厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
総括研究報告書

医療安全管理者の活動の質向上に向けた研究

研究代表者 長谷川友紀 東邦大学医学部　教授

研究要旨

医療の質と安全への関心の高まりとともに、医療安全は医療政策および病院経営上、重要な課題となっている。医療安全管理者の業務指針・養成指針は2020年に改訂され、その活動が実効性を有するための改善が試みられている。しかしながら、医療安全管理者が院内で行う業務の実態は必ずしも明らかにされておらず、先行研究でも病院間で差異があり、業務の標準化、質の保証がなされていない状況にあり、医療安全管理者の配置が医療安全に貢献したことを示す信頼性の高いエビデンスは乏しい。

本研究では、①3,097病院を対象にしたアンケート調査により、病院の医療安全体制、医療安全活動の状況、医療安全管理者の活動内容別の労働時間、優先度評価、望ましい支援体制などを明らかにする、②病床規模、医療機能の異なる病院に所属する医療安全管理者を対象にしたタイムスタディにより、具体的な活動内容（医療安全委員会の運営・資料作成など）と労働時間、望ましい時間配分、優先順位などを明らかにする、③国内で複数の団体が実施している医療安全管理者養成の研修プログラム、更新要件を明らかにする、④OECD諸国のうち医療安全管理者の認証制度を有している国のうち、米国のCPPS（医療安全認証専門家）コースや英国NHSのプログラムの内容、資格更新の要件を明らかにして、日本との比較を行う。⑤医療安全体制は第三者評価での主要な評価内容となっている。日本医療機能評価機構、JCIにおける医療安全部門に期待される活動内容を比較検討する。⑥前記に基づき、医療安全管理者の業務指針および養成指針の改定案を作成する。

研究成果及び今後の取り組みについて、（１）医療安全管理者の院内における実際の活動内容、活動内容ごとの作業時間、医療安全管理者が考える業務の優先度、最適な配分を明らかになったことで、頻度、所要時間の多くを占める代表的な業務について、内容、所要時間のばらつきから、標準化を図ることによる利得の推計を行う。（２）国内の病院における医療安全管理体制、組織的な位置づけ、権限、投入資源量など医療安全管理の現況が明らかとなり、令和8年度の取り組みとして、通常時と、医療事故発生時における、医療安全部門に対する組織的支援の現況、医療安全管理者の考える望ましい姿を検討する。（３）病院の第三者評価の観点から重視されている医療安全上の事項が明らかになり、医療安全管理者が対応すべき事項や院内の組織づくりの参考となる資料としてまとめる。（４）現在国内で開催されている医療安全管理者の研修（初期および更新）内容について、上記１～３で明らかにされた組織づくり、代表的な業務を円滑に遂行する上で、十分な内容であるかについて専門家の検討を行い、結果を主催組織に還元し、改善に資することが期待される。（５）本研究の総括として、医療安全管理者の業務指針および養成指針の改定案を提案する。

分担研究者
飯田　修平（公益財団法人東京都医療保健協会・医療の質向上研究所　名誉院長）
今村　康宏（公益社団法人全日本病院協会　常任理事）
橋本　徹（倉敷中央病院　副院長）
伊東　昌広（藤田医科大学病院　教授）
後　信（九州大学病院　教授）
畠山　洋輔（東邦大学　講師）
大西　遼（東邦大学　講師）
瀬戸　加奈子（東邦大学　助教）

Ａ．研究目的

本研究では、①3,097 病院を対象にしたアンケート調査により、病院の医療安全体制、医療安全活動の状況、医療安全管理者の活動内容別の労働時間、優先度評価、望ましい支援体制などを明らかにする、②病床規模、医療機能の異なる病院に所属する約 20 人の医療安全管理者を対象にしたタイムスタディにより、具体的な活動内容（医療安全委員会の運営・資料作成など）と労働時間、望ましい時間配分、優先順位などを明らかにする、③国内で複数の団体が実施している医療安全管理者養成の研修プログラム、更新要件を明らかにする、④OECD 諸国のうち医療安全管理者の認証制度を有している国は米国、日本の２か国のみであり、米国の CPPS（医療安全認証専門家）コースの内容、資格更新の要件を明らかにして、日本との比較を行う。⑤医療安全体制は第三者評価での主要な評価内容となっている。日本医療機能評価機構、JCI における医療安全部門に期待される活動内容を比較検討する。⑥前記に基づき、医療安全管理者の業務指針および養成指針の改定案を作成する。

総体として、医療安全管理者の業務の実態、主要な業務については標準的な内容、必要なスキル、これを習得・維持するための特に継続研修のあり方、望ましい病院内外の支援体制を、海外の状況も併せて明らかにすることにより、医療安全管理者の活動をより具体的かつ有効なものとすることが期待される。

Ｂ．研究方法

本研究は、以下の小研究から構成される。

①　全国の病院を対象にしたアンケート調査（令和７年度に実施、詳細な解析は令和８年度に実施）（長谷川友紀、飯田修平、今村康宏、大西遼）

病床規模により層別化抽出した 3,097 病院を対象にしたアンケート調査により、各病院の医療安全体制、医療安全活動の状況、医療安全管理者の活動内容別の労働時間、優先度評価、望ましい支援体制などを明らかにする。回答者は医療安全部門の責任者または病院代表者である。研究代表者は 2005 年以降、数回にわたり全国の病院を対象にしたアンケート調査を実施しており、実施にあたって十分な経験を有している。医療安全体制、活動の実際についてはこれまでの結果と比較可能なように質問項目の整合を図る。

② 医療安全管理者を対象にしたタイムスタディ（令和７年度実施、標準化の可能性・利得については令和８年度に実施）（長谷川友紀、伊東昌広、橋本徹、瀬戸加奈子）
病床規模、医療機能の異なる医療機関に所属する医療安全管理者を対象にタイムスタディを実施し、具体的な活動内容（医療安全委員会の運営・資料作成など）と労働時間、望ましい時間配分、優先順位などを明らかにする。頻度、所要時間の多くを占める代表的な業務について、内容、所要時間のばらつきから、標準化を図ることによる利得を推計する。

③ 国内の医療安全管理者対象の研修プログラムの比較検討（令和７年度は現況把握、令和８年度は必要な知識・技能が習得できるかについて検討する）（長谷川友紀、橋本徹、畠山洋輔）
国内で実施されている医療安全管理者養成の研修プログラムの内容、更新条件を明らかにする。①②④⑤で明らかにされた医療安全上主要な活動項目、院内の体制構築、第三者評価で重視されている事項について研修で必要な知識・技能などが習得できるかを検討する。なお、研修主催者にヒアリングを実施する。

④ 米国 IHI(Institute for Healthcare Improvement)の実施する CPPS(医療安全認証専門家、Certified Professional in Patient Safety)の概要調査等（長谷川友紀、後信、大西遼）
OECD 諸国の中で医療安全の実務者の認証制を有するのは米国と日本のみである。米国 IHI の運営・管理する CPPS を対象に、コースの内容、資格更新の要件を明らかにする（令和７年度)。米国 IHI 運営担当者、CPPS 取得者、医療安全専門家にヒアリングを行い、実態について多面的に明らかにすることを試みる（令和７年度、８年度)。特に医療安全において重要とされる学習内容が日本と比較して異なるか、異なる場合にはその理由について留意する。

⑤ 第三者評価における医療安全に関する項目の調査（令和７年度）（長谷川友紀、伊東昌広、瀬戸加奈子、畠山洋輔）
医療安全体制は病院の第三者評価での主要な評価内容となっている。日本医療機能評価機構、JCI における医療安全部門に期待される活動内容を、項目、実際の評価のプロセスを含めて明らかにする。なお、研究代表者は日本医療機能評価機構において病院機能評価を担当する執行理事であり、橋本徹、伊東昌広は JCI 認定を取得した病院で医療安全の責任者を務めており、この分野における十分な経験と知識を有している。

⑥ 医療安全管理者の業務指針および養成指針の改定案の提案（令和８年度）（研究班全員）
上記①～⑤の結果をもとに、現在および将来的に医療安全管理者に必要とされる事項を、医療安全管理部門に対する病院内外の支援体制を含めて明らかにする。総体として、医療安全

管理者の業務の実態、主要な業務については標準的な内容、必要なスキル、これを習得・維持するための特に継続研修のあり方、望ましい病院内外の支援体制を、海外の状況も併せて明らかにすることにより、医療安全管理者の活動をより具体的かつ有効なものとすることに留意する。令和７年度の研究成果を基に試案を作成、令和８年度に試算を踏まえて指針案・プログラム案を整理し、広く関係団体等に意見を求める。

（倫理面への配慮）

本研究の研究計画は、東邦大学医学部倫理委員会の審査を受け、承認された（承認番号：T2025-005）。

Ｃ．研究結果

①全国 3,097 病院を対象にしたアンケート調査（資料 1, 2）

10 月に病床規模により層別化抽出した 3,097 病院を対象として、「医療安全管理者の活動の質向上に向けた調査」（アンケート調査）を実施、389 病院から回答を得た（有効回答率 12.6%）。病院の医療安全体制、医療安全活動の状況、医療安全管理者の活動内容別の労働時間、優先度評価、望ましい支援体制などを集計した。

②医療安全管理者を対象にしたタイムスタディ（資料 3, 4）

調査票は 3 人の医療安全管理者からのヒアリングに基づき開発した。9 月に 261 人、2 月に 446 人の医療安全管理者を対象として実施、51 件の回答を得た（有効回答率 7.2%）。病院における医療安全管理者の定常的業務および非定常的業務（事故対応等）に要する時間的・内容的負担を明らかにし、医療安全体制の現状を把握することができた。

③国内の医療安全管理者対象の研修プログラムの比較検討（資料 5, 6）

8 団体（日本病院会、全日本病院協会、日本看護協会、医療の質・安全学会、日本臨床医学リスクマネジメント学会、日本医療機能評価機構、医療安全全国共同行動、日本精神科病院協会）に対して、9 月にアンケート調査を実施、その結果に基づき、11 月からヒアリング調査を実施した。各団体の独自の取り組みや研修会の運営方法等が明らかになった。

④米国 IHI(Institute for Healthcare Improvement)の実施する CPPS(医療安全認証専門家、Certified Professional in Patient Safety)の概要調査等（資料 7, 8）

日本の医療安全管理者養成制度と米国における IHI (CPPS)、AHA-CC／ASHRM (CPHRM)について比較検討を行い、制度の特徴、求められる知識・技能、キャリア形成における役割についてまとめた。その上で、12 月に IHI Forum 2025 に参加し、関係者からの情報収集を実施した。また、英国 NHS における医療安全管理者養成プログラムに着目し、文献調査とヒアリング調査を行った。得られた知見をベースとして、日本における医療安全管理者養成制度を検討中である。また、上記以外に中華人民共和国やイタリア等諸外国にお

ける医療安全管理者養成の制度や考え方を参考とする予定である。

⑤第三者評価における医療安全に関する項目の調査（資料 9）

日本医療機能評価機構、JCI における医療安全部門に期待される活動内容を、項目、実際の評価のプロセスについて、資料を精査し、結果の取りまとめ中である。

○医療安全教育プログラムの整理

国内外の研修制度や医療安全管理者の実務実態に関する調査結果を踏まえ、日本における医療安全教育の体系を整理し、令和８年度、医療安全管理者養成のための研修プログラムおよび指針案を検討する。

D．考察

アンケート調査の結果については、集計および統計解析の実施がこれからであるため、考察は最終報告書に記す。51 件のタイムスタディの結果から病院における医療安全管理者の業務内容及び各業務に費やす時間についてばらつきや傾向等が明らかになった。このタイムスタディの結果はアンケート調査の調査項目にも一部反映されており、アンケート調査の結果と併せて考察を行うことが可能である。医療安全管理者対象の研修プログラムの比較検討では、更新制度を設けている団体が３団体に留まり、フォローアップ体制にもばらつきがあることが明らかとなった。研修プログラムの内容については、継続的な学習の機会の観点からも検討が必要だと考えられる。米国 IHI (Institute for Healthcare Improvement) の実施する CPPS (医療安全認証専門家、Certified Professional in Patient Safety) の調査からは医療安全管理者のキャリアや資格制度についての知見が得られた。その中で実施されている研修や講習内容の中で日本の医療安全管理者養成研修において活用可能なものがないか、検討の余地がある。

次年度（令和８年度）の研究計画の概要

令和８年度は以下の内容に取り組む予定である。

①データの詳細解析（病床規模・医療機能別の解析、クロス集計、多変量解析）

②活動項目ごとの必要時間、バラツキの分析。バラツキの原因についての検討。標準化により得られる利得の推計

③医療安全上主要な活動項目、院内の体制構築、第三者評価で重視されている事項について研修で必要な知識・技能などを習得されているかの確認。必要に応じて主催者との面談の機会を設ける

④関係組織、病院での現地調査

⑤医療機能評価機構、JCI の受審病院、SVR（評価者）らからのヒアリング

⑥医療安全管理者の業務指針および養成指針の改定案の作成

⑥の改定案については、草案作成後に現行制度で研修を実施している各団体（資料 6）に意

見を求めることを予定している。

Ｅ．結論

医療安全管理者が実際に病院で取り組んでいる業務内容や負担について、本年度の調査から実態の把握が可能となる見込みである。現在の医療安全管理者養成研修が実態に即した内容となっているのか、40 時間研修で習得すべき知識・技能とその後の継続的学習の機会において習得すべきものとを整理することで、養成研修の見直し等に資することが期待される。研究全体を通して、医療安全管理者の活動の質向上に資する資料となることが期待される。

Ｆ．健康危険情報

なし。

Ｇ．研究発表

1. 大西遼, 畠山洋輔, 林凌甫, 瀬戸加奈子, 松本邦愛, 長谷川友紀. 病院機能評価認定病院におけるインシデントを把握する仕組みの導入状況. 第 20 回日本医療の質・安全学会学術集会. 2025 年 11 月 9 日. 京都府.

2. 大西遼, 畠山洋輔, 林凌甫, 瀬戸加奈子, 松本邦愛, 長谷川友紀. 医療安全管理者の業務遂行に必要な知識・技術等の習得時期. 第 26 回日本医療マネジメント学会東京都支部学術集会. 2026 年 2 月 14 日. 東京都.

Ｈ．知的財産権の出願・登録状況

なし。

以上

資料1 アンケート調査票

医療安全管理者の活動の質向上に向けた調査

令和7年度厚生労働科学研究
医療安全管理者の活動の質向上に向けた研究
研究代表者
東邦大学医学部
長谷川 友紀

医療安全を確保するには、安全管理者の養成・配置のみでなく、望ましい院内体制、活動内容を明らかにし、その達成状況について、適宜、実態を把握し、改善することが必要です。しかしながら、医療安全管理者が院内で行う業務の実態は必ずしも明らかにされておらず、業務の標準化、質の保証がなされていない状況にあり、医療安全管理者の配置が医療安全に貢献したことを示す信頼性の高いエビデンスは乏しい状況にあります。

本調査は、病院の医療安全管理体制、医療安全活動の状況、医療安全管理者の活動内容、必要な支援体制などを把握することを目的としております。

お忙しいところ恐縮ですが、何卒ご回答たまわりますようお願い申し上げます。

ご回答にあたってのお願い

・同封の返信用封筒に入れ、**2025年11月14日(金)まで**にご投函ください。
・本調査票は、**病院代表者または医療安全の責任者の方**がご回答ください。
・原則として当てはまるもの1つにチェック(✓)をつけてください。
・(　　)には適当な数字、文章でお答えください。

0. 本調査に参加することを同意しますか。

□01 同意する　→　以下にお進みください
□02 同意しない　→　本調査票を破棄してください

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

＜職　種＞
□01 医師
□02 看護師
□03 薬剤師
□04 事務員
□05 その他
(　　)

＜職　位＞
□11 院長
□12 副院長
□13 部長/室長
□14 副部長/副室長
□15 課長/科長/師長
□16 係長/主任
□17 その他
(　　)

＜医療安全管理の役割＞(当てはまるもの全て選択)
□21 医療安全管理責任者 †
□22 医療安全管理委員会の委員長
□23 医療安全管理委員会の委員(委員長を除く)
□24 医療安全管理部門の部門長
□25 医療安全管理部門の職員(部門長を除く)
□26 専従もしくは専任の医療安全管理者
□27 医薬品安全管理責任者
□28 医療機器安全管理責任者
□29 医療放射線安全管理責任者
□30 その他(　　)

†:医療安全管理部門・委員会、医薬品・医療機器安全管理責任者を統括する者

＜医療機関の基礎的な情報＞

2. 病床数　(稼働病床数について直近の数値をご回答ください。)

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

3. 施設機能としてもっとも当てはまるものを**1つ**を選んでください。

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

4. 第三者評価による認定等を受けていますか。(当てはまるもの全て選択)

□01 日本医療機能評価機構(病院機能評価)の認定
□02 ISO(International Organization for Standardization)の認証
□03 JCI(Joint Commission International)の認定
□04 受けていない

5. 職員数(常勤換算)　　(直近の数値をご回答ください。)

01 医師(研修医を除く)	(	)人
02 研修医	(	)人
03 看護師	(	)人
04 薬剤師	(	)人
05 その他	(	)人
06 総職員数	合計 (	)人

6. 貴院の年間退院患者数および死亡退院患者数はそれぞれ何人ですか。(2024年または2024年度の値をご回答ください。)

01 退院患者数	(	)人
02 うち死亡退院患者数	(	)人

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

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

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

□01 電子カルテ(診療記録と指示の電子化)
□02 オーダーエントリーシステム(指示の電子化)
□03 バーコード認証システム(照合の電子化)
□04 インシデント報告システム(インシデントレポートの電子化)
□05 病理診断結果の医師による確認漏れを管理する情報システム
□06 画像診断結果の医師による確認漏れを管理する情報システム
□07 上記はいずれも導入していない
□08 その他(具体的に:)

＜医療安全管理の体制＞

9. 病院の経営理念・目標等を明文化していますか。

□01 明文化している　　□02 明文化していない　　**→問11へ進む**

↓

10. 問9で「明文化している」と回答した場合、その中に院内の医療安全管理が位置付けられていますか。

□01 位置付けられている　　□02 位置付けられていない

11. 診療報酬で医療安全対策加算を取得していますか。

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

12. 専従または専任の医療安全管理者を配置していますか。

専従:他の業務を行わず、医療安全の業務に就業時間の8割以上従事している者 専任:他の業務への従事の有無を問わず、医療安全の業務に就業時間の5割以上従事している者

□01 専従(専従のみ、または専従および専任の双方)を配置している
□02 専任のみを配置している
□03 配置していない

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

	医師	看護師	事務員	その他
専従	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人
専任	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人

14. 医療安全管理のための部署を設置していますか。

□01 設置している　　□02 設置していない

15. 医療安全管理委員会†について、開催頻度をお答えください。
(†医療法施行規則第1条の11に基づき開催される委員会)

□01 週に1回程度
□02 2週に1回程度
□03 月に1回程度
□04 不定期
□05 その他( )

16. 医療安全管理者同士の情報共有など、医療安全管理室内での会議について、開催頻度をお答えください。

□01 週に1回程度
□02 2週に1回程度
□03 月に1回程度
□04 不定期
□05 その他( )

17. 医療安全管理委員会・医療安全管理室内での会議の他に、院内で定期的に開催している医療安全管理者が参加する会議がありますか。

□01 ある　　□02 ない

↓

名称	内容	月当たりの回数
		回
		回
		回
		回

18. 診療報酬で医療安全対策地域連携加算を取得していますか。

□01 医療安全対策地域連携加算1（50点）を取得している
□02 医療安全対策地域連携加算2（20点）を取得している
□03 取得していない　**→問24へ進む**

19. 問18で「取得している」と回答した場合に、相互評価の実施にあたり、どのような医療機関と連携していますか。（当てはまるもの全て選択）

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

20. 問18で「取得している」と回答した場合に、**過去3年以内に**相互評価で安全上の課題やリスクについて指摘を受けたことがありますか。

□01 ある　　□02 ない

↓

具体例：

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

□01 あった　　□02 特になかった　　**→問23へ進む**

↓

22. 問21で「あった」と回答した場合、どのような点が良かったのかお答えください。（当てはまるもの全て選択）

□01 医療安全活動に対する理解の促進
□02 院内の安全上の課題の明確化
□03 院内の安全管理活動の共有と実践
□04 院内の安全管理に関する業務フローの見直し、改善
□05 他院のベストプラクティス（優秀事例）の入手
□06 他院の安全管理に関するデータ・情報の収集、分析方法についての習得
□07 その他（　　）

23. 医療安全管理対策に関する相互評価のほかに、当該連携機関と協同して実施しているものがあれば選択してください。（当てはまるもの全て選択）

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

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

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

上記のうち、**特に重視**しているものを3つまで選んでください。

11（　　）番　　12（　　）番　　13（　　）番

25. 問24で「05医療事故の把握のためのチャートレビュー」を用いていると回答した場合、入院患者の何%がその対象になっていますか。

（　　）%

26. 問24で「06オカレンスレビュー」を用いていると回答した場合、症例の抽出に用いている項目を選択してください。（当てはまるもの全て選択）

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

27. 問24で「07症例検討会の結果」または「08M&Mカンファレンスの結果」を用いていると回答した場合、医療安全管理者はそれらの情報をどのような方法で把握していますか。（当てはまるもの全て選択）

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

28. 院内で発生する死亡事例を、死亡時の状況を含めて把握する仕組みがありますか。

□01 ある　　□02 ない　**→問32へ進む**

↓

29. 問28で「ある」と回答した場合、死亡後、院内報告に要する日数はどのくらいですか。

□01 次の診療日まで
□02 2－3日以内
□03 1週間未満
□04 1か月未満
□05 1か月以上

30. 問28で「ある」と回答した場合、死亡事例はどのように報告していますか。

□01 医療安全管理部門で全死亡事例を把握し、要検討事例のみ院長へ報告している
□02 全死亡事例を院長に報告している
□03 死亡事例が発生した部署から、要検討事例のみ医療安全管理部門／院長へ報告している
□04 その他（　　）

