

令和7年度

医療安全・質向上のための相互チェック

報告書

『「働き方改革」変革期の安全対策
～テクノロジーの活用と権限移譲～』

令和8年6月

国立大学病院長会議常置委員会

はじめに

国立大学病院における「医療安全・質向上のための相互チェック」は、各大学病院が自己評価および他者評価を行い、これらを通じて医療の質・安全に関する PDSA サイクルを継続的に回すことを目的として、平成 12 年に開始されました。当初は国立大学病院 42 施設で開始し、平成 29 年度より防衛医科大学校病院、令和元年度からは公立大学病院 8 施設が加わり、計 51 施設で実施しています。

調査項目については、特に我が国での安全対策を進めるべき分野を重点項目として設定してきました（平成 24 年度「手術の安全を確保するための手順」、平成 26 年度「内視鏡検査・治療および造影剤検査・血管内治療に関する安全対策―リスク評価、情報共有、患者観察、急変対応―」、平成 29 年度・令和 3 年度「画像診断レポート等の確認に関する安全対策」、令和元年度「医療安全・質向上のための入院時支援体制（Patient Flow Management）」、令和 5 年度『「働き方改革」変革期における医療の質・安全上の課題と対策について（第 1 報）』）。

令和 7 年度の重点項目は、『「働き方改革」変革期の安全対策～テクノロジーの活用と権限移譲～』としました。令和 5～6 年度の調査により、医師の働き方改革に伴い、各種の業務フローの見直しやタスク・シフト/シェアが進められていることが明らかになりました。同時に、さらなる機械化・自動化等のテクノロジーの導入、DX(Digital Transformation)の展開、職種間の権限移譲の推進が期待されることが指摘されました。

そこで、今回の相互チェックでは、上記の重点項目のもと、特に複雑で何重もの確認作業を要する「病理検体採取から診断までのプロセスにおけるテクノロジー導入状況」、「プロトコル策定により、医師からの権限移譲を円滑化している PBPM(Protocol Based Pharmacotherapy Management) の運用状況」、「各病院で取り組んでいる DX」を調査し、全国で情報共有を行いました。

本相互チェックの実施にあたり、医療安全や医薬品、医療情報の専門家で構成されるワーキンググループを設置し、臨床現場の優れた実践を全国で共有すること等を目指して、調査項目の作成を行いました。また、各施設における系統的な自己チェックおよび訪問大学による実地調査・意見交換を通して、体制整備の現状や課題を調査しました。

このたび、これらの調査結果を報告書として取りまとめましたので、各病院における本課題への取り組みの参考としていただきたいと思います。最後に、本相互チェック実施にあたり、多大な労をお取りいただいたワーキンググループの関係者の方々、また、各施設で調査を担当されたの方々におかれましては、ご尽力いただきましたことに感謝申し上げます。

令和 8 年 6 月

診療担当（医療安全管理）
大阪大学医学部附属病院長
坂田 泰史

令和 7 年度 医療安全・質向上のための相互チェック報告書 目次

I 訪問大学の組み合わせ	1
II 調査結果	3
A 病理検体採取から病理診断までのプロセスにおける、検体取り違い・混入・ 紛失の防止を目的としたテクノロジーの導入状況	3
B タスクシフト・シェアにおける PBPM の実態	24
C 各病院で取り組んでいる DX (Digital Transformation)	46
〔資料〕	59
・ 令和 7 年度 医療安全・質向上のための相互チェック実施要項	
・ 令和 7 年度 医療安全・質向上のための相互チェック実施概要	
・ 令和 7 年度 重点項目調査シート（事前調査及び訪問調査兼用）	
・ 医療安全・質向上のための相互チェック実施に伴う重点項目の評価方法と 基準の作成等に係るワーキンググループ 委員名簿	

I 訪問大学の組み合わせ

令和7年度「医療安全・質向上のための相互チェック」組み合わせ表

診療担当(医療安全管理)校(大阪大学)

訪問大学(訪問する大学)	被訪問大学(訪問される大学)
北海道大学	大阪大学
旭川医科大学	富山大学
弘前大学	群馬大学
東北大学	九州大学
秋田大学	神戸大学
山形大学	東京大学
筑波大学	秋田大学
群馬大学	熊本大学
千葉大学	福島県立医科大学
東京大学	名古屋大学
東京科学大学	北海道大学
新潟大学	岡山大学
山梨大学	三重大学
信州大学	滋賀医科大学
富山大学	広島大学
金沢大学	奈良県立医科大学
福井大学	鳥取大学
岐阜大学	大阪公立大学
浜松医科大学	福井大学
名古屋大学	徳島大学
三重大学	山形大学
滋賀医科大学	愛媛大学
京都大学	山梨大学
神戸大学	佐賀大学
大阪大学	琉球大学
鳥取大学	岐阜大学
島根大学	長崎大学
岡山大学	宮崎大学
広島大学	大分大学
山口大学	京都府立医科大学
徳島大学	東京科学大学
香川大学	千葉大学
愛媛大学	名古屋市立大学
高知大学	横浜市立大学
九州大学	新潟大学
佐賀大学	防衛医科大学校
長崎大学	和歌山県立医科大学
熊本大学	札幌医科大学
大分大学	香川大学
宮崎大学	東北大学
鹿児島大学	山口大学
琉球大学	弘前大学
防衛医科大学校	島根大学
札幌医科大学	浜松医科大学
福島県立医科大学	京都大学
横浜市立大学	旭川医科大学
名古屋市立大学	筑波大学
京都府立医科大学	鹿児島大学
大阪公立大学	高知大学
奈良県立医科大学	信州大学
和歌山県立医科大学	金沢大学

Ⅱ 調査結果

A 病理検体採取から病理診断までのプロセスにおける、検体取り違い・混入・紛失の防止を目的としたテクノロジーの導入状況

1. 調査の概要

1) 背景

これまで四半世紀にわたる医療安全対策は、人の手による何重もの確認作業や注意喚起を中心に行われてきた。しかし、この間、医療の高度化、患者の高齢化や重症化、診療ボリュームの増加等が急速に進み、また働き方改革で効率的な業務が求められる中、テクノロジーを活用した実効性のある医療安全対策の導入が急務となっている。国立大学病院長会議では、令和7年度国立大学病院関連要望事項において、医療安全分野の最優先課題に「情報通信技術 (ICT) を活用した医療安全対策導入のための財政支援」を掲げ、その具体例の一つとして、QR コードを用いた患者と病理検体の一致確認を挙げていた。

また、日本病理学会は平成28年初版の「病理検体取り扱いマニュアル」¹⁾において、「臨床医が病理検体を採取してから病理診断書を受け取るまでの過程は、多くのステップを有しており、そのほとんどが手作業で行われているのが現状である。」「検体の取り違いをより少なく、さらに「ゼロ」に近づけるためには、「マニュアル作業」を極力排除した、バーコードや IC チップ等」が普及することが必要と述べられている。その後も状況の改善は十分とはいえず、「国民のためのよりよい病理診断に向けた行動指針2025」²⁾においてもなお、病理診断の精度向上と医療提供体制の維持の観点から、病理診断のデジタル化の推進や施設間連携の強化など、ICT を活用した病理診断体制の整備が重要な課題として提示されている。

こうした背景を踏まえ、働き方改革変革期の安全対策において不可欠なテクノロジー導入・活用状況を、「病理検体採取から病理診断までのプロセス」において調査することとし、代表的なプロセスとして、内視鏡室での病理検体採取から組織診レポート作成までの一連の流れを対象とした。

2) 目的

下図のように、内視鏡室での病理検体採取から病理診断に至るまでには多くのプロセスがあり、複数患者の検体は容器ラベルでのみ識別可能である。かつ検体は次の容器へと複数回移されていく。これらの各プロセスにおいて、検体取り違い・混入・紛失(以下、取り違い)のリスクが存在する。今回の調査では、どのプロセスで、どのようなテクノロジーが活用されているのか、テクノロジー導入の障壁や課題を把握するため、取り違い防止を目的とした「テクノロジーによる認証システム(バーコードなどの一次元コード、QR コードなどの二次元コード、IC チップや RFID タグなど

の電子チップ) (以下、テクノロジー)」の導入状況について調査を実施し、相互訪問時のディスカッションを通じて、各施設の安全対策の見直しと業務改善につなげることを目的とした。

図. 病理検体採取から病理診断までのプロセス (例)



3) 対象と方法

対象: 国公立大学病院、および防衛医科大学校病院 51 病院

方法: 事前調査の設問は「外来患者に対する、内視鏡での病理検体採取から病理診断までのプロセス」について回答してもらうよう設定した。設問間比較、および今後同様の調査を実施する場合に時系列比較を可能にするため、回答選択肢は原則として統一した。被訪問校は、事前調査票に自施設の状況を回答し、訪問校に送付した。訪問校はその回答を基に、訪問時に内視鏡検査室および病理部門を実際に確認し、現場スタッフを含めてディスカッションを行った。「IV. 病理検体取り違えに対する医療安全対策」については、訪問時に回答しディスカッションを行った。

2. 結果

I. 検体採取から病理検査提出まで

1) 内視鏡室へ呼び入れる時の患者確認 (図の①—A)

(ア) 患者間違い防止のためのテクノロジー導入状況【複数選択可】

「一次元コード(バーコードなど)」の導入が 23 病院(45%)と最多であったが、「テクノロジーを導入していない」も 20 病院(39%)と多かった(表 1)。



表 1. 内視鏡室へ呼び入れる時の患者間違い防止のためのテクノロジー導入状況

(n=51)

	病院数 (%)
1. 一次元コード(バーコードなど)	23 (45)
2. 二次元コード(QR コードなど)	2 (4)
3. 電子チップ(IC チップや RFID タグなど)	0 (0)
4. その他 自由記載有	13 (25)
5. テクノロジーを導入していない	20 (39)

内視鏡検査室における患者間違い防止のためには、「患者情報(患者の同定)」「電子カルテオーダ情報(オーダに基づき発行される受付票や伝票等を含む)」「内視鏡システム(記録画面)」の 3 者が一致することが必要である。3 者が一致することを確認するために、いずれかのプロセスで目視とともに機械認証を用いている例として、下記が報告された。

- ・外来患者が受付票(診察券をもとに発行)を内視鏡室に持参。受付票のバーコード認証により到着確認とともに伝票を発行。伝票を用いて患者確認後、患者と伝票はともに検査室へ移動し、伝票のバーコード認証により内視鏡室のパソコンに患者情報を表示。看護師と医師で画面に表示された患者が正しい患者であるかを確認。
- ・患者の持参した診察券をスキャンし、内視鏡システムに患者情報を自動反映させる。
- ・外来患者にもバーコード付きのネームバンドを発行している病院が 2 病院あった。しかし、ネームバンドを用いた機械認証にて電子カルテ画面選択、内視鏡画面選択がなされる体制には至っていなかった。
- ・患者確認においてバーコードを使用している病院も、患者氏名と生年月日を患者に言ってもらい、医療者が目視で確認するという手順を踏んでいた。

外来患者に対し、バーコード等の機械認証を用いずに患者確認を確実に行う工夫としては、下記があった。

- ・呼び出し受信機を渡す(患者確認の確実性を増し、不在時連絡手段にもなる)。
- ・首掛けフォルダ(検査別に色が異なる)に ID カードを入れる(鎮静中の患者確認)。

- ・患者がタイムアウトに参画している。
- ・内視鏡室の受付で、氏名と生年月日をネームバンドに手書きし、装着する

(イ) 現状における患者間違いリスクの評価【単一選択】

「テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい」と評価している病院が 20 病院 (39%) と最多であったが、「目視による確認等でリスクが十分に小さいため、テクノロジーの導入は不要」と評価している病院も 15 病院 (29%) と多かった (表 2)。

表 2. 内視鏡室へ呼び入れる時の患者間違いリスクの評価 (図の①—A)

(n=51)

	病院数 (%)
1. テクノロジー:導入 リスク:小	20 (39)
2. テクノロジー:導入 リスク:あり	6 (12)
3. テクノロジー:未導入 リスク:あり	10 (20)
4. リスク:小 テクノロジー:不要	15 (29)
5. その他	2 (4)

注) 1. テクノロジー:導入 リスク:小=テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい
 2. テクノロジー:導入 リスク:あり=テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない
 3. テクノロジー:未導入 リスク:あり=テクノロジーを導入できておらず、リスクが十分に小さいとは言えない
 4. リスク:小 テクノロジー:不要=目視による確認等でリスクが十分に小さいため、テクノロジーの導入は不要
 以下、各質問項目の(イ)は同じ

前の設問(ア)で 1(一次元コード)、2(二次元コード)を選択した 25 病院においても、うち 4 病院は「テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない」と回答した。一方で、前の設問(ア)で 5(テクノロジーを導入していない)を選択した 20 病院においても、うち 11 病院は「目視による確認等でリスクが十分に小さいため、テクノロジーの導入は不要」と回答した。テクノロジーとして想定される技術や、その有用性については、病院間で捉え方にばらつきがあることが推察された。

「テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない」を選択した 6 病院は、「導入済みのテクノロジーよりも有効なものが開発されている」「新たなテクノロジーの開発が必要」等と回答した。

また、「テクノロジー未導入でリスクが十分に小さいとは言えない」を選択した 8 病院のうち 4 病院は、「資金面などの理由で導入できていない」と回答した。

2) 検体容器への患者基本情報の付与(図の①—B)

(ア) 患者間違い防止のためのテクノロジー導入状況【複数選択可】

「テクノロジーを導入していない」が最多で 24 病院 (47%) であった。テクノロジーを導入している病院では、「一次元コード(バーコードなど)」が多かった(表 3)。



表 3. 検体容器への患者基本情報の付与における患者間違い防止のためのテクノロジー導入状況(図の①—B)

(n=51)

	病院数 (%)
1. 一次元コード(バーコードなど)	19 (37)
2. 二次元コード(QR コードなど)	3 (6)
3. 電子チップ(IC チップや RFID タグなど)	0 (0)
4. その他 自由記載有	10 (20)
5. テクノロジーを導入していない	24 (47)

検査・処置が終了するまで検体の個数がわからないことなどから、病理検査オーダーラベルを事前に発行できない難しさが、共通する課題であった。誤記やラベル取り違えの発生を防ぐためにテクノロジーを直接・間接的に活用している例として、下記が報告された。

- ・内視鏡室内の電子カルテ(患者確認のためのバーコード照合で起動)から、仮ラベルを発行する。
- ・受付票(バーコード認証にて発行されている)から氏名・ID 部分を切り取り、生検検体とともにホルマリン容器に保存する。
- ・内視鏡装置(バーコードで起動)と連動した装置から、生検のたびにオンタイムで ID・氏名を印字したラベルを発行する。

また、テクノロジーを導入せず、患者氏名等を容器に直接マジックで手書き、あるいは手書きラベルを貼る、と回答した病院でも、下記等の工夫がなされていた。

- ・手書きラベルはブリーフィング時に患者氏名を記載することで、誤記や取り違えを防止している。
- ・病理検査オーダーラベルを、手書き氏名や仮ラベルとずらして貼ることで、両者の一致を目視確認できるようにしている。

(イ) 現状における患者間違いリスクの評価【単一選択】

「テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい」と評価している病院が 18 病院 (35%) と最多であったが、「テクノロジーを導入できておらず、リスクが十分に小さいとは言えない」と評価している病院も 13 病院 (25%) と多かった。また、「テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない」と評価している病院も 7 病院 (14%) あった (表 4)。

表 4. 検体容器へ患者基本情報を付与する時の患者間違いリスク評価 (図の①—B)

(n=51)

	病院数 (%)
1. テクノロジー:導入 リスク:小	18 (35)
2. テクノロジー:導入 リスク:あり	7 (14)
3. テクノロジー:未導入 リスク:あり	13 (25)
4. リスク:小 テクノロジー:不要	6 (12)
5. その他	7 (14)

リスクの具体例としては、誤記や本ラベルの貼り間違い等が懸念されていたが、薄暗い環境や、制限された動線、内視鏡補助や患者観察等の業務を行いながら手書きラベルを準備するという看護師の多重業務もリスクを助長する因子として挙げられた。環境整備とともに、新たなテクノロジーの開発が望まれていた。

3) 内視鏡検査開始時のタイムアウトやブリーフィング【単一選択】

「全例実施している」が 31 病院 (61%)、一部実施が 16 病院 (31%) であったが、「実施していない」病院も 3 病院 (6%) あった (表 5)。基準を設けて一部実施している病院では、「鎮静下検査のみ」「治療時のみ」「ESD、ERCP の全例」「入院症例のみ」の回答があった。ブリーフィングは確認項目を定め台本化することで、多職種での確実な安全確認が行われていた。

表 5. 内視鏡検査開始時のタイムアウトやブリーフィング実施状況

(n=51)

	全例実施	基準あり 一部実施	基準なし 全例実施	基準なし 一部実施	実施なし
病院数 (%)	31 (61)	16 (31)	0 (0)	1 (2)	3 (6)

注) 全例実施＝全例実施している

基準あり一部実施＝実施基準があり、それに基づいて一部実施している

基準なし全例実施＝実施基準はないが、現場判断等で全例実施している

基準なし一部実施＝実施基準はないが、現場判断等で一部実施している

実施なし＝実施していない

4) 検体の詳細情報の付与(図の①—D)

(ア) 検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況【複数選択可】

「一次元コード(バーコードなど)」の導入が 33 病院(65%)と最多であったが、「テクノロジーを導入していない」も 13 病院(25%)あった(表 6)。



表 6. 検体の詳細情報の付与における検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況(図の①—D)

(n=51)

	病院数(%)
1. 一次元コード(バーコードなど)	33(65)
2. 二次元コード(QRコードなど)	2(4)
3. 電子チップ(ICチップやRFIDタグなど)	0(0)
4. その他 自由記載有	7(14)
5. テクノロジーを導入していない	13(25)

(イ) 現状における検体取り違いリスクの評価【単一選択】

「テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい」と評価しているが 29 病院(57%)と最多であったが、「テクノロジーを導入できておらず、リスクが十分に小さいとは言えない」と評価している病院も 9 病院(18%)あった。また、「テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない」と評価している病院も 7 病院(14%)あった(表 7)。

表 7. 検体の詳細情報の付与時の検体取り違いリスク評価(図の①—D)

(n=51)

	病院数(%)
1. テクノロジー:導入 リスク:小	29(57)
2. テクノロジー:導入 リスク:あり	7(14)
3. テクノロジー:未導入 リスク:あり	9(18)
4. リスク:小 テクノロジー:不要	5(10)
5. その他	1(2)

(ウ) 上記(イ)で「テクノロジー導入、リスクあり」と回答した場合【複数選択可】

「導入済みのテクノロジーよりも有効なものが開発されている」2 病院、「導入済みの機器が老

朽化している」0病院、「導入済みのテクノロジーでは十分に有効とは言えない」4病院、「その他」2病院であった。

(エ) 上記(イ)で「テクノロジー未導入、リスクあり」と回答した場合【複数選択可】

「実用化されたテクノロジーがない」6病院、「資金面などの理由で導入できていない」3病院、「その他」2病院であった。

検体容器へのラベル貼り間違いを防ぐため、検査室内で病理検査オーダー、ラベル発行、検体容器への貼付を完了し、完了するまでは次の患者を部屋に入れない、とする病院が複数あり、有効なシステムと考えられた。こうした「一患者ずつの処理が検査室内で完結する仕組み」を構築している病院は、テクノロジーが未導入でもリスクが小さいと回答していた。

一方で、ここまでのプロセスでたとえテクノロジーを導入していたとしても、ラベルプリンターが共用スペースにしかない病院では、複数患者の容器が保管されることによる検体混合のリスク、発行されたラベルの取り違えのリスク、検体紛失リスクが懸念された。資金面の支援や物理的なスペースの問題はあるが、検査室ブース毎のプリンタ設置が望ましいと考えられた。

その他、病理オーダーラベルが大きく容器に貼れないという病院もあった。

また、同一患者における複数部位採取時の部位間違いを防止するための工夫として、「採取順番メモ」「複数個採取する場合、各々を各ホルマリン容器に入れるのではなく、病理で使用する6分画包埋カセットを使用して一つのホルマリン容器に入れる」「ろ紙への番号印字」等があった。

提出時の依頼箋と検体容器数・氏名をダブルチェックすること、一患者ごとに袋や箱等でまとめること等も多くの病院で実施されていた。

Ⅱ. 病理部受付から病理診断報告書作成まで

1) 検体受付時の検体確認(図の②—G)

(ア) 検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況【複数選択可】

「一次元コード(バーコードなど)」が38病院(75%)、「二次元コード(QRコードなど)」が10病院(20%)で導入されていた。

「テクノロジーを導入していない」も6病院(12%)あった(表8)。うち5病院では対面で依頼内容や容器数の確認が丁寧に行われており、安全が担保されていたが、検体受付、病理番号発番、電話対応などの複数業務を一人で行っている場合には中断が生じやすく、確認漏れのリスクがあることが指摘された。1病院は対面での受付確認が行われていなかった。



表 8. 検体受付時の検体確認における検体取り換え防止のためのテクノロジー導入状況(図の②—G)

(n=51)

	病院数 (%)
1. 一次元コード(バーコードなど)	38(75)
2. 二次元コード(QR コードなど)	10(20)
3. 電子チップ(IC チップや RFID タグなど)	0(0)
4. その他 自由記載有	4(8)
5. テクノロジーを導入していない	6(12)

(イ) 現状における検体取り換えリスクの評価【単一選択】

「テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい」と評価しているが 34 病院(66%)と最多であったが、「テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない」と評価している病院も 9 病院(18%)あり(表 9)、より有効なテクノロジーの導入あるいは開発が求められていた。背景には、内視鏡室での仮ラベル(検体採取数が確定するまでのラベリング)と、病理診断オーダーに伴い発行される本ラベル(コストと連動)、病理部門システム上の ID ラベルとが異なる病院がほとんどであり、たとえそれらのラベルにバーコードが印字されていたとしても、互いを機械認証で紐づけるための技術導入や環境整備の状況が、病院により異なり、資金面などの障壁もあることが推察された。

表 9. 検体受付時の検体確認における検体取り換えリスク評価(図の②—G)

(n=51)

	病院数 (%)
1. テクノロジー:導入 リスク:小	34(67)
2. テクノロジー:導入 リスク:あり	9(18)
3. テクノロジー:未導入 リスク:あり	6(12)
4. リスク:小 テクノロジー:不要	1(2)
5. その他	1(2)

また、検体容器に付与されている情報が、汚染等で判別困難な時の対処法について、「規定がある」が 41 病院(80%)、「規定がない(現在作成中を含む)」が 10 病院(20%)であった。

2) 病理部に届いた組織検体に対する病理番号の発番(図の②—H)

(ア) 検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況【複数選択可】

「一次元コード(バーコードなど)」の導入が 37 病院(75%)と最多で、「二次元コード(QR コードなど)」も 21 病院(41%)あった。「テクノロジーを導入していない」病院はなかった(表 10)。「その他」は病理番号を容器に手書きし、目視でダブルチェックする、伝票に押印する等であった。



表 10. 病理部に届いた組織検体に対する病理番号の発番における検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況(図の②—H)

(n=51)

	病院数(%)
1. 一次元コード(バーコードなど)	37(73)
2. 二次元コード(QR コードなど)	21(41)
3. 電子チップ(IC チップや RFID タグなど)	0(0)
4. その他 自由記載有	5(10)
5. テクノロジーを導入していない	0(0)

(イ) 現状における検体取り違いリスクの評価【単一選択】

「テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい」と評価している病院が 37 病院(73%)と最多であったが、「テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない」と評価している病院も 12 病院(24%)あった(表 11)。その理由は、「導入済みのテクノロジーよりも有効なものが開発されている」1 病院、「導入済みの機器が老朽化している」1 病院、「導入済みのテクノロジーでは十分に有効とは言えない」7 病院、「その他」5 病院であった。同一患者の枝番号については機械認証できないこともリスクに挙げられた。

