

厚生労働行政推進調査事業費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

医療安全に専門性を有する医師人材養成および医療機
関のリスク量測定に関する研究

令和2年度 総括研究報告書

研究代表者 長尾 能雅

令和3（2021）年3月

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

大川 淳 東京医科歯科大学

遠山 信幸 自治医科大学附属さいたま医療センター

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

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

目次

| | |
|-----------------------|----|
| 総括研究報告 | 4 |
| A. 研究目的 | 5 |
| B. 研究方法..... | 6 |
| C. 研究結果 | 7 |
| D. 考察..... | 18 |
| E. 結論 | 19 |
| F. 健康危険情報 | 19 |
| G. 研究発表 | 19 |
| H. 知的財産権の出願・登録状況..... | 20 |
| 研究班会議議事録..... | 21 |
| 参考図 | 26 |

厚生労働行政推進調査事業費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

医療安全に専門性を有する医師人材養成および医療機
関のリスク量測定に関する研究

令和2年度 総括研究報告書

研究代表者 長尾 能雅

令和3（2021）年3月

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

大川 淳 東京医科歯科大学

遠山 信幸 自治医科大学附属さいたま医療センター

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

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

目次

| | |
|-----------------------|----|
| 総括研究報告 | 4 |
| A. 研究目的 | 5 |
| B. 研究方法..... | 6 |
| C. 研究結果 | 7 |
| D. 考察..... | 18 |
| E. 結論 | 19 |
| F. 健康危険情報 | 19 |
| G. 研究発表 | 19 |
| H. 知的財産権の出願・登録状況..... | 20 |
| 研究班会議議事録..... | 21 |
| 参考図 | 26 |

総括研究報告

厚生労働行政推進調査事業費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業 総括研究報告書

医療安全に専門性を有する医師人材養成 および医療機関のリスク量測定に関する研究

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

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、患者安全に専従・専任する医師の配置が患者安全の向上に大きく貢献する可能性があることを示した。さらに、平成 30・31 年度の厚生労働科学研究「医療安全管理体制の可視化と人材育成のための研究」において、①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、②患者安全に専門性を有する医師人材養成プログラム(最高質安全責任者(CQSO)養成プログラム:150 時間)の開発と実施、③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、を行った。

本研究では、これらをさらに発展させ、(1)CQSO 養成プログラムの改定と研修の実施・修了生の中長期的支援、(2)医療機関のリスク低減への効果測定、(3)成果を出した医師のコンピテンシーおよび有用であった教育コンテンツの特定、(4)リスク評価技術のさらなる精度向上(計算式の多様化、データ収集、リスク原因の特定)に取り組むこととした。また、全国の医療機関に緊急のアンケート調査を行い、COVID-19 感染症拡大の影響下におけるインシデントやリスクを分析し、(5)COVID-19 感染症影響下における効果的な医療安全管理体制について検討することとした。本報告書は、2ヶ年の研究計画のうち、1年終了時における中間報告を取りまとめたものである。

1年終了時点の成果は以下となる。

- ・CQSO 養成プログラムを改定し、第2期 CQSO 養成プログラムを完了した。
- ・修了生で構成されるハブセンター事業を開催し、中長期的な支援を開始した。
- ・リスク量測定の精度を向上させ、新たに「警鐘(センチネル)スコア」を作成した。
- ・専従・専任医師の配置が各医療機関における患者安全活動の成果向上に寄与すること、特に大規模施設においては、専従医師の配置が有用であることが、より明確に示された。
- ・医療安全責任者や専従・専任医師が成果を出すには、「積極性」が重要であることが示され、それらを考慮した養成プログラムの必要性が示唆された。
- ・Covid-19 下においては、患者安全と感染制御の分立、分業、連携の重要性が示唆された。
これらの結果を踏まえ、2年目には、以下の項目に取り組む。
- ・CQSO 養成プログラムの改定と第3期研修の実施・中長期的支援
- ・医療機関のリスク低減への効果測定、および COVID-19 影響下のリスク低減の効果測定
- ・成果を出した医師のコンピテンシーおよび有用であった教育コンテンツの特定
- ・リスク量測定の精度向上(計算式の多様化、データ収集)

