

【第4回 配布資料】

- ① 第3回会議議事録
- ② 第10回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会
- ③ 【御礼と情報提供】医療安全ループ図およびタスクフォースについて (Mail)
- ④ 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
- ⑤ 医療安全管理者の業務指針および育成のための研修プログラム作成指針の送付について
- ⑥ 看護師資格を有し、院内で専従医療安全管理者としてご活躍されている方へ (WEB アンケート案)
- ⑦ WEB アンケート案に対するご意見 (福田研究員、遠山研究員、浦松研究員)
- ⑧ アンケート発送 見積もり書
- ⑨ 予算使用状況
- ⑩ 厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
- ⑪ WEB アンケートツールのご提案 (Google フォーム、せっかくメールフォーム、フォームズ)
- ⑫ 病理医に対する医療安全剖検に関するアンケート

1. 自己紹介
2. タスクフォース資料の説明 (草間 ②③④)
 - ・ 医薬品管理責任者等との関連性について明らかにできるとよい。
 - ・ 4本柱と言われる安全・感染・機器・薬剤について、医療安全の範囲がどこまでカバーすべきかも含めて検討したい。
 - ・ 建築工学などのファシリティマネジメントに関しても含むかどうか検討が必要である。
 - ・ 機器に関しては電源の入る機械の他に、機材／材料についても管理が必要である。

機器・薬剤・建築工学などに対し医療安全の分野がどこまでカバーすべきかは今後検討が必要である。

3. 医療安全管理者の業務指針および育成のための研修プログラム作成指針 (草間 ⑤)
 - ・ 医療安全管理者に対して業務指針と育成のためのプログラムを作成してい

るが、今後医師や薬剤師が増えてくるにあたり、今の指針やプログラム内容が十分かどうか検討して欲しい。(平子)

- ・ 40 時間の研修プログラムは随分浸透してきた。しかし、ハードルが低い分、重みがなくなっている側面もある。感染の半年と比較するとかなり短い。免許になるわけでも履歴書にかけられるわけでもない。
- ・ 看護師 GRM の任期が短くなり、40 時間以上の研修は難しいような気もしている。
- ・ 看護師が長くいないのは40時間という手軽さによるものの可能性もあるが、その他に、「現場から離れているのがつらい」という心理的な側面もあるかもしれない。
- ・ 最低限ということであれば現行の 40 時間でも十分なように思う。看護師 GRM が活躍するかどうかはむしろ配属後の処遇によって変わる側面があるので研修プログラム自体は安全管理者だけでなく看護部長やその他の管理者にも経験していただき、理解してもらいたい。
- ・ より発展的な内容についてカバーするためアドバンストコースも作られている。
- ・ 医師については 2 つ目の専門性として上乘せする形になるだろう。それをサポートする環境が必要である。
- ・ アドバンストコースは看護師、薬剤師、医師など職種別に発展してもいいが、互いに連動しあっていることが重要である。
- ・ 医師の指導やとりまとめは学会よりも厚生労働省などの方がスムーズだろう。看護師に関しては看護協会が取りまとめるのもよいかもかもしれない。
- ・ 看護師 GRM は複数体制が望ましい。長年やる人も必要である。
- ・ 群馬大のような事例に対応するには、看護師だけでは不十分な点もありそうである。ただし、プロセス管理に関しては看護師が貢献できることも大きいにある。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・ 40 時間研修は色々な人が医療安全の基礎を学ぶのに貢献している。・ より発展的な内容を扱うアドバンストコースは職種別に分かれてもいいが、互いに連携している必要がある。・ 看護師、医師のキャリアパスに関してはまだ課題がある。 |
|---|

4. 医師以外の職種の専従医療安全管理者に対するアンケート
(長尾班長 ⑥～⑪)

(修正案)

- ・ 「看護師資格を有し」→「医師以外の職種で」に変更する。
- ・ 質問項目が多い→質問項目を 40 個以内まで削減する。
- ・ 「医療ミスにより患者に余分な診療行為が発生した場合の診療費免除の手続き」→1 次アンケートからは削除する。
- ・ M&M カンファレンスに関しては「医療安全主導で行う」という文言を加える。
- ・ 病院長の許可無く回答できない人に配慮して「回答できない」の選択も可能にする。

(その他の意見)

- ・ 回答者によって比較軸のズレが発生する可能性がある。基準となる軸が提示できるとよい。難しいようであれば回答者の属性によって分類するのも方法のひとつである。
- ・ 「主観」よりも「経験」を尋ねる質問が望ましい。
- ・ 質的な評価も重要ではあるが、今回は数的な評価を優先するのがよいだろう。
- ・ 「この質問にこう答えたら自虐的な性格だ」というような地雷のような質問項目が設定できるとよいかもしれない。
- ・ 資料を出してきて回答するのは負担になる。フィーリングで答えてもらえる配慮が必要。

(その他の確認事項 ⑧～⑪)

- ・ 倫理に関する書類は後日送付、記入して返送する。
- ・ その他研究に必要な費用があれば申請する。
- ・ フォームの選定は長尾委員長に一任する。

5. 病理医に対する医療安全剖検に関するアンケート

(修正点)

- ・ 「医療安全に関連する病理解剖」は医療安全部からの依頼によるものに限定する。
- ・ Q7 の選択肢に「副院長との連携」を加える。
- ・ Q10 として主科から依頼されて解剖した後、医療安全に関わる事例だと発覚したことがあるかどうかを聴取する。

厚労科研 平成 27 年度 地域医療基盤開発推進研究事業補助金
医療安全管理部門への医師の関与と医療安全体制向上に関する研究
第 5 回会議 議事録

記録者：脇田
(以下、敬称略)

【開催概要】

日時：平成27年3月13日（日）16時00分～18時00分

場所：名古屋大学東京オフィス 三菱ビル 11 階

出席者：長尾、遠山、南須原、兼児、西原、細川、福田、海老名、脇田
(全 9 名、欠席者：浦松、草間)

【議題】

1. 前回議事録の確認
2. 中間評価
3. 研究計画概要書/研究計画書（臨床観察研究）/臨床研究等実施決定通知書
4. 1 次アンケート
5. 次回以降の予定

【次回以降の日程】

- ・ 第 6 回 5 月 7 日(土)16:00～18:00（閉会后メール連絡にて決定した）

【第 6 回までのタスク】

- ・ 次回日程調整
- ・ 中間評価「8. 現在までの研究成果」について業績の把握

【今後の課題】

- ・ 2 次アンケート対象医療機関の病院名と住所、医療安全加算の算定状況がわかるデータを手に入れる
- ・ 2 次アンケートを実施する(夏まで)
- ・ シンポジウムの開催方法、内容等を決定する(夏まで)

【次回議題(予定)】

- ・ 北海道病理医会アンケート集計結果共有
- ・ 追加回収分を含めた 1 次アンケート結果の評価

【第5回 配布資料】

- ① 第4回会議議事録
- ② 中間評価
- ③ 研究計画概要書
- ④ 研究計画書（臨床観察研究）
- ⑤ 臨床研究等実施決定通知書
- ⑥ アンケートご協力の依頼文
- ⑦ アンケート内容
- ⑧ アンケート結果

1. 前回議事録の確認(資料①)

2. 中間評価(資料②)

・タスクフォース実施前として、現在の医療安全活動で不足している部分に関して把握しておくといよいのではないか。

・医療安全活動のループについて

A) 名前は「医療安全管理活動のループ」とする。

B) 作成者の名前は適宜変更して普及に務める

C) 9、10、11の項目に関しては予防活動に含まないのではないかという意見もあるが、当研究班としては医師の仕事として外せないものと考え、削除しないこととする。

D) AI→Ai 誤字修正

E) 「リスクマネジメント」ではなく「コンフリクトマネジメント」に変更

・「8. 現在までの研究成果」について、各研究員の成果を聞き、共有する。

・ループ図に関して、細部の修正を行う。

・各委員が普及に務める。

3. 研究計画概要書/研究計画書（臨床観察研究）/臨床研究等実施決定通知書(資料③④⑤)

