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

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

研究分担者　山口　悦子　国際医療福祉大学
医学部
教授

研究要旨

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

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

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

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

A．研究目的

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

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

B．研究方法

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

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

（倫理面への配慮）

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

C．研究結果

（1）アンケートの選択肢の回答

主要な設問に関する有床・無床別の定量的な集計結果を以下の通り示す。

表 1：医療安全管理担当者の配置状況とインシデント報告体制

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

表 2：外部の医療安全情報の活用を阻害する理由

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

（2）アンケートの自由記述

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

表 3：医療安全を推進するための教育上の課題と学習テーマのニーズ

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

表 4：自由意見・感想のまとめ

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

D．考察

（1）アンケートの分析：診療所の安全管理体制と課題

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

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

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

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

Ｅ．結論

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

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

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

Ｆ．研究発表

1.　論文発表

なし

2.　学会発表

なし

Ｇ．知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

附表１　接遇・トラブル対応スクリプト例

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

＜プロンプト例＞

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

＜作成されたプログラム例＞

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

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

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

＜教育効果を高めるアドバイス＞

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

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

附表２　30 分でできる安全行動のトレーニング（チェックバック）

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

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

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

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

＜プログラム例＞

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

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

※Ai を使って他のプログラムも作成できる。生成されたら、適宜、修正する。

＜プロンプト例＞

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

＜生成されたプログラム（スクリプト付き）＞

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

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

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

附録１：自施設に合わせたサマリーの作成
＜出力例＞

【重要】書類の誤交付・誤配防止に向けた安全管理の徹底について（周知）

職員 各位

1. 本通知の背景と組織的な意義

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

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

2. 事例分析：潜在するリスク要因の特定

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

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

3. 実践：具体的な安全対策の展開

本日より、以下の４項目を実施してください。

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

4. おわりに：安全文化の醸成に向けて

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

全スタッフが一丸となって取り組むことを期待します。

●年●月●日

○○医院　病院長

作成方法：

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

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

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

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

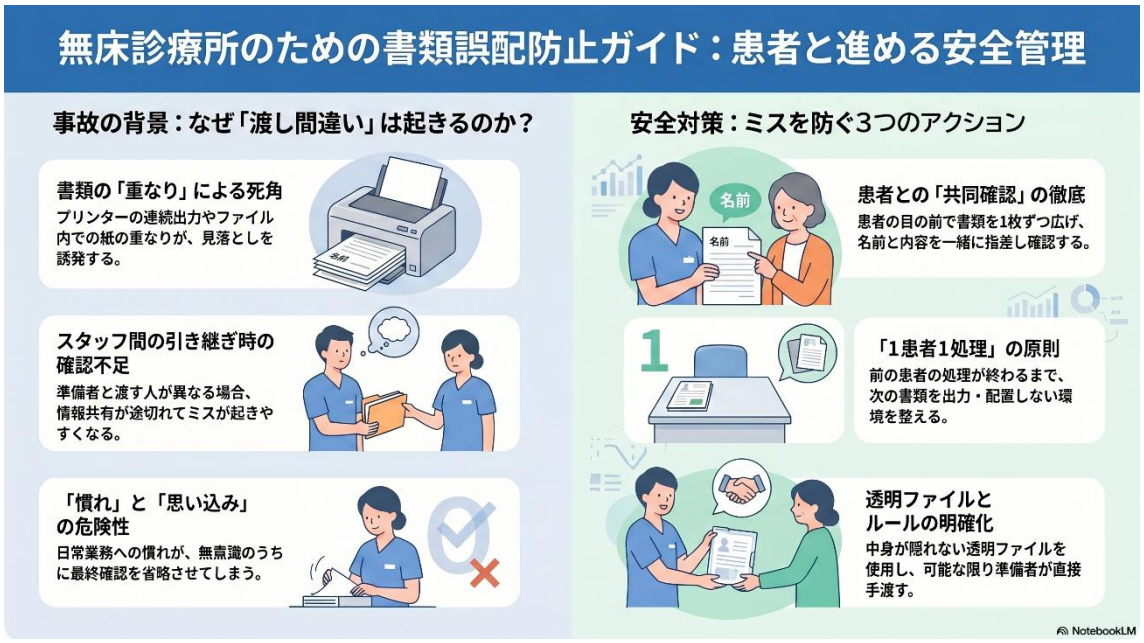
④ 「ソース」に切り替えると、サマリーがソースに追加されていることを確認。次に最初に読み込んだ2例のレポートのチェックをはずし、新たに加えた文書（サマリー）のみにチェックを入れる。

