

厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

医療安全管理体制の可視化と人材育成のための研究

令和元年度 総括研究報告書

研究代表者 長尾 能雅

令和2(2020)年3月

目次

I. 総括研究報告	2
A. 研究目的	2
B. 研究方法.....	3
(1)教育プログラムの策定・実施、効果測定、プログラムの改訂	3
C. 研究結果.....	3
(1)教育プログラムの策定・実施、効果測定、プログラムの改訂	3
D. 考察.....	4
E. 結論	4
F. 健康危険情報.....	5
G. 研究発表.....	5
H. 知的財産権の出願・登録状況.....	5
II. 研究班会議議事録.....	6
III. 参考資料	15

厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

医療安全管理体制の可視化と人材育成のための研究

令和元年度 総括研究報告書

研究代表者 長尾 能雅

令和2(2020)年3月

目次

I. 総括研究報告	2
A. 研究目的	2
B. 研究方法.....	3
(1)教育プログラムの策定・実施、効果測定、プログラムの改訂	3
C. 研究結果.....	3
(1)教育プログラムの策定・実施、効果測定、プログラムの改訂	3
D. 考察.....	4
E. 結論	4
F. 健康危険情報.....	5
G. 研究発表.....	5
H. 知的財産権の出願・登録状況.....	5
II. 研究班会議議事録.....	6
III. 参考資料	15

研究組織

研究代表者

長尾 能雅 名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部

研究分担者

遠山 信幸 自治医科大学附属さいたま医療センター

総合医学講座Ⅱ(一般・消化器外科)

南須原 康行 北海道大学病院 医療安全管理学

兼児 敏浩 三重大学医学部附属病院 医療安全・感染管理部

浦松 雅史 東京医科大学医学部 医療の質・安全管理学分野

荒井 有美 北里大学病院 医療の質・安全推進学

田辺 公一 名城大学 医薬品情報学

深見 達弥 名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部

梅村 朋 名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部

植村 政和 名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部

研究協力者

星 剛史 名古屋大学大学院 医科学研究科 医療の質・患者安全学

楠本 茂雅 ベルランド総合病院 クオリティ管理センター

寺井 美峰子 名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部

市川 真由美 名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部

I. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業) 総括研究報告書

医療安全管理体制の可視化と人材育成のための研究

研究代表者 長尾 能雅 名古屋大学医学部附属病院教授

研究要旨

平成 27・28 年度の厚生労働科学研究「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」では、医療機関における医療安全活動の全体像をシェーマとして表すとともに(図 1)、医療安全管理チームの充実、特に専従・専任医師の配置が医療安全向上に大きく貢献する可能性があること、医師を含めた医療安全管理者の業務指針や教育プログラムの整備と人材養成、医師が中～長期的に関与し続けられるような支援体制(加算措置)の導入等が望ましいことを提言した。

その後、法令等の整備に伴い、医療安全管理部門への医師の配置は徐々に進められているが、これらが有効に機能しているかどうかの測定方法の開発は十分でなく、施設間の比較もできる状況にない。したがって専従・専任医師の役割や、スキル、コンピテンシーなどを定めにくく、教育方法やプログラムの見直しも進んでいない。

そこで本研究では、①医療安全管理体制の評価指標・評価方法とその応用方法の開発、②医療安全管理部門に従事する者に求められるスキル・コンピテンシーの特定、③医療安全管理者の教育方法(プログラム)の検討、という三つの課題に取り組んだ。結果、以下の 3 点を達成した。

1. 機械学習技術を用いてインシデントレポートを分析することによる、医療集団に潜在するリスク量の算出・比較方法(リスク指標)の開発と応用(図 2～図 6)。
2. 医療の質向上・患者安全に専門性を有する医師人材養成プログラム(150 時間)の開発と実施(図 7～図 55)。
3. 上記 1. 2. を組み合わせた、患者安全に成果を上げることのできる「人材養成システム評価体制」の開発(図 56)。

本研究で、開発したリスク指標を活用することで、病院間、部署間のリスク比較、経年的変化の把握、リスク原因の特定、医療安全教育への応用等が可能となる。さらには、外部監査、行政監査時における客観指標としての活用や、リスク低減による医療費削減効果の測定、医療事故予知への応用等が期待できる。また、本研究で開発した人材養成プログラムとその評価システムは、医師のみならず、多職種(看護師、薬剤師、その他)の医療安全人材養成にも応用可能である。

研究分担者氏名・所属研究施設名及び所属研究施設における職名

遠山信幸・自治医科大学附属さいたま医療センター総合医学講座Ⅱ(一般・消化器外科)教授

南須原康行・北海道大学病院医療安全管理学教授

兼児敏浩・三重大学医学部附属病院医療安全・感染管理部教授

浦松雅史・東京医科大学医学部医療の質・安全管理学分野准教授

荒井有美・北里大学病院医療の質・安全推進学看護師薬剤師

田辺公一・名城大学医薬品情報学准教授

深見達弥・名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部講師

梅村朋・名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部助教

植村政和・名古屋大学大学院医学系研究科研究員

A. 研究目的

平成 27 年より医療事故調査制度が施行され、また平成 28 年には特定機能病院の医療安全管理に関する承認要件の見直しがなされるなど、これまで以上に医療安全管理体制の重要性が増している。

筆者らは平成 27・28 年度の厚生労働科学研究「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」において、医療機関に求められる平時・有事を含めた医療安全業務の全体像をシェーマとして示すとともに(医療安全活動のループ図 1)、全国 7582 病院を対象に、それらの達成状況などについてアンケート調査を行った。その結果、医療安全管理チームの充実、特に専従・専任医師の配置が医療安全向上に大きく貢献する可能性があること、今後は、医師を含めた医療安全管理者の業務指針や教育プログラムの整備を行い、人材養成を図るとともに、できるだけ多くの医療機関で、医師が中～長期的に医療安全活動に関与し続けられるような支援体制(加算措置など)を導入することが望ましいことを提言した。

その後、医療安全管理部門の人員配置基準については法令等の整備が進められている。一方で、医療安全管理体制が有効に機能しているかどうかの可視化や定量化(評価指標や評価方法の開発)については今後の検討課題となっており、部署間や施設間の比較も十分ではない。

また、これらが不明瞭であることから、医師をはじめ医療安全管理部門に従事する者の役割や、求められるスキル・コンピテンシーなどを定めにくく、教育方法やプログラムの見直しも進んでいない。

そこで本研究では、①医療安全管理体制の評価指標・評価方法とその応用方法の開発、②医療安全管理部門に従事する者に求められるスキル・コンピテンシーの特定、③医療安全管理者の教育方法(プログラム)の検討、という三つの目標に取り組むこととする。医療安全管理体制の定量化と比較が可能となれば、医療安全管理者に求められるスキルやコンピテンシーがより明確となり、それらを向上させるための効率的な教育プログラムの策定に繋がることが期待される。本研究は二か年計画とし、主に1年目に①に、2年目に②、③に取り組むこととする。本研究は、特定機能病院のみならず、多くの医療機関を調査対象として展開することも可能で、研究成果を広く活用することが可能と考える。

【期待される効果】

- 目標①:医療安全管理体制の評価指標・評価方法とその応用方法の開発
- ・医療安全管理体制における継時的な改善効果の測定・ベンチマークが可能となる。
- ・医療現場が自施設(自部門)の現状を把握し、有効な体制整備や改善の一助とすることができる。
- ・外部監査や行政監査時における客観

指標として活用できる。

・指標が良好な群とそうでない群の活動内容を比較することにより、目標②に繋げることができる。

目標②: 医療安全管理部門に従事する者に求められるスキル・コンピテンシーの特定

・医師をはじめ医療安全管理部門に従事する者の役割や、求められる職能・スキル・力量・コンピテンシーなどを把握できる。

・「医療安全管理者の業務指針」の改訂に繋げることができる。

・医療安全チームにどのような支援が必要か、検討できるようになる。

・目標③に繋げることができる。

目標③: 医療安全管理者の教育方法(プログラム)の検討

・目標②を踏まえた医療安全管理者への教育の方策を提言することができる。

・医療安全管理者 40 時間研修プログラムの改訂、職種別プログラムの策定などが可能となる。

・医療安全に関わる人材の質が向上し、より有効な医療安全管理体制に繋げることができる。

B. 研究方法

1年目の研究において、組織のインシデントレポートから組織のリスクを測る各種(過失、重症、リスク、インパクト)スコア・偏差(図 2)を開発した。これらを用いることで、施設別のリスクスコアの比較

(図 3)、部署のリスクスコアの推移の把握(図 4)、報告量の多寡を補正したリスク偏差の比較(図 5)が可能である。また、これらの各種スコア・偏差を、名古屋大学以外の各施設でも算出できるように図 6 のプログラムを開発した。

2年目の教育プログラムの効果測定、プログラムの改訂において、これらの各種スコア・偏差、算出プログラムを用いる。

(1) 教育プログラムの策定・実施、効果測定、プログラムの改訂

平成 27・28 年度厚労科研の成果である医療安全活動のループ図 1 に基づき、医師対象の教育プログラムを作成する。受講期間は半年間とし総授業時間数は 150 時間とする。いくつかのカテゴリーごとに到達目標 SBOs(Specific Behavioral Objectives)を定め、受講前と受講後の到達レベルを4段階で評価する。また授業ごとに到達目標を定め、受講前と受講後の到達レベルを VAS スケールで自己評価する。そのほか、授業ごとにいくつかのアンケートを実施し、また受講生の施設に関するアンケートを実施する。これらの評価結果を施設のリスク量測定結果と関連して解析し、教育プログラムの改訂を行う(図 56)。

C. 研究結果

(1) 教育プログラムの策定・実施、効果測定、プログラムの改訂

「平成 27・28 年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」による医療安全活動のループ図 1 に基づき、医療安全管理者養成研修のカリキュラム(総授業時間 150 時間)を策定した(図 16)。

図 7、図 8 のパンフレットを作成し、受講生を募集し、全国から 8 名の応募があった。

医療機関のリスクを軽減させるためのスキルやコンピテンシーとは何かを特定するため、図 9～図 13 のアンケートを作成した。このアンケートの結果とリスクスコアの関係について、多変量回帰分析等の統計解析によって、リスクに最も起因する質問項目を絞り込み、リスクを軽減させるスキルやコンピテンシーを特定していく。

受講生の達成レベルを測定する評価尺度(ループリック)を作成した(図 14、図 15)。受講前と受講後(最終講義日は 2020 年 5 月 9 日)の達成度レベルを比較し、本プログラムの評価を行う。

2019 年 9 月 17 日より授業を開始し、各授業後に受講生に授業前後の到達度について VAS スケールによるアンケートを実施した(図 17～図 23)。また、授業の難易度、時間の長さ、ニーズへのフィット度、リスク低減への効果について、授業後に Web アンケートを行った(図 24～図 55)。これらのアンケート結果は、授業の改善に役立て、リスク低減に有効な授業やコンピテンシーの特定に活用

する(図 56)。

D. 考察

・図 57 は名大病院における医療過誤によって発生した医療費(測定対象期間: 2011 年 4 月～2018 年 3 月、訴訟費用・賠償費用は含まない)、および全国の病院における当該費用の推計である。今後、名大病院以外の施設においても医療過誤による医療費用を測定することができれば、リスクスコア・偏差との関連を統計学的に解析することで、リスクスコア・偏差から医療過誤による医療費用を推定することが理論上可能となる。同様に、医療安全教育プログラムにおいて、受講生が自施設において削減したリスク量によって、どの程度、医療過誤による医療費を削減できたかを推定することも理論上可能となる。

E. 結論

医療の質・患者安全に専門性を有する医師人材養成プログラムを開発、実施(150 時間)した。医療組織を継続的にモニタリングおよび支援し、医療安全教育プログラムを継続的に改善する体制を構築した。

本研究で開発したリスク指標を用いることで、病院間、部署間リスク比較、リスクの経年的変化の把握、リスク原因の特定、医療安全教育への応用等が可能となる。さらには、外部監査、行政監査時における客観指標としての活用や、リスク低減

による医療費削減効果の測定、医療事故予知への応用等が期待できる。また、本研究で開発した人材養成プログラムと、その評価システムは、医師のみならず、多職種(看護師、薬剤師、その他)の医療安全人材養成にも応用可能である。

F. 健康危険情報

本研究に関する健康危険情報はない。

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・「患者安全への提言」(日本評論社)
- ・医療の質・安全学会誌第14巻第1号
- ・患者安全推進ジャーナル No.58 総説
- ・「医療安全・質向上への取り組みの実際」診断と治療 107;6:638-643;2019
- ・「インシデント報告に対する医師、特に研修医・若手医師へのアプローチ」患者安全推進ジャーナル 58:24-29;2019.
- ・「フィードバックで促す研修医のインシデント報告」週刊医学界新聞 3337号:4-5;2019.

2. 学会発表

- ・「病院組織が抱えるリスクは量的に可視化可能か」第14回医療の質・安全学会学術集会 口演 2019.11.29. 京都
- ・「医療の質向上と患者安全～報告文化

と医療安全」第30回日本医学会総会 2019.4.28 名古屋

- ・「歯科衛生士のインシデント報告に基づいた取り組みと改善」第14回医療の質・安全学会学術集会 口演 2019.11.29 京都

3. 報道取材

- ・NHK WORLD-JAPAN 「Medical Frontiers」で医療安全活動全般、医師人材養成事業について紹介 (2019/7/16)
- ・朝日新聞でリスク指標について紹介 (2019/7/18)
- ・読売新聞でリスク指標について紹介 (2019/7/29)
- ・共同通信で医療安全活動全般・医師人材養成事業について紹介(愛媛新聞 2019/12/2、毎日新聞 2019/12/7 等々)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

出願中(2019/11/7 出願)

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

による医療費削減効果の測定、医療事故予知への応用等が期待できる。また、本研究で開発した人材養成プログラムと、その評価システムは、医師のみならず、多職種(看護師、薬剤師、その他)の医療安全人材養成にも応用可能である。

F. 健康危険情報

本研究に関する健康危険情報はない。

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・「患者安全への提言」(日本評論社)
- ・医療の質・安全学会誌第14巻第1号
- ・患者安全推進ジャーナル No.58 総説
- ・「医療安全・質向上への取り組みの実際」診断と治療 107;6:638-643;2019
- ・「インシデント報告に対する医師、特に研修医・若手医師へのアプローチ」患者安全推進ジャーナル 58:24-29;2019.
- ・「フィードバックで促す研修医のインシデント報告」週刊医学界新聞 3337号:4-5;2019.

2. 学会発表

- ・「病院組織が抱えるリスクは量的に可視化可能か」第14回医療の質・安全学会学術集会 口演 2019.11.29. 京都
- ・「医療の質向上と患者安全～報告文化

と医療安全」第30回日本医学会総会 2019.4.28 名古屋

・「歯科衛生士のインシデント報告に基づいた取り組みと改善」第14回医療の質・安全学会学術集会 口演 2019.11.29 京都

3. 報道取材

- ・NHK WORLD-JAPAN 「Medical Frontiers」で医療安全活動全般、医師人材養成事業について紹介 (2019/7/16)
- ・朝日新聞でリスク指標について紹介 (2019/7/18)
- ・読売新聞でリスク指標について紹介 (2019/7/29)
- ・共同通信で医療安全活動全般・医師人材養成事業について紹介(愛媛新聞 2019/12/2、毎日新聞 2019/12/7 等々)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

出願中(2019/11/7 出願)

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

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」と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)。施設によい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(が起こ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。
- ・研究班の先生方へ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