表 11. 病理部に届いた組織検体に対する病理番号の発番の検体取り違いリスク評価(図の②—H)

(n=51)

	病院数(%)
1. テクノロジー:導入 リスク:小	37(73)
2. テクノロジー:導入 リスク:あり	12(24)
3. テクノロジー:未導入 リスク:あり	0(0)

4. リスク:小 テクノロジー:不要	0(0)
5. その他	2(4)

3) 包埋カセット等の検体処理準備(図の②—I)

(ア) 検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況【複数選択可】

「二次元コード(QR コードなど)」の導入が 39 病院(76%)と最多で、「一次元コード(バーコードなど)」も 18 病院(35%)あった。「テクノロジーを導入していない」病院は 2 病院(4%)であった(表 12)。



表 12. 包埋カセット等の検体処理準備における検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況(図の②—I)

(n=51)

	病院数(%)
1. 一次元コード(バーコードなど)	18(35)
2. 二次元コード(QR コードなど)	39(76)
3. 電子チップ(IC チップや RFID タグなど)	0(0)
4. その他 自由記載有	4(8)
5. テクノロジーを導入していない	2(4)

(イ) 現状における検体取り違いリスクの評価【単一選択】

「テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい」と評価しているが 39 病院(76%)と最多であったが、「テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない」と評価している病院も 9 病院(18%)あり(表 13)、より有効なテクノロジーの導入あるいは開発が求められていた。

検体容器のバーコードを読み込んでカセット印字される仕組みを導入している病院では誤記を防止できると考えられた。一方で、テクノロジーを導入していても、複数検体が同時に扱われる環境では、取り違いのリスクが潜在する。一患者ずつ処理できる環境が整備されていることが望ましく、医療情報端末、カセットプリンタが 1 対 1 で設置できている病院もあった。しかし、その実現のためにバーコードリーダー、カセットプリンタ、医療情報端末等を必要数用意する資金、配置する物理的スペースに苦慮している病院が複数認められた。

表 13. 包埋カセット等の検体処理準備の検体取り違いリスク評価(図の②—I)

(n=51)

	病院数 (%)
1. テクノロジー:導入 リスク:小	39(76)
2. テクノロジー:導入 リスク:あり	9(18)
3. テクノロジー:未導入 リスク:あり	1(2)
4. リスク:小 テクノロジー:不要	0(0)
5. その他	2(4)

4) 写真撮影や切り出し等の検体処理(図の③—IJ)

(ア) 検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況【複数選択可】

「二次元コード(QRコードなど)」の導入が 32 病院(63%)と最多で、「一次元コード(バーコードなど)」も 30 病院(59%)あった。「テクノロジーを導入していない」病院は 4 病院(8%)であった(表 14)。

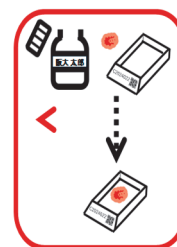


表 14. 写真撮影や切り出し等の検体処理における検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況(図の③—IJ)

(n=51)

	病院数 (%)
1. 一次元コード(バーコードなど)	30(59)
2. 二次元コード(QRコードなど)	32(63)
3. 電子チップ(ICチップやRFIDタグなど)	0(0)
4. その他 自由記載有	6(12)
5. テクノロジーを導入していない	4(8)

(イ) 現状における検体取り違いリスクの評価【単一選択】

「テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい」と評価している病院が 33 病院(65%)と最多であったが、「テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない」と評価している病院も 15 病院(29%)あった(表 15)。

表 15. 写真撮影や切り出し等の検体処理の検体取り違いリスク評価(図の③—J)

(n=51)

	病院数(%)
1.テクノロジー:導入 リスク:小	33(65)
2.テクノロジー:導入 リスク:あり	15(29)
3.テクノロジー:未導入 リスク:あり	2(4)
4.リスク:小 テクノロジー:不要	1(2)
5.その他	0(0)

(ウ) 上記(イ)で「テクノロジー導入、リスクあり」と回答した場合【複数選択可】

「導入済みのテクノロジーよりも有効なものが開発されている」5 病院、「導入済みの機器が老朽化している」1 病院、「導入済みのテクノロジーでは十分に有効とは言えない」11 病院、「その他」3 病院であった。

(エ) 上記(イ)で「テクノロジー未導入、リスクあり」と回答した場合【複数選択可】

「実用化されたテクノロジーがない」1 病院、「資金面などの理由で導入できていない」1 病院であった。

検体をホルマリン容器からカセットに移す本プロセスは、検体取り違いリスクが大きいいため、前述したように必要な機器の購入と配置により1 検体ずつ処理できる環境整備が望まれる。テクノロジー以外の、リスクを小さくするための工夫としては下記が挙げられた。

- ・小さい組織を紛失しないよう、ホルマリンを染色液で染色し、検体を色付けして包埋作業を行う。
- ・枝番号を取り違えないよう、区画ごとに違う色で検体を色付けして包埋することで、切片になっても色で識別可能である。
- ・事後検証可能とするため、作業台の上にカメラを設置し検体の状態・数と容器ラベルを録画記録している。

5) 包埋・薄切・染色等のスライドガラス作成に係る作業工程(図の③—K～N)

(ア) 検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況【複数選択可】

「二次元コード(QRコードなど)」の導入が 49 病院(96%)と最多で、「一次元コード(バーコードなど)」も 6 病院(12%)あった。「テクノロジーを導入していない」病院はなかった(表 16)。

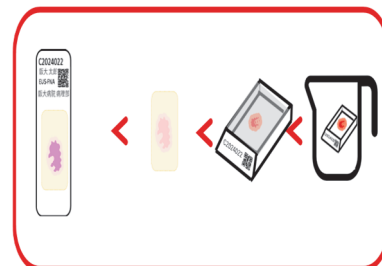


表 16. 包埋・薄切・染色等のスライドガラス作成に係る作業工程における検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況(図の③—K～N)

(n=51)

	病院数(%)
1. 一次元コード(バーコードなど)	6(12)
2. 二次元コード(QRコードなど)	49(96)
3. 電子チップ(ICチップやRFIDタグなど)	0(0)
4. その他 自由記載有	2(4)
5. テクノロジーを導入していない	0(0)

(イ) 現状における検体取り違いリスクの評価【単一選択】

「テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい」と評価しているが 40 病院(78%)と最多であった。「テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない」と評価している病院も 9 病院(18%)あり(表 17)、より有効なテクノロジーの導入あるいは開発が求められていた。ブロックから切片を切り出す作業においても、バーコードリーダーと医療情報端末が近くにないために、異なる患者のスライドガラスに切片を貼付してしまう事例を経験している病院もあった。

表 17. 包埋・薄切・染色等のスライドガラス作成に係る作業工程における検体取り違いリスク評価(図の③—K～N)

(n=51)

	病院数(%)
1. テクノロジー:導入 リスク:小	40(78)
2. テクノロジー:導入 リスク:あり	9(18)
3. テクノロジー:未導入 リスク:あり	0(0)
4. リスク:小 テクノロジー:不要	0(0)
5. その他	2(4)

6) 病理医による診断と病理診断報告書の作成(図の④—①)

(ア) 検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況【複数選択可】

「二次元コード(QRコードなど)」の導入が48病院(94%)と最多で、「一次元コード(バーコードなど)」も23病院(45%)あった。「テクノロジーを導入していない」病院はなかった(表18)。テクノロジーと併せて2名の医師で報告書氏名を確認している病院もあった。



表 18. 病理医による診断と病理診断報告書の作成における検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況(図の④—①)

(n=51)

	病院数 (%)
1. 一次元コード(バーコードなど)	23 (45)
2. 二次元コード(QRコードなど)	48 (94)
3. 電子チップ(ICチップやRFIDタグなど)	0 (0)
4. その他 自由記載有	1 (2)
5. テクノロジーを導入していない	0 (0)

(イ) 現状における検体取り違いリスクの評価【単一選択】

「テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい」と評価しているが44病院(86%)と最多であった。「テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない」と評価している病院も4病院(8%)あり(表19)、具体的には、標本スライドのバーコードを用いての報告書入力画面の立ち上げができないことが指摘されていた。また、バーチャルスライドの体制導入に伴い、検体IDに紐づいた診断報告書作成が確実にできるようになった病院も複数あった。

表 19. 病理医による診断と病理診断報告書の作成の検体取り違いリスク評価

(n=51)

	病院数 (%)
1. テクノロジー:導入 リスク:小	44 (86)
2. テクノロジー:導入 リスク:あり	4 (8)
3. テクノロジー:未導入 リスク:あり	0 (0)
4. リスク:小 テクノロジー:不要	0 (0)
5. その他	3 (6)

Ⅲ. 病理診断体制

1) 令和 6 年度における 1 年間の病理診断件数

(ア) 全症例(院内および院外からの依頼の合計)(表 20)

表 20

(n=51), 数字は全て件数

	最小値	最大値	中央値	平均値
1. 細胞診断	3,887	18,309	6,519	7,318.3
2. 生検組織診断	0	11,673	5,653	5,757.7
3. 手術で摘出した臓器・組織	2,078	17,563	3,930	4,355.3
4. 手術中の迅速診断	288	1,260	642	678.0
5. 病理解剖	0	33	17	16.3

(イ) 上記(ア)のうち、院外からの依頼(表 21)

表 21

(n=51), 数字は全て件数

	最小値	最大値	中央値	平均値
1. 細胞診断	0	746	0	61.6
2. 生体組織診断	0	5,230	103	355.4
3. 手術で摘出した臓器・組織	0	4,412	16	206.8
4. 手術中の迅速診断	0	76	0	5.6
5. 病理解剖	0	13	1	2.1

2) 令和 7 年 4 月 1 日現在の病理部職員数(表 22)

表 22

(n=51), 数字は全て人数

	最小値	最大値	中央値	平均値
1. 病理医(全医師)	2	20	9	9.5
2. 病理専門医	1	13	5	6.3
3. 臨床検査技師	5	18	9	9.8
4. 認定病理検査技師	1	9	3	3.7
5. 細胞検査士	3	15	7	7.2
6. 事務職員	0	5	2	1.9

3) 病理診断以外の病理部の業務など

45 病院から自由記載による回答が得られた。最も多かったのは、がんゲノム医療や遺伝子関連検査に伴う業務であり、43 病院 (84%) が、がん遺伝子・ゲノムパネル検査等に関連した標本選定・作製・提出業務を挙げていた。次いで、研究・治験に関連する業務が 35 病院 (69%) で認められ、学生・研修医等に対する教育関連業務は 11 病院 (22%) で記載されていた。

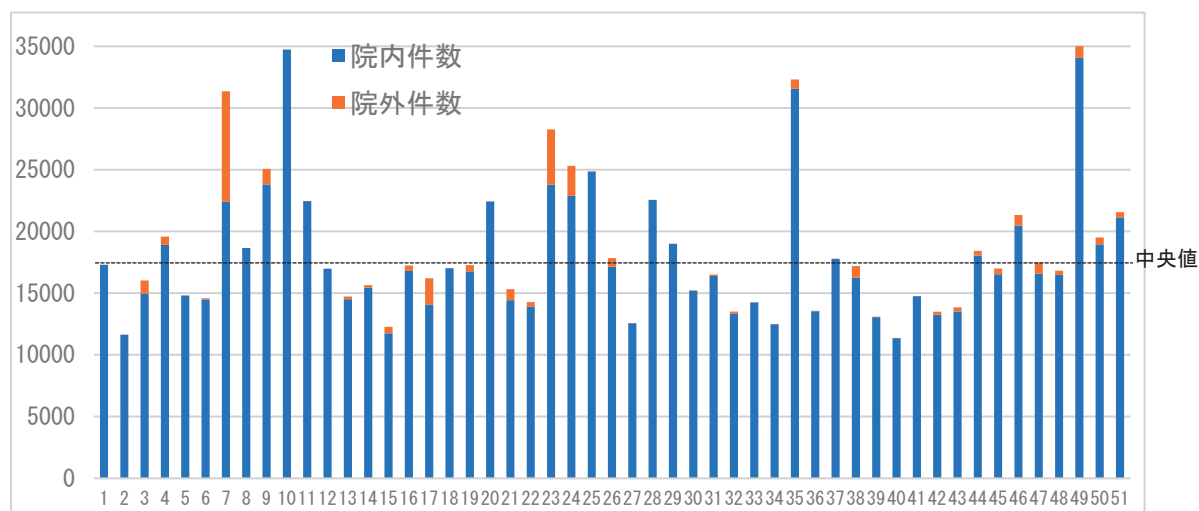


図 2. 病院別の 1 年間の病理診断件数(院内および院外からの依頼件数)(令和 6 年度)

(点線は全体中央値 17,027 件)

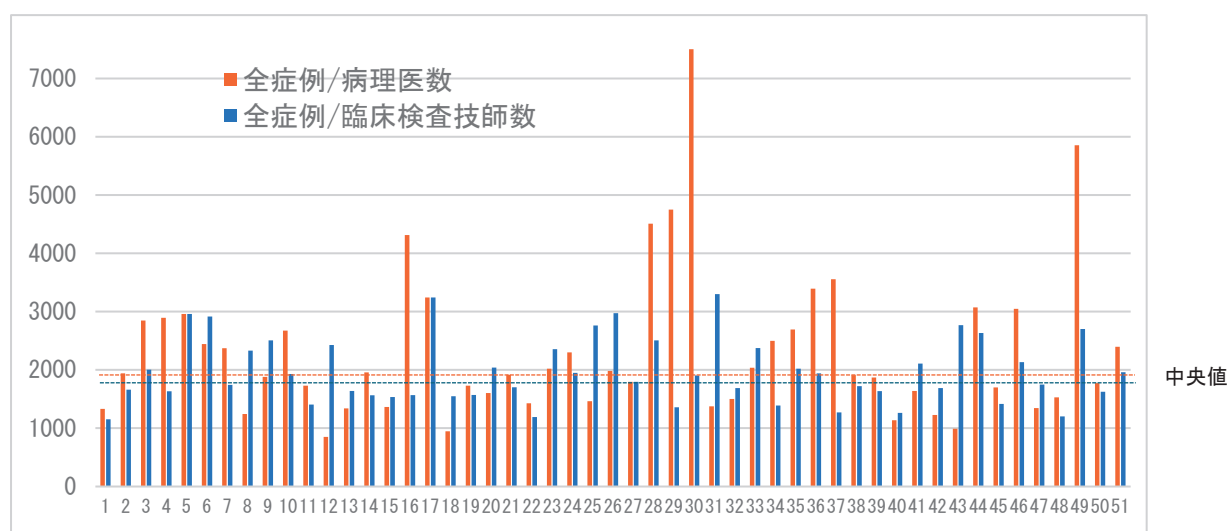


図 3. 病院別の病理医一人当たり(橙)、および臨床検査技師一人当たり(青)の 1 年間の病理診断件数(令和 6 年度)

(点線は中央値 病理医一人当たり 1,915 件、臨床検査技師一人当たり 1,794 件)

3. 結果のまとめ

1) 「Ⅰ. 検体採取から病理検査提出まで」

主にバーコードなどの一次元コードを導入している病院が多かったが、テクノロジーを導入していない病院も多かった。「目視による確認等でリスクが十分に小さいため、テクノロジーの導入は不要」と回答した病院も一定数あり、テクノロジー導入の必要性について、施設間格差があることが示唆された(表 A、B)。テクノロジーを導入していると回答した病院も、それだけでは十分であるとは認識しておらず、目視確認を併せて実施していた。また、自院ではリスクは十分に小さいと判断していても、訪問調査により、潜在するリスクが指摘され認識された病院もあり、訪問の意義があったと考えられた。

「テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない」と回答した病院の中で、「導入済みの機器が老朽化している」と回答した病院は認めなかった。一方で、「テクノロジーを導入できておらず、リスクが十分に小さいとは言えない」と回答した病院の中で、「資金面などの理由で導入できていない」病院が一定数あり、今後検討すべき事項と思われる。

全プロセスにおいて、電子チップ(IC チップや RFID タグなど)を導入している病院は 0 であった。

2) 「Ⅱ. 病理部受付から病理診断報告書作成まで」

「Ⅰ. 検体採取から病理検査提出まで」と異なり、テクノロジーを導入していない病院は少なかった。「目視による確認等でリスクが十分に小さいため、テクノロジーの導入は不要」と回答した病院はほとんどなく、テクノロジー導入の必要性について、施設間格差がなかった。特に「包埋カセット等の検体処理準備(図の②—I)」以降のプロセスにおいては、QR コードなどの二次元コードを導入している病院が多く、テクノロジーを導入していない病院は極めて少数であった。また、「テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない」と回答した病院の中で、「導入済みの機器が老朽化している」や「導入済みのテクノロジーでは十分に有効とは言えない」と回答した病院が多く、今後検討すべき事項と思われる。

全プロセスにおいて、「Ⅰ. 検体採取から病理検査提出まで」と同様、電子チップ(IC チップや RFID タグなど)を導入している病院は 0 であった。

表 A. 各プロセスにおけるテクノロジー導入状況のまとめ(複数回答可)

テクノロジー導入状況 プロセス	内視鏡検査室			病理部門					
	内視鏡室へ呼び入れ る時の患者確認 (図の①—A)	検体容器への患者 基本情報の付与 (図の①—B)	検体の詳細情報の 付与 (図の①—D)	検体受付時の検体 確認 (図の②—G)	病理部に届いた組 織検体に対する病理 番号の発番 (図の②—H)	包埋力セット等 の検体処理準備 (図の②—I)	写真撮影や切り出 し等の検体処理 (図の③—J)	包埋・薄切・染色 等のスライドガラ ス作成に係る作業 工程 (図の③—K—N)	病理医による診断 と病理診断報告書 の作成 (図の④—O)
一次元コード（バーコードなど）	23	19	33	38	37	18	30	6	23
二次元コード（QRコードなど）	2	3	2	10	21	39	32	49	48
電子チップ（ICチップやRFIDタグなど）	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他 自由記載有	12	10	7	4	5	4	6	2	1
テクノロジーを導入していない	21	24	13	6	0	2	4	0	0

表 B. 現在のテクノロジー導入状況における取り違えリスク評価のまとめ(複数回答可)

プロセス 現状の取り違いリスク	内視鏡検査室			病理部門					
	内視鏡室へ呼び入れる時の患者確認 (図の①－A)	検体容器への患者基本情報の付与 (図の①－B)	検体の詳細情報の付与 (図の①－D)	検体受付時の検体確認 (図の②－G)	病理部に届いた組織検体に対する病理番号の発番 (図の②－H)	包埋力セット等の検体処理準備 (図の②－I)	写真撮影や切り出し等の検体処理 (図の③－J)	包埋・薄切・染色等のスライドガラス作成に係る作業工程 (図の③－K～N)	病理医による診断と病理診断報告書の作成 (図の④－O)
テクノロジー導入、リスク小	20	18	29	34	37	39	33	40	44
テクノロジー導入、リスクあり	6	7	7	9	12	9	15	9	4
テクノロジー未導入、リスクあり	10	13	9	6	0	1	2	0	0
テクノロジー不要	15	6	5	1	0	0	1	0	0

3) 「Ⅲ. 病理診断体制」

病理診断体制(件数・人員・業務内容)には施設間で大きなばらつきがあり、病理部は診断業務に加え、がんゲノム医療や遺伝子関連検査をはじめとする、多様な付加的業務を担っていることが示唆された。

こうした体制の違いは、テクノロジー導入状況を考える際の重要な背景になると思われる。

【総括】

内視鏡室での仮ラベル(コストと連動しない、検体採取数が確定するまでのラベリング)と、病理診断オーダに伴い発行される本ラベル(電子カルテ ID)、病理部門システム上の病理番号ラベル

とが異なる病院がほとんどであり、たとえそれらのラベルにバーコードが印字されていたとしても、互いを機械認証で紐づけるための技術導入や環境整備の状況が、病院により異なっていた。

患者確認においては、診察券を機械認証することで発行される受付票や伝票、ネームバンドを基に、患者確認が為されていたが、ネームバンド以外は患者と離れて動かさないように、運用上の注意が必要である。また、たとえこれらの運用に注意を払っていても、ネームバンド装着間違い等のヒューマンエラーのリスクは残存するため、多職種によるブリーフィングでの確認は重要であると考えられた。

内視鏡室での検体取り違え防止のためには、認証システムを通じて当該患者の内視鏡システムや電子カルテ画面が立ち上がる仕組み、誤記を防ぐために仮ラベルが発行される仕組み、当該患者の検査室内で病理診断依頼と本ラベル発行、検体容器への貼付までの作業が完結できる環境整備が望まれていた。これにはシステム間の連携やプリンタ設置等のコスト、および物理的なスペース確保、余裕のある検査スケジュール等が必要であり、実現には障壁があったが、テクノロジー導入の有無に関わらず、目視による多重の確認ステップや、患者毎に検体容器を袋や箱で区別する等の安全対策が講じられていた。

病理検体受付における、電子カルテ情報と病理部門システムとの一致確認は、機械認証にて確実に実施されることが、検体取り違え防止に有用と考えられる。検体容器に貼付されたバーコードに紐づいて病理番号発番、カセットへの自動印字がなされ、カセットに印字されたバーコードに紐づいたスライドガラス発行、これに紐づいた病理診断報告書入力画面の選択がなされる仕組みが望ましい。検体そのものには記名できないこと、次々に別の容器に移しかえていく必要があること、小さい番号表示の目視確認が困難であることから、全国の病理部門では検体取り違えのリスクを認識し、テクノロジーの導入が進められてきたことが今回の調査結果からも推察された。しかし、テクノロジーを導入しても、複数検体をまとめて処理するプロセスをなくせるように環境設計することが重要であることも指摘された。そのために必要なバーコードリーダー、ラベルプリンター、カセット・スライド印字システム、電子カルテ端末等を、動線を鑑みて配置し、一患者毎の処理を可能とすることが望まれる。

全プロセスを通じて、テクノロジーに依存することなく目視や患者参画等にて安全対策を重ねている状況が把握された。一方で、臨床現場、病理部門のマンパワーや個々の注意力には限界がある。特に病理部門においては、個別化医療の普及に伴い、遺伝子パネル検査やコンパニオン診断に関連した業務、治験業務、診療科カンファレンスへの参加等の業務が増しており、病理医や臨床検査技師当たりの業務負荷過多が示唆される病院もあった。非常に複雑なフローと多くの落とし穴が存在する病理検体採取から診断までのプロセスにおける患者安全のためには、診療科および病理部門の業務効率化を図るとともに、テクノロジー導入・開発と、それらの効果的な運用

のための環境整備に向けて、大学病院経営の厳しい現状ではあるが、引き続き議論していく必要があると考えられる。

文献

- 1) 日本病理学会:病理検体取扱いマニュアルー病理検体取り違えを防ぐためにー(初版).

平成 28 年 7 月

https://pathology.or.jp/news/pdf/manual_all_160719.pdf

- 2) 日本病理学会:国民のためのよりよい病理診断に向けた行動指針 2025.

