

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

平成 30 年度～令和元年度 総合研究報告書

研究代表者 長尾 能雅

令和 2 (2020) 年 3 月

## 目次

|                                        |    |
|----------------------------------------|----|
| I. 総合研究報告 .....                        | 1  |
| A. 研究目的 .....                          | 2  |
| B. 研究方法 .....                          | 3  |
| (1) インシデントレポートの自動重み付けと施設別リスク量の算出 ..... | 3  |
| (2) 教育プログラムの策定・実施、効果測定、プログラムの改訂 .....  | 4  |
| C. 研究結果 .....                          | 4  |
| (1) インシデントレポートの自動重み付けと施設別リスク量の算出 ..... | 4  |
| (2) 教育プログラムの策定・実施、効果測定、プログラムの改訂 .....  | 7  |
| D. 考察 .....                            | 7  |
| E. 結論 .....                            | 9  |
| F. 健康危険情報 .....                        | 9  |
| G. 研究発表 .....                          | 9  |
| H. 知的財産権の出願・登録状況 .....                 | 10 |
| II. 事後評価報告資料 .....                     | 11 |
| III. 研究班会議議事録 .....                    | 20 |
| IV. 参考資料 .....                         | 40 |

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

平成 30 年度～令和元年度 総合研究報告書

研究代表者 長尾 能雅

令和 2 (2020) 年 3 月

## 目次

|                                        |    |
|----------------------------------------|----|
| I. 総合研究報告 .....                        | 1  |
| A. 研究目的 .....                          | 2  |
| B. 研究方法 .....                          | 3  |
| (1) インシデントレポートの自動重み付けと施設別リスク量の算出 ..... | 3  |
| (2) 教育プログラムの策定・実施、効果測定、プログラムの改訂 .....  | 4  |
| C. 研究結果 .....                          | 4  |
| (1) インシデントレポートの自動重み付けと施設別リスク量の算出 ..... | 4  |
| (2) 教育プログラムの策定・実施、効果測定、プログラムの改訂 .....  | 7  |
| D. 考察 .....                            | 7  |
| E. 結論 .....                            | 9  |
| F. 健康危険情報 .....                        | 9  |
| G. 研究発表 .....                          | 9  |
| H. 知的財産権の出願・登録状況 .....                 | 10 |
| II. 事後評価報告資料 .....                     | 11 |
| III. 研究班会議議事録 .....                    | 20 |
| IV. 参考資料 .....                         | 40 |





## 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学系研究科 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. 総合研究報告

### 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) 総合研究報告書

#### 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 65)。
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 66～図 114)。
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 115)。

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続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) インシデントレポートの自動重み付けと施設別リスク量の算出

多くの医療機関では、日常的に職員からインシデントレポート（以下、レポート）を集積し、平時の改善活動に活用してい

る。このレポートを機械学習の技術を用いて分析することにより、医療機関に潜在するリスクを数値化することを試みた。

### ① TERM スコア、レポートスコア、組織スコア

名古屋大学医学部附属病院（以下、名大病院）の医療安全管理者（以下、GRM (General Risk Manager)）は、全てのレポートについて、患者に重症なことが起きたかどうか、医療行為に過失があったかどうかを判定している（図 2、図 3）。この判定結果を教師データとして、機械的に言葉に重み（以下、Term スコア）をつける。具体的には、ある言葉について、重症と判断されたレポート群に出現する割合と、重症と判断されなかったレポート群に出現する割合の比をとりこれを重症 Term スコアとする（図 6）。同様に、過失 Term スコアを算出する（図 7）。このようにして、言葉一つ一つに重症 Term スコアと過失 Term スコアを算出する。

次に、レポートごとに、そのレポートに含まれる全ての言葉の Term スコアの平均値を計算し、これをレポートスコアとし、さらに、組織（施設または部署）ごとに、その組織に含まれる全てのレポートのスコアの平均値を計算し、これを組織のスコアとする（図 9）。レポートスコアと組織スコアにはそれぞれに重症スコアと過失スコアがある。

### ② リスクスコア

本研究においては、レポートの重症ス

コアと過失スコアを組み合わせることでレポートのリスクスコアを定義する。組み合わせ方には、加算、乗算等、いくつかの方法が考えられ(図 10)、GRMのリスク評価と最も一致する組み合わせ方を探索する。

### ③ 報告量に応じたリスクスコア(リスク偏差)

組織によって報告量が異なり、およそ、報告量が多い部署は、重症度や過失度が低いレポートも多く作成し、報告量が少ない部署は、重症度や過失度が低いレポートはあまり作成していない、ということは経験的に知るところである。組織のリスクスコア(レポートのリスクスコアの平均値)をとった場合、報告量が多い部署のリスクスコアは低い傾向に、報告量が少ない部署のリスクスコアは高い傾向となる。共同研究施設における部署の報告量とリスクスコアを調べ、報告量による標準的なリスクスコアを算定し、この標準的なリスクスコアとの乖離(以下、リスク偏差)を算出することで、報告量の異なる組織のリスクスコアの比較を可能とする。

### ④ インパクトスコア、インパクト偏差

リスクスコア(およびリスク偏差)は、GRMの過失判断と重症判断を基に機械的に算出される指標である。一方で、過失判断や重症判断とは別に、重要かどうかも判断しており、複数のGRMが重要と判断したレポートを基に、新たに算出したスコアをインパクトスコアとする(図 8)。

インパクトスコアも報告量に応じた標準的なスコアを算出することができ、この標準値との乖離をインパクト偏差とする。

以上の名大病院の GRM の判断を教師データとした各種スコア・偏差の連関を図 5 に示す。

### (2) 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 115)。

### C. 研究結果

#### (1) インシデントレポートの自動重み付けと施設別リスク量の算出

本研究においては、名大病院における GRM が過去にレポートを判別した結果を教師データとしている。GRM は複数人で構成され、人の入れ替わりもあるた

め、過去の GRM と現在の GRM で判断が一致するかを確認したところ、重症判断、過失判断について、概ね判断は一致した(図 4)。

本研究では過失スコアと重症スコアを組み合わせるリスクスコアを定義する。過失スコアと重症スコアの組み合わせ方として図 10 の 10 パターンを挙げた。パターン⑩については、過失スコア、重症スコア以外に、報告量と多様性が含まれる。パターン⑨、⑩における「AHP 分析による重み付け」とは、階層分析法(AHP)を用いて、過失と重症、過失と報告量、過失と多様性、重症と報告量、といったように各要素の重みを1対1で比較し、総合的に、過失、重症、報告量、多様性の重みの比重を求めることである。研究分担者に、過失、重症、報告量、多様性の重みについてアンケートをとり、AHPを行った結果が図 11 であり、全員の平均値をとった結果が図 12 である。各重みは過失が 41.06、重症が 32.45、報告量が 18.89、多様性が 7.61 となった。パターン⑨、⑩は各スコアに各重みの割合を掛け、これらを合計したものである。パターン①～⑩のどれが最適であるか、研究分担者がインシデントの種類についてリスク評価を行い、スコアによるインシデントの種類リスク評価(図 15)との一致度を比較した。研究分担者内の評価は概ね一致していた(図 13、図 14)。①～⑩の方法によって機械的にインシデントの種類リスク評価を行った結果、研究分担

者の評価と最も一致したパターンは⑨であった(図 16)。本研究においてはリスクスコアの算出方法として⑨を採用した。

⑨の方法を用いて共同研究施設のリスクスコアを比較した結果が図 17 である。図 18 は共同研究施設の職種の比較、図 19 は医師部署の比較、図 20 は看護師部署の比較、図 21 はメディカルスタッフ部署のリスクスコアの比較である。

次に、各病院の部署のリスクスコアの推移を示す(各病院の一部の部署、図 22～図 27)。青線は各月のリスクスコア、緑線は各月前後1ヶ月を含めた3ヶ月間の移動平均、赤線は各月前後2ヶ月を含めた5ヶ月間の移動平均である。各病院の各部署のリスクスコアの推移と、各部署の現場管理者の変更または重症事例の発生に関連について、統計学検定を行ったところ、「中程度の関連あり」との結果となった(図 28、図 29)。

図 30 は部署ごとのインパクトスコア(平均値)と1年当たり・1人あたりの報告量の関係を示した散布図である。報告量が多い部署はインパクトスコア(平均値)が低い傾向に、報告量が多い部署はインパクトスコア(平均値)が高い傾向にある。図 31 は報告量1単位ごとにインパクトスコアの分布を箱ひげ図で示したものである。太線の中央値が曲線を描くように見える。図 32 は中央値をスプラインで近似した曲線である。同様にリスクスコアと報告量の関係を示したものが図 33、過失スコアと報告量の関係を示したもの



が図 34、重症スコアと報告量の関係を示したものが図 35 である。これらの曲線から、報告量に応じた標準的なスコアが求まる。ある部署のスコア(平均値)と報告量が測定されたとき、その部署の報告量に応じた標準的なスコアと実際に測定されたスコアの差を計算し、これを偏差と定義する。この偏差によって、報告量がことなる部署同士のスコアの比較が可能となる。

共同研究施設の各診療科のリスク偏差を比較したものが図 36～図 40 である。同様に過失偏差、重症偏差、インパクト偏差の比較も可能である。

図 41 は、共同研究施設の部署の重症偏差と過失偏差の散布図である。およそ医師部署は重症偏差が高く、過失偏差は低く、メディカルスタッフ部署は重症編が小さく、過失偏差が高く、看護師部署はその中間という位置づけとなった。

図 42 は、名大病院の部署のリスク偏差とインパクト偏差の散布図である。およそリスク偏差とインパクト偏差は比例関係にあり、部署によってはインパクト偏差が高い傾向にあることがわかる。

以上のリスクスコア・リスク偏差、インパクトスコア・インパクト偏差について、研究分担者が内的妥当性を評価した結果が図 43 であり、いずれも 0.7 以上(0～1)の評価となり妥当との結果となった。また、リスクスコア・リスク偏差、インパクトスコア・インパクト偏差について、安全文化調査と比較した結果が図 44～図 47 の散

布図である。統計学的検定の結果、リスクスコアについては「相関あり」となったが、リスク偏差、インパクトスコア、インパクト偏差については統計学的な有意差はなかった。尚、相関係数の符号がマイナスとなっているのは、安全文化調査では安全な部署ほどスコアが高く算出され、本研究では安全な部署ほどスコアが低く算出されるためである。また、リスクスコア・リスク偏差、インパクトスコア・インパクト偏差について、影響度レベル 3b以上の発生率(分母はレポート数)と比較した結果が図 48～図 51 の散布図である。統計学的検定の結果、「相関あり」となった。

また参考として、本研究のリスク偏差と同様の目的で、各施設の影響度レベル構成比を統一した上で、リスクスコアを比較した。報告量が多い組織は、過失度・重症度が低いレポートも多く作成し、リスクスコアの平均値が低くなる傾向にあり、これを補正するため、各施設の影響度レベルの構成比を統一して(図 52～図 58)、リスクスコア、過失スコア、重症スコアを比較した(図 59～図 61)。

本リスクスコア・偏差は、主に組織を測定対象としているが、測定対象は組織に限らず、例えばインシデントの種類ごとのリスク偏差・インパクト偏差を測定することも可能である(図 63)。このように本リスクスコア・偏差は、あるレポート群のリスク量を測定することができる。

今後の教育プログラムにおいて、受講

前後の教育効果を測定するため、受講生の各施設の各種スコア・偏差を算出するプログラムを作成した(図 64)。本プログラムを各施設の PC にインストールし、インシデントレポートを読み込めば、各種スコア・偏差が算出される。

## (2) 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 75)。

図 66、図 67 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 68～図 72 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 73、図 74)。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 76～図 82)。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 83～図 114)。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 115)。

## D. 考察

- ・本研究で開発したリスク指標を用いることで、病院間リスク比較、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が理論上可能となった。

- ・今後さらに医療事故予知への応用、外部監査や行政監査時における医療機関の客観指標としての活用が期待できる。

- ・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、医師以外の医療安全人材養成(看護師、薬剤師、その他)にも応用可能である。

- ・本研究における各種スコアは、レポートの自由記載文章を単語に分けた単語ごとの Term スコアを基礎としており、文脈は考慮されていない。このため、文脈上否定された単語、可能性として示されただけの単語も、肯定された単語と同様のスコアがつくという課題がある。ただし、教師レポートから Term スコアを算出する

段階でこれらを含めてスコアを算出しており、傾向として、Term スコアの高低差は少なくなり、この形で否定、可能性に対応していることとなる。

- ・リスクスコアにおける過失と重症の重みは研究分担者へのアンケート結果を階層分析法により総合的に算出したものであるが、研究分担者間では過失と重症の重みに大きな差がある、今後、アンケート対象者数を増やす、または、GRM がリスクの大小を判断したレポートがあれば、それを教師データとしてスコア化することが望ましい。

- ・各種スコアや偏差の部署比較において、共同研究施設間で診療内容や患者層に違いがあることが考えられ、これらの違いを把握し、スコアや偏差を補正する技術が求められる。

- ・自治医科大学さいたま医療センターのように他施設と比較してレポート数が突出して多い施設については(図 65)、医療安全業務におけるレポートの内容、位置づけが他施設と異なっている可能性があり、報告量の違いに対応した偏差だけでは補正できない可能性がある。

- ・各種偏差は、報告量から推定される標準的なスコアとの乖離をとっているが、この標準的なスコアは、現在のところ共同研究施設(いずれも大学病院)のデータを基にしており、各種偏差を多くの病院で使用する際には、多様な病院形態のデータを基に層別化するなどした標準スコアを用いることが望ましい。

- ・本研究では、GRM の過失判断、重症判断、重要判断を教師データとして、レポートの重み付けを行った。今後、医療安全におけるレポートのトリアージのサポートにも使用されることが期待され、その際には、上記判断以外にも、重要な会議で審議されたかどうかの結果も教師データとして新たなスコアを作成し、より多角的にレポートの重み付けを行うことが期待される。

- ・図 44～図 47 のリスクスコア・リスク偏差・インパクトスコア・インパクト偏差と安全文化調査との比較において、相関係数が絶対値で 0.13～0.27 と低くなっていることは、リスクスコア・リスク偏差・インパクトスコア・インパクト偏差が安全文化調査とは異なるものを捉えていることを示唆するものである。

- ・同様に、図 48～図 51 の影響度レベル 3b 以上の発生率との比較において、相関係数がおおよそ 0.6 以上と高い結果となっているものの 1 となっていないことは、リスクスコア・リスク偏差・インパクトスコア・インパクト偏差が影響度レベル 3b 以上の発生率とは異なるものを捉えていることを示唆するものである。

- ・図 62 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

インシデントレポートから医療組織のリスク量を数値化することに成功した。また、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
- ・「インシデント報告とその活用」Journal of Otolaryngology, Head and Neck Surgery 34:1404-1406;2018.
- ・「医師からのインシデント報告推進のポイント」医療安全レポート(医療安全全国共同行動) 19:21-23;2018
- ・「院内ラウンドのススメ」医療安全レポート(医療安全全国共同行動) 20:21-23;2018
- ・「病院全体で M&M カンファレンスを始めよう」医療安全レポート(医療安全全国共同行動) 21:24-26;2018
- ・「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

- ・「患者安全の未来予想～『遅延型アレルギー』への処方箋～」第13回医療の質・安全学会学術集会 大会長講演

2018.11.25 名古屋

・「患者安全の世界的目標と日本が果たすべき役割」第 13 回医療の質・安全学会学術集会 パネル 2018.11.24 名古屋

・「インシデント・アクシデントレポートの自動トリアージ」第 13 回医療の質・安全学会学術集会 口演 2018.11.25 名古屋

・「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

・「有害事象から学ぶ医療安全対策」日本消化器外科学会学術総会 特別企画Ⅱ 2018.7.11 鹿児島市

・「インシデントレポートの活用～看護手順の整備から医療の質向上を目指す」第 13 回医療の質・安全学会学術集会 口演 2018.11.24 名古屋

・「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「プロフェッショナル仕事の流儀」で医療安全活動全般について紹介 (2019/2/25)

・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

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

インシデントレポートから医療組織のリスク量を数値化することに成功した。また、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
- ・「インシデント報告とその活用」Journal of Otolaryngology, Head and Neck Surgery 34:1404-1406;2018.
- ・「医師からのインシデント報告推進のポイント」医療安全レポート(医療安全全国共同行動) 19:21-23;2018
- ・「院内ラウンドのススメ」医療安全レポート(医療安全全国共同行動) 20:21-23;2018
- ・「病院全体で M&M カンファレンスを始めよう」医療安全レポート(医療安全全国共同行動) 21:24-26;2018
- ・「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

- ・「患者安全の未来予想～『遅延型アレルギー』への処方箋～」第13回医療の質・安全学会学術集会 大会長講演

2018.11.25 名古屋

・「患者安全の世界的目標と日本が果たすべき役割」第 13 回医療の質・安全学会学術集会 パネル 2018.11.24 名古屋

・「インシデント・アクシデントレポートの自動トリアージ」第 13 回医療の質・安全学会学術集会 口演 2018.11.25 名古屋

・「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

・「有害事象から学ぶ医療安全対策」日本消化器外科学会学術総会 特別企画Ⅱ 2018.7.11 鹿児島市

・「インシデントレポートの活用～看護手順の整備から医療の質向上を目指す」第 13 回医療の質・安全学会学術集会 口演 2018.11.24 名古屋

・「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「プロフェッショナル仕事の流儀」で医療安全活動全般について紹介 (2019/2/25)

・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

## (事後評価) 【A. 研究の概要】

研究課題（課題番号）：医療安全管理体制の可視化と人材育成のための研究  
（H30－医療－一般－007）

研究費（複数年度の総額）：11,522 千円

研究期間：平成 30 年 4 月 1 日から令和 2 年 3 月 31 日

研究代表者：長尾 能雅（名古屋大学教授）

研究分担者：遠山 信幸（自治医科大学教授）

南須原 康行（北海道大学教授）

兼兒 敏浩（三重大大学教授）

田辺 公一（名城大学准教授）

浦松 雅史（東京医科大学講師）

深見 達弥（名古屋大学病院講師）

梅村 朋（名古屋大学病院助教）

荒井 有美（北里大学看護師）

植村 政和（名古屋大学研究員）

## 1. 研究目的

- ①医療機関における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・実施

## 2. 研究方法

## (1) レポートの自動重み付けと施設別リスク量の算出

多くの医療機関では、日常的に職員からインシデントレポートを集積し、平時の改善活動に活用している。このインシデントレポートを機械学習の技術を用いて分析することにより、医療機関に潜在するリスクを数値化することを試みた。

## ① 過失スコア、重症スコア、リスクスコア

名大病院の安全管理担当者は、全てのレポートに対して過失可能性の有無、患者への重症度の判定を行っており、このデータを教師データとして、以下の処理を行い、レポートの過失スコアと重症スコアを算出する。

- ・全レポートに含まれる言葉を形態素解析し単語に分ける。
- ・全ての言葉について、以下の通り、タームスコア、レポートスコアを計算する。

|          | 言葉含む | 言葉含まない |
|----------|------|--------|
| 該当レポート群  | A    | B      |
| 非該当レポート群 | C    | D      |

※A、B、C、D はレポート数

$$\text{タームスコア} = \frac{\frac{A}{A+B}}{\frac{C}{C+D}}$$

$\frac{A}{A+B} < \frac{C}{C+D}$  の場合は、



$$\text{タームスコア} = - \frac{\frac{C}{C+D}}{\frac{A}{A+B}}$$

レポートスコア＝レポートに含まれる全ての言葉のタームスコアの平均値  
※レポートスコアは過失と重症の２種類を算出する。

レポートのリスクスコア＝4.106×過失スコア＋3.245×重症スコア  
※各係数は、階層分析法用いて、複数の医療安全管理者の重み付けを統合し、算出した。

施設のリスクスコア＝施設のレポートのリスクスコアの平均値

## ② 報告量に応じたリスクスコア（リスク偏差）

組織によって報告量が異なることは知られている。報告量が多い部署は、過失度や重症度が低いレポートも多く作成し、報告量が少ない部署は、過失度や重症度が低いレポートはあまり作成していないということは、経験的に知るところである。組織のリスクスコアとして平均値をとった場合、報告量が多い部署は平均値が低い傾向に、報告量が少ない部署は、平均値が高い傾向となる。共同研究施設の 416 部署の報告量とリスクスコアの平均値の組み合わせから報告量による標準的なスコアを算定する。この標準的なスコアとの乖離を比較することで、報告量の異なる組織のリスク量の比較を可能とする。

## ③ インパクトスコア、インパクト偏差

リスクスコアとリスク偏差は、医療安全管理者の過失判断と重症判断を元に機械的に算出される指標である。一方で、過失判断と重症判断とは別に、複数の医療安全管理者が重要視したレポートを基に算出したスコアをインパクトスコアとする。測定対象は名古屋大学の 77 部署とする。インパクトスコアも報告量に応じた標準的なスコアを取ることができ、この標準値との乖離をインパクト偏差とする。

## （２）教育プログラムの検討、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 SB0s (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。

## 3. 研究の進捗状況

以上、計画した研究を全て完遂した。

#### 4. 研究結果

##### (1) リスク指標を用いた測定と妥当性の評価

共同研究施設におけるリスクスコアの病院比較、診療科比較、病棟比較、部門比較を行った。複数の医療安全管理者による内的妥当性評価を行い、概ね妥当との結論を得た。また部署ごとのリスクスコアの推移と現場状況の関係について、統計学的検定を行ったところ、「中程度の関連あり」と結論となった。報告量による標準的なスコアとの乖離である偏差について、過失偏差と重症偏差の反比例関係、リスク偏差とインパクト偏差の比例関係から、概ね妥当との結論を得た。

##### (2) 教育プログラムの検討、効果測定、プログラムの改訂

令和元年6月までにプログラムを策定し、受講生を募集、全国から8名の応募があり、9月から授業をスタートした。2月に授業を終了し、教育前後のアンケート結果、リスク量の関係について統計的解析を行った。リスク量低減に成功した受講生の特徴（コンピテンシー）および効果のあった授業を分析し、今後の教育プログラムの改定につなげた。

#### 5. 考察

本研究で開発したリスク指標を用いることで、病院間リスク比較、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が可能となった。今後さらに医療事故予知への応用、外部監査や行政監査時における医療機関の客観指標としての活用が期待できる。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、医師以外の医療安全人材養成（看護師、薬剤師、その他）にも応用可能である。

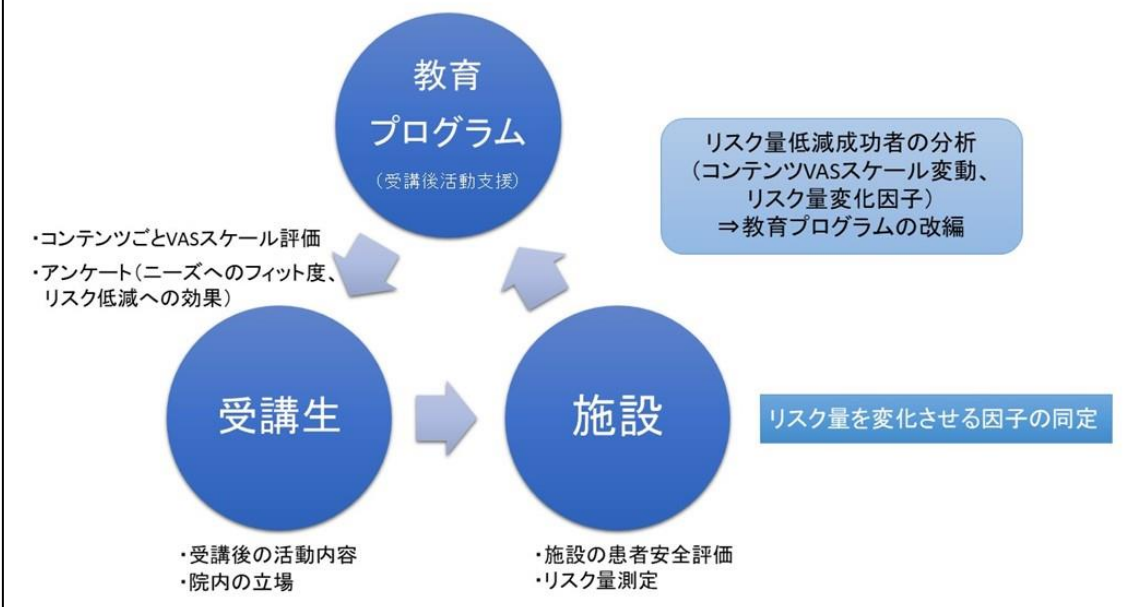
#### 6. 結論

インシデントレポートから医療組織のリスク量を数値化することに成功した。また、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。

#### 7. 研究成果

| 原著論文<br>(件) |     | その他論文<br>(件) |     | 学会発表<br>(件) |    | 特許等<br>(件) | その他 (件) |       |
|-------------|-----|--------------|-----|-------------|----|------------|---------|-------|
| 和文          | 英文等 | 和文           | 英文等 | 国内          | 国際 | 出願・取得      | 施策に反映   | 普及・啓発 |
| 0           | 0   | 2            | 0   | 4           | 0  | 1・0        | 0       | 6     |

研究課題(課題番号)：医療安全管理体制の可視化と人材育成のための研究  
(H30－医療－一般－007)  
研究期間：平成30年4月1日から令和2年3月31日  
研究代表者：長尾能雅(名古屋大学教授)



概要図 1

## リスク指標の開発

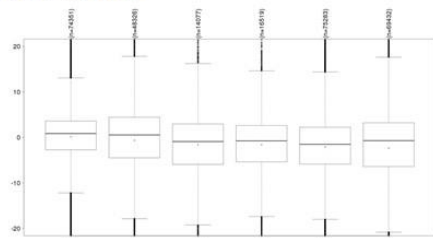


1

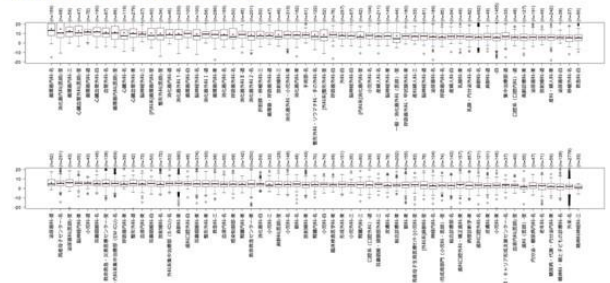
概要図 2

# リスク指標の開発

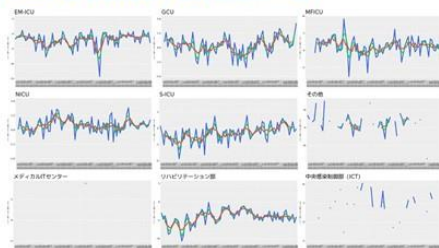
リスクスコア病院比較



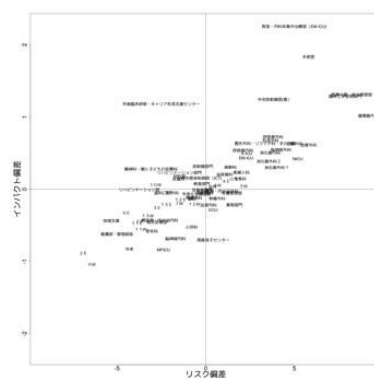
リスクスコア医師部署比較



リスクスコア部署別推移(名大病院の一部)



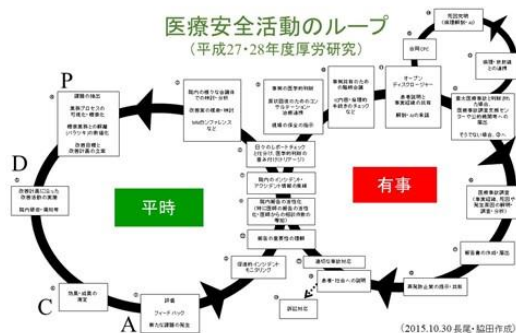
リスク偏差とインパクト偏差



リスクスコアの変動は  
管理者変更または重症事例発生と  
統計学的に中程度の関連あり

概要図 3

# 教育プログラムの策定



CQSO:コースの評価 (案)

| フェーズ | 第1段階       | 第2段階    | 第3段階         | 第4段階    |
|------|------------|---------|--------------|---------|
| 第1段階 | 基礎となる知識の修得 | 日々の取り組み | 有事の取り組み      | 平時の取り組み |
| 第2段階 | 感染制御との連携   | 周辺業務の理解 | 挑戦的・新規的知識の修得 | 合計      |

CQSO:ルーブリックとSBOs対応表 (案)

| フェーズ | 第1段階       | 第2段階    | 第3段階         | 第4段階    |
|------|------------|---------|--------------|---------|
| 第1段階 | 基礎となる知識の修得 | 日々の取り組み | 有事の取り組み      | 平時の取り組み |
| 第2段階 | 感染制御との連携   | 周辺業務の理解 | 挑戦的・新規的知識の修得 | 合計      |

| カテゴリー        | コンテンツ数 | 時間数[H] |
|--------------|--------|--------|
| 基礎となる知識の修得   | 9      | 18     |
| 日々の取り組み      | 4      | 15     |
| 有事の取り組み      | 5      | 27     |
| 平時の取り組み      | 29     | 72     |
| 感染制御との連携     | 6      | 9      |
| 周辺業務の理解      | 2      | 3      |
| 挑戦的・新規的知識の修得 | 5      | 6      |
| 合計           | 60     | 150    |

カテゴリーごとに  
SBOs(Specific Behavioral Objectives)を策定、  
効果測定に活用

概要図 4

## 教育プログラムの実施、効果測定



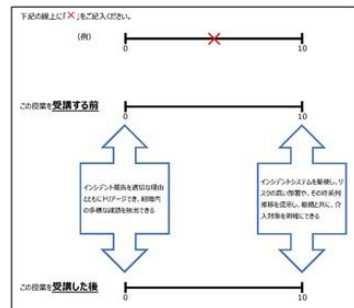
あなたの働いている環境についての調査です。  
ご回答方法: 該当するものを下記の1～6から選んでください。  
1: 全くそう思わない 2: そう思わない 3: どちらからいえばそう思わない  
4: どちらからいえばそう思う 5: そう思う 6: 強くそう思う

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

| 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 |
| 患者と対話していると思う。          | 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 |

| 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、浸透していると思う。 | 1-2-3-4-5-6 |

1 / 4



1-1-2 エラー発生原因 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 [選択]

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

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

4

概要図 5

(事後評価)

## 【B. 自己評価】

記載日 令和 2 年 1 月 16 日

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

研究代表者名 長尾 能雅

## 1. 評価事項

## (1) 専門的・学術的観点からの評価に当たり考慮すべき事項

## ① 研究目的の達成度 (成果)

- ・研究目的は、ほぼ達成された。主に、以下の 3 点に成功した。

1. 医療機関のリスク指標 (リスク量測定手法) の開発

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の開発と実施 (150 時間)

3. 医療機関のリスク量低減効果の測定→成果を出せる人材のコンピテンシーの特定→人材養成に有用となる教育コンテンツの特定→プログラム改訂→人材養成→さらなるリスク量低減効果の測定、といった、一連の人材養成システム評価体制の構築

## ② 研究成果の学術的・国際的・社会的意義

- ・医療機関のリスク指標 (リスク量測定手法) の開発は、世界に類例がなく、極めて意義が大きいと考える。

- ・これまで困難と考えられていた、医療安全人材養成システムの評価体制を構築できたことも、意義が大きい。

## ③ 研究成果の発展性

- ・本研究で開発した医療機関のリスク指標を用いて、病院間リスク比較、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、さらには医療事故予知への応用、などが期待できる。また、これらは外部監査や行政監査時における医療機関の客観指標としての活用が期待できる。

- ・開発された人材養成プログラムと、その評価システムは、医師以外の医療安全人材養成 (看護師、薬剤師、その他) にも応用可能である。

## ④ 研究内容の効率性

- ・リスク指標の材料となるインシデントレポートは、すでに多くの医療機関で集積されており、特に新たな取り組みを必要とせず、安価に研究、測定を進めることができる。

- ・人材養成事業においては、受講生からの授業料や、寄付金による運営を中心として実施し、公費導入を抑えることに配慮している。

**(2) 行政的観点からの評価に当たり考慮すべき事項**

- ・本研究は、様々な医療安全施策の効果測定を可能とし、政策形成に直接反映できる可能性がある。
- ・リスク指標は、外部監査や行政監査時における医療機関の客観指標としての活用が期待できる。

**(3) 効率的・効果的な運営の確保の観点からの評価に当たり考慮すべき事項**

- ・本研究は、これまでの行政研究の成果・流れを重視し、より発展させたものである。
- ・医療安全業務、教育、機械学習、統計解析の各専門家を研究メンバーとし、必要に応じて外部専門家に協力を得ながら、また研究メンバー自ら専門知識を習得し、予算の範囲内で、効率的に研究の運営を行った。
- ・人材養成事業においては、受講生からの授業料や、寄付金による運営を中心とし、公費導入を抑えることに配慮した。

**(4) 国民へのわかりやすい説明・普及の努力**

- ・NHK「プロフェッショナル仕事の流儀」で医療安全活動全般について紹介 (2019/2/25)
- ・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)

**2. 研究発表状況**

**【著書】**

- ・「患者安全への提言（日本評論社）」を共同執筆

**【論文】**

- ・医療の質・安全学会誌第14巻第1号で発表
- ・患者安全推進ジャーナル No. 58 総説で発表

**【学会発表】**

- ・第13回医療の質・安全学会学術集会で大会長講演 (2018/11/25)
- ・第13回医療の質・安全学会学術集会で口演発表 (2018/11/24, 25)
- ・第14回医療の質・安全学会学術集会で口演発表 (2019/11/29)

**【特許】**

- ・特許出願 (2019/11/7)

3. 研究の継続性

終了した課題から発展した研究を行っていくか ( はい いいえ )

※「はい」の場合は研究内容を記載

(教育プログラムの改訂と実施、リスク量測定の精度向上 )



### III. 研究班会議議事録

#### 第1回議事録

日時:2018年5月20日(日)14:00～16:15

場所:名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 大会議室

出席者(敬称略):長尾、遠山、田辺、浦松、深見、梅村、山田、中嶋、植村【記録】

#### 自己紹介

#### 研究概要説明

- ・研究概要説明。長尾教授、植村研究員からスライドで説明。

#### 質疑応答

- ・この分析にはレポートの自由記載のデータがあればよい。患者背景などは使用していない。
- ・名古屋大学病院と他の病院では業務が異なる。やっている内容も量も異なる。病院の中でも部署によって異なる。
- ・レポート数はどのくらいが必要か。機械学習としてはレポート数は多ければ多いほどよい。
- ・必要な項目は、レポート番号(区別のため)、報告者の立場(当事者/発見者)、職種、部署、自由記載。
- ・個人情報の問題があるので、インシデントレポートは各病院から持ち出さず、各病院を個別に訪問して分析し、分析結果のみを共有する。
- ・直近1年のレポートを対象としてはどうか。
- ・報告量、多様性が低くとも機械学習が可能となっており、透明性評価は報告量、多様性以外に、重症度も加味することが必要になると思われる。まずは名古屋大学内で検討する。
- ・パイロットか研究か。まずはパイロットとして各病院指標を見る。
- ・スコアの妥当性、信頼性の評価をどうおこなうか。新たな指標作りの研究では、既存の指標と比較する。
- ・機能評価認定時の評価、安全文化調査があるが、今回のスコアとの比較に使えるかどうか。
- ・今回は既存の指標がないということであれば、第三者・複数のエキスパートが評価するなど。

#### 追加公募について

- ・特定機能病院の要件の研究。専従 GRM をおいたほうがよいのか、専任 GRM を複数置いた方がよいのか。
- ・何をアウトカムとするか。今回のリスクスコアの研究が間に合うか。
- ・AHP 分析で重みを算出し結論を出しては。
- ・研究成果は平成 32 年 4 月までに。
- ・予算は必要経費を積み上げて申請すれば通るはず。若干削られるかもしれない。

#### 次回日程

・遠山教授が 7/29 に調整可能であれば 7/29 とする。不可の場合は 7/22 とする。場所は名古屋とする。

#### 事務連絡

- ・追加の承諾書について、名古屋大学の山田まで、PDF スキャンしたものをメールで送信いただき、原本を郵送いただきますようお願い致します。
- ・旅費精算について、「派遣依頼書」と「回答書」を、会合前に送付いただきますようお願い致します。

以上

## 第2回議事録

日時:2018年7月29日(日)14:00～16:30

場所:名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 大会議室

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

### レポートスコア(エラー、重大重症)と透明性の精度向上について

・植村研究員からスライドで説明。

### 意見

- ・混合病棟が増えており、看護師は部署の比較というよりも、師長の比較という意味になってくる。
- ・エラースコアによる判断は、 $\alpha$  エラーと  $\beta$  エラーが入れ替わった形で、結果的には精度がよい形となっている。まずは精度を上げる。辞書の整備など。
- ・GRM 判断の件数と機械判断の件数の相関図で、横軸に GRM 判断レポート割合(該当件数/全体件数)を取って、縦軸にマイナスを含めたスコアをとってみる。
- ・エラースコアと重大重症スコアの組み合わせで、かけ算におけるマイナスが問題になるのであれば、スコア全体を底上げしてプラスにしてかけ算すればよいのでは。
- ・多様性の妥当性評価は、CVI に準拠し、専門家の評価と機械の評価の相関をとる。専門家がこれからレポートを読んで判断するのではなく、すでに専門家の中にある多様性の評価と比較する。全部署を比較評価することはできないので、代表的な部署をピックアップして比較することとする。
- ・透明性の妥当性評価は、「医療における安全文化に関する調査」と比較してはどうか。事務局から数値がもらえるのであれば数値で比較したい。
- ・スコアの妥当性を評価する方法として、「医療安全評価項目」を定めて数値評価し、スコアとの相関をとってはどうか。(研究2年目に予定している医療安全管理者のコンピテンシー定義を目的としたものではない)
- ・医療安全の絶対的な評価は「患者に過失エラーによる有害事象が起きたかどうか」に尽きる。
- ・部署ごとに評価すると、看護師はレポート数は足りると思われるが、医師はレポート数が足りないと思われる。基本的には病院全体の評価を行うこととしている。ただその先、リスクが高いと評価された病院の原因を探る際に部署別の評価も行いたい。
- ・レポートの多寡で安全を評価することはできないが、十分なレポートがあれば、レポートを分析に使うことができる。将来的に、腫瘍マーカーを定めるかのように、分析の精度が上げることが出れば、少ないレポートでも分析が可能となると思われる。
- ・ほとんどの病院は安全行動をとっている。一部の人の不安全な行動が顕在化する。スコアが低いのに事故が起きたとなった場合、スコアを是正していく必要がある。事故の兆候はなかったか、兆候があれば重みを付けて判断していく。
- ・GRM は、過去同様なレポートがあったかとか、複数職種から上がっているかとか、レポートの周囲の情報を考慮して、総合的に重要レポートの判断を行っている。機械もそのような重み付けができないか。
- ・被験者が施設であればオプトアウトは必要ないと思われる。

次回日程

・9月30日(日)14:00～16:00。場所は未定。

⇒日程も再調整となりました。決定次第連絡致します。

以上

### 第3回議事録

日時:2018年12月9日(日)13:45~16:25

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):長尾、遠山、南須原、兼児、浦松、荒井、梅村、渡邊、濱、山田、植村【記録】

#### 1. レポートの自動重み付けと施設別リスク量の算出

これまでの振り返り(タームスコア、レポートスコア、施設スコア、エラースコア、重症スコア)

名大病院の分析結果(エラー×重症スコアについて、職種別、医師部署別、看護師部署別、技師部署別)

自治医科大学附属さいたま医療センターの分析結果(同上)

三重大学病院の分析結果(同上)

・病院によって診療科の内容が異なる。単純な比較はできない。機械は機械的にスコアを出すのみでGRMによる解釈が必要となる。

病院比較(エラー(+のみ))

・エラーと判断されたレポートのみの比較。似てきてしかるべきと思う。

・差が出て来ている。栄養士にしても薬剤師にしても、エラーにならないとレポートしないからでは。完全に間違っただというレポート(言葉)が多いのでは。生真面目とも言えるのでは。

・エラーではない割合もみる必要があるように思う。その部署のエラーのレポートの割合。

・職種や部署という切り口ではなく、インシデントの種類もよいかもしれない。

・医師部署別をみると、上位は生真面目な部署、過失レポートは確実に報告している部署と思われる。

・自治医大は研修医が多い。医師の報告部署は明確にされない。代用として患者の診療科を使用している。

・「6階A病棟-自」は看護師も多く、師長は学会で発表するなど熱心。

・結局は、師長のキャラクターによると思われる。レベル0は師長のキャラクターで報告する／しないが違ってくるのでは。

病院比較(エラー×重大)

病院比較(エラー(+のみ)×重大エラー(+のみ))

・医師のスコアが低くなっているのはなぜだろうか。

・例えば薬剤部でみた時に病院で差が出るなど。

・少なくともこうなるのはなぜだろうと思えるし、今回の手法はこうなった過程がわかる。

・なんとなく実態を表していなくもないと思う。

・自治医大の臨床工学技師が他施設と比較して低いのは、技師長が日本体外循環技術医学会の理事長で、レポート提出など、かなり厳しく教育している。よいコンピテンシーと言えそう。

・業務が似ている集団間で比較するのはよいかもしれない。差が出るのは何か原因があると思われる。

病院比較(エラー(+のみ))※当事者に限る

- ・当事者に限るとスコアが低くなる部署は、他部署の事例を報告しているということ。
- ・正直者ランキングになっているのでは。

病院比較(エラー×重大)※当事者に限る

- ・当事者に限らないものとほとんど同じ。

病院比較(エラー(+のみ)×重大エラー(+のみ))※当事者に限る

- ・N がかなり少なくなり再現性が乏しい。
- ・三重大の臨床工学技士のレポートは機械の不具合のレポートが多いように思う。当事者であるが自責というわけではないように思われる。

## 2. 医療機関の層別化

これまでの振り返り(多様性、透明性)

病院間比較

名大病院の分析結果

- ・多様性の GRM との比較において、そもそも多様性という意味がよくわからなかったの  
で、正確に比較できていないとわれる。
- ・透明性の GRM との比較において、傾向はおよそ一致している。

自治医科大学附属さいたま医療センターの分析結果

- ・多様性の GRM との比較において、機械判断と GRM 判断は異なった。
- ・透明性の GRM との比較において、傾向はおよそ一致している。

三重大学病院の分析結果

- ・多様性の GRM との比較において、機械判断と GRM 判断は異なった。
- ・透明性の GRM との比較において、傾向はおよそ一致している。

まとめ

- ・部署間比較はなかなか難しいと思われる。同じ施設の経時比較は可能と思われる。
- ・特定業務群における施設間比較できるとと思われる。
- ・GRM の場合、「こういうレポートが出てくるということは透明性はだいたい確保できている」と判断しているが、機械の場合、特異なレポートが出てくるとそれで透明と判断してしまうのではないかな。⇒その通り。
- ・診療科の中にもサブグループがあり、サブグループがたくさんあると多様と判断されるのでは。⇒その通り。
- ・教師とする人に影響されるのではないかな。理論的にはそうだが、実際にはかってみると、複数 GRM 間で判断に差はほとんどない。他の施設の GRM の判断と差についてはまだわからない。そもそも過失判断をしていないところがほとんどだと思われ比較ができないと思われる。

次回に向けて

- ・インシデントのカテゴリー別にスコアの分布をみてはどうか。
- ・数量化Ⅲ類のテキストマップにおいて、エラー×重大重症スコアの分布を見てはどう

か。

- ・透明性の高い部署で、エラー×重大重症の経年変化を見る。
- ・数量化Ⅲ類のレポートマップの2点間距離の平均値の算出において外れ値を除く。

次回日程

- ・3月3日(日)13:00～15:00。場所:東京(名古屋大学東京オフィス)

以上

#### 第 4 回議事録

日時:2019 年 3 月 3 日(日)13:00～15:40

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):長尾、遠山、兼児、南須原、田辺、浦松、荒井、深見、梅村、山田、植村【記録】

#### レポートスコアと透明性指標について

- ・前回から北海道大学病院、東京医科大学病院の分析結果を追加。
- ・スコアの経年変化(名古屋大と三重大のみ)
- ・インシデントの種類ごとのスコアの分布(名古屋大のみ)
- ・レポートマップとリスクスコアの分布
- ・過失スコアと多様性の相関図
- ・リスク評価因子(過失スコア、重症スコア、報告量、多様性)の重み付け(AHP 分析)のためのアンケート。

#### 意見

- ・過失スコアは、過失の度合いを表しているわけではなく、過失と判断される確率、過失レポートの割合を表している。過失スコアが高いからと言って、いわゆる過失度が高いというわけではない。(重症スコアも同様)
- ・過失スコアと重症スコアは反比例しているように思われる。重症にあまり遭遇しない部署は過失レポートの割合が高まると思われる。
- ・過失スコア(+)×重症スコア(+)がよさそうに思う。
- ・過失スコア(+)に限った重症スコアの分布はどうか。経年変化もみる。
- ・報告されていないこともあると思われる。医師は報告しないことが多い。
- ・モニタリング指標としてよいかもしれない。変化がわかれば安全管理部が詳細調査に入る。過失と重症の内訳の変化でもよい。報告数が安定していて、あるときスコアが上がったースコアが上がる前に何かサインがなかったか、予知につなげられないか、など。
- ・訴訟事象を教師として予測指標(発生確率)を作るなど。地震と同じで何か起こりそうだということを可視化できればよいが。
- ・忙しくて報告量が減ったなど、変化を捉えて、モデルに当てはめる。
- ・施設間の多様性比較は、レポート数を同一にして比較するためランダム抽出を行っており、レポート数が多い場合、例外的なレポートが選ばれず、多様性が低くなる傾向になる。数の影響の排除は難しい。
- ・多様性指標の GRM による評価は正しく行えていない可能性がある。(説明が不十分だった可能性がある)機械算出の方が正確だと思われる。
- ・看護師、技師に限っては、過失スコアと多様性スコアは負の相関が出た。すなわち、多様性(話題)が多い部署は過失レポートの割合が低い。
- ・全ての因子を足したり掛けたりするのもよいが、報告量と多様性で足りきりして、過失スコアで足りきりして、重症スコアの分布をみるなど。
- ・AHP 分析アンケートにおける「リスク」とは「危険な部署」を想定している。
- ・AHP 分析は回答者が多ければ多いほどよい。



- ・医療安全に苦慮している中小の病院を対象としてはどうか。あるいは本研究対象病院内での部署間比較。安全文化調査結果による部署間比較など。
- ・300床規模の病院を調査してみたい。この場合、名大病院の倫理申請を変更する必要がある。もし倫理審査が時間がかかるとなると、多くの病院に適用してみるとということも難しい。
- ・GRM が変わる前後の比較。GRM がよかったと考えている取り組みの前後の比較。医療安全研修が効果的だった部署の前後比較。専従 GRM 医師が入る前後での比較。経年変化。その後、アンケートによるコンピテンシーの抽出。
- ・コンピテンシー定めのための病院向けの質問紙を用意している。これを部署向けに変更して質問してみる。
- ・大きな事故を起こした病院、部署の経年変化。
- ・ある私大特定機能病院にて報告数が劇的に減ったことがあった。看護師 GRM から薬剤師 GRM に変わっていた。薬剤師 GRM に聞くと「現場が悪い」と考えていた。
- ・他研究班との関係もあり厚労省と一度話してみる。
- ・名大での GRM による投票数を教師データとしてみてはどうか。
- ・宮崎大学の甲斐先生も医療安全管理者のコンピテンシーを研究されていたことがある。

#### 次回日程

- ・3月31日(日)15:00～17:00 場所:東京(名古屋大学東京オフィス)

以上

## 第 5 回議事録

日時:2019 年 3 月 31 日(日)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):渡邊、濱、長尾、遠山、兼児、南須原、田辺、浦松、荒井、梅村、山田、植村【記録】

### リスクスコア、透明性評価

- ・名古屋大学のインシデントの種類について GRM がリスク評価を行い、この結果と最も一致する機械の算出方法を選定する。バイアスを避けるため会議冒頭にアンケート実施。
- ・これまでの振り返り。タームスコア、レポートスコア、施設/部署スコア、リスク算出式(10 種類)。
- ・AHP 分析結果。(過失:41.06、重症:32.45、報告量:18.89、多様性:7.61)
- ・6 施設の透明性評価。
- ・多様性指標はレポート数が多いと低くなる傾向がある。
- ・GRM によるインシデントの種類リスク評価結果 1 位:予期しない死亡(1.7)、2 位:手術室関連(2.4)、3 位:輸血・血液製剤・生物由来製剤(3.6)、4 位:薬剤関連(4.0)、5 位:治療・検査・処置(4.1)、6 位:ライン・チューブ・ドレーン類管理(6.6)、7 位:機械・機器(7.3)、8 位:連携・連絡に関すること(8.1)、9 位:転倒転落(8.4)、10 位:療養上のケア(9.1)、11 位:患者の問題行動(10.9)、12 位:事務・手続き(11.7)
- ・GRM 評価と最も一致する算出方法:⑨過失スコア×重み+重症スコア×重み  
※⑩も候補として残る。インシデントの種類の人数がわからないため一人当たり報告量が算出できない。⑨と結果が一致していれば⑩も候補として残る。
- ・⑨、⑩を来年度にかけてより精度を上げていきたい。

### リスクスコアの今後の課題

- ・リスクスコアの病院比較、職種比較、部署比較は直近 1 年のレポートで比較してみる。レポート数が少ない場合はカット。
- ・全施設のリスクスコアの経時変化。大きく変わったところの理由を GRM に調べてもらう。(グラフの縦軸を拡大する)

