

③でも触れたが、当研究班において上記課題が議論される一方、同時に進めたフィールド調査により全国の中小医療機関の中にはすでに施設長のリーダーシップにより優れた取組みを実施している施設が多数存在することが明らかになっている。また、日本医師会、日本歯科医師会、日本助産師会などにおける中小医療機関への医療安全対策に関する問題意識は高く、組織的な取組みが展開されようとしている。既存の成功事例や、優れた施設長のコンピテンシーを共有しながら、今後プロフェッション集団としての自浄的な取組みが発展することが望ましく、行政はこれらの動きを積極的に支援するべきと考えられた。

## 6. 中小規模医療機関における医療安全研修の考え方の提案

当研究班ではこれらの課題を踏まえ、中小医療機関における医療安全研修の考え方のモデルを策定した(図1)。

まず、中小診療所を規模により大きく2群に分けた。さらに侵襲的医療行為、危険薬剤使用、高度機器使用をハイリスクな医療行為と捉え、そのいずれかの有無により、さらに2群に分類し、計3タイプの診療群を想定した。また、行われるべき医療安全教育を「基本プログラム」「基本プログラム+オプション」「フルオプション」にわけた。オプションとはその施設に必要な専門性の高いコアカリキュラムをイメージしている。これらの語句は来年度研究結果を踏まえながら、さらに適切なものへ切り替えられる必要がある。

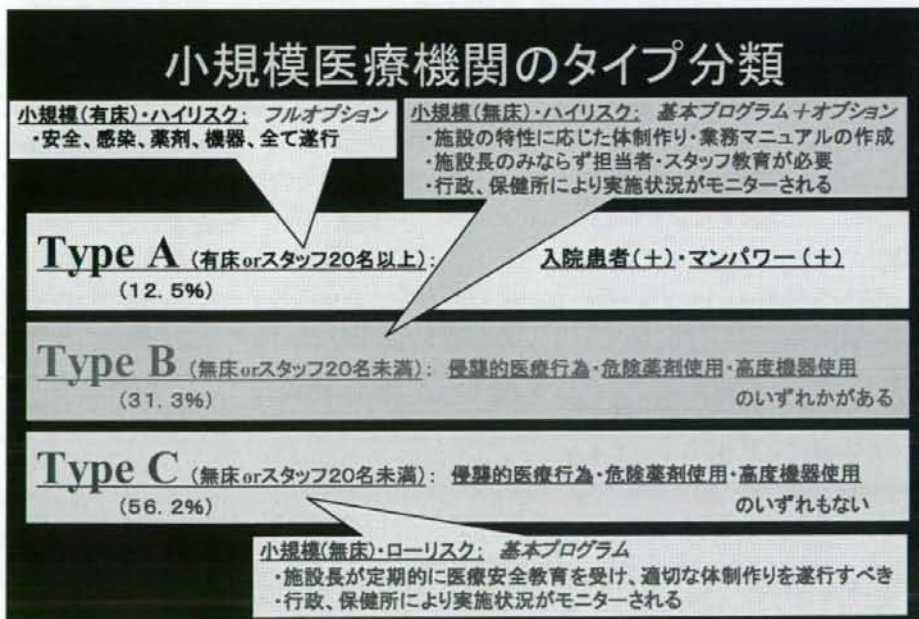


図1 小規模医療機関のタイプ別分類

- ① **タイプA (有床診療所、または無床だがスタッフが20名以上いる)**：このタイプの診療所では、入院患者がいる以上、小規模であってもハイリスクな医療行為が必要となる可能性がある。また、入院患者がいなくともスタッフが20名以上いれば人員が確保できる可能性があると考えられる。したがって、可能な限り病院と同じような医療安全教育の適用が求められる。具体的には改正医療法に則り、医療安全、感染管理、薬剤、機器に関する責任者を配置し、基本安全プログラムに加え、精度の高い教育プログラムが施設長、および担当スタッフ・その他全スタッフを対象に、定期的に展開されるべきであろう。これらの達成状況は行政や保健所によってモニターされる必要がある。
- ② **タイプB (無床でスタッフが20名未満だがハイリスクな医療行為を行う)**：このタイプの診療所は規模が小さく、無床であるが、ハイリスクな医療を行うため、適切な安全教育が必要となる。したがって、基本安全プログラムに加え、行われる医療によって精度の高い教育プログラムがオプションとして選択され、施設長、および担当スタッフを中心に、定期的に展開されるべきであろう。これらの達成状況は行政や保健所によってモニターされる必要がある。
- ③ **タイプC (無床でスタッフが20名未満でありハイリスクな医療行為がない)**：このタイプの診療所は規模が小さく、無床である上、ハイリスクな医療行為が行われることがほとんどないと考えられる。したがって、まずは基本安全プログラムの教育を定期的に、特

に施設長を対象に確実に展開することをベースとし、スタッフには必要に応じて適宜教育が行われる体制とする。これらの達成状況は行政や保健所によってモニターされる必要がある。

## 6. 中小規模医療機関における医療安全教育プログラムの課題

上記のようなモデルを具現化しようとした場合、次の課題として医療安全教育における基本プログラム(カリキュラム)の策定の必要性が浮かび上がる。また、診療所における基本安全確認行動(ダブルチェック・フルネーム確認など)は統一されておらず、その教育機会も乏しい。さらにそれらが正確に遂行されているかどうかをチェックするためのリストや規準もない。これらの整備も今後の課題の一つと考えられた。さらに、地域で連携して医療安全を推進していくためのプログラムや、インシデント抽出体制、さらには改善策の共有や、事例調査など、中小医療機関が不得手と思われる体制作りと、個々の医療機関がそれらから学ぶことができる情報共有体制構築のための行政的な支援が必要と考えられた。また、優れた取組みをしている模範的な医療機関を抽出し、成功事例として共有する仕組みや、2008年5月から進められている医療安全全国共同行動の診療所版のような取組みが今後望ましいと考えられた(表4)。



## 教育プログラムの課題

- ・診療所タイプ別基本安全プログラムと教育カリキュラムの確立
- ・診療所における基本安全確認行動の開発と統一
- ・自己チェックシート、相互チェックシートの導入
- ・医療安全の地域連携プログラム
- ・インシデントと改善策の共有体制・事例調査体制の確立
- ・優れた取り組みをしている模範医療機関を抽出していく仕組み
- ・診療所版100Kキャンペーン

(表4)

### 6. おわりに (来年度の課題)

大規模病院における医療安全教育や体制作りはこの10年で進歩を示したといえるが、その実効性という意味では、まだまだ不十分であり、多くの課題を残したままである。当班研究ではそれらの現状を踏まえながら、中小医療機関における医療安全に関する教育・研修について慎重に議論が進められてきた。結果、中小医療機関においては、大病院をはるかに凌ぐ施設数の多さと、その多様性が改めて確認され、その実態の把握が困難な現状であること、さらに医療安全教育一つをとっても多くの課題が予測され、大病院同様、これらの達成に幾多のハードルが存在することが予測された。