<https://www.pathology.or.jp/jigyou/guideline2025-20250422.pdf>

B タスクシフト・シェアにおける PBPM の実態

近年、個々の患者に最適で安心かつ安全な医療を提供するため、チーム医療の一員としてより踏み込んだ薬剤師の専門性の発揮が求められ、医療現場での実践が広がっている。このような状況下、平成 22 年、日本の関係法令に照らした医師以外の医療スタッフが実施可能な業務内容が整理された、厚生労働省医政局長通知(医政発 0430 第 1 号)(以下、医政局通知)が発出された。この医政局長通知は、『医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について』というタイトルで、関係法令に照らし、医師以外の医療スタッフが実施することができ、薬剤師を積極的に活用することが可能な業務の一つとして、「薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること」を奨励している。本通知の具体的な内容の抜粋を記載する(添付資料1、44 ページ)。

プロトコールに基づく薬物治療管理(Protocol Based Pharmacotherapy Management: 以下、PBPM)とは、医師・薬剤師等が事前に作成・合意したプロトコールに基づき、薬剤師が薬学的知識・技能の活用により、医師等と協働して薬物治療を遂行することである。PBPM の実践は、医師等の業務負担軽減や効率化に寄与するだけでなく、薬剤師の専門性の発揮によって薬物治療の質の向上や安全性の確保につながり、今後のチーム医療の発展に大きく貢献するものと期待される。

これを踏まえて、今年度の相互チェックでは、PBPM をテーマとし、PBPM の積極的な取り組みの共有と、その障壁、課題について検討するために調査を実施した。

1. PBPM の導入状況

PBPM について、実施していると回答したのは 49 病院(96%)であり、実施していないと回答したのは 2 病院(4%)であった。実施していないと回答した 2 病院について、1 病院は PBPM として院外処方せんに対する問い合わせの簡素化の導入を検討しており、もう1病院は薬剤師の人材不足により PBPM を実施できていないが、院内処方・入院処方の疑義照会後の修正については一部実施している状況であった。

2. PBPM 各論

今回調査を行った PBPM については、プロトコールに基づく薬物治療管理(PBPM)導入マニュアル(日本医療薬学会)¹、院外処方箋の問い合わせ簡素化プロトコール業務のガイドライン(厚生労働行政推進調査事業成果物)²、およびプロトコールに基づく薬物治療管理(PBPM)の円滑な進

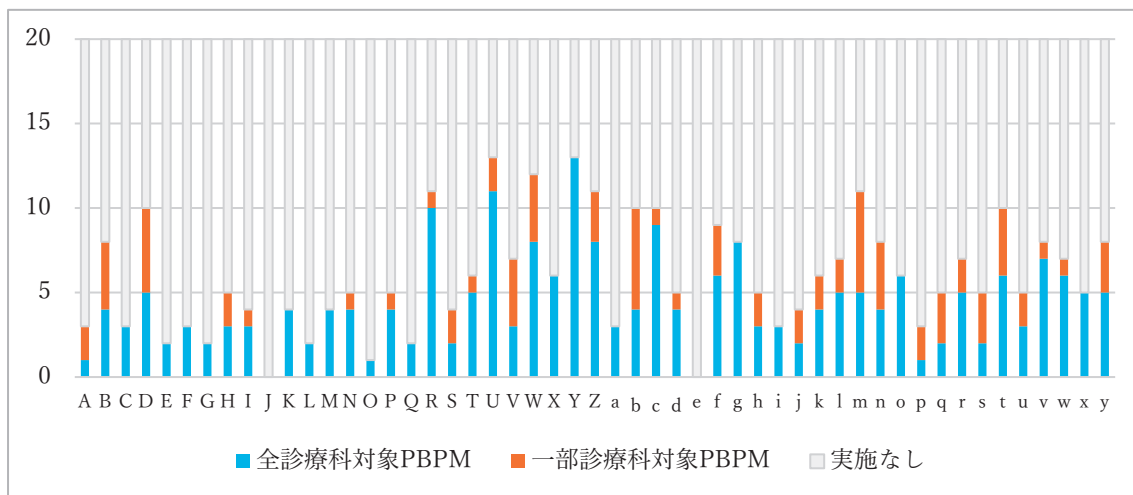
め方と具体的実践事例 Ver.1.0（日本病院薬剤師会）³を参考に20項目を設定した(表1)。結果、各施設の PBPM 実施項目数は最大 13 項目で、中央値は 5 項目であった(図 1)。

表 1. PBPM 調査項目一覧

PBPM 調査項目	
処方監査と入力支援	
1	持参薬オーダの代行入力
2	持参薬から院内採用薬への切り替えオーダの代行入力
3	院内処方における問い合わせの簡素化
4	レジメン処方における問い合わせの簡素化
5	継続レジメン処方オーダの代行入力
6	化学療法における支持療法薬やフラッシュなどの追加オーダの代行入力
7	定期処方の Do 処方オーダの代行入力
8	頓用処方(発熱時、不眠時等)における定数配置薬使用後の薬剤師による代行入力
検査オーダと投与量の適正化	
9	レジメン監査に必要な検査オーダの代行入力
10	抗菌薬 TDM の検査オーダの代行入力
11	HBV スクリーニング検査オーダの代行入力
12	ワルファリン投与患者の PT-INR 検査オーダの代行入力
13	ワルファリン投与量調整時の指示又はオーダの代行入力
周術期の薬剤管理	
14	術前休止薬および休止期間に関する患者への説明と指示出し
15	休止薬再開の確認
薬剤師の専門性の活用	
16	抗菌薬適正使用のための薬剤師による抗菌薬投与量設計支援
17	HIV 患者に対する薬剤選択、服薬計画の立案と外来患者指導
院外処方箋の問い合わせの簡素化	
18	院内対応型(病院内のみの運用で病院薬剤師が薬局からの問い合わせに対応)の実施
19	薬局対応型(病院と保険薬局が個別に合意文書を取り交わし、薬局の薬剤師が処方を変更)

20	地域薬剤師会一括対応型(病院と地域薬剤師会が一括で申し合わせを行い、薬局の薬剤師が処方を変更) の実施
----	---

図 1. 調査を行った PBPM 20 項目における各病院の実施項目数



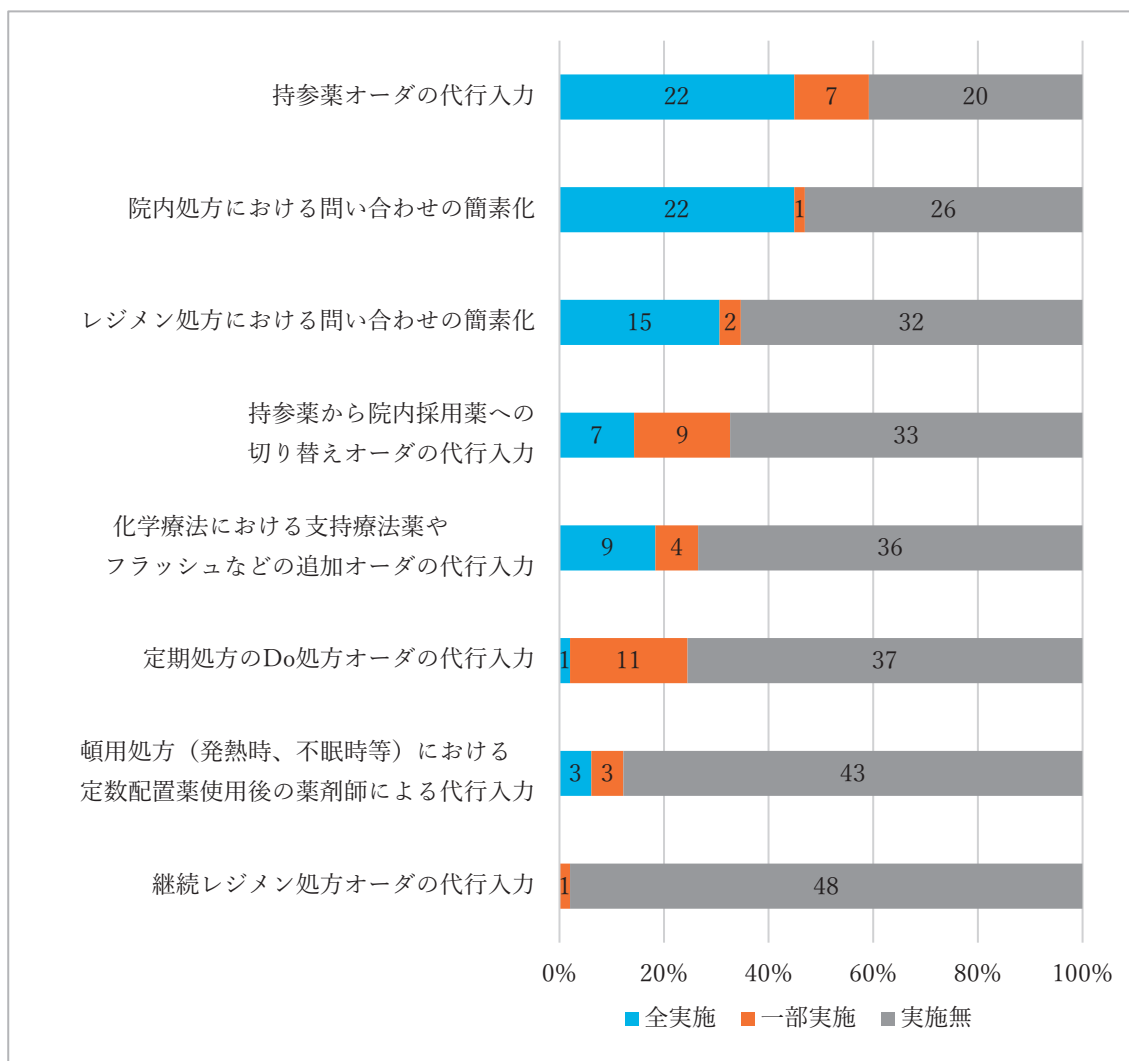
1) 処方監査と入力支援(負担の軽減)に関する PBPM の実施状況

持参薬オーダの代行入力は、29 病院(59%)で全診療科または一部の診療科を対象に実施されていた。次いで、院内処方およびレジメン処方における問い合わせの簡素化を実施している病院が多かった。院内処方の問い合わせの簡素化を実施している 23 病院の半数以上で、規格の変更、先発後発の変更、剤形の変更、処方日数の変更、コメントの変更を行っていた。一方で、投与量の変更を行っているのは 5 病院(22%)であった。また、レジメン処方の簡素化を実施している 17 病院の半数以上で、抗がん薬以外の投与量の変更、抗がん薬の投与速度の変更が実施されていた。また、抗がん薬の投与量の変更を実施していたのは 7 病院(41%)であり、抗がん薬の投与経路の変更を行っていたのは 1 病院(6%)であった。

持参薬から院内切り替えオーダの代行入力を実施しているのは 16 病院(33%)、化学療法における支持療法やフラッシュの追加オーダを実施しているのが 13 病院(27%)、定期処方の Do 処方を実施しているのが 12 病院(24%)、頓用処方(発熱時、不眠時等)における定数配置薬使用後の薬剤師による代行入力が 6 病院(12%)、継続レジメン処方オーダの代行入力が 1 病院(2%)であった(図 2)。

図 2. 処方監査と入力支援に関する PBPM の実施状況

(n=49)

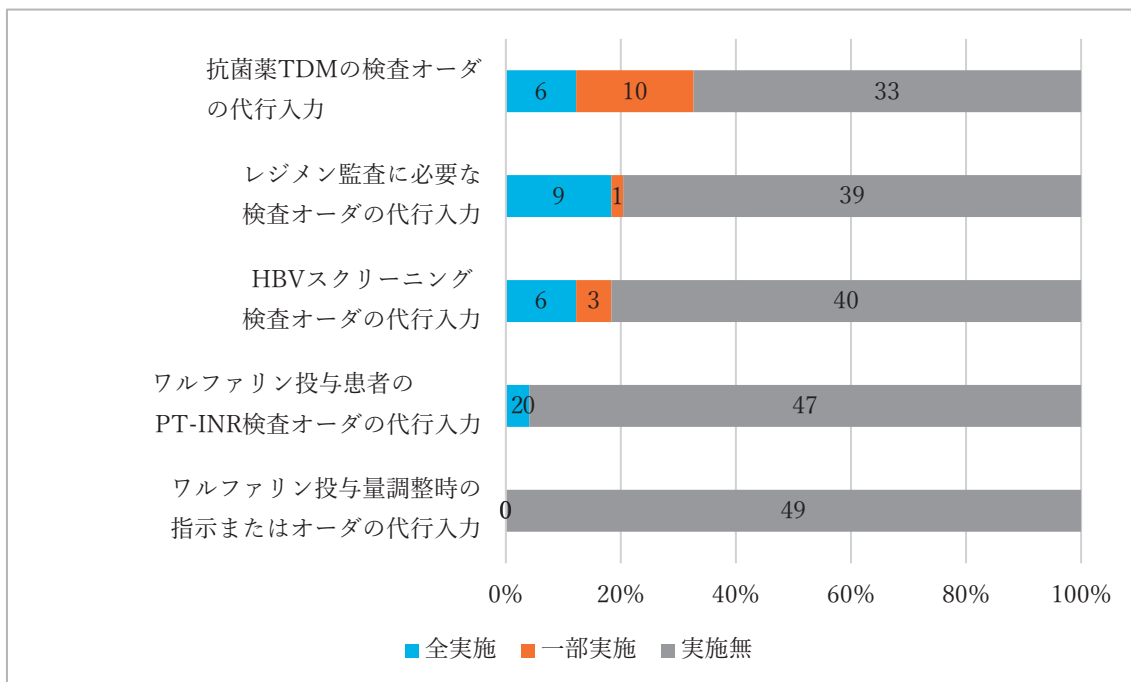


2) 検査オーダと投与量の適正化に関する PBPM の実施状況

抗菌薬 TDM の検査オーダの代行入力を全診療科または一部の診療科で実施しているのが 16 病院 (33%) あり、レジメン監査に必要な検査オーダの代行入力を実施しているのが 10 病院 (20%)、HBV スクリーニング検査オーダの代行入力を実施しているのは 9 病院 (18%)、ワルファリン投与患者の PT-INR 検査オーダの代行入力を実施しているのは 2 病院 (4%) であった。しかし、ワルファリン投与量調整時の指示またはオーダの代行入力を実施している病院はなかった (図 3)。

図 3. 検査オーダーと投与量適正化に関する PBPM の実施状況

(n=49)

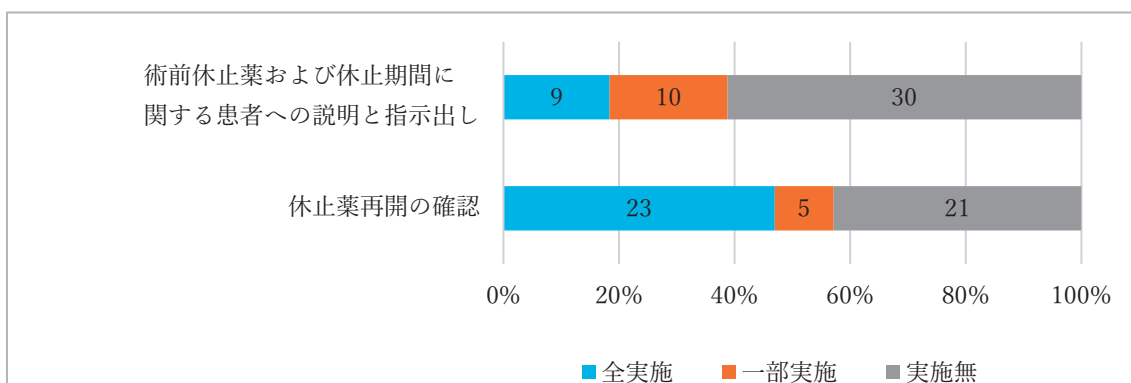


3) 周術期の薬剤管理に関する PBPM の実施状況

術前休止薬および休止期間に関する患者への説明と指示出しを実施しているのは 19 病院 (39%) あった。また、術前休止薬の再開の確認について全診療科または一部の診療科で実施しているのは、28 病院 (57%) あった (図 4)。

図 4. 周術期の薬剤管理に関する PBPM の実施状況

(n=49)

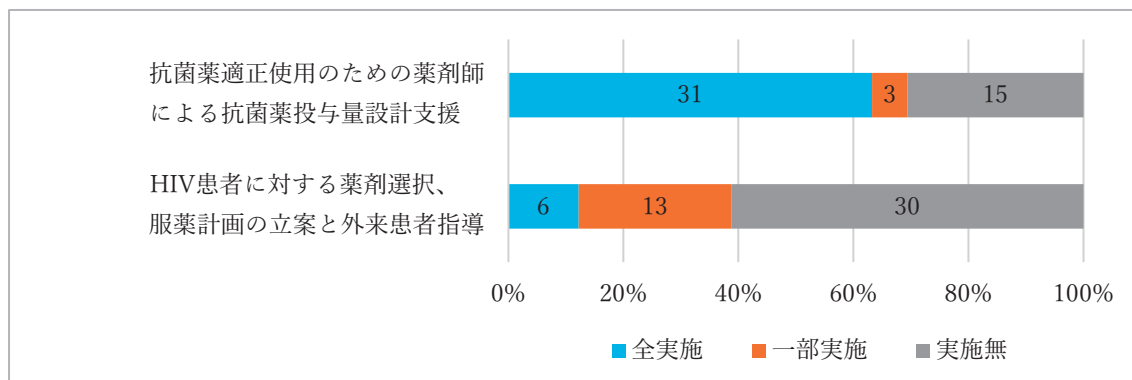


4) 薬剤師の専門性の活用に関する PBPM の実施状況

抗菌薬適正使用のための薬剤師による抗菌薬投与量設計支援を全診療科または一部診療科を対象に実施しているのは 34 病院 (69%) あった。また、HIV 患者に対する薬剤選択、服薬計画の立案と外来患者指導を実施しているのは 19 病院 (39%) あった (図 5)。

図 5. 薬剤師の専門性の活用に関する PBPM の実施状況

(n=4)



5) 院外処方箋の問い合わせの簡素化に関する PBPM の実施状況

院外処方箋の問い合わせの簡素化に関する PBPM で、病院内のみの運用で病院薬剤師が薬局からの問い合わせに対応する院内対応型のみを実施しているのは 6 病院(12%)で、病院と保険薬局が個別に合意文書を取り交わし、薬局の薬剤師が処方変更を行う薬局対応型のみを実施しているのは 23 病院(47%)、病院と地域薬剤師会が一括で申し合わせを行い、薬局の薬剤師が処方変更を行う地域薬剤師会一括対応型のみを実施しているのは6病院(12%)あった。また院内対応型、薬局対応型、地域薬剤師会一括対応型の内 2 つを組み合わせで実施しているのは 6 病院(12%)であり、すべての対応型で実施しているのは 1 病院(2%)、すべて未実施は 7 病院(14%)であった。これらを実施している病院は全ての施設で全診療科を対象としていた(図 6)。

院外処方箋の問い合わせの簡素化に関する PBPM を実施している病院の 9 割以上で、規格の変更(例:アムロジピン錠 2.5mg を 1 回 2 錠からアムロジピン錠 5mg を 1 回 1 錠へ変更)、剤形の変更(例:ワーファリン錠 1mg の粉砕指示をワーファリン細粒へ変更)、先発後発の変更(例:先発品が供給不安で入手困難なため後発品へ変更)、日数変更(例:患者が残薬を持っており、残薬分投与日数を減らす)をプロトコールに含めていた。コメントの変更(例:湿布薬の貼付部位の追記)については約半数の病院でプロトコールに含めており、投与量の変更は薬局対応型と地域薬剤師会一括対応型の 3 病院(各 10 %)がプロトコールに含めており、院内対応型で含めていない病院はなかった(図 7)。

図 6. 院外処方箋の問い合わせの簡素化に関する PBPM の実施状況

(n=49)

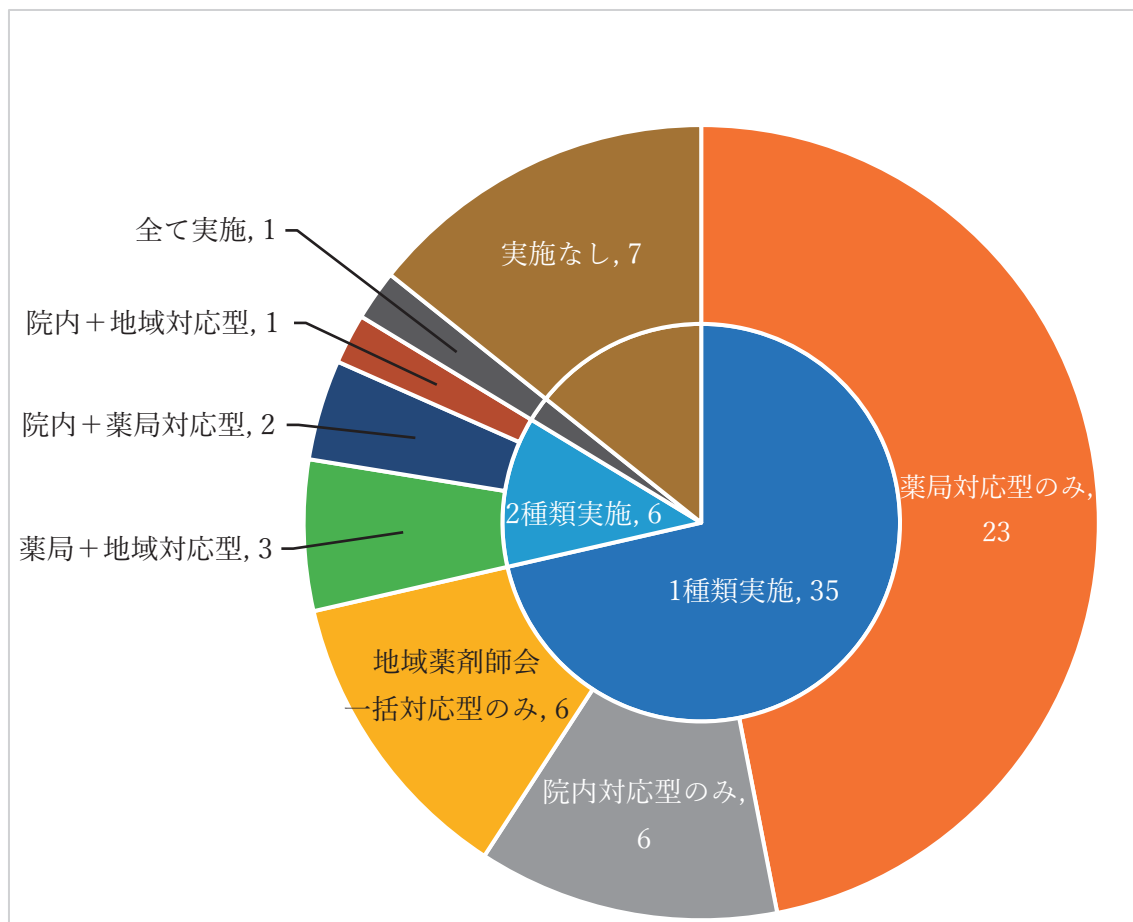
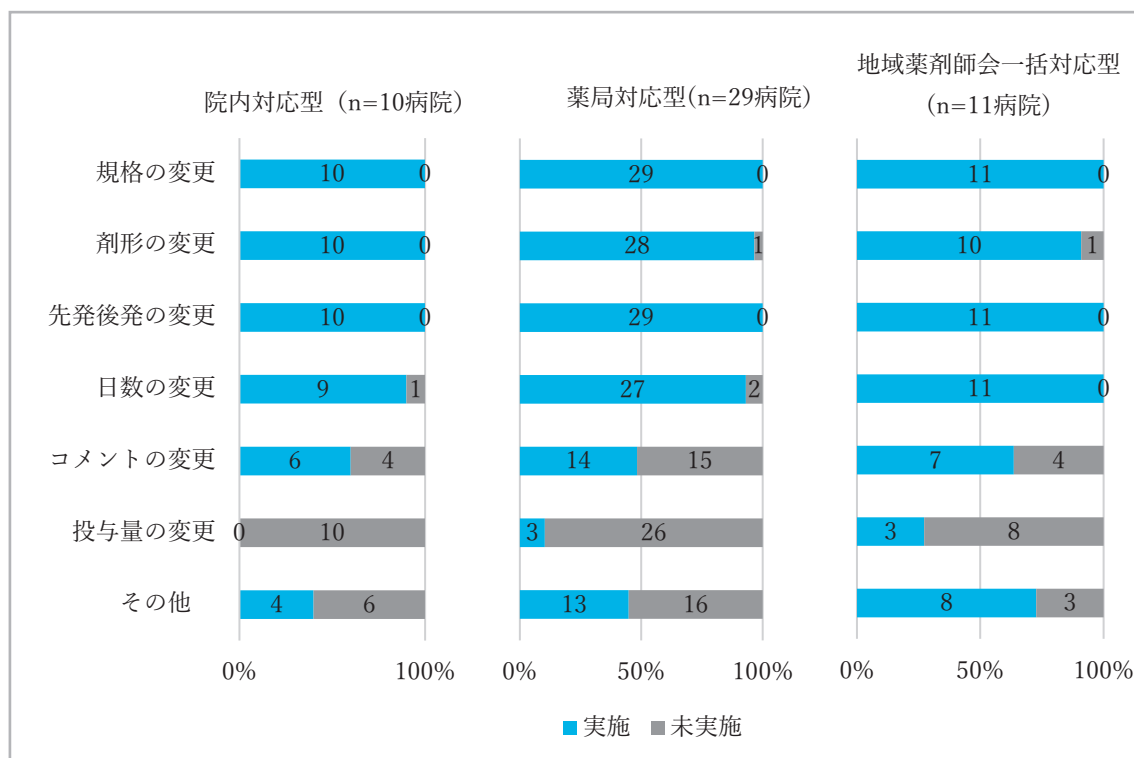