### 安全管理者へのアンケート

- ・名古屋大学の複数の GRM に「安全な病院とは」と問うて項目を挙げてもらいカテゴライズしたもの。一部、「不安全な病院とは」と問うた項目もある。
- ・患者安全に実際には関係ないものもあると思われる。GRM の「思い」になっている可能性がある。例えば雰囲気が悪くても安全かもしれない。
- ・主観的なものと客観的なもの、思いと行動を分けてはどうか。
- ・このアンケートを誰に聞か。

### 来年度の研究について

- ・平成 32 年度に医療安全のトップリーダー養成プログラム実施。従来の医療安全管理者研修や病院長への教育プログラムとは別のワンランク上の本格的な質・安全マネジ

メントの教育プログラム実施。(例:名古屋大学 ASUISHI)

- ・平成 31 年度中に医療安全のトップリーダーのコンピテンシーの選定、教育プログラムの策定。試験的に 10 名程度の養成。
- ・これまで行ってきたリスク指標研究は長期的に取り組みながら教育プログラムの効果の測定。
- ・対象者は現場管理者よりはマネージャー、医療安全管理者。
- ・医療安全の費用対効果。教育を受けた人が病院で活躍することで病院経営にどのように影響するのか。
- ・医療安全と医療水準。水準を落とせば安全になるというのでは本末転倒。適切な適用判断が求められる。
- ・ASUISHI ほど半年間かけてというほどではないが、e-Learning を活用するなど。目指すレベルは同じ。
- ・対象は副院長や病院長候補が主。費用対効果が見込めれば医師以外の職種にも。
- ・必ずしも病院長が医療安全のトップというわけではない。別に医療安全のトップがいる。現実、病院長が代わっても医療安全は継承されている。
- ・医療安全にかけたコスト(差分)と効果(差分)の比較。コストの変化量とリスク指標の変化量の比を取る。それを各病院で算出し平均値を取れば効果の見込みが出せる。
- ・医療安全に関する費用の切り分けが難しい。
- ・1 施設だと外れ値に影響されるので複数施設でデータを取る。
- ・部署単位の質問と個人単位の質問に分ける。個人単位で取得したデータに対して因子分析を行うと共通項目(下位項目、コンピテンシー)が定まる。これを到達目標、自己評価項目にするなど。
- ・アンケートのほかにインタビューも。どういう因子が医療安全を左右するか。あらかじめいくつか因子を挙げておいて重回帰分析を行うと因子の重みがわかる。目的変数としてリスク量。コスト換算でどのくらいの効果があるか。因子によっては層別化因子にすることも。
- ・アンケートに自分の部署の安全度を問う項目と、安全に影響すると思う因子を挙げてもらう欄を追加する。

#### 次回日程

- ・5 月 11 日(日)13:00-15:00 場所:東京(名古屋大学東京オフィス)

以上

#### 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と。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。
- ・ループ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、ループリックでは現時

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。

- ・ループ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、リスク量の中・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せ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と思う。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、パレート的な考え方では上位 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プリックが完成し、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で、報告量が多いと、看護師の標準値との比較になっていると思われる。曲線を算出するにはある程度数が必要だが、可能であれば、職種別に標準曲線を描くことが望ましい。
- ・現状はまだリスクスコアそのものの比較の方が感覚的に近い。
- ・標準曲線が迷走する状況はよくないと思われる。(過失偏差)。報告量が12/年/人を超えるところは自治医大のみのデータとなっている。
- ・報告の期間も揃えてみるのが望ましい。
- ・スプライン曲線を描くときに外れ値を除く。サンプル数を増やして精度を増す。
- ・影響度レベルの構成比は施設同じか。影響度レベルの構成比を揃えて比較できないか。自治医大以外の施設の影響度レベルの構成比で全施設を比較する。
- ・診療科の業務内容を揃えて比較する。(業務内容のヒアリング)診療のレベルによっても異なる。一応、リスク偏差にも過失量が入っている。
- ・過失偏差だけで比較してみるとどうなるか。

### 最高質安全責任者(CQSO)養成研修について

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

- ・受講前のループリック評価実施(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。
- ・研究班の先生方はご参加をお願い致します。厚生労働省からも可能であればご挨拶をお願い致します。

### 事後評価について

- ・研究概要資料、様式 1 資料、様式 2 資料の内容を共有した。

### 次回日程

- ・第 11 回会合(最終回):3 月 2 日(月)17:30-19:30 場所:名古屋大学医学部附属病院

最終報告書案、来年度の計画について。以上

IV. 参考資料

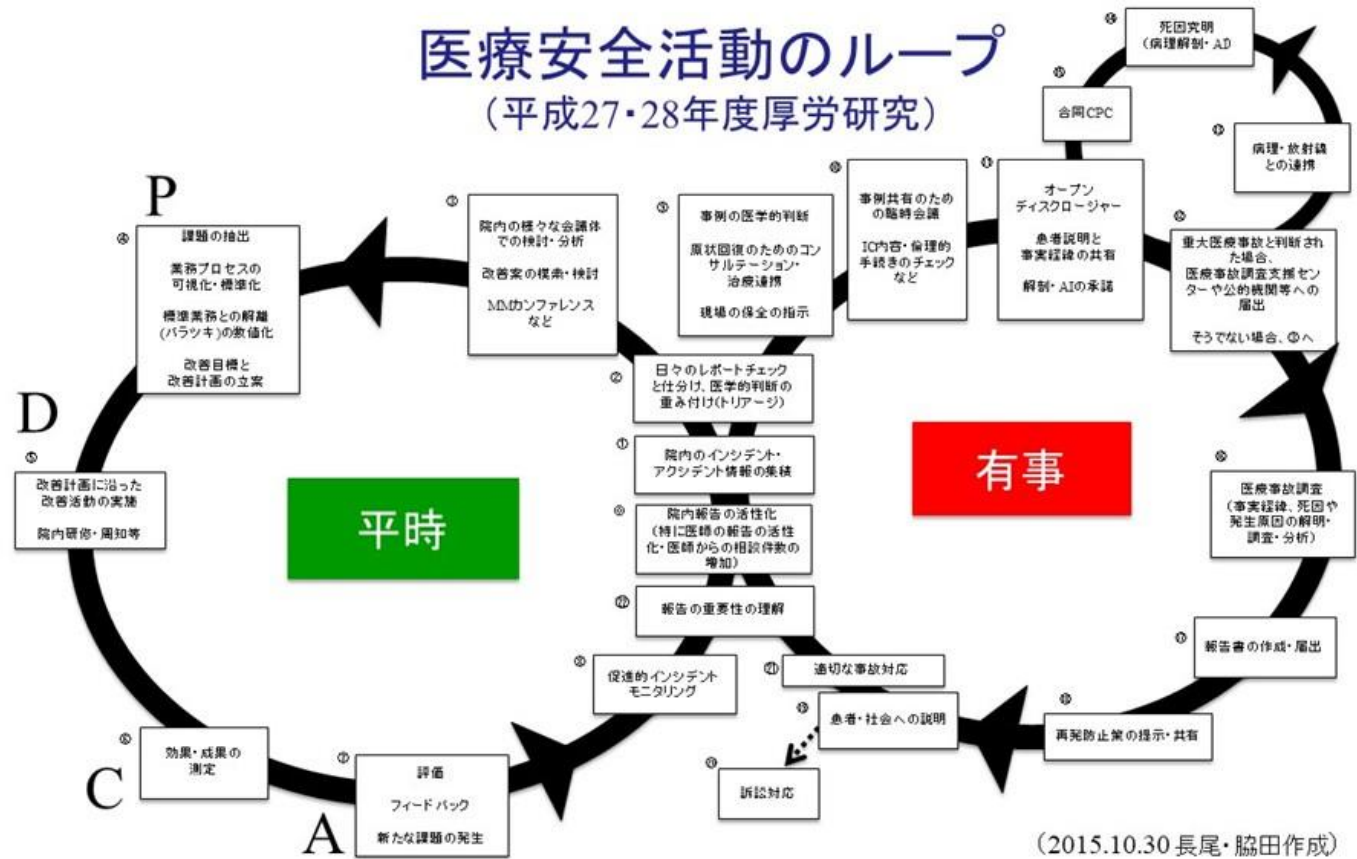


図 1

## 名大病院インシデントレポートGRM分類

統合チーム医療・安全管理システム SafeMaster [システム管理者]レポート管理

ステータス GRM : 完了

最終更新日 2018年05月17日 05時50分  
最終更新者 匿名報告者  
[0]入力(報告)日時 2018/05/17 05:35:41  
[1]発生日時 2018/05/16 19:00  
[2]報告者の立場 医師  
[3]報告者の職種 消化器科  
[3.2]所属部署(看護師等) 消化器科  
[4]経験年数(看護師) 1年未満  
[S1]インシデント対象患者 有  
[S1.1]患者認識の有無 無  
[S1.2]手術室で起こったインシデント 非該当  
[S1.3]インシデントの種類 食事  
[S1.3.9.1]食事関連(種類) 夕食  
[S1.3.9.2]食事関連(種類) 治療食  
[S1.3.9.3]食事関連(内容) 食事提供なし  
オーダー関連  
[S1.4]影響度レベル 2  
[S2]状況自由記載  
TAKA様は、手術室に入室した際、入室前に手洗いと消毒を済ませたが、入室後に手洗いをしなかった。また、入室時に手洗いの水が汚れていたため、手洗いをしなかった。この結果、院内感染のリスクが高まった可能性がある。この点について、今後の対策を検討する必要がある。また、手術室の清潔さを保つための取り組みも必要である。以上、報告いたします。

[B1]患者の診療科 脳神経外科  
[B2]患者ID 12345678  
[B3]患者年齢 65歳  
[B4]患者の性別 男性  
[B5]患者の主疾患名 認知症・健忘  
[B6]患者側要因 認知症・健忘  
[B7]医療者側要因 確認不足であった  
報告が遅れた(怒った)  
まちがえやすいものだった  
確認が遅れてしまった。  
[B8]設備・物品・環境要因  
[B9]背景自由記載

印刷 訂正 削除

自動分類

エラーの可能性  
プレコア日付  
アフターコア日付  
☐ストック・モニタリング  
☐重要伝達事項  
周知先  
委員会・WG・検討会  
☐医療の質向上と安全推進委員会  
☐コア会議  
☐鎮静WG  
☐麻薬WG  
☐内服薬WG  
☐転倒・転落WG  
☐血栓予防・出血対策WG  
☐院内救命質向上WG  
☐IC委員会  
☐抗血栓薬  
☐内服標準化(PTP)  
☐SafetyII  
☐患者プロフィール  
☐事務  
☐手術インシデント検討会  
☐薬剤インシデント検討会  
☐透析インシデント検討会  
☐放射線インシデント検討会  
☐検査インシデント検討会  
☐MEインシデント検討会  
☐リハビリインシデント検討会  
☐栄養インシデント検討会  
☐MITインシデント検討会  
☐研修医インシデント検討会  
QSM参照  
☐DST  
☐RST  
☐ICT  
☐MIT  
☐診療環境健全化推進委員会  
☐薬剤部

仕分けコメント  
コア種別  
対応レベル  
暫定・決定日

登録

图 2

## 名大病院インシデントレポートGRM分類

統合チーム医療・安全管理システム SafeMaster [システム管理者]レポート管理

2018050411 ステータス GRM : 完了

|                      |                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 最終更新日                | 2018年05月17日 03時50分                                                                                                                                                                                                                  |
| 最終更新者                | 匿名報告者                                                                                                                                                                                                                               |
| [0]入力(報告)日時          | 2018/05/17 05:35:41                                                                                                                                                                                                                 |
| [1]発生日時              | 2018/05/16 19:00                                                                                                                                                                                                                    |
| [2]報告者の立場            | 医師                                                                                                                                                                                                                                  |
| [3]報告者の職種            | 放射線科 医師                                                                                                                                                                                                                             |
| [3.2]所属部署(看護師等)      | 放射線科                                                                                                                                                                                                                                |
| [4]経験年数(看護師)         | 1-3年                                                                                                                                                                                                                                |
| [S1]インシデント対象患者       | 有                                                                                                                                                                                                                                   |
| [S1.1]患者認識の有無        | 無                                                                                                                                                                                                                                   |
| [S1.2]手術室で起こったインシデント | 非該当                                                                                                                                                                                                                                 |
| [S1.3]インシデントの種類      | 食事                                                                                                                                                                                                                                  |
| [S1.3.9.1]食事関連(種類)   | 夕食                                                                                                                                                                                                                                  |
| [S1.3.9.2]食事関連(種類)   | 治療食                                                                                                                                                                                                                                 |
| [S1.3.9.3]食事関連(内容)   | 食事提供なし<br>オーダー関連                                                                                                                                                                                                                    |
| [S1.4]影響度レベル         | 2                                                                                                                                                                                                                                   |
| [S2]状況自由記載           | TAE発生。術後意識不明となり緊急入院した患者、入室時に指示書に「日本国領事館が入っている」と誤記されている。自動除震機も設置してあるが、この場合でも対応できない。結果として手術中に患者が死亡していることまで知られた。また、食事メニューが手入力で入っていたため、SICUの食事が届かなかったことが原因と判断された。また、手術室に入っているにもかかわらず、食事が届いていないことに気が付かず、確認できなかったため、患者さんにも大変なことになる可能性がある。 |
| [B1]患者の診療科           | 脳神経外科                                                                                                                                                                                                                               |
| [B2]患者ID             | 11111111                                                                                                                                                                                                                            |
| [B3]患者年齢             | 70歳男性                                                                                                                                                                                                                               |
| [B4]患者の性別            | 男                                                                                                                                                                                                                                   |
| [B5]患者の主疾患名          | 認知症                                                                                                                                                                                                                                 |
| [B6]患者側要因            | 認知症・健忘                                                                                                                                                                                                                              |
| [B7]医療者側要因           | 確認不足であった<br>報告が遅れた(怒った)<br>まちがえやすいものだった                                                                                                                                                                                             |
| [B8]設備・物品・環境要因       |                                                                                                                                                                                                                                     |
| [B9]背景自由記載           | 確認が遅れてしまった。                                                                                                                                                                                                                         |

印刷 訂正 削除

自動分類

GQSM/QSMとの連携  
発生時の対応検査・治療・説明等

部内報告  
会議記録

調査(現場・カルテ・モニターなど)  
重大事故対応

投票・意見  
全経過

トリアージ  
添付資料

①厳格な監視が必要となる場合には、時間経過に応じて評価を繰り返す。転倒24時間後の患者の状態をフォローアップする方法を決める必要がある。  
②患者が転倒24時間以内に退院する場合は、退院時の損傷レベルを判断する。  
③X線、CTスキャン、またはその他の放射線学的評価により損傷の所見がなく、治療もなく、損傷の兆候及び症状もない場合は、「なし」を選択する。  
④凝固傷害のある患者で、転倒の結果血液製剤を受ける場合は、「4重度」を選択する。

☐減免対応  
☐係争対応  
☐保険対応

重症度  
☐未遂無害  
☐発生無害  
☐発生軽症  
☐発生重症  
☐発生重大

疾患名の種類(大分類)  
インシデントにより発生した疾患名

損傷の種類  
☐受動的  
☐能動的

※損傷の種類を選択時には下記の内容から選択

損傷の内容  
☐皮膚損傷  
☐臓器・血管損傷  
☐骨折損傷  
☐筋骨系・その他損傷

登録

图 3



# GRM評価の信頼性

## エラー可能性

|        |    | 当時のGRMの評価 |    |
|--------|----|-----------|----|
|        |    | 低い        | あり |
| GRM再評価 | 低い | 18        | 0  |
|        | あり | 3         | 21 |

## 重症度

|        |    | 当時のGRMの評価 |    |    |
|--------|----|-----------|----|----|
|        |    | 無害        | 軽症 | 重症 |
| GRM再評価 | 無害 | 29        | 0  | 0  |
|        | 軽症 | 7         | 4  | 0  |
|        | 重症 | 1         | 0  | 0  |

図 4



# GRM判断を教師とした各スコア、各偏差の連関図

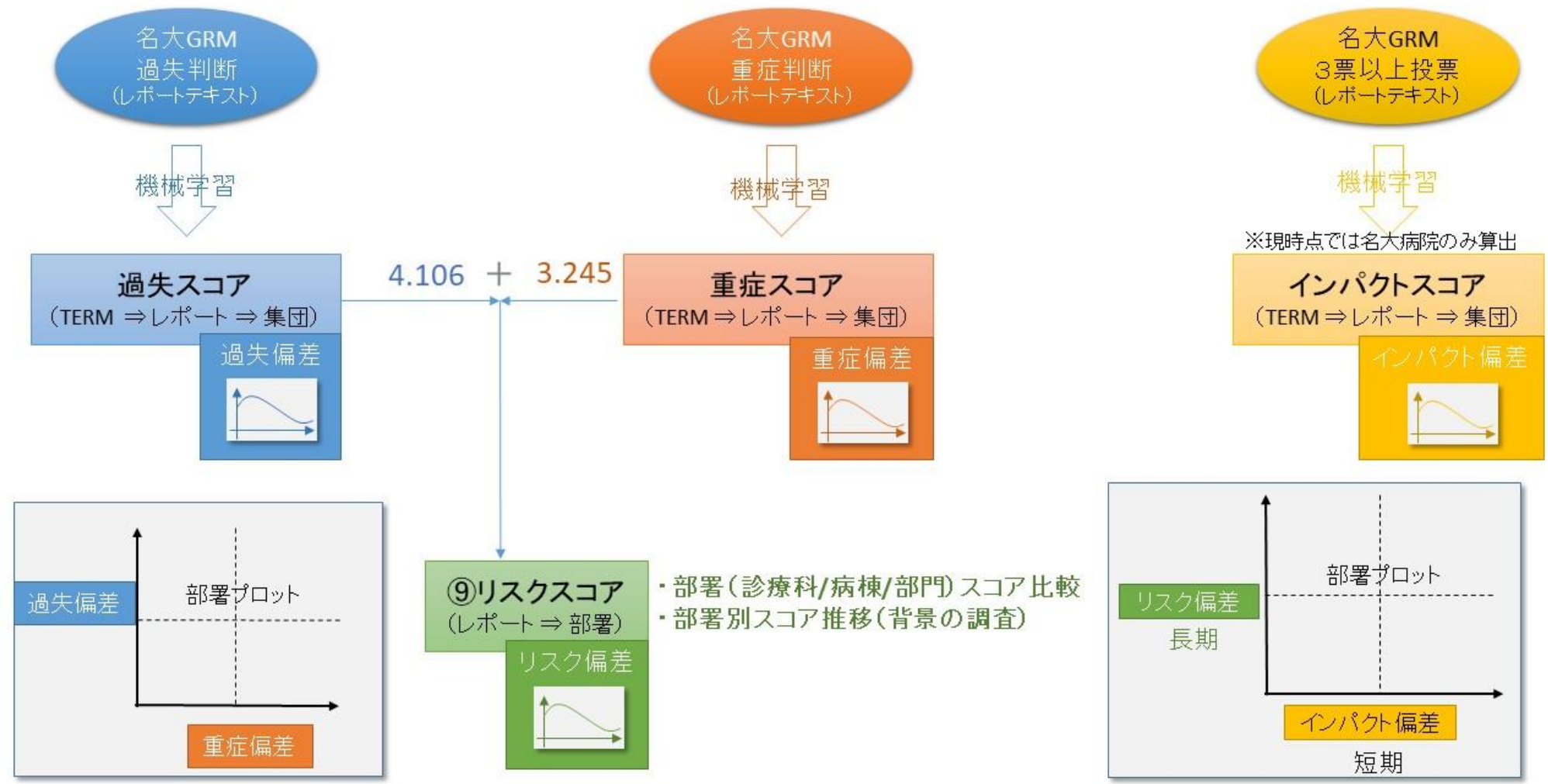


図 5

# Termスコアを算出(重症)

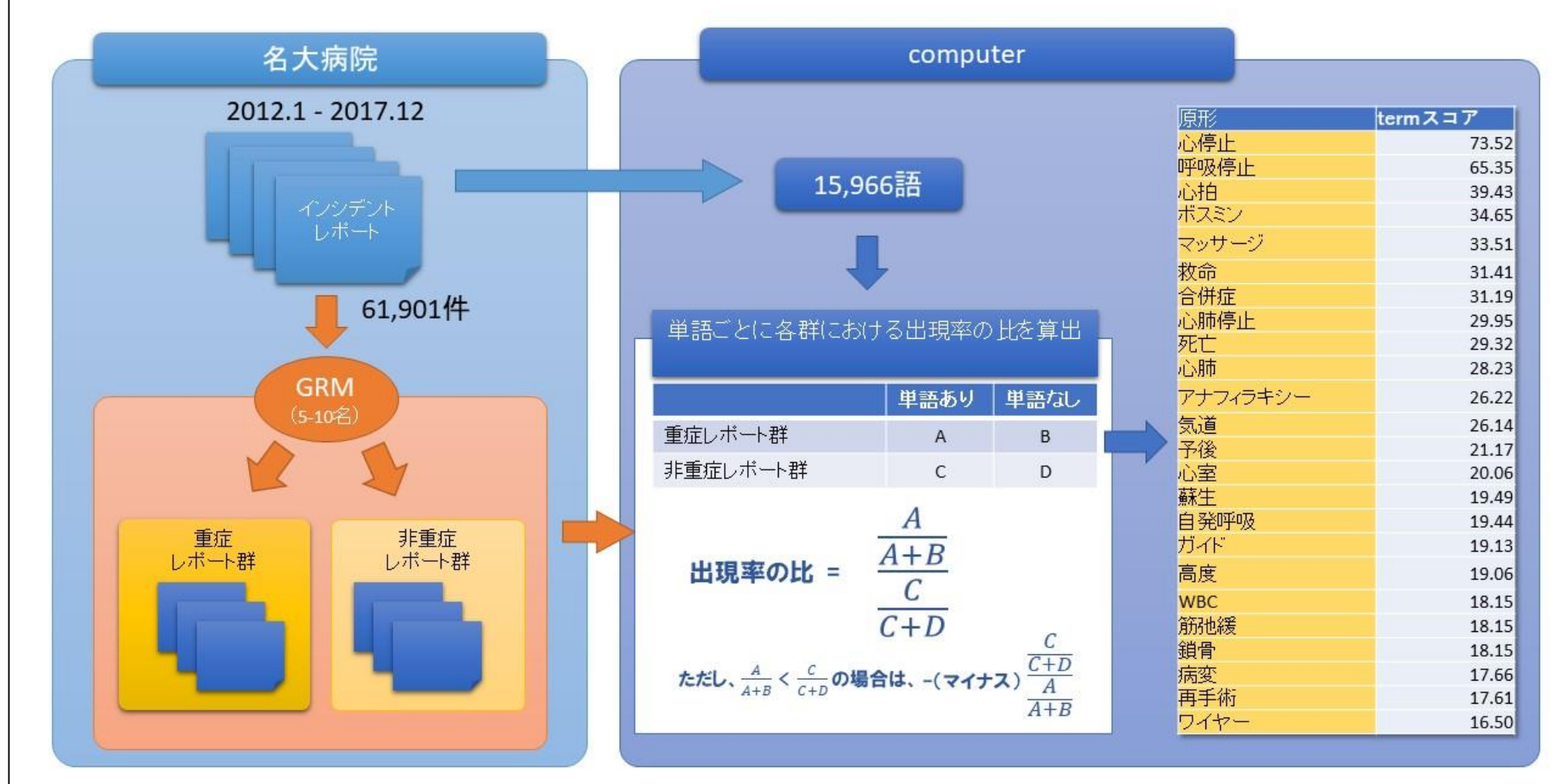


図 6

# Termスコアを算出(過失)

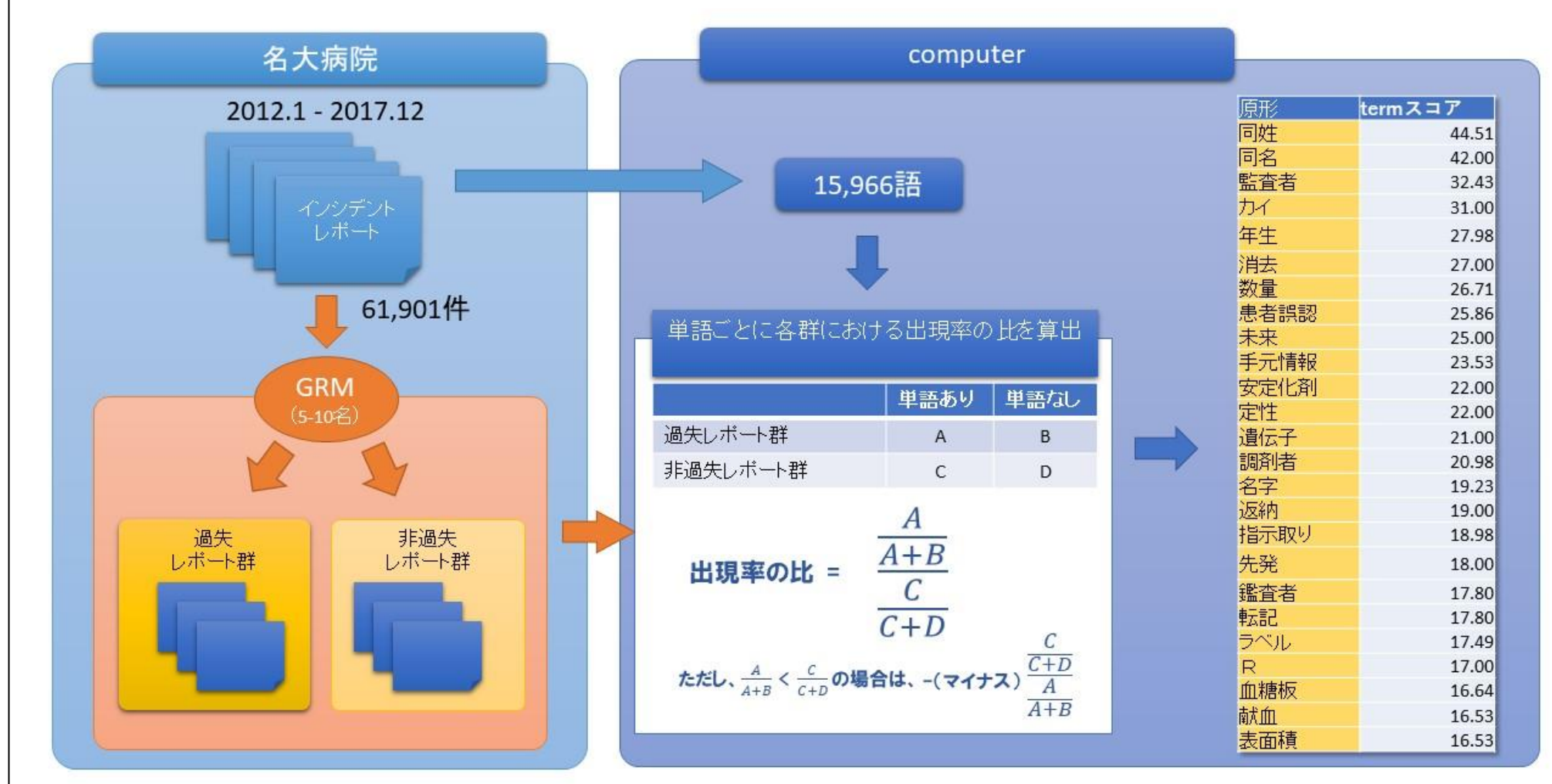


図 7

# Termスコアを算出(インパクト)

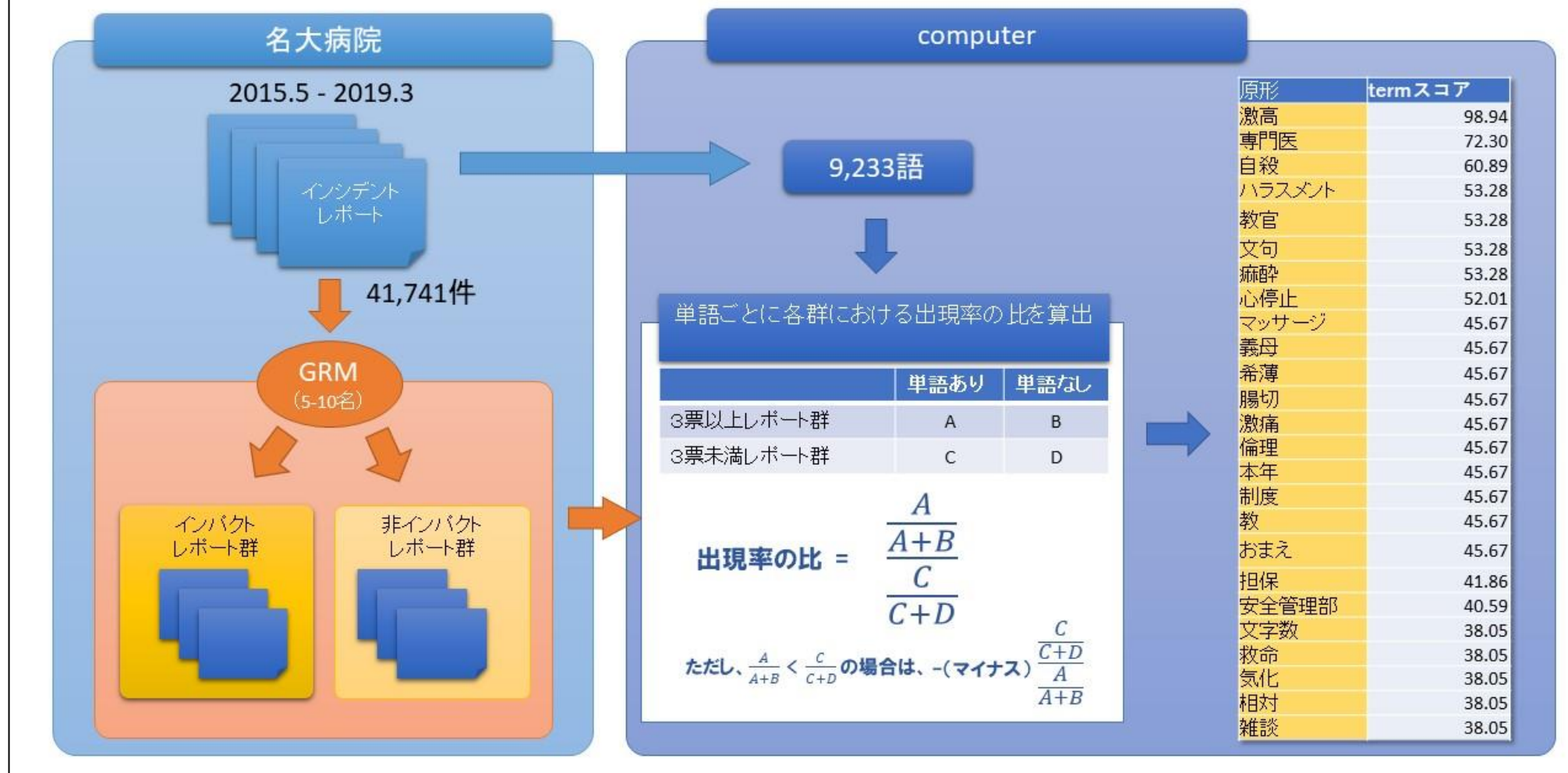


図 8



# レポートの自動重み付けと施設別リスク量の算出

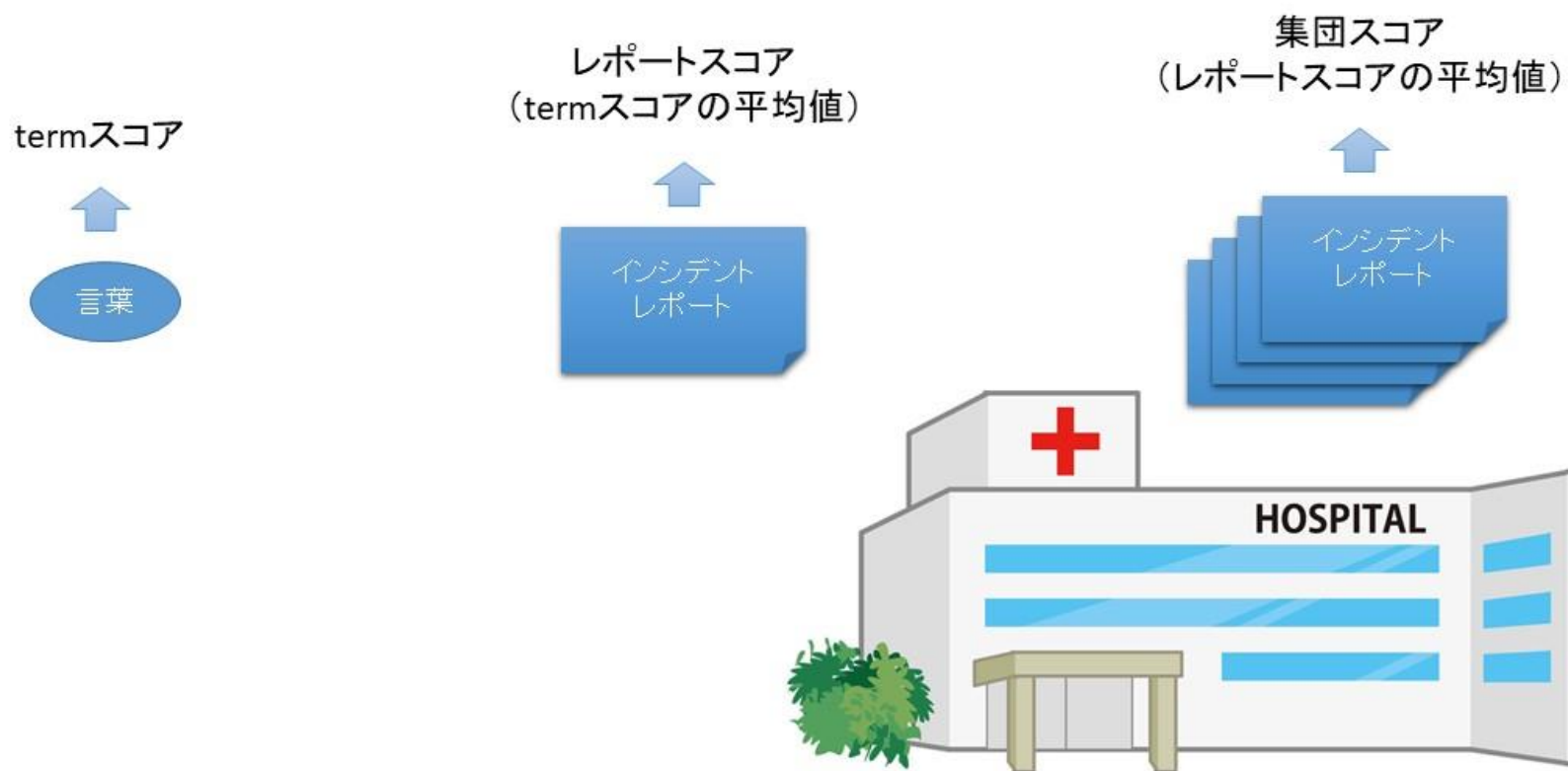


図 9

## リスクスコア算出方法案

- ①過失スコア
- ②過失スコア(＋のみ)
- ③重症スコア
- ④重症スコア(＋のみ)
- ⑤過失スコア×重症スコア
- ⑥過失スコア(＋のみ)×重症スコア(＋のみ)
- ⑦過失スコア(＋のみ)に限った重症スコア
- ⑧過失スコア(＋のみ)に限った重症スコア(＋のみ)
- ⑨AHP分析による重み付け(過失＋重症)
- ⑩AHP分析による重み付け(過失＋重症＋報告量＋多様性)(偏差値)

図 10

# GRMによるリスク評価因子の重み付け(AHP分析)

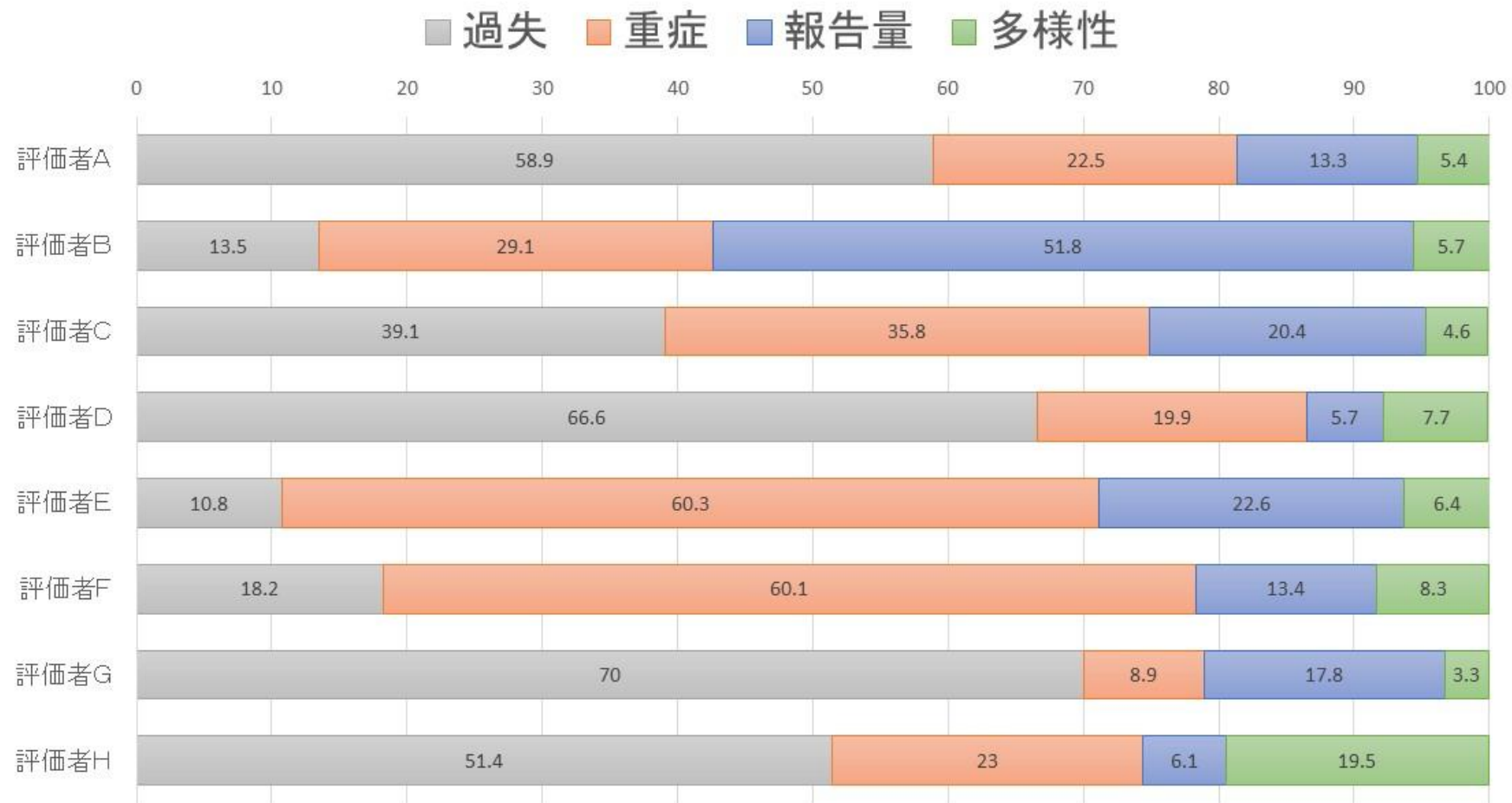


図 11

## 過失、重症、報告量、多様性の重み付け(GRM7名の平均値)

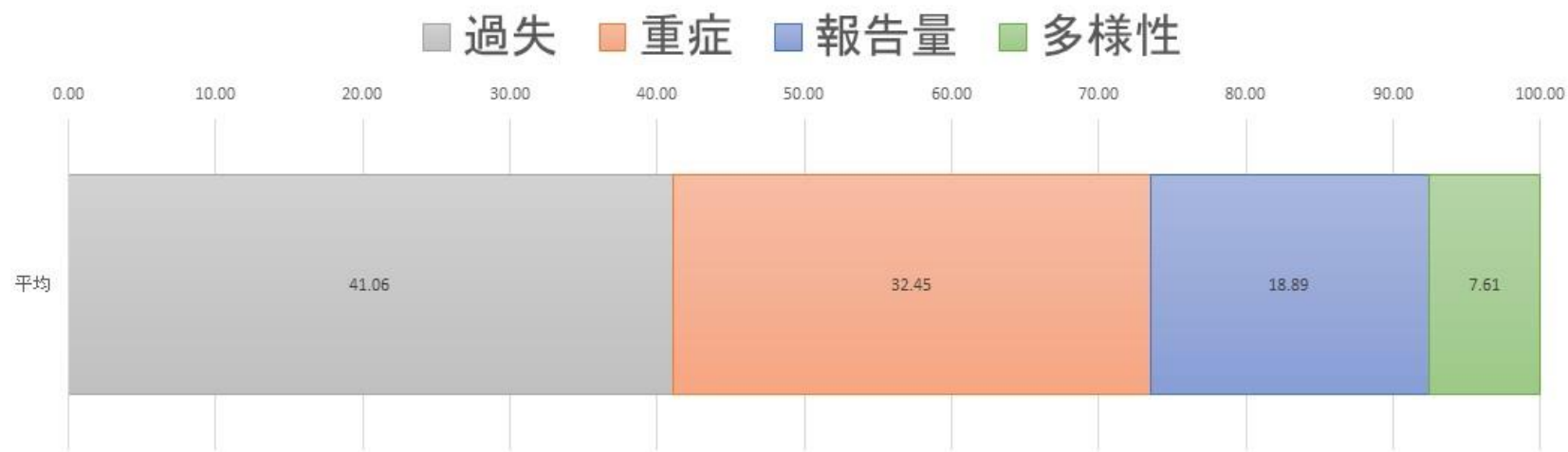


図 12



# GRMによるインシデントの種類の順位評価

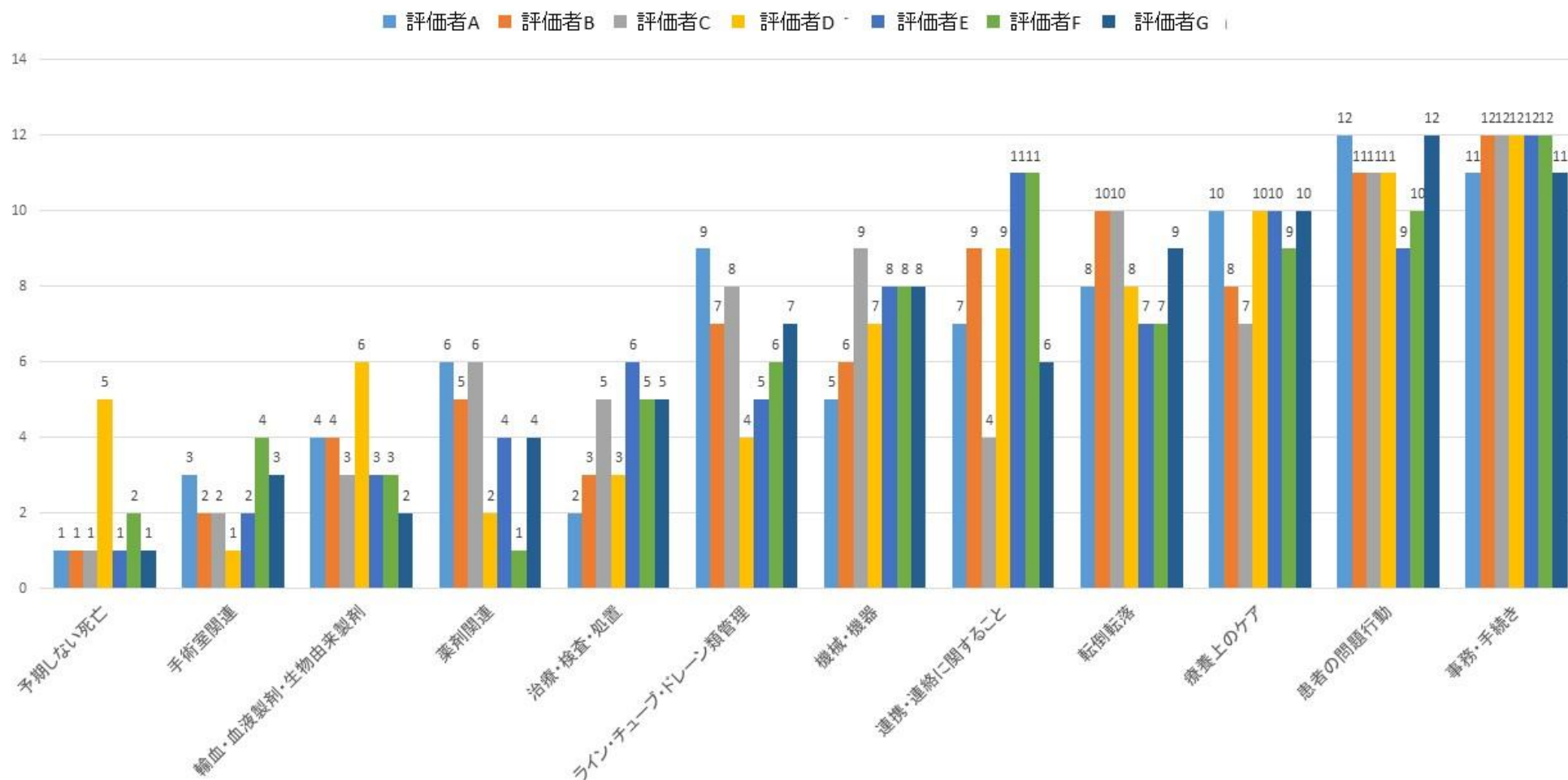


図 13

# 複数GRMによるインシデントの種類の順位評価の一致性

| 記述統計             |    |       |       |     |     |
|------------------|----|-------|-------|-----|-----|
|                  | 度数 | 平均値   | 標準偏差  | 最小値 | 最大値 |
| 予期しない死亡          | 7  | 1.71  | 1.496 | 1   | 5   |
| 手術室関連            | 7  | 2.43  | .976  | 1   | 4   |
| 輸血・血液製剤・生物由来製剤   | 7  | 3.57  | 1.272 | 2   | 6   |
| 薬剤関連             | 7  | 4.00  | 1.915 | 1   | 6   |
| 治療・検査・処置         | 7  | 4.14  | 1.464 | 2   | 6   |
| ライン・チューブ・ドレーン類管理 | 7  | 6.57  | 1.718 | 4   | 9   |
| 機械・機器            | 7  | 7.29  | 1.380 | 5   | 9   |
| 連携・連絡に関すること      | 7  | 8.14  | 2.610 | 4   | 11  |
| 転倒転落             | 7  | 8.43  | 1.272 | 7   | 10  |
| 療養上のケア           | 7  | 9.14  | 1.215 | 7   | 10  |
| 患者の問題行動          | 7  | 10.86 | 1.069 | 9   | 12  |
| 事務・手続き           | 7  | 11.71 | .488  | 11  | 12  |

| 検定統計量                    |        |
|--------------------------|--------|
| 度数                       | 7      |
| Kendall の W <sup>a</sup> | .840   |
| カイ 2 乗                   | 64.648 |
| 自由度                      | 11     |
| 漸近有意確率                   | .000   |
| a. Kendall の一致係数         |        |

