

**医療機関における
安全管理の実施状況と産業医の活用**

平成14年3月

**労働福祉事業団
大阪産業保健推進センター**

研究員名簿

主任研究者

大阪産業保健推進センター所長

植松治雄

協同研究者

大阪産業保健推進センター相談員

圓藤吟史

大阪産業保健推進センター相談員

榊屋義雄

大阪府医師会

酒井英雄

日本産業衛生学会近畿地方会

岡田章

大阪市立大学環境衛生学教室

清田郁子

目 次

1. 調査の目的	-----	1
2. 対象と方法	-----	1
3. アンケート調査結果	-----	2
1) 回答医療機関の概要		
2) 従業員に対する事故防止について		
3) 労災発生件数と労災防止対策		
4) 患者に対する事故防止について		
5) 医療事故件数、事故の報告		
6) 医療事故防止のための教育研修		
7) 医療事故発生の原因		
8) 委員会設置の有無による労災事故及び医療事故の発生件数の比較について		
4. 調査結果の考察	-----	19
5. アンケート結果集計の詳細	-----	22
6. アンケート調査票	-----	44

1. 調査の目的

医療事故が頻発し、国民の不安が払拭されていない。産業医は、労働災害の予防を目的として、職場の有害要因を的確に把握し、分析し、その対策にあたる専門家である。医療機関における産業医は、通常日常の診療業務に従事する傍ら産業医活動を行っているが、医療事故防止対策においても、産業医の持つ専門性の活用が有効であると思われる。しかしながら、患者を対象とした安全管理体制は未整備の医療機関が多く、産業医の専門性は十分に活用されていない。

この調査研究の目的は以下のことを行うことにある。医療事故防止のための体制づくり、安全管理システム、安全教育における、産業医の役割を明らかにする。つぎに、患者に対する安全管理と、医療労働者に対する安全衛生管理の連携を図り、医療現場における産業医活動を推進する。さらに、永年蓄積してきた産業医活動の成果を、患者に対する安全管理に技術移転することにより医療事故防止を図る。

2. 対象と方法

大阪府医師会、病院協会、地域産業保健センターと協議し、患者ならびに労働者の安全管理体制を確立するための方策について検討し、アンケート項目を検討した。

大阪府下にある全有床医療機関 585 病院の院長宛てにアンケートを送付し、医療事故、患者安全体制、労働安全衛生体制ならびに、産業医の専門性の活用状況についての実態を調査した。

3. アンケート調査結果

1) 回答医療機関の概要

大阪府下にある有床医療機関(病院)578病院から375の回答を得た。回収率は64.9%であった。

回答のあった医療機関の病床数及び全職員（常用労働者）数別の医療機関数はそれぞれ表1、2のとおりであり、総病床は73,947床、全職員数は68,764人であった。

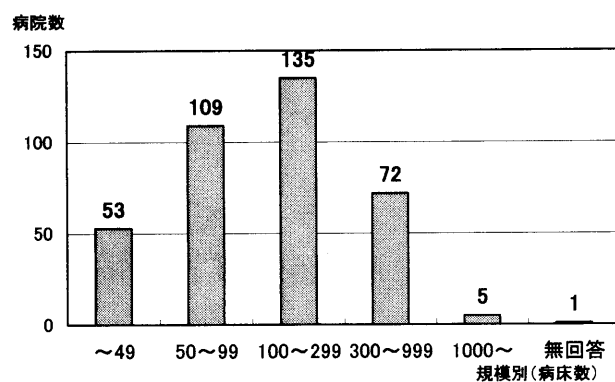
表1 病床数別の医療機関数

50床未満	53	14.1%
50～99床	109	29.1%
100～299床	135	36.0%
300～999床	72	19.2%
1000床以上	5	1.3%

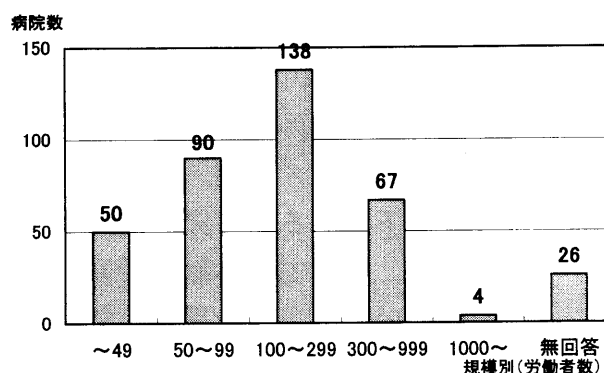
表2 常用労働者数別の医療機関数

50人未満	50	13.3%
50～99人	90	24.0%
100～299人	138	36.8%
300～999人	67	17.9%
1000人以上	4	1.1%

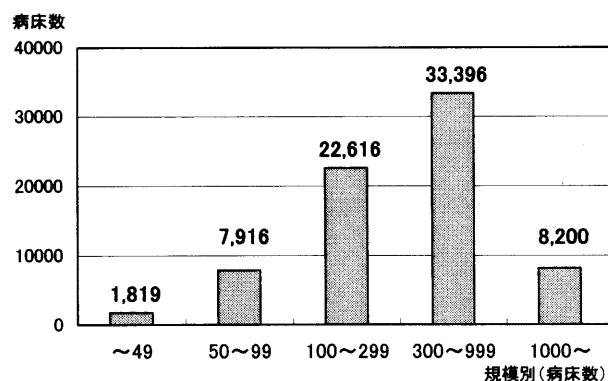
病床数別の病院数



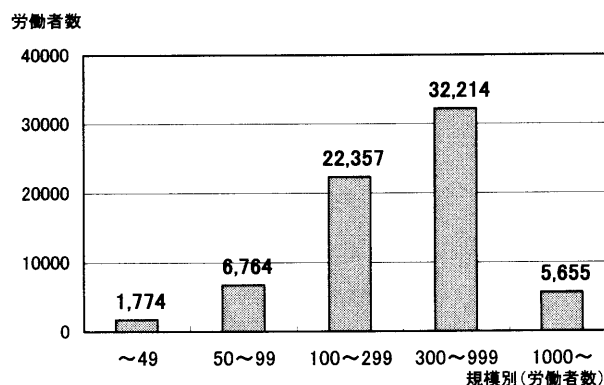
全職員（常用労働者）数別の病院数



総病床数別の病床数

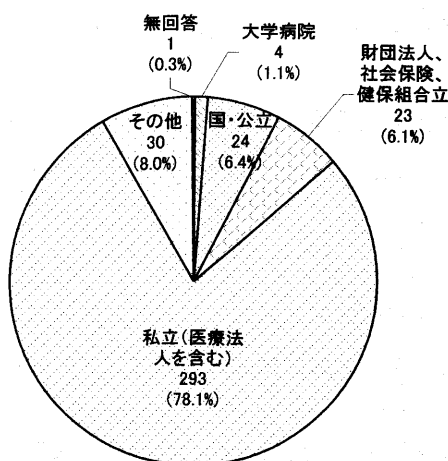


全職員（常用労働者）数別の労働者数

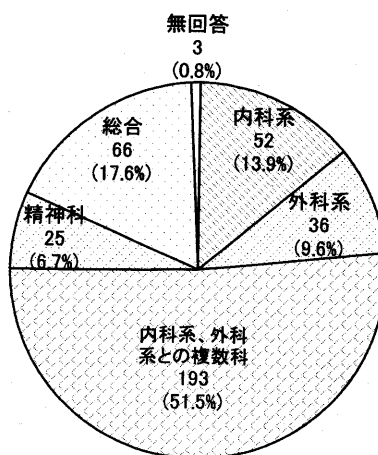


また病院の種類では、私立病院が 293 病院（78.1%）であり、内科系、外科系の複数科が 193 病院（51.5%）であった。

病院の種類



診療科



2) 従業員に対する事故防止について

労働安全衛生のための委員会の設置について、委員会があると回答したものの 275 病院（73.7%）であり、そのうち設置義務のある 299 病院では 229 病院（76.6%）が設置され、設置義務のない従業員数が 50 人未満の 50 病院では 28 病院（56.0%）が設置されていた。

従業員数 50 人以上の委員会未設置の病院に対しては、産業医から意見を具申するか、労働基準監督署による指導が望まれる。一方、従業員数 50 人未満の病院のうち、56.0% の病院が、法での設置義務がないにも関わらず、委員会を設置していたことは、安全衛生のための委員会設置の重要性が認識されていると、50 人未満の事業場でも委員会の設置は可能であることを示している。今後は、委員会が設置されている病院と設置されていない病院と間で、労働安全衛生の水準を比較検討することにより、委員会設置の有効性を明らかにするとともに、委員会活動の推進を図ることが求められる。

次に、設置義務のある 299 病院のうち、専門の委員会を設置していると回答した病院が 73 病院（24.4%）に対し、労働安全衛生以外の事柄も取り扱う委員会で審議して

いると回答した病院が114病院（38.1％）であった。

このことは、病院での業務が多岐にわたるため、労働安全衛生と関連する事柄も同時に取り扱う必要があるためと考えられる。しかし、労働安全衛生以外の事柄も取り扱う委員会であっても審議の中で、安全衛生に関する事項かどうか区分を明確化することが必要である。

設置義務のある299病院のうち、144病院（48.2％）の病院が毎月1回以上委員会を開催していた。隔月に1回程度が27病院（9.0％）、1年に2～3回程度が45病院（15.1％）であった。

針刺し事故をはじめ、多くの災害が発生しており、事例発生から速やかに対策を講じる必要があるため、毎月開催されることが望まれる。

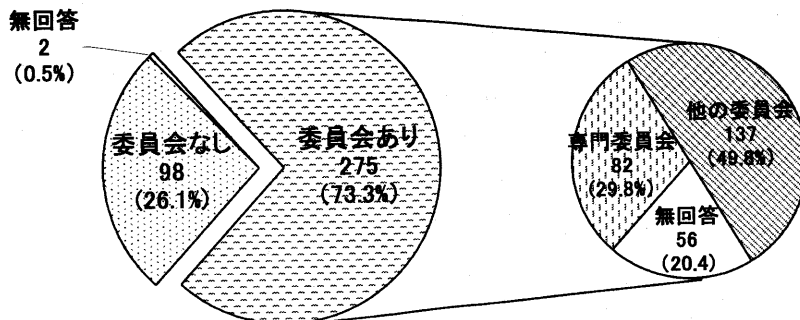
委員会のメンバーは、様々な職種が含まれているが、院長・副院長が218病院（79.3％）、産業医が161病院（58.5％）であった。

病院の責任者や産業医がより積極的な取り組みを行い、労働衛生対策として管理体制を確立されることが望まれる。

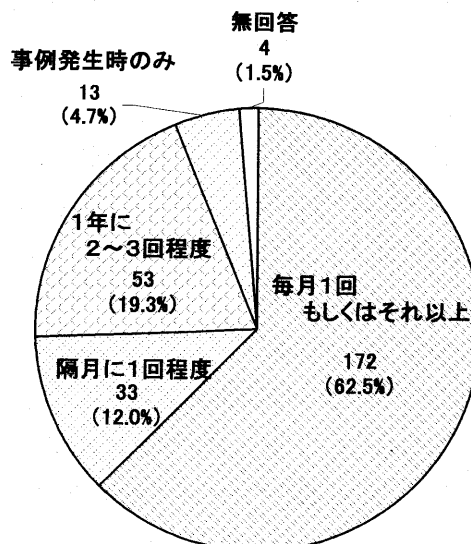
また、事故防止のための指針は、224病院（59.7％）が作成されていた。

指針が作成されていることは、熱心に労働安全衛生活動をされていることを窺うことができる。

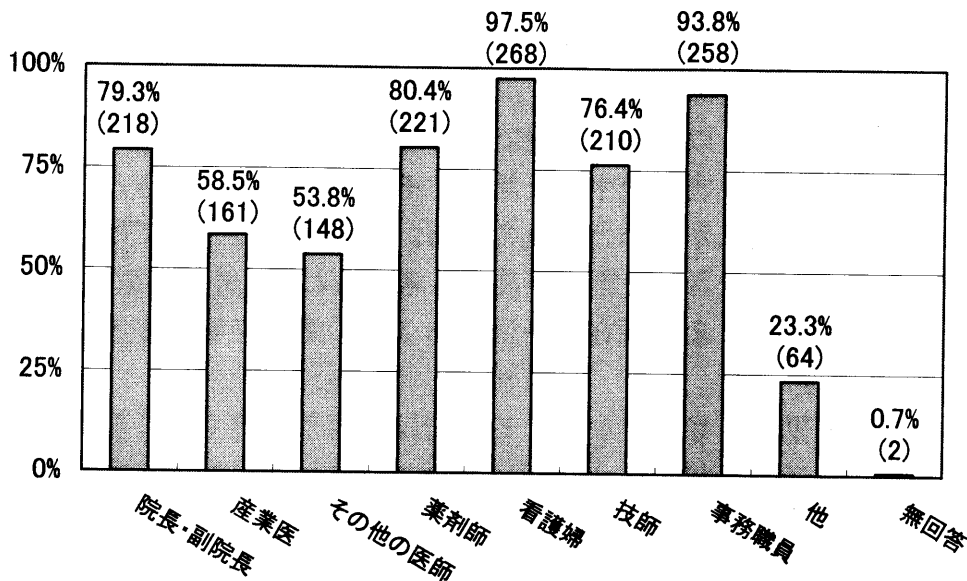
労働安全衛生のための専門委員会の設置状況



委員会開催状況

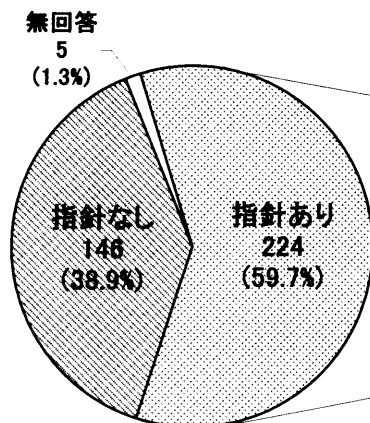


委員会のメンバー

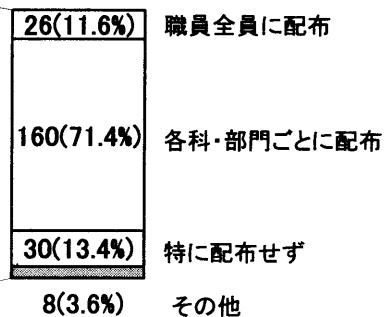


事故防止のための指針

1、指針の有無



2、指針の周知方法



3) 労災発生件数と労災防止対策

労災発生件数は、表3のとおりである。

表3

通勤災害	203 件	2.95/1000 人
不休災害	2,370 件	34.47/1000 人
針刺事故	1,929 件	28.05/1000 人
1日～3日の休業災害	54 件	0.79/1000 人
4日以上 of 休業災害	116 件	1.69/1000 人
死亡災害	0 件	0/1000 人
過去1年間のヒヤリ・ハット	5,959 件	86.7/1000 人

回答された不休災害の総件数は1,985件である。しかし、針刺事故の数より少ない場合、針刺事故の件数を加えると不休災害の件数は2,370件になった。設問に不休災害（うち針刺事故）と記載したが、針刺事故を不休災害と認識していない回答が多く見られた。針刺事故の件数は1,929件で、その不休災害に対する割合は81.4%となった。また、労働者数1,000以上の1病院で熱心に行われていた。

医療機関で軽微な労働災害が発生した場合、その場で処置ができるので、不休災害として報告されないケースが多いと推測できる。針刺事故については劇症肝炎等の重症化が予見されるので報告される割合が高いと考えられる。針刺事故を減らす活動と、不休災害を報告することにより顕在化をはかることの意義を啓発する活動が求められる。

労災事故は、部署別に分類しているところでは看護部が最も多く発生していた。看護業務は多岐にわたるため労災防止対策は簡単ではないが、業務を労災防止の視点で点検し、見直し、改善していく活動が求められる。

労働災害における度数率は次の式で求められている。

$$\text{度数率} = \frac{\text{労働災害に死傷者数}}{\text{延労働時間数}} \times 1,000,000$$

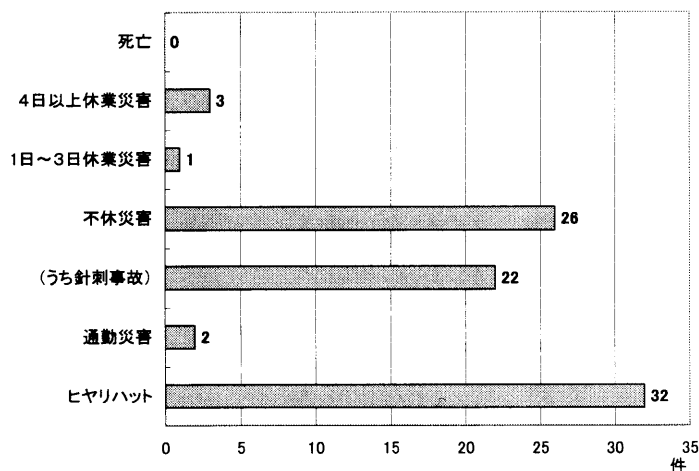
わが国の総実労働時間は年間約1,850時間であるので、医療機関における総実労働時間は全国平均と同じと仮定し、この調査で得られた4日以上休業災害1.69/1,000と死亡災害0/1,000から度数率を求めると、次のようになる。

$$\frac{1.69}{1,000} \times \frac{1}{1,850} \times 1,000,000 = 0.913$$

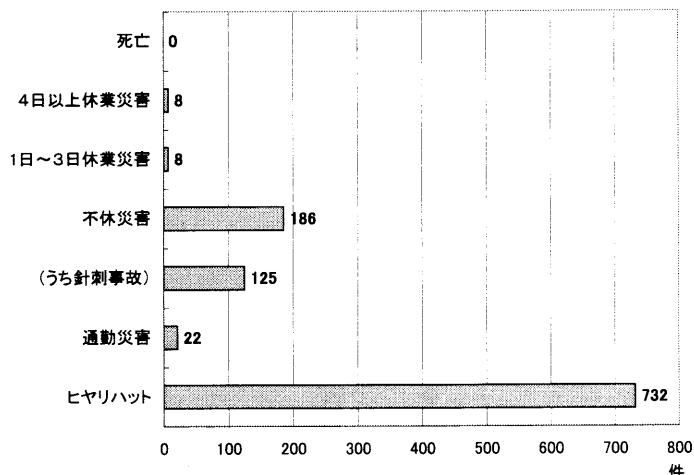
平成14年の安全の指標によると平成13年の調査産業計での度数率は1.79となっており、今回の医療機関に対する調査の度数率0.913は、その0.51倍である。

