

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
令和6年度 総括研究報告書
医療安全地域連携加算等による医療経済・医療安全上の影響の検証と
効率的かつ効果的な体制構築に向けた研究

研究代表者 種田憲一郎 国立保健医療科学院 上席主任研究官

研究要旨

（背景・目的）平成29年の医療法改正で追加された特定機能病院間のピアレビュー、そして、平成30年に新設された「医療安全対策地域連携加算」により、医療機関間の医療安全の連携が可能となったが、これらの連携による医療経済や医療安全の観点での効果は明らかにされていない。また超高齢化社会を迎え介護現場の医療安全の強化も喫緊の課題である。そこで本研究課題では、医療経済学及び医療安全学の観点から、医療安全地域連携加算や特定機能病院間のピアレビューによる効果を検証し、効率的かつ効果的な医療安全の連携体制の構築（介護施設等含む）に向けた提言を行う。

（方法）本研究は2年間で実施し、当該年度は研究2年目であった。様々な医療機関等の医療安全の連携を調査・分析するための包括的かつ多面的な視点で取組む研究体制とした。研究班員のネットワークの関係者の協力を得て、情報収集及び分析を行った。研究1年目に得られた現状把握のデータから、研究2年目には以下を実施した：

①医療安全対策地域連携に関わる全国的なアンケート調査及び地域でのアンケート調査、②特定機能病院のピアレビューに関するアンケート調査、③経年的医療事故の数などを収集し、医療安全上の効果と医療経済学的評価の分析、④医療・介護における安全上の課題とその対処に必要な連携体制についてのヒアリング、⑤効率的かつ効果的な医療安全の連携体制の構築に向けた提言の検討

（結果・考察）様々な医療安全に資する連携が存在するが、大きく3つの機能の類型がある（①より安全な仕組みづくり、②安全を担保する一定水準の維持、③医療安全担当者の学び合い・相互支援の場）。この中で、他の第三者評価にはない医療機関同士の連携（特定機能病院のピアレビューや医療安全対策地域連携加算の相互評価を含む）に特徴的な機能は、「③学び合い・相互支援の場」であり、③の実現には連携の場が「心理的安全な場」である必要がある。さらに③は、医療機関同士の連携により①②を達成する上での基盤となる。また、連携の成果の視点として、有害事象の減少などのアウトカムだけでなく、よりよい医療安全管理体制（Structure）や対策の実践（Process）などにも注目する必要がある。全国的なアンケート調査からは医療安全対策連携加算を取得している医療施設は、医療安全の総合的レベルが高いことが示唆されている。熱心に取り組む地域のネットワークのアンケートにおいても地域連携の意義を高く評価している。また医療安全における地域連携の費用効果分析においては、ICER（増分費用効果比）への影響が大きい主なパラメータはアクシデント発生率、連携による効果、および加算費用などであった。同様の研究は少なく、本分析手法や分析上の課題や限界は今後の参考になると考えられる。特定機能病院のピアレビューにおいては、外形的な医療安全管理体制の評価に留まらず、互いの実践の深い学び合いや率直な意見交換に意義を感じている実務者が多く、これらは、様々な既存の対策の実践（Process）の更なる推進等にも寄与している。方法論の一つとして死亡事例を検討することについては、課題共有・実践的助言・標準化につながる等の肯定的意見が見られた一方で、センシティブな内容や個別性への配慮が必要等の慎重な意見も見られた。あらためて③を実現する基盤：「心理的安全な場」を創る（効果的な①②も推進する）ことが必要である。これは医療介護の連携においても同様である。具体的には、まずは各施設が相談したい内容を互いに提示し、「指摘」ではなく「情報交換」として始めることである。その上で、施設間の相互評価においては、既成の評価項目でなく、ニーズをヒアリングして作成すること、そして相互評価だけでなく、ともに学ぶ研修の機会・相談をできる機会をつくること、手段としてオンライン会議も活用すること、事務部門との連携強化、などが効率的かつ効果的な医療安全の連携体制の構築に寄与する。

研究分担者

後 信	九州大学病院・医療安全管理部・教授・部長
北村温美	国立大学法人大阪大学・医学部附属病院・特任准教授
此村恵子	国立保健医療科学院・保健医療経済評価研究センター・主任研究官
辰巳陽一	近畿大学病院・安全管理センター・医療安全対策部部長・教授
中島 勸	国家公務員共済組合連合会虎の門病院・医療安全部・部長
水野 篤	学校法人聖路加国際大学・聖路加国際病院循環器内科・医幹
宮崎浩彰	関西医科大学・医療安全管理センター・副センター長・理事長特命教授(医療安全担当)
森井康博	国立保健医療科学院・保健医療経済評価研究センター・研究員
安田あゆ子	藤田医科大学・大学院医学研究科 病院経営学・管理学専攻・客員教授
山口(中上)悦子	大阪公立大学大学院医学研究科医療の質安全管理学・准教授/医学部附属病院医療の質・安全管理部・病院教授・部長

研究協力者

荒井有美	北里大学病院・医療の質・安全推進室・医療安全管理者・副室長
飯島久子	静岡県立静岡がんセンター RMQC 室・参与
萩無里千史	相澤病院・医療安全推進室 医療安全管理者・科長
菅野隆彦	下伊那厚生病院・医療安全管理室・内科部長・室長
平田 理	社会福祉法人やまなし勤労者福祉会・理事長
渡邊 進	熊本機能病院／総合リハビリテーションセンター・副院長・センター長

A. 研究目的

(背景) 平成 29 年の医療法改正で追加された特定機能病院間のピアレビュー、そして、平成 30 年に新設された「医療安全地

域連携加算」により、医療機関間の医療安全の連携が可能となったが、これらの連携による医療経済や医療安全の観点での効果は明らかにされていない。また超高齢化社会を迎え介護現場の医療安全の強化も喫緊の課題である。

(目的) そこで本研究課題では、医療経済学及び医療安全学の観点から、医療安全地域連携加算や特定機能病院間のピアレビューによる効果を検証し、効率的かつ効果的な医療安全の連携体制の構築(介護施設等含む)に向けた提言を行う。

本研究は 2 年間で実施するが、研究 1 年目である平成 5 年度には、①既存の様々な医療安全の地域連携体制(介護施設等含む)及び特定機能病院間のピアレビューの担当者の同定、②同定された地域連携体制及びピアレビューの運用実態・効果・課題等の抽出を行い、同時に、③医療経済学的評価方法の検討を 2 年目前半にかけて実施した。

研究 1 年目に得られた現状把握のデータから、研究 2 年目である平成 6 年度には以下を実施した

B. 研究方法

研究体制として、本研究で求められる様々な医療機関等の医療安全の連携を調査・分析するための包括的かつ多面的な視点で取組む体制とした。

B-I (参照：安田分担報告)

①アンケート実施に当たっての仮説形成
世界保健機関(WHO)が 2021 年に発行した Global patient safety action plan 2021-2030 には、7 つの戦略的目標が示されている。その 7 番目が相乗効果、パートナーシップおよび連帯による医療安全の実現であり、患者安全ネットワークに参加して、経験や資源を交換し、日々の診療における患者安全の実践を改善すること、患者安全のベストプラクティスを探し出し、それらを組織内のサービスやプログラムの設計に組み込むために、国内および国家間の共同イニシアチブに参加すること、組織間の共同イニシアチブの機会を特定し、組織のスタッフがさまざまなシステム間および状況間で問題解決や改善のアイデアを交換できるようなスキームを構築することなどが謳われている。また、薬剤

安全に係る取組等でケアの移行期における安全対策が注目されるようになってきている。医療安全における地域連携の目指す姿として、これらの要素を組み込むこととした。

1 年目に実施した様々な役割をもつ医療機関へのヒアリング、研究班内での意見交換では、自主的な医療安全ネットワークでは、安全対策の標準化や、新しい安全の考え方の共有、事故対応支援などがなされていることがわかった。また、連携加算 2 の施設にとっては、入院日数が長いため加算による収益メリットが少なく施設が増加しにくい現状がある。1 と 2 の施設は役割が異なり、1 の施設で行われている安全対策がそのまま 2 で利用できるわけではなく、また 2 は機能特化した施設が多いため、特定の部分では優れた安全管理体制となっているところもあることもわかった。中島らの実施した同一グループ内医療機関へのアンケート調査では、地域連携加算 1 の施設にとって連携の効果は限定的であることがわかった。これらの情報を基に、アンケート調査を実施するにあたっての仮説を検討した。

我々は、効果的な連携体制のある医療機関の安全管理体制は、効果的でない連携、もしくは連携のない医療機関よりも安全レベル、担当者の満足度が高いのではないかと考えた。

医療機関間における効果的な連携とは、A)患者が施設を変わっても継続的な医療を安全に受けられるようケアの移行期の安全性（コミュニケーション）が確保されていること、B)連携施設の安全対策から学ぶことで自施設が安全性改善につながっていること、C)連携により患者安全の専門家からの助言が得られることの 3 つを掲げた。

②調査詳細の検討

施設の安全レベルに関し、客観的な指標は存在しておらず、担当者の主観に基づくものになるが、安全文化調査の中の施設の総合的な安全レベルに関する質問を目的変数として設定した。他にも連携による安全性向上や業務負担の状況も調査項目に入れた。

医療法に基づき各施設が整備してきた施設内の医療安全体制についての悉皆性のある調査がこれまでなされておらず、本調

査では、施設内の医療安全管理体制について詳細を各施設に伺い、医療法の改正などにより後押しされる形で 2000 年代以降整備されてきた医療機関の医療安全の現状を把握することとした。

アンケート調査の目的は、日本全体での医療安全に関する連携状況の把握とともに、施設内の医療安全体制の状況を把握することとした。アンケート調査により、各施設の医療安全担当者の考えを聞くとともに、上記目的を達成できるよう多くの方にお答えいただく工夫が必要と考えた。

アンケートデザインとして、以下を考慮：

- 2025 年 1 月・2 月に全国の医療安全対策加算取得医療機関 4,048 施設へアンケートへのアクセス QR コードを掲載した案内状を郵送し、オンラインで(google form 使用)の回答を依頼し、データを収集
- 施設名・回答者は匿名、1 施設 1 回答
- 層別情報は、施設のタイプ、扱っている診療内容等
- 実施している医療安全上の連携
- 実施している施設内の医療安全体制や対策の状況
- 担当者の自施設に対する評価や考え

また具体的なアンケートの項目は以下：

- あなたの医療機関の現況について
- 医療安全対策地域連携加算における連携について（加算算定医療機関のみ回答）
- 医療安全における地域連携について
- 医療安全体制等の状況について
- 自施設の医療安全について

統計解析には JMP Pro 16.2 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA)を使用した。

（倫理面への配慮）アンケート実施にあたっては、国立病院機構名古屋医療センター研究倫理審査委員会に諮り、人を対象とする内容は含まれておらず、生命科学・医学系研究に関する倫理指針の対象外との判断を得実施することとなった。

B-II （参照：中島分担報告）

B-I で実施したアンケート調査のうち、医療安全の状況に関する結果の分析を行った。病院機能による分類（特定機能病院、地域医療支援病院、その他の一般病院）に加えて、医療安全に関する加算の取得状況

による分類を、医療安全対策加算 1・2、及び医療安全対策地域連携加算 1・2 で行い、分類ごとの医療安全の状況を確認した。なお特定機能病院は高度な医療安全管理体制を有しているが、診療報酬のルール上医療安全対策地域連携加算は取得できない。そのため全施設が医療安全対策加算 1 のみの取得となっている。他方、医療安全対策加算 1 のみで地域連携加算 1 を取得していない施設は、本研究の仮定「地域連携が医療安全の水準を向上している」からすれば、同じ医療安全対策加算 1 を取得する施設の中では、医療安全の水準は高くない可能性がある。従って特定機能病院は他の施設とは分けて検討しない限り、研究結果が不正確になるおそれがある。そこで今回の調査では特定機能病院は他の施設とは分けて分析を行った。

B-III （参照：水野分担報告）

B-I で実施したアンケート調査のうち、医療安全の状況に関する結果の分析を行った。病院機能による分類（特定機能病院、地域医療支援病院、その他の一般病院）に加えて、医療安全に関する加算の取得状況による分類を、医療安全対策加算 1・2、及び医療安全対策地域連携加算 1・2 で行い、分類ごとの医療安全の状況を確認した。

B-IV （参照：山口分担報告）

1. フォーカスグループ・インタビュー

対象：研究班以外の国公立大学附属病院 4 施設に依頼し、うち 2 施設から期間内に協力を得た（以下、施設名を A、B とする）。

施設 A は医師と事務職員、施設 B は医師、看護師、事務職員、薬剤師が参加した。データ収集：オンライン会議システムを用いて、フォーカスグループ・インタビューを実施した。オンライン会議システムの録画機能から出力された音声データを書き起こし、分担者が議事録を作成し、施設側と共有した。

分析；2 施設の議事録を比較し、①現行のピアレビューの評価、②現行のピアレビューの課題、③今後のピアレビューの改善案、④その他の意見について要約した。

2. 質問紙調査

対象：全国の特定機能病院

データ収集：(1)で収集した意見を基に、質問紙を作成した。

調査はウェブアンケートフォーム（Google フォーム、Google 社）を用いて実施した。QR コードを印刷した用紙を、特定機能病院の医療安全管理部門宛てに郵送し、回答者の職種や人数は制限せず、任意で回答を依頼した。

分析：本分担研究では、上述の項目のうち「①短期的な方向性に関する提案（ピアレビューで検討したい重点項目）」、「④現行のピアレビューについて」、「⑤死亡事例の検討とピアレビューに関する意見」、「⑧その他のほかの意見」に回答された自由記述のテキストに対し、質的データ分析ソフト（Nvivo ver.14, Lumiere 社）を用いて内容分析を行った。

（倫理面への配慮）分担者の所属する施設の倫理委員会に相談し、本分担研究が倫理的な配慮を必要とする被検者・対象者を含まないことを確認した。インタビューデータの分析に際しては、意見提供施設および発言者の個人名を特定せず、回答も匿名で収集した。

B-V （参照：北村分担報告）

令和 6 年度特定機能病院間相互のピアレビューにおいて、訪問大学校が事務局に提出した報告書から、①訪問調査参加メンバー（職責・職名等）、②死亡症例を含む重大な有害事象への対応に関する調査回答、③講評のうち医療安全体制およびその他の領域に関する記載のデータを集計・分析した。

B-VI （参照：宮崎分担報告）

私立大学病院等におけるピアレビューの実際に関連する取り組みについて、医療安全管理部門の職員にアンケート調査するなど情報収集し検討した。

（倫理面への配慮）

本研究は病院の医療安全管理部門の職員を対象に業務の改善を目的にアンケート調査ならびに聞き取りを行った。調査実施時には研究目的や方法を明示し、個人情報は一切公表されない。

B-VII （参照：辰巳分担報告）

研究 1 年目には、南大阪医療安全ネットワーク研修会活動内容、及び南大阪医療安全ネットワーク内での加算 1・2 連携の現状について、情報を収集した。

研究 2 年目では、南大阪医医療安全ネットワークおよび医療安全地域連携の意義とその評価について、費用対効果検討の可能性について検討し、情報収集をアンケート形式で行った。

(倫理面への配慮)

倫理目で配慮すべき調査項目はないが、個々の病院が特定されないように配慮した。

B-VIII (参照：森井・此村分担報告)

B1. 医療機関間での連携効果

医療安全対策における地域連携の効果の検討を行うために、医療安全管理の担当者を通じて長野県の 47 病院に電子メールで質問票を送付し、2024 年 11 月～2025 年 3 月の期間で調査を行った。同質問票は医療機関を対象とし、病床数などの基本的な属性情報、医療安全管理加算や医療安全対策地域連携加算（以下、連携加算）の取得状況や取得時期、および地域連携における実際の取り組み状況などについての項目からなる。

収集した回答より、まず病院の属性情報等に関して基礎集計を行った。また、2017-2023 年度におけるアクシデント数（今後は単にアクシデント数と記載するが、アクシデント報告数であることに留意されたい）の集計を行った。集計は連携加算を取得している病院を対象に、および地域医療安全ネットワークの有無別に行った。地域医療安全ネットワークでは、連携加算の相互評価とは異なる枠組みで自主的に医療機関間のネットワークを構築し、医療安全に関する情報交換等を行っているため、地域医療安全ネットワークは連携加算とは独立して医療安全対策の改善に寄与する可能性がある。長野県では三次医療圏規模でネットワークを構築し活動している「南信州医療安全ネットワーク」(2014 年 7 月より活動) および「中信医療安全管理者ネットワーク」(CAN、2019 年 4 月より活動)があり、これらの 2 つを地域医療安全ネットワークとして扱った。なお、医療事故の数は一般的に用いられる、国立大学附属病院医療安全管理協議会が定めた患者への影響度でのレベル分類に基づいた。

次に、差分の差法 (Difference in differences: 以下、DID 法) を用いて、連携加算の効果の検証を行った。対象の病院

を連携加算取得群と未取得群に分類し、2017-2018 年度を介入前、2019-2023 年度を介入後と定義した。目的変数はレベル 3b 以上のアクシデント数として、介入前後の期間における平均値を用いた。共変量としては、職員数、連携加算の種類、および地域医療安全ネットワークへの加入有無を設定した。同様の方法で、2019 年に創設された医療安全の地域ネットワークである中信医療安全管理者ネット（以下、CAN）の加入有無の群に分けての DID 法の分析も行った。上記の一連の分析には R ver 4.4.3 を用いた。

B2. 医療機関と介護保険施設での連携効果

医療機関と介護保険施設との連携(医療介護連携)も、医療安全・利用者安全の観点から重要性が高い。本研究では、医療機関と介護保険施設との連携についても、その効果を検討した。

まず、全日本民主医療機関連合会に所属する法人を対象に 2024 年 11-12 月に質問票を送付し、調査を行った。同質問票には、職員数や介護事業所数などの属性情報や医療分野との連携の状況、2012-2023 年のアクシデント数に関する項目が含まれる。

収集したデータについて、DID 法での分析により、医療機関との連携の効果の検証を行った。対象施設を医療安全の観点から医療介護連携を推進する活動である「医療介護安全交流集会」に参加した群と非参加群に分類して、群間比較を行った。「医療介護安全交流集会」は全日本民主医療機関連合会の法人を対象に 2 年おきの 2017、2019、2021、および 2023 年に開催され、医療や介護における医療安全分野の専門家の講演や、参加者も含めてのグループディスカッション等から構成される。医療安全について医療分野の知見が共有されることにより、医療安全対策への取り組みや意識の向上が期待される。介入時点は、個々の法人が最初に同集会に参加した年度 (t 年度) として、t-1 年度および t+1 年度のデータをそれぞれ介入前後のデータとして用いた。目的変数はレベル 3b 以上の全アクシデントとした。上記の一連の分析には R ver 4.4.3 を用いた。

B3. 費用効果分析 (医療機関間の連携)

B1 で推計した医療安全における地域連携の効果に関する結果を用いて、医療機関間の連携の費用対効果を検討する。ただし、結果の C1 に記載する通り、本研究では連携に関する有意な効果が示されていない上に、D1 の記載の通り、分析には大きな不確実性があるため、この費用効果分析は一定の仮定の下での試行的な分析である。

対象集団は日本の医療機関における一般的な入院患者を想定し、年齢が 73 歳、男女比率は 46:64 と仮定した。医療現場ではあらゆる患者に対して医療事故（アクシデント）が発生する可能性があり、どのような患者に発生しやすいかについて明確なエビデンスはないことから、退院後の健康状態は一般人口と変わらないと仮定した。

評価対象技術は連携加算の要件となる地域連携（相互評価など）を行う場合、比較対照技術は行わない場合とした。分析の立場は公的医療の立場として、診療報酬ベースの費用を含めた。分析期間は 5 年とした。評価指標には増分費用効果比（ICER）を、ICER 算出のアウトカムには質調整生存年（QALY）を用いた。費用とアウトカムはそれぞれ年率 2%で割引した。

分析方法については、最初の 1 年間は決定木モデルを、それ以降はマルコフモデルを用いており、いずれのモデルにおいても well、disabled（レベル 3b 以上の医療事故（アクシデント）後）、および death の 3 つの健康状態を設定した。マルコフモデルのサイクルは 1 年単位とした。決定木モデルにおける比較対照技術群の（レベル 3b 以上）比較対照技術のアクシデント発生率は、調査回答における発生件数の平均値を年間入院患者数の平均値で除して算出し、0.025%と仮定した。評価対象技術群については、CAN 加入有無での DID 分析から点推定値では 1.61 件のアクシデントが減少する結果が得られたことから、ベースラインのアクシデント数の平均値 13.9 件に対する割合として、約 11.6%減少すると仮定した。日本医療機能評価機構の報告を踏まえて、アクシデントが発生した場合は 8%の確率で死亡が発生し、10.3%で長期的に障害が残存すると仮定した。なお、医療現場におけるインシデントやアクシデントは言うまでもなく多様であり、本分析についてすべてのケースを想定することや、

一意に平均的なケースを想定することは困難である。したがって、本分析では転倒・転落が医療機関等において頻度の多いアクシデントであることから、転倒・転落をアクシデントとして想定し、レベル 3b のアクシデントとしてはそれに起因する大腿骨頸部骨折を想定した。

マルコフモデルにおける長期の死亡率については、生命表より該当する一般人口の死亡率を取得して用いた。障害が残存する stable 状態における死亡率は、大腿骨頸部骨折の長期予後に関する Panula らの報告に準じて、死亡率を一般人口よりも 3.26 倍高く設定した。

QOL 値は日本人を対象とした先行研究に基づき、障害が残存しない場合に 0.88、する場合には 0.69 とした。

費用については、関連医療費として連携加算の費用およびアクシデントが発生した場合の医療費のみを考慮した。連携加算には加算 1（50 点/入院患者）および 2（20 点/入院患者）の 2 種類があるが、それぞれの効果の違いを示すことは困難であるため、NDB オープンデータより最新時点の加算の算定状況を取得し、それぞれの算定回数で点数を重みづけして約 36 点とした。また、アクシデントに対する治療費用としては、江上らのレベル別のインシデント・アクシデントに起因する医療費の報告値を用いた。同研究では、転倒・転落におけるレベル 3b アクシデントに起因する医療費が約 226,700 円と報告されている。分析結果の不確実性を検討するため、決定的感度分析を実施した。

（倫理面への配慮）

本研究は医療機関や法人を対象とし、人を対象とする生命科学・医学系研究ではない。ただし、個々の医療機関や法人が特定されないようにするなど、研究成果の公表に当たっては最大限の配慮を行う

B-IX （医療・介護の連携）

医療及び介護の安全に取り組む様々な専門家にヒアリング等を行い、課題及び対処に必要な連携体制について、質的分析を行った（ヒアリング対象者：医療・介護施設の安全に取り組む医師・看護師等（4 名）、介護施設等のリスクマネジメント事業に関わるコ

ンサルトナント（1名）、患者・利用者側の弁
護士（2名）。

C. 研究結果

C-I （参照：安田分担報告）

アンケート調査実施・回収・解析

2025年1月-2月に全国の医療安全対策
加算取得医療機関 4,048 へアンケートへ
のアクセス QR コードを掲載した案内状を
郵送し実施した。回答は 873 施設から得ら
れ、8 通の送付不能施設があり、回収率は
21.6%となった。

アンケート実施項目それぞれについて
の集計は分担研究者水野の報告書を参照
いただきたい。アンケートの解析は、医療
安全対策地域連携加算の施設間連携の状
況については、水野の分担研究として、施
設の医療安全体制の状況については中島
の分担研究としてそれぞれの報告書を参
照していただきたい。

