

厚生労働行政推進調査事業費補助金

厚生労働科学特別研究事業

医療安全における医療機関の連携による
評価に関する研究

平成30年度 総括研究報告書

研究代表者 石川 雅彦

平成31（2019）年3月

目 次

I. 総括研究報告

医療安全における医療機関の連携による評価に関する研究 石川 雅彦	・・・・・・・・ 1
-------------------------------------	------------

II. 資料編

資料1 「医療安全地域連携シート」	・・・・・・・・ 41
資料2 「医療安全地域連携：評価シート」	・・・・・・・・ 55
資料3 「医療安全地域連携シート（説明記載）」	・・・・・・・・ 57
資料4 「医療安全地域連携シート」活用実践ガイド	・・・・・・・・ 79
資料5 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの 取扱いについて （保医発 0305 号第 2 号、平成 30 年 3 月 5 日）」（抜粋）	・・・・・・・・ 91
資料6 「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム 作成指針」	・・・・・・・・ 101
資料7 「医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム 作成指針」	・・・・・・・・ 113
資料8 「疑義解釈資料の送付について（その1） （事務連絡、平成 30 年 3 月 30 日）」（抜粋）	・・・・・・・・ 121

I. 総括研究報告

医療安全における医療機関の連携による評価に関する研究

研究代表者 石川雅彦

公益社団法人 地域医療振興協会 地域医療安全推進センター長

研究要旨

平成 30 年度診療報酬改定で、医療安全対策に関する医療機関の連携に対する評価（医療安全対策地域連携加算 1 と 2、以下、本加算）が新設された。算定要件は、複数の医療機関が連携し、医療安全対策に関する評価を行っていることである。この医療安全評価を効果的・効率的に実施するには、評価項目、評価方法の標準化が必定であるが、これまで特定機能病院以外の施設が、相互に医療安全評価を行うための適切な評価項目や評価方法に関する十分な研究は行われていない。

本研究では、特定機能病院や既に連携して医療安全評価を実施している施設における評価項目や評価方法を整理し、さらに、新設の本加算の算定を始めた施設の現状評価を行い、標準的な評価項目、評価方法を策定することを目的とした。

研究方法は、既に実施されている医療安全管理体制の相互評価に関する実態調査として、特定機能病院以外の施設、および特定機能病院等（国立大学附属病院、等）における相互チェックの状況に関して、ヒアリングやインタビュー調査等で実態調査を行った。そして、医療安全対策地域連携加算の算定を始めた、あるいは算定の準備をしている施設、および先行施設等に関する実態調査として、相互における評価の状況や、準備段階の課題等に関して、意見交換会等を実施した。

これらの調査等から、医療安全対策地域連携加算の施設基準等を参考にし、評価項目、評価方法を検討し、「医療安全地域連携シート」を作成した。併せて、実際の相互評価として病院での試行を実施し、試行結果を参考にし、「医療安全地域連携シート」の内容を整えた。さらに、「医療安全地域連携シート」をより活用しやすくするために、「医療安全地域連携シート」の具体的な使用方法を解説した「医療安全地域連携シート 活用実践ガイド」を作成した。

今後、「医療安全地域連携シート」を医療安全対策の相互評価に活用するこ

とで、地域において、特定機能病院以外の保険医療機関が相互に医療安全に関して連携し、医療安全対策地域連携加算の施設基準の整備はもとより、評価を実施する施設、および評価を受ける施設ともども、さらなる医療安全の推進と医療の質向上に資することが期待される。

研究分担者氏名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名

後 信 九州大学病院 医療安全管理部 教授・部長
稲葉一人 中京大学法務研究科教授
斉藤奈緒美 公益社団法人 地域医療振興協会 地域医療安全推進センター 医療安全課長

A. 研究目的

本研究は、医療機関間で連携して医療安全対策に関する評価を実施するうえでの評価項目や評価方法に関する検討実施を目的としている。

これまで、厚労省では「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」策定や、医療安全対策加算 1 と 2 の新設により、医療機関の医療安全体制の整備を後押ししてきた。研究代表者の石川はこの指針の策定委員であり、厚労科研「無床診療所等における医療安全管理体制構築に関する研究（研究代表者）」で、第 5 次改正医療法施行後の無床診療所、助産所等の医療安全管理体制を調査し、病院と無床診療所等の連携強化の課題を明らかにした。さらに、同「医療機関の全職員に対応した効果的・効率的医療安全教育の研究（研究代表者）」で、加算 1、2 の申請施設（976 施設）への調査にて、医療

安全教育等における施設単独での取組の限界や、教育評価の課題を明らかにした。

今般、平成 30 年度診療報酬改定で、医療安全対策に関する医療機関の連携に対する評価（医療安全対策地域連携加算 1 と 2、以下、本加算）が新設された。算定要件は、複数の医療機関が連携し、医療安全対策に関する評価（以下、医療安全評価）を行っていることである。既に特定機能病院の国立大学附属病院等では、医療安全の相互チェックが実施されているが、特定機能病院以外の施設が本加算の申請により、医療安全に関する他施設との比較や、他施設の取り組みを参考にして、自施設の医療安全管理体制整備に活かすことが可能となる。また、各施設の医療安全の取り組みが共有され、医療安全の均てん化と地域の医療安全推進を図ることにも繋がる。

この医療安全評価を効果的・効率的に実施するには、評価項目、評価方法の標準化が必定であるが、これまで特定機能病院以外の施設が、相互に医療安全評価を行うための適切な評価項目や評価方法に関する十分な研究は行われていない。今後、本加算に関連し、標準的な評価項目や評価方法が示されていないことによる医療現場への負担増加や混乱発生が懸念される。

本研究では、特定機能病院や、既に

連携して医療安全評価を実施している施設における評価項目や評価方法を整理し、さらに、新設の本加算の算定を始めた施設の現状評価を行い、標準的な評価項目、評価方法を策定する。この結果、我が国の地域医療を担う特定機能病院以外の保険医療機関が、相互に医療安全評価で連携することをベースとした、地域における医療安全ネットワーク構築によるシステム整備に資することが期待される

1. 診療報酬改定における医療安全対策地域連携加算の新設

平成 30 年度の診療報酬改定において、「医療安全対策地域連携加算」が新設された。厚生労働省が公開している「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（保医発 0305 第 2 号）」では、医療安全対策加算 1、2、および医療安全対策地域連携加算 1、2 については、以下の記載となっている（資料 5）。

【第 20 医療安全対策加算】

1 医療安全対策加算 1 に関する施設基準

(1) 医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満た

していない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。

(イ) 国及び医療関係団体等が主催するものであること。

(ロ) 医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して 40 時間以上のものであること。

(ハ) 講義又は具体例に基づく演習等により、医療安全の基礎的知識、安全管理体制の構築、医療安全についての職員に対する研修の企画・運営、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、事故発生時の対応、安全文化の醸成等について研修するものであること。

イ 医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）を設置していること。

ウ 医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の具体的な業務内容が整備されていること。

エ 医療安全管理部門に診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等の全ての部門の専任の職員が配置されていること。

オ 医療安全管理者が、安全管理のための委員会（以下「医療安全管理対策委員会」という。）と連携し、より実効性のある医療安全対策を実施できる体制が整備されていること。

カ 当該保険医療機関の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。

(2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項

ア 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。

イ 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。

ウ 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。

エ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。

オ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。

カ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。

(3) 医療安全管理部門が行う業務に関する基準

ア 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録していること。

イ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録していること。

ウ 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部

門の医療安全管理の担当者等が参加していること。

2 医療安全対策加算2に関する施設基準

(1) 医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、1の(1)のイに掲げる研修である。

イ 1の(1)のイからカまでの基準を満たすこと。

(2) 1の(2)及び(3)の基準を満たすこと。

3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準

(1) 医療安全対策加算1に係る届出を行っていること。

(2) 当該保険医療機関内に、医療安全対策に3年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、1の(1)のイに掲げる研修である。

この場合、1の(1)のイの規定に関わらず、当該専任医師が医療安全管理者として配置され、1の(1)のイに規定された専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていることとしても差し支えない。

(3) 他の医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年 1 回程度、医療安全対策地域連携加算 1 に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携している医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関より評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算 1 に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

(4) (3) に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。
ア 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況

(イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進

(ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知（医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む）

(ハ) 当該対策の遵守状況の把握

イ 当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況

具体的な評価方法及び評価項目については、当該保険医療機関の課題や実

情に合わせて連携する保険医療機関と協議し定めること。その際、独立行政法人国立病院機構作成の「医療安全相互チェックシート」を参考にされたい。

4 医療安全対策地域連携加算 2 の施設基準

(1) 医療安全対策加算 2 に係る届出を行っていること。

(2) 医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年 1 回程度、医療安全対策地域連携加算 2 に関して連携しているいずれかの保険医療機関より医療安全対策に関する評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算 2 に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

(3) (2) に係る評価については、3 の(4)に掲げる内容に対する評価を含むものである。

2. 医療安全対策地域連携加算に関連する「疑義解釈」

平成 30 年 3 月 30 日に、厚生労働省保険局医療課より、「疑義解釈資料の送付について（その 1）」が事務連絡として公表された。このなかに、医療安全対策地域連携加算に関する記載もあるので、以下に抜粋する（資料 8）。

（問 88）医療安全対策地域連携加算 1 の施設基準である専任の医師は、医療

安全対策加算 1 の施設基準である専従の医療安全管理者として配置された医師と兼任可能か。

(答) 兼任可能。

(問 89) 医療安全対策加算の医療安全管理部門に配置されることとなっている診療部門等の専任の職員が医師である場合、当該医師は医療安全対策地域連携加算 1 の専任の医師と兼任可能か。

(答) 兼任可能。ただし、当該医師は、当該加算に規定される医療安全対策に関する評価に係る業務を行うことが必要。

(問 90) 医療安全対策地域連携加算 1 は、一つ以上の医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関及び一つ以上の医療安全対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関と連携を行っている場合に届出可能であると理解してよいか。

(答) そのとおり。

(問 91) 医療安全対策地域連携加算において特別の関係にある保険医療機関と連携することは可能か。

(答) 可能。

(問 93) 医療安全対策地域連携加算において連携する保険医療機関は、必ずしも近隣の保険医療機関でなくてもよいと理解してよいか。

(答) そのとおり。ただし、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携している保険医療機関に直接赴いて実施される医療安全対策に関する評価が必要である。

(問 94) 医療安全対策加算 1 を既に算

定しており、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者を医療安全管理者として配置している保険医療機関が、新たに医療安全対策地域連携加算 1 の届出を行う場合、医療安全対策に 3 年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師を配置することになるが、その際、医療安全対策加算 1 において配置する医療安全管理者について、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者に替えて、新たに配置する専任の医師を医療安全管理者とする場合も、医療安全対策加算 1 の施設基準を満たすとして理解してよいか。

(答) その場合も、引き続き、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていれば、施設基準を満たすとして差し支えない。

(問 95) 医療安全対策地域連携加算の施設基準では、医療安全対策加算 1 の届出を行っている医療機関と医療安全対策加算 2 の届出を行っている医療機関とが連携することになっているが、連携する医療機関が 1 対 1 ではない場合、複数の医療機関が合同で連携するその他の医療機関を評価することでもよいか。

(答) そのとおり。

B. 研究方法

(1) 既に実施されている医療安全管理体制の相互評価に関する実態調査

既に医療安全と質の評価等に関す

る相互評価を実施している特定機能病院以外の施設（国立病院機構、労働者健康安全機構、等）、および特定機能病院等（国立大学附属病院、等）における相互チェックの状況、すなわち実施方法、実施頻度、実施後の評価方法、使用しているチェックリスト、および現状評価（成果）と今後の課題等に関して、ヒアリングやインタビュー調査等で実態調査を行う。

(2) 新設の医療安全対策地域連携加算の算定を始めた、あるいは算定の準備をしている施設に関する実態調査

平成 30 年度に医療安全対策地域連携加算の算定を始めた、あるいは算定の準備をしている施設を、厚生労働省や地方厚生局のウェブサイト等での調査、および関連団体の紹介を受けて、連携や準備の状況に関する調査の協力依頼を行って、相互における評価の状況、すなわち、実施方法、実施頻度、実施後の評価方法、現状評価（成果）と今後の課題や、準備段階の課題等に関して、ヒアリングやインタビュー調査等で実態調査を行う。

(3) 先行施設、先行地域の調査

(1)(2)の調査の過程で判明した施設間の相互連携による医療安全評価を実施している先行施設、および先行地域、あるいは関連団体から紹介を受けて、連携による医療安全評価を実施している先行施設・先行地域の担当者に協力を依頼し、具体的な医療安全評価の連携の在り方、地域における相互評価、医療安全評価のネットワークの構築等の調査を実施する（ヒアリング、

インタビュー調査）。

(4) 国内外の文献等による、医療安全評価の調査

国内外の文献等を渉猟し、医療安全評価項目や評価方法関連の調査をする。

(5) 医療安全評価項目、評価方法の策定

(1)～(3)の現状評価、および(4)の調査結果を整理し、秋頃に中間とりまとめを行う。さらに連携の在り方について、研究班会議等で意見交換・検討を実施し、特定機能病院以外の保険医療機関にとって、実施可能な医療安全評価項目、評価方法を策定する。

これらの結果から、地域において、特定機能病院以外の保険医療機関が相互に医療安全評価で連携し、新設される医療安全対策地域連携加算の施設基準の整備に資することが期待される標準的な医療安全評価項目、評価方法を明らかにする。

なお、策定した評価項目については、意見交換会や、相互評価に活用するなどの試行を経て、見直しや修正等を実施し、確定する。

(6) 医療安全評価項目、評価方法の公表

(5)で得られた結果における医療安全評価項目、および評価方法を関連学会、研究会等にて公表する。

(倫理面への配慮)

本研究では調査にあたって、ヒアリング・インタビュー調査が含まれるので、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針を遵守して実施する。本研

究の対象者は、医療安全の業務に関連する専門家である。

調査の対象者には、本研究の調査参加の意思を確認し、調査の目的、調査内容、調査方法、および調査に参加により期待される利益、調査参加に伴う不利益やリスク等に関して、口頭や書面等を用いて、丁寧に説明する。ヒアリング・インタビューは、プライバシーが配慮される環境で実施する。調査で得られた取得情報は対象者個人が特定化されない情報とし、調査への参加は強制ではなく自由であり、拒否可能なこと、不参加でも不利益は受けないこと、参加の同意後も途中で取りやめることが可能であることを周知・保障する。

なお、本研究に関しては、研究代表者が所属する公益社団法人地域医療振興協会の倫理委員会で審査を受けており、倫理面での配慮が実施され、問題がないとして承認された。また、同じく利益相反委員会でも審査を受け、本研究全般について利益相反状態に該当しないとして承認された。

C. 研究結果

1. 聞き取り調査（ヒアリング）結果

6 団体（独立行政法人 国立病院機構、独立行政法人 労働者健康安全機構、国立大学附属病院長会議、公益社団法人 日本医師会、一般社団法人 日本病院会、公益社団法人 全日本病院協会）、および 1 施設（九州大学病院）にヒアリングを依頼し、担当者の方々にお話を伺った。以下に、ヒアリング結果を

記載する。

(1) 独立行政法人 国立病院機構

独立行政法人 国立病院機構（以下、国立病院機構）本部にて、担当者の方々に、研究代表者および分担研究者によるヒアリングにご協力をいただいた（2018 年 7 月 11 日）。

（ヒアリング内容）

国立病院機構では、医療安全対策の標準化を図ることを目的として、病院間での相互チェックを実施する体制を構築しており、病院間相互チェックにおける医療安全相互チェックシート of 具体的活用に関しては、「国立病院機構における医療安全対策への取り組み」（医療安全白書）として、ウェブサイトにて公開しているとのことであった。

国立病院機構では、医療安全対策の標準化を図ることを目的として、国立病院機構第 2 期中期計画において、「各病院の医療安全対策の現状について評価を実施し、医療安全対策の質の均一化を図り、もって医療安全対策の質の向上を図る」という方針を掲げ、病院間での相互チェックを実施する体制の構築が進められているとのことであった。

病院の組み合わせに関しては、平成 25 年度から 3 か年に渡って 1 クール目が終了し、平成 28 年度から 2 クール目が開始され、1 クール目は近隣の病院同士での実施となったが、2 クール目は基本的には医療機能別に着眼して選定するというものであった。

平成 21 年 6 月に「病院間相互チェック体制の整備に関する専門委員会」を設置し、実施方法やチェックシート内容の検討等が実施され、平成 23 年度から試行的に実施し、平成 25 年度から本格的に実施し、平成 27 年度には全ての病院の相互チェックの実施が終了となり、平成 28 年にはチェックシートなどの見直しの検討が実施されているとのことであった。

医療安全相互チェックシートは医療安全対策に関連した 136 項目と国立病院機構における医療安全管理のための指針において定められており、この 136 項目を、6 つの大項目、即ち、①医療安全管理体制の整備（4 項目）、②医療安全管理のための具体的方策の推進（5 項目）、③医療事故発生時の具体的な対応（10 項目）、④医療事故の評価と医療安全対策への反映（6 項目）、⑤ケア・プロセスに着目した医療安全管理体制について（107 項目）、および⑥施設内環境について（4 項目）などに分類しているとのことであった。

また、規定及びマニュアル一覧表（37 項目）、委員会設置一覧表（7 項目）、研修会開催一覧表（10 項目）も挙げられ、チェックシートは、○、×、NA（Not Appreciable（非該当））によって、自己評価・他者評価を記入するということであった。

さらに、院内視察時に視察部門における点検がもれなく実施されるように、部門別にチェックシートの項目を分けた別シートも作成され、具体的な

質問事項や回答内容を記入できるように備考欄を設置しているということであった。

チェック対象病院、およびチェック実施病院、オブザーバー病院における実施手順、事前準備、実施当日の流れ、実施後の報告（「改善報告書」の作成）、結果の活用、および結果に関して国立病院機構本部への報告についても明文化され、実施についてはフロー図も作成しているとのことであった。

チェックにおける主要メンバーは、①医療安全管理室長、②チェック対象部門の責任者、③事務職（医事専門職等）、④医療安全管理者（医療安全管理係長）などが挙げられ、実際のチェック内容（対象部門）に応じて、メンバーの追加を行っているとのことであった。

相互チェックにおける基本的なスタンスは、監査ということではなく、双方で情報交換しながら質の向上を目指すこと、および医療安全に対するモチベーションの向上を目指しているとのことであり、ディスカッションの際も、単なる指摘にならないように留意するとのことであった。

相互チェックは、おおむね 3 病院で 1 つのグループを構成し、グループ内の病院が各々チェック実施病院、チェック対象病院、オブザーバー病院の役割を担って交互に実施するとのことであり、原則 2 施設ではなく、3 施設での実施ということで、オブザーバー病院は双方の立場に立って助言等を行うということであった。

チェックの際には、時間が限られているので、全項目を最初から評価するのではなく、最初に、自己評価のなかで、できていない項目に焦点を当てて検討するとのことであった。

チェック項目は、実施病院の意見を参考にして、専門委員会で毎年見直しを実施しているとのことであり、前年に発生した医療事故報告などを参考にし、どの病院についても共通の問題があると考えられると判断したもの、どうしても気をつけてもらいたいことなどを、具体的に追加することが検討されているとのことであった。

チェック後は、チェック実施病院が「提言報告書」を作成し、チェック対象病院は、この「提言報告書」に基づき、直ちに改善した項目、改善に時間を要する項目や予算措置を要する項目等に区分した「改善報告書」を作成するとのことであった。

チェック実施病院の担当者も、チェックを実施することによって、自施設での医療安全推進に資する“気づき”も多く、双方に役立っているということであり、他施設の評価を受けて、その結果として「提言報告書」を受け取ることで、自施設での改善を進めるきっかけにもなる（追い風にもなる）よい機会にもなるとのことであった。

医療安全相互チェックにおける患者等の個人情報の取り扱いについては、秘密の保持等取り扱いに十分留意することや収集した情報は医療安全対策に係る目的以外には使用しないこと、相互チェックに要する交通費等

の経費は病院各自の負担とすること、および今後、検討すべき事項として、グループを超えた施設を選定して相互チェックをすることや、テーマ別・病院機能別の相互チェックも視野に入れることなどが挙げられているとのことであった。

(2) 独立行政法人 労働者健康安全機構

独立行政法人 労働者健康安全機構本部にて、担当者の方々に、研究代表者および分担研究者によるヒアリングにご協力をいただいた（2018年7月26日）。

(ヒアリング内容)

①「医療安全チェックシート」の内容

平成17年4月開始を目途に、他の病院団体の事例を参考にして、「医療安全に係る委員会」や医療安全管理者を含む各労災病院及び労災病院のメディカルの各部会等の意見を盛り込んで、チェック項目として、および、統一的・標準的な点検マニュアルとして作成され、その後、医療法や施設基準の改訂、診療報酬改定等に併せて、項目の見直しや改訂を実施しているとのことであった。

②医療安全相互チェックのプロセス

(A) 自己点検について

(a) 労働者健康安全機構本部

毎年5月と11月に、各労災病院事務局宛に「自己点検の実施及び結果等の報告」について依頼文書の発出、およびその際に自己点検結果による年度の取組事項（改善事項）と改善計

画の提出を指示し、集計結果を取りまとめ、各種会議やホームページ掲載等によりフィードバックを行っているとのことであった。また、結果により医療安全管理者へ個別確認や指導をする場合もあるとのことであった。

(b) 施設での実施

依頼文書は医療安全管理者に委任され、医療安全管理部門による自己点検が実施され、項目によっては担当部門の医療安全責任者が自己点検を実施し、医療安全管理者が結果を取りまとめ、さらに点検・確認し、結果を本部に報告するとのことであった。

(B) 相互チェックについて

(a) 労働者健康安全機構本部

5月上旬から6月上旬までに、幹事病院が選出（交代制）され、幹事病院が医療安全相互チェックの実施計画を策定（本部への提出）し、1月中旬頃を目途に提言レポート、改善レポートを本部へ提出するとのことであった。

(b) 施設での実施

幹事病院の医療安全管理者が中心となり、テーマ（本部へ報告）や日程調整が実施され、チェックの実施後、レポートを確認、取りまとめが行われ、本部への報告が実施されるとのことであった。

③相互チェックの際のテーマの決定プロセス

グループ毎に打ち合わせを実施し、自施設の課題を話ありながら決定し、トピックス等に関連した本部指示の共通テーマを加える場合もあるとの

ことであった。

④点検に際して、yes、no で回答が難しい場合の対応

対応方法は、別冊として配布している「医療安全チェックシート解説書」（各項目の調査目的、根拠法規、チェック実施手順などが記載）に記載しており、チェック項目のすべてができている場合には「yes」、チェック項目の一部ができていない場合には「no」、チェック項目のすべてができていない場合には「no」、および対象とならないチェック項目は「-」の記載、とのことであった。

⑤「評価実施病院」「評価される病院」のメンバー構成

(A) 評価実施病院

原則として、「医療安全対策総括責任者」「チェック対象部署の所属長」「事務職（医事課長または事務局次長）」「医療安全管理者」の4名とのことであった。

(B) 評価される病院

評価実施病院と同じであるが、講評時には、調整可能であれば、病院長、看護部長、事務局長、および関連部署の所属長等が出席し、情報共有するとのことであった。

⑥実施時間

午後の半日が多く、スケジュールは、資料確認（30分）、巡視確認（90分、各部署10～15分で5～6部署）、講評準備（30分）、挨拶・公表（30分）とのことであった。

⑦実施の評価

(A) 評価実施病院

当日に講評を行い、提言レポートを作成し、幹事病院に提出するとのことであった。

(B) 評価される病院

改善レポートを作成し、幹事病院に提出するとのことであった。

⑧ 相互点検実施後の感想・意見

「共通のチェックリストで確認できるため、自院で改善が必要な点について他院の状況を活用できるというメリットがある」「第三者による評価・確認として、本音で対応でき、改善策等も実現可能性をふまえた指摘を受けられる」「前向きな思いが多い」とのことであった。

(3) 国立大学附属病院長会議

国立大学附属病院長会議常置委員会 医療安全管理体制担当校である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にて、ご担当者の方々に、研究代表者および分担研究者によるヒアリングにご協力をいただいた（2018年8月28日）。

(ヒアリング内容)

平成12年に国立大学附属病院長会議常置委員会により、現在の「医療安全・質向上のための相互チェック」（相互チェック）にあたる行事が開始された。網羅的な医療安全対策に関する自己チェックのほかに、特に安全対策を進めるべき重点項目（例：平成29年度「画像診断レポートの確認に関する安全対策」）を毎回設定し、調査項目の設計や評価のため全国の専門家によるワーキンググループを立ち上げ、

複数回の会議で議論したうえで調査表作成、訪問調査結果集計、報告書作成を行っているとのことであった。平成24年度より、相互チェック実施年度の翌年度を「改善期間」とし、指摘事項や助言に基づいた改善状況を報告している。このように相互チェックは、他大学病院をチェックすることよりも、確実に改善することを主目的として実施されている。

