

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金  
(厚生労働科学特別研究事業)

地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための  
組織マネジメント研修プログラムの開発

平成 30 (2018) 年度 総括・分担研究報告書

平成 31 (2019) 年 3 月

研究代表者 福田 敬  
(国立保健医療科学院)



## 目次

### I. 総括研究報告書

- 地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修プログラムの開発..... 1

福田敬

### II. 分担研究報告書

1. 「地域医療構想策定研修（都道府県職員対象）」における教育教材の開発、研修会の開催、人材育成プログラムの内容について..... 7

玉置洋

- (資料) 「地域医療構想策定研修(都道府県職員対象)」資料集..... 33

2. 大学教育における病院人材育成プログラムの動向..... 55

柿沼倫弘・佐藤大介

3. 医療安全にかかる人材育成プログラムの動向..... 59

種田憲一郎

- (資料) 特定機能病院におけるトップ・マネジメント層向け医療安全研修ガイドライン..... 67

- (資料) 米国病院協会における医療安全研修に関する資料..... 89

4. 医療機関の再編統合事例に関する現地調査..... 105

佐藤大介・柿沼倫弘・小林健一

5. 病院の再編統合をテーマとした試行版研修プログラムの開発・評価.. 111

小林健一・柿沼倫弘

- (資料) 試行研修に関する資料..... 117



平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）  
総括研究報告書

地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための  
組織マネジメント研修プログラムの開発

研究代表者 福田 敬（国立保健医療科学院）

研究要旨

本研究は、病院管理者のための人材育成プログラムを開発・評価することを目的として実施した。かつて国立医療・病院管理研究所および国立保健医療科学院において実施されていた「病院管理研修」で蓄積されたノウハウを下地とし、病院をとりまく今日的課題への対応をも盛り込んだ新しい研修プログラムの開発とその評価を行った。研究事項としては、（１）「地域医療構想策定研修（都道府県職員対象）」における教材・プログラムのレビュー、（２）大学教育における病院人材育成プログラムの動向把握、（３）医療安全にかかる人材育成プログラムの動向把握、（４）医療機関の再編統合事例に関する現地調査、（５）病院の再編統合をテーマとした試行版研修プログラムの開発・評価、を実施した。

地域医療構想の達成に向けて、病院管理者が学習すべきテーマは、自院が存続すれば良しとするような経営哲学ではなく、地域全体を持続可能とする考え方が求められている。この考え方は、かつての病院管理研修での優先課題とは異なるものであり、今日的な課題であると思われる。

医療政策にはさまざまな課題があるが、実際に医療サービスを提供する病院等の医療機関が、当該医療政策の意義・ねらいについて正しく理解し、実践する必要がある。とくにトップである病院長が、政策の推進に向けて具体的な検討・意思決定を行うことが、地域医療構想の達成には欠かせないものと思われる。

研究分担者

玉置 洋  
（国立保健医療科学院 上席主任研究官）  
種田憲一郎  
（国立保健医療科学院 上席主任研究官）  
小林 健一  
（国立保健医療科学院 上席主任研究官）  
橋本 昶生  
（日本医療機能評価機構・執行理事）  
寛 淳夫  
（工学院大学・教授）

研究協力者

佐藤 大介  
（国立保健医療科学院 主任研究官）  
柿沼 倫弘  
（国立保健医療科学院 主任研究官）

A. 研究目的

近年、わが国の医療政策の重要課題として、医療介護総合確保推進法に基づいて平成 27

年より都道府県が地域医療構想の策定を進め、地域における病床の機能分化・連携を推進している。

一方で、サービス提供者である病院においては、人口高齢化に伴う医療ニーズの変化、医療技術の進歩等による業務内容の変化に直面しており、病院職員の負担が課題となっている。これについては、業務の効率化・合理化等による負担軽減、勤務環境の改善など、医師をはじめとする病院職員の働き方改革が、国の施策として進められているところである。

このような医療機能分化や働き方改革等の施策に対応し、かつ安定した病院経営を行っていくためには、各病院の幹部職員の役割が大変重要である。しかしながら、経営管理・組織運営・施設管理など病院の事業継続につながる人材育成については、病院の自助努力に任されているのが実態である。そこで本研究では、病院の幹部職員を対象とした体系的な研修プログラムを開発・提示することを目的として研究を行った。

## B. 研究方法

本研究では、かつて国立医療・病院管理研究所および国立保健医療科学院において実施されていた「病院管理研修」で蓄積されたノウハウを下地とし、病院をとりまく今日的課題への対応をも盛り込んだ新しい研修プログラムの開発とその評価を行った。

具体的には下記(1)～(5)を実施した。

### (1) 「地域医療構想策定研修（都道府県職員対象）」における教材・プログラムのレビュー（分担研究1）

国立保健医療科学院において2014～2015年度に実施した地域医療構想策定研修（都道府県職員対象）をレビューすることにより、自治体がそれぞれの地域医療構想をどのよう

な手法・データを用いて検討・策定してきたのかを確認し、本研究で開発する研修プログラムの検討材料とした。

### (2) 大学教育における病院人材育成プログラムの動向把握（分担研究2）

病院職員を対象とした研修は、病院団体の主催によるものが多いが、近年、大学においても病院人材育成をめざしたプログラムが現れてきた。とくに平成29年度には、門部科学省が「課題解決型高度医療人材養成プログラム」として、病院経営支援に資するプログラムを運営する大学を募集し、10大学が選定されている。分担研究2ではこれらの人材育成プログラムをレビューした。

### (3) 医療安全にかかる人材育成プログラムの動向把握（分担研究3）

医療安全を担保・推進する視点から、研修プログラム開発に資する人材育成のプログラムの動向を検討した。研究方法として、1) 特定機能病院の管理者等への医療安全に関するコンピテンシーのレビュー；2) 医療安全の課題も考慮した病院幹部等へのニーズ調査；3) 米国病院協会における取組みのレビューを実施した。

### (4) 医療機関の再編統合事例に関する現地調査（分担研究4）

地域医療構想の議論の中で、地域もしくは医療機関の状況によっては、近隣の別医療機関と再編統合する事例もみられる。そこで再編・統合を達成した公立公的医療機関および関連自治体を対象に、再編・統合に至った背景・経緯および再編・統合の基本計画・組織体制ならびに再編統合後の医療機能・病院経営の状況等に関するヒアリング調査を実施した。

### (5) 病院の再編統合をテーマとした試行版研修プログラムの開発・評価（分担研究5）

上記（１）～（４）の研究成果等を踏まえて、地域医療構想の達成に向けた研修プログラムとして「病院の再編統合」をテーマとした試行研修を行った。試行研修ではケースメソッド方式を採用した。試行研修受講者を対象として、テーマの妥当性および研修方法の適切性について意見を聴取し、研修プログラムの評価を行った。

#### （倫理面への配慮）

本研究では個人情報や人、動物を被験者等として取扱う研究ではないため、倫理上の問題は生じないが、試行研修の参加者に対しては、趣旨説明と同意確認を行うための文書を提示した。

### C. 研究結果

#### C-1. 「地域医療構想策定研修（都道府県職員対象）」における教材・プログラムのレビュー

2014年度に国立保健医療科学院で実施された、都道府県職員を対象とした「地域医療構想策定研修（都道府県職員対象）」に用いた人材育成プログラム、教材の開発、研修のデザインの概要をまとめた。

#### C-2. 大学教育における病院人材育成プログラムの動向把握

平成29年度文部科学省の課題解決型高度医療人材養成プログラムとして、病院経営支援に関する領域をテーマに選定された10大学のプログラムを概観したところ、主に次の3点を把握することができた。①主な対象者が医療従事者であること。②少人数制を採用していること。③カリキュラムが座学と実学で構成されていること。病院団体のカリキュ

ラムも含めて、基本的に自院のマネジメント能力向上が主目的になっていると考えられた。

自院の経営の持続可能性のみではなく、地域全体の最適化を地域の複数の医療機関とともに目指すことのできる視座をもった人材の育成が求められていると思われる。

#### C-3. 医療安全にかかる人材育成プログラムの動向把握

1) 特定機能病院の管理者等への医療安全に関わるコンピテンシーのレビューからは、次の3項目が管理者に求められるコア・コンピテンシーとして挙げられていた：1. 医療安全を推進する体制を整備し、機能させる；2. 重大事象が発生した際に、管理者として判断し、その責任を果たす；3. 組織の医療安全文化を醸成するために、職員の模範となる行動を示す。

2) 医療安全の課題も考慮した病院幹部等へのニーズ調査からは、学ぶべき研修内容として：地域医療構想の成立の流れ・考え方；地域包括ケアシステムについて；チーム連携とマネジメント；患者中心・人々中心の医療とは；戦略マネジメント・変革のプロセス；実例を通し学ぶ（連携パスなど）；医療資源や受療データの利活用；病院外における関連施設の役割（医師会、地域の開業医、保健所他）、などが示された。

3) 米国病院協会における取組みからは、エビデンスに基づいたチーム・トレーニング TeamSTEPPS®；医師への支援（バーンアウトへの対応など）、などがあるとわかった。

#### C-4. 医療機関の再編統合事例に関する現地調査

総務省「地方公益企業の抜本的な改革等に係る先進・優良事例集 病院事業」を基に、

調査対象事例をリストアップし、病床機能報告データから病棟機能とその稼働状況から候補医療機関を絞り込み、厚生労働省医政局地域医療計画課と協議の上選定した。ヒアリング項目は半構造化した10問程度の設問に対して対象医療機関の回答を得、その後自由討論方式で行った。

調査の結果、再編・統合に向けて組織の方向性を考え、活動方針を決定する病院管理者に特に求められる重要な役割は、①地域との良好な関係の構築、②再編統合に向けた病院間のマネジメント、③職員のモチベーションの維持・向上、④職員の意識改革、⑤労務管理に関するマネジメント、⑥事務部門の人材の充実に整理されることが明らかとなった。

#### C-5. 病院の再編統合をテーマとした試行版研修プログラムの開発・評価

地域医療構想は今日わが国の医療行政において非常に重要な施策であるが、今後わが国のさまざまな地域で発生すると考えられる状況として、医療機関の再編統合が挙げられる。とくに人口減少が予測される地域においては、医療従事者の確保や、医療機関の施設（再）整備にかかる財源確保は、喫緊の課題であるといえる。そこで本研究では「病院の再編統合」について、実際に再編統合を行った日本海総合病院・酒田市立病院（山形県酒田市）の事例を題材として、再編統合にいたる経緯の吟味、外部環境と内部環境の分析、意思決定のあり方、等について試行研修参加者に小グループ討議をしてもらった後、ケースメソッド方式により全体討議を行った。

試行研修の後半では、「病院の再編統合」というテーマについて、および「ケースメソッド」という学習方法について、試行研修参加

者を対象とした自記式アンケート調査を行った。

アンケートから、病院の再編統合や医師の働き方改革といった、医療政策で喫緊の課題となっているテーマについて、病院職員とくに最高責任者である病院長が学ぶべきとの意見を見出すことができた。またそれらのテーマについて効果的な学習方法として、従来型の講義だけでなくケースメソッドを活用すること、さらにデータを読み取り経営学的な視点を持つことの重要性等が指摘された。

#### D. 考察

地域医療構想にはさまざまな施策が含まれるが、人口減少時代を迎えたわが国において地域医療を安定的に機能させるためには、医療機関の連携がより一層重要となっており、また地域によっては医療機関の再編統合を行うことで医療サービスの安定的運営につながることが示唆された。地域医療構想の達成に向けて、病院管理者が学習すべきテーマは、自院が存続すれば良しとするような経営哲学ではなく、地域全体を持続可能とする考え方が求められている。この考え方は、かつての病院管理研修での優先課題とは異なるものであり、今日的な課題であると思われる。

また本研究課題では、医療機関の再編統合をテーマとしたケースメソッドを実施した。試行研修に参加した学識経験者や病院管理者の意見として、これからの病院管理者には、地域の医療需要の的確なデータと将来予測、経営学的な知識、医師の働き方に関する労務管理の知識など、医師の専門性とは異なる事項が求められることが示唆された。さらに、これらの事項を効率的に思考・学習するための方法として、ケースメソッドは有効なものであり、唯一の正解ではなく多様な意見につ



いて議論することの重要性が指摘された。

#### **E. 結論**

医療政策にはさまざまな課題があるが、実際に医療サービスを提供する病院等の医療機関が、当該医療政策の意義・ねらいについて正しく理解し、実践する必要がある。とくにトップである病院長が、政策の推進に向けて具体的な検討・意思決定を行うことが、地域医療構想の達成には欠かせないものと思われる。

本研究の結果、病院管理者に特に求められる重要な役割は、①地域との良好な関係の構築、②再編統合に向けた病院間のマネジメント、③職員のモチベーションの維持・向上、④職員の意識改革、⑤労務管理に関するマネジメント、⑥事務部門の人材の充実に整理されることが明らかとなった。したがって、上

記の病院管理者に求められる役割を担えるよう導くプログラムを設計することが、地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修プログラムに必要だと考える。

#### **F. 健康危険情報**

該当なし。

#### **G. 研究発表**

1. 論文発表 該当なし。
2. 学会発表 該当なし。

#### **H. 知的財産権の出願・登録状況**

1. 特許取得 該当なし。
2. 実用新案登録 該当なし。



平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）  
地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための  
組織マネジメント研修プログラムの開発  
分担研究報告書

「地域医療構想策定研修（都道府県職員対象）」における教育教材の開発、研修会の開催、人材育成プログラムの内容について

研究分担者 玉置 洋（国立保健医療科学院）

研究要旨

2015 度から始まった各都道府県における地域医療構想の策定にあわせ、国立保健医療科学院では都道府県による主体的な医療計画策定を推進するため、必要な基本的な考え方や技術のある人材を継続的に増加させることを目標に、2014-2015 年度に医政局地域医療計画課の作成した医療計画作成支援データブックを用いて、地域医療構想を策定する職員を養成する人材育成プログラム、教材の開発、研修のデザイン作成を行い、都道府県職員を対象にした「地域医療構想策定研修」を実施した。本研究「地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修プログラムの開発」においては都道府県の地域医療構想策定がどのような手法やデータを用いて進められたかを理解した上で、教材や人材育成プログラムの作成を進める必要がある。そこで 2014 年度に都道府県職員を対象とした「地域医療構想策定研修（都道府県職員対象）」に用いた人材育成プログラム、教材の開発、研修のデザインの概要をまとめた。

A. 研究目的

2014 年 6 月に公布された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」では、都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して地域医療構想（ビジョン：地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進することとされた。

2015 年度から各都道府県において地域医療構想（ビジョン）の策定が開始されることにあたって、都道府県においては医療計画の立

案・評価に携わる職員が自ら地域医療構想を組み立てられるような能力を持つ人材が必要となり、特に地域の保健医療関連データを分析し医療計画の PDCA サイクルを推進する能力の習得が求められた。それにあわせ国立保健医療科学院では都道府県による主体的な医療計画策定を推進するため、必要な基本的な考え方や技術のある人材を継続的に増加させることを目標に、都道府県職員を対象とした「地域医療構想策定 -医療計画における PDCA サイクルを推進する能力を養成する人材育成プログラム-」の教材の開発、研修のデザイ

ンを行い、2014-2015 年度に「地域医療構想策定研修（都道府県職員を対象）」として実施した。本研究「地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修プログラムの開発」においては都道府県の地域医療構想策定の研修がどのような手法やデータを用いて進められたかを理解した上で、教材や人材育成プログラムの作成を進める必要がある。そこで本研究では 2014-2015 年度に都道府県職員を教材対象とした「地域医療構想策定研修（都道府県職員対象）」の人材育成プログラム、教材の開発、研修のデザインの概要をまとめた。

医療計画に関するデータ分析については、平成 24～25 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療計画を踏まえた医療の連携体制構築に関する評価に関する研究」（研究代表者：松田晋也 産業医科大学教授）を通じて、都道府県及び二次医療圏レベルのデータ分析を支援するツール（データブック、データブックマニュアル及び一連のテンプレート）が開発されており、このツールを元に医政局指導課（現：地域医療計画課）の作成した医療計画作成支援データブック（医療計画支援データブック）を教材に用いて、データ分析に要する技術の習得を行いながら、地域医療構想ガイドラインの内容に基づき、データ分析によって医療提供状況の現状を把握するためのハンズオン形式の講義を実施した。

国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部では、自治体職員や病院職員向けの戦略マネジメントプロセスの習得を中心としたリーダー育成研修を 10 年以上に渡って展開してきたことにより、その方法論のブラッシュアップを重ねており、この研修は国立保健医

療科学院におけるリーダー育成研修のノウハウに加え、松田研究班で得られたデータ分析ツール等を活用することで、医療計画の PDCA サイクルに資する人材を育成することを主な目的として開催された。

## B. 研究方法

研修教材は、厚生労働省医政局指導課（現地域医療計画課）が作成した医療計画支援データブックの内容を理解し、実際に活用できるようにするようプログラムとした。医療計画支援データブックの中でも、特に国の定める 5 疾病 5 事業及び在宅医療について都道府県全体、二次医療圏、さらには市町村毎の現状を把握するため、電子データブックから該当するデータを抽出し、そこから得られる情報を整理しながら、地域の問題を同定できるような構成とした。

### 電子データブックについて

医療計画の実効性を向上させ、地域の実情に応じた医療提供体制を構築するためには、都道府県が施策の進捗評価を定期的実施し、必要に応じて施策の見直しを図る等、PDCA サイクルを効果的に機能させることが必要不可欠である。そして PDCA サイクルを効果的に機能させるということは、地域における医療提供体制の課題を把握し、目標を設定し、達成のための政策立案を行い、進捗管理を徹底することを意味する。そのためには、まず、地域における医療提供体制の現状に関するデータの収集を行い、そのデータを分析することが必要とされる。そこで、医政局指導課（現・地域医療計画課）は、自治体におけるデータの収集や分析の負担を軽減するために、医療計画支援データブックを作成した。医療計画支

援データブックは DVD に保存された 4 ギガバイトほどのサイズのデジタルファイルの集まりであり、6 つのフォルダに分けられている（表 1）。その中の 1 番目のフォルダに当たる電子データブックは、医療計画の策定・見直しの際に必要なとされている指標（必須指標、推奨指標等：表 2）を、都道府県における現状把握作業において活用できるよう、医療圏単位ならびに市町村単位で集計・可視化したものである。内容も工夫が凝らされており、自治体レベルで独自の分析や利用及び加工・再加工が行えるようにマイクロソフト・エクセル

形式のファイルが多く用いられている。また、指標の基本情報と解釈を容易にするための辞書的なファイル（メタ情報シート：metainfo）の追加や、地域の住民に現状をわかりやすく伝えるための、視覚に訴える地図データやグラフを豊富に含んでいる。また、指標の意味合いを理解しやすくするために、指標分類軸として「行動主体が誰で」「予防・治療・療養・社会復帰のどの段階の」の指標であるのかという解釈も記載されている。

表 1 医療計画作成支援データブックの内容

•01_電子データブック								
•02_医療圏内患者の受療圏の把握及び地域医療指標の評価								
•03_アクセスマップと人口カバー率								
•04_救急車搬送入院の分担エリア地図								
•05_救急医療及びがん医療の提供体制の把握（OPC公開データ）								
•06_救急搬送分析								

表2 必須指標と推奨指標

必須指標： 全都道府県で入手可能な指標	
①厚生労働省大臣官房統計情報部が実施している調査等の公開データに基づく指標 (例) 患者調査、医療施設調査	(長所) ①都道府県間、医療圏間の比較ができる ②経年的な比較ができる
②都道府県が把握可能な機能をもった病院数等の指標 (例) 地域医療支援病院数、地域がん診療連携拠点病院数	(短所) ①3年に一度など調査周期が長いものは、PDCAサイクルのための数値目標になりにくい ②病院数、医療従事者数など、ストラクチャー指標が多い
③診療報酬の施設基準届出数から得られる指標	③都道府県単位、2次医療圏単位など調査の範囲が固定されている

推奨指標： 独自調査、データの解析等が必要であるが、把握する必要性が高いと考えられる指標

①分析を要するが、公的統計等から入手可能な指標	(例) 患者調査、医療施設調査等の個票解析で得られるデータ
②独自調査が必要であるが、医学的あるいは医療提供体制を検討する上で、把握する必要性が高いと考えられる指標	(例) 専門的治療が可能な医療機関救急搬送件数、手術の実施件数等(消防、医療機関への調査が必要)

表3 電子データブックの構成内容

No	構成物	説明	フォルダ名/ ファイル名
1	電子データブック 本体	<ul style="list-style-type: none"> <li>各指標データを、次の内容で表示し、ブック形式にしたもの               <ul style="list-style-type: none"> <li>-数値データ：各指標の具体的な数値を表したデータ</li> <li>-グラフデータ：数値データを棒グラフでグラフ化したデータ</li> <li>-地図データ：数値データに基づき、地図を塗り分けたデータ</li> </ul> </li> </ul>	電子データブック/ 全国版/01_北海道.xlsx …… 47_沖縄県.xlsx
2	メタ情報シート	<ul style="list-style-type: none"> <li>各指標データに対して、指標の意味や目的を把握しやすくするための情報               <ul style="list-style-type: none"> <li>-分野：5疾病・5事業・在宅で分類される分野情報</li> <li>-取得内容：各指標の具体的な定義や算出方法等</li> <li>-取得方法：各指標の具体的な定義や算出方法等</li> </ul> </li> </ul>	電子データブック/ Metainfo.xlsx
3	指標データ	<ul style="list-style-type: none"> <li>指標の数値データのみで構成され、集計単位により次の3つのシートからなるデータ               <ul style="list-style-type: none"> <li>-都道府県シート：集計単位が都道府県である指標の数値データ</li> <li>-二次医療圏シート：集計単位が二次医療圏である指標の数値データ</li> <li>-市区町村シート：集計単位が市区町村である指標の数値データ</li> </ul> </li> </ul>	電子データブック/ Indexdata.xlsx
4	データ関係図	<ul style="list-style-type: none"> <li>指標データを作成するのに必要な各データ（出典毎の元データ及び中間データ）の関係を表した図</li> </ul>	電子データブック/ Datarelation.xlsx
5	オリジナルデータ	<ul style="list-style-type: none"> <li>指標データを作成するために必要な元となる数値データ</li> </ul>	電子データブック/ オリジナルデータ/ *.xlsx *.txt ……
6	中間データ	<ul style="list-style-type: none"> <li>指標データの作成を行いやすい形式に、元データを整形した数値データ</li> </ul>	電子データブック/ 中間データ/ 医療施設_*.csv 患者調査_*.csv
7	プログラム	<ul style="list-style-type: none"> <li>指標データを作成する際に用いるプログラム</li> </ul>	電子データブック/ 集計スクリプトファイル/ *.R
		<ul style="list-style-type: none"> <li>プログラムの実行時に入力する定義ファイル</li> </ul>	電子データブック/ 集計スクリプトファイル/ 入力_定義ファイル/ *.csv

電子データブックは、表 3 に記すような内容から構成されている。その内容は、国民生活基礎調査、医療施設調査、人口動態調査、医師・歯科医師・薬剤師調査、患者調査等、国で実施されている統計調査結果から 5 疾病 5 事業及び在宅医療に関連する指標をまとめたデータセットである。データは、指標にもよるが都道府県全体、二次医療圏、さらには市町村毎まで細分化されており、詳細な状況把握が可能となっている。

しかしながら、この電子データブックは形式上大量の指標データの羅列になっており、そこから地域医療の現状を構造的に理解し、問題点を明らかにし、医療計画に資するような分析を行うことは容易ではない。まずは、大量の指標データの位置関係を理解し、地域の現状を構造化した上で整理する必要であった。

そこで教材の作成として、最初に、地域医療の現状の構造化を助けるような枠組みの検討を行った。次に、実際の作業を実施できるようにするための実習法としてグループワークの方法についての検討を行った。最後に、グループ毎に実施した作業内容の共有とお互いの評価を行うためのプレゼンテーションの方法についての検討を行った。教材の作成、グループワーク、プレゼンテーションの方法についての検討後に実際の研修が実施された。

研修は、2014 年度は 7 月 14～16 日の 3 日間（前期）と 9 月 1～3 日の 3 日間（後期）、計 6 日間、2015 年度は 6 月 16～18 日の 3 日間（前期）、7 月 13～14 日の 2 日間（中期）、10 月 13～15 日 3 日間（後期）、計 8 日間の日程で埼玉県和光市の国立保健医療科学院にて実施された。原則、各都道府県から 1 名ずつの参加で前期 47 名、後期 47 名の参加者を得

た。研修終了後、各参加者にアンケート調査を行い、今回の試みについての総合的な評価を実施した。

## C. 研究結果

### C-1. 教材とプログラムの作成

#### I. 教材の作成

##### (1) 構造化の枠組み

形式上大量の指標データの羅列になっている電子データブックからは多くのデータを得ることが出来る。しかしながら、ただ大量のデータを手にしたところで、それを活用し地域医療計画に生かせなければ意味がない。大量のデータを活用するためには、第一段階としてデータの全体像の把握が必要である。そのためには、まずデータの構成要素を定義しなければならない。そして構成要素を理解した後に、全体と構成要素の把握、構成要素間の整理である問題の構造化を行う必要がある。構成要素の定義を行うには、地域の医療提供体制の現状を包括的に整理できるようなフレームワークが必要である。

##### (1)-1 ドナベディアン・モデル 構造—過程—結果

米国ミシガン大学のアベディス・ドナベディアンは、医療の質を評価するときに、その質を構成・定義する各要素を構造—過程—結果の 3 つにまとめると整理しやすいと 1980 年に提唱している<sup>1)</sup>。この考え方は医療界に広く受け入れられており、今だこの 3 つの切り口で医療の質の評価が行われることが多い。データブックに含まれているデータの内容を構造的に整理するには、このドナベディアン・モデルを基本に用いた。理由はシンプルな点、



時系列で考えられる点、そして何より実際の電子データブックの内容から、この枠組みが適切と考えられたためである。

#### (1)-2 ドナベディアン・モデルに追加した点

##### ①構造に関して

今回の教材開発においては構造—過程—結果という3つの時系列のステージにおいて、構造の部分を外環境、対象、内環境の3つに分けた。

外部環境：当該の医療問題における医療関連機関以外からの影響。例えば、国や自治体の全体的な医療財政の状況における当該医療問題の位置づけや優先順位、地域特性、病院へのアクセスといった地理的な問題、実際の医療問題では問題になる政治的な非公式な仕組み等がこれに当たる。

対象：当該医療問題における対象である。救急医療であれば、地域の全人口が対象であり、小児医療であれば小児人口が対象であり、糖尿病網膜症であれば糖尿病患者が対象となる。その対象の数、年齢構成、性別構成、リスクのある母集団等がこれに当たる。

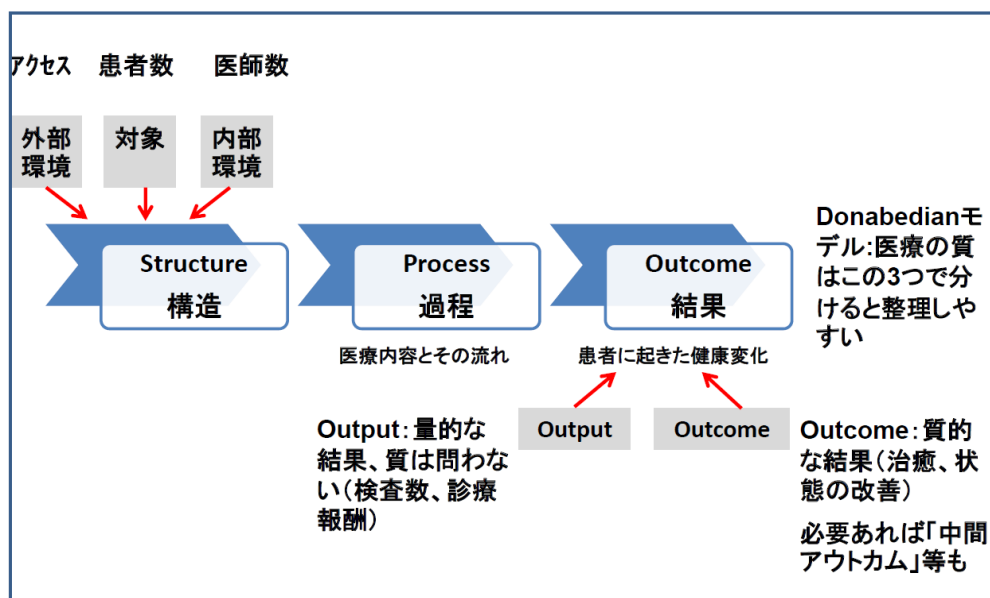
内部環境：いわゆる一般的な意味での「構造」の部分にあたる、病院数や医師数、施設特性、専門性、機器の有無など医療サービスを提供する側の構造、医療提供側の整備状況である。