回答施設の種別としては一般病院が 6
割以上であったが、長期療養型病院、精神
科病院、リハビリテーション病院、ケアミ
ックス型の病院からも回答が得られた。病
院機能別には、特定機能病院 65 施設、地
域支援医療病院 301 施設を含んでいた。取
得加算別の回答医療機関数では医療安全
対策地域連携加算 1 および 2 を取得して
いる医療施設で 75%ほどであった。医療
安全に係る対策加算取得別病床数分布を
みると、医療安全対策加算 1 のみ取得の医
療機関の分布が病床数の多いものと少な
いものに分かれており、特定機能病院は医
療安全対策地域連携加算が算定できない
ことによると思われた。特定機能病院に関
しては、安全対策として求められているも
のや体制について異なる面が多く、以下の
分析でものぞいて解析している部分があ
る。

1 医療安全対策地域連携加算(以下、連 携加算)の実践について

1.1 相互評価時に使用している確認項 目チェックシート等（改変も含む） （複数回答可,n=663）

多かった回答としては、「私立医科大学病
院医療安全相互ラウンド自己評価票」、「南
大阪医療安全ネットワーク作成 地域連
携加算チェックリスト」、「日本赤十字社医
療安全チェックシート」などが複数みられ

たが、表記が一致せず同一のものか不明な
回答もあり集計対象から外した。県内で定
めた独自のチェック表、連携先の指定チェ
ック表等の回答もみられた。

1.2 相互評価の実施方法の研修をうけ たことがあるか

21.7%が「はい」であったが、どのような
研修かは質問していない。

1.3 相互評価時に参加している役割（複 数回答可,n=663）

連携加算 1 では専任医師の参加割合が高
く、連携加算 2 では 1 に比し病院幹部の参
加割合が高かった。設問となっている役割
の者が参加していないと回答した施設も
1 割ほどあった。

2 医療安全における地域連携について

医療安全における様々な地域連携の状況
につき、各医療施設に質問している。

2.1 現在実施しているまたは関わって いる医療安全に関する連携（複数 回答可、n=873）

連携加算に係る連携を実施している施設
割合が最も高く（77.0%）、自主的なネット
ワークや同一設置母体での医療安全グル
ープに参加している施設がそれぞれ 2 割
以上あった。

2.2 どのように連携しているか

各設問にはいい・いいえの 2 択で回答した結
果は、連携加算ありの医療施設ですべての
項目が X2 乗検定の結果、有意差をもって
実施率が高かった。「患者の診療連携の施
設間問題発生時に相談」、および「設置グ
ループの医療安全の会に参加」ではそれ以
外の項目より p 値がやや大きかった。

2.3 自施設の患者の安全性向上に役立 つと思われる連携内容は（上位3つ まで選択）

連携加算取得施設と取得なし施設に分け
て検討した。連携加算取得施設では、訪問
にて医療安全管理体制を確認することや、
定期的に情報交換することが役立つと 8
割ほどの施設が回答している。加算なしの
施設は全体に選択率が低い。

3 患者の安全に関する連携の評価

3.1 機能別の自施設の医療安全レベル に対する総合評価

特定機能病院では、評価の高い施設が多く、次に地域支援医療病院で評価が高い割合が多かった。

特定機能病院を除き、連携加算の有無で分けると、連携加算のある施設で安全レベルの評価が高く、統計上も有意差があった。

3.2 連携による安全性向上に寄与する因子（特定機能病院を除く）

施設間連携が自施設の医療安全にもたらす効果についての回答を連携加算ありとなしの施設に分けて分析した。

連携加算のある施設ではやや、もしくはとても医療安全が向上したとの回答が 8 割以上であった。

自施設の医療安全に施設間の連携がもたらす効果として「とても医療安全が向上した」、「やや向上した」との回答カテゴリを目的変数 1、それ以外を 0 として、どのような連携で説明できるか検討した。投入した説明変数は、2.2 の各設問および連携加算 1 または 2 を取得しているかどうか（はい=1, いいえ=0）とした。 χ^2 検定ではすべての説明変数で有意差があった。

同様の目的変数を参照カテゴリとして、名義ロジスティック回帰モデルを構築した。全ての説明変数を強制投入法でモデルに含めた。パラメータの推定には最大尤度法を用いた。安全性が連携により向上したと回答した群では、連携の内容として定期的に情報交換（OR=4.23, 95%CI:2.44-7.33, $p<0.0001$ ）が最も有効であった。次に連携加算 2 を取得している施設であること（OR=2.48, 95%CI:1.32-4.66, $p=0.005$ ）が挙げられた。訪問にて医療安全体制を確認していること、自施設での問題時に相談していることも OR=2.05, 1.83 で有意差が認められた。

3.3 総合的な医療安全のレベルと連携の関係性（特定機能病院を除く）

総合的な医療安全レベルの「特に優れている」「とても良い」のカテゴリを目的変数 1、それ以下を 0 として、どのような連携と関連が高いか検討した。投入した説明変数は 3.2 同様、2.2 の各設問および連携加算 1 または 2 を取得しているかどうか（はい=1, いいえ=0）とした。単変量での χ^2 検定で有意差が見られたのは「訪問にて医療安全体制を確認」、および「地域のネット

ワークや学会等に参加」、「連携加算 1 を取得している」であった。多変量解析は実施しなかった。

4 ケアの移行期の安全性確保について

仮説の中で、医療機関間の効果的な連携の 1 要素として、ケアの移行期の安全性が確保されることを挙げた。現状の連携加算の施設要件としてはそのような内容は言及されていない。患者の診療連携の施設間問題発生時に相談では連携加算ありの施設の方が実施しているとの回答割合は高かった。しかし、自施設の安全性向上に役立つ連携と担当者が考える内容としては連携加算あり、なしに関わらず 1 割程度の回答者のみが選択していた。安全性向上に寄与する因子としては、単変量解析では有意差が認められたが、多変量解析では有意差はなかった。

C・II （参照：中島分担報告）

回答は 873 施設から得られ、回答率は 21.6%であった。施設数の内訳は特定機能病院 65、地域医療支援病院 301、その他の一般病院 507 であった。

特定機能病院はその承認要件から医療安全対策加算 1 が算定可能であるが、逆に医療安全対策地域連携加算 1 や医療安全対策加算 2 は算定できない。上記 65 施設のうち、20 施設は特定機能病院では算定できない加算を算定していることから検討から外し、特定機能病院は 45 施設として分析及び検討を行った。地域医療支援病院及びその他の一般病院については、回答の通りで分析及び検討を行った。

アンケートにおける質問は、「4. 医療安全等の状況について」の中で行った。医療安全対策加算 1 または 2 を算定している施設はそれぞれ医療安全対策地域連携加算 1 または 2 が算定可能であることから、以下の 4 つに類型化できる。以下の表で類型ごとの回答数と共に、以下で使用する略記法を示す。

類型ごとの略記法	地域連携加算あり	地域連携加算なし
医療安全対策加算 1	394 施設 (連携 1)	56 施設 (対策 1)
医療安全対策加算 2	251 施設 (連携 2)	89 施設 (対策 2)

質問内容と結果の概要を記載する。

- 4-1-1 医療安全管理部門が管理者直下の部署と位置付けられていますか。

特定機能病院の 98%で管理者直下の部署と位置付けられていた。他の内訳は以下のとおりであり、概ねすべての累計で達成されていたため、連携の効果は確認できなかった。

- 4-1-2 医療安全管理部門に2名以上の医療職種の専従者配置がありますか。

全ての特定機能病院で複数の医療従事者が配置されていたが、これは承認要件に含まれるため当然である。医療安全対策加算 1 の施設は 1 名の専従者が必要であるのに対し、医療安全対策加算 2 では専従者は必要ない。結果として特定機能病院以外の全ての類型で達成度は低く、地域連携の効果は確認できなかった。

- 4-1-3 報告を求める事象（オカレンス報告）が具体的に決められ把握されていますか。

特定機能病院の 96%で、報告すべき事例はあらかじめ決められていた。他の類型ではいずれにおいても 7 割程度の達成度で十分ではなく、地域連携の効果は確認できなかった。

- 4-1-4 職員への医療安全研修について、内容に基づいた到達目標を設定していますか。

特定機能病院の 89%で医療安全研修の到達目標が設定されていた。他の類型ではいずれにおいても 7 割程度の達成度で十分ではなく、地域連携の効果は確認できなかった。

- 4-1-5 有害事象が発生したときの対応は明文化されていますか。

特定機能病院の 96%で、報告すべき事例はあらかじめ決められていた。他の類型ではいずれにおいても 7 割程度の達成度で十分ではなく、地域連携の効果は確認できなかった。

- 4-1の全ての設問において、医療安全地域連携加算の算定有無による差は確認できなかった。

- 4-2 インシデント報告を主にどのように収集していますか。

インシデント報告は、いつ何時でも報告

できる仕組みが望ましい。また医療安全部門による収集や分析なども考慮すれば、電子化されたシステムが最も望ましい。市販のシステムが汎用性を考慮すれば望ましいと考えるが、自作のシステムでも機能が足りていれば問題はない。結果として口頭のみによる報告が行われている施設はなく、全ての施設で記録が残るような仕組みは採用されていた。しかし利便性の低い紙運用の施設が連携 1 の 5%に対し対策 1 は 36%と多く、連携 2 の 33%に対し対策 2 は 48%とさらに多かった。連携加算算定施設では非算定施設に対し電子化が進んでいた。

- 4-3 2023年度1年間のインシデント・アクシデント報告総数をお答えください。

年間の平均報告数は、特定機能病院で 5468 件、連携 1 で 2277 件、連携 2 で 1068 件、対策 1 で 1028 件、対策 2 で 738 件であった。

- 4-4 2023年度1年間のインシデント・アクシデント報告において有害事象またはアクシデント（影響度 3 b以上）の報告数をお答えください。

年間の 3B 以上の平均報告数は、特定機能病院で 145 件、連携 1 で 42 件、連携 2 で 21 件、対策 1 で 14 件、対策 2 で 10 件であった。

4-3、4-4 の両者で、医療安全対策加算 1・2 のいずれにおいても、地域連携加算算定施設が非算定施設よりも明らかに報告数が多かった。また医療安全体制は医療安全対策加算で求められており、加算 2 取得の連携 2 が、加算 1 取得の対策 1 より報告数が多かった。以上より連携の効果であった可能性がある。

- 4-5 医療安全管理委員会には、以下の構成員が含まれていますか（複数回答可）

医療安全管理委員会には医療安全の責任者が出席することとされており、安全担当副院長（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、医療放射線安全管理責任者などが必須ということになる。医療放射線安全管理責任者は特定機能病院を含む全ての類型で充

足されていなかった。それ以外については、医療安全対策加算 1・2 の両者において、地域連携加算算定施設が非算定施設よりも体制が充実していた。殊に連携 2 では対策 1 よりも薬剤・機器の責任者が多く含まれていた。

- 4-6 以下の医療安全対策に関し、施設内統一の手順が決まっていますか。

回答として、はい・いいえ・該当業務なしの 3 通りであり、該当業務なしの施設を除外して、はい・いいえと回答した施設のみで分析を行った。

患者確認、輸血投与、注射薬投与、内服薬投与、転倒転落予防アセスメント実施については、全ての類型で 90%以上であった。

手術の安全確認チェックリスト実施、急変時対応（コードブルーなど）については全ての類型で 85%以上であった。

病理診断報告書確認では連携のない施設で手順の決まっていないところが多かった。

放射線診断報告書確認手順でも病理と同様に連携のない施設で手順の決まっていないところが多かった。

パニック値報告は対策 2 施設のみで手順の決まっていないところが多かった。

院内迅速対応手順（RRT など）は特定機能病院では 98%で手順が決まっていたが、それ以外の全ての類型で対応が遅れていた。

- 4-7 すべての部署に医療安全の役割を担う担当者（以下、部署リスクマネージャーと表記）を配置していますか。

医療安全対策加算 1・2 共に地域連携加算の有の施設で配置が多かった。

- 4-7-1 部署リスクマネージャーの自部署での役割が明文化されていますか。

医療安全対策加算 1・2 共に地域連携加算の有の施設で配置が多かった。

- 4-7-2 部署リスクマネージャー向けの医療安全研修を実施していますか。

特定機能病院でも 69%との回答であり、

全ての類型において実施施設は少なかった。

- 4-7-3 部署内のインシデントや問題は、部署リスクマネージャーが主体となって検討していますか。

医療安全対策加算 1・2 共に地域連携加算の有の施設で配置が多かったが、差は小さかった。

C - III （参照：水野分担報告）

回答は 873 施設から得られ、回答率は 21.6%。

- 医療機関の種別

「一般病院（一般病床を 5 割以上有する病院）」が最も多く、590 施設（67.6%）を占めた。これに続き、「ケアミックス病院（上記いずれかに該当する病床を混在して有する病院）」が 89 施設（10.2%）、「長期療養型の病院」が 65 施設（7.4%）、「リハビリテーション病院」が 52 施設（6.0%）、「精神科病院」が 43 施設（4.9%）であった。1-2. 医療機関の機能別では、「地域支援医療病院」が 301 施設（34.5%）、「特定機能病院」が 65 施設（7.4%）であった。

- 1-6. 医療安全に係る診療報酬上の加算状況

「医療安全対策加算 1 および医療安全対策地域連携加算 1」を算定している医療機関が最も多く、409 施設（46.8%）を占めた。次いで、「医療安全対策加算 2 および医療安全対策地域連携加算 2」が 254 施設（29.1%）、「医療安全対策加算 1 のみ」が 101 施設（11.6%）、「医療安全対策加算 2 のみ」が 89 施設（10.2%）であり、加算を取得していない医療機関は 20 施設（2.3%）にとどまった。

医療安全対策地域連携加算のうち、加算 1 を算定している連携医療機関の数は、「1 施設」が最も多く、392 施設（59.1%）であった。次いで、「2 施設」が 150 施設（22.6%）、「3 施設」が 53 施設（8.0%）、「4 施設」が 31 施設（4.7%）、「5 施設以上」が 37 施設（5.6%）であった。

また、加算 2 を算定している連携医療機関の数については、「1 施設」が最も多く、311 施設（46.9%）であった。次いで、「0 施設」が 183 施設（27.6%）、「2 施設」が 95 施設（14.3%）、「3 施設」が 40 施設（6.0%）、「4 施設」が 12 施設（1.8%）、

「5 施設以上」が 22 施設（3.3%）であった。

実際の 2-1～2-3 の回答については、医療安全加算かつ地域連携加算を取得している施設に限定して評価している。

「医療安全対策加算 1 および医療安全対策地域連携加算」と回答している 409 施設のうち有効回答は 400 施設。また、「医療安全対策加算 2 および医療安全対策地域連携加算 2」と回答している 254 施設のうち、有効回答は 253 施設。

- 「医療安全対策加算1および医療安全対策地域連携加算」取得の400施設における連携状況

ほとんどが、(1) 一般病院と連携しており、連携加算 2 の取得においても(1) 一般病院が多く、(4) リハビリテーション病院、(2) 長期療養型の病院が続く結果である。

- 「医療安全対策加算2および医療安全対策地域連携加算」取得の253施設における連携状況

こちらもほとんどが(1) 一般病院と連携しており、連携加算 2 取得のためにも(1) 一般病院と連携していること、また同じく(4) リハビリテーション病院が続く結果となっている

- 「医療安全対策加算1および医療安全対策地域連携加算」取得施設 400施設における連携状況

連携理由は約半数が(2) 同じ又は隣接する 2 次医療圏内の医療機関であり、その次に(3) 県内の医療機関を選択している。

- 「医療安全対策加算2および医療安全対策地域連携加算」取得の253施設における連携状況

(2) 同じ又は隣接する 2 次医療圏内の医療機関が多く、(3) 県内の医療機関が続く傾向にあるが、加算 2 算定病院の選定理由はどちらかという、(1) 開設主体が同一が多い傾向にある。

C-IV (参照：山口分担報告)

1. フォーカスグループ・インタビュー 以下に協力 2 施設の意見をまとめる。

表1. 協力 2 施設の意見

(1) 現行の評価

共通	・同業者の視点で話ができ、他施設の意見を聞きやすく、気づきの機会。 ・業務の見直しや改善の機会。
(2) 現行の課題	
共通	・共通の意見: チェックリストは毎年、ほぼ同じ内容で、現地でのチェックが形骸化しているのではないかな。
独自	・院内の日程調整に難渋する。 ・移動距離が長く日常業務に影響がある。 ・来訪者の指摘にばらつきがあり対応に困る。 ・立ち入り検査等と時期が重なり業務負担となる。 ・立ち入り検査等との違いが不明瞭。
(3) 改善案の提案	
共通	・ペアの組み合わせを一つにしてほしい。 ・オンラインも活用してほしい。 ・内容を見直し、特定のテーマについて話し合う場にしてほしい。
独自	・事前の書類(チェックリスト)はウェブアンケートフォームを活用して収集してほしい。
(4) その他の意見	
共通	・死亡事例の検討については難しい。管理者同士で話してもらう必要があるのでは。
独自	・管理者や医療安全管理責任者の医療安全の知識レベルに差がある。研修や役割、資格を見直してはどうか。 ・国公立大学では「ピアレビュー」と「相互チェック」が両方行われていて負担であり、見直しを望む。

2. 質問紙調査の分析結果

(1)回答者の施設と医療安全における役割

総計 95 名から回答を得た。所属と医療安全における役割は下記に示すとおりである。

表2 回答者の施設と医療安全における役割

	総計	管理者	医療安全管理責任者	医療安全管理者				専任事務 その他
				医師	看護師	薬剤師	その他	
国公立	69	1	6	19	17	12	1	13
私立他	23		2	12	3	1		5
不明	3		1	1	1			
総計	95	1	9	32	21	13	1	18

(2)自由記述の内容分析

①ピアレビューで検討したい重点項目

検討したい重点項目として、以下の意見が挙がった。

・医療事故調査制度に関わること

- ・医療の安全に資する診療内容のモニタリングと改善状況
- ・事例の報告と検討
- ・マニュアルの中央管理
- ・患者誤認
- ・システムズアプローチ
- ・安全文化の醸成
- ・院内迅速対応システムに関すること
- ・生体情報モニタの管理
- ・高難度新規医療技術・未承認医薬品等
- ・身体拘束最小化チームの活動
- ・医療倫理活動
- ・IC や診療録適正記録のチェック体制
- ・働き方改革への対応
- ・医療の質向上を目指した取り組み

その他、「形式的なチェックリストの確認をせずに重点項目を優先すべき」という意見、「重点項目の議論だけでなく、網羅的な確認は必要」という意見も見られた。

②現行のピアレビューについて

1) ピアレビューに期待したいこと

ピアレビュー制度に対して、「他の監査・検査体制とは異なる、実務者レベルの具体的な意見交換や情報交換の場」として期待する意見が多く見られた。具体的な意見は以下のような内容であった。

- ・困っていることを相談できる
- ・専門家同士による、懲罰的ではない指摘や意見交換を行う
- ・現地に立ち入り、他院の取り組みを自院の改善に活かす
- ・自施設の取り組みを見直すきっかけとする
- ・課題解決の工夫や進んだ取り組みを議論・共有する
- ・調査票以外のことも相談・共有する
- ・重点項目の深い議論を行う

その他、「自施設の経営陣や他の部署に対する強制力」としての意義や、施設間の「ネットワークづくり」、「体制や取り組み内容、人員配置に関しての特定機能病院間の平準化」に対する期待があった。

2) 医療安全上の改善に結びついた事例

「業務上の様々な気づきと改善につながった」という意見が多く見られた。具体的な事例として、医療安全管理部門の業務改善に関する事例が多く見られた。

- ・インシデント報告の活性化
- ・医療安全に資するモニタリング
- ・医療安全のマニュアル
- ・医療安全研修
- ・定期院内ラウンドの方法

- ・医療安全管理部門への人員配置に関すること
- ・医療安全管理業務の効率化やコスト削減

また、特定機能病院の要件に関する改善事例として、以下の事例があった。

- ・高難度新規医療技術・未承認新規医薬品等の体制・運営・実務
- ・監査委員会に関する業務

その他、「死亡事例報告や医療事故調査制度」、「病院全体の医療安全活動」「その他の活動」について事例が挙げられた。

- ・死亡事例報告や医療事故調査制度に関すること
- ・病院全体の医療安全活動
 - 院内迅速対応システム等急変対応に関すること
 - 中心静脈穿刺に関するライセンス制度導入
 - 生体モニタに関すること
 - 薬剤管理に関すること
- ・その他
 - DNAR の情報を共有する仕組み
 - Patient Flow Management の体制構築

3)ピアレビューの結果に関する自施設内の共有方法

自施設内で最も多かった共有方法は「医療安全管理委員会」で、「部署担当者を通じた共有」、「病院運営に関する全体会議」、「医療安全研修」と続いた。「共有していない」と回答した施設もあった。

4)ピアレビュー以外の連携や取り組み

ピアレビュー以外の連携としては、大学病院間や職種ごとの GRM の会合およびメーリングリスト、都道府県内の病院間、厚生局管内や地域の病院との取り組みが多かった。連携やネットワークを持たない施設もあった。

③死亡事例の検討とピアレビュー

死亡事例の検討や医療事故調査関係の議論をピアレビューで行うことについて、職種ごとに意見を集約した。いずれの職種も約半数以上が賛成であった。

条件付きの賛成意見や反対意見は、以下のような内容であった。

- ・一般論としての意見交換やアドバイスなら有意義。標準化された判断基準は難しいのでは。
- ・各病院で背景や事情が異なっているため、意見交換や改善は難しいのでは。
- ・懲罰的な指摘や「事故調査をすべし」といった指摘があると困る。
- ・個人情報など機密情報も含むので難しいのでは。
- ・議論するとなれば、準備に時間が必要。

・他の項目もある中で時間が足りないのでは。

また、そもそも制度が異なるのでピアレビューで行うのは適切ではないという意見や、導入するとしてもよく検討してから、といった意見があった。

④そのほかの意見

最も多かったのは、「業務負担の低減」に関するものであった。具体的な内容は以下である。

- ・現状の負担感と効率化への期待
- ・厚生局の立ち入り検査等との重複を避け、書式を早く配布するなど事務業務の負担を軽減
- ・日程調整の方法の標準化
- ・移動を考慮した効率化
- ・組み合わせの効率化と負担軽減
- ・訪問者を限定して、受け入れ側の負担と訪問側の日常業務への影響を少なくする
- ・検食の手配を強制しない
- ・資源を投入してほしい

その他、「現地に立ち入ることの意義」や「項目を絞って有効な議論をする」ことへの期待も見られた。さらに「組み合わせの相手によって指摘が異なる」ことへの困惑も見られた。

C-V (参照：北村分担報告)

①訪問調査参加メンバー

令和6年度の特定ピアレビューにおいて訪問側として同行した人数は全51大学で計389名であった。1大学あたりの参加者は最小3名、最大15名、中央値7名であった。職種別では、医師124名、看護師83名、薬剤師87名、事務88名、歯科医師3名、臨床工学技士3名、その他1名であった。職責別では、副病院長（医療安全管理責任者）が34名であり、記載のあるだけでも医師の大半が教授、部長クラスであった。高難度医療機器、未承認新規医薬品ともに調査内容は深化しており、それぞれの審査担当部門長と事務の同行が、実りある意見交換のためには必要であることも、参加メンバーが増える一因と考えられた。（令和6年度は相互チェックについては改善状況調査年であるため、参加メンバーは特定ピアレビューのために選定されたと考えてよい。）

また、相互訪問に係る旅費の推算では、全国で特定ピアレビュー相互訪問のために1,397万円ほどが必要であった可能性がある（参考資料1：正確には全大学病院に出張旅費を問い合わせる必要があるが、

ここではあくまでも費用負担を検討する目安として、Google Mapと旅費計算サイトを用い、かつ移動に要する時間とコストを踏まえて長距離の場合は全員が飛行機を使用する、宿泊はしない等の仮定で計算した）。