しかし、先述したように、医療機関における医療安全の基本的な取り組みの達成状況がその規模レベルによって左右されてよい、ということはありません。中小医療機関は本邦のプライマリケアの礎であり、地域医療全体における安全性が高いレベルで達成されるために極めて重要な役割を担っているといえる。その達成のためには、まず基本的な医療安全の教育プログラムを策定し、多様な医療者が等しく認識しなくてはならない共通の医療安全に関するコンセプト

が示される必要性が指摘された。また、それらを精度よく教育し、実行するための教育カリキュラムの構築の重要性が示された。これらは当研究班の来年度の課題となる。

当研究班は中小医療機関を3タイプに分類することを試み、それぞれに必要な教育プログラムとカリキュラムの準備を提言した。しかし、これらが実情を反映しているかどうか、用いられた語句、概念が適切であるかどうかにはさらなる情報収集と調査が必要であり、来年度以降の修正が必要となる可能性がある。

当研究を通じて、すでに高い意識で医療安全や感染管理に積極的に取り組んでいる中小医療機関の存在が明らかになったのは貴重であった。このようなモデル施設、あるいは施設長のリーダーシップとコンピテンシーを共有し、広く啓蒙することの有用性が示唆され、それに対する行政的な支援も重要と思われた。来年度も継続して取り組んでいくべき課題と考えられた。

分担研究報告書

医療安全研修の基本的な考え方

～日本の中小医療機関、特に診療所に求められる医療安全研修の基本的な考え方～

研究分担者 鮎澤 純子（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座 准教授）

研究要旨：日本の中小医療機関特に診療所における医療安全研修の基本的な考え方を整理するために、アメリカにおける“中小医療機関を対象にした医療安全の取り組みの現状と特徴”、日本の“医療法における医療に係る安全管理のための職員研修に関する事項”と“医療安全管理者の養成のための研修プログラム作成指針”及び“医学教育モデル・コア・カリキュラム”を検討した。その結果、中小医療機関、特に診療所における医療安全のための教育・研修は、①期待される新たな役割を踏まえた研修内容の検討、②多彩な専門性に応じた研修内容の検討、③トップダウンやリーダーシップが機能する構造であることを踏まえた検討が必要であることが明らかになった。これを踏まえて、「具体的で効果的な研修カリキュラムの作成」に向けて、また「実際の活用と普及」に向けての基本的な考え方を提示した。

1. はじめに

(1) 「医療安全は教育活動そのものである」

「医療安全は教育活動そのものである」、これは筆者が1990年代前半にニューヨークのベス・イスラエル・メディカルセンターに勤務していた間、病院のQuality Management部やRisk Management部のスタッフからくり返し聞かされたことである。実際、オリエンテーションから始まり、定期・不定期の全体研修、部署・職種・職位単位、そして何か事故が起きた際のピンポイントの職員研修など、「教育活動そのものである」という言葉通りの手厚い教育活動に、そうした教育活動を展開できる組織としての陣容の手厚さとともに、驚いたものである。そしてその「教育活動そのものである」という

言葉は、その後医療安全に係わるようになるなかで、他の医療機関の実務者から、そして関連する学会や職能団体のなかでも聞き続けることになり、アメリカにおける医療安全の取り組みにおいてどれだけ教育活動の重要性が認識されているかを知らされることになる。

日本の医療安全においても、教育活動の重要性が認識されている。だからこそ、医療安全が法的に義務付けられることになった医療法施行規則改正（2002年）において「医療に係わる安全管理のための職員研修の実施」が「指針の整備」「委員会の開催」「安全の確保を目的とした改善のための方策」とともに織り込まれたし、改正医療法（2007年）においては、それまでの病院・有床診療所に加え、無床診療所、助産所ま



で拡大し、全医療機関すべてを対象とすることになり、職員研修のあり方についても、目的、内容、開催頻度などの詳細が定められることとなった。

## (2) 次なる課題としての中小医療機関の医療安全

あらためて、日本の医療安全の取り組み全体を振り返ってみたい。大学病院・特定機能病院などが先行するかたちで進み、すでに法的には全医療機関において医療安全管理体制の確保が義務付けられることとなったが、だからこそ課題として意識しておかなければならないのは「取り組みの差」である。

もちろん医療法の義務付けが先行した大学病院・特定機能病院などのいわゆる「大病院」だからといって、必ずしも皆優れた医療安全の取り組みを進めることができているわけではない。単に法的に義務付けられた項目の実施にとどまっているところから、そうした項目の実施にとどまらず大病院だからこそその展開を図っているところまでさまざま、すでにそうした「大病院」のなかでの取り組みの差もひとつの課題となりつつある。また、中小医療機関、例えば中小の「病院」のなかには、早い段階から医療安全の重要性に気付き、法的な義務付けを待つことなく、先駆的に医療安全に取り組んできたところがあるし、「診療所」のなかにも、それぞれの規模と特徴に応じて診療所ならではの機動的な医療安全に取り組んでいるところがあるのは、本研究班の報告書にも紹介されるとおりである。

本研究班の研究は「先行している大病院はよくできていて、中小医療機関はできていない」という短絡的な仮定に基づくものではない。しかしながら、日本全体の医療安全の向上を最終目標とするとき、全医療機関において医療安全

が図られなければならないことは間違いなく、とするならば、それなりに医療安全管理体制が整いそれぞれの組織で医療安全のかたちが整いつつある大病院に次いで取り組むべき課題のひとつが「中小医療機関の医療安全」であることは間違いがない。

2008年だけでもたてつけに報じられた中小医療機関の医療事故は、医療安全に関する基本的な考え方や知識・技術がいまだすべての医療機関に浸透しているわけではないことをうかがわせた。医療現場で「機能分化」が進められ「地域連携」が図られるなかで、日本のプライマリケアを支える中小医療機関の役割はますます大きくなっていく。安全な医療は大病院だけで完結できるものではない。では、いま中小医療機関にどのような医療安全の取り組みが求められるのか。どのようにしていけば目指す医療安全の取り組みが進むようになるのか。そしてより安全になるのか。

これらの課題を解決する方法はさまざまなものがあるし、成果をあげるためには、そうしたさまざまな方法のひとつひとつを、個人・組織にとってのインセンティブを検討しつつ、社会のしくみと有機的に統合して機能するシステムとして作りあげていかなければならないことになるが、本研究班は、課題を解決する方法のひとつとして、教育活動、具体的には、「医療機関の規模や特徴に応じた職員研修の具体的なカリキュラムの作成と実際の活用と普及」を検討しようとするものである。