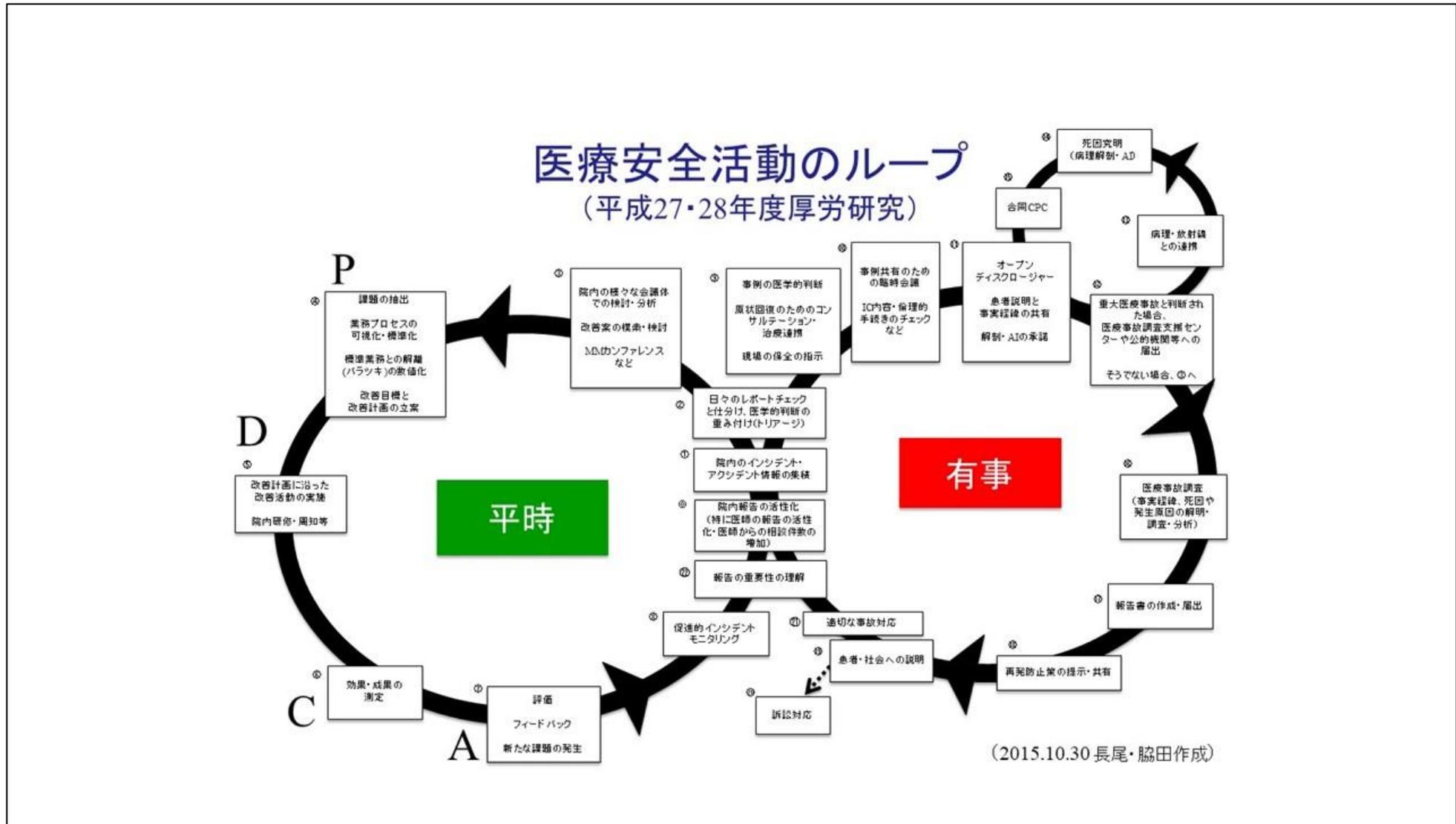


図 1

GRM判断を教師とした各スコア、各偏差の連関図

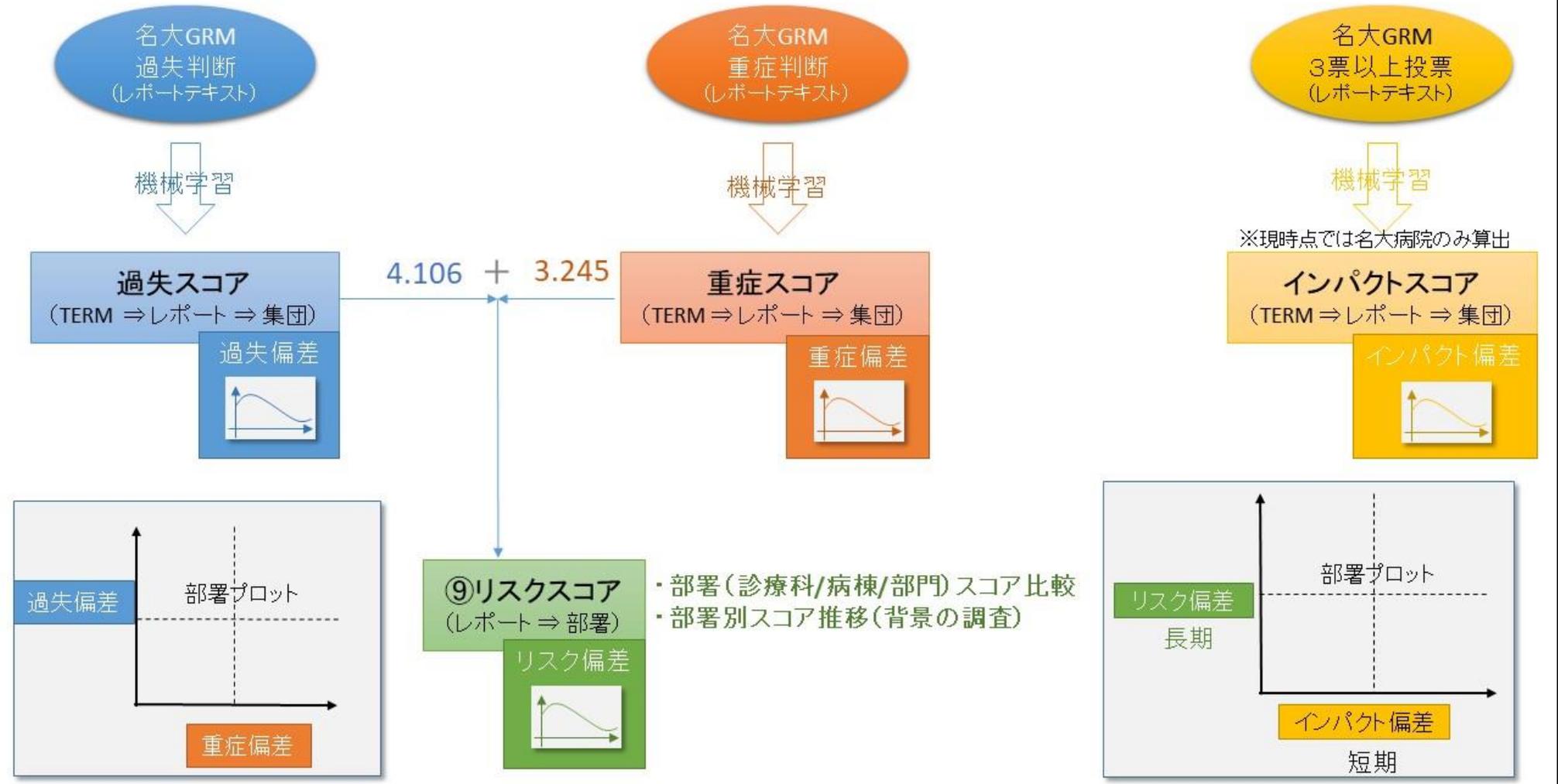


図 2

共同研究施設別リスクスコア⑨比較

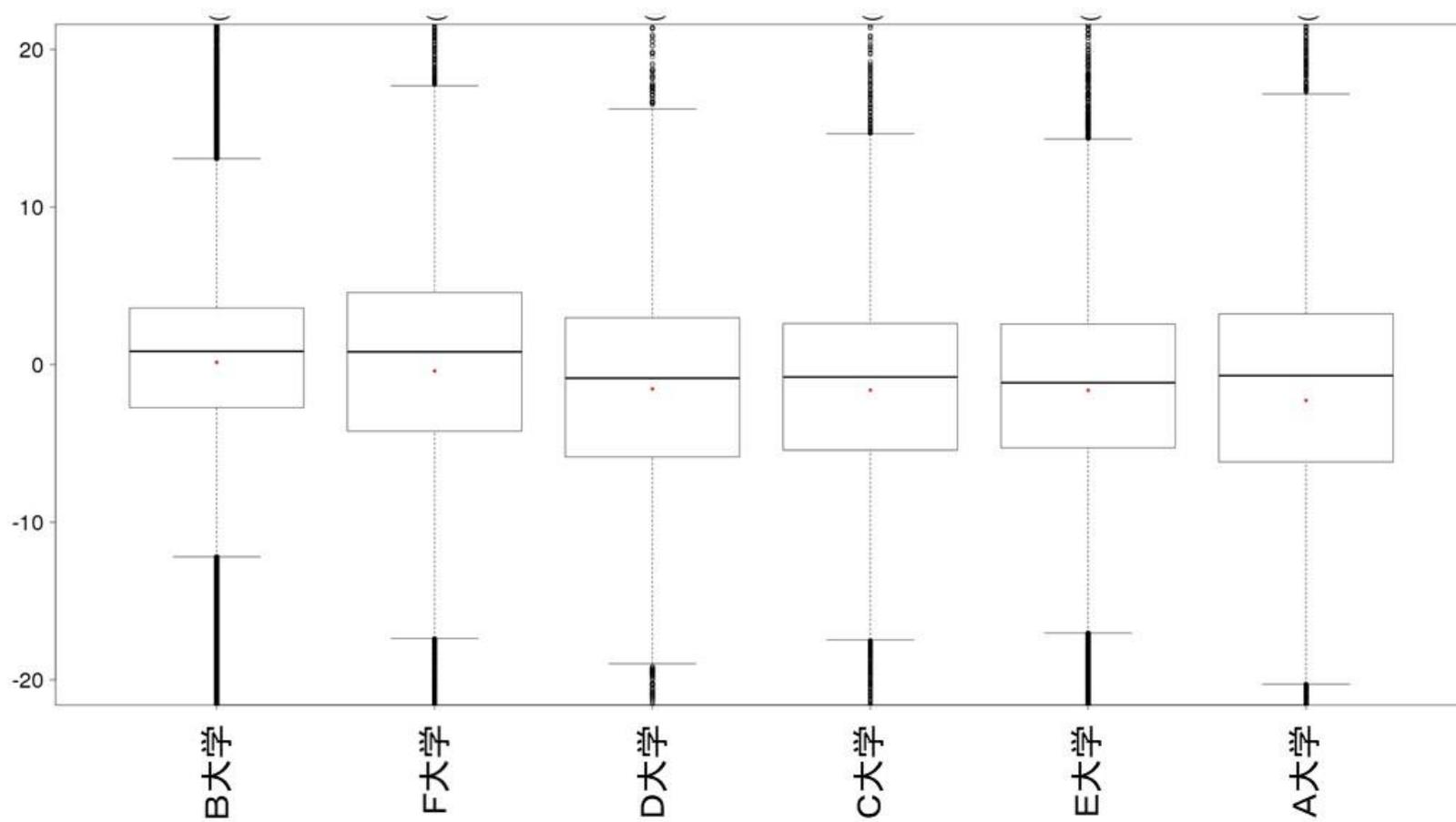


図 3

A大学病院⑨

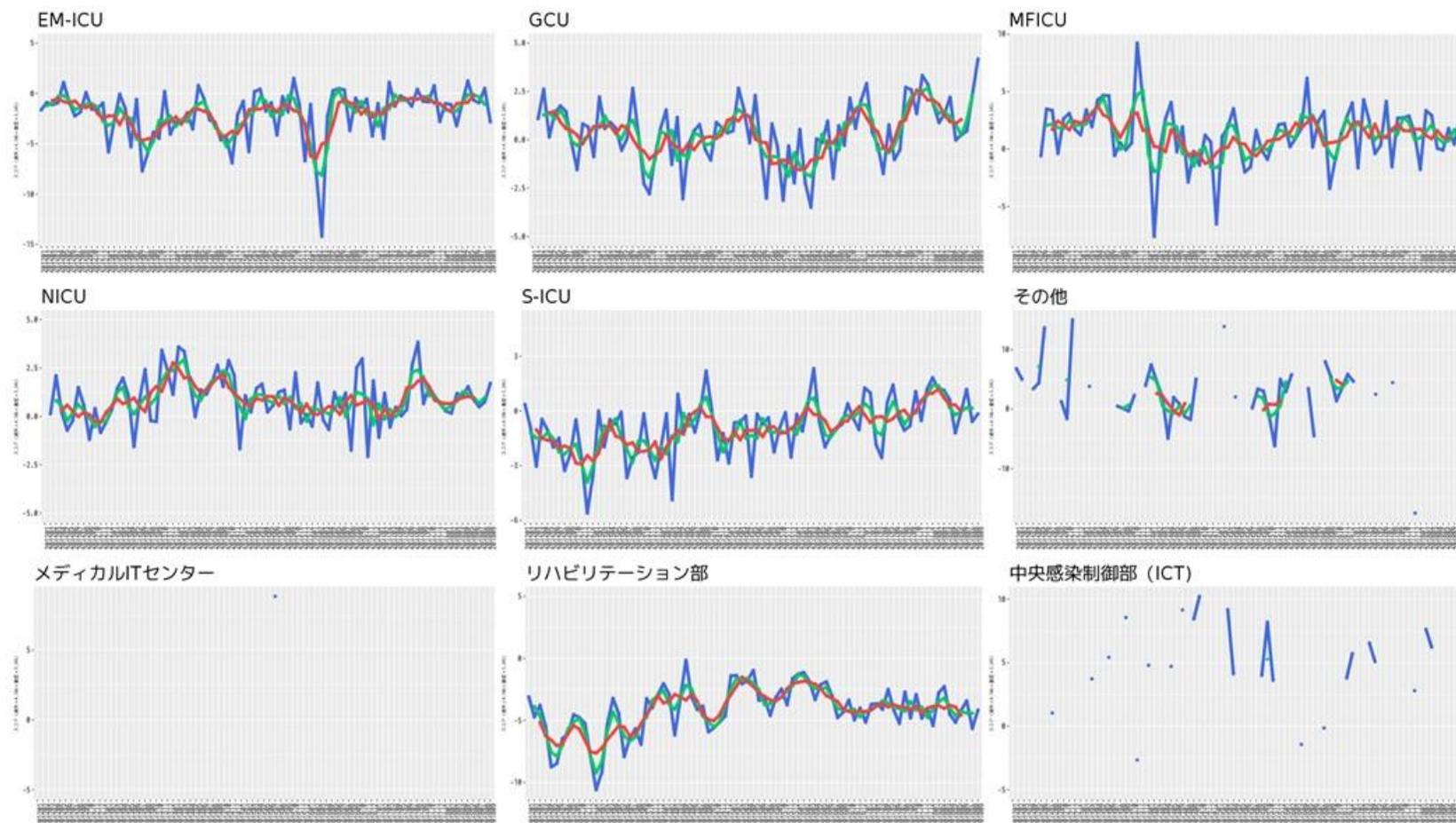


図 4

診療科リスク偏差の施設間比較

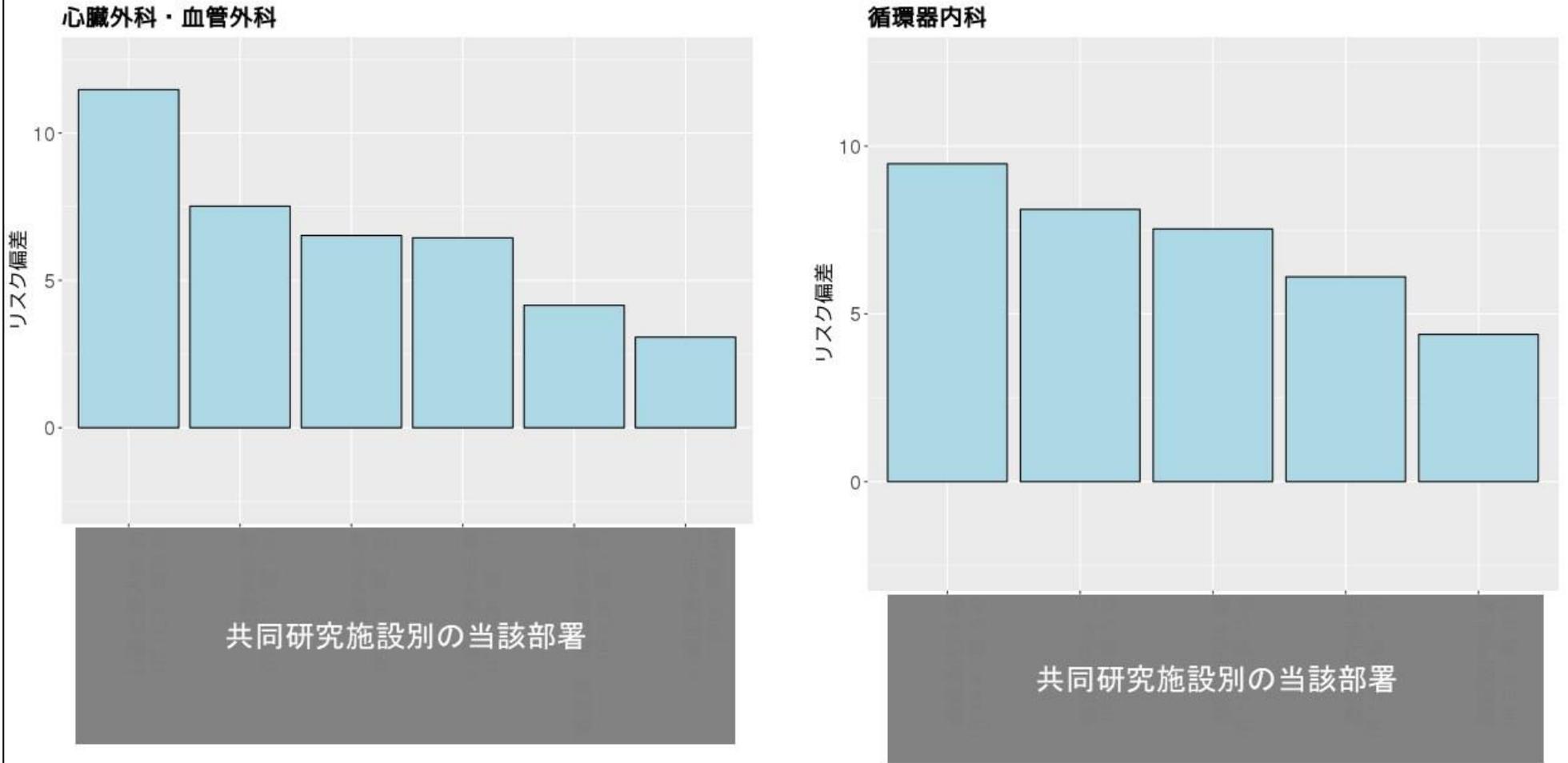


図 5

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

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

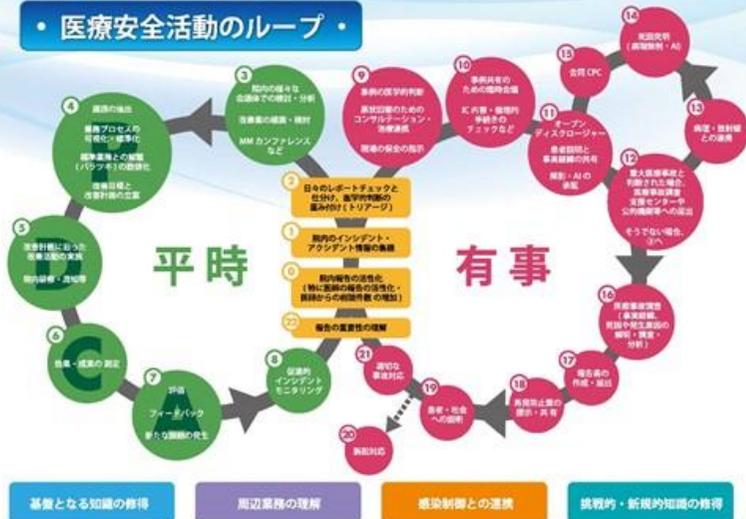
トヨタOBがトヨタ式問題解決手法を直接指導

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、そのプロセスを周面に納得させ、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
基礎となる知識の修得	本研修が目指すもの	1 1
	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	17
	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
(OJT) コア会議×3		1×3
有事の取り組み	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 27
	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 35
	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
周知業務の連携	QI(Quality Indicator)とQI設定	2
	質向上戦略の構築	3
	37	
	感染概論	2
	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
	12	
	感染ラウンド実習	2
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	
比較的・新規的知識の修得	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 6
	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															
	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															
	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たことがあり、Story Generationの知識がある	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、どのように対応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															
	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															
	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	有害事象発生時、何から着手してよいか、よくわからない	有害事象発生時、施設内外と連携をとって、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									

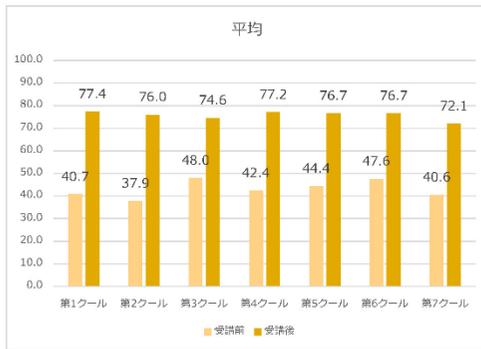
図 18

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															
	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る	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み、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																
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	

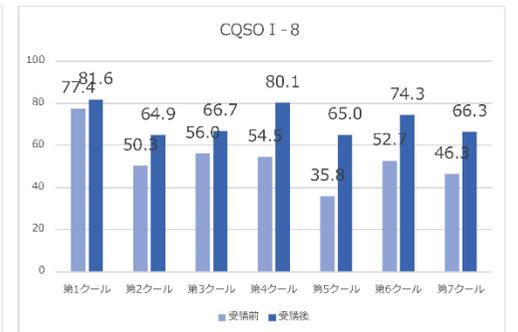
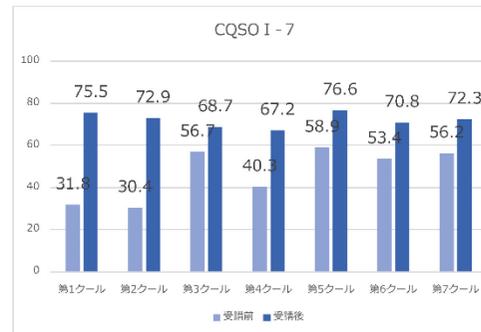
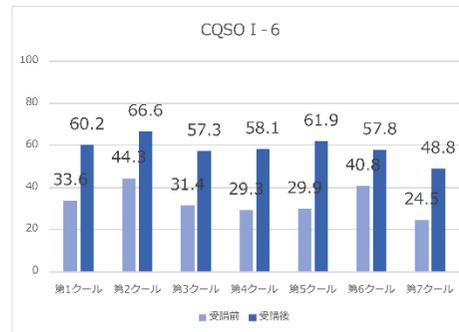
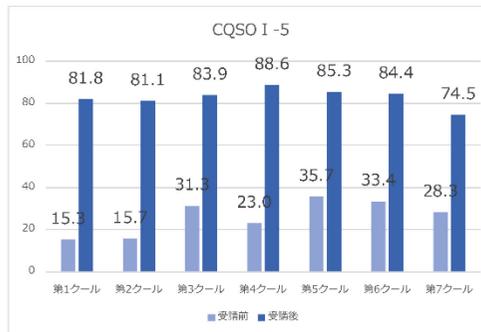
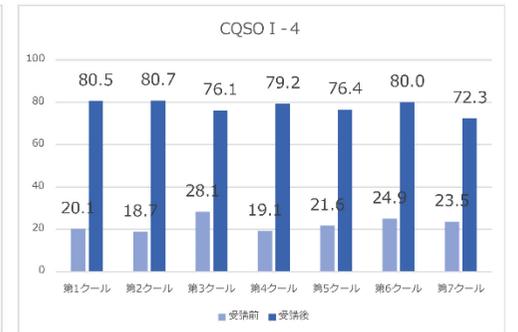
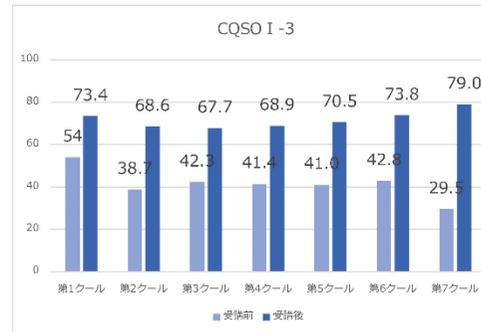
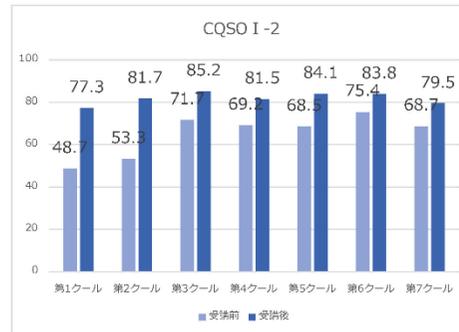
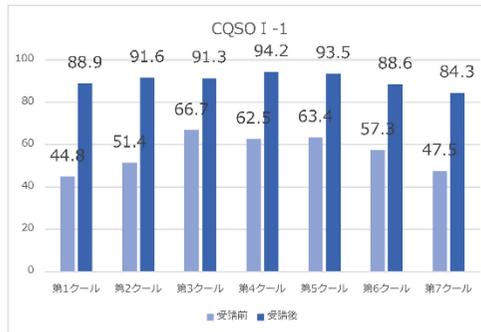