②死亡症例を含む重大な有害事象への対応に関する調査回答

院内で発生する重大な事象を医療安全管理部門がどう把握し、組織横断的な検討の必要性をどう判断し、どう検証し、外部報告の必要性に関する判断をどのように行ったか、また再発防止策のPDSAサイクルをどう回しているか等を確認事項とした。その結果の詳細は「令和6年度特定機能病院間相互のピアレビュー 報告書」に示す通りである

(<https://nuhc.jp/wp-content/uploads/2025/04/%E4%BB%A4%E5%92%8C6%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E7%89%B9%E5%AE%9A%E6%A9%9F%E8%83%BD%E7%97%85%E9%99%A2%E9%96%93%E7%9B%B8%E4%BA%92%E3%81%AE%E3%83%94%E3%82%A2%E3%83%AC%E3%83%93%E3%83%A5%E3%83%BC%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8.pdf>)。

訪問調査における率直な意見交換の結果、特に注目した良い取組みとして「症例の検証のための仕組み」を8割以上の大学病院が挙げており、重大事例に関する検証の仕組みがほぼ構築され根付いているものと考えられた。具体的には、病院長等の指示を通じて迅速に検証を行う仕組みが確立していること、複数診療科や多職種、必要時は外部委員を含めて多角的視点で検証することなどが評価されていた。M&Mカンファレンスの工夫についても様々な形態があり定まっていないため、興味深く意見交換されていた。訪問大学から改善の提案がなされた事項としては、患者影響度レベル別に迅速性を階層化した報告フローの整備、判断プロセスの議事録記載の必要性、検証メンバーの多職種性、等が挙げられた。

また、医療安全対策の職員への周知・意識向上については、周知のみでなくボトムアップ型で安全対策に取り組み発表を行う仕組み等が評価されていた。

③講評シートの分析

講評シートからは、ピアレビューでは、設定された設問以外にも多岐にわたる議論がなされ、多くの学びが得られていることが示唆された。画像診断報告書の確認に関する安全対策の発展について取組みを共有するとともに、他院での改善を助言していた。現場の安全文化醸成のための参加型リスクマネージャー会議の工夫や現場ラウンドの取組みにについても多く意見交換されていた。サテライトファーマシー（病棟薬局）の取組みや、手術室指示のセット化など、薬剤師の視点からのグッドプラクティスの提示や課題の共有もなされており、ピアレビューにおける薬剤師の役割も重要であった。医療安全管理部門の確認業務や参画委員会が増え続けることについての課題の共有や助言も、ピアだからこそ可能であると考えられた。

C-VI （参照：宮崎分担報告）

「特定機能病院間相互のピアレビュー」に関するアンケート調査結果

1) 目的

特定機能病院間相互のピアレビュー(以下、ピアレビュー) について、より効果的、効率的なあり方を検討する

2) 方法

私立医大協会主催令和 5 年度医療安全相互ラウンドに参加した 38 病院の医療安全管理部門スタッフ(医療安全管理責任者含む) への web アンケートを実施。

選択肢のある設問に対する回答は 3 件法、自由記載による設問に対する回答はアフターコーディングにより取りまとめた。

3) 結果

(1) 回答病院数、回答者数ならびに属性

38 病院中 22 病院 (58%)、26 名から回答を得た。回答者の職種別内訳は、医師 15 名、看護師 5 名、薬剤師 1 名、事務職員 5 名と医師からの回答が最も多かった。

(2) アンケート結果の概要

アンケート調査は、まずピアレビュー制度の改善を目指した短期的な方向性について 3 種類の方向性と 6 つのアイデアについて質問したところ、肯定的な回答が過半数を占めた設問と肯定的な意見が 3 割以下で否定的な回答が半数前後と多かった設問に分かれた。

肯定的な回答が多かった設問は、「ベストプラクティスの共有」、「重点項目を絞って深く議論」、「医療事故調査制度の事例検討や判断についての意見交換」、「重点的に話し合う時間の確保」、「データ収集の効率化」、「1 年あたり訪問・被訪問の一組にする」、であった。一方、否定的な意見が多かった設問は、「オンラインの活用」、「重点項目の議論とチェックリストを年ごとに交互に行なう」、であった。なお、重点項目に関する自由回答では、医療安全管理体制やいくつかの医療安全対策が挙げられた一方で、全体像を踏まえたり、執行部を巻き込んだ議論を求める改善意見があった。

一方、中長期的な提案については、「医療安全管理部門の拡充」や「ピアレビューの目的と役割の明確化」、「データベースの構築」に肯定的な意見が多かった。また管理者や医療安全管理責任者について、「医療安全に係る会議の出席やピアレビューでの役割の明確化」、「教育の強化」、「資格条件の充実」を求める意見が比較的多く見られた。一方、「事務局の持ち回り」については否定的な意見が多かった。また、ピアレビューに関する自由記載では、ピアレビューで得られた知見が会議体における情報共有や研修での活用が行なわれていることが示された。また、ピアレビューに期待していることについては、現場での情報収集とする意見が多かった。

さらに、ピアレビューが効果的であった事例については、具体的な医療安全対策などが挙げられていた。また、他院との連携については二次、三次医療圏内の特定機能病院間や病院間など様々なチャンネルで連携が図られていた。なお、医療事故調査制度にかかる死亡事例の検討については運用の標準化を期待する意見がある一方で、慎重な取り扱いを求める意見もみられた。

C-VII （参照：辰巳分担報告）

研究 2 年目のアンケート回答施設は 97 施設中 23 施設(回収率約 28%)にとどまったが、その内訳は、医療安全対策加算 1 病院 14 施設、加算 2 施設 6 施設、未申請 3 施設であり、加算 1 病院が多い地域的な特性を反映していた。

また、回答施設の規模は、回答施設に幹事病院 8 施設を含むため、600 床以上の施設

が 26%を占め、300 床以下の施設が 39%と全国の病床平均よりも高い結果となり、アンケート結果に影響を及ぼした可能性は否定できない。

一方で、他施設との合同研修や合同症例検討会への参加状況については、毎年継続的に参加あるいは不定期だが参加している施設がすべてを占めたが、他施設との連携を自ら行っている施設は 61%にとどまった。

しかしながら、自施設の医療安全情報（インシデント、医療過誤）などを他施設と共有し検討している施設は 52%と半数にとどまり、特に共有しない施設は病床数の少ない施設に多く、地域ネットワーク、医療安全地域連携の有用性を示す対象となりえる。

ただし、療安全情報を共有している施設においては、自施設のマネジメントに活用、研修会・勉強会で活用・チーム内での注意喚起に使用がそれぞれ 23~34%を占め、情報が共有されれば活用されていると考えられた。

さらに、一度医療安全情報を活用すれば、医療安全に対する教育効果があった、医療従事者の安全意識が高まった、共通リスクの発見につながったなどの効果を実感しているという意見が多くを(84%)を占めた。

これらを受けて、地域病院間連携が患者安全に影響を与えると感じるかという質問に対しては、96%の施設が強くそう思う、ある程度そう思うと回答している。一方で、その費用対効果については、44%の施設が医療安全地域連携活動の費用対効果に疑問を持っているが、費用対効果があると感じる施設も 40%認められ、意見が分かれた。この現場における実感値の差は、病院間連携の適切な施行に関する情報提供体制の不足やそこから得られた効果の可視化の不足などが関係している可能性がある。

さらに、地域連携を進める上での課題や障壁という負の側面に目を向けると、人的・時間的なリソースの不足が 30%と最も多く、地域ネットワーク発足の一端となった人的資源の不足=金銭的支援の不足は、今後の中小医療施設の医療安全活動の維持に障壁となり得るといえるだろう。

最後に、地域ネットワーク活動に対する満

足度について再度確認したが、やはり満足度は高く、非常に満足している、ある程度満足しているが 91%を占め、やや不満があるという 2 例は、内容についていけない時があるというものであった。

C-VIII （参照：森井・此村分担報告）

C1. 医療機関間の連携

調査の結果、35 施設（76%）より回答を得た。回答した医療機関の基本属性を以下に示す：

- ・ 医療安全対策加算の取得 33(91%)
- ・ 医療安全対策地域連携加算の取得
 - ◇ 32(92%)
 - 加算1 30(86%)
 - 加算2 2(6%)
- ・ 病床数 243±154
- ・ 職員数（人） 558±372
- ・ 地域医療安全ネットワークへの加入あり 24(66%)

- 連携加算を取得している32病院におけるアクシデント数

レベル 3b のアクシデント数は 2017-2023 年度で概ね横ばいあるいは微増で推移していた。その一方でレベル 3a については 2017 年で 1 医療機関当たり 95.4 件、2023 年度で 118.6 件と、同期間で約 24.3%増加していた。

- 職員1人あたりアクシデント数

地域の医療安全ネットワークに加入有無別に集計した。レベル 3b 以上のアクシデント数は、平均値ベースではネットワーク加入なし群に比べて加入ありの群で経時的な増加が緩徐であった。また、レベル 3a のアクシデント数はCAN加入群で増加傾向にあった。

- DID分析

全医療機関のデータ（n=35）および CAN への加入有無での DID 分析の結果、有意な連携加算によるアクシデント件数の減少効果は認められなかった。また、「ネットワーク加入あり」についても、有意な介入効果は認められなかったが、介入効果の係数は、点推定値としてはアクシデント数を減少させる結果（-4.51）であった。

C2. 医療機関と介護保険施設との連携

介護保険施設を有する 45 法人より回答を得た。これらの法人の基本属性について、

1 法人あたりの介護保険施設の事業所数は 12.5 ± 18.9 であり、職員数は 135.4 ± 185.8 人であった。医療介護安全交流集会に一度でも参加した法人数は 33 であった。アクシデント数などの分析に必要な項目の回答がない法人を除外したところで、分析対象は介入群を 11 法人、コントロール群は 7 法人となった。平均値ベースでは、介入群では介入時点の前後でアクシデント数が減少傾向であり、コントロール群では増加傾向であった。次に、DID 分析を行った結果として、有意な介入効果は認められなかったが、介入効果の係数は、点推定値としてはアクシデント数を減少させる結果 (-3.77) であった。

C3. 費用効果分析

医療機関間の連携の費用効果分析の結果、1 患者あたりの増分費用は 352 円、増分 QALY は 0.000011 であり、ICER は 32,593,463 円/QALY であった。また、決定論的感度分析の結果をトルネードチャートに示すと、ICER への影響が大きい主なパラメータはアクシデント発生率、連携による効果、および加算費用などであった。

C-IX (医療・介護の連携)

ヒアリングで得られた意見等：

- 患者・利用者・家族と、医療・介護従事者が、身体機能上の衰えや認知度による生活上のリスクを共有した上で、その人の人生を過度に狭めない、その人らしさを活かすケアの方法について、あらかじめ共同して計画を立てる必要性が益々高まっている。

- 今後発生しうる事態についてはあらかじめ患者・家族と医療・介護従事者の共通理解としておくようなことが求められている。そのためには、安全分野においても、医療から介護への一方通行の連携ではなく、介護分野でのケア実践等を医療側も学ぶなど、互いのリスペクト・相互理解に基づく、双方向性の連携が重要になる。ケガ等が発生した場合でも、係争事案にはならず双方にとって余計な時間的経済位損失を防げる。

- 多職種での取り組みが必要：医師、看護師、様々なリハビリテーション専門職、など。このとき、病院から介護施設等に対して、「上から目線」ではなく、互いに意見交換

できる「心理的安全」な場が必要となる。病院のリハビリテーション専門職が介護施設等での業務も経験する仕組みづくり（連携）を実施する医療機関もある。

- 高齢患者については ACP (Advance Care Planning) が重要だが、医療から介護、介護から医療へ患者が移動する中で、ACP についての情報も適切に共有し連携することが必要である。

- 介護現場においては人材不足が喫緊の課題である。このため医療との連携にかかる体制や手続きを複雑化せず、現場負担の少ないものとする観点も重要である。

D. 考察

D-I (参照：安田分担報告)

アンケート調査の対象施設は医療安全対策加算算定の医療機関としたが、回答施設の中には取得がないと回答したものもあり、送付先と現状がやや異なっている部分もあった。

連携加算算定医療機関への質問の中で、相互評価時に使用しているチェックシートについては、様々な回答が得られた。加算要件の中に、例示されている国立病院機構のものでも使用しているとの回答は 5 割に満たず、先の厚労科研の研究班が作成したシートは知名度の問題かもしれないが、さらに回答数が少なかった。これらは各施設が訪問調査時に確認したいと考えている項目との乖離があるためかもしれない。チェックシートを利用し、訪問調査を標準化するのであれば、保健所等の外部監査時の確認項目とは異なる、施設間での情報交換の活性化が促されるようなシートの開発が必要かもしれない。

相互評価時の参加職種として、連携加算 1 の施設では専任医師の参加が 8 割ほど得られていることがわかった。連携加算 2 の施設では専任医師の配置は求められていないが、相互評価時には病院幹部の参加があるとする回答が 5 割ほどで、施設のリーダーシップを巻き込む体制が相互評価内で自然と作られている現状が明らかとなった。

調査参加全施設に質問した、現在実施している連携としては、回答者の 8 割弱が連携加算取得施設の担当者のため、連携加算施設基準のための連携という回答が最も多くなった。次には何らかの医療安全のグ

ループに参加しているとの回答が 25%であり、病院グループとして組織の標準化のための会議体を持っているところや、情報収集などを求めて地域の医療安全のネットワークが形成されていることが示唆された。連携加算取得の医療施設においてもネットワークに参加しているとの回答は、加算取得なしの施設よりも多くみられた。施設間の連携にとどまらず、ネットワークへの関わりを必要と感じ、実現している医療施設が多くある状況がわかった。

実施していると思われる連携の状況ごとに実施の有無を聞いたところ、連携加算ありの施設は、すべての連携状況について、加算のない施設よりも実施率が高いことがわかった。ただ、連携加算の施設要件となっていない、「患者の診療連携の施設間問題発生時の相談」、「地域ネットワークへの参加」、および「設置グループの医療安全の会に参加」に関しては連携加算の有無による差は少なかった。

回答者の医療安全担当者の考える、役に立つ連携は何かという質問に対し、連携加算のある施設では相互訪問、および定期的な情報交換が多く選ばれていた。一方連携加算のない施設では定期的な情報交換が最も多く、相互訪問や、地域ネットワークや学会に参加する効果が続いた。連携加算の要件としての相互訪問に負担感を感じる施設が取得していない可能性があると思われた。

総合的な医療安全のレベルの自己評価は特定機能病院でかなり高く、求められる基準の差が、自己評価の差にもなっていると思われた。あくまで自己評価であり、レベルが高いという回答の根拠は今回の解析では実施できていない。

自己評価ではあるが、連携加算を取得している施設は、特定機能病院を除き検討すると、取得していない施設よりも安全レベルが高いと考えていることがわかった。

安全レベルが高いとの回答への寄与因子を地域連携の状況から検討したが、相互訪問を実施していること以外は、連携加算 1 を取得していることや、ネットワークや学会に参加していることなどが解析からは浮かび上がった。医療安全に関し、人的・物的資源を投入している状況から安全レベルが高いと判断する結果が得られていると推察され、連携が安全レベルにどの程

度寄与しているかは不明であった。

地域連携により自施設の患者の安全性が向上したと考える回答は、連携加算取得施設では「とても向上した」11.3%、「やや向上した」77.1%と 8 割以上が評価していた。向上したと回答した施設がどのような連携を行っていたのか単変量解析では連携加算の取得含めすべての項目で有意差が認められ、多変量解析で検討したところ、「定期的に情報交換」「連携加算 2 を取得」「訪問にて医療安全体制を確認」「自施設での問題時に相談」で $p<0.05$ となった。特に「定期的に情報交換」はオッズ比 4.23 であり、単独の施設内で対策等を検討するよりも、担当者として安全性の向上が達成されやすいと感じていると思われた。連携加算 2 取得の施設に関しては、連携加算を取得することで、情報交換の機会や訪問の機会を得、自施設の問題の相談先を確保できていることが伺え、共変量の要素もあるとは思われたが、統計的には問題とならず、変数として残した。連携加算 2 を取得している施設の規模から推察すると、施設内で医療安全に配置できる人員も限られ、そのような中での医療安全体制構築に、地域連携が大きな役割を果たしていることが推察された。

調査の仮説形成時に、患者のケアの移行期の安全性向上に地域連携が寄与すると考えたが、現状として施策の中では、そのような要素が安全対策として抽出されておらず、地域包括ケア構想等は、施設内でも医療安全とは別部署で対応実施されていると思われ、本調査の中でも、連携により安全性が向上した証左は得られなかった。患者が様々な施設で医療を受ける中での情報共有不備によるインシデント等への対応を求めるには、現在の施設要件等では不十分であることがわかった。

D-II (参照：中島分担報告)

医療安全対策加算 1 は医療安全管理部門に専従の医療安全管理者を配置する必要がある点が対策加算 2 との最大の差である。診療報酬は患者 1 入院当り対策加算 1、2 でそれぞれ 85 点、30 点である。これに対して医療安全対策地域連携加算 1 は、医療安全対策加算 1 を取得している医療機関が、同加算 1 の施設と相互訪問し、また同加算 2 の施設を訪問して安全対策

の確認及び助言を与えることに対する評価として設定されている。医療安全対策地域連携加算 2 は、医療安全対策加算 1 を取得している医療機関が、同加算 2 の施設を訪問して安全対策の確認及び助言を与えることに対する評価として設定されている。診療報酬は 1, 2 に対してそれぞれ 50 点、20 点である。

医療安全対策地域連携加算は、1・2 共に医療安全対策加算に比べて施設への負担は少ないが、その効果について確認されておらず、効果が疑問視されることもあった。今回の調査結果から、医療安全対策加算 1・2 の両者において、医療安全対策地域連携加算の算定の有無で、医療安全対策に関して大きな差があることが明らかになった。さらに驚くべきことは、医療安全対策加算 1 のみの施設は、専従の医療安全管理者のいない医療安全対策加算 2 の施設で医療安全対策地域連携加算 2 を算定する施設よりも医療安全体制が充実していないことである。

以上の原因については本研究では明らかになっていないが、医療安全の推進に地域連携が役立っている可能性については、今後の研究が必要と考える。

D - III (参照：水野分担報告)

本調査は、医療安全対策加算および医療安全対策地域連携加算の取得状況と、連携先医療機関の属性や選定理由に関する実態を明らかにした点で、今後の政策立案や加算制度の改善に向けた重要な示唆を提供するものである。

地域連携加算の取得における連携先の実態としては、加算 1・加算 2 とともに「一般病院」との連携が中心であり、これに「リハビリテーション病院」や「長期療養型病院」が続く傾向が見られた。このことは、地域における連携の中核を一般病院が担っていることを反映しており、一般病院が他の種別の医療機関とのハブ的な役割を果たしていることを示している。また、加算 2 取得のための連携でも同様の傾向が確認され、より高度な医療安全体制の構築においても、一般病院の果たす役割が大きいと考えられる。

連携先の選定理由については、「同じまたは隣接する 2 次医療圏内の医療機関」との連携が最も多く、地理的な近接性が大き

な要因となっていることが分かった。これは、日常的な連絡や協働のしやすさを重視していることを意味しており、現場レベルでの実効性ある連携を支える合理的な判断といえる。一方で、加算 2 取得施設では「開設主体が同一」であることが連携理由として多いという傾向が見られ、より制度的・組織的な枠組みの中で連携が進められている可能性も示唆される。

D-IV (参照：山口分担報告)

本研究では、2 つの特定機能病院の職員に対するフォーカス・グループインタビューの結果をもとに調査用紙を作成し、全国の特定機能病院の関係職員に対してアンケート調査を実施し、結果のうち、自由記述で回答されたデータを分析した。

(1) ピアレビューの現状と意義

回答者は、3 分の 2 が国公立大学医学部附属病院に、3 分の 1 が私立大学医学部附属病院とその他の特定機能病院に属していた。職種別にみると、回答者の 4 割強が医師であったが、そのほとんどは専従の医療安全管理者で、管理者は 1 名、医療安全管理責任者は 9 名であった。郵送先が医療安全管理部門であったことで、管理者・医療安全管理責任者までは依頼が回らない施設が多い中、回答した 10 名の管理者・医療安全管理責任者は、医療安全に対して高い関心を持っていることが推測された。

自由記述のテキストデータを内容分析した結果、回答者らがピアレビューの重点項目として検討したい事項は多岐にわたっていた。これは、近年の医療安全管理部門における担当業務範囲の拡大傾向と関連している。現場では対応に苦慮することも多いと推測され、「ピアレビューに期待したいこと」として「他の監査・検査体制とは異なる、実務者レベルの具体的な意見交換や情報交換の場」や「ネットワークづくり」が挙がっていたことも、この状況を反映している。医療機関の連携状況については、多くの施設が大学病院間や地域の病院間でネットワークを構築していたものの、そのような連携体制を持たない施設も存在した。このような施設にとって、ピアレビューは医療安全管理体制の改善における重要な機会および仕組みとなっている。

一方で、「医療安全上の改善に結びついた事例」として、「医療安全管理部門の業務改善」や医療安全管理部門が主導・関係する業務の改善事例が多く報告されていた。このことから、現時点でのピアレビューの仕組みは、現場レベルでの有意義な情報交換の場として機能し、実効性のある改善の手段となっていることが伺える。

(2) 今後に向けた課題

今後の課題の一つとして、現行のチェックリストに基づく確認作業を現地で実施するか否かという点が挙げられる。重点項目を議論したいという意見が多い中、網羅的な確認の重要性も指摘されており、今後はオンラインの活用などによる効率的な確認体制の構築が求められる。この網羅的な確認体制は、ピアレビューへの期待として挙げられていた「体制や取り組み内容、人員配置に関しての特定機能病院間の平準化」や「自施設の経営陣や他の部署に対する強制力」とも密接に関連している。効率的な確認体制が確立され、全国の特定機能病院の体制・活動内容・人員配置が公表・共有され、標準的な「あり方」が示されることで、各施設の設置者・管理者・経営陣への説得力となり、特定機能病院全体の医療安全管理体制の向上につながることを期待される。

次に、死亡事例や医療事故調査制度に関する検討をピアレビューで行うべきかという課題がある。死亡事例報告および医療事故調査に関する意見は、実務上の相談事項や運用上の改善事例として多く挙げられていた。一方で、検討事項として取り上げることにについては、各施設の背景や事例ごとの事情、個人情報などの機密性の高い情報を扱うこと、また別制度であることなどを理由に、慎重な意見や反対意見も一定数存在した。さらに、「べき論」や懲罰的な指摘を懸念する声も聞かれた。現状、立ち入る医療安全管理責任者の実務経験や医療安全活動へのエフォートには大きな差があり、また医療安全管理者たちには実務上のニーズがあることを考えると、まずは各施設が相談したい内容を互いに提示し、「指摘」ではなく「情報交換」として始めることが、今後につながる取り組みと考える。

三つ目の課題は、ピアレビューに伴う業務

負担の軽減である。現場ではその意義が十分に理解されている一方で、今後の業務の効率化と運用の標準化を求める声が多い。具体的には、書類作成の効率化、日程調整などの関連業務の標準化、立入者数の適切な制限など、日常業務を妨げない運用方法が求められている。さらに、厚生局・保健所の立入検査や監査委員会との役割の区別を明確にすることも必要とされている。

D-V (参照：北村分担報告)