→問32へ進む

31. 問30で「医療安全管理部門で把握している」と回答した場合、医療安全管理者は死亡事例を把握するためにどのような情報を確認していますか。（当てはまるもの全て選択）

□01 死亡診断書
□02 診療記録
□03 死亡時の状況報告書
□04 その他（　　）

32. 医療安全管理を目的とした**院内報告（インシデントレポート）**の件数は、2024年または2024年度およそ何件でしたか。（1事例に対し複数の報告がある場合は、1件として回答してください。）

01 総件数	レベル0～5	年間 （　　）	件
02 医療事故	レベル3b（濃厚な治療や処置を要した）以上†	年間 （　　）	件

†国立大学医療安全管理協議会による分類

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

□01 特定の手法は用いていない
□02 RCA
□03 SHELL/PmSHELL
□04 4M4E
□05 ImSAFER
□06 インシデントレポートKYT
□07 ロンドン・プロトコール
□08 その他（　　）

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

□01 内容について院内で組織的に検討
□02 定期的に頻度・パターンなどについて集計
□03 事例を基に職員の教育・研修を実施
□04 事例を基にマニュアル・事例集を作成
□05 外部機関・専門家と協同して分析
□06 院内のニュースレター等で周知して注意喚起
□07 その他（　　）

35. **最近1年以内**に、外部機関による医療安全に関する教育・研修を、貴院の幹部または医療安全管理者が受けましたか。（当てはまるもの全て選択）

□01 幹部が受講した
□02 医療安全管理者が受講した
□03 受講していない　**→問37へ進む**

36. 問35で「受講した」と回答した場合、どこが主催していましたか。（当てはまるもの全て選択）

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

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

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

38. 医療安全管理のために利用している情報を教えてください。（当てはまるもの全て選択）

□01 医薬品・医療機器等安全情報（厚生労働省）
□02 医療安全情報（日本医療機能評価機構）
□03 医療事故情報収集等事業　報告書（日本医療機能評価機構）
□04 医療事故／ヒヤリハット報告事例検索（日本医療機能評価機構）
□05 PMDA医療安全情報（医薬品医療機器総合機構）
□06 医薬品に関する緊急安全性情報および安全性速報（医薬品医療機器総合機構）
□07 医療機器に関する緊急安全情報および安全性速報（医薬品医療機器総合機構）
□08 職能団体の各種医療安全情報（医師会、看護協会、薬剤師会等）
□09 その他（　　）
□10 決まった情報源はない（都度利用）

39. 日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業に参加していますか。

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

40. 医療安全情報（日本医療機能評価機構が毎月発行）を院内で周知していますか。

□01 全ての号を周知している
□02 一部の号を周知している（内容等に応じて）　→**問41へ進む**
□03 周知していない（利用していない/医療安全管理者が読むだけ）　**→問42へ進む**

41. 問40で「周知している」と回答した場合、どのように周知していますか。（当てはまるもの全て選択）

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

42. 医療安全管理を目的とした職場巡視を実施していますか。

□01 実施している　　□02 実施していない　**→問45へ進む**

↓

43. 問42で「実施している」と回答した場合、**どのようなメンバー**で職場巡視を実施していますか。

□01 多職種のチーム（医療安全管理部門・委員会の複数職種で職場巡視する場合を含む）
□02 医療安全管理者のみ
□03 その他（　　）　**→問45へ進む**

44. 問43で「多職種のチーム」で職場巡視していると回答した場合、以下の項目についてお答えください。（当てはまるもの全て選択）

44－1. 頻度

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

44－2. 部署の選択

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

44－3. 項目の選択

□01 ほぼ一定の項目を確認
□02 その時に注目している特定の項目を確認
□03 ほぼ一定の項目に加えて、その時に注目している特定の項目を確認
□04 その他（　　）

44.（続き）

44－4. 確認している内容

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

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

□01 配置している　　□02 配置していない　**→問48へ進む**

↓

46. 問45で「配置している」と回答した場合、医療対話推進者等が、現場の医療従事者と患者・家族との間に入って行う**三者での話し合い**は、年間（2024年または2024年度）およそ何件ですか。

（　　）件

47. 問45で「配置している」と回答した場合、医療対話推進者等の配置によりどのような効果がみられましたか。（当てはまるもの全て選択）

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

48. 医療安全管理者が、患者・家族からの相談に応じる機会はありますか。また、年間（2024年または2024年度）およそ何件ですか。

□01 ある　（　　）件　　□02 ない　**→問50へ進む**

↓

49. 問48で「ある」と回答した場合、相談の中から安全上の課題等の発見がありましたか。

□01 あった　　□02 なかった

↓

具体例：

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

□01 医療の質の向上を目的とした組織の設立(質向上委員会、QCサークル 等)
□02 医療の質と安全に関する臨床指標の定期的な測定
□03 患者満足度の定期的な測定(患者満足度調査)
□04 職員満足度の定期的な測定(職員満足度調査、職員やりがい度調査)
□05 マニュアルやルールの遵守状況のモニタリング
□06 マニュアルやルールの定期的な見直し
□07 マニュアルやルールの作成・改訂への医療安全管理部門の関与
□08 クリニカルパス(クリティカルパス)が適用される患者の割合の向上
□09 クリニカルパス(クリティカルパス)のバリアンスの分析(パスの逸脱症例の原因分析)
□10 業務フロー図の活用
□11 医療安全文化の定期的な測定(医療安全文化調査)
□12 医療安全管理活動に対する報奨制度(報告への賞の授与 等)
□13 患者情報の伝達方法の標準化(TeamSTEPPS、SBAR 等)
□14 病状の悪化や急変に迅速に対応する体制の整備(Rapid Response System)
□15 医療機器・器材の統一・標準化
□16 職員のBLS(Basic Life Support)研修参加履歴の把握
□17 医師の中心静脈カテーテル挿入技術の院内認定制度(CVCまたはPICC)
□18 看護師の静脈注射技術の院内認定制度(IVナース 等)
□19 第三者評価の受審
□20 その他の技術に関する院内認定制度(具体的に:)
□21 その他( )

51. 貴院として、医療安全のために**重要**と考える事項は何ですか。(当てはまるもの全て選択)

□01 指針の整備
□02 医療安全管理のための委員会の実施
□03 医療安全管理を目的とした報告
□04 医療安全管理に関する教育・研修
□05 医療安全に配慮した医薬品、医療器具などの提供
□06 専従または専任の医療安全管理者の配置
□07 医療安全文化の醸成
□08 部門・職種横断的な活動の推進
□09 報告された事例の分析
□10 予算の確保
□11 重要な情報の周知徹底
□12 医療安全活動への医師の参加
□13 第三者評価の受審
□14 その他( )

上記のうち、**特に重要**と考えるのものを3つまで選び、理由も併せてお答えください。

15( )番　理由( )
16( )番　理由( )
17( )番　理由( )

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

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

＜医療事故への対応＞

53. **過去3年以内**に、患者さんが死亡、あるいは重篤な後遺障害を残すような医療事故を経験しましたか。†
(†国立大学医療安全管理協議会による分類で、レベル5またはレベル4bに該当する症例)

□01 はい　　□02 いいえ　　**→問62へ進む**

↓

「はい」の場合、それは何件ですか。

死亡症例　　03 (　　)件
重篤な後遺障害が残った症例　　04 (　　)件

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

05 (　　)件

問53で「はい」と回答された場合、その医療事故の原因究明の方法や事故報告書の取り扱い等についてお聞きします。2例以上の重大な医療事故(死亡あるいは重篤な後遺障害が残った事例)を経験された場合には、**もっとも最近のもの**について回答してください。

54. 医療事故の原因究明を行いましたか。

□01 はい　　□02 いいえ　　**→問62へ進む**

↓

55. 原因究明にあたって外部の専門家の支援を受けましたか。

□01 はい　　□02 いいえ　　**→問57へ進む**

↓

56. 問55で「はい」と回答した場合、それはどのような方ですか。(当てはまるもの全て選択)

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

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

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

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

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

59. 事故調査報告書は作成しましたか。

□01 はい　　□02 いいえ

60. 原因究明の結果について患者・家族へ説明しましたか。

□01 はい　　□02 いいえ

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

原因究明の体制
□01 院内に医療安全、事故調査の専門家がいない
□02 院外の医療安全、事故調査の専門家の支援を得ることが困難であった
□03 当事者以外に、院内に医療事故に関連した医療分野（同一診療科等）の専門家がいない
□04 院外の医療事故に関連した医療分野（同一診療科等）の専門家の支援を得ることが困難であった

原因究明の過程
□05 医療事故の分析方法がわからない
□06 医療安全管理者の精神的、肉体的な負担が大きい
□07 原因究明のための委員会の委員の日程調整
□08 遺族の病理解剖・Autopsy Imagingへの拒否
□09 当事者間で意見や記憶が異なる場合の取り扱い
□10 当事者から協力を得るに当たってのルールが整備されていない

原因究明の結果
□11 報告書の内容が訴訟や捜査に与える結果が懸念される
□12 明確な原因を特定できなかった

職員の状況
□13 当事者となった医療従事者のケア
□14 当事者以外の病院スタッフの士気低下・モラル低下の対策
□15 当該患者の診療に関係しない職員が興味本位で診療記録を閲覧する

患者・家族・地域の状況
□16 医療事故後の患者・家族のケア
□17 患者・家族による暴言
□18 患者・家族との関係が完全に破たんし、話し合いに応じてくれない
□19 事故被害者以外の患者さんの不安の軽減
□20 地域の住民や医療機関からの信頼の回復

その他
□21 その他（具体的に：　　）

＜医療事故調査制度＞

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

□01 ある　　□02 ない

63. **過去3年以内**に、遺族から、医療事故調査・支援センターへの届け出の要請を受けたことがありますか。

□01 ある　　□02 ない　**→問65へ進む**

↓

64. 問63で「ある」と回答した場合、その後の対応はどのようにしましたか。（当てはまるもの全て選択）

□01 再検討し、医療事故調査・支援センターに届け出た
□02 再検討し、医療事故調査・支援センターへの届け出は行わなかった
□03 再検討しなかった
□04 その他（　　）

65. **過去3年以内**に、医療事故調査・支援センターへ医療事故の届け出をしましたか。

□01 はい（　　件）　**→問67へ進む**　　□02 いいえ

↓

66. 問65で「いいえ」と回答した場合、その理由として当てはまるものを選択してください。（当てはまるもの全て選択）
※回答後、問77へ進む

□01 死亡事例を漏れなく把握・検証する仕組みがなかった
□02 医療に起因する死亡に該当するか判断できなかった
□03 予期せぬ死亡に該当するか判断できなかった
□04 合併症や偶発症との区別が難しかった
□05 医療事故を外部に報告することに抵抗があった
□06 遺族に疑義がない症例まで報告することに抵抗があった
□07 制度に則って報告・説明すると医事紛争に繋がるとの不安があった
□08 院内に医療安全、事故調査の専門家がいなかった
□09 専従または専任の医療安全管理者がいなかった
□10 原因究明をする人と時間の確保が難しかった
□11 院内事故調査のルールが定まっていなかった
□12 医師の協力が得られなかった
□13 医療事故の分析方法がわからなかった
□14 その他（　　）

→**問77へ進む**

67. 問65で「はい」と回答した場合、直近の事例で、遺族への説明はどのように行いましたか。

□01 事故調査報告書を渡した上で口頭で説明した
□02 事故調査報告書を渡したが、口頭では説明しなかった
□03 要約文書を渡した上で口頭で説明した
□04 要約文書を渡したが、口頭では説明しなかった
□05 口頭の説明のみ行った　**→問69へ進む**
□06 まだ調査が終了していない
□07 その他（　　）

医療事故調査・支援センターに提出した文書と同じもの
遺族にわかりやすく編集した文書を含む

→**問70へ進む**

68. 問67で「事故調査報告書または要約文書を**渡した**」と回答した場合、その理由として当てはまるものを選択してください。（当てはまるもの全て選択）　※回答後、問70へ進む

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

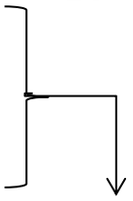
→**問70へ進む**

69. 問67で「口頭の説明のみ」と回答した場合、**文書を渡さなかった理由**として当てはまるものを選択してください。（当てはまるもの全て選択）

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

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

□01 外部の組織には相談・支援を求めなかった　　**→問72へ進む**
□02 医療事故調査・支援センター
□03 医療事故調査支援団体（医師会、病院団体 等）
□04 病院の上部組織（法人本部 等）
□05 弁護士
□06 その他の組織（　　）



71. 問70で「いずれかの組織に相談・支援を求めた」と回答した場合、どのような相談または支援を求めましたか。（当てはまるもの全て選択）

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

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

制度の理解
□01 職員が制度を知らない
□02 職員が制度を十分に理解していない

院内の仕組み
□03 死亡症例を漏れなく把握・検証する仕組みがない
□04 診療記録に判断できるほどの情報が記載されていない

報告対象の判断
□05 医療に起因する死亡に該当するか判断に悩む
□06 予期せぬ死亡に該当するか判断に悩む
□07 合併症や偶発症との区別が難しい
□08 病院長の判断と医療安全管理の担当者の判断が食い違うことがある
□09 判断についてどこに（誰に）相談したらよいか分からない

その他
□10 医療事故を外部に報告することに対し抵抗感がある
□11 遺族に疑義がない症例まで報告するのは抵抗感がある
□12 制度に則って報告・説明すると医事紛争に繋がるとの不安がある
□13 わからない
□14 その他（　　）

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

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

74. 医療事故の届け出を経験したことで、院内の医療安全管理体制で変わった／変えたことがありましたか。

□01 ある　　□02 ない　**→問76へ進む**

↓

75. 問74で「ある」と回答した場合、変わった／変えたことについて具体的にお答えください。
（当てはまるもの全て選択）

□01 院内の医療安全文化の醸成
□02 医療安全に関する予算
□03 職員に対する医療安全の教育内容
□04 診療手技・技術の院内認定制度の導入・見直し
□05 マニュアルやルールの作成・改訂
□06 患者情報の伝達方法の標準化
□07 医療機器・器材の統一・標準化
□08 医療事故が疑われる事例が発生した場合の対応方法
□09 医療事故調査・支援センターへの届け出の迅速化
□10 医療事故の分析手法（RCA・FMEA等）の導入・見直し
□11 遺族への対応方法
□12 医療安全に関する臨床指標の測定方法
□13 その他（　　）

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

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

77. 医療事故調査制度は、国民の医療への信頼醸成に寄与したと思いますか。

□01 思う
□02 どちらかといえば思う
□03 どちらかといえば思わない
□04 思わない

78. 医療事故調査制度への要望がありましたら、お書きください。

〈医療安全管理者の活動内容〉

医療安全管理者の活動内容について、問79から問84にお答えください。
専従または専任の医療安全管理者を配置していない場合は、問86へお進みください。

79. 医療安全管理者の養成研修(40時間研修)について、以下の問にお答えください。なお、医療安全管理者が複数人配置されている場合には、どなたか1人についてお答えください。

79－1. 40時間研修を受講したのはいつですか。(複数回受講した場合は、直近の受講についてお答えください。)

西暦(　　)年

79－2. その研修の主催はどちらでしたか。

□01 日本病院会
□02 全日本病院協会・日本医療法人協会
□03 日本医師会
□04 日本看護協会
□05 医療の質・安全学会
□06 日本臨床医学リスクマネジメント学会
□07 日本医療機能評価機構
□08 医療安全全国共同行動
□09 その他(　　)

80. 医療安全管理者の資格について、更新していますか。更新している場合、どこが主催する更新制度かあわせてお答えください。

□01 している　　主催(　　)
□02 していない

81. 医療安全管理に関する継続学習を行っていますか。(当てはまるもの全て選択)

□01 講師を招いた院内研修等に参加している
□02 団体等が主催する院外研修に参加している
(具体的に:　　)
□03 学会に参加している
□04 多施設の医療安全管理者のグループに参加している
□05 その他　　(具体的に:　　)
□06 行っていない

82. 日頃、**定常業務**として取り組んでいる事項を選択してください。（当てはまるもの全て選択）

医療安全管理体制の構築

□01 安全管理委員会や安全管理部門等の運営
□02 安全管理のための指針の策定
□03 安全管理活動の定期的な評価（活動の振り返り）

業務マニュアルの作成・改訂（医療安全の観点から）

□04 既存のマニュアルの確認・改訂
□05 新しいマニュアルの作成

職員への教育・研修の実施

□06 医療安全全般に関する教育・研修会の実施
□07 事例検討会の実施
□08 教育・研修内容の評価・改善

情報収集、分析

□09 医療安全に関する情報収集（院内の情報）
□10 医療安全に関する情報収集（院外の情報）
□11 業務フローの現状と問題点の分析（業務フロー図、特性要因図等）
□12 危険個所の予測と事故の発生予防（FMEA等）

医療安全文化の醸成

□13 報告の促進
□14 医療安全情報の周知
□15 安全に対する意識向上の働きかけ
□16 医療安全文化の測定

上記のうち、医療安全のために**優先度**が高いと考える業務を3つまで選んでください。

17（　　）番　　18（　　）番　　19（　　）番

83. 直近で経験した医療事故（レベル3b以上）に対して、取り組んだ事項を選択してください。
（当てはまるもの全て選択）

□01 事故発生時の報告体制等を盛り込んだ対応マニュアルの作成・改訂
□02 事故発生現場の調査と関係者からの事実確認
□03 事故に関連した機材や処置内容、データ等の保全
□04 患者・家族への連絡や説明
□05 事故に関与した職員への対応（精神的支援等）
□06 事故の原因分析（RCA、SHEL、4M4E等）
□07 医療事故調査制度事案に対する対応、必要に応じた支援
□08 事故調査委員会の支援（調査、報告書の作成、再発防止策の策定等）
□09 その他（　　）

84. 以下の知識・技術等について、医療安全管理者の業務を遂行するうえでの**重要性**を判断してください。
また、**学習する時期**について、40時間研修とその後の継続研修のうち、どちらの研修が適していると思いますか。

	重要性 1:あまり重要ではない 2:どちらかといえば重要 3:非常に重要	学習する時期 1:40時間研修 2:継続研修等
医療安全管理体制の構築方法		
01 安全管理委員会や安全管理部門等の運営方法	(　　)	(　　)
02 安全管理のための指針の策定方法	(　　)	(　　)
03 安全管理活動の定期的な評価方法(活動の振り返り)	(　　)	(　　)
業務マニュアルの作成・改訂方法(医療安全の観点から)		
04 マニュアルの確認・改訂方法	(　　)	(　　)
05 マニュアルの作成方法	(　　)	(　　)
職員への教育・研修の実施方法		
06 基礎的な医療安全に関する教育・研修会の実施方法	(　　)	(　　)
07 事例検討会の実施方法	(　　)	(　　)
08 教育・研修内容の評価・改善の方法	(　　)	(　　)
医療事故を防止するための情報収集、分析方法		
09 医療安全に関する情報収集の方法(医療機関内の情報)	(　　)	(　　)
10 医療安全に関する情報収集の方法(医療機関外の情報)	(　　)	(　　)
11 業務フローの現状と問題点の分析方法(業務フロー図、特性要因図等)	(　　)	(　　)
12 危険個所の予測と事故の発生予防の方法(FMEA等)	(　　)	(　　)
院内巡視の実施方法		
13 多職種チームの一員として参加する場合	(　　)	(　　)
14 医療安全管理者のみで実施する場合	(　　)	(　　)
医療事故・ヒヤリハット事例の把握方法		
15 医療事故やヒヤリハットの報告書(インシデントレポート)	(　　)	(　　)
16 院内の全死亡症例の精査	(　　)	(　　)
17 患者・家族の相談・苦情	(　　)	(　　)
18 合併症や偶発症の報告(一定の基準に合致する合併症・偶発症を報告)	(　　)	(　　)
19 チャートレビュー(診療記録を抜き出して精査)	(　　)	(　　)
20 オカレンスレビュー(自院で独自に定めた条件に合致する症例を精査)	(　　)	(　　)
21 症例検討会の結果	(　　)	(　　)
22 M&Mカンファレンスの結果(死亡症例や合併症症例の検討会)	(　　)	(　　)
23 職員からの口頭報告(会議中や院内巡視中の口頭報告を含む)	(　　)	(　　)
医療安全文化の醸成方法		
24 医療安全文化の測定方法	(　　)	(　　)
25 醸成のための取り組み方法(報告の促進、医療安全情報の周知、意識向上の働きかけ等)	(　　)	(　　)
医療事故(レベル3b以上)への対応方法		
26 事故発生時の報告体制等を含む対応マニュアルの作成方法	(　　)	(　　)
27 事故発生現場の調査と関係者からの事実確認の方法	(　　)	(　　)
28 事故に関連した機材や処置内容、データ等の保全方法	(　　)	(　　)
29 患者・家族への連絡や説明方法	(　　)	(　　)
30 事故に関与した職員への対応方法(精神的支援等)	(　　)	(　　)
31 事故の原因分析の方法(RCA、SHEL、4M4E等)	(　　)	(　　)
32 医療事故調査制度事案に対する対応、必要に応じた支援の方法	(　　)	(　　)
33 事故調査委員会の支援の方法(調査、報告書の作成、再発防止策の策定等)	(　　)	(　　)

85. 貴院として、医療安全管理者に求める役割は何ですか。自由にお書きください。

86. 回答者ご連絡先

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

病院名		
ご所属		
お名前		
電話番号		電子メールアドレス @

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

調査へのご協力ありがとうございました。

事務局使用欄

郵送分

資料2　全国の病院を対象にしたアンケート調査　基礎集計
「医療安全管理者の活動の質向上に向けた調査」

実施時期：　2025年10月
送付・有効回答数
　送付数：3,097
　有効回答数：389（有効回答率：12.6%）

１．本調査に主にご回答いただく方の院内でのお立場をお教えください。（当てはまるもの全て選択）
職種　（n=389）

	n	%
医師	72	18.5%
看護師	279	71.7%
薬剤師	11	2.8%
事務員	13	3.3%
その他	27	6.9%

職位　（n=388）

	n	%
院長	17	4.4%
副院長	30	7.7%
部長/室長	71	18.3%
副部長/副室長	50	12.9%
課長/科長/師長	161	41.5%
係長/主任	40	10.3%
その他	30	7.7%

