

II. 研究班会議議事録

第6回議事録

日時:2019年5月11日(土)13:00~15:00

場所:名古屋大学東京オフィス(三菱ビル11階)会議室

出席者(敬称略):濱、赤澤、吉岡、小松、長尾、遠山、兼児、南須原、田辺、荒井、梅村、星、山田、植村【記録】

リスクスコア、透明性評価

- ・中間評価結果について共有。形態素解析の精緻化、安全業務の軽減について検討する。
- ・これまでの研究の振り返り。(タームスコア、レポートスコア、施設スコア、精度、リスクスコアの算出方法の選定(AHP分析、インシデントの種類の順位付け)、リスクスコアの病院比較)
- ・報告量と多様性の取り扱いについて。現在は報告量が多いとリスクを低く抑えるように計算式を組んでいる。多様性も同様。多様性は報告量が多いと低く抑えられる傾向がある。これらの取り扱いについて、例えば、計算式に入れるのではなくて、報告量と多様性はリスクスコア算出の前提条件として使うなど、今後も研究していく。
- ・直近1年に限ったリスク評価は、2、3年の期間がちょうどよいと思われる。
- ・各施設における各部署のリスクスコアの推移を算出。スコアが大きく変わった、あるいは、減少傾向が増大傾向になったなど、変化があったところで、実際何か起きていないか、例えば、管理者が交代した、チームが変わった、業務のルールが変わった、患者層が変わった、など。各施設に持ち帰っていただいて調査いただく。(グラフ凡例は、青:各月の値、緑:前後1ヶ月合計3ヶ月間の移動平均、赤:前後2ヶ月合計5ヶ月の移動平均)
- ・変化の客観的判断として、回帰直線の変化点分析を行ってはどうか。また長期推移と短期推移の交差点など。客観的な変化点の定義は現時点では難しく、今回は赤線(5ヶ月の移動平均)の変化でご判断いただく。
- ・報告行動が活性化されるとリスクスコアが高まる可能性がある。
- ・ある程度の透明性が確保された部署のみで評価する。
- ・軽微な事象をたくさん報告すればリスクが低く抑えられてしまう。重大な事象を報告しないことは考えづらく、軽微な事象を報告しないことは考えられる。従って、リスクスコアの上位のみで平均値をとってはどうか。あるいは平均値よりも中央値を使うなど。ただし新たな妥当性評価が必要となる。
- ・考えられる限りのリスクモデルと、共同研究者の評価と比較して、一番よいモデルを選定するなど。
- ・転倒転落を省くと本当のリスクが見えてくるのでは。
- ・部署によって報告の意識、行動、基準がかなり違うと思われる。
- ・カテゴリごとのリスク推移を算出してみてほしい。
- ・平成30年度総括報告書提出に伴い、各病院の倫理審査状況の報告書のご提出をお願い致します。

医療安全責任者研修について

- ・長尾教授より教育事業(研究)について説明。各施設の医療安全・質管理の最高責任者を養成する教育事業。厚労科研費、受講料、寄付金により運営予定。受講期間は6ヶ月。医療安全活動ループ図(平成27・28年度厚労科研)に基づきコンテンツを策定。
- ・研究計画の概要について植村研究員より説明。教育効果を測定する方法につい

て。研修の前後で、受講生へのアンケート・インタビューを行い測定する。測定結果を統計解析(因子分析など)し、施設のリスク量との関連を分析(重回帰分析など)し、リスクに最も寄与する因子を特定する。因子が特定されたら教育コンテンツに反映していく。(例:報告量がリスク低減に大きく寄与しているということであれば報告量を増やすための教育を強化するなど)またコストとリスクの関連も見る。リスクの高い組織とリスクの低い組織でかけているコストがどのくらい異なるか、あるいは、ある組織において、リスクの高い時期とリスクの低い時期でかけたコストがどのくらい異なるかみる。リスク差のコスト差の比を取ることで、どのくらいコストをかければどのくらいリスクが減るかを予測可能となる。

・受講期間6ヶ月間において、3日間1セットで7セットを予定。会場は名古屋大学病院。

医療事故とコストについて

- ・星様より名古屋大学における医療事故にかかったコストに関する研究について説明。全国で過失による治療に年間18億～24億円が発生していると推測される。負担金額上位 12.2%(24件)の事例で全負担額の 80.2%を占める。
- ・Minimumの金額だと思われる。長期入院や賠償費用は入っていない。他院で発生した事故の治療費も入っていない。
- ・確実な金額を示し、それに不随してさまざまな金額が発生しているということになる。
- ・名大病院においてはリスク量は増えているが負担金額(Minimum)は減っている。
- ・リスク量とコストの関係は医療安全にかけるコストの適正化に使用できればよいと思われる。
- ・医療全体のリスク量は上がっていると思われる。名大病院のリスク量の増大はそれを表している可能性もある。

次回日程

・7月21日(日)14:00-16:00 場所:東京(名古屋大学東京オフィス)

以上

第7回議事録

日時:2019年7月21日(土)14:00~16:25

場所:名古屋大学東京オフィス(三菱ビル11階)会議室

出席者(敬称略):渡邊、濱、長尾、遠山、兼児、南須原、浦松、田辺、深見、梅村、寺井、市川、山田、植村【記録】

最高質安全責任者(CQSO)養成研修と事業の評価方法について

- ・パンフレット、募集案内、カリキュラムスケジュール・講師一覧に基づき、教育事業内容について説明。
- ・ルーブリックは受講生の到達レベルを評価するもので、受講生本人と教員側で評価する。受講前、受講後に評価し、その差をみる。
- ・『施設の患者安全評価』は受講生の施設を評価するものであり、受講によってどのように変動するかわからないので、最初は毎月実施してはどうか。
- ・施設全体を改善できる立場にない受講生については、影響を及ぼしうる範囲内について問う。
- ・研究班メンバーの先生方はトップレベルの先生方ばかりだが、ルーブリックでは現時点ではどの段階になるか。⇒第2か第3段階にあると思われる。
- ・ルーブリックの利点として受講生と目標を共有できることがある。
- ・『医療における安全文化に関する調査』は、受講生の施設に実施するものではなく、過去名大病院で行われた結果と、名大病院のリスクスコアを比較することで、リスクスコアの妥当性を評価するために用いるものである。

リスクスコア・量、インパクトスコア・量について

- ・TERMスコア、レポートスコア、施設(組織)スコアについてこれまでの振り返り。
- ・スコアと報告量の関係について説明。報告量が増えればスコアが減っていくことを仮定し、部署ごとにデータを集計し、標準曲線を描いた。標準曲線との乖離を「量」と定義する。
- ・過失スコアと報告量の標準曲線との乖離「過失量」、重症スコアと報告量の標準曲線との乖離「重症量」を算出。
- ・重症量と過失量の2軸で部署をプロットすると、おおよそ職種別に分かれる。病院によって報告量が異なっても、職種ごとに分かれるのは大変興味深い。
- ・リスクスコアと報告量についても標準曲線を描き乖離の「リスク量」を算出。
- ・重症量や過失量、リスク量が高いときに、その部署に特徴的な高スコア TERM を調べ、その TERM を含むレポートを抽出、対策を検討できる。
- ・全病院の全部署について、重症量と過失量の2軸でプロット。例えば、同一職種において、重症量、過失量の2軸で比較評価できる。
- ・「量」というよりは「偏差」という方がよいのでは。
- ・より踏み込んで言えば、報告量の飽和状態が把握できるかもしれない。ある値以上の報告量は参考程度など。
- ・過失スコア、重症スコア、またそれらの重み付け加算であるリスクスコアで抽出されるレポートは、「GRMの胸騒ぎ」とは少し違う。
- ・名大病院では8名のGRMがレポートを読んでおり、重要なレポートに投票している。

投票数が多いレポートの順に審議を行っている。3票以上投票されたレポートを「インパクトレポート」と定義して、これを教師データとして機械学習し、「GRMの胸騒ぎ」のレポートの抽出を試みる。

- ・部署ごとにインパクトスコアを算出し、報告量による標準曲線を描き、部署ごとのインパクト量を算出する。
- ・さらに、インパクト量とリスク量の2軸で部署をプロットした。
- ・インパクト量とリスク量を部署ごとにみた場合、正の相関があるようにみえるが、レポートごとにみると、インパクト量は短期的課題、リスク量は中・長期的課題のように思う。
- ・GRMによって投票の傾向は違うということはある。現在は3票以上集めたレポートをインパクトレポートとしている。
- ・人材育成の観点において、短期的課題に取り組んでいるか、中・長期的課題に取り組んでいるかを見ることができる。また過失量が多く重症量が少ない場合には患者クレームなどに対応できているか、重症量が多く過失量が少ない場合には合併症など患者説明を尽くしているかという見方ができる。
- ・もし病院間で循環器内科を比較した場合、一方に「アブレーション」をいう言葉が多かった場合、アブレーションの業務が適切に行われているか調査に入るなど。
- ・逆に重症量が低いとアクティビティが低いのではないかという見方もできる。

評価ツールの内的妥当性評価アンケート

- ・記名方式で実施。

研究デザイン概要について

- ・教育コンテンツの作成、リスク因子を探るためのアンケート、リスク因子の同定。これらが相互に関連する。
- ・本日はこれら进行评估するツールの妥当性評価。
- ・国の事業となるにはもう少し普遍的なものになる必要がある。もう少し研究として熟して成果を出して、安全界、医療界全体に浸透していくことが必要。来年度以降の事業化の可否については現在手続き中。
- ・受講生や参加病院が増えれば数値化もさらに進むと思われる。受講が国の資格や加算につながると意欲に繋がると思われる。

次回日程

- ・9月1日(日)14:00-16:00 場所:東京(名古屋大学東京オフィス)

以上

第8回議事録

日時:2019年9月1日(日)14:00~16:15

場所:名古屋大学東京オフィス(三菱ビル11階)会議室

出席者(敬称略):渡邊、濱、長尾、遠山、兼児、南須原、浦松、田辺、梅村、山田、植村【記録】

各種スコア、各種偏差について(これまでの振り返り)

- ・名大 GRM の判断を教師とした各種スコア、偏差の連関図について説明。
- ・過失偏差と重症偏差の部署プロットについて、同一職種で施設を比較可能。
- ・リスク偏差とインパクト偏差の部署プロットについて、回帰直線が引け、リスク偏差が高い傾向の部署、インパクト偏差が高い傾向の部署がわかる。外れ値を見つけ出すこともできる。
- ・インパクト偏差は、職員間の問題と、職員と患者間の問題と混在している可能性がある。インシデントレポートの患者要因/医療者要因で層別することは可能。
- ・リスク偏差とインパクト偏差に強い相関があったということは妥当性を示すものであり本研究の大きな成果だと思う。
- ・リスクスコア、インパクトスコアが高いレポートは見過ごすことはできず名大で毎週確認している。
- ・集団の潜在する危険性をキャッチアップする方法は獲得できてきたと思う。

医療安全教育と教育効果の各種測定ツールの妥当性について

- ・教育効果測定ツールの妥当性評価結果について説明。
- ・各評価ツールの内的妥当性について、数値が0.7以上となっており、十分妥当性がある。
- ・「医療における安全文化に関する調査」とのリスクスコア・偏差、インパクトスコア・偏差との比較。弱い逆相関の係数となっている。安全管理部などの管理部門は相関の算出から除外すれば相関は高くなると思われる。
- ・集団のリスクは文化からはわからないのではないかと。これまではほかに測定する方法がなかった。文化は文化で測定する意義はある。
- ・リスクスコアの変化と現場背景の変化の比較において、独立性の検定と効果量の算出を行ったところ中程度の関連があるとの結果になった。
- ・リスクスコアの変化を5ヶ月移動平均で捉えると単月の急激な変化を捉えられない場合がある。
- ・管理者変更でリスクが変化するというより文化が変化すると思われる。リスクスコアは文化を捉えている可能性がある。(前の安全文化調査との比較においてもリスクスコアの方がリスク偏差より相関係数が高い)リスク偏差の変化を捉えたい。
- ・稼働率など多変量で捉えることができればロジスティクス回帰分析などで予測ができる。
- ・重症事例を目的変数としてリスクスコア、インパクトスコアを説明変数として、有意な要因として残るか。
- ・リスクスコアによる重症事例の予測。各施設でデータを取得するには倫理審査を受けるなどの手続きが必要になると思われる。名大の病棟だけでも稼働率がとれないか。