特定機能病院間相互のピアレビューの相互訪問には重要職責の多くの人的リソースが費やされており、遠距離の場合はコストも大きくなっている。参加メンバーを限ることも可能ではあるが、他大学からの貴重な学びの機会であるため、医療安全部門以外の病院幹部、要職を務める人たちが医療安全部門とともに現場で実際に意見交換、見学を行い、課題意識を共有することが、自院の体制やシステムの改善につながるために有用と考えられる。実際に、高難度新規医療技術に関する安全対策については、医療法で求められている事項以上に自律的に体制の改善やシステム化の検討が行われている（例：当該医療提供後の遠隔期モニタリングを実施している病院が増加（令和4年度38病院、5年度45病院）、高難度として申請されないものにも該当する技術がないかを拾い上げる仕組みのある病院が増加（令和4年度24病院、5年度32病院）等）。事務局の把握する範囲でも、高難度新規医療技術や未承認新規医薬品を用いた医療を提供する際の説明書の項目を病院として標準化することについて、ピアレビューを契機に取り組んだ大学病院や、電子的な院内死亡症例把握システムや高難度新規医療技術等のデータベースの構築について、自院で実施可能とするためにピアレビュー後も連絡をとりあう大学病院もあった。以上のように、改善策導入のために必要な組織横断的な検討やコストについて、意思決定をし得る重要職責のメンバーが参加するピアレビューは、それらの実現にむけた契機となりうると考えられる。

重大な事象への対応については、大学病院の状況を把握しているピアどうしで、実際の事例を基に意見交換を行うことで、行政の監査的な立ち入り調査では気づき難い

改善点も見出されていた可能性がある。特に、どのようにすべきか正解のない課題（例えば、死亡症例に関する自律的な振り返りの仕組み、医療安全対策の PDSA サイクルの回し方等）について、互いの良い取り組みを知り新たな展開を得ることのできる機会であるとも考えられた。今後も、課題意識の共有を通じて率直な意見交換を引き出し、多職種での多角的な意見交換を推進する工夫について、調査票作成に係るワーキング・グループで検討していく必要があると考えられた。

また、ピアレビューでは、調査項目にとどまらず、様々な課題の共有や助言がなされていた。医療安全・質には、タスク・シフト/シェア、システム化、テクノロジーの活用、医薬品安全管理の高度化、地域医療・連携の充実化、人材不足など、幅広い背景要素が関わっており、薬剤師、事務も含め、多職種の幅広い積極的な意見交換がピアレビュー相互訪問時に自由になされることも、医療全体の質向上のために貢献すると考えられる。

D-VI （参照：宮崎分担報告）

医療安全管理部門職員を対象とした、より効果的、効率的なピアレビューのあり方を検討するアンケート調査では、短期的な方向性としては、網羅的な調査よりも重点項目に絞った効率的な運用でベストプラクティスの共有や深い議論を現地で行なうことを求めていることが明らかになった。中長期的な改善としては、他の監査との違いを明確化し、効率的に監査を行なう一方、医療安全管理部門の拡充やデータベースの構築など、ピアレビューで得られた知見を十二分に活用できる環境改善が期待されている。なお、ピアレビューの進行における執行部や医療安全管理責任者の関わりについては改善を求める意見があり、医療事故調査制度における死亡事案の検討についても慎重な意見が見られた。これらの運用については検討を考慮する必要があるものと考えられた。

D-VII （参照：辰巳分担報告）

南大阪医療安全ネットワーク活動は、2012 年当時、地域医療安全ネットワーク活動に対する認識の乏しい時期に幾多の困難を乗り越えて誕生した。これまで、研

修内容に関するアンケート等は継続して行われてきたものの、そのネットワーク活動自体を評価されていなかった。研究 1 年目に提示した南大阪医療安全ネットワークに参加する医療施設のネットワーク活動に対する評価は高かったが、具体的な評価を確認できておらず、2 年目はこの点に留意し、地域ネットワーク活動、医療安全地域連携活動の優位性ととともに、その費用対効果を検証することを目標とした。しかしながら、アンケート回答率が 28%と低かったことと、費用対効果の検証のためのインシデント（医療事故）件数、実患者数などの共有が事務レベルで困難であったことは今後の課題である。

また、回答医療施設の規模は、日本の 300 床以下の施設が 70-80%を占める実情とは異なり、平均 421 床とアンケートに回答する施設がそもそも比較的規模の大きな、安全活動を積極的に行っている集団にやや偏移している可能性を示唆し、医療安全対策地域連携加算 1 の病院が加算 2 の病院と比較して倍以上であったことも、この可能性を示唆している。従ってアンケートの結果は、現実よりもやや好ましい傾向として表れている可能性がある。その中で、多くの施設は、比較的積極的に地域の安全研修等に参加していることが示唆された反面、自らが率先して安全情報を他施設と共有して議論するまでには醸成されていないことが示唆された。ただし、医療安全・医療事故情報を共有している施設では、これらの情報は比較的有效利用されていることも示唆され、やはり積極的に情報を共有し、医療安全の思考・知識を吸収することの重要性とその可能性を示していると考えられる。

最後に医療安全地域連携活動については、その意義は十分共有されてはいるものの、費用対効果に関しては施設間の病院間連携の適切な施行に関する情報提供体制の不足やそこから得られる効果の可視化の不足などの状況によって異なるのかもしれない。さらに今後の取り組みも踏まえ、医療安全地域連携活動の障壁を考慮すると、人的・金銭的・情報リソースの欠如とともに、自施設の医療安全のレベルに自信がないことから、積極的に外部施設に相談ができにくい、所謂心理的安全性の欠如がその一端にあることも示唆される。

南大阪医療安全ネットワークは、できるだけ形式的にならない敷居の低い集団をうたい文句として活動してきた。それでもなお自施設の状態への恥や遠慮が存在するとなると、医療安全の先駆者を招聘して講演を開催することで地域医療安全活動とするだけでは、真の目的である地域の中小医療施設の本質的な質の向上を達成するためには、まだ多くの障害が潜むのかもしれない。

今後、参加施設からの情報収集を定期的に行うとともに、病院事務部門が情報提供を抵抗なく協力できるよう配慮していきたいと考えている。

D-VIII （参照：森井・此村分担報告）

D1. 医療機関間での連携効果

医療安全対策における医療機関間での連携の効果および費用対効果の検討を行った。

対象病院におけるアクシデント数は経時的に増加傾向であった。この傾向は、日本医療機能評価機構の 275 医療機関からの報告結果とも一致していると考えられる。全国的に患者の高齢化、医療そのものの複雑化などによって、医療安全上のリスクが高まっていることが推測されるが、医療安全に関わる医療機関間の連携等によって医療安全の効果的な取組みが推進され、アクシデント数の減少が困難であっても、増加傾向が鈍化することが期待された。

DID 分析の結果、連携加算のアクシデント数への有意な影響は認められなかった。この結果について、以下の研究の限界の点に留意して解釈する必要がある。まず、連携加算の効果を最終的に目指すべきアウトカムとしてアクシデント数だけで評価したこと、実際の連携には様々な形態があり、中には形骸化している連携も報告されていること（他の分担研究において効果的な連携のあり方を検討）。そして本研究では長野県全域の医療機関を対象に医療安全担当者のネットワークを活用してデータ収集を行ったが、比較のためのコントロール群となる連携加算を算定していない医療機関が限られているため、上記の結果は不確実性の大きいものであると考えられる。また、連携加算を算定しない医療機関は算定する病院に比べて病床数や職員数が少なく（本研究ではそれぞれ職員数

600 および 123）、中には診療科数の少ない病院も含まれていた。同加算を算定しない病院では、そもそも一般的に病院の規模、診療科、提供する医療技術の高度さや複雑さなどが異なる可能性がある。本研究の DID 分析では共変量として病院の規模を反映すると考えられる職員数を含めたものの、提供する医療技術の高度さなどの共変量は含まれていない。今後は例えば全国レベルの調査を行うなど、上記の課題を考慮した上で連携加算の有無での比較を可能にすることで、連携加算の効果についてより不確実性の小さい推計が可能になる。

さらに、連携加算は 2018 年 4 月に施行されたが、その 2 年後からは COVID-19 の流行が開始した。COVID-19 流行が医療提供体制に影響を与えたことは明白であり、実際に、医療機関間の医療安全の連携における相互訪問も中止となり、オンライン上での意見交換となった。したがって、COVID-19 流行についても本結果に不確実性をもたらした可能性がある。

本研究では、医療安全地域ネットワークへの加入別のアクシデント数の集計、および加入有無を比較する DID 分析を行った。医療安全地域ネットワークのうち、CAN は 2019 年 4 月に設立されたため、本研究のデータよりその前後での比較が可能である。ネットワークに参加していない場合と比べて、統計的に有意ではないが、レベル 3a のアクシデント数は増加し、レベル 3b 以上のアクシデント数は増加が少ない傾向であった。レベル 3a のアクシデント数については、

医療安全地域ネットワークを通じて医療安全対策への意識が向上し、報告数が増加した可能性が考えられる。また、レベル 3b 以上のアクシデント数に関しては、先述の要因から一定の結論を導くことは困難であるが、医療安全地域ネットワークの活動がアクシデント数の増加傾向の抑制に一定程度寄与した可能性が示唆される。同ネットワークでは医療安全管理者の相互支援を目的として心理的安全性の担保された支援体制を構築し、医療機関間のスキルのばらつきを少なくするべく活動を行っている。連携加算の要件としての連携に加えて、医療安全地域ネットワークの活動を併せて行うことで、医療安全に関するアウトカムに対して相乗的な効果を有する可

能性がある。今後は地域医療安全地ネットワークによる効果も併せて検討することが望まれる。

D2. 医療機関と介護保険施設との連携について

介護保険施設と医療機関の連携の効果に関する DID 分析では、連携の効果に関して有意な効果は得られなかった。この結果については以下の点で研究の限界があり、大きな不確実性があることに留意して解釈する必要がある。

具体的には対象施設数が限られること、対象とした法人間では提供する介護サービスの種類などの点で差異が存在する一方でそれらの共変量での調整がなされていないこと、サンプル数が少ないこと、および介入の時点が両群で必ずしも統一されていないことなどが挙げられる。介護保険施設における医療機関との連携の重要性は今後も高まると考えられるため、今後の研究により、介護保険施設と医療機関の連携の効果についてより詳細に検証することが望まれる。

D3. 費用効果分析

本研究では医療安全対策における医療機関間の連携についての費用効果分析を行った。方法 B3 に記載した通り、DID 分析等か得られた結果より、連携の効果の有無については明確には示されていない、不確実性を伴うものであったため、費用効果分析は参考的なものであり、連携の費用対効果を一意に示すものではない。今後の連携の効果に関するエビデンスの蓄積に応じて、本連携加算の費用対効果についてより詳細に検討を行うことが望まれる。

感度分析の結果、費用効果分析の結果に大きな影響を及ぼすパラメータとして連携の効果に加えてアクシデントの発生率が挙げられた。本研究では調査回答からアクシデント発生率のパラメータを設定しているが、その値が日本における実臨床を代表しているかについては不確実である。今後の調査等から、より適切な値を設定する必要がある。

本研究は医療安全における地域連携の費用対効果を検討した数少ない報告である。試行的に分析を行ったものの、データの利用可能性などが原因で、以下の点で限

界があると考えられた。まず、設定する患者集団についてである。アクシデントと患者の背景疾患を連結させた報告がないため、対象患者を平均的な入院患者として、ベースケースでは、予後は一般集団と同等とした。実際には、患者属性等によりアクシデント発生率やアクシデントの種類が異なる可能性があるため、アクシデントを受けた患者の属性や予後などのデータが明らかになることにより、より正確な分析が可能になる。次に、医療事故の種類は多様であることが挙げられる。費用効果分析では分析の実施可能性の観点から、レベル 3b 以上のアクシデントとして転倒・転落による大腿骨頸部骨折を想定した。アクシデントの種類、構成割合、およびそれぞれの予後については患者ごと、およびケースごとに異なることもあり、平均的な費用等を定義することは実質的に困難であることに留意する必要がある。その他には、連携加算には要件が存在するものの、連携の内容においては施設ごとに差異が存在する可能性があること、連携加算 1 と 2 の効果について独立して検討できていないこと、アクシデント数は報告数ベースであるため、特にレベル 3a 以下の重症度の低いインシデント数は報告体制・報告する文化による影響を受ける可能性が大きいことから分析に含めていないこと、および本研究における専門家へのヒアリングより、例えば地域医療安全ネットワークにおいては日常的な医療機関間の相談相手があること、他機関との交流を通じた医療安全文化の醸成、経営層の医療安全意識の向上の効果があること、またそういった効果の発現には長期間を要するが、本研究では限られた期間しか検討できていないことなどが挙げられる

D-IX （医療・介護の連携）

超高齢化社会を迎え医療介護連携は不可欠であり、2024 年度からは診療報酬及び介護報酬の同時改定により、医療介護連携を推進する加算も開始されている。一方で、介護現場の医療安全の強化も喫緊の課題であり、「介護保険施設等における事故報告に関する調査研究事業」「介護保険施設等におけるリスクマネジメントの推進に資する調査研究事業」などが実施されている。また医療機関においては、患者の身体

拘束を適正化することが求められているが、その際にヒントとなる身体拘束をせずに患者・利用者に安全なケアを提供するノウハウは介護現場において既に蓄積されている。相互に学び合える医療介護の連携によって患者・利用者の安全なケアが推進されることが示唆されている。その際に病院から介護施設等に対して、「上から目線」ではなく、互いが自由に意見交換できる「心理的安全」な場が必要となる。

E. 結論

様々な医療安全に資する連携が存在する。具体的には、特定機能病院間のピアレビュー、医療安全対策地域連携加算による医療機関間の連携や自主的な地域における医療安全ネットワーク、医療介護連携、などである。これらの連携には、共通する大きく3つの機能の類型がある(①より安全な仕組みづくり、②安全を担保する一定水準の維持、③医療安全担当者の学び合い・相互支援の場)。

この中で、他の第三者評価にはない医療機関同士の連携(特定機能病院のピアレビューや医療安全対策地域連携加算の相互評価を含む)に特徴的な機能は、「③学び合い・相互支援の場」であり、③の実現には連携の場が「心理的安全な場」であることが必要である。さらに③は、医療機関同士の連携により①②を達成する上での基盤となる。また、連携の成果の視点として、有害事象の減少などのアウトカムだけでなく、よりよい医療安全管理体制(Structure)や対策の実践(Process)などにも注目する必要がある。全国的なアンケート調査から、医療安全対策連携加算を取得している医療施設は、医療安全の総合的レベルが高いことが示唆されている。熱心に取り組む地域のネットワークのアンケートにおいても地域連携の意義を高く評価している。

また医療安全における地域連携の費用効果分析においては、ICERへの影響が大きい主なパラメータはアクシデント発生率、連携による効果、および加算費用などであった。同様の研究は少なく、本分析手法や分析上の課題や限界は今後の参考になると考えられる。

特定機能病院のピアレビューにおいては、外形的な医療安全管理体制の評価に留ま

らず、互いの実践の深い学び合いや率直な意見交換に意義を感じている実務者が多く、これらは、様々な既存の対策の実践(Process)の更なる推進等にも寄与していると考えられる。方法論の一つとして死亡事例を検討することについては、課題共有・実践的助言・標準化につながる等の肯定的意見が見られた一方で、センシティブな内容や個別性への配慮が必要等の慎重な意見も見られた。あらためて③を実現する基盤:「心理的安全な場」を創る(効果的な①②も推進する)ことが必要である。これは医療介護の連携においても同様である。具体的には、まずは各施設が相談したい内容を互いに提示し、「指摘」ではなく「情報交換」として始めることである。その上で、施設間の相互評価においては、既成の評価項目でなく、ニーズをヒアリングして作成すること、そして相互評価だけでなく、ともに学ぶ研修の機会・相談をできる機会をつくること、手段としてオンライン会議も活用すること、事務部門との連携強化、などが効率的かつ効果的な医療安全の連携体制の構築に寄与する。

F. 研究発表

1. 論文発表

— Mizuno A, Yasuda A, Nakajima S, Taneda K. Current status of local network system for patient safety in Japan. *Journal of the National Institute of Public Health*. 2024; 73 (4) : 323-329.

(水野篤、安田あゆ子、中島勸、種田憲一郎. 日本の医療安全地域連携体制について. *保健医療科学*. 2024 ; 74 (4) : 323-329)

2. 学会発表

— 水野篤 日本の医療安全地域連携体制。第 19 回医療の質・安全学会学術集会 2024 年 11 月 30 日 (土) 13:15~14:15 — 種田憲一郎. (メイン講演 ⑫) 患者安全を高める施設同士の連携 - 厚労科研から見た患者安全ネットワークの現状とこれから: 厚労科研の概要. 第 11 回日本医療安全学会学術総会; 2025.3.15 - 16; 名古屋. 日本医療安全学会学術総会抄録集 2025. p.52

— 中島勸. (メイン講演 ⑫) 患者安全を高める施設同士の連携 - 厚労科研から見た患者安全ネットワークの現状とこれか

ら：国家公務員共済組合連合会の医療機関における医療安全対策に対する地域連携の効果. 第 11 回日本医療安全学会学術総会；2025.3.15 - 16；名古屋. 日本医療安全学会学術総会抄録集 2025. p.52

ー山口（中上）悦子. ピアレビューについて. 第 11 回医療安全学会シンポジウム（患者安全を高める施設同士の連携 「一厚労科研から見えた患者安全ネットワークの現状とこれから」）. 2025.3.16 ウィンク愛知. 名古屋.

ー安田あゆ子. （メイン講演 ⑫）患者安全を高める施設同士の連携 - 厚労科研から見えた患者安全ネットワークの現状とこれから：全国医療機関対象の調査から. 第 11 回日本医療安全学会学術総会；2025.3.15 - 16；名古屋. 日本医療安全学会学術総会抄録集 2025. p.52

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

地域連携の取り組み

～“おひとりさま”医療安全管理者を、地域で支える～



JA長野厚生連 下伊那厚生病院
内科部長 / 医療安全管理室長

南信州医療安全ネットワーク 代表
医療安全全国共同行動 企画委員
行動目標1

すがの

たかひこ

菅野 隆彦

参考資料のURL等を QRコードにしましたので、ご利用ください

本講義では、講義映像のみに掲載されるスライドがございます

自己紹介

1985年 滋賀医科大学 卒業→東京医科歯科大学 胸部外科（心臓血管外科＆呼吸器外科）

職歴

- 1995年 東京都立墨東病院
胸部心臓血管外科
- 2000年 武蔵野赤十字病院
心臓血管外科 + 呼吸器外科
- 2007年 小清水赤十字病院（北海道）
循環器内科
- 2014年 下伊那厚生病院（長野県）
内科

医療安全歴

- 1999年 東京都立墨東病院
注射業務標準化プロジェクト
- 2000年 **NDP参加**
医療のTQM推進協議会
- 2005年 医療の質・安全学会
- 2008年 医療安全全国共同行動
行動目標1 危険薬の誤投与防止
- 2014年 南信州医療安全ネットワーク

NDP (National Demonstration Project on TQM for Health = 「医療のTQM実証プロジェクト」)

病院と品質管理専門家の緊密な協力により、病院医療において患者本位の質を確立し継続的に向上させるための質保証システムと組織的質管理のありかたのモデルを構築することをめざすボランティア・プロジェクト。

<http://www.ndpjapan.org/>



自己紹介

1985年 滋賀医科大学 卒業→東京医科歯科大学 胸部外科（心臓血管外科&呼吸器外科）

職歴

- 1995年 東京都立墨東病院
胸部心臓血管外科
- 2000年 武蔵野赤十字病院
心臓血管外科 + 呼吸器外科
- 2007年 小清水赤十字病院（北海道）
循環器内科
- 2014年 下伊那厚生病院（長野県）
内科



武蔵野赤十字病院院長
三宅 祥三 先生（故）



東北大学大学院社会医学講座
国際保健学分野 教授
上原 鳴夫 先生（故）

医療安全歴

- 1999年 東京都立墨東病院
注射業務標準化プロジェクト
- 2000年 **NDP参加**
医療のTQM推進協議会
- 2005年 医療の質・安全学会
- 2008年 医療安全全国共同行動
行動目標1 危険薬の誤投与防止
- 2014年 南信州医療安全ネットワーク



東京大学名誉教授
日本医学会第6代会長
高久 史磨 先生（故）

有志**病院と品質管理専門家とペア**を組んで、

- (1) 「医療の質安全向上のための病院共同改善プロジェクト」を通じて「質・安全」と「システム」の考え方を学び改善の文化と技法を組織に浸透させる
- (2) 「患者さんによる医療評価調査」を通じて、「患者本位の質」のあり方を学び患者本位の質を設計する
- (3) 「TQMの導入支援」を通じて、医療の質保証システムと組織的な質・安全管理の能力および組織運営体制を構築する

<企画調整部会委員>

飯塚 悦功	東京大学大学院工学系研究科化学システム工学 教授
上原 鳴夫	東北大学大学院社会医学講座国際保健学分野 教授
三宅 祥三	武蔵野赤十字病院 院長
棟近 雅彦	早稲田大学理工学部経営システム工学科 教授

<品質安全管理アドバイザー>

飯塚 悦功	東京大学大学院 工学系研究科化学システム工学 教授
井上 則雄	(株)竹中工務店 大阪本店
大滝 厚	明治大学 理工学部生産システム工学 教授
大藤 正	玉川大学 経営学部国際経営学科 教授
小柳津 正彦	財団法人 日本規格協会 審査登録事業部 (非常勤)
河野 龍太郎	東京電力株式会社技術開発研究所ヒューマンファクターグループ
黒田 幸清	財団法人 日本規格協会 審査登録事業部 審査計画センター所長
下山田 薫	株式会社 ケイ・シー・シー
杉山 哲郎	中部品質管理協会 CQCA
福丸 典芳	福丸マネジメントテクノ
棟近 雅彦	早稲田大学 理工学部経営システム工学科 教授
村川 賢司	前田建設工業(株) 経営管理本部 総合企画部
山崎 正彦	元 コニカマーケティング(株)
土屋 文人	東京医科歯科大学病院歯学部附属病院 薬剤部長

参加病院 (2002年～2007年)

武蔵野赤十字病院
宝生会 P L病院
麻生飯塚病院
佐久総合病院
成田赤十字病院
国立仙台病院
国保藤沢町民病院
東北大学医学部付属病院
仙台社会保険病院
神鋼加古川病院

以下は、平成15年度からの参加病院です。

札幌社会保険総合病院
関東中央病院
前橋赤十字病院
岩国市医療センター医師会病院
新日鐵広畑病院
大樹会回生病院

(協力) 名古屋大学救急・集中治療医学教室

履修者ログイン

English



あすいしとは



スタッフ



医師養成事業
e-learning

ASUISHI

名古屋大学医学部附属病院
NAGOYA UNIVERSITY HOSPITAL



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

最高質安全責任者 CQSO

Chief Quality & patient Safety Officer

プロジェクト

CQSO

～医療におけるリスク量を低減する～
Reduce the Risk, for Patient Safety.