平成29年度からは、医療法改正に伴い「特定機能病院間相互のピアレビュー」（ピアレビュー）が新たに始まったが、相互チェックの経験とノウハウを活かして大阪大学が国立大学のピアレビュー調査項目の設計、訪問調査結果集計、評価および報告書とりまとめを行っているとのことであった。

他大学病院への訪問調査の目的は、安全対策の達成状況、病院間のベンチマークに加え、病院間で、「困っていること」や「うまくいっていること」をディスカッションし、具体的な工夫や障壁を全国で共有することであり、相互チェック、ピアレビューともに、“グッドプラクティス”を評価できるような調査項目を設けているということであった。

なお、診療業務に支障を来さないようなスケジュールの調整や、当日の進め方、評価方法について「実施要項」に具体的に示すとともに、訪問に際しては、円滑な調査と十分なディスカッションができるよう事前に打ち合わせを行い調整しているとのことであった。

訪問する病院も、訪問を受ける病院も、他病院の医療安全の取り組みに触れることにより、さらに改善に取り組むきっかけとすることが大切とのことであった。

(4) 公益社団法人 日本医師会

公益社団法人 日本医師会本部にて、担当者の方々に、研究代表者および分担研究者によるヒアリングにご協力をいただいた（2018年8月3日）。

(ヒアリング内容)

病院間のピアレビューについては、既に地域の医療機関で独自に（相互評価を）実施しているところがあるということを確認しているとのことであった。現在は、国の施策の流れを検討し、各病院団体の取り組みを見させていただくというスタンスで、何かを独自に検討しているということはないのが現状であるとのことであった。

医療機関間で相互にチェックすることで、特に評価項目に関しては、この相互チェックは“医療監視”ではなく、病院同士が医療安全に関して、同じ意識を共有しながら、現場感覚で困っている問題に対応し、意見交換（問題意識の共有や改善に対するアドバイス等のやりとり）をすることが望ましく、医療安全文化に関わる職員の意識改革のシステムなどの意見交換も大切である、とのことであった。

評価項目に関しては、細かい項目というよりも、大項目で示して、「何が困っているのか」ということを意見交換したほうが本来のピアレビューに

近く、評価を実施する側、される側双方が、議論の俎上に上がりやすく、お互いに考える余地を残して、ある程度自由度があり、抽象的な項目も含めて、内容はシンプルにしたほうが活用しやすいのではないか、とのことであった。相手の医療機関が、医療安全上で「困っていること」に気づき、「お互いに連携して改善・成長しよう」というような内容になるとよいのではないか、ということであった。

医療現場で活用できるもので、医療安全の向上に資するマインドが醸成されるシステム作りに結び付くような内容であり、組織によって異なる文化、雰囲気共有し、この相互評価がそれらの内容に関しての意見交換の場になることが望ましい、とのことであった。

(5) 一般社団法人 日本病院会

一般社団法人 日本病院会本部にて、担当者の方々に、研究代表者および分担研究者によるヒアリングにご協力をいただいた（2018年8月3日）。

(ヒアリング内容)

現在、病院間の相互評価に関しては、特段の取り組みは実施していないとのことであった。評価項目の内容としては、中小病院が活用できるようなコンパクトな内容、簡素化された内容で、病院の機能に合わせて、規模に応じて双方が納得できるような項目や、絶対必要と思われる項目を選択できるような内容であればよいのでは、とのことであった。

相互評価は、双方の病院がさまざまな内容を共有することが大切とのことであった。

日本病院会では、医療安全関連でも、さまざまな研修・セミナーを実施しており、医師を対象とした研修のなかにも医療安全の内容が含まれているとのことであった。今般の医療安全対策地域連携加算に関する内容の加味に関しては、今後の検討課題とのことであった。

(6) 公益社団法人 全日本病院協会

公益社団法人 全日本病院協会本部にて、担当者の方に、研究代表者および分担研究者によるヒアリングにご協力をいただいた(2018年8月22日)。

(ヒアリング内容)

平成30年度は、「医療安全対策地域連携加算」に適切に対応するための「医療安全管理体制相互評価者養成講習会」を既に企画・実施(計3回)し、点検表の内容を検討し、相互評価を想定した内容の研修を提供しているとのことであった。

現在、病院間の相互評価については、中小病院向けを含めて、さまざまな規模の病院に対応するために、さまざまな医療系団体の評価表等を参考にして、自己評価の方法を含めて、項目はもとより、標準化にむけて、独自の内容を検討中とのことであった。

難しいのはどこに焦点を絞るかということであり、項目の選択や重みづけ、および実際に運用した場合にどうなるかということを含めて、さまざま

な規模・機能の病院に対してのアプローチは、容易ではないとのことであり、今後は、点検表を評価して、どのように使うかということも含めて検討する予定とのことであった。

現在検討していることは、医療安全管理はもとより、医療の質向上にも結び付くことにつながるとのことで、これまで実施されてきたことの一環として、取り組まれているとのことであった。

今般の「医療安全対策地域連携加算」への対応は、施設にとっては、診療報酬算定への対応のみならず、自己評価をすることによって、改善のきっかけにもなり、新たに対応を実施することが、医療安全推進の刺激になるのではないかとあった。

また、将来的には、医療安全対策加算1、および2を申請している医療機関が、それぞれ自己評価および相互評価できるようになればよいのでは、とのことであった。

同じ点検表で、相手の病院も評価することは勉強になるのでは、ということであり、相互評価に診療報酬が算定されることになったことも含めて、これらの意味では今般の「医療安全対策地域連携加算」に対応することは、インセンティブにもなり、よいことではないか、とのことであった。

(7) 九州大学病院

九州大学病院の医療安全管理部にて、担当者の方々に、研究代表者および分担研究者によるヒアリングにご

協力をいただいた(2018年8月20日)。

(ヒアリング内容)

「医療安全・質向上のための相互チェック」、「特定機能病院間相互のピアレビュー(5項目)」をこれまで実施し、特に前者では基本的な調査と、特定のテーマに関して実施しているとのことであった。後者は、「インシデントやアクシデントの報告等の状況(報告、分析、改善策の立案および実施等)」「医療安全管理委員会の業務の状況」「医薬品等の安全使用体制の状況(医薬品安全管理責任者の業務等)」「高難度新規医療技術又は未承認新規医薬品等を用いた医療の提供の適否等を決定する部門の運用状況」「監査委員会の業務の結果及び監査委員会からの指摘への対応状況」の5項目について、個々に対して相互にチェックをしているとのことであった。

「医療安全・質向上のための相互チェック」の特定のテーマで、「画像診断の確認不足」がテーマになったことがあり、九州大学病院では、この未然防止のために、既に、関連する部署での検討が実施され、さまざまな取り組みを実施しているとのことであった。相互のチェックを実施し、報告書を作成することには負担もあるが、大切なことと認識しているとのことであった。

2. 意見交換会の開催と結果

平成30年9月7日(金)15:00~17:00に都道府県会館(東京都千代田区)で実施した。

(1) 意見交換会開催の目的

平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 厚生労働科学特別研究事業 「医療安全における医療機関の連携による評価に関する研究」では、この度、新設された「医療安全対策地域連携加算」に関連し、特定機能病院“以外”の医療機関間で、連携して医療安全対策に関する評価を実施する上での評価項目や評価方法に関する検討実施を目的としている。

本研究の一環で、相互チェックに関わる意見交換を目的に、医療機関における医療安全に関わる業務の実施者に参集していただき、さまざまな意見交換をすることで、今後の研究の参考にさせていただくことを趣旨とした。

出席者は、特定機能病院以外の医療機関で医療安全に関わる業務の実施者(医療安全管理者、医療安全担当者等)7名、および本研究の研究班から4名(研究代表者1名、分担研究者3名)、厚生労働省から3名(オブザーバー)であった。

(2) 実施した内容

最初に、研究代表者より、医療安全対策加算、および医療安全対策地域連携加算について、これまでの流れ、施設基準等について説明した。

特に、今般の医療安全対策地域連携加算では、「当該保険医療機関内に、医療安全対策に3年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること」ということが明記され、医師

の参画が課題となること、相互の評価では、「医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況」や「当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況」に対する評価を含み、具体的な評価方法及び評価項目については、「当該保険医療機関の課題や実情に合わせて連携する保険医療機関と協議し定めること。その際、独立行政法人国立病院機構作成の『医療安全相互チェックシート』を参考にされたい」ということを鑑みて、出席者に、“相互評価”に関する現時点での取り組み状況と実施について検討した事項について発言していただいた。

また、“相互評価”については、まだ実施していない施設、既に実施した施設に所属する出席者が混在していたが、“相互評価”の検討・実施における課題について発言をしていただき、最後に研究班が考える「評価表」（暫定版）の項目の一部を例示し、それらに関して意見交換を実施した。以下に、発言内容をまとめた。

①現時点での相互評価の取り組み状況と実施について検討した事項

以下に、出席者、および研究班メンバーから発言された意見を記載する。「現時点では、医療安全管理体制の底上げを目的に、グループ病院内での相互評価を考えているが、今後、グループ病院以外の病院との連携も検討している」「（まだ、相互評価を）実施していないが、関連する研修に参加した。

評価項目を作成したが、評価結果のフィードバックをどうするか、という検討はまだ実施していない」「医療安全の地域連携を検討する際に、自施設の“感染”に関連した部署が実施している施設間連携の取り組みを参考にした」「評価項目が多くても、全部を一気に実施せず、何年かかけて、段階的に実施してもよいのではないかと考えた」「連携する施設と評価項目の内容が決まり、自己評価を実施した」「既に、地域における医療安全管理者のネットワークが構築されていたので、その中で相互評価の実施に関して検討・連絡しあった」「（相互評価を実施する際に）、当院で見てもらいたい部署（何か問題があるかもしれないと思ったので）に院内巡回してもらった」「評価項目は、公開されている独立行政法人国立病院機構作成の医療安全相互チェックシート、独立行政法人労働者健康安全機構の医療安全チェックシートを参考にして、自施設の現状にあわせて取捨選択して、医療安全管理者と薬剤師、臨床工学技士で相談して作成した」「実際に相互評価を実施する際に、これまで相手側病院の担当者と3回打ち合わせを実施し、評価内容や評価方法に際してのさまざまな事項を検討した」「今般の医療安全対策地域連携加算による評価以前から、地域の自治体が主導して医療安全に関する連携評価を実施している。これを鑑みて、今般の加算に関する評価項目を検討する予定である」「連携予定の病院が、自院と診療科目が異なる

単科専門病院のため、評価項目をどのようにするかを検討している」「グループ病院の中では、相互評価を既に実施している施設もある」「評価項目は、独立行政法人国立病院機構作成の医療安全相互チェックシートの活用以外にも、自施設で作成、あるいは連携病院が協働で作成、などもあった」「医療安全で連携することにより、医療安全対策加算2に係る届出を行っている施設における、さらなる医療安全推進をめざす（底上げをする）ことを目的とした」「グループ病院の本部でも、今般の相互評価に関するチェックリストを作成中である」「相互評価の実施が施設の負担にならないように留意をして、“やってよかった”と思われる相互評価を実施することをめざしている」「独立行政法人国立病院機構作成の医療安全相互チェックシートの項目から、自施設、および連携する施設で協議して、項目をピックアップして、評価表を作成した」「訪問する相手の病院のどこを見たいのかを知らせて、見学をした」などが挙げられた。

② 相互評価の検討・実施における課題

以下に、出席者、および研究班メンバーから発言された意見を記載する。「今般の医療安全対策地域連携加算における“連携”ということには、さまざまな連携があつて、評価だけが連携ではないと考える」「評価項目を作成する場合には、何らかのテーマを絞って実施するとよいかもしれない」

「病院相互の規模、機能が異なるため、評価項目等の設定が容易ではない」「病院の管理者によって、医療安全に関する“温度差”がある」「評価を受ける病院に、評価結果を伝達する時に、どのように説明することが適切なのか、不明である」「評価を受ける病院が、評価のデータを示された場合、改善の実施については、トップダウン、ボトムアップの使い分けが求められる」「評価項目を、色々な資料を参考にして自施設で作成したが、内容が“広く・浅く”なっているので、本当にこれでよいのか疑問である」「評価項目を作成する場合、項目が多すぎると1日で終わらない可能性がある」「自施設と連携をする相手側の病院を決めるプロセスが難しかった」「次年度も同一病院と相互評価するのか、それとも別の病院に変えるのか、の決定が悩ましい」「評価に際して、相手の病院に訪問する回数が、評価を実施する病院および評価を受ける病院で、どのような負担になるのか不明である」「評価の際に院内巡回する部署に関して、評価を実施する病院が巡回を希望する部署と、評価を受ける病院が巡回を受けたい部署が異なることがある」「相互評価の機会を活用して、自施設で気づかなかつたことを指摘してもらうこともありうる」「連携を依頼する病院として、医療安全対策加算2に係る届出を行っている病院を見出すことが難しかった」「評価病院のメンバーとして、医師が入っていることが望ましいのではないか」「自己評価

は何とか実施できそうだが、他者評価をどう受けとめるか、ということが検討課題だった」「相互評価を実施する前に、連携相手の施設の規模、機能、管理者の考え、などを知って、どのような評価が実施できるかを認識することが必要である」「連携相手の施設と規模や機能が異なる場合には、評価基準を決めることがとても難しい」「医療安全対策加算2に係る届出を行っている施設に負担にならないように実施したい」「グループ病院のなかでも、近隣に連携をする適切な医療機関が見当たらない状況もあるため、グループ病院本部で、(連携ができるように)施設間の調整の支援をする予定である」「これまで、感染に関連して地域連携の仕組みは構築されていた(適時、多職種でのカンファレンス実施、など)ので、医療安全も同様に地域において、今般の加算をきっかけとして、多職種がカンファレンス等で情報共有できるような機会があって、“上を目指す”ことができればよい」「相互評価の前に、打ち合わせがとても大切と考える」「自施設で困っていること、知りたいことを中心に相互で情報共有したい」、などが挙げられた。

③研究班からの意見

以下に、研究班メンバーから発言された意見を記載する。

「今後、本研究の一環として、3施設(医療安全対策加算1に係る届出を行っている2施設、同加算2に係る届出を行っている1施設)間で、評価表(暫定版)を使用して、相互評価を試

行することを予定している」「この相互評価を支援する際に、加算2の施設にも、加算1の施設の評価の時にオブザーバーとして参加してもらうことを検討している」「今般の医療安全対策地域連携加算では、医療安全対策加算2に係る届出を行っている施設は、相互評価を受ける施設として位置づけられ、評価を実施することを規定されてはいないが、他の2施設が評価をしあう現場に、(評価を実施しない、オブザーバーとして)参加することにより、医療安全対策加算1に係る届出を行っている施設と同じことはできなくても、自施設で実施可能な取り組みや改善のヒントが得られるチャンス考えている」「もちろん、このことは、加算1の2施設の了承が必要なことに加えて、日程上の都合、発生するコスト(旅費など)や業務の都合などを鑑みての検討が必要であり、“実施しなければならない”ということではない」、などが挙げられた。

④「評価表」(暫定版)への意見

相互評価の評価表について、暫定的に、現時点で検討中の内容の一部を呈示した際に、発言された意見を記載する。

「項目内容は、イエス・ノーで回答できないので、“どのような方法で”などの聞き方が必要となる(実施した成果の確認をすることができる)」「具体的な内容で回答する必要があり、回答する側は、関連する資料を用意・提示する必要があるかもしれない」、などが挙げられた。

3. 「医療安全地域連携シート」の作成（資料1）

これまでの検討から、相互評価に対応する「医療安全地域連携シート」を作成した。

【「医療安全地域連携シート」作成のコンセプト】

(1) 大規模医療機関から有床診療所（19床以下）まで、規模や、機能、取り組みの異なる医療機関で評価を実施することが可能な評価内容を検討する。

(2) 今回の加算の目的を明らかにし、それに沿った評価内容を検討する。評価の実施にあたっては、「チェックすることが目的にならない」「評価表はツールであり、評価をすることは相互評価の“手段”であり、“目的”ではない」と考える。

(3) 相互評価の目的は、「地域における医療機関相互の連携を図り、医療安全推進に資すること」「自施設における医療安全の取り組みの現状を客観的に振り返る機会とし、取り組むべき課題を明確にすること」「自施設でも参考にしたい『他施設の効果的な取り組み』に気づき、双方向の情報共有を図ること」として、評価内容を検討する。

(4) 相互評価を実施することにより、医療安全管理体制に関して共通の情報共有をして、自施設での改善のヒントを得ることができるような評価表を検討する。

(5) 「できていること」「できていな

いこと」のチェックのみならず、「どのように実施しているか」「どのような工夫をしているか」をディスカッションできる評価内容を検討する。

(6) 評価の際のチェックの内容は、固定された内容のみでは、毎回同じ評価の繰り返しになる可能性があるため、双方の施設が、評価内容を自由に設定可能な部分を入れて、自院における課題や医療安全関連のトピックスなどを評価可能にすることも検討する。

(7) 医療安全対策加算2を申請している施設でも、医療安全対策加算1を申請している医療機関の実施していることを見聞し、「全部は実施できなくても、一部なら実施できるかもしれない」ということに気づくことができる、具体的な内容を問いかけることにより、情報共有ができる評価表を検討する。

(8) 相互評価の実施により、双方の医療機関の課題への取り組みのヒントを得られるような方法を検討する。

(9) 評価内容は、具体的でわかりやすいことは必要であるが、あえて抽象的にして、「ここは、このような内容で意見交換してください」という解説をつけて評価可能にする項目を付加することも検討する。

(10) 医療機関の現場の状況に即して、双方の医療機関の負担も考慮し、相互評価の実施時間は3時間以内に実施できる内容を検討する。

(11) 評価内容は、今般の医療安全対策地域連携加算を申請している医療機関であれば「本来、実施しているは

ずのこと」を確認する内容を検討する。
(12) 相互評価を実施するにあたっては、双方の医療機関が、評価の事前準備から評価実施、事後評価などがスムーズに実施できるように、“実施ガイド”の作成を検討する。

これらを踏まえて、今般の医療安全対策地域連携加算1の施設基準を振り返り、以下の「評価すべき内容」を「評価」するために、具体的な項目を検討した。

.....
【医療安全対策地域連携加算1の施設基準】(抜粋)

「(4)(3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。
ア 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況

(イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進

(ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知(医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む)

(ハ) 当該対策の遵守状況の把握
イ 当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況」である。

.....
さらに、これらの施設基準に関連した「評価すべき内容」の他に、各医療機関で評価すべき必須の内容として、「インシデント・アクシデント事例の

分析と改善策が実施される体制」、「緊急の報告を要する医療事故等の範囲や、勤務時間内および勤務時間外における医療事故発生時の報告体制」、および「患者・家族支援体制」についての評価を追加した。

また、相互評価を実施する各医療機関が、「評価を実施したい項目」がある場合、それを反映させるために、「医療安全に関わる“個別テーマ”についての取り組みの評価」も含めた。この“個別テーマ”は、評価を実施する施設、および評価を受ける施設間での事前の打ち合わせ等により、自由にテーマを決めることが可能である。これを実施することで、自施設の課題を明確にし、医療安全推進に役立つ取り組みのヒントを共有することが期待され、さらに、実施毎に変更することも可能であり、その時点での課題となっている内容等を織り込むなど、自由設定できる項目として活用できる。

さらに、評価を受ける施設が、「共有したい内容」として、事前の自己評価実施時に記載する欄を設けた。医療安全について、情報提供したい自施設の取り組みや、医療安全推進に関わる自施設の課題や困ったことなどに関して記載し、相互評価の話し合いの際に、双方で意見交換する題材とすることができる。

以下に、「医療安全地域連携シート」の具体的な作成プロセスを記載する。

【「医療安全地域連携シート」作成プロセス】

ア 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況

この内容を評価するために、下記の設問1.を作成した。(1)は医療安全管理者、(2)は医療安全管理部門、(3)は医療安全管理対策委員会に関する内容で、それぞれの活動状況に関して、確認する設問としている。

.....

1. 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況を評価することで、自施設の課題を明確にし、医療安全推進に役立つ取り組みのヒントを共有する。

(1) 医療安全管理者の業務内容・範囲が明らかにされているか？

①具体的に「どのような業務内容・範囲」か？

⇒ ()

②①の業務内容・範囲を遂行するために、医療安全管理者に「どのような権限が委譲」されているか？

⇒ ()

③医療安全管理者の業務内容・範囲、および権限委譲を全職員に「どのように周知」しているか？

⇒ ()

④今年度、医療安全管理者は、具体的に「どのような活動を実施」しているか？

⇒ ()

⑤④の活動状況を、全職員に「どのよ

うに周知（フィードバック）」しているか？

⇒ ()

(2) 医療安全管理部門の業務内容・範囲が明らかにされているか？

①医療安全管理部門に配置されているメンバーの「人数」「職種、職位」は？

⇒ ()

②具体的に「どのような業務内容・範囲」か？

⇒ ()

③医療安全管理部門の業務内容・範囲を、全職員に「どのように周知」しているか？

⇒ ()

④今年度、医療安全管理部門は、具体的に「どのような活動を実施」しているか？

⇒ ()

⑤ ④の活動状況を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？

⇒ ()

(3) 医療安全管理対策委員会の業務内容・範囲が明らかにされているか？

①医療安全管理対策委員会の委員の「人数」「職種、職位」「出席の状況」は？

⇒ ()

②具体的に「どのような業務内容・範囲」か？

⇒ ()

③医療安全管理対策委員会の業務内容・範囲を、全職員に「どのように周知」しているか？

⇒ ()
 ④医療安全管理対策委員会で検討される内容は、具体的に「どのようなこと」か？
 ⇒ ()
 ⑤ ④の検討内容を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？
 ⇒ ()
 ……………

これらに対して、具体的回答を矢印(⇒)以下に記載する。この際に記載欄が足りなければ、別紙（様式自由）に記載する。記入後に設問全体を鑑みて、(1)(2)(3)それぞれに対して、「十分に実施している」「実施しているが改善の必要がある」「実施していない」にチェックする。

(イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進

(ハ) 当該対策の遵守状況の把握

これらの内容を評価するために、下記の設問を作成した。(4)は医療安全対策の実施・遵守状況の把握と現状評価の実施、(5)は医療安全対策の実施・遵守状況の分析、(6)は医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の実施に関して、確認する設問としている。
 ……………

(4) 医療安全対策の実施・遵守状況の把握、現状評価を実施しているか？

①「どこが（例：医療安全管理部門）」
 「誰が（例：医療安全管理者）」

「定期・不定期」「どのように」実施しているのか？

⇒ ()
 ② 医療安全対策の遵守状況の把握結果を、「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」、具体的に「どのように活用」しているか？
 ⇒ ()

③ ②の現状評価の結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？

⇒ ()
(5) 医療安全対策の実施・遵守状況の分析を実施しているか？

①「どこが（例：医療安全管理部門）」
 「誰が（例：医療安全管理者）」
 「定期・不定期」「どのように」分析しているのか？

⇒ ()
 ②医療安全対策が遵守されない状況を確認した場合、“なぜ、決められた医療安全対策が遵守されないのか”を分析し、「事例発生の原因」を明らかにしているか？

⇒ ()
 ③②の分析結果を、「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」、具体的に「どのように活用」しているか？

⇒ ()
 ④②の分析結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？

⇒ ()

(6) 医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策を実施しているか？

①「どこが（例：医療安全管理部門）」
「誰が（例：医療安全管理者）」
「定期・不定期」「どのように」実施しているのか？

⇒（ ）

②実施している業務改善等の対策は、具体的に「どのようなこと」か？

⇒（ ）

③業務改善等の具体的な対策実施後、「どのように評価」しているか？

⇒（ ）

④ ③の評価結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？

⇒（ ）

.....

これらに対して、具体的回答を矢印（⇒）以下に記載する。この際に記載欄が足りなければ、別紙（様式自由）に記載する。記入後に設問全体を鑑みて、(4)(5)(6)それぞれに対して、「十分に実施している」「実施しているが改善の必要がある」「実施していない」にチェックする。

(ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知（医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む）

この内容を評価するために、下記の設問を作成した。(7)は医療安全対策や医療安全に資する情報を職員に周知、(8)は職員への医療安全研修に関

する内容に関して、確認する設問としている。

.....

(7) 医療安全対策や医療安全に資する情報を職員に周知しているか？

①具体的に「どのような情報」を職員に提供しているか？

⇒（ ）

②「どこが（例：医療安全管理部門）」
「誰が（例：医療安全管理者）」
「定期・不定期」「どのように」実施しているのか？

⇒（ ）

③具体的に、医療安全対策や医療安全に資する情報を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？

⇒（ ）

④周知後に、医療安全対策や医療安全に資する情報の、全職員の認知状況を「どのように評価」しているか？

⇒（ ）

⑤④の評価結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？

⇒（ ）

⑥④の評価結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？

⇒（ ）

(8) 職種横断的な医療安全活動の推進や、部門を超えた連携に考慮し、研修への参加率を高め、安全意識を育むための工夫、および職員教育・研修の企画、実施、実施後の評価と改善を行っているか？

①参加率を高めるために、具体的に「どのような工夫」を実施しているか？

⇒（ ）

②参加率を高め、安全意識を育むための取り組み実施後、「どのように評価」しているか？

⇒ ()

③ ②の評価結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？

⇒ ()

④具体的事例を活用して、職員参加型の医療安全研修を企画・実施するために、具体的に「どのような工夫」を実施しているか？

⇒ ()

⑤職種横断的な医療安全研修の実施後、「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」「どのように」評価と改善を実施しているか？

⇒ ()

⑥⑤の評価と改善の結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？

⇒ ()

.....

