

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

医療機関の医療安全の連携の現状把握及び促進する手法の開発に関する研究

令和3年度 総括研究報告書

研究代表者 飯田修平

令和4(2022)年 5月

目 次

I. 総括研究報告

医療機関の医療安全の連携の現状把握及び推進する手法の開発に関する研究---- 1

飯田修平

(資料 1) 医療安全管理体制に関する調査 調査票-----11

(資料 2) 医療安全管理体制に関する調査 集計結果-----33

(資料 3) 南大阪医療安全ネットワーク インタビュー記録----- 88

(資料 4) 国立大学病院長会議 インタビュー記録-----93

(資料 5) 国立病院機構 インタビュー記録-----96

(資料 6) 私立医科大学協会 インタビュー記録----- 99

(資料 7) 労働者健康安全機構 インタビュー記録-----102

(資料 8) 相互評価の評価表と教育プログラムのインタビューのまとめ-----105

(資料 9) 全日本病院協会の研修受講者に対するアンケート調査 調査票-----108

(資料 10) 全日本病院協会の研修受講者に対するアンケート調査 集計結果----111

II. 研究成果の刊行に関する一覧表-----127

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

総括研究報告書

医療機関の医療安全の連携の現状把握及び促進する手法の開発に関する研究

代表研究者 飯田 修平 公益社団法人全日本病院協会・医療の質向上委員会・委員

研究要旨

医療安全を確保するには、医療安全管理担当者の養成・配置のみでなく、望ましい院内体制、活動内容を明らかにし、その達成状況を、適宜、実態を把握し、改善する必要がある。医療安全管理体制相互評価（以後 相互評価）は、医療機関相互の連携を促進し、特に大規模の急性期病院が、資源の限られた小規模、慢性期などの病院を指導、協力することにより、地域全体の医療安全の向上を図る方法として注目されている。既に、相互評価のための点検表は複数公表され、相互評価を想定した研修も全日本病院協会が実施している。本研究では、医療安全管理体制、相互評価の実施状況を把握するとともに、相互評価に係る課題を抽出し、全日本病院協会の相互評価のための研修プログラムを改善し、標準的研修プログラムとして実際に実施することにより、効果を実証することを目的とした。

令和3年度はCOVID-19の感染拡大と政府の緊急事態宣言の発出等により、研究計画の一部変更を余儀なくされたが、調査は当初計画通りに完了した。まず、相互評価の点検表と教育プログラムの現況調査のため、国立病院機構、労働者健康安全機構、国立大学病院長会議、私立医科大学協会、南大阪医療安全ネットワーク（ベルランド総合病院）に、対面とオンラインを併用し、インタビュー調査を実施した。次に、全国の病院から病床規模で層化抽出した3,166病院を対象に、郵送法によるアンケート調査を令和4年1月7日発送、1月28日回収という日程で実施した。また同日程で、全日本病院協会の医療安全管理相互評価研修プログラム受講者391名に対して、研修内容の評価、改善点等について質問項目を設定、アンケート調査を実施した。

相互評価の点検表と教育プログラムについてのインタビュー調査では、評価者研修を行っている団体はなく、評価基準や評価方法の標準化、総合的質の確保が課題であると考えられた。各団体が重点項目の評価を重視する傾向にある中で、医療安全体制に関わる基礎的な部分の標準的評価項目と評価方法（評価者の研修等）の確立が必要であることが示唆された。

全国の病院を対象としたアンケート調査の有効回答率は20.7%（654/3,166）であった。約8割の病院が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と相互評価を実施しており、常設の相互評価実施のための部署を設置している。研修受講者を対象としたアンケート調査の有効回答率は40.9%（160/391）であった。約9割の受講者が研修内容に満足していた。

今後は、得られた情報をさらに解析し、相互評価の実施実態を明らかにするとともに、

相互評価のための標準的教育研修プログラムを考察する必要がある。

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
永井庸次	全日本病院協会・医療の質 向上委員会・特別委員
小谷野圭子	練馬総合病院・質保証室室 長 医療の質向上研究所研究員
大西遼	東邦大学・助教

研究協力者

今村康宏	全日本病院協会・常任理事
安藤敦子	練馬総合病院・医療安全管 理者
瀬戸加奈子	東邦大学・助教
畠山洋輔	東邦大学・助教
平田幸輝	東邦大学・助教

A. 研究目的

医療安全を確保するには、安全管理担当者の養成・配置のみでなく、望ましい院内体制、活動内容を明らかにし、その達成状況について、適宜、実態を把握し、改善する必要がある。また、最近では医療施設間、介護施設との連携が進められる中で、患者を複数の施設が協同して対応する場面が増え、情報の共有、手法の標準化など、1施設内に限定せず、地域として医療安全を進めるべき状況にある。相互評価は、医療機関相互の連携を促進し、特に大規模の急性期病院が、資源の限られた小規模、慢性期などの病院を指導、協力することにより、地域全体の医療安全の向上を図る方法として注目されている。既に相互評価のための点検表は複数公表され、相互評価を想定した研修も全日本病院協会などが実施している。本研究では、①全国の病院から代表性を担保した形で約3000病院を抽出し、アンケート調査を実施することによ

り、医療安全管理体制、相互評価の実施状況を把握する、②積極的に活動している約10病院を対象に半構造化インタビュー調査を実施し、相互評価に係る課題を抽出する、③既に公表されている相互評価点検表について、作成経緯、項目、評価方法、利用実績などを文献およびインタビュー調査により明らかにする、④③における同一法人間あるいは地域の2-3病院間での実績は多いが、標準的な相互評価点検表を用いて地域内で面展開している実績は少ない。面展開の実績を調査し、課題を抽出し、法律の趣旨の実現の方策を検討する、⑤全日本病院協会の研修会参加者にアンケート調査を実施し、研修内容の評価、改善点、病院における業務への反映、相互評価の実施状況等を明らかにする、⑤上記をもとに研修プログラムを改善し、実際に実施することにより、実証する、ことを目的とする。

B. 研究方法

令和3年度はCOVID-19の感染拡大と政府の緊急事態宣言の発出等により、研究活動の開始が遅れたほか、一部のインタビュー調査をオンラインに切り替えるなど、研究計画を見直した。しかし、当初予定していた調査は年度内に完了した。

本研究は、以下の小研究から構成される。

(1) 医療安全体制・相互評価の現況についてのアンケート調査（1年目）

全国の病院から病床規模で層化抽出した約3000病院を対象に、郵送法によりアンケート調査を実施する。調査項目は、医療安全体制、医療安全の活動状況、相互評価の実施状況（件数、使用している調査票、評価者の研修、事前調整、訪問人数、所用時間、評価結果の提供、改善の確認等）などである。なお、院内体制、活動状況については、代表研究者らは2004年以降数回にわたり公的研

究費を得て、病院団体の協力の下に実施した調査結果と比較検討が可能ないように、調査項目の整合を図る。また、(2)のインタビュー調査に協力が可能かについても併せて回答を得る。

(2) 相互評価に関するインタビュー調査による課題の抽出(1-2年目)

病院の機能・規模、および(1)の回答結果に基づき、他の医療施設との連携を含む医療安全活動に積極的に取り組む医療施設(10カ所程度を想定)を対象に、半構造化インタビュー調査を実施する。インタビュー対象者は、病院管理者および医療安全責任者を想定し、医療安全管理体制、活動、相互評価の実施状況と課題、相互評価以外の他の医療機関との連携状況、外部資源の利用状況(医療事故のデータベース、医療安全情報、外部機関による研修など)、自院の医療安全活動の達成状況の評価などである。

(3) 相互評価の評価表と教育プログラムの現況調査(1年目)

医療安全管理の点検表については、全日本病院協会、国立病院機構、労働者健康安全機構、国立大学附属病院長会議など、すでに複数の団体から公表されている。それぞれについて作成経緯、項目数および内容、評点の考え方、被評価施設に対するフィードバック、評価者に対する研修の実施などについて、文献調査及び運営団体コアメンバーに対するインタビュー調査により明らかにする。

(4) 全日本病院協会の受講者に対するアンケート調査(1年目)

申請者らは、2018年に点検表を開発すると

ともに、評価の考え方、評価項目の解説、スケジュールの組み立て方、ヒアリングにあたっての要点、評価結果のフィードバック方法など、医療安全相互評価を効果的に実施するための研修プログラムを開発し、全日本病院協会で実践するとともに、その成果を「医療安全管理体制相互評価の考え方と実際」(メディカ出版、2018)として刊行している。2018-2020年の研修プログラム受講者(391人)を対象にアンケート調査を実施し、研修内容の評価、改善点、病院における業務への反映、相互評価の実施状況等を明らかにする。

(5) 地域における医療安全管理体制相互評価の実現に向けた方策の取りまとめ(2年目)

(1)および(2)を基に、標準的な相互評価点検表を用いた相互評価の地域における面展開の実情を把握し、課題を検討し、法律の趣旨(地域における医療安全管理体制相互評価)の実現の方策を検討する。

(6) 標準的な教育プログラムの開発と実証(2年目)

(1)~(4)を基に、医療安全に推進における医療施設間の連携の課題を整理し、改善点を明らかにする。その結果に基づき、教育プログラムを改定し、全日本病院協会において試行し、実証する。試行は2回、各回40人参加を想定する。教育プログラムには、相互評価のみではなく、医療機関相互における日常的な連携関係の構築、効果的な情報共有の仕組み、医療安全担当職員の研修などが含まれる。

(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：R3-001）。

C. 研究結果

（1）医療安全体制・相互評価の現況についてのアンケート調査（資料1）

有効回答率は20.7%（654/3,166）であった。アンケート調査結果の概要を資料2に示す。

① 回答病院の基礎情報

本調査に回答した病院の内訳は、78.3%（512/654）が急性期病院^{※1}、11.3%（74/654）が慢性期病院^{※2}、4.9%（32/654）が精神科病院^{※3}、その他病院^{※4}・無回答が5.5%（36/654）であった。急性期病院には、特定機能病院27病院、地域医療支援病院165病院といった規模の大きな病院も多数含まれた。回答病院の内、52.4%の病院が日本医療機能評価機構の認定を受けており、81.5%の病院で電子カルテが導入されているという状況であった。82.1%の病院で専従または専任の医療安全管理者を配置しており、78.7%の病院が医療安全管理のための部署を設置していた。

- ※1 一般病床が50%以上を占める病院
- ※2 療養病床が50%以上を占める病院
- ※3 精神科病床が50%以上を占める病院
- ※4 上記に該当しない病院

② 相互評価の実施状況（連携先、回数、形態、評価表等）

有効回答654件の内、医療安全対策地域連携加算1の取得病院数は310、医療安全対策地域連携加算2の取得病院数は97であった。連携先としては、「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」が最も多く（76.0%）、次に、「開設主体が同一の医療機関」（27.1%）、「感染防止対策で地域連携している医療機関」（26.0%）となっている^{※5}。上記連携先に対して、相互評価の実施件数としては、平均1.4回であった。

使用している点検表は、国立病院機構の「医療安全相互チェックシート」が最も多く（38.5%）、次に、厚生労働省の「医療安全地域連携シート」（28.6%）であった^{※5}。点検表の実際の使用方法は、「全項目を使用している」が最も多く（61.1%）、次に、「一部項目を使用している」（24.4%）であった。一部項目を使用している理由としては、自院にとっての重要性や評価テーマを決めて実施するという理由が挙げられた。現在使用している点検表の使い勝手については77.2%が良い・非常に良いと回答した。使い勝手が悪い・非常に悪いと回答した理由としては、質問項目が分かりにくい、質問項目が多い、現状に適合していない等の意見が見られた。

※5 複数回答

③ 相互評価の目的、研修の参加状況等

相互評価の目的としては、「自己点検では気付かない医療安全上の課題の抽出」に該当する病院が最も多く（82.9%）、「加算の取得」、「地域連携の強化」、「医療安全活動実施状況の他院との比較」、「医療安全に関する継続的な改善活動の促進」はいずれも約7割が該当すると回答した。

自己評価の実施者は医療安全管理部門が77.9%であり、相互評価に参加する職員のうち、相互評価に特化した研修会への参加は15.2%にとどまった。また、自己評価を

各部門で実施する場合の評価のための研修等の受講は81.3%が未受講であった。

④ 相互評価の医療安全活動への寄与

相互評価を実施することにより、38.7%の病院が過去3年以内に安全上のリスクの指摘を受けたと回答した。指摘事項は多岐にわたり、指摘事項に対して19.7%が予測していなかったと回答している。さらに、約8割の病院が、指摘事項の改善策を検討しており、安全管理部門による改善進捗管理も行っていた。自己評価よりも相互評価が低い評価項目についても、約5割の病院が、同様に、改善策を検討し、進捗管理を実施していた。

⑤ 相互評価の課題と満足度

相互評価の実施にあたり、困ったことがあったと回答した病院は49.2%であり、その内容として、「新型コロナの流行により訪問しての評価ができなかった」(73.6%)が最も多く、「日程や訪問する人員の調整が難航した」(40.0%)、「病院全体としての取り組みとなっていない」(29.1%)となっていた。総体としての相互評価の実施に対する満足度は、やや満足・とても満足で80.1%（やや満足：59.5%，とても満足：20.6%）となっている。

(2) 相互評価についてのインタビュー調査

5 団体を対象としたインタビュー調査を実施した(資料3~7)。インタビュー結果の概要は資料8に示す。

① 点検表作成の経緯

作成目的として南大阪医療安全ネットワークは地域連携加算の円滑な導入を挙げた

が、国立病院機構や私立医科大学協会、労働者健康安全機構は、それぞれ自組織の指針や取り組みが発端であった。国立大学付属病院長会議と私立医科大学協会のチェックリストは、構成団体から選出された委員からなる会議体で作成された。南大阪医療安全ネットワークにおいては、叩き台をベルランド総合病院の医療安全担当者が作成し、幹事病院の医療安全管理担当者が内容を点検する流れで作成した。労働者健康安全機構は、チェックリスト(点検表)の作成については病院毎であるものの、機構として「共通テーマ」を設定していた。作成の際の参考資料として、南大阪医療安全ネットワークは医療法の監査項目と施設基準を挙げた。私立医科大学協会は、日本医療機能評価機構「機能種別版評価項目」や厚生労働省「特定機能病院の立ち入り検査 現場検査チェックリスト」、東京都福祉保健局「病院自主管理チェックリスト」などを参考にしていた。

② 評価の実際

相互評価の病院の組み合わせは、南大阪医療安全ネットワークと労働者健康安全機構は原則固定しており、他3組織は定期的に入れ替えていた。評価の実施形態については5組織全てで定められていた。ただし、3団体が新型コロナウイルスの影響で実際の訪問を中止し、書類交換やオンラインで代替している。評価方法について定期的な担当者研修を行っている団体はなかったが、私立医科大学協会は勉強会において相互ラウンドの結果を共有していた。

③ 相互評価の情報収集

相互評価の結果については、南大阪医療

安全ネットワークを除き、団体として収集していた。結果は報告書の形で収集していた。報告書から、ベストプラクティスや好事例を抽出し、フィードバックしていた(国立大学附属病院長会議、国立病院機構)。

④ その他

実施における課題は、マンパワーを含めた負担感が挙げられた。また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の中で、オンライン評価の環境整備や評価者の訓練も課題である。評価項目とその解説の見直しが今後の課題であり、日本医療機能評価機構の項目や解説が参考になる可能性がある。

(3) 全日本病院協会の受講者に対するアンケート調査

2018-2020年に全日本病院協会の相互評価研修プログラム受講者した391人を対象にアンケート調査を実施した(資料9)。有効回答率は40.9%(160/391)であった。アンケート調査結果の概要を資料10に示す。

① 研修参加者の立場

回答者の職種は、看護師が73.1%と最多であり、その他15.6%、医師5.0%、薬剤師4.4%、事務員1.9%であった。職位は、課長/科長/師長が31.9%、部長/室長が18.8%、副部長/副室長が17.5%、係長/主任が16.9%と続いた。医療安全管理の役割としては、専従の医療安全管理者が42.5%、医療安全管理委員会の委員が41.9%、医療安全管理部門の職員が26.3%、専従の医療安全管理者が20.0%であった。

② 相互評価の目的

相互評価の目的としては、「自己点検では気づかない医療安全上の課題の抽出」が最

多で81.3%、「地域連携の強化」が76.9%、「加算の取得」が75.0%、「医療安全に関する継続的な改善活動の促進」が70.0%、「医療安全活動実施状況の他院との比較」が63.8%、「外部から評価されることによる職員の意識向上」が57.5%であった。

③ 「制度の概要」について

「制度の概要」については、「有用」(49.4%)、「どちらかといえば有用」(46.9%)を合わせて9割を超えていた。望ましい研修形態としては、「講義」が77.5%、「グループワーク」が51.9%、「e-learning」が43.8%であった。満足度については、「満足」(28.1%)、「どちらかといえば満足」(61.9%)で9割を超えていた。

④ 「評価の考え方」について

「評価の考え方」については、「有用」(44.4%)、「どちらかといえば有用」(50.0%)を合わせて9割を超えていた。望ましい研修形態としては、「講義」が73.8%、「グループワーク」が52.5%、「e-learning」が40.6%であった。満足度については、「満足」が25.6%、「どちらかといえば満足」が64.4%であった。

⑤ 「評価項目の解説」について

「評価項目の解説」については、「有用」(46.9%)、「どちらかといえば有用」(45.6%)を合わせて9割を超えていた。望ましい研修形態としては、「講義」が79.4%、「グループワーク」が43.8%、「e-learning」が40.0%であった。満足度については、「満足」が28.8%、「どちらかといえば満足」が59.4%であった。

⑥ 「評価準備」について

「評価準備」については、「有用」(41.3%)、「どちらかといえば有用」(50.0%)を合わせて9割を超えていた。望ましい研修形態としては、「講義」が74.4%、「グループワーク」が50.6%、「e-learning」が38.8%であった。満足度については、「満足」が27.5%、「どちらかといえば満足」が60.0%であった。

⑦ 「評価の実際」について

「評価の実際」については、「有用」(45.6%)、「どちらかといえば有用」(47.5%)を合わせて9割を超えていた。望ましい研修形態としては、「講義」が58.8%、「模擬ヒアリング」が55.0%、「ヒアリング動画を用いた解説」が50.0%、「グループワーク」が44.4%、「e-learning」が28.8%であった。満足度については、「満足」が24.4%、「どちらかといえば満足」が62.5%であった。

⑧ 「講評・評価報告書の作成・フィードバック」について

「講評・評価報告書の作成・フィードバック」については、「有用」(42.5%)、「どちらかといえば有用」(50.6%)を合わせて9割を超えていた。望ましい研修形態としては、「講義」が71.3%、「e-learning」が33.1%、「グループワーク」が43.8%、「ヒアリング動画を用いた解説」が45.0%であった。満足度については、「満足」が25.0%、「どちらかといえば満足」が63.8%であった。

D. 考察

(1) 医療安全体制・相互評価の現況についてのアンケート調査

全国の病院を対象に病床規模別に層化抽出したアンケート調査の結果より、病院の

医療安全管理体制と相互評価の実態、課題等が明らかになった。

医療安全対策加算を取得している病院の多くは医療安全対策地域連携加算を取得(加算1:約8割、加算2:約7割)しており、中医協総会「主な施設基準の届出状況等」(令和3年9月15日)公開資料における令和2年度の割合(加算1 1473/1812・加算2 1481/2135)とほぼ一致した。広く相互評価を実施していることがわかる結果であり、特に、連携先が「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」であり、医療安全の課題を地域で検討、情報交換する機会として機能していると考えられる。それは、相互評価を実施する目的を「自己点検で気付かない医療安全上の課題の抽出」、「地域連携の強化」と捉えている病院が多かったことから確認できた。また、相互評価を実施している病院の8割以上で相互評価を担当する常設の部署があり、恒常的な取組みとして認識していることが示唆された。

一方、相互評価に特化した院外の研修会への参加状況は、約15%と低い割合である。特に、医療安全管理部門ではなく、各部門で自己評価を実施している病院では、評価担当者が研修会を受講している割合は低いことが明らかになった。

医療安全対策加算1を取得している病院が、他院の評価を行うためには、評価者としての一定の質の担保が必要である。評価者の大多数は、医療安全管理部門であると考えられる。

また、自己評価においては、医療安全対策加算1を取得している病院も医療安全対策加算2を取得している病院も、医療安全管理部門のみならず、自部署及び他部署を評

価することになる。医療安全管理体制構築において、医療安全管理部門に任せるのではなく、各部門を役職者は自部署及び他部署を評価することが重要である。

評価者（自己評価・他者評価・相互評価）の質の確保のための研修会等が重要な要素であること示唆された。

現状、使用している相互評価の点検表としては国立病院機構の「医療安全相互チェックシート」と厚生労働省の「医療安全地域連携シート」の割合が高く、評価項目は全項目を使用している病院が多いことが明らかになった。評価項目の一部を使用している場合は、自院にとっての重要性やその年の評価テーマを決めて運用していることが示唆された。

それぞれの団体が設定した評価法に加えて、各病院の実情に合わせた評価が増加していることが考えられる。

相互評価が病院全体の取組みとなっているかという観点から、病院幹部の参加状況は必ず参加・可能な限り参加で約 6 割となっており、改善の余地があると考えられる。一方で、相互評価への多職種の参加があった。

相互評価を受けることで予測しなかった指摘を受けたこと、その内容のほとんどが納得のいくものであり、病院全体としての改善活動に繋がっていることから、相互評価の取組みの有用性を改めて確認できた。相互評価の利点として、院内の安全上の課題の明確化、安全管理活動の共有と実践は広く認識されていることも明らかとなり、新型コロナウイルス流行の影響など現状の課題についても把握できた。令和 4 年度はさらに分析を進め、相互評価の課題とあり方について検討する予定である。

(2) 相互評価についてのインタビュー調査

相互評価を組織として管理・運用している代表的な団体を対象としたインタビュー調査の結果より、相互評価の運用実態や評価票の考え方などが明らかになった。

今回インタビュー調査を実施した団体では、相互評価について加算や特定機能病院としての要件となる以前から取り組んでおり、要件となった際にも円滑に実施可能であった。相互評価の病院の組み合わせの方法は様々であり、固定している団体、毎年変更している団体、毎年変更かつ数年間は同じ組み合わせにならないよう工夫している団体もあった。組み合わせを固定する利点は、評価先の病院に対する理解が深まること、指摘に対して抵抗が弱まることなどが挙げられた。組み合わせを変える理由は、評価に緊張感を持たせ、マンネリ化を防ぐことなどが挙げられており、新型コロナウイルス感染症の流行により訪問は困難になったという意見もあった。訪問評価の方が気付きの多さという点で望ましいという意見もあり、今後、病院の組み合わせ、実施形態の在り方の検討を続ける必要がある。

使用している点検表について、各団体が団体の理念や役割に応じて工夫を凝らして作成していた。また、基本的な安全上の評価項目に関してはどの団体も一定水準に達したということで、点検表の評価項目の選択を各病院に委ね、各団体の特徴に合わせた重点項目の設定や追加の調査項目（テーマ）による評価に注力していることが明らかになった。そのため、基本的な評価項目の内容更新を既にしていない団体もあり、これか

ら相互評価を実施することを検討している病院を鑑みた標準的かつ基本的な点検表（評価項目）の必要性を再確認できた。

ヒアリングした団体では、相互評価のための研修会を実施しているところはなく、評価者訓練は、課題だと認識している団体もあった。評価の質の向上、担保のため、評価基準の明確化や評価者の訓練が今後の課題である。

（3）全日本病院協会の受講者に対するアンケート調査

本アンケート調査の結果より、研修受講者が相互評価の目的をどのように捉え、研修会に何を求めているかが明らかになった。

相互評価を実施する目的としては、自己評価では気づかない医療安全上の課題の抽出、地域連携の強化、医療安全に関する継続的な改善活動の促進等を目的と捉えている研修参加者が多く、相互評価の趣旨が広く理解されていることが確認された。また、相互評価を実施していない病院の参加があり、実施を検討している病院にも有用であると考えられる。

研修内容についての満足度は高く、相互評価制度に対する理解を促進する上で有用だと考えている受講者が多いことが明らかになった。また、実際に点検表を用いて評価する上で、評価の考え方、評価項目の解説、評価準備や評価の実際の運用方法についても有用性が高いと考えられていることが確認された。各内容に対する研修形態の希望は、講義形式が多いが、評価の実際の運用方法は、講義に加えて、模擬ヒアリング（対面）やヒアリング動画を用いた解説なども多い。

研修内容の改善点としては、研修時間に比して内容量が多い点や、前提知識がない

と理解が難しい点が指摘された。

問題とされた指摘は、一方的である。事前に、制度を理解し、院内体制を構築し、標準的相互評価点検表を用いて自己評価し、受講者のみならず、職員が制度の目的・意義・知識等を共有していただく目的で、事前に配布した資料（教材）、標準的相互評価点検表、『医療安全管理体制相互評価の考え方と実際』を読み、準備しておけば問題ないはずである。