病院の労働者数別（規模別）に労災事故の報告件数を図に示した。

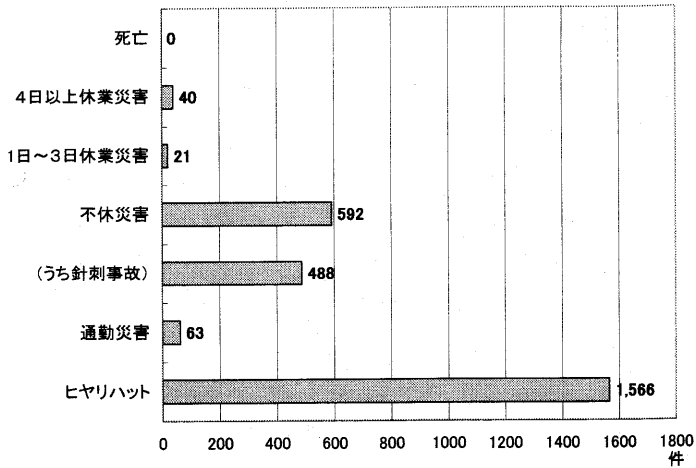
～49



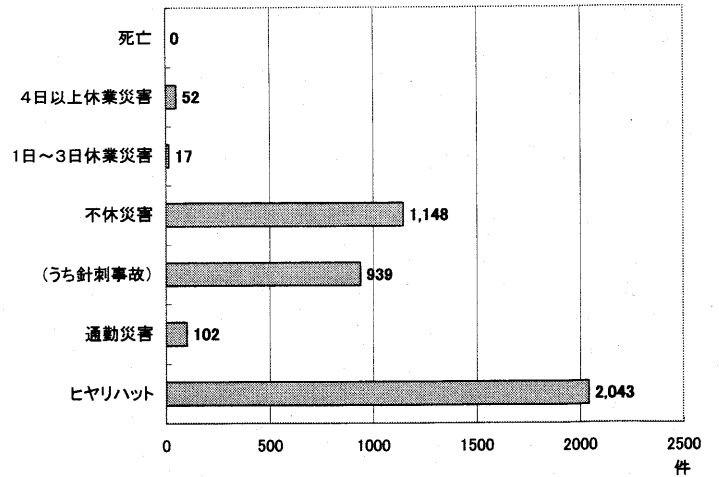
50～99



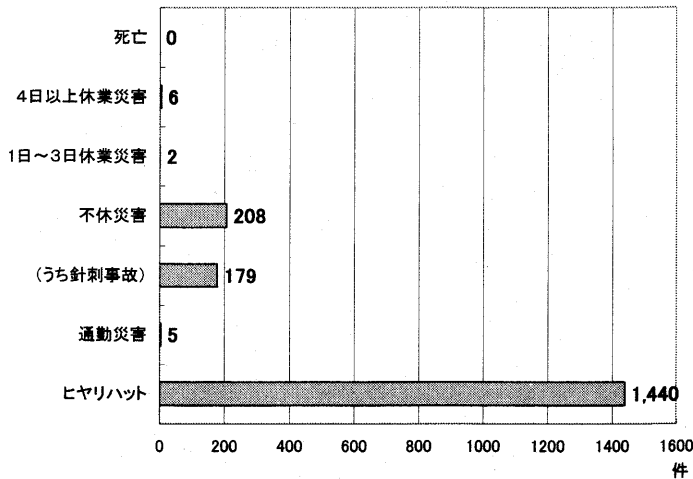
100～299



300～999



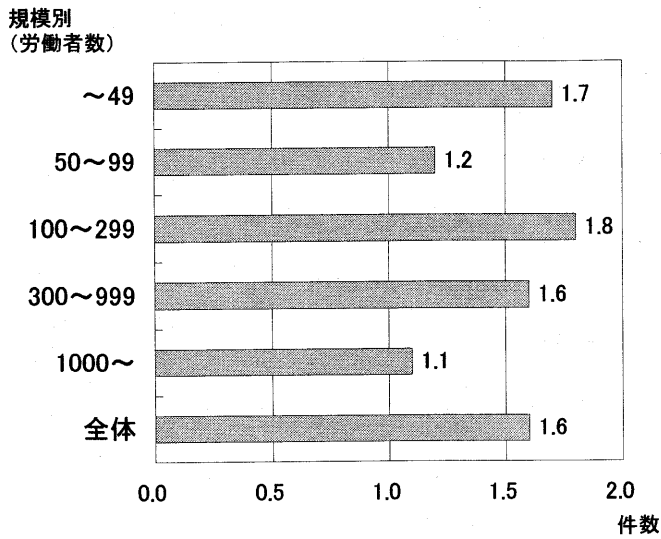
1000～



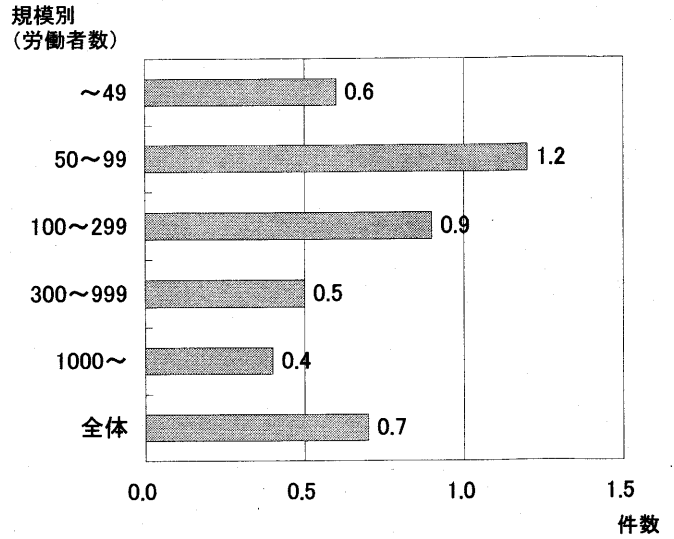
次に、病院の規模別（労働者数別）の労働災害発生率（労働者数あたりの労災事故報告件数）を図に示した。労働者数が1000人以上の病院は、4日以上休業災害発生率が1.1/1000、1～3日の休業災害発生率が0.4/1000と他の群に比べて最も低いのに対し、不休災害の発生率が36.8/1000、ヒヤリハット発生率が254.6/1000と他の群に比べて最も高い値を示した。

労働者数1000人以上の病院では、不休災害、ヒヤリハットの事例を顕在化させることによって、重大災害を防ぐことに繋がっていることが窺われた。一方、労働者数が100～299の病院は、4日以上休業災害が1.8と最も高く、不休災害、ヒヤリハットが5群のうち2番目に低い。これら中規模の病院は、医療が大規模と同様多岐にわたり複雑であるのに対し、労働災害防止のためのシステム化が不十分であることが窺われる。また、労働者数が1～49の病院では、不休災害、ヒヤリハットが他群に比べて極端に少なく、労働災害防止活動が極めて不十分な病院が多くあることが窺われる。

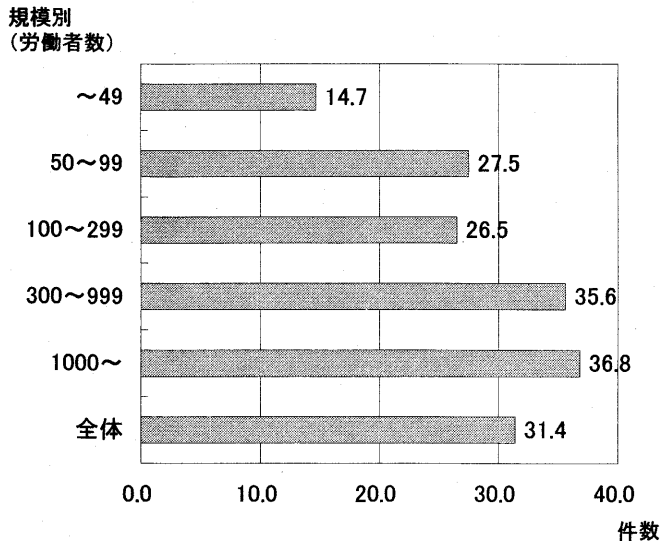
4日以上の休業災害



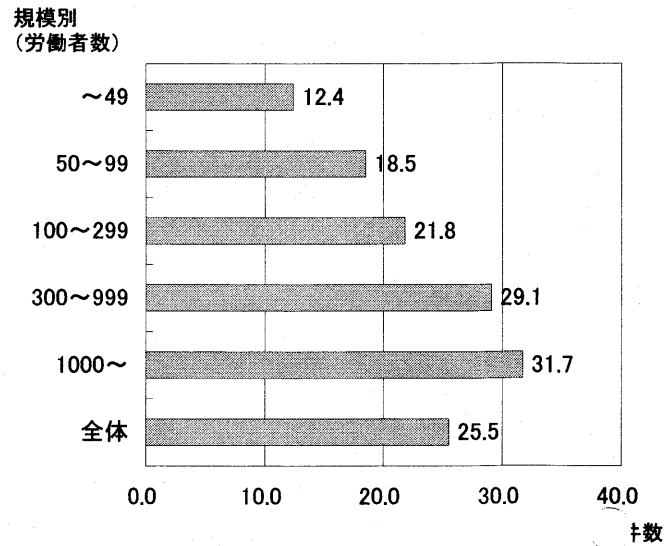
1~3日の休業災害



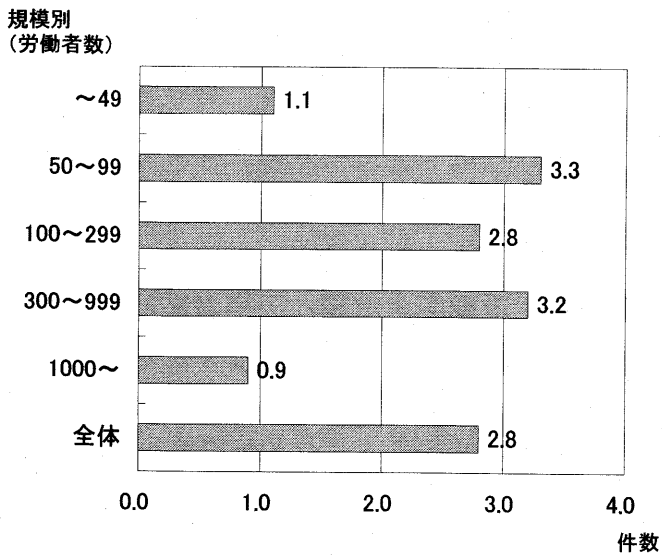
不休災害



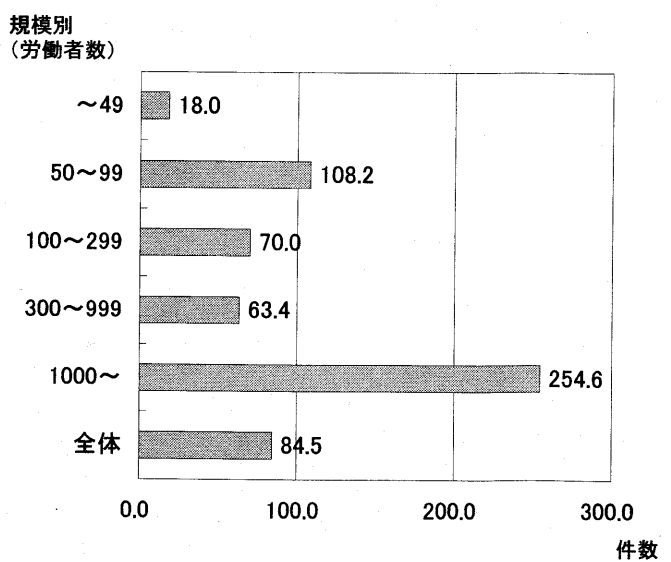
うち針刺事故



通勤災害

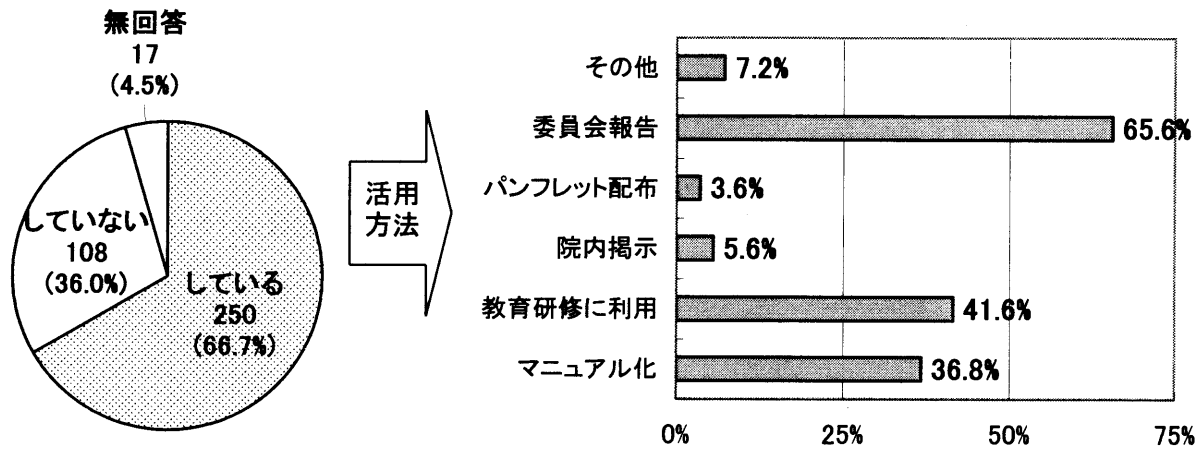


*ヒヤリハット

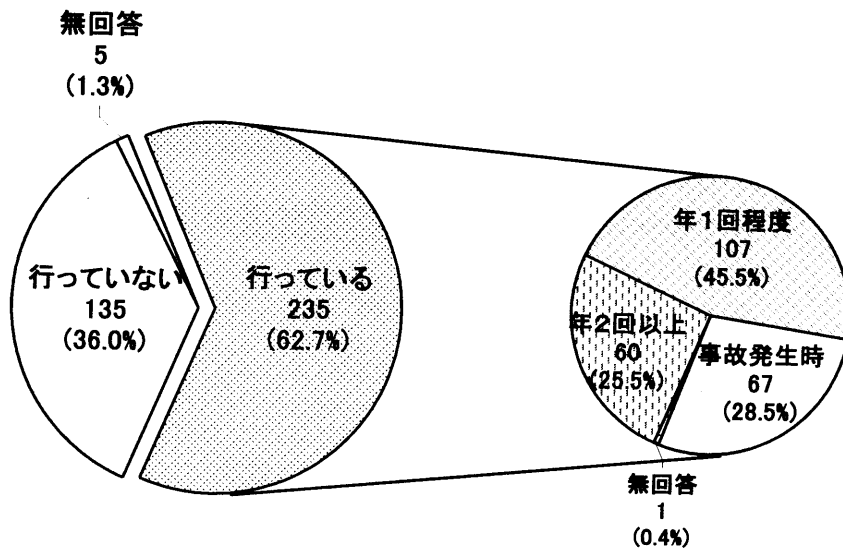


労災事故の分析結果の活用

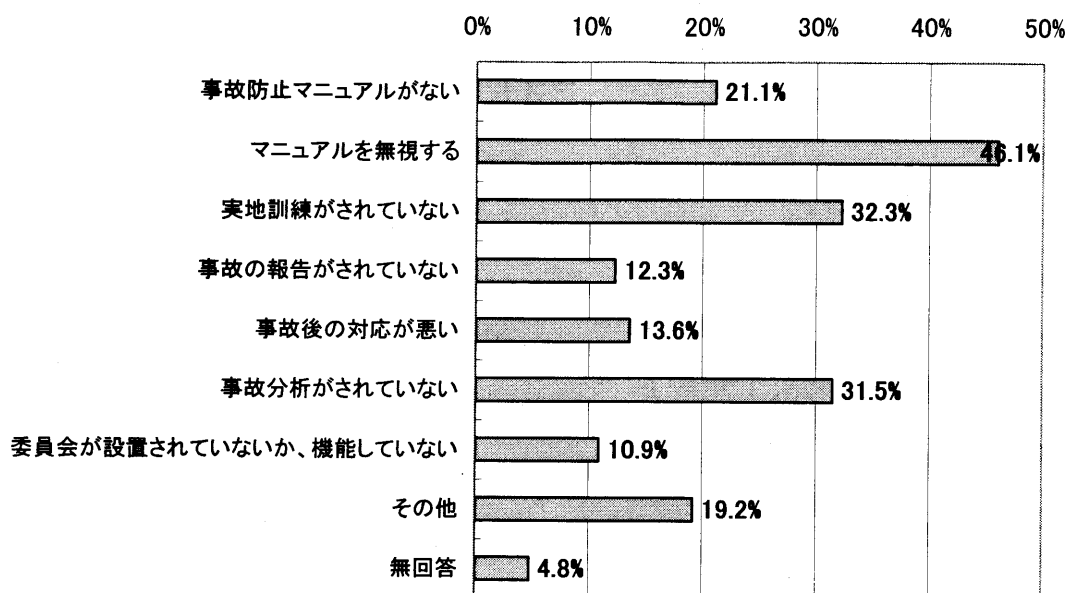
約 3 分の 2 の病院で労災事故分析を行っており、分析を行っている病院の多くは、委員会報告、教育研修に利用、アニュアル化として労災事故分析を活用していた。



