

厚生労働行政推進調査事業費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

医療安全対策の普及と実装に向けた研究

令和7年度 総括研究報告書

研究代表者 長尾 能雅

令和8年4月

目次

総括研究報告 1

 A. 研究目的..... 2

 B. 研究方法 2

 C. 研究結果..... 2

 D. 考察 3

 E. 結論..... 3

 F. 健康危険情報..... 4

 G. 現在までの研究成果..... 4

厚生労働行政推進調査事業費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)

令和7年度 総括研究報告書

医療安全対策の普及と実装に向けた研究

研究代表者 長尾能雅(名古屋大学医学部附属病院教授)

研究要旨

国内では医療事故情報収集等事業や医療事故調査制度を通じて多くの注意喚起や提言が示されている。しかし、医療機関ごとに取り捨選択されているため、安全対策がどの程度実行されているか、その効果が明確でない状況である。この背景には、重点となる医療安全対策の整理や、医療機関が取り組むべき項目の明確化が不十分であること、さらに安全対策を適切に実装できる医師の医療安全管理者が不足していることがある。医療安全全国共同行動では、安全対策の標準化と普及を進めており、先行研究においても教育を受けた医師の関与が対策実装に重要であることが示されてきた。本研究では、これらの知見を基に、全国の医療機関に科学的に確立された医療安全対策を実装することを目的として、次の3点に取り組んだ。

1. 医療安全対策の実施状況の測定
2. 病院が優先して実施するべき安全対策リストの策定
3. 医療安全対策の実装を支える医師養成プログラムの改良と教育

本研究では以下のように計画を立案、実施した。

(1) 医療安全対策の実施状況の測定

全国の病院対象のアンケート調査を行い、安全対策の実装状況を把握した。2025 年 8 月から 9 月にかけて日本の全病院へアンケートを送付し、20.6%の病院から回答を得た。各安全対策について推奨される方法で実装しているかどうかを質問したところ、患者確認対策は 35.4%、手術安全対策は 54.5%、投薬安全対策は 22.9%、転倒転落対策は 87.3%の病院で実装していた。

(2) 病院が優先して実施するべき安全対策リストの策定

各国政府機関および第三者認証機関の推奨安全対策を整理し、一般社団法人医療安全全国共同行動が定める患者安全行動計画の代表委員(研究分担者・研究協力者)と連携し、優先して実施するべき安全対策リスト(日本版患者安全目標)を Japan Patient Safety Goals (JPSG)として作成した。

(3) 医療安全対策の実装を支える医師養成プログラムの改良と教育

過去 5 年間、厚生労働科学研究として実施してきた最高質安全責任者(CQSO)養成プログラムについて、過去の研究で得られたデータをもとに改良する。そして、新規プログラムに基づき、2024 年度・2025 年度に養成し、計 15 名養成した。

研究分担者 氏名・所属機関名及び所属研究機関における職名

田中 和美	群馬大学大学院医学系研究科 医療の質・安全学 教授
志水 太郎	獨協医科大学 総合診療医学 教授
寺井 美峰子	公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院 看護部 看護管理室 看護部長
舟越 良寛	亀田医療大学総合研究所 客員研究員
近本 亮	熊本大学病院 医療の質・安全管理部 教授
菊地 龍明	横浜市立大学附属病院 医療の質・安全推進センター 医療安全管理部長
大野 和子	京都医療科学大学 医療科学部 教授
藤谷 茂樹	聖マリアンナ医科大学 救急医学 主任教授
荒井 有美	北里大学病院 医療安全推進室 副室長
松村 泰志	独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター 院長
松村 由美	京都大学医学部附属病院 医療安全管理部 部長 教授
梅村 朋	名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部 副部長 病院講師
植村 政和	名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部 病院助教

A. 研究目的

20 世紀末に医療の安全確保が世界的な課題となって以降、医療機関や行政を含む様々な団体が多くの試みを行ってきた。国内においては、医療事故情報収集等事業や医療事故調査制度等を通じて、医療機関から医療安全上の課題や事例が報告され、多数の注意喚起や提言等がなされているが、それらの多くは医療機関の規模や実情に応じ、取捨選択されているのが現状であり、対策の浸透度や実践状況に関しては不明な部分が多く、実際に安全性が向上しているかも明確になっていない。

この問題の背景には、医療安全実務における重点対策項目の抽出や、医療機関が行うべき安全対策の明示化が不十分なことが挙げられる。加えて、それらを正しく理解し、安全対策の実装を図ることのできる医療安全管理者が不足していることも要因である。

これまで医療安全全国共同行動では、各職能団体や学術団体の参画のもと、全国の医療機関の安全対策の標準化と普及を目指す活動を行ってきた。また、研究代表者らは過去の厚生労働科学研究において、医療安全管理実務の全体像を明示するとともに、医療安全活動を有効な形で実装するためには適切に教育された医師の医療安全管理者の関与が必要であることを示してきた。本研究では、これらの知見や活動を融合・発展させ、全国医療機関へ科学的に確立された安全対策の実装を行うことを目的に、主に以下の2項目に取り組むこととした。

① 医療安全対策の実施率測定と具体的な実装戦略の策定

② 医療安全対策の実装に資する人材養成プログラムの改良と教育

B. 研究方法

本研究ではまず、上述の通り、①医療

安全対策の実施率測定と具体的な実装戦略の策定と、②医療安全対策の実装に資する人材養成プログラムの改良・教育を行うが、令和6年度・7年度については以下のとおり立案した。

【令和6年度・7年度】

1. 医療安全対策の実施率測定と具体的な実装戦略の策定 について

【1年目】

a 医療機関の類型別に取り組むべき医療安全上の課題を整理し、優先順位を明確にする。

b 優先順位の高い課題に関して、科学的に確立された安全対策のリストを作成する。

c これらが医療機関内でどの程度浸透し、実践されているか、現状把握する。

【2年目】

対策実装の促進因子や阻害因子等进行分析し、具体的な実装戦略を立案する。

2. 医療安全対策の実装に資する人材養成プログラムの改良と教育について

【1～2年目】

研究代表者らは過去の厚生労働科学研究費補助金事業 最高質安全責任者 (CQSO: Chief Quality and Safety Officer) プロジェクトにおいて、患者安全実務に専従できる医師の養成等を行ってきた。本研究では従来プログラムの改良を行い、2年間で計2期(約 15 名)の医療安全管理者を養成する。

C. 研究結果

①医療安全対策の実装度の測定

全国の病院対象のアンケート調査を行い、安全対策の実装状況を把握した。2025 年 8 月から 9 月にかけて日本の全病院へアンケートを送付し、20.6%の病院から回答を得た。各安全対策について推奨される方法で実装しているかどうかを質問したところ、患者確認対策は 35.4%、手術安全対策は 54.5%、投薬安全対策は 22.9%、転倒転落対策は 87.3%の病院で実装していた。

その他の各安全対策の実装状況の詳細については参考資料(資料3)に示す。

②病院が優先して実施すべき安全対策リストの策定

各国政府機関および第三者認証機関の推奨安全対策を整理し、一般社団法人医療安全全国共同行動が定める患者安全行動計画の代表委員(研究分担者・研究協力者)と連携し、優先して実施すべき安全対策リスト(日本版患者安全目標)を Japan Patient Safety Goals (JPSG)として作成した。日本初の JPSGとして、目標1: 患者誤認防止、目標2: パニック値伝達、目標3: ハイアラート薬管理、目標4: 手術開始前の安全確保、の4カテゴリーが選定された(資料2)。

③医療安全対策の実装を支える医師養成プログラムの改良と教育(図 1～11)

厚生労働科学研究として実施してきた最高質安全責任者(CQSO)養成プログラムについて、過去の研究で得られたデータをもとに改良を行った。そして、新規プログラムに基づき、2024 年度から 2025 年度にかけて養成し、計 5 名養成した

(CQSO6 期生)。さらに、2025 年 9 月より、計 10 名の養成が開始された(CQSO 7期生)。

D. 考察

全国アンケート調査により、各国政府機関および第三者認証機関の推奨安全対策としてリストアップされている項目において、日本では実装状況と実践状況に大きな乖離があることが改めて明らかとなった。これらの安全対策については、これまで医療事故情報収集等事業や医療事故調査制度から、繰り返し注意喚起が実施されてきたものであるが、その成果は決して十分とは言えず、従前とは異なる対策が必要と判断された。また、これらの対策を推進するに当たっては、実装から実践段階への移行に注力する必要があり、網羅的に進めるよりは、重点的に進めることが望ましいと考えられた。その観点から、日本初となる JPSG の提示を行ったが、その効果については、今後、中～長期的にモニターしていく必要がある。

また、CQSO 養成事業及び支援事業は、予定通り順調に実施された。一部の講師を変更したが、受講環境や進行管理に大きな支障は生じず、安定した運営を維持できた。講義内容についても、受講者の理解を促すための工夫が継続され、養成事業として一定の成果を収めることができた。

医師である医療安全管理者の配置は、特定機能病院や医療安全対策地域連携加算の施設基準に関わる重要な要件であり、その役割は今後ますます重要と

なる。このため、CQSO 養成事業及び支援事業を通じて、知識、技能、実践力を備えた人材を継続的に育成していくことは、各医療機関の患者安全体制の維持・向上に直結する重要な取組である。さらに、本事業は修了生同士や講師陣との継続的なつながりを形成し、各施設における課題や工夫を共有できるネットワークづくりという面でも大きな意義を有している。医療安全管理の実務は、制度理解に加え、現場での対応力や他職種との連携が欠かせない。修了者間のネットワーク構築と、その支援事業は大きな役割を担っている。

今後は、今回の全国アンケート調査で明らかになった課題を踏まえ、それらの改善、JPSG の普及・推進を図ることのできる人材養成プログラムとして、講義内容や支援方法のさらなる見直しを進めるとともに、対面とオンラインのそれぞれの利点を生かした運営についても検討を深めていく。あわせて、修了生にとって有益な学習機会と交流の場を継続的に提供できるよう、支援事業の充実を図っていく。

E. 結論

本研究は、2つのテーマで構成されており、それぞれ確実な成果を示すことができた。まず、医療安全対策の実装度の測定について、医療現場における実装状況と実践状況の乖離が定量的に浮き彫りになり、日本初の患者安全目標(JPSG:4 項目)の策定に繋がられた。また、CQSO プログラムを改良し、第 6 期養成事業を完遂、さらに、第 7 期養成事業を

開始した。今後は、今回の調査で得られた課題の克服と、それを可能とする高度専門人材養成事業を有機的に連動させる必要がある。

F. 健康危険情報
本研究に関する健康危険情報はない

G. 研究発表

原著論文(件)		その他論文(件)		学会発表(件)		特許等(件)	その他(件)	
和文	英文等	和文	英文等	国内	国際	出願・取得	施策に反映	普及・啓発
0	0	0	0	13	0	0	0	1

研究代表者が以下の国内学会で本研究成果の一部を報告

- ・第 128 回日本小児科学会学術集会(令和 7 年 4 月 18 日)
- ・第 1 回日本認知症の人の緩和ケア学会学術集会(令和 7 年 4 月 20 日)
- ・(公)日本障害者歯科学会専門医研修会 (令和 7 年 8 月 25 日)
- ・日本臨床衛生検査技師会(令和 7 年 10 月 4 日)
- ・第 20 回医療の質・安全学会学術集会(令和 7 年 11 月 8 日)
- ・第 95 回日本感染症学会西日本地方会学術集会・第 73 回日本化学療法学会西日本支部総会(令和 7 年 11 月 29 日)
- ・日本医学歯学情報機構(令和 7 年 12 月 14 日)
- ・名古屋市南西部ネットワーク研修会(令和 8 年 1 月 7 日)
- ・第 41 回日本栄養治療学会学術集会(JSPEN)(令和 8 年 2 月 13 日)
- ・テルモ 第 14 回東海医療安全研究会(令和 8 年 2 月 14 日)
- ・第 2 回日本危機管理医学会総会学術集会(令和 8 年 2 月 15 日)
- ・第 23 回医療機器安全対策研究会(令和 8 年 2 月 28 日)
- ・日本眼科学会専門医制度第 81 回講習会(令和 8 年 5 月 13 日～6 月 12 日)

※ 研究班会議開催状況

第 1 回会議

日時:2025 年 7 月 26 日

開催方法:Web 会議

出席者(敬称略):長尾、志水、寺井、舟越、近本、根本、谷口、大野、荒井、松村(泰志)、梅村、植村、木村、坂口、青木、共同行動企画委員、事務局

第2回会議

日時:2025年11月10日

開催方法:Web会議

出席者(敬称略):長尾、田中、寺井、舟越、近本、根本、菊地、大野、荒井、松村(泰志)、木村、共同行動企画委員、事務局

第3回会議

日時:2026年1月5日

開催方法:Web会議

出席者(敬称略):長尾、田中、寺井、舟越、近本、根本、大野、荒井、松村(泰志)、松村(由美)、梅村、植村、坂口、木村、共同行動企画委員、事務局

第4回会議

日時:2026年3月30日

開催方法:Web会議

出席者(敬称略):長尾、寺井、舟越、根本、菊地、大野、荒井、松村(泰志)、松村(由美)、梅村、木村、坂口、共同行動企画委員、事務局

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

特記事項なし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

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
	該当なし						

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
	該当なし				

II. 参考資料

表 1

	TJC(NPSG)	JCI(IPSG)	サウジアラビア	オーストラリア (NSQHSS)	WHO(safety solutions)	アルゼンチン
患者確認	○	○	○	○	○	○
コミュニケーション	○	○		○	○	○
重要検査所見の伝達	○	○				○
引継ぎ		○		○	○	
薬剤使用	○	○	○	○	○	○
投薬プロセスの明確化						○
ハイアラート・ハイリスク		○	○	○		
薬剤ラベル貼付	○					
LASA/NASA		○	○		○	
高濃度電解質		○			○	
メドレク	○				○	
薬剤在庫保持・DI管理				○		
臨床アラーム	○					
院内感染対策	○	○	○	○	○	○
自殺対策	○			○		
医療の公正性	○					
手術安全	○	○	○		○	○
輸血対策			○	○		
抗凝固療法・深部静脈血栓症対策	○		○			
施設安全(医療ガス・火災対策等)			○			

資料 1

ラベル	質問文	サブ質問文	選択肢文
質問1	あなたは医療安全管理者ですか？		1. はい 2. いいえ
質問2	あなたの職種を教えてください。(1つ)		医師 歯科医師 看護師 薬剤師 臨床工学技士 診療放射線技師 臨床検査技師 事務 その他
質問3	貴院に在籍する常勤の医師数を教えてください。 ※ 必要に応じて、貴院の総務課・事務部門にご確認をお願いします。		
質問4	貴院に在籍する常勤の看護師数を教えてください。 ※ 必要に応じて、貴院の総務課・事務部門にご確認をお願いします。		
質問5	貴院の全病床数を教えてください。		
質問6	貴院における2024年度の手術件数は何件ですか？ (手術がない病院は数字でゼロと記入してください) ※ 必要に応じて、貴院の医事課・事務部門にご確認をお願いします。 ※ ここでいう手術とは医科点数Kコードで示されるものを指します		
質問7	あなたの病院は急性期病院もしくは回復期・慢性期病院のどちらを主に担っていますか？		1. 急性期病院(病気や外傷の急性期に対する治療や手術を主として行う病院) 2. 回復期・慢性期病院(在宅復帰を目的としてリハビリ等を行う、または病状が安定し長期療養を必要とする患者への治療を行う病院)
質問8	貴院は以下のいずれかに該当しますか？当てはまるものをすべて選択してください。		1. 特定機能病院 2. 精神科病院(精神病床のみを有する病院) 3. 結核療養所(結核病床のみを有する病院) 4. 循環器病センター(心臓病や血管系の病気の診断、治療、研究を行う施設) 5. 小児センター(小児の医療に特化した施設) 6. がんセンター(がんの診断、治療、研究を行う施設) 7. 1から6いずれにも当てはまらない
質問9	貴院には集中治療室およびそれに準じる病室(HCUやNICU等)がありますか？		1. はい 2. いいえ
質問10	貴院の医療安全対策加算の取得状況を教えてください。(1つ) ※ 必要に応じて、貴院の医事課・事務部門にご確認をお願いします。		1. 加算1を取得している 2. 加算2を取得している 3. 取得していない
質問11	＜医療安全対策加算を取得している病院のみ対象＞貴院の医療安全対策地域連携加算の取得状況を教えてください。		1. 加算を取得している(加算1または加算2) 2. 加算を取得していない
質問12	貴院の検体検査管理加算の取得状況を教えてください。(1つ) ※ 必要に応じて、貴院の医事課・事務部門にご確認をお願いします。		1. 加算1を取得している 2. 加算2を取得している 3. 加算3を取得している 4. 加算4を取得している 5. 取得していない 6. わからない
質問13	貴院の第三者機関からの認証状況について教えてください。(複数選択)		1. 日本医療機能評価機構 2. Joint Commission International (JCI) 3. 国際標準化機構(ISO) 4. いずれの認証も受けていない 5. その他
質問14	貴院における医療安全管理者の配置状況を教えてください。 ※ 医療安全管理者とは医療安全対策に係る知識および経験を有し、医療安全管理体制の構築およびその実施を担う職員のことです。 ※ 一般に医療安全対策加算2を取得している病院は1名以上の専任または専従の医療安全管理者が配置され、医療安全対策加算1を取得している病院は1名以上の専従の医療安全管理者が配置されています。 ※ カッコ内の数字は医療安全管理者として費やす勤務時間の割合を指します。 ※ 配置がない場合は'0'と記入してください	医師 看護師 薬剤師 その他	専任(<50%) 専任(50～79%) 専従(80%以上) 兼任(<50%) 専任(50～79%) 専従(80%以上) 兼任(<50%) 専任(50～79%) 専従(80%以上) 兼任(<50%) 専任(50～79%) 専従(80%以上)
質問15	貴院は電子カルテを使用していますか？		1. 電子カルテを使用している 2. 電子カルテを使用していない
質問16	貴院はインシデントレポートシステムを導入、運用していますか？ ※インシデントレポートシステムとはインシデントの発生等を報告するシステムのこと		1. 主に電磁的なインシデントレポートシステムを導入、運用している 2. 主に紙運用でインシデントレポートシステムを導入、運用している 3. インシデントレポートシステムを導入していない
質問17	貴院では報告されたインシデントレポートの評価(例:収集したインシデントの優先順位付け、インシデントトリアージ)を行っていますか？		1. 常に行っている 2. ほとんどおこなっている 3. 時々おこなっている 4. ほとんどおこなっていない 5. まったくおこなっていない
質問18	医療行為に関連した合併症や副作用の報告基準(オカレンス/バリエンス報告基準等)を定めていますか？		1. はい 2. いいえ
質問19	貴院の2024年度のインシデントレポート件数は何件ですか？		インシデントレポート件数を測定している インシデントレポート件数を把握していない
質問20	貴院の2024年度の医師が報告したインシデントレポート件数は何件ですか？		インシデントレポート件数を測定している インシデントレポート件数を把握していない
質問21	貴院の2024年度の看護師が報告したインシデントレポート件数は何件ですか？		インシデントレポート件数を測定している インシデントレポート件数を把握していない
質問22	貴院では医療安全管理者以外に、部署/診療科ごとの安全担当の窓口(リスクマネージャーやセーフティマネージャー等)を配置していますか？		1. 配置している 2. 配置していない
質問23	＜問22で1を選択した施設のみ対象＞貴院の部署/診療科ごとの安全担当の窓口に対して、医療安全管理者などが実施していることをすべて選択してください		1. 安全担当者の役割を規定・明文化している 2. 安全担当者に対する教育を実施している 3. 安全担当者が集まる会議体を定期的に設置している 4. すべて実施していない
質問24	貴院では質改善活動(QC活動、Q活動等)を実施していますか？		1. 院内公式の取り組みとして実施している 2. 院内非公式の取り組みとして実施している 3. 院内で質改善活動は実施していない
質問25	貴院では2023年度または2024年度に安全文化を測定する調査(安全文化調査)を実施したことがありますか？		1. 実施したことがある 2. 実施したことがない
質問26	貴院では2023年度または2024年度に医療安全に関するチームトレーニング(チームSTEPPS®等)を実施したことがありますか？		1. 実施したことがある 2. 実施したことがない
質問27	貴院において以下の部門を設置していますか？(すべて選択してください)		1. 新しい手術手技の導入など、高難度新規医療技術導入にあたり審査をする部門 2. 未承認の医薬品など、未承認新規医薬品の使用の審査をする部門 3. いずれの部門も設置していない
質問28	貴院における日本医療安全調査機構が発出した「医療事故の再発防止の提言 第20号 血液検査バニック値に係る死亡事例の分析」(以下、提言)の取り扱いについてすべて選択してください。 参考: https://www.medsafe.or.jp/uploads/uploads/files/teigen20_list.pdf		1. 提言を院内の医療安全管理委員会で周知した 2. 院内の血液検査バニック値の運用ルールと提言内容の間に整合性があるか確認した 3. 提言を院内で閲覧、または掲示した 4. 提言を関連部署に送った 5. 提言内容を院内の医療安全研修で取り扱った 6. 安全担当者または安全管理部員が提言を連絡した 7. 提言を知らない、または読んだことがない 8. その他

ラベル	質問文	サブ質問文	選択肢文
質問29	貴院における日本医療機能評価機構が発出する「医療安全情報」に関する取扱いについて教えてください。		1. すべての医療安全情報を院内の医療安全活動に活用している 2. 医療安全情報で扱われた内容(テーマ)によって、院内活動に活用している 3. 院内で医療安全情報を入手していない、または活用していない
質問30	貴院では過去2年間に所管地域の医療安全支援センターから医療安全に関する情報を得て医療安全活動に役立てたことがありますか？		1. 情報を得たことがある 2. 情報を得たことがない 3. 医療安全支援センターのことをよく知らない、わからない
質問31	貴院の患者確認に関する手順書について、該当するものは以下のうちどれですか。 なお、ここでいう「患者確認」とは、医療行為前に「その医療行為の対象として正しい患者であること」を確認することを指します。		1. 医療機関全体としての患者確認に関する手順書がある 2. 医療機関全体としての患者確認に関する手順書はなく、部署・部門に手順書がある(例:看護部のみに手順書がある) 3. 患者確認に関する手順書はない
質問32	＜院内統一の手順がある施設のみが回答の対象です＞貴院において、患者確認手順の策定がされていない理由として、あなたの考えにあうものをすべて選んでください。		1. 自院の病院幹部が患者確認の重要性を認識していないから 2. 院内で患者確認のルールを定める担当者が決まっていないから 3. 正しい患者確認手順が分からないから 4. その他(記載お願いします) 5. いずれにも該当しない
質問33	＜院内統一の手順がある施設のみが回答の対象です＞貴院の患者確認の手順書において、患者確認の際に使用する識別子はいくつ用いる手順になっていますか？		1. 2つ以上の情報(識別子)を用いて行う手順となっている 2. 1つの情報(識別子)を用いて行う手順となっている 3. 患者確認に用いる情報(識別子)について、手順書に記載がない
質問34	＜院内統一の手順がある施設のみが回答の対象です＞患者確認に用いる情報(識別子)について、下記から識別子をすべて選択してください。 なお、回答は、貴院の患者確認に関する手順書の内容に基づいて行ってください。		1. 患者のフルネーム 2. 生年月日 3. 診療番号(ID番号) 4. 病室番号やベッド番号 5. 受付番号 6. その他 7. 識別子は決まっていない
質問35	＜院内統一の手順がある施設のみが回答の対象です＞貴院の患者確認の手順では「照合確認(一致の確認)」の手順が含まれていますか。		1. 「照合確認(一致の確認)」の手順が含まれている 2. 「照合確認(一致の確認)」の手順は含まれていない
質問36	貴院で患者確認対策のうち、2021年度から2024年度の間に実施していることをすべて選択してください		1. すべての職員の入職時(オリエンテーション時など)に患者確認方法を説明している 2. 医療者が患者確認を実施することを院内放送で案内している 3. 院内の掲示板で病院職者が患者確認を行っていることを示している 4. 直接観察法を用いて患者確認方法の実施状況をモニタリングしている 5. インシデントレポートにより、患者誤認事例の数を監視・モニタリングしている 6. 患者確認に用いる医療者側の識別子が薬袋や配薬ボックス、食料等に記載されているかを確認・把握している 7. 院内の医療安全研修で患者確認について扱った(2021年度から2024年度) 8. いずれも実施していない
質問37	患者確認に用いる情報(識別子)について、「職員が持つ患者情報」に表示されているか否かについて、うかがいます。 次の1から8に示すものについて、フルネーム・生年月日・診療番号(ID番号)が表示されているかの確認をそれぞれ行い、表示されていたら✓(チェック)を付けてください。	1. 内服薬の薬袋(やくたい) 2. 内服薬の配薬ボックス(患者のベッドサイドに持参する配薬ケースまたは袋、等) 3. 入院患者の注射・点滴投与時に貼るラベル(または伝票) 4. 外来患者の注射・点滴投与時に貼るラベル(または伝票) 5. 血液製剤の輸血時の適合票 6. 入院患者の採血・検体採取時のラベル(または検査伝票) 7. 外来患者の採血・検体採取時のラベル(または検査伝票) 8. 食事配膳時の食料	フルネーム 生年月日 診療番号(ID番号) フルネーム 生年月日 診療番号(ID番号) フルネーム 生年月日 診療番号(ID番号) フルネーム 生年月日 診療番号(ID番号) フルネーム 生年月日 診療番号(ID番号) フルネーム 生年月日 診療番号(ID番号) フルネーム 生年月日 診療番号(ID番号) フルネーム 生年月日 診療番号(ID番号)
質問38	貴院でハイスリク薬(ハイアラート薬/危険薬)と定義する薬剤を定めていますか。		1. はい 2. いいえ
質問39	＜ハイスリク薬の定めがある施設のみが回答の対象です＞貴院でハイスリク薬(ハイアラート薬/危険薬)と定める製剤数は合計いくつですか？		
質問40	＜ハイスリク薬の定めがない施設のみが回答の対象です＞貴院でハイスリク薬(ハイアラート薬/危険薬)を定めていない理由は何ですか、すべて選択してください。		1. 自院の病院幹部がハイスリク薬(ハイアラート薬/危険薬)の重要性を認識していないから 2. 院内でハイスリク薬(ハイアラート薬/危険薬)のルールを定める担当者が決まっていないから 3. 正しいハイスリク薬(ハイアラート薬/危険薬)の定め方が分からないから 4. その他(記載お願いします) 5. いずれにも該当しない
質問41	貴院では名称・外観類似薬に該当する薬剤を定めていますか。		1. はい 2. いいえ
質問42	＜名称・外観類似薬の定めがある施設のみが回答の対象です＞貴院における名称・外観類似薬の実施事項として該当するものをすべて選択してください。		1. 名称・外観類似薬はPMDAや日本医療機能評価機構が発行する医療安全情報などを参考に設定している 2. 名称・外観類似薬は自院のインシデント報告やヒヤリ・ハット報告などからリスクの高い医薬品を抽出し、設定している 3. 名称・外観類似薬は薬剤師以外の職種も含めた多職種で定めている 4. 名称・外観類似薬は定期的に見直ししている 5. 名称・外観類似薬の一覧表を作成し多職種が閲覧できるようにしている 6. 医師のオーダ画面に名称・外観類似薬の表示(標識)をしている 7. 看護師が指示を確認する電子カルテ画面に名称・外観類似薬の表示(標識)をしている 8. 注射処方せん/処方せんまたは注射ラベル/薬袋に名称・外観類似薬の表示(標識)をしている 9. 薬剤の棚(病棟保管薬を含む)に名称・外観類似薬の表示(標識)をしている 10. 1から9. いずれにも該当しない
質問43	院内で取り扱いに注意すべき高濃度(濃厚)電解質製剤を定めていますか。該当するものをすべて選択してください。		1. 補正用カリウム製剤(リン酸2カリウム注含む) 2. 補正用ナトリウム製剤(リン酸Na補正液含む) 3. 補正用マグネシウム製剤 4. 補正用カルシウム製剤 5. 炭酸水素ナトリウム(メイロン®) 6. 注射薬だけでなく内用・外用薬も含めている 7. その他の医薬品(記載してください) 8. 取り決めていない

ラベル	質問文	サブ質問文	選択肢文
質問44	＜高濃度（濃厚）電解質製剤の定めがある施設のみが回答の対象です＞院内で取り扱いに注意すべき高濃度（濃厚）電解質製剤を定めている場合、安全対策として実施しているものをすべて選択してください。		1. 高濃度（濃厚）電解質製剤をハイリスク薬（ハイアラート薬/危険薬）に含めている 2. 高濃度（濃厚）電解質の一覧を作成し多職種が閲覧できるようにしている 3. 医師のオーダー画面に高濃度（濃厚）電解質の表示（標識）をしている 4. 看護師が指示を確認する電子カルテ画面に高濃度（濃厚）電解質の表示（標識）をしている 5. 注射処方せん/処方せんまたは注射ラベル/薬袋に高濃度（濃厚）電解質の表示（標識）をしている 6. 薬剤の棚（病棟保管室を含む）に高濃度（濃厚）電解質の表示（標識）をしている 7. 高濃度（濃厚）電解質に関する院内医療者向けの研修を行っている 8. ICUや手術室など、病棟保管は限定した部署にしている 9. スタッフが取り扱うことに関して基準を定めている（処方可能な医師やミキシングや投与の際に資格制度を導入している） 10. 1から9、いずれにも該当しない
質問45	貴院では、入院や退院のときに患者の薬の情報を整理して、正しく引き継ぐ取り組み（ Medikation-レコメンデーション）を行っていますか？		1. すべての患者に実施している 2. 一部の患者に限り実施している 3. 実施していない 4. 実施しているが把握していない/わからない
質問46	貴院において、薬剤部（またはそれに準じる部署）が薬剤情報（DL Drug Information）管理を行っていますか？		1. おこなっている 2. おこなっていない
質問47	貴院において、パニック値として設定している検査をすべて選んでください ※ パニック値とは「生命が危がまれるほど危険な状態にあることを示唆する異常値や重要臨床所見」を指す。		1. 画像検査（CTおよびMRI等、単純X線写真以外） 2. 画像検査（単純X線写真） 3. 血液検査 4. 生体検査（超音波検査） 5. 生体検査（心電図検査） 6. 生体検査（超音波検査および心電図検査以外の検査） 7. 院内でパニック値を設定していない 8. 院内で検査を行っていないから 9. 院内でパニック値を定める必要性を感じていないから 10. 院内でパニック値を担当する部署やチーム、担当者が決まっていないから 11. パニック値の定め方等、パニック値設定に関する知識が安全担当者になら 12. いずれもあてはまらない
質問48	＜パニック値の定めがない施設のみが回答の対象です＞貴院でパニック値を設定していない理由を教えてください。		1. パニック値を報告された医師は速やかにパニック値への対応を行い、記録する決まりとなっている 2. 臨床検査情報システム・電子カルテ・検査結果報告書において、一目で「パニック値」であることがわかる表示となっている 3. パニック値に関する院内の運用を検討する担当者や担当部署が決まっている 4. すべて実施していない 5. 医師によるすべての口頭指示を認めていない 6. 病院内の統一フォーマットに記載し引継ぎする 7. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 8. 医師の引継ぎルールはあるが、方法・手段は決まっていない 9. 院内に医師が引継ぎする決まりがない 10. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 11. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 12. 引継ぎの方法については決まっていない 13. 院内の統一した基準を医師が作成している 14. 引継ぎの重要性を医師に感じてもらっていない 15. 引継ぎの重要性を看護師に感じてもらっていない 16. 病院内に引継ぎの手段や方法に関する知識を持つ者がいない 17. いずれもあてはまらない
質問49	＜パニック値の定めがある施設のみが回答の対象です＞貴院で血液検査パニック値の運用に関して実施していることをすべて選択してください。		1. 血液検査（超音波検査） 2. 血液検査（心電図検査） 3. 血液検査（超音波検査および心電図検査以外の検査） 4. 院内でパニック値を設定していない 5. 院内で検査を行っていないから 6. 院内でパニック値を定める必要性を感じていないから 7. 院内でパニック値を担当する部署やチーム、担当者が決まっていないから 8. パニック値の定め方等、パニック値設定に関する知識が安全担当者になら 9. いずれもあてはまらない
質問50	＜パニック値の定めがある施設のみが回答の対象です＞貴院ではパニック値を認めた際に報告する相手や連絡手段は定められていますか。		1. 連絡する相手および連絡手段は決まっている 2. 連絡する相手は決まっているが、連絡手段は決まっていない 3. 連絡する相手および連絡手段も決まっていない 4. 決めている 5. 医師によるすべての口頭指示を認めていない 6. 病院内の統一フォーマットに記載し引継ぎする 7. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 8. 医師の引継ぎルールはあるが、方法・手段は決まっていない 9. 院内に医師が引継ぎする決まりがない 10. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 11. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 12. 引継ぎの方法については決まっていない 13. 院内の統一した基準を医師が作成している 14. 引継ぎの重要性を医師に感じてもらっていない 15. 引継ぎの重要性を看護師に感じてもらっていない 16. 病院内に引継ぎの手段や方法に関する知識を持つ者がいない 17. いずれもあてはまらない
質問51	貴院において過去1年以内に医師から看護師への口頭指示に関して困ったこと、またはインシデント（ニアミス/ヒヤリハット、アクシデントを含む）がありましたか？		1. 困ったことがあった、またはインシデントがあった 2. 困ったことがなく、インシデントもなかった 3. 決めている 4. 医師によるすべての口頭指示を認めていない 5. 病院内の統一フォーマットに記載し引継ぎする 6. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 7. 医師の引継ぎルールはあるが、方法・手段は決まっていない 8. 院内に医師が引継ぎする決まりがない 9. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 10. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 11. 引継ぎの方法については決まっていない 12. 院内の統一した基準を医師が作成している 13. 引継ぎの重要性を医師に感じてもらっていない 14. 引継ぎの重要性を看護師に感じてもらっていない 15. 病院内に引継ぎの手段や方法に関する知識を持つ者がいない 16. いずれもあてはまらない
質問52	貴院では医師から看護師への口頭指示が許可される場面（例：緊急時のみ）を決めていますか		1. 決めている 2. 決めていない（医師の口頭指示に関するルールがない場合も含む） 3. 医師によるすべての口頭指示を認めていない 4. 病院内の統一フォーマットに記載し引継ぎする 5. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 6. 医師の引継ぎルールはあるが、方法・手段は決まっていない 7. 院内に医師が引継ぎする決まりがない 8. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 9. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 10. 引継ぎの方法については決まっていない 11. 院内の統一した基準を医師が作成している 12. 引継ぎの重要性を医師に感じてもらっていない 13. 引継ぎの重要性を看護師に感じてもらっていない 14. 病院内に引継ぎの手段や方法に関する知識を持つ者がいない 15. いずれもあてはまらない
質問53	貴院のルールとして、医師同士の引継ぎが必要な場面を設定していますか？ （例：当直交代時は引き継ぐルールであるなど）		1. 医師同士の引継ぎが必要な場面を設定している 2. 医師同士の引継ぎが必要な場面を設定していない 3. 医師によるすべての口頭指示を認めていない 4. 病院内の統一フォーマットに記載し引継ぎする 5. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 6. 医師の引継ぎルールはあるが、方法・手段は決まっていない 7. 院内に医師が引継ぎする決まりがない 8. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 9. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 10. 引継ぎの方法については決まっていない 11. 院内の統一した基準を医師が作成している 12. 引継ぎの重要性を医師に感じてもらっていない 13. 引継ぎの重要性を看護師に感じてもらっていない 14. 病院内に引継ぎの手段や方法に関する知識を持つ者がいない 15. いずれもあてはまらない
質問54	＜医師同士の引継ぎが必要な場面を設定している施設のみ対象です＞貴院のルールとして、医師間の引継ぎはどのような方法で行うことになっていますか？		1. 口頭のみで引継ぎを行う（電話または対面等）、記録する決まりはない 2. 引継ぎ日誌等、診療録（カルテ）以外のツールを用いて引継ぐ 3. 診療録（カルテ）上で、病院内の統一フォーマットに記載し引継ぎする 4. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 5. 医師の引継ぎルールはあるが、方法・手段は決まっていない 6. 院内に医師が引継ぎする決まりがない 7. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 8. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 9. 引継ぎの方法については決まっていない 10. 院内の統一した基準を医師が作成している 11. 引継ぎの重要性を医師に感じてもらっていない 12. 引継ぎの重要性を看護師に感じてもらっていない 13. 病院内に引継ぎの手段や方法に関する知識を持つ者がいない 14. いずれもあてはまらない
質問55	貴院のルールとして、看護師同士の引継ぎが必要な場面を設定していますか？ （例：日勤帯一夜勤帯の交代時など）		1. 看護師同士の引継ぎが必要な場面を設定している 2. 看護師同士の引継ぎが必要な場面を設定していない 3. 医師によるすべての口頭指示を認めていない 4. 病院内の統一フォーマットに記載し引継ぎする 5. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 6. 医師の引継ぎルールはあるが、方法・手段は決まっていない 7. 院内に医師が引継ぎする決まりがない 8. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 9. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 10. 引継ぎの方法については決まっていない 11. 院内の統一した基準を医師が作成している 12. 引継ぎの重要性を医師に感じてもらっていない 13. 引継ぎの重要性を看護師に感じてもらっていない 14. 病院内に引継ぎの手段や方法に関する知識を持つ者がいない 15. いずれもあてはまらない
質問56	＜看護師同士の引継ぎが必要な場面を設定している施設のみ対象です＞貴院のルールとして、看護師間の引継ぎはどのような方法で行うことになっていますか？		1. 口頭のみで引継ぎを行う 2. 引継ぎ日誌等、診療録（カルテ）以外のツールを用いて引継ぐ 3. 診療録（カルテ）上で、病院内の統一フォーマットに記載し引継ぎする 4. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 5. 医師の

ラベル	質問文	サブ質問文	選択肢文
質問44	＜高濃度（濃厚）電解質製剤の定めがある施設のみが回答の対象です＞院内で取り扱いに注意すべき高濃度（濃厚）電解質製剤を定めている場合、安全対策として実施しているものをすべて選択してください。		1. 高濃度（濃厚）電解質製剤をハイリスク薬（ハイアラート薬/危険薬）に含めている 2. 高濃度（濃厚）電解質の一覧を作成し多職種が閲覧できるようにしている 3. 医師のオーダー画面に高濃度（濃厚）電解質の表示（標識）をしている 4. 看護師が指示を確認する電子カルテ画面に高濃度（濃厚）電解質の表示（標識）をしている 5. 注射処方せん/処方せんまたは注射ラベル/薬袋に高濃度（濃厚）電解質の表示（標識）をしている 6. 薬剤の棚（病棟保管室を含む）に高濃度（濃厚）電解質の表示（標識）をしている 7. 高濃度（濃厚）電解質に関する院内医療者向けの研修を行っている 8. ICUや手術室など、病棟保管は限定した部署にしている 9. スタッフが取り扱うことに関して基準を定めている（処方可能な医師やミキシングや投与の際に資格制度を導入している） 10. 1から9、いずれにも該当しない
質問45	貴院では、入院や退院のときに患者の薬の情報を整理して、正しく引き継ぐ取り組み（ Medikation-レコンシリエーション）を行っていますか？		1. すべての患者に実施している 2. 一部の患者に限り実施している 3. 実施していない 4. 実施しているが把握していない/わからない
質問46	貴院において、薬剤部（またはそれに準じる部署）が薬剤情報（DL Drug Information）管理を行っていますか？		1. おこなっている 2. おこなっていない
質問47	貴院において、パニック値として設定している検査をすべて選んでください ※ パニック値とは「生命が危がまれるほど危険な状態にあることを示唆する異常値や重要臨床所見」を指す。		1. 画像検査（CTおよびMRI等、単純X線写真以外） 2. 画像検査（単純X線写真） 3. 血液検査 4. 生体検査（超音波検査） 5. 生体検査（心電図検査） 6. 生体検査（超音波検査および心電図検査以外の検査） 7. 院内でパニック値を設定していない 8. 院内で検査を行っていないから 9. 院内でパニック値を定める必要性を感じていないから 10. 院内でパニック値を担当する部署やチーム、担当者が決まっていないから 11. パニック値の定め方等、パニック値設定に関する知識が安全担当者になら 12. いずれもあてはまらない
質問48	＜パニック値の定めがない施設のみが回答の対象です＞貴院でパニック値を設定していない理由を教えてください。		1. パニック値を報告された医師は速やかにパニック値への対応を行い、記録する決まりとなっている 2. 臨床検査情報システム・電子カルテ・検査結果報告書において、一目で「パニック値」であることがわかる表示となっている 3. パニック値に関する院内の運用を検討する担当者や担当部署が決まっている 4. すべて実施していない 5. 医師によるすべての口頭指示を認めていない 6. 院内の統一フォーマットではないが、診療録（カルテ）上でも記録している 7. 院内に医師が記録する決まりがない 8. 医師の記録ルールはあるが、方法・手段は決まっていない 9. 院内に医師が記録する決まりがない 10. 病院内の統一フォーマットではないが、診療録（カルテ）上でも記録している 11. 院内に医師が記録する決まりがない 12. 医師の記録ルールはあるが、方法・手段は決まっていない 13. 院内に医師が記録する決まりがない
質問49	＜パニック値の定めがある施設のみが回答の対象です＞貴院で血液検査パニック値の運用に関して実施していることをすべて選択してください。		1. 困ったことがあった、またはインシデントがあった 2. 困ったことがなく、インシデントもなかった 3. 決めていない 4. 決めていない（医師の口頭指示に関するルールがない場合も含む）
質問50	＜パニック値の定めがある施設のみが回答の対象です＞貴院ではパニック値を認めた際に報告する相手や連絡手段は定められていますか。		1. 連絡する相手および連絡手段は決まっている 2. 連絡する相手は決まっているが、連絡手段は決まっていない 3. 連絡する相手および連絡手段も決まっていない 4. 決めていない
質問51	貴院において過去1年以内に医師から看護師への口頭指示に関して困ったこと、またはインシデント（ニアミス/ヒヤリハット、アクシデントを含む）がありましたか？		1. 困ったことがあった、またはインシデントがあった 2. 困ったことがなく、インシデントもなかった 3. 決めていない 4. 決めていない（医師の口頭指示に関するルールがない場合も含む）
質問52	貴院では医師から看護師への口頭指示が許可される場面（例：緊急時のみ）を決めていますか		1. 病院内の統一フォーマットではないが、診療録（カルテ）上でも記録している 2. 院内に医師が記録する決まりがない 3. 医師の記録ルールはあるが、方法・手段は決まっていない 4. 院内に医師が記録する決まりがない 5. 病院内の統一フォーマットではないが、診療録（カルテ）上でも記録している 6. 院内に医師が記録する決まりがない 7. 医師の記録ルールはあるが、方法・手段は決まっていない 8. 院内に医師が記録する決まりがない
質問53	貴院のルールとして、医師同士の引継ぎが必要な場面を設定していますか？ （例：当直交代時は引き継ぐルールであるなど）		1. 病院内の統一フォーマットではないが、診療録（カルテ）上でも記録している 2. 院内に医師が記録する決まりがない 3. 医師の記録ルールはあるが、方法・手段は決まっていない 4. 院内に医師が記録する決まりがない 5. 病院内の統一フォーマットではないが、診療録（カルテ）上でも記録している 6. 院内に医師が記録する決まりがない 7. 医師の記録ルールはあるが、方法・手段は決まっていない 8. 院内に医師が記録する決まりがない
質問54	＜医師同士の引継ぎが必要な場面を設定している施設のみ対象です＞貴院のルールとして、医師間の引継ぎはどのような方法で行うことになっていますか？		1. 口頭のみで引継ぎを行うが（電話または対面等）、記録する決まりはない 2. 引継ぎ日誌等、診療録（カルテ）以外のツールを用いて引継ぐ 3. 診療録（カルテ）上で、病院内の統一フォーマットに記載し引継ぎする 4. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 5. 医師の引継ぎルールはあるが、方法・手段は決まっていない 6. 院内に医師が記録する決まりがない 7. 病院内の統一フォーマットではないが、診療録（カルテ）上でも記録している 8. 院内に医師が記録する決まりがない 9. 医師の記録ルールはあるが、方法・手段は決まっていない 10. 院内に医師が記録する決まりがない
質問55	貴院のルールとして、看護師同士の引継ぎが必要な場面を設定していますか？ （例：日勤帯一夜勤帯の交代時など）		1. 病院内の統一フォーマットではないが、診療録（カルテ）上でも記録している 2. 院内に医師が記録する決まりがない 3. 医師の記録ルールはあるが、方法・手段は決まっていない 4. 院内に医師が記録する決まりがない 5. 病院内の統一フォーマットではないが、診療録（カルテ）上でも記録している 6. 院内に医師が記録する決まりがない 7. 医師の記録ルールはあるが、方法・手段は決まっていない 8. 院内に医師が記録する決まりがない
質問56	＜看護師同士の引継ぎが必要な場面を設定している施設のみ対象です＞貴院のルールとして、看護師間の引継ぎはどのような方法で行うことになっていますか？		1. 口頭のみで引継ぎを行う 2. 引継ぎ日誌等、診療録（カルテ）以外のツールを用いて引継ぐ 3. 診療録（カルテ）上で、病院内の統一フォーマットに記載し引継ぎする 4. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う 5. 医師の引継ぎルールはあるが、方法・手段は決まっていない 6. 院内に医師が記録する決まりがない 7. 病院内の統一フォーマットではないが、診療録（カルテ）上でも記録している 8. 院内に医師が記録する決まりがない 9. 医師の記録ルールはあるが、方法・手段は決まっていない 10. 院内に医師が記録する決まりがない
質問57	貴院において、あなたが感じる医療者間の引継ぎを行うにあたって感じる課題を、以下の設問からすべて選択してください。		1. 病院の統一した基準を作るのが困難 2. 引継ぎの重要性を医師に感じてもらえない 3. 引継ぎの重要性を看護師に感じてもらえない 4. 病院内に引継ぎの手段や方法に関する知識を持つ者がいない 5. いずれもあてはまらない
質問58	貴院では手術をおこなっていますか？		1. はい 2. いいえ
質問59	貴院では手術部位のマーキングに関する規定はありますか？		1. 規定している（全診療科共通） 2. 規定している（診療科により異なる） 3. 規定していない
質問60	＜マーキングの規定がある施設のみが回答の対象です＞その規定では「手術部位のマーキングは皮膚切開部位かその近くに行う」と定めていますか。		1. 全診療科で「手術部位のマーキングは皮膚切開部位かその近くに行う」と定めている 2. 一部の診療科が「手術部位のマーキングは皮膚切開部位かその近くに行う」と定めている 3. 定めていない
質問61	＜マーキングの規定がある施設のみが回答の対象です＞手術時のマーキングはいつ、誰が行う決まりになっていますか？		1. 手術室入室までに、必ず医師が直接で実施する 2. 手術室入室までに実施するが、医師に限るという規定はない 3. 手術室入室後、手術室内で実施する 4. マーキングをいつ行うかは決まっていない 5. ある 6. ない
質問62	貴院において、手術時のサインイン・タイムアウト・サインアウト等に関する規定はありますか。		1. 病院の病棟幹部が手術時の患者安全の重要性を認識していないから 2. 手術時のサインイン・タイムアウト・サインアウト等のルールを定める担当者が決まっていないから 3. 正しい手術時のサインイン・タイムアウト・サインアウト等の手順が分らないから 4. その他（記載お願いします） 5. いずれにも該当しない
質問63	＜サインイン・タイムアウト・サインアウトの規定がない施設のみが回答の対象です＞貴院において、手術時のサインイン・タイムアウト・サインアウト等に関する規定を策定していない理由として、あなたの考えに含めるものをすべて選んでください。		1. 規定している 2. 規定していない
質問64	貴院において、手術室入室時または麻酔導入前に実施するサインインに関して規定していますか。		

ラベル	質問文	サブ質問文	選択肢文
質問65	＜サインインの規定がある施設のみが回答の対象です＞手術室入室時または麻酔導入前に実施するサインインにおいて確認している項目をすべて選択してください。		1. 患者が正しいかどうか 2. 術式名が正しいかどうか 3. 手術部位マーキングについて 4. アレルギーマークについて 5. 中止薬について 6. 貼付剤について 7. 血液製剤について 8. 腸管困難または腸蠕動リスクについて 9. 深部静脈血栓症対策について 10. 生体情報モニターの作動について 11. その他
質問66	貴院において、手術開始前(皮膚切開前)に実施するタイムアウトに関して規定していますか？		1. 規定している 2. 規定していない
質問67	＜タイムアウトの規定がある施設のみが回答の対象です＞手術開始前に実施するタイムアウトにおいて確認もしくは情報共有することとしている項目をすべて選択してください。(複数選択)		1. 患者が正しいかどうか 2. 術式名が正しいかどうか 3. 手術部位について 4. 通常と異なる手術手順について 5. 麻酔管理上の患者特有の問題について 6. 手術機器や滅菌状態について 7. 手術時間について 8. 出血量について 9. 抗菌薬投与について 10. タイムアウト時に情報共有する項目が決まっていない
質問68	＜タイムアウトの規定がある施設のみが回答の対象です＞手術開始前に実施するタイムアウトでの手術部位確認の際には、マーキングを確認する決まりになっていますか。		1. マーキングを確認し、手術同意書に記載された手術部位と同一か照合している。 2. マーキングを確認しているが、手術同意書とは照合していない。 3. マーキングの確認は行っていない。
質問69	貴院において、患者退室前に実施するサインアウトに関して規定していますか？		1. 規定している 2. 規定していない
質問70	＜サインアウトの規定がある施設のみが回答の対象です＞手術室退室前に実施するサインアウトにおいて実施することとしている項目をすべて選択してください。		1. 実施した術式について 2. 針カウント他器材のカウントについて 3. 術後管理の問題点について 4. 機体確認について 5. カテーテル、ドレーンについて 6. サインアウト時に実施することが決まっていない
質問71	貴院では内視鏡検査やカテーテル検査等、手術室以外で行う侵襲的処置において、サインイン・タイムアウト・サインアウト等を行う規定を設けていますか？		1. ある 2. ない
質問72	貴院で院内統一の生体情報モニターアラームの設定に関する基準はありますか？		1. あり 2. 生体情報モニターを扱っているが、院内に手順はない 3. 院内に生体情報モニターが存在しない
質問73	貴院で院内統一の生体情報モニターを装着する院内の基準はありますか？ (例：収縮期血圧が80mmHg以下でモニターのアラームを鳴る設定を標準とする)		1. あり 2. 生体情報モニターを扱っているが、院内に基準はない 3. 院内で生体情報モニターを扱っていない
質問74	＜生体情報モニターを装着する患者に関して統一した基準がない施設のみが対象です＞貴院で生体情報モニターを装着する患者に関して統一した基準が決まっていない理由を教えてください。		1. 院内の統一した基準を作るのが困難だから 2. 基準を決める必要性を感じていないから 3. 基準を決める担当者が明確ではないから 4. 一般的なモニター装着基準が分からないから 5. その他(記載お願いします) 6. いずれもあてはまらない
質問75	貴院で院内統一の生体情報モニターを外す基準は院内にありますか？		1. あり 2. 生体情報モニターを扱っているが、院内に基準はない 3. 院内で生体情報モニターを扱っていない
質問76	貴院の経鼻胃管挿入後の胃管位置確認の方法に関するルールを教えてください。		1. 1つの方法で確認することとしている 2. 複数の方法で確認することとしている 3. 院内のルールは決まっておらず、各医療者の判断に委ねている
質問77	＜胃管位置確認の方法に関するルールがない施設が対象です＞貴院で経鼻胃管挿入後の胃管位置確認の方法が決まっていない理由を教えてください。(複数選択可)		1. 院内に経鼻胃管挿入を行う患者がいないから 2. 院内ルールとして、挿入後の位置確認方法を定める必要性を感じていないから 3. 院内において、挿入後の位置確認方法を定める部署や担当者が明確ではないから 4. 院内に挿入後の位置確認方法に関する一般的な知識を持つ者がいないから 5. いずれもあてはまらない
質問78	＜胃管位置確認の方法に関するルールがある施設が対象です＞経鼻胃管挿入後の胃管位置確認方法として、ルールに含まれているものをすべて選択してください。		1. 気泡音の聴取 2. 胸壁X線写真 3. 胃内容物吸引によるpH測定 4. 胃内容物の吸引 5. 挿入長 6. 経鼻胃管先端位置確認システム(例：タムガイド®) 7. 喉頭内視鏡・喉頭鏡 8. CO2検知器による確認 9. その他 10. どの方法で確認するかが決まっていない
質問79 1)	入院患者に対する転倒・転落リスクアセスメントを実施する決まりになっていますか？		1. 入院後24時間以内にリスクアセスメントを実施するよう、決めている 2. リスクアセスメントを実施する期限が決められているが入院後24時間以降である 3. リスクアセスメントを実施する決まりはあるが、期限はない 4. リスクアセスメントを実施する決まりはない
質問79 1-2)	＜転倒・転落リスクアセスメントがない施設のみ対象です＞入院患者の転倒転落リスクアセスメント方法が貴院で導入されていない理由を教えてください		1. リスクアセスメントを実施する必要性を感じていないから 2. これまで院内で転倒・転落による骨折や頭部外傷などが生じたことがないから 3. リスクアセスメントシートを定める担当者が明確ではないから 4. リスクアセスメントシートの導入方法・必要な項目が分からないから 5. その他(記載お願いします) 6. いずれもあてはまらない
質問79 2)①	＜転倒・転落リスクアセスメントがある施設のみ対象です＞貴院における入院中の転落・転落リスクアセスメント項目をお聞かせします 項目数はいくつですか？		
質問79 2)②	＜転倒・転落リスクアセスメントがある施設のみ対象です＞リスクアセスメント項目に含まれるものをすべて選択してください		1. 過去の転倒・転落歴 2. 使用している薬剤 3. 認識力 4. 身体機能 5. 病状 6. 行動特性 7. 排泄関連 8. その他 9. 1から8いずれも該当しない。またはリスクアセスメント項目が決まっていない。
質問79 2)③	＜転倒・転落リスクアセスメントがある施設のみ対象です＞リスクアセスメントを再評価するタイミングは決まっていますか、すべて選択してください。(複数選択)		1. 定期的に再評価する決まりである 2. 患者の病態変化時に再評価する決まりである 3. 転倒時等、入院場所が変わったら再評価する決まりである 4. 転倒転落発生時に再評価する決まりである 5. 特に再評価するタイミングの決まりはない 6. その他
質問79 3)	外来患者に対する転倒・転落リスクアセスメントを実施する決まりになっていますか？		1. はい 2. いいえ

ラベル	質問文	サブ質問文	選択肢文
質問79 4)	貴院において転倒・転落防止対策として導入している対策をすべて選択してください。		1. 患者により離床センサー・着床センサー（センサーマット）を使用している 2. 患者によりベッドの高さや配置を調整している 3. かかとのある靴を履く（スリッパを禁止）など履物の案内をしている 4. 患者へ転倒・転落の注意についての説明書を基している 5. 患者へ転倒・転落の注意啓発についてのポスターを提示している 6. 職員へ転倒・転落に関する研修を開催している 7. 転倒・転落の誘因となり得る薬剤の調整をしている 8. 身の回りの必要なものが手の届く位置に配置する等、環境整備を行う 9. 必要に応じて、身体拘束を行う 10. その他 11. いずれも実施していない
質問80	貴院では入院患者に対して、深部静脈血栓症（DVT）や肺血栓塞栓症（PE）予防のためのリスク評価を行っていますか？		1. すべての患者に対して実施している 2. 小児や妊婦など特定の患者群を除いた、すべての患者に実施している 3. 手術患者等、一部の患者群を明示し、実施している 4. 実施していない
質問81	貴院では輸血の実施にあたっての院内の手順書（マニュアル）を整備していますか？		1. はい 2. 院内で輸血を実施しているが、手順書はない 3. 院内で輸血を実施していないため、手順書はない
質問82	＜問81で1を選択した施設のみが対象です＞貴院の輸血の実施にあたっての院内の手順書において、血液型検査検体と製剤準備用検体の採血のタイミングを規定（明文化）していますか？		1. 規定している 2. 規定していない
質問83	＜問81で1を選択した施設のみが対象です＞貴院の輸血の実施にあたっての院内の手順書における、血液型検査検体と製剤準備用検体の採血のタイミングを教えてください。		1. 異なるタイミング 2. 同時採血 3. その他
質問84	貴院でコードブルーなど、院内で心停止患者等が発生した際に使用される緊急対応システムはありますか？		1. あり 2. ない
質問85	貴院ではコードブルー（院内心停止等）とは別に、血圧が低下したときなど（シングルパラメーターもしくは早期警報警告スコア等）、異常なバイタルサインの出現時に院内急変対応に対応するチームを設置していますか？当てはまる日時をすべて選択してください。		1. 平日の日中 2. 平日の夜間 3. 土日・休日の日中 4. 土日・休日の夜間 5. 設置していない
質問86	＜問85で6以外を選択した施設が対象です＞どのようなチーム形態でチームを設置していますか、最もあてはまるものを選択してください。		1. 集中治療医、あるいは救急医主導の対応チーム（MET）がある 2. 集中治療医、あるいは救急医ではない医師主導の対応チームがある 3. 医師以外の医療者（看護師等）が主導する対応チーム（RRT）がある 4. 病棟の回診で緊急事項のある症例やICU退室患者のみ回診するチーム（CCOT） 5. その他（記載お願いします） 6. 1から5、いずれも実施していない
質問87	貴院では画像検査の実施および画像診断レポート（CTレポート等）を作成していますか。		1. 院内で画像検査の実施および画像診断レポートが作成されている（注：すべての画像検査へ画像診断レポートが作成されていない場合も含む） 2. 院内で画像検査を実施しているが、画像診断レポートを作成していない 3. 院内で画像検査を実施していない
質問88	貴院における画像診断レポートに記載された所見の見落とし防止を目的とする対策のうち、実施しているものを以下の選択肢からすべて選択してください。		1. 画像診断医によるレポートへの重要フラグの付与（悪性腫瘍を疑う所見など） 2. 検査のオダ医や主治医への画像診断レポートが作成されたことの通知 3. 検査のオダ医や主治医へ重要所見があることの通知（例：電話による連絡、システムによる通知など） 4. 画像診断レポートの既読・未読状況の管理 5. 未読レポートを第三者がチェックする監査体制の整備 6. 1から5に示す、放射線画像診断レポート所見の見落とし防止策を実施していない
質問89	以下の検査のうち、医師が検査結果を確認し、検査結果に応じた対応が適切に行われているかについて、第3者が確認している検査項目をすべて選択してください。		1. 血液検査のうち、腫瘍マーカー 2. 血液検査のうち、肝炎ウイルスマーカー（B型肝炎ウイルス抗原・抗体・DNA定量等を含む） 3. 血液検査のうち、肝炎ウイルス以外の感染症マーカー（梅毒検査・HIV等） 4. 画像診断レポート 5. 超音波レポート 6. 病理検査報告書 7. 1～6のいずれもおこなっていない
質問90	貴院にはインフォームド・コンセント文書（説明同意文書など。以下、IC文書）について、記載されるべき項目を記した統一された定型フォームがありますか？ ※ 定型フォームの例：すべてのIC文書について検査目的、方法、合併症、代替手段、患者署名欄を記載することになっている		1. 医療安全管理部門が作成した定型フォームがある 2. 医療安全管理部門以外の特定の部署・委員会が作成した定型フォームがある 3. 院外の団体が作成した定型フォームを使用している 4. 院内でIC文書は診療科により作成・使用されているが、定型フォームはなく、文書によりばらばらである 5. 院内にIC文書は1つも存在しない 6. その他
質問91	貴院におけるIC文書の管理・審査体制を教えてください。		1. 医療安全管理部門が院内すべてのIC文書を集積し、管理・審査している 2. 医療安全管理部門以外の特定の部署・委員会が院内すべてのIC文書を集積し、管理・審査している 3. 医療安全管理部門を含む院内の特定の部署がIC文書を集積しているが、審査していない 4. 特定の部署・部門がIC文書を集積・管理していない
質問92	貴院のアレルギー等情報の管理について、貴院で実施している事項をすべて選択してください。 なお、選択肢2から5は電子カルテを導入している施設を対象とした設問です。		1. 看護師や薬剤師等が患者からアレルギー等があることを聞いた場合、医師が閲覧できる記載欄に記載するルールになっている 2. 薬剤投与により副作用を疑う症状があった場合、そのことをシステムに登録でき、未来に別の医師が同じ薬をオーダーしようとした際にアラートが表示される。 3. 2の機能がある場合、同じ成分の後発品や別剤形の薬がオーダーされてもアラートが表示される。 4. 薬の重大な副作用（その薬が原因である確度が高く、重症度も高い）とそれ以外の副作用を区別して記録でき、薬をオーダーする際に重大な副作用とそれ以外を区別してアラート表示される。 5. ICU等の重症部門等が部門システムで運用されている場合でも、基幹システムで登録されたアレルギー等情報は共有され、一般病棟で副作用があった薬を重症部門で投与しようするとアラートが表示される。 6. 造影検査でアレルギー反応を疑う症状があった場合に、そのことをシステムに登録でき、未来に別の実施者が造影検査をする際に、同じ造影剤使用を回避できる仕組みがある。 7. 造影剤アレルギーを疑う症状がある時、主治医と造影剤名を含めて情報を共有する仕組みがあり、転院等で主治医が診療情報提供書を作成する際、造影剤名を含めて造影剤アレルギーがあったことを記載できる。 8. 1～7のいずれもあてはまらない