SPSS Ver.24

ケンドールの一致度係数[0,1]  
複数評価者間の順位評価の一致度をみる

複数GRMの順位評価には高い一致性がある

図 14

## ⑨AHP分析による重み付け(過失+重症) インシデントの種類

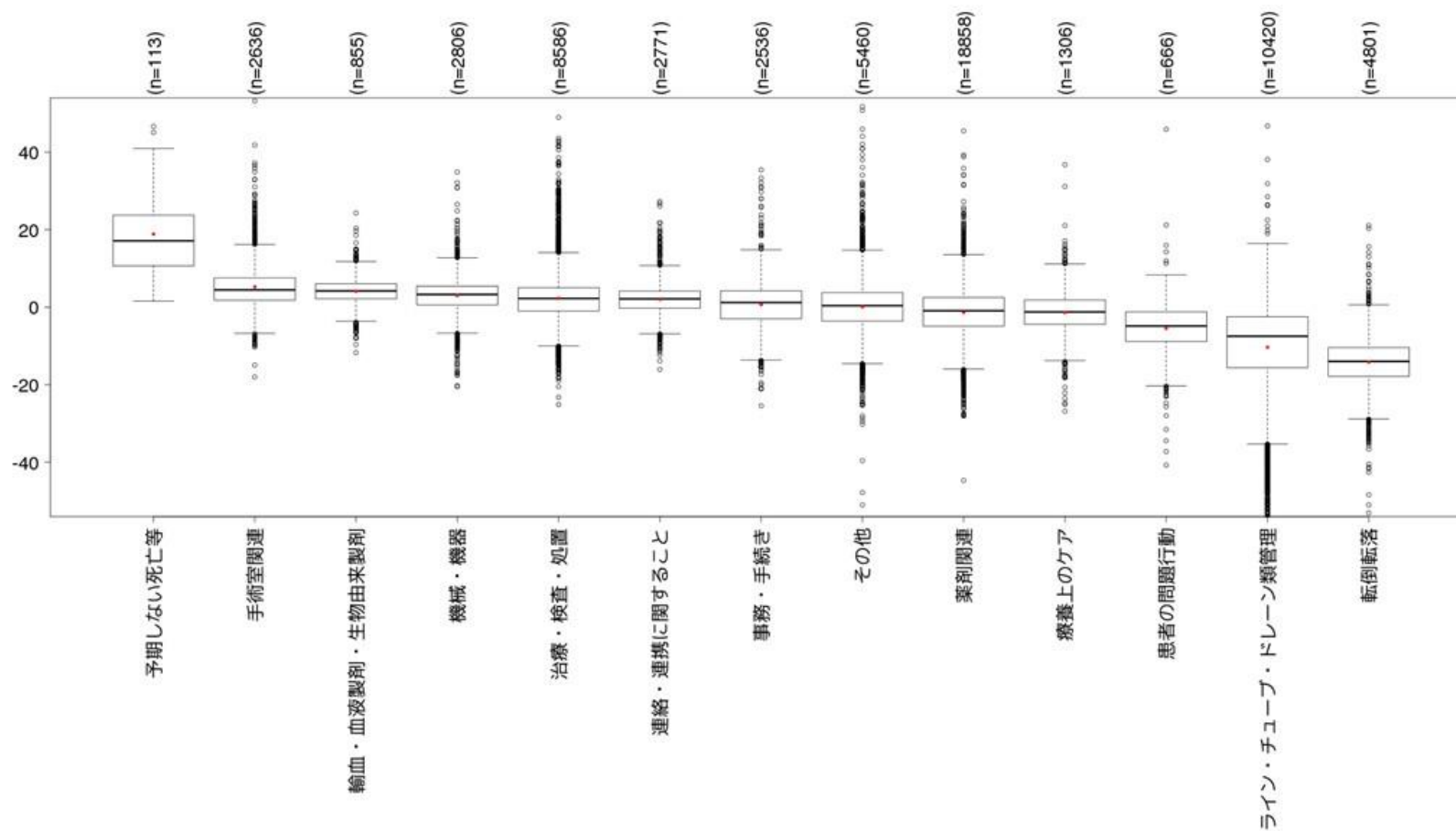


図 15

# GRMによる順位評価と各算出方法による順位評価の相関

| 算出<br>方法 | 予期しな<br>い死亡 | 手術室<br>関連 | 輸血・血液製剤・<br>生物由来製剤 | 薬剤<br>関連 | 治療・検<br>査・処置 | ライン・チューブ・<br>ドレーン類管理 | 機械・<br>機器 | 連携・連絡に<br>関すること | 転倒<br>転落 | 療養上<br>のケア | 患者の間<br>題行動 | 事務・<br>手続き | 順位相<br>関係数 |
|----------|-------------|-----------|--------------------|----------|--------------|----------------------|-----------|-----------------|----------|------------|-------------|------------|------------|
| GRM      | 1           | 2         | 3                  | 4        | 5            | 6                    | 7         | 8               | 9        | 10         | 11          | 12         | 1.000      |
| ①        | 9           | 8         | 1                  | 2        | 3            | 11                   | 6         | 5               | 12       | 7          | 10          | 4          | 0.196      |
| ②        | 12          | 8         | 3                  | 5        | 1            | 9                    | 7         | 6               | 10       | 2          | 11          | 4          | -0.105     |
| ③        | 1           | 2         | 7                  | 12       | 8            | 9                    | 3         | 6               | 5        | 10         | 4           | 11         | 0.357      |
| ④        | 1           | 2         | 8                  | 6        | 3            | 10                   | 7         | 5               | 12       | 4          | 9           | 11         | 0.622      |
| ⑤        | 1           | 2         | 3                  | 9        | 6            | 11                   | 4         | 5               | 12       | 8          | 10          | 7          | 0.622      |
| ⑥        | 1           | 5         | 2                  | 4        | 6            | 10                   | 7         | 8               | 12       | 9          | 11          | 3          | 0.587      |
| ⑦        | 1           | 2         | 6                  | 12       | 10           | 8                    | 3         | 7               | 5        | 11         | 4           | 9          | 0.322      |
| ⑧        | 1           | 2         | 7                  | 8        | 5            | 10                   | 4         | 9               | 12       | 11         | 3           | 6          | 0.413      |
| ⑨        | 1           | 2         | 3                  | 8        | 5            | 11                   | 4         | 6               | 12       | 9          | 10          | 7          | 0.685      |
| ⑩        | 1           | 3         | 2                  | 10       | 7            | 11                   | 4         | 5               | 12       | 8          | 9           | 6          | 0.517      |

リスクスコアとして⑨の算出方法を採用

順位相関係数: R Ver3.6 cor関数 method="spearman"

図 16

## 共同研究施設別リスクスコア⑨比較

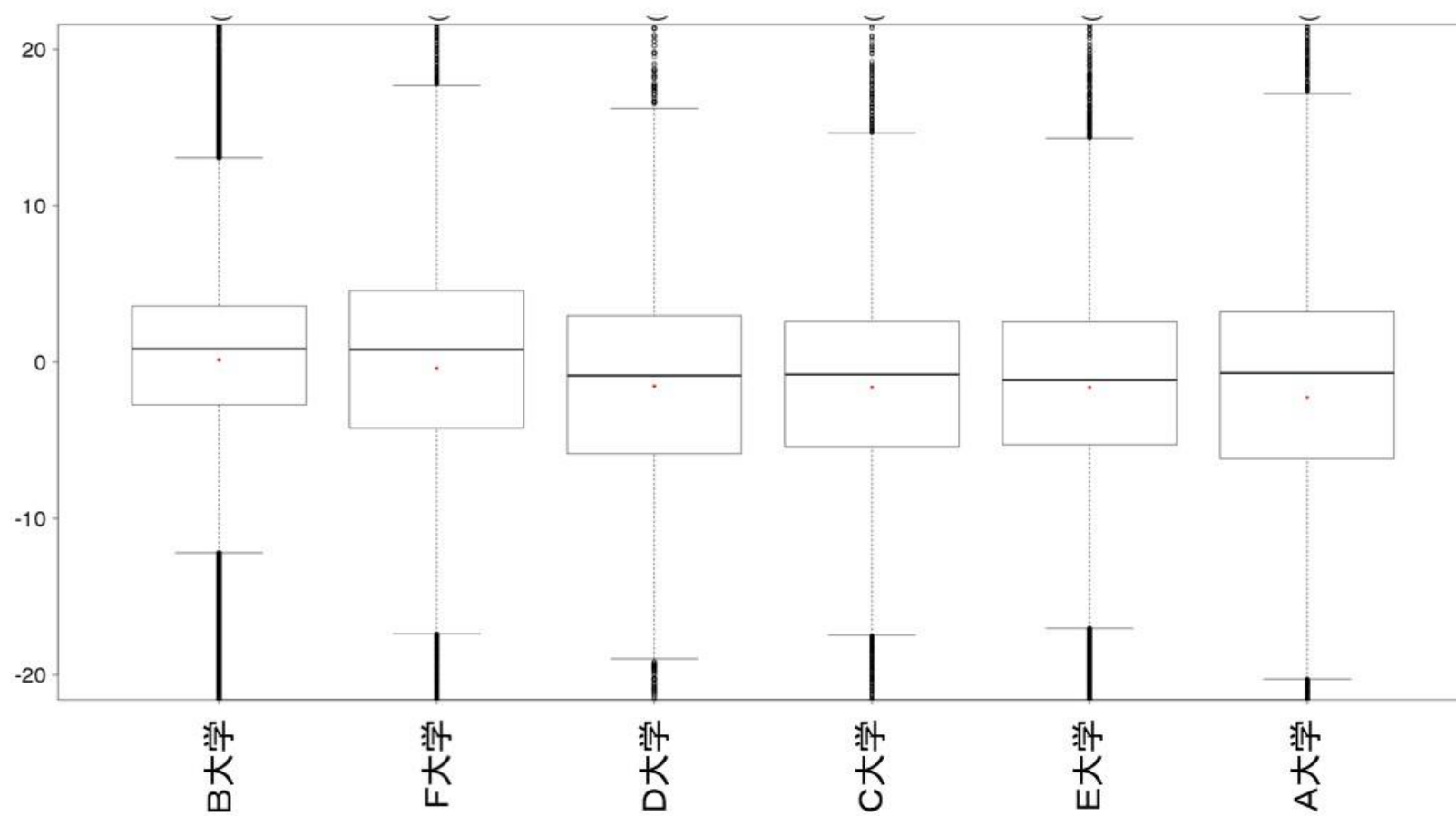


図 17

# 全共同研究施設の職種別リスクスコア比較

N >= 30

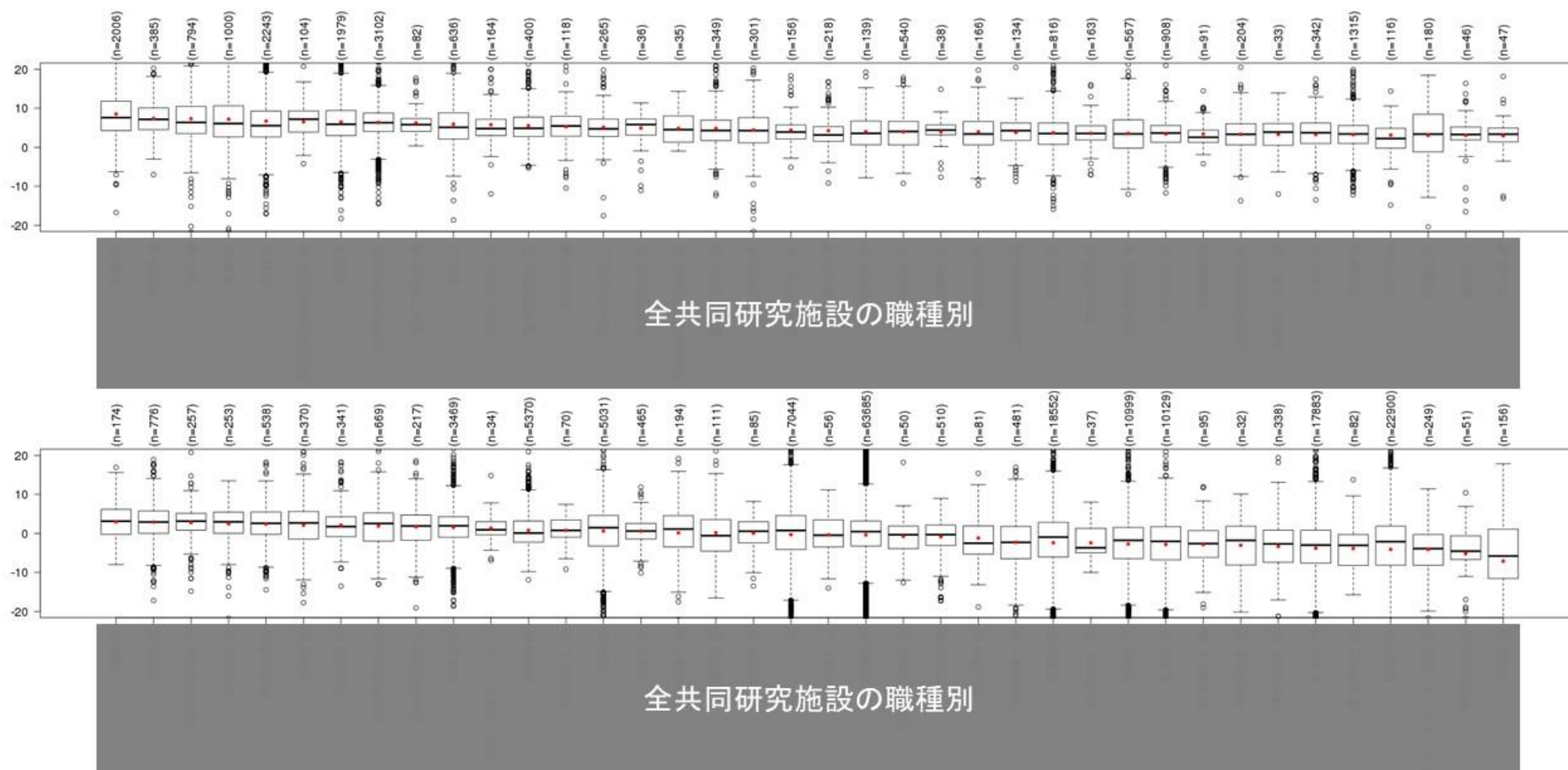


図 18



# 全共同研究施設の医師部署別リスクスコア比較

N >= 30

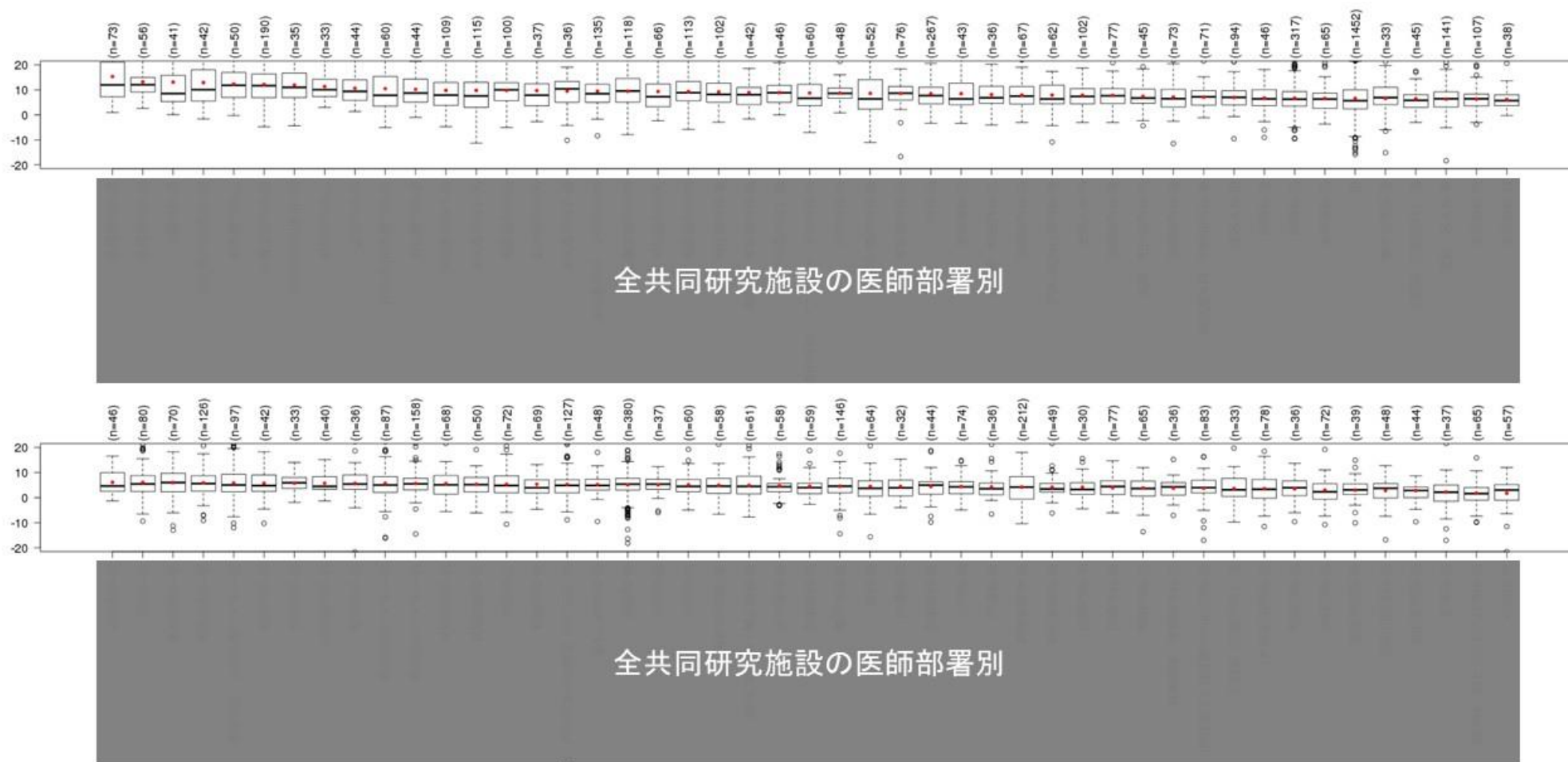


図 19

$$N \geq 30$$




$N \geq 30$



# A大学病院⑨

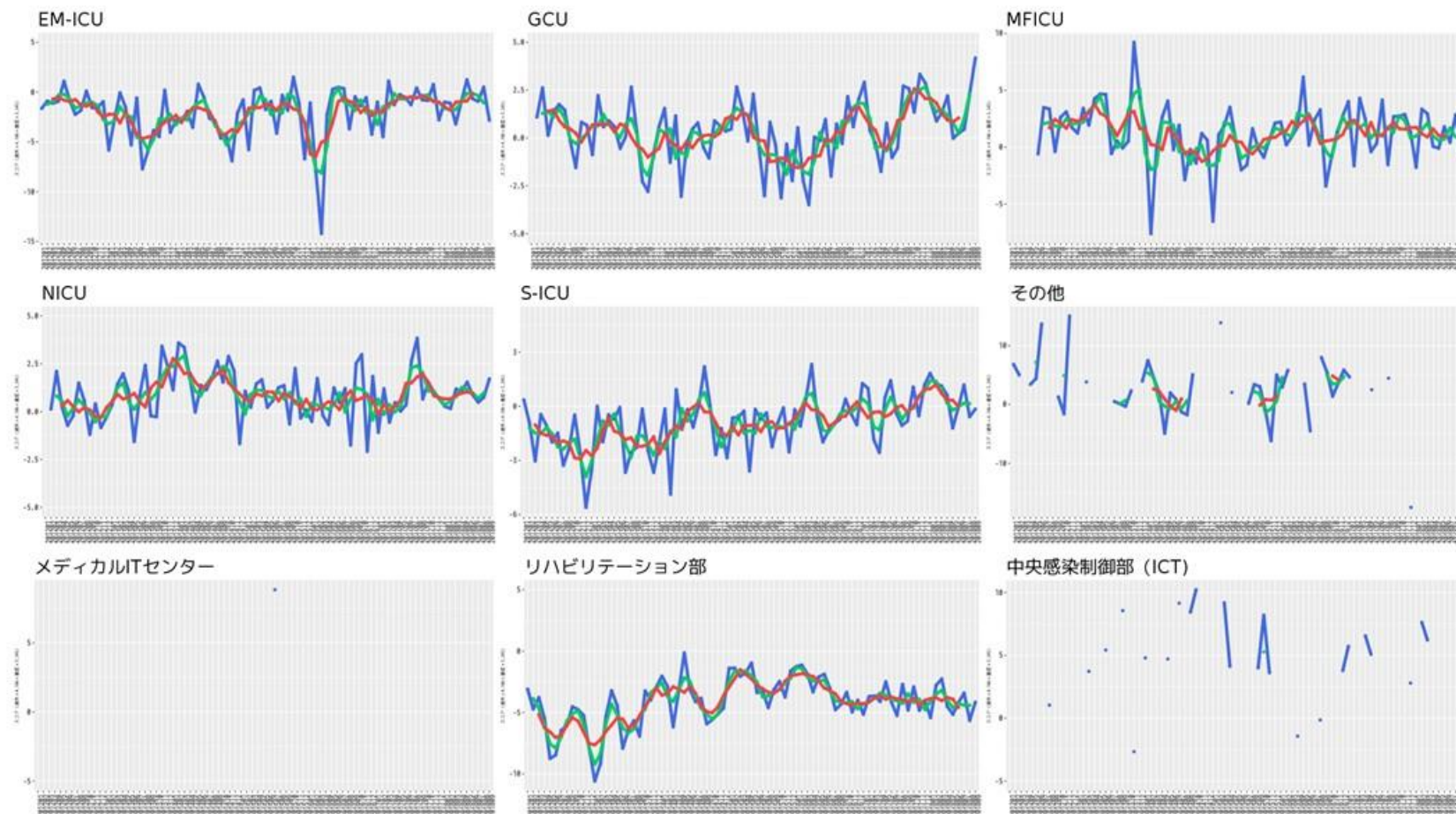


図 22

# B大学病院⑨

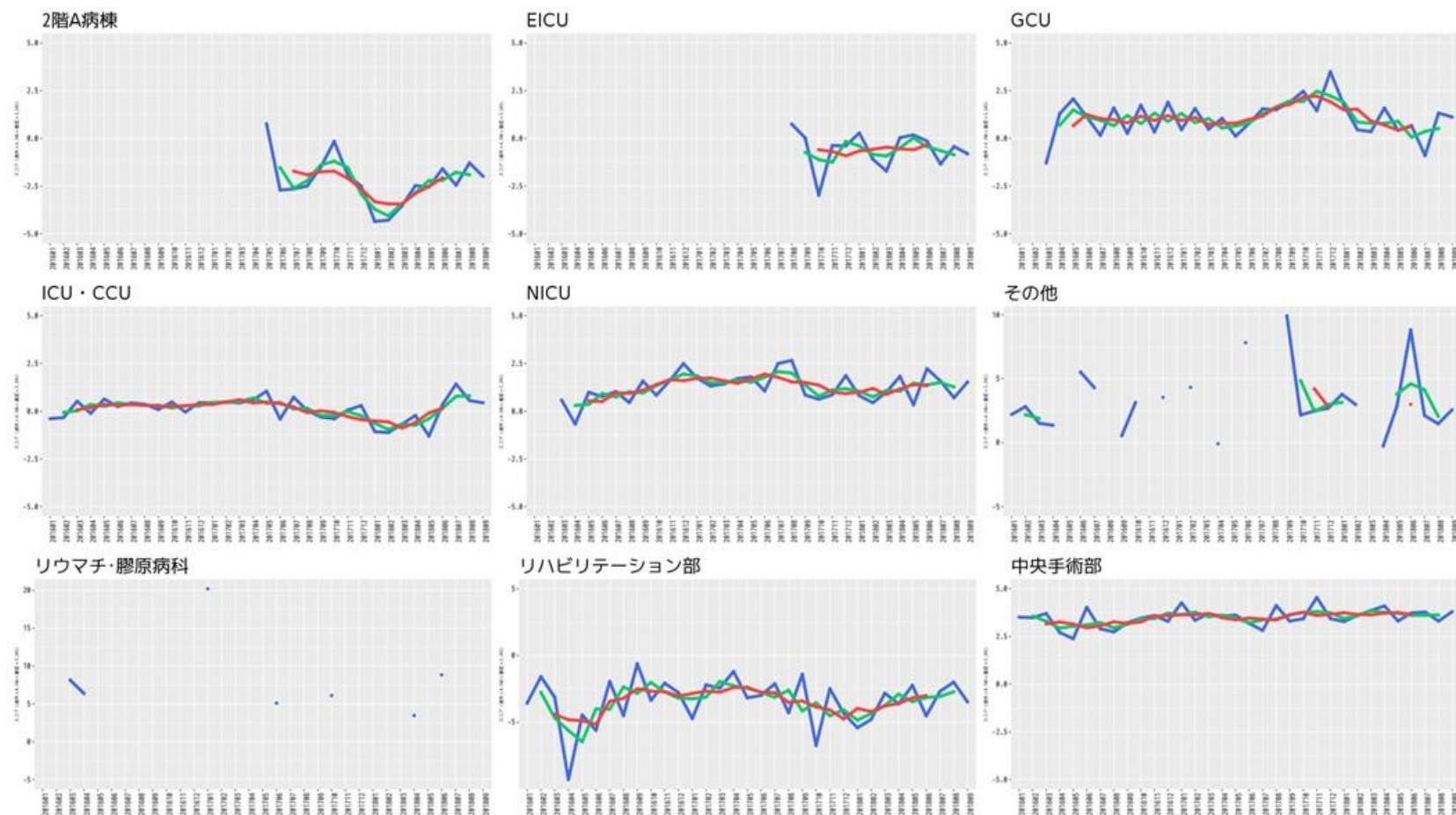


図 23



## C大学病院⑨

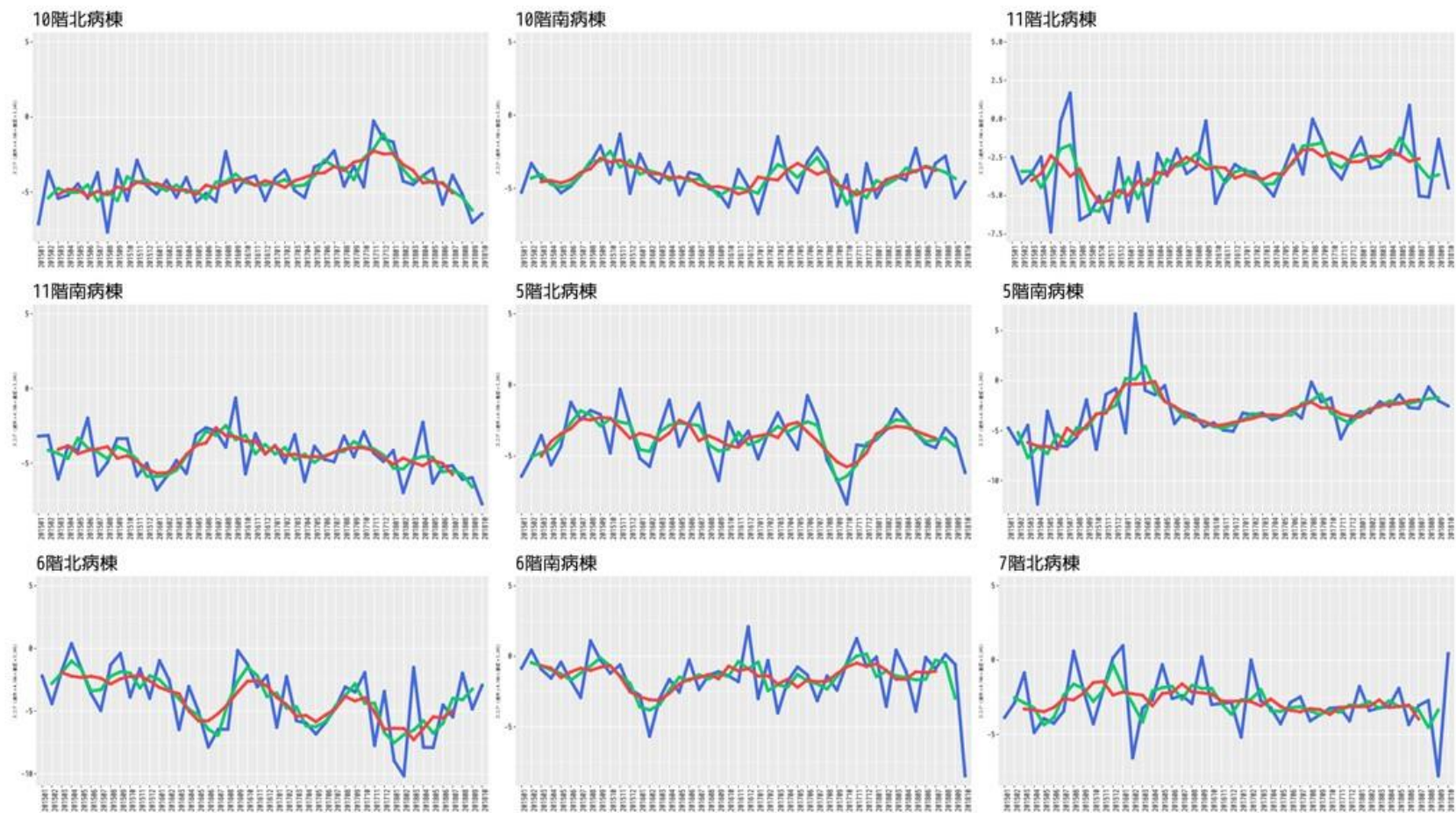


図 24

# D大学病院⑨

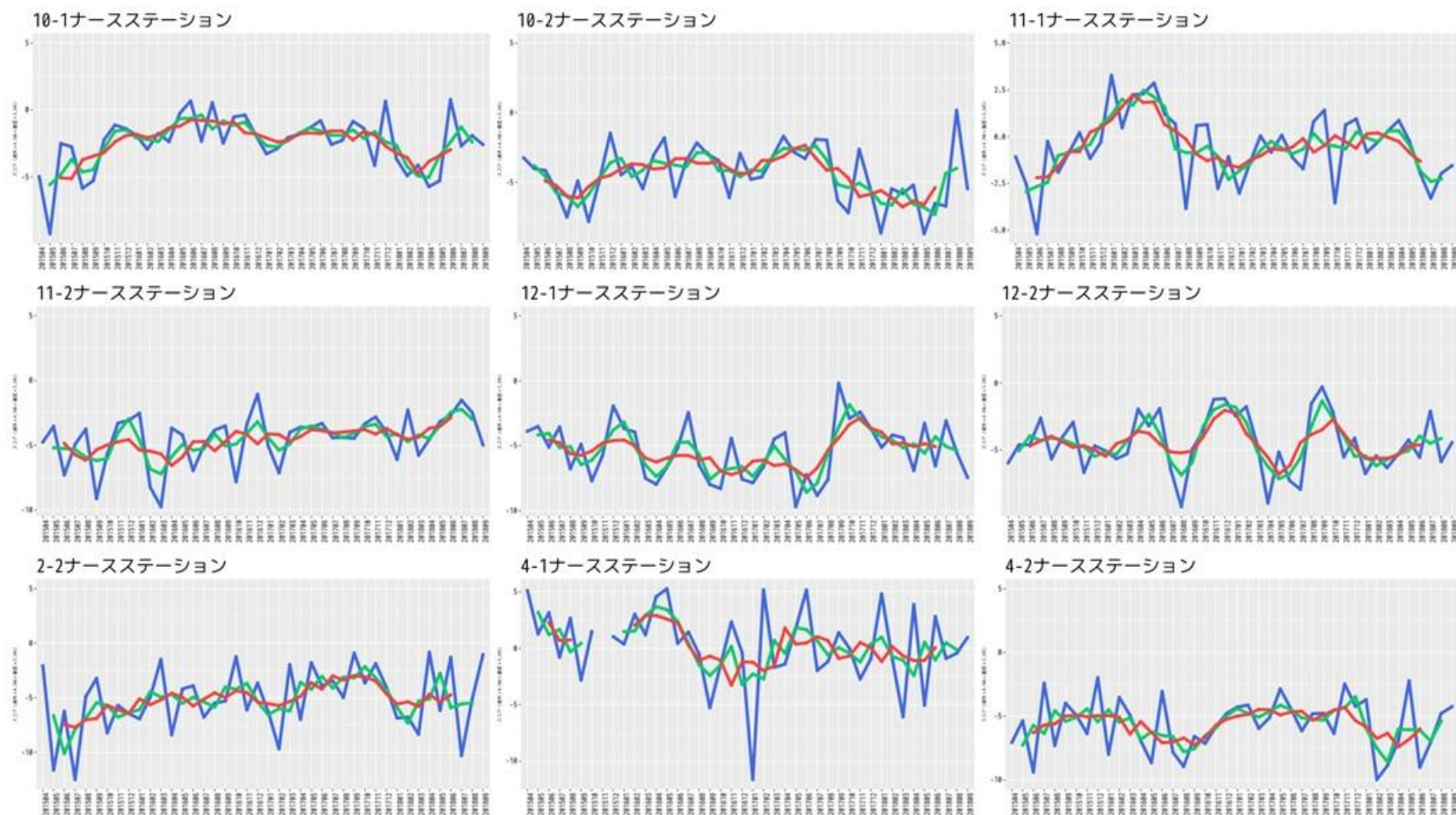


図 25

## E大学病院⑨

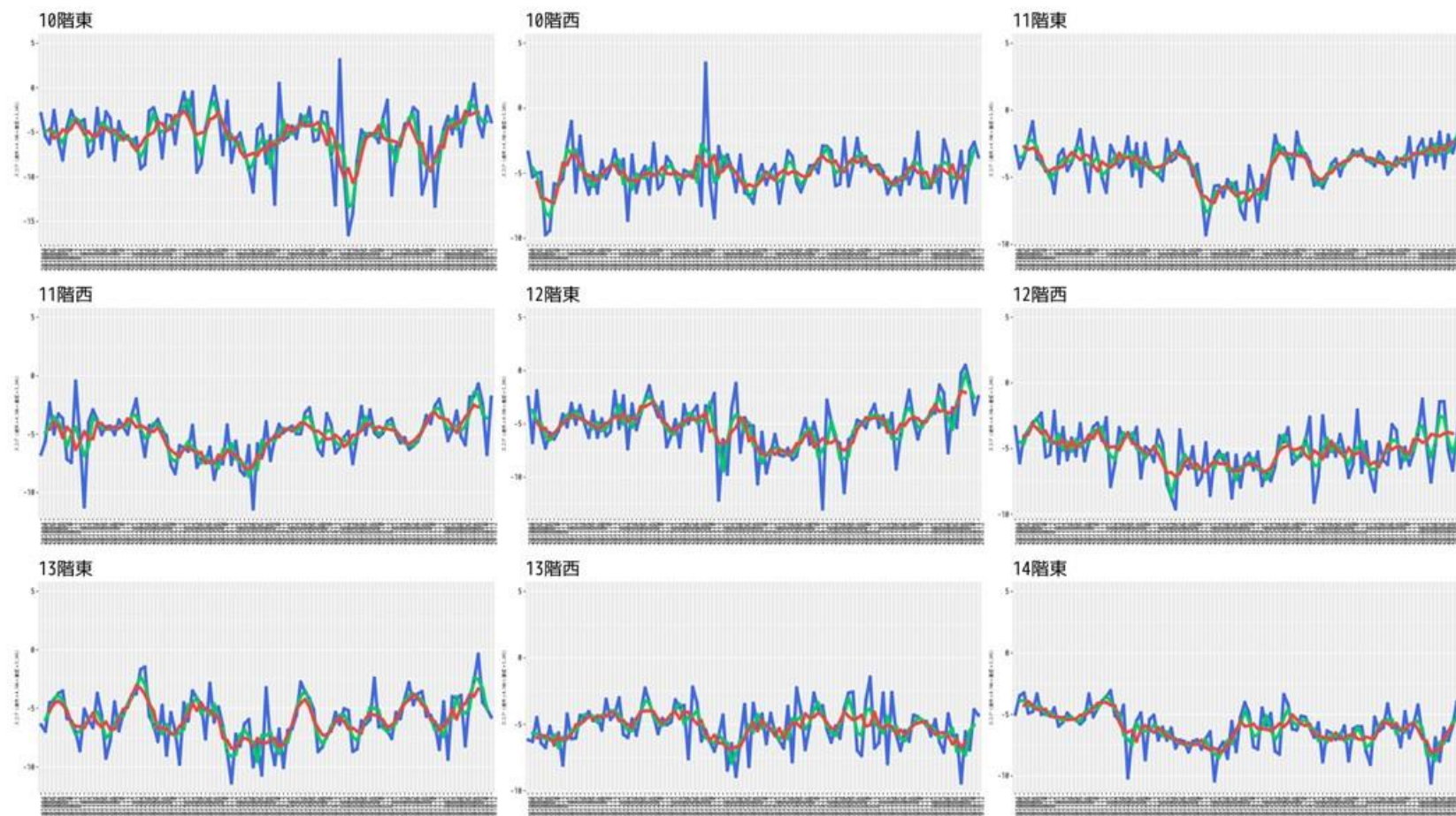


図 26



# F大学病院⑨

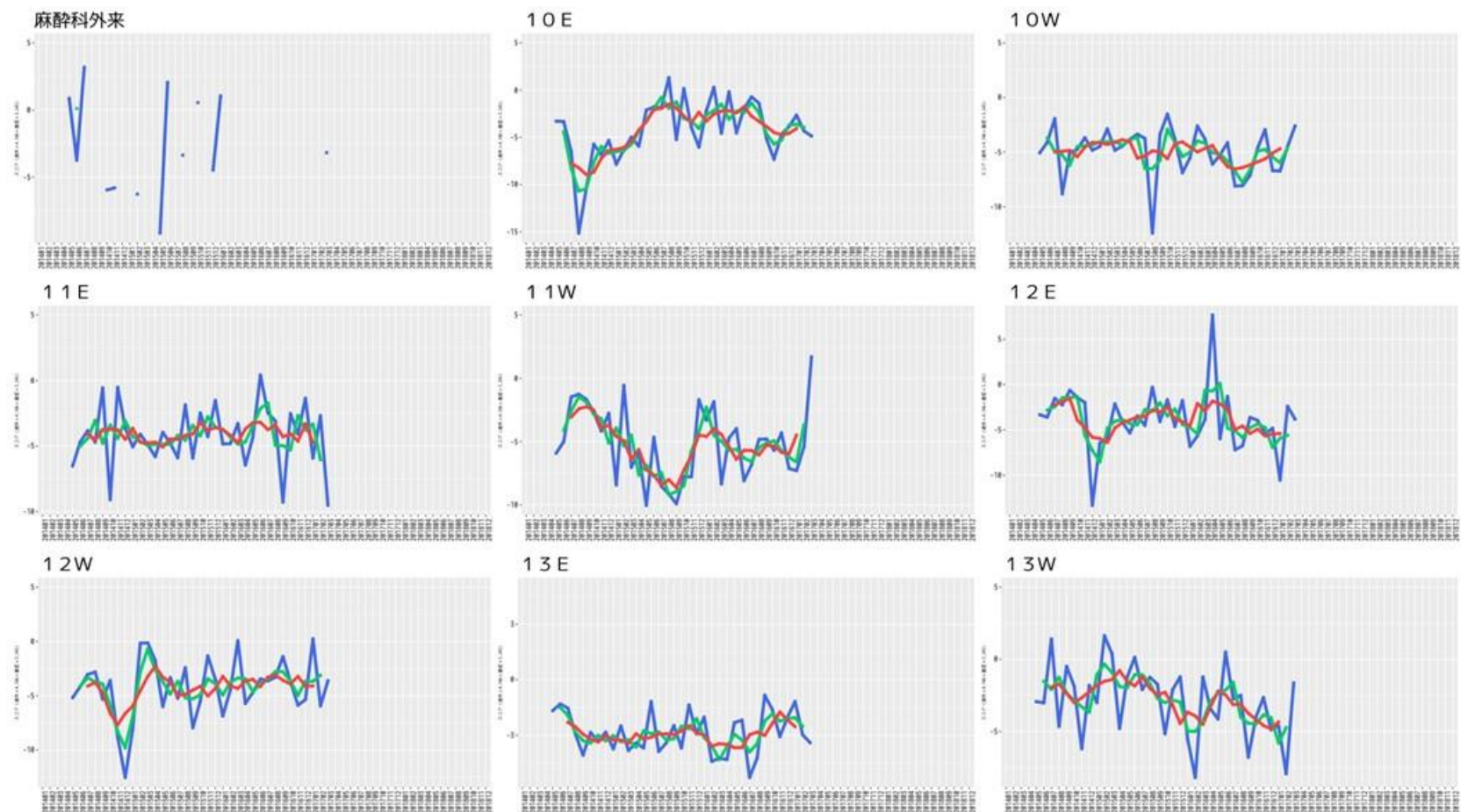


図 27

# リスクスコアの変化と現場背景の変化の比較

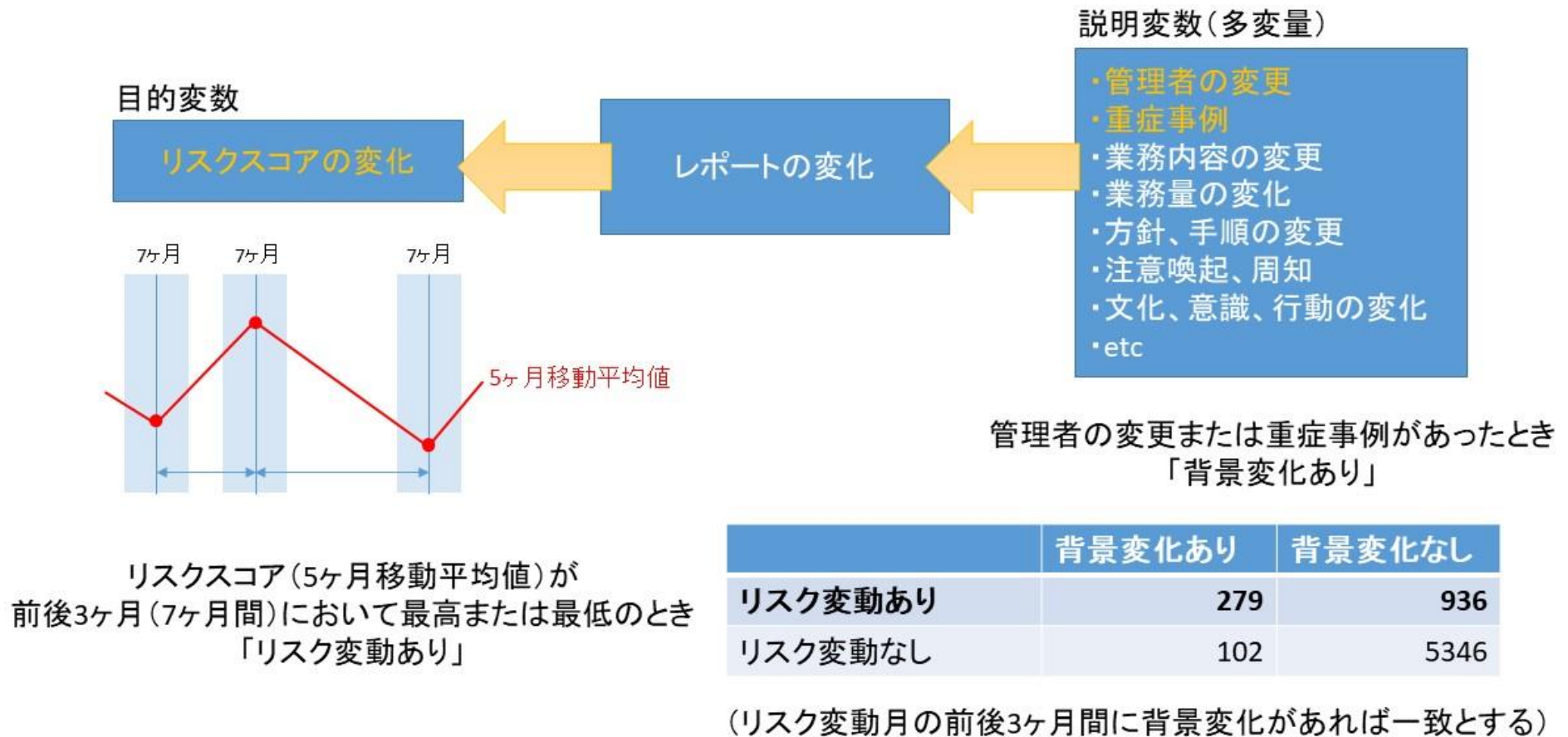


図 28



# リスクスコアの変化と現場背景の変化の比較

## フィッシャーの正確検定

Fisher's Exact Test for Count Data

**p-value < 2.2e-16**

alternative hypothesis: true odds ratio is not equal to 1

95 percent confidence interval:

12.26173 19.99276

sample estimates:

odds ratio

15.61233

## クラメールの連関係数

|  | X^2 | df | P(> X^2) |
|--|-----|----|----------|
|--|-----|----|----------|

|                  |        |   |   |
|------------------|--------|---|---|
| Likelihood Ratio | 597.32 | 1 | 0 |
|------------------|--------|---|---|

|         |        |   |   |
|---------|--------|---|---|
| Pearson | 819.68 | 1 | 0 |
|---------|--------|---|---|

Phi-Coefficient : 0.351

Contingency Coeff. : 0.331

**Cramer's V : 0.351**

| 小   | 中   | 大   |
|-----|-----|-----|
| 0.1 | 0.3 | 0.5 |

図 29

# 報告量とインパクトスコアの分布(名大病院)

77部署

(2015.5 - 2019.3、41,741レポート)

