

資料4 全国の病院を対象にしたアンケート調査 基礎集計  
「医療安全管理体制に関する調査」

実施時期： 2023年10月

送付・有効回答数

送付数：3,134

有効回答数：461（有効回答率：14.7%）

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

職種 (n=461)	n	%
医師	85	18.4%
看護師	316	68.5%
薬剤師	11	2.4%
事務員	28	6.1%
その他	20	4.3%

職位 (n=461)	n	%
院長	31	6.7%
副院長	25	5.4%
部長/室長	74	16.1%
副部長/副室長	43	9.3%
課長/科長/師長	201	43.6%
係長/主任	47	10.2%
その他	29	6.3%

医療安全管理の役割 (n=461)	n	%
医療安全管理責任者	137	29.7%
医療安全管理委員会の委員長	47	10.2%
医療安全管理委員会の委員（委員長を除く）	127	27.5%
医療安全管理部門の部門長	44	9.5%
医療安全管理部門の職員（部門長を除く）	71	15.4%
専従もしくは専任の医療安全管理者	257	55.7%
医薬品安全管理責任者	6	1.3%
医療機器安全管理責任者	12	2.6%
医療放射線安全管理責任者	4	0.9%
その他	12	2.6%

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=461)

	平均値	中央値	最小値	最大値
一般病床	282.9	223.5	0	1,157
療養病床（医療保険・介護保険を含む）	60.8	41	0	557
精神科病床	72.6	36	0	693
その他の病床	35.2	15.5	0	260
総病床数	303.1	249	25	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=461)

	n	%
特定機能病院（大学病院の本院等）	35	7.6%
地域医療支援病院	94	20.4%
一般病院（一般病床を主体とする病院）	159	34.5%
ケアミックス病院（一般病床と療養病床の両方を有する病院）	69	15.0%
長期療養型の病院（療養病床を主体とする病院）	33	7.2%
精神科病院（精神科病床を主体とする病院）	24	5.2%
リハビリテーション病院	16	3.5%
単科専門病院（特定の疾患または診療科に特化した病院）	13	2.8%
その他	12	2.6%
不明・無回答	6	1.3%

4. 日本医療機能評価機構による認定を受けていますか。 (n=461)

	n	%
はい	245	53.1%
いいえ	158	34.3%
過去に受けていたが、現在は受けていない	50	10.8%
無回答	8	1.7%

5. 救急医療体制には参加していますか。（当てはまるもの全て選択） (n=461)

	n	%
救命救急センター	71	15.4%
救急告示病院	219	47.5%
輪番制へ参加	157	34.1%
いずれにも参加していない	101	21.9%

6. 職員数（常勤換算） (n=461)

	平均値	中央値	最小値	最大値
医師（研修医を除く）	80.3	29	1	709.0
研修医	11.5	1	0	135.0
看護師	275.8	170.465	2	1,381.2
薬剤師	16.7	8.5	1	103.6
その他	216.0	160	0	1,625.8
総職員数	605.4	393	15	3,653.8

7. 年間退院患者数および死亡退院患者数はそれぞれ何人ですか。(2022年または2022年度の値をご回答ください。)(n=461)

	平均値	中央値	最小値	最大値
退院患者数	5,973.7	2,784	1	181,183
うち死亡退院患者数	214.5	155	0	1,200

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

医育機関 (n=404)	n	%
大学院の本院である	29	7.2%
大学院の本院以外の医育機関である	93	23.0%
医育機関ではない	282	69.8%

臨床研修指定病院 (n=447)	n	%
基幹型臨床研修病院である	153	34.2%
協力型臨床研修病院である	106	23.7%
研修協力施設である	70	15.7%
臨床研修指定病院ではない	118	26.4%

学会指定研修施設 (n=382)	n	%
5学会以上の指定を受けている	157	41.1%
1～4学会の指定を受けている	64	16.8%
学会指定の研修施設ではない	161	42.1%

9. 病院情報システムの導入状況をご回答ください。(当てはまるもの全て選択) (n=461)

	n	%
電子カルテ(診療記録と指示の電子化)	387	83.9%
オーダーエントリーシステム(指示の電子化)	256	55.5%
バーコード認証システム(照合の電子化)	288	62.5%
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)	303	65.7%
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	148	32.1%
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	183	39.7%
上記はいずれも導入していない	46	10.0%
その他	9	2.0%

#### <医療安全管理の体制>

10. 病院の経営理念・目標等を明文化していますか。(n=461)

	n	%
明文化している	441	95.7%
明文化していない	14	3.0%
無回答	6	1.3%

11. 問10で「明文化している」と回答した場合、その中に院内の医療安全管理が位置付けられていますか。(n=441)

	n	%
位置付けられている	343	77.8%
位置付けられていない	84	19.0%
無回答	14	3.2%

12. 診療報酬で医療安全対策加算を取得していますか。(n=461)

	n	%
医療安全対策加算1	269	58.4%
医療安全対策加算2	90	19.5%
取得していない	90	19.5%
両方の選択肢を選択	1	0.2%
無回答	11	2.4%

13. 在宅療養支援病院または在宅療養後方支援病院の認定を受けていますか。(n=461)

	n	%
在宅療養支援病院の認定を受けている	64	13.9%
在宅療養後方支援病院の認定を受けている	43	9.3%
受けていない	307	66.6%
両方の選択肢を選択	1	0.2%
無回答	46	10.0%

14. 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=461)

	n	%
専従を配置	279	60.5%
専任のみを配置	103	22.3%
配置していない	76	16.5%
無回答	3	0.7%

15. 医療安全管理のための部署を設置していますか。(n=461)

	n	%
設置している	373	80.9%
設置していない	85	18.4%
無回答	3	0.7%

16. 医療安全管理の担当者が、院内で発生した医療事故やヒヤリハットを把握するために、どのような方法を用いていますか。  
(当てはまるもの全て選択) (n=461)

	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)	460	99.8%
院内の全死亡症例の精査	289	62.7%
患者・家族の相談・苦情	383	83.1%
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)	208	45.1%
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)	59	12.8%
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)	95	20.6%
症例検討会の結果	136	29.5%
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)	123	26.7%
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)	385	83.5%
その他	13	2.8%

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)	436
院内の全死亡症例の精査	186
患者・家族の相談・苦情	217
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)	97
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)	13
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)	27
症例検討会の結果	38
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)	22
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)	216
その他	9

17. 問16で「医療事故の把握のためのチャートレビュー」を用いていると回答した場合、入院患者の何%がその対象になっていますか。  
(n=59)

	平均値	中央値	最小値	最大値
対象 (%)	15.1	2	0.024	100

18. 問16で「オカレンスレビュー」を用いていると回答した場合、症例の抽出に用いている項目を選択してください。  
(当てはまるもの全て選択) (n=95)

	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)	35	36.8%
入院中に生じた重篤な合併症・併発症 (麻痺、アレルギー等)	64	67.4%
入院中の予期せぬ死亡・心停止・呼吸停止、術中死亡	82	86.3%
手術の中止・延期	33	34.7%
予想以上の出血・輸血	72	75.8%
予定外の臓器の切除・修復	45	47.4%
手術時間の延長	55	57.9%
予定外のICU入室	26	27.4%
予定外の再手術	57	60.0%
予定外の再入院	26	27.4%
術後感染症	19	20.0%
自傷・自殺	35	36.8%
その他	19	20.0%

19. 問16で「症例検討会の結果」または「M&Mカンファレンスの結果」を用いていると回答した場合、医療安全管理の担当者はそれらの情報をどのような方法で把握していますか。(当てはまるもの全て選択) (n=176)

	n	%
医療安全管理の担当者が症例検討会に参加する	117	66.5%
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	98	55.7%
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	44	25.0%
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	70	39.8%
その他	6	3.4%