##### ②結果に関して

結果的に地域医療提供体制の全体像を構造的に把握する上でのフレームワークは以下のような形とした（図1）。

図1 地域医療提供体制のフレームワーク

## 地域医療提供体制



国立保健医療科学院 平塚義宗・玉置洋

1

### (1)-3 データの構造化

の指標データをこのフレームワーク上に落とし込むことで問題の構造化を図った。(1)-4 電子データブックにおける指標データの数値評価について

電子データブックの中の実際の指標の数値評価に当たっては、「データの限界を認識すること」と「改善に向けた数値のとらえ方」の2点に注意した。

#### ① データの限界を認識すること

電子データブックに含まれている指標データは、調査が平成23年～25年度の間の

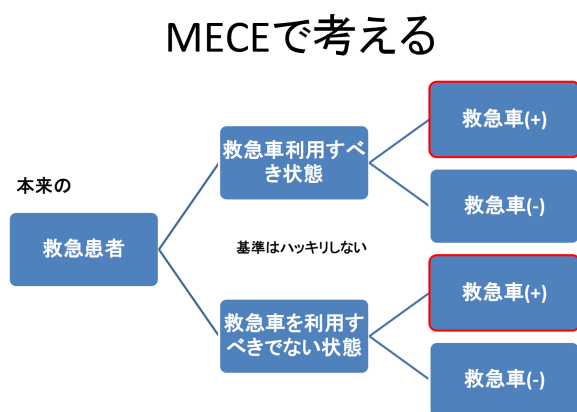
次に、データブックに含まれている大量どこか1年間に行われたクロスセクションのデータであり定期的なアップデートが必要となる。また、市町村レベル、二次医療圏レベル、県レベルと3つのレベル全てにおいてデータが存在するものもあれば、存在しないものも存在する。また、医政局地域医療計画課で把握できた国内の関連データのみを扱っているため、国内外に存在する全ての関連データが収められているわけではない。

従って指標そのものを厳格に受け止めすぎると、間違った問題認識につな

がることもあるため、このような場合、大きな間違いをおかすことは少なくなるように、Mutually(相互に) Exclusive(排他的) and Collectively(集合的には)

Exhaustive(包括的)(MECE)にその指標の意味を考えることとした(図2)。

図2 Mutually(相互に) Exclusive(排他的) and Collectively(集合的には) Exhaustive(包括的)(MECE)



Mutually(相互に) Exclusive(排他的) and Collectively(集合的には) Exhaustive(包括的)に考えれば、「漏れ」「見落とし」がない。

国立保健医療科学院 平塚義宗・玉置洋

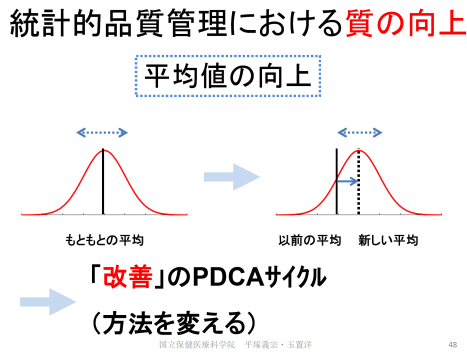
50

## ② 改善に向けた数値のとらえ方

電子データブックに含まれている指標データには、市町村レベルと二次医療圏レベルと県レベルのデータが混在している。県レベルのデータは基本的には、全国の平均値や適切な外部基準値(ベンチマーク)との比較によりその優劣が明らかになる。問題があれば、ベスト・プラクティスを目指してその値を向上させる、「平均値の向上」である「改善のPDCAサイクル」を検討すれば良い(図3)。一方、県として内部を見るような二次医療圏や市町村のデータにおいては、それぞれの値を改善させることと同時に、データのばらつきを減

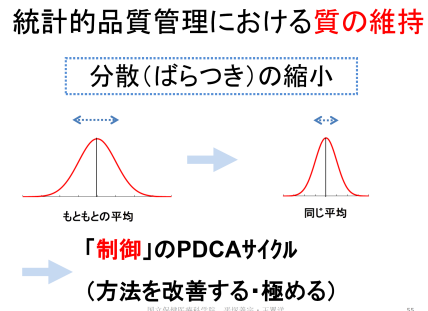
らすという視点も重要となってくる。市町村や二次医療圏のデータにばらつきが存在することは県内における何らかの格差の存在を示すものである。ばらつきが大きければ、そのばらつきを少なくする、「分散(ばらつき)の縮小」として「制御のPDCAサイクル」(図4)を検討する必要がある。この平均とばらつきを同時にどう考えるかを図5に示した。まず県のデータは国内ではどのレベルにあるのか「平均」の検討を行い、その後で、県内のデータにばらつきがあるのかの検討を行うことで、その後の対策も明らかになってくる。

図3 平均値の向上



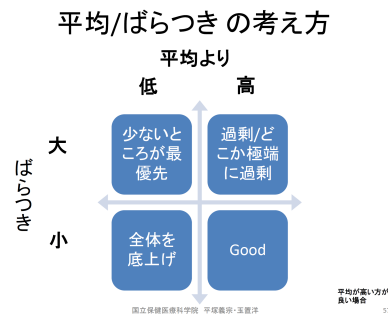
48

図4 分散(ばらつき)の縮小



55

図5 平均/ばらつきの考え方



57

(1)-5 問題解決の枠組み

データの全体像の把握後、データの解釈・評価を行ったつぎに求められるのは、データから問題点を抽出し、対策を検討することである。

公衆衛生における問題解決の枠組みとして、Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) で提唱されている方法: Problem-Solving Paradigm: Six Steps(問題解決の枠組み 6 つのステップ)を用いて行った。

1. Define the problem (問題定義)
2. Measure its magnitude (規模の把握)
3. Understand key determinants (決定要因の理解)

4. Develop intervention / prevention strategies (介入/予防戦略の策定)

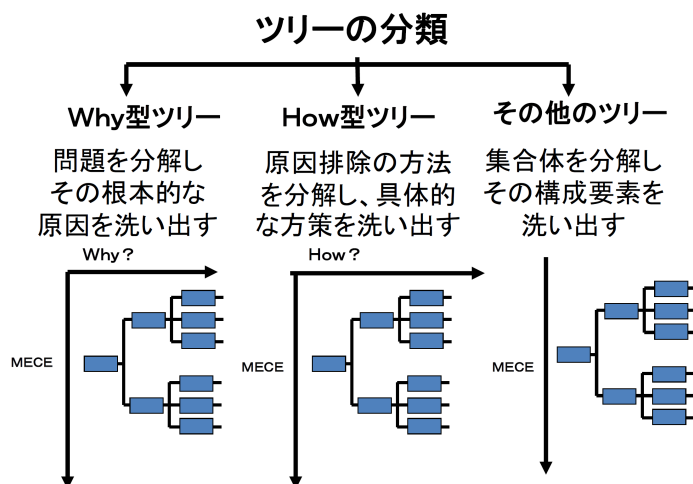
5. Set policy/priorities (優先順位の決定)

6. Implement and evaluate (実行と評価)

① 原因分析と解決策策定

原因分析を実施するとき、有用な方法として問題を分解しその根本的な原因を洗い出すための WHY 型のロジックツリーによる分析を用いた。また、真因が明らかになれば、その真因を解決するにはどうすればよいかという部分が問われるが、ここでも、同様に HOW 型のロジックツリーによる分析を用いた(図6)。

図6 ロジックツリーによる分類



ある<sup>6)</sup>。

## ② 優先順位の決定

優先順位の決定法は大きく、合意に基づくアプローチと、評価基準に基づくアプローチの二つに分かれる。前者はグループにおける合意によって優先順位が決定され、後者は評価基準やアルゴリズムによって個人によるランクづけ結果を集めることで優先順位が決定される。地域の医療計画における優先順位の決定法としては、自治体の多くの部署や利害関係者との合意に基づきながらも評価基準等を取り入れた系統的な方法が求められよう。

方法と、選択肢のリストを作成した後は、正しい優先順位決定プロセスを定義する必要がある。正しい優先順位プロセスには3段階

1. 選択肢を比較する基準
2. 投票、スコア化、ランクづけ
3. 最終的な選択を行う役割とプロセス

研修では優先順位決定の系統的な方法として4つの方法から選択して用いた。

1. Dotmocracy (ドオモクラシー)
2. 一対比較法 (Paired-comparison)
3. 決定箱法 (Decision box)
4. 格子解析法 (Grid analysis)

図 7 Dotmocracy

### Dotmocracy

Write one idea here in large letters:

---

Do you agree? Fill your one dot below & sign on the right:

😊 Strong Agreement	🙂 Agreement	😊 Neutral	😞 Disagreement	😡 Strong Disagreement	❓ Confusion
--------------------	-------------	-----------	----------------	-----------------------	-------------

Add list of comments:

**Strengths & Opportunities**      **Concerns & Weaknesses**

・賛成が反対が  
 ・大きなグループ(20~30人)  
 ・参加者:興味が高い  
 ・ドットのシールを貼って、サイン。(投票)

73  
 国立保健医療科学院 平塚義宗・玉置洋  
[http://www.dotmocracy.org/ikewai@conceptools\\_dotmocracy\\_handbook\\_1400.pdf](http://www.dotmocracy.org/ikewai@conceptools_dotmocracy_handbook_1400.pdf)

図 10 決定箱法(Decision box)

### 決定箱法(Decision box)

	インパクト	
	低い	高い
努力	高い	ひらきターミナルを避ける、やらない どうすれば持続出来るか考える
	低い	些細なもの どうすればやらないで済むか考える 高い位置にぶら下がっている グループ 難業務に集める

- ・二つの明確な評価基準があるとき
  - ・小規模グループ(7±2人)
  - ・参加者:興味が高い
  - ・(高い/低い)の2x2の表でどこに位置するか考える
- 74  
国立保健医療科学院 平塚義宗・玉置洋

図 8 一対比較法(Paired-comparison) 1

### 一対比較法 (Paired-comparison) 1

	A. 救急医師の確保	B. 新たな救急センター設立	C. 診療所の状態観与改善	D. AED参加率改善	
A. 救急医師の確保		A	C	A	・どちらがいいか→「勝者」を記入 ・勝者の出現数を合計 ・A2, C3, D1なのでCがベスト
B. 新たな救急センター設立			C	D	
C. 診療所の状態観与改善				C	
D. AED参加率改善					

- ・一つの評価基準があるとき(重要性、緊急性、インパクト、可変性等)
  - ・中規模グループ(10~15人)
  - ・参加者:興味が高くない
  - ・1体1で比較し、勝者を記載
- 76  
国立保健医療科学院 平塚義宗・玉置洋

図 9 一対比較法(Paired-comparison) 2

### 一対比較法 (Paired-comparison) 2

	A. 救急医師の確保	B. 新たな救急センター設立	C. 診療所の状態観与改善	D. AED参加率改善	
A. 救急医師の確保		A+2	C+1	A+3	・どちらがいいか→「勝者」を記入 ・どれくらい優れているか→+1~3で記入 ・勝者ごとに点数合計 ・A5, B0, C7, D1なのでCがベスト
B. 新たな救急センター設立			C+0	D+1	
C. 診療所の状態観与改善				C+3	
D. AED参加率改善					

- ・一つの評価基準があるとき(重要性、緊急性、インパクト、可変性等)
  - ・中規模グループ(10~15人)
  - ・参加者:興味が高くない
  - ・1体1で比較し、勝者とその差を記載
- 77  
国立保健医療科学院 平塚義宗・玉置洋

図 11 格子解析法(Grid analysis)

### 格子解析法(Grid analysis)

		1=非常に悪い, 2=悪い, 3=良い, 4=非常に良い				
		任務適合性	リーダー方針との適合性	必要とされる費用	想定される効果	合計
ウエイト		5	2	4	4	
A						
B						
C						
D						

- ・評価基準が汎山あるとき(合理的な数に保つ)
  - ・小規模グループ(7±2人)
  - ・参加者:本気
  - ・まずウエイト(重要度1~5)を決め、それぞれの評価基準に点数(1~4)をつけ、積算する
- 82  
国立保健医療科学院 平塚義宗・玉置洋

#### (1)-6 政策実行の上での地域における同意形成

今後都道府県は、医療計画の一部である地域医療構想（ビジョン）の実現に際して医療関係者、医療保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置し、利害の相反する多様なステークホルダー間のコーディネーターとしての役割を果たすことが想定される。関連組織を代表する人々、コミュニティ、資金提供者、および他の多くの利害関係者との協議を行う際には、参加型から協働型、熟議型に変遷していく政策形成のモデルの理解や、交渉学の基本的な知識が必要とされる。多くの利害関係者グループの連携に関しては、コンセンサス・ビルディング手法の専門家である東京大学公共政策大学院の松浦正浩先生に講義と資料作成を依頼した。

以上の内容を中心的な骨格として構成した教育教材を作成し、実際の研修において配布、使用した。

#### II. グループワークの方法

グループワークに関しては、研究代表者が主宰する国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部が、自治体職員等に対して実施してきたリーダー育成研修においてブラッシュアップしてきた方法を参考にした。すなわち、1グループ、7名±2名程度とし、各グループごとに1部屋を用意した。部屋には、黒板、ホワイトボード、ラップトップPC、プロジェクター、大きめのポストイット、マジックペンを設置した。ホワイトボードにはPC画面を映写し、黒板には討論内容を記載するような設置形式をとった。各グループからリーダー一人とパソコン入力係一人を選んでもらい、

時間の管理にも注意する旨を伝えた。討論が円滑に進むよう事前にグループワークのワークシートを作成し、USBフラッシュメモリーに保存し、各グループに配付した。ワークシートは後のプレゼンテーションでそのまま使用できるようにマイクロソフト・パワーポイント（PPT）で作成した。グループワーク開始前に、討論の流れとワークシートに関する説明を行った。

グループワーク中は研修主任、副主任が各部屋を30分に1度程度見回り、討論が円滑に進まなかったり、質問があるグループに対してはファシリテーションを行った。ワークシートの内容を埋めていくことで討論が自然と進むように工夫し、グループワーク終了後には、ワークシートを保存したUSBフラッシュメモリーを回収した。

#### III. プレゼンテーションの方法

プレゼンテーションに関しても、研究代表者が主宰する国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部が、自治体職員等に対して実施してきたリーダー育成研修においてブラッシュアップしてきた方法を参考にした。

回収したUSBフラッシュメモリー内のPPTの内容を印刷し、全研修生に配付した。全研修生を1つの部屋に集め、大画面のプロジェクターを使用し、PPTを映写しながらプレゼンテーションを実施した。各グループからの発表は、6～8分程度とし、発表終了後には発表内容に対して発表グループ以外の研修生全員による評価を行った。評価の項目としては、1. 問題の同定は妥当か、2. 解決策は妥当か、3. 評価指標は妥当か、4. プレゼンテーションは妥当かの4つの軸とし、それぞれ5段階

評価で、平均値を算出した。その後、1グループに対して5～10分程度の質疑応答時間を設けた。質疑応答は1グループに対して4～5人程度からの質問を受けた。同様の流れで、全グループからの発表を行い、最終評価結果を全研修生に配付した。

## C-2. 研修の実施

研修は、研修名を「地域医療構想策定研修 - 医療計画 PDCA 研修 - 」として、2014年度は7月14日～16日の3日間と、後期同9月1日～3日の3日間の計6日間、埼玉県和光市の国立保健医療科学院において実施された。研修の目標としては、一般目標を「地域の保健医療関連データを分析し医療計画のPDCAサイクルを推進し、地域医療構想を策定する能力を取得する」とし到達目標を4つ設定した。

到達目標 1⇒ データ分析に基づき地域における医療提供状況の現状把握ができる。

到達目標 2⇒ データ分析に基づき地域における医療提供状況の課題を同定できる。

到達目標 3⇒ データ分析に基づき地域における医療提供における目標を設定できる。

到達目標 4⇒ データ分析に基づき地域における医療提供における達成状況を分析・評価できる。

募集定員は各都道府県1名を想定して47名とし、派遣元は全47都道府県となった。

研修は講義とグループワーク、グループによる発表を含んだ前期10、後期10の計20のモジュールに分けて構成された(資料1)。

## ①20 モジュールの内訳

### 前期

1. 医療法と医療計画と地域医療構想 佐々木昌弘(厚生労働省医政局地域医療計画課)
2. 医療政策の課題と展望 島崎謙治(政策研究大学院大学)
3. 医療計画作成支援データブックの使い方① 平塚義宗・玉置洋(国立保健医療科学院)
4. レセプト情報の提供に関する法規と倫理 平野景子(厚生労働省保険局総務課)
5. アクセスマップと人口カバー率等 石川ベンジャミン光一(国立がん研究センター)
6. 医療提供体制と受療状況の把握 藤森研司(東北大学)
7. 救急搬送データ分析ソフト、可視化ツール 松田晋哉(産業医科大学)
8. グループワーク(松田晋哉・石川ベンジャミン光一)
9. グループワーク(平塚義宗・玉置洋)
10. グループワーク発表(平塚義宗・玉置洋)

### 後期

11. 問題解決手法総論 熊川寿郎(国立保健医療科学院)
12. 課題報告①②データブックを利用した分析 平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎(国立保健医療科学院)
13. データ分析結果を活用して地域の問題解決手法(講義)(熊川寿郎)
14. データ分析結果を活用して地域の問題解決手法(グループワーク)(平塚義宗・



玉置洋・熊川寿郎)

15. データ分析結果を活用して地域の問題解決手法 (講義) (熊川寿郎)

16. データ分析結果を活用して地域の問題解決手法 (発表) (平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎)

17. 地域における合意形成 松浦正浩 (東京大学公共政策大学院)

18. 地域医療構想 (ビジョン) の策定を見据えて 佐々木昌弘 (厚生労働省医政局地域医療計画課)

19. 地域医療構想 (ビジョン) の策定を見据えて、今後の医療計画に求められること (グループワーク) (平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎)

20. 地域医療構想 (ビジョン) の策定を見据えて、今後の医療計画に求められること (グループワーク発表) (平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎)

## ② 20 モジュールの内容について

前半

1. 医療法と医療計画と地域医療構想 佐々木昌弘 (厚生労働省医政局地域医療計画課) 講義時間 40 分

医療法の歴史的推移とその改正の背景についての解説を行った。また 2014 年に行われた第六次医療法改正によって都道府県が実施可能になること、地域医療計画の一部である地域医療構想 (ビジョン) とは具体的にどのような構想か、今後都道府県が求められる役割について述べられた。

2. 医療政策の課題と展望 島崎謙治 (政策研究大学院大学) 講義時間 60 分

今後の医療政策における課題と展望について総論的な講義が行われた。特に、少子高齢化という人口構造変容により多死化時代を迎える日本の将来像と、それにとまなう医療給付費増大は、現在の一般的な認識では済まない深刻な課題となっていることが強調された。

3. 医療計画作成支援データブックの使い方① 平塚義宗・玉置洋 (国立保健医療科学院) 講義・実習時間 240 分

開発した教材を用いて、医療計画支援データブックの内容とその実践的な活用法についての解説を行った。総合的な解説の後に、01 フォルダの「電子データブック」を使用して、埼玉県救急医療に関する電子データブック内の情報の整理法について、実際にフレームワークを用いた解説を行い、その後に参加者の各々の県における同様の分析をハンズオンで行う実習を行った。その際、救急医療の数値記入シート等を用いて分析を進めやすいような工夫を行った (資料 2)。

4. レセプト情報の提供に関する法規と倫理 平野景子 (厚生労働省保険局総務課) 講義時間 50 分

今回研修生に配付された医療計画支援データブックの中でも、02 フォルダに含まれている「医療圏内患者の受療圏の把握及び地域医療指標の評価」の部分には、ナショナルデータベース (NDB) からの情報が含まれている。本講義では、NDB に収集されているデータの内容や、利活用の促進状況等について解説を行った。

5. アクセスマップと人口カバー率等  
石川ベンジャミン光一（国立がん研究センター） 講義時間 60 分

患者の移動距離や移動時間といったアクセシビリティからの視点による地域データについて解説を行った。医療計画支援データブック内の 03 フォルダに含まれている「アクセスマップと人口カバー率」について、その内容と使用方法について解説を行った。

6. 医療提供体制と受療状況の把握 藤森研司（東北大学） 講義時間 60 分

NDB に含まれる平成 24 年 4 月～25 年 3 月の 1 年間診療分の医科レセプト、DPC レセプトデータから作成された、地域における医療提供状況についてのデータ集の内容の説明と使用方法についての解説を行った（写真：情報等計解析室における PC を使用したハンズオンの講義）。これは、医療計画支援データブック内の 02 フォルダに含まれている「医療圏内患者の受療圏の把握及び地域医療指標の評価」の部分に当たる。

## 情報統計解析室におけるPCを使用したハンズオンの講義



7. 救急搬送データ分析ソフト、可視化ツール 松田晋哉（産業医科大学） 講義時間 60 分

医療計画支援データブック内の 05 と 06 フォルダに含まれている、DPC データを用いた救急医療とがん診療の提供体制の把

握と、消防庁のデータを使用した救急搬送に関する可視化ツールの使用方法について解説を行った。

8. ハンズオン実習（松田晋哉・石川ベンジャミン光一） 講義・実習時間 120 分

上記のモジュール5～7までの講義で説明されたデータやツールを実際に利用したハンズオンの実習が行われた。事前に作成されたテンプレートに沿った形で、各都道府県における救急医療の現状に関する分析を各々の研修生が実施した。各グループによる発表内容例は（資料3）

#### 9. グループワーク（平塚義宗・玉置洋） 実習時間 180分

01 フォルダの「電子データブック」を

使用して、小児医療に関してグループによる検討を行った（写真：グループワーク1）。グループは47都道府県を8地域に分け、それぞれに地域においてフレームワークを用いた現状の把握と問題の同定、解決策の検討、そして優先順位の決定について検討を行った。その際、小児医療の数値記入シートを用いて分析しやすいような工夫を行った。また、演習は事前に作成されたテンプレートに沿って行われた（資料4）。

### グループワーク1



#### 10. グループワーク発表（平塚義宗・玉置洋）発表 150分

上記モジュール9で行われたグループワークのテーマである小児医療についての発表を行った。発表時間は8分、評価1分、質疑応答4分とし計8グループからの発表を行い、その後研修主任・副主任からの全体評価とフィードバックを行った。各グループによる発表内容例は（資料5）。

後半までの宿題として糖尿病をテーマとして各県が同様の分析を行うことを課

した（資料6）。

後半

#### 11. 問題解決手法総論 熊川寿郎（国立保健医療科学院）60分

公的機関の特性と New Public Management についての導入から、システムズ・アプローチの基本ステップとして問題解決の手法と意思決定の基本プロセスについての総論的な解説を行った（写真：講義1）。

## 講義 1



12. 課題報告①②データブックを利用した分析 平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎 (国立保健医療科学院) 発表・講義時間 240 分

提出課題となっていた糖尿病に関する分析についてランダムに選択された 18 都道府県から発表を行った。1 県 6 分間のプレゼンテーション後、質疑応答を行った。その後、研修副主任からの総括後、地域医療連携をどのように構築するのかというテーマで、比較優位の視点からみた地域医療連携を行うことの有効性についてと、基本的人権と公共の福祉についての講義が 60 分間追加された。

13. データ分析結果を活用して地域の問題解決手法 (講義) (熊川寿郎) 講義時間 75 分

ロジック・ツリーを利用した具体的な原因分析の方法について、特に MECE を利用した WHY 型のロジック・ツリーについ

ての説明と短時間の実習が行われた。また、意思決定の基本プロセスの作業手順についての解説が行われた。

14. データ分析結果を活用して地域の問題解決手法 (グループワーク) (平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎) 実習時間 180 分

糖尿病について、モジュール 11、12、13 で学んだことを反映させながら、再度の検討を実施した (写真: グループワーク 2)。グループは 47 都道府県を再び前期とは異なる 6 地域に分け、それぞれに地域においてより現実的な視点で、WHY 型のロジック・ツリーを利用した真因の同定と解決策の策定、問題解決に投入できる地方自治体の経営資源を勘案しながらの意思決定のプロセスについての実習を行った。演習は事前に作成された問題解決手法グループワークシートに沿って行われた。

## グループワーク2



15. データ分析結果を活用して地域の問題解決手法（講義）（熊川寿郎）

モジュール13において、意思決定プロセスについても同時に解説を行ったために割愛されたが、追加で研修主任から実習の方法について短時間（20分程度）の解説を行った。

16. データ分析結果を活用して地域の問題解決手法（発表）（平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎）発表時間 90 分間

モジュール14で行われた糖尿病に関する再分析について6グループから順番に発表を行った（写真：グループによる発表）。1グループ8分間のプレゼンテーション後、質疑応答を行った。その後、研修副主任からの総括と各々のグループ発表についてのフィードバックが行われた。

モジュール14で行われた糖尿病に関する再分析について6グループから順番に発表を行った（写真：グループによる発表）。1グループ8分間のプレゼンテーション後、質疑応答を行った。その後、研修副主任からの総括と各々のグループ発表についてのフィードバックが行われた。

## グループによる発表



17. 地域における合意形成 松浦正浩（東京大学公共政策大学院）講義時間 170 分

前半は、地域における合意形成において事前に理解しておくべき内容として、

交渉学の基礎である立場ではなく利害に着目することの重要性、不調時対策案 Best Alternative to Negotiated Agreement (BATNA) や合意可能領域 Zone of Possible Agreement (ZOPA) 等の交渉学

で使用される用語の定義とそれを意識することの重要性についての解説が行われた。後半は、関係者間合意形成の実務として、参加型から協働型、熟議型に変遷していく政策形成のモデルや、実際の事例か

ら得られた経験についての解説が行われた。講義内に合意形成に関するゲームを行い、受講者の一層の理解を促した（写真：講義内のゲーム）。

## 講義内のゲーム



18. 地域医療構想（ビジョン）の策定を見据えて 佐々木昌弘（厚生労働省医政局地域医療計画課） 講義時間 15 分間

本研修で学んだ内容を、今後医療計画の一部である地域医療構想（ビジョン）の

策定においてどのように活かしていくべきか、またビジョンに関する今後のスケジュール感についての説明が行われた（写真：講義2）。

## 講義 2



19. 地域医療構想（ビジョン）の策定を見据えて、今後の医療計画に求められること（グループワーク）（平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎）実習時間 75 分間

今後の地域医療構想（ビジョン）や医療計画に求められることという視点に立った上で、今回研修で配付され実際に使用した医療計画支援データブックの内容に関しての問題点や課題についての検討を行った。また、今回の研修の内容を踏まえた上での、都道府県から今後国に期待する技術的な支援についての検討を行った。グループは47都道府県を再び前期とは異なる6地域に分けた。

20. 地域医療構想（ビジョン）の策定を見据えて、今後の医療計画に求められること（グループワーク発表）（平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎）発表時間 60 分間

厚生労働省医政局地域医療計画課の担当官と、今回医療計画支援データブックの作成に携わったみずほ総研の担当者を変え、モジュール19で検討した内容に関して6グループから順番に発表を行った。1グループ6分間のプレゼンテーション後、質疑応答を行った。また、厚生労働省医政局地域医療計画課とみずほ総研からの総括コメントを得た。

### ③ 研修のデザインに関して留意した点

(1) 実務で使えるよう反復型の実習を多くした

通り一遍の講義→実習の流れでは、結局実際にデータブックを活用できるようにはならない。実務において実際に活用できるように、同じ課題実習を違うテーマで反復する工夫を

行った。今回の研修でも最も重要な部分である電子データブックを使用したフレームワークを用いた情報の整理は、まず埼玉県の救急医療を例として講師がモニター用画面を使用して、参加者全員と同時に実施した(1回目)。その後、研修生が各県において同様の分析を実施した(2回目)。次に、同様の分析手法を用いて各県において小児医療を課題として行った(3回目)。その後、宿題として糖尿病を課題として各県が同様の分析を行うことを課した(4回目)。

また、その後の解決策、優先順位決定のプロセスについては、小児医療についてグループで検討した後(1回目)に、各自が宿題として糖尿病についての検討を行うことを課した(2回目)。その後、講義でプロジェクトに投入可能な自治体の経営資源を勘案しながら実際の意思決定を行うという視点をインプットし、再びグループで解決策、優先順位について検討を行う(3回目)という流れで行った。

(2) チームによる作業の有用性を実感させるためにグループワークを多くした

1人の頭で作業を進めるのではなく、チームで作業を行うことの有用性を実感してもらうために、グループワークを多く設定した。6～8名程度のグループに分け、計3回の長時間にわたるグループワークを行った。随時ファシリテーションを行い、活発な討論を誘発した。また、その後引き続き毎回グループ単位による発表を行い、討論内容の整理とアウトプットを行った。