- ・影響度レベル 3b以上の報告件数との比較について、3b以上の件数の対数をとれば相関係数が上がると思われる。
- ・影響度レベル 3b以上の報告率との比較についてはより高い相関の傾向となるが、2つのグループに分かれ、層別に相関を取るとより高い相関係数となると思われる。
- ・もしリスクスコアが 3b以上と同じ事象を捉えているだけであれば相関係数は 1 になるはずで、相関係数が 0.6 ということは、0.4 の分は別の事象を捉えていることになる。重症スコアと 3b以上の相関を取れば相関係数は高くなるはずで、リスクスコアは重症と過失を捉えており、相関係数としては 0.6 くらいで妥当だと思われる。
- ・応用例として、名大病院におけるリスク偏差とインパクト偏差の年度別の散布図を提示。いずれの年度も妥当と思われる。
- ・重症事例が起きたとき、他職種から報告されると思われる。報告者の職種や所属よりも発生場所で捉えた方が正確だと思われる。名大病院は 2017 年 12 月からデータがある。医療機能評価機構のレポート項目を使用されているところはデータがあると思われる。
- ・リスク偏差とインパクト偏差の年度別の部署プロットで、急な変化が起きたときに調査のきっかけとなる。
- ・応用例として、カテゴリー別のリスク偏差とインパクト偏差の散布図を提示。組織の取り組みの傾向が出ると思われる。患者誤認や医療機器などのカテゴリーも出せば。
- ・スコア(偏差)を減らすには、スコアが高く、出現頻度が高く、出現回数が多い TERM の出現を減らす。この TERM を含むレポートを読み改善策を作る。
- ・weight と頻度(あるいは ratio) のかけ算のようなもので順位付けして、パレートの考え方では上位 6~8 割のものから対策していくなど。
- ・高スコアかつ高出現率の TERM の一覧表は、介入前後の効果をみるのにも使えそう。
- ・「サムスカ」が「サム」「スカ」に分かれている場合があり辞書登録をする必要がある。(これまでも千語程度は登録している)
- ・各種スコア(過失、重症)と GRM 判断が大きく違うものについては定期的に見直していく。
- ・リスクスコア算出プログラムのインストール手順、操作手順について説明。所定のフォーマットにてデータを準備し、プログラムに読み込ませると、本研究の各種スコア・偏差が出力できる。

最高質安全責任者(CQSO)養成研修について

- ・8名の応募者があった。
- ・学習者を評価するルーブリックが完成し、教育前の評価を実施した。
- ・受講生の品質改善の取り組みの中間発表会、最終発表会に可能であればご出席ください。場所は名大病院。日程は別途連絡する。

次回日程

- ・12月22日(日)14:00-16:00 場所:東京(名古屋大学東京オフィス)

以上

第9回議事録

日時:2019年12月22日(日)14:00~16:10

場所:名古屋大学東京オフィス(三菱ビル11階)会議室

出席者(敬称略):濱、長尾、遠山、兼児、南須原、浦松、梅村、楠本、山田、植村【記録】

各スコア、各偏差について

- ・過失/重症/リスク/インパクトのスコアと偏差の連関図の説明。(これまでの振返り)
- ・診療科別リスク偏差の病院間比較。心臓外科・血管外科:自治医大が高いという結果だがおおよそ妥当だと思われる。循環器内科:名大が高いという結果だがそういう背景はある。東京医大も感覚としては妥当と思われる。脳神経外科:自治医大が高いという結果だが、これは報告量が多いために、標準スコアとの比較において偏差が高くなっているものと思われる。消化器外科:三重大が低いという結果、しっかりした部署であるがころはあるがここまで低いとは思わない。産科:北大が低いのは医師以外の職種が入っているためと思われる。整形外科:名大が高いのは遺残関連か。
- ・耳鼻科:北大が低いという結果だが、しっかりした部署で、どんなことでも報告してくれる。高い結果となってもよいと思われる。北大以外はリスクスコアではほぼ同じとなっている。
- ・眼科:北大が高いという結果だが、報告数が少なく重症感は高いので、感覚的に妥当と思われる。
- ・どのようにリスク偏差の妥当性を評価するか。報告量が多すぎたり少なすぎたりする場合は正確に比較できないと思われる。
- ・現状、標準曲線は全職種で算出しているの、報告量が多いと、看護師の標準値との比較になっていると思われる。曲線を算出するにはある程度数が必要だが、可能であれば、職種別に標準曲線を描くことが望ましい。
- ・現状はまだリスクスコアそのものの比較の方が感覚的に近い。
- ・標準曲線が迷走する状況はよくないと思われる。(過失偏差)。報告量が12/年/人を超えるところは自治医大のみのデータとなっている。
- ・報告の期間も揃えてみるのが望ましい。
- ・スプライン曲線を描くときに外れ値を除く。サンプル数を増やして精度を増す。
- ・影響度レベルの構成比は施設同じか。影響度レベルの構成比を揃えて比較できないか。自治医大以外の施設の影響度レベルの構成比で全施設を比較する。
- ・診療科の業務内容を揃えて比較する。(業務内容のヒアリング)診療のレベルによっても異なる。一応、リスク偏差にも過失量が入っている。
- ・過失偏差だけで比較してみるとどうなるか。

最高質安全責任者(CQSO)養成研修について

- ・受講生8名。9月17日に開講し、全7クール中、5クール完了した状況。
- ・研究デザイン。教育→受講生(測定)→施設(測定)。施設により影響を与えた因子を特定し教育プログラムに反映する。
- ・受講前後でリスク量を減らした受講生について、「施設の患者安全評価」(アンケート)の評価項目がどう変化したかを調べていく。

- ・受講前のルーブリック評価実施(全体、カテゴリーごと)。
- ・授業前後で VAS スケール評価アンケート結果を共有。リスク量変動との関連についても調べる。
- ・授業後、「ニーズへのフィット度」「リスク量低減への効果」についてアンケート結果を共有。
- ・問題解決コースの概要について共有。2月13日9時～12時:中間発表、5月9日13時～16時:最終発表・修了式。研究班の先生方のご出席をお願い致します。可能であれば厚労省からも修了式にご挨拶をいただければと思います。
- ・問題解決コースのタイトルでリスクスコアを出してみる。
- ・第2期生募集:5月、6月。広報のご協力をお願い致します。

次回日程

- ・第10回会合:2月12日(水)18:00-20:00 場所:名古屋大学医学部附属病院
 - ・第11回会合(最終回):3月2日(月)17:30-19:30 場所:名古屋大学医学部附属病院
- 最終報告書案(本研究に関連した業績は2月下旬までにいただく)、来年度の計画等。

以上

第10回議事録

日時:2020年2月12日(水)18:15~19:30

場所:名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部 大会議室

出席者(敬称略):濱、長尾、遠山、兼児、南須原、浦松、田辺、深見、梅村、楠本、寺井、市川、山田、植村【記録】

各スコア、各偏差について

- ・過失/重症/リスク/インパクトのスコアと偏差の連関図の説明。(これまでの振返り)
- ・自治医科大学と報告量が12を超える部署を除いてスプライン曲線を算出。(過失スコア、重症スコア、リスクスコア)
- ・新たに算出されたスプライン曲線を基準としたリスク偏差、過失偏差、重症偏差について、診療科ごとに各病院を比較。(心臓外科・血管外科、循環器内科、脳神経外科、消化器外科、産科、整形外科、耳鼻科、眼科、皮膚科)
- ・産科と周産母子センターは分ける。
- ・三重大学の消化管外科には肝胆膵が含まれていない。
- ・各病院の影響度レベルの構成比の調査結果を共有。
- ・自治医科大学、北里大学を除く4施設の影響度レベル構成比に基づき、各施設からランダムにレポートを抽出し、リスクスコアの分布(平均値)を比較。
- ・自治医科大学も含めて、6施設全部で構成比を算出するのがよいのではないかと。または、各病院の構成比の割合の平均値を算出するのがよいのではないかと。
- ・リスクスコアの分布比較と同様に、過失スコアの分布比較、重症スコアの分布比較を行う。
- ・問題解決コースの受講生の取り組みテーマのタイトルに、過失スコア、重症スコア、リスクスコア、インパクトスコア、コアスコアを算出。コアスコアが正しくされていないと思われる(過失スコアと同じ値になっている)
- ・本スコア算出の方法の特徴として、短い文章の方が(薄まらずに)はっきりと数字に出る、ただし、否定された文章、起こりそうだった(が起らなかったヒヤリハット)文章については、否定されていない文章、起こった文章と同様の数字となる傾向がある。

最高質安全責任者(CQSO)養成研修について

- ・全7クール、第6クールを終了。今後、アンケート結果を集計し、報告書に記載する。
- ・最終発表会、修了式:5月9日(土)13:00~16:00。
- ・研究班の先生方はご参加をお願い致します。厚生労働省からも可能であればご挨拶をお願い致します。