20. 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=461)

	n	%
ない	106	23.0%
ある	342	74.2%
無回答	13	2.8%

21. 問20で「ある」と回答した場合、全死亡事例はどのように把握していますか。(n=342)

	n	%
全死亡事例を院長が把握している	167	48.8%
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	122	35.7%
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	14	4.1%
その他	16	4.7%
複数の選択肢を選択	21	6.1%
無回答	2	0.6%

22. 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=461)

	平均値	中央値	最小値	最大値
医療事故				
ヒヤリハット				

23. 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=461)

	n	%
特定の手法は用いていない	141	30.6%
RCA	214	46.4%
SHELL/PmSHELL	134	29.1%
4M4E	32	6.9%
ImSAFER	81	17.6%
インシデントレポートKYT	122	26.5%
その他	18	3.9%

24. 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=461）

	n	%
内容について院内で組織的に検討	406	88.1%
定期的に頻度・パターンなどについて集計	284	61.6%
事例を基に職員の教育・研修を実施	323	70.1%
事例を基にマニュアル・事例集を作成	255	55.3%
外部機関・専門家と協同して分析	25	5.4%
院内のニューズレター等で周知して注意喚起	319	69.2%
その他	15	3.3%

25. 生じやすい医療事故等についてリスク評価を実施していますか。（n=461）

	n	%
行っている（院内のほとんど全ての業務・部署について）	144	31.2%
行っている（院内の一部の業務・部署について）	216	46.9%
行っていない	83	18.0%
無回答	18	3.9%

26. 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=461）

	n	%
はい	367	79.6%
いいえ	91	19.7%
無回答	3	0.7%

27. 問26で「はい」と回答した場合、どこが主催していましたか。（当てはまるもの全て選択）（n=367）

	n	%
病院団体	88	24.0%
医師会	80	21.8%
看護協会	182	49.6%
薬剤師会	18	4.9%
行政（都道府県または区市町村）	44	12.0%
学会	98	26.7%
企業	55	15.0%
厚生労働省/地方厚生局	94	25.6%
日本医療機能評価機構	149	40.6%
病院グループ本部	47	12.8%
その他	32	8.7%

28. 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=461）

	n	%
全職員を対象にした研修会を年2回以上開催している	456	98.9%
担当者が配置されている	198	43.0%
教育プログラムがある	102	22.1%
予算が確保されている	93	20.2%
教育・研修の教材が作成されている	79	17.1%
e-learningを使用している（院内で開催した研修会の録画の閲覧は除く）	248	53.8%
外部の講師を招いて研修会を開催している	126	27.3%
院外の研修会に職員を参加させている	235	51.0%
その他	6	1.3%

29. 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=461）

	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	111	24.1%
医療事故情報のみを報告している	61	13.2%
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	40	8.7%
参加していない	237	51.4%
複数の選択肢を選択	3	0.7%
無回答	9	2.0%

30. 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=461）

	n	%
全ての号を周知している	285	61.8%
一部の号を周知している（内容等に応じて）	132	28.6%
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）	39	8.5%
無回答	5	1.1%

31. 問30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=417）

	n	%
全職員に参加義務のある研修会で紹介	37	8.9%
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	13	3.1%
全職員に個別に配布（全職員にメール配信/個別に配布）	65	15.6%
全部署に配布（診療科長、部門の長に配布/全部署に配布）	196	47.0%
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）	165	39.6%
掲示（院内に掲示/病院情報システム上に掲載）	132	31.7%
その他	19	4.6%

32. 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=461）

	n	%
実施している	412	89.4%
実施していない	47	10.2%
無回答	2	0.4%

33. 問32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=412）

	n	%
多職種チーム（医療安全管理部門・委員会の複数職種で職場巡視する場合を含む）	359	87.1%
専従または専任の医療安全管理者のみ	118	28.6%
その他	9	2.2%

34. 問33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=359)

	n	%
34-1. 頻度		
週に1回以上	57	15.9%
1か月に1~2回	220	61.3%
1年に3~6回	51	14.2%
1年に1~2回	28	7.8%
その他	6	1.7%
34-2. 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)	251	69.9%
一部の病棟のみ	14	3.9%
目的・テーマに合わせて部署を選定	110	30.6%
直近の重大な事故に関連した部署を選定	35	9.7%
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	12	3.3%
その他	4	1.1%
34-3. 項目の選択		
ほぼ一定の項目を確認	146	40.7%
その時に注目している特定の項目を確認	69	19.2%
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	152	42.3%
34-4. 確認している内容		
SS(整理・整頓・清掃・検)	254	70.8%
マニュアルやルールの周知・遵守状況	259	72.1%
患者確認・誤認防止の手順	251	69.9%
医薬品の管理状況(保管、与薬手順等)	220	61.3%
医療機器の管理状況	173	48.2%
救急カートの管理状況	201	56.0%
個人情報の管理状況	136	37.9%
転倒・転落の予防策の実施状況	221	61.6%
身体拘束の実施状況	103	28.7%
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	201	56.0%
直近の重大な事故に関連した項目	156	43.5%
その他	23	6.4%

35. 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=461)

	n	%
配置している	165	35.8%
配置していない	294	63.8%
無回答	2	0.4%

36. 問35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=165)

	n	%
患者・家族と医療事故に関する対話がしやすくなった	71	43.0%
患者・家族と職員との間で生じたさまざまな問題がスムーズに解決されるようになった	61	37.0%
苦情等に対応する現場の職員の負担が減った	74	44.8%
苦情が減った	4	2.4%
患者満足度調査の評価が向上した	7	4.2%
業務改善につながった	22	13.3%
医療の質や安全が向上した	17	10.3%
わからない	40	24.2%
特にない	7	4.2%
その他	6	3.6%

37. 医療対話推進者が、医療従事者と患者・家族との間に入って行う三者での話し合いは年間(昨年または昨年度)およそ何件ですか。(n=165)

話し合い件数	平均値	中央値	最小値	最大値

38. 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=461)

	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)	164	35.6%
医療の質と安全に関する臨床指標の定期的な測定	135	29.3%
患者満足度の定期的な測定	321	69.6%
職員満足度の定期的な測定	224	48.6%
マニュアルやルールの遵守状況のモニタリング	151	32.8%
マニュアルやルールの定期的な見直し	379	82.2%
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	283	61.4%
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	132	28.6%
クリニカルパス(クリティカルパス)のバリエーションの分析(パスの逸脱症例の原因分析)	95	20.6%
業務フロー図の活用	89	19.3%
医療安全文化の定期的な測定	65	14.1%
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)	82	17.8%
患者情報の伝達方法の標準化(TeamSTEPPS、SBAR等)	119	25.8%
病状の悪化や急変に迅速に対応する体制の整備(Rapid Response System)	147	31.9%
医療機器・器材の統一・標準化	200	43.4%
病院機能評価の認定	227	49.2%
ISO(International Organization for Standardization)の認定	59	12.8%
JCI(Joint Commission International)の認定	10	2.2%
職員のBLS(Basic Life Support)研修参加履歴の把握	253	54.9%
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)	67	14.5%
看護師の静脈注射技術の院内認定制度(IVナース等)	151	32.8%
その他の技術に関する院内認定制度	48	10.4%
その他	5	1.1%