・名古屋大学病院の倫理審査を通過した。

・ただし、ヒアリング前、2次アンケート前には再度連絡が必要である。

・シンポジウムは今後各地で5回程度開催予定である。

4. 1次アンケート(⑥⑦⑧)

- ・インシデントの件数について、安田医師(名古屋大学)の研究で病床数の 8.3 倍(業種の内訳によらず)、長尾医師(名古屋大学)の研究では病床数の 6.6 倍(医師の内訳が 8%)を満たす病院が優れているという結果が出ている。
- ・医師のインシデント報告割合について、全職種からのインシデント報告が活発なさいたま医療センターなどでは医師からの 5%以下になってしまう。より適切な評価のためには医師の報告割合ではなく、医師の報告件数の実数を参考にする方がよいかもしれない。
- ・「医師に確認しにくいこと」に関してはぜひヒアリングしたい。
- ・M&M カンファレンスに関しては規模や内容をどう捉えるかで結果が変わってきてしまう可能性がある。
- ・院内ラウンドに関して、病院の規模により頻度は変わってしまいそうである。全体をラウンドするのは小規模病院なら容易だが大規模病院では容易ではない。
- ・品質管理の手法の導入に関してはまだ弱いかもしれない。
- ・治療連携は比較的できていた。
- ・病理解剖や Aiについての要望は多くなかった。これは特定機能病院だから達成率が高かったと見ることもできるし、看護師が連携に貢献していたため医師への要望が少なかったとみることもできる。
- ・家族への説明をしていると答えた人の割合は高くなかった。これは医師がしているのか主科が行っているのかはわからない。
- ・すぐに相談できる医師がいると答える割合が多かった。
- ・自分の医療機関への満足度が 10 点の医療機関にはぜひヒアリングしたい。
- ・副院長の積極性について、他のメンバーとの役割分担も含めて検討が必要である。できれば病院長についても聞いてみたい。他のメンバーも含めて誰も積極的な医師がいない病院は要注意である。
- ・看護師が自分の業種だからこそできると答えたのは、看護師への対応、看護師という職種の専門性をいかすこと、多職種連携、患者との関係性などであった。
- ・今後加わって欲しい職種は薬剤師が圧倒的に多かった。その他 ME や事務という意見もあった。ME に関しては専従や専任ではなく兼任でよいかもしれない。
- ・アンケートの質問項目自体に関する意見もあった。答えにくい質問がある、

個人を特定できてしまう、選択肢の順序がネガティブな順になっている、等であった。

・ **全体の印象として**、今回の対象は個人の達成度はともかくチームとしては医療安全体制が整っていて、医師もその体制に加わっている病院が多かった。その結果医師の医療安全管理者が必要と答える割合が多かったのではないかと思う。今後対象を広げた際にコントラストが付く可能性がある。

・ **今後の解析をするにあたって**、「医療安全体制の達成度が高い/低い」「満足度が高い/低い」などで違いがあるかどうかを見てみたい。また、「医師に確認しにくいことがある」という質問と、「医師に確認している」という質問の関連を知りたい。

・ **次回アンケート時**には「何人の医療安全管理者がいるうちの一人なのか」「医師の医療安全管理者がいる病院かどうか」を聞いておくべきかもしれない。

・ **2次アンケート対象**は医療安全加算 1・2 を取得している病院とする。住所等のデータは厚生労働省が保管している PDF がある。

・ **ヒアリング対象**は①DPC2 群病院を中心とし、②今回対象としなかった小規模の医療機関も少数含むこととする。

・ **アンケートの回収期限**を延長し、3月末までとする。

・ データは福田先生を中心としてさらに解析をすすめる。

・ アンケート回収期限を延長し3月末までとする。

・ ヒアリング対象は①DPC2 群病院を中心とし、②今回対象としなかった小規模の医療機関も少数含むこととする。

・ **2次アンケート対象**は医療安全加算 1・2 を取得している病院とする。住所等のデータは厚生労働省が保管している PDF がある。

6. 次回以降の予定

・ 夏までに2次アンケートを実施し、シンポジウムの手配をする。

・ シンポジウムはこの会自体が開催するか、厚生労働省のワークショップなどと同時期に開催するかは未定である。

文部科学省大学改革推進等補助金 課題解決型高度医療人材養成プログラム

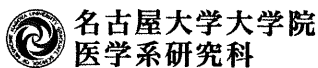
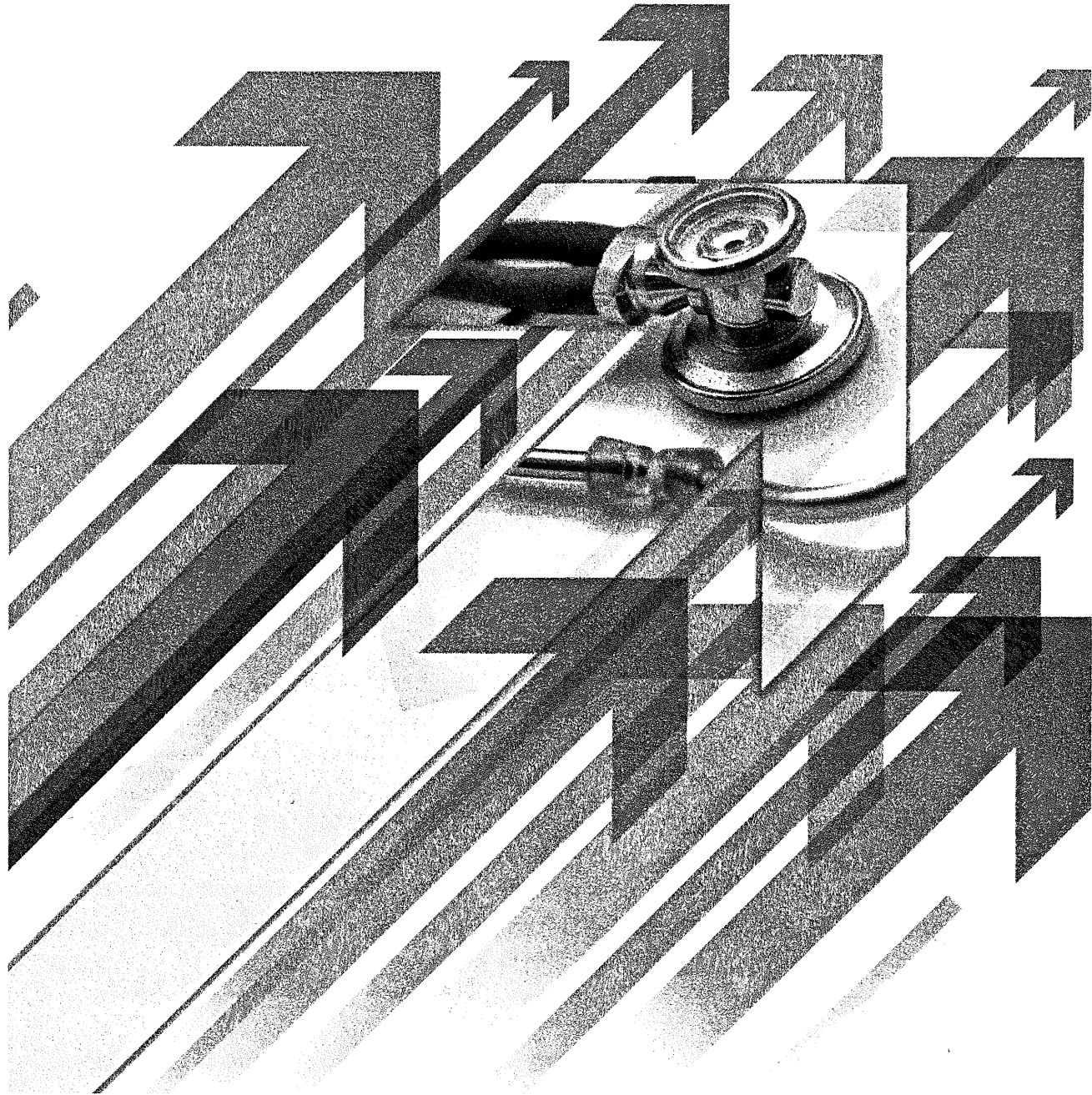
明日の医療の質向上をリードする医師養成プログラム