図 7. 院外処方箋の問い合わせの簡素化に関する PBPM のプロトコールに含まれる内容



6) PBPM による医師の負担軽減・効率化への効果や質の担保・安全の確保への効果

これまでの 20 項目について、PBPM を実施している病院では、医師の負担軽減や業務の効率化、および医療の質の向上や安全の確保に対して、殆どの施設が「効果あり」または「効果大」と回答していた。

一方で、「レジメン処方における問い合わせの簡素化」(医師の負担軽減・業務効率化)、「院外処方における問い合わせの簡素化(薬局対応型)」(質の担保・安全の確保)の設問については、PBPM 実施前後での比較ができないことを理由に「効果なし」と回答した病院がそれぞれ 1 病院存在した(図 8)。

なお、本設問への回答者は施設の判断に委ねられており、医師が回答している場合と薬剤師が回答している場合がある点には留意する必要がある。

図 8. 負担軽減・効率化への効果や質の担保・安全の確保への効果 (n=各 PBPM 実施施設数)



7) その他の PBPM の実施状況

PBPM 各論の設問に含まれる項目以外に実施している PBPM を自由記載で確認したところ、5 病院から疑義照会後の処方修正を実施していることが挙げられ、各病院独自の PBPM が挙げられた(表 2)。

表 2. その他に実施している PBPM

PBPM
疑義照会後の処方修正
院内処方において、医師に疑義照会を行い口頭で了承を得た後の処方の修正・削除
疑義照会の内容とその回答をカルテ記載し、変更となった処方の処方変更
処方の修正(疑義照会后)(包装単位・規格の変更、用法修正、コメントの修正・削除、投与日数の変更、同一成分かつ同一規格の薬剤での変更、後発品切替に伴う変更)
外来化学療法におけるレスタミン錠およびヘパリン Na ロックシリンジの代行処方
外来化学療法におけるビロイ投与時の悪心対策薬剤の代行処方
手術麻薬の処方・実績入力代行
院内疑義照会後の処方修正代行
手術室における周術期の麻酔薬の処方支援(代行入力)
救急科との事前合意に基づく COVID-19 関連薬剤の注射薬オーダ修正に関する申し合わせ
初期診療・救急科におけるせん妄予防・治療の指示オーダに係るプロトコール
処方カレンダーにおける中止・中断指示の代行入力(医師による入力が困難な場合に限る)
継続指示記載の中止薬剤の処方箋修正代行(入院のみ)
Lot 管理を目的とした術後使用の血液製剤の代行入力、併用禁忌疑義照会プロトコール
薬剤総合評価調整加算および薬剤調整加算の算定の代行入力
がん化学療法における薬剤師外来の実施
化学療法レジメンシステムでの抗がん剤の溶解液量の変更入力
時間外における処方代行入力
抗がん薬の端数整理
当直時間帯における頓用処方の代行入力
アブラキサン点滴静注用 100mg を含むレジメンにおける血漿分画製剤オーダ入力
化学療法レジメン内医薬品(銘柄)の採用変更に伴う処方変更プロトコール
病棟薬剤師による内服定期処方および退院時処方における処方提案プロトコール

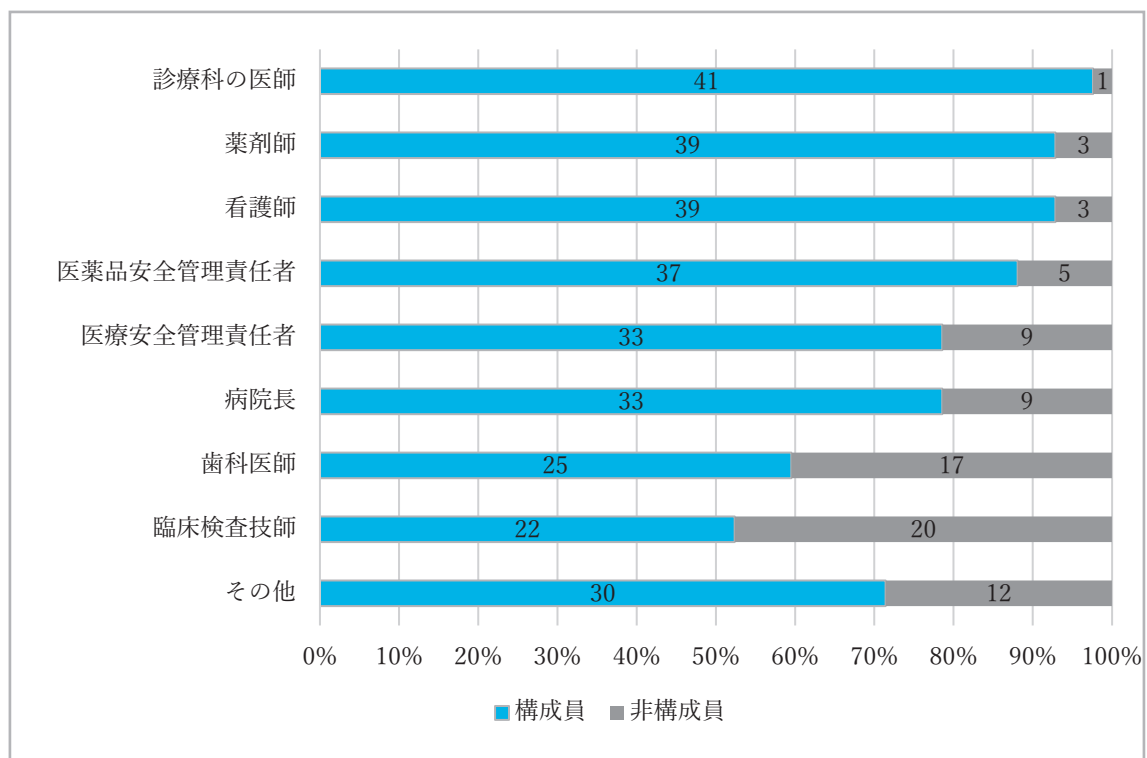
3. 権限と責任の範囲

1) PBPM の承認プロセス

PBPM プロトコルの承認プロセスについて、薬剤部と関係診療科・部署の間での合意のみとしたのは 2 病院(4%)であった。また、合意のうえ、院内の関連する委員会/会議・最高決定会議で承認を得るとしたのは 44 病院(90%)あった。この委員会や会議の構成員は、回答のあった 42 病院間で異なるものの、8 割以上の病院で、診療科の医師、薬剤師、看護師、医薬品安全管理責任者が含まれていた(図 9)。また、会議の構成員に薬剤師が含まれない病院と回答した 3 病院のうち、2 病院は医薬品安全管理責任者が含まれており、1 病院は医薬品安全管理責任者も含まれていなかった。この委員会や会議を所管する部署を薬剤部と回答したのは 7 病院(14%)、医療安全部門は 8 病院(16%)であり、自由記載として、事務部門が 7 病院あり、病院運営会議など最高決定会議との回答が 10 病院あった。また、PBPM ごとに承認を得る範囲(委員会の委員の構成や承認を得るための会議)が異なると回答した施設も複数あった。

図 9. PBPM を承認する委員会／会議の構成員

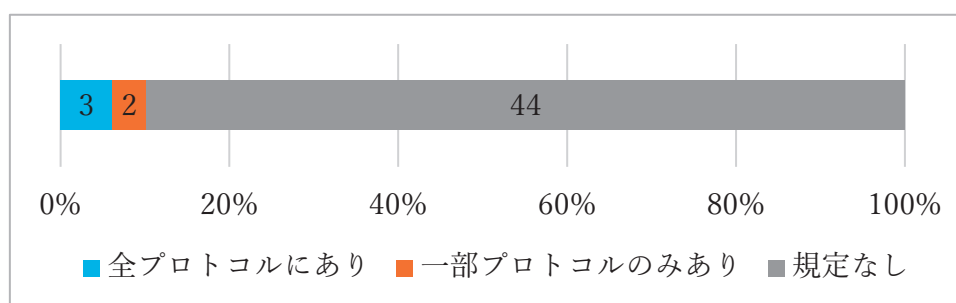
(n=42)



2) PBPM の責任の所在と実施の権限

PBPM の責任の所在について、規定がないとしたのが 44 病院(90%)あり、全てまたは一部プロトコルに規定があるとしたのが 5 病院(10%)であった(図 10)。規定があるとした具体例としては、薬局対応型の院外処方箋や手術麻酔薬の代行入力で定めている病院があり、合意書に規定があるとした病院があった。

図 10. PBPM の責任の所在に関する規定の有無 (n=49)



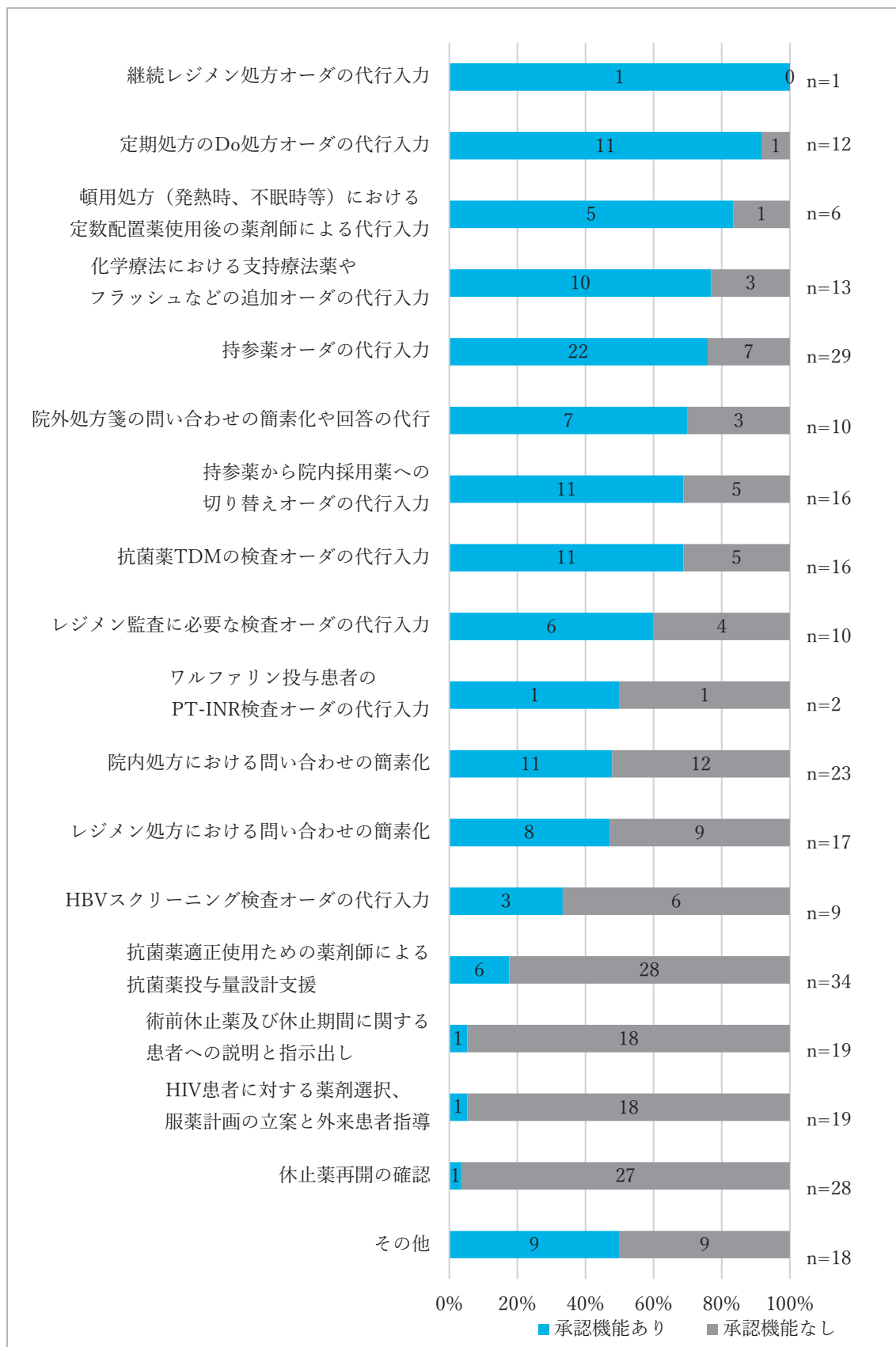
特定の薬剤師のみが実施できる PBPM があるとしたのは 13 病院(27%)あった。その詳細は、化学療法や救命救急、ICU など専門知識が必要な PBPM に関して、一定期間以上の業務経験や専門資格を有する薬剤師、診療科担当薬剤師のみに制限をかけていた。

3) 医師の承認プロセス

医師の承認プロセスを支援する電子カルテの仕組みを実装しているのは、39 病院(80%)あった。そのうち処方オーダーや検査オーダーの代行入力に関する PBPM を実施している病院の 50%以上で電子カルテに医師の承認機能が実装されている傾向があった(図 11)。

図 11. 電子カルテに医師の承認機能の実装状況

(n=各 PBPM 実施施設数)



4. 運用の実情と障壁

1) PBPM を実施している中での障壁

PBPM の企画・立案段階での障壁や課題として、多くの病院でマンパワー不足が挙げられた。また、医師や看護師に PBPM という仕組みが認知されていないことや、医師の承認を得る仕組みがないこと、薬剤師のスキル不足、医師の処方権などへの配慮も挙げられた。一方で、院内でのニーズが低いとした病院は 10 %未満であった(図 12)。自由記載で挙げられた課題としては、効率的に運用するためのシステムがないことや、PBPM の運用確立のための部署間の連携が難しいこと、個々の薬剤師のスキルの差による質の担保が課題として複数の病院から挙げられた。

PBPM の運用開始後の障壁として、多くの病院で薬剤師の業務量増加が挙げられた。また、薬剤師の心理的負担の増加や、薬剤師ごとに PBPM の解釈にばらつきがあること、薬剤師任せになり責任の所在が曖昧になること、通常の運用と PBPM の運用が混在することによる現場の混乱も挙げられた。一方で、患者への説明が不十分になることを上げた病院は 10 %未満であった(図 13)。システム上の問題としては、PBPM に必要な機能がないことや、実装するには高額な費用がかかること、既存の機能を活用しても PBPM の実際の運用と乖離があり、作業が煩雑になり薬剤師の負担が大きくなることが挙げられた。その他、自由記載で挙げられた課題として、実施内容を監視する人員の必要性や、実施者が世代交代しても認識が統一されていることの必要性など PBPM の質の維持を課題に挙げる病院もあった。

図 12. PBPM の企画・立案段階での障壁

(n=49)

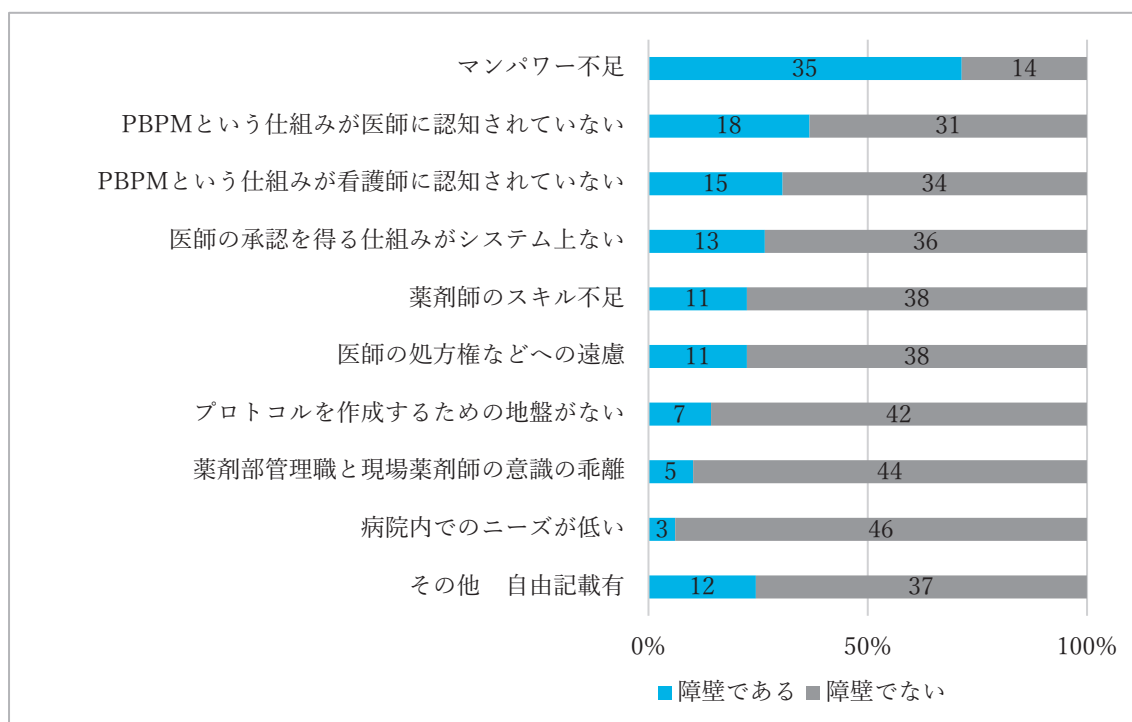
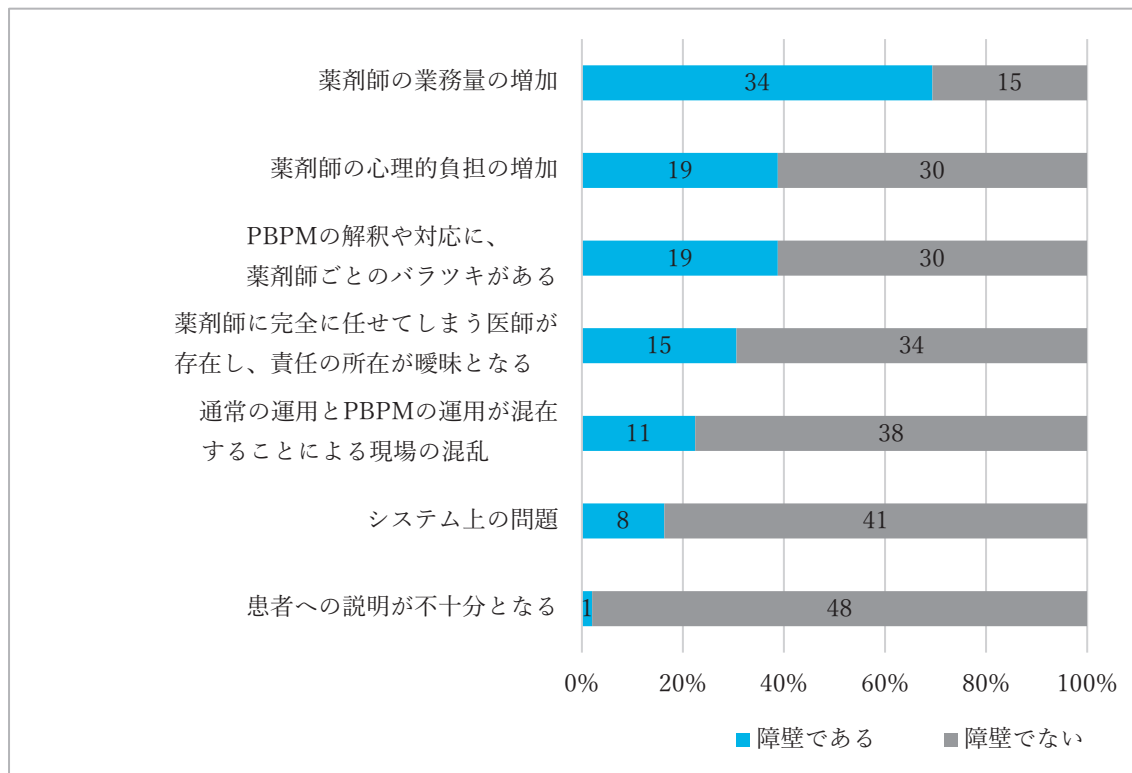


図 13. PBPM 運用開始後の障壁

(n=49)



5. 薬剤師の教育と研修

実施している PBPM に対して薬剤師に教育訓練を行っている、または一部で行っているとした病院は 36 病院 (73%) であり、行っていないとした病院は 13 病院 (27%) あった (図 14)。

教育の実施方法は、OJT のみが 15 病院 (42%)、手順書確認のみが 6 病院 (17%)、座学のみが 4 病院 (11%) であった (図 15)。また、座学・OJT・手順書確認を組み合わせる教育を実施していた施設が 10 病院 (28%) であった。また、教育の実施頻度は、単回が 18 病院 (50%)、定期的に行っているのは 4 病院 (11%)、必要に応じて複数回行うとした病院も複数あった (図 16)。教育研修記録を作成しているが 9 病院 (25%) であった。

図 14. 実施している PBPM に対する教育訓練を実施状況

(n=49)

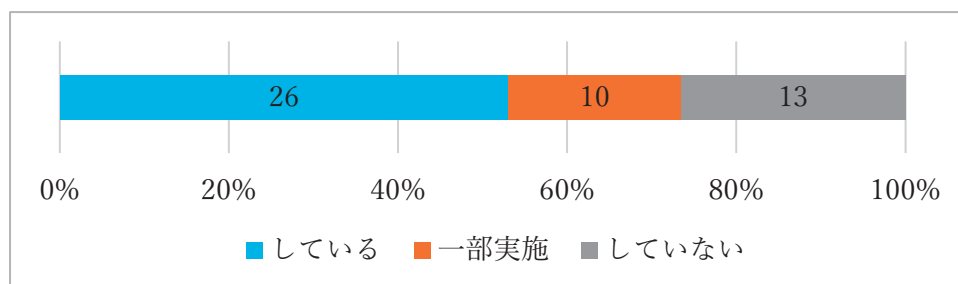


図 15. 教育訓練の実施方法

(n=36)