事後評価について

- ・研究概要資料、様式1資料、様式2資料の内容を共有した。

次回日程

- ・第11回会合(最終回):3月2日(月)17:30-19:30 場所:名古屋大学医学部附属病院 最終報告書案、来年度の計画について。

以上

III. 参考資料

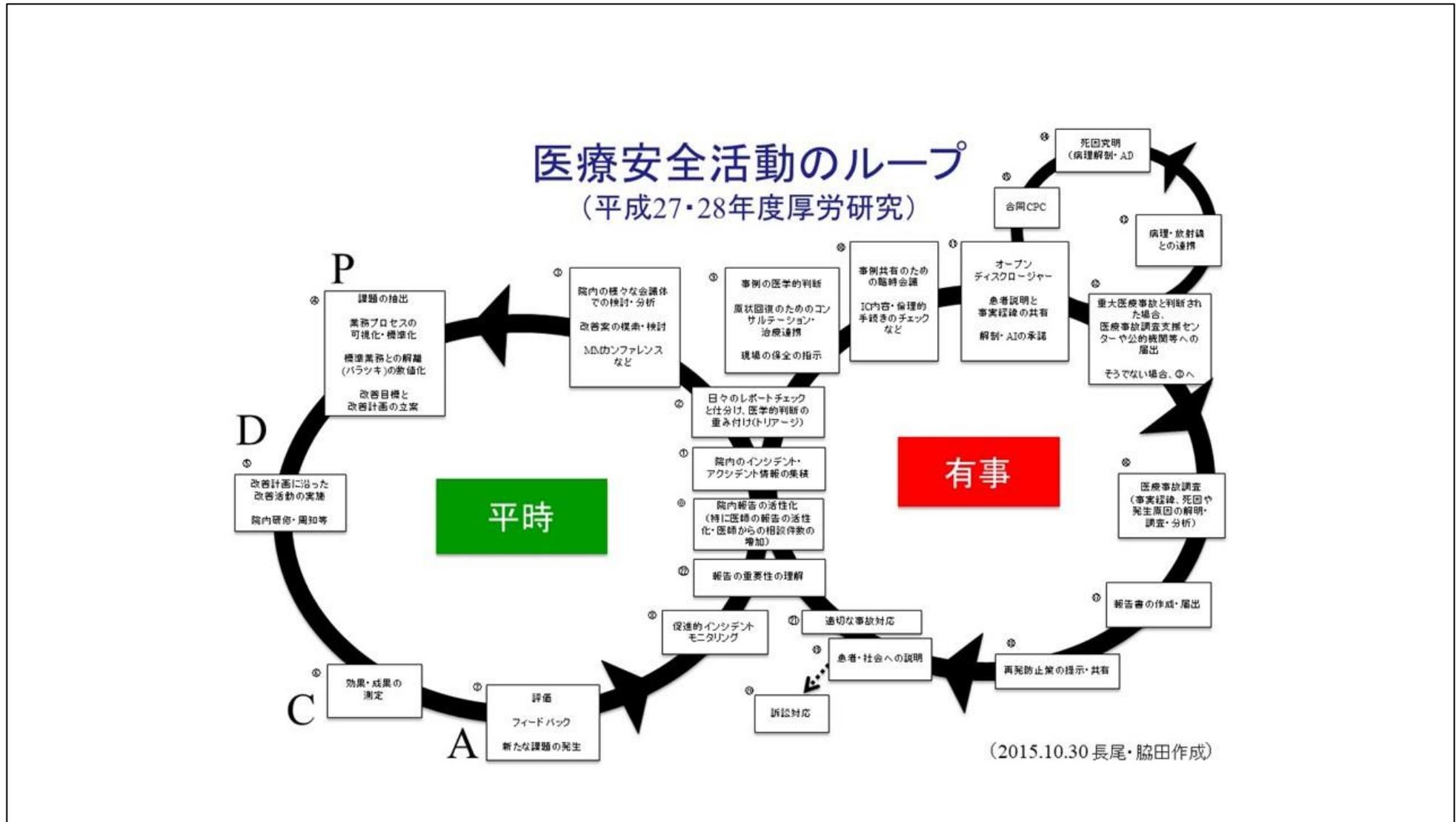


図 1

GRM判断を教師とした各スコア、各偏差の連関図

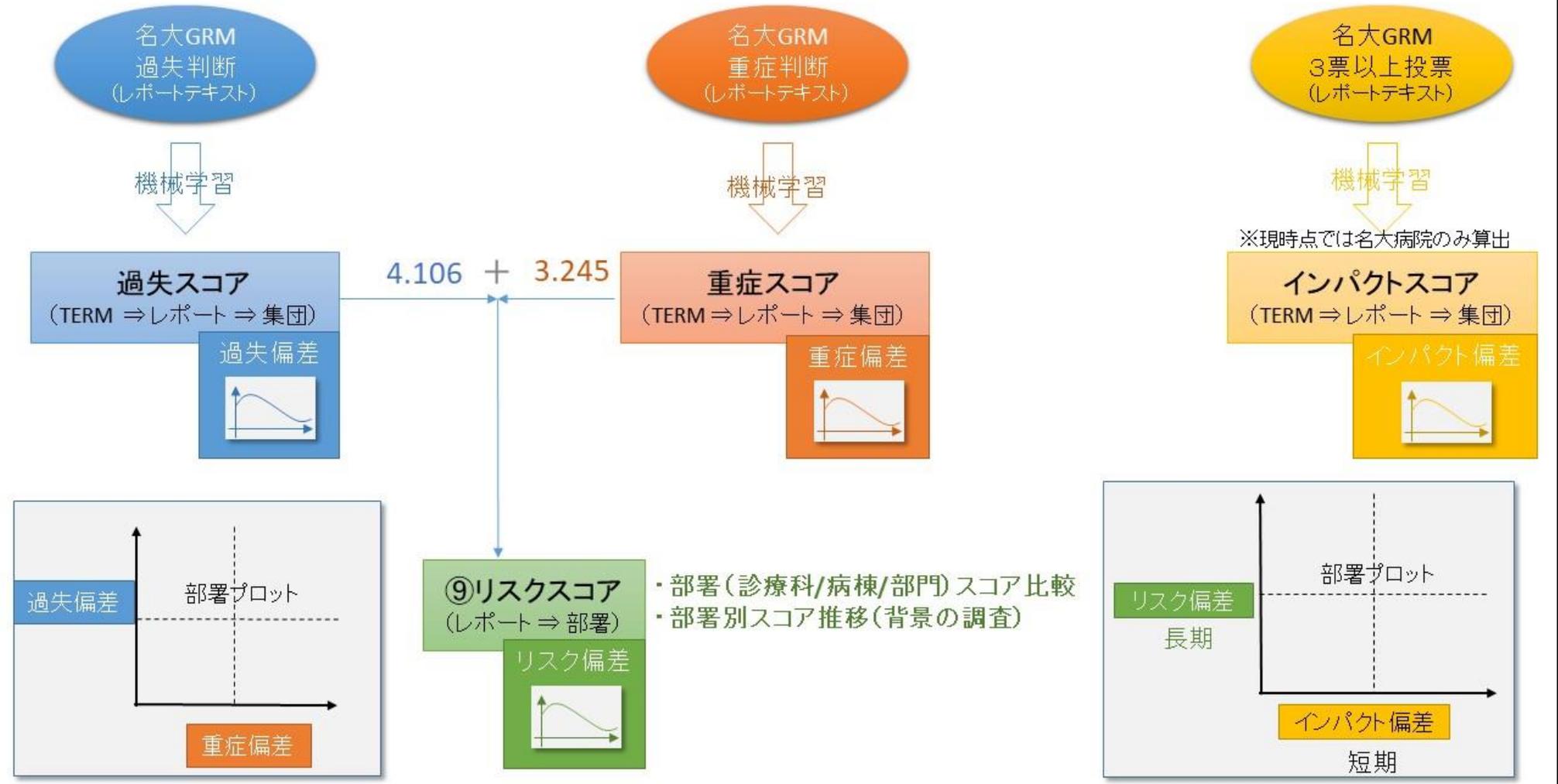


図 2

共同研究施設別リスクスコア⑨比較

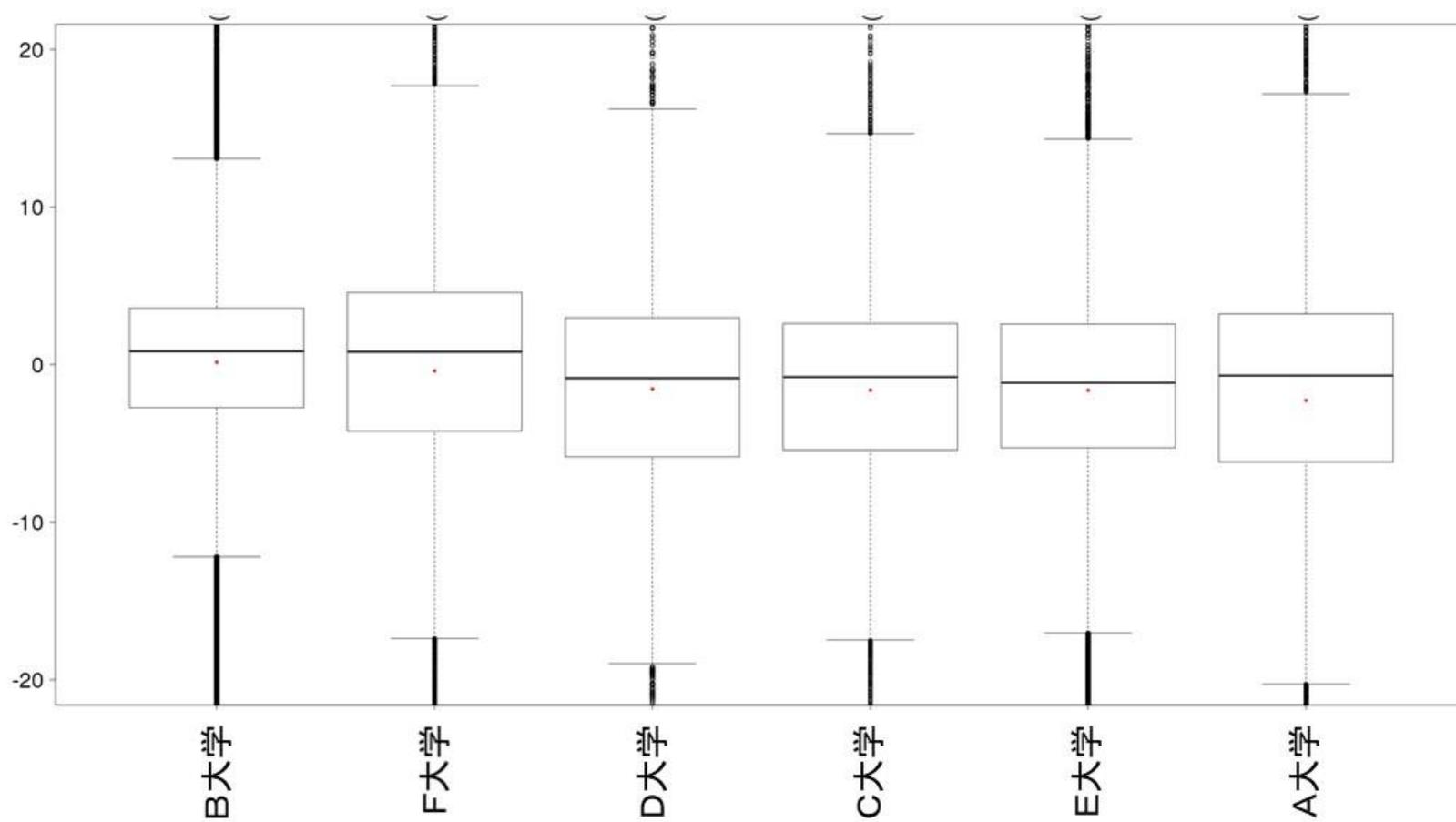


図 3

A大学病院⑨

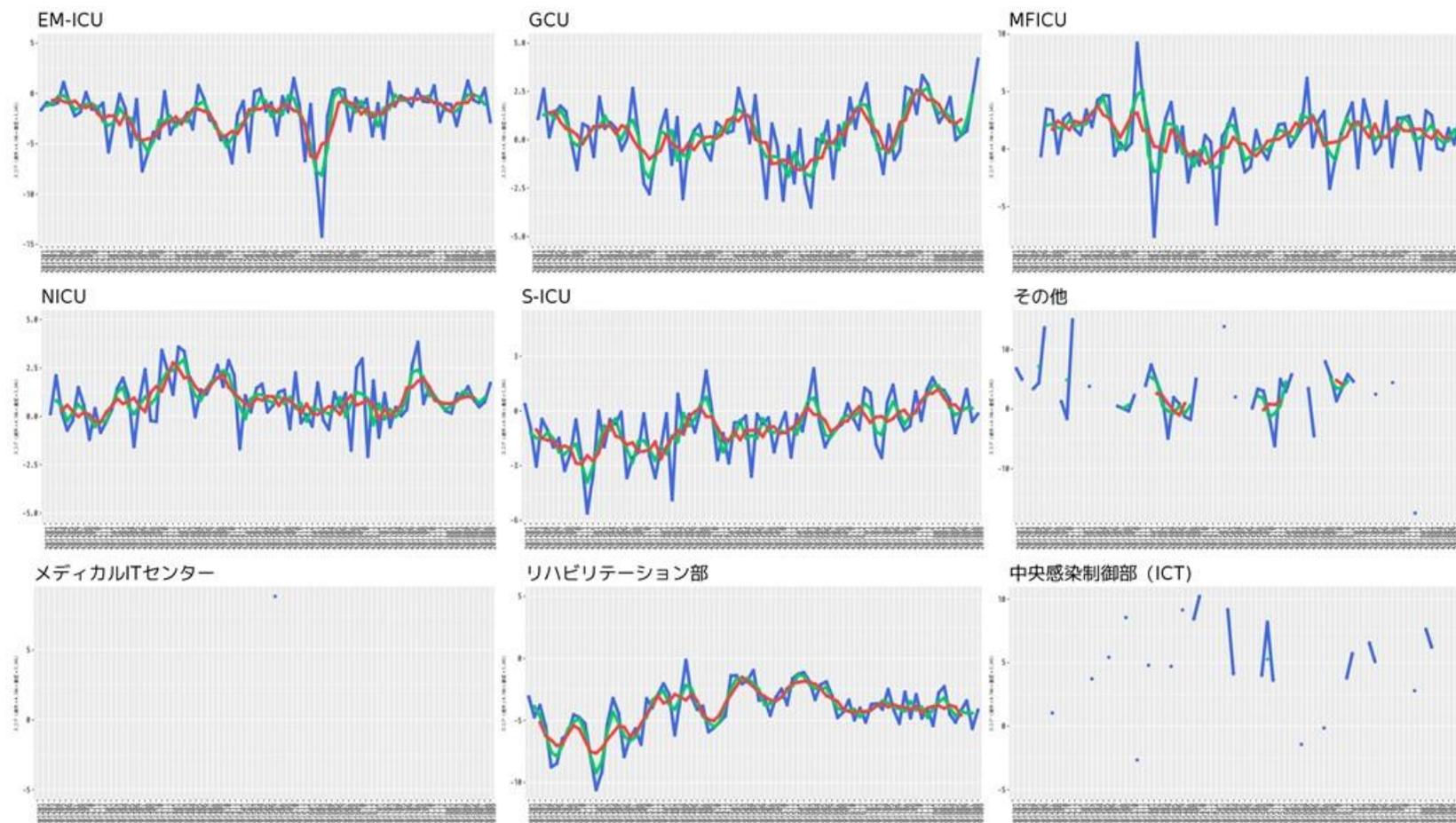
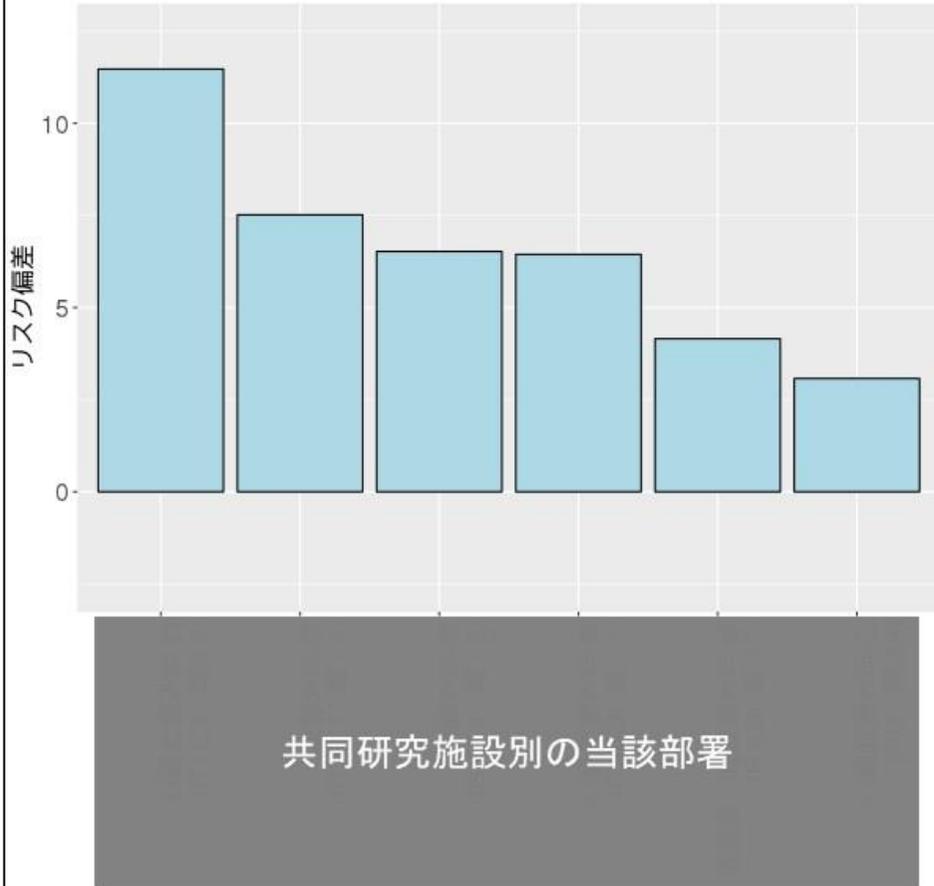