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

⑥ 出力後、ワープロソフト等に貼り付け、適宜、文章や長さを編集する。

附録２：自施設に合わせた視覚的資料の作成

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



※「Studio」では、動画やフラッシュカード、スライドも作成できる。

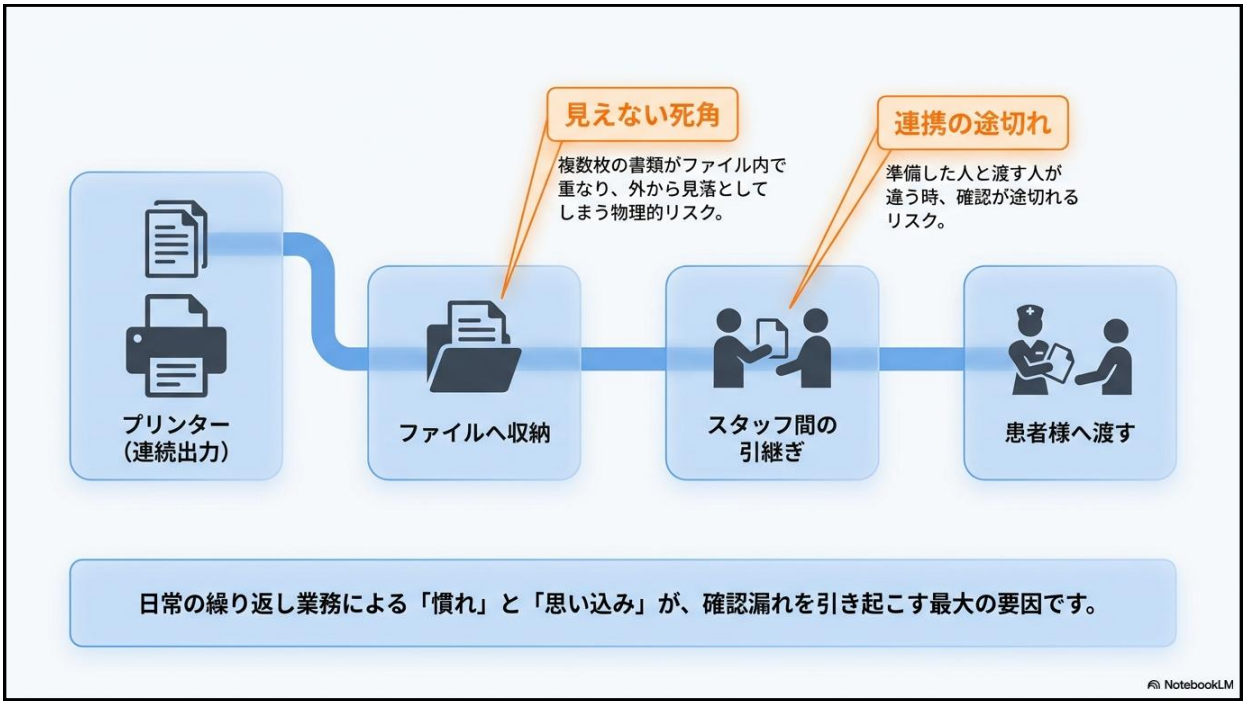
（資料1）

明日からできる！診療所の安全づくり

エラーは「人」ではなく「仕組み」で防ぐ。書類誤配をなくす4つの新ルール



NotebookLM



「個人の注意力」に頼る



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

「仕組み」でエラーを弾く



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

「気をつける」から「間違えようのない仕組み」へ。

NotebookLM

明日から変える【環境と道具】



Rule 1: 「1患者1処理」の原則

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



Rule 2: 「完全透明」ファイルの導入

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

