令和７年度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）

診療所における
医療安全活動の質向上に向けた研究

令和７年度　総括研究報告書

研究代表者　種田憲一郎
令和８(2026)年５月

目　　次

Ⅰ．総括研究報告

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）
診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究
研究代表者　種田　憲一郎　　国立保健医療科学院　上席主任研究官
（資料 1）アンケート調査結果報告（概要）
（資料 2）アンケート調査結果報告（診療形態別の分析）
（資料 3）アンケート調査（集計結果）
（資料 4）アンケート調査（設問一覧）
---------- 1

II. 分担研究報告

1. 診療所対象の医療安全外部研修の現状と課題
研究分担者　青木　拓也　　東京慈恵会医科大学　総合医科学研究センター
臨床疫学研究部　准教授
（資料1）診療所の患者安全【総論】
（資料2）インシデント報告システム
（資料3）診療所における救急対応
---------- 56

2. 診療所における医療安全情報の入手・活用を促進する実装要因の同定と
研修モデルの構築に関する研究
研究分担者 小曽根　早知子　　筑波大学　医学医療系　講師
（表1）インタビュー対象施設の基本属性
（表2）CFIRに基づく診療所・小病院での医療安全活動の実装要因
---------- 92

3. 島根県における診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究
研究分担者　深見 達弥　　島根大学　医学部附属病院　医療安全管理部　教授
（図1）本研究の全体構成と研究の流れ
（図2）島根県と全国における診療所の医療安全体制および
医療安全情報活用状況の比較
（図3）感染症対策関連コンテンツの月別視聴数推移と制度的イベント
（図4）医療安全関連コンテンツの月別視聴数推移と制度的イベント
（図5）診療所における医療安全活動の構造的課題と支援の概念モデル
（資料1）アンケート調査票（全国版と同一）
（資料2）島根県アンケート結果（全単純集計）
（資料3）しまねＭＡＭＥインフォ・しまねCOMMONS
---------- 99

4. 診療所における医療安全活動の推進に向けた教育：アンケートの質的分析からの教材提案
研究分担者　山口　悦子　　国際医療福祉大学　医学部　教授
（附表1）接遇・トラブル対応スクリプト例
（附表2）30分でできる安全行動のトレーニング（チェックバック）
（附録1）自施設に合わせたサマリーの作成
（附録2）自施設に合わせた視覚的資料の作成
（資料1）明日からできる！診療所の安全づくり
（資料2）医療安全教材作成 実践マニュアル
---------- 149

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ---------- 176

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）
令和７年度　総括報告書

診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究

研究代表者 種田憲一郎　国立保健医療科学院　上席主任研究官

研究要旨

（背景・目的）医療安全に資する様々なエビデンス・対策等が発信されつつあるが、それらが医療現場で実装されるまでには様々な課題があり、実装研究の推進はグローバルにも提案されている。本邦では、医療法により診療所を含む全ての医療機関に医療安全管理体制の確保を義務づけ、通知でそれぞれに盛り込むべき内容を示しているが、診療所等における、医療安全に関する知見・外部情報の入手方法や、知見・外部情報に基づいた医療安全活動（指針の策定と更新、職員研修の企画と実施、事故防止策の立案と実施等）の実施状況は明らかになっていない。また、医療法・医療法施行規則に基づいて日本医療安全調査機構や日本医療機能評価機構が全国医療機関から事故等の情報を収集・分析した上で発出している情報は、病院における事故等の情報を中心として情報収集・作成されており、診療所の医療安全に資する外部情報の同定や、診療所における外部情報の活用状況の把握は十分行われていない。 そこで本研究では、医療安全に関する知見・外部情報の入手状況や、知見に基づいた医療安全活動の実施状況を把握する。

（方法）全国から無作為抽出した 1000 診療所を対象とした Web アンケート、ヒアリング、文献レビュー、具体的な研修教材の作成、実際の研修での試行等を実施した。

（結果・考察）全国的なアンケート調査（回収率 28.9%）及びヒアリング等の結果、診療所における医療安全管理の主な３つの課題が示唆された。第一に、組織的な医療安全への取り組みの低さである。日本医療機能評価機構等の公的機関が発信する外部情報の認知度は極めて低い。第二に、医療安全に取組む人材の制約である。多くの診療所が小規模であり、構造的な課題と考えられるが、外部情報の活用を阻む最大の要因として「時間・余力の不足」が挙げられている。第三に、外部情報の現場の状況とのミスマッチである。発信される情報の内容が診療所の実情と合致していないとの認識がある。これらの課題へ対処し、「負担を最小化し、実効性を最大化する」教育支援モデルとして、日常業務に組み込める「マイクロラーニング」や地域ネットワークを活用した「ピア・ラーニング」の導入がある。さらに、「情報のミスマッチ」と「教材制作時間の不足」を同時に解決するため、外部情報と自施設の個別条件を AI で統合し、最適な教育コンテンツの生成を提案した。また、具体的な診療所向けの医療安全の研修教材も作成し、某地域で研修を実施し、受講者の肯定的評価も得られた。地域の医療安全支援センターを含む行政や大学等の共同、学会等が実施するウェビナー研修の機会の提供、などによる診療所における医療安全の推進を支援し得る可能性も示唆された。

個々の施設努力を超え、学術・職能団体、地域医師会、医療安全支援センター等の行政、大学等もハブとなり、外部研修を効果的に活用できるネットワークを構築することも、地域全体の医療安全向上に寄与すると考えられる。

研究分担者

青木拓也　東京慈恵会医科大学・総合医科学研究センター・臨床疫学研究部・准教授

後　信　九州大学病院・医療安全管理部・教授・部長

小曽根早知子　筑波大学・医学医療系・講師

木村壯介　一般社団法人日本医療安全調査機構・事務局・常務理事

深見達弥　島根大学・医学部附属病院・医療安全管理部・教授

山口悦子　国際医療福祉大学・医学部・教授

研究協力者

舛本祥一　筑波大学医学医療系・地域総合診療医学

坂口美佐　公益財団法人日本医療機能評価機構・医療事故防止事業部

森山仁美　一般社団法人日本医療安全調査機構

川越正平　松戸市医師会　あおぞら診療所

永田拓也　江東区医師会　永田医院

柿沼倫弘　国立保健医療科学院・医療・福祉サービス研究部

名越究　島根大学医学部環境保健医学講座

谷口かおり　島根大学医学部環境保健医学講座

坂口公太　島根大学医学部附属病院総合診療医センター

A．研究目的

（背景）医療安全に資する様々なエビデンス・対策等が発信されつつあるが、それらが医療現場で実装されるまでには様々な課題があり、実装研究の推進はグローバルにも提案されている（2023 年、閣僚級世界患者安全サミット）。また診療所等のプライマリ・ケア分野の医療安全の重要性も指摘されている（2025 年、閣僚級世界患者安全サミット）。

本邦では、医療法により診療所を含む全ての医療機関に医療安全管理体制の確保（指針の整備、職員研修の実施、医療機関内の事故報告等の改善のための方策）を義務づけ、通知でそれぞれに盛り込むべき内容を示している。一方、医療安全管理者等の、医療安全にかかる規程の研修を修了し医療安全活動に専任・専従で従事する担当者が配置されていない診療所等における、医療安全に関する知見・外部情報の入手方法や、知見・外部情報に基づいた医療安全活動（指針の策定と更新、職員研修の企画と実施、事故防止策の立案と実施等）の実施状況は明らかになっていない。

また、医療法・医療法施行規則に基づいて日本医療安全調査機構や日本医療機能評価機構が全国医療機関から事故等の情報を収集・分析した上で発出している情報（「医療事故の再発防止に向けた提言」や「医療安全情報」等。以下、「外部情報」とする）は、病院における事故等の情報を中心として情報収集・作成されており、診療所の医療安全に資する外部情報の同定や、診療所における外部情報の活用状況の把握は十分行われていない。

（目的）そこで本研究では、診療所へのアンケート・ヒアリング等を通じて、医療安全に関する知見・外部情報の入手状況や、知見に基づいた医療安全活動の実施状況を把握する。また、知見の入手・活用の促進因子・阻害因子を同定し、診療所における医療安全に関する知見の入手・活用のモデルを提案する。

さらに、診療所の医療安全に資する提言・医療安全情報等を選定した上で（日本医療安全調査機構、日本医療機能評価機構の発行物について、それぞれ複数選定する）、診療所におけるそれらの活用状況を把握する。以上を踏まえ、医療安全に関する知見の入手・活用方法や、診療所における活用に資する提言・医療安全情報等を含めた、診療所向けの医療安全の研修教材を作成する。

Ｂ．研究方法

B-Ⅰ　全国的なアンケート調査

（参照：資料）

全国から無作為抽出した 1000 診療所を対象として、医療安全に係る知見（医療安全情報、提言書など）の活用状況等について、アンケート調査を実施した。なお調査対象とする医療安全情報及び提言書については、日本医療機能評価機構及び日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）等とも検討して、より多くの医療機関を対象とし、周知・活用状況等を確認する上で発行からある一定期間を経ている発行物を選択した（医療安全情報 「No.60　有効期間が過ぎた予防接種ワクチンの接種」、医療安全情報 「No.109　採血時の検体容器間違い」、提言書「第 3 号　注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析」、提言書「第 15 号　薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」）。

- 期間：2026年2月19日（木）から3月18日（水）
- 方法：Webアンケートへの参加依頼状を郵送
- 設問項目の概要：

1. 診療所の基本属性と体制（Q1）

- 診療所の種類と規模：有床・無床の別、同じ法人内の病院の有無、常勤・非常勤の医師・看護師数。
- 実施している医療行為：手術、内視鏡処置、分娩、人工透析、侵襲的処置などの実施有無。
- 届出・参加状況：医療安全対策加算や外来感染対策向上加算、在宅療養支援診療所の届出状況、および日本医療機能評価機構の事業への参加状況。
- 担当者の配置：医療安全管理を専従・専任で担当する医療職や、支援する事務補助者の有無。

2. 日本医療機能評価機構からの情報の活用（Q2）

- 情報の入手方法：FAX の利用、ホームページからのダウンロード状況、および望ましい発信形式（メール、郵送、SNS など）。
- 具体的事例の認知と活用：「有効期間が過ぎたワクチンの接種（No.60）」や「採血時の検体容器間違い（No.109）」といった具体的な情報の認知度、活用方法、および活用が難しい理由。
- ニーズ：今後活用したい情報の分類（薬剤、検査、医療機器など）。

3. 日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）からの情報の活用（Q3）

- 提言の確認状況：センターが発信する「医療事故の再発防止に向けた提言」の確認頻度。
- 具体的事例の認知と活用：「注射剤によるアナフィラキシー（第 3 号）」や「薬剤の誤投与（第 15 号）」に関する提言の認知度と活用状況、および困難な理由。

4. 地域の医療安全支援センターとの関わり（Q4）

- 認知と期待：地域のセンターの認知度、および期待する役割（研修、意見交換、苦情・相談の共有など）。
- 活用の実態：センターからの助言や情報提供の経験と、その活用内容。

5. 医療安全活動の現状と今後の課題（Q5）

- 情報の入手先：学会、職能団体、行政機関など、外部情報の主な入手先。

インシデント報告体制：報告を収集する仕組み（電子、紙、口頭など）の有無。

- 経験した出来事：薬剤間違い、患者間違い、転倒・転落、コミュニケーション上の

問題など、これまでに経験した具体的なインシデント。

- 自己評価と学習ニーズ:自院の医療安全レベルの総合評価、および今後学びたいテーマ（ヒューマンエラー、チームワーク、事例分析など)。

● **診療形態別の分析（参照：資料）**

侵襲的治療・処置の有無によって、医療安全への取組みが異なることが推測され、治療・処置の有無によって 2 群に分けて、比較・検討した。

B-Ⅱ　全国的なアンケート調査の質的分析（有床・無床診療所の二群比較）と教材提案

（参照：山口分担報告）

全国の診療所 288 件へのウェブアンケート（有床 41 件、無床 247 件）の回答のうち、施設の状況、医療安全の体制、医療安全推進の阻害要因、学習ニーズについて、有床・無床診療所の二群比較によるクロス集計を実施。さらに、自由記述回答については施設種別ごとに質的分析を行い、それぞれの診療環境に特有の課題とニーズを抽出した。

B-Ⅲ　ヒアリング（インタビュー）調査

（参照：小曽根分担報告）

無床診療所 4 施設および小規模病院 1 施設を対象に、実装研究の統合フレームワークを用いた半構造化インタビュー調査を実施した。日本医療機能評価機構の医療安全情報を含む外部情報の入手経路、活用状況、組織内の報告文化、および DX ツールの活用実態について質的記述的に分析した。

B-Ⅳ　島根県における取組み

（参照：深見分担報告）

島根県内の診療所 9 施設を対象にヒアリング調査を実施し、医療安全管理を担う人的資源の不足、インシデント情報共有の未整備、外部医療安全情報の活用不足、継続的な研修機会の不足、課題提起や相互確認のしにくい組織風土といった課題を抽出した。これを踏まえ、島根県内の診療所640施設を対象に、全国調査と同一設問によるアンケート調査(郵送調査および Web フォームを併用し、無記名・任意回答方式)を実施した。

B-Ⅴ　文献等のレビュー

（参照：青木分担報告）

学術・職能団体、行政、民間企業等による診療所対象の医療安全研修について文献レビューを行い、研修の内容や形式を抽出した。

（倫理面への配慮）

当該研究は「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 」を遵守して行った。ヒアリング等を実施する際には、調査対象者には、研究の趣旨等を説明し、承諾を得られた際に実施し、個人が特定されない形で調査結果のとりまとめを行った。

Ｃ．研究結果

C-Ⅰ　全国的なアンケート調査

（参照：資料）

- 回収率 28.9%（288 施設。全国から無作為抽出した 1000 診療所を対象としが、宛先不明で返送された件数が 5 件のため、実際の回答対象者数は 995 件）

1.　調査対象施設の概要

- 施設形態:　無床診療所が 75.7%(218 施

設)、有床診療所は 10〜19 床が 18.4%(53 施設)、1〜9 床が 5.9%（17 施設）

- 法人形態:　同じ法人内に病院を持つ施設は 9.7%、90.3%は独立した診療所組織

- 平均スタッフ数:

常勤医師：1.40 人／非常勤医師：1.17 人

常勤看護師:3.16 人／非常勤看護師:1.75 人

2.　医療安全管理体制の構築状況

- 医療事故情報収集・分析・提供事業:「事業について知らない」が 54.5%、「知っているが参加していない」が 38.5%、任意参加医療機関として参加しているのは 6.9%

- ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業:「事業について知らない」が 51.7%

- 医療安全対策加算:「取得していない」施設が 93.8%

- 外来感染対策向上加算:取得している施設は 41.3%

- 在宅療養支援診療所(在支診):届出なしが 78.1%

- 専従担当者（医療職）：「いない」が 84.4%。

- 専任・兼務担当者（医療職）：　「いる」が 56.3%。

- 事務補助者:　81.3%が医療安全管理を支援する事務補助者を配置していない

3.　日本医療機能評価機構の情報の活用

- 入手経路:68.8%がウェブサイトからの PDF ダウンロードを行っていない。過去に行われていた FAX 送付を利用していた施設は 27.1%

- 個別情報の認知度:

「有効期間が過ぎたワクチンの接種」:認知度 35.4%

「採血時の検体容器間違い」:認知度 30.9%

- 活用方法:　情報を認知している施設では、85%以上が「関連職員との情報共有」に活用している。

4.　日本医療安全調査機構（提言書）の活用

- 提言書の確認状況:「必要時に確認する」が 36.5%、「確認していない」が 58.0%

- 個別情報の認知度:

「注射剤によるアナフィラキシー死亡事例分析」:認知度 31.6%

「薬剤の誤投与に係る死亡事例分析」:認知度 25.3%

5.　活用を阻む主な理由（複数選択）

- 活用する時間・余力がない:
　　50.0% 〜 72.2%

- 診療の状況と内容が合わない:
　　30.0% 〜 50.0%

- 活用方法がわからない:
　　5.6% 〜 20.0%

- 量が多い／文字が多い:
　　13.0% 〜 18.8%

6.　情報入手先の機会（複数選択）

- 職能団体(医師会、看護協会等):60.1%

- 学会・研究会等: 52.4%

- 行政機関: 30.2%

- 日本医療機能評価機構: 19.8%

7.　医療安全支援センターへの期待

- 地域の医療安全支援センターを認知している施設は 21.5%

- 助言等を受けた経験がある施設は 4.2%

- 期待される役割:「医療安全の研修の機会(61.5%)」、「地域住民からの苦情・相談の共有（38.5%)」など

8.　望ましい情報発信形式

- メール配信（ニュースレター等）:
　　37.2% 〜 40.3%

- 冊子・印刷物の郵送:　31.6% 〜 35.8%

- FAX:　16.0% 〜 17.0%

9. 経験したことのある出来事（複数選択）

- 薬剤に関わる疑義照会：40.3%
- 患者とのコミュニケーションに関わる出来事：34.4%
- 予防接種に関わる出来事：27.4%
- 患者間違い：23.3%
- 転倒・転落：21.2%
- 検査関連の出来事：20.8%

10. 医療安全の自己評価

- 「まあまあ」：74.3
- 「とても良い」：17.7%

11. 重点的に学びたいテーマ（複数選択）

- ヒューマンエラー: 66.7%
- コミュニケーション（チームワーク）：53.5%
- 事例分析・対策立案: 41.7%
- 報告の仕組みづくり: 39.6%
- 診断の改善: 13.5%

● **診療形態別の分析（参照：資料）**

- 医療安全対策加算

治療・処置ありグループ：取得率は58.8%(特に「加算 1」の取得率は 7.9%で、なし群（1.7%）の約 4.6 倍）

治療・処置なしグループ：取得率は 42.0%

- 外来感染対策向上加算

治療・処置ありグループ：取得率は 57.0%

治療・処置なしグループ：取得率は 87.4%

- インシデント経験の有無

「とくに経験はない」と回答した割合

治療・処置ありグループ：1.8%

（ほぼすべての施設が何らかのインシデントやヒヤリ・ハットを経験している）

治療・処置なしグループ：24.7%

- 治療に関わる出来事：

治療・処置あり: 54.4%

治療・処置なし: 10.9%

- 医療機器に関わる出来事：

治療・処置あり: 58.8%

治療・処置なし: 9.8%

- 両グループに共通して多いインシデント

薬剤に関わる疑義照会：両グループともに約 70〜80%以上の施設が経験

患者とのコミュニケーション：治療・処置あり群（約 56%）、なし群（約 48%）といずれも半数近い施設が経験

- 検査関連のインシデント：治療・処置あり群（55%）に対し、なし群（31%）と、処置を行う施設の方が検査プロセスの出来事が多い傾向がある
- 診断の誤り・遅れ：治療・処置あり群（21%）、なし群（16%）と、他の項目に比べると差が小さくなっている傾向がある

C-Ⅱ　全国的なアンケート調査の質的分析と教材提案

（参照：山口分担報告）

有床・無床診療所の両方に共通した医療安全活動の最大の阻害要因は、「活用する時間や担当者の余力がない」という時間的・人的リソースの不足であった（有床 43.9%、無床 46.2%）。質的分析では、有床診療所は RCA などの専門的手法や外部評価対応といった「組織マネジメント」としての安全管理を志向する一方、無床診療所は「極限的な時間不足」の中で、接遇や事務ミス防止といった「日常の実務」に直結する簡略化された情報とサポートを求めていることが判明した。また、病院向けの専門的な情報が多いため、教育に転用しにくいという「情報のミスマッチ」も共通の課題として抽出された。

C-Ⅲ　ヒアリング（インタビュー）調査
（参照：小曽根分担報告）

質的分析より、診療所の医療安全における外部情報の不適合性（公的情報の多くが病院診療を前提としており、診療所の文脈に翻訳されていないことが情報の活用を阻んでいる）、報告の非匿名性と DX による補完（少人数組織ゆえの報告の非匿名性が障壁となる一方、DX 活用が報告のハードルを下げる補完手段として機能する）、およびスタッフの自律性と即時改善の機動性（スタッフの高い自律性と現場主導の即時改善サイクルが形式的な指針以上に実効的な安全網として機能する）という実態が明らかとなった。

C-Ⅳ　島根県における取組み
（参照：深見分担報告）

175 施設（Web 回答 88 施設、紙回答 87 施設）（回収率 27.3%、有効回答率 27.3%～15.8%）から回答を得た。その結果、医療安全管理を専従で担う医療職がいる施設は 17 施設（9.8%）、専任（兼務）担当者がいる施設は 85 施設（48.6%）であり、事務補助者がいない施設は 153 施設（87.9%）であった。また、日本医療機能評価機構の医療事故情報収集・分析・提供事業を「知らない」と回答した施設は 107 施設（62.9%）であり、外部医療安全情報の認知・活用は限定的であった。

C-Ⅴ　文献等のレビューと研修の試行
（参照：青木分担報告）

現状では外部研修の実施主体は限定的であるものの、e ラーニングや参加型ウェビナー等、多様な形式で提供されていた。抽出された研修テーマは、病院と共通する内容に留まらず、診断・ワクチンエラー、小規模施設での急変対応、および近接・継続的な医療提供を背景とした患者協働等、診療所特有のインシデントに対応する領域が同定された。これらは世界保健機関や諸外国が提唱するコンピテンシーと整合していた。

前述の結果に基づき、分担研究者（青木）は、以下の 3 つのテーマから構成される研修教材を作成し、医療安全支援センターが主催する医療安全研修会で試行した。

1. 診療所における医療安全の意義に関する総論
2. 診療所におけるインシデントの報告および分析手法
3. 診療所における救急・急変時対応

教材の有用性を検証するため、東京都多摩小平保健所医療安全支援センターが主催する医療安全研修会（タイトル：「診療所の患者安全、どんなところが落とし穴！？」）において、試行的に実施した。研修後、参加者からはインシデント報告の重要性や救急対応マニュアル作成の意義を再認識したとするコメントが多数得られた。受講者の肯定的評価や具体的な行動変容の意向に鑑み、本研修の目的は概ね達成された。

D．考察

全国的なアンケート調査は回収率 28.9%と、従来の診療所を対象としたアンケート調査としては比較的高い回収率となり、サンプリング・バイアスは考慮しつつも、全国の診療所の医療安全に関わる取り組みの現状をある程度、示唆していると考えられる。

ヒアリング等の調査の結果も考慮すると、診療所における医療安全管理の実態として、以下の 3 点が主な課題であると考

えられる。第一に、組織的な医療安全への取り組みの低さである。日本医療機能評価機構等の公的機関が発信する外部情報の認知度は極めて低い。第二に、医療安全に取組む人材の制約である。多くの診療所が小規模であり、構造的な課題と考えられるが、外部情報の活用を阻む最大の要因として「時間・余力の不足」が挙げられている。第三に、外部情報の現場の状況とのミスマッチである。発信される情報の量や内容が診療所の実情と合致していないとの認識がある。

また、メール配信や郵送など、より直接的で利便性の高い情報提供形態が求められている。FAX が活用されている診療所も少なくない。

診療所側は、ヒューマンエラーやコミュニケーションに関する学習を強く望んでいる。

診療所の特性（処置の有無）を考慮した分析からは、医療安全に対する課題と注力ポイントが異なることも示唆されており、考慮することが有用である。

さらに有床診療所と無床診療所の比較においては、有床診療所では比較的組織的な報告・管理体制が構築されている一方、無床診療所では担当者の不在や口頭報告への依存があった。両者に共通した阻害因子は「時間的余力の欠如」であった。

一方、自由記述の分析結果からは、有床診療所は「組織マネジメント」としての安全管理を模索しているのに対し、無床診療所は「日常の実務」としての接遇や事務ミス防止にニーズを抱えていることが判明した。特に無床診療所においては、高度な安全理論よりも、具体的な対話例や、手間のかからないチェック機能が求められていた。また、いずれの施設においても、情報として文脈を共有できる事例が求められており、地域のネットワークによる情報提供や研修への期待もあった。

診療所での医療安全の実装には、外部情報の現場で適用可能な形への翻訳と、現場の機動性を活用し既存活動を医療安全の文脈で再定義することが望ましいと考えられた。

そこで診療所において医療安全を推進するための教育方法・ツールの提案として、以下の事項が挙げられた：

①診療所の現状に合わせた教育方法の考案（負担を最小化し、実効性を最大化する）

- 診療所版の情報提供
- マイクロラーニング（すでにある業務スケジュールに組み込む）
- 視覚的ツール（隙間時間に確認・視聴できる）
- 短時間のトレーニングプログラム
- ピア・ラーニング（地域ネットワークを活用）

②生成 AI を活用した教育支援モデルの構築（外部情報と自施設の個別条件を統合）

- 具体的な教材、作成方法についても提案した。

島根県での調査からは、島根県においても小規模診療所に共通する構造的課題があることが示唆された。こうした課題への支援方策として、島根県で運用されている専門職向けｅラーニングシステム「しまねCOMMONS」の活用可能性を検討した。同システムは、島根県と島根大学が連携して運用する既存の学習基盤であり、短時間・オンデマンド・多職種共有型の特徴を有する。小規模診療所の人的・時間的制約に適合しうる教育支援基盤として活用可能性が示唆された。

E．結論

全国的なアンケート調査（回収率 28.9%）の結果、診療所における医療安全管理の主な３つの課題が示唆された：第一に、組織的な医療安全への取り組みの低さ。第二に、医療安全に取組む人材の制約。第三に、外部情報の現場の状況とのミスマッチ、である。これらの課題へ対処し、診療所の機動性を損なうことなく医療安全の質を向上させる実装モデルとして、外部情報を活用した医療安全理論の共有、低負荷な記録ツールの導入、および診療所文脈に即した事例集の提供を提案する。具体的に「負担を最小化し、実効性を最大化する」教育支援モデルとして、日常業務に組み込める「マイクロラーニング」や地域ネットワークを活用した「ピア・ラーニング」の導入がある。さらに、「情報のミスマッチ」と「教材制作時間の不足」を同時に解決するため、外部情報と自施設の個別条件を AI で統合し、最適な教育コンテンツの生成を提案する。

診療所の医療安全向上には、独自の特性を反映した教育内容と実装しやすい提供形式が不可欠である。さらに個々の施設努力を超え、学術・職能団体、地域医師会、医療安全支援センター等の行政、大学等もハブとなり、外部研修を効果的に活用できるネットワークを構築することも、地域全体の医療安全向上に寄与すると考えられる。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H．知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

『診療所における医療安全活動の現状と課題』-アンケート調査結果報告

概要

全国から無作為抽出した1000診療所を対象として（宛先不明で返送された件数は5件のため、実際の回答対象者数は995件）、「診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究」のアンケート調査を実施した。本報告書は、国内の診療所（有床および無床）288施設から得られたアンケート結果（回収率28.9%）を網羅的に分析したものである。調査の結果、診療所における医療安全管理の実態として、以下の3点が浮き彫りとなった。第一に、組織的な参画の低さである。日本医療機能評価機構等の公的機関が実施する医療事故収集事業への参加率や認知度は極めて低く、5割以上の施設が事業そのものを認知していない。第二に、リソースの制約である。医療安全管理を「専従」で担当する職員は15.6%に留まり、約8割で支援する事務補助者もいないため、情報の活用を阻む最大の要因として「時間・余力の不足」が挙げられている。第三に、外部情報のミスマッチである。発信される情報の量や内容が診療所の実情と合致していないとの認識があり、メール配信や郵送など、より直接的で利便性の高い情報提供形態が求められている。診療所において学べるとよいテーマとして、ヒューマンエラーやコミュニケーションに関する学習を強く望んでおり、現場のニーズに即した支援体制の構築が期待される。

1. 調査対象施設の概要

調査に回答した288施設の基本属性および運営状況は以下の通りである。

1.1 診療所の種類と体制

- 施設形態: 無床診療所が75.7%（218施設）と大半を占める。有床診療所は10～19床が18.4%（53施設）、1～9床が5.9%（17施設）である。
- 法人形態: 同じ法人内に病院を持つ施設は9.7%に過ぎず、90.3%は独立した診療所組織である。
- 平均スタッフ数:
  常勤医師：1.40人 ／ 非常勤医師：1.17人
  常勤看護師：3.16人 ／ 非常勤看護師：1.75人

1.2 実施している主な治療・処置（複数選択）

診療所で行われている医療行為は多岐にわたるが、特定の処置を行っていない施設も約半数にのぼる。

処置内容	実施率(%)
侵襲的処置（穿刺、切開など）	31.3%
手術	26.0%
内視鏡による処置	21.5%
分娩	5.2%
人工透析	3.5%
上記の治療・処置は実施していない	48.3%

2. 医療安全管理体制の構築状況

診療所における制度的な安全管理体制は、加算取得や専門スタッフの配置において課題が見られる。

2.1 公的事業への参加・認知状況

日本医療機能評価機構が実施する各事業への参加・認知状況は低位に留まっている。

- 医療事故情報収集・分析・提供事業: 「事業について知らない」が54.5%、「知っているが参加していない」が38.5%であり、任意参加医療機関として参加しているのは6.9%のみである。
- ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業: 「事業について知らない」が51.7%に達する。

2.2 加算および届出の状況

- 医療安全対策加算: 「取得していない」施設が93.8%と圧倒的である。
- 外来感染対策向上加算: 取得している施設は41.3%である。
- 在宅療養支援診療所(在支診): 届出なしが78.1%を占める。

2.3 医療安全管理担当者の配置

- 専従担当者(医療職): 「いない」が84.4%。
- 専任・兼務担当者(医療職): 「いる」が56.3%。
- 事務補助者: 81.3%が医療安全管理を支援する事務補助者を配置していない。

3. 医療安全情報の活用と阻害要因

公的機関が発信する情報の認知と活用状況には、情報の重要性と現場の実行可能性の間に乖離がある。

3.1 日本医療機能評価機構の情報の活用

- 入手経路: 68.8%がウェブサイトからのPDFダウンロードを行っていない。過去に行われていたFAX送付を利用していた施設は27.1%であった。
- 個別情報の認知度:
  「有効期間が過ぎたワクチンの接種」: 認知度 35.4%
  「採血時の検体容器間違い」: 認知度 30.9%
- 活用方法: 情報を認知している施設では、85%以上が「関連職員との情報共有」に活用している。

3.2 日本医療安全調査機構(提言書)の活用

- 提言書の確認状況: 「必要時に確認する」が36.5%、「確認していない」が58.0%である。
- 個別情報の認知度:
  「注射剤によるアナフィラキシー死亡事例分析」: 認知度 31.6%
  「薬剤の誤投与に係る死亡事例分析」: 認知度 25.3%

3.3 活用を阻む主な理由(複数選択)

情報の活用が困難な理由として、物理的なリソース不足と内容のミスマッチが上位に挙がっている。

1. 活用する時間・余力がない: 50.0% ～ 72.2%
2. 診療の状況と内容が合わない: 30.0% ～ 50.0%
3. 活用方法がわからない: 5.6% ～ 20.0%
4. 量が多い／文字が多い: 13.0% ～ 18.8%

4. 外部機関との連携と情報ニーズ

診療所が医療安全情報を得る経路や、地域支援機関に対する期待について。

4.1 情報入手先の機会（複数選択）

診療所が医療安全に関する知見を得る主なソースは以下の通りである。

- 職能団体（医師会、看護協会等）: 60.1%
- 学会・研究会等: 52.4%
- 行政機関: 30.2%
- 日本医療機能評価機構: 19.8%

4.2 医療安全支援センターへの期待

地域の医療安全支援センターを認知している施設は21.5%に過ぎず、助言等を受けた経験がある施設は4.2%と極めて限定的である。期待される役割としては、「医療安全の研修の機会（61.5%）」や「地域住民からの苦情・相談の共有（38.5%）」が高い。

4.3 望ましい情報発信形式

今後、情報の入手や利用をしやすくする形式として、以下の回答が得られた。

- メール配信（ニュースレター等）: 37.2% ～ 40.3%
- 冊子・印刷物の郵送: 31.6% ～ 35.8%
- FAX: 16.0% ～ 17.0%

5. 現場におけるインシデント経験と学習ニーズ

5.1 経験したことのある出来事（複数選択）

診療所において発生頻度の高いインシデントは以下の通りである。

項目	経験率(%)
薬剤に関わる疑義照会	40.3%
患者とのコミュニケーションに関わる出来事	34.4%
予防接種に関わる出来事	27.4%
患者間違い	23.3%
転倒・転落	21.2%
検査関連の出来事	20.8%

5.2 医療安全の自己評価

自院の医療安全レベルについて、74.3%が「まあまあ」と回答しており、17.7%が「とても良い」と評価している。

5.3 重点的に学びたいテーマ（複数選択）

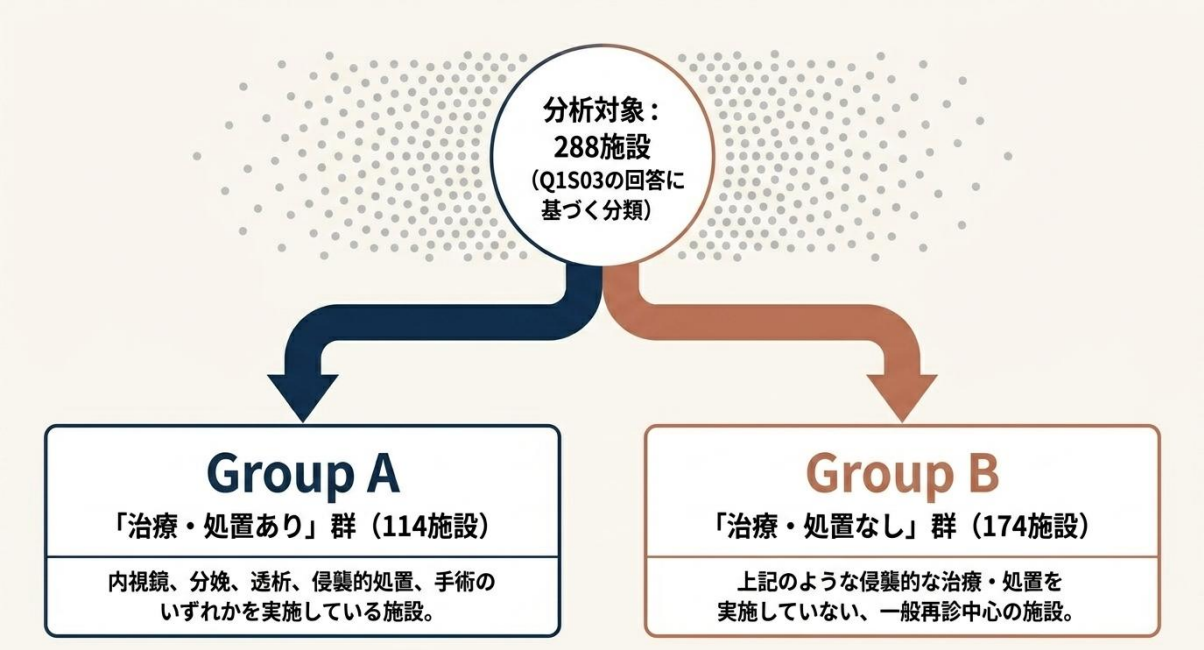
今後の医療安全推進のために学習が必要とされているテーマは明確である。

1. ヒューマンエラー: 66.7%
2. コミュニケーション（チームワーク）: 53.5%
3. 事例分析・対策立案: 41.7%
4. 報告の仕組みづくり: 39.6%
5. 診断の改善: 13.5%

診療形態別（侵襲的治療・処置の有無）の分析

概要

本報告書は、2026年5月18日付のアンケート調査データに基づき、診療所における医療安全情報の活用実態と安全管理体制を、「治療・処置の有無」という観点から分析したものである。分析の結果、侵襲的な治療や手術を行う「治療・処置あり」のグループと、それらを行わない「治療・処置なし」のグループとの間には、医療安全に対するアプローチ、情報のニーズ、および制度への参加状況において顕著な差が存在することが示唆された。



- **「治療・処置あり」グループ**： 組織的な安全管理体制の構築に積極的であり、事故報告事業への参加率や専従担当者の配置率が高い。一方で、膨大な情報量とリソース不足が活用の障壁となっている。
- **「治療・処置なし」グループ**： 感染対策向上加算の取得率が極めて高く（約9割）、日常的な感染症対策に注力している。しかし、一般的な医療安全情報に対しては「自院の診療内容とのミスマッチ」を感じており、活用が限定的である。

1. 医療安全情報の活用実態とニーズの比較

日本医療機能評価機構が発行する「医療安全情報」の活用方法や課題において、診療形態による明確な違いが見られる。

活用方法と多様性

- **治療・処置ありグループ**：
  職員間での情報共有に加え、「マニュアルの作成・修正」「研修会の教材」「事故発生時の参考資料」など、多角的かつ組織的な安全管理ツールとして情報を組み込んでいる。

- **治療・処置なしグループ**:
  用途は主に「職員間での共有」に限定されており、マニュアルへの反映といった深い活用に至っている施設は相対的に少ない。

情報ニーズ（活用したい医療安全情報の分類）の比較

- **治療・処置ありグループ**:
  「医療機器」（約82%）、「薬剤」（約81%）、「治療・処置」（約74%）に関する情報を強く求めており、手技や機器に直結する具体的な安全情報を重視している。
- **治療・処置なしグループ**:
  「薬剤」（約71%）への関心が最も高く、次いで「検査」（約43%）に関する情報を求めている。処置を行わない分、投薬ミスや診断精度の向上に主眼が置かれている。

活用の障壁

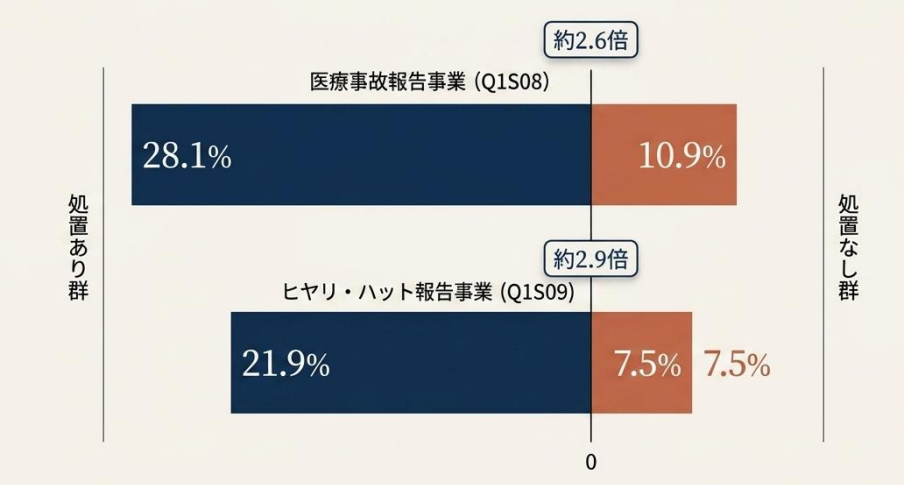
- **治療・処置ありグループ**:
  「活用する時間・余力がない」「情報の量が多い」といった、リソース不足が主な課題である。
- **治療・処置なしグループ**:
  「診療の状況と内容が合わない」という回答が目立つ。提供される情報の多くが病院や処置ありの施設向けであると感じており、「自分事」として捉えにくいことが障壁となっている。

2. 医療安全事業への参加状況と管理体制

日本医療機能評価機構が実施する各種事業への参加率および専従担当者の配置状況は、リスクの高い行為を伴う施設ほど高い傾向にある。

事業参加率の比較（n=288）

比較項目	治療・処置あり（n=114）	治療・処置なし（n=174）	比較結果
医療事故情報収集・分析・提供事業	28.1%	10.9%	あり群が約2.6倍高い
ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業	21.9%	7.5%	あり群が約2.9倍高い
医療安全管理の専従担当者の配置	9.6%	1.1%	あり群が約8.7倍高い



考察:

侵襲的な治療・手術を行う診療所は、外部の事例収集事業に積極的に参加し、組織的な安全管理に取り組む意欲が高い。一方、「治療・処置なし」のグループでは、事業そのものを「知らない」と回答する割合も高く、周知不足が課題として示唆されている。

3. 診療報酬における加算取得状況の対照的傾向

「医療安全対策加算」と「外来感染対策向上加算」の取得状況を比較すると、診療形態によって注力している分野が鮮明に分かれる結果となった。

医療安全対策加算 (Q1S10)

- **治療・処置ありグループ**: 取得率は **約58.8%** 。特に「加算1」の取得率は7.9%であり、なし群(1.7%)の約4.6倍に上る。
- **治療・処置なしグループ**: 取得率は **約42.0%** にとどまる。

外来感染対策向上加算 (Q1S11)

- **治療・処置ありグループ**: 取得率は **約57.0%** 。
- **治療・処置なしグループ**: 取得率は **約87.4%** と非常に高い。

考察:

手術等を行わない診療所(主に内科等の一般再診中心の施設)は、医療安全全般よりも、発熱外来の対応や日常的な感染症対策を強化し、診療報酬上の加算を積極的に届け出ている実態が示唆された。

4. 経験したインシデントの「種類」と「頻度」

1) インシデント経験の有無(Q5S03.13)

まず、「とくに経験はない」と回答した割合に大きな開きがある。

- **治療・処置ありグループ**: **約1.8%** (2/114施設)
  - ほぼすべての施設が何らかのインシデントやヒヤリ・ハットを経験している。
- **治療・処置なしグループ**: **約24.7%** (43/174施設)
  - 約4分の1の施設が「経験なし」と回答しており、処置を伴わない診療所では、自覚されるトラブルの発生頻度が相対的に低いことが示唆される。

2) 技術的・物理的インシデント(Q5S03.10/11)

治療行為や機器に直接関連するトラブルは、当然ながら処置を行うグループに集中している。

- **治療に関わる出来事 (Q5S03.10)**:
  - **治療・処置あり**: **約54.4%** (62/114施設)
  - **治療・処置なし**: **約10.9%** (19/174施設)
- **医療機器に関わる出来事 (Q5S03.11)**:
  - **治療・処置あり**: **約58.8%** (67/114施設)
  - **治療・処置なし**: **約9.8%** (17/174施設)

3) 両グループに共通して多いインシデント(Q5S03.02/08)

一方で、診療形態に関わらず、すべての診療所が高い頻度で経験している項目もある。

- **薬剤に関わる疑義照会 (Q5S03.02)**:

- 両グループともに**約70～80%以上**の施設が経験しており、最も一般的な「出来事」となっている。

- **患者とのコミュニケーション (Q5S03.08)**:
  - 治療・処置あり群（約56%）、なし群（約48%）といずれも半数近い施設が経験しており、患者とのコミュニケーションは診療内容を問わず共通の課題である。

4) 診断・検査に関連するインシデント（Q5S03.04/06）

- **検査関連 (Q5S03.04)**:
  - 治療・処置あり群（約55%）に対し、なし群（約31%）と、処置を行う施設の方が検査プロセスの出来事が多い傾向がある。
- **診断の誤り・遅れ (Q5S03.06)**:
  - こちらは治療・処置あり群（約21%）、なし群（約16%）と、他の項目に比べると差が小さくなっている傾向がある。

比較まとめ表

経験したインシデント (Q5S03)	治療・処置あり (n=114)	治療・処置なし (n=174)
10. 治療に関わる出来事	54.4%	10.9%
11. 医療機器に関わる出来事	58.8%	9.8%
02. 薬剤に関わる疑義照会	83.3%	70.7%
08. 患者とのコミュニケーション	56.1%	48.3%
13. とくに経験はない	1.8%	24.7%

考察:

この比較から、「治療・処置を行う診療所」は、手技や機器に起因する特有のリスクに加え、薬剤やコミュニケーションといった共通リスクにも直面しており、全体的な安全管理が求められている実態が示唆された。

一方、「治療・処置なし」のグループは、インシデントの約7割以上が「薬剤」と「コミュニケーション」に集中している。このグループにおいて「経験なし」とする回答が4分の1に上る点は、深刻な事故が起きにくい診療形態であることを示唆する一方で、ヒヤリ・ハットを「出来事」として捉える感度や報告文化の差を反映している可能性も考えられる。

5. 今後の取組みへの期待

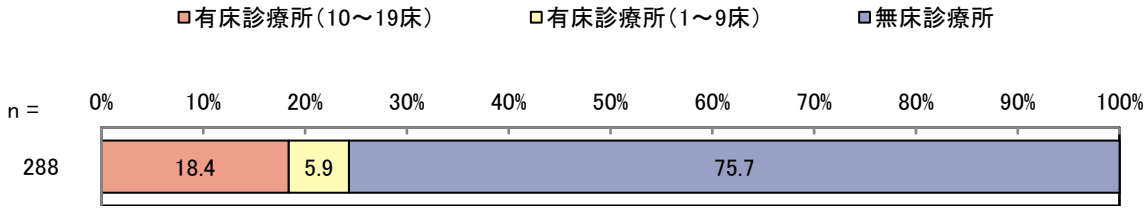
本分析により、診療所の特性（処置の有無）によって、医療安全に対する課題と注力ポイントが異なることが示唆された。