本年度の本分担では、「医療機関の規模や特徴に応じた職員研修」を考えていくなかで、現時点での「対象とするべき医療機関」を「中小医療機関、特に診療所」とし、「医療安全に関する教育・研修の現状と課題」「アメリカの中小医療

機関を対象にした医療安全の取り組みの現状と特徴」「日本の中小医療機関、特に診療所に求められる医療安全研修の基本的な考え方」の3点について検討し、「職員研修の具体的で効果的なカリキュラムの作成」と「実際の活用と普及」を検討する次年度に向けての準備とする。

## 2. 医療安全に関する教育・研修の現状と課題

教育・研修ということになれば、「対象」を設定したのち、「何を教えるのか」「どのように教えるのか」「どのように評価するのか」、そして「教育・研修を受けるインセンティブをどのように働かせていくのか」といったことを整理していかなければならないことになる。実際のところ、医療安全に関する教育・研修の検討は始まったばかりであり、いまだ試行錯誤の状態である。本研究班のテーマのひとつである「具体的で効果的な職員研修のカリキュラムの作成」に向けて、「医療安全に関する教育・研修の現状と課題」を整理しておきたい。

### (1) 医療安全に関する教育・研修の現状

「いまだ試行錯誤の状態」ではあるものの、対象を設定し、教育・研修の内容などについて検討したものが提示され始めている。ここでは、「医療法における医療に係る安全管理のための職員研修に関する事項」「医療安全管理者の養成のための研修プログラム作成指針」「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の3点を紹介し、教育・研修における課題の整理につなげていく。

#### ①「医療法」における「医療に係る安全管理のための職員研修」に関する事項（2007年4月）

1)

2007年の改正医療法においては、病院・有床診療所に加え、無床診療所、助産所に至る全医

療機関において医療安全管理体制の確保が義務付けられたばかりでなく、「指針」「委員会」「職員研修」「安全の確保を目的とした改善のための方策」のそれぞれがどうあるべきか、より具体的に示されることになった。

「医療に係る安全管理のための職員研修」については、「医療に係る安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について、当該研修を実施する病院等の従事者に周知徹底を行うことで、個々の従業員の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上を図るものであること」「研修では、当該病院等の具体的な事例等を取り上げ、職種横断的に行うものであることが望ましいものであること」などが示されている。

では、周知徹底すべき「基本的考え方」や「具体的方策」とは何か。行政の検討会、教育機関、また教育・研修の実施機関などでもいろいろ検討されはじめ、それぞれの対象に向けて「プログラム案」や「カリキュラム案」などが示されるようになってきてもいるが、医療界として「基本的考え方」や「具体的方策」についていまだ確立した共通の認識があるわけではなく、教育・研修にあたっては、示された「案」を参考にしながら、担当する教員・講師がそれぞれの知識や経験のなかで考える「基本的考え方」や「具体的方策」をその内容として、教育・研修を実施しているのが実情である。

#### ②「医療安全管理者の養成のための研修プログラム作成指針」（2007年3月）<sup>2)</sup>

「医療安全管理者の養成のための研修プログラム作成指針」は、そうした検討のなかで具体的なかたちで示されることになったもののひとつである。平成18年度診療報酬改定において、医療安全管理加算の施設基準として「医療安全



対策に係る適切な研修を終了した専従の看護師、薬剤師等が医療安全管理者として配置されていること」等とされ、その「適切な研修」の内容を検討すべく設置された「厚生労働省医療安全対策検討会議－医療安全管理者の質の向上に関する検討作業部会」によってとりまとめられた（表1）（表2）。

本指針は「医療機関の中で医療安全管理者として医療機関全体の医療安全管理に携わっている者、または、医療安全管理者としてその任にあたる予定のある者」を対象に検討されたものであるが、「研修プログラムは、(中略) 医療安全管理者が研修において習得すべき基本的事項の全てを盛り込むことが必要である」として示されている項目は、医療安全管理者の研修に限らず、医療安全に関する教育・研修全般における「基本的考え方」や「具体的方策」を示すものになっており、医療安全管理者が職員研修を企

画・運営する際の参考にもなっている。

なお、中小医療機関、特に診療所の医療安全研修においては、「一般職員向けの研修」とともに、その姿勢や基本的な考え方や知識・技術がその組織の医療安全の取り組みに大きく係ることになる「開設者向けの研修」が重要な役割を果たすことになる。診療所の開設者には「専従の安全管理者」と同じような役割を期待されることを考えれば、本指針は、「一般職員向けの研修プログラム」のみならず、「開設者向けの研修プログラム」の検討の参考にもなる。

（表1）平成18年度診療報酬改定における医療安全対策加算とその施設基準

- ・医療安全対策加算：急性期入院医療における医療安全対策について、入院基本料に対する加算を新設（入院初日50点）
- ・施設基準：医療安全対策に係る適切な研修を終了した専従の看護師、薬剤師等が医療安全管理者として配置されていること、等

（表2）医療安全管理者の養成のための研修プログラム作成指針において習得すべき基本的事項とされる項目

研修において習得すべき基本的事項
1) 医療安全の基本的知識
(1) 我が国の医療安全策の施策の動向、医療事故発生のメカニズムやヒューマンエラーなどに関する基本的知識
(2) 医療安全に資する心理学や人間工学および労働衛生等、関連分野の安全管理に関する知識
(3) 医療の質の向上と評価に関連する知識

- (4) 安全管理に関する法令や制度、指針等の知識
- 2) 安全管理体制の構築
  - (1) 職種横断的な組織作りに関する事
  - (2) 院内の安全管理体制に関する事
  - (3) 組織内の安全管理に関する委員会等の活動の評価と調整に関する事
- 3) 医療安全についての職員に対する研修の企画・運営
  - (1) 研修受講生の背景、事前の知識、学習意欲等の把握の仕方
  - (2) 研修の企画に関する知識
  - (3) 医療安全のための教育教材とその活用法
  - (4) アンケート等による参加者の感想やテスト結果分析など、研修評価の方法
  - (5) 研修計画全体の評価
- 4) 医療安全に資する情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価
  - (1) 医療事故報告、ヒヤリ・ハット報告制度および院内報告制度
  - (2) 医療安全に資する院内外の情報を収集する方法
  - (3) リスク評価の方法
  - (4) 事例の分析方法
  - (5) 事故の発生予防、再発防止対策の立案、フィードバックに関する事項
  - (6) 対策評価のための知識、技術、方法
- 5) 事故発生時の対応
  - (1) 医療事故発生時の対応に関する基本原則
  - (2) 事故発生時の初動対応に必要な知識
  - (3) 医療事故に関与した職員の事故発生後の精神的ケアについて
- 6) 安全文化の醸成
  - (1) 医療機関内において、事故事例やヒヤリ・ハット事例の報告と共有が効果的に行われるための体制の整備
  - (2) 事故の発生予防や再発防止が効果的に行われる体制の確立
  - (3) 発生予防や再発防止を目的とするため、事故やヒヤリ・ハットの報告者を非難しない組織文化の醸成
  - (4) 医療従事者と患者、家族が情報を共有し、患者、家族の医療への参加を促すための具体的な方法