医療安全管理の役割　（n=389）

	n	%
医療安全管理責任者	116	29.8%
医療安全管理委員会の委員長	49	12.6%
医療安全管理委員会の委員（委員長を除く）	104	26.7%
医療安全管理部門の部門長	49	12.6%
医療安全管理部門の職員（部門長を除く）	75	19.3%
専従もしくは専任の医療安全管理者	249	64.0%
医薬品安全管理責任者	6	1.5%
医療機器安全管理責任者	8	2.1%
医療放射線安全管理責任者	2	0.5%
その他	4	1.0%

２．病床数（稼働病床数について直近の数値をご回答ください。）　（n=389）

	平均値	中央値	最小値	最大値
一般病床	277.7	213	0	1,157
療養病床（医療保険・介護保険を含む）	46.9	36	0	359
精神科病床	52.6	20	0	588
その他の病床	37.9	14.5	0	220
総病床数	310.3	249	23	1,172

３．施設機能としてもっとも当てはまるものを**1つ**を選んでください。　（n=389）

	n	%
特定機能病院（大学病院の本院等）	32	8.2%
地域医療支援病院	95	24.4%
一般病院（一般病床を主体とする病院）	124	31.9%
ケアミックス病院（一般病床と療養病床の両方を有する病院）	61	15.7%
長期療養型の病院（療養病床を主体とする病院）	16	4.1%
精神科病院（精神科病床を主体とする病院）	20	5.1%
リハビリテーション病院	13	3.3%
単科専門病院（特定の疾患または診療科に特化した病院）	8	2.1%
その他	16	4.1%
不明・無回答	4	1.0%

４．第三者評価による認定等を受けていますか。（当てはまるもの全て選択）　（n=389）

	n	%
日本医療機能評価機構	224	57.6%
ISO	24	6.2%
JCI	1	0.3%
受けていない	147	37.8%

５．職員数（常勤換算）　（n=389）

	平均値	中央値
医師（研修医を除く）	91.4	30.6
研修医	12.2	2
看護師	291.7	191.5
薬剤師	19.0	10
その他	237.3	183.3
総職員数	643.4	440

６．年間退院患者数および死亡退院患者数はそれぞれ何人ですか。（2024年または2024年度の値をご回答ください。）　（n=389）

	平均値	中央値
退院患者数	7,948.7	3,240
うち死亡退院患者数	276.5	178

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

医育機関　（n=389）

	n	%
大学病院の本院である	28	7.2%
大学病院の本院以外の医育機関である	69	17.7%
医育機関ではない	233	59.9%
無回答	59	15.2%

臨床研修指定病院　（n=389）

	n	%
基幹型臨床研修病院である	141	36.2%
協力型臨床研修病院である	96	24.7%
研修協力施設である	73	18.8%
臨床研修指定病院ではない	88	22.6%
無回答	38	9.8%

学会指定研修施設　（n=389）

	n	%
５学会以上の指定を受けている	142	36.5%
１～４学会の指定を受けている	56	14.4%
学会指定の研修施設ではない	129	33.2%
無回答	62	15.9%

８．病院情報システムの導入状況をご回答ください。（当てはまるもの全て選択）　（n=389）

	n	%
電子カルテ（診療記録と指示の電子化）	358	92.0%
オーダーエントリーシステム（指示の電子化）	198	50.9%
バーコード認証システム（照合の電子化）	257	66.1%
インシデント報告システム（インシデントレポートの電子化）	269	69.2%
病理診断結果の医師による確認漏れを管理する情報システム	129	33.2%
画像診断結果の医師による確認漏れを管理する情報システム	168	43.2%
上記はいずれも導入していない	17	4.4%
その他	3	0.8%

＜医療安全管理の体制＞

９．病院の経営理念・目標等を明文化していますか。　（n=389）

	n	%
明文化している	367	94.3%
明文化していない	14	3.6%
無回答	8	2.1%

１０．問９で「明文化している」と回答した場合、その中に院内の医療安全管理が位置付けられていますか。　（n=367）

	n	%
位置付けられている	271	73.8%
位置付けられていない	67	18.3%
無回答	29	7.9%

１１．診療報酬で医療安全対策加算を取得していますか。　（n=389）

	n	%
医療安全対策加算１	255	65.6%
医療安全対策加算２	89	22.9%
取得していない	44	11.3%
無回答	1	0.3%

１２．専従または専任の医療安全管理者を配置していますか。　（n=389）

	n	%
専従を配置	258	66.3%
専任のみを配置	89	22.9%
配置していない	41	10.5%
無回答	1	0.3%

１３．専従または専任の医療安全管理者の職種別人数。（n=346）※無回答1

	平均値	中央値
医師（専従）	0.4	1
医師（専任）	1.1	1
看護師（専従）	1.2	1
看護師（専任）	1.1	1
事務員（専従）	0.6	1
事務員（専任）	0.7	1
その他（専従）	0.6	1
その他（専任）	1.3	2

１４．医療安全管理のための部署を設置していますか。　（n=389）

	n	%
設置している	334	85.9%
設置していない	51	13.1%
無回答	4	1.0%

１５．医療安全管理委員会について、開催頻度を教えてください。（n=389）

	n	%
週に１回	16	4.1%
２週に１回	4	1.0%
月に１回程度	368	94.6%
不定期	0	0.0%
その他	1	0.3%

１６．医療安全管理者の情報共有など、医療安全管理室内での会議について、開催頻度をお答えください。（n=389）

	n	%
週に１回	256	65.8%
２週に１回	17	4.4%
月に１回程度	58	14.9%
不定期	29	7.5%
その他	28	7.2%
無回答	1	0.3%

１７．上記以外に院内で定期的に開催している医療安全管理者が参加する会議がありますか。(n=389)

	n	%
ある	329	84.6%
ない	53	13.6%
無回答	7	1.8%

１８，診療報酬で医療安全対策地域連携加算を取得していますか。（n=344）

	n	%
加算１	201	58.4%
加算２	72	20.9%
取得していない	69	20.1%
無回答	2	0.6%

１９．問１８で取得している場合、相互評価の実施にあたり、どのような医療機関と連携していますか。（当てはまるもの全て選択）（n=273）

	n	%
開設主体が同一の医療機関	70	25.6%
同じまたは隣接する市区町村の開設主体が異なる医療機関	219	80.2%
感染防止対策で地域連携している医療機関（感染防止対策地域連携加算を取得している）	36	13.2%
同じ病院団体に所属する医療機関（国立大学附属病院長会議、日本私立医科大学協会 等）	16	5.9%
その他	10	3.7%

２０．過去３年以内に相互評価で安全上の課題やリスクについて指摘を受けたことがありますか。（n=273）

	n	%
ある	163	59.7%
ない	101	37.0%
無回答	9	3.3%

２１．相互評価を受けたことで、医療安全管理活動にとって良かったことはありましたか。（n=273）

	n	%
あった	252	92.3%
特になかった	13	4.8%
無回答	8	2.9%

２２．問２１で「あった」と回答した場合、どのような点が良かったかお答えください。（当てはまるもの全て選択）　（n=252）

	n	%
医療安全活動に対する理解の促進	139	55.2%
院内の安全上の課題の明確化	191	75.8%
院内の安全管理活動の共有と実践	172	68.3%
院内の安全管理に関する業務フローの見直し、改善	133	52.8%
他院のベストプラクティス（優秀事例）の入手	81	32.1%
他院の安全管理に関するデータ・情報の収集、分析方法についての習得	71	28.2%
その他	5	2.0%

２３．医療安全管理対策に関する相互評価のほかに、当該連携機関と協同して実施しているものがあれば選択してください。（当てはまるもの全て選択）　（n=273）

	n	%
医療安全管理者同士の情報交換・相談	221	81.0%
発生事例の情報共有	60	22.0%
発生事例の協働分析	9	3.3%
研修会の定期的な共同開催	33	12.1%
相互の医療機関への講師派遣	10	3.7%
感染防止対策に関する相互評価	66	24.2%
その他	3	1.1%
特にない	31	11.4%

２４．医療安全管理の担当者が、院内で発生した医療事故やヒヤリハットを把握するために、どのような方法を用いていますか。（当てはまるもの全て選択）　（n=389）

	n	%
医療事故やヒヤリハットの報告書（インシデントレポート）	389	100.0%
院内の全死亡症例の精査	260	66.8%
患者・家族の相談・苦情	328	84.3%
合併症や偶発症の報告（一定の基準に合致する合併症・偶発症を報告）	159	40.9%
医療事故の把握のためのチャートレビュー（一部の診療記録を抜き出して精査）	39	10.0%
オカレンスレビュー（自院で独自に定めた条件に合致する症例を精査）	80	20.6%
症例検討会の結果	95	24.4%
M&Mカンファレンスの結果（死亡症例や合併症症例の検討会）	105	27.0%
職員からの口頭報告（会議中や院内巡視中の口頭報告を含む）	294	75.6%
その他	13	3.3%

上記の内、特に重視しているもの3つ

	n	%
医療事故やヒヤリハットの報告書（インシデントレポート）	370	95.1%
院内の全死亡症例の精査	156	40.1%
患者・家族の相談・苦情	170	43.7%
合併症や偶発症の報告（一定の基準に合致する合併症・偶発症を報告）	69	17.7%
医療事故の把握のためのチャートレビュー（一部の診療記録を抜き出して精査）	11	2.8%
オカレンスレビュー（自院で独自に定めた条件に合致する症例を精査）	17	4.4%
症例検討会の結果	33	8.5%
M&Mカンファレンスの結果（死亡症例や合併症症例の検討会）	24	6.2%
職員からの口頭報告（会議中や院内巡視中の口頭報告を含む）	162	41.6%
その他	6	1.5%

２５．問２４で「医療事故の把握のためのチャートレビュー」を用いていると回答した場合、入院患者の何%がその対象になっていますか。（n=14）※無回答25

	平均値	中央値
対象（%）	30.6	5

２６．問２４で「オカレンスレビュー」を用いていると回答した場合、症例の抽出に用いている項目を選択してください。（当てはまるもの全て選択）　（n=80）

	n	%
入院中の新たな病態の出現（心筋梗塞、脳血管障害、肺塞栓 等）	24	30.0%
入院中に生じた重篤な合併症・併発症（麻痺、アレルギー 等）	49	61.3%
入院中の予期せぬ死亡・心停止・呼吸停止、術中死亡	60	75.0%
手術の中止・延期	24	30.0%
予想以上の出血・輸血	53	66.3%
予定外の臓器の切除・修復	39	48.8%
手術時間の延長	40	50.0%
予定外のICU入室	22	27.5%
予定外の再手術	45	56.3%
予定外の再入院	26	32.5%
術後感染症	14	17.5%
自傷・自殺	20	25.0%
その他	14	17.5%

２７．問２４で「症例検討会の結果」または「M&Mカンファレンスの結果」を用いていると回答した場合、医療安全管理の担当者はそれらの情報をどのような方法で把握していますか。（当てはまるもの全て選択）（n=115）※無回答28

	n	%
医療安全管理の担当者が症例検討会に参加する	66	57.4%
医療安全管理の担当者がM&Mカンファレンスに参加する	84	73.0%
会議後、一定の基準に該当する症例は医療安全管理の担当者へ報告される	31	27.0%
医療安全管理の担当者は会議の議事録を読むことができる	41	35.7%
その他	5	4.3%

２８．院内で発生する全死亡事例を、死亡時の状況を含めて把握する仕組みがありますか。　（n=389）

	n	%
ある	304	78.1%
ない	79	20.3%
無回答	6	1.5%

２９．問２８で「ある」と回答した場合、死亡後、院内報告に要する日数はどのくらいですか。（n=304）

	n	%
次の診療日まで	45	14.8%
２－３日以内	136	44.7%
１週間未満	72	23.7%
１か月未満	42	13.8%
１か月以上	9	3.0%

３０．問２８で「ある」と回答した場合、全死亡事例はどのように報告していますか。　（n=304）

	n	%
医療安全管理部門で全死亡事例を把握し、要検討事例のみ院長へ報告している	133	43.8%
全死亡事例を院長に報告している	142	46.7%
死亡事例が発生した部署から、要検討事例のみ医療安全管理部門／院長へ報告している	10	3.3%
その他	17	5.6%
無回答	2	0.7%

３１．問３０で「医療安全管理部門で把握している」と回答した場合、医療安全管理者は死亡事例を把握するためにどのような情報を確認していますか。（当てはまるもの全て選択）　（n=133）

	n	%
死亡診断書	93	69.9%
診療記録	102	76.7%
死亡時の状況報告書	48	36.1%
その他	24	18.0%
無回答	1	0.8%

３２．医療安全管理を目的とした院内報告（インシデントレポート）の件数は、年間（昨年または昨年度）およそ何件ですか。　（n=374, 367）※無回答15, 22

	平均値	中央値
総数	1836.9	1222.5
医療事故	34.3	14

３３．報告された事例（医療事故やヒヤリハット）の分析にどのような手法を用いていますか。（当てはまるもの全て選択）（n=389）

	n	%
特定の手法は用いていない	104	26.7%
RCA	186	47.8%
SHELL/PmSHELL	119	30.6%
4M4E	22	5.7%
ImSAFER	64	16.5%
インシデントレポートKYT	79	20.3%
ロンドン・プロトコール	1	0.3%
その他	15	3.9%

３４．報告された事例（医療事故やヒヤリハット）・情報をどのように活用していますか。（当てはまるもの全て選択）（n=389）

	n	%
内容について院内で組織的に検討	337	86.6%
定期的に頻度・パターンなどについて集計	238	61.2%
事例を基に職員の教育・研修を実施	278	71.5%
事例を基にマニュアル・事例集を作成	207	53.2%
外部機関・専門家と協同して分析	22	5.7%
院内のニュースレター等で周知して注意喚起	251	64.5%
その他	10	2.6%

３５．最近１年以内に、外部機関による医療安全に関する教育・研修を、貴院の幹部や医療安全の実務担当者が受けましたか。（n=389）

	n	%
幹部が受講した	122	31.4%
医療安全管理者が受講した	314	80.7%
受講していない	45	11.6%

３６．問３５で「受講した」と回答した場合、どこが主催していましたか。（当てはまるもの全て選択）（n=341）※無回答1

	n	%
病院団体	63	18.5%
医師会	64	18.8%
看護協会	136	39.9%
薬剤師会	3	0.9%
行政（都道府県または区市町村）	32	9.4%
学会	96	28.2%
企業	47	13.8%
厚生労働省/地方厚生局	75	22.0%
日本医療機能評価機構	98	28.7%
日本医療安全調査機構	59	17.3%
病院グループ本部	40	11.7%
その他	39	11.4%

３７．医療安全管理に関する教育・研修の現状についてお答えください。（当てはまるもの全て選択）（n=389）

	n	%	参加率平均
全職員を対象にした研修会を年２回以上開催している	383	98.5%	93.5
担当者が配置されている	124	31.9%	
教育プログラムがある	52	13.4%	
予算が確保されている	66	17.0%	
教育・研修の教材が作成されている	45	11.6%	
e-learningを使用している（院内で開催した研修会の録画の閲覧は除く）	223	57.3%	
外部の講師を招いて研修会を開催している	121	31.1%	
院外の研修会に職員を参加させている	115	29.6%	
その他	14	3.6%	

３８．医療安全管理のために利用している情報を教えてください。（当てはまるもの全て選択）（n=389）

	n	%
医薬品・医療機器等安全情報（厚生労働省）	279	71.7%
医療安全情報（日本医療機能評価機構）	353	90.7%
医療事故情報収集等事業　報告書（日本医療機能評価機構）	310	79.7%
医療事故／ヒヤリハット報告事例検索（日本医療機能評価機構）	255	65.6%
PMDA医療安全情報（医薬品医療機器総合機構）	297	76.3%
医薬品に関する緊急安全性情報および安全性速報（医薬品医療機器総合機構）	145	37.3%
医療機器に関する緊急安全情報および安全性速報（医薬品医療機器総合機構）	130	33.4%
職能団体の各種医療安全情報（医師会、看護協会、薬剤師会等）	140	36.0%
その他	17	4.4%
決まった情報源はない（都度利用）	13	3.3%

３９．日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業に参加していますか。（n=389）

	n	%
医療事故情報、ヒヤリハット事例（発生件数情報または事例情報）の双方を報告している	91	23.4%
医療事故情報のみを報告している	50	12.9%
ヒヤリハット事例（発生件数情報または事例情報）のみを報告している	34	8.7%
参加していない	209	53.7%
無回答	5	1.3%

４０．医療安全情報（日本医療機能評価機構が毎月発行）を院内でどのように周知していますか。（n=389）

	n	%
全ての号を周知している	231	50.1%
一部の号を周知している（内容等に応じて）	119	25.8%
周知していない（利用していない/医療安全管理者が読むだけ）	37	8.0%
無回答	2	0.4%

４１．問４０で周知していると回答した場合、どのように周知していますか。（当てはまるもの全て選択）（n=350）

	n	%
全職員に参加義務のある研修会で紹介	9	2.6%
自由参加または一部の職員のみが参加する研修会で紹介	14	4.0%
全職員に個別に配布（全職員にメール配信/個別に配布）	55	15.7%
全部署に配布（診療科長、部門の長に配布/全部署に配布）	140	40.0%
一部の職員・部署に配布（医療安全委員会の委員に配布/関係する診療科・部門のみに配布）	135	38.6%
掲示（院内に掲示/病院情報システム上に掲載）	132	37.7%
その他	19	5.4%

４２．医療安全管理を目的とした職場巡視を実施していますか。（n=389）

	n	%
実施している	366	94.1%
実施していない	21	5.4%
無回答	2	0.5%

４３．問４２で「実施している」と回答した場合、どのようなメンバーで職場巡視を実施していますか。（当てはまるもの全て選択）（n=366）

	n	%
多職種のチーム（医療安全管理部門・委員会の複数職種で職場巡視する場合を含む）	309	84.4%
専従または専任の医療安全管理者のみ	50	13.7%
その他	7	1.9%
無回答	23	6.3%

４４．問４３で「多職種のチーム」で職場巡視していると回答した場合、以下の項目についてお答えください。（n=309）

	n	%
４４－１．頻度		
週に１回以上	54	17.5%
1か月に1～2回	193	62.5%
1年に3～6回	39	12.6%
1年に1～2回	26	8.4%
その他	6	1.9%
４４－２．部署の選択		
全部署（１年をかけて少しずつ順番に巡視する場合を含む）	233	75.4%
一部の病棟のみ	18	5.8%
目的・テーマに合わせて部署を選定	97	31.4%
直近の重大な事故に関連した部署を選定	46	14.9%
院内報告（インシデントレポート）の報告件数が多い部署を選定	10	3.2%
その他	6	1.9%
４４－３．項目の選択		
ほぼ一定の項目を確認	120	38.8%
その時に注目している特定の項目を確認	64	20.7%
ほぼ一定の項目に加えて、その時に注目している特定の項目を確認	151	48.9%
その他	4	1.3%
４４－４．確認している内容		
5S（整理・整頓・清掃・清潔・躾）	216	69.9%
マニュアルやルールの周知・遵守状況	224	72.5%
患者確認・誤認防止の手順	214	69.3%
医薬品の管理状況（保管、与薬手順等）	206	66.7%
医療機器の管理状況	149	48.2%
放射線被ばく量の管理状況	20	6.5%
救急カートの管理状況	177	57.3%
個人情報の管理状況	107	34.6%
転倒・転落の予防策の実施状況	187	60.5%
身体拘束の実施状況	99	32.0%
院内報告（インシデントレポート）の内容から抽出した項目	169	54.7%
直近の重大な事故に関連した項目	135	43.7%
その他	12	3.9%

４５．医療紛争が起きた際、当事者である患者と医療者の対話を促進する役割を担う者（医療対話推進者等）を配置していますか。（n=389）

	n	%
配置している	143	36.8%
配置していない	241	62.0%
無回答	5	1.3%

４６．問４５で「配置している」と回答した場合、医療対話推進者等が、現場の医療従事者と患者・家族との間に入って行う三者での話し合いは、年間（２０２４年または２０２４年度）およそ何件ですか。　（n=119）※無回答24

	平均値	中央値
件数（件）	9.9	2

４７．問４５で配置していると回答した場合、医療対話推進者等の配置によりどのような効果がみられましたか。（当てはまるもの全て選択）（n=141）※無回答2

	n	%
患者・家族と医療事故に関する対話がしやすくなった	57	40.4%
患者・家族と職員との間で生じたさまざまな問題がスムーズに解決されるようになった	50	35.5%
苦情等に対応する現場の職員の負担が減った	57	40.4%
苦情が減った	3	2.1%
患者満足度調査の評価が向上した	1	0.7%
業務改善につながった	9	6.4%
医療の質や安全が向上した	21	14.9%
わからない	36	25.5%
特にない	10	7.1%
その他	2	1.4%

４８．医療安全管理者が、患者・家族からの相談に応じる機会はありますか。また、年間（昨年または昨年度）およそ何件ですか。（n=389）※件数回答は166

	n	%	平均値	中央値
ある	187	48.1%	7.6	3
ない	198	50.9%		
無回答	4	1.0%		

４９．問４８で「ある」と回答した場合、相談の中から安全上の課題等の発見がありましたか。　（n=187）

	n	%
あった	109	58.3%
なかった	67	35.8%
無回答	11	5.9%

５０．貴院で実施されている医療の質向上を目的とした取組みを回答してください。（当てはまるもの全て選択）（n=389）

	n	%
医療の質の向上を目的とした組織の設立（質向上委員会、QCサークル 等）	241	62.0%
医療の質と安全に関する臨床指標の定期的な測定	117	30.1%
患者満足度の定期的な測定	288	74.0%
職員満足度の定期的な測定	218	56.0%
マニュアルやルールの遵守状況のモニタリング	128	32.9%
マニュアルやルールの定期的な見直し	332	85.3%
マニュアルやルールの作成・改訂への医療安全管理部門の関与	260	66.8%
クリニカルパス（クリティカルパス）が適用される患者の割合の向上	121	31.1%
クリニカルパス（クリティカルパス）のバリアンスの分析（パスの逸脱症例の原因分析）	81	20.8%
業務フロー図の活用	92	23.7%
医療安全文化の定期的な測定	43	11.1%
医療安全管理活動に対する報奨制度（報告への賞の授与 等）	74	19.0%
患者情報の伝達方法の標準化（TeamSTEPPS、SBAR 等）	104	26.7%
病状の悪化や急変に迅速に対応する体制の整備（Rapid Response System）	149	38.3%
医療機器・器材の統一・標準化	169	43.4%
職員のBLS（Basic Life Support）研修参加履歴の把握	225	57.8%
医師の中心静脈カテーテル挿入技術の院内認定制度（CVCまたはPICC）	77	19.8%
看護師の静脈注射技術の院内認定制度（IVナース 等）	125	32.1%
第三者評価の受審	203	52.2%
その他の技術に関する院内認定制度	35	9.0%
その他	6	1.5%