1. **「治療・処置あり」診療所への支援**: 情報の「量」の精査や、多忙な現場でも効率的に活用できる形式での情報提供が、活用促進の鍵となる。
2. **「治療・処置なし」診療所へのアプローチ**: 処置を伴わない外来診療に特化した事例や、薬剤・検査に関連する情報を重点的に提供することで、情報のミスマッチ感を解消する必要がある。また、医療安全に関わる外部情報自体の認知度向上も必要である。
3. 診療形態に合わせた最適化された情報の提供と事業の周知が、診療所全体の医療安全水準の向上に寄与することが期待される。

診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究

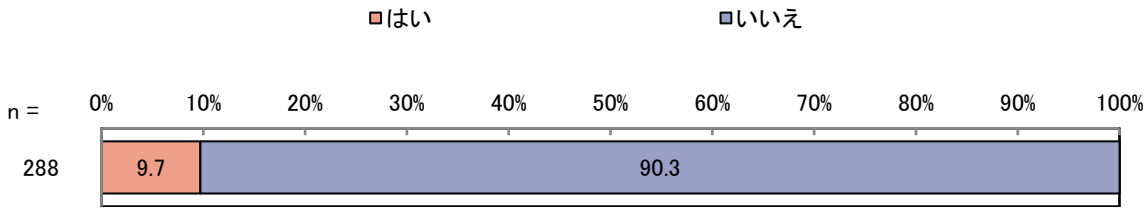
Q1S01. 診療所の種類をお教えください（一つ選択してください）

全体	有床診療所（10～19床）	有床診療所（1～9床）	無床診療所
288	53	17	218
100.0	18.4	5.9	75.7



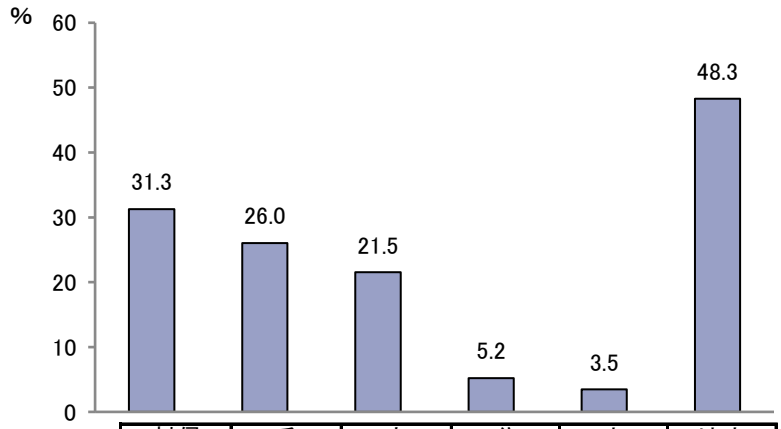
Q1S02. 同じ法人に所属する病院がありますか（一つ選択してください）

全体	はい	いいえ
288	28	260
100.0	9.7	90.3



Q1S03. 実施している検査・治療・処置等についてお教えください（複数選択可能です）

全体	内視鏡による処置	分娩	人工透析	侵襲的処置（穿刺、切開など）	手術	上記の治療・処置は実施していない
288	62	15	10	90	75	139
100.0	21.5	5.2	3.5	31.3	26.0	48.3



n =	侵襲的処置（穿刺、切開など）	手術	内視鏡による処置	分娩	人工透析	上記の治療・処置は実施していない
288	31.3	26.0	21.5	5.2	3.5	48.3

Q1S04. 常勤医師の人数を教えてください／人

全体	平均
288	1.40
100.0	

Q1S05. 非常勤医師の人数を教えてください／人

全体	平均
288	1.17
100.0	

Q1S06. 常勤看護師の人数を教えてください／人

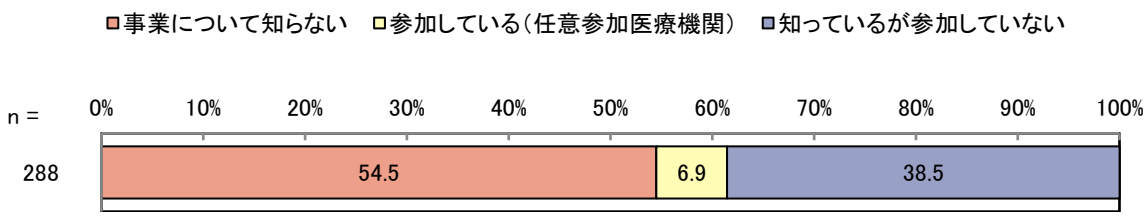
全体	平均
288	3.16
100.0	

Q1S07. 非常勤看護師の人数を教えてください／人

全体	平均
288	1.75
100.0	

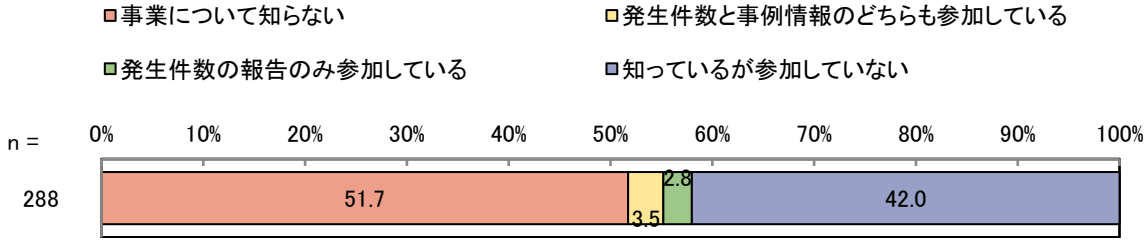
Q1S08. 医療事故情報収集・分析・提供事業（日本医療機能評価機構）への参加状況について教えてください（一つ選択してください）

全体	事業について知らない	参加している（任意参加医療機関）	知っているが参加していない
288	157	20	111
100.0	54.5	6.9	38.5



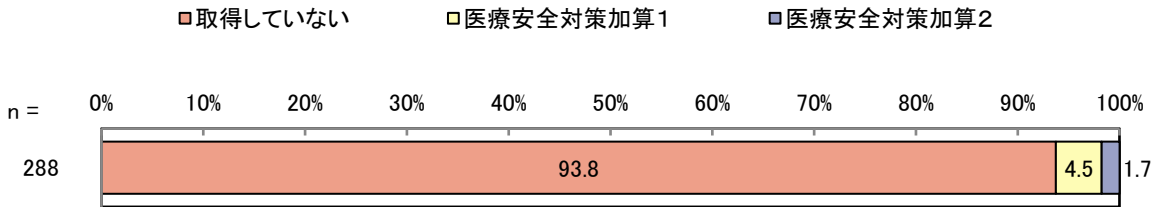
Q1S09. ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業（日本医療機能評価機構）への参加状況について教えてください（一つ選択してください）

全体	事業について知らない	発生件数と事例情報のどちらも参加している	発生件数の報告のみ参加している	知っているが参加していない
288	149	10	8	121
100.0	51.7	3.5	2.8	42.0



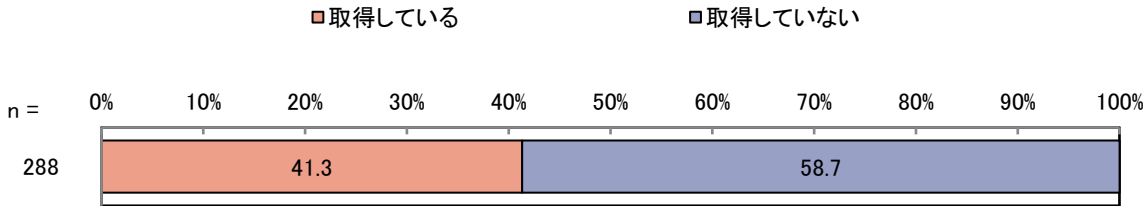
Q1S10. 医療安全対策加算の取得の有無について教えてください（一つ選択してください）

全体	取得していない	医療安全対策加算1	医療安全対策加算2
288	270	13	5
100.0	93.8	4.5	1.7



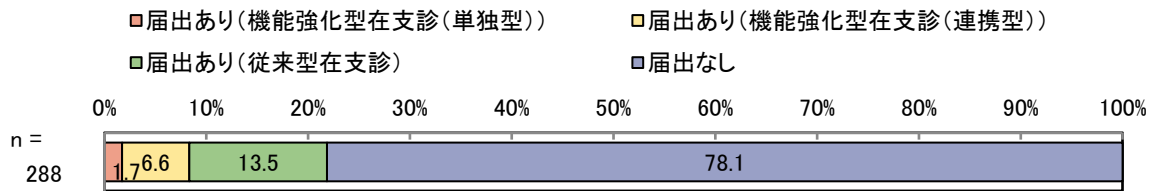
Q1S11. 外来感染対策向上加算の取得の有無について教えてください（一つ選択してください）

全体	取得している	取得していない
288	119	169
100.0	41.3	58.7



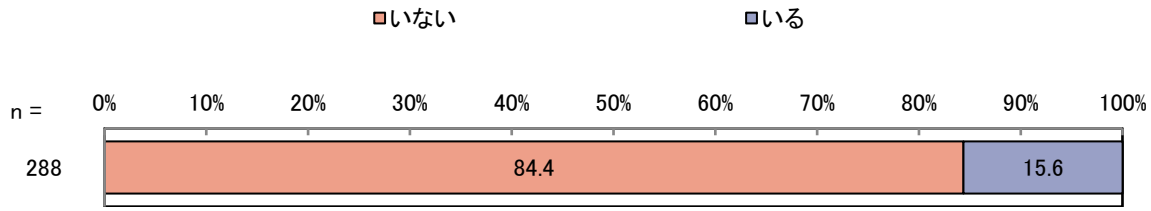
Q1S12. 在宅療養支援診療所（在支診）の届出の有無について教えてください（一つ選択してください）

全体	届出あり（機能強化型在支診（単独型））	届出あり（機能強化型在支診（連携型））	届出あり（従来型在支診）	届出なし
288	5	19	39	225
100.0	1.7	6.6	13.5	78.1



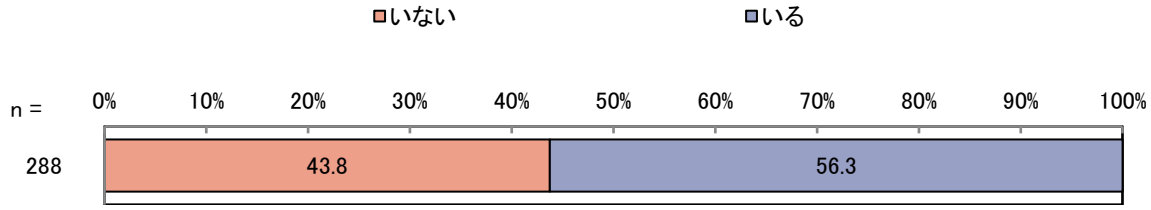
Q1S13. 医療安全管理を専従で担当する方（医療職）はいますか（一つ選択してください）

全体	いない	いる
288	243	45
100.0	84.4	15.6



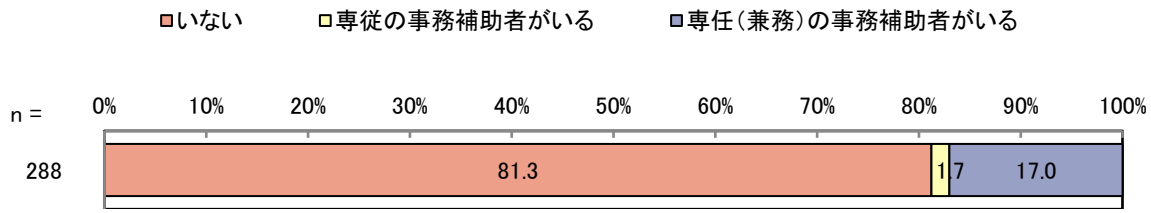
Q1S14. 医療安全管理を専任（兼務）で担当する方（医療職）はいますか（一つ選択してください）

全体	いない	いる
288	126	162
100.0	43.8	56.3



Q1S15. 医療安全管理を支援する事務補助者の有無について教えてください（一つ選択してください）

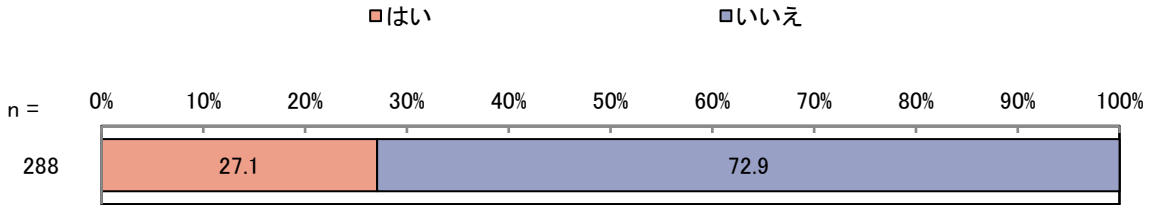
全体	いない	専従の事務補助者がいる	専任（兼務）の事務補助者がいる
288	234	5	49
100.0	81.3	1.7	17.0



Q2. 日本医療機能評価機構が発信する医療安全情報の活用等について教えてください
（2件の医療安全情報についてお伺いします）

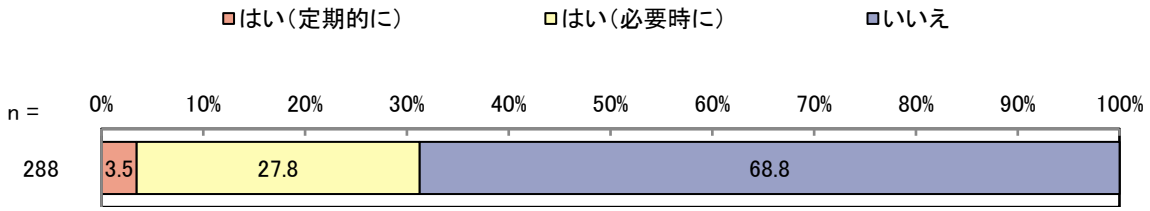
Q2S01. 2025年9月まで、FAXで送付されていた医療安全情報を使用していましたか（一つ選択してください）

全体	はい	いいえ
288	78	210
100.0	27.1	72.9



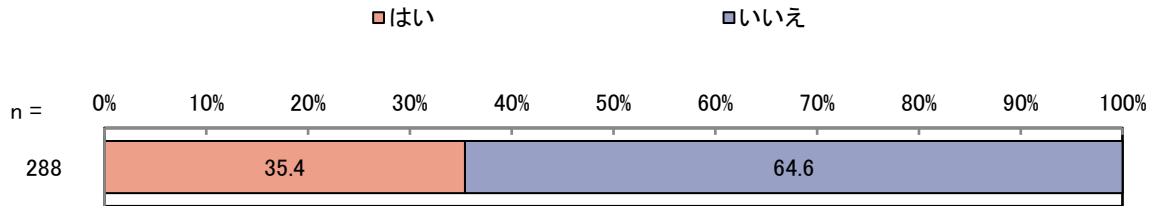
Q2S02. 日本医療機能評価機構のホームページから医療安全情報のPDFをダウンロードしていますか
（一つ選択してください）　https://www.med-safe.jp/contents/info/index.html

全体	はい（定期的に）	はい（必要時に）	いいえ
288	10	80	198
100.0	3.5	27.8	68.8



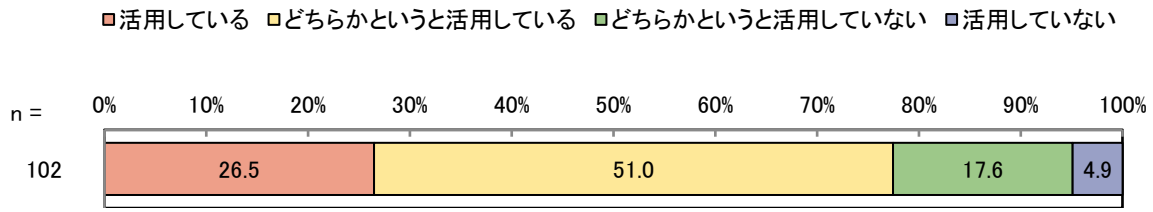
Q2S03. 医療安全情報「No.60　有効期間が過ぎた予防接種ワクチンの接種」を知っていましたか
（一つ選択してください）　https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_60.pdf

全体	はい	いいえ
288	102	186
100.0	35.4	64.6



Q2S04. 医療安全情報「No.60　有効期間が過ぎた予防接種ワクチンの接種」を医療安全活動に活用していますか（一つ選択してください）
（※設問Q2S03「はい」の場合に回答）

全体	活用している	どちらかというと活用している	どちらかというと活用していない	活用していない	TOP2	BOTTOM2
102	27	52	18	5	79	23
100.0	26.5	51.0	17.6	4.9	77.5	22.5

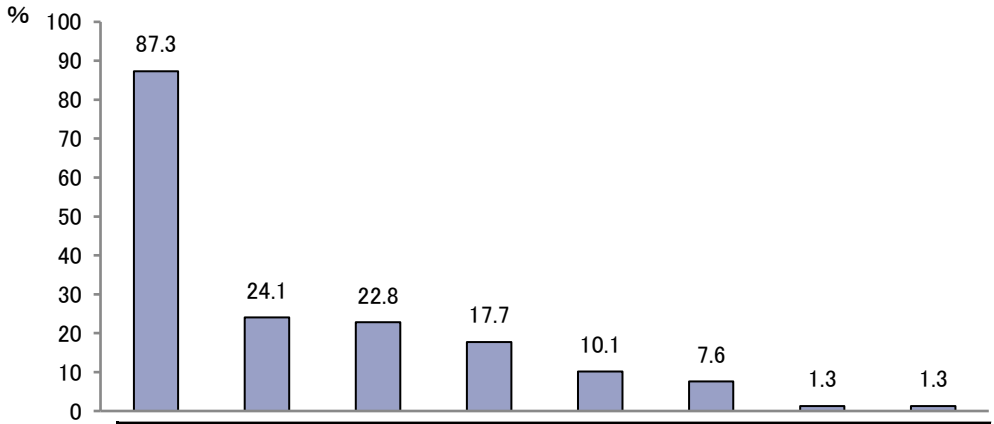


TOP2　BOTTOM2
77.5　22.5

Q2S05. 医療安全情報「No.60　有効期間が過ぎた予防接種ワクチンの接種」をどのように活用していますか（複数選択可能です）

（※設問Q2S04「活用している」「どちらかというと活用している」の場合に回答）

全体	関連する職員との情報共有	安全管理に関連する研修会の教材	医療安全に関するポスターなどの素材	事故発生時の参考資料	マニュアル作成または確認・修正時の参考資料	薬剤または医療機器などの採用時の資料	調査研究の資料	その他：
79	69	14	6	19	18	8	1	1
100.0	87.3	17.7	7.6	24.1	22.8	10.1	1.3	1.3



n =	関連する職員との情報共有	事故発生時の参考資料	マニュアル作成または確認・修正時の参考資料	安全管理に関連する研修会の教材	薬剤または医療機器などの採用時の資料	医療安全に関するポスターなどの素材	調査研究の資料	その他：
79	87.3	24.1	22.8	17.7	10.1	7.6	1.3	1.3

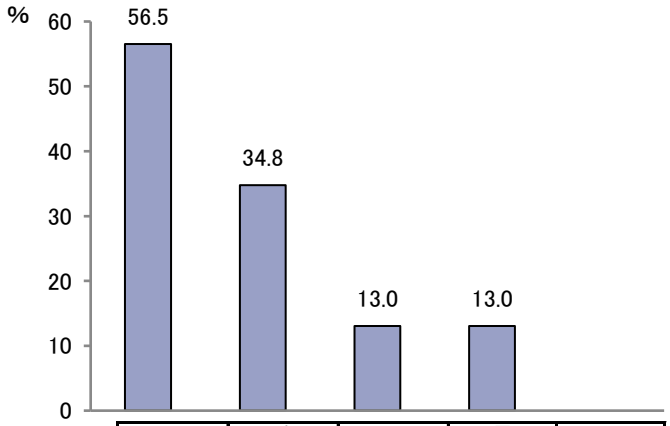
■その他（回答数：1）

・事故発生予防のための戒め

Q2S06. 医療安全情報「No.60　有効期間が過ぎた予防接種ワクチンの接種」を活用することが難しい理由を教えてください（複数選択可能です）

（※設問Q2S04「どちらかというと活用していない」「活用していない」の場合に回答）

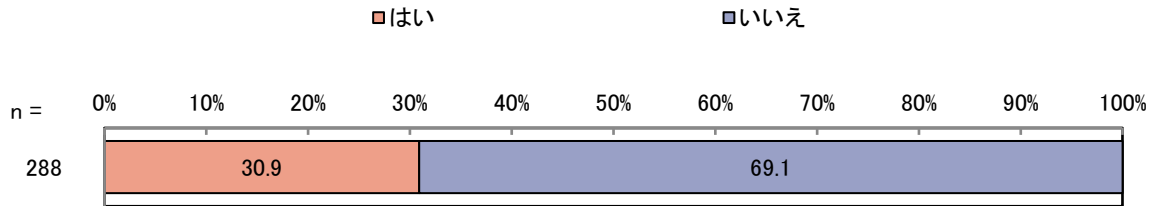
全体	活用方法がわからない	活用する時間・余力がない	量が多い／文字が多い	診療の状況と内容が合わない	その他：
23	3	13	3	8	−
100.0	13.0	56.5	13.0	34.8	−



n =	活用する時間・余力がない	診療の状況と内容が合わない	活用方法がわからない	量が多い／文字が多い	その他：
23	56.5	34.8	13.0	13.0	−

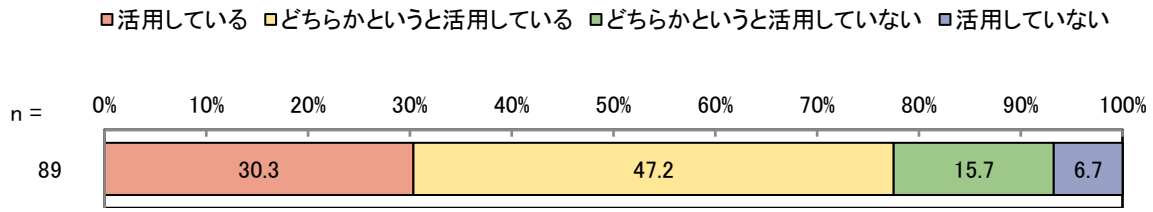
Q2S07. 医療安全情報「No.109　採血時の検体容器間違い」を知っていましたか
（一つ選択してください）　https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_109.pdf

全体	はい	いいえ
288	89	199
100.0	30.9	69.1



Q2S08. 医療安全情報「No.109　採血時の検体容器間違い」を医療安全活動に活用していますか
（一つ選択してください）
（※設問Q2S07「はい」の場合に回答）

全体	活用している	どちらかというと活用している	どちらかというと活用していない	活用していない	TOP2	BOTTOM2
89	27	42	14	6	69	20
100.0	30.3	47.2	15.7	6.7	77.5	22.5

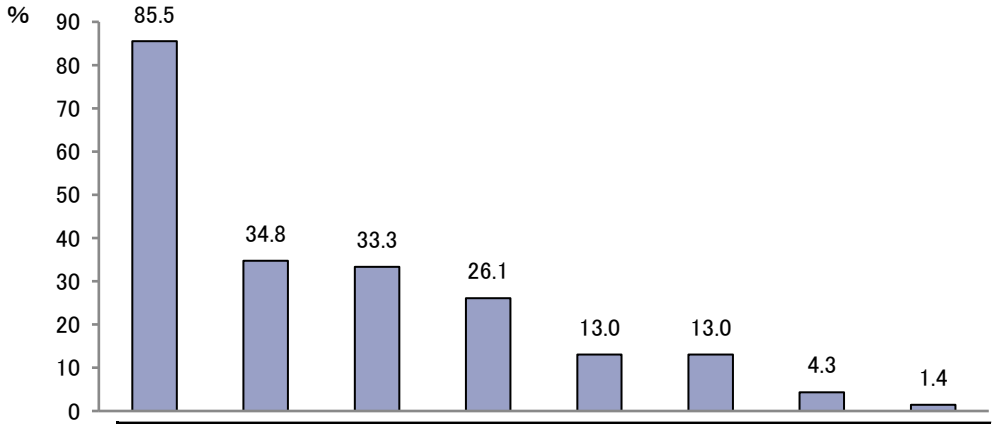


TOP2　BOTTOM2
77.5　22.5

Q2S09. 医療安全情報「No.109　採血時の検体容器間違い」をどのように活用していますか
（複数選択可能です）

（※設問Q2S08「活用している」「どちらかというと活用している」の場合に回答）

全体	関連する職員との情報共有	安全管理に関連する研修会の教材	医療安全に関するポスターなどの素材	事故発生時の参考資料	マニュアル作成または確認・修正時の参考資料	薬剤または医療機器などの採用時の資料	調査研究の資料	その他：
69	59	24	9	18	23	9	3	1
100.0	85.5	34.8	13.0	26.1	33.3	13.0	4.3	1.4



n =	関連する職員との情報共有	安全管理に関連する研修会の教材	マニュアル作成または確認・修正時の参考資料	事故発生時の参考資料	医療安全に関するポスターなどの素材	薬剤または医療機器などの採用時の資料	調査研究の資料	その他：
69	85.5	34.8	33.3	26.1	13.0	13.0	4.3	1.4

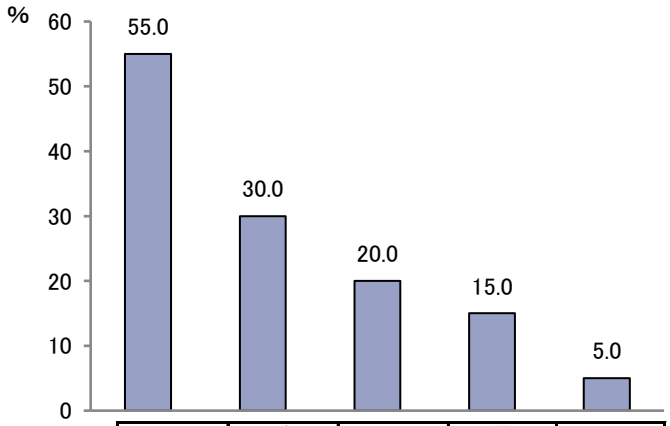
■その他（回答数：1）

・リスクセミナーで啓蒙、安全ラウンドの際に利用

Q2S10. 医療安全情報「No.109　採血時の検体容器間違い」を活用することが難しい理由を教えてください（複数選択可能です）

（※設問Q2S08「どちらかというと活用していない」「活用していない」の場合に回答）

全体	活用方法がわからない	活用する時間・余力がない	量が多い／文字が多い	診療の状況と内容が合わない	その他：
20	4	11	3	6	1
100.0	20.0	55.0	15.0	30.0	5.0



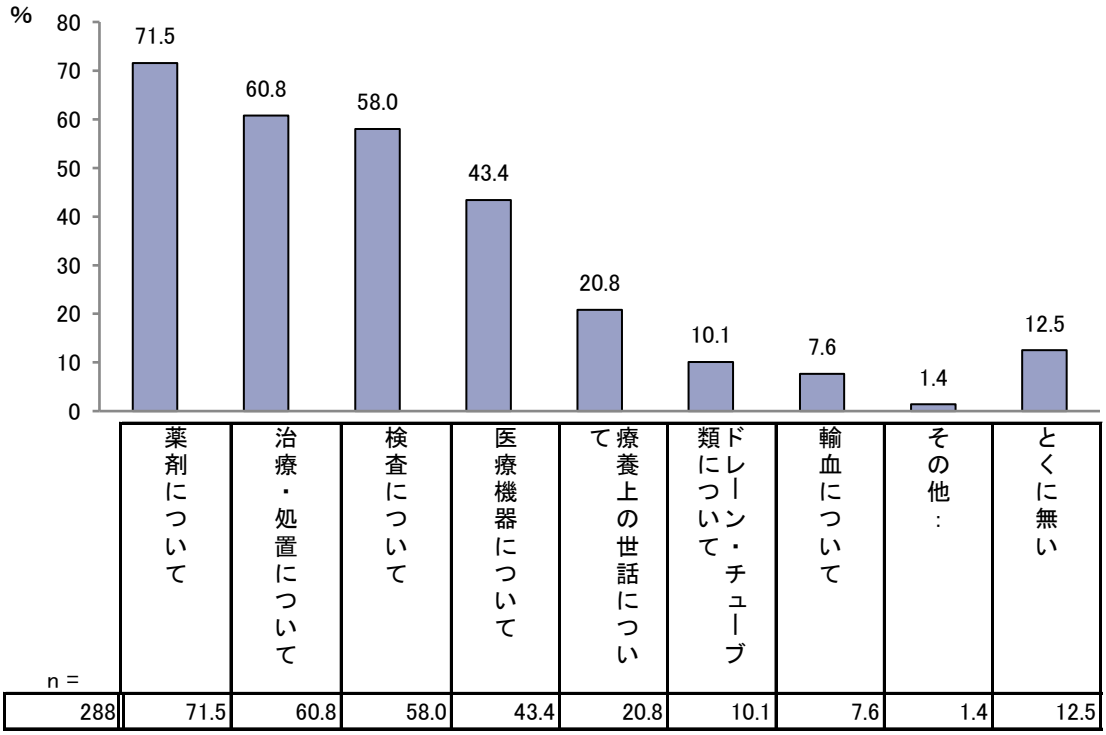
n =	活用する時間・余力がない	診療の状況と内容が合わない	活用方法がわからない	量が多い／文字が多い	その他：
20	55.0	30.0	20.0	15.0	5.0

■その他（回答数：1）

・検査科がきちんと確認している

Q2S11. 医療安全情報の分類の中で、診療所で活用したい分類を教えてください（複数選択可能です）
https://www.med-safe.jp/contents/info/category.html#bunrui

全体	薬剤について	輸血について	治療・処置について	医療機器について	ドレーン・チューブ類について	検査について	療養上の世話について	その他：	とくに無い
288	206	22	175	125	29	167	60	4	36
100.0	71.5	7.6	60.8	43.4	10.1	58.0	20.8	1.4	12.5

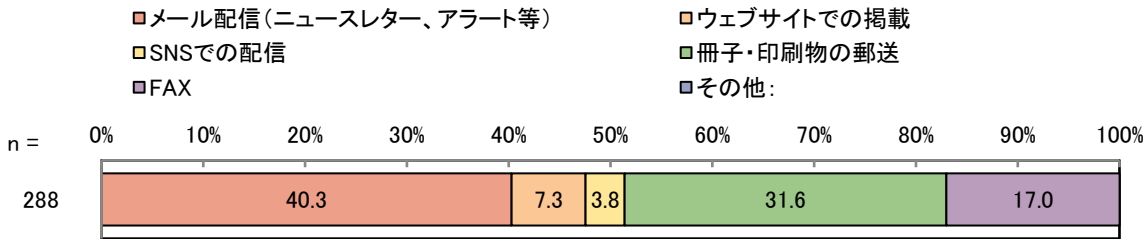


n =	薬剤について	治療・処置について	検査について	医療機器について	療養上の世話について	ドレーン・チューブ類について	輸血について	その他：	とくに無い
288	71.5	60.8	58.0	43.4	20.8	10.1	7.6	1.4	12.5

■その他（回答数：4）
・ベンチマーク評価として分類別の発生割合
・患者誤認、電子カルテでID間違いで患者実施
・ワクチン接種関連
・受付対応

Q2S12. 日本医療機能評価機構から貴診療所へ、医療安全情報の発信方法として、最も入手や利用がしやすいと考える形式を教えてください（一つ選択してください）

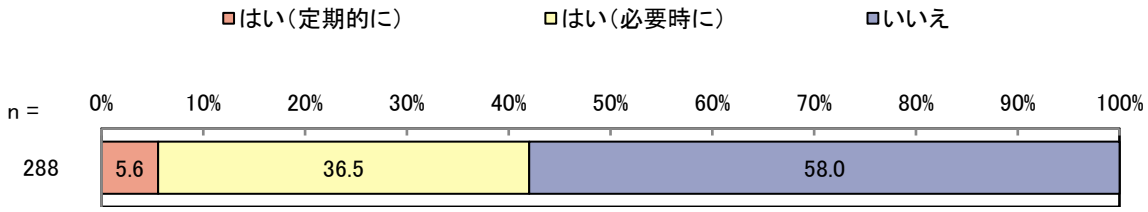
全体	メール配信（ニュースレター、アラート等）	ウェブサイトでの掲載	SNSでの配信	冊子・印刷物の郵送	FAX	その他：
288	116	21	11	91	49	−
100.0	40.3	7.3	3.8	31.6	17.0	−



Q3. 日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）が発信する医療安全情報（提言書）の活用等について教えてください（2件の提言書についてお伺いします）

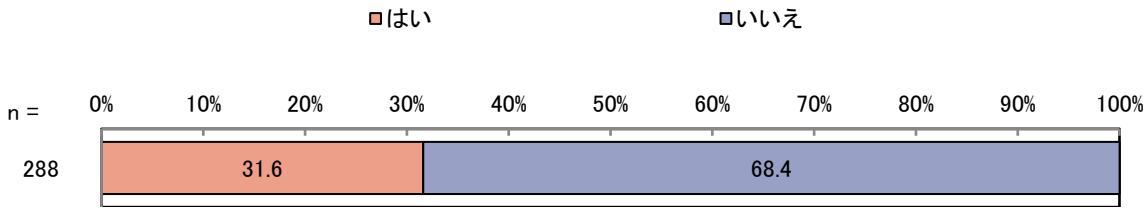
Q3S01. 日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）のホームページから医療事故の再発防止に向けた提言を確認していますか（一つ選択してください）
https://www.medsafe.or.jp/survey/proposal

全体	はい（定期的に）	はい（必要時に）	いいえ
288	16	105	167
100.0	5.6	36.5	58.0



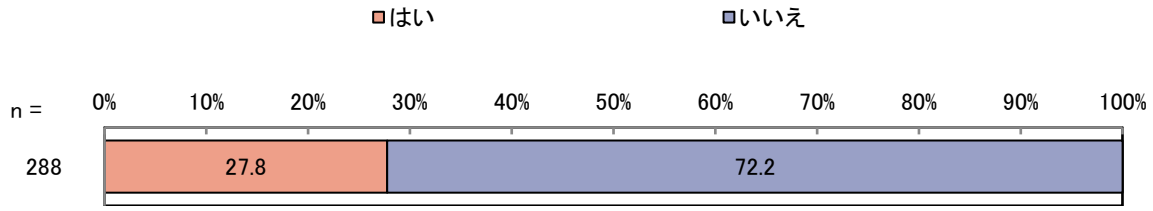
Q3S02. 提言書「第3号　注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析」を知っていましたか（一つ選択してください）　https://www.medsafe.or.jp/survey/proposal/post-213

全体	はい	いいえ
288	91	197
100.0	31.6	68.4



Q3S03. 提言書「第3号　注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析」の続報である警鐘レポートNo.2「注射剤の血管内投与後に発症したアナフィラキシーによる死亡」を知っていましたか（一つ選択してください）　https://www.medsafe.or.jp/report/02_keisho_report.pdf

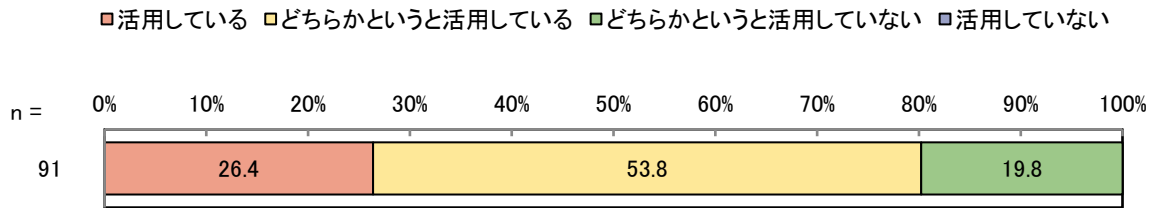
全体	はい	いいえ
288	80	208
100.0	27.8	72.2



Q3S04. 提言書「第3号　注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析」を医療安全活動に活用していますか（一つ選択してください）

（※設問Q3S02「はい」の場合に回答）

全体	活用している	どちらかというと活用している	どちらかというと活用していない	活用していない	TOP2	BOTTOM2
91	24	49	18	−	73	18
100.0	26.4	53.8	19.8	−	80.2	19.8

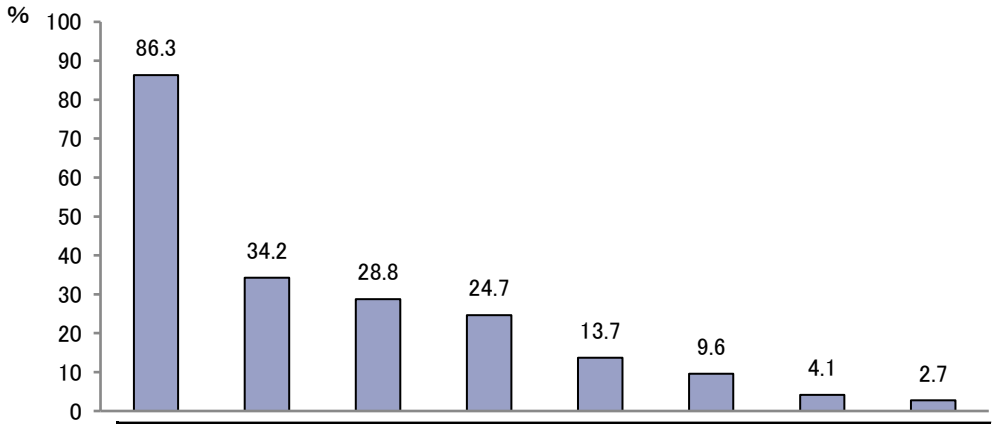


TOP2　BOTTOM2
80.2　19.8

Q3S05. 提言書「第3号　注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析」をどのように活用していますか（複数選択可能です）

（※設問304「活用している」「どちらかというと活用している」の場合に回答）

全体	関連する職員との情報共有	安全管理に関連する研修会の教材	医療安全に関するポスターなどの素材	事故発生時の参考資料	マニュアル作成または確認・修正時の参考資料	薬剤または医療機器などの採用時の資料	調査研究の資料	その他：
73	63	25	10	21	18	7	3	2
100.0	86.3	34.2	13.7	28.8	24.7	9.6	4.1	2.7



n =	関連する職員との情報共有	安全管理に関連する研修会の教材	事故発生時の参考資料	マニュアル作成または確認・修正時の参考資料	医療安全に関するポスターなどの素材	薬剤または医療機器などの採用時の資料	調査研究の資料	その他：
73	86.3	34.2	28.8	24.7	13.7	9.6	4.1	2.7

■その他（回答：2）

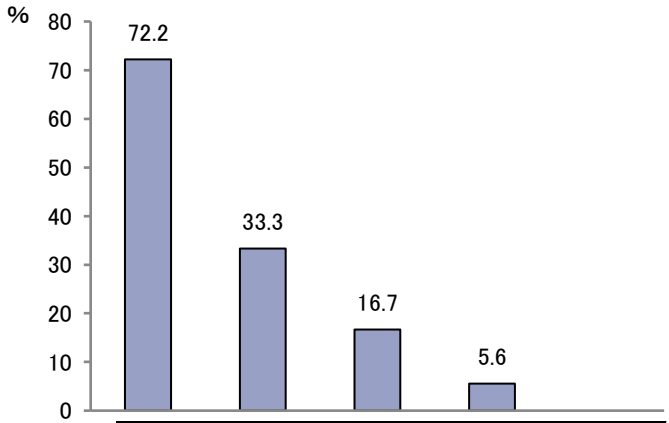
・院内ラウンドやセミナーで啓蒙、ポスター掲示などで

・医師が提言に沿って行動する

Q3S06. 提言書「第3号　注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析」を活用することが難しい理由を教えてください（複数選択可能です）

（※設問Q3S04「どちらかというと活用していない」「活用していない」の場合に回答）

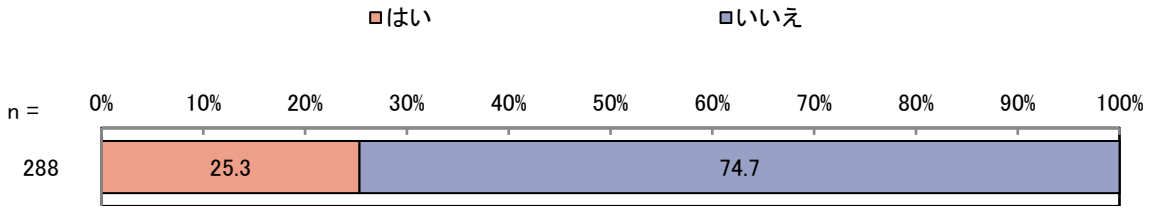
全体	活用方法がわからない	活用する時間・余力がない	量が多い／文字が多い	診療の状況と内容が合わない	その他：
18	1	13	3	6	−
100.0	5.6	72.2	16.7	33.3	−



n =	活用する時間・余力がない	診療の状況と内容が合わない	量が多い／文字が多い	活用方法がわからない	その他：
18	72.2	33.3	16.7	5.6	−

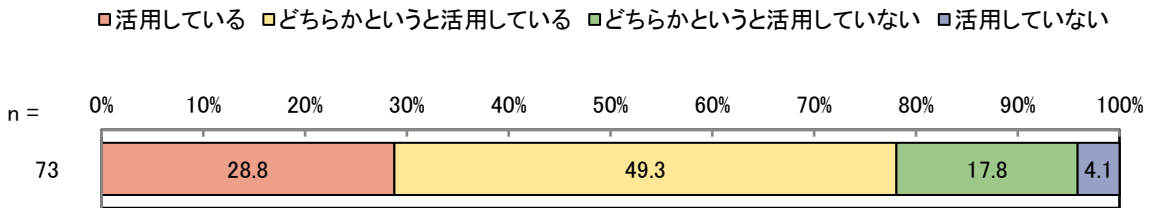
Q3S07. 提言書「第15号　薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」を知っていましたか
（一つ選択してください）　https://www.medsafe.or.jp/survey/proposal/post-362

全体	はい	いいえ
288	73	215
100.0	25.3	74.7



Q3S08. 提言書「第15号　薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」を医療安全活動に活用していますか
（一つ選択してください）
（※設問Q3S07「はい」の場合に回答）

全体	活用している	どちらかというと活用している	どちらかというと活用していない	活用していない	TOP2	BOTTOM2
73	21	36	13	3	57	16
100.0	28.8	49.3	17.8	4.1	78.1	21.9

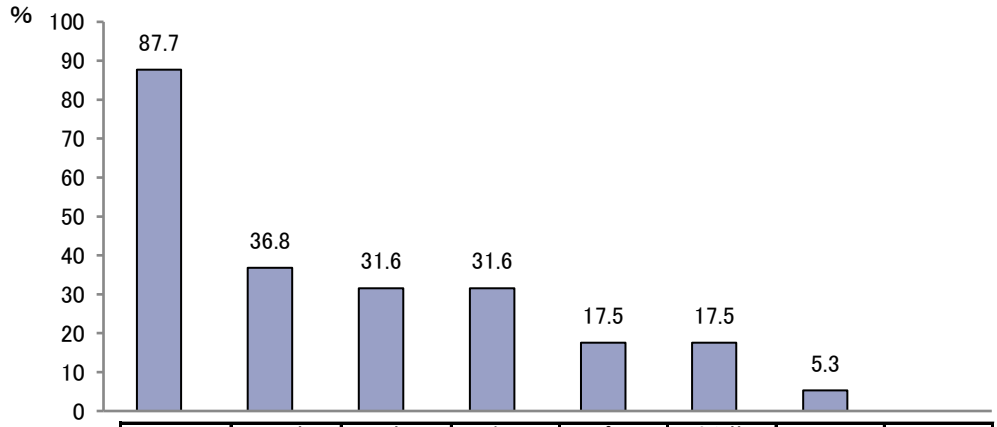


TOP2　BOTTOM2
78.1　21.9

Q3S09. 提言書「第15号　薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」をどのように活用していますか
（複数選択可能です）

（※設問Q3S08「活用している」「どちらかというと活用している」の場合に回答）

全体	関連する職員との情報共有	安全管理に関連する研修会の教材	医療安全に関するポスターなどの素材	事故発生時の参考資料	マニュアル作成または確認・修正時の参考資料	薬剤または医療機器などの採用時の資料	調査研究の資料	その他：
57	50	21	10	18	18	10	3	−
100.0	87.7	36.8	17.5	31.6	31.6	17.5	5.3	−

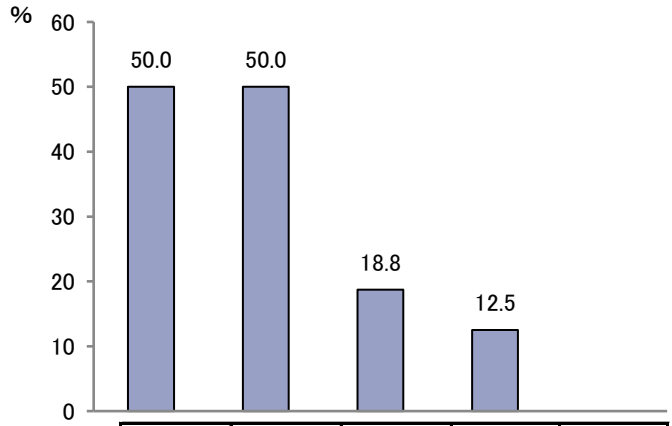


n =	関連する職員との情報共有	安全管理に関連する研修会の教材	事故発生時の参考資料	マニュアル作成または確認・修正時の参考資料	医療安全に関するポスターなどの素材	薬剤または医療機器などの採用時の資料	調査研究の資料	その他：
57	87.7	36.8	31.6	31.6	17.5	17.5	5.3	−