CQSOのパフレットは[こちら](#)からダウンロードできます

EQSO/AQSO養成事業に関する情報は[こちら](#)をご確認ください。

コンテンツ

1. イントロダクション

“おひとりさま”医療安全管理者を、地域で支える

2. 地域連携、なぜやるの？

医療安全対策地域連携加算

3. 地域連携、どうやっているの？

南信州医療安全ネットワーク

4. 地域連携の実践

医療安全相互ラウンドの実際

1.イントロダクション

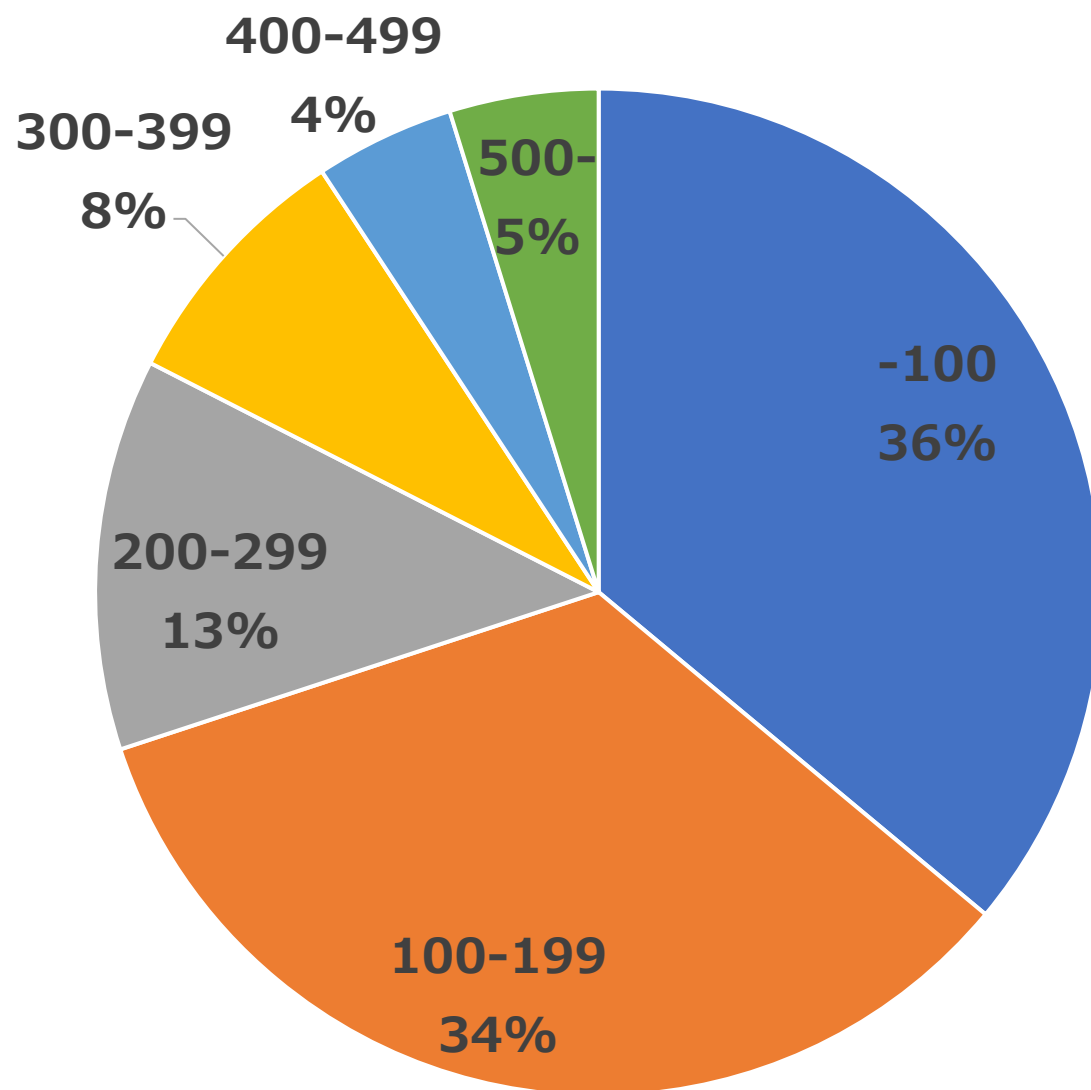
“おひとりさま”医療安全管理者を、地域で支える

**医療安全管理者は
孤立している**



病床の規模別にみた施設

2022/4/27現在



病院>
床未満 70%
病院>

100～200床程度の病院の医療安全担当者の悩み

- 1) 医療安全についての情報・ノウハウが足りない
- 2) 医療安全に対する金銭的援助を受けることが困難
- 3) 医療安全管理者が兼任であることによる時間の不足
- 4) 医療安全スタッフの不足
- 5) 経営陣の医療安全への必要性の理解が十分ではない
- 6) 地方では十分な研修会・講演会が開催されない

管理者（専任者）の孤立！

1. お金がない (No Money)
2. 人が足りない (No Manpower)
3. 時間がない (No Time)

+ 管理が不十分 (No Management)

医療事故による 金銭的損失



医療事故が多発していた武蔵野赤十字病院

- ◆ 1987-1992年 医療事故が多発し、6年間で支払われた和解金 総額 2億5000万円超になった。
- ◆ 加入していた保険会社から、「医療事故に対して病院として組織的な防止策はとれませんか」と強い要請あり。
- ◆ 三宅祥三先生（当時 内科部長）を中心に、試行錯誤で医療安全への挑戦がはじまった。

医療事故の発生による影響

横浜市立大学附属病院 患者取り違い 1999/ 1 月

京都大学附属病院 人工呼吸器加湿器エタノール取り違い
2000/3月

東海大学附属病院 内服薬を静脈注入 2001/ 3 月

群馬大学附属病院 腹腔鏡手術による 死亡事故 2010-2014

東京女子医大附属病院 プロポフォル過量投与 2014/2月

ひとたび、医療事故が発生すると、世間の評判・信用が低下するのみならず、特定機能病院が、その取り消しとなると、大きな金銭的な損失となり、保険会社からも査定が厳しくなり、契約の継続も危うくなる。（ある試算では、年間20億円の損失）³⁸

地域連携の必要性（総論）

- 医療安全管理者を含めた医療の質・安全を担う職員が少なく、医療安全を**単独の病院**だけで行うのは、**非効率**である。
- 医療事故が発生すれば、様々な損失を招き、**金銭的損失も高額**となる。
- 厚生労働省、日本医療機能評価機構、他各組織体*（国立病院機構、日本赤十字社、全国医学部長病院長会議、JA全厚連、地域医療機能推進機構（JCHO）など）で、**どの病院でも利用できる医療の質・安全の仕組み**があればいいが、**現実にはない**。
- しかし、既に**感染対策**では、地域連携で実績がある。
- 医療の質・安全でも、地域の顔が見える医療機関同士、互助的に医療の質・安全について 多角的に手順書や仕組みを**共有化**し、**高信頼地域を構築**することで、患者のみならず、地域の医療機関からも信頼を得ることができる。

2.地域連携、なぜやるの？

医療安全対策地域連携加算が算定できるようになった

地域連携：学会の動向

第14回（2019）医療の質・安全学会より



KS8（パネルディスカッション）

地域医療安全ネットワークの現状とネットワーク間連携の可能性

辰巳陽一、前田章子、川上善久、末吉聖二、長谷川剛

座長：辰巳陽一、長谷川剛

KS9（パネルディスカッション）

ワンオペ（おひとりさま）医療安全管理者応援プロジェクト活動から見てきたこと—医療安全管理者の現状と課題—

江川美穂、川崎悦子、島田尚哉、長谷川剛

座長：長谷川剛、林知江美

SY3（シンポジウム）

地域医療における“つながり”を設計する

新木一弘、田中剛、狹間研至、秋山正子

座長：林泰広、中野由美子

地域連携の先駆者

① 感染対策の地域連携がすでにある

- I. 2012年から、感染防止対策加算に加えて、感染防止対策地域連携加算が算定できるようになった
- II. 互いの医療機関に赴いて、相互に感染防止対策に係る評価を行う
- III. 内容
 - 各施設の感染症情報の共有：アンチバイオグラムの更新
 - 感染相互ラウンド
 - インフルエンザ流行期の面会制限の地域での統一 など

② 診療の地域連携が構築されている

- 2015年から、地域医療構想が策定されてきた
- 高度急性期、急性期、回復期、慢性期など、病院の機能分化による地域連携が構築されてきた

医療安全対策加算における医療安全対策地域連携加算の新設

- 医療安全対策加算に医療安全対策地域連携加算を新設するとともに、既存の点数について見直す。

医療安全対策加算

(新)

医療安全対策地域連携加算

イ 医療安全対策地域連携加算1 50点(入院初日)

ロ 医療安全対策地域連携加算2 20点(入院初日)

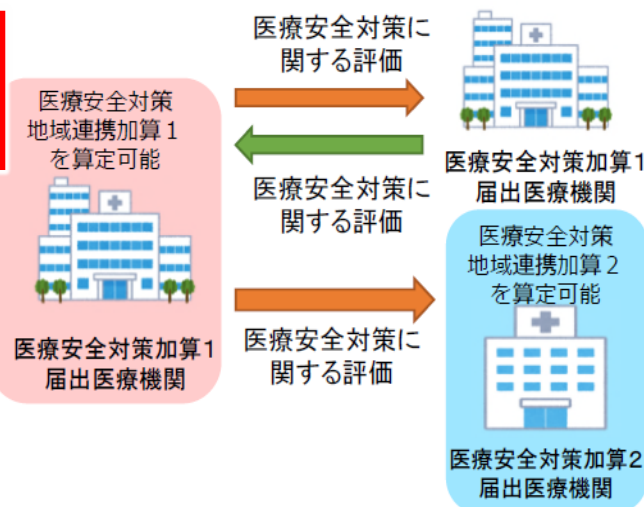
[施設基準]

医療安全対策地域連携加算1

- 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- 医療安全対策加算1の届出を行っていること。
- 医療安全対策に3年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。
- 医療安全対策加算1の届出医療機関及び医療安全対策加算2の届出医療機関それぞれについて医療安全対策に関して評価を実施。
また、当該医療機関についても医療安全対策に関する評価を受けている。

医療安全対策地域連携加算2

- 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- 医療安全対策加算2の届出を行っていること。
- 医療安全対策加算1の届出医療機関から医療安全対策に関する評価を受けていること。



改定前

1 医療安全対策加算1	85点
2 医療安全対策加算2	35点

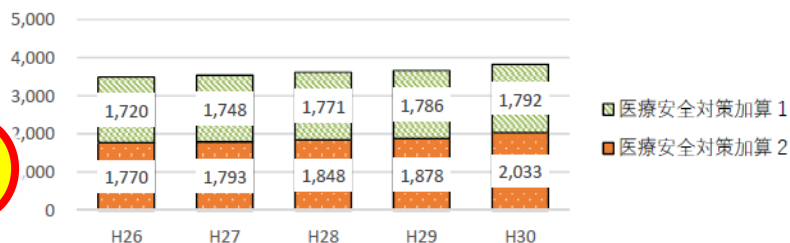
改定後

1 医療安全対策加算1	85点
2 医療安全対策加算2	30点

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
医療安全対策加算1	1,792	74,230
医療安全対策地域連携加算1	1,337	
医療安全対策加算2	2,033	
医療安全対策地域連携加算2	1,274	

(医療機関数)



(出典)

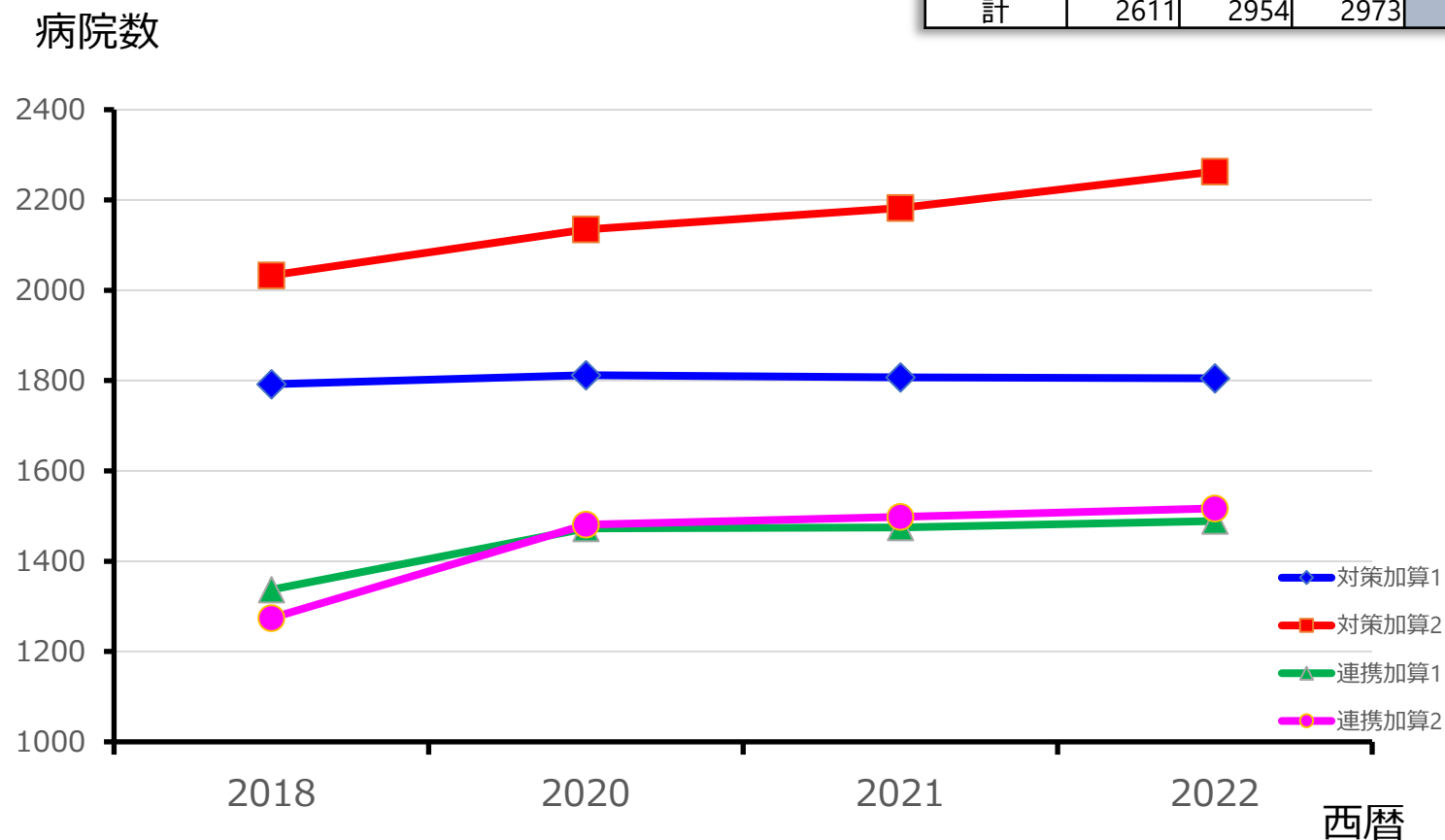
届出医療機関数: 保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)

算定回数: 平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

出典: 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

施設基準の届出状況

西暦	2018	2020	2021	2022
総病院数 8238				
医療安全対策加算				
1	1792	1812	1807	1805
2	2033	2135	2182	2263
計	3825	3947	3989	4068
医療安全対策地域連携加算				
1	1337	1473	1475	1489
2	1274	1481	1498	1517
計	2611	2954	2973	3006



地域連携の必要性

I. 1人で医療安全をやることの不安

- 自分のやっていることは大丈夫だろうか
- 改善点をみつけても、どう展開したらいいかわからない

II. 単独の病院での医療安全の限界

- 人、物、金が、中小企業レベルでしかない
- 医療安全研修を1病院で行うと、講師の招聘の限界、開催回数の限界、開催規模の限界がある

III. 外部監査の限界

- 日本医療機能評価機構の病院機能評価では、医療安全について、自身のスキル・活動のレベル、立ち位置が把握しにくい

IV. 氾濫する医療安全の情報収集

- 厚生労働省、日本医療機能評価機構、医薬品医療機器総合機構などの公的機関からの情報のみならず、ネットから多くの情報が発信されるが、すべてを把握しきれない

地域連携をやることのメリット

I. “おひとりさまGRM”の精神的な安心

- 仲間が傍にいれば、いつでも相談にのってもらえる

II. 高信頼地域としての医療の質向上

- 点ではなく、面での対応となり、高信頼地域として、医療の質向上につながる
- 複数病院で、医療安全活動を協働することで、人、物、金のスケールメリットを得やすくなります。
- 医療安全研修を複数病院で行うため、有名講師の招聘、年間複数回数での開催など、全国規模の研修を実施できる

III. 外部監査の身軽さ

- 地域の病院同士で、相互ラウンドすることで、気軽にアドバイスがもらえる
- 地域の病院の医療の質を知ることができて、地域の診療連携にも役立つ

IV. 医療安全情報の有機的なやりとり

- 公的機関や学会などから大量に医療安全情報が入ってきますが、地域の他の医療機関と共有すれば、有機的な利用を容易にすることができ、地域の医療安全のスキルアップにつながります。

3.地域連携、どうやっているの？

南信州医療安全ネットワークの活動をご紹介します

南信州医療安全ネットワーク 概要

- 参加病院：8病院
 - 飯田市立病院（419床）
 - 飯田病院（447床）
 - 健和会病院（199床）
 - 瀬口脳神経外科病院（66床）
 - 輝山会記念病院（199床）
 - 下伊那厚生病院（111床）
 - 下伊那赤十字病院（112床）
 - 長野県立阿南病院（85床）
- 事務局：
飯田市立病院 医療安全部
- 代表：
菅野隆彦（下伊那厚生病院）
- 後援：飯田医師会
- 参加者：
基本、医療安全に関わる職員
 - **医療安全管理責任者（GRM）**
 - 医療安全担当医師
 - 医薬品安全管理責任者
 - 医療機器安全管理責任者
 - 放射線安全管理責任者
- 定例会開催場所：飯田市立病院
- 研修開催場所：飯田市立病院
- ネットワーク参加費：￥0
（要時 実費徴収）
- 現在定例会参加者数：20名ほど

南信州医療安全ネットワーク 沿革1



- 飯田市立病院 薬剤師 川上善久氏

- 2014年4月 医療安全管理者GRMに就任

- 医療安全活動に取り組む中で、活動の方向性が正しいのか不安になったり、
どのように取り組んだらよいのか悩んだ
- 他施設はどうしているのか、聞きたいことがあると、1病院ずつ電話をして聞いた
- 一方、感染対策部門は、診療報酬がついており、地域のネットワークがすでにあり、地域での活動や相互ラウンドなども行われていた

医療安全でも、感染対策と同様にネットワークを構築すれば、一人で悩まずに活動ができると考えた

南信州医療安全ネットワーク 沿革2

- 2014年7月
飯田医師会 病院長会に、医療安全担当者が集まる会を、医師会傘下に作ることを提案し、承認された
- 2014年7月
飯伊（飯田・下伊那）二次医療圏の8病院で「飯伊医療安全担当者会」が発足した
- 2016年4月
高信頼地域として業務を遂行することを目的に、「南大阪医療安全ネットワーク」（代表 近畿大学 辰巳陽一先生）を参考に、「南信州医療安全ネットワーク」に改名した

南信州 飯伊地域

中核都市：飯田市：とにかく**交通の便が悪い**（陸の孤島）

<高速バス>

長野市（4時間） 松本市（2時間） 東京（4時間以上） 名古屋（2時間）

※主要な交通網は、**高速道**（中央道、長野道）

<鉄道>

JR飯田線：秘境駅で有名な超ローカル線(94駅 195.7km 辰野-豊橋 6.5時間)

※2027年 リニア中央新幹線

（長野県駅=飯田市）ができると

品川駅(約45分)、名古屋駅(約27分)

となる予定ですが。



南信州 飯伊（飯田・下伊那）圏域

（長野県二次医療圏）

飯田市

- 飯田市立病院（419床）①
- 飯田病院（447床）①
- 健和会病院（199床）①
- 瀬口脳神経外科病院（66床）
- 輝山会記念病院（199床）①

➡（2022年から②へ）

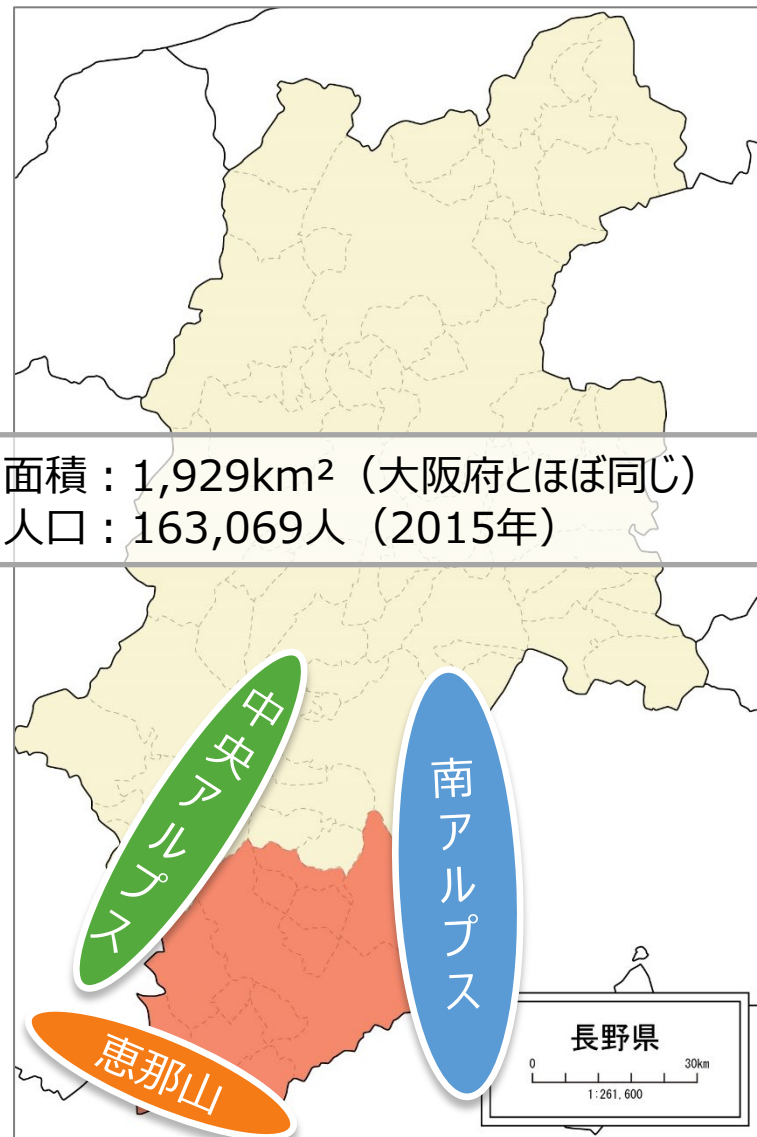
- （介護療養病院）西澤病院、菅沼病院

下伊那郡

- 高森町：下伊那厚生病院（111床）②
- 松川町：下伊那赤十字病院（112床）②
- 阿南町：長野県立阿南病院（85床）①

阿智村、売木村、大鹿村、下條村、喬木村
天龍村、豊丘村、根羽村、平谷村、泰阜村

※ ①：加算1、②：加算2



コロナ禍の功罪

- ◆ 2020/1/15 新型コロナウイルス感染症 日本第一例目 確認
- ◆ 2020/4/7に東京、神奈川、埼玉、千葉、大阪、兵庫、福岡の7都府県に緊急事態宣言が発令、その後、4/16対象を全国に拡大
- 感染対策のため、ネットワークの定例会、研修会、病院相互ラウンドが**中止、制限**を受けてしまった
 - ⇒ でも、研修会や病院相互ラウンドを**工夫してやりました**
- コロナウイルス感染により、全国的に移動ができなくなり、**講演会や学会が中止・延期**となった
 - ⇒ でも **学会・講演会・研究会・研修などがWeb開催**となり、僻地である当地では、**移動せずに参加**できる

発足時メンバー（2014）：多職種

- i. 飯田市立病院：川上 善久（薬剤師・専従GRM）、赤羽目 千布子（看護師）、田中 正人（臨床工学技士）
- ii. 飯田病院：梶間 郁榮（看護師・専従GRM）、北澤 真弓（薬剤師）
- iii. 輝山会記念病院：清水 康裕（医師）、原田 嘉和（看護師）、串原 恵太（臨床工学技士・専従GRM）
- iv. 長野県立阿南病院：奥村 徳子（看護師・専従GRM）
- v. 健和会病院：木下 和賀子（看護師・専従GRM）、長谷部 優（薬剤師）
- vi. 下伊那厚生病院：熊谷 和夫（看護師・兼務GRM）
- vii. 下伊那赤十字病院：熊谷 幸子（看護師・兼務GRM）
- viii. 瀬口脳神経外科病院：小林 健（作業療法士）、川尻 菊野（看護師）、加藤 洋子（臨床検査技師）