図 22

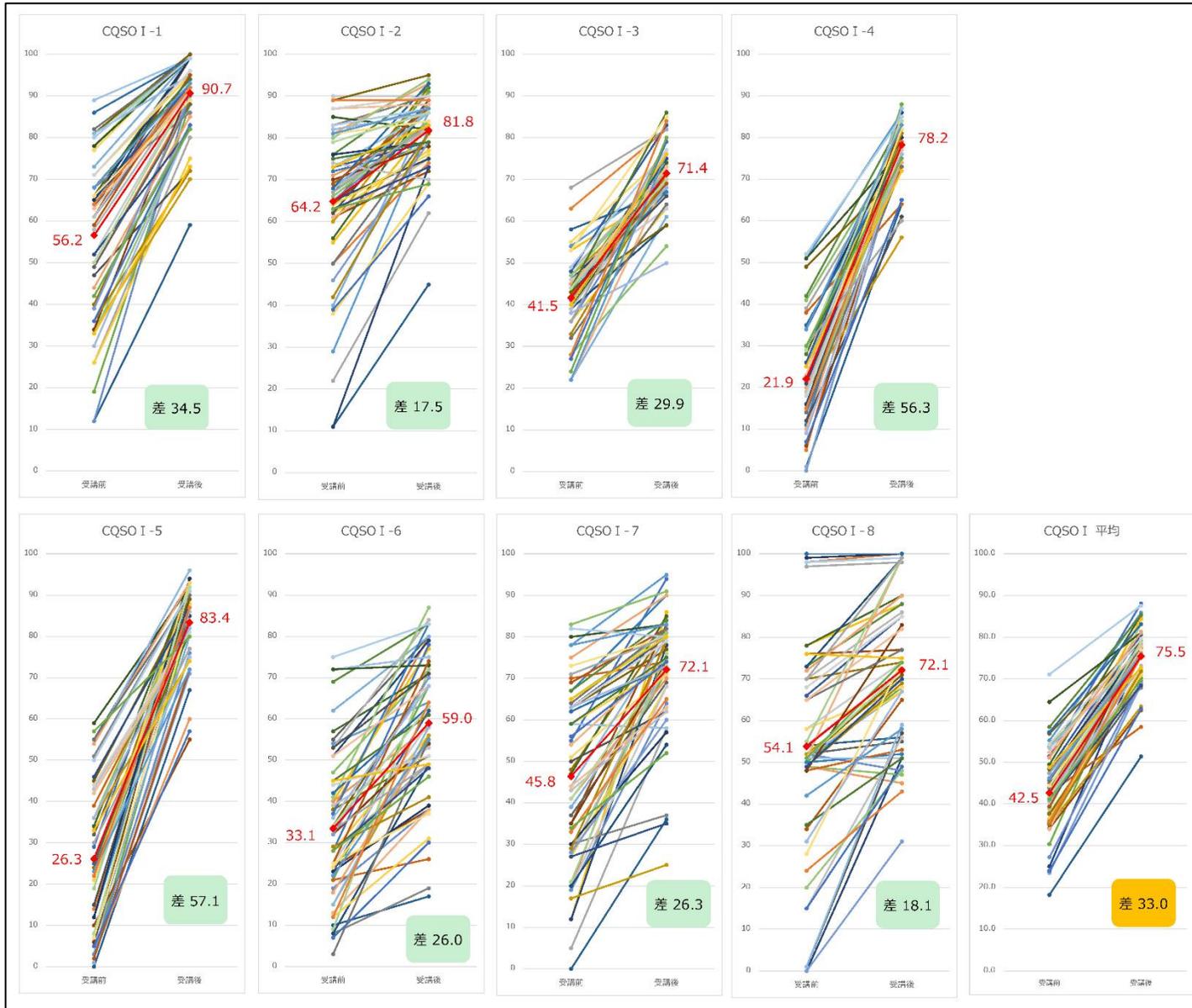


図 23

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	

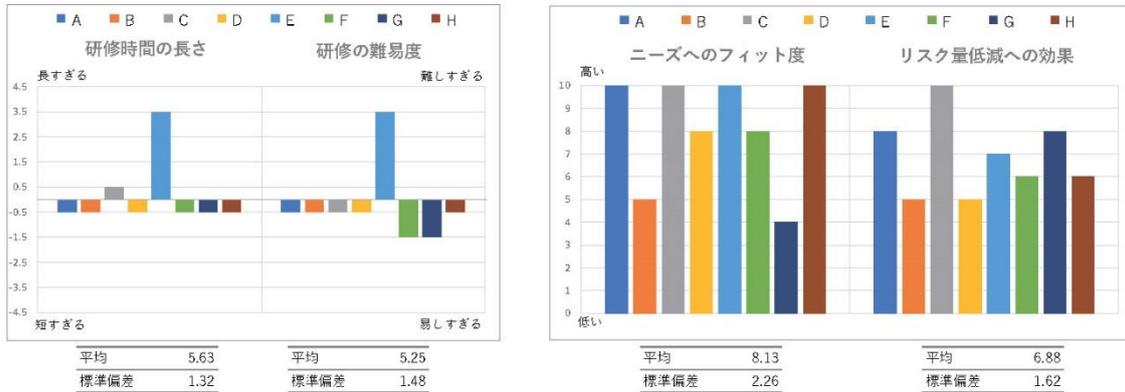
◆ 1-1-2_エラー発生の原因 ▶ CQSO

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

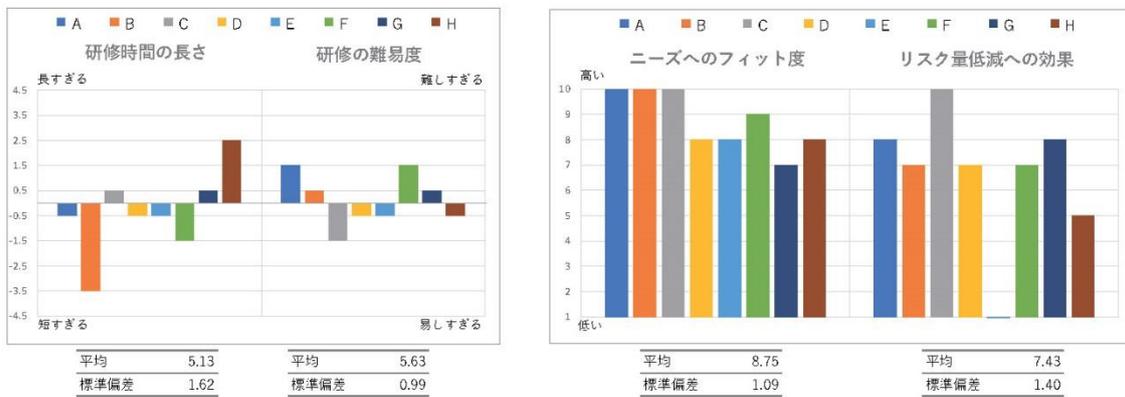
1-1-1_本研修が目指すもの



その他、ご意見等

A	チームで進める医療安全には医師が果たす役割の重要性がさらに深まりました。
B	研修全体の意義や目標を共有できて、有意義であった。
C	具体的な内容を理解できました
D	導入という感じで受講しました。
E	
F	
G	
H	これまで医療安全にはどのような歴史や事件があったのかを理解することが出来ましたが「医療安全活動のループ」における有害の事象発生時に部署横断的かつ最適な治療を患者に施すための連携や体制整備の重要性はもっと強調されても良いのではないかと感じました。

1-1-2_エラー発生の原因

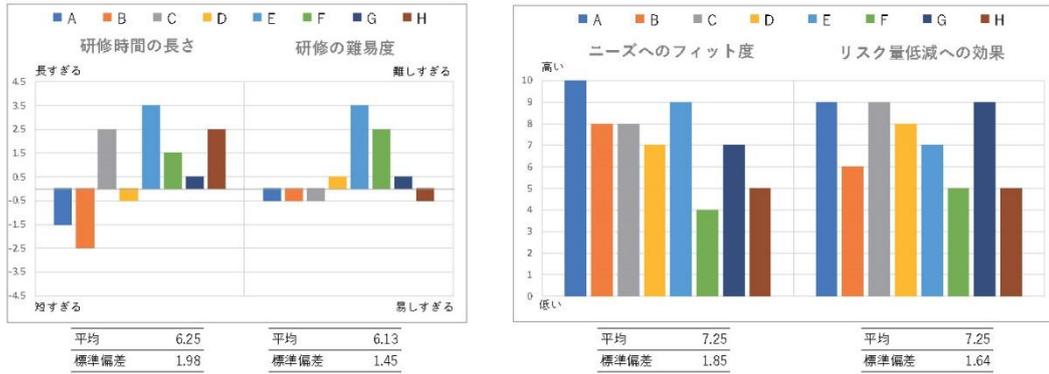


その他、ご意見等

A	ヒューマンエラーのヒューマンファクタの15の気づきは、漠然としていたイメージをはっきりすることができた。対面での効果の重要性が理解できた。
B	ヒューマンファクターの知識を現場でどのように活用していくかについての講義をもっと聴きたいと思いました。ディスカッションなどの機会がもっとあると面白いと思いました。
C	エラーの原因がわかりやすかったです
D	講義中は理解できていましたが、説明するなら復習が必須と感じました。
E	
F	
G	
H	講師と受講者との間で討議や討論をする時間があっても良いように感じました。

図 25

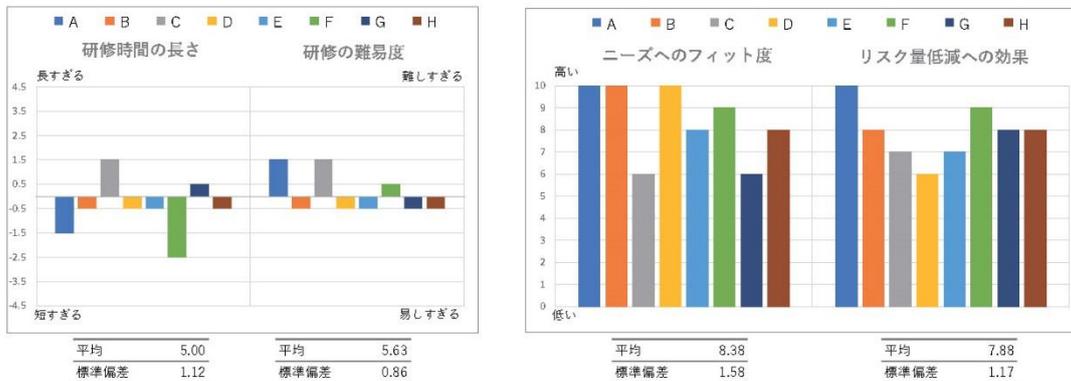
1-1-3 診断エラー



その他、ご意見等

A	診断エラーから、安全エラーについて言葉に表せることの重要性を学んだ。
B	診断エラーの起こる背景や環境要因を理解することができましたが、それを医療安全活動に結びつけていく方法を頭の中で検討することができないまま授業が終了したため、少し消化不良の感じが残りました。自分の中で医療安全的な視点からの理解を深めていけたらと考えますが、講義の中でその示唆があるとさらにありがたかったです。
C	診断エラー、認知バイアスについて勉強になりました
D	事例は参考になりました。☑
E	
F	
G	自分自身のことにも垣間見れて面白かった
H	理論と実践の両方があり有意義な内容の講義でしたが講師は専門分野の異なるエキスパートであり受講者と現場の問題等を討論する時間などが設けられても良いように感じました。

1-2-1_インシデント・トリアージ

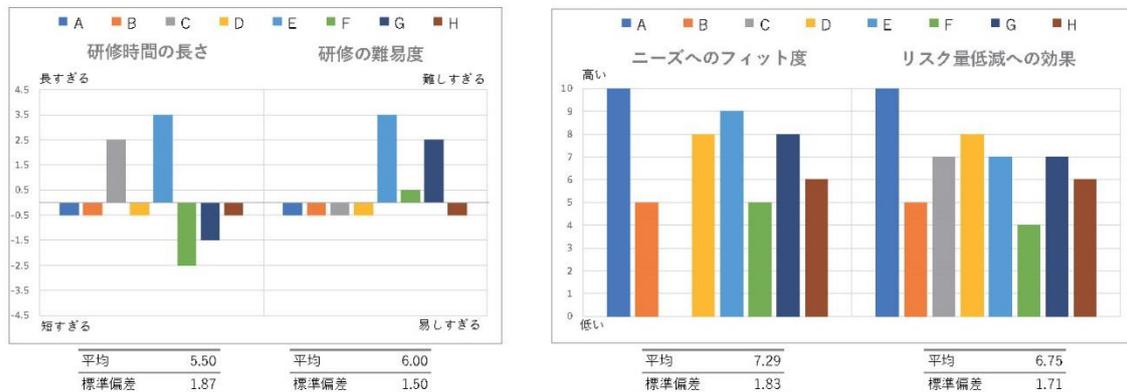


その他、ご意見等

A	インシデントトリアージをばらつくことなく普遍化する方法を学ぶことができた。もう少し時間が取れば、トレーニングを重ね、迅速性も身に着けることができるのではないかと思います。
B	具体的な事例を用いて、具体的な手法をご指導いただき、また、人によって判断がかなり異なることについても実践的に理解でき、現場にすぐに取り入れていきたいと考えます。
C	インシデントのトリアージを実際に学べた。当院での方法と異なっていたためすぐに導入しました
D	重要事例の選択と順位付けという作業を初めて行い、皆より時間がかかったと感じました。☑
E	
F	
G	
H	実践的な内容で有意義でした。

図 26

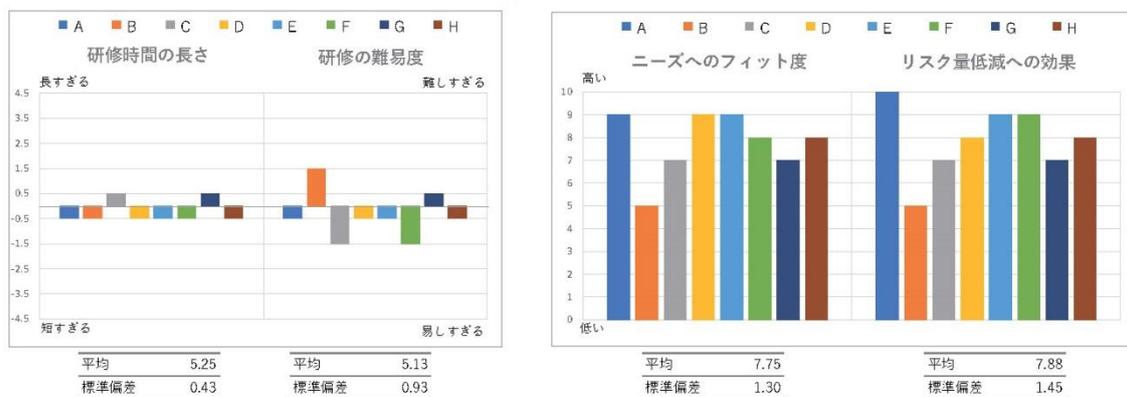
1-2-2 医療の高度化、複雑化とエラー発生



その他、ご意見等

A	報告、連携、確認 この3本柱を常に思い描きながら見ていくことが重要であることが分かった。
B	実際にインシデントを検討する際に、エラー分類をどう取り入れて、対策にどのように結び付けていくのかという具体的な方法の提示があるとより理解しやすいように思いました。
C	エラーの発生仕組みは勉強になりました
D	エラーの4分類を初めて知り有用でした。
E	
F	
G	
H	Story generationという言葉は聞き慣れないものでしたが概念と重要性が理解出来ました。

1-2-3 報告文化の活性化

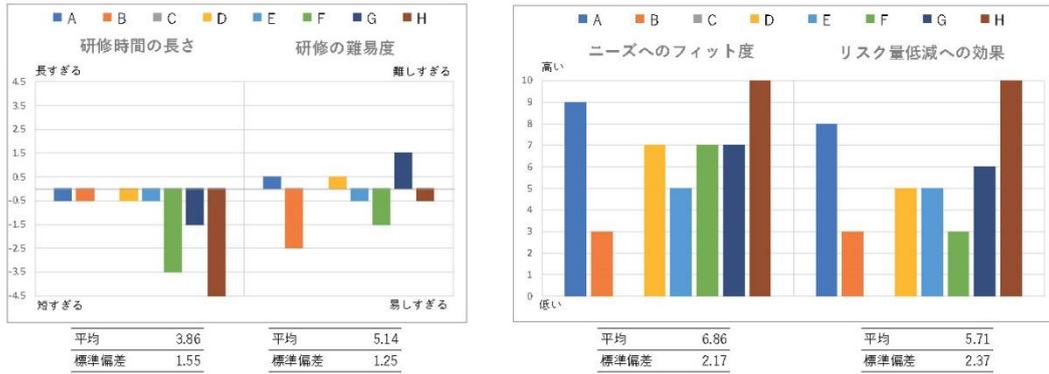


その他、ご意見等

A	インシデントレポートの意義を周知し、理解してもらおうとすることが、まず重要と学ぶことができた。
B	
C	報告文化の醸成、迎合しないなど勉強になりました
D	医師の報告数を増やす戦略と報告する意義が非常に勉強になりました。
E	
F	
G	
H	患者安全の確保は報告意義の第一項目にも挙げられていますが、有害事象の発生時に遅滞なく患者に部署横断的かつ最適な治療を施すことやそのための体制作りが重要な事はもっと強調されても良いように感じました。

図 27

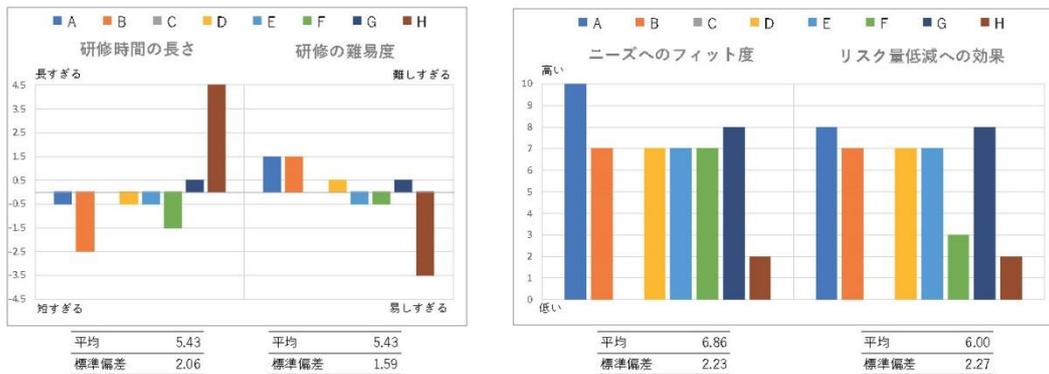
1-3-1 医療安全施策の動向



その他、ご意見等

A	医療安全対策については、様々な場面でお話を聞く機会があるが、現場の苦労話なども聞くことができました。患者安全という目指すところは一緒で、それに向かって頑張っていることが分かりました。
B	国が現在、どのような短期的、長期的目標を設定し、現場がどのように動いていくことを目指しているのかについて、担当者としての率直な意見をもっとお伺いできると興味深いと思いました。
C	
D	国の施策を知ることができました。☒
E	
F	
G	
H	学びのプロではなく現場を改革して牽引していく実務者を要請する事を命題とするならば、読めば知識が得られるものは資料を提供して自学自習にすればよく、質疑や討議の時間をもっと増やす必要があるように思います。

1-3-2 確かな倫理基盤の確立

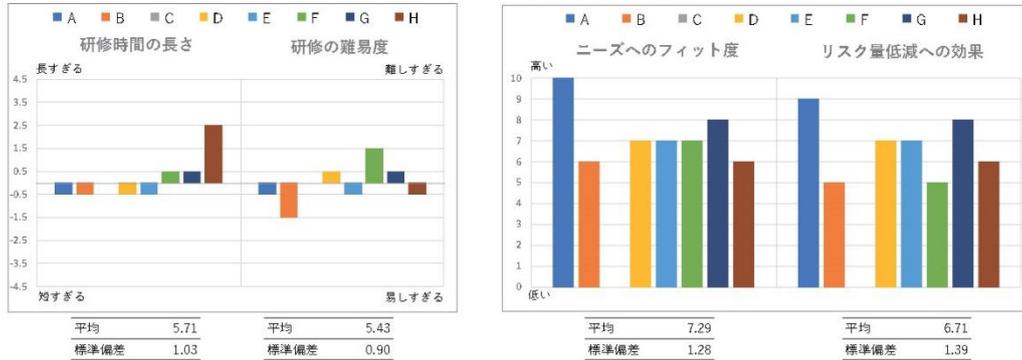


その他、ご意見等

A	医療倫理の4原則を学ぶことができ、事例も整理することでより理解を深められた。個々の事例で判断しなければならないですが、医療倫理の4原則に落とし込むことで考え方が整理できると思いました。
B	具体的な事例を用いての検討であり、いろいろな議論がある部分でもあるため、倫理的視点、法的視点からの評価をよりわかりやすくご提示いただくとさらに議論が深まったように思いました。
C	
D	倫理と医療安全の関わり方が概ね理解できた。☒
E	
F	
G	
H	受講生は実務を知らない学生ではなく現場で責任ある立場で仕事をしている実務者です。名大の考え方や現状を中心に施設間の違いなどを討議する事に意味はあると思いますが、仮想のもとに議論のための議論をしても時間の浪費だと思えます。

図 28

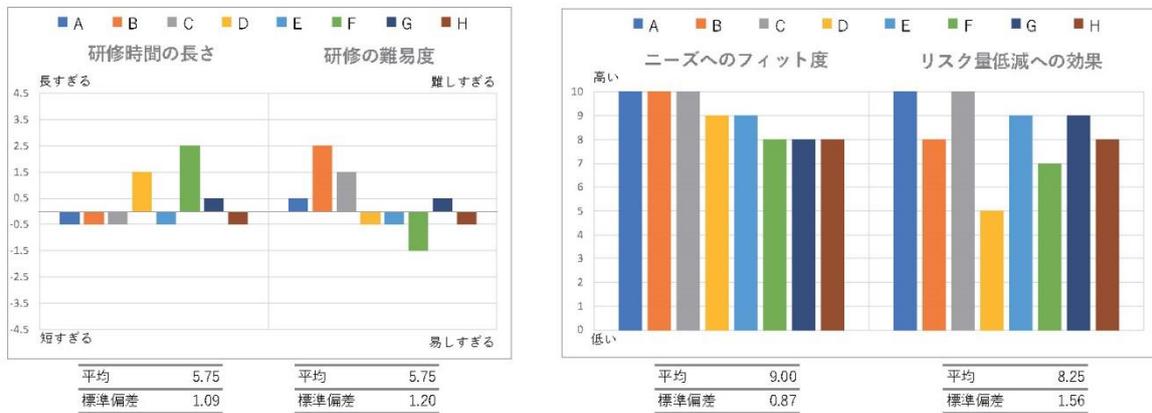
1-3-3_組織横断的活動を推進する安全管理者としての適正



その他、ご意見等

A	組織横断的に推進しなければならぬ事はわかっていましたが、グループワークやコーチングについて学習により、Face to Faceの重要性が改めて理解できました。
B	コーチングなどの手法も含め、安全管理者としてあるべき姿を示していただけただけでなく、どのようなトレーニングを積んでいく必要があるのかを示していただき、とても参考になりました。
C	
D	マッシュマロチャレンジが印象に残りました。☑
E	
F	
G	
H	受講生はルーキーではなく現場で後進や関連職種に対する指導を実践しているベテランで今更成人教育の手法や考え方を学ぶための時間を講義形式で設けることの有益性は感じません。技術等の急速な進歩で未来はますます不確となっておりリーダーシップやコーチングをテーマとするのであればサーバントの考え方を取り上げる方が時宜にかなっていると感じました。

2-1-1_医療事故調査 外部研修：プラネスク_小田原

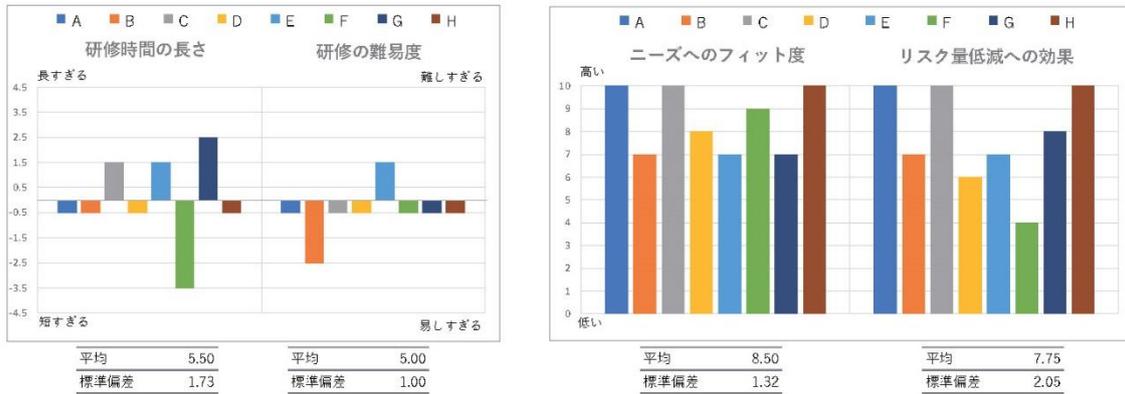


その他、ご意見等

A	聞き取りを含めた事象の正確な経過のまとめがその後の分析を左右することが分かり、その重要性を認識した。
B	実演の症例提示もあり、とてもわかりやすく勉強になりました。自分達もインタビューをしてみたかったです。
C	実践演習は勉強になりました。自院でも使えました
D	多くを学べました。
E	
F	
G	テルキ施設見学も含めて有意義だった
H	研修の趣旨と意図は非常に共感できるもので参考になりました