ASUISHI

あ す い し

20XX年 医療の質KAIZENの常識がここから



名古屋大学大学院
医学系研究科



一般社団法人
中部品質管理協会



『明日の医療の質向上をリードする 医師養成プログラム(あすいし ASUISHI)』とは

誰もが安全、安心な医療を望んでいます。

「誰も」とは患者さんとそのご家族、医療チーム、医療機関を運営する人々、そして社会全体です。

『明日の医療の質向上をリードする医師養成プログラム (あすいし ASUISHI)』は、
これらの方々の声に耳を傾け、誰もが望む明日の医療の形について考えるプロジェクトです。
明日の医療を目指す医療機関に必要なものを、各機関をリードする医師に託す気持ちでこのプログ

産業界には「モノづくりは人づくり」や「後工程はお客様」など、トヨタ哲学に基づいた品質管理手法が広く根付いています。明日の医療においても、患者第一という方針のもと、問題を根本から追及し、現場から組織運営までのプロセスを見直す質管理の手法導入が必須と考えます。

患者安全のために質管理手法を取り入れるやり方は名古屋大学附属病院においても始まったばかりです。ともに学び、切磋琢磨して、誰もが求める明日の医療の質向上を実現させましょう。



名古屋大学医学部 × TOYOTA

【医師養成事業】

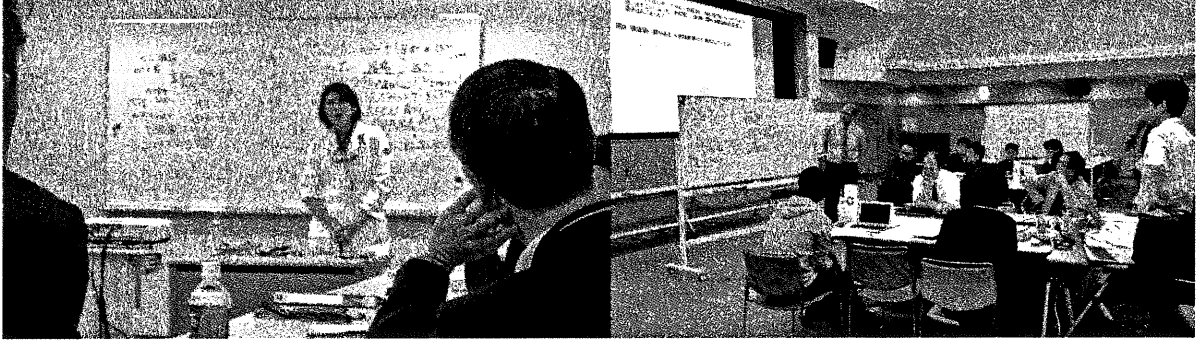
医師養成事業では、これからの医療機関の基盤部門を率いる人財に求められる能力を実践できる医師を育成する約140時間のカリキュラムを提供しています。当院の基盤部門の業務ノウハウを世界の感染制御・安全管理の動向とともにお伝えすることと、特にメインコースではトヨタ自動車が確立してきた、プロセスで品質を作り込む手法を医療の安全性を高めるために実践するやり方を伝えることが目的です。

【人財ハブセンター事業】

人財ハブセンター事業では、カリキュラム履修者を支え続ける事業を展開します。基盤部門業務はマネジメントの仕事となるため知識を身につけても実践するにはさまざまな障壁が待ち受けていることとなります。病院組織のために目標を定め、どのように問題を解決していくか、ASUISHIプロジェクトメンバーやもしくは同じ思いを持って受講した仲間からのアドバイスや知恵が生きてくることがきっとあると思います。知識や手法のアップデートも含め継続して支援し続けるしくみが人財ハブセンターです。データ共有も行き、ベンチマークすることでさらに各組織の改善を促進します。



を作成しました。



名古屋大学は文部科学省の補助事業に採択され『明日の医療の質向上をリードする医師養成プログラム (ASUISHI)』を立ち上げました。

本事業がまずはじめに目指すのは、質管理の視点を併せ持ち、臨床現場の課題を粘り強く解決する医師の育成です。明日の医療に不可欠ともいえる医師育成カリキュラムは、産業界と連携して練り上げました。

さらに本事業では、育成した医師が各々の医療現場に戻った後にも着目し、継続してフォローできる体制づくりもいたします。本事業にご参加くださる医師のみなさまが「医療の質 KAIZEN」のキーマンとなり、明日の医療をリードしてくださることを願っています。

名古屋大学大学院医学系研究科長 高橋雅英



ASUISHIへようこそ! ASUISHIプロジェクトメンバーは医師だけでなく、トヨタ自動車の TQM 専門家や改善のプロなど、異業種の集団です。プログラムを構築するための数え切れない打ち合わせの中で、常識や慣例の違いなど多くの困難を共有し乗り越えてきました。それができるのは皆の目標が「明日の医療の質向上」を目指すというところで一致しており、それを具体化できるメンバーとしては今の集団をおいてないという自覚を持って協力し合っているからです。そしてこのプログラムに参加される皆さんも ASUISHI 事業を担う大切なメンバーです。ともに学び、ともに考え、医療の質向上をリードするよいチームになりましょう。

第2次世界大戦後の荒廃した日本におけるデミング博士の品質管理の教えは、世界に先駆けてTQC・TQMとして集大成されました。日本の高度経済成長期と重なり、大量生産による高品質な日本製品は、世界中を席卷していったのです。

一方で、現在の日本では、事故や不祥事が後を絶ちません。また、日本のホワイトカラーの生産性は、諸外国に比べて劣っているというデータもあります。製造業を中心に培われてきた、品質は工程で造りこむ(=自工程完結)という品質管理の基本の徹底が、今まさに日本のあらゆる企業・組織に求められているのです。

このたびの ASUISHI プログラムにおいても、品質管理の考え方や手法が、医療の質向上に貢献できると確信しています。

トヨタ自動車株式会社相談役・技監、中部品質管理協会会長 佐々木真一

医師養成事業

明日の医療の質向上をリードする医師養成事業は 管理職医師としての専門教育プログラム

名古屋大学医学部の医療基盤部門とトヨタグループの品質管理部門が連携して、患者安全・感染制御と医療の質管理を専門とする管理職医師を養成する事業です。

文部科学省の補助金事業として運営していますので、当面の間受講料は無料(テキスト代、旅費等は受講者負担)です。

【メインコース】

メインコースは、活動のリーダーとなり組織に働きかける実践力を習得することを目標とします。

患者安全や感染制御・医療の質について、世界標準となっている内容を身につけるとともに、問題解決の知識や技術に関しては、トヨタ自動車等製造業で確立された問題解決の標準手法に基づき、実際の課題を用いてテーマ学習するカリキュラムとなっています。