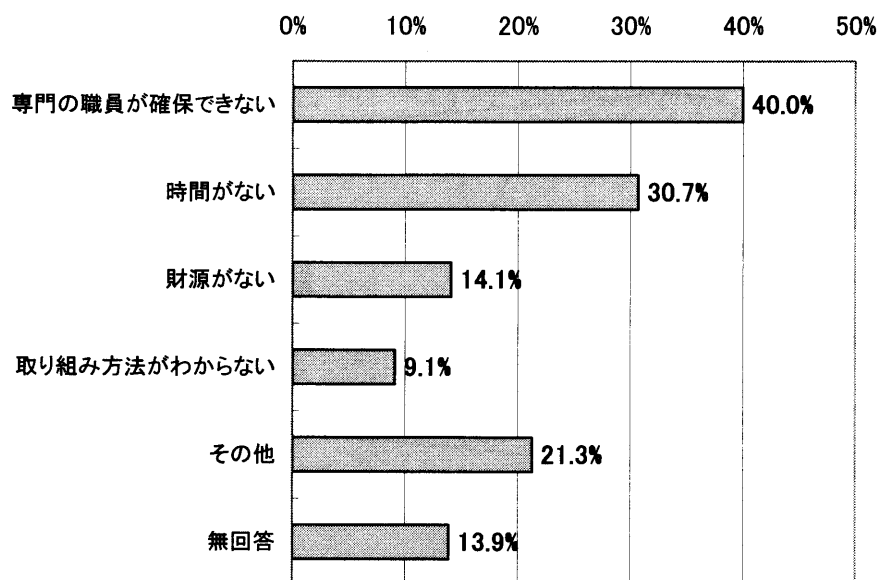
労働安全衛生教育研修は、多くの病院で行っているが、行っているところでも、年 1 回程度が 45.5%、事故発生時が 28.5%であり、定常活動に至っていないことがうかがわれる。



労災事故発生の原因を列挙すると、「マニュアルを無視する」、「実地訓練がされていない」、「事故分析がされていない」、「事故防止マニュアルがない」の順に多く、労災防止活動の初歩の段階にあることが窺える。Plan Do Check Action の PDCA サイクルによる管理システムを構築する必要がある。



労災事故防止する問題点で、「専門の職員が確保できない」、「時間がない」の順で、衛生管理者の選任、産業医の活用など、労働衛生管理体制の確立が不十分であることが窺える。



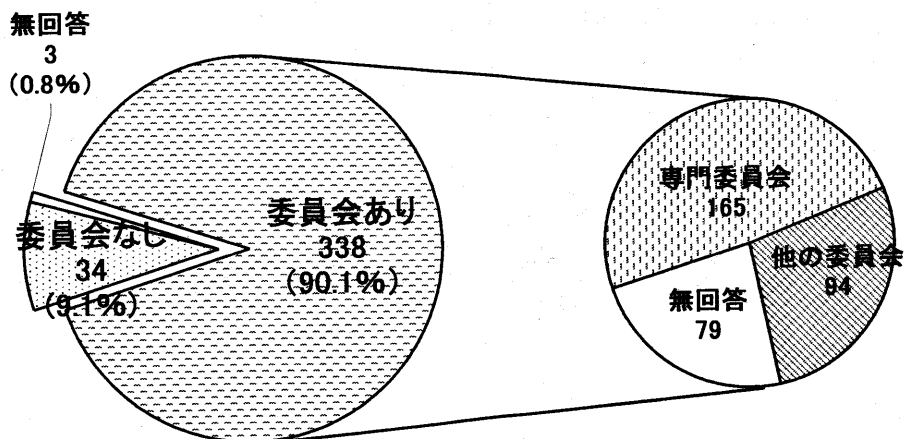
4) 患者に対する事故防止について

対患者の医療事故防止に対する委員会について設置していると回答したもの 338 (90.1%) であり、そのうち専門の委員会を設置していると回答したもの 165 (48.8%)

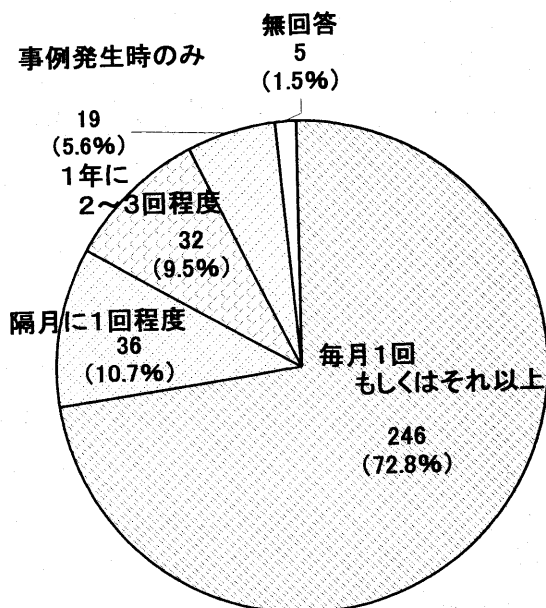
であった。病院の規模に関わらず、多くの病院で医療安全のための委員会を設置していた。

委員会の開催は毎月1回もしくはそれ以上が246病院(72.8%)と高く、熱心に活動がされていると考えられる。

医療の安全確保のための対策委員会の設置

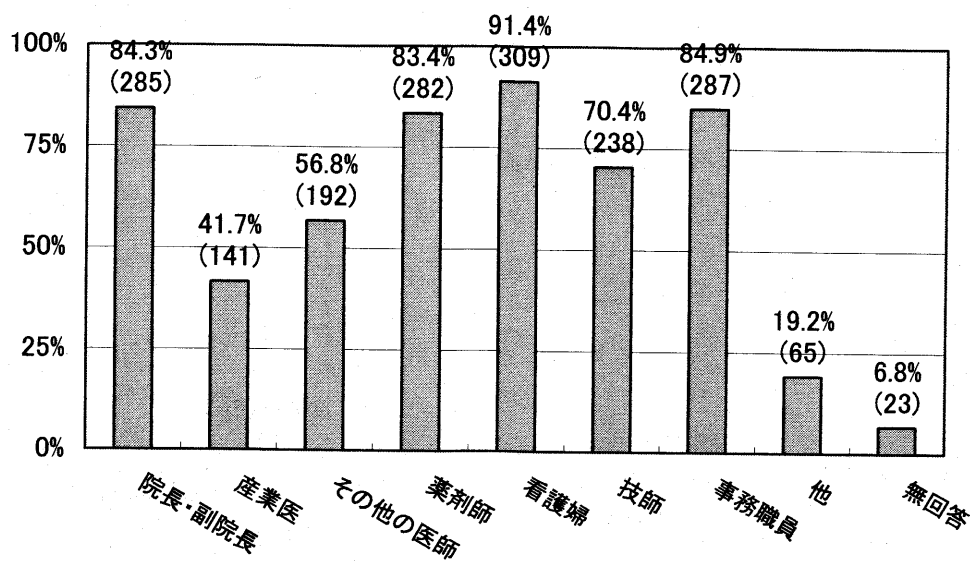


委員会開催状況



委員会のメンバー

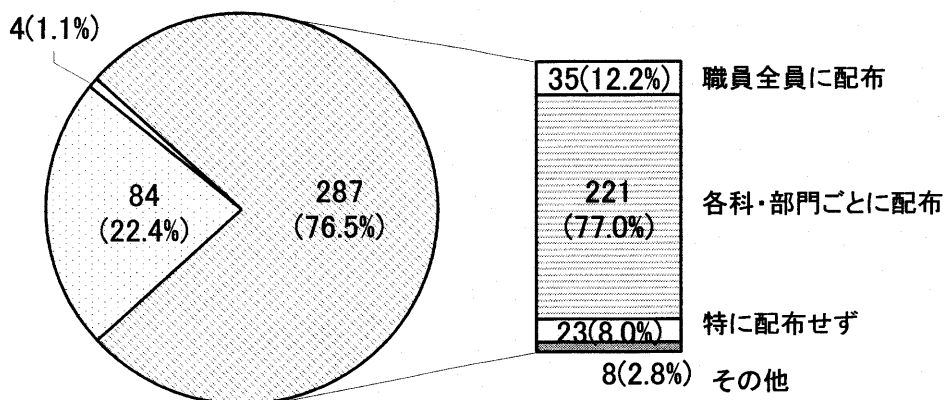
また、メンバーとして、84.3%の病院で院長・副院長が選任されていた。産業医が選任されている病院は41.7%であった。



事故防止のための指針は、76.5%の病院で作成されており、そのうちの77.0%が各科・部門ごとに配布されていた。

1、指針の有無

2、指針の周知方法



5) 医療事故件数、事件の報告

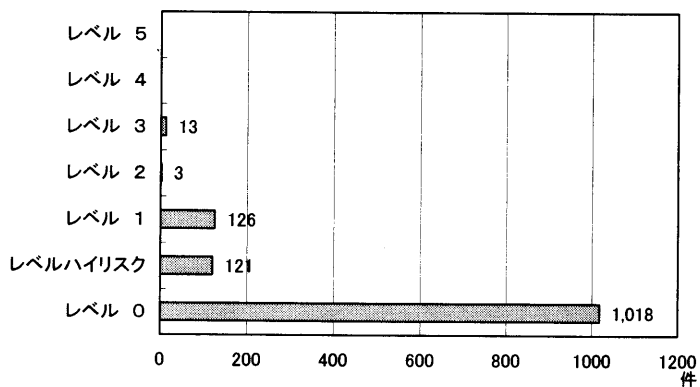
院内での医療事故、件数の年間発生件数は、表4のとおりである。レベル0とは、間違ったことが発生したが、患者には実施されなかった。ヒヤリ・ハット。レベルハイリスクは、レベル0の状況であるが、実施されればレベル4、またはレベル5が予想される。レベル1は、事故により患者に実害はなかったが、何らかの影響を与えた可能性があり、観察を強化し、心身への配慮の必要性が生じた場合である。レベル2は、事故により、患者への観察の強化の必要性とバイタルサインに変化が生じた場合、または検査の必要性が生じた場合である。レベル3は、事故のため治療の必要性が生

じた場合・必要でなかった治療、処置の必要性は入院日数の増加が生じた場合である。レベル4は事故による障害が一生続く場合である。レベル5は事故が死因となる場合である。

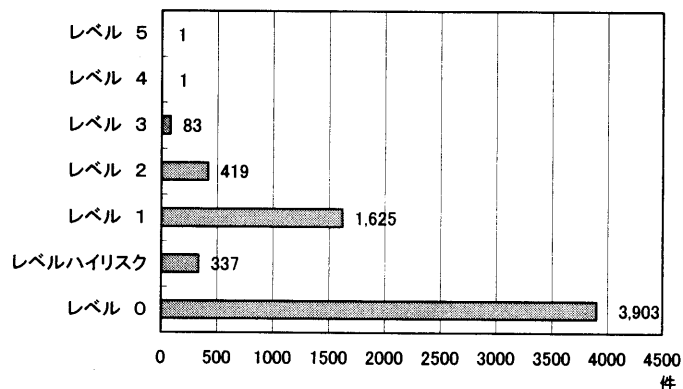
表4

レベル 0	36,129 件	488.6/1000 床
レベル ハイリスク	2,492 件	33.7/1000 床
レベル 1	21,446 件	290.0/1000 床
レベル 2	5,056 件	68.4/1000 床
レベル 3	1,421 件	19.2/1000 床
レベル 4	26 件	0.4/1000 床
レベル 5	87 件	1.2/1000 床
報告なし	44 病院	—

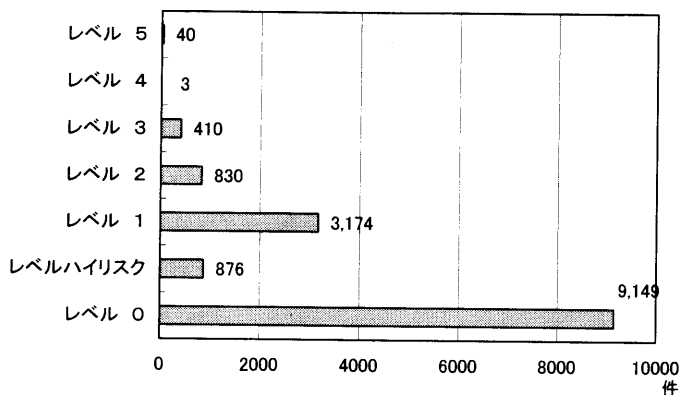
～49



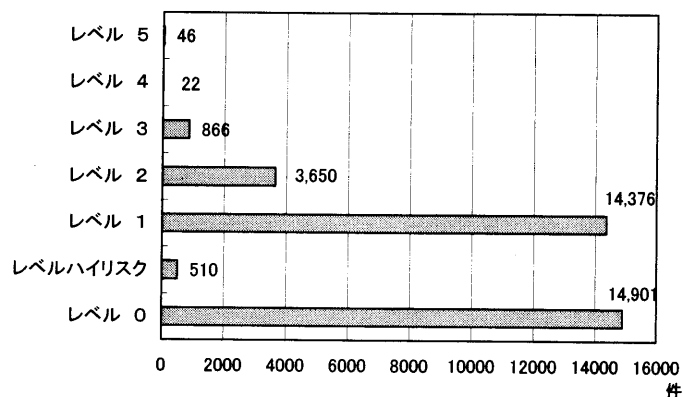
50～99



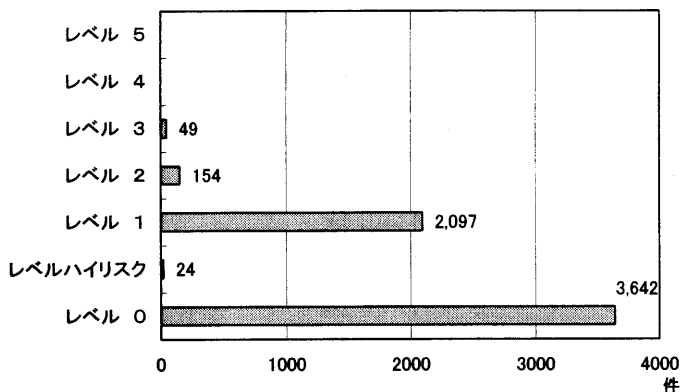
100～299



300～999



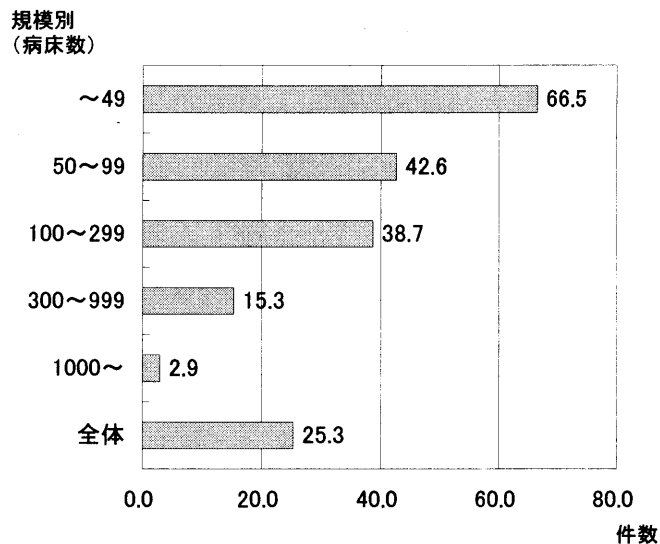
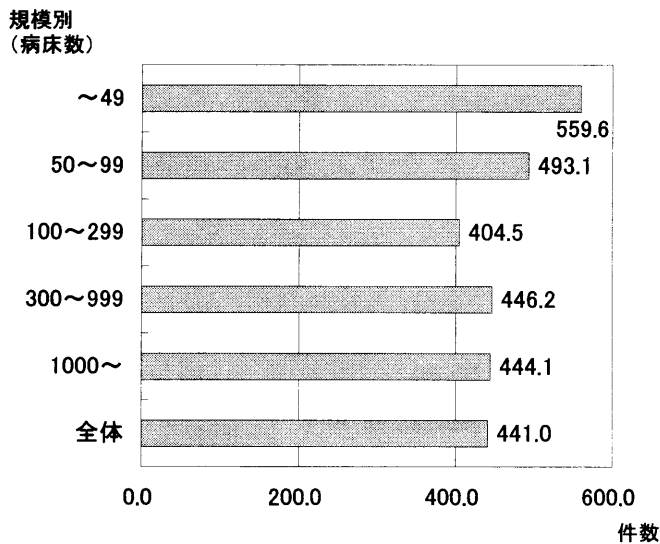
1000～



次に、病床数あたりの医療事故発生率を図に示す。レベル0、レベルハイリスクの医療事故は1～49床の病院でもっとも多く報告されている。1～49床の病院でレベル0、レベルハイリスクの医療事故が多く発生しているのか、顕在化されているためかは不明である。一方、レベル1、レベル2の医療事故は1～49床の病院が最も少ない。レベル1、2、3、4の医療事故は300～999床の病院が最も高い。この規模の病院は最もリスクの高い医療を行っているのかもしれない。一部の病院にレベル5が集中していた。