NotebookLM

明日から変える【行動と連携】

Rule 3: ワンストップ & 声出しダブルチェック



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

Rule 4: 患者参加型の「共同確認」



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

NotebookLM

仕組みが私たちを守り、私たちが患者様を守る。



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

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

NotebookLM

医療安全教材作成
実践マニュアル

事例検索からAIによる構造化まで

動画解説：

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

Phase 1:
事例の収集と準備

日本医療機能評価機構のサイトでの事例検索

Step 1

医療事故情報収集等事業の公式サイト（医療機能評価機構）へアクセスします。

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





データのPDF保存と匿名化

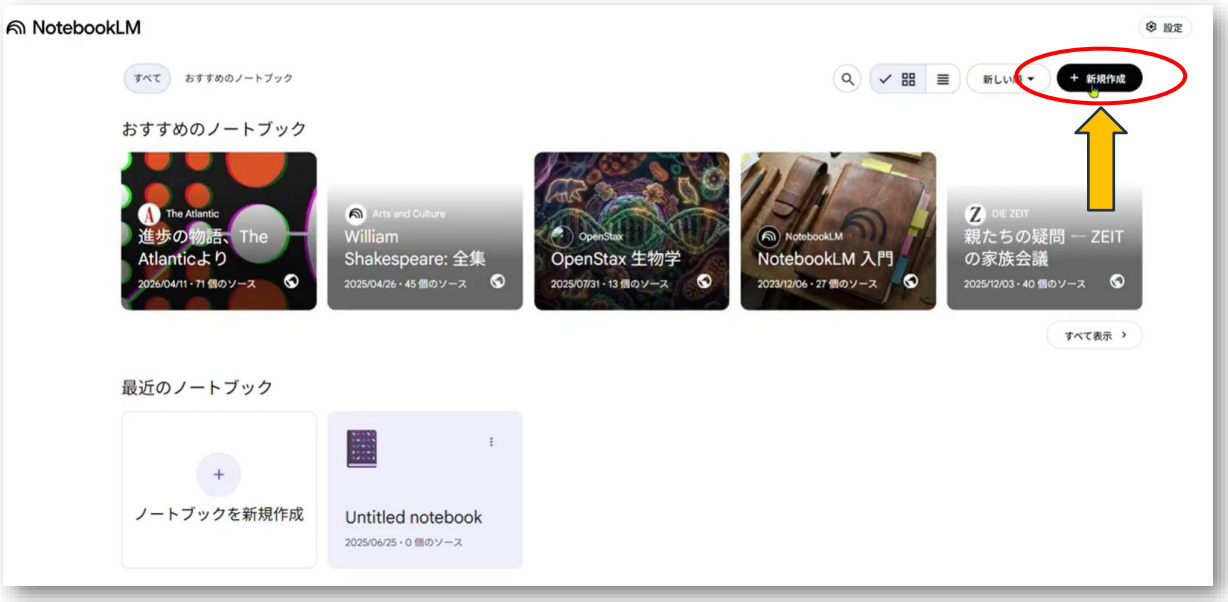