これらに対して、具体的回答を矢印(⇒)以下に記載する。この際に記載欄が足りなければ、別紙（様式自由）に記載する。記入後に設問全体を鑑みて、(7)(8)それぞれに対して、「十分に実施している」「実施しているが改善の必要がある」「実施していない」にチェックする。

さらに、これらの施設基準に関連した「評価すべき内容」の他に、各医療機関で、医療安全管理体制に関して評

価すべき必須の内容として、(9)インシデント・アクシデント事例の分析と改善策が実施される体制、(10)緊急の報告を要する医療事故等の範囲や、勤務時間内および勤務時間外における医療事故発生時の報告体制、および(11)患者・家族支援体制、についての評価を追加した。以下に設問を記載する。

.....

(9) 院内で発生した医療事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されているか？

①発生した事例を、「どの程度（例：月に○件、年に△件）」「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように分析」を実施しているか？

⇒ ()

②実施した分析結果を、「どのように活用」しているか？

⇒ ()

③事例の分析結果を踏まえて、具体的に「どのような改善策」を実施しているか？

⇒ ()

④分析・改善策実施後の評価を、「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように」実施しているか？

⇒ ()

⑤①の分析結果、および④の改善策実施後の評価を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？

⇒ ()

(10) 緊急の報告を要する医療事故等の範囲や、勤務時間内および勤務時間外における医療事故発生時の報告体制等を盛り込んだ対応マニュアルを作成し、全職員に周知しているか？

①事故発生時の対応マニュアル等には、具体的に「どのような内容」が含まれているか？

⇒ ()

②全職員に事故発生時の対応マニュアル等を、「どのように周知」しているか？

⇒ ()

③周知後に、事故発生時の対応マニュアル等の、全職員の認知状況を「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように」評価しているか？

⇒ ()

④③の評価結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？

⇒ ()

⑤これまでの事故発生時の対応を現状評価し、「どのような課題」が明確にされているか？

⇒ ()

⑥⑤の現状評価の結果を踏まえて、事故発生時の対応マニュアル等を「どのように改善」したか？

⇒ ()

(11) 自施設の見やすい場所に、医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の提示をするなど、患者に対して必要な情報提供や、適切な相

談対応及び支援を実施しているか？

①医療安全管理者等による相談や支援が受けられるなどの必要な情報を、患者に「どのように情報提供」をしているか？

⇒ ()

②患者・家族からの相談等に対して、「どこが（例：医療安全管理部門・患者相談窓口）」「誰が（例：医療安全管理者・医療対話推進者）」「どのように」対応しているか？

※「患者サポート体制充実加算」の届出をしている場合は、その関連も含める。

⇒ ()

③相談内容に関連する部署に、患者・家族への相談対応や支援の経過及び結果を「どのように情報提供（フィードバック）」しているか？

⇒ ()

④医療安全管理者及び医療安全管理部門は、相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を「どのように支援」しているか？

※「患者サポート体制充実加算」の届出をしている場合は、その関連も含める。

⇒ ()

.....

これらに対して、具体的回答を矢印(⇒)以下に記載する。この際に記載欄が足りなければ、別紙(様式自由)に記載する。記入後に設問全体を鑑みて、(9)(10)(11)それぞれに対して、「十分に実施している」「実施してい

るが改善の必要がある」「実施していない」にチェックする。

イ 当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況

この内容を評価するために、下記の設問2.を作成した。

.....

2. 当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況を評価することで、自施設の課題を明確にし、医療安全推進に役立つ取り組みのヒントを共有する。

※年度ごとに、確認・質問対象部門を選定し、評価を実施する。

ここでは、1つの評価項目について、質問の対象者を、「医療安全管理部門、医療安全管理者等」と「当該部門の対象者」の双方とした。双方に確認するのは、双方にすれ違いがなく、双方向の取り組みが実施されていることを確認するためである。

*部門を1か所選択し、その部門に関して評価を実施する。

.....

【質問対象：医療安全管理部門、医療安全管理者等】

(1) 各部門における特徴及び課題を考慮した医療安全対策が実施されているか？

①具体的に「どの部門」で、「どのような対策」が実施されているか？

⇒ ()

②実施されている各部門における特徴および課題を考慮した医療安全対策を、「どこが（例：医療安全管理部

門)」「誰が（例：医療安全管理者)」「定期・不定期」「どのように」評価しているか？

⇒ ()

③②の評価結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック)」しているか？

⇒ ()

【質問対象：当該部門の担当者】

(1) 部門における特徴及び課題を考慮した医療安全対策が実施されているか？

④具体的に「どのような対策」が実施されているか？

⇒ ()

⑤部門における特徴及び課題を考慮した医療安全対策の実施後、「誰に（例：医療安全管理者)」「どのように」報告しているか？

⇒ ()

⑥④の医療安全対策を、全職員に「どのように周知（フィードバック)」しているか？

⇒ ()

【質問対象：医療安全管理部門、医療安全管理者等】

(2) 各部門における医療安全対策を実施するために、医療安全管理者、医療安全管理部門からの支援を実施しているか？

①具体的に「どの部門に、どのような支援」を実施しているか？

⇒ ()

②支援後、当該部門の医療安全対策の

実施結果を「どのように評価」しているか？

⇒ ()

【質問対象：当該部門の担当者】

(2) 部門における医療安全対策を実施するために、医療安全管理者、医療安全管理部門から支援を受けているか？

③当該部門は、具体的に「どのような支援」を受けているか？

⇒ ()

④支援を受けた後、当該部門の医療安全対策の実施結果を、「どこに（例：医療安全管理部門）」「誰に（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように」報告しているか？

⇒ ()

【質問対象：医療安全管理部門、医療安全管理者等】

(3) 医療安全管理者、医療安全管理部門は、定期的に院内を巡回し、各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析しているか？

①各部門における医療安全対策の実施状況を把握するために、具体的に、「どのような視点」で院内を巡回しているか？

⇒ ()

②院内の巡回によって把握した、各部門における医療安全対策の実施状況を「どのように分析」しているか？

⇒ ()

③院内を巡回した後の分析結果を「どのように活用」しているか？

⇒ ()

④②の各部門における医療安全対策の実施状況、および③の分析結果を全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？

⇒ ()

【質問対象：当該部門の担当者】

(3) 医療安全管理者、医療安全管理部門が、定期的に院内を巡回し、各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析していることを知っているか？

⑤具体的に、「どのような視点」で院内の巡回を受けているか？

⇒ ()

⑥院内の巡回を受けた後、改善が必要と判断された事項について、「誰が（例：当該部門の担当者等）」「どのように」改善を実施しているか？

⇒ ()

⑦院内の巡回を受けた後、改善が必要と判断された事項について、改善した結果を「どこに（例：医療安全管理部門）」「誰に（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように」報告しているか？

⇒ ()

【質問対象：医療安全管理部門、医療安全管理者等】

(4) 医療安全管理者、医療安全管理部門は、各部門における医療安全対策の実施状況の把握・分析結果を踏まえた、業務改善等の具体的な対策について指導しているか？

①具体的に、「どの部門に、どのよう

- な業務改善」を指導したか？
⇒ ()
- ②指導後の業務改善結果を「どのように評価」しているか？
⇒ ()
- ③②の業務改善結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？
⇒ ()

【質問対象：当該部門の担当者】

(4) 医療安全管理者、医療安全管理部門から、各部門における医療安全対策の実施状況の把握・分析結果を踏まえた、業務改善等の具体的な対策についての指導を受けているか？

- ④具体的に、(どの部門で)「どのような業務改善」の指導を受けたか？
⇒ ()
- ⑤指導後の業務改善結果を「どこに(例：医療安全管理部門)」「誰に(例：医療安全管理者)」「定期・不定期」「どのように」報告しているか？
⇒ ()
- ⑥業務改善後の評価を「どこから(例：医療安全管理部門)」「誰から(例：医療安全管理者)」「定期・不定期」「どのように」受けているか？
⇒ ()
-

これらに対して、具体的内容を矢印(⇒)以下に記載する。この際に、記載欄が足りなければ、別紙(様式自由)に記載する。記入後に設問全体を鑑みて、(1)(2)(3)(4)それぞれに対して、「十分に実施している」「実施してい

るが改善の必要がある」「実施していない」にチェックする。

さらに、相互評価を実施する各医療機関が、「評価を実施したい項目」がある場合、それを反映させるために、「医療安全に関わる“個別テーマ”」についての取り組みの評価も実施することにした。この“個別テーマ”は、評価を実施する施設、および評価を受ける施設間での事前の打ち合わせ等により、自由にテーマを決めることが可能である。

「3. 医療安全に関わる“個別テーマ”」として記載欄を設けたので、その設問を記載する。

.....

3. 医療安全に関わる“個別テーマ”についての取り組みを評価することで、自施設の課題を明確にし、医療安全推進に役立つ取り組みのヒントを共有する。

※ 年度ごとに、“個別テーマ”を選定し、その内容について検討する。

“個別テーマ”を1つにするか、複数にするかは、施設間で検討する。

【(個別テーマを記載)】

(1) 「(個別テーマ)」について、事例の発生を防止する対策を実施しているか？

※参考資料があれば、用意する

- ①自施設の「(個別テーマ)」のシステムに、「どのような課題」があるか？
⇒ ()
- ②「(個別テーマ)」による事例の発生を防止するため、具体的に「どのよう

な防止対策」を実施しているか？
⇒ ()
③②の防止対策について、全職員に
「どのように情報提供」しているか？
⇒ ()

施しているか？
⇒ ()
③②の防止対策について、全職員に
「どのように情報提供」しているか？
⇒ ()
.....

以下、“個別テーマ”の例として“画像診断結果（報告書）の確認不足”を挙げて、設問を記載する。

これらに対して、具体的内容を矢印（⇒）以下に記載する。この際に、記載欄が足りなければ、別紙（様式自由）に記載する。記入後に設問全体を鑑みて、「十分に実施している」「実施しているが改善の必要がある」「実施していない」にチェックする。

※ “個別テーマ” の例

「画像診断結果の確認不足」

(1) 「画像診断結果（報告書）の確認不足」について、事例の発生を防止する対策を実施しているか？

最後に、「4. その他、共有したい内容」として、評価を受ける施設が、事前の自己評価実施時に記載する欄を設けたので、以下に記載する。
.....

※参考資料

厚生労働省から、「画像診断報告書等の確認不足に関する医療安全対策について（平成29年11月10日）」「画像診断報告書等の確認不足に関する医療安全対策について（再周知のお願い）（平成30年6月14日）」等の通知が出されている。また、日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業における医療安全情報「画像診断報告書」の確認不足（No. 63、No. 138）」で、繰り返し注意喚起がされている。

4. その他、共有したい内容 ※評価を受ける施設が、事前の自己評価実施時に記載

(1) 医療安全について、情報提供したい自施設の取り組み
⇒ ()
(2) 医療安全推進に関わる自施設の課題、困っていること
⇒ ()
.....

① 施設の「画像診断結果（報告書）の確認」のシステムに、「どのような課題」があるか？
⇒ ()
② 「画像診断結果（報告書）の確認不足」による事例の発生を防止するため、具体的に「どのような防止対策」を

これは、自由記載として、具体的内容を矢印（⇒）以下に記載する。この際に、記載欄が足りなければ、別紙（様式自由）に記載し、相互評価の話し合いの際に、双方で意見交換する題材とする。

4. 「医療安全地域連携：評価シート」 (資料2) の作成

評価を実施する施設が、評価結果を記載する様式を作成した。評価を実施する施設は、評価実施後にこれに記載し、評価を受ける施設に、予め設定した期日までに届ける。

5. 「医療安全地域連携シート（説明記載）」（資料3）の作成

医療安全地域連携シートの内容の作成や、設問の文言を検討するにあたり、参考にした基本診療料の施設基準、指針等について、それぞれ関連する設問の記載部位に提示した。

6. 「医療安全地域連携シート」活用 実践ガイド（資料4）の作成

「医療安全地域連携シート」を活用するにあたって、効果的・効率的に活用するためのガイドを作成した。「医療安全地域連携シート」の項目内容について、作成のねらい、項目内容（大項目、中項目、小項目の内容）をより具体的に説明した。

その後、「医療安全地域連携加算」に関わる相互評価の実施について、実施目的、実施の意義を記載し、医療安全地域連携における相互評価の展開について具体的に図示し、打合せ1、自己評価、打合せ2、評価実施（進行表の説明）、報告書の提出、改善計画書の提出、および改善結果の共有・まとめ、として具体的な内容を記載した。

さらに、連携する施設間で、相互評価を実施する前に検討・確認が必要な

事項として、経費、情報管理、資料の提供を依頼された場合の対応、録音、写真・動画撮影などについて、留意点を記載した。

7. 「医療安全地域連携シート」（暫定版）を活用した相互評価の試行

研究代表者が所属する公益社団法人 地域医療振興協会関連の3施設（医療安全対策加算1を申請している2施設：以下、A施設、B施設、および医療安全対策加算2を申請している1施設：以下、C施設）に協力を依頼し、「医療安全地域連携シート（暫定版）」を活用して相互評価を実施し、研究代表者と分担研究者が実施に関するコーディネートを実施した（以下、本試行）。

(1) 実施目的

相互評価を実施することにより、双方の医療機関における医療安全推進と医療の質向上に資することと、「医療安全地域連携シート（暫定版）」で評価を実施することにより、評価内容の妥当性を検討すること、とした。

(2) 実施の意義

「評価を受ける施設が、自己評価を実施することにより、自施設の医療安全管理上の現状が明らかになり、併せて改善すべき課題が明確になること」「評価を実施する施設が、評価を受ける施設の自己評価結果（現状評価結果）を把握し、具体的な確認や院内巡回で見聞することにより、自施設でも参考にしたい内容が明らかになること（今後、自施設の課題を改善する

ためのヒントを得ることができる)。

また、評価を実施する施設が、今後、改善が必要な内容についての提案を検討することで、自施設の医療安全管理体制を振り返る機会にもなること」

「評価を実施する施設から今後、改善が必要な内容についての提案を受けることにより、評価を受ける施設が、今後、課題を改善するためのヒントを得ることができること」「医療安全に関する地域連携を図る施設(評価を実施する施設・評価を受ける施設)間で、医療安全管理について、議論・検討を実施し、情報共有することにより、今後の地域における医療安全の連携や、自施設の課題解決のヒントを得て、医療安全推進と医療の質向上に役立てること」と考えた。

(3) 実施スケジュール

相互評価は、3回に分けて実施した。実施にあたっては、3施設の管理者に、相互評価の実施について、本研究の一環として、「医療安全地域連携シート(暫定版)」を使用させていただき、およびコーディネートさせていただき、事前に研究代表者から説明と依頼を行い、了承を得た。

第1回目(2018年10月18日)は、A施設をB施設が評価(医療安全対策加算1を申請している施設間の評価)、第2回目(2018年10月23日)は、C施設をA、Bの2施設が評価(医療安全対策加算1を申請している2施設が、医療安全対策加算2を申請している施設を評価)、第3回目(2018年10月30日)は、B施設をA施設が評価(医

療安全対策加算1を申請している施設間の評価)とした。実施前に、3施設で連絡・調整の担当者を決めてもらった(今回は、3施設とも医療安全管理者が担当した)。

なお、医療安全対策加算2を申請しているC施設は、本来、評価を実施する必要はないが、自施設の今後の医療安全管理体制に参考にすることを目的に、A、B両施設の了承を得て、第1回目と第3回目に、C施設の医療安全管理の担当者が、(評価には加わらず)オブザーバーとして参加するプログラムとした。

評価当日の進行は、司会担当者(評価を実施する施設の医療安全管理者、または医療安全対策地域連携加算申請に関わる専任の医師)が実施することとし、時間内(3時間以内)でスムーズに評価を実施するために、評価を実施する施設でタイムキーパーを決めておくようにした。

医療安全対策加算1を申請している施設間の評価である第1回目と第3回目の相互評価の流れとしては、①評価を受ける施設が「医療安全地域連携シート(暫定版)」で自施設の自己評価を行い、その結果と自施設の施設概要を評価を実施する施設に送る、②評価を実施する施設が評価を受ける施設の自己評価結果を受けとり、その自己評価結果を踏まえて、自施設でも参考にしたい内容を確認し、今後、改善の必要がある内容について具体例を検討し、具体的に確認したい内容、質問を準備する、③当日の院内巡回では、

「どの部門で」「どのようなことを」確認したいのかを、評価者の誰が参加するのか（全員、あるいは一部の評価者）を含めて決定する、④話し合いの際の司会者、およびタイムキーパーを、評価を実施する施設の評価者のメンバーの中で決めておく、などを実施し、これらについて、相互評価の実施前に評価を受ける施設に伝え、評価を実施する前に調整をすることにした。

評価を受ける施設では、参加者全員を収容できる会議室の準備と、提出した自己評価結果に対して、評価を実施する施設からの質問を想定した準備、および自己評価時に、具体的な内容を記載した参考資料を会場に準備（人数分の印刷は不要）や、他に必要と判断した資料などを会場に準備する手はずを整え、必要に応じて電子カルテ内容をプロジェクター画面で確認できる環境整備を準備し、さらに、評価を実施する施設から連絡を受けた、「院内巡回を実施する部門」について、当該部門の責任者と調整することなどを実施することとした。

評価に要する時間は、3時間とし、当日は、13時30分開始、16:30分終了とした。

スケジュールは、研究代表者からの挨拶(5分)、司会者からの開催の挨拶、出席者の自己紹介(10分)、評価を実施する施設による評価実施(資料確認、質問による詳細の確認、院内巡回、および10分程度の休憩を含む)(2時間15分)、評価を実施する施設の出席者による講評についての打ち合わせ(評

価を受ける施設の出席者は席をはずしてもらおう)(10分)、評価を実施する施設からの講評(詳細は後日、報告書の提出)(10分)、オブザーバー施設からの感想(5分)、研究代表者からのまとめ(5分)であった。

3時間以内で、スムーズに評価を実施できるように、必要なこと、事前に確認ができることなどは、評価を実施する施設と、評価を受ける施設間で、事前に打ち合わせを実施してもらうことにした。

また、相互評価当日、開始時間前に最終打ち合わせを実施してもよいこと、および終了後に、次回の相互評価に関わる打ち合わせを実施してもよいことにした。実施にあたっては、開始時間はもとより、終了時間を超過しないよう、時間厳守とした。

第2回目(医療安全対策加算1を申請している2施設が、医療安全対策加算2を申請している施設を評価)の相互評価も、基本的な流れ、時間、スケジュールは第1回目、第3回目と同様としたが、A、Bの2つの施設でC施設の評価を同日に実施することになるため、A、Bの2施設間で、評価の進め方(司会担当者や評価者の役割など)について、事前に打ち合わせを実施することとし、時間・スケジュールは1施設が実施する場合と同じなので、評価時間や院内巡回時間が「2倍」にならないように配慮をしてもらうことにした。特に院内巡回は、「どの部門」で「どのようなこと」を確認したいのか、事前にA、Bの2施設間で調整し

て明らかにしておき、2施設の「評価者の誰が」院内巡回をするのか(全員、あるいは一部の評価者)、決めておき、これらを事前にC施設に伝え、調整してもらうことにした。

その他の留意点としては、相互評価に関わる経費については、各施設で検討すること、相互評価を実施する際に知り得た双方の施設の患者・職員等の個人情報の取り扱いに留意し、取得した情報は、今回の相互評価以外には使用しないことを確認してもらった。

また、A、B、Cの3施設において、事前に相互評価への出席者を決定してもらい、氏名・職種・職位を記載した連絡票を作成し、3施設で、事前に情報共有した。

相互評価は3回とも、予定通り実施され、出席者は第1回目16名(評価を受ける施設6名、評価を実施する施設6名、オブザーバー2名、本研究関連2名)、第2回目21名(評価を受ける施設7名、評価を実施する施設12名、本研究関連2名)、第3回目17名(評価を受ける施設7名、評価を実施する施設6名、オブザーバー2名、本研究関連2名)であった。本研究関連の2名は研究代表者1名と分担研究者1名である。

以下、実施段階と実施後についての留意点を記載する。

(4) 実施段階

- ①相互評価の目的・意義の確認：出席者全員で、目的・意義を共有する。
- ②スケジュールに沿って相互評価を実施

*院内巡回について：院内巡回は、「(院内巡回を実施前に)評価を受ける施設が実施した自己評価や、(書類上で)評価を実施した後に、評価を実施する施設が、どうしても確認したいことに焦点を当てる」ことを原則とし、「必要以上に時間をかけない」「院内巡回する部署の職員の通常業務の妨げにならない」「機器や物品、書類などに許可なく触れない」「写真撮影等は部署の責任者に予め許可を得る」「狭い部署に大勢で入室しない」「最小限の時間で終える」「評価内容とは直接関係のない、単に個人的に興味のあることなどは質問しない」、などに留意する。

③講評：評価を実施する施設の担当者同士で評価の全体と説明内容を協議した後に、実施した評価について評価を受ける施設の担当者に説明する。

④今後のスケジュール(報告書の提出期限など)や、次年度も、相互評価を同じ施設と実施する予定ならば、次回の日程などを協議する。

(5) 実施後

①報告書を作成し、渡す

評価を実施した施設が、事前に決めた期日までに報告書を作成し、評価を受けた施設に届ける。

②報告書内容を検討し、改善の取り組みを実施する

評価を受けた施設は、受け取った報告書の内容(特に改善点)を検討し、自施設における医療安全推進に向けて、取り組みを開始する。

③改善の取り組みの実施結果を情報

共有する

評価を受けた施設が、報告書内容を検討し、医療安全推進に取り組んだ結果について、後日、評価を実施した施設と意見交換等、情報共有を実施する。

※相互評価（本試行）実施後の感想・意見について

3回の相互評価（本試行）実施後に、評価に参加した各施設の医療安全管理者に、実施後の感想・意見を聞いた。以下に質問の内容を記載する。

.....

1. 今回、「医療安全地域連携シート」の作成にあたっては、チェックすることが目的にならないよう、本加算の目的を明らかにし、それに沿った評価内容を検討した。特に、「実施しているか・実施していないか」ではなく、「どのように実施しているか」「どのように評価しているか」「どのようにフィードバックしているか」など、“どのように”に焦点を当てることで、双方向の情報共有を図ることを重視した。評価項目は、医療安全対策加算、および医療安全対策地域連携加算の施設基準を参考にした。

1) 「チェックすることが目的にならない」「“どのように”に焦点を当てることで、双方向の情報共有を図る」ことができたと思われませんか？

2) 自施設における医療安全の取り組みの現状を客観的に振り返る機会になったと思われませんか？

3) 客観的な現状評価から、自施設で今後、取り組むべき課題を明確にする

ことができたと思われませんか？

4) 自施設でも参考にしたい「他施設の効果的な取り組み」に気づき、双方向の情報共有を図ることができたと思われませんか？

5) 「どのような内容を回答すればよいかわからない」と思う項目がありましたら、お知らせください。

2. 今後、「医療安全に関わる個別テーマ」として、取り上げて情報を共有したい内容はありますか？

3. 時間を3時間と設定しましたが、適切だったと思われませんか？

4. 時間の短縮を図る方法として、評価を受ける施設から「自己評価の結果」を受け取った後に、評価を実施する施設でその内容を確認し、「評価を受ける施設に質問を事前に渡すこと」「事前に送付した質問に対する回答も事に受け取ること」などについては、どのように思われますか？（相互評価実施の当日には、事前の質問・回答を踏まえて、さらに詳細の確認や情報共有に時間をかけることが可能）

5. その他の感想・意見

.....