図 4

診療科リスク偏差の施設間比較

心臓外科・血管外科



循環器内科

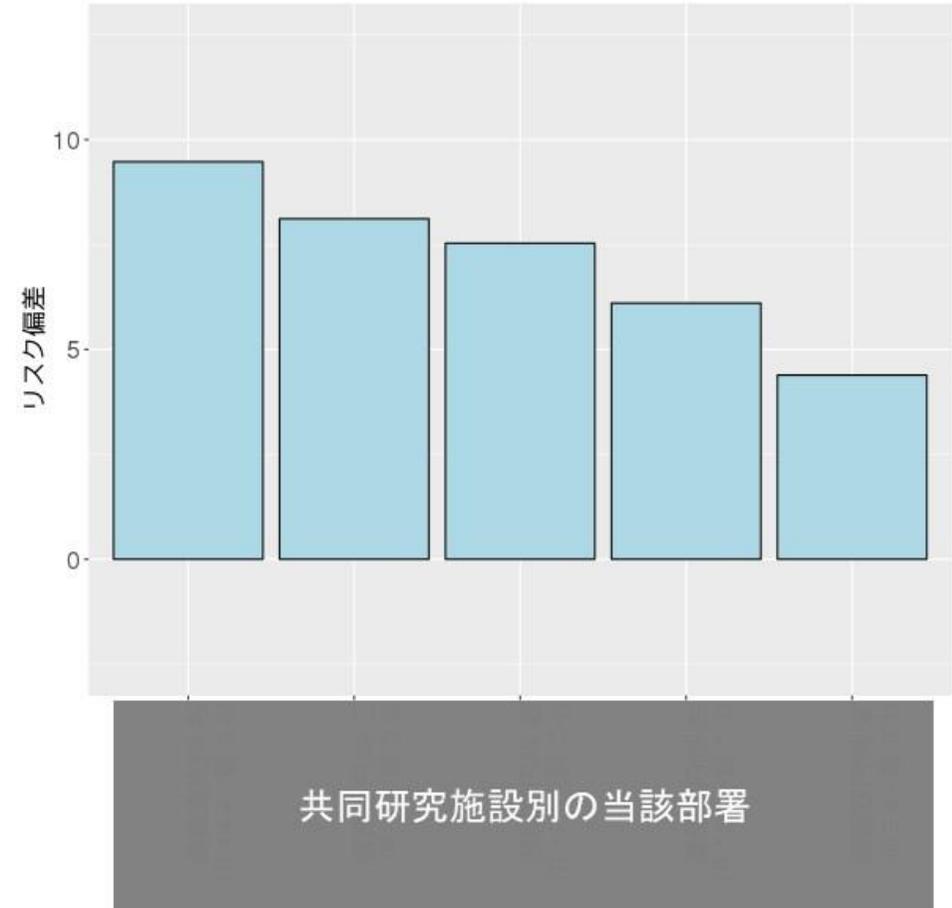


図 5

リスク量算出プログラム

最高質安全責任者(CQSO)

リスク量算出プログラム

インシデントレポート
[] 選択

形態素解析 解析結果を保存し次回以降の解析を省略する

集計単位 部署 発生月

報告量による偏差の算出

部署別人数
[] 選択

集計結果出力フォルダ
[] 選択

集計結果出力 閉じる

図 6

新・ASUIISHI 最高質安全責任者 (CQSO)

Chief Quality & patient Safety Officer

養成研修



～医療におけるリスク量を低減する～

Reduce the Risk, for Patient Safety.

名古屋大学医学部 × TOYOTA

テガメ株式会社 メスキエート医療安全基金 コニカミノルタジャパン株式会社 バラデクノ株式会社 バラマウントベッド株式会社

新・ASUIISHI 最高質安全責任者 (CQSO) 養成研修とは

医療には、様々なリスクが潜んでいます。特に、医療業務のエラーによって、患者に新たな疾病を発生させてしまうリスクは、国民にとって大きな脅威であり、不要な医療費の原因にもなります。患者の安全を確保し、医療現場のリスク量を減らすには、次の2つの能力を有する医療人材が不可欠です。

1 透明性、客観性、高い倫理性をもって、患者中心の観点で、困難な課題に正面から取り組むことのできる、勇気ある医療人

2 目標を達成するための指標を考え出し、科学的に戦略を構築でき、そのプロセスを周囲に納得させ、実践させられる医療人

本研修は、「医師養成事業」において、①上記2つの能力の獲得を目指します。そして、②受講者が実際に患者の安全を確保し、医療機関のリスク量を低減できたかどうか測定します。さらに、「ハブセンター事業」において、③修了生が全国の同志と連携し、医療全体のリスク量の低減に挑戦することを支援します。

開講期間：2019年9月17日(火)～2020年2月14日(金)のうち24日間

第1クール	2019年9月17日(火)～9月19日(木)の3日間
第2クール	2019年9月28日(土)～10月2日(水)の5日間
第3クール	2019年10月28日(月)～10月30日(水)の3日間
第4クール	2019年11月12日(火)～11月15日(金)の4日間
第5クール	2019年12月10日(火)～12月12日(木)の3日間
第6クール	2020年1月21日(火)～1月23日(木)の3日間
第7クール	2020年2月12日(水)～2月14日(金)の3日間

成果発表会 2020年5月9日(土)

募集期間：2019年6月17日(月)～7月31日(水)

受講資格：医師・歯科医師、所属機関の推薦を得ていること

受講料：100万円(税込) / 150時間

募集人数：10名程度

「最高質安全責任者(CQSO)養成研修プログラム」開講にあたって



名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部教授

長尾 能雅



この度、厚生労働省の御支援の下、「最高質安全責任者(CQSO)養成研修」を開講する運びとなりました。開講に際し、御指導、御尽力を賜りました多くの皆様に、心より感謝申し上げます。

2014～2018年度にかけ、名古屋大学はトヨタ自動車とタイアップし、文部科学省事業の一環として「明日の医療の質向上をリードする医師養成プログラム」通称 ASUIISHI プロジェクトを実施しました。世界最高水準とされるトヨタの品質管理手法を医療に導入するというユニークなコンセプトの下、5年間で約90名の修了生を全国に輩出し、国内外から高い評価をいただきました。

そのASUIISHIをさらに発展させたのが本プログラムです。全体をブラッシュアップし、少数精鋭、150時間のプログラムとしてリニューアルいたしました。本プログラムの最大の特徴は、修了生が、“実際に患者の安全を確保し、その所属する医療機関のリスク量を低減できるかどうか”に重きを置いている点です。

“最高責任者養成”の名に恥じぬよう、私たちの経験の全てをお伝えする覚悟で準備いたしました。ASUIISHI OB との交流や、修了後長期に亘るバックアップ、学術支援なども計画しております。どうか、志高き、素晴らしい皆様との出会いを心待ちにしております。

医師養成事業

研修のねらい

本研修は、医療安全活動を下図のようなループとして捉え、主に以下の項目の達成を企図して準備されています。

- 1 患者安全に関する基礎知識を修得し、インシデント報告のトリアージなど、日々の業務を管理することができる。
- 2 事故発生時の対応など、有事業務に成果を上げることができる。
- 3 品質管理手法を用いて、平時の改善活動に成果を上げることができる。
- 4 感染制御業務、周辺業務、挑戦的・新規的知識を修得する。
- 5 実際に患者の安全を確保し、医療機関のリスク量を低減できる。
- 6 本研修の修了生、ASUISHI修了生らと連携し、長期的改善活動（ハブセンター事業）に参画して、医療全体のリスク量の低減に挑戦する。

研修の特長

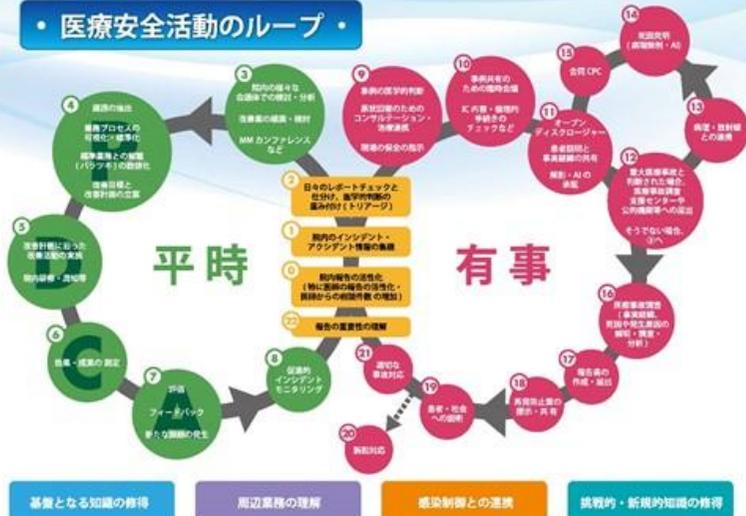
トヨタOBがトヨタ式問題解決手法を直接指導

OJT (On the Job Training) 重視、JCI 認定病院の現場を体験しながら実務を修得

医療安全対策地域連携加算の要件（医療安全対策に係る適切な研修）を満たす研修

CQSOカリキュラムイメージ

・医療安全活動のループ・



平成27・28年度厚生労働科学研究費補助金 医療安全部門への医師の関与と医療安全体制向上に関する研究より

ハブセンター事業

ハブセンター事業とは、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ません。医師養成事業を修了した医師が、それぞれの施設において存分に能力を発揮し、医療におけるリスク量を低減できるように支援し、継続的に修了生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。

ハブセンター事業による継続的支援



・ネットワーク・コミュニティ共有・データベース共有

修了生が所属する医療機関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、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。修了生が所属する医療機関において、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

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、医療におけるリスク量を低減につなげます。



【問い合わせ先】
名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部
〒466-8560 愛知県名古屋市中区鶴舞町 65 番地
TEL : 052-744-2609
E-mail : hrcjmu@med.nagoya-u.ac.jp
http://www.iryoanzen.med.nagoya-u.ac.jp/cqso/



名古屋大学大学院 医学系研究科 CQCA 一財団法人 中央品質管理協会 TOYOTA

施設の患者安全評価(アンケート)

開講前

患者安全行動

評価項目	評価
確認、連携、報告が行われていると思う。	1-2-3-4-5-6
患者確認が実践できていると思う。	1-2-3-4-5-6
職員間のコミュニケーションが実践できていると思う。	1-2-3-4-5-6
ハイリスク薬(ハイアラート薬)の管理が実践できていると思う。	1-2-3-4-5-6
手術・処置の際、患者・部位・手技の確認が実践できていると思う。	1-2-3-4-5-6
手指衛生が実践できていると思う。	1-2-3-4-5-6
転倒転落対策が実践できていると思う。	1-2-3-4-5-6

平均	標準偏差
4.2	0.6
4.5	0.7
4.4	0.4
4.5	0.8
4.7	1.0
3.9	0.6
4.1	0.9

受講生A	受講生B	受講生C,D	受講生E	受講生F	受講生G	受講生H
3	4	4.5	5	4	4	5
4	4	4.5	6	4	4	5
4	4	4.5	5	4	4	5
4	4	5.5	6	4	4	4
3	4	6	6	4	5	5
3	3	4	5	4	4	4
2	5	4.5	5	4	4	4

患者の尊重

評価項目	評価
患者の権利を尊重していると思う。	1-2-3-4-5-6
患者説明の大切さを理解していると思う。	1-2-3-4-5-6
患者と対立的だと思う。	1-2-3-4-5-6
患者に対する案内や説明が不足していると思う。	1-2-3-4-5-6

平均	標準偏差
4.4	0.8
4.4	0.8
2.1	0.7
2.7	0.7

受講生A	受講生B	受講生C,D	受講生E	受講生F	受講生G	受講生H
3	4	5.5	4	5	4	5
3	4	5.5	4	5	4	5
2	2	3.5	1	2	2	2
3	3	3	2	4	2	2

トップの意識と周知

評価項目	評価
病院長が安全を重要視していると思う。	1-2-3-4-5-6
病院長が責任を負っていると思う。	1-2-3-4-5-6
基本方針に患者安全を掲げている。	1-2-3-4-5-6
基本方針を職員に周知し、浸透させていると思う。	1-2-3-4-5-6