一般に、他の講習会においても、講習会に参加すれば、事前準備は不要であると考えられる受講者が多いことが問題である。

一方、グループワークで他院の医療安全の取組みや相互評価の実施状況を知る機会が得られたという意見もあった。

全日本病院協会以外に相互評価に特化した研修の実施例がないこともあり、相互評価についての意見交換の場としても、本研修会の開催が意義のあるものになっている。

E. 結論

相互評価は、他院を相互に評価することであるが、評価の前提として、医療安全管理相互評価体制構築が必須である。

標準的な評価項目、評価方法、評価基準、評価者の資質の均てん化が必須である。

全日本病院協会の標準的相互評価点検表とテキストを用いた研修会を実施している。しかし、標準的ということなので、広範囲に展開する必要がある。また、点検表、テキスト、研修内容と方法の再検討は、今後の課題である。

全日本病院協会が実施する研修会（特に、質向上・安全管理・情報管理）は、1-2日間のコースが多いが、短時間の研修に参加するだけでは概要の理解はできるが、それ

だけでは、実務に適用することは困難である。特に、演習を多く活用しているのは、利活用を目的にするからである。したがって、1回の研修会だけではなく、継続研修が必要である。安全管理者養成講習会と同様の、標準的研修プログラム（一定の内容・時間）、標準的教材（PPT, テキスト）を制度化する必要がある。

地域における相互評価を実施して、顔の見える関係が強化されたため、COVID-19蔓延下での情報共有と相互支援が円滑にできたことは予期しない副次的効果として特筆できる。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

○飯田修平、小谷野圭子、永井庸次、安藤敦子、金内幸子、長谷川友紀、藤田茂：医療における総合的質経営の展開 質評価の標準化 1 安全管理体制の標準的相互評価点検表の検討。日本品質管理学会第 125 回研究発表会、東京、2021、5

○飯田修平、永井庸次、長谷川友紀、安藤敦子：委員会企画 4「制度の概要と標準的相互評価点検表作成の経緯/評価とは何か」。第 62 回全日本病院学会日本品質管理学会、岡山、2021、8

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

以上

医療安全管理体制に関する調査

令和3年度厚生労働科学研究
医療機関の医療安全の連携の現状把握及び促進する手法の開発に関する研究
研究代表者

全日本病院協会

飯田 修平

医療安全を確保するには、安全管理担当者の養成・配置のみでなく、望ましい院内体制、活動内容を明らかにし、その達成状況について、適宜、実態把握、改善することが必要です。また、患者を複数の施設が協同してケアする場面が増え、情報の共有、手法の標準化など、1施設内に限定するものではなく、むしろ地域として医療安全を進めるべき状況にある中で、相互評価は、医療機関相互の連携を促進し、地域全体の医療安全の向上を図る方法として注目されております。

本調査は、病院の医療安全管理体制、相互評価の実施状況を把握することを目的としております。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、**2022年1月28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**にご回答ください。
- ・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)

- | | | |
|---|--|--|
| <p><職 種></p> <p><input type="checkbox"/>01 医師</p> <p><input type="checkbox"/>02 看護師</p> <p><input type="checkbox"/>03 薬剤師</p> <p><input type="checkbox"/>04 事務員</p> <p><input type="checkbox"/>05 その他
()</p> | <p><職 位></p> <p><input type="checkbox"/>11 院長</p> <p><input type="checkbox"/>12 副院長</p> <p><input type="checkbox"/>13 部長/室長</p> <p><input type="checkbox"/>14 副部長/副室長</p> <p><input type="checkbox"/>15 課長/科長/師長</p> <p><input type="checkbox"/>16 係長/主任</p> <p><input type="checkbox"/>17 その他
()</p> | <p><医療安全管理の役割>(当てはまるもの全て選択)</p> <p><input type="checkbox"/>21 医療安全管理委員会の委員長</p> <p><input type="checkbox"/>22 医療安全管理委員会の委員(委員長を除く)</p> <p><input type="checkbox"/>23 医療安全管理部門の部門長</p> <p><input type="checkbox"/>24 医療安全管理部門の職員(部門長を除く)</p> <p><input type="checkbox"/>25 専従もしくは専任の医療安全管理者</p> <p><input type="checkbox"/>26 医薬品安全管理責任者</p> <p><input type="checkbox"/>27 医療機器安全管理責任者</p> <p><input type="checkbox"/>28 医療安全管理責任者 †</p> <p><input type="checkbox"/>29 その他()</p> |
|---|--|--|
- †: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()

資料1

4. 日本医療機能評価機構による認定を受けていますか。

01 はい

02 いいえ

03 過去に受けていたが、現在は受けていない

5. 救急医療体制には参加していますか。(当てはまるもの全て選択)

01 救命救急センター

02 救急告示病院

03 輪番制へ参加

04 いずれにも参加していない

6. 職員数(常勤換算) (直近の数値をご回答ください。)

01 医師(研修医を除く) ()人

02 研修医 ()人

03 看護師 ()人

04 薬剤師 ()人

05 その他 ()人

06 総職員数 合計 ()人

7. 年間退院患者数および死亡退院患者数はそれぞれ何人ですか。(昨年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 大学病院の本院以外の医育機関である

03 医育機関ではない

臨床研修指定病院

04 基幹型臨床研修病院である

05 協力型臨床研修病院である

06 研修協力施設である

07 臨床研修指定病院ではない

学会指定研修施設

08 5学会以上の指定を受けている

09 1～4学会の指定を受けている

10 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。

専従と専任は以下の方をいいます。
 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。

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

<専任> 医⁶師()人、看護師⁷()人、薬剤師⁸()人、事務員⁹()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「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「オカレンスレビュー」を用いていると回答した場合、症例の抽出に用い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()

資料1

19. 問16で「症例検討会の結果」または「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、1件として回答してください。)

- 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、どこが主催していましたか。(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) } →問29へ進む
- 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「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「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()

資料1

34. 問31で「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。

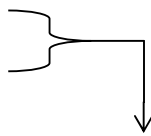
- 01 毎回ほぼ一定の項目を確認する
- 02 毎回その時に注目している特定の項目を中心に確認する
- 03 毎回ほぼ一定の項目に加え、その時に注目している特定の項目をいくつか確認する
- 04 その他()

35. 問31で「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への周知・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 特になし
- 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:)

資料1

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>

- 01 0名
- 02 1名
- 03 2～3名
- 04 4～5名
- 05 6～9名
- 06 10名以上
- 07 わからない

<職種>(当てはまるもの全て選択)

- 11 該当なし
- 12 医師
- 13 看護師
- 14 薬剤師
- 15 事務員
- 16 医療ソーシャルワーカー
- 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 医療安全文化の定期的な測定
- 12 医療安全管理活動に対する報奨制度(報告への賞の授与等)
- 13 患者情報の伝達方法の標準化(TeamSTEPPS、SBAR等)
- 14 病状の悪化や急変に対応する体制の整備(Rapid Response System)
- 15 医療機器・器材の統一・標準化
- 16 病院機能評価の認定
- 17 ISO(International Organization for Standardization)の認証の取得
- 18 JCI(Joint Commission International)の認定の取得
- 19 職員のBLS(Basic Life Support)研修参加履歴の把握
- 20 医師の中心静脈カテーテル挿入技術の院内認定制度(CVCまたはPICC)
- 21 看護師の静脈注射技術の院内認定制度(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 指針の整備
- 02 医療安全管理のための委員会の実施
- 03 医療安全管理を目的とした報告
- 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 専従または専任の医療安全管理者の配置
- 07 医療安全文化の醸成
- 08 部門・職種横断的な活動の推進
- 09 報告された事例の分析
- 10 予算の確保
- 11 重要な情報の周知徹底
- 12 医療安全活動への医師の参加
- 13 その他()

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)

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

48. 医療安全に関する疑問・不明な点が生じた場合、患者が相談できる部署が院内にありますか。

- 01 はい(部署名:)
- 02 いいえ

49. 医療安全に関する疑問・不明な点が生じた場合、職員が相談できる部署が院内にありますか。

- 01 はい(部署名:)
- 02 いいえ

資料1

50. 貴院において、医療安全管理業務が適切に実施されているか、組織内で確認する仕組みがありますか。ある場合、具体的にどのような仕組みかお答えください。

- 01 ない
- 02 ある

↓
仕組み:

51. **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()

52. 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>

53. **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63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53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、**もつとも最近のもの**について回答して下さい。

54. 医療事故の原因究明を行いましたか。

- 01 はい 02 いいえ →問63へ進む
↓

55. 問54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:)

56. 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58へ進む
↓

57. 問56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:)

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

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

59. 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:)

60. 事故調査報告書は作成しましたか。

- 01 はい 02 いいえ

61. 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

62. 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>

63. 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

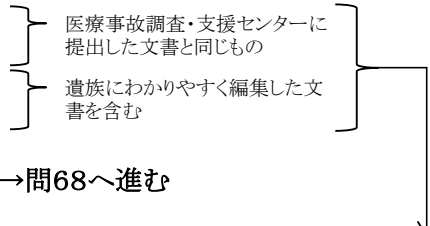
64. 最近3年以内に、医療事故調査・支援センター(日本医療安全調査機構)へ医療事故の届け出をしましたか。

- 01 はい(_____ 件)
- 02 いいえ

→問78へ進む

65. 問64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
- 06 まだ調査が終了していない
- 07 その他(_____)



66. 問65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68へ進む

67. 問65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()

68. 医療事故の届け出の判断や原因究明にあたり、以下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70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()
-

69. 問68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()

70. 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

71. 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()

72. 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()

資料1

73. 医療事故の届け出を経験したことで、院内の医療安全部門の体制や医療事故が疑われる事例への対応方法で変わった／変えたことがありましたか。

- 01 ない →問75へ進む
02 ある



74. 問73で「ある」と回答した場合、変更点についてお答えください。(当てはまるもの全て選択)

- 01 医療事故が疑われる事例が発生した場合の対応方法
02 遺族への対応方法
03 院内の医療安全文化の醸成
04 その他 ()

75. 医療事故の届け出を経験したことで、次に医療事故が疑われる事例が生じた際の対応が良くなると思いますか。思う場合、変わると思う点を選んでください。(当てはまるもの全て選択)

- 01 思わない
02 思う
↓
11 医療事故からの院内での判断が適切に行えると思う
12 遺族への対応が適切に行えると思う
13 医療事故調査・支援センターへの届け出が迅速に行えると思う
14 その他 ()

76. 医療事故調査制度に基づく医療事故の届け出の経験について、総体としての満足度をお答えください。

- 01 とても満足
02 やや満足
03 やや不満
04 とても不満

77. 医療事故調査制度への要望がありましたら、お書きください。

<病理診断報告書の確認漏れ(医師の未読)を防ぐ仕組み>

本研究における病理診断報告書の確認漏れ(医師の未読)は、①医師が病理診断報告書を読んでいないこと、②医師が病理診断報告書は読んだが、記載内容を見過ごしてしまうこと、③医師が病理診断報告書を読み、記載内容は確認したが、必要な対応をしなかったこと、を含むものとします。

78. **病理検査や病理診断**を行っていますか。

- 01 院内で行っている
02 院外の施設と契約して行っている
03 行っていない →問92へ進む

79. 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

80. 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90へ進む



81. 問80で「ある」と回答した場合、病理医・病理診断部門等は、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 検査医・術者
06 その他 ()

82. 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()

83. 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

84. 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

85. 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87へ進む



86. 問85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 検査技師または検査部門
- 05 看護師
- 06 その他()

87. 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()

88. 病理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(パニック値)はありますか。(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()

89. 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(受診は継続している)	<input type="checkbox"/> 11 ある <input type="checkbox"/> 12 ない
----	---	---

90. 一定期間内において、医師が病理診断報告書を確認した割合を把握していますか。

- 01 はい
- 02 いいえ

91. 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>

本研究における画像診断報告書の確認漏れ(医師の未読)は、①医師が画像診断報告書を読んでいないこと、②医師が画像診断報告書は読んだが、記載内容を見過ごしてしまうこと、③医師が画像診断報告書を読み、記載内容は確認したが、必要な対応をしなかったこと、を含むものとします。

92. 院内に画像診断部門がありますか。

- 01 ある 02 ない →問106へ進む

93. 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

94. 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。

- 01 ある 02 ない →問104へ進む



95. 問94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)

- 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()

96. 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)

- 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()

97. 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。

- 01 はい 02 いいえ

98. 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。

- 01 はい 02 いいえ

99. 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。

- 01 はい 02 いいえ →問101へ進む



100. 問99で「はい」と回答した場合、誰が確認していますか。

- 01 読影医・画像診断部門
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 診療放射線技師
05 看護師
06 その他()

101. 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)

- 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 主治医が電子カルテにログインした際、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・医局長等に報告する
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()

102. 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(パニック値)はありますか。(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()

103. 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(受診は継続している)	<input type="checkbox"/> 11 ある	<input type="checkbox"/> 12 ない
02	外来治療中の患者が 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ある)	<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

104. 一定期間内において、医師が画像診断報告書を確認した割合を把握していますか。

- 01 はい 02 いいえ

105. **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

<医療安全管理体制相互評価について>

医療安全対策地域連携加算の要件である医療安全管理体制相互評価(相互評価)を行っている病院のみご回答ください。

106. 相互評価を担当する常設の部署はありますか。

- 01 ある(部署名:)
02 ない

資料1

107. 相互評価の目的をどのように捉えていますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 加算の取得
- 02 地域連携の強化
- 03 自己点検では気付かない医療安全上の課題の抽出
- 04 外部から評価されることによる職員の意識向上
- 05 医療安全活動実施状況の他院との比較
- 06 医療安全に関する継続的な改善活動の促進
- 07 その他()

108. 実施形態別に、これまでの評価を受けた件数をお答えください。

- 01 2018年度 ()病院 ()件: 訪問()件、オンライン()件、その他()件
- 02 2019年度 ()病院 ()件: 訪問()件、オンライン()件、その他()件
- 03 2020年度 ()病院 ()件: 訪問()件、オンライン()件、その他()件

109. 相互評価に参加する職員は、相互評価に特化した院外の研修会に参加していますか。

- 01 参加している 02 参加していない →問111へ進む



110. 問109で「参加している」と回答した場合、参加している院外の研修会についてお答えください。(当てはまるもの全て選択)

- 01 全日本病院協会の医療安全管理体制相互評価者養成講習会
- 02 日本医療安全学会の医療安全対策地域連携のための研修会
- 03 その他()

111. 直近の相互評価で用いた評価票は、どちらのものを使用していますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 全日本病院協会の「標準的安全管理点検表」
- 02 国立病院機構の「医療安全相互チェックシート」
- 03 労働者健康安全機構の「医療安全チェックシート」
- 04 国立大学附属病院長会議の「医療安全・質向上のための相互チェックの項目」
- 05 私立医科大学病院感染対策協議会の「相互ラウンド・サイトビジット評価表」
- 06 厚生労働省の「医療安全地域連携シート」
- 07 病院(病院グループ)独自の調査票
- 08 その他()

112. 評価票の使用方法について、評価票の全項目を使用していますか。(直近の実績でお答えください)

- 01 全項目を使用している →問114へ進む
- 02 一部項目を使用している
- 03 その他()

113. 問112で「一部項目を使用している」と回答した場合、評価項目をどのような基準で選定したかお答えください。(もっとも当てはまるものを回答してください)

- 01 自院にとっての重要性
- 02 評価テーマを決めている
- 03 改善の必要性を感じている項目を優先的に選択
- 04 その他()

資料1

114. 直近で使用した調査票の使い勝手はどうですか。

- 01 非常に良い
02 良い
03 悪い
04 非常に悪い
- } →問116へ進む

115. 問114で「悪い」「非常に悪い」と回答した場合、その理由をお答えください。

116. 相互評価を受ける際、病院幹部は参加していますか。

- 01 必ず参加している
02 可能な限り参加している
03 決まっていない

117. 自己評価の実施者をお答えください。(当てはまるもの全て選択)

- 01 医療安全管理部門が実施 →問121へ進む
02 各部門が実施

118. 問117で「各部門が実施」と回答した場合、評価のための研修等を担当者が受けていますか。
(当てはまるもの全て選択)

- 01 院内の研修会を受けている
02 院外の研修会を受けている
03 受けていない

119. 問117で「各部門が実施」と回答した場合、自己評価の結果を病院全体で確認する機会がありますか。

- 01 ある(具体的に:)
02 ない

120. 問117で「各部門が実施」と回答した場合、各部門の評価方法(評価項目)が異なった場合、誰が調整していますか。

- 01 病院長
02 医療安全管理部門
03 その他()

121. 直近の相互評価を受けた際の参加者について、実際の受入に関わった職種と人数をお答えください。(当てはまるもの全て選択)

- 01 医師 ()人
02 看護師 ()人
03 薬剤師 ()人
04 事務員 ()人
05 医療ソーシャルワーカー ()人
06 その他() ()人

122. 直近の相互評価を受けた際の講評結果方法についてお答えください。(当てはまるもの全て選択)

- 01 報告書
02 口頭報告
03 その他()

123. 問122で「報告書」と回答した場合、報告書が届くまでどのくらいの日数を要しましたか。

()日程度

124. 過去3年以内に、相互評価で安全上のリスクについて指摘を受けたことがありますか。ある場合、件数と代表的な指摘事項について具体的にお答えください。

- 01 ない →問126へ進む
 □02 ある ()件
 (具体的内容:)

125. 問124で「ある」と回答した場合、以下の間にお答えください。(当てはまるもの全て選択)

- 予測できていたか { □01 予測していた
□02 予測していなかった)
- 納得できたか { □03 納得できた
□04 納得できなかった(理由:)
- 指摘事項の周知 { □05 病院全体に周知している
□06 関係部署のみに周知している
□07 周知していない(理由:)
- 改善策の検討 { □08 医療安全部門のみで検討した
□09 関連部署を交えて検討した
□10 改善を見送った
(理由:)
- 改善活動の周知 { □09 病院全体に周知している
□10 担当部署に周知している
□11 周知していない(理由:)
- 改善の進捗管理 { □12 安全管理部門が確認している
□13 関連部署も入る会議体で確認している
□14 確認していない(理由:)

126. 自己評価よりも低い評価がつけられた代表的な項目について、以下の間にお答えください。
 (当てはまるもの全て選択)

- 納得できたか { □01 納得できた
□02 納得できなかった(理由:)
- 指摘事項の周知 { □03 病院全体に周知している
□04 関係部署のみに周知している
□05 周知していない(理由:)
- 改善策の検討 { □05 医療安全部門のみで検討した
□06 関連部署を交えて検討した
□07 改善を見送った
(理由:)
- 改善活動の周知 { □08 病院全体に周知している
□09 担当部署に周知している
□10 周知していない(理由:)
- 改善の進捗管理 { □09 安全管理部門が確認している
□10 関連部署も入る会議体で確認している
□11 確認していない(理由:)

資料1

127. 相互評価を受けたことで、貴院の安全管理活動にとって良かったことはありましたか。

- 01 あった 02 特になかった →問129へ進む



128. 問127で「あった」と答えた場合、どのような点が良かったのかお答えください。
(当てはまるもの全て選択)

- 01 院内の安全上の課題の明確化
02 院内の安全管理活動の共有と実践
03 院内の安全管理に関する業務フローの見直し、改善
04 他院のベストプラクティス(優秀事例)の入手
05 他院で用いている臨床指標の習得
06 他院の安全管理に関するデータ・情報の収集、分析方法についての習得
07 その他()

129. 相互評価の実施にあたって、困ったことはありましたか。

- 01 あった 02 特になかった →問131へ進む



130. 問129で「あった」と回答した場合、どのような点で困ったのかお答えください。
(当てはまるもの全て選択)

- 01 評価の基準が院内で明確になっていない
02 日程や訪問する人員の調整が難航した
03 病院全体としての取組みとなっていない
04 病院幹部の関与が少ない
05 自院の医療情報等の収集・分析が不十分である
06 責任主体が明確でない
07 現場に改善策をフィードバックする方法がない
08 改善のための予算がつかない
09 安全管理部門の職員の教育に活用できていない
10 新型コロナの流行により訪問しての評価ができなかった
11 その他()

131. 相互評価について、総体としての満足度をお答えください。

- 01 とても満足
02 やや満足
03 やや不満
04 とても不満

132. 相互評価全般について、何かご意見がありましたらお書きください。

資料1

133. 回答者ご連絡先

後日、ご回答いただいた内容について詳細をお伺いする可能性があります。
(差し支えなければ)本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、お願い申し上げます。

病院名		
ご所属		
お名前		
電話番号		電子メールアドレス @

調査へのご協力ありがとうございました。

問い合わせ先:
東邦大学医学部 社会医学講座
大西遼
〒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

事務局使用欄

--

医療安全管理体制に関する調査 集計結果

対象： 全国から無作為抽出された病院 (n=3,166)

有効回答率： 20.7% (654/3,166)

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	n	%
医師	116	17.7
看護師	459	70.2
薬剤師	18	2.8
事務員	49	7.5
その他	29	4.4

職位	n	%
院長	40	6.1
副院長	42	6.4
部長／室長	118	18.0
副部長／副室長	74	11.3
課長／科長／師長	284	43.4
係長／主任	64	9.8
その他	53	8.1

医療安全管理の役割	n	%
医療安全管理委員会の委員長	93	14.2
医療安全管理委員会の委員（委員長を除く）	241	36.9
医療安全管理部門の部門長	71	10.9
医療安全管理部門の職員（部門長を除く）	118	18.0
専従もしくは専任の医療安全管理者	404	61.8
医薬品安全管理責任者	14	2.1
医療機器安全管理責任者	40	4.4
医療安全管理責任者	129	14.3
その他	19	2.1

<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	%
急性期病院 300床以上	261	39.9
急性期病院 100～299床	199	30.4
急性期病院 100床未満	52	8.0
慢性期病院 300床以上	4	0.6
慢性期病院 100～299床	46	7.0
慢性期病院 100床未満	24	3.7
精神科病院 300床以上	10	1.5
精神科病院 100～299床	22	3.4
その他病院 100～299床	34	5.2
無回答	2	0.3

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

3. 施設機能としてもっとも当てはまるものを1つ選んでください。

	n	%
特定機能病院（大学病院の本院等）	27	4.1
地域医療支援病院	165	25.2
一般病院（一般病床を主体とする病院）	245	37.5
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）	78	11.9
長期療養型の病院（療養病床を主体とする病院）	42	6.4
精神科病院（精神科病床を主体とする病院）	35	5.4
リハビリテーション病院	23	3.5
単科専門病院（特定の疾患または診療科に特化した病院）	18	2.8
その他	19	2.9
無回答	2	0.3

4. 日本医療機能評価機構による認定を受けていますか。

	n	%
はい	343	52.4
いいえ	230	35.2
過去に受けていたが、現在は受けていない	72	11.0
無回答	9	1.4

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)

	n	%
救命救急センター	112	17.1
救急告示病院	304	46.5
輪番制へ参加	217	33.2
いずれにも参加していない	143	21.9

6. 職員数(常勤換算) (直近の数値をご回答ください。)

	mean	SD	min	max
医師(研修医を除く)	305.5	5544.5	1	1018.1
研修医	11.9	26.1	0	429
看護師	426.9	3533.3	9	9,372
薬剤師	29.4	292.3	0	700
その他	553.0	8329.1	5	204,012
総職員数	1277.7	13486.5	2	308,098

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。)

	mean	SD	min	max
退院患者数	5215.0	5516.3	0	27944
うち死亡退院患者数	212.6	205.9	0	1324

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)

	n	%
医育機関		
大学病院の本院である	28	4.3
大学病院の本院以外の医育機関である	154	23.5
医育機関ではない	378	57.8
臨床研修指定病院		
基幹型臨床研修病院である	242	37.0
協力型臨床研修病院である	165	25.2
研修協力施設である	93	14.2
臨床研修指定病院ではない	174	26.6
学会指定研修施設		
5学会以上の指定を受けている	252	38.5
1～4学会の指定を受けている	86	13.1
学会指定の研修施設ではない	220	33.6

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)

	n	%
電子カルテ（診療記録と指示の電子化）	533	81.5
オーダーエントリーシステム（指示の電子化）	328	50.2
バーコード認証システム（照合の電子化）	387	59.2
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）	400	61.2
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	179	27.4
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	212	32.4
上記はいずれも導入していない	69	10.6
その他	8	1.2

<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。

	n	%
明文化している	629	96.2
明文化していない	23	3.5
無回答	2	0.3

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。(n=629)

	n	%
位置付けられている	496	78.9
位置付けられていない	117	18.6
無回答	16	2.5

12. 診療報酬で医療安全対策加算を取得していますか。

	n	%
医療安全対策加算1	381	58.3
医療安全対策加算2	136	20.8
取得していない	122	18.7
無回答	15	2.3

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。

	n	%
配置している	537	82.1
配置していない	111	17.0
無回答	6	0.9

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。(n=537)

	専従		専任	
	mean	SD	mean	SD
医師	0.7	0.6	1.2	0.8
看護師	1.2	0.5	1.4	1.8
薬剤師	0.7	0.5	0.9	0.4
事務員	1.2	1.1	1.1	1.0
その他	0.7	1.0	1.6	1.8

15. 医療安全管理のための部署を設置していますか。

	n	%
設置している	515	78.7
設置していない	126	19.3
無回答	13	2.0

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)

	n	%
医療事故やヒヤリハットの報告書	654	100.0
院内の全死亡症例の精査	395	60.4
患者・家族の相談・苦情	544	83.2
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）	283	43.3
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）	63	9.6
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）	149	22.8
症例検討会の結果	153	23.4
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）	205	31.3
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）	538	82.3
その他	24	3.7