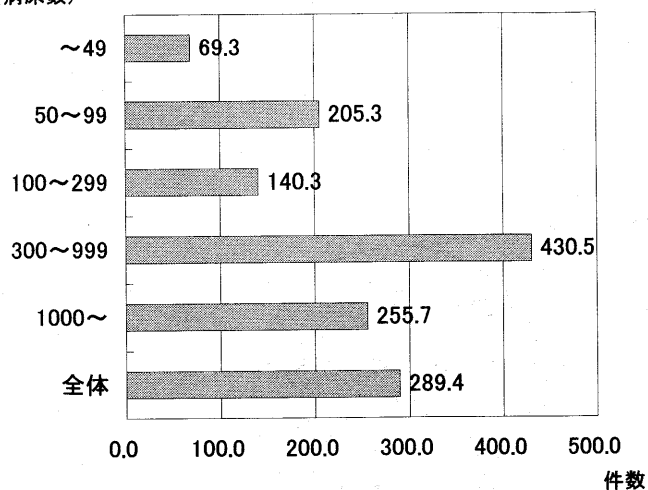
レベル0

レベル ハイリスク



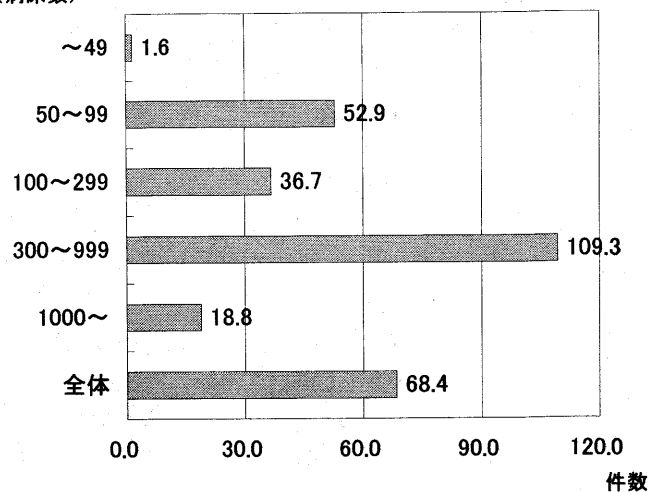
レベル 1

規模別
(病床数)



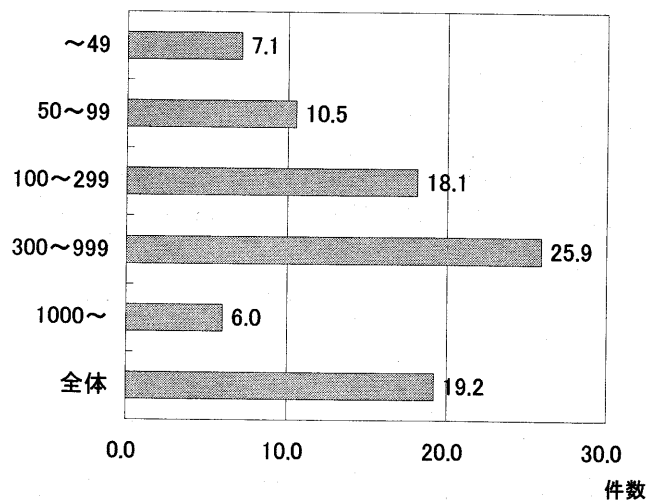
レベル 2

規模別
(病床数)



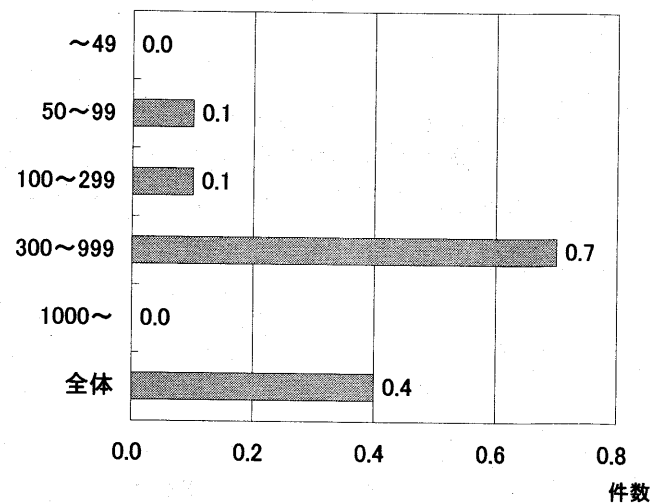
レベル 3

規模別
(病床数)



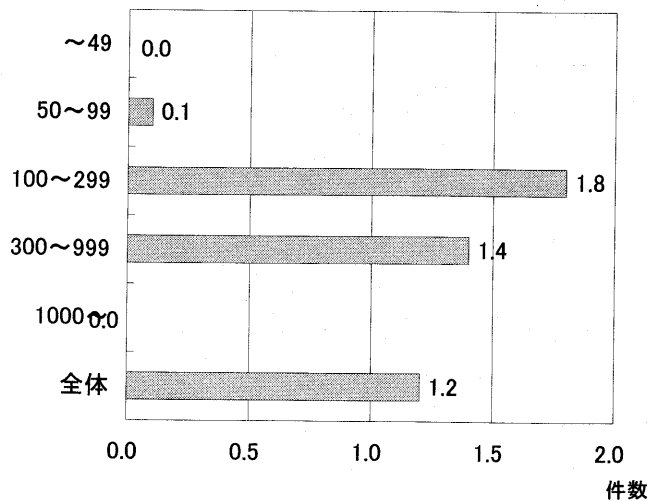
レベル 4

規模別
(病床数)



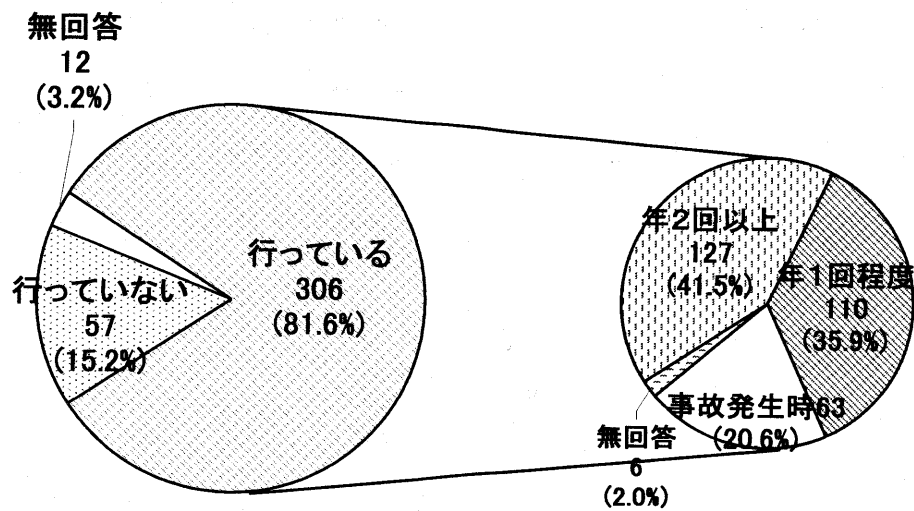
レベル 5

規模別
(病床数)



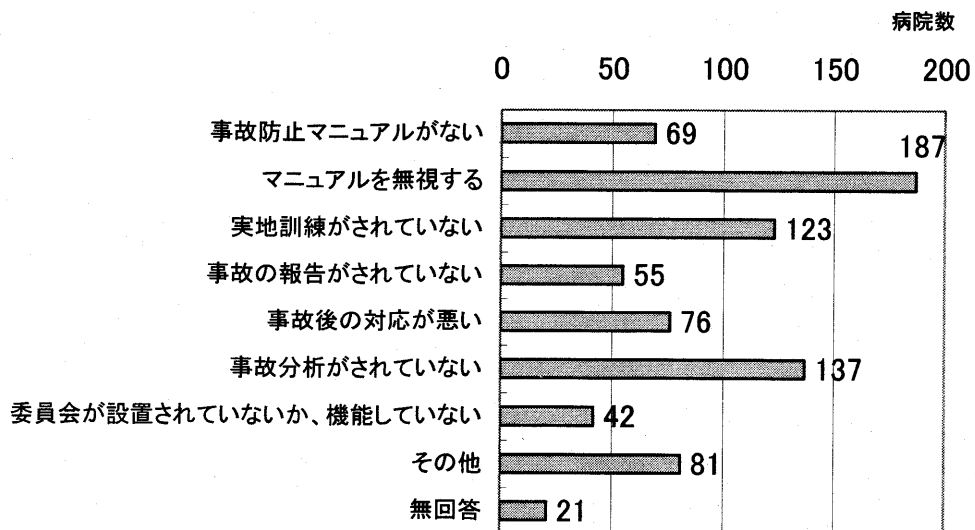
6) 医療事故防止のための教育研修

医療事故防止のための教育研修は、81.6%の病院で行われていた。年1回程度が35.9%、事故発生時が20.6%であった。

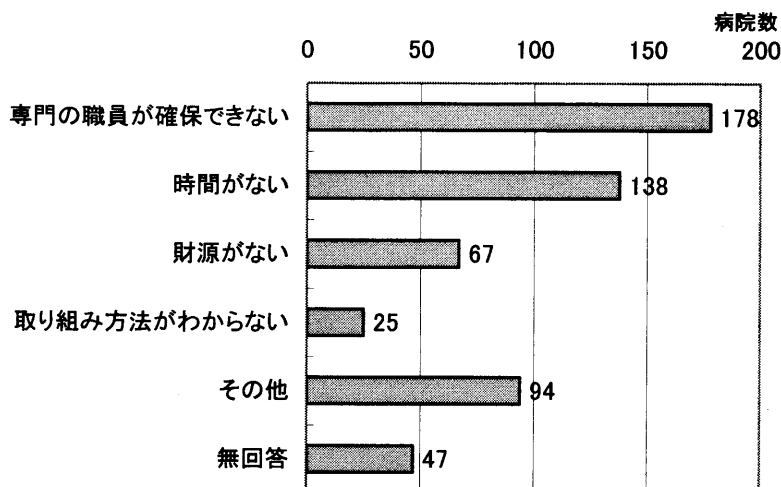


7) 医療事故発生の原因

医療事故発生の原因について、「マニュアルを無視する」、「事故分析がされていない」、「実地訓練がされていない」、の順で、医療が個人プレイで行われている実態がうかがわれる。



医療事故を防止するに当たっての問題点について、「専門の職員が確保できない」が最も多く、ついで「時間がない」となっている。



8) 委員会設置の有無による労災事故及び医療事故の発生件数の比較について

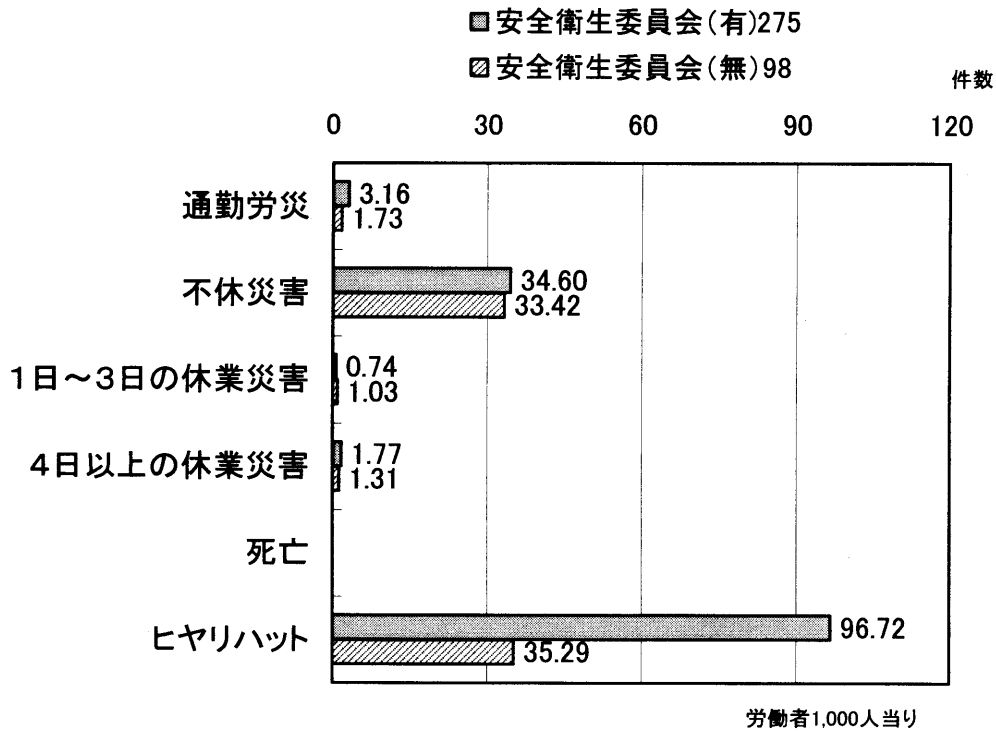
また、労働安全衛生及び医療事故防止の委員会で比較してみると、メンバーになっているものは、病院長、副院長とそれぞれ、79.3%、84.3%と重要な委員会と認識していた。しかし、委員会の構成メンバーとして産業医を選任していたのは58.5%、41.7%であった。指針の有無に関しては、59.7%、76.5%であった。労災事故及び医療事故の報告はそれぞれ8割が義務化していた。教育研修は実施している病院はそれぞれ62.7%、81.6%であった。

また、労災事故及び医療事故発生の原因として、マニュアルを無視する46.1%、49.9%であり、その他の記載で、不注意、うっかりミス、思い込みなどが多く記載された。次に事故防止にあたっての問題点で、専門職員が確保できないが40.0%、47.5%であった。

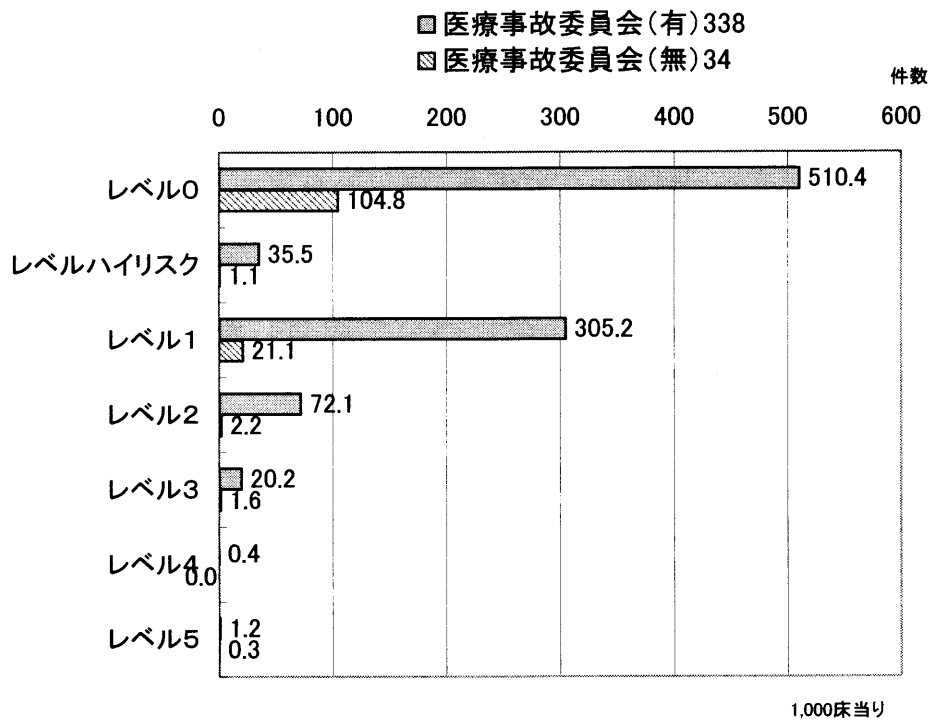
産業医に医療従事者の労災災害について相談したことがあると答えた病院207(55.2%)、また对患者の医療事故について相談したことがあると答えた病院167(44.5%)であり、今後産業医に労働災害防止対策及び医療事故の両面にわたって活用を積極的に考えると回答した病院205(54.7%)であった。

安全衛生委員会等の設置されている病院は、労働災害におけるヒヤリハットが労働者1000人当たり96.7件と多数報告されている。これはヒヤリハット事例が多いというよりも、顕在化が進んでいると考えられる。レベルの高い労働災害の低下には至っていないが、ヒヤリハット事例を掘り起こす活動の継続が望まれる。

一方、安全衛生委員会等が設置されていない病院では、それが35.3件と少ない。安全衛生委員会を設置し、ヒヤリハット事例を掘り起こす活動の推進が望まれる。



同じく、医療の安全確保においても、医療事故委員会が設置されている病院の方が、医療事故のすべてのレベルで発生率が高い。このことは、委員会が設置されることにより医療事故の顕在化が進んだためと考えられる。



4. 調査結果の考察

1) 回答医療機関の概要

総病床数と常用労働者数は比例関係にあり、診療科によって若干異なるものの、ほぼ1:1であった。大規模事業場に相当する労働者数が1,000人以上の病院は4病院(1.1%)とわずかで、また、小規模事業場に相当する50人未満の病院も50病院(13.3%)と少数であり、中規模事業場に相当する50人以上1,000人未満の病院が295病院(85.6%)と大部分を占めていた。

このことは、病院における産業保健活動の多くは、中規模事業場としての労働衛生管理体制に基づいて実施することが適切であることがうかがわれた。

病院には多種類の有害業務があり、また人命を預かるサービス業でもあり、さらに業務の標準化が最も難しいところでもある。だからこそ、より厳しい管理体制の確立が望まれる。

2) 従業員に対する事故防止について

安全衛生委員会設置については、設置義務の有無に関わらず、多くの病院で設置しており活動がなされていた。しかし病院業務が多岐にわたっているため、多くの病院で、労働安全衛生以外の事柄も取扱っており、労働安全衛生の課題に絞った論議ができていないかどうか、疑問が残る。そのため効率を考えるならば、安全委員会と衛生委員会を統合した安全衛生委員会として独自の委員会を持ち、委員は对患者の医療事故防止のための委員会の委員と兼務とし、両委員会は連続して開催されることが望ましい。