図 29

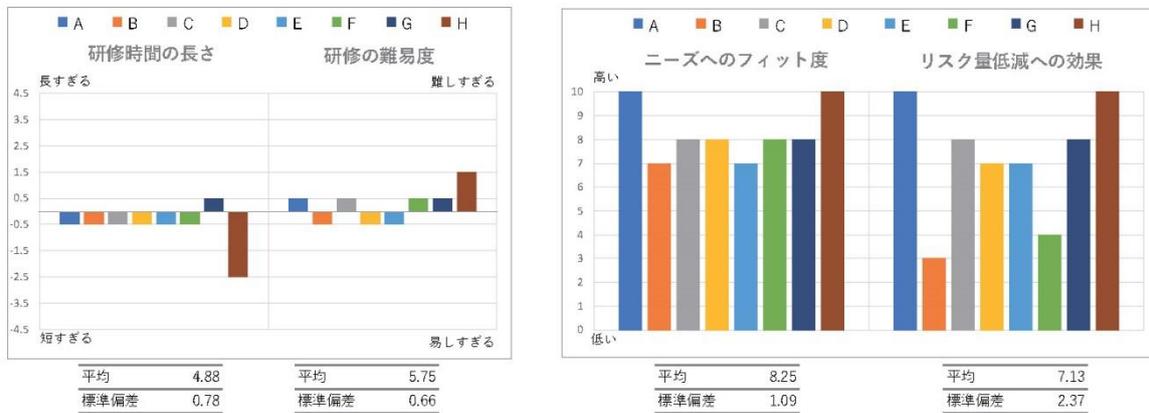
2-3-1 事故発生時の連携



その他、ご意見等

A	事故発生時の各部署との早い連携の必要性が分かった。どの部署と連携するかも重要で、その時々で変化していくことも認識しました。
B	医療事故発生時の対応についてのポイントをわかりやすく説明していただき、とても勉強になりましたが、施設ごとの特性や安全文化の背景によりどのような体制を検討していくべきかについて考えさせられました。
C	実践的で勉強になりました
D	具体的な事故例でチーム連携の重要性がよくわかりました。
E	
F	
G	
H	ご自身の経験も踏まえた講義であり大変参考になりました。

2-3-2_重大死亡事故発生時の対応

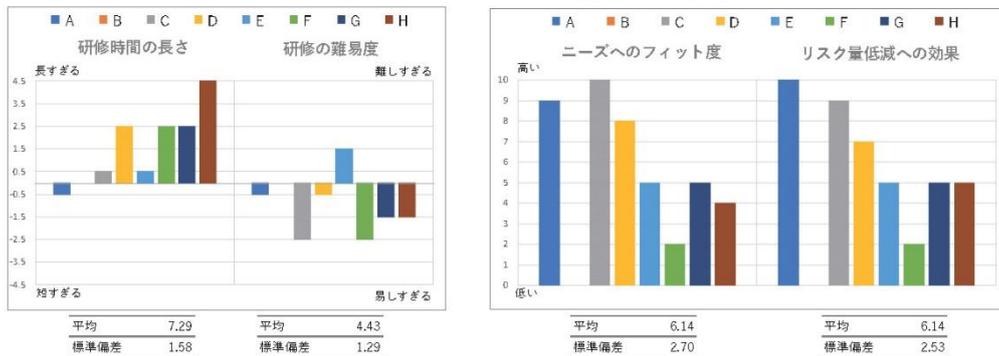


その他、ご意見等

A	医療事故調査制度に限らず、重大な医療事故をどう調査していくかについて学ぶことができた。
B	症例提示もたくさんあり、初期対応の重要性を再認識することができ、とても勉強になりました。
C	死亡事故はまだ対応したことありませんでしたが参考になりました
D	予期していたかどうかの線引きが困難な場合はありうると感じました。
E	
F	
G	
H	法律の専門家から直接実務的な話を伺える機会は少なく大変参考になりました。

図 30

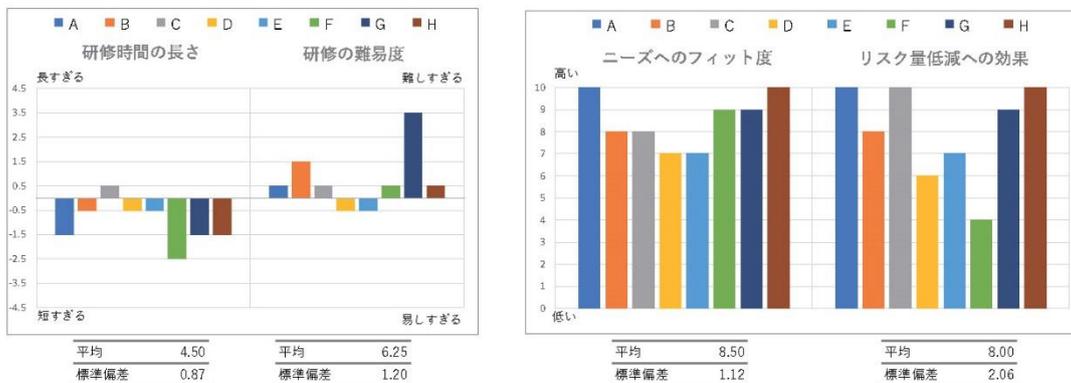
2-3-3_OJT(On-the-Job Training)「推進会」①



その他、ご意見等

A	他施設の医療安全に係る委員会を見学することができ、大変勉強となった。すべてをまねることはできないが、自施設に取り入れることができる方法は取り入れた。
B	遅い時間での開催であったため、参加できませんでした。申し訳ありません。
C	名古屋大学の実践をみて勉強になりました
D	名大HPIにおける医療安全への取り組み状況がよく分かり、有益でした。☑ 自院の足りなさを実感しました。☑
E	
F	
G	
H	他施設で行われる会議に出席や傍聴する機会は少なく自施設との違いを体感する意味では有用でした。しかしながら会議の準備方法や実際の運営は昭和平成の範疇を超えるものではなく討議内容についてもあまり参考になるものはなくCQSO研修の一貫としてカリキュラムに組み入れるには再検討する余地があるよに感じました。

2-4-1_有事における法的知識の整理

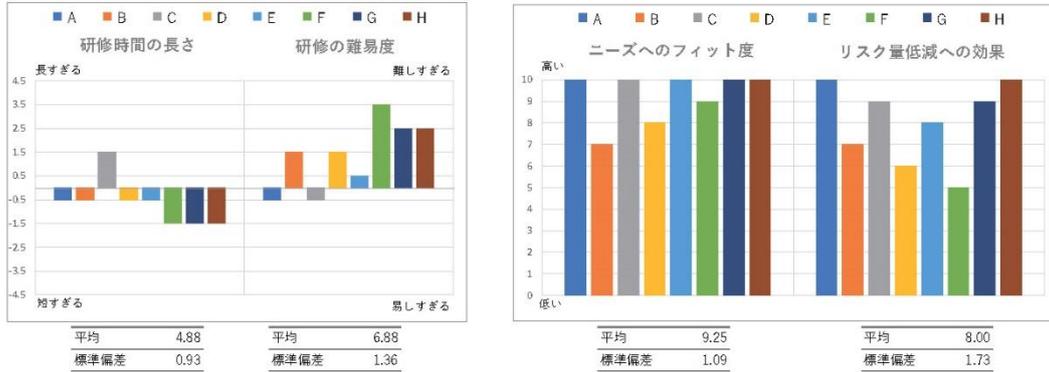


その他、ご意見等

A	弁護士の方に直接講演を受ける機会はなかったため、法的知識が習得できた。
B	法的な根拠が判例によるため、個々の事例について弁護士さんに気軽に相談できる環境がとても重要と思いました。医療スタッフの保険の重要性なども再認識しました。
C	法律の話を書いたことは教科書以外なかったため勉強になりました
D	結論を導くまでの判決文の長さを初めて知りました。
E	
F	
G	
H	法律の専門家から講義を受けられて質疑もでき大変有意義でした。知識の習得は自学次週も可能であり質疑や討論する時間を増やしても良いように感じました。

図 31

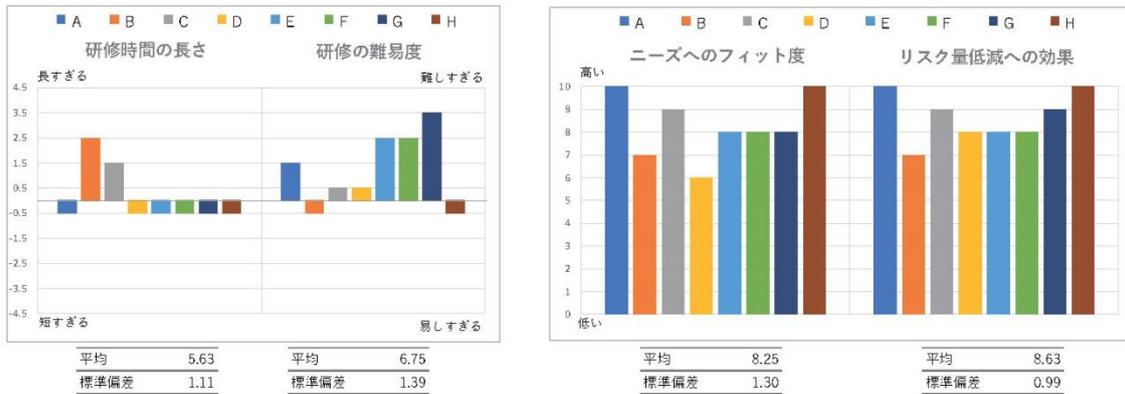
2-4-2_患者説明・社会との共有



その他、ご意見等

A	ロールプレイは、リアルな状況で、学ぶところは、多かった。適切に、かつ真摯に説明ができるよう日頃からの取り組みが大事であることがわかった。
B	準備は少し大変でしたが、実際に経験することでいろいろな気づきがあり、とても勉強になりました。マスコミ対応については、初めての経験であり、報道への対応のための患者・家族への説明・理解の重要性についても考えさせられました。
C	患者説明の重要性について改めて勉強になりました
D	記者会見のロールプレイをやってみて、容易でないことを痛感しました。☑
E	
F	
G	
H	シミュレーション教育の形式で重大事故後の患者説明や謝罪会見を経験できたことは非常に有意義で参考になりました。我々医師は仕事の中で患者に対する説明を自覚しますがリスクコミュニケーションについて学ぶ機会はなくメディアに対する発言が非常に大きな影響力を及ぼす時代であることから本研修には一般企業で行っているリスクコミュニケーションについての教育や謝罪会見の訓練なども取り入れても良いように思います。

2-5-1_品質管理概論

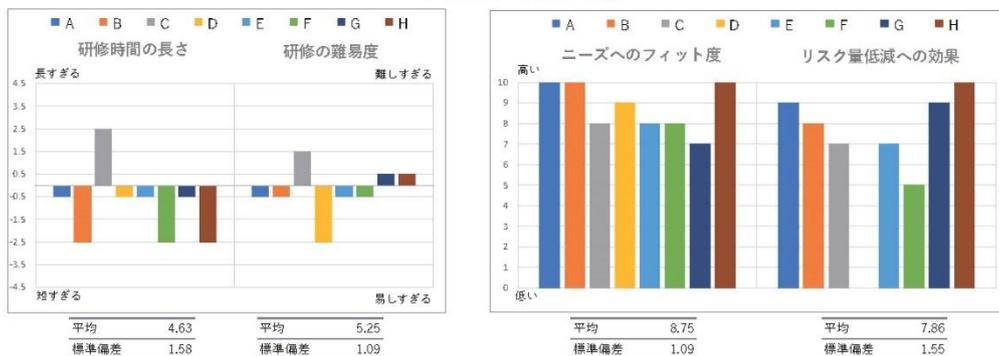


その他、ご意見等

A	品質管理の初めて聞く用語や概念があったが、分かりやすく話していただき、またグループワークでの気づきは、より理解を深めるのに役に立ちました。
B	製造業の考え方に学ぶところがたくさんあり、異分野での方法に学べるように、いろいろな分野に興味を持っていきたいと考えました。
C	古谷先生の話は実践に満ちていた☑ デミングの話も勉強になりました
D	理解できても実践することの難しさを感じました。
E	
F	
G	
H	実践知を持つエキスパートからの講義で非常に有益でした。

図 32

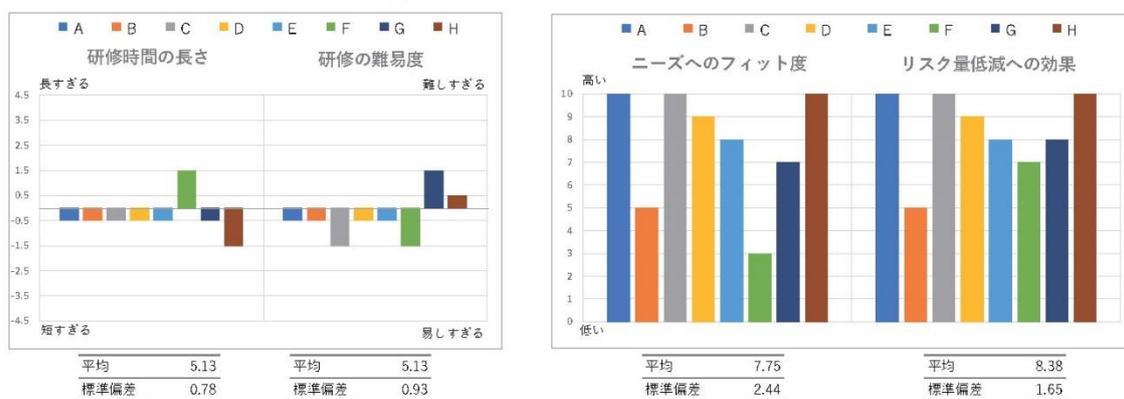
3-1-1 患者の権利の確保



その他、ご意見等

A	ICの模式の統一の必要性、重要性、オープンディスクロージャーの迅速な対応について学ぶことができました。☑
B	インフォームドコンセントは重点課題の一つと考えており、法的根拠について改めて確認しなかったので、とても勉強になりました。
C	
D	各種医療行為の同意書を全てIC委員会が管理していることに敬服しました。☑ 名大HPでは当たり前と思われるが、残念ながら当院ではIC委員会もなく、一元管理は全くされておりません。今後その方向に向けての検討課題と考えられました。
E	
F	
G	
H	一方的な講義形式ではなく講義：質疑応答=6：4くらいで行う方が理解度も深まるように思います。聴講者は実務経験のない学生ではなく現場で様々な問題と向き合いながら責任ある立場で仕事をしている実務者であることをもっと考慮して頂ければ幸いです。

3-1-2 基本確認行動・国際患者安全目標・対策

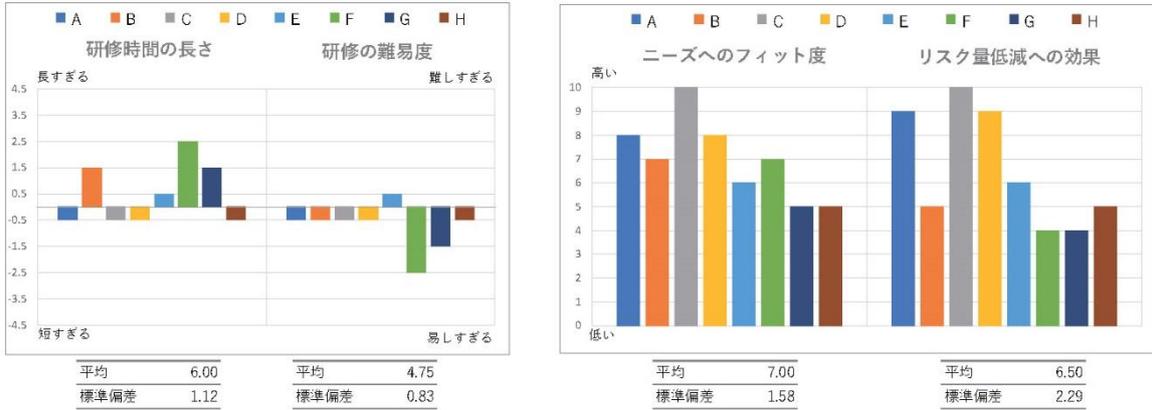


その他、ご意見等

A	基本確認行動、国際患者安全目標をいかに職員へ周知し広めていくかについて、現場も見せていただきながら理解できました。
B	JCIに対する他院での取り組みを勉強することができ、とても参考になりました。
C	IPSGの項目について理解を深めることができました
D	実際のJCI取得するために必要な内容がおおむねわかりました。
E	
F	
G	
H	講義にはもっと質疑応答に時間を割く方が理解度も深まると思います。現場の見学時間は理念の実践を実地に確認する上ではとても有用で潜在リスクが高い部署・部門も見せて頂ければ有り難かったです。

図 33

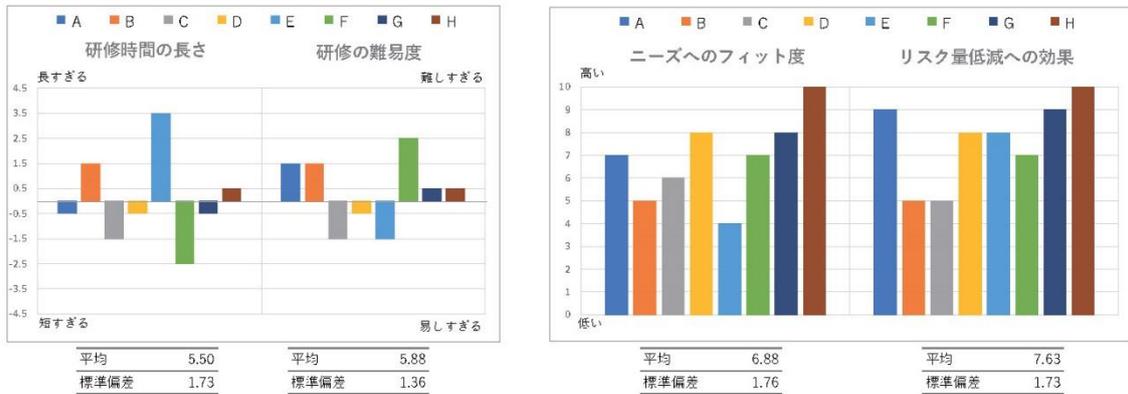
3-1-3_OJT「推進会」②



その他、ご意見等

A	審議されるインシデントが心に重要なものだけに絞られて行われていることに驚きを感じました。
B	名古屋大学の実際の会議の様子を体験でき、勉強になりました。
C	推進会をふまえて、自院での委員会の在り方、資料の作成方法など参考になる部分が多かったです
D	毎月の幹部を交えての安全推進委員会を行っていることに今回も感銘しました。
E	
F	
G	
H	運営方法の実際を見る上では有用ですが2回以上拝見する意義は少ないよう感じました。

3-2-1_品質管理手法の修得（概論）

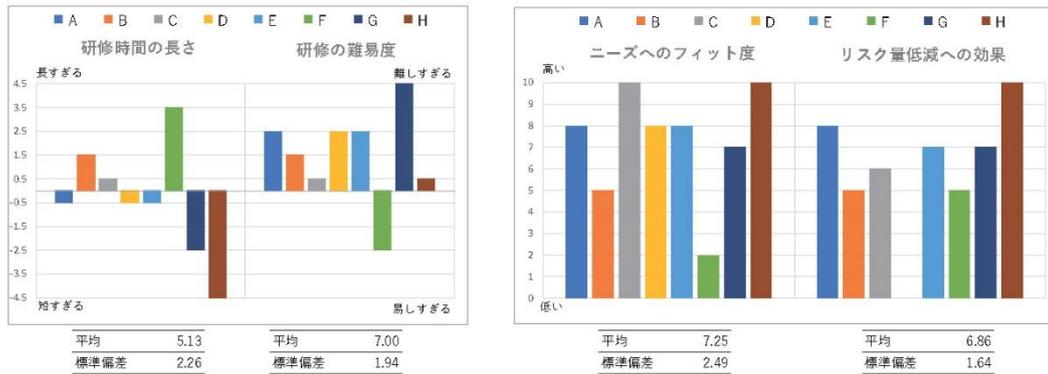


その他、ご意見等

A	品質管理の具体的な手法が理解できました。
B	概論は理解できましたが、個々の手法は手を動かさないと理解しにくいように思いました。
C	トヨタ方式の考え方を理解することができました。特に現地現物やお客様第一の重要性について認識しました
D	問題解決のプロセスが理解できました。
E	前回の講義とほぼ同じ内容であり、後半（午後）の実践時間を増やした方が合理的と感じた
F	
G	
H	一歩的な講義形式ではなく講義：質疑応答＝6：4位の配分にする方が講師のみならず聴講者には有益と考えます。尚、あくまでも総論の話であり動画等も利用して産業界での運用の実際を目で見て確認できるような工夫があっても良いように思います。

図 34

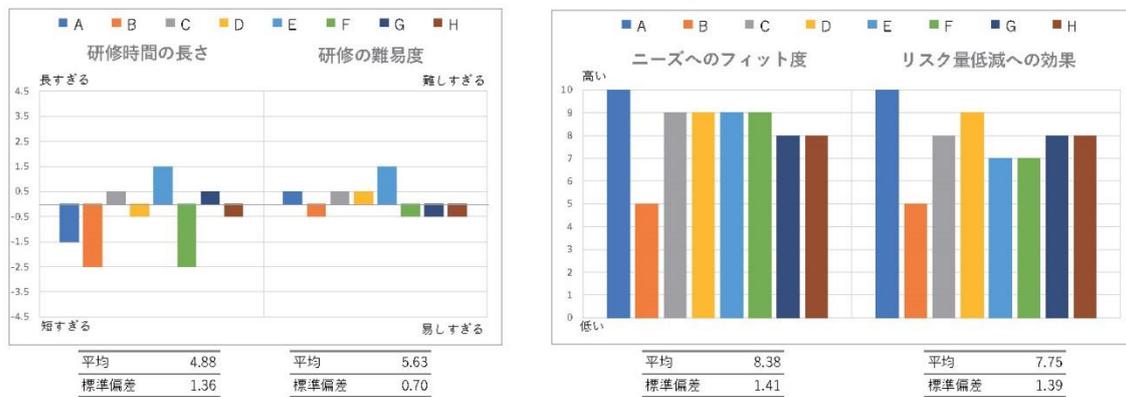
3-2-2 品質管理手法の修得（実践）



その他、ご意見等

A	統計手法を実際の行いながら学習できました。新たな方法なども学ぶことができました。
B	excelの使用法を改めて確認できて良かったです。統計ソフトは違うものを使っていたこともあり、全体で講義をするのは難しいように思いました。
C	具体的な使用方法については実践しながら学ぶ必要あると思いました。
D	後半のR Studioの講義はついていけませんでした(翌日教えてもらいました)。☑ エクセルのピボットテーブルの有用性を理解できました。☑
E	もう少し時間があるといいかもしれない
F	
G	
H	理論がいくら分かっていても実務ができなければ物事は変えられません。実践の手法を習得することを目的とした時間をもっと設ける必要があると考えます。