ラベル	質問文	サブ質問文	選択肢文
質問93	医師が記載した指示を看護師へ伝達する仕組みについて貴院が実施している事項をすべて選択してください。		1. 医師が指示を診療記録に入力した場合、看護師が診療記録を聞くと新たな指示が出ていることに気付ける。 2. 入院患者において、医師の内服薬の服用指示がカレンダーのカレンダーに表示される。 3. 医師の服用指示の修正(薬剤の中止、休薬、増減量等)が容易に記載でき、修正内容がカレンダー表示される。 4. 注射薬投与の指示があったが投与直前に医師が中止の指示を入力した場合、看護師は実施前の確認操作で注射薬のラベルの番号を読み取るとアラートが表示される。 5. 注射薬を持続投与している場合に、途中で流速を変更する場合、医師は容易にその指示を入力でき、看護師がわかりやすい表示で確認できる仕組みがある。 6. 患者が転倒(集中治療室を含む)する場合には、継続する指示を入力しなおさなくて良い仕組みとなっている。 7. 入院患者へのスライディングスケールを使ったインスリン投与時も、簡単に指示が出せ、看護師が何単位を投与すれば良いかが、誤解なく確認できる。 8. 1～7のいずれもあてはまらない
質問94	主治医以外の医師が診療に加わる際、診療記録を見て患者の重要事項を短時間で把握する必要があります。あなた個人が感じる貴院の診療記録でできていると感じる事項をすべて選択してください。		1. 医師等が作成したプロブレムリストが整理されている。 2. 自院で実施した手術や手術記録をすぐに把握・確認することができる。 3. 自院の入退院履歴を容易に把握でき、それぞれの退院時サマリを参照することができる。 4. 透析中、インスリン治療中、抗凝固剤投与中、抗がん剤治療中、ペースメーカー植え込み患者などの注意事項がある場合に、容易に認識できる。 5. 手術実施前などに、同意書が取得されているかをすぐに確認することができる。 6. 画像検査歴をすぐに把握でき、画像診断レポートを閲覧できる。 7. 病理検査の実施歴をすぐに把握でき、病理診断レポートを閲覧できる。 8. 1～7のいずれもあてはまらない
質問95	医療事故調査制度における「提供した医療に起因した予期せぬ死亡」を医療事故(医療法第6条の10)として届け出するか判断する際に、医療安全担当であるあなたと、病院長の間で判断が違った経験がありますか。		1. 常に食い違った 2. ほとんどの場合で食い違った 3. ときどき食い違った 4. 判断が異なることはない 5. これまで医療事故の判断を行う事象はなかった
質問96 ①	患者が医療安全対策に参画することへのあなたの考えを教えてください。		1. 重要であると考えており、既に導入している、または導入にむけて検討中である 2. 重要であると考えているが、導入にむけた検討ができていない 3. 重要と考えていない 4. 医療安全対策に患者が参画する概念や具体的な方法を知らない・わからない 5. 1～4すべてが当てはまらない
質問96 ②	あなたの病院で患者が参画する安全対策を実施するにあたって、あなたが感じるハードルをすべて選択してください。		1. 安全対策を実施するにあたり、患者に参画を求める理屈がわからない 2. 患者が参画する安全対策法の具体的な方法がわからない 3. 患者に説明し、理解してもらうのが難しい 4. 病院内の医療者からの協力を得るのが難しい 5. 病院内のヒトやモノ等の資源が限られており、安全対策を行う余裕がない 6. 1～5すべてが当てはまらない
質問97	あなたが働いている病院の院長が医療安全について行っていることをすべて選択してください。		1. 医療安全の重要性を対外的に表明している(例、病院長挨拶への掲載) 2. 医療安全管理部門と定期的に面談している(医療法に基づく医療安全管理委員会を除く) 3. 重要なインシデント等の報告を受けた後、検証・対策の決定に關与している 4. 職員の医療安全への貢献を評価している(例、職員への表彰) 5. すべて実施していない
質問98	以下に關するあなたの考えを聞かせてください		
質問98 ①	病院長などの病院上層部は決められた医療安全の手順通りに仕事が行われることをよく評価する		1. 強くそう思う 2. そう思う 3. どちらともいえない 4. そう思わない 5. 全くそう思わない
質問98 ②	病院長などの病院上層部はスタッフから医療安全を向上する提案がなされたときは、真剣に考慮する		1. 強くそう思う 2. そう思う 3. どちらともいえない 4. そう思わない 5. 全くそう思わない
質問98 ③	プレッシャーがかかるといつも、上司や病院長は、通常の手順を簡略化してでも急いで仕事をすることを求めている		1. 強くそう思う 2. そう思う 3. どちらともいえない 4. そう思わない 5. 全くそう思わない
質問98 ④	病院長などの病院上層部は医療安全の問題が繰り返し起きていても見過ごしている		1. 強くそう思う 2. そう思う 3. どちらともいえない 4. そう思わない 5. 全くそう思わない
質問98 ⑤	病院長などの病院上層部は、医療安全を推進させるような職場風土を提供している		1. 強くそう思う 2. そう思う 3. どちらともいえない 4. そう思わない 5. 全くそう思わない
質問98 ⑥	病院の管理運営のあり方をみると、医療安全を最優先事項としていることがわかる		1. 強くそう思う 2. そう思う 3. どちらともいえない 4. そう思わない 5. 全くそう思わない
質問98 ⑦	病院長などの病院の上層部は、有害事象(例:重大なインシデントまたはアクシデント)が起きた後でしか医療安全に関心を払わないようである		1. 強くそう思う 2. そう思う 3. どちらともいえない 4. そう思わない 5. 全くそう思わない

日本患者安全目標 (JPSGs)

病院版

Japan patient safety goals

目標

1

患者確認の精度を 向上させ、**患者誤認を防ぐ**



- 目標 1-1 2つ以上の識別子を患者確認に用いるものに表記する
(ラベル付け)
- 目標 1-2 あらゆる医療行為や医療業務の直前に、患者側の2つの
識別子と医療者側の2つの識別子とを目視で照合する
- 目標 1-3 意思疎通が困難な患者(意識障害、新生児等)においても、
患者確認の方法を取り決める

目標

2

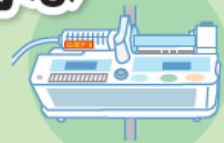
重大な検査所見を 確実に伝達し、**対応遅れを防ぐ**



- 目標 2-1 院内でパニック値とする検査項目・閾値を設定する
- 目標 2-2 パニック値発生時に医師・歯科医師に確実に伝達する
手順を定め、実践する
- 目標 2-3 パニック値の報告や対応を行ったことが事後に確認できる
体制を構築する

目標
3

誤った投与方法により重篤な 有害事象を来し得る 医薬品（ハイアラート薬）を 院内で定め、**誤投与を防ぐ**



- 目標 3-1 院内でハイアラート薬を定め、リスト化して職員に周知する
- 目標 3-2 ハイアラート薬の誤投与による害を低減するための対策を定め、実行する
- 目標 3-3 ハイアラート薬リストを少なくとも年1回はレビューし、必要に応じて改定する

目標
4

手術前の確認を強化し、 **誤認手術を防ぐ**



- 目標 4-1 タイムアウトは記憶に頼らず、チェックリストを用いてすべての項目を確実に行う
- 目標 4-2 消毒とドレープ掛けの後も視認できるよう、手術部位マーキングは、皮膚切開部位かその近くに行う
- 目標 4-3 皮膚切開前に、同意書等に記載された手術部位とマーキングされた部位とが一致することを確認する



一般社団法人
医療安全全国共同行動
いのちをまもるパートナーズ
Japanese Coalition for Patient Safety (JCPS)

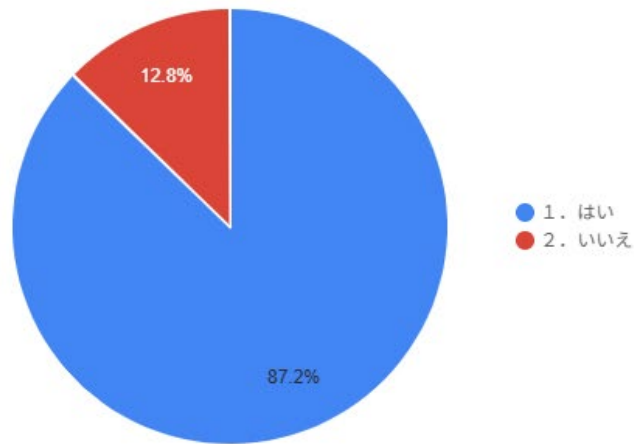
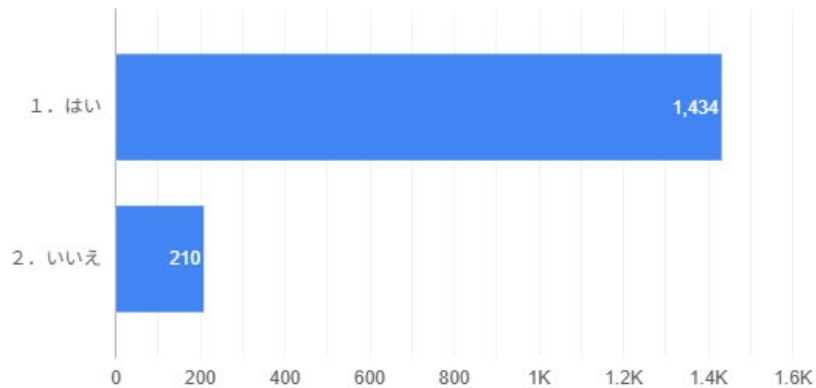
※JPSGは、厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業「医療安全対策の普及と実装に向けた研究」において、日本のすべての病院において優先して取り組むことが推奨される安全対策を明示する目的で策定されました。

2026年3月作成

質問1 あなたは医療安全管理者ですか？

質問1 あなたは医療安全管理者ですか？		件数
1.	1. はい	1,434
2.	2. いいえ	210
Grand total		1,644

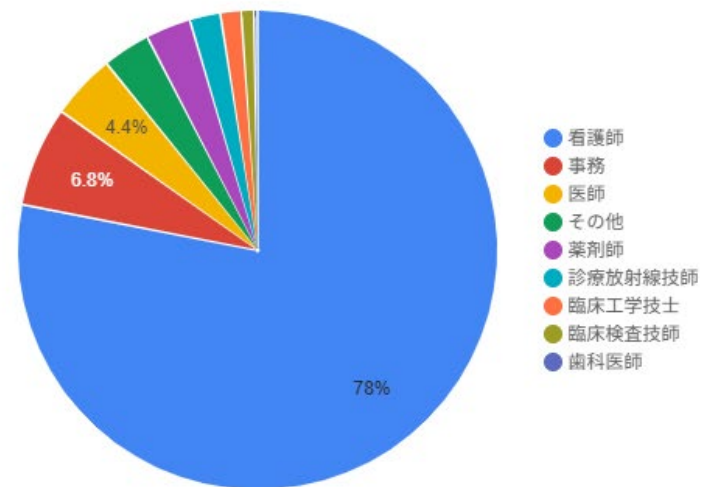
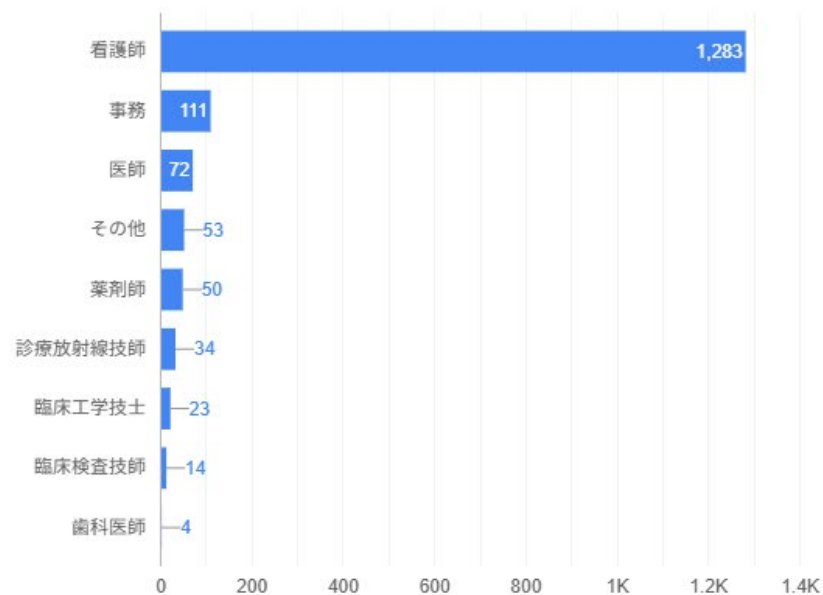
1 - 2 / 2 < >



質問2 あなたの職種を教えてください。(1つ)

質問2 あなたの職種を教えてください。(1つ) ▲	件数
1. その他	53
2. 事務	111
3. 医師	72
4. 歯科医師	4
5. 看護師	1,283
6. 臨床工学技士	23
7. 臨床検査技師	14
8. 薬剤師	50
9. 診療放射線技師	34
Grand total	1,644

1 - 9 / 9 < >



質問3 貴院に在籍する常勤の医師数を教えてください。

データ件数

1,644

平均値

46

中央値

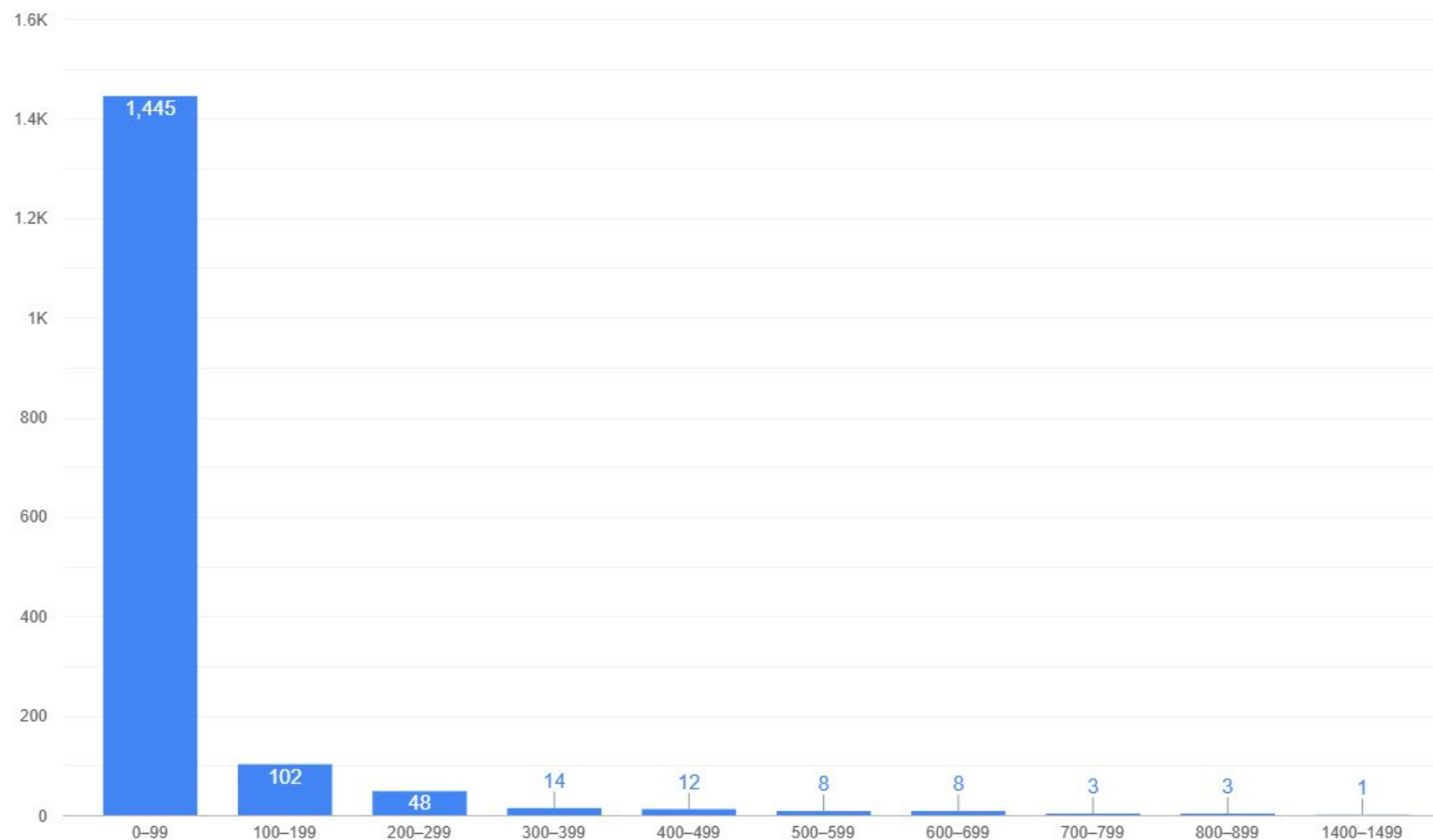
10

最大値

1,448

最小値

0



質問4 貴院に在籍する常勤の看護師数を教えてください。

データ件数

1,644

平均値

173

中央値

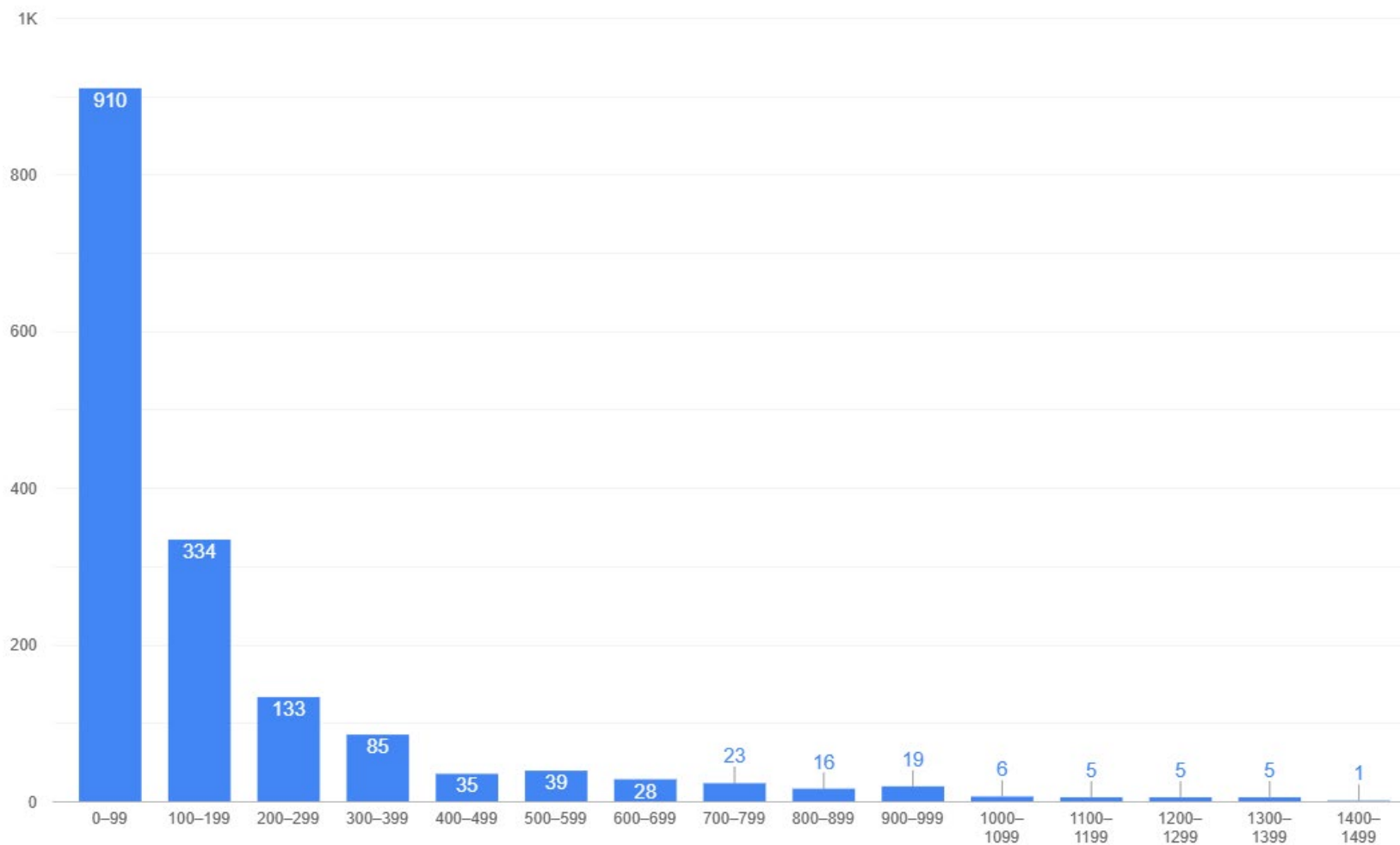
84

最大値

1,448

最小値

0



質問5 貴院の全病床数を教えてください。

データ件数

1,644

平均値

222

中央値

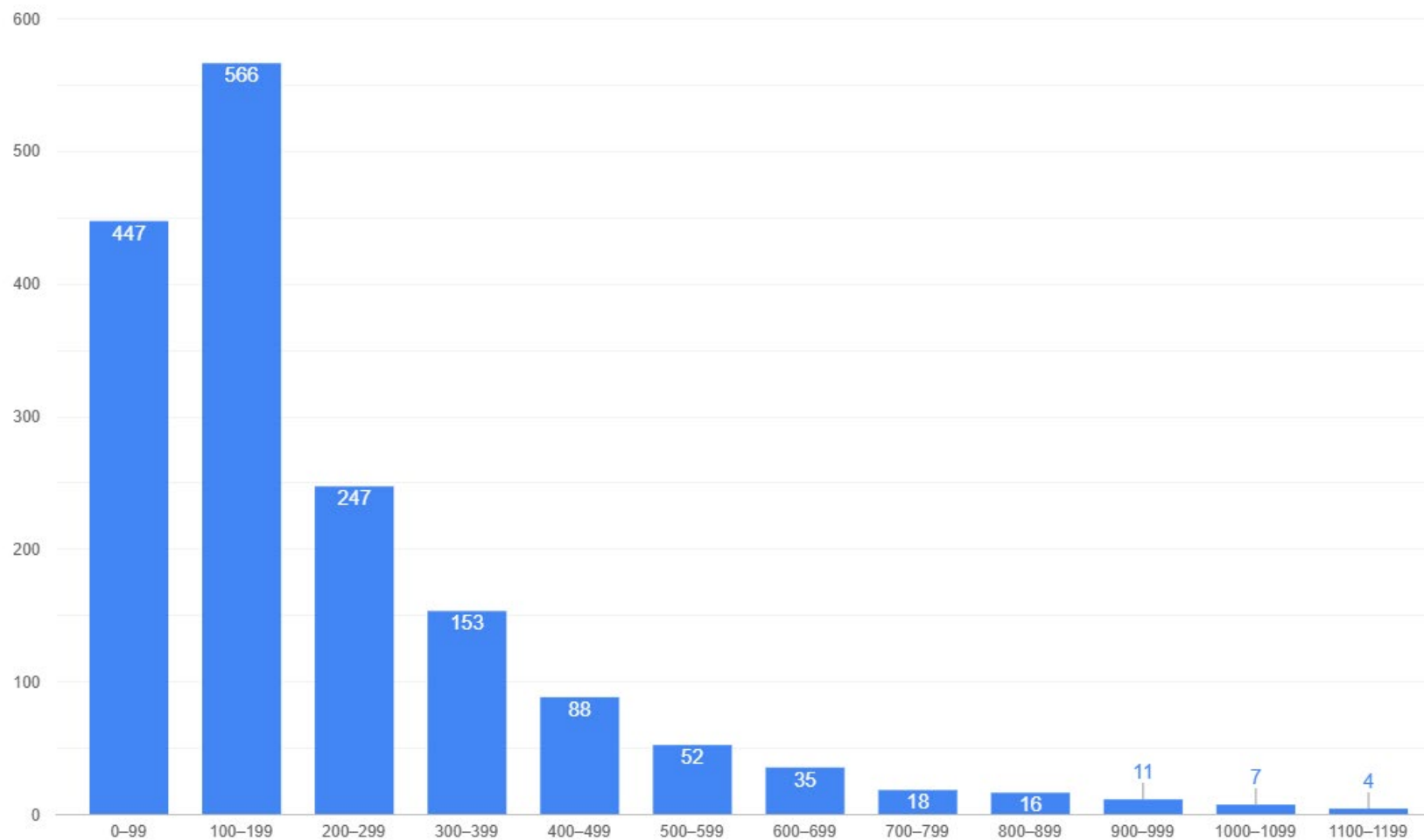
170

最大値

1,172

最小値

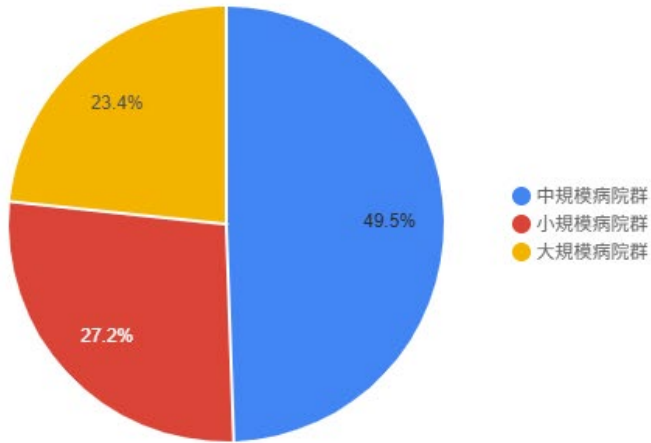
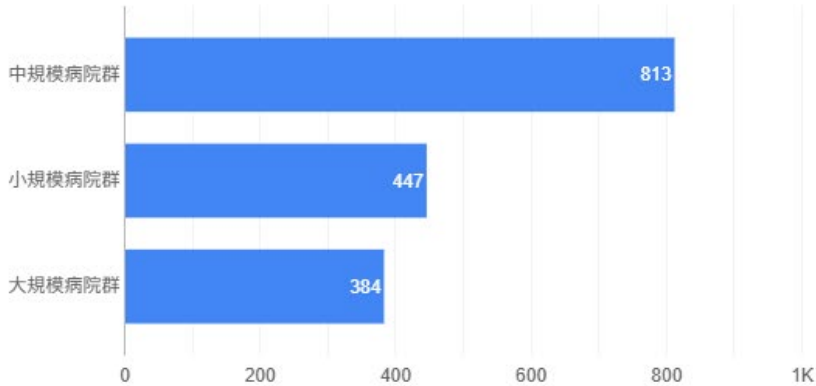
0



質問5 貴院の全病床数を教えてください。 | 病院規模

病院規模 ▲		件数
1.	中規模病院群	813
2.	大規模病院群	384
3.	小規模病院群	447
Grand total		1,644

1 - 3 / 3 < >



質問6 貴院における2024年度の手術件数は何件ですか？

データ件数

1,644

平均値

1,503

中央値

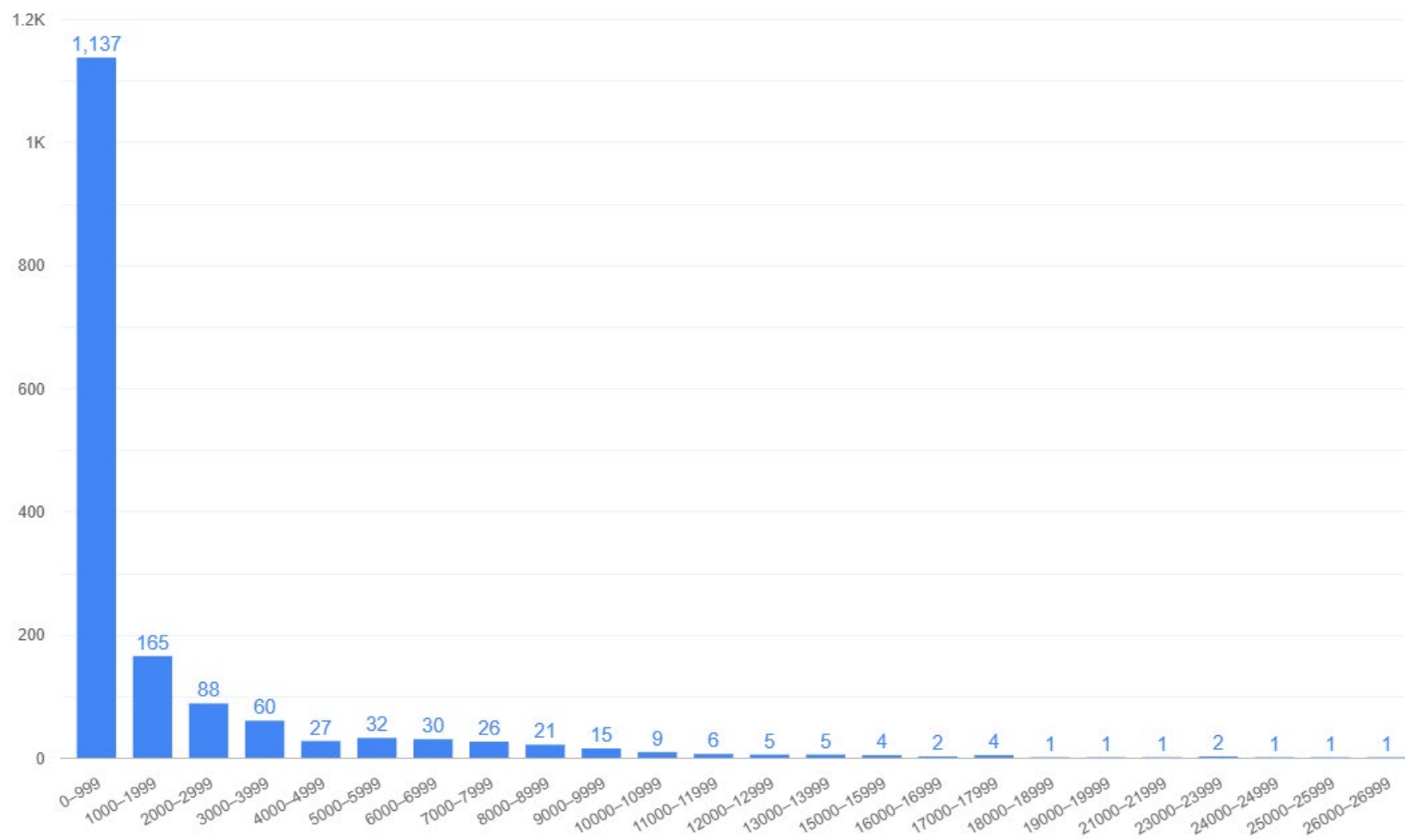
180

最大値

26,492

最小値

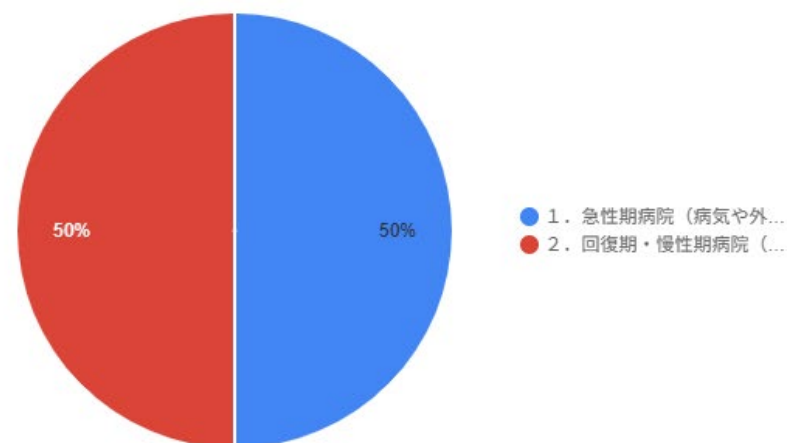
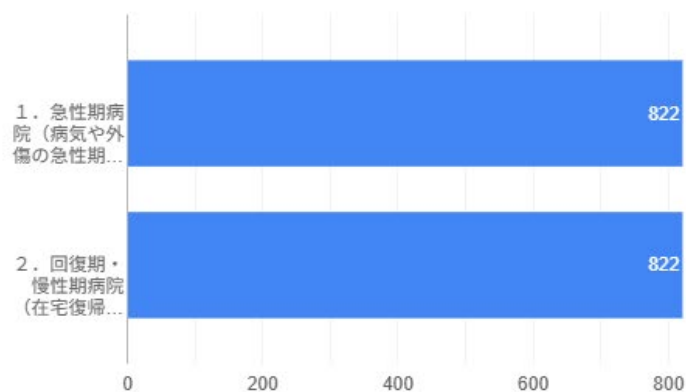
0



質問7 あなたの病院は急性期病院もしくは回復期・慢性期病院のどちらを主に担っていますか？

質問7 あなたの病院は急性期病院もしくは回復期・慢性期病院のどちらを主に担っていますか？		件数
1.	1. 急性期病院（病気や外傷の急性期に対する治療や手術を主として行う病院）	822
2.	2. 回復期・慢性期病院（在宅復帰を目的としてリハビリ等を行う、または病状が安定し長期療養を必要とする患者への治療を行う病院）	822
Grand total		1,644

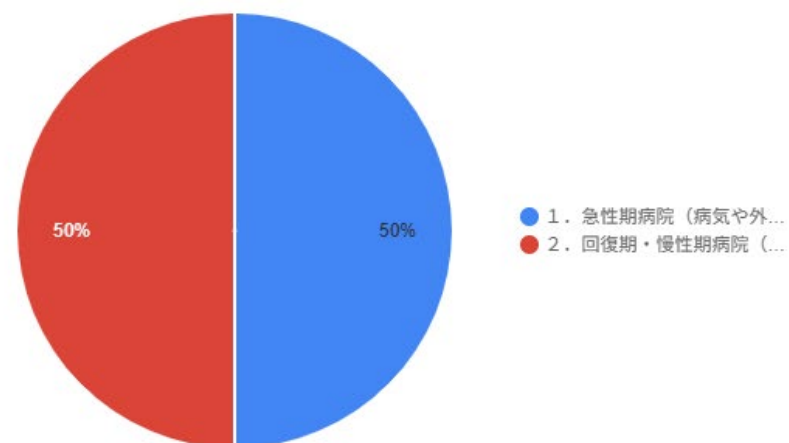
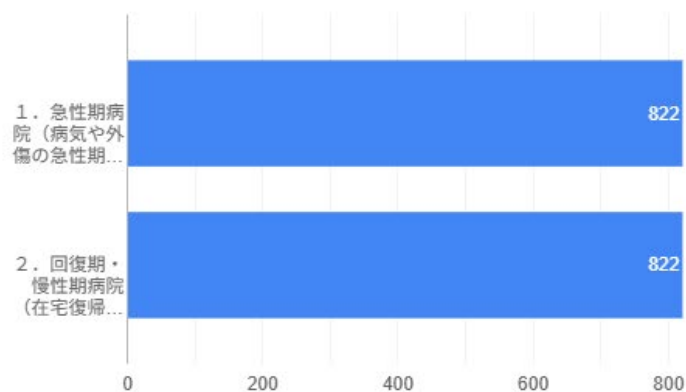
1 - 2 / 2 < >



質問7 あなたの病院は急性期病院もしくは回復期・慢性期病院のどちらを主に担っていますか？

質問7 あなたの病院は急性期病院もしくは回復期・慢性期病院のどちらを主に担っていますか？		件数
1.	1. 急性期病院（病気や外傷の急性期に対する治療や手術を主として行う病院）	822
2.	2. 回復期・慢性期病院（在宅復帰を目的としてリハビリ等を行う、または病状が安定し長期療養を必要とする患者への治療を行う病院）	822
Grand total		1,644

1 - 2 / 2 < >



質問8 貴院は以下のいずれかに該当しますか？当てはまるものをすべて選択してください。

質問8 貴院は以下のいずれかに該当しますか？当てはまるものをす... ▾		件数
1.	1. 特定機能病院	78
2.	2. 精神科病院（精神病床のみを有する病院）	180
3.	3. 結核療養所（結核病床のみを有する病院）	4
4.	4. 循環器病センター（心臓病や血管系の病気の診断、治療、研究を行う施設）	37
5.	5. 小児センター（小児の医療に特化した施設）	23
6.	6. がんセンター（がんの診断、治療、研究を行う施設）	33
7.	7. 1から6いずれにも当てはまらない	1,327

1 - 7 / 7 < >

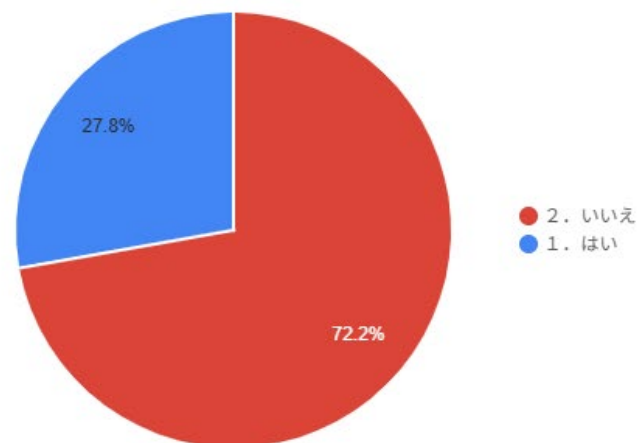
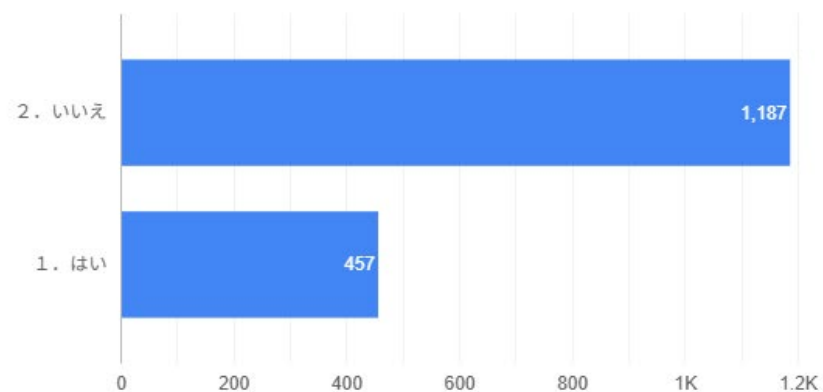
データ件数

1,644

質問9 貴院には集中治療室およびそれに準じる病室（HCUやNICU等）がありますか？

質問9 貴院には集中治療室およびそれに準じる病室（HCUやNICU等）がありますか？ ^		件数
1.	1. はい	457
2.	2. いいえ	1,187
Grand total		1,644

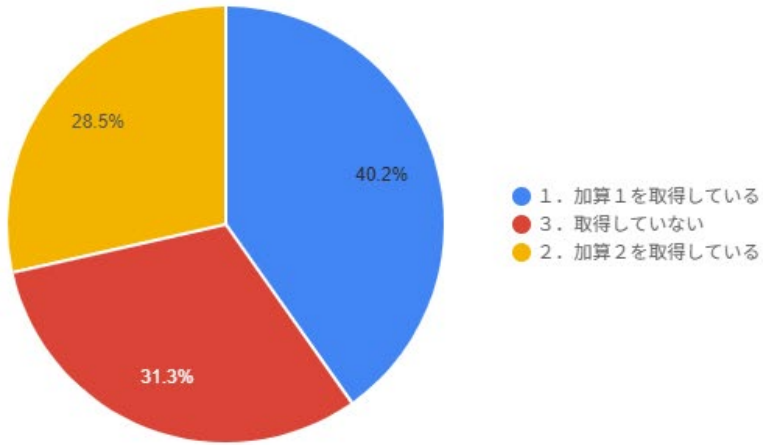
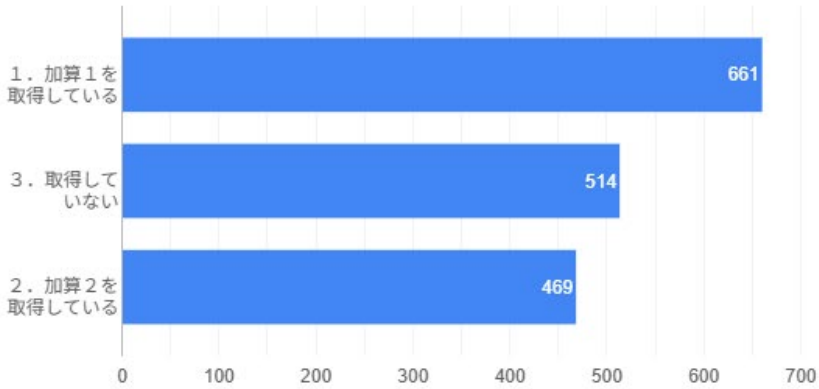
1 - 2 / 2 < >



質問10 貴院の医療安全対策加算の取得状況を教えてください。(1つ)

質問10 貴院の医療安全対策加算の取得状況を教えてください。(1つ)		件数
1.	1. 加算1を取得している	661
2.	2. 加算2を取得している	469
3.	3. 取得していない	514
Grand total		1,644

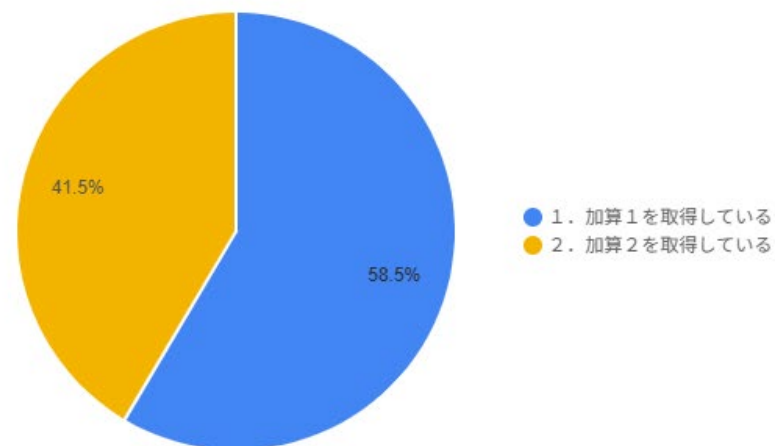
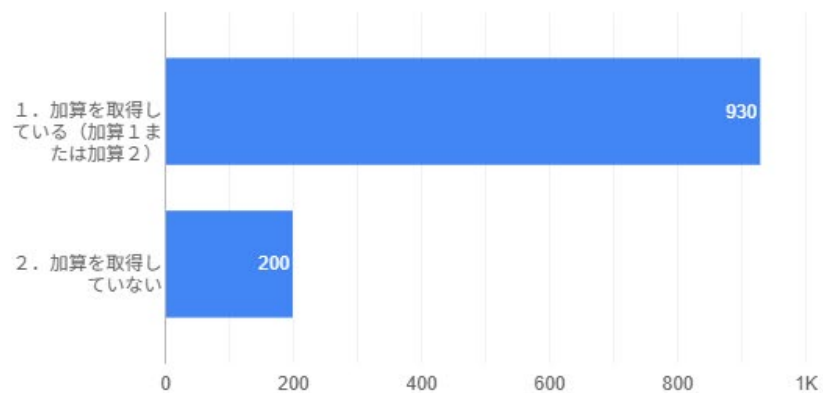
1 - 3 / 3 < >



質問11 貴院の医療安全対策地域連携加算の取得状況を教えてください。

質問11 貴院の医療安全対策地域連携加算の取得状況を教えてください。 ^		件数
1.	1. 加算を取得している（加算1または加算2）	930
2.	2. 加算を取得していない	200
Grand total		1,130

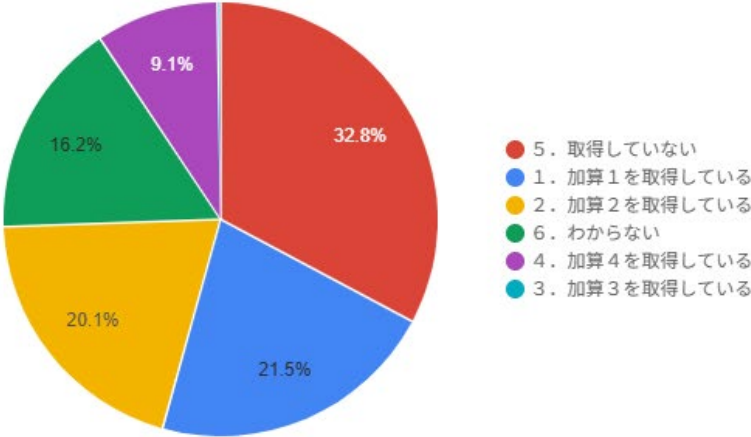
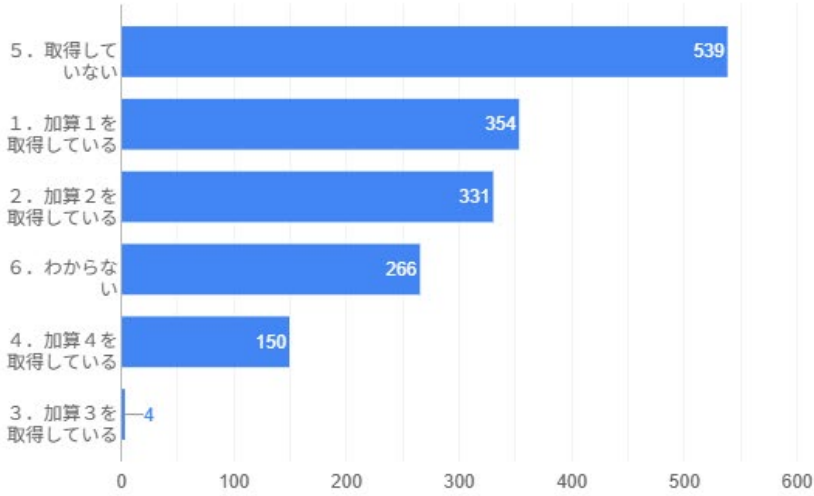
1 - 2 / 2 < >



質問12 貴院の検体検査管理加算の取得状況を教えてください。(1つ)

質問12 貴院の検体検査管理加算の取得状況を教えてください。(1つ)		件数
1.	1. 加算1を取得している	354
2.	2. 加算2を取得している	331
3.	3. 加算3を取得している	4
4.	4. 加算4を取得している	150
5.	5. 取得していない	539
6.	6. わからない	266
Grand total		1,644

1 - 6 / 6 < >



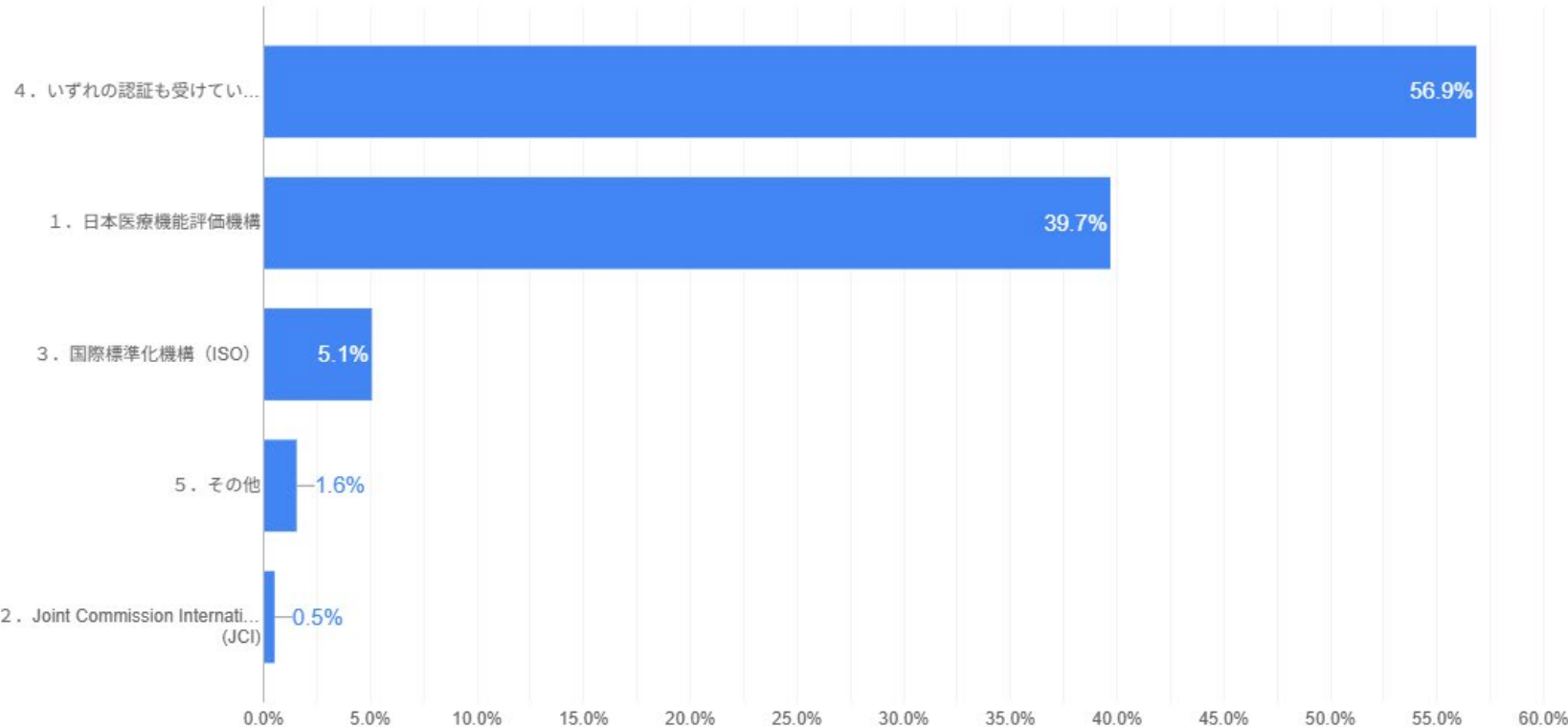
質問13 貴院の第三者機関からの認証状況について教えてください。(複数選択)

質問13 貴院の第三者機関からの認証状況について教えてくださ...		件数
1.	1. 日本医療機能評価機構	653
2.	2. Joint Commission International (JCI)	9
3.	3. 国際標準化機構 (ISO)	84
4.	4. いずれの認証も受けていない	935
5.	5. その他	26

1 - 5 / 5 < >

データ件数

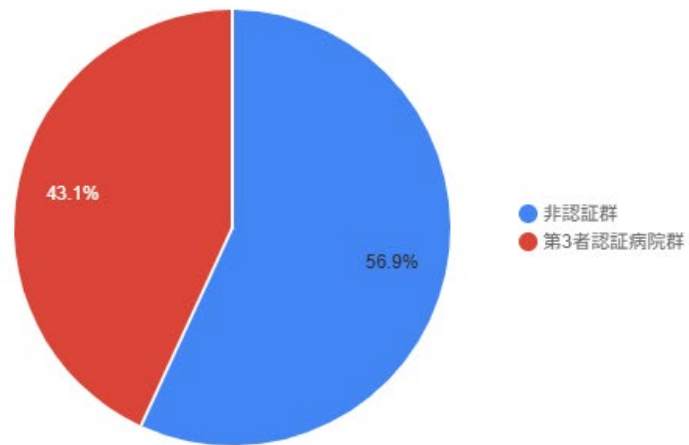
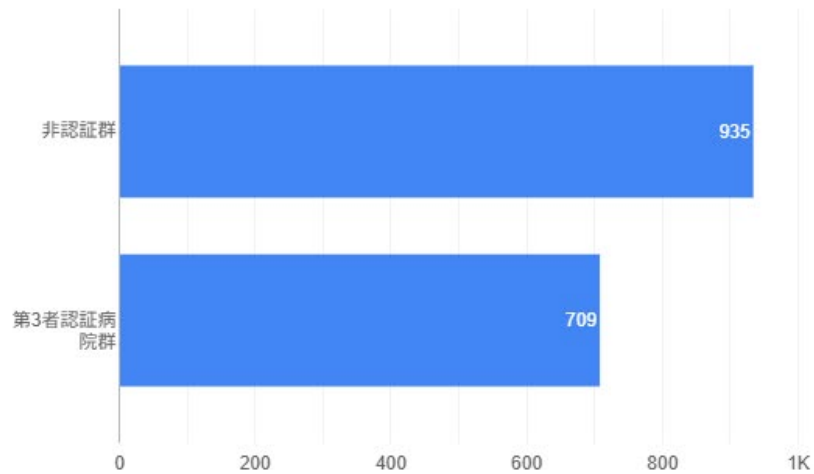
1,644



質問13 貴院の第三者機関からの認証状況について教えてください。(複数選択)

認証群 ▲	件数
1. 第3者認証病院群	709
2. 非認証群	935
Grand total	1,644

1 - 2 / 2 < >



質問14 貴院における医療安全管理者の配置状況を教えてください。

	医師群	看護師群	薬剤師群	その他群	件数 ▾
1.	医師なし群	専任看護師群	薬剤師なし群	その他なし群	157
2.	医師なし群	専従看護師群	薬剤師なし群	その他なし群	135
3.	医師なし群	兼任看護師群	薬剤師なし群	その他なし群	125
4.	兼任医師群	兼任看護師群	兼任薬剤師群	兼任その他群	119
5.	兼任医師群	専従看護師群	兼任薬剤師群	兼任その他群	115
6.	医師なし群	看護師なし群	薬剤師なし群	その他なし群	85
7.	兼任医師群	専従看護師群	薬剤師なし群	その他なし群	76
8.	兼任医師群	兼任看護師群	薬剤師なし群	その他なし群	64
9.	兼任医師群	専任看護師群	兼任薬剤師群	兼任その他群	37
10.	専任医師群	専従看護師群	薬剤師なし群	その他なし群	34
11.	専任医師群	専従看護師群	専任薬剤師群	専任その他群	34
12.	兼任医師群	看護師なし群	薬剤師なし群	その他なし群	33
13.	兼任医師群	兼任看護師群	兼任薬剤師群	その他なし群	31
14.	専従医師群	専従看護師群	専従薬剤師群	専従その他群	28
15.	専任医師群	専従看護師群	兼任薬剤師群	兼任その他群	27
16.	兼任医師群	専従看護師群	兼任薬剤師群	その他なし群	26
17.	医師なし群	兼任看護師群	薬剤師なし群	兼任その他群	25
18.	兼任医師群	専従看護師群	兼任薬剤師群	専従その他群	24
19.	兼任医師群	兼任看護師群	薬剤師なし群	兼任その他群	20
20.	兼任医師群	専任看護師群	薬剤師なし群	その他なし群	20
21.	医師なし群	看護師なし群	薬剤師なし群	兼任その他群	18
22.	専従医師群	専従看護師群	専従薬剤師群	その他なし群	18
23.	専任医師群	専任看護師群	薬剤師なし群	その他なし群	18
24.	専任医師群	専任看護師群	専任薬剤師群	専任その他群	16
25.	医師なし群	看護師なし群	薬剤師なし群	専任その他群	14
26.	専任医師群	専従看護師群	専任薬剤師群	その他なし群	12

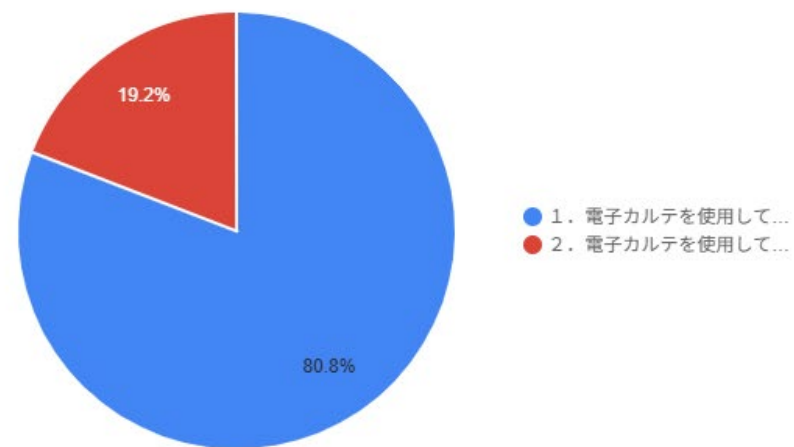
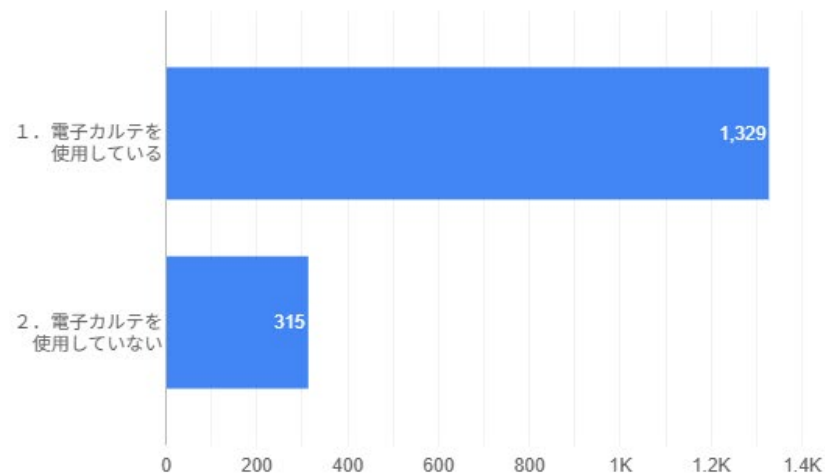
質問14 貴院における医療安全管理者の配置状況を教えてください。

	医師群	看護師群	薬剤師群	その他群	件数 ▾
1.	医師なし群	専任看護師群	薬剤師なし群	その他なし群	157
2.	医師なし群	専従看護師群	薬剤師なし群	その他なし群	135
3.	医師なし群	兼任看護師群	薬剤師なし群	その他なし群	125
4.	兼任医師群	兼任看護師群	兼任薬剤師群	兼任その他群	119
5.	兼任医師群	専従看護師群	兼任薬剤師群	兼任その他群	115
6.	医師なし群	看護師なし群	薬剤師なし群	その他なし群	85
7.	兼任医師群	専従看護師群	薬剤師なし群	その他なし群	76
8.	兼任医師群	兼任看護師群	薬剤師なし群	その他なし群	64
9.	兼任医師群	専任看護師群	兼任薬剤師群	兼任その他群	37
10.	専任医師群	専従看護師群	薬剤師なし群	その他なし群	34
11.	専任医師群	専従看護師群	専任薬剤師群	専任その他群	34
12.	兼任医師群	看護師なし群	薬剤師なし群	その他なし群	33
13.	兼任医師群	兼任看護師群	兼任薬剤師群	その他なし群	31
14.	専従医師群	専従看護師群	専従薬剤師群	専従その他群	28
15.	専任医師群	専従看護師群	兼任薬剤師群	兼任その他群	27
16.	兼任医師群	専従看護師群	兼任薬剤師群	その他なし群	26
17.	医師なし群	兼任看護師群	薬剤師なし群	兼任その他群	25
18.	兼任医師群	専従看護師群	兼任薬剤師群	専従その他群	24
19.	兼任医師群	兼任看護師群	薬剤師なし群	兼任その他群	20
20.	兼任医師群	専任看護師群	薬剤師なし群	その他なし群	20
21.	医師なし群	看護師なし群	薬剤師なし群	兼任その他群	18
22.	専従医師群	専従看護師群	専従薬剤師群	その他なし群	18
23.	専任医師群	専任看護師群	薬剤師なし群	その他なし群	18
24.	専任医師群	専任看護師群	専任薬剤師群	専任その他群	16
25.	医師なし群	看護師なし群	薬剤師なし群	専任その他群	14
26.	専任医師群	専従看護師群	専任薬剤師群	その他なし群	12

質問15 貴院は電子カルテを使用していますか？

質問15 貴院は電子カルテを使用していますか？ ▾		件数
1.	1. 電子カルテを使用している	1,329
2.	2. 電子カルテを使用していない	315
Grand total		1,644