### C-3. 研修の評価

研修終了後、全研修生を対象に事後アンケート調査を実施し、研修全般に対する評価を

実施した。

① 地域医療構想策定研修について

一般目標である「地域の保健医療関連データを分析し医療計画のPDCAサイクルを推進することができる」に対して、「概ねできる」

が研修受講前の9.1%に対して研修受講後が27.3%、また「少しできる」が受講前の56.8%に対して受講後が61.4%と改善が認められた。また、一般目標に関しては、45.5%で「良くなった」という回答が得られた(表4)。

表4 研修評価

## 研修評価 :一般目標に対する知識・技術のレベル

地域の保健医療関連データを分析し医療計画のPDCAサイクルを推進する能力

	1 (十分)	2 (概ね)	3 (少し)	4 (できない)	無回答
受講前	0.0%	9.1%	56.8%	34.1%	0.0%
	↓	↓	↓	↓	↓
受講後	0.0%	27.3%	61.4%	2.3%	9.1%

	良くなった(上昇)	変化なし	悪くなった(下降)	無回答
一般目標	20名(45.5%)	17名(38.6%)	3名(6.8%)	4名(9.1%)

研修の開催時期、日数に関しては、時期については約70%、日数については約65%の研修生から「現状でよい」という回答が得られた。

日数に関しては、「長い」の回答が20%あった(表5)。



表 5 開催時期、開催期間の評価

(1) 開催時期について

1. 現状で良い	30名(68.2%)
2. 早い	3名(6.8%)
3. 遅い	6名(13.6%)
無回答	5名(11.4%)

変更して欲しい月 (内訳)

1月	1名
4月	1名
5月	4名
10月	2名

(2) 開催期間・日数について

1. 現状で良い	28名(63.6%)
2. 長い	9名(20.5%)
3. 短い	3名(6.8%)
無回答	4名(9.1%)

変更して欲しい日数 (内訳)

1日	1名
2日間	3名
4日間	1名
5日間	3名

②「医療計画作成支援データブック」の内容について

研修モジュール 20「地域医療構想（ビジョン）の策定を見据えて、今後の医療計画に求められること（グループワーク発表）」における各グループからの回答は下記の通りであった。

(1) ソフトの形式の問題

1. 容量が大きく動作が遅すぎて使いづらい (3)。

2. ソフトのバージョン問題（都道府県のパソコンは必ずしも最新ではない）

・エクセルのバージョンが古く、データブック自体を開けない。

・Internet Explorer のバージョンが古く、地図が開けない (2)。

3. 同時に一人しか使えない。

(2) データブックの内容の問題

(2)-1 使い勝手

1. わかりにくい

・データが膨大だが、体系図などが示されていない。

・データの特徴についての説明が少ない。

・データ元によってフォルダが分かれているが、各種データを統合した横断的なシステムにして欲しい。

・動画などよりわかりやすいマニュアルが欲しい。

2. クロスセクションデータの限界

・時系列データでないので推移が反映されない (4)。

3. 使いにくい

・キーワード検索が欲しい。

・データの時点・出典が他のファイルを参照しなくともわかるようにして欲しい。

4. NDB の制約がある

・NDB の制約が多く、活用しづらい。

・「NDB 使用注意」など、NDB がデータ元である注意書きがないため、どれが制約のあるデータなのかわかりにくい。

(2)-2 データの幅

## 1. データ全体の限界

・医療計画作成時に国から示された指標が網羅されていない。

・より幅広いデータを収載し、データブックだけで医療計画を作れるくらいにしてほしい。

## 2. DPC データの限界

・地域においては非 DCP データがむしろ重要(4)。

・レセプトデータ等も使用し DPC と併せて分析結果を出して欲しい。

## 3. 医療需要者側のデータが不足（提供側データが多い）。

### (2)-3 データの質

・すべての指標で、都道府県別、二次医療圏別、市町村別で集計が出るのが望ましい(2)。

・目指すべき目標値があるものは、併記してほしい(数値の解釈が難しいものがあるので)。

・全国合計値、全国平均値も記入してほしい。

・全国順位もしくは偏差値も記入して欲しい。

・データ表示画面に、出典元の調査データ(調査名、調査対象時期)も表示してほしい(2)。

・使える在宅指標を市町村単位で欲しい(2)。

・小児や周産期の指標は、小児人口や15-49才女性人口当たりで示してほしい。

・医療圏の名称も表示してほしい。(NDBの医療提供体制データ>二次医療圏数だけでなく)。

・DPC 調査データに基づく病院の診療実績。

・DPC 病院の手術のデータで手術の種類(内視鏡手術や、心臓カテーテル手術等)まで分かるようなデータを掲載してほしい。

・患者の医療機関間の移動が分かるデータ。

・各病院、診療所の施設基準取得のデータ。

・医療費に関するデータ。

## D. 考察

電子データブックに対応した教材の作成に関しては、大量のデータをうまく整理する標準的フレームワークの設定が最大の懸案であったが、フレームワークを開発することで、講義、グループワーク、プレゼンテーションを進めた。また、データをフレームワークに落とし込んだ後に、問題点の分析を行うという手順を実習として複数回くり返したことにより、初回の救急医療の分析に比べ、最後の糖尿病に関する分析はその内容を大きく改善した。

グループワークに関しては、近隣の県による8グループ分けを行ったが、近隣の県でも、日常的な情報の共有はできていないことが多く、今回の研修によって相談できるネットワークができた。また、プレゼンテーションを行うことで、各グループでの討論内容を全研修生で共有することができ、また質疑応答を行うことで、お互いのグループの理解を促した。

受講者の個別のコメントから察するに、全体のプログラム内容に関して受講者の研修内容に対する認識と若干の相違が存在した可能性がある。地域医療構想策定と本研修との関連がわかりにくかったという意見があった。2019年度以降に国立保健医療科学院にて実施予定である「地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修」においても、各都道府県が策定した地域医療構想と本研修の関わりを明確にする必要がある。

医政局地域医療計画課が作成した医療計画支援データブックの活用及びノウハウの確立は、厚生労働省や自治体にとって全く新たな試みであり、医療に関する各種統計データの各自自治体レベルでの活用は、今後の自治体行

政にとって極めて重要性が高かった。研修を実施した施設である国立保健医療科学院の情報統計解析室に設置してあるデスクトップPCと講師画面を映写する中置きモニターの設置数は40名分であり、現在47都道府県に対応できない状態になっており、今後47名に対して同じ研修環境を提供できる設備が望まれる。

2014年度以降の研修内容をふまえ、2019年度以降に開催予定の「地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修」においては都道府県の地域医療構想策定がどのような手法やデータを用いて進められたかを理解した上で、教材や人材育成プログラムの作成を進める必要がある。また受講する研修生がより具体的なイメージを持てるような講義の選定、モデル的な事例等の提示等が必要となる。その際、自治体が策定した「地域医療構想」との関連において、研修の位置づけを明確にする必要がある。

## E. 結論

本研究「地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修プログラムの開発」においては都道府県の地域医療構想策定がどのような手法やデータを用いて進められているかを理解した上で、教材や人材育成プログラムの作成を進める必要がある。また研修の実施にあたっては各都道府県が策定した地域医療構想と本研修の関わりを明確にする必要がある。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

1. Tamaki Y, Okamoto E, Hiratsuka Y,

Kumakawa T.

Influence of Specific Health Guidance on the Consultation Rate of Metabolic-Related Diseases..Advances in Public Health. Volume2019. Article ID 9735127, 7pages, <https://doi.org/10.1155/2019/9735127>

2. Tamaki Y, Hiratsuka Y, Kumakawa T, Miura H.

Relationship Between the Necessary Support Level for Oral Hygiene and Performance of Physical, Daily Activity, and Cognitive Functions. International Journal of Dentistry. Volume 2018, Article ID 1542713, 8 pages, <https://doi.org/10.1155/2018/1542713>

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし

## I. 参考文献

1. Donabedian A. 医療の質の定義と評価方法. NPO 法人健康医療評価研究機構 (iHope), 2007.
2. Kissick WL. Medicine's dilemmas: infinite needs versus finite resources. Yale University Press, 1994.
3. Corrigan, Janet M. Crossing the quality chasm. Washington, DC, National Academy Press, 2001.
4. World Health Organization. Everybody's business--strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. WHO, 2007.

5. Hatry HP. 政策評価入門. 東洋経済新報社, 2004. March 2010 - OHPE Bulletin 651, Volume 2010, No. 652
6. Health Nexus and Public Health Ontario. Ontario Health Promotion E-Bulletin. 05

資料1 平成26年度 地域医療構想策定研修 プログラム

時間表]				
前期:平成26年7月14日(月)~7月16日(水)				
日	時間	テーマ	講師名	場所
7月14日	1000-1020	開講式・オリエンテーション	研修主任・副主任・研修担当者	4-2講義室
	1020-1100	医療法と医療計画と地域医療構想	佐々木昌弘 (厚生労働省医政局)	〃
月)	1100-1200	医療政策の課題と展望	島崎謙治 (政策研究大学院大学)	〃
	1200-1300	昼食・休憩		
	1300-1430	医療計画作成支援データブックの使い方①	研修主任・副主任	情報統計解析室
	1440-1610	医療計画作成支援データブックの使い方②	研修主任・副主任	〃
	1620-1720	医療計画作成支援データブックの使い方③(自習)	研修主任・副主任	〃
7月15日	1000-1050	レセプト情報の提供に関する法規と倫理	平野景子 (厚生労働省保険局総務課)	情報統計解析室
	1100-1200	アクセスマップと人口カバー率等	石川ベンジャミン光一 (国立がん研究センター)	〃
火)	1200-1300	昼食・休憩		
	1300-1400	医療提供体制と受療状況の把握	藤森研司 (東北大学)	情報統計解析室
	1410-1510	救急搬送データ分析ソフト、可視化ツールの使い方	松田晋哉 (産業医科大学)	〃
	1520-1720	グループワーク	松田、石川	〃
7月16日	900-1200	グループワーク	研修主任・副主任	ケル-フ研究室他
	1200-1300	昼食・休憩		
水)	1300-1530	グループワーク発表	研修主任・副主任	4-2講義室
	1530-1540	前期のまとめ、後期に向けての課題	研修主任・副主任	〃

資料1 続き 平成26年度 地域医療構想策定研修 プログラム

後期：平成26年9月1日(月)～9月3日(水)				
日	時間	テーマ	講師名	場 所
9月1日	10:00-10:15	後期のオリエンテーション	研修主任・副主任・研修担当者	4-2講義室
	10:15-11:45	問題解決手法総論	熊川寿郎	4-2講義室
(月)	11:45-13:00	昼食・休憩		
	13:00-14:30	課題報告①：データブックを利用した分析	研修主任・副主任	4-2講義室
	14:40-16:10	課題報告②：データブックを利用した分析	研修主任・副主任	4-2講義室
	16:20-17:20	課題報告総括	熊川寿郎	4-2講義室
9月2日	9:00-10:00	データ分析結果を活用した地域の問題解決手法① (講義)	熊川寿郎	4-2講義室
	10:00-11:30	データ分析結果を活用した地域の問題解決手法② (グループワーク)	研修主任・副主任	グループ研究室他
(火)	11:30-12:15	データ分析結果を活用した地域の問題解決手法③ (発表)	研修主任・副主任	4-2講義室
	12:15-13:15	昼食・休憩		
	13:15-14:15	データ分析結果を活用した地域の問題解決手法④ (講義)	熊川寿郎	4-2講義室
	14:15-15:45	データ分析結果を活用した地域の問題解決手法⑤ (グループワーク)	研修主任・副主任	グループ研究室他
	15:45-16:30	データ分析結果を活用した地域の問題解決手法⑥ (発表)	研修主任・副主任	4-2講義室
	9月3日	9:00-12:00	地域における合意形成 松浦 正浩 (東京大学公共政策大学院)	4-2講義室
	12:00-13:00	昼食・休憩		
	(水)	13:00-13:15	地域医療構想(ビジョン)の策定を見据えて 佐々木 昌弘 (厚生労働省医政局 地域医療計画課)	4-2講義室
	13:15-14:30	地域医療構想(ビジョン)の策定を見据えて、 今後の医療計画に求められること (グループワーク)	研修主任・副主任	グループ研究室他
	14:30-15:30	地域医療構想(ビジョン)の策定を見据えて、 今後の医療計画に求められること (発表)	研修主任・副主任・厚生労働省	4-2講義室
	15:30-15:40	修了式	研修主任・副主任	4-2講義室

※一部内容については変更の可能性があります。

資料2 医療計画作成支援データブック 救急医療数値記入シート

数値記入シート 救急医療)						
		あなたの県の現状	最小値	最大値	全国平均県の平均)	評価(5段階)
2-2-1-1	救急救命士の数【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-1-2	住民の救急蘇生法講習の受講率【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-1-3	救急車の稼働台数【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-1-4	救急救命士が同乗している救急車の割合【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-1-5	救急患者搬送数【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-1-6	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-1-7	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-1-8	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上である件数【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-1-9	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上である全搬送件数に占める割合【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-1-10	救急車で搬送する病院が決定するまでに、4医療機関以上に要請を行った件数【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-1-11	救急車で搬送する病院が決定するまでに、4医療機関以上に要請を行った全搬送件数に占める割合【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-1-12	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後生存率【都道府県】	( )			( )	( )

2-2-1-13	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後社会復帰率【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-1-14	救命救急センターの数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-1-15	救命救急センターの数【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-1-16	特定集中治療室のある病院数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-1-17	特定集中治療室のある病院の病床数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-1-18	都道府県の救命救急センターの充実度評価Aの割合【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-1-19	2次救急医療機関の数【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-1-20	初期救急医療施設の数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-1-21	一般診療所のうち、初期救急医療に参画する機関の割合【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-1-22	救急医療に携わる医師数、看護師数、薬剤師数、放射線技師数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
	評価(平均)		評価(ばらつき)			
	1 平均よりかなり劣る値である	1 ばらつきが大変大きい				
	2 平均よりやや劣る値である	2 ばらつきが大きい				
	3 平均的な値である	3 ややばらついている				

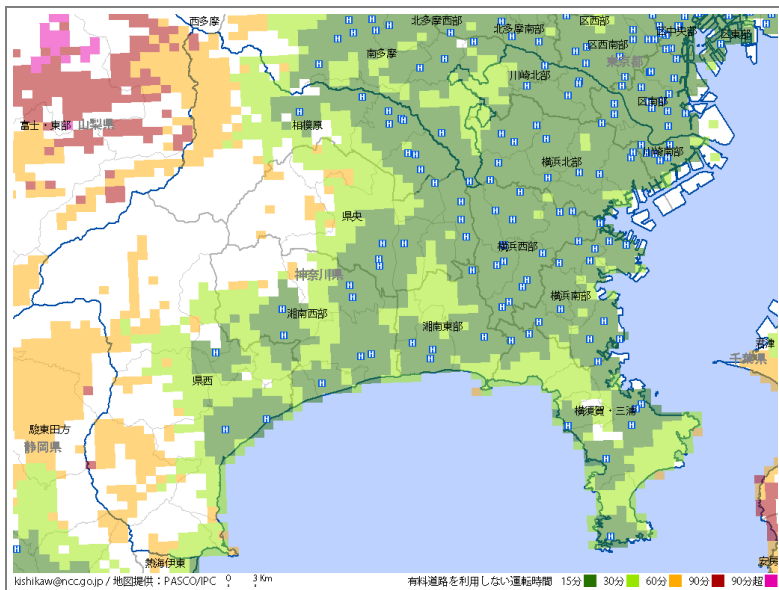


	4 平均より優れた値である	4 ばらつきが少ない				
	5 平均よりかなり優れた値である	5 ばらつきがない				
まとめと課題点						

資料3 医療計画作成支援データブックを用いた実習の例 (救急医療)

医療計画作成支援データブックを用いた評価・見直し等都道府県担当者向け研修会	
2014年7月15日ワークショップ 救急医療の系統的な分析：レポート(テンプレート案)	都道府県名：神奈川県

隣接する都道府県を含む医療圏の状況

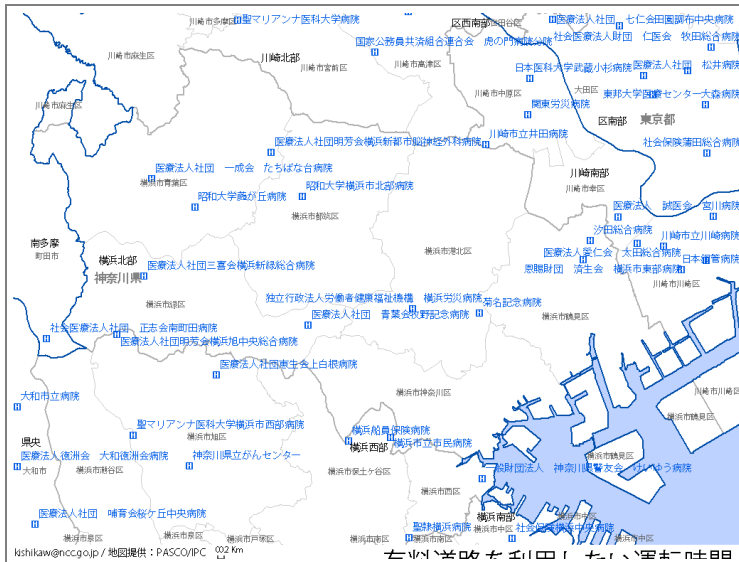


資料出典：アクセスマップと人口カバー率  
→都道府県リスト→エリア

注目点①：隣接する都道府県の医療圏は？

コメント  
＜横浜北部保健医療圏＞  
ほぼすべてのエリアが15分以内に救急搬送可能なエリアに位置している。川崎北部との隣接地域については、中核病院の空白地帯であり、30分程度要するものと思われる。

中核的施設の配置



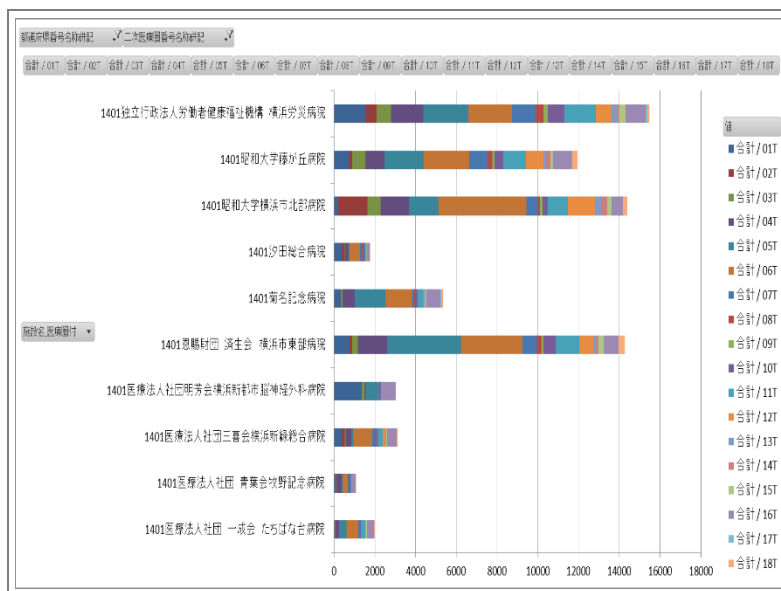
資料出典：アクセスマップと人口カバー率  
…→2次医療圏

注目点①：施設はいくつ、どこにあるか？

コメント  
・横浜市港北区の中部及び川崎市北部との隣接地帯については、空白地帯があるものの、全体的にまんべんなく中核的施設が配置されている。(10施設)



### 中核的施設の診療実績



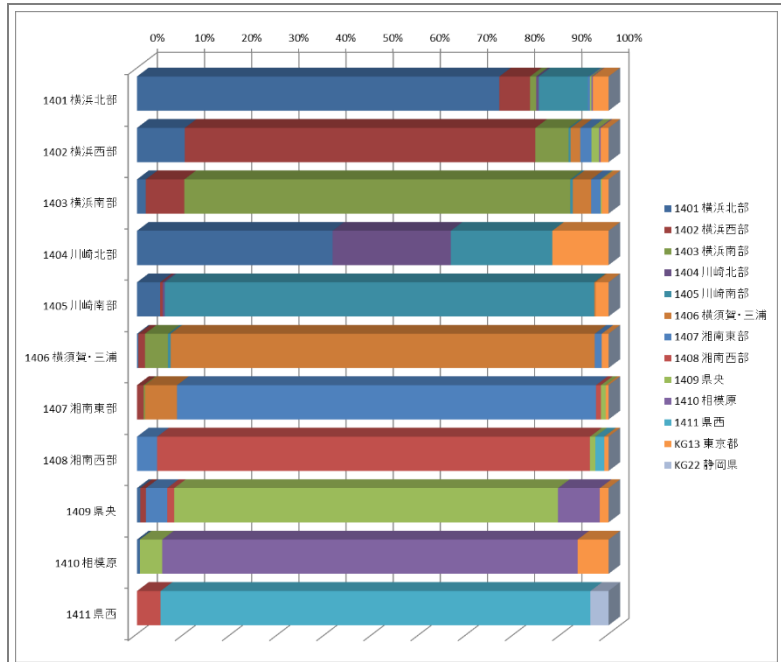
資料出典：DPC

注目点①：中核となる施設の取扱い数は？

コメント

すべての疾患に対応しているが、消化器系疾患や循環器系疾患の対応実績が多くいものの、近年増加傾向にある精神疾患への対応実績は少ない。

### 自己完結率



資料出典：DPC 公開データ

注目点①：地域患者の流出はないか？

コメント

ほとんどの地域において、管内での自己完結率が70%を超える。

横浜北部、川崎北部、相模原地域については、東京都へ5～10%程度が流出している。

川崎北部については、自己完結率が20%前後にとどまっており、横浜北部や東京都などへの流出が著しい。

救急車の平均搬送距離

二次医療圏	件数	覚知から現場到着 (平均)	現場到着から収容 (平均)	覚知から収容 (平均)
1401横浜北部	146,533	8.40	30.39	38.79
1404川崎北部	53,911	8.40	35.92	44.32
1406横須賀・三浦	36,215	7.53	28.14	35.67
1407湘南東部	30,404	6.95	22.25	29.20
1408湘南西部	25,306	7.38	24.13	31.51
1409県央	33,439	7.59	26.64	34.23
1410相模原	29,520	7.47	33.34	40.82
1411県西	17,585	8.24	33.90	42.14
<b>総数</b>	<b>372,913</b>	<b>7.97</b>	<b>29.95</b>	<b>37.92</b>

資料出典：救急搬送データ分析ソフト

注目点①：搬送時間は長くないか？

注目点①：年齢による搬送時間の違いは？

コメント

川崎北部は、現場到着から収容までにとりわけ時間を要している。当該圏域は、域外への流出も多く、救急医療の受入病院が少ないこと一因となっていることが想定される。

二次医療圏	件数	覚知から現場到着 (平均)	現場到着から収容 (平均)	覚知から収容 (平均)
1401横浜北部	8,514	8.41	25.42	33.83
1404川崎北部	3,390	8.30	28.81	37.11
1406横須賀・三浦	1,557	7.61	24.24	31.85
1407湘南東部	1,649	7.02	18.79	25.81
1408湘南西部	1,267	7.44	21.74	29.18
1409県央	1,996	7.46	23.41	30.87
1410相模原	2,042	7.45	27.85	35.30
1411県西	810	8.17	28.88	37.06
<b>総数</b>	<b>21,225</b>	<b>7.98</b>	<b>25.32</b>	<b>33.30</b>

全県\_\_平均搬送\_\_乳幼児

<コメント>

川崎北部及び県西において、平均よりも大幅な遅れが見られる。

二次医療圏	件数	覚知から現場到着 (平均)	現場到着から収容 (平均)	覚知から収容 (平均)
1401横浜北部	307	8.96	33.54	42.50
1404川崎北部	375	8.52	38.06	46.58
1406横須賀・三浦	366	6.86	32.98	39.84
1407湘南東部	308	6.92	26.44	33.37
1408湘南西部	425	7.37	28.50	35.87
1409県央	779	7.37	29.53	36.90
1410相模原	107	7.97	43.11	51.08
1411県西	355	7.83	38.15	45.98
<b>総数</b>	<b>3,022</b>	<b>7.64</b>	<b>32.45</b>	<b>40.09</b>

全県\_\_平均搬送 (管内) \_\_乳幼児

<コメント>

川崎北部、相模原、県西において大幅な遅れが見られる。

とりわけ相模原については、管内搬送で遅れが見られることから、搬送の多くを管外に依存していることがわかる。

資料3 続き 医療計画作成支援データブックを用いた実習の例

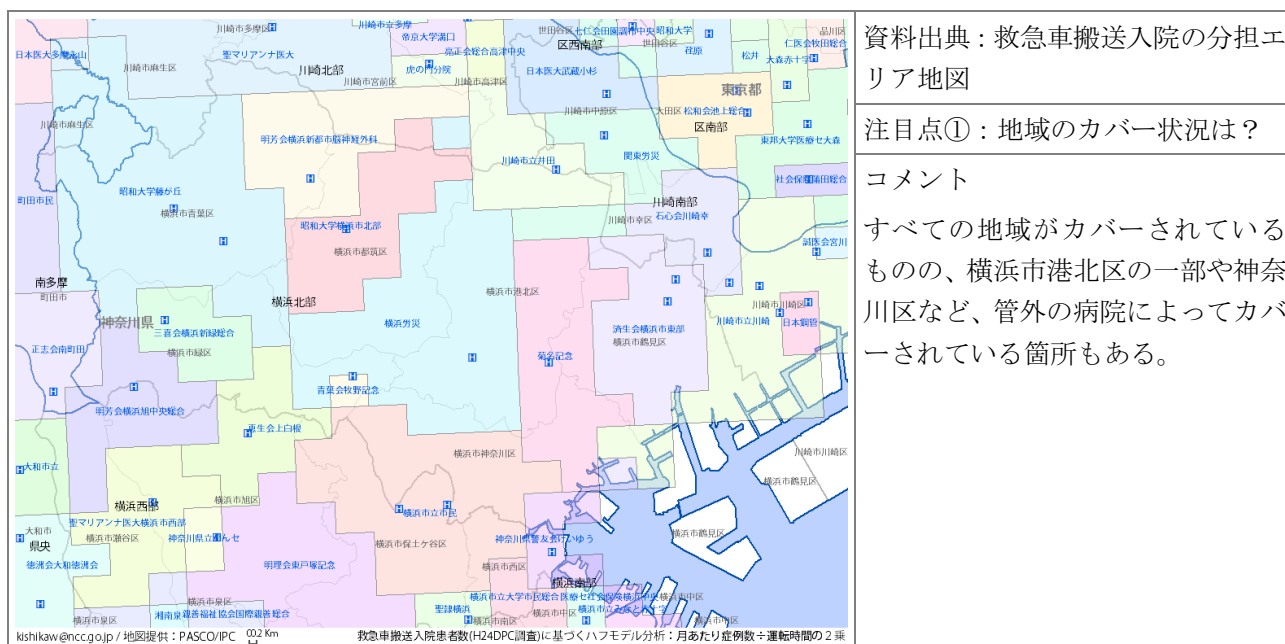
覚知時刻	件数	覚知から現場到着 (平均)	現場到着から収容 (平均)	覚知から収容 (平均)
0	218	8.11	25.33	33.45
1	205	8.33	24.30	32.63
2	188	8.98	24.07	33.05
3	135	8.62	26.75	35.37
4	137	8.70	25.50	34.20
5	131	8.85	24.27	33.11
6	120	8.00	24.95	32.95
7	216	8.00	25.02	33.01
8	210	8.35	25.23	33.58
9	229	8.32	24.61	32.93
10	299	8.62	25.58	34.19
11	415	7.98	24.56	32.54
12	484	8.13	24.52	32.65
13	475	7.89	25.60	33.49
14	471	8.52	25.09	33.61
15	441	8.54	25.10	33.64
16	522	8.48	25.51	33.99
17	596	8.58	26.56	35.14
18	662	8.77	26.27	35.04
19	681	8.65	26.10	34.74
20	595	8.60	26.04	34.64
21	441	8.04	24.58	32.61
22	379	8.62	25.90	34.52
23	286	7.86	24.93	32.79
<b>総数</b>	<b>8,514</b>	<b>8.41</b>	<b>25.42</b>	<b>33.83</b>