Q3S10. 提言書「第15号　薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」を活用することが難しい理由を教えてください（複数選択可能です）

（※設問Q3S08「どちらかというと活用していない」「活用していない」の場合に回答）

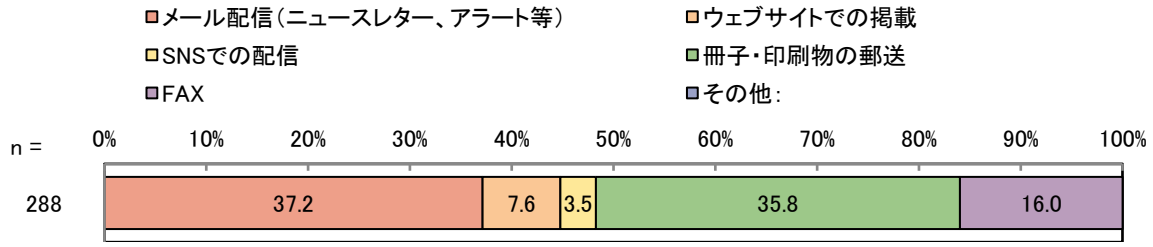
全体	活用方法がわからない	活用する時間・余力がない	量が多い／文字が多い	診療の状況と内容が合わない	その他：
16	2	8	3	8	−
100.0	12.5	50.0	18.8	50.0	−



n =	活用する時間・余力がない	診療の状況と内容が合わない	量が多い／文字が多い	活用方法がわからない	その他：
16	50.0	50.0	18.8	12.5	−

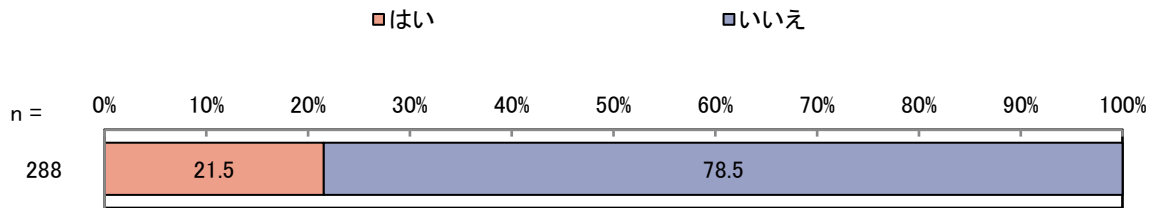
Q3S11. 提言書の発信方法として、最も入手や利用がしやすいと考える形式を教えてください（一つ選択してください）

全体	メール配信（ニュースレター、アラート等）	ウェブサイトでの掲載	SNSでの配信	冊子・印刷物の郵送	FAX	その他：
288	107	22	10	103	46	−
100.0	37.2	7.6	3.5	35.8	16.0	−



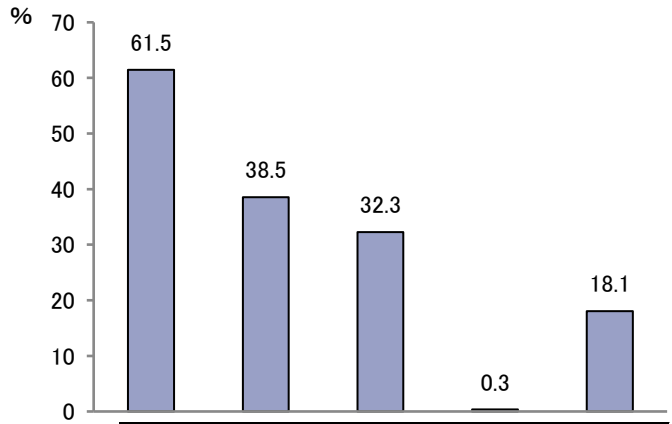
Q4S01. 貴診療所の地域の医療安全支援センターを知っていますか
https://www.anzen-shien.jp/center/

全体	はい	いいえ
288	62	226
100.0	21.5	78.5



Q4S02. 貴診療所の地域の医療安全支援センターに期待したい役割を教えてください
（複数選択可能です）　https://www.anzen-shien.jp/aboutus/

全体	地域の住民からの苦情・相談の共有	地域の他の医療機関との意見交換の機会	医療安全の研修の機会	その他：	とくに無い
288	111	93	177	1	52
100.0	38.5	32.3	61.5	0.3	18.1

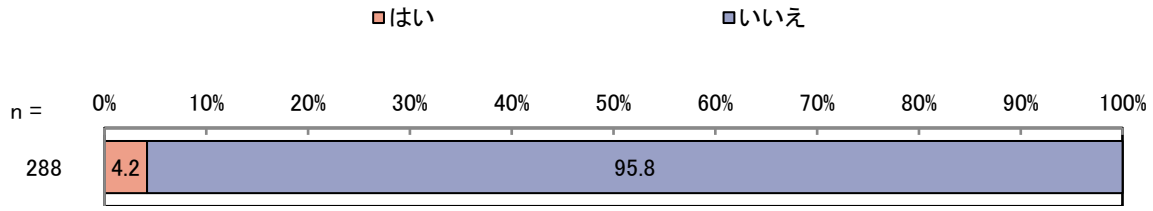


n =	医療安全の研修の機会	地域の住民からの苦情・相談の共有	地域の他の医療機関との意見交換の機会	その他：	とくに無い
288	61.5	38.5	32.3	0.3	18.1

■その他（回答：1）
・医療事故等の事後措置についての情報提供

Q4S03. 医療安全支援センターから助言や情報提供を受けたことがありますか
（一つ選択してください）

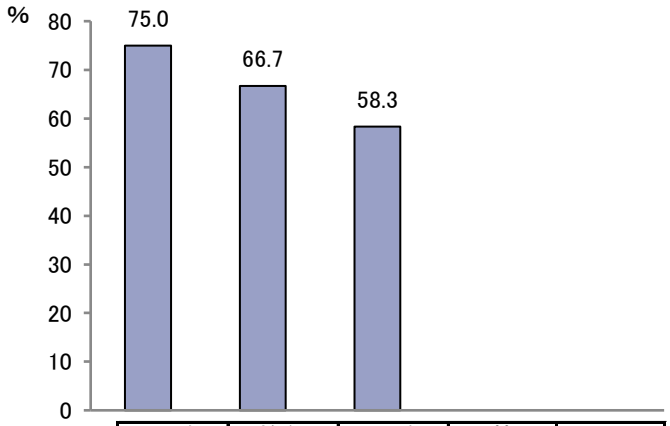
全体	はい	いいえ
288	12	276
100.0	4.2	95.8



Q4S04. 受けた助言・情報をどのように活用しましたか（複数選択可能です）

（※設問Q4S03「はい」と回答した方）

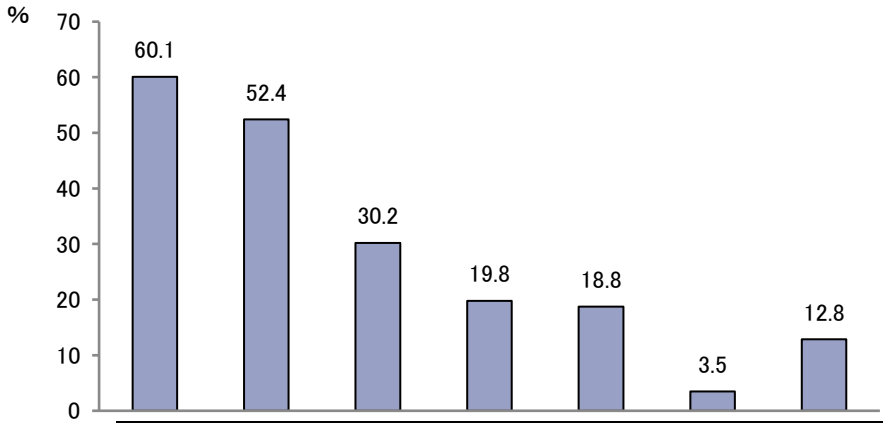
全体	診療所内研修や勉強会で共有した	診療所内の手順書・マニュアルの見直しに使った	個別事例の対応方針の検討に活用した	特に活用していない	その他：
12	9	7	8	−	−
100.0	75.0	58.3	66.7	−	−



n =	診療所内研修や勉強会で共有した	個別事例の対応方針の検討に活用した	診療所内の手順書・マニュアルの見直しに使った	特に活用していない	その他：
12	75.0	66.7	58.3	−	−

Q5S01. 医療安全に関する知見・外部情報をどこから得る機会がありますか（複数選択可能です）

全体	日本医療機能評価機構	日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）	行政機関	職能団体（医師会、看護協会など）	学会・研究会等	その他：	とくに機会がない
288	57	54	87	173	151	10	37
100.0	19.8	18.8	30.2	60.1	52.4	3.5	12.8

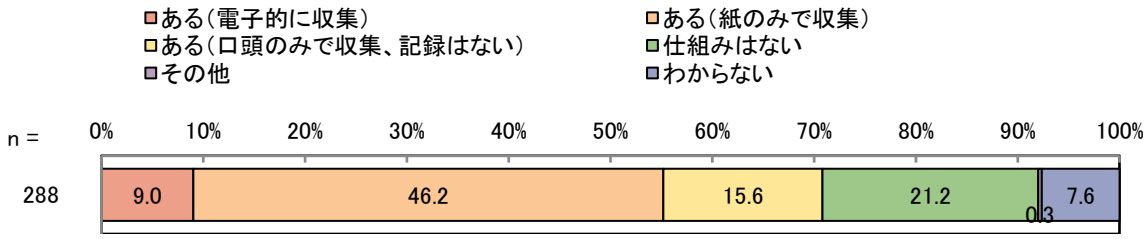


n =	職能団体（医師会、看護協会など）	学会・研究会等	行政機関	日本医療機能評価機構	日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）	その他：	とくに機会がない
288	60.1	52.4	30.2	19.8	18.8	3.5	12.8

■その他（回答：10）
- ・MRや卸売業者
- ・JCI、学研e-learning、地区の医療安全情報ネットワーク会議等
- ・外勤先の総合病院
- ・自院での医療安全研修会
- ・所属する組織（本庁）
- ・ネット
- ・医療常識について様々なソースから情報を得るように努力している
- ・MRの訪問、薬剤師、保健所、医師会
- ・医師会
- ・web

Q5S02. 医療安全に関わる出来事（インシデント等）について、報告を収集する仕組みがありますか（一つ選択してください）

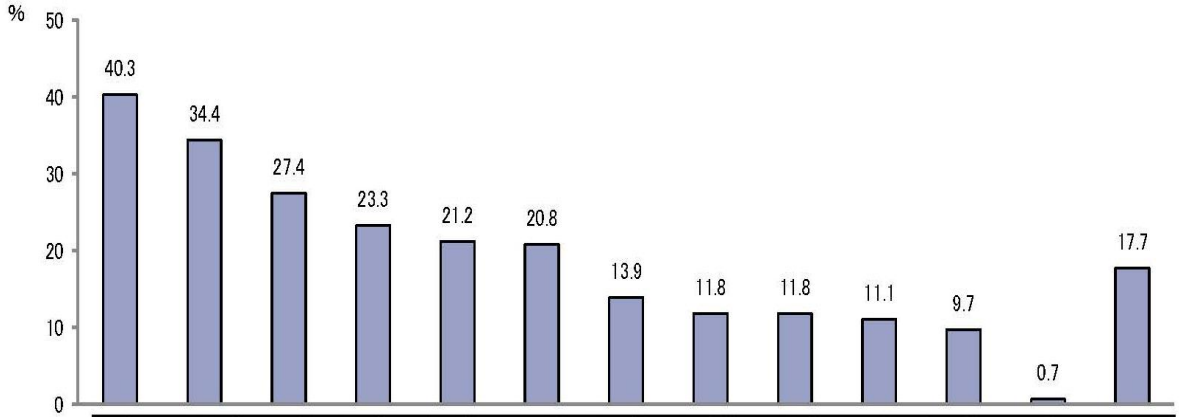
全体	ある（電子的に収集）	ある（紙のみで収集）	ある（口頭のみで収集、記録はない）	仕組みはない	その他	わからない
288	26	133	45	61	1	22
100.0	9.0	46.2	15.6	21.2	0.3	7.6



■その他（回答数：1）
・職員と話しをしている

Q5S03. 医療安全に関わる出来事（インシデント等）について、これまで経験したことがある出来事を教えてください（複数選択可能です）

全体	予防接種に関わる出来事	薬剤に関わる疑義照会	疑義照会以外の薬剤に関わる出来事	検査関連の出来事	患者間違い	診断の誤り・遅れ	転倒・転落	患者とのコミュニケーションに関わる出来事	医療者間のコミュニケーションに関わる出来事	治療に関わる出来事	医療機器に関わる出来事	その他	とくに経験はない
288	79	116	34	60	67	28	61	99	34	40	32	2	51
100.0	27.4	40.3	11.8	20.8	23.3	9.7	21.2	34.4	11.8	13.9	11.1	0.7	17.7

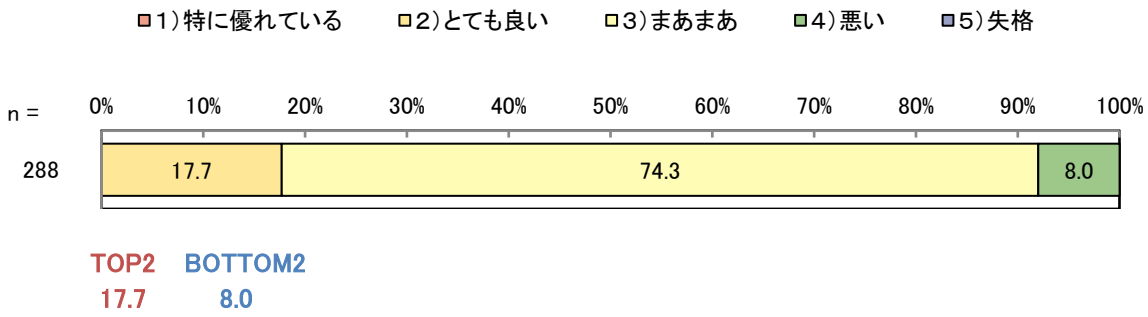


n =	薬剤に関わる疑義照会	患者とのコミュニケーションに関わる出来事	予防接種に関わる出来事	患者間違い	転倒・転落	検査関連の出来事	治療に関わる出来事	疑義照会以外の薬剤に関わる出来事	医療者間のコミュニケーションに関わる出来事	医療機器に関わる出来事	診断の誤り・遅れ	その他	とくに経験はない
288	40.3	34.4	27.4	23.3	21.2	20.8	13.9	11.8	11.8	11.1	9.7	0.7	17.7

■その他（回答数：2）
・職員の針刺し
・名前の記載の無いお薬手帳を別の患者に渡した

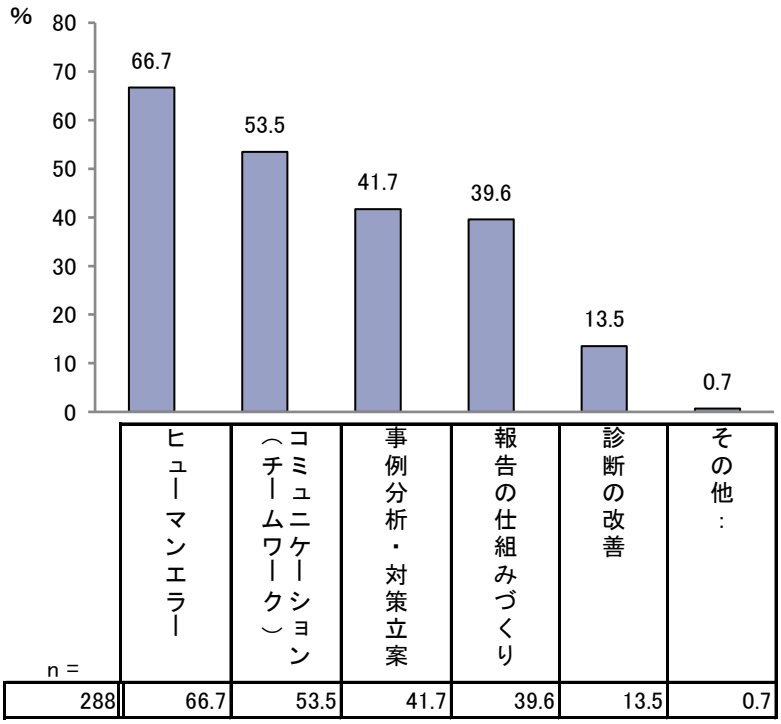
Q5S04. 貴診療所の医療安全について、総合的に評価したレベルとして当てはまる番号を1つだけ選んで下さい1つだけ選んで下さい

全体	1）特に優れている	2）とても良い	3）まあまあ	4）悪い	5）失格	TOP2	BOTTOM2
288	−	51	214	23	−	51	23
100.0	−	17.7	74.3	8.0	−	17.7	8.0



Q5S05. 貴診療所の医療安全を推進するために学べるとよいテーマは何ですか（複数選択可能です）

全体	報告の仕組みづくり	事例分析・対策立案	ヒューマンエラー	コミュニケーション（チームワーク）	診断の改善	その他：
288	114	120	192	154	39	2
100.0	39.6	41.7	66.7	53.5	13.5	0.7



n =	ヒューマンエラー	コミュニケーション（チームワーク）	事例分析・対策立案	報告の仕組みづくり	診断の改善	その他：
288	66.7	53.5	41.7	39.6	13.5	0.7

■その他（回答数：2）
・対策経過の展開と評価
・特にない

（資料4）

web番号	問い	選択肢
Q1S01	診療所の種類をお教えください （一つ選択してください）	有床診療所（10～19床） 有床診療所（1～9床） 無床診療所
Q1S02	同じ法人に所属する病院がありますか （一つ選択してください）	はい いいえ
Q1S03	実施している検査・治療・処置等についてお教えください （複数選択可能です）	内視鏡による処置 分娩 人工透析 侵襲的処置（穿刺、切開など） 手術 上記の治療・処置は実施していない
Q1S04	常勤医師の人数を教えてください	人数
Q1S05	非常勤医師の人数を教えてください	人数
Q1S06	常勤看護師の人数を教えてください	人数
Q1S07	非常勤看護師の人数を教えてください	人数
Q1S08	医療事故情報収集・分析・提供事業（日本医療機能評価機構）への参加状況について教えてください （一つ選択してください）	事業について知らない 参加している（任意参加医療機関） 知っているが参加していない
Q1S09	ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業（日本医療機能評価機構）への参加状況について教えてください （一つ選択してください）	事業について知らない 発生件数と事例情報のどちらも参加している 発生件数の報告のみ参加している 知っているが参加していない
Q1S10	医療安全対策加算の取得の有無について教えてください （一つ選択してください）	取得していない 医療安全対策加算１ 医療安全対策加算２
Q1S11	外来感染対策向上加算の取得の有無について教えてください （一つ選択してください）	取得している 取得していない
Q1S12	在宅療養支援診療所（在支診）の届出の有無について教えてください （一つ選択してください）	届出あり（機能強化型在支診（単独型）） 届出あり（機能強化型在支診（連携型）） 届出あり（従来型在支診） 届出なし
Q1S13	医療安全管理を専従で担当する方（医療職）はいますか （一つ選択してください）	いない いる
Q1S14	医療安全管理を専任（兼務）で担当する方（医療職）はいますか （一つ選択してください）	いない いる
Q1S15	医療安全管理を支援する事務補助者の有無について教えてください （一つ選択してください）	いない 専従の事務補助者がいる 専任（兼務）の事務補助者がいる
	No.60　有効期間が過ぎた予防接種ワクチンの接種 No.109　採血時の検体容器間違い	
	日本医療機能評価機構が発信する医療安全情報の活用等について教えてください －２件の医療安全情報についてお伺いします	
Q2S01	2025年9月まで、FAXで送付されていた医療安全情報を使用していましたか （一つ選択してください）	はい いいえ
Q2S02	日本医療機能評価機構のホームページから医療安全情報のPDFをダウンロードしていますか （一つ選択してください） https://www.med-safe.jp/contents/info/index.html	はい（定期的に） はい（必要時に） いいえ

	「No.60　有効期間が過ぎた予防接種ワクチンの接種」について、お伺いします https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_60.pdf	
Q2S03	上記の医療安全情報（No.60）を知っていましたか （一つ選択してください）	はい いいえ
Q2S04	（※設問203「はい」の場合に回答） この医療安全情報（No.60）を医療安全活動に活用していますか （一つ選択してください）	活用している どちらかというと活用している どちらかというと活用していない 活用していない
Q2S05	（※設問203「活用している」「どちらかというと活用している」の場合に回答） どのように活用していますか （複数選択可能です）	関連する職員との情報共有 安全管理に関連する研修会の教材 医療安全に関するポスターなどの素材 事故発生時の参考資料 マニュアル作成または確認・修正時の参考資料 薬剤または医療機器などの採用時の資料 調査研究の資料 その他（自由記載）：
Q2S06	（※設問203「どちらかというと活用していない」「活用していない」の場合に回答） 活用することが難しい理由を教えてください （複数選択可能です）	活用方法がわからない 活用する時間・余力がない 量が多い／文字が多い 診療の状況と内容が合わない 存在を知らなかった／見たことがなかった その他（自由記載）：
	「No.109　採血時の検体容器間違い」について、お伺いします https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_109.pdf	
Q2S07	上記の医療安全情報（No.109）を知っていましたか （一つ選択してください）	はい いいえ
Q2S08	（※設問207「はい」の場合に回答） この医療安全情報（No.109）を医療安全活動に活用していますか （一つ選択してください）	活用している どちらかというと活用している どちらかというと活用していない 活用していない
Q2S09	（※設問208「活用している」「どちらかというと活用している」の場合に回答） どのように活用していますか （複数選択可能です）	関連する職員との情報共有 安全管理に関連する研修会の教材 医療安全に関するポスターなどの素材 事故発生時の参考資料 マニュアル作成または確認・修正時の参考資料 薬剤または医療機器などの採用時の資料 調査研究の資料 その他（自由記載）：
Q2S10	（※設問208「どちらかというと活用していない」「活用していない」の場合に回答） 活用することが難しい理由を教えてください （複数選択可能です）	活用方法がわからない 活用する時間・余力がない 量が多い／文字が多い 診療の状況と内容が合わない その他（自由記載）：

Q2S11	医療安全情報の分類の中で、診療所で活用したい分類を教えてください。 （複数選択可能です） https://www.med-safe.jp/contents/info/category.html#bunrui	薬剤について 輸血について 治療・処置について 医療機器について ドレーン・チューブ類について 検査について 療養上の世話について その他（自由記載）： とくに無い
Q2S12	日本医療機能評価機構から貴診療所へ、医療安全情報の発信方法として、最も入手や利用がしやすいと考える形式を教えてください。 （一つ選択してください）	メール配信（ニュースレター、アラート等） ウェブサイトでの掲載 SNSでの配信 冊子・印刷物の郵送 FAX その他（自由記載）：
	第3号　注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析 第15号　薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析	
	日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）が発信する医療安全情報（提言書）の活用等について教えてください －２件の提言書についてお伺いします －途中自動保存されます	
Q3S01	日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）のホームページから医療事故の再発防止に向けた提言を確認していますか （一つ選択してください） https://www.medsafe.or.jp/survey/proposal	はい（定期的に） はい（必要時に） いいえ
	「第3号　注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析」について、お伺いします https://www.medsafe.or.jp/survey/proposal/post-213	
Q3S02	上記の提言書（第3号）を知っていましたか （一つ選択してください）	はい いいえ
Q3S03	この提言書（第3号）の続報である警鐘レポートNo.2 「注射剤の血管内投与後に発症したアナフィラキシーによる死亡」 を知っていましたか： https://www.medsafe.or.jp/report/02_keisho_report.pdf （一つ選択してください）	はい いいえ
Q3S04	（※設問302「はい」の場合に回答） この提言書（第3号）を医療安全活動に活用していますか （一つ選択してください）	活用している どちらかというと活用している どちらかというと活用していない 活用していない
Q3S05	（※設問304「活用している」「どちらかというと活用している」の場合に回答） どのように活用していますか （複数選択可能です）	関連する職員との情報共有 安全管理に関連する研修会の教材 医療安全に関するポスターなどの素材 事故発生時の参考資料 マニュアル作成または確認・修正時の参考資料 薬剤または医療機器などの採用時の資料 調査研究の資料 その他（自由記載）：

Q3S06	（※設問304「どちらかというと活用していない」「活用していない」の場合に回答） 活用することが難しい理由を教えてください （複数選択可能です）	活用方法がわからない 活用する時間・余力がない 量が多い／文字が多い 診療の状況と内容が合わない その他（自由記載）：
	「第15号　薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」について、お伺いします https://www.medsafe.or.jp/survey/proposal/post-362	
Q3S07	上記の提言書（第15号）を知っていましたか （一つ選択してください）	はい いいえ
Q3S08	（※設問307「はい」の場合に回答） この提言書（第15号）を医療安全活動に活用していますか （一つ選択してください）	活用している どちらかというと活用している どちらかというと活用していない 活用していない
Q3S09	（※設問308「活用している」「どちらかというと活用している」の場合に回答） どのように活用していますか （複数選択可能です）	関連する職員との情報共有 安全管理に関連する研修会の教材 医療安全に関するポスターなどの素材 事故発生時の参考資料 マニュアル作成または確認・修正時の参考資料 薬剤または医療機器などの採用時の資料 調査研究の資料 その他（自由記載）：
Q3S10	（※設問308「どちらかというと活用していない」「活用していない」の場合に回答） 活用することが難しい理由を教えてください （複数選択可能です）	活用方法がわからない 活用する時間・余力がない 量が多い／文字が多い 診療の状況と内容が合わない その他（自由記載）：
Q3S11	提言書の発信方法として、最も入手や利用がしやすいと考える形式を教えてください。 （一つ選択してください）	メール配信（ニュースレター、アラート等） ウェブサイトでの掲載 SNSでの配信 冊子・印刷物の郵送 FAX その他（自由記載）：
Q4S01	貴診療所の地域の医療安全支援センターを知っていますか https://www.anzen-shien.jp/center/	はい いいえ
Q4S02	貴診療所の地域の医療安全支援センターに期待したい役割を教えてください （複数選択可能です） https://www.anzen-shien.jp/aboutus/	地域の住民からの苦情・相談の共有 地域の他の医療機関との意見交換の機会 医療安全の研修の機会 その他（自由記載）： とくに無い
Q4S03	医療安全支援センターから助言や情報提供を受けたことがありますか （一つ選択してください）	はい いいえ
Q4S04	（「はい」と回答した方）受けた助言・情報をどのように活用しましたか。 （複数選択可能です）	診療所内研修や勉強会で共有した 診療所内の手順書・マニュアルの見直しに使った 個別事例の対応方針の検討に活用した 特に活用していない その他（自由記載）：

Q5S01	医療安全に関する知見・外部情報をどこから得る機会がありますか （複数選択可能です）	日本医療機能評価機構 日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター） 行政機関 職能団体（医師会、看護協会など） 学会・研究会等 その他（自由記載）： とくに機会がない
Q5S02	医療安全に関わる出来事（インシデント等）について、報告を収集する仕組みがありますか （一つ選択してください）	ある（電子的に収集） ある（紙のみで収集） ある（口頭のみで収集、記録はない） 仕組みはない その他（自由記載）： わからない
Q5S03	医療安全に関わる出来事（インシデント等）について、これまで経験したことがある出来事を教えてください （複数選択可能です）	予防接種に関わる出来事 薬剤に関わる疑義照会 疑義照会以外の薬剤に関わる出来事 検査関連の出来事 患者間違い 診断の誤り・遅れ 転倒・転落 患者とのコミュニケーションに関わる出来事 医療者間のコミュニケーションに関わる出来事 治療に関わる出来事 医療機器に関わる出来事 その他（自由記載）： とくに経験はない
Q5S04	貴診療所の医療安全について、総合的に評価したレベルとして当てはまる番号を１つだけ選んで下さい	１）特に優れている ２）とても良い ３）まあまあ ４）悪い ５）失格
Q5S05	貴診療所の医療安全を推進するために学べるとよいテーマは何ですか （複数選択可能です）	報告の仕組みづくり 事例分析・対策立案 ヒューマンエラー コミュニケーション（チームワーク） 診断の改善 その他（自由記載）：
Q5S06	ご回答いただいた内容に対して追加でお話をお伺いし、診療所における医療安全の推進に資する提案を検討したいと考えております。お伺いした内容は個人が特定されないよう配慮します。電話やオンライン会議形式によるインタビュー調査への協力のご意向についてご回答ください。	協力できない 協力できる
Q5S07	インタビュー調査依頼にあたり、お名前、部署、電話番号、メールアドレスを記入ください。	

Q5S15	最後に本アンケートのご回答の謝礼として、Amazonギフト券1000円分を送付するための連絡先のメールアドレスを記載いただけますか。 ※メールアドレスはギフト券送付のみに利用します。 ※ギフト券送付は3月末までを予定しております。 ※ギフト券送付後、受領確認のご連絡をお願いいたします。ご返信が確認できない場合、こちらより記載のメールアドレス・お電話番号宛てに確認のご連絡をさせていただく予定です。	記載しない 記載する

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）
診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究

分担研究報告書
診療所対象の医療安全外部研修の現状と課題

研究分担者　青木　拓也　東京慈恵会医科大学
総合医科学研究センター
臨床疫学研究部
准教授

研究要旨

診療所における医療安全管理体制の質向上のため、国内の外部研修の実施実態を把握し、日本の診療所実務において優先すべき教育領域とモデルを同定することを目的とした。

学術・職能団体、行政、民間企業等による診療所対象の医療安全研修について文献レビューを行い、研修の内容や形式を抽出した。

現状では外部研修の実施主体は限定的であるものの、e ラーニングや参加型ウェビナー等、多様な形式で提供されていた。抽出された研修テーマは、病院と共通する内容に留まらず、診断・ワクチンエラー、小規模施設での急変対応、および近接・継続的な医療提供を背景とした患者協働等、診療所特有のインシデントに対応する領域が同定された。これらは世界保健機関や諸外国が提唱するコンピテンシーと整合していた。

診療所の医療安全向上には、独自の特性を反映した教育内容と実装しやすい提供形式が不可欠である。個々の施設努力を超え、学術・職能団体、地域医師会、医療安全支援センター等がハブとなり、外部研修を効果的に活用できるネットワークを構築することが、地域全体の医療安全向上に寄与すると考えられる。

A．研究目的

（背景）

医療安全に資する様々なエビデンス・対策等が発信されつつあるが、それらが医療現場で実装されるまでには様々な課題があり、実装研究の推進はグローバルにも提案されている（2023 年、閣僚級世界患者安全サミット）。また診療所等のプライマリ・ケア分野の医療安全の重要性も指摘されている（2025 年、閣僚級世界患者安全サミット）。

本邦では、医療法により診療所を含む全ての医療機関に医療安全管理体制の確保（指針の整備、職員研修の実施、医療機関内の事故報告等の改善のための方策）を義務づけ、通知でそれぞれに盛り込むべき内容を示している。一方、医療安全管理者等の、医療安全にかかる規程の研修を修了し医療安全活動に専任・専従で従事する担当者が配置されていない診療所等における、医療安全に関する知見・外部情報の入手方法や、知見・外部情報に基づいた医療安全活動（指針の策定と更新、職員研修の企画と実施、事故防止策の立案と実施等）の実施状況は明らかになっていない。

2007 年の医療法改正では、年 2 回程度の医療安全研修の実施を含む医療安全対策が、無床診療所を含むすべての医療機関に義務化された。同年に厚生労働科学研究費補助金の助成を受け、無床診療所等（一般

診療所、歯科診療所、助産所)を対象に実施された調査では、医療安全に関する職員研修を実施している施設の割合は60.3%だったと報告されている[1)]。同様に、2023年に日本プライマリ・ケア連合学会の会員（診療所管理者）を対象に実際された調査では、職員研修等の学習機会を設けている診療所は59.0%に留まっていた[2)]。小規模な医療機関では人的・時間的リソースが限られており、自施設単独での研修企画・実施が困難であることが、学習機会不足の主要な要因の一つと考えられる。したがって、診療所における医療安全体制の質を向上させるためには、外部の研修機会を効果的に活用することが極めて重要である。

（目的）

本研究は、診療所における医療安全知見の入手・活用モデルを提案するための基礎資料として、診療所を対象とした外部研修の実施現状を把握することを目的とした。具体的には、国内の先進的な取り組みをレビューし、診療所における医療安全研修で優先すべきテーマや領域を同定する。さらに、これらを踏まえ、日本の診療所実務に即した医療安全研修教材を具体的に提案する。

B．研究方法

（研究デザイン）

本研究は、文献レビュー（ナラティブレビュー）であり、系統的レビューのような画一的な抽出条件に縛られず、臨床現場の実情に即した多様な知見を収集・統合する手法を採用した。

（情報検索）

情報の収集は、臨床医学および疫学の主要データベースであるPubMedおよびGoogle Scholarを中心に、探索的に実施した。厳密な検索式による絞り込みは行わず、「診療所（Clinic)」「医療安全（Patient Safety)」「研修・教育（Education/Training)」といった主要なキーワードを用いた検索結果から、本研究の目的に合致する文献を適宜選定した。なお、診療所対象の研修は学術論文として公表されていない実務的な報告が多いため、行政機関や関連する学術・職能団体のウェブサイト等から得られるグレーリテラチャーも検索対象に含めた。

（情報の選定）

情報の選定は、本研究のリサーチクエスチョンである「外部研修の把握：診療所またはプライマリ・ケア施設を対象とした、施設外組織（医師会、学会、行政等）による医療安全研修の内容や形式等」に対する有用性を基準に、専門的知見に基づいて行った。

C．研究結果

レビューの結果、診療所を対象とした医療安全に関する外部研修の実施主体、形式および内容として、以下が抽出された。

1. 日本医師会

日本医師会が実施する医療安全推進者養成講座は、医療法に基づく医療安全管理体制の確保を支援し、各医療機関において安全活動を推進する実務者を養成することを目的とした教育プログラムである[3)]。本講座は、病院のみならず診療所等の小規模施設も対象としており、国内の医療安全教育における標準的な外部研修の一つに位置づけられている。

受講形態は、約1年間にわたるeラーニ

ングと集合研修（または課題レポートの提出）の組み合わせで構成されている。e ラーニングは毎月配信される講義動画の視聴と演習問題の解答を通じて進行し、時間的・地理的制約のある診療所勤務者であっても受講可能な設計となっている。カリキュラムは、以下の 9 つの領域で構成されている。

①医療安全対策概論： 安全管理指針の策定や組織体制の構築
②Fitness to Practice 論: 医療従事者の資質、プロフェッショナリズムおよび適格性
③事故防止職場環境論： ヒューマンエラーの理論と施設・設備の安全対策
④医療事故の情報収集と再発防止： インシデント報告の運用と、外部情報の活用
⑤医療事故の分析手法論： 各種分析手法の理論と実践
⑥医療施設整備管理論: 医療機器、電気、ガス、防火等の安全管理
⑦医薬品安全管理論： 薬剤の管理体制と、投与ミス防止策
⑧医事法学概論： 法的責任、インフォームド・コンセント、紛争への対応
⑨医療現場のコーチング術： コミュニケーションおよびチームマネジメント

本講座は、医療法により義務づけられた職員研修の実施や指針の整備を実務上担う人材の育成に寄与するものである。教育内容には病院組織を前提とした項目も含まれるが、医薬品や医療機器の管理、医事法学等、診療所実務にも直結する項目が体系化されている。

2. 日本プライマリ・ケア連合学会

日本プライマリ・ケア連合学会は、医療の質・患者安全委員会を中心に、診療所における患者安全の向上と質改善を目的とした多様な参加型研修を展開している。全医療機関での医療安全対策が義務化されているものの、診療所では、まだ医療安全に関する学習機会が十分に提供されているとは言い難い。そのため、現場で実践可能な具体策を提案するウェビナーやワークショップが、学会員および非学会員向けに開催されており、多職種教育・協働の場となっている。オンライン開催やオンデマンド配信の活用により、各地域に分散しているプライマリ・ケア医療者に対する情報アクセスを確保し、専門医・認定医や認定看護師、薬剤師の更新単位付与を通じて医療者のキャリア形成も支援する設計である。主な研修プログラムとテーマを以下に挙げる。

①診療所対象の患者安全向上ウェビナー

診療所特有の課題に特化したウェビナーシリーズである[4]。収集したインシデントレポートから具体的な改善策に繋げる手法、診療所セッティングでのスムーズな救急対応への備え、ワクチン関連エラーの防止策、診断エラーを防ぐ診断エクセレンス（診断の卓越性）の実装等、プライマリ・ケアにおいて頻度が高いエラー（コミュニケーションエラー、診断エラー、薬剤・ワクチンエラー等）に関するテーマを扱っている[5]。

②診療所版チーム STEPPS 研修会

チーム STEPPS®（Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety）は、医療の質と患者安全を高めるために米国で開発されたチームワーク向上プログラムであり、わが国でも大規模病院を中心に導入が進んでいる[6]。しかし、診療所等の小規模医療機関では、チームワーク教

育の機会が依然として限られているのが現状である。地域医療を担うプライマリ・ケアこそ、限られた人員・リソースの中で院内外の多職種が連携し、質の高いチームワークを発揮することが求められるため、医師、看護師、薬剤師、事務スタッフ等、診療所の多職種向けにチームSTEPPS研修会が開催されている。

③専門職種別ワークショップ

日本プライマリ・ケア連合学会は、専門医・認定医に加え学会認定資格として、プライマリ・ケア看護師やプライマリ・ケア認定薬剤師の認定も行っている。これらの認定資格を持つ、あるいは資格取得を目指す看護師や薬剤師を対象に、組織マネジメントとしての質・安全改善活動やPatient Engagement（患者協働）をオンラインで学ぶ研修会が開催されている[7,8]。

3. 医療安全全国共同行動

医療安全全国共同行動は、多職種の医療従事者の連携・協働に加えて、患者・市民とのパートナーシップを通じて、安全な医療を実現することを目指して活動している。従来は大規模病院を中心とした活動が主流だったが、地域包括ケアシステムの進展や診療所の機能の拡充に伴い、小規模医療機関をターゲットとした研修を強化しつつある。

特に、在宅医療は、限られた医療者の目しか届かない療養環境で行われるため、薬剤エラーや急変対応、多職種連携における情報共有のエラー等、外来医療や入院医療とは異なるリスクが存在する。こうしたニーズに応える形で、小規模医療機関特有の課題に即したセミナーが開催されている[9]。

4. 地域医療振興協会

地域医療振興協会の地域医療安全推進センターは、診療所を対象とした医療安全研修を企画・実施している。例えば、無床診療所における医療安全管理体制の構築と実践を目的とした研修会の実践が報告されている[10]。主な研修内容は、クリニックの事例を通じた情報の共有化や簡素化の重要性の提示、職員が少ない等の特徴を意思決定の速さという強みに変える発想の転換、そして短時間で可能なリスクアセスメントの体験である。小規模施設の特性を活かし、地域連携や継続的な工夫を積み重ねることが実効性のある安全推進に繋がることが強調されている。

5. 地域の医療安全支援センター

医療安全支援センターは、医療法に基づき、都道府県、保健所を設置する市および特別区に設置が義務付けられている公的機関である。その目的は、地域住民と医療機関の信頼関係の構築を軸に、地域全体の医療の安全を確保することにある。医療安全支援センターの主な業務は、患者・住民からの苦情や相談への対応、医療安全の確保に関する必要な情報の収集及び提供、地域の医療安全推進協議会の開催、医療安全研修の実施等である。研修の対象は病院を主眼に置いたものが多いが、地域によっては診療所まで幅広く対象に含めている。そのテーマは多岐にわたり、医療コミュニケーションやクレーム対応といった対人スキルから、医療機関のBCP(Business Continuity Plan)策定、さらには患者協働の推進等、現代的な課題が取り上げられている[11-13]。

6. 民間企業

近年、病院だけでなく診療所を対象とし

た企業による医療安全研修サービスが出現している。サービスの中心となるのは、年2回の実施が義務付けられている法定研修に対応した、eラーニングやオンデマンド動画教材の提供である。内容は、医療事故防止、感染対策、医薬品・医療機器の安全等、診療所の現場実務に即したプログラムが提供されている。また、職員の受講状況や理解度を把握する進捗管理システムに加え、行政への報告等に活用できる研修実施記録の自動生成機能等、事務負担を軽減するツールも含まる。小規模な組織でも効率的かつ継続的に安全管理体制を維持・向上させるための実務支援がパッケージ化されている[14)]。

レビューによって抽出された先行事例において扱われている診療所対象の医療安全研修のテーマを類型化し、表1に示す。

表 1. 診療所対象の医療安全研修で扱われている主要テーマの分類

1.	診療所における医療安全対策の意義
2.	インシデント報告システムの運用
3.	インシデント分析手法
4.	医療機器・環境に係る安全管理
5.	医薬品・ワクチンの安全使用
6.	院内感染対策
7.	診断エクセレンス
8.	チームワーク・多職種連携
9.	患者協働
10.	診療所における急変対応

D．考察

（結果の要旨）

本研究は、文献レビューによって、診療所対象の医療安全外部研修に関する国内の主な取り組みを抽出した。その結果、現状では実施団体は限られているものの、医師会、学術・職能団体、医療安全支援センター、民間企業等が診療所向けの医療安全研修を提供していることが明らかになった。また、それらの研修内容を検討し、診療所における医療安全研修で重視されているテーマを同定した。その結果、病院と共通する研修テーマだけでなく、診断エラー、ワクチンエラー、小規模施設での急変対応等、診療所特有のインシデント対応、ならびに患者・市民に近接かつ継続した医療を提供するプライマリ・ケアの特性を踏まえた患者協働が重要なテーマとして扱われていた。これらのテーマは、WHO（世界保健機関）や欧米で体系的に提案されているプライマリ・ケアにおける医療安全のコンピテンシーとも整合していた[15-17)]。

（提言）

今後の診療所における医療安全管理体制の構築においては、個々の施設内における取り組みに留まらず、学術・職能団体への参画や地域ネットワークのシステム化をどのように推進するかが課題である。特に地域の医療安全ネットワークを実効性のあるものとするためには、平時からの情報交換や研修を通じた多職種間の連携・協働が不可欠となる。こうした背景から、郡市区医師会や各地域の医療安全支援センターは、診療所向け研修の開催やネットワーク構築において主導的な役割を果たし、地域のプライマリ・ケアにおける医療安全のイニシアティブを執ることが期待される。

研修の内容に関しては、従来の病院中心のモデルをそのまま診療所に持ち込むのではなく、プライマリ・ケア独自のコンテキストである継続性、多職種連携、不確実性への対応を重視する必要がある。具体的には、院内のみならず地域の医療介護従事者との連

携を視野に入れたチーム STEPPS®等のチームワーク向上プログラムや、入院から外来・訪問診療、あるいはその逆のケア移行期におけるリスク管理を重点領域として強化すべきである。また、日本医療安全調査機構や日本医療機能評価機構等が発信する外部情報の活用に加え、2026 年の省令改正に伴う医療事故調査制度への習熟や記録整備の徹底も、今後の研修において不可欠な要素となるだろう。さらに、評価指標を用いた質改善プロジェクト等、データに基づいた安全管理手法の導入も求められる。リソースの限られた診療所実務に即し、単なる座学形式のレクチャーに留まらない、双方向的かつ実践的な研修を通じて、安全対策の実装を支援することが、地域全体の医療の質を向上させる鍵となる。

（医療安全研修教材の作成・試行）

前述の考察に基づき、著者は、以下の 3 つのテーマから構成される研修教材を作成し、医療安全支援センターが主催する医療安全研修会で試行した。

1. 診療所における医療安全の意義に関する総論
2. 診療所におけるインシデントの報告および分析手法
3. 診療所における救急・急変時対応

各教材は、多忙な診療実務の合間での学習効果を高め、受講の継続性を確保することを目的として、1 テーマあたり 10 分から 15 分程度に集約して設計した。

教材の有用性を検証するため、東京都多摩小平保健所医療安全支援センターが主催する医療安全研修会（タイトル：「診療所の患者安全、どんなところが落とし穴！？」）において、試行的に実施した。当該地域において、医療安全支援センターが診療所に特化した研修会を主催するのは初の試みであった。開催形式については、地域実務者の利便性とアクセシビリティを考慮し、リアルタイムのオンライン研修と、その後のオンデマンド配信を組み合わせたハイブリッド形式が採用された。

研修の規模は、オンライン研修（リアルタイム）への参加者が約 200 名、オンデマンド配信の延べ視聴回数は 300 回に達した。オンライン研修参加者の職種別内訳は、事務職員が 30.6%と最も多く、次いで医師が 26.9%、看護師が 22.4%、リハビリテーションセラピストが 3.7% その他の職種が 16.4%であった。研修後、参加者からはインシデント報告の重要性や救急対応マニュアル作成の意義を再認識したとするコメントが多数得られた。また、院内の患者安全体制の見直し、緊急時対応のマニュアル化、スタッフ間の情報共有等、具体的な改善行動に結びつけたいという意見も寄せられた。本研修のねらいである「診療所で発生しやすいインシデントの傾向把握、および自施設における対策検討の契機の提供」は、受講者の肯定的評価や具体的な行動変容の意向に鑑み、概ね達成されたといえる。

Ｅ．結論

診療所における医療安全管理体制の構築には、大規模病院中心のモデルをそのまま踏襲するのではなく、プライマリ・ケア独自の特性を反映した教育的アプローチが不可欠である。診療所の医療安全研修を個々の施設努力のみに委ねるのではなく、学術・職能団体、郡市区医師会、および医療安全支援センターがハブとして機能し、外部研修の拡充や知見を共有・実装するネットワ

ークをシステム化することが重要である。こうした包括的な支援体制の構築こそが、わが国のプライマリ・ケアにおける医療安全の質を向上させる鍵となる。

参考文献

1) 石川雅彦, 平尾智広, 平田創一郎, 谷津 裕子, 種田憲一郎.無床診療所等における医療安全管理体制構築に関する研究 平成 19 年度総括・分担研究報告書.[cited 24 April 2026]. Available from: https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/14436

2) 青木拓也, 小坂鎮太郎, 小曽根早知子, 福井慶太郎. 我が国のプライマリ・ケア診療所における患者安全管理体制の実態調査. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2024;47(2):43-48.