③「医学教育モデル・コア・カリキュラム」(2007年12月)<sup>3)</sup>

職員教育という卒後教育が先行するかたちで

進んできた医療安全に関する教育・研修であるが、卒前教育における教育の必要性は早くから指摘されており、医学教育においては、現在「医



学教育モデル・コア・カリキュラム」に「医療における安全性確保」として組み込まれている（表3）。「卒前教育」に関する検討は本研究班のテーマではないが、「医療における安全性確保」として示されている内容を踏まえておくことは、卒前教育との連携を意識した医療安全研修を検討するという意味において重要である。本来はそれらの内容をすでに学習していることを前提に医療安全研修の内容を検討していくことになるはずだからである。

卒前教育における医療安全教育においても課題は多い。なによりまず、医療安全が卒前教育のなかで「モデル・コア・カリキュラム」というかたちで明確に示されているのは、現在「医学生」を対象にした「医学教育」のみだということである。早急に「看護学生」「薬学生」といった全医療系学生の卒前教育の教育プログラムのなかに組み込まれていくことが望まれる。またそのなかで、「各職種に共通する項目」と「そ

れぞれの専門性を意識した項目」の検討などもされていかなければならない。加えて、そもそもの「医療における安全性確保」としての項目の検討、その項目を構成する具体的内容の整理、それらを教える教員の育成なども、検討すべき課題である。

課題が多いとはいえ、現在、医師を始め、医療安全に関する卒前教育を受けた医療従事者が現場に出つつあることは確かである。しかしながら当分は、そうした教育を受けた医療従事者とそうでない医療従事者の間に、医療安全に関する考え方や知識・技術に関する差があることを意識しながら医療安全研修の内容を検討していかなければならない。新卒の採用や職員の移動が多い大学病院を始めとする病院と異なり、職員の移動が少ない診療所などでどのようにそうした考え方や知識・技術を早く浸透させていくかも、検討すべき課題である。

（表3）医療安全に関する医学教育モデル・コア・カリキュラムの項目一覧

A-2	医療における安全性確保
A-2-(1)	安全性の確保
A-2-(1)-G	医療上の事故等（インシデント（ヒヤリハット）、医療過誤等を含む。）は日常的に起こる可能性があることを認識し、事故を防止して患者の安全性確保を最優先することにより、信頼される医療を提供しなければならない。
A-2-(1)-1)	実際の医療には、多職種が多段階の医療業務内容に関与していることを具体的に説明できる。
A-2-(1)-2)	医療上の事故等を防止するためには、個人の注意力はもとより、組織的なリスク管理が重要であることを説明できる。
A-2-(1)-3)	医療現場における報告・連絡・相談と記録の重要性や、診療録改竄の違法性について説明できる。
A-2-(1)-4)	医療の安全性に関する情報（薬害や医療過誤の事例、やってはいけないこと、模範事例等）を共有し、事後に役立てるための分析の重要性を説明できる。
A-2-(1)-5)	医療機関における安全管理体制の在り方（事故報告書、インシデント・レポート、リスク管理者、事故防止委員会、事故調査委員会）を概説できる。
A-2-(1)-6)	医療の安全性確保のための、職種・段階に応じた能力の向上を図ることができる。
A-2-(2)	医療上の事故等への対処と予防

A-2-(2)-G	医療上の事故等（インシデント（ヒヤリハット）、医療過誤等を含む。）が発生した場合の対処の仕方を学ぶ。
A-2-(2)-1	インシデント（ヒヤリハット）と医療過誤の違いを説明できる。
A-2-(2)-2	医療上の事故等（インシデント（ヒヤリハット）、医療過誤）が発生したときの緊急処置や記録、報告について説明し、実践できる。
A-2-(2)-3	医療過誤に関連して医師に課せられた社会的責任と罰則規定（行政処分、民事責任、刑事責任）を説明できる。
A-2-(2)-4	病理解剖、司法解剖、行政解剖の役割と相違点について概説できる。
A-2-(2)-5	基本的予防策（ダブルチェック、チェックリスト法、薬品名称の改善、フェイルセイフ・フールプルーフの考え方など）について概説し、実践できる。
A-2-(3)	<b>医療従事者の健康と安全</b>
A-2-(3)-G	医療従事者が遭遇する危険性（感染を含む）について、基本的な予防・対処方法を学ぶ。
A-2-(3)-1	医療従事者の健康管理の重要性を説明できる。
A-2-(3)-2	標準予防策（Standard Precautions）の必要性を説明し、実行できる。
A-2-(3)-3	患者隔離の必要な場合について説明できる
A-2-(3)-4	針刺し事故等に遭遇した際の対処の仕方を説明できる。

（２）職員研修を主とした医療安全研修の課題 した医療安全研修の課題を整理しておきたい。

以上を踏まえ、卒前教育での実施が始まっていることを視野に入れながら、職員研修を主と

- ・「誰に教えるのか」を整理したのち、「何を教えるのか」について、「基本的考え方」や「具体的方策」に関する整理が必要である
- ・卒前教育と卒後教育の連携を踏まえた医療安全研修の検討が必要である
- ・卒前教育の内容が医療現場に浸透するには時間がかかること、医療機関によって時間差があること、人の移動がないような医療機関ではそうした新しい医療安全教育の浸透から取り残されてしまう可能性があることを意識しておく必要がある
- ・「誰に教えるのか」「何を教えるか」の次には、「どのように教えるのか」「どのように評価するのか」の検討が必要である
- ・「研修を受けるインセンティブが働く仕掛け」の検討も必要である

なお、職員研修を主とした医療安全研修のみ 題として下記を挙げておきたい。  
ならず、医療安全に関する教育・研修全般の課

- ・医療安全研修の体系化の検討が必要である
- ・医療安全研修を行う人材の育成が必要である
- ・上記２点をカバーするためにも、「医療安全学の体系化」と「教科書の作成」が必要である



### 3. アメリカの中小医療機関を対象にした医療安全の取り組みの現状と特徴

海外の現状に関する調査は本年度のテーマではないが、日本と同様に医療安全を社会的な課題として熱心な取り組みを続けているアメリカの、中小医療機関を対象にした具体的な取り組み事例を紹介し、今後の検討の参考としたい。