多職種がいい！

各病院のGRMの医療資格(2022/10月現在)

飯田市立病院：	薬剤師・専従GRM
飯田病院：	看護師・専従GRM
健和会病院：	看護師・専従GRM
輝山会記念病院：	臨床工学技士・専任GRM
長野県立阿南病院：	看護師・専従GRM
下伊那厚生病院：	臨床工学技士・専任GRM
下伊那赤十字病院：	看護師・専任GRM

多職種がいい！

- 医療は、多様化
- ケアも、多様化
- 医師一人では、何もできない
- 他の職種も多様化・複雑化



単一職種で、業務ができる時代ではない



多職種で、チームで、業務を行う

→医療安全のみならず、医療の質改善につながる

長野県は多職種でやっている

長野県看護協会

×
長野県病院薬剤師会

×
長野県臨床工学技士会

×
長野県臨床検査技師会

4団体が合同で研修会を開催

研修会名・講師	開催日時 2023
多職種合同研修 「医療メディエーションの基礎を学ぶーいつでも、どこでも、だれでも、医療メディエーションー」 講師：高木宏明（諏訪中央病院）	7/22（土） 10:00～16:00
多職種合同研修 「地域で取り組む医療安全～医療安全推進ネットワークの取り組みから学ぶ～」 講師：辰巳陽一（近畿大学病院）	10/28(土) 10:00～16:00

2023 医療安全研修 研修番号 217 多職種合同研修

地域で取り組む医療安全
～医療安全推進ネットワークの取り組みから学ぶ～
講師：辰巳 陽一 氏（近畿大学病院）

 地域で取り組む医療安全について考える場となり、医療安全の質の向上につなげるために

日 時：2023 年 10 月 28 日（土） 10:00～16:00

会 場：長野県看護協会会館 松本市旭 2 - 11 - 34

受講料：長野県看護協会会員 3,000 円 非会員 6,000 円
※長野県臨床工学技士会・長野県臨床検査技師会会員は会員受講料
※長野県病院薬剤師会会員は同会へお問合せください

対象者：医療機関・在宅・介護施設（看護師、多職種含む）で勤務する職員、医療安全に興味のある方

定 員：90 名

申 込：長野県看護協会ホームページからマイページ登録をして申し込んでください。
*申し込みの際、看護職以外の方は連絡欄に職種をご記入ください

申込期間：8 月 1 日（火）～8 月 20 日（日）
*受講料の支払いは 9 月 1 日（金）～9 月 19 日（火）。支払が事前に完了していないと、研修を受けられないのでご注意ください

問合わせ先：長野県看護協会 TEL0263-35-0421
ホームページ <https://nursen.or.jp/>



ネットワークの取り組み

- ① 定例会議（担当国会議）
- ② メーリングリスト（ML）
- ③ クラウドサーバー
- ④ 「医療安全 相互ラウンド」のコーディネート
➡3.地域連携の実践 で 紹介します
- ⑤ 共同行動：医療安全ポスター等の作成
- ⑥ 合同研修会の開催
- ⑦ 飯田警察署と情報交換
- ⑧ 誤接続防止コネクタに係る国際規格の導入
- ⑨ 「院内医療安全研修」の支援
- ⑩ インシデントアクシデント報告の地域内での分析支援
- ⑪ その他

①定例会議：2か月に1回

- 病院相互ラウンドの計画・実施・振り返り
- 合同研修の計画：ImSAFER、チームSTEPPSなど
- 各施設での課題や事例などについて情報交換や情報共有
 - ✓ 内服薬分包のまとめにステープラー（ホッチキス®）を使用することについて
 - ✓ 院内の時計の時刻合わせについて
 - ✓ ハサミなど危険物の持ち込みと管理について
 - ✓ 転倒時対応フローチャート（頭部外傷）について
 - ✓ ガストログラフィン使用時の承諾書について
 - ✓ 採血禁止上肢からの採血事例について

➡医療看護支援ピクトグラム 導入（飯田市立病院）



採血禁止側からの採血事例について

医療看護支援ピクトグラムを導入



医療看護支援ピクトグラム

設立経緯と現在の活動

➤2007年11月

第2回医療の質・安全学会学術集会で、医療施設用に試作したピクトグラムに関する研究が、ベストプラクティス部門最優秀賞を受賞した

➤これを機に、実用化、サインを標準化図記号にするために「[ベッドまわりのサインづくり研究会](#)」が設立された

➤[医療看護支援ピクトグラム](#)を開発

→導入時の相談および導入後の評価等の調査・研究を行っている

1. 横井郁子, 橋本美芽, 濱野拓微, 甘粕敏昭, 岩井田英昭, 藤原康人, 鈴木美和子, 村野大雅, 森祐美子: 第2回「ベストプラクティス」報告 最優秀賞, ヘルスケア情報をピクトグラムで. 医療の質・安全学会誌. 2008;3:163-9.
2. 横井郁子: ヘルスケア情報をピクトグラムで. 医療の質・安全学会「医療の質と安全をめざすベストプラクティス賞」最優秀賞を受賞して. 看護管理. 2008;18:478-82.

メンバー：

横井 郁子（東邦大学）、橋本 美芽（首都大学東京）、
濱野 拓微（鹿島建設）、島津 勝弘（島津環境グラフィックス）、
藤原 康人（パラマウントベッド）、藤田 衛（山下設計）



医療看護支援ピクトグラム

移動



歩行



杖



歩行器



車いす移動



ベッド移動

姿勢



ヘッドアップ制限
30度/45度/60度



食事



飲食禁止
(従来のもの)



飲食禁止



食事禁止(朝)



食事禁止(昼)



食事禁止(夜)

排泄



ベッド上排泄



ポータブルトイレ

職員共有



右上肢処置禁止



左上肢処置禁止



定時採血



尿管理



リハビリ中

飲み物



飲み物制限



服薬時水分可



飲み物計量中



飲み物可

ネットワークの取り組み-2

- ② メーリングリスト（ML） で、情報伝達・情報交換
- ③ クラウドサーバー：共有ファイルの保存相互利用
- ④ 「医療安全 相互ラウンド」のコーディネート
（医療安全対策地域連携加算による）
➡3.地域連携の実践 で 紹介します

ネットワークの取り組み-3

⑤ 共同行動：医療安全ポスター等の作成

→参加病院で一斉に掲示

➤ PTPシート誤飲防止ポスター

地元医師会、歯科医師会、薬剤師会の協力を得て、飯伊圏域の全病院、医院、歯科医院、薬局に共通ポスターを掲示した

➤ 患者確認ポスター

医療安全全国共同行動 行動目標8のポスターを使用
(フルネーム確認推進ポスター (患者さん向け))



➤ 「検査結果を聞きましょう」ポスター

医療の質・安全学会と医療安全全国共同行動の、
「検査の見落とし対策の1つとして『患者さんの参加』
をお願いする」ためのポスターを使用



➤ 患者・家族の安全対策 20カ条パンフレット

医療安全対策 (入院) に患者さんにご家族に参加いただくための
パンフレットを作成し、説明・配布をしている

PTPシート誤飲防止ポスター

お薬を服用される皆様へ

錠剤の取り出し方

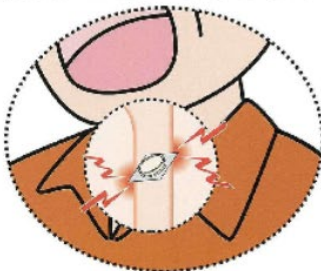
おしだす



おくすりは、
包装シートから取り出して
お飲みください！



包装シートのまま飲んでしまうと
のどや食道などをキズつけ
大変なことになります。



※幼児、高齢者の方が服用される場合は、保護者、介護者などの方に御注意頂きますよう、お願い致します。

二次医療圏全体で、
同じポスターを掲示す
ることで、患者や家族
へ繰り返し、アピール
できる

飯田医師会 飯田下伊那歯科医師会 飯田下伊那薬剤師会

日本薬剤師会 日本病院薬剤師会 日本製薬団体連合会

お名まえをどうぞ ありがとうございます。

お名まえを私たちは何度もお聞きします。
お名まえの確認は医療安全の基本。当院にはた
くさんの人がいらっしゃいます。ご本人にフルネ
ームを言っていただくのが一番確かです。

同姓や似た名まえはたくさんあり、あなたの治療にはたくさんの医療者がか
わっています。万一、まちがいがおきると、大きな事故につながることもあり
ます。だから、ご本人にフルネームを言っていただくことで、とても助かります。
ご理解とご協力をお願いいたします。



医療安全全国共同行動目標8 患者・市民の医療参加

検査の結果を かならず聞きましょう!

★ 患者さん・ご家族へのお願い ★

【検査を受ける前】

検査の目的と、結果がいつ頃にわかるかにつ
いて説明を受けてください。

【検査を受けた後】

患者さんご自身から「検査の結果はどうだっ
たでしょうか」と医師にたずねてください。

患者さんも医療者も、治療のために力を合わせるチームの一員です。検査を
治療に役立てるためには、その結果を患者さんと医療者が共有することが大切
です。

検査によっては、結果が出るまでに時間がかかり、検査結果を後日にお伝え
するものもあります。忘れずに結果の説明を受けましょう。

遠慮しないで
聞いてくださいね



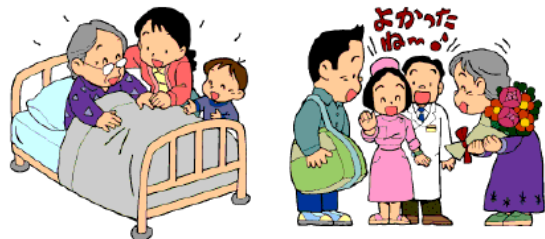
医療安全全国共同行動：フルネーム確認推進ポスター（患者さん向け）
<http://kyodokodo.jp/wp/wp-content/uploads/2016/06/be25257aef653fe5bbff6f802d924bb6.pdf> [2022.6.15閲覧]

医療安全全国共同行動、医療の質・安全学会：検査結果確認ポスター
http://kyodokodo.jp/wp/wp-content/uploads/2019/08/kensakekka_posuta20190801.pdf [2022.6.15閲覧]

いいものは、⁶⁶どんどん利用する！

患者・家族の 安全対策

20 か条



病気やけがを治すためには、患者さんやご家族の皆様のご協力が不可欠です。我々医療スタッフは、安全・安心な医療を提供するためにも日々努力しておりますが、医療の現場には様々なリスクがあるのも事実です。

こうしたリスクをできるだけ防ぐために、当院では、安全対策にも患者さんとご家族に、ご参加いただいております。

「患者・家族の安全対策 20 か条」をお読みいただき、ご自分でできる範囲で結構ですので、安全対策の実施をお願いします。

また、疑問・不明な点はお気軽にスタッフにおたずねください。

下伊那厚生病院

2018/11/1

患者・家族の安全対策 20 か条

第1～10条までが特に重要な10か条です。

よくお読みになり、安全対策の実施をよろしくお願いします。

第1条 わからないことがある場合は質問してください。

- 診断・検査・治療などでわからないことは、医師または看護師にお聞きください。
- 質問したいことをあらかじめ紙に書いておくとう便利です。医師に渡していただいても結構です。その際には、医師は紙に書かれた質問事項を見ながら説明いたします。
- また各診療科の責任者から説明を聞きたい時は、ご遠慮なくその旨をお伝えください。

第2条 できればご家族と一緒に2人以上で説明を聞きましょう。

- 医師からの説明は、可能な限り患者さんお一人ではなく、ご家族と一緒に聞きましょう。ご家族が別々の時間に来院し、それぞれ説明を求めることは控えてください。
- 担当医からまとまった説明を聞きたい場合は、ご希望の日時をスタッフにお伝えください。担当医に連絡し、説明日時の調整を行います。



第3条 意思表示は明確にしてください。

- 輸血に関する希望、宗教的なこと、ドナーカード、人工呼吸器の使用など、意思表示がある場合は明確に表示してください。
- 救命医療が最優先されます。その中で患者さん自身の意思表示が明確かつ有効な場合は、その意思を尊重します。ご本人の意思表示が不明な時は、ご家族の希望をお聞きします。

ネットワークの取り組み-4

- ⑥ **合同研修会**の開催：院内研修のプラスα的位置づけ
ImSAFER研修： 年2回（ImSAFER研究会 協力）
チーム STEPPS 研修： 年2回（TSJA* 協力）
- ⑦ **飯田警察署と情報交換**
「一定の病気等に係る運転者対策」2015年
- ⑧ **誤接続防止コネクタ**に係る国際規格の国内導入
（PMDA）：**経腸栄養分野**
病院のみならず、開業医、各種施設、訪問看護STなど、飯田医師会と連携

⑦合同研修会：ImSAFER研修

ImSAFER 研修 「Basic コース」



本研修では、午前中に、ヒューマンファクター工学の考え方をベースにしたエラーメカニズムとエラー低減の考え方について、解説致しますので、医療現場におけるヒューマンエラーに対する理解を深めて頂くことができます。また、この基本的な考え方は、チーム医療のトレーニング手法であるTeamSTEPPSの理解を深めるのに役立ちます。さらに、午後は、ImSAFER分析手法を基礎から学んで頂くためのグループ演習を行います。

日 時：2017年1月22日（日）

開始8：50～終了16：30（開場 8:30）

会 場：飯田市立病院 講義室A 飯田市八幡町438番

地 TEL：0265-21-1255

内 容：ImSAFERの概要/ImSAFER 分析手順の演習

講 師：ImSAFER研究会 春日道也氏

（自治医科大学医療安全学認定ImSAFERインストラクター）

対 象：飯伊地区の病院勤務者（職種は問いません）

定 員：35名程度

主 催：南信州医療安全ネットワーク

（事務局：飯田市立病院 医療安全部）

受講料：2,500円

備 考：筆記用具をご持参ください。

昼食は各自ご用意ください。（会場で飲食可）

駐車券は、ご持参ください 会場で無料券と交換します。

申し込み方法：各病院の医療安全管理者にお問い合わせください。

申し込み期限：1月13日（金）

・講師は、ImSAFER研究会

春日道也氏に依頼

・2015年10月に第1回を開催

・年2回、飯田市立病院で開催

・コロナ禍：グループワークではなく、
寺子屋方式も採用し、感染対策
しながら実施

・2021年までに約300名が参加



ImSAFERの特徴

- ① 人間の行動モデルをベースにしている。
- ② 現場で実際に働いている人が使える。
- ③ 簡単な講義と実習を受けるだけで使えるようになる。
- ④ 最後の対策の評価までの手順が準備されている。
- ⑤ 各手順においてそれぞれ便利なツールが提供されている。
- ⑥ 対策立案の発想手順がある。
- ⑦ エラーメカニズムやリスク低減の考え方を学ぶためのツールとしても利用できる。



⑦合同研修会：チーム STEPPS研修

TeamSTEPPS研修 「エッセンシャルコース」



TeamSTEPPS®（以下TS）は、医療の質・患者安全向上のために米国で開発されたトレーニング・プログラムです。米国では既に多くの病院に導入され、エラー減少やスタッフの満足度向上などの成果を上げています。日本でも、2008年に導入され、医療安全文化を醸成するための手法として導入する施設が増えています。

TSは、エビデンスに基づいたチームワークを効果的に実践するためのトレーニングであり、ガイドであります。言い換えればチームワーク（他者との協働）を必要とするあらゆる場面で活用できます。それは患者の治療やケアにかかわる臨床のみならず、事務的な業務や更に仕事以外の家族・友人との活動にまで応用することが可能です。

TSを体験しながら学び、より良いチーム医療に活かしましょう。



日 時：2016年11月27日（日）
開始9：00～終了16：00（開場8:30）
会 場：飯田市立病院 講義室A
飯田市八幡町438番地 TEL：0265-21-1255
内 容：TeamSTEPPSの概要/TeamSTEPPSのスキル/演習
講 師：飯田市立病院 医療安全管理者 川上善久
下伊那厚生病院 医療安全管理室長 菅野隆彦
対 象：飯伊地区の病院勤務者（職種は問いません）
定 員：35名程度
主 催：南信州医療安全ネットワーク（事務局：飯田市立病院医療安全部）
受講料：1,000円（テキスト、文房具等の実費です）
備 考：簡単なインシデント事例をお持ちください。
昼食は各自ご用意ください。（会場で飲食可）
申し込み方法：各病院の医療安全管理者にお問い合わせください。
申し込み期限：11月22日（火）

- 講師は、飯田市立病院 川上善久氏（チーム STEPPS マスタートレーナー）に依頼している
- 2016年5月に第1回を開催した
- 年2回、飯田市立病院で開催
- 2021年までに約200名が参加
- コロナ禍では、中止となった

➤ 2020年0回

➤ 2021年1回

チームSTEPPS 研修

チームSTEPPS ⑥は、医療専門家のために設計されたチームワークシステム

- ① 組織内の**患者の安全性を向上させる**強力なソリューション
- ② 医療専門家間の**コミュニケーションとチームワークのスキルを向上**させる、証拠に基づいたチームワークシステム
- ③ **すぐに使用できる**資料のソースと、チームワークの原則をヘルスケアシステムのすべての領域にうまく統合するための**トレーニングカリキュラム**
- ④ 科学的に**20年以上の研究**とチームワーク原則の適用からの教訓に根ざす
- ⑤ **米国国防総省とAHRQ***が**共同で開発**、現在、Ver3.0が公開



南信州医療安全ネットワークでは、
各病院に チームSTEPPS 研修などを支援しています

チームSTEPPS 研修

講師役：川上 善久 氏（マスタートレーナー）

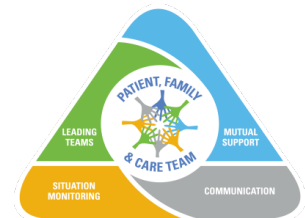
プログラム：

9:00-16:00（日曜日）：6時間（昼休憩 1時間）

- ✓ なぜ医療安全に取り組むのか。
- ✓ なぜチームトレーニングが必要なのか。
- ✓ チームに必要なコンピテンシー（実践能力）を理解する。
- ✓ チームSTEPPSを体験するための寸劇を行う。
- ✓ 楽しく学ぶ。

参加人数：5-6名×3-4グループ

*Team*⁷³**STEPPS**[®]
Team Strategies & Tools to Enhance Performance & Patient Safety



TeamSTEPPS研修・ImSAFER研修



⑧飯田警察署と情報交換

- 一定の病気等に係る運転者対策
(平成26年6月1日 施行)

長野県警察本部職員	2名
東北信運転免許課職員	2名
飯田警察署職員	1名

の講師による学習会を実施

- 改正道路交通法の中で「一定の病気等に係る運転者対策」について整備
- この中で、一定の病気等に該当する者を診断した医師による任意の届け出制度が設定
- 病院としてどのように対応したらよいのか

【一定の病気等の例】

- 認知症
- 統合失調症
- てんかん
- 再発性の失神
- 無自覚性の低血糖症
- 躁うつ病
- 重度の眠気 of 症状を呈する睡眠障害
- アルコール、麻薬等の中毒
- そのほか安全な運転に支障のあるもの

⑧飯田警察署と情報交換

- 一定の病気等に係る運転免許関係事務に関する運用上の留意事項について（通達）

（警察庁丁運発第232号 令和2年12月23日 警察庁交通局運転免許課長）

第2 運用上の留意事項 6 **医師の届出等**に関する留意事項

(1)内容

医師が、患者の病状からして運転に支障があると思われる場合、**当該患者の診察結果を公安委員会に任意に届け出ることができるとともに、当該届出行為が守秘義務違反としない**ことを明確化したものである（法第101条の6第1項及び第3項）

⑨ 誤接続防止コネクタに係る 国際規格の国内導入：経腸栄養分野

■ 医薬品医療機器総合機構 PMDA 医療安全情報
<https://www.pmda.go.jp/>

No.58 改訂 2022年 5月
No.58 2019年 7月

PMDA 医療安全情報

(独)医薬品医療機器総合機構

 No.58 改訂版 2022年5月

誤接続防止コネクタの導入について (経腸栄養分野)

POINT 安全使用のために注意するポイント

1 経腸栄養分野における新規格製品に関する注意点(その1) 旧規格製品の取扱い

- 医療機器などで分野間の相互接続を防止するコネクタに係る国際規格(ISO(IEC) 80369シリーズ)の制定が進められており、欧米では新規格導入が始まっている。
- 2019年12月以降、新規格製品(ISO80369-3)の販売が順次開始されている。
(ただし、旧規格製品の出荷期限は当面の間設けないこととなっている。)



ネットワークの取り組み-5

- ⑨ 「院内医療安全研修」の支援
- ⑩ インシデント・アクシデント報告の地域内での分析支援

⑨「院内医療安全研修」の支援

「院内医療安全研修」（年2回）

厚生労働省「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」には、医療安全管理者の業務の一つとして「医療安全に関する職員への教育・研修の実施」

- ネットワークメンバーが、要請されて派遣講師として対応している。
- 各病院内の“医療安全の発表会”へネットワーク・メンバーが参加出席し、自院に参考となる活動を持ち帰って、水平展開しています。

⑩地域内での分析支援

～インシデント・アクシデント報告

9年経過し、更に相互ラウンドを5年実施し、**病院相互での職種ごとの連携もとれ**、その中で、掘り下げた相談ができる環境が整ってきた。

ImSAFERを推奨している。

実際に検討された事例（一部）

- ◆ 眼科手術で点眼薬の左右取り違い
- ◆ 採血時の神経損傷
- ◆ 入院患者のスリッパによる転倒
- ◆ 術中胆道造影時にガストログラフィン使用に関する承諾書の必要性の有無
- ◆ 経管栄養チューブの挿入確認の具体的な手順
- ◆ 事前指示書の運用

他の地域の医療安全活動

◆ 南信州医療安全ネットワーク

◆ 中信医療安全ネットワーク CAN

◆ 山梨医療安全研究会

◆ 医療の質と安全 あずさセミナー

山梨大学と信州大学の医療安全部門が核となり、山梨県と長野県の医療機関の医療安全に関わる“ゆるい”地域連携

甲信以外の地域

- 旭川医療安全ネットワーク会
- 道南いかネット（函館市 道南）
- J・Sネットワーク（小樽、後志：倶知安）
- Sapporo Safety Network（札幌市）
- Let's link up！（札幌市）
- 釧路医療安全ネットワーク
- 青森地域医療安全研究会
- 千葉県看護協会医療安全大会
- 医療安全推進ネットワーク（神奈川県看護協会）

- 医療安全ネットワーク浜松
- 藤田あんしんネットワーク（藤田医科大学と周囲）
- メディカルセミナーin北陸（福井、石川、富山）
- 奈良県医療安全推進センター
- 奈良県看護協会医療安全研修会
- **南大阪医療安全ネットワーク** 代表 辰巳 陽一
- あかし医療安全ネットワーク 代表 田中 宏明
- 福岡県看護協会医療安全研修
- 大分リスクマネジャー交流会
- 日南・串間地区医療安全推進研修会（宮崎県看護協会）

県

医療

日時 202

場所 JA

情報提供 1

座長

山梨大学

荒井

パネルディスカ

演者

千葉大

千葉大

清水

「事例

事例①「臨床

事例②「転倒

事例③「医療

特別講演

演者

名古屋

長尾

「最

主催：テルモ株式会社

松本駅：信州大学

JR中央線
特急 あずさ

甲府駅：山梨大学

セミナー

参加費
無料

「について」

（質疑応答含む）

ワーク(CAN)