コース修了時にはテーマ学習の発表を行います。

【インテンシブコース】

インテンシブコースは、患者安全もしくは感染制御に重点をおいたカリキュラムを提供します。

患者安全インテンシブコースでは、患者安全に関する基礎知識を身につけ、有害事象発生時の組織対応を習得します。

感染制御インテンシブコースでは、ICD取得者を対象に理論と実践をバランスよく習得し、組織内で継続的に感染制御活動をリードできることを目指します。

なお、トヨタグループと連携した質管理の問題解決テーマ学習はメインコース受講者のみが対象となっています。

コースの特徴

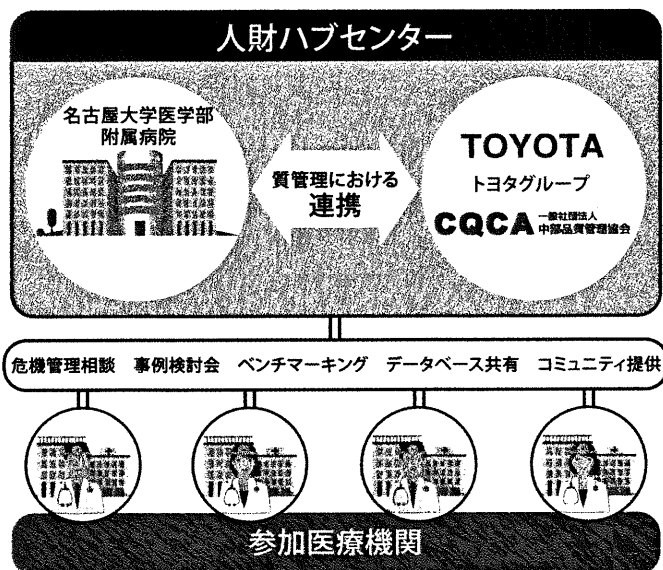
	メインコース	患者安全インテンシブコース	感染制御インテンシブコース
カリキュラム 総履修時間	120~140 時間	40~50 時間	40~50 時間
特徴	患者安全・感染制御・質管理に関する知識を深めながら、トヨタの問題解決8ステップ手法を用いて、自施設がかかえる課題をテーマにKAIZENを実践します。	受講時間が限られている方を対象にした患者安全の知識を深め、施設での有害事象対策ができることに焦点を絞ったカリキュラムです。	感染制御の知識に質管理・患者安全のエッセンスを取り込み、常に改善し続ける「1ステップ上の感染制御」への成長を目指すカリキュラムです。

人財ハブセンター事業

医師養成事業カリキュラムを修了した医師を 継続的に支援し、つなぐ、人財ハブセンター事業

人財ハブセンター事業とは、明日の医療の質向上をリードする医師養成事業を修了した医師を継続的に支援し、ネットワークする事業です。

医療機関において、患者第一の視点を持ち、かつ組織の改善に取り組むリーダーとは、一朝一夕に育成できる人財ではありません。ASUSHIプロジェクトでは、明日の医療の質向上をリードする医師養成事業カリキュラムを修了した医師が、それぞれの施設において存分に能力を発揮するための支援もプロジェクトの一部としています。修了者が自らの所属医療機関において、マネジメント人財として大成するよう支援をし、継続的に修了者および所属医療機関をつなぐネットワークを構築します。



人財ハブセンター事業による継続的支援

ネットワーク・コミュニティ提供・データベース共有

修了者が所属する医療機関の安全管理・感染制御部門をつなぐネットワークを構築します。コミュニティ提供による相互支援や情報交換の活性化、ウェブ会議システムを用いた多施設合同検討会の開催、マニュアルやベストプラクティスの共有などを行います。

修了者が所属する医療機関において、患者安全・感染制御・質管理に関する問題が発生した場合には、課題に関する相談への助言・指導を行います。

将来的には・・・

人財ハブセンター参加施設でベンチマーキングデータベースを構築・共有します。多施設間での客観的な分析に基づいた改善サイクルを回し続け、参加施設、引いては日本の医療機関の医療の質向上へつなげます。

メインコース 目標とカリキュラム

メインコース目標

ユニット共通

履修者の医療機関が改善し続けることのできる施設となるため、明日の医療基盤部門体制を構築し、日本の医療機関の標準化および改善をリードする活動に参加し続ける。

共通	院内の患者安全・感染制御・質管理活動のために、多職種チームを設計・構築・調整できる。
	医師同士の連携の在り方を検討できる。
	院内に全病的に患者安全・感染制御・質管理を検討、改善する体制を構築できる。
	関連部署や多職種メンバーと良好なコミュニケーション・連携をとることができる。
	その領域に精通していない医師・他職種・患者に問題点を分かりやすく説明できる。
	院内業務を患者安全・感染制御・質管理の観点から認識できる。
	患者安全・感染制御・質管理に関する最新のエビデンスを取り入れ、活用できる。
	組織間交流活動に積極的に参加する。
地域や全国のサーベイランスデータを用いて自施設を適切に評価できる。	
ベンチマーキングデータベースに主体的に参加し、その内容について意見できる。	

患者安全

履修者の医療機関における患者の安全性を高めるために、患者安全に関する必要な知識を習得し、現場で役立つ手法、態度を身に付け、安全管理体制構築をリードする。

患者安全の原則	患者安全の原則をあらゆる業務に適用できる。
	医療倫理の原則を業務の中で再確認できる。
	患者安全の歴史を踏まえて、事例からその重要性を説明できる。
	医療実施上のエラーを分類できる。
患者安全情報の収集・分析・改善	医療が複雑システムの中で実施されていることを説明でき、システム思考が実践できる。
	安全文化醸成のため職員への効果的な患者安全教育が実施できる。
	インシデント報告の意義・役割を理解し、有効な報告収集体制を構築できる。
	収集したインシデント報告を分析・改善につなげる方法を多角的に検討できる。
有害事象マネジメント	エラー分析方法(なぜなぜ分析)の基本構造を理解し、日常業務の中で実践できる。
	多職種チームに分析方法を指導できる。
	改善につながる予防策を理解し、現場で実現可能なものを検討できる。
	M&Mカンファレンスの運営方法を理解し、現場で実践できる。
患者安全の実現に必要なツール	有害事象発生時に患者安全を最優先に院内の各部門に協力を要請し、集学的治療を検討する。
	有害事象を合併症、医療過誤、検証が必要な事例などに分類できる。
	有害事象発生時に必要な家族対応、公的機関への連絡、公表等に関する知識を習得し、適切にマネジメントできる。
	発生した死亡が異状死かどうかを検討できる。
患者参加の実現	医療事故調査制度の概要を理解し、組織の一員として適切に運用できる。
	事例の内容に応じた社会への説明責任を果たす事例調査会を開催し、報告書を作成する。
	ヒューマンファクターズ(人間工学)を理解し、事故原因究明や対策立案に活かすことができる。
	レジリエンス工学の考え方を知り、柔軟に対処できる組織の在り方を検討する。
患者社会との対応	患者安全においてチームコミュニケーションを活性化させることの重要性を理解し、手法を指導できる。
	患者参加が重要となる理由を指導できる。
	患者が医療におけるパートナーとして参加できる病院体制を構築できる。
	説明と合意の原則を理解し、院内のICを標準化する体制を構築できる。
患者安全実現のための各論	オープンディスクロージャーの原則を理解し、有害事象発生時等に指導・助言できる。
	患者・家族からの意見・苦情を分類し、職員にも患者にも適切な対応体制を検討する。
	患者の視点にたつて、医療の継続性(外来から入院、シフト交代など)の重要性を理解し、体制を整備する。
	医療法、医師法はじめ関連法令の概要を理解する。
患者安全のための各論	訴訟対応時の考え方を理解し、説明できる。
	医薬品関連業務に潜むリスクを理解し、患者安全を確保する体制を構築する。
	医療機器関連業務に潜むリスクを理解し、患者安全を確保する体制を構築する。
	侵襲的行為に特有のリスクを理解し、患者安全を確保する体制を構築する。
患者安全のための適切な療養環境を検討できる。	
医療倫理審査体制の必要性を理解できる。	