本試行を実施した3施設の相互評価の担当者（今回は、すべて医療安全管理者）に上記質問について回答してもらい、「医療安全地域連携シート（暫定版）」の評価として受けとめ、「医療安全地域連携シート」（最終版）作成の参考にした。

(6) 相互評価実施後の気づき

3回の相互評価を実施した後に、準備段階、実施段階、実施後等に関して、

全てに出席した研究代表者・分担研究者が気づいたこととしては、以下のことが挙げられる。

①準備段階

(A) 相互評価実施を調整するコーディネーターの必要性

相互評価の実施にあたり、評価を実施する施設、評価を受ける施設で、日程や出席者の調整、評価に使用する会場や参考資料・必要物品の用意など、様々な準備が必要となる。通常は、各施設の医療安全管理者が中心となって準備にあたることになるが、調整役（コーディネーター）がいると、各施設間の調整がスムーズに実施され、その結果、評価当日の流れもスムーズになることが想定される（今回の試行では、研究代表者・分担研究者がコーディネーターとして調整を実施した）。

例えば、本試行のごとく、3施設で相互評価を実施する場合には、1つの施設が責任を持って担当を決めて、他の2施設の担当者と事前に打ち合わせ等が実施できれば、相互評価の当日は、よりスムーズな実施が期待できる。次年度以降も同じ施設同士で相互評価を実施する予定の場合には、コーディネーター役の「幹事施設」を決めて、次年度以降は、持ち回りでコーディネーターを担当することを検討してもよい。

(B) 評価会場のレイアウトの作成とスケジュール表の作成

事前に確定した当日の出席者が、どのように着席するか、会場の机の配置、座席表を事前に作成し、もし可能であ

れば、職位と氏名を記載した三角柱の席札を準備し、事前に該当の席に置いておいてもよい。当日のスケジュール表は、事前に出席者に配布しておくことが望ましい。

(C) 関連資料の用意、電子カルテの閲覧の検討

評価を受ける際に、提示が必要となる可能性がある資料を用意する。紙ベースのファイル等の資料のほか、電子カルテ画面での確認が必要と判断される場合は、評価会場においてプロジェクター等で電子カルテ画面が投影可能な環境の準備を検討する。

(D) 録音機材、写真撮影機材等の準備

報告書等の記載のため、あるいは評価・検討実施の記録として、必要に応じて録音機材、写真撮影機材（ICレコーダーやデジタルカメラなど）を準備する。話し合いの際の録音や、院内巡回時の写真撮影等も含めて、これらの機材の使用の是非に関しては、事前に相手側の了承を得る。了承が得られた場合には、録音データ、撮影データの活用範囲を双方で確認し、データの保有者は、自施設での保管・管理にも留意する。

(E) 評価項目に関して、事前に、（より詳細な）回答の準備

評価を受ける施設では、自己評価を実施する際に、各設問に関して、ある程度、詳細で具体的な内容が記載された回答を準備し、プリントアウトして自施設の関係者に配布しておく（評価を実施する施設に配布するか否かは、事前に検討しておく）。

(F) 相互評価に関わる負担の軽減

本試行のように、3施設での実施において、医療安全対策加算2を申請している施設（C施設）に、相互評価を実施する場合、医療安全対策加算1を申請しているA、Bの2つの施設が、それぞれ独自に訪問することになると、C施設は、2回の訪問を受けることになる。しかし、A、Bの2施設の担当者が、同日同時刻に、一緒にC施設の評価を実施することにすれば、C施設としては1回の訪問に対応することで済むことになり、負担が軽減される。

複数の施設で医療安全対策加算2を申請している施設の評価を実施する際には、評価を受ける施設が1回の対応で済むような調整を検討する。

また、本試行のように、A、Bの2施設の担当者が、同日同時刻に、一緒にC施設の評価を実施した場合、A、Bの2施設間の連携も図られる機会としての効果が得られると思われる。

(G) 医療安全対策加算2を申請している施設の、オブザーバー参加の推奨

今般の医療安全対策地域連携加算に関しては、医療安全対策加算2を申請している施設は、医療安全対策加算1を申請している施設から評価を受けることが要件となっており、他の施設の評価を実施することは規定されていない。

本試行では、医療安全対策加算1を申請しているA、Bの施設がそれぞれの施設の評価を実施する際に、医療安全対策加算2を申請しているC施設が

オブザーバーとして立ち会うことについて、事前にA、B施設の担当者に了承を得て、C施設の担当者にも参加の同意を得て、実施した。

自施設以外の施設間で、相互評価を実施する場に立ち会うことにより、自施設の医療安全管理に資する内容を得ることが期待されるので、医療安全対策加算2を申請している施設の担当者にオブザーバー参加の希望があれば、参加に関するコスト（旅費など）や、同日の業務の都合等も含めて事前に検討する。

(H) 報告書の作成と提出

相互評価実施前の段階で、評価を実施する施設が、評価結果および講評を含めた報告書の作成する期限を決める。併せて、期限までに評価を実施する施設から、評価を受ける施設に評価結果を届ける方法（メール、郵送、ファクス等）を検討しておく。

この際に、評価を受ける施設は、評価結果を踏まえて、今後、「いつまでに」「どのような改善を」実施するかということを検討し、実施結果について情報共有することまでを含めた打合せができればよい。

D. 考察

今般の医療安全地域連携加算の施設基準における、医療安全対策に関する相互評価の実施あたっては、病院グループなどで関連施設のある施設では、同一地域に立地していなくても、相互の施設で協力しやすい環境にあるかと思われるが、特定の病院グルー

ブ等に属さない施設等では、評価内容の検討はもとより、連携する相手の施設を検討すること等、様々な課題があることが想定される。

日常業務ではあまり接点のない複数の医療機関が今般の医療安全対策地域連携加算による相互評価を実施することによって、今後、医療安全に関連した地域のネットワークの構築に取り組み、折にふれて、医療安全管理に関して、相互に協力しあうきっかけになれば、相互評価の実施に大きな意味があると考えられる。

本試行では、院内巡回の時間を設けているが、院内巡回の目的は「(院内巡回を実施前に) 評価を受ける施設が実施した自己評価や、(書類上で) 評価を実施した後に、確認したいことに焦点を当てる」ことであり、施設内全てを「巡回」することではない。訪問部署を予め限定し、確認する内容を明らかにして、最小限の時間で実施することで、院内巡回を実施する部署の職員の通常業務を可能な限り妨げないことに留意する必要がある。

今回の相互評価にあたって、意見交換会や複数の施設における相互評価の取り組みの実際を見聞すると、実施前に、双方の施設の関係者で、メールおよび実際に集合して打ち合わせを実施して、評価内容や評価方法を検討している取り組みがある一方で、評価当日まで一度も打ち合わせをすることなく、日時だけ調整して実施している取り組みもあった。

講評で評価結果を伝える際には、各

項目に関して「できていない」「できている」で伝えるのではなく、「自施設でも参考にしたい点」や、改善を求めたい場合には、「今後、改善が期待できること」を視点に、チェックする項目のみならず、自由に話あう時間を確保して、相互で意見交換し、連携しあうことに重点をおくことを検討したい。

今回の相互評価は、評価の実施そのものは、もちろん重要であるが、「実施前」の打合せ段階での調整作業、および「実施後」の改善策への具体的な取り組みが、「実施」そのものに勝るとも劣らず重要であることを強調したい。

相互評価「実施前」の入念な打ち合わせと、「実施後」のフォローアップ（結果を受けて、どのように改善の取り組みを行い、取り組みにあたってどのような課題があり、取り組みの結果、どのようになったか、などに関する情報共有）を実施することまで、「実施前」に検討することを推奨したい。評価を受ける施設が改善策を実施するにあたって、どのように改善をするかを検討する際に、評価をする施設の取り組みからヒントをもらうというスタンスも大切である。

相互評価実施後は、評価を受けた施設は、評価内容を勘案して、改善計画を立てて、「どのような改善」を「いつまでに」実施するのか、ということを検討し、改善計画書としてまとめ、一定期間を経た後に、再度、双方の施設の担当者が集まり、それまでに実施

した改善結果を共有する機会を持つことが、相互評価の本来の目的を達成することにつながる。

今般の医療安全対策地域連携加算では、実施結果の取り交わしや、提出義務等の記載はないが、相互評価の目的である「相互評価を実施することにより、双方の医療機関における医療安全推進と医療の質向上に資すること」の達成に資するために、評価を実施する施設が「評価結果」作成して評価を受ける施設に渡し、評価を受ける施設は、評価結果を受けて、改善を実施し、一定の期間後に、その「実施結果」について、評価を実施した施設に渡す、というシステムを提案したい。

今般の医療安全対策地域連携加算への申請を検討して、これまで医療安全対策加算を申請していなかった施設が、医療安全対策加算を申請することになれば、さらに本邦における医療安全体制の底上げ、医療安全推進のはずみになることが期待される。

E. 結論

医療安全対策に関する医療機関間の連携に係る相互評価の実際に活用可能な「医療安全地域連携シート」「医療安全地域連携：評価シート」の作成と、同シートを使って実施するための「医療安全地域連携シート」活用実践ガイドを作成した。さらに、「医療安全地域連携シート」を作成するにあたって、参考にした基本診療料の施設基準、指針等について、それぞれ関連する設問の記載部位に提示した「医療安

全地域連携シート（説明記載）」を作成した。

医療安全における医療機関の連携による評価については、相互の「評価」や「チェック」は、チェックすることそのものが目的ではなく、あくまでも医療安全における“連携”のためのツールである。

今般の「医療安全対策地域連携加算」をきっかけとして、わが国の医療機関において、医療安全というキーワードで、医療機関相互が、どのように連携して「評価」や「チェック」を実施して、その結果を活用して自施設のなかに取り入れたいことや工夫などを見聞し、さらに自施設の医療安全管理体制の構築に活かし、継続して地域における医療安全ネットワークの構築をすることを目指すことが期待される。

（参考文献）

- 1) 厚生労働省：基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（保医発 0305 号、平成 30 年 3 月 5 日）。
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/000205633.pdf>（accessed 2019/3/1）
- 2) 厚生労働省保険局医療課「疑義解釈資料の送付について（その 1）」（平成 30 年 3 月 30 日）。
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/000202132.pdf>（accessed 2019/3/1）
- 3) 厚生労働省：医療安全管理者の業

務指針および養成のための研修プログラム作成指針.

<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/houkoku/dl/070330-2.pdf> (accessed 2019/3/1)

4) 厚生労働省：医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針.

<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/130110-2.pdf> (accessed 2019/3/1)

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 0件
2. 学会発表 0件

H. 知的所有権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得 0件
2. 実用新案登録 0件
3. その他 0件

II. 資料編

【医療安全地域連携シート】

1. 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況を評価することで、自施設の課題を明確にし、医療安全推進に役立つ取り組みのヒントを共有する			
(1) 医療安全管理者の業務内容・範囲が明らかにされているか？	① 具体的に「どのような業務内容・範囲」か？ ⇒	<input type="checkbox"/>	十分に実施している
	② ①の業務内容・範囲を遂行するために、医療安全管理者に「どのような権限が委譲」されているか？ ⇒		
	③ 医療安全管理者の業務内容・範囲、および権限委譲を全職員に「どのように周知」しているか？ ⇒	<input type="checkbox"/>	実施しているが改善の必要がある
	④ 今年度、医療安全管理者は、具体的に「どのような活動を実施」しているか？ ⇒		
	⑤ ④の活動状況を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒	<input type="checkbox"/>	実施していない
(2) 医療安全管理部門の業務内容・範囲が明らかにされているか？	① 医療安全管理部門に配置されているメンバーの「人数」「職種、職位」は？ ⇒	<input type="checkbox"/>	十分に実施している
	② 具体的に「どのような業務内容・範囲」か？ ⇒		
	③ 医療安全管理部門の業務内容・範囲を、全職員に「どのように周知」しているか？ ⇒	<input type="checkbox"/>	実施しているが改善の必要がある
	④ 今年度、医療安全管理部門は、具体的に「どのような活動を実施」しているか？ ⇒		
	⑤ ④の活動状況を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒	<input type="checkbox"/>	実施していない

<p>(3) 医療安全管理対策委員会の業務内容・範囲が明らかにされているか？</p>	<p>① 医療安全管理対策委員会の委員の「人数」「職種、職位」「出席の状況」は？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	十分に実施している
	<p>② 具体的に「どのような業務内容・範囲」か？ ⇒</p>		
	<p>③ 医療安全管理対策委員会の業務内容・範囲を、全職員に「どのように周知」しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施しているが改善の必要がある
	<p>④ 医療安全管理対策委員会で検討される内容は、具体的に「どのようなこと」か？ ⇒</p>		
	<p>⑤ ④の検討内容を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施していない
<p>(4) 医療安全対策の実施・遵守状況の把握、現状評価を実施しているか？</p>	<p>① 「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように」実施しているのか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	十分に実施している
	<p>② 医療安全対策の遵守状況の把握結果を、「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」、具体的に「どのように活用」しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施しているが改善の必要がある
	<p>③ ②の現状評価の結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施していない

(5) 医療安全対策の実施・遵守状況の分析を実施しているか？	① 「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように」分析しているのか？ ⇒	<input type="checkbox"/>	十分に実施している
	② 医療安全対策が遵守されない状況を確認した場合、“なぜ、決められた医療安全対策が遵守されないのか”を分析し、「事例発生の原因」を明らかにしているか？ ⇒	<input type="checkbox"/>	実施しているが改善の必要がある
	③ ②の分析結果を、「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」、具体的に「どのように活用」しているか？ ⇒	<input type="checkbox"/>	実施していない
	④ ②の分析結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒	<input type="checkbox"/>	実施していない
(6) 医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策を実施しているか？	① 「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように」実施しているのか？ ⇒	<input type="checkbox"/>	十分に実施している
	② 実施している業務改善等の対策は、具体的に「どのようなこと」か？ ⇒	<input type="checkbox"/>	実施しているが改善の必要がある
	③ 業務改善等の具体的な対策実施後、「どのように評価」しているか？ ⇒	<input type="checkbox"/>	実施していない
	④ ③の評価結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒	<input type="checkbox"/>	実施していない

<p>(7) 医療安全対策や医療安全に資する情報を職員に周知しているか？</p>	<p>① 具体的に「どのような情報」を職員に提供しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	十分に実施している
	<p>② 「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように」実施しているのか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施しているが改善の必要がある
	<p>③ 「医療安全対策や医療安全に資する情報を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p> <p>④ 周知後に、医療安全対策や医療安全に資する情報の、全職員の認知状況を「どのように評価」しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施していない
<p>(8) 職種横断的な医療安全活動の推進や、部門を超えた連携に考慮し、研修への参加率を高め、安全意識を育むための工夫、および職員教育・研修の企画、実施、実施後の評価と改善を行っているか？</p>	<p>① 参加率を高めるために、具体的に「どのような工夫」を実施しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	十分に実施している
	<p>② 参加率を高め、安全意識を育むための取り組み実施後、「どのように評価」しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施しているが改善の必要がある
	<p>③ 職種横断的な医療安全研修を企画するために、具体的に「どのような取り組み」を実施しているか？ ⇒</p> <p>④ 具体的事例を活用して、職員参加型の医療安全研修を企画・実施するために、具体的に「どのような工夫」を実施しているか？ ⇒</p> <p>⑤ 職種横断的な医療安全研修の実施後、「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」「どのように」評価と改善を実施しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施していない
	<p>⑥ ⑤の評価と改善の結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施していない

<p>(9) 院内で発生した医療事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されているか？</p>	<p>① 発生した事例を、「どの程度(例：月に○件、年に△件)」「どこが(例：医療安全管理部門)」「誰が(例：医療安全管理者)」「定期・不定期」「どのように分析」を実施しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	十分に実施している
	<p>② 実施した分析結果を、「どのように活用」しているか？ ⇒</p>		
	<p>③ 事例の分析結果を踏まえて、具体的に「どのような改善策」を実施しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施しているが改善の必要がある
	<p>④ 分析・改善策実施後の評価を、「どこが(例：医療安全管理部門)」「誰が(例：医療安全管理者)」「定期・不定期」「どのように」実施しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施しているが改善の必要がある
	<p>⑤ ①の分析結果、および④の改善策実施後の評価を、全職員に「どのように周知(フィードバック)」しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施していない
<p>(10) 緊急の報告を要する医療事故等の範囲や、勤務時間内および勤務時間外における医療事故発生時の報告体制等を盛り込んだ対応マニュアルを作成し、全職員に周知しているか？</p>	<p>① 事故発生時の対応マニュアル等には、具体的に「どのような内容」が含まれているか？ ⇒</p>		
	<p>② 全職員に事故発生時の対応マニュアル等を、「どのように周知」しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	十分に実施している
	<p>③ 周知後に、事故発生時の対応マニュアル等の、全職員の認知状況を「どこが(例：医療安全管理部門)」「誰が(例：医療安全管理者)」「定期・不定期」「どのように」評価しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施しているが改善の必要がある

	<p>④ ③の評価結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p> <p>⑤ これまでの事故発生時の対応を現状評価し、「どのような課題」が明確にされているか？ ⇒</p> <p>⑥ ⑤の現状評価の結果を踏まえて、事故発生時の対応マニュアル等を「どのように改善」したか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施していない
(11) 自施設の見やすい場所に、医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の提示をするなど、患者に対して必要な情報提供や、適切な相談対応及び支援を実施しているか？	<p>① 医療安全管理者等による相談や支援が受けられるなどの必要な情報を、患者に「どのように情報提供」をしているか？ ⇒</p> <p>② 患者・家族からの相談等に対して、「どこが（例：医療安全管理部門・患者相談窓口）」「誰が（例：医療安全管理者・医療対話推進者）」「どのように」対応しているか？ ※「患者サポート体制充実加算」の届出をしている場合は、その関連も含める。 ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	十分に 実施している
	<p>③ 相談内容に関連する部署に、患者・家族への相談対応や支援の経過及び結果を「どのように情報提供（フィードバック）」しているか？ ⇒</p> <p>④ 医療安全管理者及び医療安全管理部門は、相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を「どのように支援」しているか？ ※「患者サポート体制充実加算」の届出をしている場合は、その関連も含める。 ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施しているが 改善の 必要がある
		<input type="checkbox"/>	実施していない

2. 当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況を評価することで、自施設の課題を明確にし、医療安全推進に役立つ取り組みのヒントを共有する。
 ※年度ごとに、確認・質問対象部門を選定し、評価を実施する。

<p>【質問対象：医療安全管理部門、医療安全管理者等】 (1) 各部門における特徴及び課題を考慮した医療安全対策が実施されているか？</p>	<p>【質問対象：医療安全管理部門、医療安全管理者等】 ① 具体的に「どの部門」で、「どのような対策」が実施されているか？ ⇒ ② 実施されている各部門における特徴および課題を考慮した医療安全対策を、「どこが(例：医療安全管理部門)」「誰が(例：医療安全管理者)」「定期・不定期」「どのように」評価しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>十分に実施している</p>
<p>【質問対象：当該部門の担当者】 (1) 部門における特徴及び課題を考慮した医療安全対策が実施されているか？</p>	<p>【質問対象：当該部門の担当者】 ④ 具体的に「どのような対策」が実施されているか？ ⇒ ⑤ 部門における特徴及び課題を考慮した医療安全対策の実施後、「誰に(例：医療安全管理者)」「どのように」報告しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施しているが改善の必要がある</p>
	<p>⑥ ④の医療安全対策を、全職員に「どのように周知(フィードバック)」しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施していない</p>

<p>【質問対象：医療安全管理部門、医療安全管理者等】</p> <p>(2) 各部門における医療安全対策を実施するために、医療安全管理者、医療安全管理部門からの支援を実施しているか？</p>	<p>【質問対象：医療安全管理部門、医療安全管理者等】</p> <p>① 具体的に「どの部門に、どのような支援」を実施しているか？ ⇒</p> <p>② 支援後、当該部門の医療安全対策の実施結果を「どのように評価」しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>十分に実施している</p>
<p>【質問対象：当該部門の担当者】</p> <p>(2) 部門における医療安全対策を実施するために、医療安全管理者、医療安全管理部門から支援を受けているか？</p>	<p>【質問対象：当該部門の担当者】</p> <p>③ 当該部門は、具体的に「どのような支援」を受けているか？ ⇒</p>		<input type="checkbox"/>
	<p>④ 支援を受けた後、当該部門の医療安全対策の実施結果を、「どこに（例：医療安全管理部門）」「誰に（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように」報告しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施していない</p>

<p>【質問対象：医療安全管理部門、医療安全管理者等】</p> <p>(3) 医療安全管理者、医療安全管理部門は、定期的に院内を巡回し、各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析しているか？</p>	<p>【質問対象：医療安全管理部門、医療安全管理者等】</p> <p>① 各部門における医療安全対策の実施状況を把握するために、具体的に、「どのような視点」で院内を巡回しているか？ ⇒</p> <p>② 院内の巡回によって把握した、各部門における医療安全対策の実施状況を「どのように分析」しているか？ ⇒</p> <p>③ 院内を巡回した後の分析結果を「どのように活用」しているか？ ⇒</p> <p>④ ②の各部門における医療安全対策の実施状況、および③の分析結果を全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>十分に実施している</p>
<p>【質問対象：当該部門の担当者】</p> <p>(3) 医療安全管理者、医療安全管理部門が、定期的に院内を巡回し、各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析していることを知っているか？</p>	<p>【質問対象：当該部門の担当者】</p> <p>⑤ 具体的に、「どのような視点」で院内の巡回を受けているか？ ⇒</p> <p>⑥ 院内の巡回を受けた後、改善が必要と判断された事項について、「誰が（例：当該部門の担当者等）」「どのように」改善を実施しているか？ ⇒</p> <p>⑦ 院内の巡回を受けた後、改善が必要と判断された事項について、改善した結果を「どこに（例：医療安全管理部門）」「誰に（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように」報告しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施しているが改善の必要がある</p>
		<input type="checkbox"/>	<p>実施していない</p>

<p>【質問対象：医療安全管理部門、医療安全管理者等】</p> <p>(4) 医療安全管理者、医療安全管理部門は、各部門における医療安全対策の実施状況の把握・分析結果を踏まえた、業務改善等の具体的な対策について指導しているか？</p>	<p>【質問対象：医療安全管理部門、医療安全管理者等】</p> <p>① 具体的に、「どの部門に、どのような業務改善」を指導したか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	十分に実施している
	<p>② 指導後の業務改善結果を「どのように評価」しているか？ ⇒</p> <p>③ ②の業務改善結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施しているが改善の必要がある
	<p>【質問対象：当該部門の担当者】</p> <p>(4) 医療安全管理者、医療安全管理部門から、各部門における医療安全対策の実施状況の把握・分析結果を踏まえた、業務改善等の具体的な対策についての指導を受けているか？</p> <p>【質問対象：当該部門の担当者】</p> <p>④ 具体的に、(どの部門で)「どのような業務改善」の指導を受けたか？ ⇒</p> <p>⑤ 指導後の業務改善結果を「どこに(例：医療安全管理部門)」「誰に(例：医療安全管理者)」「定期・不定期」「どのように」報告しているか？ ⇒</p> <p>⑥ 業務改善後の評価を「どこから(例：医療安全管理部門)」「誰から(例：医療安全管理者)」「定期・不定期」「どのように」受けているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施していない

3. 医療安全に関わる“個別テーマ”についての取り組みを評価することで、自施設の課題を明確にし、医療安全推進に役立つ取り組みのヒントを共有する。

※ 年度ごとに、“個別テーマ”を選定し、その内容について検討する。

“個別テーマ”を1つにするか、複数にするかは、施設間で検討する。

<p>【(個別テーマを記載)】</p> <p>(1) 「(個別テーマ)」について、事例の発生を防止する対策を実施しているか？</p> <p>※参考資料があれば、用意する</p>	<p>① 自施設の「(個別テーマ)」のシステムに、「どのような課題」があるか？</p> <p>⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>十分に実施している</p>
	<p>② 「(個別テーマ)」による事例の発生を防止するため、具体的に「どのような防止対策」を実施しているか？</p> <p>⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施しているが改善の必要がある</p>
	<p>③ ②の防止対策について、全職員に「どのように情報提供」しているか？</p> <p>⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施していない</p>

<p>※ “個別テーマ” の例</p> <p>「画像診断結果の確認不足」</p> <p>(1) 「画像診断結果（報告書）の確認不足」について、事例の発生を防止する対策を実施しているか？</p>	<p>※ “個別テーマ” の例</p> <p>以下に、「画像診断結果の確認不足」を個別テーマにした評価例を示す。</p> <p>※参考資料</p> <p>厚生労働省から、「画像診断報告書等の確認不足に関する医療安全対策について（平成 29 年 11 月 10 日）」「画像診断報告書等の確認不足に関する医療安全対策について（再周知のお願い）（平成 30 年 6 月 14 日）」等の通知が出されている。また、日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業における医療安全情報「画像診断報告書の確認不足（No. 63、No. 138）」で、繰り返し注意喚起がされている。</p> <p>① 自施設の「画像診断結果（報告書）の確認」のシステムに、「どのような課題」があるか？ ⇒</p> <p>② 「画像診断結果（報告書）の確認不足」による事例の発生を防止するため、具体的に「どのような防止対策」を実施しているか？ ⇒</p> <p>③ ②の防止対策について、全職員に「どのように情報提供」しているか？ ⇒</p>	
--	--	--

4. その他、共有したい内容 ※評価を受ける施設が、事前の自己評価実施時に記載

(1) 医療安全について、情報提供したい自施設の取り組み

(2) 医療安全推進に関わる自施設の課題、困っていること

【医療安全地域連携：評価シート】

【評価結果及び講評】

評価実施日： 年 月 日

評価を受けた施設名：

評価に立ち会った職員：

評価を実施した施設名：

評価者（評価を実施した職員）：

【評価】

十分に実施している：（ ）個実施しているが、改善の必要がある：（ ）個実施していない：（ ）個

*（ ）内は、チェックした個数を記載

【講評】

1) 今後、評価を実施した施設でも参考にしたい内容

2) 今後、改善の可能性がある内容

3) その他（例：今後、情報共有したい内容）

【医療安全地域連携シート】(説明記載)

