厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
診療所における医療安全活動の質向上に向けた研究

分担研究報告書
診療所対象の医療安全外部研修の現状と課題

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

研究要旨

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

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

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

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

A．研究目的

（背景）

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

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

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

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

（目的）

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

B．研究方法

（研究デザイン）

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

（情報検索）

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

（情報の選定）

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

C．研究結果

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

1. 日本医師会

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

受講形態は、約1年間にわたるeラーニ

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

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

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

2. 日本プライマリ・ケア連合学会

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

①診療所対象の患者安全向上ウェビナー

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

②診療所版チーム STEPPS 研修会

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

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

③専門職種別ワークショップ

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

3. 医療安全全国共同行動

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

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

4. 地域医療振興協会

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

5. 地域の医療安全支援センター

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

6. 民間企業

近年、病院だけでなく診療所を対象とし

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

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

表 1. 診療所対象の医療安全研修で扱われている主要テーマの分類

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

D．考察

（結果の要旨）

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

（提言）

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

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

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

（医療安全研修教材の作成・試行）

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

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

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

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

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

Ｅ．結論

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

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

参考文献

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ｆ．研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

Ｇ．知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

（資料1）

診療所の患者安全
【総論】

青木 拓也
東京慈恵会医科大学
総合医科学研究センター 臨床疫学研究部

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

1

米国における死因順位（2013年推定値）

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

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

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

2

患者安全の意義

➢**患者の健康と生命を保護すること**

➢**医療の質と患者安全は表裏一体**

●**医療の質向上 ▶ オフェンス（攻め）**

●**患者安全の向上 ▶ ディフェンス （守り）**

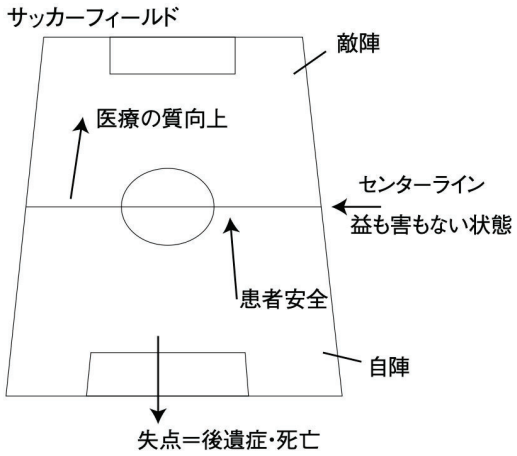


図２　医療の質と患者安全のイメージ

岡田唯男. 医療の質・安全学会誌. 2017.

