目的	方法			結果			
				検索対象データベース	対象期間	対象とした研究デザイン	採用/除外基準	検索で得た文献数	分析に含めた文献数	内容
4	Berger Z, Flickinger TE, Pfoh E, Martinez KA, Dy SM. Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. <i>BMJ Qual Saf.</i> 2014 Jul;23(7):548-55.	2014	比較対照試験において患者の参加を促進する介入がどのように実施されているかを明らかにすること。	Medline, CINAHL, Embase and Cochrane	2002～2012年	システマティックレビュー、前向き比較対照研究	採用基準:アメリカ、イギリス、カナダ、オーストラリアから英語で発表された研究	7813	19	多くの研究は、エラーについて医療従事者へ報告する者としての患者の機能と、安全行動に関するリマインダーの源泉としての患者について指摘していた。一方で、他の研究は、患者または家族の直接的な活動について報告した。気軽に参加できる患者のタイプ、そのようなことができる状況と同様に、患者と家族の参加の定義に関するエビデンスが欠けていた。
5	Vaismoradi M, Jordan S, Kangasniemi M. Patient participation in patient safety and nursing input - a systematic review. <i>J Clin Nurs.</i> 2015 Mar;24(5-6):627-39.	2014	看護に着目し、患者が医療安全活動に参加する方法と、彼らの参加に影響を与える因子についての理解を深めること。	PubMed (including Medline), CINAHL, SCOPUS, Wiley Online Library and Science Direct.	2007～2013年	質的方法、混合デザイン、量的研究(横断調査、介入研究)	採用基準:1)医療安全に対する患者参加について注目していること、2)オンラインの科学雑誌で発表されていること、3)看護の参加があること。除外基準:医療安全に関連しない医療への患者の参加、2)専門職や看護だけに関連している、3)経験的なデータがない、4)英語以外。	4683	17	医療安全への患者の参加を促進するには、患者を人として、看護師を医療提供者として考慮すること、参加のタスク、そして臨床的な環境を考慮することが必要である。患者の知識、健康状態、信念、そして経験が、医療安全活動に参加する決定に影響を与える。医療提供者は、医療安全への患者参加を促進し、有害事象やエラーを看護師に報告することが「許可されている」ことを患者が確実に理解できるようにするために、患者教育と患者ケア管理に関するさらなる専門職能力の向上が必要である。患者中心主義と相互承認を特徴とする医療システムは、安全に関する取り組みへの患者参加を補助する。さまざまな分野、状況、文化における医療安全への患者参加に関する国際的な知識を向上させるために、さらなる研究が必要である。
6	Schwappach DL. Review: engaging patients as vigilant partners in safety: a systematic review. <i>Med Care Res Rev.</i> 2010 Apr;67(2):119-48.	2010	患者が行動する意思と能力があるか、どのように効果的に行動する権限を与えることができるか、そしてこのアプローチの利点とそれに関連する潜在的なリスクと懸念を正当化するか検討すること。	Embase, Pubmed, Cinahl, PsychInfo, ERIC, and the Cochrane Library + Hand search	1995～2008年	介入の評価研究、調査票調査、質的研究	採用基準:1)英語、ドイツ語、フランス語、2)1995～2008年に発行、3)個々の患者が安全に関連した活動もしくはエラーを予防する戦略へ参加することを評価する研究。除外基準:1)コメント、総説、理論的解析。	3848	21	患者は一般的なレベルで安全に取り組むことについて前向きな姿勢を共有していたが、彼らの意図と実際の行動はかなり異なっている。自己効力感、インシデントの予防可能性、および行動の有効性が、エラーの予防に対する参加する患者の意図に影響を与える主な要因である。患者参加を促進する介入が複雑な行動変容を促進し、医療現場で臨機応変に実施されれば、安全への参加が成功する可能性があることが示唆された。

Ⅱ. 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

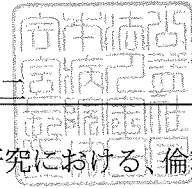
令和3年3月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 公益社団法人 全日本病院協会

所属研究機関長 職名 会長

氏名 猪口 雄二



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費／厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 医療安全に寄与する患者参加の推進に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 常任理事
(氏名・フリガナ) 永井庸次・ナガイヨウジ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	公益社団法人全日本病院協会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

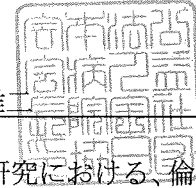
令和3年3月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 公益社団法人 全日本病院協会

所属研究機関長 職名 会長

氏名 猪口 雄



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費／厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 医療安全に寄与する患者参加の推進に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 名誉会長
(氏名・フリガナ) 西澤寛俊・ニシザワヒロトシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	公益社団法人全日本病院協会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年3月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 公益社団法人 全日本病院協会

所属研究機関長 職名 会長

氏名 猪口 雄二



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費／厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医療安全に寄与する患者参加の推進に資する研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 理事
(氏名・フリガナ) 飯田修平・イイダシュウヘイ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	公益社団法人全日本病院協会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

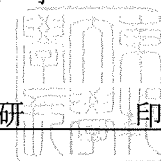
令和 3 年 3 月 30 日

厚生労働大臣 殿

機関名 東 邦 大 学

所属研究機関長 職 名 学 長

氏 名 高 松 研 究 印



次の職員の令和 2 年度厚生労働科学研究費／厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 医療安全に寄与する患者参加の推進に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部・教授
- (氏名・フリガナ) 長谷川友紀・ハセガワトモノリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	公益社団法人全日本病院協会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

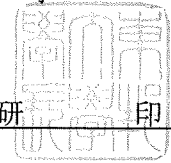
令和 3 年 3 月 30 日

厚生労働大臣 殿

機関名 東 邦 大 学

所属研究機関長 職 名 学 長

氏 名 高 松 研



次の職員の令和 2 年度厚生労働科学研究費／厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 医療安全に寄与する患者参加の推進に資する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部・講師

(氏名・フリガナ) 藤田茂・フジタシゲル

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	公益社団法人全日本病院協会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

2021年3月30日

機関名 公益財団法人 東京都医療保健協会
所属研究機関長 職名 練馬総合病院
氏名 理事長 飯田修平



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費/厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 医療安全に寄与する患者参加の推進に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 質保証室・室長
(氏名・フリガナ) 小谷野圭子・コヤノケイコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	公益社団法人全日本病院協会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。