いうまでもないことだが、医療制度や教育制度をはじめ関連する制度や文化が違うなかで機能している海外の事例をそのまま日本に導入できるものではない。あくまでも本研究における今後の検討の参考である。

#### (1) 中小医療機関を対象にした具体的な取り組み事例

中小医療機関を対象にした具体的な取り組み事例として、「第三者機関による評価・認定の仕組み」「医療安全に関する基本の徹底の仕組み」「医療安全に関するサポートの仕組み」「行政による事故報告と評価・認定の仕組み」として以下の4つを紹介する。

##### ① 「第三者機関による評価・認定の仕組み」

—JCAHO による評価・認定：治療や処置の内容に応じたプログラムの設定<sup>4) 5)</sup>

JCAHO は、1951年に、American Hospital Association、American Medical Association、American College of Physicians、American College of Surgeons(後に American Dental Association が参加)によって設立された医療機関の評価・認定機関である。当初その評価・認定の対象は「Hospital」であったが、アメリカにおける医療システムの変化とともに、必然的に「non-Hospital」にも対象を広げていくこととなった。1975年には、あらゆるタイプの外来施設を対象とする「Ambulatory Health Care

Accreditation Program」が、そして2001年には、病院以外 (office-based) で外科的処置を行う施設を対象とする「Office-Based Surgery Accreditation Program」が開始されている。

本研究のテーマとの関連で注目しておきたいのは、以下の2点である。

・「規模」というより、「行われる治療や処置の内容」に応じた評価・認定のプログラムが準備されていること

現在 JCAHO の評価・認定プログラムは、先に述べた「病院」「外来施設」「病院以外で外科的処置を提供する施設」を含み8つの領域に広がり、「長期療養施設」「在宅医療」なども加え、医療に関連する広い領域をカバーするものになっている(表4)。そのなかの「病院以外で外科的処置を行う施設」とされる条件をみると、「侵襲的処置(invasive procedure)」として「形成外科、内視鏡、口腔外科、足の外科、眼科の手術、整形外科、一般外科など」を挙げ、かつ「外科医が4人以下であること」「外科医によって所有・運営されていること」「侵襲的処置が行われていること」「局所麻酔、セデーション(minimal, conscious)、一般麻酔が行われていること」などがその条件として挙げられている。すなわち、「外来施設」のなかでも、特に「侵襲的処置(invasive procedure)」「麻酔やセデーション」を行う施設については、独立したプログラムを設ける必要があると判断しているのである(表5)。

・評価・認定を受ける経済的インセンティブが働く仕掛けになっていること

評価・認定のプログラムが設定されていても、その対象である医療機関が評価・認定を受けなければ意味が無い。評価・認定に関する医療機

関向けハンドブックのなかには、評価・認定を受けるメリットとして「さまざまな医療保険、団体などへの参加がしやすくなること：評価・認定を受けていることが、医療保険をはじめ、各種団体、マネージド・ケア・プランへの参加条件とされることが増えてきている」「賠償責任保険の内容の改善を図ることができるこ

と：リスクマネジメントに取り組むことや評価・認定を受けていることで、賠償責任保険へ加入しやすくなったり、保険料を安くしたりすることができる」といった経済的なメリットが謳われているなど、アメリカにおいては、評価・認定を受ける経済的なインセンティブが働く仕掛けが機能していることも見逃せない。

#### (表4) JCAHOの評価・認定プログラムの分類

- Ambulatory Health Care
- Behavioral Health Care
- Critical Access Hospital
- Home Care
- Hospital
- Laboratory
- Long Term Care & Medicare/Medicaid Certification-Based Long Term Care
- Office-Based Surgery

#### (表5) JCAHOのOffice-Based Surgeryを行う施設の定義（一部）

- The practice is comprised of four or fewer surgeons\* (physician, dentist or podiatrist) performing operative or invasive procedures. OBS practices, including multi-site practices, are limited to four or fewer licensed independent practitioners;
- The practice must be surgeon owned or operated, e. g., a professional services corporation, private physician office, or small group practice;
- Invasive procedures are provided to patients. (Practices only providing procedures such as excisions of skin lesions, moles, warts, and abscess drainage limited to the skin and subcutaneous tissue are not typically surveyed under OBS standards)
- Local anesthesia, minimal sedation, conscious sedation or general anesthesia is administered. (However, laser eye surgery using topical anesthesia does qualify.)

#### ②「医療安全に関する基本の徹底の仕組み」

##### —National Patient Safety Goals (JCAHO)<sup>6)</sup>

National Patient Safety Goals (NPSG) は医療事故防止に向けて、近年、JCAHO の評価・認

定のプログラムのなかに織り込まれるようになったものである。評価・認定プログラムとして分類されている8つの領域ごとに目標と目標達成のための要求事項を示している(表6)。評



価・認定における要求事項についてはその達成が厳格に求められているのに対し、NPSGにおける要求事項については、それぞれの施設に応じた代替の方法が認められるなど、比較的ゆるやかである。

本研究のテーマとの関連で注目しておきたいのは、以下の2点である。

・これらの目標と要求事項が、評価・認定のプロセスのなかで、いやおうなしに、医療安全に関する基本の徹底の機会にもなっていること

例えば、「Goal 2：医療従事者間のコミュニケーションの有効性の向上」には「それぞれの組織で使ってはいけない危険な略号のリストを作成し遵守すること（使ってよい略号のリストではなく使ってはいけない略号のリストとし、危険な略号を徹底して排除していこうとしている（筆者注）」「口頭指示や電話の指示は必ず書きとめて、実際の仕事の際にはそれを読みなおして（read back）確認すること（口頭指示や電話の指示を禁止するのではなく、禁じることができないからこそ間違えないようにする方法を検討している。また「復唱」ではなく、「書き留めて読み直す」ことを奨励しているのは、とりもなおさず「記憶に頼るな」ということである（筆者注）」「Goal 3：薬剤の使用の安全性の向上」には、「採用薬剤の規格を制限する」「聞き間違いやすい薬剤・見間違いやすい薬剤のリストを年1回以上見直し、間違い防止のための方策を検討する」「すべての薬剤と薬剤を移し替えた容器（シリンジやカップなど）にはラベルを貼ること（あらためて、医療の現場にどれだけ「移し替え」という作業が多いか気付き、

なかに何が入っているのか移し替えた人しかわからないような危険な状況が多いか気付くことになる。そして「移し替えなくてもいい業務」については「移し替えなくてもいい薬剤」を検討していくことになる（筆者注）」といった具合である。