５１．貴院として、医療安全のために重要と考えられる事項は何ですか。（当てはまるもの全て選択）（n=389）

	n	%
指針の整備	270	69.4%
医療安全管理のための委員会の実施	274	70.4%
医療安全管理を目的とした報告	281	72.2%
医療安全管理に関する教育・研修	342	87.9%
医療安全に配慮した医薬品、医療器具などの提供	244	62.7%
専従または専任の医療安全管理者の配置	252	64.8%
医療安全文化の醸成	333	85.6%
部門・職種横断的な活動の推進	288	74.0%
報告された事例の分析	313	80.5%
予算の確保	171	44.0%
重要な情報の周知徹底	303	77.9%
医療安全活動への医師の参加	312	80.2%
第三者評価の受審	181	46.5%
その他	12	3.1%

上記のうち、特に重要と考えるのものを３つまでお選びください。

	n	%
指針の整備	51	13.1%
医療安全管理のための委員会の実施	53	13.6%
医療安全管理を目的とした報告	62	15.9%
医療安全管理に関する教育・研修	151	38.8%
医療安全に配慮した医薬品、医療器具などの提供	18	4.6%
専従または専任の医療安全管理者の配置	54	13.9%
医療安全文化の醸成	179	46.0%
部門・職種横断的な活動の推進	101	26.0%
報告された事例の分析	101	26.0%
予算の確保	26	6.7%
重要な情報の周知徹底	77	19.8%
医療安全活動への医師の参加	148	38.0%
第三者評価の受審	24	6.2%
その他	7	1.8%

５２．貴院で安全確保のための方策を実施するにあたっての問題点は何ですか。（当てはまるもの全て選択）（n=389）

	n	%
人員が確保できない	209	53.7%
時間がない	173	44.5%
財源がない	130	33.4%
取組み方法がわからない	45	11.6%
一部の部署または職種の協力が得られない	167	42.9%
医療安全文化が醸成されていない	148	38.0%
医療安全管理活動の効果が測定しにくい	156	40.1%
医療安全管理者の組織内での地位が定まっていない	68	17.5%
医療安全管理者のキャリアパスが定まっていない	99	25.4%
その他	14	3.6%

＜医療事故への対応＞

５３．最近3年以内に、患者さんが死亡し、あるいは重篤な後遺障害を残すような医療事故を経験しましたか。（n=389）

	n	%
はい	188	48.3%
いいえ	201	51.7%

	平均値	中央値
「はい」の場合の死亡件数	10.8	2
「はい」の場合の重篤な後遺障害が残った件数	4.8	1
院内医療事故調査委員会等により、原因究明し、その結果を報告書等にとりまとめた件数	2.1	1

５４．医療事故の原因究明を行いましたか。（n=188）

	n	%
はい	178	94.7%
いいえ	7	3.7%
無回答	3	1.6%

５５．原因究明にあたって外部の専門家の支援を受けましたか。（n=178）

	n	%
はい	114	64.0%
いいえ	63	35.4%
無回答	1	0.6%

５６．問５５で「はい」と回答した場合、それはどのような方ですか。（当てはまるもの全て選択）（n=114）

	n	%
医療安全、事故究明の専門家	41	36.0%
医療事故に関連した医療分野（同一診療科 等）の専門家	85	74.6%
保険会社の医師	11	9.6%
医師会の医事紛争に関する委員会の委員	19	16.7%
法律家	36	31.6%
心理カウンセラー	0	0.0%
その他	10	8.8%

５７．原因究明にあたって当事者の職員への対応はどうしましたか。（当てはまるもの全て選択）（n=178）

	n	%
事情聴取に協力してもらった	157	88.2%
原因究明のメンバーとして参加してもらった	59	33.1%
心理カウンセリングなどの支援を行った	15	8.4%
上司が声掛けなどの心理的支援を行った	93	52.2%
一定期間の休職など、休養を与えた	8	4.5%
配置転換を行った	3	1.7%
その他	1	0.6%
特にない	3	1.7%

５８．原因究明にあたって患者・家族への対応はどうしましたか。（当てはまるもの全て選択）（n=178）

	n	%
事情聴取に協力してもらった	31	17.4%
原因究明のメンバーとして参加してもらった	0	0.0%
心理カウンセリングなどの支援を行った	3	1.7%
経過を説明した	153	86.0%
医療対話推進者（メディエーター 等）が問題解決を支援した	19	10.7%
その他	8	4.5%
特にない	12	6.7%

５９．事故調査報告書は作成しましたか。（n=178）

	n	%
はい	141	79.2%
いいえ	35	19.7%
無回答	2	1.1%

６０．原因究明の結果について患者・家族へ説明しましたか。（n=178）

	n	%
はい	151	84.8%
いいえ	21	11.8%
無回答	6	3.4%

６１．原因究明全般にあたって困ったことは何ですか。（当てはまるもの全て選択）（n=177）※無回答1

	n	%
原因究明の体制		
院内に医療安全、事故調査の専門家がいない	69	39.0%
院外の医療安全、事故調査の専門家の支援を得ることが困難であった	12	6.8%
当事者以外に、院内に医療事故に関連した医療分野（同一診療科等）の専門家がいない	30	16.9%
院外の医療事故に関連した医療分野（同一診療科等）の専門家の支援を得ることが困難であった	5	2.8%
原因究明の過程		
医療事故の分析方法がわからない	20	11.3%
医療安全管理者の精神的、肉体的な負担が大きい	91	51.4%
原因究明のための委員会の委員の日程調整	76	42.9%
遺族の病理解剖・Autopsy Imagingへの拒否	19	10.7%
当事者間で意見や記憶が異なる場合の取り扱い	37	20.9%
当事者から協力を得るに当たってのルールが整備されていない	35	19.8%
原因究明の結果		
報告書の内容が訴訟や捜査に与える結果が懸念される	42	23.7%
明確な原因を特定できなかった	45	25.4%
職員の状況		0.0%
当事者となった医療従事者のケア	79	44.6%
当事者以外の病院スタッフの士気低下・モラル低下の対策	29	16.4%
当該患者の診療に関係しない職員が興味本位で診療記録を閲覧する	15	8.5%
患者・家族・地域の状況		
医療事故後の患者・家族のケア	89	50.3%
患者・家族による暴言	36	20.3%
患者・家族との関係が完全に破たんし、話し合いに応じてくれない	13	7.3%
事故被害者以外の患者さんの不安の軽減	7	4.0%
地域の住民や医療機関からの信頼の回復	5	2.8%
その他	13	7.3%

＜医療事故調査制度＞

６２．医療事故調査・支援センター（日本医療安全調査機構）への報告が必要な医療事故が発生した際の調査方法について定めた指針やマニュアルはありますか。（n=389）

	n	%
ある	302	77.6%
ない	81	20.8%
無回答	6	1.5%

６３．過去３年以内に、遺族から、医療事故調査・支援センターへの届け出の要請または死亡原因究明の要請を受けたことがありますか。（n=389）

	n	%
ある	23	5.9%
ない	362	93.1%
無回答	4	1.0%

６４．問６３で「ある」と回答した場合、その後の対応はどのようにしましたか。（当てはまるもの全て選択）　（n=23）

	n	%
再検討し、医療事故調査・支援センターに届け出た	16	69.6%
再検討し、医療事故調査・支援センターへの届け出は行わなかった	7	30.4%
再検討しなかった	0	0.0%
その他	0	0.0%

６５．最近３年以内に、医療事故調査・支援センターへ医療事故の届け出をしましたか。（n=389）

	n	%	平均値	中央値
はい（件数）	108	27.8%	2.0	1
いいえ	279	71.7%		
無回答	2	0.5%		

６６．問６５で「いいえ」と回答した場合、その理由として当てはまるものを選択してください。（当てはまるもの全て選択）（n=275）※無回答4

	n	%
死亡症例を漏れなく把握・検証する仕組みがなかった	23	8.4%
医療に起因する死亡に該当するか判断できなかった	42	15.3%
予期せぬ死亡に該当するか判断できなかった	41	14.9%
合併症や偶発症との区別が難しかった	41	14.9%
医療事故を外部に報告することに抵抗があった	9	3.3%
遺族に疑義がない症例まで報告することに抵抗があった	10	3.6%
制度に則って報告・説明すると医事紛争に繋がるとの不安があった	5	1.8%
院内に医療安全、事故調査の専門家がいなかった	15	5.5%
専従または専任の医療安全管理者がいなかった	7	2.5%
原因究明をする人と時間の確保が難しかった	5	1.8%
院内事故調査のルールが定まっていなかった	14	5.1%
医師の協力が得られなかった	6	2.2%
医療事故の分析方法がわからなかった	4	1.5%
その他	151	54.9%

６７．問６５で「はい」と回答した場合、直近の事例で、遺族への説明はどのように行いましたか。（n=108）

	n	%
事故調査報告書を渡した上で口頭で説明した	50	46.3%
事故調査報告書を渡したが、口頭では説明しなかった	6	5.6%
要約文書を渡した上で口頭で説明した	16	14.8%
要約文書を渡したが、口頭では説明しなかった	2	1.9%
口頭の説明のみ行った	11	10.2%
まだ調査が終了していない	16	14.8%
その他	8	7.4%

６８．問６７で、事故調査報告書または要約文書を渡したと回答した場合、その理由として当てはまるものを選択してください。
（当てはまるもの全て選択）（n=72）

	n	%
遺族が事故調査報告書の受け取りを希望した	16	22.2%
遺族に事実を知ってもらう必要があると考えた	50	69.4%
院内規定に基づいて渡すことにした	15	20.8%
病院長または病院幹部の判断で渡すことにした	17	23.6%
その他	5	6.9%

６９．問６７で「口頭の説明のみ」と回答した場合、文書を渡さなかった理由として当てはまるものを選択してください。
（当てはまるもの全て選択）（n=11）

	n	%
遺族が事故調査報告書の受け取りを明示的に要求しなかった	3	27.3%
遺族が口頭説明のみで納得した	6	54.5%
事故調査報告書または要約文書を遺族に渡すという院内規定がない	5	45.5%
病院長または病院幹部の判断で渡さないことにした	3	27.3%
文書が訴訟に利用される可能性がある	0	0.0%
その他	0	0.0%

７０．直近の医療事故の届け出において、届け出の判断や原因究明にあたり、以下の組織等に相談したり支援を求めたりしましたか。
（当てはまるもの全て選択）（n=108）

	n	%
外部の組織には相談・支援を求めなかった	23	21.3%
医療事故調査・支援センター	42	38.9%
医療事故調査支援団体（医師会、病院団体 等）	43	39.8%
病院の上部組織（法人本部 等）	26	24.1%
弁護士	43	39.8%
その他の組織	5	4.6%

７１．問７０でいずれかの組織に相談・支援を求めたと回答した場合、どのような相談または支援を求めましたか。
（当てはまるもの全て選択）（n=85）

	n	%
届け出の対象に該当するかの相談	31	36.5%
院外の専門家の紹介	44	51.8%
院内医療事故調査の体制や方法に関する相談	21	24.7%
病理解剖の実施施設の紹介	2	2.4%
死亡時画像診断(Autopsy Imaging)の実施施設の紹介	2	2.4%
その他	6	7.1%

７２．医療事故調査・支援センターへ医療事故を報告するか否かの判断をするうえで、障害となっているのは何ですか。
（当てはまるもの全て選択）（n=107）※無回答1

	n	%
制度の理解		
職員が制度を知らない	10	9.3%
職員が制度を十分に理解していない	40	37.4%
院内の仕組み		
死亡症例を漏れなく把握・検証する仕組みがない	7	6.5%
診療記録に判断できるほどの情報が記載されていない	26	24.3%
報告対象の判断		
医療に起因する死亡に該当するか判断に悩む	45	42.1%
予期せぬ死亡に該当するか判断に悩む	57	53.3%
合併症や偶発症との区別が難しい	57	53.3%
病院長の判断と医療安全管理の担当者の判断が食い違うことがある	21	19.6%
判断についてどこに（誰に）相談したらよいか分からない	6	5.6%
その他		
医療事故を外部に報告することに対し抵抗感がある	9	8.4%
遺族に疑義がない症例まで報告するのは抵抗感がある	31	29.0%
制度に則って報告・説明すると医事紛争に繋がるとの不安がある	22	20.6%
わからない	3	2.8%
その他	6	5.6%

７３．医療事故調査・支援センターへの報告が必要な医療事故の原因究明をするうえで、障害となっているものは何ですか。（当てはまるもの全て選択）（n=108）

	n	%
経験がないのでわからない	5	4.6%
院内に医療安全、事故調査の専門家がいない	28	25.9%
専従または専任の医療安全管理者がいない	0	0.0%
医療事故について職員同士で話し合う組織文化がない	13	12.0%
原因究明をする人と時間の確保が難しい	49	45.4%
院内事故調査のルールが定まっていない	10	9.3%
原因究明の方法や内容が適切であるか判断できない	31	28.7%
院内で死亡時画像診断(Autopsy Imaging）ができない	3	2.8%
病理医がいない	13	12.0%
医師の協力が得られない	13	12.0%
医療事故の分析方法がわからない	4	3.7%
客観性の担保が難しい	22	20.4%
院内で病理解剖ができない	11	10.2%
その他	11	10.2%

７４．医療事故の届け出を経験したことで、院内の医療安全管理体制で変わった／変えたことがありましたか。（n=108）

	n	%
ある	66	61.1%
ない	38	35.2%
無回答	4	3.7%

７５．問７４で「ある」と回答した場合、変わった／変えたことについて具体的にお答えください。（当てはまるもの全て選択）（n=66）

	n	%
院内の医療安全文化の醸成	17	25.8%
医療安全に関する予算	1	1.5%
職員に対する医療安全の教育内容	24	36.4%
診療手技・技術の院内認定制度の導入・見直し	11	16.7%
マニュアルやルールの作成・改訂	48	72.7%
患者情報の伝達方法の標準化	7	10.6%
医療機器・器材の統一・標準化	4	6.1%
医療事故が疑われる事例が発生した場合の対応方法	19	28.8%
医療事故調査・支援センターへの届け出の迅速化	15	22.7%
医療事故の分析手法（RCA・FMEA等）の導入・見直し	4	6.1%
遺族への対応方法	14	21.2%
医療安全に関する臨床指標の測定方法	1	1.5%
その他	1	1.5%

７６．医療事故調査制度に基づく医療事故の届け出の経験について、総体としての満足度をお答えください。（n=108）

	n	%
満足	11	10.2%
どちらかといえば満足	67	62.0%
どちらかといえば不満	23	21.3%
不満	3	2.8%
無回答	4	3.7%

７７．医療事故調査制度は、国民の医療への信頼醸成に寄与したと思いますか。　（n=389）

	n	%
思う	95	24.4%
どちらかといえば思う	210	54.0%
どちらかといえば思わない	44	11.3%
思わない	14	3.6%
無回答	26	6.7%

７８．医療事故調査制度への要望がありましたら、お書きください。（n=55）

外部報告先を1本にしていただきたい

医療安全になって5年。正確か不正確かわからない。院長や医療安全管理室長（副院長）看護部長は「良くやってくれている」と言っていただくが正確ではない。患者さんが元気になっていただくのが一番と思っているがやはり1人で辛い

報告書の内容が、刑事事件に利用されている。
医療事故調査支援団体が活動していない状態。当院では必ず支援団体を通すこととしているため、報告書が完成にいたらない。アドバイス等が多い

制度の周知。具体的対応の周知を組織内でどの様に伝えたら良いのか。ツールがあれば知りたい。
医師は独自の解釈により対象にならないような論理にすりかえていると思う。もっと強いメッセージが必要と考えるが、各々の病院の判断になっているため難しいと思う。プロフェッショナルオートノミーには個人差がかなりあるので、具体的な報告事例を周知するなど気づきを促して欲しい。

結局遺族に提出した報告書が病院を訴える資料となっている
報告書の作成が難しい。報告書を公表して欲しい（参考のため）外部委員の選定が難しい
マニュアルに従い外部委員をお招きして、事故調査会を実施しようとしました。支援センターからのマニュアルに従い、各団体へ連絡をして、外部委員の紹介をしていただきたい事を伝えましたが経験がないとの理由から5ヶ所ことわられ大変時間を要しました。

報告書の賠償請求への利用をさけられないものか
言葉に語弊があるように思う。事故でもないものが死亡＝事故に結びつきやすく、対応（Faや親ぞくなど）に困難である。
名称が良くないので変更すべき。粉争化している場合には対象外とすべきではないか。粉争化しないような仕組みが必要ではないか。

センター報告を行っても特にサポートされるわけでもないので、報告側のメリットとなることがなかった。
患者・遺族からの窓口が無いことが問題視されていますが、医療機関で働く職員からの公益通報的な窓口があっても良いと思います。

訴訟利用
報告書の作成段階より支援が得られるとよい。また、調査実施を含めた相談支援があるとよい。
制度自体は明白で誠実だと思う。結果として現在の医療現場における安全へ取り組む意識や謙虚な姿勢がたりていない状況があることを露呈（112件/2015～2024）したことは良いことと思う。安全文化の醸成が多くの病院で必要である。当院も同様である。

調査に時間が掛かりすぎる

＜医療安全管理者の活動内容＞

７９．医療安全管理者の養成研修（40時間研修）について、以下の問にお答えください。（n=347）

７９－１．40時間研修を受講したのはいつですか。（複数回受講した場合は、直近の受講についてお答えください。）　（n=346）※無回答1

	最古	最新
西暦	2000	2025

７９－２．その研修の主催はどちらでしたか。（n=343）※無回答8、重複回答4

	n	%
日本病院会	22	6.8%
全日本病院協会・日本医療法人協会	18	5.5%
日本医師会	5	1.5%
日本看護協会	158	48.6%
医療の質・安全学会	19	5.8%
日本臨床医学リスクマネジメント学会	6	1.8%
日本医療機能評価機構	17	5.2%
医療安全全国共同行動	13	4.0%
その他	85	26.2%

８０．医療安全管理者の資格について、更新していますか。更新している場合、どこが主催する更新制度かあわせてお答えください。（n=347）

	n	%
している	45	13.0%
していない	293	84.4%
無回答	9	2.6%

８１．医療安全管理に関する継続学習を行っていますか。（当てはまるもの全て選択）　（n=347）

	n	%
講師を招いた院内研修等に参加している	64	18.4%
団体等が主催する院外研修に参加している	220	63.4%
学会に参加している	198	57.1%
多施設の医療安全管理者のグループに参加している	132	38.0%
その他	43	12.4%
行っていない	16	4.6%

８２．日頃、定常業務として取り組んでいる事項を選択してください。（当てはまるもの全て選択）　（n=347）

	n	%
医療安全管理体制の構築		
安全管理委員会や安全管理部門等の運営	330	95.1%
安全管理のための指針の策定	246	70.9%
安全管理活動の定期的な評価（活動の振り返り）	290	83.6%
業務マニュアルの作成・改訂（医療安全の観点から）		
既存のマニュアルの確認・改訂	334	96.3%
新しいマニュアルの作成	235	67.7%
職員への教育・研修の実施		
医療安全全般に関する教育・研修会の実施	337	97.1%
事例検討会の実施	210	60.5%
教育・研修内容の評価・改善	225	64.8%
情報収集、分析		
医療安全に関する情報収集（院内の情報）	337	97.1%
医療安全に関する情報収集（院外の情報）	293	84.4%
業務フローの現状と問題点の分析（業務フロー図、特性要因図等）	129	37.2%
危険個所の予測と事故の発生予防（FMEA等）	97	28.0%
医療安全文化の醸成	322	92.8%
報告の促進		
医療安全情報の周知	320	92.2%
安全に対する意識向上の働きかけ	283	81.6%
医療安全文化の測定	74	21.3%

上記のうち、医療安全のために**優先度**が高いと考える業務を３つまで選んでください。

	n	%
医療安全管理体制の構築		
安全管理委員会や安全管理部門等の運営	84	24.2%
安全管理のための指針の策定	9	2.6%
安全管理活動の定期的な評価（活動の振り返り）	53	15.3%
業務マニュアルの作成・改訂（医療安全の観点から）		
既存のマニュアルの確認・改訂	73	21.0%
新しいマニュアルの作成	12	3.5%
職員への教育・研修の実施		
医療安全全般に関する教育・研修会の実施	133	38.3%
事例検討会の実施	40	11.5%
教育・研修内容の評価・改善	21	6.1%
情報収集、分析		
医療安全に関する情報収集（院内の情報）	122	35.2%
医療安全に関する情報収集（院外の情報）	26	7.5%
業務フローの現状と問題点の分析（業務フロー図、特性要因図等）	25	7.2%
危険個所の予測と事故の発生予防（FMEA等）	16	4.6%
医療安全文化の醸成	137	39.5%
報告の促進		
医療安全情報の周知	79	22.8%
安全に対する意識向上の働きかけ	151	43.5%
医療安全文化の測定	13	3.7%