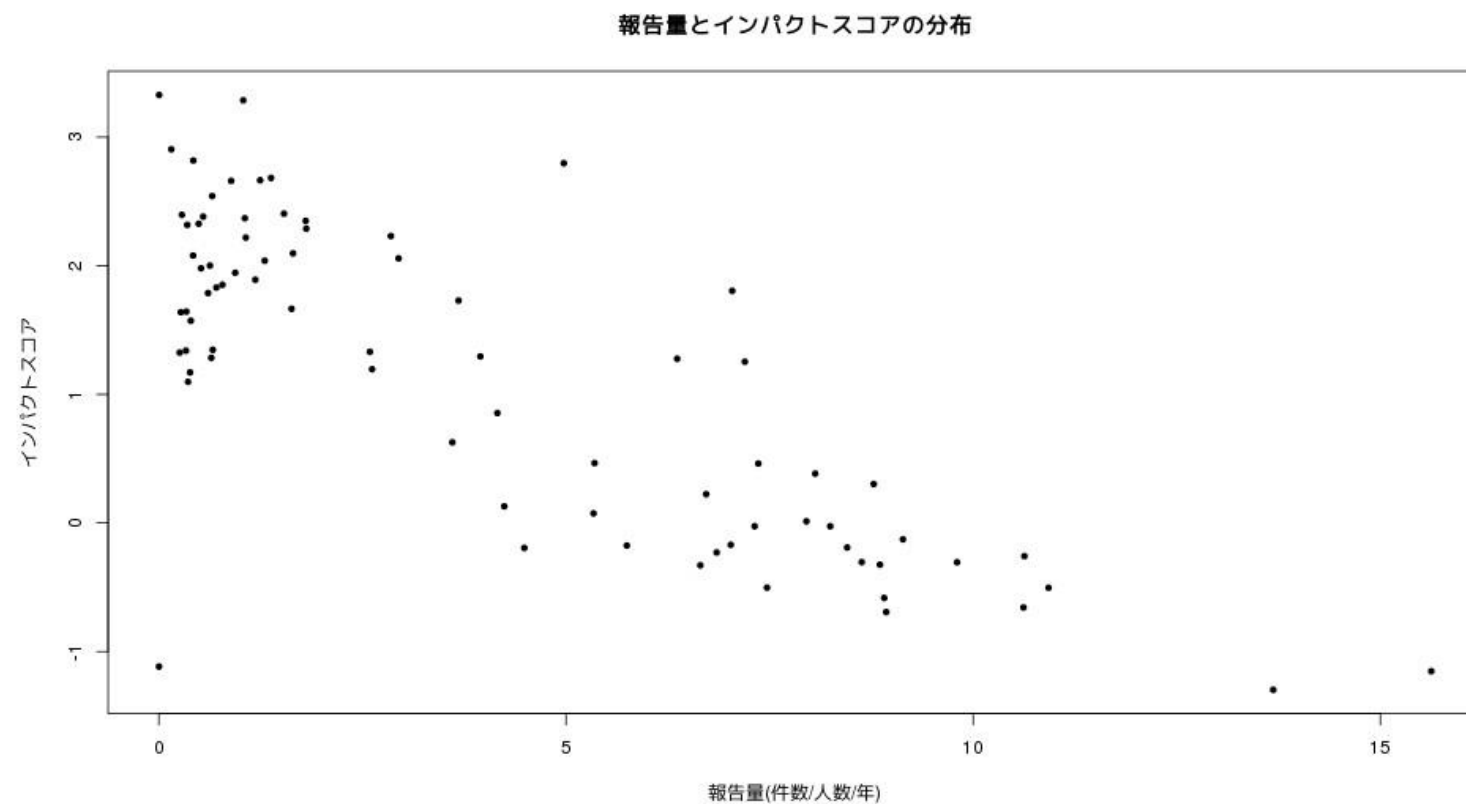


図 30

# 報告量とインパクトスコアの分布(名大病院)

77部署

## 報告量ごとのインパクトスコアの中央値

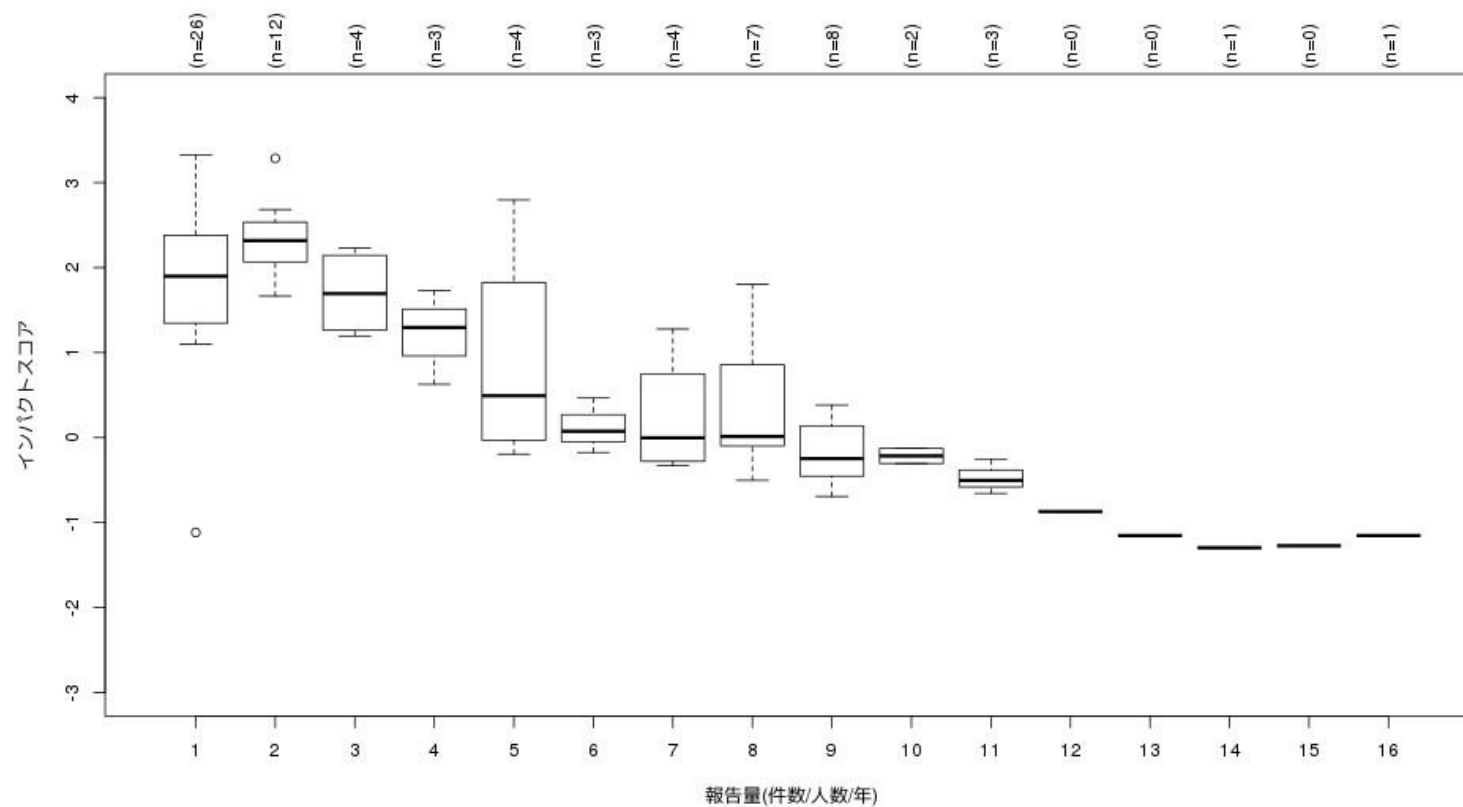


図 31

## 報告量とインパクトスコア中央値の平滑化スプライン(名大病院)77部署

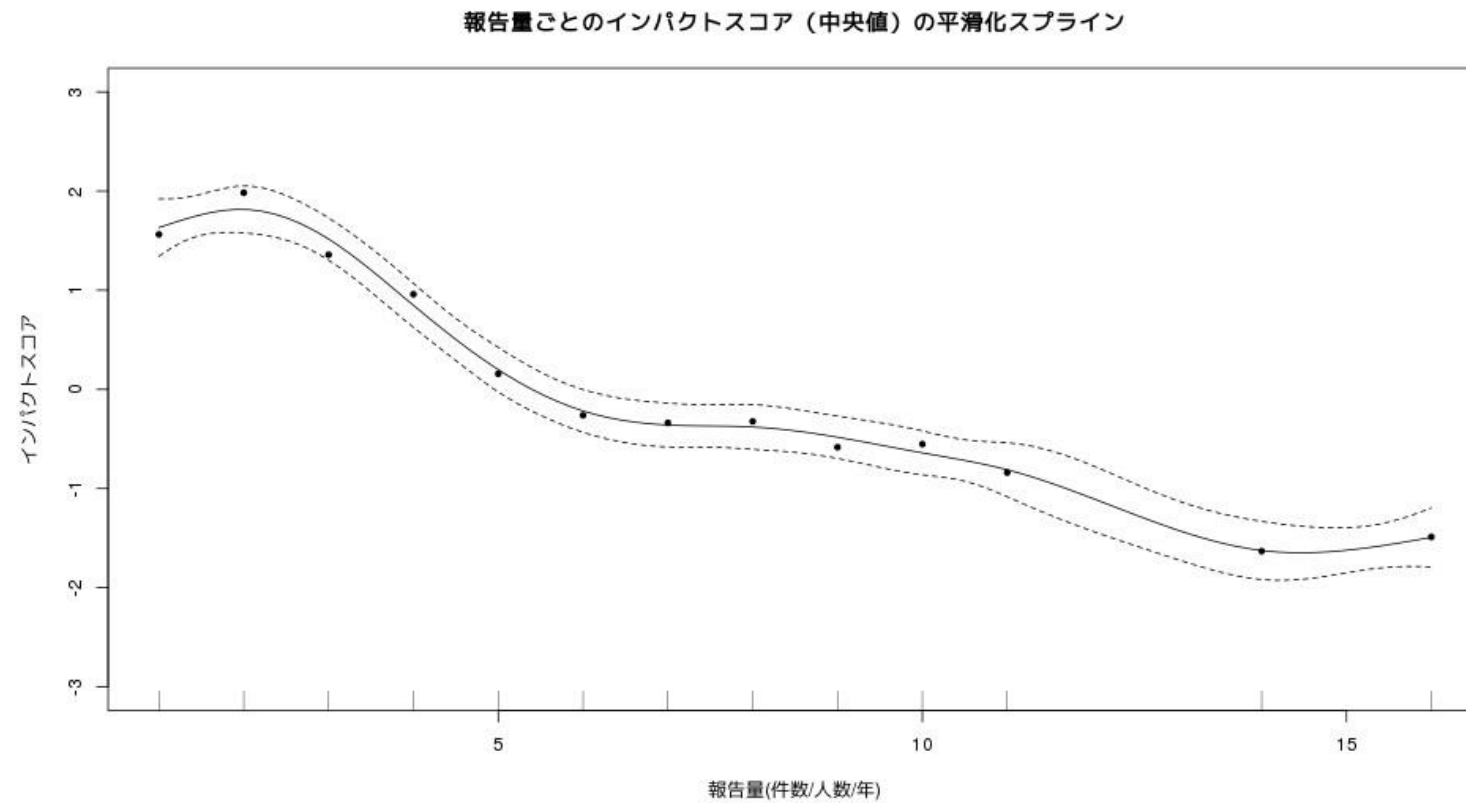


図 32

# 報告量とリスクスコア中央値の平滑化スプライン 361部署(4施設)

自治医大を除き、報告量12以下に限る

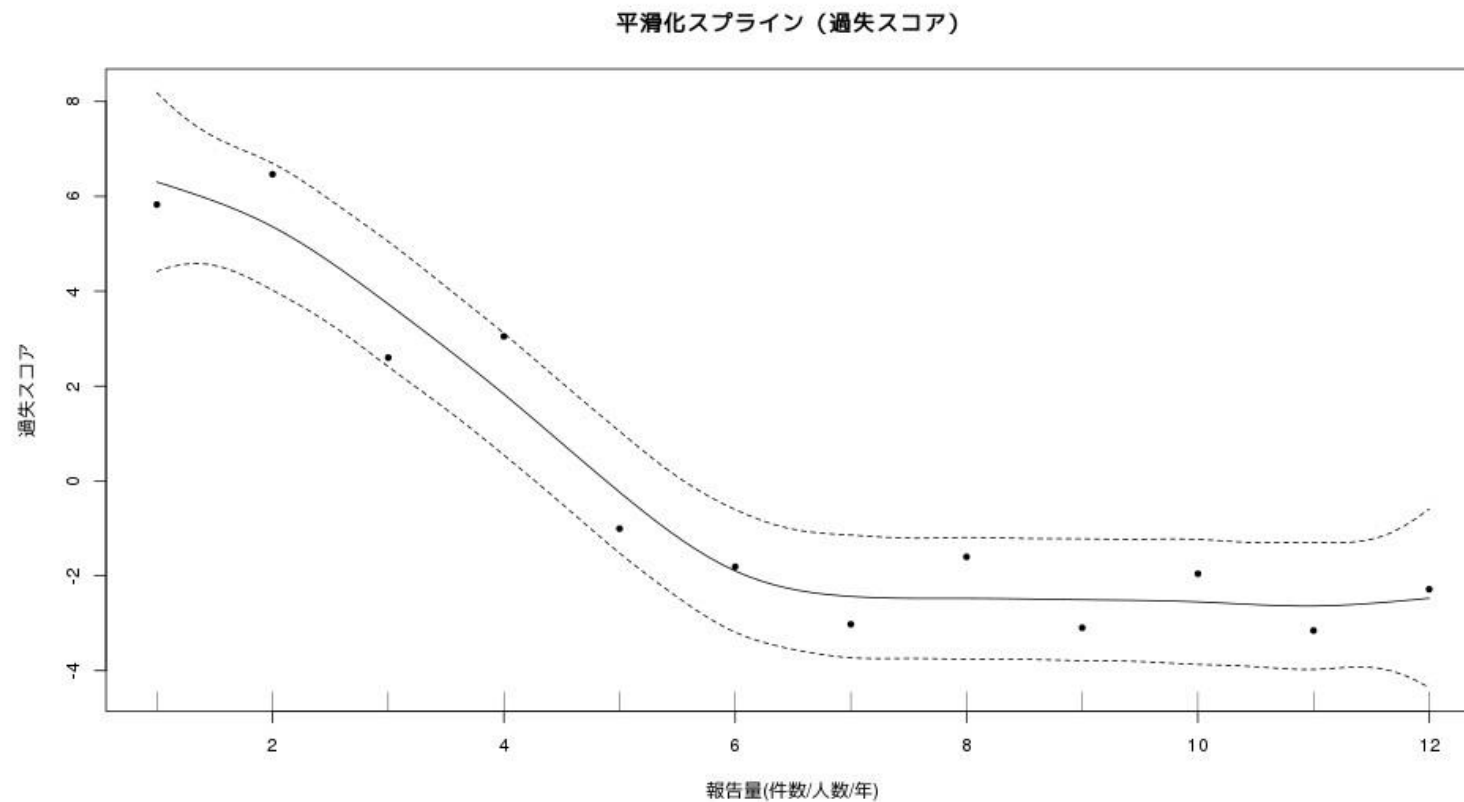


図 33

# 報告量と過失スコア中央値の平滑化スプライン

346部署(4施設)

自治医大を除き、報告量12以下に限り、報告量10と8のスコアは外れ値として除く

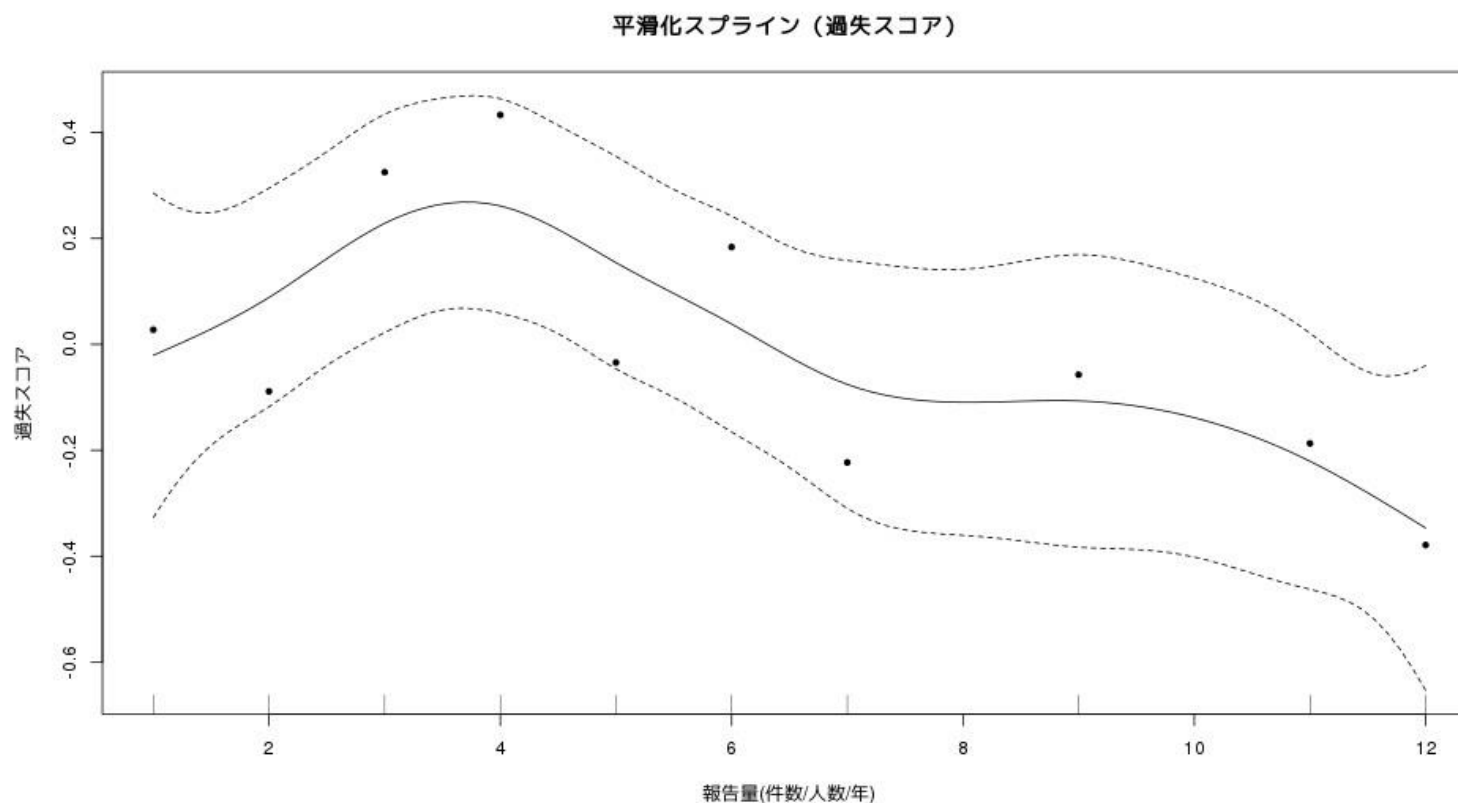


図 34

# 報告量と重症スコア中央値の平滑化スプライン

360部署(4施設)

自治医大を除き、報告量11以下に限る

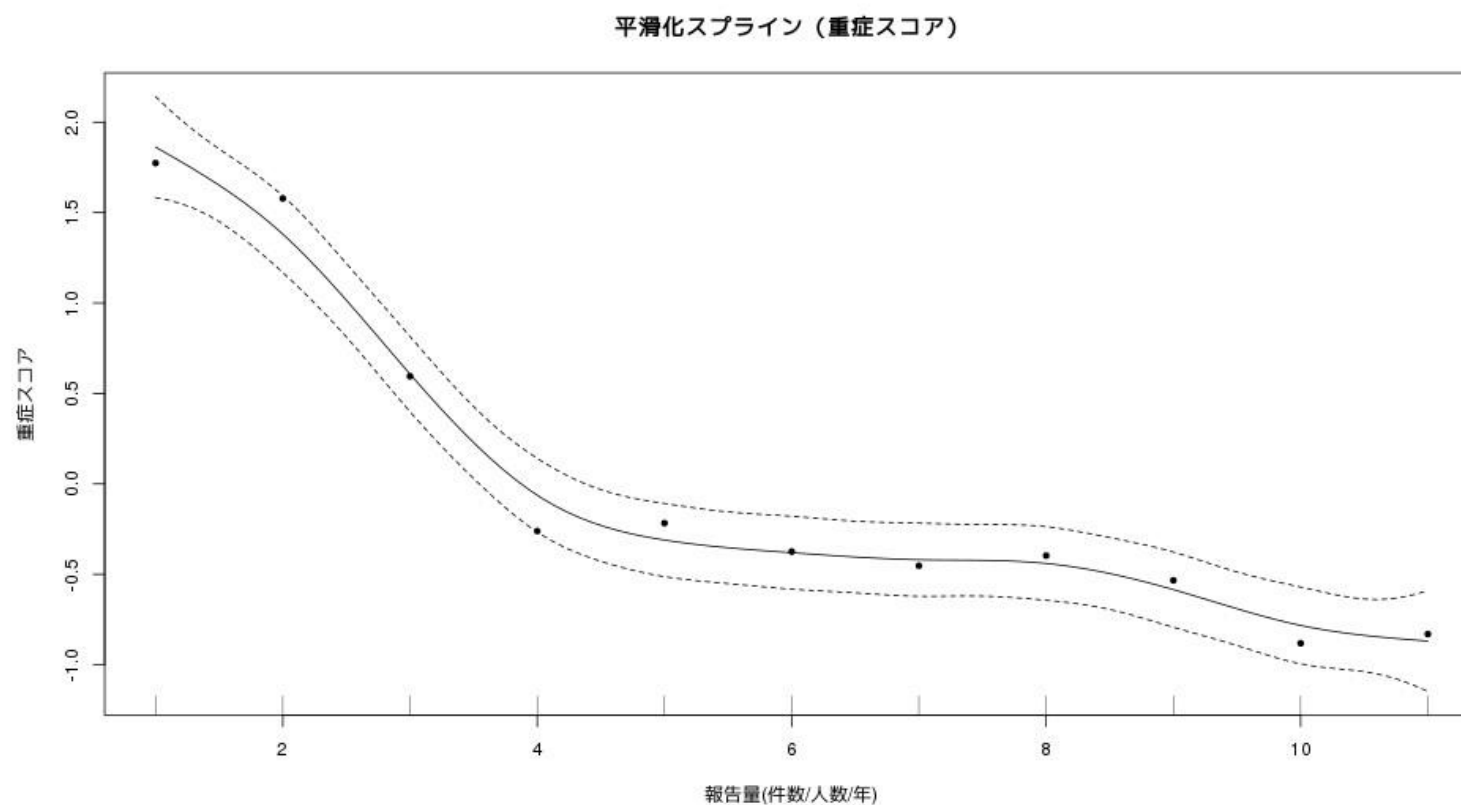
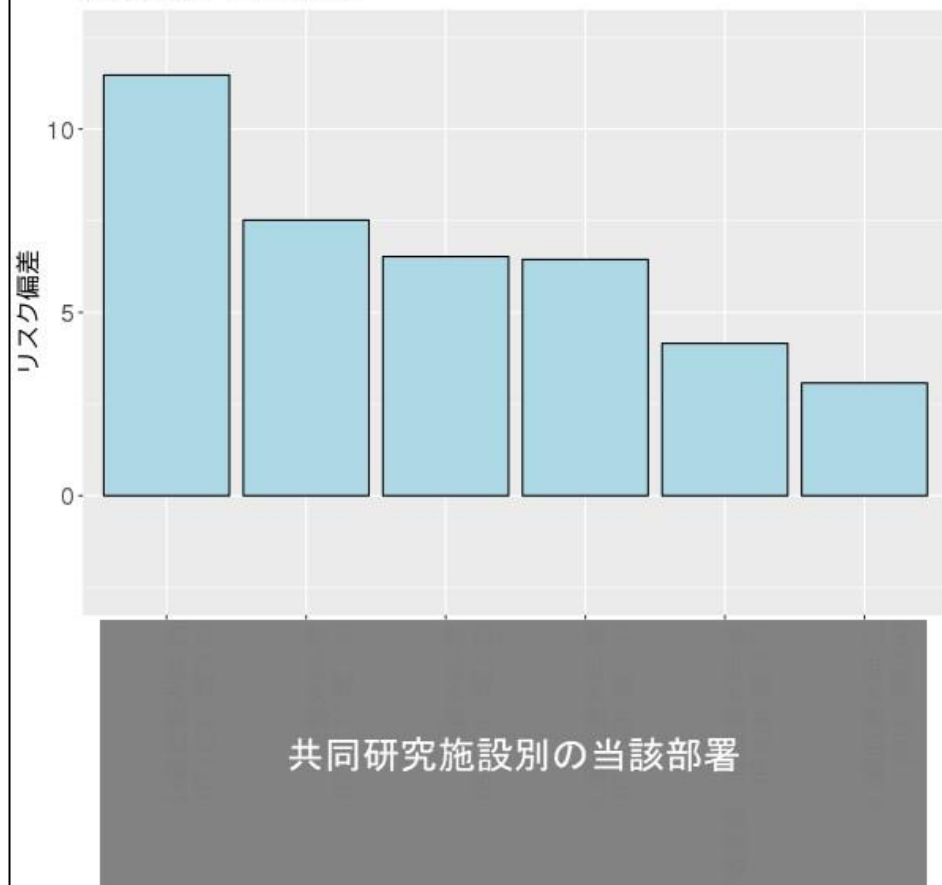


図 35

# 診療科リスク偏差の施設間比較

心臓外科・血管外科



循環器内科

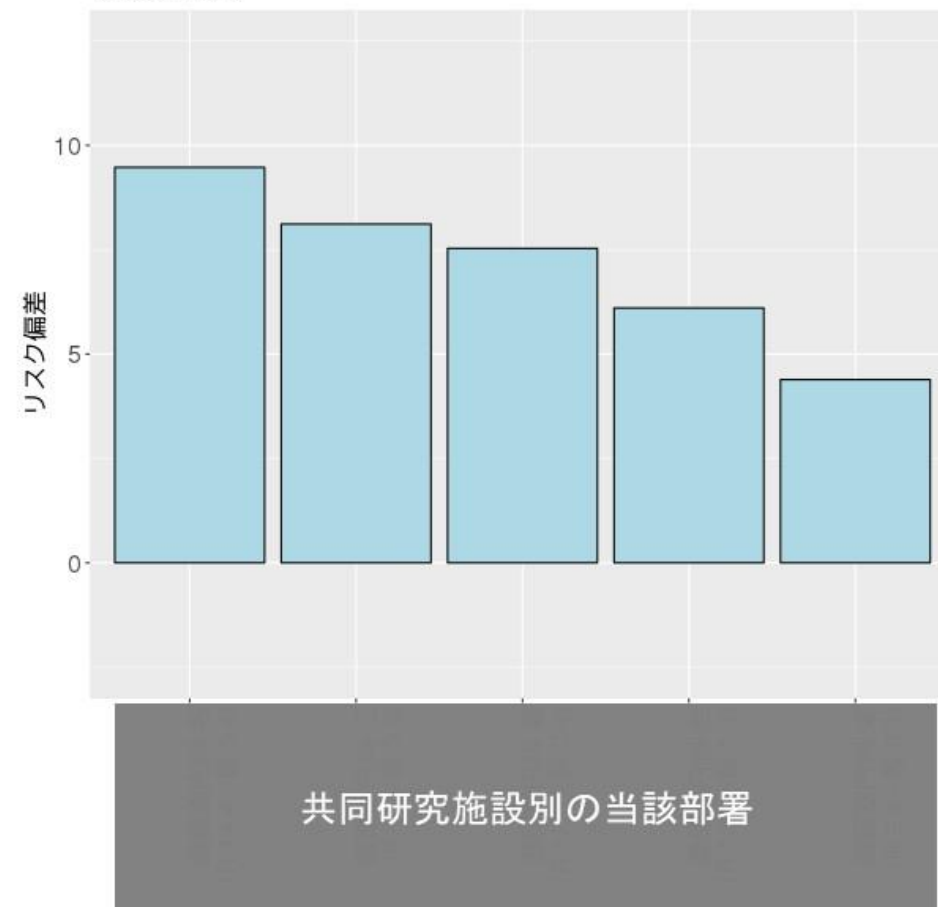


図 36



# 診療科リスク偏差の施設間比較

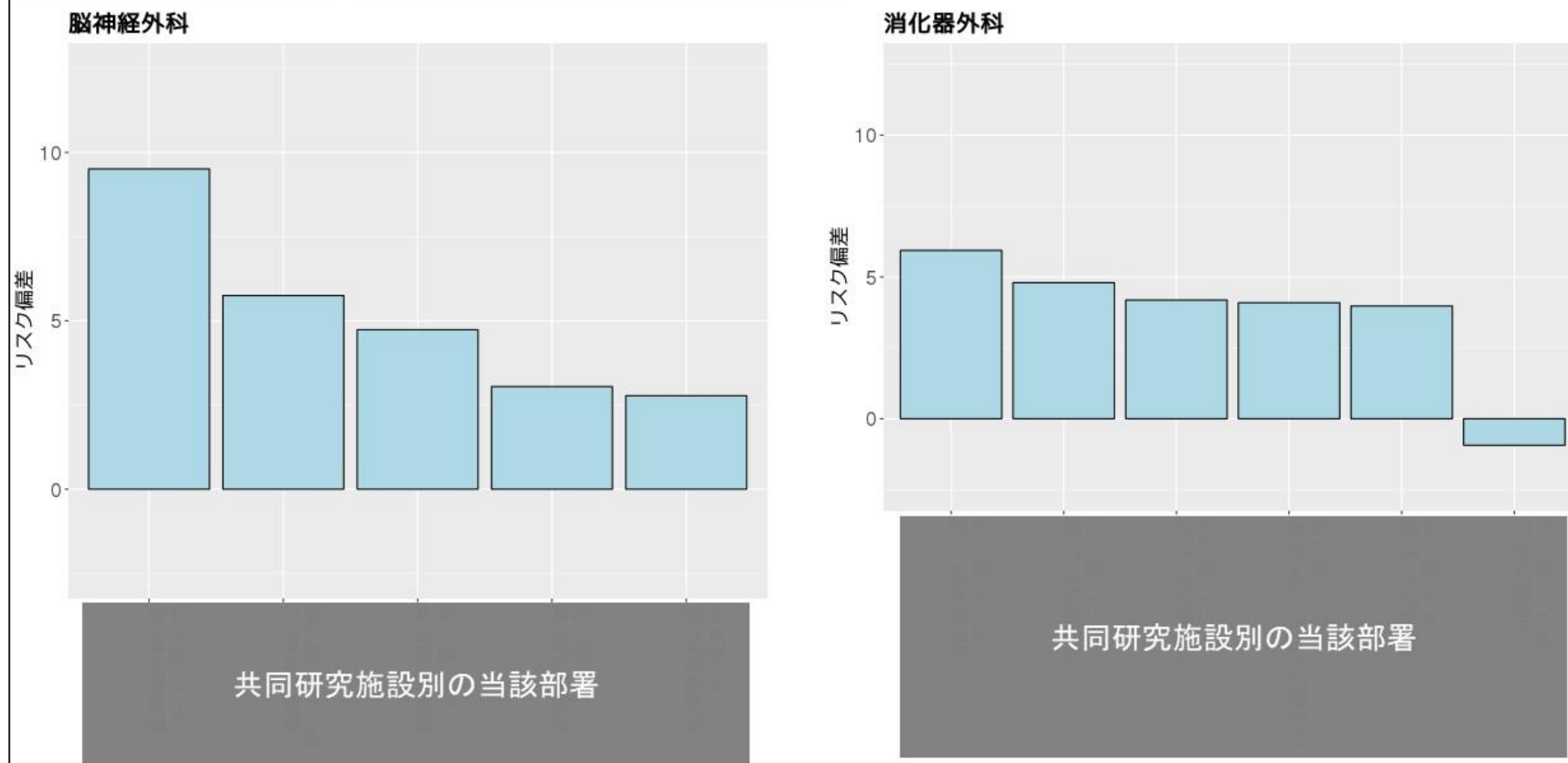


図 37

# 診療科リスク偏差の施設間比較

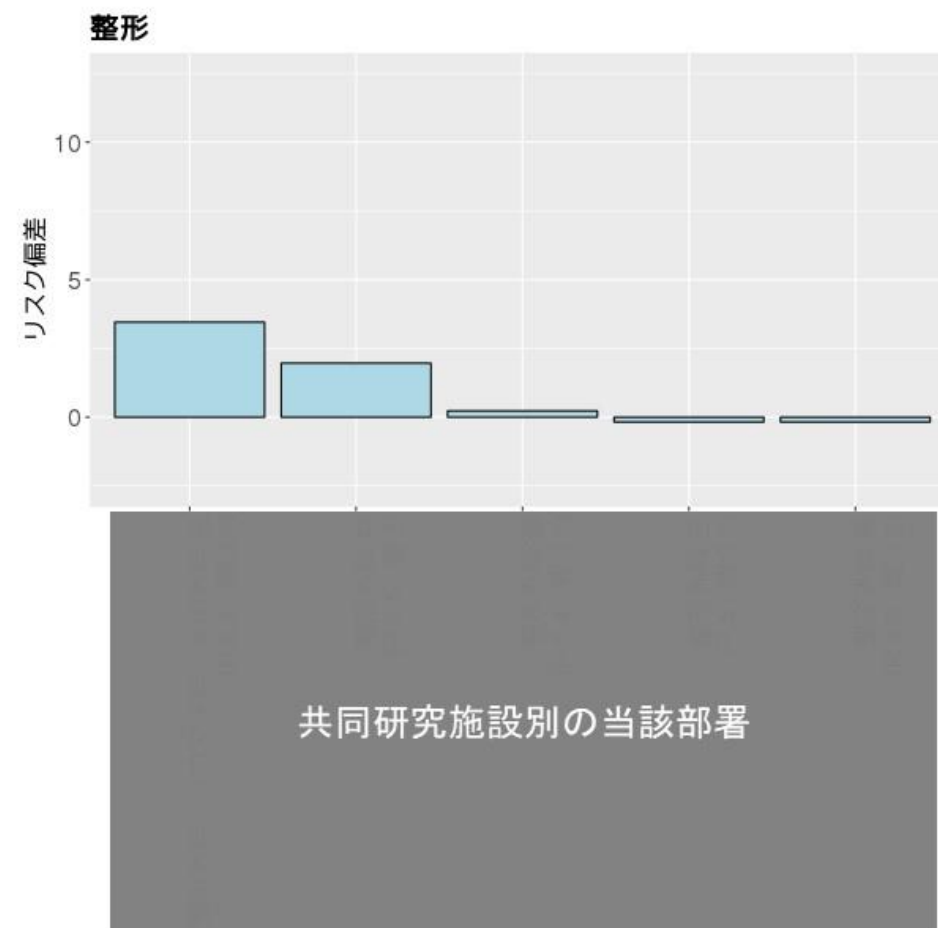
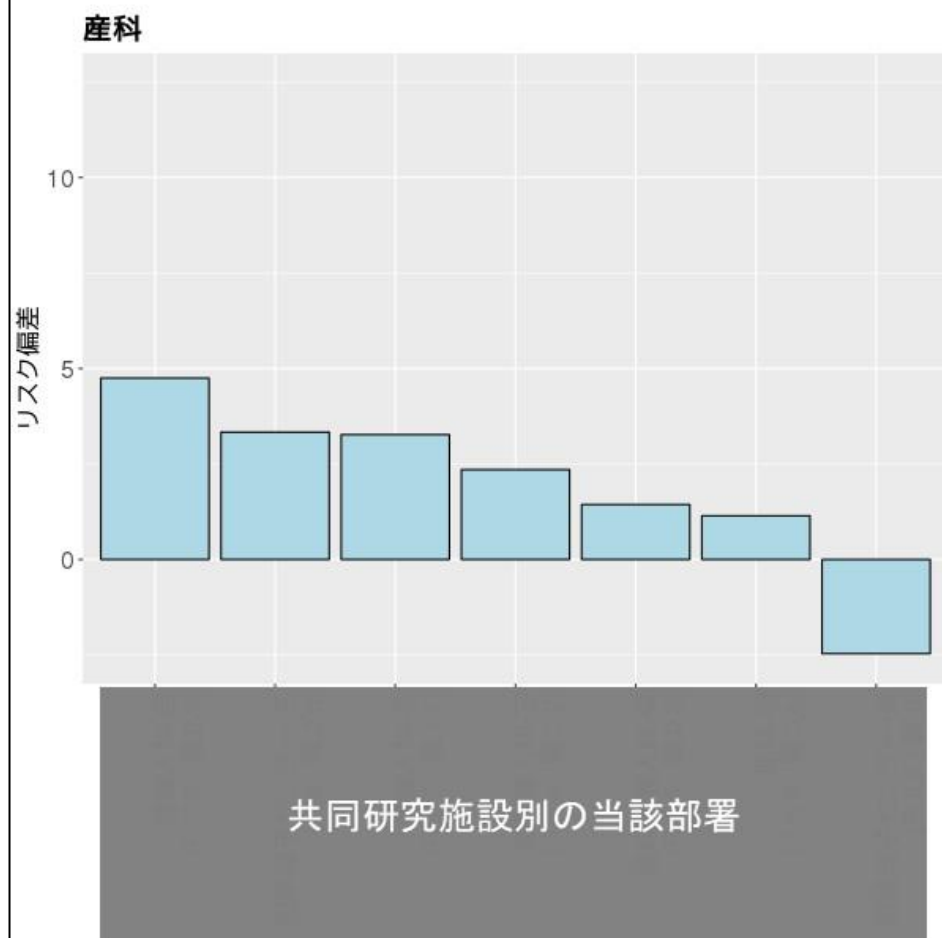


図 38

# 診療科リスク偏差の施設間比較

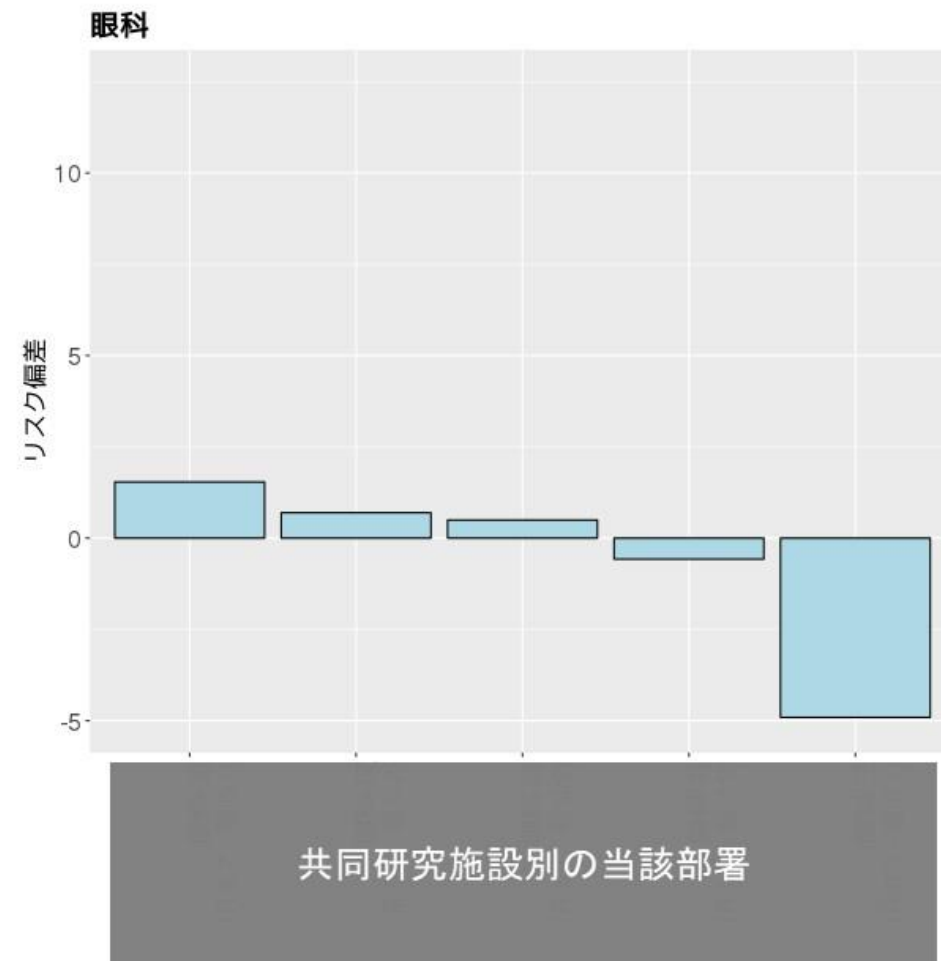
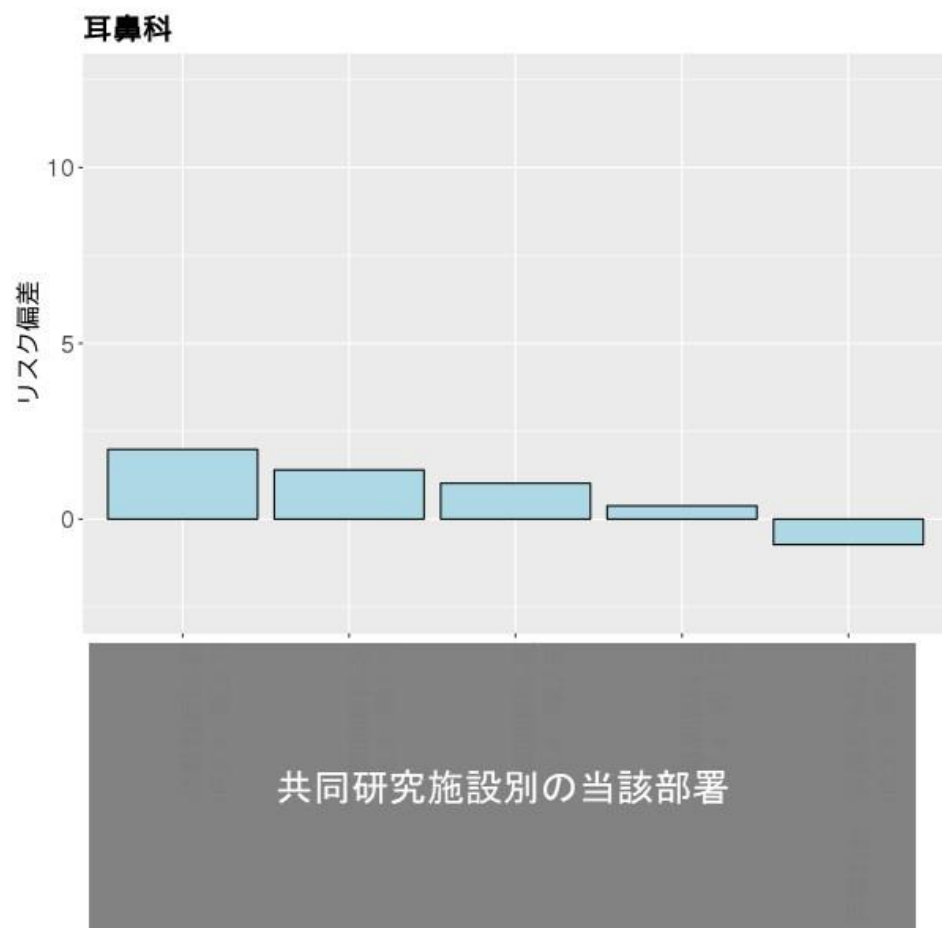


図 39

# 診療科リスク偏差の施設間比較

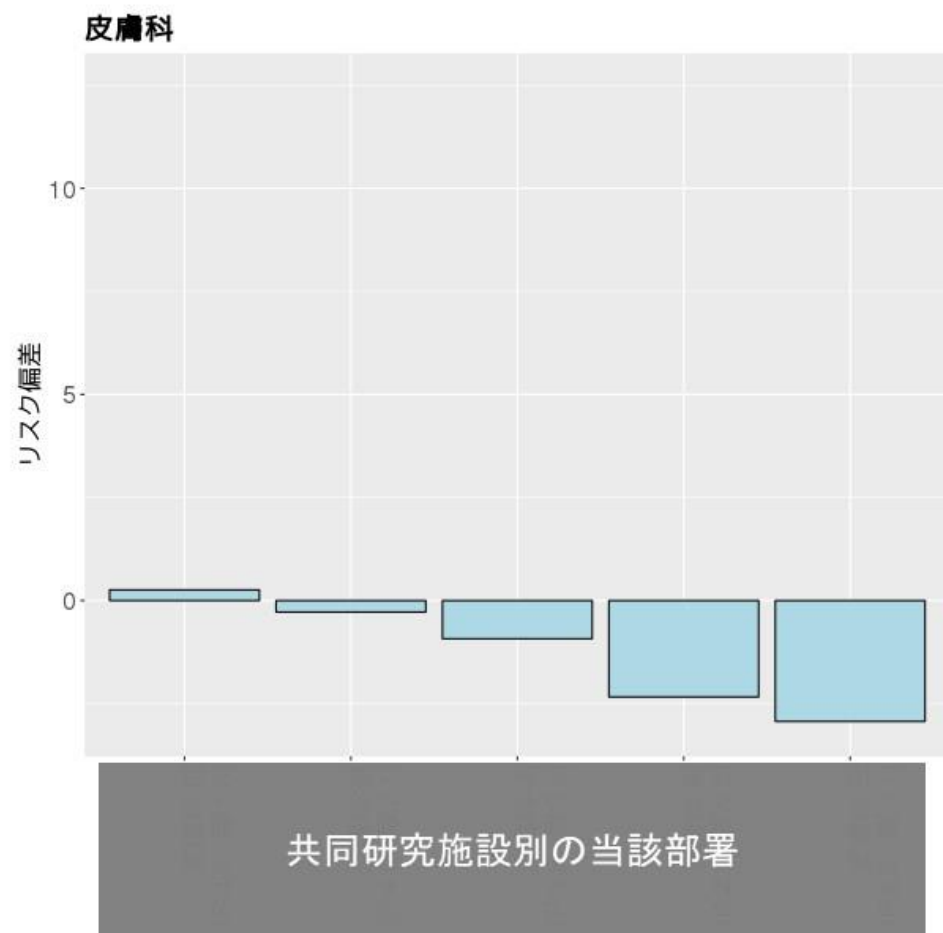


図 40

# 重症偏差と過失偏差

416部署(5施設)

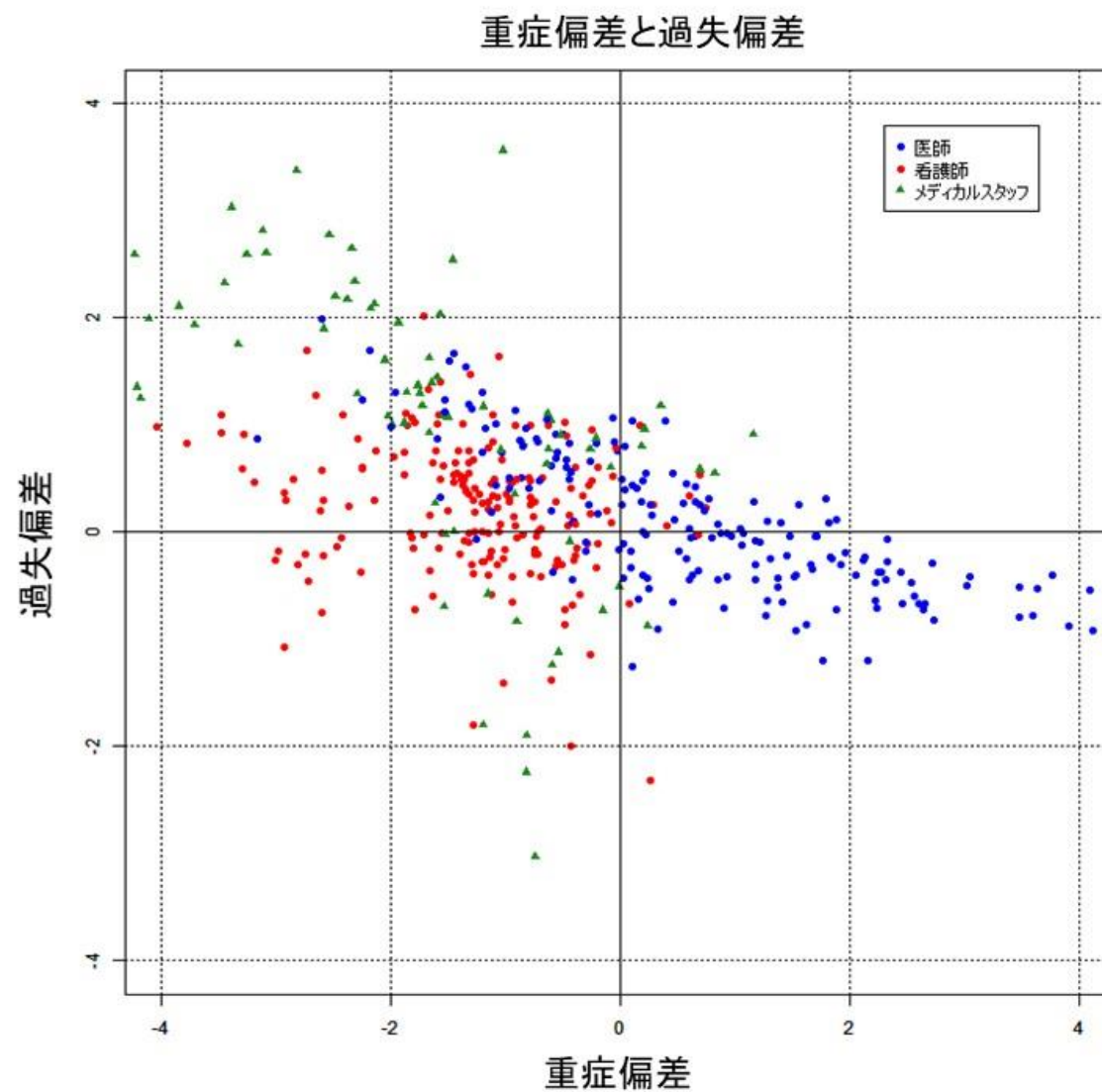


図 41

名大病院 77部署  
(2015.5 - 2018.9、36,809レポート)



# 各評価ツールの内的妥当性評価

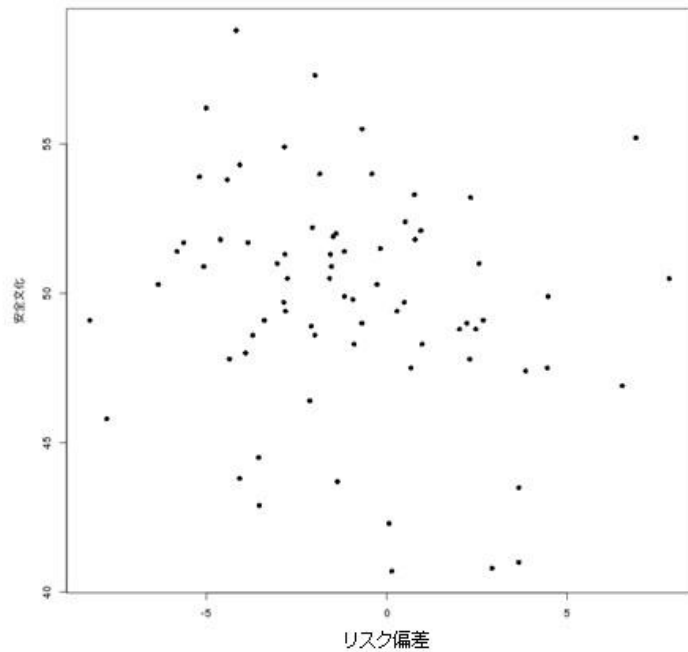
|             |             | 6件法回答 |       |       |       |       |       |       | 標準化 (0~1) |       |       |       |       |       |       | 統計量  |      |
|-------------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| 測定対象        | 測定ツール       | 評価者 A | 評価者 B | 評価者 C | 評価者 D | 評価者 E | 評価者 F | 評価者 G | 評価者 A     | 評価者 B | 評価者 C | 評価者 D | 評価者 E | 評価者 F | 評価者 G | 平均   | 標準偏差 |
| 組織のリスク (安全) | リスクスコア      | 4     | 4     | 5     | 5     | 4     | 4     | 5     | 0.60      | 0.6   | 0.8   | 0.8   | 0.6   | 0.6   | 0.8   | 0.69 | 1.44 |
|             | リスク量        | 5     | 5     | 4     | 5     | 5     | 5     | 5     | 0.80      | 0.8   | 0.6   | 0.8   | 0.8   | 0.8   | 0.8   | 0.77 | 1.48 |
|             | インパクトスコア    | 4     | 5     | 5     | 4     | 5     | 4     | 5     | 0.60      | 0.8   | 0.8   | 0.6   | 0.8   | 0.6   | 0.8   | 0.71 | 1.49 |
|             | インパクト量      | 5     | 5     | 4     | 5     | 5     | 4     | 5     | 0.80      | 0.8   | 0.6   | 0.8   | 0.8   | 0.6   | 0.8   | 0.74 | 1.46 |
|             | 施設の患者安全評価尺度 | 6     | 5     | 5     | 3     | 5     | 4     | 5     | 1.00      | 0.8   | 0.8   | 0.4   | 0.8   | 0.6   | 0.8   | 0.74 | 1.58 |
|             | 安全文化調査      | 4     | 6     | 4     | 2     | 5     | 5     | 4     | 0.60      | 1.0   | 0.6   | 0.2   | 0.8   | 0.8   | 0.6   | 0.66 | 1.74 |
|             | ループリック      | 5     | 4-    | -     |       | 5     | 3     | 3     | 0.80      | 0.6-  | -     |       | 0.8   | 0.4   | 0.4   | 0.60 | 1.58 |
| 学習者の習熟度     | ループリック      | 5     | 5     | 5     | 4     | 5     | 5     | 3     | 0.80      | 0.8   | 0.8   | 0.6   | 0.8   | 0.8   | 0.4   | 0.71 | 1.52 |
|             | 施設の患者安全評価尺度 | 5     | 4-    | -     |       | 5     | 3     | 4     | 0.80      | 0.6-  | -     |       | 0.8   | 0.4   | 0.6   | 0.64 | 1.58 |

図 43





## リスク偏差と安全文化



Pearson's product-moment correlation

data: anzen\_risk\_ryou[, 2] and anzen\_risk\_ryou[, 3]

$t = -1.6047$ ,  $df = 71$ ,  $p\text{-value} = 0.113$

alternative hypothesis: true correlation is not equal to 0

95 percent confidence interval:

-0.39993335 0.04492116

sample estimates:

cor

**-0.1870796**

## リスク偏差と安全文化

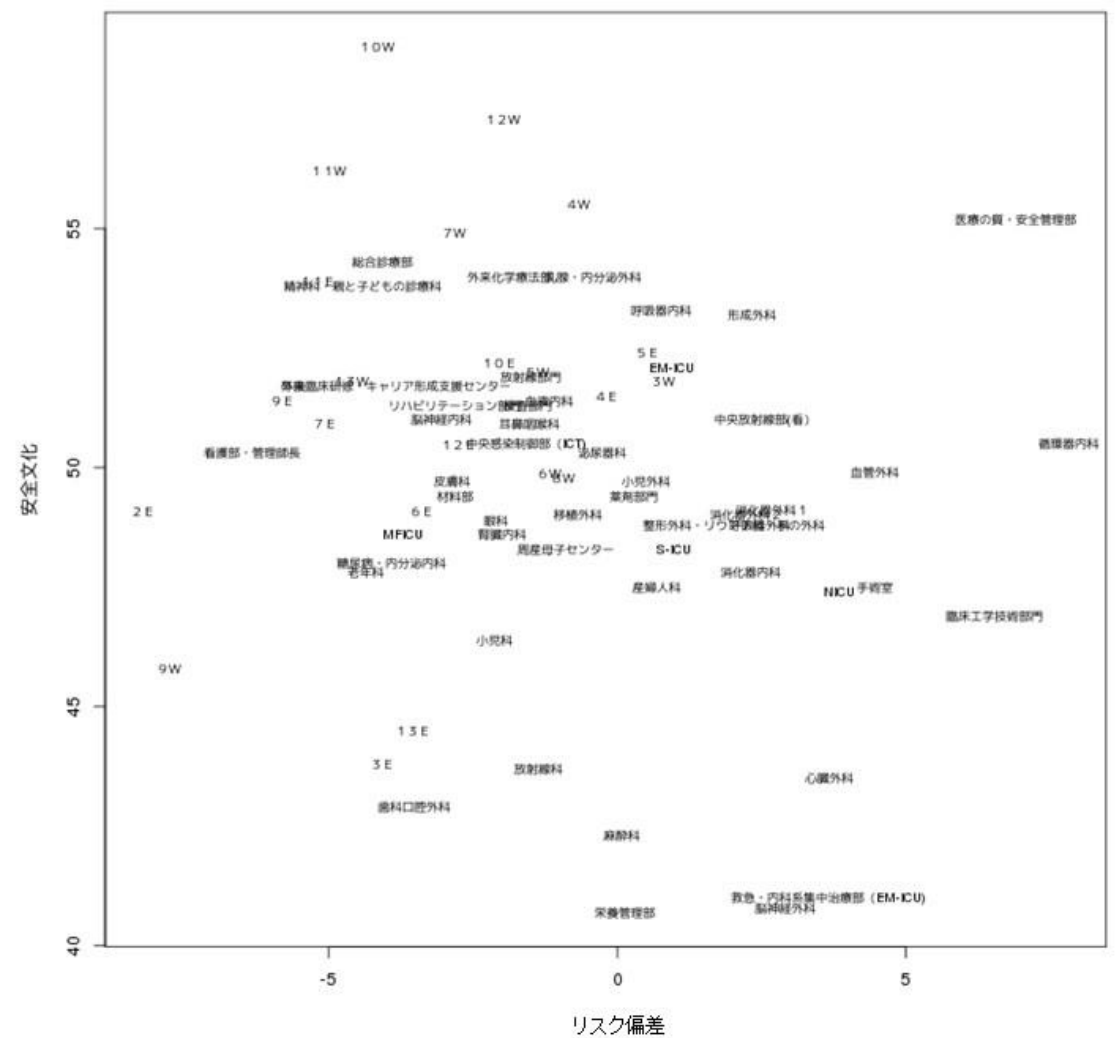
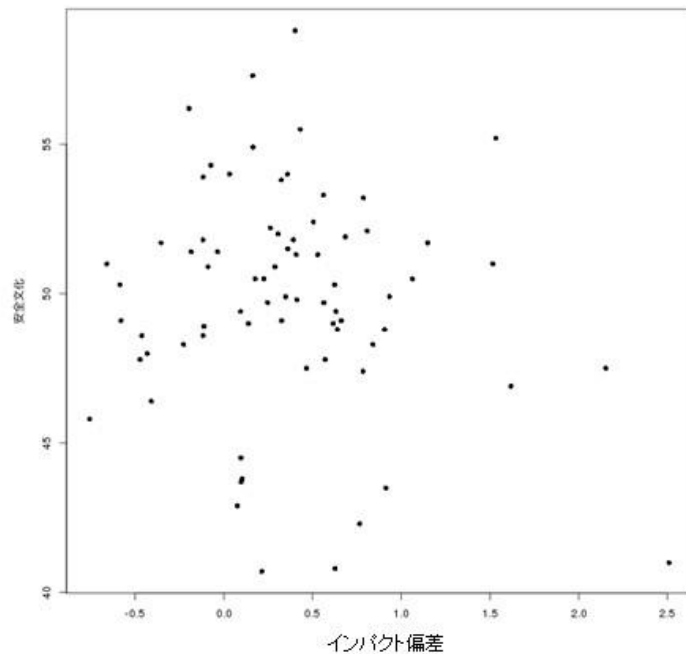


図 45



## インパクト偏差と安全文化



Pearson's product-moment correlation

data: anzen\_impact\_ryou[, 2] and anzen\_impact\_ryou[, 3]

t = -1.0674, df = 71, p-value = 0.2894

alternative hypothesis: true correlation is not equal to 0

95 percent confidence interval:

-0.3457431 0.1075032

sample estimates:

cor

-0.1256723

## インパクト偏差と安全文化

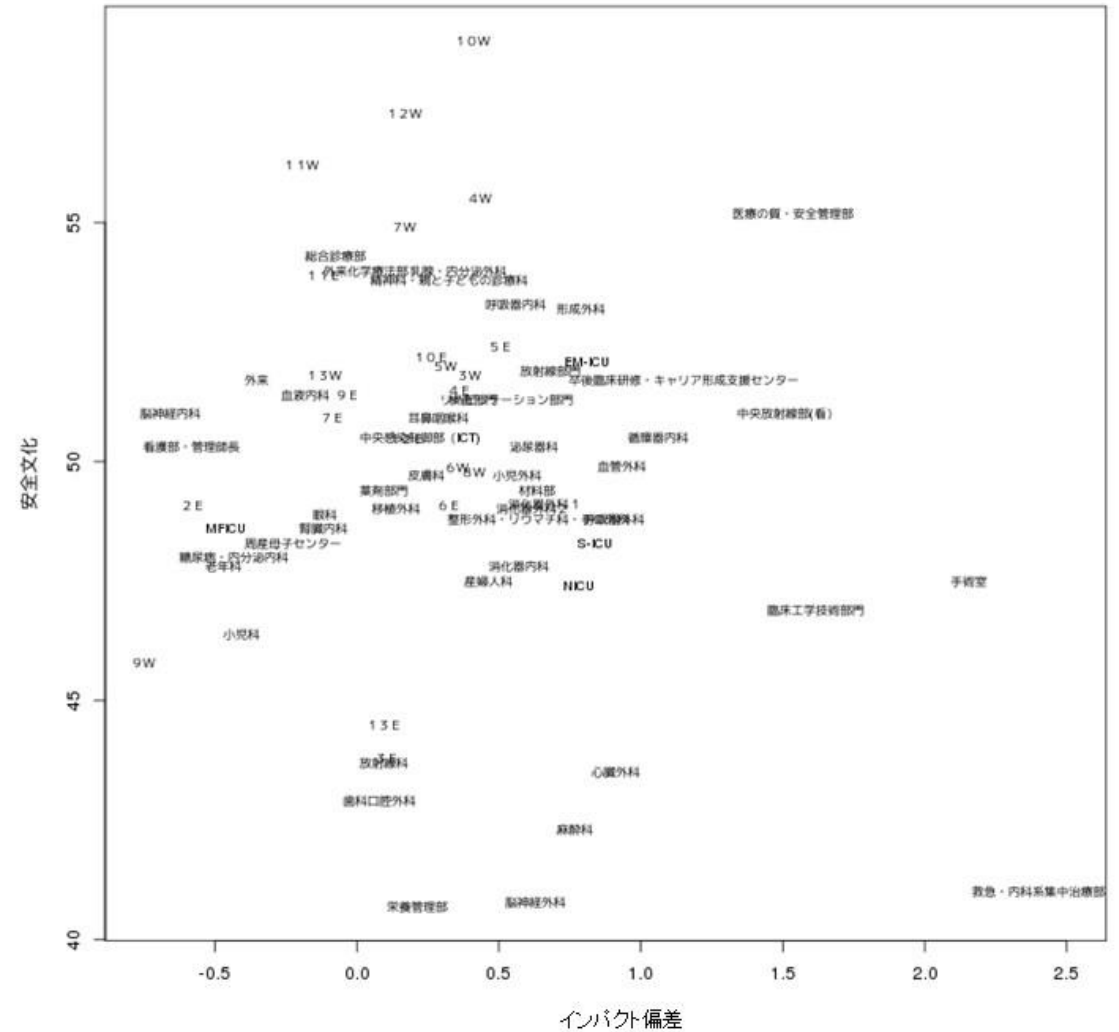
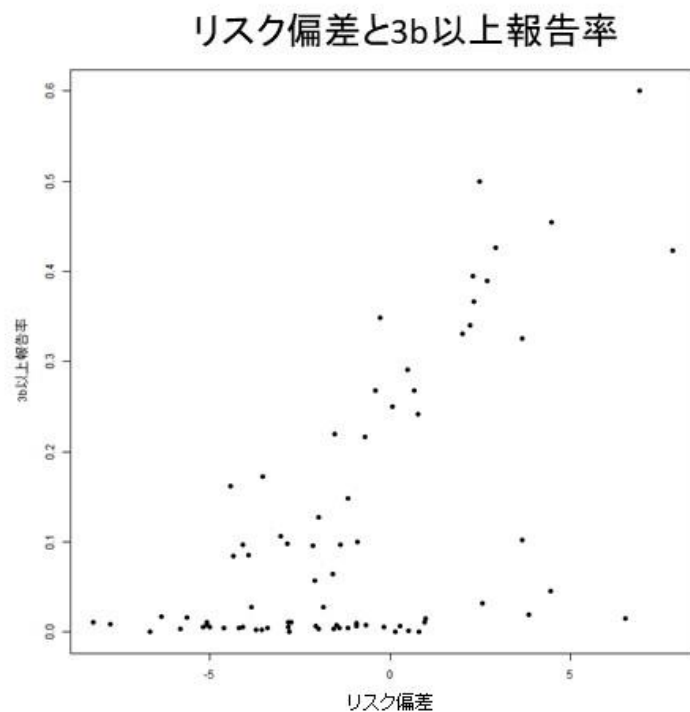


図 47





Pearson's product-moment correlation

data: m\_risk\_ryou[, 2] and m\_risk\_ryou[, 3]

$t = 6.46, df = 74, p\text{-value} = 9.81e-09$

alternative hypothesis: true correlation is not equal to 0

95 percent confidence interval:

0.4337560.727458

sample estimates:

cor

0.6004882

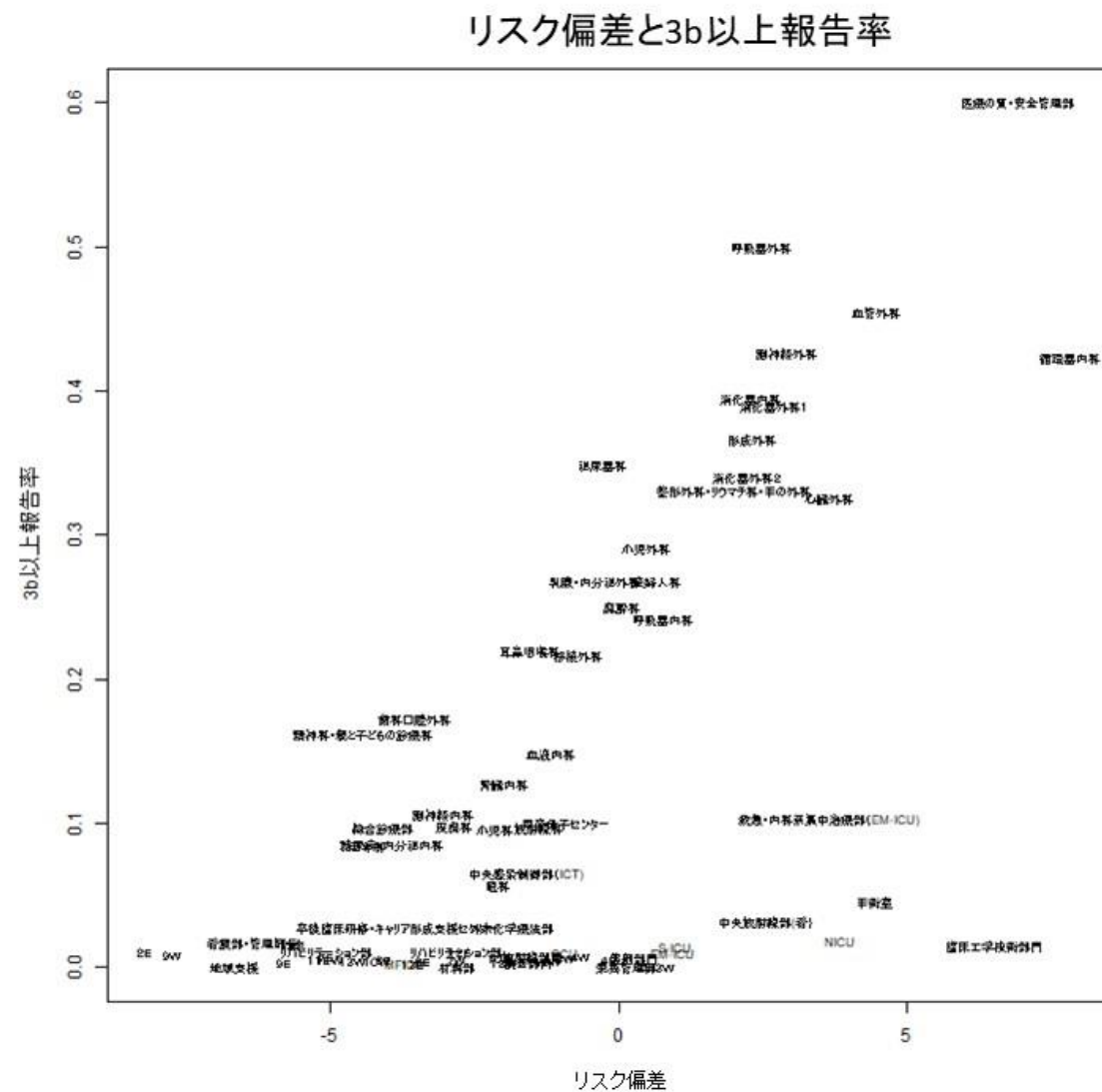
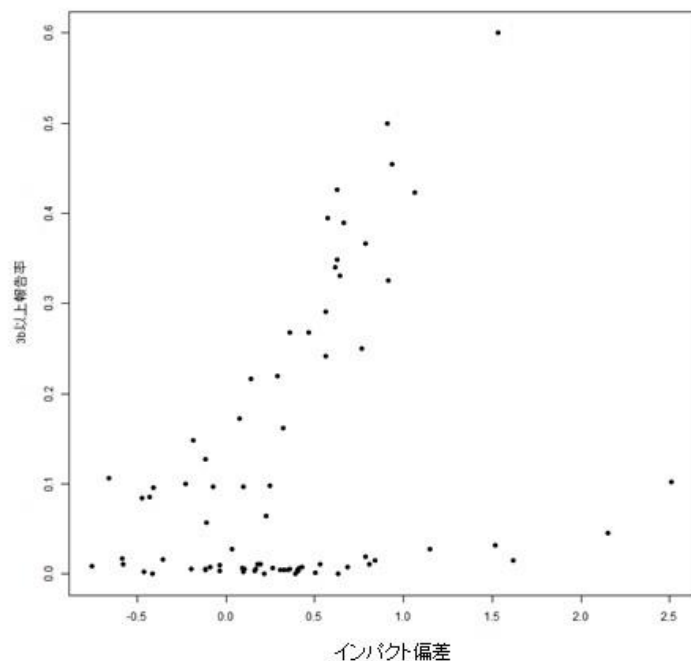


图 49





Pearson's product-moment correlation

data: m\_impact\_ryou[, 2] and m\_impact\_ryou[, 3]

$t = 3.2308, df = 74, p\text{-value} = 0.001843$

alternative hypothesis: true correlation is not equal to 0

95 percent confidence interval:

0.1369952 0.5346650

sample estimates:

cor

0.3515914

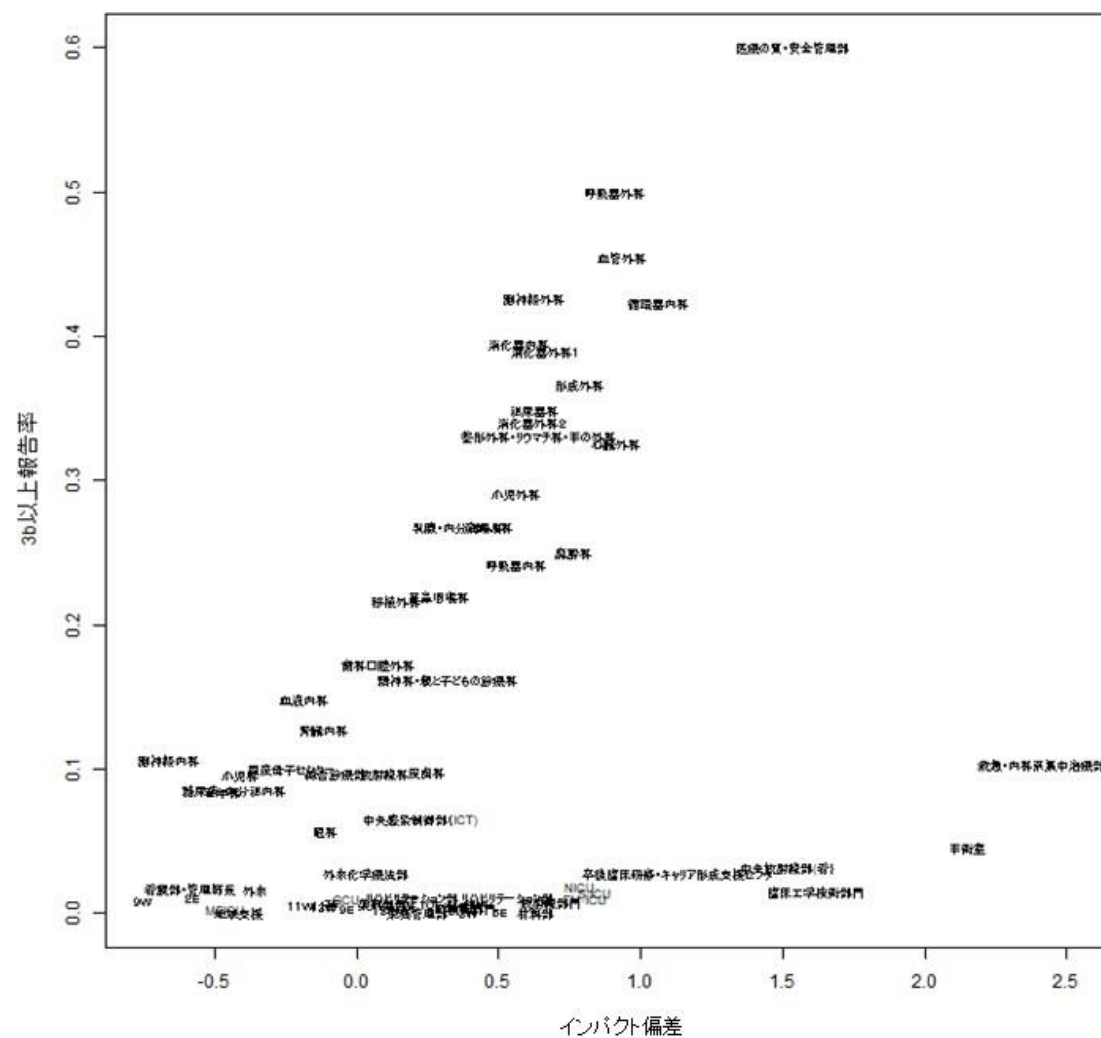
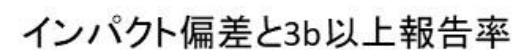


图 51

# 影響度レベル構成比

自治医科大学 74,349件(2015年1月～2018年9月)

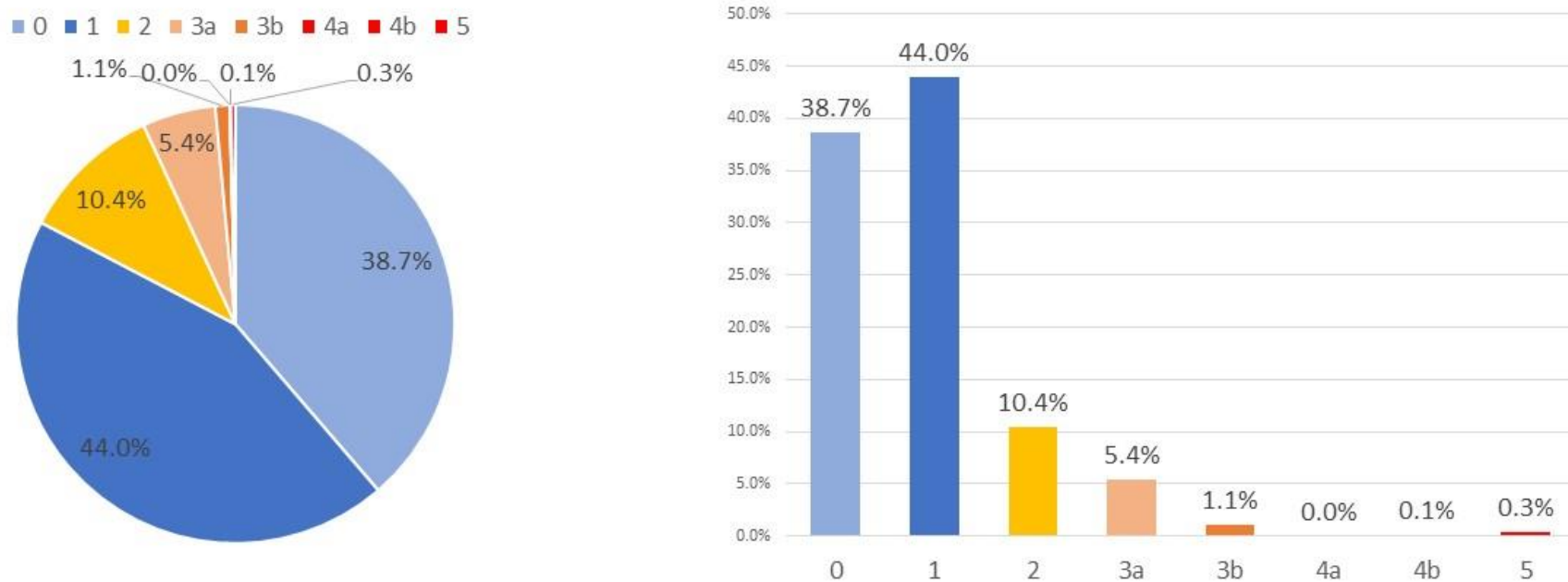


図 52



# 影響度レベル構成比

北海道大学 14,077件(2015年4月～2018年9月)

※「その他」を除く

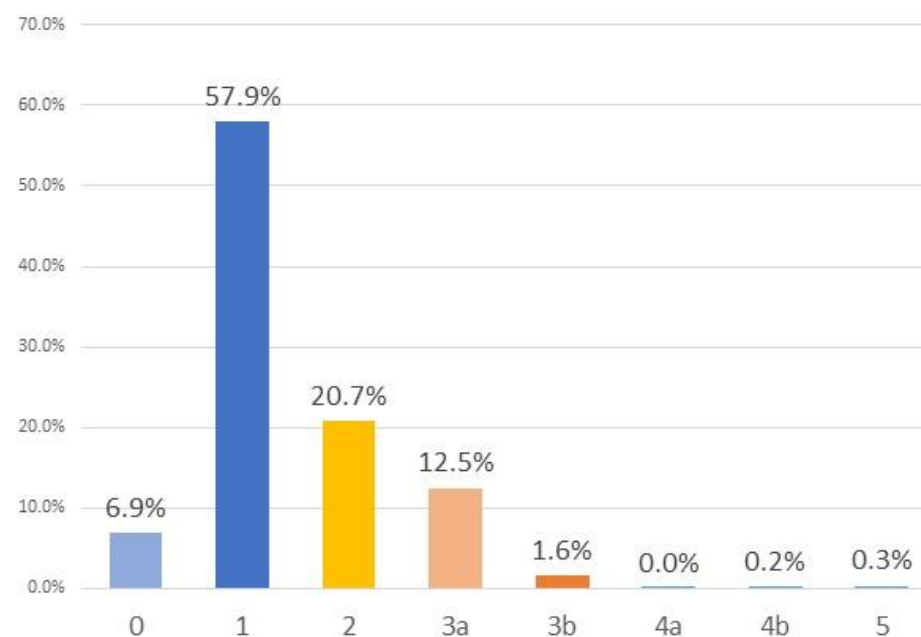
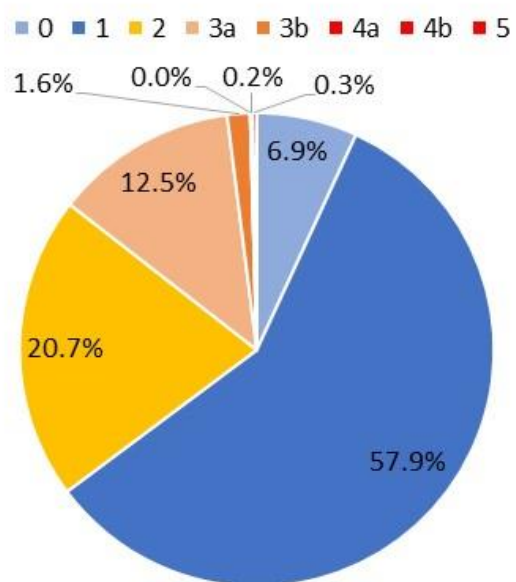


図 53

# 影響度レベル構成比

三重大学 16,021件(2015年1月～2018年10月)

※「その他」を除く

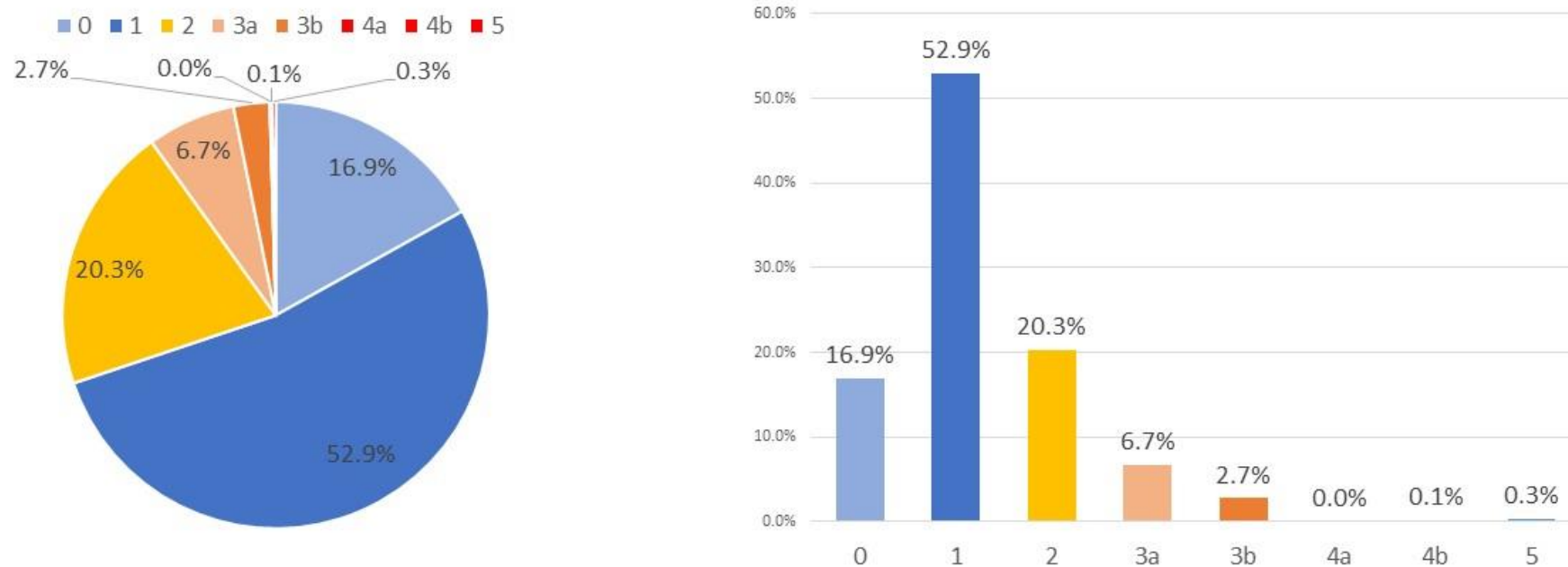
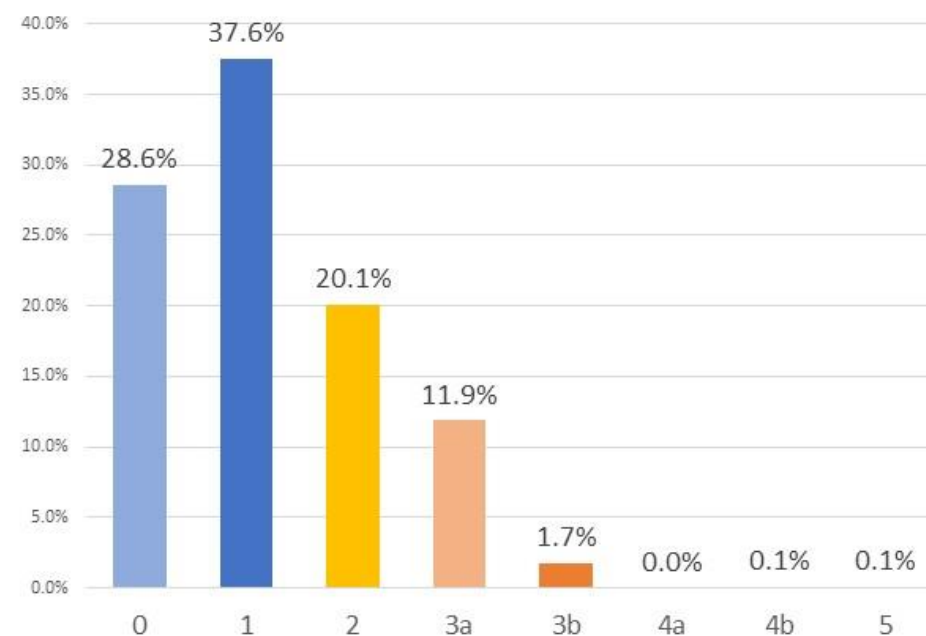
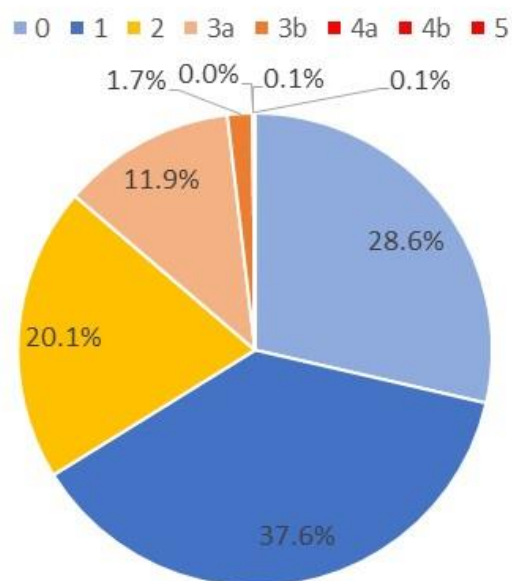


図 54

# 影響度レベル構成比

東京医科大学 73,134件(2010年4月～2019年1月)

※「不明」「(空白)」を除く



※影響度レベル「0.01」「0.02」「0.03」は影響度レベル「0」としてカウント

図 55

# 影響度レベル構成比

名古屋大学 70,549件(2012年1月～2019年4月途中)

※「その他」「(空白)」を除く

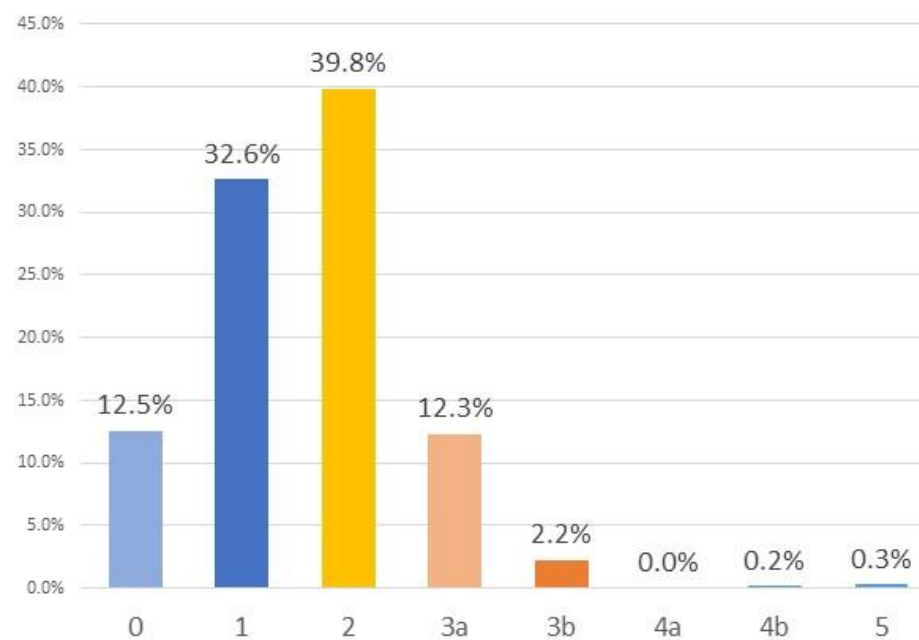
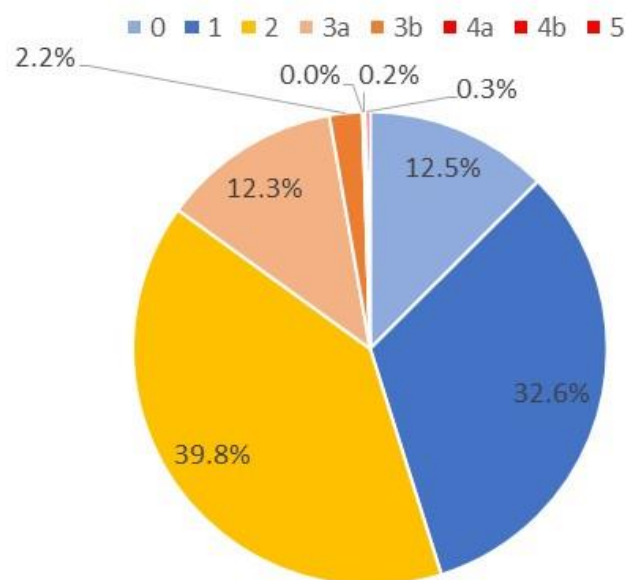


図 56

# 影響度レベル構成比

北里大学 44,253件(2014年1月～2018年12月途中)

※「その他」「(空白)」を除く

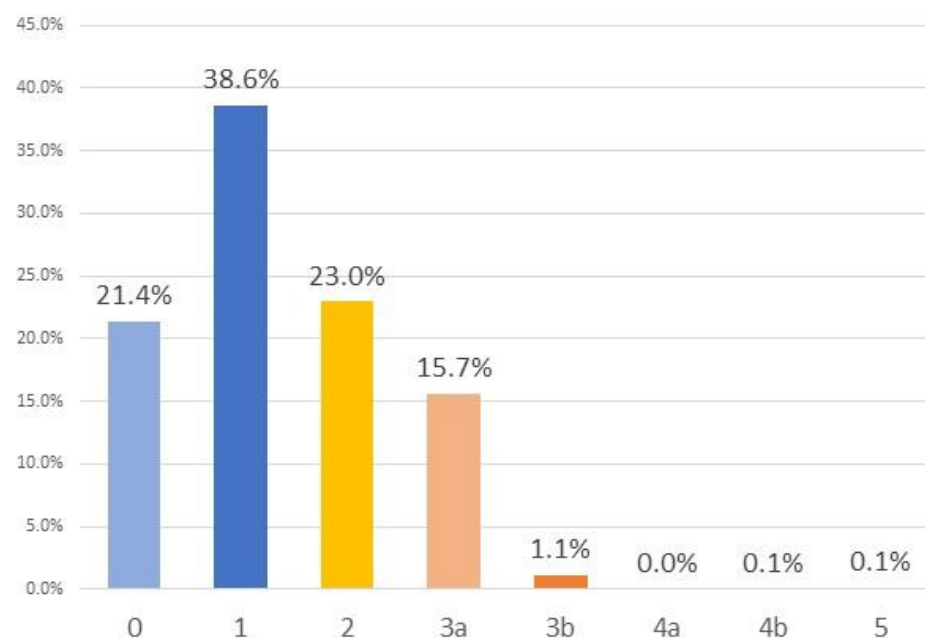
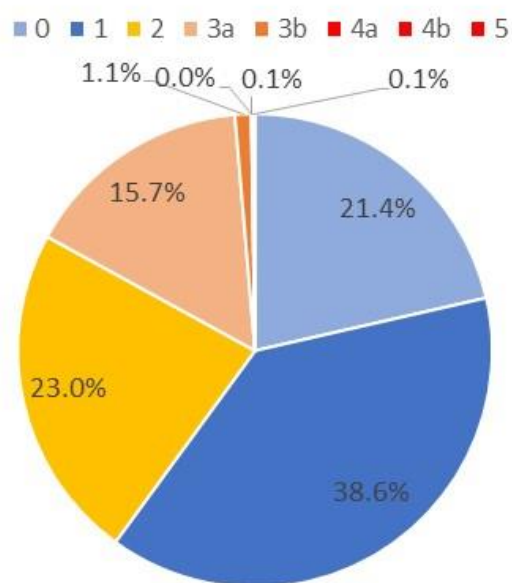


図 57

# 影響度レベル構成比

6施設まとめ 292,374件

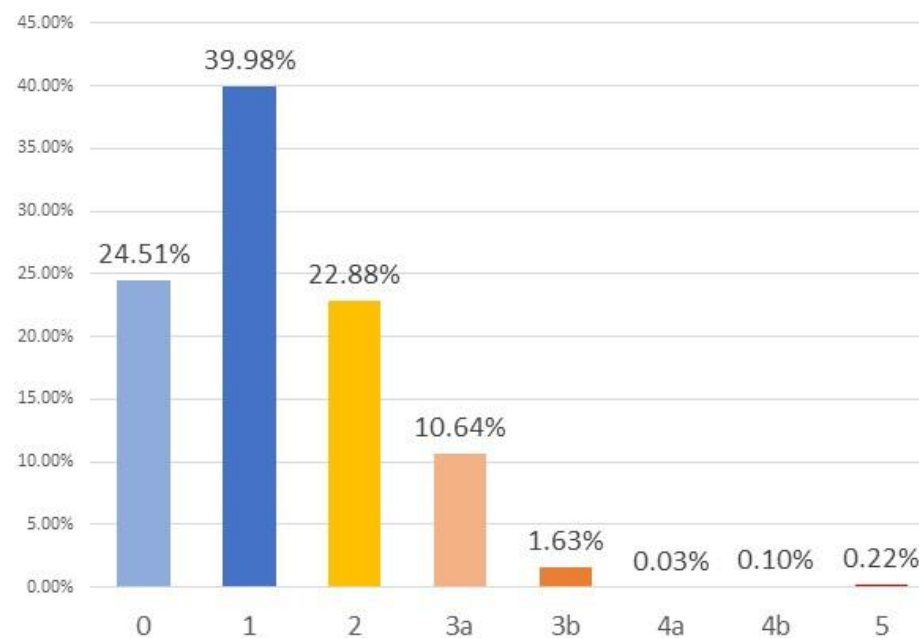
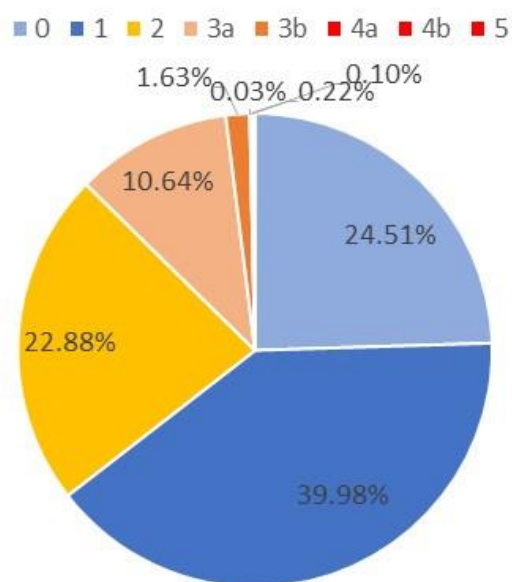