資料2

17. 問16で「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。(n=63)

	n	mean	SD	min	max
	37	13.9	30.3	0.0002	100

18. 問16で「オカレンスレビュー」を用いていると回答した場合、症例の抽出に用い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) (n=149)

	n	%
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）	54	36.2
入院中に生じた重篤な合併症・併発症（麻痺、アレルギー 等）	89	59.7
入院中の予期せぬ死亡・心停止・呼吸停止、術中死亡	114	76.5
手術の中止・延期	39	26.2
予想以上の出血・輸血	81	54.4
予定外の臓器の切除・修復	58	38.9
手術時間の延長	54	36.2
予定外のICU入室	30	20.1
予定外の再手術	76	51.0
予定外の再入院	35	23.5
術後感染症	23	15.4
自傷・自殺	44	29.5
その他	18	12.1

19. 問16で「症例検討会の結果」または「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) (n=205)

	n	%
医療安全管理の担当者が症例検討会に参加する	146	71.2
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	115	56.1
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	58	28.3
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	73	35.6
その他	8	3.9

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。

	n	mean	SD	min	max
医療事故	595	193.4	432.9	0	7,493
ヒヤリハット	598	1,263.0	1,529.4	2	13,321

2 1. 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）

	n	%
特定の手法は用いていない	151	23.1
RCA	306	46.8
SHELL/PmSHELL	180	27.5
4M4E	45	6.9
ImSAFER	131	20.0
インシデントレポート KYT	201	30.7
その他	24	3.7

2 2. 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）

	n	%
内容について院内で組織的に検討	593	90.7
定期的に頻度・パターンなどについて集計	396	60.6
事例を基に職員の教育・研修を実施	469	71.7
事例を基にマニュアル・事例集を作成	333	50.9
外部機関・専門家と協同して分析	43	6.6
院内のニュースレター等で周知して注意喚起	438	67.0
その他	15	2.3

2 3. 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。

	n	%
行っている（院内のほとんどの業務、部署について）	175	26.8
行っている（院内の一部の業務、部署について）	299	45.7
行っていない	144	22.0
無回答	36	5.5

2 4. 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。

	n	%
はい	530	81.0
いいえ	115	17.6
無回答	9	1.4

25. 問24で「はい」と回答した場合、どこが主催していましたか。(当てはまるもの全て選択) (n=530)

	n	%
病院団体	114	21.5
医師会	107	20.2
看護協会	241	45.5
薬剤師会	32	6.0
行政（都道府県または市区町村）	39	7.4
学会	167	31.5
企業	88	16.6
厚生労働省／地方厚生局	174	32.8
日本医療機能評価機構	205	38.7
病院グループ本部	75	14.2
その他	76	14.3

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)

	n	%
全職員を対象にした研修会を年2回以上開催している	636	97.2
担当者が配置されている	287	43.9
教育プログラムがある	130	19.9
予算が確保されている	131	20.0
教育・研修の教材が作成されている	105	16.1
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）	318	48.6
外部の講師を招いて研修会を開催している	203	31.0
院外の研修会に職員を参加させている	335	51.2
その他	13	2.0

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。

	n	%
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	124	19.0
医療事故情報のみを報告している	94	14.4
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	57	8.7
参加していない	366	56.0
無回答	13	2.0

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。

	n	%
全ての号を周知している	393	60.1
一部の号を周知している（内容等に応じて）	203	31.0
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）	53	8.1
無回答	5	0.8

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=593）

	n	%
全職員に参加義務のある研修会で紹介	32	5.4
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	19	3.2
全職員に個別に配布	91	15.3
全部署に配布	301	50.5
一部の職員・部署に配布	214	35.9
掲 示	198	33.2
その他	40	6.7

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。

	n	%
実施している	564	86.2
実施していない	80	12.2
無回答	10	1.5

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=564）

	n	%
専従または専任の医療安全管理者のみ	229	40.6
多職種チーム（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）	487	86.3
その他	37	6.6

32. 問31で「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。(n=487)

	n	%
週に1回以上	66	13.6
1か月に1~2回	263	54.0
1年に3~6回	92	18.9
1年に1~2回	51	10.5
その他	10	2.1
無回答	5	1.0

33. 問31で「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)(n=487)

	n	%
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)	326	66.9
病棟を中心に一部の部署のみを巡視する	81	16.6
巡視の目的・テーマに合わせて巡視する部署を選定する	206	42.3
直近の重大な事故に関連した部署を巡視する	131	26.9
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	48	9.9
その他	10	2.1

34. 問31で「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。(n=487)

	n	%
毎回ほぼ一定の項目を確認する	148	30.4
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	106	21.8
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	204	41.9
その他	13	2.7
無回答	16	3.3

35. 問31で「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) (n=487)

	n	%
5S (整理、整頓、清掃、清潔、躰)	376	77.2
マニュアルやルールの周知・遵守状況	345	70.8
患者確認・誤認防止の手順	322	66.1
医薬品の管理状況 (保管、与薬手順等)	304	62.4
医療機器の管理状況	223	45.8
救急カートの管理状況	264	54.2
個人情報の管理状況	188	38.6
転倒・転落の予防策の実施状況	275	56.5
身体拘束の実施状況	120	24.6
インシデントレポートの内容から抽出した項目	256	52.6
直近の重大な事故に関連した項目	191	39.2
その他	12	2.5

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。

	n	%
医療安全対策地域連携加算 1	310	81.4 ^{※1}
医療安全対策地域連携加算 2	97	71.3 ^{※2}
取得していない ^{※3}	224	-
加算 1・加算 2 の重複回答	13	-
無回答	10	-

※1 医療安全対策加算 1 を取得している病院 (n=381) が対象

※2 医療安全対策加算 2 を取得している病院 (n=136) が対象

※3 特定機能病院 (n=27) を含む

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) (n=420: 重複回答含む)

	n	%
開設主体が同一の医療機関	114	27.1
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	319	76.0
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)	109	26.0
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)	15	3.6
その他	11	2.6

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) (n=420)

	n	%
医療安全管理者同士の情報交換	332	79.0
発生事例の情報共有	112	26.7
発生事例の協同分析	10	2.4
研修会の定期的な共同開催	33	7.9
相互の医療機関への講師派遣	10	2.4
感染防止対策に関する相互評価	104	24.8
特になし	42	10.0
その他	7	1.7

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。

	n	%
配置している	303	46.3
配置していない	337	51.5
無回答	14	2.1

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)

	n	%
院長	19	6.3
副院長	20	6.6
看護部長	32	10.6
事務長	57	18.8
師長または主任看護師	64	21.1
事務部の事務員	89	29.4
相談窓口の職員	123	40.6
専従または専任の医療安全管理者	127	41.9
顧問弁護士	40	13.2
医療ソーシャルワーカー	76	25.1
その他	33	10.9

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。

	n	%
0名	98	15.0
1名	48	7.3
2~3名	85	13.0
4~5名	38	5.8
6~9名	26	4.0
10名以上	42	6.4
わからない	28	4.3
無回答	289	44.2

	n	%
該当なし	51	7.8
医師	40	6.1
看護師	172	26.3
薬剤師	18	2.8
事務員	146	22.3
医療ソーシャルワーカー	77	11.8
その他	17	2.6

4 2. 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)

	n	%
患者・家族と医療事故に関する対話がしやすくなった	111	17.0
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	116	17.7
苦情等に対応する現場の職員の負担が減った	131	20.0
苦情が減った	12	1.8
患者満足度調査の評価が向上した	7	1.1
業務改善につながった	35	5.4
医療の質や安全が向上した	34	5.2
わからない	68	10.4
特になし	28	4.3
その他	8	1.2

4 3. 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。

n	mean	SD	min	max
276	9.2	24.1	0	271

4 4. 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)

	n	%
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）	220	33.6
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）	190	29.1
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	171	26.1
医療対話推進者の情報交換のためのネットワーク	156	23.9
実例を基にした医療事故対応の研修	215	32.9
実例を基にした苦情対応の研修	212	32.4
その他	11	1.7

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)

	n	%
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）	241	36.9
医療の質と安全に関する臨床指標の定期的な測定	148	22.6
患者満足度の定期的な測定	464	70.9
職員満足度の定期的な測定	318	48.6
マニュアルやルールの遵守状況のモニタリング	228	34.9
マニュアルやルールの定期的な見直し	545	83.3
マニュアルやルールの作成・改訂への医療安全管理部門の関与	424	64.8
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	224	34.3
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）	162	24.8
業務フロー図の活用	146	22.3
医療安全文化の定期的な測定	87	13.3
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）	98	15.0
患者情報の伝達方法の標準化（TeamSTEPPS、SBAR等）	156	23.9
病状の悪化や急変に迅速に対応する体制の整備（Rapid Response System）	167	25.5
医療機器・器材の統一・標準化	289	44.2
病院機能評価の認定	324	49.5
ISO（International Organization for Standardization）の認証の取得	62	9.5
JCI（Joint Commission International）の認定の取得	10	1.5
職員のBLS（Basic Life Support）研修参加履歴の把握	314	48.0
医師の中心静脈カテーテル挿入技術の院内認定制度（CVCまたはPICC）	80	12.2
看護師の静脈注射技術の院内認定制度（IVナース等）	176	26.9
その他の技術に関する院内認定制度	47	7.2
その他	10	1.5

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)

	n	%
指針の整備	336	51.4
医療安全管理のための委員会の実施	378	57.8
医療安全管理を目的とした報告	382	58.4
医療安全管理に関する教育・研修	525	80.3
医療安全に配慮した医薬品、医療器具などの提供	325	49.7
専従または専任の医療安全管理者の配置	342	52.3
医療安全文化の醸成	504	77.1
部門・職種横断的な活動の推進	440	67.3
報告された事例の分析	454	69.4
予算の確保	207	31.7
重要な情報の周知徹底	456	69.7
医療安全活動への医師の参加	490	74.9
その他	17	2.6

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)

	n	%
人員が確保できない	338	51.7
時間がない	254	38.8
財源がない	155	23.7
取組み方法がわからない	51	7.8
一部の部署または職種の協力が得られない	253	38.7
医療安全文化が醸成されていない	229	35.0
医療安全管理活動の効果が測定しにくい	284	43.4
医療安全管理者の組織内での地位が定まっていない	110	16.8
医療安全管理者のキャリアパスが定まっていない	154	23.5
その他	18	2.8

48. 医療安全に関する疑問・不明な点が生じた場合、患者が相談できる部署が院内にありますか。

	n	%
はい	563	86.1
いいえ	85	13.0
無回答	6	0.9

49. 医療安全に関する疑問・不明な点が生じた場合、職員が相談できる部署が院内にありますか。

	n	%
はい	521	79.7
いいえ	121	18.5
無回答	12	1.8

50. 貴院において、医療安全管理業務が適切に実施されているか、組織内で確認する仕組みがありますか。ある場合、具体的にどのような仕組みかお答えください。

	n	%
ない	406	62.1
ある	216	33.0
無回答	32	4.9

51. 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）

	n	%
経験したことはない	283	43.3
患者情報を誤った相手に Fax 送信した	211	32.3
別患者の患者情報を提供した	142	21.7
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	137	20.9
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	19	2.9
食事形態に関する情報を共有できず、患者が窒息した	22	3.4
転倒する危険があることを共有できず、患者が転倒した	61	9.3
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	32	4.9
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	20	3.1
その他	17	2.6

52. 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。

＜医療事故への対応＞

5 3. 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)

	n	%
はい	291	44.5
いいえ	360	55.0
無回答	3	0.5

問53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。(n=291)

	n	mean	SD	min	max
死亡症例	256	3.4	4.9	0	55
重篤な後遺症が残った症例	182	2.2	3.2	0	19
報告書にとりまとめた件数	285	2.3	3.3	0	30

5 4. 医療事故の原因究明を行いましたか。(n=291)

	n	%
はい	272	93.5
いいえ	10	3.4
無回答	9	3.1

5 5. 問54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) (n=272)

	n	%
医療安全の担当部署のみ	39	14.3
医療安全委員会など常設の組織	88	32.4
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)	130	47.8
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)	137	50.4
その他	8	2.9

56. 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。(n=272)

	n	%
はい	156	156.0
いいえ	116	116.0
無回答	0	0.0

57. 問56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) (n=156)

	n	%
医療安全、事故究明の専門家	34	21.8
医療事故に関連した医療分野（同一診療科等）の専門家	123	78.8
保険会社の医師	21	13.5
医師会の医事紛争に関する委員会の委員	31	19.9
法律家	45	28.8
心理カウンセラー	1	0.6
その他	8	5.1

58. 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) (n=272)

	n	%
事情聴取に協力してもらった	251	92.3
原因究明のメンバーとして参加してもらった	94	34.6
心理カウンセリングなどの支援を行った	26	9.6
上司が声掛けなどの心理的支援を行った	159	58.5
一定期間の休職など、休養を与えた	21	7.7
配置転換を行った	9	3.3
特になし	8	2.9
その他	2	0.7

59. 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) (n=272)

	n	%
事情聴取に協力してもらった	39	14.3
原因究明のメンバーとして参加してもらった	2	0.7
心理カウンセリングなどの支援を行った	2	0.7
経過を説明した	224	82.4
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	41	15.1
特になし	27	9.9
その他	10	3.7

60. 事故調査報告書は作成しましたか。(n=272)

	n	%
はい	222	81.6
いいえ	47	17.3
無回答	3	1.1

61. 原因究明の結果について患者・家族へ説明しましたか。(n=272)

	n	%
はい	222	81.6
いいえ	47	17.3
無回答	3	1.1

62. 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) (n=272)

	n	%
原因究明の体制		
院内に医療安全、事故調査の専門家がない	94	34.6
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	20	7.4
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	44	16.2
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	29	10.7
原因究明の過程		
医療事故の分析方法がわからない	34	12.5
医療安全管理者の精神的、肉体的な負担が大きい	147	54.0
原因究明のための委員会の委員の日程調整	120	44.1
遺族の病理解剖・Autopsy Imagingへの拒否	42	15.4
当事者間で意見や記憶が異なる場合の取り扱い	45	16.5
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	49	18.0
原因究明の結果		
報告書の内容が訴訟や捜査に与える結果が懸念される	59	21.7
明確な原因を特定できなかった	78	28.7
職員の状況		
当事者となった医療従事者のケア	130	47.8
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	35	12.9
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	21	7.7
患者・家族・地域の状況		
患者・家族のケア	130	47.8
患者・家族による暴言	41	15.1

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	8	2.9
事故被害者以外の患者さんの不安の軽減	13	4.8
地域の住民や医療機関からの信頼の回復	6	2.2
その他	14	5.1

<医療事故調査制度>

6 3. 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。

	n	%
ある	529	80.9
ない	123	18.8
無回答	2	0.3

6 4. 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。

	n	%
はい	155	23.7
いいえ	497	76.0
無回答	2	0.3

6 5. 問6 4で「はい」と回答した場合、遺族への説明はどのように行いましたか。(n=155)

	n	%
事故調査報告書を渡した上で口頭で説明した	67	43.2
事故調査報告書を渡したが、口頭では説明しなかった	5	3.2
要約文書を渡した上で口頭で説明した	24	15.5
要約文書を渡したが、口頭では説明しなかった	0	0.0
口頭の説明のみ	22	14.2
まだ調査が終了していない	17	11.0
その他	8	5.2
無回答・複数回答	12	7.7

66. 問65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) (n=96)

	n	%
遺族が事故調査報告書の受け取りを希望した	22	22.9
遺族に事実を知ってもらう必要があると考えた	66	68.8
院内規定に基づいて渡すことにした	17	17.7
病院長または病院幹部の判断で渡すことにした	33	34.4
その他	1	1.0

67. 問65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) (n=22)

	n	%
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	9	40.9
遺族が口頭説明のみで納得した	16	72.7
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	10	45.5
病院長または病院幹部の判断で渡さないことにした	2	9.1
文書が訴訟に利用される可能性がある	1	4.5
その他	0	0.0

68. 医療事故の届け出の判断や原因究明にあたり、以下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) (n=155)

	n	%
外部の組織には相談・支援を求めなかった	17	11.0
医療事故調査・支援センター	61	39.4
医療事故調査支援団体(医師会、病院団体等)	81	52.3
病院の上部組織(法人等)	30	19.4
弁護士	54	34.8
その他の組織	7	4.5

69. 問68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) (n=138)

	n	%
届け出の対象に該当するかの相談	59	42.8
院外の専門家の紹介	77	55.8
院内医療事故調査の体制や方法に関する相談	42	30.4
病理解剖の実施施設の紹介	3	2.2
死亡時画像診断(Autopsy Imaging)の実施施設の紹介	4	2.9
その他	11	8.0

70. 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。(n=155)

	n	%
ある	41	26.5
ない	109	70.3
無回答	5	3.2

71. 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) (n=155)

	n	%
制度の理解		
職員が医療事故調査制度を知らない	9	5.8
職員が医療事故調査制度を十分に理解していない	58	37.4
院内の仕組み		
死亡症例を漏れなく把握・検証する仕組みがない	16	10.3
診療記録に判断できるほどの情報が記載されていない	22	14.2
報告対象の判断		
医療に起因する死亡に該当するか判断に悩む	62	40.0
予期せぬ死亡に該当するか判断に悩む	70	45.2
合併症や偶発症との区別が難しい	81	52.3
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	22	14.2
判断についてどこに(誰に)相談したらよいか分からない	6	3.9
その他		
医療事故を外部に報告することに対し抵抗感がある	8	5.2
遺族に疑義がない症例まで報告するのは抵抗感がある	38	24.5
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	26	16.8
わからない	3	1.9
その他	10	6.5

72. 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) (n=155)

	n	%
院内に医療安全、事故調査の専門家がない	41	26.5
専従または専任の医療安全管理者がいない	1	0.6
医療事故について職員同士で話し合う組織文化がない	17	11.0
原因究明をする人と時間の確保が難しい	63	40.6
院内事故調査のルールが定まっていない	13	8.4
原因究明の方法や内容が適切であるか判断できない	38	24.5
院内で死亡時画像診断(Autopsy Imaging)ができない	13	8.4
病理専門医がない	11	7.1
医師の協力が得られない	6	3.9
医療事故の分析方法がわからない	8	5.2
客観性の担保が難しい	31	20.0
院内で病理解剖ができない	11	7.1
経験がないのでわからない	0	0.0
その他	13	8.4

73. 医療事故の届け出を経験したことで、院内の医療安全部門の体制や医療事故が疑われる事例への対応方法で変わった／変えたことがありましたか。(n=155)

	n	%
ない	88	56.8
ある	63	40.6
無回答	4	2.6

74. 問73で「ある」と回答した場合、変更点についてお答えください。(当てはまるもの全て選択) (n=63)

	n	%
医療事故が疑われる事例が発生した場合の対応方法	40	63.5
遺族への対応方法	26	41.3
院内の医療安全文化の醸成	35	55.6
その他	7	11.1

75. 医療事故の届け出を経験したことで、次に医療事故が疑われる事例が生じた際の対応が良くなると思いますか。思う場合、変わると思う点を選んでください。(当てはまるもの全て選択)
(n=155)

	n	%
思わない	34	21.9
思う	110	71.0
無回答	11	7.1

思う (n=110)

	n	%
医療事故からの院内での判断が適切に行えると思う	73	66.4
遺族への対応が適切に行えると思う	62	56.4
医療事故調査・支援センターへの届け出が迅速に行えると思う	85	77.3
その他	4	3.6

76. 医療事故調査制度に基づく医療事故の届け出の経験について、総体としての満足度をお答えください。(n=155)

	n	%
とても満足	11	7.1
やや満足	97	62.6
やや不満	32	20.6
とても不満	5	3.2
無回答	10	6.5

77. 医療事故調査制度への要望がありましたら、お書きください。

<回答例>

調査結果を報告書としてまとめるが内容が適切なのかフィードバックがあると次にいかせると思う
何度も書き直しの依頼がある事

調査支援センターへ提出した報告書に対してフィードバックが早い時期にもらえるシステムだとより良いと思う (リスクマネージャー等担当者が変更となったり、内容の(指摘)の継続性への不安があるため) 今やってる改善策が良いものか評価がほしくなる。

事故調査の専門家の派遣

時間がかかりすぎる

報告をした施設が専門家を探すのは、むずかしい。センターが専門家を紹介していただきたい。

時間がかかる。他の業務との平行が難しい。やはり精神的ストレスがある

名称の変更、対象事例の明確化

報告方法の簡略化

遺族が納得されているのに医療事故と判断せざるを得ない場合（例えば後から事故と判明した場合）にあえて医療事故調査を遺族に報告することでむしろ遺族が悲しまれることがあった。説明が本当に必要なかどうか疑問に思う。

制度を利用することに対する第3者からの評価がないこと。時間やコストに対するメリットが多くなると良いと思います。

届出を行うことで病院へのメリットがあるかどうか、明らかとはいえない。

支援センターへ相談を所定様式で行いましたが回答が文書ではなく責任者医師へ電話での口答回答でした。文書化してほしかったです。

名称がよくない。「医療事故」は本来広義のことばであり「予期せぬ死亡」を指す名称に変えるべき。

届出するかいなかは院長の判断になるため院長の考え方に大きく影響をうける。より報告がほしいのであればもっと確かな判断基準がほしい。また報告しても病院側にメリットがない。普通に事故調査委員会でよいと思う。

提言には満足している

提言がありがたいが、世の中のスタンダードになってしまわないか、不安を感じる。内容によっては、自院で実施出来ないものもあるため。

医療安全管理の研修などで事例紹介などを頂き、共有することができるとより深い理解につながるかと思います。

防止対策をもう少し具体的に示してほしい。

センター調査の期間が長く、関係者がその間に退職してしまい回答できない内容がある。

制度の理解（医療安全の目的）を一般市民に広まるような活動、ならびに医療事故調査の名称変更（例：医療安全調査）

<病理診断報告書の確認漏れ（医師の未読）を防ぐ仕組み>

78. 病理検査や病理診断を行っていますか。

	n	%
院内で行っている	297	45.4
院外の施設と契約して行っている	186	28.4
行っていない	154	23.5
無回答	17	2.6

79. 病理医を配置していますか。(n=483)

	n	%
はい	316	65.4
いいえ	167	34.6
無回答	0	0.0

80. 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。(n=483)

	n	%
ある	347	71.8
ない	136	28.2
無回答	0	0.0

81. 問80で「ある」と回答した場合、病理医・病理診断部門等は、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) (n=347)

	n	%
決まっていない	5	1.4
主治医	196	56.5
指示医・オーダー医	249	71.8
診療部科長・医局長	45	13.0
検査医・術者	24	6.9
その他	19	5.5

82. 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) (n=347)

	n	%
確認していない	28	8.1
報告書に医師のサインや押印があるか確認する	45	13.0
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	217	62.5
紙の報告書が未読の文書箱等に残っているか確認する	20	5.8
紙の報告書が既読の文書箱等に入っているか確認する	8	2.3
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	57	16.4
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	23	6.6
その他	28	8.1

83. 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。(n=347)

	n	%
はい	247	71.2
いいえ	100	28.8
無回答	0	0.0

84. 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。(n=347)

	n	%
はい	197	56.8
いいえ	150	43.2
無回答	0	0.0

85. 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。(n=347)

	n	%
はい	239	68.9
いいえ	106	30.5
無回答	2	0.6

86. 問85で「はい」と回答した場合、誰が確認していますか。(n=239)

	n	%
病理医または病理部門	76	21.9
医療安全管理者または医療安全管理部門	59	17.0
診療情報管理士または診療情報管理部門	28	8.1
検査技師または検査部門	79	22.8
看護師	19	5.5
その他	23	6.6

87. 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）（n=347）

	n	%
注意喚起していない	21	6.1
報告書が完成した際、医師に電話で連絡する	34	9.8
報告書が完成した際、医師にメールで連絡する	49	14.1
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	79	22.8
未読の報告書に付箋やフラグをたてる	32	9.2
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	66	19.0
一定期間未読が続いた場合、医師に電話で連絡・督促する	45	13.0
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	61	17.6
定期的に未読の報告書の一覧を作成し、医師に報告する	86	24.8
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	82	23.6
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	48	13.8
定期的に症例検討会やカンファレンスを開催する	18	5.2
その他	32	9.2

88. 病理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（パニック値）はありますか。（当てはまるもの全て選択）（n=347）

	n	%
ない	98	28.2
悪性所見	163	47.0
臨床診断と病理組織の診断が異なる場合	123	35.4
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	97	28.0
その他	31	8.9

89. 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。（n=347）

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（受診は継続している）

	n	%
ある	159	45.8
ない	181	52.2
無回答	7	2.0

90. 一定期間内において、医師が病理診断報告書を確認した割合を把握していますか。（n=347）

	n	%
はい	167	34.6
いいえ	307	63.6
無回答	9	1.9

91. 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。（n=347）

	n	%
ある	39	8.1
ない	429	88.8
無回答	15	3.1

<画像診断報告書の確認漏れ（医師の未読）を防ぐ仕組み>

92. 院内に画像診断部門がありますか。（n=654）

	n	%
ある	382	58.4
ない	262	40.1
無回答	10	1.5

9 3. 診療報酬で画像診断管理加算を取得していますか。(n=382)

	n	%
画像診断管理加算 1 を取得している (70 点)	76	19.9
画像診断管理加算 2 を取得している (180 点)	158	41.4
画像診断管理加算 3 を取得している (300 点)	13	3.4
取得していない	72	18.8
無回答	63	16.5