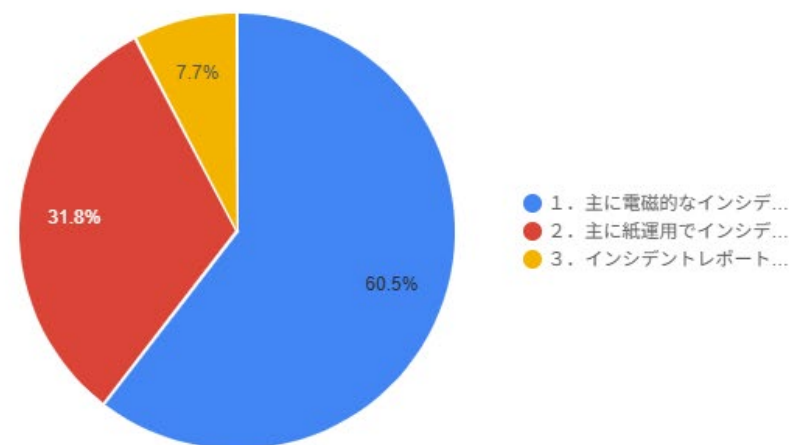
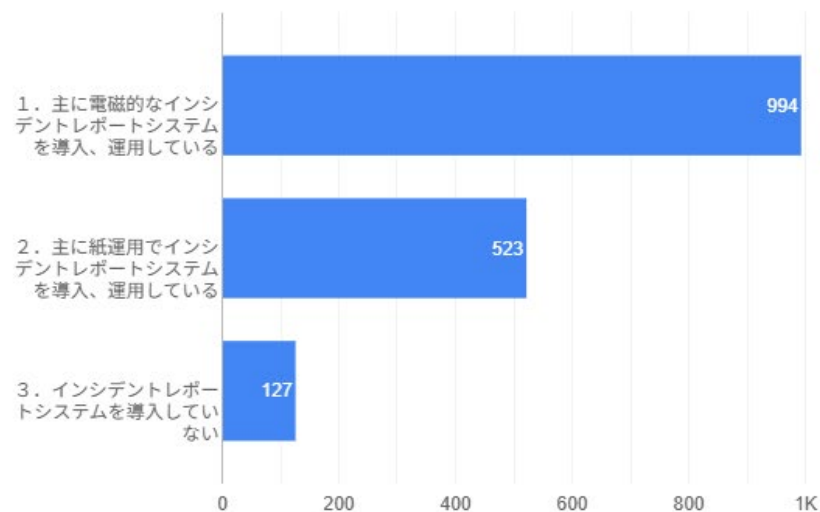
1 - 2 / 2 < >



質問16 貴院はインシデントレポートシステムを導入、運用していますか？

質問16 貴院はインシデントレポートシステムを導入、運用していますか？ ^		件数
1.	1. 主に電磁的なインシデントレポートシステムを導入、運用している	994
2.	2. 主に紙運用でインシデントレポートシステムを導入、運用している	523
3.	3. インシデントレポートシステムを導入していない	127
Grand total		1,644

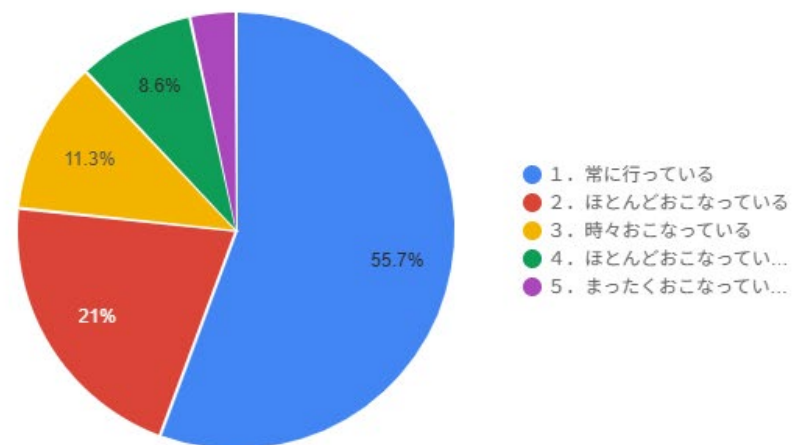
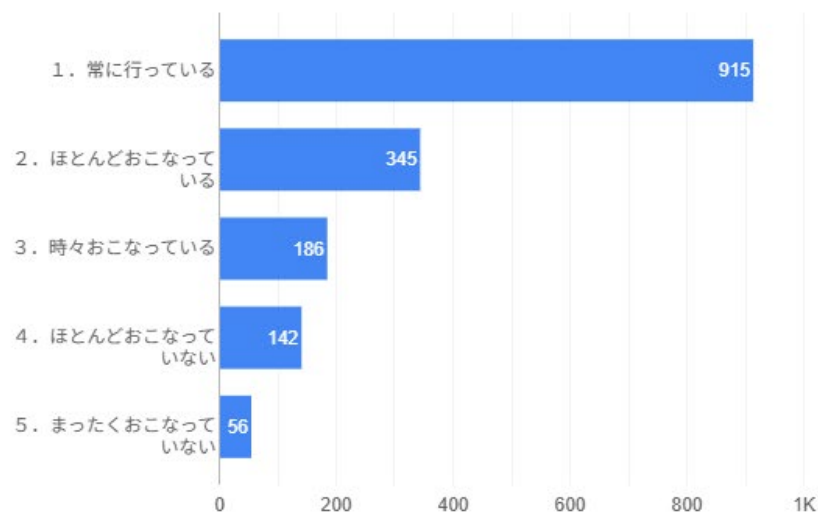
1 - 3 / 3 < >



質問17 貴院では報告されたインシデントレポートの評価を行っていますか？

質問17 貴院では報告されたインシデントレポートの評価を行っていますか？		件数
1.	1. 常に行っている	915
2.	2. ほとんどおこなっている	345
3.	3. 時々おこなっている	186
4.	4. ほとんどおこなっていない	142
5.	5. まったくおこなっていない	56
Grand total		1,644

1 - 5 / 5 < >

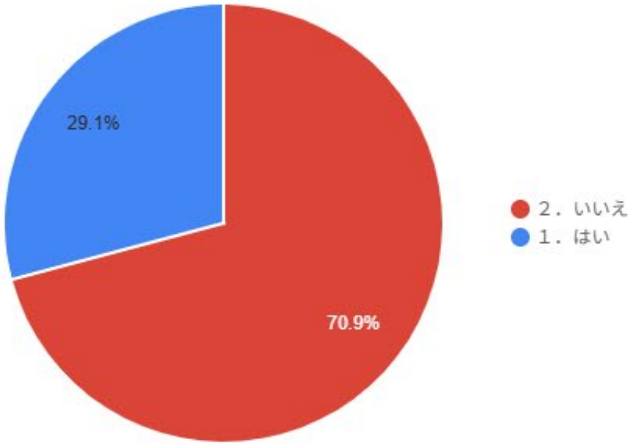
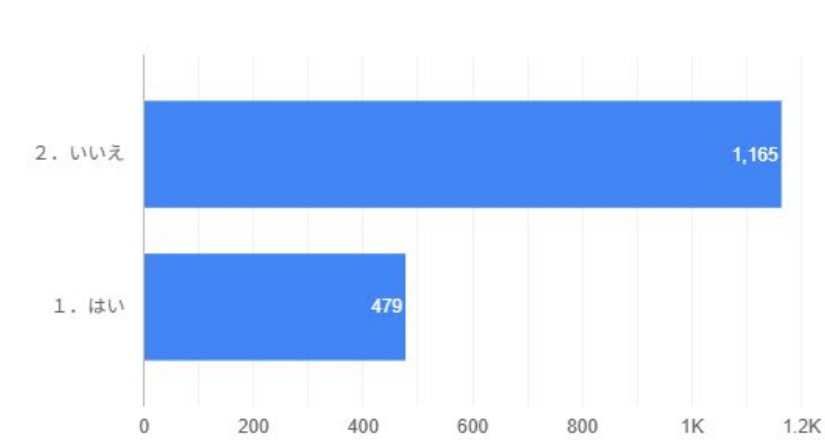


- 1. 常に行っている
- 2. ほとんどおこなっている
- 3. 時々おこなっている
- 4. ほとんどおこなっていない
- 5. まったくおこなっていない

質問18 医療行為に関連した合併症や副作用の報告基準（オカレンス・バリエンス報告基準等）を定めていますか？

質問18 医療行為に関連した合併症や副作用の報告基準（オカレンス・バリエンス報告基準等）を定めていますか？		件数
1.	1. はい	479
2.	2. いいえ	1,165
Grand total		1,644

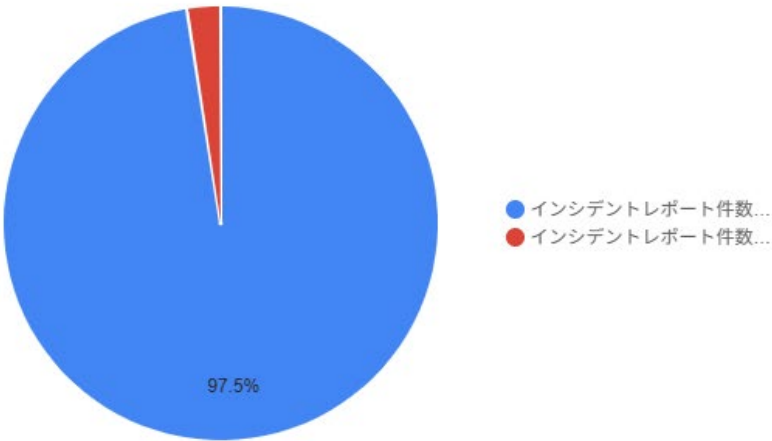
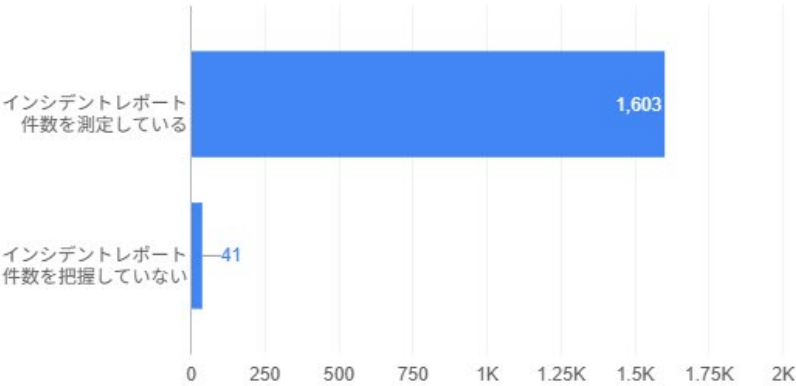
1 - 2 / 2 < >



質問19 貴院の2024年度のインシデントレポート件数は何件ですか？

質問19 貴院の2024年度のインシデントレポート件数は何件ですか？ ▾		件数
1.	インシデントレポート件数を測定している	1,603
2.	インシデントレポート件数を把握していない	41
Grand total		1,644

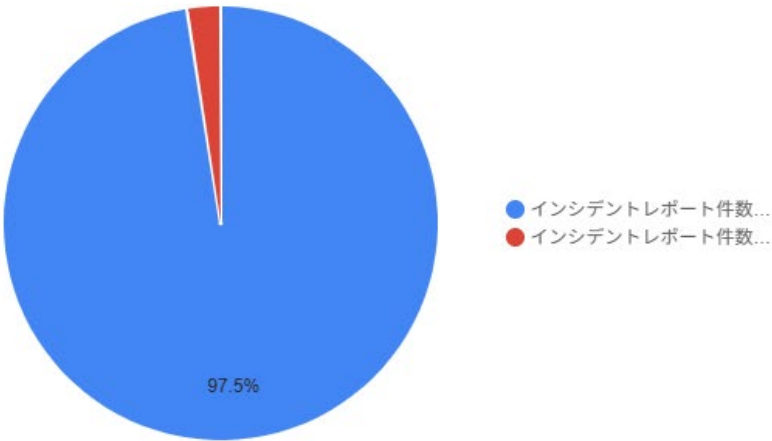
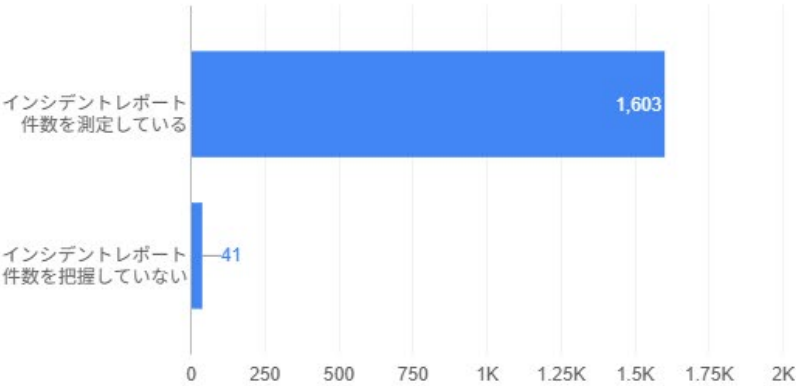
1 - 2 / 2 < >



質問19 貴院の2024年度のインシデントレポート件数は何件ですか？

質問19 貴院の2024年度のインシデントレポート件数は何件ですか？ ▾		件数
1.	インシデントレポート件数を測定している	1,603
2.	インシデントレポート件数を把握していない	41
Grand total		1,644

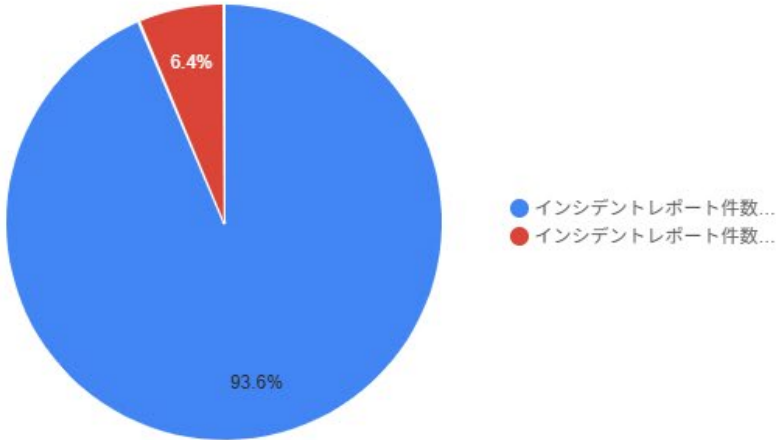
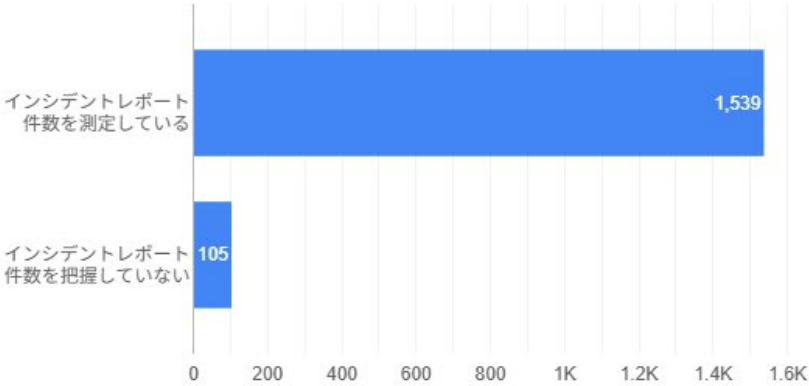
1 - 2 / 2 < >



質問20 貴院の2024年度の医師が報告したインシデントレポート件数は何件ですか？

質問20 貴院の2024年度の医師が報告したインシデントレポート件数は何件ですか？ ▾		件数
1.	インシデントレポート件数を測定している	1,539
2.	インシデントレポート件数を把握していない	105
Grand total		1,644

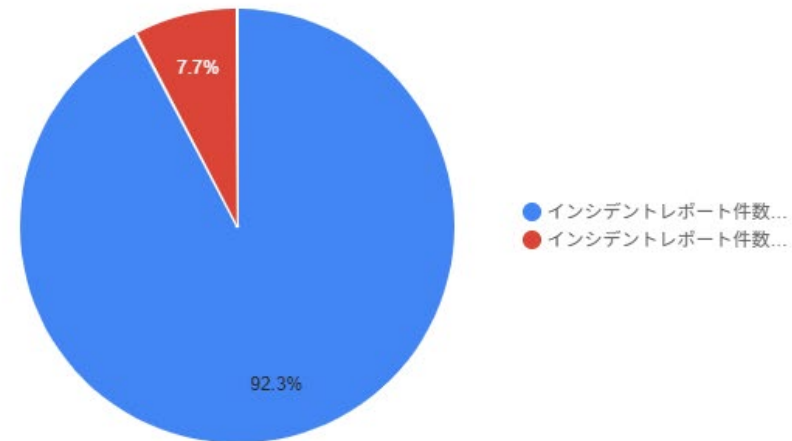
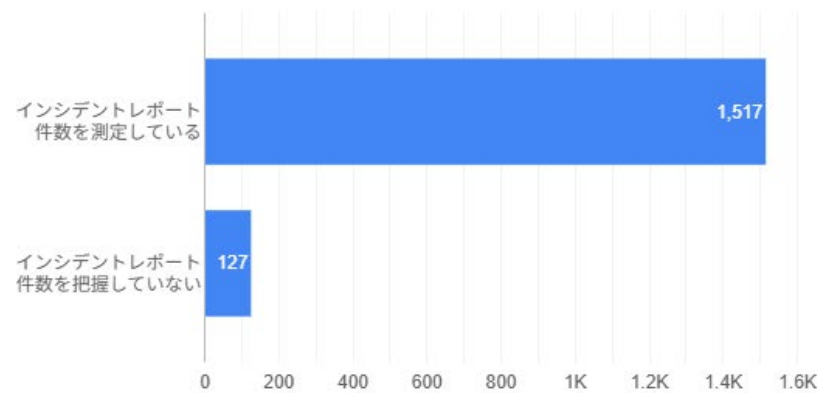
1 - 2 / 2 < >



質問21 貴院の2024年度の看護師が報告したインシデントレポート件数は何件ですか？

質問21 貴院の2024年度の看護師が報告したインシデントレポート件数は何件ですか？ ▾		件数
1.	インシデントレポート件数を測定している	1,517
2.	インシデントレポート件数を把握していない	127
Grand total		1,644

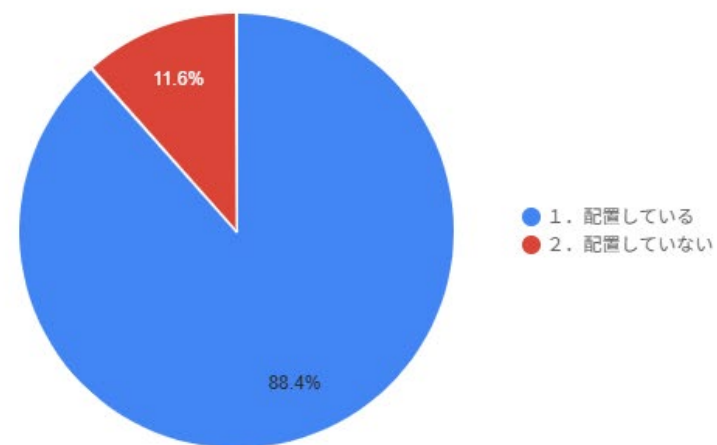
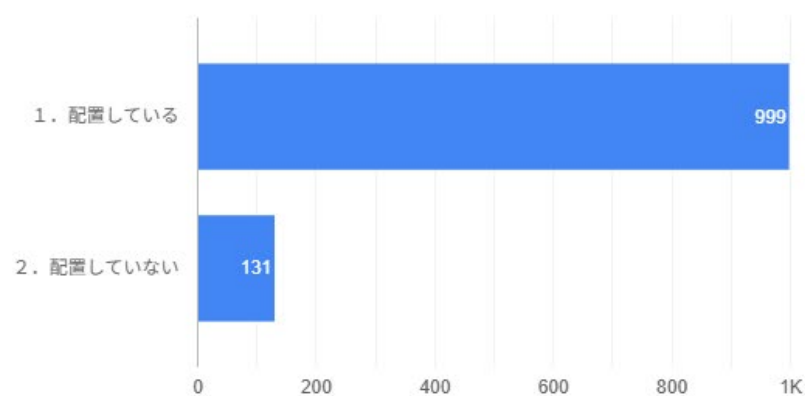
1 - 2 / 2 < >



質問22 貴院では医療安全管理者以外に、部署/診療科ごとの安全担当の窓口を配置していますか？

質問22 貴院では医療安全管理者以外に、部署/診療科ごとの安全担当の窓口を配置していますか？		件数
1.	1. 配置している	999
2.	2. 配置していない	131
Grand total		1,130

1 - 2 / 2 < >



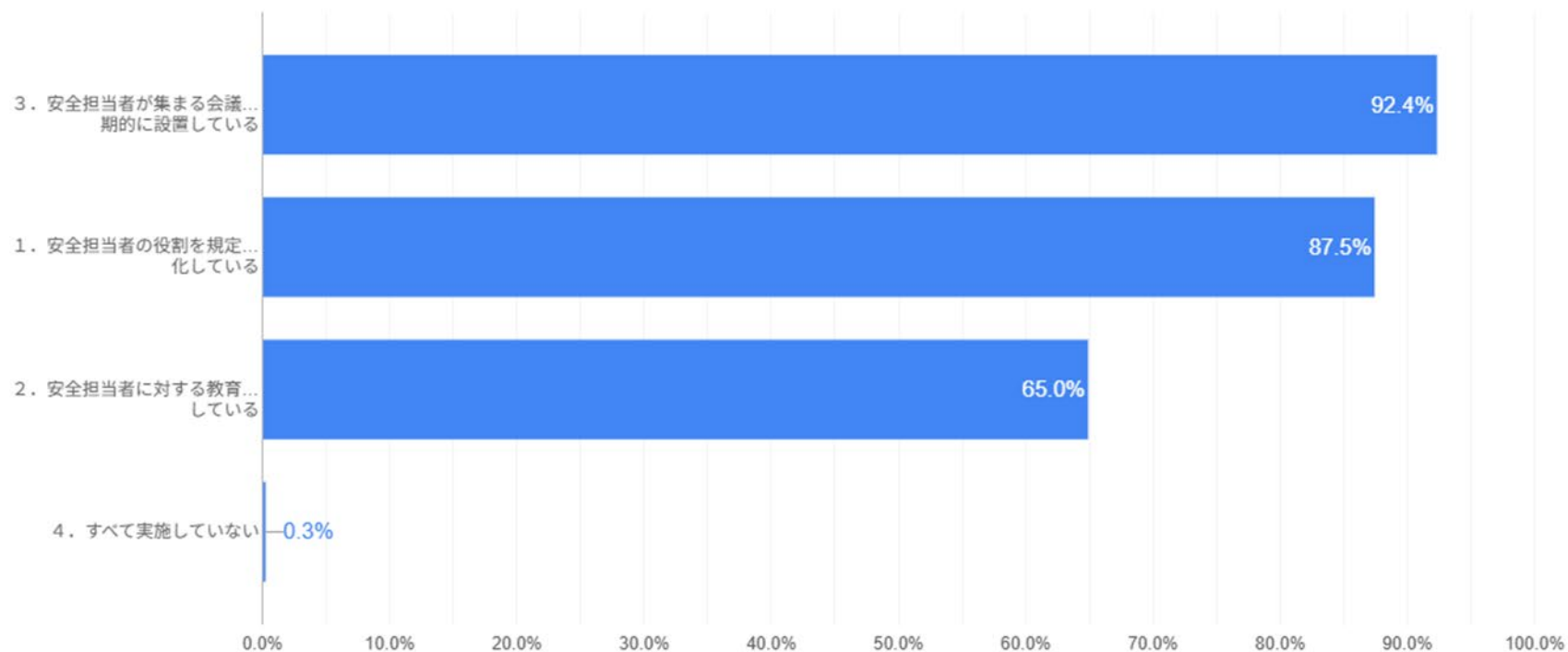
質問23 貴院の部署/診療科ごとの安全担当の窓口に対して、医療安全管理者などが実施していることをすべて選択してください

質問23 貴院の部署/診療科ごとの安全担当の窓口に対して、医療安全管理者などが実施していることをすべて選択してください		件数
1.	1. 安全担当者の役割を規定・明文化している	874
2.	2. 安全担当者に対する教育を実施している	649
3.	3. 安全担当者が集まる会議体を定期的に設置している	923
4.	4. すべて実施していない	3

データ件数

999

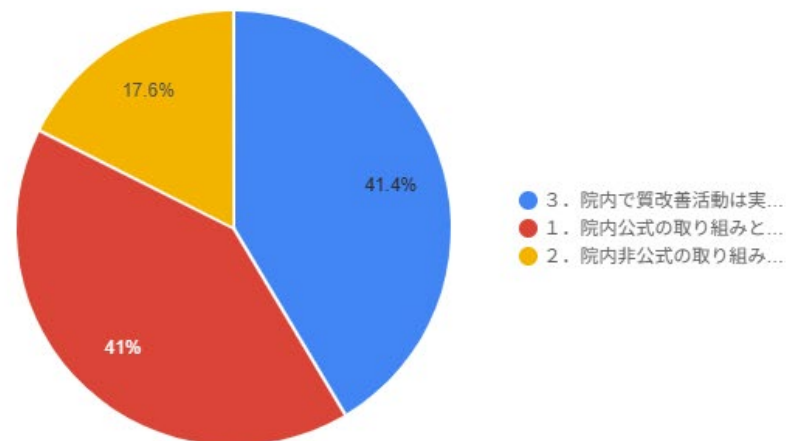
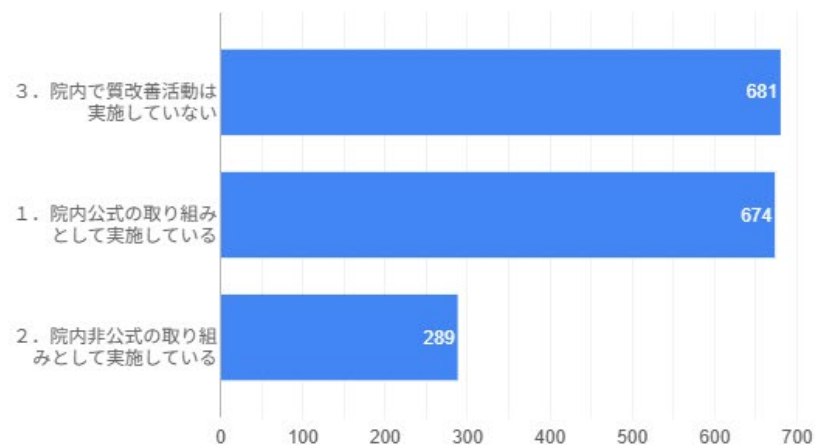
1 - 4 / 4 < >



質問24 貴院では質改善活動（QC活動、QI活動等）を実施していますか？

質問24 貴院では質改善活動（QC活動、QI活動等）を実施していますか？		件数
1.	1. 院内公式の取り組みとして実施している	674
2.	2. 院内非公式の取り組みとして実施している	289
3.	3. 院内で質改善活動は実施していない	681
Grand total		1,644

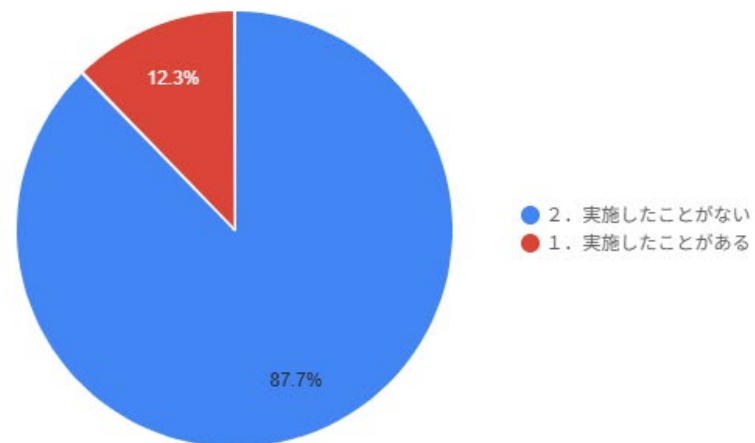
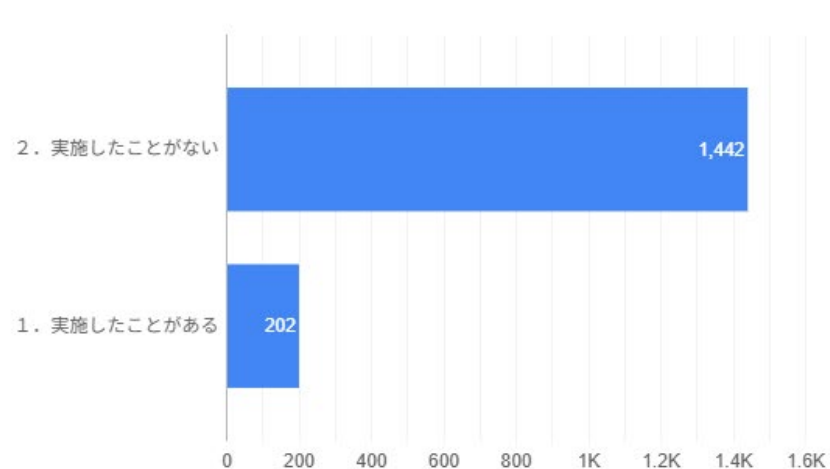
1 - 3 / 3 < >



質問25 貴院では2023年度または2024年度に安全文化を測定する調査（安全文化調査）を実施したことがありますか？

質問25 貴院では2023年度または2024年度に安全文化を測定する調査（安全文化調査）を実施したことがありますか？ ▲		件数
1.	1. 実施したことがある	202
2.	2. 実施したことがない	1,442
Grand total		1,644

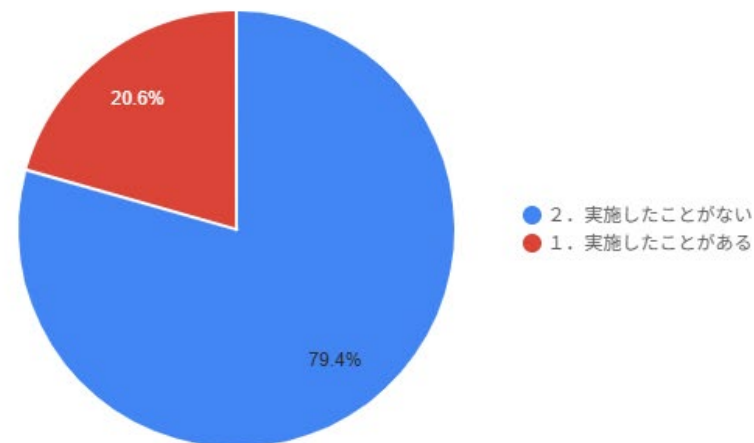
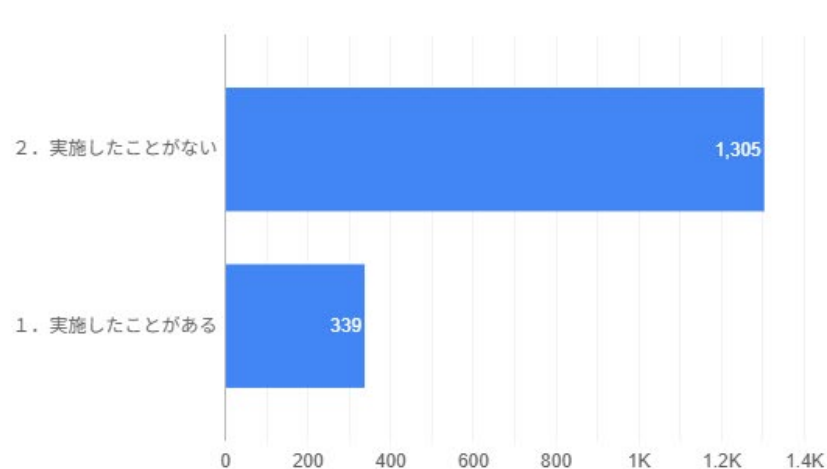
1 - 2 / 2 < >



質問26 貴院では2023年度または2024年度に医療安全に関するチームトレーニングを実施したことがありますか？

質問26 貴院では2023年度または2024年度に医療安全に関するチームトレーニング（チームSTEPPS®等）を実施したことがありますか？		件数
1.	1. 実施したことがある	339
2.	2. 実施したことがない	1,305
Grand total		1,644

1 - 2 / 2 < >



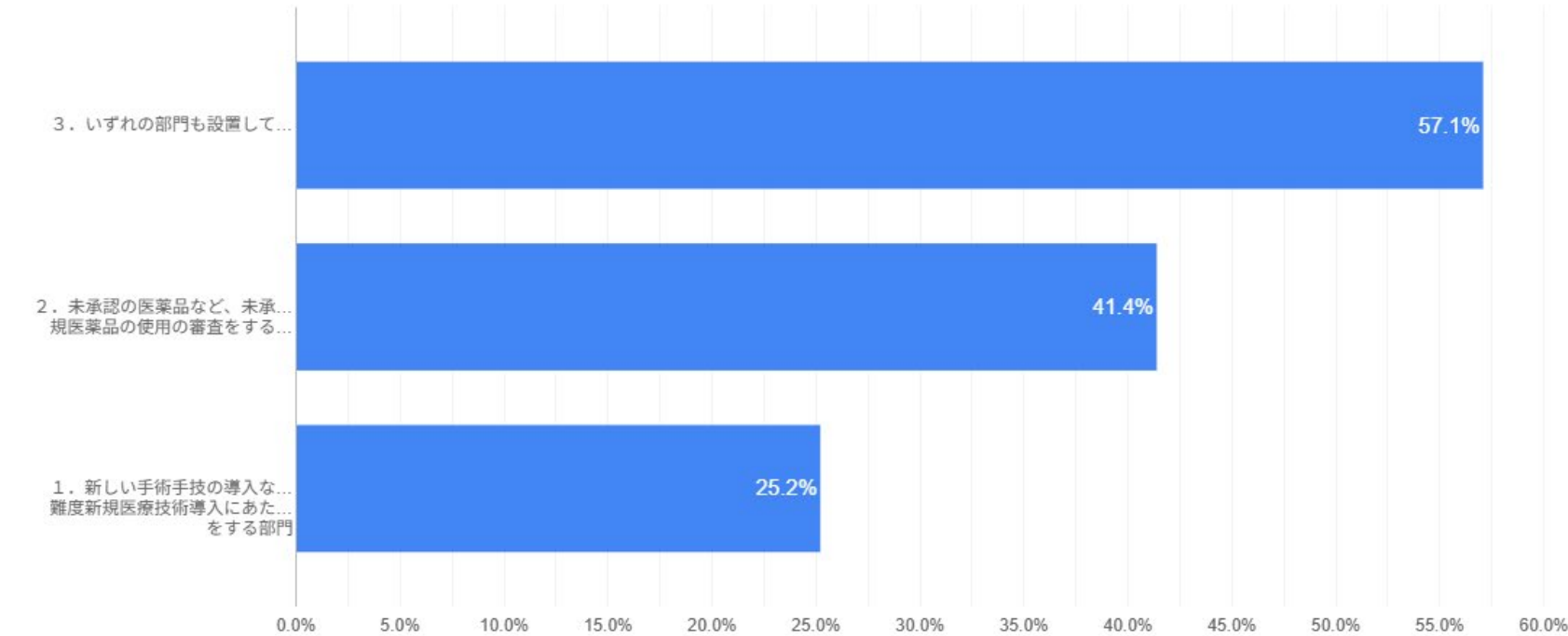
質問27 貴院において以下の部門を設置していますか？（すべて選択してください）

質問27 貴院において以下の部門を設置していますか？（すべて選択してください）		件数
1.	1. 新しい手術手技の導入など、高難度新規医療技術導入にあたり審査をする部門	415
2.	2. 未承認の医薬品など、未承認新規医薬品の使用の審査をする部門	681
3.	3. いずれの部門も設置していない	939

データ件数

1,644

1 - 3 / 3 < >



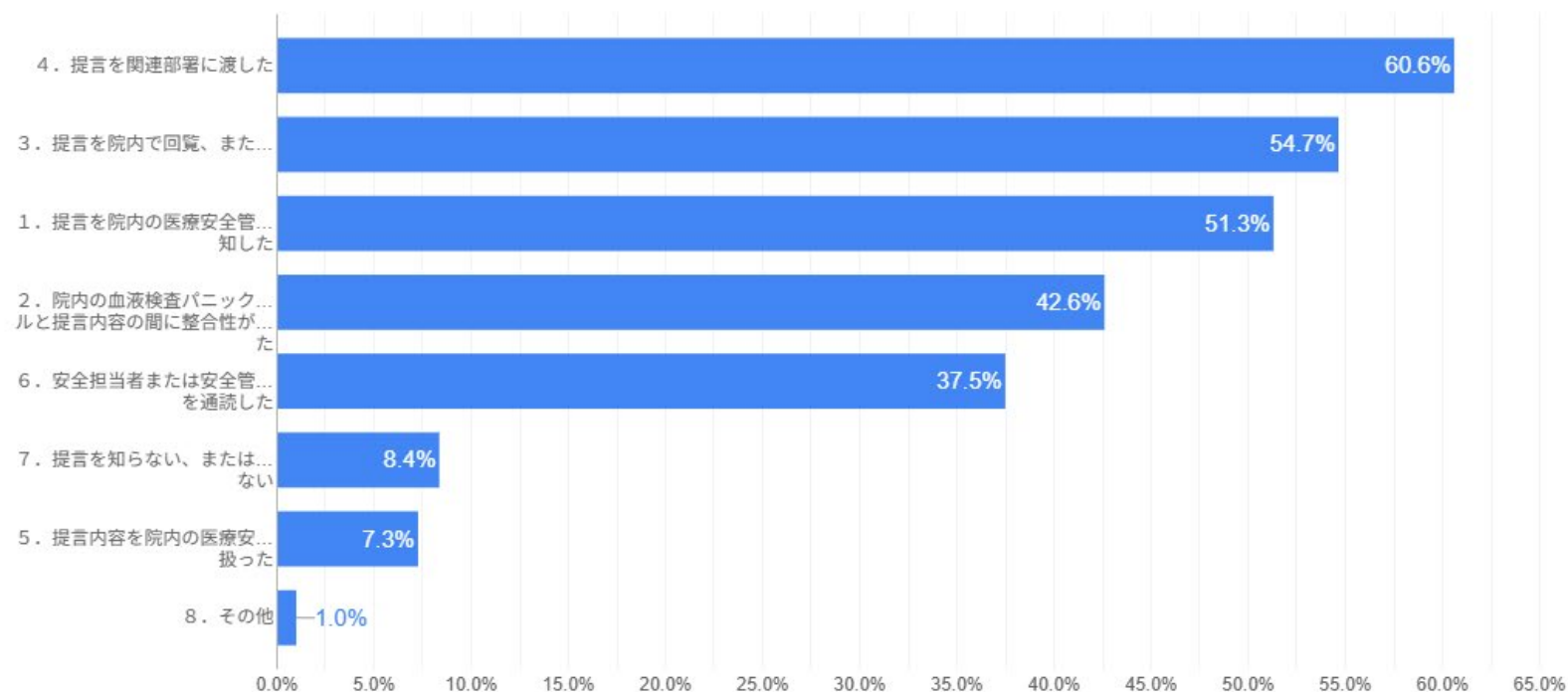
質問28 貴院における日本医療安全調査機構が発出した「医療事故の再発防止の提言 第20号 血液検査パニック値に係る死亡事例の分析」（以下、提言）の取り扱いについてすべて選択してください。

質問28 貴院における日本医療安全調査機構が発出した「医療事故の再発防止の提言 第20号 血液検査パニック値に...	件数
1. 1. 提言を院内の医療安全管理委員会で周知した	844
2. 2. 院内の血液検査パニック値の運用ルールと提言内容の間に整合性があるか確認した	701
3. 3. 提言を院内で回覧、または掲示した	899
4. 4. 提言を関連部署に渡した	997
5. 5. 提言内容を院内の医療安全研修で取り扱った	120
6. 6. 安全担当者または安全管理部員が提言を通読した	617
7. 7. 提言を知らない、または読んだことがない	138
8. 8. その他	17

データ件数

1,644

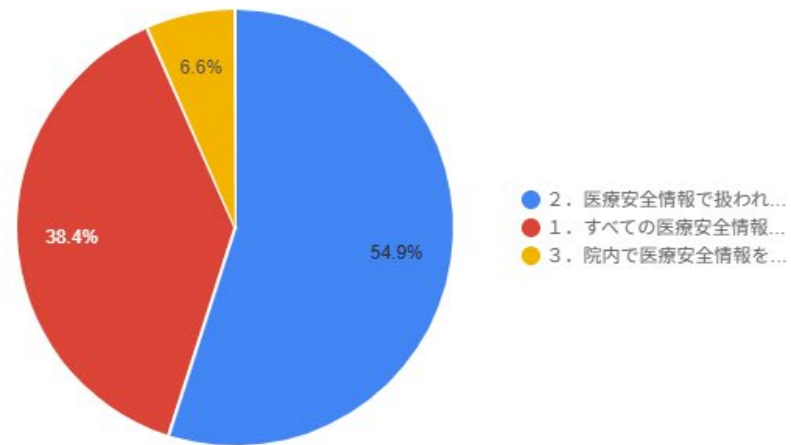
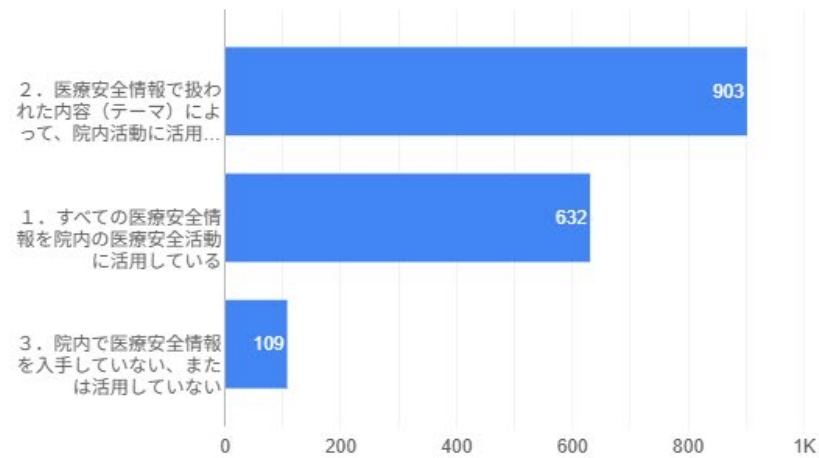
1 - 8 / 8 < >



質問29 貴院における日本医療機能評価機構が発出する「医療安全情報」に関する取扱いについて教えてください。

質問29 貴院における日本医療機能評価機構が発出する「医療安全情報」に関する取扱いについて教えてください。 ^		件数
1.	1. すべての医療安全情報を院内の医療安全活動に活用している	632
2.	2. 医療安全情報で扱われた内容（テーマ）によって、院内活動に活用している	903
3.	3. 院内で医療安全情報を入手していない、または活用していない	109
Grand total		1,644

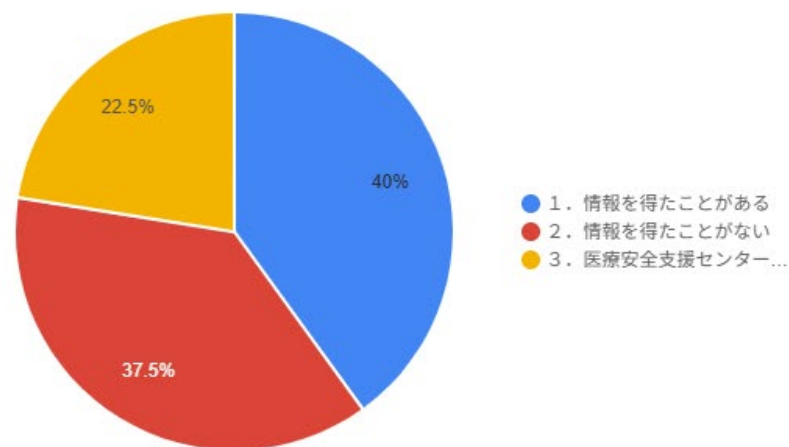
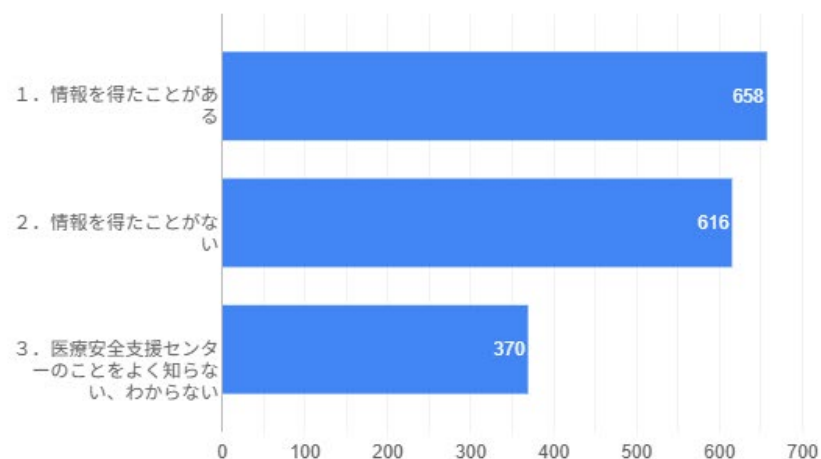
1 - 3 / 3 < >



質問30 貴院では過去2年間に所管地域の医療安全支援センターから医療安全に関する情報を得て医療安全活動に役立てたことがありますか？

質問30 貴院では過去2年間に所管地域の医療安全支援センターから医療安全に関する情報を得て医療安全活動に役立てたことがあ...		件数
1.	1. 情報を得たことがある	658
2.	2. 情報を得たことがない	616
3.	3. 医療安全支援センターのことをよく知らない、わからない	370
Grand total		1,644

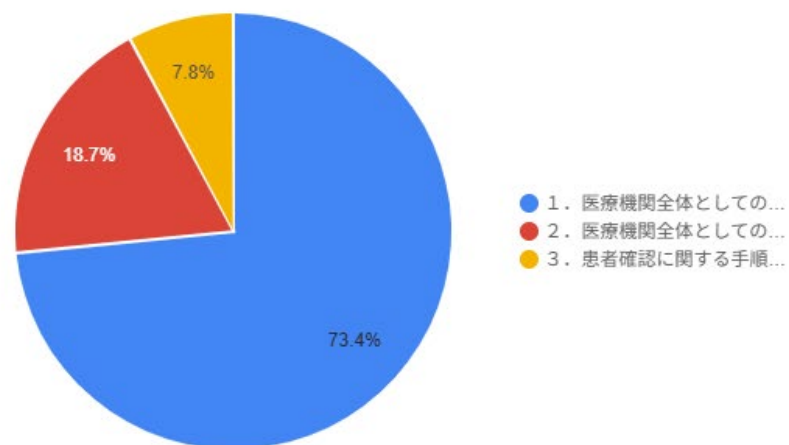
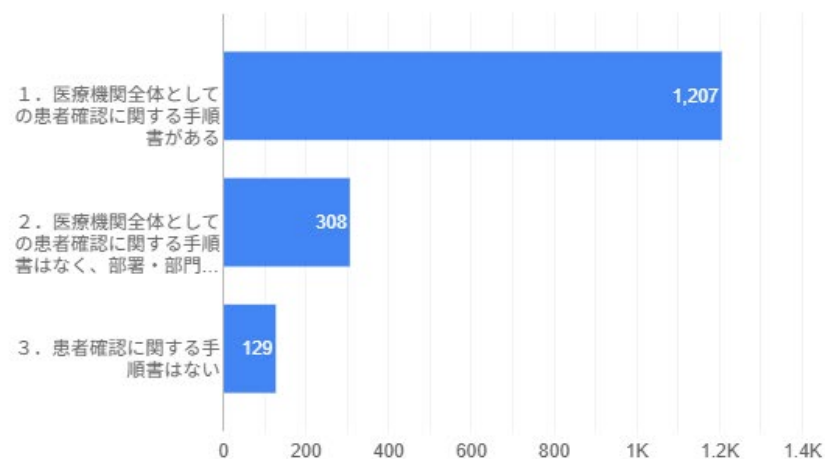
1 - 3 / 3 < >



質問31 貴院の患者確認に関する手順書について、該当するものは以下のうちどれですか。

質問31 貴院の患者確認に関する手順書について、該当するものは以下のうちどれですか。 ▲		件数
1.	1. 医療機関全体としての患者確認に関する手順書がある	1,207
2.	2. 医療機関全体としての患者確認に関する手順書はなく、部署・部門に手順書がある（例：看護部のみに手順書がある）	308
3.	3. 患者確認に関する手順書はない	129
Grand total		1,644

1 - 3 / 3 < >



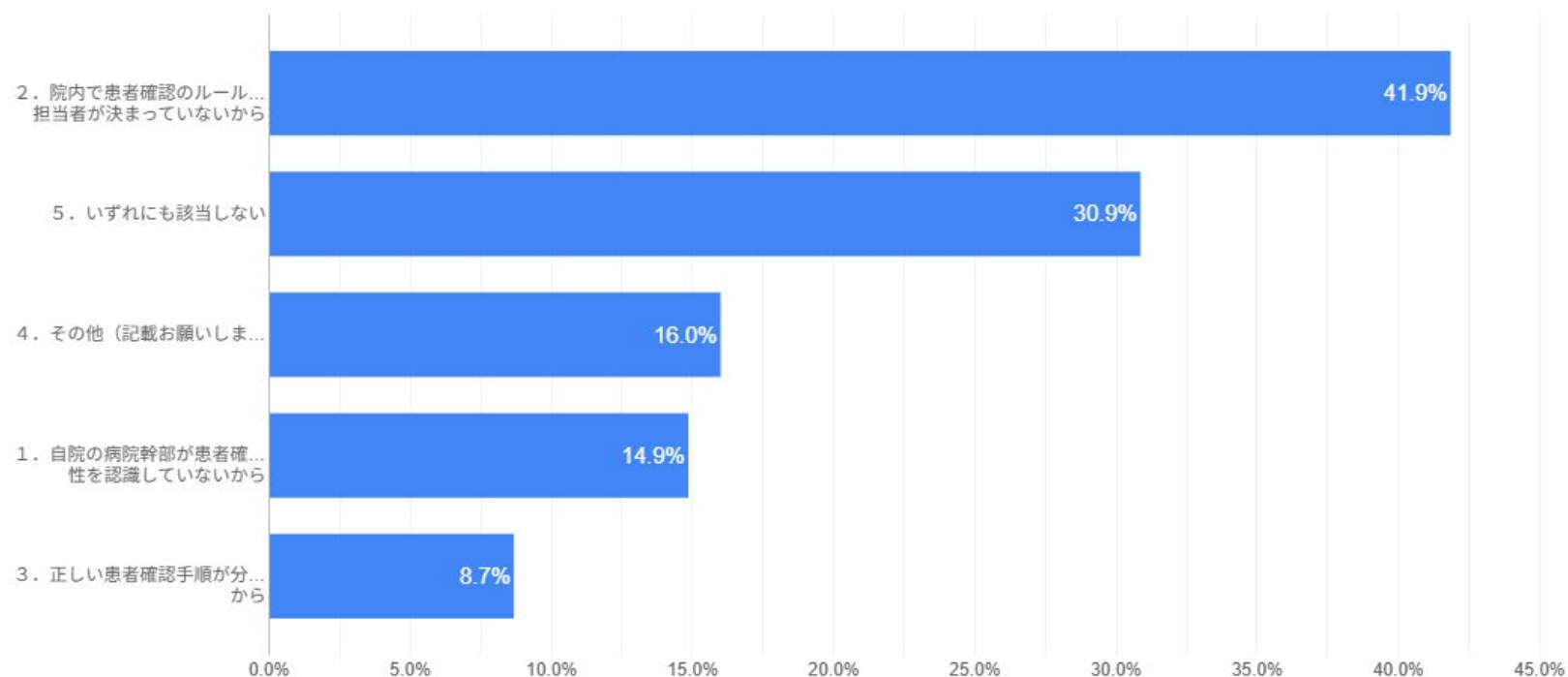
質問32 貴院において、患者確認手順の策定がされていない理由として、あなたの考えにあうものをすべて選んでください。

質問32 貴院において、患者確認手順の策定がされていない理由として、あなたの考えにあうものをすべて選んでください。 ^		件数
1.	1. 自院の病院幹部が患者確認の重要性を認識していないから	65
2.	2. 院内で患者確認のルールを定める担当者が決まっていないから	183
3.	3. 正しい患者確認手順が分からないから	38
4.	4. その他（記載お願いします）	70
5.	5. いずれにも該当しない	135

データ件数

437

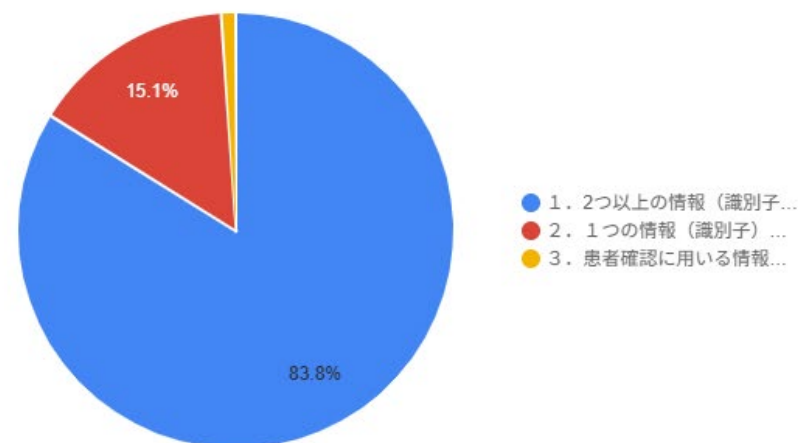
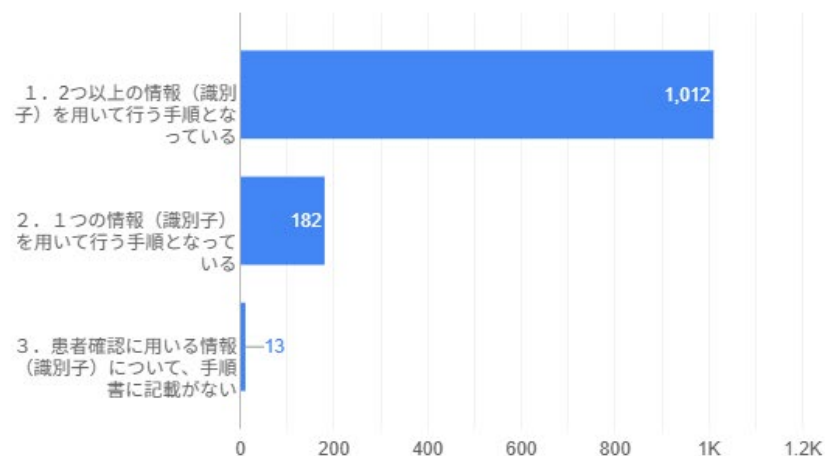
1 - 5 / 5 < >



質問33 貴院の患者確認の手順書において、患者確認の際に使用する識別子はいくつ用いる手順になっていますか？

質問33 貴院の患者確認の手順書において、患者確認の際に使用する識別子はいくつ用いる手順になっていますか？ ^		件数
1.	1. 2つ以上の情報（識別子）を用いて行う手順となっている	1,012
2.	2. 1つの情報（識別子）を用いて行う手順となっている	182
3.	3. 患者確認に用いる情報（識別子）について、手順書に記載がない	13
Grand total		1,207

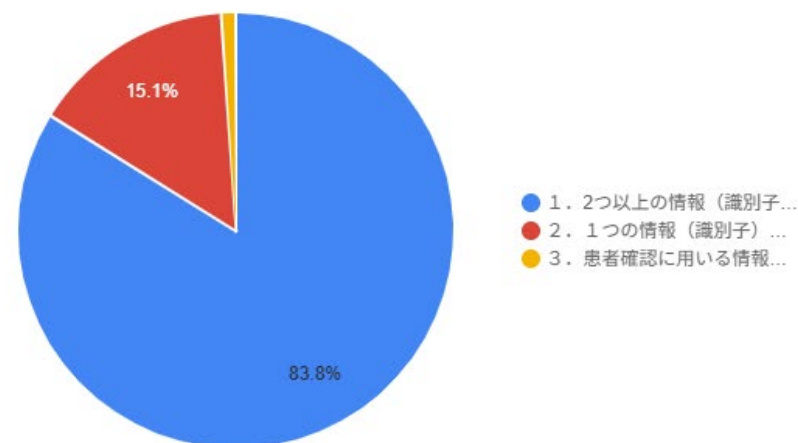
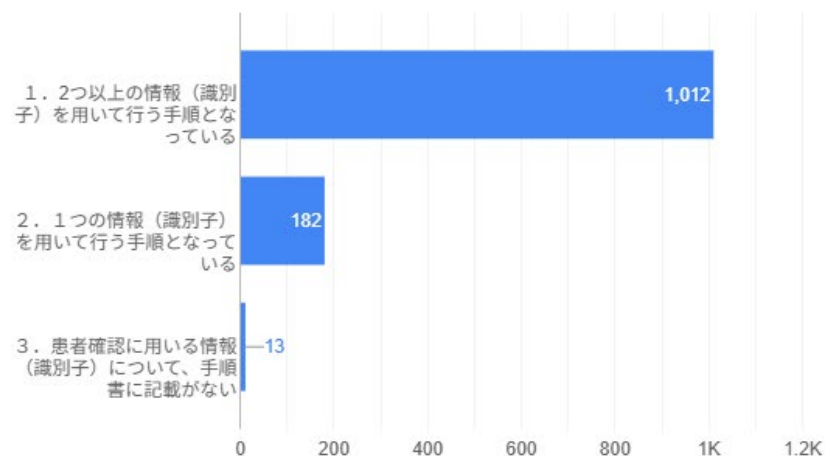
1 - 3 / 3 < >



質問33 貴院の患者確認の手順書において、患者確認の際に使用する識別子はいくつ用いる手順になっていますか？

質問33 貴院の患者確認の手順書において、患者確認の際に使用する識別子はいくつ用いる手順になっていますか？ ^		件数
1.	1. 2つ以上の情報（識別子）を用いて行う手順となっている	1,012
2.	2. 1つの情報（識別子）を用いて行う手順となっている	182
3.	3. 患者確認に用いる情報（識別子）について、手順書に記載がない	13
Grand total		1,207

1 - 3 / 3 < >



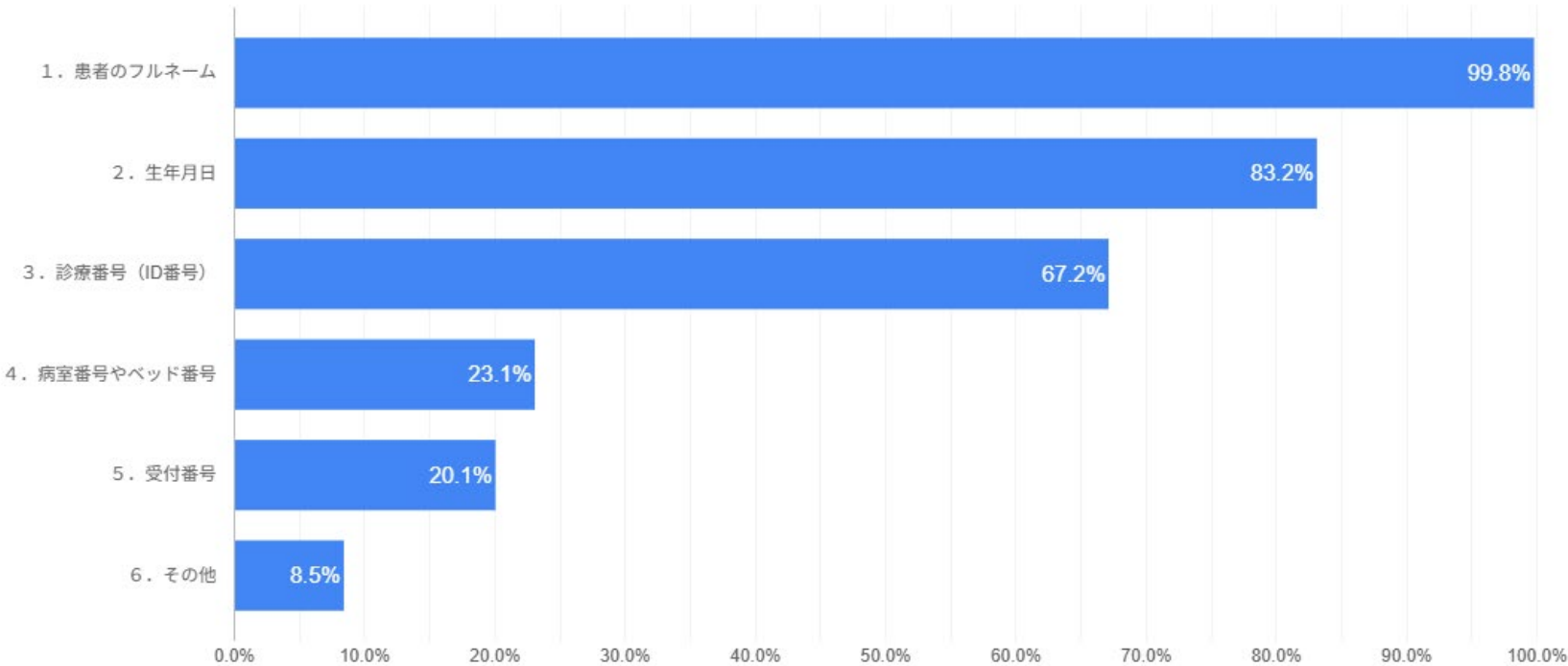
質問34 患者確認に用いる情報（識別子）について、下記から識別子をすべて選択してください。