研究分担者氏名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名

大川淳・東京医科歯科大学理事・副学長

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・北海道大学病院副院長・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

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・名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部助教

A. 研究目的

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に表すとともに（図 2）、全国 7582 病院を対象に、業務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、医療安全推進に、特に専従・専任医師の配置が大きく貢献する可能性があること、医師安全管理者の教育プログラムの整備を行い、適切な人材養成を図るとともに、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を導入することが望ましいことを提言した。

また、平成 26 年～30 年、文部科学省課題解決型人材養成補助金事業「明日の医療の質向上をリードする医師養成プログラム(ASUISHI)」(140 時間)を実施、トヨタ自動車、中部品質管理協会とタイアップして、医療安全・感染対策・質管理に専門性を有する医師を養成、4 年間で全国に 89 名の修了生を輩出した。

さらに平成 30・31 年度の厚生労働科学研究「医療安全管理体制の可視化と人材育成のための研究」において、同プログラムを改訂した「最高質安全責任者(CQSO)養成プログラム」(150 時間)を実施、また、機械学習技術を用いてインシデント情報を分析することにより、医療組織が抱えるリスクを数値化し、定量的に評価する方法を開発した。この組み合わせにより、医療機関ごとのリスクや、経年変化、教育プログラムの効果などを数値評価し、優れた安全管理者に特有の要素の分析・特定を行った。

本研究では、これらの知見をさらに発展させ、①CQSO 養成プログラムの改定と研修の実施・中長期的支援、②医療機関のリスク低減への効果測定、③成果を出した医師のコンピテンシーおよび有用であった教育コンテンツの特定、を進める。並行して、④リスク評価技術のさらなる精度向上（計算式の多様化、データ収集、リスク原因の特定）に取り組む。なお、リスク評価は、各医療機関に蓄積されたインシデントレポ

ートを測定対象とするため、計算式やデータが更新されても、最新の方法を用いて再評価することが可能である。

また、令和2年度から本格化した COVID-19 感染症拡大の影響下において、医療安全管理体制の早急な整備が求められており、COVID-19 下におけるインシデントやリスクを分析することで、⑤COVID-19 感染症の影響下においても効果的な医療安全管理体制像について明らかにする。

2年間の研究期間において、①を二回行い、②、③を適宜行う。④については期間中継続して実施する。⑤については1年目の研究期間に行う。

【期待される効果】

(1) 専従医師養成による医療安全の向上

- ・医療安全活動に専従・専任する医師を養成し、中長期的に支援することで、各医療機関の安全活動の活性化、安全性の向上に貢献できる。
- ・専従・専任医師の配置により、医療機関のリスクが変動するかどうか、定量的に評価、比較できる。

(2) 成果を出せる人材に特徴的な要素の特定・教育プログラムの改定

- ・安全性向上に成果を出せる医師のスキル・コンピテンシーなどを把握できる。
- ・成果を出せる医師を養成するための効果的な方策・教育コンテンツを提言することができる。

(3) さらに精度の高いリスク評価手法の開発（計算式の多様化、データ収集、リスク原因の特定）

- ・リスクの病院間比較、部署間比較、経年的変化の把握、原因の特定、教育への応用、医療事故予知への応用、などが期待できる。
- ・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。

(4) COVID-19 影響下で求められる医療安全管理体制の明確化

- ・早急に医療安全管理体制を整備する上で優

先すべき要素がわかる

B. 研究方法

本研究では教育プログラムの効果を受講生の施設のリスク低減の観点で評価する(図 1)。教育前後で受講生の施設のリスク量を測定し、リスク量低減に成功した受講生にはどのような特徴があるのかを分析し、次の教育プログラムの改編につなげる。また、医療安全活動のループ(図 2)に基づき、平成 30・31 年度の研究において作成された総授業時間 150 時間(受講期間は半年間)のカリキュラムについて、いくつかのカテゴリーごとに到達目標 SBOs (Specific Behavioral Objectives)を定め(図 3)、受講前と受講後の到達レベルを4段階で評価する。各授業ごとに目標を定め、受講前と受講後の理解度を VAS スケールで測定し(図 4)、ニーズフィット度やリスク量低減への効果についてアンケートを行う(図 5)。最終講義終了後に受講生の施設のリスク量を測定し、効果的な教育コンテンツを特定し、カリキュラムの改定へとつなげる。具体的な方法は以下の通りである。