3-3-1_OJT「プレコア会議」①

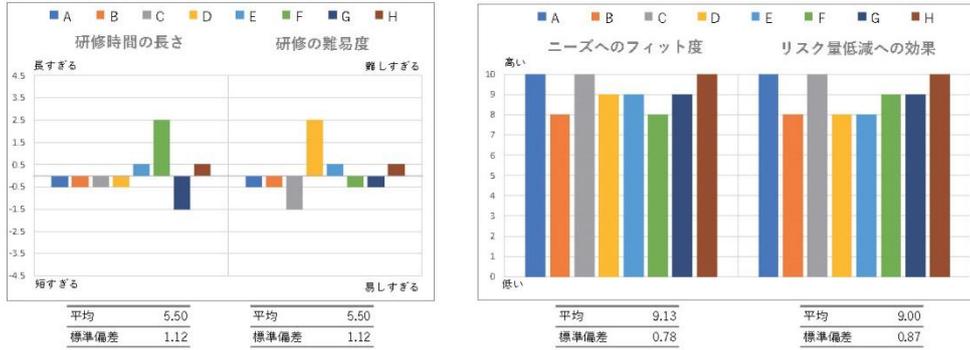


その他、ご意見等

A	数多くのインシデントレポートをどのように選別するのが、理解できました。レポートの入力方法、検討する場面がいくつか用意されていて、自施設と異なる点がありました。
B	実際のプレコア会議に触れることができ、名古屋大学の方法が理解できました。自施設への導入にはかなりの工夫が必要と感じました。
C	推進会と同様に自院での準備方法などの参考になりました
D	週2回の検討がルーチンであることに敬服しました。☑
E	
F	
G	
H	他所の施設における運用方法の実際を見学できて有用でした。自施設他職種GRMにも見学の機会を頂けたらと思いました。

図 35

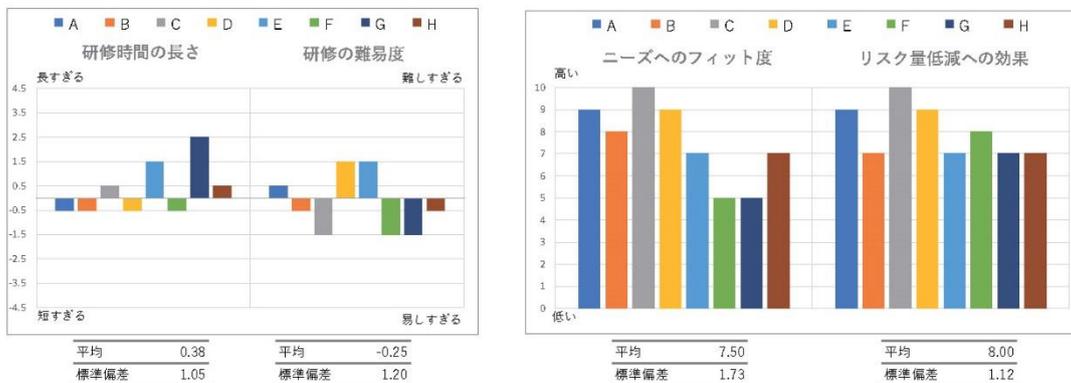
3-3-2_MM(Mortality & Morbidity)カンファレンス運営



その他、ご意見等

A	M&Mカンファレンスの運営でも、診療場面に分けながら進めることの重要性が改めてわかりました。
B	参加者の迫真の演技で、カンファレンスの運営の難しさが実感できました。自施設の取り組みに対して、課題が見えました。
C	自院の方法と比較することで、カンファレンスがどうあるべきかなど参考になりました。
D	司会を担当してもらい、容易ではありませんでした。☒ 本事例は診断で方向がずれてしまっていたため、続く残りの5業務全てが適切ではないため、どの視点でこれらを検討すべきか判断が迷いました。さらに、まとめの方向の認識が甘かったと痛感しております。☒
E	
F	
G	
H	論より証拠で事前に細かな打ち合わせや解説などのブリーフィングなくいきなり実践から入ってデブリーフィングの形式で総括と重要点の解説を講義頂けて非常に有用でした。6つの場面を意識しながら事象を検証する手法はM&Mのみならず事例検討や事故調査などでも活用して自施設における事例検討の型としていく所存です。

4-1-1_OJT「コア会議」①

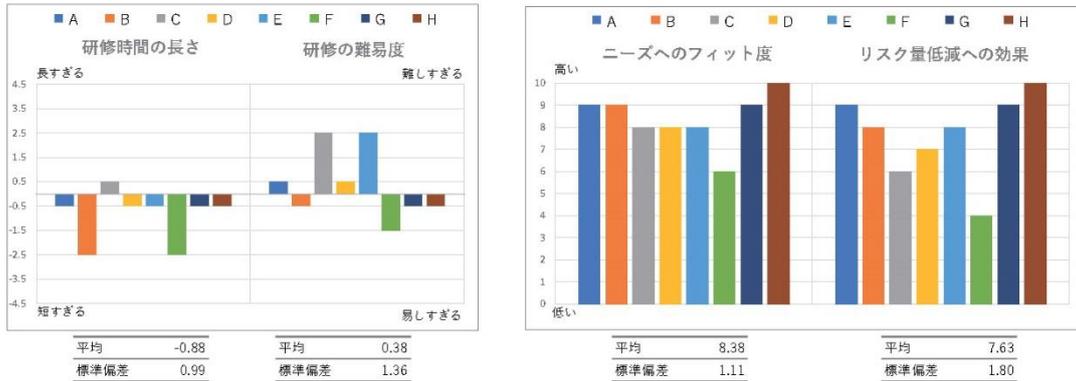


その他、ご意見等

A	メンバーの参加率が高く、非常にうらやましいです。
B	実際の会議に参加でき、議論の内容も拝聴できるので、とても勉強になります。いろいろなご意見をいただくために、参加メンバーの選択なども重要と思いました。
C	実際の討論内容などみれて勉強になりました
D	コア会議で重大案件が院内で共有されていることがわかりました。☒ MRI室への金属持ち込みが意外に多いと感じました。
E	
F	
G	
H	名大の実際を見学できて有用でした。

図 36

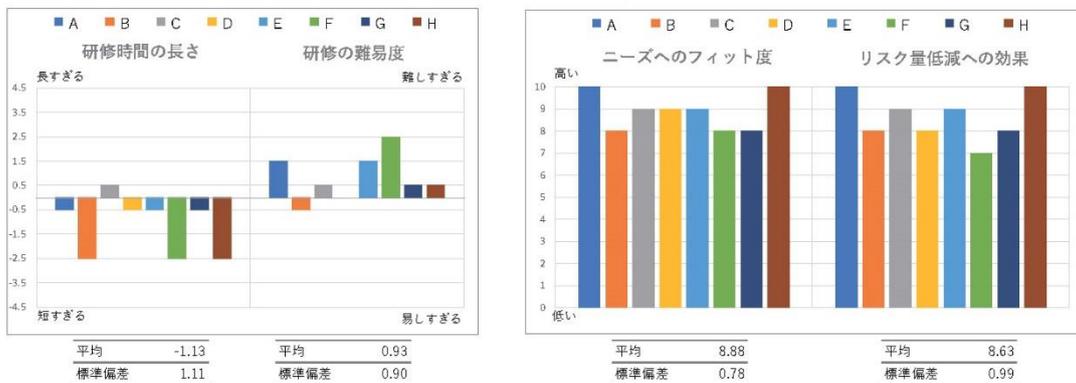
4-1-2 施設安全の重要性



その他、ご意見等

A	普段見ることができない部分を見学させていただきました。自施設も確認できればと考えています。
B	施設安全についての視点や知識が不足しており、とても勉強になりました。☑ ラウンドもとても興味深かったです。
C	普段勉強していない分野であり、参考になりました
D	JCI獲得のため避難誘導の看板や避難場所の明示も必要であることを知りました。☑ 自施設には避難場所等の掲示もなく、検討を要すると感じました。
E	
F	
G	貴重な経験が出来た
H	普段は考えることが少ない視点や時間軸について教えて頂き大変参考になりました。

4-1-3 RCA(Root Cause Analysis)分析手法

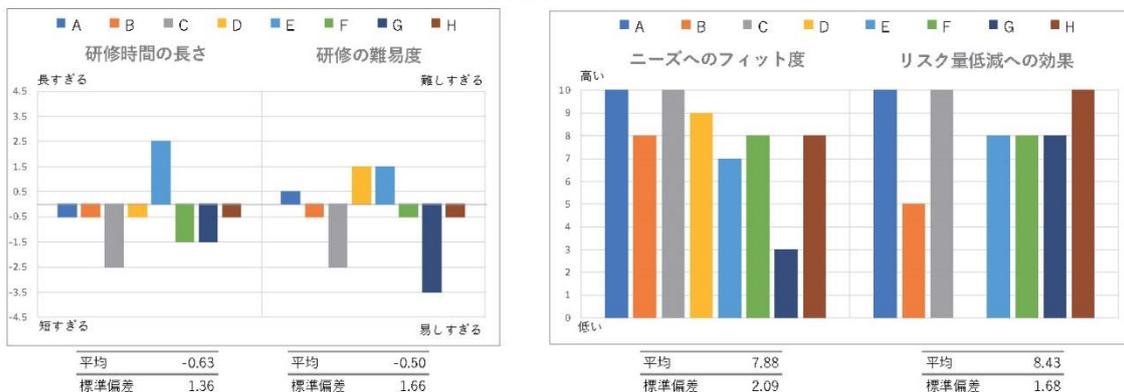


その他、ご意見等

A	RCA分析事態を自身で行った経験がなく、当初は戸惑いましたが、やり方などわかり、今後に生かせるようにしたいと考えています。
B	実際に当院で行っていたRCAとの違いやメンバーによる結果の違いなども含めて体験でき、とても勉強になりました。院内でも少し気軽に実施できるようになるとよいと考えました。
C	RCA分析は行ったことがありますが、他院の方法はとても参考になりました
D	RCAを初めて行い、有用であることがわかりました。☑ なぜなぜから根本原因を導き出す手法を理解できました。
E	
F	
G	実臨床に導入してやってみたいと感じました。
H	事象の分析手法が実地に学べて有益でした。実際の事例を使用して実践する時間をもっとあっても良いのではないかと感じました。

図 37

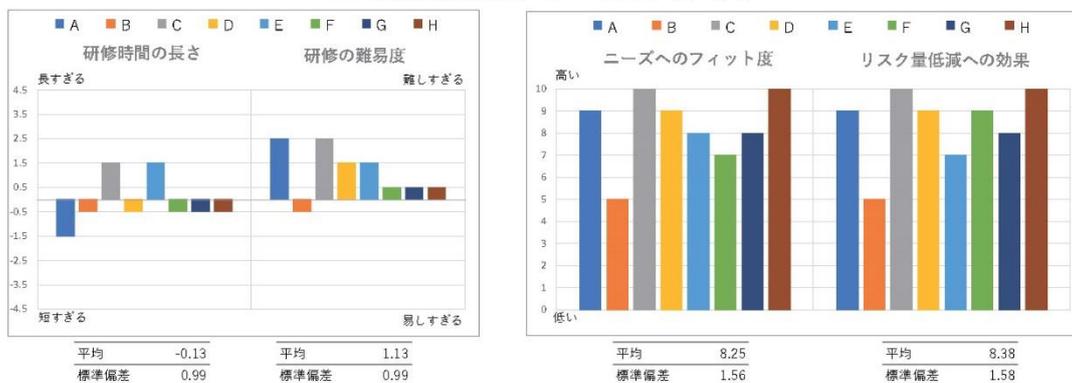
4-2-1 患者安全ラウンド・監査



その他、ご意見等

A	監査の講評については、これまでの概念が崩壊し、目が覚める研修になりました。
B	実際のラウンドの方法を体験でき、また、院内のスタッフとお話しさせていただく機会ともなり、とても勉強になりました。
C	とても参考になりました。一方でさらにラウンドと一緒にやる機会があるとありがたいと思いました。
D	監査の実際を知ることができ、自身が行う立場、受ける立場になった時の対応が理解できました。
E	
F	
G	
H	名大での現状に実際に調べる機会を頂けて大変参考になりました。医療安全は論語読みの論語知らずの謬にもあるように学問的な価値よりも社会実践における意義の方が大きいと感じました。

4-2-2 問題解決実践：テーマ選定（第1回）

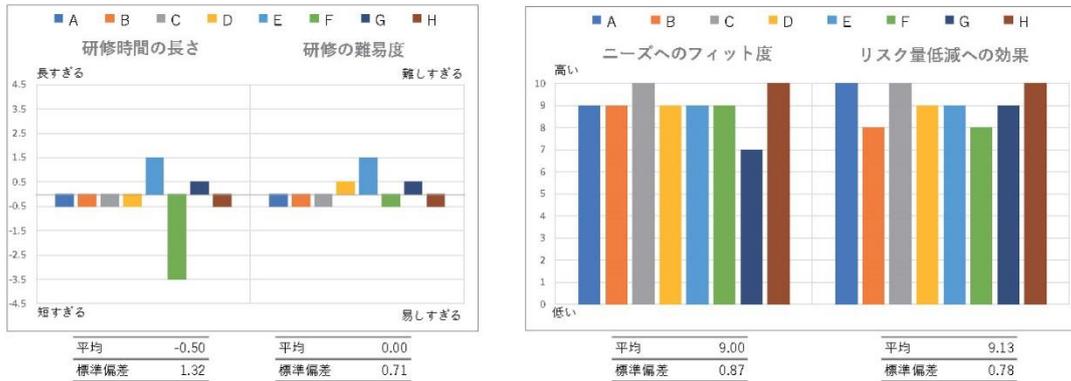


その他、ご意見等

A	医療者と患者の両方を考慮した考え方になっていて、患者中心の考え方にまだなれていません。
B	客観的な意見や適切なアドバイスをいただく事ができ、とても実践的です。また、他のメンバーの施設の状況を知る事ができるのも勉強になります。
C	お客様第一の活かし方をテーマ選定から学べました
D	梅基先生からの意見を参考に、取り組み方法をまとめたいと思います。☑ 年寄の転倒は当たり前だとその意見はもっともだと思いましたが、その当たり前を減らす方策立案はある意味容易ではないと感じました。
E	
F	
G	今までの考え方とは違うアプローチ方法が面白かった。医療者じゃない講師の☑
H	完成形が見えている立場からほどのような点に着眼して何を重要な問題としているのかの一端を知り得て有益でした。今回の実践実習を通して新たな視点と思考方法を身に付けたいと考えております。

図 38

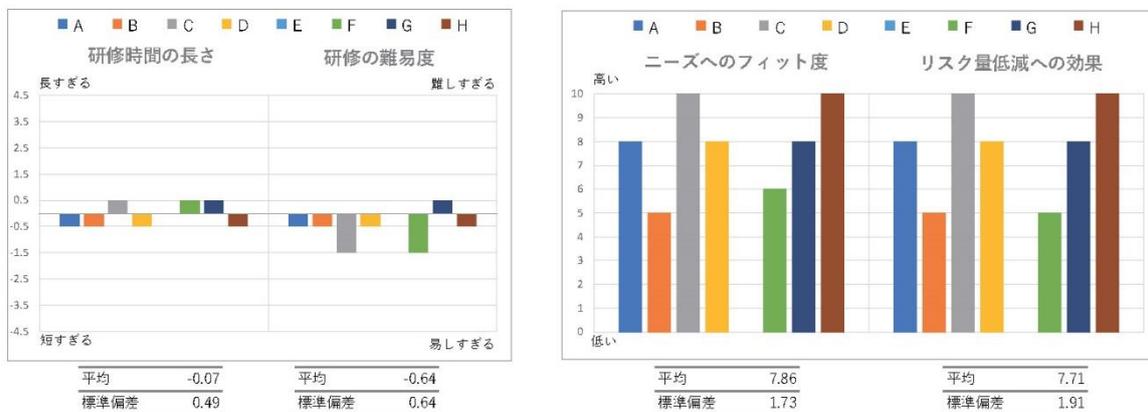
4-3-1_医療安全外部情報の活用



その他、ご意見等

A	日本医療機能評価機構へ報告している事象の役立てられ方、報告する際の正確に必要な項目の入力等わかりました。
B	これまで、十分に情報が活用できていなかったことがわかり、発信された情報のより有効的な利用方法を検討したいと思いました。
C	医療機能評価機構のホームページの活かし方を学習できました。
D	医療事故情報収集等事業を活用したいと思います。☑ 当院が任意参加しているかどうか（はずかしながら）知りませんので確認し、参加していないなら、新たに参加したいと思います。
E	
F	
G	
H	医療安全に関する情報を得ようとした場合にどのようなソースがあり機器に不具合が生じた場合にどのような検証方法が使えるかを知る事が出来て有益でした。

4-3-2_メーカーとの連携

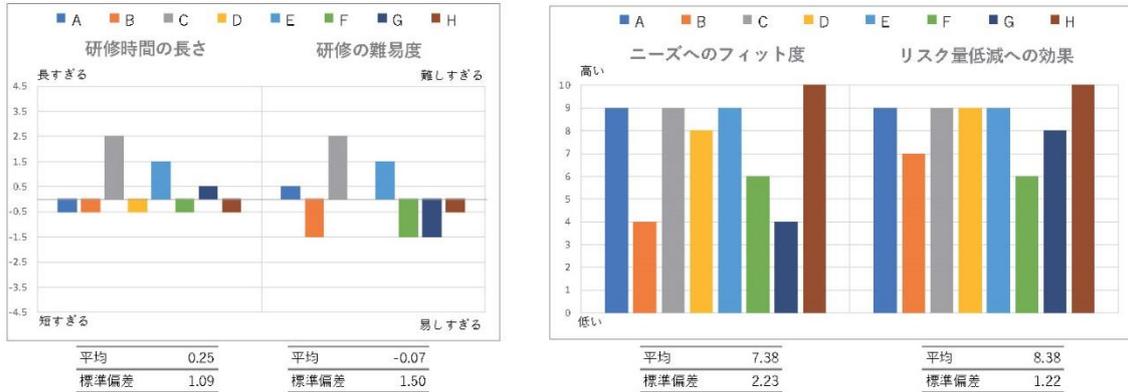


その他、ご意見等

A	メーカーとの連携が安全性を向上させるきっかけになることを知ることができました。
B	メーカーの工夫を体験できて面白かったです。
C	テルモさんの取り組みや実際の現場での動きなど参考になりました。
D	添付文書の重要性を再確認しました。
E	
F	
G	メーカーの努力を垣間見た。☑
H	医療機器に不具合が生じた場合の検証方法やメーカーのガバナンスを知ることが出来て有益でした。

図 39

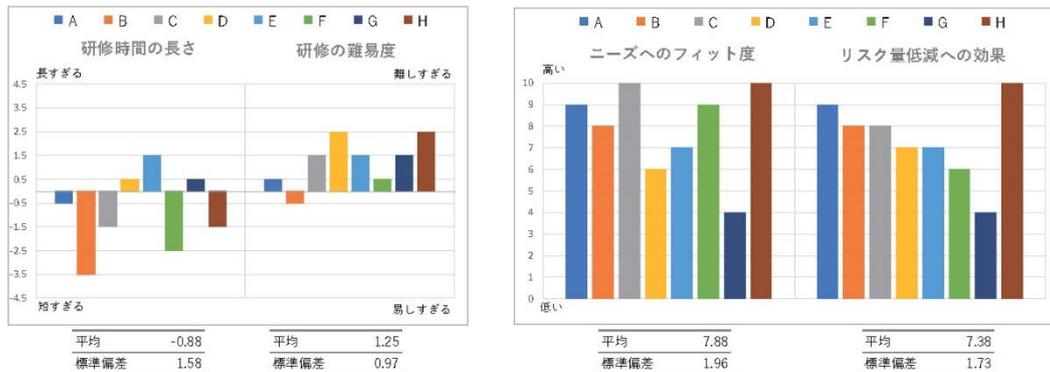
4-3-3 院内の安全教育体制



その他、ご意見等

A	医療安全研修の内容をどうするかはいつも迷うのですが、その解決するヒントが得られました。
B	教育の難しさを感じました。院内での教育を考えた場合には、実際には難しいように感じますが、そこをどうやって実践に結び付けていくかを考えなくてはならないと思いました。
C	自院でもできそうなことがあり、参考になりました。
D	病院職員への安全教育の取り組み方がわかりました。
E	
F	
G	
H	理論と実践を実地に学べて有益でした。

4-3-4 電子カルテと患者安全

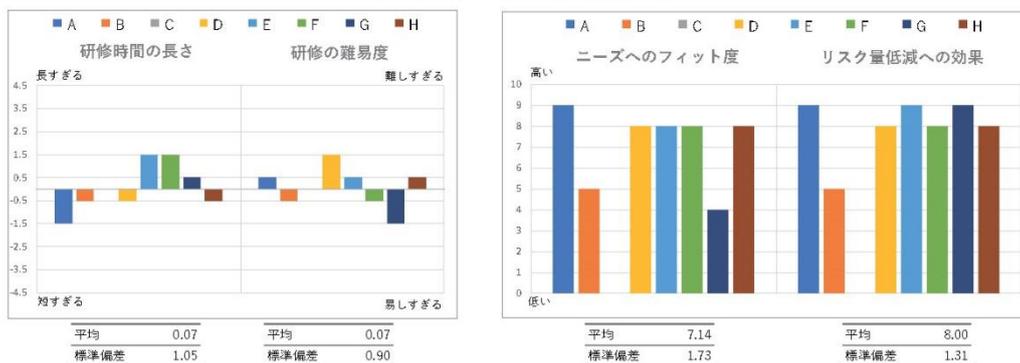


その他、ご意見等

A	自施設でも、電子カルテの運用では医療情報部と連携しています。医療者の負担なく確実に記録される仕組みづくりには、より連携の重要性が認識できました。
B	電子カルテとの連携体制がシステムの構築には重要と考えますが、電子カルテの責任者の協力をいかに取り付けていけるかを考えなくてはならないと思いました。そのためにも、電子カルテの可能性や限界についてももう少し知識がないと、議論ができないと感じました。
C	本テーマについてあまり学習する機会がなかったため勉強になりました。
D	電子カルテの更新時に向が良いのか悩むことになりそうです。
E	
F	
G	
H	興味があっても普段はなかなかエキスパートの話を聞く機会が少ない分野で有益でした。双方向での討議を集めるための時間がもう少しあれば良かったです。