図 58

## リスクスコアの病院比較(影響度レベル構成比同一)

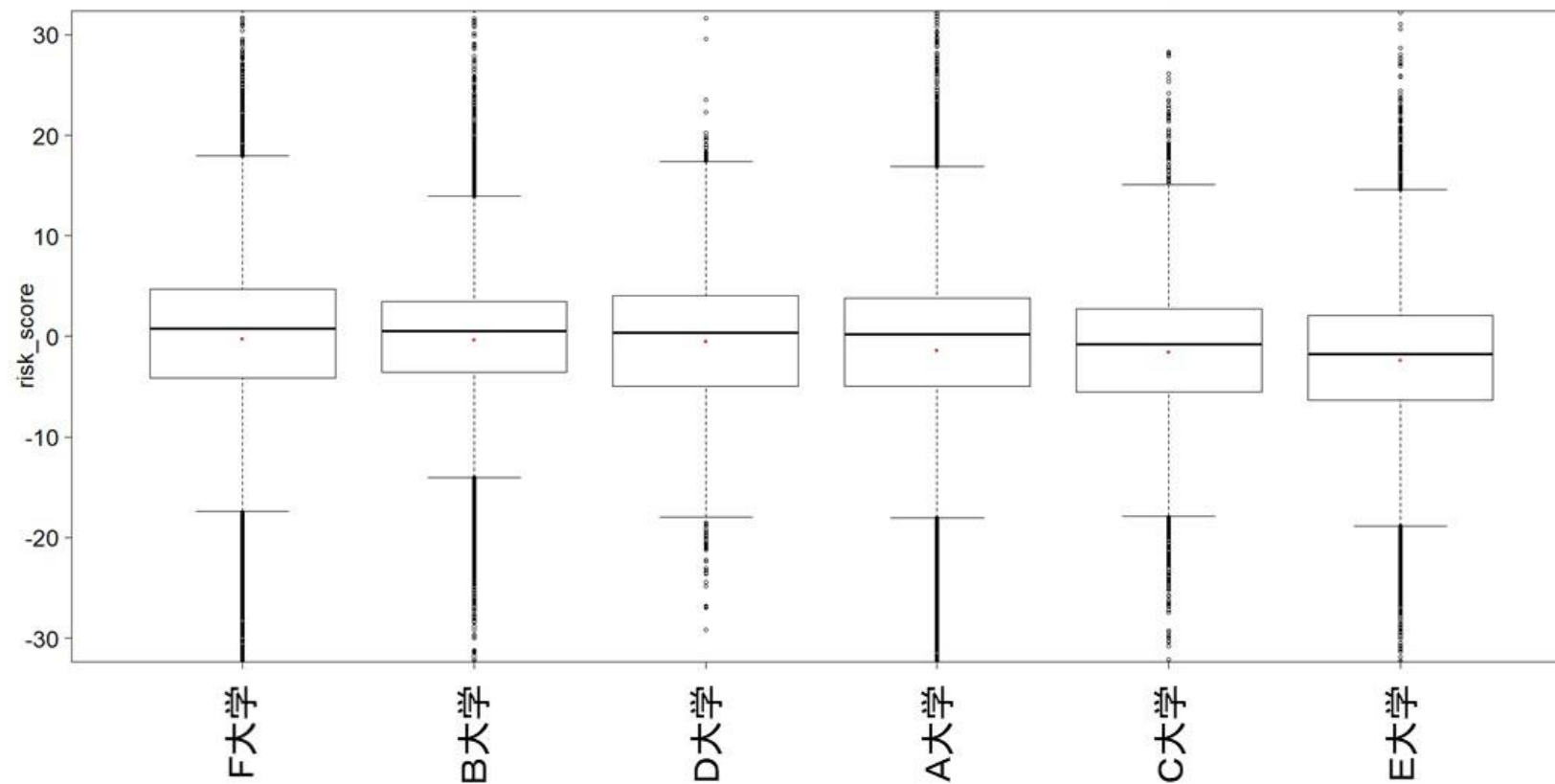


図 59

## 過失スコアの病院比較(影響度レベル構成比同一)

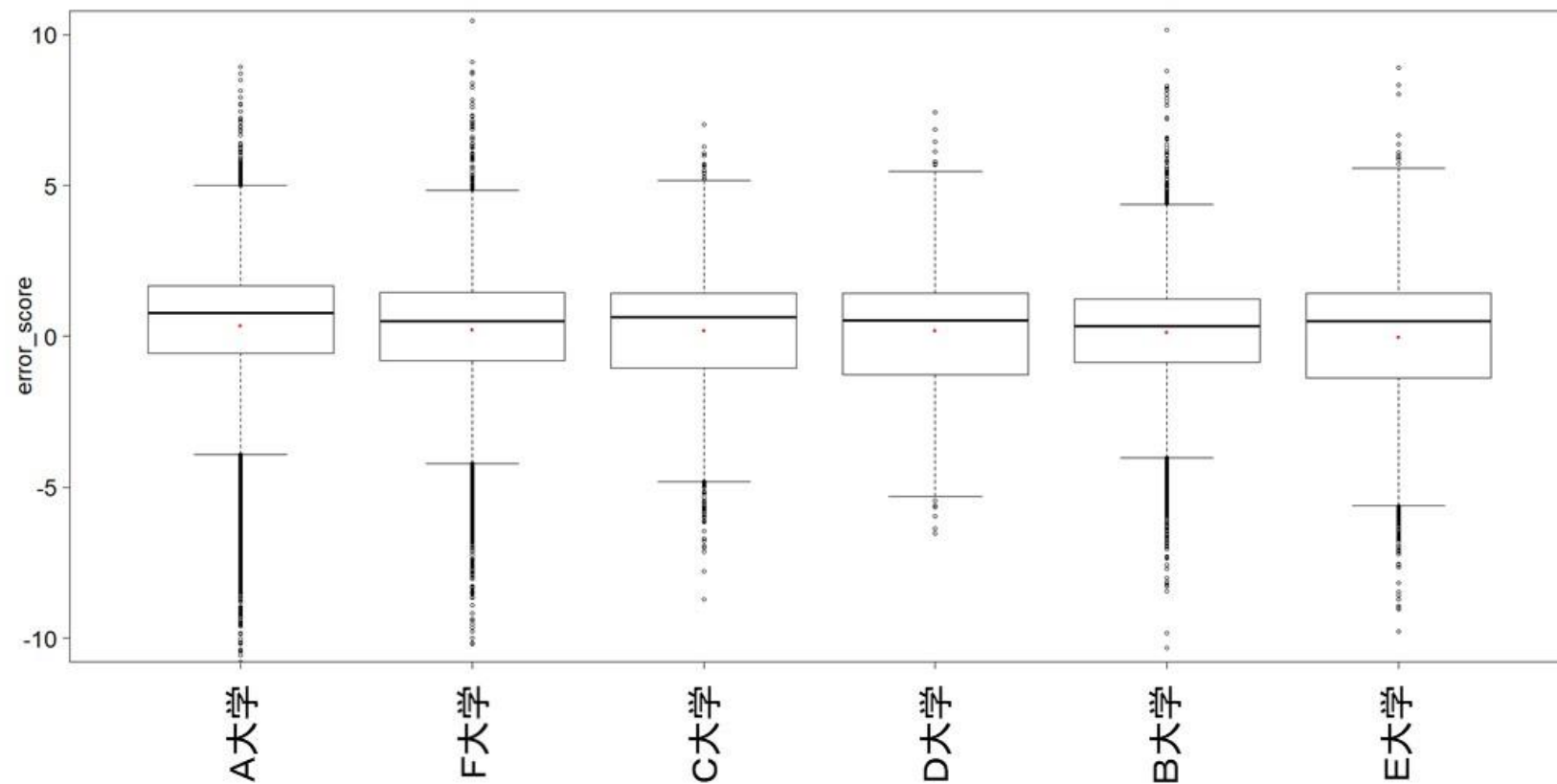


図 60



## 重症スコアの病院比較(影響度レベル構成比同一)

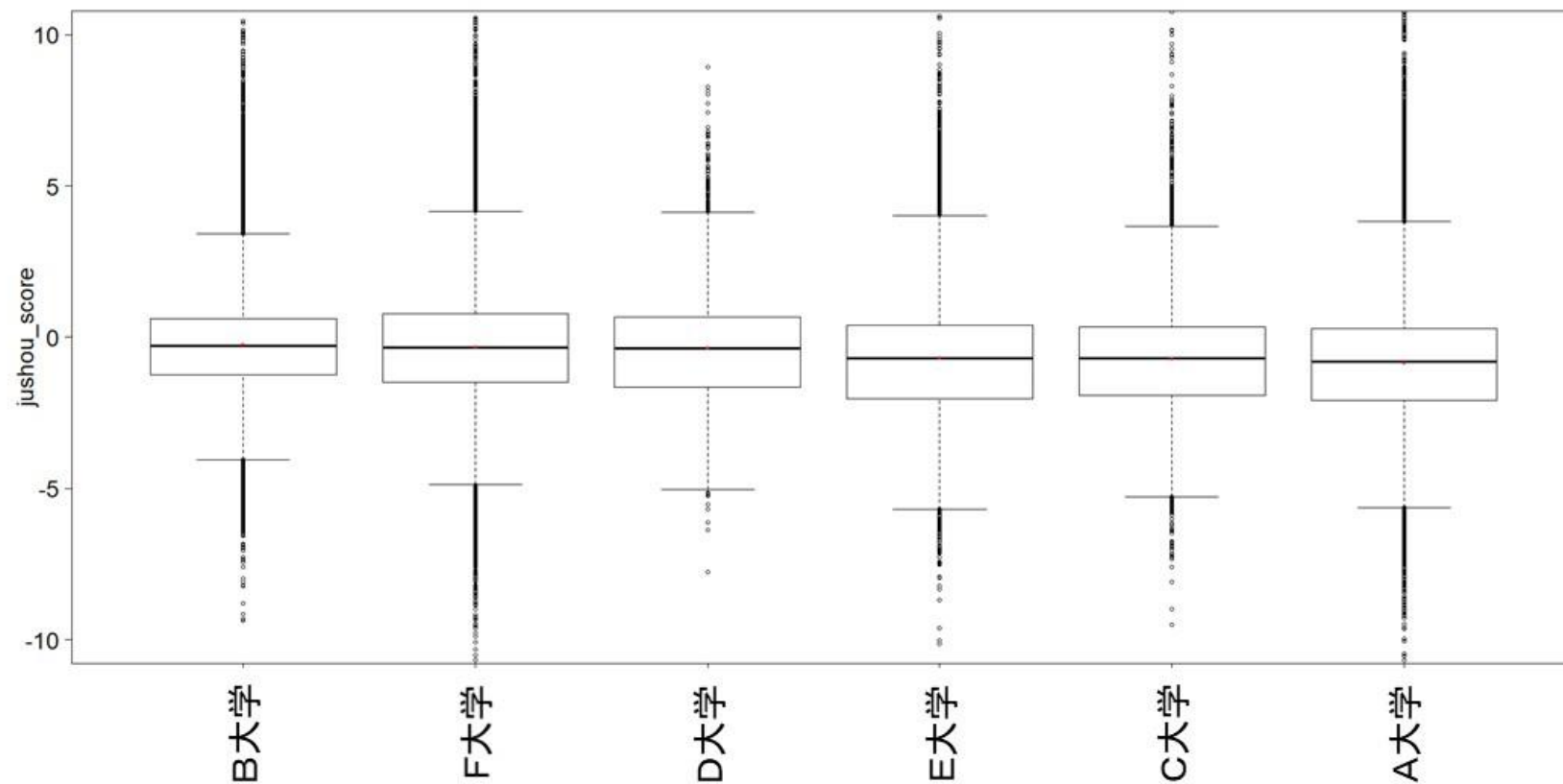


図 61

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

18～24億円

図 62

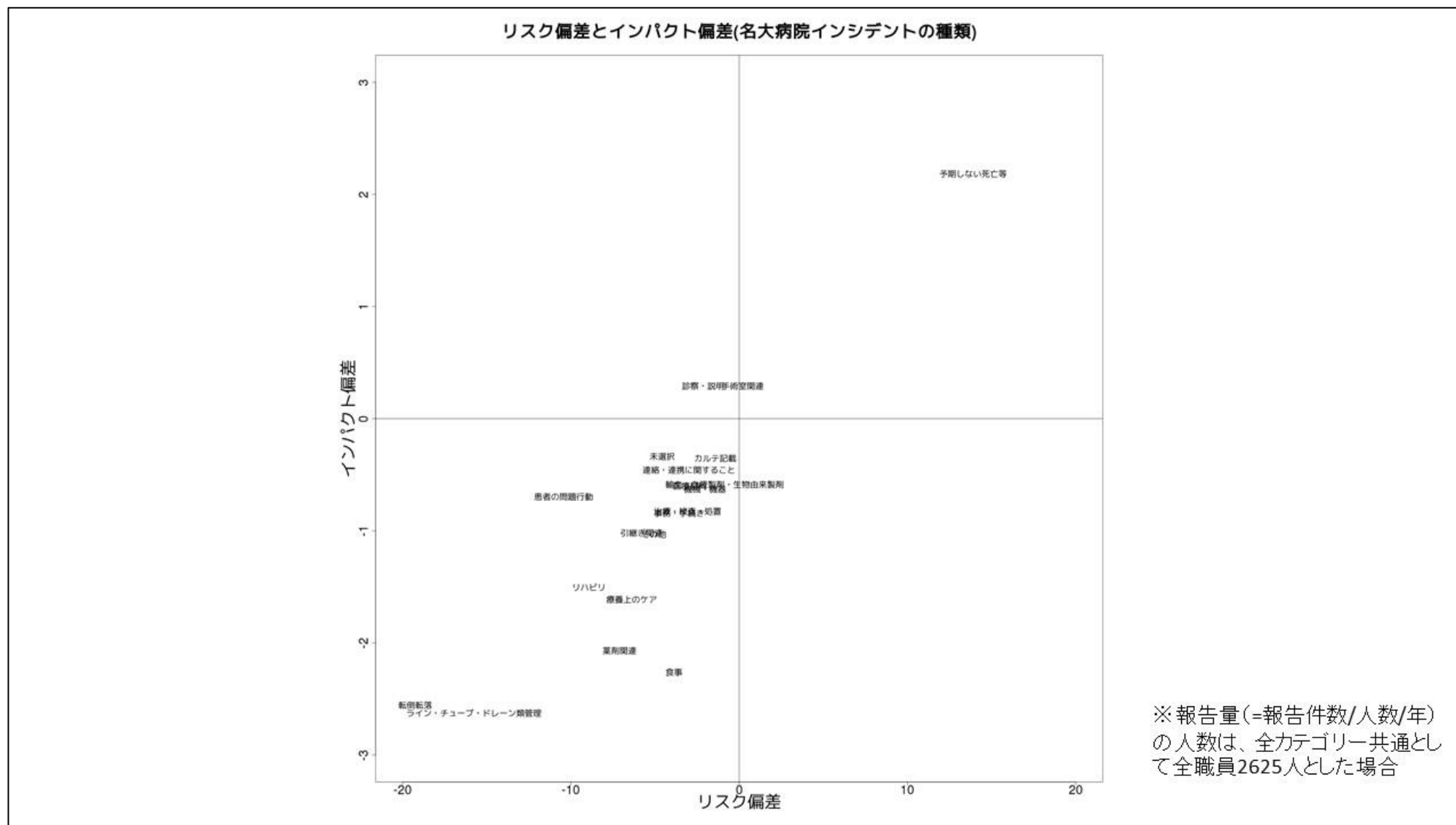
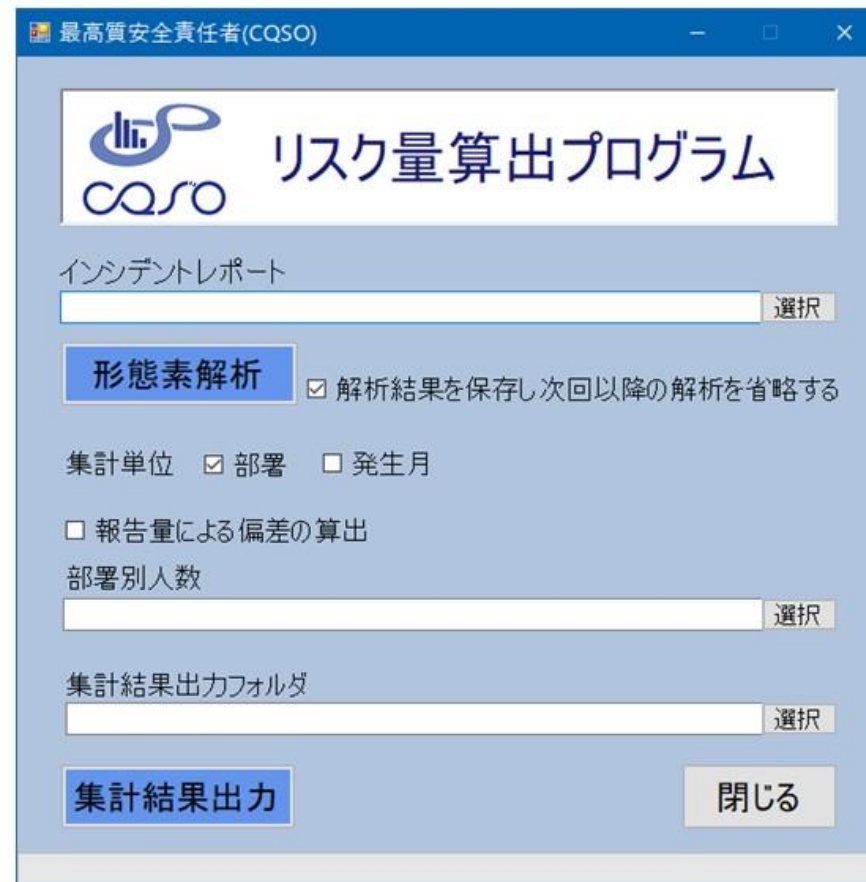


図 63

# 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 64

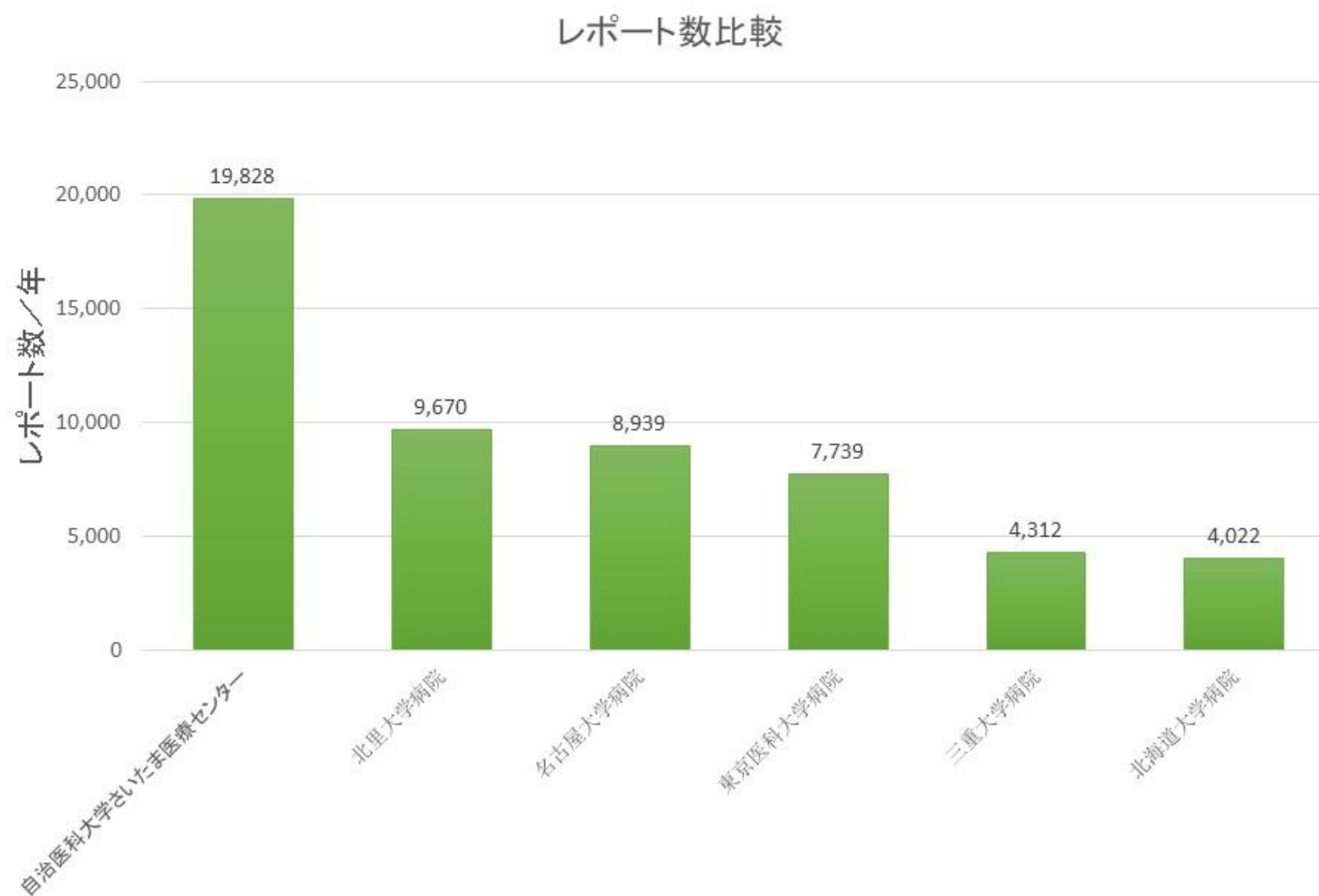


図 65

第1版  
国立大学法人名古屋大学大学院医学系研究科 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

# 新・ASUISHI 最高質安全責任者 (CQSO) Chief Quality & patient Safety Officer 養成研修



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

名古屋大学医学部 × TOYOTA

テルモ株式会社 メスキエード医療安全基金 コニカミノルタジャパン株式会社 パラテック株式会社 バラマウントベッド株式会社

## 新・ASUISHI 最高質安全責任者 (CQSO) 養成研修とは

医療には、様々なリスクが潜在しています。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貢献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 ASUISHI 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ASUISHI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長は、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。ASUISHI 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。

図 66



## 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O B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計算の要件（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。多施設間での客観的な分析に基づいた改善サイクルを回し続け、参加施設、引いては、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.iroyanzen.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 中国品質管理協会 TOYOTA

図 67

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 68



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          |
|--------------------------|-------------|
| 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 |
| 患者安全に対する意識が高いと思う。        | 1-2-3-4-5-6 |
| 改善の意識が高いと思う。             | 1-2-3-4-5-6 |
| 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 |
| 患者安全研修への参加率が高いと思う。       | 1-2-3-4-5-6 |
| 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 |
| 患者安全に関する活動性が低いと思う。       | 1-2-3-4-5-6 |
| 患者安全に無関心であると思う。          | 1-2-3-4-5-6 |
| 患者安全の優先順位が低いと思う。         | 1-2-3-4-5-6 |
| 安全のことを馬鹿にしていると思う。        | 1-2-3-4-5-6 |
| 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 |
| 最新の医療を勉強していないと思う。        | 1-2-3-4-5-6 |
| 患者安全の知識が薄いと思う。           | 1-2-3-4-5-6 |

| 平均  | 標準偏差 |
|-----|------|
| 3.9 | 0.8  |
| 4.4 | 0.7  |
| 4.1 | 0.3  |
| 4.3 | 0.7  |
| 4.7 | 0.5  |
| 3.4 | 0.7  |
| 3.0 | 0.9  |
| 2.2 | 0.8  |
| 2.6 | 0.5  |
| 1.6 | 0.4  |
| 2.0 | 0.8  |
| 1.9 | 0.6  |
| 2.6 | 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    | 3.5    | 4    | 3    | 5    | 5    |
| 3    | 5    | 4.5    | 5    | 4    | 4    | 5    |
| 4    | 4    | 4      | 4    | 4    | 4    | 5    |
| 4    | 5    | 5      | 4    | 4    | 3    | 5    |
| 4    | 5    | 4      | 5    | 5    | 5    | 5    |
| 3    | 5    | 3      | 3    | 3    | 4    | 3    |
| 4    | 3    | 3      | 1    | 3    | 3    | 4    |
| 3    | 2    | 2.5    | 1    | 3    | 1    | 3    |
| 2    | 3    | 2      | 2    | 3    | 3    | 3    |
| 2    | 2    | 1.5    | 1    | 2    | 1    | 2    |
| 3    | 3    | 2      | 1    | 2    | 1    | 2    |
| 2    | 2    | 1      | 3    | 2    | 1    | 2    |
| 3    | 3    | 2      | 3    | 4    | 1    | 2    |

確認行動

| 評価項目              | 評価          |
|-------------------|-------------|
| 効果的な確認行動をしていると思う。 | 1-2-3-4-5-6 |

| 平均  | 標準偏差 |
|-----|------|
| 4.1 | 0.8  |

| 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    | 4.5    | 4    | 3    | 4    | 5    |

コミュニケーション

| 評価項目                       | 評価          |
|----------------------------|-------------|
| 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 |
| 連携、異常の共有ができていていると思う。       | 1-2-3-4-5-6 |
| 診療科・部署の連携がよいと思う。           | 1-2-3-4-5-6 |
| コミュニケーションがしにくいと思う。         | 1-2-3-4-5-6 |
| 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 |
| 案内や説明が不足していると思う。           | 1-2-3-4-5-6 |
| 声かけがないと思う。                 | 1-2-3-4-5-6 |
| 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 |
| 協力していないと思う。                | 1-2-3-4-5-6 |
| 自分の部署の主張をよくすると思う。          | 1-2-3-4-5-6 |

| 平均  | 標準偏差 |
|-----|------|
| 4.3 | 0.5  |
| 4.1 | 0.6  |
| 3.8 | 0.4  |
| 2.4 | 0.7  |
| 2.6 | 0.5  |
| 3.1 | 0.8  |
| 2.5 | 0.5  |
| 2.3 | 0.5  |
| 1.9 | 0.6  |
| 3.4 | 0.4  |

| 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    | 4      | 4    | 4    | 4    | 5    |
| 3    | 5    | 4      | 4    | 4    | 4    | 5    |
| 4    | 4    | 3.5    | 4    | 4    | 3    | 4    |
| 1    | 2    | 3      | 3    | 3    | 3    | 2    |
| 2    | 2    | 3      | 3    | 3    | 3    | 2    |
| 4    | 3    | 3.5    | 4    | 3    | 2    | 2    |
| 3    | 3    | 2.5    | 2    | 3    | 2    | 2    |
| 3    | 2    | 2      | 2    | 3    | 2    | 2    |
| 3    | 2    | 1.5    | 1    | 2    | 2    | 2    |
| 4    | 3    | 3.5    | 3    | 3    | 4    | 3    |

図 69

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 |
| 改善効果を評価していると思う。              | 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 |
| 「ウチ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 70

施設の患者安全評価(アンケート)

開講前

雰囲気

| 評価項目                      | 評価          |
|---------------------------|-------------|
| 雰囲気が良いと思う。                | 1-2-3-4-5-6 |
| 職員が明るくはつらつとしていると思う。       | 1-2-3-4-5-6 |
| 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 |
| 挨拶をしていないと思う。              | 1-2-3-4-5-6 |
| 無駄口が多いと思う。                | 1-2-3-4-5-6 |
| ひそひそ話が多いと思う。              | 1-2-3-4-5-6 |
| 活気がないと思う。                 | 1-2-3-4-5-6 |
| 見下す・馬鹿にしていると思う。           | 1-2-3-4-5-6 |
| Destructive(破壊的)であると思う。   | 1-2-3-4-5-6 |
| いじめ、嫌がらせがあると思う。           | 1-2-3-4-5-6 |
| グループ、派閥を作っていると思う。         | 1-2-3-4-5-6 |
| 威圧的であると思う。                | 1-2-3-4-5-6 |
| 権威主義であると思う。               | 1-2-3-4-5-6 |
| 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 |

| 平均  | 標準偏差 |
|-----|------|
| 4.3 | 0.5  |
| 4.1 | 0.3  |
| 4.0 | 0.5  |
| 2.8 | 1.0  |
| 3.2 | 0.7  |
| 2.4 | 0.7  |
| 2.1 | 0.6  |
| 2.3 | 0.9  |
| 2.2 | 0.6  |
| 2.7 | 0.7  |
| 3.4 | 0.8  |
| 2.8 | 0.7  |
| 2.9 | 0.8  |
| 3.1 | 0.4  |

| 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 |
|------|------|--------|------|------|------|------|
| 5    | 4    | 4      | 4    | 4    | 4    | 5    |
| 4    | 4    | 4      | 4    | 4    | 4    | 5    |
| 3    | 4    | 4      | 4    | 4    | 4    | 5    |
| 2    | 5    | 2.5    | 2    | 3    | 2    | 3    |
| 4    | 3    | 4.5    | 3    | 3    | 2    | 3    |
| 4    | 3    | 2      | 2    | 2    | 2    | 2    |
| 3    | 2    | 2.5    | 2    | 2    | 1    | 2    |
| 3    | 2    | 2      | 4    | 2    | 1    | 2    |
| 3    | 2    | 2.5    | 3    | 2    | 1    | 2    |
| 3    | 3    | 3      | 4    | 2    | 2    | 2    |
| 3    | 3    | 4.5    | 4    | 3    | 2    | 4    |
| 3    | 2    | 3.5    | 4    | 2    | 2    | 3    |
| 3    | 2    | 4      | 4    | 2    | 2    | 3    |
| 3    | 3    | 2.5    | 4    | 3    | 3    | 3    |

清潔

| 評価項目              | 評価          |
|-------------------|-------------|
| 清潔であると思う。         | 1-2-3-4-5-6 |
| 不潔、汚い、雑然としていると思う。 | 1-2-3-4-5-6 |
| 掲示物が管理されていないと思う。  | 1-2-3-4-5-6 |

| 平均  | 標準偏差 |
|-----|------|
| 4.1 | 1.0  |
| 2.3 | 0.7  |
| 2.8 | 0.5  |

| 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    | 5    | 5      | 4    | 4    | 4    | 5    |
| 4    | 2    | 2      | 2    | 2    | 2    | 2    |
| 3    | 2    | 3.5    | 2    | 3    | 3    | 3    |

図 71



施設の患者安全評価(アンケート)

開講前

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 72

# CQSO：コースの評価（案）

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

# CQSO：ルーブリックとSBOs対応表（案）

| アウトカム                                                  | 観点         | 第4段階                                                                                               | 第3段階                                                                                                | 第2段階                                                                                              | 第1段階                                                                                            | SBOs                                        |
|--------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1) 患者安全に関する基礎知識を修得し、インシデント報告のトリアージなど、日々の業務を管理することができる。 | 基礎となる知識の習得 | 医療安全施策情報を積極的に取得し、職員に解りやすく示すことができる。医療倫理審査体制を構築し、クリニカル・ガバナンスの概念を理解し、組織的な取り組みを実践する。                   | 医療安全施策の動向を常に意識し、医療倫理の原則を理解し、業務に還元することができる。事故発生時に適切な対応ができる。クリニカル・ガバナンスの重要性を理解することができる。               | エラーの発生原因を知り、問題点を明確にし、再発防止策の提示や共有を通じて、組織横断的な活動ができる。クリニカル・ガバナンスの重要性を理解することができる。                     | 医療安全施策を入手できる。医療倫理審査体制の必要性を理解できる。エラー発生の原因を知ることができる。                                              | 1)-1 医療安全施策の動向を知る。                          |
|                                                        |            |                                                                                                    |                                                                                                     |                                                                                                   |                                                                                                 | 1)-2 医療倫理の原則と審査体制の必要性を理解し、業務に還元する。          |
|                                                        |            |                                                                                                    |                                                                                                     |                                                                                                   |                                                                                                 | 1)-3 エラー発生の原因を知り、問題点を明確にする。                 |
|                                                        |            |                                                                                                    |                                                                                                     |                                                                                                   |                                                                                                 | 1)-4 クリニカル・ガバナンスの重要性を理解する。                  |
|                                                        |            |                                                                                                    |                                                                                                     |                                                                                                   |                                                                                                 | 1)-5 組織横断的な活動が実践できる。                        |
|                                                        | 日々の取り組み    | インシデント報告のトリアージシステムを構築し、組織的な改善活動を実践する。                                                              | インシデント報告のトリアージより、関連部署と協働して対策を構築でき、組織的な改善活動に活かすことができる。                                               | インシデント報告の意義を周知し、報告体制の活性化ができる。インシデント報告を日々確認し、トリアージすることができる。                                        | 患者安全に関する基礎知識やインシデント報告の意義、報告基準の確保などについて、理解できる。                                                   | 1)-6 インシデント報告の意義を周知し、患者安全報告体制を活性化することができる。  |
|                                                        |            |                                                                                                    |                                                                                                     |                                                                                                   |                                                                                                 | 1)-7 インシデント報告を分析し、関連部署と協働して改善につなげる方法を検討できる。 |
| 2) 事故発生時の対応など、有事業務に成果を上げることができる。                       | 有事の取り組み    | 有事における最新の法的知識を持ち、有害事象発生時、自施設内外との連携をとり、患者への影響を最小限にした対応ができる。また、再発防止の徹底に取り組み、対策の実施についてモニタリングすることができる。 | 有事における法的知識を持ち、有害事象発生時、対応手順に準じた適切な対応ができる。医療事故調査制度の演習を基に、自施設の有害事象のヒヤリング・調査報告書を作成し、必要な患者説明、社会への説明ができる。 | 有害事象発生時の対応手順が整備され、関連部署と連携して実践することができる。医療事故調査制度、法的知識、患者説明、社会への説明、再発防止の対策、実施、モニタリングについて、体験することができる。 | 事故発生時の対応手順を説明することができる。関連部署の招集が速やかに行える。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 73

| 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<br>時<br>の<br>取<br>り<br>組<br>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  | 患者の権利を守ることができる。                       |
|                                     |                                                          |                                                                                                           |                                                                                                                                 |                                                                                                  |                                                                               | 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<br>染<br>制<br>御<br>と<br>の<br>連<br>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<br>辺<br>業<br>務<br>の<br>理<br>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、対策がたてられる。               |
|                                     |                                                          |                                                                                                           |                                                                                                                                 |                                                                                                  |                                                                               | 4)-7  | 患者相談・対話推進業務について知る。                    |
|                                     |                                                          |                                                                                                           |                                                                                                                                 |                                                                                                  |                                                                               | 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。              |
|                                     | 挑<br>戦<br>的<br>・<br>新<br>規<br>的<br>知<br>識<br>の<br>修<br>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)-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 74



## コンテンツ一覧(全150時間)

| カテゴリ       | コンテンツ名                  | 時間数 H |
|------------|-------------------------|-------|
| 序          | 本研修が目指すもの               | 1 1   |
| 基礎となる知識の修得 | 医療安全施策の動向               | 1     |
|            | 確かな倫理基盤の確立              | 2     |
|            | エラー発生の原因                | 3     |
|            | 診断エラー                   | 2     |
|            | 医療の高度化、複雑化とエラー発生        | 1     |
|            | クリニカル・ガバナンス（前半）         | 3     |
|            | クリニカル・ガバナンス（後半）         | 2     |
|            | 組織横断的活動を推進する安全管理者としての適正 | 3     |
| 日々の取り組み    | 報告文化の活性化                | 3     |
|            | 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    |
|            | 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<br>平時の取り組み | 患者の権利の確保                                    | 2     |
|                        | 患者安全ラウンド・監査                                 | 3     |
|                        | FMEA(Failure Mode and Effects Analysis)分析手法 | 4     |
|                        | RCA(Root Cause Analysis)分析手法                | 4     |
|                        | 基本確認行動・国際患者安全目標・対策                          | 3     |
|                        | MM(Mortality & Morbidity)カンファレンス運営          | 3     |
|                        | 医薬品安全管理者との連携                                | 1     |
|                        | 医療機器安全管理者との連携                               | 1     |
|                        | 卒後教育プログラム責任者との連携                            | 1     |
|                        | 電子カルテと患者安全                                  | 1     |
|                        | 院内救命、異常早期発見体制の構築                            | 1     |
|                        | 医療安全外部情報の活用                                 | 2     |
|                        | メーカーとの連携                                    | 1     |
|                        | 院内の安全教育体制                                   | 3     |
|                        | 施設安全の重要性                                    | 2     |
|                        | (OJT) インシデント検討会                             | 1     |
|                        | (OJT) 推進会×2                                 | 1×2   |

| カテゴリ                | コンテンツ名                        | 時間数 H |
|---------------------|-------------------------------|-------|
| 標準化と品質管理<br>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     |
|                     | クリニカルバス                       | 2     |
|                     | QI(Quality Indicator)とQI設定    | 2     |
|                     | 質向上戦略の構築                      | 3     |
| 周辺業務の連携             | 感染概論                          | 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     |
|                     | 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     |
| 体系的・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     |
|                     | 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 75



## 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) 0 ————— × ————— 10

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 76

| 序         |                    |                    | 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   |      |      |
|-----------|--------------------|--------------------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|-----|------|------|------|
| 研修名       | 評価0                | 評価10               | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後 | 受講前  | 受講後  | 差    |
| 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 |      |

| 基礎となる知識の修得              |                                                          |                                                                | 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   |      |      |
|-------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|------|------|------|
| 研修名                     | 評価0                                                      | 評価10                                                           | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前  | 受講後  | 差    |
| 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知識がある                                              | 49       | 89   | 50       | 74   | 63       | 82   | 5        | 87   | 14       | 84   | 38       | 80   | 20       | 80   | 98       | 100  | 42.1 | 84.5 | 42.4 |
| 診断エラー                   | 診断エラーについての知識がない                                          | 診断エラーの仕組みに精通し、医療のリスクにおける診断の問題を説明することができる                       | 26       | 80   | 22       | 62   | 68       | 82   | 39       | 77   | 6        | 72   | 28       | 49   | 5        | 58   | 97       | 98   | 36.4 | 72.3 | 35.9 |
| 医療の高度化、複雑化とエラー発生        | 医療の高度化、複雑化とエラー発生原因を結びつけたことがなく、Story Generationの知識がない     | 医療の高度化、複雑化と、エラー発生原因を結びつけて説明することができる。Story Generationのリスクを説明できる | 61       | 99   | 55       | 83   | 53       | 67   | 26       | 83   | 23       | 92   | 40       | 77   | 12       | 86   | 78       | 88   | 43.5 | 84.4 | 40.9 |
| リスク測定について               | リスク測定原理についての知識がない                                        | リスク測定原理について説明でき、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眼とし、倫理審査の場などで指針的な役割を果たすことができる        | 49       | 88   | 64       | 84   |          |      | 12       | 80   | 32       | 89   | 55       | 80   | 37       | 69   | 52       | 55   | 37.6 | 68.1 | 30.5 |
| 組織横断的活動を推進する安全管理者としての適正 | 安全管理者としての適正についての知識がない                                    | 安全管理者としての適正を有し、組織横断的な活動を企画・主導できる                               | 40       | 89   | 64       | 92   |          |      | 18       | 81   | 24       | 92   | 38       | 51   | 48       | 82   | 70       | 74   | 37.8 | 70.1 | 32.4 |
| クリニカル・ガバナンス（前半）         | クリニカル・ガバナンスについて意識したことがない                                 | クリニカル・ガバナンスについての重要性を理解している                                     | 65       | 99   | 76       | 79   | 41       | 75   | 34       | 80   | 12       | 94   | 23       | 39   | 30       | 57   | 99       | 100  | 47.5 | 77.9 | 30.4 |
| クリニカル・ガバナンス（後半）         | Difficult Doctor、Difficult Manager等に対し、どのように対処してよいかわからない | クリニカル・ガバナンスを意識し、Difficult Doctor、Difficult Manager等にも適切に対応できる  | 36       | 72   | 42       | 81   | 33       | 71   | 22       | 81   | 42       | 81   | 29       | 41   | 29       | 79   | 49       | 69   | 35.3 | 71.9 | 36.6 |
| 平均                      |                                                          |                                                                | 平均       | 44.3 | 86.0     | 49.4 | 74.7     | 52.7 | 74.0     | 18.1 | 78.8     | 18.1 | 80.7     | 31.7 | 52.4     | 24.0 | 70.0     | 74.8 | 79.7 | 36.9 | 71.4 |
|                         |                                                          |                                                                | 差        | 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                    |                                           |                                                          | 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   |      |      |
|----------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|------|------|------|
| 研修名                        | 評価0                                       | 評価10                                                     | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前  | 受講後  | 差    |
| 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、その根拠と利点を理解し、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・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、一定の根拠をもって、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        | 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       |                                            |                                                                   | 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   |      |      |
|---------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|------|------|------|
| 研修名           | 評価0                                        | 評価10                                                              | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前  | 受講後  | 差    |
| 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りつつ、患者の被害を最小とするための具体的な対応ができる                     | 66       | 99   | 56       | 88   | 39       | 74   | 19       | 83   | 34       | 93   | 57       | 71   | 47       | 85   | 78       | 90   | 49.5 | 85.4 | 35.9 |
| 重大死亡事故発生時の対応  | 院内死亡に関して、医療事故調査制度上の医療事故に該当するかどうかの判断ができない   | 院内死亡に関して、医療事故調査制度上の医療事故に該当するかどうか適切に判断できる                          | 73       | 99   | 40       | 86   | 22       | 61   | 23       | 82   | 7        | 80   | 62       | 80   | 39       | 72   | 51       | 67   | 39.6 | 78.4 | 38.8 |
| 有事における法的知識の整理 | 有事における法的知識がない                              | 有事における法的・倫理的知識を有し、それに基づいた対応ができる                                   | 58       | 92   | 68       | 82   | 48       | 72   | 22       | 76   | 21       | 86   | 53       | 84   | 28       | 73   | 70       | 86   | 46.0 | 81.4 | 35.4 |
| 患者説明・社会との共有   | 患者説明（オープンディスクロージャー）の重要性、社会との情報共有の意義を説明できない | 患者説明（オープンディスクロージャー）の重要性、社会との情報共有の意義を説明でき、実践できる                    | 26       | 75   | 62       | 77   | 36       | 63   | 25       | 83   | 36       | 88   | 28       | 56   | 27       | 68   | 52       | 67   | 36.5 | 72.1 | 35.6 |
| 平均            |                                            |                                                                   | 平均       | 57.4 | 91.6     | 47.4 | 81.2     | 38.2 | 67.6     | 19.8 | 82.0     | 20.8 | 86.4     | 50.2 | 74.0     | 30.6 | 75.2     | 50.2 | 72.2 | 39.3 | 78.8 |
|               |                                            |                                                                   | 差        | 34.2 |          | 33.8 |          | 29.4 |          | 62.2 |          | 65.6 |          | 23.8 |          | 44.6 |          | 22.0 |      | 39.5 |      |

図 77

| 平時の取り組み | 研 修 名                                       | 評価 0                                                  | 評価 10                                                              | CQSO I-1 |      | CQSO I-2 |      | CQSO I-3 |      | CQSO I-4 |      | CQSO I-5 |      | CQSO I-6 |      | CQSO I-7 |      | CQSO I-8 |      | 平均   |      | 差    |
|---------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|------|------|------|
|         |                                             |                                                       |                                                                    | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前  | 受講後  |      |
|         | OJT「医療の質向上と安全推進委員会」①                        | 院内における、有事・平時の患者安全活動について、整理して共有したことがない                 | 院内の中枢に対して、有事・平時の患者安全活動について、整理して共有し、課題を明らかにして対策を導くことができる            | 61       | 92   | 71       | 82   | 44       | 70   | 20       | 73   | 3        | 60   | 40       | 58   | 41       | 70   | 49       | 45   | 41.1 | 68.8 | 27.6 |
|         | 品質管理概論                                      | 品質管理についての知識がない                                        | 品質管理手法の概念を理解し、説明できる                                                | 12       | 91   | 65       | 84   | 36       | 72   | 12       | 82   | 3        | 76   | 19       | 38   | 19       | 64   | 52       | 48   | 27.3 | 69.4 | 42.1 |
|         | 患者の権利の確保                                    | 患者の権利を確保するための、説明と同意手続・体制、オープンディスクロージャーに関する知識がない       | 患者の権利を確保するための、説明と同意手続・体制、オープンディスクロージャーを理解し、構築することができる              | 81       | 99   | 66       | 84   | 28       | 54   | 41       | 79   | 36       | 87   | 47       | 72   | 83       | 91   | 49       | 47   | 53.9 | 76.6 | 22.8 |
|         | MM(Mortality & Morbidity)カンファレンス運営          | MM(Mortality & Morbidity)カンファレンス運営についての知識がない          | MMカンファレンスなどを積極的に企画・運営し、フィードバックを適切に行うことができる                         | 61       | 93   | 72       | 78   | 42       | 67   | 11       | 84   | 12       | 87   | 37       | 83   | 67       | 90   | 50       | 52   | 44.0 | 79.3 | 35.3 |
|         | OJT「医療の質向上と安全推進委員会」②                        | 院内における、有事・平時の患者安全活動の経時的な流れがどうなっているかの知識がない             | 院内における、有事・平時の患者安全活動の経時的な流れを理解し、説明できる                               | 80       | 99   |          |      | 44       | 68   | 38       | 64   | 39       | 84   | 21       | 26   | 70       | 74   | 48       | 53   | 42.5 | 58.5 | 16.0 |
|         | 品質管理手法の修得（概論）                               | 品質管理手法、その他、様々な改善手法についての知識がない                          | 品質管理手法、その他、様々な改善手法を理解している                                          | 68       | 86   | 83       | 90   | 46       | 63   | 20       | 85   | 51       | 91   | 8        | 19   | 30       | 37   | 54       | 72   | 45.0 | 67.9 | 22.9 |
|         | 品質管理手法の修得（実践）                               | 問題解決 8 ステップ、QC七つ道具、統計手法を用いることができない                    | 問題解決 8 ステップ、QC七つ道具、統計手法を用いることができる                                  | 34       | 70   | 60       | 88   | 47       | 68   | 19       | 56   | 36       | 74   | 15       | 56   | 17       | 25   | 52       | 70   | 35.0 | 63.4 | 28.4 |
|         | 基本確認行動・国際患者安全目標・対策                          | 基本確認行動・国際患者安全目標・対策についての知識がない                          | 基本確認行動・国際患者安全目標について院内に周知し、戦略的改善活動を指揮できる                            | 78       | 99   | 76       | 92   | 41       | 71   | 42       | 84   | 22       | 82   | 69       | 83   | 67       | 84   | 73       | 88   | 58.5 | 85.4 | 26.9 |
|         | 施設安全の重要性                                    | 患者安全に影響する施設安全についての知識がない                               | 患者安全に影響する施設安全における潜在リスクを特定し、リスク低減策を立案・指揮できる                         | 39       | 90   | 61       | 75   | 22       | 70   | 10       | 84   | 22       | 84   | 13       | 38   | 54       | 75   | 51       | 99   | 34.0 | 76.9 | 42.9 |
|         | RCA(Root Cause Analysis) 分析手法               | 根本原因分析手法RCA(Root Cause Analysis)についての知識がない            | 根本原因分析手法RCAを用いて事例の要因・原因を特定し、再発防止策を立案し、実施および評価を行うことができ、RCAチームを指揮できる | 52       | 91   | 90       | 90   | 46       | 63   | 0        | 79   | 26       | 87   | 25       | 59   | 20       | 68   | 58       | 74   | 39.6 | 76.4 | 36.8 |
|         | 院内の安全教育体制                                   | 院内で安全教育活動のやり方がわからない                                   | 積極的に安全教育活動をおこない、職員の行動変容につなげることができる                                 | 77       | 100  | 38       | 69   | 55       | 76   | 19       | 85   | 7        | 92   | 24       | 54   | 51       | 71   | 58       | 68   | 41.1 | 76.9 | 35.8 |
|         | 問題解決実践                                      | 品質管理手法を用いて問題解決に取り組んだことがない                             | 品質管理手法を用いて問題解決に取り組み、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                                          |                                                       | 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 78

| 感染制御との連携                |                       |                                                          | 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    |
|-------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|------|------|------|
| 研修名                     | 評価 0                  | 評価 10                                                    | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前  | 受講後  |      |
| 感染概論1（感染管理）             | 感染管理に関する系統だった知識がない    | 人体に病原性を有する病原体について、それぞれの感染予防策を提示でき、適切に適用できる               | 68       | 94   | 75       | 79   | 44       | 86   | 28       | 79   | 26       | 81   | 45       | 61   | 59       | 75   | 35       | 51   | 47.5 | 75.8 | 28.3 |
| 手指衛生（ラウンド含む）            | 手指衛生の必要性について意識したことがない | 適切なタイミングでの手指衛生の必要性を理解し、院内に周知するとともに、自ら実践できる               | 80       | 99   | 83       | 87   | 49       | 77   | 52       | 85   | 50       | 91   | 75       | 83   | 82       | 80   | 98       | 99   | 71.1 | 87.6 | 16.5 |
| 感染概論2（感染症診療）            | 感染症診療に関する系統だった知識がない   | 微生物学的検査結果を適切に解釈し、感染症の原因病原体を推定し、院内のアンチバイオグラムを活用できる        | 63       | 91   | 87       | 88   | 44       | 73   | 23       | 77   | 42       | 81   | 51       | 68   | 44       | 63   | 65       | 82   | 52.4 | 77.9 | 25.5 |
| 抗微生物薬の適正使用（TDMミーティング含む） | 抗微生物薬の適正使用に関する知識がない   | 薬剤耐性のメカニズムを理解し、感染対策チームとともに抗微生物薬の適正使用について周知、実践できる         | 71       | 96   | 87       | 90   | 40       | 77   | 18       | 78   | 44       | 81   | 44       | 51   | 63       | 79   | 68       | 85   | 54.4 | 79.6 | 25.3 |
| 感染ラウンド実習                | 感染ラウンドの必要性について知識がない   | 人体に病原性を有する病原体について、それぞれの感染予防策を提示でき、また感染対策ラウンド実施の重要性を理解できる | 66       | 89   | 81       | 84   | 53       | 85   | 22       | 82   | 7        | 84   | 25       | 37   | 73       | 80   | 28       | 74   | 44.4 | 76.9 | 32.5 |
| サーベイランス                 | サーベイランスについて知識がない      | サーベイランスの結果を適切に解釈し、問題点を抽出できる                              | 30       | 83   | 82       | 86   | 38       | 50   | 9        | 76   | 36       | 82   | 36       | 68   | 63       | 73   | 31       | 67   | 40.6 | 73.1 | 32.5 |
| アウトブレイク対策               | アウトブレイク対策について知識がない    | アウトブレイク発生時に感染対策チームと連携し院内・院外（保健所・報道など）への対応を適切に行える         | 50       | 91   | 79       | 86   | 44       | 70   | 29       | 84   | 8        | 92   | 34       | 63   | 41       | 73   | 51       | 72   | 42.0 | 78.9 | 36.9 |
| 平均                      |                       | 平均                                                       | 61.1     | 91.9 | 82.0     | 85.7 | 44.6     | 74.0 | 25.9     | 80.1 | 30.4     | 84.6 | 44.3     | 61.6 | 60.7     | 74.7 | 53.7     | 75.7 | 50.3 | 78.5 |      |
|                         |                       | 差                                                        |          | 30.7 |          | 3.7  |          | 29.4 |          | 54.3 |          | 54.1 |          | 17.3 |          | 14.0 |          | 22.0 |      | 28.2 |      |

| 周辺業務の理解           |                       |                                           | 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    |
|-------------------|-----------------------|-------------------------------------------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|------|------|------|
| 研修名               | 評価 0                  | 評価 10                                     | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前  | 受講後  |      |
| 医療現場における患者問題行動    | 患者の問題行動とその対策について知識がない | 患者の問題行動をシステム的に評価、モニタリングする体制を構築、支援することができる | 68       | 93   | 81       | 87   | 22       | 76   | 34       | 83   | 23       | 72   | 22       | 55   | 78       | 83   | 42       | 58   | 46.3 | 75.9 | 29.6 |
| 患者相談・対話推進業務の理解と応用 | 患者相談や対話推進業務について知識がない  | 患者相談や対話推進業務体制を構築し、支援することができる              | 64       | 92   | 89       | 89   | 28       | 84   | 15       | 79   | 22       | 87   | 12       | 64   | 33       | 65   | 24       | 43   | 35.9 | 75.4 | 39.5 |
| 平均                |                       | 平均                                        | 66.0     | 92.5 | 85.0     | 88.0 | 25.0     | 80.0 | 24.5     | 81.0 | 22.5     | 79.5 | 17.0     | 59.5 | 55.5     | 74.0 | 33.0     | 50.5 | 41.1 | 75.6 |      |
|                   |                       | 差                                         |          | 26.5 |          | 3.0  |          | 55.0 |          | 56.5 |          | 57.0 |          | 42.5 |          | 18.5 |          | 17.5 |      | 34.6 |      |

| 挑戦的・新規的知識の修得                   |                                                                    |                                                          | 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    |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|------|------|------|
| 研修名                            | 評価 0                                                               | 評価 10                                                    | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前  | 受講後  |      |
| 世界の動きを知る①WHO患者安全カリキュラムガイド等について | WHO患者安全カリキュラムガイドについての知識がない                                         | WHO患者安全カリキュラムガイドについての知識を有し、患者安全活動に適用できる                  | 44       | 85   | 81       | 93   | 45       | 69   | 20       | 74   | 54       | 93   | 18       | 55   | 75       | 90   | 72       | 90   | 51.1 | 81.1 | 30.0 |
| 院内弁護士の活動                       | 院内弁護士の活動について意識したことがない                                              | 患者安全に関する院内弁護士の役割を理解し、患者安全に関して発生する法的な諸問題に対して、適切に対応できる     | 42       | 83   | 67       | 83   | 36       | 79   | 30       | 60   | 30       | 77   | 33       | 49   | 71       | 80   | 70       | 99   | 47.4 | 76.3 | 28.9 |
| 世界の動きを知る②JCとJCI                | JC（Joint Commission）とJCI（Joint Commission International）についての知識がない | JCとJCIの取り組みを理解し、患者安全に関する世界的動向に注目しつつ、効果的な取り組みを取り入れることができる | 33       | 73   | 73       | 83   | 40       | 76   | 25       | 72   | 33       | 74   | 45       | 49   | 65       | 80   | 76       | 75   | 48.8 | 72.8 | 24.0 |
| 世界の動きを知る③国際患者安全サミット・国際学会等について  | 国際患者安全サミットや患者安全に関する世界的動向・国際学会等の話題について意識したことがない                     | 患者安全に関する世界的動向について理解し、情報を収集して効果的な取り組みを取り入れることができる         | 36       | 83   | 39       | 66   | 27       | 79   | 7        | 65   | 5        | 57   | 7        | 30   | 56       | 74   | 15       | 49   | 24.0 | 62.9 | 38.9 |
| フリーディスカッションによる知の創出             | 患者安全に関して、近未来的な技術や方略に関して検討したことがない                                   | 患者安全に関して、近未来的な技術や方略等について検討し、実現を図ることができる                  | 42       | 82   | 63       | 69   | 24       | 80   | 30       | 75   | 57       | 80   | 28       | 46   | 34       | 52   | 51       | 74   | 41.1 | 69.8 | 28.6 |
| 平均                             |                                                                    | 平均                                                       | 39.4     | 81.2 | 64.6     | 78.8 | 34.4     | 76.6 | 22.4     | 69.2 | 35.8     | 76.2 | 26.2     | 45.8 | 60.2     | 75.2 | 56.8     | 77.4 | 42.5 | 72.6 |      |
|                                |                                                                    | 差                                                        |          | 41.8 |          | 14.2 |          | 42.2 |          | 46.8 |          | 40.4 |          | 19.6 |          | 15.0 |          | 20.6 |      | 30.1 |      |

図 79

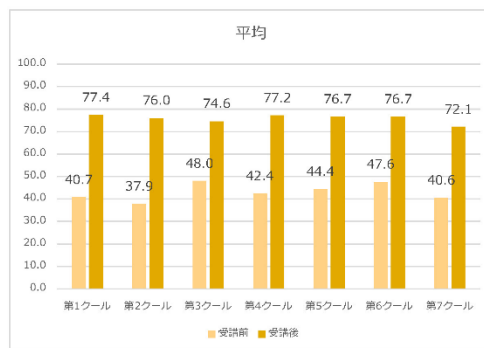




|              | CQSO I-1 |      | CQSO I-2 |      | CQSO I-3 |      | CQSO I-4 |      | CQSO I-5 |      | CQSO I-6 |      | CQSO I-7 |      | CQSO I-8 |       | 平均   |      |      |
|--------------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|-------|------|------|------|
|              | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後   | 受講前  | 受講後  | 差    |
| 序            | 65.0     | 99.0 | 29.0     | 82.0 | 54.0     | 70.0 | 51.0     | 86.0 | 12.0     | 91.0 | 54.0     | 64.0 | 78.0     | 95.0 | 99.0     | 100.0 | 55.3 | 85.9 | 30.6 |
| 基礎となる知識の修得   | 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 | 34.5 |
| 日々の取り組み      | 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 | 29.8 |
| 有事の取り組み      | 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 | 39.5 |
| 平時の取り組み      | 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 | 33.3 |
| 感染制御との連携     | 61.1     | 91.9 | 82.0     | 85.7 | 44.6     | 74.0 | 25.9     | 80.1 | 30.4     | 84.6 | 44.3     | 61.6 | 60.7     | 74.7 | 53.7     | 75.7  | 50.3 | 78.5 | 28.2 |
| 周辺業務の理解      | 66.0     | 92.5 | 85.0     | 88.0 | 25.0     | 80.0 | 24.5     | 81.0 | 22.5     | 79.5 | 17.0     | 59.5 | 55.5     | 74.0 | 33.0     | 50.5  | 41.1 | 75.6 | 34.6 |
| 挑戦的・新規的知識の修得 | 39.4     | 81.2 | 64.6     | 78.8 | 34.4     | 76.6 | 22.4     | 69.2 | 35.8     | 76.2 | 26.2     | 45.8 | 60.2     | 75.2 | 56.8     | 77.4  | 42.5 | 72.6 | 30.1 |



図 80



|       | CQSO I-1 |      | CQSO I-2 |      | CQSO I-3 |      | CQSO I-4 |      | CQSO I-5 |      | CQSO I-6 |      | CQSO I-7 |      | CQSO I-8 |      | 平均   |      | 差    |
|-------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|------|------|------|
|       | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前      | 受講後  | 受講前  | 受講後  |      |
| 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 |      |