質問34 患者確認に用いる情報（識別子）について、下記から識別子をすべて選択してください。 ▾		件数
1.	1. 患者のフルネーム	1,192
2.	2. 生年月日	993
3.	3. 診療番号（ID番号）	802
4.	4. 病室番号やベッド番号	276
5.	5. 受付番号	240
6.	6. その他	101

1 - 6 / 6 < >

データ件数

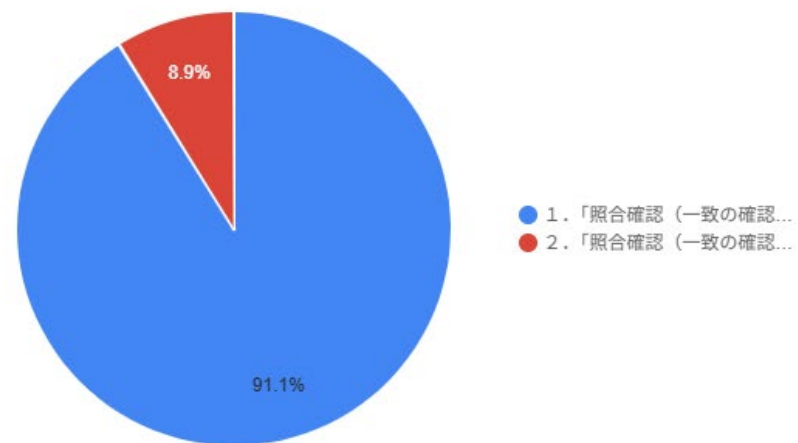
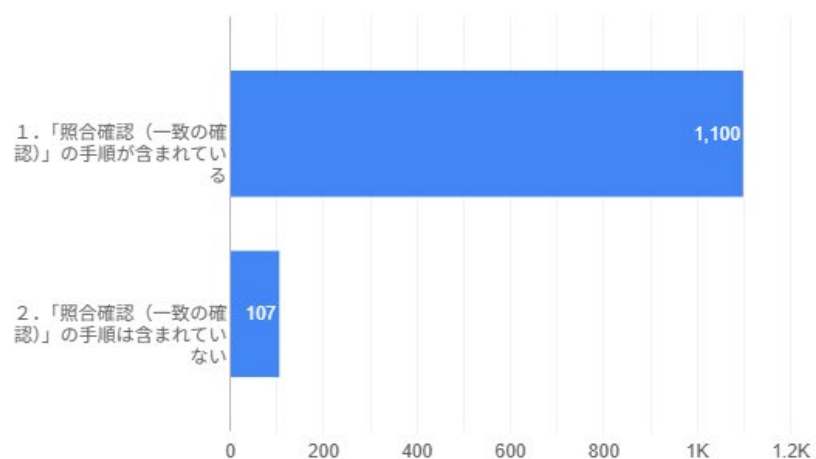
1,194



質問35 貴院の患者確認の手順では「照合確認（一致の確認）」の手順が含まれていますか。

質問35 貴院の患者確認の手順では「照合確認（一致の確認）」の手順が含まれていますか。 ^		件数
1.	1. 「照合確認（一致の確認）」の手順が含まれている	1,100
2.	2. 「照合確認（一致の確認）」の手順は含まれていない	107
Grand total		1,207

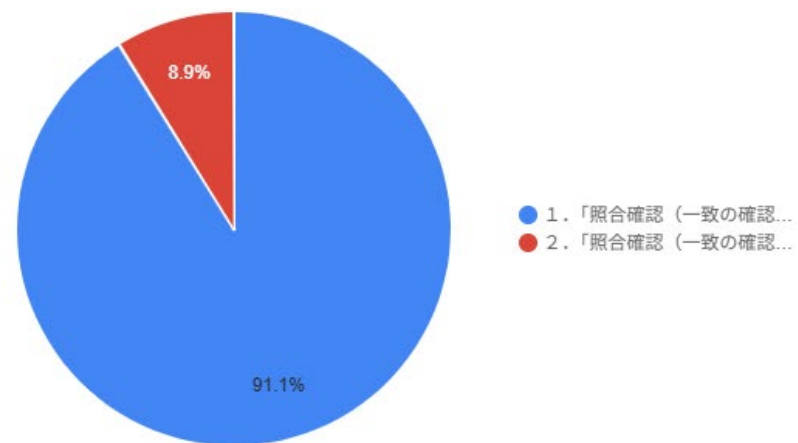
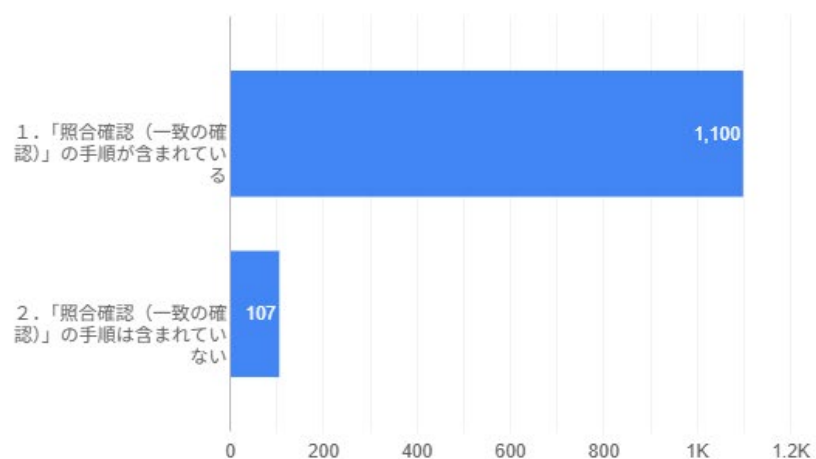
1 - 2 / 2 < >



質問35 貴院の患者確認の手順では「照合確認（一致の確認）」の手順が含まれていますか。

質問35 貴院の患者確認の手順では「照合確認（一致の確認）」の手順が含まれていますか。 ^		件数
1.	1. 「照合確認（一致の確認）」の手順が含まれている	1,100
2.	2. 「照合確認（一致の確認）」の手順は含まれていない	107
Grand total		1,207

1 - 2 / 2 < >



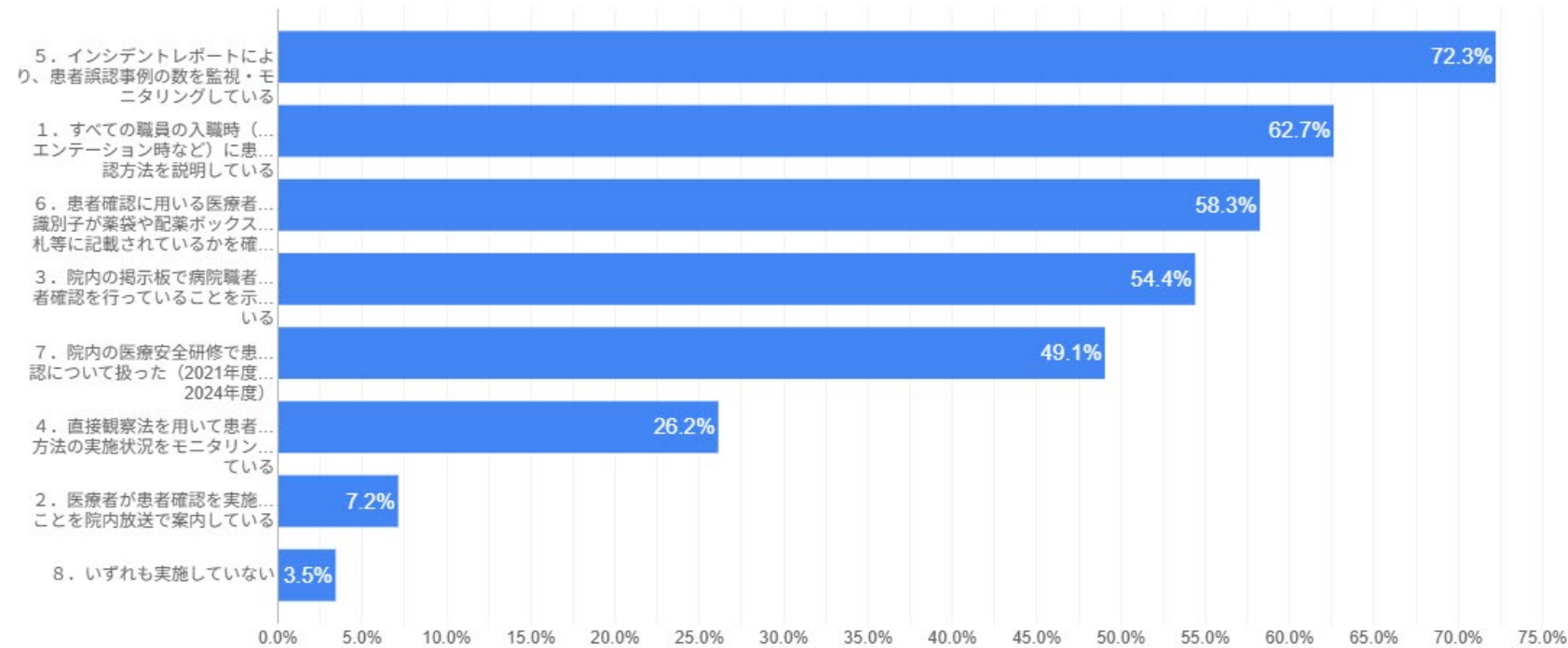
質問36 貴院で患者確認対策のうち、2021年度から2024年度の間に実施していることをすべて選択してください

質問36 貴院で患者確認対策のうち、2021年度から2024年度の間に実施していることをすべて選択してください		件数
1.	1. すべての職員の入職時（オリエンテーション時など）に患者確認方法を説明している	1,030
2.	2. 医療者が患者確認を実施することを院内放送で案内している	118
3.	3. 院内の掲示板上で病院職者が患者確認を行っていることを示している	895
4.	4. 直接観察法を用いて患者確認方法の実施状況をモニタリングしている	430
5.	5. インシデントレポートにより、患者誤認事例の数を監視・モニタリングしている	1,188
6.	6. 患者確認に用いる医療者側の識別子が薬袋や配薬ボックス、食札等に記載されているかを確認・把握している	958
7.	7. 院内の医療安全研修で患者確認について扱った（2021年度から2024年度）	807
8.	8. いずれも実施していない	57

1 - 8 / 8 < >

データ件数

1,644



質問37 患者確認に用いる情報（識別子）について、下記から識別子をすべて選択してください。

識別子 / 件数				
職員が持つ患者情報	3つすべて選択	フルネーム	生年月日	診療番号（…
1. 内服薬の薬袋（やくたい）	352	1,630	418	909
2. 内服薬の配薬ボックス（患者のベッドサイドに持参する配薬ケースまたは袋、等）	150	1,535	195	369
3. 入院患者の注射・点滴投与時に貼るラベル（または伝票）	631	1,629	674	1,279
4. 外来患者の注射・点滴投与時に貼るラベル（または伝票）	651	1,560	706	1,174
5. 血液製剤の輸血時の適合票	986	1,436	1,053	1,240
6. 入院患者の採血・検体採取時のラベル（または検査伝票）	604	1,627	671	1,314
7. 外来患者の採血・検体採取時のラベル（または検査伝票）	634	1,603	720	1,298
8. 食事配膳時の食札	155	1,628	216	634

データ件数

1,644

1件も選択無し

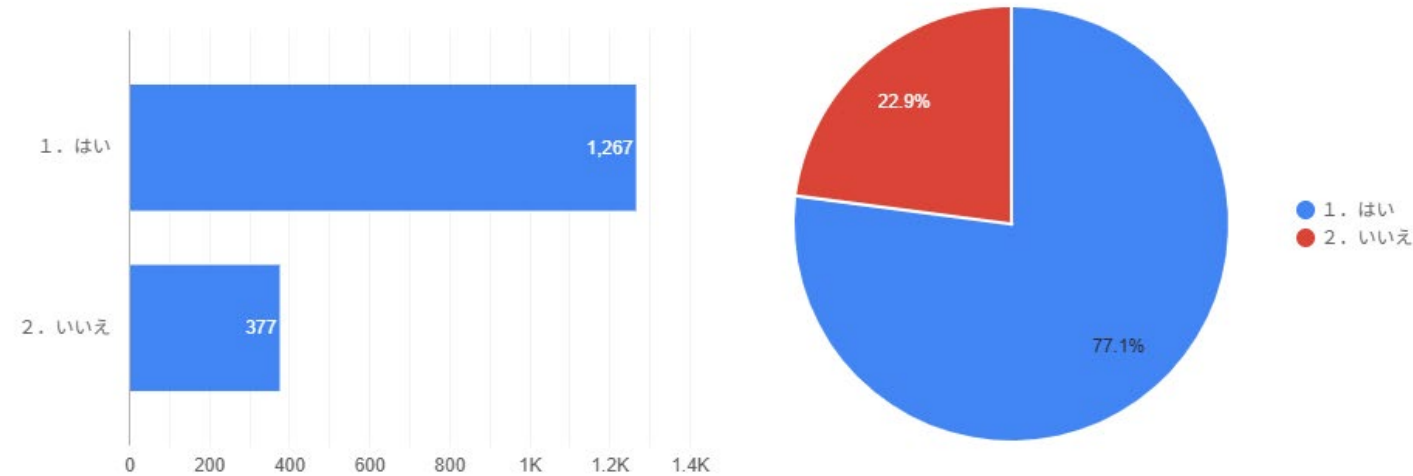
6

識別子 / 割合				
職員が持つ患者情報	3つすべて選択	フルネーム	生年月日	診療番号（…
1. 内服薬の薬袋（やくたい）	21.3%	98.5%	25.3%	55.0%
2. 内服薬の配薬ボックス（患者のベッドサイドに持参する配薬ケースまたは袋、等）	9.1%	92.8%	11.8%	22.3%
3. 入院患者の注射・点滴投与時に貼るラベル（または伝票）	38.1%	98.5%	40.7%	77.3%
4. 外来患者の注射・点滴投与時に貼るラベル（または伝票）	39.4%	94.3%	42.7%	71.0%
5. 血液製剤の輸血時の適合票	59.6%	86.8%	63.7%	75.0%
6. 入院患者の採血・検体採取時のラベル（または検査伝票）	36.5%	98.4%	40.6%	79.4%
7. 外来患者の採血・検体採取時のラベル（または検査伝票）	38.3%	96.9%	43.5%	78.5%
8. 食事配膳時の食札	9.4%	98.4%	13.1%	38.3%

質問38 貴院でハイリスク薬（ハイアラート薬/危険薬）と定義する薬剤を定めていますか。

質問38 貴院でハイリスク薬（ハイアラート薬/危険薬）と定義する薬剤を定めていますか。 ^		件数
1.	1. はい	1,267
2.	2. いいえ	377
Grand total		1,644

1 - 2 / 2 < >



質問39 貴院でハイリスク薬（ハイアラート薬/危険薬）と定める製剤数は合計いくつですか？

データ件数

1,267

平均値

135.4

中央値

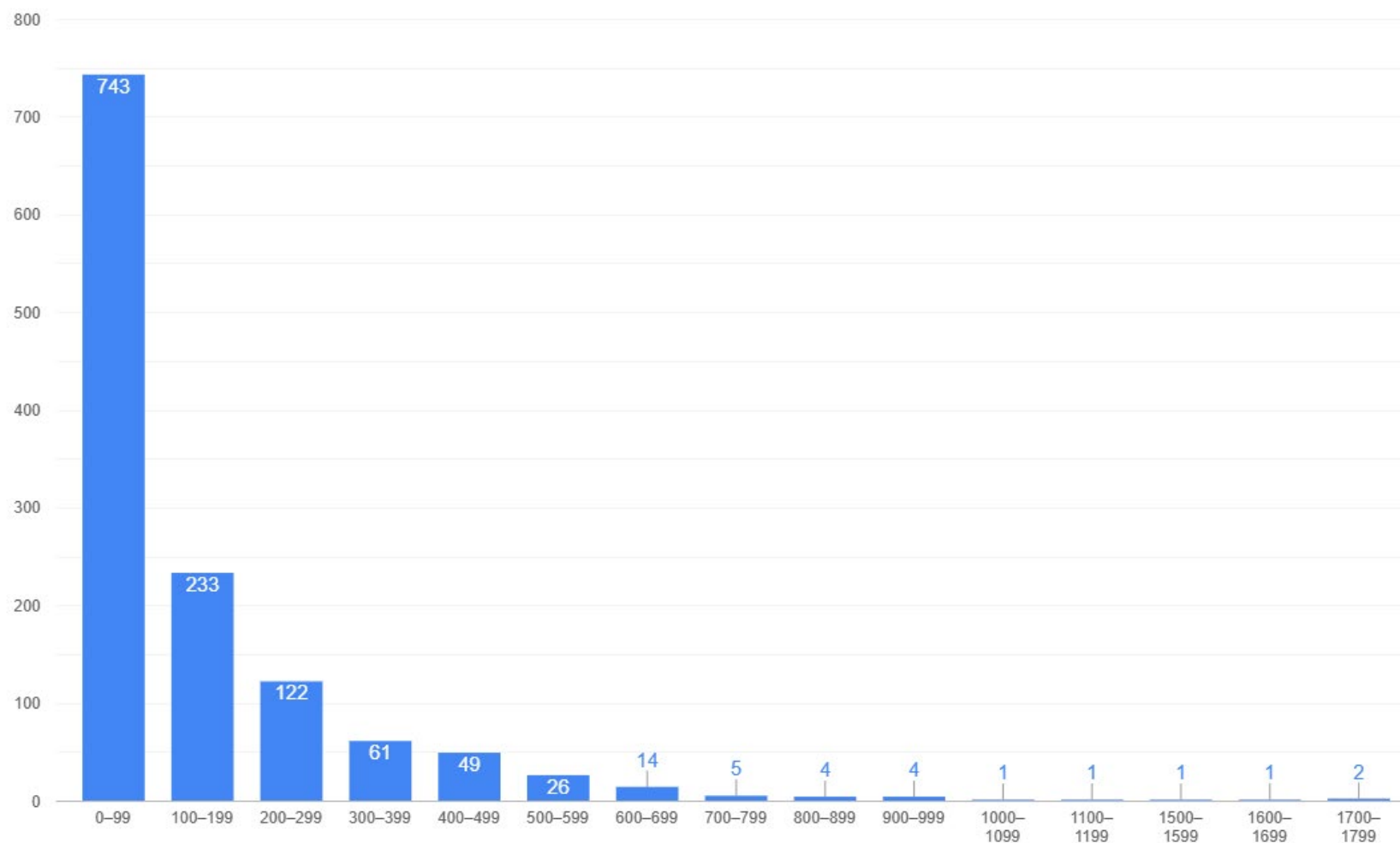
70

最大値

1,764

最小値

0



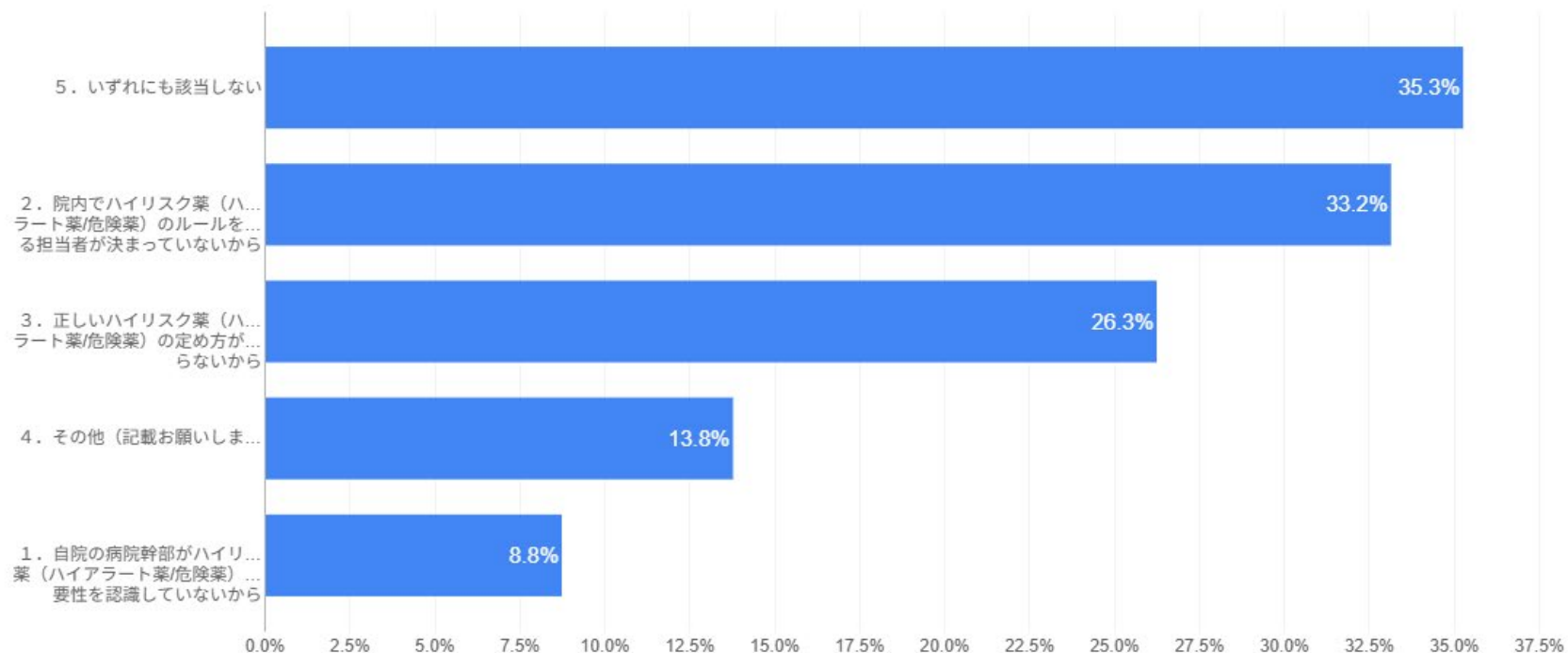
質問40 貴院でハイリスク薬（ハイアラート薬/危険薬）を定めていない理由は何ですか、すべて選択してください。

質問40 貴院でハイリスク薬（ハイアラート薬/危険薬）を定めていない理由は何ですか、すべて選択してください。 ^		件数
1.	1. 自院の病院幹部がハイリスク薬（ハイアラート薬/危険薬）の重要性を認識していないから	33
2.	2. 院内でハイリスク薬（ハイアラート薬/危険薬）のルールを定める担当者が決まっていないから	125
3.	3. 正しいハイリスク薬（ハイアラート薬/危険薬）の定め方が分からないから	99
4.	4. その他（記載お願いします）	52
5.	5. いずれにも該当しない	133

1 - 5 / 5 < >

データ件数

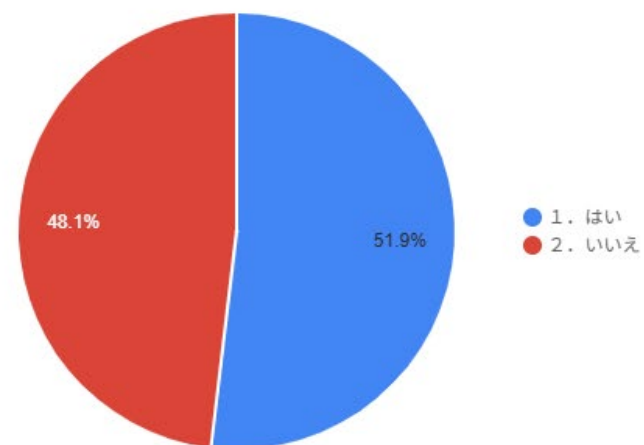
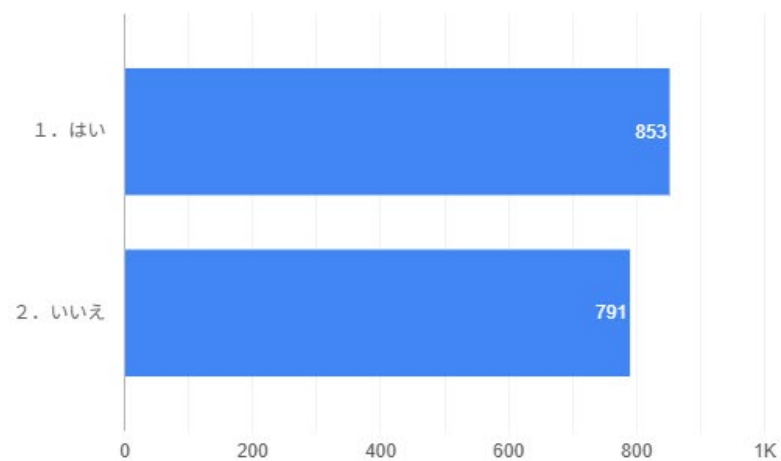
377



質問41 貴院では名称・外観類似薬に該当する薬剤を定めていますか。

質問41 貴院では名称・外観類似薬に該当する薬剤を定めていますか。 ▲		件数
1.	1. はい	853
2.	2. いいえ	791
Grand total		1,644

1 - 2 / 2 < >



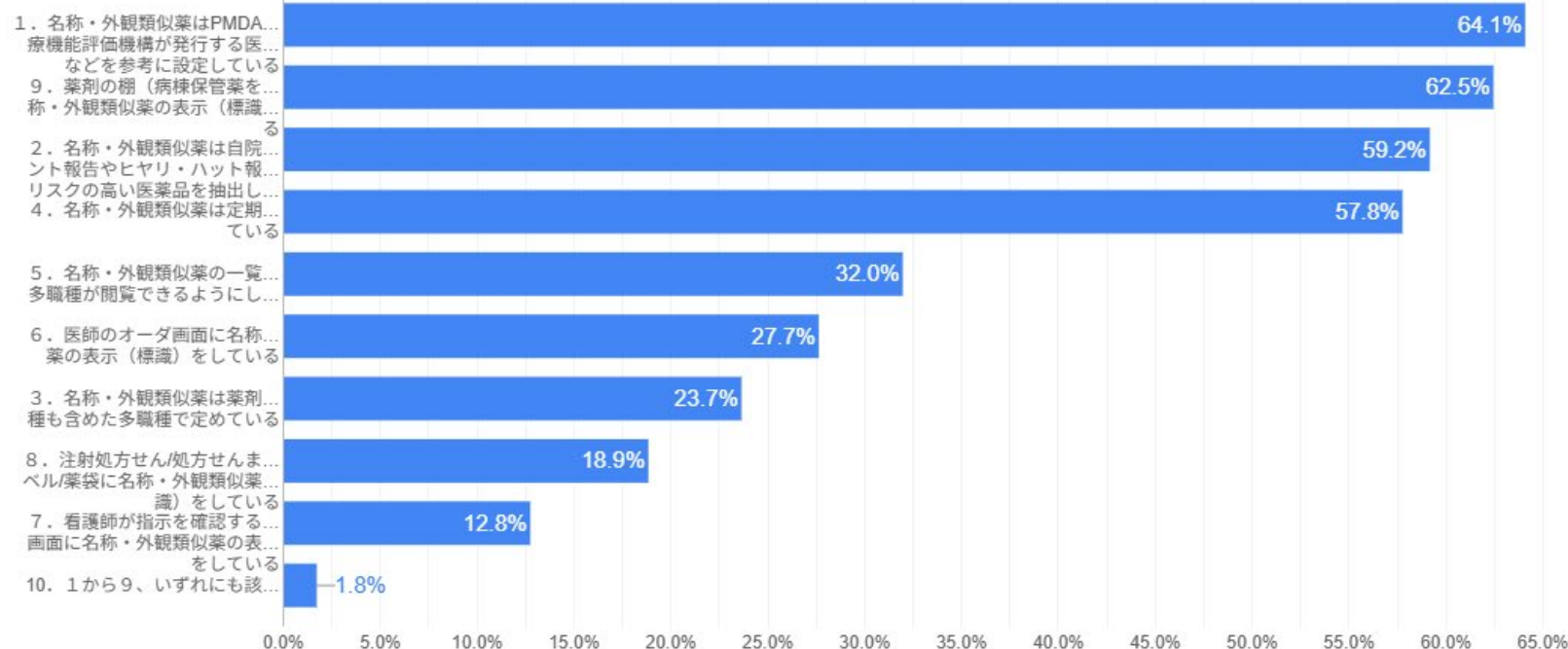
質問42 貴院における名称・外観類似薬の実施事項として該当するものをすべて選択してください。

質問42 貴院における名称・外観類似薬の実施事項として該当する...	件数
1. 10. 1 から 9、いずれにも該当しない	15
2. 1. 名称・外観類似薬はPMDAや日本医療機能評価機構が発行する医療安全情報...	547
3. 2. 名称・外観類似薬は自院のインシデント報告やヒヤリ・ハット報告などから...	505
4. 3. 名称・外観類似薬は薬剤師以外の職種も含めた多職種で定めている	202
5. 4. 名称・外観類似薬は定期的に見直している	493
6. 5. 名称・外観類似薬の一覧表を作成し多職種が閲覧できるようにしている	273
7. 6. 医師のオーダ画面に名称・外観類似薬の表示（標識）をしている	236
8. 7. 看護師が指示を確認する電子カルテ画面に名称・外観類似薬の表示（標識）...	109
9. 8. 注射処方せん/処方せんまたは注射ラベル/薬袋に名称・外観類似薬の表示（標...	161
10. 9. 薬剤の棚（病棟保管薬を含む）に名称・外観類似薬の表示（標識）をしている	533

1 - 10 / 10 < >

データ件数

853



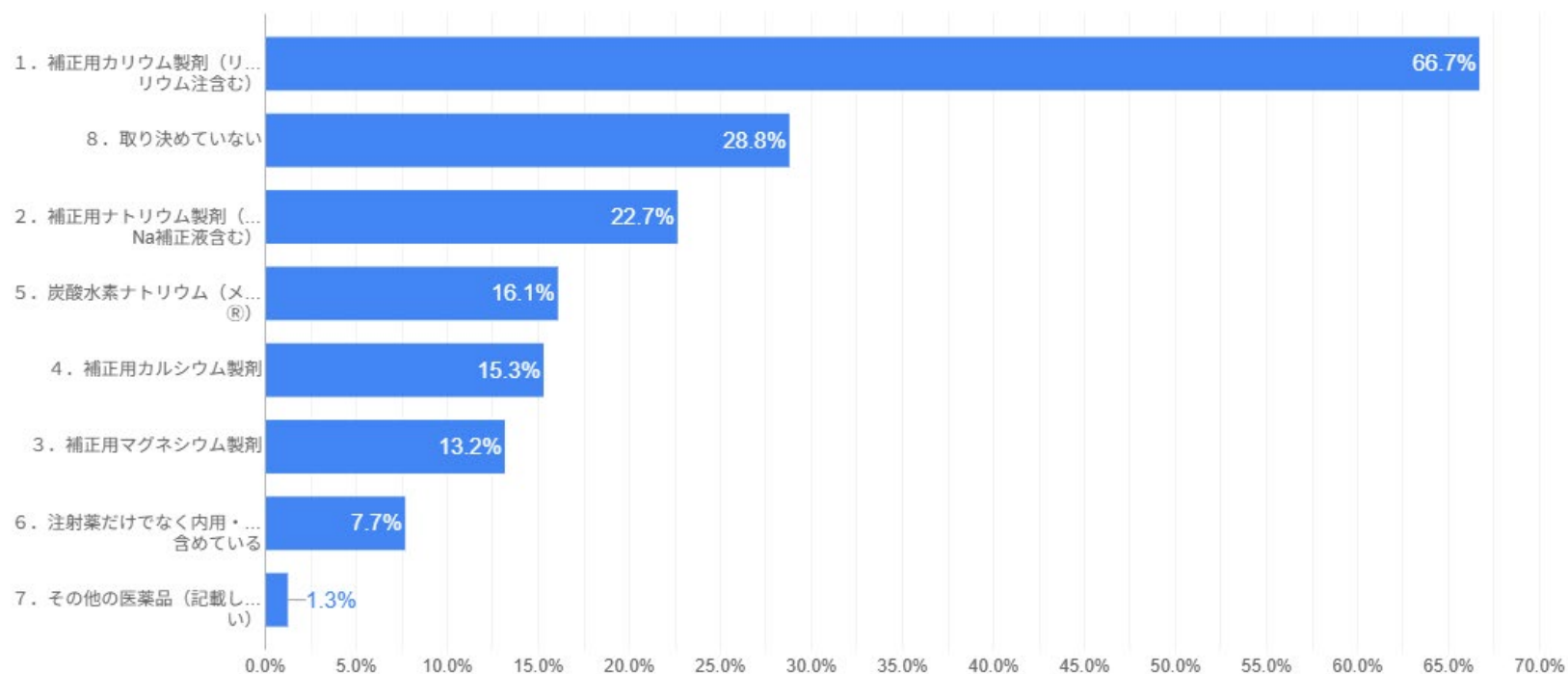
質問43 院内で取り扱いに注意すべき高濃度（濃厚）電解質製剤を定めていますか。該当するものをすべて選択してください。

質問43 院内で取り扱いに注意すべき高濃度（濃厚）電解質製剤を定めていますか。該当するものをすべて選択し...	件数
1. 1. 補正用カリウム製剤（リン酸2カリウム含む）	1,097
2. 2. 補正用ナトリウム製剤（リン酸Na補正液含む）	373
3. 3. 補正用マグネシウム製剤	217
4. 4. 補正用カルシウム製剤	252
5. 5. 炭酸水素ナトリウム（メイロン®）	265
6. 6. 注射薬だけでなく内用・外用薬も含めている	127
7. 7. その他の医薬品（記載してください）	21
8. 8. 取り決めていない	474

データ件数

1,644

1 - 8 / 8 < >



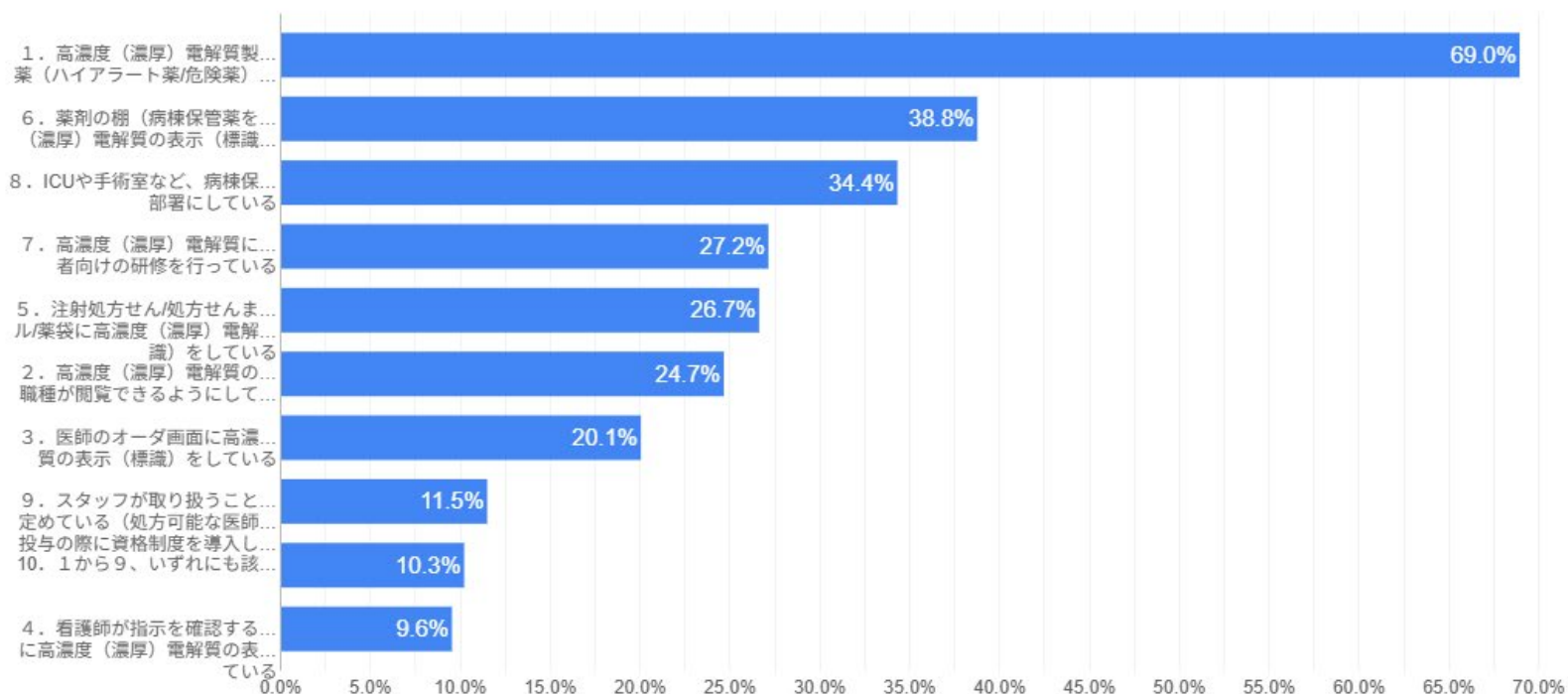
質問44 院内で取り扱いに注意すべき高濃度（濃厚）電解質製剤を定めている場合、安全対策として実施しているものをすべて選択してください。

質問44 院内で取り扱いに注意すべき高濃度（濃厚）電解質製剤を定めている場合、安全対策として実施してい... ^		件数
1.	10. 1から9、いずれにも該当しない	120
2.	1. 高濃度（濃厚）電解質製剤をハイリスク薬（ハイアラート薬/危険薬）に含めている	807
3.	2. 高濃度（濃厚）電解質の一覧を作成し多職種が閲覧できるようにしている	289
4.	3. 医師のオーダー画面に高濃度（濃厚）電解質の表示（標識）をしている	235
5.	4. 看護師が指示を確認する電子カルテ画面に高濃度（濃厚）電解質の表示（標識）をしている	112
6.	5. 注射処方せん/処方せんまたは注射ラベル/薬袋に高濃度（濃厚）電解質の表示（標識）をしている	312
7.	6. 薬剤の棚（病棟保管薬を含む）に高濃度（濃厚）電解質の表示（標識）をしている	454
8.	7. 高濃度（濃厚）電解質に関する院内医療者向けの研修を行っている	318
9.	8. ICUや手術室など、病棟保管は限定した部署にしている	402
10.	9. スタッフが取り扱うことに関して基準を定めている（処方可能な医師やミキシングや投与の際に資格制度を導入している）	135

1 - 10 / 10 < >

データ件数

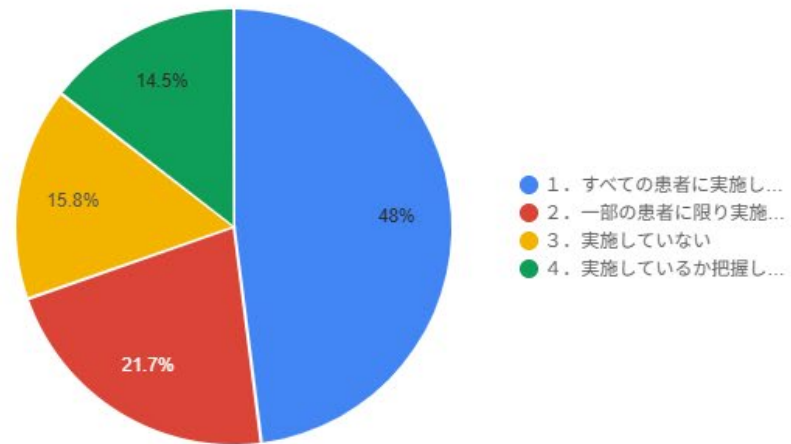
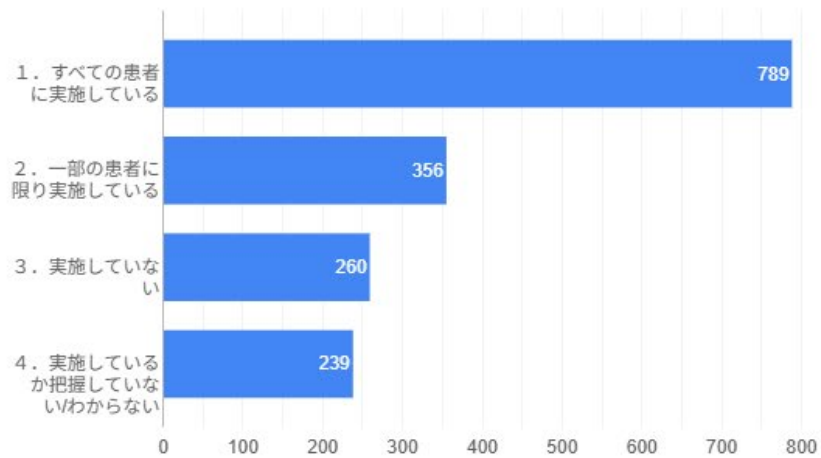
1,170



質問45 貴院では、入院や退院のときに患者の薬の情報を整理して、正しく引き継ぐ取り組みを行っていますか？

質問45 貴院では、入院や退院のときに患者の薬の情報を整理して、正しく引き継ぐ取り組み（ Medikation・Reconciliation...		件数
1.	1. すべての患者に実施している	789
2.	2. 一部の患者に限り実施している	356
3.	3. 実施していない	260
4.	4. 実施しているか把握していないわからない	239
Grand total		1,644

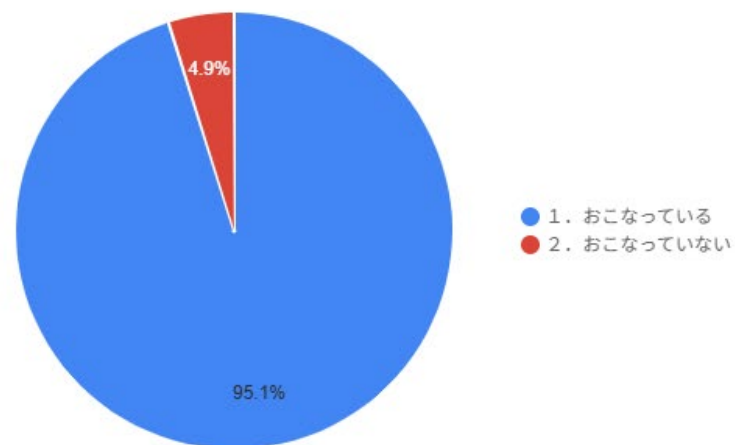
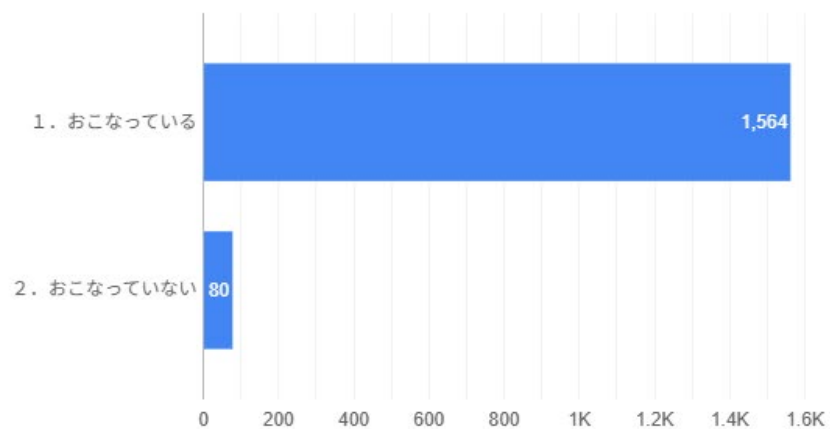
1 - 4 / 4 < >



質問46 貴院において、薬剤部（またはそれに準じる部署）が薬剤情報（DI, Drug Information）管理を行っていますか？

質問46 貴院において、薬剤部（またはそれに準じる部署）が薬剤情報（DI, Drug Information）管理を行っていますか？		件数
1.	1. おこなっている	1,564
2.	2. おこなっていない	80
Grand total		1,644

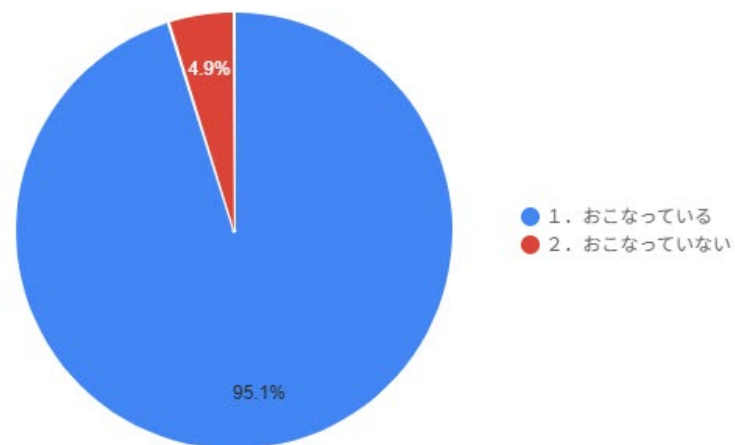
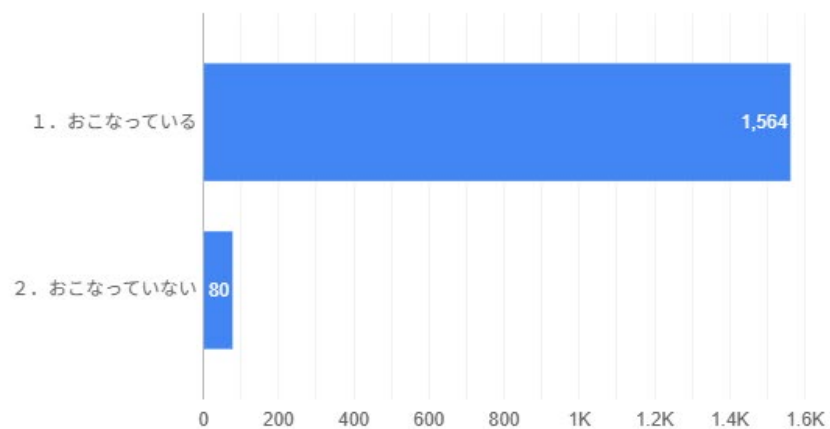
1 - 2 / 2 < >



質問46 貴院において、薬剤部（またはそれに準じる部署）が薬剤情報（DI, Drug Information）管理を行っていますか？

質問46 貴院において、薬剤部（またはそれに準じる部署）が薬剤情報（DI, Drug Information）管理を行っていますか？		件数
1.	1. おこなっている	1,564
2.	2. おこなっていない	80
Grand total		1,644

1 - 2 / 2 < >



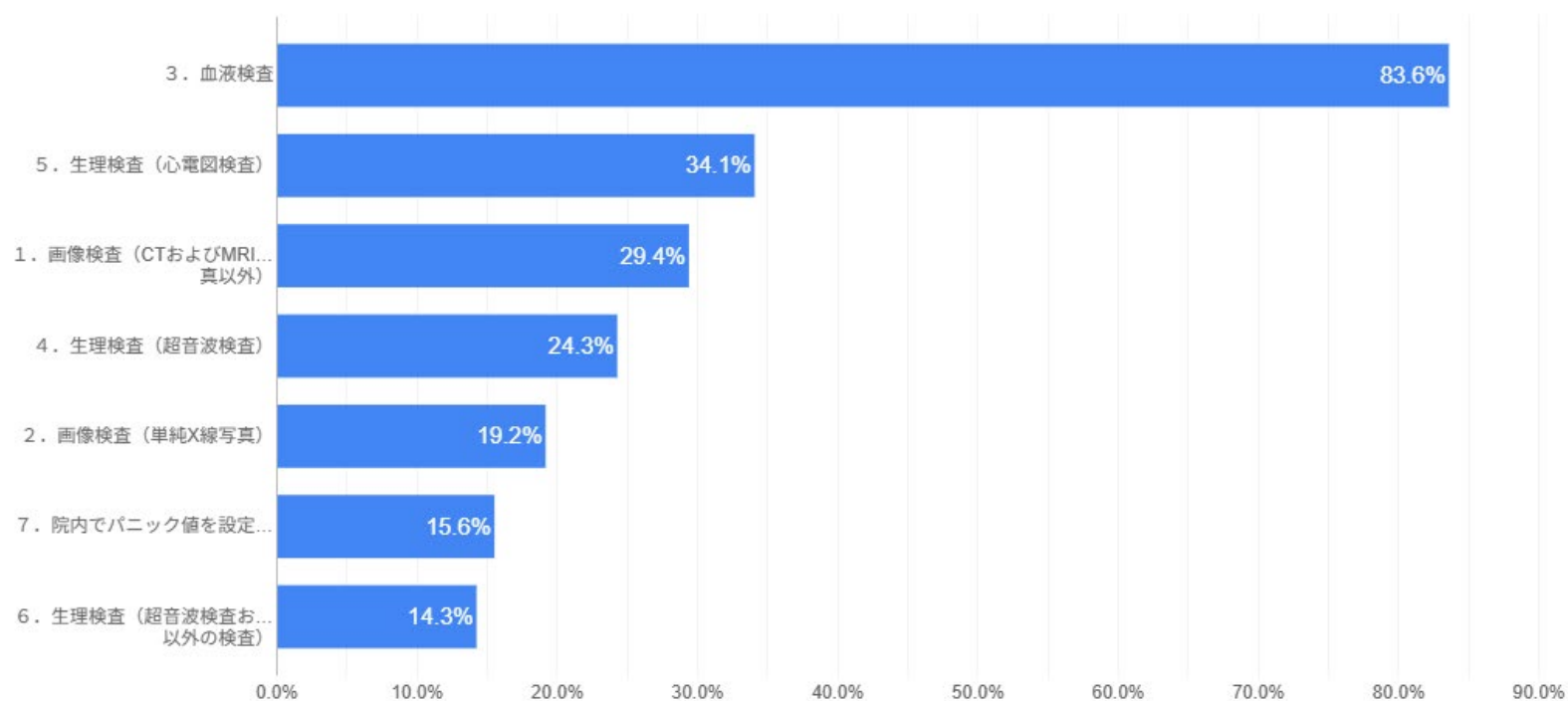
質問47 貴院において、パニック値として設定している検査をすべて選んでください

質問47 貴院において、パニック値として設定している検査をすべて選んでください		件数
1.	1. 画像検査（CTおよびMRI等、単純X線写真以外）	484
2.	2. 画像検査（単純X線写真）	316
3.	3. 血液検査	1,375
4.	4. 生理検査（超音波検査）	400
5.	5. 生理検査（心電図検査）	561
6.	6. 生理検査（超音波検査および心電図検査以外の検査）	235
7.	7. 院内でパニック値を設定していない	256

データ件数

1,644

1 - 7 / 7 < >



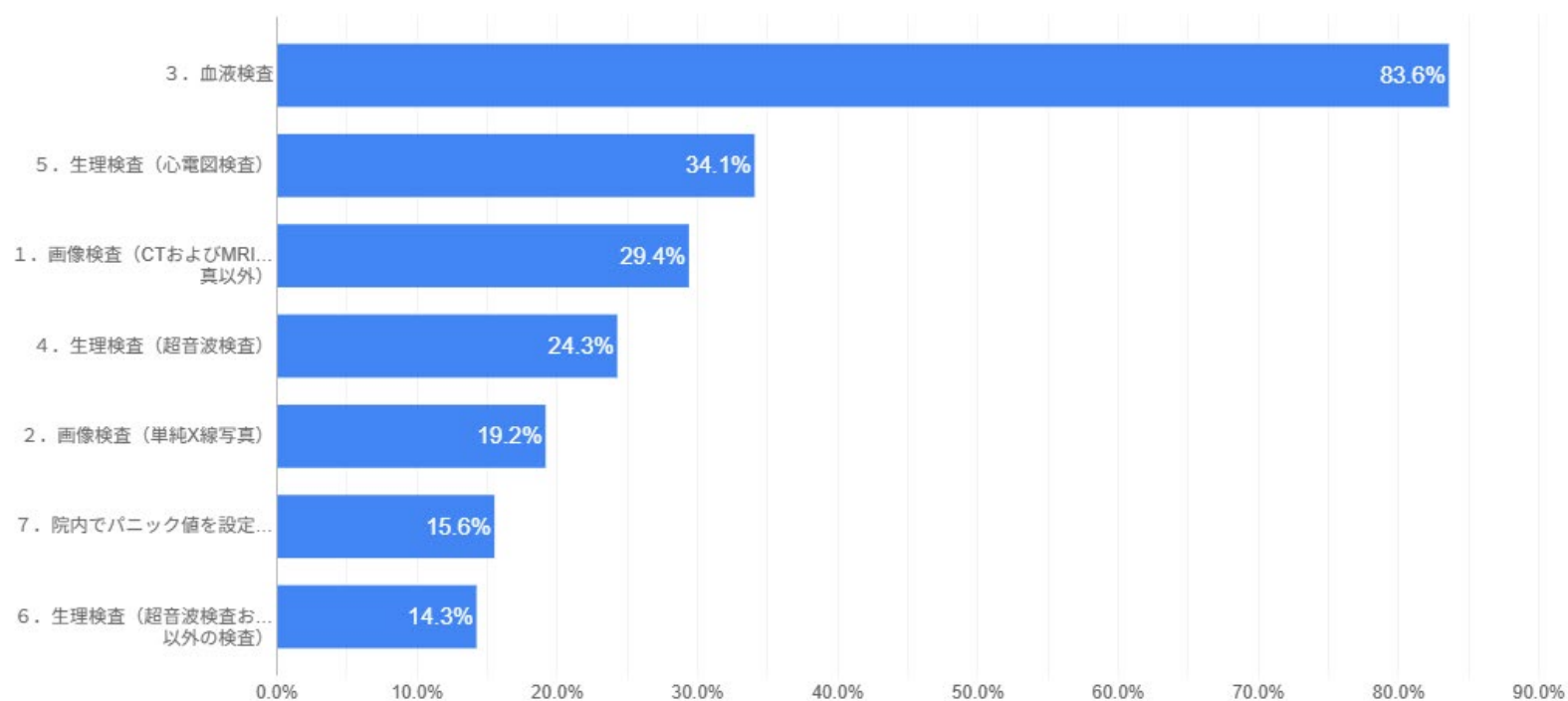
質問47 貴院において、パニック値として設定している検査をすべて選んでください

質問47 貴院において、パニック値として設定している検査をすべて選んでください		件数
1.	1. 画像検査（CTおよびMRI等、単純X線写真以外）	484
2.	2. 画像検査（単純X線写真）	316
3.	3. 血液検査	1,375
4.	4. 生理検査（超音波検査）	400
5.	5. 生理検査（心電図検査）	561
6.	6. 生理検査（超音波検査および心電図検査以外の検査）	235
7.	7. 院内でパニック値を設定していない	256

データ件数

1,644

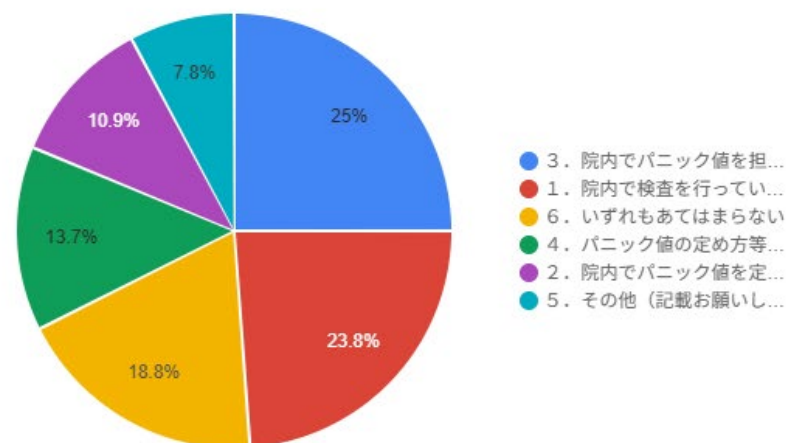
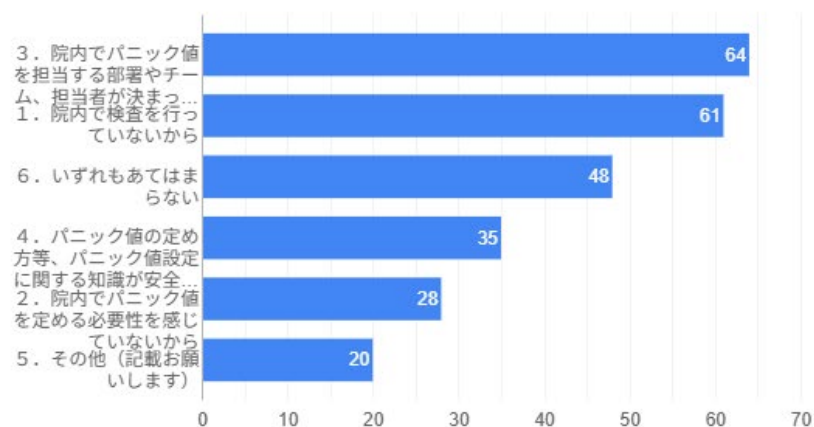
1 - 7 / 7 < >



質問48 貴院でパニック値を設定していない理由を教えてください。

質問48 貴院でパニック値を設定していない理由を教えてください。 ▲	件数
1. 1. 院内で検査を行っていないから	61
2. 2. 院内でパニック値を定める必要性を感じていないから	28
3. 3. 院内でパニック値を担当する部署やチーム、担当者が決まっていないから	64
4. 4. パニック値の定め方等、パニック値設定に関する知識が安全担当者にはないから	35
5. 5. その他（記載をお願いします）	20
6. 6. いずれもあてはまらない	48
Grand total	256

1 - 6 / 6 < >



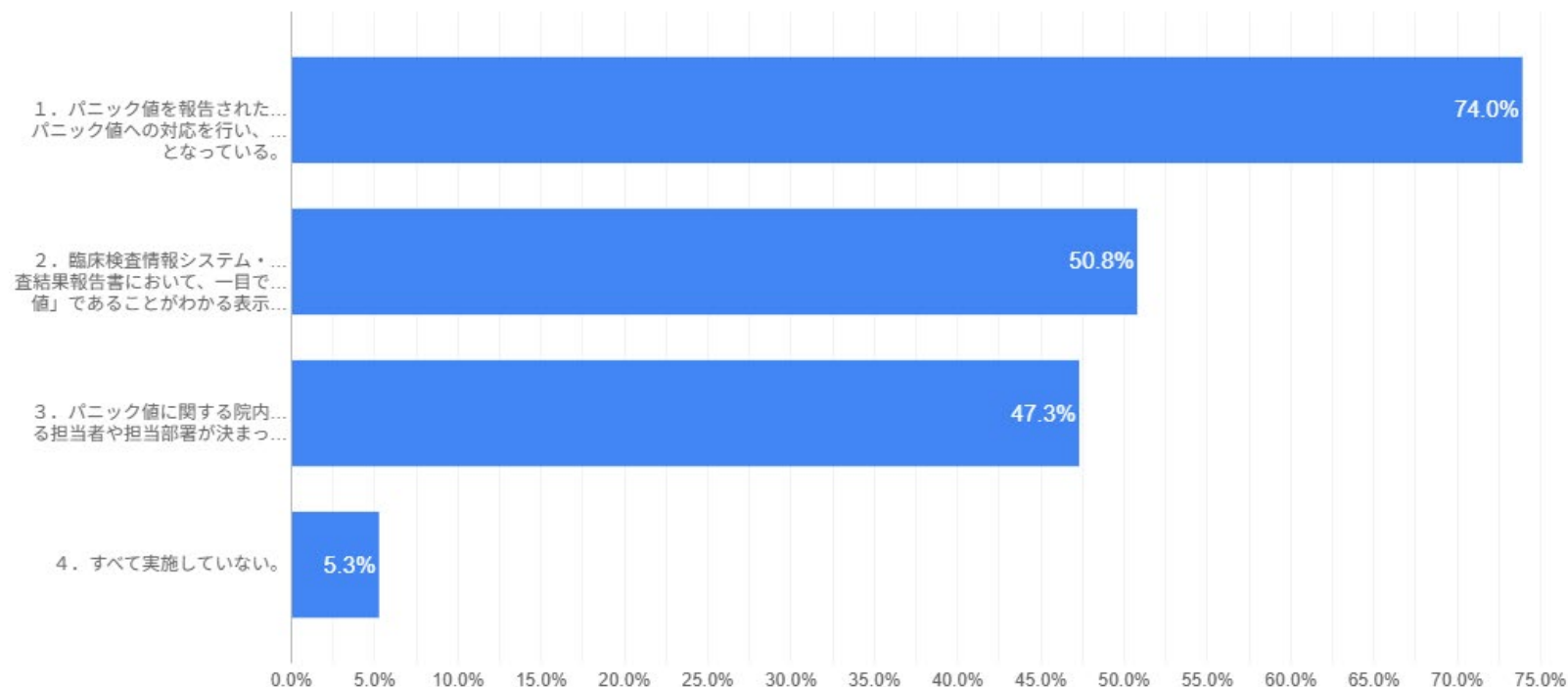
質問49 貴院で血液検査パニック値の運用に関して実施していることをすべて選択してください。

質問49 貴院で血液検査パニック値の運用に関して実施していることをすべて選択してください。 ^		Record Count
1.	1. パニック値を報告された医師は速やかにパニック値への対応を行い、記録する決まりとなっている。	1,017
2.	2. 臨床検査情報システム・電子カルテ・検査結果報告書において、一目で「パニック値」であることがわかる表示となっている。	699
3.	3. パニック値に関する院内の運用を検討する担当者や担当部署が決まっている。	651
4.	4. すべて実施していない。	73