横浜北部\_覚知時間\_乳幼児

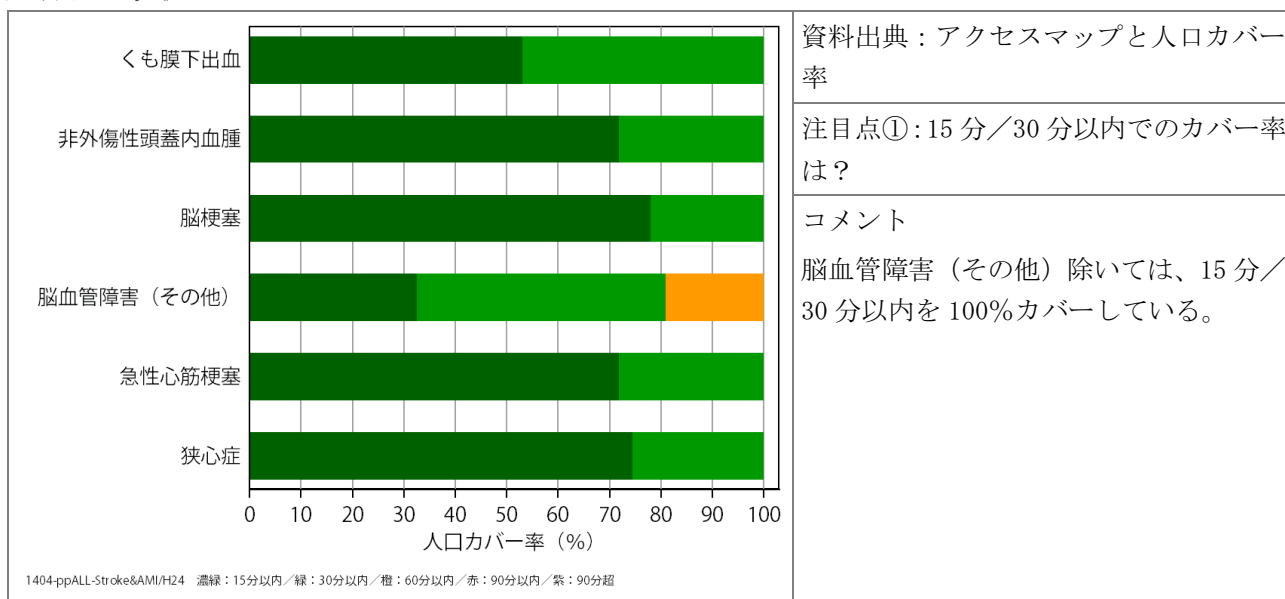
<コメント>

17時から20時までの時間帯については、他の時間帯と比べて、現場から収容までに時間を要しており、この時間帯の病院の受入体制の整備が課題である。

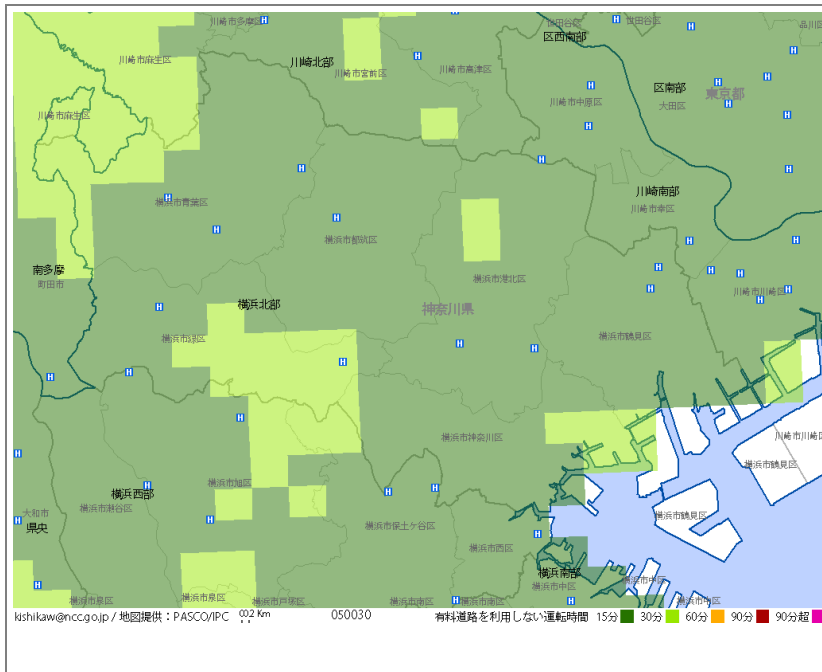
ハフモデルによる救急車搬送入院の分担エリア



疾病別の状況



急性心筋梗塞



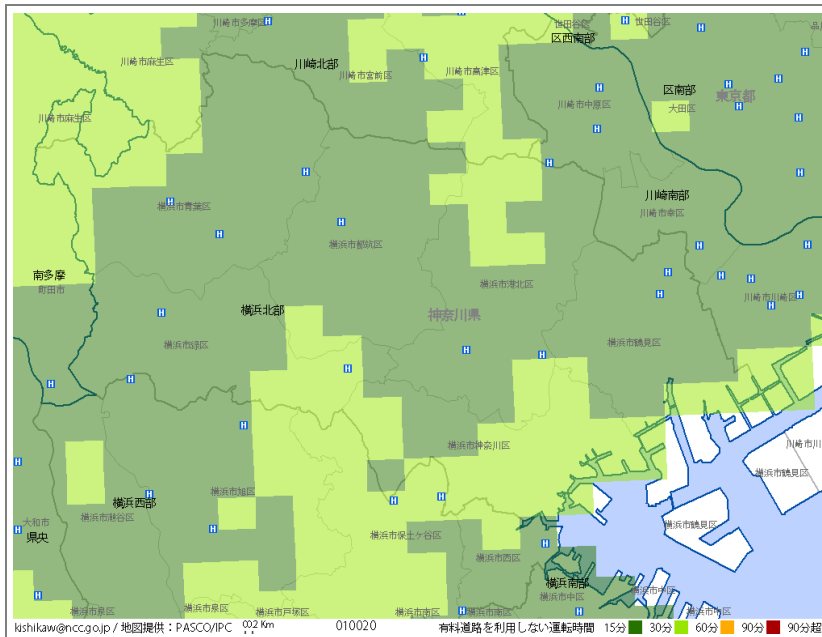
資料出典:アクセスマップと人口カバー率

注目点①:搬送時間が長くなる地域は?

コメント

管内すべてが、30分以内で搬送可能である。

くも膜下出血



資料出典:アクセスマップと人口カバー率

注目点①:搬送時間が長くなる地域は?

コメント

管内すべてが、30分以内で搬送可能である。



## 注目した2次医療圏の救急医療提供体制についての考察

現状で評価できる点、課題となる点

<評価できる点>

- ・全体的にまんべんなく中核的施設が配置されていることから、救急車搬送入院の分担エリアは、すべて網羅しているとともに、救急搬送における搬送エリアは、30分以内に概ね収まっている。
- ・中核病院の診療についても、主要診断群については、すべての疾患に対応している。
- ・ほとんどの地域において、管内での自己完結率が70%を超える。

<課題となる点>

- ・救急搬送に要する時間が全国平均より高い。とりわけ、17時から20時までの時間帯については、現場から収容までに時間を要しており、この時間帯の病院の受入体制の整備が課題である。

課題解決に向けた目標(可能であれば量的指標の設定)

- ・救急搬送における現場滞在時間が30分以上の件数を削減する。
- ・17時から20時までの受入体制の強化(現行人数からの増員等)

目標に向けた活動におけるステークホルダーと必要とされるアクション

<県民向け>

- ・軽症患者の適正受診の促進に向けた啓発

<病院、医師会、消防等>

- ・電話や人員増による救急相談体制の整備の要請
- ・救急医療情報システムを活用した連携促進

その他の事項

資料4 医療計画作成支援データブック 小児医療数値記入シート

数値記入シート 小児医療)						
		あなたの県 の現状	最小値	最大値	全国平均 県の平均)	評価 (5段階)
2-2-5-1	小児人口【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-5-2	出生率【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-5-3	乳児死亡率【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-5-4	幼児死亡率【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-5-5	小児(15才未満)の死亡率【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-5-6	一般小児医療を担う一般診療所数【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-5-7	一般小児医療を担う一般診療所数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-5-8	一般小児医療を担う病院数【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-5-9	一般小児医療を担う病院数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-5-10	小児歯科を標榜する歯科診療所数【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-5-11	小児医療に係る病院勤務医数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-5-12	小児入院医療管理料1届出施設数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-5-13	小児入院医療管理料2届出施設数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-5-14	小児入院医療管理料3届出施設数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-5-15	小児入院医療管理料4届出施設数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-5-16	小児入院医療管理料5届出施設数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )

2-2-5-17	小児入院医療管理料 1算定病床数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-5-18	小児入院医療管理料 2算定病床数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-5-19	小児入院医療管理料 3算定病床数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-5-20	小児入院医療管理料 4算定病床数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-5-21	小児入院医療管理料 5算定病床数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-5-22	特別児童扶養手当数【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-5-23	障害児福祉手当交付数【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-5-24	身体障害者手帳交付数（18歳未満）【都道府県】	( )			( )	( )
2-2-5-25	NICUを有する病院数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-5-26	NICUを有する病院数の病床数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-5-27	PICUを有する病院数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-5-28	PICUを有する病院数の病床数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-5-29	小児科標榜診療所勤務医師数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-2-5-30	院内保育士数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )

評価 (平均)	評価 (ばらつき)				
1 平均よりかなり劣る値である	1 ばらつきが大変大きい				
2 平均よりやや劣る値である	2 ばらつきが大きい				
3 平均的な値である	3 ややばらついている				
4 平均より優れた値である	4 ばらつきが少ない				
5 平均よりかなり優れた値である	5 ばらつきがない				
まとめと課題点					

資料5 グループワーク発表例（小児医療）

平成26年度  
地域医療構想策定研修  
グループワークシート

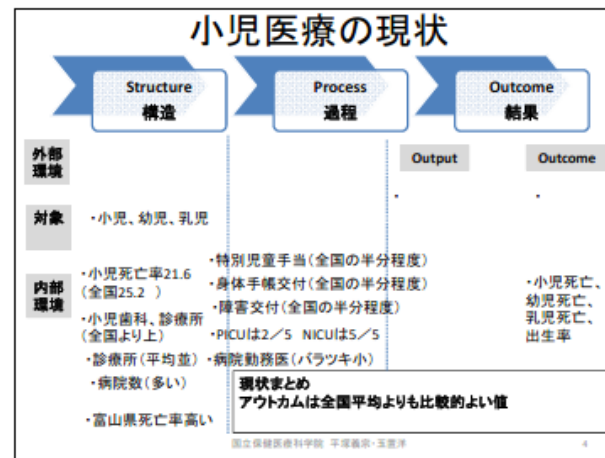
テーマ:小児医療  
グループ名:Cグループ

### GWに対する基本的な心構え

- 本グループワークの目的は「一連の手順の練習」。
- 「流れ」を学ぶということ。
- 本当の解決策を見つけ出すというものではない。
- 一連の手順を理解し、実践できるようになればOK。

### 組織プロフィール

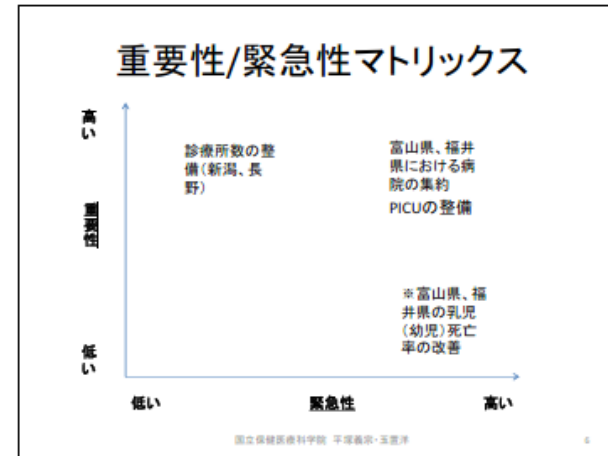
県名	総人口	病院数	一般診療所数
新潟県	2,361,133	5.5	71.1
富山県	1,094,827	10.0	71.7
石川県	1,163,089	8.7	76.0
福井県	810,552	8.9	73.7
長野県	2,165,604	6.1	74.4



資料5 続き グループワーク発表例（小児医療）

### 問題の同定

テーマ	目標(問題の裏返し)	評価指標(尺度)	現状値	目標値	優先順位
小児医療	PICUの整備	設置数	2/5		
・	富山県、福井県の乳児(幼児)死亡率の改善	死亡率	富山2.2(0.7) 福井2.1(0.6)		
・	診療所数の整備(新潟、長野)	診療所数	新潟3.6 長野3.1 (全国4.2)		
・	富山県、福井県における病院の集約(数が多いが、勤務医が少ない)	医師数、病院数			



- ### 同定された問題に対する解決策案
- ・ A. こども病院設立
  - ・ B. 病院の統廃合
  - ・ C. 機能分化・医療機関の連携
  - ・ D. 勤務医の増加
  - ・ E. 小児科医の業務負担低減(業務効率)
  - ・ F. 施設整備

### 格子分析法

1=非常に悪い, 2=悪い, 3=良い, 4=非常に良い

	実行可能性	目標達成の可能性	副産物	合計
ウェイト	5	3	2	
A. こども病院設立	1(5)	1(3)	4(8)	16
B. 病院の統廃合	1(5)	1(3)	3(6)	14
C. 機能分化、医療機関の連携	4(20)	3(9)	3(6)	35
D. 勤務医の増加	2(10)	2(6)	4(8)	24
F. 施設整備	2(10)	2(6)	3(6)	22

副産物: そのほか効果が期待されることで、他にも良い影響を及ぼすなど波及効果等。

資料5 続き グループワーク発表例（小児医療）

解決策の優先順位					
対象の問題	目標(問題の裏返し)	評価指標(尺度)	現状値	目標値	優先順位
優先順位 小児医療	富山県、福井県における病院の集約(数は多いが、勤務医が少ない)	医師数、病院数	病院数(平均3.3) 富山3.5 福井県3.9  勤務医師数(平均6.5) 富山6.3 福井県5.7  診療所勤務医師数(平均0.3) 富山0.4 福井県0.6  ※連携体制の現状値なし	-診療所から病院への支援体制の確立 -診療所は初期、病院は専門医療に特化  ※幼児死亡率の改善(アウトカム)	1
<p>1. C.機能分化、医療機関の連携 2. D.勤務医の増加 3. F.施設整備</p> <p>4. A. こども病院設立 5. B. 病院の統合</p>					

資料6 宿題用シート (糖尿病)

数値記入シート 糖尿病)						
		あなた の県 の現状	最小値	最大値	全国平均 県の平均)	評価 (5段階)
2-1-4-1	糖尿病内科(代謝内科)の医師数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-1-4-2	糖尿病内科(代謝内科)を標榜する一般診療所数【都道府県】	( )			( )	( )
2-1-4-3	糖尿病内科(代謝内科)を標榜する一般診療所数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-1-4-4	糖尿病内科(代謝内科)を標榜する病院数【都道府県】	( )			( )	( )
2-1-4-5	糖尿病内科(代謝内科)を標榜する病院数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-1-4-6	健康診断・健康検査の受診率【都道府県】	( )			( )	( )
2-1-4-7	糖尿病疾患患者の年齢調整外来受療率【都道府県】	( )			( )	( )
2-1-4-8	糖尿病による年齢調整死亡率(男性)【都道府県】	( )			( )	( )
2-1-4-9	糖尿病による年齢調整死亡率(女性)【都道府県】	( )			( )	( )
2-1-4-10	糖尿病退院患者平均在院日数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-1-4-11	糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関数【二次医療圏】		( )	( )	( )	( )
2-1-4-12	教育入院を行う医療機関数【都道府県】	( )			( )	( )
2-1-4-13	糖尿病専門医数【都道府県】	( )			( )	( )
2-1-4-14	糖尿病指導士数【都道府県】	( )			( )	( )
2-1-4-15	糖尿病看護師数【都道府県】	( )			( )	( )
2-1-4-16	歯周病専門医の在籍する歯科医療機関数【都道府県】	( )			( )	( )
特定健診等 その他の指標	( )	( )	( )	( )	( )	( )



資料6 続き 宿題用シート (糖尿病)

評価 (平均)	評価 (ばらつき)				
1 平均よりかなり劣る値である	1 ばらつきが大変大きい				
2 平均よりやや劣る値である	2 ばらつきが大きい				
3 平均的な値である	3 ややばらついている				
4 平均より優れた値である	4 ばらつきが少ない				
5 平均よりかなり優れた値である	5 ばらつきがない				
まとめと課題点					



平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための

組織マネジメント研修プログラムの開発

分担研究報告書

## 大学教育における病院人材育成プログラムの動向

研究協力者 柿沼 倫弘（国立保健医療科学院）

研究協力者 佐藤 大介（国立保健医療科学院）

研究分担者 小林 健一（国立保健医療科学院）

### 研究要旨

地域医療構想は、医療介護総合確保推進法と第 6 次医療法改正により 2015 年 4 月から都道府県に策定が義務付けられた。これは、病床の機能分化・連携を推進するために、医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに 2025 年の医療需要と病床の必要量を病床機能報告制度等によるデータに基づき、地域の医療提供体制を整備していく取り組みとされている。今後のわが国の保健医療福祉分野における重要なテーマである。

地域医療構想を実現していくためには、構想を具現化していくための人材が求められる。そのためには、自院のみではなく、地域全体の最適化を考えることのできるマネジメントの視点が不可欠となる。ここでは大学や病院団体における病院経営支援に関する人材育成プログラムの動向を把握することを目的とする。

平成 29 年度文部科学省の課題解決型高度医療人材養成プログラムとして、病院経営支援に関する領域をテーマに選定された 10 大学のプログラムを概観したところ、主に次の 3 点を把握することができた。①主な対象者が医療従事者であること。②少人数制を採用していること。③カリキュラムが座学と実学で構成されていること。病院団体のカリキュラムも含めて、基本的に自院のマネジメント能力向上が主目的になっていると考えられた。

自院の経営の持続可能性のみではなく、地域全体の最適化を地域の複数の医療機関とともに目指すことのできる視座をもった人材の育成が求められている。

### A. 研究目的

地域医療構想を実現していくためには、構想を具現化していくための人材が求められる。近年では、文部科学省の課題解決型高度医療人材養成プログラムとして、病院経営支援に関する領域をテーマに公募が行われ 10

大学が選定された。また、これまでも複数の病院団体で病院経営に関わる研修が継続的に実施されてきている。ここでは大学や病院団体における人材育成プログラムの動向を把握することを目的とする。

## B. 研究方法

平成 29 年度文部科学省の課題解決型高度医療人材養成プログラムとして、病院経営支援に関する領域をテーマに選定された 10 件の事業を対象に下記の項目で比較する。

対象となる大学は、北海道大学、千葉大学、東京大学、東京医科歯科大学、京都大学、神戸大学、高知大学（香川大学、高知工科大学、高知県立大学）計 4 大学、宮崎大学、横浜市立大学、慶応義塾大学である。

比較対象項目は、対象、定員、カリキュラムとする。

病院団体では、公益社団法人 医療・病院管理研究協会、全日本病院協会、日本病院会のカリキュラムを参照する。

## C. 研究結果

対象は、医師やコメディカル、事務職が共通の対象者といえる。各大学のプログラムにより（将来の）病院経営候補者としているもの、地域医療政策を担う自治体職員が対象に含まれているプログラムもみられた。

定員は、6 名から 40 名程度であった。神戸大学のように医療の将来を担う病院経営者養成コースと地域マネジメント養成コースのようにコースを分けているプログラムもみられた。コース単位でみると、20 名以下のものが過半数を占めた。

カリキュラムは、すべての大学で大きく①座学（e-learning を含む）と②実学に 2 分類できた。座学の科目は大学によって特徴がみられた。実学は、ケースメソッドやケーススタディ、データ分析などが主要な内容であった。

公益社団法人 医療・病院管理研究協会ではさまざまな研修・セミナーが実施されてい

るが、病院の経営改善を主眼に置いたものが多く、また対象も医療法人を含めた広いものとなっている。全日本病院協会では「医療機関トップマネジメント研修」等が実施されているが、対象が会員病院の職員となっている。日本病院会では、病院長・幹部職員セミナーが実施されていた。内容は、座学とグループワークが多くみられた。

## D. 考察

地域医療構想は、医療介護総合確保推進法と第 6 次医療法改正により 2015 年 4 月から都道府県に策定が義務付けられた。これは、病床の機能分化・連携を推進するために、医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに 2025 年の医療需要と病床の必要量を病床機能報告制度等によるデータに基づき、地域の医療提供体制を整備していく取り組みとされている。今後のわが国の保健医療福祉分野における重要なテーマである。

各大学のプログラムの対象をみると、一定程度以上の医療に関する知識や実践にベースがある者を対象にしていると考えられる。主に医療従事者を対象としているといえる。

各大学のプログラムの定員数をみると、6 名程度から 40 名程度と若干の相違はあるが、コース単位でみると、いずれも少人数制を採っているといえる。

カリキュラムは、座学と実学の 2 つの分野から構成されている点は共通していた。しかし、内容は、画一的なものではなく各大学に特徴がみられる。たとえば、座学の構成では、ある大学では医療安全に関する科目が開講されているが、別の大学では開講されていないこと、公衆衛生学修士コースを母体になっていること等の特徴がみられる。実学でもケー

スメソッドを取り入れている大学、教育用電子カルテ活用による演習等の特徴がある。

すべての科目や実践項目をプログラムに含むよりも、教育目的を明確化し、焦点を当てる分野を限定することはカリキュラム編成のための資源運用面からも必要である。

他方、プログラムの全体構成は、自院のマネジメントのための研修という傾向があるといえる。根拠に基づきながら地域全体の最適解を導き出せるような人材養成プログラムの設計が求められる。

## E. 結論

自院の経営の持続可能性のみではなく、地域全体の最適化を地域の複数の医療機関とともに目指すことのできる視座をもった人材の育成が求められている。しかし、医療機関としての経営の持続性は確保しなければならない。プログラムの設計には開講科目や教員配置等の関係から、優先順位が必要になってくる。そのバランスが重要である。

また、わが国の医療機関は私的医療機関のほうが多い。このような側面からもプログラムを設計していくことへの課題があるといえる。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## I. 参考資料

1) 「課題解決型高度医療人材養成プログラム（平成29年度選定）」選定大学の取組状況

[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/koutou/iryou/1384648.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/iryou/1384648.htm)

2) 北海道大学 病院経営アドミニストレーター育成拠点

<https://huhma.hokkaido.university/>

3) 千葉大学医学部附属病院 ちば医経塾

<https://www.ho.chiba-u.ac.jp/ikeijuku/index.html>

4) 東京大学経営のできる大学病院幹部養成プログラム

<https://hep.m.u-tokyo.ac.jp/cms/>

5) 東京医科歯科大学 より質の高い医療のための大学病院経営人材養成 大学病院経営人材養成プラン

<http://www.tmd.ac.jp/cmnd/daigaku/DaigakuByouinKeiei/>

6) 京都大学 実践的医療経営プロフェッショナル教育事業課題解決型高度医療人材養成プログラム <http://kumahope.kyoto/>

7) 神戸大学 実践的病院経営マネジメント人材養成プラン

<http://www.med.kobe-u.ac.jp/mmkobe/>

8) 高知大学 地域医療を支える四国病院経営プログラム

<http://www.kochi-ms.ac.jp/~koudo/index>

html

9)宮崎大学 教育用電子カルテ活用による  
人材養成事業プログラム

10)横浜市立大学 都市型地域医療を先導する  
病院変革人材育成

[http://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~hp\\_mgt/](http://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~hp_mgt/)

11)慶応義塾大学 ケースとデータに基づく  
病院経営人材育成 <http://keio-mcd.ac/>

平成30年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための

組織マネジメント研修プログラムの開発

分担研究報告書

医療安全にかかる人材育成プログラムの動向

研究分担者 種田 憲一郎（国立保健医療科学院）

#### 研究要旨

超高齢社会を迎え、患者の治療やケアにおいて、医療安全のリスクが高まっている。そして、医療提供体制の確保のために医療介護総合確保推進法に基づき、平成27年より都道府県が地域医療構想の策定を進め、地域における病床の機能分化・連携を推進しているが、介護・福祉との連携も含めて、連携すべき関係者の間で、患者の情報が適切に共有されなければ、医療安全のリスクはむしろ高まると思われる。病院の再編統合は、少なくともその初期段階においては、そのリスクを更に高める可能性がある。本研究は、地域医療の中心的役割を担う病院の幹部職員を対象とした人材育成のための研修プログラムを開発することを目的とし、とくに本分担研究においては、医療安全を担保・推進する視点から、研修プログラム開発に資する人材育成のプログラムの動向を検討する。

研究方法として、1) 特定機能病院の管理者等への医療安全に関わるコンピテンシーのレビュー；2) 医療安全の課題も考慮した病院幹部等へのニーズ調査；3) 米国病院協会における取組みのレビューを実施した。

結果として、1) 特定機能病院の管理者等への医療安全に関わるコンピテンシーのレビューからは、次の3項目が管理者に求められるコア・コンピテンシーとして挙げられていた：1. 医療安全を推進する体制を整備し、機能させる；2. 重大事象が発生した際に、管理者として判断し、その責任を果たす；3. 組織の医療安全文化を醸成するために、職員の模範となる行動を示す。2) 医療安全の課題も考慮した病院幹部等へのニーズ調査からは、学ぶべき研修内容として：地域医療構想の成立の流れ・考え方；地域包括ケアシステムについて；チーム連携とマネジメント；患者中心・人々中心の医療とは；戦略マネジメント・変革のプロセス；実例を通し学ぶ（連携パスなど）；医療資源や受療データの利活用；病院外における関連施設の役割（医師会、地域の開業医、保健所他）、などが示された。3) 米国病院協会における取組みからは、エビデンスに基づいたチーム・トレーニング TeamSTEPPS®；医師への支援（バーンアウトへの対応など）、などがあるとわかった。

病院の再編統合の際に高まる医療安全のリスクも考慮し、組織の取組みを推進するリーダーの育成、多くの医療事故の原因と考えられるコミュニケーション不足に対して、院内外の職

員・関係者との協働を推進する仕組みや訓練が求められている。また、医師等の働き方を改善する仕組みと個々人のレジリアンスを高めるための取組みも有用であると考えられる。

## A. 研究目的

日本は超高齢社会を迎え、医療を受ける患者の年齢も高く、一人の患者が複数の慢性疾患を罹患し、多くの内服薬を処方されており、認知症の患者も少なくないため、外来患者・入院患者の治療やケアにおいて、転倒や医薬品に関わるエラーなど、医療安全のリスクが高まっている状況である。

そして、団塊の世代が75歳以上の高齢者となる2025年に向けて、どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築）に向けて、急性期・回復期・慢性期の医療、介護、福祉の現場に関わる関係者の連携の推進が求められている。また、医療計画に関しては、医療介護総合確保推進法に基づき、平成27年より都道府県が地域医療構想の策定を進め、地域における病床の機能分化・連携を推進し、医療提供体制の確保が行われている。しかしながら、機能分化を進めることによって、介護・福祉も含めて、連携すべき関係者の間で、患者の情報が適切に共有されなければ、医療安全のリスクはむしろ高まると思われる。

さらに個々の病院においては、人口高齢化に伴う医療ニーズの多様化、医療技術の進歩等による業務内容の専門分化と複雑化、診療科の特徴や地理的条件等による医療人材の確保が困難となるなど、病院職員の負担が課題となっている。これについては、医師をはじめとする病院職員の働き方改革など、勤務環境の改善などが、国の施策として進められている。このとき、タスク・シフティング（業務

の移管）は避けられないと思われるが、治療・ケアの移管には、患者情報が適切にかつ適時に伝えられることが必須であり、医療安全に関わるリスクが伴う。したがって、同時に安全な治療・ケアを提供できる仕組みづくり、チームとして協働する推進の取組みが不可欠である。

このような医療機能分化や働き方改革等の施策に対応し、かつ安全で質が高く治療・ケアを効果的・効率的に提供するためには、各病院の幹部職員の役割が大変重要である。しかしながら、経営管理・組織運営・施設管理など病院の事業継続につながる人材育成については、病院の自助努力に任されており、病院の管理者を対象とした教育機会も限られている。このことから、地域の医療提供体制を確保するための地域医療構想を推進する上で、病院の幹部職員を対象とした体系的な研修プログラムを開発・提示する必要性が高まっている。

本研究は、地域医療の中心的役割を担う病院の幹部職員（病院長・事務部長・看護部長等）を対象とした人材育成のための研修プログラムを開発することを目的とし、本分担研究においては、とくに医療安全を担保・推進する視点から、研修プログラム開発に資する人材育成のプログラムの動向を検討する。

## B. 研究方法

### 1) 特定機能病院の管理者等への医療安全に関わるコンピテンシーのレビュー



一：

特定機能病院における事故事例等を踏まえ、平成27年度に厚生労働省が大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォースを開催し、特定機能病院の医療安全管理の改善策をとりまとめ、平成28年4月から新しい仕組みが順次施行されている。その一つが、病院の管理者・医療安全管理責任者等に対して医療安全マネジメント研修受講が義務化されたことである。この研修を実施する際に考慮すべき、管理者等のコンピテンシーと研修実施ガイドラインが作成されており（厚生労働行政推進調査事業費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業「特定機能病院、地域医療支援病院のあり方及び病院第三者評価についての研究」(H28-医療-指定-033) 平成29年度 総合研究報告書)、これをレビューした。