3

診療所における患者安全の特徴①

➢**インシデント発生率は低いが、対象となる患者数が多いため影響大**

●100件の診察あたり2-3件のインシデント

●そのうち4%が重大インシデント

●特に診断および投薬時のエラーが重大インシデントに繋がりやすい

➢**未分化・複雑な健康問題が多い**

●発症早期の受診

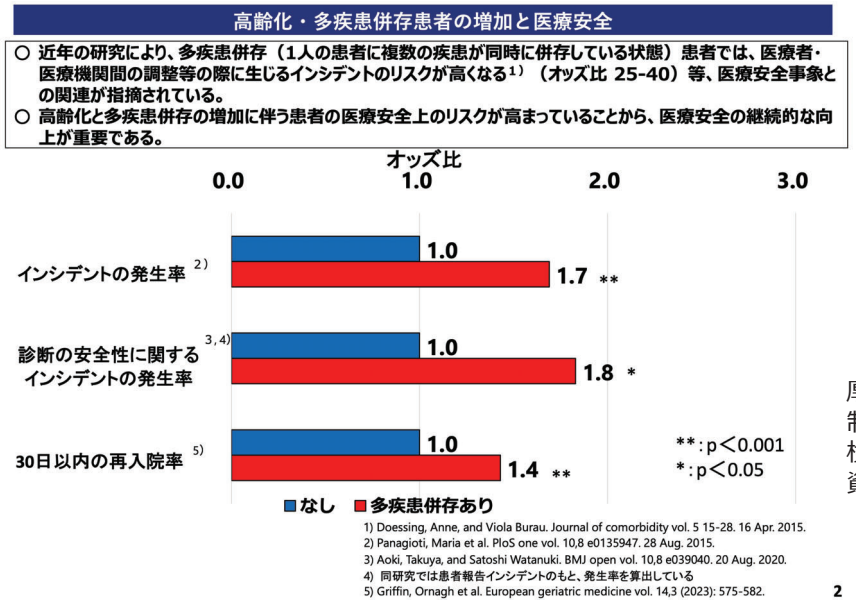
●多疾患併存

●心理・社会的問題

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

4

高齢化・多疾患併存と患者安全



厚生労働省. 医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会報告書（案）補足資料

2

5

診療所における患者安全の特徴②

➢外来だけでなく在宅医療における患者安全も課題

- Hospital at Home（HaH：在宅入院）など

➢身近な診療所ならではの近接性や継続性は患者安全にも寄与

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

6

診療所に義務付けられている患者安全管理

➢2007年の医療法改正で無床診療所にも義務化

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

7

プライマリ・ケア患者の40%が安全上の問題に直面



8

診療所の患者安全は国際的な課題



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

9

我が国のプライマリ・ケア診療所における患者安全管理体制の実態調査

➢**研究デザイン**

●オンライン調査による横断研究

➢**対象者**

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

➢**評価項目**

●研究参加者および所属診療所の基本属性

●所属診療所の患者安全管理体制

●患者安全に関する指針の作成・更新・活用状況

●過去1年間のインシデントレポートの運用実態など

10

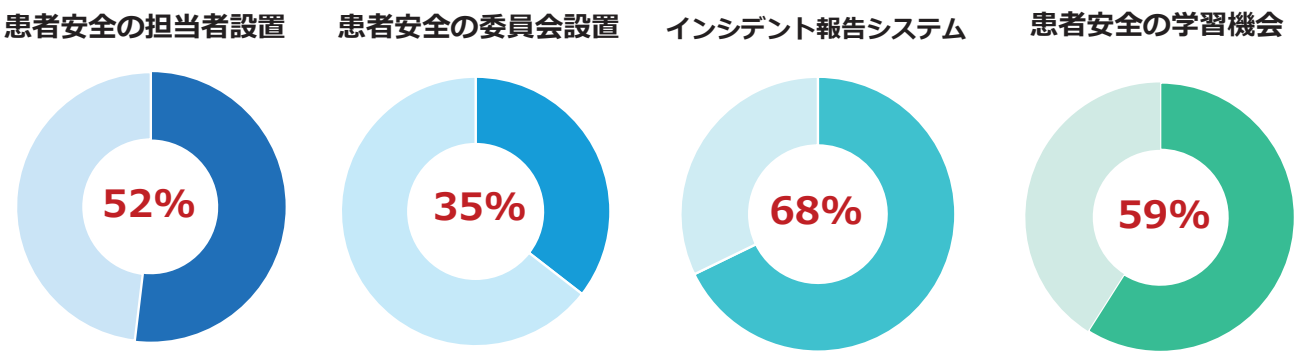
研究参加者の属性

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

青木拓也ほか. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2024.

11

診療所の基本的な患者安全管理体制



青木拓也ほか. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2024.

12

患者安全に係る指針の作成状況

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



青木拓也ほか. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2024.

13

過去1年間のインシデントレポート

➢インシデントレポート件数

- 10件未満：**64.5%**

➢インシデントレポート内容

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

青木拓也ほか. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2024.