８３．直近で経験した医療事故（レベル3b以上）に対して、取り組んだ事項を選択してください。（当てはまるもの全て選択）　（n=347）

	n	%
事故発生時の報告体制等を盛り込んだ対応マニュアルの作成・改訂	158	45.5%
事故発生現場の調査と関係者からの事実確認	314	90.5%
事故に関連した機材や処置内容、データ等の保全	129	37.2%
患者・家族への連絡や説明	121	34.9%
事故に関与した職員への対応（精神的支援等）	105	30.3%
事故の原因分析（RCA、SHEL、4M4E等）	171	49.3%
医療事故調査制度事案に対する対応、必要に応じた支援	68	19.6%
事故調査委員会の支援（調査、報告書の作成、再発防止策の策定等）	92	26.5%
その他	14	4.0%

８４．以下の知識・技術等について、医療安全管理者の業務を遂行するうえでの重要性と適している学習時期を判断してください。（n=347）

		重要度						時期				
		あまり重要ではない		どちらかといえば重要		非常に重要			４０時間研修		継続研修等	
	n	n	%	n	%	n	%	n	n	%	n	%
医療安全管理体制の構築方法												
安全管理委員会や安全管理部門等の運営方法	331	17	5.1%	141	42.6%	173	52.3%	327	221	67.6%	106	32.4%
安全管理のための指針の策定方法	331	23	6.9%	147	44.4%	161	48.6%	327	231	70.6%	96	29.4%
安全管理活動の定期的な評価方法（活動の振り返り）	331	8	2.4%	115	34.7%	208	62.8%	325	181	55.7%	144	44.3%
業務マニュアルの作成・改訂方法（医療安全の観点から）												
マニュアルの確認・改訂方法	331	16	4.8%	143	43.2%	172	52.0%	325	175	53.8%	150	46.2%
マニュアルの作成方法	331	24	7.3%	148	44.7%	159	48.0%	325	196	60.3%	129	39.7%
職員への教育・研修の実施方法												
基礎的な医療安全に関する教育・研修会の実施方法	330	11	3.3%	111	33.6%	208	63.0%	322	220	68.3%	102	31.7%
事例検討会の実施方法	330	14	4.2%	125	37.9%	191	57.9%	323	167	51.7%	156	48.3%
教育・研修内容の評価・改善の方法	330	9	2.7%	150	45.5%	171	51.8%	322	143	**44.4%**	179	55.6%
医療事故を防止するための情報収集、分析方法												
医療安全に関する情報収集の方法（医療機関内の情報）	330	7	2.1%	123	37.3%	200	60.6%	324	258	79.6%	66	20.4%
医療安全に関する情報収集の方法（医療機関外の情報）	330	13	3.9%	178	53.9%	139	42.1%	325	242	74.5%	83	25.5%
業務フローの現状と問題点の分析方法（業務フロー図、特性要因図等）	329	7	2.1%	168	51.1%	154	46.8%	324	181	55.9%	143	44.1%
危険個所の予測と事故の発生予防の方法（FMEA等）	329	12	3.6%	163	49.5%	154	46.8%	324	187	57.7%	137	42.3%
院内巡視の実施方法												
多職種チームの一員として参加する場合	330	23	7.0%	150	45.5%	157	47.6%	323	186	57.6%	137	42.4%
医療安全管理者のみで実施する場合	329	35	10.6%	176	53.5%	118	35.9%	322	199	61.8%	123	38.2%
医療事故・ヒヤリハット事例の把握方法												
医療事故やヒヤリハットの報告書（インシデントレポート）	330	3	0.9%	54	16.4%	273	82.7%	323	254	78.6%	69	21.4%
院内の全死亡症例の精査	329	16	4.9%	105	31.9%	208	63.2%	322	204	63.4%	118	36.6%
患者・家族の相談・苦情	330	18	5.5%	140	42.4%	172	52.1%	322	196	60.9%	126	39.1%
合併症や偶発症の報告（一定の基準に合致する合併症・偶発症を報告）	330	12	3.6%	145	43.9%	173	52.4%	324	173	53.4%	151	46.6%
チャートレビュー（診療記録を抜き出して精査）	327	44	13.5%	187	57.2%	96	29.4%	323	137	**42.4%**	186	57.6%
オカレンスレビュー（自院で独自に定めた条件に合致する症例を精査）	326	39	12.0%	177	54.3%	110	33.7%	323	135	**41.8%**	188	58.2%
症例検討会の結果	327	20	6.1%	184	56.3%	123	37.6%	324	116	**35.8%**	208	64.2%
M&Mカンファレンスの結果（死亡症例や合併症症例の検討会）	327	25	7.6%	164	50.2%	138	42.2%	324	134	**41.4%**	190	58.6%
職員からの口頭報告（会議中や院内巡視中の口頭報告を含む）	330	16	4.8%	156	47.3%	158	47.9%	322	164	50.9%	158	49.1%
医療安全文化の醸成方法												
医療安全文化の測定方法	329	24	7.3%	155	47.1%	150	45.6%	323	165	51.1%	158	48.9%
醸成のための取り組み方法（報告の促進、医療安全情報の周知、意識向上の働きかけ等）	330	8	2.4%	101	30.6%	221	67.0%	322	183	56.8%	139	43.2%
医療事故（レベル3b以上）への対応方法												
事故発生時の報告体制等を含む対応マニュアルの作成方法	330	6	1.8%	53	16.1%	271	82.1%	321	209	65.1%	112	34.9%
事故発生現場の調査と関係者からの事実確認の方法	329	7	2.1%	63	19.1%	259	78.7%	322	208	64.6%	114	35.4%
事故に関連した機材や処置内容、データ等の保全方法	330	8	2.4%	65	19.7%	257	77.9%	323	198	61.3%	125	38.7%
患者・家族への連絡や説明方法												
事故に関与した職員への対応方法（精神的支援等）	329	7	2.1%	70	21.3%	252	76.6%	321	192	59.8%	129	40.2%
事故の原因分析の方法（RCA、SHEL、4M4E等）	329	6	1.8%	84	25.5%	239	72.6%	320	190	59.4%	130	40.6%
医療事故調査制度事案に対する対応、必要に応じた支援の方法	329	7	2.1%	89	27.1%	233	70.8%	321	181	56.4%	140	43.6%
事故調査委員会の支援の方法（調査、報告書の作成、再発防止策の策定等）	330	7	2.1%	94	28.5%	229	69.4%	322	161	50.0%	161	50.0%

８５．貴院として、医療安全管理者に求める役割は何ですか。自由にお書きください。	分類
病院横断的に活動するため、必要な権限の委譲をされている。 付与された資源を有効活用し、医療安全対策の中心となり活動できるよう、常に幅広い知識を持ち、高いコミュニケーション能力を発揮し問題解決できること。	A_統括・推進
組織横断的に働きかける。	A_統括・推進
現在実施されている医療安全の考え方・実践すべきことが院内で周知される事。 個々の行動変容を組織的に推進することだと考えている。	A_統括・推進
組織横断部に院内の医療安全を推進する役割。	A_統括・推進
安全普及活動の推進力、アナウンス力。 問題解決能力。 様々な職種と対話できるコミュニケーション力。	A_統括・推進
医療安全への意識の高い風土をつくれる活動を行うこと。 優先的に取り組むべき課題をみつけ、医療安全に関わる部門でリーダーシップを発揮して活動を推進すること。	A_統括・推進
組織横断的にまとめる力、人望。	A_統括・推進
横断的な活動。	A_統括・推進
患者さんと職員の安全を守り、医療の質を向上させる。そのために病院横断的に活動する。 組織全体を俯瞰して見ることができ、当院ではリスクマネジメント委員やワーキンググループが円滑に活動できるよう支援していくことです。	A_統括・推進
医療事故を防止し安全で質の高い医療を患者とともに実現するために組織横断的にその体制を構築運営する。	A_統括・推進, B_インシデント対応
最悪を想定しリスクを先取りした対応、対策を提示できる能力を持ち、組織横断的に公平な活動ができること。 医療者が当事者となるような事故を起こさない組織を作る支援をすること。	A_統括・推進, B_インシデント対応
医療事故・アクシデント（レベル3b以上）につながらないようにインシデント（レベル0～3a）での対策を周知する。 各部署で医療安全でこまっている事への助言。他部署よ横断的に対策がとれるようにクッション的に助言する。	A_統括・推進, B_インシデント対応
医療の安全に行われるよう体制の確保および事故防止対策を検討・周知することで市民の医療安全に貢献すること。	A_統括・推進, B_インシデント対応
部門横断的に情報収集、周知活動を行うこと。 インシデント報告などから、キケンを察知し、5sも活用した上で事故防止策の立案・実行・評価。	A_統括・推進, B_インシデント対応
医療に関する事故防止および医療の安全推進を図る。	A_統括・推進, B_インシデント対応
巡回などを通じて、各部署安全対策の実施状況の把握と分析。安全確保のために必要な業務改善等具体的対応の推進。 安全対策体制を確保するため各部門の調査。 患者・家族の相談に適切に応じる体制の支援。	A_統括・推進, B_インシデント対応, C_現場支援・モニタリング
日常的に医療安全を推進し、病院全体の情報を収集することで特性を把握して危険を回避できるよう努める。又、事故発生時には適切な対応がとれるよう率先して周囲に働きかける。	A_統括・推進, B_インシデント対応, C_現場支援・モニタリング
医療安全に対する発信力。 小さな事象から大きな事象に至らないように、レポートから見える予防につなげる対策（把握、分析力、指導力）。 組織横断的な活動。	A_統括・推進, B_インシデント対応, C_現場支援・モニタリング
医療安全確保のための対策、事故発生時の対応、状況把握や分析、防止対策を組織横断的に遂行することができる。 医療安全に関する法令を理解。	A_統括・推進, B_インシデント対応, C_現場支援・モニタリング
医療安全管理体制の構築・運営。 インシデント・アクシデントの報告・分析・再発防止。 教育・啓発活動。 現場のリスクアセスメントと安全ラウンド等。	A_統括・推進, B_インシデント対応, C_現場支援・モニタリング, D_教育・文化
医療安全の文化の醸成。 インシデントの管理、再発防止策の遵守、状況把握、ラウンド。 重大インシデントに対する分析、組織横断的な対応。	A_統括・推進, B_インシデント対応, C_現場支援・モニタリング, D_教育・文化
患者に安全な医療を提供するため、組織全体の医療安全の中心となり、体制構築、教育、研修、分析、改善、事故発生時の対応、安全文化の醸成などを担う役割である。	A_統括・推進, B_インシデント対応, D_教育・文化
インシデントレポートの分析対策の立案、院内への周知。 医療安全管理体制の維持、見直し。 教育、研修の実施。	A_統括・推進, B_インシデント対応, D_教育・文化
当院内における患者職員の安全確保の推進と医療安全管理対策の確立、職員への周知。 職員への教育研修の実施。医療事故への対応。	A_統括・推進, B_インシデント対応, D_教育・文化
医療機関全体の医療安全を確保するための体制構築と推進。 事故発生時の情報収集・対策立案、スタッフへの教育・研修、事故発生時の初期対応や再発防止の策定。	A_統括・推進, B_インシデント対応, D_教育・文化
医療安全管理体制の構築。 インシデント・アクシデントの分析継続評価。 職員の研修・教育。 安全文化の醸成。 医療事故対応。	A_統括・推進, B_インシデント対応, D_教育・文化
安全管理体制の構築（整備と運用）。 インシデント・アクシデントの分析と再発防止。 教育・啓発活動、リスクマネジメントの推進。	A_統括・推進, B_インシデント対応, D_教育・文化, E_ルール整備
安全管理体制の構築。 医療事故を防止するための情報収集・分析・対策立案・フィードバック・評価。 医療安全にかかる規則・マニュアルの整備・作成・改訂。 医療安全に関する職員への教育・研修の実施。 医療事故の対応。 医療相談。 院内の安全文化の醸成。	A_統括・推進, B_インシデント対応, D_教育・文化, E_ルール整備

安全管理に関する医療機関内の体制の構築に参画し、委員会等の各種活動の円滑な運営を支援する。 医療安全に関する職員への教育・研修、情報の収集と分析、対策の立案、事故発生時の初動対応、再発防止策の立案、発生予防および発生した事故の影響拡大の防止。 安全文化の醸成。	A_統括・推進, B_インシデント対応, D_教育・文化, F_連携
医療安全文化の醸成。 医療安全管理委員会。 推進部会etcの運営。 リスクマネージャー（所属長）の支援。 医療安全の教育・研修。 医療事故発生時の対応。	A_統括・推進, B_インシデント対応, D_教育・文化, F_連携
患者の安全を守るために、医療事故の防止や安全管理体制の構築推進を担う。リスク管理、事故対応または再発防止、人材育成、各部門との連携	A_統括・推進, B_インシデント対応, F連携
病院長、医療安全管理責任者および医療安全管理部長から、安全管理のために必要な権限を委譲され、安全管理に関する業務を遂行する。 医療安全に関する業務遂行に特定の部署からの制約を受けない。 安全管理上、必要な事項については、各部署の長に対して実効力のある発言ができる。 医療機関が持つ医療上のリスクを把握し、リスクを回避するために必要な対策を検討し、実践する。 役割遂行のためには、職種・部門間の調整を図りながら組織横断的に問題解決にあたり、医療安全管理上必要な業務に関して活動・助言する。	A_統括・推進, C_現場支援・モニタリング
医療安全を文化として根づかせる推進者。	A_統括・推進, D_教育・文化
医療安全に関する最新の知見を常にアップデートし、広く院内に周知する。また、組織横断的に医療安全文化を醸成する。	A_統括・推進, D_教育・文化
組織横断的に安全文化の醸成のために、はたらきかけていく活動。 各部署のリスクマネージメント委員が、自部署の安全のためにはたらきかける活動の支援。	A_統括・推進, D_教育・文化
各種点検に対応可能な体制の準備。 医療安全文化の醸成に向けての活動、リーダーシップの発揮、体制の構築。	A_統括・推進, D_教育・文化
①先行的医療安全対策。 ②組織横断的取り組み。 ③患者と医療者のかけ橋になる。 ④事象レベルは対応の必要性と必ずしもパラレルでない。 ⑤職員の教育・研修。 ⑥医療安全文化の醸成。	A_統括・推進, D_教育・文化
安全文化を根づかせ、醸成するために発信力や推進力を持ち続ける。 加算要件を満たす実践力を持つこと。	A_統括・推進, D_教育・文化
医療安全文化の醸成。 院内の横断的活動。 事例発生時の職員へのフォロー。	A_統括・推進, D_教育・文化
安全文化の醸成。 安全管理体制の構築と運営。	A_統括・推進, D_教育・文化
院内で初の医療安全管理者の専従として活動し始め1年経過したところなので、組織横断的なしくみ作りをしているところが多い現状です。医師の医療安全に対する活動の協力体制がどこまで得られるか、と、多職種も含め、患者の安全を最優先に考えた業務が実践できているかの視点で、指導、教育していくこと。	A_統括・推進, D_教育・文化, F_連携
医療安全に対する職員への教育を支援。 患者の安全確保のための施策。 他職の連携や協力体制のためのハブ。	A_統括・推進, D_教育・文化, F_連携
医療安全管理体制の整備（今年度設置された為）。	A_統括・推進, E_ルール整備
「患者中心の医療」に向けた体制造りと「心理的安全性」の確保された職場環境整備だと思っています。	A_統括・推進, E_ルール整備
「医療の質の向上、医療安全対策の推進」とあるが、 - 実際は組織間の連携（仲介）役。 - 謝罪代行役がメインで、医師は苦手の部分はしない。	A_統括・推進, F_連携
再発防止、安全な医療と環境を提供出るように調整する役割。 片手間では絶対できない仕事量と質です。	B_インシデント対応
インシデント、アクシデントレポートの分析。 再発防止策の検討と対策の徹底に向けた調整、仕組み化。 重大事項発生時の院内会議の調整と、周知、共有に向けて調整等、医療の質における評価を担うところ。	B_インシデント対応
医療事故をおこさないための活動をする。	B_インシデント対応
医療事故の発生予防と発生時の適切なマネジメント。	B_インシデント対応
重大事故を未然に防ぎ、起こった時の再発防止に対し、率先して原因究明にあたる。 必要なメンバーへの働きかけ、臨時のミーティングを行う。	B_インシデント対応
再発防止策の立案と周知、徹底。	B_インシデント対応
事故防止のための情報収集、分析、対策立案、フィードバック、評価。	B_インシデント対応
重大事故を防ぐための予防策の構築、医療安全管理室の運営。	B_インシデント対応
患者の安全を確保し、医療事故を防止する役割。 そのために様々な医療安全活動を行う。	B_インシデント対応
医療事故をなくし、患者が安心して安全な医療をうけられる環境を整える。	B_インシデント対応
院内の医療事故防止に対してリーダーシップを図る。 様々なインシデントレポートより当院の傾向を分析し対応するようチームや各部署を巻き込んで活動していく。	B_インシデント対応
インシデント・アクシデントをくり返さないための対策の検討。	B_インシデント対応
同じ事故が起きない様に声かけを行っていく、発信を行う。	B_インシデント対応
各部署を積極的に見て、医療安全上の問題点を抽出し対応する。 インシデントなどの事案の原因を究明し、再発予防のための効果的な方策を立案・実行できる役割。	B_インシデント対応

有害事象の医療事故を起こさせない取り組みを院内で中心となり進める役割。 患者、スタッフ両者の安全を守る支援者。	B_インシデント対応
いかに件数を減らし、レベルの低い事案ですんだということが大切であり管理者は、そうなるように、聞きとり、分析、備品など現場単位で動くのが役割。管理室にこもってばかりでは、改善できない。	B_インシデント対応, C_現場支援・モニタリング
院内で報告されるインシデント・アクシデント全てについて内容を把握し、集計・分析を通し、医療事故を防止するための対策立案・フィードバック、評価、支援などを行うこと。	B_インシデント対応, C_現場支援・モニタリング
過去重大な医療事故は発生しておらず、入院患者は高齢者がほとんどで、平均年齢80才である。 ラウンドによる環境確認や、ヒヤリハット、インシデント報告を情報発信し、転倒・転落による骨折等を未然に防ぐことが最も大きな役割、課題であると考えている。	B_インシデント対応, C_現場支援・モニタリング
当院は、病床数、職員数の状況から、医療安全管理者は併任となります。現在、病棟の副師長にその役割を担ってもらっています。職員全体のインシデントの状況把握、データ整理、会議での報告、及び職員教育としての研修会の企画・運営については看護部と協力して実施している。継続して、職員全体が安全対策を講じる事ができるよう、リーダーシップを発揮してほしい。	B_インシデント対応, C_現場支援・モニタリング, D_教育・文化
インシデント・アクシデントの把握と、分析、方策立案、実行、これらに関するマニュアル改訂。 職員、部門間のコンフリクト時折衝。 患者・家族と、職員間コンフリクトの折衝。職員に対する教育などなど。 何でも振ればよいと思われているようだ。	B_インシデント対応, C_現場支援・モニタリング, D_教育・文化, E_ルール整備
医療安全管理者としてインシデント報告の活用を中心に職員が報告しやすい環境づくりや心理的安全性の確保に取り組んでいる。 報告の分析結果を現場に還えし事故レベル0.1の報告を増やすなど安全への意識を高める活動を行なっている。また、医師セコメディカルを含めた多職種連携を進め院内全体で医療安全文化を根付かせる役割を担っている。	B_インシデント対応, C_現場支援・モニタリング, D_教育・文化, F_連携
看護部以外の部門も医療安全管理者の研修を受講し、各部門で分析できるレベルを統一しておく必要がある。 患者、家族、職員、他院（地域連携ラウンド）の方とも関わるので対話や交渉を円滑に進める役割がある。 職員が医療安全を目指すための行動（報告、研修参加、患者との信頼関係の構築）がとれるように関わることを求める。	B_インシデント対応, C_現場支援・モニタリング, D_教育・文化, F_連携
組織全体を把握し、各委員会やチームが円滑に活動できるよう支援していきたい。 医療事故を未然に防ぐための仕組づくり、医療安全意識の向上。	B_インシデント対応, C_現場支援・モニタリング, F_連携
安全な医療を提供するために職員・チーム、患者家族を支援する。 支援としては安全情報の提供、教育研修、安全対策を共に検討・実施・評価する。 医療事故調査制度の対象事例にかかわらず、重大事例では、事故調査を実施。 報告書作成し組織として再発防止策に努める。また患者家族への説明を行う又は調整する。	B_インシデント対応, D_教育・文化
安全文化の醸成。医療事故の防止。	B_インシデント対応, D_教育・文化
事故防止とインシデントレポート、職員教育、醸成のための取り組み。	B_インシデント対応, D_教育・文化
当院において、職員ひとりひとりの医療安全に関する意識は低いと認識しています。 報告する習慣を身につけ、まずは自部署で発生しているインシデントを報告する習慣を養ない、医療安全文化の醸成をする必要があると思います。 重大なインシデントはひとりひとりの意識で変化するため、ハインリ＝の方＝と同様に軽微な＝を知り、重大なインシデントを起こさないよう運営する必要がある。	B_インシデント対応, D_教育・文化
安全文化の向上。 未然防止（事故の）。	B_インシデント対応, D_教育・文化
事故発生時の迅速対応と当事者ケア（医療従事者と患者）、事故発生時の患者管理、安全文化醸成のための活動。	B_インシデント対応, D_教育・文化
当院で求められる医療安全管理者の役割は、医療安全の確保と医療安全文化の醸成であり、病院長より委託された権限に基づき、医療事故発生時の対応を行う他、平時には事故防止策の企画・立案・実施および職員教育・研修の実施である。	B_インシデント対応, D_教育・文化
インシデント、アクシデント発生時の対応、現状分析と対応策の検討、実施、評価。 医療安全文化の醸成。 医療事故発生時の対応と再発防止。	B_インシデント対応, D_教育・文化
院内でのインシデントを多く収集し、真因追及、分析、有効再発防止策を立案し、職員全体で実施できるよう導く仕組み作り。 職員全体の医療安全に対する考え方や知識向上に向けた教育。	B_インシデント対応, D_教育・文化
安全文化の醸成。 医療事故防止策の検討・実施（PDCAサイクル）。 医療事故への対応。	B_インシデント対応, D_教育・文化
医療事故発生の原因分析、対策の検討、組織の安全文化の醸成。 医療安全に関するマニュアルの作成・見直し。	B_インシデント対応, D_教育・文化, E_ルール整備
医療安全文化の醸成・教育。 マニュアルの整備。 事故発生時の事実確認。 インシデントレポート等の集収・分析。 関連委員会の運営など。	B_インシデント対応, D_教育・文化, E_ルール整備, F_連携
院内報告制度等を基盤とした医療安全のための活動。 医療安全のための委員会に関する活動。 医療安全のための部署間の調整、対策等の検討。 医療安全のための指針やマニュアルの作成。 医療安全に関する研修・教育。 医療安全に関する院外からの情報収集と対応。 医療安全のための院内評価業務。 事故発生時の対応業務。 患者相談窓口に関する業務。	B_インシデント対応, D_教育・文化, E_ルール整備, F_連携
患者安全のために必要なルールを全職員が守れるための働きかけ。 医療事故収集事業、医療安全調査機構を周知し、院内が提言などを守った医療を行えるようにすること。	B_インシデント対応, E_ルール整備