39. 貴院として、医療安全のために特に重要と考えられる事項は何ですか。（当てはまるもの全て選択）（n=461）

	n	%
指針の整備	219	47.5%
医療安全管理のための委員会の実施	262	56.8%
医療安全管理を目的とした報告	259	56.2%
医療安全管理に関する教育・研修	344	74.6%
医療安全に配慮した医薬品、医療器具などの提供	211	45.8%
専従または専任の医療安全管理者の配置	210	45.6%
医療安全文化の醸成	354	76.8%
部門・職種横断的な活動の推進	296	64.2%
報告された事例の分析	306	66.4%
予算の確保	146	31.7%
重要な情報の周知徹底	293	63.6%
医療安全活動への医師の参加	338	73.3%
その他	11	2.4%

40. 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=461）

	n	%
人員が確保できない	240	52.1%
時間がない	182	39.5%
財源がない	122	26.5%
取組み方法がわからない	51	11.1%
一部の部署または職種の協力が得られない	192	41.6%
医療安全文化が醸成されていない	177	38.4%
医療安全管理活動の効果が測定しにくい	199	43.2%
医療安全管理者の組織内での地位が定まっていない	69	15.0%
医療安全管理者のキャリアパスが定まっていない	131	28.4%
その他	12	2.6%

41. 医療安全に関する疑問・不明な点が生じた場合、患者が相談できる部署が院内にありますか。（n=461）

	n	%
ある	391	84.8%
ない	63	13.7%
無回答	7	1.5%

42. 医療安全に関する疑問・不明な点が生じた場合、職員が相談できる部署が院内にありますか。（n=461）

	n	%
ある	358	77.7%
ない	90	19.5%
無回答	13	2.8%

43. 貴院において、医療安全管理業務が適切に実施されているか、組織内で確認する仕組みがありますか。ある場合、どのような仕組みが具体的にお答えください。（n=461）

	n	%
ある	149	32.3%
ない	291	63.1%
無回答	21	4.6%

44. 最近3年以内に、介護保険事業所（特養や老健、訪問看護・介護など）との患者情報の交換・提供の不足や不備に起因した事故やヒヤリハットを経験したことがありますか。（当てはまるものを全て選択）（n=461）

	n	%
経験したことはない	182	39.5%
患者情報を誤った相手に送信した	141	30.6%
別患者の患者情報を提供した	102	22.1%
薬剤の中止、変更、継続の指示を共有できず、患者に適切に与薬できなかった	90	19.5%
感染症に関する情報を共有できず、適切な感染予防策を講じられなかった	31	6.7%
食事形態に関する情報を共有できず、患者が窒息した	16	3.5%
転倒する危険があることを共有できず、患者が転倒した	38	8.2%
チューブを自己抜去する危険があることを共有できず、患者がチューブを自己抜去した	23	5.0%
アレルギー情報を共有できず、患者にアレルギーのある薬剤や食物を提供した	20	4.3%
スケジュール情報を共有できず、医療サービスが予定通りに提供されなかった	41	8.9%
その他	21	4.6%

45. 貴院の医療安全管理活動により、医療安全の向上に効果があったと思われる事例がありましたら、下の例にならってその内容をお教えてください。（n=461）

部門／部署	内容

<医療事故への対応>

46. 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=461）

	n	%
はい	207	44.9%
いいえ	250	54.2%
無回答	4	0.9%

平均値 中央値

「はい」の場合の死亡件数

「はい」の場合の重篤な後遺障害が残った件数

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

47. 医療事故の原因究明を行いましたか。（n=207）

	n	%
はい	200	96.6%
いいえ	6	2.9%
無回答	1	0.5%

48. 問47で「はい」と回答した場合、原因究明はどのような組織で行いましたか。(当てはまるもの全て選択) (n=200)

	n	%
医療安全の担当部署のみ	35	17.5%
医療安全委員会など常設の組織	69	34.5%
医療事故の原因究明を目的に臨時に設けられた委員会など (院内のメンバーのみで構成)	100	50.0%
医療事故の原因究明を目的に臨時に設けられた委員会など (院外のメンバーを含む)	105	52.5%
その他	2	1.0%

49. 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=200)

	n	%
はい	117	58.5%
いいえ	83	41.5%
無回答	0	0.0%

50. 問49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=117)

	n	%
医療安全、事故究明の専門家	32	27.4%
医療事故に関連した医療分野(同一診療科等)の専門家	91	77.8%
保険会社の医師	16	13.7%
医師会の医事紛争に関する委員会の委員	17	14.5%
法律家	35	29.9%
心理カウンセラー	0	0.0%
その他	8	6.8%

51. 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=200)

	n	%
事情聴取に協力してもらった	191	95.5%
原因究明のメンバーとして参加してもらった	63	31.5%
心理カウンセリングなどの支援を行った	17	8.5%
上司が声掛けなどの心理的支援を行った	119	59.5%
一定期間の休職など、休養を与えた	18	9.0%
配置転換を行った	4	2.0%
特になし	4	2.0%
その他	3	1.5%

52. 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=200)

	n	%
事情聴取に協力してもらった	38	19.0%
原因究明のメンバーとして参加してもらった	3	1.5%
心理カウンセリングなどの支援を行った	3	1.5%
経過を説明した	182	91.0%
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	33	16.5%
特になし	11	5.5%
その他	7	3.5%

53. 事故調査報告書は作成しましたか。(n=200)

	n	%
はい	153	76.5%
いいえ	47	23.5%
無回答	0	0.0%

54. 原因究明の結果について患者・家族へ説明しましたか。(n=200)

	n	%
はい	172	86.0%
いいえ	27	13.5%
無回答	1	0.5%

55. 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=200)

	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	66	33.0%
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	13	6.5%
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	35	17.5%
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	15	7.5%
原因究明の過程		
医療事故の分析方法がわからない	24	12.0%
医療安全管理者の精神的、肉体的な負担が大きい	99	49.5%
原因究明のための委員会の委員の日程調整	94	47.0%
遺族の病理解剖・Autopsy Imagingへの拒否	27	13.5%
当事者間で意見や記憶が異なる場合の取り扱い	43	21.5%
当事者から協力を得るに当たってのルールが整備されていない	42	21.0%
原因究明の結果		
報告書の内容が訴訟や捜査に与える結果が懸念される	54	27.0%
明確な原因を特定できなかった	53	26.5%
職員の状況		
当事者となった医療従事者のケア	93	46.5%
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	32	16.0%
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	7.5%
患者・家族・地域の状況		
医療事故後の患者・家族のケア	91	45.5%
患者・家族による暴言	40	20.0%
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	10	5.0%
事故被害者以外の患者さんの不安の軽減	9	4.5%
地域の住民や医療機関からの信頼の回復	4	2.0%
その他	11	5.5%

<医療事故調査制度>

56. 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=461)

	n	%
ある	370	80.3%
ない	86	18.7%
両方を選択	1	0.2%
無回答	4	0.9%

57. 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=461)

	n	%
ある	54	11.7%
ない	403	87.4%
無回答	4	0.9%

58. 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=461)

	n	%
はい	115	24.9%
いいえ	342	74.2%
無回答	4	0.9%

59. 問58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=342)

	n	%
届け出基準に該当する事例がなかった	313	91.5%
死亡症例を漏れなく把握・検証する仕組みがなかった	10	2.9%
医療に起因する死亡に該当するか判断できなかった	8	2.3%
予期せぬ死亡に該当するか判断できなかった	9	2.6%
合併症や偶発症との区別が難しかった	18	5.3%
医療事故を外部に報告することに抵抗があった	2	0.6%
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	9	2.6%
制度に則って報告・説明すると医事紛争に繋がるなどの不安があった	4	1.2%
院内に医療安全、事故調査の専門家がいなかった	8	2.3%
専従または専任の医療安全管理者がいなかった	3	0.9%
原因究明をする人と時間の確保が難しかった	5	1.5%
院内事故調査のルールが定まっていなかった	10	2.9%
医師の協力が得られなかった	6	1.8%
医療事故の分析方法がわからなかった	3	0.9%
その他	5	1.5%