3) 日本医師会.2026 年度医療安全推進者養成講座.[cited 24 April 2026]. Available from: https://www.med.or.jp/anzen/kz/26entry/

4) 日本プライマリ・ケア連合学会. 第 3 回 診療所でできる！患者安全向上ウェビナー.[cited 24 April 2026]. Available from: https://www.primarycare-japan.com/news-detail.php?nid=1601

5) Carson-Stevens A, Hibbert P, Williams H, et al. Characterising the nature of primary care patient safety incident reports in the England and Wales National Reporting and Learning System: a mixed-methods agenda-setting study for general practice. Health Serv Deliv Res. 2016;4(27):1-76.

6) 種田憲一郎. 診療の安全と質を向上させるツール. 日本内科学会雑誌. 2011;100(1):226-235.

7) 日本プライマリ・ケア連合学会. プライマリ・ケア看護学ワークショップ＜選択領域編＞.[cited 24 April 2026]. Available from: https://www.primarycare-japan.com/news-detail.php?nid=1527

8) 日本プライマリ・ケア連合学会. プライマリ・ケア認定薬剤師研修会「薬剤師業務を『患者協働』へアップデート！：セルフケア支援のための患者協働実践ワークショップ」.[cited 24 April 2026]. Available from: https://www.primarycare-japan.com/assoc/nintei/ni_ph_kensyu/

9) 医療安全全国共同行動. 医療安全レポート No.107. 2026 年 2 月 1 日

10) 石川雅彦. Let's Try！医療安全 第 6 回「診療所における医療安全の展開！」. 月刊地域医学. 2013;27(3):54-58.

11) 横浜市. 横浜市医療安全研修会(医療従事者向け). [cited 24 April 2026]. Available from: https://www.city.yokohama.lg.jp/kenko-iryo-fukushi/kenko-iryo/iryo/anzenshien/iryoanzen/kenshukai.html

12) 東京都西多摩保健所. 研修・講演会のご案内（保健・医療・福祉・教育関係者向け）. [cited 24 April 2026]. Available from: https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/shisetsu/jigyosyo/hokenjyo/nisitama/kensyuu/kenshu1

13) 船橋市. 令和４年度医療安全研修会について（報告）. [cited 24 April 2026]. Available from:

https://www.city.funabashi.lg.jp/shisei/jouhoukoukai/004/02/0116/p113970_d/fil/gidai1.pdf
14) 株式会社 MediCE. クリニックパートナー 360.[cited 24 April 2026]. Available from: https://medi-ce.com/product/cp360
15) World Health Organization. Safer primary care. [cited 24 April 2026]. Available from: https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safer-primary-care
16) Royal College of General Practitioners. GP curriculum. Continuity and quality of care, safety and prescribing. [cited 24 April 2026]. Available from: https://www.rcgp.org.uk/mrcgp-exams/gp-curriculum/continuity-quality-of-care
17) European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine, European Society for Quality and Safety in Family Practice: European Teaching Agenda on Quality and Safety in Family Medicine. [cited 24 April 2026]. Available from: https://www.qualityfamilymedicine.eu/file/5977201e-a6cb-409e-a089-6fc0a7d5b175/European-Teaching-Agenda-Final.pdf

Ｆ．研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

Ｇ．知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

（資料1）

診療所の患者安全
【総論】

青木 拓也
東京慈恵会医科大学
総合医科学研究センター 臨床疫学研究部

動画解説：
https://www.youtube.com/watch?v=sQHGFMuqyrk

1

米国における死因順位（2013年推定値）

1位	心疾患	61万人
2位	がん	58万人
3位	**医療過誤**	**25万人**
4位	慢性肺疾患	14万人
5位	不慮の事故	13万人

- **日本の医療事故による死亡者数は年間24,000人～48,000人と推定**

Makary MA, et al. BMJ. 2016.
堺秀人. 医療事故の全国的発生頻度に関する研究報告書. 2006.

2

患者安全の意義

➢**患者の健康と生命を保護すること**

➢**医療の質と患者安全は表裏一体**

●**医療の質向上 ▶ オフェンス（攻め）**

●**患者安全の向上 ▶ ディフェンス （守り）**

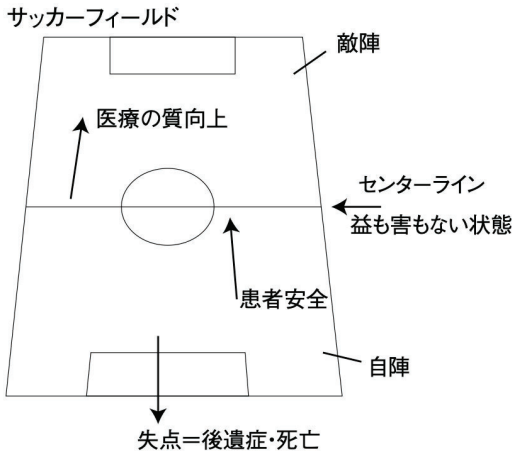


図２　医療の質と患者安全のイメージ

岡田唯男. 医療の質・安全学会誌. 2017.

3

診療所における患者安全の特徴①

➢**インシデント発生率は低いが、対象となる患者数が多いため影響大**

●100件の診察あたり2-3件のインシデント

●そのうち4%が重大インシデント

●特に診断および投薬時のエラーが重大インシデントに繋がりやすい

➢**未分化・複雑な健康問題が多い**

●発症早期の受診

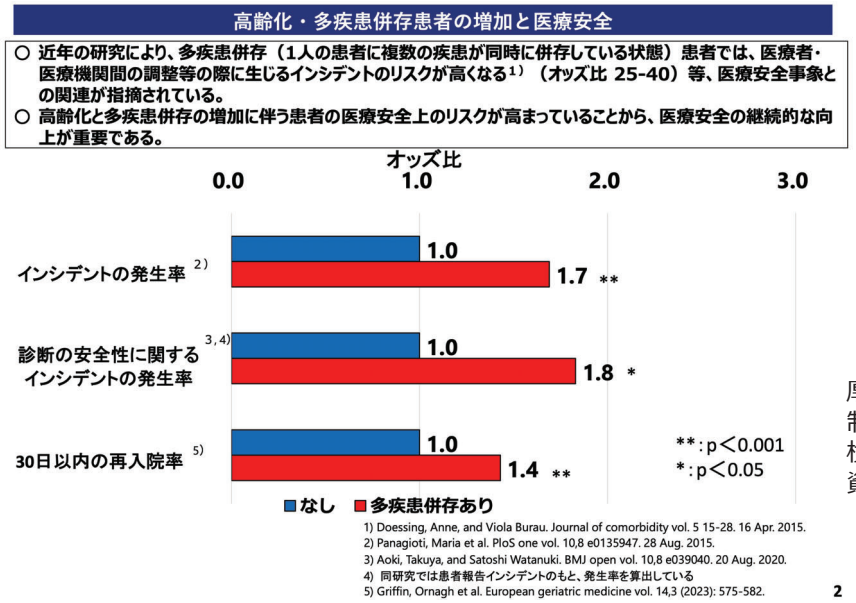
●多疾患併存

●心理・社会的問題

Panesar SS, et al. BMJ Qual Saf. 2016.

4

高齢化・多疾患併存と患者安全



厚生労働省. 医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会報告書（案）補足資料

2

5

診療所における患者安全の特徴②

➢外来だけでなく在宅医療における患者安全も課題

- Hospital at Home（HaH：在宅入院）など

➢身近な診療所ならではの近接性や継続性は患者安全にも寄与

- 近接性：アクセスの良さ、かかりやすさ
- 継続性：長期間に渡る、患者-医療者関係の構築

6

診療所に義務付けられている患者安全管理

➢2007年の医療法改正で無床診療所にも義務化

- 医療の安全を確保するための指針の策定
- 従業者に対する研修の実施（年2回）
- 医療機関内における事故報告等の改善のための方策
- （無床診療所の場合、委員会の設置と開催は義務ではない）

7

プライマリ・ケア患者の40%が安全上の問題に直面



8

診療所の患者安全は国際的な課題



https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safer-primary-care

9

我が国のプライマリ・ケア診療所における患者安全管理体制の実態調査

➢**研究デザイン**

●オンライン調査による横断研究

➢**対象者**

●日本プライマリ・ケア連合学会 プライマリ・ケア認定医・家庭医療専門医のうち、診療所の管理者を務める医師

➢**評価項目**

●研究参加者および所属診療所の基本属性

●所属診療所の患者安全管理体制

●患者安全に関する指針の作成・更新・活用状況

●過去1年間のインシデントレポートの運用実態など

10

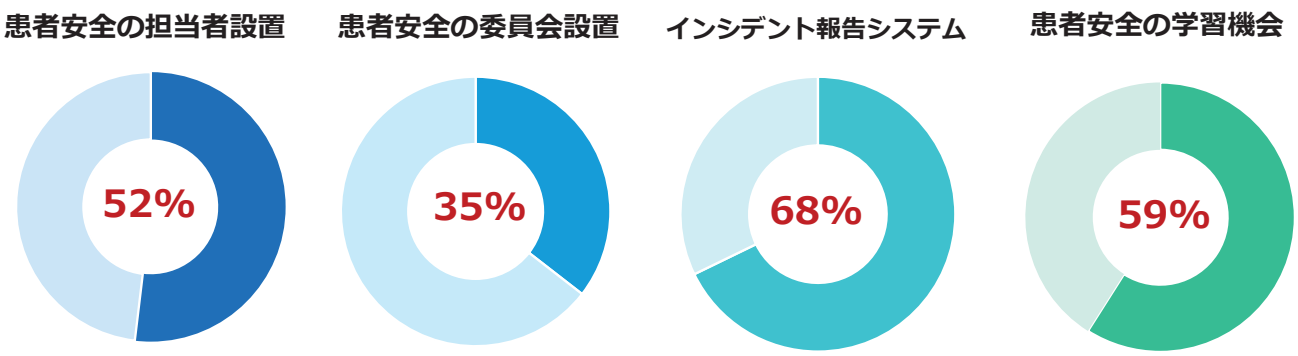
研究参加者の属性

- 参加者数：183名
- 回答者の年齢は40代が36%と最も多く、次いで60代が27%
- 家庭医療専門医：22%
- 常勤医師数が1人：53%
- 在宅医療の実施：87%
- 有床診療所：10%

青木拓也ほか. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2024.

11

診療所の基本的な患者安全管理体制



青木拓也ほか. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2024.

12

患者安全に係る指針の作成状況

- 医療の安全を確保するための指針：**53%**
- 院内感染対策に関する指針：**73%**
- 医薬品の安全使用のための手順書：**39%**
- 医療機器に係る安全確保の手順書：**33%**
- 針刺し事故のマニュアル：**62%**



青木拓也ほか. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2024.

13

過去1年間のインシデントレポート

➢インシデントレポート件数

- 10件未満：**64.5%**

➢インシデントレポート内容

- 1位：処方エラー、2位：ワクチン誤接種、3位：転倒、4位：針刺し
- 他に患者確認、検査オーダー、患者とのコミュニケーション、会計など

青木拓也ほか. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2024.

14

診療所に患者安全対策が浸透していない要因

- 人的・物的・経済的資源が限られている

- 医療者が患者安全に関する教育を受ける機会の不足
- 学術団体などによる組織的なサポートの不足
- 患者安全の評価・ 改善ツールやデータの利用可能性に関する課題

- 診療所に対する第三者評価プログラムの不在
- 診療報酬をはじめとしたインセンティブの欠如

15

診療所実態調査 まとめ

- **診療所でも、医療安全に関する指針の策定・運用、研修の実施、インシデント報告システムが必要**

- **診療所は病院と比較しリソースが限られており、現状実施率は低い**

- **しかし、これらは患者の安全を守る上で基礎となる活動**

- **皆様の診療所でもぜひ点検を → 生きた患者安全活動**

16

指針を作成する上での参考資料

●日本医師会　医療安全管理指針のモデルについて
https://www.med.or.jp/anzen/manual/anzen.pdf

●弘前市医師会ホームページ
https://hirosaki-med.jp/workers-manual/iryouanzenkanrisisin/

●出雲医師会ホームページ
https://www.izumo-med.or.jp/members/medical-safety/

17

まとめ

➢**診療所の患者安全は国内外において重要な課題**

➢**日本の診療所における患者安全体制はまだ十分とはいえない**

➢**病院の患者安全対策を単に縮小適用するのではなく、診療所の特性や強みを踏まえた取り組みが求められる**

18

（資料2）

インシデント報告システム

青木 拓也
東京慈恵会医科大学
総合医科学研究センター 臨床疫学研究部

動画解説：
https://www.youtube.com/watch?v=XDog5lH62YE

インシデントレポートに対する疑念

- 始末書・罰ゲーム？
- 犯人探し？
- 訴訟になったら不利？
- 本当に役に立つ？



2

インシデント報告システム ＝ 学習システム

➢**目的**

① 患者の安全を図ること

② 医療機関のシステムの安全性を高める

③ ソフトウェア、ハードウェア、環境のあらゆる角度から検討し、医療事故防止対策につなげる

➢**報告だけではなく、組織的な学習につなげることが重要**

日本医師会. 医療従事者のための医療安全対策マニュアル. 2007.

3

インシデント報告システムのプロセス



4

インシデントレポートの内容

➢**報告する項目は出来るだけ簡素に、客観的な事実を記載**

- 患者情報（年齢、性別など）
- 発生日時：いつ
- 発生場所：どこで
- 関与した人：誰が
- （発生原因：なぜ） ➡ インシデントレポート分析の段階でもOK
- 内容・分類：何が
- 転帰：どうなった

World Health Organization. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. 2020.

5

インシデント報告を促すために

- 目的の共有・浸透
- 非懲罰の保証
- 成功事例の共有
- 報告の容易化（電子化）
- 報告すべきインシデントの明確化
- 定期的な研修
- 医師への介入



※医師が報告するインシデントは重大なものが多い

Fukami T, et al. Patient Saf Surg. 2020.

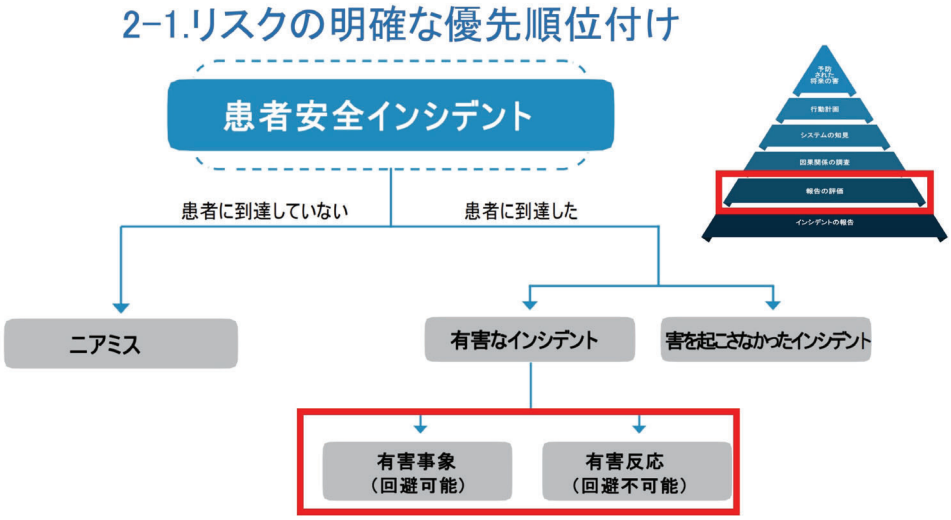
6

インシデントの分類（日本）

レベル	障害の継続性	障害の程度	障害の内容
レベル 5	死亡		死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）
レベル 4b	永続的	中等度～高度	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う
レベル 4a	永続的	軽度～中等度	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
レベル 3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）
レベル 3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
レベル 2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）
レベル 1	なし		患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
レベル 0			エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった
その他			

7

インシデントの分類（WHO）



インシデントの分類（WHO, 2020）より

長尾能雅.第１回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会 資料.

8

インシデントのトリアージ

➢**全てのインシデント報告に対応することは困難**

●リソースが限られている診療所ではなおさら

➢**インシデントの優先順位づけ（トリアージ）が必要**

●患者に到達したインシデント

●患者への影響度が大きいインシデント

●回避可能性が高いインシデント

9

診療所における主なインシデント

●**患者とのコミュニケーション**に関するインシデント

●**医療者間のコミュニケーション**に関するインシデント

●**診断**に関するインシデント

●**薬剤・ワクチン**に関するインシデント

●**検査**に関するインシデント

●**治療・医療機器**に関するインシデント

Royal College of General Practitioners. Reporting and learning from patient safety incidents in general practice: A practical guide. 2017.

10

診療所における重大インシデントの例

- 患者誤認
- 左右・部位誤認
- 医療機器の誤使用又は故障
- 悪性腫瘍や重篤な疾患の見落とし
- 重大な検査結果の確認、伝達又はフォローアップの失敗
- 薬剤誤投与・過量投与
- 既知のアレルギー又は禁忌薬剤等の処方・投与



11

インシデントの分析

1. **事実の収集と個人的な影響への対処**
2. **背景要因の特定**
3. **学習と改善策の決定**
4. **実行とモニタリング**

Royal College of General Practitioners. Reporting and learning from patient safety incidents in general practice: A practical guide. 2017.

Bowie P, et al. J Contin Educ Health Prof. 2016.

12

1. 事実の収集と個人的な影響への対処

➢事実の記録

- インシデントレポートをもとに客観的に時系列を記録
- スタッフ、患者・家族からの生の証言（一次情報）を収集

➢振り返り

- 関与したスタッフが、インシデントに対してどのように感じたかを内省
- 感情的な解放の場

13

2. 背景要因の特定

➢インシデントの背景要因をカテゴリーに分類して検討

➢人に関する要因：スタッフの知識、スキル、疲労、注意力など

➢活動に関する要因：マニュアルがない、手順が複雑すぎたなど

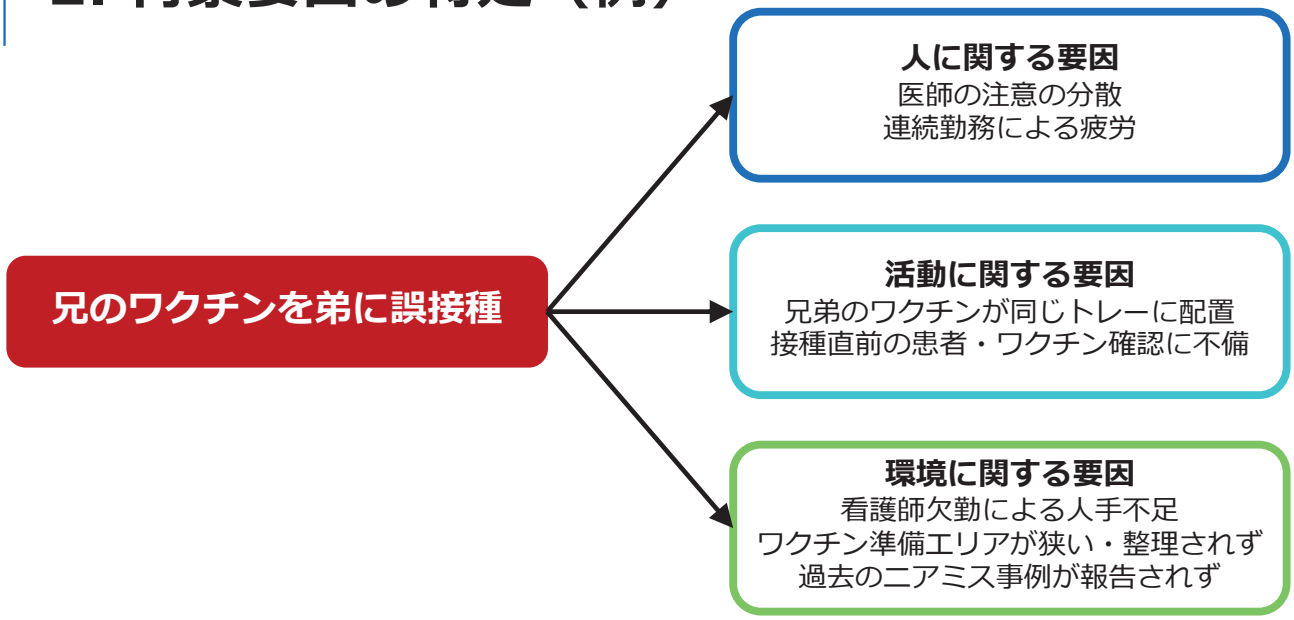
➢環境に関する要因：機器のレイアウト、スタッフの配置、時間のプレッシャーなど

➢「なぜ」を繰り返すアプローチ

➢表面的なミス（例. 個人のミス）で議論を終わらせず、「なぜ？」を繰り返すことで、組織の管理体制やリソースといった根本原因に到達

14

2. 背景要因の特定（例）



15

3. 学習と改善策の決定

➢教訓の明確化

●分析を通じて得られた教訓を明確にする

➢改善策の定義

●特定された根本原因に対処するための具体的な改善行動を策定

●誰が (Who)、何を (What)、いつまでに (When) 実行するかを明確に定める

➢マニュアルの改訂

●必要に応じて、関連するマニュアルやプロトコルを修正

16

3. 学習と改善策の決定（例）

- １トレイにつき１人分を準備
- 兄弟など被接種者が複数いる場合は１人ずつ接種
- 手元には1人分のワクチンのみ準備
- 接種直前に、被接種者の氏名を本人または保護者に確認
- ワクチンの箱を本人または保護者に見せながら、ワクチンの種類と有効期限を確認

- 上記に応じてマニュアルやプロトコルを修正

17

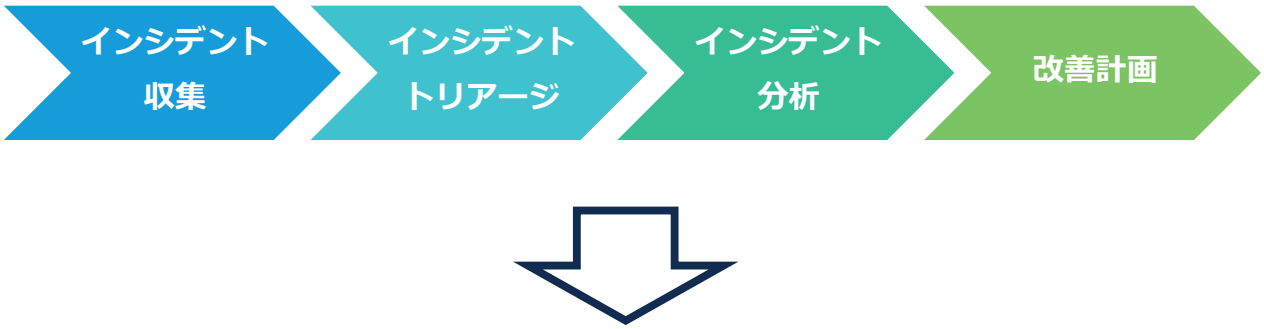
4. 実行とモニタリング

➢実行とフォローアップ

- 改善策が実行されたことを確認
- 変更が実際にインシデントの再発を低減したかを一定期間後にモニタリング

18

まとめ



組織的な学習・フィードバック

19

（資料3）

診療所における救急対応

青木 拓也
東京慈恵会医科大学
総合医科学研究センター 臨床疫学研究部

解説動画：
https://www.youtube.com/watch?v=0Ob3k0VRDRw

あなたの診療所では

- 救急物品の点検は手順化されていますか？
- アドレナリンは何アンプル常備されていますか？
- 心肺蘇生の際に必要なタイマーは準備されていますか？
- 最寄りのCCU施設はどこですか？

2

想像してみてください

- ある日の混み合った診療所外来
- 今日は院長が不在
- 非常勤医師、看護師、事務職員が勤務

待合室で患者が痙攣を起こした

混乱

非常勤医師

「この診療所は何がどこに置いてあるか分からない…　このアンビュ壊れてる？」

看護師

「痙攣なんて何年ぶり？何を用意すれば良い？焦ってルートが取れない！」

事務職員

「外来止めたけど、先生も救急車同乗するみたい。残った患者さん達どうしよう…」

診療所だからこそ救急対応の備えが必要

➢**診療所でも頻度は低いが救急対応が発生する**

- 心肺停止
- 痙攣
- 急性心筋梗塞
- アナフィラキシーなど



➢**しかし人的・物的資源が限られている**

➢**患者安全上の重要な課題**

1. スタッフを総動員する

➢**事務職員も含めて全ての職種が参加**

- 救命処置、家族の誘導、他患者への説明など



➢**急変患者発生時の伝達方法を決めておく**

- 人的資源が少ない分、病院より重要

➢**他の仕事を中断して診療所の力を結集する**

- 特に救命処置はマンパワーが鍵

例）事務職員用の手順書

- 救急隊callの手順、文言もプロトコル化
- 患者家族の誘導

- 待合室の患者へアナウンス
- 医師不在となる場合：インスリン等処方を延期できない薬は近隣の医療機関へ誘導（カルテコピー渡し）

2. 対応を手順化する

➢救急対応手順を出来るだけ標準化する

- 手順を作成する際は質改善の好機
- 多職種でこれまでの経験を振り返る
- 救急物品の点検



➢暗黙知を形式知へ

- スタッフが入れ替わっても継承される

例）初療

①危険な主訴の確認

- 胸痛、呼吸困難、意識障害、痙攣、麻痺の有無を確認

②ABCの評価

- Airway(気道)：いびき声
- Breathig(呼吸)：息苦しさで会話できない
- Circulation(循環)：顔面蒼白、チアノーゼ、冷汗

例）初療

③処置室のベッドに臥床させる

④バイタルサインを測定

血圧、脈拍数、SpO2、呼吸数、体温

⑤OMI

O2(酸素)

Monitor(モニター)：心電図装着、SpO2モニター

IV(静脈路確保)

手順化する救急対応の例

- **心肺停止**
- **痙攣**
- **急性心筋梗塞**
- **アナフィラキシー**

など



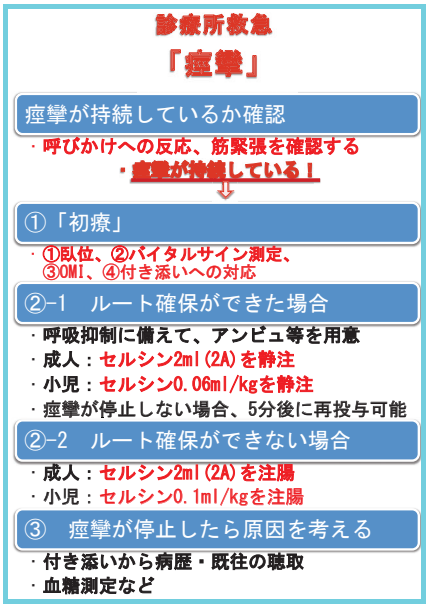
3. 手順を可視化する

- **緊急時にすぐに参照できる様に**
  - 緊急時に手順書まで戻ることは難しい場合も多い
  - 薬剤誤投与の防止（診療所採用薬・規格で記載）
  - 看護師は事前準備がしやすくなる



- **常勤医師以外も一目で対応できる様に**
  - 診療所のリソースを知らなくても対応できることが重要

例）処置室にポスター掲示



4. 救急対応の訓練を行う

➢仮想シナリオをもとにシュミレーション

●手順書があるだけではなく、スタッフに周知が必要



➢PDCAサイクルを回す上で有用

●訓練すると手順の改善点が浮かび上がる

➢定期的に開催する

●医療安全管理研修として

訓練で浮かび上がる課題の例

- 事務のタイムキーパー記録用紙の準備
- アドレナリンのシリンジ製剤の購入
- 車いすの２階設置
- 救急対応用のタイマー用意
- 救急備品確認の際、喉頭鏡ライトの確認追加
- バックバルブマスクの老朽化

診療所に状況に合わせた手順の作成を

➢診療所のセッティング（例）

- 2階にも診察室がある
- 通所介護施設が併設
- 医師が一人になる診療単位がある
- 周辺の紹介先医療機関

まとめ

➢診療所だからこそ救急対応の備えが重要

1. スタッフを総動員する
2. 対応を手順化する
3. 手順を可視化する
4. 救急対応の訓練を行う

➢診療所毎にカスタマイズが必要

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）
診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究

分担研究報告書
診療所における医療安全情報の入手・活用を促進する実装要因の同定と研修モデルの構築に関する研究

研究分担者　小曽根　早知子　筑波大学
医学医療系
講師

研究要旨

【背景・目的】診療所における医療安全管理体制の確保は義務付けられているが、外部情報の活用実態は十分に明らかではない。本研究では、診療所の外部情報の活用実態と、活用の促進及び阻害要因を特定し、現場の特性に即した実装支援モデルを検討することを目的とした。

【方法】無床診療所 4 施設および小規模病院 1 施設を対象に、実装研究の統合フレームワークを用いた半構造化インタビュー調査を実施した。医療安全情報の入手経路、活用状況、組織内の報告文化、および DX ツールの活用実態について質的記述的に分析した。

【結果】質的分析より、診療所の医療安全における外部情報の不適合性（公的情報の多くが病院診療を前提としており、診療所の文脈に翻訳されていないことが情報の活用を阻んでいる）、報告の非匿名性と DX による補完（少人数組織ゆえの報告の非匿名性が障壁となる一方、DX 活用が報告のハードルを下げる補完手段として機能する）、およびスタッフの自律性と即時改善の機動性（スタッフの高い自律性と現場主導の即時改善サイクルが形式的な指針以上に実効的な安全網として機能する）という実態が明らかとなった。

【考察】診療所での医療安全の実装には、外部情報の現場で適用可能な形への翻訳と、現場の機動性を活用し既存活動を医療安全の文脈で再定義することが望ましいと考えられた。

【結論】診療所の機動性を損なうことなく医療安全の質を向上させる実装モデルとして、外部情報を活用した医療安全理論の共有、低負荷な記録ツールの導入、および診療所文脈に即した事例集の提供を提案する。

研究協力者

舛本祥一（筑波大学医学医療系　講師）

A．研究目的

（背景）

医療安全に資する様々なエビデンスや対策が発信されつつあるが、それらが医療現場で実装されるまでには多くの障壁があり、実装研究の推進はグローバルな重要課題となっている（2023 年・2025 年 閣僚級世界患者安全サミット）。本邦においても、医療法により全ての診療所に医療安全管理体制の確保が義務付けられているが、医療安全管理者が配置されない診療所等における外部情報の活用実態は十分に明らかではない。

診療所における医療安全活動の質向上の必要性を示唆する報告例として、本邦のプライマリ・ケア診療所（183 名の医師）において、医療の安全を確保するための指針を作成していたのは 53.0%であり、過去 1 年間のインシデント・アクシデントレポートが 10 件未満だったのは 64.5%であった（青木ら、2024 年）。診療所における指針整備や報告件数の低さの要因は単なるリソース不足のみならず、発信される情報の多くが

病院・入院診療を前提としており、診療所や在宅医療の現場文脈に適合されていないという構造的なミスマッチにある可能性が考えられる。また、小規模組織ゆえの非匿名性といった組織特性が、従来の病院型安全モデルの実装を阻んでいる懸念もある。

（目的）
そこで本研究では、プライマリ・ケアを担う診療所への調査を通じて、医療安全に関する知見・外部情報の入手状況や、知見に基づいた医療安全活動の実施状況を把握する。また、医療安全情報の入手・活用における促進因子と阻害因子を実装研究の枠組みを用いて同定する。その上で、診療所特有の組織特性を活かした医療安全モデル構築のための研修教材を提案・作成することを目的とする。

B．研究方法

１．研究デザイン
本研究は、医療安全情報の診療所における実装を促進する要因を特定するため、実装研究の統合フレームワークである CFIR（Consolidated Framework for Implementation Research）を基盤とした質的記述的研究として設計した。

２．調査対象
診療所を主たる分析対象としつつ、地域医療における機能的連続性を考慮し、リソース制約が診療所と共通する小規模病院を含めた。

（１）対象施設
無床診療所（4 施設）、小規模病院（30 床、1 施設）

（２）インタビュー対象者
院長、または施設の意思決定や実務に深く関与する勤務医師

３．データ収集方法
2026 年 1 月から 3 月にかけて、対象者へのアンケート調査および半構造化インタビューを実施した。

（１）実施形態
Web アンケートフォーム調査、およびオンラインまたは対面による個別インタビュー

（２）実施時間
1 施設あたり 60〜90 分
CFIR の 5 領域（介入の特性、外的セッティング、内的セッティング、個人特性、プロセス）を意識したガイドに基づき、医療安全情報の入手経路、活用状況、組織内での報告文化や学習状況、および IT ツールの活用実態について聴取した。また、将来的な研修教材へのニーズについても併せて聴取した。

４．分析方法
収集したインタビューデータは逐語録及び要約を作成し、以下の手順で分析した。

（１）カテゴリー化
CFIR の各ドメインに基づき、それぞれの領域の促進と阻害要因を抽出した。

（２）文脈的分析
診療所特有の文脈が安全活動に与える影響を質的に分析した。

（倫理面への配慮）
本研究は、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」を順守して実施した。対象者に対し、研究の目的、データの使用範囲、個人および施設の匿名性保護、自由意思による参加自体の権利について口頭で説明し、同意を得た。また、インタビュー記録および分析データは個人を特定できないようコード化し、パスワード管理された環境で厳重に保管した。

C．研究結果

１．基本属性
調査を実施した 5 施設の基本属性は表 1 の通りである。いずれもプライマリ・ケアを専門とする医師が勤務する施設であった。

２．調査対象施設の概況（4 施設）
インタビューに先立ち実施したアンケート調査より、対象施設の医療安全管理の現況は以下の通りであった。

（１）医療安全管理体制の整備
回答した全 4 施設において、医療安全管理指針、院内感染対策指針、医薬品安全管理体制が整備されており、年 2 回以上の研修も実施されていた。

（２）報告システムと提出数

全施設でインシデント報告システムが整備されていた。一方で、年間の報告件数は「0-5 件」と「20 件以上」で二極化していた。

（3）外部情報の認知と活用
PMDA（医薬品医療機器総合機構）、日本医療安全調査機構、日本医療機能評価機構のレポートについては知っていると回答した。一方で、それらの情報について部分的にでも「定期的に確認できている」と回答したのは 1 施設（小病院）のみであった。

3．質的分析結果（5 施設）
インタビュー調査より得られた知見を、医療安全情報の入手・活用（実装）に関する要因として CFIR の 5 領域に基づき表 2 の通りに整理した。以下、3 つの点で整理する。

（1）情報の到達性と適合性（外的セッティング・介入の特性）
診療所における公的情報の入手経路には課題が多く、PMDA、日本医療安全調査機構、日本医療機能評価機等の情報は現場に十分に到達していなかった。地域医師会経由での情報伝達にも限界がうかがえる一方、保健所による監査はマニュアル整備等を推進する強制力として機能していた。また、母体病院等がある場合には、組織的な情報共有や研修体制が実装を支える重要な促進因子となっていた。
情報の質（適合性）に関しては、知見の多くが病院・入院診療を前提としているため、診療所が真に求める情報（新薬やワクチンの手順、他院の事故事例）とのコンテクストの不一致が生じており、これが活用を阻む大きな要因となっていた。

（2）組織構造の特徴と DX による補完（内的セッティング）
内的環境においては、診療所特有の少人数組織という特徴が実装に深く関与していた。少人数ゆえに問題発生時の即時対応が可能である反面、インシデント報告における匿名性の担保が物理的に困難であり、匿名性に代わる心理的安全性の醸成が実装の不可欠な基盤となる。また、問題がその場で即時解決するゆえに記録に残りにくいという課題も浮き彫りとなった。これに対し、QR コードやオンラインフォーム、チャットシステム等の DX 活用は、小規模組織ならではの導入の容易さを活かし、報告に伴う心理的・時間的ハードルを下げる補完的手段として機能していた。

（3）自律性と即時改善の機動性（個人の特性・プロセス）
個人の特性に関し、外部情報と現場との乖離から医療安全への関心低下やシステム思考の不在といった課題は見られるものの、看護師を中心としたスタッフの高い自律性がそれを補完する促進因子となっていた。具体的には、看護師が中心となって新人職員や研修医に対し、自発的に教育的ペアリング（同行訪問での指導等）を行ったり、日常業務の合間にリスク共有のためにプチ講習会を自主的に開催したりする姿が確認された。
実装プロセス面では、安全管理指針の形骸化や体系的な分析システム不足といった構造的課題は抱えつつも、現場主導での即時改善サイクルや独自の教育システムが構築されている実態が確認された。例えば、アクシデント発生時には院長等の指示を待たずとも現場の多職種がその場で協議し、トレイの色分けや物品の配置変更、動線の分離といった物理的な再発防止策を即座に実行する動きなどが見られた。

D．考察

1．本調査結果の解釈
本調査の分析にあたっては、対象施設の選定におけるサンプリングバイアスを考慮する必要がある。本調査の対象は、プライマリ・ケアや医療の質・安全に関心の高い医師が勤務する施設が中心であり、全ての施設で医療安全管理指針や研修体制が整備されていた。これは先行研究で示された実態（青木ら）よりも対策が進んでいる施設であったことを示唆している。
しかし、このような先進的な施設であっても、PMDA 等の外部情報の活用は限定的であり、情報の適合性に課題を感じていることが明らかとなった。これは、診療所における医療安全活動の実装の障壁が、各診療所の単なる意識の低さではなく、構造的な問題であることを示すものである。

2．診療所独自の組織特性と実装モデル
内的セッティングおよびプロセスの分析より、診療所における実装は「病院モデルの縮小」ではなく、独自の適応を遂げていることが明らかになった。小規模組織では報告の匿名性の担保が物理的に困難であり、これ

が報告を躊躇させる構造的障壁となりうるが、この制約を心理的安全性の醸成やDX活用による報告の負荷軽減によって克服している施設では、多職種による組織的な学習が機能していた。
また、体系的な分析スキル不足という課題に対して、職員の高い自律性や現場での即時改善サイクルが補完的に働いていた。問題発生時に即時に対策を講じられる機動性は、診療所において形式的な指針整備以上に実効的な安全網として機能している。一方で、こうした即時解決は記録に残りにくいという側面もあるため、現場の機動性を削ぐことなく、低負荷なツールを介して組織的な知見に昇華させる仕組みが求められる。

３．実装を促進する再定義のアプローチ
本調査の対象施設では、病院とは異なる医療安全体制が実装されていることが示唆された。診療所での実装を推進するには、新たな業務を付加するのではなく、既存のすぐれた習慣を医療安全の枠組みで再定義するアプローチが有効である。例えば、多職種が現場判断で行う即座の物品配置変更や動線の工夫などを、体系的な即時改善サイクル（マイクロPDCAサイクル）として評価し直し、職員間で共有することである。
このように、すでに現場で行われている即座の修正などの安全活動を医療安全の文脈で捉え直すことで、組織内の暗黙知が明文化され、持続可能な安全管理体制の構築に寄与すると考えられる。

Ｅ．結論
本研究の成果として、診療所の強みである自律性と機動性を活かし、最小限の負荷で安全の質を向上させる診療所向け医療安全実装パッケージを提案する。

（１）外部リソースを活用した理論と原則の共有
病院等で実績のある教材を活用し、エラーを個人の責任ではなくシステムの不備と捉えるなど、医療安全に関する理論や最小限の原則を全職員で共有できる形で提供する。診療所特化型のオンデマンド教材としては、日本プライマリ・ケア連合学会（JPCA）等が提供する診療所向け医療安全ウェビナー等を活用する。

（２）既存の機動的な活動の再定義とナレッジ化
現場主導で行われている既存の即時改善活動を、オンラインフォーム等を用いて低負荷に記録・共有する仕組みを構築する。この可視化のプロセスを通じて、個々のスタッフによる自律的な工夫を正式な組織の改善活動として位置づけ、現場の暗黙知を組織全体の知恵へとナレッジ化することで、持続可能な組織的活動として再定義する。

（３）診療所文脈に即した好事例の提供
病院向けの提言を、診療所や在宅医療の現場で実行可能なアクションへと読み替えた資料を作成する。また、診療所ならではの実効的な工夫を収集・配信する仕組みを構築する。
これらの提案により、診療所現場の特性を損なうことなく、日本のプライマリ・ケアの実態に即した医療安全管理体制の実装が促進されることが期待される。

参考文献
１）青木拓也、小坂鎮太郎，小曽根 早知子，福井 慶太郎．我が国のプライマリ・ケア診療所における患者安全管理体制の実態調査．日本プライマリ・ケア連合学会誌 47(2):43-8,2024.
２）Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci. 2009;4:50.