図 40

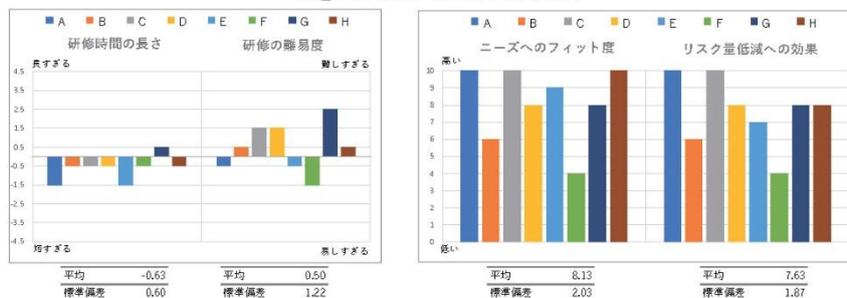
4-4-1_OJT「プレコア会議」②



その他、ご意見等

A	医療安全管理部の全員での情報共有の時間ともなっており、非常に重要な会議と感しました。
B	いろいろな会議が開催され、各会議で適切な議論ができる体制の整備が重要と感じました。会議を体験できてよかったです。
C	
D	多数(複数)のメンバーで、すべての気になるヒヤリハット事例を、時間をかけて検討している体制に、再度すごいと感じました。名大でも多数のヒヤリハット事例があることを知り、ちょっと安心しました。大学HPならではの体制の問題が、今でもあることを知り、以前自身が大学HPにいた時のことを思い出しました。
E	
F	
G	
H	名大での実践を実地に学べて有益でした。名大が抱えておられる組織の問題については安全の神様の視点から問題の本質を捉えて自分や家族が患者の立場に立ったことを前提にあるべき姿や理想に近づくための討議がされることが望ましいと考えます。

4-4-2_クリニカル・ガバナンス (前半)

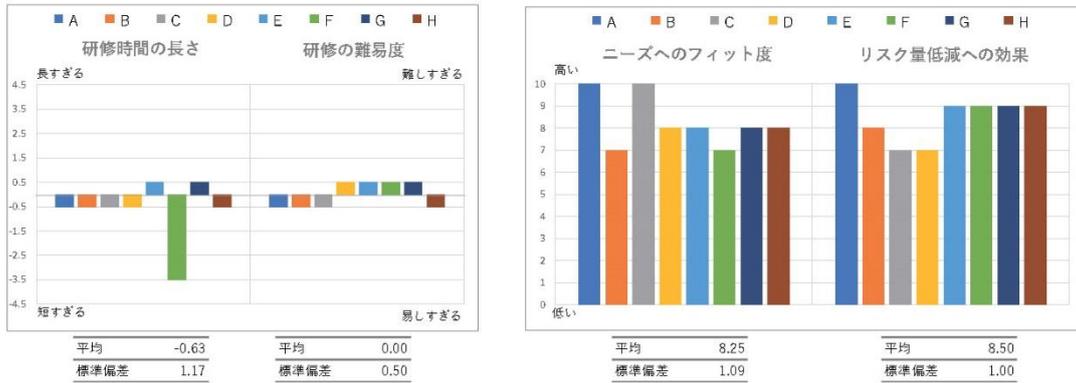


その他、ご意見等

A	勝村さんと高梨さんの生のお話を聞くことができ、目が覚める思いでした。患者中心を常に頭において医療安全活動を進める重要性を再認識しました。
B	患者家族やマスコミなどの貴重な視点を知る事ができ、また、生の声が聴けて、とても勉強になりました。
C	とても勉強になりました。クリニカル・ガバナンスの重要性は患者安全の中核に位置しているものと再認識できました。
D	勝村氏の取り組みを今初めて知り、医療裁判、行政の問題等も知る機会となりました。凶事故を起こした病院の態度や報道のあり方も、考える機会となりました。
E	勝村さんの手記を繰り返しの新幹線で一気に読みました。正直言って自分が想像していた医療過誤とは全く次元が違うというか、もちろん当時の医療慣習の中での普通的な出来事だったのかもしれませんが、少なくとも裁判での発言は医療者の悪意に満ちあふれていて引き込まれました。30年前の出来事です。それでも20年ほど前に医師となり、医療安全やガバナンスなどという言葉は講義で聞いたことがない私の世代からみても衝撃的ですね。自分のしたことに真摯に責任をとれる医師でありたいと心から思いました。自分たちのしたことに責任をとれる病院であるということがCQSOの一つのテーマなのかもしれません。東洋の性善説信奉者の自分としては、腰わくば30年の月日がたつて、道徳に対する医療人の意識が向上しているであろうことを切に願います。また、勝村さんの置かれた背景を事前に知らずしてお話を伺ったのは、医療の質と安全を勉強する身としては失礼であったかなと思います。来年以降も勝村さんからのお話があるならば、事前に手記の存在はアウタンスがあってもよいかもしれません。
F	
G	
H	これからの日本の医療を創るために、実践に基づいた討議がもっと深いレベルで行われても良かったのではないかと思います。このレベルの受講生では講師の話は超絶別でしかなく、限られた時間を有効に使うために映像教材等は事前に学習してから出席する、一人一つは形式知の設置ではなく体験や実践に基づいた意見を発言する、など研修の真の目的を果たすための工夫が必要ないように感じました。

図 41

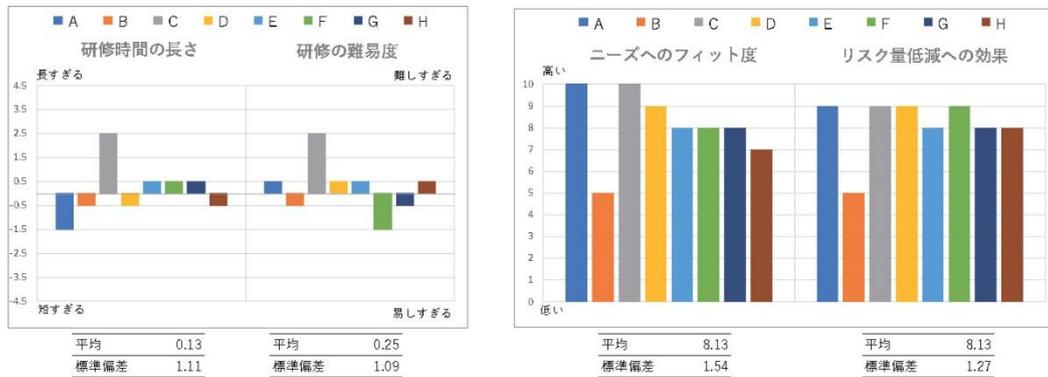
5-1-2_クリニカルパス



その他、ご意見等

A	クリニカルパスの成り立ち、医療安全と深く繋がっていることが理解できました。
B	パスの意義を再確認し、よりよい活用法の検討に役立つと思いました。
C	クリティカルインディケーターとクリニカルインディケーターなど混同しやすい用語の解説をしていただき勉強になりました。また、改善方法をクリニカルパスに如何に組み込むかなど自院での参考になりました。
D	管理を標準化するだけでなく、リスクを低下させる項目も入れることにより、安全に寄与できることがわかりました。
E	
F	
G	
H	実務は救急や集中治療という分野を中心としておりましたためクリニカルパスの概念には疎かったのですが分かり易い内容の講義を頂き大変参考になりました。

5-1-3_問題解決実践：現状把握（第2回）

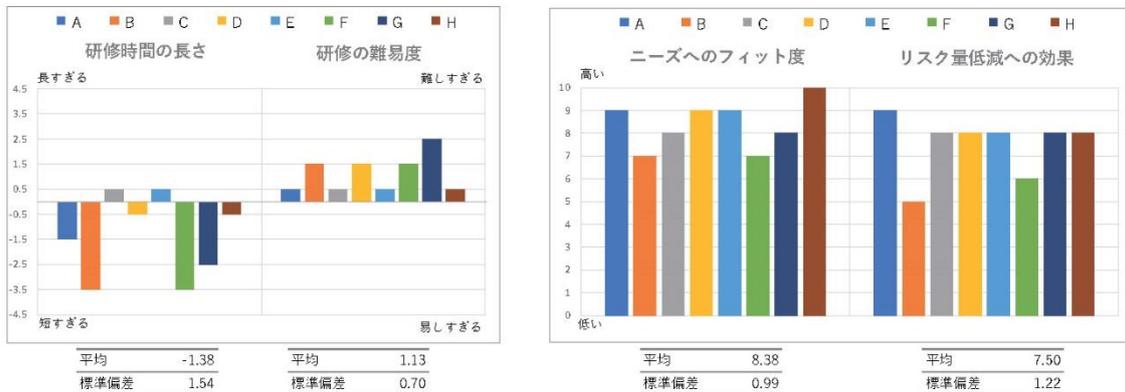


その他、ご意見等

A	自分で問題と書いても全体を俯瞰して見ると他の問題点も指摘してもらい大変有意義でした。
B	「現地・現物」の意味合いがより理解できた気がします。活動方法を改善していきたいと考えました。
C	先生のご指摘がとても参考になりました。
D	現状把握の項目として、アドバイスをいただけた。☑ 取り組む課題の具体的な項目の設定が容易ではないと考えられ、さらに現状を分析し検討が必要と考えられます。
E	
F	
G	
H	業務工程のプロセスを見直すには有益と考えますが実臨床の現場は属人的な要素が強く目的によっては産業界の改善手法そのものがそぐわないように感じます。新たな概念を身につけて長期的な視点で組織改革に活かすことを目的に引き続き学習させて頂きます。

図 42

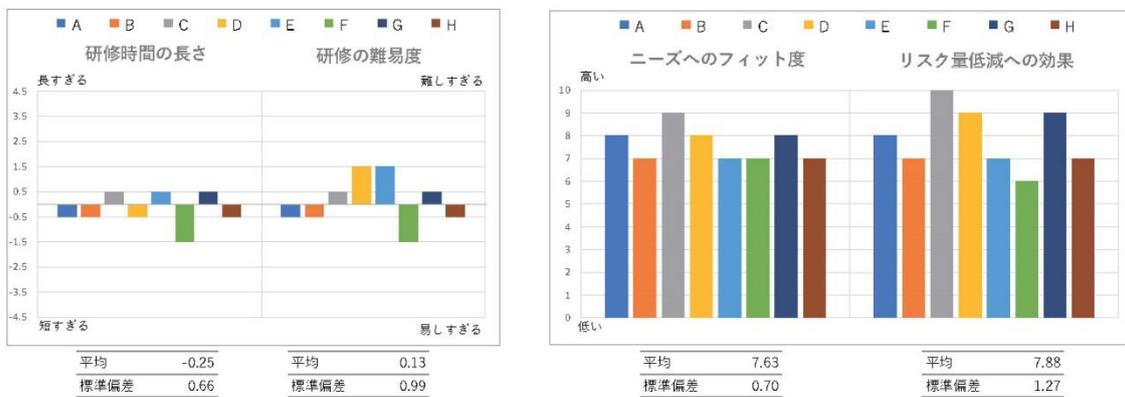
5-2-1_世界の動きを知る①WHO患者安全カリキュラムガイド



その他、ご意見等

A	自分自身でもまだ理解が十分でないですが、部署のRMにも理解がすすむと安全文化がさらに醸成していくと考えられました。
B	フランクにいろいろな情報を伝えて頂き、とても有意義な講義でした。もっと長い時間でもよかったと思います。
C	カリキュラムを通じて、世界基準の患者安全を理解できました。また相馬先生の考えをお聞きできたのもよかったです
D	WHO患者安全カリキュラムガイドを読もう読もうと思っていたがまともに読めずじまいになっていましたが、この講義で少しは読む機会を得ることができ、ポイントが分かった（気になった）。医療安全の考え方もためになりました。
E	スライドを提供してくれるなんて太っ腹です。
F	
G	
H	分かり易い内容で大変参考になりました。

5-2-2_医薬品安全管理者との連携

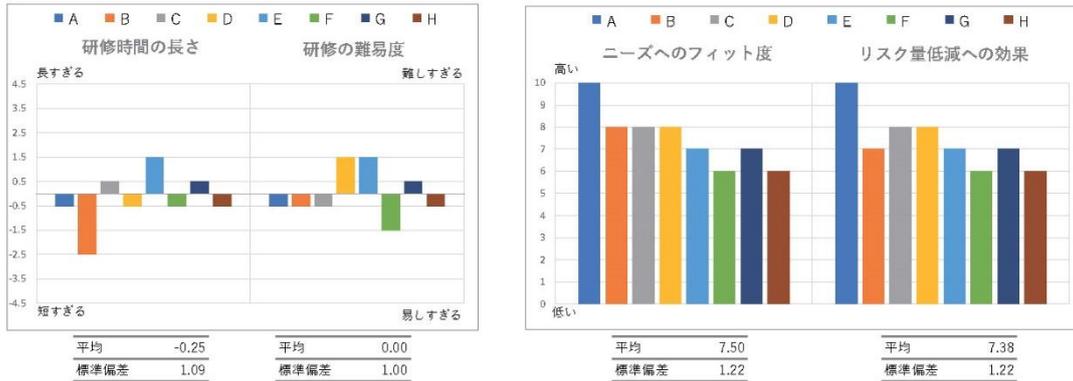


その他、ご意見等

A	過去、当院では安全管理部が知らないこともあったので、薬剤部との連携が重要と思いました。
B	医薬品安全管理責任者との協力体制の在り方についてとても参考になる講義でした。
C	後日、自院の医薬品安全管理者と共有しました。
D	医療安全において薬剤管理の重要性を改めて認識しました。☑ 自院の体制を確認しようと思います。
E	
F	
G	
H	法律の確認や他職種の業務を学ぶ上で有益でした。

図 43

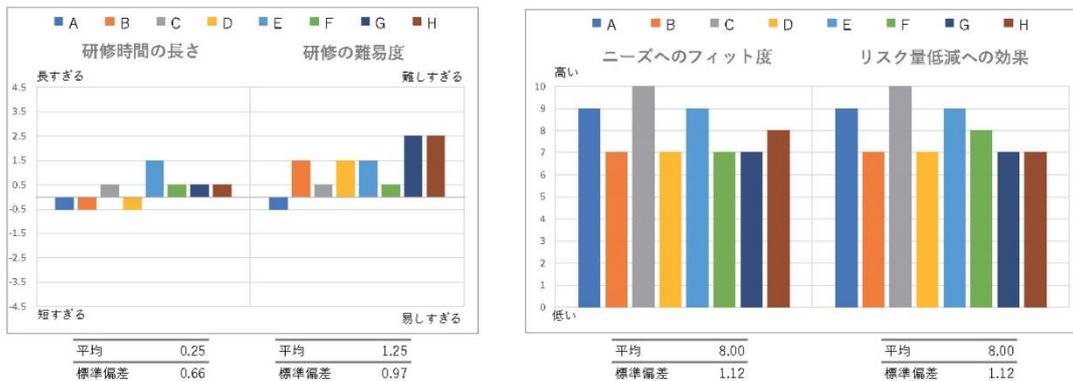
5-2-3 医療機器安全管理者との連携



その他、ご意見等

A	医療機器の管理が、医療安全の見ならず、病院の収益にも大きく影響することン事例が分かり大変参考になりました。
B	医療機器安全管理責任者の在り方や協力体制についてとても参考になる講義でした。☑ 医療機器の管理には長期的な視野での計画性が必要であり、そのような視点を持った安全管理責任者の存在はとても大きいと感じました。
C	医療機器と安全性は切っても切れない関係のため、実際にどのように安全性への取り組みを行っているかとても参考になりました。
D	医療機器管理も医療安全には重要であることが理解できた。☑ 自院の体制を確認する機会となりました。
E	
F	
G	
H	法律の確認や他職種の業務を学ぶ上で有益でした。

5-2-4 FMEA(Failure Mode and Effects Analysis)分析手法

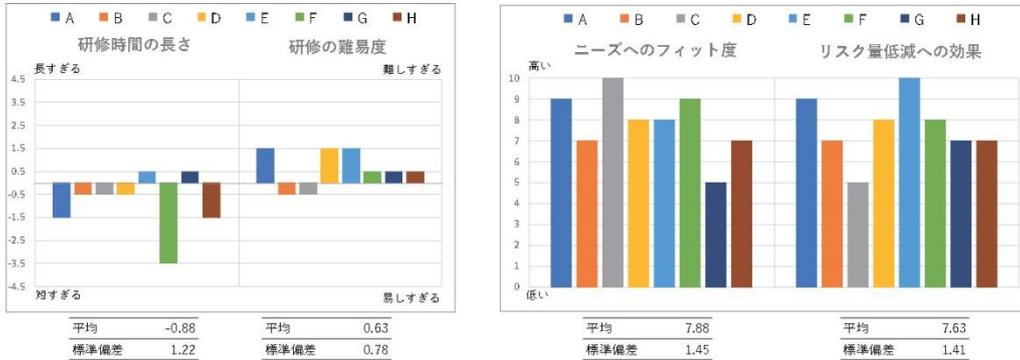


その他、ご意見等

A	概要説明ではあまり理解できていませんでしたが、実際に分析を行う中で理解が深まりました。あらかじめどこに重点を置いて対策を立てるかに役立てられると思います。
B	とてもハードルが高いと感じていたFMEAが体験でき、実践に結び付けていきたいと感じました。
C	実際に自院でも行いましたが、RCAよりも重点ポイントが明らかになり参考になりました。
D	FMEAという分析方法を初めて知りました。2班に分かれて行った演習では、影響度に等比を用いて算出しましたが、試しに影響度を等差1で計算してみたところ、等比の1位から4位までは等差1でも同じ順位になりました。等比5位以下は等差1の順位異なりました。
E	workにもう少し時間を割いてもよかったかも知れません。
F	
G	
H	新たな知見を学ぶ上で有益でした。しかしながら、理論を実践するには習熟が必要で日常の仕事に導入するにはハードルが高いと感じました。

図 44

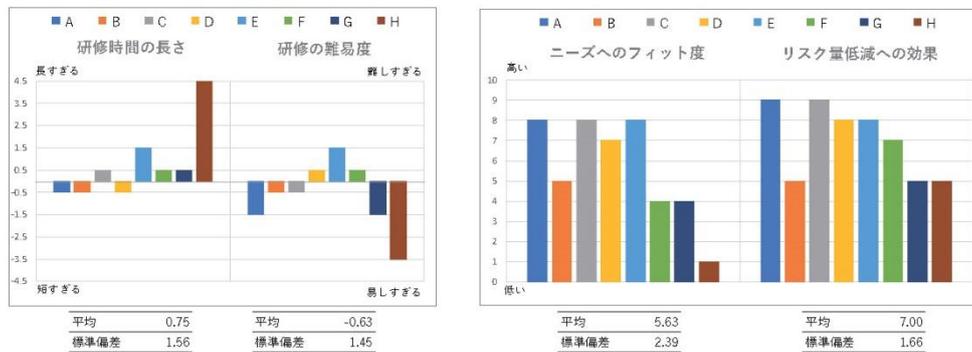
5-3-1_QI(Quality Indicator)とQI設定



その他、ご意見等

A	当院でのQIは、施設面だけで、どこから手を付ければよいかの状態です。病院全体でどのように統括して、QIを生かしていくかが今後の課題と思っています。
B	いろいろな視点からQIについて再確認することができ、有意義でした。QIをよりよい指標として活用できるように努力したいと感じました。
C	スライドも勉強になりましたが、小松先生の院内でQIをおくまでの流れがとても参考になりました。
D	当院ではQI設定はなく、病院として取り組まなければならないことを認識しました。部署ごとにTQM活動はしているため、それを延長すれば可能ではないかと後で思いました。数値化が必要であることもわかりました。
E	
F	
G	
H	あまり意識してこなかった概念であり大変参考になりました。しかしながら、ややもすれば測定することが目的となってしまう結果を活かして現場の問題を改善していくことや、測定できない問題を軽視してしまい兼ねない危うさも感じました。☒

5-3-2_院内救命、異常早期発見体制の構築

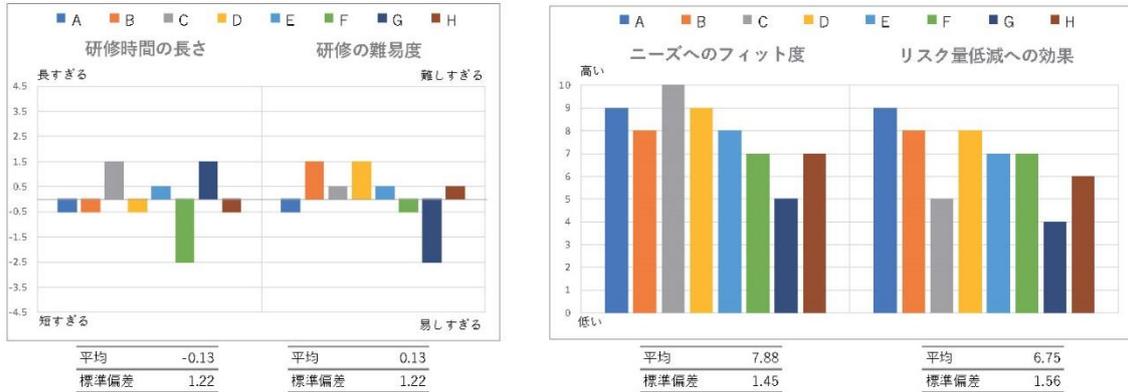


その他、ご意見等

A	RRSを導入するにあたり、講師の先生のご苦労がよくわかりました。当院では、救急部の協力により、RRS活動は行われているのですが、まかせきりとなっている問題点もあります。
B	RRSの重要性や普及のための努力、現場の雰囲気について、とても参考になりました。
C	RRSはある程度理解していたつもりであったので、RRSがない、または機能していない病院でどうやったら機能させることができるかの議論をもう少ししたかったです。
D	RRSを構築できればbetterであることは良くわかりました。マンパワーの問題はありますが、救命担当医師と一度相談してみるのはいかがでしょうか。
E	
F	
G	
H	自施設の結果をもってnegativeなメッセージを発信するのは許容できない価値観でした。Callingは医師や看護師ではなく患者や家族からの要請であってそれに応える使命感を持たない人間はリーダーには不適切です。また、RRS/METはSally2の実装で、他職種コミュニケーションの円滑化、急性期医療の現場における要としての役割、10-20年かけて組織文化を変革すること、などが本当の目的です。これからもこのテーマを講義に含めるのであればそうしたメッセージを伝える必要があると考えます。