60. 問58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=115)

	n	%
事故調査報告書を渡した上で口頭で説明した	45	39.1%
事故調査報告書を渡したが、口頭では説明しなかった	4	3.5%
要約文書を渡した上で口頭で説明した	16	13.9%
要約文書を渡したが、口頭では説明しなかった	1	0.9%
口頭の説明のみ行った	18	15.7%
まだ調査が終了していない	23	20.0%
複数の選択肢を選択	2	1.7%
その他	4	3.5%
無回答	2	1.7%

6 1. 問6 0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=66)

	n	%
遺族が事故調査報告書の受け取りを希望した	20	30.3%
遺族に事実を知ってもらふ必要があると考えた	52	78.8%
院内規定に基づいて渡すことにした	12	18.2%
病院長または病院幹部の判断で渡すことにした	25	37.9%
その他	0	0.0%

6 2. 問6 0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=18)

	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	5	27.8%
遺族が口頭説明のみで納得した	17	94.4%
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	3	16.7%
病院長または病院幹部の判断で渡さないことにした	0	0.0%
文書が訴訟に利用される可能性がある	1	5.6%
その他	1	5.6%

6 3. 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=115)

	n	%
外部の組織には相談・支援を求めなかった	22	19.1%
医療事故調査・支援センター	48	41.7%
医療事故調査支援団体(医師会、病院団体等)	47	40.9%
病院の上部組織(法人本部等)	18	15.7%
弁護士	31	27.0%
その他の組織	4	3.5%

6 4. 問6 3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=93)

	n	%
届け出の対象に該当するかの相談	37	39.8%
院外の専門家の紹介	50	53.8%
院内医療事故調査の体制や方法に関する相談	33	35.5%
病理解剖の実施設の紹介	3	3.2%
死亡時画像診断(Autopsy Imaging)の実施設の紹介	4	4.3%
その他	3	3.2%

6 5. 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=115)

	n	%
制度の理解		
職員が制度を知らない	4	3.5%
職員が制度を十分に理解していない	36	31.3%
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	6.1%
診療記録に判断できるほどの情報が記載されていない	22	19.1%
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	39.1%
予期せぬ死亡に該当するか判断に悩む	56	48.7%
合併症や偶発症との区別が難しい	56	48.7%
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	10	8.7%
判断についてどこに(誰に)相談したらよいか分からない	10	8.7%
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	3	2.6%
遺族に疑義がない症例まで報告するのは抵抗感がある	22	19.1%
制度に則って報告・説明すると医事紛争に繋がるなどの不安がある	19	16.5%
わからない	3	2.6%
その他	6	5.2%

6 6. 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=115)

	n	%
経験がないのでわからない	14	12.2%
院内に医療安全、事故調査の専門家がいない	28	24.3%
専従または専任の医療安全管理者がいない	1	0.9%
医療事故について職員同士で話し合う組織文化がない	5	4.3%
原因究明をする人と時間の確保が難しい	53	46.1%
院内事故調査のルールが定まっていない	6	5.2%
原因究明の方法や内容が適切であるか判断できない	26	22.6%
院内で死亡時画像診断(Autopsy Imaging)ができない	10	8.7%
病理医がいない	10	8.7%
医師の協力が得られない	11	9.6%
医療事故の分析方法がわからない	8	7.0%
客観性の担保が難しい	32	27.8%
院内で病理解剖ができない	7	6.1%
その他	11	9.6%

6 7. 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すか。(n=115)

	n	%
ない	42	36.5%
ある	72	62.6%
無回答	2	1.7%

68. 問67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=72)

	n	%
院内の医療安全文化の醸成	24	33.3%
医療安全に関する予算	0	0.0%
職員に対する医療安全の教育内容	20	27.8%
診療手技・技術の院内認定制度の導入・見直し	10	13.9%
マニュアルやルールの作成・改訂	53	73.6%
患者情報の伝達方法の標準化	7	9.7%
医療機器・器材の統一・標準化	11	15.3%
医療事故が疑われる事例が発生した場合の対応方法	13	18.1%
医療事故調査・支援センターへの届け出の迅速化	14	19.4%
医療事故の分析手法(RCA・FMEA等)の導入・見直し	3	4.2%
遺族への対応方法	14	19.4%
医療安全に関する臨床指標の測定方法	3	4.2%
その他	7	9.7%

69. 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=115)

	n	%
満足	15	13.0%
どちらかといえば満足	73	63.5%
どちらかといえば不満	20	17.4%
不満	3	2.6%
無回答	5	4.3%

70. 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=115)

報告書の作成段階より支援が得られるとよい。調査実績も含めた相談支援があるとよい。  
センター調査の手法、および評価方法には、科学的・社会的に問題があると感じている。さらに医療キカンと家族に同時に上記のような報告書を送付することは、医療キカンへの家族の反発感情をあるだけであり、相互理解を得難くしている。  
名称の変更をお願いしたい。「原因究明調査制度」等  
名称がよくない、事故という言葉のインパクトが大きすぎる。病院執行部と安全管理部門の認識が一致しないことがある。  
調査報告書が裁判や捜査で使用されることにより、民事訴訟においては、原因分析や安全対策が過失の証拠とされ、病院に不利な証拠として利用されてしまう点や刑事事件では院内調査における当事者のヒヤリング内容が黙秘権の侵害となってしまう点に問題がある。患者側、病院、世論でとらえ方が異なり、拡大解釈につながっている。  
患者さんが相談の電話をした際、機械的に対応されたため悲しかったと話されていた。報告を行うことでの利点が、わかればよい。ただ、中心静脈カテーテルなどの冊子は役立つと思います。  
事故報告書が訴訟に利用されることが多いのでなんとかしてもらいたい。  
届け出をすることによる病院へのメリットが明らかでない。  
病院間や都道府県間の差がまだまだ大きい。また、ネガティブな印象を医療者も患者も持っている。ネーミング(医療事故調査)を変えた方がよいのではないか。法律の変更は難しくても、愛称をつけてもよいのではないか(前向きな改善活動であるという意図が分かるとよいと考えます)  
医療事故調査センターの対応は迅速に行って頂いたが支援を受けた医師会との連絡が、外部の調査を行った後、報告書を提出したが、連絡の返信がなく、中断した状況となった。  
書類が多く、重大事例と認識はしているが、報告に関わる時間の確保や人材が必要だと感じる。程んどが入力(転記)作業となるためシンプルに出きれば、報告に積極的になれると思う。  
手続きが大変  
合併症と事故の違いが理解されない事もあり難しい  
報告～報告書作成、まで、担当者の役割が重すぎる。速やかに分析して、きれいな形の報告書でなくとも、ある程度の質でよしとしてほしい。  
調査支援団体の情報をもう少し増してほしい  
分析、再発防止策の内容についてフィードバックがほしい  
「医療事故調査制度」というネーミングを変更してほしい。最初から「医療事故」と名付けてしまうのはいかがなものか。  
報告書を提出した後のフィードバックがほしい。・報告内容に加不足がないか、検討した内容の妥当性など

<医療安全管理体制相互評価について>

71. 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=461)

	n	%
医療安全対策地域連携加算1(50点)	225	48.8%
医療安全対策地域連携加算2(20点)	72	15.6%
取得していない	163	35.4%
無回答	1	0.2%

72. 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=297)

	n	%
開設主体が同一の医療機関	92	31.0%
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	241	81.1%
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)	62	20.9%
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)	18	6.1%
その他	6	2.0%