安全の開催頻度については、「月1回もしくはそれ以上」を満たしていないところが3分の1を占めている。針刺し事故をはじめ、多くの災害が発生していることを考え、効果的な安全衛生対策を考えるならば、毎月定例に開催されることが望ましい。また、産業医がメンバーに選任されていないところも多数あり、より積極的な取り組みを行い、労働衛生対策として管理体制を確立されることが望まれる。

産業医が労働安全衛生委員会のメンバーになっているところは58.5%にとどまる。多くの病院の産業医は、その病院内で日常診療を行い、あるいは管理業務を行う傍ら、産業医活動を行っている。病院によっては、病院長が産業医となっている。これらのことが産業医として独自の活動、中立的な活動がしづらくしている。産業医が中心となって労働安全衛生委員会の活性化を図ることによって、産業医としての地位を確立し、産業保健活動を推進していくことができるので、是非委員会メンバーに産業医を加え、活性化を図られたい。

事故防止のための指針は6割の病院で作られ、職員全体あるいは各科・部門ごとに配布されているのはそのうちの83%である。指針は、活用されてはじめて有効性を発揮するので、少なくとも各科・各部門にファイルとして設置し常時閲覧するこ

とが重要である。また、安全衛生委員会のおり、そのファイルを持ち寄り、各事例を指針に基づいて検討する作業が必要である。

3) 労災発生件数と労災防止対策

今回の調査では、労働災害の度数率でもって、わが国の全産業と比較することで労働災害の実態を把握することを目的とした。病院における実労働時間について調査を行っていないので、わが国の総実労働時間と同一であるか明らかでないが、同一と仮定した。調査した病院全体の4日以上の休業災害1.69/1000人を災害度数率に換算するとおよそ0.91になる。平成13年度の全産業の災害度数率は1.79（平成14年度安全の指標）であるので、その約0.51倍であり、病院での労働災害の発生率は高いとはいえない。

労災事故の分析結果の活用は、250（56.7%）で実施しているが、していないところも多く、再発防止の活動として積極的に活用されることが望まれる。今回、職種別の解析は行っていないが、職種の特徴が考えられるので、タイムスタディー等で業務の解析を行うことも重要である。

労災事故発生の原因として、高い順にあげると、マニュアルを無視する、実施訓練がなされていない、事故分析がなされていないと続き、今後、安全衛生活動として実施すべき事柄があげられる。

4) 患者に対する事故防止について

対患者の医療事故防止に対する委員会の設置は338病院（90.1%）と、病院の規模に関わらず、多くの病院で医療安全のための委員会を設置していた。また、毎月もしくはそれ以上が246病院（72.8%）と活発に活動していることがうかがわれた。院長・副院長の選任率も高く、重要性が認識されていると考えられる。残念なことに、産業医の選任が41.7%にとどまっている。産業医がこの委員会のメンバーになっていない病院は、医療事故防止活動が労働安全衛生活動と切り離されていると推測される。医療の安全確保は、産業医の職務ではないが、対策のとり方や活動方法が類似しており、産業医を選任することは有効と考えられる。

患者に対する事故防止のための指針を作成し、各科・部門ごとに配布している病院は、従業員に対する事故防止のための指針を作成し、各科・部門ごとに配布している病院と重なっていた。このことから、この2つの指針は、一つのファイルにまとめて周知を図ることが効果的である。

5) 医療事故件数、事件の報告

医療事故をレベル0からレベル5まで分けて問うたが、各病院とも適切に解答されており、このレベル分類は妥当なものと思われる。医療事故は、医療過誤と異なって責任論が含まれていない。現疾患との関係で医療事故が発生しやすいケースもあり、単に医療事故の多い少ないでもって医療の安全水準を論じることはできない

が、医療事故例として挙げ、レベルを分類し、考えられる原因と対策を講じることでもって、より高い医療の安全水準に到達することができると考えられる。病院によって取り組み方の差が大きく、病院長など責任者による方針の声明から始まるPDCAサイクルが軌道に乗っているか否かの違いと思われる。

6) 医療事故防止のための教育研修

医療事故防止のための教育研修は多くの病院で実施していた。わかっているはず、知っているはず、伝えたはず、といった思い込みが医療事故に繋がるので、実地に即した双方向の医療教育研修が必要であり、その教育研修が定常的な活動には至っていないと考えられた。たとえば、マニュアルに記載された事柄からクイズ形式の簡単な問題を作成し、解答を求め、理解度を確かめるなどの方法が求められる。

7) まとめ

製造業では1960年代に、第一目標を生産高から品質に替え、さらに安全に切り替えた。品質保証のために検査課において、品質保証する専門の部署が設置されている。医療においても、医療事故防止と医療サービスの向上を図るための部署の設置は緊急を要する。

産業医の産業保健活動でのノウハウを患者に対する安全管理に技術移転することで、労働災害及び医療事故防止にあたっての問題性が解決されると思われるので、産業医の医療の安全性を含めた積極的な活動が望まれる。

5. アンケート結果集計の詳細

以下の該当事項に○印をもしくは実数など御意見を御記入下さい。

1. 病院の規模、形態をお聞かせ下さい

1-1. 病床数を実数で御記入下さい。

0～ 49	53	14.1%
50～299	244	65.1%
300～	77	20.5%
無回答	1	0.3%
合計	375	

1-2. 全職員(常用労働者)数を実数で御記入下さい。

1～ 49	50	13.3%
50～299	228	60.8%
300～	71	18.9%
不明	1	0.3%
無回答	25	6.7%
合計	375	

1-3. 病院の種類

1)大学病院	4	1.1%
2)国・公立	24	6.4%
3)財団法人、社会保険、健保組合立	23	6.1%
4)私立(医療法人を含む)	293	78.1%
5)その他	30	8.0%
無回答	1	0.3%
合計	375	

1-4. 診療科

1)内科系	52	13.9%
2)外科系	36	9.6%
3)内科系、外科系との複数科	193	51.5%
4)精神科	25	6.7%
5)総合	66	17.6%
無回答	3	0.8%
合計	375	

まず、貴院従業員への安全対策についてお尋ねします。

2. 労働安全衛生のための専門委員会(安全衛生委員会、衛生委員会など)を設けていますか

1)委員会がある 275 73.3%

1-2 全職員数別

1～ 49	28	10.2%
50～299	162	58.9%
300～	67	24.4%
無回答	18	6.5%
合計	275	

a. 労働安全衛生のための専門委員会を設けている

82 29.8%

1-2 全職員数別

1～ 49	3	3.7%
50～299	40	48.8%
300～	33	40.2%
無回答	6	7.3%
合計	82	

b. 労働安全衛生以外の事柄も取り扱う委員会で審議している

137 49.8%

1-2 全職員数別

1～ 49	14	10.2%
50～299	92	67.2%
300～	22	16.1%
無回答	9	6.6%

合計	137
----	-----

無回答	56	20.4%
合計	275	

◆開催回数は？

イ. 毎月1回もしくはそれ以上	172	62.5%
-----------------	-----	-------

1-2 全職員数別		
1～ 49	16	9.3%
50～299	110	64.0%
300～	34	19.8%
無回答	12	7.0%
合計	172	

ロ. 隔月に1回程度	33	12.0%
------------	----	-------

1-2 全職員数別		
1～ 49	3	9.1%
50～299	20	60.6%
300～	7	21.2%
無回答	3	9.1%
合計	33	

ハ. 1年に2～3回程度	53	19.3%
--------------	----	-------

1-2 全職員数別		
1～ 49	6	11.3%
50～299	25	47.2%
300～	20	37.7%
無回答	2	3.8%
合計	53	

ニ. 事例発生時のみ	13	4.7%
------------	----	------

1-2 全職員数別		
1～ 49	2	15.4%
50～299	4	30.8%
300～	6	46.2%
無回答	1	7.7%
合計	13	

無回答	4	1.5%
-----	---	------

合計	275	
----	-----	--

◆メンバーは？

n= 275

ホ. 院長・副院長	218	79.3%
-----------	-----	-------

1-2 全職員数別		
1～ 49	28	12.8%
50～299	140	64.2%
300～	39	17.9%
無回答	11	5.0%
合計	218	

ヘ. 産業医	161	58.5%
--------	-----	-------

1-2 全職員数別		
1～ 49	10	6.2%
50～299	97	60.2%
300～	48	29.8%
無回答	6	3.7%
合計	161	

ト. その他の医師	148	53.8%
-----------	-----	-------

1-2 全職員数別		
1～ 49	7	4.7%
50～299	88	59.5%
300～	41	27.7%
無回答	12	8.1%
合計	148	

チ. 薬剤師	221	80.4%
--------	-----	-------

1-2 全職員数別		
1～ 49	24	10.9%
50～299	142	64.3%
300～	38	17.2%
無回答	17	7.7%
合計	221	

リ. 看護婦 268 97.5%

1-2 全職員数別		
1～ 49	27	10.1%
50～299	159	59.3%
300～	64	23.9%
無回答	18	6.7%
合計	268	

ヌ. 技師 210 76.4%

1-2 全職員数別		
1～ 49	16	7.6%
50～299	125	59.5%
300～	52	24.8%
無回答	17	8.1%
合計	210	

ル. 事務職員 258 93.8%

1-2 全職員数別		
1～ 49	25	9.7%
50～299	153	59.3%
300～	63	24.4%
無回答	17	6.6%
合計	258	

ヲ. 他() 64 23.3%

1-2 全職員数別		
1～ 49	6	9.4%
50～299	38	59.4%
300～	16	25.0%
無回答	4	6.3%
合計	64	

無回答 2 0.7%

合計 1550

複数回答

ヲ. 他()の内訳

PSW	3	給食等	1
ケースワーカー	1	従業員代表	1
ヘルパーメンテナンス業者	1	職員互助会	1
栄養科(調理室)	1	厨房職員	3
栄養課職員	1	精神保健福祉士	1
栄養士	14	総長、研究員	1
栄養士、ケースワーカー	1	調理員	3
栄養士、理学療法士	1	婦長、主任、管理栄養士	1
衛生管理者	1	役員	1
各科	1	臨床検査技師、管理栄養士	1
管理栄養士	7	労働組合	2
管理栄養士、その他	1	労働組合執行委員	2
技能労務職員	2		

◆メンバー人数

1～ 5	15	5.5%
6～10	110	40.0%
11～15	82	29.8%
16～20	19	6.9%
21～25	9	3.3%
26～30	3	1.1%
36～40	0	0.0%
41～45	0	0.0%
46～50	1	0.4%
無回答	36	13.1%
合計	275	

◆今後の予定

a. 委員会設立を予定している	32	32.7%
b. 委員会設立を予定していない	44	44.9%
c. 他()	10	10.2%
無回答	12	12.2%
合計	98	

c. 他の記載

未定

設立されている→院内感染防止委員会、週報会議、業務連絡会議等での検討事項に労働安全衛生の項目は含まれている
主任以上の月例会議に於いて必要があれば議題の1つとして取り上げている

検討中

感染委員会、医療事故、ヒヤリハット委員会が代行している。毎週1回感染委員会、医療事故委員会その都度院

無回答	2	0.5%
合計	375	

3. 貴院の従業員に対する事故防止のための指針(ガイドライン)の存在

(労働災害事故—以下労災事故と略す—とお考え下さい)

3-1. 貴院内に労災事故防止のための具体的な指針がありますか？

1)ある 224 59.7%

◆指針の周知方法は

a. 職員全員に配布	26	11.6%
b. 各科・部門ごとに配布	160	71.4%
c. 特に配付せず	30	13.4%
d. 他	8	3.6%
無回答	0	0.0%
合計	224	

d. 他の記載

特定部署及び特定事項のみ配付。その他会議等での周知。

口頭で

月1回連絡会議で周知

看護部間に配布

看護部のみ

各部署長に配布

委員により周知

スターオフィスシステム掲示板掲載

2)ない 146 38.9%

◆作成予定

a. 作成の予定あり	61	41.8%
b. 作成の予定なし	68	46.6%
無回答	17	11.6%
合計	146	

無回答 5 1.3%

合計 375

3-2. 労災事故対応のための専門の部署を設けていますか？

1)設置している 108 28.8%

2)設置していない 258 68.8%

◆今後の予定

a. 設置予定あり	73	28.3%
b. 設置予定なし	157	60.9%
無回答	28	10.9%
合計	258	

無回答 9 2.4%

合計 375

4. 院内での労災事故・事件の報告

院内での事故、事件の報告の指導はどうしていますか

1) 報告を義務化している	309	82.4%
2) 自主的報告を指導している	59	15.7%
3) 特別の指導はしていない	7	1.9%
無回答	0	0.0%
合計	375	

5. 従業員の労災事故発生

5-1. 貴院での全従業員の労災事故発生はどれ程ありますか。昨年度の件数をお示し下さい。

1) ある	288	76.8%
2) ない	80	21.3%
無回答	7	1.9%
合計	375	

n= 288

a. 通勤労災 件/年 121 42.0%

1-2 全職員数別	総労働者数	件数	
1～ 49	72	2	1.0%
50～299	9369	85	41.9%
300～	26827	107	52.7%
無回答		9	4.4%
合計		203	

件数	回答数	
0.5	1	0.3%
1	69	24.0%
1.5	4	1.4%
2	29	10.1%
2.5	1	0.3%
3	12	4.2%
4	3	1.0%
5	1	0.3%
14	1	0.3%
合計	121	

以下は通勤労災を除外して下さい。

b. 不休災害、針刺事故 件/年 250 86.8%

不休災害

1-2 全職員数別	総労働者数	件数	
1～ 49	637	26	1.1%
50～299	20278	778	32.8%
300～	35024	1356	57.2%
無回答		210	8.9%
合計		2370	

針刺事故

1-2 全職員数別	総労働者数	件数	
1～ 49	637	22	1.1%
50～299	20278	613	31.8%
300～	35024	1118	58.0%
無回答		176	9.1%
合計		1929	

不休災害	うち針刺事故	回答数		不休災害	うち針刺事故	回答数	
0.5	0.5	1	0.4%	15	10	2	0.8%
1	0	13	5.2%	15	15	2	0.8%
1	0.5	1	0.4%	16	1	1	0.4%
1	1	40	16.0%	16	10	1	0.4%
1.5	1.5	3	1.2%	16	12	1	0.4%
2	0	5	2.0%	16	16	1	0.4%
2	1	3	1.2%	17	13	1	0.4%
2	2	21	8.4%	17	17	1	0.4%
2.5	2.5	1	0.4%	18	15	1	0.4%

3	0	2	0.8%	18	18	1	0.4%
3	1	1	0.4%	20	15	1	0.4%
3	2	3	1.2%	20	16	1	0.4%
3	3	18	7.2%	20	18	2	0.8%
4	0	4	1.6%	21	12	1	0.4%
4	1	4	1.6%	21	13	1	0.4%
4	2	1	0.4%	21	19	1	0.4%
4	3	6	2.4%	22	15	1	0.4%
4	4	6	2.4%	22	18	1	0.4%
4.5	4	1	0.4%	22	21	1	0.4%
4.5	4.5	1	0.4%	23	16	1	0.4%
5	2	1	0.4%	23	19	1	0.4%
5	4	4	1.6%	25	17	2	0.8%
5	5	11	4.4%	25	20	1	0.4%
6	0	1	0.4%	26	19	1	0.4%
6	5	2	0.8%	27	19	1	0.4%
6	6	3	1.2%	27	20	1	0.4%
7	6	2	0.8%	27	27	1	0.4%
7	7	1	0.4%	30	17	1	0.4%
8	3	1	0.4%	30	21	1	0.4%
8	5	2	0.8%	30	30	1	0.4%
8	8	7	2.8%	31	24	1	0.4%
9	5	3	1.2%	31	25	1	0.4%
9	6	1	0.4%	31	31	1	0.4%
9	7	1	0.4%	32	28	1	0.4%
10	4	1	0.4%	32	32	1	0.4%
10	5	1	0.4%	35	34	1	0.4%
10	6	1	0.4%	36	35	1	0.4%
10	8	3	1.2%	37	25	1	0.4%
10	10	6	2.4%	37	25	1	0.4%
11	11	1	0.4%	43	37	1	0.4%
12	3	1	0.4%	46	34	1	0.4%
12	8	1	0.4%	49	47	1	0.4%
12	10	1	0.4%	52	41	1	0.4%
12	12	2	0.8%	59	45	1	0.4%
13	2	1	0.4%	61	61	1	0.4%
13	13	2	0.8%	67	62	1	0.4%
14	12	1	0.4%	70	70	1	0.4%
15	7	1	0.4%	94	83	1	0.4%

合計

250

c. 1日～3日の休業災害 件/年 32 11.1%

1-2 全職員数別	総労働者数	件数	
1～49	49	1	1.9%
50～299	2374	29	53.7%
300～	6760	19	35.2%
無回答		5	9.3%
合計		54	

件数	回答数	
1	20	6.9%
1.5	1	0.3%
2	5	1.7%
3	3	1.0%
4	2	0.7%
5	1	0.3%
合計	32	

d. 4日以上の休業災害 件/年 66 22.9%

1-2 全職員数別	総労働者数	件数	
1～49	98	3	2.6%
50～299	5609	48	41.4%

300～	13512	58	50.0%
無回答		7	6.0%
合計		116	

件数	回答数
1	39 13.5%
2	15 5.2%
3	5 1.7%
4	4 1.4%
5	2 0.7%
6	1 0.3%
合計	66

e. 死亡	件/年	0	0.0%
無回答		2	0.7%
合計		523	

5-2. 過去1年間に労災事故に至らなかったけれどもヒヤリ・ハット事例(ヒヤットしたりハットしたりした事例)の報告がありましたか

1)ある

203 54.1%

1-2 全職員数別	総労働者数	件数	
1～ 49	554	32	0.5%
50～299	14644	2298	38.6%
300～	11951	3483	58.4%
無回答		146	2.5%
合計		5959	