Step 2

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

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



Phase 2:
NotebookLMでの資料構築

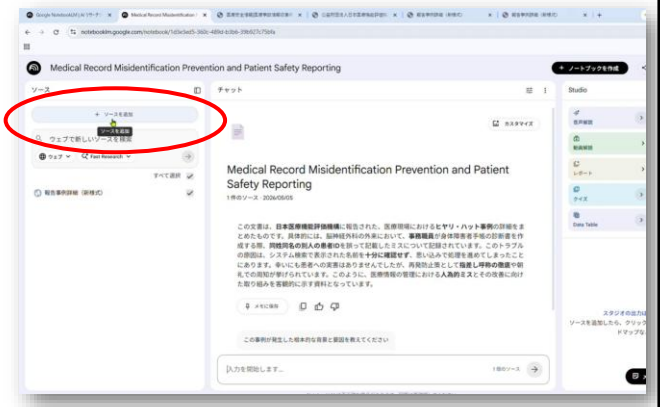


ソースのアップロード手順

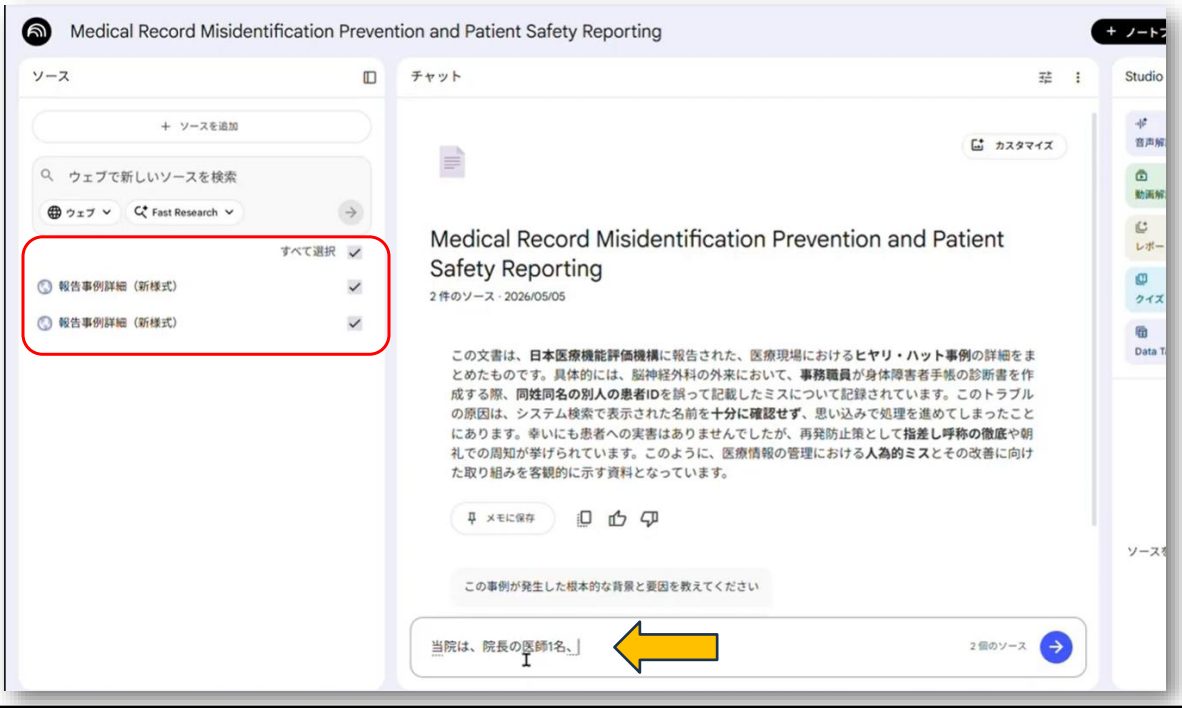
Step 3

NotebookLMに信頼できる資料を「ソース」として学習させます。

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




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


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

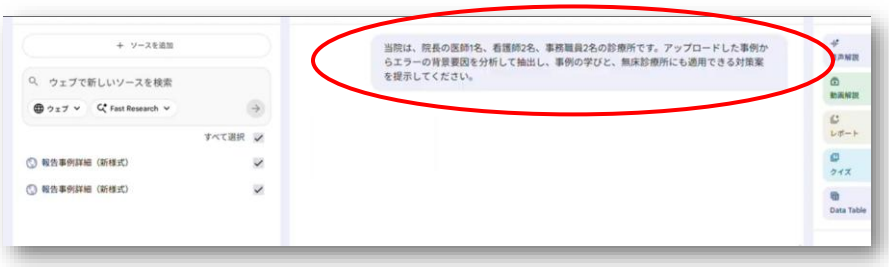
AIによる教材案の自動生成

Step 4

チャット欄に具体的な指示（プロンプト）を入力します。

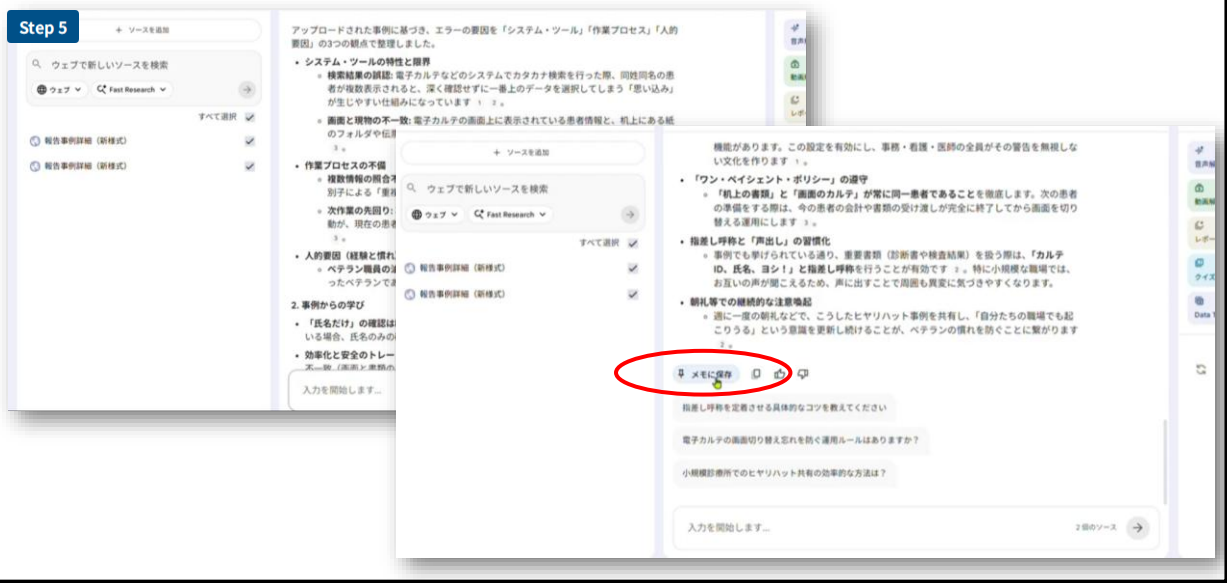
「当院は、…アップロードした事例から.…無床診療所にも適用できる対策案を提示してください」