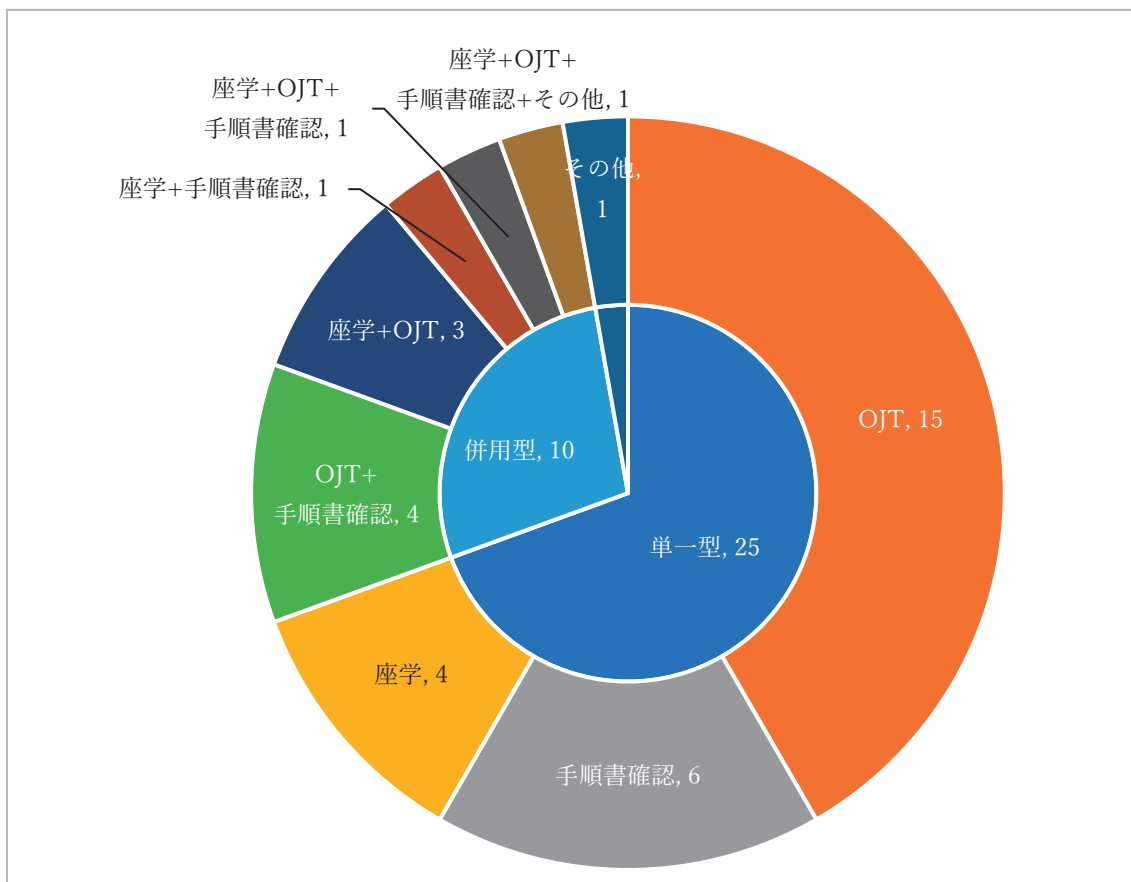
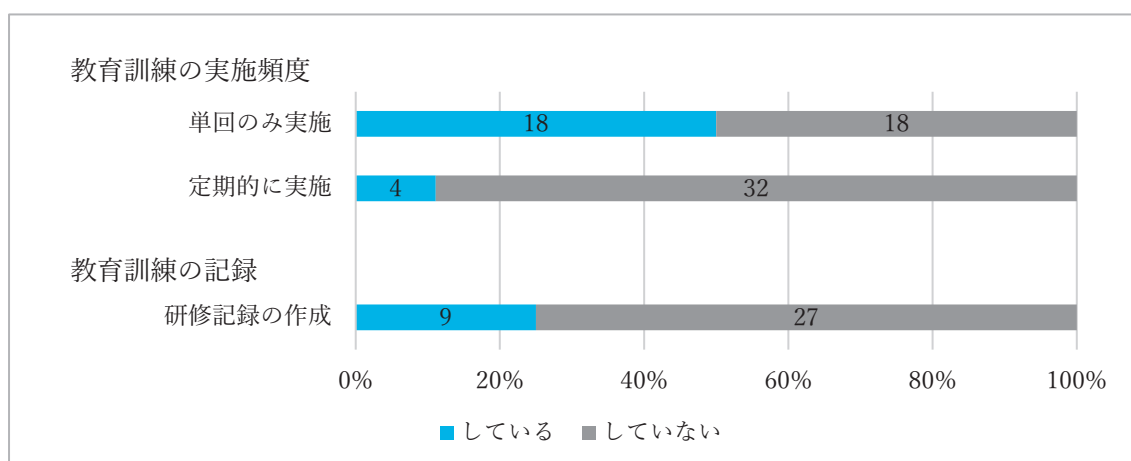


図 16. 教育訓練の実施頻度および記録

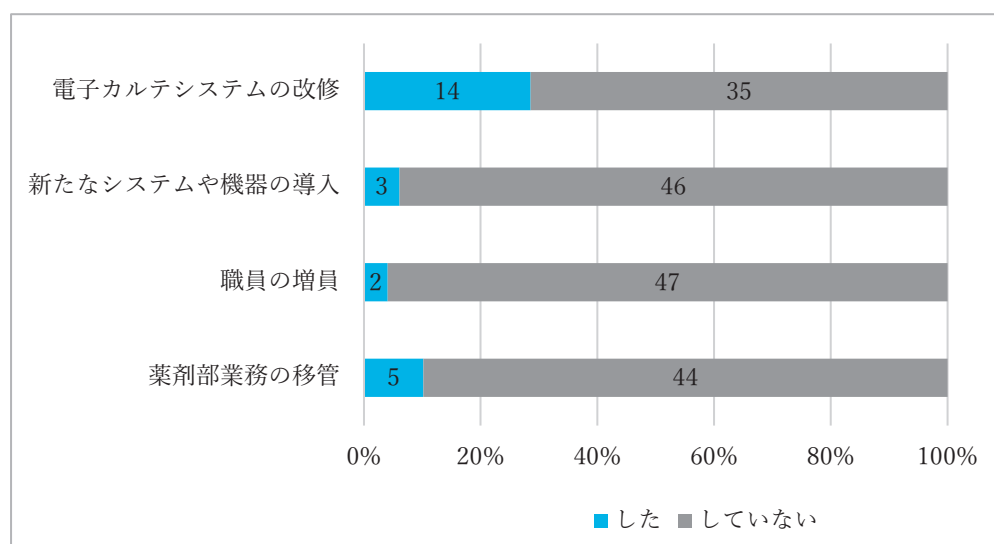
(n=36)



6. PBPM 業務を効率的に行うために行った工夫

PBPM 業務を効率的に行うために行った工夫として、電子カルテシステムを改修したのは 14 病院(29%)、新たな機器やシステムを導入したのは 3 病院(6%)であった。また、PBPM 実施のために増員を行った施設は 2 病院(4%)あり、薬剤業務補助職員を2-4名増員していた(図 17)。PBPM 業務を実施するために薬剤部業務を他職種に移管した施設は 5 病院(10%)あり、薬剤業務補助者に、薬剤の取り揃えや発注業務、電話初期対応、持参薬の仮確認、処方オーダーの仮登録、伝票処理などを移管していた。

図 17. PBPM を効率的に行うために行った工夫 (n=49)



7. 考察

本調査は、特定機能病院における医師から薬剤師へのタスクシフト・タスクシェアの推進を図るために PBPM の活用に関して全国的な導入状況と運用実態、ならびにその効果、課題、障壁を明らかにすることを目的として実施された。調査の結果、回答施設の大多数で PBPM が既に実施されている、もしくは計画段階にあることが確認され、PBPM が医療現場において一定程度定着しつつある実態が示された。

PBPM の内容は、処方監査・入力支援、検査オーダー代行、周術期薬剤管理、抗菌薬や HIV 治療等における専門性の発揮、院外処方箋問い合わせの簡素化など多岐にわたり、特に医師の業務負担軽減や業務効率化、医療の質・安全性向上に対して多くの病院で肯定的な評価が得られていた。一方で、PBPM を実施する際の責任の所在、PBPM を効率的・効果的に実施するためのシステムの整備、タスクシフト・シェアによる薬剤師の業務負担増加への対応などの課題も明らか

となった。

PBPM の最大のメリットは、医師の業務負担軽減と業務効率化を実現しつつ、薬剤師の専門性を薬物治療の中核に組み込める点にある。例えば、院外処方との問い合わせの簡素化では、規格変更、剤形変更、残薬の日数調整などの形式的な問い合わせを PBPM の活用により簡素化することで、問い合わせに費やす医師の業務時間を削減でき、薬剤師も医師の回答を待たずに患者への素早い対応ができるため、医師と薬剤師双方に利点がある。調査結果からも、処方入力支援や問い合わせ簡素化、検査オーダー代行など、PBPM の導入は医師の薬剤業務の負担軽減や効率化に効果的であったことが多くの病院で自己評価されていた。また、院外処方箋の問い合わせ簡素化に見られるように、地域薬局との連携を含めた PBPM は、病院内にとどまらない医療提供体制の効率化にも寄与し、地域包括ケアの基盤となる取り組み事例として注目されている。

PBPM を持続的かつ安全に運用するためには、いくつかの重要な前提条件がある。第一に、プロトコルの位置づけ、権限、責任の所在を明確化し、院内の公式な意思決定プロセスを経て承認する体制整備がある。調査では、多くの病院で責任の所在が明文化されていない実態が示されたが、医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」において、薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについては、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコルに基づき専門的知見の活用を通して医師等と協働して実施することが明記されており、あえて明文化せずに、医師と薬剤師の協働にて実施している施設が多いと考えられた。第二に、電子カルテを含むシステム面での支援が重要である。医師の承認フローが組み込まれた仕組みは、薬剤師の心理的・法的な不安を軽減し、PBPM の実効性を高めると考えられる。第三に、薬剤師の教育・研修体制の整備がある。PBPM の解釈や対応のばらつきは、質の低下や現場混乱の要因となるため、OJTに加えて手順書の整備や定期的な教育、教育記録管理を通じた PBPM に関わる薬剤師の教育体制を整備すること重要と考えられる。加えて、タスクシフト・シェアの結果、増大する薬剤師業務に対応するため薬剤業務補助者や他の医療職種への業務移管なども含めた薬剤部全体の業務の再設計も PBPM 成功の鍵となると考えられる。

本調査から、PBPM は既に多くの医療機関で実践され、医師の負担軽減と医療の質・安全性向上の双方に寄与する有効な手段であることが明らかとなった。一方で、その運用は必ずしも成熟しているとは言えず、システム整備、教育体制、業務量増加への対応といった課題が併存している。

今後 PBPM をさらに推進していくためには、電子カルテによる支援体制の整備や、薬剤師の業務量増加に対応する人員体制の見直しが重要になると考えられる。例えば、薬剤師が行った行為を電子カルテ上で記録し医師が承認する仕組みの整備や、調剤補助員の活用、医療 DX の活

用などを通じて薬剤師の業務負担を適切に調整することが求められる。本報告書が、各施設における PBPM の評価と改善、さらには次世代の薬剤師業務の在り方を検討する一助となることが期待される。

(参考文献)

一般社団法人日本医療薬学会：プロトコールに基づく薬物治療管理(PBPM)導入マニュアル、2016年3月26日

URL：<https://www.jsphcs.jp/wp-content/uploads/2024/10/20160613-1.pdf> 参照日：2026年3月19日

厚生労働行政推進調査事業費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)

「病院薬剤師へのタスク・シフト／シェア普及に対する阻害要因の把握とその解決に向けた調査研究」(22IA0101)，令和5年度報告書，別添資料14.

URL：https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/別添資料14.pdf 参照日：2026年3月19日

一般社団法人日本病院薬剤師会：プロトコールに基づく薬物治療管理(PBPM)の円滑な進め方と具体的実践事例(Ver.1.0). 2016年3月31日

URL：<https://www.jshp.or.jp/activity/guideline/20160331-1.pdf> 参照日：2026年3月19日

提言

提言 1 PBPM の更なる推進と普及

本調査の結果、特定機能病院において PBPM は既に多くの施設で実施または導入が検討されていることが明らかとなった。一方で、施設間での取り組み状況には差があることが認められた。PBPM は医師の業務負担軽減や業務効率化、さらには医療の質・安全性向上に寄与する可能性が示されており、今後は各施設の実情に応じたプロトコル整備や院内合意形成を進めることで、PBPM のさらなる普及と活用を推進していくことが望まれる。

提言 2 電子カルテシステムによる PBPM 支援機能の充実

薬剤師が PBPM に基づいて実施した行為を電子カルテ上に記録し、医師がそれを確認でき、また必要に応じて承認できる仕組みは、責任の所在を明確化するとともに、薬剤師の心理的・法的な不安の軽減にも寄与すると考えられる。

PBPM は、あらかじめ合意されたプロトコルに基づき現行制度の下において薬剤師が実施可能な業務であり、個々の行為に対して一律の医師の承認を前提とするものではない。

この前提を踏まえ、PBPM に対応した記録・責任分界を明確化するための確認機能や、必要に応じた承認機能を含むワークフローの整備など、電子カルテ等の医療情報システムによる支援機能の充実および標準化が求められる。

提言 3 PBPM 実施に伴う薬剤師業務負担への対応

PBPM の推進により薬剤師の役割が拡大する一方で、薬剤師の業務量増加への対応も重要な課題である。PBPMを持続的に運用するためには、薬剤業務補助員の活用や業務の再設計、医療 DX の活用などを通じて薬剤師の業務負担を適切に調整し、マンパワー不足を補う体制を整備する必要がある。これにより、薬剤師が専門性を十分に発揮できる環境を整備することが期待される。

医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について

(厚生労働省医政局長通知(医政発 0430 第 1 号)からの一部抜粋、下線追加)

1. 基本的な考え方

各医療スタッフの専門性を十分に活用して、患者・家族とともに質の高い医療を実現するためには、各医療スタッフがチームとして目的と情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、各医療スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、医療スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要である。実際に各医療機関においてチーム医療の検討を進めるに当たっては、局長通知において示したとおり、まずは当該医療機関における実情(医療スタッフの役割分担の現状や業務量、知識・技能等)を十分に把握し、各業務における管理者及び担当者間における責任の所在を明確化した上で、安心・安全な医療を提供するために必要な具体的な連携・協力方法を決定し、医療スタッフの協働・連携によるチーム医療を進めることとし、質の高い医療の実現はもとより、快適な職場環境の形成や効率的な業務運営の実施に努められたい。

なお、医療機関のみならず、各医療スタッフの養成機関、職能団体、各種学会等においても、チーム医療の実現の前提となる各医療スタッフの知識・技術の向上、複数の職種の連携に関する教育・啓発の推進等の取組が積極的に進められることが望まれる。

2. 各医療スタッフが実施することができる業務の具体例

(1) 薬剤師

近年、医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しているため、医療の質の向上及び医療安全の確保の観点から、チーム医療において薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが非常に有益である。

また、後発医薬品の種類が増加するなど、薬剤に関する幅広い知識が必要とされているにもかかわらず、病棟や在宅医療の場面において薬剤師が十分に活用されておらず、注射剤の調製(ミキシング)や副作用のチェック等の薬剤の管理業務について、医師や看護師が行っている場面も少なくない。

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

以下に掲げる業務については、現行制度の下において薬剤師が実施することができることから、薬剤師を積極的に活用することが望まれる。

① 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。

- ② 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方を提案すること。
- ③ 薬物療法を受けている患者（在宅の患者を含む。）に対し、薬学的管理（患者の副作用の状況の把握、服薬指導等）を行うこと。
- ④ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。
- ⑤ 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方を提案すること。
- ⑥ 外来化学療法を受けている患者に対し、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施するとともに、薬学的管理を行うこと。
- ⑦ 入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に対し、服薬計画を提案するなど、当該患者に対する薬学的管理を行うこと。
- ⑧ 定期的に患者の副作用の発現状況の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤すること。
- ⑨ 抗がん剤等の適切な無菌調製を行うこと。

2) 薬剤に関する相談体制の整備

薬剤師以外の医療スタッフが、それぞれの専門性を活かして薬剤に関する業務を行う場合においても、医療安全の確保に万全を期す観点から、薬剤師の助言を必要とする場面が想定されることから、薬剤の専門家として各医療スタッフからの相談に応じることができる体制を整えることが望まれる。

以下、省略

C 各病院で取り組んでいる DX (Digital Transformation)

本領域では、各病院における DX (Digital Transformation) を通じた、医療安全・質の向上、業務の効率化、患者サービスの改善等の取り組みについて調査した。

I . AI (Artificial Intelligence, 人工知能) の活用状況

1) 一般業務(事務部門)について

一般業務(事務部門)における AI の活用について、15 病院(29%)が、病院として積極的に活用する方針、8 病院(16%)が領域を限定して活用する方針を示していた。また、21 病院(41%)は、特に方針を定めていなかった。利用を禁止している病院はなかった(表 1)。

表 1. 病院としての AI の活用方針(一般業務) (n=51)

	方針	病院数(%)
1	積極的に活用する方針	15 (29)
2	領域を限定して活用	8 (16)
3	方針を定めていない	21 (41)
4	利用を禁止	0 (0)
5	その他	7 (14)
合計		51 (100)

(その他) 大学の方針に基づき活用、他

AI を議事録作成に利用している病院は 38 病院(75%)、院内文書作成、情報検索に利用している病院は、各 29 病院(57%)であった。レセプト業務や教育・研修に利用している病院は、各 11 病院(22%)であった(表 2)。

表 2. AI の利用状況(複数回答) (n=51)

	方針	病院数(%)
1	議事録作成	38 (75)
2	院内文書作成	29 (57)
3	情報検索	29 (57)
4	レセプト業務	11 (22)
5	教育・研修	11 (22)
6	その他	7 (14)

(その他の内容)

- ・ アンケート結果や投書の要約
- ・ ポスターや企画書の作成

- ・ 翻訳
- ・ メールの添削
- ・ データ分析に関する業務(手書き文書の OCR によるデータ変換、当直日誌、勤務データの分析、分析スクリプトの作成等)
- ・ 情報の一元化やアクセス性向上による業務改善(各種マニュアル、案内、人事関連情報の効率的な共有等)

2) 診療業務について

診療業務における AI の活用について、13 病院(26%)が、病院として積極的に活用する方針、13 病院(26%)が領域を限定して活用する方針を示していた。また、19 病院(37%)は、特に方針を定めていなかった。利用を禁止している病院はなかった(表 3)。

表 3. 病院としての AI の活用方針(診療業務) (n=51)

	方針	病院数(%)
1	積極的に活用する方針	13 (26)
2	領域を限定して活用	13 (26)
3	方針を定めていない	19 (37)
4	利用を禁止	0 (0)
5	その他	6 (11)
合計		51 (100)

(その他)大学の方針に基づき活用、他

AI を画像診断支援に利用している病院は、38 病院(75%)、臨床診断支援に利用している病院は 10 病院(20%)であった。文書作成、情報検索に利用している病院は、各 10 病院(20%)であった。教育・研修に利用している病院は、7 病院(14%)であった(表 4)。

表 4. AI の利用状況(複数回答) (n=51)

	方針	病院数(%)
1	画像診断支援	38 (75)
2	文書作成	16 (31)
3	臨床診断支援	10 (20)
4	情報検索	10 (20)
5	教育・研修	7 (14)
6	その他	14 (27)

(その他の内容)

- ・ 持参薬の鑑別

- ・ 放射線治療計画支援
- ・ 脱感作療法スケジュールの作成
- ・ 退院サマリーの下書き(要約)
- ・ 診療情報提供書の作成
- ・ インフォームド・コンセント記録(録音、音声認識、反訳)
- ・ 患者向け資料の作成
- ・ 論文の作成
- ・ 外来予約の電話に AI が音声で自動対応する仕組み 等

3) AI 導入による具体的な効果

AI の導入により具体的に効果があつた分野として、次のような事例が挙げられた。

〔画像診断支援〕

- ・ 肺結節や骨折等の検出の補助
- ・ 診断精度の向上、疾患の見落とし防止
- ・ 医師と AI による二重チェック体制による医療安全への貢献
- ・ 読影業務の効率化による放射線科医の負担軽減
- ・ 不要な再検査の減少による被ばく低減

〔文章作成の効率化〕

- ・ 退院サマリー、診療情報提供書、議事録の作成時間の短縮

〔情報収集の効率化〕

- ・ 論文検索、薬剤情報のリサーチ、研修資料の作成時間の短縮

〔患者対応やコミュニケーション〕

- ・ AI による患者説明動画で職員の説明業務時間を削減
- ・ AI 電話システムで問い合わせ対応業務を効率化
- ・ AI 問診システムで初診患者に対する医師の業務効率を改善 等

一方で、まだ十分に利用されていない、性能が有効活用のレベルにまでは達していないとする報告もみられた。

4) AI によって得られた結果・情報の診療における位置づけ

AI の出力結果(画像診断、文書案など)は、多くの病院で参考情報や補助的なものとして位置付けられ、医師らが内容の検証や修正を行い、診断・判断の責任を負う前提で運用されていた。一方で、解析結果をそのまま利用している事例(心電計や心エコー等)もあった。

なお、調査時点では導入から間がなく、院内の具体的な運用ルールや位置づけが定まっていない病院もあった。

5) 診療業務に AI を導入した際に検討した課題

診療業務への AI の導入にあたって、セキュリティ、個人情報保護、責任の所在、運用ルールの明確化、予算等の課題が認識、検討されていた。

〔クラウド利用のリスク〕

- ・ クラウド型 AI を利用する際の情報漏洩
- ・ ベンダーによるデータの二次利用 (AI の再学習など) への懸念

〔安全な環境の確保〕

- ・ 電子カルテネットワーク内など、外部から隔離された安全な環境 (オンプレミス/クローズド環境) での利用

〔各種ガイドライン等との整合性の確保〕

- ・ 医療情報に関する国のガイドライン (3 省 2 ガイドライン等)
- ・ 各大学・病院のポリシー、ガイドライン (診療情報のクラウド利用の禁止等)

〔利用に伴う責任〕

- ・ AI の生成情報に基づく診断や治療の責任を最終的に負うべき者は誰か

〔運用、管理〕

- ・ 医療に特化した AI の具体的な運用ルールが未制定であることによる活用の遅れ
- ・ 利用者のモラルに依存するだけではない一定の管理の必要性

〔予算、機器整備〕

- ・ AI の導入と運用にかかる膨大なコスト、予算確保、院内のサーバーの性能不足

II. プライベート生成 AI の整備・導入状況

各施設における、プライベート生成 AI の整備・導入状況について調査した。なお、ここでのプライベート生成 AI とは、情報が法人や院内から外に出ることがない閉じた環境で構築・運用する生成 AI のことを指す。また、閉域環境のクラウドを利用した生成 AI を含むこととした。

1) プライベート生成 AI の整備、導入状況について

プライベート生成 AI の整備、導入状況について、10 病院 (20%) が導入済みであり、そのうち 6 病院は大学にて整備、4 病院は病院にて整備していた。未導入の 36 病院 (70%) のうち、15 病院 (42%) が整備を予定し、18 病院 (50%) は予定していなかった (表 5～7)。

表 5. プライベート生成 AI の整備、導入状況 (n=51)

	方針	病院数(%)
1	導入あり	10 (20)
2	導入なし	36 (70)
3	その他	5 (10)
合計		51 (100)

表 6. プライベート生成 AI の整備主体

(n=10)

	方針	病院数(%)
1	大学にて整備	6 (60)
2	病院にて整備	4 (40)
3	その他	0 (0)
合計		10 (100)

表 7. プライベート生成 AI 未導入の病院における整備予定

(n=36)

	方針	病院数(%)
1	整備予定あり	15 (42)
2	整備予定なし	18 (50)
3	その他	3 (8)
合計		36 (100)

(その他) 導入に向けたプロジェクトチームを設置予定、次期システム更新で検討予定他

2) プライベート生成 AI の活用事例

プライベート生成 AI を導入済みの病院では、院内文書作成、メール作成、情報収集等に利用されていた。一方で、システムの性能(電子カルテ搭載システム)、ローカルサーバのスペックの制約、アップデートの困難さ等の課題も指摘された。

システム開発中の病院においては、退院サマリーや診断書の下書きの自動生成、患者との会話の反訳や要約、勤務シフト作成、病名予測、DPC コーディングの最適化等への利用が計画されていた。

Ⅲ. RPA の活用状況

各病院の RPA(Robotic Process Automation, ロボテック・プロセス・オートメーション)の活用状況について調査した。ここでの RPA は、ルール化された定型作業を、ソフトウェアのロボットにより自動化するものを指し、特に、RPA を用いて、人間の作業を代行・代替する取り組みを対象とした。