## 2) 医療安全の課題も考慮した病院幹部等へのニーズ調査：

国立保健医療科学院にて実施した（平成30年7月23日(月)～平成30年7月27日(金)）「地域医療連携マネジメント研修」において、研修参加者（42名）のうち医療機関からの参加者40名（病院長・副院長7名、看護部長・副部長・師長27名、事務部長6名）に対して、地域医療構想を地域で推進するための研修内容等について、アンケートによるニーズ調査を実施した。なお同研修においては、院内外における連携を推進する上で、医療安全の課題が重要であることを学んでおり、これを踏まえた上での意見が得られた。

## 3) 米国病院協会（AHA）における取組み： 米国病院協会（AHA：The American Hospital

Association）は米国の約5千の様々な病院を代表する組織である。米国においても患者安全（医療安全）や医療者のバーンアウトは大きな課題となっており、訪問して、その取組みについて調査した。

## C. 結果（参考資料も参照）

### 1) 特定機能病院の管理者等への医療安全に関わるコンピテンシーのレビュー：

以下の3項目が管理者に求められるコア・コンピテンシーとして挙げられている：

1. 医療安全を推進する体制を整備し、機能させる
2. 重大事象が発生した際に、管理者として判断し、その責任を果たす
3. 組織の医療安全文化を醸成するために、職員の模範となる行動を示す

各コア・コンピテンシーのもと、より具体的なコンピテンシーが挙げられている：

1. 医療安全を推進する体制を整備し、機能させる
  - 1-1 管理体制を適時にモニターし、支援する
  - 1-2 資源（人材、予算など）を確保する
  - 1-3 高難度新規医療技術等をより安全に実施する体制を整備し、機能させる
  - 1-4 全死亡事例を把握し、課題のある事例を同定する
2. 重大事象が発生した際に、管理者として判断し、その責任を果たす
  - 2-1 患者・家族への適切な対応を指揮する
  - 2-2 職員への適切な対応を指揮する

- 当事者の職員
- 一般職員
- 2-3 社会に対して説明責任を果たす
  - ◇ 2-3 A 外部へ報告すべき事例を判断する：
    - 医療事故調査制度
    - 異状死の届出
  - ◇ 2-3 B 外部へ説明する方法を選択し、実施する

- ① 話を聴く
- ② 現場を理解する
- ③ 倫理的である
- ④ 迅速に対応する
- (ウ) 組織全体で取り組む
  - ① 医療安全管理部門とチームとして協働する
- (エ) 他院や他の分野からも学ぶ
- (オ) 患者参加を促す

### 3. 組織の医療安全文化を醸成するために、職員の模範となる行動を示す

- 3-1 医療安全研修会の場合等を通じて、安全を重視する姿勢を自らの言葉で職員に発信する。
- 3-2 自ら積極的に医療安全の報告システムの意義を理解して、説明する
- 3-3 医療安全を妨げる発言・行動に対応する

これらのコンピテンシーを実現するために必要な知識・技能・態度についても列挙されているが、管理者等のコンピテンシーの実践には、まず態度が重要であり、全てのコンピテンシーの実践に必要な共通の態度として、以下が示されている。

#### 管理者に求められる横断的な態度：

- (ア) 医療安全の重要性を常に発信する
  - ① 管理者として、職員を励ます・動機づける・支援する
  - ② 模範を示す
  - ③ 粘り強く取り組む
  - ④ 不適切な言動を放置しない
  - ⑤ 消極的な発言を人前でしない
- (イ) 管理者として責任をもって決断する

また効果的な研修とするための研修方法について、以下のように示されている：

1. 参加型の研修：グループ討論やロールプレイングなどを中心とし、一方的な講義は最小限とする
2. 特定機能病院の管理者としての悩み・課題を共有・相談できるように配慮する
3. 過去に特定機能病院等において課題となった実際の事例から学ぶ
4. 国内外の参考となる取組みから学ぶ

これらの研修方法は、本研究で目指す研修においても参考となる。

#### 2) 医療安全の課題も考慮した病院幹部等へのニーズ調査：

40名の参加者から回答が得られた（回収率100%）。

- 参加するとよい職種・職位：病院長、副院長が多く、病院事業管理者、郡医師会の理事クラスなどの意見もあった。
- 参加可能な研修期間：「3日から5日間」の意見が最も多かった
- 学ぶべき研修内容：
  - 地域医療構想の成立の流れ・考え方

- 地域包括ケアシステムについて
- チーム連携とマネジメント～チームステップスを体験しトップマネージャーをふり返る
- 患者中心、人々中心の医療とは～考え、言語化していくこと
- 戦略マネジメント・変革理論・変革のプロセス
- 実例を通し学ぶ
  - ～ 連携パス
  - ～地域での成功例・失敗例
  - ～IT(ネットワーク)の活用法
- 医療資源や受療データの利活用
  - ～自地域の情報
- 病院外における関連施設の役割
  - ～医師会、地域の開業医、保健所他
  - ～病院と地域連携の取り組み等
  - ～地域医療介護連携の取り組みについて
  - ～在宅療養支援と多機関連携
  - ～在宅医療コーディネーターの活動
  - ～保健師の取り組み

3) 米国病院協会 (AHA) における取組み :

- エビデンスに基づいたチームトレーニング TeamSTEPPS® (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety)

米国連邦政府 (The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) and the U.S. Department of Defense) が開発したチーム・トレーニングで、医療安全とチームのパフォーマンスを高めるとされている。AHA は 2011 年から 2017 年にかけて、米国連邦政府 AHRQ の事業である当該トレーニングを全国で実践する「National Implementation of TeamSTEPPS」を実施し

た。米国連邦政府がその事業を終了した後、AHA Team Training として、更なる普及活動を実施している。

プログラムの全体像をよりよく理解してもらうために詳細な 12 ページの資料を作成しているが、忙しい病院幹部に対しては、その理解と賛同が短時間で得られるように 2 ページ資料も作成している。

#### - 医師への支援

AHA に登録する医療機関で勤務する医師 (AHA Physician Alliance) に対して、支援を実施している。例えば、医師や看護師のバーンアウト (burnout) は大きな課題となっているが、これに対してインターネットを介したポッドキャスト (音声配信) を介して、参考となる講演を提供したりしている。また、そのエッセンスをまとめて、ウェブサイトなどから、出版物 (PDF) として発信している (以下は一例) :

#### 6 WAYS TO ADDRESS BURNOUT

1. Talk about it.
2. Educate people on the dimensions of well-being.
3. Restore humanity.
4. Make well-being part of ROI.  
(ROI: Return on Investment)
5. Acknowledge your own vulnerability.
6. Make asking for help easy.

#### D. 考察

日本の医療機関、とくに病院を取り巻く環境は、院外との連携や院内での連携、患者の高齢化、医療そのものの複雑化などにより、医療安全のリスクは既に高まっており、日本

医療機能評価機構の事故情報収集等事業においても、事故の報告数は増加傾向にある。地域における組織の再編統合は、少なくともその初期段階においては、そのリスクをさらに高める可能性がある。したがって、医療安全を推進する取組みを同時に検討することが必要である。具体的には、医療安全を含む組織の取組みを推進するためのリーダーの育成のためのコンピテンシーの実践、そして、多くの医療事故の原因と考えられるコミュニケーション不足に対して、これまでほとんど実施されてこなかった院内職員間の協働や院外の関係者との協働を推進するための仕組みや訓練（チーム STEPPS など）が求められている。

また、医師等のバーンアウトとエラーや医療事故との関連も指摘されている。地域の医療を担う医師の確保と維持（バーンアウトの予防）の点からも不可欠と考えられる医師等の働き方を改善するための仕組みと同時に、個々人のレジリエンスを高めるための取組みが有用と考えられる。具体的には、チームとしての協働を推進する訓練（チーム STEPPS など）、ポジティブ心理学の応用、マインドフルネス、メディテーションなどの活動である。

#### 研究の限界：

医療機関における医療安全のリスクが高まっていることは明らかであるが、再編統合等にもなう医療安全のリスクに関しては、あまり知られていない。今後の研究において、その情報収集が必要であると思われる。また、医師の働き方改革に関わる方針が出されて間もないため、その影響については、現時点では不明瞭である。今後、再編統合等を進める医療機関での状況をモニターすることも必要である。

これらの研究の限界はあるが、本研究によって、病院の再編統合等に伴い高まる医療安全のリスクに対して、今後の取組みとしての示唆が得られた。

#### E. 結論

日本の医療機関を取り巻く院内及び院外環境の変化から、医療安全のリスクは既に高まっているが、病院の再編統合は、少なくともその初期段階においては、そのリスクをさらに高める可能性がある。したがって、医療安全を推進する取組みを同時に検討することが必要である。具体的には、医療安全を含む組織の取組みを推進するためのリーダーの育成、多くの医療事故の原因と考えられるコミュニケーション不足に対して、院内職員間の協働や院外の関係者との協働を推進するための仕組みや訓練（チーム STEPPS など）が求められている。

また、地域の医療を担う医師の確保と維持の観点からも、医師等の働き方を改善するための仕組みと個々人のレジリエンスを高めるための取組みが有用であると考えられる。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得	なし
なし	3. その他
2. 実用新案登録	なし



特定機能病院における  
トップ・マネジメント層向け医療安全研修ガイドライン

## I. はじめに

大学附属病院等における医療安全に関する重大な事案相次ぎ、平成27年4月に厚生労働省内に「大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォース」が設置された。同年6月から9月にかけて、特定機能病院に対する集中検査を実施し、集中検査の結果及びそれを踏まえた医療安全確保のための改善策を中心に、同年11月5日に「特定機能病院に対する集中検査の結果及び当該結果を踏まえた対応について」として報告をとりまとめた。この報告を踏まえ、高度かつ先端的な医療を提供する使命を有する特定機能病院において、そうした医療を安全に提供するためのより一層高度な医療安全管理体制の確保がなされるよう、承認要件の見直し等について検討が行われた。平成28年6月に医療法施行規則の一部が改正され、新たな承認要件の一つとして、特定機能病院の管理者は、自ら定期的に医療安全管理に係る研修を受講するとともに、医療安全管理責任者、医薬品安全管理責任者及び医療機器安全管理責任者に、定期的に医療安全管理に係る研修を受講させる、ことが義務付けられた。

そこで、本研究班では、管理者（病院長等）が現状において行っている望ましい管理行動および国内外で実施・提案されている研修会等の内容も踏まえたうえで、特定機能病院における医療の質の向上と医療安全の確保を目的とした、管理者等に求められるコンピテンシーとそのコンピテンシーを実現するための研修ガイドラインを作成した。コンピテンシーに基づく医療安全教育は国際的にも標準化しつつある。作成の際には、近年起きた複数の特定機能病院における医療事故の現状も考慮し、国民の視点からみても理解の得られる研修にすると同時に、特定機能病院の職員からも信頼される管理者となる研修であるように検討した。

本ガイドラインは、特定機能病院の管理者および医療安全に関わる責任者向けの研修を行う際の参考となることを目的としており、従来の医療安全管理者や一般職員を対象とする研修とは異なる。（参照：付録表1～3）

なお医療安全管理者の研修については、厚生労働省 医療安全対策検討会議 医療安全管理者の質の向上に関する検討作業部会による「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」（平成19年3月）を参照すること：

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/houkoku/dl/070330-2.pdf>

## II. 研修対象者

管理者は、研修での学びが効率よく有効に実践できるように、組織全体の医療安全管理の実務に関わる責任者とともに参加する。

(ア) 管理者

(イ) 医療安全管理責任者

(ウ) 医薬品安全管理責任者および医療機器安全管理責任者

\*医療安全管理の実務に関わる責任者である医療安全管理責任者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者は、従来の「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」に示された研修内容を習得することが望ましい。



### Ⅲ. 研修の目的

特定機能病院において、良質かつ高度な医療を、より安全に提供するために、管理者がリーダーシップを発揮して、医療安全を推進し、患者・家族および病院内外に対して責任を果たす。

### Ⅳ. 習得するコンピテンシー

管理者等が実践すべき項目のうち、リーダーシップの発揮をとくに象徴する以下の項目が、研修後には実践できる

- 1 医療安全を推進する体制を整備し、機能させる
  - 1-1 管理体制を適時にモニターし、支援する
  - 1-2 資源（人材、予算など）を確保する
  - 1-3 高難度新規医療技術等をより安全に実施する体制を整備し、機能させる
  - 1-4 全死亡事例を把握し、課題のある事例を同定する
  
- 2 重大事象が発生した際に、管理者として判断し、その責任を果たす
  - 2-1 患者・家族への適切な対応を指揮する
  - 2-2 職員への適切な対応を指揮する
    - 当事者の職員
    - 一般職員
  - 2-3 社会に対して説明責任を果たす
    - ◇ 2-3 A 外部へ報告すべき事例を判断する：
      - 医療事故調査制度
      - 異状死の届出
    - ◇ 2-3 B 外部へ説明する方法を選択し、実施する
  
- 3 組織の医療安全文化を醸成するために、職員の模範となる行動を示す
  - 3-1 医療安全研修会の場等を通じて、安全を重視する姿勢を自らの言葉で職員に発信する。
  - 3-2 自ら積極的に医療安全の報告システムの意義を理解して、説明する
  - 3-3 医療安全を妨げる発言・行動に対応する
  
- 4 医療安全管理責任者は、上記の管理者のコンピテンシーを理解して、管理者と密接に協働する

- 5 医薬品安全管理責任者および医療機器安全管理責任者は、医療安全管理責任者のもとで、上記の管理者のコンピテンシーを理解して、管理者と密接に協働する

## V. コンピテンシーの実践に必要な知識・技能・態度

前頁にあげられた管理者等のコンピテンシーの実践には、まず態度が重要であり、全てのコンピテンシーの実践に必要な共通の態度を示す。次に、コンピテンシーごとにその実践に必要なより具体的な知識・技能・態度を示す。複数のコンピテンシーにわたって必要な知識・技能・態度は、それを再掲する。これらは個別に学習するのではなく、コンピテンシーの実践を想定した総合的な学習を実施して、習得するよう配慮する。

### ○ 管理者に求められる横断的な態度：

#### (ア) 医療安全の重要性を常に発信する

- ① 管理者として、職員を励ます・動機づける・支援する
- ② 模範を示す
- ③ 粘り強く取り組む
- ④ 不適切な言動を放置しない
- ⑤ 消極的な発言を人前でしない

#### (イ) 管理者として責任をもって決断する

- ① 話を聴く
- ② 現場を理解する
- ③ 倫理的である
- ④ 迅速に対応する

#### (ウ) 組織全体で取り組む

- ① 医療安全管理部門とチームとして協働する

#### (エ) 他院や他の分野からも学ぶ

#### (オ) 患者参加を促す

## 1 医療安全を推進する体制を整備し、機能させる

### 1-1 管理体制を適時にモニターし、支援する

#### 【知識】

- a. 医療安全に求められる業務の全体像を理解している
  - (ア) 医療安全管理者の業務指針を理解している
  - (イ) 自院の医療安全管理体制を説明できる
- b. 法令に定められた内容を理解している
  - (ア) 医療法が定める病院管理者の安全管理体制確保

- (イ) 医療事故情報収集等事業
- (ウ) 医療事故調査制度
  - ① 異状死の届出 (医師法 21 条)
- (エ) 産科医療補償制度
- c. 自院の組織の強みや弱みを理解している
- d. 自院のインフォームドコンセントの指針と実施モニタリング体制を説明できる
- e. 品質管理手法・課題解決手法などの考え方を理解している
  - (ア) システム志向について理解している
  - (イ) TQM/CQI の有用性を理解している

(TQM: Total Quality Management、CQI: Continuous Quality Improvement)
- f. インシデント報告の意義を説明できる
- g. 自院で取り組む質指標 (Quality Indicator) について説明できる

**【技能】**

- a. 自院の管理体制を検証する
  - (ア) 法令に定められた体制が維持できているか継続的に確認する
  - (イ) 自院の管理体制を、他の特定機能病院と比較した相対的な尺度で定期的な検証を行う
  - (ウ) 自院の管理体制を、自院の状況を踏まえた絶対的な尺度で定期的な検証を行う
  - (エ) 医療安全管理部門の体制 (人材等) のモニタリングを行う
  - (オ) 個々の案件の対応について進捗管理を行う体制を作る
- b. 現場の問題に対して、速やかに正しく優先順位をつける
  - (ア) 現場の状況を適宜報告させる
  - (イ) 報告書の分析・再発防止策の立案と実行を指導・指示できる
- c. 医療安全担当者が働きやすい環境をつくる
  - (ア) 管理部門が情報共有を速やかに行う体制を整える
- d. 継続的な質改善を支援、管理できる
  - (ア) システム思考で実践できる
  - (イ) TQM/CQI の仕組みをデザインし、指示できる
  - (ウ) 他院の医療安全体制を知り、優れた点を自院で活かす
- e. 各部署長 (教授など) に対して、医療安全の課題の改善に取り組むように指導する

**【態度】**

- a. 医療安全の重要性を常に発信する
  - (ア) 各部署長 (教授など) に対しても指導する
- b. 話を聴く
  - (ア) 医療安全管理責任者や医療安全管理部門と定期的に話を聴く機会をもつ
  - (イ) 現場の職員の懸念などを直接聴く
  - (ウ) 現場の意見を否定せずに聴く
- c. 医療安全管理部門とチームとして協働する
  - (ア) 医療安全管理に関わるチームのリーダーとして協働する。

- (イ) 独断では行わず、相談して判断する
- (ウ) 医療安全管理部門の日常活動を理解し支援する
- (エ) 医療安全管理部門に権限が付与されていることを表明する
- d. 現場を理解する
  - (ア) 定期的に院内を巡回し、医療安全の問題点・課題（部門・職種の壁など）の具体的な状況を理解する。
- e. 管理者として、職員を励ます・動機づける・支援する
  - (ア) よい行動を評価する
  - (イ) 粘り強く取り組む事の重要性を説き、支援する
  - (ウ) 院内の改善活動へのオブザーバー参加をする
  - (エ) 管理者として、重要なインシデント報告をフィードバックする
- f. 管理者として責任をもって決断する
  - (ア) 病院として判断が難しい事項についても公正に決断できる
  - (イ) ただし独断では行わない
  - (ウ) 管理上、支援の優先順位が低いものに対しては合理的な説明を行う
- g. 迅速に対応する

## 1-2 資源（人材、予算など）を確保する

### 【知識】

- a. 医療安全が病院運営において核心的重点であることを理解する。
- b. 自院における医療安全管理体制に必要な人員を説明できる
  - (ア) 特定機能病院に求められる医療安全管理体制
  - (イ) 医療安全管理者の業務
- c. 自院における医療安全関連予算項目が列挙できる

### 【技能】

- a. 予算を指示する
  - (ア) 医療安全管理と必要な人員に対し方策を立案できる
  - (イ) 医療安全関連予算の執行についてモニタリングできる
- b. 人材育成を指示する
  - (ア) 恒常的改善活動に適切な人材を発掘、配置する
  - (イ) 次世代の医療安全管理者を育成する予算とポジションを確保する

### 【態度】

- a. 医療安全に資する行動をとった職員を評価する態度や言葉を発信する
- b. 組織全体で取り組む姿勢を示す
  - (ア) 協力が必要な部門に、適切な業務分担を指示する

### 1-3 高難度新規医療技術等をより安全に実施する体制を整備し、機能させる

#### 【知識】

- a. 自院における高難度新規医療技術の導入、導入後のモニタリングに対する仕組みを説明できる
- b. 対象となる技術と審査すべき事項について説明できる
  - (ア) 高難度新規医療技術の導入プロセスにかかる診療ガイドライン等の示す考え方を知っている
  - (イ) 外保連（外科系学会社会保険委員会連合）試案（技術難易度 D・E）を知っている
- c. 高難度新規医療技術・未承認医薬品使用における倫理的手続きの重要性を理解している
  - (ア) ①合目的自由の確認②患者への説明を同意③モニタリング④カルテ記載など
- d. 自院でおこなわれている高難度新規医療技術を把握している

#### 【技能】

- a. 医療安全管理部門と密に連携する
- b. 高難度新規医療技術のアウトカムを測定する技術を活用する
  - (ア) 累積死亡率の測定や DPC、NCD データの活用など
- c. 高難度新規医療技術を安全に実施する体制の実施状況を評価できる
- d. 担当部門の運営の妥当性を確認することができる

#### 【態度】

- a. 医療安全の重要性を常に発信する
  - (ア) 各診療科の科長・医師に重要性を認識させる
- b. 倫理に基づいた行動を示す
  - (ア) 手続きが倫理的であるか確認する
  - (イ) 患者の安全を最優先にした判断をする
  - (ウ) 導入後のモニタリングの結果により、技術提供中止等適切な対応を行う
- c. 現場を萎縮させない

### 1-4 全死亡事例を把握し、課題のある事例を同定する

#### 【知識】

- a. 医療事故の定義を説明できる
- b. 自院の全死亡事例報告システムとその限界について理解している
- c. 自院の死亡事故報告案件について、どの様なことが課題か説明できる

#### 【技能】

- a. とくに問題があるとされる事例を抽出できる
- b. 医療事故や医療紛争の情報を積極的に入手し、自らの考えをまとめる
- c. 全診療部門に対して必要なアウトカム管理の調査を指示する

#### 【態度】

- a. 全診療部門の理解と協力を求める

## 2 重大事象が発生した際に、管理者として判断し、その責任を果たす

### 【横断的な知識】

- a. 自院の重大事象の報告システム・対応を説明できる
- b. 事故調査の目的は原因究明と再発防止であり、責任者の追求ではないことを理解する
- c. 自院で活用できるリソースを説明できる
- d. リスクマネジメントの重要性を理解している
- e. コンフリクトマネジメント・メディエーションの重要性を理解している
- f. 個人情報保護の重要性を理解している

### 【横断的な技能】

- a. リーダーシップと組織チームマネジメントを実践する
  - (ア) 早期に事実確認を行い、全体像を把握する
  - (イ) 適切な対応が判断できる
  - (ウ) 組織としての方針の決断を行う
  - (エ) 職種横断的に必要なリソースを集め、管理者として各部門に協力を依頼する
  - (オ) 他職種と適時のコミュニケーションをとる
- b. 報告すべき事例を決定できる
  - (ア) 医療事故調査制度、異状死の届け出（医師法 21 条）など
- c. 報告すべき事例により適切な対応方法を決定し指導できる
  - (ア) 重大事象の報告システムを理解し、報告を確認する
  - (イ) 必要な委員会を適時に開催する
  - (ウ) 情報の窓口を一本化し、組織的に対応することを宣言する
    - ① 適切な役割分担と体制を指示する
  - (エ) 速やかに治療や説明が行われているかを判断できる
  - (オ) 事例の原因分析をシステム・アプローチで協働して行うことができる
  - (カ) 事故調査に必要な院外からの支援が受けられるよう指示する
  - (キ) 適切な事例分析と対策実施ができていないかを最終的に判断できる
  - (ク) 不適切な対応を判断して指導する
- d. 安全管理部門と連携し、指導する
- e. 一般職員に不用意な発言をしないよう周知する
- f. 安全を妨げる発言・行動に対応する

\* 具体的な態度はコンピテンシーごとに示す

## 2-1 患者・家族への適切な対応を指揮する

### 【知識】

- a. 自院における患者・家族への対応方法を説明できる

### 【技能】

- a. 患者・家族の心情を理解し、適切な対応を指導できる
  - (ア) 患者・家族の疑問点を聞くことを指示する
  - (イ) 患者・家族への対応方針と方法を決定する
  - (ウ) 責任のある態度で患者家族に説明・謝罪する

### 【態度】

- a. 患者の生命の安全を最優先する言動を行う
- b. 事実をありのままに隠さない

## 2-2 職員への適切な対応を指揮する（当事者の職員、一般職員）

### 【知識】

- a. 自院における当事者の職員および一般職員への対応方法を説明できる

### 【技能】

- a. 当事者の職員を守る体制を整備する
- b. 一般職員に発生事案、事後経過、病院の対応を説明する

### 【態度】

- a. 当事者の職員を守る、責めない
  - (ア) 当事者に対して懲罰的な対応をしない
  - (イ) 当事者に対して精神的な支援を行う
  - (ウ) 院内職員へ自ら説明する
- b. 感情的にならない客観的態度で報告を受ける
  - (ア) 怒らない、怒鳴らない
  - (イ) 個人を責めない
  - (ウ) 逃げない
  - (エ) 中立な立場で傾聴する
- c. 医療安全管理部門の負担を配慮した言動を行う
  - (ア) 業務負担の軽減策を講じる
    - (一時的な応援体制、一時的に通常業務を他部署に割り振るなど)
  - (イ) 医療安全部門担当者に慰労の言葉をかける

## 2-3 社会に対して説明責任を果たす

2-3 A 外部へ報告すべき事例を判断する：医療事故調査制度、異状死の届出

2-3 B 外部へ説明する方法を選択し、実施する

### 【知識】

- a. 自院における社会に対する説明責任の果たし方を説明できる
  - (ア) 公表基準を説明できる
  - (イ) 過去に公表された重大事象を説明できる
  - (ウ) 公表を担当する部署の把握と指示の方法を理解している
  - (エ) 方法：ホームページ、記者会見等、列挙できる
- b. 自院の医療事故調査制度への取組みについて説明できる
- c. 自院の異状死の届出についての考え方を説明できる

### 【技能】

- a. 報告すべき事象を委員会で報告する
- b. 記者会見等で適切な説明ができる
  - (ア) 記者会見での事実と推定を区別する
  - (イ) 外部に説明する文書を確認し作成する

### 【態度】

- a. 最終責任者であることを真に自覚して言動を行う
- b. 堂々たる態度を示す
  - (ア) 不安を表さない
- c. 事実をありのままに隠さない



### 3 組織の医療安全文化を醸成するために、職員の模範となる行動を示す

#### 【横断的な知識】

- a. 安全文化の要素を理解している
  - (ア) 「報告する文化」「公正な文化」「柔軟な文化」「学習する文化」など
  - (イ) 「テクニカルスキル」と「ノンテクニカルスキル」
  - (ウ) 組織全体の文化の醸成には各部門の長の役割が大きいことを理解する
- b. リーダーシップとチームとしての協働のあり方を説明できる
  - (ア) チーム STEPPS など
  - (イ) 心理的安全性を確保することの重要性を理解している
- c. 医療安全に関する自院の理念を説明できる
- d. 他院のベストプラクティスを知る

#### 【横断的な技能】

- a. 自院の医療安全文化を評価し醸成する
- b. 特定の部署で起きた事象から、組織全体の課題として危機感を高め共有する
- c. 病院の弱点を理解し医療安全目標を立てる
- d. 報告・連絡・相談しやすい環境をつくる
  - (ア) 心理的安全性を担保し、意見を述べやすい議論の場をつくる
- e. エビデンスに基づいたチーム・マネジメント（チーム STEPPS）などを活用する
  - (ア) チーム体制、リーダーシップ、状況モニター、相互支援、コミュニケーションなどの戦略とツールを実践できる

#### 【横断的な態度】

- a. 医療安全に関心を示す
- b. 他院や他分野からも学ぶ姿勢を示す
  - (ア) 他院の問題事例を振り返る
- c. 不適切な言動を放置しない
  - (ア) 不適切な対応をしている部署長を指導する
- d. 少数意見にも耳を傾ける
- e. やりとおす
- f. 消極的な発言を人前でしない
  - (ア) 「国の決まりだから」「立入検査で怒られるから」など

### 3-1 医療安全研修会の場等を通じて、安全を重視する姿勢を自らの言葉で職員に発信する。

#### 【知識】

- a. 自院の医療安全研修会の開催内容・スケジュールの決定方法について知っている
- b. 自院における医療安全研修会の出席率を把握する

#### 【技能】

- a. 自院において実施すべき安全管理研修について提案する
- b. 研修の講師の人選に助言する
- c. 時に自ら講師を務め自院の安全文化の目標を職員に伝える

#### 【態度】

- a. 医療安全が重要であることを常に発信する
  - (ア) 研修の目標や目的、意義等を研修会当日、職員に説明する。
  - (イ) 院内医療安全研修に前列で参加する

### 3-2 自ら積極的に医療安全の報告システムの意義を理解して、説明する

#### 【知識】

- a. インシデント、アクシデント報告システムとその必要性を説明できる
- b. インシデント、アクシデントの分析方法を理解している
- c. 自院のここ数年の報告内容（概要）を把握している
- d. 自院の報告する際の問題点・課題を理解している
- e. 自院の報告に対する職種間の差について理解している

#### 【技能】

- a. インシデント・アクシデント分析の過程や結果を把握する
- b. 事故の改善案について提案できる
- c. 自分でインシデント、アクシデント報告ができる
- d. 死亡事故への対応が指示できる

#### 【態度】

- a. 職員の模範となる
  - (ア) インシデント・アクシデントの報告を自らも行う
  - (イ) 自部署からの報告を促進する
  - (ウ) 全ての職員が報告することを促進する
  - (エ) インシデントや医療事故について自分の体験を紹介する
- b. 組織的問題（システム）に責任をもって取組む
- c. 良い行動を評価する