9 4. 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。(n=382)

	n	%
ある	307	80.4
ない	71	18.6
無回答	4	1.0

9 5. 問 9 4 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) (n=307)

	n	%
決まっていない	9	2.9
主治医	124	40.4
指示医・オーダー医	238	77.5
診療部科長・医局長	47	15.3
その他	17	5.5

96. 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) (n=307)

	n	%
確認していない	25	8.1
報告書に医師のサインや押印があるか確認する	29	9.4
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	227	73.9
紙の報告書が 未読 の文書箱等に残っているか確認する	10	3.3
紙の報告書が 既読 の文書箱等に入っているか確認する	8	2.6
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	61	19.9
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	39	12.7
その他	18	5.9

97. 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。(n=307)

	n	%
はい	243	79.2
いいえ	62	20.2
無回答	2	0.7

98. 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。(n=307)

	n	%
はい	186	60.6
いいえ	116	37.8
無回答	5	1.6

99. 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。(n=307)

	n	%
はい	230	74.9
いいえ	73	23.8
無回答	4	1.3

100. 問99で「はい」と回答した場合、誰が確認していますか。(n=230)

	n	%
読影医・画像診断部門	46	20.0
医療安全管理者または医療安全管理部門	96	41.7
診療情報管理士または診療情報管理部門	31	13.5
診療放射線技師	68	29.6
看護師	6	2.6
その他	33	14.3

101. 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）(n=307)

	n	%
注意喚起していない	12	3.9
報告書が完成した際、医師に電話で連絡する	28	9.1
報告書が完成した際、医師にメールで連絡する	28	9.1
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	53	17.3
未読の報告書に付箋やフラグをたてる	34	11.1
主治医が電子カルテにログインした際、未読の報告書の一覧を自動的に表示する	84	27.4
一定期間未読が続いた場合、医師に電話で連絡・督促する	44	14.3
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	64	20.8
定期的に未読の報告書の一覧を作成し、医師に報告する	94	30.6
定期的に未読の報告書の一覧を作成し、診療部科長・医局長等に報告する	94	30.6
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	65	21.2
定期的に症例検討会やカンファレンスを開催する	7	2.3
その他	31	10.1

102. 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（パニック値）はありますか。（当てはまるもの全て選択）（n=307）

	n	%
ない	47	15.3
気胸を疑う所見	93	30.3
異常陰影がある所見	86	28.0
悪性腫瘍を疑う所見	123	40.1
転移を疑う所見	77	25.1
腹部大動脈瘤を疑う所見	104	33.9
解離性大動脈瘤を疑う所見	141	45.9
主治医の専門領域ではない部位の異常所見	127	41.4
検査目的や対象臓器と異なる部位の悪性所見	133	43.3
その他	79	25.7

103. 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。（n=307）

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（受診は継続している）

	n	%
ある	184	59.9
ない	116	37.8
無回答	7	2.3

外来治療中の患者が救急外来・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ある）

	n	%
ある	216	70.4
ない	84	27.4
無回答	7	2.3

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)

	n	%
ある	221	72.0
ない	77	25.1
無回答	9	2.9

104. 一定期間内において、医師が画像診断報告書を確認した割合を把握していますか。(n=382)

	n	%
はい	182	47.6
いいえ	187	49.0
無回答	13	3.4

105. 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。(n=382)

	n	%
ある	121	31.7
ない	240	62.8
無回答	21	5.5

<医療安全管理体制相互評価について>

医療安全対策地域連携加算の要件である医療安全管理体制相互評価(相互評価)を行っている病院のみご回答ください。(n=447: 特定機能病院含む)

106. 相互評価を担当する常設の部署はありますか。

	n	%
ある	368	82.3
ない	49	11.0
無回答	30	6.7

107. 相互評価の目的をどのように捉えていますか。(当てはまるもの全て選択) (n=420) ※

	n	%
加算の取得	302	71.9
地域連携の強化	334	74.7
自己点検では気付かない医療安全上の課題の抽出	368	82.3
外部から評価されることによる職員の意識向上	273	61.1
医療安全活動実施状況の他院との比較	319	71.4
医療安全に関する継続的な改善活動の促進	326	72.9
その他	13	2.9

※特定機能病院 (n=27) は集計から除外

108. 実施形態別に、これまでの評価を受けた件数をお答えください。

	n	%
2018年度に評価を受けた病院数	332	74.3
2019年度に評価を受けた病院数	362	81.0
2020年度に評価を受けた病院数	356	79.6

	2018年		2019年		2020年	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
病院数	1.7	1.0	1.7	1.1	1.6	1.0
件数	1.4	0.8	1.4	0.7	1.4	0.7

※形態別は検討の余地があるため省略

109. 相互評価に参加する職員は、相互評価に特化した院外の研修会に参加していますか。

	n	%
参加している	68	15.2
参加していない	322	72.0
無回答	57	12.8

110. 問109で「参加している」と回答した場合、参加している院外の研修会についてお答えください。(当てはまるもの全て選択) (n=68)

	n	%
全日本病院協会の医療安全管理体制相互評価者養成講習会	42	61.8
日本医療安全学会の医療安全対策地域連携のための研修会	23	33.8
その他	13	19.1

その他：

- 日本看護協会
- 企業の主催の医療安全管理者
- 医療安全管理者養成研修
- 医療安全管理者のみ参加した
- 宮城県看護協会
- 地域医療振興協会 医療安全推進センター
- 令和3年度九州沖縄地区医療安全に関するワークショップ
- 日本医師会の研修会
- 東京都看護協会医療安全委員会主催

111. 直近の相互評価で用いた評価票は、どちらのものを使用していますか。(当てはまるもの全て選択)

	n	%
全日本病院協会の「標準的安全管理点検表」	49	11.0
国立病院機構の「医療安全相互チェックシート」	172	38.5
労働者健康安全機構の「医療安全チェックシート」	10	2.2
国立大学附属病院長会議の 「医療安全・質向上のための相互チェックの項目」	7	1.6
私立医科大学病院感染対策協議会の 「相互ラウンド・サイトビジット評価表」	10	2.2
厚生労働省の「医療安全地域連携シート」	128	28.6
病院（病院グループ）独自の調査票	76	17.0
その他	36	8.1

その他：

- ネットワークで作成した相互チェックシート
- 南大阪医療安全ネットワーク地域連携加算チェックリスト
- 奈良県の医療安全推進センター作製のもの
- 標準的安全管理点検表を基に連携病院と相談し作成した評価票
- 全日本病院協会のチェック表をベースに連携病院で内容を検討した
- 各相互チェックシートを参考に作成したシート項目
- 東京都福祉保健局。病院自己点検チェック表
- 評価票を使用せず、お互いの施設での課題の情報共有と意見交換を行った

- 地区の医療安全委員会にて協議し作成したもの
- 上記を基に項目がもれない様に作成：明らかに該当しない項目は省く（地域施設で統一した。）
- 日赤と機構のチェックリストのオリジナル Mix
- 日本赤十字社病院の連携シート
- 加算1を取得している病院が準備したもの

112. 評価票の使用方法について、評価票の全項目を使用していますか。（直近の実績でお答えください）

	n	%
全項目を使用している	273	61.1
一部項目を使用している	109	24.4
その他	5	1.1
無回答	60	13.4

その他：

- 初回は全項目、2回目以降は問題となったところを再チェック
- 国立病院機構の内容を参考に作成しなおしている
- 全項目使用はしているが訪問時は年毎に部門を決めて巡視
- 上記を基に項目がもれない様に作成：明らかに該当しない項目は省く（地域施設で統一した。）

113. 問112で「一部項目を使用している」と回答した場合、評価項目をどのような基準で選定したかお答えください。（もっとも当てはまるものを回答してください）（n=109）

	n	%
自院にとっての重要性	41	37.6
評価テーマを決めている	38	34.9
改善の必要性を感じている項目を優先的に選択	18	16.5
その他	10	9.2
無回答	2	1.8

その他：

- 院内感染に関する項目を除外した項目
- 指示されたもの
- チェック病院が重要と考える項目
- 3回に分けて全項目を使用

- 評価病院の指定
- 連携病院のグループ会議で選定される
- 地域の病院で集まって検討
- 市内4病院で項目を決定している
- 昨年度自己評価、評価2、又は時間不足でできなかった評価2を優先して実施した
- 訪問してチェックをする部署の基準で選定
- 部署ラウンドで確認（評価）する項目を削除…コロナの影響
- 連携病院と話し合いお互に必要性が低いと思った項目
- 医療安全対策加算1施設が選定
- 感染管理の項目を削除の上、使用している
- 他病院と共有できる項目
- 連携施設間での検討・総意
- 相互評価を受けている病院であり、相手病院が、当院にあった内容を選定して決定しました
- 必要項目を抽出、非該当項目を外した。
- 感染対策等、対象とならない項目以外感染対策は感染の相互評価で実施

114. 直近で使用した調査票の使い勝手はどうですか。

	n	%
非常に良い	18	4.0
良い	327	73.2
悪い	33	7.4
非常に悪い	4	0.9
無回答	65	14.5

115. 問114で「悪い」「非常に悪い」と回答した場合、その理由をお答えください。(n=37)

使用した調査票	内容
独自	調査項目が重複している
厚生労働省	文言がわかりにくい項目がある
国立病院機構/その他	・多すぎる・同じ内容と思える項目がある
厚生労働省	質問事項がわかりにくい
国立病院機構/厚生労働省	評価内容の質問がわかりにくい
国立病院機構/厚生労働省	同じ内容の質問項目が比較的多い、評価が3段階のため評価しにくい
厚生労働省	重複する内容、同じ解答を筆記する必要あり
国立病院機構	書いてある内容の意味がわかりにくい所がある
厚生労働省	質問が抽象的でわかりにくく、くり返しの質問になっていることもあり、重複する回答もある
独自	項目が多く時間がかかる
厚生労働省	同じようなことの質問や用語がわかりにくい
厚生労働省	項目が多い
全日本病院協会/厚生労働省	評価の基準があいまいで評価しにくい
全日本病院協会	分かりにくい。評価も基準もなく何ができていればOKかあいまい。
厚生労働省	項目内容の求めている意図が評価しにくい。加算2の病院評価がしにくい。(内容が合わない、活動されていないことが多い)
国立病院機構/厚生労働省	評価項目が同じ為、毎年同じ評価となる。
国立病院機構/厚生労働省	内容が重複して何度も同じ回答を記載している
無回答	入力しづらい、見にくい。
無回答	同じ問いを立案・対策・評価、支援した側、受けた側と同じ内容となる項目が多い。
国立病院機構/厚生労働省	設問が何を意図としているか判り難いものがあり回答に苦慮した。
国立病院機構	項目が多すぎる
厚生労働省	PDF形式のデーターのため、入力ができない。
無回答	記入しにくい項目が多い。
国立病院機構	現状に合っていない
厚生労働省	評価レベルがまちまち、同じレベルで判断するのか不明。どこまで何をやれば良いか不明。
厚生労働省	オープン型の質問形式なので解答も幅が広くなり解答し辛い
独自	改良したいが同意が得られない。リモートではもどかしさあり。
厚生労働省	質問の表現がわかりにくい。同じような質問がくり返しある。
無回答	内容がこまかく時間がかかる
国立病院機構/厚生労働省	厚労省のシートは重複質問が多い
厚生労働省	回復期病院には評価しにくい(あてはまらない)項目が多い。文字が小さくて見にくい。
厚生労働省	自施設の医療安全体制や取り組みに対する評価見直しにつながるが、同じような内容の質問で回答しにくい部分がある。
国立病院機構/独自/その他	評価項目が多い。又、項目について施設毎に捉え方が異なる時があり評価基準も一定でないことがある。

厚生労働省	チェックシート項目が多く、時間を要する。
独自	評価基準が明確でない
国立病院機構	項目が古い内容があった

116. 相互評価を受ける際、病院幹部は参加していますか。

	n	%
必ず参加している	137	30.6
可能な限り参加している	149	33.3
決まっていない	106	23.7
無回答	55	12.3

117. 自己評価の実施者をお答えください。(当てはまるもの全て選択)

	n	%
医療安全管理部門が実施	348	77.9
各部門が実施	91	20.4

118. 問117で「各部門が実施」と回答した場合、評価のための研修等を担当者が受けていますか。(当てはまるもの全て選択) (n=91)

	n	%
院内の研修会を受けている	9	9.9
院外の研修会を受けている	8	8.8
受けていない	74	81.3

119. 問117で「各部門が実施」と回答した場合、自己評価の結果を病院全体で確認する機会がありますか。(n=91)

	n	%
ある	43	47.3
ない	41	45.1
無回答	7	7.7

ある(具体的に):

- 評価結果を各部門に配布
- リスクマネージャー会で確認している
- 院内共有フォルダー、医療安全委員会で配布
- 会議
- 委員会
- 医療安全管理委員会、運営会議

- 評価項目の関連部門にフィードバックしている
- 院内公表（イントラネット）
- 医療安全管理委員会。院長に報告書提出。
- MRM 委員会で報告後院内情報システムで共有
- 推進委員でチェック（医師へも）
- 閲覧ファイルを作成し周知している
- リスクマネジメント委員会
- 委員会で報告している
- 管理者会議にて確認している。
- 医療安全管理室からフィードバックしています。
- リスク部会で報告
- 医療安全管理課
- 評価内容の掲示
- 会議にて報告。評価結果の決裁をとる
- 医療安全部で小さなカンファレンスで検討後各部署の代表者が集まる委員会で承認となる
- 結果を各部門へ配布
- 集計、一覧を作成し、各委員会で報告
- 毎月の医療安全管理委員会及び毎週の運営管理会議を活用している

120. 問117で「各部門が実施」と回答した場合、各部門の評価方法（評価項目）が異なった場合、誰が調整していますか。（n=91）

	n	%
病院長	1	1.1
医療安全管理部門	81	89.0
その他（調整なし）	0	0.0
無回答	9	9.9

121. 直近の相互評価を受けた際の参加者について、実際の受入に関わった職種と人数をお答えください。（当てはまるもの全て選択）

職種	n	%	人数	
			平均値	標準偏差
<hr/>				

医師	302	67.6	1.39	0.93
看護師	383	85.7	2.31	4.15
薬剤師	273	61.1	1.10	0.42
事務員	257	57.5	1.29	1.11
医療ソーシャルワーカー	10	2.2	0.70	1.13
その他	195	43.6	1.83	3.95

1 2 2. 直近の相互評価を受けた際の講評結果方法についてお答えください。(当てはまるもの全て選択)

	n	%
報告書	379	84.8
口頭報告	124	27.7
その他	11	2.5

その他：

- 評価待ち
- 電話で内容を確認した
- メール
- 当日の報告のまとめ（パワーポイント）での報告
- ネットワーク会議
- 活動のまとめ
- zoom
- 自己評価票に関する確認事項、質問事項のフォーマット（私立医科大学協会共通）

1 2 3. 問1 2 2で「報告書」と回答した場合、報告書が届くまでどのくらいの日数を要しましたか。(n=379)

	平均値	標準偏差
日数	23.8	19.4

1 2 4. 過去3年以内に、相互評価で安全上のリスクについて指摘を受けたことがありますか。ある場合、件数と代表的な指摘事項について具体的にお答えください。

	n	%	件数	
			平均値	標準偏差

ない	214	47.9		
ある	173	38.7	3.2	3.6
無回答	60	13.4		

具体的内容： 文末参照

125. 問124で「ある」と回答した場合、以下の問にお答えください。(当てはまるもの全て選択) (n=173)

	n	%
予測できていたか		
予測していた	124	71.7
予測していなかった	34	19.7
納得できたか		
納得できた	166	96.0
納得できなかった	2	1.2
指摘事項の周知		
病院全体に周知している	87	50.3
関係部署のみに周知している	63	36.4
周知していない	3	1.7
改善策の検討		
医療安全部門のみで検討した	19	11.0
関係部署を交えて検討した	117	67.6
改善を見送った	7	4.0
改善活動の周知		
病院全体に周知している	107	64.5
担当部署に周知している	54	32.5
周知していない	7	4.2
改善の進捗管理		
安全管理部門が確認している	120	72.3
関連部署も入る会議体で確認している	70	42.2
確認していない	7	4.2

納得できなかった理由：

- 一部指摘内容が不適切な事項があった
- 救急カート物品の未使用表示があるのに毎日チェックするのはどうか？

指摘事項を周知していない理由：

- 画像できる医師不足

改善を見送った理由：

- 予算措置が必要であるため導入が難しい状況にあるため
- 薬歴管理のシステム構築の予算不足
- 病院の建て替えを近年中に予定していたため
- 構造上の問題
- 求められる対策はできなかったが、検討まで実施
- 配置の変更がスペースの問題でできなかった
- 検討したがNsへの教育として実施する形での運用となった
- 火災時の対応と相反する対策のため、改修工事等が必要。根本的な対策について今年度は見送った
- 月に1~2回訪問してもらう所まで決定していたが、コロナのため出張が禁止となった

改善活動を周知していない理由：

- コロナの現状と改善の緊急度
- まだ改善策が明確に決まっていない
- 見送りになったため

改善の進捗を確認していない理由：

- 改善活動の途中段階のため
- 検討はしたが実現していない
- まだ改善策が明確に決まっていない
- まだコロナが流行しているため

126. 自己評価よりも低い評価がつけられた代表的な項目について、以下の問にお答えください。(当てはまるもの全て選択)

	n	%
納得できたか		
納得できた	258	57.7

納得できなかった	2	0.4
指摘事項の周知		
病院全体に周知している	118	26.4
関係部署のみに周知している	125	28.0
周知していない	4	0.9
改善策の検討		
医療安全部門のみで検討した	67	15.0
関係部署を交えて検討した	157	35.1
改善を見送った	5	1.1
改善活動の周知		
病院全体に周知している	143	32.4
担当部署に周知している	104	23.5
周知していない	6	1.4
改善の進捗管理		
安全管理部門が確認している	195	44.1
関連部署も入る会議体で確認している	87	19.7
確認していない	6	1.4

納得できなかった理由：

- 救急カート物品の未使用表示があるのに毎日チェックするのはどうか？

指摘事項を周知していない理由：

- 該当なし

改善を見送った理由：

- 予算がつかなかった

改善活動を周知していない理由：

- 該当なし

改善活動の進捗を確認していない理由：

- 該当なし

127. 相互評価を受けたことで、貴院の安全管理活動にとって良かったことはありましたか。

	n	%
あった	373	83.4
特になかった	14	3.1
無回答	60	13.4

128. 問127で「あった」と答えた場合、どのような点が良かったのかお答えください。(当てはまるもの全て選択) (n=373)

	n	%
院内の安全上の課題の明確化	305	81.8
院内の安全管理活動の共有と実践	285	76.4
院内の安全管理に関する業務フローの見直し、改善	196	52.5
他院のベストプラクティス（優秀事例）の入手	102	27.3
他院で用いている臨床指標の習得	44	11.8
他院の安全管理に関するデータ・情報の収集、分析方法についての習得	109	29.2
その他	6	1.6

その他：

- 自施設の活動を評価してもらえたこと→職員のはげみになった
- 医療安全活動における

129. 相互評価の実施にあたって、困ったことはありましたか。

	n	%
あった	220	49.2
特になかった	164	36.7
無回答	63	14.1

130. 問129で「あった」と回答した場合、どのような点で困ったのかお答えください。(当てはまるもの全て選択) (n=220)

	n	%
評価の基準が院内で明確になっていない	44	20.0
日程や訪問する人員の調整が難航した	88	40.0
病院全体としての取組みとなっていない	64	29.1

病院幹部の関与が少ない	52	23.6
自院の医療情報等の収集・分析が不十分である	24	10.9
責任主体が明確でない	20	9.1
現場に改善策をフィードバックする方法がない	10	4.5
改善のための予算が見つからない	28	12.7
安全管理部門の職員の教育に活用できていない	16	7.3
新型コロナの流行により訪問しての評価ができなかった	162	73.6
その他	16	7.3

その他：

- コロナ禍で訪問日時の調整が難しかった
- 新型コロナの流行で規模を縮小しなければならなかった
- 新型コロナの流行により訪問人数を制限した
- 新型コロナ流行期に訪問をしてたが部署ラウンドは行えていない

1 3 1. 相互評価について、総体としての満足度をお答えください。

	n	%
とても満足	92	20.6
やや満足	266	59.5
やや不満	26	5.8
とても不満	1	0.2
無回答	62	13.9

1 3 2. 相互評価全般について、何かご意見がありましたらお書きください。

- コロナ禍のため訪問は出来ないが、web 会議で情報交換を行っている
- 新型コロナウイルス感染症拡大を受け、web で行うことが多くなりました。実際に病院へ行き、多職種の方々との意見交換がいいです
- 複数の加算 I と連携しているが色々な評価があって良い
- 自己評価シートの改善
- 地域や地区での医療安全ネットワークがあると、大変心強いです
- 他院の情報を得られる良い期会になる
- 毎年同施設との評価となるため順番に交代していけるしくみがあるとよい

- 相互評価を受けることで、自分達が気が付いていない安全の課題に気付くことができる。一つ一つ課題解決していくことで、より安全な医療を提供することができる
- 相互評価票を部署評価と安全管理体制の評価とを合わせたもので、活用しやすいものを教えてほしい
- 相互評価において評価する側のスキル、能力、経験に差があり、当院においては情報提供する立場のみになり、得るものが少ない
- リモート会議も慣れてはきている。他の機関の実例・活動内容を知りたい
- ヒヤリハットのつみ重ねが重要であることを再確認した
- 相互評価票が様々な機関からでているため、可能であれば、統一してほしいと思います。数年単位で施設間の組み合わせが変更できれば、多様な知見が得られるのではと考えます
- コロナ禍での訪問評価が困難である
- 相互評価は安全管理や活動にとっても有効であり必要なものであると実感している
- 直近2件がコロナのため、リモートとして訪問ができていません。ポイントをしばった相互評価の実施例など、共有できると嬉しいです
- 自分達では、気づいていなく、施行している事が他の人の目が入る事で問題が明確化となるので良い
- 相互評価を導入する時に決められた評価案がなく独自でさまざまな物を取り入れ作成した。その1年后に国からこの評価表を活用してみて下さいと送られてきたが、導入前に欲しかった。1人で作成するのは大変でした！ぐちです！☆評価基準が病院により差がある。評価基準をくわしく設定すればよかった。
- 交流会議にて課題や、疑問について話し合いを行います。訪問して頂くこと、他院を訪問する事で学ぶキカイも多く、できれば、1施設に、多施設の訪問をしてみたい
- 他施設との情報交換。自施設の現状の再確認となり、とても有意義である。医療安全管理者間の交流にもなり病院間の連携強化になった
- ラウンドしての評価ではなくチェックシートを用いての自己評価を主に行ったので問題点が明確になっていない（コロナのためラウンドは中止のため）

文末資料

問124 具体的内容一覧

- 薬剤部：パスボックスへ入れる場合の対応が目視であるため、バーコード認証を考慮、放射線部：ポータブル撮影時に病棟で情報を更新できるような通信環境整備

- 薬品金庫のカギの取りあつかい
- マニュアル整備、感染対策
- ①「処方箋」の検討 ②救急カート内の薬剤区分
- 薬剤部の業務の機械化、指針内によろず相談地域支援室と医療安全管理室との情報共有のフロー図の明記があった方がいい
- アスパラカリウムのプラスチックアンプルの使用
- 放射線科、造影剤副作用マニュアル
- 麻薬管理方法
- キャスターのロック、掲示物の整理（掲示方法）、マニュアルの整理
- 内服薬の誤投与リスク
- 輸血に関する内容
- ベッドネームでの認証
- 院内ルール（患者誤認防止・コードブルーコール）の全職員の周知
- 医師からの報告件数を増やすこと
- 廊下、手すりの設置
- インシデントレポート報告に部署間の報告する差がある
- マニュアルの不備
- 口答指示受けのマニュアル化、人工呼吸器設定入力について、など
- 感染面からも含め採血管の保管状況について
- インスリン管理、口頭指示サイン、麻薬管理、検査（レントゲン等）の患名確認、QQカット管理
- 麻薬運搬における管理（鍵付きバックに変更した）
- がん化学療法委員会の定期的な開催と新規レジメンの検討について
- 電子カルテヘアレルギー情報を登録する際のシステム改善→運用でカバーした
- 患者確認の方法
- 医材ストック状況、マニュアルの文章修正
- 身体抑制マニュアル、ホルマリン管理
- 包括同意の明示、OP室でのタイムアウトの徹底、薬歴管理、画像見落とし対策
- 外来検査処置（内視鏡、Div など）時のリストバンド装着
- 患者誤認（リストバンド）