件数	回答数
1以上～ 5未満	76 37.4%
5以上～ 10未満	29 14.3%
10以上～ 20未満	31 15.3%
20以上～ 30未満	7 3.4%
30以上～ 40未満	3 1.5%
40以上～ 50未満	4 2.0%
50以上～ 100未満	3 1.5%
100以上～ 200未満	8 3.9%
200以上～ 500未満	3 1.5%
500以上～1000未満	2 1.0%
1000以上	1 0.5%
不明	5 2.5%
無回答	31 15.3%
合計	203

2)ない	152	40.5%
無回答	20	5.3%
合計	375	

5-3. 労災事故を原因別に分類していますか

1)している

242 64.5%

◆発生頻度の高い部署はどこですか	n= 242
a. 診療部(医局)が主	10 4.1%
b. 看護部が主	231 95.5%
c. 薬剤部が主	3 1.2%
d. 検査部が主	0 0.0%
e. 技術部が主	4 1.7%
f. 管理部が主	2 0.8%
g. その他()	11 4.5%
無回答	3 1.2%
合計	264

g. その他の記載

ケガなど	1
リハビリテーション部	1
栄養グループ	1
栄養課	1
給食	3
労災のヒヤリハット事例なし	1

2)していない	122	32.5%
無回答	11	2.9%
合計	375	

◆多い労災事故原因は何ですか

誤穿刺	1	業務多忙の中、不注意による針刺事故	1
採血後の注射針キャップ	1	誤まり	1
針刺し、腰痛	1	交通事故	1
針刺し、熱傷	1	通勤、調理、針刺	1
針刺し事故、患者の暴力等	4	通勤災害	2
針刺事故	75	腰痛	2
針刺事故、ドア等に手指をはさむ	1	転倒	1
針刺事故急いでいた、注意力他に気を取られる	1	投与薬剤の投与ミス	1
切創、捻挫	1	不注意	12
マニュアル逸脱	2	包丁による切傷	1
機器扱いの不慣れ	1	本人の不注意による事故、介助入浴の廊室内で滑って負傷	1

5-4. 労災事故の分析結果を活用していますか

1)している	250	66.7%
--------	-----	-------

◆どのような方法ですか	n= 250
a. マニュアル化	92 36.8%
b. 教育研修に利用	104 41.6%
c. 院内掲示	14 5.6%
d. パンフレット配布	9 3.6%
e. 委員会報告	164 65.6%
f. その他()	18 7.2%
無回答	0 0.0%
合計	401

f. その他の記載

報告を義務化し、原因の調査、対応の検討
 婦長会、主任会で伝達
 職員に事故内容を回覧
 事故防止対策委員会で報告、重要性のあるものに対して各部署へ報告
 口頭にて、朝礼で
 原因となった設備の調整等
 月例会議で報告
 月1回の全員集合にて報告
 感染症委員会運営会議
 感染委員会にて報告
 各部署会議報告
 会議報告
 会議等での呼びかけ
 会議にて
 院内事故防止対策委員会にて
 院内で通報

2)していない	108	28.8%
無回答	17	4.5%
合計	375	

6. 労働安全衛生教育研修

教育研修をしていますか

1)している 235 62.7%

◆頻度

a. 年2回以上	60	25.5%
b. 年1回程度	107	45.5%
c. 事故発生時のみ	67	28.5%
無回答	1	0.4%
合計	235	

2)していない 135 36.0%

無回答 5 1.3%

合計 375

7. 問題性

7-1. 一般論として何が労災事故発生の原因だと思われますか	n= 375	
1) 事故防止マニュアルがない	79	21.1%
2) マニュアルを無視する	173	46.1%
3) 実地訓練がされていない	121	32.3%
4) 事故の報告がされていない	46	12.3%
5) 事故後の対応が悪い	51	13.6%
6) 事故分析がされていない	118	31.5%
7) 委員会が設置されていないか、機能していない	41	10.9%
8) その他()	72	19.2%
無回答	18	4.8%
合計	719	

8) その他の記載

マンネリ化	1	業務多忙	3
リスクマネジメントの確認不足	1	緊張感の欠如	1
確認不足、思い込み、注意不足	1	経験不足	2
気の無り	1	個人の資質	3
教育	2	不注意	35

個々の判断、理解思考能力の問題が先づ大きいと思う 1

本人の不注意及び事故防止製品の不使用(針刺事故) 1

事故を起こさない環境整備ができていない 1

情報の不確認、チェック不足、体調・精神状態等 1

病院は人間対人間の職場であるから報・連・相が重要。最終的には長期間の教育が必要。(本人の資質も多分に帰結する面が多い) 1

7-2. 労災事故を防止するに当たっての問題点はどのようなものと思われますか	n= 375	
1) 専門の職員が確保できない	150	40.0%
2) 時間がない	115	30.7%
3) 財源がない	53	14.1%
4) 取り組み方法がわからない	34	9.1%
5) その他()	80	21.3%
無回答	52	13.9%
合計	484	

5) その他の記載

	回答数
予測不可能な場合が多い	2
本人の意識が足りない	36
忙しい	3
組織的取組み不足	2
針刺事故には決定的な対処方法がない	1
職員教育の不足	7
意識啓発をどのようにするか	3
事故分析が不十分である	2
現実問題とに今以上の防止。0にはできないであろう。	1
研修、報告を回しても事故を起こす本人が読んでいない	1
マニュアルにしたがわなかった	1
事故防止マニュアル指導と業務遂行時の心構え徹底指導	1
針刺し事故予防対策用の良い商品があるが財源の面から採用できない。導入に対し精細等があれば発生率を抑制	1

さて、次に産業医についてお尋ねします。

8. 産業医の認知

「産業医」の存在を知っていますか

1) 知っている	371	98.9%
◆産業医の役割を知っていますか		
a. 知っている	362	97.6%
b. 知らない	6	1.6%
無回答	3	0.8%
合計	371	
◆50人規模以上の事業所では産業医の選定義務のあることを知っていますか		
c. 知っている	352	94.9%
d. 知らない	12	3.2%
無回答	7	1.9%
合計	371	
2) 知らない	2	0.5%
無回答	2	0.5%
合計	375	

9. 産業医の選任

貴院では産業医を選任していますか

1) 選任あり	298	79.5%
◆人数		
a. 1人	242	81.2%
b. 2人以上	51	17.1%
無回答	5	1.7%
合計	298	
◆任務に○印をつけてください(複数回答可) n= 298		
c. 職員の健康管理	262	87.9%
d. 事後措置	98	32.9%
e. 衛生教育	103	34.6%
f. 健康障害の調査と防止	81	27.2%
g. 職場巡視	93	31.2%
h. 安全衛生委員会への出席	139	46.6%
i. 指導と助言	179	60.1%
無回答	29	9.7%
合計	984	
2) 選任なし	70	18.7%
無回答	7	1.9%
合計	375	

10. 産業医の活用

10-1. 医療現場における労災事故防止のための対策委員会のメンバーに産業医を選任していますか

1) 産業医を選任している	200	53.3%
2) 産業医を選任していない	79	21.1%
3) 委員会を設置していない	55	14.7%
4) その他()	9	2.4%
無回答	32	8.5%
合計	375	

4) その他の記載

- 必要に応じて参加依頼している
- 担当医は選任している
- 選任はしているが委員会がない
- 事故防止委員会を別に設置している
- 産業医はメンバーに入っていない
- 産業医はいるが特に対策委員会は設置していない
- 院長が産業医として選任しているので全ての委員会に出席している

10-2. 産業医に医療従事者の労働災害について相談したことがありますか

1) 相談したことがある	207	55.2%
2) 相談したことがない	86	22.9%
3) 事例がないので相談したことがない	44	11.7%
無回答	38	10.1%
合計	375	

次に対患者の医療事故についてお尋ねいたします。

11. 対患者の医療事故防止のための指針(ガイドライン)の存在

11-1. 貴院内に医療事故防止のための具体的な指針がありますか？

1) ある	287	76.5%
◆指針の周知方法は		
a. 職員全員に配布	35	12.2%
b. 各科・部門ごとに配布	221	77.0%
c. 特に配付せず	23	8.0%
d. 他	8	2.8%
無回答	0	0.0%
合計	287	
d. その他の記載 部門別に作成、全体としては3月末を予定 配布予定有り 月1回連絡会議で対応 看護部間に配布 看護部のみ 各部門ごとに作製 リスクマネジメント委員会を設置し対策を行っている		
2) ない	84	22.4%
◆作成予定		
a. 作成の予定あり	71	84.5%
b. 作成の予定なし	10	11.9%
無回答	3	3.6%
合計	84	
無回答	4	1.1%
合計	375	

12. 医療の安全確保のための対策委員会などの組織

当該の委員会がありますか

1) 委員会がある	338	90.1%
◆開催回数		
a. 専門の委員会を設けている	165	48.8%
b. 他の委員会(衛生委員会など)と併設している	94	27.8%
無回答	79	23.4%
合計	338	
◆開催回数		
イ. 毎月1回もしくはそれ以上	246	72.8%
ロ. 隔月に1回程度	36	10.7%
ハ. 1年に2~3回程度	32	9.5%
ニ. 事例発生時のみ	19	5.6%
無回答	5	1.5%
合計	338	

(最近の議題は)

医療機器取扱マニュアル作成にあたって	4	腰痛対策	1
インシデントレポートの検討及び解析	11	最高裁判例からみた医療事故	1
インフォームドコンセントについて	1	採血時の注意点について	1
ガイドライン再検討	1	災害に対して。	1
ジェネラルリスクマネージャーの任命について	1	指示の確認チェック	1
転倒防止	9	事故報告書分析	17

ヒヤリハット報告事例検討	19	事例研究	3
マニュアル改訂	5	自衛消防訓練	2
メンタルヘルス	1	守秘義務とプライバシー保護	1
メンバー選定、マニュアル作成	1	上半期の概要、最近の事例	5
リスクマネジメント	2	職員へのフィードバック	1
安全管理、移身について	1	食材について	1
委員会部室の検討	1	食事絶食の問題	1
医療事故防止対策	17	食中毒防止について	1
医療情報の開示	2	針刺問題	14
医療廃棄物の放棄について	1	厨房における火気の使用	1
一般的全般	1	炭疽菌感染対策	1
院内感染防止	19	調剤事故防止について	1
介護の安全性	1	定期検査について	1
患者認識バンドの導入	2	転倒・転落、輸血事故、術後の肺塞栓	1
規約の検討、今後の運営方法	1	点滴の患者とり間違え防止について	1
規約作成、報告書式	1	入浴介助時の安全について	1
狂牛病	2	放射線科での妊娠確認のあり方	1
緊急招集訓練結果について	2	予防接種	1
誤業防止	15		

◆メンバーは？	n= 338	
ホ. 院長・副院長	285	84.3%
ヘ. 産業医	141	41.7%
ト. その他の医師	192	56.8%
チ. 薬剤師	282	83.4%
リ. 看護婦	309	91.4%
ヌ. 技師	238	70.4%
ル. 事務職員	287	84.9%
ヲ. 他()	65	19.2%
無回答	23	6.8%
合計	1822	

ヲ. 他の記載

OTR	管理栄養士、看護補助者
OTR、栄養士	検査技士、臨床工学技士
PSW	精神保健福祉士
PT	専門員
PT、OT、ST	総務部長、課長
PT、保安職員	調理、清掃
ケースワーカー	婦長、主任、管理栄養士
ヘルパーメンテナンス業者	弁護士他1名
栄養管理士、理学療法士	役員
栄養士、SW	理学療法士 2
栄養士、ケースワーカー	理学療法士、栄養士
栄養師、OT	臨床検査技師、管理栄養士
外部有識者	
栄養士	25

◆メンバーの人数		
1～ 5	12	3.6%
6～10	95	28.1%
11～15	82	24.3%
16～20	22	6.5%
21～25	7	2.1%
26～30	3	0.9%
31～35	0	0.0%
36～40	1	0.3%
41～45	0	0.0%
46～50	1	0.3%
51～55	2	0.6%
135	1	0.3%
無回答	112	33.1%
合計	338	

2)委員会がない

34 9.1%

◆今後の設置予定

a. 予定あり	24	70.6%
b. 予定なし	7	20.6%
無回答	3	8.8%
合計	34	

無回答	3	0.8%
合計	375	

13. 院内での医療事故、事件の報告

13-1. 院内での事故、事件の報告の指導はどうしていますか

1) 報告を義務化している	319	85.1%
2) 自主的報告を指導している	47	12.5%
3) 特別の指導はしていない	5	1.3%
無回答	4	1.1%
合計	375	

13-2. 報告実績はどれ程ありますか。直近のものを年平均の件数でお示し下さい

n= 375

1) レベル0

278 74.1%

1-1 病床数別	総病床数	件数	
1~ 49	815	1018	2.8%
50~299	23370	13052	36.1%
300~	33515	18543	51.3%
無回答		3516	9.7%
合計		36129	

2) レベルハイリスク

85 22.7%

1-1 病床数別	総病床数	件数	
1~ 49	195	121	4.9%
50~299	8718	1213	48.7%
300~	10511	534	21.4%
無回答		624	25.0%
合計		2492	

3) レベル1

193 51.5%

1-1 病床数別	総病床数	件数	
1~ 49	478	126	0.6%
50~299	17484	4799	22.4%
300~	31259	16473	76.8%
無回答		48	0.2%
合計		21446	

4) レベル2

123 32.8%

1-1 病床数別	総病床数	件数	
1~ 49	56	3	0.1%
50~299	10931	1249	24.7%
300~	27610	3804	75.2%
無回答		0	0.0%
合計		5056	

5) レベル3

95 25.3%

1-1 病床数別	総病床数	件数	
1~ 49	75	13	0.9%
50~299	8036	493	34.7%
300~	22203	915	64.4%
無回答		0	0.0%
合計		1421	

6) レベル4

14 3.7%

1-1 病床数別	総病床数	件数	
1~ 49	0	0	0.0%
50~299	1009	4	15.4%
300~	5548	22	84.6%
無回答		0	0.0%
合計		26	

7) レベル5

13 3.5%

1-1 病床数別	総病床数	件数	
1~ 49	0	0	0.0%
50~299	1098	41	47.1%

300～	4500	46	52.9%
無回答		0	0.0%
合計		87	

8) 報告は全くない

44 11.7%

◆どうしてないのかどのように考えますか		n= 44	
a. 充分の対策をしているから	6	13.6%	
b. たまたまない	22	50.0%	
c. あると思うが報告をうけていない	10	22.7%	
d. その他()	7	15.9%	
無回答		0.0%	
合計	45		

d. その他の記載

平成13年6月より実施しており、報告できる実績はない
事例がない
事故発生はほとんどない
事故の機会が少ないと思われる
今年度11月より開始のため
今後検討中
マニュアル勉強会等ある程度行っている

無回答	25	6.7%
合計	870	

13-3. 医療事故の発生頻度の高い部署はどこですか

n= 375

1) 診療部(医局)が主	30	8.0%
2) 看護部が主	325	86.7%
3) 薬剤部が主	32	8.5%
4) 検査部が主	2	0.5%
5) 技術部が主	3	0.8%
6) 管理部が主	0	0.0%
7) その他()	8	2.1%
無回答	29	7.7%
合計	429	

7) その他の記載

特に事故はなし
厨房
事例がない
訓練部
インシデントレポート提出は薬剤部が多い

13-4. 医療事故の内容を記載して下さい。

膀胱洗の液を誤って滅菌水を使わなかった
臍切断、骨折等により回復処置問題
与薬事故、転倒転落、衝動行為、誤嚥、暴力、自殺、自傷行為、無断退却、調剤ミス、針刺事故、物品破損、直腸穿孔
与薬間違い、混注間違い、氏名記載間違い、転倒、転落
与薬間違い
与薬ミス、注射ミス、転倒事故
与薬ミス、患者の転倒
与薬ミス、ベット転落、大腿骨骨折
与薬に関する事(注射、内服薬)
与薬6、摂取11、注射10、管理上24、ME2、輸送・移動7、検査51
与薬、点滴・注射、針刺し、患者の転倒・転落
薬物投与の患者誤り(直後に気が付く)、ギブスカット時の患者に傷をつける
薬袋の患者名記入もれ、投薬日数の違い、受付、会計時の同姓の確認もれ
薬剤の間違い
薬剤のとりちがえ、量の間違え。透析中。病室での転倒、ベッドよりの転落。
薬剤、機器、検査、処置、転倒、食事、接遇など
薬に関するもの、指示ミス
無断離院、転倒

不明

病棟内で転倒。ベッドからの転落。

病棟内での転倒事故が主を占める。投薬・注射等の投与まちがい事故はあるが、極端に少なく、その後皆無に等しくなってきた。

皮膚剥離、転倒、誤薬

日内変動の検査を行なう際に容器を違って準備し、数回採血を行なった後に気づき、後日やり直すこととなった。患者さんには余計な苦痛を与えること

内服等の誤薬、無断離院

同性による投薬の間違い

当院は老人が多いので観察・不注意にてベッドよりの転落、歩行時転倒がある

投薬分量、服薬方法、処方ミス、患者間違い、注射分量、患者間違い、放射線左右照射間違い、病室転倒事故

投薬配布の誤り、服薬は未然に防げた

投薬誤り

投薬を間違えそうになった(患者さんが気づいて事無きを得た)

投薬ミス・・・事前に対処

投薬ミス。量、他人のもの投薬

投薬ミス。患者への説明不足に誤解

投薬ミス、針刺事故

投薬ミス 32件、転倒、転落 15件、点滴ミス 11件など

投薬ミス

投薬まちがい、点滴・注射まちがい

投薬の数量の誤認。

投薬・点滴エラー、検査、処置、転倒・転落、栄養(果物、禁止物)