※ 参考までに診療報酬の関連する加算の基準、関連する指針の内容を記載した

1. 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況を評価することで、自施設の課題を明確にし、医療安全推進に役立つ取り組みのヒントを共有する

※3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準(抜粋)

(4)(3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。

ア 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況

(イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進

(ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知(医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む)

(ハ) 当該対策の遵守状況の把握

イ 当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況

※4 医療安全対策地域連携加算2の施設基準(抜粋)

(3)(2)に係る評価については、3の(4)に掲げる内容に対する評価を含むものである。

(基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて、保医発0305第2号、平成30年3月5日)

<p>(1) 医療安全管理者の業務内容・範囲が明らかにされているか?</p>	<p>① 具体的に「どのような業務内容・範囲」か? ⇒ ※3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準 (4)(3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。 ア 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況 (イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進</p>	<input type="checkbox"/>	<p>十分に実施している</p>
	<p>② ①の業務内容・範囲を遂行するために、医療安全管理者に「どのような権限が委譲」されているか? ⇒ ③ 医療安全管理者の業務内容・範囲、および権限委譲を全職員に「どのように周知」しているか? ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施しているが改善の必要がある</p>
	<p>※I. 医療安全管理者の業務指針 1. 医療機関における医療安全管理者の位置づけ 医療安全管理者とは、各医療機関の管理者から安全管理のために必要な権限の委譲と、人材、予算およびインフラなど必要な資源を付与されて、管理者の指示に基づいて、その業務を行う者とする。 (医療安全管理者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針、厚生労働省 医療安全対策検討会議 平成19年3月)</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施していない</p>

	<p>④ 今年度、医療安全管理者は、具体的に「どのような活動を実施」しているか？ ⇒</p> <p>⑤ ④の活動状況を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p> <p>※3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準 (4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。 ア医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況 (イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進 (ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知（医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む）</p>		
<p>(2) 医療安全管理部門の業務内容・範囲が明らかにされているか？</p>	<p>① 医療安全管理部門に配置されているメンバーの「人数」「職種、職位」は？ ⇒</p> <p>② 具体的に「どのような業務内容・範囲」か？ ⇒</p> <p>※3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準 (4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。 ア医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況 (イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進</p>	<input type="checkbox"/>	<p>十分に実施している</p>
	<p>③ 医療安全管理部門の業務内容・範囲を、全職員に「どのように周知」しているか？ ⇒</p> <p>④ 今年度、医療安全管理部門は、具体的に「どのような活動を実施」しているか？ ⇒</p> <p>⑤ ④の活動状況を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p> <p>※3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準 (4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。 ア医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況 (イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のた</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施しているが改善の必要がある</p>
	<p>④ 今年度、医療安全管理部門は、具体的に「どのような活動を実施」しているか？ ⇒</p> <p>⑤ ④の活動状況を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p> <p>※3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準 (4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。 ア医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況 (イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のた</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施していない</p>

	<p>めの業務改善等の具体的な対策の推進</p> <p>(ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知 (医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む)</p>		
<p>(3) 医療安全管理対策委員会の業務内容・範囲が明らかにされているか？</p>	<p>① 医療安全管理対策委員会の委員の「人数」「職種、職位」「出席の状況」は？</p> <p>⇒</p> <p>② 具体的に「どのような業務内容・範囲」か？</p> <p>⇒</p> <p>※3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準</p> <p>(4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。</p> <p>ア医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況</p> <p>(イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進</p>	<input type="checkbox"/>	十分に実施している
	<p>③ 医療安全管理対策委員会の業務内容・範囲を、全職員に「どのように周知」しているか？</p> <p>⇒</p> <p>④ 医療安全管理対策委員会で検討される内容は、具体的に「どのようなこと」か？</p> <p>⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施しているが改善の必要がある
	<p>⑤ ④の検討内容を、全職員に「どのように周知 (フィードバック)」しているか？</p> <p>⇒</p> <p>※3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準</p> <p>(4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。</p> <p>ア医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況</p> <p>(イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進</p> <p>(ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知 (医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む)</p>	<input type="checkbox"/>	実施していない
<p>(4) 医療安全対策の実施・遵守状況の把握、現状評価を実施しているか？</p>	<p>① 「どこが (例：医療安全管理部門)」「誰が (例：医療安全管理者)」「定期・不定期」「どのように」実施しているのか？</p> <p>⇒</p> <p>② 医療安全対策の遵守状況の把握結果を、「どこが (例：医療安全管理部門)」「誰が (例：医療安全管理者)」、具体</p>	<input type="checkbox"/>	十分に実施している

	<p>的に「どのように活用」しているか？</p> <p>⇒</p> <p>③ ②の現状評価の結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？</p> <p>⇒</p> <p>※3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準</p> <p>(4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。</p> <p>ア医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況</p> <p>(イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進</p> <p>(ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知（医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む）</p> <p>(ハ) 当該対策の遵守状況の把握</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施しているが改善の必要がある</p>
<p>(5) 医療安全対策の実施・遵守状況の分析を実施しているか？</p>	<p>① 「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように」分析しているのか？</p> <p>⇒</p> <p>② 医療安全対策が遵守されない状況を確認した場合、“なぜ、決められた医療安全対策が遵守されないのか”を分析し、「事例発生の原因」を明らかにしているか？</p> <p>⇒</p> <p>③ ②の分析結果を、「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」、具体的に「どのように活用」しているか？</p> <p>⇒</p> <p>④ ②の分析結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？</p> <p>⇒</p> <p>※3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準</p> <p>(4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。</p> <p>ア医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況</p> <p>(イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進</p> <p>(ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知（医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む）</p> <p>(ハ) 当該対策の遵守状況の把握</p>	<input type="checkbox"/>	<p>十分に実施している</p>
	<p>(4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。</p> <p>ア医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況</p> <p>(イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進</p> <p>(ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知（医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む）</p> <p>(ハ) 当該対策の遵守状況の把握</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施していない</p>

<p>(6) 医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策を実施しているか？</p>	<p>① 「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように」実施しているのか？ ⇒</p> <p>② 実施している業務改善等の対策は、具体的に「どのようなこと」か？ ⇒</p> <p>③ 業務改善等の具体的な対策実施後、「どのように評価」しているか？ ⇒</p> <p>④ ③の評価結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p> <p>※3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準 (4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。 ア医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況 (イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進 (ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知（医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む） (ハ) 当該対策の遵守状況の把握</p>	<input type="checkbox"/>	<p>十分に実施している</p>
	<p>④ ③の評価結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施しているが改善の必要がある</p>
	<p>④ ③の評価結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p> <p>⑤ ④の評価結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p> <p>※3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準 (4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。 ア医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施していない</p>
<p>(7) 医療安全対策や医療安全に資する情報を職員に周知しているか？</p>	<p>① 具体的に「どのような情報」を職員に提供しているか？ ⇒</p> <p>② 「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように」実施しているのか？ ⇒</p> <p>③ 「医療安全対策や医療安全に資する情報を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p> <p>④ 周知後に、医療安全対策や医療安全に資する情報の、全職員の認知状況を「どのように評価」しているか？ ⇒</p> <p>⑤ ④の評価結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p> <p>※3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準 (4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。 ア医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況</p>	<input type="checkbox"/>	<p>十分に実施している</p>
	<p>④ 周知後に、医療安全対策や医療安全に資する情報の、全職員の認知状況を「どのように評価」しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施しているが改善の必要がある</p>
	<p>④ 周知後に、医療安全対策や医療安全に資する情報の、全職員の認知状況を「どのように評価」しているか？ ⇒</p> <p>⑤ ④の評価結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p> <p>※3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準 (4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。 ア医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施していない</p>

	<p>(イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進</p> <p>(ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知（医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む）</p> <p>(ハ) 当該対策の遵守状況の把握</p>		
<p>(8) 職種横断的な医療安全活動の推進や、部門を超えた連携に考慮し、研修への参加率を高め、安全意識を育むための工夫、および職員教育・研修の企画、実施、実施後の評価と改善を行っているか？</p>	<p>① 参加率を高めるために、具体的に「どのような工夫」を実施しているか？ ⇒</p> <p>② 参加率を高め、安全意識を育むための取り組み実施後、「どのように評価」しているか？ ⇒</p> <p>③ 職種横断的な医療安全研修を企画するために、具体的に「どのような取り組み」を実施しているか？ ⇒</p> <p>④ 具体的事例を活用して、職員参加型の医療安全研修を企画・実施するために、具体的に「どのような工夫」を実施しているか？ ⇒</p> <p>⑤ 職種横断的な医療安全研修の実施後、「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」「どのように」評価と改善を実施しているか？ ⇒</p> <p>⑥ ⑤の評価と改善の結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>十分に実施している</p> <p>実施しているが改善の必要がある</p>
	<p>※3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準</p> <p>(4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。</p> <p>ア医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況</p> <p>(イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進</p> <p>(ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知（医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む）</p> <p>(ハ) 当該対策の遵守状況の把握</p> <p>※入院基本料の施設基準等</p> <p>3 医療安全管理体制の基準</p> <p>(1) 当該保険医療機関において、医療安全管理体制が整備されていること。</p> <p>(2) 安全管理のための指針が整備されていること。安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>実施していない</p>

(3) 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。院内で発生した医療事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されていること。

(4) 安全管理のための委員会が開催されていること。安全管理の責任者等で構成される委員会が月 1 回程度開催されていること。

(5) 安全管理の体制確保のための職員研修が開催されていること。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職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、研修計画に基づき、年 2 回程度実施されることが必要である。

(基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて、保医発 0305 第 2 号、平成 30 年 3 月 5 日)

※医療安全管理者の業務指針

3. 医療安全管理者の業務

2) 医療安全に関する職員への教育・研修の実施

医療安全管理者は、職種横断的な医療安全活動の推進や、部門を超えた連携に考慮し、職員教育・研修の企画、実施、実施後の評価と改善を行う。

(1) 研修は、内容に応じて職員の参加型研修となるよう企画する。

(2) 研修は、具体的な事例を用いて対策を検討するような企画を行う。

(3) 企画に際しては、現場の職員だけでなく患者・家族、各分野の専門家等の外部の講師を選定するなど、対象および研修の目的に応じたものとする。

(4) 研修について考慮する事項 1

① 研修の対象者

a. 職種横断的な研修か、限定した職種への研修か b. 部署・部門を横断する研修か、部署及び部門別か c. 職階別の研修か、経験年数別の研修か

② 研修時間とプログラム

a. 研修の企画においては、対象者や研修内容に応じて開催時刻を考慮する。b. 全員への周知が必要な内容については、複数回の実施やビデオ研修等により、全員が何らかの形で受講できるようにする。c. 研修への参加状況、参加者の意見、反応等を把握し、研修の企画・運営の改善に活かす。

(5) 研修実施後は、研修担当者とともに、参加者の反応や達成度等について研修の評価を行い、改善を行う。

(6) 院内巡視や事故報告による情報を基に、各部署・部門における、安全管理に関する指針の遵守の状況や問題点を把握し、事故の発生現場や研修の場での教育に反映させる。

<p>(9) 院内で発生した医療事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されているか？</p>	<p>① 発生した事例を、「どの程度（例：月に○件、年に△件）」「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように分析」を実施しているか？ ⇒</p> <p>② 実施した分析結果を、「どのように活用」しているか？ ⇒</p> <p>③ 事例の分析結果を踏まえて、具体的に「どのような改善策」を実施しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	十分に実施している
	<p>④ 分析・改善策実施後の評価を、「どこが（例：医療安全管理部門）」「誰が（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように」実施しているか？ ⇒</p> <p>⑤ ①の分析結果、および④の改善策実施後の評価を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	実施しているが改善の必要がある
	<p>※入院基本料の施設基準等</p> <p>3 医療安全管理体制の基準</p> <p>(1) 当該保険医療機関において、医療安全管理体制が整備されていること。</p> <p>(2) 安全管理のための指針が整備されていること。安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。</p> <p>(3) 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。院内で発生した医療事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されていること。</p> <p>(4) 安全管理のための委員会が開催されていること。安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること。</p> <p>(5) 安全管理の体制確保のための職員研修が開催されていること。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職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、研修計画に基づき、年2回程度実施されることが必要である。</p> <p>※医療安全管理者の業務指針</p> <p>3) 医療事故を防止するための情報収集、分析、対策立案、フィードバック、評価</p> <p>(1) 医療安全に関する情報収集 医療安全管理者は、医療事故の発生予防および再発防止のための情報を収集するとともに、医療機関内における医療安全に必要な情報を院内の各部署、各職員に提供する。情報としては、次のようなものが考えられる。</p>	<input type="checkbox"/>	実施していない

	<p>【医療機関内の情報】</p> <p>①医療事故およびヒヤリ・ハット事例報告</p> <p>(2)事例の分析</p> <p>事故等の事例については、職員や患者の属性、事故やヒヤリ・ハットの種類、発生状況等の分析を行い、医療安全に必要な情報を見出す。また、事例の事実確認を行い、医療事故の発生予防および再発防止に資する事例については、必要に応じて各種の手法を用いて分析する。事例の分析については、現在広く医療機関において使用されている方法として、次のようなものがある。</p> <p>(3)安全の確保に関する対策の立案</p> <p>医療安全管理者は、事例の分析とともに、医療安全に関する情報・知識を活用し、安全確保のための対策を立案する。対策の立案に当たっては次の点を考慮する。</p> <p>①実行可能な対策であること、②各医療機関の組織目標を考慮した内容であること、③対策に根拠があり成果が期待されること、④対策実施後の成果や評価の考え方についても立案時に盛り込むこと</p> <p>(4)フィードバック、評価</p> <p>医療安全管理者は、医療安全に関する情報や対策等について、各部署や職員へ伝達する体制を構築する。具体的には、組織のラインを通じての情報提供とともに、定期的な医療安全ニュースの配布や職員への一斉メール配信等の方法によりフィードバックし、周知を図る。また、対策実施後の成果について評価し、評価に基づいた改善策を検討・実施する。</p>		
<p>(10) 緊急の報告を要する医療事故等の範囲や、勤務時間内および勤務時間外における医療事故発生時の報告体制等を盛り込んだ対応マニュアルを作成し、全職員に周知しているか？</p>	<p>① 事故発生時の対応マニュアル等には、具体的に「どのような内容」が含まれているか？ ⇒</p> <p>② 全職員に事故発生時の対応マニュアル等を、「どのように周知」しているか？ ⇒</p> <p>③ 周知後に、事故発生時の対応マニュアル等の、全職員の認知状況を「どこが(例:医療安全管理部門)」「誰が(例:医療安全管理者)」「定期・不定期」「どのように」評価しているか？ ⇒</p> <p>④ ③の評価結果を、全職員に「どのように周知(フィードバック)」しているか？ ⇒</p> <p>⑤ これまでの事故発生時の対応を現状評価し、「どのような課題」が明確にされているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>十分に実施している</p>
		<input type="checkbox"/>	<p>実施しているが改善の必要がある</p>

	<p>⑥ ⑤の現状評価の結果を踏まえて、事故発生時の対応マニュアル等を「どのように改善」したか？ ⇒ ※入院基本料の施設基準等 3 医療安全管理体制の基準 (1) 当該保険医療機関において、医療安全管理体制が整備されていること。 (2) 安全管理のための指針が整備されていること。安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。 (3) 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。院内で発生した医療事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されていること。 (4) 安全管理のための委員会が開催されていること。安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること。 (5) 安全管理の体制確保のための職員研修が開催されていること。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職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、研修計画に基づき、年2回程度実施されることが必要である。</p>	<input type="checkbox"/>	実施していない
<p>(11) 自施設の見やすい場所に、医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の提示をするなど、患者に対して必要な情報提供や、適切な相談対応及び支援を実施しているか？</p>	<p>① 医療安全管理者等による相談や支援が受けられるなどの必要な情報を、患者に「どのように情報提供」をしているか？ ⇒ ② 患者・家族からの相談等に対して、「どこが（例：医療安全管理部門・患者相談窓口）」「誰が（例：医療安全管理者・医療対話推進者）」「どのように」対応しているか？ ※「患者サポート体制充実加算」の届出をしている場合は、その関連も含める。</p>	<input type="checkbox"/>	十分に実施している

	<p>③ 相談内容に関連する部署に、患者・家族への相談対応や支援の経過及び結果を「どのように情報提供（フィードバック）」しているか？ ⇒</p> <p>④ 医療安全管理者及び医療安全管理部門は、相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を「どのように支援」しているか？ ※「患者サポート体制充実加算」の届出をしている場合は、その関連も含める。 ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施しているが改善の必要がある</p>
	<p>※第20 医療安全対策加算</p> <p>1 医療安全対策加算1に関する施設基準</p> <p>(1) 医療安全管理体制に関する基準</p> <p>カ 当該保険医療機関の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。</p> <p>(2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項</p> <p>カ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。</p> <p>(3) 医療安全管理部門が行う業務に関する基準</p> <p>イ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録していること。</p> <p>※I. 医療対話推進者の業務指針</p> <p>1. 医療機関における医療対話推進者の位置付け</p> <p>医療対話推進者は、各医療機関の管理者から患者・家族支援体制の調整と対話促進の役割を果たす者として権限が委譲され、管理者の指示に基づき、医療安全管理者、医療各部門、事務関係部門と連携し、組織的に患者・家族からの相談等に対応することを業務とする者とする。</p> <p>2. 本指針の位置付け</p> <p>本指針は、患者・家族支援を行うことを業務とする医療対話推進者のための業務指針である。医療安全管理者については、「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」（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 平成 19年3月）に示したところであって、本指針と相まって、医療安全管理業務と患者・家族支援業務を、各医療機関の規模や機能に応じて有機的に連動させるものと考える。</p> <p>3. 医療対話推進者の業務</p> <p>医療対話推進者は、医療機関の管理者から委譲された権限に基</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施していない</p>

づいて、患者・家族支援 に関する医療機関内の体制の構築に参画し、医療安全管理部門、医療各部門、事務関係部門や、各種委員会と連携しつつ、患者・家族から寄せられた相談等に対して、医療機関として組織的に対応する。

(医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針. 医政総発0110第2号、平成25年1月10日)

※第 21 の 2 患者サポート体制充実加算 1

1 患者サポート体制充実加算に関する施設基準

(4) 当該保険医療機関内に患者等に対する支援体制が整備されていること。なお、患者等に対する支援体制とは以下のことをいう。

オ (1)における相談窓口及び各部門で対応した患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の患者支援に関する実績を記録していること。また、区分番号「A234」に掲げる医療安全対策加算を算定している場合は、医療安全管理対策委員会と十分に連携し、その状況を記録していること。

(基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて. 保医発 0305 第 2 号. 平成 30 年 3 月 5 日)

<p>2. 当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況を評価することで、自施設の課題を明確にし、医療安全推進に役立つ取り組みのヒントを共有する。 ※年度ごとに、確認・質問対象部門を選定し、評価を実施する。</p>			
<p>【質問対象: 医療安全管理部門、医療安全管理者等】 (1) 各部門における特徴及び課題を考慮した医療安全対策が実施されているか？</p> <p>【質問対象: 当該部門の担当者】 (1) 部門における特徴及び課題を考慮した医療安全対策が実施されているか？</p>	<p>※3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準 (4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。 ア 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況 (イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進 (ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知(医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む) (ハ) 当該対策の遵守状況の把握 イ 当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況</p> <p>具体的な評価方法及び評価項目については、当該保険医療機関の課題や実情に合わせて連携する保険医療機関と協議し定めること。その際、独立行政法人国立病院機構作成の「医療安全相互チェックシート」を参考にされたい。</p>	<input type="checkbox"/>	十分に実施している
	<p>【質問対象: 医療安全管理部門、医療安全管理者等】 ① 具体的に「どの部門」で、「どのような対策」が実施されているか？ ⇒ ② 実施されている各部門における特徴および課題を考慮した医療安全対策を、「どこが(例: 医療安全管理部門)」「誰が(例: 医療安全管理者)」「定期・不定期」「どのように」評価しているか？ ⇒ ③ ②の評価結果を、全職員に「どのように周知(フィードバック)」しているか？ ⇒</p>		<input type="checkbox"/>
	<p>【質問対象: 当該部門の担当者】 (1) 部門における特徴及び課題を考慮した医療安全対策が実施されているか？</p>	<p>【質問対象: 当該部門の担当者】 ④ 具体的に「どのような対策」が実施されているか？ ⇒ ⑤ 部門における特徴及び課題を考慮した医療安全対策の実施後、「誰に(例: 医療安全管理者)」「どのように」報告しているか？ ⇒ ⑥ ④の医療安全対策を、全職員に「どのように周知(フィードバック)」しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>

	<p>※第 20 医療安全対策加算</p> <p>1 医療安全対策加算1に関する施設基準</p> <p>(2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項</p> <p>ア 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。</p> <p>イ 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。</p> <p>ウ 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。</p> <p>エ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。</p> <p>オ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。</p> <p>カ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。</p> <p>(3) <u>医療安全管理部門が行う業務に関する基準</u></p> <p>ア 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録していること。</p> <p>イ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録していること。</p> <p>ウ 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加していること</p> <p>(基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて. 保医発0305第2号. 平成30年3月5日)</p>		
<p>【質問対象:医療安全管理部門、医療安全管理者等】</p> <p>(2)各部門における医療安全対策を実施するために、医療安全管理者、医療安全管理部門からの支援を実施しているか?</p> <p>【質問対象:当該部門の担当者】</p> <p>(2)部門における医療安全対策を実施するた</p>	<p>【質問対象：医療安全管理部門、医療安全管理者等】</p> <p>① 具体的に「どの部門に、どのような支援」を実施しているか？</p> <p>⇒</p> <p>② 支援後、当該部門の医療安全対策の実施結果を「どのように評価」しているか？</p> <p>⇒</p> <p>【質問対象：当該部門の担当者】</p> <p>③ 当該部門は、具体的に「どのような支援」を受けているか？</p> <p>⇒</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>十分に実施している</p>

<p>めに、医療安全管理者、医療安全管理部門から支援を受けているか？</p>	<p>④ 支援を受けた後、当該部門の医療安全対策の実施結果を、「どこに（例：医療安全管理部門）」「誰に（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように」報告しているか？ ⇒ ※第 20 医療安全対策加算 医療安全対策加算 1 に関する施設基準 (2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項 ア 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと イ 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。 ウ 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。 エ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。 オ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。 カ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施しているが改善の必要がある</p>
<p>【質問対象：医療安全管理部門、医療安全管理者等】 (3) 医療安全管理者、医療安全管理部門は、定期的に院内を巡回し、各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析しているか？</p> <p>【質問対象：当該部門の担当者】 (3) 医療安全管理者、医療安全管理部門が、定期的に院内を巡回し、各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析していることを知っているか？</p>	<p>【質問対象：医療安全管理部門、医療安全管理者等】 ① 各部門における医療安全対策の実施状況を把握するために、具体的に、「どのような視点」で院内を巡回しているか？ ⇒ ② 院内の巡回によって把握した、各部門における医療安全対策の実施状況を「どのように分析」しているか？ ⇒ ③ 院内を巡回した後の分析結果を「どのように活用」しているか？ ⇒ ④ ②の各部門における医療安全対策の実施状況、および③の分析結果を全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒ 【質問対象：当該部門の担当者】 ⑤ 具体的に、「どのような視点」で院内の巡回を受けているか？ ⇒ ⑥ 院内の巡回を受けた後、改善が必要と判断された事項について、「誰が（例：当該部門の担当者等）」「どのように」改善を実施しているか？ ⇒ ⑦ 院内の巡回を受けた後、改善が必要と判断された事項に</p>	<input type="checkbox"/>	<p>十分に実施している</p>
	<p>⑤ 具体的に、「どのような視点」で院内の巡回を受けているか？ ⇒ ⑥ 院内の巡回を受けた後、改善が必要と判断された事項について、「誰が（例：当該部門の担当者等）」「どのように」改善を実施しているか？ ⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施しているが改善の必要がある</p>
	<p>⑦ 院内の巡回を受けた後、改善が必要と判断された事項に</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施していない</p>