(1) CQSO 養成プログラムの改定と研修の実施・中長期的支援

平成 30・31 年度の研究で特定されたコンピテンシー、有用な教育コンテンツの情報を基に、教育プログラムを改定する。教育プログラムの年間スケジュールは次の通りである。4月:教育プログラム改定、5、6月:受講生募集、7、8月:選考・事務手続き・リスク量測定、9月～2月:授業、3月:評価結果分析。また教育プログラム終了後も、受講生を中長期的に支援すべく、相談受付・事例検討会・コミュニティ提供・定期的なアンケート・リスク量の測定を行い、各施設の医療安全の向上を支援する。

(2) 医療機関のリスク低減への効果測定

(1)で実施した教育プログラム・修了生への支援の結果、受講生の施設のリスク低減に効果があつたか、リスク量の測定を行う。測定対象はインシデントレポートの自由記載文章であり、測定のための専用のプログラムを受講生に

配布し、各施設において測定を行ってもらう。測定結果は数値のみで、個人情報や機密情報は含まない。

(3) 成果を出した医師のコンピテンシーおよび有用であった教育コンテンツの特定

これらアンケート、リスク量の測定結果を以って、質的な重回帰分析(数量化 I 類)、コレステンデンス分析等の多変量解析を行い、この統計解析結果を基礎データとして、経験豊富な医療安全専門家の見識により、優れた医療安全管理者に特徴的な要素を特定する。

(4) リスク量測定および精度向上

リスク量とは、インシデントレポートの自由記載の単語に着目して、医療者の過失度、患者への重症度の観点で言葉にスコアをつけ、最適なパラメータで組み合わせて、レポート単位・組織単位でスコアを平均したものである(図 6～図 12)。

一般的に、報告量の多い組織はスコアの平均値は小さく、報告量の少ない組織はスコアの平均値は高くなる傾向があり、組織の報告量に応じた標準的なスコアを定め、これとの乖離を取ることで、報告量が異なる組織のスコアの比較を可能としている(図 13～図 16)。

このリスク量算出技術を用いて、医療機関のリスク量を測定する。

偏差算出の基準となる標準スコアについてであるが、平成 30・31 年度の研究においては、組織の報告量と標準的なスコアの関係を定めるにあたり、共同研究施設のいずれも大学病院からデータを採取した。しかし、受講生の施設は大学病院に限られるものではなく、標準スコアは大学病院以外のさまざまな施設から算定されることが望ましい。受講生から報告量とりスクスコアの平均値の組み合わせのデータを収集する。また ASUISHI プログラム履修者にも参加を呼びかける。

また、より多様で正確な評価を可能とするため、現在の GRM(General Risk Manager)の判断を教師データとした過失スコア、重症スコア、リスクスコア、インパクトスコア以外に、組織とし

ての判断を教師データとした新たなスコアを設ける。

なお、本リスク量算出は過去の蓄積されたインシデントレポートを取り扱うため、教師データ、計算式、パラメータ、標準スコアが改定されても、その都度、最新の方法で過去のインシデントレポートを再分析することが可能である。