感染制御

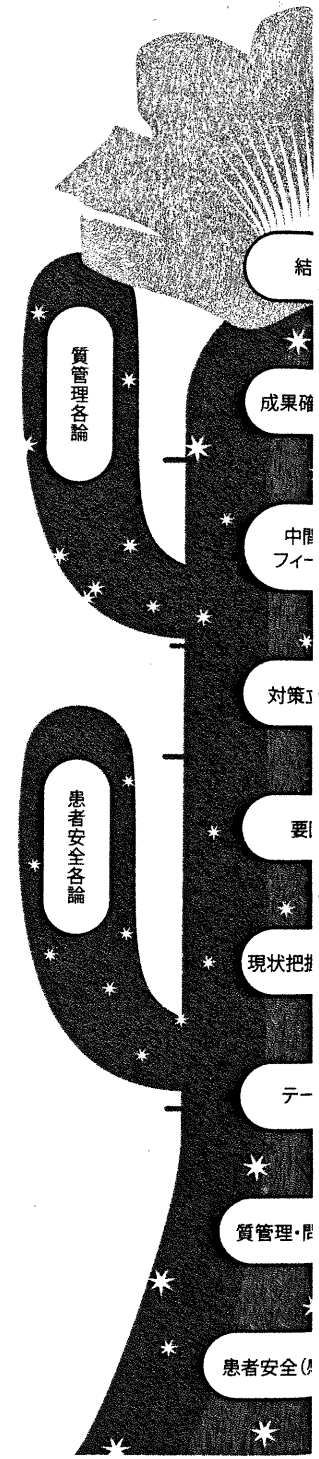
安全・感染・質管理の手法を応用した病院基盤システムを構築するために、感染症診療と感染対策の原則と実際のマネジメントを理解し、院内感染管理の質評価を行うことができる。

感染症診療	感染症の原因病原体を推定することができる。
	院内のアンチバイオグラムの活用を理解できる。
	微生物学的検査の結果を適切に解釈できる。
	抗菌薬適正使用の基本を理解できる。
	人体に病原性を有する病原体を挙げ、それぞれに必要な感染予防策を提示することができる。
	薬剤耐性のメカニズムとその感染対策上の重要性を理解できる。
	感染対策ラウンドの重要性を理解し、感染対策チームと協力してラウンドでの観察項目を選択できる。
	サーベイランスの方法と重要性を理解し、感染対策チームと協力して実施し、結果を適切にフィードバックできる。
	アウトブレイク発生時に感染対策チームと連携し院内・院外(保健所・報道など)への対応を適切に行える。
	医療従事者が曝露する危険性のある病原体を挙げ、感染対策チームとともに曝露時の対応策を立案できる。
感染対策の計画・実践・評価	感染対策チームとともにワクチンプログラムを立案できる。
	感染制御上導入が必要な物品や構造物を考え、感染対策チームと協力して導入することができる。
	施設の建設時に必要な感染制御上の対応を理解し、配慮することができる。

質管理

医療機関において、安全で患者および地域社会から信頼や満足を得られる質の高い医療を提供するために、質管理について理解し、その手法を現場に適用し、課題解決型の病院マネジメント体制構築をリードする。

品質管理の基礎	品質管理を実現するためのトップマネジメントの役割について理解している。
	その組織に即したマネジメント指標を設定できる。
品質管理ツール	QC手法(Q7、N7等)を説明することができる。
	院内の問題に対しQC手法を用いて、現状把握ができる。
	FMEA(失敗モード影響分析法)の概要を理解し、活用できる。
	統計的な考え方を理解し、説明できる。
トヨタの品質管理	必要なデータの抽出方法を検討できる。
	関連するデータを用いて、問題解決に適用する計画が立案できる。
	QCサークル活動についてその有効性を説明することができる。
	課題を認識するために、現地現物を実践する。
ツールの質	常にデータを用いて、検証する。
	患者さんの期待に応える視点をもつ。
	「異常があったら止める」を実践する。
	「必要なものを必要なときに必要なだけ」の意味を理解し、実践につなげる。
医療への応用	5Sの意義を理解し、実践の環境を整えることができる。
	トヨタの問題解決8ステップを説明できる。
	方針管理について説明することができる。
	日常管理について説明することができる。
職員のマネジメント	患者満足度調査の意義を理解し、利用を検討できる。
	臨床指標(クリニカルインディケータ)の意義を理解し、自施設にあった指標を開発・活用できる。
	医療経営の概要を説明できる。
	業務の問題点を適切なツールを用いて顕在化(見える化)できる。
患者安全のための各論	医療行為のプロセスを設計できる。
	標準が必要なことを説明でき、設定を検討できる。
	プロセスにのっとり、PDCA、SDCAを継続的に回せる。
	医療の質を高めるために職員のワークライフバランスの向上の意義を理解し、具体的な方策を検討できる。
患者安全のための各論	職員の多様性(ダイバーシティ)へ対応するための個別アプローチができる。
	従業員満足度調査の意義を理解し、利用を検討できる。



メインコースカリキュラム

患者安全概論	患者安全の原則	
	患者安全の歴史	
	医療倫理に基づいた業務のあり方	
	分析方法実習(なぜなぜ)	
	警鐘事例の抽出OJT	
感染制御概論	有害事象ケーススタディ	
	臨床微生物学その1	
	臨床感染症学その1(基本ロジック)	
	臨床感染症学その2(検査)	
	感染制御の考え方その1(サーベイランス)	
品質管理・問題解決概論	感染制御の考え方その2(ラウンド)	
	感染制御におけるリスクマネジメント	
問題解決コース	感染ケースディスカッションおよびフィードバック①	
	日常管理と方針管理、質マネジメント	
	トヨタ流マネジメント	
	テーマ選定	問題解決コース①概要講義と事前選定テーマの確認
	現状把握 目標設定 要因解析	サーベイランス実習
	対策立案 実施	問題解決コーステーマ指導①現状把握・要因解析
	中間発表と フィードバック	問題解決コーステーマ指導②対策立案
	成果確認 標準化	問題解決コーステーマ指導③中間報告
		問題解決コーステーマ指導④まとめ
	結果発表	問題解決コーステーマ指導⑤結果発表
患者安全 選択必修科目	事例分析(RCA等)について	
	安全管理部の業務OJT	
	有害事象対応OJT	
	M&MカンファレンスOJT	
	院内インシデント検討会OJT	
	安全な療養環境整備(転倒、抑制など)	
	院内の倫理的問題演習	
	臨床微生物学その2	
感染制御 選択必修科目	抗微生物薬の基礎知識(分類・効果・特徴)	
	臨床感染症学その3(デバイス関連感染症の治療)	
	職業感染対策その2(ファシリティマネジメント)	
	臨床感染症学その4(院内感染症1)	
	臨床感染症学その5(院内感染症2)	
品質管理 選択必修科目	抗微生物薬の応用知識	
	自施設での演習	
	経営とQCサークル:考え方と運営の仕方	
	改善のためのデータの集め方と解析①概要	
	改善のためのデータの集め方と解析②実習	
改善のためのデータの集め方と解析③まとめ		
改善のためのデータの集め方と解析④発表		