平均	標準偏差
5.1	0.6
5.2	0.6
4.6	1.6
4.2	1.1

受講生A	受講生B	受講生C,D	受講生E	受講生F	受講生G	受講生H
4	5	5	6	5	6	5
5	5	5.5	6	4	6	5
4	5	6	6	1	5	5
3	5	3.5	6	3	4	5

法令遵守(コンプライアンス)、ガバナンス

評価項目	評価
方針や手順が整備されていると思う。	1-2-3-4-5-6
方針や手順の遵守を促進していると思う。	1-2-3-4-5-6
病院の規律を嫌っていると思う。	1-2-3-4-5-6
独自ルールを容認していると思う。	1-2-3-4-5-6
時間にルーズだと思う。	1-2-3-4-5-6

平均	標準偏差
4.1	0.8
3.9	0.7
2.1	1.0
3.3	1.0
2.6	1.0

受講生A	受講生B	受講生C,D	受講生E	受講生F	受講生G	受講生H
3	5	5	5	4	3	4
3	4	4.5	5	4	3	4
2	2	2	4	3	1	1
4	2	2	5	3	3	4
2	2	3.5	4	3	1	3

図 9

施設の患者安全評価(アンケート)

開講前

意識

評価項目	評価	平均	標準偏差	受講生A	受講生B	受講生C,D	受講生E	受講生F	受講生G	受講生H
それぞれの職員が目標を持っていると思う。	1-2-3-4-5-6	3.9	0.8	3	4	3.5	4	3	5	5
患者安全に対する意識が高いと思う。	1-2-3-4-5-6	4.4	0.7	3	5	4.5	5	4	4	5
改善の意識が高いと思う。	1-2-3-4-5-6	4.1	0.3	4	4	4	4	4	4	5
患者安全のための議論をいとわないと思う。	1-2-3-4-5-6	4.3	0.7	4	5	5	4	4	3	5
患者安全研修への参加率が高いと思う。	1-2-3-4-5-6	4.7	0.5	4	5	4	5	5	5	5
患者安全研修の開始時間に遅れることがないと思う。	1-2-3-4-5-6	3.4	0.7	3	5	3	3	3	4	3
患者安全に関する活動性が低いと思う。	1-2-3-4-5-6	3.0	0.9	4	3	3	1	3	3	4
患者安全に関心であると思う。	1-2-3-4-5-6	2.2	0.8	3	2	2.5	1	3	1	3
患者安全の優先順位が低いと思う。	1-2-3-4-5-6	2.6	0.5	2	3	2	2	3	3	3
安全のことを馬鹿にしていると思う。	1-2-3-4-5-6	1.6	0.4	2	2	1.5	1	2	1	2
院内で開催する研修会・勉強会が少ないと思う。	1-2-3-4-5-6	2.0	0.8	3	3	2	1	2	1	2
最新の医療を勉強していないと思う。	1-2-3-4-5-6	1.9	0.6	2	2	1	3	2	1	2
患者安全の知識が薄いと思う。	1-2-3-4-5-6	2.6	0.9	3	3	2	3	4	1	2

確認行動

評価項目	評価	平均	標準偏差	受講生A	受講生B	受講生C,D	受講生E	受講生F	受講生G	受講生H
効果的な確認行動をしていると思う。	1-2-3-4-5-6	4.1	0.8	3	5	4.5	4	3	4	5

コミュニケーション

評価項目	評価	平均	標準偏差	受講生A	受講生B	受講生C,D	受講生E	受講生F	受講生G	受講生H
職員間のコミュニケーションがよいと思う。	1-2-3-4-5-6	4.3	0.5	4	5	4	4	4	4	5
連携、異常の共有ができていると思う。	1-2-3-4-5-6	4.1	0.6	3	5	4	4	4	4	5
診療科・部署の連携がよいと思う。	1-2-3-4-5-6	3.8	0.4	4	4	3.5	4	4	3	4
コミュニケーションがしにくいと思う。	1-2-3-4-5-6	2.4	0.7	1	2	3	3	3	3	2
情報提供・共有を苦手とし嫌がっていると思う。	1-2-3-4-5-6	2.6	0.5	2	2	3	3	3	3	2
案内や説明が不足していると思う。	1-2-3-4-5-6	3.1	0.8	4	3	3.5	4	3	2	2
声かけがないと思う。	1-2-3-4-5-6	2.5	0.5	3	3	2.5	2	3	2	2
助け合わない、誰かがやってくれると思っていると思う。	1-2-3-4-5-6	2.3	0.5	3	2	2	2	3	2	2
協力していないと思う。	1-2-3-4-5-6	1.9	0.6	3	2	1.5	1	2	2	2
自分の部署の主張をよくすると思う。	1-2-3-4-5-6	3.4	0.4	4	3	3.5	3	3	4	3

図 10

施設の患者安全評価(アンケート)

開講前

システム思考

評価項目	評価
事象を組織の問題と捉えていると思う。	1-2-3-4-5-6
個人を攻撃していると思う。	1-2-3-4-5-6
犯人捜しをしていると思う。	1-2-3-4-5-6
ミスをするのと徹底的に叱られると思う。	1-2-3-4-5-6
隠蔽体質、ミスを隠す・ごまかしていると思う。	1-2-3-4-5-6
公表を嫌い、不透明だと思う。	1-2-3-4-5-6

平均	標準偏差
4.1	1.0
2.1	0.6
1.9	0.3
2.1	0.3
1.9	0.6
2.3	1.0

受講生A	受講生B	受講生C,D	受講生E	受講生F	受講生G	受講生H
3	4	5	6	4	3	4
2	3	2	2	3	1	2
2	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	3
3	2	1	2	2	1	2
4	3	1	2	3	1	2

報告行動

評価項目	評価
患者安全に関することを報告していると思う。	1-2-3-4-5-6
報告行動が活性化していると思う。	1-2-3-4-5-6
合併症であっても報告していると思う。	1-2-3-4-5-6
医療安全部が有効に機能していると思う。	1-2-3-4-5-6
インシデント報告数が多いと思う。	1-2-3-4-5-6

平均	標準偏差
4.4	0.8
3.9	0.4
3.3	0.9
4.0	0.9
3.2	1.1

受講生A	受講生B	受講生C,D	受講生E	受講生F	受講生G	受講生H
3	5	5.5	5	4	4	4
3	4	4.5	4	4	4	4
2	4	5	3	3	3	3
3	4	6	4	4	3	4
2	3	5.5	2	3	4	3

改善

評価項目	評価
課題が可視化されていると思う。	1-2-3-4-5-6
インシデント報告を用いて改善の取り組みをしていると思う。	1-2-3-4-5-6
改善効果进行评估していると思う。	1-2-3-4-5-6
取り組みを標準化していると思う。	1-2-3-4-5-6
測定されるのを嫌がっていると思う。	1-2-3-4-5-6
「うちの病院は特別だから」と思っていると思う。	1-2-3-4-5-6
古い習慣・慣習に支配されていると思う。	1-2-3-4-5-6
変化を嫌がっていると思う。	1-2-3-4-5-6
旧態依然としていると思う。	1-2-3-4-5-6

平均	標準偏差
3.4	0.8
4.0	1.1
3.3	1.0
3.9	1.0
2.5	0.8
2.9	1.1
3.0	0.9
2.7	0.7
2.6	0.7

受講生A	受講生B	受講生C,D	受講生E	受講生F	受講生G	受講生H
2	4	4.5	4	3	3	3
4	5	5	4	5	2	3
2	4	5	3	4	2	3
4	5	5	4	4	2	3
2	2	3.5	3	3	1	3
2	2	3	5	2	4	2
2	3	4	4	2	4	2
3	3	2	4	2	3	2
2	3	2.5	4	2	3	2

図 11

雰囲気

評価項目	評価	平均	標準偏差	受講生A	受講生B	受講生C,D	受講生E	受講生F	受講生G	受講生H
雰囲気が良いと思う。	1-2-3-4-5-6	4.3	0.5	5	4	4	4	4	4	5
職員が明るくはつらつとしていると思う。	1-2-3-4-5-6	4.1	0.3	4	4	4	4	4	4	5
職員間で尊敬し合っている、敬意を持っていると思う。	1-2-3-4-5-6	4.0	0.5	3	4	4	4	4	4	5
挨拶をしていないと思う。	1-2-3-4-5-6	2.8	1.0	2	5	2.5	2	3	2	3
無駄口が多いと思う。	1-2-3-4-5-6	3.2	0.7	4	3	4.5	3	3	2	3
ひそひそ話が多いと思う。	1-2-3-4-5-6	2.4	0.7	4	3	2	2	2	2	2
活気がないと思う。	1-2-3-4-5-6	2.1	0.6	3	2	2.5	2	2	1	2
見下す・馬鹿にしていると思う。	1-2-3-4-5-6	2.3	0.9	3	2	2	4	2	1	2
Destructive(破壊的)であると思う。	1-2-3-4-5-6	2.2	0.6	3	2	2.5	3	2	1	2
いじめ、嫌がらせがあると思う。	1-2-3-4-5-6	2.7	0.7	3	3	3	4	2	2	2
グループ、派閥を作っていると思う。	1-2-3-4-5-6	3.4	0.8	3	3	4.5	4	3	2	4
威圧的であると思う。	1-2-3-4-5-6	2.8	0.7	3	2	3.5	4	2	2	3
権威主義であると思う。	1-2-3-4-5-6	2.9	0.8	3	2	4	4	2	2	3
ストーリージェネレーションが生まれやすいと思う。	1-2-3-4-5-6	3.1	0.4	3	3	2.5	4	3	3	3

清潔

評価項目	評価	平均	標準偏差	受講生A	受講生B	受講生C,D	受講生E	受講生F	受講生G	受講生H
清潔であると思う。	1-2-3-4-5-6	4.1	1.0	2	5	5	4	4	4	5
不潔、汚い、雑然としていると思う。	1-2-3-4-5-6	2.3	0.7	4	2	2	2	2	2	2
掲示物が管理されていないと思う。	1-2-3-4-5-6	2.8	0.5	3	2	3.5	2	3	3	3

図 12

標準化

評価項目	評価
クリニカルパス適用率が高いと思う。	1-2-3-4-5-6
緊急手術が少ないと思う。	1-2-3-4-5-6
合併症が少ないと思う。	1-2-3-4-5-6
場当たりの業務ではないと思う。	1-2-3-4-5-6
標準的な治療が行われていると思う。	1-2-3-4-5-6
時間管理ができていると思う。	1-2-3-4-5-6
業務が効率化されていると思う。	1-2-3-4-5-6
手順が整備、更新されていると思う。	1-2-3-4-5-6
標準化を嫌っていると思う。	1-2-3-4-5-6
診療やお金の使い方について計画を立てていないと思う。	1-2-3-4-5-6
時間外の業務が多いと思う。	1-2-3-4-5-6
医薬品の管理ができていないと思う。	1-2-3-4-5-6
機器・材料の管理ができていないと思う。	1-2-3-4-5-6
その場しのぎの対応をしていると思う。	1-2-3-4-5-6
インフォームドコンセント文書が統一されていると思う。	1-2-3-4-5-6

平均	標準偏差
3.9	1.1
2.0	0.8
3.3	0.9
4.3	0.5
4.6	0.5
3.1	0.6
2.9	0.6
3.8	0.4
2.3	0.7
3.4	1.0
4.3	0.9
2.3	0.5
2.6	0.5
2.7	0.7
3.5	1.0

受講生A	受講生B	受講生C,D	受講生E	受講生F	受講生G	受講生H
3	2	3	5	4	5	5
1	3	2	1	3	2	2
3	3	3	2	3	4	5
4	4	5	4	4	4	5
4	5	5	4	5	4	5
3	3	2	4	3	4	3
2	3	2	3	3	3	4
3	4	3.5	4	4	4	4
1	2	3	3	3	2	2
3	3	5	5	2	3	3
5	4	5	3	5	5	3
2	2	2	2	3	2	3
3	2	3	2	3	2	3
4	3	2	2	2	3	3
3	2	4.5	3	3	4	5

労務環境

評価項目	評価
適切に業務が割り当てられていると思う。	1-2-3-4-5-6
忙しい、忙殺されていると思う。	1-2-3-4-5-6
マンパワーが少ないと思う。	1-2-3-4-5-6
作業空間が狭いと思う。	1-2-3-4-5-6
離職率が高いと思う。	1-2-3-4-5-6
新入職員の教育体制が整っていないと思う。	1-2-3-4-5-6
病院の評判が悪いと思う。	1-2-3-4-5-6
職員の相談窓口が機能していると思う。	1-2-3-4-5-6

平均	標準偏差
3.4	0.7
4.5	0.8
3.9	1.1
3.5	0.9
4.1	0.9
3.4	0.9
2.8	1.0
3.1	0.6

受講生A	受講生B	受講生C,D	受講生E	受講生F	受講生G	受講生H
3	4	2	3	4	4	4
5	5	5.5	4	4	5	3
4	4	5.5	2	5	3	4
4	4	3.5	3	5	2	3
4	4	5.5	3	3	4	5
4	3	4	2	3	3	5
4	3	2.5	2	3	1	4
3	3	3	4	2	3	4