73. 相互評価の目的をどのように捉えていますか。(n=297) (当てはまるもの全て選択)

	n	%
地域連携の強化	232	78.1%
自己点検では気付かない医療安全上の課題の抽出	276	92.9%
外部から評価されることによる職員の意識向上	192	64.6%
医療安全活動実施状況の他院との比較	233	78.5%
医療安全に関する継続的な改善活動の促進	234	78.8%
その他	9	3.0%

74. 相互評価に参加する職員は、相互評価に特化した院外の研修会に参加していますか。(n=297)

	n	%
参加している	47	15.8%
参加していない	248	83.5%
無回答	1	0.3%

75. 問74で「参加している」と回答した場合、参加している院外の研修会についてお答えください。  
(当てはまるもの全て選択) (n=47)

	n	%
全日本病院協会の医療安全管理体制相互評価者養成講習会	28	59.6%
日本医療安全学会の医療安全対策地域連携のための研修会	15	31.9%
その他	8	17.0%

76. 直近の相互評価で用いた評価票は、どちらのものを使用していますか。(当てはまるもの全て選択) (n=297)

	n	%
全日本病院協会の「標準的安全管理点検表」	37	12.5%
国立病院機構の「医療安全相互チェックシート」	119	40.1%
労働者健康安全機構の「医療安全チェックシート」	13	4.4%
国立大学附属病院院長会議の「医療安全・質向上のための相互チェックの項目」	2	0.7%
私立医科大学病院感染対策協議会の「相互ラウンド・サイトビジット評価表」	4	1.3%
厚生労働省の「医療安全地域連携シート」	105	35.4%
病院(病院グループ)独自の調査票	51	17.2%
その他	24	8.1%

77. 評価票の使用方法について、評価票の全項目を使用していますか。(直近の実績でお答えください) (n=297)

	n	%
全項目を使用している	217	73.1%
一部項目を使用している	73	24.6%
その他	1	0.3%
無回答	5	1.7%

78. 問77で「一部項目を使用している」と回答した場合、評価項目をどのような基準で選定したかお答えください。(n=73)

	n	%
自院にとっての重要性	15	20.5%
評価テーマを決めている	22	30.1%
改善の必要性を感じている項目を優先的に選択	17	23.3%
その他	8	11.0%
複数の選択肢を選択	11	15.1%
無回答	2	2.7%

79. 直近で使用した調査票の使い勝手はどうですか。(n=297)

	n	%
良い	65	21.9%
どちらかといえば良い	190	64.0%
どちらかといえば悪い	27	9.1%
悪い	5	1.7%
無回答	9	3.0%

80. 問79で「どちらかといえば悪い」「悪い」と回答した場合、その理由をお答えください。(n=32)

81. 相互評価を受ける際、医療安全管理の担当者だけでなく、病院幹部は参加していますか。(n=297)

	n	%
必ず参加している	94	31.6%
可能な限り参加している	121	40.7%
決まっていない	78	26.3%
無回答	3	1.0%

82. 自己評価の実施者をお答えください。(当てはまるもの全て選択) (n=297)

	n	%
医療安全管理部門が実施	244	82.2%
各部門が実施	70	23.6%

83. 問82で「各部門が実施」と回答した場合、以下についてお答えください。(n=70)

	n	%
83-1. 評価のための研修等を実施していますか。		
実施している	5	7.1%
実施していない	63	90.0%
無回答	2	2.9%
83-2. 自己評価の結果を病院全体で確認する機会がありますか。		
ある(具体的な方法の集計については保留)	34	48.6%
ない	35	50.0%
無回答	1	1.4%

84. 直近の相互評価を受けた際の参加職種をお答えください。(n=297) (当てはまるもの全て選択)

	n	%
医師	231	77.8%
看護師	286	96.3%
薬剤師	219	73.7%
臨床工学技士	123	41.4%
放射線技師	89	30.0%
セラピスト (PT・OT・ST)	38	12.8%
事務員	170	57.2%
医療ソーシャルワーカー	4	1.3%
その他	34	11.4%

85. 2022年または2022年度、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=297)

	n	%
ない	157	52.9%
ある(件数・具体的内容の集計については保留)	134	45.1%
無回答	5	1.7%

86. 問85で「ある」と回答した場合、以下の間にお答えください。(n=134)(当てはまるもの全て選択)

	n	%
指摘事項の周知		
病院全体に周知している	67	50.0%
関係部署のみに周知している	67	50.0%
周知していない	6	4.5%
改善策の検討		
医療安全部門のみで検討した	36	26.9%
関連部署を交えて検討した	102	76.1%
改善を見送った	7	5.2%
改善活動の周知		
病院全体に周知している	75	56.0%
担当部署に周知している	57	42.5%
周知していない	6	4.5%
改善の進捗管理		
安全管理部門が確認している	81	60.4%
関連部署も入る会議体で確認している	58	43.3%
確認していない	8	6.0%

87. 相互評価を受けたことで、貴院の安全管理活動にとって良かったことはありましたか。(n=297)

	n	%
あった	266	89.6%
特になかった	25	8.4%
無回答	5	1.7%

88. 問87で「あった」と答えた場合、どのような点が良かったのかお答えください。(当てはまるもの全て選択)(n=266)

	n	%
院内の安全上の課題の明確化	187	70.3%
院内の安全管理活動の共有と実践	184	69.2%
院内の安全管理に関する業務フローの見直し、改善	129	48.5%
他院のベストプラクティス(優秀事例)の入手	74	27.8%
他院の安全管理に関するデータ・情報の収集、分析方法の習得	75	28.2%
その他	7	2.6%

89. 相互評価の実施にあたって、困ったことはありましたか。(n=297)

	n	%
あった	140	47.1%
特になかった	150	50.5%
無回答	6	2.0%

90. 問89で「あった」と回答した場合、どのような点で困ったのかお答えください。(当てはまるもの全て選択)(n=140)

	n	%
評価の基準が院内で明確になっていない	17	12.1%
日程や訪問する人員の調整が難航した	94	67.1%
病院全体としての取組みとなっていない	52	37.1%
病院幹部の関与が少ない	39	27.9%
自院の医療情報等の収集・分析が不十分である	17	12.1%
責任主体が明確になっていない	6	4.3%
現場に改善策をフィードバックする方法がない	8	5.7%
改善のための予算がつかない	16	11.4%
安全管理部門の職員の教育に活用できていない	11	7.9%
その他	17	12.1%

91. 相互評価について、総体としての満足度をお答えください。(n=297)