・確実に成果のあがる安全策を徹底していこうとしていること

また、NPSGのなかには、Universal Protocolとして、「Time-Out」の実施も織り込まれている。手術開始直前に全員いったん手をとめて、全員で、患者、手術部位、手術の内容などを確認する「Time Out」については、日本でも手術における事故防止策のひとつとして採用しているところが増えてきている。「Time Out」については、WHOが、手術直前（Time Out）に手術前（Sign In）と手術後（Sign Out）のチェックリストも加えた「The WHO Surgical Safety Checklist」を発表し<sup>7)</sup>、「シンプルで、実用的で、コストがかからず、誰でも使えて、成果があがるのがわかるツール」として、8カ国の他施設共同研究による活用の成果の発表などを通してその普及を図っている<sup>8)</sup>。

あれもこれもではなく、確実に成果のあがる安全策を徹底していくという取り組み方にも注目しておきたい。

(表6) Office-Based Surgeryを行う施設に適用される2009 National Patient Safety Goals (NPSG)

- I. Goal 1 - Improve the accuracy of patient identification.
    - A. Use of Two Patient Identifiers (revised NPSG.01.01.01)
    - C. Eliminating Transfusion Errors (revised NPSG.01.03.01)
  - II. Goal 2 - Improve the effectiveness of communication among caregivers.
    - A. Reading Back Verbal Orders (revised NPSG.02.01.01)
    - B. Creating a List of Abbreviations Not to Use (revised NPSG.02.02.01)
    - C. Timely Reporting of Critical Tests and Critical Results (revised NPSG.02.03.01)
    - E. Managing Hand- Off Communications (revised NPSG.02.05.01)
  - III. Goal 3 - Improve the safety of using medications.
    - C. Managing Look Alike, Sound Alike Medications (revised NPSG.03.03.01)
    - D. Labeling Medications (revised NPSG.03.04.01)
  - VII. Goal 7 - Reduce the risk of health care-associated infections.
    - A. Meeting Hand Hygiene Guidelines (revised NPSG.07.01.01)
    - B. Sentinel Events Resulting from Infection (revised NPSG.07.02.01)
    - E. Preventing Surgical Site Infections (revised NPSG.07.05.01)
  - VIII. Goal 8 - Accurately and completely reconcile medications across the continuum of care.
    - A. Comparing Current and Newly Ordered Medications (revised NPSG.08.01.01)
    - B. Communicating Medications to the Next Provider (revised NPSG.08.02.01)
    - C. Providing a Reconciled Medication List to the Patient (revised NPSG.08.03.01)
    - D. Settings in Which Medications are Minimally Used (revised NPSG.08.04.01)
  - XI. Goal 11 - Reduce the risk of surgical fires.
    - A. Preventing Surgical Fires (revised NPSG.11.01.01)
  - XIII. Goal 13 - Encourage patients' active involvement in their own care as a patient safety strategy.
    - A. Patient and Family Reporting of Safety Concerns (revised NPSG.13.01.01)
- Universal Protocol
- I. Universal Protocol
    - A. Conducting a Pre-Procedure Verification Process (revised UP.01.01.01)
    - B. Marking the Procedure Site (revised UP.01.02.01)
    - C. Performing a Time-Out (revised UP.01.03.01)



③「医療安全に関するサポートの仕組み」-「自己点検評価システム」と「医療安全に関する教育教材」<sup>9)</sup>

Office-Based Surgeryを行う施設に限らず、大規模医療機関ではない日本で言う「診療所レベル」の小規模医療機関 (Physician Practice) を対象に、敢えていえば「規模」に応じた医療安全に関するサポートの仕組みがることにも注目しておきたい。

「Patient Safety Tools for Physician Practices (PST)」は、「Physician Practice Patient Safety Assessment (PPPSA) : 自己点検評価システム」と「Pathways for Patient Safety (PPS) : 教育教材」で構成されている、Physician Practice 向けの医療安全ツールである。

PST は、American Hospital Association と提携しながら医療安全に関するデータの収集などの研究と教材の開発を目的としている「Health Research and Education Trust (HRET)」<sup>10)</sup>、薬剤の事故防止に関連して、エラーの報告システムの運用や事故防止策の提言など、30年以上の活動実績を持つ「Institute for Safety Medication Practice (ISMP)」<sup>11)</sup>、そして Physician Practice の経営・管理に関わる管理職のネットワークから出発し、現在では 13700 以上の登録施設、延べ 22500 人の登録メンバーを有する団体である「Medical Group Management Association (MGMA)」<sup>12)</sup> という 3 つの団体の協力によって作成されたものである。

PPPSA は「患者安全に対する医師の意識を高めること」「それぞれの施設をより安全なものにするための医療従事者の知識を高めること」

「Physician Practice が患者安全を進めていくために使える基本的な比較データを蓄積すること」を目的に作成されている。それぞれの医療

機関の属性に関する 28 問に加えて、「①薬物療法の安全に関すること (17 問)」「②患者の医療情報と移動に関すること (11 問)」「③外科的処置や侵襲的処置に関すること (6 問)」「④職員の資格と知識・技術の評価に関すること (10 問)」「⑤施設の組織管理と組織文化に関すること (22 問)」「⑥患者教育とコミュニケーションに関すること (13 問)」という 6 分野 79 問について「全く行っていない」「検討しているが行っていない」「いくつかの部署で部分的に行っている」「いくつかの部署で完全に行っている」「全ての部署で完全に行っている」「当施設には該当しない」という 6 段階で回答し、自己点検を行うことができるようになっている。PPPSA そのものは一施設につき一部を無料でダウンロードできるようになっており、その後、\$145 で購入すれば、合計 107 問の自己点検のデータを送付すると、蓄積されているデータとの比較などととも、それぞれの診療所の評価の結果がレポートとして返送される仕組みになっている。

「Physician Practice の医師は自らが提供する医療の安全や質に大変な関心をもっているが、単独もしくは少人数で運営されている施設では、妥協してしまいがちなことがらについてモニターする仕組みを施設内にもてない事がある」とし、「なかでも『鍵となる領域』に焦点を当てることにした」「時間は最も切実な資源である」「忙しい医療従事者を助けることに焦点を当てることにした」として、Physician Practice の実情を踏まえたものであることが強調されている。

PPS は、「Working as a Team」「Assessing Where You Stand」「Creating Medication Safety」の 3 部で構成されている医療安全に関する教育教材である。職員向けの具体的な知識・技術とい