図 13

CQSO：コースの評価（案）

アウトカム	第4段階	第3段階	第2段階	第1段階
患者の安全を確保し、医療機関のリスク量を低減できる。	透明性、客観性、高い倫理性をもって、患者中心の観点で、困難な課題に正面から取り組むことのできる、勇気ある医療人であり、かつ、目標を達成するための指標を考え出し、科学的に戦略を構築でき、そのプロセスを周囲に納得させ、実践させられる医療人として、患者安全に関わる取り組みを実践している。	事故発生時の対応など、有事業務に成果を上げることができる。品質管理手法を用いて平時の改善活動に成果を上げることができる。	重大事故発生時の対応手順が整備され、実践できている。報告文化の活性化やインシデント報告のトリアージなど、日々の業務を管理し、抽出された課題について、品質管理手法を用いて、PDCAサイクルを回すことができる。	事故発生時、関係部署に協力を要請し、問題解決への対応を示すことができる。医療におけるリスクを認識し、組織として改善が必要な項目を抽出できる。

CQSO：ルーブリックとSBOs対応表（案）

アウトカム	観点	第4段階	第3段階	第2段階	第1段階	SBOs
1) 患者安全に関する基礎知識を修得し、インシデント報告のトリアージなど、日々の業務を管理することができる。	基礎となる知識の習得	医療安全施策情報を積極的に取得し、職員に解りやすく示すことができる。医療倫理審査体制を構築し、クリニカル・ガバナンスの概念を理解し、組織的な取り組みを実践する。	医療安全施策の動向を常に意識し、医療倫理の原則を理解し、業務に還元することができる。事故発生時に適切な対応ができる。クリニカル・ガバナンスの重要性を理解することができる。	エラーの発生原因を知り、問題点を明確にし、再発防止策の提示や共有を通じて、組織横断的な活動ができる。クリニカル・ガバナンスの重要性を理解することができる。	医療安全施策を入手できる。医療倫理審査体制の必要性を理解できる。エラー発生の原因を知ることができる。	1)-1 医療安全施策の動向を知る。 1)-2 医療倫理の原則と審査体制の必要性を理解し、業務に還元する。 1)-3 エラー発生の原因を知り、問題点を明確にする。 1)-4 クリニカル・ガバナンスの重要性を理解する。 1)-5 組織横断的な活動が実践できる。
	日々の取り組み	インシデント報告のトリアージシステムを構築し、組織的な改善活動を実践する。	インシデント報告のトリアージより、関連部署と協働して対策を構築でき、組織的な改善活動に活かすことができる。	インシデント報告の意義を周知し、報告体制の活性化ができる。インシデント報告を日々確認し、トリアージすることができる。	患者安全に関する基礎知識やインシデント報告の意義、報告基準の確保などについて、理解できる。	1)-6 インシデント報告の意義を周知し、患者安全報告体制を活性化することができる。 1)-7 インシデント報告を分析し、関連部署と協働して改善につなげる方法を検討できる。
2) 事故発生時の対応など、有事業務に成果を上げることができる。	有事の取り組み	有事における最新の法的知識を持ち、有害事象発生時、自施設内外との連携をとり、患者への影響を最小限にした対応ができる。また、再発防止の徹底に取り組み、対策の実施についてモニタリングすることができる。	有事における法的知識を持ち、有害事象発生時、対応手順に準じた適切な対応ができる。医療事故調査制度の演習を基に、自施設の有害事象のヒヤリング・調査報告書を作成し、必要な患者説明、社会への説明ができる。	有害事象発生時の対応手順が整備され、関連部署と連携して実践することができる。医療事故調査制度、法的知識、患者説明、社会への説明、再発防止の対策、実施、モニタリングについて、体験することができる。	事故発生時の対応手順を説明することができる。関連部署の招集が速やかにできる。医療事故調査制度、法的知識、患者説明、社会への説明、再発防止の対策、実施、モニタリングについて、知ることができる。	2)-1 事故発生時、関連部署と連携して対応することができる。 2)-2 重大事故死亡事故発生時の対応手順が説明でき、実践できる。 2)-3 医療事故調査（医療事故報告書・ヒヤリング）を体験する。 2)-4 患者・遺族説明や社会との共有（公表）について体験する。 2)-5 有事における法的な知識を得る。

図 14

アウトカム		第4段階	第3段階	第2段階	第1段階								
3) 品質管理手法を用いて、平時の改善活動に成果を上げることができる。	平時の取り組み	患者安全や施設安全ラウンドより、リスクの把握や異常の早期発見システムを構築することができる。自施設の事象を適切な分析手法を用いて、分析・対策・実施を含めモニタリングし、PDSA、SDCAを常に行うことができる。	国内外の医療安全情報を積極的に収集し、研修会等で周知することができる。M&Mカンファレンスの運用を理解し、各部署の安全管理者と連携して開催することができる。自施設の一部の事象を適切な分析手法を用いて、分析・対策・実施を含めモニタリングを行うことができる。	患者安全や施設安全ラウンドを計画し、実践することができる。各部署の安全管理者と連携し、自施設の現状と目指すべき姿（目標）のギャップを認識し、得た知識を用いて改善活動に取り組むことを検討できる。	患者の権利や医療安全情報を理解し、患者安全の研修会等で周知することができる。平時の取り組みに必要な知識について確認し、自施設における現状把握行動ができる。	3)-1	患者の権利を守るができる。						
						3)-2	患者安全ラウンドを計画し、実践できる。						
						3)-3	エラー分析手法、未然防止分析手法について体験する。						
						3)-4	基本確認行動・国際患者安全目標についての知識を得る。						
						3)-5	M&Mカンファレンスの運用方法を理解する。						
						3)-6	各安全管理者、責任者と連携する必要性を理解する。						
						3)-7	電子カルテに潜むリスクと患者安全について理解する。						
						3)-8	院内救命、異常の早期発見システムを構築できる。						
						3)-9	医療安全外部情報の必要性を理解し、活用できる。						
						3)-10	院内の安全教育体制の必要性について理解し、研修会を開催できる。						
						3)-11	施設安全の重要性について理解し、ラウンドを体験する。						
						3)-12	インシデント事例を集積し、各検討会で解決に向けた活動が実践できる。						
						3)-13	品質管理手法を用いて問題解決実践を体験する。						
						3)-14	QIを理解し、取り組むべきQIを具体的に設定できる。						
						3)-15	質向上の戦略を練り、組織的に取り組めるシステムを構築する。						
4) 感染制御業務、周辺業務を理解し、挑戦的・新規的知識を修得する。	感染制御との連携	感染対策チームと連携し、感染制御のための組織的なシステムを構築し、効果的に運用できる。	自施設の感染制御に関する問題点を把握し、必要に応じて感染制御部と連携し、サーベイランス結果や方法の検証や適切なラウンド方法を検討することができる。	自施設の感染制御部の活動内容を理解し、感染制御部と連携して改善活動が実践できる。	感染制御活動について理解し、基本的な対応を説明できる。	4)-1	感染症の原因病原体を特定する方法がわかる。						
						4)-2	アウトブレイク発生時に感染対策チームと連携して院内外の対応が行える。						
						4)-3	抗菌薬適正使用の基本に従う方法がわかる。						
						4)-4	感染対策チームの実施したサーベイランスの結果を適切に評価する方法がわかる。						
						4)-5	感染対策ラウンドの重要性を理解したうえで、ラウンド方法を考えられる。						
	周辺業務の理解	患者の問題行動、患者相談や対話推進業務などのシステムをモニタリングし、適切に見直しができる。	患者の問題行動における対応をシステム化し、対策を立てられる。患者相談や対話推進業務に対するシステムを構築し、実践できる。	患者の問題行動における対応を検討し、対策を立てられる。患者相談や対話推進業務に対する体験ができる。	患者の問題行動および、患者相談や対話推進業務について理解できる。		4)-6	患者の問題行動における対応、対策がたえられる。					
							4)-7	患者相談・対話推進業務について知る。					
							挑戦的・新規的知識の獲得	患者安全に関する世界的動向に注目しつつ、他施設の安全管理者と連携し、医療全体のリスク量を低減することに挑戦し続けることができる。	患者安全に関する世界的動向に関する情報を収集し、効果的な取り組みを取り入れることができる。	患者安全に関する世界的動向についての情報を収集し、の取り組みを導入することを検討できる。	患者安全に関する世界的動向や、弁護士活動について知ることができる。	4)-8	患者安全に関する世界的動向についての知識を得る。
												4)-9	院内弁護士の活動を知る。
												4)-10	フリーディスカッションによる知の創出に参加できる。

図 15

コンテンツ一覧(全150時間)

カテゴリ	コンテンツ名	時間数H	
序	本研修が指すもの	1	
	基礎となる知識の修得	医療安全施策の動向	1
		確かな倫理基盤の確立	2
		エラー発生の原因	3
		診断エラー	2
		医療の高度化、複雑化とエラー発生	1
		クリニカル・ガバナンス (前半)	3
		クリニカル・ガバナンス (後半)	2
		組織横断的活動を推進する安全管理者としての適正	3
		日々の取り組み	報告文化の活性化
インシデント・トリアージ	3		
(OJT) プレコア会議×2	3×2		
有事の取り組み	(OJT) コア会議×3	1×3	
	事故発生時の連携	3	
	重大死亡事故発生時の対応	3	
	医療事故調査	15	
	患者説明・社会との共有	3	
有事における法的知識の整理	3		

カテゴリ	コンテンツ名	時間数H
改善のための連携・分析 平時の取り組み	患者の権利の確保	2
	患者安全ラウンド・監査	3
	FMEA(Failure Mode and Effects Analysis)分析手法	4
	RCA(Root Cause Analysis)分析手法	4
	基本確認行動・国際患者安全目標・対策	3
	MM(Mortality & Morbidity)カンファレンス運営	3
	医薬品安全管理者との連携	1
	医療機器安全管理者との連携	1
	卒後教育プログラム責任者との連携	1
	電子カルテと患者安全	1
	院内救命、異常早期発見体制の構築	1
	医療安全外部情報の活用	2
	メーカーとの連携	1
	院内の安全教育体制	3
	施設安全の重要性	2
	(OJT) インシデント検討会	1
	(OJT) 推進会×2	1×2

カテゴリ	コンテンツ名	時間数H
標準化と品質管理 平時の取り組み	品質管理概論	6
	品質管理手法の修得 (概論)	3
	品質管理手法の修得 (実践)	3
	問題解決実践：テーマ選定	3
	問題解決実践：現状把握	3
	問題解決実践：要因解析	3
	問題解決実践：中間発表	3
	問題解決実践：中間発表 Feedback	3
	問題解決実践：成果発表会	3
	クリニカルパス	2
	QI(Quality Indicator)とQI設定	2
	質向上戦略の構築	3
	周辺業務の連携	感染概論
アウトブレイク対策		1
抗菌剤の適正使用		1
サーベイランス		2
手指衛生		1
感染ラウンド実習		2
体系的・新規的知識の修得	医療現場における患者の問題行動	1
	患者相談・対話推進業務の理解と応用	2
	世界の動きを知る①WHO 患者安全カリキュラムガイド	1
	世界の動きを知る②JCとJCI	1
	世界の動きを知る③国際患者安全サミット報告・国際学会の動き	1
院内弁護士活動	2	
フリーディスカッションによる知の創出	1	
研修総時間		150

図 16

受講前後の到達度についてのアンケート(コンテンツごと、自己評価)

下記の線上に「×」をご記入ください。

(例) 