	n	%
満足	85	28.6%
どちらかといえば満足	185	62.3%
どちらかといえば不満	14	4.7%
不満	2	0.7%
無回答	10	3.4%

## 9 2. 相互評価全般について、何かご意見がありましたらお書きください。(n=297)

毎年同じ相手と相互ラウンドを行っているが、それで良いのか。ローテーションを行うとしても相手が見つけれない。  
開設主体の異なる病院間の交流は、簡単ではない。他施設との交流は大きな刺激となり、改善につながりやすい。  
学びが多い。他施設とのつながりが持てた。  
当院は回復期だけで連携病院が急性期の為、相互評価が本当に適正であるか不明である。  
点検表は項目も多く、全てを行うのは業務上困難なため、一部になるがそのチェック内容も口頭でのやりとりとなり機能評価のような対応をするのは時間やマンパワー的に難しい。  
加算2への訪問もありますので、訪問する人員の日程調整を何度も行わないといけないのが負担です。  
色々聞きかかった  
評価しやすいチェック表が、あればよい  
相互評価の開催が業務の負担になっている。負担にならない程度の評価項目や、開催内容の基準があれば良い。  
ラウンドにより疑問点を聞く事で他院の活動が参考になります  
コロナにて直接の対話ができていないもどかしさあり、訪問ができていない。  
同じシートばかりでは、毎年同じ評価になるため、連携病院と“今年のテーマ”を決めて、相互評価をしている。  
規模がちがう病院の場合、評価しづらい。  
地域連携加算(点数)を上げてほしい(医療安全活動への病院全体の協力体制、意識の向上につながる)マニュアルの公開や共有、教育に関する研修会などの共催などを行うことで加算がつけば、地域・医療機関の連携は一層強まるように思う。  
組合わせを行政でシャッフルして欲しい。今は自分達で相手をさがし、同じしせつとずっと相互評価をし合っている。  
評価の対策・課題に対し、システム面や現状の共有が困難であると感じる。窓口の主体が医療安全管課であるため、組織として評価に基づく改善活動が推進できる様なしくみが必要  
地域連携加算2の施設が1の施設より少ない。加算2の体制がとれていない施設のサポートを考えた方がよいのではないかと思う。相互ラウンドをすることで色々な視点に気づいたり、他施設の取りくみを参考にしたりできる機械だと思う。様々な施設の状況を知るために、私大協の相互ラウンドのように組み合わせを提案してもらえないか。  
日程調整が困難  
相互評価に参加する役職や職種を決めて欲しい。病院幹部が出席していない。  
有益な情報を得ることができ、組織規定の見直し、院内の対策、改善案作成に役立った。  
中小規模の施設では、日常業務を行いながら、ラウンドに参加するメンバーの日程調整が難しい。(複数回、特に医師、外来や手術、等があるため遠方の施設へ出向くことが厳しい)  
毎年同じ評価表を用いて同じ病院同士で実施するので評価表に関しては新しい意見は出ない。ラウンドによる評価はできるが...毎年同じ病院でよいのか悩む。  
同じ病院と実施しているため課題に限られつつある。何か工夫されている施設があれば知りたいです。  
形骸化、形式化せず相互支援をめざしたい。  
ちゃんとやっているとことそうじゃないとこの差が大きい。相互といいつつ、うちは2なので自分たちが見に行くことはなく評価を受けるだけで、医療監視などと変わらばえしない  
他施設に評価してもらえることで自施設の見直しができて良い→互いにわからないところがある場合、相談できるところがあれば良い。互いに新任同士のことがあり、経験値が浅く不安がある。  
毎年、同施設と行っているため、発展的でない  
施設の規模や設置主体が何かによって、相互の評価が正しい評価になっているのか不安がある。又、評価者によっての基準が明確でないことから、厳しい判断だったり甘い判断だったりしているのではないか?他院の状況や情報を得る機会があることは大変参考になって良いと思う。  
連携病院と情報交換できるのでよい機会としてとらえている。評価票は必要であるが、項目が多いと負担になるので、どのような評価票が適切なのか、試行錯誤している。  
2020年COVID-19発生後より、施設訪問による相互評価はされておらず、書面での評価となっているが、これは有益なのか?  
同じ病院と5年程続いているので、別の病院と組みたいがすでに他病院も固定化されており、今更新しくマッチングは困難。  
評価後、意見交換などを実施しているが、項目が多く時間がかかったり、施設によって可能なこと、不可能があったりして、なかなか参考程度の意見交換しかできない  
2022年から他病院のグループに参加させて頂いたがマニュアル整備や情報共有の他に学ぶ事が多い。  
相互評価を受ける事で自院での問題点が明確になり、改善のきっかけとなる。相互評価を通し、他者の意見をきく事で知識(視野)が広がる。相互評価を通し交流ができ、相談やアドバイスを受けやすくなる  
他院から指摘されることに開始時は抵抗があったが、経過がすすむにつれ、「他院から指摘されればいいわ。」と意識が変わり、マニュアル作りがすすんだ部署もあった。一部の部署は、指摘されても、注意を促しても、変わらず、病院全体で動いているが、内容が充分ではない。体質なのかもしれないが、変えることに困難を感じる。  
グループ病院と連携しているため、各症例につき具体的な改善対策を取りやすい。  
相互評価の経験が豊富な方にアドバイスしてもらえらる仕組みがあると嬉しいです  
感染のように病院長や医師の参加が必須としてほしい  
医療安全対策地域連携加算要件で、2の対象病院が1施設のみで少ないため、複数の加算1の施設でラウンドしている事が適否不明  
相互評価に使用するリストが、76に示されるように多種あることを知った。統一されないと評価の質にバラツキがあると思う。

9 3. 医療安全対策に関する相互評価のほかに、当該連携病院と協働しているものがあれば選択してください。  
(当てはまるもの全て選択) (n=297)

	n	%
医療安全管理者同士の情報交換	232	78.1%
発生事例の情報共有	70	23.6%
発生事例の協働分析	7	2.4%
研修会の定期的な共同開催	27	9.1%
相互の医療機関への講師派遣	13	4.4%
感染防止対策に関する相互評価	69	23.2%
特になし	31	10.4%
その他	5	1.7%

<外来・在宅医療における医療安全管理体制>

9 4. 医療事故・ヒヤリハット(インシデントレポート)の集計を、入院・外来に分けていますか。(n=461)

	n	%
はい	153	33.2%
いいえ	305	66.2%
無回答	3	0.7%

9 5. 問9 4で「はい」と回答した場合、入院・外来のそれぞれについて、多い順に( )に以下の番号を記入してください。(n=153)

	1位		2位		3位	
	n	%	n	%	n	%
入院						
薬剤	75	49.0%	43	28.1%	23	15.0%
輸血	0	0.0%	1	0.7%	0	0.0%
治療・処置	1	0.7%	11	7.2%	17	11.1%
医療機等	0	0.0%	1	0.7%	3	2.0%
ドレーン・チューブ	8	5.2%	33	21.6%	52	34.0%
検査	0	0.0%	4	2.6%	14	9.2%
療養上の世話	49	32.0%	44	28.8%	23	15.0%
その他	15	9.8%	10	6.5%	13	8.5%
無回答	5	3.3%	6	3.9%	8	5.2%

	1位		2位		3位	
	n	%	n	%	n	%
外来						
薬剤	40	26.1%	35	22.9%	20	13.1%
輸血	0	0.0%	3	2.0%	0	0.0%
治療・処置	13	8.5%	25	16.3%	26	17.0%
医療機等	0	0.0%	0	0.0%	4	2.6%
ドレーン・チューブ	0	0.0%	2	1.3%	1	0.7%
検査	41	26.8%	38	24.8%	24	15.7%
療養上の世話	15	9.8%	14	9.2%	10	6.5%
その他	33	21.6%	17	11.1%	36	23.5%
無回答	10	6.5%	18	11.8%	31	20.3%

9 6. 問9 4で「はい」と回答した場合、外来における医療事故・ヒヤリハット(インシデントレポート)に関する情報を、外来部門の医療安全の向上に活用していますか。(n=153)

	n	%
はい	136	88.9%
いいえ	10	6.5%
無回答	7	4.6%

9 7. 外来患者について医療安全に関するリスク評価を行っていますか。(n=461)

	n	%
全患者に行っている	40	8.7%
一部の患者に行っている	55	11.9%
行っていない	359	77.9%
無回答	7	1.5%

9 8. 問9 7で全患者または一部の患者に「行っている」と回答した場合、どのような観点からリスクを評価していますか。  
(当てはまるもの全て選択) (n=95)

	n	%
現病の状況	61	64.2%
治療内容(睡眠薬の使用等)	49	51.6%
年齢	59	62.1%
嚥下・咀嚼	26	27.4%
麻痺	43	45.3%
ADL、手段的ADL	61	64.2%
独居	26	27.4%
認知機能の低下	57	60.0%
感覚機能の低下(視力等)	32	33.7%
過去の医療事故の既往	20	21.1%
家屋の構造	15	15.8%
その他	9	9.5%