1 - 4 / 4 < >

データ件数

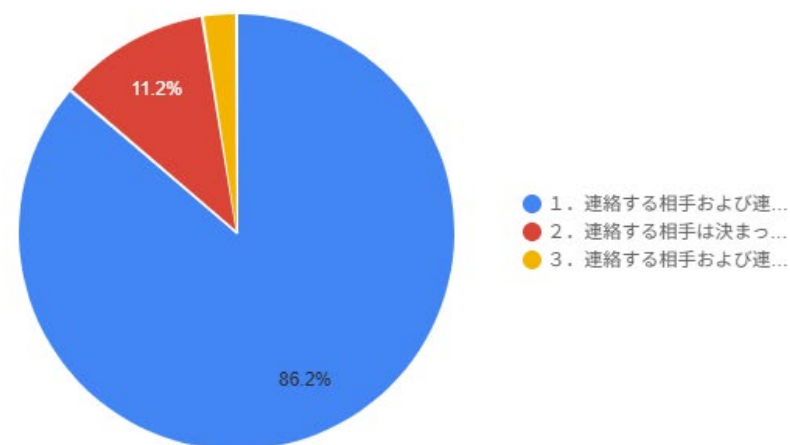
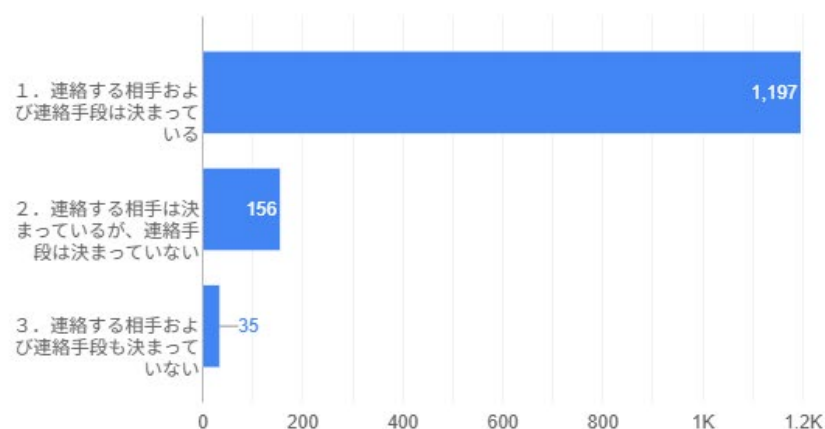
1,375



質問50 貴院ではパニック値を認めた際に報告する相手や連絡手段は定められていますか。

質問50 貴院ではパニック値を認めた際に報告する相手や連絡手段は定められていますか。 ▲		件数
1.	1. 連絡する相手および連絡手段は決まっている	1,197
2.	2. 連絡する相手は決まっているが、連絡手段は決まっていない	156
3.	3. 連絡する相手および連絡手段も決まっていない	35
Grand total		1,388

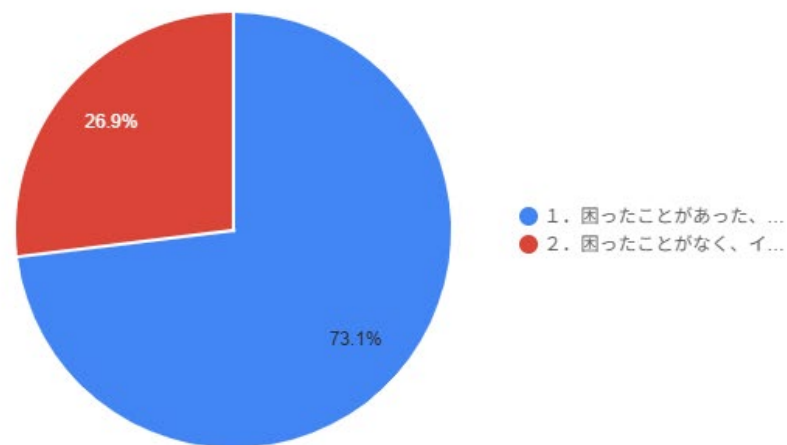
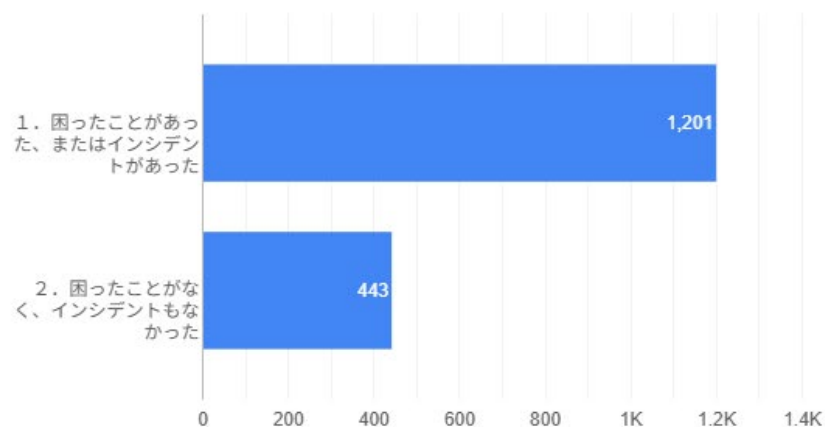
1 - 3 / 3 < >



質問51 貴院において過去1年以内に医師から看護師への口頭指示に関して困ったこと、またはインシデントはありましたか？

質問51 貴院において過去1年以内に医師から看護師への口頭指示に関して困ったこと、またはインシデント（ニアミス/ヒヤリハッ... ^		件数
1.	1. 困ったことがあった、またはインシデントがあった	1,201
2.	2. 困ったことがなく、インシデントもなかった	443
Grand total		1,644

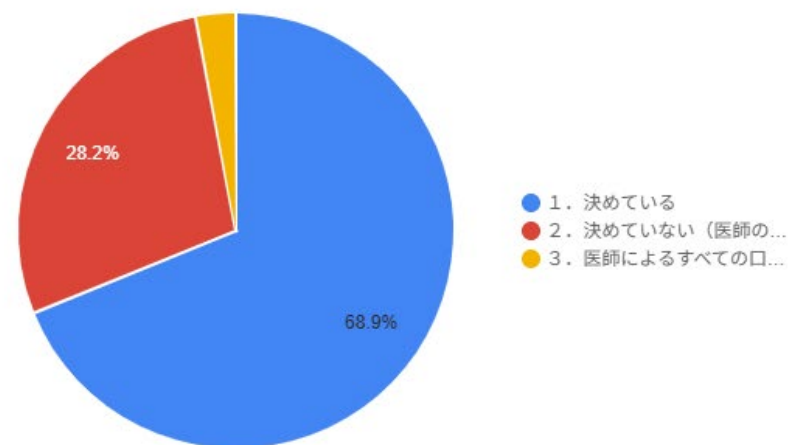
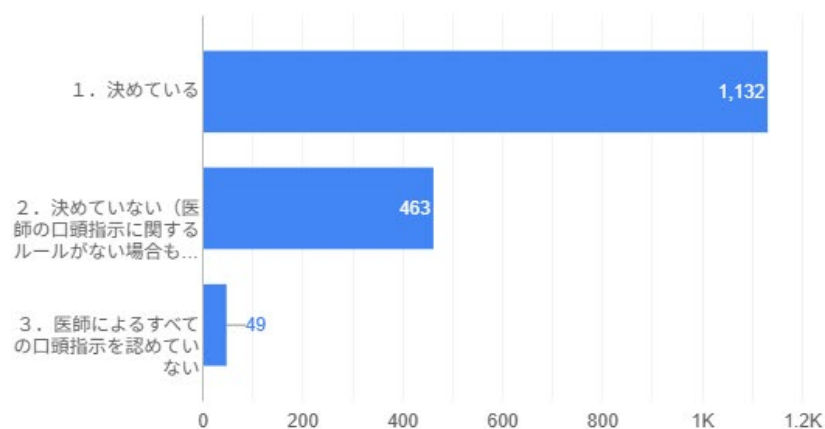
1 - 2 / 2 < >



質問52 貴院では医師から看護師への口頭指示が許容される場面（例：緊急時のみ）を決めていますか

質問52 貴院では医師から看護師への口頭指示が許容される場面（例：緊急時のみ）を決めていますか		件数
1.	1. 決めている	1,132
2.	2. 決めていない（医師の口頭指示に関するルールがない場合も含む）	463
3.	3. 医師によるすべての口頭指示を認めていない	49
Grand total		1,644

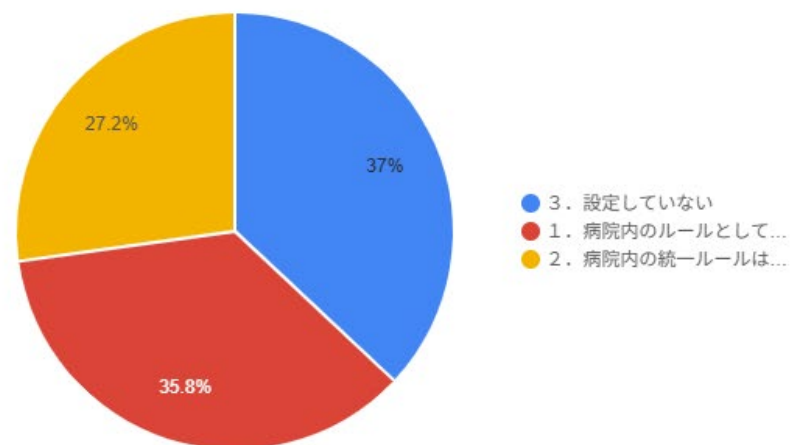
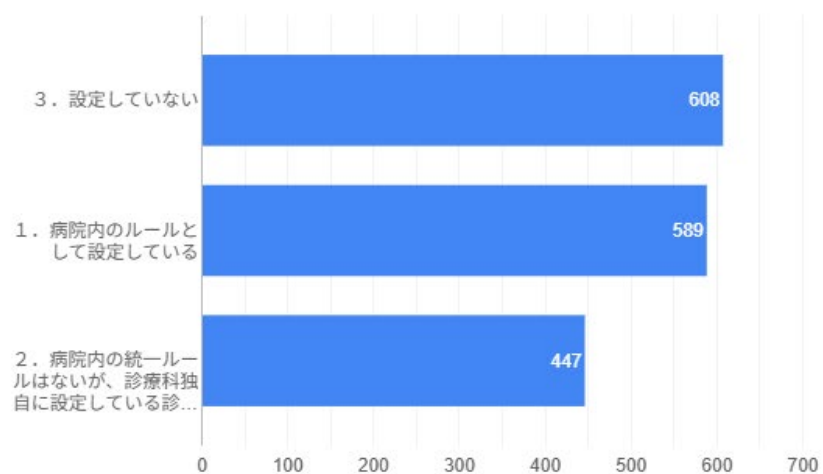
1 - 3 / 3 < >



質問53 貴院のルールとして、医師同士の引継ぎが必要な場面を設定していますか？

質問53 貴院のルールとして、医師同士の引継ぎが必要な場面を設定していますか？		件数
1.	1. 病院内のルールとして設定している	589
2.	2. 病院内の統一ルールはないが、診療科独自に設定している診療科がある	447
3.	3. 設定していない	608
Grand total		1,644

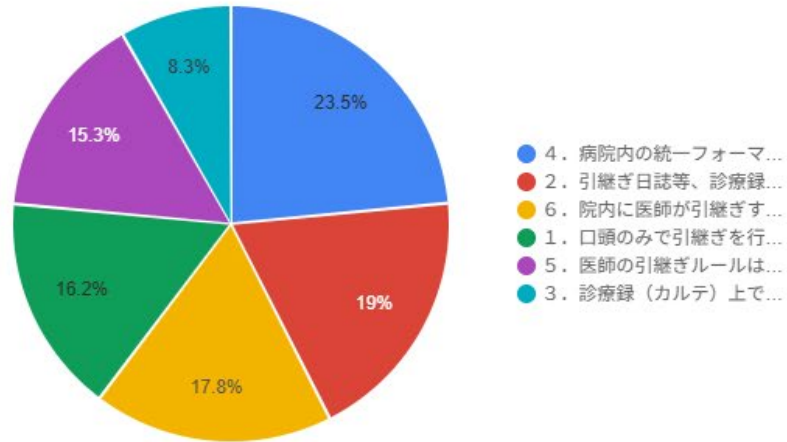
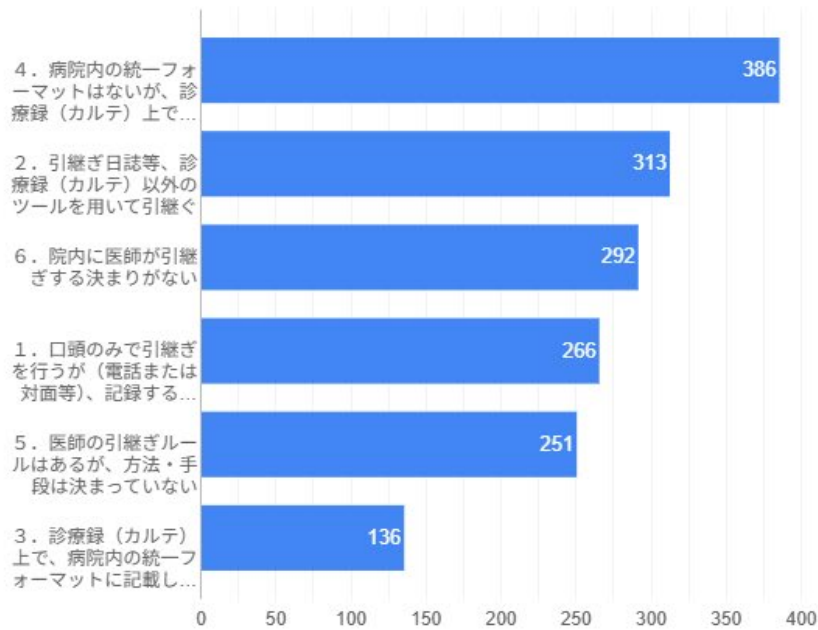
1 - 3 / 3 < >



質問54 貴院のルールとして、医師間の引継ぎはどのような方法で行うことになっていますか？

質問54 貴院のルールとして、医師間の引継ぎはどのような方法で行うことになっていますか？		件数
1.	1. 口頭のみで引継ぎを行うが（電話または対面等）、記録する決まりはない	266
2.	2. 引継ぎ日誌等、診療録（カルテ）以外のツールを用いて引継ぐ	313
3.	3. 診療録（カルテ）上で、病院内の統一フォーマットに記載し引継ぎする	136
4.	4. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う	386
5.	5. 医師の引継ぎルールはあるが、方法・手段は決まっていない	251
6.	6. 院内に医師が引継ぎする決まりがない	292
Grand total		1,644

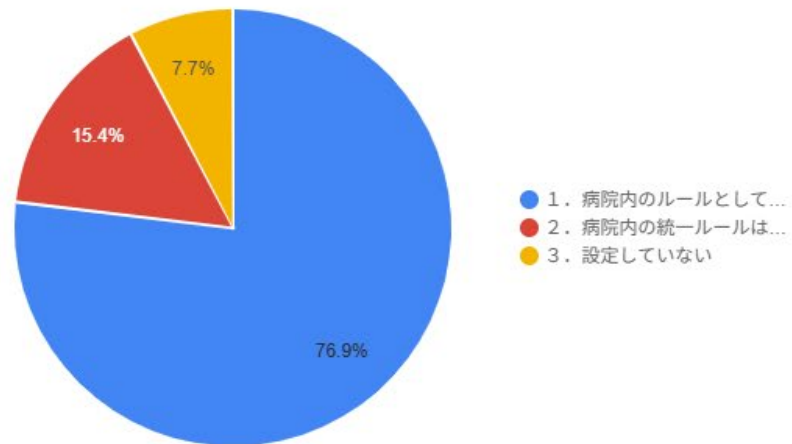
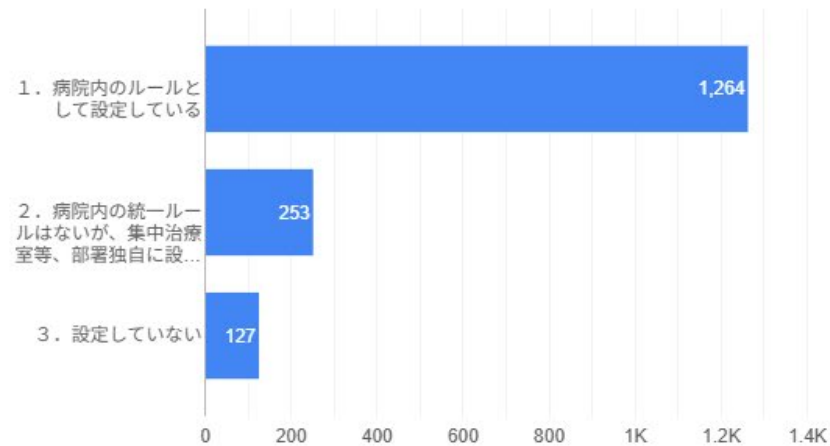
1 - 6 / 6 < >



質問55 貴院のルールとして、看護師同士の引継ぎが必要な場面を設定していますか？

質問55 貴院のルールとして、看護師同士の引継ぎが必要な場面を設定していますか？ ^		件数
1.	1. 病院内のルールとして設定している	1,264
2.	2. 病院内の統一ルールはないが、集中治療室等、部署独自に設定しているところがある	253
3.	3. 設定していない	127
Grand total		1,644

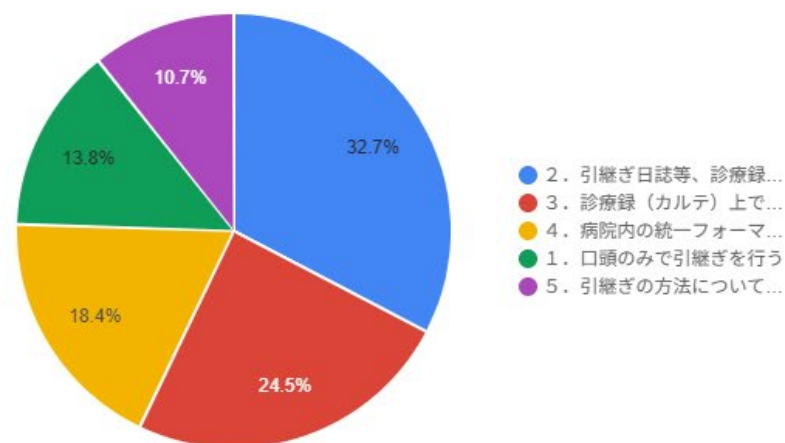
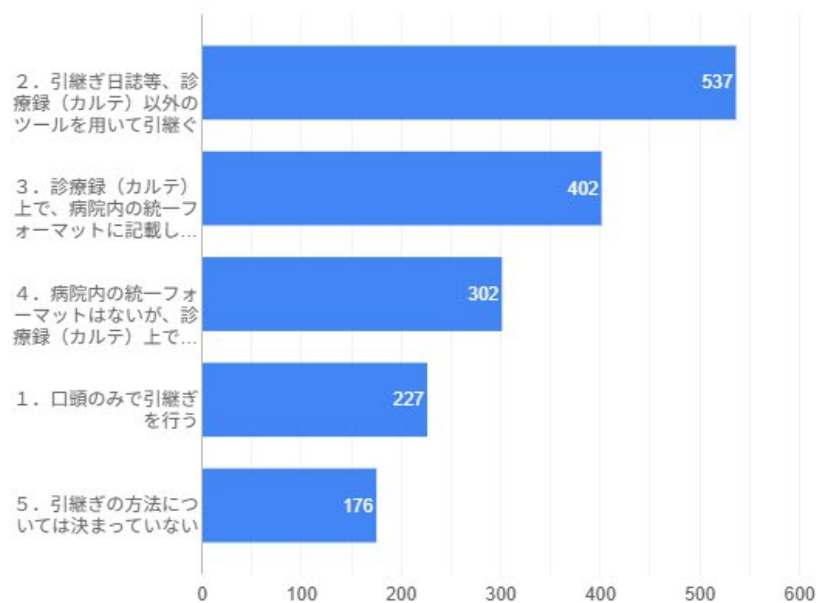
1 - 3 / 3 < >



質問56 貴院のルールとして、看護師間の引継ぎはどのような方法で行うことになっていますか？

質問56 貴院のルールとして、看護師間の引継ぎはどのような方法で行うことになっていますか？		件数
1.	1. 口頭のみで引継ぎを行う	227
2.	2. 引継ぎ日誌等、診療録（カルテ）以外のツールを用いて引継ぐ	537
3.	3. 診療録（カルテ）上で、病院内の統一フォーマットに記載し引継ぎする	402
4.	4. 病院内の統一フォーマットはないが、診療録（カルテ）上で引継ぎを行う	302
5.	5. 引継ぎの方法については決まっていない	176
Grand total		1,644

1 - 5 / 5 < >



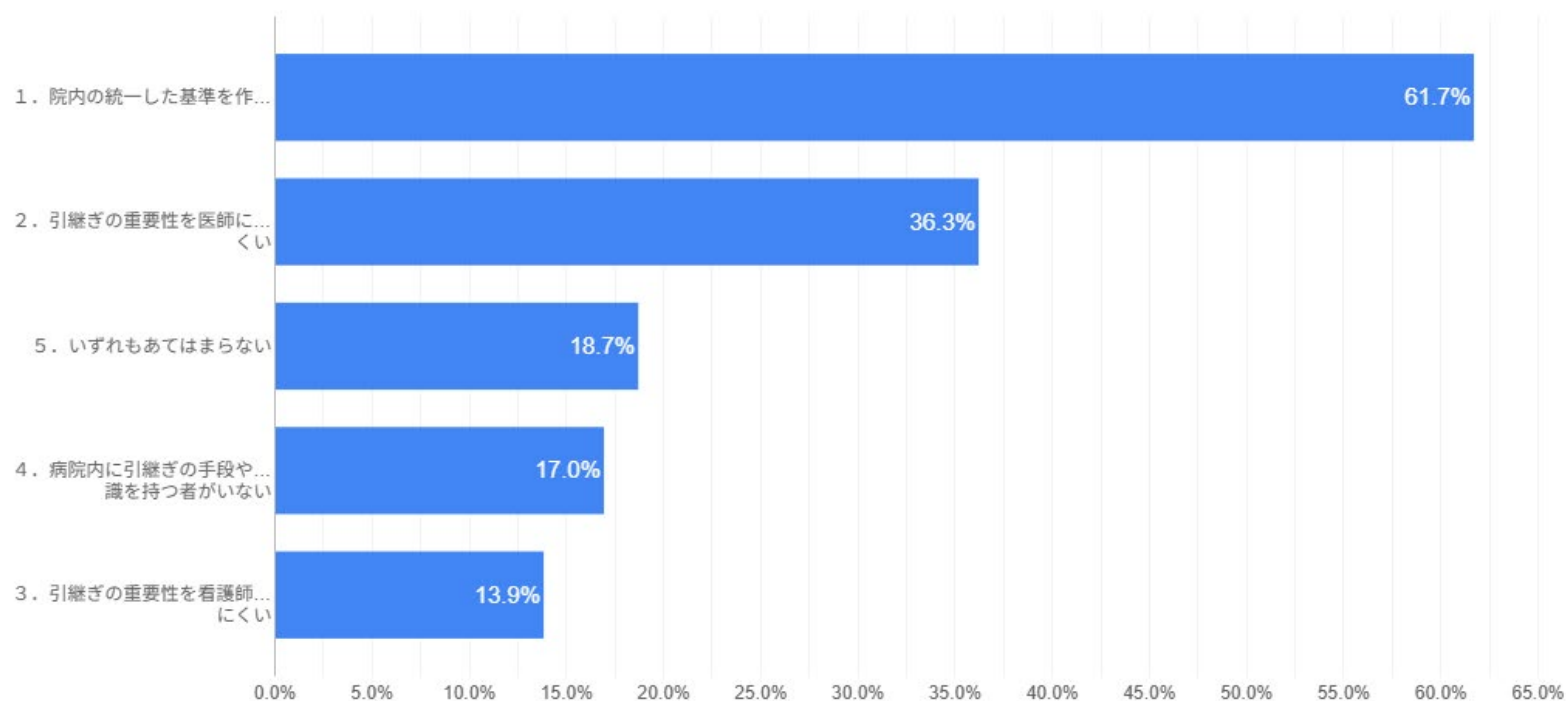
質問57 貴院において、あなたが感じる医療者間の引継ぎを行うにあたって感じる課題を、以下の設問からすべて選択してください。

質問57 貴院において、あなたが感じる医療者間の引継ぎを行うにあたって感じる課題を、以下の設問からすべて選択し...		件数
1.	1. 院内の統一した基準を作るのが困難	1,015
2.	2. 引継ぎの重要性を医師に感じてもらいにくい	596
3.	3. 引継ぎの重要性を看護師に感じてもらいにくい	228
4.	4. 病院内に引継ぎの手段や方法に関する知識を持つ者がいない	279
5.	5. いずれもあてはまらない	308

データ件数

1,644

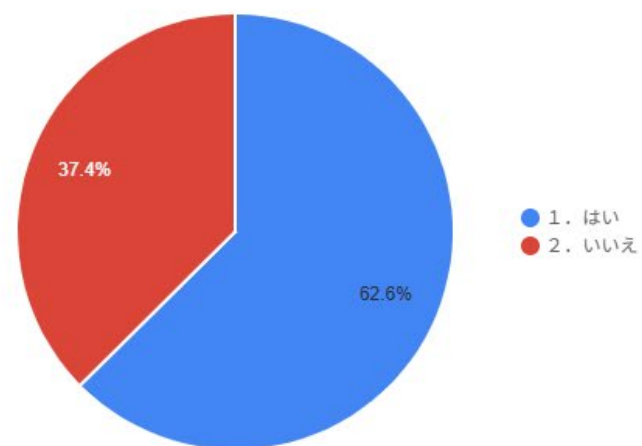
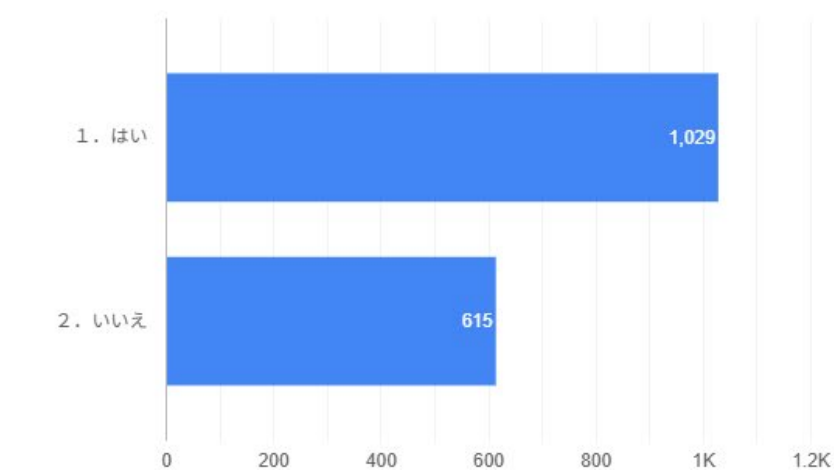
1 - 5 / 5 < >



質問58 貴院では手術をおこなっていますか？

質問58 貴院では手術をおこなっていますか？ ^		件数
1.	1. はい	1,029
2.	2. いいえ	615
Grand total		1,644

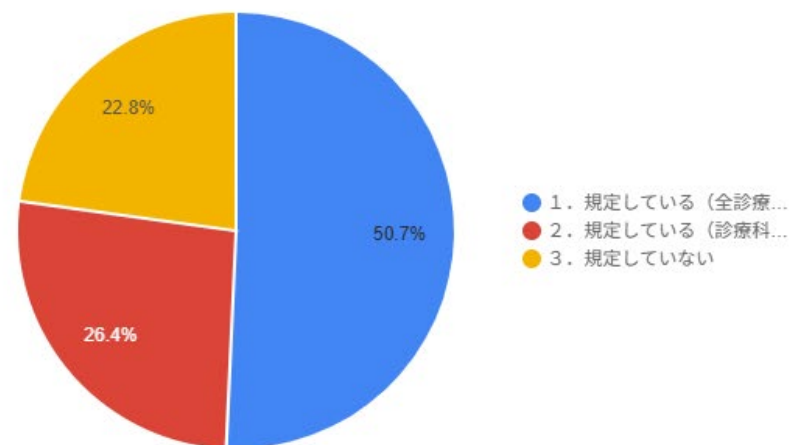
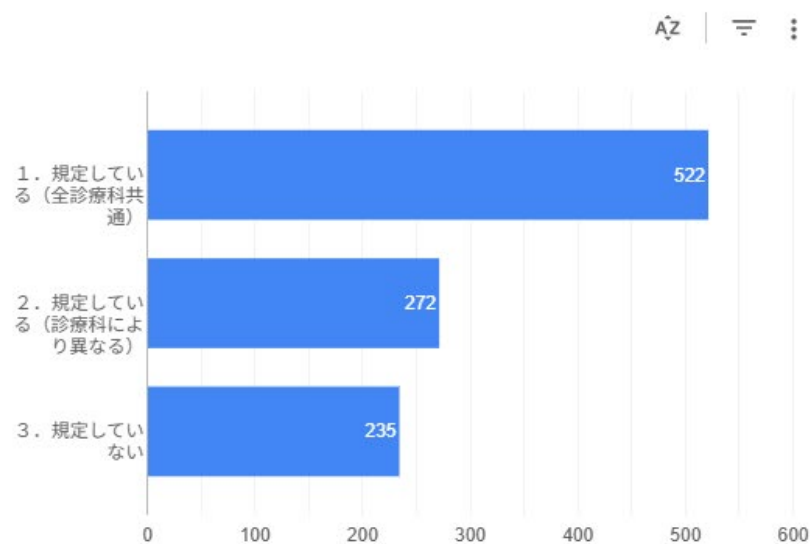
1 - 2 / 2 < >



質問59 貴院では手術部位のマーキングに関する規定はありますか？

質問59 貴院では手術部位のマーキングに関する規定はありますか？ ▲		件数
1.	1. 規定している（全診療科共通）	522
2.	2. 規定している（診療科により異なる）	272
3.	3. 規定していない	235
Grand total		1,029

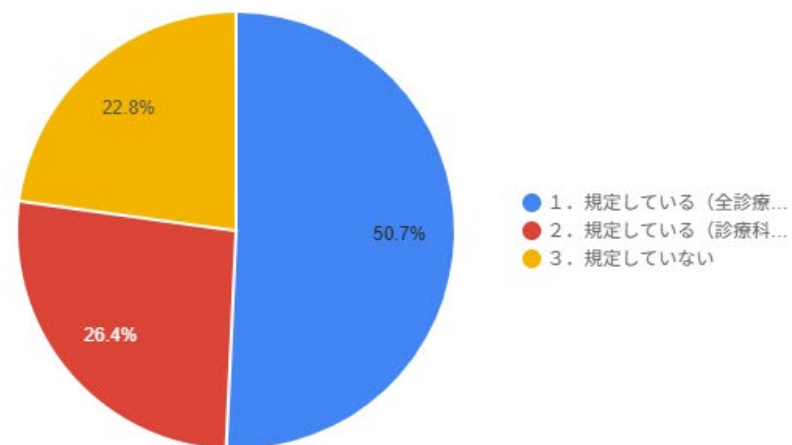
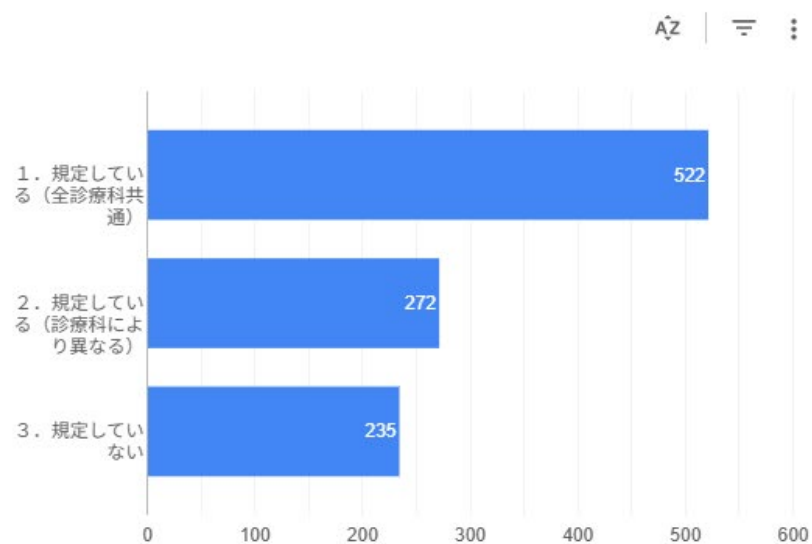
1 - 3 / 3 < >



質問59 貴院では手術部位のマーキングに関する規定はありますか？

質問59 貴院では手術部位のマーキングに関する規定はありますか？ ▲		件数
1.	1. 規定している（全診療科共通）	522
2.	2. 規定している（診療科により異なる）	272
3.	3. 規定していない	235
Grand total		1,029

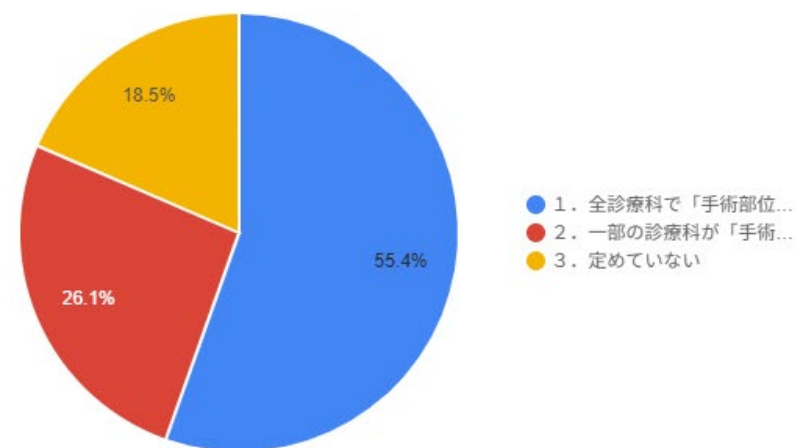
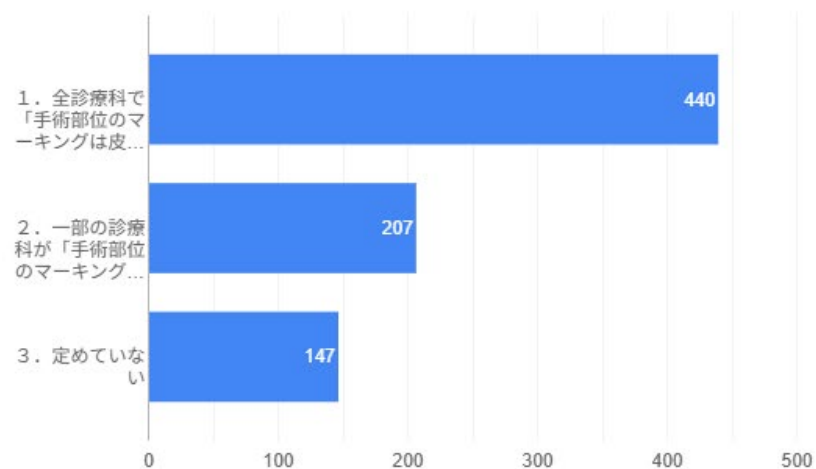
1 - 3 / 3 < >



質問60 その規定では「手術部位のマーキングは皮膚切開部位かその近くに行く」よう定めていますか。

質問60 その規定では「手術部位のマーキングは皮膚切開部位かその近くに行く」よう定めていますか。 ▲		件数
1.	1. 全診療科で「手術部位のマーキングは皮膚切開部位かその近くに行く」と定めている	440
2.	2. 一部の診療科が「手術部位のマーキングは皮膚切開部位かその近くに行く」と定めている	207
3.	3. 定めていない	147
Grand total		794

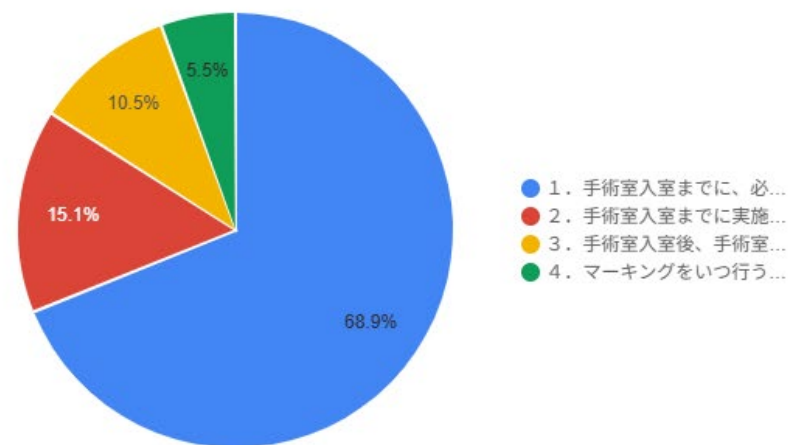
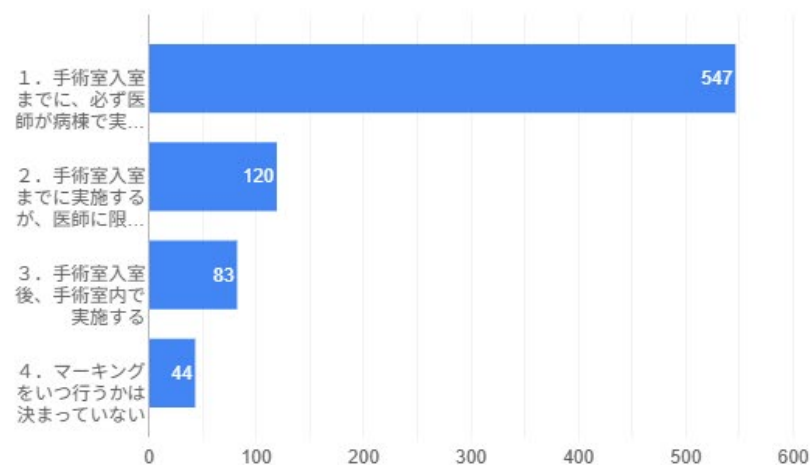
1 - 3 / 3 < >



質問61 手術時のマーキングはいつ、誰が行う決まっていますか？

質問61 手術時のマーキングはいつ、誰が行う決まっていますか？		件数
1.	1. 手術室入室までに、必ず医師が病棟で実施する	547
2.	2. 手術室入室までに実施するが、医師に限るという規定はない	120
3.	3. 手術室入室後、手術室内で実施する	83
4.	4. マーキングをいつ行うかは決まっていない	44
Grand total		794

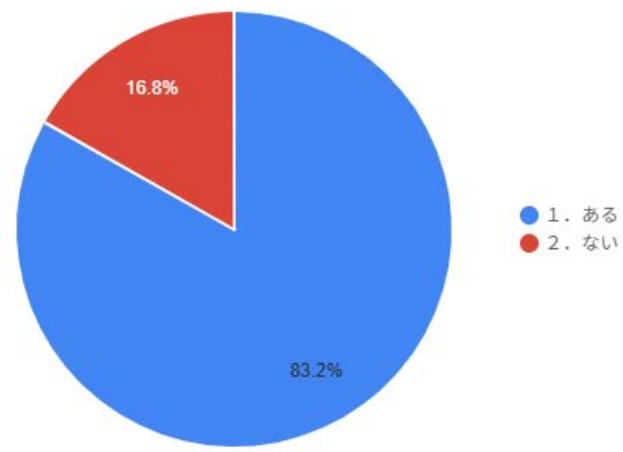
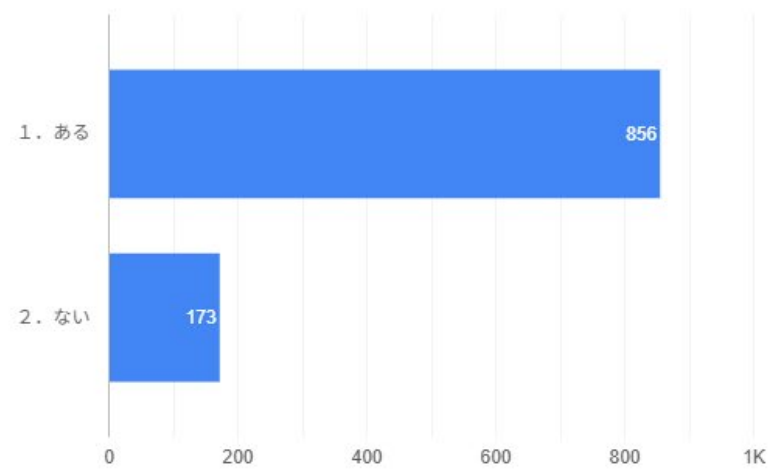
1 - 4 / 4 < >



質問62 貴院において、手術時のサインイン・タイムアウト・サインアウト等に関する規定はありますか。

質問62 貴院において、手術時のサインイン・タイムアウト・サインアウト等に関する規定はありますか。 ^		件数
1.	1. ある	856
2.	2. ない	173
Grand total		1,029

1 - 2 / 2 < >



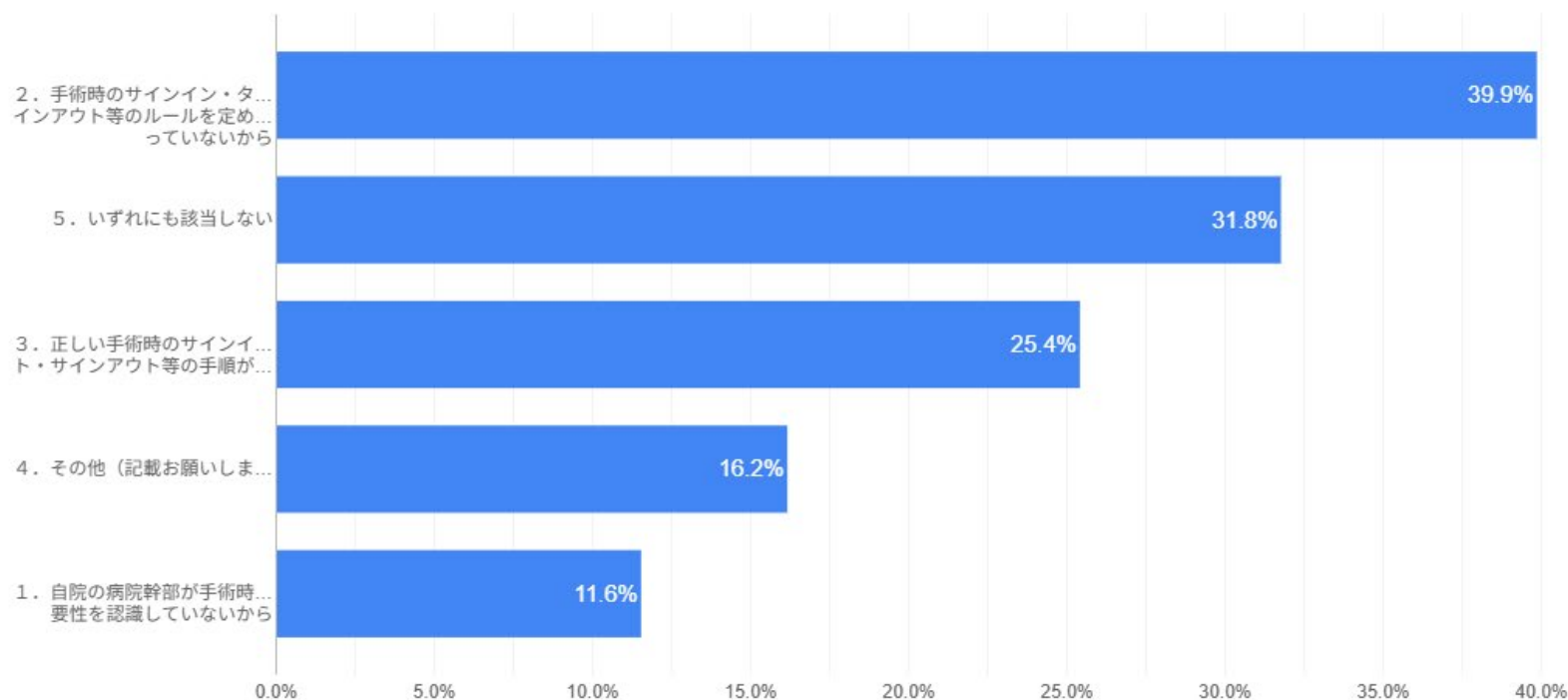
質問63 貴院において、手術時のサインイン・タイムアウト・サインアウト等に関する規定を策定していない理由として、あなたの考えに合致するものをすべて選んでください。

質問63 貴院において、手術時のサインイン・タイムアウト・サインアウト等に関する規定を策定していない理由とし...		件数
1.	1. 自院の病院幹部が手術時の患者安全の重要性を認識していないから	20
2.	2. 手術時のサインイン・タイムアウト・サインアウト等のルールを定める担当者が決まっていないから	69
3.	3. 正しい手術時のサインイン・タイムアウト・サインアウト等の手順が分からないから	44
4.	4. その他（記載お願いします）	28
5.	5. いずれにも該当しない	55

1 - 5 / 5 < >

データ件数

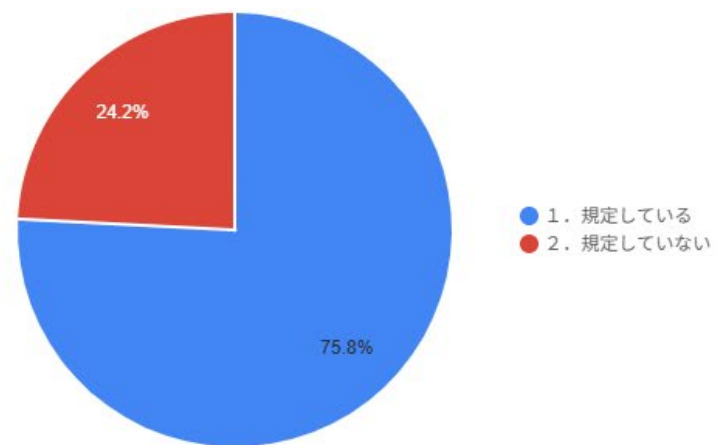
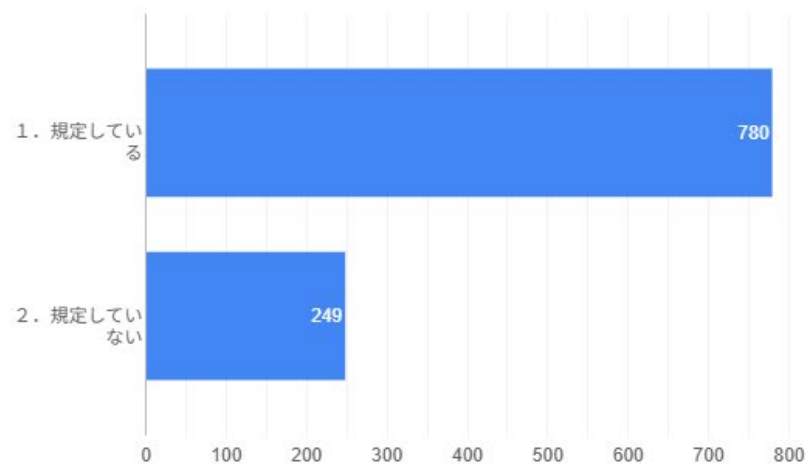
173



質問64 貴院において、手術室入室時または麻酔導入前に実施するサインインに関して規定していますか。

質問64 貴院において、手術室入室時または麻酔導入前に実施するサインインに関して規定していますか。 ^		件数
1.	1. 規定している	780
2.	2. 規定していない	249
Grand total		1,029

1 - 2 / 2 < >



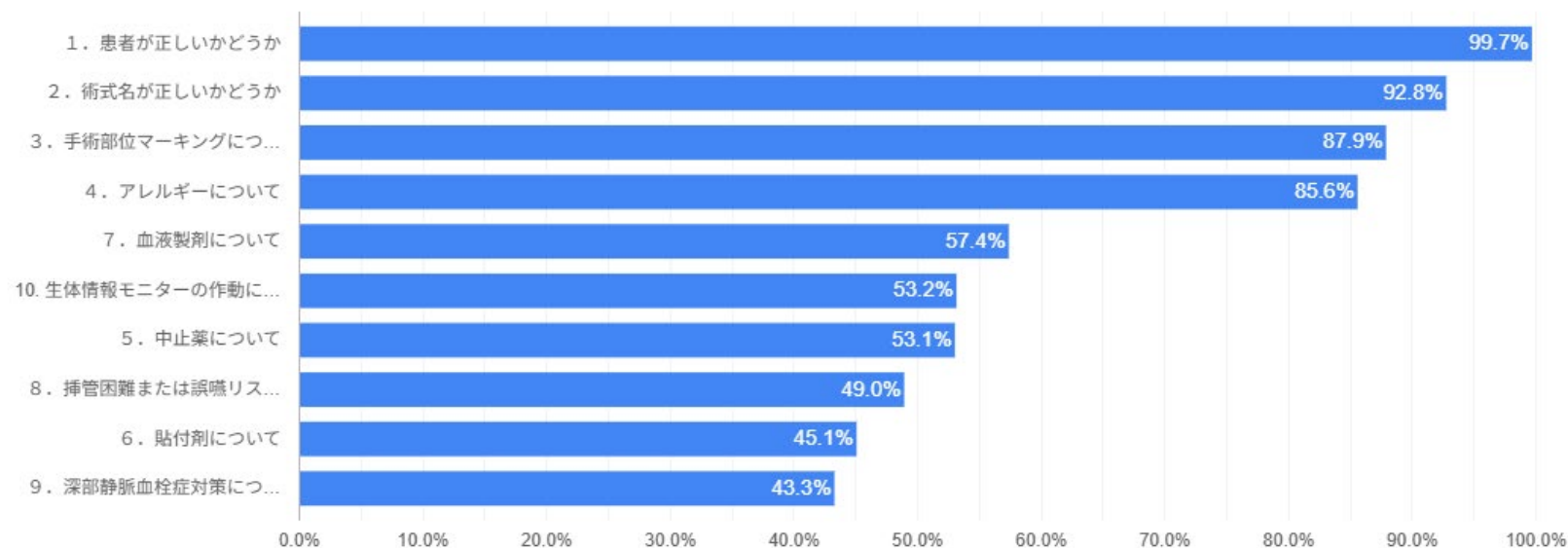
質問65 手術室入室時または麻酔導入前に実施するサインインにおいて確認している項目をすべて選択してください。

質問65 手術室入室時または麻酔導入前に実施するサインインにおいて確認している項目をすべて選択してください。 ^	件数
1. 10. 生体情報モニターの作動について	415
2. 11. その他	63
3. 1. 患者が正しいかどうか	778
4. 2. 術式名が正しいかどうか	724
5. 3. 手術部位マーキングについて	686
6. 4. アレルギーについて	668
7. 5. 中止薬について	414
8. 6. 貼付剤について	352
9. 7. 血液製剤について	448
10. 8. 挿管困難または誤嚥リスクについて	382
11. 9. 深部静脈血栓症対策について	338

データ件数

780

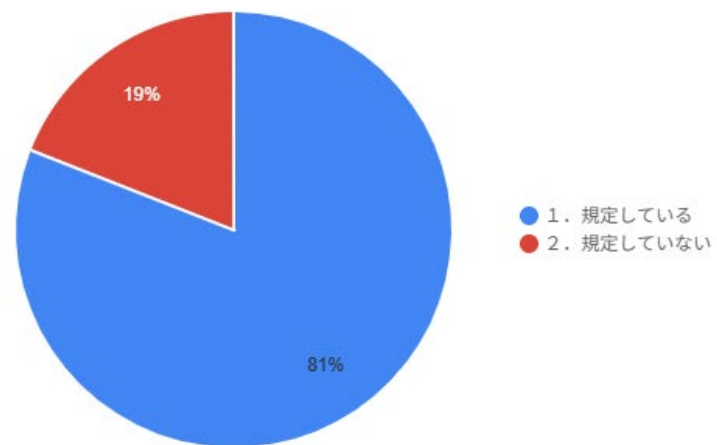
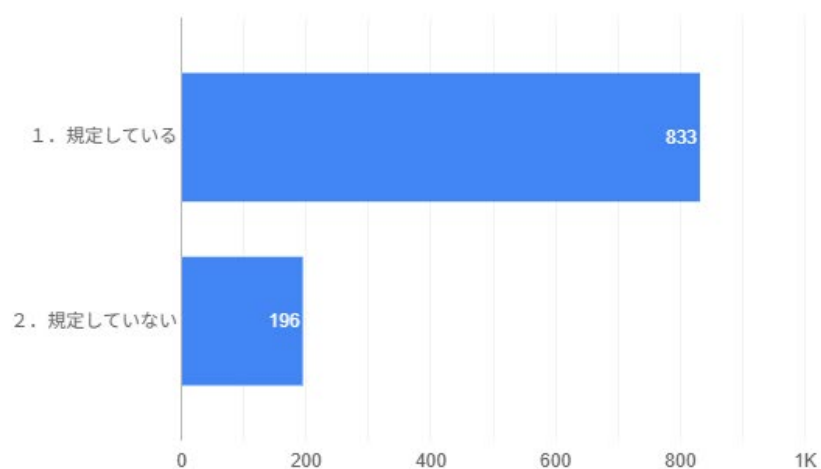
1 - 11 / 11 < >



質問66 貴院において、手術開始前（皮膚切開前）に実施するタイムアウトに関して規定していますか？

質問66 貴院において、手術開始前（皮膚切開前）に実施するタイムアウトに関して規定していますか？		件数
1.	1. 規定している	833
2.	2. 規定していない	196
Grand total		1,029

1 - 2 / 2 < >



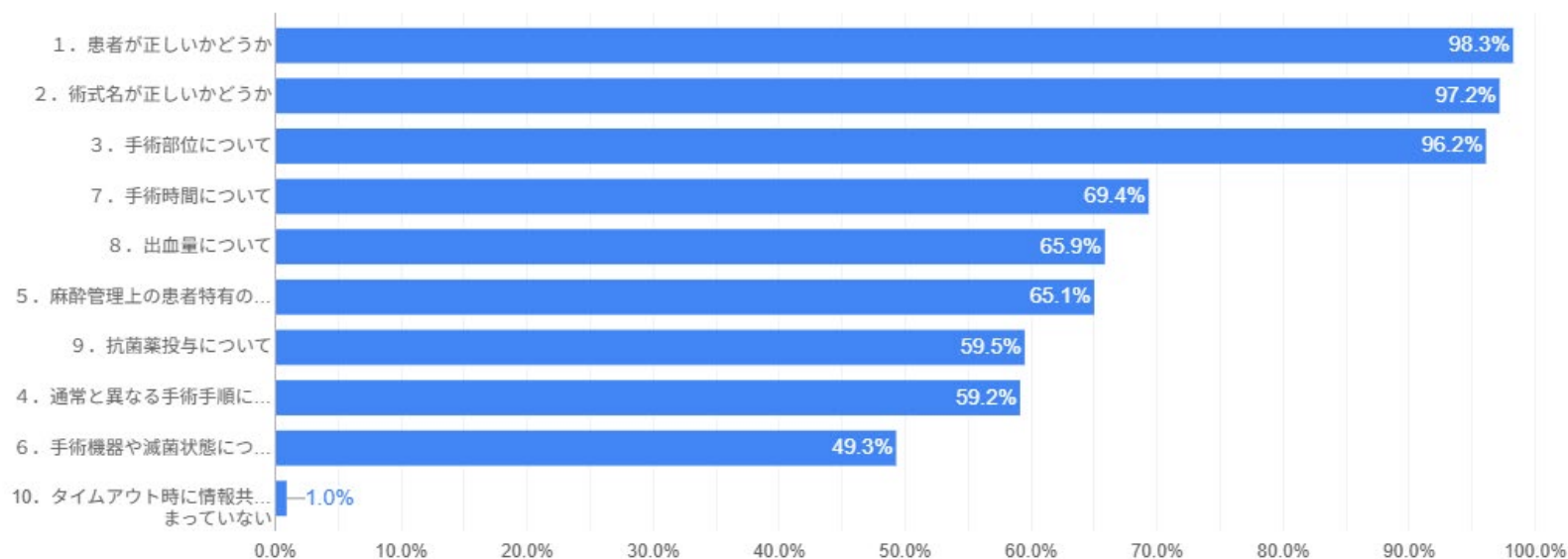
質問67 手術開始前に実施するタイムアウトにおいて確認もしくは情報共有することとしている項目をすべて選択してください。

質問67 手術開始前に実施するタイムアウトにおいて確認もしくは情報共有することとしている項目をすべて選択し...		件数
1.	10. タイムアウト時に情報共有する項目が決まっていない	8
2.	1. 患者が正しいかどうか	819
3.	2. 術式名が正しいかどうか	810
4.	3. 手術部位について	801
5.	4. 通常と異なる手術手順について	493
6.	5. 麻酔管理上の患者特有の問題について	542
7.	6. 手術機器や滅菌状態について	411
8.	7. 手術時間について	578
9.	8. 出血量について	549
10.	9. 抗菌薬投与について	496

データ件数

833

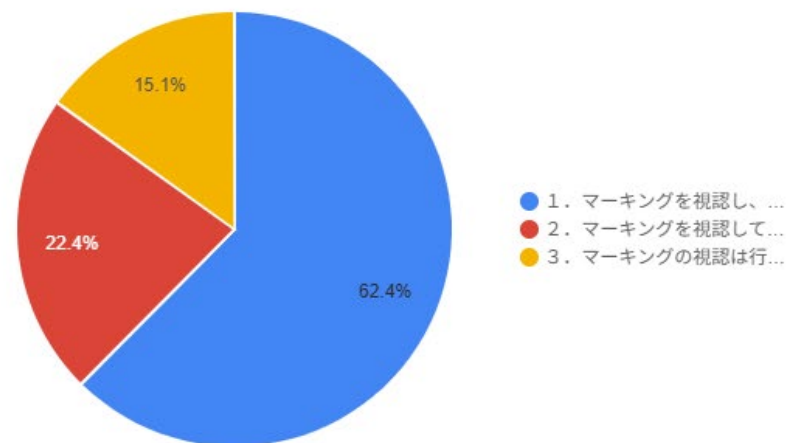
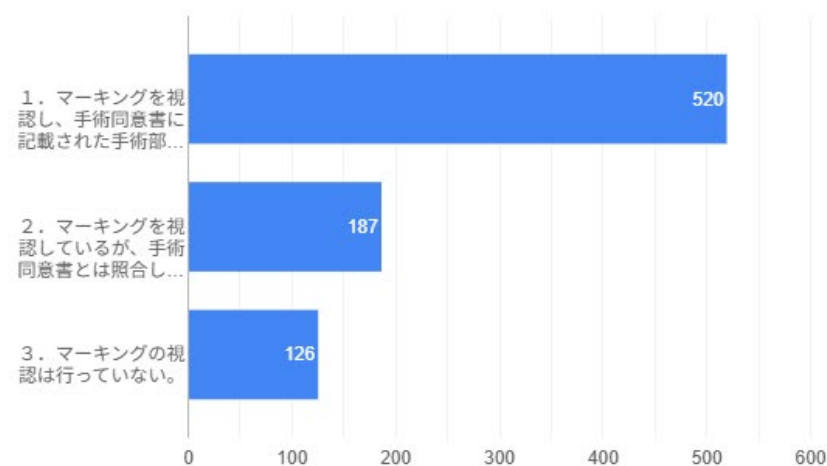
1 - 10 / 10



質問68 手術開始前に実施するタイムアウトでの手術部位確認の際には、マーキングを視認する決まりになっていますか。

質問68 手術開始前に実施するタイムアウトでの手術部位確認の際には、マーキングを視認する決まりになっていますか。 ^		件数
1.	1. マーキングを視認し、手術同意書に記載された手術部位と同一か照合している。	520
2.	2. マーキングを視認しているが、手術同意書とは照合していない。	187
3.	3. マーキングの視認は行っていない。	126
Grand total		833