医療安全管理室

医療の質・安全管理部

療の質と安全
活動の紹介と

生

院長

モ株式会社 2023年9月

PC23-0243

4.地域連携の実践

医療安全相互ラウンドの実際をご紹介します

2017年からやっています！

はじめに 感染対策チーム(ICT)を参考に病院を相互訪問・見学し、改善ポイントやヒントをつかみ、意見交換できたらと、誰からともなく提案があり、医療安全 相互ラウンドを2017年6月に飯田市立病院で実施した。

導入されたベッドサイドのピクトグラムをテーマとし、ラウンドし、意見交換を行った。その後、各病院でピクトグラムの導入が始まった（地域での医療提供の一貫性）

その後 2018年度診療報酬改定で、「**医療安全対策地域連携加算**」（加算1、2）が新設され、ネットワーク定例会議で、ネットワークが中心になって、医療安全 相互ラウンドを実施した。

医療の質・安全学会で紹介しました

第13回 医療の質・安全学会 （2018/11/24 名古屋） ポスター発表

南信州医療安全ネットワークにおける現場が喜ぶ相互ラウンド ～2018年4月から始まった医療安全対策地域連携加算を念頭に～

菅野 隆彦1、川上 善久2、赤羽目 千布子2、梶間 郁榮3、原 重樹3、木下 和賀子4、
串原 恵太5、清水 康裕5、熊谷 幸子6、熊谷 和夫1

1 下伊那厚生病院、2 飯田市立病院、3 飯田病院、4 健和会病院、5 輝山会記念病院、6 下伊那赤十字病院

第14回 医療の質・安全学会 （2019/11/30 京都） 口演発表

2年目（2巡目）入った病院間の相互ラウンド ～南信州医療安全ネットワークにおける活動報告、問題点ならびに今後の課題～

菅野 隆彦1、川上 善久2、山下 俊郎3、堀口 茂俊4、本田 晴康5、露久保 辰夫6、森下 浩7

1 下伊那厚生病院、2 飯田市立病院 医療安全部、3 飯田市立病院 泌尿器科、4 飯田病院 耳鼻咽喉科、
5 健和会病院 外科、6 輝山会記念病院 外科、7 下伊那赤十字病院 外科

第16回 医療の質・安全学会 （2021/11/27～28 オンライン） ポスター発表

南信州医療安全ネットワークにおける現場が喜ぶ相互ラウンド ～五年目のコロナ禍での工夫～

菅野 隆彦1、川上 善久2、小笠原 巧人1、赤羽目 千布子2、牧内 敦子3、木下 和賀子4、
串原 恵太5、田口 志保6

1 下伊那厚生病院、2 飯田市立病院、3 飯田病院、4 健和会病院、5 輝山会記念病院、6 下伊那赤十字病院

南信州医療安全ネットワークの相互ラウンドの 基本的な考え

1. **相手を知ること**からはじめる。加算1病院でも弱いところがあり、加算2病院でも強みはあるので、相互にリスペクトする
(加算1病院が加算2病院に対して、また加算1病院同士であっても規模の大きな病院が上から目線になることがある)
2. 「全部は実施できなくても、**一部なら実施できるかもしれない**」ということに気づくきっかけにする
3. **権威勾配を発生させない**：検討会の席は、コの字型あるいは口の字型とする
4. **南信州医療安全ネットワーク病院の全員参加**：審査-受審病院以外で相互ラウンドの枠に不参加であっても、オブザーバーとして参加してもらい、**相互ラウンドのスキルアップ**をはかる

南信州医療安全ネットワークの相互ラウンドの 特徴

1. **規模や機能、取り組みの異なる医療機関**同士で実施する
2. **評価表はツール**であり、評価をすることは相互評価の“手段”とし、
チェックすることを目的にしない
3. 『**相互ラウンド 実施マニュアル**』を作成し、「事前準備」から「実
施」、「事後評価」へと円滑に実施する
4. 相互ラウンドは、**3時間以内に実施**できる内容とする
5. 南信州医療安全ネットワーク以外の医療機関からの**オブザーバー
参加も歓迎**し、第3者目線でラウンドを見てもらう

相互ラウンド（2018～2019）

2018年度（初年度）

- 事前審査：受審病院は、**国立病院機構の「医療安全相互チェックシート」**で自己評価を行い、審査病院にあらかじめ送付し、チェックを受けた
- 当日審査：受審病院は、日常的な院内ラウンドから医療安全改善記録をもとに「**相互ラウンド評価表**」を作成し、相互ラウンド実施時の評価表とした
 - ・ 参加者は受審病院を含め、約25名/毎回
 - ・ 相互ラウンドの所要時間は、3時間/毎回

2019年度

- 審査-受審病院の2018年度から**組み合わせを変更**し、相互ラウンドを実施した
- 2018年度では、同じ部署のラウンドを行い、「**相互ラウンド評価表**」で、**改善の進捗状況と未達の部分**について、受審病院から提示し、意見交換を行った

相互ラウンド 事前準備

1. 2か月前

相互ラウンドの予定は、下記項目について、南信州医療安全ネットワークの定例会議で、手上げしてもらい、調整した

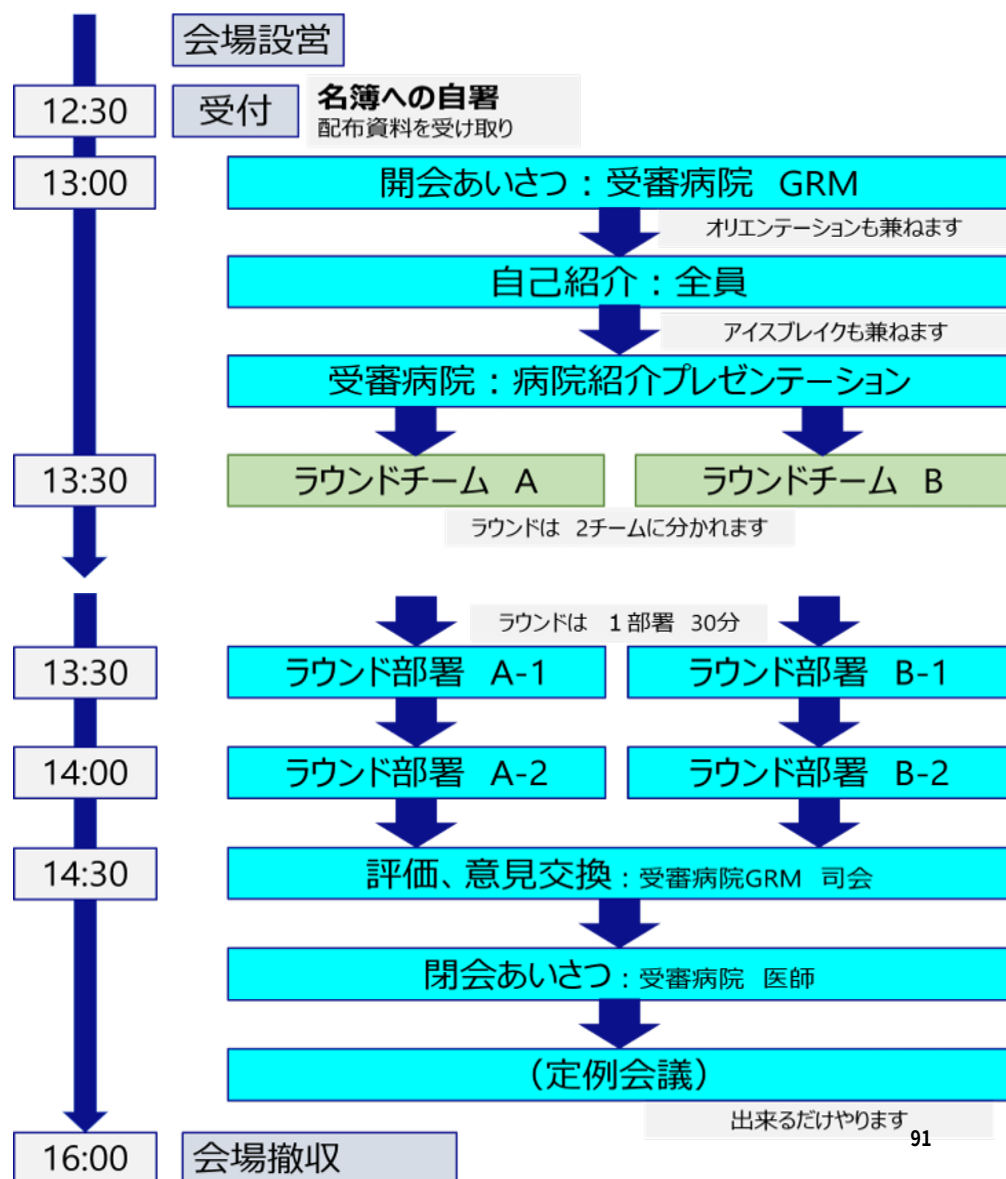
- ① ラウンド日の設定：土曜日の午後、所要時間は約3時間
 - A) 受審病院の決定
 - B) 審査病院の決定

2. 2週間前

- ① 書類作成（受審病院）：「事前案内」、「医療安全相互チェックシート」
- ② ラウンド部署選定（受審病院）：「相互ラウンド評価表」
- ③ 参加申し込み（書類A）：「参加者リスト」
- ④ 事前点検（審査病院）：「医療安全相互チェックシート」を事前点検

相互ラウンド 当日運営

(2018/6/23 下伊那厚生病院 実施例)



ラウンドチームA	ラウンドチームB
A-1	B-1
一般病棟	透析室
A-2	B-2
デイケアセンター	介護療養病棟

相互ラウンド 事後管理

1. 審査病院：報告書作成

- ①（書類B）：（国立病院機構）医療安全相互チェックシート
- ②（書類D）：ラウンド評価表総評

2. 受審病院：保管

- ①（書類A）：事前案内
- ②（書類E）：ラウンド記録作成
- ③（書類F）：名簿＜自署＞⇒PDF化

自院でPDF化が不可の場合は事務局に複写を郵送

- ④（書類C）：相互ラウンド評価表

3. 事務局：保存：（関東信越厚生局監査を念頭に）

- ①（書類A）～（書類F）の6種類を保存

相互ラウンド 参加病院

①：加算1、②：加算2

飯田市立病院

地域中核病院
3次救急救命センター
(419床) ①

飯田病院

一般・透析
精神科
認知症患者センター
(447床) ①

健和会病院

一般
透析
リハ (199床) ①

輝山会記念病院

一般
回復期リハ
透析 (199床) ①

下伊那厚生病院

一般
介護医療院 (111床) ②

下伊那赤十字病院

一般
介護療養 (112床) ②

県立阿南病院 ①

一般 (85床)

県立病院間の相互ラウンド

オブザーバー 参加

瀬口脳神経外科病院

脳神経外科 (66床)
(24hr対応) 加算未取得

医療安全対策地域連携 相互ラウンド 第 1 回 ご案内

開催場所：下伊那厚生病院

期日：2018 年 6 月 23 日（土） 13:00-16:00（受付開始 12:45）

参加医療機関：2018/06/22 26 名

飯田市立病院(連携加算 1)		健和会病院	
医師	下 俊	医薬品安全管理者	島
安全管理者	上 善		
医療機器安全管理責任者	中 正	輝山会記念病院	
臨床工学技士	藤 貴	医師	水 裕
看護師	羽目千子		
飯田病院(連携加算 1)		下伊那赤十字病院	
医師	重 樹	医療社会事業課	治 織
GRM	間 郁	看護部(外来師長)	江 子
医薬品安全管理者	澤 真	瀬口脳神経外科病院	
医療安全担当師長	内 敦	臨床検査技師	藤 子
医療機器安全管理者	平 昭	作業療法士	林
下伊那厚生病院(連携加算 2)		長野県立阿南病院	
医師	菅野 隆彦	GRM	タモ あきよ
GRM	生 玲		
医薬品安全管理者	村 昌	佐久市立浅間総合病院	
医療機器安全管理者	笠原 人	GRM	嶋 か江
看護師長(前医療安全担当者)	内 川 子		
セーフティマネージャー部会長	田 真	ImSAFER 研究会	
看護部長	谷 和	講師	日 也

I 規程及びマニュアル一覧表

マニュアルの種類	自己評価	相互チェック
1 医療安全管理規程が作成されている。	○	○
2 院内感染対策のための指針が策定されている。		ICT 担当
3 院内感染防止マニュアルが必要部署に整備されている。		
4 輸血に関するマニュアルがある。(31.32を含めた項目があればよい。)	○	○
5 注射に関するマニュアルがある。	○	○
6 与薬に関するマニュアルがある。	○	○
7 手術に関するマニュアルがある。	○	○
8 窒息に関するマニュアルがある。	○	○
9 酸素吸入に関するマニュアルがある。	○	○
10 気管切開(気管カニューレ装着)に関するマニュアルがある。	○	○
11 経管栄養に関するマニュアルがある。	○	○
12 転倒・転落に関するマニュアルがある。	○	○
13 入浴に関するマニュアルがある。	○	○
14 盗難に関するマニュアルがある。	×	×
15 無断離院に関するマニュアルがある。	○	○
16 自殺に関するマニュアルがある。	×	×
17 停電に関するマニュアルがある。	○	○
18 チューブトラブルに関するマニュアルがある。	×	×
19 人工呼吸器に関するマニュアルがある。	○	○
20 食中毒発生時の対応マニュアルが作成され、職員に周知されている。		ICT 担当
21 医薬品の安全使用のための業務に関するマニュアルがある。	○	○
22 麻薬取扱マニュアルが必要部署に整備されている。	○	○
23 毒物劇物取扱マニュアルが必要部署に整備されている。	○	○
24 向精神薬の取扱マニュアルが必要部署に整備されている。	○	○
25 病棟管理薬剤の取扱マニュアルが必要部署に整備されている。	×	×
26 患者および検体の誤認防止など、安全な検査実施手順が遵守され、マニュアルが整備されている。	○	○
27 精度管理マニュアルが整備されている。	○	○
28 針刺し・切創、血液・体液汚染等の対策がマニュアル等に明示されている。		ICT 担当
29 検査中の患者の急変時の対応がマニュアル等に明示されている。	○	○
30 検査業務に関する手順・マニュアル等を整備し、安全対策等に活用している。	○	○
31 「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」(厚生労働省医薬食品局血液対策課)に基づいて各施設で文書化された輸血療法マニュアルが整備されている。	○	○
32 不適合輸血等の事故対策マニュアルが整備されている。(40のマニュアルに含めて書いてはどうか。)	○	○
33 輸血検査実施マニュアル、関連検査の実施マニュアルが整備されている。	○	○
34 交差適合試験機器マニュアルを整備している。(機器点検を含む)	○	○
35 深部静脈血栓症・肺塞栓症予防に関するマニュアルがある。	×	×
36 放射性同位元素等による放射線障害を予防するための規程(放射線障害予防規程)および運用細則を整備している。	NA	NA
37 物理療法器具等の操作マニュアル等、リハビリに関するマニュアルが整備されている。	○	○

B：医療安全相互チェック

<A. 透析室>

チェック項目	自己 評価
(ア) 透析記録用紙にチェック項目をつけ、ダブルチェックしている。 (イ) 内服の自己管理ができない方へ、次の透析分まで薬をセットしている。 (ウ) 上記の薬も必ずダブルチェックしている。 (エ) 指さし呼称月間を作って意識を高めている。	○
① テレビのコードが床をはって危ない。 ② 靴を履き替える動作が危ない。 ③ 靴からスリッパは履き替える時、スリッパで歩行する時、転倒リスクがある。 ④ 感染患者用の個室がない。 ⑤ 車椅子の収納場所がない。	×
ラウンドメモ	
部署評	

C : 相互ラウンド評価表

95

総合講評

1. 実施日時	2018年 6月 23日 (土) 13:30 ~ 14:30
2. 対象病院	下伊那厚生病院 (医療安全対策 地域連携加算 2)
3. 実施病院	☒ 飯田市立病院 (医療安全対策 地域連携加算 1) ☐ 飯田病院 (医療安全対策 地域連携加算 1) ☐ オブザーバー医療機関 ()
4. 好評内容:	(1) 優れている事項 【A.透析室】 ・フラグカードを付けて間違い防止を行っている。 ・カルテへの記載についてもチェックシートに確認欄を設けダブルチェックを行っている。 ・ホワイトボードで予定管理を行っており分かりやすい。 ・スリッパへの履き替えが転倒リスクとなっており、改善に向けて取り組んでいる。 ・全体的に確認行動がしっかりとされており評価できる。 ・肝炎患者の住み分けルールができています。 【B.一般病棟(3階)】 ・病室の窓が全開にならないように制限されており、乗り出し、飛び降り予防がされている。 ・各部屋の入口(前室)(洗面台とトイレがあり)排泄歩行時のリスク軽減になっている。 ・廊下の隅に車椅子置き場があり、廊下に障害物が置かれていない。 ・ベッド頭側の壁を改修し、ピクトパネル用のボード設置予定との事。コミュニケーションツール、情報共有が考えられている。 【D.療養病棟(4階)】 ・自動ブレーキがかかる車いすを使用している。 ・点滴チェック表を用いて毎回の残量をチェックしている。 ・食事介助はベッドごと談話室に移動して行っており、少人数で見守りができる工夫がされている。 ・広い浴室は環境が整備されていて良い。 ・救急カートの薬品は毎週薬剤師が点検できている。 ・AEDの点検は毎日技士が点検している。 ・転倒転落フローチャートが、スタッフルームに貼られていて基準が定められている。 (2) 改善を必要とする事項 【A.透析室】 ・スリッパへの履き替えは転倒リスクではあるが、土足のまま着替えも抵抗があり難しい問題である。 ・ホワイトボードの管理方法を室内のベッド配置図と合わせた方が視認性が良い。 ・使用していない殺菌灯がぶら下がっており、外された方がよい。 ・針捨てボックスが各ベッドのオーバーテーブルに用意されてあったが、落下のリスクを考えると使用する時に必要な数だけ用意すると良い。 ・注射薬、内服薬、持参薬はきちんと管理されていて良い。 ・インフルエンザ罹患患者等の隔離対応は今後の課題となっている。(カーテン隔離になっている)

書類D : 相互ラウンド総評

医療安全対策 地域医療 相互ラウンド記録

(南信州医療安全ネットワーク)

日時	平成 30 年 6 月 23 日 12 時 50 分	司会者	菅野 隆彦	書記	桐生 玲子
出席者	26 名	会場	下伊那厚生病院		

参加者名 ([医]: 医師、[G]: GRM)

① 飯田市立病院

① 飯田病院

② 下伊那厚生病院

輝山会記念病院 :

健和会病院 :

下伊那赤十字病院 :

瀬口脳神経外科病院 :

長野県立阿南病院 :

その他 :

12:50-13:20

1. 事前説明 :

(ア) 開催あいさつ・協議事項等日程説明、自己紹介

- 第 1 回目なのか、集まりが早く、12 時 50 分には、全員来られたので、開始時間を 10 分早めました。
- ラウンドの趣旨説明を行い、時間あるので、一言ずつ自己紹介をして頂きました。
- ラウンドにあたり、当院の概略説明を行いました。

(イ) 当院概要説明

(ウ) ラウンドの手順について

- A,B 2 チームでのラウンドとし、チーム分けを病院ごとに行うつもりでしたが、参加者から、特に臨床工学技士から、透析室を回りたいとのことで、飯田市立病院と飯田病院の方々と振り分け、オブザーバーも均等に振り分けました。

菅野 隆彦

13:30-14:30

2. 院内ラウンド :

A : 透析室→介護療養病床 (4 階) :

B : 一般病棟 (3 階) →なごみ (デイケア施設) :

14:30-15:40

3. 振り返り、評価表記入等

書類E : ラウンド記録

96

医療安全対策地域医療連携相互ラウンド 平成30年6月23日(土) No.

NO	病院名	氏名	職理
1	阿南病院	木 主よ	看護師
2	輝山会記念病院	山 裕	医師
3	飯田市立病院	上 久	薬剤師
4	"	中 人	臨床工学技士
5	下伊那赤十字病院	江 子	看護師
6	"	石 織	事務
7	飯田市立病院	石 希子	看護師
8	医療安全全国共同行動	石 也	スタッフ
9	須藤総合HP	島 江	AM
10	飯田市立Hp	石 希子	
11	飯田病院	石 希子	看護師
12	瀬口脳神経外科	石 希子	臨床工学技士
13	"	石 希子	臨床工学技士
14	飯田病院	石 希子	看護師
15	飯田病院	石 希子	看護師
16	"	石 希子	臨床工学技士
17	下伊那厚生病院	石 希子	医師
18	"	石 希子	臨床工学技士
19			
20			

書類F : 名簿<自署>

72

ラウンドの風景

記憶ではなく記録



ラウンドの風景

ラウンドの流れを説明します



ラウンドの風景

かわいいハプニングも



ラウンドの風景

ここがちゃんとはまってなくて
危ないのよ～





相互ラウンド 講評



I 病院のH院長

いい時代になったね。「隣は何をする人ぞ」だった時代は終わりましたね。病院の垣根、組織の垣根を超えて、相互ラウンドが実施できるようになった。地域の病院だからこそ、隣の病院が何をどうやっているか知ることは、患者のためになるしね。

K病院のS部長

講評のときに褒めるばかりでは、講評になりません。改善すべき点もしっかり指摘し、それをもとに改善することができれば、ラウンドをやった価値があるというものです。



相互ラウンド（2018-2019）：振り返り

○ よかったこと

- 「共通の運用フォーマット」を作成し、各病院で基本的に同じ運用
- 「当日の評価表」は、受審病院が作成するが、日頃実施している院内ラウンドを基本に作成
- 「ラウンド時間」は3時間で、集中し実施できた
- 「ラウンドの報告書」は、持ち帰り、作成し、後日の提出を1週間以内とした
- 2018年の相互ラウンドで外部評価を受けた受審病院から、医療安全的な改善をやりやすくなったことが、報告された
- 先進的な改善事例、労力・金をかけない改善事例などが紹介され、オブザーバー参加病院にも役立つ情報を提供できた
- 受審病院で、病院幹部の参加があり、病院全体で相互ラウンドに取り組んでいた（2019年度）

× 改善すべきこと

- 加算1が4病院、加算2が2病院で、ラウンドの組み合わせが難しかった
- ラウンドに医療安全担当医師の参加が必須のため、土曜日午後の実施した
- 国立病院機構作成の「医療安全相互チェックシート」は、量が多く、評価ポイントが絞りにくかった

国立病院機構 医療安全相互チェックシート

国立病院機構における医療安全対策への取り組み

〔医療安全白書〕
～平成29年度版～



医療安全相互チェックシート

〇〇医療センター〔自己評価〕

チェック実施病院 〇〇医療センター
オブザーバー病院 〇〇医療センター

平成 年 月 日

- 89 -

医療安全相互チェックシート

チェック項目	自己評価	相互チェック
Ⅰ 医療安全管理体制の整備 チェックの視点：患者が相談しやすいように、相談窓口や担当者などが明確にされていること、また、必要な経験や知識を有する職員が配置されていることなど、相談支援体制が確立していること、職員の医療安全管理に対する最新情報が提供されていることなど評価する。		
1 医療安全管理規程について、患者及び家族等に対して閲覧できるよう工夫されている。		
2 機構本部等から医療安全に関する通知や情報提供等があった場合、職員に周知している。		
3 患者相談窓口を設置し、医療安全に関する相談もできることが、患者及び家族に周知され、プライバシーに配慮された環境で担当者が相談に対応する体制が整っている。		
4 苦情や相談で医療安全に関わるものについては、医療安全管理室に報告し、当該病院の安全対策の見直し等に活用している。		
Ⅱ 医療安全管理のための具体的方策の推進 チェックの視点：院内の医療安全に関する情報を収集・分析し、事故防止に向けた活動を行っていることを評価。また、院外の医療事故や安全強化に関する情報を収集し、自院の事故防止に活用していることなど評価する。		
1 ヒヤリ・ハット事例の報告及び評価分析について		
5 どの職種においても、ヒヤリ・ハット体験の報告が適切に行われている。		
6 医療安全推進担当者は、ヒヤリ・ハット体験報告等から当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等必要事項を記載して、医療安全管理室に提出している。		
7 蓄積事例については組織された分析チーム等で検討され、職員に分析結果や対策がフィードバックされている。		
2 医療事故情報収集等事業に係る報告について		
8 (財)医療機能評価機構が行う、「医療事故情報収集・分析・提供事業」に報告している。		
3 医薬品・医療機器等安全性情報報告制度に関する報告について		
9 医薬品又は医療機器の使用による副作用、感染症又は不具合が発生した場合、医療衛生上の危害の発生又は拡大を防止する観点から報告の必要があると判断した情報（証拠）は、(独)医薬品医療機器総合機構（PMDA）に報告している。		