この授業を受講する前

0 10

インシデント報告を適切な理由とともにトリアージでき、組織内の多様な課題を抽出できる

インシデントシステムを駆使し、リスクの高い部署や、その時系列推移を提示し、根拠と共に、介入対象を明確にできる

この授業を受講した後

0 10

図 17

序	研修名	評価0	評価10	CQSO I-1		CQSO I-2		CQSO I-3		CQSO I-4		CQSO I-5		CQSO I-6		CQSO I-7		CQSO I-8		平均		差
				受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	
	本研修が目指すもの	本研修の目的、意図を理解できていない	本研修の目的、意図を十分理解している	65	99	29	82	54	70	51	86	12	91	54	64	78	95	99	100	55.3	85.9	30.6
				差	34.0	53.0	16.0	35.0	79.0	10.0	17.0	1.0	30.6									
基盤となる知識の修得																						
序	研修名	評価0	評価10	CQSO I-1		CQSO I-2		CQSO I-3		CQSO I-4		CQSO I-5		CQSO I-6		CQSO I-7		CQSO I-8		平均		差
				受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	
	エラー発生の原因	エラー発生の原因についての知識がない	エラー発生の原因についての知識がある	49	89	50	74	63	82	5	87	14	84	38	80	20	80	98	100	42.1	84.5	42.4
	診断エラー	診断エラーについての知識がない	診断エラーの仕組みに精通し、医療のリスクにおける診断の問題を説明することができる	26	80	22	62	68	82	39	77	6	72	28	49	5	58	97	98	36.4	72.3	35.9
	医療の高度化、複雑化とエラー発生	医療の高度化・複雑化とエラー発生原因を結びつけたことがなく、Story Generationの知識がない	医療の高度化・複雑化と、エラー発生原因を結びつけて説明することができる	61	99	55	83	53	67	26	83	23	92	40	77	12	86	78	88	43.5	84.4	40.9
	リスク測定について	リスク測定の方法についての知識がない	リスク測定の方法について説明でき、リスクの高い部署や、その時系列推移を提示することができる	12	59	11	45	58	67	1	64	0	67	10	17	0	36	54	56	18.3	51.4	33.1
	医療安全施策の動向	医療安全施策についての知識がない	医療安全施策の動向について説明することができる	61	99	61	72			6	76	10	55	24	38	35	83	76	77	34.1	62.5	28.4
	確かな倫理基盤の確立	患者安全における倫理の必要性についての知識がない	確かな倫理基盤の下、患者中心の観点で患者安全活動を主導でき、倫理審査の場などで指針的な役割を果たすことができる	49	88	64	84			12	80	32	89	55	80	37	69	52	55	37.6	68.1	30.5
	組織横断的活動を推進する安全管理者としての適正	安全管理者としての適正についての知識がない	安全管理者としての適正を有し、組織横断的な活動を企画・主導できる	40	89	64	92			18	81	24	92	38	51	48	82	70	74	37.8	70.1	32.4
	クリニカル・ガバナンス（前半）	クリニカル・ガバナンスについて意識したことがない	クリニカル・ガバナンスについての重要性を理解している	65	99	76	79	41	75	34	80	12	94	23	39	30	57	99	100	47.5	77.9	30.4
	クリニカル・ガバナンス（後半）	Difficult Doctor、Difficult Manager等に対し、どのように対処してよいかわからない	クリニカル・ガバナンスを意識し、Difficult Doctor、Difficult Manager等にも適切に対応できる	36	72	42	81	33	71	22	81	42	81	29	41	29	79	49	69	35.3	71.9	36.6
	平均			平均	44.3	86.0	49.4	74.7	52.7	74.0	18.1	78.8	18.1	80.7	31.7	52.4	24.0	70.0	74.8	79.7	36.9	71.4
	差			差	41.7	25.2	21.3	60.7	62.6	20.8	46.0	4.9	34.5									
日々の取り組み																						
序	研修名	評価0	評価10	CQSO I-1		CQSO I-2		CQSO I-3		CQSO I-4		CQSO I-5		CQSO I-6		CQSO I-7		CQSO I-8		平均		差
				受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	
	報告文化の活性化	インシデント報告の意義、報告基準などについての知識がない	インシデント報告の意義や、目的について精通し、その限界と利点を理解し、特に医師の報告の重要性を説明できる	66	99	67	88	39	70	28	83	29	93	28	78	55	94	100	100	51.5	88.1	36.6
	インシデント・トリアージ	インシデントのトリアージについての知識がない	インシデント報告システムとトリアージに精通し、一定の根拠をもとに、介入対象を明確にできる	19	88	64	91	43	76	15	88	3	83	21	68	28	72	50	68	30.4	79.3	48.9
	OJT「医療の質・安全管理部内インシデント検討会」①	インシデントトリアージの具体的な運営についての知識がない	インシデントトリアージの運営方法を理解し、実際に多職種でのトリアージができる	65	93	73	79	48	83	26	81	23	82	23	62	63	80	66	85	48.4	80.6	32.3
	OJT「院内患者安全に関するコア会議」①	院内の医療安全会議についての知識がない	院内の医療安全会議での議論や、事例のトリアージについて、理解し、実践できる	89	99	73	86	42	76	19	87	23	75	72	75	59	58	51	51	53.5	75.9	22.4
	OJT「医療の質・安全管理部内インシデント検討会」②	部内運営、インシデントトリアージ体制の構築についての知識がない	インシデントトリアージの知識を活用し、実際にトリアージするとともに、適切な部内運営体制を構築できる	81	100	89	95	43	59	49	72	45	89	34	70	63	77	51	71	56.9	79.1	22.3
	OJT「院内患者安全に関するコア会議」②	インシデント報告を適切な理由とともにトリアージでき、組織内の多様な課題を抽出できる	インシデント報告システムを駆使し、リスクの高い部署や、その時系列推移を提示し、根拠と共に、介入対象を明確にできる	78	99	85	82	40	71	51	77	59	92	72	73	80	83	51	72	64.5	81.1	16.6
	平均			平均	66.3	96.3	75.2	86.8	42.5	72.5	31.3	81.3	30.3	85.7	41.7	71.0	58.0	77.3	61.5	74.5	50.9	80.7
	差			差	30.0	11.7	30.0	50.0	55.3	29.3	19.3	13.0	29.8									
有事の取り組み																						
序	研修名	評価0	評価10	CQSO I-1		CQSO I-2		CQSO I-3		CQSO I-4		CQSO I-5		CQSO I-6		CQSO I-7		CQSO I-8		平均		差
				受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	
	医療事故調査 外部研修	医療事故調査手法、報告書作成手法についての知識がない	医療事故調査制度の意義と課題を説明でき、標準手法を用いて、事実経過と因果関係、再発防止策を明らかにし、報告書を作成することができる	64	93	11	73	46	68	10	86	6	85	51	79	12	78	0	51	25.0	76.6	51.6
	事故発生時の連携	有事事故発生時、何から着手してよいか、よくわからない	有事事故発生時、施設内外と連携をとりつつ、患者の被害を最小とするための具体的な対応ができる	66	99	56	88	39	74	19	83	34	93	57	71	47	85	78	90	49.5	85.4	35.9
	重大死亡事故発生時の対応	院内死亡に関して、医療事故調査制度上の医療事故に該当するかどうかの判断ができない	院内死亡に関して、医療事故調査制度上の医療事故に該当するかどうか適切に判断できる	73	99	40	86	22	61	23	82	7	80	62	80	39	72	51	67	39.6	78.4	38.8
	有事における法的知識の整理	有事における法的知識がない	有事における法的・倫理的知識を有し、それに基づいた対応ができる	58	92	68	82	48	72	22	76	21	86	53	84	28	73	70	86	46.0	81.4	35.4
	患者説明・社会との共有	患者説明（オープンディスクロージャー）の重要性、社会との情報共有の意義を説明できない	患者説明（オープンディスクロージャー）の重要性、社会との情報共有の意義を説明でき、実践できる	26	75	62	77	36	63	25	83	36	88	28	56	27	68	52	67	36.5	72.1	35.6
	平均			平均	57.4	91.6	47.4	81.2	38.2	67.6	19.8	82.0	20.8	86.4	50.2	74.0	30.6	75.2	50.2	72.2	39.3	78.8
	差			差	34.2	33.8	29.4	62.2	65.6	23.8	44.6	22.0	39.5									

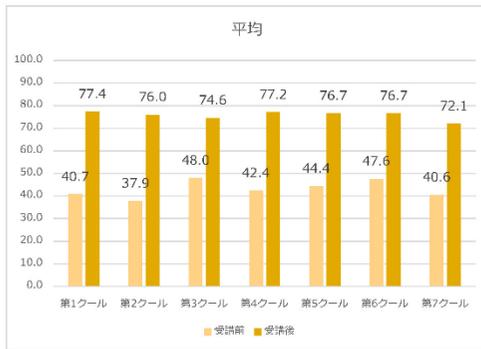
図 18

平時的取り組み	研修名	評価 0	評価 10	CQSO I-1		CQSO I-2		CQSO I-3		CQSO I-4		CQSO I-5		CQSO I-6		CQSO I-7		CQSO I-8		平均		差
				受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	
	OJT「医療の質向上と安全推進委員会」①	院内における、有事・平時の患者安全活動について、整理して共有したことがない	院内の中心に対し、有事・平時の患者安全活動について、整理して共有し、課題を明らかにして対策を導くことができる	61	92	71	82	44	70	20	73	3	60	40	58	41	70	49	45	41.1	68.8	27.6
	品質管理概論	品質管理についての知識がない	品質管理手法の概念を理解し、説明できる	12	91	65	84	36	72	12	82	3	76	19	38	19	64	52	48	27.3	69.4	42.1
	患者の権利の確保	患者の権利を確保するための、説明と同意手続・体制、オープンディスクロージャーに関する知識がない	患者の権利を確保するための、説明と同意手続・体制、オープンディスクロージャーを理解し、構築することができる	81	99	66	84	28	54	41	79	36	87	47	72	83	91	49	47	53.9	76.6	22.8
	MM(Mortality & Morbidity)カンファレンス運営	MM(Mortality & Morbidity)カンファレンス運営についての知識がない	MMカンファレンスなどを積極的に企画・運営し、フィードバックを適切に行うことができる	61	93	72	78	42	67	11	84	12	87	37	83	67	90	50	52	44.0	79.3	35.3
	OJT「医療の質向上と安全推進委員会」②	院内における、有事・平時の患者安全活動の経時的な流れがどうなっているかの知識がない	院内における、有事・平時の患者安全活動の経時的な流れを理解し、説明できる	80	99			44	68	38	64	39	84	21	26	70	74	48	53	42.5	58.5	16.0
	品質管理手法の修得（概論）	品質管理手法、その他、様々な改善手法についての知識がない	品質管理手法、その他、様々な改善手法を理解している	68	86	83	90	46	63	20	85	51	91	8	19	30	37	54	72	45.0	67.9	22.9
	品質管理手法の修得（実践）	問題解決 8 ステップ、QC七つ道具、統計手法を用いることができない	問題解決 8 ステップ、QC七つ道具、統計手法を用いることができる	34	70	60	88	47	68	19	56	36	74	15	56	17	25	52	70	35.0	63.4	28.4
	基本確認行動・国際患者安全目標・対策	基本確認行動・国際患者安全目標・対策についての知識がない	基本確認行動・国際患者安全目標について院内に周知し、戦略的改善活動を指揮できる	78	99	76	92	41	71	42	84	22	82	69	83	67	84	73	88	58.5	85.4	26.9
	施設安全の重要性	患者安全に影響する施設安全についての知識がない	患者安全に影響する施設安全における潜在リスクを特定し、リスク低減策を立案・指揮できる	39	90	61	75	22	70	10	84	22	84	13	38	54	75	51	99	34.0	76.9	42.9
	RCA(Root Cause Analysis) 分析手法	根本原因分析手法RCA(Root Cause Analysis)についての知識がない	根本原因分析手法RCAを用いて事例の要因・原因を特定し、再発防止策を立案し、実施および評価を行うことができ、RCAチームを指揮できる	52	91	90	90	46	63	0	79	26	87	25	59	20	68	58	74	39.6	76.4	36.8
	院内の安全教育体制	院内で安全教育活動のやり方がわからない	積極的に安全教育活動をおこない、職員の行動変容につなげることができる	77	100	38	69	55	76	19	85	7	92	24	54	51	71	58	68	41.1	76.9	35.8
	問題解決実践	品質管理手法を用いて問題解決に取り組んだことがない	品質管理手法を用いて問題解決に取り組む、目標を達成することができる																			
	患者安全に関する外部情報の活用	患者安全に関する外部情報の活用の仕方がわからない	患者安全に関する外部情報を十分に活用できる	78	100	68	79	42	68	18	81	19	91	9	72	21	76	55	99	38.8	83.3	44.5
	メーカーとの連携	メーカーとの連携をしたことがない	医療機器、医薬品等のメーカーと協力し、患者安全のための活動ができる	63	99	65	75	39	59	16	79	55	93	8	49	20	54	73	99	42.4	75.9	33.5
	患者安全ラウンド・監査	患者安全ラウンドや監査（外部監査含む）についての知識がない	患者安全ラウンドや監査（外部監査含む）を指揮し、問題を把握し、改善策を提案できる	34	92	70	78	41	77	14	84	6	92	32	54	35	74	48	83	35.0	79.3	44.3
	電子カルテと患者安全	電子カルテシステムを用いた患者安全対策についての知識がない	電子化の利点とリスク、患者安全対策を説明できる	47	72	62	89	43	66	12	61	15	89	53	71	50	62	1	57	35.4	70.9	35.5
	クリニカルパス	クリニカルパスについての知識がない	クリニカルパスの利点と欠点を理解し、多職種が関わる医療の標準化に役立てることができる	81	95	68	86	44	68	25	77	54	96	15	58	44	80	1	59	41.5	77.4	35.9
	医療機器安全管理者との連携	医療機器安全管理者についての知識がない	医療機器安全管理指針を把握し、医療機器の管理や適正使用に関する整備、研修等にリーダーシップを発揮できる	61	95	74	70	39	70	19	79	43	82	39	53	43	62	15	56	41.6	70.9	29.3
	医薬品安全管理者との連携	医薬品安全管理者についての知識がない	医薬品安全管理指針を把握し、医薬品の管理や適正使用に関する整備、研修等にリーダーシップを発揮できる	71	95	64	76	40	73	23	75	21	93	12	31	59	73	0	52	36.3	71.0	34.8
	FMEA(Failure Mode and Effects Analysis)分析手法	FMEA(Failure Mode and Effects Analysis)分析手法についての知識がない	FMEAを活用し、問題点の抽出と事前対策を行うことができ、FMEAチームを指揮できる	39	90	46	79	41	72	0	77	2	71	32	70	28	60	0	31	23.5	68.8	45.3
	QI(Quality Indicator)とQI設定	QI(Quality Indicator)についての知識がない	QI設定の必要性を理解し、測定を通じて医療の質の向上を実践できる	33	83	80	94	47	72	14	77	42	80	41	87	65	81	20	48	42.8	77.8	35.0
	院内救命、異常早期発見体制の構築	院内迅速対応システム（RRS）、異常早期発見体制についての知識がない	RRSや異常早期発見体制を構築し、職員に周知、実践できる	86	99	68	93	40	77	35	76	25	84	42	63	62	73	100	100	57.3	83.1	25.9
	卒後教育プログラム責任者との連携	卒後教育と患者安全の連携についての知識がない	患者安全、医療の質の向上に関する卒後教育の必要性を理解し、有効な研修医教育が実践できる	59	95	69	87	42	69	15	79	2	72	25	74	69	82	34	65	39.4	77.9	38.5
	OJT「インシデント検討会」	他職種とのインシデント検討会に参加したことがない	インシデント事例について、他職種と連携して改善活動に取り組む体制を構築でき、改善活動を指揮できる	82	99	50	81	32	64	14	73	55	90	3	55	64	82	65	77	45.6	77.6	32.0
	質向上戦略の構築	質向上戦略についての知識がない	自病院の質向上の戦略について院内で対話し推進できる	52	82	63	73	40	75	21	78	46	87	28	48	27	35	49	70	40.8	68.5	27.8
	平均			59.5	91.9	66.5	82.3	40.9	68.8	19.1	77.1	26.8	84.3	27.4	57.1	46.1	68.5	44.0	67.2	40.9	74.2	
	差					32.4		15.8		28.0		58.0		57.6		29.8		22.4		23.2		33.3