投薬、点滴の間違い、針刺事故

投薬、注射のOrderのコンピュータ入力ミス、ベットからの転倒、内視鏡等の穿孔事故等

点滴内容の取り違い、点滴対象者取り違い、内服薬についても同上の内容有り

点滴内容の誤り

点滴内容の間違い、薬剤投与回数間違い、モニターの失念

点滴間違い(AさんとBさん間違える)・手術前絶食していなかった

点滴を隣の患者さんと間違えかけた。カルテの記載漏れ、指示した薬剤が点滴内に入っていないかった。

点滴を患者名を確認したつもりがよく似た名前の患者さんがいたので間違えて試行したがすぐ別のNSが気づき事無きを得た等

点滴の人間違い、誤薬(投与量の間違い、服用方法の間違い、薬品名の間違い)

点滴の時間ミス(早くおとしてしまった)

点滴の採り間違い(手術前点滴と術後点滴の間違い)(内容が全く同じであったが別人のものを注入)

点滴の間違い(取り違い)、内服等の与薬ミス

点滴の患名間違い

点滴、投薬の間違い

転落転倒、与薬ミス

転落、転倒事故、調剤ミス

転落、転倒、投薬、注射のミス、医療器具の使用ミス等

転倒転落66%。異食、誤嚥、誤薬。ライン管理

転倒転落(打撲、擦過傷、骨折)

転倒転落

転倒事故、ベッドより転落事故

転倒事故(骨折は最近ない)、誤薬

転倒による打撲症

転倒による骨折

転倒が多い

転倒・転落、行方不明・無断外出、

転倒。誤嚥。

転倒、薬剤(点滴含む)

転倒、薬剤

転倒、転落寸前、点滴

転倒、転落事故、与薬間違い、処方箋入力ミス

転倒、転落事故、薬処方の間違い

転倒、転落、与薬、調剤、注射、点滴

転倒、転落、誤薬、針刺、採血ミス、薬品破壊

転倒、転落、誤薬、針刺

転倒、転落、誤薬

転倒、転落、誤投薬、食事異物混入

転倒、転落

転倒、転落

転倒、打撲

転倒、誤薬、点滴自己抜去、転落指示受けミス、接遇に関して

転倒、誤薬、器機(ポンプ設置)

転倒、誤嚥、自傷行為等

転倒、器材に関すること

転倒、ルートの事故除去、点滴ミス

転倒(自己転倒)、ベットからのずり落ち、ポータブルトイレ移乗時又は車椅子移乗時のずり落ち

転倒(自己)、誤薬、検査忘れ、給食への異物(髪の毛など)混入、受付での現金間違い

転倒(5)、転落(4)、エレベーターのドアでの打撲(1)、針事故(2)、ゴミ処理時のガラスにての切創(1)、クレーン発生(1)(主に転倒)

転倒

転倒

転倒

通所リハビリで風呂場でつまづいた。ケガはなし

注腸検査時、造影剤を腔内に注入

注射薬の単位間違い、注射薬の投薬時間間違い、禁忌の注射を施注してしまった、患者さまのエスケープ(痴呆のため)転倒転落事故

注射のまちがい

注射・輸液の間違い、転倒転落

注射・点滴ミス、情報の取り違い連絡ミス、患者・家族への説明・接遇、手技未熟、患者様名前間違い

注射・点滴、転倒・転落

注射、投薬においての誤り(類似品名での薬品の取り間違い、回数や単位、1回分の量の間違い、同性や似た名前または同質での患者間違い)

注意不測、認識不測

痴呆性老人の転倒事故

大腸内視鏡検査中の大腸穿孔、点滴の間違い(異なる人へ)

大腸ファイバーによるポリープ除去時出血、安全と観察のため一日入院となる

体位変換時に100才女性大腿骨頸部骨折を来たした

多くは患者(大半は入院患者)の注射処置、服薬その他検査や介助にまつわるシステムの不具合運用の不調や注意力の集中不足

静注ラインに溶解経口薬をいれかけた、他人の注射を(静注)しかけた

精神科の患者で覚醒後行動活発となるがPTの行動読み切れず転倒、

針刺事故、誤薬ニアミス、転倒事故

針刺事故、IVH施行時気胸発生、点滴の人違い

針刺事故

針刺事故

針刺し事故や血液に関するもの。薬剤の書きまちがい

針刺し事故が本年1件

針刺し事故(2件)、患者転倒事故(1件)

針刺し事故

針刺し事故

針刺し

針刺し

針刺、投薬ミス

針刺

針刺

針さし等

針さし事故、点滴(患者)のまちがい

針さし事故、ベッドから転落

針さし事故(採血後のリキャップ時に指をついた)

針さし、転倒骨折(院内)

針さし

診断、投薬、処置に関するケースが多い

深夜入院患者の点滴施行時、腕でルート確保できず、もう片方の腕へ変えた時、先の腕に巻いていた指圧帯をそのまま残してしまい約2時間放置してしまった

床頭台に置いていた食後薬を痴呆のある他の患者さんが服用しようとした。ポータブル便器使用の患者さんがベッドから移動時に転倒し打撲した。痴呆の患者さんがベッド欄を乗り越えて転倒打撲・マットレスを置いていた。EPI使用患者が3人いたが1めいがEPI内容変更となり伝達が出来ていなかったため、次前のメニューをEPIチューブに入れようとした

術後の肺塞栓、脳梗塞のリスクを十分に説明し、その予防対策の一環としてコソネットプロを売店で購入いただく検討をする。手術場委員会に外科系部長に依頼する

受付にて本人と似ている人とちがった時

手術に使用のガーゼの除去忘れ

主に針刺し事故

車椅子より便器に移動時に足を捻挫した。

車椅子で転倒させ、前歯2本折った。

耳鼻科で挿入術を施行後、メスを放置していたのを職員が誤って触れて感染した。

事故までには至っていない

指示の変更の申し送り不足

指示の受け忘れ、コンピュータ入力ミスによる投薬ミス

指の切開部位の間違い

採血検体のおき忘れ。投薬ミス。風呂場での転倒。ナースコールが看護婦にとどかず。

採血すべき患者からではなく、別の患者より採血をしてしまった。

混注の誤り

今のところ事故はない

骨折

高齢者及び障害者の転倒事故が多い
抗生剤投与の際、皮内反応で(偽)陽性患者に間違っその薬物を注射してしまった
誤嚥による窒息、転倒、患者同士のトラブル
誤嚥、転倒、転落、誤薬、衝動行為、針刺事故、無断離院、患者間トラブルによる暴力行為、自殺企図、調剤上の事故
誤与薬
誤薬処方、服用前に気づき、正規の処方を行う
誤薬など
誤薬。転倒。転落。
誤薬。嘔吐？
誤薬、輸血管理ミス、配膳ミス、人間関係トラブル、転倒転落、管理ミス(ME、ライン、チューブ)検査
誤薬、薬剤投与忘れ
誤薬、無断離院、自殺、物品管理ミス(抑制帯放置)
誤薬、点滴間違い
誤薬、転落、転倒、点滴量の誤り
誤薬、転倒・転落、無断離院、検査・処置ミス、ルートの自己抜去等
誤薬、転倒、離院、粗暴行為等
誤薬、転倒、転落
誤薬、転倒
誤薬、患者の転倒事故等
誤薬
誤薬
誤薬
誤投薬、転倒事故
誤投薬
誤って他の患者さんの内服薬を飲ませてしまった
誤った内容の注射
現在なし
検査データの氏名間違い報告、ベットからの転落等
検査オーダーの誤記入
訓練中の骨折等(後日に発覚)
看護部医師の指示による業務の中の与薬(内服、外用)療養中の世話中の転倒、ベットより転落、誤えん、誤飲、その他無断離院、自傷など
看護婦の針刺程度で医療事故らしいことは起こっていない
看護婦の針刺し、腰痛
患者氏名がよく似ており、点滴注射を実施寸前にわかった
患者管理に関するもの、転倒、転落、薬剤等
患者の歩行転倒が2件
患者の転倒・転落
患者の転倒、転落、誤薬など
患者の転倒、誤薬、誤注射
患者のベットからの転落、歩行中の転倒
患者のベットアップ時に手首の骨折。アタラックスの量の間違い。25mgの指示に対して50mg注射してしまった。
患者が車イスから転落
回復期のリハビリを実施中、車イスへの移動は介助が必要であったが、自分で出来ると思い指示してあったナースコールをせず、転倒した。
介護時の不注意
医療事故として紛争になっていないが、寝たきり患者で原因不明の骨折、治療
医師への苦情、看護婦の針刺事故、薬剤師の誤調剤投薬
胃カメラ実施時、写真フィルムがはいっていなかった
レントゲン部位左右間違い、同性患者さんのレントゲン撮影誤り、処方箋の読み間違いにより投薬誤り
レベルが低い事故に関しては、主として再発防止に向けた取り組みとして、ヒヤリハット体験に基づく看護業務に関する報告事例が顕著であり、レベルが高い事故に関しては、主として医師の治療行為に係る報告事例である。
ルートの除去、投薬の行き忘れ、患者の転倒、輸液量の間違い等
リハビリ中の骨折
リハビリテーション科に於けるホットバックに依る熱傷。
やけど、切創
ポリペブ後の穿孔
ホットバックによる火傷、注射の量間違い、患者間違い(誤薬)
ベット転落事故が多い。
ベットより転落。歩行時の転倒
ベットから転落事故、歩行中に転倒事故、カルテ間違いー同姓同名、針刺事故、点滴投薬ミス
ベットから車イス、移動時に転倒
ベットからの転落、薬剤処方量ミス(読み違い)
ベットからの転倒、投薬漏れ、検査の中断(採血漏れ)
ハット・ヒヤリ報告:患者様がベット欄を外し転倒。車椅子より転倒。杖歩行時転倒、採血後の針刺し事故、点滴ルートの接続部が外れ出血していた、処方箋の入カミス
のど詰、ベットからの転落、転倒

チューブ類の管理(自己抜去、接続はずれなど)、同姓同名間違い
 チューブ配管の間違い
 チューブトラブル、自己抜去、転倒、転落
 グリハルチン(20)1A+ビタミンB2(10)1A、ビタミンB1(10)1A注射後、患者の気分が悪くなりO2と点滴で回復した。(蕁麻疹の患者)
 くすりの投薬ミス
 ギブスカット時に火症。人工骨の破損。ギブスカット時の切創
 エルゴメーター検査の前に入浴していた。車椅子移動時に点滴ルートがひっかかりルート抜去した。食事の止めの指示があり、当日は止まっていたが翌日から食事開始としてしまっていた。
 インスリン50単位入れるところを4単位しか入れなかった
 インジレントレポートでは処方ミスが多い
 MRI撮影に際狭所恐怖症のため暴れたが大事には至らなかった
 IVH等逆流。採血対象者の間違い。寝衣交換時骨折。IVH・点滴当チューブ抜け。誤薬。移床介助時転倒。
 IVH施行患者さんに指示より短時間で薬剤が入ってしまった。患者さんが気付き薬剤を追加したがその後患者さんからの不信感を訴えられた。
 C型肝炎、梅毒患者の看護婦の誤針
 1例痴呆の患者が給湯室(炊事室も兼ねている)に置いてあった洗剤を誤飲、直ちに胃洗浄をし大事に至らなかった
 ①夕食時咳込み、その後誤飲し呼吸停止状態となる。吸引にて事なきをえる。②ベットでギャジアップの際、腕が欄の中にはさまってしまった、ケガなし③病室の窓より身を乗り出した患者さんがいた、痴呆があり危険。④車イスで移動の際患者さんが足を引きそうになる⑤患者さん同士となりの患者さんの世話をしようとして転倒された、ケガなし
 ①点滴のラベルを間違えて貼付した(実施せず)②外来で間違えた薬を渡した(直ちに回収す)
 1注射、点滴2内服3転落、転倒
 ①氏名が似ている人にまちがって処方を与える②点滴にちがう人に投与
 1記載、転記ミス 2転倒転落 3誤薬 4輸液 5針刺 6検査処置 7患者管理 8薬剤調剤時ミス 9器材器具管理 10患者誤認
 1. 薬物投与に関すること。2. 転倒・転落。3. 処置関連
 ・投薬量の間違い・針事故・投薬内容の間違い・患者への説明の不十分さ・投薬対象患者のとり間違え・注射量の間違い
 ・転倒、転落、・誤投薬(確認不足)・挿管チューブ等の自己抜去(患者の観察不足)

13-5. 医療事故結果の活用はしていますか

1)している	329	87.7%
◆どのような方法ですか	n= 329	
a. マニュアル化	128	38.9%
b. 教育研修に利用	158	48.0%
c. 院内掲示	23	7.0%
d. パンフレット配布	25	7.6%
e. 委員会報告	237	72.0%
f. その他()	27	8.2%
無回答	1	0.3%
合計	599	
f. その他の記載		
ニュースレター	連絡会[臨時]	
ミーティング	個別指導	
会議にて	事例報告書全員配布	
会議等	職員に内容の回覧	
会議等で話し合い及び周知。	全国への学会等での発表	
各部所の反省会	担当者に注意と指導	
各部署で注意、対策	担当部署周知徹底	
各部署別に指導	朝礼にて	
婦長会報告	定例会議での報告	
本人に注意と説明	婦長、主任会議等で約20名出席	
統計		
報告を義務づけ、事故の原因調査、今後の対応をその都度、検討している。		
インジレントレポートから医療事故防止のエッセンスを抽出し院内750名のリスクマネージャーに伝達したのち、各リスクマネージャーが全員に伝達するそのつどの注意と今後の対応につき話し合いをする		
2)していない	20	5.3%
無回答	26	6.9%
合計	375	

14. 教育研修

医療事故防止のための指針に基づく教育研修をしていますか

1)している	306	81.6%
◆頻度		

a. 年2回以上	127	41.5%
b. 年1回程度	110	35.9%
c. 事故発生時のみ	63	20.6%
無回答	6	2.0%
合計	306	

◆対象者		
d. 全職員	82	26.8%
e. 医療従事者	115	37.6%
無回答	109	35.6%
合計	306	

2)していない	57	15.2%
無回答	12	3.2%
合計	375	

15. 問題性

15-1. 一般論として何が医療事故発生の原因だと思われますか？	n= 375	
1)事故防止マニュアルがない	69	18.4%
2)マニュアルを無視する	187	49.9%
3)実地訓練がされていない	123	32.8%
4)事故の報告がされていない	55	14.7%
5)事故後の対応が悪い	76	20.3%
6)事故分析がされていない	137	36.5%
7)委員会が設置されていないか、機能していない	42	11.2%
8)その他()	81	21.6%
無回答	21	5.6%
合計	791	

8)その他の記載

うっかりミス
 うっかり思いこみ
 うっかり不注意
 エラーに対するチェックが十分にされていない
 ダブルチェックの不徹底
 ちよとした注意不足、その注意力を補うだけの補助機構の設置不足
 ヒトが行なっているから職員の入れ替わりが多く数回の教育が行なわれない。
 ヒヤリ・ハットの積み重ね、ヒヤリ・ハットの重複
 マンパワーの不足による影響
 意識が薄い、他人事のように考えている
 意識不足、緊張感不足
 医療システムの複雑化、専門化
 医療事故に対する意識の周知、徹底がなかなかできない
 医療従事者と患者・家族とのコミュニケーションの問題
 医療従事者個人に対する仕事負担が多い。
 医療法人として自覚の無さ
 過労、体調不良
 該当項目なし
 各々伝達に言い違いがおきている
 各人の仕事をすする時の緊張感が足りないと思う
 確認を徹底していない
 患者の安全のための確認が足りない。
 慣れによる注意力の欠如
 看護婦のその日の心情による事故
 気のゆるみ。
 技術の未熟さ。
 業務の多様化。
 業務マニュアルを無視する
 偶発症
 現場が多忙すぎる。うっかりミス大半
 個人の資質、管理部門の指導の不充分
 再確認がされていなかった。
 思いこみ、不注意、確認ミス
 思い込み、ケアレスミス

思い込みから発生するものや確認不足、注意力が欠けている時に発生するもの原因として考えられる
 指示-実施の過程が単純化されていない。13-4の記入などは複数間の転記中に皮内反応陽性の薬剤を陰性として書き写したものの
 事故に対する認識不足
 事故を未然に防ぐためのメーカーの協力が必要
 事故を誘発する環境整備ができていない
 事故再発防止のためのシステムが機能しにくい
 週一回程度職員に医療事故防止を呼びかけ徹底を図る
 集中力低下による不注意
 従事者の一般的不注意によるもの
 重複障害児で表現が困難であるため
 情報の不確認、チェック不足、体調・精神状態
 職員の意識の低さ(集中力の欠如)
 職員の意識的な取組みの欠如
 職員の注意力の低下
 人、物品を含めた医療現場の環境
 全職員に対しての教育不足、事故報告、対応が不十分
 組織的な問題解決として取り組んでいない
 注意不足
 注意不足。確認。
 当事者の資質、十分な確認不足
 当事者意識が欠けている
 標準管理による観察不足又は誤認識によるもの。
 不可抗力による事故
 不慣れ、確認ミス
 不注意
 不注意
 不注意
 不注意
 不注意
 不注意、うっかりミス
 不注意、マンネリ化
 不注意・確認不足
 不注意によるものが多い
 複合的な要因があり特定できない
 分析されているが個人及び所属レベルにとどまり病院全体のシステム改善にまでいたっていないケースもある
 本人の意識
 本人の意識レベル
 本人の自覚、不注意
 本人の不注意

15-2. 医療事故を防止するに当たっての問題点はどのようなものと思われますか	n= 375	
1) 専門職員が確保できない	178	47.5%
2) 時間がない	138	36.8%
3) 財源がない	67	17.9%
4) 取り組み方法がわからない	25	6.7%
5) その他()	94	25.1%
無回答	47	12.5%
合計	549	