患者安全各論	ヒューマンファクターズ
	医療実施上のエラーとその防止
	事象(報告)トリアージ実習
	医療事故調査制度、概要・運用
	医療事故報告書の書き方
	院内事故調査の進め方
	有害事象発生時の対応
	M&Mカンファレンス運営ケース実習
	関係法令・訴訟対応
	院内倫理審査体制の構築
感染制御各論	確認不足問題(ノンテクニカルスキルも含めて)
	team STEPPS実習
	レジリエンスとノンテクニカルスキル
	患者参加(open disclosure含め)
	説明と合意
	医薬品の安全管理
	医療機器の安全管理
	侵襲的行為の安全管理
	FMEA/FTA(未然防止)
	職員への患者安全教育
有害事象ケーススタディ	
品質管理各論	感染制御の考え方その3(デバイス関連感染症の予防)
	抗菌薬適正使用
	微生物学的検査実習
	感染症診療の実際
	ラウンド実習
含む)概論	臨床微生物学その3(耐性菌)
	アウトブレイクへの対応
	職業感染対策その1(職員ワクチン接種)
	感染ケースディスカッションおよびフィードバック②
	QC手法(7つ道具、N7)
標準化と再発防止	
ダイバーシティマネジメント	
ファシリテーション力	
アンケート調査解析法	
医療経営(経営指標)	



履修のイメージ

メインコースを選択した
北海道在住 あす先生の場合

飛行機で名古屋へ移動
開講日からの1週間は名古屋に滞在し、
講義とグループディスカッションで
しっかり勉強。



開講週にはメインコースを通じての『課題』
を決定。
あす先生は『救急外来における患者誤認
撲滅』を課題としました。
現状把握、対策立案、実施、すべて対面
指導によるカリキュラムでサポートされて
います。

あす先生は自分の病院でデータ収集。
もちろんデータの集め方や解析の仕方でも個
別対面指導を受けながら進めることができ
るので安心です。



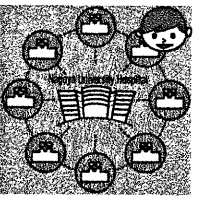
患者安全、感染制御と質管理の三本柱か
らなるメインコースカリキュラムは効率的
に受講できるように e-learning カリキュ
ラムでの履修と1ヶ月に1回のペースで集中
して行う約2日間の参加研修とOJTで構成
されています。

毎月のディスカッションやWebカンファレ
ンス、対面指導を受けながら
『救急外来における患者誤認撲滅』の課題
は解決に向かって進められています。



6ヶ月の履修を修了して、名古屋大学履修
証明書と医療安全管理者養成研修修了証
を取得。
あす先生の病院では患者確認を確実に、
という現場の気運が高まってきました。
今後も、あす先生は病院での
KAIZEN(カイゼン)の立役者です。

修了者は人財ハブセンター事業に登録。
気軽に相談したり、他の施設では
どのように対応しているかを
教えてもらったりすることができ、安心です。



プロジェクトメンバー

高橋 雅英

事業責任者 名古屋大学大学院医学系研究科長

長尾 能雅

名古屋大学医学部附属病院副院長 医療の質・安全管理部長

八木 哲也

名古屋大学医学部附属病院中央感染制御部長

安田 あゆ子

名古屋大学医学部附属病院医療の質・安全管理部副部長

青松 棟吉

名古屋大学医学部附属病院総合診療科講師

安藤 昌彦

名古屋大学医学部附属病院先端医療・臨床研究支援センター准教授

白鳥 義宗

名古屋大学医学部附属病院メディカルITセンター長

向田 美保

名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・キャリア形成支援センター副センター長

井口 光孝

名古屋大学大学院医学系研究科特任助教(中央感染制御部)

丹羽 由紀子

名古屋大学大学院医学系研究科特任助教(医療の質・安全管理部)

福島 曜

名古屋大学大学院医学系研究科特任助教(医療の質・安全管理部)

古谷 健夫

トヨタ自動車株式会社TQM推進部主査

岩本 伸夫

一般社団法人中部品質管理協会専務理事

細見 純子

一般社団法人中部品質管理協会経営企画室兼企画部長

植村 政和

名古屋大学大学院医学系研究科研究員

市川 真由美 / 伊豆原 優子

名古屋大学大学院医学系研究科データマネージャー

渡邊 正

名古屋大学大学院医学系研究科事務補佐員

片岡 千恵子

名古屋大学大学院医学系研究科事務補佐員



【お問合せ先】

名古屋大学医学部附属病院内
ASUSHI プロジェクト推進室

〒466-8560 愛知県名古屋市昭和区鶴舞町65番地

TEL:052-744-2609

E-mail:hrcjimu@med.nagoya-u.ac.jp



<http://www.iryozanzen.med.nagoya-u.ac.jp/asuishi/>

募集について、詳細はこちらの公式Webサイトをご覧ください。

日本病院会シンポジウム 2015.7.18.

事例受付状況及び進捗状況

(平成27年4月27日現在)

	北海道	宮城	茨城	東京	新潟	愛知	大阪	兵庫	岡山	福岡	計
平成17年度から現在前までの事例総数	16 (2)	7	13	79 (6)	8 (1)	22 (7)	51 (6)	20 (3)	8 (3)	15 ⁽¹⁾ ※1	239 (29)
解剖後に戻籍した事例(再掲)	1	1		3		2	1		1		9
22年度受付数	4	1	1	13	0	3	3	6	0	2	33
23年度受付数	1	2	1	6	0	6	6	2	1	1	26
24年度受付数	2	0	2	6	1	3	10	5	1	2	32
25年度受付数	1	1	2	4	0	3	3	3	4	3※1	24
26年度受付数		2		6		2	6	1	1	1	19*
受付後、評価中の事例	0	2	0	4	0	1	6	1	1	3	18
評価結果報告書を交付・説明会を実施した事例	16 (2)	5	13	75 (2)	8 (1)	21 (6)	45 (2)	19 (2)	7 (2)	12	221 (17)