1) 一般業務(事務部門)について

一般業務(事務部門)における RPA の活用について、10 病院(19%)が、病院として積極的に活用する方針、7 病院(14%)が領域を限定して活用する方針を示していた。また、30 病院(59%)は、特に方針を定めていなかった。利用を禁止している病院はなかった(表 8)。

表 8. 病院としての RPA の活用方針(一般業務) (n=51)

	方針	病院数(%)
1	積極的に活用する方針	10 (19)
2	領域を限定して活用	7 (14)
3	方針を定めていない	30 (59)
4	利用を禁止	0 (0)
5	その他	4 (8)
合計		51 (100)

(その他) 大学としての方針に基づき活用、トライアル利用歴あり(利用困難のため断念)他

RPA をメールの作成、送信に利用している病院は、17 病院(33%)、ファイル変換(エクセル、PDF への変換等)に利用している病院は 9 病院(18%)、リマインドメール作成に利用している病院は 8 病院(16%)であった。会議の議事次第の作成に利用している病院もあった(表 9)。

表 9. RPA の活用状況(複数回答) (n=51)

	方針	病院数(%)
1	メールの作成、送信等	17 (33)
2	ファイル変換等(エクセル、PDF への変換等)	9 (18)
3	リマインドメールの作成等	8 (16)
4	会議議事次第等の作成	3 (6)
5	その他	27 (53)

(その他の内容)

- ・ 財務・会計業務: 伝票処理の自動化、月次決算帳票、予算執行一覧、外部資金報告書等の定型的な帳票作成、旅費精算業務や医療材料費の分析資料作成
- ・ 人事・労務業務: 職員の異動情報、各種手当等のデータ入力、給与簿、源泉徴収票の作成・保存、超過勤務者へのメールの自動送信、麻薬施用者一覧、健診対象者リスト、就労証明書等の作成
- ・ 診療・患者関連業務: 入院患者情報の定時抽出、病床稼働率など各種統計の自動集計、予約状況を抽出・一覧表作成・印刷、入院患者向けの案内文書の自動作成・印刷
- ・ その他: 各種申請・承認フロー、研修申込者へのメール送信、定員管理、アンケート集計、システム間のデータ連携

2) 診療業務について

診療業務における RPA の活用について、6 病院(11%)が、病院として積極的に活用する方針、8 病院(16%)が領域を限定して活用する方針を示していた。また、30 病院(59%)は、特に方針を定めていなかった。利用を禁止している病院もあった(表 10)。

表 10. 病院としての RPA の活用方針(診療業務)

(n=51)

	方針	病院数 (%)
1	積極的に活用する方針	6 (11)
2	領域を限定して活用	8 (16)
3	方針を定めていない	30 (59)
4	利用を禁止	1 (2)
5	その他	6 (12)
合計		51 (100)

診療業務における RPA の具体的な利用例として、次のような事項が挙げられた。

〔督促・アラート業務〕

- ・ 退院サマリー、入院診療計画書等の作成督促メールの自動送信
- ・ 画像レポートの未読状況の自動通知
- ・ 検査や注射オーダーの入力漏れの検知と医師への通知
- ・ 電子カルテの血糖値や重症度スコア (NEWS スコア¹) の監視と異常値のリアルタイム通知

〔特定の患者情報の抽出・リスト作成〕

- ・ 肝炎疑い患者や術後疼痛管理対象患者などの抽出と情報提供
- ・ HBV/HCV 陽性患者を抽出し、専門科紹介を促すメール送信
- ・ 退院・転出患者一覧、早期離床リハビリ算定対象者チェックリスト等の自動作成
- ・ ワーファリン内服患者や検査値異常患者等の特定の条件に合う患者の抽出

〔データ集計・レポート作成の自動化〕

- ・ 病床稼働率、入退院数、手術件数等の集計による病棟業務量の可視化による応援派遣の検討
- ・ リハビリや臨床検査の実施件数の自動集計
- ・ 退院サマリー作成率、身体行動制限の実施状況等の各種統計レポートの自動作成

〔定型的な入力・メンテナンス業務の自動化〕

- ・ 病棟日誌、業務日誌の一部項目の自動入力・更新
- ・ 手術や処置の材料マスタの更新
- ・ 別システムへのデータ連携

〔薬剤業務の支援〕

- ・ 薬剤血中濃度測定管理
- ・ 処方オーダー受付
- ・ 医薬品情報収集

¹ National Early Warning Score: 患者のバイタルサイン(呼吸数、体温、血圧、脈拍、酸素飽和度等)から患者の急変リスクを客観的に評価するスコア

〔給食業務の支援〕

- ・ 食札の自動印刷 等

IV. DX の取り組み事例・DX 推進に伴う課題

各病院で取り組んでいる DX について、具体的な事例、および DX 推進の課題について調査した。下記に概要を示す。

なお、本項(IV)は訪問を受けた大学による自己チェックの回答に基づく訪問時調査のまとめであることに対して、次項(V)では、訪問調査の講評において、訪問大学が「DX の進捗と効果、課題等」の観点から特に評価し、調査用紙に記載した取り組みの中から、代表的なものを紹介する。両項目には類似の事項があるが、主にIVは DX の具体的な展開領域と課題の情報として、Vは推進のため組織的なアプローチと実践の視点から参照されたい。

1) 取り組み事例

(1) 患者向けの支援

〔予約・受付・会計の効率化〕

- ・ Web 予約/AI 電話: 紹介元からの FAX 予約を Web 化、予約変更電話に AI で自動応答し、業務を効率化。
- ・ 自動受付/案内: 外来受付・案内・会計を自動化し、患者の待ち時間を短縮。
- ・ 後払いシステム: アプリやクレジットカードによる後払いで会計待ちを解消。

〔情報提供・コミュニケーション〕

- ・ 患者通院支援アプリ: 予約確認、リマインド通知、診察呼び出し、PHR(Personal Health Record)などを提供。
- ・ 説明動画コンテンツ: 手術や検査の説明を動画化し、患者の理解度を向上、説明業務を効率化。
- ・ 電子/Web 問診: タブレットやスマホで問診を入力し、電子カルテに直接連携。多言語に対応。

(2) 医療の質の向上・診療の支援

〔文書作成支援〕

- ・ 生成 AI: 診療記録から退院サマリーなどの下書きを自動生成。
- ・ 音声入力システム: 会話や音声をテキスト化し、診療録・看護記録作成の負担を軽減。

〔診断・治療支援〕

- ・ AI 画像診断支援: 胸部 X 線や CT/MRI 画像から病変候補の検出や臓器輪郭の抽出を AI が支援。
- ・ 重症度スコア・モニタリング: NEWS スコアやバイタルデータを監視・集計し、急変の早期発見や介入に貢献。

〔その他〕

- ・ 薬剤業務支援: 持参薬鑑別、TDM 支援、処方オーダー受付等をシステムで効率化。
- ・ 採血・検体管理: 採血管準備から検体搬送までの一連のプロセスを自動化。

(3) 業務効率化・働き方改革

〔情報共有・コミュニケーション〕

- ・ 業務用スマートフォン/ビジネスチャット: PHS をスマートフォンに置き換え、チャットやカルテ参照に利用、ナースコール連携を実現。
- ・ リモートアクセス/在宅読影: 自宅から電子カルテや医用画像に安全にアクセスし、オンコール対応や読影業務を実施。

〔業務自動化(RPA)〕

- ・ 各種督促業務(サマリ未作成等)、データ抽出・集計、マスタ更新などの定型業務を自動化。

〔勤怠・業務管理〕

- ・ 勤怠管理システム: ビーコン等で出退勤を自動打刻し、医師の労働時間を客観的に把握。
- ・ 病床管理: 空床状況や患者情報を可視化し、ベッドコントロールや応援派遣を最適化。

(4) インフラ・プラットフォーム

- ・ 政府推進 DX: オンライン資格確認、電子処方箋、電子カルテ情報共有サービスなど、国の施策に対応。
- ・ クラウド基盤: セキュアな情報共有・協業環境を構築。
- ・ システムの内製化: 病院独自のニーズに応じた会計仕訳アプリや受発注管理システム等を開発。

2) 課題

(1) 組織・体制

〔組織的な戦略・推進体制の不足〕

- ・ DX を統括・推進する専門部署がなく、各診療科や部署が個別に対応している。
- ・ 病院全体としての DX 戦略や方針が確立していない。

〔ルール・ポリシー整備の遅れ〕

- ・ 生成 AI、クラウド、BYOD² などの利用ルールが未整備。
- ・ 診療情報の二次利用や外部サービス連携時の個人情報保護方針が不明確。
- ・ 大学法人と病院でポリシーに乖離がある。

² Bring Your Own Device: 職員の私物の端末を業務に利用すること

〔意思決定の課題〕

- ・ 経営層や執行部の理解を得るのに時間がかかり、意思決定が煩雑。
- ・ 「誰かがやってくれるだろう」という当事者意識の欠如がある。

(2) 人材

〔専門人材の不足と育成の遅れ〕

- ・ DX や IT の専門知識を持つ人材が絶対的に不足しており、採用・育成が追いつかない。
- ・ システム運用や RPA ロボットの保守が特定の担当者に集中し、属人化しやすい。

〔職員の IT リテラシーと意識〕

- ・ 職員間の IT リテラシーに差があり、新しいツールへの抵抗感や反発がある。
- ・ 紙文化からの移行が進まず、DX による業務改善マインドが醸成されにくい。
- ・ 生成 AI のハルシネーション³ 等のリスクへの理解が不十分。

(3) 費用・コスト

〔高額な導入・維持コスト〕

- ・ システム導入の初期投資や、基盤となる通信インフラ(院内 LAN)の更新費用が高額。
- ・ サブスクリプション形式が多く、継続的な運用コスト(固定費)が増加する。

〔費用対効果の評価の難しさ〕

- ・ 業務負担軽減にはつながるが、直接的な増収に結びつかないため、投資の妥当性を評価しにくい。
- ・ 診療報酬での評価が不十分で、費用を回収する見込みが立てづらい。

〔財源の制約〕

- ・ 自己財源だけでは厳しく、補助金に頼らざるを得ないが、補助金は初年度経費しかカバーしないことが多い。
- ・ 限られた予算の中で、どの DX 施策を優先するか判断が難しい。

(4) 技術・システム

〔セキュリティと個人情報保護〕

- ・ クラウドサービス利用時の情報漏洩やサイバーセキュリティへの懸念。
- ・ 患者情報を含むデータを外部の AI サービスにどこまで連携して良いか方針が定まらない。
- ・ 国の情報保証規則など、独自の厳しい制約がある場合もある。

〔システム間の連携とインフラ〕

- ・ 電子カルテと他システム(Web 予約、問診等)が連携しておらず、手作業での転記が発生する。

³ Hallucination: 生成 AI(人工知能)が、事実と異なる情報や存在しない内容を、もっともらしく生成してしまう現象のこと

- ・ 院内ネットワークが不安定、または増強が必要。

〔導入ツールの品質、現場の業務との適合性〕

- ・ 高機能な製品が、必ずしも現場のワークフローに合致するとは限らない(「目利き」が必要)。
- ・ AI の診断精度や、判定結果に対する責任の所在が不明確。
- ・ ベンダーの開発遅れや、国の制度変更への対応が間に合わないことがある。

(5) 運用・定着

〔現場への浸透、負担感〕

- ・ 導入時の運用の変更が、一時的に現場の業務負担を増大させる。
- ・ 職員や患者が新しいシステムの操作に慣れず、かえって手間が増えることがある。
(例: 高齢者のスマホアプリ利用、問診タブレットの操作案内)

〔利用率の低迷〕

- ・ PHR アプリや通院支援アプリの利用者が伸び悩む。
- ・ BYOD を推進しても、セキュリティ対策による操作性低下を嫌い、利用が定着しない。

〔DX の本来の目的に到達しにくい〕

- ・ システムの導入 (IT 化) だけで満足してしまい、データ活用や業務変革 (DX) まで至らない。
- ・ 成果を測る指標 (KPI) の設定が難しい。

V. 訪問調査の講評において訪問大学が特に評価した取り組み

A. 【DX 推進の土台を築くための組織・体制作り、文化の醸成】

1. トップダウンでの明確な方針と概念実証 (PoC⁴) 活動の推進

- ・ 病院長自らが「人件費高騰と人員不足への対応」という明確な目的を設定し、組織を牽引。また、事務系職員を中心に小規模な PoC から始めることで、現場の納得感を得ながら DX を進める文化を醸成。

2. 横断的な DX 推進体制の構築と人材育成

- ・ 公募メンバーを含む DX 推進室や、診療科・部門横断の委員会を設置し、全院的な課題解決に取り組む。IT 資格取得の推奨や各部門への DX リーダーの配置など、人材育成にも注力。

3. スモールスタートを許容するチャレンジ文化の醸成

- ・ 「まずは試してみて、問題があれば修正する」という方針により、現場からの提案をスピーディに実装。失敗を恐れずに挑戦できる文化が、新たなアイデアの創出につながる。

4. 地道な PoC 活動と現場主体の導入

- ・ DX 推進プロジェクトを立ち上げ、まずは概念実証 (PoC) から着手。利用部門が主体的

⁴ Proof of Concept: 新しい技術やアイデアなどが実現可能か、実際の効果などを、本格的な開発、導入の前に、小規模に検証するプロセスのこと

に RPA の実証や音声入力を進め、現場のニーズに即した実効性の高い DX を推進している。

B. 【業務の効率化、職員の負担軽減、働き方改革の推進】

5. RPA の組織的な活用と持続可能な運用体制

- RPA 推進チームを組織し、コアメンバー育成と技術支援体制を構築。RPA 導入による削減時間の定量評価を行うことで、費用対効果の明確化や職員の受容性向上に寄与。

6. 音声認識によるカルテ・看護記録入力の効率化

- 医師・看護師の記録作成業務に音声入力を導入し、業務負担を軽減。特に定型文書が多い業務で効果を発揮し、働き方改革に貢献。

7. RFID 技術による検体照合の自動化

- 採血管や採尿カップに RFID ラベルを貼付し、複数検体の一括・瞬時照合を実現。バーコードの単体読み取りから脱却し、正確性向上と職員の負担軽減を両立。

8. AED リモート監視システムの導入

- 院内に多数設置された AED の状態(パッド寿命、電源等)を LTE 回線で集中管理。現地へ赴く巡回点検業務が大幅に減少。

C. 【医療の質・安全の向上、患者サービスの推進】

9. HBV 再活性化予防アラートシステムの精緻な実装

- 各種ガイドラインを精査し、現場の医師と協力してアラート条件を丁寧にカスタマイズ。不要なアラートを抑制しつつ、必要な警告を確実に出すシステムの構築。

10. 電子同意書の効率的な運用モデル

- ペンタブレットをクラークセンターに集約配置し、患者が一括署名する運用を構築。コストを抑制しつつ、医師とクラークの業務を効率化。

11. 患者向け説明動画作成ツールによるインフォームド・コンセント支援

- AI を活用した患者説明動画を作成。修正が容易で、時間や場所を選ばずに家族とも情報共有できるため、患者の理解度向上と医師の負担軽減を両立。

12. 患者向けアプリによるサービス向上と業務効率化

- 患者自身のスマートフォンを活用した病院アプリを導入。会計後払いや情報提供を通じて患者サービスを向上させると同時に、医事課業務の効率化にもつなげている。

D. 【将来の発展を見据えた情報、データ活用基盤の整備】

13. クローズド環境でのクラウド AI 基盤の構築

- AWS (Amazon Web Services) をクローズドなネットワーク内で活用し、セキュリティを担保しながら AI を実装。

14. 厳格な 3 段階のセキュリティ審議プロセス

- 外部クラウドサービス利用時に、匿名化手法、セキュリティリスク、個人情報の扱いなどを学内の各委員会で 3 段階にわたり審議。DX 推進と情報ガバナンスを両立させるための具体的なフレームワークとして有用。

15. 内製での LLM・RAG 構築への挑戦

- 医療情報部が独自に LLM(大規模言語モデル)や RAG(検索拡張生成)を構築。外部サービスに依存せず、自院のニーズに合わせた AI 開発を意欲的に行う。

16. 情報システム届出制度によるガバナンス強化

- 各診療科がシステムを導入する前に医療情報部へ届け出る制度を構築。セキュリティ等の問題を未然に防ぎ、病院全体の IT ガバナンスを担保する取り組み。

E. 【病院の壁を越えた地域医療連携、遠隔カルテ参照機能の整備】

17. 県全体の医療 DX ネットワーク構築プロジェクト

- 県全体の医療ネットワーク化を主導。PHR 活用や医療情報連携基盤の構築、医療人材の育成に取り組む。

18. RPA を活用した地域医療連携の自動化

- 地域の医療ネットワークにおける診療情報提供書や画像データの送受信を RPA で自動化。平時だけでなく災害時の情報共有にも貢献し、通信費用の大幅削減も実現。

19. 院外からのカルテ参照体制の整備

- 多要素認証などでセキュリティを確保し、医師が自宅から電子カルテを参照・利用できる体制をいち早く構築。

VI. 考察、およびまとめ

本調査結果から、各病院の DX は、画像診断や文書作成などの特定領域において既に一定の成果を収めていることが明らかになった。しかし、さらに幅広い業務での DX 推進には、専門人材の確保、導入・維持のためのコスト、セキュリティーポリシーの整備、導入に伴う現場の運用の大幅な変更などがハードルとなっている現状も明らかになった。今後は、DX を統括する専門部署の設置や組織全体の戦略策定、および IT 人材の育成・確保が不可欠と思われる。また、単にシステムを導入するだけでなく、データ活用を通じて業務そのものを変革する「本来の DX」へと到達するためには、現場のワークフローに即したルールの整備と、DX を医療の質の向上に繋げる職場文化を醸成し、職員の意識改革を並行して進める必要もあると考えられる。また、病院経営の持続可能性を高めるためには、診療報酬での評価を含めた公的な支援や、費用対効果を可視化する指標の策定も、今後の重要な検討事項となるものと思われた。

資料

- ・ 令和 7 年度 医療安全・質向上のための相互チェック実施要項
- ・ 令和 7 年度 医療安全・質向上のための相互チェック実施概要
- ・ 令和 7 年度 重点項目調査シート（事前調査及び訪問調査兼用）
- ・ 医療安全・質向上のための相互チェック実施に伴う重点項目の
評価方法と基準の作成等に係るワーキンググループ 委員名簿

令和7年度 医療安全・質向上のための相互チェック実施要項

国立大学病院長会議常置委員会

診療担当（医療安全管理）校（大阪大学）

1. 目的

国立大学附属病院の医療の安全と質の向上を図り、安全管理体制確立の一助となることを目的に医療安全・質向上のための相互チェックを自律的に実施する。

2. 区分

医療安全・質向上のための相互チェックは、「自己チェック」と「訪問調査によるチェック」に区分して実施する。

3. 実施方法

(1) 自己チェック

各大学病院は「自己チェックシート」を作成し、事前に訪問大学病院に送付する。

(2) 訪問調査によるチェック

①地区の枠を越え、全国規模での組み合わせにより1機関対1機関で調査を実施する。

②組み合わせについては、過去の組み合わせと重複しないように考慮する。

③メンバー構成は、実務的チェックを行うことから、当該領域の専門家のほか、医療安全管理者（GRM）等を中心とした必要人数で行うこととする。

④訪問大学病院は、実地調査を行う。

⑤派遣人数・日程等は必要最小限で実施することとし、必要経費についても適正化を図ることとする。

(3)本年度は、「特定機能病院間相互のピアレビュー」を実施することから、当該ピアレビューの訪問調査と同日に相互チェックの実地訪問調査を行う。

4. 重点項目

令和7年度の重点項目は、『「働き方改革」変革期の安全対策～テクノロジーの活用と権限移譲～』とする。

5. 関係書類の提出

(1) 自己チェックの結果

各大学病院は、自己チェックの結果を訪問大学病院へ提出する。

(2) 訪問調査の結果

訪問大学病院は、訪問調査の結果を被訪問大学病院及び国立大学病院長会議常置委員会診療担当（医療安全管理）校（以下「診療担当（医療安全管理）校」という。）へ提出する。

6. 日程

- (1) 診療担当（医療安全管理）校は、医療安全・質向上のための相互チェックの実施について、令和7年6月下旬頃に実施要項及び組み合わせ等を各大学病院へ通知し、令和7年7月末に、実施概要及び調査票等を各大学病院へ通知し、実施を依頼する。
- (2) 各大学病院は、自己チェックの結果を訪問調査までに、遅くとも令和7年9月末頃までには訪問大学病院に提出する。なお、令和7年9月末頃までに訪問調査を実施する場合、訪問調査日前に訪問大学病院へ提出する。
- (3) 訪問調査は、令和7年9月頃から11月下旬頃までに実施する。
- (4) 訪問大学病院は、訪問調査の結果を令和7年12月5日（金）頃までに被訪問大学病院及び診療担当（医療安全管理）校に提出する。
- (5) 診療担当（医療安全管理）校は、令和8年6月頃、調査結果を報告書としてとりまとめ、令和8年度の国立大学病院長会議総会で報告する。

令和7年度 医療安全・質向上のための相互チェック

重点項目『働き方改革』変革期の安全対策～テクノロジーの活用と権限移譲～』

実施概要

国立大学病院長会議常置委員会
診療担当(医療安全管理)校(大阪大学)

1. テーマ設定の背景と目的

- ・今回の「医療安全・質向上のための相互チェック」では、『働き方改革』変革期の安全対策～テクノロジーの活用と権限移譲～』を重点項目に設定し、各大学病院における体制整備の現状や課題を調査します。
- ・本相互チェックでは、令和6年4月から施行された「医師の働き方改革」が医療の質・安全に及ぼす脅威やリスクを洗い出すこと、また、各大学で既に着手されている先駆的な取り組みを全国で共有することにより、先行的な安全マネジメントにつなげることを目的として、令和5年度から関連する調査を実施しています。
- ・これまでの調査結果から、医師の働き方改革に伴いタスク・シフト/シェアが各職種で進められていることが明らかになりました。同時に、タスクを受ける側の業務負担増大、医師との情報共有やコミュニケーション不足、依存と責任の問題、人材確保・育成等の課題も存在することが指摘されています。
- ・特に、増大する確認業務への対策として、業務フローの見直し（標準化や重複手順の削除等）が進められていますが、これには一定の限界があります。さらに業務を効率化するとともに、安全性を確保するためには、機械化・自動化等のテクノロジーの導入や、デジタル技術を活用したDXへの取り組みが望まれます。
- ・また、タスク・シフト/シェアを円滑に進めるためには権限移譲が必要ですが、その方法や範囲は施設毎に様々です。
- ・そこで、今回の相互チェックでは、特に複雑で何重もの確認作業を要する、「病理検体採取から診断までのプロセスにおけるテクノロジー導入状況」、「プロトコル策定により、医師からの権限移譲を円滑化しているPBPMの運用状況」、「様々な場面でのDXの取り組み」を調査し、全国で情報共有を行います。
- ・なお、「医療安全・質向上のための相互チェック」は、大学間の優劣比較を目的とするものではありません。従って、現状把握・情報共有に資する観点から、率直な情報提供をお願いします。

2. 全体の構成

- ・相互チェックは、各大学による「自己チェックシート」への回答と、同シートに関する訪問調査での実地確認、ヒアリング、全体討議、講評で構成されます。

3. 調査項目

- ・ 主な調査項目は表 1 に示すとおりです。
- ・ 調査シートの提出期日等は、別添資料 3「実施スケジュール図」を参照してください。

表 1 調査項目の概要

【病理検体採取から病理診断までのプロセスにおける、検体取り違い・混入・紛失の防止を目的としたテクノロジーの導入状況】

I	検体採取から病理検査提出まで
II	病理部受付から病理診断報告書作成まで
III	病理診断体制
IV	病理検体取り違いに対する医療安全対策

【タスクシフト・シェアにおける PBPM の実態】

I	PBPM の導入状況
II	PBPM の各論
III	権限と責任の範囲
IV	運用の実状と障壁
V	薬剤師の教育・研修
VI	PBPM 業務を効率的に行うために行った工夫