- 外来処置室の環境、スタッフ配置等について
- 薬剤管理、防犯カメラ設置
- 人工呼吸器の設定条件変更の口頭指示の Dr 記録をするよう②アレルギー反応対応のマニュアルはあるがアナフィラキシー対応マニュアルも作成するよう
- マニュアルの改訂について
- 職員の BLS 研修
- 患者誤認防止、オープンシステムの病院であり医師より指示受けなど
- 薬局から払い出し時にトレイ・袋などに入れて伝票確認することが徹底されていなかった
- 画像診断レポートの確認について
- 災害時の対策についてスタッフの知識不足を指摘②患者確認方法について③看護部や他部署におけるローカルルールの統一について
- 患者家族を間違えてムンテラしそうになった事例から確認方法が検討中で実施されていなかった為、指摘をうけた。
- 自殺に関するマニュアル
- 入院病棟の施錠・管理について
- 転倒対策、内服管理、教育等
- タイムアウト、患者誤認防止、救急カート、急変時対応、離院など
- 掲示物の管理
- 透析患者のオーダーシステムの整備
- 転倒転落、モニター管理、病棟配置薬
- 転倒転落の患者説明資料の検討やカルテ記載の見直し
- 配薬カートの置き場所に工夫があると良い。
- 掲示物、ベッドサイドの環境、サービス面
- 病室の窓の開閉に制限がない（ストッパーを設置するのが望ましいと指摘）
- ハイリスク薬の把握、薬局の麻薬確認、DVT の計画評価、職員研修の参加率。
- 車イス、ストレッチャー点検方法
- 外来の番号制について、DVT チェックについて、OP 前マーキングについて。
- 酸素ボンベ残量早見表、読影レポート未読防止対策、時刻合わせ。
- 輸血時の血型判定・患者誤認防止策
- トイレの開錠方法
- 「深部静脈血栓」に関する取り組み

- 薬剤管理、誤 = 予防
- 転倒後のバイタル測定について。
- 癌等の重大所見見逃し防止。深部静脈血栓・肺塞栓症リスク評価・計画・実施。
- 劇薬の表示、救急カートの盗難対策。
- 手術室での皮膚トラブルをおこしやすい患者の情報共有について
- 医療事故調査支援センターへの報告経験がないこと
- 点滴実施時3点認証できていない
- 薬剤の管理等
- 輸血、指差し呼称
- QQカート内のKCL常備。お茶用ジャグの設置
- 配薬方法について
- 職員へのBLS研修の実施
- 「コードブルー」の整備
- 救急カートにノルアドレナリン設置・男性トイレに緊急コールの設備がないこと
- 口頭指示の伴う内よりの精査、無投薬について（電カル導入前）
- 救急カート・かぎ
- 病棟薬剤師の業務拡大として看護師管理薬が多い為移行できないか定期処方セット化拡大
- 病理レポートの見逃し対策、BLS研修の参加型研修
- インシデント報告システム
- マニュアルの不足
- IC（記録や同席）ルール、RRS、医師からの報告
- 出入口のセキュリティ強化の必要性、車イストイレの扉の不具合、採血ブースの人流交差
- モニタアラームへの対応が遅い
- 緊急コールの作成が必要
- 休日夜間外来棟などのトイレ緊急コールが有人場所に届かない
- 死亡例についての検討
- 院内の照明が暗い、カラーシリンジの未使用、DVT加算チェック
- マニュアルの見直し等
- 配薬方法、環境（手すり付近の設置物）
- 生体監視モニタの日常点検未実施

- 経鼻経管のチューブの誤挿入の確認にレントゲンを利用していない
- 採血室の椅子の配置
- 医療安全ラウンド結果は、ラウンドした部署だけでなく全体で周知することが望ましい。
- 画像診断報告書未読防止対策
- 輸血対応、QQ カートの管理方法、委員会の設置の有無
- 車イス乗車時のスキンテア
- 病棟配置薬の種類と数量の削減 ②医師のインデント報告の=迫 ③M&Mカンファレンス関係 ④内視鏡室タイムアウト
- フットポンプの中央管理化
- 医療機器の一元管理ができていない
- アレルギー情報入力の実用
- タイムアウト
- ニュースレターなどの配信、18才以上の成人の基準、薬剤に関する勉強会
- DNARの指示について明確にする。手術に関する安全確保について
- 院内救急カートを統一化
- 気管内挿管に関するマニュアルの必要性
- 大腸内視鏡は、交差感染予防のためにも検査毎に交換。
- 職種によりレポート数が少ない
- カリウム製剤のプレフィルドシリンジの採用
- 病棟在庫薬管理について、手術について、生体情報モニターについて
- MRIの体内金属確認の表示が不足。エスカレーターの転落防止の表示が多過ぎる。OP時体液暴露防止のためスタンダードプリコーションをやっていすること。など
- 患者確認、病室の窓（全開にできること）、個室トイレの天井の突起物、廊下の丸椅子
- 放射線科における、画像読影の既読システムについて。→現在システム作成し対応中
- コードブルーの体制、薬剤部、薬品棚が繁雑
- 救急カート配置場所
- アクシデント・インシデントの患者影響度分類に基づいて報告書の整理をする
- 転倒転落の患者・家族との共有の方法について
- 歯ブラシ間違いに対し、ptと共に持ち運べばよいとのご意見あり。造影剤副作用発生時の対応が具体的でない
- 術前マーキングの手順の未整備

- 自殺予防マニュアル、肺血栓塞栓症予防、誤嚥・窒息予防
- 身体抑制解除カンファレンス記録に関して
- 時計が合っていない、1患者1トレイになっていない
- 病棟廊下の環境整備。毒薬、抗精神薬保管庫の明記。救急カートの施錠
- 採血室の環境
- 輸血製剤を一時的に薬品保冷庫での保管することがあった
- 誤嚥防止の嚥下状態のチェック体制の未整備
- 病棟の環境面や患者病室環境について
- 介護用品の氏名表示、用手補助換気者の移動人員、リハビリ部門の手指消毒剤の携帯。
- 病室の窓の開放が大きく、転落の危険がある
- 災害拠点病院として背の高い棚の設置について
- 環境面、分析について
- マーゲンチューブの位置確認
- 薬剤の安全管理、未読レポート管理
- 救急カート運用、検査室でのプライバシーなど
- 「離院マニュアル」の見直し
- 医療安全部門ごとの目標提示、診療部からの事故報告がないことの指摘
- 管理薬（向精神薬）の金庫がレントゲン室で可動式ファイルなので指摘を受けた
- 検証が行えてなかったり実施できていない
- セキュリティ、小児病棟で病室入口が手動ドアであった→セキュリティロックへ改善した
- モニターのアラーム、MEの採用
- 救急カートの薬品の管理方法
- マニュアルの不備、救急カートチェック日について
- マニュアルの不備、改定について、手術室の清掃方法について
- マーキング
- 手すりに消毒剤を設置している
- 採血室での患者・検体容器のダブルチェック、注射カートの使用方法、持参薬の管理方法等
- マニュアル内容の不足（IC、輸血拒否）、抑制の同意について
- 薬局の薬剤の保管と災害時の落下のおそれ
- コメディカルとの連携

資料2

- 麻薬の投与方法
- 輸血前別時採血、現場保全、アナフィラキシー対応マニュアル作成など
- 薬剤部の薬の処置についてアドバイスの内容
- 画像診断システム
- 医療機器の点検整備済の表示について、コストはかかるがシール等を用いて「点検済み」、「使用済み」を区別出来るよう名仕組みを検討

ベルランド総合病院 インタビュー記録

日 時：2021年10月28日（木）13:00～14:25

場 所：Zoom

インタビュイー：ベルランド総合病院 医療安全管理担当者（薬剤師）1名

インタビュアー：研究代表者・分担者7名

1. 病院の組織体制について

- ・ 医療安全対策加算1、感染防止対策地域連携加算1を取得している。
- ・ 医療安全管理部門には、専従者3名（薬剤師1名、看護師2名）を配置している。

2. 南大阪医療安全ネットワークについて

- ・ 近畿大学病院のT先生と医療安全対策加算1を取得していた地域の病院が中心となって起ち上げた。現在は、加算1を取得している9病院が幹事を務めている。
- ・ 同ネットワークは、各病院の医療安全管理者が事例への対応方法を他病院の医療安全管理者に相談する場を提供するほか、研修会を開催するなどの活動をしていた。
- ・ 医療安全対策地域連携加算の開始に伴い、病院間の相互評価の評価表の開発等を行った。
- ・ 現在は、医療安全管理体制加算1を取得している38病院（以降、加算1病院）、同加算2を取得している11病院（以降、加算2病院）、同加算を届け出していない10病院が参加している。
- ・ 加算1病院が加算2病院の医療安全管理者を支援することを目標に掲げて活動している。加算2病院の職員は、東京で開催される医療安全研修に参加するのが難しい場合がある。同ネットワークは年に3～4回の研修会を開催しており、加算2病院には好評のようである。研修会は、常に加算2病院の役に立つ内容であることを意識して企画しているほか、加算1病院と加算2病院の職員と一緒にグループワークできるようにしている。

3. 評価票について

- ・ 評価票を作ることで、加算2病院や同ネットワークの病院が地域連携加算をスムーズに導入できるようにした。
- ・ 評価票の叩き台をベルランド総合病院の医療安全管理担当者が作成し、幹事病院の医療安全管理者で内容をチェックし完成させた。
- ・ 加算1病院用と加算2病院用の2種類を作成した。両者は加算の施設基準に係わる項目が異なるほか、該当する病院のみが使用する項目（オプション項目）として、加算1病院の評価票には臨床研修病院に求められる患者相談窓口の設置に関する項目が追加されている。
- ・ 評価項目は、保健所での監査項目（医療法）と、施設基準で充たすべき項目を参考に、約50項目を作成した。近畿大学のT先生より大学病院間の相互評価で使用している評価項目を提供していただいたが、加算2病院にはハードルが高い項目が多く、取り入れた項目はほとんど無かった。
- ・ 評価は点数化しない。選択肢は、はい、いいえ、本年度は無し、助言を依頼します等。仕組みの有無は確認できるが、運用面を確認できるような選択肢にはなっていない。各項目にコメント欄があり、現状や課題を記載し、外部評価者に助言を得られるようにしている。

- ・ 評価項目の改訂は予定していない。今後は、特定機能病院や臨床研修病院に求められるレベルの内容についても評価できるように、オプション項目を追加することは考えられる。
- ・ 相互評価開始時に研修会を開き、現場で実績を確認する方法など、評価票の使用方法や、評価の実施方法を教育した。その後同様の研修会は開催していない。各病院の中で伝達講習をしていると思われる。加算1病院と加算2病院の間の相互評価で困っている内容をもとに同ネットワークの研修会の内容を決めることがある。加算1病院同士の相互評価で困ることはあまりない。
- ・ 自己評価、他者評価に関する規定は無く、定期的な研修は実施していない。

4. 評価の実際

(1) 病院の組み合わせ

- ・ 同ネットワークは、必要があれば相互評価の相手病院を探す手伝いをする予定であったが、結果的には各病院が自力で相手病院を見つけ出した。相互評価を実施する病院の組み合わせは、原則として毎年同じである。相互評価の相手病院は、病院長や事務長の考えで決まることもあり、病院の医療安全管理者の意向とは異なるケースもあると聞いている。
- ・ 同ネットワーク内で、相互評価の相手を毎回変えることは検討していない。各病院は、相互評価がマンネリ化する恐れはあるものの、毎回同じ相手である方が安心できると考えるだろう。相互評価の相手病院を変更したいというニーズは少ないと思われる。仮に相互評価の相手病院を変更するとしても、相手病院の診療報酬に影響する可能性があり、簡単には変更できない。
- ・ 同病院は、2018年に1件、2019年以降は毎年3件の相互評価を行っている。相手病院は加算1病院が1件、加算2病院が2件であり、毎回同じ相手である。同ネットワークに参加している病院以外から、相互評価の依頼が来たことはない。相互評価を行っている病院は、感染防止対策地域連携加算で連携している病院と同じである。
- ・ 同ネットワークの幹事病院の中の2病院（両方とも加算1）は、2病院の医療安全管理者等と一緒に加算2病院の評価を行っている。加算1病院の医療安全管理者であっても、交代直後の経験の浅い者は、他の病院を評価するのが難しい。しかし、他の加算1病院と組んで一緒に加算2病院を評価することで、お互いにフォローできるため、人事の影響を最小化できる。

(2) 相互評価の方法

- ・ コロナ前は相手病院を訪問していたが、コロナ以降はZoomを使用している。
- ・ コロナ前のやり方は次の通り。
 - 2病院間でメールや電話を使用して日程等を打ち合わせる。
 - 各病院で自己評価し、自己評価の結果を相手病院へメールで送る。
 - 評価項目以外の内容も含め、事前に相手病院へ質問事項を伝える。
 - 自院の改善したい部分（他院に指導してもらいたい部分）を相手病院の医療安全管理者に伝える。外圧をうまく利用して自院の改善に繋げられるように、双方の病院の医療安全管理者同士で話し合っておく。
 - 相手病院を訪問する。都合のつく場合は、医療安全管理室のメンバー全員が参加する。医療安全管理者、医薬品・医療機器・医療放射線安全管理責任者の参加は必須と考える。
 - 相手病院（受け入れ側）の参加者はさまざまであり、医療安全管理室のメンバーが

揃っている場合、医療安全管理者のみが居て、必要に応じて数人が呼ばれる場合、医療安全管理委員会の委員が全員参加する場合、次の医療安全管理者の候補者や各部署の医療安全管理の担当者が参加する場合などがある。

- 当日の流れは次の通りであり、約半日で終わる。
 - ◇ 会議室で評価項目について確認する。
 - ◇ 議事録等を閲覧し、報告事項と検討事項を分けること、委員の出席率や、検討事項が解決に至るまで議論されているか等、運用面でのアドバイスをする。
 - ◇ 安全管理マニュアルをすべて確認するのは難しいため、改訂部分について説明を求める。
 - ◇ 部署を訪問（ラウンド）する。Good Job 報告をした部署や、報告が少ないため刺激を与えたい部署、新任の安全管理責任者が興味のある部署等を訪問する。
 - ◇ 講評を相手病院に伝える。
- 相手病院の評価結果をまとめ、評価シートに相手病院へのコメントを記載し、相手病院へ送る。他に質問事項や助言を目的とした情報提供の資料等があれば、一緒に送付する。
- 翌年の相互評価の際に、講評の際に指摘した事項等の改善状況を確認する。
- ・ コロナ以後のやり方は次の通り
 - 事前打ち合わせ、自己評価、相手病院の自己評価の確認と質問事項の送付などのやり方、内容はコロナ前と同じ。
 - 相互評価の当日の議論は Zoom で行い、相手病院を訪問することはない。

5. 相互評価を行う者のコンピテンシー

- ・ 医療安全管理者、医薬品・医療機器・医療放射線安全管理責任者に加え、医師、理学療法士、検査技師も参加すると良いと思う。加算2病院のインシデントは転倒・転落が主であることが多いため、理学療法士が参加すれば、良い助言ができる場合もある。
- ・ 医療安全管理者等として3年程度の経験はある方が望ましいが、1年目であったとしても、評価シートの内容を理解できていれば大きな問題はないと思われる。
- ・ 加算1病院の医療安全管理者が交代したばかりであると、相手病院へ助言するのが難しい。前任者が同行するなどの工夫が必要である。
- ・ 少なくとも加算1病院側の参加者は、継続的に医療安全研修会や学会に参加し、最新の動向や知見は持っていることが望まれる。
- ・ 高圧的な指導や自院の自慢話ばかりをするようなことでは意味がないので、リーダーシップやコーチングについて見識があり、コミュニケーションスキルがある方が望ましいが、実際には難しいかもしれない。
- ・ 加算1病院側の参加者には、加算2病院に対し、助言を通して、最終的に質改善活動につなげることや、組織文化を向上させることが求められる。したがって、安全管理だけでなく、品質改善手法やチームパフォーマンスを向上させるためのツールや経験を積んでおく事が望ましい。

6. 相互評価の課題

- ・ 病院の組み合わせの決め方
 - 病連携がある程度ある病院同士であれば、安全のみならず感染でのアドバイス、連携パスの作成などにも発展するので、そういった組み合わせが良いと思う。ただし、同じ病院同士の相互評価はマンネリ化するほか、相手病院の組織の弱点はそう

変わるものでも無いため、相互評価を繰り返していると閉塞感が出てくることも否めない。

- ・ 相手病院との違い（温度差、資源の違い、専門性の違い等）
 - 急性期病院は加算 1、亜急性・療養は加算 2 を取得するケースが殆どである。両者は、発生する事故の内容やマンパワー、安全のための予算等に差がある。加算 1 病院の助言は、加算 2 病院の参考になっていると思うが、加算 2 病院で実際に助言通りに行うのは難しいと言われることが多い。
 - 加算 2 病院の病院長の中には、医療安全管理の活動に積極的ではない方も見受けられると聞いている。
- ・ 調査項目（評価票の内容）
 - 当初作成した評価項目（Version 1）は、おおよそどの項目も達成されるようになってきた。現在は、徐々にフリーの項目（病院間で自由に設定する項目）が増えてきている。大学病院や臨床研修病院に求められる項目や、病院機能評価に近いものを目指したいが、加算 2 病院には負担が大き過ぎるため悩んでいる。加算 2 病院の評価項目は、当面は変更しないかもしれない。
- ・ 評価者の評価能力
 - この点は特に困った経験が無い。ただし、聞くところでは、他の病院にはかなり変わった方もおられるようである。
- ・ 改善の実効性の担保
 - 同ネットワーク内で、自己評価と外部評価の結果、外部評価を行った病院の意見等は共有していない。相互評価を行う病院同士は、個別にお互いの評価結果を共有しているが、他の病院はその情報を閲覧できない。医療安全の内容は機微に触れるため、広く共有するのが難しい。改善に繋げるためには、今後評価結果の共有など必要かもしれない。
 - コロナ以後は Zoom を使用して相互評価を行っている。相手病院の議事録の確認や部署訪問（ラウンド）はしないため、実効性には疑問が残る。
 - 毎回同じ病院と相互評価をしているため、顔の見える関係が築けている。相互評価以外にも、同ネットワークの研修会で年に 3~4 回は顔を合わせている。コロナ以後は Zoom であるため、新たな病院と相互評価するのは難しいであろう。加算 1 病院同士は、一定の水準が担保されているため、Zoom で相互評価することが可能かもしれないが、加算 1 病院と加算 2 病院間の相互評価は、PDCA の担保など、適切な助言ができるか疑問である。
 - 導入に予算やマンパワーなどの資源を要さないもの（ラウンド表、議事録の書き方など）は、翌年にはほぼそれに近いものが導入されるが、予算が必要なものは参考にならないとのこと。
 - 加算 1 病院は、医療安全管理者に対し助言ができるが、組織文化までは口出しできない。また、相互評価の助言に強制力はないので、PDCA を回しなさいと指示するようなことはできないため、実効性に限界はある。
 - 加算の要件が厳しくないため、加算を取るために形式的に相互評価を行っている病院があるかもしれない。例えば、①3 年毎に相互評価の相手病院を替えること、②過去 3 年分の記録や実績を確認すること、等を要件にすれば、相互評価に緊張感が生まれるかもしれない。

7. その他

- ・ 加算 1 病院同士の相互評価は、どちらも同ネットワークの幹事病院であるため、日頃か

からお互いの問題点を共有しており、茶話会のような雰囲気になることが多い。そこで、コロナ前は部署訪問(ラウンド)を行い、病院機能評価のようなことも少し始めていた。この取り組みは、現場に緊張感も持たすことが出来たほか、相互評価を認知してもらうのに効果があった。また、自院の医療安全管理者が、他院の訪問チームに対し、ある部署の改善が上手くいっており、高く評価していることを話すことで、その部署のモチベーションが上がったと聞いている。

以上

国立大学附属病院長会議 インタビュー記録

日 時：2021年11月10日（水）17:00～18:00

場 所：Zoom

インタビュイー：大阪大学医学部附属病院 中央クオリティマネジメント部 部長、副部長、看護師

インタビュアー：研究代表者・分担者 5名

1. 病院の組織体制について

- ・ 実施母体は、国立大学附属病院長会議。
- ・ 会員は国立大学附属病院、公立大学附属病院。
- ・ 事務局は、大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部と医事課医療安全係が担っている。
- ・ 中央クオリティマネジメント部としては、専従：医師4名、看護師3名、薬剤師1名、その他技術スタッフ2名。兼任：医師1名（クロスアポイントメント）、看護師1名、薬剤師2名、臨床工学技士3名。医事課医療安全係の事務職員が4名。そのうち、相互評価に関わるのは9名ほど。
- ・ 事務局運営の経費は印刷費、ワーキングの旅費等実費が国立大学附属病院長会議より支給。
- ・ 特定機能病院の承認要件であるピアレビューと、2年ごとにテーマを決める重点項目の相互評価の2本立てとなっている。

2. 相互評価に関する概要について

- ・ 会員病院のうち、東京大学医科学研究所附属病院、大阪大学歯学部附属病院を除く大学附属病院42病院と防衛医科大学校病院1病院、公立大学病院8病院でペアを組んでいる。
- ・ 横浜市立大学附属病院で発生した患者誤認事故を受け、平成12年度より自己チェック、訪問評価の相互評価を実施している。
- ・ ピアレビューについては、平成28年の特定機能病院の承認要件の見直しより実施している。
- ・ 相互評価の病院組み合わせは事務局が決定しており、過去5年間に組んでいない病院間で設定している。
- ・ 組み合わせは1対1だが、評価する病院と評価を受ける病院が同じではないようにしている。
- ・ 相互評価は隔年で実施しており、評価の翌年は改善状況調査を実施している。
- ・ 相互評価は特定機能病院間ピアレビューとは別の位置づけで実施している。
- ・ 医療安全地域連携加算との関係はない（特定機能病院以外は参加していない）。
- ・ 団体として、独自に医療安全の向上を目的に活動しており、その時代ごとに重点科目を設定している。

3. 評価票について

- ・ 評価票の目的は、その時々推奨する医療安全上の取組みについて、調査すること。
- ・ 相互評価による調査と調査の翌年に実施している改善状況調査により、改善を確認している。
- ・ 医療安全に関する基本項目はおおよそどの病院も必要な対策は確保できたため、廃止し

た。現在は、重点項目だけの評価である。

- ・ 重点項目の内容はワーキンググループにて決定している。ワーキンググループには事務局と会員病院から合わせて20人ほどが参加している。
- ・ 重点項目のテーマが確定した後、事務局が評価項目のたたき台を作成し、ワーキンググループで検討している。
- ・ 項目数はテーマによって異なり、最初から決めているわけではない。
- ・ 重点項目の決定、評価票の策定ともに、海外も含む最新の知見を反映するようにしている。
- ・ 評価項目はほとんどが選択制で、訪問時の評価項目には自由記載が多めである。量的なレベル判定を主眼とした評価票設計はしていない。
- ・ 評価方法については、実施概要として調査の意図やスケジュール案をまとめて配布している。

4. 評価の実際

- ・ 訪問時の部署訪問については、テーマによって事務局が指定している。
- ・ 評価に係る所要時間は、半日程度。午前中は書類審査、午後は部署訪問のような形式をとっている。
- ・ 同日に、ピアレビューも実施しており、各担当者が平行してピアレビューと相互評価を実施している。
- ・ 講評は当日、30分程度準備の後、口頭で実施している。後日、報告書をA4で2ページ程度にまとめ、評価を受けた病院と事務局宛に送っている。
- ・ 評価者のトレーニングは、特に実施していないが、テーマによって、問題意識を持った関連する人員が訪問ようにしている。
- ・ 相互評価で得られた知見の共有について、好事例は追加の資料も併せてグッドプラクティスとして報告書に載せている。
- ・ 悪い事例については、匿名化して報告書で注意喚起の提言はしている。

5. 課題

- ・ 業務量は多く、報告書の作成に係る負担も大きい。個人のスキルと大阪大学のマンパワーに依存している点も多い。
- ・ 大学病院の医療安全に対する意識として、重点項目に挙げた内容についてはかなり改善がなされており、相互評価の寄与は大きいと考えている。
- ・ 重点項目については、国立大学、公立大学で共通の課題を検討し、準備はだいぶ前からしている。
- ・ もともと国立大学病院だけで実施していたところに、8つの公立大学病院が加わって、当初は公立大学病院のやり方を意識していたが、大きなトラブルはなかった。
- ・ 私学大学病院との統一については、現在のシステムの中ではマンパワー不足もあり困難であると認識している。また、評価の構成、コンセプトも異なる中でそのすり合わせも含めて、すぐの実現は難しいと思う。

6. その他

- ・ 8つの公立大学病院が評価の仕組みに加入した理由は、公立大学病院には医療安全をとりまとめる基盤がなく、特定機能病院間のピアレビューの実施が困難であったためである。その中で、ピアレビューと合わせて相互評価もやりましょうという話をした。
- ・ ピアレビューには医療法で定められている基本的な医療安全に関する項目が盛り込ま

- れている。ピアレビューのワーキンググループでは、項目を検討し、変更もしている。
- ・ 高難度新規医療での患者のモニタリングなどのフォローアップ期間については、推奨期間は設けていないが、ほとんどの病院で退院時よりは長いフォローアップをしている。

以上

国立病院機構 インタビュー記録

日 時：2021年11月11日（木）10:30～11:30

場 所：国立病院機構本部

インタビュー：国立病院機構本部医療部サービス・安全課 課長、看護専門職、安全対策調整職

インタビュアー：研究分担者3名

1. 組織体制について

- 国立病院機構（以下「機構」という）の病院数は140病院である。病院を地域によって6つ（北海道東北、関東信越、東北北陸、近畿、中国四国、九州）のグループに分け、本部及びグループにより病院支援を実施している。
- いわゆる診療報酬における医療安全地域連携加算の要件である相互評価の実施については、施設基準等に基づき、各病院と地域の病院等により実施しているが、当機構が別途実施している病院間医療安全相互チェック（以下「相互チェック」という。）については、国立病院機構本部医療部サービス・安全課が所管している。