()内は、協働型的事例を再掲 ※1佐賀支部1例を含む
* : 26年度; 16事例+Pilot Study 10~事例

日本医療安全調査機構

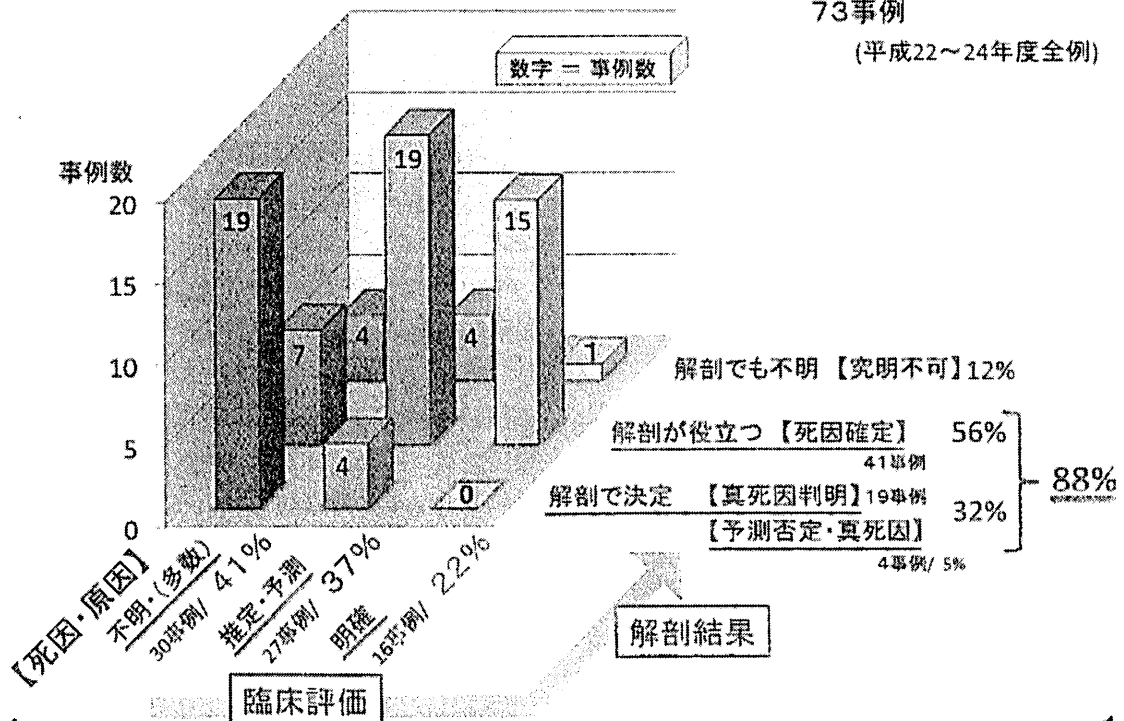
13

日本病院会シンポジウム 2015.7.18.

死因究明に係わる、解剖の意義・貢献度

73事例

(平成22~24年度全例)



日本医療安全調査機構

14

国立大学附属病院における GRM 業務への 医師・歯科医師参画の現状

－医師 GRM アンケートの結果より－

Present Status of Medical Doctors and Dentists in GRM Positions in Japanese National University Hospitals

国立大学附属病院医療安全管理協議会医師 GRM アンケートプロジェクトチーム
The team for a questionnaire survey about “doctor GRM”
in Association for Patient Safety of National University Hospitals

南須原 康行¹⁾ NASUHARA, Yasuyuki, MD 石川 誠¹⁾ ISHIKAWA, Makoto, DDS
兼見 敏浩²⁾ KANEKO, Toshihiro, MD 久田 友治³⁾ KUDA, Tomoharu, MD
福井 康三⁴⁾ FUKUI, Kozo, MD 藤盛 啓成⁵⁾ FUJIMORI, Keisei, MD
本間 覚⁶⁾ HOMMA, Satoshi, MD 宮本 智行⁷⁾ MIYAMOTO, Tomoyuki, DDS

- 1) 北海道大学病院 医療安全管理部
Hokkaido University Hospital Division of Hospital Safety Management
- 2) 三重大学医学部附属病院 医療安全・感染管理部
Department of Patient Safety and Infection Control, Mie University Hospital
- 3) 琉球大学医学部附属病院 安全管理対策室
University of the Ryukyus, University Hospital, Security Control Room,
Surgical Operation Center
- 4) 弘前大学医学部附属病院 医療安全推進室
Department of Patient Safety, Hirosaki University Hospital
- 5) 東北大学病院 医療安全推進室
Medical Safety Management Office, Tohoku University Hospital
- 6) 筑波大学附属病院 臨床医療管理部
Quality Assurance & Risk Management, Tsukuba University Hospital
- 7) 東京医科歯科大学歯学部附属病院 医療安全管理室
Section of Clinical Safety Management, University Hospital of Dentistry,
Tokyo Medical and Dental University

要約

国立大学附属病院において、GRM (General Risk Manager) は主に看護師が担ってきたが、組織的な医療安全推進のために、GRM 業務に医師・歯科医師が参画する施設が増加している。しかし、どれほどの医師がどの程度 GRM 業務に参加しているかは明確にはなっていない。そこで、それらの現状を把握・検討する目的で、

受理日：2012年2月29日
別刷請求先：〒060-8648 札幌市北区北14条西5丁目
北海道大学病院医療安全管理部
南須原康行
e-mail: nasuhara@med.hokudai.ac.jp

国立大学附属病院の医師 GRM を対象にアンケート調査を実施した。45 病院中 41 病院から回答があった。その結果、GRM として活動している医師は 27 名、そのうち、専従は 10 名、専任は 7 名、兼任は 10 名であった。専任以上の医師 GRM を配置しているのは 14 病院に過ぎなかった。ほとんどの医師 GRM が、医師 GRM の仕事はやりがいがあり続けていきたいと考えている一方、抱える不安も大きいことが判明した。複数の職種が役割分担して医療安全を推進していくためには、医師 GRM に必要な権限や処遇を整備する必要があると考えられた。

キーワード：医師 GRM, 国立大学附属病院, 国立大学附属病院医療安全管理協議会

Abstract

In national university hospitals in Japan, nurses have mainly been acting as general risk managers (GRM). In order to systematically promote patient safety, some medical doctors and dentists have recently cooperated with nurses in "doctor GRM" positions. However, numbers or contribution of doctor GRM has not been clearly defined. Therefore, to clarify the present status of doctor GRM in Japan, a questionnaire survey was conducted at 45 national university hospitals. Responses were from 41 national hospitals and indicated that 27 doctors act as doctor GRM in 22 hospitals; however, only 17 doctors in 14 hospitals can spend more than half of their work hours on patient safety. Most of the respondents consider their activities as GRM to be valuable to themselves and also to their hospitals. Further, although they want to remain GRM, they feel anxiety about their career, for example their promotion, loss of time for learning new medical skills, etc. These findings indicate that it is necessary to give competence and treatment to doctor GRM in order to promote patient safety in hospitals.

Key words: General risk manager, National University Hospital, Association for Patient Safety of National University Hospitals

I. 背景・目的

医療機関における医療安全管理体制の強化として、平成 14 年 10 月に改正医療法施行規則が施行され、全ての病院および有床診療所に対して、①医療安全管理指針、②医療安全管理委員会、③職員研修、④事故報告等改善方策からなる安全管理体制が義務づけられた。特定機能病院においては、平成 15 年 4 月より、専任の安全管理者の配置の確保が義務づけられた。平成 18 年 4 月の診療報酬の改定では、医療機関において専従の医療安全管理者を配置していること等を要件とした医療安全対策加算が新設された。それによると医療安全管理者は「適切な研修を終了した専従の看護師、薬剤師等その他の医療有資格者」とされている。さらには、平成 19 年 3 月には厚生労働省より「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」が出され、医療安全管理者の業務が高度かつ多岐にわたることが明確になった。

一方、国立大学附属病院においては、国立大学医学部附属病院長会議（現、国立大学附属病院長会議）の組織として、平成 14 年 10 月 31 日に国立大学医学部附属病院医療安全管理協議会（現、国立大学附属病院医療安全管理協議会、以下、協議会）が設立された。協議会では、平成 16 年に専任リスクマネージャー（以下、GRM (General Risk Manager)）の業務基準を策定し、国立大学附属病院においては、それに基づき GRM が実質的な医療安全管理者として配属され、活動を続けてきている。

医療安全管理者と GRM は、厳密には同義ではないが、病院には、全病院的視点で医療安全業務や質改善業務を推進する者（GRM）が必要であることは疑いがない。現在、多くの国立大学附属病院ではこの役割を主に看護職が担っているが、看護師が全ての GRM 業務を行うには限界があり、チーム医療を推進する観点からも問題があるかもしれない。組織的な医療安全推進のためには、医学的知識と技能および臨床経験を有する医師・歯科医師の参画を求める声があり、実際一部の大学病院では参画が始まっている。しかし、現在、どのくらいの数の医

表 1

医療安全管理部門での役職				
役職	専従	専任	兼任	計
部長, センター長	1	2		3
部門長, 室長	1		2	3
副部長, 副(分)室長	8	4	4	16
役職なし, 不明		1	4	5
職位				
職位	専従	専任	兼任	計
教授		1		1
准教授(病院教授, 診療教授などを含む)	2	2	2	6
准教授	6	2	2	10
講師		1	2	3
助教	2	1	2	5
不明			2	2