医療安全地域連携シート



医療安全における医療機関の連携による評価に関する研究

研究代表者 石川雅彦（公益社団法人 地域医療振興協会 地域医療安全推進センター長）（平成31（2019）年3月 発表）

「医療安全地域連携シート」を活用した相互評価の試行が、私たちが実践した相互ラウンド（2018年実施）と内容が酷似していた

- 1回の実施時間 3時間
- 独自の評価表の作成
- オブザーバー参加
- 自己評価した評価表を、あらかじめ審査する病院に送っておく
- ラウンドの流れ などなど

厚生労働行政推進調査事業費補助金

厚生労働科学特別研究事業

医療安全における医療機関の連携による

評価に関する研究

平成30年度 総括研究報告書

研究代表者 石川 雅彦

平成31(2019)年3月



厚生労働科学研究成果データベース MHLW GRANTS SYSTEM

<https://mhlw-grants.niph.go.jp/>

【医療安全地域連携シート】

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

(1) 医療安全管理者の業務内容・範囲が明らかにされているか？	① 具体的に「どのような業務内容・範囲」か？ ⇒	☐	十分に 実施している
	② ①の業務内容・範囲を遂行するために、医療安全管理者に「どのような権限が委譲」されているか？ ⇒		
	③ 医療安全管理者の業務内容・範囲、および権限委譲を全職員に「どのように周知」しているか？ ⇒	☐	実施しているが 改善の 必要がある
	④ 今年度、医療安全管理者は、具体的に「どのような活動を実施」しているか？ ⇒	☐	実施していない
	⑤ ④の活動状況を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒		
(2) 医療安全管理部門の業務内容・範囲が明らかにされているか？	① 医療安全管理部門に配置されているメンバーの「人数」「職種、職位」は？ ⇒	☐	十分に 実施している
	② 具体的に「どのような業務内容・範囲」か？ ⇒		
	③ 医療安全管理部門の業務内容・範囲を、全職員に「どのように周知」しているか？ ⇒	☐	実施しているが 改善の 必要がある
	④ 今年度、医療安全管理部門は、具体的に「どのような活動を実施」しているか？ ⇒	☐	実施していない
	⑤ ④の活動状況を、全職員に「どのように周知（フィードバック）」しているか？ ⇒		

厚生労働科学研究成果データベース

<https://mhlw-grants.niph.go.jp/>



医療安全

厚生労働科学研究成果データベース
MHLW GRANTS SYSTEM

目次

本研究者・管理者はこちら

本データベースについて | 本データベースの使い方 | 利用規約 | 利用環境について

ホーム | 研究成果検索 | 研究分野一覧 | 担当課一覧 | 研究事業変遷表一覧

ホーム > 研究成果検索

研究成果検索

現在本データベース上に公開されている報告書件数を確認する場合は[こちら](#)を参照してください。

検索

検索語

研究課題名

研究代表者名

表示順

表示件数

結果表示

ヒット件数：8

1 201806001A ◆研究年度：平成30(2018)年度 ◆総括/総合：総括

[医療安全における医療機関の連携による評価に関する研究](#)

① 研究代表者名に
"石川 雅彦"
と入力

② 検索

③ 一番上に石川先生の
"医療安全地域連携シート"の研究が
できます

新型コロナウイルス感染 パンデミック

- 新型コロナウイルス感染が 2020年初頭から始まった。
2020年4月7日に7都府県に緊急事態宣言
4月16日に緊急事態宣言の対象が全国に拡大（長野県も）
- 病院相互ラウンドについて、外部の他の病院から、病院訪問が不可能となり、訪問審査ができなくなった。

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その6）

厚生労働省保険局医療課

事務連絡

令和2年3月19日

「新型コロナウイルスの感染拡大防止策としての電話や情報通信機器を用いた診療等の臨時的・特例的な取扱いについて」（令和2年3月19日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡。別添2参照。）に関連する臨時的な診療報酬の取扱い及び施設基準に係る臨時的な対応等について、別添1のとおり取りまとめたので、送付いたします。

問6

区分番号「A234」医療安全対策加算の注2 医療安全対策地域連携加算及び区分番号「A234-2」感染防止対策加算の注2 感染防止対策地域連携加算の施設基準に規定する年1回程度の評価について、新型コロナウイルスの感染拡大防止のため実施できない場合においても、届出を辞退する必要があるか。

（答）

届出を辞退する必要はない。ただし、実施できるようになった場合には、速やかに評価を実施すること。

相互ラウンド (2020-)

病院相互ラウンドの方法の再検討

- 小規模ラウンド： 6 病院を「加算1の2病院 + 加算2の1病院」の2チームに分け、コンパクトにした。
- 参加人数を限定： 審査病院側〔最低： GRMと医療安全担当医師の2人〕、受審病院側〔GRMと医療安全担当医師の2人に加えて、対応に係る職員〕とし、全体でも10～12人規模にした。
- オブザーバー参加中止
- 病院相互訪問方式は中止： 現場には行かない対応とし、感染がまん延しないように実施した。
- 方法：
 - **ZOOMリモート方式**（プレゼンを予め作成した写真や動画を使用したパワーポイントで行う、またはライブカメラをZOOMに接続し中継しながら行う）
 - **大きな講堂での集合方式**（プレゼンは、予め作成した写真や動画を使用したパワーポイントで行う）

相互ラウンド-実際 (2020)

Aチーム：

2020/8/22 下伊那厚生病院②（審査：飯田病院、健和会病院）

- **ZOOM**で、**ラウンド部署をライブ中継**しながら、**リモート**で相互ラウンドを実施

2020/9/26 飯田病院①（審査：健和会病院）

- ラウンド部署資料を動画撮影し、**飯田病院会議室に集合**し、相互ラウンドを実施

2020/10/17 健和会病院①（審査：飯田病院）

- **ZOOM**で、ラウンド部署資料（PPT、動画で作成）をプレゼンし、**リモート**で相互ラウンドを実施

Bチーム：2020/10/28（**集合方式**：於 飯田市立病院）

3病院がプレゼン資料を準備し、**飯田市立病院講堂に集合**し、1日で相互ラウンドを実施した

- 下伊那赤十字病院②（審査：飯田市立病院、輝山会記念病院）
- 輝山会記念病院①（審査：飯田市立病院）
- 飯田市立病院①（審査：輝山会記念病院）

相互ラウンド（2020）：振り返り

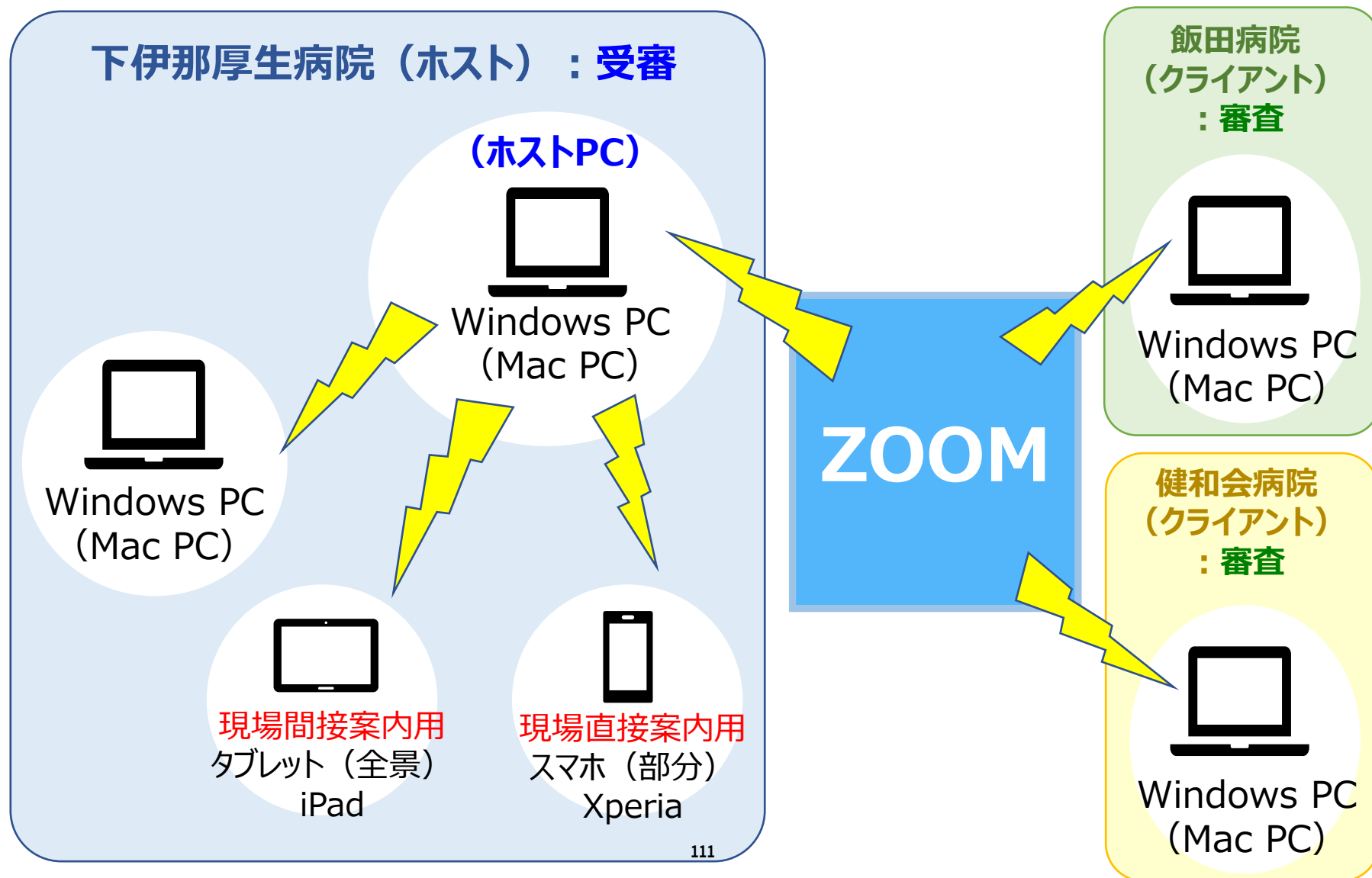
- 感染防止のため、マスク着用、検温、手指消毒を実施した上で行った
- 発表資料をPPT、静止画、動画であらかじめ作成し、発表したため、時間を短縮できた
- 検討会を、ZOOMで行った場合には、画面キャプチャー（写真撮影）を利用して、参加者の確認とした
- ✗ 受審病院側の作成資料なので、評価対象が限定されるおそれがあった
- ✗ 発表写真などがすでに選別されており、意見が出にくく、質疑応答が低調だった
- ✗ 受審病院側で、評価される部署が、資料を作成するため、現場の負担となった

リモート方式

: ライブカメラ中継方式



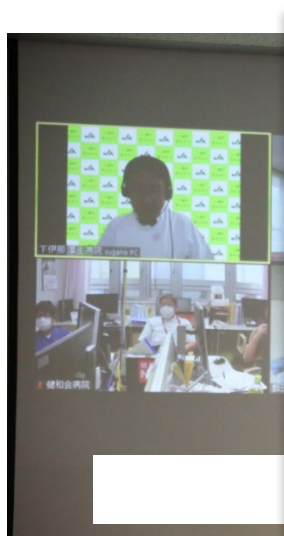
下伊那厚生病院ラウンド-1 (2020/08/22)



下伊那厚生病院ラウンド-2 (2020/08/22)



下伊那厚生病院ラウンド-2 (2020/08/22)



スマホをジンバルに装着し、
ぶれ防止とした

検査科



ベース基地 (会議室)



介護医療院

下伊那厚生病院ラウンド-3 (2020/08/22)

Zoom ミーティング

Zoom ミーティング

スピーカー ビュー

参加者 (5)

- 下伊那 厚生病院 su... (ホスト, 自分)
- GS Galaxy S20+ 5G
- i下 iPad 下伊那
- 下 下伊那厚生病院 PC
- 飯 飯田病院

現場直接 案内用
スマホ (局所)
MS Teams からで
ZOOMから
(他の参加者のビデオ
はOFFにする)

現場間接案内用
タブレット (全景)
ZOOM から
(他の参加者のビデオ
はOFFにする)

ミュート解除 セキュリティ 参加者 5 チャット 共有画面 レコーディング 反応

終了 招待 すべてミュート

集合方式

: 1 病院 対 1 病院



飯田病院ラウンド (2020/09/26)



集合方式 ：全病院参加



相互ラウンド (2021) 集合方式

時 間	発 表 2021/10/23 飯田市立病院
12:45～	受付開始
13:00～13:10	事前説明：菅野 隆彦
13:10～13:40	1病院目【 下伊那厚生病院② 】 ＜審査：飯田病院・健和会病院＞
13:40～14:10	2病院目【 飯田市立病院① 】 ＜審査：飯田病院、（下伊那赤十字病院）＞
	休憩
14:20～14:50	3病院目【 飯田病院① 】 ＜審査：健和会病院、（下伊那厚生病院）＞
14:50～15:20	4病院目【 健和会病院① 】 ＜審査：輝山会記念病院、（下伊那厚生病院）＞
	休憩
15:30～16:00	5病院目【 輝山会記念病院① 】 ＜審査：飯田市立病院、（下伊那赤十字病院）＞
16:00～16:30	6病院目【 下伊那赤十字病院② 】 ＜審査：輝山会記念病院・飯田市立病院＞
16:30～17:00	総合討論 ・ 今後の相互ラウンドについて ・ 今後のネットワークの活動について
※①：加算1、②：加算2 ※（ ）内病院は、オブザーバーとして、評価表を作成した	



相互ラウンド（2021）：振り返り

- 各病院、持ち時間を30分としたため、全6病院で、4時間となった
- 新型コロナウイルス感染対策について発表があり、お互いの参考になった
- ✗ 2020年同様、受審病院側の資料作成のため、評価対象が限定されてしまった
- ✗ 質疑応答では、発表資料（写真など）が、選別されており、意見が出にくい場面もあった

リモート方式 ：全病院参加



相互ラウンド（2022）リモート方式

時 間	発 表
13:45	ZOOMログイン開始
14:00-14:05	挨拶、事前説明：菅野 隆彦
14:05-14:20	1病院目【飯田市立病院①】 <審査：健和会病院①>
14:20-14:35	2病院目【健和会病院①】 <審査：飯田病院①>
14:35-14:50	3病院目【飯田病院①】 <審査：飯田市立病院①>
	休 憩
15:00-15:15	4病院目【下伊那厚生病院②】 <審査：健和会病院①>
15:15-15:30	5病院目【輝山会記念病院②】 <審査：飯田病院①>
15:30-15:45	6病院目【下伊那赤十字病院②】 <審査：飯田市立病院①>
15:45-15:55	総合討論（写真撮影）
15:55-16:00	【定例会議】今後の相互ラウンドについて 今後のネットワークの活動について

※①：加算1、②：加算2

相互ラウンド（2022）：振り返り

- ZOOMで、パワーポイントを用いたプレゼンテーションを行い、審査病院から講評を行った。
- そのほかの書類は、例年通り作成、保存した。
- 各病院、持ち時間を15分とした。2021年の持ち時間を30分で、延長が多くなり、合計時間 4 時間となった。そのため、今回は持ち時間を短縮し、ほぼ時間通りで実施できた。
- 今回の統一テーマとして、MACT(Monitor Alarm Control Team)を指定し、MACTを実施している飯田市立病院の事例を学んだ。一方、MACTを実施していない病院からは、モニターアラームに関連する問題点が提起され、検討することができた。
- 参加者の記録には、署名とZOOM画面の写真撮影を使用した。
- ✕ 現場に直接ラウンドできず、受審病院側の資料作成のため、評価対象が限定された。

相互ラウンド (2023)

年5月8日 新型コロナウイルス感染 5類となる

事前

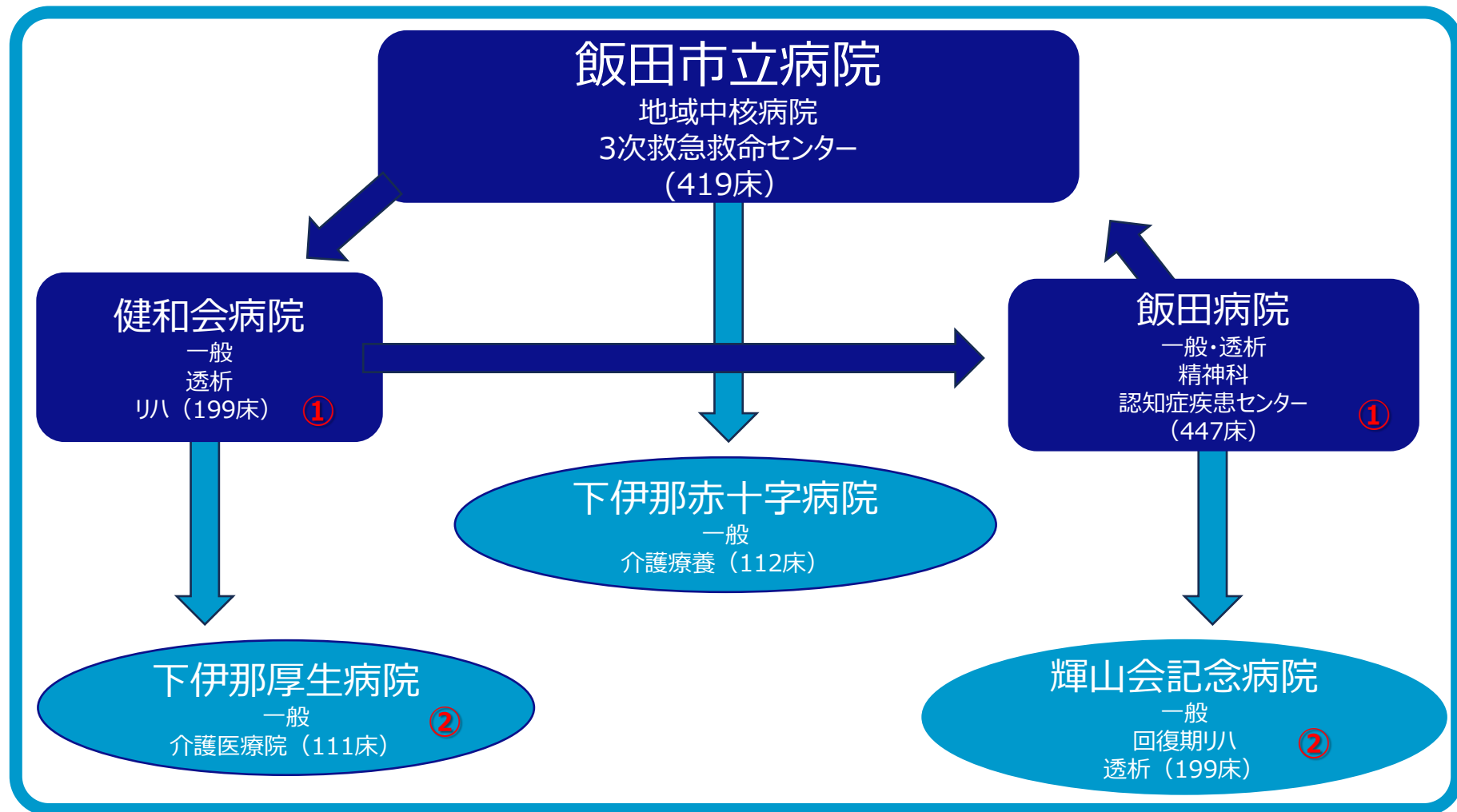
➤ 相互ラウンド方式 復活

- 審査病院と受審病院 1対1とした。
 - 総勢 10名ほどとした。
 - 国立病院機構の「医療安全相互チェックシート」で事前点検した。
- 平日実施を導入した
- 参加人数も少ないので、所要2時間とした。
- オブザーバー参加は見送りとした
- 感染が0となった訳ではないので、感染対策を実施した。

事後

- 現場のラウンドは、2019年以来であったが、多角的に評価されていた。
- 所要時間 2時間で終了できた。
- 新型コロナウイルス感染対策がされ、“清掃”“清潔”については、実施されていた。

相互ラウンド 参加病院2023



南信州医療安全ネットワーク 病院相互ラウンド ーまとめ



2017年 南信州医療安全ネットワークの**独自のラウンド**（於 飯田市立病院）

2018年度 医療安全対策地域連携加算 新設

2018年 病院相互ラウンド **現地開催（6病院各々）**

- 第13回医療の質安全学会で、ポスター発表（2018年11月24日 名古屋）

2019年 病院相互ラウンド **現地開催（6病院各々）**

- 第14回医療の質安全学会で、口演発表（2019年11月30日 京都）

2020年 新型コロナウイルス感染 パンデミック

2020年 病院相互ラウンド **リモート方式、集合方式**

2021年 病院相互ラウンド **集合方式**（於 飯田市立病院）

- 第16回医療の質安全学会で、ポスター発表（2021年11月27日 オンデマンド配信）

2022年 病院相互ラウンド **リモート方式**

2023年 5月8日 新型コロナウイルス感染 5類となる

2023年 病院相互ラウンド **現地開催**（1対1）

相互ラウンド -今後の予定

- I. 独自の評価表の作成：「医療安全地域連携シート」（石川 雅彦先生作成）、「医療安全相互チェックシート」（独立行政法人国立病院機構）を参考に、より実践的な評価表を作成する。
- II. 効率的な相互ラウンド運用：リモートカメラなどの新たな手法を用いて、直接現場に入れない状況でも、審査できる体制を整える。
- III. 年度で統一テーマを1つ設定する：共通のテーマで検討する。もう1つは、各病院自由に設定できるようにしておく。
- IV. 日常業務となる医療安全業務体制作りを行う：平日業務時間内の病院相互ラウンド実施を目指す。
- V. オブザーバー参加の受け入れ：ネットワーク内のみならず、ネットワーク外の医療機関からの参加を受け入れて、ラウンドのスキルアップを目指す。
- VI. 更に将来的には、医療安全ネットワーク同士での交流会等を企画し、全国規模で、“**合理的手抜きをして” 医療の質や安全の標準化**”を目指す。

コンテンツ

1. イントロダクション

“おひとりさま”医療安全管理者を、地域で支える

2. 地域連携、なぜやるの？

医療安全対策地域連携加算

3. 地域連携、どうやっているの？

南信州医療安全ネットワーク

4. 地域連携の実践

医療安全相互ラウンドの実際

“take-home message” (まず やってみてください)

1. 日常的に診療などで交流のある近隣の病院と医療安全を一緒にやってみてください。
2. その医療安全のつながりが、面になるように仲間を募ってください。
3. 面ができれば、医療の質・安全学会などで、その活動を紹介してください。
4. また、その面を別の地区の面とつなぐことができれば、全国に広がります。

おつかれさまでした。

ご質問、相互ラウンドのひな形ご希望 等がございましたら、
tasu-tmd@umin.ac.jp まで