### 3-3 医療安全を妨げる発言・行動に対応する

#### 【知識】

- a. 医療安全を妨げる発言・行動を具体的に列挙できる  
(ア) 無謀な処置・ケアを行う、必要な報告を怠る、威圧的にふるまう、他者の意見をきかない、チーム医療を破たんさせる発言・行動など
- b. 何故、威圧的な言動が医療安全を損ねるのかを説明できる
- c. 自院における医療安全を妨げる発言・行動が発生した時の指導・対処方法を説明できる  
(ア) 特に各部署長（教授など）への指導方法や院内権限を説明できる
- d. 安全・安心の基礎となる医療機関における接遇マナーを理解する

#### 【技能】

- a. 組織の医療安全を阻害する要因を分析できる
- b. 医療安全を妨げる行動をする人へ対応し、適切に指導できる
- c. 医療安全を妨げる発言行動により被害を受けた職員・患者への保護・支援を指導できる
- d. とくに問題のある患者相談の事例に目を通し、必要な改善をはかる

#### 【態度】

- a. 抵抗する職員に対して勇気を持って指導する
- b. 推奨される活動を職員に知らせる
- c. 率先して接遇マナーを実践し、施設全体の改善をはかる

## VI. 研修方法：

効果的な研修とするため、成人教育のあり方を考慮し、研修方法については以下のような点について配慮して実施する。

1. 参加型の研修：グループ討論やロールプレイングなどを中心とし、一方的な講義は最小限とする
2. 特定機能病院の管理者としての悩み・課題を共有・相談できるように配慮する
3. 過去に特定機能病院等において課題となった実際の事例から学ぶ
4. 国内外の参考となる取組みから学ぶ

## VII. 研修評価：

研修そのものの質を担保し、継続的により効果的な研修とするため、以下の評価を実施する。

### 1) 研修前のニーズ評価：

- 自院における医療安全管理の現状、課題、そしてうまくいっている取組みなどについて事前に評価する。
- 医療安全部門の担当者の悩み・課題を把握して参加する

### 2) 研修直後の研修内容の評価：

- 研修内容の理解、研修受講前の課題や悩みの解決につながるヒントを得て、研修が役立ちそうか、運営方法などについて評価する。

### 3) 研修後の現場での実践の評価

- 実際の臨床の現場でどのように活かされたか。活かされていない際には、何が課題であるかを評価する。

## VIII. 研修のスケジュール例

(1日目：本研修の <u>初回受講者</u> が参加)	
10:00-10:05 (5分)	導入
10:05-10:35 (30分)	アイスブレイク - 事前の評価（現状、課題など）の共有と確認
10:35-11:05 (30分)	医療安全に関わる動向と危機感の共有 - 患者・家族の思い - 関係職員の思い - 組織の運営等への影響
11:05-11:15 (10分)	休憩
11:15-12:30 (75分)	管理者等に求められるコンピテンシー グループ議論（ワールドカフェ） 模造紙にまとめて掲示し、継続して振り返る
12:30-13:30 (60分)	昼食休憩
13:30-14:30 (60分)	現状・課題と対策： 安全管理体制と資源の確保
14:30-15:30 (60分)	事例検討1（大学Aの事例）： 事例の課題、自院に潜在する課題、対策
15:30-15:40 (10分)	休憩
15:40-16:40 (60分)	事例検討2（大学Bの事例）： 事例の課題、自院に潜在する課題、対策
16:50-17:50 (60分)	事例検討3（大学Cの事例）： 事例の課題、自院に潜在する課題、対策
18:00-20:00 (120分)	意見交換会 *本研修2回目以降の対象者（2日目からの参加者）も合流して実施できることが望ましい

(2日目：本研修の2回目以降の受講者が合流して実施)	
9:00-10:00 (60分)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 他の医療機関から学ぶ               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2事例程度のベストプラクティス（国内外）から学ぶ</li> </ul> </li> <li>● 厚生局の立ち入り検査から学ぶ</li> </ul>
10:00-10:30 (30分)	医療事故調査制度の近況 <ul style="list-style-type: none"> <li>- センターの取組みと各医療機関の取組み</li> </ul>
10:30-10:40 (10分)	休憩
10:50-12:00 (70分)	事例検討： <ul style="list-style-type: none"> <li>- 管理者が行う報告すべき事例の判断とプロセス</li> <li>- 高難度新規医療技術への対応</li> </ul>
12:00-13:30 (60分)	昼食休憩
13:00-14:00 (60分)	医療安全を妨げる発言・行動に対応する グループ演習と議論
13:00-14:30 (90分)	リーダーシップと組織マネジメント グループ演習と議論
14:30-15:00 (30分)	振り返りとまとめ <ul style="list-style-type: none"> <li>- 明日から実践すべきこと</li> <li>- 研修評価</li> </ul>

## おわりに

本研究班では、特定機能病院におけるトップ・マネジメント層向け医療安全研修ガイドラインを作成した。特定機能病院において医療安全管理の実務を担当する多くの方々からご意見を頂いた。今後、特定機能病院が安定して継続的にその機能・役割を果たしていくために必要な医療安全の確保のために、特定機能病院の管理者をはじめとするトップ・マネジメント層が組織をあげて活動できるように、本ガイドラインが活用されることを期待する。また、特定機能病院における医療安全管理体制は見直されたばかりであり、医療安全の取組みも日進月歩であることから、今後得られる知見をもとに、本ガイドラインの内容がさらに充実されることが求められる。そして、特定機能病院が高度な医療に応じた医療安全管理体制を整えることで、特定機能病院以外の全ての医療機関に対して模範となり、指導・支援でき、日本全体の医療安全を向上するけん引役となることを期待している。

付録表1 管理者等のコンピテンシー（比較）

領域	管理者	医療安全管理者 (例)	一般職員 (例)
1 医療安全の体制	医療安全を推進する体制を整備し、機能させる	<u>管理者の指示に基づいて</u> 、その業務を行う	医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる
	1-1 管理体制を適時にモニターし、支援する	安全管理委員会や安全管理部門等の運営に参画する	(同上)
	1-2 資源（人材、予算など）を確保する	<u>管理者から</u> 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	(同上)
	1-3 高難度新規医療技術等をより安全に実施する体制を整備し、機能させる	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	(同上)
	1-4 全死亡事例を把握し、課題のある事例を同定する	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	(同上)



付録表2 管理者等のコンピテンシー（比較）

領域	管理者	医療安全管理者 (例)	一般職員 (例)
2 重大事象への対応	重大事象が発生した際に、管理者として判断し、その責任を果たす	事故発生時の初動対応として、 <u>管理者の指示に基づいて</u> 、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	医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる
	2-1 患者・家族への適切な対応を指揮する	患者、家族への事故の連絡や説明の実施を行う	(同上)
	2-2 職員への適切な対応を指揮する（当事者の職員、一般職員）	医療事故に関与した職員の精神的ケア等のサポートを行う	(同上)
	2-3 社会に対して説明責任を果たす 2-3 A 外部へ報告すべき事例を判断する：医療事故調査制度、異状死の届出 2-3 B 外部へ説明する方法を選択し、実施する	<u>管理者が行う</u> 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を行う	(同上)

付録表3 管理者等のコンピテンシー（比較）

領域	管理者	医療安全管理者 (例)	一般職員 (例)
3 医療安全文化の醸成	3 組織の医療安全文化を醸成するために、職員の模範となる行動を示す	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	医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる
	3-1 医療安全研修会の場等を通じて、安全を重視する姿勢を自らの言葉で職員に発信する。	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	医療安全研修会に年に2回以上参加する
	3-2 自ら積極的に医療安全の報告システムの意義を理解して、説明する	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	有害事象、ミス又はニアミスを上司に報告するだけでなく、積極的に危険や潜在するリスクを同定、評価、そして報告する
	3-3 医療安全を妨げる発言・行動に対応する	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を実施するなど	医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる

参考資料：

- 1) 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」(平成19年3月)  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/houkoku/dl/070330-2.pdf>
- 2) 医師臨床研修指導ガイドライン：第4章 到達目標の解説 I 行動目標の解説【4】安全管理  
[http://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~p\\_health/kenshu-gl/pdf/4/4syou\\_1.pdf](http://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~p_health/kenshu-gl/pdf/4/4syou_1.pdf)



## 研究班員（五十音順）

### （平成 28 年度）○研究班代表者

- |         |                               |
|---------|-------------------------------|
| 一原 直昭   | 東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学講座        |
| 河野 龍太郎  | 自治医科大学医学部メディカルシミュレーションセンター長   |
| 菊地 龍明   | 公立大学法人横浜市立大学附属病院 病院長補佐        |
| ○熊川 寿郎  | 国立保健医療科学院 主任研究官               |
| 佐々木 久美子 | 東京都看護協会 医療安全委員会委員長            |
| 種田 憲一郎  | 国立保健医療科学院 上席主任研究官             |
| 土屋 文人   | 国際医療福祉大学 特任教授                 |
| 松繁 卓哉   | 国立保健医療科学院 主任研究官               |
| 森山 寛    | 東京慈恵会医科大学 名誉教授                |
| 山口 育子   | 認定NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML 理事長 |
| 山本 修一   | 千葉大学医学部附属病院 病院長               |
| 吉田 穂波   | 国立保健医療科学院 主任研究官               |

### （平成 29 年度）○研究班代表者

- |         |                               |
|---------|-------------------------------|
| 一原 直昭   | 東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学講座        |
| 河野 龍太郎  | 自治医科大学医学部メディカルシミュレーションセンター長   |
| 菊地 龍明   | 公立大学法人横浜市立大学附属病院 病院長補佐        |
| 熊川 寿郎   | 国立保健医療科学院 協力研究員               |
| 佐々木 久美子 | 医療法人社団直和会 平成立石病院 看護部長         |
| ○種田 憲一郎 | 国立保健医療科学院 上席主任研究官             |
| 土屋 文人   | 国際医療福祉大学 特任教授                 |
| 松繁 卓哉   | 国立保健医療科学院 主任研究官               |
| 森山 寛    | 東京慈恵会医科大学 名誉教授                |
| 山口 育子   | 認定NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML 理事長 |
| 山本 修一   | 千葉大学医学部附属病院 病院長               |

ALLIANCE EXCLUSIVE:

# PHYSICIAN RESOURCES

Start the year with the AHA Physician Alliance's most popular resources.

[www.aha.org/physicians](http://www.aha.org/physicians)

## TRANSPARENCY AS SAFETY STRATEGY<sup>1</sup>



Transparency can improve clinical outcomes and manage safety events.



Empower the voice of the caregiver.



This approach helps patient and caregiver experience.

## 6 WAYS TO ADDRESS BURNOUT<sup>2</sup>

1. Talk about it.<sup>2</sup>
2. Educate people on the dimensions of well-being.<sup>2</sup>
3. Restore humanity.<sup>3</sup>
4. Make well-being part of ROI.<sup>3</sup>
5. Acknowledge your own vulnerability.<sup>4</sup>
6. Make asking for help easy.<sup>4</sup>

## DISRUPTIVE STRATEGIES THAT WILL TRANSFORM YOUR DELIVERY SYSTEM<sup>5</sup>



Leverage local strengths to achieve affordability.



Disruption is inevitable, so embrace it now.



Organizational culture is key to better health.



Patient focused care needs cross-industry partnerships.

Like this? Get more! The Physician Alliance provides experiences and resources framed by three fundamental values – Lead Well. Be Well. Care Well. **Join today** to have these helpful insights sent to your inbox.

1. Webinar featuring Aaron Hamilton, M.D., Medical Director Patient Safety and Clinical Risk, Cleveland Clinic, <https://www.aha.org/physicians/webinars/library/Cleveland-Clinic>.

2. Five Questions with Clinical Leaders featuring Patrice Weiss, M.D., Carilion Clinic <http://link.videoplatform.limelight.com/media/7mediald=36140e63740641de971beaf333b45f4&width=480&height=321&playerForm=1e582c443a7948cb8d97a5121250e9e0&embedMode=html&htmlPlayerFilename=limelightjs-player.js>.

3. Five Questions with Clinical Leaders featuring Ronald Paulus, M.D., Mission Health, <http://link.videoplatform.limelight.com/media/7mediald=42b924ef809e4631a8c6d2f38a0a5d76&width=480&height=321&playerForm=1e582c443a7948cb8d97a5121250e9e0&embedMode=html&htmlPlayerFilename=limelightjs-player.js>.

4. Five Questions with Clinical Leaders featuring Frank Byrne, M.D., <http://link.videoplatform.limelight.com/media/7mediald=daee911abb0d4bbc83e10a97af8f7696&width=480&height=321&playerForm=1e582c443a7948cb8d97a5121250e9e0&embedMode=html&htmlPlayerFilename=limelightjs-player.js>.

5. <https://www.aha.org/system/files/2018-10/Alliance-Care-Well-Disruptive-Strategies.pdf>.



AHA Physician Alliance  
Shaping the future of care through collaboration.

# WEBINAR SPOTLIGHT

Developed specifically for busy physicians and administrators within AHA-member organizations, the Physician Alliance provides timely experiences and resources framed by three fundamental values – Lead Well. Be Well. Care Well. Below are select upcoming webinars. All times eastern. Access on-demand webinars anytime at [aha.org/physicians](http://aha.org/physicians). For a full listing of available webinars and to register for a session, visit [aha.org/calendar](http://aha.org/calendar).

## Lead Well

### On Demand // Transparency as Safety Strategy

Empowering the voice of the caregiver, learn replicable actions from an Ohio-based program that improves clinical outcomes and guides care teams through management of safety events.

*Featuring Aaron Hamilton, M.D., medical director of patient safety and clinical risk, Cleveland Clinic*

### May 9, 2019 – 1:00 p.m. // Leadership Lessons: Converging Health Care Ecosystem

Learn how a Louisiana health network tackles the complex needs of patients and population health, through leadership and strategy that cuts across the full health care ecosystem – bringing together payer, provider, pharmaceutical, policymakers and patients.

*Featuring Tracy Duberman, Ph.D., president and CEO of The Leadership Development Group and David Carmouche, M.D., senior vice president and president of Ochsner Health Network*

## BE WELL

### On Demand // Helping Physicians Finish Faster: Making More Time for Things that Matter Most

Learn about an ambulatory efficiency training and optimization program that has increased physician satisfaction with electronic medical records and process efficiencies, helping physicians spend less worktime outside clinic hours.

*Featuring Scott MacDonald, M.D., EHR medical director, UC Davis Health*

### On Demand // Beyond Resilience: Making a Difference When it Matters Most

Learn how to lead teams under pressure and keep colleagues engaged while giving patients great care.

*Featuring Dan Diamond, M.D., clinical assistant professor at the University of Washington School of Medicine and director of the medical triage unit at the New Orleans Convention Center during Hurricane Katrina.*

## CARE WELL

### April 23, 2019 – 12:00 p.m. // Ahead of the Curve: Radiology Practice as Catalyst for System-wide Clinical Decision Support Adoption

Gain insights from radiology leaders at Einstein Healthcare Network in Philadelphia on how partnering with emergency and other departments allowed system-wide integration of clinical decision support into the health system's electronic medical record benefitting patients and complying with the Protecting Access to Medicare Act.

*Featuring Ryan K. Lee, M.D., clinical associate professor of radiology, SKMC at Thomas Jefferson University.*

### On Demand // Providing High-value Care in Hospitals

Through education, leaders at a Texas organization are preparing next generation leaders to improve outcomes that matter to patients, creating a culture of high-value care along with developing interventions for enhancing patient affordability.

*Featuring Chris Moriates, M.D., associate professor of internal medicine and assistant dean for health care value at Dell Medical School, University of Texas at Austin*

# THE AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION'S TEAM TRAINING PROGRAM

featuring TeamSTEPPS®

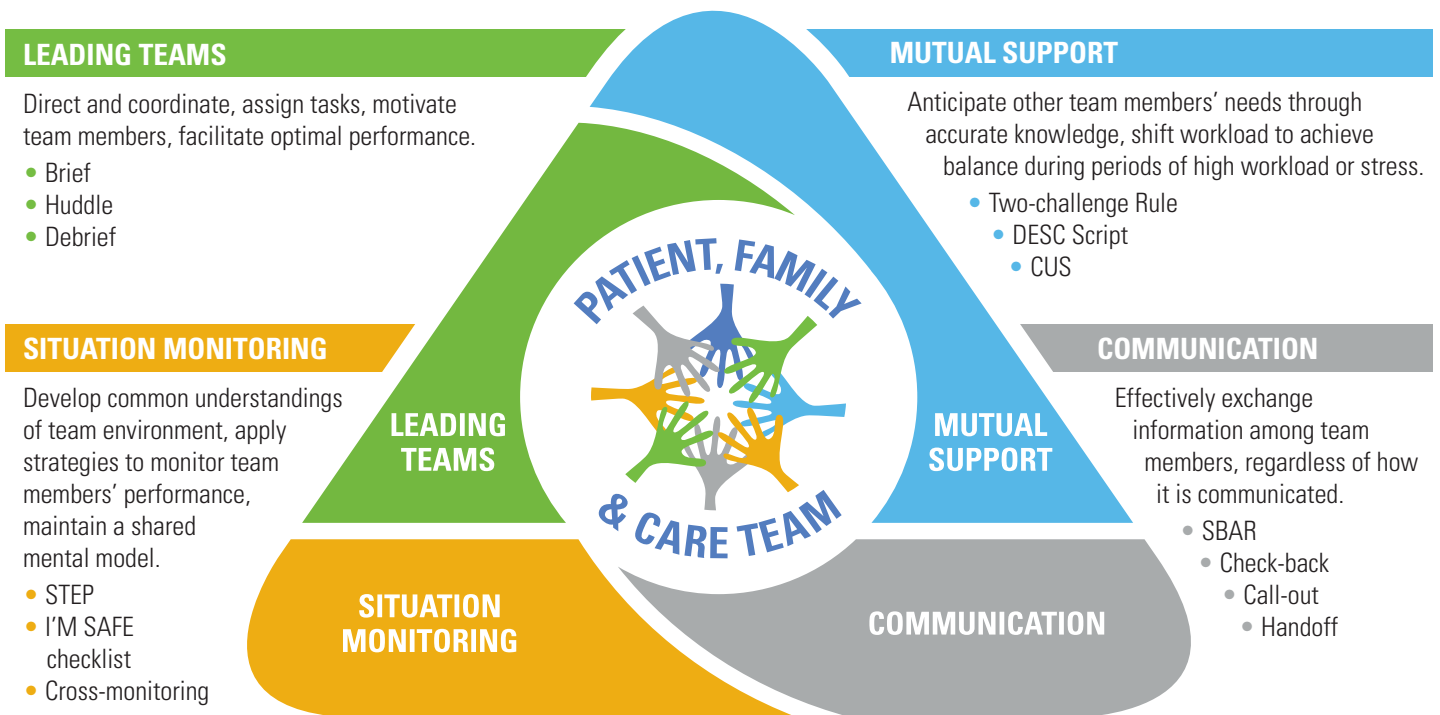
## WHAT IS TeamSTEPPS?

TeamSTEPPS (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety) is designed to help health care professionals improve patient safety and quality through effective communication and teamwork skills. The genesis of the material comes from the airline industry in the 1970s and '80s as well as safety movements in high-risk industries like nuclear power and the military. The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) and the U.S. Department of Defense developed TeamSTEPPS specifically for health care organizations in the mid-2000s. Health care teams that communicate effectively and have mutual support reduce the potential for error, resulting in enhanced patient safety and improved performance.

From 2011-2017, the American Hospital Association (AHA) managed AHRQ's National Implementation of TeamSTEPPS. With the federal program having ended in September 2017, the AHA is dedicated to supporting the movement in the form of AHA Team Training.

## TeamSTEPPS COMPETENCIES AND TEAMWORK TOOLS

TeamSTEPPS curriculum is based on a framework of four core competencies.



© 2018 American Hospital Association

## WHY TeamSTEPS? THE EVIDENCE

Recent research estimates that medical errors took 400,000 lives<sup>1</sup> and are the third leading cause of death in the U.S.<sup>2</sup> The cost is minimal compared to the savings. Many studies have found that teamwork training can lead to a stronger culture of safety:



Adoption of team strategies was higher with teamwork education, with up to **31 percent of staff adopting teamwork behaviors**.<sup>3</sup>



Teamwork training was associated with **significant improvements** in results on the **Hospital Survey on Patient Safety Culture**.<sup>4</sup>



Teamwork training resulted in improved health outcomes, with one study showing a **60 percent reduction in falls**.<sup>5</sup>

1. James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Safe.* 2013;9(3):122-128.

2. Makary MA and Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ.* 2016;3(353):i2139.

3. Jones KJ, Skinner AM, High R, Reiter-Palmon R. A theory-driven, longitudinal evaluation of the impact of team training on safety culture in 24 hospitals. *BMJ Qual Saf.* 2013 May;22(5):394-404.

4. Thomas L, Galla C. Republished: Building a culture of safety through team training and engagement. *Postgrad Med J.* 2013 Jul;89(1053):394-401.

5. Spiva L, Robertson B, Delk ML, Patrick S, Kimrey MM, Green B, Gallagher E. Effectiveness of team training on fall prevention. *J Nurs Care Qual.* 2014 Apr-Jun;29(2):164-73.

## AHA TEAM TRAINING PROGRAM COMPONENTS

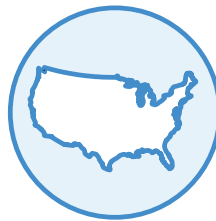
The AHA Team Training program has five elements to help foster the continued use and spread of tools to transform health care through better teamwork and communication.



**COURSES**



**CONSULTING  
AND COACHING**



**NATIONAL  
CONFERENCE**



**COMMUNITY  
SUPPORT**



**INNOVATION**

## ABOUT AHA TEAM TRAINING

Teams working with the American Hospital Association's Team Training program have improved communication and teamwork in their organizations through courses, webinars, an annual national conference, and community support and engagement.

### OUR VISION

A society of healthy communities who partner together through teamwork and communication to reach their highest potential for health.

### OUR MISSION

To foster a TeamSTEPS movement that transforms teams of experts into expert teams. AHA Team Training educates, convenes, and shapes hospitals, health systems, and other related organizations to provide better team-based care.





# Understanding TeamSTEPPS®

**Your guide to what TeamSTEPPS is and the various methodologies for implementing it to help create and sustain a culture of safety and high-quality patient care**



## ► Introduction

All hospitals and health systems see patient safety as a foundational mission. Yet despite the focus on this issue through a variety of patient-safety programs, challenges remain in this vital area. A study (<https://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139>) published in BMJ in 2016 found that medical errors are the third leading cause of death in the U.S. (behind only heart disease and cancer), accounting for about 251,000 deaths per year.

**Teams that communicate effectively and have mutual support reduce the potential for error, resulting in enhanced patient safety and improved clinical performance.**

And while safety experts have debated the way that this and other studies calculate medical error-related deaths, there is no argument that this issue remains one of health care's most costly and vexing challenges. No deaths from preventable error should be acceptable.

Amid the research on this issue and the best way to address it, one underlying point continues to be underscored: There is a need for teams to communicate more effectively and for organizations to create and sustain a culture of safety. Team training has been a bright spot in the patient safety movement as it improves communication, teamwork, and the leading of those teams.

The Institute of Medicine report "Health Professions Education: A Bridge to Quality" identified that physicians and other health care professionals lack adequate training in providing high-quality health care to patients when it comes to communicating effectively. At VA hospitals, communication failure was a primary contributing factor in almost 80 percent of more than 6,000 root cause analyses of adverse events and close calls. The Joint Commission annual reports on quality and patient safety have identified inadequate communication as the leading root cause of sentinel events. They report that nearly 80 percent of adverse events are related to communication, leadership and human-factors issues. Team training addresses these elements.

Teams that communicate effectively and demonstrate mutual support reduce the potential for error, resulting in enhanced patient safety and improved clinical performance. Increased, effective team communication also improves the quality of working relationships and job satisfaction.

Teamwork, however, is not innate; it must be learned. Improving a hospital's or care system's culture is a challenge. One of the few team-training interventions that has proved effective is TeamSTEPPS® — Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety.

The U.S. Department of Defense Patient Safety Program developed the TeamSTEPPS program in collaboration with the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ released it to the public in 2006 and, in 2007, a national implementation program began. The American Hospital Association (AHA) began running this national program in 2011. Since then, the curriculum has been used by many health care organizations, across the care spectrum and around the world, as an effective way to improve patient-safety culture.

The genesis of TeamSTEPPS was the airline and other highly reliable industries like nuclear power and community emergency response systems. These industries focus on risk mitigation, accident avoidance and accident recovery, which are crucial and applicable to health care. Once created, it underwent extensive field testing in the military health system and with several civilian health systems. Many of those health systems continue to partner with the AHA to bring this work to the field.



**This guide outlines what TeamSTEPPS is and various methodologies for implementing based on your organization's goals and resources. Case studies in the guide highlight the work of several health care systems that are using TeamSTEPPS to create and sustain a culture of safety and provide high-quality care to patients.**



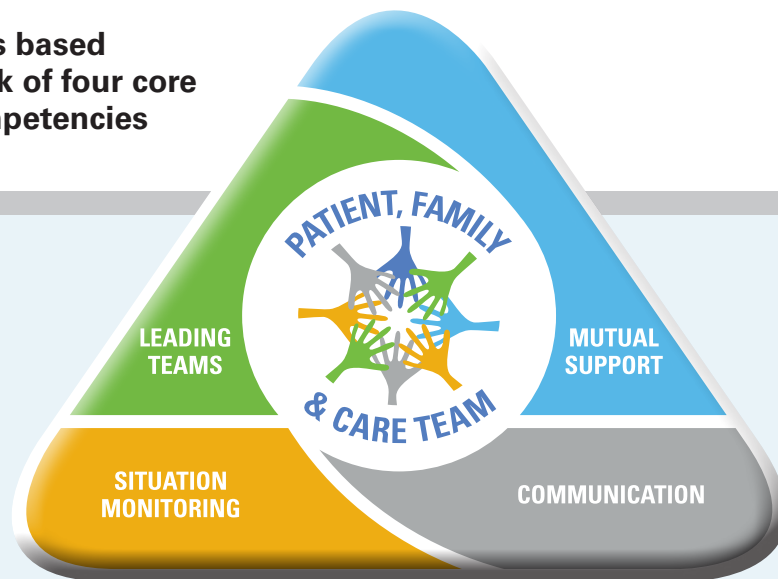
## ► About TeamSTEPPS

Quite frankly, TeamSTEPPS works. It is evidence-based and teaches clinical and nonclinical providers to communicate more effectively and become empowered and engaged.

Field leaders agree that teamwork training to address patient safety is important. For example, the National Committee for Quality Assurance Patient-Centered Medical Home Recognition requires teamwork training. As it becomes evident that team skills must be learned, many health care organizations are finding it imperative to improve teamwork and communication skills and incorporate those skills into standard operations. Involving all clinical and nonclinical staff as well as patients and families in these teams is critical to success.

TeamSTEPPS is a vital tool to help in this effort. It's more than an initiative. Many organizations adopt the motto "TeamSTEPPS is the way we do business." It isn't something else to do, it is something to help you do everything else. It helps shape your culture. It's comprehensive and customizable to any organization and the tools are practical.

## ► TeamSTEPPS is based on a framework of four core teamwork competencies



1

### COMMUNICATION:

Effectively exchange information among team members, regardless of how it is communicated.

2

### LEADING TEAMS:

Direct and coordinate, assign tasks, motivate team members and facilitate optimal performance.

3

### SITUATION MONITORING:

Develop common understandings of the team environment; apply strategies to monitor team members' performance; maintain a shared mental model.

4

### MUTUAL SUPPORT:

Anticipate other team members' needs through accurate knowledge; shift workload to achieve balance during periods of high workload or stress.

TeamSTEPPS provides specific tools to support these four core teamwork competencies, such as briefs, huddles, debriefs, two-challenge rule, CUS, SBAR and check-back. Brief descriptions of select teamwork tools are outlined on the next page.