	<p>ついて、改善した結果を「どこに（例：医療安全管理部門）」「誰に（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように」報告しているか？</p> <p>⇒</p> <p>※第 20 医療安全対策加算 医療安全対策加算 1 に関する施設基準</p> <p>(2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項</p> <p>ア 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと</p> <p>イ 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。</p> <p>ウ 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。</p> <p>エ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。</p> <p>オ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。</p> <p>カ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること</p>		
<p>【質問対象：医療安全管理部門、医療安全管理者等】</p> <p>(4) 医療安全管理者、医療安全管理部門は、各部門における医療安全対策の実施状況の把握・分析結果を踏まえた、業務改善等の具体的な対策について指導しているか？</p> <p>【質問対象：当該部門の担当者】</p> <p>(4) 医療安全管理者、医療安全管理部門から、各部門における医療安全対策の実施状況の把握・分析結果を踏まえた、業務改善等の具体的な対策についての指導を受けているか？</p>	<p>【質問対象：医療安全管理部門、医療安全管理者等】</p> <p>① 具体的に、「どの部門に、どのような業務改善」を指導したか？</p> <p>⇒</p> <p>② 指導後の業務改善結果を「どのように評価」しているか？</p> <p>⇒</p> <p>③ ②の業務改善結果を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？</p> <p>⇒</p> <p>【質問対象：当該部門の担当者】</p> <p>④ 具体的に、(どの部門で)「どのような業務改善」の指導を受けたか？</p> <p>⇒</p> <p>⑤ 指導後の業務改善結果を「どこに（例：医療安全管理部門）」「誰に（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように」報告しているか？</p> <p>⇒</p> <p>⑥ 業務改善後の評価を「どこから（例：医療安全管理部門）」「誰から（例：医療安全管理者）」「定期・不定期」「どのように」受けているか？</p> <p>⇒</p> <p>※第 20 医療安全対策加算 医療安全対策加算 1 に関する施設基準</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>十分に実施している</p> <p>実施しているが改善の必要がある</p> <p>実施していない</p>

	<p>(2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項</p> <p>ア 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと</p> <p>イ 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。</p> <p>ウ 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。</p> <p>エ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。</p> <p>オ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。</p> <p>カ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること</p> <p>※第 20 医療安全対策加算</p> <p>1 医療安全対策加算 1 に関する施設基準</p> <p>3) 医療安全管理部門が行う業務に関する基準</p> <p>ア 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録していること。</p> <p>イ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録していること。</p> <p>ウ 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週 1 回程度開催されており、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加していること。</p>		
--	---	--	--

3. 医療安全に関わる“個別テーマ”についての取り組みを評価することで、自施設の課題を明確にし、医療安全推進に役立つ取り組みのヒントを共有する。

※ 年度ごとに、“個別テーマ”を選定し、その内容について検討する。

“個別テーマ”を1つにするか、複数にするかは、施設間で検討する。

<p>【(個別テーマを記載)】</p> <p>(1) 「(個別テーマ)」について、事例の発生を防止する対策を実施しているか？</p> <p>※参考資料があれば、用意する</p>	<p>① 自施設の「(個別テーマ)」のシステムに、「どのような課題」があるか？</p> <p>⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>十分に 実施している</p>
	<p>② 「(個別テーマ)」による事例の発生を防止するため、具体的に「どのような防止対策」を実施しているか？</p> <p>⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施しているが 改善の 必要がある</p>
	<p>③ ②の防止対策について、全職員に「どのように情報提供」しているか？</p> <p>⇒</p>	<input type="checkbox"/>	<p>実施していない</p>

<p>※ “個別テーマ” の例 「画像診断結果の確認不足」</p> <p>(1) 「画像診断結果(報告書)の確認不足」について、事例の発生を防止する対策を実施しているか？</p>	<p>※ “個別テーマ” の例 以下に、「画像診断結果の確認不足」を個別テーマにした評価例を示す。</p> <p>※参考資料 厚生労働省から、「画像診断報告書等の確認不足に関する医療安全対策について(平成29年11月10日)」「画像診断報告書等の確認不足に関する医療安全対策について(再周知のお願い)(平成30年6月14日)」等の通知が出されている。また、日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業における医療安全情報「画像診断報告書の確認不足(No.63、No.138)」で、繰り返し注意喚起がされている。</p> <p>① 自施設の「画像診断結果(報告書)の確認」のシステムに、「どのような課題」があるか？ ⇒</p> <p>② 「画像診断結果(報告書)の確認不足」による事例の発生を防止するため、具体的に「どのような防止対策」を実施しているか？ ⇒</p> <p>③ ②の防止対策について、全職員に「どのように情報提供」しているか？ ⇒</p>		
---	--	--	--

4. その他、共有したい内容 ※評価を受ける施設が、事前の自己評価実施時に記載

(1) 医療安全について、情報提供したい自施設の取り組み

(2) 医療安全推進に関わる自施設の課題、困っていること

【医療安全地域連携：評価シート】

【評価結果及び講評】

評価実施日： 年 月 日

評価を受けた施設名：

評価に立ち会った職員：

評価を実施した施設名：

評価者（評価を実施した職員）：

【評価】

十分に実施している：（ ）個

実施しているが、改善の必要がある：（ ）個

実施していない：（ ）個

*（ ）内は、チェックした個数を記載

【講評】

1) 今後、評価を実施した施設でも参考にしたい内容

2) 今後、改善の可能性がある内容

3) その他（例：今後、情報共有したい内容）

「医療安全地域連携シート」活用実践ガイド

【目次】

1. 「医療安全地域連携シート」の項目内容について 2
2. 医療安全対策に関する医療機関間の連携に係る相互評価の実施について . 6
3. 連携する施設間で、事前に検討・確認が必要な事項 12

1. 「医療安全地域連携シート」の項目内容について

地域における医療機関相互の連携を図り、医療安全推進に資するため、以下のねらいに基づき「医療安全地域連携シート」を作成した。

【ねらい】

- ◇自己評価の実施を通して、自施設における医療安全管理体制整備の現状評価を実施する。
- ◇他施設からの評価を受け、自施設の医療安全管理体制を客観視し、課題に気づく。
- ◇医療安全に関わる地域連携を図る施設間での情報共有により、課題克服のヒントを得る。

「医療安全地域連携シート」作成にあたっては、医療安全管理体制整備状況（「実施しているのか」「実施していないのか」）をチェックするだけでなく、医療安全管理を実施している場合は“どのように実施しているのか”、実施していない場合は“どのような課題があるのか”について、自己評価、および評価の実施をとおして、情報共有できるよう考慮した。

なお、評価項目については、「基本診療料の施設基準及びその届出に関する手続きの取扱いについて（保医発 0305 号第 2 号、平成 30 年 3 月 5 日）に記載されている「医療安全対策加算」「医療安全対策地域連携加算」の施設基準、および「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」（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、平成 19 年 3 月）、「医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針（医政総発 0110 第 2 号、平成 25 年 1 月 10 日）等で、求められている内容を参考に検討した。

【項目の内容】

評価項目として、大項目・中項目・小項目を配置した（表）。

【大項目】			
【中項目】	【小項目】	<input type="checkbox"/>	十分に実施している
	【小項目】	<input type="checkbox"/>	実施しているが改善の必要がある
	【小項目】	<input type="checkbox"/>	実施していない

(1) 大項目

以下の3項目を掲げている。

- 「1. 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況を評価することで、自施設の課題を明確にし、医療安全推進に役立つ取り組みのヒントを共有する」
- 「2. 当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況を評価することで、自施設の課題を明確にし、医療安全推進に役立つ取り組みのヒントを共有する」
- 「3. 医療安全に関わる“個別テーマ”についての取り組みを評価することで、自施設の課題を明確にし、医療安全推進に役立つ取り組みのヒントを共有する」

※他に評価項目以外でも情報共有を図ることができるよう「4. その他、共有したい内容」を含めた。

①大項目1.は、医療安全管理体制整備に関わる11の中項目を挙げている。

※これについては、毎年、継続して実施状況を評価する。

※「医療安全対策加算に関する施設基準」では、「(2)医療安全管理者の行う業務に関する事項」「(3)医療安全管理部門が行う業務に関する基準」が示されており、医療安全管理者と医療安全管理部門が行う業務が区分され、明示されている。そして、「(3)医療安全管理部門が行う業務に関する基準」には、「ア.各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録していること」「イ.医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録している」という記載があり、「医療安全管理部門」と「医療安全管理対策委員会」が区別され、明示されている。

また、「医療安全対策地域連携加算1に関する施設基準」でも、評価の内容について、「(4)ア 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況、(イ)医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進、(ロ)当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知(医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む)、(ハ)当該対策の遵守状況の把握」という記載があり、「医療安全管理部門」「医療安全管理対策委員会」が区別され、明示されている。

しかしながら、施設における医療安全管理体制の評価の現状では、「医療安全管理者」「医療安全管理部門」「医療安全管理対策委員会」の業務や活動状況が混同されていることも見うけられる。このため、「医療安全地域連携シート」では、「医療安全管理者」「医療安全管理部門」「医療安全管理対策委員会」それぞれの業務や、活動状況を評価できる内容になるように考慮した。

②大項目 2. は、部門における医療安全対策の実施状況に関わる 4 つの中項目を挙げている。

※これについては、年度ごとに施設間で「対象部門」を選定して実施する。

※地域連携を継続的に実施することを考慮し、単年度ですべてを確認するのではなく、1 部門を対象として、次年度は新たな部門を対象とする。

※ここでは、1 つの中項目に、「医療安全管理部門、医療安全管理者等」「当該部門の担当者」双方への確認・質問を示している。

例えば、「医療安全管理部門、医療安全管理者等」は、十分に支援や指導を実施していると評価している場合でも、「当該部門の担当者」は、十分な支援や指導を受けているとは評価していない、というズレが生じている可能性があり、このすれ違いに気づくことも、改善に欠かせないと考える。

③大項目 3. は、“個別テーマ”の評価と、例を示している。

※これについては、年度ごとに施設間で「対象部門」を選定して実施する。

※例として、「画像診断結果の確認不足」を“個別テーマ”とした場合を示している。

※“個別テーマ”の選定の際には、医療安全に関わる厚生労働省の通知等や、日本医療機能評価機構の医療安全情報、および日本医療安全調査機構の提言等の注意喚起を参考に検討することもできる。また、各施設における医療安全管理に関わる課題等も併せて検討してもよい。

④大項目 4. は、施設間で自由に情報共有をするため、「医療安全について、情報提供したい自施設の取り組み」「医療安全推進に関わる自施設の課題、困っていること」という 2 つの中項目を配置した。

※医療安全に関する情報共有を図るため、施設間で検討し、必要と考える内容を追加してもよい。

(2) 中項目

1. ～3. の大項目それぞれに、中項目を配置した。

①「十分に実施している」「実施しているが、改善の必要がある」「実施していない」という 3 段階の評価とし、中項目ごとに評価を実施する。

※小項目それぞれで、異なる評価があると思うが、ここでは総合して中項目としての評価を実施する。

②具体的な評価内容は小項目で示しているが、医療安全管理体制の整備としては、「誰(担当部門)が実施しているのか」「どのように実施しているのか」「評価をどのように実施しているのか」「職員へのフィードバックをどのように実施しているのか」という一連のプロセスを総合的に評価することが望ましいと考え、小項目ごとには評価をしない。

(3) 小項目

今後、取り組むべき課題を明らかにすることを目的として、「できている部分」「取り組みの必要な部分」「改善が必要な部分」を認識するために、具体的な評価内容を記載している。

①小項目ごとに、具体的に実施内容を記載する。

※必要時、どのような資料に記載されているのかを示し、評価当日に参考資料の提示を検討する。

②評価だけでなく、取り組むべき課題を明確にすること、情報共有による課題克服のヒントを得るためにも、回答をする際にも具体的な記載が望ましい。

※ここで具体的に確認することで、「できていること」「取り組んでいないこと」「改善が必要なこと」に、気づくことが可能となる。

【医療安全地域連携：評価シート】

これは、評価後の結果をまとめて報告書を作成する際、活用する目的で作成した。

①必要項目として、「評価実施日」「評価を受けた施設名」「評価に立ち会った職員」、および「評価を実施した施設名」「評価者（評価を実施した職員）」を挙げている。

②評価としては、「十分に実施している」「実施しているが、改善の必要がある」「実施していない」という3段階の評価の個数を記載する。

③最後に、「講評」として、「今後、評価を実施した施設でも参考にしたい内容」「今後、改善の必要がある内容」「その他（今後、情報共有したい内容）」を挙げている。

ここでは、特に、評価者として、「今後、改善の必要がある内容」について、評価を受けた施設が改善の参考にできるように、具体的な記載をする。

※「その他（今後、情報共有したい内容）」については、次年度の医療安全に関わる地域連携を展開する際の打ち合わせにも活用可能である。

2. 医療安全対策に関する医療機関間の連携に係る相互評価の実施について

「医療安全地域連携シート」を活用して相互評価を実施する際の、具体的な展開方法を記載する。

【実施目的】

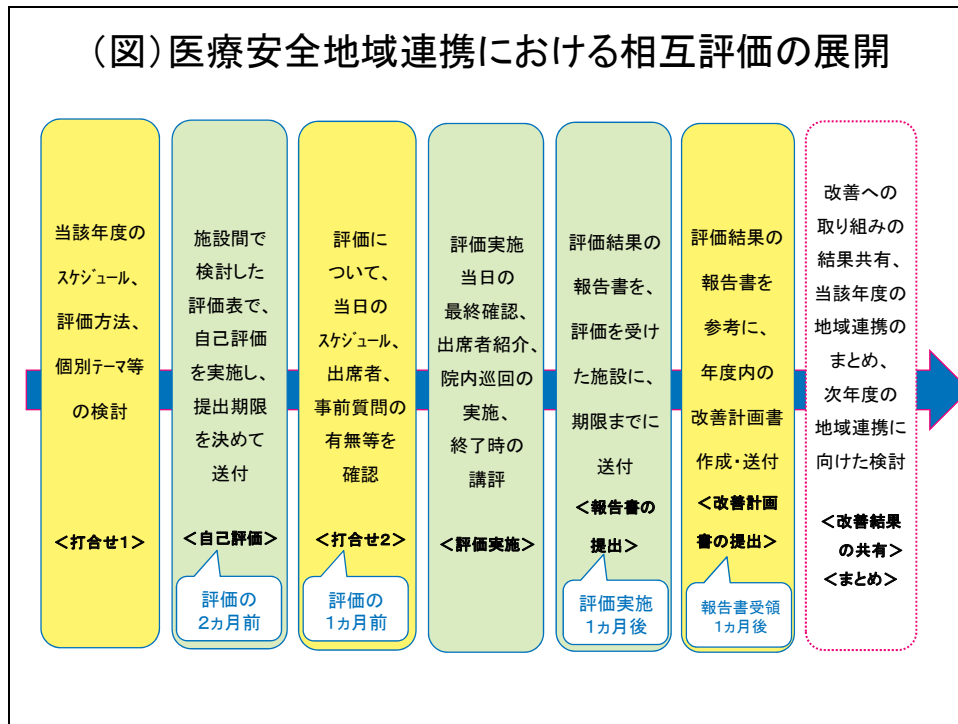
相互評価を実施することにより、双方の医療機関における医療安全推進と医療の質向上に資すること

【実施の意義】

- (1) 評価を受ける施設が、自己評価を実施することにより、自施設の医療安全管理上の現状が明らかになり、併せて改善すべき課題が明確になること
- (2) 評価を実施する施設が、評価を受ける施設の自己評価結果（現状評価結果）を把握し、具体的な確認や院内巡回で見聞することにより、「自施設でも参考にしたい内容」が明らかになること（今後、自施設の課題を改善するためのヒントを得ることができる）。
また、評価を実施する施設が、今後、改善が必要な内容についての提案を検討することで、自施設の医療安全管理体制を振り返る機会にもなること
- (3) 評価を実施する施設から「今後、改善が必要な内容」についての提案を受けることにより、評価を受ける施設が、今後、課題を改善するためのヒントを得ることができること
- (4) 医療安全に関わる地域連携を図る施設（評価を実施する施設・評価を受ける施設）間で、医療安全管理について、議論・検討を実施し、情報共有することにより、今後の地域における医療安全の連携や、自施設の課題解決のヒントを得て、医療安全推進と医療の質向上に役立てること

★医療安全対策に関する医療機関間の連携に係る相互評価の実施においては、連絡・対応の責任者は「医療安全管理者」が担当することが望ましい。

【相互評価の展開】



医療安全対策に関する医療機関間の連携に係る相互評価の意義を考慮すると、適切な評価を実施し、施設間で連携を図るには、相互評価の展開としていくつかのプロセスが必要になる（図）。

(1) 打合せ1

これは当該年度、初回の顔合わせを含めた打合せである。

医療安全に関わる地域連携については、初めての取り組み、前年度とは違う施設との連携、前年度の連携施設との継続でも担当者が変わる等、さまざまな状況が想定される。

- ① ここでは、当該年度のスケジュール、評価方法（使用する評価表）、個別テーマ等の検討が必要になる。
- ② 施設の概要（病床数、診療科、職員数等）に関して記載した書類を、施設間で取り交わす。
※継続して同じ施設で医療安全に関わる地域連携を実施する場合、施設の概要に変更がなければ、2年目以降は省略することも検討してよい。
- ③前年度の連携施設との継続では、前年度のまとめで確認した内容も含めて検討する。

(2) 自己評価

日常業務との兼ね合いもあるため、評価実施の2か月前くらいに実施し、1か月程度の猶予を持って、評価日の1か月前くらいまでに、評価を行う施設に提出することが望ましい。

※ここでは、「打合せ1」で確認した評価表を用いて、自己評価を実施する。

① 評価を実施する施設の準備

- a. 受け取った「評価を受ける施設の自己評価結果」を確認する。
- b. 受け取った「評価を受ける施設の自己評価結果」を踏まえて、「自施設でも参考にしたい内容」を確認する。
- c. 評価時に伝える「今後、改善の必要がある内容」について具体例を検討する。
- d. 具体的に確認したい内容に関して質問を準備する。
- e. 院内巡回（30分）では、「どの部門で」「どのようなことを」確認したいのかを、明らかにしておく。
※院内巡回に参加する評価者（全員、あるいは一部の評価者、どちらでも可）を、決めておく。
- f. 司会担当者を確認する（※タイムキーパーも決めておく）。
※必要事項は、事前に評価を受ける施設に伝える。

② 評価を受ける施設の準備

- a. 連携する施設間で事前に決めた「院内巡回実施部門」への調整を行う。
- b. 出席者全員を収容できる会議室を確保する。
- c. 提出した自己評価結果に対して、評価を実施する施設からの質問を想定して準備をする。
- d. 自己評価時に、具体的な内容に記載した「参考資料」を提示できるように準備する（人数分の印刷は不要）。他に、必要と判断した資料等を会場に準備する。

***評価を受ける施設に、評価を実施する施設が、2施設同時に訪問し、評価を実施する場合の準備を、以下に特記する。**

- ① 事前に評価を実施する2施設間で、評価の進め方（司会や、評価者の役割等）について打ち合わせを実施する。
※必要に応じて、評価当日に評価開始前に最終打ち合わせを実施してもよいが、開始時間は厳守する。
- ② 時間・スケジュールは、1施設が評価を実施する場合と同じとし、評価時間や院内巡回時間が2倍にならないよう配慮する。
- ③ 院内巡回（30分）では、「どのようなことを」確認したいのか等、事前に評価を実施する2施設で調整し、明らかにしておく。
※これについては、事前に評価を受ける施設に伝える。
※院内巡回は、2施設の評価者で多数となるため、「評価者の誰が」参加するのか（全員、あるいは一部の評価者）、事前に決めておく。
※院内巡回に参加する人数、評価者を、事前に評価を受ける施設に伝える。
- ④ 評価終了時の「講評」を担当する施設を決めておく。

(3) 打合せ2

2回目の打ち合わせは、評価の実施に向けた具体的な内容を検討する。

※評価実施1か月前を目途として開催する。

- ① ここでは、評価当日のスケジュールや、出席者（評価を受ける施設、評価を実施する施設）、および事前質問の有無等を確認する。
- ② 出席者については、専任の医師が配置されている施設では、専任の医師の参加が望ましい。また、院内巡回等で特定の部門の評価を実施する場合には、当該部門の責任者等の参加が望ましい（例：薬剤部門の評価を実施する場合には、医薬品安全管理責任者等）。その他、「施設管理者・病院長等、責任者の参加の有無」「医療安全管理者の他にどのような職種・役職の職員を参加させるか」等、当該年度の評価内容も考慮して連携する施設間で、事前に検討することが必要である。
- ③ 出席者の人数については、双方の負担にならないよう、評価および院内巡回の際の影響も考慮して検討する。
- ④ 日常業務への影響や双方の負担にならないよう、評価当日の実施にかける時間は3時間程度とし、院内巡回も含めたスケジュールを確認する。

(4) 評価実施

医療安全に関わる地域連携を図る施設数によっては、複数回の実施が予定される。

- ① 当日のスケジュールとしては、開始前に評価実施当日の最終確認を行い、「出席者紹介」「医療安全地域連携シートに沿った評価の実施（質疑応答、資料確認等）」「院内巡回実施」「終了時の講評」等で、次回の評価予定がある場合は、その確認も必要である。
- ② 評価を実施する際の司会は、評価を実施する施設が担当し、スケジュールに沿ってスムーズに進行するため、タイムキーパーも決めておくとうい。
- ③ 出席者の紹介に加えて、席札等を準備してもよい。
- ④ 院内巡回実施時、出席者全員が参加するの否かについても、事前の確認が必要である。評価の実施は、平日の診療時間内に実施されることも少なくないと思われるため、院内巡回対象の部署を含めた施設全体での影響を考慮して検討する。
- ⑤ 評価の最後に、評価を実施する施設から「講評」を行う。その際、事前に評価者間で調整する時間を確保することも必要になる。当日、実施する「講評」は、5分程度で伝えられる内容とし、詳細は報告書に記載する。
- ⑥ 評価終了時に、「報告書提出」の期限確認も行う。
- ⑦ 今後、医療安全に係る評価を受けるのみで、評価を実施しない施設については、評価の実施について連携する施設間の承認が得られる場合は、連携施設間で実施される相互評価への参加を検討する。この場合、“オブザーバー”での参加とし、評価には関与しないことも、事前に確認する。

※承認が得られて参加した場合には、評価を受けるのみで、評価を実施しない施設にとっては、他施設の取り組みの状況について情報共有の機会となり、今後の取り組みのヒントを得ることが期待できる。

【評価日の進行表（例）】

設定した時間内で、スムーズに評価を実施できるよう、必要なことは、評価を実施する施設と評価を受ける施設間で、事前に「打合せ」をしておくことが望ましい。

以下に、午後に3時間で実施する場合の例を示す。

- ① 当日、開始時間（13:30）前に、最終打合せを実施してもよい。
- ② 開始時間、終了時間（16:30を超過しないように）を遵守する。
- ③ 評価当日は、13:30開始（途中、10分程度の休憩を入れる）とする。
- ④ 司会担当者（評価を実施する施設の医療安全管理者、または医療安全対策地域連携加算申請に関わる専任の医師）が進行を担当する。
- ⑤ 時間内でスムーズに評価を実施するため、評価を実施する施設でタイムキーパーを決めておく。
- ⑥ 当日、終了後に、次回の相互評価に関わる打合せを実施してもよい。

時 間 配 分		実 施 内 容
開始時間前		※事前打ち合わせ、確認
13 : 30～13 : 40	10分	司会者から開催の挨拶、出席者の自己紹介
13 : 40～15 : 00	80分	評価を実施する施設による評価実施 (資料確認、質問による詳細の確認)
15 : 10～15 : 20	10分	休 憩
15 : 20～15 : 50	30分	院内巡回実施による評価実施 (質問・見学による詳細の確認)
15 : 50～16 : 05	15分	評価を実施する施設の出席者で、講評についての打合せ (※評価を受ける施設の出席者は席を外す)
16 : 05～16 : 20	15分	評価を実施する施設からの講評 (評価を受けた施設からの質疑応答を含む) ※詳細は、後日「報告書」に記載し、期限までに提出する。
16 : 20～16 : 25	5分	※オブザーバー施設からの感想 (「評価を受けるのみで、評価を実施しない施設」が参加する場合)
16 : 25～16 : 30	5分	司会者からのまとめ

※「事前打ち合わせ、確認」「オブザーバー施設からの感想」は、実施する場合のスケジュールを示している。

(5) 報告書の提出

評価を実施した施設は、「医療安全地域連携シート」に沿った評価結果を、報告書としてまとめ、事前に確認した期限までに評価を受けた施設に送付する。

※評価実施1か月後までを目途として提出する。

※報告書の提出方法（郵送・メール添付等）については、事前に確認する。

(6) 改善計画書の提出

①報告書を受け取った後の「改善計画書の作成・提出」は、地域連携による医療安全の推進を図るためにも、実施を検討したい。

②「改善計画書」作成の目的は、自己評価の結果、評価当日の対応、受け取った報告書等により、明確になった課題や取り組む必要があることについて、目標を意識することである。また、評価を実施した施設間で共有し、連携を図るきっかけとしても活用できるため、作成・提出を検討したい。

※報告書受領1か月後までを目途として提出する。

※「改善計画書」は、特にフォーマットを決めていないが、まずは、当該年度内（3月末まで）に達成可能な内容を具体的に記載し、連携する施設間で共有する。

※「改善計画書」を作成・提出すると決めた場合、提出期限は、報告書を受領後1か月以内程度とし、併せて、「改善結果の共有」の時期についても事前に確認しておく。

(7) 改善結果の共有・まとめ

「まとめ」では、当該年度の医療安全に関わる地域連携、相互評価の取り組みや、その結果についての振り返り等を実施する。

①「改善結果の共有」では、改善への取り組みの結果を共有し、連携する施設間で情報交換を行い、さらなる改善のヒントを得る機会としたい。

②さらに、これらの結果を踏まえて、次年度の医療安全に関わる地域連携に向けた検討も実施することが望ましい。

※医療安全に関わる地域連携を、次年度以降も継続して実施する場合は、この機会を上記の「打合せ1」として、当該年度のスケジュール、評価方法（使用する評価表）、個別テーマ等の検討をしてもよい。