14

診療所に患者安全対策が浸透していない要因

- 人的・物的・経済的資源が限られている

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

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

15

診療所実態調査 まとめ

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

- **診療所は病院と比較しリソースが限られており、現状実施率は低い**

- **しかし、これらは患者の安全を守る上で基礎となる活動**

- **皆様の診療所でもぜひ点検を → 生きた患者安全活動**

16

指針を作成する上での参考資料

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

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

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

17

まとめ

➢**診療所の患者安全は国内外において重要な課題**

➢**日本の診療所における患者安全体制はまだ十分とはいえない**

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

18

（資料2）

インシデント報告システム

青木 拓也
東京慈恵会医科大学
総合医科学研究センター 臨床疫学研究部

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

インシデントレポートに対する疑念

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



2

インシデント報告システム ＝ 学習システム

➢**目的**

① 患者の安全を図ること

② 医療機関のシステムの安全性を高める

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

➢**報告だけではなく、組織的な学習につなげることが重要**

日本医師会. 医療従事者のための医療安全対策マニュアル. 2007.

3

インシデント報告システムのプロセス



4

インシデントレポートの内容

➢**報告する項目は出来るだけ簡素に、客観的な事実を記載**

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

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

5

インシデント報告を促すために

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



※医師が報告するインシデントは重大なものが多い

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

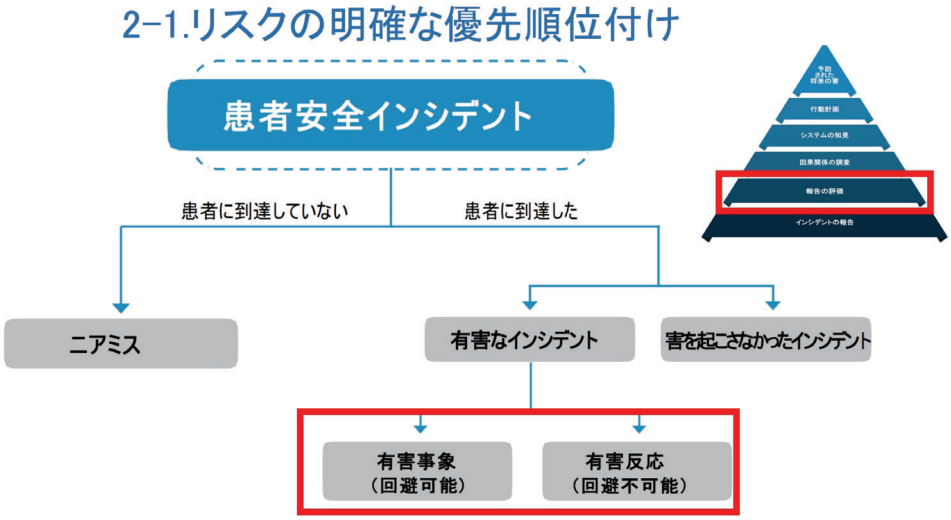
6

インシデントの分類（日本）

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

7

インシデントの分類（WHO）



インシデントの分類（WHO, 2020）より

長尾能雅.第１回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会 資料.