図 45

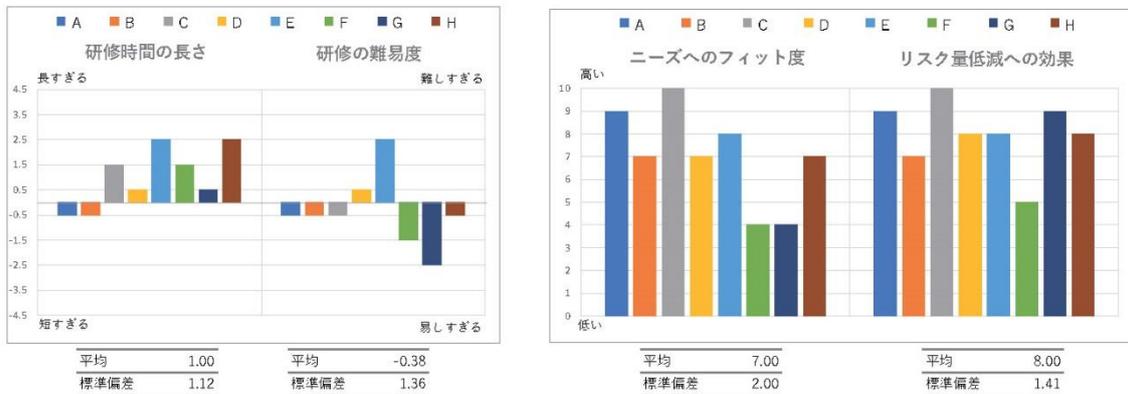
5-3-3 卒後教育プログラム責任者との連携



その他、ご意見等

A	鉄は熱いうちに打てが大事だと思いました。どのようにプログラムを組み立てて教育、評価していくかが大事であるかも分かりました。
B	研修医の先生方に医療安全に参加していただく事の重要性を再認識するとともに、教育についてももっと知識を持って対応していく必要性を認識できました。とても勉強になりました。
C	研修プログラムの変更に合わせて、より一層安全についての教育が必要と再認識しました。
D	卒後研修が重要であることともに、ベテラン医師への医療安全意識の浸透が不可欠で、その方略を考える基礎となりました。
E	講義の方法論が勉強になりました。
F	
G	
H	あまり意識することのない領域の話を大変丁寧にご講義頂き非常に参考になりました。

5-3-5_OJT「インシデント検討会」

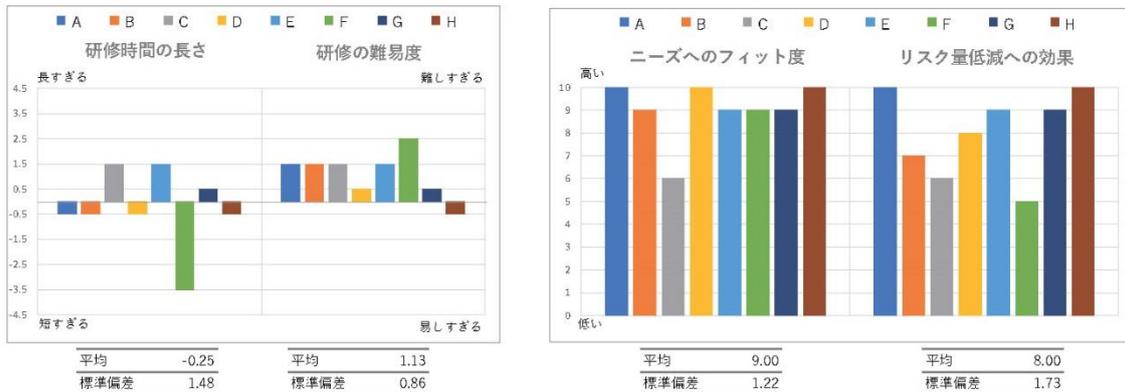


その他、ご意見等

A	病棟間でのリハビリの施行時間の伝達方法が異なっている点には、統一化など何かしらの改善が必要かと思いました。
B	実際の検討会の雰囲気や発言を聴き、検討会で活発な議論をしつつ、結論を導いていくのはとても難しいと肌で感じる事ができました。
C	リハビリの方々とのコミュニケーションの取り方なども参考になりました。
D	リハビリ部門のみでのインシデント検討会があること、それに積極的に取り組んでおられることに感銘しました。
E	
F	
G	
H	討議のための討議をするのでなく管理/適応/急変時の対応等、何が問題の本質かを明確にして適切な部署や部門とも情報を共有して時限を設けて具体的な解決や改善につなげていく方式とする方が費用対効果も高くなるように感じました。

図 46

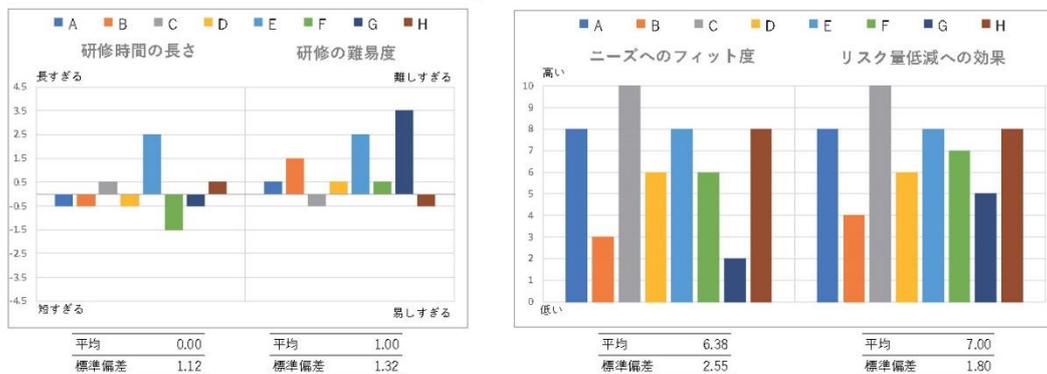
6-1-2_臨床・ガバナンス（後半）



その他、ご意見等

A	医療安全対策を行う上で、協力の得られにくい医師に対する方法を学ぶことができた。これまでより積極的に係る必要性を感じた。
B	他では聞けないような内容で、具体的な議論ができ、とても興味深かった。
C	
D	difficult doctorへの具体的な対策を学ぶことができて良かったです。
E	
F	
G	
H	管理責任者となるにあたり何を知っておく必要があり現実問題に遭遇した場合は如何に対応すれば良いかについての実践知に基づいた講義内容で非常に有益でした。

6-1-3 質向上戦略の構築

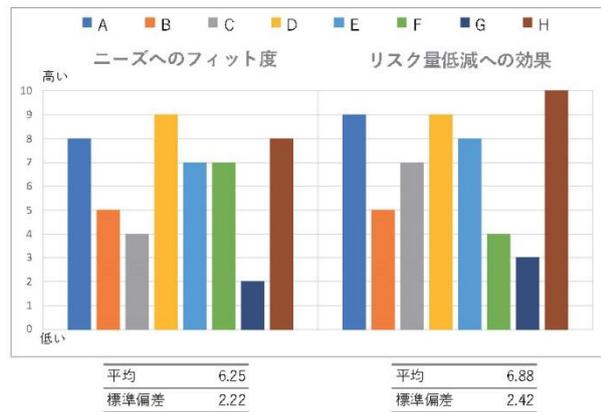
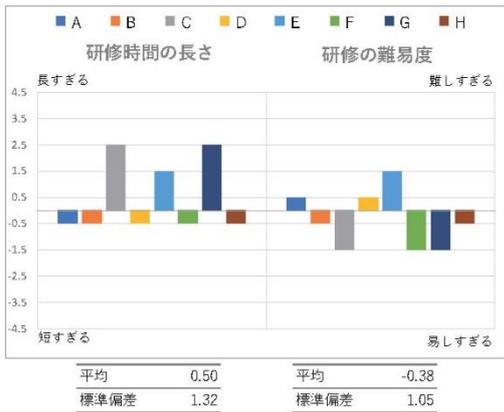


その他、ご意見等

A	リーダーシップは病院長だけでなく、その部署やまとまりごとに必要で、それぞれの果たす役割が重要であることも学ぶことができた。
B	現在の院内での立場からは、あまり行動に影響はしないが、考え方を知っておくことはとても勉強になった。
C	
D	まず目指すという姿勢が響きました。☑ リーダーシップの考え方とスピーチについて学びました。
E	もう少しWORKの時間があってもよかったかも知れません。
F	
G	実際の現場に落とし込むのが難しかった。前半の講義が☑ スライドをなぞるように読むことが中心だったので、もう少し医療現場に落とし込んでもらえるとうよかった。グループでやったことを全体にフィードバックする時間があればよかったかと思う
H	座学では対話の重要性についての講義が参考になりました。演習のスピーチが非常に有益でもう少し多くの時間が割かれても良いと感じました。

図 47

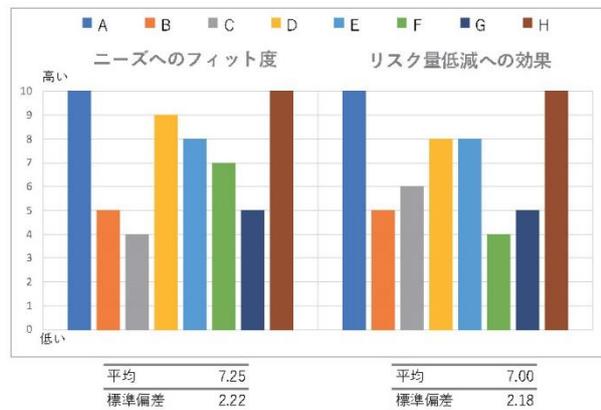
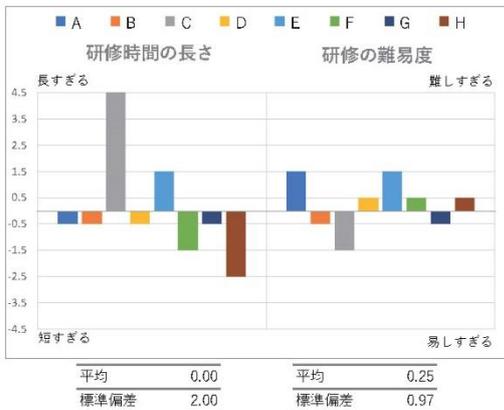
6-2-1_感染概論



その他、ご意見等

A	サーベイランスなど感染対策の手法は医療安全にも応用が必要と思われた。
B	他院の感染管理の実際やリスクマネジメントを学ぶことができて良かった。
C	
D	手指衛生の重要性を改めて認識できました。
E	
F	
G	
H	基本から丁寧に解説して頂き大変参考になりました。

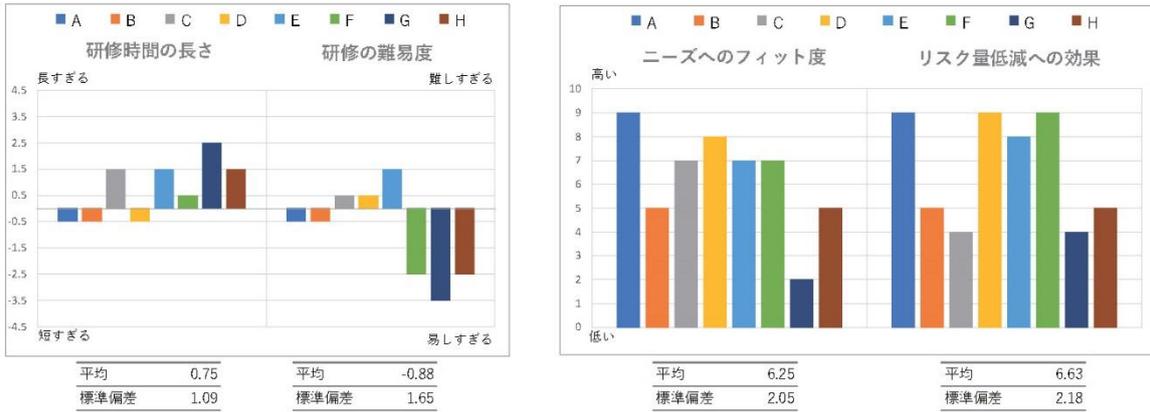
6-2-2_アウトブレイク対策



その他、ご意見等

A	自施設でもアウトブレイクを経験しているが、医療安全としてのかかわりが少なかったと思い反省させられた。今後は、より関わるの必要性を感じた。
B	医療安全との連携の方法も含め、具体例も示されて、とても勉強になった。
C	
D	アウトブレイク時の対応が良くわかりました。
E	
F	
G	
H	非常に重要なテーマでありもっと時間が多く割かれても良いテーマだと感じました。

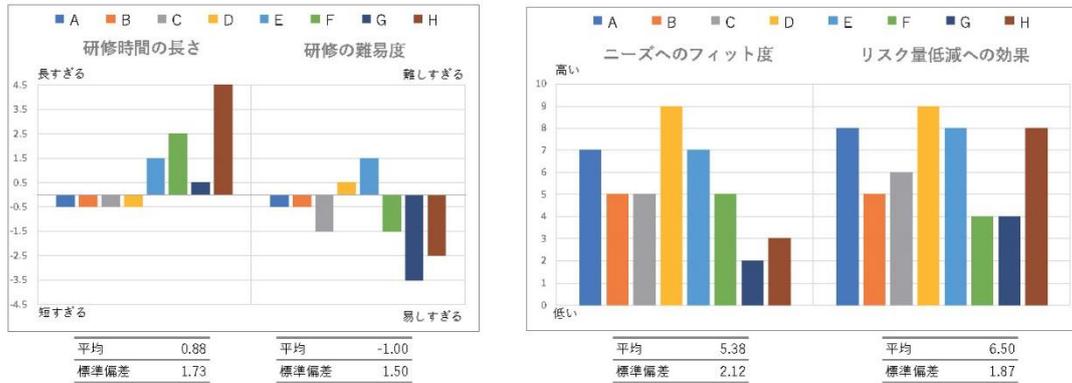
6-2-3_手指衛生



その他、ご意見等

A	手指衛生は、重要であるにもかかわらず、遵守率の向上には、簡単なようで難しさが改めて分かった。
B	院内の様子を見学できて興味深かった。
C	
D	ラウンドで手指衛生の遵守の確認方法が良くわかりました。タブレットで集計できるようになっているのはさすがと思いました。
E	
F	
G	
H	大事なテーマですが少し長いように感じました。

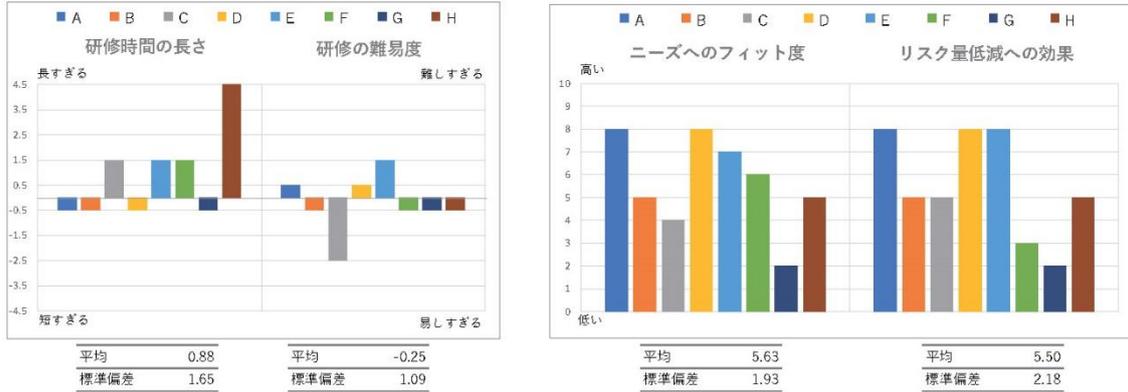
6-2-4_感染ラウンド



その他、ご意見等

A	実際の病棟では、部屋への入室時の手指消毒がなされていない職員もおり、遵守を浸透させることの苦労がうかがえた。カードを利用した手指消毒の啓発活動は、有用と考えられた。
B	
C	
D	前項目と同じです。
E	
F	
G	
H	学生や感染症科を研修する医師にはとても充実した内容ですが安全管理の最高責任者を養成するという今回の目的に対しては時間配分が多すぎるように感じました。

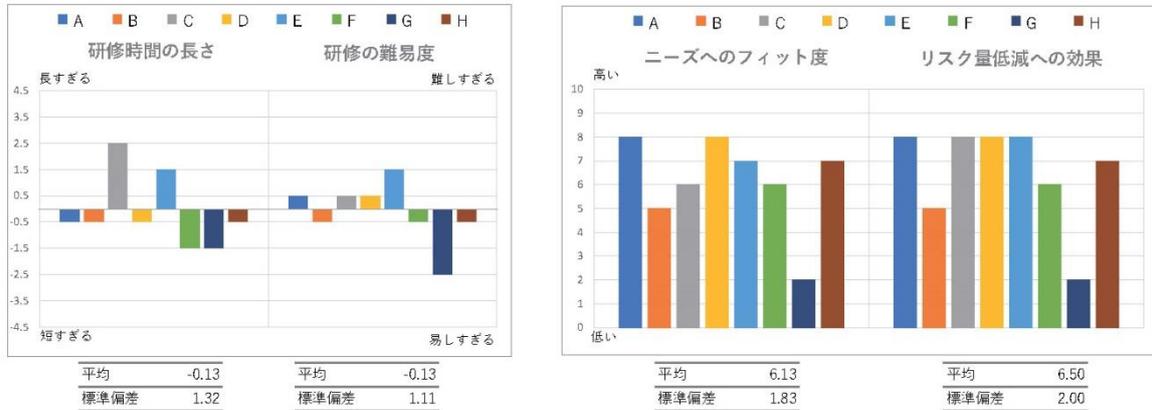
6-3-1 抗菌剤の適正使用



その他、ご意見等

A	診療科への働き掛けに応じない診療科もあるとことで、感染部門の方々の苦労がうかがえた。細かく症例を見て検討されていたことも分かった。
B	他院の感染対策の現状を確認できてとても興味深かった。
C	
D	適正使用について理解が深まりました。
E	
F	
G	感染全般で1コマ程度でよいかと思う。
H	学生や感染症科を研修する医師にはとても素晴らしい講義でしたが安全管理の最高責任者を養成するという今回の目的に対しては時間配分が多すぎるように感じました。

6-3-2_サーベイランス

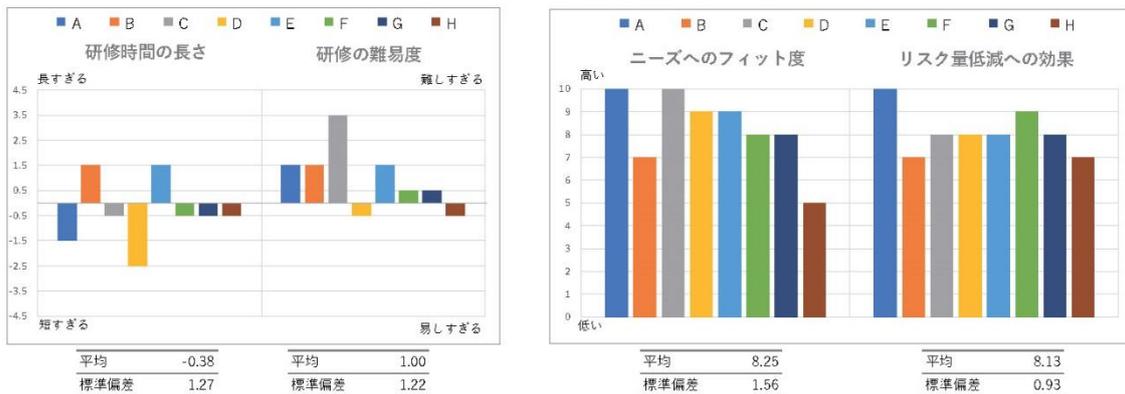


その他、ご意見等

A	感染部での介入事案の進捗状況の確認、情報共有など綿密に行われていることが分かった。
B	他院の感染対策の現状を確認できてとても興味深かった。
C	
D	中央感染制御部の専従医師が6名おられることには驚きました。彼らの推奨や指導が活かされていない診療科もあるのは大学病院あるあると感じました。
E	
F	
G	
H	サーベイランスを行う目的がよく解りました。

図 50

6-3-3_問題解決実践：要因解析（第3回）

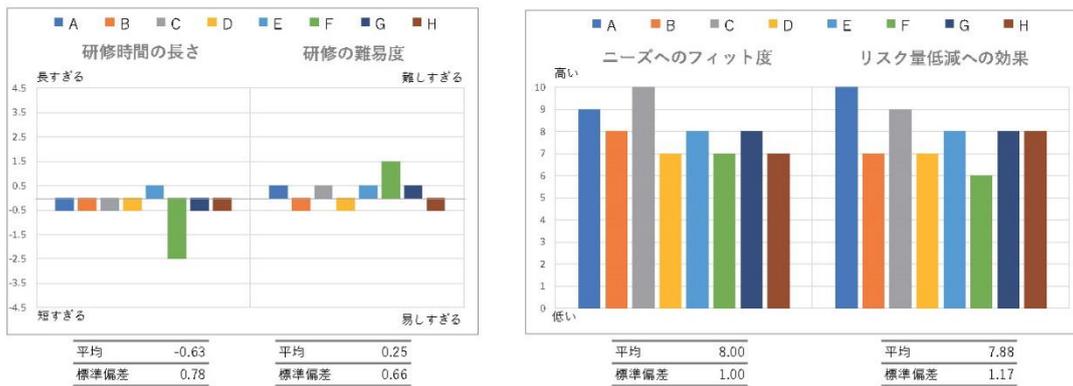


その他、ご意見等

A	様々な意見や自施設のメンバーだけでは気づかない点もアドバイスを受けることができました。中間報告会のA3様式にうまくまとめられるかは心配ではあるが、分かりやすくなり、見える化が図られることも分かった。
B	真因に迫る要因解析の難しさを実感しました。
C	
D	短時間ですが、皆の意見を聞けるのがありがたいです。しかし、時間が足りないと感じました。
E	
F	
G	
H	