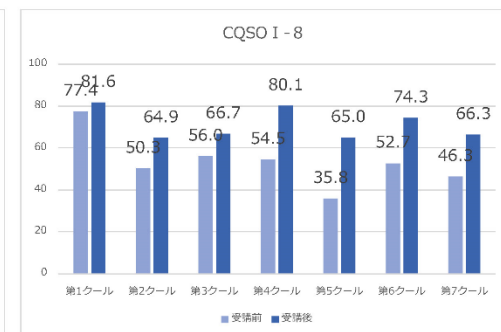
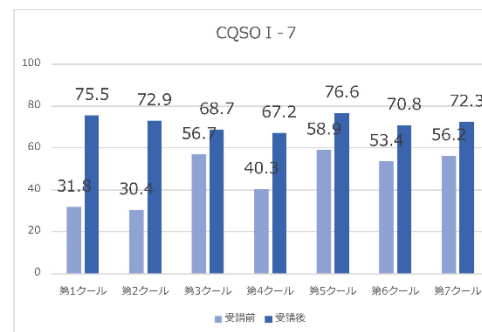
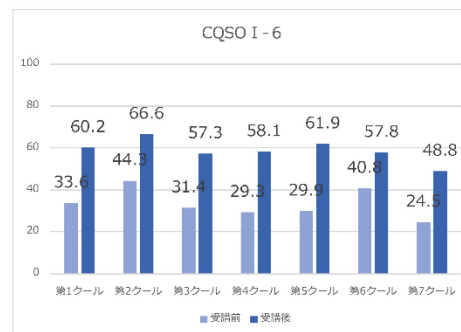
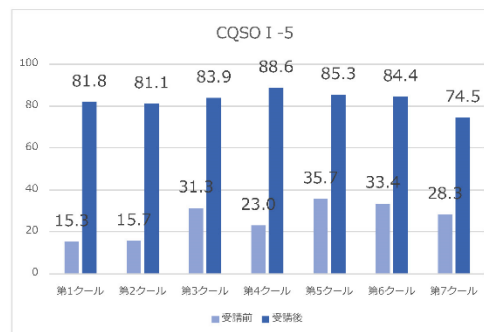
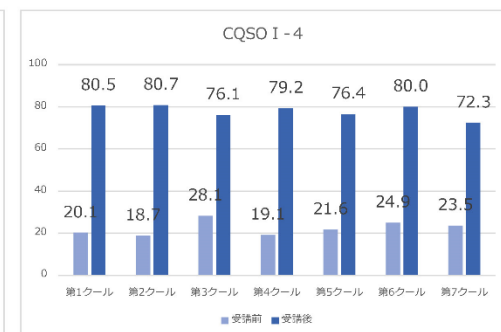
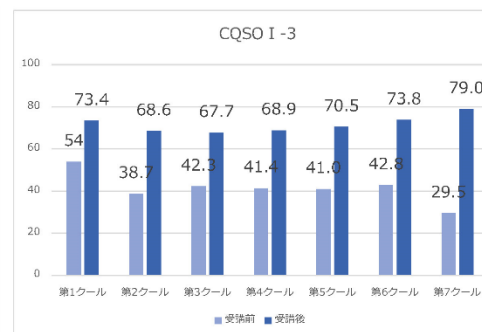
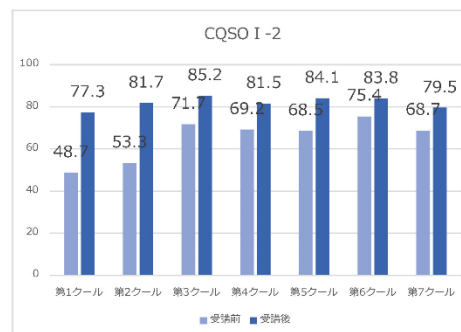
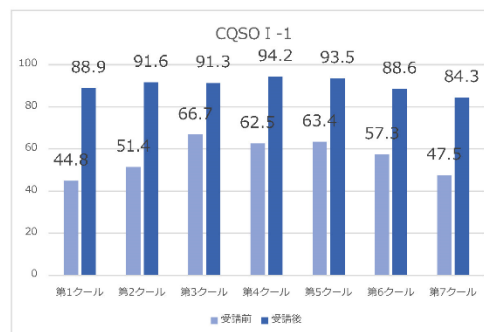


図 81

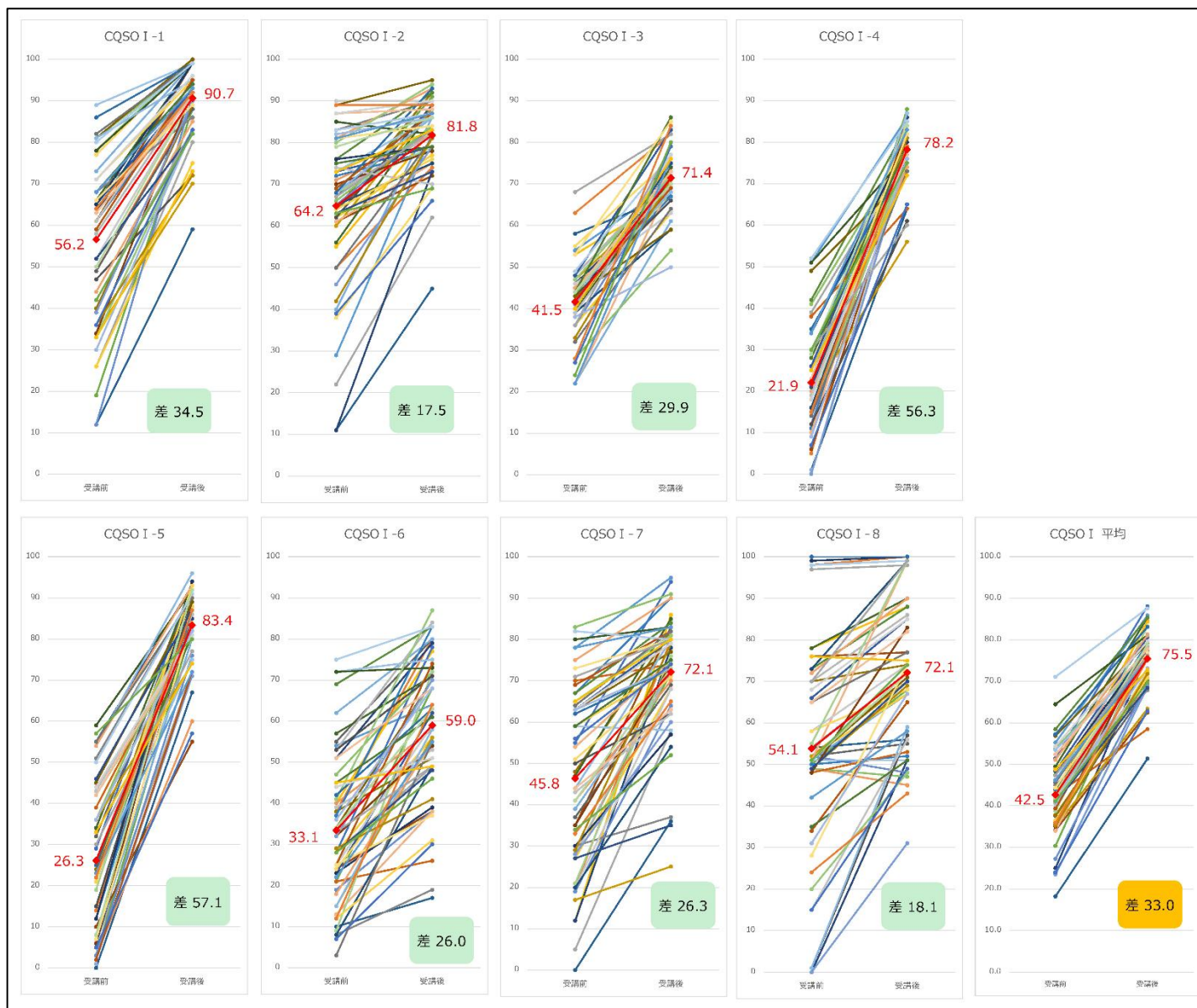


図 82



## 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 |   |

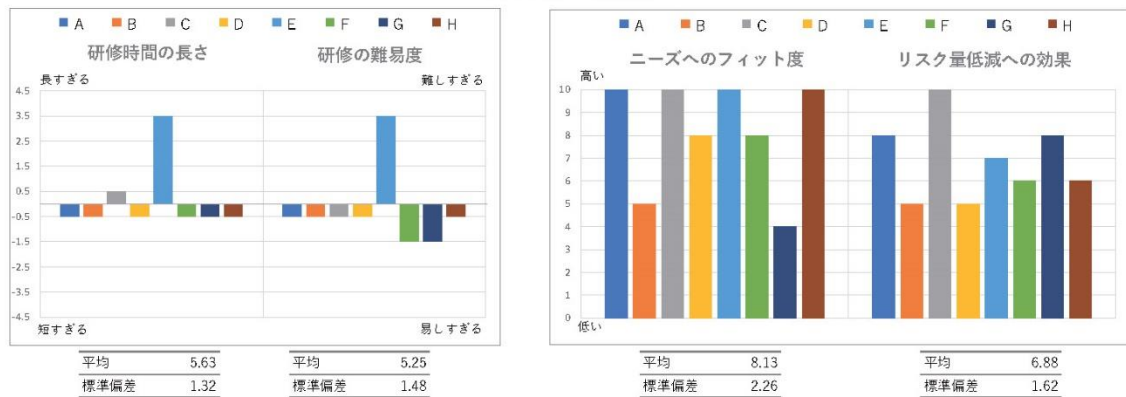
❖ 1-1-2\_エラー発生の原因 ❖ CQSO

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 83

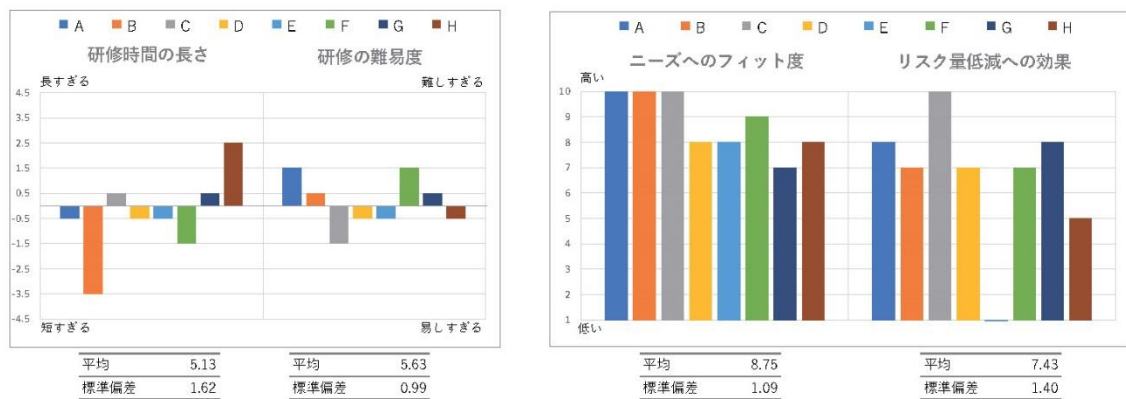
### 1-1-1\_本研修が目指すもの



#### 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

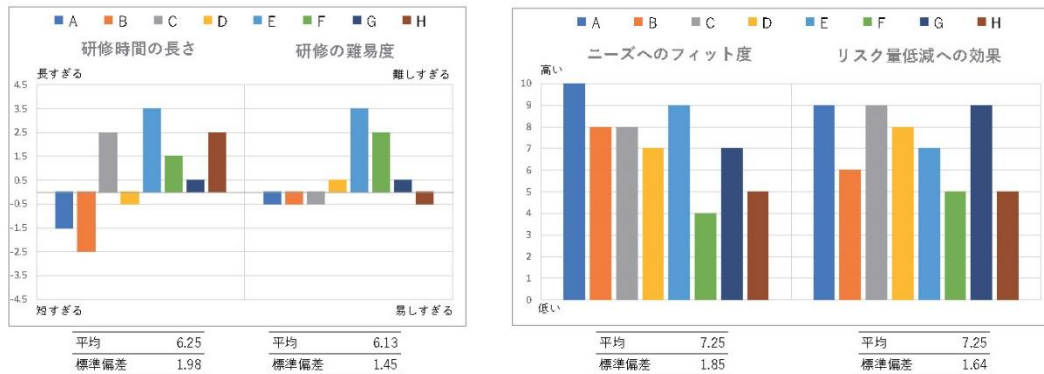


#### その他、ご意見等

|   |                                                                                   |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 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 84

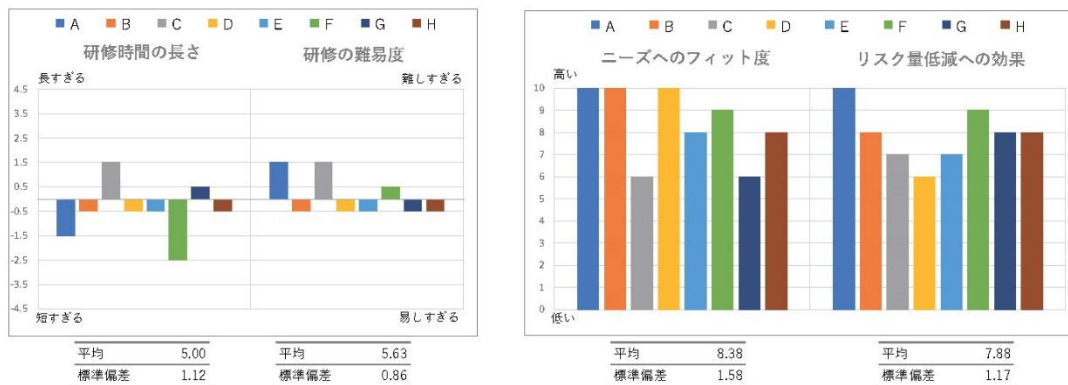
### 1-1-3\_診断エラー



#### 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

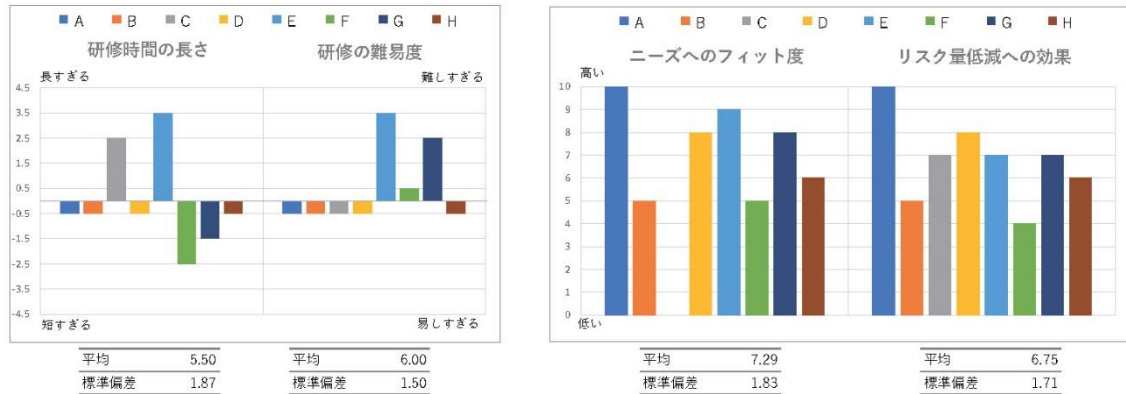


#### その他、ご意見等

|   |                                                                                       |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 85

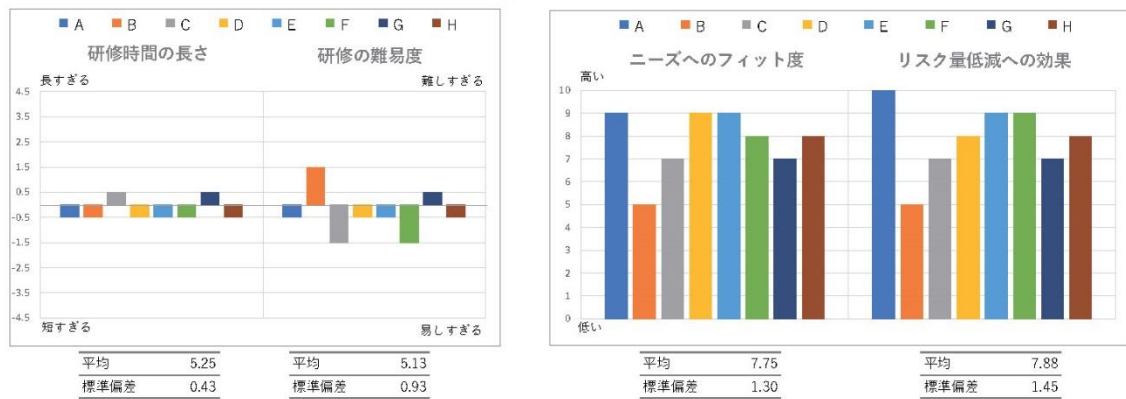
### 1-2-2 医療の高度化、複雑化とエラー発生



#### 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

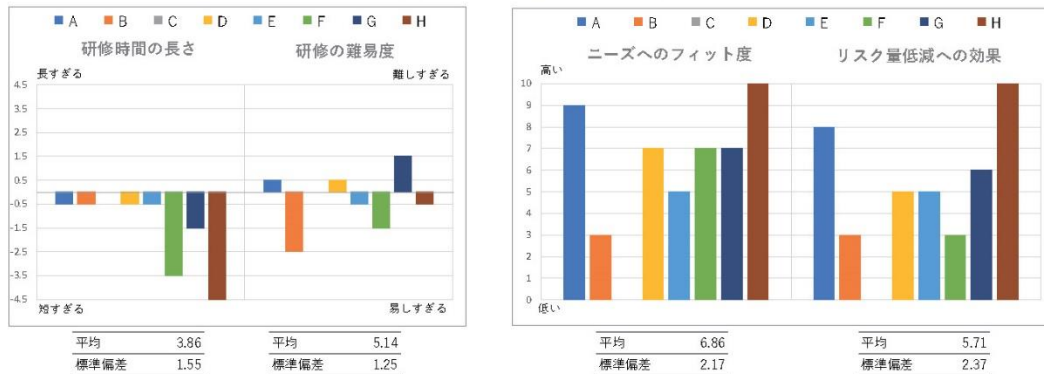


#### その他、ご意見等

|   |                                                                                                    |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A | インシデントレポートの意義を周知し、理解してもらうことが、まず重要と学ぶことができた。                                                        |
| B |                                                                                                    |
| C | 報告文化の醸造、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機動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 86

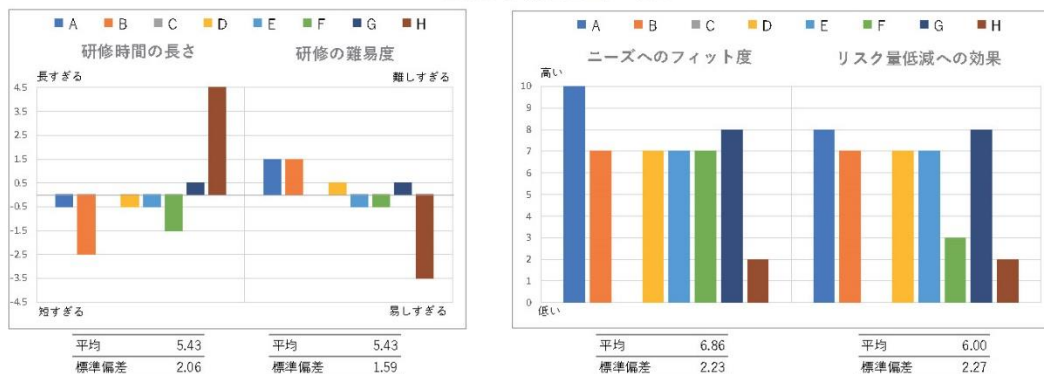
### 1-3-1 医療安全施策の動向



#### 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。図                                                                                    |
| 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

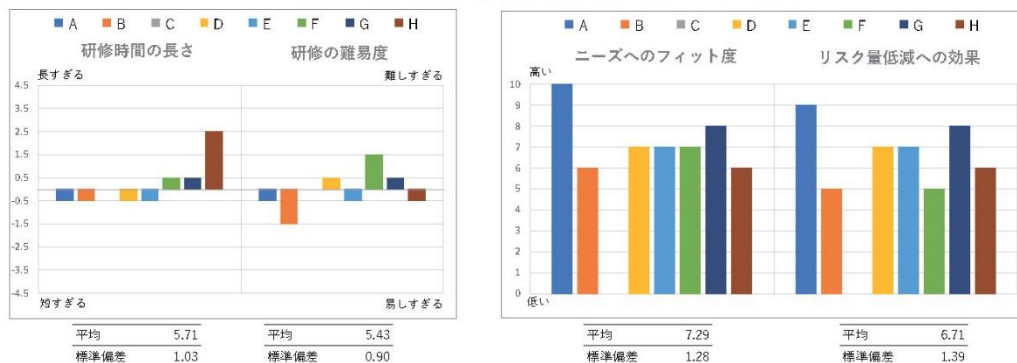


#### その他、ご意見等

|   |                                                                                                                |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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ける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。図                                                                                         |
| 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います。 |

図 87

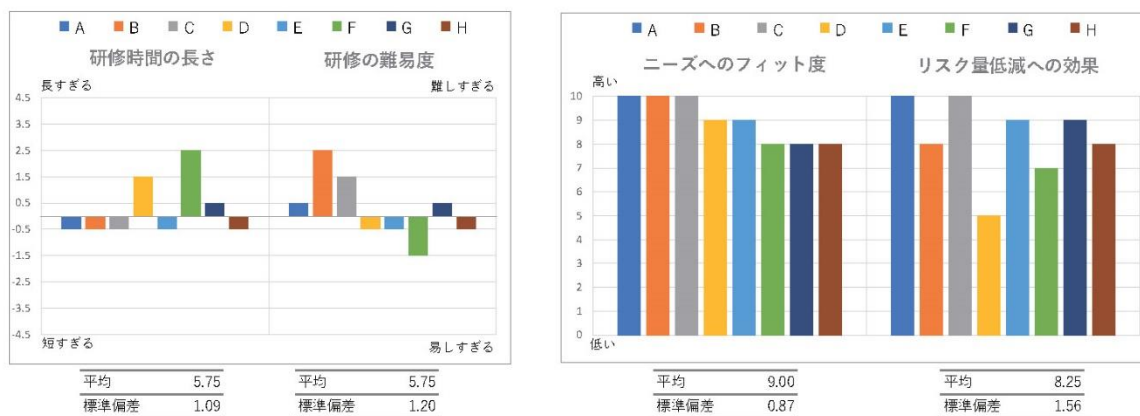
### 1-3-3\_組織横断的活動を推進する安全管理者としての適正



#### その他、ご意見等

|   |                                                                                                                                                                        |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A | 組織横断的に推進しなければならに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



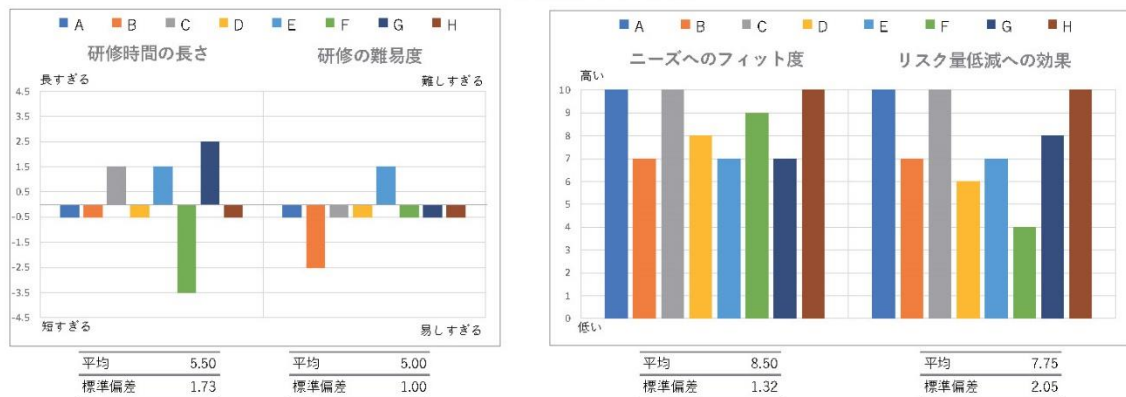
#### その他、ご意見等

|   |                                                    |
|---|----------------------------------------------------|
| 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 | テルモ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 88



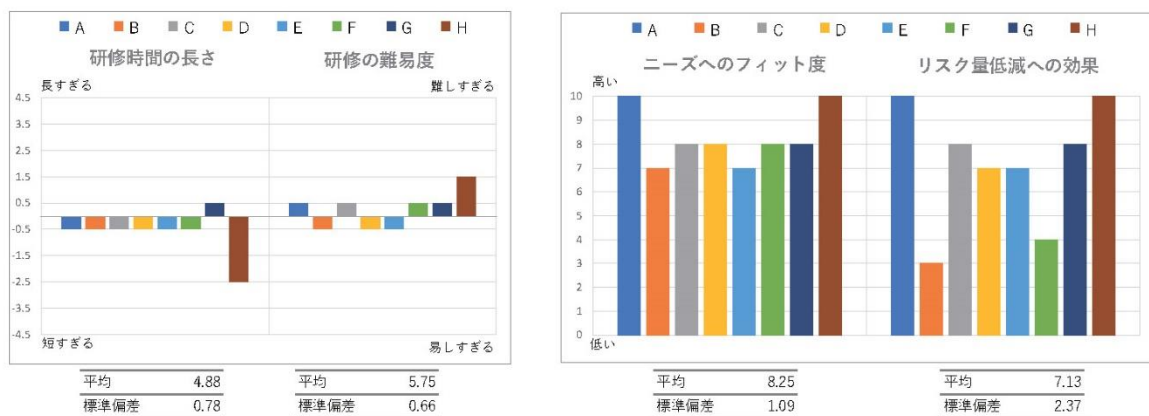
### 2-3-1\_事故発生時の連携



#### 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



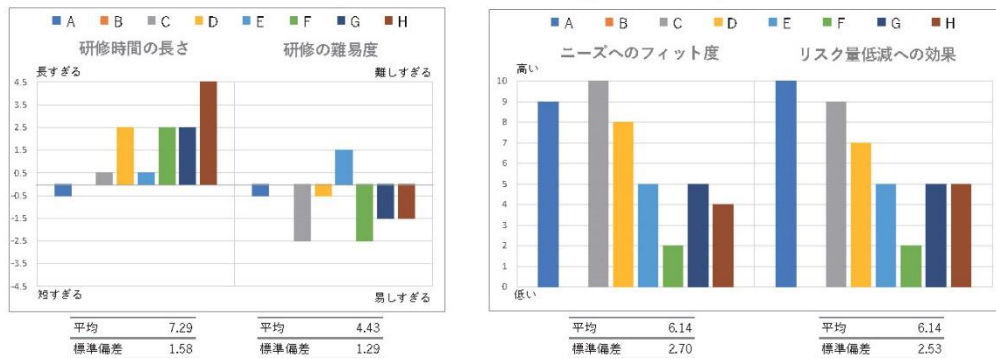
#### その他、ご意見等

|   |                                              |
|---|----------------------------------------------|
| 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ろと感じました。             |
| 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 89



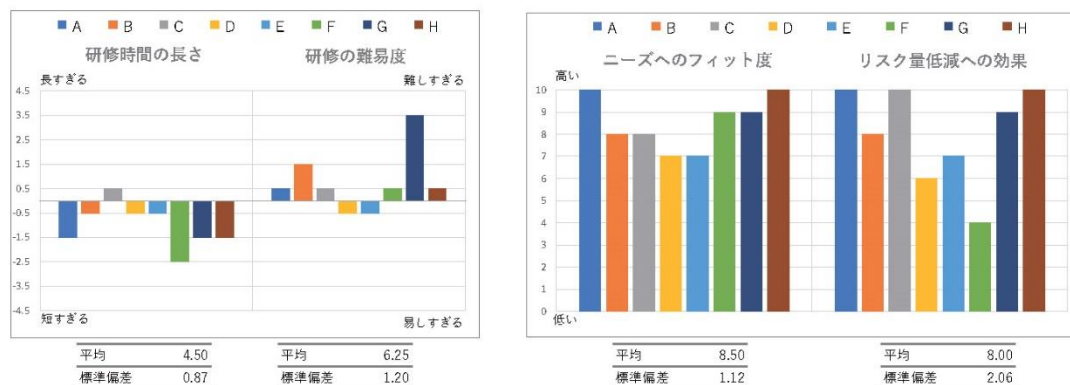
### 2-3-3\_OJT(On-the-Job Training)「推進会」①



#### 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HP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。☑<br>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うに感じました。 |

### 2-4-1\_有事における法的知識の整理

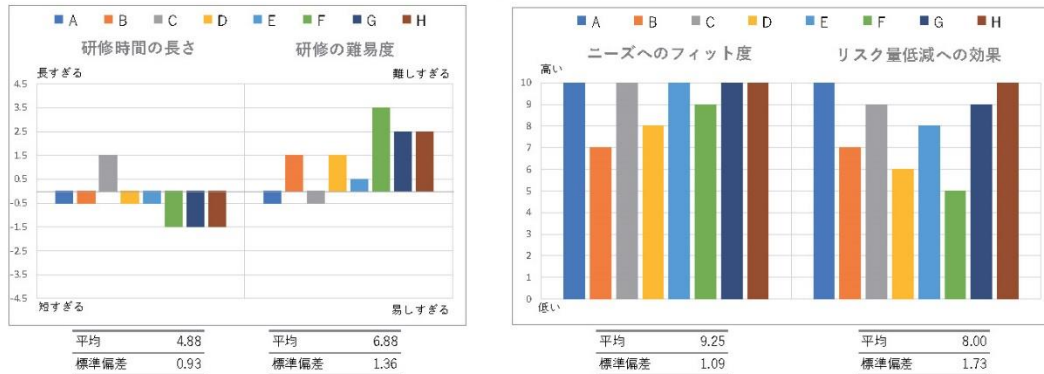


#### その他、ご意見等

|   |                                                                              |
|---|------------------------------------------------------------------------------|
| A | 弁護士の方に直接講演を受ける機会にはなかったため、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進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 90

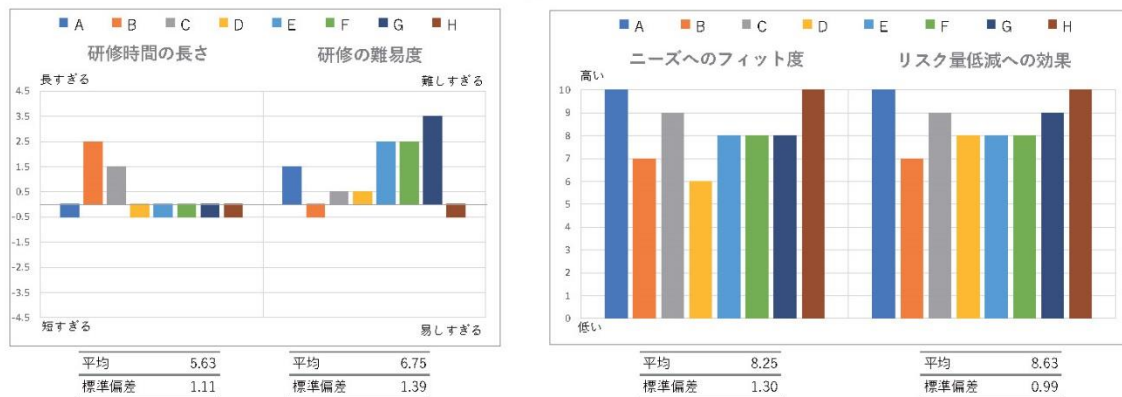
## 2-4-2\_患者説明・社会との共有



### 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。通順に、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ほっと取り入れても良いように思います。 |

## 2-5-1\_品質管理概論

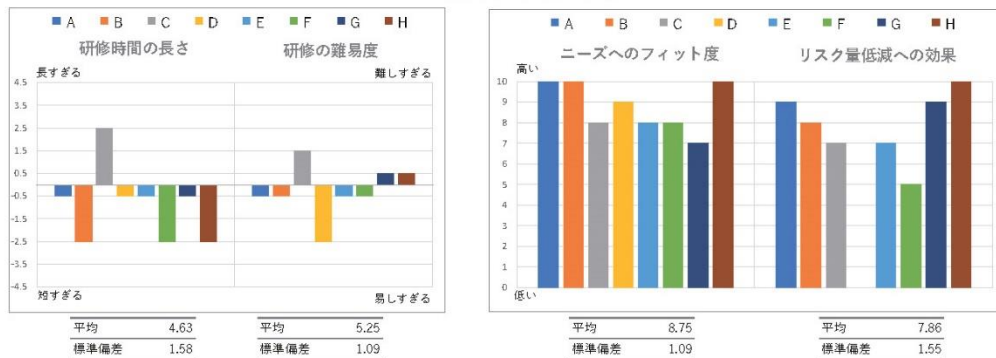


### その他、ご意見等

|   |                                                                       |
|---|-----------------------------------------------------------------------|
| 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☒<br>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 91

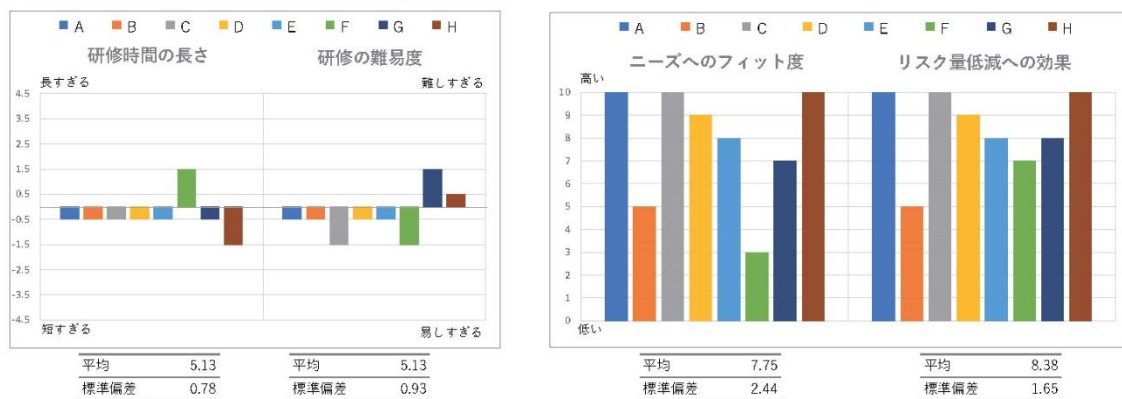
### 3-1-1\_患者の権利の確保



#### 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たかったので、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。☑<br>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

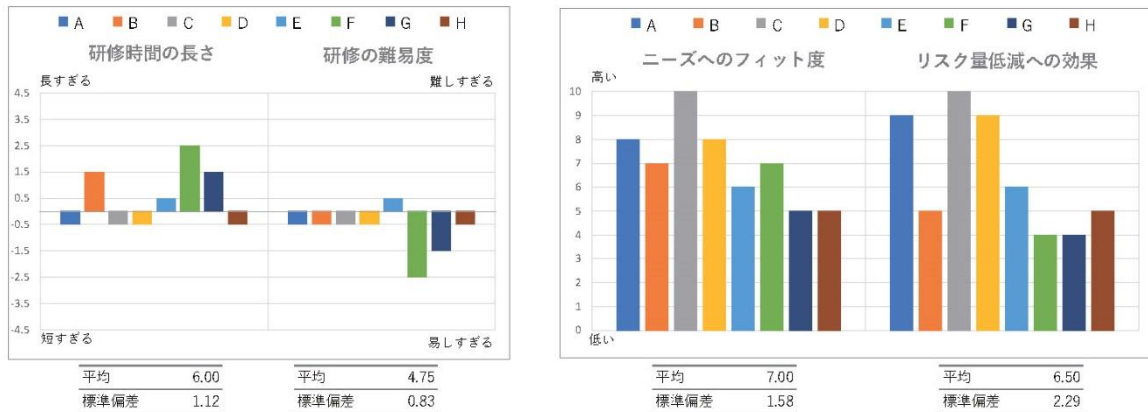


#### その他、ご意見等

|   |                                                                                                   |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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、現場も見さ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もっと潜在的なリスクが高い部署・部門も見せて頂ければ有り難かったです。 |

図 92

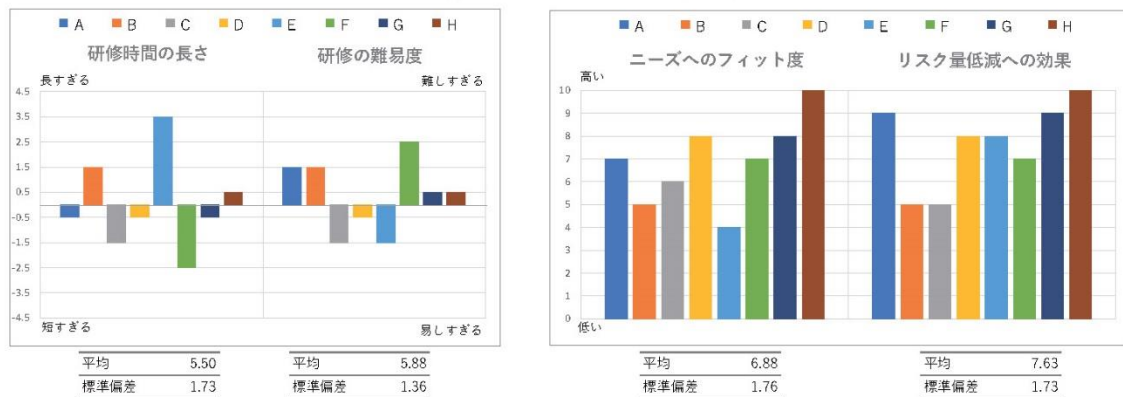
### 3-1-3\_OJT「推進会」②



#### 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）

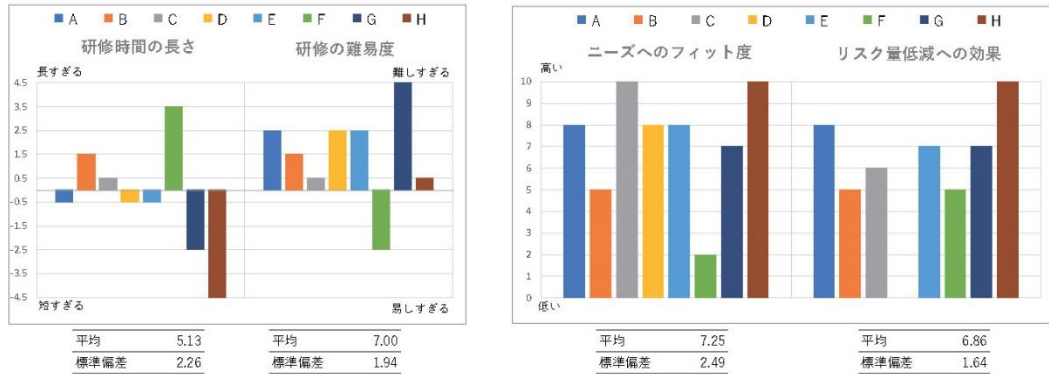


#### その他、ご意見等

|   |                                                                                                                    |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 93

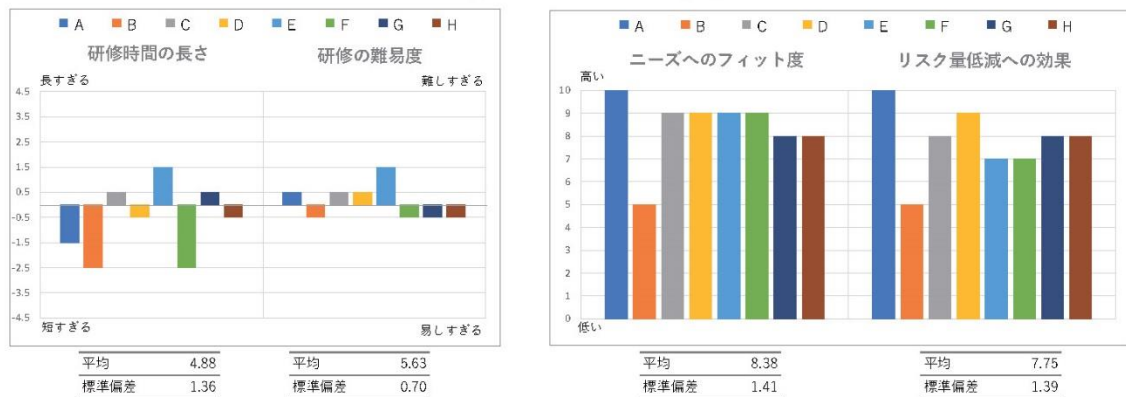
### 3-2-2 品質管理手法の修得（実践）



#### 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)。☑<br>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 | 理論がいくらか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

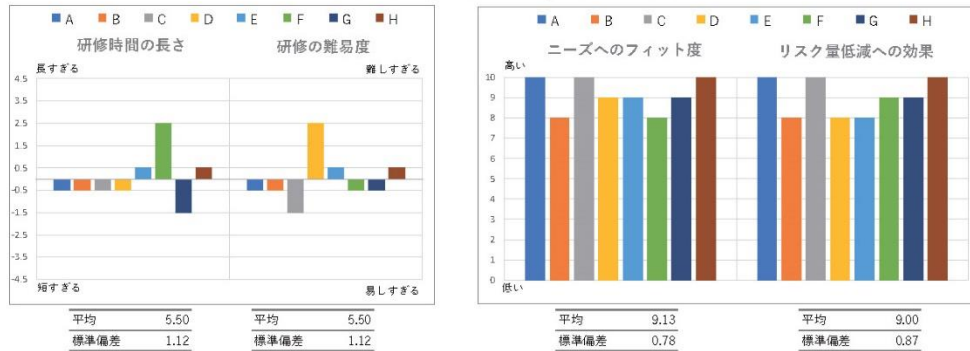


#### その他、ご意見等

|   |                                                                                 |
|---|---------------------------------------------------------------------------------|
| 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 94

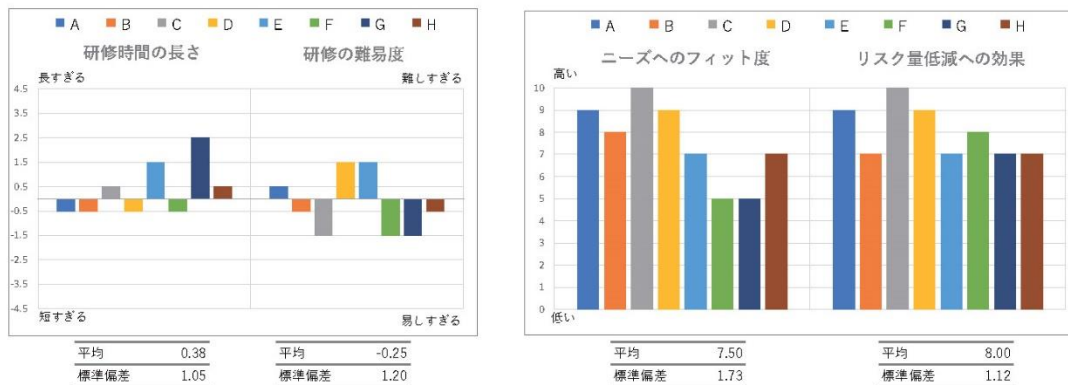
### 3-3-2. MM(Mortality & Morbidity)カンファレンス運営



#### 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 | 司会を担当させてもらい、容易ではありませんでした。☒<br>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



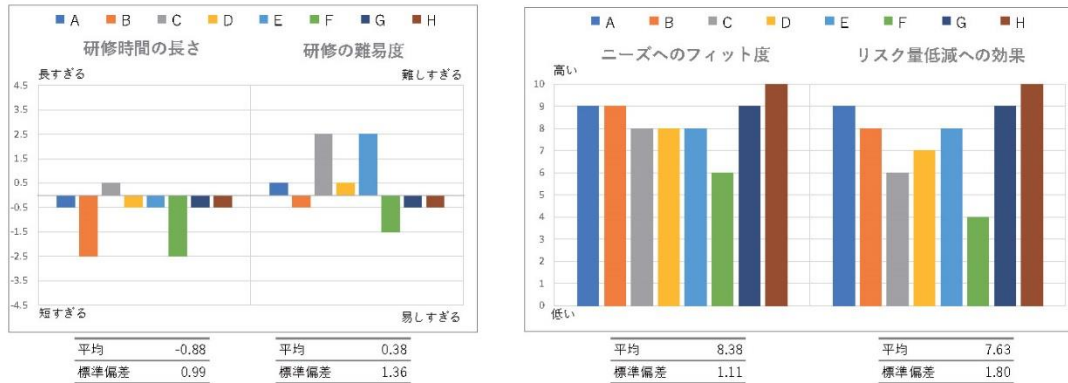
#### その他、ご意見等

|   |                                                                            |
|---|----------------------------------------------------------------------------|
| 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。☒<br>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 | 名大の実践を見学できて有用でした。                                                          |

図 95



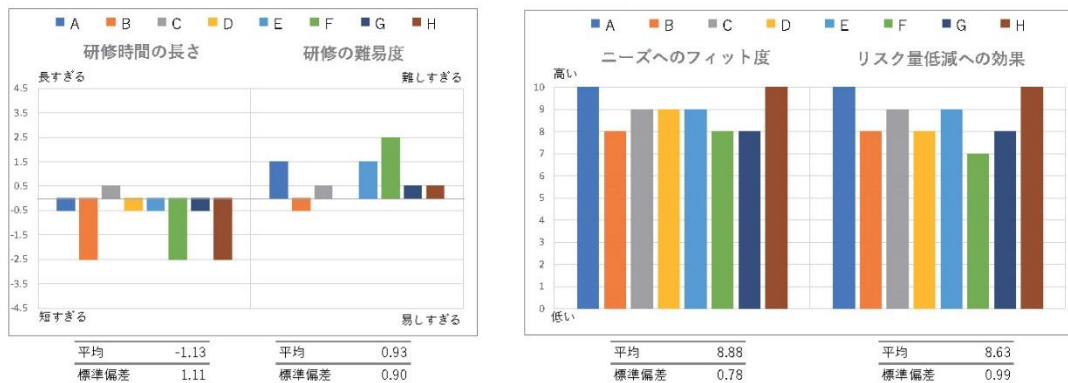
#### 4-1-2 施設安全の重要性



#### 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。☑<br>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。☑<br>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



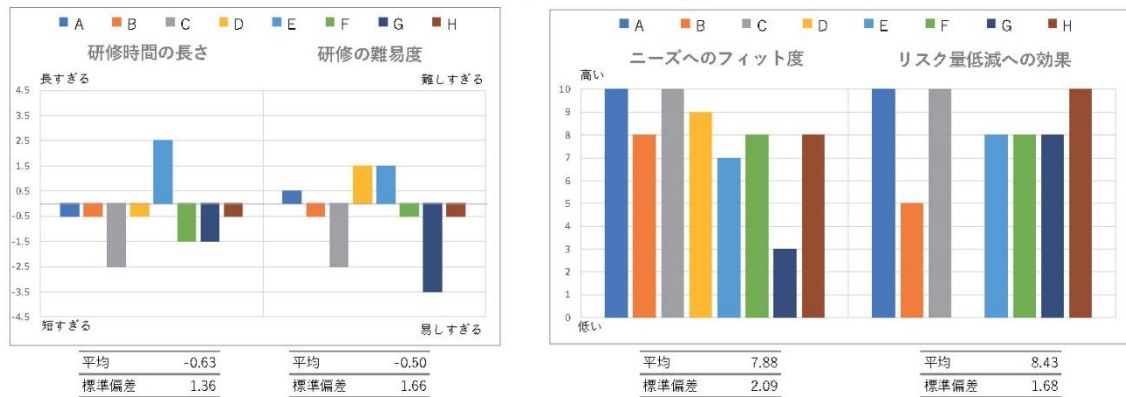
#### その他、ご意見等

|   |                                                                                      |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。院内でもう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。☑<br>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 96



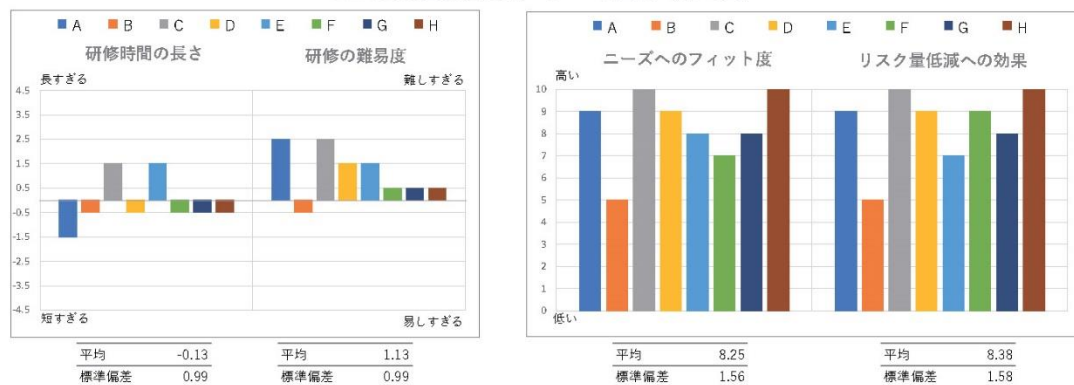
#### 4-2-1 患者安全ラウンド・監査



##### 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 | 名大での現状を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）

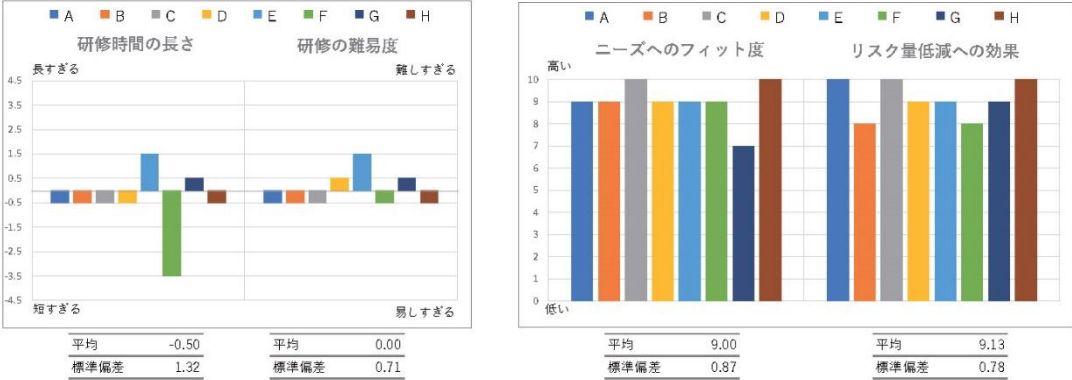


##### その他、ご意見等

|   |                                                                                                     |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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ないです。                                                        |
| 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。☑<br>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はどのような点に着眼して何を重要な問題としている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 97