(5) COVID-19 影響化においても有効な医療安全管理体制の明確化

下記(1)～(3)の方法にて、医療現場で発生している問題、医療安全専従医師の効果、医療現場からのニーズを把握する。

- ① COVID-19 関連インシデントレポートの分析
- ② インシデントレポートのリスク量測定
- ③ 医療安全管理体制に関するアンケート

C. 研究結果

(1) CQSO 養成プログラムの改定と研修の実施・中長期的支援

平成 30・31 年度の研究で特定されたコンピテンシー、有用な教育コンテンツの情報を基に教育プログラムを改定し(図 10)、担当講師を定めた(図 19、図 20)。受講生募集のパンフレット(図 21～図 24)を作成し、全国から9名の医師・歯科医師の応募があった。受講生9名のプログラム受講前の到達度レベルは図 25 の通りであった。令和2年9月16日に開講し、月に1クール3日～4日開催し、令和3年2月に7クールを終了した。途中、COVID-19 感染症拡大により緊急事態宣言等が発令される中で、Web 会議システムを構築し、予定通りプログラムを継続した。各授業の受講生の理解度(VAS スケール)を図 26～図 29 に示す。また各講義のニーズフィット度・リスク量低減への効果に関するアンケート結果を図 30 に示す。

プログラム終了後も、受講生を中長期的に支援するため、令和 2 年 2 月 27 日に「CQSO 第1期生フォローアップ研修会」を開催し、第 1 期修了生8名を対象として、トヨタ自動車 OB を講師に招き、プログラム終了後の問題解決取り

組み状況について助言を行った(図 31)。また、令和2年1月9日に「ASUISHI・CQSO ハブセンター研究会」を開催し、ASUISHI 修了生、CQSO 修了生を対象として、各施設の問題解決取り組み状況の発表、トヨタ講師からの助言、また COVID-19 感染症拡大下における医療安全上の問題・対策について意見交換を行った(図 32)。

(2) 医療機関のリスク低減への効果測定

令和3年5月22日に最終講義を予定しており、全課程終了後に受講生の施設のリスク量の測定を行う。

(3) 成果を出した医師のコンピテンシーおよび有用であった教育コンテンツの特定

研究2年目に実施予定である。

(4) リスク量測定および精度向上

図 33 は、CQSO 養成プログラム受講生が自身の施設で転倒転落の重症事例の撲滅に取り組み、転倒転落関連のレポートの重症度が下がっていることがわかる。

図 34 は、名大病院の各部署の過失偏差と重症偏差の散布図であり、およそ右下(過失偏差大かつ重症偏差小)のエリアには、薬剤部門、栄養管理部、検査部門があり、およそ左上(過失偏差小かつ重症偏差大)のエリアには、循環器内科、血管外科、心臓外科、脳神経外科、消化器外科1があることがわかる。尚、同エリアに医療の質・安全管理部があるが、これは、重要事例が当事者部署から報告がされなかつた場合に医療の質・安全管理部が代理で報告しているためであり、換言すれば、医療の質・安全管理部が報告しているものは重症事例が多いためである。図 35 は、名大病院の各部署のリスク偏差とインパクト偏差の散布図であり、およそ右上(リスク偏差大かつインパクト偏差大)のエリアには、循環器内科、救急・内科系集中治療部(EM-ICU)、臨床工学部門、心臓外科、血管外科、呼吸器外科があり、およそ左下(リスク偏差小かつインパクト偏差小)には、2E(精神科病棟)、9W(眼科病棟)、MFICU、GCU、外来がある。

図 36、図 37 は、名大病院と同規模の K 大学病院の部署の散布図であり、名大病院と同

様の結果となっている。尚、図中の赤枠は、名大病院のプロット範囲であり、この枠を超えてプロットされる部署は、名大病院のどの部署よりも偏差が高いことを示す。K 大学病院においては、どの部署もおよそ赤枠に収まっているが、一部、赤枠を超えた範囲にプロットされる部署があった。

① 教師データの見直し

本リスク量は、過去の GRM の判断(過失・重症・インパクト)を機械的に学習し、インシデントレポートにスコア付けを行うが、もし過去の GRM の判断に誤りがあれば、機械も誤った判断をすることとなる。そこで、過去の GRM の判断の見直しを行った。見直しの対象は、機械が高くスコアをつけたレポートで、GRM が非該当と判断しているレポートとした。この見直しにより機械判断の精度が若干向上した。