医師の安全管理者の育成に悩む。 当院は安全管理室に看護部より専従と専任で置いているが、医師は専任であり、専従Ns専任Nsが対応したことを承認するだけにとどまっている。また、事務員も常勤が配属されているけど、事故が発生しても何も対応しない。外部との連絡もNsがしている状況です。 負担が大きい。	B_インシデント対応, F_連携
医療安全管理者は、単なる管理者ではなく、現場と経営層をつなぐ橋渡し役として、医療の質を守る要となる。特に周産期・小児領域では命に直結する判断が求められるため、迅速かつ的確な対応力を求める。	C_現場支援・モニタリング
現場がストレスなく、（安心して）相談できる役割。	C_現場支援・モニタリング
現場では人員不足や急を要した理由でダブルチェックなどの安全のための確認行動が省かれることが多くある。なので業務優先ではなく、安全優先の業務が実施できるようゼンスタッフと協同し導く役割がある。	C_現場支援・モニタリング
2025年6月より病棟師長から医療安全対策室へ室長として配属となりました。現在、勉強中のところでもありますが、医療安全管理者は『聞き役』『相談役』『繋ぎ役』的な役割である必要があると思う。 あまり先頭に立って行動すると現場との熱量に差が出すぎる。	C_現場支援・モニタリング
医療安全における現場の中核的な存在。	C_現場支援・モニタリング
患者さんとその家族に安全と信頼の医療を届けられるよう安全文化の構築と普及に努める事。 机上の空論とならないよう現場によりそう事。 実現可能な対応を考える。	C_現場支援・モニタリング, D_教育・文化
院内全体の有害事象の把握、予防策の為の院内調整（マニュアルの作成など管理者が全て行うことは不可）。	C_現場支援・モニタリング, E_ルール整備
医療安全の責任者としても、医師や看護師・多職種の医療者へ安全確保の必要性を伝え続けていき、院内全体で意識を高められるようにつなげていく役割が重要であると考えます。 そのためには現場の状況把握、予防策を行っていくことが必要であると考えます。	C_現場支援・モニタリング, F_連携
医療安全文化の醸成。	D_教育・文化
組織的な医療安全文化の構築と醸成、人・仕組み・文化など多方向からの働きかけ。 「個人を責めずシステムを変える」リーダーシップ。	D_教育・文化
安全文化の構築。 監査等の対応。	D_教育・文化
病院内の医療安全文化醸成を図ること。	D_教育・文化
職員が安心して、その患者にとって質の高い医療を提供できるよう、医療安全文化の醸成を行う→このために中立の立場で患者さん、職員と向き合う。 職員が何でも相談できる立ち位置にいることを常に考える。	D_教育・文化
医療安全を組織的に運営する。 全職員への安全文化の醸成を図るためには各部内の医療安全管理責任者と常に安全意識レベルを同じに合わせる事ができる取り組みを可視化していくこと。	D_教育・文化
医療安全文化の醸成。	D_教育・文化
医療安全文化を全職員に根付かせる。	D_教育・文化
医療安全に対してはまだ標準に追いついていない部分があるため、医療安全文化を醸成していく必要があると考えている。 平時と有事の活動をきちんと行っていくことである。	D_教育・文化
安全文化の醸成。 各部署の調整役。	D_教育・文化
院内の医療安全文化の醸成。	D_教育・文化
院内の安全文化醸成のためのシステムを整え、職員が各々安全のためにできることは何かを考えられるよう教育する。	D_教育・文化
孤独です、何もかも、全部医療安全管理者任せです。会議も研修も、Drも言いたいことだけいって、形にしてまとめるのは医療安全管理者の仕事です。でもこれが仕事だと思ってます。	D_教育・文化
継続的研修、学会参加・発表、人脈形成、職員教育。	D_教育・文化
医療安全文化の醸成のため職員への働きかけ。	D_教育・文化
全職員150名程、病棟48床の小さな規模での運営で、専任1名も厳しい状況の中、ぎりぎりで最低限の医療安全業務を回している現状です。 医療安全管理の役割も正直院内で明確になっていない現状もあり、まずは管理者研修受講者を増やすことで役割を考えられる人を増やすことが課題（要は役割すら明確になっていない）。	D_教育・文化
医療安全文化の醸成。	D_教育・文化
専従ですが、各部門だけで解決できないことを調整し改善につなげる。同様の事例を発生させないことなどが必要と考えます。 マニュアルの整備、作成などについても必要としています。 職員研修では職員全体で取り組む医療安全についても実施しています。	D_教育・文化, E_ルール整備
医療安全文化を職員に伝える。安全を守るためのマニュアル改訂	D_教育・文化, E_ルール整備
医療安全文化の醸成の必要性を理解し、そのための活動を積極的に行うこと。また、多職種との適切なコミュニケーションがとれることを期待しています。	D_教育・文化, F_連携
院内の報告文化の醸成を促進し、患者への医療を多職種と安全に提供する	D_教育・文化, F_連携
各職種間の連携を行い、医療安全意識を高め、医療の質を高めること。 報告文化、学びの姿勢をスタッフがもつことができる様、各部署長と連携し風土を作ること。 スタッフが安心して働くことができる環境作り。	D_教育・文化, F_連携
医療従事者が適切な医療を行える環境を整備すること。	E_ルール整備
マネージャー的な活躍、リーダーシップは委員会の委員長が担っているので。フットワークの良さ求める。	F_連携
医療安全管理者は病院における医療安全管理に係る実務を担当し、医療安全を促進する。	G_その他
中立的・科学的な立場で医療の質・安全の向上と信頼できる医療の確保。	G_その他
法的根拠に基づく安全管理	G_その他
ストレスマネジメント、アンガーマネジメント、楽しく前向きにいいこと探しが（good job）明日のやる気につながります。	G_その他
マネージメント。	G_その他
医療の質を管理し、患者の安全だけではなく職員の尊厳と健康を守る。	G_その他
各部署間を調整することで物事をスムーズにすすめることが必要と考えます。 忙しい中で安全対策を定着させるには大事かと思っています。	G_その他

クオリティコントロールと紛争対応。	G_その他
管理者自から医療安全の重要性について、語り、積極的に安全活動に参加する事で、職員の意識の向上につながると思う。	G_その他
全ての医療者に、診療遂行上の支援をすること。	G_その他
長い目で見て、医療安全に関する認識・対応の向上。	G_その他
医療の質をあげるために、倫理的判断ができること。	G_その他
医療の質と安全を向上させる為にリーダーシップを発揮する。 医療安全管理に関するデータを収集する。 医療安全に関する情報を発信する。	G_その他
困った時に判断、対応できる（何でも屋ではなく）立ち位置。	G_その他
患者さんと、職員の安心安全な場所作りをお手伝いする役割。	G_その他
患者の安全を守り、医療の質を向上させるために中心となって活動する。	G_その他
院内の医療行為が、職員（医療者）と患者の安全が担保され実施できるよう活動していくことと思います。	G_その他
安全な医療が提供できる環境・システム作り。	G_その他
各セクションへの橋渡し。 協働行動への促進。	G_その他
医療安全の質の向上。	G_その他
医療の質、安全を保証するシステムの構築。	G_その他
配属されて2ヶ月のため、今後も継続して医療安全に関わっていこうと思います。	G_その他
患者さんが安心して安全に医療を受けることができ、病院で働くスタッフが安全に安心して働ける病院環境を構築すること。	G_その他
病院の医療安全活動の方針と目標を設定し、病院全体の承認を得た上で、各自がその目標を向かって自律的に行動できるよう支援する。	G_その他
患者と医療者が安心して医療を受ける。 提供するための基盤を作ること。 変化に対応する能力を持つこと。	G_その他
加算取得に必要な業務の遂行者であり、患者・職員の安全行動を、どう伝えるとより、効果的かを考え、行動する者。	G_その他
特定機能病院であるため、医療安全管理者の役割や業務は法令で具体的に定められている。	G_その他
診療報酬上は加算2でしたが、加算1取得の目的で設置されました。加算2といっても実質、入院基本料レベルでしたので、加算1への対応を求められていると思います。	G_その他
病院に起こる様々な事象への対応、支援。	G_その他
バランス感覚：安全の追求と収益性の確保。	G_その他
県の基幹病院として医療と安全の質を高めること。	G_その他
患者、家族、職員の安全の確保、質の高い医療を提供すること。	G_その他
医安の質の向上。	G_その他
何でしょうか？こちらがききたい。すべて安全でしょと言われてしまうのは…。安全的にはどうなんでしょうときくのがいやです。次々とおそってくる仕事をこなすので精一杯という感じです。集計結果はいただけるのでしょうか。他の状況を知りたいです。	G_その他
医療の質を担保する。医療安全管理者がいるので大丈夫として、全ての安全の処理場になってほしい…と考えているのでしょうが、組織としてシステムの構築を図る以外に、ひとりひとりの個人的な問題、各部署の問題を「医療安全」とされるのは疑問があるとともに無理がある。管理者各人の責任感を整えた上で医療安全に取組みたい。	G_その他
部門間の調整能力。 新しいことへのチャレンジ力。	G_その他
患者と職員の安心、安全。	G_その他
人間力。	G_その他
全職員に参加意思を持たせて活動する事。	G_その他
継続的にPDCAサイクルをまわしつづけること。	G_その他
すべての患者の安全を守り、安全な医療の提供をめざす。	G_その他
病院上層部と職員の意思疎通がスムーズに行われるような影響を整えること（医療安全において）。	G_その他
情報伝達を円滑にし、職員に還元する。	G_その他
医療安全に対してのリーダーシップ。	G_その他
独立性。	G_その他

資料3

医療安全管理者のタイムスタディの回答方法と参加の許諾

調査票は、「A_回答者及び病院の属性」「B_定常的な業務」「C_非定常的な業務」の3つのシートで構成されています。

それぞれのシートを開いていただき、設問毎の指示（以下の3つのいずれか）に従い回答をしてください。

1　該当する項目に「☑」を入力
2　件数・回数・時間に数値を入力
3　自由記載を入力

本調査の趣旨説明をお読みいただき（別紙依頼文）、下記設問にご回答ください。

現在医療安全管理業務に携わっていますか。（該当する項目に☑を入力してください。）

携わっている	☐	→	下記設問へお進みください
携わっていない	☐	→	本調査票を破棄してください

本調査に参加することを同意しますか。（該当する項目に☑を入力してください。）

同意する	☐	→	A_回答者及び病院の属性のシートへお進みください
同意しない	☐	→	本調査票を破棄してください

ご不明点がありましたら、以下までお問い合わせください。

東邦大学医学部 社会医学講座
瀬戸　加奈子、林　凌甫
Tel: 03-3762-4151（内線2415）
Fax: 03-5493-5417
health@med.toho-u.ac.jp

Ａ．　**<u>回答者及び医療機関の属性、医療安全管理の基本体制</u>**についてお伺いします。

Ａ-1.　回答者についてお伺いします。

１．職種をお答えください。（該当する項目に☑を入力してください。）

医師	□
看護師	□
薬剤師	□
事務員	□
その他	□

２．医療安全管理者としての業務経験年数をお答えください。（以下の枠の中に、数値を入力してください。）

□ 年

３．医療安全管理者の養成研修（４０時間研修）についてお答えください。

３－１．いつ受講されましたか。（複数回受けた場合には、直近にうけた年を数値で入力してください。）

（西暦） □ 年

３－２．どこの団体が主催する研修を受講しましたか。（該当する項目に☑を入力してください。）

日本病院会	□	→ ３－３　へすすむ
全日本病院協会	□	
日本医師会	□	→ ４　へすすむ
日本看護協会	□	
医療の質・安全学会	□	
医療安全全国共同行動	□	
日本医療機能評価機構	□	
日本臨床リスクマネジメント学会	□	
その他 （その他と回答された場合、団体名を自由記載で入力してください。）	□	

↓

団体名 □ → ３－４　へすすむ

３－３．日本病院会、全日本病院協会が主催する研修を受講した方にお伺いします。
更新はされていますか。（該当する項目に☑を入力してください。）

更新している	□	→ ４へすすむ
初回受講後５年経過していない	□	
更新していない	□	

３－４．その他と回答された方にお伺いします。受けた研修に、更新制度はありますか。（該当する項目に☑を入力してください。）

ない	□	→ ４へすすむ
ある	□	

↓

更新制度が「ある」と回答した方にお伺いします。何年に１度の更新が必要か数値を入力してください。

□ 年に1度の更新

↓

更新はされていますか。（該当する項目に☑を入力してください。）

更新している	□
初回受講後、更新年を経過していない	□
更新していない	□

４．医療安全管理者の業務を行う上で必要な知識や技術についてお答えください。

４－１．医療安全管理者の業務を行う上で、望ましい研修内容はありますか。
（該当する項目に☑を入力してください。）

ない	☐	→ Ａ－２ へすすむ
ある	☐	

↓

４－２．望ましいと考える①具体的な研修内容をお答えください。
また、①で選択した内容ごとに②研修方式・③医療安全管理者の養成研修（４０時間研修）に含まれていたかをお答えください。
（該当する項目に☑を入力してください。）

①具体的な研修内容		②研修方式		③４０時間研修に含まれていたか	
医療安全施策・法制度	☐	対面座学	☐	はい	☐
		e-learning	☐		
		演習	☐		
心理学・人間工学 ヒューマンエラーのメカニズム 人間の認知の特性に応じた安全対策 システム思考 Safety Ⅰ・Ⅱ、高信頼組織理論　等	☐	対面座学	☐	はい	☐
		e-learning	☐		
		演習	☐		
マネジメント・チームビルディング 委員会や部門設置、組織横断的運営 チーム医療 Team STEPPS　等	☐	対面座学	☐	はい	☐
		e-learning	☐		
		演習	☐		
医療安全文化の醸成 組織の安全文化 医療安全文化の測定・管理　等	☐	対面座学	☐	はい	☐
		e-learning	☐		
		演習	☐		
情報収集・分析・対策・評価 PDCAサイクル 分析ツールの活用（RCA、FMEA　等）	☐	対面座学	☐	はい	☐
		e-learning	☐		
		演習	☐		
インシデント集計・分析手法 データ収集と集計 統計分析 集計結果の提示方法　等	☐	対面座学	☐	はい	☐
		e-learning	☐		
		演習	☐		
職員研修企画・運営 研修設計、教材選定、評価、振り返り等 （具体的実施法）	☐	対面座学	☐	はい	☐
		e-learning	☐		
		演習	☐		
医療事故発生時の対応 事故後の行動指針、初期対応、 報告体制・ヒアリングの方法 法的対応 職員支援　等	☐	対面座学	☐	はい	☐
		e-learning	☐		
		演習	☐		
医療安全管理体制相互評価	☐	対面座学	☐	はい	☐
		e-learning	☐		
		演習	☐		

４－３．上記の他に望ましい研修内容があれば、望ましい研修方式・４０時間研修に含まれていたかを含めて自由記載で入力してください。

Ａ－２．現在勤めている医療機関についてお伺いします。

１．病床数（稼働病床数について直近の数値を、以下の枠の中に入力してください。）

一般病床		床
療養病床（医療保険・介護保険を含む）		床
精神科病床		床
その他の病床		床
総病床数	0	床

２．職員数（常勤換算）　（直近の数値を、以下の枠の中に入力してください。）

医師（初期研修医を除く）		人
初期研修医		人
看護師		人
その他		人
総職員数	0	人

３．医療安全管理のための部署を設置していますか。（該当する項目に☑を入力してください。）

設置している	☐
設置していない	☐

４．医療安全部門に配置されている、職員の人数について数値を入力してください。
専従：他の業務を行わず、医療安全の業務に就業時間の８割以上従事している者
専任：他の業務への従事の有無を問わず、医療安全の業務に就業時間の５割以上従事している者

専従の医療安全管理者		人
専任の医療安全管理者		人
その他（兼任も１人と数えてください）		人

５．患者相談の年間（昨年または昨年度）の件数について数値を入力してください。
その中で医療安全に関わるものは何件あったか数値を入力してください。

総数	年間		件
うち医療安全に関わるもの	年間		件

６．院内報告（インシデントレポート）の年間（昨年または昨年度）の件数を数値で入力してください。

総件数（レベル0 － 5）	年間		件
うちレベル3b以上の件数	年間		件

７．院内報告の把握方法を教えてください。
（該当する項目に☑を入力してください。）

紙媒体の報告書	☐
電子カルテ・LAN等	☐
その他	☐

↓

具体的な方法をお答えください。（自由記載で入力してください。）

８．年間退院患者数（昨年または昨年度）を数値で入力してください。そのうち死亡退院患者数を数値で入力してください。

退院患者数	年間		人
うち死亡退院患者数	年間		人

９．**過去３年以内**に、医療事故調査・支援センター（日本医療安全調査機構）へ医療事故の発生について報告をしましたか。
（該当する項目に☑を入力してください。）

報告をしていない	☐	→ １０ へすすむ
報告をした	☐	

「報告をした」と回答された場合、過去３年間の件数を数値で入力してください。

過去３年間 ＿＿＿＿ 件

１０．**過去１年以内**に、PMDA（独立行政法人 医薬品医療機器総合機構）へ医薬品の副作用報告をしましたか。
（該当する項目に☑を入力してください。）

報告をしていない	☐	→ １１ へすすむ
報告をした	☐	

「報告をした」と回答された場合、過去１年間の件数を数値で入力してください。

過去１年間 ＿＿＿＿ 件

１１．診療報酬で医療安全対策加算、医療安全対策地域連携加算を取得していますか。
（該当する項目に☑を入力してください。）

①医療安全対策加算

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

② 医療安全対策地域連携加算

医療安全対策地域連携加算1（50点）	☐
医療安全対策地域連携加算2（20点）	☐
取得していない	☐

B．医療安全管理者として実施している**「定常的な業務」（日常的に行っている業務）**についてお伺いします。

定常業務所要時間合計表示（月あたり）	
0	時間

(0) 残業時間についてお伺いします。**月当たり**の平均残業時間をお答えください。

	時間

(1) 医療安全管理者として出席する院内の会議についてお伺いします。**月当たり**の回数および所要時間をお答えください。

業務内容	**月当たり**の回数	**月当たり**の所要時間
① 医療安全管理委員会	回	
a. 資料作成・連絡調整		時間
b. 会議開催		時間
c. 議事録作成・確認		時間
② 医療安全管理室内での会議	回	
a. 資料作成・連絡調整		時間
b. 会議開催		時間
c. 議事録作成・確認		時間
③ その他の院内会議	回	
a. 資料作成・連絡調整		時間
b. 会議開催		時間
c. 議事録作成・確認		時間

(2) 院内巡視についてお伺いします。**月当たり**の回数および所要時間を数値で入力してください。

業務内容	**月当たり**の回数	**月当たり**の所要時間
① 院内巡視（医療安全、医薬品・医療機器、放射線、抑制、褥瘡等）	回	
a. 実施		時間
b. 記録作成		時間

(3) 教育研修についてお伺いします。**月当たり**の回数および所要時間を数値で入力してください。

業務内容	**月当たり**の回数	**月当たり**の所要時間
① 全職員対象の医療安全教育研修（医薬品、医療機器、放射線を含む）	回	
a. 資料作成		時間
b. 研修会開催（準備を含む）		時間
② 部署・職種別に実施する医療安全教育研修	回	
a. 資料作成		時間
b. 研修会開催（準備を含む）		時間

(4)情報収集についてお伺いします。**月当たり**の回数および所要時間を数値で入力してください。

業務内容	**月当たり**の回数	**月当たり**の所要時間
① 外部情報の収集・院内周知 （厚労省、医師会、日本医療機能評価機構、PMDA、医療事故調査・支援センター等）	回	
a. 収集・整理		時間
b. 資料作成・院内周知		時間

(5)インシデントレポートについてお伺いします。**月当たり**の回数および所要時間を数値で入力してください。

業務内容	**月当たり**の回数	**月当たり**の所要時間
① インシデントレポートの確認	回	
a. 内容確認		時間
b. 調査（ヒアリング）		時間
c. 集計・分析		時間

(6)死亡事例の把握についてお伺いします。**月当たり**の回数および所要時間を数値で入力してください。

業務内容	**月当たり**の回数	**月当たり**の所要時間
① 死亡事例の把握	回	
a. 内容確認（医療事故調査制度対象かの検討を含む）		時間
b. 調査（ヒアリング）		時間

(7)患者相談についてお伺いします。**月当たり**の回数および所要時間を数値で入力してください。
（個別の相談は「C．非定常的な業務」に含まれます。）

業務内容	**月当たり**の回数	**月当たり**の所要時間
① 患者相談内容の確認	回	時間

(8)医療安全に関わるマニュアルの作成・改訂についてお伺いします。（医療安全管理室が作成しているマニュアル以外も含まれます。）
月当たりの回数および所要時間を数値で入力してください。