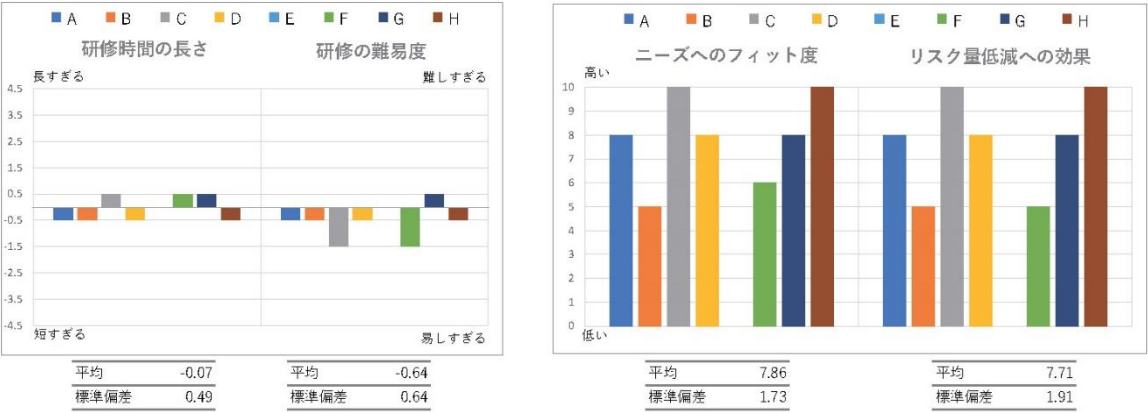
4-3-1\_医療安全外部情報の活用



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。☑<br>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はどのようなソースがあり機器に不具合が生じた場合には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

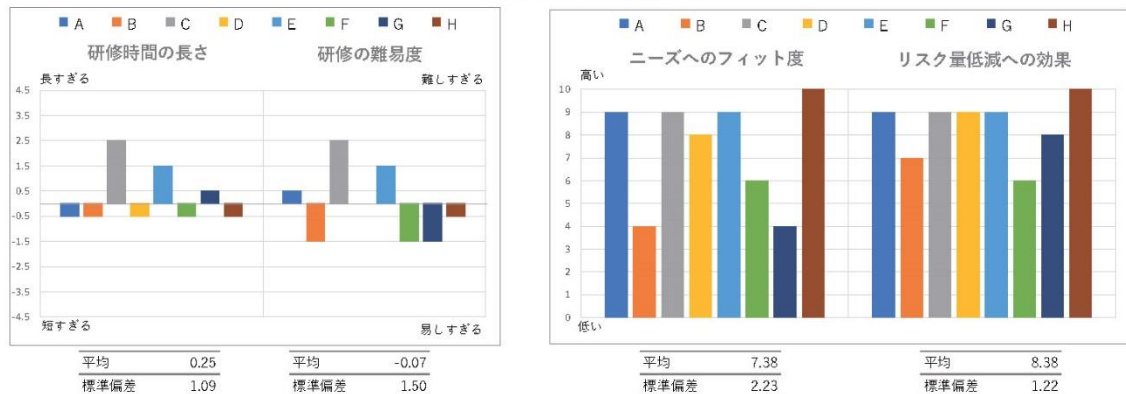


その他、ご意見等

|   |                                               |
|---|-----------------------------------------------|
| 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 98

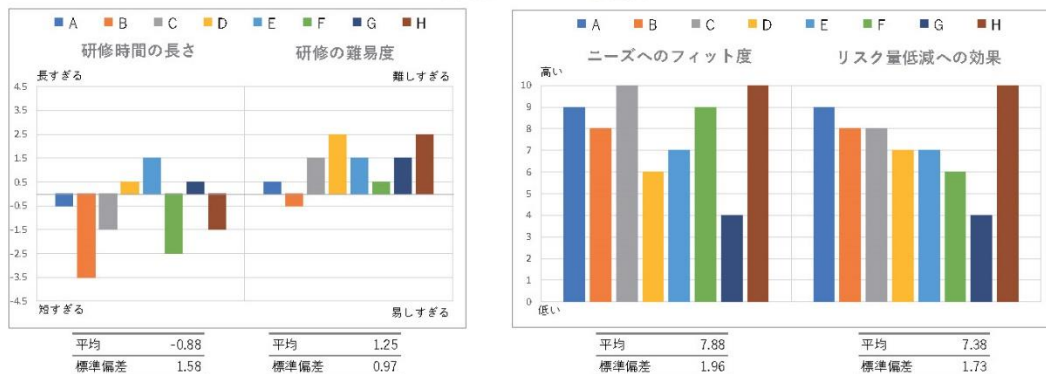
#### 4-3-3 院内の安全教育体制



#### 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

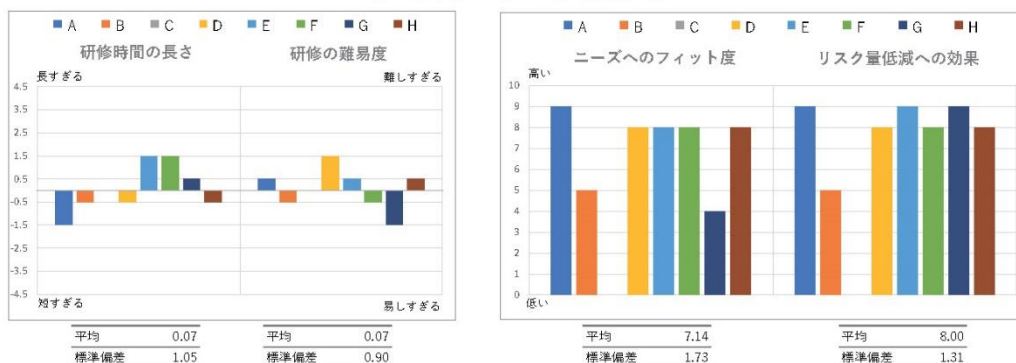


#### その他、ご意見等

|   |                                                                                                                          |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。そのためには、電子カルテの可能性や限界についても少し知識がないと、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。双方向での討議をまとめるための時間がもう少しあれば更に良かったです。                                               |

図 99

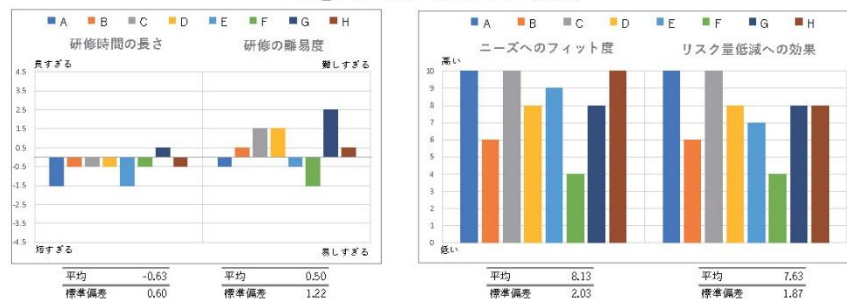
#### 4-4-1\_OJT「プレコア会議」②



#### 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思いました。                                                                                                         |
| 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と思います。                                                                                        |
| 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議論がされることが望ましいと考えます。                                  |

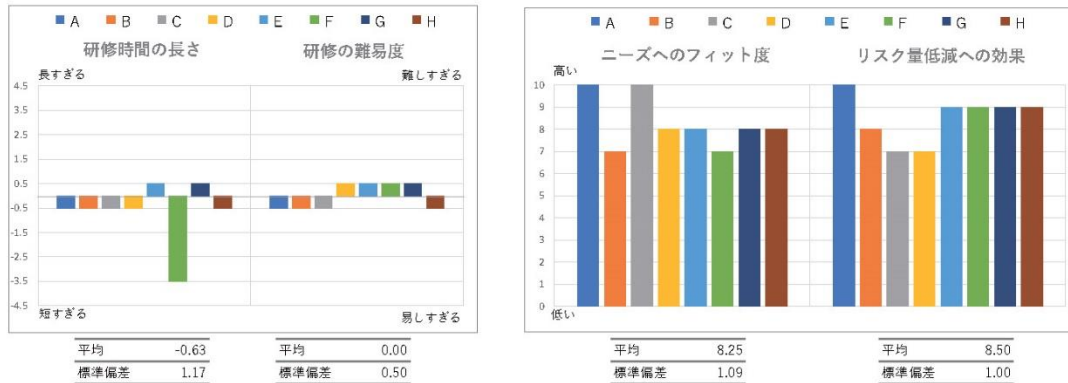
#### 4-4-2\_クリニカル・ガバナンス (前半)



#### 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回初めて知り、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 | 勝村さんの手記を拝読し、一読しました。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寄せました。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見ても衝撃的すぎると思います。自分のしたことに真摯に責任をとれる医師でありたいし、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、道徳に対する医療者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ナウ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、実践に基づいた議論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起爆剤でしかなく、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。                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

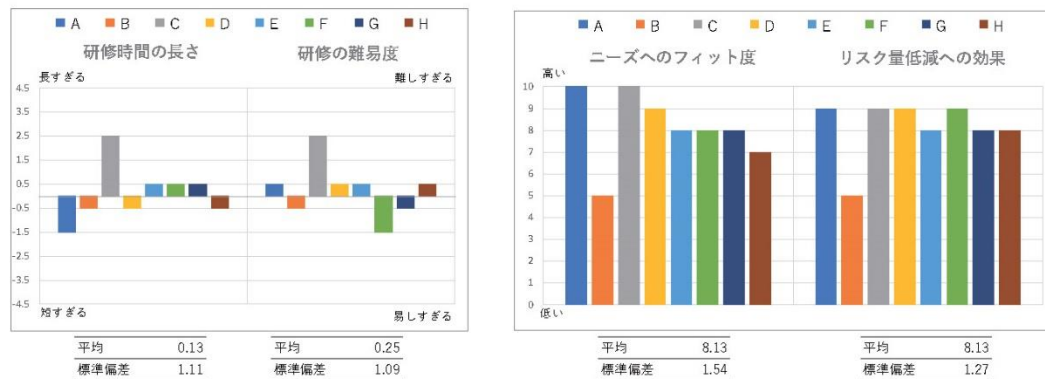
### 5-1-2\_クリニカルパス



#### 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）

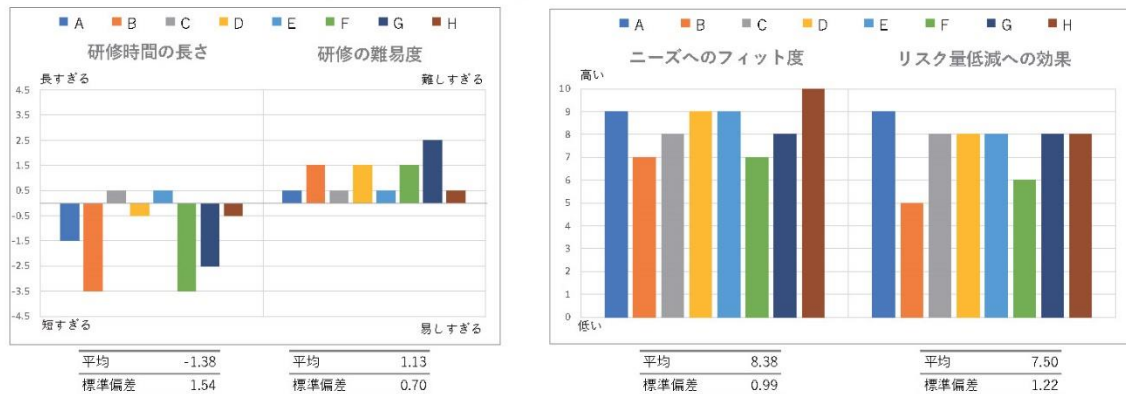


#### その他、ご意見等

|   |                                                                                                                          |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。☑<br>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いただきます。 |

図 101

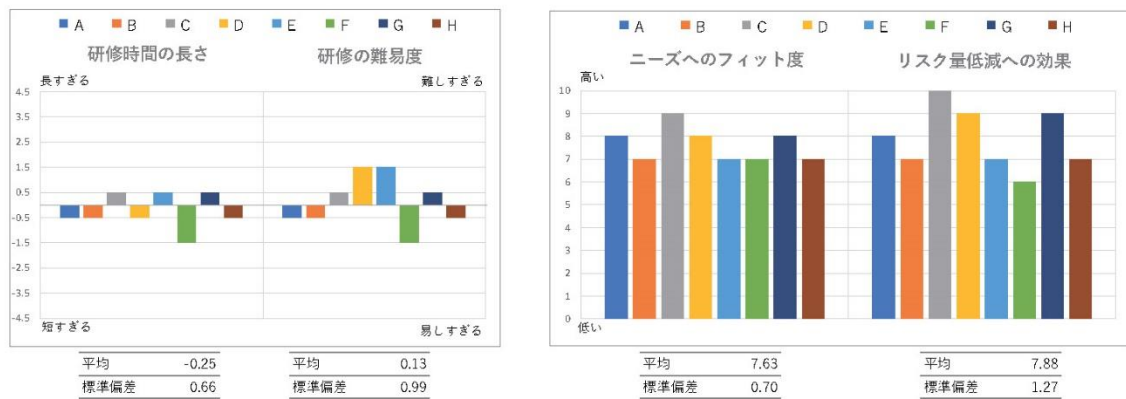
### 5-2-1\_世界の動きを知る①WHO患者安全カリキュラムガイド



#### 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 | カリキュラムを通して、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



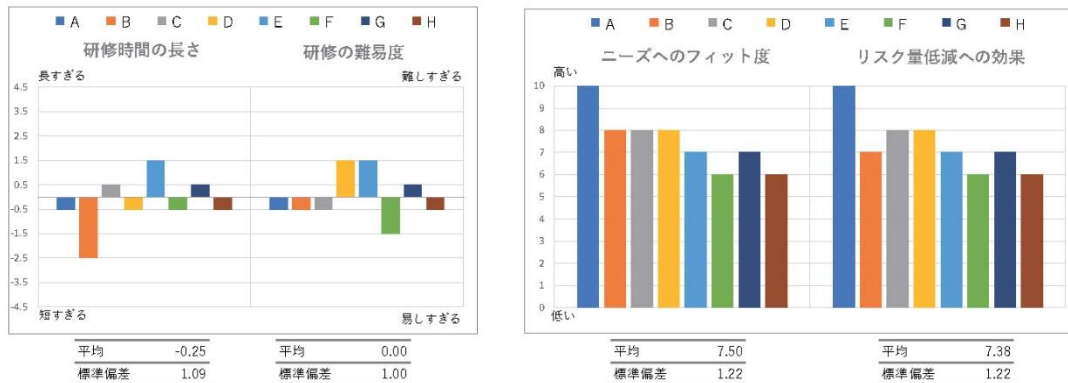
#### その他、ご意見等

|   |                                                   |
|---|---------------------------------------------------|
| 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。☑<br>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 102



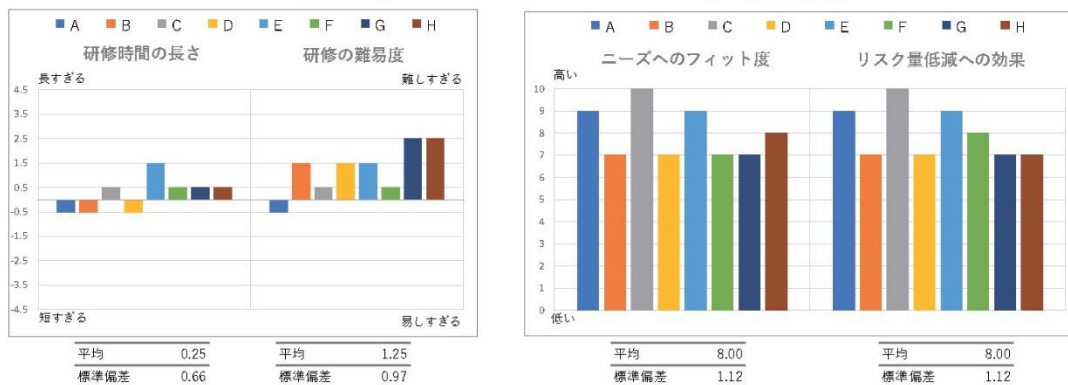
### 5-2-3 医療機器安全管理者との連携



#### 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。☑<br>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。☑<br>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



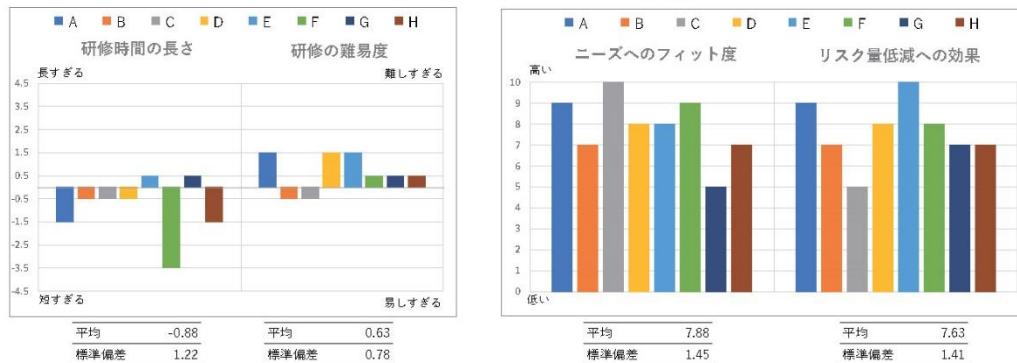
#### その他、ご意見等

|   |                                                                                                                             |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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した。                                              |
| 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 103



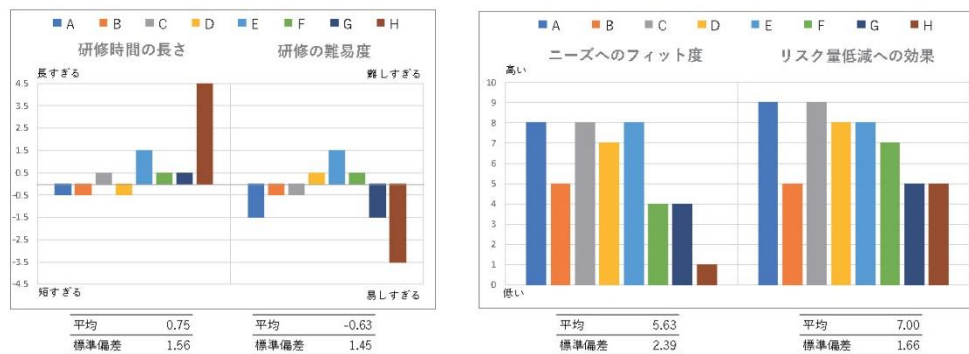
### 5-3-1\_QI(Quality Indicator)とQI設定



#### 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。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

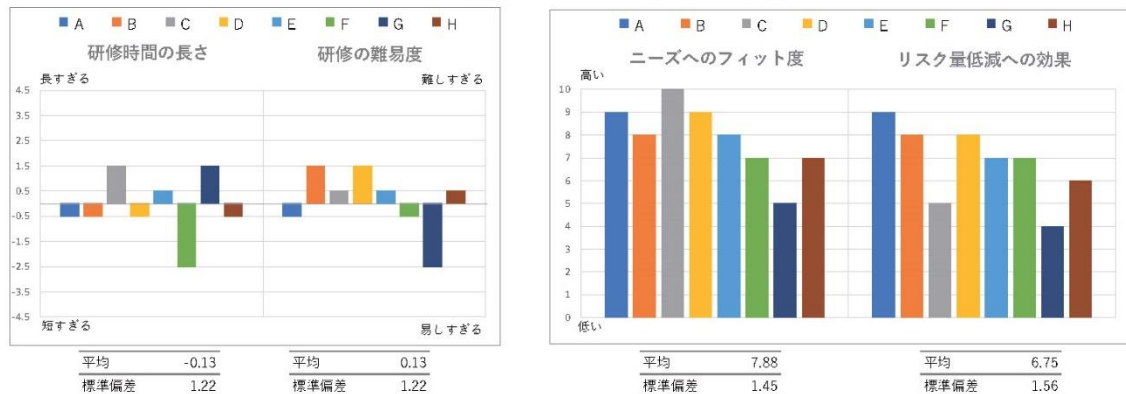


#### その他、ご意見等

|   |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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改革すること、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 104

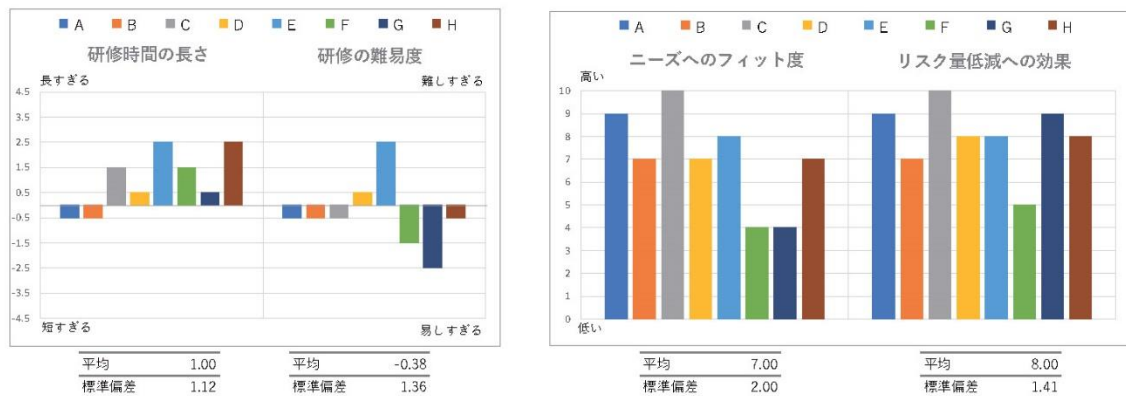
### 5-3-3\_卒後教育プログラム責任者との連携



#### 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変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」

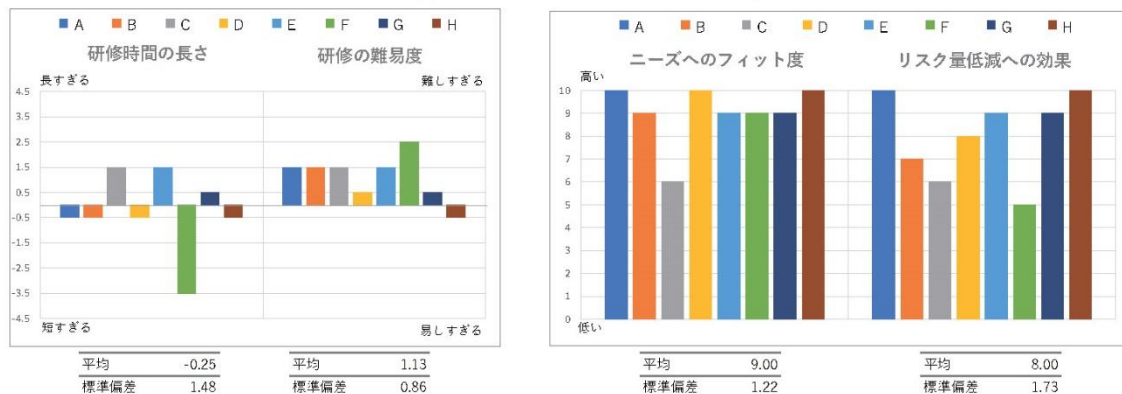


#### その他、ご意見等

|   |                                                                                                              |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 105

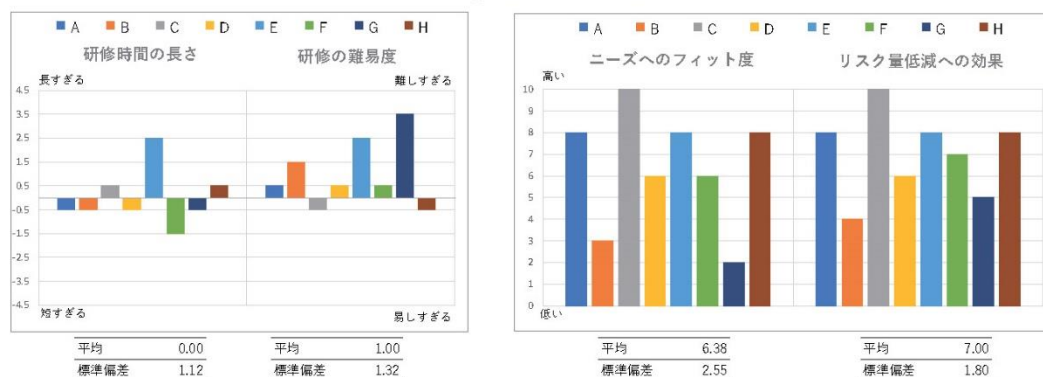
### 6-1-2\_臨床・ガバナンス（後半）



#### 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

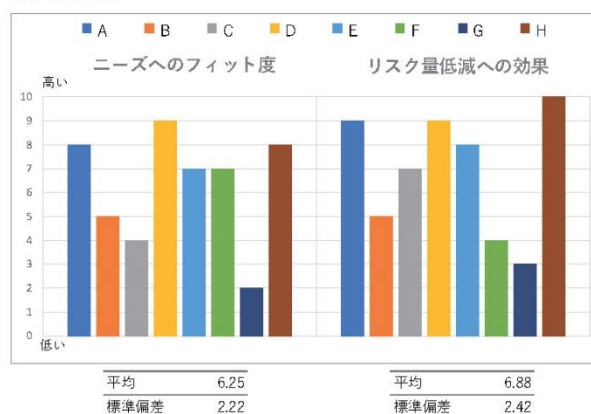
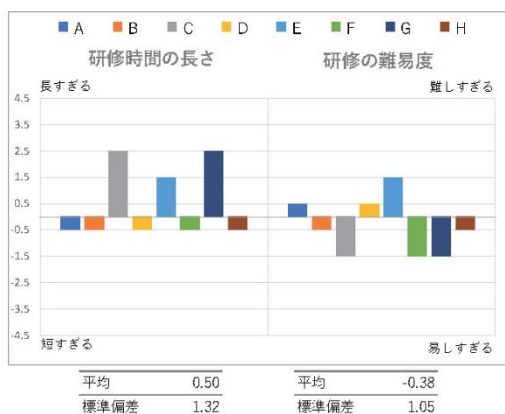


#### その他、ご意見等

|   |                                                                                                                      |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。☑<br>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☑<br>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 106

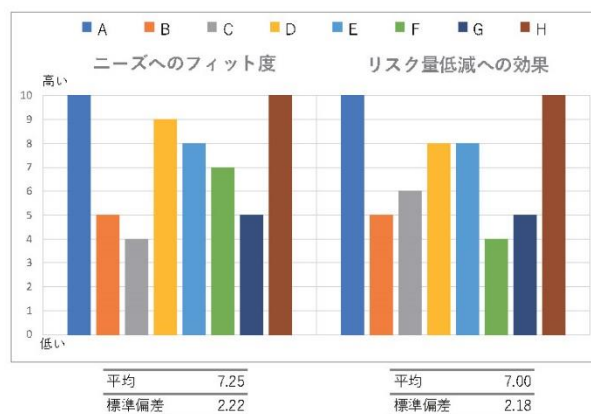
### 6-2-1\_感染概論



#### 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。           |

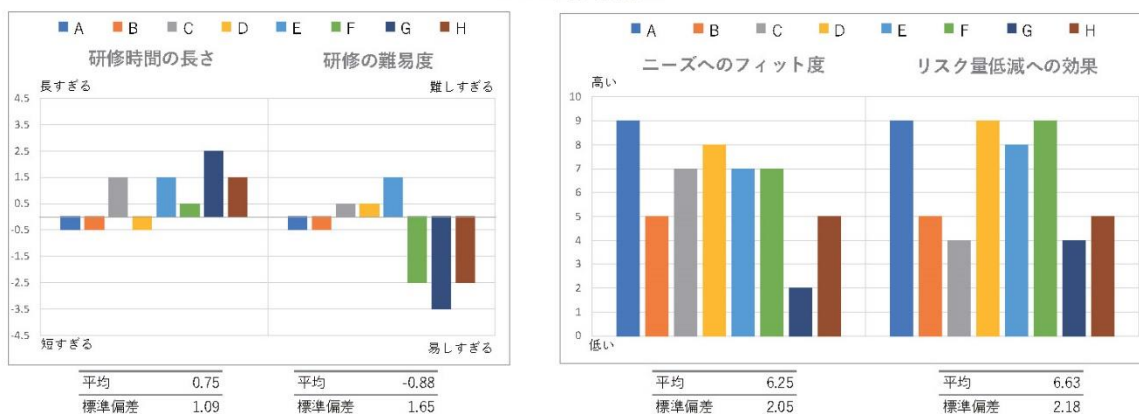
### 6-2-2\_アウトブレイク対策



#### 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。                              |

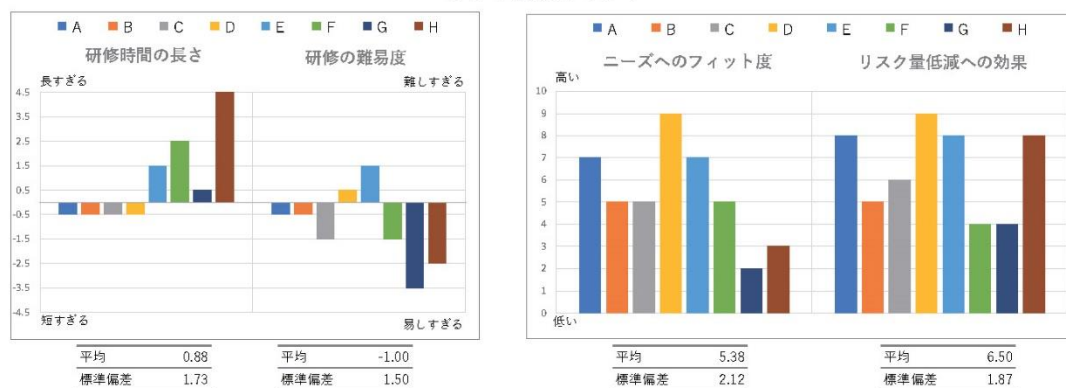
### 6-2-3\_手指衛生



#### 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。                               |

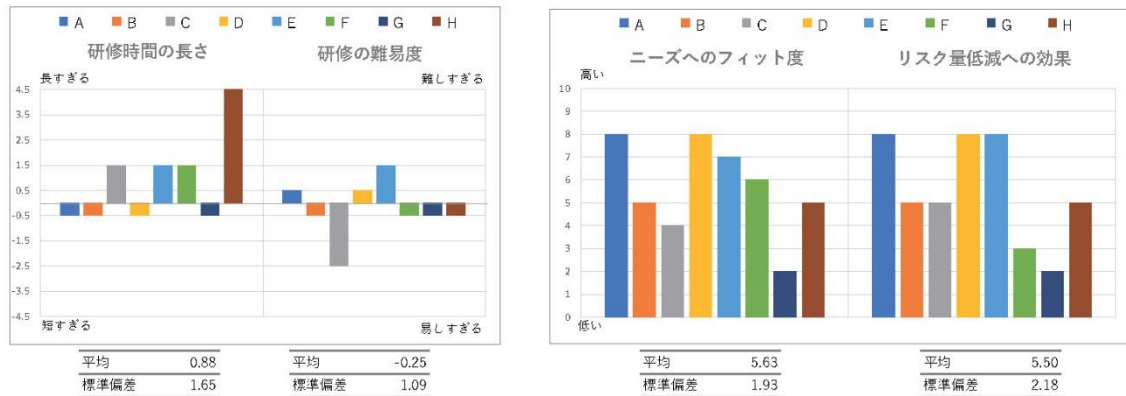
### 6-2-4\_感染ラウンド



#### 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あり、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、有効と考えられた。 |
| 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。         |

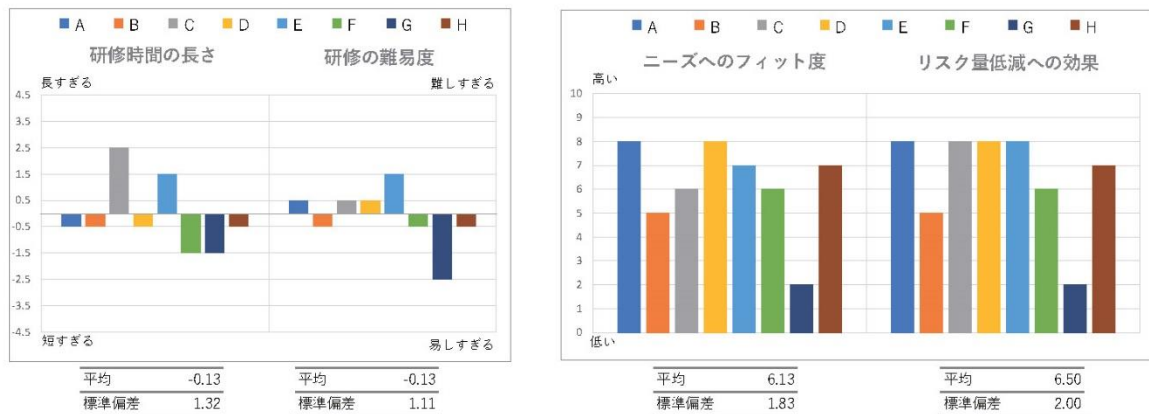
### 6-3-1 抗菌剤の適正使用



#### 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のことで、感染部門の方々の苦勞がうかがえた。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

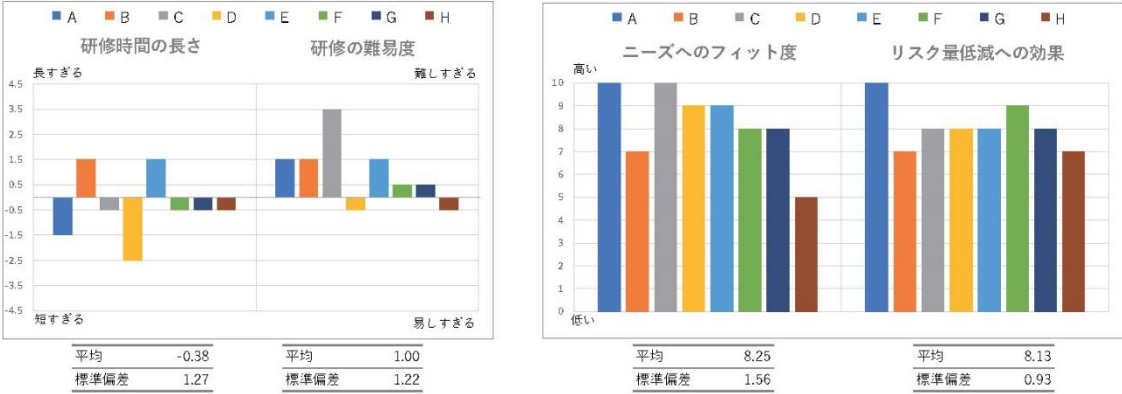


#### その他、ご意見等

|   |                                                                       |
|---|-----------------------------------------------------------------------|
| 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任医師が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。                                                 |



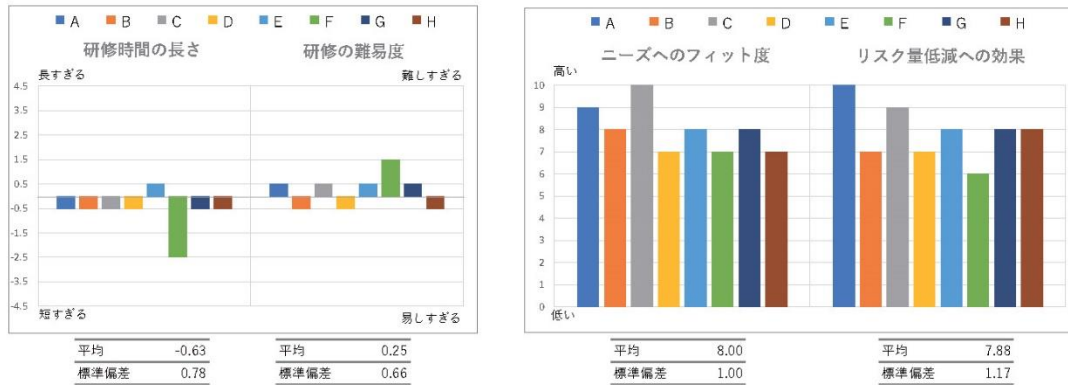
6-3-3\_問題解決実践：要因解析（第3回）



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 |                                                                                                   |

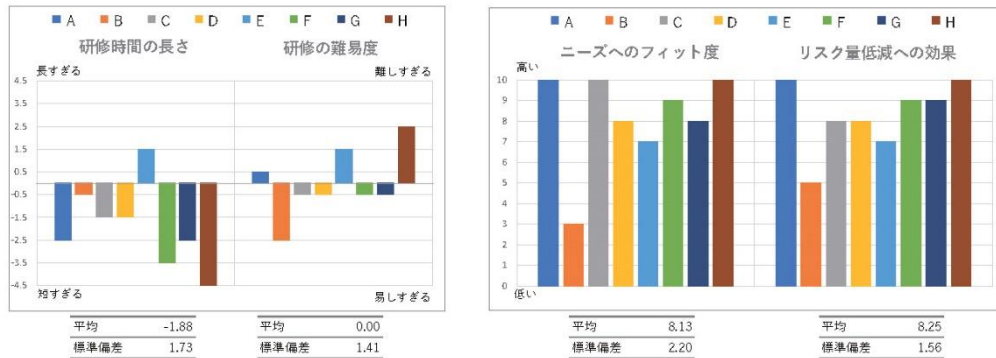
### 7-1-1 医療現場における患者問題行動



#### 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。 |

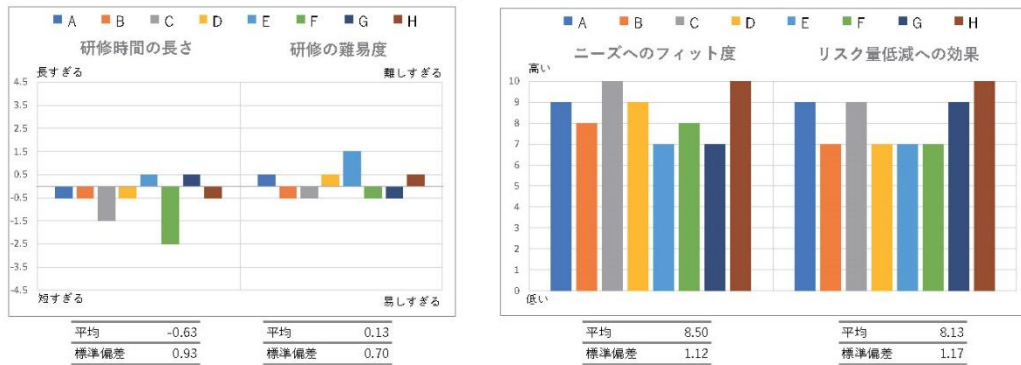
### 7-1-2 患者相談・対話推進業務の理解と応用



#### 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、患者家族療法当事者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。☑<br>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。            |

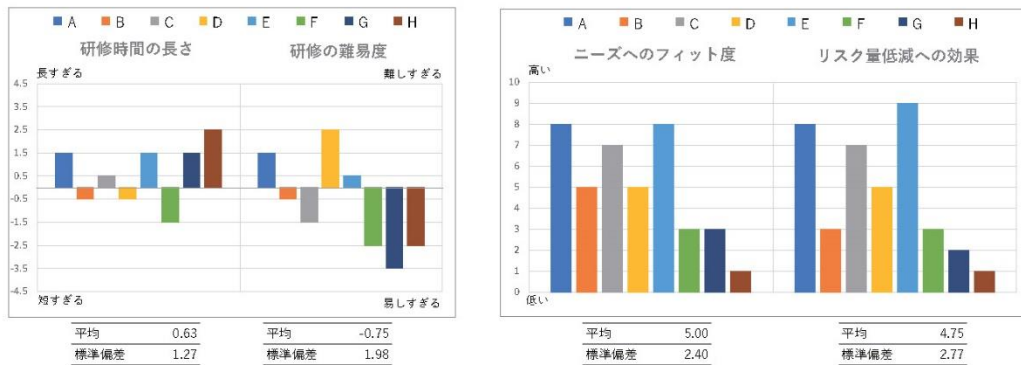
### 7-1-3\_院内弁護士の活動



#### 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たか良かったです。☑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。 |

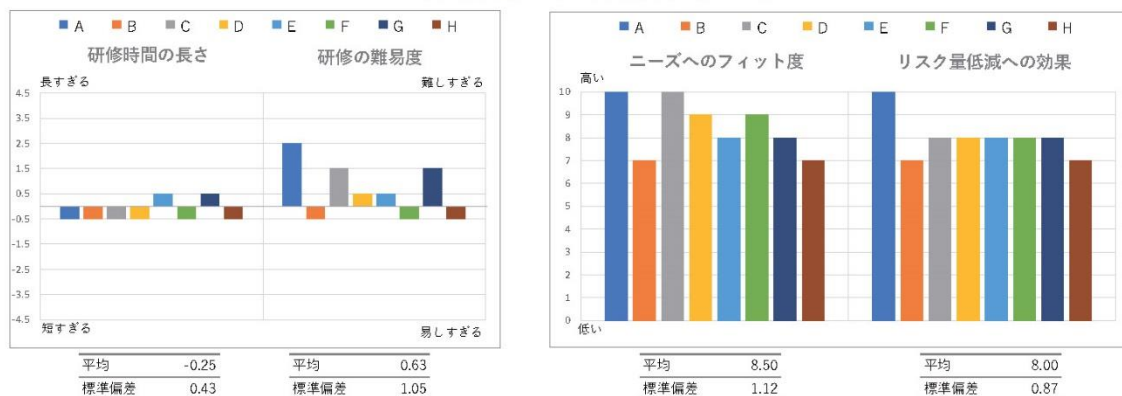
### 7-1-4\_世界の動きを知る②JCとJCI



#### 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や名大そ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。 |

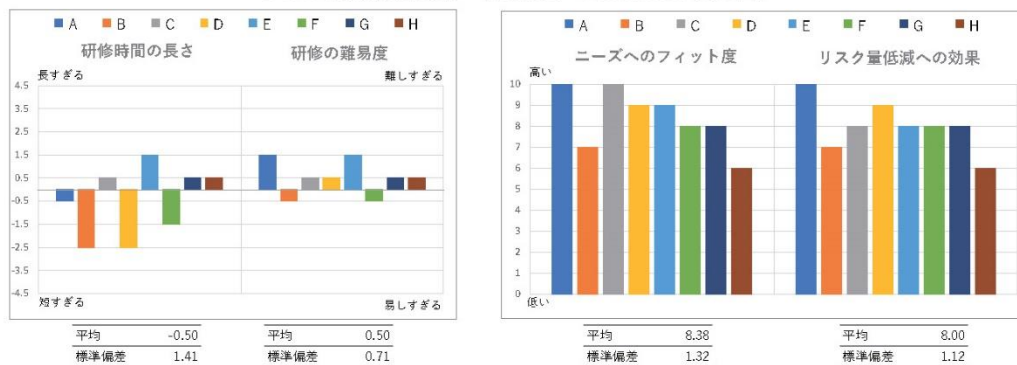
### 7-2-1\_問題解決実践：中間発表（第4回）



#### その他、ご意見等

|   |                                                                                        |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------|
| A | バット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け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）

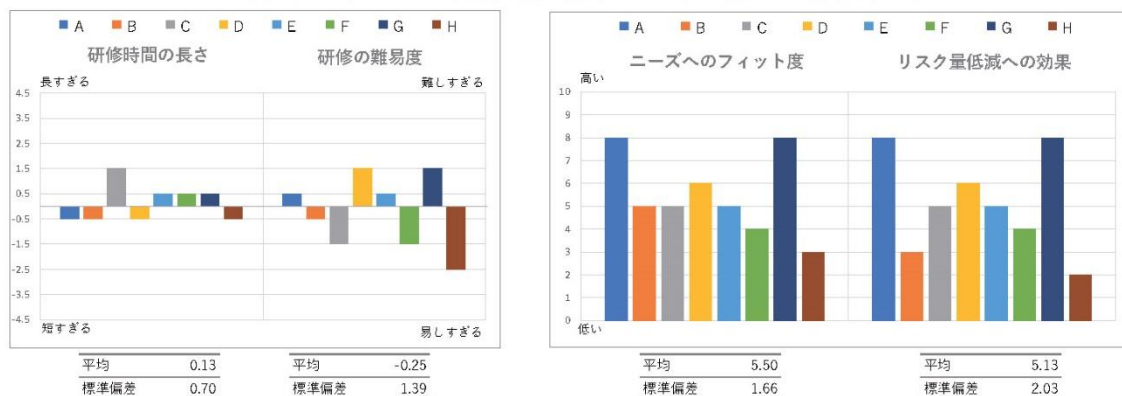


#### その他、ご意見等

|   |                                                                                                                                            |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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、どのように取り組む進めるのが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、短期の評価では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 113

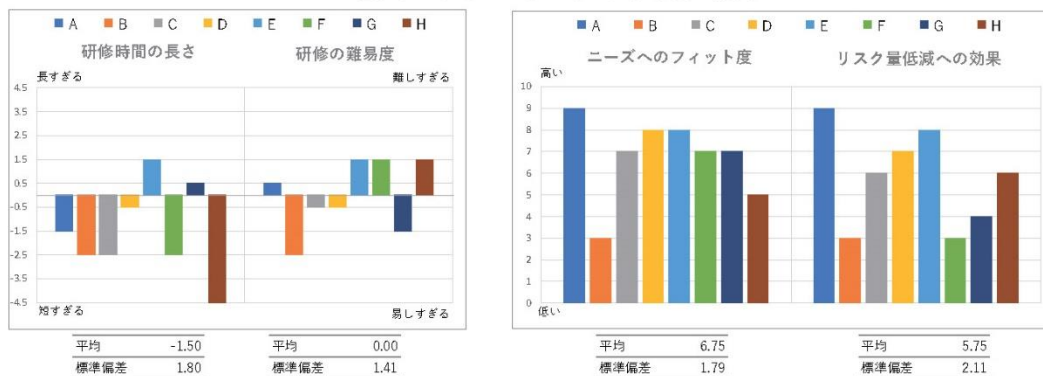
### 7-3-2\_世界の動きを知る③閣僚級世界安全サミット報告・国際学会の動き



#### 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、励みにもなりました。 |
| 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なく県下で、取り組むべき課題が数多くあると考えています。                                                                    |
| B | 免歴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。図<br>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図<br>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に感じました。                                                                                |

## 医療安全人材養成システム評価体制

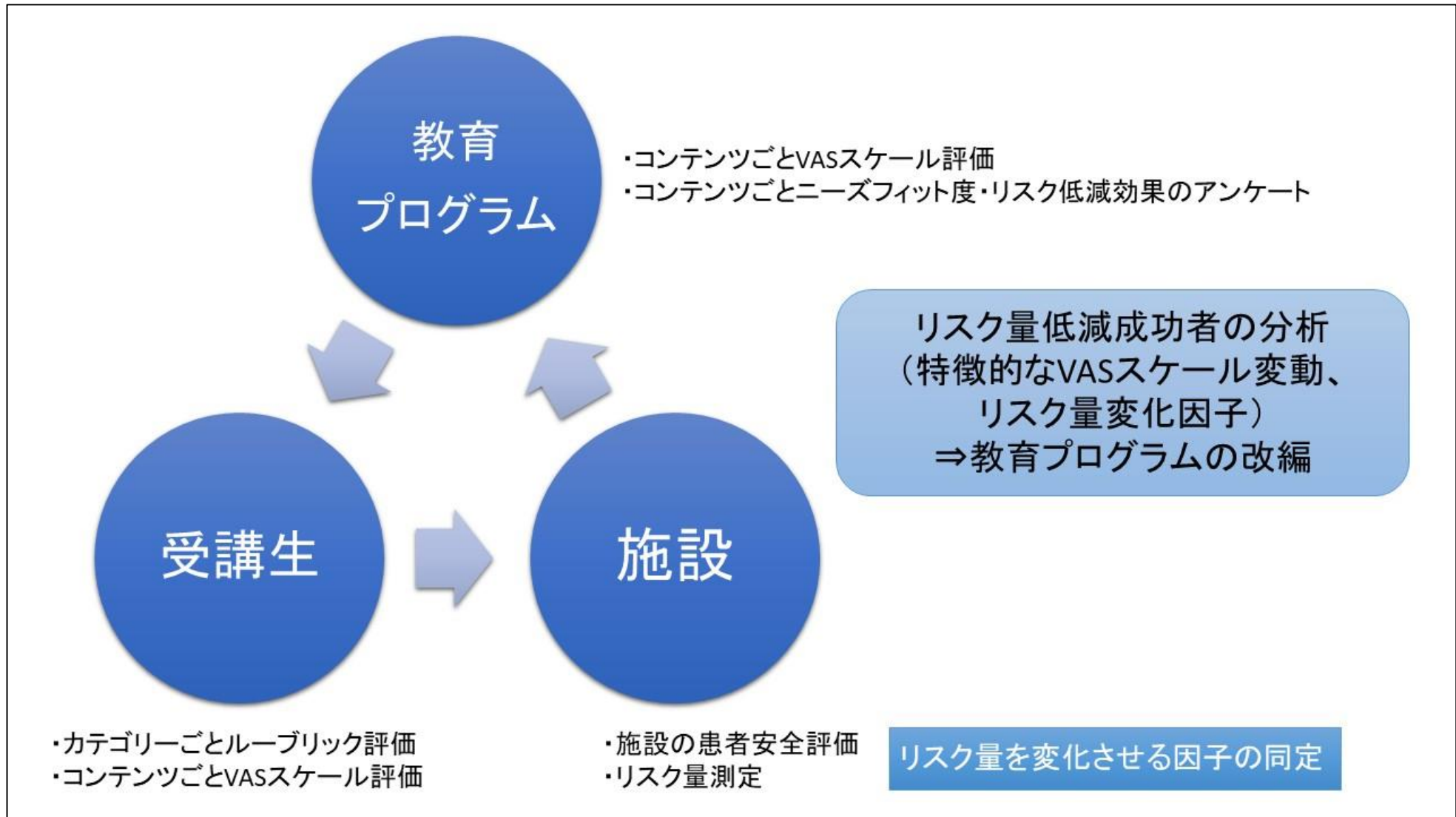


図 115