► Teamwork tools to enhance patient safety

	TOOLS	BRIEF DESCRIPTION
COMMUNICATION	<b>SBAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A standardized technique for communicating critical information that requires immediate attention and action concerning a patient's condition.</li> <li>• SBAR stands for <b>S</b>ituation, <b>B</b>ackground, <b>A</b>ssessment and <b>R</b>ecommendation/<b>R</b>equ<sup>st</sup>.</li> </ul>
	<b>CALL-OUT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A tactic used to communicate important or critical information. It informs all team members simultaneously during emergent situations and helps team members anticipate next steps.</li> </ul>
	<b>CHECK-BACK</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A strategy for closed-loop communication to ensure that information conveyed by the sender is understood by the receiver as intended.</li> </ul>
	<b>HANDOFF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The transfer of information during transitions in care across the continuum. It provides an opportunity to ask questions, clarify and confirm.</li> <li>• A specific tool for this is "I PASS THE BATON", which is designed to enhance the information exchange.</li> </ul>
LEADERSHIP	<b>BRIEF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A short session prior to the start of a procedure or event to share the plan, discuss team formation, assign roles and responsibilities, establish expectations and climate, and anticipate outcomes and likely contingencies.</li> </ul>
	<b>HUDDLE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ad hoc meeting to re-establish situational awareness, reinforce plans already in place and assess the need to adjust the plan.</li> </ul>
	<b>DEBRIEF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informal information-exchange session designed to improve team performance and effectiveness through lessons learned and reinforcement of positive behaviors.</li> </ul>
SITUATION MONITORING	<b>STEP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A tool for monitoring situations in the delivery of health care and useful in situation monitoring of the patient.</li> <li>• STEP stands for <b>S</b>tatus of the patient, <b>T</b>eam members, <b>E</b>nvironment, <b>P</b>rogress toward goal.</li> </ul>
	<b>CROSS-MONITORING</b>	<p>A harm error-reduction strategy that involves:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoring the actions of other team members.</li> <li>• Providing a safety net within the team.</li> <li>• Ensuring that mistakes or oversights are caught quickly and easily.</li> <li>• "Watching each other's back."</li> </ul>
	<b>I'M SAFE CHECKLIST</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A checklist used during situation monitoring by each team member to assess his or her own safety status.</li> <li>• I'M SAFE stands for <b>I</b>llness, <b>M</b>edication, <b>S</b>tress, <b>A</b>lcohol and Drugs, <b>F</b>atigue, <b>E</b>ating and <b>E</b>limination.</li> </ul>
MUTUAL SUPPORT	<b>TWO-CHALLENGE RULE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empowers all team members to "stop the line" if they sense or discover an essential safety breach.</li> </ul>
	<b>CUS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• An assertive statement used when a team member would like to "stop the line." <i>CUS stands for "I am <b>C</b>oncerned!" "I am <b>U</b>ncomfortable!" "This is a <b>S</b>afety Issue!"</i></li> </ul>
	<b>DESC SCRIPT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• An approach for managing and resolving conflict.</li> <li>• DESC stands for <b>D</b>escribe, <b>E</b>xpress, <b>S</b>uggest, <b>C</b>onsequences.</li> </ul>



## ► How to implement TeamSTEPPS

Health care organizations can use multiple approaches to implement TeamSTEPPS. Customization is key. In one approach, an organization might implement TeamSTEPPS as a method to conduct a specific quality-improvement initiative. For example, a hospital may start with a high-risk department such as the emergency department, operating room or labor and delivery. Staff implement tools to improve a process and then, if successful, expand to other processes, team members or departments. Using a small test of change, an organization can assess the implementation to identify what works and where there is opportunity for improvement. This approach is more manageable for an organization looking to initially test TeamSTEPPS and it establishes results that can encourage buy-in for implementation on a grander scale.

**Making any significant change can seem overwhelming. Thus, it's important to take time to plan and to be deliberate in taking each step toward improving your processes and operations.**

Another potential approach encompasses a multidepartment or full-system training. With this approach, the organization has staff members attend a TeamSTEPPS Master Training course. After the coursework, trainers can begin rolling out TeamSTEPPS by department or facility. Many organizations have used this approach and incorporated TeamSTEPPS into new-employee orientation or onboarding. Hospitals and care systems typically use this approach when looking to make a full-system cultural change. This approach requires buy-in at the highest levels of leadership and ownership of the program locally in each department. In the next section there is a table that helps connect an organization's goals for its training to potential training options with the AHA.

## ► Bringing TeamSTEPPS to your organization

Making any significant change can seem overwhelming. Thus, it's important to take time to plan and to be deliberate in taking each step toward improving your processes and operations.

As you consider where to begin your journey with TeamSTEPPS, it's important to ensure that the targeted area is properly prepared. You'll need widespread support for this initiative — beyond a single profession such as nursing — all the way through senior leadership of the targeted area. Likewise, it's important to recognize when it may not be the right time for this journey. An example of this would include whether the area being considered for training is already experiencing low-performance issues or there is conflict among the team members. Similarly, if the team is burned out or deep into a major initiative such as implementing a new electronic health record system, it's wise to delay the training and begin with an area in which you can get quick wins when initially rolling out TeamSTEPPS.





## 1 Pull together the right team

Once you have the proper organizational support and are ready to proceed with TeamSTEPPS training, you'll want to pull together the right team. You'll also want to take an interprofessional approach to assembling your team, including both clinical and nonclinical staff. Ensure clinical representation across the team. Nonclinical staff are also important because they are valuable team members and may provide insight into situations that others may not have. Remember, each profession may see things differently based on their education, experience and area of focus.

Be sure to select both formal and informal leaders. Formal leaders are those in management positions. Informal leaders should come from all strata of the targeted area. These are people who provide leadership in situations, people who are trusted and respected, people who take time to coach others.

## 2 Be transparent

Transparency is vital in the process of implementing TeamSTEPPS training. You'll need to communicate the organization's vision to the team at the outset to enhance understanding of the culture change. This will help team members to take ownership of TeamSTEPPS. Before the team is trained, you'll want to ensure that team members are clear on expectations and next steps. Get their input from the start. Buy-in is important, but ownership is paramount. You want them to feel that they have "skin in the game" and that they had a part in designing what will happen. If they know TeamSTEPPS is going to happen but get to choose how they do it, the implementation will go more smoothly.

## 3 Clearly define the goal

Goals for the initiative need to be clearly defined. The challenge you are trying to solve must be specific and go beyond broad objectives such as "improving communication." This is vital. You'll also want to collect data about the issue being examined or review data you're already collecting. Try not to create more work in this stage.

### ► Use data to help define your goal



**Root cause analysis data**



**Near-miss events**



**Failure modes and effects analysis**



**Culture surveys**



**HCAHPS patient satisfaction**



**Focus groups**

## 4 Keep the scope in mind

To be truly effective, TeamSTEPPS implementation needs to be covered at multiple levels in the organization. The project vision, expectations, staff-support strategy and recognition-and-rewards actions will be developed at the organizational level. The departmental level addresses resources, identifies barriers and aligns the work to the vision. The unit level includes the change team and assesses, tests and adapts the tools as needed to embed them into the safety culture. This seems like a heavy lift. So, while it is important at the start to keep the end in mind, it is also important to address the critical moves one at a time. What challenge will you solve first? How will you communicate successes before you move on to the next department or challenge?



## 5 Identify TeamSTEPPS training options

TeamSTEPPS is customizable and many implementation strategies are used based on an organization’s goals and resources. The crosswalk below illustrates several ways organizations began their TeamSTEPPS journey and the approach they took to be initially trained and how they subsequently implemented their plan based on their organization’s unique needs. The case studies in this guide provide greater detail on successful results achieved with TeamSTEPPS training. The AHA is available to partner with organizations on all of these implementation strategies.

### ► TeamSTEPPS training options

Your TeamSTEPPS Goals	Training Options with AHA	Results	Post-Training Support
Learn TeamSTEPPS tools and implement as needed	<b>4-Hour Essentials</b> <i>Learn the basic tools and principles of TeamSTEPPS in 4 hours.</i>	Staff have a basic understanding of the TeamSTEPPS tools and principles and can use them in their daily work.	<b>Free public webinars or customized webinars</b>  <b>AHA Team Training co-facilitation with your new Master Trainers</b>  <b>Coaching (remote or in-person)</b>  <b>Customized specialty courses (e.g., resilience, patient and family engagement, gaming, etc.)</b>  <b>Leadership consultation/briefing</b>  <b>Develop/implement sustainability models</b>
	<b>1-Day Fundamentals</b> <i>Learn the basic tools and principles of TeamSTEPPS in 8 hours. A special focus is placed on implementation.</i>	Staff have a baseline understanding of the TeamSTEPPS tools and principles and a plan to use them to address their chosen initiative.	
Use TeamSTEPPS for a quality-improvement initiative in a department or specific area	<b>2-Day Master Training</b> <i>This course uses a train-the-trainer approach to educate participants in the TeamSTEPPS Fundamentals content and in methodologies for training and coaching others.</i>	Master Trainers understand the TeamSTEPPS tools and principles and can teach and coach others to build capacity within the department or organization. A “first steps” implementation plan is created.	
	<b>Long-term Engagement</b> <i>This 1-2 year program starts with an organizational assessment stage, continues through rounds of Master Training and concludes with significant work in setting up a sustainable and spreadable TeamSTEPPS program. Connections are made to “big-picture” organizational priorities.</i>	Organizations build capacity over time as TeamSTEPPS is rolled out in multiple, strategic departments. Measurable results are seen. The AHA faculty slowly cedes ownership of the process to the hospital or system.	
Create culture change by using TeamSTEPPS hospital or systemwide			

\*Customization available for all training options



## 6 Creating sustainable change

TeamSTEPPS training and implementation change how teams work together on an ongoing basis, and this change is intended to be sustainable. Sustainability is not static, it is a constant evolution. So, focus needs to be not only on training teams but also on providing sufficient time for teams to continue practicing the teamwork and strategies in their daily work. Hospital and care system leaders should play an active role in emphasizing the importance of maintaining a culture of safety with the support of TeamSTEPPS principles. To be sustainable, training should not be a one-time occurrence. Instead, training should be built into an organization's or department's ongoing staff training.

To sustain TeamSTEPPS in your organization, it's important to identify how it will be sustained and how it will evolve. Again, sustainment is customizable to your organization, but two prominent sustainment models exist: consultant and council.

In **The Consultant Model**, expertise is centralized in a single department and Master Trainers work with groups/ departments upon request. They train the groups or departments and help with implementation and coaching.

In **The Council Model**, expertise is spread across the organization so departments have a stronger sense of ownership. Each department or service line develops councils that feed up to the top of the organization.

### ► The Consultant Model vs. The Council Model

#### The Consultant Model

Expertise is centralized in a single department/area and Master Trainers work with groups/departments upon request. They train the groups or departments (through either the Essentials, Fundamentals or Master Training Course) and help with implementation and coaching.

- Core team of Master Trainers in shared department (i.e., quality, simulation center, education).
- Core team administers readiness assessment in interested department/office.
- If ready, core team designs and executes course to meet needs of department.
- Departmental leadership responsible for sustainability.
- Core team checks in to ensure continuation of program.

#### The Council Model

Expertise is spread across the organization so departments have a stronger sense of ownership. Each department or service line develops councils that feed up to the top of the organization.

- Departments/offices send individuals to become Master Trainers.
- Master Trainers return to their departments and train individuals to be instructors.
- Instructors develop courses specific to needs of their departments.
- When 75 percent of department is trained a council is formed.
- Councils are responsible for considering how TeamSTEPPS can be:
  - Used in all new initiatives.
  - Connected to work in adjacent departments.
  - Sustained over time.
- A systemwide council is formed to make connections and coordinate work of established councils.



## CASE STUDY 1

► **University of Iowa Hospitals and Clinics** | Iowa City, Iowa

**Situation** | Iowa River Landing (IRL), a large multispecialty ambulatory site within the University of Iowa Hospitals and Clinics, uses specific TeamSTEPPS tools to improve patient safety, satisfaction and staff engagement by developing a culture of empowerment and accountability.

**Background** | The University of Iowa Hospitals and Clinics is Iowa's only comprehensive academic medical center and a regional referral center. In the fall of 2012, the system opened its off-site ambulatory facility, IRL, to help decompress clinic visits at the main hospital and provide convenient access for outpatient visits.

IRL is made up of many different teams of staff that serve more than 20 different clinics. Clinic sizes range from only a few providers, one nurse, two to three medical assistants and a small number of support staff to many providers and seven nurses, 20 medical assistants, clinic pharmacists and support staff. IRL leadership felt that TeamSTEPPS tools could help promote teamwork both within these settings and across the building. It was imperative to find a way to roll out TeamSTEPPS in a customizable and flexible manner.

Clinical leaders said they were looking for ways to improve patient safety and satisfaction as well as staff engagement. They wanted to create the type of teamwork in the ambulatory environment that occurs in the operating room, where everyone is focused on the welfare of the patient.

**Assessment and analysis** | Leadership identified a team to attend a two-day TeamSTEPPS Master Trainer course at a regional training center. The associate director of nursing and a front-line manager, took the lead and worked to create a project plan on how to develop a TeamSTEPPS curriculum specific to IRL's many needs. A change team comprising 25 staff members representing all disciplines was trained. These champions were individuals who were viewed by the staff as leaders, were providers or had strong relationships with providers and who consistently modeled effective teamwork. They would serve as additional trainers over time, as well as being the "boots on the ground" needed to help motivate and influence staff.

To accommodate the outpatient environment, training was conducted in a series of monthly 60-90-minute sessions for five consecutive months. Training often focused on an individual tool, such as CUS, or a suite of tools such as briefs, huddles and debriefs. Training focused on addressing a problem that needed to be solved. It was vital to tailor training experiences to the clinic. Without doing so, it would have been less meaningful and more time-intensive. Nurse engagement has improved as well as elements on patient safety-surveys such as how well teams work together and the likelihood to recommend the practice.

**Recommendations and lessons learned** | The University of Iowa Health Care team learned the following:

- Practice matters. Their sustainment of TeamSTEPPS focused on a mock simulation program in which departments met quarterly to practice the tools and strategies. Scenarios from medical emergencies to interpersonal interactions were practiced.
- Be sure to debrief. In a structured debrief, teams are provided immediate feedback and coaching from their peers, which encourages open communication and a supportive work environment.
- Not everyone needs to be a Master Trainer: IRL learned that it is better to have a small cadre of Master Trainers and a change team to support them. The organization also learned to make implementation interactive and manageable so as to avoid information overload.

**Nurse engagement improved as well as elements on patient safety surveys such as how well teams work together and the likelihood to recommend the practice.**



## CASE STUDY 2

► **University of Washington Medicine** | Seattle

**Situation** | University of Washington Medicine (UW Medicine), using an internal consultant model, is systematically implementing TeamSTEPPS throughout the system's four hospitals and clinics within the organization. During the last five years, multiple departments have embarked in deep dives to facilitate hardwiring TeamSTEPPS into the culture.

**Background** | UW Medicine has four hospitals and more than 200 clinics, and serves patients in a four-state region that includes Washington, Wyoming, Alaska, Montana and Idaho (WWAMI).

During early implementation of TeamSTEPPS, there were silos throughout the system attempting to incorporate TeamSTEPPS training, with no standardized approach or coordinated plan. Key leaders in the system realized didactic training alone, or the “spray-and-pray” approach, was ineffective in implementing and sustaining culture change related to communication or teamwork.



In 2013, UW Medicine developed a new program, Team Collaboration for Organizational Excellence (TeamCORE), to facilitate TeamSTEPPS implementation using an ongoing consulting model. It provided support for departments ready for TeamSTEPPS implementation.

**Assessment and analysis** | In 2016, TeamCORE partnered with one of those departments, Surgical Services at Harborview Medical Center (HMC), the Level I trauma center serving the WWAMI region. Using the TeamSTEPPS Teamwork Perceptions Questionnaire (T-TPQ) as baseline data, a change team consisting of surgeons, anesthesiologists, RNs, scrub techs, sterile processing techs, housekeeping and leadership met monthly, with TeamCORE faculty helping to guide the process. The faculty discussed opportunities to get quick

successes and the best way to focus the training. Based on T-TPQ data, which showed opportunities for improving department efficiency and having a better understanding of roles and responsibilities, the change team focused on implementing briefs in HMC's 27 ORs every morning, discussing the plan for the day in that specific OR.

An innovative training plan was designed and co-facilitated by TeamCORE faculty and the change team members.

- Training sessions were held for everyone in the department, and included one two-hour session. More than 500 people from all professions attended the trainings over a four-month period.
- Many sessions were split into two one-hour sessions to eliminate the need to close down any ORs for the training.

A pilot of five surgeons started in August 2016, using a brief template designed by the change team, with implementation across all service lines on Jan. 2, 2017. Measurement included process measures and evaluative measures.

- Baseline data, in addition to the T-TPQ, included the culture of safety survey, employee engagement survey and patient satisfaction surveys.
- Using the brief template form, it showed the brief improved efficiency by discovering information for subsequent cases 60 percent of the time. Currently, the brief occurs approximately 90 percent of the time, and the average length is about three minutes.
- The brief has been well-received by all members of the team, and follow-up surveys indicate the brief has improved the overall culture in surgical services.

**Recommendations and lessons learned** | The implementation and sustainment strategy to start small —

**The implementation and sustainment strategy to start small — by implementing one to two tools at a time — has been instrumental in maintaining the progress in surgical services.**

by implementing one to two tools at a time — has been instrumental in maintaining the progress in surgical services. Although implementing the brief was a big process and culture change for the department, the frontline staff owned the process and members of the surgical services team immediately found value in the morning brief. The change team shared results frequently within the department, which helped maintain the momentum. Over the last two years, members of the surgical services change team have presented their results at local, regional and national conferences, giving them a chance to “show off” their program and allowed them an opportunity for professional growth.

### CASE STUDY 3

## ► MetroHealth System | Cleveland

**Situation** | The MetroHealth system has implemented and sustained TeamSTEPPS within its organization for the past five and a half years. All 7,500 staff have been trained and 15 TeamSTEPPS Action Councils meet monthly to develop and conduct quality-improvement projects. TeamSTEPPS is now part of its culture, included in its new employee orientation and integrated with its quality and patient-safety programs.

**Background** | The MetroHealth System is a public institution serving Cleveland and the surrounding county for the past 180 years. MetroHealth has a Level I trauma unit and burn center and a Level III neonatal intensive care unit. Annually, MetroHealth provides approximately 1.4 million ambulatory visits, 140,000 emergency department visits, delivers more than 3,000 infants and responds to over 5,000 trauma activations. Currently, it has a main campus with 5,500 inpatient beds and 22 ambulatory health care centers.

In 2013, MetroHealth underwent a transformation because of changes in key leadership, the anticipated addition of a large ambulatory network and struggles with an ever-changing health care environment. These factors negatively impacted staff morale. TeamSTEPPS was viewed as a key element to assist with this transformation.

A TeamSTEPPS champion and change team were identified. The team explored various programs, reviewed the literature and corresponded with various organizations using TeamSTEPPS. Once the Change Team was convinced of the value of TeamSTEPPS, a proposal was developed for MetroHealth’s leadership.

The proposal included: training all staff (clinical and nonclinical); use of the train-the-trainer model; and development of a strategy for sustainability. The goal was, and continues to be, to engage and empower all staff to improve the quality of patient care and to enhance patient safety.

**Assessment and analysis** | The implementation strategy was to use the train-the-trainer model throughout the organization. They began with six TeamSTEPPS Master Trainers and gradually built that number to the current cadre of more than 30. All Master Trainers are volunteers and have full-time positions with MetroHealth.

As each department was approached for implementation, a “readiness” assessment was conducted, ensuring that leadership had support and that staff were willing and able to begin the TeamSTEPPS training. This assessment included a modified version of the AHRQ Patient Safety Survey.

Once a department was determined to be “ready,” staff members were identified to be TeamSTEPPS instructors. Instructors completed eight hours of TeamSTEPPS fundamentals training (which is the first day of the Master Training course) and

As each department was approached for implementation, a “readiness” assessment was conducted, ensuring that leadership had support and that the staff was willing and able to begin the TeamSTEPPS training.



received coaching on how to effectively teach the materials. Master Trainers conducted the course. The Instructors were given the AHRQ TeamSTEPPS PowerPoint presentations as templates. They were directed to modify the PowerPoint presentations to be relevant to their area, employing illustrations, activities and brief video clips that would speak directly to their staff. Thus, each department was trained by instructors from within their department with a curriculum that was designed specifically for them.

The four-hour staff sessions focused on TeamSTEPPS essentials, emphasizing the tools and strategies that would be most beneficial based upon their AHRQ survey results. As the implementation progressed, instructors began sharing ideas for educational games and fun videos to help teach TeamSTEPPS concepts. Currently, several hundred Instructors now serve as coaches.

Implementation results and highlights include: (1) improved AHRQ Patient Safety Scores; (2) reduction in malpractice suits; (3) increased safety event reports; (4) establishment of 15 TeamSTEPPS Action Councils that develop, conduct and evaluate quality-improvement projects, focusing on improving patient safety, enhancing patient experience, increasing employee engagement, and optimizing clinical and nonclinical processes.

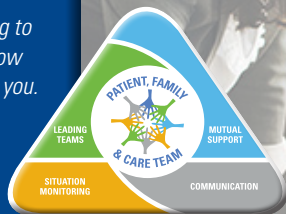
**Recommendations and lessons learned** | MetroHealth’s key lessons learned:

- Ensure that you have leadership’s support. Without the support of the C-suite, department chairs, service-line directors, unit managers, etc., the TeamSTEPPS activities will encounter repeated roadblocks.
- The most important item to request from leadership is staff time away from work. MetroHealth’s Master Trainers completed two full days of training; instructors completed one full day of training and all remaining staff completed a half-day of training. Also, TeamSTEPPS Action Councils meet monthly for one hour and the subcommittees meet for an additional hour each month to work on their quality-improvement projects.
- Engage your physicians in the training and sustainability processes. TeamSTEPPS is not a nursing initiative or quality initiative. It needs to be interdisciplinary, including all clinical staff, especially the physicians. If they do not participate, the other staff tend to question the sustainability of the program.
- Upon completing training, quickly engage staff in a quality project that will allow them to use the TeamSTEPPS tools and strategies they learned. Without using the skills, the staff will soon forget what they learned and will view it as simply another training.
- Finally, emphasize that TeamSTEPPS is not another initiative. Explain that it is a set of tools and strategies to improve the efficiency and effectiveness of the work that your staff are already doing.

**How Far Can Your Team Go?**

Contact AHA Team Training to set up a consultation on how TeamSTEPPS can work for you.

**AHA Team Training**  
312-422-2609  
TeamTraining@aha.org



平成30年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための

組織マネジメント研修プログラムの開発

分担研究報告書

医療機関の再編統合事例に関する現地調査

研究協力者 佐藤 大介（国立保健医療科学院）

研究協力者 柿沼 倫弘（国立保健医療科学院）

研究分担者 小林 健一（国立保健医療科学院）

#### 研究要旨

本研究は、再編・統合を達成した公立公的医療機関および関連自治体を対象に、再編・統合に至った背景・経緯および再編・統合の基本計画・組織体制ならびに再編統合後の医療機能・病院経営の状況等に関するヒアリング調査を実施した。

ヒアリング調査は総務省「地方公益企業の抜本的な改革等に係る先進・優良事例集 病院事業」を基にリストアップした医療機関を病床機能報告データから病棟機能とその稼働状況から候補医療機関を絞り込み、厚生労働省医政局地域医療計画課と協議の上選定した。ヒアリング項目は半構造化した10問程度の設問に対して対象医療機関の回答を得、その後自由討論方式で行った。

調査の結果、再編・統合に向けて組織の方向性を考え、活動方針を決定する病院管理者に特に求められる重要な役割は、①地域との良好な関係の構築、②再編統合に向けた病院間のマネジメント、③職員のモチベーションの維持・向上、④職員の意識改革、⑤労務管理に関するマネジメント、⑥事務部門の人材の充実に整理されることが明らかとなった。

したがって、上記の病院管理者に求められる役割を担えるよう導くプログラムを設置することが、地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修プログラムに必要なだと考える。

#### A. 研究目的

本研究では、近年、再編・統合を達成した公立公的医療機関および関連自治体を対象に、再編・統合に至った背景・経緯および再編・統合の基本計画・組織体制ならびに再編統合後の医療機能・病院経営の状況等に関するヒアリング調査を実施した。

#### B. 研究方法

ヒアリング調査は総務省「地方公益企業の抜本的な改革等に係る先進・優良事例集 病院事業」を基にリストアップした医療機関を病床機能報告データから病棟機能とその稼働状

況から候補医療機関を絞り込み、厚生労働省医政局地域医療計画課と協議の上選定した。調査は分担研究者と、外部委託契約に基づき日程調整等の支援を行う日本能率協会1名で行った。

ヒアリング項目は半構造化した10問程度の設問に対して対象医療機関の回答を得、その後自由討論方式で行った。1回あたり調査所要時間は90分程度で実施した。

#### (倫理面への配慮)

本研究は医療機関や自治体を対象としたヒアリング調査のため研究倫理面に関する事項はない。

### C. 研究結果

ヒアリング調査対象の概要およびヒアリング調査国目については別表1～別表4に整理した。ヒアリング調査における自由討論は以下の通りであった。

#### (1) 再編統合経緯・背景、過程

##### ①再編統合の経緯・背景について

- ・臨床研修医制度開始による地方の医師不足、それに伴う経営悪化を解消することが第一の目的であった。
- ・ヒアリング先においては、病院の老朽化による建替えのタイミングで実施していた。

##### ②再編統合の過程について

- ・再編統合に向けて、親となる委員会とその下部組織としてテーマ別の作業部会・ワーキンググループを設置し、細かいルールを設定していた。
- ・病院で普通の業務を行いながら新病院の準備をするというのは容易ではないため、茨城県西部メディカルセンターにおいては再

編統合の事務局は40人が目安となるとの意見が出た。

- ・再編統合にあたり、住民にも職員にもどちらかの病院が「吸収」されるという印象を持たれないことを重視していた。
- ・住民に対しては「病院は残る」「再編統合で医療を守る」「救急を断らない」ということを説明していた。また、北播磨総合医療センターにおいてはシャトルバスなどで患者の交通アクセスを確保するような工夫を実施していた。

#### (2) 再編統合までの決定事項

##### ①運営体について

- ・メリットを鑑みて、企業団方式と地方独立行政法人を臨機応変に選択されていた。
- ・企業団方式のメリット：職員の身分は地方公務員を維持できるため、職員に安心感を与え、受け入れられやすい。
- ・地方独立行政法人のメリット：弾力的な予算執行が出来る。理事長に病院運営に関する権限が与えられるため意思決定がしやすい。

##### ②立地・規模・機能について

- ・再編統合により新たな病院を設立する場合は、それまでの病院からのアクセスは車で20分以内、かつ統合医療機関の中間地点に建設していた。
- ・再編統合後の病院の病床数は、統合する病院の病床数を足し合わせた数よりも少ない数の病床で構成されていた。病床数は、圏域外に流出していた患者が戻ってきたときに必要となる病床数を試算して設定されていた。

- ・再編統合後の病院の機能は、地域の患者のニーズをもとにレセプトデータ等で試算して設定されていた。

#### ③コストについて

- ・5：5や財政力や病院からの距離を指数化して負担割合を決定するなど、病院から受ける恩恵に比例して決定されていた。

#### ④運用決定について

- ・業務統合は、全然文化が違う病院が一緒になるということであり、非常に大変な作業であったとの意見が出た。
- ・旧病院を運用しながら、業務終了後に運用摺り合わせの議論することが一番大変であったとの意見が出た。

#### ⑤人事・給与について

- ・職員の処遇が変わらないこと、そして職員が納得した上での移籍が重要であったとの意見が出た。
- ・南奈良総合医療センターや北播磨総合医療センターにおいては、ポストは統合する病院間でバランスをとることが必要であったとの意見が出た。

### (3) 再編統合後の経営

#### ①経営状況について

- ・病床稼働率や紹介・逆紹介率も再編統合前から大きく上昇していた。
- ・患者の流出入は一変し、圏域外からも患者が流入するように変化していた。

#### ②経営課題について

- ・流出していた患者が想定外に戻ってきたために施設が手狭であるが、今後の人口減少進行を見越して検討することが必要であるとの意見が出た。
- ・高齢化が進む中、在宅医療を含めた地域包括ケアシステムという観点で、いかに他の

医療機関と連携していくか、どういう役割を果たしていくのが課題であるとの意見が出た。

#### ③医師確保

- ・研修医や大学に、その病院で勤務するメリットがあると思われる病院になることが重要であるとの意見が出た。北播磨総合医療センターにおいてはda Vinciの導入といったハード面の拡充で魅力の向上を図っていた。
- ・大規模な病院だけではなく、診療所や在宅でも診られるような医師を育成していくことが、今後重要になっていくと思われるとの意見が出た。

### D. 考察

ヒアリング調査の結果、再編・統合に向けて組織の方向性を考え、活動方針を決定する病院管理者に特に求められる重要な役割は以下のとおりであり、確実に役割を担えるように導くプログラムを設置することが、病院のトップマネジャー人材育成に資する研修に必要だと考える。

#### ① 地域との良好な関係の構築

再編統合後の病院の経営を維持するためには、医療者・患者双方へのアプローチが必要となる。地域医療の現状を把握し、再編統合後の病院と地域の医療機関の機能分化を明確にして、地元医師会や病院・診療所との連携・協力体制を働きかけることが必要である。そのため病院管理者には、地域医療連携や地域包括ケアの概念の理解、連携に必要な戦略の理解が求められる。