図 51

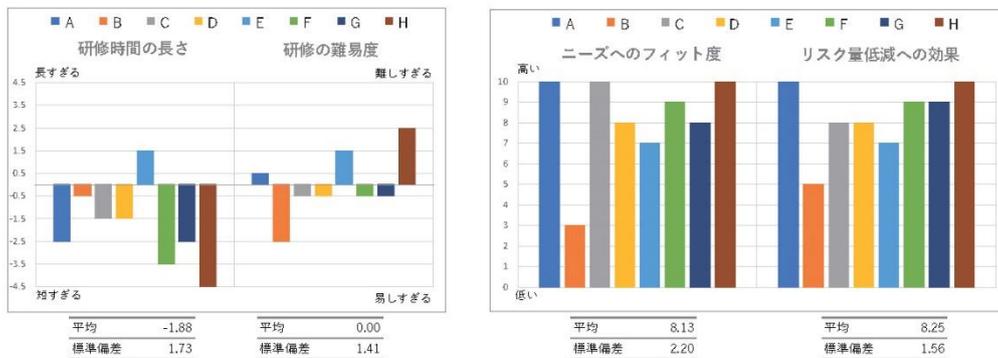
7-1-1 医療現場における患者問題行動



その他、ご意見等

A	ちょうど自施設でも患者暴力の事例があり、タイムリーに学ぶことができました。マニュアルはありますが、集約して検討していないため、体制作りは必要だと思います。
B	他であまり聞けない実際の話を聞くことができ、とても勉強になりました。
C	講義として学んだことがなかったため勉強になりました
D	当院にも警察OBが常駐しておりますが、やはり夜間休日の救急外来での常駐が理想と思われました。
E	
F	
G	
H	現場ではよくある事象です。受講生からも具体的な事例を募り対応の妥当性、法的根拠等について北野先生のお知恵も借りて討議することを取り入れることも有益と考えます。

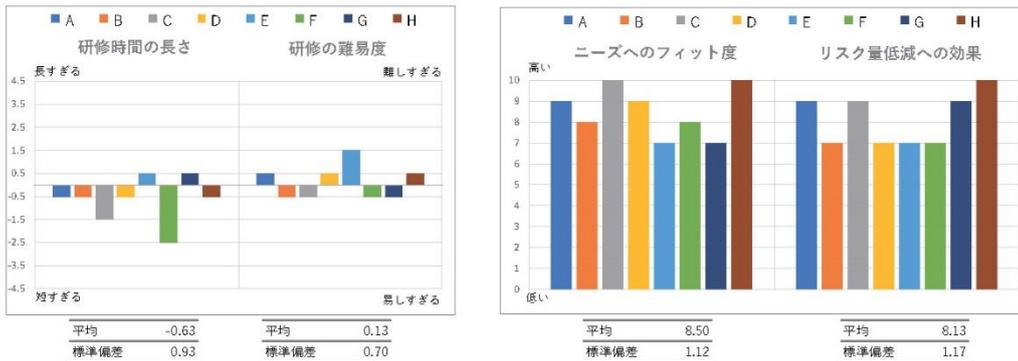
7-1-2 患者相談・対話推進業務の理解と応用



その他、ご意見等

A	患者、家族に聞くことが、いかに医療安全の対策に役立つことが、分かりました。事故の医療者、患者家族療法の方のお話が聞けたことは、貴重な講義でした。
B	とても貴重な話でとても勉強になりましたが、たまたまで大変申し訳ないのですが、医療安全管理者講習会でほぼ同じ話を聞いており、CQSOのために特に新しい情報が少なかったので、少し残念でした。
C	対話推進者の本質が理解できた。時間もう少し欲しかったです
D	事故当事者の高山さん講演のビデオが非常に印象的でした。☑ 豊田さんのお話も有益でした。
E	
F	
G	
H	とても大事なテーマです。今回は時間が短すぎたと感じました。表面的な講義に留めず掘り下げたレベルでの情報共有や討議も必要であり次回以降はご検討頂ければありがたいです。

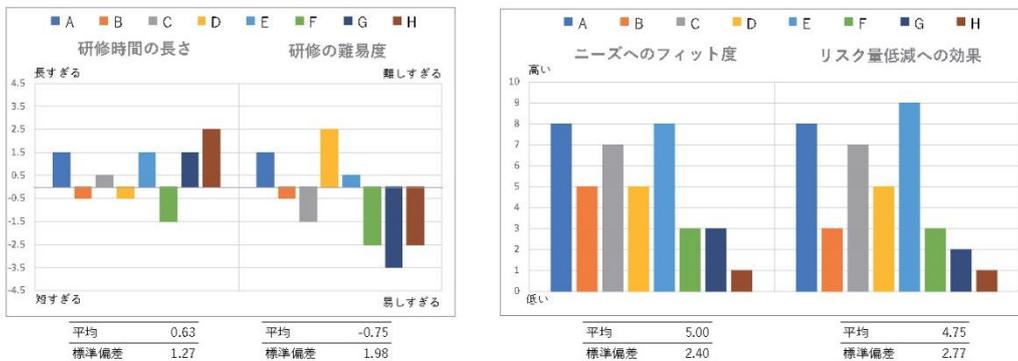
7-1-3 院内弁護士活動



その他、ご意見等

A	顧問弁護士への相談は行っていますが、近くに弁護士の方がいないため、相談は非常にありがたいと思います。山本先生、大島先生の質問は当院でも過去悩むことがあり参考になりました。
B	自分の疑問について、全体での議論が深められ、とても良かったです。
C	
D	自院の事例について何うことができありがたかったです。☑ 基本姿勢を確認できました。
E	
F	
G	
H	とても大事なテーマで勉強になりました。今回は中間発表の提出期限と重なり受講生が質問したい内容を事前に準備する時間が少なかったように感じました。次回からは課題提出の期限なども勘案した上で開講日を選定して頂ければありがたいです。

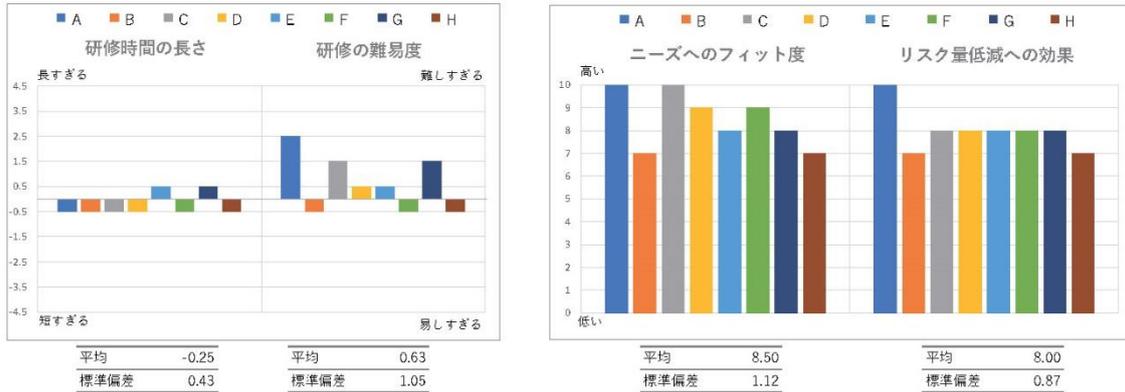
7-1-4 世界の動きを知る②JCとJCI



その他、ご意見等

A	当院では、医療機能評価を受審したため、同じ内容ではありませんでしたが、理解できましたし、違う点も分かりました。患者目線での視点は変わらないため、参考になりました。
B	世界の現状を知ることができたが、日々の実感とは少し乖離があるような気がしてしまった。
C	今までの講義と一部重複していたため、内容を当日の審査などに絞るのもありかと思いました
D	外観だけ少し理解できた印象です。
E	
F	
G	
H	CQSOの講座としては不要と感じました。長尾先生が名大を舞台に実践しておられる医療安全の実際には関心がありますが、病院を評価する指標の一つに過ぎないJCIや名大のものに興味はありません。何を受講生に習得して貰うことがCQSOの本質かを再検討した上で次年度の以降の継続を判断する必要があると考えます。

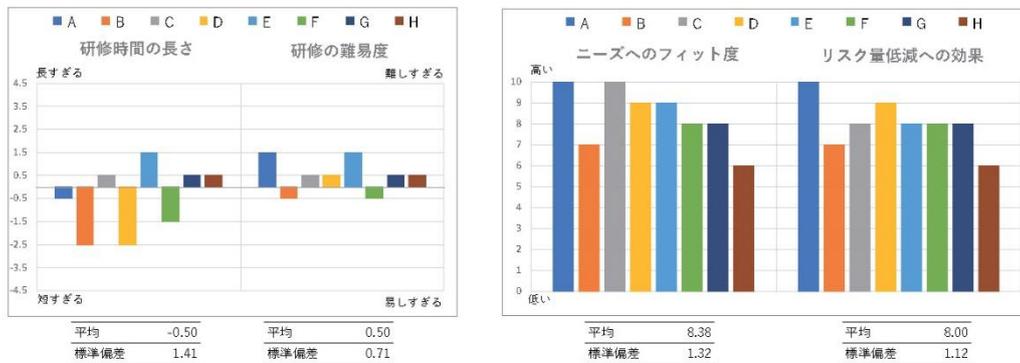
7-2-1_問題解決実践：中間発表（第4回）



その他、ご意見等

A	バツ目見た目に分かりやすい記載になっておらず、要因解析も十分されていない点を指摘され、作成しているときには気づいていなかったため、要因の掘り下げが足りていないと思いました。
B	他の受講生の発表や厚労科研の班員の先生方のご意見を聞いて勉強になりました。
C	他の先生方のご意見参考になりました
D	中間発表をしてみて、A3内にいかにストーリー性をもってまとめるかが、重要かつ容易ではないことを再認識しました。
E	
F	
G	
H	討議の内容が大変参考になりました。

7-2-2_問題解決実践：中間発表 Feedback（第5回）

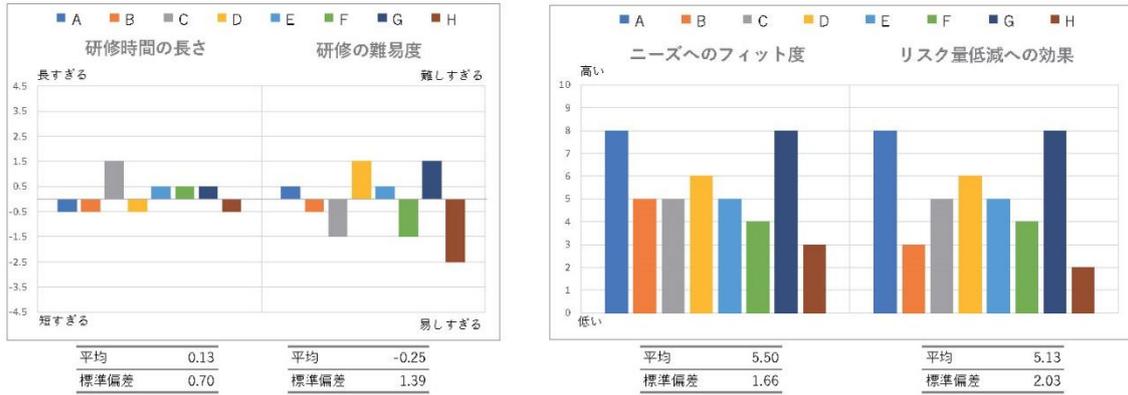


その他、ご意見等

A	対策と実行計画を今後実現していくことで初めて、問題解決実践の真骨頂だと思います。これを実現させてこそ、この6か月が笑えるものになると思っています。
B	もっと各テーマについて議論が尽くせると良いと思いました。
C	
D	自身のテーマに対する視点が多々あるため、アドバイスは非常にありがたいですが、どのように取り組み進めるのがbestなのか、betterで済ませてしまいたくない気持ちもあり、正直悩みます。
E	
F	
G	
H	トヨタ式の問題解決手法はこれからの医療安全活動におけるリテラシーになりうるべきものであって、短期の評価で是非を問うたり即効性を期待するような安撫なものではないと感じました。組織改革には最低でも3-5年は必要で半年程度の講座で成果を求めることじたいに無理があるように思います。

図 54

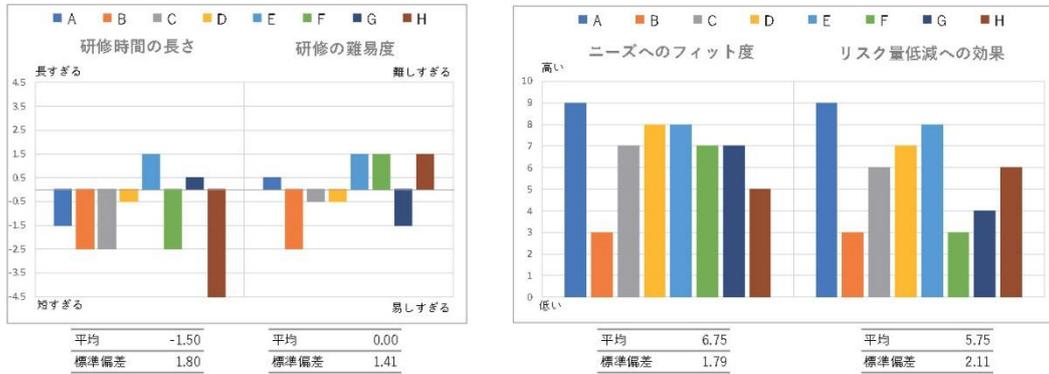
7-3-2_世界の動きを知る③閣僚級世界安全サミット報告・国際学会の動き



その他、ご意見等

A	国際社会での患者安全の意識の高さが、分かりました。自施設での取り組みが、海外でも評価されることが十分あるのではないかと思います、励みになりました。
B	世界の現状と日本の立ち位置がわかり、勉強になりました。
C	閣僚級サミットの内容などもう少し詳細に知りたかった。
D	全く知らない内容であったため、経過・経緯をただ聞くだけとなりました。このような業務を担っている医師がいることを認識した次第です。
E	
F	
G	1ヶ月前に講演を聞いたため、わざわざ内容がかぶらないように考慮していただき感謝しています。
H	勉強になりました。

7-3-3_フリーディスカッションによる知の創出



その他、ご意見等

A	鹿児島県は高齢者が多く、離島を抱える医療圏です。遠隔医療、在宅における患者安全など自施設だけでは無い県下で、取り組むべき課題が数多くあると考えています。
B	発散的な議論がもう少し行えるとさらに良かった。
C	先生方と議論を通じて、今までの復習ができました。
D	同期のメンバーの思いを聞くことができて良かったです。☑ 来年度に生かすとのことで、好き勝手なことも述べましたが、後で改めて思いましたが☑ CQSO養成のプログラム作成と準備を行うことの大変さを考えると、教官の先生方に敬服と感謝の気持ちでいっぱいです。ありがとうございました。
E	
F	
G	
H	非常に面白かったです。着座はブレインストーミングを行う時のような形式がよく討議はもっとファシリテートしてもよいよう感じました。

医療安全人材養成システム評価体制

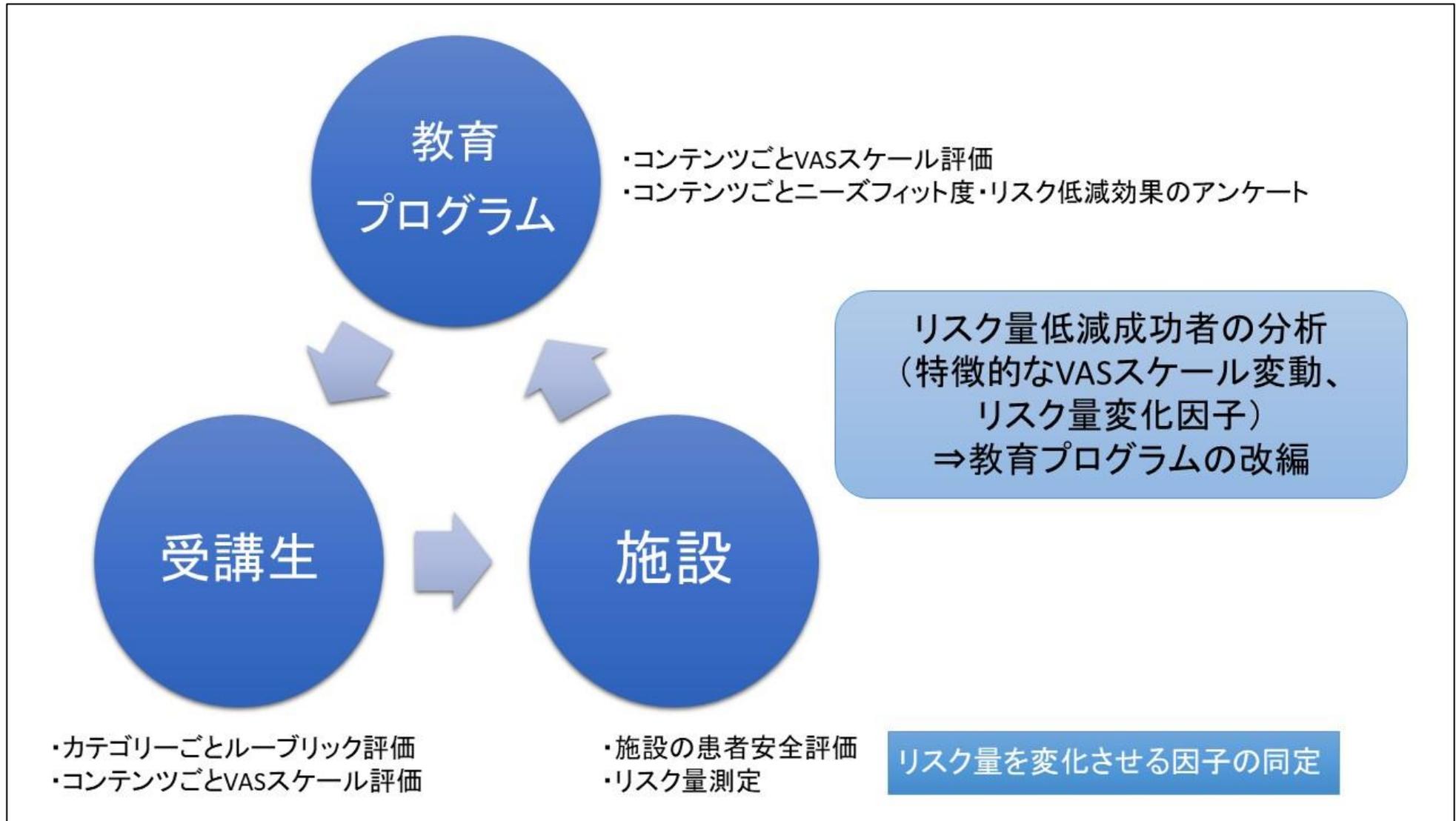


図 56

名大病院における医療過誤による医療費(測定対象:2011年4月~2018年3月)と全国推計。訴訟費用・賠償費用は含まない。

結果 全国の負担金額推計

	高度急性期 ・急性期 病床数	入院 患者数	手術件数	全身麻酔 件数
名大病院・・・①	985(床)	20,608(人)	10,470(件)	5,181(件)
全国・・・②	530,249 (床)	11,167,287 (人)	4,931,250 (件)	2,166,051 (件)
名大の負担金額 7年の平均・・・③	4,364(千円)			
係数 (②÷①)・・・④	× 538	× 542	× 471	× 418
全国の負担金額 推計(③×④)	2,347,771 (千円)	2,365,227 (千円)	2,055,391 (千円)	1,824,105 (千円)

18～24億円

図 57

令和2年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 **名古屋大学**
所属研究機関長 職名 **医学部附属病院長**
氏名 **小寺 泰弘** 印

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

- 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医療安全管理体制の可視化と人材育成のための研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 名古屋大学医学部附属病院・教授
(氏名・フリガナ) 長尾 能雅・ナガオ ヨシマサ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

機関名 自治医科大学
 所属研究機関長 職名 学長
 氏名 永井 良三 印



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

1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 医療安全管理体制の可視化と人材育成のための研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部 教授

(氏名・フリガナ) 遠山 信幸 (トオヤマ ノブユキ)

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 北海道大学
 所属研究機関長 職名 総長職務代理
 氏名 笠原 正典



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

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 医療安全管理体制の可視化と人材育成のための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 北海道大学病院・教授
 (氏名・フリガナ) 南須原 康行・ナスハラ ヤスユキ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

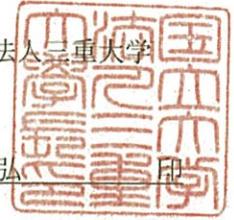
研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

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

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

機関名 国立大学法人三重大学
 所属研究機関長 職名 学長
 氏名 駒田 美弘



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

- 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医療安全管理体制の可視化と人材育成のための研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 医学部附属病院・教授
 (氏名・フリガナ) 兼児 敏浩・カネコ トシヒロ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

令和2年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 林 由起子



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

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 医療安全管理体制の可視化と人材育成のための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部・准教授
- (氏名・フリガナ) 浦松 雅史・ウラマツ マサシ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

令和2年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 **北里大学病院**

所属研究機関長 職名

氏名 **院長岩村正嗣**



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

- 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医療安全管理体制の可視化と人材育成のための研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 北里大学病院
(氏名・フリガナ) 荒井有美 アライユミ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

令和2年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 **名古屋大学**
所属研究機関長 職名 **医学部附属病院長**
氏名 **小寺 泰弘** 印

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

- 1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業
- 2. 研究課題名 医療安全管理体制の可視化と人材育成のための研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 名古屋大学医学部附属病院・講師
(氏名・フリガナ) 深見 達弥・フカミ タツヤ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

厚生労働大臣 殿

機関名 **名古屋大学**
 所属研究機関長 職名 **医学部附属病院長**
 氏名 **小寺 泰弘** 印

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

- 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医療安全管理体制の可視化と人材育成のための研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 名古屋大学医学部附属病院・助教
 (氏名・フリガナ) 梅村 朋・ウメムラ トモミ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

厚生労働大臣 殿

機関名 **名古屋大学**
 所属研究機関長 職名 **医学部附属病院長**
 氏名 **小寺 泰弘** 印

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

- 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医療安全管理体制の可視化と人材育成のための研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 名古屋大学医学部附属病院・研究員
 (氏名・フリガナ) 植村 政和・ウエムラ マサカズ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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