② 辞書の増強

本リスク量の算出においては、インシデントレポートの文章を単語に分ける形態素解析が必要となるが、これには単語の定義(辞書)が必要とし、特に医学においては専門用語が多いため専門の辞書が必要となる。これまで、一般的な辞書に自前で専門用語を追加していたが、今年度、次の2つの専門辞書を使用することとした。

- ・「標準病名マスター(2018 年 4 月改訂版)」: 約2万5千語
- ・「ComeJisyo」: 看護文書(約5万語)、看護学教科書索引(約4万語)、看護師国家試験、Web 公開用語

これらの辞書の使用により、機械判断の精度が若干向上した。

③ 警鐘(センチネル)スコアの導入

これまでの過失スコア、重症スコア、リスクスコア、インパクトスコアに加えて、新たに「警鐘(センチネル)スコア」を算出することとした。名古屋大学医学部附属病院(以下、名大病院)では、毎週約200件のインシデント・アクシデント報告があり、このうち約1割のレポートが組織として重要と判断され、「患者安全コア会議」で審議され、組織としての対応レベルの判断、対応方針の決定が行われる(図 39)。過去、「患

者安全コア会議」で審議されたレポートを教師データとして、新たに「警鐘(センチネル)スコア」を算出することとした。

将来的には、リスクスコア(過失スコア、重症スコア)、インパクトスコア、警鐘(センチネル)スコアを応用して機械が GRM に代わって自動で重要レポートを識別(自動トリアージ)できることを期待している。図 40 は、現在、名大病院で試験運用している自動トリアージの結果である。患者安全コア会議で審議されなかつたものの機械が重要と判断したレポートについて、念のため、GRM が再度確認を行っている。

(5) COVID-19 影響化においても有効な医療安全管理体制の明確化

① COVID-19 関連インシデントレポートの分析、および、

② インシデントレポートのリスク量測定

(4)のリスク量算出のためのデータ収集と合わせて、COVID-19 関連のレポートを収集しリスク量を測定することとしている。

③ 医療安全管理体制に関するアンケート

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」で実施されたアンケートを参考にして、医療安全に対する医師の関与の有効性を明らかにするためのアンケートを作成した(図 41～図 45)。アンケートの対象は 110 床以上の全国 4916 施設であり、回答期間は令和3年 2 月 26 日～令和3年 3 月 21 日、回答方法は Web(ID・パスワード)とした。回答は医師以外の資格を有する医療安全管理者に依頼した。

回答件数は 719 件で回答率は 14.6% であった。また施設規模ごとの回答率は、小規模(199 床以下):10.6%、中規模(200~399 床):16.4%、大規模(400 床以上):23.8% であった(図 46)。

医療安全に対する医師の安全業務への関与の種類として、「専従医師」:全業務に占める医療安全業務の割合が 80% 以上、「専任医師」:(同)50~79%、「兼任医師」:(同)50% 未満とし、本報告書の統計解析結果において以下の「医師区分」と記す。

図 47 は、アンケートに回答のあった施設において、規模別に専従医師の存在の割合をみたものである。大規模施設においては、専従医師がいると回答した施設は 28.3%、中規模以下の施設においては専従医師はほとんどいないことがわかる。図 48 は、専任医師の存在割合をみたものであり、大規模施設で 60.1%、中規模施設で 31.7%、小規模施設で 21.9%が専任医師がいると回答している。図 49 は兼任医師の存在割合をみたものであり、大規模施設で 74%、中規模施設で 52.9%、小規模施設で 53.9%が兼任医師がいると回答している。

図 50～図 52 は、各アンケート項目について医師区分ごとの分布を比較したものであり、およそ専従医師がいる施設の方がより好ましい方に多く分布していることがわかる。