准教授(病院教授, 診療教授などを含む)とは、「准教授の職位であるが、同時に病院教授や診療教授などの職位を併せもつ医師・歯科医師」を指す。

医師・歯科医師が、どの程度 GRM 業務に参画しているかのデータはない。そこで、国立大学附属病院における今後の GRM のあり方を検討するために、医師・歯科医師の参画状況を明らかにする目的でアンケート調査を実施した。さらに、医療安全担当の責任者(多くの施設では、副院長が担当)との役割分担も検討し、合わせて、現在 GRM 業務に携わっている医師・歯科医師 GRM の意識調査についても行った。

II. 方法

- アンケート実施時期：平成 22 年 7 月
- 対象：国立大学附属病院医療安全管理協議会に所属している施設において、GRM として活動している医師・歯科医師。本アンケートでの GRM の定義：「医療機関の管理者から委譲された権限に基づき、全病院的な安全管理業務や質改善策業務(1. 体制の構築, 2. 指針作成等の参画・周知, 3. 教育研修の企画・運営, 4. インシデントの収集分析と防止対策の策定, 5. 情報収集と事故防止, 6. 医療事故の対応・調査・要因分析と再発防止について中心的あるいは支援的な活動)を行っている者」とした。医療安全に関わる業務の割合による専従, 専任, 兼任は問わなかった。
- 実施方法：国立大学附属病院医療安全管理協議会 GRM メーリングリストにてメール添付の形式で送付した。医師 GRM 配置の有無がわからない施設も

表 2

正式な所属				
	専従	専任	兼任	計
医療安全	8	5	0	13
診療・研究	2	2	10	14
業務量割合との不一致率				
	専従	専任	兼任	計
不一致率	20%	29%	0%	11%

多いため、看護職 GRM にアンケートを送付し、看護職 GRM を通じて、医師 GRM への配布を依頼した。

- アンケート内容：付表
- 回収結果：国立大学附属病院 42 大学 45 病院中、41 病院から回答があった。

III. 実態調査結果

1. GRM 配置数および業務量の内訳

病院として医師 GRM を配置しているのは、回答のあった 41 病院中 22 病院(53.7%)で 27 名であった。病院における業務の中で、医療安全管理業務の割合が 80%以上を専従, 50%以上を専任, 50%未満を兼任と定義すると、専従 10 名, 専任 7 名, 兼任 10 名(輪番制を行っている病院は 1 名とした)であった。この結果より、業務の 50%以上を医療安全管理に費やしている医師 GRM を配置しているのは、41 病院中 14 病院(34.1%)で 17 名であった。以下、専従・専任・兼任については、業務量に基づく定義を用いた。医師・歯科医師以外の職種の GRM については、看護職の GRM は全ての病院で配置されており、13 病院において 2 名の看護師が配置されていた。薬剤師の GRM は 5 病院で配置されており、いずれも 1 名であった。

2. 医療安全管理部門における役職および職位について(表 1)

3. 正式な所属および業務量との関係について(表 2)

付表にあるように、給与が払われている所属を正式所属とした。専従においても 20%、専任において 29%の医師 GRM が、正式には診療科または講座の所属であった。一方、兼任は全て診療科または講座の所属であった。

4. 医療安全管理責任者(副院長または医療安全管理部門の長)との役割分担について(図 1)

医師 GRM が配置されている 22 病院中 20 病院から回答があった。約半数の病院(48%)にて、医師 GRM と医療安全管理責任者の役割分担は明確であるとの回答で

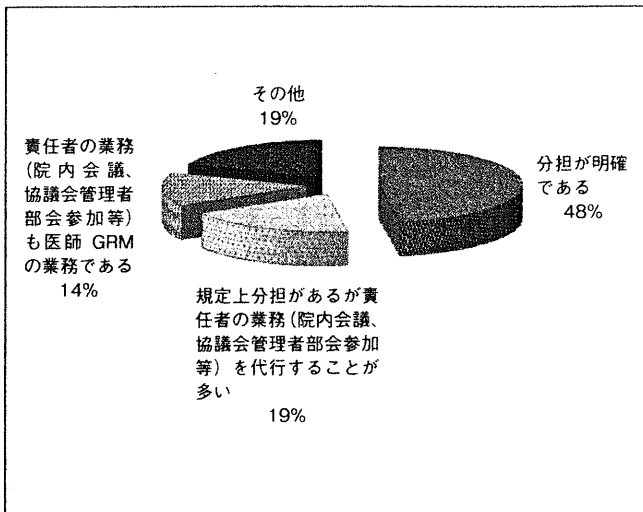


図1 医療安全管理責任者との役割分担

表3

他職種 GRM との役割分担				
①インシデントレポートの処理・確定				
	専従	専任	兼任	計
すべて	5	5	6	16
医師の報告と3b以上	1	3	0	4
医師の報告のみ	2	0	1	3
3b以上のみ	0	0	0	0
無回答	1	0	3	4
②医療事故発生時の対応				
	専従	専任	兼任	計
常に first call	3	5	0	8
重大事例などの first call	1	0	0	1
second call, 当番制など	3	2	7	12
医師関連のみ first call	2	0	0	2
無回答	1	0	3	4

あった。具体的には、院内事故調査委員会の委員長または副委員長、過誤事例における病院代表としての説明・謝罪（病院長の代行を含む）、医療安全管理部門会議の議長、親委員会（リスクマネジメント委員会など）への出席、マスコミ公表時（記者会見など）に医療安全管理部門の責任者としての列席については、4分の3以上の病院で、医療安全管理責任者が担っているとの回答であった。一方、医療安全管理責任者の業務も医師 GRM の業務であるとの回答が14%あった。

5. 他職種 GRM との役割分担 (表3)

- ① インシデントレポートの処理・確定については、表3に示すように、すべてのレポートを処理する医師 GRM が半数以上であり、専従、専任、兼任による差は認められなかった。なお、表3にある

表4

医療安全に関する授業担当 (医・歯学部学生に対する)				
担当コマ数/年	専従	専任	兼任	計
0	1	4	3	8
1~2	4	2	4	10
3~5	2	0	0	2
6~	2*	1	0	3
無回答	1	0	3	4

*10コマ1名, 11コマ1名

表5

臨床面についての不安はありますか				
	専従	専任	兼任	計
ある	4	6	5	15
ない	4	1	2	7
どちらでもない	1	0	0	1
無回答	1	0	3	4

表6

GRM としての業績や身分などに不安はありますか				
	専従	専任	兼任	計
ある	4	6	4	14
ない	4	0	3	7
どちらでもない	1	1	0	2
無回答	1	0	3	4

3b以上とは、国立大学附属病院医療安全管理協議会の定める影響度分類による。

- ② 重大な医療事故発生時の連絡体制における順番については、さまざまであるが、専従・専任の場合は医師 GRM が first call として対応することが多く、兼任の場合は全員が second call または当番制であった。

6. 医療安全に関する授業担当 (表4)

半数以上の医師 GRM が、看護学科や保健学科を除く医学部または歯学部学生に対する医療安全に関する授業を年に1講以上担当していた。専従の医師 GRM においては、年3講以上担当する医師 GRM もいた。

IV. 意識調査結果

1. 臨床面についての不安の有無 (表5)

半数以上の15名が臨床面についての不安があると回答した。専任、兼任に比較して、専従の方が不安を感じる割合が少なかった。具体的なコメントとしては、臨床能力の低下、外科的スキルの維持に不安を感じるという