100%防止できない
 うっかりミスが多い。確認の徹底がなかなか困難。個人の自意識をどのように向上させるか。
 ケースバイケースでの対応(マニュアル化徹底に伴う反対効果として)
 トレーニングのプログラムを作るノウハウがわからない
 プロとしての各人の自覚
 マニュアルが作成されてない、職員の事故防止に対する自覚の欠如
 マニュアル通りにしていない(基本を守らない)
 意識・啓発をどのようにするか
 意識の向上マンネリ化
 医療器具などHard面でも改良が必要と思われる
 医療事故防止マニュアルと一般職員への徹底、現場の環境改善
 医療事故防止委員会の問題が修正、実行に必ずしも移されていない
 医療従事者1人1人の自覚不足
 医療従事者の意識感の差
 医療従事者個人に対する負担を減する様な方向が必要。
 介護を要する患者に人手がとられる

各自の意識
 各自の自覚不足
 各自の注意力・集中力
 各職員の自覚不足
 各職種の業務内容や役割を理解しあい、共同で対策に対する検討をしていく必要がある
 各人の問題意識
 慣れによる注意力の欠如
 慣れによる注意力低下を防ぐことのむつかしさ
 基本の確認
 教育
 教育、研修と事故防止の仕組みづくり
 教育、認識、訓練
 教育不足、職員の質
 勤務シフト(三交替制)
 緊張感を持続させるのに苦労する
 研修不足
 個々の意識の改善
 個々の職員の注意集中の保てない場合がある
 個々人の意識
 個人の資質
 個人差があるが本人の自覚
 細かな指導が充分できない。末端まで情報周知できていない
 作業をシステムとしてとらえ、その改善を計る
 仕事に対する取り組み姿勢
 仕事に余裕が持てない
 事故防止マニュアルに基づく研修会を年1~2回は最低開催する
 事故防止マニュアルの作成が滞っている
 実地訓練・研修等々の時間的な問題
 集中力アップ
 集中力低下をきたさないような職場環境の改善
 充分な人員配置は経済的理由から艱難、経済的裏付けがない。例えば、2:1、2.5:1看護の診療報酬払いしかない為。それ以上の人員配置は経営上困
 従業員の自覚と確認
 職員・職種間の認識の差
 職員の意識
 職員の意識がない
 職員の意識水準
 職員教育ならびに患者教育の不徹底
 職員自身の意識
 職員全体に浸透させるには担当の時間と労力を要する
 人為的な事故の防止は工夫と努力によってある程度防止可能であるしかし最近のチーム医療や濃密な医療においてはその人員の確保が病院財政上困
 人員の不足(財源)
 人的不足(患者が多い時)
 専門職による分業化を進めること
 組織的な取組み
 多忙
 対応・対策に時間がかかる
 注意を喚起する姿勢
 努力が足りない
 当院のは不可抗力です
 日頃から嚴重に注意しているので問題はない
 日本においては絶対的看護婦職員不足
 如何に漫然の対策及びマニュアルが存在しても職員個人個人の職務範疇の把握は100%無理な為事故ゼロは現実的には無理
 発生は不可抗力的なものが多いので一概にいえない
 病院をあげた取組みという意識に至っていない
 病院管理者の意識、考え方のちがいが
 不可抗力
 報告のみで原因の分析や職員に対してフィードバックがされていない
 忙しい
 防止のため、繰り返しの確認と教育の繰り返しの実施
 薬剤名に類似した名前のものが多い

16. 医療事故予防、対策の教育・研修についてどのようにお考えですか

1)機会があれば外部機関へ受講させたい	308	82.1%
2)院内で充分対応してゆける	55	14.7%
無回答	12	3.2%

17. 医療事故防止のための産業医の役割

17-1. 産業医に対患者の医療事故について相談したことがありますか

1) 相談したことがある	167	44.5%
2) 相談したことがない	178	47.5%
無回答	30	8.0%
合計	375	

17-2. 産業医への期待

n= 375

1) 産業医に従業員の労働災害防止対策および対患者の医療事故の両面に渡っての活用を積極的に考える	205	54.7%
2) 産業医に対患者の医療事故対策は期待していない	90	24.0%
3) 自由に産業医への期待なりをお書き下さい。	18	4.8%
無回答	69	18.4%
合計	382	

3) 自由に産業医への期待なりをお書き下さい。

パラメディカルについては意識付けまとももあるが、肝心のDr.については遅れている。事故の報告も不十分であるし協力的でない

医療機関であり、特に産業医は必要と考えていない

医療事故(危機管理委員)では検討しているが専任の産業医がいないので
医療事故が発生する(発生した)原因を追求するにあたって、産業医がその要因を職種や個人の能力不足として片付けてしまわないで欲しい。
病院全体のシステムを総合的に考慮した上で、結果に問題点を置くのではなく、経過の中にある問題点に着目し、最も有効で効率の良い対策を
指導していただきたい。

医療事故防止対策に本当に取り組もうとする医師でないと十分な事故防止対策委員会として運営はできない。名ばかりの医師、実動をしていない
医師が委員会メンバーとしていかにないように願う

院内従業員の労災事故対策の指導や事故後の対応については適切な働きが期待される

健診事業所への巡視等を行っていただいている。当病院での活用については率直に言って意識として少ないように思う

産業医の役割の明確化と外部へのアピール、産業医の地位向上、等への取組みが必要と思います。

産業医は職員の安全管理職場環境を主に安全衛生委員会で任務していただいております。患者等に対する医療事故防止はリスクマネジメント委員会
が担当し委員長には副院長が担当しています。

産業医は当院の病院産業医として活動していない。各科の医師として活動してもらっている。他の機関への指導し産業医活動は認めていない

資格を持っているだけでなく現実に現場のエキスパートになって頂きたい

事故防止意識の高揚を図る為の研修会の開催

職員の安全管理および労災防止対策について期待しており医療事故防止は別の委員会で事故防止対策等を実施する

当院は50名未満であるが産業医の選任は必要ないが事故防止委員会を来春までに組織し全院あげて対策に取り組み所存である
病院における作業管理・作業環境管理は、感染対策活動や事故防止対策の中から少しずつ改善される可能性がある。今後もさらに対策をすす
めなければならないことであるので、産業医は参加する立場となる。医療事故に関しては転倒だけを取り上げてもスタッフのいない所で生じてい
るのが大部分なのでまた別の方法を考え出してみなければ困難なことである。

本年度で当院で産業医が3人となり喜んでます。

労働災害防止対策並びに医療事故について積極的な対応を期待する

6. アンケート調査票

医療機関における安全管理の実施状況と産業医の活用

大阪産業保健推進センター

以下の該当事項に○印をもしくは実数など御意見を御記入下さい。

1. 病院の規模、形態をお聞かせ下さい

1-1. 病床数を実数で御記入下さい。

() 床

1-2. 全職員（常用労働者）数を実数で御記入下さい。

() 人

1-3. 病院の種類

- 1) 大学病院
- 2) 国・公立
- 3) 財団法人、社会保険、健保組合立
- 4) 私立（医療法人を含む）
- 5) その他

1-4. 診療科

- 1) 内科系
- 2) 外科系
- 3) 内科系、外科系との複数科
- 4) 精神科
- 5) 総合

まず、貴院従業員への安全対策についてお尋ねします。

2. 労働安全衛生のための専門委員会（安全衛生委員会、衛生委員会など）を設けていますか

1) 委員会がある

(次の問にお答え下さい)

- a. 労働安全衛生のための専門委員会を設けている
- b. 労働安全衛生以外の事柄も取り扱う委員会で審議している

◆開催回数は？

- イ. 毎月1回もしくはそれ以上
- ロ. 隔月に1回程度
- ハ. 1年に2～3回程度
- ニ. 事例発生時のみ

◆メンバーは？

(該当するものに○印をお付け下さい)

複数回答可)

- ホ. 院長・副院長
- ヘ. 産業医
- ト. その他の医師
- チ. 薬剤師
- リ. 看護婦
- ヌ. 技師
- ル. 事務職員
- ヲ. 他 ()

合計 () 人

- 2) 委員会がない
 (次の問にお答え下さい)
- ◆今後の予定
 - a. 委員会設立を予定している
 - b. 委員会設立を予定していない
 - c. その他 ()

3. 貴院の従業員に対する事故防止のための指針(ガイドライン)の存在
 (労働災害事故-以下労災事故と略す-とお考え下さい)

3-1. 貴院内に労災事故防止のための具体的な指針がありますか?

- 1) ある
 (次の問にお答え下さい)
- ◆指針の周知方法は
 - a. 職員全員に配布
 - b. 各科・部門ごとに配布
 - c. 特に配付せず
 - d. その他 ()
- 2) ない
 (次の問にお答え下さい)
- ◆作成予定
 - a. 作成の予定あり
 - b. 作成の予定なし

3-2. 労災事故対応のための専門の部署を設けていますか?

- 1) 設置している
- 2) 設置していない
 (次の問にお答え下さい)
- ◆今後の予定
 - a. 設置予定あり
 - b. 設置予定なし

4. 院内での労災事故・事件の報告

院内での事故、事件の報告の指導はどうしていますか

- 1) 報告を義務化している
- 2) 自主的報告を指導している
- 3) 特別の指導はしていない

5. 従業員の労災事故発生

5-1. 貴院での全従業員の労災事故発生はどれ程ありますか。昨年度の件数をお示し下さい。

- 1) ある
 (次の問にお答え下さい)
- a. 通勤労災 _____件/年
 - 以下は通勤労災を除外して下さい。
 - b. 不休災害 _____件/年
 (うち針刺し事故: _____件/年)
 - c. 1日~3日の休業災害 _____件/年
 - d. 4日以上 of 休業災害 _____件/年
 - e. 死亡 _____件/年
- 2) ない

5-2. 過去1年間に労災事故に至らなかったけれどもヒヤリ・ハット事例（ヒヤッとしたりハットしたりした事例）の報告がありましたか

- 1) ある _____ 件/年
- 2) ない

5-3. 労災事故を原因別に分類していますか

1) している

(次の問にお答え下さい)

◆発生頻度の高い部署はどこですか

- a. 診療部（医局）が主
- b. 看護部が主
- c. 薬剤部が主
- d. 検査部が主
- e. 技術部が主
- f. 管理部が主
- g. その他（ _____ ）

◆多い労災事故原因は何ですか

（ _____ ）

2) していない

5-4. 労災事故の分析結果を活用していますか

1) している

(次の問にお答え下さい)

◆どのような方法ですか

(該当事項に○複数回答可)

- a. マニュアル化
- b. 教育研修に利用
- c. 院内掲示
- d. パンフレット配布
- e. 委員会報告
- f. その他（ _____ ）

2) していない

6. 労働安全衛生教育研修

教育研修をしていますか

1) している

(次の問にお答え下さい)

◆頻度

- a. 年2回以上
- b. 年1回程度
- c. 事故発生時のみ

2) していない

7. 問題性

7-1. 一般論として何が労災事故発生の原因だと思われますか
(複数回答可)

- 1) 事故防止マニュアルがない
- 2) マニュアルを無視する
- 3) 実地訓練がされていない
- 4) 事故の報告がされていない
- 5) 事故後の対応が悪い
- 6) 事故分析がされていない
- 7) 委員会が設置されていないか、機能していない
- 8) その他 ()

7-2. 労災事故を防止するに当たっての問題点はどのようなものと思われますか
(複数回答可)

- 1) 専門の職員が確保できない
- 2) 時間がない
- 3) 財源がない
- 4) 取り組み方法がわからない
- 5) その他 ()

さて、次に産業医についてお尋ねします。

8. 産業医の認知

「産業医」の存在を知っていますか

1) 知っている

(次の問にお答え下さい)

◆産業医の役割を知っていますか

- a. 知っている
- b. 知らない

◆50人規模以上の事業所では産業医の選定義務のあることを知っていますか

- c. 知っている
- d. 知らない

2) 知らない

9. 産業医の選任

貴院では産業医を選任していますか

1) 選任あり

(次の問にお答え下さい)

◆人数

- a. 1人
- b. 2人以上

◆任務に○印をつけてください(複数回答可)

- c. 職員の健康管理
- d. 事後措置
- e. 衛生教育
- f. 健康障害の調査と防止
- g. 職場巡視
- h. 安全衛生委員会への出席
- i. 指導と助言

2) 選任なし

10. 産業医の活用

10-1. 医療現場における労災事故防止のための対策委員会のメンバーに産業医を選任していますか

- 1) 産業医を選任している
- 2) 産業医を選任していない
- 3) 委員会を設置していない
- 4) その他()

10-2. 産業医に医療従事者の労働災害について相談したことがありますか

- 1) 相談したことがある
- 2) 相談したことがない
- 3) 事例がないので相談したことがない

次に対患者の医療事故についてお尋ねいたします。

11. 対患者の医療事故防止のための指針(ガイドライン)の存在

11-1. 貴院内に医療事故防止のための具体的な指針がありますか?

1) ある

(次の問にお答え下さい)

◆指針の周知方法は

- a. 職員全員に配布
- b. 各科・部門ごとに配布
- c. 特に配付せず
- d. その他()

2) ない

(次の問にお答え下さい)

◆作成予定

- a. 作成の予定あり
- b. 作成の予定なし

1 2. 医療の安全確保のための対策委員会などの組織

当該の委員会がありますか

1) 委員会がある

(次の問にお答え下さい)

- a. 専門の委員会を設けている
- b. 他の委員会(衛生委員会など)と併設している

◆開催回数は?

- イ. 毎月1回もしくはそれ以上
(最近の議題は_____)
- ロ. 隔月に1回程度
(最近の議題は_____)
- ハ. 1年に2~3回程度
(最近の議題は_____)
- ニ. 事例発生時のみ

◆メンバーは?

(該当するものに○印をお付け下さい
複数回答可)

- ホ. 院長・副院長
- ヘ. 産業医
- ト. その他の医師
- チ. 薬剤師
- リ. 看護婦
- ヌ. 技師
- ル. 事務職員
- ヲ. その他()
- 合計()人

2) 委員会がない

(次の問にお答え下さい)

- ◆今後の設置予定
- a. 予定あり
- b. 予定なし

1 3. 院内での医療事故、事件の報告

1 3 - 1. 院内での事故、事件の報告の指導はどうしていますか

- 1) 報告を義務化している
- 2) 自主的報告を指導している
- 3) 特別の指導はしていない

13-2. 報告実績はどれ程ありますか。直近のものを月平均または年平均の件数でお示し下さい

1) レベル0

{ 間違ったことが発生したが、患者には実施されなかった。
 -ヒヤリ、ハット (ヒヤットしたり、ハットしたりした事例)
 約 _____ 件/月または約 _____ 件/年

2) レベルハイリスク

{ レベル0の状況であるが、実施されれば「レベル4 (事故による障害が一生続く場合)」または「レベル5 (事故が死因となる場合)」が予想される
 約 _____ 件/月または約 _____ 件/年

3) レベル1

{ 事故により患者への実害はなかったが、何らかの影響を与えた可能性がある。
 観察を強化し、心身への配慮の必要性が生じた場合
 約 _____ 件/月または約 _____ 件/年

4) レベル2

{ 事故により、患者への観察の強化の必要性とバイタルサインに変化が生じた場合、または検査の必要性が生じた場合
 約 _____ 件/月または約 _____ 件/年

5) レベル3

{ 事故のための治療の必要性が生じた場合・必要でなかった治療、処置の必要性や入院日数の増加
 約 _____ 件/月または約 _____ 件/年

6) レベル4

{ 事故による障害が一生続く場合
 約 _____ 件/月または約 _____ 件/年

7) レベル5

{ 事故が死因となる場合
 約 _____ 件/月または約 _____ 件/年

8) 報告は全くない

(次の問にお答え下さい)

◆ どうしてないのかどのように考えていますか

- a. 充分の対策をしているから
- b. たまたまない
- c. あると思うが報告を受けていない
- d. その他 ()

13-3. 医療事故の発生頻度の高い部署はどこですか

- 1) 診療部 (医局) が主
- 2) 看護部が主
- 3) 薬剤部が主
- 4) 検査部が主
- 5) 技術部が主
- 6) 管理部が主
- 7) その他 ()

13-4. 医療事故の内容を記載して下さい。

[]

13-5. 医療事故結果の活用はしていますか

1) している

(次の問にお答え下さい)

◆どのような方法ですか
(該当事項に○複数回答可)

- a. マニュアル化
- b. 教育研修に利用
- c. 院内掲示
- d. パンフレット配布
- e. 委員会報告
- f. その他 ()

2) していない

14. 教育研修

医療事故防止のための指針に基づく教育研修をしていますか

1) している

(次の問にお答え下さい)

◆頻度

- a. 年2回以上
- b. 年1回程度
- c. 事故発生時のみ

◆対象者

- d. 全職員
- e. 医療従事者

2) していない

15. 問題性

15-1. 一般論として何が医療事故発生の原因だと思われますか?

(複数回答可)

- 1) 事故防止マニュアルがない
- 2) マニュアルを無視する
- 3) 実地訓練がされていない
- 4) 事故の報告がされていない
- 5) 事故後の対応が悪い
- 6) 事故分析がされていない
- 7) 委員会が設置されていないか、機能していない
- 8) その他 ()

15-2. 医療事故を防止するに当たっての問題点はどのようなものと思われますか
(複数回答可)

- 1) 専門職員が確保できない
- 2) 時間がない
- 3) 財源がない
- 4) 取り組み方法がわからない
- 5) その他 ()

16. 医療事故予防、対策の教育・研修についてどのようにお考えですか

- 1) 機会があれば外部機関へ受講させたい
- 2) 院内で充分対応してゆける

17. 医療事故防止のための産業医の役割

17-1. 産業医に対患者の医療事故について相談したことがありますか

- 1) 相談したことがある
- 2) 相談したことがない

17-2. 産業医への期待

- 1) 産業医に従業員の労働災害防止対策および対患者の医療事故の両面に渡っての活用を積極的に考える
- 2) 産業医に対患者の医療事故対策は期待していない
- 3) 自由に産業医への期待なりをお書き下さい。

[]

貴医療機関名

(プライバシーの保護には充分留意致しますので、名称を御記入下さい。)