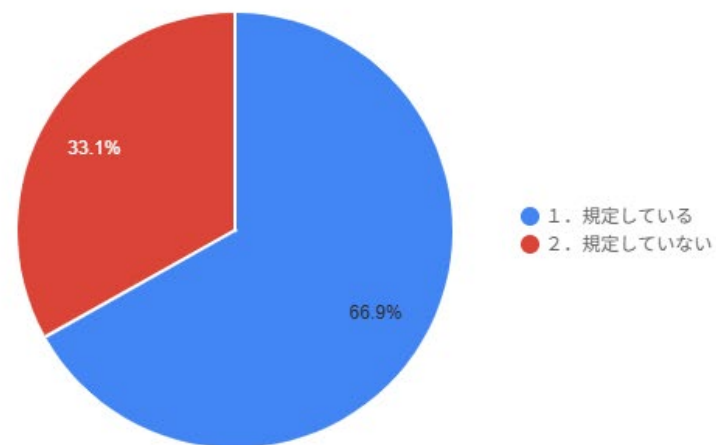
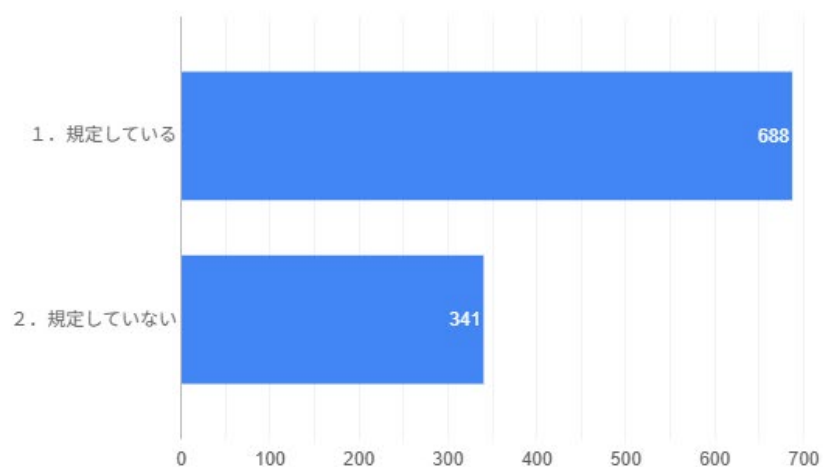
1 - 3 / 3 < >



質問69 貴院において、患者退室前に実施するサインアウトに関して規定していますか？

質問69 貴院において、患者退室前に実施するサインアウトに関して規定していますか？ ^		件数
1.	1. 規定している	688
2.	2. 規定していない	341
Grand total		1,029

1 - 2 / 2 < >



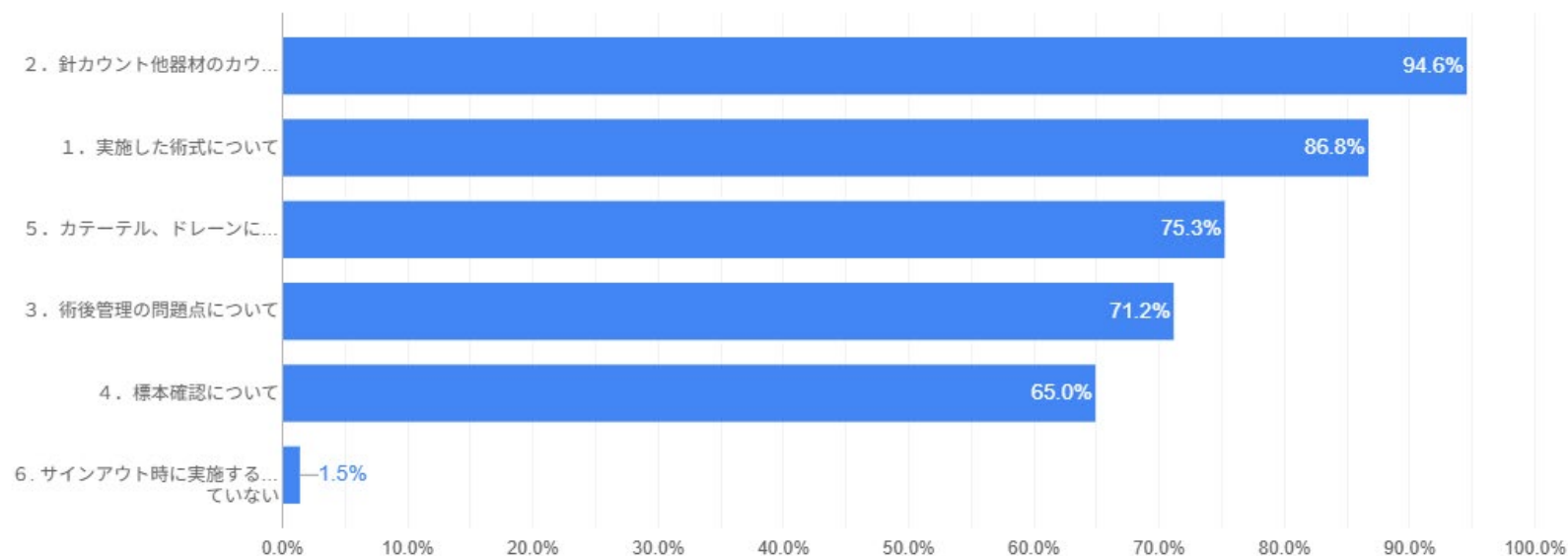
質問70 手術室退室前に実施するサインアウトにおいて実施することとしている項目をすべて選択してください。

質問70 手術開始前に実施するタイムアウトにおいて確認もしくは情報共有することとしている項目をすべて選択してくだ... ^		件数
1.	1. 実施した術式について	597
2.	2. 針カウント他器材のカウントについて	651
3.	3. 術後管理の問題点について	490
4.	4. 標本確認について	447
5.	5. カテーテル、ドレーンについて	518
6.	6. サインアウト時に実施することが決まっていない	10

データ件数

688

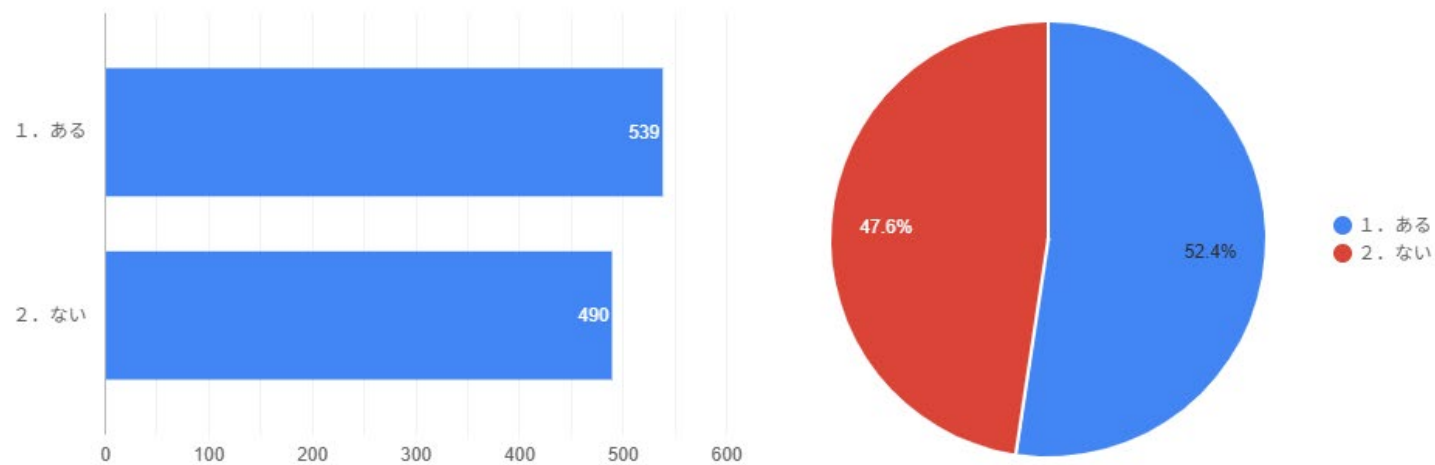
1 - 6 / 6 < >



質問71 貴院では内視鏡検査やカテーテル検査等、手術室以外で行う侵襲的処置において、サインイン・タイムアウト・サインアウト等を行う規定を設けていますか？

質問71 貴院では内視鏡検査やカテーテル検査等、手術室以外で行う侵襲的処置において、サインイン・タイムアウト・サインアウト...		件数
1.	1. ある	539
2.	2. ない	490
Grand total		1,029

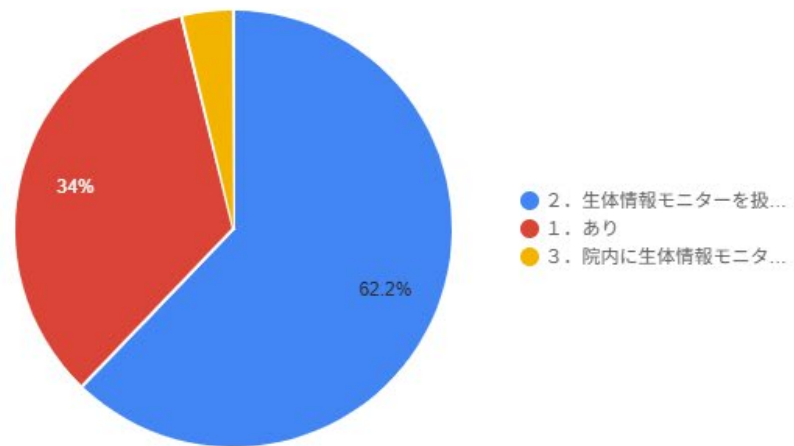
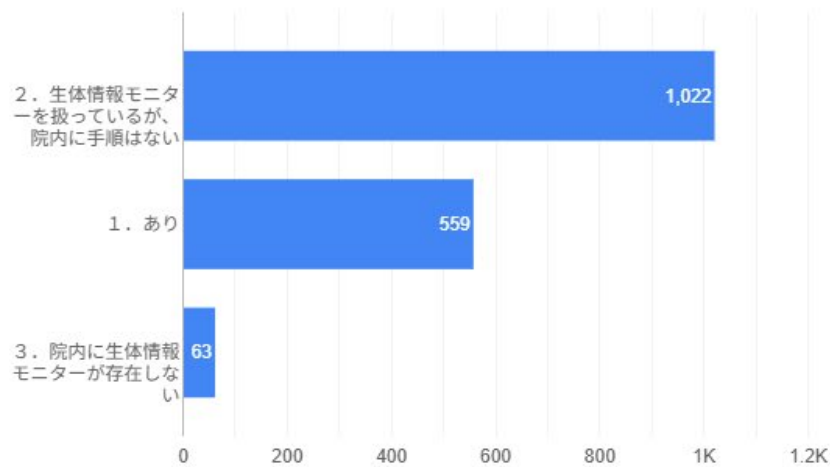
1 - 2 / 2 < >



質問72 貴院で院内統一の生体情報モニターアラームの設定に関する基準はありますか？

質問72 貴院で院内統一の生体情報モニターアラームの設定に関する基準はありますか？		件数
1.	1. あり	559
2.	2. 生体情報モニターを扱っているが、院内に手順はない	1,022
3.	3. 院内に生体情報モニターが存在しない	63
Grand total		1,644

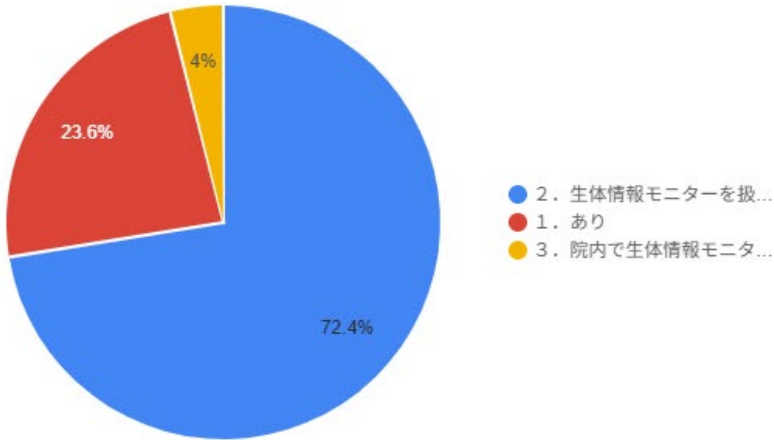
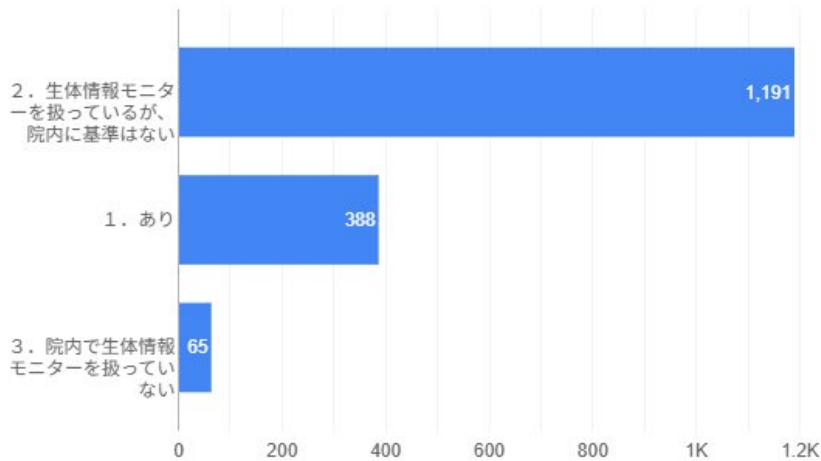
1 - 3 / 3 < >



質問73 貴院で院内統一の生体情報モニターを装着する院内の基準はありますか？

質問73 貴院で院内統一の生体情報モニターを装着する院内の基準はありますか？ ^		件数
1.	1. あり	388
2.	2. 生体情報モニターを扱っているが、院内に基準はない	1,191
3.	3. 院内で生体情報モニターを扱っていない	65
Grand total		1,644

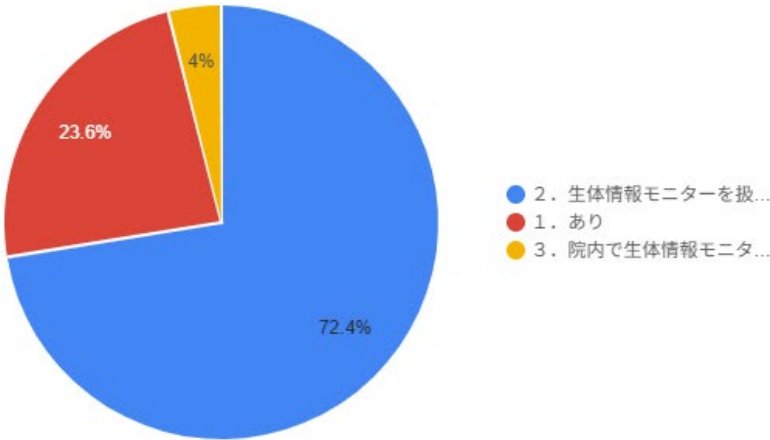
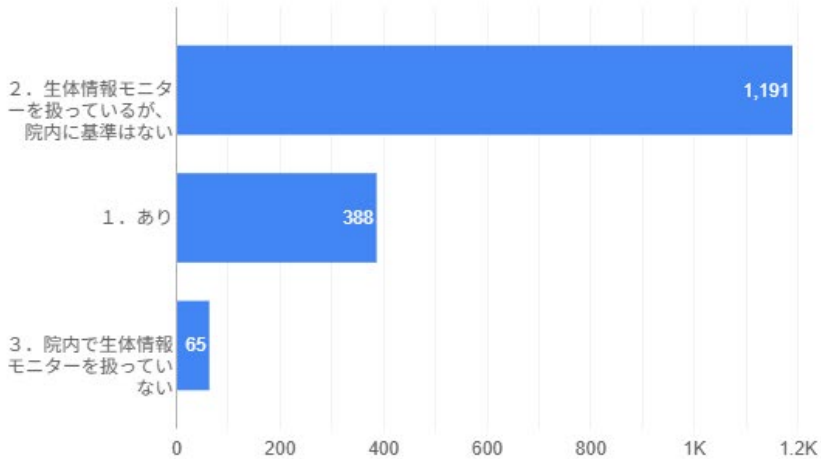
1 - 3 / 3 < >



質問73 貴院で院内統一の生体情報モニターを装着する院内の基準はありますか？

質問73 貴院で院内統一の生体情報モニターを装着する院内の基準はありますか？ ^		件数
1.	1. あり	388
2.	2. 生体情報モニターを扱っているが、院内に基準はない	1,191
3.	3. 院内で生体情報モニターを扱っていない	65
Grand total		1,644

1 - 3 / 3 < >

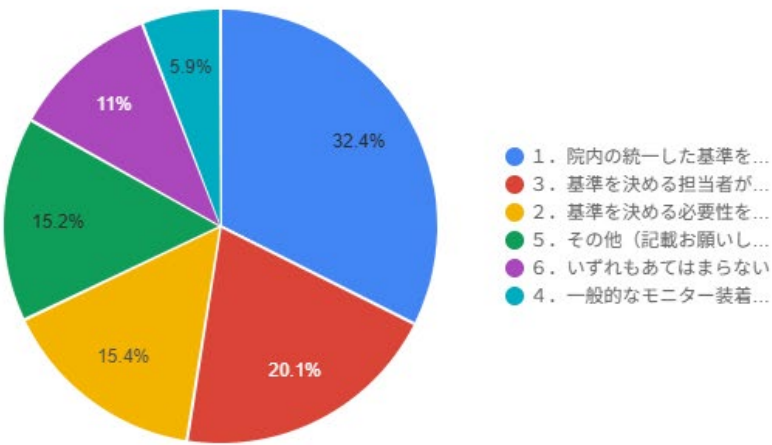
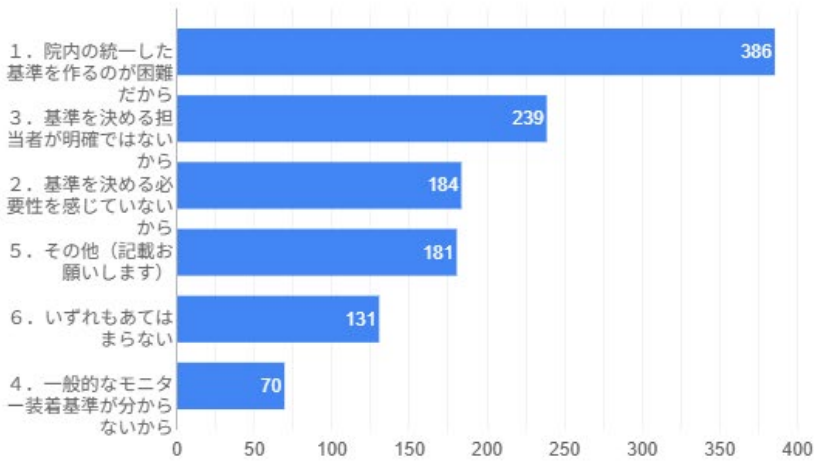


質問74 貴院で生体情報モニターを装着する患者に関して統一した基準が決まっていない理由を教えてください。

質問74 貴院で生体情報モニターを装着する患者に関して統一した基準が決まっていない理由を教えてください。 ^		件数
1.	1. 院内の統一した基準を作るのが困難だから	386
2.	2. 基準を決める必要性を感じていないから	184
3.	3. 基準を決める担当者が明確ではないから	239
4.	4. 一般的なモニター装着基準が分からないから	70
5.	5. その他（記載お願いします）	181
6.	6. いずれもあてはまらない	131

Grand total 1,191

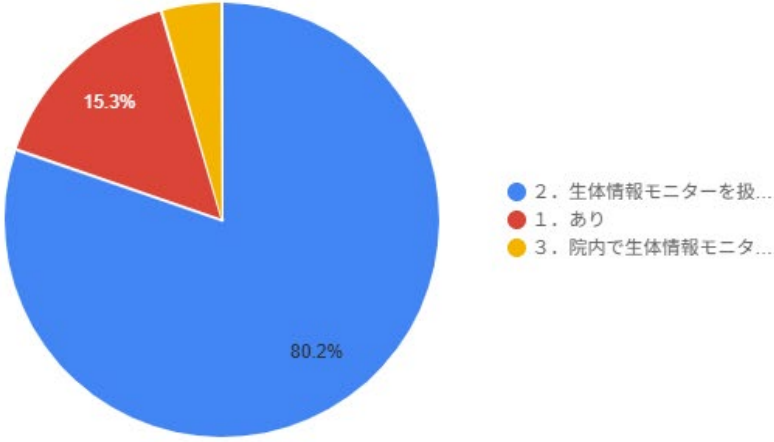
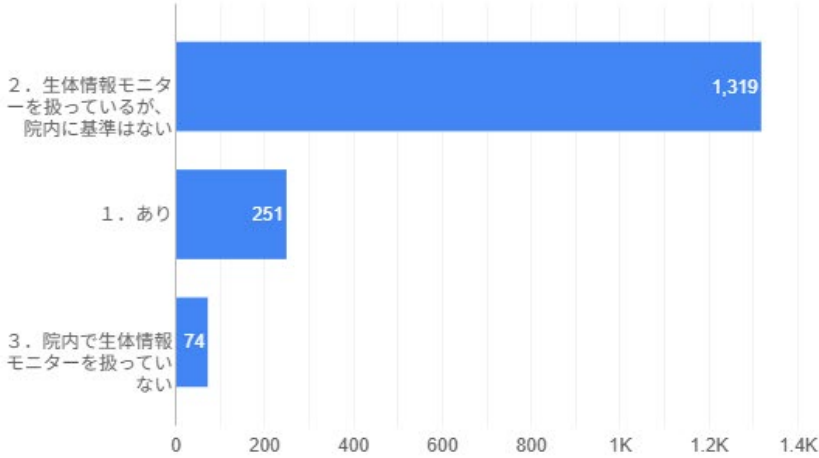
1 - 6 / 6 < >



質問75 貴院で院内統一の生体情報モニターを外す基準は院内にありますか？

質問75 貴院で院内統一の生体情報モニターを外す基準は院内にありますか？		件数
1.	1. あり	251
2.	2. 生体情報モニターを扱っているが、院内に基準はない	1,319
3.	3. 院内で生体情報モニターを扱っていない	74
Grand total		1,644

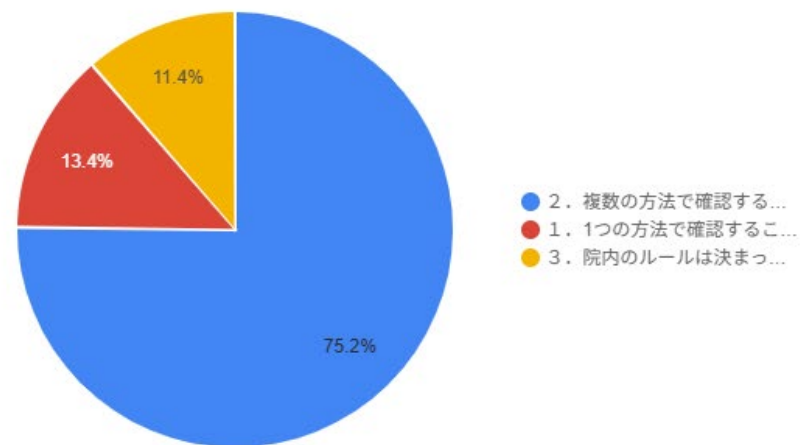
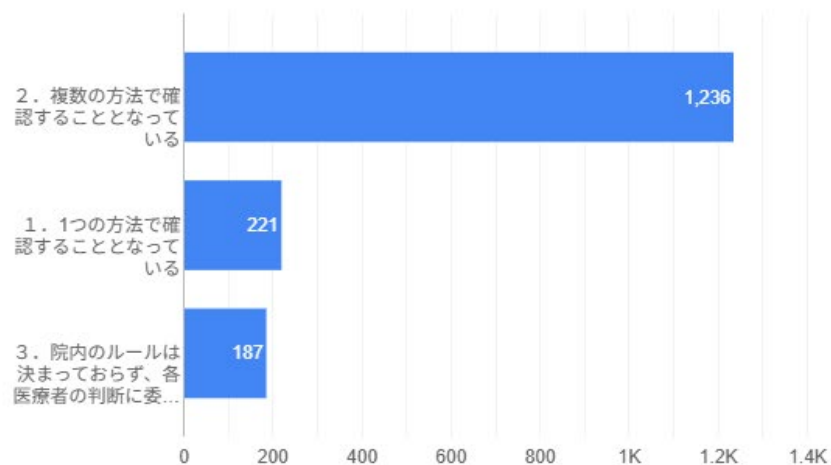
1 - 3 / 3 < >



質問76 貴院の経鼻胃管挿入後の胃管位置確認の方法に関するルールを教えてください。

質問76 貴院の経鼻胃管挿入後の胃管位置確認の方法に関するルールを教えてください。 ^		件数
1.	1. 1つの方法で確認することとなっている	221
2.	2. 複数の方法で確認することとなっている	1,236
3.	3. 院内のルールは決まっておらず、各医療者の判断に委ねている	187
Grand total		1,644

1 - 3 / 3 < >



質問77 貴院で経鼻胃管挿入後の胃管位置確認の方法が決まっていない理由を教えてください。

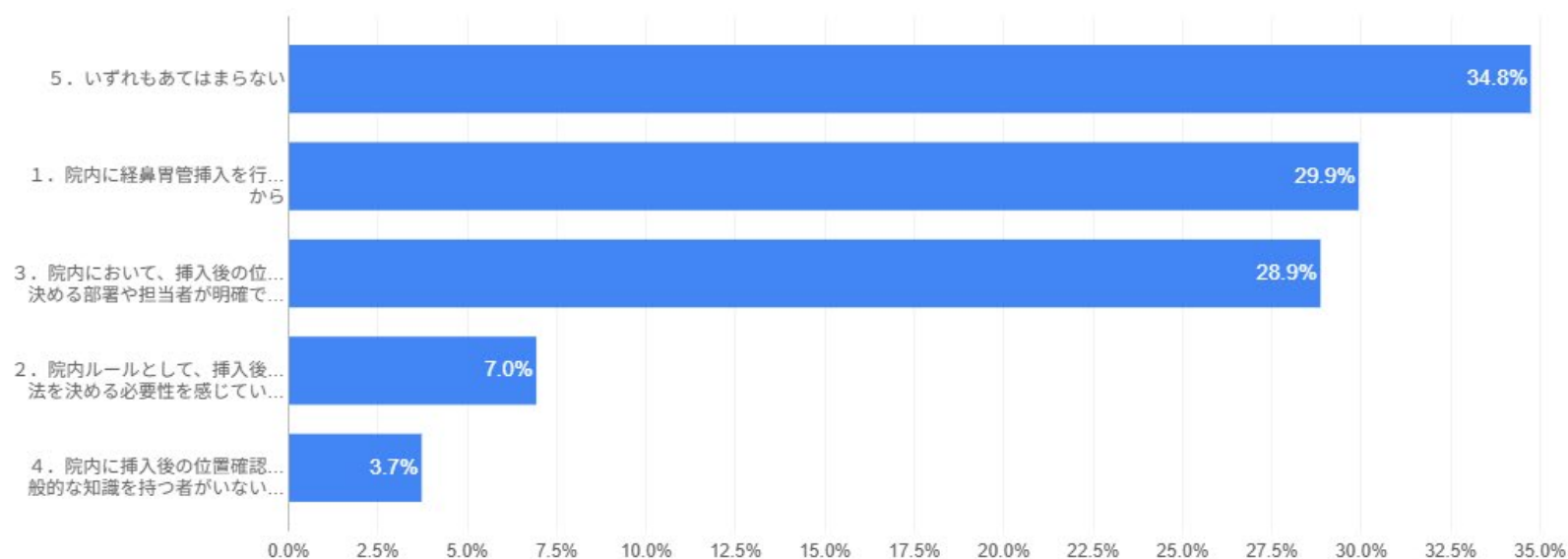
質問77 手術開始前に実施するタイムアウトにおいて確認もしくは情報共有することとしている項目をすべて選択してください... ^ 件数

データ件数

187

1.	1. 院内に経鼻胃管挿入を行う患者がないから	56
2.	2. 院内ルールとして、挿入後の位置確認方法を決める必要性を感じていないから	13
3.	3. 院内において、挿入後の位置確認方法を決める部署や担当者が明確ではないから	54
4.	4. 院内に挿入後の位置確認方法に関する一般的な知識を持つ者がいないから	7
5.	5. いずれもあてはまらない	65

1 - 5 / 5 < >



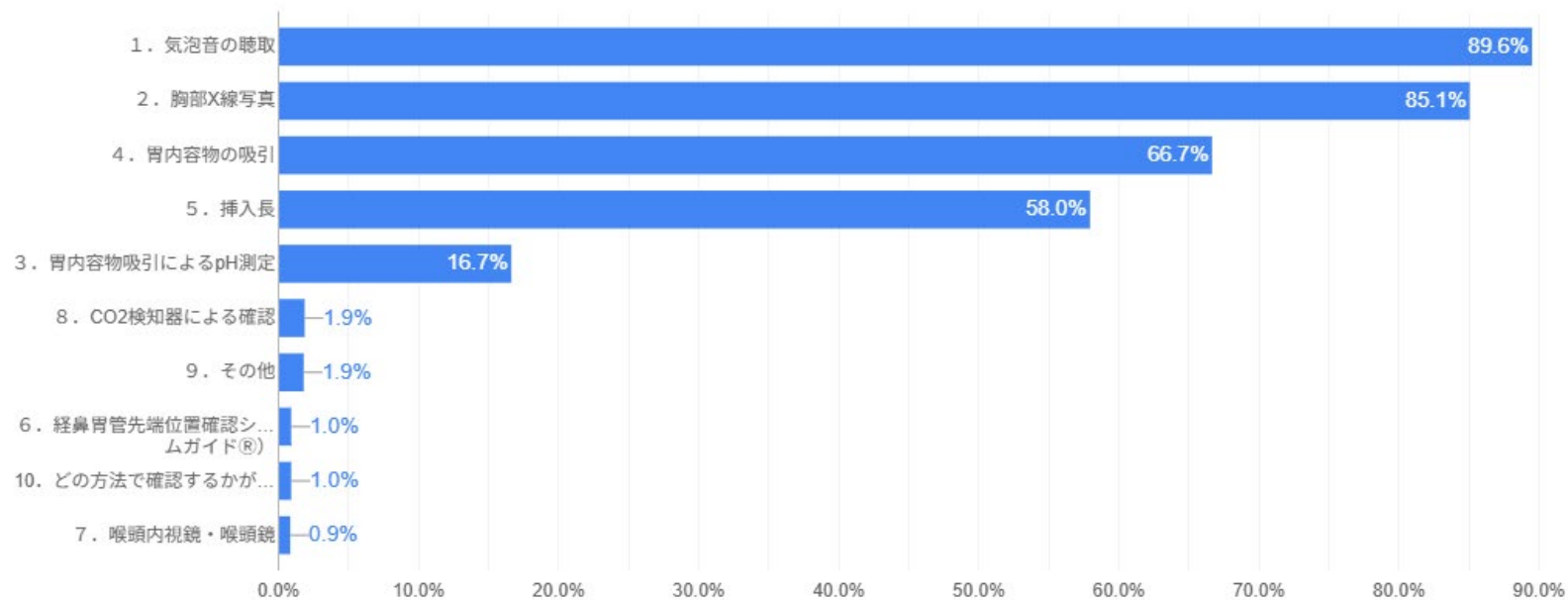
質問78 経鼻胃管挿入後の胃管位置確認方法として、ルールに含まれているものをすべて選択してください。

質問78 手術開始前に実施するタイムアウトにおいて確認もしくは情報共有することとしている項目をすべて選択してく... ^		件数
1.	10. どの方法で確認するかが決まっていない	14
2.	1. 気泡音の聴取	1,305
3.	2. 胸部X線写真	1,240
4.	3. 胃内容物吸引によるpH測定	243
5.	4. 胃内容物の吸引	972
6.	5. 挿入長	845
7.	6. 経鼻胃管先端位置確認システム（例：タムガイド®）	14
8.	7. 喉頭内視鏡・喉頭鏡	13
9.	8. CO2検知器による確認	28
10.	9. その他	27

データ件数

1,457

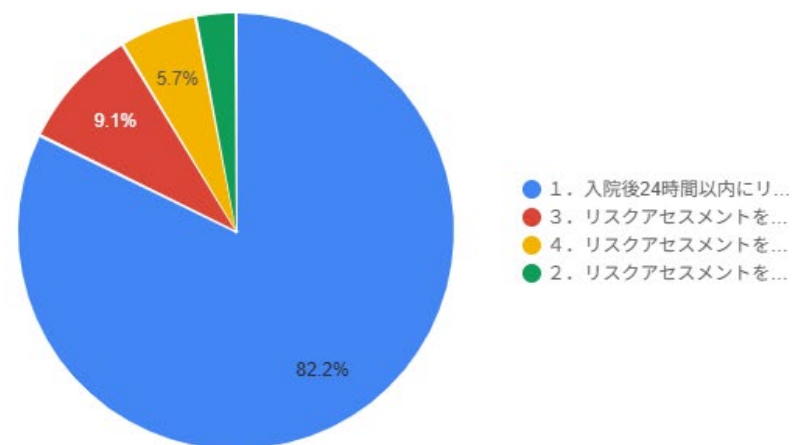
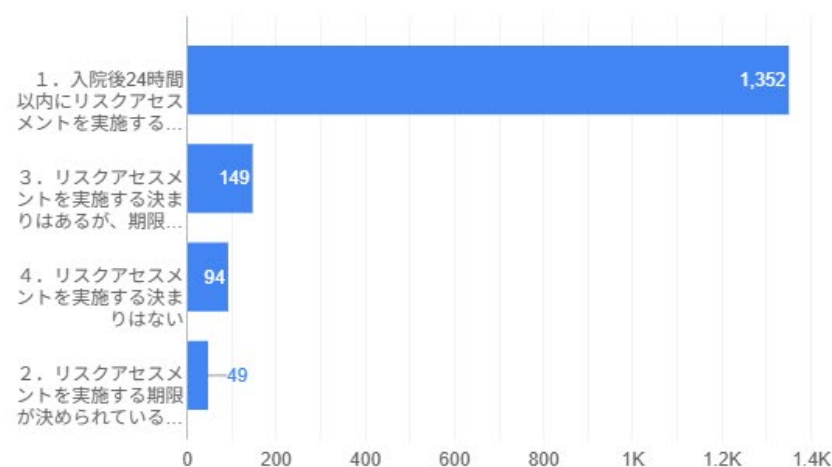
1 - 10 / 10 < >



質問79 1) 入院患者に対する転倒・転落リスクアセスメントを実施する決まりになっていますか？

質問79 1) 入院患者に対する転倒・転落リスクアセスメントを実施する決まりになっていますか？		件数
1.	1. 入院後24時間以内にリスクアセスメントを実施するよう、決めている	1,352
2.	2. リスクアセスメントを実施する期限が決められているが入院後24時間以降である	49
3.	3. リスクアセスメントを実施する決まりはあるが、期限はない	149
4.	4. リスクアセスメントを実施する決まりはない	94
Grand total		1,644

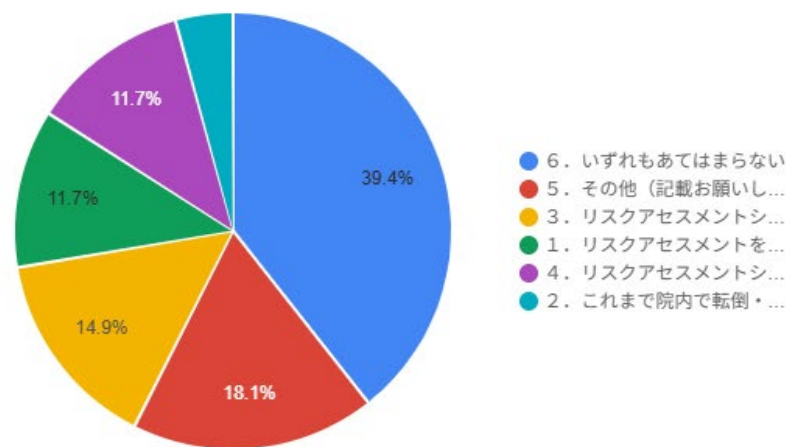
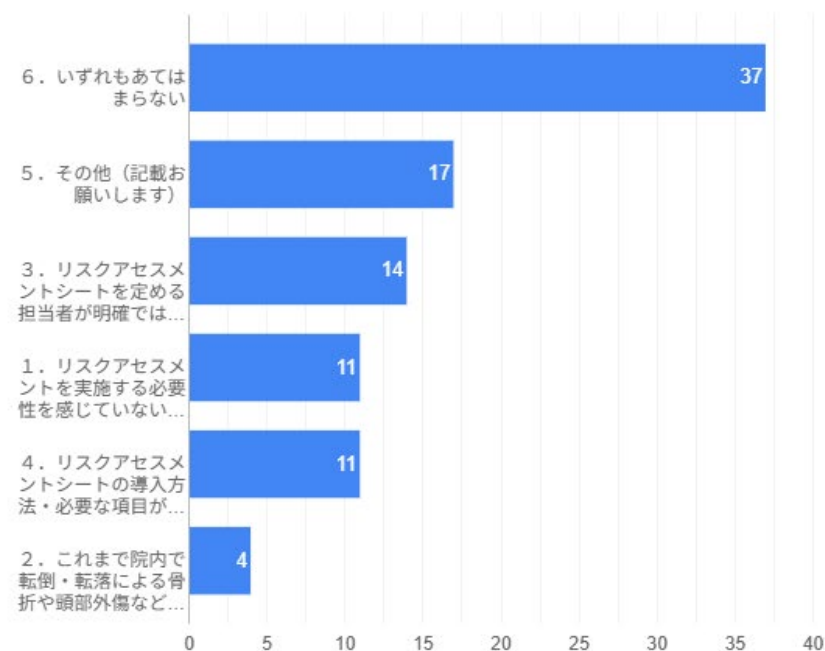
1 - 4 / 4 < >



質問79 1-2) 入院患者の転倒転落リスクアセスメント方法が貴院で導入されていない理由を教えてください

質問79 1-2) 入院患者の転倒転落リスクアセスメント方法が貴院で導入されていない理由を教えてください		件数
1.	1. リスクアセスメントを実施する必要性を感じていないから	11
2.	2. これまで院内で転倒・転落による骨折や頭部外傷などが生じたことがないから	4
3.	3. リスクアセスメントシートを定める担当者が明確ではないから	14
4.	4. リスクアセスメントシートの導入方法・必要な項目が分からないから	11
5.	5. その他（記載お願いします）	17
6.	6. いずれもあてはまらない	37
Grand total		94

1 - 6 / 6 < >



質問79 2) ① 貴院における入院中の転落・転落リスクアセスメント項目をお聞きます。項目数はいくつですか？

データ件数

1,550

平均値

16.7

中央値

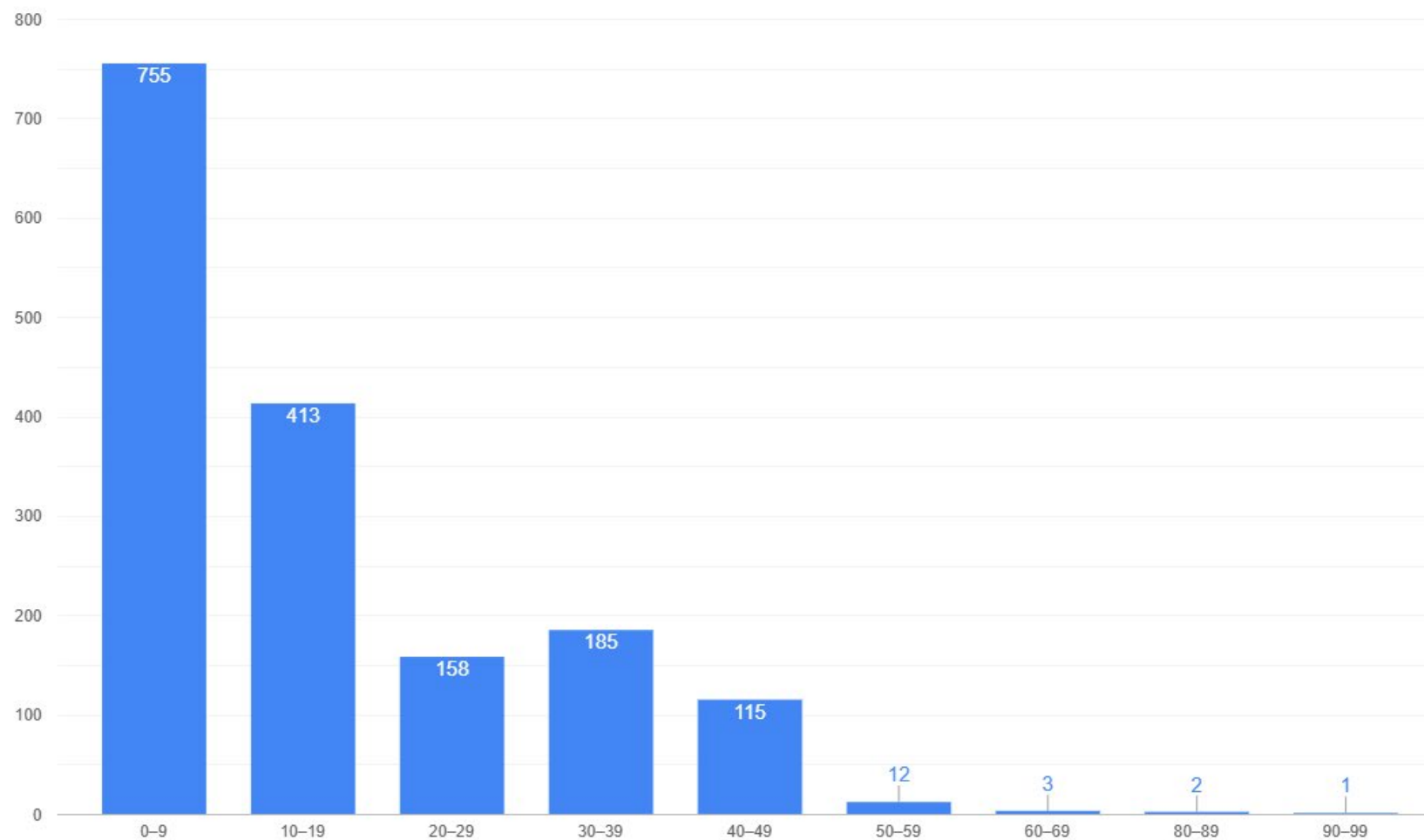
10

最大値

99

最小値

0



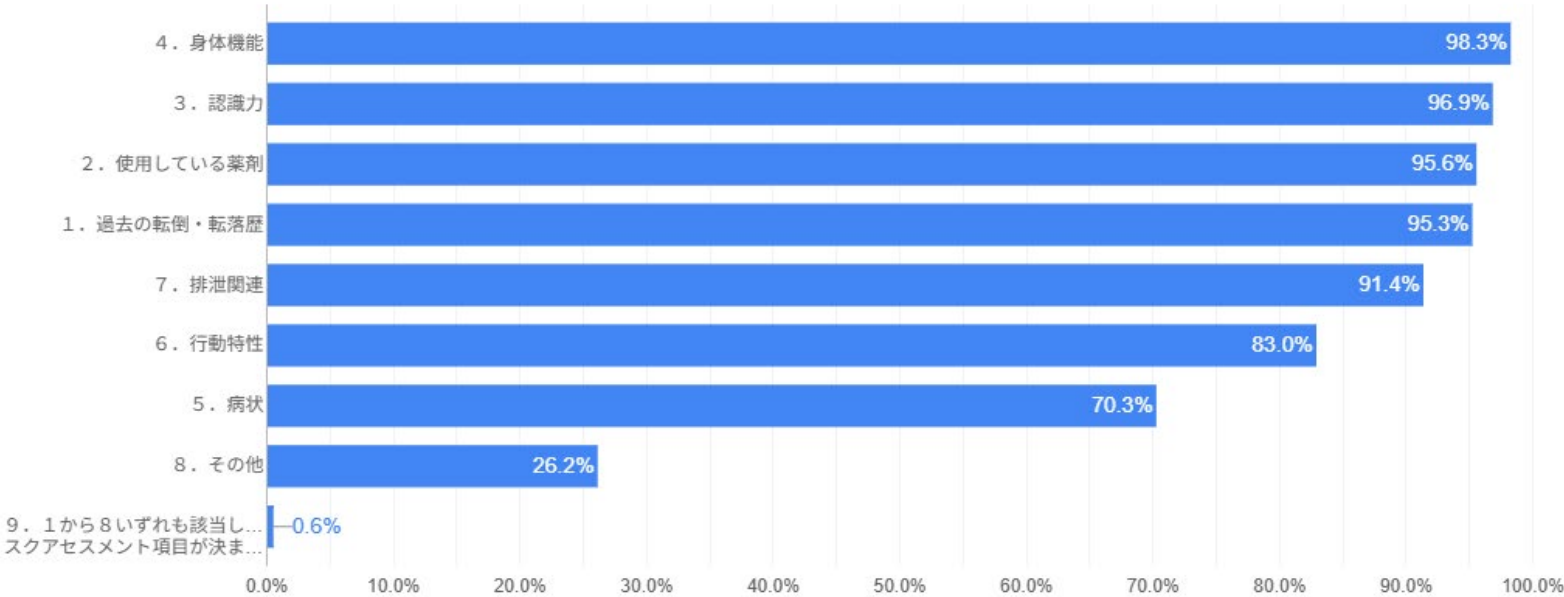
質問79 2) ② リスクアセスメント項目に含まれるものをすべて選択してください

質問79 2) ② リスクアセスメント項目に含まれるものをすべて選択してください		件数
1.	1. 過去の転倒・転落歴	1,477
2.	2. 使用している薬剤	1,482
3.	3. 認識力	1,502
4.	4. 身体機能	1,524
5.	5. 病状	1,090
6.	6. 行動特性	1,286
7.	7. 排泄関連	1,417
8.	8. その他	406
9.	9. 1から8いずれも該当しない。またはリスクアセスメント項目が決まっていない。	9

データ件数

1,550

1 - 9 / 9 < >



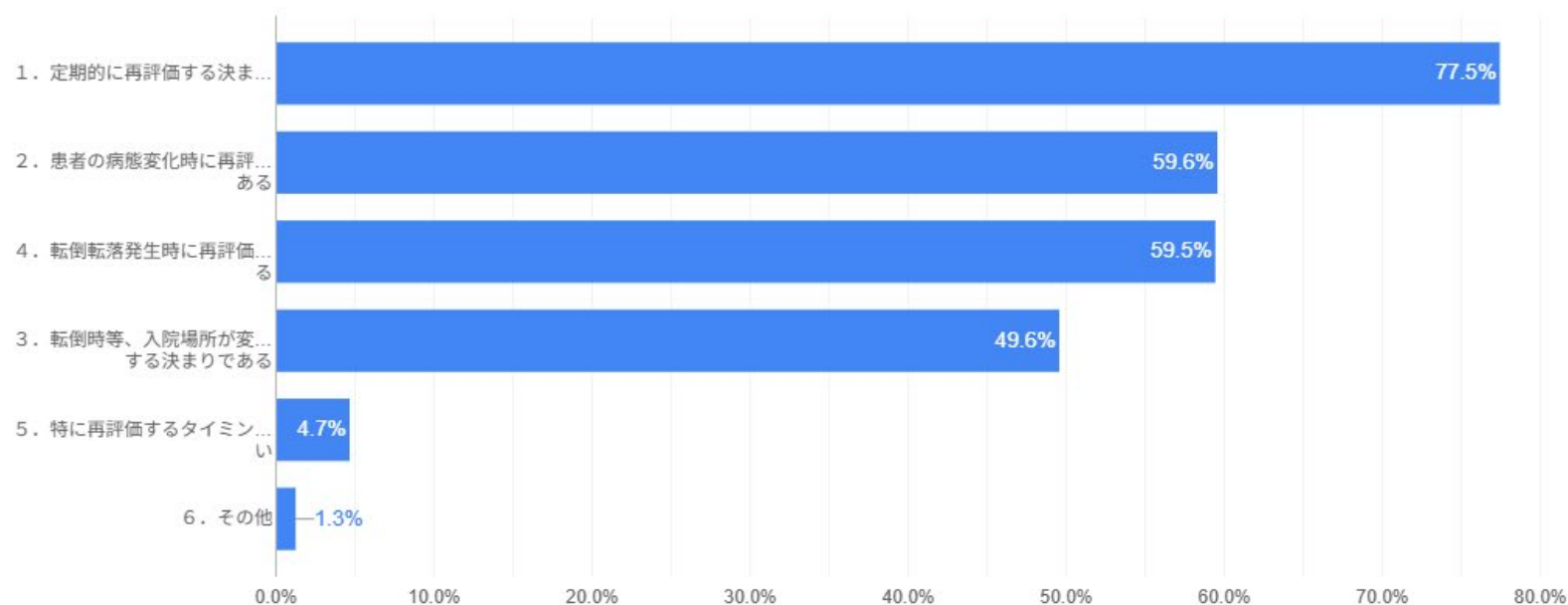
質問79 2) ③ リスクアセスメントを再評価するタイミングは決まっていますか、すべて選択してください。

質問79 2) ③ リスクアセスメントを再評価するタイミングは決まっていますか、すべて選択してください。 ^		件数
1.	1. 定期的に再評価する決まりである	1,201
2.	2. 患者の病態変化時に再評価する決まりである	924
3.	3. 転倒時等、入院場所が変わったら再評価する決まりである	769
4.	4. 転倒転落発生時に再評価する決まりである	922
5.	5. 特に再評価するタイミングの決まりはない	73
6.	6. その他	20

データ件数

1,550

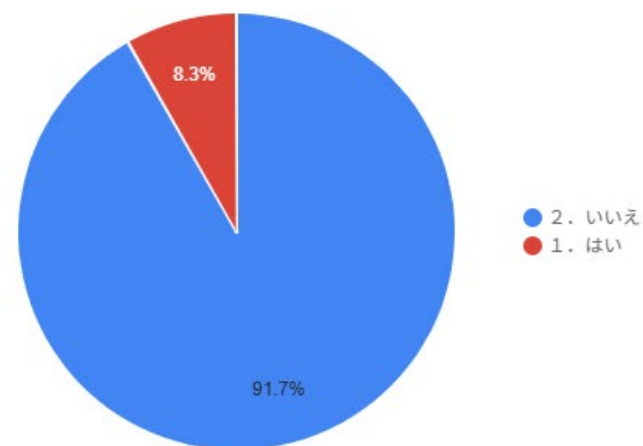
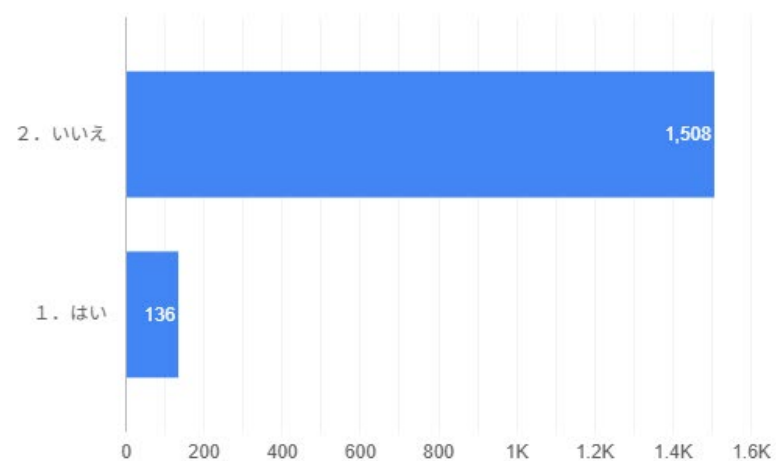
1 - 6 / 6 < >



質問79 3) 外来患者に対する転倒・転落リスクアセスメントを実施する決まりになっていますか？

質問79 3) 外来患者に対する転倒・転落リスクアセスメントを実施する決まりになっていますか？		件数
1.	1. はい	136
2.	2. いいえ	1,508
Grand total		1,644

1 - 2 / 2 < >



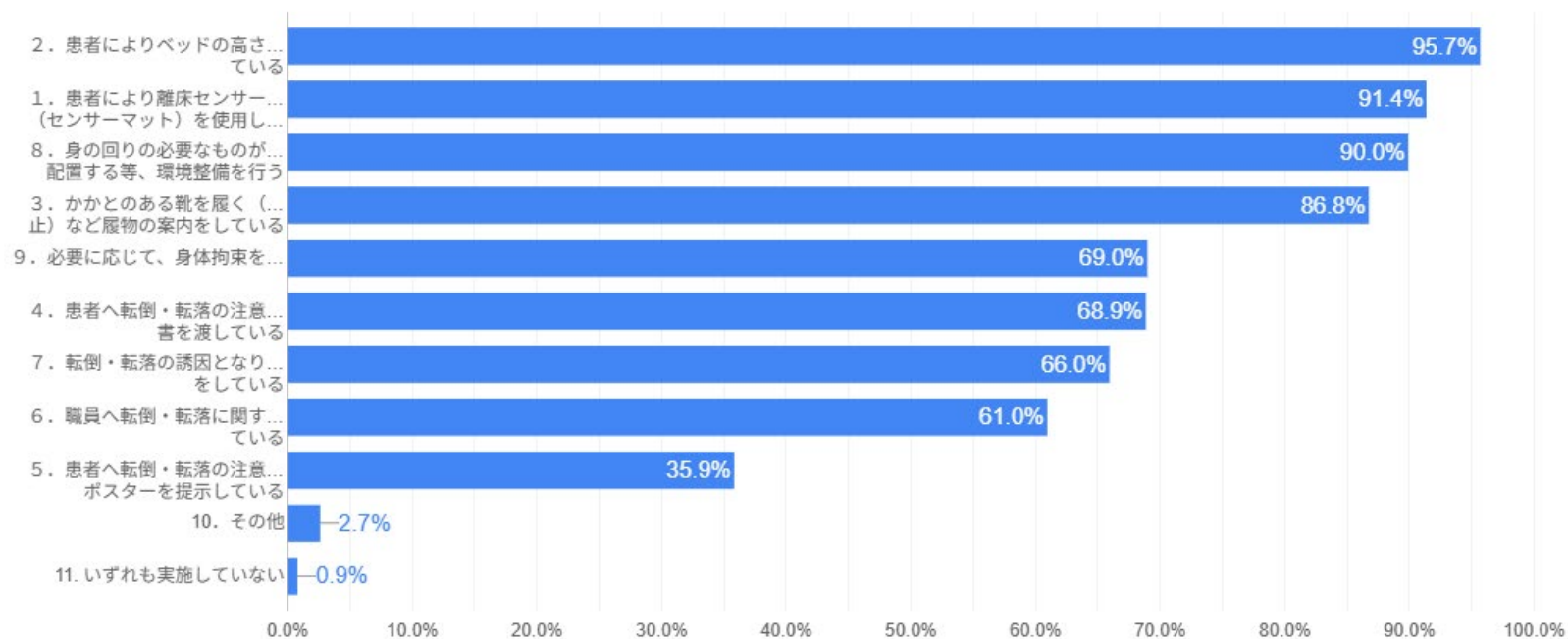
質問79 4) 貴院において転倒・転落防止対策として導入している対策をすべて選択してください。

質問79 4) 貴院において転倒・転落防止対策として導入している対策をすべて選択してください。 *		件数
1.	10. その他	44
2.	11. いずれも実施していない	14
3.	1. 患者により離床センサー・着床センサー（センサーマット）を使用している	1,503
4.	2. 患者によりベッドの高さや配置を調整している	1,574
5.	3. かかとのある靴を履く（スリッパを禁止）など履物の案内をしている	1,427
6.	4. 患者へ転倒・転落の注意についての説明書を渡している	1,133
7.	5. 患者へ転倒・転落の注意啓発についてのポスターを提示している	590
8.	6. 職員へ転倒・転落に関する研修を開催している	1,003
9.	7. 転倒・転落の誘因となり得る薬剤の調整をしている	1,085
10.	8. 身の回りの必要なものが手の届く位置に配置する等、環境整備を行う	1,479
11.	9. 必要に応じて、身体拘束を行う	1,135

1 - 11 / 11 < >

データ件数

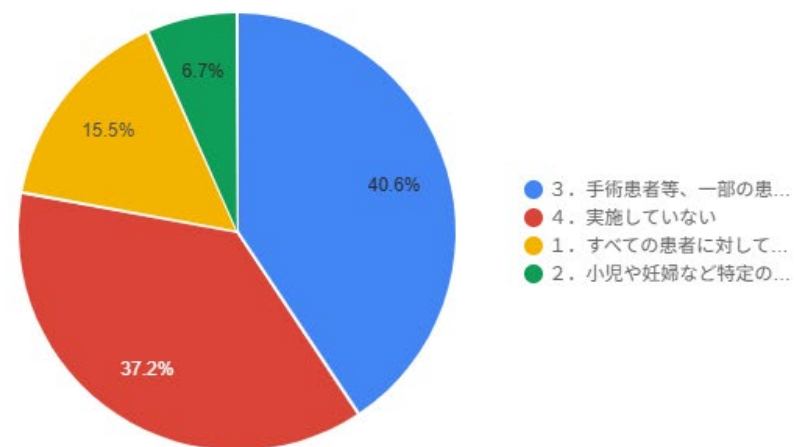
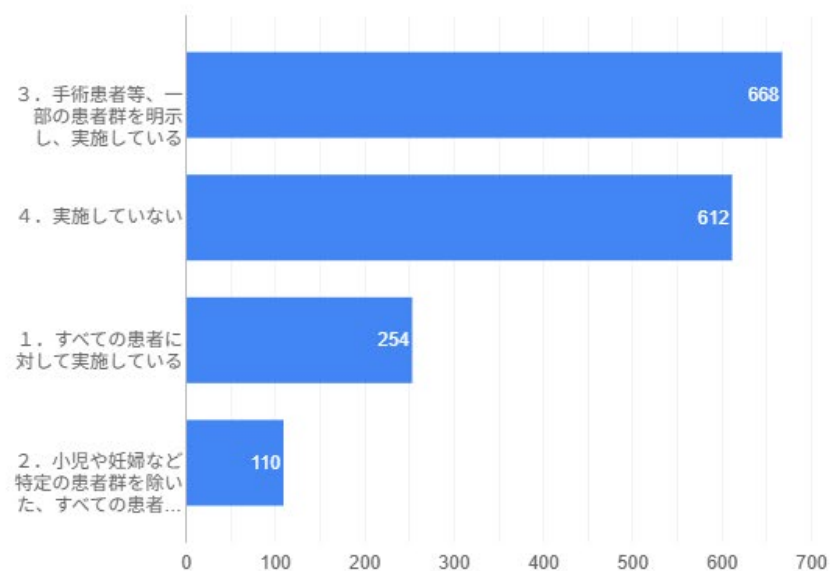
1,644



質問80 貴院では入院患者に対して、深部静脈血栓症（DVT）や肺血栓塞栓症（PE）予防のためのリスク評価を行っていますか？

質問80 貴院では入院患者に対して、深部静脈血栓症（DVT）や肺血栓塞栓症（PE）予防のためのリスク評価を行っていますか？ ^		件数
1.	1. すべての患者に対して実施している	254
2.	2. 小児や妊婦など特定の患者群を除いた、すべての患者に実施している	110
3.	3. 手術患者等、一部の患者群を明示し、実施している	668
4.	4. 実施していない	612
Grand total		1,644

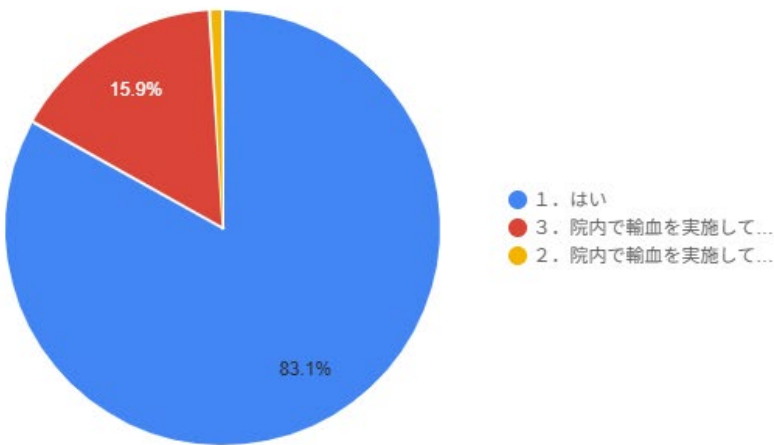
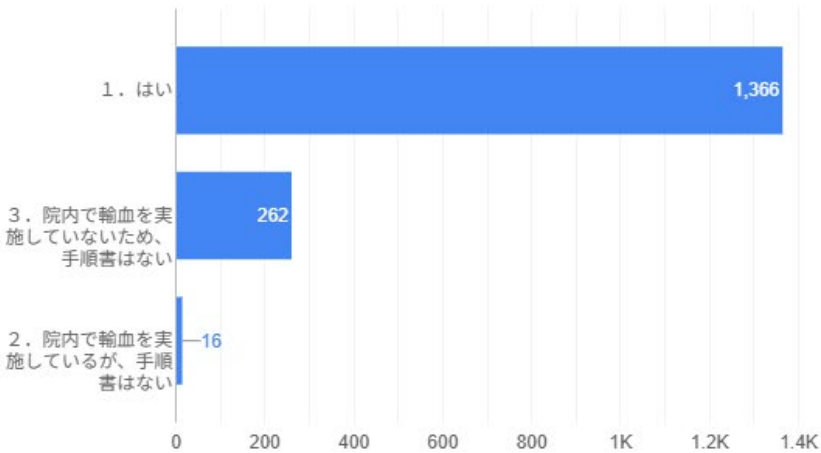
1 - 4 / 4 < >



質問81 貴院では輸血の実施にあたっての院内の手順書（マニュアル）を整備していますか？

質問81 貴院では輸血の実施にあたっての院内の手順書（マニュアル）を整備していますか？ ^		件数
1.	1. はい	1,366
2.	2. 院内で輸血を実施しているが、手順書はない	16
3.	3. 院内で輸血を実施していないため、手順書はない	262
Grand total		1,644