Ｆ．研究発表
1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

Ｇ．知的財産権の出願・登録状況
（予定を含む。）
1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

（表 1）インタビュー対象施設の基本属性

施設	施設種別	地域性	診療形態	常勤医師数（人）	非常勤医師数（人）
A	無床診療所	地方	外来・在宅	3	2
B	無床診療所	地方	外来・在宅	6	2
C	無床診療所	地方	外来・在宅	4	2
D	無床診療所	地方	外来・在宅	8	25
E	小病院（30 床）	地方	入院・外来・在宅	7	3

（表 2）CFIR に基づく診療所・小病院での医療安全活動の実装要因

CFIR ドメイン	促進要因	阻害要因
介入の特性	**・具体的・実用的な情報** 新薬の副作用、新ワクチンの接種手順、他診療所での具体的な事故など、日常診療に直結する知見。	**・情報のミスマッチ** 公的情報の多くが病院・病棟を前提とした内容であり、診療所や在宅医療の現場に即応しにくい。
外的セッティング	**・強力な外部要因** 保健所による監査(マニュアル整備の強制力)。母体病院や系列法人からの情報・オンデマンド研修体制。	**・情報到達の脆弱性** 行政(PMDA、医療機能評価機構等)からの情報が届きにくい実態。医師会内での情報共有の限定性。
内的セッティング	**・少人数組織の即時性** 即時相談しやすい組織風土。 **・DX による労力削減** QR コード、オンラインフォーム、チャットシステムなどの導入による報告の心理的・時間的ハードルの低下。	**・職場環境の非匿名性** 少人数組織ゆえの個人特定への懸念（懲罰的文化への懸念)。 **・即時性ゆえの記録不足** 小規模組織ゆえに問題が即時解決するため記録に残さない。 **・在宅医療の非標準性** 在宅現場の多様性・非標準性ゆえ一律のルール設定が困難。
個人特性	**・多職種の自律性** 看護職等が自律的に仕組みを改善。新人職員への自主的な教育介入。	**・自分事化の欠如** 外部情報と現場との乖離による医療安全への関心の低下。 **・システム思考の不在** エラーをシステムの不備ではなく個人に帰する傾向。
プロセス	**・現場主導の即時改善**	**・形式的対応の形骸化** 指針の作成自体が目的化する。

	アクシデント発生時の対策を関係者で即時実行。 **・教育プロセス** 医師･研修医が定期的に入れ替わる体制下での講習会の実施など安全体制を維持するプロセスの構築。	**・分析スキル・システム不足** 実効性のある分析スキルやシステムの不在。

CFIR：Consolidated Framework for Implementation Research

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）
診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究

分担研究報告書
島根県における診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究

研究分担者　深見　達弥　島根大学
医学部附属病院
医療安全管理部
教授

研究要旨

診療所を含むプライマリ・ケア領域では医療安全管理体制の整備が求められているが、小規模診療所では人的資源や教育機会の制約により、その実効的運用には課題がある。本研究では、島根県における診療所の医療安全活動の実態と課題を明らかにし、支援方策を検討することを目的とした。まず、島根県内の診療所 9 施設を対象にヒアリング調査を実施し、医療安全管理を担う人的資源の不足、インシデント情報共有の未整備、外部医療安全情報の活用不足、継続的な研修機会の不足、課題提起や相互確認のしにくい組織風土といった課題を抽出した。これを踏まえ、島根県内の診療所 640 施設を対象に、全国調査と同一設問によるアンケート調査を実施し、175 施設（回収率 27.3%、有効回答率 27.3%～15.8%）から回答を得た。その結果、医療安全管理を専従で担う医療職がいる施設は 9.8%、専任（兼務）担当者は 48.6%であり、事務補助者がいない施設は 87.9%であった。また、日本医療機能評価機構の医療事故情報収集・分析・提供事業を「知らない」と回答した施設は 62.9%であり、外部医療安全情報の認知・活用は限定的であった。全国調査との比較では、これらの課題は島根県固有ではなく、小規模診療所に共通する構造的課題であることが示唆された。こうした課題への支援方策として、島根県で運用されている専門職向け e ラーニングシステム「しまね COMMONS」の活用可能性を検討した。同システムは、島根県と島根大学が連携して運用する既存の学習基盤であり、短時間・オンデマンド・多職種共有型の特徴を有する。小規模診療所の人的・時間的制約に適合しうる教育支援基盤として活用可能性が示唆された。以上より、診療所における医療安全活動の質向上には、個々の施設努力に依存するのではなく、小規模医療機関の実情に即した持続可能な支援設計が必要である。大学病院、行政（医療安全支援センターを含む）、職能団体（医師会や看護協会等）が連携し、教育資源や専門知識を地域へ還元する支援モデルの構築が重要である。

研究協力者

名越　究：
島根大学医学部環境保健医学講座　教授
谷口　かおり：
島根大学医学部環境保健医学講座　助教
坂口　公太：
島根大学医学部附属病院総合診療医センター　助教

A．研究目的

本研究は、島根県における診療所を中心としたプライマリ・ケア領域の医療安全活動の実態を把握し、人的・組織的資源が限られた小規模医療機関における医療安全活動の課題と、その支援方策を明らかにすることを目的とした。

診療所は地域医療の最前線を担う一方で、多くが少人数体制で運営されており、医療

安全管理を担う専任人材の配置、継続的な研修機会の確保、インシデント情報の収集・共有・学習の仕組みづくりなどに構造的な制約を抱えていると考えられる。こうした特徴は、診療所における医療安全活動の実効的な運用に影響を及ぼす可能性がある。

本研究では、まず島根県内の診療所を対象としたヒアリング調査を通じて、現場における医療安全上の課題やニーズを探索的に把握した。その結果を踏まえてアンケート調査を実施し、安全管理体制、外部医療安全情報の認知・活用状況、インシデント報告・共有体制等の実態を定量的に把握するとともに、全国調査結果との比較を通じて、島根県の特徴および共通課題を検討した。

さらに、これらの課題に対する支援方策として、島根県で運用されている専門職向けｅラーニングシステム「しまねCOMMONS」の活用可能性を検討した。すなわち、診療所における医療安全教育の継続的実装という観点から、人的・時間的制約のある現場に適した教育支援モデルとなり得るかを考察し、地域における医療安全活動の質向上に向けた実装可能な支援のあり方を提示することを目的とした。

Ｂ．研究方法

本研究では、島根県における診療所を中心としたプライマリ・ケア領域の医療安全活動の実態と課題を把握し、その支援方策を検討することを目的として、探索的ヒアリング調査、アンケート調査、全国調査との比較分析、および教育支援基盤の整理を組み合わせた混合的手法により実施した。

1．ヒアリング調査

診療所における医療安全活動の実態および課題を探索的に把握し、後続のアンケート調査設計に資することを目的として、2026年1月にヒアリング調査を実施した。

対象は、島根県内の無床診療所6施設、有床診療所3施設の計9施設とした。選定にあたっては、診療形態（外来診療、在宅医療、分娩対応等）、施設規模、地域特性を考慮し、プライマリ・ケア領域における多様な医療提供体制を反映するよう配慮した。

ヒアリングは半構造化インタビュー形式で実施し、主な聴取項目は、医療安全管理体制、インシデント報告・共有の実態、医療安全研修の実施状況、医療安全情報の入手・活用方法、多職種連携、心理的安全性、日常診療における安全上の困難感等とした。

得られた内容は記述的に整理し、診療所における主要な課題と支援ニーズを抽出し、アンケート調査票の設問設計に反映した。

2．島根県内診療所アンケート調査

ヒアリング調査で抽出された課題を踏まえ、診療所における医療安全活動の実態を定量的に把握することを目的として、2026年3月に島根県内の診療所640施設を対象にアンケート調査を実施した。調査は郵送調査およびWebフォームを併用し、無記名・任意回答方式で実施した。アンケート項目は、研究班で実施された全国診療所調査と比較可能とするため、全国版と同一の設問構成とした 。

具体的な調査項目は以下のとおりである。

- 施設属性
  診療所種別、病床の有無、同一法人病院の有無、実施している診療内容、常勤・非常勤医師数、看護師数、在宅療養支援診療所届出状況等）
- 医療安全管理体制（医療安全管理担当者の配置状況、専従・専任体制、事務補助体制、医療安全対策加算の取得状況等）

- 外部医療安全情報の認知・活用（日本医療機能評価機構の医療安全情報、日本医療安全調査機構の提言書の認知状況、活用状況、活用困難理由、希望する情報提供形式等）
- 医療安全支援センターの認知と期待（認知状況、期待する支援内容、助言活用状況）
- 医療安全情報の入手機会（行政、医療機能評価機構、学会、職能団体等）
- インシデント報告・共有体制（報告収集の仕組み、経験した安全事象の内容等）
- 診療所における医療安全文化（自施設の医療安全活動に対する自己評価、学習ニーズ等）

自由記載項目については質的に整理し、量的データについては記述統計により集計した。

3．全国調査との比較

島根県における結果の特徴を明らかにするため、研究班で実施された全国の診療所調査結果との比較を行った。比較対象は、同一調査票を用いて収集された全国データとし、施設属性、医療安全管理体制、外部医療安全情報の認知・活用、インシデント報告体制、安全文化等について比較した。

比較は主として記述統計に基づいて行い、島根県に特徴的な傾向と全国に共通する構造的課題を整理した。

4．教育支援基盤の検討

ヒアリングおよびアンケートで明らかとなった課題に対する支援方策として、島根県で運用されている専門職向け e ラーニングシステム「しまね COMMONS」を対象に、その活用可能性を検討した。検討項目は、コンテンツ構成、対象職種、配信方法、修了証発行機能、オンデマンド学習環境、利用状況等とした。また、医療安全および感染症対策コンテンツの利用状況について、行政による周知や制度的要請との関連を含めて記述的に整理し、小規模診療所における継続的な医療安全教育支援の実装可能性を検討した。

5．倫理的配慮

本研究では、ヒアリング調査およびアンケート調査の実施にあたり、研究目的を説明したうえで協力を依頼し、回答をもって同意が得られたものとみなした。

収集したデータは匿名化して集計・分析を行い、個人および施設が特定されないよう十分に配慮した。

本研究の全体構成を**図 1** に示す。

C．研究結果

1．ヒアリング調査結果

島根県内の診療所 9 施設に対するヒアリング調査では、診療所における医療安全活動に関して、複数の共通する課題が抽出された。

第一に、医療安全管理を担う人的資源の不足である。多くの施設では、医療安全を専従で担当する職員は存在せず、院長、看護師長、事務職員等が本来業務と兼務しながら対応していた。小規模診療所では日常診療を優先せざるを得ず、体系的な安全活動に十分な時間を確保することが難しいという意見が複数聞かれた。

第二に、インシデント情報の収集・共有体制の未整備である。一定の共有は行われているものの、病院のような体系的な報告制度を持たない施設も多く、口頭での情報共有に依存している例がみられた。また、「重大な事例でなければ報告という発想になりにくい」「小規模ゆえにその場で終わってしまう」といった声があった。

第三に、外部の医療安全情報の活用不足である。日本医療機能評価機構や医療事故調査・支援センター等が発信する医療安全情報について、「存在は知っていても日常的には見ていない」「病院向けの内容と感じる」「忙しくて読む余裕がない」といった意見が聞かれた。

第四に、医療安全教育の継続的実施の困難さである。院内研修の時間確保が難しく、定期的な教育機会を設けることが困難との意見が多かった。特に少人数施設では、診療を止めて全員で研修を受けることが現実的ではなく、「短時間で学べる仕組み」「個別に学習できる仕組み」へのニーズが示された。

第五に、コミュニケーションと安全文化に関する課題である。小規模診療所では、日常的に顔の見える関係性の中で診療が行われているため、情報共有そのものは比較的容易である一方、「長年一緒に働いているため指摘しにくい」「院長やベテラン職員の判断に異論を唱えにくい」といった声が聞かれた。また、インシデントを組織として共有・学習する仕組みよりも、個人の注意や経験に依存した対応が中心となっている施設もみられた。一方で、限られた人的資源の中でも、比較的継続的に医療安全活動に取り組んでいる施設も認められた。これらの施設では、院長や看護管理者が医療安全を重要課題として位置づけ、定期的な情報共有や簡便な振り返りを実施していた。また、外部研修や医療安全情報を積極的に取り入れ、自施設に応じて実践へ翻訳しようとする姿勢がみられた。さらに、職種や立場にかかわらず相談しやすい雰囲気があることも特徴として挙げられた。

これらの結果から、診療所における医療安全活動には、コミュニケーションや情報共有のあり方、組織としての取り組み体制に施設間の違いがみられた。これらの課題を定量的に把握し、全国的傾向との比較を通じて島根県の特徴を明らかにするため、後続のアンケート調査を実施した。

2. アンケート調査結果（島根県）

島根県内の診療所 640 施設を対象にアンケート調査を実施し、175 施設（Web 回答 88 施設、紙回答 87 施設）から回答を得た（回収率 27.3%、有効回答率 27.3%～ 15.8%）。回答施設の内訳は、無床診療所 163 施設（93.1%）、有床診療所（10～19 床）7 施設（4.0%）、有床診療所(1～9 床)5 施設(2.8%)であり、無床診療所が大半を占めていた 。また、同一法人に所属する病院を有する施設は 17 施設（9.8%）であり、多くは独立した小規模診療所であった 。

診療内容としては、侵襲的処置 46 施設（22.0%）、内視鏡処置 39 施設（18.7%）、手術 25 施設(12.0%)、人工透析 6 施設(2.9%)、分娩 4 施設（1.9%）であり、一方で 89 施設（42.6%）はこれらの侵襲的治療・処置を実施していなかった。常勤医師数の平均は 1.26 人、非常勤医師 1.28 人、常勤看護師 3.01 人、非常勤看護師 1.32 人であり、小規模な人的体制が示された。

医療安全管理体制については、医療安全管理を専従で担当する医療職がいる施設は 17 施設（9.8%）にとどまり、156 施設（90.2%）では専従担当者が不在であった 。一方、専任（兼務）担当者は 85 施設（48.6%）に認められたが、事務補助者がいない施設は 153 施設（87.9%）であり、人的資源の限界が示された 。

外部制度との関係では、医療安全対策加算を取得している施設は 4 施設（2.4%）のみであり、166 施設（97.6%）は未取得であった。一方、外来感染対策向上加算は 57 施設（33.1%）が取得していた。在宅療養支援診

療所の届出は 48 施設（27.7%）で認められた。

日本医療機能評価機構の医療事故情報収集・分析・提供事業については、107 施設（62.9%）が「事業について知らない」と回答し、任意参加医療機関として参加している施設は 5 施設（2.9%）のみであった。同様に、ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業についても 109 施設（63.4%）が「知らない」と回答しており、診療所における認知度は低かった。

医療安全情報の活用については、FAX 配信されていた医療安全情報を使用していた施設は 56 施設（32.7%）にとどまり、日本医療機能評価機構ホームページから PDF をダウンロードしている施設も、「定期的に」6 施設（3.5%）、「必要時に」45 施設（26.2%）であり、121 施設（70.3%）は活用していなかった。また、日本医療安全調査機構ホームページから PDF をダウンロードしている施設も、「定期的に」8 施設（4.7%）、「必要時に」46 施設（27.1%）であり、116 施設（68.2%）は活用していなかった。

これらの結果より、島根県の診療所においては、医療安全活動に必要な人的体制、情報アクセス、外部制度との接続が十分とは言えず、ヒアリング調査で示された課題が定量的にも裏付けられた。

3．全国調査との比較

島根県の結果を全国調査と比較したところ、診療所における医療安全活動には全国的に共通する構造的課題が存在することが示された。

まず施設属性として、島根県では無床診療所が 93.1%を占め、全国の 75.7%と比較して高かった。一方、有床診療所の割合は全国より低く、島根県の回答施設はより小規模・外来中心の診療所が多い構成であった 。

人的体制については、医療安全管理を専従で担当する医療職がいる施設は、島根県 9.8%、全国 15.6%であり、いずれも少数にとどまった。専任（兼務）担当者は島根県 48.6%、全国 56.3%であった。事務補助者がいない施設は島根県 87.9%、全国 81.3%であり、小規模診療所では医療安全を支える専任体制の構築が全国的に困難であることが示された 。

医療安全制度との接続についても課題がみられた。医療安全対策加算の取得率は島根県 2.4%、全国 6.2%であり、いずれも低かった。一方、外来感染対策向上加算は島根県 33.1%、全国 41.3%であった。感染対策に比べて医療安全活動が制度的インセンティブにつながりにくい現状が示唆された。

日本医療機能評価機構の医療事故情報収集・分析・提供事業については、「事業を知らない」と回答した割合が島根県 62.9%、全国 54.5%であり、ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業についても島根県 63.4%、全国 51.7%であった。いずれも認知度は十分とは言えず、とくに島根県ではその傾向がより強かった 。

また、FAX による医療安全情報の活用は島根県 32.7%、全国 27.1%と大きな差はなかったが、日本医療機能評価機構ホームページから医療安全情報 PDF をダウンロードしている割合は、島根県では「定期的に」3.5%、「必要時に」26.2%であり、全国と概ね同様であった。これは、医療安全情報そのものが存在していても、診療所の日常業務の中で継続的に活用されていないことを示している。

以上より、診療所における医療安全上の課題は島根県固有の問題ではなく、小規模診療所に共通する全国的な構造課題であると考えられた。すなわち、人的資源の不足、制度的支援の限定、外部医療安全情報との接

続の弱さ、継続的教育機会の不足といった課題である。
本研究の回答施設では無床診療所の割合が高く、より小規模・外来中心の施設構成を反映していた。

島根県と全国の比較から、診療所における医療安全上の課題が地域固有というより全国的に共通する構造的課題であることが示唆された（**図 2**）。

4. 教育支援基盤としてのしまね COMMONS の活用可能性

島根県では、島根県と島根大学医学部が連携して、専門職向け e ラーニングシステム「しまね COMMONS」を運用している。
本システムは、短時間の動画コンテンツ、オンデマンド視聴機能、多職種共有機能、修了証発行機能を備えている。
公開動画は脳血管疾患や骨粗鬆症など疾患の基礎知識的なものから、感染防御や Advanced Care Planning といった医療従事者が理解しておくべき今日的話題まで含むオリジナルの 24 テーマ 116 本に加え、県主催研修の収録動画 30 本が配信されていた。登録者数は 1,543 人、累積視聴数は 9,641 件であり、確認可能な範囲で 543 施設、うち診療所 99 施設の利用が確認された。なお、これらの数値は医療安全分野に限定したものではなく、感染症対策、地域医療、疾患教育等を含む全体の利用状況である。
なお、しまね COMMONS の利用実績は、診療所に限定したものではなく、医療機関・介護施設等を含む全体データである。感染症対策関連（**図 3**）および医療安全（**図 4**）コンテンツについては、行政側からの周知に反応する形で視聴数増加が認められた。医療安全関連コンテンツについては、行政からの周知等の時期と視聴数増加が時間的に近接していたが、これは教育支援基盤が実際に利用されうることを示す補助的所見として位置づけられる。

D．考察

本研究では、島根県の診療所を対象としたヒアリング調査およびアンケート調査、さらに全国調査との比較を通じて、診療所における医療安全活動の実態と課題を検討した。
第一に、人的資源の制約である。医療安全管理を専従で担う人材を配置している施設は少なく、多くの診療所では日常診療と並行して医療安全活動を担っていた。これは島根県のみならず全国調査でも同様の傾向であり、診療所において病院と同様の医療安全体制を前提とすることの限界を示している。医療安全活動の必要性が認識されていても、それを担うための人的余力がなければ、継続的な活動として定着しにくい。
第二に、医療安全に関する情報の受入が一般化していない点である。日本医療機能評価機構や医療事故調査・支援センターが発信する医療安全情報は、病院では一定の活用が期待される一方、診療所では認知・活用ともに限定的であった。これは情報の質の問題というより、診療所の日常業務の中で「探して読む」「自施設に翻訳して活用する」余裕が乏しいことを反映していると考えられる。すなわち、情報発信そのものではなく、「届く設計」「使える設計」が重要である。
第三に、継続的な教育機会の不足である。ヒアリングでは、集合研修の実施が困難であること、限られた人数で診療を維持しながら教育時間を確保する難しさが繰り返し指摘された。これは小規模医療機関に共通す

る制約であり、従来型の集合研修モデルだけでは対応が難しい。

第四に、医療安全の知見の入手・活用を促進する因子の存在である。ヒアリングでは、比較的継続的に医療安全活動に取り組んでいる施設において、院長や看護管理者が医療安全を重要課題として位置づけていること、外部の医療安全情報を積極的に取り入れ、自施設の実情に応じて実践へ翻訳しようとする姿勢が認められた。また、職種や立場にかかわらず相談しやすい雰囲気は、課題共有や相互確認を促し、安全活動の継続を支える要因と考えられた。単に情報を提供するだけでなく、それを活用しやすい組織的・文化的条件を整えることが重要である。

本研究で対象とした「しまね COMMONS」は、こうした構造的課題に対する支援基盤として一定の可能性を有すると考えられる。短時間・オンデマンド型の学習形式は、診療を止めて集合研修を行うことが難しい小規模診療所の実情に適している。また、多職種で共有可能な構造や修了証発行機能は、施設内教育の補完的手段として活用可能である。

さらに、医療安全および感染症対策コンテンツの視聴増加が行政的周知や制度的要請の時期と時間的に近接していたことは、教育資源の整備のみならず、行動を促す仕組みとの組み合わせの重要性を示唆している。一方で、本研究は「e ラーニングが有効だった」と結論づけるものではない。教育コンテンツへのアクセスが実際の行動変容やインシデント減少につながったかは評価しておらず、また、しまね COMMONS の利用実績も医療安全領域に限定した分析ではない。そのため、本研究の意義は、特定ツールの有効性証明ではなく、診療所における医療安全支援の実装モデルを構想するための基礎的知見を提示した点にある。本研究でいう地域の医療安全支援体制とは、行政（医療安全支援センターを含む）による情報提供・周知機能、医師会等の職能団体、さらに大学病院や地域の基幹病院が有する教育・研修・事例分析機能を含む支援ネットワークを指す。

さらに、本研究で示された課題は島根県特有ではなく、全国調査との比較から全国的な構造課題であることが示唆された。ただし、本研究の回答施設では無床診療所の割合が高く、より小規模・外来中心の施設構成を反映していた。このような施設では、人的資源や教育機会の制約がより顕在化しやすい可能性がある。その意味で、島根県の取り組みは、同様の地域特性を有する他地域にとって参考となる可能性がある。

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、アンケート回答率が限定的であり、医療安全への関心が比較的高い施設が回答している可能性がある。第二に、島根県という単一地域を対象としており、地域特性の影響を受けている可能性がある。第三に、本研究は横断的調査であり、教育介入による変化や因果関係を検証したものではない。

以上より、診療所における医療安全活動の質向上には、病院モデルの単純な縮小版ではなく、小規模診療所の実情に適合した支援設計が必要である。人的資源に依存しすぎず、情報が届き、学習しやすく、実践につながる支援モデルの構築が求められる。

本研究で明らかとなった構造的課題と、それに対応する支援の概念モデルを**図 5** に示す。

Ｅ．結論

本研究では、島根県の診療所を対象としたヒアリング調査およびアンケート調査、さらに全国調査との比較を通じて、診療所における医療安全活動の実態と課題を検討した。

その結果、診療所における医療安全上の課題は、専従人材の不足、外部医療安全情報との接続の弱さ、継続的教育機会の不足など、小規模医療機関に共通する構造的課題として整理された。これらは島根県固有の問題ではなく、全国的にも共通して認められる課題であった。

また、こうした課題に対する支援方策として、短時間・オンデマンド・多職種共有型の学習基盤は、小規模診療所に適した実装可能な教育支援モデルとなる可能性が示唆された。さらに、教育資源の提供のみならず、行政的周知や制度的要請との連動が学習行動を促進する可能性も示された。

今後は、行政（医療安全支援センターを含む)、職能団体（医師会や看護協会等)、大学病院等が連携しながら、診療所に適した持続可能な医療安全支援モデルを構築・評価していくことが求められる。

具体的には、大学病院や特定機能病院が有する医療安全に関する専門知識、教育資源、研修コンテンツ、事例分析の知見を地域医療へ還元し、小規模診療所でも活用可能な教育支援や情報提供体制を整備することが重要である。

また、島根県における「しまね COMMONS」のように、大学と行政が連携して既存の教育基盤を地域へ展開する仕組みは、診療所における継続的な医療安全支援の一つの実装モデルとなり得る。

Ｆ．研究発表

1.　論文発表

現時点では当なし

2.　学会発

現時点では該当なし

Ｇ．知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

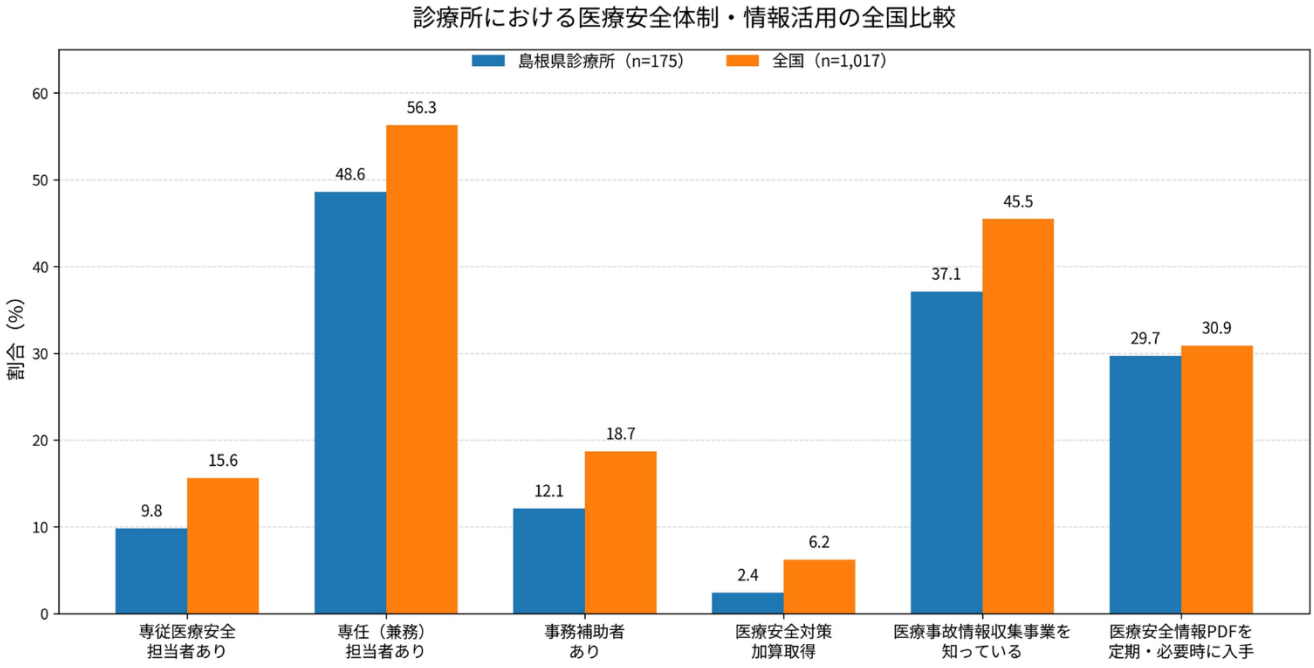
3. その他

なし



図 1. 本研究の全体構成と研究の流れ

ヒアリング調査により、人的資源不足、情報共有の課題、課題提起のしにくさ等の医療安全上の課題を抽出し、その結果を踏まえて島根県内診療所を対象としたアンケート調査を実施した。全国調査との比較を通じて構造的課題を整理し、小規模医療機関における医療安全支援モデルとして「しまねCOMMONS」の活用可能性を検討した。



注：全国値は比較対象となる全国調査の集計値。「医療安全情報PDF」は、日本医療機能評価機構ホームページから定期的または必要時にPDFを入手している割合。

図 2.　島根県と全国における診療所の医療安全体制および医療安全情報活用状況の比較

島根県と全国の診療所調査結果を比較した。人的資源の不足や外部医療安全情報の活用の限定性など、診療所における医療安全上の課題が全国的に共通する構造的課題であることを示している。



図 3. 感染症対策関連コンテンツの月別視聴数推移と制度的イベント

本図は、しまね COMMONS 全体における感染症対策関連コンテンツの月別視聴数推移を示す。医療機関・介護施設等を含む全体データであり、診療所単独の利用状況を示すものではない。

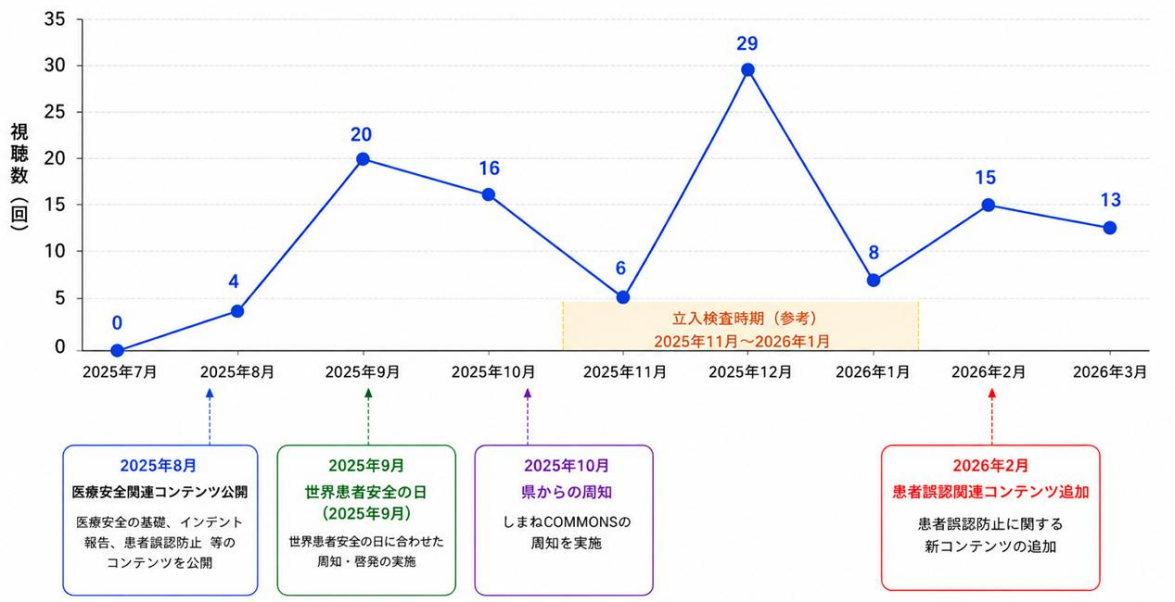


図 4. 医療安全関連コンテンツの月別視聴数推移と制度的イベント

本図は、しまね COMMONS 全体における医療安全関連コンテンツの月別視聴数推移を示す。医療機関・介護施設等を含む全体データであり、診療所単独の利用状況を示すものではない。

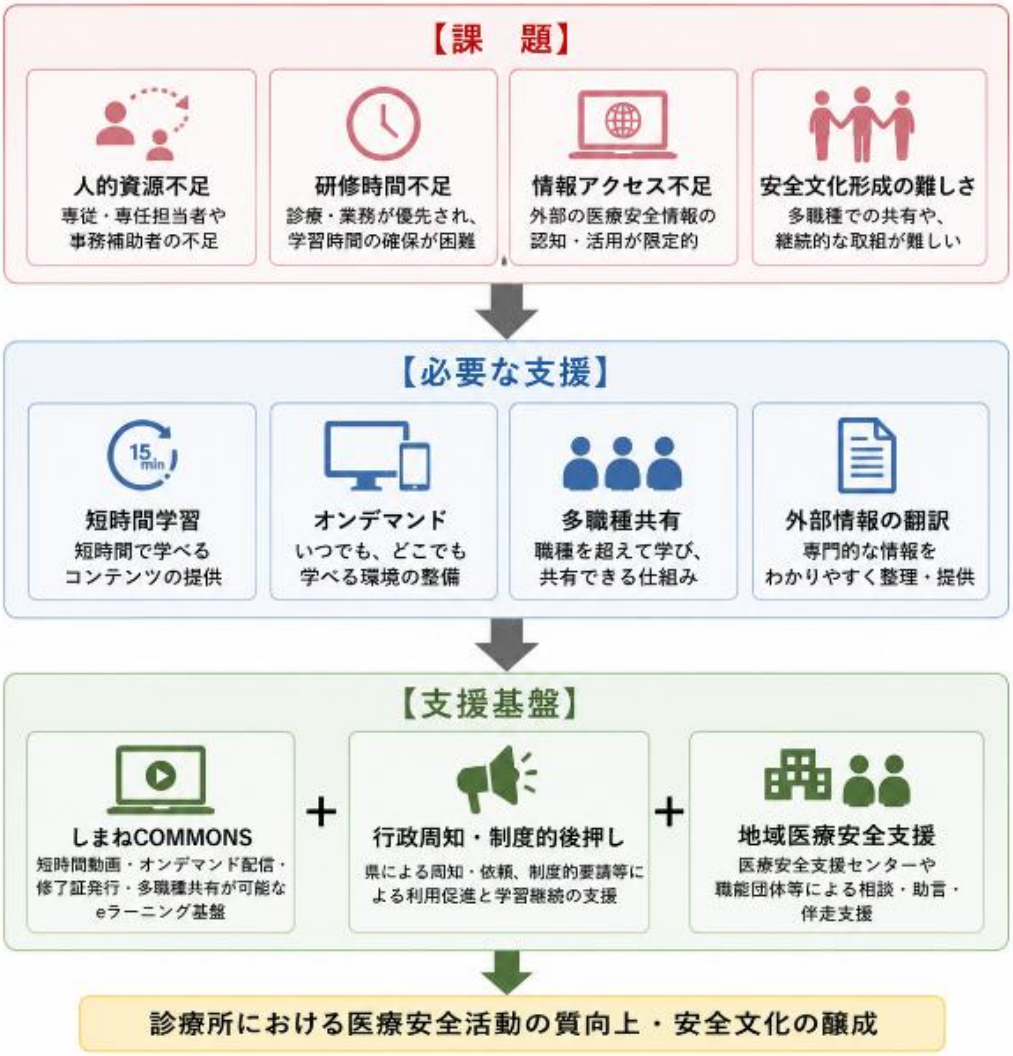


図 5. 診療所における医療安全活動の構造的課題と支援の概念モデル

本研究のヒアリング調査およびアンケート調査から、診療所における医療安全活動には、人的資源の不足、継続的な研修機会の確保困難、外部医療安全情報の認知・活用不足、課題提起や相互確認がしにくく個人の経験や注意に依存しやすい組織風土といった構造的課題が認められた。これらに対する支援として、短時間・オンデマンド型の教育支援、多職種で共有可能な学習機会の提供、行政（医療安全支援センターを含む）・大学病院等が連携した地域支援の重要性を概念的に示した。

資料 (Appendix)

資料 1 アンケート調査票（全国版と同一）

資料 2 島根県アンケート結果（全単純集計）

（資料1）

web番号	問い	選択肢
Q1S01	診療所の種類をお教えください （一つ選択してください）	有床診療所（10～19床） 有床診療所（1～9床） 無床診療所
Q1S02	同じ法人に所属する病院がありますか （一つ選択してください）	はい いいえ
Q1S03	実施している検査・治療・処置等についてお教えください （複数選択可能です）	内視鏡による処置 分娩 人工透析 侵襲的処置（穿刺、切開など） 手術 上記の治療・処置は実施していない
Q1S04	常勤医師の人数を教えてください	人数
Q1S05	非常勤医師の人数を教えてください	人数
Q1S06	常勤看護師の人数を教えてください	人数
Q1S07	非常勤看護師の人数を教えてください	人数
Q1S08	医療事故情報収集・分析・提供事業（日本医療機能評価機構）への参加状況について教えてください （一つ選択してください）	事業について知らない 参加している（任意参加医療機関） 知っているが参加していない
Q1S09	ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業（日本医療機能評価機構）への参加状況について教えてください （一つ選択してください）	事業について知らない 発生件数と事例情報のどちらも参加している 発生件数の報告のみ参加している 知っているが参加していない
Q1S10	医療安全対策加算の取得の有無について教えてください （一つ選択してください）	取得していない 医療安全対策加算１ 医療安全対策加算２
Q1S11	外来感染対策向上加算の取得の有無について教えてください （一つ選択してください）	取得している 取得していない
Q1S12	在宅療養支援診療所（在支診）の届出の有無について教えてください （一つ選択してください）	届出あり（機能強化型在支診（単独型）） 届出あり（機能強化型在支診（連携型）） 届出あり（従来型在支診） 届出なし
Q1S13	医療安全管理を専従で担当する方（医療職）はいますか （一つ選択してください）	いない いる
Q1S14	医療安全管理を専任（兼務）で担当する方（医療職）はいますか （一つ選択してください）	いない いる
Q1S15	医療安全管理を支援する事務補助者の有無について教えてください （一つ選択してください）	いない 専従の事務補助者がいる 専任（兼務）の事務補助者がいる
	No.60　有効期間が過ぎた予防接種ワクチンの接種 No.109　採血時の検体容器間違い	
	日本医療機能評価機構が発信する医療安全情報の活用等について教えてください －２件の医療安全情報についてお伺いします	
Q2S01	2025年9月まで、FAXで送付されていた医療安全情報を使用していましたか （一つ選択してください）	はい いいえ
Q2S02	日本医療機能評価機構のホームページから医療安全情報のPDFをダウンロードしていますか （一つ選択してください） https://www.med-safe.jp/contents/info/index.html	はい（定期的に） はい（必要時に） いいえ

	「No.60　有効期間が過ぎた予防接種ワクチンの接種」について、お伺いします https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_60.pdf	
Q2S03	上記の医療安全情報（No.60）を知っていましたか （一つ選択してください）	はい いいえ
Q2S04	（※設問203「はい」の場合に回答） この医療安全情報（No.60）を医療安全活動に活用していますか （一つ選択してください）	活用している どちらかというと活用している どちらかというと活用していない 活用していない
Q2S05	（※設問203「活用している」「どちらかというと活用している」の場合に回答） どのように活用していますか （複数選択可能です）	関連する職員との情報共有 安全管理に関連する研修会の教材 医療安全に関するポスターなどの素材 事故発生時の参考資料 マニュアル作成または確認・修正時の参考資料 薬剤または医療機器などの採用時の資料 調査研究の資料 その他（自由記載）：
Q2S06	（※設問203「どちらかというと活用していない」「活用していない」の場合に回答） 活用することが難しい理由を教えてください （複数選択可能です）	活用方法がわからない 活用する時間・余力がない 量が多い／文字が多い 診療の状況と内容が合わない 存在を知らなかった／見たことがなかった その他（自由記載）：
	「No.109　採血時の検体容器間違い」について、お伺いします https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_109.pdf	
Q2S07	上記の医療安全情報（No.109）を知っていましたか （一つ選択してください）	はい いいえ
Q2S08	（※設問207「はい」の場合に回答） この医療安全情報（No.109）を医療安全活動に活用していますか （一つ選択してください）	活用している どちらかというと活用している どちらかというと活用していない 活用していない
Q2S09	（※設問208「活用している」「どちらかというと活用している」の場合に回答） どのように活用していますか （複数選択可能です）	関連する職員との情報共有 安全管理に関連する研修会の教材 医療安全に関するポスターなどの素材 事故発生時の参考資料 マニュアル作成または確認・修正時の参考資料 薬剤または医療機器などの採用時の資料 調査研究の資料 その他（自由記載）：
Q2S10	（※設問208「どちらかというと活用していない」「活用していない」の場合に回答） 活用することが難しい理由を教えてください （複数選択可能です）	活用方法がわからない 活用する時間・余力がない 量が多い／文字が多い 診療の状況と内容が合わない その他（自由記載）：

Q2S11	医療安全情報の分類の中で、診療所で活用したい分類を教えてください。 （複数選択可能です） https://www.med-safe.jp/contents/info/category.html#bunrui	薬剤について 輸血について 治療・処置について 医療機器について ドレーン・チューブ類について 検査について 療養上の世話について その他（自由記載）： とくに無い
Q2S12	日本医療機能評価機構から貴診療所へ、医療安全情報の発信方法として、最も入手や利用がしやすいと考える形式を教えてください。 （一つ選択してください）	メール配信（ニュースレター、アラート等） ウェブサイトでの掲載 SNSでの配信 冊子・印刷物の郵送 FAX その他（自由記載）：
	第3号　注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析 第15号　薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析	
	日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）が発信する医療安全情報（提言書）の活用等について教えてください －２件の提言書についてお伺いします －途中自動保存されます	
Q3S01	日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）のホームページから医療事故の再発防止に向けた提言を確認していますか （一つ選択してください） https://www.medsafe.or.jp/survey/proposal	はい（定期的に） はい（必要時に） いいえ
	「第3号　注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析」について、お伺いします https://www.medsafe.or.jp/survey/proposal/post-213	
Q3S02	上記の提言書（第3号）を知っていましたか （一つ選択してください）	はい いいえ
Q3S03	この提言書（第3号）の続報である警鐘レポートNo.2 「注射剤の血管内投与後に発症したアナフィラキシーによる死亡」 を知っていましたか： https://www.medsafe.or.jp/report/02_keisho_report.pdf （一つ選択してください）	はい いいえ
Q3S04	（※設問302「はい」の場合に回答） この提言書（第3号）を医療安全活動に活用していますか （一つ選択してください）	活用している どちらかというと活用している どちらかというと活用していない 活用していない
Q3S05	（※設問304「活用している」「どちらかというと活用している」の場合に回答） どのように活用していますか （複数選択可能です）	関連する職員との情報共有 安全管理に関連する研修会の教材 医療安全に関するポスターなどの素材 事故発生時の参考資料 マニュアル作成または確認・修正時の参考資料 薬剤または医療機器などの採用時の資料 調査研究の資料 その他（自由記載）：

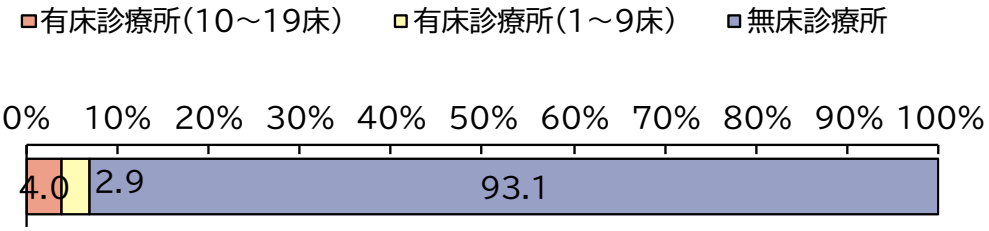
Q3S06	（※設問304「どちらかというと活用していない」「活用していない」の場合に回答） 活用することが難しい理由を教えてください （複数選択可能です）	活用方法がわからない 活用する時間・余力がない 量が多い／文字が多い 診療の状況と内容が合わない その他（自由記載）：
	「第15号　薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」について、お伺いします https://www.medsafe.or.jp/survey/proposal/post-362	
Q3S07	上記の提言書（第15号）を知っていましたか （一つ選択してください）	はい いいえ
Q3S08	（※設問307「はい」の場合に回答） この提言書（第15号）を医療安全活動に活用していますか （一つ選択してください）	活用している どちらかというと活用している どちらかというと活用していない 活用していない
Q3S09	（※設問308「活用している」「どちらかというと活用している」の場合に回答） どのように活用していますか （複数選択可能です）	関連する職員との情報共有 安全管理に関連する研修会の教材 医療安全に関するポスターなどの素材 事故発生時の参考資料 マニュアル作成または確認・修正時の参考資料 薬剤または医療機器などの採用時の資料 調査研究の資料 その他（自由記載）：
Q3S10	（※設問308「どちらかというと活用していない」「活用していない」の場合に回答） 活用することが難しい理由を教えてください （複数選択可能です）	活用方法がわからない 活用する時間・余力がない 量が多い／文字が多い 診療の状況と内容が合わない その他（自由記載）：
Q3S11	提言書の発信方法として、最も入手や利用がしやすいと考える形式を教えてください。 （一つ選択してください）	メール配信（ニュースレター、アラート等） ウェブサイトでの掲載 SNSでの配信 冊子・印刷物の郵送 FAX その他（自由記載）：
Q4S01	貴診療所の地域の医療安全支援センターを知っていますか https://www.anzen-shien.jp/center/	はい いいえ
Q4S02	貴診療所の地域の医療安全支援センターに期待したい役割を教えてください （複数選択可能です） https://www.anzen-shien.jp/aboutus/	地域の住民からの苦情・相談の共有 地域の他の医療機関との意見交換の機会 医療安全の研修の機会 その他（自由記載）： とくに無い
Q4S03	医療安全支援センターから助言や情報提供を受けたことがありますか （一つ選択してください）	はい いいえ
Q4S04	（「はい」と回答した方）受けた助言・情報をどのように活用しましたか。 （複数選択可能です）	診療所内研修や勉強会で共有した 診療所内の手順書・マニュアルの見直しに使った 個別事例の対応方針の検討に活用した 特に活用していない その他（自由記載）：

Q5S01	医療安全に関する知見・外部情報をどこから得る機会がありますか （複数選択可能です）	日本医療機能評価機構 日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター） 行政機関 職能団体（医師会、看護協会など） 学会・研究会等 その他（自由記載）： とくに機会がない
Q5S02	医療安全に関わる出来事（インシデント等）について、報告を収集する仕組みがありますか （一つ選択してください）	ある（電子的に収集） ある（紙のみで収集） ある（口頭のみで収集、記録はない） 仕組みはない その他（自由記載）： わからない
Q5S03	医療安全に関わる出来事（インシデント等）について、これまで経験したことがある出来事を教えてください （複数選択可能です）	予防接種に関わる出来事 薬剤に関わる疑義照会 疑義照会以外の薬剤に関わる出来事 検査関連の出来事 患者間違い 診断の誤り・遅れ 転倒・転落 患者とのコミュニケーションに関わる出来事 医療者間のコミュニケーションに関わる出来事 治療に関わる出来事 医療機器に関わる出来事 その他（自由記載）： とくに経験はない
Q5S04	貴診療所の医療安全について、総合的に評価したレベルとして当てはまる番号を１つだけ選んで下さい	１）特に優れている ２）とても良い ３）まあまあ ４）悪い ５）失格
Q5S05	貴診療所の医療安全を推進するために学べるとよいテーマは何ですか （複数選択可能です）	報告の仕組みづくり 事例分析・対策立案 ヒューマンエラー コミュニケーション（チームワーク） 診断の改善 その他（自由記載）：
Q5S06	ご回答いただいた内容に対して追加でお話をお伺いし、診療所における医療安全の推進に資する提案を検討したいと考えております。お伺いした内容は個人が特定されないよう配慮します。電話やオンライン会議形式によるインタビュー調査への協力のご意向についてご回答ください。	協力できない 協力できる
Q5S07	インタビュー調査依頼にあたり、お名前、部署、電話番号、メールアドレスを記入ください。	

診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究（島根県）

Q1S01. 診療所の種類をお教えください（一つ選択してください）

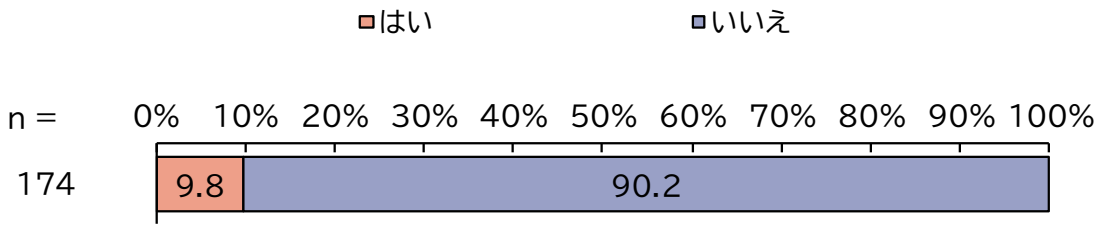
全　体	有床診療所（10～19 床）	有床診療所（1～9 床）	無床診療所
175	7	5	163
100.0%	4.0%	2.8%	93.1%