3. 連携する施設間で、事前に検討・確認が必要な事項

以下について、相互評価実施前に施設間で検討し、出席者全員の了解を確認する。

【経費】

- ・相互評価に関わる経費については、連携する施設間で検討・確認しておく。

【情報管理】

- ・相互評価の実施に関連して、「知り得た患者・職員等の個人情報」や「施設の情報」等の取り扱いについて、施設間で検討・確認しておく。
※例えば、「取得した情報は、今回の相互評価以外には使用しない」等、文書を交わすか否かも検討・確認しておく。
- ・相互評価の結果、作成された「報告書」「改善計画書」等の資料についての情報管理について検討・確認しておく。
※例えば、「今回の相互評価以外には使用しない」「他施設への情報提供をしない」「インターネット上に掲載しない」等、情報管理について検討・確認しておく。

【資料の提供を依頼された場合の対応】

- ・評価実施時に提示された資料の提供を依頼された場合の対応を検討・確認しておく。
※例えば、「施設責任者に確認後、了承を得られた資料は、施設名、文責、日付等を記載し、後日提供する」「その場での資料原本の写真・動画撮影は禁止する」「提供しない」等を検討・確認しておく。

【録音】

- ・相互評価を実施する施設間で、検討・確認しておく。
※実施する場合には、その目的（例：相互評価の実施記録として、報告書作成時の資料として、等）や、実施後のデータ管理についても検討・確認しておく。

【写真・動画撮影】

- ・評価実施時に提示された資料の写真・動画撮影を依頼された場合の対応を検討・確認しておく。
※例えば、「その場での資料原本の写真・動画撮影は禁止する」「提供しない」「許可する場合のルール」等を検討しておく。
- ・院内巡回時の施設内における写真・動画等の撮影の許可について、施設間で検討し、事前に施設責任者、院内巡回の対象となる部門の責任者等にも確認し、撮影を許可する場合はルールも決めておき、周知する。
※院内巡回時の撮影を許可する場合には、患者・家族や職員のプライバシー保護等の配慮を検討・確認しておく。
※撮影を許可する場合、撮影後のデータ管理についても、検討・確認をしておく。

保医発 0305 第 2 号

平成 30 年 3 月 5 日

地方厚生（支）局医療課長

都道府県民生主管部（局）

国民健康保険主管課（部）長 殿

都道府県後期高齢者医療主管部（局）

後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長

（公 印 省 略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官

（公 印 省 略）

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第 43 号）の公布に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第 44 号）が公布され、平成 30 年 4 月 1 日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 1 号）は、平成 30 年 3 月 31 日限り廃止する。

記

第 1 基本診療料の施設基準等

基本診療料の施設基準等については、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の「基本診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 62 号）に定めるものの他、下記のとおりとし、下記の施設基準を歯科診療について適合する場合にあっては、必要に応じて、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

- 1 初・再診料の施設基準等は別添 1 のとおりとする。
- 2 入院基本料等の施設基準等は別添 2 のとおりとする。
- 3 入院基本料等加算の施設基準等は別添 3 のとおりとする。

入院基本料等の施設基準等

第 1 入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

1 入院診療計画の基準

- (1) 当該保険医療機関において、入院診療計画が策定され、説明が行われていること。
- (2) 入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、別添 6 の別紙 2 又は別紙 2 の 3 を参考として、文書により病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、入院後 7 日以内に説明を行うこと。ただし、高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合の療養病棟における入院診療計画については、別添 6 の別紙 2 の 2 を参考にすること。なお、当該様式にかかわらず、入院中から退院後の生活がイメージできるような内容であり、年月日、経過、達成目標、日ごとの治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、特別な栄養管理の必要性の有無、教育・指導（栄養・服薬）・説明、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点が電子カルテなどに組み込まれ、これらを活用し、患者に対し、文書により説明が行われている場合には、各保険医療機関が使用している様式で差し支えない。
- (3) 入院時に治療上の必要性から患者に対し、病名について情報提供し難い場合にあっては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載すること。
- (4) 医師の病名等の説明に対して理解できないと認められる患者（例えば小児、意識障害患者）については、その家族等に対して行ってもよい。
- (5) 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に貼付するものとする。
- (6) 入院期間が通算される再入院の場合であっても、患者の病態により当初作成した入院診療計画書に変更等が必要な場合には、新たな入院診療計画書を作成し、説明を行う必要がある。

2 院内感染防止対策の基準

- (1) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策が行われていること。
- (2) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策委員会が設置され、当該委員会が月 1 回程度、定期的開催されていること。
- (3) 院内感染防止対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されていること（診療所においては各部門の責任者を兼務した者で差し支えない。）。
- (4) 当該保険医療機関内において（病院である保険医療機関においては、当該病院にある検査部において）、各病棟（有床診療所においては、当該有床診療所の有する全ての病床。以

下この項において同じ。)の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」が週1回程度作成されており、当該レポートが院内感染防止対策委員会において十分に活用される体制がとられていること。当該レポートは、入院中の患者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が病院又は有床診療所の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成されるものであり、各病棟からの拭き取り等による各種細菌の検出状況を記すものではない。

- (5) 院内感染防止対策として、職員等に対し流水による手洗いの励行を徹底させるとともに、各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されていること。ただし、精神病棟、小児病棟等においては、患者の特性から病室に前項の消毒液を設置することが適切でないとして判断される場合に限り、携帯用の速乾式消毒液等を用いても差し支えないものとする。

3 医療安全管理体制の基準

- (1) 当該保険医療機関において、医療安全管理体制が整備されていること。
- (2) 安全管理のための指針が整備されていること。
安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。
- (3) 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。
院内で発生した医療事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されていること。
- (4) 安全管理のための委員会が開催されていること。
安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること。
- (5) 安全管理の体制確保のための職員研修が開催されていること。
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職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、研修計画に基づき、年2回程度実施されることが必要である。

4 褥瘡対策の基準

- (1) 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。
- (2) 当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。
- (3) 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、(2)に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。また、様式については褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書が別添6の別紙3のように1つの様式ではなく、それぞれ独立した様式となっても構わない。
- (4) 褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的で開催されていることが望ましい。
- (5) 患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。
- (6) 毎年7月において、褥瘡患者数等について、別添7の様式5の4により届け出ること。

- イ 栄養評価法と栄養スクリーニング
- ウ 栄養補給ルートを選択と栄養管理プランニング
- エ 中心静脈栄養法の実施と合併症及びその対策
- オ 末梢静脈栄養法の実施と合併症及びその対策
- カ 経腸栄養法の実施と合併症及びその対策
- キ 栄養サポートチームの運営方法と活動の実際

(3) (1)のイ、ウ及びエにおける栄養管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。

ア 医療関係団体等が認定する教育施設において実施され、40 時間以上を要し、当該団体より修了証が交付される研修であること。

イ 栄養管理のための専門的な知識・技術を有する看護師、薬剤師及び管理栄養士等の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

- (イ) 栄養障害例の抽出・早期対応（スクリーニング法）
- (ロ) 栄養薬剤・栄養剤・食品の選択・適正使用法の指導
- (ハ) 経静脈栄養剤の側管投与方法・薬剤配合変化の指摘
- (ニ) 経静脈輸液適正調剤法の取得
- (ホ) 経静脈栄養のプランニングとモニタリング
- (ヘ) 経腸栄養剤の衛生管理・適正調剤法の指導
- (ト) 経腸栄養・経口栄養のプランニングとモニタリング
- (チ) 簡易懸濁法の実施と有用性の理解
- (リ) 栄養療法に関する合併症の予防・発症時の対応
- (ヌ) 栄養療法に関する問題点・リスクの抽出
- (ル) 栄養管理についての患者・家族への説明・指導
- (ヲ) 在宅栄養・院外施設での栄養管理法の指導

(4) 当該保険医療機関において、栄養サポートチームが組織上明確に位置づけられていること。

(5) 算定対象となる病棟の見やすい場所に栄養サポートチームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2 届出に関する事項

栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式 34 を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第20 医療安全対策加算

1 医療安全対策加算1に関する施設基準

(1) 医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。

- (イ) 国及び医療関係団体等が主催するものであること。
 - (ロ) 医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して 40 時間以上のものであること。
 - (ハ) 講義又は具体例に基づく演習等により、医療安全の基礎的知識、安全管理体制の構築、医療安全についての職員に対する研修の企画・運営、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、事故発生時の対応、安全文化の醸成等について研修するものであること。
- イ 医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）を設置していること。
 - ウ 医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の具体的な業務内容が整備されていること。
 - エ 医療安全管理部門に診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等の全ての部門の専任の職員が配置されていること。
 - オ 医療安全管理者が、安全管理のための委員会（以下「医療安全管理対策委員会」という。）と連携し、より実効性のある医療安全対策を実施できる体制が整備されていること。
 - カ 当該保険医療機関の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。
- (2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項
- ア 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。
 - イ 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。
 - ウ 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。
 - エ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。
 - オ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。
 - カ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。
- (3) 医療安全管理部門が行う業務に関する基準
- ア 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録していること。
 - イ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録していること。
 - ウ 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週 1 回程度開催されており、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加していること。
- 2 医療安全対策加算 2 に関する施設基準
- (1) 医療安全管理体制に関する基準
- ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう

適切な研修とは、1の(1)のアに掲げる研修である。

イ 1の(1)のイからカまでの基準を満たすこと。

(2) 1の(2)及び(3)の基準を満たすこと。

3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準

(1) 医療安全対策加算1に係る届出を行っていること。

(2) 当該保険医療機関内に、医療安全対策に3年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、1の(1)のアに掲げる研修である。

この場合、1の(1)のアの規定に関わらず、当該専任医師が医療安全管理者として配置され、1の(1)のアに規定された専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていることとしても差し支えない。

(3) 他の医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算2に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年1回程度、医療安全対策地域連携加算1に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携している医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関より評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算1に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

(4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。

ア 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況

(イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進

(ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知（医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む）

(ハ) 当該対策の遵守状況の把握

イ 当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況

具体的な評価方法及び評価項目については、当該保険医療機関の課題や実情に合わせて連携する保険医療機関と協議し定めること。その際、独立行政法人国立病院機構作成の「医療安全相互チェックシート」を参考にされたい。

4 医療安全対策地域連携加算2の施設基準

(1) 医療安全対策加算2に係る届出を行っていること。

(2) 医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、医療安全対策地域連携加算2に関して連携しているいずれかの保険医療機関より医療安全対策に関する評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算2に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

(3) (2)に係る評価については、3の(4)に掲げる内容に対する評価を含むものである。

5 届出に関する事項

- (1) 医療安全対策加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 35 を用いること。
- (2) 医療安全対策地域連携加算 1 及び医療安全対策地域連携加算 2 の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 35 の 4 を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第 21 感染防止対策加算

1 感染防止対策加算 1 の施設基準

- (1) 感染防止に係る部門（以下「感染防止対策部門」という。）を設置していること。この場合において、第 20 の 1 の(1)のイに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (2) (1)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 感染症対策に 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ 5 年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3 年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める看護師のうち 1 名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。

当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち 1 名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は区分番号「A 2 3 4」に掲げる医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、第 2 部通則 7 に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

- (3) (2)のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

イ 感染管理のための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(イ) 感染予防・管理システム

(ロ) 医療関連感染サーベイランス

(ハ) 感染防止技術

(ニ) 職業感染管理

(ホ) 感染管理指導

(ヘ) 感染管理相談

(ト) 洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント等について

- (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又は感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。

医療安全対策加算の施設基準に係る届出書添付書類

ア 医療安全対策加算 1
イ 医療安全対策加算 2

	氏 名	勤務時間	職 種	専従・専任
1 医療安全管理者				

2 患者に対する情報提供	
--------------	--

[記載上の注意]

- 1 医療安全対策加算 1 又は医療安全対策加算 2 のいずれか届出を行うものを○で囲むこと。
- 2 医療安全管理者が、医療安全対策に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 3 医療安全管理者を 2 名以上配置する場合は、それぞれについて必要事項を記載すること。
- 4 医療安全管理部門の設置及び組織上の位置付けが確認できる文書を添付すること。
- 5 医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の業務内容が明記された文書を添付すること。
- 6 「2」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。

医療安全対策地域連携加算 1 又は 2 に係る届出書添付書類

1 医療安全対策地域連携加算 1

(1) 医療安全管理部門に配置されている医師

	氏名	経験年数	研修
医療安全対策に 3 年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師		年	<input type="checkbox"/>

(2) 届出保険医療機関が直接赴いて評価を実施する連携保険医療機関名

	医療機関名	開設者名	所在地
医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関			
医療安全対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関			

(3) 届出保険医療機関の評価を実施する連携保険医療機関名 (医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)

医療機関名	開設者名	所在地

2 医療安全対策地域連携加算 2

届出保険医療機関の評価を実施する連携保険医療機関名 (医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)

医療機関名	開設者名	所在地

[記載上の注意]

- 「1の(1)」の医師について、医療安全対策に3年以上の経験が確認できる文書又は医療安全対策に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 「1の(2)」には、医療安全対策地域連携加算 1 に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関が直接赴いて評価を実施する保険医療機関について記載すること。
- 「1の(3)」には、医療安全対策地域連携加算 1 に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関の評価を実施する保険医療機関 (医療安全

対策加算 1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)について記載すること。

- 4 「2」には、医療安全対策地域連携加算 2に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関の評価を実施する保険医療機関（医療安全対策加算 1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）について記載すること。
- 5 「1の(2)」、「1の(3)」及び「2」については、届出保険医療機関について予定されているものを記載することよく、少なくとも年1回程度、実施されていればよい。ただし、実施保険医療機関の変更があった場合には改めて届出を行うこと。

医療安全管理者の
業務指針および養成のための研修プログラム作成指針
—— 医療安全管理者の質の向上のために ——

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

平成19年3月

目 次

はじめに	3
I. 医療安全管理者の業務指針	4
1. 医療機関における医療安全管理者の位置づけ	4
2. 本指針の位置づけ	4
3. 医療安全管理者の業務	4
1) 安全管理体制の構築	4
2) 医療安全に関する職員への教育・研修の実施	4
3) 医療事故を防止するための情報収集、分析、対策立案、フィードバック、評価	5
4) 医療事故への対応	7
5) 安全文化の醸成	8
II. 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	9
1. 本指針の位置づけ	9
2. 研修プログラムの企画についての考え方	9
3. 研修の対象者	9
4. 研修において習得すべき基本的事項	9
1) 医療安全の基本的知識	9
2) 安全管理体制の構築	10
3) 医療安全についての職員に対する研修の企画・運営	10
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	10
5) 事故発生時の対応	11
6) 安全文化の醸成	11
5. 医療安全管理者の継続的学習について	11
おわりに	11
医療安全管理者の質の向上に関する検討作業部会委員	12

はじめに

医療の質の向上と安全の確保は国民の願いであり、医療機関が最優先に取り組むべき課題のひとつである。医療機関の管理者は、自ら安全管理体制を確保するとともに、医療安全管理者を配置するにあたっては、必要な権限を委譲し、また、必要な資源を付与して、その活動を推進することで医療機関内の安全管理に努めなければならない。

厚生労働省は、平成 14 年 4 月、医療安全対策検討会議においてまとめられた「医療安全推進総合対策」（報告書）を基に、平成 14 年 10 月には病院および有床診療所に、平成 15 年 4 月には、特定機能病院および臨床研修病院に医療安全管理体制の整備を義務づけた。さらに平成 17 年 6 月には、医療安全対策検討会議において、「今後の医療安全対策について」（報告書）がまとめられ、これに基づき、平成 18 年の医療法改正により、医療安全管理体制の整備を行う医療機関の拡大等を図ったところである。また、平成 18 年 4 月の診療報酬の改定では、医療機関において専従の医療安全管理者を配置していること等を要件とした、医療安全対策加算を新設した。

さらに、医療機関における医療事故の発生防止対策等については、平成 12 年、国立病院等の安全管理指針作成のための「リスクマネジメントマニュアル作成指針」の検討を行い、平成 14 年には、「医療安全推進総合対策」（報告書）を基にした医療安全ハンドブックを作成し、広く医療安全の推進について周知を図っているところである。しかし、これまで医療安全管理者の業務および研修等についての検討は行っていない。

現在、医療安全管理者の業務指針の作成および教育・研修の実施においては、各医療機関および医療関係団体がそれぞれの立場で取り組んでいる。しかしながら、基本的な考えや、その内容は様々である。

医療安全管理の考え方としては、厚生労働省において平成 14 年 4 月にまとめた「医療安全推進総合対策」において、医療安全管理とリスクマネジメントを同義とし、リスクマネジメントは、医療に内在するリスクを管理し、患者の安全を確保するという意味を含んで用いられている。しかしながら、リスクマネジメントは組織防衛を目的に用いられることがあり、この場合は患者の安全管理とは目的が異なる。

本作業部会では、現状において医療安全管理者が行っている業務および現在実施されている各研修会の内容を踏まえたうえで、組織防衛ではないリスクマネジメントを含む医療の質の向上と安全の確保を目的とした、医療安全管理者の業務指針とその業務内容に応じた医療安全管理者養成のための研修プログラム作成指針を作成した。本指針は、個々の医療機関において医療安全管理者の業務を検討する際、あるいは関係団体等が医療安全管理者の養成のための研修を行う際の参考に資することを目的としている。

I. 医療安全管理者の業務指針

1. 医療機関における医療安全管理者の位置づけ

医療安全管理者とは、各医療機関の管理者から安全管理のために必要な権限の委譲と、人材、予算およびインフラなど必要な資源を付与されて、管理者の指示に基づいて、その業務を行う者とする。

2. 本指針の位置づけ

本指針は、安全管理を行うことを主たる業務とする医療安全管理者のための業務指針であり、安全管理以外の業務に従事しているか否かに拘わらず、「医療安全管理者として行うべき業務」を明確にするものである。なお、事故発生後の患者や家族への直接的な対応等を医療安全管理者が行うかどうかを含めた組織防衛としてのリスクマネジメントに関連した業務については、各医療機関の規模や機能に応じて判断すべきものとする。

3. 医療安全管理者の業務

医療安全管理者は、医療機関の管理者から委譲された権限に基づいて、安全管理に関する医療機関内の体制の構築に参画し、委員会等の各種活動の円滑な運営を支援する。また、医療安全に関する職員への教育・研修、情報の収集と分析、対策の立案、事故発生時の初動対応、再発防止策立案、発生予防および発生した事故の影響拡大の防止等に努める。そして、これらを通し、安全管理体制を組織内に根づかせ機能させることで、医療機関における安全文化の醸成を促進する。

1) 安全管理体制の構築

安全管理のための体制の構築としては、次のようなことがある

- (1) 医療機関内の安全管理体制の構築および推進のため、職種横断的な組織としての安全管理委員会や安全管理部門等の運営に参画する。また、必要に応じて医療機関の管理者と協力し、ワーキンググループやプロジェクトチーム等、事故の内容や緊急性に応じて適宜対策を立案できる組織体制を構築する。
- (2) 安全管理に関する基本的考え方や、安全管理委員会その他医療機関内の組織に関する基本的事項等について明示した、安全管理のための指針を策定する。
- (3) 安全管理に関する委員会等の組織の活動についての、定期的な評価と円滑な運営に向けての調整を行い、目的に応じた活動が行えるように支援する。

2) 医療安全に関する職員への教育・研修の実施

医療安全管理者は、職種横断的な医療安全活動の推進や、部門を超えた連携に考慮し、職員教育・研修の企画、実施、実施後の評価と改善を行う。

- (1) 研修は、内容に応じて職員の参加型研修となるよう企画する。
- (2) 研修は、具体的な事例を用いて対策を検討するような企画を行う。

(3) 企画に際しては、現場の職員だけでなく患者・家族、各分野の専門家等の外部の講師を選定するなど、対象および研修の目的に応じたものとする。

(4) 研修について考慮する事項

① 研修の対象者

- a. 職種横断的な研修か、限定した職種への研修か
- b. 部署・部門を横断する研修か、部署及び部門別か
- c. 職階別の研修か、経験年数別の研修か

② 研修時間とプログラム

- a. 研修の企画においては、対象者や研修内容に応じて開催時刻を考慮する。
- b. 全員への周知が必要な内容については、複数回の実施やビデオ研修等により、全員が何らかの形で受講できるようにする。
- c. 研修への参加状況、参加者の意見、反応等を把握し、研修の企画・運営の改善に活かす。

③ 研修内容の例

- a. 医療の専門的知識や技術に関する研修
- b. 心理学・人間工学・労働衛生など、他分野から学ぶ安全関連知識や技術に関する研修
- c. 法や倫理の分野から学ぶ医療従事者の責務と倫理に関する研修
- d. 患者、家族や事故の被害者から学ぶ医療安全に関する研修
- e. 医療の質の向上と安全の確保に必要な知識と技術に関する研修
- f. 患者、家族、医療関係者間での信頼関係を構築するためのコミュニケーション能力の向上のための研修

(5) 研修実施後は、研修担当者とともに、参加者の反応や達成度等について研修の評価を行い、改善を行う。

(6) 院内巡視や事故報告による情報を基に、各部署・部門における、安全管理に関する指針の遵守の状況や問題点を把握し、事故の発生現場や研修の場での教育に反映させる。

3) 医療事故を防止するための情報収集、分析、対策立案、フィードバック、評価

(1) 医療安全に関する情報収集

医療安全管理者は、医療事故の発生予防および再発防止のための情報を収集するとともに、医療機関内における医療安全に必要な情報を院内の各部署、各職員に提供する。情報としては、次のようなものが考えられる。

【医療機関内の情報】

- ① 医療事故およびヒヤリ・ハット事例報告
- ② 患者や家族からの相談や苦情
 - a. 外来診療や入院中の出来事に関する患者や家族からの相談や苦情

- b. 患者相談窓口の担当者やソーシャルワーカー等が直接対応した相談や苦情
- c. 電話や投書による相談や苦情

- ③ 患者及び職員への満足度調査等の結果
- ④ 院内の各種委員会の議事録
- ⑤ 院内巡視の結果
- ⑥ 各部門、部署の職員からの情報提供

【医療機関外の情報】

- ① 各種専門機関の情報
 - a. 厚生労働省や医療事故情報収集等事業の登録分析機関
 - b. (独) 医薬品医療機器総合機構、病院団体、職能団体 等、医療安全に関して重要な情報を発信している専門機関の情報や通知
- ② 各種メディアの報道
新聞やテレビ、雑誌、インターネットなどの医療安全に関する報道
- ③ 研究報告等
各種学術誌や専門誌、インターネット等に掲載された医療安全に関する研究や活動報告
- ④ 専門家からの情報

(2) 事例の分析

事故等の事例については、職員や患者の属性、事故やヒヤリ・ハットの種類、発生状況等の分析を行い、医療安全に必要な情報を見出す。また、事例の事実確認を行い、医療事故の発生予防および再発防止に資する事例については、必要に応じて各種の手法を用いて分析する。事例の分析については、現在広く医療機関において使用されている方法として、次のようなものがある。

【事故発生後の原因分析を目的としたもの】

- ① 根本原因分析 (RCA : Root Cause Analysis)
- ② SHELL モデル
- ③ 4M-4E

【危険箇所の特定と事故の発生予防を目的としたもの】

- ① FMEA (Failure Mode & Effects Analysis)

(3) 安全の確保に関する対策の立案

医療安全管理者は、事例の分析とともに、医療安全に関する情報・知識を活用し、安全確保のための対策を立案する。対策の立案に当たっては次の点を考慮する。

- ① 実行可能な対策であること
- ② 各医療機関の組織目標を考慮した内容であること
- ③ 対策に根拠があり成果が期待されること
- ④ 対策実施後の成果や評価の考え方についても立案時に盛り込むこと

(4) フィードバック、評価

医療安全管理者は、医療安全に関する情報や対策等について、各部署や職員へ伝達する体制を構築する。具体的には、組織のラインを通じての情報提供とともに、定期的な医療安全ニュースの配布や職員への一斉メール配信等の方法によりフィードバックし、周知を図る。また、対策実施後の成果について評価し、評価に基づいた改善策を検討・実施する。

4) 医療事故への対応

医療安全管理者は、事前に事故の発生に備えた対応を検討する。また、医療事故が発生した場合は、関係者の事故への対応について支援するとともに、事故によって生じる他の患者への影響拡大を防止するための対応等を行う。さらに、再発防止のための事例の調査や報告書の取りまとめ等に協力し、あわせて院内各部署への周知を図る。

(1) 事故発生前の対策

職員に対して事前に、緊急の報告を要する医療事故等の範囲や、勤務時間内および勤務時間外における医療事故発生時の報告体制等を盛り込んだ対応マニュアルを作成し、院内各部署に周知する。