2. 相互評価に関する概要について

- 診療報酬において「医療安全対策地域連携加算」が新設される前までの当機構の相互チェックについて

当機構の第2中期計画において、「各病院の医療安全対策の現状について、評価を実施し、医療安全対策の質の均一化を図り、もって医療安全対策の質の向上を図る」という方針を掲げ、数年の試行期間を経て、病院間での医療安全相互チェックを実施する体制の構築を進め、全病院による相互チェックを平成25年度より3年1巡で本格的に実施し、平成30年度までに二巡（二巡目については、同機能病院の組合せ）した。なお、この際に用いたチェックシートについては、主として一般（急性期）向けであり、医療安全管理体制の整備やケアプロセスに着目とした医療安全管理体制を中心としている。

これらの機構の取組を参考にして、平成30年度より「医療安全対策地域連携加算」が新設され、これに基づく相互チェックについては、施設基準等により、各病院が地域の病院等と実施している。なお、当該加算の要件である相互評価で用いる際に参考とするよう、直近ではチェックシート（共通版）を令和元年度に各病院へ周知している。

- 診療報酬において「医療安全対策地域連携加算」が新設された後の当機構の相互チェックについて

当機構はセーフティネット分野の医療を推進していくことが重要な役割の一つであるため、当該分野の医療安全に係る評価方法、評価項目の標準化や精微化を行う観点から、当該セーフティネット分野（重症心身障害、神経筋難病、精神科医療）（以下「セーフティネット分野」という。）の病院を対象として、従前のチェックシートにセーフティネット分野に特化したチェック項目を盛り込んだチェックシートへと見直し、令和元年度から実施することとした。

また、セーフティネット分野以外の病院においては、診療報酬に基づく相互チェックが実施されていることに鑑み、手上げにより、発生頻度が高く重症化のリスクの高い転倒・転落の防止策なお医療事故件数の多い項目のうち、相互チェックに馴染みやすいものとし、よりケアプロセスに着眼した相互チェックへと見直し実施している。これらについては、令和元年度より実施しているが、令和2年度は新型コロナウイルス

ス感染症の感染状況等を踏まえ、実施を見送り、各病院において、チェックシートを用いた自己チェックを促した。

セーフティネット分野については、原則として3病院ずつのグループを作成し、1年に1病院のチェックを実施し、計3回実施（3年で一巡する仕組み）している。チェックを円滑に実施するために日程調整等を行う幹事病院をグループごとに1病院を決めている。なお、チェックシートは、「重症心障害」「神経筋難病」「精神科医療」の3種類を病院機能により使い分けている。

重点課題分野については、毎年度、参加希望病院を募り、実施期間は1年間とし、原則として1グループ3病院でチェックを実施している。チェックを円滑に実施するために日程調整等を行う幹事病院をグループごとに1病院を決めている。なお、チェックシートは、令和元年度は「転倒転落防止策」のみを使用し、令和2年度以降は、「食事中の窒息予防」「急性肺血栓塞栓症予防」「ハイリスク薬の取扱い（持参薬の取扱いを含む）」の3種類を含めた4種類を使用している。

3. チェックシートについて

- ・ 各項目は、○、×、NA（非該当）のいずれかで評価する。
- ・ チェック項目に留め、評価基準を明確に提示しているわけではない。評価者のトレーニング（評価視点等）はできていないがなかなか難しい。なお、評価項目については、参加病院へのアンケートで意見を聞き、必要に応じて見直している。

4. 評価の実際

- ・ 当機構の相互チェックは、令和元年度までは対面で実施していたが、新型コロナウイルス感染症の感染状況等も踏まえ、令和3年度においては全ての病院オンラインで実施している。オンラインではテレビ会議システムを活用した「オンラインによるテーマを絞ったディスカッション」とし、各チェックシート用いたディスカッションテーマの他、この機会を捉え、各病院直近の課題等（新型コロナウイルス感染対策や医療事故に係る警鐘的事例）をディスカッションテーマに加えた。また、従前の相互チェックにおいて指摘された事項の改善報告も必要に応じて実施している。
- ・ 講評は、相互チェック当日に概要の総括を行い、チェックを実施した病院は、チェック実施後1か月以内に提言報告書に提言事項を数ページにまとめ、チェックを受けた病院とオブザーバー病院へ報告し、その後、チェックを受けた病院は、3か月以内に指摘に対する改善等を実施し、改善報告書によりチェックを実施した病院及びオブザーバー病院へ報告する。なお、これらの報告書については、6つのグループを通じて機構本部へ報告する仕組みとなっている。
- ・ 機構本部に提出された改善報告書により、機構本部では好事例を数事例選出し、フィードバックしている。
- ・ 相互チェックの効果測定については、実施していない。

5. 課題

- ・ オンラインでの評価の実施にあたり、ネット環境の問題が生じた場合があった。
- ・ オンラインでの評価については、今後課題を抽出して対面に戻すかオンラインのやり方を改善するかを検討する。
- ・ 他のグループの評価結果を組織全体で共有する場はない。
- ・ 評価基準の明確化、厳密化によって、より医療安全体制の均質化を図ることは必要だと思う。

以上

日本私立医科大学協会 インタビュー記録

日 時：2021年11月11日（木）13:30～14:30

場 所：一般社団法人 日本私立医科大学協会（私学会館別館）

インタビュー：日本私立医科大学協会 医療安全・感染対策委員会委員長、医療安全連絡会議委員長、総務課長、課長補佐、事務局員

インタビュアー：研究代表者・分担者4名

1. 病院の組織体制について

- ・ 日本私立医科大学協会加盟の29大学79病院（本院29病院、分院50病院）、ナショナルセンター7病院、聖路加国際病院。
- ・ 特定機能病院は、施設要件により、毎年ピアレビューを実施し、この結果を厚生労働省に報告する必要がある。報告とりまとめ機関は、現状では1本化されていない。国立、私立の2本構造であり、前者に防衛医科大学附属病院、公立8病院が加わり、後者にナショナルセンター7病院、聖路加国際病院が加わっている。
- ・ 平成29年度のみ、本院の相互ラウンドに公立大学附属病院4病院が参加。札幌医科大学附属病院、福島県立医科大学附属病院、横浜市立大学附属病院、名古屋市立大学病院。
- ・ 加盟病院の医療安全対策地域連携加算の取得状況は、対象となる50病院に対して、加算1が40病院、加算2が5病院（特定機能病院は、そもそも加算の対象外）。
- ・ 本院の相互評価は、加盟大学病院本院29病院＋ナショナルセンター、聖路加国際病院間でペアを組んでいる。分院の相互評価は、加盟大学病院分院50病院間でペアを組んでいる。ペアは毎年変更している。
- ・ 相互評価の運営に関わるのは、医療安全連絡会議として、加盟大学病院の医療安全管理部門所属の医療従事者と協会事務局。

2. 評価票について

- ・ 平成14年度より協会内に医療安全対策委員会が発足され、医療事故発生を未然に防ぐ取組みの一環として、自己評価票の作成と相互チェックを実施するようになった。
- ・ 本院の相互ラウンドは平成18年度から実施、分院の相互ラウンドも平成19年度から試行的に実施していたため、加算が付く以前から評価票の運用はしていた。
- ・ 評価票の作成は、医療安全連絡会議で選出された運営委員を中心とした運営委員会によって行っている。
- ・ 当初、評価票の作成にあたっては、日本医療機能評価機構の「病院機能評価 機能種別版評価項目」をベースに、厚生労働省の「特定機能病院の立入検査 現場検査チェックリスト」や東京都福祉保健局の「病院自主管理チェックリスト」などを参考に現状に即したものとした。
- ・ 相互評価の加算（分院）やピアレビュー（本院）義務化に伴い、本院用評価票の作成にあたっては、国立大学病院長会議の「特定機能病院間相互のピアレビュー自己チェックシート」を参考とし、分院用には特定機能病院の承認要件を除いた形で作成した。私立の良いところ、特徴を考慮して作成している。
- ・ 自己評価票は、毎年1～2月頃実施している運営委員会（委員15人程度）において、内容を精査・検討し、改訂している。項目は各分野の専門性を考えて、委員が前年度の回答結果を考慮して内容を検討し、作成している。また、回答にばらつきが大きい項目は質問内容が適切か検討している。

- ・ 本院（特定機能病院）と分院では評価項目を変えて運用している。本院用は法定の評価項目以外も医療安全に関する項目を網羅的に設定している。
- ・ 各項目の評価は、ある・ない・その他の3択を採用しており、自由記載欄を多数設けている。
- ・ 評価項目の中で重視しているものとして、スタッフの意識向上の状態に関するモニタリング・安全管理のための研修などチーム医療に関する項目と技術的助言がなされる項目がある。また、本院用の自己評価票ではⅢb以上事象等の日本医療機能評価機構への報告数も重要視している。

3. 評価の実際

- ・ 原則1病院対1病院（本院同士、分院同士）の相互評価を実施しているが、登録病院数が奇数になった場合などは複数の病院による評価となる。
- ・ 相互評価の実施概要を作成しており、実施方法について示している。令和2年度は相互に訪問するピアレビューは原則中止とし、自己評価票の交換による確認、質問またはオンラインによる相互評価を実施した。
- ・ もともと予定していた実施方法は、自己評価票による自己評価と自己評価票に基づく現場確認を行うというものであり、訪問人数は3~5人が目安としており、医師、看護師、薬剤師、事務部門等が対応している。
- ・ 訪問前に、自己評価票とは別に質問票を準備、または見学したい部署を連絡して、ラウンドすることになっている。
- ・ 受入側病院は、事前の質問票や見学希望部署に合わせて対応可能な関連職種を確保してもらっている。
- ・ 事前調整では、日程や段取りを確認し、相互評価の当日はおよそ半日（13時から17時までが基本）で評価を実施する。コロナ禍の直前では、半日で時間が足りないとの意見もあり、令和元年度は10時から17時と時間を延長したが、新型コロナウイルス感染拡大防止のため令和2年度より原則書面のやり取りのみに変更となった。
- ・ 自己評価票、相互評価の実施報告書（技術的助言等と対応案、ベストプラクティスなどを含む）、関連資料は相互評価終了後4週間以内に協会事務局に提出される。
- ・ 分院で実施している相互評価の結果（自己評価と確認事項・質問事項）は相互評価終了後4週間以内に協会事務局に提出される。
- ・ 相互評価で指摘を受けた事項の改善状況の確認については、技術的助言に関する項目において確認している。
- ・ 自己評価票の重要な改定があった際には、実施概要の変更やQ&Aなどで対応している。
- ・ 令和3年度改訂では、回答について従来のチェックを入れる形式から、統計上の利便性向上のため番号選択形式に変更した。
- ・ 評価方法についての研修は実施していないが、内容については年1回「医療安全相互ラウンド実施報告会」で共有している。
- ・ 本院及びナショナルセンター等で実施した相互評価の結果については、令和3年度より集計を外部業者に委託する。
- ・ 提出された自己評価票の結果の中から、医療安全相互ラウンド実施報告会で報告するために好事例を運営委員会において協議・選定し、病院には追加の資料がある場合は依頼する。
- ・ 結果のとりまとめは、報告書として各病院にフィードバックしている。
- ・ 相互評価の結果は、当該病院には直接伝えられ、全体への周知が必要な内容については匿名化して医療安全連絡会議で報告されている。相互立入りの際の指摘事項である技術

的助言については、内容及び実施状況について、医療法に基づく立入検査の際に報告して確認を受けている。

4. 課題

- ・ 病院間で行う評価なので、立入検査の内容や機能評価とも違う評価軸も持つことが必要だと考えている。
- ・ 評価の基準についてはまだ定まっておらず、コロナ禍で直接訪問ができないこともあり、評価者の訓練の機会がないと感じている。
- ・ 感染対策の相互評価では、専門チームが訪問しての評価を行っており、評価の標準化が出来ているが、医療安全対策については、評価項目や評価軸の検討を進めている段階であり、内容が確定した後に標準化を予定している。
- ・ 本院については、国立大学附属病院と特定機能病院間ピアレビューを統一するということも検討しているが、相互にオブザーバー参加をした後に検討する必要があるため、現在はそれぞれでピアレビューを実施している。
- ・ 私立大学は、医療上必要な事項に迅速に対応できるという点で、予算で動く国立大学よりも小回りが利いている。例えば法令上の要件ではない、医療安全管理部門への臨床工学技士の配置は、多くの私立大学で実施されているが国立ではほとんど行われていない。その反面、法令で定められた人員配置などについて予算が付くわけではないため、日々の経営努力が必要である。
- ・ 義務付けられている評価等は共通で実施することで負担を減らすことができる。その上でそれぞれが力を入れている点について、選択肢形式を減らして自由記載を多くするなどの工夫ができると考えている。

5. その他

- ・ 来年度は、実際に訪問しての相互評価を再開したいと考えている。
- ・ 分院においても本院に準じた評価項目を取り入れることで、更なる医療安全レベルの向上を図っていくことが重要であると考えている。
- ・ 相互評価を始めた当初はできていない点も多かったが、相互評価を実施する中で改善が見られている。ただ、監査・摘発目的ではないので、形式を満たしているかに留まる確認事項もある。

以上

労働者健康安全機構 インタビュー記録

日 時：2021年11月15日（月）13:30～14:30

場 所：Zoom

インタビュイー：独立行政法人労働者健康安全機構 医療企画部担当理事、医療企画部長、医療安全対策課長、医療安全対策推進班長

インタビュアー：研究分担者5名

1. 組織体制について

- ・ 会員病院は、労災病院 29 病院、医療リハビリテーションセンター1 病院、せき損センター2 病院。
- ・ 加算 1 が 31 病院、加算 2 が 1 病院。

2. 相互評価に関する概要について

- ・ 機構としては、平成 16 年に医療安全に関する指針を出しているが、それ以前から北陸の会員病院 3 病院で自主的に実施していた相互評価の取り組みがあり、平成 18 年に全国に広げていった。
- ・ 機構独自の相互チェックの組み合わせについては、相互チェック開始当初から、基本は近隣の会員病院同士 2～3 病院で 1 グループの固定している。
- ・ 加算の要件である相互評価については、基本は近隣の病院同士で基本は会員病院同士だが、非会員病院も含んだ組み合わせもある。
- ・ 自己点検のためのチェックシート、グループ内での（相互評価による）相互チェックから構成されている。相互チェックを医療安全地域連携加算に用いるか否かは病院の判断による。用いない場合には、どのような調査票を用いるかは本部として把握していない。

3. 評価票について

- ・ 医療安全チェックシートについては、第 1 版を平成 17 年に作成した。直近の改定版は平成 26 年に作成している。
- ・ 従来、診療報酬改定に合わせてチェックシートの改定をしており、機構本部が担っている。チェックシートに合わせて「医療安全チェックシート解説書」の改定もしているが、解説書にはチェック項目の変更がなくても診療報酬の変更点のお知らせなども入れているため、改定時期が異なる。
- ・ 各チェック項目は、yes/no の 2 択で回答する形式で、解説書にはチェック項目のすべてが出来ている場合に限り yes をつけることになっている。
- ・ 相互チェックでは、テーマに沿って各病院が気になった点（チェックしたいと考えた部署や体制）についてチェックするチェックリストをグループ別に独自に作成している。
- ・ 相互チェック用チェックリストの作成方法や項目は各病院に任せているが、令和 2 年度より機構として基本となる共通テーマを設定している。病院は共通テーマと各自で設定したテーマを合わせて実施している。
- ・ 令和 2 年度の共通テーマはインシデントレポートが多いものから、「MRI における吸着事故のチェック」、「病棟在庫薬のチェックの仕方」、「DNAR の説明と同意」とした。令和 2 年度はコロナ禍で各病院がチェックリストに手が回らなかったため、チェックリスト作成も本部でした。
- ・ 過去のチェックリストは本部で収集・保管しているので、求めに応じて各グループに参

考資料として提供をしている。

- ・ テーマとしては、医薬品関連、転倒・転落、タイムアウトなど多岐にわたる。患者の入院から退院までの一連の項目を網羅したチェックリストなどもあった。
- ・ 医療安全チェックシートの役割として、医療安全管理者が数年毎に替わるような場合に、医療安全管理者としてどのような事例に注意しなければならないのか明らかにすること、点検と気づきの機能を有すると考えている。

4. 評価の実際

- ・ 実施方法及び手順、実施体制については、詳細は定めていないが大筋については実施要領で定めている。
- ・ チェックシートを用いて、年に2回の自己点検を行い、自院の問題点を抽出している。自己点検の結果は本部でも収集している。
- ・ 現在、評価を行うための研修や教育ツールはない。
- ・ 自己点検の後に、ペアグループの医療安全管理者同士で相談し、相互チェックのテーマを決定している。テーマに沿って、独自に作成した相互チェック用チェックリストに基づいて、評価を行っている。作成された相互チェックのチェックリストは本部でも収集している。
- ・ 訪問評価について、評価側は4~5人で訪問し、受け入れ側は医療安全管理者と医事課長がメインの案内を務め、各部署で関係職種が対応している。院長と看護部長は最初の挨拶や講評に出席する。
- ・ 相互チェックの結果は当日に講評(30分程度)があり、チェックを受けた病院に報告書で送られ、指摘に対して改善策が作成される。それら、相互チェック全体については、本部でも収集している。
- ・ 収集された相互チェックの結果は、一般には公開していないが、機構の全国病院長会議や看護部長会議で提言と改善事例の報告をしている。

5. 課題

- ・ 機構がホームページ上で公開しているチェックシートの評価結果では、達成度がかなり高い。チェック項目のすべてができていなければ達成にならないはずだが、noはつけにくい現状があるように感じる。yes/noのチェック方法の改定については、検討している。
- ・ 今後、医療安全チェックシートの項目の充実を図っていきたいが、ただ増やすのでは限界がないので、検討が必要だと考えている。
- ・ 相互チェックは、令和2年度はコロナ禍でレポートベースでの実施となったため、評価の難しい点があった。実際に訪問して気が付くことも多いという意見がある。
- ・ もともと始めたきっかけも自発的であり、相互チェックに対するやる気は高かったが、時間が経って少し形骸化してきたように感じる。
- ・ 医療機能評価機構の病院評価の解説は分かりやすいので、相互チェックの評価の仕方の本などがあれば有用だと思う。

6. その他

- ・ コロナ禍で相互チェックの空間的制限がなくなった(オンライン実施の場合)ので、従来とは異なる組み合わせも検討できるかもしれない。
- ・ 機構として、医療安全管理者の研修は、厚生労働省が要求する40時間に追加して研修や会議を実施している。

- ・ 自己評価と他社評価の違いが生じることはあるが、指摘されることに対してこれまでにトラブルが生じたということは聞かない。
- ・ 相互チェックの病院の組み合わせを固定していることの利点として、課題の指摘を遠慮なく言えるということがあると思う。
- ・ 加算がついたことで、加算という明確な目的があると、地域の医療機関との連携がやりやすくなった。

以上

資料8

病院・団体を対象とした相互評価の評価表と教育プログラムのインタビュー結果のまとめ						
団体名(病院)	南大阪医療安全ネットワーク(ベルランド総合病院)		国立大学附属病院長会議(大阪大学医学部附属病院)	国立病院機構	私立医科大学協会	労働者健康安全機構
所在地	大阪府堺市		大阪府吹田市	東京都目黒区	東京都千代田区	神奈川県川崎市
インタビュー実施日	2021/10/28		2021/11/10	2021/11/10	2021/11/11	2021/11/15
実施形態	Zoom		Zoom	訪問	訪問	Zoom
評価表の作成経緯	作成の目的	<ul style="list-style-type: none"> 評価票を作成することで、加算2病院や同ネットワークの病院が地域連携加算をスムーズに導入できるようにした。 	<ul style="list-style-type: none"> 評価票の目的は、その時々推奨する医療安全上の取組みについて、調査すること。 相互評価による調査と調査の翌年に実施している改善状況調査により、改善を確認している。 	<ul style="list-style-type: none"> 国立病院機構の第2中期計画において、「各病院の医療安全対策の現状について、評価を実施し、医療安全対策の質の均一化を図り、もって医療安全対策の質の向上を図る」という方針を掲げ、数年の試行期間を経て、病院間での医療安全相互チェックを実施する体制の構築を進め、全病院による相互チェックを平成25年度より3年1巡で本格的に実施し、平成30年度までに二巡(二巡目については、同機能病院の組合せ)した。なお、この際に用いたチェックシートについては、主として一般(急性期)向けであり、医療安全管理体制の整備やケアプロセスに着目とした医療安全管理体制を中心としている。 	<ul style="list-style-type: none"> 平成14年度より協会内に医療安全対策委員会が発足され、医療事故発生を未然に防ぐ取組みの一環として、自己評価票の作成と相互チェックを実施するようになった。 患院の相互ラウンドは平成18年度から実施、分院の相互ラウンドも平成19年度から試行的に実施していたため、加算が付く以前から評価票の運用はしていた。 	<ul style="list-style-type: none"> 機構として平成16年に医療安全に関する指針を出しているが、それ以前から北陸の会員病院3病院で自主的に実施していた相互評価の取り組みがあり、平成18年に全国に広げていった。
	作成メンバー等	<ul style="list-style-type: none"> 評価票の叩き台をベルランド総合病院の医療安全管理担当者が作成し、相互評価の幹事病院の医療安全管理者で内容をチェックし完成させた。 	<ul style="list-style-type: none"> 重点項目の内容はワーキンググループにて決定している。ワーキンググループには事務局と会員病院から合わせて20人ほどが参加している。 重点項目のテーマが確定した後、事務局が評価項目のたたき台を作成し、ワーキンググループで検討している。 		<ul style="list-style-type: none"> 評価票の作成は、医療安全連絡会議で選出された運営委員を中心とした運営委員会によって行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 相互チェック用チェックリストの作成方法や項目は各病院に任せているが、令和2年度より機構として基本となる共通テーマを設定している。病院は共通テーマと各自で設定したテーマを合わせて実施している。 令和2年度の共通テーマはインシデントレポートが多いものから、「MRIにおける吸着事故のチェック」、「病棟在庫薬のチェックの仕方」、「DNARの説明と同意」とした。令和2年度はコロナ禍で各病院がチェックリストに手が回らなかったため、チェックリスト作成も本部でした。