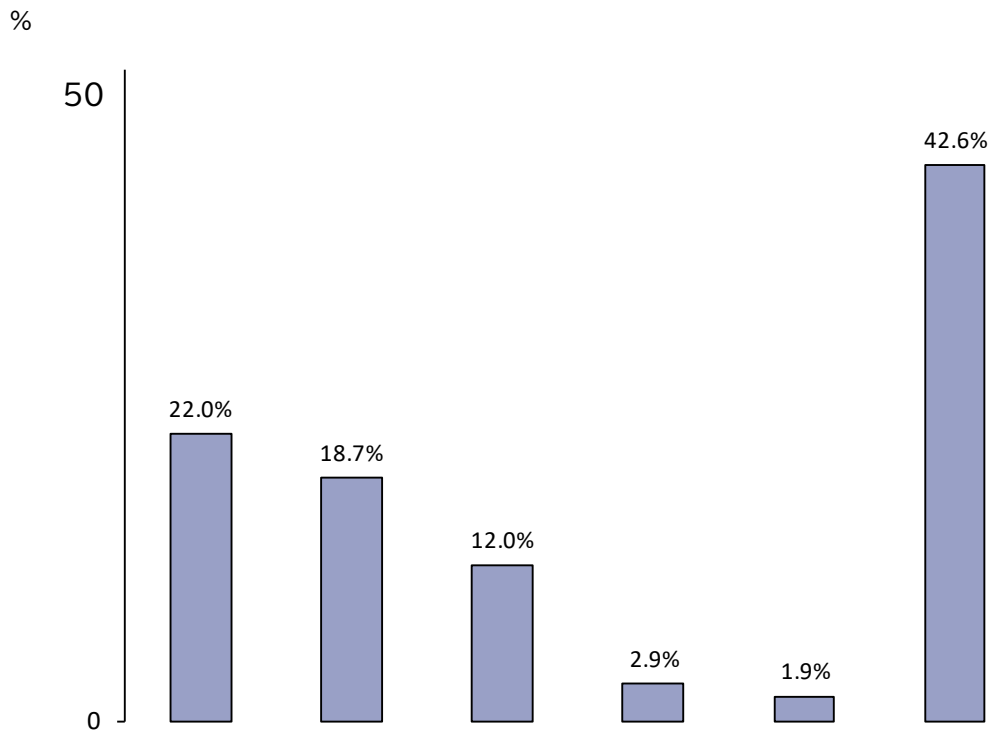
Q1S02. 同じ法人に所属する病院がありますか（一つ選択してください）

全　体	はい	いいえ
174	17	157
100.0%	9.8%	90.2%

未回答 1



Q1S03. 実施している検査・治療・処置等についてお教えください（複数選択可能です）



延べ選択数	侵襲的処置（穿刺、切開など）	内視鏡による処置	手術	人工透析	分娩	上記の治療・処置は実施していない
209	46	39	25	6	4	89
100.0%	22.0%	18.7%	12.0%	2.9%	1.9%	42.6%

Q1S04. 常勤医師の人数を教えてください／人

全　体	平　均
174	1.26
100.0%	

未回答 1

Q1S05. 非常勤医師の人数を教えてください／人

全　体	平　均
175	1.28
100.0%	

Q1S06. 常勤看護師の人数を教えてください／人

全　体	平　均
175	3.01
100.0%	

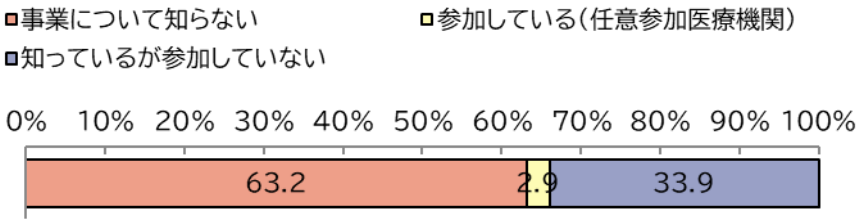
Q1S07. 非常勤看護師の人数を教えてください／人

全　体	平　均
175	1.32
100.0%	

Q1S08. 医療事故情報収集・分析・提供事業(日本医療機能評価機構)への参加状況について教えてください(一つ選択してください

全　体	事業について知らない	参加している(任意参加医療機関)	知っているが参加していない
170	107	5	58
100.0%	62.9%	2.9%	34.1%

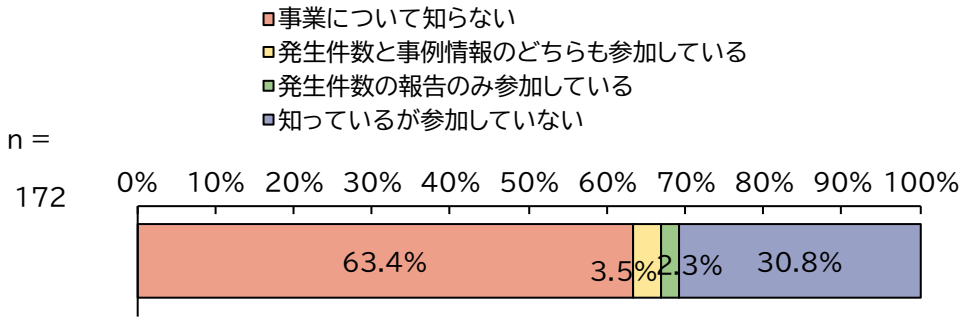
未回答5



Q1S09. ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業(日本医療機能評価機構)への参加状況について教えてください(一つ選択してください)

全　体	事業について知らない	発生件数と事例情報のどちらも参加している	発生件数の報告のみ参加している	知っているが参加していない
172	109	6	4	53
100.0%	63.4%	3.5%	2.3%	30.8%

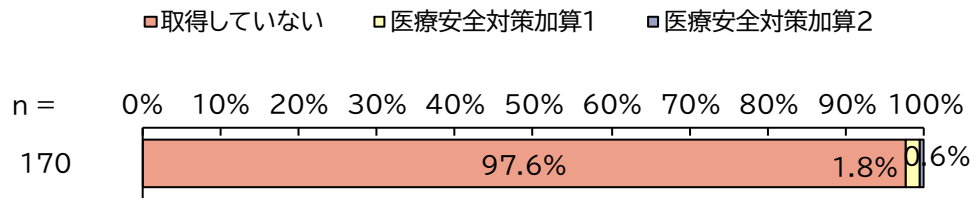
未回答3



Q1S10. 医療安全対策加算の取得の有無について教えてください(一つ選択してください)

全　体	取得していない	医療安全対策加算1	医療安全対策加算2
170	166	3	1
100.0%	97.6%	1.8%	0.6%

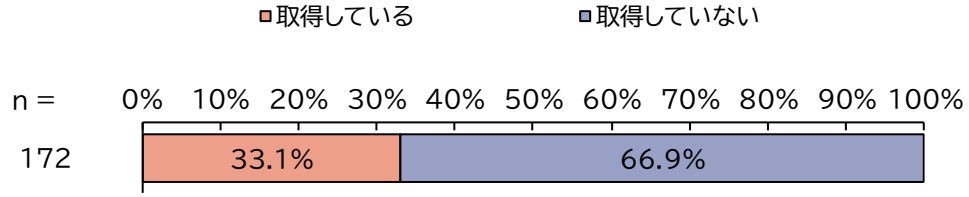
未回答5



Q1S11. 外来感染対策向上加算の取得の有無について教えてください(一つ選択してください)

全　体	取得している	取得していない
172	57	115
100.0%	33.1%	66.9%

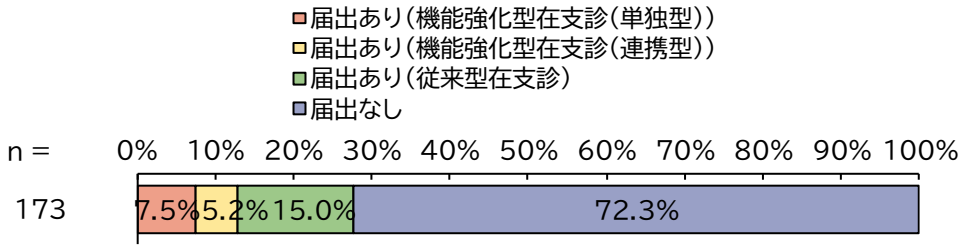
未回答3



Q1S12. 在宅療養支援診療所(在支診)の届出の有無について教えてください(一つ選択してください)

全　体	届出あり(機能強化型在支診(単独型))	届出あり(機能強化型在支診(連携型))	届出あり(従来型在支診)	届出なし
173	13	9	26	125
100.0%	7.5%	5.2%	15.0%	72.3%

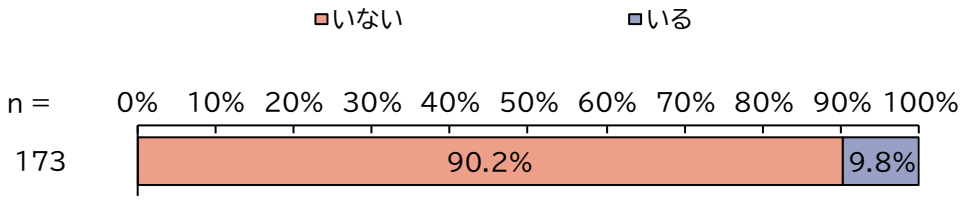
未回答2



Q1S13. 医療安全管理を専従で担当する方(医療職)はいますか(一つ選択してください)

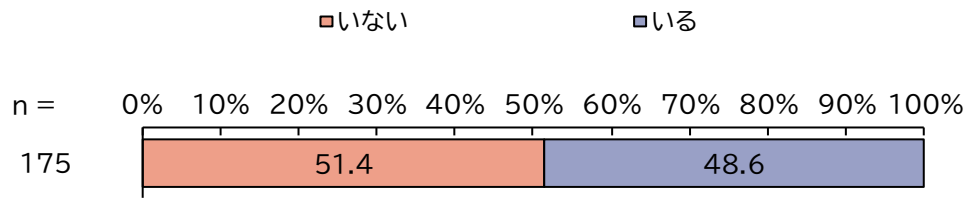
全　体	いない	いる
173	156	17
100.0%	90.2%	9.8%

未回答2



Q1S14. 医療安全管理を専任(兼務)で担当する方(医療職)はいますか(一つ選択してください)

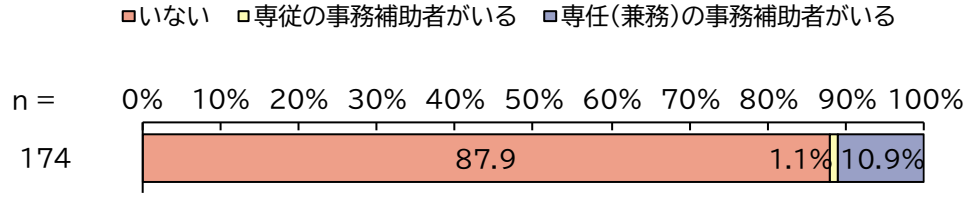
全　体	いない	いる
175	90	85
100.0%	51.4%	48.6%



Q1S15. 医療安全管理を支援する事務補助者の有無について教えてください(一つ選択してください)

全　体	いない	専従の事務補助者がいる	専任(兼務)の事務補助者がいる
174	153	2	19
100.0%	87.9%	1.1%	10.9%

未回答1



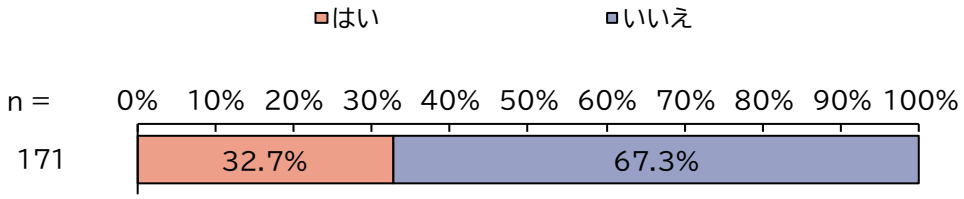
日本医療機能評価機構が発信する医療安全情報の活用等について教えてください

－2件の医療安全情報についてお伺いします

Q2S01. 2025 年 9 月まで、FAX で送付されていた医療安全情報を使用していましたか（一つ選択してください）

全　体	はい	いいえ
171	56	115
100.0%	32.7%	67.3%

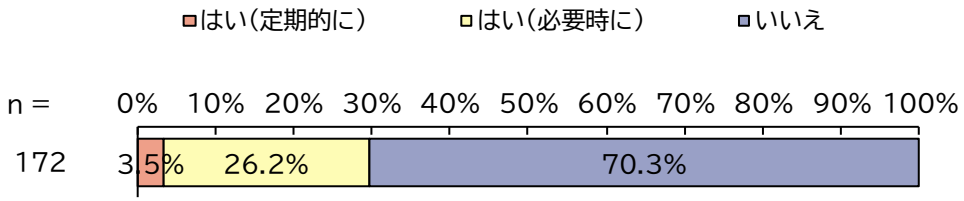
未回答4



Q2S02. 日本医療機能評価機構のホームページから医療安全情報の PDF をダウンロードしていますか（一つ選択してください）

全　体	はい（定期的に）	はい（必要時に）	いいえ
172	6	45	121
100.0%	3.5%	26.2%	70.3%

未回答3

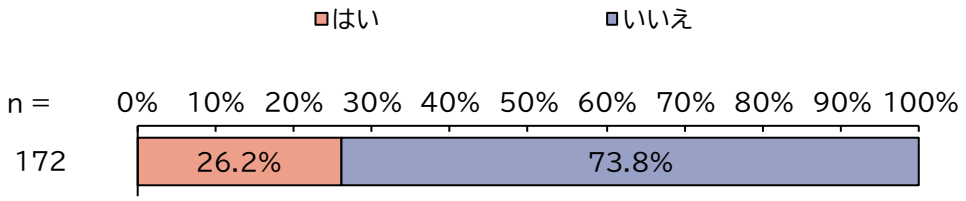


医療安全情報「No.60　有効期間が過ぎた予防接種ワクチンの接種」

Q2S03. 上記の医療安全情報(№60)を知っていましたか(一つ選択してください)

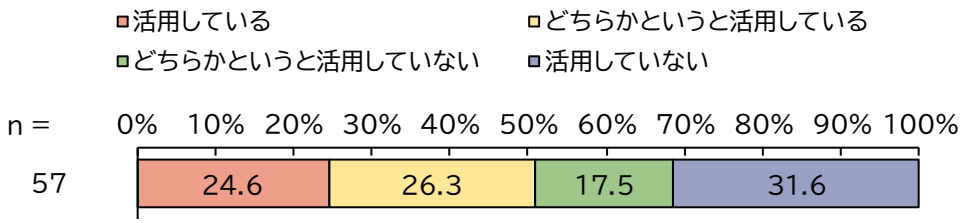
全　体	はい	いいえ
172	45	127
100.0%	26.2%	73.8%

未回答3



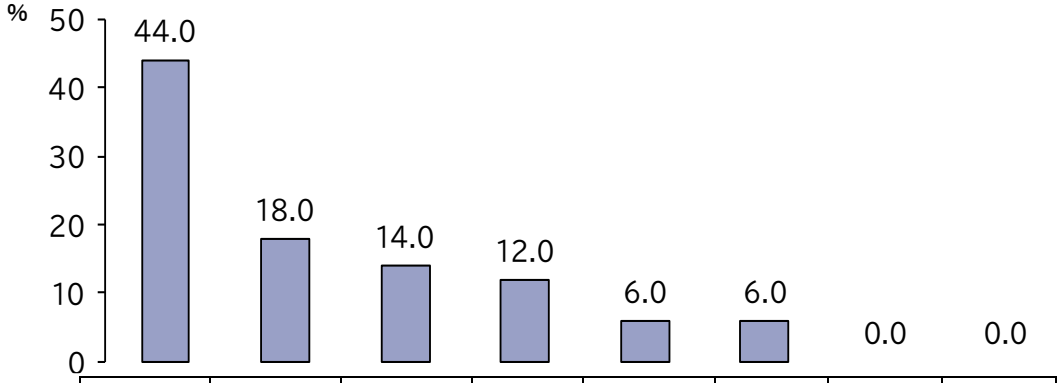
Q2S04. この医療安全情報(№60)を医療安全活動に活用していますか(一つ選択してください)

全体	活用している	どちらかというと活用している	どちらかというと活用していない	活用していない
57	14	15	10	18
100.0%	24.6%	26.3%	17.5%	31.6%
	Top2 29 50.9%		Bottom2 28 49.1%	



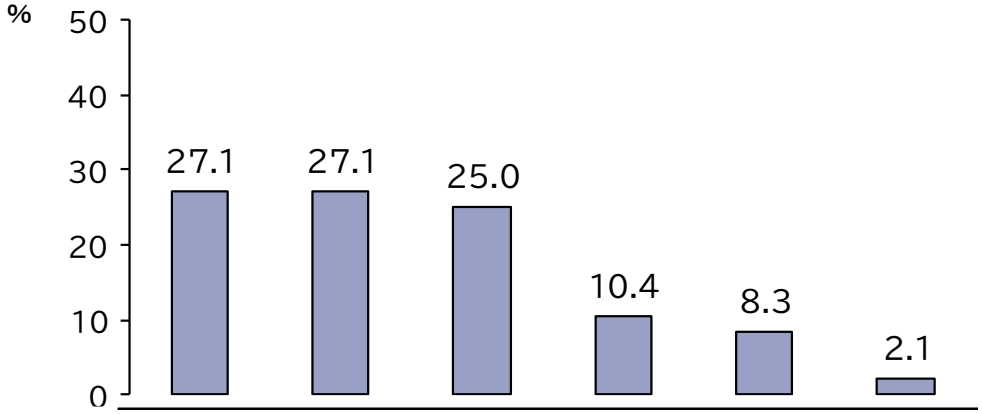
医療安全情報「No.60　有効期間が過ぎた予防接種ワクチンの接種」

Q2S05. どのように活用していますか（複数選択可能です）



	関連する職員との情報共有	事故発生時の参考資料	安全管理に関連する研修会の教材	マニュアル作成または確認・修正時の参考資料	医療安全に関するポスターなどの素材	薬剤または医療機器などの採用時の資料	調査研究の資料	その他
延べ選択数								
50	22	9	7	6	3	3	0	0
100%	44.0	18.0	14.0	12.0	6.0	6.0	0.0	0.0

Q2S06. 活用することが難しい理由を教えてください（複数選択可能です）



延べ選択数	診療の状況と内容が合わない	存在を知らなかった/見たことがなかった	活用する時間・余力がない	活用方法がわからない	量が多い／文字が多い	その他
48	13	13	12	5	4	1
100%	27.1	27.1	25.0	10.4	8.3	2.1

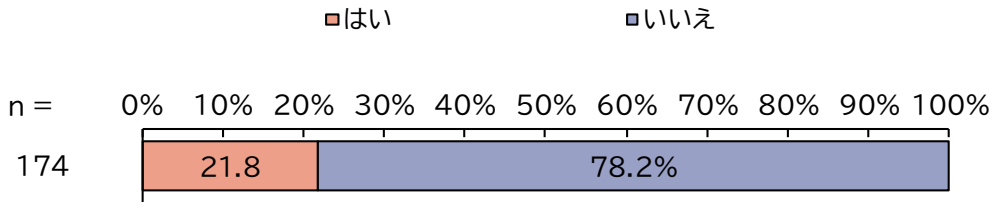
その他：送付がない

医療安全情報「No.109　採血時の検体容器間違い」

Q2S07. 上記の医療安全情報(№109)を知っていましたか(一つ選択してください)

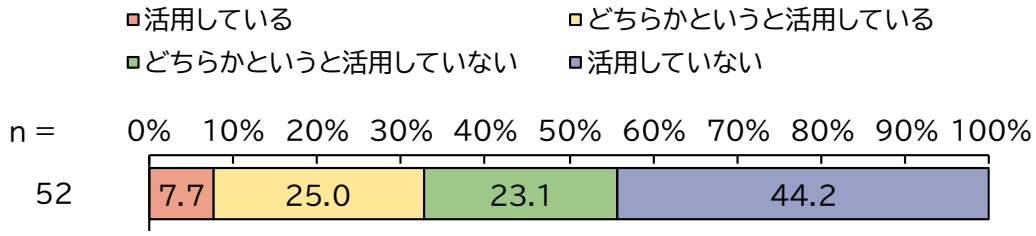
全　体	はい	いいえ
174	38	136
100.0%	21.8%	78.2%

未回答1



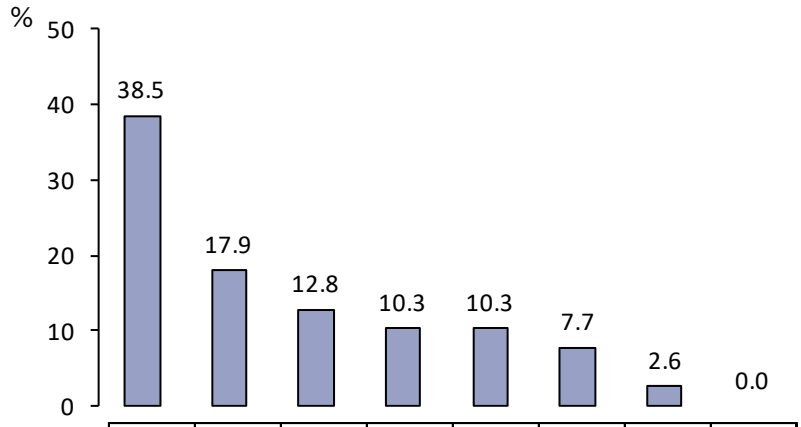
Q2S08. この医療安全情報(№109)を医療安全活動に活用していますか(一つ選択してください)

全　体	活用している	どちらかというと活用している	どちらかというと活用していない	活用していない
52	4	13	12	23
100.0%	7.7%	25.0%	23.1%	44.2%
	Top2 17 32.7%		Bottom2 35 67.3%	



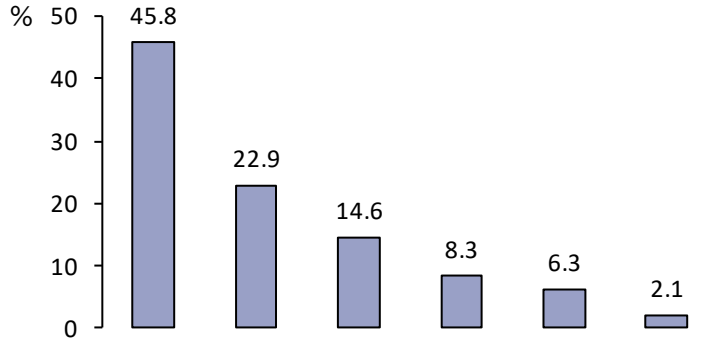
医療安全情報「No.109　採血時の検体容器間違い」

Q2S09. どのように活用していますか（複数選択可能です）



	関連する職員との情報共有	事故発生時の参考資料	安全管理に関連する研修会の教材	医療安全に関するポスターなどの素材	マニュアル作成または確認・修正時の参考資料	薬剤または医療機器などの採用時の資料	調査研究の資料	その他
延べ選択数	15	7	5	4	4	3	1	0
39	38.5	17.9	12.8	10.3	10.3	7.7	2.6	0.0
100%								

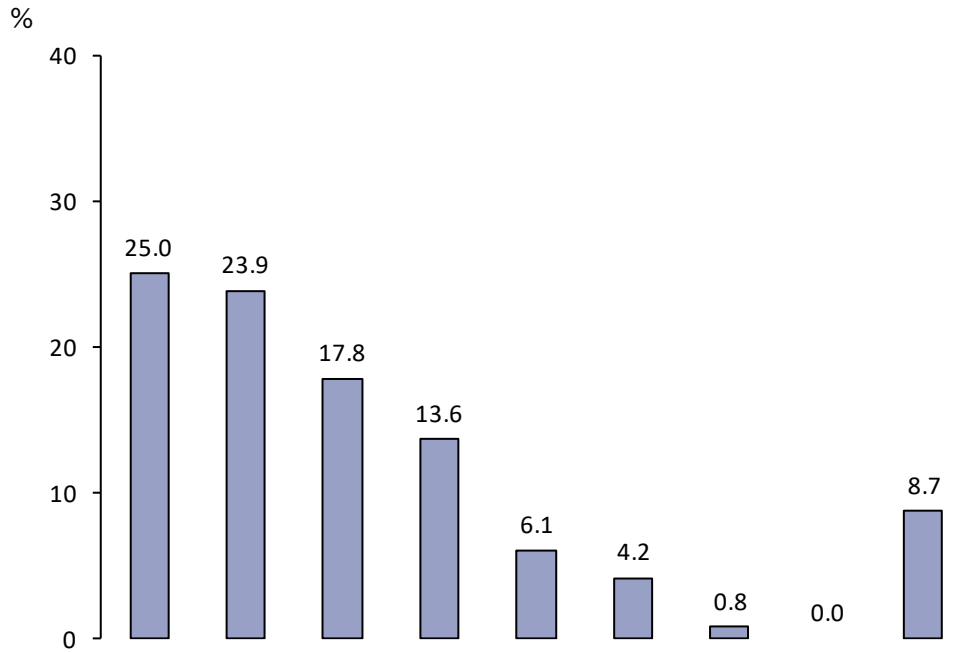
Q2S10. 活用することが難しい理由を教えてください（複数選択可能です）



	診療の状況と内容が合わない	活用する時間・余力がない	活用方法がわからない	存在を知らなかった/見たことがなかった	量が多い／文字が多い	その他
延べ選択数	22	11	7	4	3	1
48	45.8	22.9	14.6	8.3	6.3	2.1
100%						

その他：送付がない

Q2S11. 医療安全情報の分類の中で、診療所で活用したい分類を教えてください（複数選択可能です）

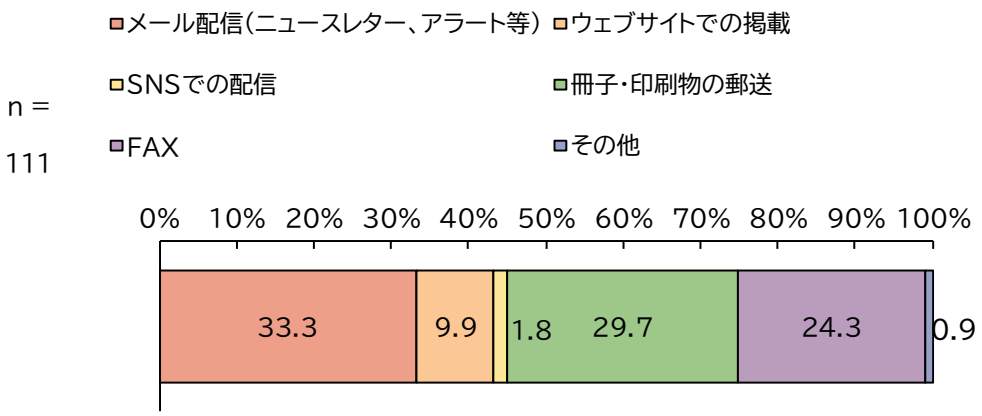


	薬剤について	治療・処置について	検査について	医療機器について	療養上の世話について	ドレーン・チューブ類について	輸血について	その他	とくに無い
延べ選択数	264	66	63	47	36	16	11	2	0	23
100%	25.0	23.9	17.8	13.6	6.1	4.2	0.8	-	8.7

Q2S12. 日本医療機能評価機構から貴診療所へ、医療安全情報の発信方法として、最も入手や利用がしやすいと考える形式を教えてください（一つ選択してください）

全　体	メール配信（ニュースレター、アラート等）	ウェブサイトでの掲載	SNS での配信	冊子・印刷物の郵送	FAX	その他
111	37	11	2	33	27	1
100.0%	33.3%	9.9%	1.8%	29.7%	24.3%	0.9%

未回答64　　その他：記載なし



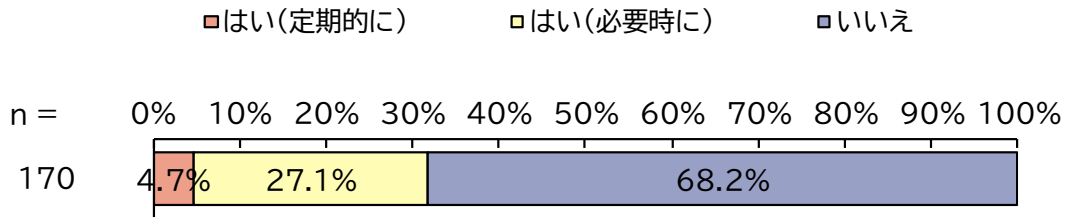
Q3. 日本医療安全調査機構(医療事故調査・支援センター)が発信する医療安全情報(提言書)の活用等について教えてください

−2件の提言書についてお伺いします

Q3S01. 日本医療安全調査機構(医療事故調査・支援センター)のホームページから医療事故の再発防止に向けた提言を確認していますか(一つ選択してください)

全　体	はい(定期的に)	はい(必要時に)	いいえ
170	8	46	116
100.0%	4.7%	27.1%	68.2%

未回答5

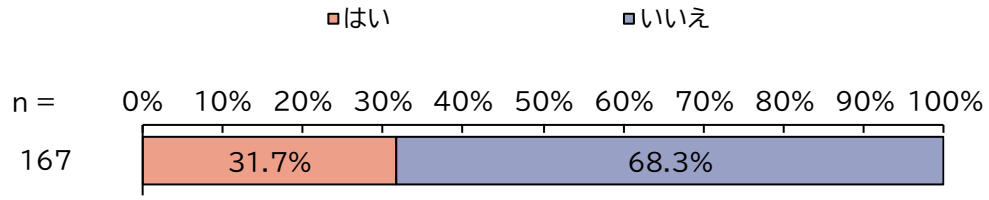


提言書「第３号　注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析」

Q3S02. 上記の提言書(第３号)を知っていましたか(一つ選択してください)

全　体	はい	いいえ
167	53	114
100.0%	31.7%	68.3%

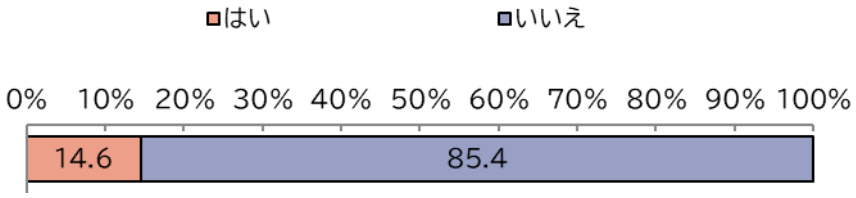
未回答8



Q3S03. この提言書(第３号)の続報である警鐘レポートNo.2「注射剤の血管内投与後に発症したアナフィラキシーによる死亡」を知っていましたか(一つ選択してください)

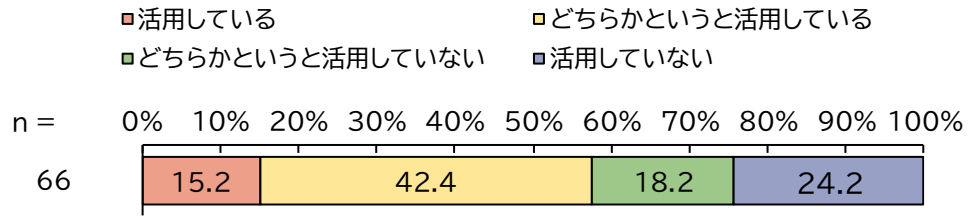
全　体	はい	いいえ
158	23	135
100.0%	14.6%	85.4%

未回答17

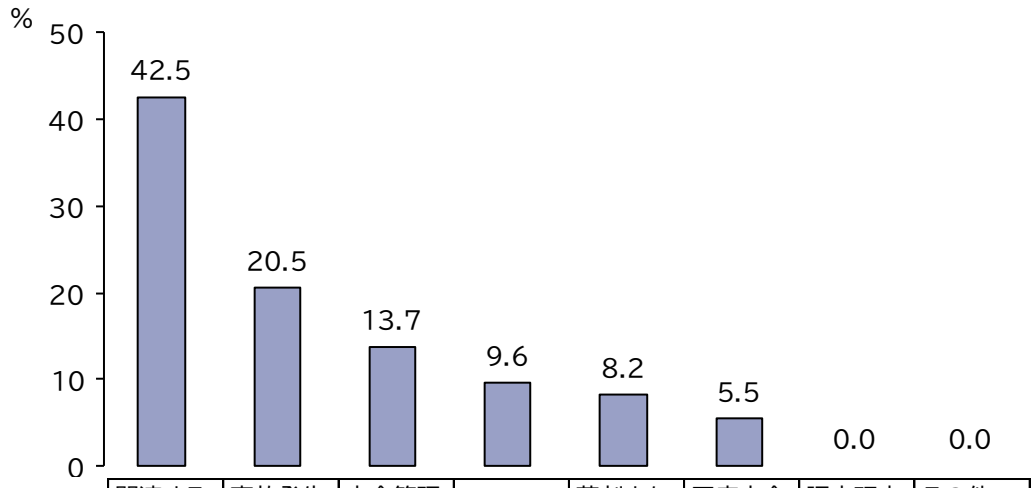


Q3S04. この提言書(第３号)を医療安全活動に活用していますか(一つ選択してください)

全　体	活用している	どちらかというと活用している	どちらかというと活用していない	活用していない
66	10	28	12	16
100.0%	15.2%	42.4%	18.2%	24.2%
	Top2 38 57.6%		Bottom2 28 42.4%	



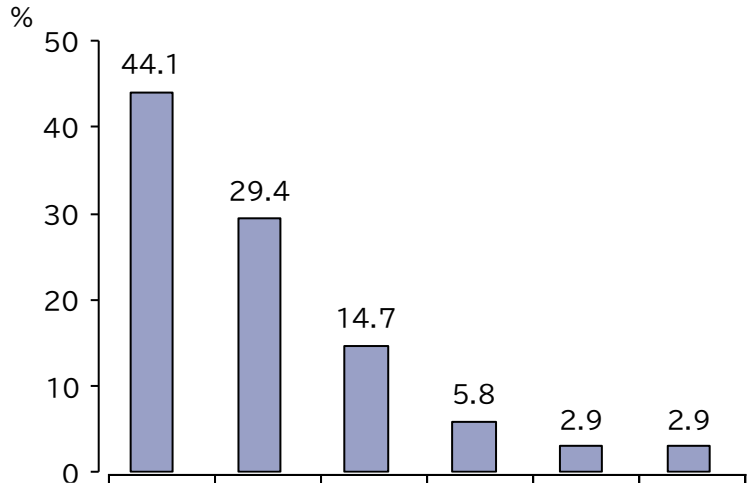
Q3S05. どのように活用していますか(複数選択可能です)



延べ選択数	関連する職員との情報共有	事故発生時の参考資料	安全管理に関連する研修会の教材	マニュアル作成または確認･修正時の参考資料	薬剤または医療機器などの採用時の資料	医療安全に関するポスターなどの素材	調査研究の資料	その他
73	31	15	10	7	6	4	0	0
100%	42.5	20.5	13.7	9.6	8.2	5.5	0.0	0.0

提言書「第３号　注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析」

Q3S06. 活用することが難しい理由を教えてください（複数選択可能です）



延べ選択数	診療の状況と内容が合わない	活用する時間・余力がない	活用方法がわからない	量が多い／文字が多い	存在を知らなかった/見たことがなかった	その他
34	15	10	5	2	1	1
100%	44.1	29.4	14.7	5.9	2.9	2.9

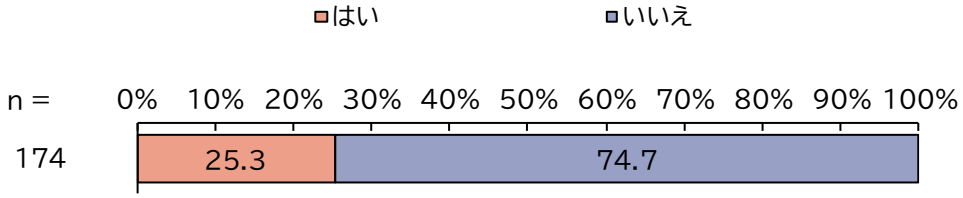
その他：送付がない

提言書「第 15 号　薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」

Q3S07. 上記の提言書(第 15 号)を知っていましたか(一つ選択してください)

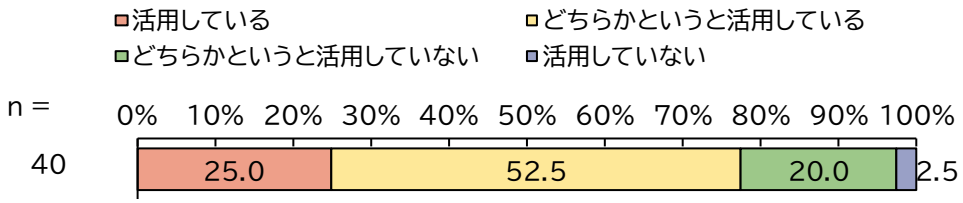
全　体	はい	いいえ
174	44	130
100.0%	25.3%	74.7%

未回答1



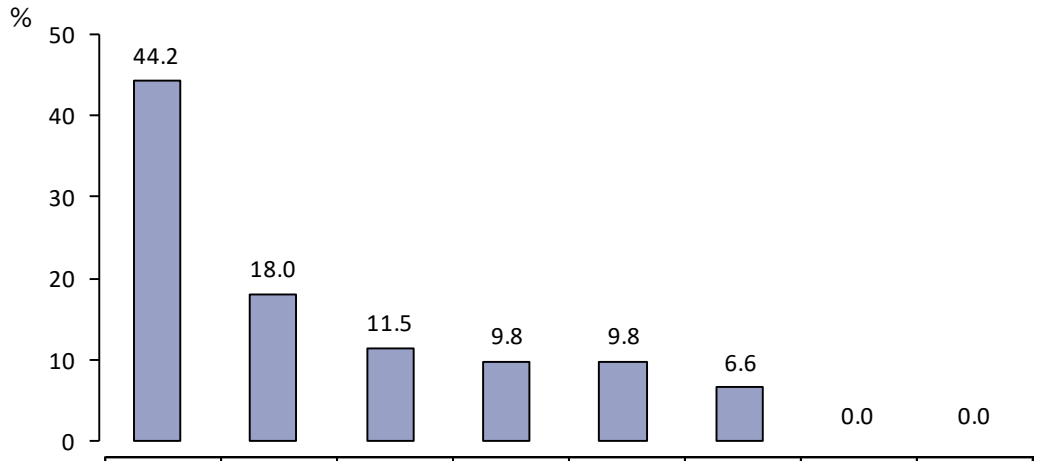
Q3S08. この提言書(第 15 号)を医療安全活動に活用していますか(一つ選択してください)

全　体	活用している	どちらかというと活用している	どちらかというと活用していない	活用していない
40	10	21	8	1
100.0%	25.0%	52.5%	20.0%	2.5%
	Top2 31 77.5%		Bottom2 9 22.5%	



提言書「第 15 号　薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」

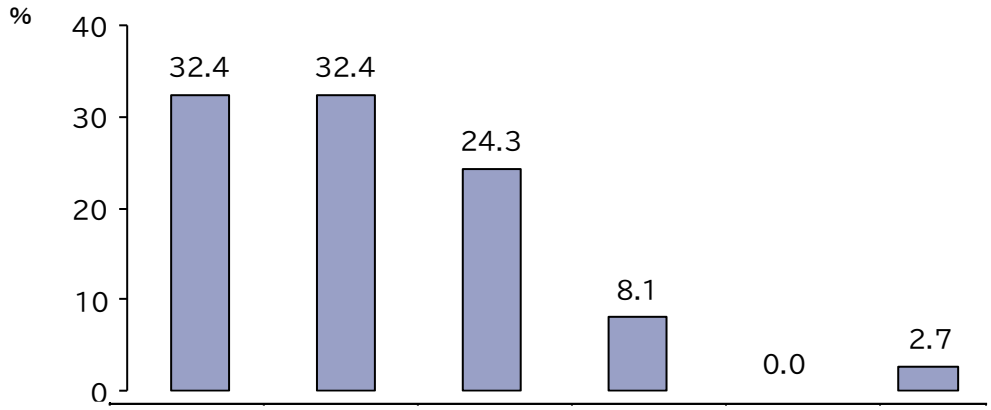
Q3S09. どのように活用していますか（複数選択可能です）



	関連する職員との情報共有	安全管理に関連する研修会の教材	事故発生時の参考資料	マニュアル作成または確認･修正時の参考資料	医療安全に関するポスターなどの素材	薬剤または医療機器などの採用時の資料	調査研究の資料	その他
延べ選択数	27	11	7	6	6	4	0	0
61	44.3	18.0	11.5	9.8	9.8	6.6	0.0	0.0
100%								

提言書「第 15 号　薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」

Q3S10. 活用することが難しい理由を教えてください（複数選択可能です）



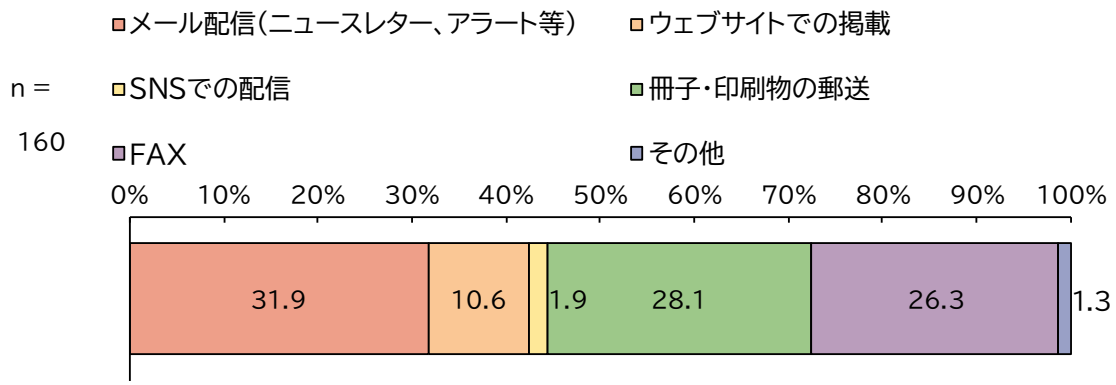
延べ選択数	診療の状況と内容が合わない	活用する時間・余力がない	活用方法がわからない	量が多い／文字が多い	存在を知らなかった/見たことがなかった	その他
37	12	12	9	3	0	1
100%	32.4	32.4	24.3	8.1	0.0	2.7

その他：送付がない

Q3S11. 提言書の発信方法として、最も入手や利用がしやすいと考える形式を教えてください(一つ選択してください)

全　体	メール配信(ニュースレター、アラート等)	ウェブサイトでの掲載	SNS での配信	冊子・印刷物の郵送	FAX	その他
160	51	17	3	45	42	2
100.0%	31.9%	10.6%	1.9%	28.1%	26.3%	1.3%

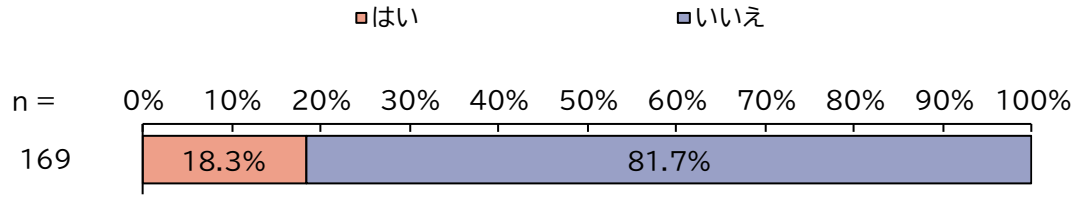
未回答15　　その他:記載なし



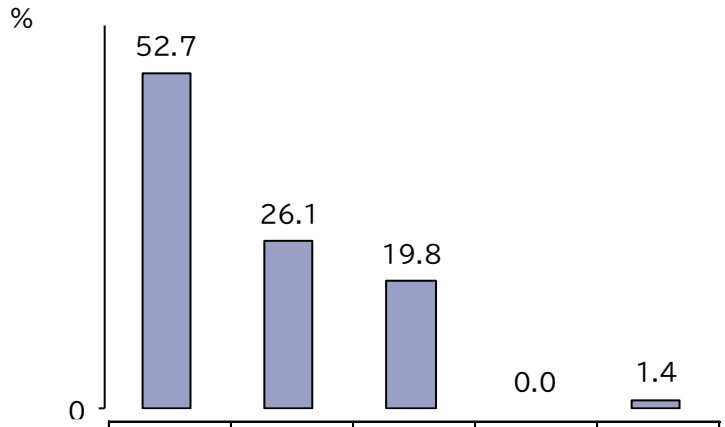
Q4S01. 貴診療所の地域の医療安全支援センターを知っていますか

全　体	はい	いいえ
169	31	138
100.0%	18.3%	81.7%

未回答6



Q4S02. 貴診療所の地域の医療安全支援センターに期待したい役割を教えてください（複数選択可能です）

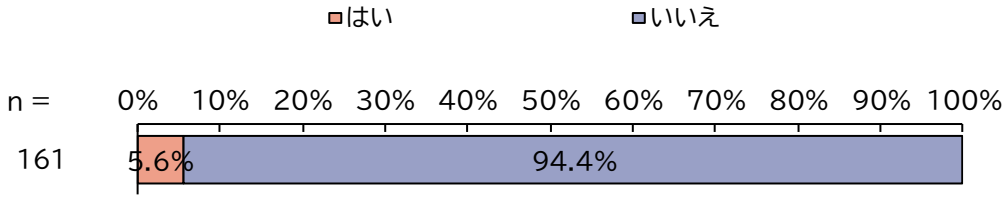


延べ選択数	医療安全の研修の機会	地域の住民からの苦情・相談の共有	地域の他の医療機関との意見交換の機会	その他	とくに無い
206	108	54	41	0	3
100%	52.4%	26.2%	19.9%	0.0%	1.5%