また住民に対しては、再編統合の結果、新病院に対して不便さを感じる可能性があり、

説明会等で地域医療を確保するための再編統合であるということの周知が必要となる。

## ② 再編統合に向けた病院間のマネジメント

病院にはそれぞれの文化があり、組織として単純に一緒になるのは難しい。特に業務統合においては、現場で働く職員により納得が行く形で業務の擦り合わせで行われ、素早く全体に周知徹底させることが課題となる。

病院管理者には、早期に部門ごとに業務手順の擦り合わせを行う場を設置すること、擦り合わせの場がスムーズに進行されるよう適したリーダーを任命すること、そして、擦り合わせの進捗状況や決定内容を把握し、関係者に周知する手段を構築することが求められる。企画立案、全体スケジュールの見える化、メンバーの負荷の軽減のための方法やリスク管理等のプロジェクトマネジメントの視点が必要である。

## ③ 職員のモチベーションの維持・向上

再編統合にあたり、統合される病院間に強弱関係が生まれないように配慮するとともに、職場環境や処遇等の変化を余儀なくされるスタッフのモチベーションを高く保ち続ける必要がある。

病院管理者には、職員のモチベーションを保ち続けることができるよう、職員の人事評価制度の構築や表彰制度、福利厚生制度の充実などの制度設計とともに、制度の運用のために周到的理解促進と啓発活動が求められる。

## ④ 職員の意識改革

公立病院から企業団方式や独立行政法人になった場合、原則として経費は独立採算とな

る。経営改善のためには、職員が持つ「甘え」をなくし、「地域に貢献し、地域に存続する医療機関」になるために健全な経営が必須であることを職員に理解させることが重要である。そこで、病院のミッション、ビジョンを明確に示し、従来の枠にとらわれない職員の意識づくりが病院管理者に求められる。

また、病院管理者自身も、売上や患者数の数字を把握するだけでなく、その原因が何なのか、どのような方策が売上向上につながるのかという意識と、数字を分析する経理・経営の知識を持つ必要がある。

## ⑤ 労務管理に関するマネジメント

ヒアリング先において、再編統合後は旧病院時代と比較して、稼働率や紹介率が急増していた。再編統合により急激に職員の勤務環境が変化する可能性があり、経営改善に並行して職員の疲弊を防止し、医療の質を向上させることが重要である。

病院管理者は職員の勤務環境・処遇などの労務管理に関するマネジメント能力を身につけ、リーダーシップを発揮して院内の体制整備を行うとともに、病院の機能や役割を明確に示して、二人主治医制のような医療のかかり方を地域住民へ啓発することが求められる。

## ⑥ 事務部門の人材の充実

上記①～⑤の項目を迅速かつ的確に行うためには、事務部門のプロパー職員の充実が必須となる。事務職員は病院運営に必要な各種申請手続きの他、様々な会議体の資料作成や各種機関との窓口など、ヒト・モノ・カネと情報が集約され、病院運営の根本を支える存在である。



病院管理者は再編統合の過程の中で必要となる事項を俯瞰して把握し、そのタイミングごとの業務量を考慮して人員を配置することが求められる。そのために、過去の再編統合におけるスケジュールだけでなく、それぞれのタイミングでどのようなことが必要であったか、具体的なイメージを病院管理者に想起させるよう、事務職員の体験談を伝えることも必要と考える。

#### E. 結論

本研究の結果、病院管理者に特に求められる重要な役割は、①地域との良好な関係の構築、②再編統合に向けた病院間のマネジメント、③職員のモチベーションの維持・向上、④職員の意識改革、⑤労務管理に関するマネジメント、⑥事務部門の人材の充実に整理されることが明らかとなった。したがって、上記の病院管理者に求められる役割を担えるよう導くプログラムを設置することが、地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組

織マネジメント研修プログラムに必要だと考  
える。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし



平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）  
地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための  
組織マネジメント研修プログラムの開発  
分担研究報告書

病院の再編統合をテーマとした試行版研修プログラムの開発・評価

研究分担者 小林 健一（国立保健医療科学院）  
研究協力者 柿沼 倫弘（国立保健医療科学院）

研究要旨

本研究は、病院管理者のための人材育成プログラムを開発・評価することを目的として実施した。試行研修では、「病院の再編統合」をテーマとし、ケースメソッド方式により研修を展開することで、テーマの妥当性および研修方法の適切性について検討を加えた。

地域医療構想は今日わが国の医療行政において非常に重要な施策であるが、今後わが国のさまざまな地域で発生すると考えられる状況として、医療機関の再編統合が挙げられる。とくに人口減少が予測される地域においては、医療従事者の確保や、医療機関の施設（再）整備にかかる財源確保は、喫緊の課題であるといえる。そこで本研究では「病院の再編統合」について、実際に再編統合を行った日本海総合病院・酒田市立病院（山形県酒田市）の事例を題材として、再編統合にいたる経緯の吟味、外部環境と内部環境の分析、意思決定のあり方、等について試行研修参加者に小グループ討議をしてもらった後、ケースメソッド方式により全体討議を行った。

試行研修の後半では、「病院の再編統合」というテーマについて、および「ケースメソッド」という学習方法について、試行研修参加者を対象とした自記式アンケート調査を行った。

アンケートから、病院の再編統合や医師の働き方改革といった、医療政策で喫緊の課題となっているテーマについて、病院職員とくに最高責任者である病院長が学ぶべきとの意見を見出すことができた。またそれらのテーマについて効果的な学習方法として、従来型の講義だけでなくケースメソッドを活用すること、さらにデータを読み取り経営学的な視点を持つことの重要性等が指摘された。

A. 研究目的

わが国における病院管理者のための人材育成プログラムは、1949年に設置された厚生省病院管理研修所（のちに国立医療・病院管理研究所、国立保健医療科学院へと改組）で始められた。この研修は、病院長・看護部長・

事務長・薬剤部長などを対象とし、1998年までの50年間に合計32,302名の病院職員が研修を受講した<sup>1</sup>。国立医療・病院管理研究所で実施されていた研修プログラムは、基礎科目として社会保障論や老人保健福祉等の講義があり、専門科目として医療管理、経営管理、

施設計画の3領域の科目が設定され、病院の組織マネジメントに必要な知識が体系的に学べるようデザインされていた。このプログラムは後に、大学や団体が実施する病院管理者向け研修会・セミナー等のモデルプログラムとして、広く参照されることとなった。

一方で近年、ケースメソッドと呼ばれる学習方法が注目を集めている。ケースメソッドは米国のハーバード・ビジネススクールで始められた学習方法であり、実際に起きた事例を教材（ケースシナリオ）として活用し、受講者のあいだで討議を繰り返して問題解決方法を見出してゆくものであり、唯一の正解を見いだすことは求めている点に特徴がある。

本研究では、病院管理者向け組織マネジメント研修プログラムの開発・検証として、「医療機関の再編統合」をテーマとして設定し、学習方法としてはケースメソッドを採用して試行研修を行うことにより、研修テーマの妥当性、およびケースメソッドの手法の妥当性について評価・検証を行った。

## B. 研究方法

地域医療構想は今日わが国の医療行政において非常に重要な施策であるが、今後わが国のさまざまな地域で発生すると考えられる状況として、医療機関の再編統合が挙げられる。とくに人口減少が予測される地域においては、医療従事者の確保や、医療機関の施設（再）整備にかかる財源確保は、喫緊の課題であるといえる。そこで本研究では「病院の再編統合」について、実際に再編統合を行った日本海総合病院・酒田市立病院（山形県酒田市）の事例を題材として、再編統合にいたる経緯の吟味、外部環境と内部環境の分析、意思決定のあり方、等について試行研修参加者に小グループ討議をしてもらった後、ケー

スメソッド方式により全体討議を行った。

具体的には、別紙5-1の参加者を対象として、別紙5-2に示す4時間のプログラムで試行研修を実施した。

参加者の選定基準は、①学会・大学・公的団体等において病院職員の人材育成に従事している学識経験者、②病院長・看護部長・事務長として病院管理に従事している者のうち、国立保健医療科学院等が実施する研修を受講した経験を有する者、である。

試行研修のプログラムは、研究班と学識経験者により検討し、実際に再編統合を行うことで地域医療の確保と活性化に成功したと考えられる日本海総合病院および酒田市立病院の再編統合事例<sup>23</sup>を選定した。

ケースメソッドは本来、参加者に対してケースシナリオを事前学習用に提供し、グループ討議からスタートすることが基本スタイルである。しかし今回の試行研修では事前にケースシナリオを作成・頒布せず、再編統合の際に病院長としてさまざまな折衝・調整を担当した当事者である栗谷義樹氏（日本海総合病院理事長）による解説講演を行った後に、グループ討議してもらった変則的なスタイルを採用した。

解説講演に続いてケースメソッドによる討議を展開した後に、試行研修参加者に別紙5-3のアンケート票に記入してもらい、「病院の再編統合という研修テーマについて」および「ケースメソッドという学習方法について」の自由記載を依頼した。そのほか、研修の受講者として適切と思われる職種、ケースメソッド以外の学習方法についての是非、病院再編統合に関して必要と思われる知識とその理由、医師の働き方改革に関して必要と思われる知識とその理由、病院の再編統合および医師の働き方改革「以外」で病院幹部職員が学ぶべ

きテーマ（知識・技術）等について、意見を求めた。

#### （倫理面への配慮）

本研究では個人情報や人、動物を被験者等として扱う研究ではないため、倫理上の問題は生じないが、試行研修の参加者に対しては、趣旨説明と同意確認を行うための文書を提示した。

### C. 研究結果

試行研修参加者 27 名のうち 19 名よりアンケート票を回収した。以下、設問ごとに回答結果・主な意見について抜粋して示す。（下線は筆者）

（質問 1-1）病院の再編統合というテーマについて

- ・重要なテーマではあるが、地域により意識に差があるテーマとなってしまう可能性があるのでは。
- ・このテーマを含め、複数のテーマが必要。テーマのレベルが大きいので、もう少し直接的に病院の組織マネジメントに関わるテーマがよいのでは。
- ・病院再編統合は、地域医療構想達成の一つの手段であり、他にも手段はあると思うので、医療機能の役割分担等、他のテーマと手段も取り上げたほうが良いと思う。
- ・再編統合をテーマにする場合でも複数の状況を設定し、関わる病院開設法人属性（公立のみに限らない）に少し幅を持たせて、参加者が他人事にならないようにする工夫が必要。
- ・「地域における医療機能の分化・連携」という目的であれば、それぞれの参加施設、参加者によって具体的にテーマを絞ったほう

が良いと思う。

- ・公立病院の話ではありましたが、当院の事情と似ており、非常に勉強になりました。
- ・タイムリーな大事なテーマです。
- ・現場では、再編というドラスティックな事例だけでなく、むしろ機能転換やダウンサイジングをどうすると良いか悩んでいるのではないかと思います。病院再編といっても、研修参加者が再編のイニシアチブをとれるというわけではありません。

（質問 1-2）ケースメソッドの手法について

- ・現実的な議論ができるので望ましい。
- ・講師のスキルによるところが大きいのでは。
- ・受講側は気軽だが、講師のスキルや進め方で理解度が大きく左右されるのではないか。
- ・複数のケースが必要と思われる。
- ・参加者が自由に意見を言える。正解がないところが良い
- ・グループ編成について。地域、組織、職種等、多様性が求められる。
- ・ケースに触れる前の座学で何を学ぶか。対象の明確化。
- ・正解がなく、またグループで取りまとめる必要がなかったので、気軽に意見を述べる事ができた。
- ・日常の業務（管理も含む）リフレクションにもなった。
- ・できれば座学の後にケースメソッドを行うといいと思う。事前学習は、たぶんほとんどの参加者が深く読み込んでこないのでは。

（質問 2）地域医療構想における医療機関の再編統合や医療機関の働き方改革をテーマとした研修では、どのような職種が受講対象者として適切だと思うか（複数選択可）

下表のように、病院長・事務部長・看護

部長の順であった。

	回答数 (人)	割合 (%)
病院長	15	78.9
事務部長	12	63.2
看護部長	7	36.8
その他	7	36.8

(質問3) 地域医療構想における医療機関の再編統合や医療機関の働き方改革をテーマとした研修では、どのような学習方法が効果的だと思うか(複数選択可)

下表のように、今回の試行研修で実施したケースメソッドが、学習方法として効果的との回答が非常に多くあった。

	回答数 (人)	割合 (%)
ケースメソッド	16	88.9
講義形式(当事者からの取り組み事例紹介)	9	50.0
講義形式(理論)	6	33.3
病院見学	3	16.7
PCを用いたデータ分析	2	11.1

各学習方法が効果的と思われる理由として挙げられたものは、下記のものであった。(下線は筆者)

- ・ケースメソッド: 事例を基に具体的な討議ができることが重要
- ・ケースメソッド: ケースを通して、分析のあり方、また現象の理解の多様なあり方等、学ぶことが可能と思います。グループワーク、ワールドカフェ方式等を用いることが良いと思います
- ・ケースメソッド: 実践的なプロセスとか意思決定、リーダーの役割などの研修が可能となる。
- ・ケースメソッド: 受講者ではなく、参画者となれるため、自覚を促すことは重要と考えます。
- ・ケースメソッド: 座学のみだと、どう使う

知識なのかが定着しない

- ・病院見学: 事例を検討、グループワーク等したあとに実際の地域、施設を見学することは効果的。
- ・病院見学: 実際に病院の見学をすれば、気が付かないことや特異な事項を経験できることが期待できる。
- ・講義形式(理論): 何を行うにもまずは基礎となる知識が必要
- ・講義形式(理論): 働き方に関しては、基礎的な知識に関する講義が必要だと思う。
- ・講義形式(理論): 分析に関する基礎知識
- ・講義形式(理論): 将来需要などのデータの読み取り方。そのうえで自院の強み(機能)をどういかにするか。
- ・講義形式(当事者からの取り組み事例紹介): 実際の例がやはり参考になる。ただし、発表者のスキルによって理解度が左右されられると思われる。
- ・講義形式(当事者からの取り組み事例紹介): 本日のような事例の紹介(講義)→ケースメソッドで考えて深める。
- ・講義形式(当事者からの取り組み事例紹介): 受講者が他地域の話をお聴くことで、地域の状況を客観視、別な視点で見直すことができる。
- ・パソコンを用いたデータ分析: 基本的なデータのもとでディスカッションする必要がある。
- ・パソコンを用いたデータ分析: ケースメソッドをするファクト(データ)による客観的な視点が理解できると考える。

(質問4) 病院再編統合に関して、病院幹部職員にとって必要な知識とは

- ・地域医療構想への理解
- ・地域の医療需要の的確なデータと将来予測

- ・行政文書等の解説、組織論、財務、変革論
- ・組織マネジメント、地域の状況分析
- ・経営学的な知識（医師には欠けている）、戦略のもとになるような知識
- ・地域他機関の財務状況等
- ・基本的な知識は不足していると考ええる。例えば、会計では簿記は理解しても会計学を理解している者は少ないのではないか。
- ・とても幅広いので、何か切り口を決めたほうが良さそうです。事業計画の立て方、ファイナンス、組織論、人事・労務の法規
- ・対象が病院長（理事長）か事務部長かで内容は変わりそうです。

（質問5）医師の働き方改に関して、病院幹部職員にとって必要な知識とは

- ・労務管理、労働管理、36協定、労働基準法
- ・法律・規定はもちろんですが、成功例等の知識も大変重要と思います。
- ・労働基準法。自組織の就業規則を知らないと、適切な労務管理ができないし、労働組合と協議できない。

（質問6）病院再編統合や働き方改革以外で、病院幹部職員が学ぶべきテーマ（知識・技術）はどのようなものか

- ・地域医療の組み立て方と病院が立場をわきまえて行すべき役割の具体例。
- ・リーダーシップ
- ・データを読み取る力（深く読み込む力）。データを額面通りに読んでも本来の意味が理解できなければ病院経営にも支障をきたすと考えます。

（質問7）病院幹部職員向けの研修実施にあたり、適切な期間（日数）（1日の研修時間は90分×4コマと想定）

- ・3日間程度（2～3日間、3～4日間を含む）が多い

#### D. 考察

「病院の再編統合という研修テーマ」については、その重要性は広く共有されているようであった。ただし、研修受講者の「地域」もしくは「設立主体」により、意識に差がある可能性が指摘された。また再編統合は極端なケースであり、機能転換やダウンサイジングも含めて、さまざまなパターンをテーマとして設定することの必要性が指摘された。

再編統合にあたり必要な知識としては、地域の医療需要の的確なデータと将来予測、経営学的な知識など、医師の専門性とは異なる事項が多く指摘された。また併せて質問した、医師の働き方に関して必要な知識としては、労務管理の関連法規がまずは基礎知識として必要なことが指摘された一方で、改革の成功例について知ることが有効との意見がみられた。

「ケースメソッドという学習方法」については、一方的な講義よりも具体的・主体的に考えることができよとの意見が多数あった。唯一の正解を求めるのではなく、多様な意見について、議論を通じて学ぶことが有効との意見がみられた。ただし、議論をリードする講師の技能により教育効果が左右されるとの意見も複数挙げられており、ケースメソッド方式の研修実施には、知識伝授の研修とは異なる講師のスキルが求められることが指摘された。

「地域医療構想における病院の再編統合・働き方改革をテーマとした研修」について、参加すべき職種として挙げられたのは、病院

長が最も多かった。トップの意識改革が必要との意見が多くあり、病院の最高責任者が医療政策について理解・推進することの重要性が示唆された。

また上記研修について効果的な学習方法としては、ケースメソッド方式が効果的との回答が最も多かった(88.9%)。ケースメソッド以外では、再編統合・働き方改革等の当事者による事例紹介の講義(50.0%)、理論についての講義(33.3%)、病院見学(16.7%)、PCを用いたデータ分析(11.1%)という回答状況であった。とくに目立った意見として、将来需要などのデータの読み取り方、データの分析手法が重要との意見が複数見られた。ケースメソッドによる討議は重要であるものの、議論の材料となるファクト(データ)を客観的に理解・分析することの重要性が指摘できる。

以上、アンケートから、病院の再編統合や医師の働き方改革といった、医療政策で喫緊の課題となっているテーマについて、病院職員とくに最高責任者である病院長が学ぶべきとの意見を見出すことができた。またそれらのテーマについて効果的な学習方法として、従来型の講義だけでなくケースメソッドを活用すること、さらにデータを読み取り経営学的な視点を持つことの重要性等が指摘された。

## E. 結論

医療政策にはさまざまな課題があるが、実際に医療サービスを提供する病院等の医療機関が、当該医療政策の意義・ねらいについて正しく理解し、実践する必要がある。とくにトップである病院長が、政策の推進に向けて具体的な検討・意思決定を行うことが、地域医療構想の達成には欠かせないものと思われ

る。

本研究では、医療機関の再編統合をテーマとして、ケースメソッド方式による試行研修を実施したが、従来からの知識伝授型ではなく討議を中心とした学習方法は、喫緊の医療政策について具体的・主体的に思考することができ、効果的であることが確認された。

## F. 健康危険情報

該当なし。

## G. 研究発表

1. 論文発表 該当なし。
2. 学会発表 該当なし。

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 該当なし。
2. 実用新案登録 該当なし。

---

<sup>1</sup> 厚生省 国立医療病院管理研究所. 創立五十周年記念誌. 1999.7

<sup>2</sup> 栗谷義樹. 山形県酒田市病院機構の取組み 自治体病院再編統合後の現況と課題. 社会保険旬報 No.2654. 2016.10

<sup>3</sup> 栗谷義樹. 地域医療連携推進法人 制度の概要と山形県酒田市における設立準備に至る経緯. 病院 76 巻 7 号. 医学書院. 2017.7



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）

「地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための

組織マネジメント研修プログラムの開発」

試行研修 参加者名簿

	班	議論 参加	氏名	所属機関名	職名
1		×	栗谷 義樹	山形県・酒田市病院機構	理事長
2		×	渋谷 明隆	北里大学	教授
3	A	○	相澤 孝夫	相澤病院	理事長
4	B	○	笥 淳夫	工学院大学	教授
5	C	○	上泉 和子	青森県立保健大学	学長
6	D	○	富田 博樹	日本赤十字社本社	事業本部長
7	A	○	石原 匡司	足利赤十字病院	事務部長
8	B	○	高橋 カチ子	秋田労災病院	看護部長
9	C	○	佐藤 明	岩手県立東和病院	事務局長
10	D	○	庄司 邦枝	横浜市立市民病院	看護部長
11	A	○	秋元 文夫	慈恵大学	参与
12	B	○	峰 隆志	東京慈恵会医科大学病院	事務部長
13	C	○	田淵 典之	日本赤十字社	技監
14	D	○	中西 佳美	天本病院	看護介護部長
15	A	○	松岡 博	日本赤十字社	事業本部
16	B	○	前田 由美子	日本医師会	研究部専門部長
17			土屋 直人	日本医師会	地域医療課
18			福田 隆	日本病院会	事務局長
19			竹内 幸大	日本病院会	企画課
20	C	○	松本 晴樹	医政局地域医療計画課	課長補佐
21	D	○	横山 周平	医政局地域医療計画課	課長補佐
22	A	○	西井 章浩	医政局医療経営支援課	室長補佐
23	B	○	福田 敬	国立保健医療科学院	センター長
24	C	○	玉置 洋	国立保健医療科学院	上席主任研究官
25			小林 健一	国立保健医療科学院	上席主任研究官
26	D	○	佐藤 大介	国立保健医療科学院	主任研究官
27			柿沼 倫弘	国立保健医療科学院	主任研究官

2018年度厚生労働科学特別研究  
「地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための  
組織マネジメント研修プログラムの開発」

**病院管理者のための組織マネジメント研修（試行版）**

日時：2019年2月14日（木）13時～17時

場所：TKP 東京駅日本橋カンファレンスセンター

東京都中央区八重洲 1-2-16（電話 03-3510-9123）

プログラム

13：00～13：10	趣旨説明
13：10～13：20	ケースメソッドの説明
13：20～14：20	病院の再編統合について（講義）
14：20～14：50	グループディスカッション
14：50～15：00	休憩
15：00～16：20	全体ディスカッション＋まとめ
16：20～16：50	試行研修に対する評価（フィードバック）
16：50～16：55	関係団体コメント
16：55～17：00	まとめ

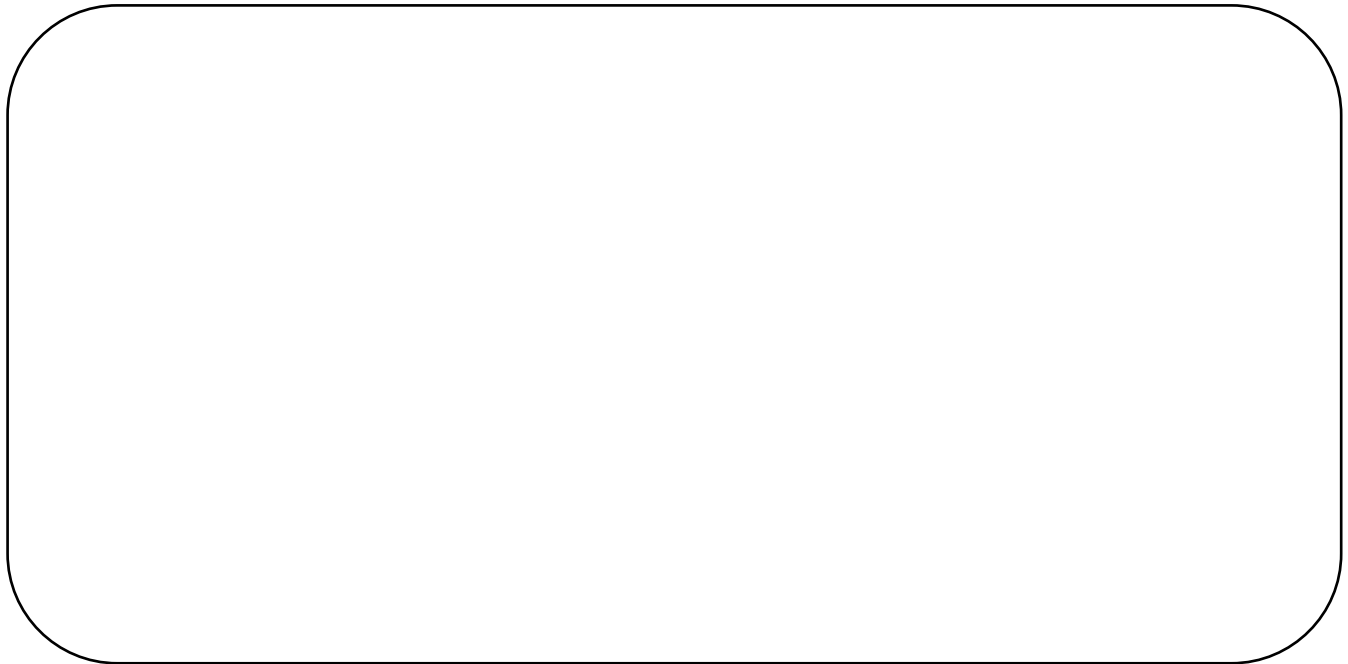
「地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修プログラムの開発」  
試行研修受講者のみなさまへ アンケートご協力へのお願い

ご所属・お名前： \_\_\_\_\_

**I. 本日の試行研修に関してお伺いします。**

質問 1. 本日は、どういった内容を学ぶことができましたか。感想やご要望等を含め、  
ご自由にご記入をお願いいたします。

①病院再編統合というテーマについて



②ケースメソッドという方法について





**質問4. 病院再編統合に関して**、病院幹部職員にとって必要な知識は、どのようなものだと思いますか。  
理由も含めご記入をお願いいたします。Ex. 新公立病院改革ガイドラインの解説、組織マネジメント、会計学…

**質問5. 医師の働き方改革に関して**、病院幹部職員にとって必要な知識は、どのようなものだと思いますか。  
理由も含めご記入をお願いいたします。Ex.36 協定、労務管理、タスクシフティング・・・

質問6. 病院再編統合や働き方改革以外で、病院幹部職員が学ぶべきテーマ（知識・技術）は、  
どのようなものだと思いますか。理由も含めご記入をお願いいたします。

質問7. 病院幹部職員向けの研修実施にあたり、適切だとお考えになる期間（日数）をご記入ください。  
1日の研修時間は、90分×4コマと想定。

1回あたり \_\_\_\_\_ 日間程度

質問8. その他ご意見等ございましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

研究成果の刊行に関する一覧表

該当なし

厚生労働大臣 殿

機関名 国立保健医療科学院  
 所属研究機関長 職名 院長  
 氏名 福島 靖正 印



次の職員の平成30年度厚生労働行政推進調査事業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。

- 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
- 研究課題名 地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修プログラムの開発
- 研究者名 (所属部局・職名) 保健医療経済評価研究センター・センター長  
 (氏名・フリガナ) 福田 敬・フクダ タカシ

## 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。



厚生労働大臣 殿

機関名 国立保健医療科学院  
 所属研究機関長 職名 院長  
 氏名 福島 靖正 印



次の職員の平成30年度厚生労働行政推進調査事業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 厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修プログラムの開発
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医療・福祉サービス研究部・上席主任研究官  
 (氏名・フリガナ) 小林 健一・コバヤシ ケンイチ

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。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立保健医療科学院  
 所属研究機関長 職名 院長  
 氏名 福島 靖正 印



次の職員の平成30年度厚生労働行政推進調査事業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 厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修プログラムの開発
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医療・福祉サービス研究部・上席主任研究官  
 (氏名・フリガナ) 玉置 洋・タマキ ヨウ

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。

平成31年3月26日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立保健医療科学院  
所属研究機関長 職名 院長  
氏名 福島 靖正 印



次の職員の平成30年度厚生労働行政推進調査事業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。

- 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
- 研究課題名 地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修プログラムの開発
- 研究者名 (所属部局・職名) 国際協力研究部・上席主任研究官  
(氏名・フリガナ) 種田 憲一郎・タネダ ケンイチロウ

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。

平成31年3月26日

厚生労働大臣 殿

機関名 公益財団法人日本医療機能評価機構  
所属研究機関長 職名 代表理事 理事長 河北博  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

次の職員の平成30年度厚生労働行政推進調査事業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。

- 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
- 研究課題名 地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修プログラムの開発
- 研究者名 (所属部局・職名) 公益財団法人日本医療機能評価機構・理事  
(氏名・フリガナ) 橋本 迪生・ハシモト ミチオ

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。

令和元年5月29日

国立保健医療科学院長 殿

機関名 工学院大学  
所属研究機関長 職名 学長  
氏名 佐藤 光史

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。

- 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
- 研究課題名 地域医療構想の達成のための病院管理者向け組織マネジメント研修プログラムの開発研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 建築学部建築デザイン学科・教授  
(氏名・フリガナ) 筧 淳夫・カケヒ アツオ

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) ・該当する口を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。