業務内容	**月当たり**の回数	**月当たり**の所要時間
① 医療安全に関わるマニュアルの作成・改訂内容の確認	回	時間

(9)医療安全文化調査についてお伺いします。

あなたの病院では、定期的に医療安全文化調査を行っていますか。（該当する項目に☑を入力してください。）

行っていない	☐	→ (10)医療安全相互評価　へすすむ
行っている	☐	

↓

年当たりの所要時間を数値で入力してください。

業務内容	**年当たり**の所要時間
① 準備、実施	時間
② 集計、分析	時間
③ 結果のフィードバック	時間

(10)地域連携における医療安全相互評価（相互評価）についてお伺いします。

あなたの病院では、相互評価を行っていますか。（該当する項目に☑を入力してください。）

行っていない	☐	→ (11)その他：医療安全に関するもの　へすすむ
行っている	☐	

↓

評価を受けた回数と評価した回数、それぞれについて数値を入力してください。

評価を受けた回数	（年間）		回
評価した回数	（年間）		回

↓

「評価を受けた場合」と「評価した場合」それぞれについて、**1回当たり**の所要時間を数値で入力してください。

＜評価を受けた場合＞

業務内容		**1回当たり**の所要時間	
①	事前準備		時間
②	訪問評価の受審		時間
③	事後作業（改善計画報告書の作成等）		時間

＜評価した場合＞

業務内容		**1回当たり**の所要時間	
①	事前準備		時間
②	訪問評価の実施		時間
③	事後作業（評価結果報告書の作成等）		時間

(11)その他：医療安全に関係するものについてお伺いします。**月当たり**の回数および所要時間を数値で入力してください。

業務内容		**月当たり**の回数		**月当たり**の所要時間	
①	報告受け（当直管理者等から）		回		時間
②	安全についての院内への情報発信（ニュースレター等）		回		時間
③	その他具体的に（　　）		回		時間
④	その他具体的に（　　）		回		時間
⑤	その他具体的に（　　）		回		時間

(12)その他：医療安全に関係が乏しいものについてお伺いします。**月当たり**の回数および所要時間を数値で入力してください。

業務内容		**月当たり**の回数		**月当たり**の所要時間	
①	メール・院内イントラネットの確認		回		時間
②	その他具体的に（　　）		回		時間
③	その他具体的に（　　）		回		時間
④	その他具体的に（　　）		回		時間

C．医療安全管理者として実施している**「非定常的な業務」**についてお伺いします。

(1)医療故対応（レベル3b以上）についてお伺いします。

1事例発生時の所要時間を数値で入力してください。（直近に経験された事例についてお答えください。）

業務内容		**1事例発生時**の所要時間	
①	初動（当事者からの聞き取り、証拠保全等）		時間
②	関係者会議の準備、資料作成、連絡調整等		時間
③	医療事故調査委員会への参加		時間
④	患者・家族への説明の同席		時間
⑤	院内調査の実施		時間
⑥	原因分析の実施		時間
⑦	当事者職員へのフォロー		時間

(2)医療安全に関する外部での研修についてお伺いします。**年当たり**の回数と所要時間を数値で入力してください。

業務内容		**年当たり**の回数		**年当たり**の所要時間	
①	外部での研修・学会等参加 （講師としての登壇含む）		回		時間

(3)その他：医療安全に関係するものについてお伺いします。**年当たり**の回数と所要時間を数値で入力してください。

業務内容		**年当たり**の回数		**年当たり**の所要時間	
①	外部からの病院見学の対応		回		時間
②	その他具体的に （　　）		回		時間
③	その他具体的に （　　）		回		時間
④	その他具体的に （　　）		回		時間

(4)その他：医療安全に関係が乏しいものについてお伺いします。**年当たり**の回数と所要時間を数値で入力してください。

業務内容		**年当たり**の回数		**年当たり**の所要時間	
①	研究支援		回		時間
②	その他具体的に （　　）		回		時間
③	その他具体的に （　　）		回		時間
④	その他具体的に （　　）		回		時間

資料４

医療安全管理者のタイムスタディ 基礎集計結果

実施時期： 2025年①8-10月 + ②2-3月
送付・有効回答数
送付数:707 (①261 + ②446)
有効回答数:①15(有効回答率:5.7%) + ②36(有効回答率:8.1%)

A1-1. 職種をお答えください。 (n=50)

	n	%
医師	5	10.0%
看護師	33	66.0%
薬剤師	7	14.0%
事務員	3	6.0%
その他	8	16.0%

A1-2. 医療安全管理者としての業務経験年数をお答えください。 (n=49)

平均値	中央値
6.2	4.0

A1-3-1. いつ受講されましたか(複数回受けた場合には、直近にうけた年を数値で入力してください)。 (n=50)

最頻値
2024

A1-3-2. どこの団体が主催する研修を受講しましたか。 (n=47)

	n	%
日本病院会	3	6.4%
全日本病院協会	26	55.3%
日本医師会	0	0.0%
日本看護協会	11	23.4%
医療の質・安全学会	1	2.1%
医療安全全国共同行動	2	4.3%
日本医療機能評価機構	1	2.1%
日本臨床リスクマネジメント学会	0	0.0%
その他 (その他と回答された場合、団体名を自由記載で入力してください。)	4	8.5%

A1-3-3. 日本病院会、全日本病院協会が主催する研修を受講した方にお伺いします。更新はされていますか。 (n=27)

	n	%
更新している	20	74.1%
初回受講後5年経過していない	6	22.2%
更新していない	1	3.7%

A1-3-4. その他と回答された方にお伺いします。受けた研修に、更新制度はありますか。 (n=2)

	n	%
ない	2	100.0%
ある	0	0.0%

A1-3-4. 更新制度が「ある」と回答した方にお伺いします。何年に1度の更新が必要か数値を入力してください。 (n=0)

	n	%
ない		
ある		

A1-3-4. 更新はされていますか。(n=0)

	n	%
更新している		
初回受講後5年経過していない		
更新していない		

A1-4-1. 医療安全管理者の業務を行う上で、望ましい研修内容はありますか。 (n=50)

	n	%
ない	6	12.0%
ある	44	88.0%

A1-4-2. 望ましいと考える研修内容及びそれが40h研修に入っていたかをお答えください。（n=47）

	望ましい		40h研修に入っていた	
	n	%	n	%
医療安全施策・法制度	39	83.0%	39	83.0%
心理学・人間工学	39	83.0%	34	72.3%
マネジメント・チームビルディング	38	80.9%	33	70.2%
医療安全文化の醸成	38	80.9%	6	12.8%
情報収集・分析・対策・評価	34	72.3%	24	51.1%
インシデント集計・分析手法	43	91.5%	17	36.2%
職員研修企画・運営	35	74.5%	4	8.5%
医療事故発生時の対応	23	48.9%	13	27.7%
医療安全管理体制相互評価	36	76.6%	4	8.5%

A1-4-2. 以下の研修内容について、望ましいと考える研修方法をお答えください。

	望ましい研修方法（複数回答可）		
	対面座学	e-learning	演習
医療安全施策・法制度（n=39）	12	32	2
心理学・人間工学（n=39）	21	21	6
マネジメント・チームビルディング（n=38）	22	21	9
医療安全文化の醸成（n=33）	16	24	6
情報収集・分析・対策・評価（n=34）	42	28	18
インシデント集計・分析手法（n=43）	36	18	21
職員研修企画・運営（n=35）	34	18	21
医療事故発生時の対応（n=23）	39	22	19
医療安全管理体制相互評価（n=36）	33	14	21

A1-4-
3. 他に望ましい研修内容があれば、望ましい研修方式・40時間研修に含まれていたかを含めて自由記載で入力してください。（n=11）

メディエーションについて（40時間研修に含まれていた）コロナ禍でありe-learningだったが、とても難しくその後も研修を受けたが難しい課題となっている。対面もしくは演習の方が良いと感じる。
医療事故調査後の書類作成方法（分析やまとめ方） 対面や演習方式 40時間研修には含まれていなかった
インシデントレポートの記入方法について影響度レベルの具体的例をいくつか挙げて説明があるとレベル3aなのかbなのかなど、院内でインシデント事例が出た場合にも活用しやすい
医療安全対策加算取得の為の要件を研修に取り入れてほしいです。
中小病院向けで医療安全管理者がすべきことを具体的に学べる場所があったら嬉しいです。分析方法も一人では難しく、実際医療事故までいかなくてもアクシデントの分析方法を学べるなど機会があったら嬉しいです。
とても基本的なことではあるが、「手順」に対しての評価・理解が低すぎて困惑することがしばしばです。「わたしは。こうやっている」ということの何がダメなのか、「いろは」の「い」を理解してもらうための手法をご教示願いたい。昨今の研修をみるに、技術的な各論に焦点が絞られており、それも必要ではあるが、どうして「手順」が必要なのか？「5S」の重要性についての講義がもうちょっと欲しい。
コロナ禍であり、座学や演習がなかったが知識を得るには必要だと感じる。
メディエーター的な公平な話し方、会議の進め方
医療メディエーション
医療事故調査制度の概要 対面座学 40時間研修に含まれていた

A2-1. 病床数（稼働病床数について直近の数値を、以下の枠の中に入力してください。）（n=47）

	平均値	中央値
一般病床	144.2	91.0
療養病床（医療保険・介護保険を含む）	31.6	0.0
精神科病床	37.1	0.0
その他の病床	24.4	0.0

A2-2. 職員数（常勤換算）（直近の数値を、以下の枠の中に入力してください。）（n=44）

	平均値	中央値
医師（初期研修医を除く）	37.0	18.5
初期研修医	5.6	0.0
看護師	185.6	142.0
その他	179.9	142.7

A2-3. 医療安全管理のための部署を設置していますか。（n=49）

	n	%
設置している	41	83.7%
設置していない	8	16.3%

A2-4. 医療安全部門に配置されている、職員の人数について数値を入力してください。（n=41）

	平均値	中央値
専従の医療安全管理者	0.8	1.0
専任の医療安全管理者	1.1	1.0
その他（兼任も1人と数えてください）	3.4	2.0

A2-5.
患者相談の年間（昨年または昨年度）の件数について数値を入力してください。その中で医療安全に関わるものは何件あったか数値を入力してください。（n=42）

	平均値	中央値
総数	3866.2	32.0
うち医療安全に関わるもの	11.1	2.0

A2-6.院内報告（インシデントレポート）の年間（昨年または昨年度）の件数を数値で入力してください。（n=48）

	平均値	中央値
総件数（レベル0 - 5）	1355.3	1052.0
うちレベル3b以上の件数	26.9	11.0

A2-7. 院内報告の把握方法を教えてください。（n=49）

	n	%
紙媒体の報告書	18	36.7%
電子カルテ・LAN等	34	69.4%
その他	5	10.2%

↑その他の場合、具体的な方法を自由記載 （n=11）

電子カルテより当院独自のシステムを用いて報告、報告用紙で報告を受け、手入力で集計
紙媒体のレポートとその原本はExcelデータを集積。提出されたExcelデータはAccessを用いて分析・集積をおこなっています。
今年度6月までは紙媒体の報告書でしたが、電子カルテとの連動へ7月から変更しています。年間の自動集計が簡単にできるようになりました。
報告アプリ 藤田医大より勧められSTANDBYアプリです。
ヒヤリ・ハット報告書、医療事故報告書による報告
ファントルくん
特に至急等の緊急性の高い内容については、院内電話にて情報伝達が行われる。
CLIPインシデント報告分析システム
電子カルテのインシデントレポート管理システムを活用している。インシデント入力・分析・管理ができる。
事例発生後、レベル1以上は医療安全管理者に連絡。インシデント報告システム（CLIP）を、事例発生・発見から3日以内に入力。所属部署の管理者、医療安全担当部署のスタッフが閲覧可能。
口頭での事例報告

A2-8.年間退院患者数（昨年または昨年度）を数値で入力してください。そのうち死亡退院患者数を数値で入力してください。（n=44）

	平均値	中央値
退院患者数	3265.3	1402.0
うち死亡退院患者数	180.0	134.5

A2-9.過去3年以内に、医療事故調査・支援センター（日本医療安全調査機構）へ医療事故の発生について報告をしましたか。（n=49）

	n	%
報告をしていない	42	85.7%
報告をした	7	14.3%

↑「報告をした」と回答された場合、過去3年間の件数を数値で入力してください。（n=7）

	平均値	中央値
	1.2	1.0

A2-10.過去1年以内に、PMDA（独立行政法人 医薬品医療機器総合機構）へ医薬品の副作用報告をしましたか。（n=46）

	n	%
報告をしていない	40	87.0%
報告をした	6	13.0%

↑「報告をした」と回答された場合、過去1年間の件数を数値で入力してください。（n=6）

	平均値	中央値
	8.7	11.0

A2-11.診療報酬で医療安全対策加算、医療安全対策地域連携加算を取得していますか。

	n	%
①医療安全対策加算（n=49）		
医療安全対策加算1（85点）	22	44.9%
医療安全対策加算2（30点）	18	36.7%
取得していない	9	18.4%
②医療安全対策地域連携加算（n=49）		
医療安全対策地域連携加算1（50点）	19	38.8%
医療安全対策地域連携加算2（20点）	14	28.6%
取得していない	16	32.7%

B0.残業時間についてお伺いします。月当たりの平均残業時間をお答えください。（n=）

	平均値	中央値
	11.1	2.5

B1.医療安全管理者として出席する院内の会議についてお伺いします。月当たりの回数および所要時間をお答えください。

	平均値	中央値
医療安全管理委員会（回数）（n=49）	1.3	1.0
a. 資料作成・連絡調整 （時間）	6.0	3.0
b. 会議開催 （時間）	1.2	1.0
c. 議事録作成・確認 （時間）	1.4	1.0
医療安全管理室内での会議（回数）（n=45）	3.6	4.0
a. 資料作成・連絡調整 （時間）	5.1	2.0
b. 会議開催 （時間）	3.2	1.5
c. 議事録作成・確認 （時間）	2.5	1.0
その他の院内会議（回数）（n=45）	3.7	3.0
a. 資料作成・連絡調整 （時間）	2.8	1.0
b. 会議開催 （時間）	2.9	1.0
c. 議事録作成・確認 （時間）	2.3	1.0

B2.院内巡視についてお伺いします。月当たりの回数および所要時間を数値で入力してください。

	平均値	中央値
院内巡視（医療安全、医薬品・医療機器、放射線、抑制、褥瘡等）（回数）（n=47）	4.6	2.0
a. 実施 （時間）	4.7	2.0
b. 記録作成 （時間）	2.2	1.0

B3.教育研修についてお伺いします。月当たりの回数および所要時間を数値で入力してください。

	平均値	中央値
全職員対象の医療安全教育研修（医薬品、医療機器、放射線を含む）（回数）（n=46）	1.2	1.0
a. 資料作成 （時間）	3.0	2.0
b. 研修会開催（準備を含む） （時間）	1.7	1.0
部署・職種別に実施する医療安全教育研修 （回数）（n=42）	1.0	1.0
a. 資料作成 （時間）	2.5	1.0
b. 研修会開催（準備を含む） （時間）	2.9	1.0

B4.情報収集についてお伺いします。月当たりの回数および所要時間を数値で入力してください。

	平均値	中央値
外部情報の収集・院内周知（回数）（n=44） （厚労省、医師会、日本医療機能評価機構、PMDA、医療事故調査・支援センター等）	4.6	2.0
a. 収集・整理 （時間）	2.3	1.0
b. 資料作成・院内周知 （時間）	2.0	1.0

B5.インシデントレポートについてお伺いします。月当たりの回数および所要時間を数値で入力してください。

	平均値	中央値
インシデントレポートの確認（回数）（n=48）	18.5	20.0
a. 内容確認 （時間）	12.8	8.0
b. 調査（ヒアリング） （時間）	7.1	2.5
c. 集計・分析 （時間）	7.6	3.0

B6.死亡事例の把握についてお伺いします。月当たりの回数および所要時間を数値で入力してください。

	平均値	中央値
死亡事例の把握（回数）（n=45）	9.0	4.0
a. 内容確認（医療事故調査制度対象かの検討を含む）	2.8	1.0
b. 調査（ヒアリング）	2.0	0.5

B7.患者相談についてお伺いします。月当たりの回数および所要時間を数値で入力してください。

	平均値	中央値
患者相談内容の確認（回数）（n=46）	1.1	0.0
（所要時間）	1.4	0.0

B8.医療安全に関わるマニュアルの作成・改訂についてお伺いします。（医療安全管理室が作成しているマニュアル以外も含まれます。）
月当たりの回数および所要時間を数値で入力してください。

	平均値	中央値
医療安全に関わるマニュアルの作成・改訂内容の確認（回数）（n=46）	1.5	1.0
（所要時間）	4.5	1.6

B9.医療安全文化調査についてお伺いします。あなたの病院では、定期的に医療安全文化調査を行っていますか。（n=48）

	n	%
行っていない	44	91.7%
行っている	4	8.3%

↑行っていると回答した場合、年当たりの所要時間を数値で入力してください。（n=4）

	平均値	中央値
準備、実施 （時間）	91.6	5.0
集計、分析 （時間）	53.2	5.0
結果のフィードバック（時間）	15.8	2.0

B10.地域連携における医療安全相互評価（相互評価）についてお伺いします。あなたの病院では、相互評価を行っていますか。（n=48）

	n	%
行っていない	20	41.7%
行っている	28	58.3%

↑行っていると回答した場合、評価を受けた回数と評価した回数、それぞれについて数値を入力してください。（n=28）

		平均値	中央値
評価を受けた回数	（年間）	1.3	1.0
評価した回数	（年間）	2.0	2.0

「評価を受けた場合」と「評価した場合」それぞれについて、1回当たりの所要時間を数値で入力してください。

	平均値	中央値
評価を受けた場合		
事前準備	8.0	5.5
訪問評価の受審	2.8	2.3
事後作業（改善計画報告書の作成等）	3.6	2.0
評価した場合		
事前準備	3.8	3.0
訪問評価の実施	3.1	3.0
事後作業（評価結果報告書の作成等）	408.4	2.0

B11.その他：医療安全に関係するものについてお伺いします。月当たりの回数および所要時間を数値で入力してください。

	平均値	中央値
報告受け（当直管理者等から）（回数）（n=41）	10.3	3.0
（所要時間）	2.7	1.0
安全についての院内への情報発信（ニュースレター等）（回数）（n=44）	1.4	1.0
（所要時間）	2.3	1.0

B12.その他：医療安全に関係が乏しいものについてお伺いします。年当たりの回数と所要時間を数値で入力してください。

	平均値	中央値
メール・院内イントラネットの確認（回数）（n=41）	15.2	20.0
（所要時間）	4.6	2.0

C1.医療故対応（レベル3b以上）についてお伺いします。事例発生時の所要時間を数値で入力してください。（n=43）

	平均値	中央値
初動（当事者からの聞き取り、証拠保全等）	1.8	1.0
関係者会議の準備、資料作成、連絡調整等	8.4	2.0
医療事故調査委員会への参加	0.9	0.5
患者・家族への説明の同席	0.8	0.3
院内調査の実施	3.1	1.0
原因分析の実施	8.0	1.0
当事者職員へのフォロー	1.2	0.5

C2.医療安全に関する外部での研修についてお伺いします。年当たりの回数と所要時間を数値で入力してください。

	平均値	中央値
外部での研修・学会等参加（講師としての登壇含む）（回数）（n=47）	3.5	3.0
（所要時間）	19.7	16.0

C3.その他：医療安全に関係するものについてお伺いします。年当たりの回数と所要時間を数値で入力してください。

	平均値	中央値
外部からの病院見学の対応（回数）（n=43）	0.5	0.0
（所要時間）	1.6	0.0

C4.その他：医療安全に関係が乏しいものについてお伺いします。年当たりの回数と所要時間を数値で入力してください。

	平均値	中央値
研究支援（回数）（n=38）	0.4	0.0
（所要時間）	27863.3	0.0

資料 5

国内の医療安全管理者研修プログラムの比較検討結果

1. 調査目的

本調査は、国内で開催されている医療安全管理者養成研修について、研修プログラムの比較検討を行い、プログラムの特徴を明らかにすることを目的とした。

2. 調査対象

医療安全管理者養成研修の 8 つの研修プログラム

＜選定方法＞
（1）「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針（以下、医療安全管理者の指針）」に基づいて行っている、医療安全管理者養成研修をインターネットから抽出

（2）4 つの要件（①研修対象者を限定していない、②受講定員が年 100 名以上、③全ての研修プログラムを実施主体で作成、④研修方法にリアルタイムでの参加型研修を含む）を満たす研修を選定
（日本病院会、全日本病院会、日本精神科病院協会、日本看護協会、医療の質安全学会、医療安全共同行動、日本医療機能評価機構、日本臨床リスクマネジメント学会）

3. 調査方法

（1）Web 調査：研修形式、研修期間、定員、参加費、修了証の有無、更新制度の有無を検討

（2）調査票調査：研修開始年、養成人数、累積養成人数、研修プログラムの時間配分と実施方法、改訂手順、厚労省の指針との整合性、研修プログラムの特徴と強み、フォローアップ研修、更新制度、研修プログラムの課題や展望を検討

（3）ヒアリング調査：研修プログラムの実施団体を対象に、研修プログラム、更新制度、研修の運営方法等についてお聞きし、内容を検討（とりまとめ中）

資料 5

4. 結果

A. 8 つの研修プログラムの概要※

	日本病院会	全日本病院協会・医療法人協会	日本精神科病院協会	日本看護協会	医療の質安全学会	日本臨床医学リスクマネジメント学会	日本医療機能評価機構	医療安全共同行動
研修開始年	2003	2007	2007	2021	2013	2002	2022	2015
研修形式（講義）	オンライン	オンライン	オンデマンド	オンデマンド	オンデマンド	オンライン	オンデマンド	オンデマンド
研修方式（演習）	オンライン	対面	対面	対面	オンライン	オンライン	オンライン	オンライン
講義時間	30時間	28時間	33.5時間	35時間	28時間	40時間	36時間	34時間
演習時間	13時間	14時間	14時間	5時間	13時間	4時間	6時間	8時間
修了証	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
更新	あり	あり	あり	なし	なし	なし	なし	なし
更新頻度	5年に1回	5年に1回	5年に1回					
フォローアップ研修	なし	あり	なし	なし	なし	なし	あり	なし
年間実施回数	1回	1回	1回	50回	1回	1回	6回	5回
年間養成数（2024年/年度実績）	252人	117人	200人	2,296人	122人	56人	382人	470人
累積養成数	6,000人	3,410人	1,611人	9,642人	1,200人	1,200人	1,092人	2,800人
参加費	会員 105,600円 非会員 157,300円	会員 90,266円 非会員 111,166円	会員 94,000円 非会員 120,000円	会員 30,800円 非会員 46,200円	会員 66,000円 非会員 99,000円	会員 57,000円 非会員 81,000円	認定病院 66,000円 一般 99,000円	登録施設 66,000円 一般 99,000円