図 19



図 21



	CQSO I-1		CQSO I-2		CQSO I-3		CQSO I-4		CQSO I-5		CQSO I-6		CQSO I-7		CQSO I-8		平均		差	
	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後				
第1クール	44.8	88.9	48.7	77.3	54	73.4	20.1	80.5	15.3	81.8	33.6	60.2	31.8	75.5	77.4	81.6	40.7	77.4	36.7	
第2クール	51.4	91.6	53.3	81.7	38.7	68.6	18.7	80.7	15.7	81.1	44.3	66.6	30.4	72.9	50.3	64.9	37.9	76.0	38.1	
第3クール	66.7	91.3	71.7	85.2	42.3	67.7	28.1	76.1	31.3	83.9	31.4	57.3	56.7	68.7	56.0	66.7	48.0	74.6	26.6	
第4クール	62.5	94.2	69.2	81.5	41.4	68.9	19.1	79.2	23.0	88.6	29.3	58.1	40.3	67.2	54.5	80.1	42.4	77.2	34.8	
第5クール	63.4	93.5	68.5	84.1	41.0	70.5	21.6	76.4	35.7	85.3	29.9	61.9	58.9	76.6	35.8	65.0	44.4	76.7	32.3	
第6クール	57.3	88.6	75.4	83.8	42.8	73.8	24.9	80.0	33.4	84.4	40.8	57.8	53.4	70.8	52.7	74.3	47.6	76.7	29.1	
第7クール	47.5	84.3	68.7	79.5	29.5	79.0	23.5	72.3	28.3	74.5	24.5	48.8	56.2	72.3	46.3	66.3	40.6	72.1	31.6	
平均	56.2	90.3	65.1	81.9	41.4	71.7	22.3	77.9	26.1	82.8	33.4	58.7	46.8	72.0	53.3	71.3	43.1	75.8		
差			34.1		16.8		30.3		55.6		56.7		25.3		25.2		18.0		32.7	

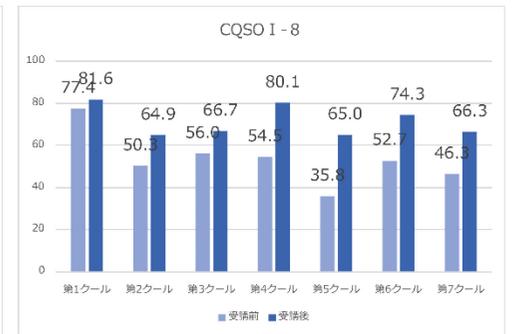
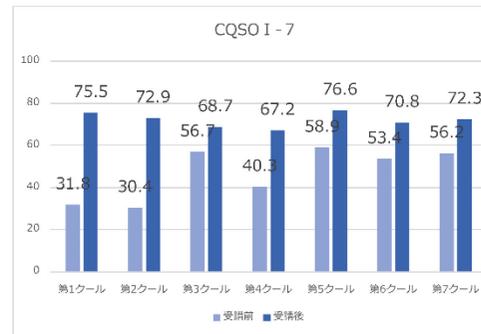
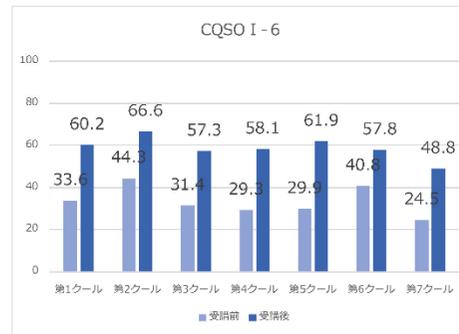
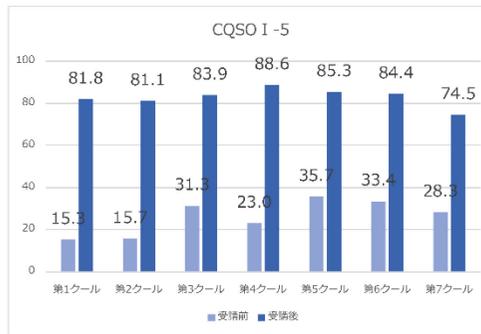
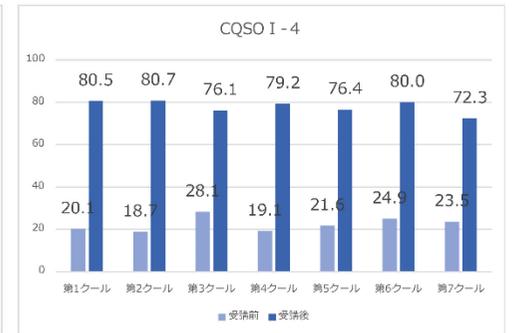
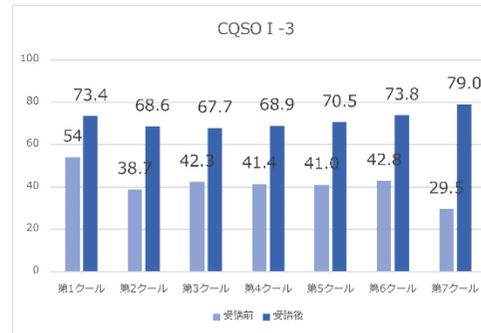
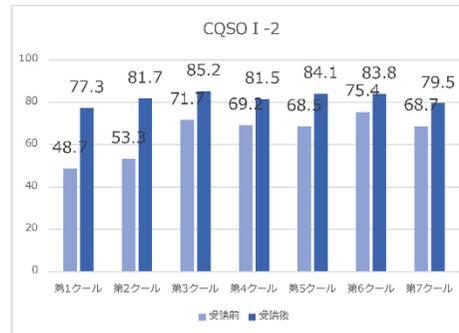
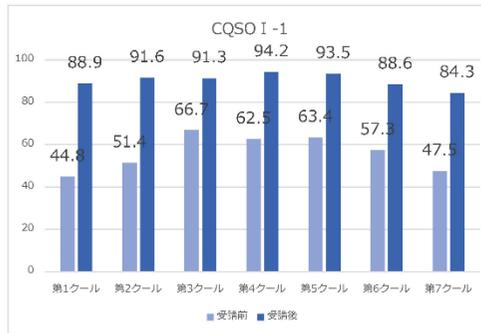


図 22

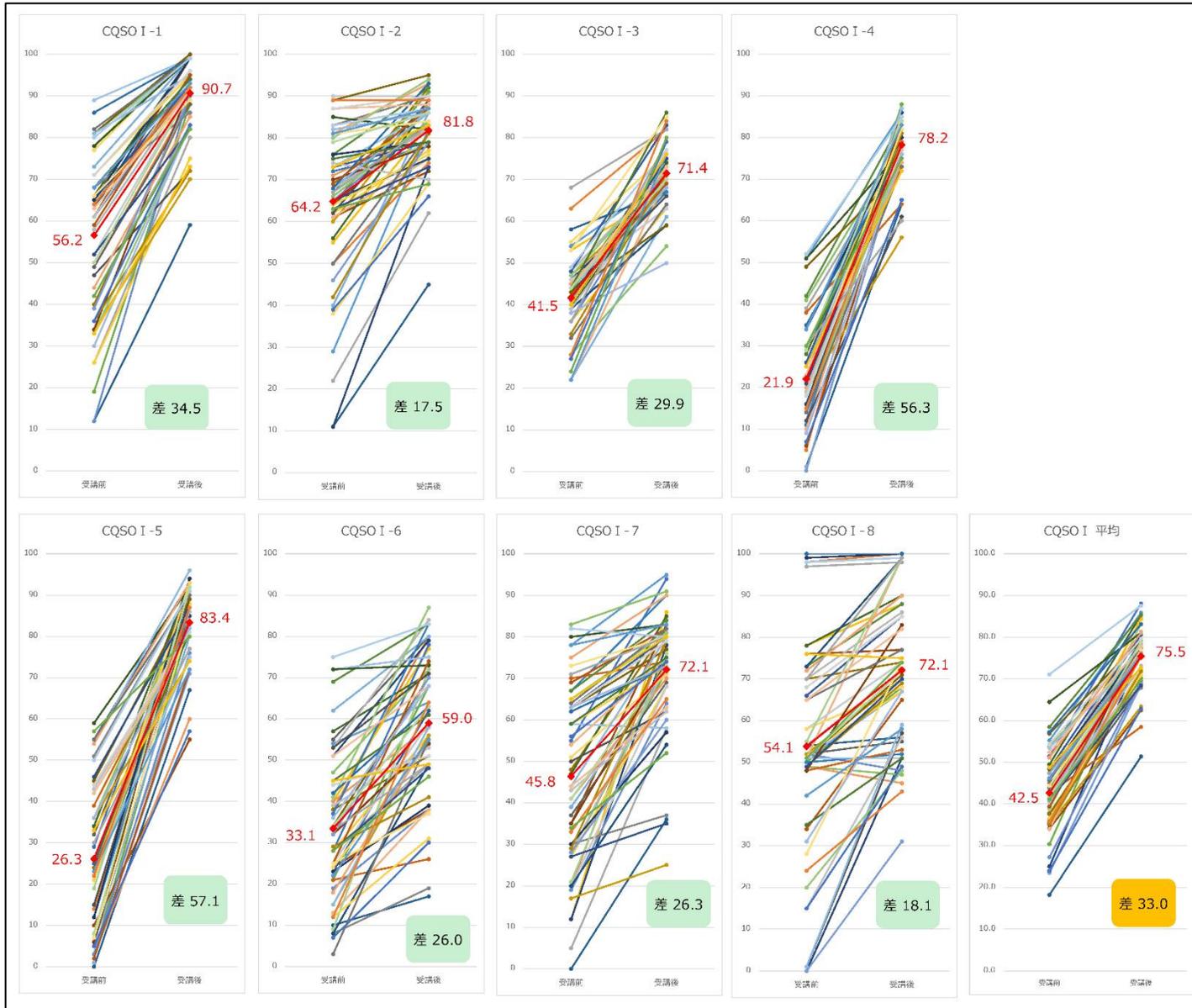


図 23

受講後の感想についてのアンケート(コンテンツごと)

◆ 1-1-2_エラー発生の原因 ▶ CQSO

第1問 / 全2問 参加型研修アンケート1(選択式)

①研修時間の長さ 選択↓ ▼

②研修の難易度 選択↓ ▼

③あなたのニーズへのフィット度 選択↓ ▼

④リスク量低減への効果

10	高い	▼
選択↓		
10	高い	
9		
8		
7		
6		
5		
4		
3		
2		
1	低い	

◆ 1-1-2_エラー発生の原因 ▶ CQSO

第2問 / 全2問 参加型研修アンケート2(記述式)

⑤その他、ご意見等 ※自由記載

図 24