【当院で取り組んでいる DX】

I	AI の活用状況について
II	プライベート生成 AI の整備・導入状況
III	RPA の活用状況
IV	DX の取り組み事例・DX 推進に伴う課題

4. 訪問調査への参加メンバー

- ・訪問大学、被訪問大学のメンバーは、表2を参考に決定してください。

表2 訪問調査メンバーの概要

	メンバー	訪問 大学	被訪問 大学
A	病院全体の医療安全の業務に関与している医療職、及び事務職員	◎	◎
B	プロトコルに基づく薬物治療管理（PBPM）の導入、運用、評価等を所掌している部門の薬剤師等	◎	◎
C	内視鏡部門における病理検体採取から、病理部門における病理診断までのプロセスの安全管理について把握している医師、看護師、技師等	○	◎
D	病院情報システム（電子カルテ）の運用管理を所掌する部門の医療職、事務職員等	○	◎
E	被訪問大学で取り組んでいるDXについて意見交換できる医療職、事務職員等 (提示事例は、訪問・被訪問大学間で調整すること。一般業務（事務部門）、診療業務のいずれでも可とする。)	○	◎
F	その他、今回の重点項目に関連する取り組みの調査に必要な者	△	△

(◎必ず参加、○参加が望ましい、△必要時には参加)

※各教職員の専門性により、複数の領域を兼任しても差し支えない

5. 被訪問大学（訪問を受ける大学）が実施すること

- 1) 【訪問前】「自己チェックシート」の提出（訪問大学へ）
 - ・各調査票の内容を参考に、院内の診療体制、電子カルテシステム等をよく理解している職員が中心となって、分担、協議の上、病院として一つの回答を提出してください。
- 2) 【訪問前】「事前提出資料」の提出（訪問大学、事務局（大阪大学）へ）
 - ・調査に関連する取り組みがあれば、参考資料として訪問大学へ提出してください。
 - ・事前に、個人情報を削除してください。
 - ・「事前提出資料」の例としては、次のようなものが考えられます。
 - （ア）内視鏡検査での検体採取に関するマニュアル等
 - （イ）アピールしたいテクノロジーに関する資料等
 - （ウ）PBPMに関する取り決め、フローを記した資料等
 - （エ）アピールしたいDXに関する資料等
 - （オ）その他
 - ・報告書に掲載し、全国に共有可能な資料は、事務局（大阪大学）にも提出してください。

6. 訪問大学（訪問する大学）が実施すること

- 1) 【訪問前】被訪問大学から提出された「自己チェックシート」と「事前提出資料」の内容を確認してください。
- 2) 【訪問時】
 - ・調査シートの項目に沿って、現物（電子カルテ、各種資料、機器、資材など）の確認、担当部署、診療科へのヒアリングや視察等を行ってください。具体的な内容、導入までの道のり、運用上の工夫、それらを実現する上での障壁等を実地で確認し、意見交換を行ってください。
 - ・ヒアリングや全体討議の内容のうち、他大学と共有できる先進的な取り組み、克服した課題に関する評価などを、講評で積極的に伝えてください。
- 3) 【訪問後】「訪問調査シート」と「講評等記載用紙」を訪問大学と事務局（大阪大学）へ提出してください。

以上

令和7年度 医療安全・質向上のための相互チェック

重点項目『「働き方改革」変革期の安全対策～テクノロジーの活用と権限移譲～』

【病理検体採取から病理診断までのプロセスにおける、検体取り違い・

混入・紛失の防止を目的としたテクノロジーの導入状況】

(事前調査及び訪問調査兼用)

国立大学病院長会議常置委員会

診療担当(医療安全管理)校(大阪大学)

はじめに

図. 病理検体採取から病理診断までのプロセス (例)



上記図のように、病理検体採取から病理診断に至るまでには多くのプロセスがあり、各プロセスにおいて、検体取り違い・混入・紛失(以下、取り違い)のリスクが存在します。いずれの施設においても多くの確認ステップを経て慎重に処理されていることと思いますが、ヒューマンエラーを防ぎ、より効率的に安全を担保するためにはテクノロジーを活用することも必要です。今回の調査では、取り違い防止を目的とした「テクノロジーによる認証システム(バーコードなどの一次元コード、QRコードなどの二次元コード、ICチップやRFIDタグなどの電子チップ)(以下、テクノロジー)」の導入状況について調査を実施することにしました。どのプロセスで、どのようなテクノロジーが活用されているのか、テクノロジー導入の障壁や課題は何かを抽出することが目的です。

なお、調査項目は、病理検体採取場所でのプロセスと、病理部内での検体処理プロセスとに分かれています。前者については、今回は取り違いのリスクが高く、かつ検体数の多い「外来患者」に対する内視鏡室での消化管内視鏡検査における手順」を調査対象とします。一方、後者については、組織採取場所・手技に関わらず、「病理部に届いた全ての病理検体処理」における現状を回答してください。

I. 検体採取から病理検査提出まで

外来患者に対して内視鏡室で実施される消化管内視鏡による組織検査・処置について回答してください。
また、訪問時には各プロセスに潜在する、患者間違い及び検体取り違いのリスクや、取り違い防止システムの導入状況とその運用等に係る課題等についてディスカッションを行ってください。

1) 内視鏡室へ呼び入れる時の患者確認(図の①—A)

(ア)患者間違い防止のためのテクノロジー導入状況【複数選択可】

- ☐ 1 一次元コード(バーコードなど)
- ☐ 2 二次元コード(QRコードなど)
- ☐ 3 電子チップ(ICチップやRFIDタグなど)
- ☐ 4 その他
- ☐ 5 テクノロジーを導入していない

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

(イ)現状における患者間違いリスクの評価【単一選択】

- ☐ 1 テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい
- ☐ 2 テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない ⇒(ウ)へ
- ☐ 3 テクノロジーを導入できておらず、リスクが十分に小さいとは言えない ⇒(エ)へ
- ☐ 4 目視による確認等でリスクが十分に小さいため、テクノロジーの導入は不要
- ☐ 5 その他

「5 その他」を選択した場合、具体的に記載

(ウ)上記(イ)で「2」と回答した場合【複数選択可】

- ☐ 1 導入済みのテクノロジーよりも有効なテクノロジーが開発されているが、その有効なテクノロジーを導入できていない
- ☐ 2 導入済みの機器が老朽化しているが更新されていない
- ☐ 3 導入済みのテクノロジーでは十分に有効とは言えず、それを補う、あるいは新たなテクノロジーの開発が必要である
- ☐ 4 その他

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

(エ)上記(イ)で「3」と回答した場合【複数選択可】

- ☐ 1 実用化されたテクノロジーがない(開発が望まれる)
- ☐ 2 実用化されたテクノロジーがあるが、資金面などの理由で導入できていない
- ☐ 3 その他

「3 その他」を選択した場合、具体的に記載

2) 検体容器への患者基本情報の付与(図の①—B)

(ア)患者間違い防止のためのテクノロジー導入状況【複数選択可】

- ☐ 1 一次元コード(バーコードなど)
- ☐ 2 二次元コード(QRコードなど)
- ☐ 3 電子チップ(ICチップやRFIDタグなど)
- ☐ 4 その他
- ☐ 5 テクノロジーを導入していない

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

(イ)現状における患者間違いリスクの評価【単一選択】

- ☐ 1 テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい
- ☐ 2 テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない ⇒(ウ)へ
- ☐ 3 テクノロジーを導入できておらず、リスクが十分に小さいとは言えない ⇒(エ)へ
- ☐ 4 目視による確認等でリスクが十分に小さいため、テクノロジーの導入は不要
- ☐ 5 その他

「5 その他」を選択した場合、具体的に記載

(ウ)上記(イ)で「2」と回答した場合【複数選択可】

- ☐ 1 導入済みのテクノロジーよりも有効なテクノロジーが開発されているが、その有効なテクノロジーを導入できていない
- ☐ 2 導入済みの機器が老朽化しているが更新されていない
- ☐ 3 導入済みのテクノロジーでは十分に有効とは言えず、それを補う、あるいは新たなテクノロジーの開発が必要である
- ☐ 4 その他

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

(エ)上記(イ)で「3」と回答した場合【複数選択可】

- ☐ 1 実用化されたテクノロジーがない(開発が望まれる)
- ☐ 2 実用化されたテクノロジーがあるが、資金面などの理由で導入できていない
- ☐ 3 その他

「3 その他」を選択した場合、具体的に記載

3) 内視鏡検査開始時のタイムアウトやブリーフィング【単一選択】

- ☐ 1 全例実施している
- ☐ 2 実施基準があり、それに基づいて一部実施している
- ☐ 3 実施基準はないが、現場判断等で全例実施している
- ☐ 4 実施基準はないが、現場判断等で一部実施している
- ☐ 5 実施していない

「2」を選択した場合、その基準を具体的に記載

4) 検体の詳細情報の付与(図の①—D)

(ア)検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況【複数選択可】

- ☐ 1 一次元コード(バーコードなど)
- ☐ 2 二次元コード(QRコードなど)
- ☐ 3 電子チップ(ICチップやRFIDタグなど)
- ☐ 4 その他
- ☐ 5 テクノロジーを導入していない

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

(イ)現状における検体取り違いリスクの評価【単一選択】

- ☐ 1 テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい
- ☐ 2 テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない ⇒(ウ)へ
- ☐ 3 テクノロジーを導入できておらず、リスクが十分に小さいとは言えない ⇒(エ)へ
- ☐ 4 目視による確認等でリスクが十分に小さいため、テクノロジーの導入は不要
- ☐ 5 その他

「5 その他」を選択した場合、具体的に記載

(ウ)上記(イ)で「2」と回答した場合【複数選択可】

- ☐ 1 導入済みのテクノロジーよりも有効なテクノロジーが開発されているが、その有効なテクノロジーを導入できていない
- ☐ 2 導入済みの機器が老朽化しているが更新されていない
- ☐ 3 導入済みのテクノロジーでは十分に有効とは言えず、それを補う、あるいは新たなテクノロジーの開発が必要である
- ☐ 4 その他

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

(エ)上記(イ)で「3」と回答した場合【複数選択可】

- ☐ 1 実用化されたテクノロジーがない(開発が望まれる)
- ☐ 2 実用化されたテクノロジーがあるが、資金面などの理由で導入できていない
- ☐ 3 その他

「3 その他」を選択した場合、具体的に記載

Ⅱ. 病理部受付から病理診断報告書作成まで

病理部内の検体処理手順について回答してください。内視鏡室からの検体に限らず、すべての部署からの病理検体について回答してください。また、訪問時には各プロセスにおいて、潜在する検体取り違いリスクや、取り違い防止システム導入とその運用に係る課題等についてディスカッションを行ってください。

1) 検体受付時の検体確認(図の②—G)

(ア)検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況【複数選択可】

- ☐ 1 一次元コード(バーコードなど)
- ☐ 2 二次元コード(QRコードなど)
- ☐ 3 電子チップ(ICチップやRFIDタグなど)
- ☐ 4 その他
- ☐ 5 テクノロジーを導入していない

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

(イ)現状における検体取り違いリスクの評価【単一選択】

- ☐ 1 テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい
- ☐ 2 テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない ⇒(ウ)へ
- ☐ 3 テクノロジーを導入できておらず、リスクが十分に小さいとは言えない ⇒(エ)へ
- ☐ 4 目視による確認等でリスクが十分に小さいため、テクノロジーの導入は不要
- ☐ 5 その他

「5 その他」を選択した場合、具体的に記載

(ウ)上記(イ)で「2」と回答した場合【複数選択可】

- ☐ 1 導入済みのテクノロジーよりも有効なテクノロジーが開発されているが、その有効なテクノロジーを導入できていない
- ☐ 2 導入済みの機器が老朽化しているが更新されていない
- ☐ 3 導入済みのテクノロジーでは十分に有効とは言えず、それを補う、あるいは新たなテクノロジーの開発が必要である
- ☐ 4 その他

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

(エ)上記(イ)で「3」と回答した場合【複数選択可】

- ☐ 1 実用化されたテクノロジーがない(開発が望まれる)
- ☐ 2 実用化されたテクノロジーがあるが、資金面などの理由で導入できていない
- ☐ 3 その他

「3 その他」を選択した場合、具体的に記載

(オ)検体容器に付与されている情報が、汚染等で判別困難な時の対処法【単一選択】

- ☐ 1 規定がある
- ☐ 2 規定がない(現在作成中を含む)

2) 病理部に届いた組織検体に対する病理番号の発番(図の②—H)

(ア)検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況【複数選択可】

- ☐ 1 一次元コード(バーコードなど)
- ☐ 2 二次元コード(QRコードなど)
- ☐ 3 電子チップ(ICチップやRFIDタグなど)
- ☐ 4 その他
- ☐ 5 テクノロジーを導入していない

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

(イ)現状における検体取り違いリスクの評価【単一選択】

- ☐ 1 テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい
- ☐ 2 テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない ⇒(ウ)へ
- ☐ 3 テクノロジーを導入できておらず、リスクが十分に小さいとは言えない ⇒(エ)へ
- ☐ 4 目視による確認等でリスクが十分に小さいため、テクノロジーの導入は不要
- ☐ 5 その他

「5 その他」を選択した場合、具体的に記載

(ウ)上記(イ)で「2」と回答した場合【複数選択可】

- ☐ 1 導入済みのテクノロジーよりも有効なテクノロジーが開発されているが、その有効なテクノロジーを導入できていない
- ☐ 2 導入済みの機器が老朽化しているが更新されていない
- ☐ 3 導入済みのテクノロジーでは十分に有効とは言えず、それを補う、あるいは新たなテクノロジーの開発が必要である
- ☐ 4 その他

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

(エ)上記(イ)で「3」と回答した場合【複数選択可】

- ☐ 1 実用化されたテクノロジーがない(開発が望まれる)
- ☐ 2 実用化されたテクノロジーがあるが、資金面などの理由で導入できていない
- ☐ 3 その他

「3 その他」を選択した場合、具体的に記載

3) 包埋カセット等の検体処理準備(図の②-I)

(ア)検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況【複数選択可】

- ☐ 1 一次元コード(バーコードなど)
- ☐ 2 二次元コード(QRコードなど)
- ☐ 3 電子チップ(ICチップやRFIDタグなど)
- ☐ 4 その他
- ☐ 5 テクノロジーを導入していない

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

(イ)現状における検体取り違いリスクの評価【単一選択】

- ☐ 1 テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい
- ☐ 2 テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない ⇒(ウ)へ
- ☐ 3 テクノロジーを導入できておらず、リスクが十分に小さいとは言えない ⇒(エ)へ
- ☐ 4 目視による確認等でリスクが十分に小さいため、テクノロジーの導入は不要
- ☐ 5 その他

「5 その他」を選択した場合、具体的に記載

(ウ)上記(イ)で「2」と回答した場合【複数選択可】

- ☐ 1 導入済みのテクノロジーよりも有効なテクノロジーが開発されているが、その有効なテクノロジーを導入できていない
- ☐ 2 導入済みの機器が老朽化しているが更新されていない
- ☐ 3 導入済みのテクノロジーでは十分に有効とは言えず、それを補う、あるいは新たなテクノロジーの開発が必要である
- ☐ 4 その他

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

(エ)上記(イ)で「3」と回答した場合【複数選択可】

- ☐ 1 実用化されたテクノロジーがない(開発が望まれる)
- ☐ 2 実用化されたテクノロジーがあるが、資金面などの理由で導入できていない
- ☐ 3 その他

「3 その他」を選択した場合、具体的に記載

4) 写真撮影や切り出し等の検体処理(図の③—J)

(ア)検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況【複数選択可】

- ☐ 1 一次元コード(バーコードなど)
- ☐ 2 二次元コード(QRコードなど)
- ☐ 3 電子チップ(ICチップやRFIDタグなど)
- ☐ 4 その他
- ☐ 5 テクノロジーを導入していない

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

(イ)現状における検体取り違いリスクの評価【単一選択】

- ☐ 1 テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい
- ☐ 2 テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない ⇒(ウ)へ
- ☐ 3 テクノロジーを導入できておらず、リスクが十分に小さいとは言えない ⇒(エ)へ
- ☐ 4 目視による確認等でリスクが十分に小さいため、テクノロジーの導入は不要
- ☐ 5 その他

「5 その他」を選択した場合、具体的に記載

(ウ)上記(イ)で「2」と回答した場合【複数選択可】

- ☐ 1 導入済みのテクノロジーよりも有効なテクノロジーが開発されているが、その有効なテクノロジーを導入できていない
- ☐ 2 導入済みの機器が老朽化しているが更新されていない
- ☐ 3 導入済みのテクノロジーでは十分に有効とは言えず、それを補う、あるいは新たなテクノロジーの開発が必要である
- ☐ 4 その他

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

(エ)上記(イ)で「3」と回答した場合【複数選択可】

- ☐ 1 実用化されたテクノロジーがない(開発が望まれる)
- ☐ 2 実用化されたテクノロジーがあるが、資金面などの理由で導入できていない
- ☐ 3 その他

「3 その他」を選択した場合、具体的に記載

5) 包埋・薄切・染色等のスライドガラス作成に係る作業工程(図の③—K～N)

(ア)検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況【複数選択可】

- ☐ 1 一次元コード(バーコードなど)
- ☐ 2 二次元コード(QRコードなど)
- ☐ 3 電子チップ(ICチップやRFIDタグなど)
- ☐ 4 その他
- ☐ 5 テクノロジーを導入していない

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

(イ)現状における検体取り違いリスクの評価【単一選択】

- ☐ 1 テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい
- ☐ 2 テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない ⇒(ウ)へ
- ☐ 3 テクノロジーを導入できておらず、リスクが十分に小さいとは言えない ⇒(エ)へ
- ☐ 4 目視による確認等でリスクが十分に小さいため、テクノロジーの導入は不要
- ☐ 5 その他

「5 その他」を選択した場合、具体的に記載

(ウ)上記(イ)で「2」と回答した場合【複数選択可】

- ☐ 1 導入済みのテクノロジーよりも有効なテクノロジーが開発されているが、その有効なテクノロジーを導入できていない
- ☐ 2 導入済みの機器が老朽化しているが更新されていない
- ☐ 3 導入済みのテクノロジーでは十分に有効とは言えず、それを補う、あるいは新たなテクノロジーの開発が必要である
- ☐ 4 その他

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

(エ)上記(イ)で「3」と回答した場合【複数選択可】

- ☐ 1 実用化されたテクノロジーがない(開発が望まれる)
- ☐ 2 実用化されたテクノロジーがあるが、資金面などの理由で導入できていない
- ☐ 3 その他

「3 その他」を選択した場合、具体的に記載

6) 病理医による診断と病理診断報告書の作成(図の④—①)

(ア)検体取り違い防止のためのテクノロジー導入状況【複数選択可】

- ☐ 1 一次元コード(バーコードなど)
- ☐ 2 二次元コード(QRコードなど)
- ☐ 3 電子チップ(ICチップやRFIDタグなど)
- ☐ 4 その他
- ☐ 5 テクノロジーを導入していない

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

(イ)現状における検体取り違いリスクの評価【単一選択】

- ☐ 1 テクノロジーを導入しており、リスクが十分に小さい
- ☐ 2 テクノロジーを導入しているが不十分であり、リスクが十分に小さいとは言えない ⇒(ウ)へ
- ☐ 3 テクノロジーを導入できておらず、リスクが十分に小さいとは言えない ⇒(エ)へ
- ☐ 4 目視による確認等でリスクが十分に小さいため、テクノロジーの導入は不要
- ☐ 5 その他

「5 その他」を選択した場合、具体的に記載

(ウ)上記(イ)で「2」と回答した場合【複数選択可】

- ☐ 1 導入済みのテクノロジーよりも有効なテクノロジーが開発されているが、その有効なテクノロジーを導入できていない
- ☐ 2 導入済みの機器が老朽化しているが更新されていない
- ☐ 3 導入済みのテクノロジーでは十分に有効とは言えず、それを補う、あるいは新たなテクノロジーの開発が必要である
- ☐ 4 その他

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

(エ)上記(イ)で「3」と回答した場合【複数選択可】

- ☐ 1 実用化されたテクノロジーがない(開発が望まれる)
- ☐ 2 実用化されたテクノロジーがあるが、資金面などの理由で導入できていない
- ☐ 3 その他

「3 その他」を選択した場合、具体的に記載

Ⅲ. 病理診断体制

1) 令和6年度の病理診断件数

(ア)全症例(院内及び院外からの依頼の合計)

1 細胞診断		件
2 生検組織診断		件
3 手術で摘出された臓器・組織の診断		件
4 手術中の迅速診断		件
5 病理解剖		件

(イ)上記(ア)のうち、院外からの依頼

1 細胞診断		件
2 生検組織診断		件
3 手術で摘出された臓器・組織の診断		件
4 手術中の迅速診断		件
5 病理解剖		件

2) 令和7年年4月1日現在の病理部職員数

1 病理医(全医師)		名
2 上記「1」のうち、病理専門医		名
3 臨床検査技師		名
4 上記「3」のうち、認定病理検査技師		名
5 上記「3」のうち、細胞検査士		名
6 事務職員		名

3) 病理診断以外の病理部の業務などがあれば記載

(記述例:「がんゲノム医療におけるパネル検査のための標本準備」「研究のための試料作製」等)

Ⅳ. 病理検体取り違えに対する医療安全対策

これまでに院内外で発生した**病理検体取り違えに関する**インシデント等を基に、貴院で推進された医療安全対策があれば、訪問時に紹介してください。

以上

令和7年度 医療安全・質向上のための相互チェック

重点項目『「働き方改革」変革期の安全対策～テクノロジーの活用と権限移譲～』

【タスクシフト・シェアにおけるPBPMの実態】

（事前調査及び訪問調査兼用）

国立大学病院長会議常置委員会

診療担当（医療安全管理）校（大阪大学）

基本的考え方

近年、個々の患者に最適で安心かつ安全な医療を提供するため、チーム医療の一員としてより踏み込んだ薬剤師の専門性の発揮が求められ、医療現場での実践が広まっている。このような状況下、平成 22 年、日本の関係法令に照らして医師以外の医療スタッフが実施可能な業務内容が整理された、厚生労働省医政局長通知（医政発0430第1号）（以下、医政局通知）が発出された。この医政局通知は、『医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について』というタイトルで、薬剤師を積極的に活用することが可能な業務の一つとして、「薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコルに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること」を奨励している。

プロトコルに基づく薬物治療管理（Protocol Based Pharmacotherapy Management: 以下、PBPM）とは、医師・薬剤師等が事前に作成・合意したプロトコルに基づき、薬剤師が薬学的知識・技能の活用により、医師等と協働して薬物治療を遂行することである。PBPM の実践は、医師等の業務負担軽減や効率化に寄与するだけでなく、薬剤師の専門性の発揮によって薬物治療の質の向上や安全性の確保につながり、今後のチーム医療の発展に大きく貢献するものと期待される。

これを踏まえて、今年度の相互チェックでは、PBPMをテーマとし、PBPMの積極的な取り組みの共有と、その障壁、課題について検討するために調査を実施します。

I . PBPMの導入状況

PBPMの実施について【単一選択】

- ☐ 1 実施していない(→終了)
☐ 2 実施している(→設問:「II.PBPMの各論」へ)

「1」を選択した場合、その理由や背景を記載

II . PBPMの各論

PBPMの実施状況、PBPM実施に伴う効果について

1) 処方監査と入力支援(負担の軽減)【単一選択】

①持参薬オーダーの代行入力

(ア)実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
☐ 3 実施していない

以下(イ)(ウ)は、上記(ア)で「1」又は「2」と回答した場合

(イ)医師の(薬剤業務)負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

(ウ)薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

②持参薬から院内採用薬への切り替えオーダーの代行入力

(ア)実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
☐ 3 実施していない

以下(イ)(ウ)は、上記(ア)で「1」又は「2」と回答した場合

(イ)医師の(薬剤業務)負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

(ウ)薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

③院内処方における問い合わせの簡素化

(ア)プロトコルに含まれる内容を選択【複数選択可】

- ☐ 1 規格の変更
☐ 2 先発後発の変更
☐ 3 剤形の変更
☐ 4 日数の変更
☐ 5 投与量の変更
☐ 6 コメントの変更
☐ 7 その他 (具体的に:)