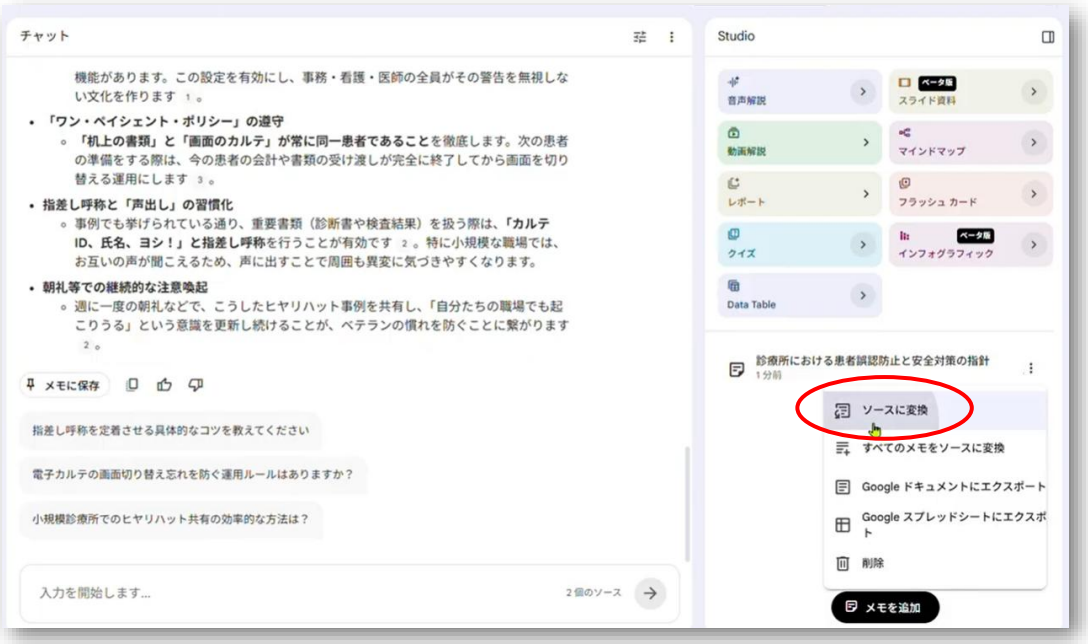
AIが事例の核心を抽出し、背景・要因・対策を論理的に構造化します。



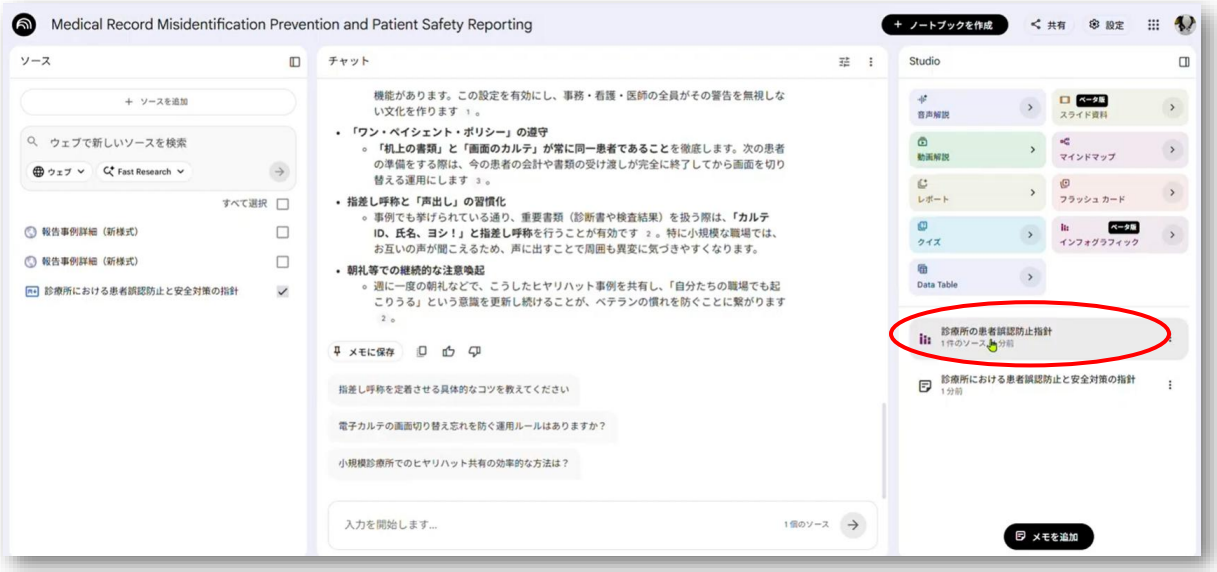
アウトプットを確認し、「メモに保存」

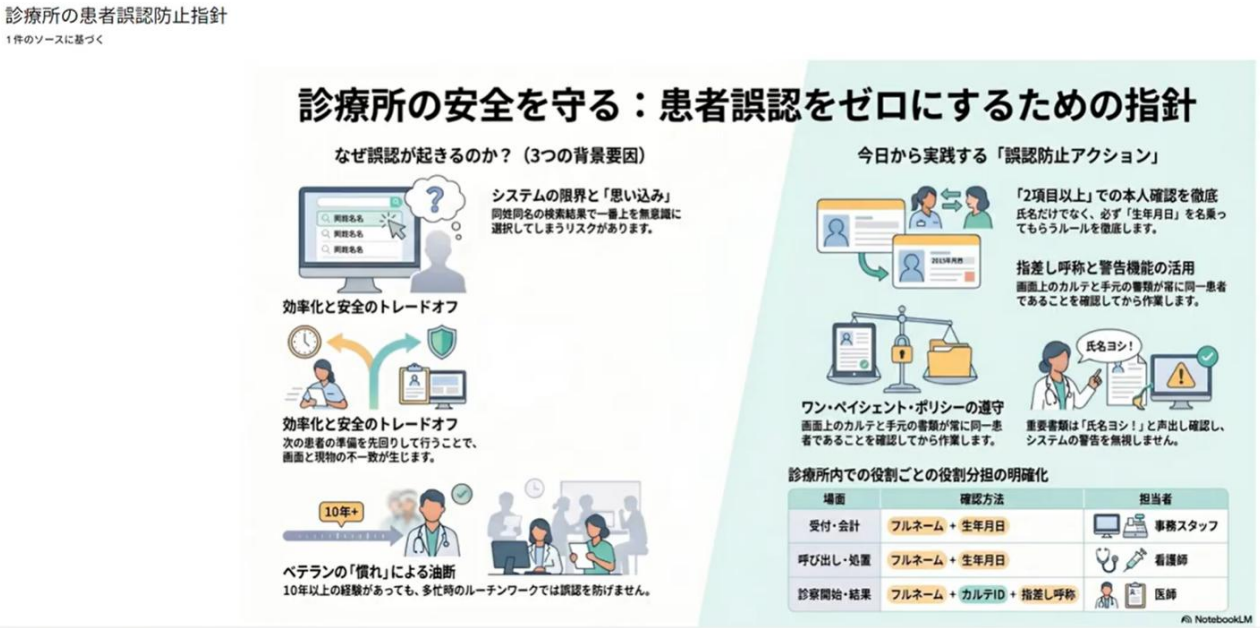
Step 5