団体名(病院)	南大阪医療安全ネットワーク(ベルランド総合病院)	国立大学附属病院長会議(大阪大学医学部附属病院)	国立病院機構	私立医科大学協会	労働者健康安全機構
作成時の参考資料	・評価項目は、保健所での監査項目(医療法)と、施設基準で満たすべき項目を参考に、約50項目を作成した。近畿大学の辰巳教授より大学院間の相互評価で使用している評価項目を提供していただいたが、加算2病院にはハードルが高い項目が多く、取り入れた項目はほとんど無かった。	・重点項目の決定、評価票の策定ともに、海外も含む最新の知見を反映するようにしている。		・当初、評価票の作成にあたっては、日本医療機能評価機構の「病院機能評価 機能種別版評価項目」をベースに、厚生労働省の「特定機能病院の立入検査 現場検査チェックリスト」や東京都福祉保健局の「病院自主管理チェックリスト」などを参考に現状に即したものとした。	・過去のチェックリストは本部で収集・保管しているので、求めに応じて各グループに参考資料として提供をしている。
評価項目の考え方、構成、特徴等	・加算1病院用と加算2病院用の2種類を作成した。両者は加算の施設基準に係わる項目が異なるほか、該当する病院のみが使用する項目(オプション項目)として、加算1病院の評価票には臨床研修病院に求められる患者相談窓口の設置に関する項目が追加されている。 ・評価は点数化しない。選択肢は、はい、いいえ、本年度はなし、助言を依頼します等。仕組みの有無は確認できるが、運用面を確認できるような選択肢にはなっていない。各項目にコメント欄があり、現状や課題を記載し、外部評価者に助言を得られるようにしている。	・項目数はテーマによって異なり、最初から決めているわけではない。 ・評価項目はほとんどが選択制で、訪問時の評価項目には自由記載が多めである。量的なレベル判定を主眼とした評価票設計はしていない。 ・団体として、独自に医療安全の向上を目的に活動しており、その時代ごとに重点科目を設定している。 ・重点項目については、国立大学、公立大学で共通の課題を検討し、準備はだいぶ前からしている。	・国立病院機構はセーフティネット分野の医療を推進していくことが重要な役割の一つであるため、当該分野の医療安全に係る評価方法、評価項目の標準化や精緻化を行う観点から、当該セーフティネット分野(重症心身障害、神経筋難病、精神科医療)(以下「セーフティネット分野」という。)の病院を対象として、従前のチェックシートにセーフティネット分野に特化したチェック項目を盛り込んだチェックシートへと見直し、令和元年度から実施することとした。 ・チェックシートの各項目は、○、×、NA(非該当)のいずれかで評価する。チェック項目に留め、評価基準を明確に提示しているわけではない。評価者のトレーニング(評価視点等)はできていないがなかなか難しい。なお、評価項目については、参加病院へのアンケートで意見を聞き、必要に応じて見直ししている。	・相互評価の加算(分院)やピアレビュー(本院)義務化に伴い、本院用評価票の作成にあたっては、国立大学病院長会議の「特定機能病院間相互のピアレビュー自己チェックシート」を参考とし、分院用には特定機能病院の承認要件を除いた形で作成した。私立の良いところ、特徴を考慮して作成している。 ・圏院(特定機能病院)と分院では評価項目を変えて運用している。本院用は法定の評価項目以外も医療安全に関する項目を網羅的に設定している。 ・各項目の評価は、ある・ない・その他の3択を採用しており、自由記載欄を多数設けている。 ・評価項目の中で重視しているものとして、スタッフの意識向上の状態に関するモニタリング・安全管理のための研修などチーム医療に関する項目と技術的助言がなされる項目がある。また、本院用の自己評価票ではIIIb以上事象等の日本医療機能評価機構への報告数も重要視している。	・自己点検のためのチェックシート、グループ内での(相互評価による)相互チェックから構成されている。相互チェックを医療安全地域連携加算に用いるか否かは病院の判断による。用いない場合には、どのような調査票を用いるかは本部として把握していない。 ・各チェック項目は、yes/noの2択で回答する形式で、解説書にはチェック項目のすべてが出来る場合に限りyesをつけることになっている。 ・相互チェックでは、テーマに沿って各病院が気になった点(チェックしたいと考えた部署や体制)についてチェックするチェックリストをグループ別に独自に作成している。 ・ローマとしては、医薬品関連、転倒・転落、タイムアウトなど多岐にわたる。患者の入院から退院までの一連の項目を網羅したチェックリストなどもあった。
評価の実際	・相互評価を実施する病院の組み合わせは、原則として毎年同じである。 ・圏ネットワーク内で、相互評価の相手を手回しすることは検討していない。各病院は、相互評価がマンネリ化する恐れはあるものの、毎回同じ相手である方が安心できると考えるだろう。	・相互評価の病院組み合わせは事務局が決定しており、過去5年間に組んでいない病院間で設定している。 ・組み合わせは1対1だが、評価する病院と評価を受ける病院が同じではないようにしている。	・セーフティネット分野については、原則として3病院ずつのグループを作成し、1年に1病院のチェックを実施し、計3回実施(3年で一巡する仕組み)している。 ・重点課題分野については、毎年度、参加希望病院を募り、実施期間は1年間とし、原則として1グループ3病院でチェックを実施している。	・加盟病院の医療安全対策地域連携加算の取得状況は、対象となる50病院に対して、加算1が40病院、加算2が5病院(特定機能病院は、そもそも加算の対象外)。 ・医学病院本院の相互評価は、加盟大学病院本院29病院+ナショナルセンター、聖路加国際病院間でベアを組んでいる。大学病院分院の相互評価は、加盟大学病院分院50病院間でベアを組んでいる。ベアは毎年変更している。 ・原則1病院対1病院(本院同士、分院同士)の相互評価を実施しているが、登録病院数が奇数になった場合などは複数の病院による評価となる。	・機構独自の相互チェックの組み合わせについては、相互チェック開始当初から、基本は近隣の会員病院同士2~3病院で1グループの固定している。
想定している相互評価実施形態、スケジュールの規定等	・コロナ前は相手病院を訪問していたが、コロナ以降はZoomを使用している。 ・コロナ前のやり方は次の通り。 ①病院間でメールや電話を使用して日程等を打ち合わせる。 ②病院で自己評価し、自己評価の結果を相手病院へメールで送る。 ③評価項目以外の内容も含め、事前に相手病院へ質問事項を伝える。 ④日の流れは次の通りであり、約半日で終わる。 ⑤議室で評価項目について確認する。 ⑥部署を訪問(ラウンド)する。Good Job報告をした部署や、報告が少ないため刺激を与えたい部署、新任の安全管理責任者が興味のある部署等を訪問する。 ⑦評価を相手病院に伝える。 ⑧相手病院の評価結果をまとめ、評価シートに相手病院へのコメントを記載し、相手病院へ送る。他に質問事項や助言を目的とした情報提供の資料等があれば、一緒に送付する。 ⑨年の相互評価の際に、講評の際に指摘した事項等の改善状況を確認する。 ・コロナ以後のやり方は次の通り ①事前打ち合わせ、自己評価、相手病院の自己評価の確認と質問事項の送付などのやり方、内容はコロナ前と同じ。 ②相互評価の当日の議論はZoomで行い、相手病院を訪問することはない。	・特定機能病院の承認要件であるピアレビューと、2年ごとにテーマを決める重点項目の相互評価の2本立てとなっている。 ・訪問時の部署訪問については、テーマによって事務局が指定している。 ・評価に係る所要時間は、半日程度。午前中は書類審査、午後は部署訪問のような形式をとっている。 ・同日に、ピアレビューも実施しており、各担当者が平行してピアレビューと相互評価を実施している。 ・講評は当日、30分程度準備の後、口頭で実施している。後日、報告書をA4で2ページ程度にまとめ、評価を受けた病院と事務局宛に送っている。	・相互チェックは、令和元年度までは対面で実施していたが、新型コロナウイルス感染症の感染状況等も踏まえ、令和3年度においては全ての病院オンラインで実施している。 ・オンラインではテレビ会議システムを活用した「オンラインによるテーマを絞ったディスカッション」とし、各チェックシート用いたディスカッションテーマの他、この機会を捉え、各病院直近の課題等(新型コロナウイルス感染対策や医療事故に係る警鐘的事例)をディスカッションテーマに加えた。また、従前の相互チェックにおいて指摘された事項の改善報告も必要に応じて実施している。 ・講評は、相互チェック当日に概要の総括を行い、チェックを実施した病院は、チェック実施後1か月以内に提言報告書に提言事項を数ページにまとめ、チェックを受けた病院とオブザーバー病院へ報告している。	・相互評価の実施概要を作成しており、実施方法について示している。令和2年度は相互に訪問するピアレビューは原則中止とし、自己評価票の交換による確認、質問またはオンラインによる相互評価を実施した。 ・医学病院本院の相互評価は、加盟大学病院本院29病院+ナショナルセンター、聖路加国際病院間でベアを組んでいる。大学病院分院の相互評価は、加盟大学病院分院50病院間でベアを組んでいる。ベアは毎年変更している。 ・原則1病院対1病院(本院同士、分院同士)の相互評価を実施しているが、登録病院数が奇数になった場合などは複数の病院による評価となる。	・チェックシートを用いて、年に2回の自己点検を行い、自院の問題点を抽出している。自己点検の結果は本部でも収集している。 ・訪問評価について、評価側は4~5人で訪問し、受け入れ側は医療安全管理者と医事課長がメインの案内を務め、各部署で関係職種が対応している。院長と看護部長は最初の挨拶や講評に出席する。 ・相互チェックの結果は当日に講評(30分程度)があり、チェックを受けた病院に報告書で送られ、指摘に対して改善策が作成される。それら、相互チェック全体については、本部でも収集している。
評価表(項目)の改定時期	・評価項目の改訂は予定していない。今後は、特定機能病院や臨床研修病院に求められるレベルの内容についても評価できるように、オプション項目を追加することは考えられる。	・医療安全に関する基本項目はおおよそどの病院も必要な対策は確保できたため、廃止した。現在は、重点項目だけの評価である。		・自己評価票は、毎年1~2月頃に実施している運営委員会(委員16人程度)において、内容を精査・検討し、改訂している。項目は各分野の専門性を考えて、委員が前年度の回答結果を考慮して内容を検討し、作成している。また、回答にばらつきが大きい項目は質問内容が適切か検討している。	・臨床、診療報酬改定に合わせてチェックシートの改定をしており、機構本部が担っている。チェックシートに合わせて「医療安全チェックシート解説書」の改定もしているが、解説書にはチェック項目の変更がなくても診療報酬の変更点のお知らせなども入れているため、改定時期が異なる。
想定している評価表の使用法、考え方の周知方法	・相互評価開始時に研修会を開き、現場で実績を確認する方法など、評価票の使用法や、評価の実施方法を教育した。その後同様の研修会は開催していない。各病院の中で伝達講習をしていると思われる。加算1病院と加算2病院の間の相互評価で困っている内容をもとに同ネットワークの研修会の内容を定めることがある。加算1病院同士の相互評価で困ることはあまりない。		・加算の要件である相互評価で用いる際に参考とするよう、直近ではチェックシート(共通版)を令和元年度に各病院へ周知している。	・自己評価票の重要な改定があった際には、実施概要の変更やQ&Aなどで対応している。	・実施方法及び手順、実施体制については、詳細は定めていないが大筋については実施要領で定めている。
評価方法についての研修の実施状況	・自己評価、他者評価に関する規定は無く、定期的な研修は実施していない。	・評価者のトレーニングは、特に実施していないが、テーマによって、問題意識を持った関連する人員が訪問ようにしている。		・評価方法についての研修は実施していないが、内容については年1回「医療安全相互ラウンド実施報告会」で共有している。	・現在、評価を行うための研修や教育ツールはない。

団体名(病院)	南大阪医療安全ネットワーク(ベルランド総合病院)	国立大学附属病院長会議(大阪大学医学部附属病院)	国立病院機構	私立医科大学協会	労働者健康安全機構
相互評価の 情報収集	相互評価の方法や結果の収集、フィードバック ・同ネットワーク内で、自己評価と外部評価の結果、外部評価を行った病院の意見等は共有していない。相互評価を行う病院同士は、個別にお互いの評価結果を共有しているが、他の病院はその情報を閲覧できない。医療安全の内容は機微に触れるため、広く共有するのが難しい。改善に繋げるためには、今後評価結果の共有なども必要かもしれない。	相互評価で得られた知見の共有について、好事例は追加の資料も併せてグッドプラクティスとして報告書に載せている。 ・悪い事例については、匿名化して報告書で注意喚起の提言はしている。	・チェックを受けた病院は、3か月以内に指摘に対する改善等を実施し、改善報告書によりチェックを実施した病院及びオペレーターへ報告する。なお、これらの報告書については、6つのグループを通じて機構本部へ報告する仕組みとなっている。 ・機構本部に提出された改善報告書により、機構本部では好事例を数事例選出し、フィードバックしている。 ・相互チェックの効果測定については、実施していない。 ・他のグループの評価結果を組織全体で共有する場はない。	・自己評価票、相互評価の実施報告書(技術的助言等対応案、ベストプラクティスなどを含む)、関連資料は相互評価終了後4週間以内に協会事務局に提出される。 ・病院で実施している相互評価の結果(自己評価と確認事項・質問事項)は相互評価終了後4週間以内に協会事務局に提出される。 ・結果のとりまとめは、報告書として各病院にフィードバックしている。 ・相互評価の結果は、当該病院には直接伝えられ、全体への周知が必要な内容については匿名化して医療安全連絡会議で報告されている。	・自己点検の後に、ペアグループの医療安全管理者同士で相談し、相互チェックのテーマを決定している。テーマに沿って、独自に作成した相互チェック用チェックリストに基づいて、評価を行っている。作成された相互チェックのチェックリストは本部でも収集している。 ・収集された相互チェックの結果は、一般には公開していないが、機構の全国病院長会議や看護部長会議で提言と改善事例の報告をしている。
その他	課題と展望 ・有病連携がある程度ある病院同士であれば、安全のみならず感染でのアドバイス、連携バスの作成などにも発展するので、そういった組み合わせが良いと思う。ただし、同じ病院同士の相互評価はマンネリ化するほか、相手病院の組織の弱点はそう変わるものも無いため、相互評価を繰り返していると閉塞感が出てくることも否めない。 ・急性期病院は加算1、亜急性・療養は加算2を取得するケースが殆どである。両者は、発生する事故の内容やマンパワー、安全のための予算等に差がある。加算1病院の助言は、加算2病院の参考になっていると思うが、加算2病院で実際に助言通りに行うのは難しいと言われることが多い。 ・当初作成した評価項目 (Version 1) は、おおよその項目も達成されるようになってきた。現在は、徐々にフリーの項目(病院間で自由に設定する項目)が増えてきている。大学院や臨床研修病院に求められる項目や、病院機能評価に近いものを目指したいが、加算2病院には負担が大き過ぎるため悩んでいる。加算2病院の評価項目は、当面は変更しないかもしれない。	・業務量は多く、報告書の作成に係る負担も大きい。個人のスキルと事務局のマンパワーに依存している点も多い。 ・因学病院の医療安全に対する意識として、重点項目に挙げた内容についてはかなり改善がなされており、相互評価の寄与は大きいと考えている。 ・むとも国立大学病院だけで実施していたところに、8つの公立大学病院が加わって、当初は公立大学病院のやり方を意識していたが、大きなトラブルはなかった。 ・私学大学病院との統一については、現在のシステムの中ではマンパワー不足もあり困難であると認識している。また、評価の構成、コンセプトも異なる中でそのすり合わせも含めて、すぐの実現は難しいと思う。	・オンラインでの評価の実施にあたり、ネット環境の問題が生じた場合があった。 ・オンラインでの評価については、今後課題を抽出して対面に戻すかオンラインのやり方を改善するかを検討する。 ・評価基準の明確化、厳密化によって、より医療安全体制の均質化を図ることは必要だと思う。	・病院間で行う評価なので、立入検査の内容や機能評価とも違う評価軸も持つことが必要だと考えている。 ・評価の基準についてはまだ定まっておらず、コロナ禍で直接訪問ができないこともあり、評価者の訓練の機会がないと感じている。 ・業務付けられている評価等は共通で実施することで負担を減らすことができる。その上でそれぞれが力を入れている点について、選択肢形式を減らして自由記載を多くするなどの工夫ができると考えている。 ・豊年度は、実際に訪問しての相互評価を再開したいと考えている。 ・病院においても本院に準じた評価項目を取り入れることで、更なる医療安全レベルの向上を図っていくことが重要であると考えている。 ・相互評価を始めた当初はできていない点も多かったが、相互評価を実施する中で改善が見られている。ただ、監査・摘発目的ではないので、形式を満たしているかに留まる確認事項もある。	・奇後、医療安全チェックシートの項目の充実を図っていきたいが、ただ増やすのでは限界がないので、検討が必要だと考えている。 ・相互チェックは、令和2年度はコロナ禍でレポートベースでの実施となったため、評価の難しい点があった。実際に訪問して気が付くことも多いという意見がある。 ・むともと始めたきっかけも自発的であり、相互チェックに対するやる気は高かったが、時間が経って少し形骸化してきたように感じる。 ・医療機能評価機構の病院評価の解説は分かりやすいので、相互チェックの評価の仕方の本などがあれば有用だと思う。

相互評価の研修会と貴院での実施状況に関する調査

令和3年度厚生労働科学研究

医療機関の医療安全の連携の現状把握及び促進する手法の開発に関する研究

研究代表者

全日本病院協会

飯田 修平

医療安全を確保するには、安全管理担当者の養成・配置のみでなく、望ましい院内体制、活動内容を明らかにし、その達成状況について、適宜、実態把握、改善することが必要です。また、患者を複数の施設が協同してケアする場面が増え、情報の共有、手法の標準化など、1施設内に限定するものではなく、むしろ地域として医療安全を進めるべき状況にある中で、相互評価は、医療機関相互の連携を促進し、地域全体の医療安全の向上を図る方法として注目されております。

本調査は、相互評価研修会を受講された方を対象に、現在の研修の改善点を把握することを目的としております。なお、本調査と同時に「医療安全管理体制に関する調査」を病院管理者・安全管理者宛に送付しております。重複する部分が一部あります。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

- ・1月28日(金)までにご回答ください。
- ・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. 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>
<input type="checkbox"/> 01 医師
<input type="checkbox"/> 02 看護師
<input type="checkbox"/> 03 薬剤師
<input type="checkbox"/> 04 事務員
<input type="checkbox"/> 05 その他

() | <職 位>
<input type="checkbox"/> 11 院長
<input type="checkbox"/> 12 副院長
<input type="checkbox"/> 13 部長/室長
<input type="checkbox"/> 14 副部長/副室長
<input type="checkbox"/> 15 課長/科長/師長

<input type="checkbox"/> 16 係長/主任
<input type="checkbox"/> 17 その他
() | <現在の医療安全管理の役割>(当てはまるもの全て選択)
<input type="checkbox"/> 21 医療安全管理委員会の委員長
<input type="checkbox"/> 22 医療安全管理委員会の委員(委員長を除く)
<input type="checkbox"/> 23 医療安全管理部門の部門長
<input type="checkbox"/> 24 医療安全管理部門の職員(部門長を除く)
<input type="checkbox"/> 25 専従の医療安全管理者
<input type="checkbox"/> 26 専任の医療安全管理者
<input type="checkbox"/> 27 医薬品安全管理責任者
<input type="checkbox"/> 28 医療機器安全管理責任者
<input type="checkbox"/> 29 医療安全管理責任者 †
<input type="checkbox"/> 30 その他()
<input type="checkbox"/> 31 医療安全にはかかわっていない |
|--|---|---|

†: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

2. 貴院の特徴をお教えてください。

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

3. 貴院では相互評価の目的をどのように捉えていますか。(当てはまるもの全て選択)

- 01 加算の取得
- 02 地域連携の強化
- 03 自己点検では気付かない医療安全上の課題の抽出
- 04 外部から評価されることによる職員の意識向上
- 05 医療安全活動実施状況の他院との比較
- 06 医療安全に関する継続的な改善活動の促進
- 07 その他()
- 08 相互評価は行っていない

＜医療安全相互評価研修会についてお聞きます＞

4. いつの研修会に参加されましたか。(複数回参加された場合には、直近のものをお答えください)

- 01 2021年度
02 2020年度
03 2019年度
04 2018年度以前

5. 全日病研修会以外に、参加したことのある相互評価に関する研修会等があれば教えてください。

- 01 ある(具体的に: _____)
02 ない

6. 全日病の研修会の以下の内容について、相互評価を実施するにあたっての有用性、望ましい研修形態(講義またはグループワーク・模擬ヒアリングなどの演習等)、満足度、改善点についてお答えください。

(1) 制度の概要

- | | | |
|---|--|---|
| 有用性
<input type="checkbox"/> 01 有用
<input type="checkbox"/> 02 どちらかといえば有用
<input type="checkbox"/> 03 どちらかといえば有用でない
<input type="checkbox"/> 04 有用でない | 望ましい研修形態(複数回答可)
<input type="checkbox"/> 01 講義
<input type="checkbox"/> 02 e-learning
<input type="checkbox"/> 03 グループワーク
<input type="checkbox"/> 04 その他(_____) | 満足度
<input type="checkbox"/> 01 満足
<input type="checkbox"/> 02 どちらかといえば満足
<input type="checkbox"/> 03 どちらかといえば不満
<input type="checkbox"/> 04 不満 |
| 改善点 (具体的に: _____) | | |

(2) 評価の考え方

- | | | |
|---|--|---|
| 有用性
<input type="checkbox"/> 01 有用
<input type="checkbox"/> 02 どちらかといえば有用
<input type="checkbox"/> 03 どちらかといえば有用でない
<input type="checkbox"/> 04 有用でない | 望ましい研修形態(複数回答可)
<input type="checkbox"/> 01 講義
<input type="checkbox"/> 02 e-learning
<input type="checkbox"/> 03 グループワーク
<input type="checkbox"/> 04 その他(_____) | 満足度
<input type="checkbox"/> 01 満足
<input type="checkbox"/> 02 どちらかといえば満足
<input type="checkbox"/> 03 どちらかといえば不満
<input type="checkbox"/> 04 不満 |
| 改善点 (具体的に: _____) | | |

(3) 評価項目の解説

- | | | |
|---|--|---|
| 有用性
<input type="checkbox"/> 01 有用
<input type="checkbox"/> 02 どちらかといえば有用
<input type="checkbox"/> 03 どちらかといえば有用でない
<input type="checkbox"/> 04 有用でない | 望ましい研修形態(複数回答可)
<input type="checkbox"/> 01 講義
<input type="checkbox"/> 02 e-learning
<input type="checkbox"/> 03 グループワーク
<input type="checkbox"/> 04 その他(_____) | 満足度
<input type="checkbox"/> 01 満足
<input type="checkbox"/> 02 どちらかといえば満足
<input type="checkbox"/> 03 どちらかといえば不満
<input type="checkbox"/> 04 不満 |
| 改善点 (具体的に: _____) | | |

(4) 評価準備(スケジュール設定、自己評価、評価・被評価病院の打ち合わせなど)

- | | | |
|---|--|---|
| 有用性
<input type="checkbox"/> 01 有用
<input type="checkbox"/> 02 どちらかといえば有用
<input type="checkbox"/> 03 どちらかといえば有用でない
<input type="checkbox"/> 04 有用でない | 望ましい研修形態(複数回答可)
<input type="checkbox"/> 01 講義
<input type="checkbox"/> 02 e-learning
<input type="checkbox"/> 03 グループワーク
<input type="checkbox"/> 04 その他(_____) | 満足度
<input type="checkbox"/> 01 満足
<input type="checkbox"/> 02 どちらかといえば満足
<input type="checkbox"/> 03 どちらかといえば不満
<input type="checkbox"/> 04 不満 |
| 改善点 (具体的に: _____) | | |

(5) 評価の実際(ヒアリングすべき項目の特定、実際のヒアリングなど)

有用性

- 01 有用
- 02 どちらかといえば有用
- 03 どちらかといえば有用でない
- 04 有用でない

望ましい研修形態(複数回答可)

- 01 講義
- 02 e-learning
- 03 グループワーク
- 03 模擬ヒアリング(対面)
- 04 ヒアリングの動画を用いた解説
- 05 その他()

満足度

- 01 満足
- 02 どちらかといえば満足
- 03 どちらかといえば不満
- 04 不満

改善点 (具体的に:

)

(6) 講評・評価報告書の作成・フィードバック

有用性

- 01 有用
- 02 どちらかといえば有用
- 03 どちらかといえば有用でない
- 04 有用でない

望ましい研修形態(複数回答可)

- 01 講義
- 02 e-learning
- 03 グループワーク
- 04 ヒアリングの動画を用いた解説
- 05 その他()

満足度

- 01 満足
- 02 どちらかといえば満足
- 03 どちらかといえば不満
- 04 不満

改善点 (具体的に:

)

(7) 全日病の研修会に追加したほうがよい内容があれば教えてください。

(8) 全日病研修会を他の方に勧めますか。

- 01 勧める
- 02 どちらかといえば勧める
- 03 どちらかといえば勧めない
- 04 勧めない

上記の理由を教えてください。

調査へのご協力ありがとうございました。

〒143-8510 東京都大田区大森西5-21-16
Tel 03-3762-4151(内線2415) health@med.toho-u.ac.jp

基礎集計

「相互評価の研修会と貴院での実施状況に関する調査」

配布・回収数

配布数：391件

回収数：160件（回収率 40.9%）

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

職種	n	%
医師	8	5.0%
看護師	117	73.1%
薬剤師	7	4.4%
事務員	3	1.9%
その他	25	15.6%
合計	160	100.0%

職位	n	%
院長	2	1.3%
副院長	4	2.5%
部長/室長	30	18.8%
副部長/副室長	28	17.5%
課長/科長/師長	51	31.9%
係長/主任	27	16.9%
その他	17	10.6%

医療安全管理の役割	n	%
医療安全管理委員会の委員長	10	6.3%
医療安全管理委員会の委員	67	41.9%
医療安全管理部門の部門長	11	6.9%
医療安全管理部門の職員	42	26.3%
専従の医療安全管理者	68	42.5%
専任の医療安全管理者	32	20.0%
医薬品安全管理責任者	4	2.5%
医療機器安全管理責任者	6	3.8%
医療安全管理責任者	12	7.5%
その他	10	6.3%
医療安全には関わっていない	10	6.3%

2. 貴院の特徴をお教えてください。

病床区分	n	%
<99床	24	15.0%
100-199床	51	31.9%
200-299床	32	20.0%
>300床	51	31.9%
無回答	2	1.3%
合計	160	100.0%

機能	n	%
一般病院（一般病床を主体とする病院）	89	55.6%
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）	44	27.5%
特定機能病院/地域医療支援病院	18	11.3%
長期療養型の病院（療養病床を主体とする病院）	4	2.5%
その他*	4	2.5%
無回答	1	0.6%
合計	160	100.0%

3. 貴院では相互評価の目的をどのように捉えていますか。(当てはまるもの全て選択)

相互評価の目的	n	%
自己点検では気づかない医療安全上の課題の抽出	130	81.3%
地域連携の強化	123	76.9%
加算の取得	120	75.0%
医療安全に関する継続的な改善活動の促進	112	70.0%
医療安全活動実施状況の他院との比較	102	63.8%
外部から評価されることによる職員の意識向上	92	57.5%
その他	5	3.1%
相互評価は行っていない	17	10.6%

<医療安全相互評価研修会についてお聞きします>

4. いつの研修会に参加されましたか。(複数回参加された場合には、直近のものをお答えください)

直近で参加した研修会	n	%
2021年度	25	15.6%
2020年度	16	10.0%
2019年度	44	27.5%
2018年度以前	73	45.6%
無回答	2	1.3%
合計	160	100.0%