(2) 事故発生時の対策

医療安全管理者は、事故発生時の初動対応として、管理者の指示に基づいて、次のような点が適切に行われるよう、必要に応じて支援する。

- ① 医療事故発生現場の調査と関係者からの詳細な事実確認
- ② 所属長への連絡等の対応マニュアルに沿った実施
- ③ 医療事故に関連した破損器材や処置内容、データ等の保全
- ④ 機器や薬剤が関与した場合の医療機関内の関連部署への連絡と製造販売業者への連絡や対応の依頼
- ⑤ 患者、家族への事故の連絡や説明の実施(患者、家族への直接の対応については、組織としての姿勢を示すことになるため、医療機関の管理者またはそれに準ずる者が行うことが望ましい。)
- ⑥ 一連の診療や処置、患者・家族への対応や説明内容について、遅滞なく正確に診療録・看護記録等に記載すること
- ⑦ 医療事故に関与した職員の精神的ケア等のサポート
- ⑧ 医療機関の管理者が行う当事者以外の職員や他の患者に対する説明、および地域住民からの問い合わせへの対応

(3) 再発防止

医療安全管理者は、必要に応じて医療機関の管理者により設置される事故調査委員会

(事故の原因を調査するための組織体)の運営を助け、事例の調査や報告書の取りまとめ等に協力する。

また、医療安全管理者は、事故調査委員会において提言された再発防止策等について、院内各部署への周知を図る。

5) 安全文化の醸成

医療機関における安全文化の醸成のための業務には、次のようなことがある。

- (1) 医療安全管理者は、職員から安全管理委員会にヒヤリ・ハット事例や事故情報が遅滞なく報告され、安全管理委員会において原因の分析が行われ、必要な対策が検討・実施され現場に生かされるよう、全職員に働きかける。
- (2) 医療機関内から提供された医療安全の情報が、適切に生かされた事例の紹介等を行う。
- (3) 医療安全に関連する情報収集、情報の提供、研修の開催等それぞれの場面に、職員とともに患者・家族が参加することで、医療安全の確保についての職員及び患者・家族の意識が高まるよう働きかける。
- (4) 医療安全の確保のためには、関連する情報の収集および提供が必要であり、その情報の活用にあたっては、個人の責任を追求するものとならないように配慮する。
- (5) 全職員が、医療安全について自らのこととして考え、医療現場から積極的に取り組むよう、職場の医療安全意識を高める。

II. 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

1. 本指針の位置づけ

医療安全管理者とは、各医療機関の管理者から安全管理のために必要な権限の委譲と、人材、予算およびインフラなど必要な資源を付与されて、管理者の指示に基づいて、その業務を行う者である。そのため、医療安全管理者の養成研修を計画するにあたっては、安全管理業務を遂行するための知識や技術を習得できるよう考慮する必要がある。

本指針においては、このような研修を計画するにあたり盛り込むべき基本的な事項について述べる。

2. 研修プログラムの企画についての考え方

研修プログラムは、下記4に述べる、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。

研修プログラムの展開にあたっては、一定期間に集中的に行う方法と、断続的にいくつかの単元に分けて行う方法が考えられる。断続的な研修プログラムを作成する場合は、内容に重複や漏れがないように組み立てることが求められる。また、医療安全管理者には実践能力が特に求められるので、研修の方式としては、講義のみならず演習を加えることが必要である。研修実施後には、企画内容、実施状況等についての評価を行う。研修の企画にあたっては、計画・運営・評価を一貫して行ない、効果的な研修が行えるように、研修の運営に責任を持つ者を配置することが望ましい。

3. 研修の対象者

本指針で示す研修の対象者は、現在、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とする。

4. 研修において習得すべき基本的事項

医療安全管理者には、医療機関の管理者から委譲された権限に基づいて、安全管理の業務を行うために、医療に関する専門的知識のほか、実践能力が必要である。

具体的には、以下の1)から6)の事項に関する知識や技術の習得が考えられる。

1) 医療安全の基本的知識

- (1) 我が国の医療安全施策の動向、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こと
 - ① 組織運営に関する基本的知識
 - ② チーム医療に関する基本的知識
 - ③ 会議運営の技術や適切なコミュニケーションに関する知識
- (2) 院内の安全管理体制に関すること
 - ① 安全管理部門や委員会の業務
 - ② 医療安全管理者の役割と業務
 - ③ 安全管理部門と他部門との連携
- (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こと

3) 医療安全についての職員に対する研修の企画・運営

研修対象者の選択とそれに応じた研修の企画・運営および研修の評価・改善に必要な事として以下の事項が考えられる。

- (1) 研修受講者の背景、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
時期の選定、講師や対象者の選定、内容と到達度の設定、方法の選定（講義形式・演習形式等）、年間計画の立案
- (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
 - ① 結果の重大性や発生頻度からからみた事象の重大性やその対応の緊急性についての分類の方法など（業務フロー分析、RCA、リスクアセスメント等）
 - ② 事故発生予防のための方法（業務フロー分析、FMEA等）
 - ③ 危険を発見するための能力開発方法
- (4) 事例の分析方法
 - ① 定量的分析の基本
 - ② 定性的分析の基本
- (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
 - ① 安全対策立案の基本
 - ② すでに検討あるいは確立されている安全対策例
 - ③ 安全対策や再発防止策等についてのフィードバック、周知の方策
- (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) 医療事故等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、事件事例やヒヤリ・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、家族とが情報を共有し、患者、家族の医療への参加を促すための具体的な方策

5. 医療安全管理者の継続的学習について

本指針では、医療安全管理者が習得すべき知識や技術について述べた。いうまでもなく医療安全管理者が医療機関において期待される役割やその責務は大きいことから、ここで述べた内容の研修を受けただけで、医療安全管理者の責務を果たすのに十分とはいえない。従って、医療の安全管理に携わるものとして、継続的に学習と経験を積み重ねていくことは必須の要件である。

また、医療安全管理の業務を遂行する中で得られた情報や知見について、医療機関内で共有して事故防止に役立てるとともに、学会発表などを通して、医療安全の推進に役立てるよう努力することが望まれる。

おわりに

本作業部会では、医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針を作成した。今後、医療の質の向上と安全の確保のために、医療安全管理者が医療機関内において積極的に活躍できるよう本指針が活用されることを期待する。また、今後得られる知見をもとに、本指針のさらなる内容の充実が図られることが求められる。

医療安全管理者の質の向上に関する検討作業部会

委員

鮎澤純子	九州大学大学院医学研究院助教授
飯田修平	練馬総合病院長
石川雅彦	国立保健医療科学院政策科学部長
河野龍太郎	東京電力（株）技術開発研究所 ヒューマンファクターグループマネージャー
木下勝之	（社）日本医師会常任理事
楠本万里子	（社）日本看護協会常任理事
佐藤秀昭	石巻市立病院薬剤部門長
嶋森好子	京都大学医学部附属病院看護部長
寺井美峰子	聖路加国際病院医療安全管理室 専任リスクマネージャー
福永秀敏 （部会長）	国立病院機構南九州病院長

◎ 五十音順

【別添】

医療対話推進者の
業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針
－説明と対話の文化の醸成のために－

- I. 医療対話推進者の業務指針
- II. 医療対話推進者の養成のための研修プログラム作成指針

平成 24 年度厚生労働科学特別研究事業

「医療対話仲介者（仮称）の実態把握と役割・能力の明確化に関する研究班」

研究代表者 中京大学法科大学院教授 稲葉一人

分担研究者 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会附属愛育病院 新生児科部長 加部一彦

分担研究者 公益社団法人地域医療振興協会 地域医療安全推進センター長 石川雅彦

分担研究者 国立保健医療科学院 上席主任研究官 種田憲一郎

I. 医療対話推進者の業務指針

1. 医療機関における医療対話推進者の位置付け

医療対話推進者は、各医療機関の管理者から患者・家族支援体制の調整と対話促進の役割を果たす者として権限が委譲され、管理者の指示に基づき、医療安全管理者、医療各部門、事務関係部門と連携し、組織的に患者・家族からの相談等に対応することを業務とする者とする。

2. 本指針の位置付け

本指針は、患者・家族支援を行うことを業務とする医療対話推進者のための業務指針である。医療安全管理者については、「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」（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 平成19年3月）に示したところであって、本指針と相まって、医療安全管理業務と患者・家族支援業務を、各医療機関の規模や機能に応じて有機的に連動させるものとする。

3. 医療対話推進者の業務

医療対話推進者は、医療機関の管理者から委譲された権限に基づいて、患者・家族支援に関する医療機関内の体制の構築に参画し、医療安全管理部門、医療各部門、事務関係部門や、各種委員会と連携しつつ、患者・家族から寄せられた相談等に対して、医療機関として組織的に対応する。また、患者・家族支援体制として、職員への教育・研修、事例の収集と分析、対策の立案、患者・家族からの相談等への対応を含めた体制作りを努める。これらを通じて、患者・家族支援体制を組織に根付かせ、医療機関において、医療者から患者・家族に説明を促し、患者・家族と医療者の対話を推進し、説明と対話の文化を醸成する。

1) 患者・家族支援体制の構築

患者・家族支援体制の構築としては、次のようなことがある。

- (1) 患者・家族の利用しやすさに配慮した上で、医療機関内の患者・家族支援（相談・苦情）窓口の設置や改善に参画する。
- (2) 患者・家族支援窓口が設置されていること及び患者・家族に対する支援のため実施している取組を、できるだけ見やすいところに掲示する、また、入院患者については、入院時に文書等を用いて患者・家族支援窓口について説明を行う。
- (3) 以下のような患者・家族支援体制を整えること
 - ① 患者・家族支援窓口において、相談や苦情の内容に応じて適切な職員（職種・職位、専門的知識等）が対応できる体制を整えること

- ② 患者・家族支援窓口と、医療機関の各部門が十分に連携していること
- ③ 医療機関の各部門において、患者・家族支援体制に係る担当者を配置していること
- ④ 患者・家族支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、必要に応じて各部門の患者・家族支援体制に係る担当者等が参加していること
- ⑤ 医療機関の各部門において、患者・家族等から相談等を受けた場合の対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること
- ⑥ 患者・家族支援窓口及び各部門で対応した相談の件数及び内容、相談後の取扱いの経過と結果、その他の患者・家族支援に関する実績を記録していること、また、医療安全管理対策委員会と十分に連携し、その状況を記録していること
- ⑦ 定期的に、患者・支援体制に関する取組の見直しを行っていること

2) 患者・家族支援体制に関する職員への教育・研修の実施

医療対話推進者は、職種横断的な患者・家族支援活動の推進や、部門を超えた連携を考慮し、職員教育・研修の企画、実施、実施後の評価と改善を行う。

- (1) 研修は、職種横断的、部署・部門横断的で、職員の参加型研修となるように企画を行う。
- (2) 研修は、具体的な事例を用いて対策を検討するよう企画する。
- (3) 研修の実施には、患者・家族や各分野の専門家等が関わることを望ましい。
- (4) 研修内容の例
 - ① 患者・家族の相談や苦情に対応する際に求められる医療上の情報を学ぶ研修
 - ② 患者・家族が不安や苦情を相談する際の心情への共感と対応を学ぶ研修
 - ③ 医療事故に遭遇した患者・家族や関わった職員（当事者・関係者）の立場や心情への共感と対応を学ぶ研修
 - ④ 患者・家族、医療者間での信頼関係を構築するための対話を促進する能力、コミュニケーション能力や人間関係を調整する能力の向上のための研修
 - ⑤ 職種や部門・部署が横断的にチームとして対応する能力を高める研修
- (5) 研修実施後は、研修担当者とともに、参加者の反応や達成度等について研修の評価を行い、改善を行う。
- (6) 患者・家族支援窓口に寄せられた相談や苦情、電話や投書等による相談や苦情の他、職員や医療機関についての満足度調査の結果等を、把握し問題点を検討し、これを研修の場での教育に反映させる。

3) 患者・家族への一次対応としての業務

医療対話推進者は、患者・家族が安心して医療を受けられるよう、患者・家族からの相談等への一次対応として、院内各部署と連携のもと、以下の対応を行う。

- (1) 患者・家族からの相談や苦情内容に応じた適切な対応を行う。
 - ① 疾病に関する医学的な質問に関する相談に対応すること
 - ② 生活上及び入院上の不安等に関する相談に対応すること
 - ③ 医療者の対応等に起因する苦情や相談に対応すること
- (2) 発生した医療事故や医療事故を疑った患者・家族からの申し出に対応すること
- (3) 院内巡視などをした際など、上記以外の機会に患者・家族から寄せられた相談や苦情に適切に対応を行うこと

4) 患者・家族からの相談事例の収集、分析、対策立案、フィードバック、評価

(1) 患者・家族支援に関する情報収集

医療対話推進者は、患者・家族支援のための情報を収集するとともに、患者・家族支援に必要な情報を院内の各部署、各職員に提供する。情報としては、次のようなものがある。

【医療機関内の情報】

- ① 患者・家族からの相談や苦情
 - ・ 患者・家族支援窓口で直接対応した相談や苦情
 - ・ 外来診療や入院中の出来事に関する患者・家族からの相談や苦情
 - ・ 電話や投書等による相談や苦情
 - ・ 院内巡視の際等に、患者・家族から寄せられた相談や苦情
- ② 患者・家族の職員や医療機関に対する満足度調査等の結果
- ③ 各部門の担当者等から提供を受けた情報

【医療機関外の情報】

各種専門機関の情報、各種メディアの報道、研究報告等及び専門家からの情報

(2) 相談や苦情事例の分析、対策立案、フィードバック

相談や苦情事例の分析は、医療対話推進者が中心となり、可能であれば、患者・家族の立場に立てるものの参加を得て行う。医療上のことだけでなく、法・倫理が問題となる事例、医療者が困惑した事例、患者・家族への説明や医療者間のコミュニケーションが問題となった事例等について分析し、再発防止に向けた対策を検討し、成果をまとめ、他の職員等と共有することが相応しい。

5) 医療事故や、医療事故を疑った患者・家族からの申し出に関して対応すること

医療対話推進者は、医療事故が発生した場合、あるいは、医療事故を疑って申し出を受けた場合には、管理者からの指示を受け、医療安全管理者等と連携して患者・

家族及び事故関係者の支援にあたる。事故によって生ずる患者・家族への影響や事故当事者及び関係者への影響拡大の防止を図るとともに、医療者からの説明を促し、患者・家族との対話の推進を図る。

- ① 患者・家族への事故の連絡や説明の実施
- ② 管理者や医療事故に関与した職員等から、患者・家族への説明する場の設営のための調整活動
- ③ 説明の場での話し合いの進行上の配慮
- ④ 患者・家族及び医療事故に関わった職員（当事者・関係者）等の精神的ケア等のサポート

6) 説明と対話の文化の醸成

医療機関における説明と対話の文化を醸成するために行う業務には、次のようなことがある。

- (1) 医療対話推進者は、患者・家族からの相談や苦情等が遅滞なく報告され、必要に応じて各部門の患者・家族支援体制に係る担当者等とともに原因の分析、対策の検討を行い、患者・家族と医療者の対話が推進されるように、全職員に働きかける。
- (2) 患者・家族支援に関連する情報収集、情報提供、研修の企画実施のそれぞれの場面に、職員と患者・家族が参加することで、患者・家族支援体制の確保について、職員及び患者・家族の意識が高まるように働きかける。
- (3) 医療者から患者・家族へ十分な説明がなされ、対話が推進されたことで、相互に理解が進んだ事例を共有することで、説明と対話の文化の醸成を図る。

II. 医療対話推進者の養成のための研修プログラム作成指針

1. 本指針の位置付け

医療対話推進者は、各医療機関の管理者から患者・家族支援体制の調整と対話促進の役割を果たす者として権限が委譲され、管理者の指示に基づき、医療安全管理者、医療各部門、事務関係部門と連携し、組織的に患者・家族からの相談等に対応することを業務とする者とする。

そのため、医療対話推進者の養成研修を計画するにあたっては、患者・家族支援業務を遂行するための知識や技術を習得できるよう考慮する必要がある。

本指針では、このような研修を計画するにあたり盛り込むべき基本的な事項について述べる。

2. 研修プログラムの企画についての考え方

研修プログラムの実施にあっては、次の点に考慮しなければならない。

- 1) 患者・家族支援業務は実践能力が特に求められるので、研修の方式として、講義やビデオ等の視聴だけではなく、演習・ワークショップ・グループワーク・ロールプレイ等を中心とすることが必要である。
- 2) 患者・家族支援業務の実践能力を得るためには、上記の演習は比較的小規模で実施することが必要である。
- 3) 研修プログラムの実施においては、研修の運営に責任を持つ者を配置することが必要である。

3. 研修の対象者

本指針で示す研修の対象者は、現在、医療機関の中で医療対話推進者として医療機関全体の患者・家族支援業務に携わっている者、または、医療対話推進者としてその任にあたる予定のある者とする。

4. 研修において習得すべき基本的事項

医療対話推進者には、医療機関の管理者から委譲された権限に基づいて、患者・家族支援業務を行うために、下記の専門的知識のほか、実践能力が必要である。

- 1) 患者・家族対応の基本的知識
 - ① 患者・家族が不安や苦情を相談する際の心情への共感と対応を学ぶ内容
 - ② 患者・家族の相談や苦情に対応する際に求められる医療上の基本的知識
 - ③ 患者・家族、医療者間での信頼関係を構築するための対話の促進能力、コミュニケーション力や人間関係を調整する能力の向上に関する内容
 - ④ 患者・家族のより良い自己決定に資するインフォームドコンセントに関する

- る基本的知識
- ⑤ 患者の権利擁護や、臨床倫理・法（個人情報保護や守秘義務に関する内容を含む）に関する基礎的知識
- 2) 医療安全に関する基本的知識
- ① 我が国の医療安全施策の動向
- ② 安全管理に関する法令や制度、指針等の知識
- 3) 患者・家族支援体制の構築
- (1) 組織横断的な組織作りに関すること
- ① 患者・家族から相談等を受けた場合の対応体制及び報告体制のマニュアル整備と、これを職員に遵守させるなどの組織運営に関する基本的知識
- ② チーム医療に関する基本的知識
- ③ 患者・家族支援に係る取組に関するカンファレンス等会議運営の技術や適切なコミュニケーションに関する知識
- (2) 医療機関内の患者・家族支援体制に関すること
- ① 医療対話推進者の役割と業務
- ② 患者・家族支援窓口と医療安全管理部門や他部門との連携
- ③ 患者・家族等の相談の件数及び内容、相談後の取扱いの経過と結果、その他の患者・家族支援に関する実績を記録化する業務
- (3) 医療機関内の患者・家族支援に関する委員会等の活動の評価と調整に関すること
- 4) 患者・家族支援についての職員に対する研修の企画・運営
- 研修対象者の選択とそれに応じた研修の企画・運営および研修の評価・改善に必要な点としては、以下の事柄が考えられる。
- (1) 研修受講者の背景、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
- 時期の選定、講師や対象者の選定、内容と到達度の設定、方法の選定（講義形式、演習形式等）、年間計画の立案
- (3) 患者・家族支援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
- 5) 患者・家族支援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) 患者・家族支援に資する院内外の情報を収集する方法
- (2) 相談や苦情事例の分析と対策立案とフィードバックに関する事項
- 6) 医療事故が発生した場合や、医療事故を疑った患者・家族からの申し出があった場合の対応
- (1) 医療事故等発生時の対応に関する基本原則

- (2) 医療事故発生時の初動対応に必要な知識
 - (3) 医療事故に遭遇した患者・家族の立場や心情への共感と対応を学ぶ内容
 - (4) 医療事故に関与した職員（当事者・関係者）の立場や心情への共感と対応を学ぶ内容
- 7) 説明と対話の文化の醸成
- (1) 医療機関内において、患者・家族からの相談や苦情事例等の報告と共有が効果的に行われるための体制の整備に関する基本的知識
 - (2) 患者・家族が安心して満足できる医療を受けられるよう、十分な説明と対話がなされる組織の文化の醸成
 - (3) 医療従事者と患者・家族の対話が推進され、情報を共有するための具体的な方策

5. 医療対話推進者の継続的学習について

本指針では、医療対話推進者が習得すべき知識や技術について述べた。いうまでもなく、医療対話推進者が患者・家族支援において期待される役割やその責務は大きく、ここで述べた研修を受けただけで、医療対話推進者の責務を果たすのに十分とはいえない。したがって、患者・家族支援の業務に携わるものとして、継続的に学習と経験を重ねていくことは必須の要件である。

事 務 連 絡
平成 30 年 3 月 30 日

地 方 厚 生 (支) 局 医 療 課
都道府県民生主管部 (局)
国民健康保険主管課 (部) 御中
都道府県後期高齢者医療主管部 (局)
後期高齢者医療主管課 (部)

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について (その 1)

診療報酬の算定方法の一部を改正する件 (平成 30 年厚生労働省告示第 43 号) 等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号) 等により、平成 30 年 4 月 1 日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添 1 から別添 5 のとおり取りまとめたので、改定説明会等にて回答した事項と併せて、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いいたします。

【医療安全対策加算（医療安全対策地域連携加算）】

問 88 医療安全対策地域連携加算 1 の施設基準である専任の医師は、医療安全対策加算 1 の施設基準である専従の医療安全管理者として配置された医師と兼任可能か。

（答）兼任可能。

問 89 医療安全対策加算の医療安全管理部門に配置されることとなっている診療部門等の専任の職員が医師である場合、当該医師は医療安全対策地域連携加算 1 の専任の医師と兼任可能か。

（答）兼任可能。ただし、当該医師は、当該加算に規定される医療安全対策に関する評価に係る業務を行うことが必要。

問 90 医療安全対策地域連携加算 1 は、一つ以上の医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関及び一つ以上の医療安全対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関と連携を行っている場合に届出可能であると理解してよいか。

（答）そのとおり。

問 91 医療安全対策地域連携加算において特別の関係にある保険医療機関と連携することは可能か。

(答) 可能。

問 92 医療安全対策地域連携加算は特定機能病院は算定できないが、医療安全対策加算 1 又は 2 に係る届出を行っている特定機能病院と連携して医療安全対策に関する評価を行った場合についても医療安全対策地域連携加算は算定可能か。

(答) 可能。

問 93 医療安全対策地域連携加算において連携する保険医療機関は、必ずしも近隣の保険医療機関でなくてもよいと理解してよいか。

(答) そのとおり。ただし、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携している保険医療機関に直接赴いて実施される医療安全対策に関する評価が必要である。

問 94 医療安全対策加算 1 を既に算定しており、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者を医療安全管理者として配置している保険医療機関が、新たに医療安全対策地域連携加算 1 の届出を行う場合、医療安全対策に 3 年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師を配置することになるが、その際、医療安全対策加算 1 において配置する医療安全管理者について、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者に替えて、新たに配置する専任の医師を医療安全管理者とする場合も、医療安全対策加算 1 の施設基準を満たすとして理解してよいか。

(答) その場合も、引き続き、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていれば、施設基準を満たすとして差し支えない。

問 95 医療安全対策地域連携加算の施設基準では、医療安全対策加算 1 の届出を行っている医療機関と医療安全対策加算 2 の届出を行っている医療機関とが連携することになっているが、連携する医療機関が 1 対 1 ではない場合、複数の医療機関が合同で連携するその他の医療機関を評価することでもよいか。

(答) そのとおり。

【研究成果の刊行に関する一覧表】

- ・特になし

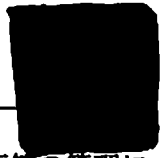
2019年2月20日

厚生労働大臣 殿

機関名 公益社団法人 地域医療振興協会

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 吉新 通康



次の職員の平成 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 厚生労働行政推進調査事業
- 2. 研究課題名 医療安全における医療機関の連携による評価に関する研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名)公益社団法人地域医療振興協会 地域医療安全推進センター・地域医療安全推進センター長
(氏名・フリガナ) 石川 雅彦・イシカワ マサヒコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	地域医療振興協会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年1月24日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学

所属研究機関長 職名 総長

氏名 久保 千穂



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 厚生労働行政推進調査事業
- 2. 研究課題名 医療安全における医療機関の連携による評価に関する研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 九州大学病院 医療安全管理部 教授、部長
(氏名・フリガナ) 後 信・ウシロ シン

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2019 年 1月 28日

厚生労働大臣 殿

機関名 中京大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 安村 仁志

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働行政推進調査事業

2. 研究課題名 医療安全における医療機関の連携による評価に関する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 法務総合教育研究機構・教授

(氏名・フリガナ) 稲葉 一人・イナバ カズト

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2019年2月20日

厚生労働大臣 殿

機関名 公益社団法人 地域医療振興協会

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 吉新 通康



次の職員の平成 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 厚生労働行政推進調査事業
- 2. 研究課題名 医療安全における医療機関の連携による評価に関する研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 公益社団法人 地域医療振興協会 地域医療安全推進センター 医療安全課長
(氏名・フリガナ) 斉藤 奈緒美・サイトウ ナオミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	地域医療振興協会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。