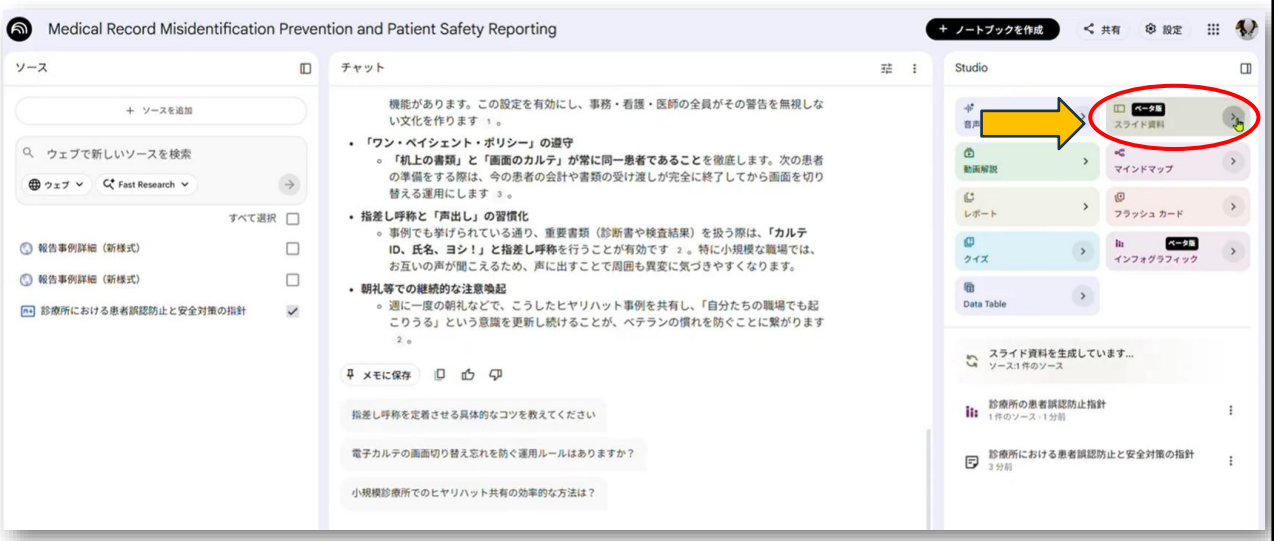



チャット
機能があります。この設定を有効にし、事務・看護・医師の全員がその警告を無視しない文化を作ります 1。
「ワン・ペイシェント・ポリシー」の遵守
「机上の書類」と「画面のカルテ」が常に同一患者であることを徹底します。次の患者の準備をする際は、今の患者の会計や書類の受け渡しが完全に終了してから画面を切り替える運用にします 3。
指差し呼称と「声出し」の習慣化
事例でも挙げられている通り、重要書類（診断書や検査結果）を扱う際は、「カルテID、氏名、ヨシ！」と指差し呼称を行うことが有効です 2。特に小規模な職場では、お互いの声が聞こえるため、声に出すことで周囲も異変に気づきやすくなります。
朝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