5. 全日病研修会以外に、参加したことのある相互評価に関する研修会等があれば教えてください。

全日病以外の相互評価の研修会の参加経験	n	%
ある	11	6.9%
ない	148	92.5%
無回答	1	0.6%
合計	160	100.0%

6. 全日病の研修会の以下の内容について、相互評価を実施するにあたっての有用性、望ましい研修形態（講義またはグループワーク・模擬ヒアリングなどの演習等）、満足度、改善点についてお答えください。

(1). 制度の概要

有用性	n	%
有用	79	49.4%
どちらかといえば有用	75	46.9%
どちらかといえば有用でない	2	1.3%
有用でない	1	0.6%
無回答	3	1.9%

望ましい研修形態	n	%
講義	124	77.5%
グループワーク	83	51.9%
e-learning	70	43.8%
その他	0	0.0%

満足度	n	%
満足	45	28.1%
どちらかといえば満足	99	61.9%
どちらかといえば不満	8	5.0%
不満	1	0.6%
無回答	7	4.4%

改善点（省略）

(2). 評価の考え方

有用性	n	%
有用	71	44.4%
どちらかといえば有用	80	50.0%
どちらかといえば有用でない	4	2.5%
有用でない	1	0.6%
無回答	4	2.5%

望ましい研修形態	n	%
講義	118	73.8%
グループワーク	84	52.5%
e-learning	65	40.6%
その他	0	0.0%

満足度	n	%
満足	41	25.6%
どちらかといえば満足	103	64.4%
どちらかといえば不満	8	5.0%
不満	1	0.6%
無回答	7	4.4%

改善点（省略）

（3）. 評価項目の解説

有用性	n	%
有用	75	46.9%
どちらかといえば有用	73	45.6%
どちらかといえば有用でない	7	4.4%
有用でない	1	0.6%
無回答	4	2.5%

望ましい研修形態	n	%
講義	127	79.4%
e-learning	70	43.8%
グループワーク	64	40.0%
その他（評価実習）	1	0.6%

満足度	n	%
満足	46	28.8%
どちらかといえば満足	95	59.4%
どちらかといえば不満	10	6.3%
不満	1	0.6%
無回答	8	5.0%

改善点（省略）

(4). 評価準備 (スケジュール設定、自己評価、評価・被評価病院の打ち合わせなど)

有用性	n	%
有用	66	41.3%
どちらかといえば有用	80	50.0%
どちらかといえば有用でない	9	5.6%
有用でない	1	0.6%
無回答	4	2.5%

望ましい研修形態	n	%
講義	119	74.4%
グループワーク	81	50.6%
e-learning	62	38.8%
その他 (模擬動画)	1	0.6%

満足度	n	%
満足	44	27.5%
どちらかといえば満足	96	60.0%
どちらかといえば不満	11	6.9%
不満	1	0.6%
無回答	8	5.0%

改善点 (省略)

(5). 評価の実際 (ヒアリングすべき項目の特定、実際のヒアリングなど)

有用性	n	%
有用	73	45.6%
どちらかといえば有用	76	47.5%
どちらかといえば有用でない	5	3.1%
有用でない	1	0.6%
無回答	5	3.1%

望ましい研修形態	n	%
講義	94	58.8%
模擬ヒアリング (対面)	88	55.0%
ヒアリング動画を用いた解説	80	50.0%
グループワーク	71	44.4%
e-learning	46	28.8%
その他	0	0.0%

満足度	n	%
満足	39	24.4%
どちらかといえば満足	100	62.5%
どちらかといえば不満	9	5.6%
不満	1	0.6%
無回答	11	6.9%

改善点（省略）

（6）. 講評・評価報告書の作成・フィードバック

有用性	n	%
有用	68	42.5%
どちらかといえば有用	81	50.6%
どちらかといえば有用でない	5	3.1%
有用でない	1	0.6%
無回答	5	3.1%

望ましい研修形態	n	%
講義	114	71.3%
e-learning	53	33.1%
グループワーク	70	43.8%
ヒアリング動画を用いた解説	72	45.0%
その他	0	0.0%

満足度	n	%
満足	40	25.0%
どちらかといえば満足	102	63.8%
どちらかといえば不満	9	5.6%
不満	1	0.6%
無回答	8	5.0%

改善点（省略）

（7）. 全日病の研修会に追加したほうがよい内容があれば教えてください。

（省略）

(8). 全日病研修会を他の方に勧めますか。

全日病の研修会の推奨度	n	%
勧める	39	24.4%
どちらかといえば勧める	96	60.0%
どちらかといえば勧めない	17	10.6%
勧めない	0	0.0%
無回答	8	5.0%

上記の理由を教えてください。

(省略)

自由記載

6 (1). 制度の概要

改善点

- ・ グループワークがあると他院の現状が聞けるので良い。
- ・ 講義内容にもよると思われる。
- ・ 講師が下手で何を言っているのか全くわからず、資料や冊子でおぎなうしかなかったのが残念だった。
- ・ 時間配分の割には資料が多く、また文字も小さい。
- ・ 少しレベルが高く難しいと感じた。
- ・ 全体的に講義がかけ足だったのもうすこし聴きたいと思いました。
- ・ 特定機能病院以外でも義務化の方向にもってゆくとよい。

6 (2). 評価の考え方

改善点

- ・ とにかく講義が全然だめだった。(講師が慣れていない? 「主語がなく何を言っているのかわからない」「あれ、それ、これが多く、何を差すのかがわからない」「GWで『とにかくやってください』と言われ、受講者一同『?』となった」など挙げはじめるとキリがないくらいひどかったです)。
・ グループワークもサブでいらした先生方が全ての内容を補足して説明してくださったので、ようやく主旨が理解できた感じでした。
・ 講義をしてくださる先生は「お年をめしたえらい先生」ではなく、今現在アクティブに講師などをなさっている先生方におねがいです。
・ 私達は役割上、わざわざ地方から上京して研修を受けることが多いです。医療安全に特化した研修会や講義はあまりない(地方には)ため、このような研修の機会を無駄にしたいくないというのがホンネのところなので、そこを考慮した研修会の開催をおねがいです。
→2020年度の研修では講義の不足分をサブの先生がGW時に補っていらっしゃいましたので、私達はそちらを聞いて内容を理解した部分が大きかったです。
・ 医療安全管理者はこの業界でそこそ長いキャリアの人間がやっているため、研修会や講義を受けなれており、耳も肥えています。(自分で講義をすることもありますので) その点でも上手な講義を聞かせていただきたいです。お手本にもさせていただけるとなおありがたいです。
- ・ 統一した考え方が周知されていない。基準が必要。
- ・ 評価が厳しい。
- ・ 目的に合った評価基準の作成
- ・ 毎年チェック項目が同じでよいのか。有用ではない内容もある。

6 (3). 評価項目の解説

改善点

- ・ とにかく講義が全然だめだった。(講師が慣れていない? 「主語がなく何を言っているのかわからない」「あれ、それ、これが多く、何を差すのかがわからない」「GWで

『とにかくやってください』と言われ、受講者一同『？』となった」など挙げはじめるとキリがないくらいひどかったです)。・グループワークもサブでいらした先生方が全ての内容を補足して説明して下さったので、ようやく主旨が理解できた感じでした。・講義をしてくださる先生は「お年をめしたえらい先生」ではなく、今現在アクティブに講師などをなさっている先生方におねがいです。・私達は役割上、わざわざ地方から上京して研修を受けることが多いです。医療安全に特化した研修会や講義はあまりない（地方には）ため、このような研修の機会を無駄にしたいくないというのがホンネのところなので、そこを考慮した研修会の開催をおねがいです。→2020年度の研修では講義の不足分をサブの先生がGW時に補っていらっしゃいましたので、私達はそちらを聞いて内容を理解した部分が大きかったです。・医療安全管理者はこの業界でそこそこ長いキャリアの人間がやっているため、研修会や講義を受けなれており、耳も肥えています。（自分で講義をすることもありますので）その点でも上手な講義を聞かせていただきたいです。お手本にもさせていただけるとなおありがたいです。

- ・ 統一した考え方が周知されていない。基準が必要。
- ・ 評価が厳しい。
- ・ 目的に合った評価基準の作成
- ・ 毎年チェック項目が同じでよいのか。有用ではない内容もある。

6 (4). 評価基準（スケジュール設定、自己評価、評価・被評価病院の打ち合わせなど）

改善点

- ・ “とにかく講義が全然だめだった。（講師が慣れていない？「主語がなく何を言っているのかわからない」「あれ、それ、これが多く、何を差すのかわからない」「GWで『とにかくやってください』と言われ、受講者一同『？』となった」など挙げはじめるとキリがないくらいひどかったです)。グループワークもサブでいらした先生方が全ての内容を補足して説明して下さったので、ようやく主旨が理解できた感じでした。・講義をしてくださる先生は「お年をめしたえらい先生」ではなく、今現在アクティブに講師などをなさっている先生方におねがいです。私達は役割上、わざわざ地方から上京して研修を受けることが多いです。医療安全に特化した研修会や講義はあまりない（地方には）ため、このような研修の機会を無駄にしたいくないというのがホンネのところなので、そこを考慮した研修会の開催をおねがいです。→2020年度の研修では講義の不足分をサブの先生がGW時に補っていらっしゃいましたので、私達はそちらを聞いて内容を理解した部分が大きかったです。医療安全管理者はこの業界でそこそこ長いキャリアの人間がやっているため、研修会や講義を受けなれており、耳も肥えています。（自分で講義をすることもありますので）その点でも上手な講義を聞かせていただきたいです。お手本にもさせていただけるとなおありがたいです。”
- ・ 2018年度に参加したので（評価項目を作る研修だと思わなかった）。
- ・ チェックリストの作成など

- ・ 簡素化したモデルケースが知りたい。
- ・ 時間がかかりすぎる。

6 (5). 評価の実際（ヒアリングすべき項目の特定、実際のヒアリングなど）

改善点

- ・ “とにかく講義が全然だめだった。（講師が慣れていない？「主語がなく何を言ってるのかわからない」「あれ、それ、これが多く、何を差すのかわからない」「GWで『とにかくやってください』と言われ、受講者一同『？』となった」など挙げはじめるとキリがないくらいひどかったです）。グループワークもサブでいらした先生方が全ての内容を補足して説明して下さったので、ようやく主旨が理解できた感じでした。・ 講義をしてくださる先生は「お年をめしたえらい先生」ではなく、今現在アクティブに講師などをなさっている先生方におねがいです。私達は役割上、わざわざ地方から上京して研修を受けることが多いです。医療安全に特化した研修会や講義はあまりない（地方には）ため、このような研修の機会を無駄にしたいくないというのがホンネのところなので、そこを考慮した研修会の開催をおねがいです。→ 2020年度の研修では講義の不足分をサブの先生がGW時に補っていらっしゃいましたので、私達はそちらを聞いて内容を理解した部分が大きかったです。医療安全管理者はこの業界でそこそ長いキャリアの人間がやっているため、研修会や講義を受けられており、耳も肥えています。（自分で講義をすることもありますので）その点でも上手な講義を聞かせていただきたいです。お手本にもさせていただけるとなおります。
- ・ 実際の様子が変わると良い
- ・ 突然のヒアリングでは、慣れてもいないので、質問内容の整理ができない。動画のサンプルがあって良い点、悪い点などの事前の解説があると考えやすいかも。
- ・ 標準的な評価（理想とは異なる）の手順について
- ・ 望ましいヒアリング方法について

6 (6). 講評・評価報告書の作成・フィードバック

改善点

- ・ “とにかく講義が全然だめだった。（講師が慣れていない？「主語がなく何を言ってるのかわからない」「あれ、それ、これが多く、何を差すのかわからない」「GWで『とにかくやってください』と言われ、受講者一同『？』となった」など挙げはじめるとキリがないくらいひどかったです）。グループワークもサブでいらした先生方が全ての内容を補足して説明して下さったので、ようやく主旨が理解できた感じでした。・ 講義をしてくださる先生は「お年をめしたえらい先生」ではなく、今現在アクティブに講師などをなさっている先生方におねがいです。私達は役割上、わざわざ地方から上京して研修を受けることが多いです。医療安全に特化した研修会や講義はあまりない（地方には）ため、このような研修の機会を無駄にしたいくないというのがホンネのところなので、そこを考慮した研修会の開催をおねがいです。→ 2020年度の研修では講義の不足分をサブの先生がGW時に補っていらっしゃいました

ので、私達はそちらを聞いて内容を理解した部分が大きかったです。医療安全管理者はこの業界でそこそ長いキャリアの人間がやっているため、研修会や講義を受けられており、耳も肥えています。(自分で講義をすることもありますので) その点でも上手な講義を聞かせていただきたいと思います。お手本にもさせていただけるとなおります。

- ・ フィードバックの方法について
 - ・ 講義の通りにならないので実際の状況調査に基づいた内容が必要。
 - ・ 捉え方が間ちがっていただけるとは思いません。講師のフィードバックの方法に1部不満。否定的な言動は発言をさまたげると思いました。
- 6 (7). 全日病の研修会に追加したほうがよい内容があれば教えてください。
- ・ 事故が発生した場合のシミュレーション。医療安全管理者の活動例。病院スタッフへの啓蒙活動への取り組み事例。
 - ・ RCA分析以外の分析手法を実務者レベルで複数回開催。医療コンフリクトマネジメント・医療メディエーター等研修。医療事故調査制度に則った報告事例のその後(再発防止等活用状況)。
 - ・ 2018年度の資料を参考にしていますが、放射線部門に関するチェック項目がありません。改定版などがあると良い。
 - ・ 4年前で(研修参加)思いあたりません。
 - ・ コメディカルや事務職に特化した安全対策
 - ・ コロナ禍において、少人数、短時間(3h程度)でチェックできる方策。
 - ・ どの団体でもやっているような研修会ではなく、対象者がピンポイントになるような研修会も実施してほしいです。(今回の研修会はまさにそんな研修会だったと思います)。
 - ・ フォローアップ研修(2018年度の参加だったので)。
 - ・ 医師・看護師・MSWを対象の重症度・看護必要度に関するもの。
 - ・ 医薬品安全管理。
 - ・ 医療安全管理者の更新に関する研修。
 - ・ 医療機器安全管理について。
 - ・ 院内事故調査委員会に提出すべき調査資料のまとめ方とヒアリングの仕方。
 - ・ 加算2が少ないためマッチングがむずかしい(相手が見つからずに困る場合の対応方法)。実際の流れ(ロールプレイなど)。
 - ・ 改善・効果確認まで到着した事例の紹介。
 - ・ 幹部向けの研修が多いと感じています。医療安全管理者は必ずしも課長・部長クラスとは限らないので初歩的な研修もしてほしいです。
 - ・ 現在の状況下を考慮していただきオンラインでの開催案内を増していただきたい。
 - ・ 事故分析について
 - ・ 充実していると思う。
 - ・ 相互評価の評価シートが実際には施設毎にバラツキがある。施設の機能別に標準的な評価シートの提案があってもよいのではないのでしょうか?(規模の小さなHPは大き

- な HP のように細かく評価対応するには厳しいので) (マンパワー、業務量的に)。
- ・ 相互評価を行っている病院と行っていない病院では、スタートラインが違う為、分けた研修もあると有難いです。
 - ・ 相互評価実務者研修、当研修会受講後、相互評価を実施者した方に向けた評価の視点等のレベルアップを目指したものを。
 - ・ 電子カルテ更新時期に際し、大変苦慮しています。今後の IT 環境の変貌を想定した検討・協議が必要だと思うが、その範囲が膨大なので有効な情報研修会を受けたい。
 - ・ 講師の顔ぶれが変わらないので少し若がえりを計ってください。
 - ・ 評価項目が設置団体によって違う為、相手に合わせる労力も必要でした。統一されているとよいのですが。
 - ・ 評価票のフォーマットをダウンロード出来る様にして頂きたい。
 - ・ 病院規模に合わせた実践事例紹介。
 - ・ 民間医師 (病院長など) 医療安全研修に参加するしくみの提案研修会を別口で開催し出席していただきたい。

6 (8). 全日病研修会を他の方に勧めますか。

その理由

「勧める」と回答した方の理由

- ・ グループワーク→発表、評価に関して、ここまで丁寧に実施して下さる研修はないと思うから。
- ・ これまで何回も出席させて頂きましたが、ほとんどが実務に活かすことが出来る内容のため。
- ・ とても有意義な研修と思われたから。
- ・ トレーニングになります。
- ・ 安全管理者としての知識と実践力を身につけることができるため。
- ・ 継続した改善が考慮されている情報の適切性。
- ・ 講義内容がわかり易いため。
- ・ 参加者が全国から来られており、他施設の情報も得られ、ある程度、ベンチマーク的にとらえて学こともできます。
- ・ 参加病院を参考にできる。
- ・ 参考になる内容が多くあったから。
- ・ 自己の知識を得るために必要。
- ・ 常に新しいことを学ぶことができるから。中小規模の病院なので他の病院の情報を知ったり、他の県の方と交流し、情報交換することでたくさん学ぶことができる。しかも、部署にずっといるのが私 1 人なので、本当にこれで正しいのか不安。研修で知識を得ることで、不安なく業務ができる。
- ・ 情報を得るため
- ・ 正しい情報、最新のことを学ぶことができるから。
- ・ 正確な新しい情報を得られる。理念からわかりやすい。
- ・ 全国のさまざまな背景をもつ病院との交流を図ることが可能。グループワーク等で意

見交換を図ることができ、実践につなげることが可能。・最新の知識を得ることができ、安全推進活動へのヒントなどを見つけることができる。

- ・ 相互評価に関して、具体的に取り組めている病院が少ないので。
- ・ 他の医療機関との相互評価等、とても参考になった。
- ・ 他団体と比較し詳しく、理想的な運用を示めすことが出来ている。
- ・ 大変有意義であると考えます。
- ・ 内容が充実しているから。
- ・ 内容が濃い。実践と根拠がわかった。
- ・ 評価の方法、考え方等とても参考になりました。
- ・ 評価の方法（前準備、実際の評価方法など）を具体的に学べたから。
- ・ 評価表がとてもわかりやすかった。具体的な話が多く聞けて参考になった。
- ・ 分かりやすい。
- ・ 満足度の高い研修だったので。
- ・ 様々な機能をもつ病院の方々との交流や情報交換等もできる。
- ・ 理解が深まる。

「どちらかといえば勧める」と回答した方の理由

- ・ 他の団体が実施していない内容のものをされるので、勧めるとは思いますが、「必須！」とまではいかない。・講師による（←これがとても大きい要因だと思う）。
- ・ 1人で活動するのは限界があり、仲間を増やす必要を感じるため。
- ・ グループワークもあり、他施設の状況を知り、自施設の改善的もみいだせるため。
- ・ グループワークを行った事で意見交換のほか他施設との医療安全管理者としての横のつながりを作るきっかけとなった。
- ・ コロナ禍のため、できれば e-learning 等の web での研修を望みます。
- ・ とても解りやすい研修だった。全日病に加入していない病院であったため、別の病院の方からすすめられ受講したため、研修会の案内を広げていただくとありがたいです。
- ・ もう少し分かりやすく説明があると良いと思います。
- ・ 医療安全相互評価の制度や仕組みや受講の際の注意点等について理解を深めることが出来る為。
- ・ 一度はきちんと研修を受けるべきである。
- ・ 一度他の研修会と比較してみることは意義があると思うので。
- ・ 遠い
- ・ 加算し病院が国立系だと国立機構の評価方法などが基準になってしまうため、勧めづらい現状がある。
- ・ 課長クラスの方には勧めるが、その他の職員には場ちがい感があるので勧めない。
- ・ 概要を知るため
- ・ 基準となる考え方が提示されており、基礎を学ぶのに最適だと思います。
- ・ 継続して参加出来ると良いが、基礎から学ばないと難しい。時間が足りない研修かなりハードでした。

- ・ 研修費がもう少しリーズナブルだと助かります。
- ・ 広範囲かつ即効を期待できる内容で研修が実施されていると思うから。
- ・ 講義、グループワークがセットになっており、グループ単位の活動が多く学びになる。
- ・ 講師の方も多く質問形式の講義もあり参考になった点は多かったため。
- ・ 最新の内容での研修が受けられる。
- ・ 自己啓発になる。
- ・ 実際に始める際に、非常に役に立ちました。
- ・ 実際のヒアリングのやりとりがみれた。参考になった。
- ・ 実践に則した内容だから。
- ・ 実務上のメリットが多く、先進的に感じる。
- ・ 初心者には難しかった。相互評価を一度経験してから参加すれば良かったと感じた。しかし勉強にはなった。
- ・ 制度について考えることが重要と思うため。
- ・ 先端の内容がもりこまれている。
- ・ 全日病研修会に参加して、情報不足が補え、地域でネットワークを作るまでに進行することが出来ました。
- ・ 相互評価のポイントをおさえた説明であったため。
- ・ 相互評価記入用紙がわかり易い。
- ・ 相互評価点検表について、各種のものが出ているが全日病推奨の点検表を使用し評価を行うのであれば良いが、そうでない場合戸惑う。
- ・ 他にはあまり同じようなものはなく、実用性の高い研修と思います。
- ・ 他に同様の研修がないので。
- ・ 他の病院のとりくみ状況がわかった。
- ・ 他施設との情報交換やワークは自院との比較、課題抽出に役立ったため。
- ・ 他施設の状況把握により当院の方向性が検討できる。課題が明らかになる。
- ・ 他病院の意見など伺う事で、いろいろなヒントをもらえることにより自院に取り入れられる事をみつけ出せる。
- ・ 多職種参加されるので視野が広がり多くの見解が得られる。
- ・ 地域性もあるためか医療安全管理者の認識に多少ずれがあり各団体により考え方が違うため。
- ・ 地域連携で標準的相互評価点検表を用いて行っています。研修はすすめましたが、開催が東京であることや参加費などから、なかなか参加できないようです。
- ・ 東京に行けない世の中だからすすめても相手のモチベーションがあがりません。地方では…それが理由です。
- ・ 内容は充実しているため受講での学びは深いが病院の規模により活用が難しいこともある。
- ・ 病院の規模によりおこなっていることのレベルに差があり理解するのに時間がかかる。
- ・ 弊院での実績がないため、相互評価の意義や内容について触れる事は有用であった

が、具体的に説明ができないと判断。

- ・ 模擬ヒアリング（対面）方法が参考になったから。
- ・ 理解しやすかった。
- ・ GWが多く、他病院の現状を聞く事もできるため。

「どちらかといえば勧めない」と回答した方の理由

- ・ 遠方のため出張費が出せない。
- ・ 個人での参加が非常にしにくい。病院単位ではやめてほしい。そのために研修を受けたくても見送る→更新できないとなる。
- ・ 更新研修が利用しにくい（他団体のものを受講しました。）
- ・ 講師の態度が非常に無礼である。
- ・ 高額
- ・ 今回の参加では相互評価を理解せず受講した為内容的には難しいと感じました。もう少し評価の仕方が簡単であると参加しやすいと思いました。
- ・ 施設の方針によるため。
- ・ 相互評価の評価項目を全日病で定められた項目を使用していないため。
- ・ 当院は、日本赤十字病院の評価票を使用しているため、評価方法に違いがありました。しかし、研修に参加し得た事はたくさんありました。
- ・ 当初、文法がわからなかったがもうすでに皆わかるので、研修で習得は必要ない。
- ・ 難しいと感じた。（知識不足もあったと思う）
- ・ 評価表の作成を目的としていたと感じた。
- ・ 方法については定着されつつあるので、研修があっても出さないと思います。申し送りや、相手側との話し合いで相互評価できていると考えます。

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

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3年度厚生労働科学研究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 医療機関の医療安全の連携の現状把握及び促進する手法の開発に関する研究
- 3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療の質向上委員会・委員
(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)
人を対象とする生命科学・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"/>	全日本病院協会	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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

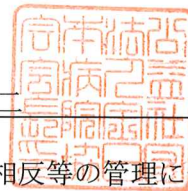
当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理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

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3年度厚生労働科学研究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 医療機関の医療安全の連携の現状把握及び促進する手法の開発に関する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療の質向上委員会・特別委員

(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)
人を対象とする生命科学・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"/>	全日本病院協会	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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

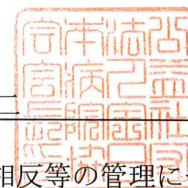
当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理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

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3年度厚生労働科学研究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 医療機関の医療安全の連携の現状把握及び促進する手法の開発に関する研究

3. 研究者名 (所属部署・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)
人を対象とする生命科学・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"/>	全日本病院協会	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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

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3年度厚生労働科学研究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 医療機関の医療安全の連携の現状把握及び促進する手法の開発に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・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)
人を対象とする生命科学・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"/>	全日本病院協会	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
 (国立保健医療科学院長)

機関名 医療の質向上研究所

所属研究機関長 職 名 所長

氏 名 飯田修平



次の職員の(元号)3年度厚生労働科学研究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 医療機関の医療安全の連携の現状把握及び促進する手法の開発に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 研究部・研究員
 (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)
人を対象とする生命科学・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"/>	全日本病院協会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<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 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 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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

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3年度厚生労働科学研究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 医療機関の医療安全の連携の現状把握及び促進する手法の開発に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・准教授
- (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)
人を対象とする生命科学・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"/>	全日本病院協会	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

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3年度厚生労働科学研究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 医療機関の医療安全の連携の現状把握及び促進する手法の開発に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・助教
- (氏名・フリガナ) 大西遼・オオニシリョウ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	全日本病院協会	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。