9 9. 問9 7で全患者または一部の患者に「行っている」と回答した場合、どのような観点からリスクを評価すべきかは病院として明確になっていますか。(n=95)

	n	%
はい	38	40.0%
いいえ	45	47.4%
無回答	12	12.6%

100. 病院として訪問診療を行っていますか。(同一法人の運営する別組織で行う場合は含みません) (n=461)

	n	%
はい	145	31.5%
いいえ	311	67.5%
無回答	5	1.1%

101. 現在、訪問診療中の患者は何人ですか。(n=145 (無回答: 30))

平均値	44.6
中央値	16
最小値	0
最大値	1,100

102. ケアマネジャーや訪問看護事業所等と医療事故・ヒヤリハット(インシデントレポート)に関する情報の共有はありますか。(n=145)

	n	%
はい	58	40.0%
いいえ	76	52.4%
無回答	11	7.6%

103. 訪問診療を行っている患者にインシデントが生じた場合、関係者間で共有する決まりはありますか。(n=145)

	n	%
はい	64	44.1%
いいえ	71	49.0%
無回答	10	6.9%

104. 訪問診療患者について医療安全に関するリスク評価を行っていますか。(n=145)

	n	%
全患者に行っている	15	10.3%
一部の患者に行っている	12	8.3%
行っていない	106	73.1%
無回答	12	8.3%

105. 問104で全患者または一部の患者に「行っている」と回答した場合、どのような観点からリスクを評価していますか。(当てはまるもの全て選択) (n=27)

	n	%
現病の状況	23	85.2%
治療内容(睡眠薬の使用等)	22	81.5%
年齢	18	66.7%
嚥下・咀嚼	19	70.4%
麻痺	21	77.8%
ADL、手段的ADL	21	77.8%
独居	21	77.8%
認知機能の低下	23	85.2%
感覚機能の低下(視力等)	18	66.7%
過去の医療事故の既往	8	29.6%
家屋の構造	16	59.3%
その他	1	3.7%

106. 問104で全患者または一部の患者に「行っている」と回答した場合、どのような観点からリスクを評価すべきかは病院として明確になっていますか。(n=27)

	n	%
はい	7	25.9%
いいえ	19	70.4%
無回答	1	3.7%

107. 貴院の報告制度では、入院患者が以下の状況となった場合は報告対象となりますか。(n=461)

	転倒して頭部の打撲 傷を生じた		食物を喉に詰まらせ て窒息した		患者が自己管理して いる薬剤を飲むこと を怠った	
	n	%	n	%	n	%
なる 場合によりなり得る	443	96.1%	445	96.5%	403	87.4%
ならない	8	1.7%	10	2.2%	32	6.9%
無回答	5	1.1%	1	0.2%	16	3.5%
	5	1.1%	5	1.1%	10	2.2%

108. 問107で「場合によりなり得る」と回答した場合、報告対象となるか否かはどのような要素が考慮されますか。  
(当てはまるもの全て選択)

	転倒して頭部の打撲 傷を生じた (n=8)		食物を喉に詰まらせ て窒息した (n=10)		患者が自己管理して いる薬剤を飲むこと を忘れた (n=32)	
	n	%	n	%	n	%
<b>(患者の状況)</b>						
現病の状況	6	75.0%	8	80.0%	22	68.8%
治療内容（睡眠薬の使用等）	4	50.0%	3	30.0%	19	59.4%
年齢	3	37.5%	3	30.0%	10	31.3%
嚥下・咀嚼	2	25.0%	7	70.0%	6	18.8%
麻痺	3	37.5%	5	50.0%	5	15.6%
ADL、手段的ADL	4	50.0%	3	30.0%	9	28.1%
認知機能の低下	3	37.5%	7	70.0%	19	59.4%
感覚機能の低下（視力等）	4	50.0%	4	40.0%	10	31.3%
過去の医療事故の既往	2	25.0%	1	10.0%	8	25.0%
その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>(環境)</b>						
独居（外来・訪問診療の場合）	2	25.0%	2	20.0%	8	25.0%
家屋の構造（外来・訪問診療の場合）	2	25.0%	1	10.0%	2	6.3%
その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>(医療提供の状況)</b>						
医療者がリスクを適切に評価したか	5	62.5%	8	80.0%	21	65.6%
医療者がリスクについて十分に説明を行ったか	5	62.5%	6	60.0%	17	53.1%
医療者が当該リスクを避けるべく努力をしたか	5	62.5%	9	90.0%	15	46.9%
医療チーム間（同一施設）で情報共有を適切に行ったか	4	50.0%	8	80.0%	13	40.6%
医療チーム間（他施設）で情報共有を適切に行ったか	3	37.5%	4	40.0%	8	25.0%
その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

109. 貴院の報告制度では、外来加療中の患者が以下の状況となった場合は報告対象となりますか。(n=461)

	外来に来院した際に 、転倒して頭部の打 撲傷を生じた (n=16)		食物を喉に詰まらせ て窒息した (n=40)		薬剤を飲むことを 忘れた (n=94)	
	n	%	n	%	n	%
なる	428	92.8%	295	64.0%	154	33.4%
場合によりなり得る	16	3.5%	40	8.7%	94	20.4%
ならない	10	2.2%	115	24.9%	198	43.0%
無回答	7	1.5%	11	2.4%	15	3.3%

110. 問109で「場合によりなり得る」と回答した場合、報告対象となるか否かはどのような要素が考慮されますか。  
(当てはまるもの全て選択)

	外来に来院した際に 、転倒して頭部の打 撲傷を生じた (n=16)		食物を喉に詰まらせ て窒息した (n=40)		薬剤を飲むことを 忘れた (n=94)	
	n	%	n	%	n	%
<b>(患者の状況)</b>						
現病の状況	11	68.8%	22	55.0%	46	48.9%
治療内容（睡眠薬の使用等）	7	43.8%	16	40.0%	49	52.1%
年齢	7	43.8%	15	37.5%	27	28.7%
嚥下・咀嚼	3	18.8%	19	47.5%	19	20.2%
麻痺	8	50.0%	16	40.0%	21	22.3%
ADL、手段的ADL	9	56.3%	14	35.0%	25	26.6%
認知機能の低下	10	62.5%	15	37.5%	41	43.6%
感覚機能の低下（視力等）	10	62.5%	12	30.0%	24	25.5%
過去の医療事故の既往	6	37.5%	12	30.0%	15	16.0%
その他	1	6.3%	8	20.0%	10	10.6%
<b>(環境)</b>						
独居（外来・訪問診療の場合）	4	25.0%	11	27.5%	29	30.9%
家屋の構造（外来・訪問診療の場合）	5	31.3%	5	12.5%	6	6.4%
その他	0	0.0%	7	17.5%	4	4.3%
<b>(医療提供の状況)</b>						
医療者がリスクを適切に評価したか	7	43.8%	16	40.0%	52	55.3%
医療者がリスクについて十分に説明を行ったか	6	37.5%	20	50.0%	61	64.9%
医療者が当該リスクを避けるべく努力をしたか	11	68.8%	20	50.0%	49	52.1%
医療チーム間（同一施設）で情報共有を適切に行ったか	6	37.5%	15	37.5%	39	41.5%
医療チーム間（他施設）で情報共有を適切に行ったか	5	31.3%	13	32.5%	35	37.2%
その他	0	0.0%	5	12.5%	11	11.7%

111. 貴院の報告制度では、訪問診療加療中の患者が以下の状況となった場合は報告対象となりますか。  
(訪問診療を行っていない場合は、問113へ進む) (n=145)