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

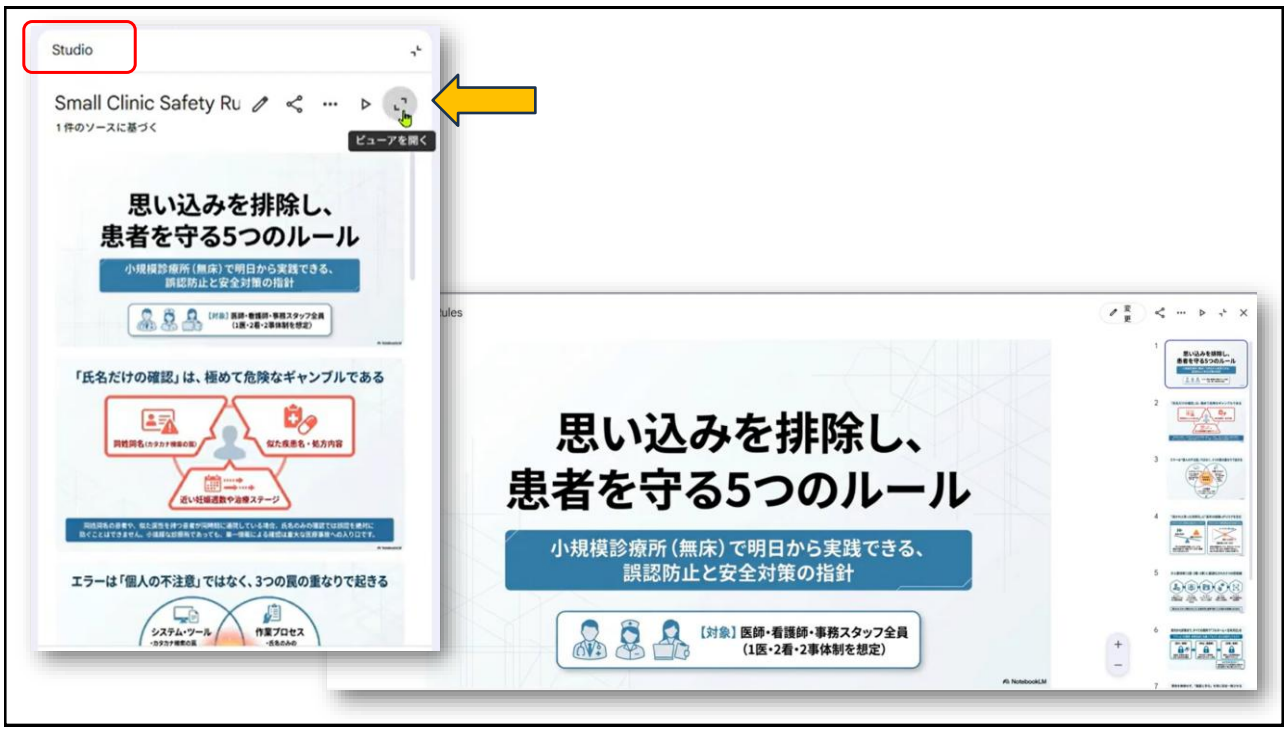

Medical Record Misidentification Prevention and Patient Safety Reporting
＋ ノートブックを作成
共有
設定
ソース
＋ ソースを追加
ウェブで新しいソースを検索
ウェブ
Fast Research
すべて選択
報告事例詳細（新様式）
報告事例詳細（新様式）
診療所における患者誤認防止と安全対策の指針
チャット
機能があります。この設定を有効にし、事務・看護・医師の全員がその警告を無視しない文化を作ります 1。
「ワン・ペイシェント・ポリシー」の遵守
「机上の書類」と「画面のカルテ」が常に同一患者であることを徹底します。次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


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


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


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


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


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

安全な運用のための重要ルール

個人情報の匿名化徹底

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

人間による最終承認

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