8

インシデントのトリアージ

➢**全てのインシデント報告に対応することは困難**

●リソースが限られている診療所ではなおさら

➢**インシデントの優先順位づけ（トリアージ）が必要**

●患者に到達したインシデント

●患者への影響度が大きいインシデント

●回避可能性が高いインシデント

9

診療所における主なインシデント

●**患者とのコミュニケーション**に関するインシデント

●**医療者間のコミュニケーション**に関するインシデント

●**診断**に関するインシデント

●**薬剤・ワクチン**に関するインシデント

●**検査**に関するインシデント

●**治療・医療機器**に関するインシデント

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

10

診療所における重大インシデントの例

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



11

インシデントの分析

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

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

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

12

1. 事実の収集と個人的な影響への対処

➢事実の記録

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

➢振り返り

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

13

2. 背景要因の特定

➢インシデントの背景要因をカテゴリーに分類して検討

➢人に関する要因：スタッフの知識、スキル、疲労、注意力など

➢活動に関する要因：マニュアルがない、手順が複雑すぎたなど

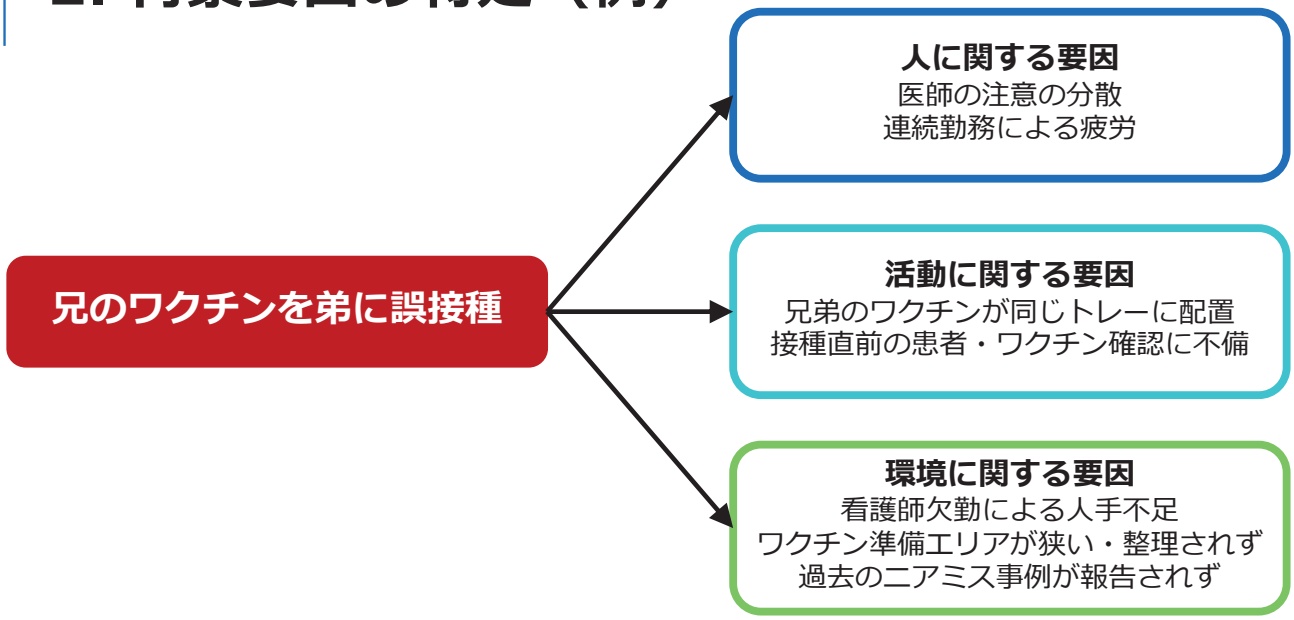
➢環境に関する要因：機器のレイアウト、スタッフの配置、時間のプレッシャーなど

➢「なぜ」を繰り返すアプローチ

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

14

2. 背景要因の特定（例）



15

3. 学習と改善策の決定

➢教訓の明確化

●分析を通じて得られた教訓を明確にする

➢改善策の定義

●特定された根本原因に対処するための具体的な改善行動を策定

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

➢マニュアルの改訂

●必要に応じて、関連するマニュアルやプロトコルを修正

16

3. 学習と改善策の決定（例）

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

- 上記に応じてマニュアルやプロトコルを修正

17

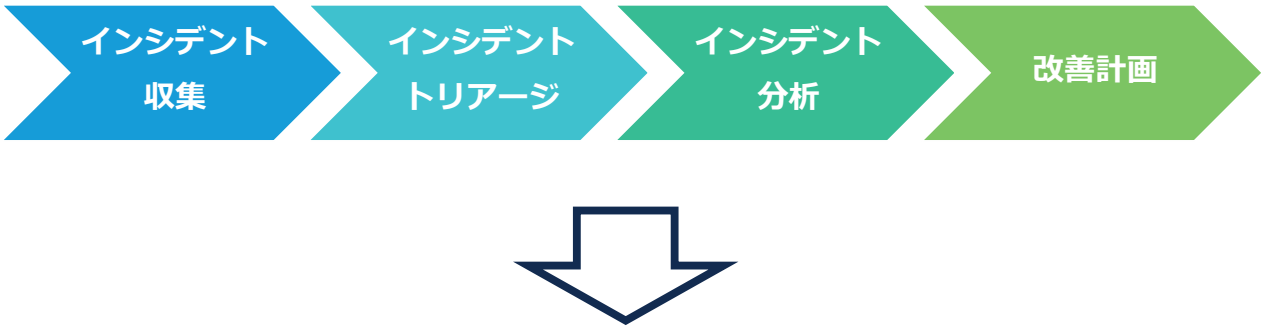
4. 実行とモニタリング

➢実行とフォローアップ

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

18

まとめ



組織的な学習・フィードバック

19

（資料3）

診療所における救急対応

青木 拓也
東京慈恵会医科大学
総合医科学研究センター 臨床疫学研究部

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

あなたの診療所では