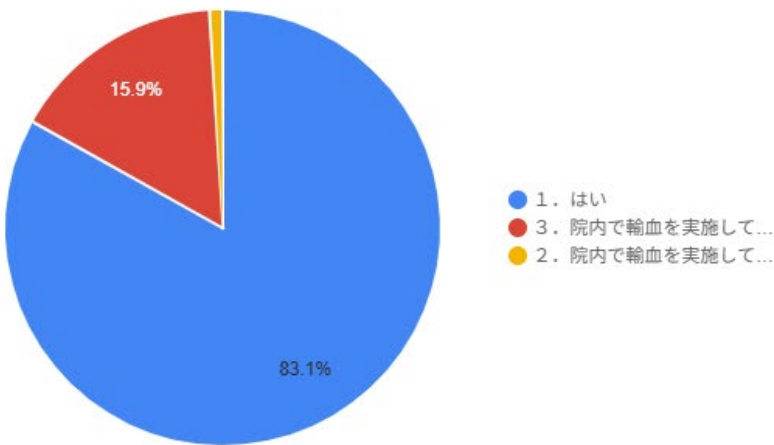
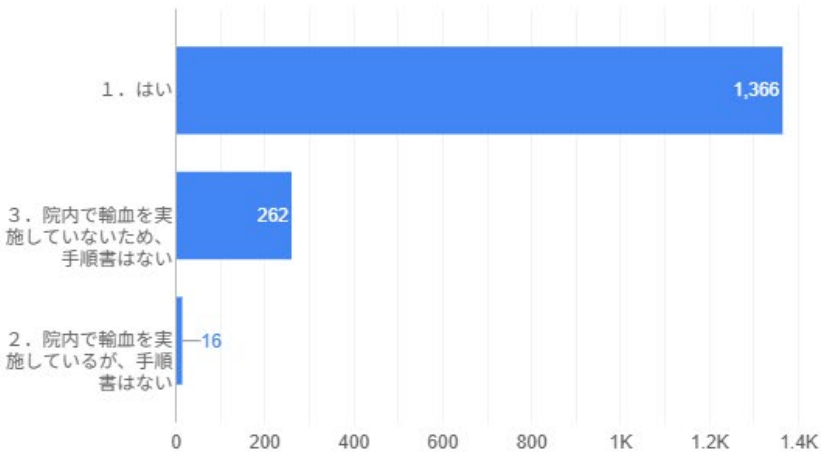
1 - 3 / 3 < >



質問81 貴院では輸血の実施にあたっての院内の手順書（マニュアル）を整備していますか？

質問81 貴院では輸血の実施にあたっての院内の手順書（マニュアル）を整備していますか？		件数
1.	1. はい	1,366
2.	2. 院内で輸血を実施しているが、手順書はない	16
3.	3. 院内で輸血を実施していないため、手順書はない	262
Grand total		1,644

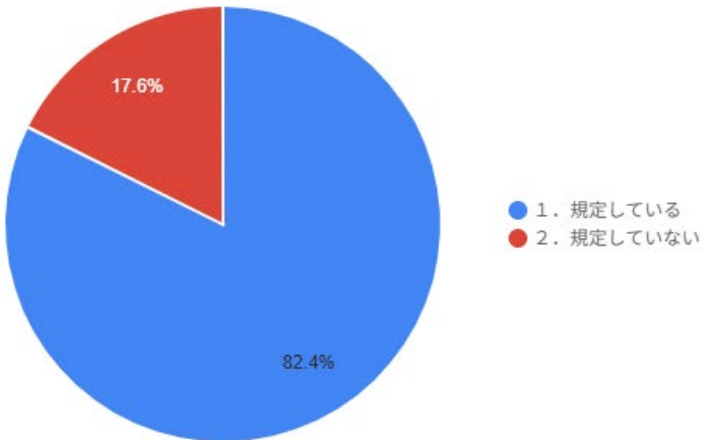
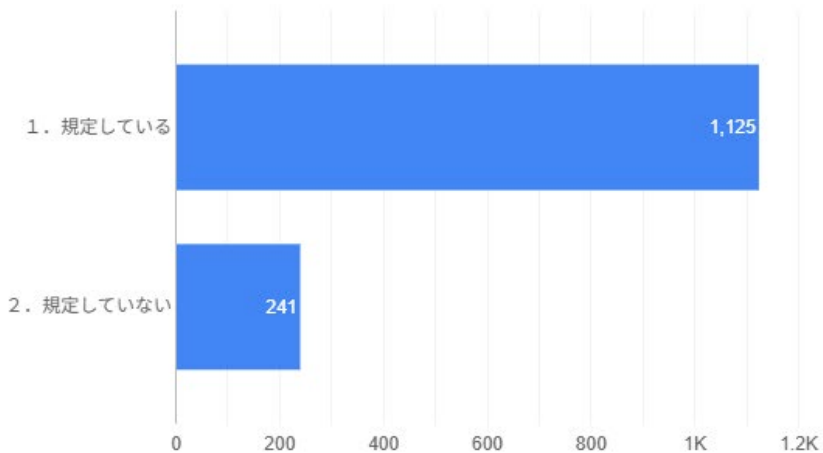
1 - 3 / 3 < >



質問82 貴院の輸血の実施にあたっての院内の手順書において、血液型検査検体と製剤準備用検体の採血のタイミングを規定(明文化)していますか？

質問82 貴院の輸血の実施にあたっての院内の手順書において、血液型検査検体と製剤準備用検体の採血のタイミングを規定(明文化... ^		件数
1.	1. 規定している	1,125
2.	2. 規定していない	241
Grand total		1,366

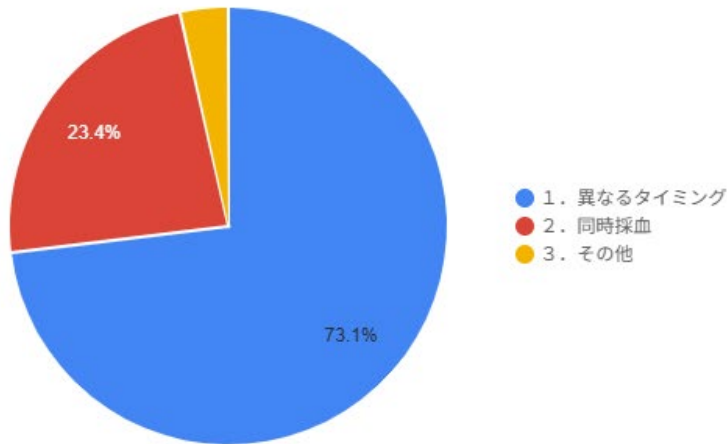
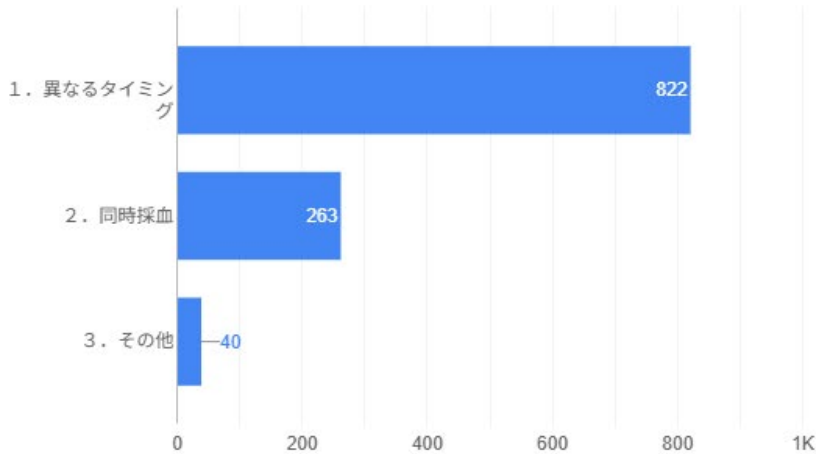
1 - 2 / 2 < >



質問83 貴院の輸血の実施にあたっての院内の手順書における、血液型検査検体と製剤準備用検体の採血のタイミングを教えてください。

質問83 貴院の輸血の実施にあたっての院内の手順書における、血液型検査検体と製剤準備用検体の採血のタイミングを教えてください...		件数
1.	1. 異なるタイミング	822
2.	2. 同時採血	263
3.	3. その他	40
Grand total		1,125

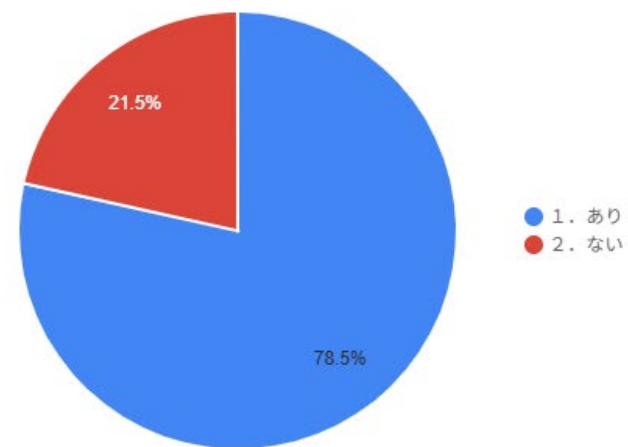
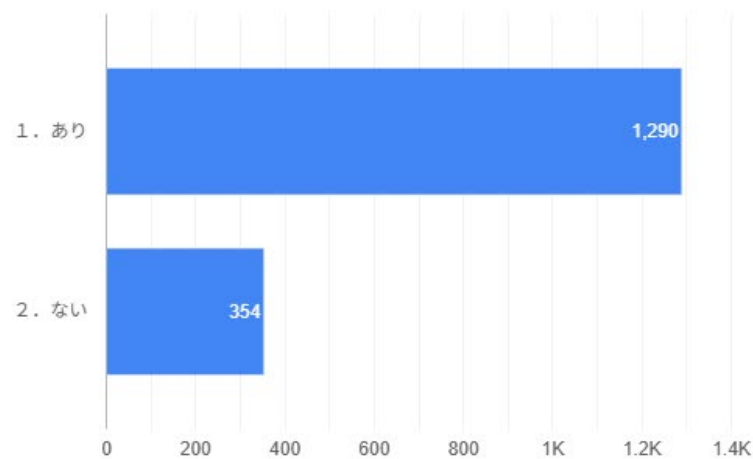
1 - 3 / 3 < >



質問84 貴院でコードブルーなど、院内で心停止患者等が発生した際に使用される緊急対応システムはありますか？

質問84 貴院でコードブルーなど、院内で心停止患者等が発生した際に使用される緊急対応システムはありますか？		件数
1.	1. あり	1,290
2.	2. ない	354
Grand total		1,644

1 - 2 / 2 < >

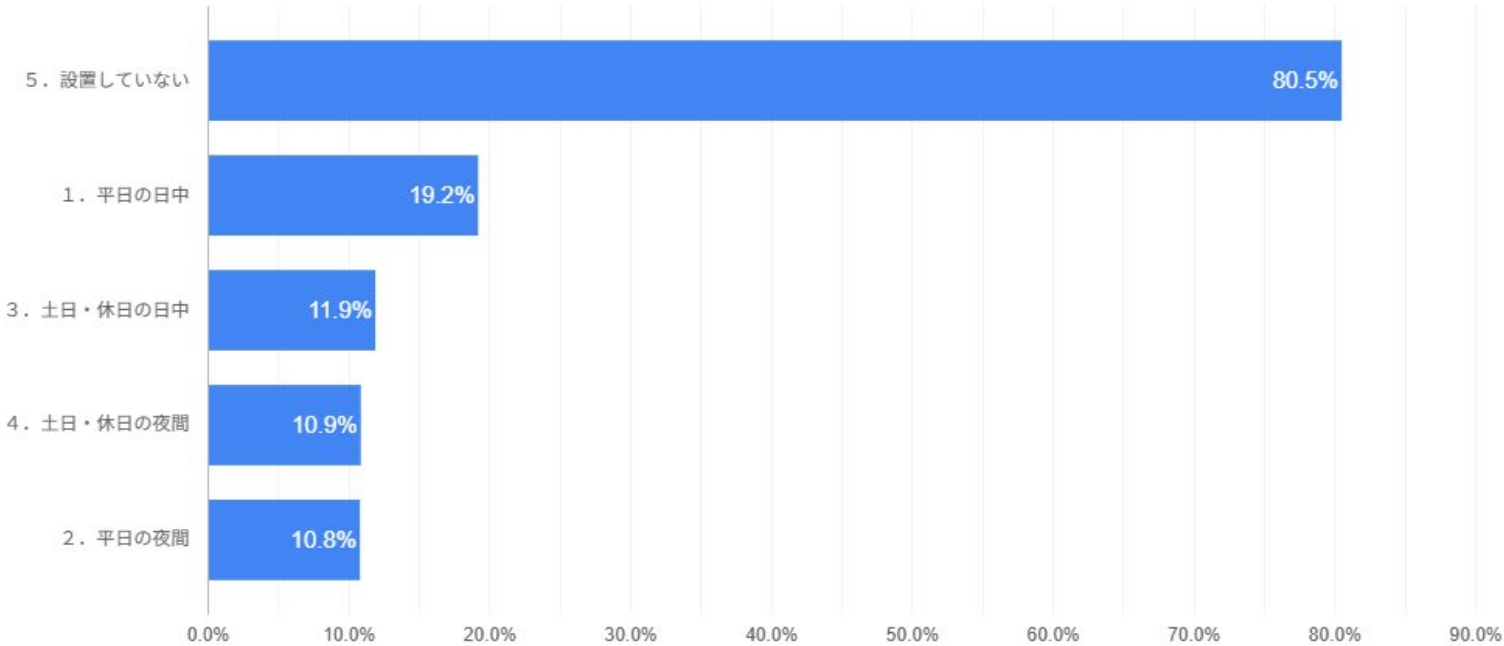


質問85 貴院ではコードブルーとは別に、血圧が低下したときなど、異常なバイタルサインの出現時に院内急変対応に対応するチームを設置していますか？

質問85 貴院ではコードブルーとは別に、血圧が低下したときなど、異常なバイタルサインの出現時に院内急変対応に対応...		件数
1.	1. 平日の日中	316
2.	2. 平日の夜間	178
3.	3. 土日・休日の日中	196
4.	4. 土日・休日の夜間	179
5.	5. 設置していない	1,324

データ件数
1,644

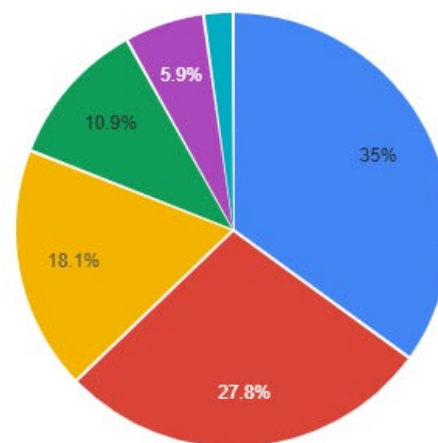
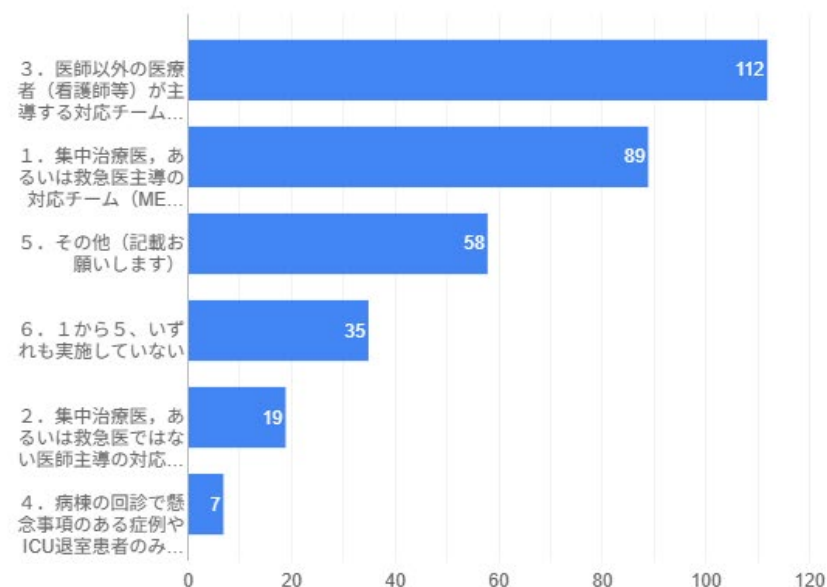
1 - 5 / 5 < >



質問86 どのようなチーム形態でチームを設置していますか、最もあてはまるものを選択してください。

質問86 どのようなチーム形態でチームを設置していますか、最もあてはまるものを選択してください。 ▾	件数
1. 1. 集中治療医、あるいは救急医主導の対応チーム（MET）がある	89
2. 2. 集中治療医、あるいは救急医ではない医師主導の対応チームがある	19
3. 3. 医師以外の医療者（看護師等）が主導する対応チーム（RRT）がある	112
4. 4. 病棟の回診で懸念事項のある症例やICU退室患者のみ回診するチーム（CCOT）	7
5. 5. その他（記載お願いします）	58
6. 6. 1から5、いずれも実施していない	35
Grand total	320

1 - 6 / 6 < >

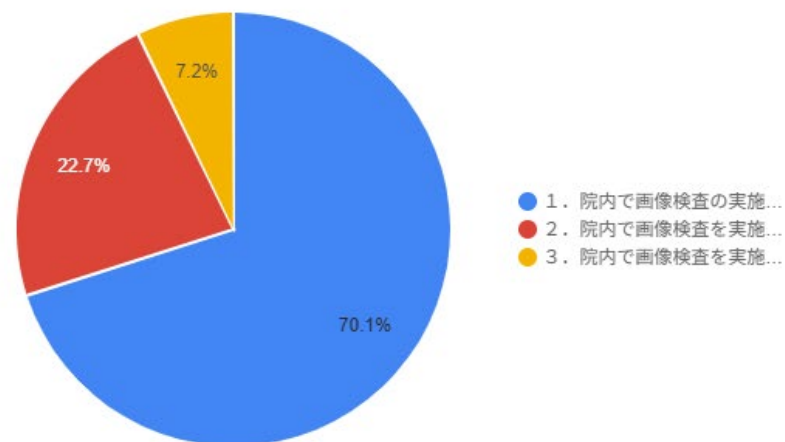
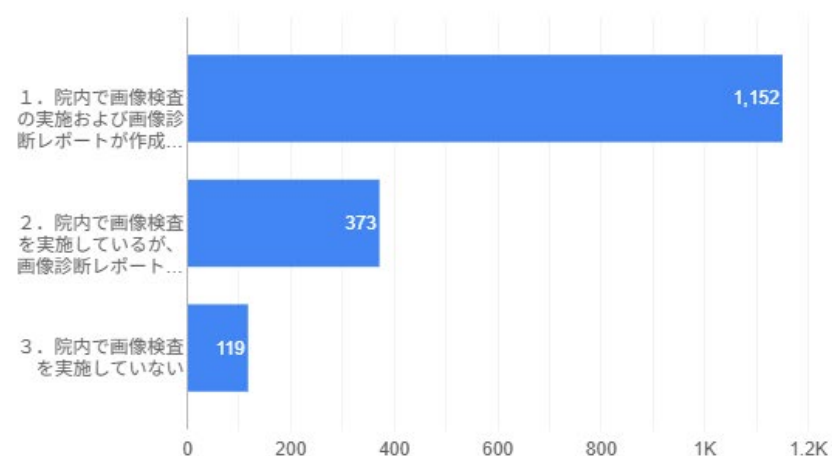


- 3. 医師以外の医療者（看護師等）が主導する対応チーム（RRT）がある
- 1. 集中治療医、あるいは救急医主導の対応チーム（MET）がある
- 5. その他（記載お願いします）
- 6. 1から5、いずれも実施していない
- 2. 集中治療医、あるいは救急医ではない医師主導の対応チームがある
- 4. 病棟の回診で懸念事項のある症例やICU退室患者のみ回診するチーム（CCOT）

質問87 貴院では画像検査の実施および画像診断レポート（CTレポート等）を作成していますか。

質問87 貴院では画像検査の実施および画像診断レポート（CTレポート等）を作成していますか。 ▾		件数
1.	1. 院内で画像検査の実施および画像診断レポートが作成されている（注：すべての画像検査へ画像診断レポートが作成されていない場合も含む）	1,152
2.	2. 院内で画像検査を実施しているが、画像診断レポートを作成していない	373
3.	3. 院内で画像検査を実施していない	119
Grand total		1,644

1 - 3 / 3 < >



質問88 貴院における画像診断レポートに記載された所見の見落とし防止を目的とする対策のうち、実施しているものを以下の選択肢からすべて選択してください。

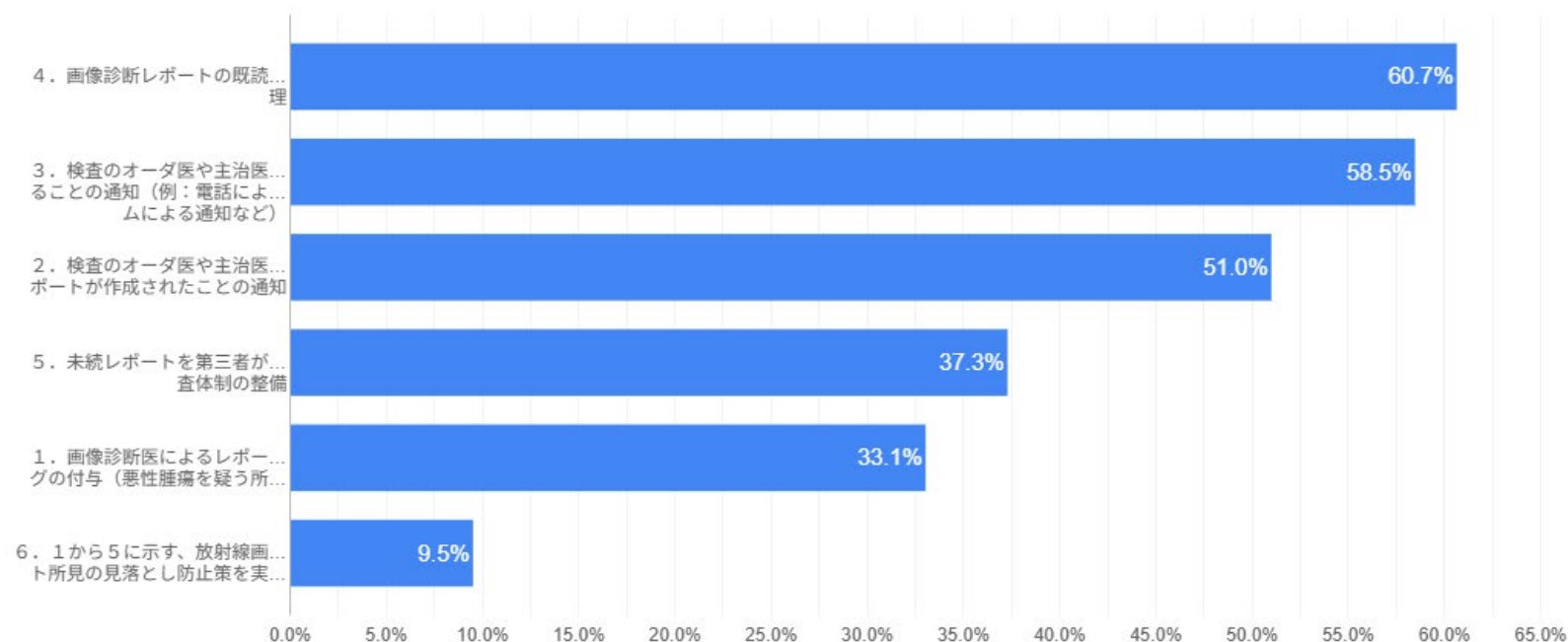
質問88 貴院における画像診断レポートに記載された所見の見落とし防止を目的とする対策のうち、実施しているものを以...		件数
1.	1. 画像診断医によるレポートへの重要フラグの付与（悪性腫瘍を疑う所見など）	381
2.	2. 検査のオーダー医や主治医への画像診断レポートが作成されたことの通知	588
3.	3. 検査のオーダー医や主治医へ重要所見があることの通知（例：電話による連絡、システムによる通知など）	674
4.	4. 画像診断レポートの既読・未読状況の管理	699
5.	5. 未読レポートを第三者がチェックする監査体制の整備	430
6.	6. 1から5に示す、放射線画像診断レポート所見の見落とし防止策を実施していない	110

1 - 6 / 6



データ件数

1,152



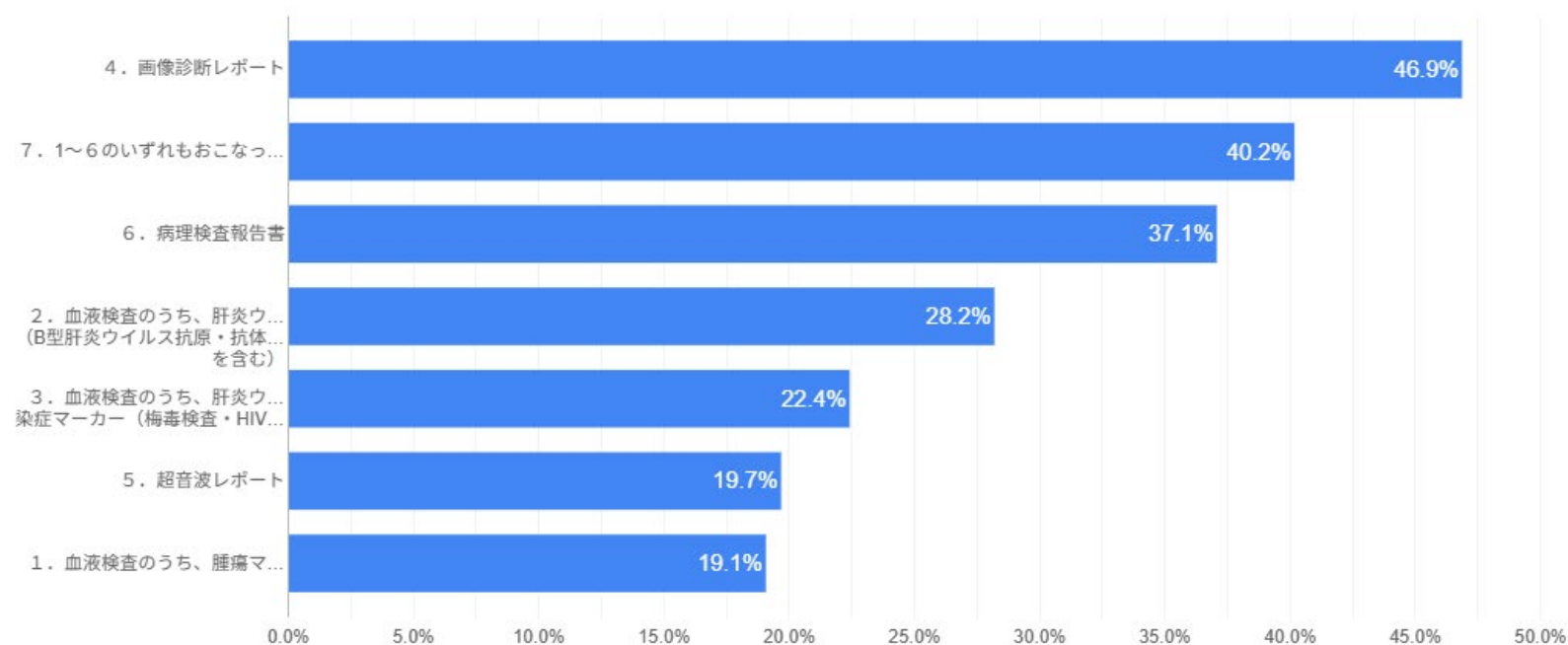
質問89 以下の検査のうち、医師が検査結果を確認し、検査結果に応じた対応が適切に行われているかについて、第3者が確認している検査項目をすべて選択してください。

質問89 以下の検査のうち、医師が検査結果を確認し、検査結果に応じた対応が適切に行われているかについて、第3者が...		件数
1.	1. 血液検査のうち、腫瘍マーカー	314
2.	2. 血液検査のうち、肝炎ウイルスマーカー（B型肝炎ウイルス抗原・抗体・DNA定量等を含む）	464
3.	3. 血液検査のうち、肝炎ウイルス以外の感染症マーカー（梅毒検査・HIV等）	369
4.	4. 画像診断レポート	771
5.	5. 超音波レポート	324
6.	6. 病理検査報告書	610
7.	7. 1～6のいずれもおこなっていない	661

データ件数

1,644

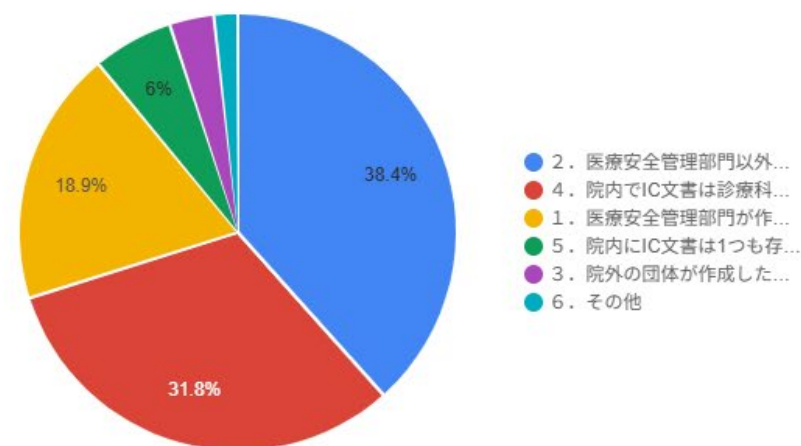
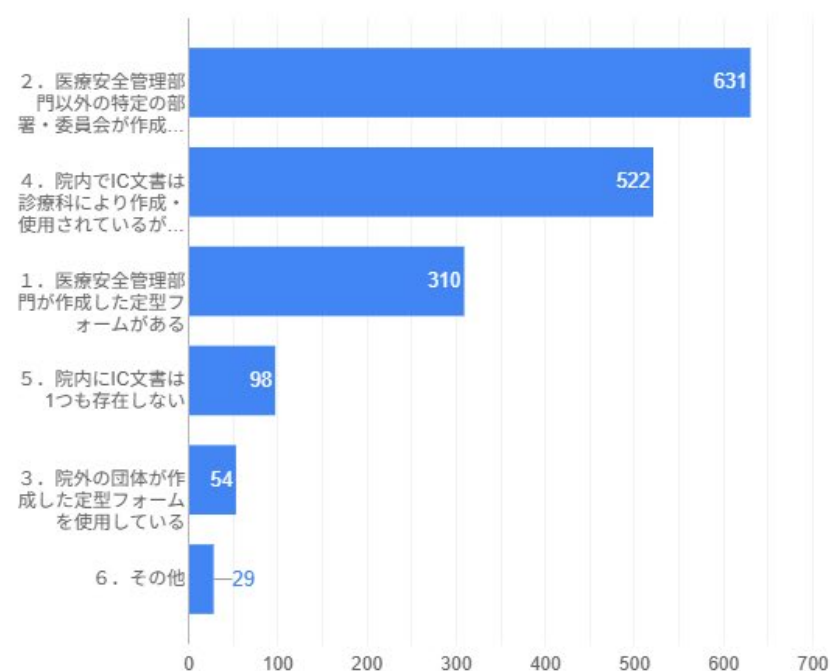
1 - 7 / 7 < >



質問90 貴院にはインフォームド・コンセント文書について、記載されるべき項目を記した統一された定型フォームがありますか？

質問90 貴院にはインフォームド・コンセント文書（説明同意文書など。以下、IC文書）について、記載されるべき項目を記した統...	件数
1. 1. 医療安全管理部門が作成した定型フォームがある	310
2. 2. 医療安全管理部門以外の特定の部署・委員会が作成した定型フォームがある	631
3. 3. 院外の団体が作成した定型フォームを使用している	54
4. 4. 院内でIC文書は診療科により作成・使用されているが、定型フォームはなく、文書によりばらばらである	522
5. 5. 院内にIC文書は1つも存在しない	98
6. 6. その他	29
Grand total	1,644

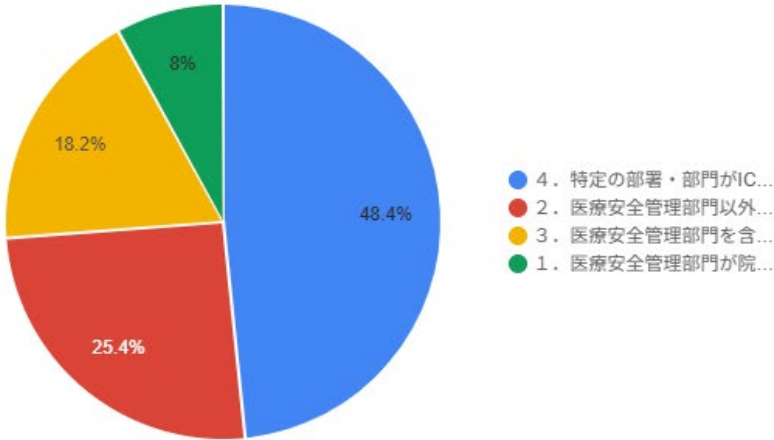
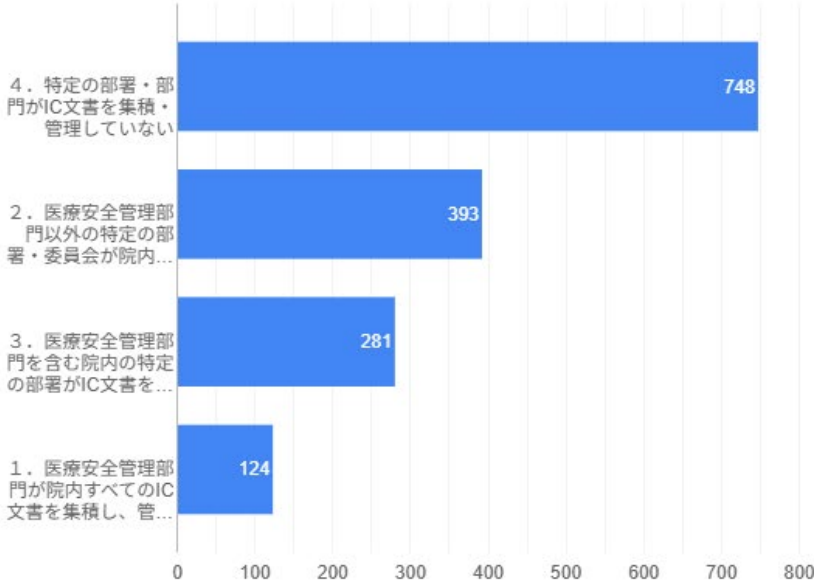
1 - 6 / 6 < >



質問91 貴院におけるIC文書の管理・審査体制を教えてください。

質問91 貴院におけるIC文書の管理・審査体制を教えてください。 ▲		件数
1.	1. 医療安全管理部門が院内すべてのIC文書を集積し、管理・審査している	124
2.	2. 医療安全管理部門以外の特定の部署・委員会が院内すべてのIC文書を集積し、管理・審査している	393
3.	3. 医療安全管理部門を含む院内の特定の部署がIC文書を集積しているが、審査していない	281
4.	4. 特定の部署・部門がIC文書を集積・管理していない	748
Grand total		1,546

1 - 4 / 4 < >



質問92 貴院のアレルギー等情報の管理について、貴院で実施している事項をすべて選択してください。

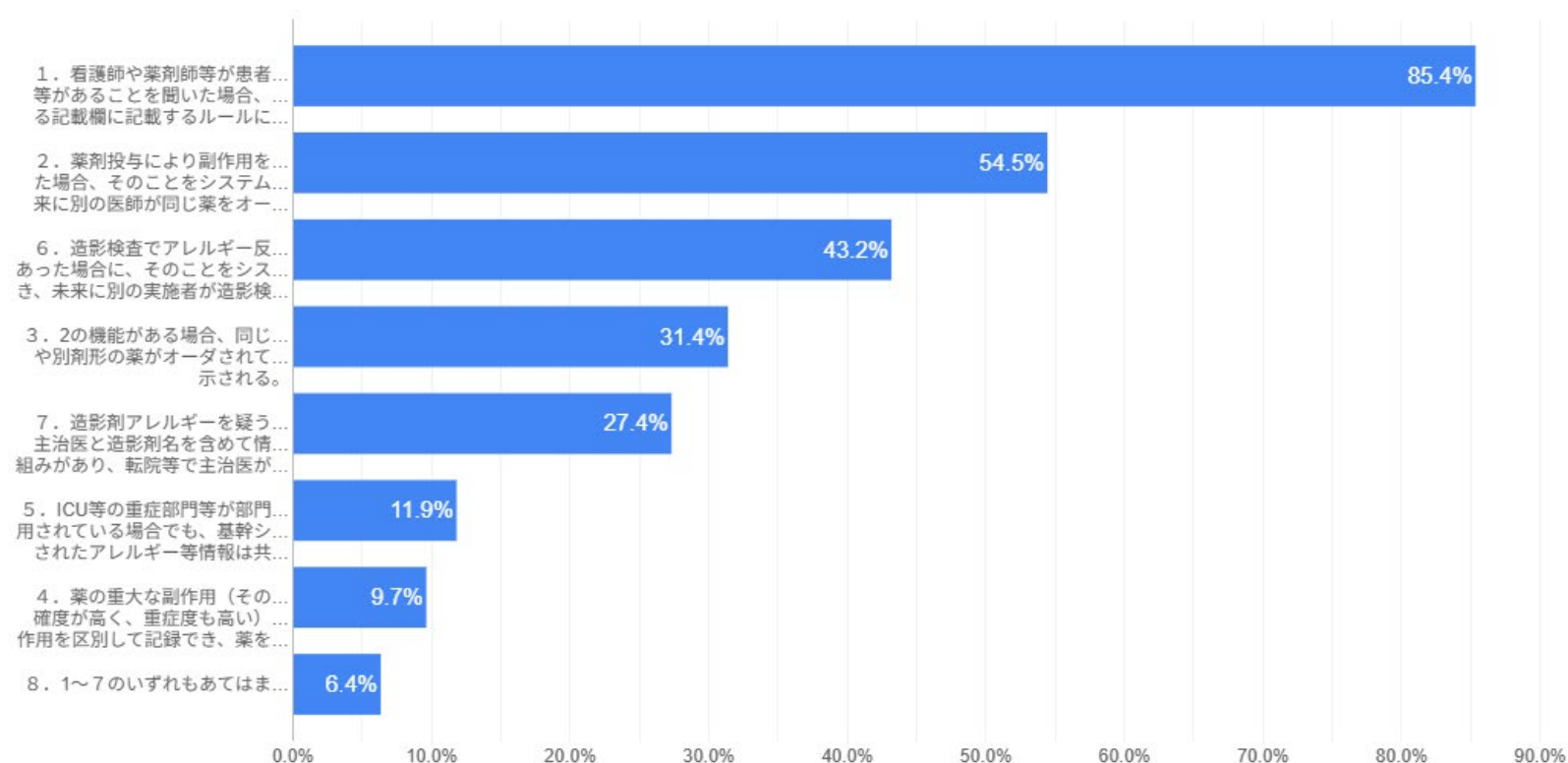
データ件数

1,644

質問92 貴院のアレルギー等情報の管理について、貴院で実施している事項をすべて選択してください。 ^	件数
1. 1. 看護師や薬剤師等が患者からアレルギー等があることを聞いた場合、医師が閲覧できる記載欄に記載するルールになっている。	1,404
2. 2. 薬剤投与により副作用を疑う症状があった場合、そのことをシステムに登録でき、未来に別の医師が同じ薬をオーダーしようとした際にアラ...	896
3. 3. 2の機能がある場合、同じ成分の後発品や別剤形の薬がオーダーされてもアラートが表示される。	517
4. 4. 薬の重大な副作用（その薬が原因である確度が高く、重症度も高い）とそれ以外の副作用を区別して記録でき、薬をオーダーする際に重大な副...	159
5. 5. ICU等の重症部門等が部門システムで運用されている場合でも、基幹システムで登録されたアレルギー等情報は共有され、一般病棟で副作用が...	195
6. 6. 造影検査でアレルギー反応を疑う症状があった場合に、そのことをシステムに登録でき、未来に別の実施者が造影検査をする際に、同じ造影...	711
7. 7. 造影剤アレルギーを疑う症状がある時、主治医と造影剤名を含めて情報を共有する仕組みがあり、転院等で主治医が診療情報提供書を作成す...	450
8. 8. 1～7のいずれもあてはまらない	105

1 - 8 / 8

< >



質問93 医師が記載した指示を看護師へ伝達する仕組みについて貴院が実施している事項をすべて選択してください。

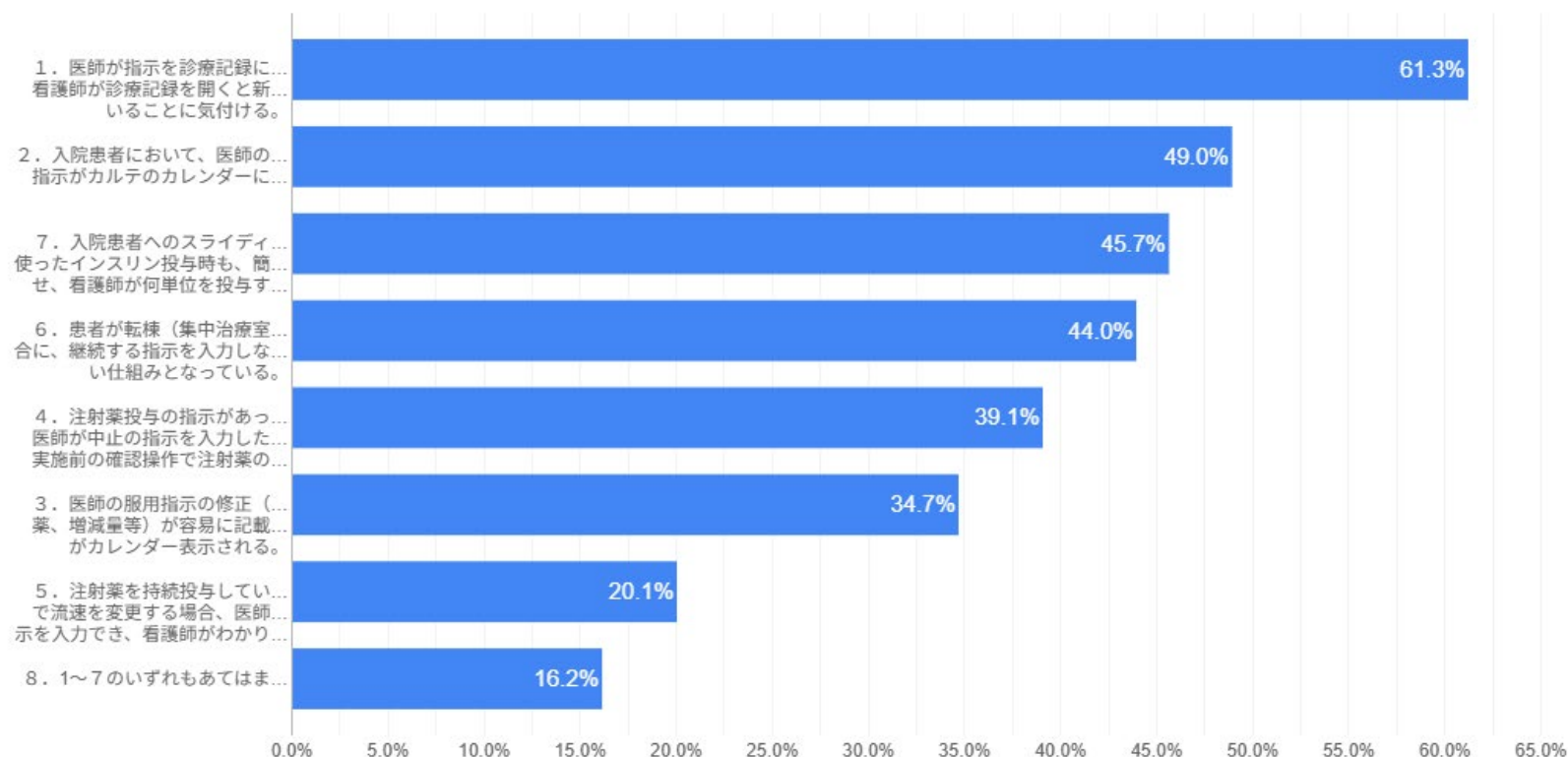
質問93 医師が記載した指示を看護師へ伝達する仕組みについて貴院が実施している事項をすべて選択してください。 ▲	件数
1. 1. 医師が指示を診療記録に入力した場合、看護師が診療記録を開くと新たな指示が出ていることに気付ける。	1,007
2. 2. 入院患者において、医師の内服薬の服用指示がカルテのカレンダーに表示される。	805
3. 3. 医師の服用指示の修正（薬剤の中止、休業、増減量等）が容易に記載でき、修正内容がカレンダー表示される。	571
4. 4. 注射薬投与の指示があったが投与直前に医師が中止の指示を入力した場合、看護師は実施前の確認操作で注射薬のラベルの番号を読み取る...	643
5. 5. 注射薬を持続投与している場合に、途中で流速を変更する場合、医師は容易にその指示を入力でき、看護師がわかりやすい表示で確認でき...	330
6. 6. 患者が転棟（集中治療室を含む）する場合に、継続する指示を入力しなおさなくて良い仕組みとなっている。	723
7. 7. 入院患者へのスライディングスケールを使ったインスリン投与時も、簡単に指示が出せ、看護師が何単位を投与すれば良いかが、誤解なく...	751
8. 8. 1～7のいずれもあてはまらない	266

1 - 8 / 8



データ件数

1,644



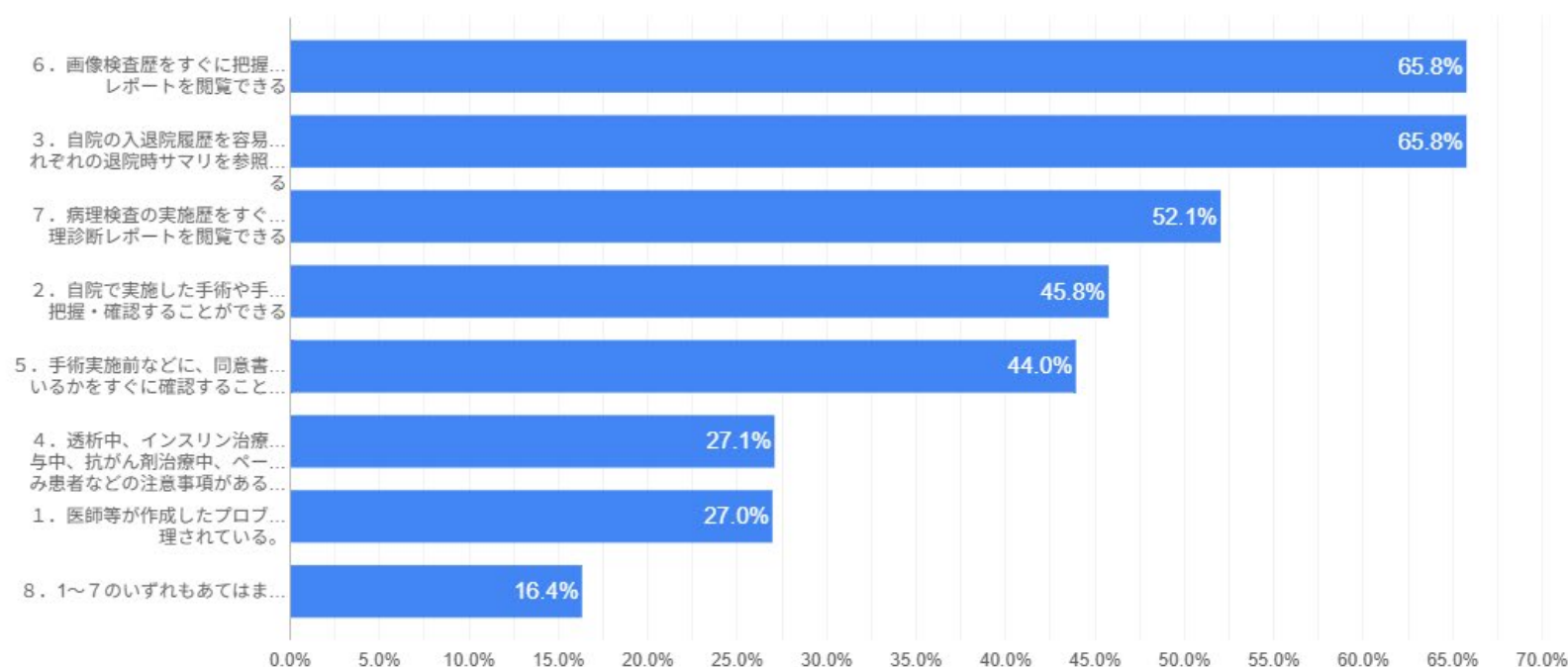
質問94 主治医以外の医師が診療に加わる際、診療記録を見て患者の重要事項を短時間で把握する必要があります。あなた個人が感じる貴院の診療記録でできていると感じる事項をすべて選択してください。

質問94 主治医以外の医師が診療に加わる際、診療記録を見て患者の重要事項を短時間で把握する必要があります。あなた個人が感じる貴院の診療記録でできていると感じる事項をすべて選択してください。		件数
1.	1. 医師等が作成したプロブレムリストが整理されている。	444
2.	2. 自院で実施した手術や手術記録をすぐに把握・確認することができる	753
3.	3. 自院の入退院履歴を容易に把握でき、それぞれの退院時サマ리를参照することができる	1,082
4.	4. 透析中、インスリン治療中、抗凝固剤投与中、抗がん剤治療中、ペースメーカー植え込み患者などの注意事項がある場合に、容易に認識できる。	446
5.	5. 手術実施前などに、同意書が取得されているかをすぐに確認することができる	723
6.	6. 画像検査歴をすぐに把握でき、画像診断レポートを開覧できる	1,082
7.	7. 病理検査の実施歴をすぐに把握でき、病理診断レポートを開覧できる	856
8.	8. 1～7のいずれもあてはまらない	269

データ件数

1,644

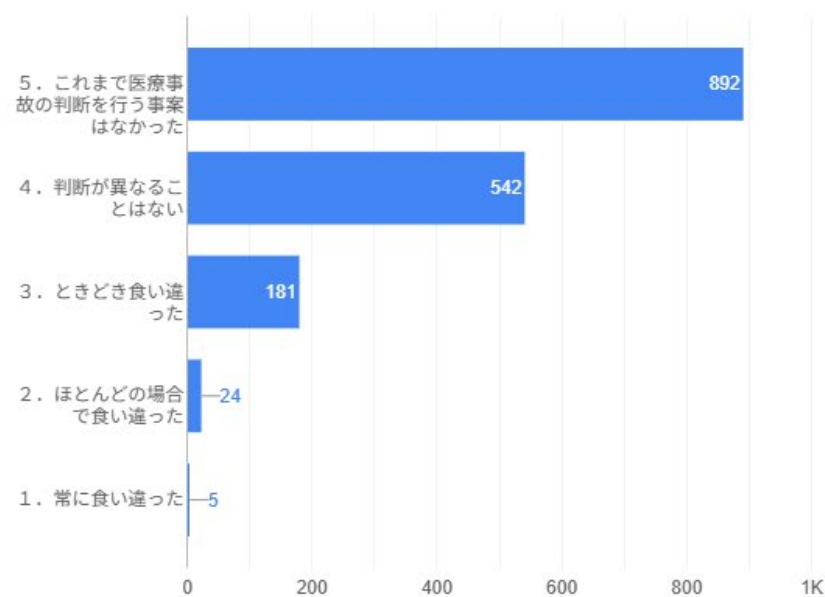
1 - 8 / 8 < >



質問95 医療事故調査制度における「提供した医療に起因した予期せぬ死亡」を医療事故（医療法第6条の10）として届け出するか判断する際に、医療安全担当であるあなたと、病院長の間で判断が違った経験がありますか。

質問95 医療事故調査制度における「提供した医療に起因した予期せぬ死亡」を医療事故（医療法第6条の10）として届け出するか...		件数
1.	1. 常に食い違った	5
2.	2. ほとんどの場合で食い違った	24
3.	3. ときどき食い違った	181
4.	4. 判断が異なることはない	542
5.	5. これまで医療事故の判断を行う事案はなかった	892
Grand total		1,644

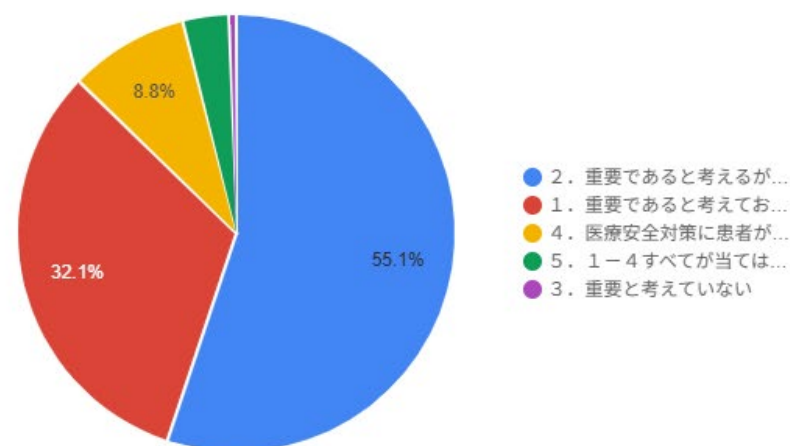
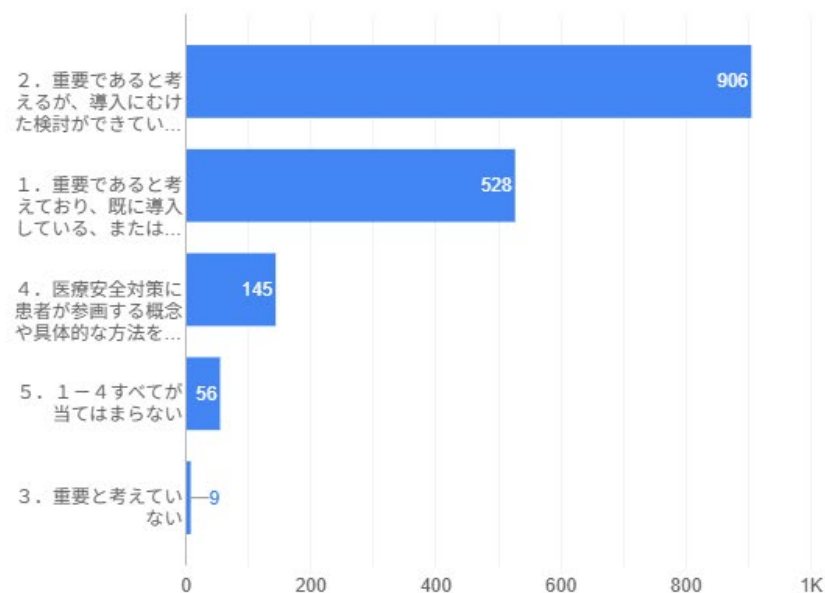
1 - 5 / 5 < >



質問96 1) 患者が医療安全対策に参画することへのあなたの考えを教えてください。

質問96 1) 患者が医療安全対策に参画することへのあなたの考えを教えてください。 ^		件数
1.	1. 重要であると考えており、既に導入している、または導入にむけて検討中である	528
2.	2. 重要であると考えてるが、導入にむけた検討ができていない	906
3.	3. 重要と考えていない	9
4.	4. 医療安全対策に患者が参画する概念や具体的な方法を知らない・わからない	145
5.	5. 1－4すべてが当てはまらない	56
Grand total		1,644

1 - 5 / 5 < >



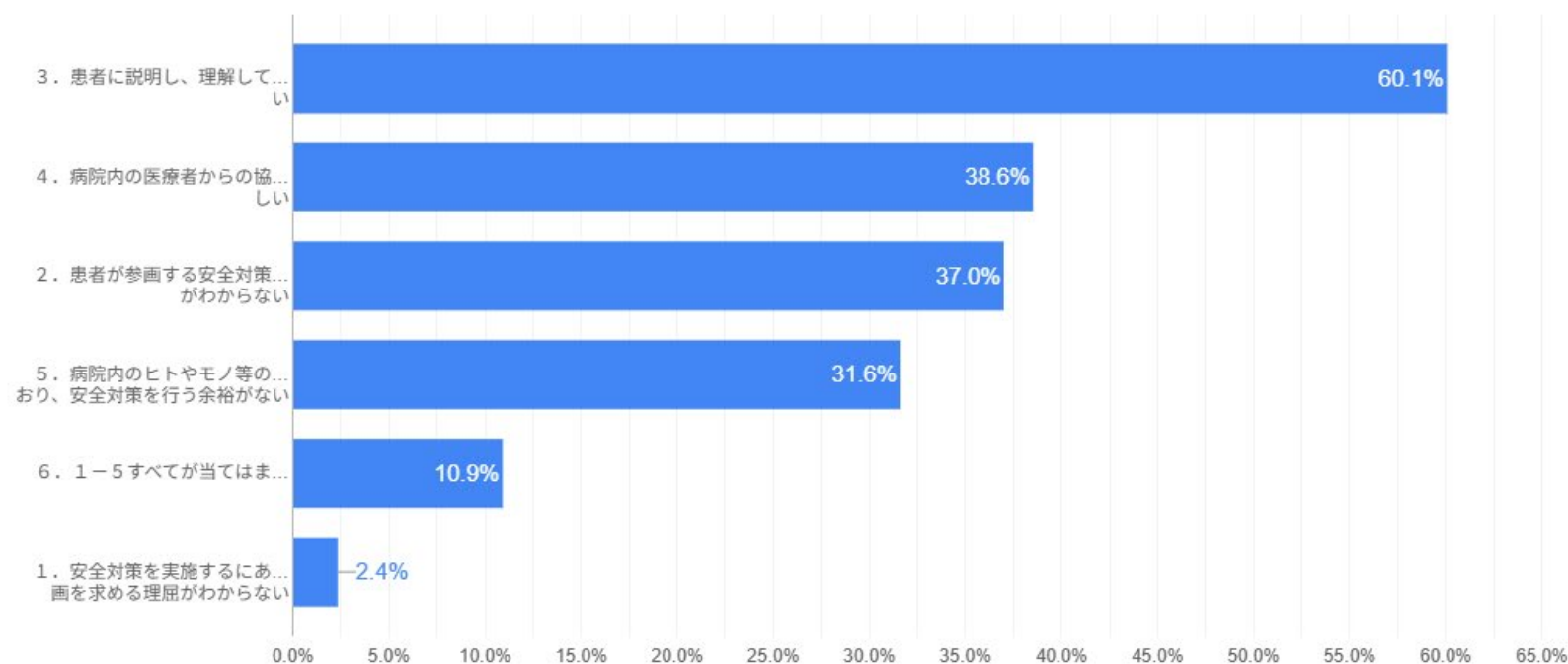
質問96 2) あなたの病院で患者が参画する安全対策を実施するにあたって、あなたが感じるハードルをすべて選択してください。

質問96 2) あなたの病院で患者が参画する安全対策を実施するにあたって、あなたが感じるハードルをすべて選択して...		件数
1.	1. 安全対策を実施するにあたり、患者に参画を求める理屈がわからない	39
2.	2. 患者が参画する安全対策法の具体的方法がわからない	609
3.	3. 患者に説明し、理解してもらうのが難しい	988
4.	4. 病院内の医療者からの協力を得るのが難しい	634
5.	5. 病院内のヒトやモノ等の資源が限られており、安全対策を行う余裕がない	520
6.	6. 1-5すべてが当てはまらない	180