	転倒して頭部の打撲 傷を生じた		食物を喉に詰まらせ て窒息した		薬剤を飲むことを 忘れた	
	n	%	n	%	n	%
なる	60	41.4%	58	40.0%	35	24.1%
場合によりなり得る	16	11.0%	17	11.7%	25	17.2%
ならない	64	44.1%	65	44.8%	80	55.2%
無回答	10	6.9%	10	6.9%	10	6.9%

112. 問111で「場合により得る」と回答した場合、報告対象となるか否かはどのような要素が考慮されますか。  
(当てはまるもの全て選択)

	転倒して頭部の打撲 傷を生じた (n=16)		食物を喉に詰まらせ て窒息した (n=17)		薬剤を飲むことを 怠った (n=25)	
	n	%	n	%	n	%
<b>(患者の状況)</b>						
現病	11	68.8%	13	76.5%	15	60.0%
治療内容（睡眠薬の使用等）	11	68.8%	12	70.6%	17	68.0%
年齢	6	37.5%	10	58.8%	10	40.0%
嚥下・咀嚼	4	25.0%	11	64.7%	7	28.0%
麻痺	8	50.0%	9	52.9%	9	36.0%
ADL、手段的ADL	10	62.5%	8	47.1%	9	36.0%
認知機能の低下	10	62.5%	9	52.9%	14	56.0%
感覚機能の低下（視力等）	9	56.3%	5	29.4%	10	40.0%
過去の医療事故の既往	8	50.0%	7	41.2%	7	28.0%
その他	0	0.0%	1	5.9%	0	0.0%
<b>(環境)</b>						
独居（外来・訪問診療の場合）	8	50.0%	9	52.9%	12	48.0%
家屋の構造（外来・訪問診療の場合）	6	37.5%	3	17.6%	4	16.0%
その他	2	12.5%	3	17.6%	3	12.0%
<b>(医療提供の状況)</b>						
医療者がリスクを適切に評価したか	10	62.5%	11	64.7%	14	56.0%
医療者がリスクについて十分に説明を行ったか	9	56.3%	8	47.1%	13	52.0%
医療者が当該リスクを避けるべく努力をしたか	8	50.0%	9	52.9%	13	52.0%
医療チーム間（同一施設）で情報共有を適切に行ったか	6	37.5%	9	52.9%	12	48.0%
医療チーム間（他施設）で情報共有を適切に行ったか	4	25.0%	5	29.4%	7	28.0%
その他	3	18.8%	2	11.8%	3	12.0%

113. 貴院の報告制度では、入院患者が以下の状況となった場合、実際にどの程度報告されていると思いますか。（n=461）

	転倒して頭部の打撲 傷を生じた		食物を喉に詰まらせ て窒息した		患者が自己管理して いる薬剤を飲むことを 怠った			
	n	%	n	%	n	%		
ほぼ全例報告されている	450	97.6%	434	94.1%	325	70.5%		
一部は報告されている	4	0.9%	18	3.9%	109	23.6%		
ほとんど報告されていない	3	0.7%	3	0.7%	16	3.5%		
無回答	6	1.3%	6	1.3%	11	2.4%		
	処方箋を間違えて入 力した		継続処方していた薬 剤が途切れてしまっ た		血液検査や画像診断 等の検査結果を確認 し忘れていた		他院や他施設と診療 情報が共有できてい なかった	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ほぼ全例報告されている	265	57.5%	256	55.5%	194	42.1%	164	35.6%
一部は報告されている	159	34.5%	141	30.6%	155	33.6%	187	40.6%
ほとんど報告されていない	31	6.7%	58	12.6%	103	22.3%	100	21.7%
無回答	6	1.3%	6	1.3%	9	2.0%	10	2.2%

114. 貴院の報告制度では、外来加療中の患者が以下の状況となった場合、実際にどの程度報告されていると思いますか。（n=461）

	外来に来院した際に 、転倒して頭部の打 撲傷を生じた		食物を喉に詰まらせ て窒息した		薬剤を飲むことを 怠った			
	n	%	n	%	n	%		
ほぼ全例報告されている	416	90.2%	285	61.8%	103	22.3%		
一部は報告されている	24	5.2%	35	7.6%	97	21.0%		
ほとんど報告されていない	10	2.2%	124	26.9%	242	52.5%		
無回答	11	2.4%	17	3.7%	19	4.1%		
	処方箋を間違えて 入力した		継続処方していた薬 剤が途切れてしまっ た		血液検査や画像診断 等の検査結果を確認 し忘れていた		他院や他施設と診療 情報が共有できてい なかった	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ほぼ全例報告されている	210	45.6%	121	26.2%	172	37.3%	132	28.6%
一部は報告されている	165	35.8%	161	34.9%	145	31.5%	176	38.2%
ほとんど報告されていない	75	16.3%	166	36.0%	129	28.0%	136	29.5%
無回答	11	2.4%	13	2.8%	15	3.3%	17	3.7%

115. 貴院の報告制度では、訪問診療加療中の患者が以下の状況となった場合、実際にどの程度報告されていると思いますか。  
 (訪問診療を行っていない場合は、問116へ進む) (n=145)

	転倒して頭部の打撲 傷を生じた		食物を喉に詰まらせ て窒息した		薬剤を飲むことを 忘れた			
	n	%	n	%	n	%	n	%
ほぼ全例報告されている	48	33.1%	46	31.7%	19	13.1%		
一部は報告されている	18	12.4%	16	11.0%	20	13.8%		
ほとんど報告されていない	74	51.0%	78	53.8%	100	69.0%		
無回答	10	6.9%	10	6.9%	11	7.6%		
	処方箋を間違えて 入力した		継続処方していた薬 剤が途切れてしまっ た		血液検査や画像診断 等の検査結果を確認 し忘れていた		他院や他施設と診療 情報が共有できてい なかった	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ほぼ全例報告されている	39	26.9%	27	18.6%	28	19.3%	30	20.7%
一部は報告されている	25	17.2%	31	21.4%	27	18.6%	34	23.4%
ほとんど報告されていない	75	51.7%	81	55.9%	83	57.2%	74	51.0%
無回答	11	7.6%	11	7.6%	12	8.3%	12	8.3%

116. 入院医療と外来医療の区分で、病院内の医療事故・ヒヤリハット（インシデントレポート）の報告基準を変えていますか。 (n=461)

	n	%
はい	10	2.2%
いいえ	366	79.4%
無回答	85	18.4%

117. 入院に比較して、外来医療、在宅医療では医療を提供する場が異なります。外来・訪問診療における医療事故・ヒヤリハット（インシデントレポート）を入院と同じ基準（考え方）で運用すべきとお考えですか。 (n=461)

	n	%
異なる基準を用いることに賛成	50	10.8%
どちらかといえば異なる基準を用いることに賛成	149	32.3%
どちらかといえば同じ基準を用いることに賛成	133	28.9%
同じ基準を用いることに賛成	111	24.1%
無回答	18	3.9%

118. 2022年または2022年度内の訪問診療中に、実際に経験した医療事故・ヒヤリハット（インシデントレポート）事例を以下からお選びください。 (訪問診療を行っていない場合は、問120へ進む) (n=145)

	n	%
患者間違い	5	3.4%
患者情報の伝達内容の間違い	20	13.8%
訪問スケジュール（訪問日程やサービス提供者など）の間違い	30	20.7%
処置時に新しい傷ができた	3	2.1%
与薬の間違い（お薬カレンダーのセット間違いなど）	29	20.0%
転倒・転落	22	15.2%
患者宅での物品の置き忘れ	17	11.7%
その他	35	24.1%