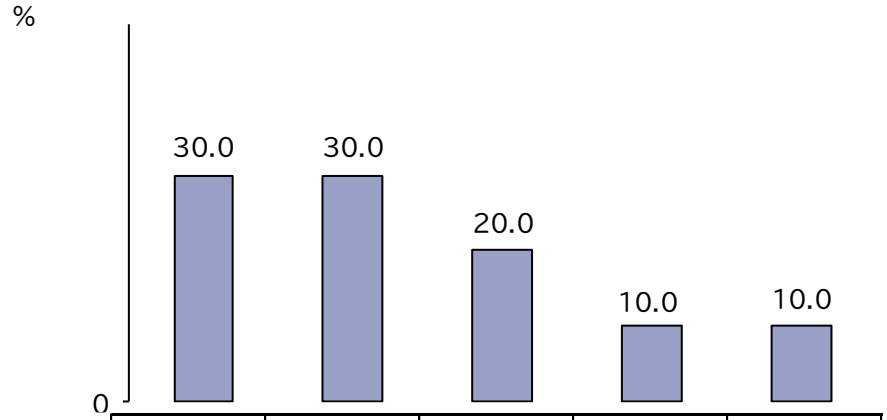
Q4S03. 医療安全支援センターから助言や情報提供を受けたことがありますか（一つ選択してください）

全　体	はい	いいえ
161	9	152
100.0%	5.6%	94.4%

未回答14



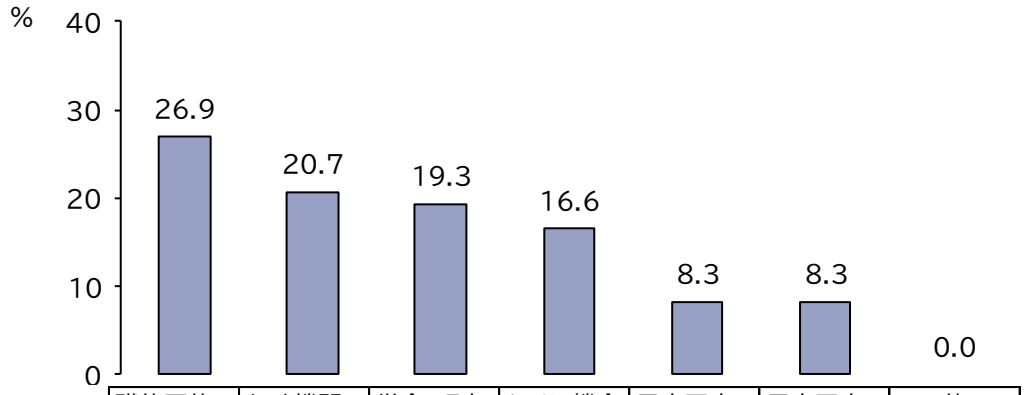
Q4S04. 受けた助言・情報をどのように活用しましたか（複数選択可能です）



延べ選択数	診療所内研修や勉強会で共有した	診療所内の手順書・マニュアルの見直しに使った	個別事例の対応方針の検討に活用した	特に活用していない	その他
10	3	3	2	1	1
100%	30.0	30.0	20.0	10.0	10.0

その他：助言に反論した

Q5S01. 医療安全に関する知見・外部情報をどこから得る機会がありますか（複数選択可能です）

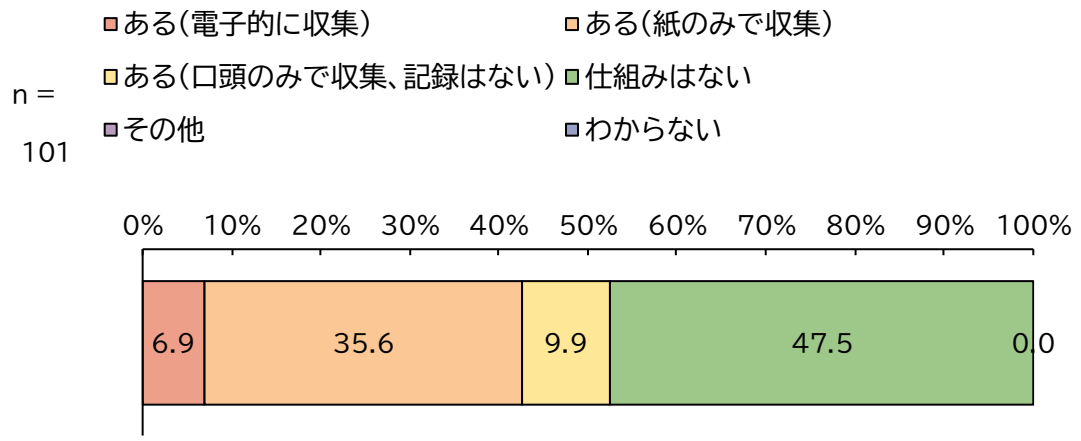


	職能団体（医師会、看護協会など）	行政機関	学会・研究会等	とくに機会がない	日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）	日本医療機能評価機構	その他
延べ選択数	39	30	28	24	12	12	0
145	26.9	20.7	19.3	16.6	8.3	8.3	0.0
100%							

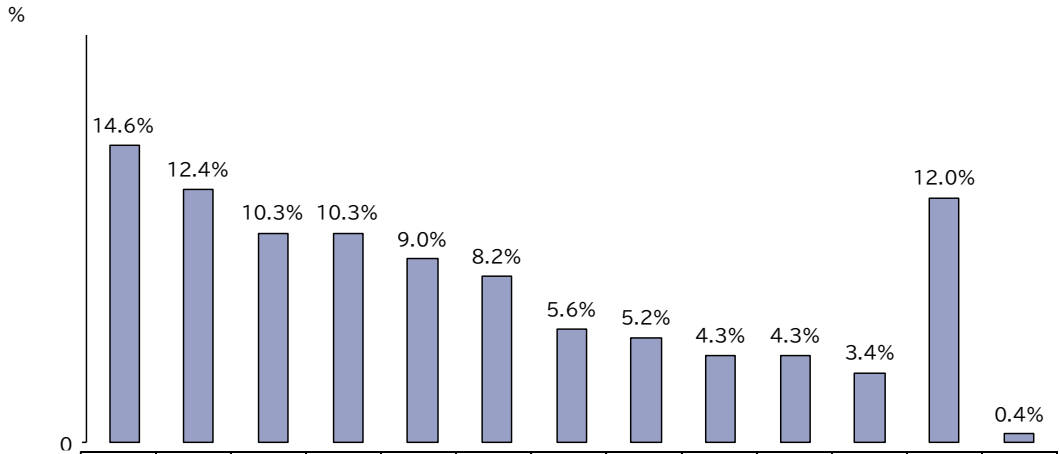
Q5S02. 医療安全に関わる出来事(インシデント等)について、報告を収集する仕組みがありますか(一つ選択してください)

全　体	ある(電子的に収集)	ある(紙のみで収集)	ある(口頭のみで収集、記録はない)	仕組みはない	その他	わからない
101	7	36	10	48	-	-
100.0%	6.9%	35.6%	9.9%	47.5%	0.0%	0.0%

未回答74



Q5S03. 医療安全に関わる出来事(インシデント等)について、これまで経験したことがある出来事を教えてください(複数選択可能です)



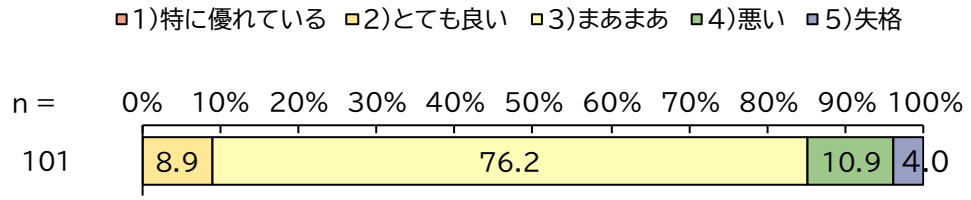
	薬剤に関わる疑義照会	予防接種に関わる出来事	患者とのコミュニケーションに関わる出来事	転倒・転落	患者間違い	検査関連の出来事	治療に関わる出来事	疑義照会以外の薬剤に関わる出来事	医療者間のコミュニケーションに関わる出来事	診断の誤り・遅れ	医療機器に関わる出来事	とくに経験はない	その他
延べ選択数	34	29	24	24	21	19	13	12	10	10	8	28	1
233	14.6%	12.4%	10.3%	10.3%	9.0%	8.2%	5.6%	5.2%	4.3%	4.3%	3.4%	12.0%	0.4%
100%													

その他:記載なし

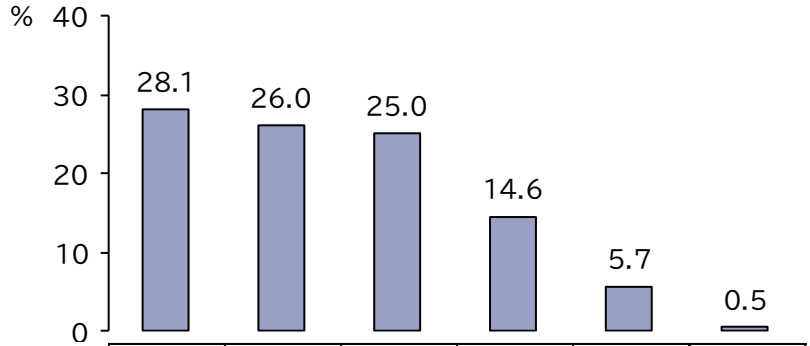
Q5S04. 貴診療所の医療安全について、総合的に評価したレベルとして当てはまる番号を1つだけ選んで下さい

全　体	1)特に優れている	2)とても良い	3)まあまあ	4)悪い	5)失格
101	-	9	77	11	4
100.0%	0.0%	8.9%	76.2%	10.9%	4.0%
	Top2 9 8.9%		Middle	Bottom2 15 14.8%	

未回答74



Q5S05. 貴診療所の医療安全を推進するために学べるとよいテーマは何ですか(複数選択可能です)



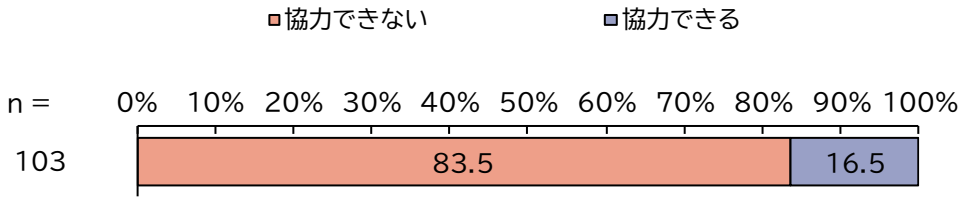
延べ選択数	ヒューマンエラー	コミュニケーション(チームワーク)	事例分析・対策立案	報告の仕組みづくり	診断の改善	その他
192	54	50	48	28	11	1
100%	28.1	26.0	25.0	14.6	5.7	0.5

その他:職員教育について

Q5S06. ご回答内容に対して追加でお話をお伺いし、診療所における医療安全の推進に資する提案を検討したいと考えております。インタビュー調査への協力のご意向についてご回答ください。

全　体	協力できない	協力できる
103	86	17
100.0%	83.5%	16.5%

未回答72



県民向け健康教室「しまねMAMEインフォ」

M:まめに　A:安心して　M:学んで　E:選んで　一般県民向け健康情報サイト

○多様なジャンル
病気・症状、運動、食生活、レシピ
フレイル、口腔・歯科　　など

○気軽に視聴できる5分程度の短編

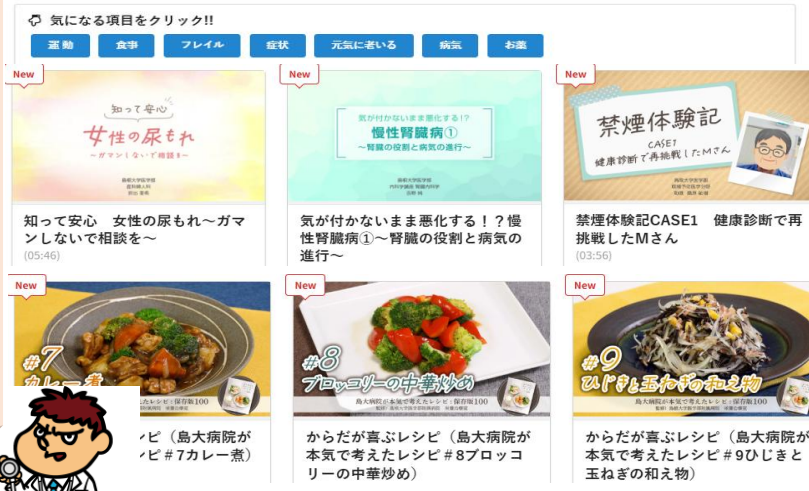
○登録不要で視聴ができる
登録すれば、新着情報が届く

○活用状況
県民が直接視聴するほか、市町村、県・保健所、産業保健分野での健康情報提供や保健指導教材として提供

★令和7年1年間では毎月平均して515件視聴していただきました！

現在61コンテンツ公開中







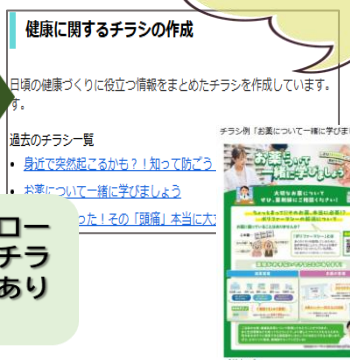
◆教材チラシはこちらから

「しまねMAMEインフォ」の動画内容をぎゅっと凝縮しています。

『へるすあっぷの部屋』

この画面が出てきます





下にスクロールするとチラシ一覧があります。

ご希望のチラシをダウンロードして印刷のうえご活用ください。

島根県国保ヘルスアップ支援事業の委託により、県民の疾病予防・健康づくりの普及啓発を目的として「しまね健康情報e-ラーニングシステム」を開設、運営しています。

【お問い合わせ先】　島根大学医学部環境保健医学講座
TEL:0853-88-3064　E-mail:p-health@med.shimane-u.ac.jp

専門職向け研修「しまねCOMMONS」

いまさら聞けない身近な疾患（commondisease）の最新情報

○気軽に学べる短編講座

○自己研鑽に加え、職員研修にも活用できる！

○島根県、保健所主催研修も掲載

○登録件数（R8年3月末）

総件数　1,502件
うち　医師　196件
保健師　221件
看護師　257件
介護職　197件
※その他、管理栄養士、リハ職、施設の施設研修担当者など）

★令和7年1年間では毎月平均して467件視聴していただきました！

現在32テーマ
133コンテンツ
公開中



①こちらからスタート
登録必要

②動画テーマごとに複数のコンテンツあり



③テーマに含まれたコンテンツ（確認テスト含む）を完了すると修了証発行

島根県国保ヘルスアップ支援事業の委託により、県民の疾病予防・健康づくりの普及啓発を目的として「しまね健康情報e-ラーニングシステム」を開設、運営しています。

【お問い合わせ先】　島根大学医学部環境保健医学講座
TEL:0853-88-3064　E-mail:p-health@med.shimane-u.ac.jp

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）
診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究

分担研究報告書
診療所における医療安全活動の推進に向けた教育：アンケートの質的分析からの教材提案

研究分担者　山口　悦子　国際医療福祉大学
医学部
教授

研究要旨

【背景】日本では、医療法に基づき、全ての医療機関に医療安全管理体制が義務付けられているが、診療所における活動実態は不明瞭である。本分担研究では、診療所が抱えている医療安全教育上の課題とニーズを探索し、現場の負担を最小限に抑えつつ実効性を高める新たな教育支援モデルを提言する。

【方法】研究代表者が実施した全国の診療所 288 件へのウェブアンケート（有床 41 件、無床 247 件）の回答のうち、施設の状況、医療安全の体制、医療安全推進の阻害要因、学習ニーズについて、有床・無床診療所の二群比較によるクロス集計を実施。さらに、自由記述回答については施設種別ごとに質的分析を行い、それぞれの診療環境に特有の課題とニーズを抽出した。

【結果】有床・無床診療所の両方に共通した医療安全活動の最大の阻害要因は、「活用する時間や担当者の余力がない」という時間的・人的リソースの不足であった（有床 43.9%、無床 46.2%）。質的分析では、有床診療所は RCA などの専門的手法や外部評価対応といった「組織マネジメント」としての安全管理を志向する一方、無床診療所は「極限的な時間不足」の中で、接遇や事務ミス防止といった「日常の実務」に直結する簡略化された情報とサポートを求めていることが判明した。また、病院向けの専門的な情報が多いため、教育に転用しにくいという「情報のミスマッチ」も共通の課題として抽出された。

【結論】分析結果に基づき、「負担を最小化し、実効性を最大化する」教育支援モデルとして、日常業務に組み込める「マイクロラーニング」や地域ネットワークを活用した「ピア・ラーニング」の導入を提言した。さらに、「情報のミスマッチ」と「教材制作時間の不足」を同時に解決するため、外部情報と自施設の個別条件を AI で統合し、最適な教育コンテンツの生成を提案した。

A．研究目的

（背景）日本では医療法により全医療機関に医療安全管理体制が義務付けられている。しかし、医療安全管理者の専任・専従担当者が配置されていない診療所等での医療安全活動の実施状況は不明である。小規模調査では、診療所における安全確保のための指針等の作成率は低く、インシデントレポートの提出件数も少ないなど、質向上の必要性が示唆されている。また、日本医療安全調査機構等が発信する外部情報は病院の事故情報が中心であり、診療所の医療安全に資する外部情報の同定や活用状況の把握は十分ではない。

（目的）本分担研究では、診療所が抱えている医療安全教育上の課題とニーズを、施設の機能別（有床・無床）に探索する。さらに、分析から得られた「時間的・人的リソースの不足」という課題に対し、現場の負担を最小限に抑えつつ実効性を高める新たな支援モデルを提言する。

B．研究方法

研究代表者から提供された全国の診療所を対象としたウェブアンケート回答 288 件を対象のうち、施設の概要に関する項目と情報の活用に関する選択肢の回答および自由記述の回答を分析した。選択肢の回答に対する単純集計では、外部の医療安全情報の認知・活用状況、活動の阻害要因、および今

後の学習ニーズについて有床診療所（n=41）と無床診療所（n=247）の二群比較によるクロス集計を実施した。自由記述回答については、施設種別ごとに質的分析を行い、有床・無床それぞれの診療環境に特有の困難を抽出した。

（倫理面への配慮）

代表者が実施したアンケート調査データのうち、施設の概要に関する項目と情報の活用に関する項目および自由記述の回答について、個人名・施設名を削除した状態で分析を行った。

C．研究結果

（1）アンケートの選択肢の回答

主要な設問に関する有床・無床別の定量的な集計結果を以下の通り示す。

表 1：医療安全管理担当者の配置状況とインシデント報告体制

項目	区分	有床 (n=41)	無床 (n=247)
医療安全管理の担当者	専任（兼務含む）	32 (78.0%)	130 (52.6%)
	配置なし	7 (17.1%)	108 (43.7%)
インシデント報告体制	報告書（紙・電子）あり	39 (95.1%)	193 (78.1%)
	口頭のみ・仕組みなし	2 (4.9%)	52 (21.1%)

表 2：外部の医療安全情報の活用を阻害する理由

項目	有床(n=41)	無床(n=247)
活用する時間や担当者の余力がない	18 (43.9%)	114 (46.2%)
診療所の状況と内容が合わない	11 (26.8%)	78 (31.6%)
職員の関心が低い	7 (17.1%)	50 (20.2%)
具体的な改善イメージがわかない	5 (12.2%)	27 (10.9%)

（2）アンケートの自由記述

自由記述から抽出された課題とニーズ、および自由意見・感想について、有床診療所と無床診療所の特性に合わせて整理した。

表 3：医療安全を推進するための教育上の課題と学習テーマのニーズ

	カテゴリ	主な記述内容（要約）
有床	組織的運用の限界	夜勤帯における多職種間のダブルチェックの形骸化や、周知徹底の難しさ。
	高度な管理ニーズ	病院に近い組織構造を持つため、RCA（根本原因分析）等の専門的な分析手法への関心。
	外部評価への意識	診療報酬の加算要件を満たすことと、実効性のある安全対策の両立に関する悩み。
無床	極限的な時間不足	院長が全ての事務作業を担っており、情報の精査やマニュアル改訂に割く時間が皆無。
	対人トラブルの深刻化	受付での名前間違いや予約ミスに端を発する、ハラスメント患者への現場対応の苦慮。
	情報の難解さ	提供される情報が病院向けで専門用語が多く、事務職やパート職員への教育に転用しにくい。
	院長依存の体制	院長の意識一つで安全対策の優先順位が決まり、スタッフから提案しにくい雰囲気。

表 4：自由意見・感想のまとめ

	ラベル	主な記述内容（要約）
有床	現場の声	加算に見合う実効性のあるサポートが欲しい。
	教材への期待	専門的な内容を網羅した詳細なガイドライン。
	地域連携	有床診同士のネットワークや合同研修の希望。
無床	現場の声	「これ以上事務作業を増やさないで」という悲鳴。
	教材への期待	病院用を削ぎ落とした「診療所版・超簡略版」。
	地域連携	地域医師会を通じた、顔の見える形での情報提供。

D．考察

（1）アンケートの分析：診療所の安全管理体制と課題

まず、選択肢の回答の分析から、診療所の規模によって安全基盤の整備状況に差異があることが示された。有床診療所では比較的組織的な報告・管理体制が構築されている一方、無床診療所では担当者の不在や口頭報告への依存があった。このような現状において、医療安全を推進する上で両者に共

通した阻害因子は「時間的余力の欠如」であった。
一方、自由記述の分析結果からは、有床診療所は「組織マネジメント」としての安全管理を模索しているのに対し、無床診療所は「日常の実務」としての接遇や事務ミス防止にニーズを抱えていることが判明した。特に無床診療所においては、高度な安全理論よりも、具体的な対話例や、手間のかからないチェック機能が求められていた。また、いずれの施設においても、情報として文脈を共有できる事例が求められており、地域のネットワークによる情報提供や研修への期待もあった。
以上より、診療所では、安全管理の体制や課題については有床診療所と無床診療所とで違いがあったが、どちらも担当者に時間的余裕がない中で効率的、効果的な情報収集や教育へのニーズを有していた。特に無床診療所にとっては、これまで病院を中心に発展してきた安全管理モデルが適合しにくい状況があり、単なる情報の配信ではなく、診療所の現場の状況に合わせた情報提供の仕組みも必要であると考えられる。また、このような仕組みは、地域のネットワークを通じて発信・共有されると、より活用しやすいことが予想される。
（２）診療所において医療安全を推進するための教育方法・ツールの提案
①診療所の現状に合わせた教育方法の考案
診療所においては「負担を最小化し、実効性を最大化する」ことをコンセプトとした教育支援を提案する。
診療所版の情報提供：病院事例をそのまま提示するのではなく、診療所の多忙な現場でも一読して理解できるサマリー形式の情報提供。
マイクロラーニング：すでにある業務スケジュールに組み込んで、短い時間で頻回に継続できる方法を考える。たとえば朝礼やカンファレンス等で時間を決めて（10 分程度）、実際の事例や外部の医療安全情報を活用した「事例フラッシュカード」、実際の事例や架空の事例を元にした「接遇・トラブル対応スクリプト」（附表１）などを共有する。
視覚的ツール：上述のマイクロラーニングで使用した事例を、スライド資料や動画等に変換して共有し、隙間時間に確認・視聴できるようにする。
短時間のトレーニングプログラム：基本的な安全行動について、15 分～30 分以内で訓練するプログラムを作成する。繰り返し受講し、身に付けられるようにする（附表２）。
ピア・ラーニング：地域ネットワークを活用した「顔の見える事例検討」、近隣の診療所間で、成功事例だけでなく「ヒヤリとした経験」を共有する、短時間の研修会を持ち回りで開催する（対面・オンライン）、など。
②生成 AI を活用した教育支援モデルの構築
本研究で浮き彫りになった「情報のミスマッチ」と「制作時間の不足」を同時に解消する手段として、生成 AI を活用した教材制作プロセスの導入を提案する。これは、外部から提供される一般的な情報と、各診療所の個別条件（診療科、スタッフ構成、過去のヒヤリハット事例等）を Ai によって統合し、その施設に最適化された教育コンテンツを半自動的に生成する方法である。特に地域のネットワークで、当番制などで事例を集め、情報を Ai に読み込ませてコンテンツを共有すると、効率的かつ効果的な活動が行える可能性がある。ただし、情報セキュリティの面から、個人情報や施設情報を削除し、事例を加工する（性別や年齢、背景を架空のものにする）などの注意は必要である。
なお、一般の生成 Ai のモデルは広範な検索対象から回答を導き出すため、情報の確認がしづらい。一方で生成 Ai を使った RAG（検索拡張生成）という仕組みを使うと、ユーザー側で限定したリソースからまとめや資料作成をするので、出力後に点検しやすい。自施設に合った教材を作りたい場合は RAG（検索拡張生成）を活用するとよいだろう。RAG（検索拡張生成）には、Google 社が提供している NotebookLM、Perplexity AI, Inc.が提供している Perplexity が使いやすいだろう。
案１）自施設に合わせたサマリーの作成：日本医療機能評価機構等の外部機関が発信するインシデント情報のテキストデータと、自院の「診療状況や重点課題」を生成 AI（大規模言語モデル）に入力し、当該施設にとっ

ての要点や、自院のスタッフが優先的に守るべきアクションを抽出し、サマリーを作成することができる（附録１）。

案２）視覚的教材への展開：得られた要約を基に、視覚的な教材へと展開する。例えば、プレゼンテーション生成 AI を用いることで、抽出された要点を数分でスライド化し、朝礼用の「1 分間事例解説資料」を作成できる。また、インフォグラフィック作成ツールを活用すれば、複雑な手順を直感的な図解に変換し、処置室や受付に掲示する「環境組み込み型チェックリスト」をデザインの専門知識なしに制作できる。他にも事例フラッシュカードや院内掲示用のインフォグラフィックを作成できるツールもある（附録 2）。動画教材についても、自動動画編集ツールを用いることで、テキストから短時間の教育動画を生成し、スタッフがスマートフォンの隙間時間で視聴できる体制を構築することが容易となる。

Ｅ．結論

分析結果から、有床・無床診療所のいずれにおいても、「時間的・人的リソースの不足」が共通の医療安全活動の阻害要因であることが示された。分析結果に基づき、診療所の多忙な現場に適合し、実効性を最大化するための新たな教育支援モデルとして、以下の二点を提案した。

１．診療所の現状に合わせた教育方法の考案：「負担最小化、実効性最大化」をコンセプトに、日常業務に組み入れて短時間で実施する「マイクロラーニング」の導入や、地域のネットワークを活用した顔の見える事例検討および情報提供であるピア・ラーニングの活用を提言した。

２．生成 AI を活用した教育支援モデルの構築：外部情報と自施設の個別条件を統合し、各診療所に最適化された教育コンテンツを半自動的に生成するプロセスを提案した。これにより、「情報のミスマッチ」と「教材制作時間の不足」という二重の課題解決を図る。

Ｆ．研究発表

1.　論文発表

なし

2.　学会発表

なし

Ｇ．知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

附表１　接遇・トラブル対応スクリプト例

作成方法：生成 Ai のチャットを入力するボックスに架空の事例あるいは自院の事例をアレンジしたファイルをアップロードし、プログラム作成を依頼する。

＜プロンプト例＞

マイクロラーニングのための簡単な即興演劇の教育プログラムを作って。
テーマ：「接遇トラブル対応」事例は、待ち時間のクレームに関するもの。
時間：5 分程度でできるプログラム
対象と人数：人数は 5 人、看護師 2 名、事務職員 3 名の構成を仮定。
役割と進め方：看護師 1 名がファシリテーター。２名が患者役と対応者役をやって、残り２名が観察してフィードバックする。
その他：ファシリテーターのセリフも入れて。表にしてください。

＜作成されたプログラム例＞

目的：失敗を責めるのではなく「チームでどう対応するか」を即興演劇で体験する。
プログラム名：1 分間ロールプレイ「待合室の応急処置」

- 総時間：5 分
- 構成：看護師 2 名、事務職員 3 名（計 5 名）
- 役割：
    - ファシリテーター：看護師 A
    - 患者役：事務職員 B
    - 対応者役：事務職員 C
    - 観察役（フィードバック）：看護師 B、事務職員 D

経過時間	ステップ	担当（セリフ・アクション）	内容とポイント
0:00-1:00	導入・設定	【看護師 A（ファシリ）】「皆さん、お疲れ様です。今日は『待ち時間へのクレーム』をテーマに、5 分だけ練習しましょう。失敗しても OK です。チームで助け合うための練習ですからね」	心理的安全性の確保：「練習なので失敗していい」と明言し、リラックスさせる。
1:00-1:15	配役と状況説明	【看護師 A（ファシリ）】「状況は、混雑する月曜の朝。事務の C さんは受付で会計中です。そこへ、40 分待っている患者の B さんが『いつまで待たせるんだ！』と詰め寄ります。スタート！」	状況設定：アンケートで多かった「待ち時間」と「割り込みへの不満」を想起させる。
1:15-2:45	即興演劇（実演）	【患者役（事務 B）】「おい！さっきから後から来た奴がどんどん先に呼ばれてるじゃないか。40 分も待ってるんだぞ！」【対応者役（事務 C）】（即興で対応する。謝罪したり、理由を説明したりしてみる）	即興のポイント：対応者は「一人で解決しようとするか、助けを呼べるか」を体験する。
2:45-4:30	振り返り（FB）	【看護師 A（ファシリ）】「はい、ストップ！お疲れ様でした。まずは対応した C さん、今どんな気持ちでしたか？観察していた看護師 B さんと事務 D さんは、良かった点や『こうすればもっと楽になるかも』という点はありましたか？」	フィードバックの視点：・対応者の感情をまず聞く。・「受容→説明→SOS」ができていたかを確認。
4:30-5:00	まとめ	【看護師 A（ファシリ）】「ありがとうございます。クレーム対応は一人で背負わず、『奥に確認してきます』と一度場を離れて、私たち看護師や医師にバトンタッチしていいんです。チームで対応していきましょう！」	学びの統合：「一人で抱え込まないこと（SOS の重要性）」を再確認して終了。

＜教育効果を高めるアドバイス＞

① 実演中に対応者が困り果てたら、ずっと待たないで、ファシリテーターが「はい、一時停止！ 周りのみんな、ここでCさんは何て言えばいいかな？」と助け舟（アドバイス）を出し、再開させるとよい。

② 上手い対応ができたら、「これから、この方法で対応するようにしようか」といった、診療所独自の連携ルールをその場で決めてしまってもよい。

附表２　30 分でできる安全行動のトレーニング（チェックバック）

目的：指示や伝達の間違いを防ぐために、TeamSTEPPS®のチェックバックを習慣づける

方法：1 回 20～30 分以内で行う。全員が訓練を受けられるように複数回行う。

効果：講義ではなく実際にやってみること（セリフを声に出しながら演技する）で記憶に定着しやすい（ワーキングメモリの音韻ループとスケッチパッドの理論）．

Baddeley, A. D. (2000). The episodic buffer: A new component of working memory? Trends in Cognitive Sciences, 4(11), 417-423. Trends in Cognitive Sciences

＜プログラム例＞

<table>
<tr><th>時間(分)</th><th>内容</th><th>詳細</th></tr>
<tr><td>0-5</td><td>研修の目的</td><td>TeamSTEPPS®の概要
目的：「チェックバックを身に付けることによってコミュニケーションエラーを減らし、仕事のやり直しのムダをなくす。正しい医療を提供する。」</td></tr>
<tr><td>5-10</td><td>解説</td><td>チェックバックの説明
１）４つのステップ
２）各ステップの説明
<table>
<tr><th>担当</th><th>ステップ</th><th>詳細</th></tr>
<tr><td>伝える人</td><td>1.伝達する</td><td>具体的に（いつ、どこで、何を、誰に、どうする）。</td></tr>
<tr><td>受ける人</td><td>2.聞く</td><td>メモを取りながら、最後まで聞く（中断しない）。</td></tr>
<tr><td></td><td>3.チェックバックする</td><td>「チェックバックさせてください」と宣言する。
メモを見ながら、自分の理解を伝える（単なる復唱ではない）。</td></tr>
<tr><td>伝える人</td><td>4.承認または修正する</td><td>正しく意図が伝わっていたら承認する。
謝っていたら修正し、再度チェックバックを促す。</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>10-15</td><td>練習①</td><td>シナリオ１：買い物
１．二人一組になる
２．母親役と子ども役を決める
<table>
<tr><th>担当</th><th>ステップ</th><th>シナリオ</th></tr>
<tr><td>伝える人</td><td>1.伝達する</td><td>母：「今日の晩御飯はカレーよ。お買い物に行ってきてちょうだい。○○スーパーに行って、牛肉を 200g、ジャガイモ 4 個、玉ねぎ 2 個、ニンジン 2 本を買って、3 時までに戻ってきてね。」</td></tr>
<tr><td>受ける人</td><td>2.聞く</td><td>（メモを取りながら、最後まで聞く。）</td></tr>
<tr><td></td><td>3.チェックバックする</td><td>子「お母さん、チェックバックさせて。○○スーパーに行って･･･3 時までに帰ってきたらいいんだね。お肉は、いつものカレー用のやつでいいんだね。」</td></tr>
<tr><td>伝える人</td><td>4.承認または修正する</td><td>母「そのとおりよ。有難う。じゃあ行ってらっしゃい」
子「行ってきます！」</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>15-25</td><td>練習②</td><td>シナリオ２：（普段の業務で多い指示や伝達の場面を選ぶ）
１．二人一組になる
２．伝える人と受ける人を決める
３．終わったら、交代する
例）事務業務のシナリオ</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><th>担当</th><th>ステップ</th><th>シナリオ</th></tr>
<tr><td>伝える人</td><td>1.伝達する</td><td>看護師：「今日、受診された山田太郎さんの診療情報提供書を○○病院に郵送してください。来週受診するので、速達で出してもらえますか？」</td></tr>
<tr><td rowspan="2">受ける人</td><td>2.聞く</td><td>（メモを取りながら、最後まで聞く。）</td></tr>
<tr><td>3.チェックバックする</td><td>事務職員「チェックバックさせてください。本日受診の山田太郎さんですね。診療情報提供書を○○病院に、速達で郵送、ですね。今日はもう業務終了なので、明日朝一番に郵便局に行ってきてもいいですか。」</td></tr>
<tr><td>伝える人</td><td>4.承認または修正する</td><td>看護師「はい。明日の朝なら大丈夫です。よろしくお願いします。」
事務職員「わかりました。やっておきます。」</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>25-30</td><td>振り返り・質疑</td><td>１．感想をシェアする、質問を受ける。
２．ポイントを説明する。（以下は、実践上のポイントの例）
・受ける人は、メモを取りながら聞き、伝える人が最後まで言い終わるまでさえぎらない。
・受ける人は「チェックバックさせて下さい」と言ってから、確認する
・伝える人は、チェックバックを言い終わるまでさえぎらない。終わったら承認や訂正をする。
※お互いに最後まで聞き合うことで、信頼と安心感を生まれる。また会話の中断による情報の抜け漏れを防ぐ。</td></tr>
</table>

※Ai を使って他のプログラムも作成できる。生成されたら、適宜、修正する。

＜プロンプト例＞

TeamSTEPPS の SBAR を体験するトレーニングプログラムを作ってください。
対象：事務職員、看護師、医師
人数：10 名、ファシリテーター1 名
時間：30 分
組み立て：①目的・概要の説明、②SBAR の説明、③一般のシナリオで準備運動（ペアワーク、生徒が学校の先生に友達のけがを報告をするシナリオ)、④医療のシナリオで練習(ペアワーク、看護師が医師へ患者の急変を報告するシーンのシナリオ)、⑤感想の共有とまとめ
※スクリプト例を示してください。表にしてください。

＜生成されたプログラム（スクリプト付き）＞

時間	項目	内容・進め方	ファシリテーターのスクリプト例（台本）
3 分	①目的・概要の説明	・トレーニングの目的共有・心理的安全性の確保	「皆様、お疲れ様です。本日は患者さんの安全を守るためのコミュニケーションツール『SBAR』を体験する 30 分のトレーニングを行います。職種に関わらず、正確で迅速な情報伝達はチーム医療の要です。今日は上手くやることよりも、型を知って体験することが目的なので、リラックスしてご参加ください」

5 分	②SBARの説明	SBARの４つの要素（状況、背景、評価、提案）の解説	「SBAR は情報を整理して伝えるための頭文字です。 S（Situation：状況)『今、何が起きているか』一番の問題点や重要な点を先に言います。先に話の結論を言うことで、相手が理解しやすくなります。 B（Background：背景)『どのような経過・背景があるか』時系列で話をします。 A（Assessment：評価)『自分はどう考えているか』意見を言う必要はありません。なんだかいつもと違う、おかしい、よくわからない』という不安や感想でも、全然かまいません。 R（Recommendation：提案・依頼)『相手にどうして欲しいか』具体的に伝えて、相手が次の一手を考えやすいように助けます。 この順番で伝えることで、聞き手は状況を素早く正確に理解でき、援助しやすくなります。」
7 分	③一般シナリオで準備運動	【ペアワーク】2 人 1 組になる。生徒役と担任役。 【お題】子どもが先生に「友達（タロウ君）がケガをした」と報告する。	「まずは身近な例で練習しましょう。 2 人 1 組になり、1 人が『生徒』、もう 1 人が『先生』役です。タロウ君が転んでケガをした状況を SBAR で先生に伝えてください。 (シナリオ) 生徒： (S)先生！タロウ君が膝から血を流しています！ (B)グラウンドで鬼ごっこをしていて石につまずきました。 (A)痛くて起き上がれないし、傷も深いみたい。 (R)すぐ来てください。救急箱を持って行った方がいいですか？ 先生： ありがとう。先生が救急箱を持っていくから、案内してくれる？ では、どうぞ！」
10 分	④医療のシナリオで練習	【ペアワーク】役割を交替する。事務職員は看護師役などを体験。 【お題】患者の急変（血圧低下）を医師に報告する。	「少し難易度を上げます。今度は『看護師』から『医師』への報告です。事務職の方もぜひ看護師役になりきってみてください。 （シナリオ) 看護師: (S) 先生、待合室にいる A さんの血圧が 80 台に急低下しました。 (B) 30 分ほど前に熱と腹痛で来られたのですが、そのときはバイタルは安定していました。 (A)今は顔面蒼白で、腹痛もひどくて、何が起きているのかよくわかりませんが、心配です。 (R)すぐに診察に来てください。ルート確保の準備をしましょうか？ 医師：わかりました。すぐ行きます。準備をお願いします。終わったら、交代してください。では、どうぞ！」

5 分	⑤感想の共有とまとめ	・ペア内で感想共有：「難しかった点」などを話し合う・ ・全体で数名に発表してもらう ・日常業務への応用を促す	「お疲れ様でした。実際にやってみていかがでしたか？『A（評価）』や『R（提案）』を伝えるのが少し難しかったかもしれませんね。しかし、この『私はこう思う、こうしてほしい』を明確にすることが SBAR の最大のメリットです。明日からの業務でも、電話対応や申し送りなどでぜひ『S・B・A・R』を意識してみてください。本日はありがとうございました」

附録１：自施設に合わせたサマリーの作成
＜出力例＞

【重要】書類の誤交付・誤配防止に向けた安全管理の徹底について（周知）

職員 各位

1. 本通知の背景と組織的な意義

書類の誤交付は、重大な個人情報漏洩を招くだけでなく、患者様が当院に寄せる信頼を根底から破壊する行為に他なりません。

特に、受付事務１名、医師１名、看護師２名という限られた人数で運営している当院においては、一人ひとりの業務負荷が高まる混雑時、スタッフ間での情報の断絶がミスに直結しやすい脆弱性を抱えています。今、組織的な安全文化の定着に向け、以下のリスク分析をよく読み、対策を徹底してください。

2. 事例分析：潜在するリスク要因の特定

当院の業務フローにおいて発生した、以下の２つの事例を全職員で共有してください。

- **事例１（物理的重なりによる紛失）：** 看護師が複数枚の書類をファイルにセットした後、一部を出し入れした際に処方箋が重なって外へ。それに気付かず、別の看護師が患者様へ手渡してしまった。
- **事例２（スタッフ間連携時の混入）：** クラーク（事務）から受け取った書類一式を患者様に渡す際、前患者の書類が重なって混入していることに気付かず、会計時に発覚した。

3. 実践：具体的な安全対策の展開

本日より、以下の４項目を実施してください。

- **患者との「共同確認（指差し・声出し）」の義務化** 「渡して終わり」ではなく、患者様を安全確認のパートナーとする「患者参加型」プロセスを徹底してください。
    - **具体的な行動：** 患者様の目の前で書類を１枚ずつ広げ、「○○様の処方箋が１枚、予約票が１枚、基本スケジュールが１枚ですね」と**指差し・声出し**を行いながら、氏名と内容を一緒に確認してください。
- **「1 患者 1 処理」の原則とプリンタ管理の徹底** 物理的な混在を防ぐため、作業台やプリンタ周辺に複数人の書類を同時に置くことを禁止します。特に、**プリンタの出力トレイにおいて、前の患者様の処理が完全に終わるまで次の患者様の書類を出力しない**運用を徹底してください。
- **引き継ぎルールの厳格化と「ワンストップ」の推奨** 情報の断絶を防ぐため、可能な限り書類をセットした担当者が最後まで手渡す「ワンストップ対応」を優先してください。やむを得ずスタッフ間で引き継ぐ場合は、受け渡しの瞬間に「誰の、何の書類が何枚あるか」を互いに声に出して確認するダブルチェックを義務付けます。
- **透明ファイルの活用による死角の排除** 書類の「隠れた重なり」を視覚的に防止するため、使用するクリアファイルは完全に透明なものに統一します。外側から宛名と枚数が一目で判別できる状態を維持し、物理的な死角をゼロにします。

4. おわりに：安全文化の醸成に向けて

患者様と一緒に書類を確認する真摯な姿勢は、単なるミス防止策を超え、「丁寧で誠実な医療を提供している」という強い信頼のメッセージとして伝わります。

全スタッフが一丸となって取り組むことを期待します。

●年●月●日

○○医院　病院長

作成方法：

① 日本医療機能評価機構の医療事故等収集事業のサイトから、外来で発生した事例を2例選び、レポートのURLをNotebookLM(Google)の「ソース」に貼り付け。
今回使用した事例のURL：
https://www.med-safe.jp/mpreport/view/H45136305615B4681
https://www.med-safe.jp/mpreport/view/H61BBD36718FD3D8F

② 「チャット」に切り替え、以下のプロンプトをボックスに入力し、2例のサマリーを作成する。

当診療所は、受付事務1名、医師1名、看護師2名で運営している内科の診療所です。アップロードした病院で発生した２事例を元に、一般の無床診療所でも注意すべき点をサマライズしてください。また学ぶべき点をまとめ、無床診療所で展開すべき安全対策を提案してください。

③ 「メモに保存」すると「Studio」の一覧に文書が出力される。出力された文書（サマリー）の三点リーダーをクリックし、「ソースに変換」をクリック。

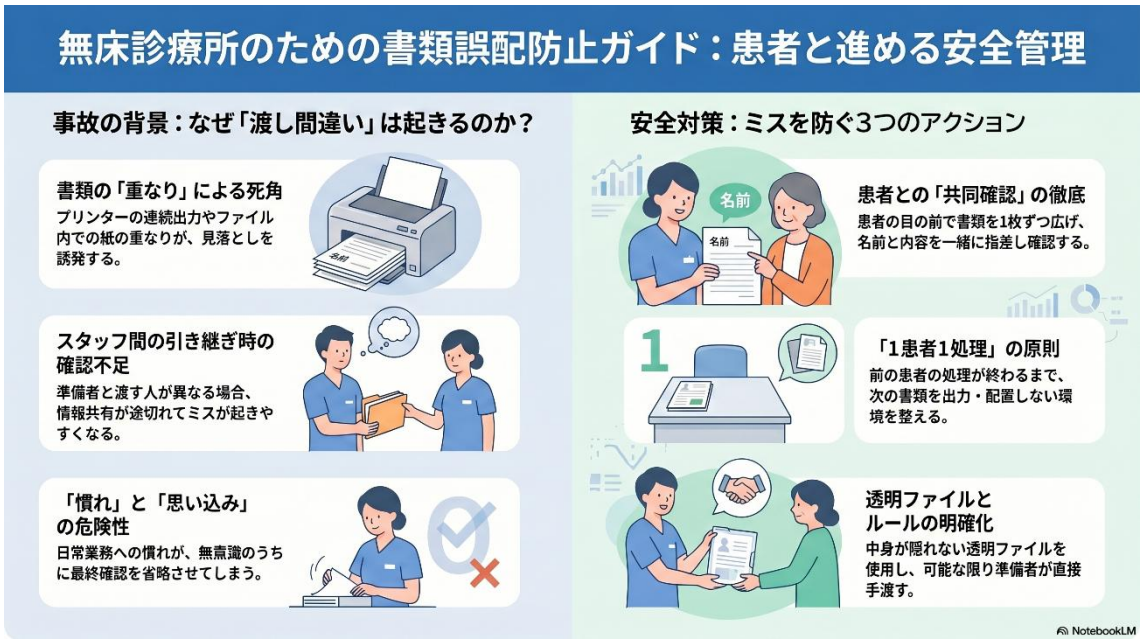
④ 「ソース」に切り替えると、サマリーがソースに追加されていることを確認。次に最初に読み込んだ2例のレポートのチェックをはずし、新たに加えた文書（サマリー）のみにチェックを入れる。