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

2

想像してみてください

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

待合室で患者が痙攣を起こした

混乱

非常勤医師

「この診療所は何がどこに置いてあるか分からない…　このアンビュ壊れてる？」

看護師

「痙攣なんて何年ぶり？何を用意すれば良い？焦ってルートが取れない！」

事務職員

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

診療所だからこそ救急対応の備えが必要

➢**診療所でも頻度は低いが救急対応が発生する**

- 心肺停止
- 痙攣
- 急性心筋梗塞
- アナフィラキシーなど



➢**しかし人的・物的資源が限られている**

➢**患者安全上の重要な課題**

1. スタッフを総動員する

➢**事務職員も含めて全ての職種が参加**

- 救命処置、家族の誘導、他患者への説明など



➢**急変患者発生時の伝達方法を決めておく**

- 人的資源が少ない分、病院より重要

➢**他の仕事を中断して診療所の力を結集する**

- 特に救命処置はマンパワーが鍵

例）事務職員用の手順書

- 救急隊callの手順、文言もプロトコル化
- 患者家族の誘導

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

2. 対応を手順化する

➢救急対応手順を出来るだけ標準化する

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



➢暗黙知を形式知へ

- スタッフが入れ替わっても継承される

例）初療

①危険な主訴の確認

- 胸痛、呼吸困難、意識障害、痙攣、麻痺の有無を確認

②ABCの評価

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

例）初療

③処置室のベッドに臥床させる

④バイタルサインを測定

血圧、脈拍数、SpO2、呼吸数、体温

⑤OMI

O2(酸素)

Monitor(モニター)：心電図装着、SpO2モニター

IV(静脈路確保)

手順化する救急対応の例

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

など



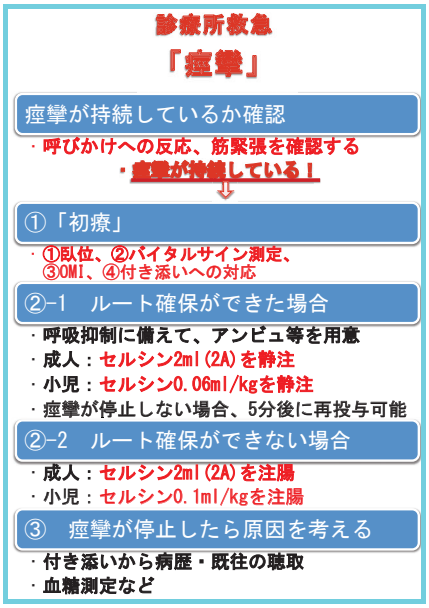
3. 手順を可視化する

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



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

例）処置室にポスター掲示



4. 救急対応の訓練を行う

➢仮想シナリオをもとにシュミレーション

●手順書があるだけではなく、スタッフに周知が必要



➢PDCAサイクルを回す上で有用

●訓練すると手順の改善点が浮かび上がる

➢定期的に開催する

●医療安全管理研修として

訓練で浮かび上がる課題の例

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

診療所に状況に合わせた手順の作成を

➢診療所のセッティング（例）

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

まとめ

➢診療所だからこそ救急対応の備えが重要

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

➢診療所毎にカスタマイズが必要