うより、開設者たる医師に向けた基本的な考え方に関する教育教材となっている。

本研究のテーマとの関連で注目しておきたいのは、以下の5点である。

・Physician Practiceに期待される新たな役割を踏まえた医療安全の重要性が強調されている

PPPSAやPPSの作成においては、「患者の多くはその医療サービスのほとんどをPhysician Practiceで受けている」「外来患者が受ける医療が多様化していること、プライマリケアの機能が複雑化していること、医療機関を移動する患者の数がますます増加していること、医師に必要なサポートがないことなどが、医療安全におけるリスクを大きなものにしていく」として、単に「大病院の医療安全に遅れをとっている」というのではなく、Physician Practiceに期待される新たな役割を踏まえた医療安全の取り組みの重要性が強調されている。

日本の医療の現場においても「機能分化」「地域医療」「プライマリケア」といった、今後診療所に期待される役割を意識して検討していく必要がある。

・データに基づいて、「鍵となる領域」を選択し、「網羅的」ではなく「集中的」なものを作成している

PPPSAやPPSの作成において重要視されたのはデータである。特にPPPSAの作成においては、協力団体がそれぞれ持っているデータが活用されている。例えば、6分野の選定には、病院を対象にした自己点検評価システムの運用で蓄積されたデータや、事前にPhysician Practicesを対象に実施されたアンケート調査の結果が活用されているし、「①薬物療法の安全に関すること(17問)」の質問項目については、薬剤の事故防止に関連して活動実績を持つISMPのデー

タが活用されている。

そうしたデータに基づいて優先順位をつけていった結果は、「①薬物療法の安全に関すること」「②患者の医療情報と移動に関すること」「③外科的処置や侵襲的処置に関すること」「④職員の資格と知識・技術の評価に関すること」「⑤施設の組織管理と組織文化に関すること」「⑥患者教育とコミュニケーションに関すること」というように、決して「網羅的」なものではない。Physician Practiceであるからこそ、「鍵となる領域」を選択して、「集中的」に作成されていることに注目しておきたい。

・ITを活用し、無料でダウンロード、手ごろなコストでの評価など、取り組みやすい環境を整備している

先に述べたように、PPPSAそのものは一施設につき一部を無料でダウンロードできるようになっているし、その後、\$145で「購入」すれば評価の結果がレポートとして返送される仕組みになっている。JCAHOの受審コストに比べればきわめて安価である。また、PPSはすべて無料でダウンロードできるようになっている。

必要なサポートの活用に向けての環境整備は、そのサポートの内容とともに、重要な検討課題である。日本の医療安全研修においてもITの活用は今後ますます検討されるべきであるが、ITの活用に頼るあまり、そのシステムからこぼれてしまう医療施設がないかについては、当面十分注意しておく必要がある。

・「自己点検評価システム」はその後のデータの蓄積に使われている仕組みになっている

全部で107問の質問で構成されているPPPSAのうち、それぞれの施設の属性に関する28問は、その後の6分野79問とあわせて、膨大なデータとして蓄積されることになる。PPPSAがその目



的のひとつに「Physician Practice が患者安全を進めていくために使えるデータを蓄積すること」を挙げているように、評価レポートを作成するためのデータとなるだけでなく、Physician Practice の医療安全戦略に向けての基礎データになるよう、あらかじめデザインされていることにも注目しておきたい。

#### ④「行政による事故報告と評価・認定の仕組み」 —「外科的処置を行う施設」を対象にした「事故報告」と「評価・認定」の義務付け (New York 州)<sup>13)</sup>

NY州はアメリカのなかでも医療安全について厳しい先駆的な法的規制を設けている州のひとつであるが、このところ、立て続けに Office-Based Surgery を行う施設を対象に医療安全に関連する法案を通過させている。

本研究のテーマとの関連で注目しておきたいのは、以下の2点である。

##### ・「外科的処置を行う施設」を対象にした「事故報告」を義務付けている

NY州では2008年8月に医療安全の改善と感染管理の支援における記念碑的法案」として「Patient Safety Program Bills」という包括法案を通過させた。そのなかの一つが Office-Based Surgery を行う施設を対象とした医療事故の報告システムである。Office-Based Surgery を行う施設を、「moderate sedation, deep sedation, general anesthesia 等」を行い「外科的処置と侵襲的処置（内視鏡、大腸内視鏡、気管支鏡などを使った処置など）」を行う施設とし、「30日以内の患者の死亡」「病院への予定外の転送」「処置の72時間以内の24時間以上の予定外の入院」「重篤もしくは生命にかかわるような出来事」「医療従事者から患者へ、もしくは患者間での血液感染の疑い」な

どが生じた場合は、その日のうちに NY 州の Department of Health の中にある Patient Safety Center に報告することになっている。

Office-Based Surgery を行う施設であれば、Physician Practice であっても、公的機関への事故報告が、報告すべき対象を決めて義務付けられていることに注目しておきたい。

##### ・「外科的処置を行う施設」を対象にした「評価・認定」を義務付けている

加えて、2009年7月からは、Office-Based Surgery を行うすべての施設は、NY州が指定した「Accreditation Association for Ambulatory Healthcare」「American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities」「The Joint Commission」のいずれかの機関で評価・認定を受けることが義務付けられることになった。

JCAHO が Office-Based Surgery を行う施設を対象にした評価・認定プログラムを設定していることは先に述べたとおりであるが、一般的に診療報酬と連動して評価・認定を受けるインセンティブが働く仕組みになっているというものの、病院と比べてそうしたインセンティブが薄れる Office-Based Surgery を行う施設の評価・認定を州が義務付けることでカバーし、最終的に Office-Based Surgery を行う全施設の評価・認定を行うようにしていることに注目しておきたい。

#### (2) 中小医療機関を対象にした医療安全の取り組みの特徴

以上を踏まえ、アメリカの中小医療機関を対象にした医療安全の取り組みの特徴を整理しておきたい。

- ・外来診療の多様化などを踏まえ、新しい時代のなかでのあらためて「診療所レベル」の医療安全の重要性が意識されている
- ・病院だけではなく、「診療所レベル」を含めた中小医療機関についても評価・認定する仕組みがある
- ・評価・認定を受けるインセンティブが働く仕掛けがある
- ・評価・認定においては、「施設の規模」ではなく「施設で行われている治療や処置の内容」によってプログラムが設定されている
- ・「侵襲的処置(invasive procedure)」「麻酔やセデーション」を行う施設については、独立したプログラムを設ける必要があると判断している
- ・評価・認定といったプロセスのなかで、医療安全に関する基本が周知される仕組みが機能している
- ・「Time Out」といった確実に成果があがる安全策を徹底していく仕組みが機能している
- ・「診療所レベル」を対象にした医療安全に関する多彩なサポートの仕組みがある
  - ・「自己点検評価システム」「教育教材」といったさまざまなサポートが準備されている
  - ・各方面の関係団体の協力によって作成・運営されている
  - ・アンケートの結果やこれまで蓄積されてきたデータに基づいて、「鍵となる領域」を選択し、「網羅的」ではなく「集中的」な内容で構成されている
  - ・これまでの研究結果から確実に成果があがるとされる安全策が提示されている
  - ・ITを活用し、無料でダウンロード、手ごろなコストでの評価など、現場の実情を踏まえ、取り組みやすい環境を整備している
  - ・自己点検評価システムなどを通してデータを蓄積できる仕組みが機能している
- ・「事故報告制度」や「評価・認定」など、州によっては、診療所レベルにもさまざまな医療安全に関する法的義務付けの仕組みがある