※全日本病院会・医療法人協会の研修開始年について

四病院団体協議会として、2003 年より医療安全管理者養成研修会開始。2005 年に標準的テキストとして『医療安全管理テキスト』（日本規格協会）出版。本研修会の企画・プログラム開発とテキスト編集は飯田修平（練馬総合病院）が担当。2007 年より、四病院団体協議会ではなく、各団体が主催して実施。

B. 更新制度（3 プログラム、更新要件は表を参照）

日本病院会	指定する講習会（1 日）を 2 つ受講
全日本病院協会・医療法人協会	10 単位の取得 ・医療安全に関する講習会への参加 ・RCA、FMEA のレポート提出　等
日本精神科病院協会	院内研修も含む講習会を 20 時間受講

C. フォローアップ研修（2 プログラム）

全日本病院協会・医療法人協会	40 時間研修のうち、講義研修のみ再聴講
日本医療機能評価機構	年 2〜3 回、現場の安全管理者の日常業務のスキルアップや視野拡大に資するテーマで実施 （2024 年；ラウンドの実際、AI の導入/活用）

5. 今後の計画

（1）ヒアリング調査を含めた結果のとりまとめ。

（2）日本看護協会の研修プログラムを利用していない都道府県看護協会（東京都看護協会、神奈川県看護協会、大阪府看護協会）と神奈川県庁（神奈川県立保健福祉大学実践教育センター）に対して、調査（調査票およびヒアリング調査）を実施中

資料6. 研修実施団体一覧

NO	団体名	調査対象	特記事項	郵便番号	住所
1	一般社団法人　日本病院会	○		〒102-8414	東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル
2	公益社団法人　全日本病院協会・一般社団法人医療法人協会	○		〒101-0061	東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル11階
3	公益社団法人　日本看護協会（44道県）	○		〒150-0001	東京都渋谷区神宮前5-8-2
4	一般社団法人　医療の質・安全学会	○		〒113-0033	東京都文京区本郷2-29-1 渡辺ビル201
5	一般社団法人　日本臨床医学リスクマネジメント学会	○		〒390-8510	長野県松本市本庄2-5-1 相澤病院内
6	公益財団法人　日本医療機能評価機構	○		〒101-0061	東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル9-10階
7	一般社団法人　医療安全全国共同行動	○		〒113-0033	東京都文京区本郷2-29-1 渡辺ビル2階
8	公益社団法人　日本精神科病院協会	○		〒108-8554	東京都港区芝浦3-15-14
9	公益社団法人　東京都看護協会	○		〒160-0023	東京都新宿区西新宿四丁目2番19号
10	公益社団法人　神奈川県看護協会	○	医療安全全国共同行動のコンテンツを利用	〒231-0037	横浜市中区富士見町3-1
11	公益社団法人　大阪府看護協会	○	医療安全全国共同行動のコンテンツを利用	〒540-0001	大阪市中央区城見2-2-22 マルイトOBPビル8階
12	公立大学法人　神奈川県立保健福祉大学実践教育センター	○	医療安全全国共同行動のコンテンツを利用	〒241-0815	神奈川県横浜市旭区中尾1-5-1
13	一般社団法人　日本医療福祉人財支援協会		医療安全全国共同行動のコンテンツを利用	〒651-1114	神戸市北区鈴蘭台西町2-22-7
14	セコム医療システム株式会社		日本医療機能評価機構の団体連携	〒150-0001	東京都渋谷区神宮前一丁目5番1号 セコム本社ビル14階
15	一般社団法人　徳洲会本部事務局		日本医療機能評価機構の団体連携	〒102-0074	東京都千代田区九段南1-3-1 東京堂千代田ビルディング14F
16	日本文化厚生農業協同組合連合会		日本医療機能評価機構の団体連携	〒151-0053	東京都渋谷区代々木2-5-5 新宿農協会館7階
17	一般社団法人　明芳会		日本医療機能評価機構の団体連携	〒174-0051	東京都板橋区小豆沢3-3-2
18	一般社団法人　日本医療安全学会			〒431-3125	静岡県浜松市東区半田山1丁目20-1 浜松医科大学 総合人間科学・基礎研究棟306号室
19	公益社団法人　全国自治体病院協議会			〒102-8556	東京都千代田区平河町2丁目7番5号 砂防会館本館7階
20	一般社団法人　日本臨床衛生検査技師会			〒143-0016	東京都大田区大森北4丁目10番7号
21	公益社団法人　日本診療放射線技師会			〒108-0073	東京都港区三田1-4-28 三田国際ビル22階
22	一般社団法人　上尾中央医科グループ協議会キャリアサポートセンター			〒362-0036	埼玉県上尾市宮本町10-29 AMG学習館3階
23	医療法人　ＩＭＳグループ　イムス医療従事者生涯教育センター			〒170-0013	東京都豊島区東池袋1-33-8 NBF池袋タワー13階
24	医療事故・紛争対応研究会			〒105-0023	東京都港区芝浦1-1-1 BLUE FRONT SHIBAURA TOWER S
25	一般社団法人　日本病院管理協会　日本メディカルマネジメント学院			〒104-0061	東京都中央区銀座7-13-6 銀座サガミビル2F
26	一般社団法人　日本病院管理機構			〒105-0001	東京都港区虎ノ門1-1-21 新虎ノ門実業会館5F
27	一般社団法人　日本精神科看護協会			〒108-0075	東京都港区港南2-12-33 品川キャナルビル7F
28	一般社団法人　日本品質管理学会		「医療のための質マネジメント基礎講座」で、医療安全管理者養成研修対応・修了証発行を案内。	〒166-0003	東京都杉並区高円寺南1-2-1 日本科学技術連盟東高円寺ビル内
29	独立行政法人　国立病院機構 東海北陸グループ		医療安全全国共同行動のコンテンツを利用	〒460-0001	愛知県名古屋市中区三の丸4丁目1番1号 名古屋医療センター内

参考団体

30	日本赤十字社（本社）		実施記載あり 院内の医療安全管理指針で「日本赤十字社医療安全管理者養成研修」を確認。公開要項は未確認。	〒105-8521	東京都港区芝大門1-1-3
31	公益社団法人　地域医療振興協会		▲過去実施確認 2013年の公表資料で、40時間6日間・加算要件を満たす医療安全管理者養成研修を確認。現行継続は未確認。	〒102-0093	東京都千代田区平河町2-16-1 平河町森タワー7階
32	名古屋大学ASUISHI		▲過去実施確認 ASUISHIでは医療安全管理者研修修了証の取得が可能と案内。現行はCQSO/QSOへ展開しており40時間継続は未確認。	〒466-8560	愛知県名古屋市昭和区鶴舞町65番地
33	一般社団法人　東京都病院協会		▲ 過去実施確認 活動報告で「東京都病院協会医療安全管理者養成講座」を確認。現行継続は未確認。	〒101-0062	東京都千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館404号室
34	国立保健医療科学院		△ 関連養成課程あり 「地域医療安全管理専攻科」で医療安全管理者の養成を確認できるが、40時間研修としては未確認。	〒351-0197	埼玉県和光市南2丁目3-6

資料 7

米国の医療安全専門家認定プログラムの概要　調査結果

1．調査目的

日本において、医療安全管理者は、医療機関における医療安全管理体制の中核を担う専門人材として位置づけられている。医療安全管理者の職能の維持・向上には、養成研修の在り方が重要である。

本調査は、医療安全が専門領域として早期から体系化され、関連情報が公開されている米国の医療安全管理者養成制度に着目し、日本の医療安全管理者養成制度との比較を通じて、養成研修の質向上に資する示唆を得ることを目的とした。

2．調査対象・方法

本調査では、下記の資料を用いて、養成・認証の目的、専門性の評価・担保の方法、重視している能力（研修内容または試験の出題内容）について整理を行った。

1）日本

日本の養成制度については、「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」、及び全日本病院協会・日本看護協会をはじめとした研修実施団体のウェブサイトに掲載されている公開情報を用いた。

2）米国

Institute for Healthcare Improvement（IHI）が実施する Certified Professional in Patient Safety（CPPS）プログラムについては、試験仕様書「CPPS Exam Content Outline Published Sept 2024」、及び教材「IHI CPPS Review Course Handbook April 2025」を用いた。

American Hospital Association（AHA）傘下の American Society for Health Care Risk Management（ASHRM）が実施する Certified Professional in Health Care Risk Management（CPHRM）プログラムについては、ウェブサイトに掲載されている公開情報を用いた。

3．結果

日本の医療安全管理者養成研修は、医療安全の体制整備の一環として、医療機関で医療安全管理体制を運用する中核人材を育成することを目的として設計されている。厚生労働省の作成指針に基づいた研修実施団体による所定の研修を修了することで養成され、医療機関では、修了者の配置が診療報酬上の加算の算定要件となっている。研修修了後の能力評価や継続的能力開発については、各研修実施団体や個人の取り組みに委ねられている。研修内容は、報告体制の整備、院内委員会や職員研修の運営方法、医療法や診療報酬制度等との関係、事故対応

など、法律や制度の枠組みの中で、標準的業務を遂行できる人材の育成に重点を置いた構成となっている。

米国の CPPS および CPHRM は、CBT による認証試験と 3 年ごと 45 時間の継続研修による更新を通じて、医療安全・リスク管理に関する専門性を個人単位で可視化することを目的とした職能認証を目的として設計されている。CPPS では、リスク評価やハイリスク領域の特定、RCA/FMEA 等の分析手法や PDCA 及び統計手法など、安全科学・改善科学に基づく分析・改善に関する領域からの出題配分が大きい。CPHRM では、医療安全のみならず、訴訟対応・法的責任や保険、リスク統治、コンプライアンスなど、組織のリスク管理に関する領域からの出題配分が大きい。

以上より、医療安全を組織の仕組みとして実装する中核人材である医療安全管理者には、知識・技能の習得だけでなく、維持し実効性を高めることが重要であると考えられる。日本においても、養成・配置後の継続的な能力開発や、データ分析・組織マネジメントに関する教育内容の充実、標準化について検討する必要性が示唆された。

	日本	米国	
プログラム	医療安全管理者養成研修	CPPSプログラム	CPHRMプログラム
実施主体	学会や病院団体等	IHI[1]（民間の学術団体）	AHA[2]（民間の病院団体）
目的	医療機関における医療安全管理体制の中核人材養成	医療安全の専門知識・実践力を職能認証により保証	医療リスクマネジメントの専門知識・実践力を職能認証により保証
受講または受験資格	・要件なし	・学士＋3年実務経験 ・準学士＋5年実務経験	・学士＋5年実務経験 ・準学士＋7年実務経験 ・高卒相当＋9年実務経験 上記に加えて ・リスクマネジメントに3,000時間従事（直近3年間）
認証試験	なし	あり	あり
更新 （期間）	一部の団体のみ実施	あり （3年ごとに継続教育45時間受講）	あり （3年ごとに継続教育45時間受講）

1: Institute for Healthcare Improvement
2: American Hospital Associa

4.今後の計画

米国以外の諸外国（例：英国 NHS 等）に対象を拡大し、医療安全管理者の養成・認証制度の調査を行い、国際的な制度設計や能力フレームワークの共通点・相違点を整理する。

資料 8

NHS における医療安全管理者養成制度に関するヒアリング調査結果

1. 調査の目的と概要

本ヒアリング調査は、英国 NHS（National Health Service）における患者安全教育制度および Patient Safety Specialist（PSS）制度の実態を把握し、日本の患者安全管理体制への示唆を得ることを目的として実施した。

近年、英国では患者安全を国家戦略として位置づけ、教育制度・専門職制度・事故調査制度の再構築が進められている。特に 2019 年に公表された NHS Patient Safety Strategy を契機として、患者安全教育の全国標準化と専門職育成が本格化している。本報告では、ヒアリング内容をもとに、英国の制度構造、教育内容、専門職の役割、および今後の課題について整理した。

2. 英国における患者安全政策の背景

英国では 2000 年代以降、患者安全が国家レベルの重要政策として位置づけられてきた。背景としては以下の要因が挙げられる。

・医療事故に対する社会的関心の高まり

・医療の透明性要求の増加

・医療安全情報公開の推進

・医療事故調査制度の整備

英国では早期から、以下のような制度が導入されている。

・全国的なインシデント報告制度

・患者安全推進機関の設置

・SHMI（Summary Hospital-level Mortality Indicator）等の死亡率指標

・医療機関評価制度

一方で、患者安全教育の全国標準化については比較的新しい取り組みであり、従来は各医療機関が独自に教育を実施していた。

3. 患者安全教育制度の成立

3-1. NHS Patient Safety Strategy（2019）

現在の教育制度は、2019 年に策定された NHS Patient Safety Strategy を基盤として構築

されている。この戦略では、患者安全を「組織文化」と「学習システム」の双方から強化する必要性が示され、全国共通の教育体系導入が推進された。

3-2. レベル制教育

英国の患者安全教育は、段階的な「レベル制教育」を特徴としている。ヒアリング時点では Level1〜4 までが運用されていた。

Level および主な対象

Level 1. 全医療従事者

Level 2. 中級レベル職員

Level 3. 患者安全専門職

Level 4. 上級患者安全専門職

Level 5. 未導入（将来導入予定）

4. 教育制度導入以前の状況

全国標準化以前は、患者安全教育は各 NHS Trust が独自に実施していた。

主な教育内容は以下の通りである。

・インシデント報告

・ヒューマンファクター

・安全文化の醸成

・リスクマネジメント

しかし、例えば以下のような内容が存在せず、質にばらつきがみられた。

・全国共通カリキュラム

・標準化された教育内容

・共通コンピテンシー

このような状況が、国家レベルでの教育体系整備につながったと考えられる。

5. 患者安全教育の特徴

患者安全教育は、一般的な臨床技術教育とは性質が異なる。

例えば消防訓練では、消火器操作や避難手順など明確な行動コンピテンシーが存在する。一方、患者安全教育では以下のような概念的能力が重視される。

・システム思考

・ヒューマンファクター理解

・人間工学

・組織文化理解

・改善科学

・リスク認識能力

つまり、患者安全教育は単なる知識習得ではなく、「事故をどのように理解するか」という思考様式の転換を目的とした教育である点に特徴がある。

6. Level3・Level4 教育の内容

6-1. 教育機関と期間

Level3・4 教育は、患者安全スペシャリスト養成を目的としており、代表的教育機関として、Loughborough University が挙げられた。

教育期間は約 1 年間であり、対面授業、オンライン講義、課題提出を組み合わせた形式で実施される。長期間にわたる教育であるため、受講者の負担も大きい。

6-2. 主な教育内容

教育では、事故分析およびシステム分析手法が重視されている。

主な内容として、Hierarchical Task Analysis（HTA）、SEIPS、ヒューマンファクター分析、人間工学、システム分析などがある。これらは、事故原因を個人責任ではなく「システム全体の問題」として分析するための方法論である。

7. Patient Safety Specialist（PSS）制度

7-1. 制度概要

英国では、患者安全に特化した専門職として「Patient Safety Specialist（PSS）」が設けられている。ヒアリングでは、全国で約 800 人が活動していると説明された。また、主な所属先として、NHS Trust、Primary Care、Independent providers などがあることが明らかになった。

7-2. 資格制度

現時点では PSS は国家資格ではなく、各医療機関が任命する。要件ではないが、Level3・4 修了が推奨されている。資格制度としては現在も発展途上段階にある。

8．PSS の職種背景

PSS の背景職種は多様であり、看護師、医師、薬剤師、ガバナンス担当、品質改善担当などを背景に持つ人たちである。この中で正確な情報ではないが、実感として看護師出身者が多いと思われる。これは NHS において看護師が最大の職種集団であることが背景にある。

9．PSS の主な業務

PSS の業務は多岐にわたるが、代表的なものとしてインシデント分析、PSIRF の運用、医療安全教育活動などが挙げられた。

9-1．インシデント分析

主な分析手法として、AcciMap、HTA、SEIPS などが挙げられた。

9-2．PSIRF の運用

近年導入された PSIRF（Patient Safety Incident Response Framework）の運用支援が重要な役割となっている。PSIRF と従来の Serious Incident Framework との違いは以下の通りである。

従来	PSIRF
RCA 中心	ヒューマンファクター中心
個別事故分析	システム学習重視
責任追及傾向	学習文化重視

9-3．教育活動

教育活動としては、職員研修、会議（委員会）での説明、改善活動支援を担っている。

9-4．安全文化の醸成

安全文化の醸成には積極的に取り組んでおり、特に重要視されていたのが「心理的安全性」の構築であった。医療従事者が安心して問題を報告できる文化形成が、PSS の中心的役割として強調された。

10. 英国制度の特徴と日本への示唆

英国制度の特徴として、以下が挙げられる。

・国家戦略に基づく制度設計

・レベル制教育

・専門職ネットワーク

・患者参加制度

・ヒューマンファクター重視

日本との比較では、特にレベル別教育制度、専門職ネットワークの制度化に差異がみられた。日本においてもこれらの制度は大いに参考にすべき点があると考える。

資料 9

第三者評価（病院機能評価・Joint Commission International の認定）における医療安全部門に期待される活動内容の比較

1．調査目的

医療安全体制は、病院の第三者評価での主要な評価内容となっている。本調査は、日本医療機能評価機構の病院機能評価、Joint Commission International（JCI）認定における医療安全部門に関わる評価項目・内容及びその違いを明らかにし、医療安全管理上期待される主要な活動・院内の体制構築についての示唆を得ることを目的とした。

2．調査対象・方法

本調査では、下記の資料を用いて、病院機能評価及び JCI 認定における医療安全部門に関わる評価項目・内容について整理を行った。

1）病院機能評価

公益財団法人　日本医療機能評価機構：病院機能評価機能種別版評価項目 3rdG:Ver.3.0　評価項目一覧（主な変更点）　一般病院 3、2022.12

2）JCI 認定

Joint Commission International：JCI 病院認定基準　大学医療センター病院向け基準を含む、第 8 版、2025.01

3．結果

1）同様な点

- 組織体制
  多職種体制、責任体制、委員会等の運用、規程・マニュアル整備と周知が求められていた。また、安全情報の収集・学習：インシデント等の収集、分析、再発防止策の立案、見直しに関する体制整備も共通して記載していた。

- 一致している重点領域
  誤認防止、情報伝達、薬剤安全、転倒・転落、急変時対応、感染対策、周術期・輸血等の高リスク領域は、共通して含まれていた。

- 部門機能の安全
  薬剤、検査、画像、医療機器、洗浄・滅菌等の運用を通じた安全確保は、共通の評価対象であった。

2）相違点

- 評価構造の違い
  病院機能評価は、診療・ケアのプロセスおよび部門運用（例：2.1・2.2・3.1）に沿って安全を配置し、医療安全部門は現場実装を支える枠組みが強かった。
  JCI は、「国際患者安全目標：IPSG 等」の「安全目標に基づく標準化」と「医療の質及び患者の安全：QPS」の「測定・分析・改善」を柱に、病院全体の統合的運用を強く求める構造であった。

- 環境・施設リスクの比重
  病院機能評価では、施設・設備に関して独立した評価領域は設定していない。JCI は「施設管理と安全性：FMS」を通じ、火災・危険物・ユーティリティ・水質・緊急事態等の環境安全を体系的に評価する傾向が強かった。

評価	病院機能評価	JCI認証	ISO認証
実施団体	日本医療機能評価機構	Joint Commission International（国際病院評価機構）	International Organization for Standardization（国際標準化機構）
開始年	1997年	1994年	1987年
設置国	日本	アメリカ	ジュネーブ
対象	日本の病院	医療組織（国を跨ぐ）	医療組織（国を跨ぐ）
目的	病院の機能・運営を体系的に評価し、医療の質改善を促進	国際標準に基づく医療の質・安全の改善、継続的改善	患者中心の安全で高品質な医療を安定提供するための体系的な体制の構築
審査方法	書面審査＋訪問審査	書面審査＋訪問審査	書面審査＋訪問審査
認定期間	5年間（更新あり）	3年間（更新あり）	3年間（更新あり）
比較対象とした評価項目	一般病院3	大学医療センター病院向け基準	ISO 7101:2023
評価項目の構成	4つの領域 14の大項目 76の中項目	5つのセクション 13の評価分野 1270の評価項目	7つの要素 34の中項目 46の小項目

資料 9

病院機能評価		JCI		ISO	
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	QPS.03.01 QPS.01.00 QPS.02.00	医療の質および患者の安全	8.12	患者安全（医療安全）（Patient safety）
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	QPS.03.04 QPS.03.00 QPS.02.00	医療の質および患者の安全	10.2	不適合及び是正処置（Nonconformity and corrective action）
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	QPS.03.01	医療の質および患者の安全	10.2	不適合及び是正処置（Nonconformity and corrective action）
		QPS.04.01	医療の質および患者の安全	6.13	リスクマネジメントプロセス（Risk management processes）
		GLD.04.01	ガバナンス、リーダーシップ及び監督	8.12.2	安全に関する知識と学習（Knowledge and learning in safety）
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	PCI.08.01 PCI.01.01 PCI.07.01	感染の予防と管理	8.12.6	感染予防・管理（IPC）（Infection prevention and control (IPC)）
1.4.2	医療関連感染制御に向け情報収集と検討を行っている	PCI.04.00 PCI.07.00 PCI.01.01	感染の予防と管理		

4.今後の計画

比較単位を揃えた、マッピングを再検討する。また、医療安全の重点領域（患者識別、薬剤、手術、感染症、転倒・転落等）の対応表を作成する。認証取得病院における取組を調査し、安全管理活動への影響を検討する。