1 - 6 / 6 < >

データ件数

1,644



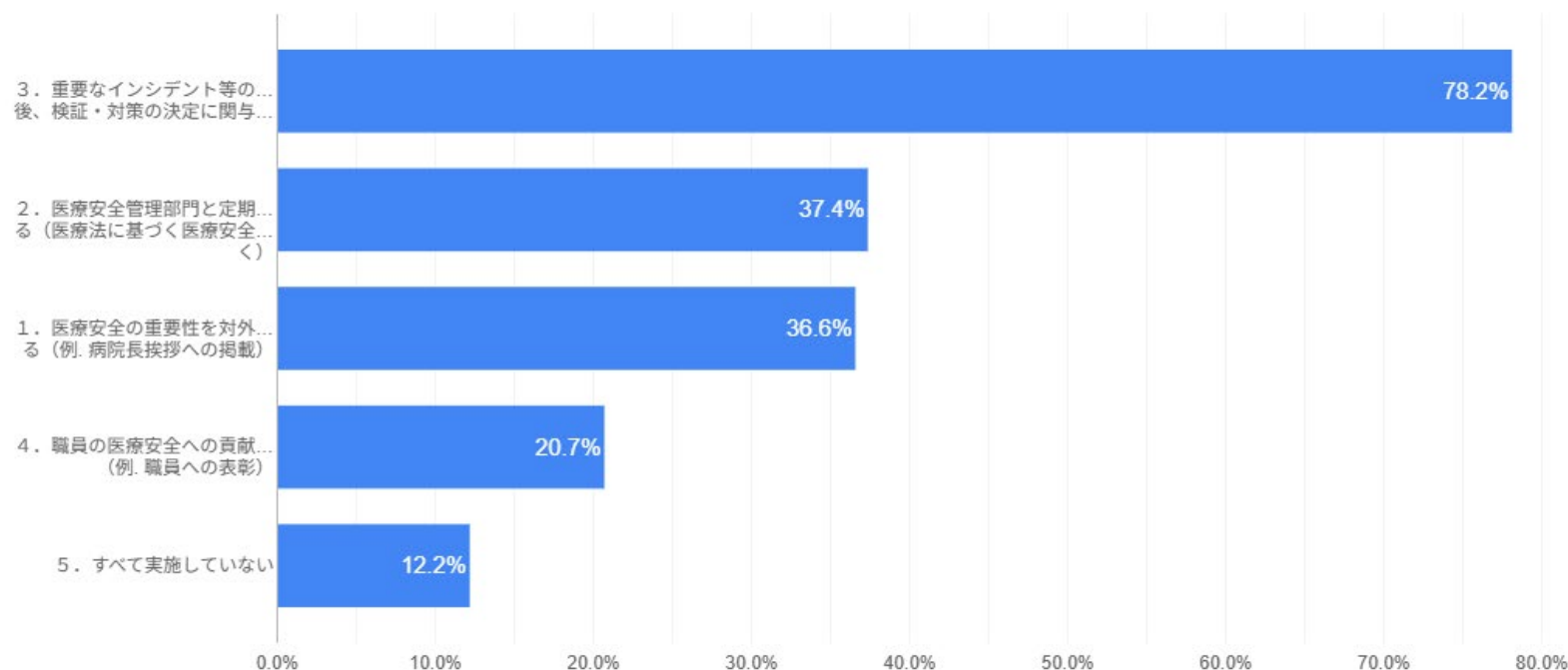
質問97 あなたが働いている病院の院長が医療安全について行っていることをすべて選択してください。

質問97 あなたが働いている病院の院長が医療安全について行っていることをすべて選択してください。 ▲		件数
1.	1. 医療安全の重要性を対外的に表明している（例. 病院長挨拶への掲載）	602
2.	2. 医療安全管理部門と定期的に面談している（医療法に基づく医療安全管理委員会を除く）	615
3.	3. 重要なインシデント等の報告を受けた後、検証・対策の決定に関与している	1,285
4.	4. 職員の医療安全への貢献を評価している（例. 職員への表彰）	341
5.	5. すべて実施していない	201

1 - 5 / 5 < >

データ件数

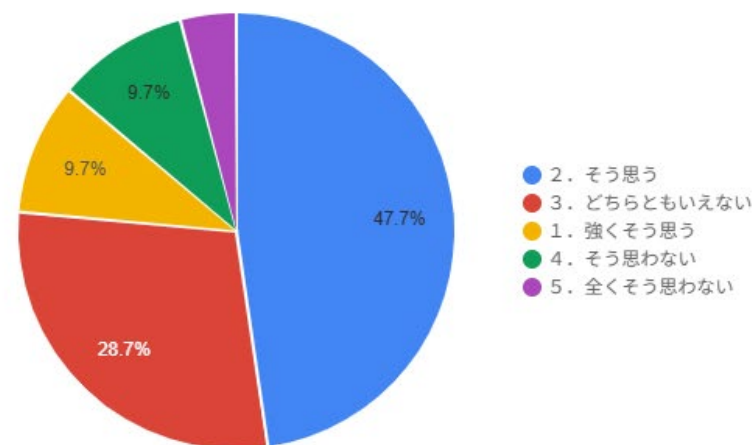
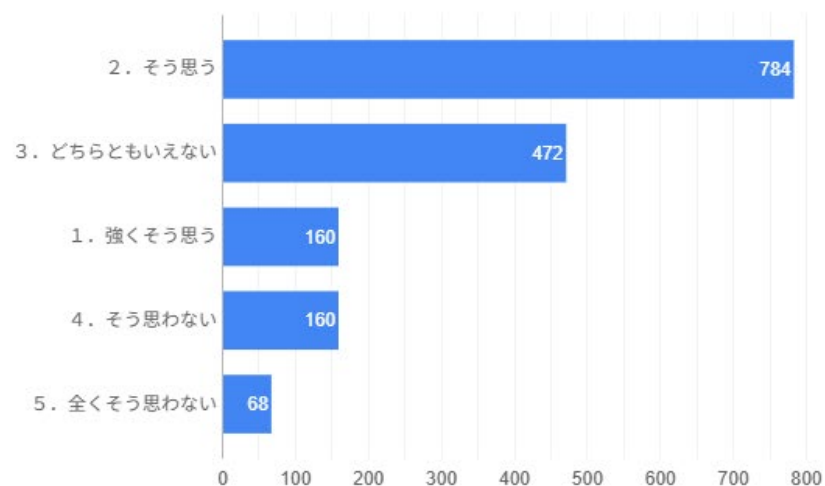
1,644



質問98 ① 病院長などの病院上層部は決められた医療安全の手順通りに仕事が行われることをよく評価する

質問98 ① 病院長などの病院上層部は決められた医療安全の手順通りに仕事が行われることをよく評価する		件数
1.	1. 強くそう思う	160
2.	2. そう思う	784
3.	3. どちらともいえない	472
4.	4. そう思わない	160
5.	5. 全くそう思わない	68
Grand total		1,644

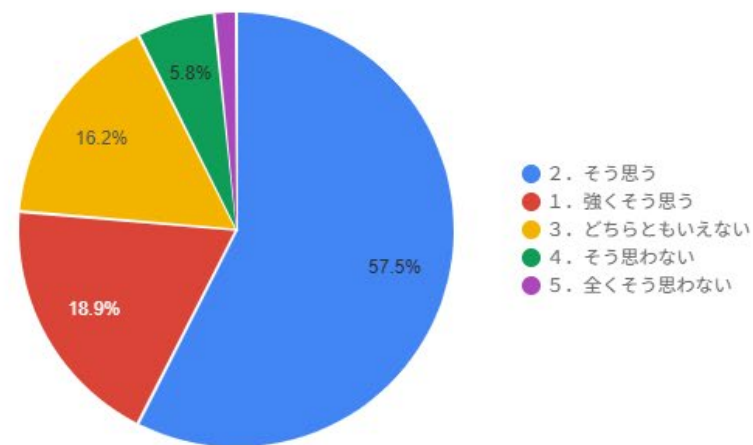
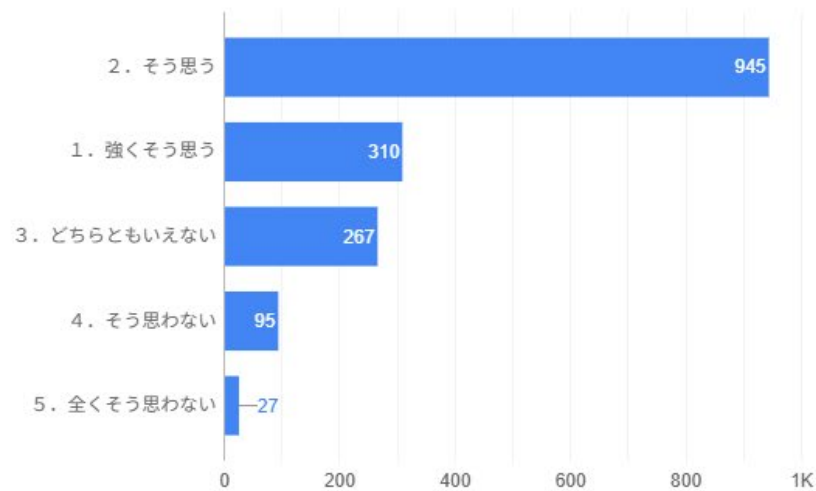
1 - 5 / 5 < >



質問98 ② 病院長などの病院上層部はスタッフから医療安全を向上する提案がなされたときは、真剣に考慮する

質問98 ② 病院長などの病院上層部はスタッフから医療安全を向上する提案がなされたときは、真剣に考慮する		件数
1.	1. 強くそう思う	310
2.	2. そう思う	945
3.	3. どちらともいえない	267
4.	4. そう思わない	95
5.	5. 全くそう思わない	27
Grand total		1,644

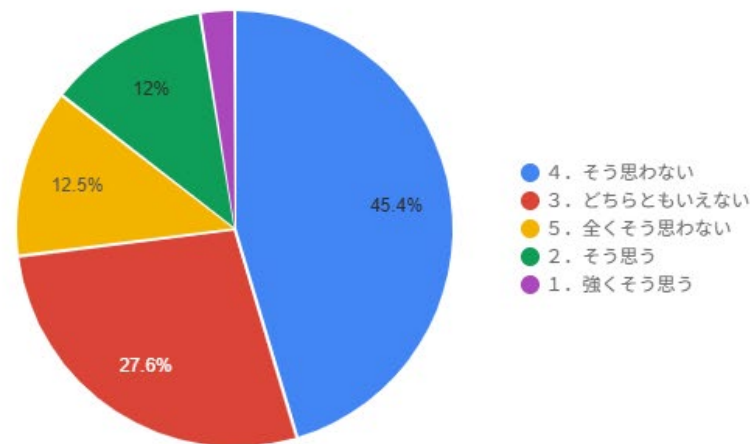
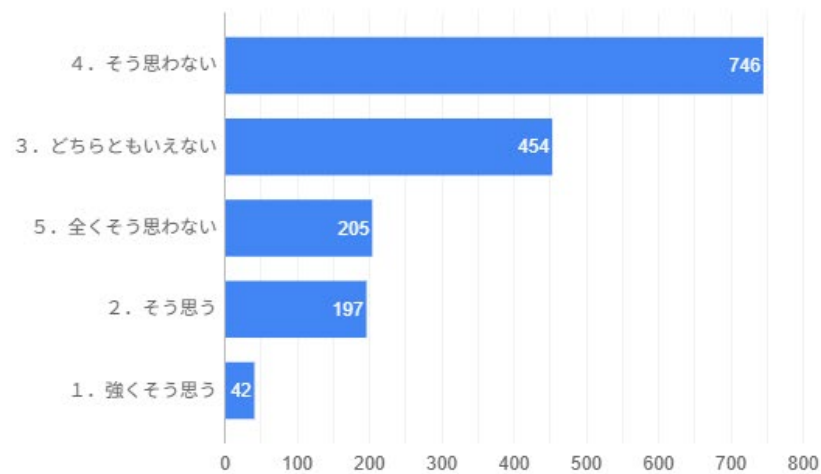
1 - 5 / 5 < >



質問98 ③ プレッシャーがかかるといつも、上司や病院長は、通常の手順を簡略化してでも急いで仕事をすることを求めている

質問98 ③ プレッシャーがかかるといつも、上司や病院長は、通常の手順を簡略化してでも急いで仕事をすることを求めている		件数
1.	1. 強くそう思う	42
2.	2. そう思う	197
3.	3. どちらともいえない	454
4.	4. そう思わない	746
5.	5. 全くそう思わない	205
Grand total		1,644

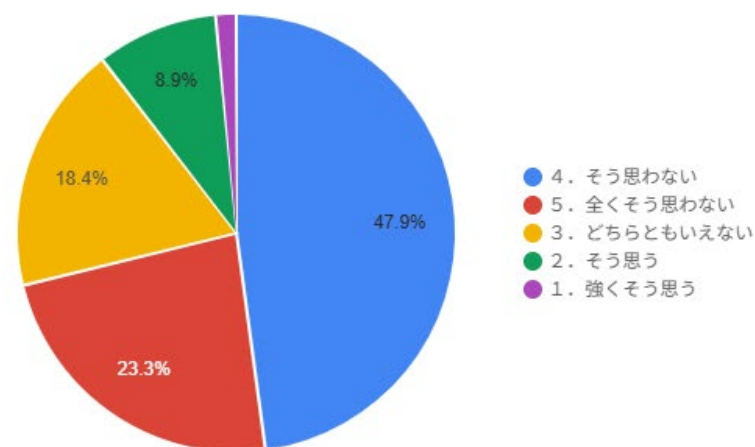
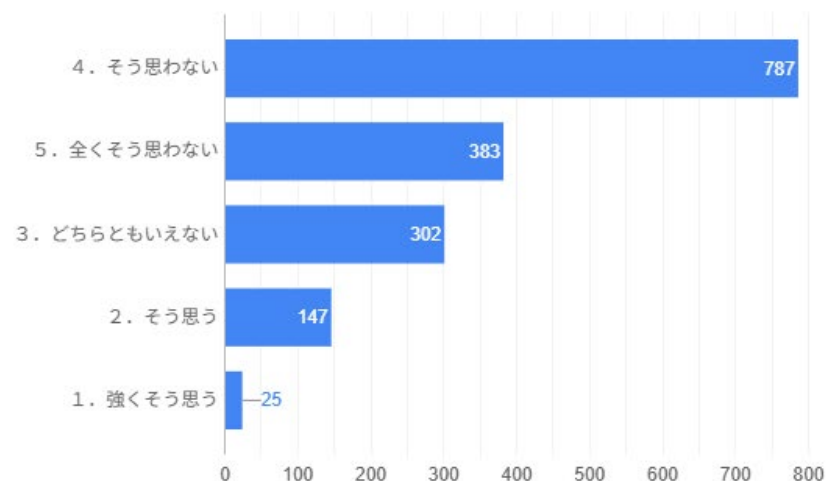
1 - 5 / 5 < >



質問98 ④ 病院長などの病院上層部は医療安全の問題が繰り返し起きていても見過ごしている

質問98 ④ 病院長などの病院上層部は医療安全の問題が繰り返し起きていても見過ごしている ▲		件数
1.	1. 強くそう思う	25
2.	2. そう思う	147
3.	3. どちらともいえない	302
4.	4. そう思わない	787
5.	5. 全くそう思わない	383
Grand total		1,644

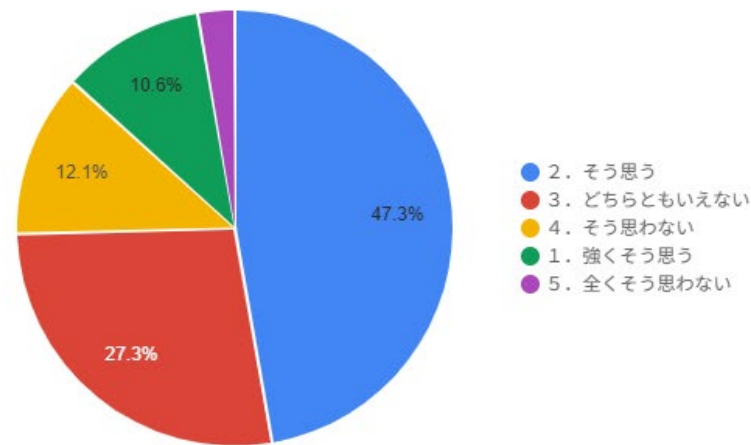
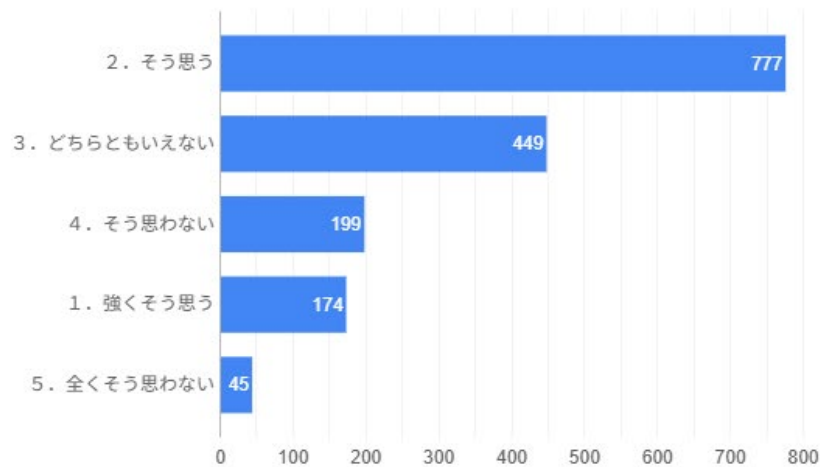
1 - 5 / 5 < >



質問98 ⑤ 病院長などの病院上層部は、医療安全を推進させるような職場風土を提供している

質問98 ⑤ 病院長などの病院上層部は、医療安全を推進させるような職場風土を提供している ^		件数
1.	1. 強くそう思う	174
2.	2. そう思う	777
3.	3. どちらともいえない	449
4.	4. そう思わない	199
5.	5. 全くそう思わない	45
Grand total		1,644

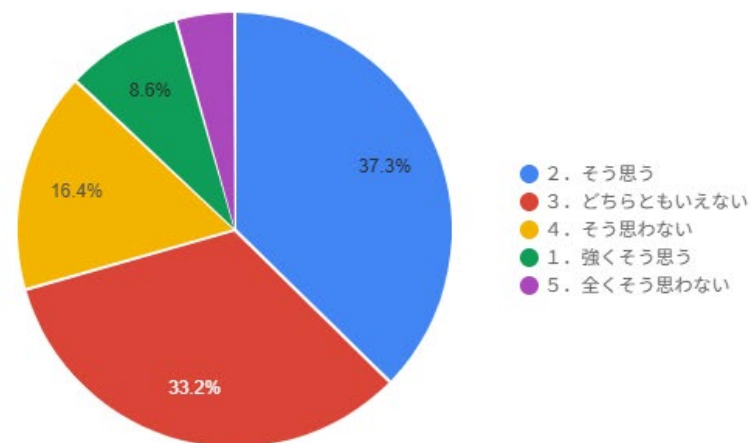
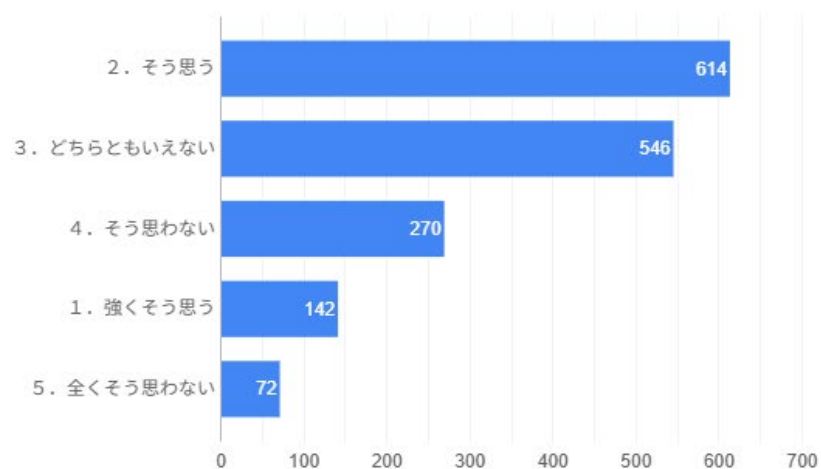
1 - 5 / 5 < >



質問98 ⑥ 病院の管理運営のあり方をみると、医療安全を最優先事項としていることがわかる

質問98 ⑥ 病院の管理運営のあり方をみると、医療安全を最優先事項としていることがわかる		件数
1.	1. 強くそう思う	142
2.	2. そう思う	614
3.	3. どちらともいえない	546
4.	4. そう思わない	270
5.	5. 全くそう思わない	72
Grand total		1,644

1 - 5 / 5 < >



質問98 ⑦ 病院長などの病院の上層部は、有害事象が起きた後でしか医療安全に関心を払わないようである

質問98 ⑦ 病院長などの病院の上層部は、有害事象（例：重大なインシデントまたはアクシデント）が起きた後でしか医療安全に関...		件数
1.	1. 強くそう思う	61
2.	2. そう思う	249
3.	3. どちらともいえない	295
4.	4. そう思わない	725
5.	5. 全くそう思わない	314
Grand total		1,644

1 - 5 / 5 < >

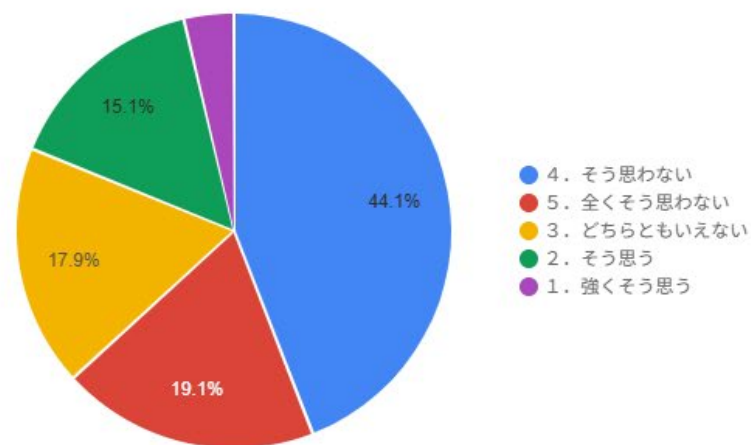
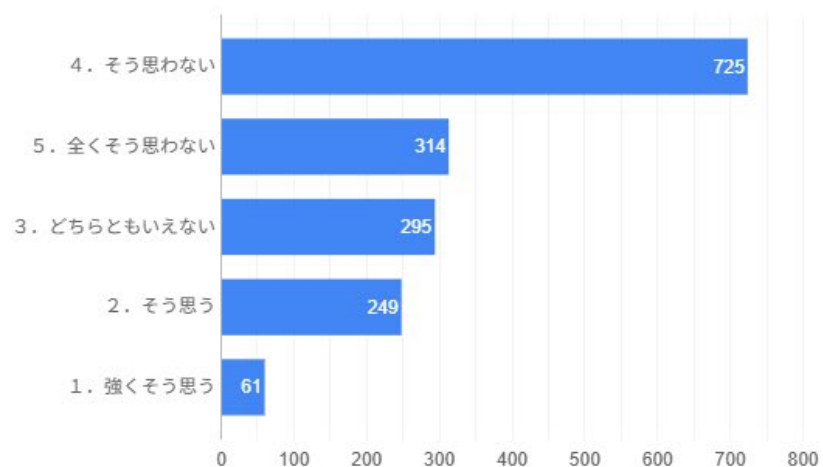


図 1～6

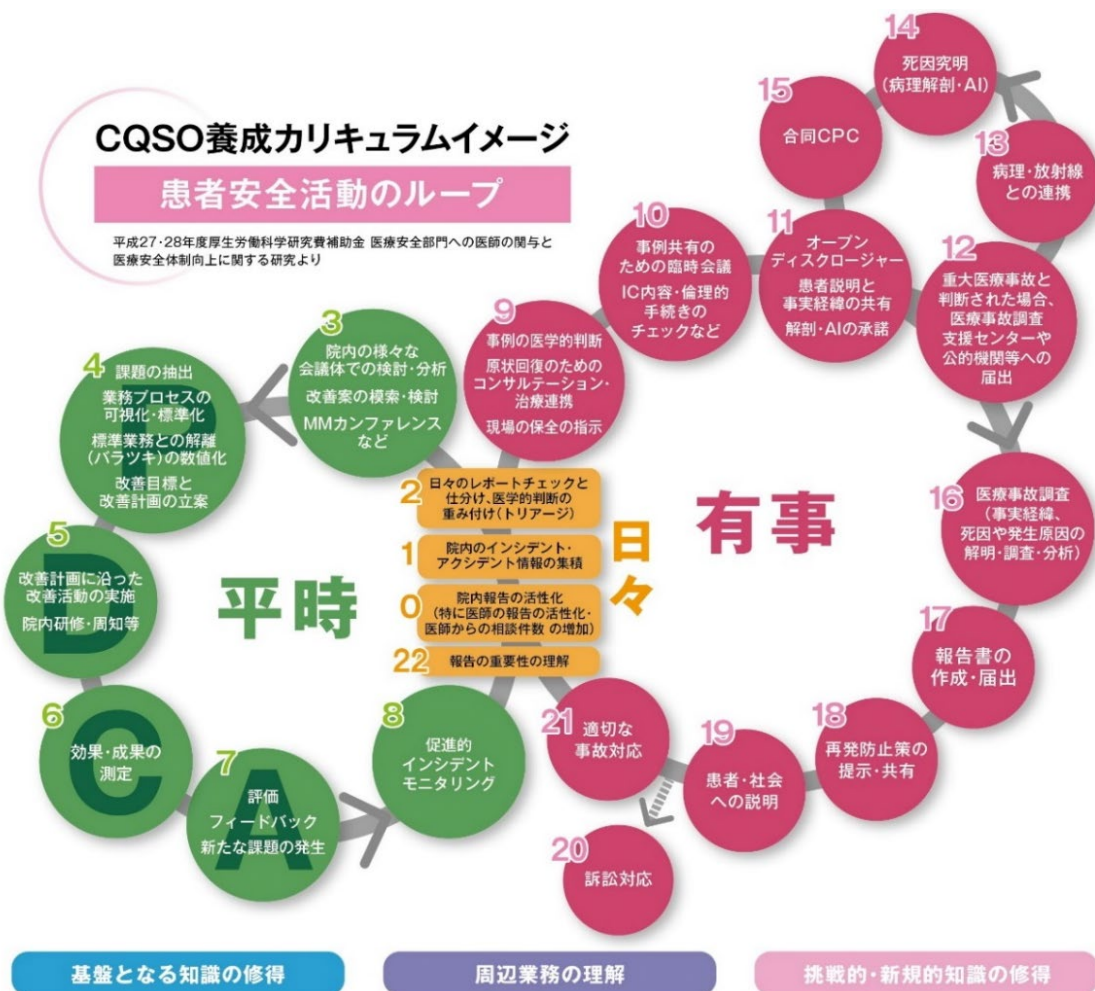


図 1

カリキュラム日程表

第1クール (9/9～9/12)

※都合により変更となる場合がある旨、ご了承ください。

日にち	時間	場所	教科目	講師 (敬称略)
9 月 9 日 (火)	9:30- 10:25	中央診療棟 B 6 階会議室 2	オリエンテーション	
	10:30- 11:30		本研修が目指すもの	長尾
	11:45- 12:30		医療安全施策の動向	厚生労働省 担当者
	14:00- 16:00		エラー発生の原因	小松原
	16:15- 17:15		医療の高度化、複雑化とエラー発生	長尾
	17:15- 17:45		問題解決実践についての説明	平松
			拡大 CPC・合同懇親会	
9 月 10 日 (水)	9:00- 11:30	中央診療棟 B 6 階会議室 2	患者安全における法的知識の整理	北野
	13:00- 16:00		基本確認行動・国際患者安全目標・対策の基本	梅村
	16:15- 17:45		名大病院における患者安全推進活動と JCI (Joint Commission International)	山本啓
	17:45-		患者説明・社会との共有の前課題の説明	長尾
9 月 11 日 (木)	9:00- 11:00	中央診療棟 B 6 階会議室 2	報告文化の活性化	長尾
	11:15- 12:15		インシデント・トリアージの考え方	長尾
	13:30- 15:30		インシデント・トリアージの考え方	
	15:45- 16:45		リスク量測定	長尾、植村
	17:00- 18:00		患者安全管理者の業務 患者安全推進部プレコア会議 準備	長尾、 患者安全推進部
9 月 12 日 (金)	9:00- 10:00	中央診療棟 B 6 階会議室 2	患者安全管理者の業務 患者安全推進部プレコア会議	長尾、 患者安全推進部
	10:15- 12:15		医療過誤を鑑別する	長尾、北野、 平松
	13:30- 15:30		医療過誤を鑑別する	
	15:45- 17:45		患者安全管理者の業務 患者安全推進部プレコア会議	梅村、 患者安全推進部

第 2 クール（9/26～9/29・10/3）

日にち	時間	場所	教科目	講師（敬称略）
9 月 26 日 （金）	9:00～ 12:00	中央診療棟 B 6 階会議室 2	事故発生時の連携	長尾
	13:30～ 15:30		重大死亡事故発生時における医療事故該当性の判断 ①	長尾、北野、 山本啓
	15:45～ 16:45		患者説明・社会との共有 前課題のグループワーク	長尾
9 月 27 日 （土）	終日	テルモメディカル プラネックス®	標準的医療事故調査手法の修得	外部研修 （テルモ）
9 月 28 日 （日）	終日	テルモメディカル プラネックス®	標準的医療事故調査手法の修得	外部研修 （テルモ）
9 月 29 日 （月）	9:00～ 10:00	中央診療棟 B 6 階会議室 2	患者安全管理者の業務 患者安全推進部コア会議	長尾、 患者安全推進部
	10:30～ 12:30		患者説明・社会との共有	長尾、藤咲、 吉里、伊藤、 高梨
	14:00～ 15:30		患者説明・社会との共有	
	15:45～ 16:45		オープンディスクロージャー	北野
	16:45～ 17:45		有事の振り返り・まとめ、有事課題説明	長尾
10 月 3 日 （金）	9:00～ 12:00	中央診療棟 B 6 階会議室 2	品質管理概論	古谷
	13:00～ 15:00		品質管理概論	
	15:15～ 17:00		トヨタ実践 TQM (Total Quality Management)	梅基

任意参加（参加希望の場合は、事務局にお声かけください）

※院内定例会議の一つです。前の別会議終了後に開始となるため開始時刻の連絡が直前になります。

日にち	時間	場所	教科目	講師（敬称略）
9 月 16 日 （火） 10 月 20 日 （月）	午前	Web	患者安全管理者の業務 患者安全推進委員会（Web）	長尾、 患者安全推進部

第3クール（10/21～10/24）

日にち	時間	場所	教科目	講師（敬称略）
10月21日 （火）	9:00- 11:00	中央診療棟 B 6 階会議室 2	医療機器の安全管理と CEGRM への期待	長江
	11:15- 12:15		医療機器安全管理者の役割 （医療機器安全管理者との連携）	藤原
	13:30- 15:00		メーカーとの連携	三田
	15:30- 16:30		患者安全管理者の業務 ペイシェントセーフティマネジャー全体会	長尾、 患者安全推進部
	16:30-		問題解決テーマ選定・リスク量打ち合わせ（予備）	
10月22日 （水）	9:00- 11:00	中央診療棟 B 6 階会議室 2	医薬品安全管理者との連携	梅村
	11:15- 12:15		RCA（Root Cause Analysis）手法	寺井
	13:00- 18:00		RCA（Root Cause Analysis）手法	
10月23日 （木）	9:00- 11:00	中央診療棟 B 6 階会議室 2	患者安全に関する外部情報の活用	坂口
	11:10- 12:10		卒後教育プログラム責任者との連携	落合
	13:00- 14:00		卒後教育プログラム責任者との連携	
	14:10- 15:10	中央診療棟 B 6 階会議室 2	院内の安全教育体制の構築	栗原
	15:15- 16:45	中央診療棟 A 3 階講堂	チームステップス（アドバンストコース）研修	山本啓、 患者安全推進部
	16:55- 17:55	中央診療棟 B 6 階会議室 2	院内の安全教育体制の構築	栗原
10月24日 （金）	9:00- 12:00	中央診療棟 B 6 階会議室 2	品質管理手法の修得 概論	平松
	13:00- 16:00		品質管理手法の修得 実践	植村
	16:10-		問題解決テーマ選定・リスク量打ち合わせ（予備）	

第4クール（11/19～11/21）

日にち	時間	場所	教科目	講師（敬称略）
11月19日 （水）	9:00- 10:30	中央診療棟 B 6階会議室2	院内救命、異常早期発見体制の構築	山本豊
	10:45- 12:45		FMEA（Failure Mode and Effects Analysis）手法	寺井
	13:45- 15:45		FMEA（Failure Mode and Effects Analysis）手法	
	16:00- 18:00		患者の権利の確保～インフォームド・コンセント～	北野
11月20日 （木）	9:00- 12:00	中央診療棟 B 6階会議室2	MM（Mortality & Morbidity）カンファレンス運営	平松
	13:00- 16:00		患者安全ラウンド・監査	長尾、 患者安全推進部
11月21日 （金）	9:00- 11:00	中央診療棟 B 6階会議室2	施設安全の重要性	鈴木
	11:00- 12:00		施設見学の予備時間	
	13:00- 16:30		問題解決実践：テーマ選定（第1回）	担当教員

第5クール（12/16～12/19）

日にち	時間	場所	教科目	講師（敬称略）
12月16日 （火）	9:00- 12:30	中央診療棟 B 6階会議室 2	有事対応課題発表	長尾、 患者安全推進部
	13:45- 14:45		有事のまとめ・質問	
	15:00- 17:00		重大死亡事故発生時における医療事故該当性の判断 ②	長尾、北野、 山本啓
12月17日 （水）	9:00- 10:30	中央診療棟 B 6階会議室 2	QI（Quality Indicator）と QI 設定	小松
	10:40- 11:40		QI 設定演習	平松、小松
	13:00- 15:00		質向上戦略の構築	小山
	15:30- 16:30	医系研究棟 1 号館 地下 1 階会議室	IPSG. 1+2 研修	長尾
	16:40-		中間面談（候補日）	
12月18日 （木）	9:00- 11:00	中央診療棟 B 6階会議室 2	感染制御との連携～アウトブレイクを中心に～	八木
	11:15- 12:15		中間面談	
	13:30- 17:00		問題解決実践：現状把握（第2回）	担当教員
12月19日 （金）	9:00- 10:00	中央診療棟 B 6階会議室 2	医療情報との連携	太田原
	10:10- 12:10		クリニカルパスによる質向上	勝尾
	13:00- 16:00		クリニカル・ガバナンス（前半） ～医療の規律と起立～	長尾、勝村、 高梨

【オプション研修】 ※詳細は P24 参照（別途要申込、有料）

日にち	時間	場所	教科目	講師（敬称略）
1月10日 （土）	9:00- 12:00	中央診療棟 B 6階会議室 2	【オプション研修】 品質管理手法の修得 実践・QC 七つ道具	平松、植村

第 6 クール (2/3～2/5)

日にち	時間	場所	教科目	講師 (敬称略)
2 月 3 日 (火)	9:00- 11:00	中央診療棟 B 6 階会議室 2	倫理的諸問題を考える	若山
	11:15- 12:15		院内弁護士の活動	北野
	13:15- 14:15		院内弁護士の活動	
	14:30- 18:00		問題解決実践：要因解析 (第 3 回)	担当教員
2 月 4 日 (水)	9:00- 12:00	中央診療棟 B 6 階会議室 2	患者と医療者・対話推進業務の理解	豊田
	13:15- 14:45		医療現場における患者の問題行動	長尾
	15:00- 17:00		診断エラーの制御	志水
2 月 5 日 (木)	9:00- 10:00	中央診療棟 B 6 階会議室 2	Disruptive behavior	長尾
	10:10- 11:10		カルテは誰のものか・PX (Patient experience) を安全に活かす (前半)	長尾、栗原、隅本
	11:20- 12:20		群大病院事故が医療現場に投げかけた 10 の課題	長尾
	13:30- 14:30		カルテは誰のものか・PX (Patient experience) を安全に活かす (後半)	栗原、長尾
	14:40- 17:10		クリニカル・ガバナンス (後半) ～困難な医療者への対応～	長尾、北野

第 7 クール (3/12～3/13)

日にち	時間	場所	教科目	講師 (敬称略)
3 月 12 日 (木)	9:00- 12:30	医系研究棟 3 号館 3 階会 議室	問題解決実践：中間報告 (第 4 回)	中部品質管理 協会、担当教員
	13:30- 17:00		問題解決実践：中間報告 Feedback (第 5 回)	担当教員
3 月 13 日 (金)	9:00- 12:00	医系研究棟 3 号館 3 階会 議室	フリーディスカッションと知の創出	長尾
	12:10- 12:30		事務連絡	

第7クール以降（3/14～6/13）

日にち	時間	場所	教科目	講師（敬称略）
4、5月	対面、メール、Web 会議		問題解決実践：進捗状況確認と助言	担当教員
6月上旬	メール（資料提出）		問題解決実践：成果報告用 A3 提出	
6月13日 （土）	午後	未定	問題解決実践：成果報告会	中部品質管理協会、担当教員、外部評価者
	夕	未定	合同修了式	
	夜	未定	懇親会	



図 3

アンケート - CQSO

localhost:5053/General/Answer?lectureCD=6_43

アンケート

パスワード変更 Logoff

品質管理手法の修得 実践

横村

時間の長さ

短い 長い

必須

難易度

易しい 難しい

必須

ニーズへのフィット度

低い 高い

必須

リスク量低減への効果

低い 高い

必須

感想・ご意見等

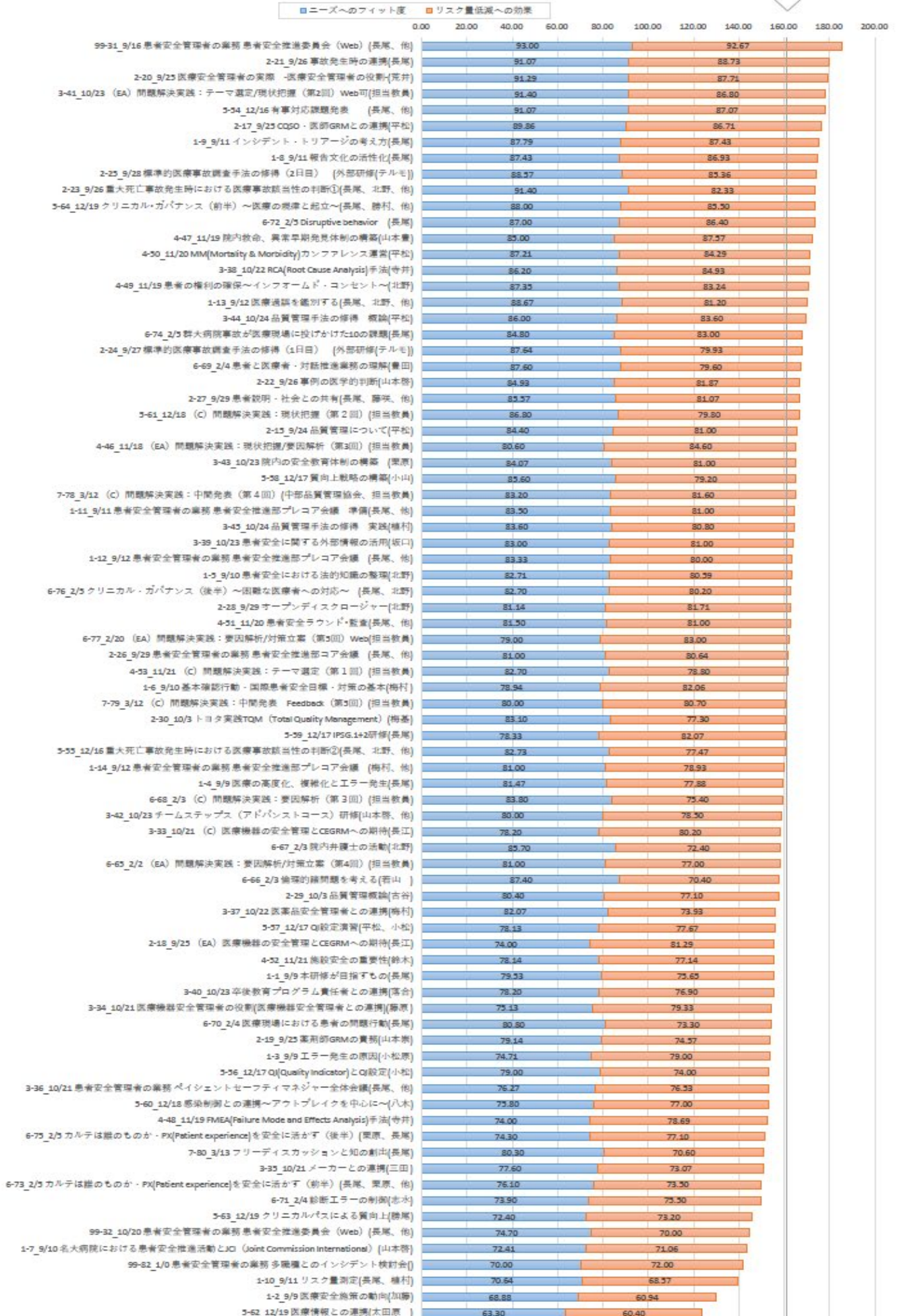
(今後の講義の参考とします。質問は直接講師へお尋ねください)

図 4

CQSO第7期

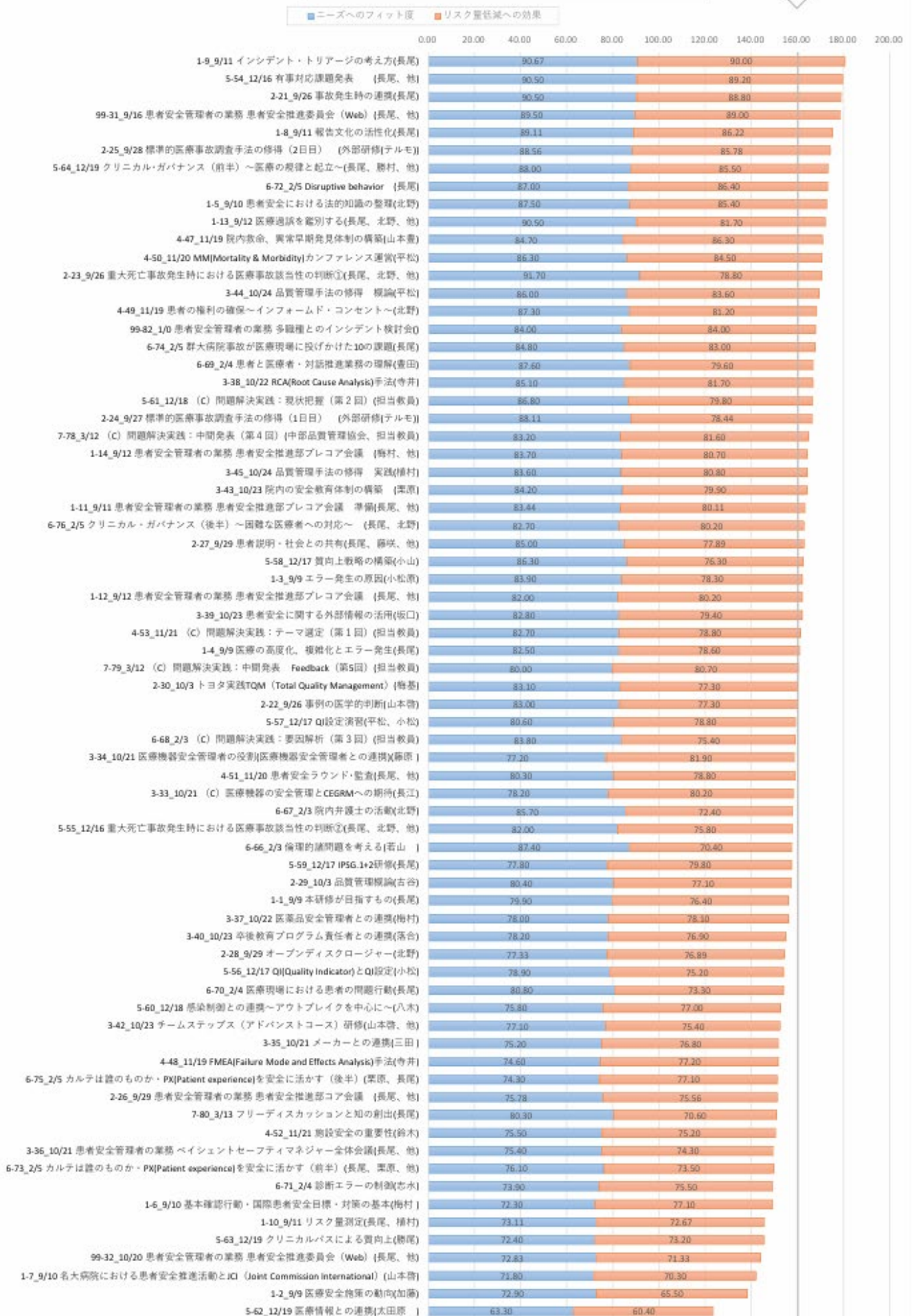
1期平均: 158.02 3期平均: 160.22 5期平均: 157.68 7期平均: 154.60
2期平均: 167.91 4期平均: 163.98 6期平均: 159.30

第7期平均
160.97



CQSO第7期 (CQSO)

1期平均: 160.47	3期平均: 158.01	5期平均: 157.58	7期平均: 161.10
2期平均: 165.08	4期平均: 161.91	6期平均: 159.17	

第7期(CQSO)平均
160.26

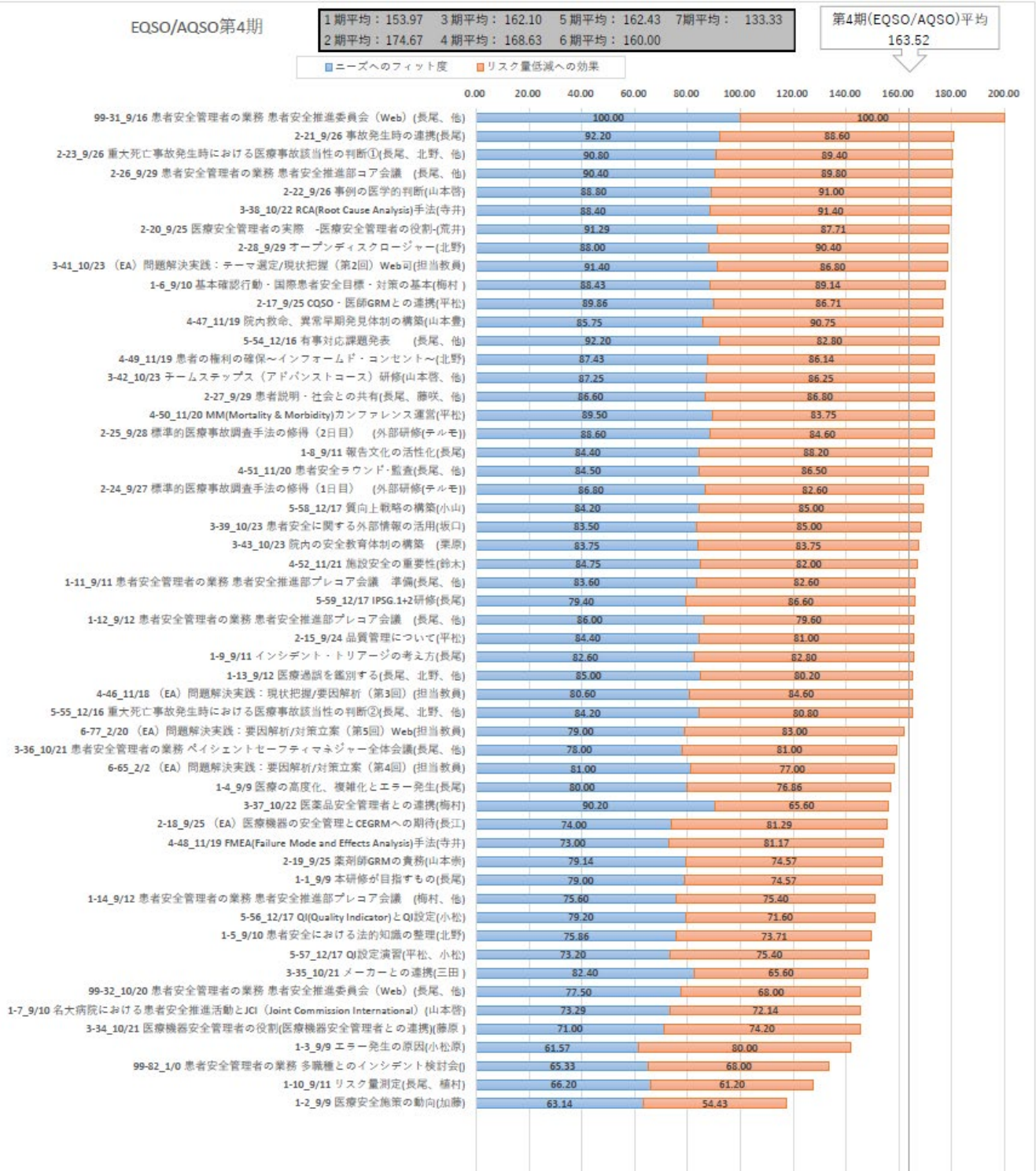
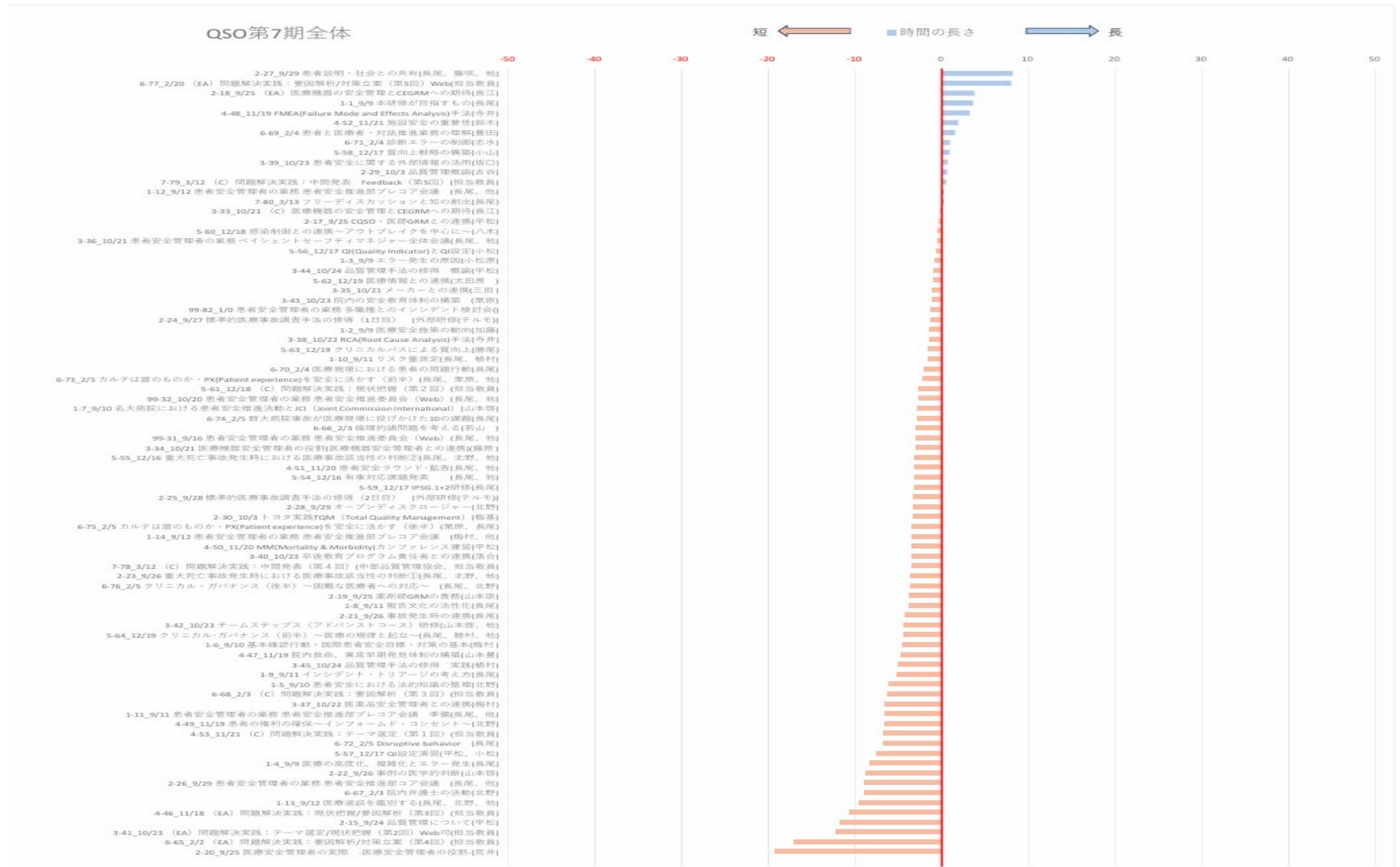


図 7

QSO時間長短ランキング



QSO時間長短ランキング(CQSO)



図 9

QSO時間長短ランキング(EAQSO)

EQSO/AQSO第4期

短 ← 時間の長さ → 長

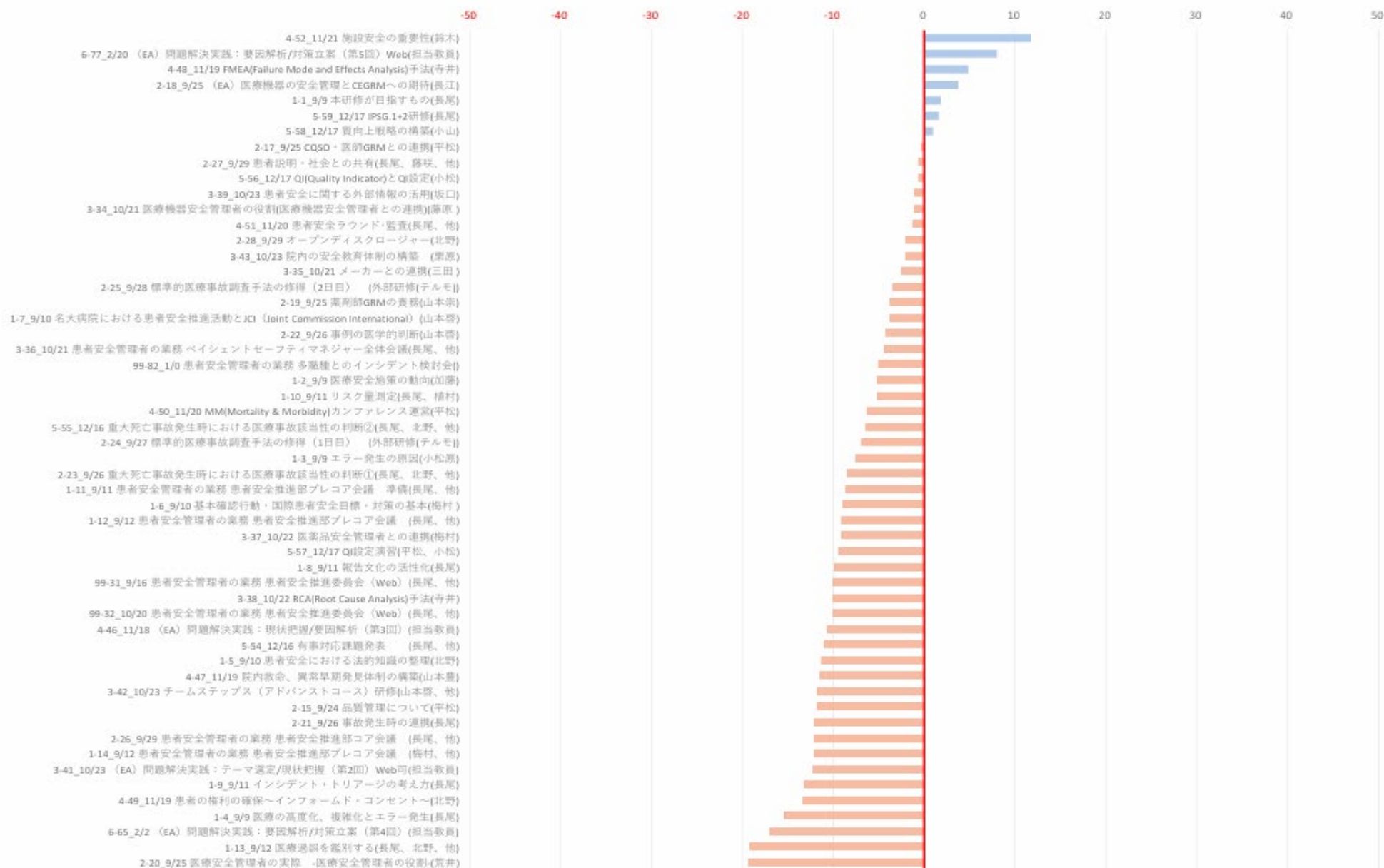
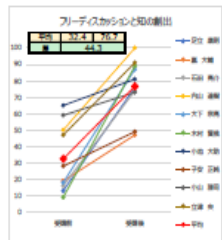


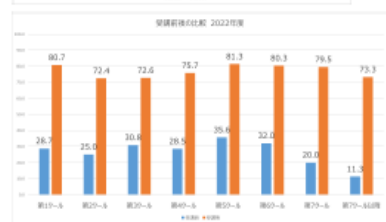
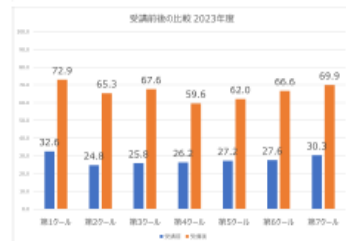
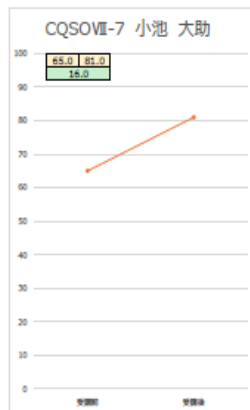
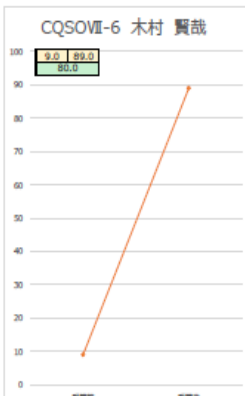
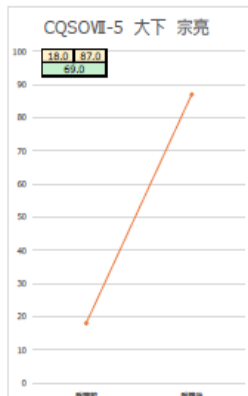
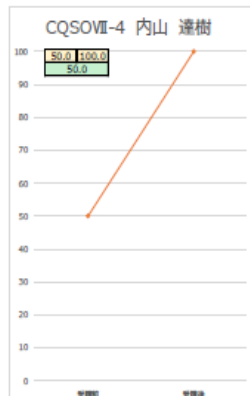
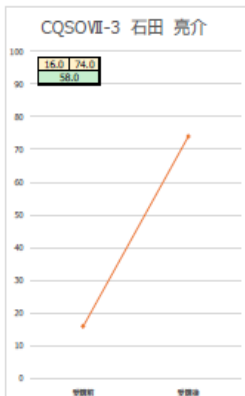
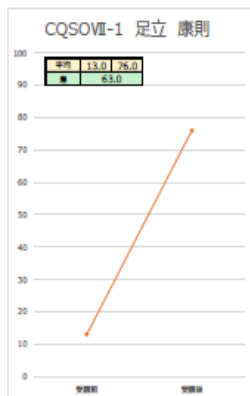
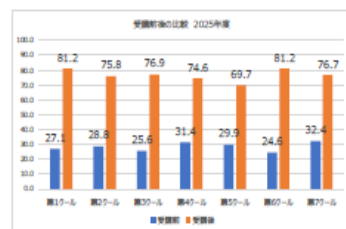
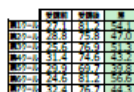
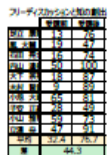
図 10

2025年度第7期CQSO コンテンツ前後評価 (VAS)

年・月	日付	時間	出席者	議題	評価①	評価②
第7 フェーズ の目標	3月12日(木)	9:00-12:30	懇話会総会・中堅役員（第4回）	中堅役員懇話会 の総会		
	3月12日(木)	13:30-17:00	懇話会総会・中堅役員 PostLock（第5回）	総会後席		
	3月13日(金)	9:00-12:00	フリーディスカッション等の自由参加	長席	懇話会会に關して、近未来の方向性や方策に關して、懇話会との協同	懇話会会に關して、近未来の方向性や方策に關して、懇話会との協同
	3月13日(金)	12:10-12:30	懇話会総会			
			出席者			



	CQ50H-1		CQ50H-2		CQ50H-3		CQ50H-4		CQ50H-5		CQ50H-6		CQ50H-7		CQ50H-8		CQ50H-9		CQ50H-10	
	设计	材料	设计	材料	设计	材料	设计	材料	设计	材料	设计	材料	设计	材料	设计	材料	设计	材料	设计	材料
	碳钢	不锈钢	碳钢	不锈钢	碳钢	不锈钢	碳钢	不锈钢	碳钢	不锈钢	碳钢	不锈钢	碳钢	不锈钢	碳钢	不锈钢	碳钢	不锈钢	碳钢	不锈钢
13	76	19	47	16	74	50	100	18	87	9	89	65	81	28	49	59	73	47	91	
单位	13.0	76.0	19.0	47.0	16.0	74.0	50.0	100.0	18.0	87.0	9.0	89.0	65.0	81.0	28.0	49.0	59.0	73.0	47.0	91.0
★	60.0		26.0		56.0		50.0		69.0		80.0		16.0		21.0		14.0		44.0	



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 国立大学法人東海国立大学機構
所属研究機関長 職 名 機構長
氏 名 松尾 清一

次の職員の令和 7 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 医療安全対策の普及と実装に向けた研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 医学部附属病院・教授
（氏名・フリガナ） 長尾能雅・ナガオヨシマサ

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）	☒	☐	☒	名古屋大学医学部附属病院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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： ）	☐	☒	☐		☐

（※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☐ 無 ☒ （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。