なお、先に述べたように海外の現状に関する調査は本年度のテーマではないが、特に Physician Practice を対象にした医療安全に関するサポートの仕組みについては、「自己点検評価システム」「教育教材」など、その内容はもとより、作成過程や運営の仕組みなど、参考になることが多かった。次年度の日本における中小医療機関の医療安全と医療安全研修の検討に向けてさらに調査を行うこととしたい。

#### 4. 日本の中小医療機関、特に診療所に求められる医療安全研修の基本的な考え方

最後にまとめとして、日本の中小医療機関、特に診療所に求められる医療安全研修の基本的な考え方について整理しておきたい。

##### (1) 中小医療機関の特徴の整理

「誰を対象にするのか」を「中小医療機関、特に診療所」とするのであれば、日本の中小医療機関、特に診療所の特徴を整理しておく必要



がある。

この「中小医療機関、特に診療所の特徴の整理」は本研究班の成果物にむけての出発点のひとつでもあり、本研究班においても検討が重ねられることとなった。その整理の結果の詳細については本報告書の「分担報告2」の長尾氏の報告を参照されたい。本分担では、大きく以下の3点を確認しておくこととする。

### ①中小医療機関、特に診療所が期待される新たな役割を踏まえて検討する必要がある

すでに述べたように、本研究班は「次いで取り組むべき課題のひとつが、中小医療機関の医療安全である」として研究を進めているが、あらためて、中小医療機関が時代の要請のなかで新たな役割を期待されるようになってきているということを認識しておく必要がある。わかりやすく言えば、「取り組みの差を解消するための医療安全研修」だけでなく、「中小医療機関の新たな役割を意識した医療安全研修」も検討していかなければならないということである。

アメリカで、「外来患者が受ける医療が多様化していること、プライマリケアの機能が複雑化していること、医療機関を移動する患者の数がますます増加していること」から、「患者の医療情報と移動に関すること」についても焦点が当てられていることは、「機能分化」「地域医療」

「プライマリケア」といった役割を期待される日本の中小医療機関の医療安全研修の検討においても参考になるのではないかと。

### ②診療所といってもその専門性により多彩な機能を有していることを意識して検討する必要がある

医療機関の医療安全は当然のことながら一律同じ取り組みが求められるわけではない。それぞれの規模や特徴に応じてそれぞれの医療安全

が図られていけばいい。では、「規模」、具体的には、医療法の区分による「病院」「有床診療所」「無床診療所」といったくりで「それぞれの医療安全」を検討していいのかといえそうではない。「病院」「診療所」といってもそこで行われている医療行為はさまざまだからである。病院でも比較的ローリスクな医療が提供されているところがある。逆に診療所でも、麻酔を使い侵襲的な医療が行われていたり、事故によっては次世代その被害が及ぶ生殖医療のように極めて特殊な医療が行われていたり、ハイリスクな医療が提供されているところもある。「病院レベル」「診療所レベル」というようにひとくりにはできないところが難しいところなのである。ではどうすればいいのか。単に「規模」ではなく、そこでどのような医療行為が行われているか、すなわち「特徴」によってどのような医療安全や医療安全研修が必要なかを論じることが重要になってくるのである。

アメリカの医療機関が「規模」ではなく「行われている治療や処置の内容」で分類されていたように、日本における医療安全や医療安全研修の検討においてもそうした分類の必要性を認識しておく必要がある。

### ③トップダウンやリーダーシップが機能する構造にあることを意識して検討する必要がある

中小医療機関、特に診療所というと、人がいない、忙しい、コストがかかけられない、新しい知識や技術が導入されにくいことがある、といったデメリットばかりが強調されがちであるが、あえて、診療所であることのメリットを強調しておきたい。とにもかくにも、トップダウンやリーダーシップが機能する構造にあることである。だからこそ、「トップ」「リーダー」を対象にした医療安全研修の果たす役割が重要になる。

診療所の問題点については十分に検討しつつ、診療所だからこそのメリットを意識して検討していく必要がある。

## (2) 中小医療機関、特に診療所に求められる

## 医療安全研修に関する基本的な考え方

以上をふまえて、今後の「具体的で効果的な研修カリキュラムの作成と実際の活用と普及」に向けて、基本的な考え方を整理しておきたい。

### ①「具体的で効果的な研修カリキュラムの作成」に向けての基本的な考え方

- ・日本の中小医療機関、特に診療所の特徴を踏まえた検討が必要である
- ・「施設の規模」ではなく「行われている治療や処置の内容」による分類が必要である
- ・「行われている治療や処置の内容」については、「侵襲的処置(invasive procedure)」「麻酔やセデーション」などが基準となりえるかを検討する必要がある
- ・「どの施設にも共通する医療安全に関する基本的な考え方や知識・技術」と「専門性や内容に応じた知識・技術」の整理が必要である
- ・「共通する基本的な考え方や知識・技術」に関する具体的な内容の検討が必要である
- ・「専門性や内容に応じた知識・技術」に関する具体的な内容の検討が必要である
- ・「具体的で効果的な研修カリキュラム」の検討の後、作成する成果物のかたち（「研修のカリキュラム」とするか、「教育ツール」（「自己点検評価システム」や「教育教材」など）とするか）とするかの検討が必要である
- ・「研修のカリキュラム」については、「一般職員向け」と「開設者向け」を検討する必要がある
- ・「教育ツール」については、「自己点検評価システム」や「教育教材」など、さまざまなかたちを候補として検討する必要がある
- ・アンケートやこれまでの研究成果などをもとに、中小医療機関にいま必要とされており、かつ成果が期待される領域として「鍵となる領域」を選択していくことが必要である
- ・確実に成果があがる具体的な方策を示していく必要がある

### ②「実際の活用と普及」に向けて

- ・実際の活用と普及に向けては、ITの活用など、対象とする現場の実情にあった環境の整備を検討する必要がある
- ・また、社会の仕組みのなかでどのように活用・普及され得るかを検討する必要がある
- ・活用と普及にはインセンティブの働く仕組みを検討する必要がある

#### (参考文献)

1) 厚生労働省医政局長通知「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部

を改正する法律の一部の施行について」、2007年3月

2) 厚生労働省医療安全対策検討会議、医療安