⑤ 「Studio」に切り替えて、「レポート」を選択。「全職員向けに分かり易く。A4サイズ1枚にまとめる」と補足の指示を入れる。

⑥ 出力後、ワープロソフト等に貼り付け、適宜、文章や長さを編集する。

附録２：自施設に合わせた視覚的資料の作成

NotebookLM でサマリーを作成した後(附録１を参照)、「Studio」に切り替えて「インフォグラフィック」を選択すると、以下の画像が作成される。



※「Studio」では、動画やフラッシュカード、スライドも作成できる。

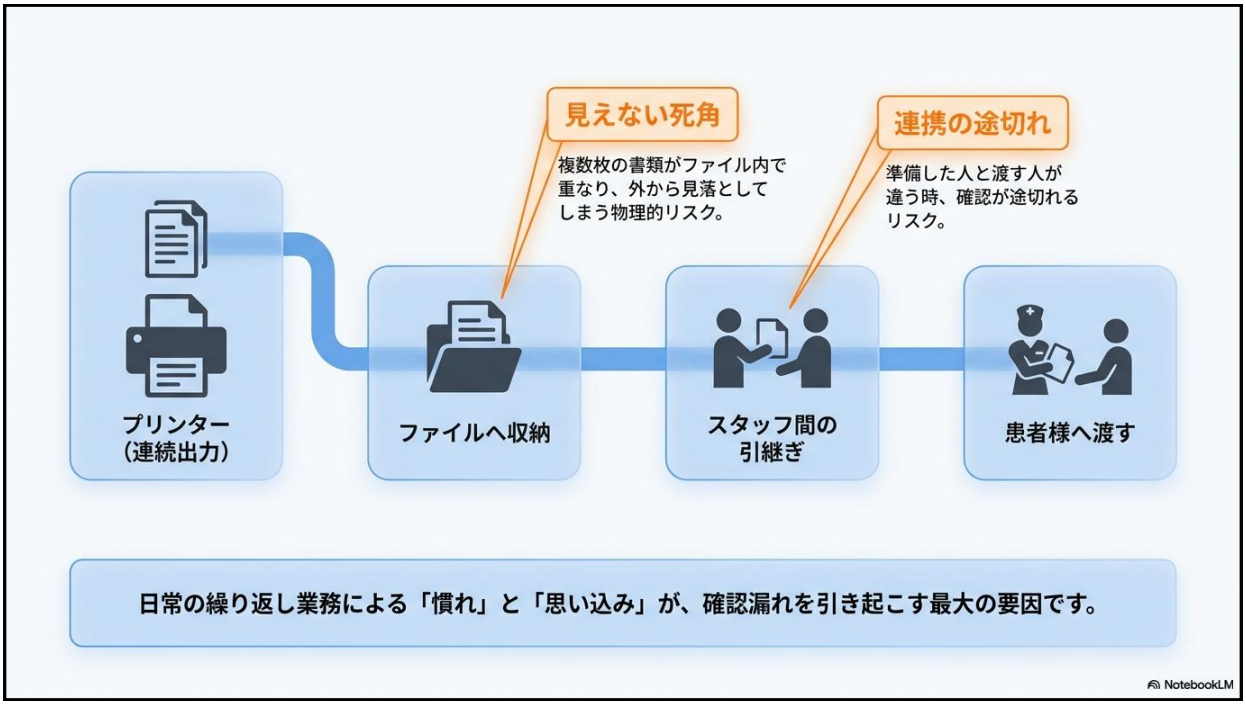
（資料1）

明日からできる！診療所の安全づくり

エラーは「人」ではなく「仕組み」で防ぐ。書類誤配をなくす4つの新ルール



NotebookLM



「個人の注意力」に頼る



- 目視確認と個人の記憶力だけで防ごうとする。
- 業務負荷の増加、混雑時の疲労、「慣れ」による限界が必ず来る。

「仕組み」でエラーを弾く



- 物理的な環境と、声出し等のルールでミスを可視化する。
- 誰が、いつ、何度やっても同じ安全な結果になる環境。

「気をつける」から「間違えようのない仕組み」へ。

NotebookLM

明日から変える【環境と道具】



Rule 1: 「1患者1処理」の原則

- 書類が混ざる物理的リスクを根本から排除する。
- 前の患者の処理が終わるまで次の書類を出力しない。または、出力先トレイを患者ごとに明確に分ける。



Rule 2: 「完全透明」ファイルの導入

- 「死角」をなくし、外から一目で枚数を把握する。
- 色付きや柄付きを廃止し、完全に透明なクリアファイルのみを使用する。

NotebookLM

明日から変える【行動と連携】

Rule 3: ワンストップ & 声出しダブルチェック



- 引き継ぎ時の情報漏れを防ぐ。
- 極力「準備した人がそのまま渡す」。別のスタッフに引き継ぐ時は、無言で渡さず「誰の、何の書類が、何枚あるか」を声出し確認する。

Rule 4: 患者参加型の「共同確認」



- 最終関門でのインシデントを防ぐ最も有効な手段。
- 渡す直前、患者様の目の前で書類を1枚ずつ広げ、「〇〇様の処方箋が1枚ですね」と一緒に指差し・声出し確認をする。

NotebookLM

仕組みが私たちを守り、私たちが患者様を守る。



エラーの原因は誰か一人の責任ではありません。
物理的な「道具の改善」と、チーム全員での「声かけ」「一緒に確認」。
この4つの仕組みの重なりが、書類誤配をゼロにする強固なセーフティネットになります。

明日から、「声出し確認」と「患者様との共同確認」を私たちの新しい「当たり前」にしよう。

NotebookLM

医療安全教材作成
実践マニュアル

事例検索からAIによる構造化まで

動画解説：

https://www.youtube.com/watch?v=bFYCBSQajms

Phase 1:
事例の収集と準備

日本医療機能評価機構のサイトでの事例検索

Step 1

医療事故情報収集等事業の公式サイト（医療機能評価機構）へアクセスします。

- 自院の課題に即したキーワードで事例を検索。
- 背景、要因、改善策が詳細に記されたページを選択します。
- この「公的エビデンス」が教材の質を左右します。





データのPDF保存と匿名化

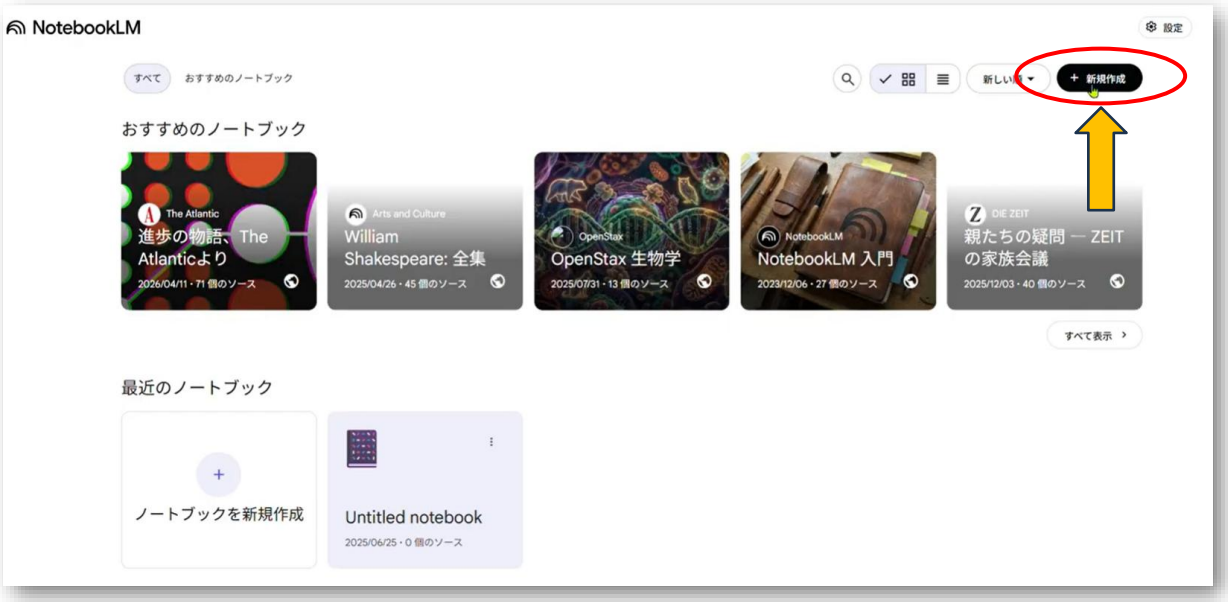
Step 2

検索した事例をAIが読み込める形式（PDF）で保存、
またはURLをコピーします。

- ブラウザの印刷設定から「PDFに保存」を選択。
- **重要：**自院のデータを利用する場合は、患者氏名やIDなどの個人情報を必ず削除（匿名化）してください。



Phase 2:
NotebookLMでの資料構築

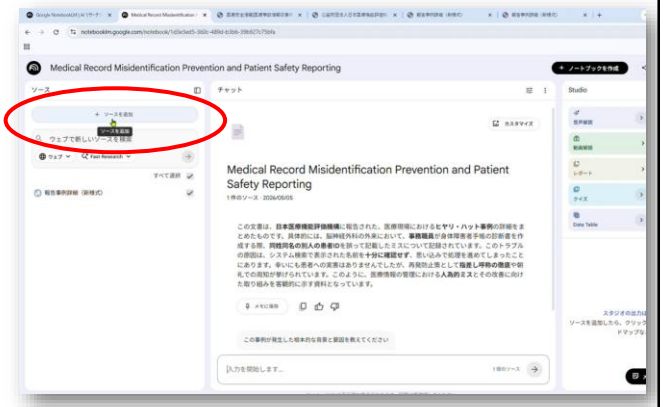


ソースのアップロード手順

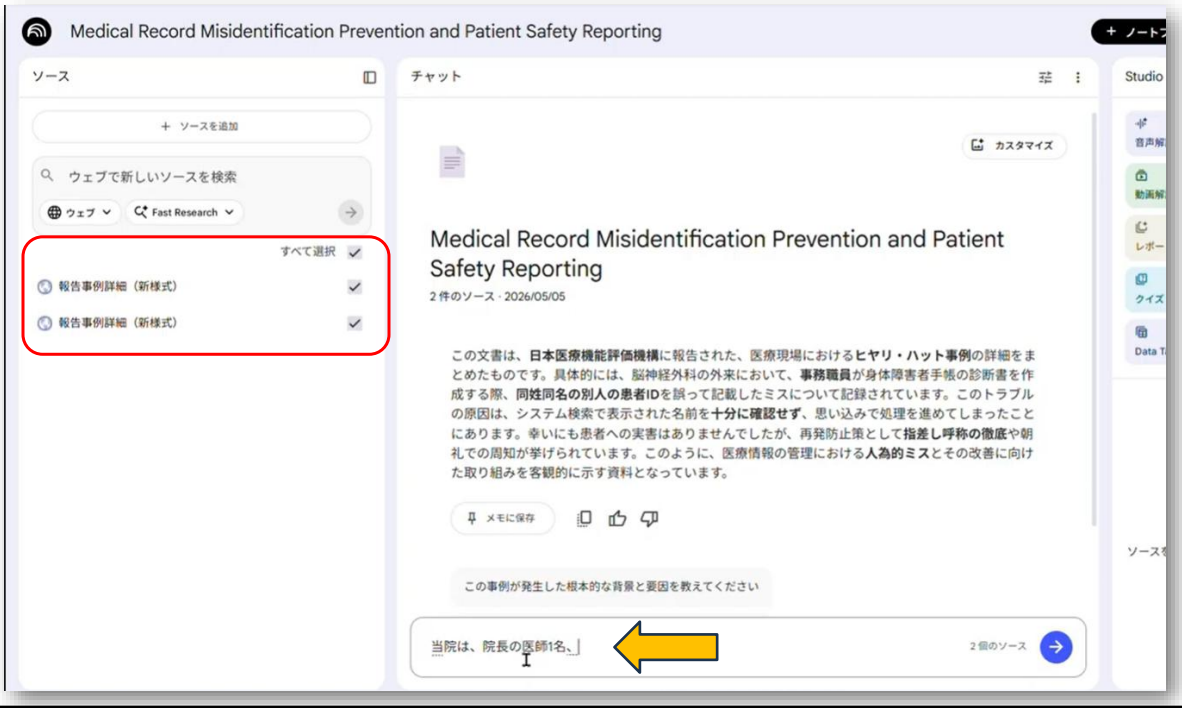
Step 3

NotebookLMに信頼できる資料を「ソース」として学習させます。

- 「新しいノートブック」を作成。
- 左側のメニューにある**「ソースを追加」**をクリックし、先ほどのPDFをアップロードまたはURLを転記。
- AIはアップされた資料のみを根拠に回答します。




ion Prevention and Patient Safety Reporting
ノートブック
チャット
Studio
ウェブサイト
から音声解説と動画解説を作成する
https://www.med-safe.jp/mpreport/view/HABE8F6319DB321E6
ウェブ
Fast Research
またはファイルをドロップ
PDF、画像、ドキュメント、音声、など
ファイルをアップロード
ウェブサイト
ドライブ
コピーしたテキスト
1 / 50
音声解説
動画解説
レポート
クイズ
Data Table
ソースを追加
入力を開始します...
1 個のソース
NotebookLM は不正確な場合があります。回答は再確認してください。


Medical Record Misidentification Prevention and Patient Safety Reporting
ソース
ソースを追加
ウェブで新しいソースを検索
ウェブ
Fast Research
すべて選択
報告事例詳細（新様式）
報告事例詳細（新様式）
チャット
カスタマイズ
Medical Record Misidentification Prevention and Patient Safety Reporting
2 件のソース · 2026/05/05
この文書は、日本医療機能評価機構に報告された、医療現場におけるヒヤリ・ハット事例の詳細をまとめたものです。具体的には、脳神経外科の外来において、事務職員が身体障害者手帳の診断書を作成する際、同姓同名の別人の患者IDを誤って記載したミスについて記録されています。このトラブルの原因は、システム検索で表示された名前を十分に確認せず、思い込みで処理を進めてしまったことにあります。幸いにも患者への実害はありませんでしたが、再発防止策として指差し呼称の徹底や朝礼での周知が挙げられています。このように、医療情報の管理における人為的ミスとその改善に向けた取り組みを客観的に示す資料となっています。
メモに保存
この事例が発生した根本的な背景と要因を教えてください
当院は、院長の医師1名、
2 個のソース
Studio
音声解説
動画解説
レポート
クイズ
Data Table

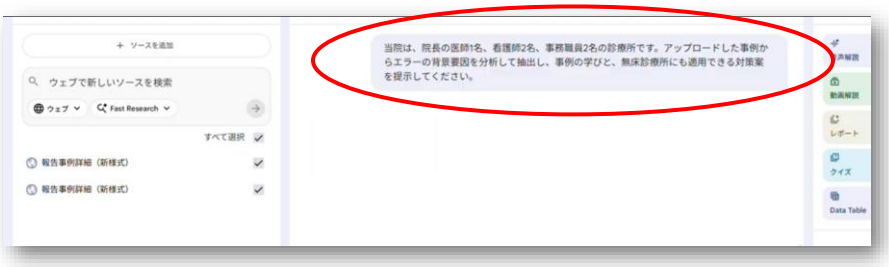
AIによる教材案の自動生成

Step 4

チャット欄に具体的な指示（プロンプト）を入力します。

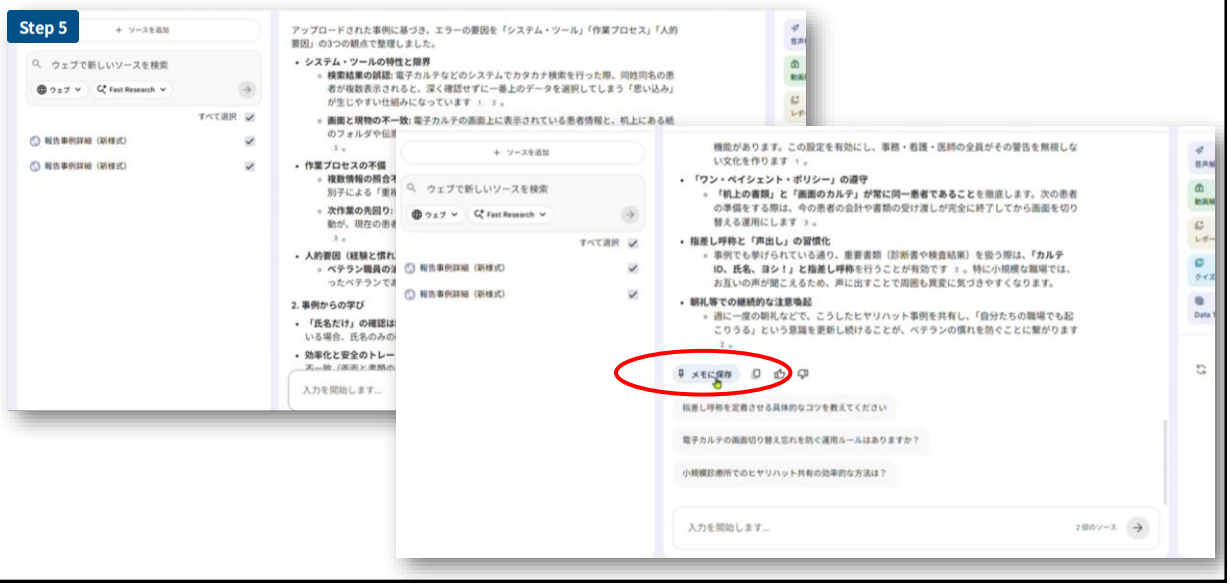
「当院は、…アップロードした事例から.…無床診療所にも適用できる対策案を提示してください」

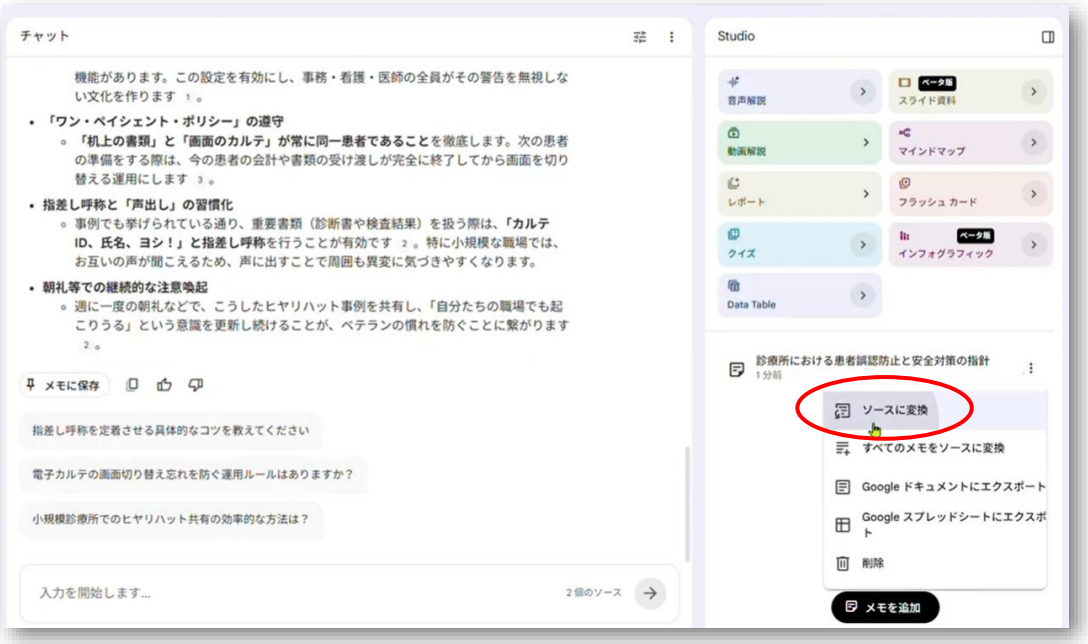
AIが事例の核心を抽出し、背景・要因・対策を論理的に構造化します。



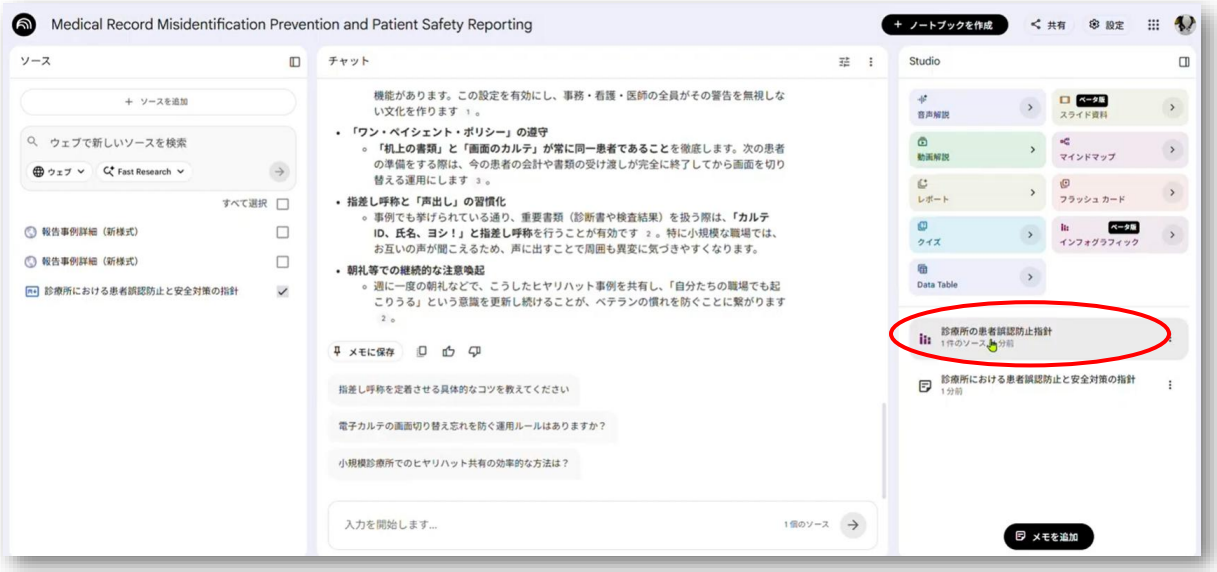
アウトプットを確認し、「メモに保存」

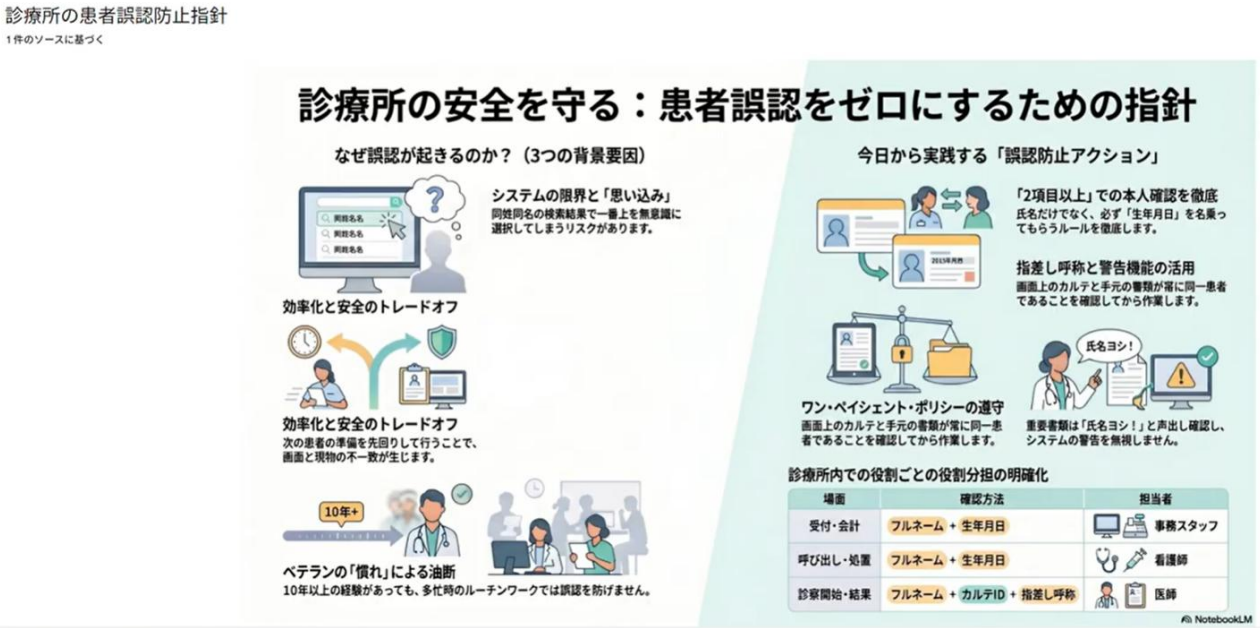
Step 5

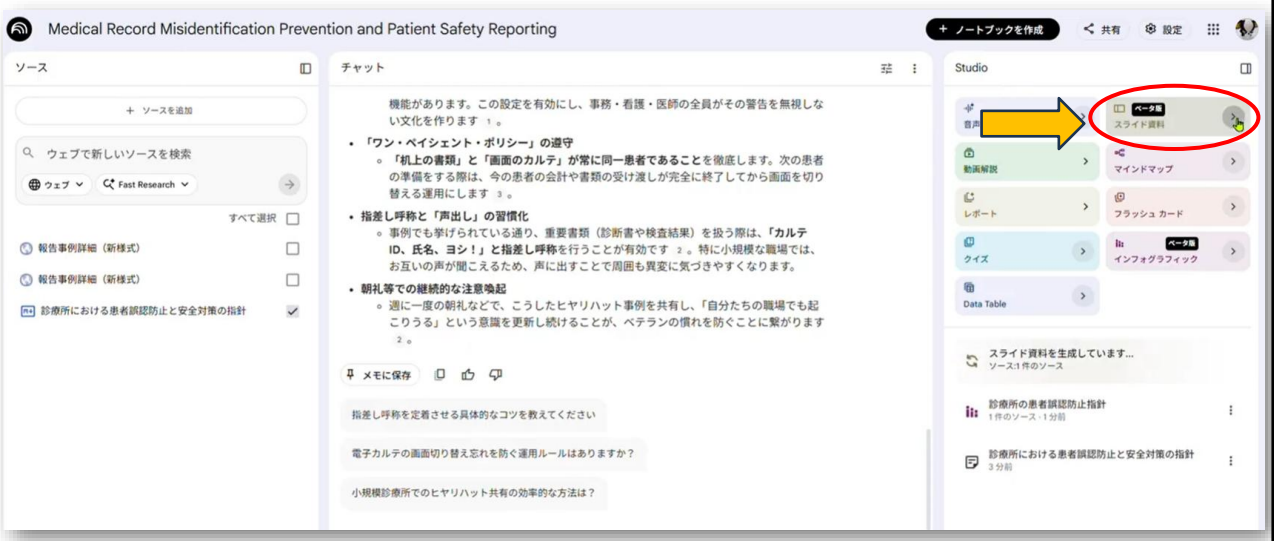



チャット
機能があります。この設定を有効にし、事務・看護・医師の全員がその警告を無視しない文化を作ります 1。
「ワン・ペイシェント・ポリシー」の遵守
「机上の書類」と「画面のカルテ」が常に同一患者であることを徹底します。次の患者の準備をする際は、今の患者の会計や書類の受け渡しが完全に終了してから画面を切り替える運用にします 3。
指差し呼称と「声出し」の習慣化
事例でも挙げられている通り、重要書類（診断書や検査結果）を扱う際は、「カルテID、氏名、ヨシ！」と指差し呼称を行うことが有効です 2。特に小規模な職場では、お互いの声が聞こえるため、声に出すことで周囲も異変に気づきやすくなります。
朝礼等での継続的な注意喚起
週に一度の朝礼などで、こうしたヒヤリハット事例を共有し、「自分たちの職場でも起こりうる」という意識を更新し続けることが、ベテランの慣れを防ぐことに繋がります 2。
メモに保存
指差し呼称を定着させる具体的なコツを教えてください
電子カルテの画面切り替え忘れを防ぐ運用ルールはありますか？
小規模診療所でのヒヤリハット共有の効率的な方法は？
入力を開始します...
2 個のソース
Studio
音声解説
ベータ版
スライド資料
動画解説
マインドマップ
レポート
フラッシュ カード
クイズ
ベータ版
インフォグラフィック
Data Table
診療所における患者誤認防止と安全対策の指針
1 分前
ソースに変換
すべてのメモをソースに変換
Google ドキュメントにエクスポート
Google スプレッドシートにエクスポート
削除
メモを追加


Medical Record Misidentification Prevention and Patient Safety Reporting
ノートブックを作成
共有
設定
ソース
ソースを追加
ウェブで新しいソースを検索
ウェブ
Fast Research
すべて選択
報告事例詳細（新様式）
報告事例詳細（新様式）
診療所における患者誤認防止と安全対策の指針
チャット
機能があります。この設定を有効にし、事務・看護・医師の全員がその警告を無視しない文化を作ります 1。
「ワン・ペイシェント・ポリシー」の遵守
「机上の書類」と「画面のカルテ」が常に同一患者であることを徹底します。次の患者の準備をする際は、今の患者の会計や書類の受け渡しが完全に終了してから画面を切り替える運用にします 3。
指差し呼称と「声出し」の習慣化
事例でも挙げられている通り、重要書類（診断書や検査結果）を扱う際は、「カルテID、氏名、ヨシ！」と指差し呼称を行うことが有効です 2。特に小規模な職場では、お互いの声が聞こえるため、声に出すことで周囲も異変に気づきやすくなります。
朝礼等での継続的な注意喚起
週に一度の朝礼などで、こうしたヒヤリハット事例を共有し、「自分たちの職場でも起こりうる」という意識を更新し続けることが、ベテランの慣れを防ぐことに繋がります 2。
メモに保存
指差し呼称を定着させる具体的なコツを教えてください
電子カルテの画面切り替え忘れを防ぐ運用ルールはありますか？
小規模診療所でのヒヤリハット共有の効率的な方法は？
Studio
音声解説
ベータ版
スライド資料
動画解説
マインドマップ
レポート
フラッシュ カード
ベータ版
インフォグラフィック
Data Table
ソースに基づいて AI でインフォグラフィックを生成
診療所における患者誤認防止と安全対策の指針
1 分前

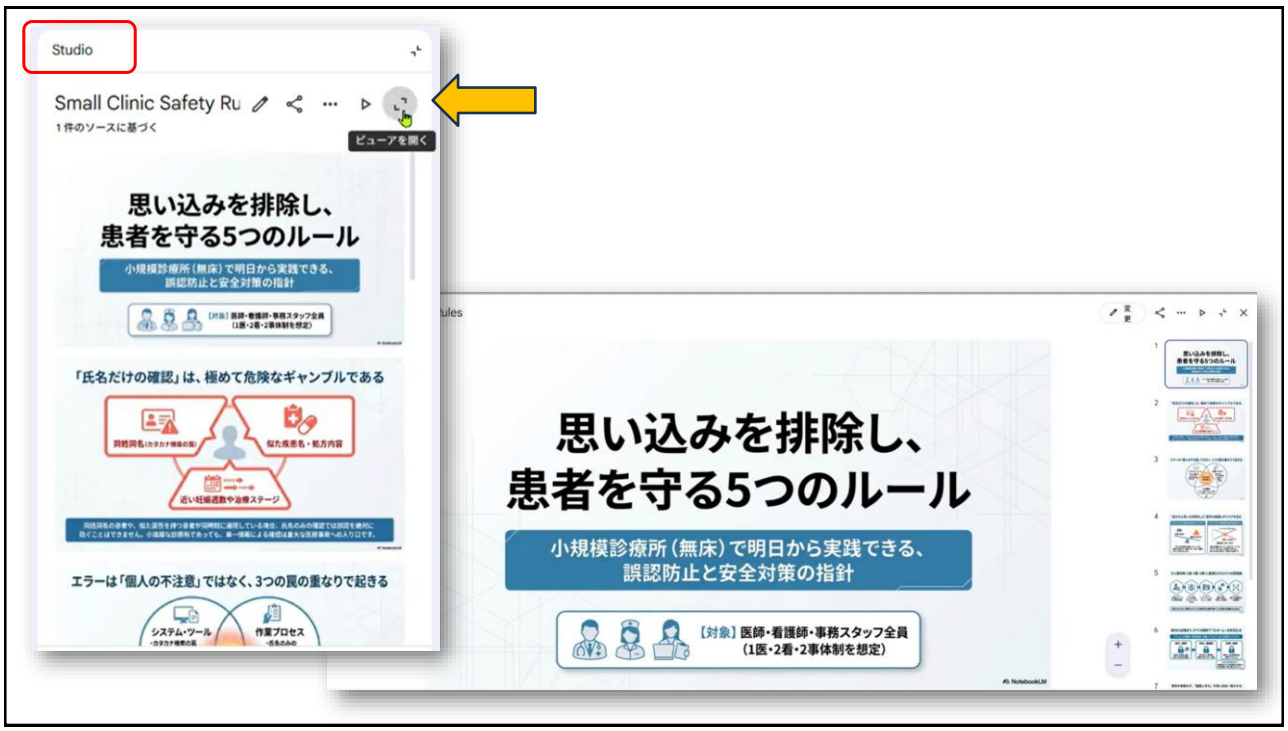

Medical Record Misidentification Prevention and Patient Safety Reporting
＋ ノートブックを作成
共有
設定
ソース
＋ ソースを追加
ウェブで新しいソースを検索
ウェブ
Fast Research
すべて選択
報告事例詳細（新様式）
報告事例詳細（新様式）
診療所における患者誤認防止と安全対策の指針
チャット
機能があります。この設定を有効にし、事務・看護・医師の全員がその警告を無視しない文化を作ります 1。
「ワン・ペイシェント・ポリシー」の遵守
「机上の書類」と「画面のカルテ」が常に同一患者であることを徹底します。次の患者の準備をする際は、今の患者の会計や書類の受け渡しが完全に終了してから画面を切り替える運用にします 3。
指差し呼称と「声出し」の習慣化
事例でも挙げられている通り、重要書類（診断書や検査結果）を扱う際は、「カルテID、氏名、ヨシ！」と指差し呼称を行うことが有効です 2。特に小規模な職場では、お互いの声が聞こえるため、声に出すことで周囲も異変に気づきやすくなります。
朝礼等での継続的な注意喚起
週に一度の朝礼などで、こうしたヒヤリハット事例を共有し、「自分たちの職場でも起こりうる」という意識を更新し続けることが、ベテランの慣れを防ぐことに繋がります 2。
メモに保存
指差し呼称を定着させる具体的なコツを教えてください
電子カルテの画面切り替え忘れを防ぐ運用ルールはありますか？
小規模診療所でのヒヤリハット共有の効率的な方法は？
入力を開始します...
1 個のソース
Studio
音声解説
ベータ版
スライド資料
動画解説
マインドマップ
レポート
フラッシュ カード
クイズ
ベータ版
インフォグラフィック
Data Table
診療所の患者誤認防止指針
1 件のソース
1 分前
診療所における患者誤認防止と安全対策の指針
1 分前
メモを追加


診療所の患者誤認防止指針
1 件のソースに基づく
診療所の安全を守る：患者誤認をゼロにするための指針
なぜ誤認が起きるのか？（3つの背景要因）
同姓同名
同姓同名
同姓同名
システムの限界と「思い込み」
同姓同名の検索結果で一番上を無意識に選択してしまうリスクがあります。
効率化と安全のトレードオフ
効率化と安全のトレードオフ
次の患者の準備を先回りして行うことで、画面と現物の不一致が生じます。
10年+
ベテランの「慣れ」による油断
10年以上の経験があっても、多忙時のルーチンワークでは誤認を防げません。
今日から実践する「誤認防止アクション」
「2項目以上」での本人確認を徹底
氏名だけでなく、必ず「生年月日」を名乗ってもらうルールを徹底します。
指差し呼称と警告機能の活用
画面上のカルテと手元の書類が常に同一患者であることを確認してから作業します。
氏名ヨシ！
ワン・ペイシェント・ポリシーの遵守
画面上のカルテと手元の書類が常に同一患者であることを確認してから作業します。
重要書類は「氏名ヨシ！」と声出し確認し、システムの警告を無視しません。
診療所内での役割ごとの役割分担の明確化
場面
確認方法
担当者
受付・会計
フルネーム + 生年月日
事務スタッフ
呼び出し・処置
フルネーム + 生年月日
看護師
診察開始・結果
フルネーム + カルテID + 指差し呼称
医師
NotebookLM


Medical Record Misidentification Prevention and Patient Safety Reporting
＋ ノートブックを作成
共有
設定
ソース
＋ ソースを追加
ウェブで新しいソースを検索
ウェブ
Fast Research
すべて選択
報告事例詳細（新様式）
報告事例詳細（新様式）
診療所における患者誤認防止と安全対策の指針
チャット
機能があります。この設定を有効にし、事務・看護・医師の全員がその警告を無視しない文化を作ります 1。
「ワン・ペイシェント・ポリシー」の遵守
「机上の書類」と「画面のカルテ」が常に同一患者であることを徹底します。次の患者の準備をする際は、今の患者の会計や書類の受け渡しが完全に終了してから画面を切り替える運用にします 3。
指差し呼称と「声出し」の習慣化
事例でも挙げられている通り、重要書類（診断書や検査結果）を扱う際は、「カルテID、氏名、ヨシ！」と指差し呼称を行うことが有効です 2。特に小規模な職場では、お互いの声が聞こえるため、声に出すことで周囲も異変に気づきやすくなります。
朝礼等での継続的な注意喚起
週に一度の朝礼などで、こうしたヒヤリハット事例を共有し、「自分たちの職場でも起こりうる」という意識を更新し続けることが、ベテランの慣れを防ぐことに繋がります 2。
メモに保存
指差し呼称を定着させる具体的なコツを教えてください
電子カルテの画面切り替え忘れを防ぐ運用ルールはありますか？
小規模診療所でのヒヤリハット共有の効率的な方法は？
Studio
音声解説
ベータ版
スライド資料
動画解説
マインドマップ
レポート
フラッシュ カード
クイズ
ベータ版
インフォグラフィック
Data Table
スライド資料を生成しています...
ソース:1 件のソース
診療所の患者誤認防止指針
1 件のソース・1 分前
診療所における患者誤認防止と安全対策の指針
3 分前


Medical Record Misidentification Prevention and Patient Safety Reporting
＋ ノートブックを作成
共有
設定
ソース
＋ ソースを追加
ウェブで新しいソースを検索
ウェブ
Fast Research
すべて選択
報告事例詳細（新様式）
報告事例詳細（新様式）
診療所における患者誤認防止と安全対策の指針
チャット
スライド資料をカスタマイズ
形式
詳細なスライド
全文と詳細を含む包括的なスライドで、メールでの送信や単独での閲覧に最適です。
プレゼンターのスライド
重要なポイントをわかりやすく示したビジュアル スライドで、話す内容をサポートします。
言語を選択
日本語
長さ
短め
デフォルト
作成するスライドについて説明してください
概要を追加するか、対象者、スタイル、ポイントを指定します（例:「一つひとつの手順に焦点を当て、大胆で遊び心のあるスタイルで、初心者向けのスライドを作成して」）。
生成
入力を開始します...
1 個のソース
Studio
音声解説
ベータ版
スライド資料
動画解説
マインドマップ
レポート
フラッシュ カード
クイズ
インフォグラフィック
Data Table
スライド資料を生成しています...
ソース:1 件のソース
診療所の患者誤認防止指針
1 件のソース・1 分前
診療所における患者誤認防止と安全対策の指針
3 分前
メモを追加


Medical Record Misidentification Prevention and Patient Safety Reporting
ノートブックを作成
共有
設定
ソース
チャット
Studio
ウェブで新しいソースを検索
機能があります。この設定を有効にし、事務・看護・医師の全員がその警告を無視しない文化を作ります。
「ワン・ペイシェント・ポリシー」の遵守
「机上の書類」と「画面のカルテ」が常に同一患者であることを徹底します。次の患者の準備をする際は、今の患者の会計や書類の受け渡しが完全に終了してから画面を切り替える運用にします。
指差し呼称と「声出し」の習慣化
事例でも挙げられている通り、重要書類（診断書や検査結果）を扱う際は、「カルテID、氏名、ヨシ！」と指差し呼称を行うことが有効です。特に小規模な職場では、お互いの声が聞こえるため、声に出すことで周囲も異変に気づきやすくなります。
朝礼等での継続的な注意喚起
週に一度の朝礼などで、こうしたヒヤリハット事例を共有し、「自分たちの職場でも起こりうる」という意識を更新し続けることが、ベテランの慣れを防ぐことに繋がります。
メモに保存
指差し呼称を定着させる具体的なコツを教えてください
電子カルテの画面切り替え忘れを防ぐ運用ルールはありますか？
小規模診療所でのヒヤリハット共有の効率的な方法は？
入力を開始します...
1個のソース
スライド資料を生成しています...
ソース1件のソース
診療所の患者誤認防止指針
1件のソース・1分前
診療所における患者誤認防止と安全対策の指針
4分前
メモを追加
Clinic Patient Safety Standards
1件のソース・5分前
Small Clinic Safety Rules
1件のソース・5分前
診療所の患者誤認防止指針
1件のソース・13分前
診療所における患者誤認防止と安全対策の指針
15分前


Studio
Small Clinic Safety Ru
1件のソースに基づく
ビューアを開く
思い込みを排除し、
患者を守る5つのルール
小規模診療所（無床）で明日から実践できる、
誤認防止と安全対策の指針
【対象】医師・看護師・事務スタッフ全員
（1医・2看・2事体制を想定）
「氏名だけの確認」は、極めて危険なギャンブルである
同姓同名
似た疾患名・処方内容
近い妊娠週数や治療ステージ
エラーは「個人の不注意」ではなく、3つの罠の重なりで起きる
システム・ツール
作業プロセス

安全な運用のための重要ルール

個人情報の匿名化徹底

医療機能評価機構の事例は既に匿名化されていますが、自院のヒヤリハット報告などをアップロードする際は、患者氏名・ID・日付などは必ず削除してください。

人間による最終承認

AIは強力な下書き作成ツールですが、医療安全の責任は人間が負います。作成された資料の医学的・倫理的な妥当性は、必ず管理者が確認してください。

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
該当無し							

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
該当無し					

令和　８年　３月　３１日

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　　国立保健医療科学院

所属研究機関長　職　名　　院長

氏　名　浅沼　一成

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　診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　医療・福祉サービス研究部・上席主任研究官

（氏名・フリガナ）　種田　憲一郎・タネダ　ケンイチロウ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
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。

令和　8　年　1　月　26　日

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　東京慈恵会医科大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　松藤　千弥

次の職員の令和７年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　総合医科学研究センター 臨床疫学研究部・准教授

（氏名・フリガナ）　青木 拓也・アオキ　タクヤ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無 有　無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		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）	□　■	□		□
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。

令和 8 年　4　月　1　日

厚生労働大臣　殿

機関名　国立大学法人九州大学

所属研究機関長　職　名　総長

氏　名　石橋　達朗

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　診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究

3．研究者名　（所属部署・職名）　医療安全管理部　教授・部長

（氏名・フリガナ）　後　信　（ウシロ　シン）

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）	□　■	□		□
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。

令和　８年　２月　１８日

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　国立大学法人筑波大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　永田　恭介

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　　診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　医学医療系・講師

（氏名・フリガナ）　小曽根　早知子　・　オゾネ　サチコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
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。

令和　8年 3 月 25 日

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 一般社団法人日本医療安全調査機構

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　門脇　孝

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　診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　常務理事

（氏名・フリガナ）　木村　壮介・キムラ　ソウスケ

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）	□　■	□		□
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：　機構内にないため　）
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:　国立健康危機管理研究機構　）
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：　機構内にないため　）
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。

令和　8　年　3　月　18　日

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　　国立大学法人島根大学

所属研究機関長　職　名　　学長

氏　名　大谷　浩

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　診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究

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）　深見 達弥・フカミ タツヤ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無 有　無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		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）	□　■	□		□
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。

令和　8 年 5 月 11 日

厚生労働大臣　殿

機関名　国際医療福祉大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　鈴木　康裕

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　診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究

３．研究者名　（所属部署・職名）国際医療福祉大学・医学部・教授

（氏名・フリガナ）山口悦子（中上悦子）ヤマグチエツコ（ナカガミエツコ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
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。