(イ)実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
☐ 3 実施していない

以下(ウ)(エ)は、上記(イ)で「1」又は「2」と回答した場合

(ウ)医師の(薬剤業務)負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

(エ)薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

④レジメン処方における問い合わせの簡素化

(ア)プロトコルに含まれる内容を選択【複数選択可】

- ☐ 1 抗がん薬の投与量の変更
☐ 2 抗がん薬以外の投与量の変更
☐ 3 抗がん薬の投与速度の変更
☐ 4 抗がん薬の投与経路の変更
☐ 5 その他 (具体的に:)

(イ)実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
☐ 3 実施していない

以下(ウ)(エ)は、上記(イ)で「1」又は「2」と回答した場合

(ウ)医師の(薬剤業務)負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

(エ)薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

⑤継続レジメン処方オーダーの代行入力

(ア)実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
☐ 3 実施していない

以下(イ)(ウ)は、上記(ア)で「1」又は「2」と回答した場合

(イ)医師の(薬剤業務)負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

(ウ)薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

⑥化学療法における支持療法薬やフラッシュなどの追加オーダーの代行入力

(ア)実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
☐ 3 実施していない

以下(イ)(ウ)は、上記(ア)で「1」又は「2」と回答した場合

(イ)医師の(薬剤業務)負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

(ウ)薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

⑦定期処方のDo処方オーダーの代行入力

(ア)実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
☐ 3 実施していない

以下(イ)(ウ)は、上記(ア)で「1」又は「2」と回答した場合

(イ)医師の(薬剤業務)負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

(ウ)薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

⑧ 頓用処方（発熱時、不眠時等）における定数配置薬使用後の薬剤師による代行入力

（ア）実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
- ☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
- ☐ 3 実施していない

以下（イ）（ウ）は、上記（ア）で「1」又は「2」と回答した場合

（イ）医師の（薬剤業務）負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし
- ☐ 2 効果あり
- ☐ 3 効果大

（ウ）薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし
- ☐ 2 効果あり
- ☐ 3 効果大

2) 検査オーダーと投与量の適正化【単一選択】

⑨ レジメン 監査に必要な検査オーダーの代行入力

（ア）実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
- ☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
- ☐ 3 実施していない

以下（イ）（ウ）は、上記（ア）で「1」又は「2」と回答した場合

（イ）医師の（薬剤業務）負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし
- ☐ 2 効果あり
- ☐ 3 効果大

（ウ）薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし
- ☐ 2 効果あり
- ☐ 3 効果大

⑩ 抗菌薬 TDM の検査オーダーの代行入力

（ア）実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
- ☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
- ☐ 3 実施していない

以下（イ）（ウ）は、上記（ア）で「1」又は「2」と回答した場合

（イ）医師の（薬剤業務）負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし
- ☐ 2 効果あり
- ☐ 3 効果大

（ウ）薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし
- ☐ 2 効果あり
- ☐ 3 効果大

⑪HBVスクリーニング検査オーダーの代行入力

(ア)実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
☐ 3 実施していない

以下(イ)(ウ)は、上記(ア)で「1」又は「2」と回答した場合

(イ)医師の(薬剤業務)負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

(ウ)薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

⑫ワルファリン投与患者のPT-INR検査オーダーの代行入力

(ア)実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
☐ 3 実施していない

以下(イ)(ウ)は、上記(ア)で「1」又は「2」と回答した場合

(イ)医師の(薬剤業務)負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

(ウ)薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

⑬ワルファリン投与量調整時の指示又はオーダーの代行入力

(ア)実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
☐ 3 実施していない

以下(イ)(ウ)は、上記(ア)で「1」又は「2」と回答した場合

(イ)医師の(薬剤業務)負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

(ウ)薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

3) 周術期の薬剤管理【単一選択】

⑭術前休止薬及び休止期間に関する患者への説明と指示出し

(ア)実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
- ☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
- ☐ 3 実施していない

以下(イ)(ウ)は、上記(ア)で「1」又は「2」と回答した場合

(イ)医師の(薬剤業務)負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし
- ☐ 2 効果あり
- ☐ 3 効果大

(ウ)薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし
- ☐ 2 効果あり
- ☐ 3 効果大

⑮休止薬再開の確認

(ア)実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
- ☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
- ☐ 3 実施していない

以下(イ)(ウ)は、上記(ア)で「1」又は「2」と回答した場合

(イ)医師の(薬剤業務)負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし
- ☐ 2 効果あり
- ☐ 3 効果大

(ウ)薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし
- ☐ 2 効果あり
- ☐ 3 効果大

4) 薬剤師の専門性の活用【単一選択】

⑯抗菌薬適正使用のための薬剤師による抗菌薬投与量設計支援

(ア)実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
- ☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
- ☐ 3 実施していない

以下(イ)(ウ)は、上記(ア)で「1」又は「2」と回答した場合

(イ)医師の(薬剤業務)負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし
- ☐ 2 効果あり
- ☐ 3 効果大

(ウ)薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし
- ☐ 2 効果あり
- ☐ 3 効果大

⑩ HIV患者に対する薬剤選択、服薬計画の立案と外来患者指導

(ア)実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
☐ 3 実施していない

以下(イ)(ウ)は、上記(ア)で「1」又は「2」と回答した場合

(イ)医師の(薬剤業務)負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

(ウ)薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

5) 院外処方箋の問い合わせの簡素化【単一選択】

⑩ 院内対応型(病院内のみの運用で病院薬剤師が薬局からの問い合わせに対応)の実施

(ア)プロトコルに含まれる内容を選択【複数選択可】

- ☐ 1 規格の変更
☐ 2 先発後発の変更
☐ 3 剤形の変更
☐ 4 日数の変更
☐ 5 投与量の変更
☐ 6 コメントの変更
☐ 7 その他 (具体的に:)

(イ)実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
☐ 3 実施していない

以下(ウ)(エ)は、上記(イ)で「1」又は「2」と回答した場合

(ウ)医師の(薬剤業務)負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

(エ)薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

⑭薬局対応型(病院と保険薬局が個別に合意文書を取り交わし、薬局の薬剤師が処方を変更)の実施

(ア)プロトコルに含まれる内容を選択【複数選択可】

- ☐ 1 規格の変更
- ☐ 2 先発後発の変更
- ☐ 3 剤形の変更
- ☐ 4 日数の変更
- ☐ 5 投与量の変更
- ☐ 6 コメントの変更
- ☐ 7 その他 (具体的に:)

(イ)実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
- ☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
- ☐ 3 実施していない

以下(ウ)(エ)は、上記(イ)で「1」又は「2」と回答した場合

(ウ)医師の(薬剤業務)負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし
- ☐ 2 効果あり
- ☐ 3 効果大

(エ)薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし
- ☐ 2 効果あり
- ☐ 3 効果大

⑳地域薬剤師会一括対応型(病院と地域薬剤師会が一括で申し合わせを行い、薬局の薬剤師が処方を変更)の実施

(ア)プロトコルに含まれる内容を選択【複数選択可】

- ☐ 1 規格の変更
☐ 2 先発後発の変更
☐ 3 剤形の変更
☐ 4 日数の変更
☐ 5 投与量の変更
☐ 6 コメントの変更
☐ 7 その他 (具体的に:)

(イ)実施状況

- ☐ 1 全診療科で実施
☐ 2 一部の診療科・部署のみ実施
☐ 3 実施していない

以下(ウ)(エ)は、上記(イ)で「1」又は「2」と回答した場合

(ウ)医師の(薬剤業務)負担軽減・効率化に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

(エ)薬物治療の質の向上・安全性の確保に関する効果

- ☐ 1 効果なし ☐ 2 効果あり ☐ 3 効果大

6)その他

㉑他に実施しているPBPMの有無について【単一選択】

- ☐ 1 あり
☐ 2 なし

「1 あり」を選択した場合、具体例を記載

Ⅲ. 権限と責任の範囲

1) PBPMプロトコルの承認プロセスについて【単一選択】

- ☐ 1 薬剤部と関係診療科・部署との間での合意のみ
- ☐ 2 薬剤部と関係診療科・部署との間での合意の上、院内の関連する委員会/会議・最高決定会議で承認を得る
- ☐ 3 その他

「3 その他」を選択した場合、具体的に記載

2) 上記1)で「2」と回答した場合

①委員会/会議を所管する部署【単一選択】

- ☐ 1 薬剤部門
- ☐ 2 医療安全管理部門
- ☐ 3 その他

「3 その他」を選択した場合、具体的に記載

②その委員会の構成員【複数回答可】

- ☐ 1 病院長
- ☐ 2 医療安全管理責任者
- ☐ 3 医薬品安全管理責任者
- ☐ 4 診療科の医師
- ☐ 5 歯科医師
- ☐ 6 薬剤師
- ☐ 7 看護師
- ☐ 8 臨床検査技師
- ☐ 9 その他

「9 その他」を選択した場合、具体的に記載

3) PBPMには「責任の所在」についての規定があるか【単一選択】

- ☐ 1 全てのプロトコルにおいて規定あり
- ☐ 2 一部のプロトコルのみ規定あり
- ☐ 3 なし

「1」「2」を選択した場合、規定の具体的な例を一つ記載(別添にて画像も可)

4)特定の薬剤師のみが実施できるPBPMがあるか【単一選択】

- ☐ 1 あり
- ☐ 2 なし

「1 あり」を選択した場合、プロトコルの具体例とその理由を記載

5)電子カルテに医師の承認プロセスを支援する機能(薬剤師の仮登録後に医師が本登録を実施する機能、薬剤師が登録した内容を医師が事後承認する機能 等)が実装されているか【単一選択】

- ☐ 1 実装されている
- ☐ 2 実装されていない

6)上記5)で「1」の場合、「ⅡPBPMの各論」のどの項目において、電子カルテの承認プロセスを支援する機能を活用しているか【複数選択可】

Ⅱ-1)処方監査と入力支援

- ☐ 1 持参薬オーダの代行入力
- ☐ 2 持参薬から院内採用薬への切り替えオーダの代行入力
- ☐ 3 院内処方における問い合わせの簡素化
- ☐ 4 レジメン処方における問い合わせの簡素化
- ☐ 5 継続レジメン処方オーダの代行入力
- ☐ 6 化学療法における支持療法薬やフラッシュなどの追加オーダの代行入力
- ☐ 7 定期処方のDo処方オーダの代行入力
- ☐ 8 頓用処方(発熱時、不眠時等)における定数配置薬使用後の薬剤師による代行入力

Ⅱ-2)検査オーダと投与量の適正化

- ☐ 9 レジメン監査に必要な検査オーダの代行入力
- ☐ 10 抗菌薬TDMの検査オーダの代行入力
- ☐ 11 HBVスクリーニング検査オーダの代行入力
- ☐ 12 ワルファリン投与患者のPT-INR検査オーダの代行入力
- ☐ 13 ワルファリン投与量調整時の指示又はオーダの代行入力

Ⅱ-3)周術期の薬剤管理

- ☐ 14 術前休止薬及び休止期間に関する患者への説明と指示出し
- ☐ 15 休止薬再開の確認

Ⅱ-4)薬剤師の専門性の活用

- ☐ 16 抗菌薬適正使用のための薬剤師による抗菌薬投与量設計支援
- ☐ 17 HIV患者に対する薬剤選択、服薬計画の立案と外来患者指導

Ⅱ-5)院外処方箋の問い合わせ簡素化

- ☐ 18 院外処方箋の問い合わせの簡素化や回答の代行

Ⅱ-6)その他

- ☐ 19 その他

IV. 運用の実状と障壁

1)PBPMを実施している中での障壁・課題について【複数選択可】

①PBPMの企画・立案段階

- ☐ 1 PBPMという仕組みが医師に認知されていない
- ☐ 2 PBPMという仕組みが看護師に認知されていない
- ☐ 3 薬剤師のスキル不足
- ☐ 4 プロトコルを作成するための地盤がない
- ☐ 5 マンパワー不足
- ☐ 6 薬剤部管理職と現場薬剤師の意識の乖離
- ☐ 7 病院内でのニーズが低い
- ☐ 8 医師の処方権などへの遠慮
- ☐ 9 医師の承認を得る仕組みがシステム上ない
- ☐ 10 その他

「10 その他」を選択した場合、具体的に記載

②PBPMの運用開始後

- ☐ 1 薬剤師に完全に任せてしまう医師が存在し、責任の所在が曖昧となる
- ☐ 2 患者への説明が不十分となる
- ☐ 3 薬剤師の業務量の増加
- ☐ 4 薬剤師の心理的負担の増加
- ☐ 5 PBPMの解釈や対応に、薬剤師ごとのバラツキがある
- ☐ 6 通常の運用とPBPMの運用が混在することによる現場の混乱
- ☐ 7 システム上の問題
- ☐ 8 その他

「7 システム上の問題」を選択した場合、具体的に記載

「8 その他」を選択した場合、具体的に記載

V. 薬剤師の教育・研修

1)実施しているPBPMに対して教育訓練を実施しているか【単一選択】

- ☐ 1 している
☐ 2 一部実施
☐ 3 していない

「2 一部実施」を選択した場合、その基準及び実施しているPBPM名を記載

2)上記1)で「1」又は「2」を選択の場合【複数選択可】

①教育の実施方法

- ☐ 1 座学
☐ 2 OJT
☐ 3 手順書確認のみ
☐ 4 その他

「4 その他」を選択した場合、具体的に記載

複数選択した場合、その基準を記載

②実施頻度

- ☐ 1 単回
☐ 2 定期
☐ 3 その他

「3 その他」を選択した場合、具体的に記載

複数選択した場合、その基準を記載

③教育研修記録

- ☐ 1 あり
☐ 2 なし
☐ 3 その他

「3 その他」を選択した場合、具体的に記載

複数選択した場合、その基準を記載

VI. PBPM業務を効率的に行うために行なった工夫

PBPMを実施するにあたり業務負担軽減となった工夫について【単一選択】

1) 電子カルテや部門システムの改修

☐ 1 改修した

☐ 2 改修していない

「1 改修した」を選択した場合、具体的に記載

--

2) 新たな機器、システムの導入

☐ 1 導入した

☐ 2 導入していない

「1 導入した」を選択した場合、具体的に記載

--

3) PBPM実施に伴う増員

☐ 1 増員した

☐ 2 増員していない

「1 増員した」を選択した場合

職種		人数	人

4) PBPM実施に伴って行った薬剤部業務の他職種への移管

☐ 1 移管した

☐ 2 移管していない

「1 移管した」を選択した場合、具体的に記載

--

以上

令和7年度 医療安全・質向上のための相互チェック
重点項目『「働き方改革」変革期の安全対策～テクノロジーの活用と権限移譲～』
【当院で取り組んでいる DX】
(事前調査及び訪問調査兼用)

国立大学病院長会議常置委員会
診療担当(医療安全管理)校(大阪大学)

資料

はじめに

本テーマでは、貴院で取り組んでおられるDX(デジタル・トランスフォーメーション)を通じた、医療安全・質の向上、業務効率化、患者サービスの向上などにご回答ください

I. AIの活用状況について

ここでのAI(人工知能)は人間の判断や認識などの知的行動をコンピューターが模倣・支援する技術を指し、ルールベースの単純な自動処理や定型作業の自動化などは含みません
また、生成AIに限らず、AIを活用した幅広いツールを想定しています

1) 一般業務(事務部門)について

下記「①」は事務部門の適切な者が回答、「②」は事務部門の各部署の利用状況を確認の上、回答してください

① 病院としてのAIの活用方針【単一選択】

- ☐ 1 積極的に活用する方針
☐ 2 領域を限定して活用
☐ 3 方針を定めていない
☐ 4 利用を禁止
☐ 5 その他

「5 その他」を選択した場合、具体的に記載

② AIを活用している場合、その利用状況【複数選択可】

- ☐ 1 議事録作成
☐ 2 院内文書作成
☐ 3 レセプト業務
☐ 4 教育・研修
☐ 5 情報検索
☐ 6 その他

「6 その他」を選択した場合、具体的に記載

2)診療業務について

下記「①」は医療情報部を中心に回答、「②」は可能な範囲で各診療科等に利用状況を確認の上、回答してください

①病院としてのAIの活用方針【単一選択】

- ☐ 1 積極的に活用する方針
- ☐ 2 領域を限定して活用
- ☐ 3 方針を定めていない
- ☐ 4 利用を禁止
- ☐ 5 その他

「5 その他」を選択した場合、具体的に記載

②AIを活用している場合、その利用状況【複数選択可】

- ☐ 1 画像診断支援
- ☐ 2 臨床診断支援
- ☐ 3 文書作成
- ☐ 4 教育・研修
- ☐ 5 情報検索
- ☐ 6 その他

「6 その他」を選択した場合、具体的に記載

【訪問調査時確認】 訪問大学側が、訪問調査シートとして提出時に記載ください

上記2)の「②」に回答がある場合、以下について確認し記載

1. AI導入による具体的な効果

2. AIによって得られた結果・情報の診療における位置付け(そのまま使用する、参考に留めるなど)

3. 診療業務にAIを導入した際に検討した課題(情報の精度、情報に対する責任の所在、個人情報保護、セキュリティの観点など)

Ⅱ. プライベート生成AIの整備・導入状況

ここでのプライベート生成AIとは、情報が法人や院内から外に出ることがない閉じた環境で構築・運用する生成AIのことを指します

閉域環境のクラウドを利用した生成AIを含みます

1) プライベート生成AIの整備、導入状況について【単一選択】

☐ 1. 導入あり

☐ 1 大学にて整備

☐ 2 病院にて整備

☐ 3 その他

具体的に記載

☐ 2. 導入なし

☐ 1 整備予定あり

☐ 2 整備予定なし

☐ 3 その他

具体的に記載

☐ 3. その他

「3. その他」を選択した場合、具体的に記載

【訪問調査時確認】 訪問大学側が、訪問調査シートとして提出時に記載ください

上記1)の回答が「1. 導入あり」である場合、I の回答内容も踏まえ、具体的な活用事例があるかを確認し記載

Ⅲ. RPAの活用状況

ここでのRPA(Robotic Process Automation／ロボティック・プロセス・オートメーション)は、ルール化された定型作業を、ソフトウェアのロボットにより自動化するものを指します
特にRPAを用いて、人間の作業を代行・代替する取り組みについて回答してください
なお、AIとRPAを組み合わせにより複雑な非定型作業に活用しているような場合は、上記「Ⅰ. AIの活用状況について」で回答してください

1) 一般業務(事務部門)について

下記「①」は事務部門の適切な者が回答、「②」は事務部門の各部署の利用状況を確認の上、回答してください

①病院としてのRPAの活用方針【単一選択】

- ☐ 1 積極的に活用する方針
- ☐ 2 領域を限定して活用
- ☐ 3 方針を定めていない
- ☐ 4 利用を禁止
- ☐ 5 その他

「5 その他」を選択した場合、具体的に記載

②RPAを活用している場合、その利用状況【複数回答可】

- ☐ 1 メールの作成、送信等
- ☐ 2 リマインドメールの作成等
- ☐ 3 ファイルの変換等(エクセル、PDFへの変換等)
- ☐ 4 会議議事次第等の作成
- ☐ 5 その他

「5 その他」を選択した場合、具体的に記載

2) 診療業務について

下記「①」は医療情報部を中心に回答、「②」は可能な範囲で各診療科等に利用状況を確認の上、回答してください

① 病院としてのRPAの活用方針【単一選択】

- ☐ 1 積極的に活用する方針
- ☐ 2 領域を限定して活用
- ☐ 3 方針を定めていない
- ☐ 4 利用を禁止
- ☐ 5 その他

「5 その他」を選択した場合、具体的に記載

--

② 診療業務にRPAを活用している場合、事例を具体的に記載

--

【訪問調査時確認】 訪問大学側が、訪問調査シートとして提出時に記載ください

上記2)の「②」に回答がある場合、RPA導入により具体的な効果について確認し記載

--

IV. DXの取り組み事例・DX推進に伴う課題

1) 貴院で取り組んでいるDX事例について、製品名等具体的に記載

※取り組み事例については、訪問調査時に紹介してください

2) DX推進に伴う課題について、具体的に記載

(記述例:「生成AIの利用ルールの整備」等)

以上

**医療安全・質向上のための相互チェック実施に伴う重点項目の評価方法と
基準の作成等に係るワーキンググループ 委員名簿**

（令和8年6月）

	氏名	病院名	職名
医師・歯科医師			
1	滝沢 牧子	千葉大学医学部附属病院	病院長補佐、医療安全管理部部長、教授
2	山本 知孝	東京大学医学部附属病院	病院長補佐、医療評価・安全部 病院教授、医療安全対策センター長
3	工藤 篤	東京科学大学病院	病院長補佐、医療安全管理部部長、教授
4	菊地 龍明	横浜市立大学附属病院	医療安全管理部部長、診療教授
5	伊藤 英樹	広島大学病院	医療安全管理部部長、教授
6	綾部 貴典	宮崎大学医学部附属病院	病院長補佐、医療安全管理部部長、教授
7	中村 猛	京都府立医科大学附属病院	医療の質・安全推進部部長
8	谷口 雄司	鳥取大学医学部附属病院	医療安全管理部部長、教授
9	田畑 雅央	東北大学病院	医療安全推進室長、特命教授
10	岡田 佳築	大阪大学医学部附属病院	医療情報部副部長、准教授
11	中島 和江	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部部長、教授
12	佐藤 仁	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 特任准教授（常勤）
13	北村 温美	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部副部長、特任准教授（常勤）
14	徳平 夏子 ^{*2}	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 特任講師（常勤）
15	大石 裕子 ^{*3}	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 特任助教（常勤）
16	中井 慈人 ^{*2}	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 助教
17	向井 洋介 ^{*1}	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 助教
18	三代 雅明 ^{*3}	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 助教
看護師			
19	小野 和代	東京科学大学病院	看護部 副看護部長
20	坂井 佳恵 ^{*2}	京都府立医科大学附属病院	医療安全推進部 安全推進責任者、看護師長
21	井上 真紀 ^{*3}	京都府立医科大学附属病院	医療の質・安全推進部 看護師長
22	新開 裕幸	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部副部長、看護師長
23	上間 あおい	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部副部長 技術専門職員
24	勇 佳菜江	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 副看護部長
薬剤師			
25	川上 純一	浜松医科大学医学部附属病院	薬剤部長、教授
26	徳和目 篤史	大阪公立大学医学部附属病院	医療の質・安全管理部 保健副主幹
27	横山 威一郎	千葉大学医学部附属病院	薬剤部 薬剤主任
28	池見 泰明	京都大学医学部附属病院	薬剤部 副薬剤部長
29	新谷 拓也	大阪大学医学部附属病院	薬剤部・中央クオリティマネジメント部 薬剤主任
30	吉田 直樹	大阪大学医学部附属病院	薬剤部・中央クオリティマネジメント部 薬剤師
31	林 祐貴 ^{*3}	大阪大学医学部附属病院	薬剤部・中央クオリティマネジメント部 薬剤師
事務			
32	加瀬 正和	千葉大学医学部附属病院	医事課副課長（医療安全室長）
33	柳川 順平 ^{*2}	長崎大学病院	事務部 医療支援課長
34	杉森 智宏 ^{*3}	長崎大学病院	事務部 医療支援課長
35	中野 哲也	大阪大学医学部附属病院	事務部 次長（兼）総務課長
36	奥山 行高	大阪大学医学部附属病院	患者支援課 医療安全係長

（*1～令和7年9月、*2～令和8年3月、*3令和8年4月～）
（敬称略、順不同、職名は令和8年6月現在または在任時）