図 53 は、安全活動に関する各項目間の相関を見たものであり、下記の結果となった。図中、相関係数が 0.4 以上は緑枠、0.6 以上は赤枠で囲んでいる。

- ・Q36. 緊急会議開催数－Q37. 医学的評価(相関係数: 0.663)
- ・Q38. 病理医との連携－Q37. 医学的評価(相関係数: 0.427)
- ・Q38. 病理医との連携－Q39. 放射線科医との連携(相関係数: 0.648)
- ・Q44. 再発防止策立案－Q36. 緊急会議開催数(相関係数: 0.420)
- ・Q44. 再発防止策立案－Q37. 医学的評価(相関係数: 0.467)
- ・Q48. 安全責任者の積極性－Q45. 体制満足度(相関係数: 0.485)
- ・Q48. 安全責任者の肯定性－Q48. 安全責任者の積極性(相関係数: 0.716)
- ・Q49. 安全医師の積極性－Q45. 体制満足度(相関係数: 0.478)
- ・Q49. 安全医師の積極性－Q48. 安全責任者の積極性(相関係数: 0.630)
- ・Q49. 安全医師の積極性－Q48. 安全責任者の肯定性(相関係数: 0.499)
- ・Q49. 安全医師の肯定性－Q45. 体制満足度(相関係数: 0.402)
- ・Q49. 安全医師の肯定性－Q48. 安全責任者

の積極性(相関係数: 0.491)

- ・Q49. 安全医師の肯定性－Q48. 安全責任者の肯定性(相関係数: 0.639)
- ・Q49. 安全医師の肯定性－Q49. 安全医師の積極性(相関係数: 0.739)
- ・Q51. 社会ニーズ充足度－Q45. 体制満足度(相関係数: 0.586)
- ・Q51. 社会ニーズ充足度－Q48. 安全責任者の積極性(相関係数: 0.508)
- ・Q51. 社会ニーズ充足度－Q48. 安全責任者の肯定性(相関係数: 0.406)
- ・Q51. 社会ニーズ充足度－Q49. 安全医師の積極性(相関係数: 0.499)
- ・Q51. 社会ニーズ充足度－Q49. 安全医師の肯定性(相関係数: 0.421)
- ・Q31. 病床数あたり医師レポート数－Q31. 医師レポート率(相関係数: 0.911)

以下、各アンケート項目について、医師区分によって統計学的な有意差があるか調べた。

※記載例と意味

記載例)「専従医師」

意味) 専従医師が配置されている施設

記載例)「専任医師」

意味) 専従医師は配置されておらず専任医師が配置されている施設

記載例)「兼任医師」

意味) 専従医師も専任医師も配置されておらず兼任医師が配置されている施設

記載例)「医師配置なし」

意味) 専従医師も専任医師も兼任医師も配置されていない施設

記載例)「医師区分」

意味) 専従医師、専任医師、兼任医師、医師配置なしの 4つの区分

「Q29. 2019 年度における貴院のインシデント・アクシデント報告数をご記入ください」(図 54)

施設規模:全(図 55)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大(図 56)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:大中(図 57)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中(図 58)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、専任医師と比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中小(図 59)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、専任医師と比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:小(図 60)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

※図 61～図 66 に施設規模別の多変量解析結果を示す。

「Q31. 2019 年度における貴院での医師によるインシデント・アクシデント報告数をご記入ください」(図 67)

施設規模:全(図 68)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、専任医師、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大(図 69)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、専任医師、兼任医師と比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大中(図 70)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、専任医師、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中(図 71)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中小(図 72)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:小(図 73)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

※図 74～図 77 に施設規模別の多変量解析結果を示す。

「Q34. 貴院の医療安全管理部門において、インシデント・アクシデントの改善のための会議(定期、不定期、臨時を含む)を 2020 年の4月以降で何回程度開催しましたか？(インシデント検討会等。M&M カンファレンスは除く)」(図 78)

施設規模:全(図 79)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大(図 80)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:大中(図 81)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中(図 82)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中小(図 83)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:小(図 84)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

※図 85～図 90 に施設規模別の多変量解析結果を示す。

「Q35. 貴院の医療安全管理部門において、院内で公式に行ったラウンドの回数は何回ですか？」(図 91)

施設規模:全(図 92)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大(図 93)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:大中(図 94)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。
- ・専任医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中(図 95)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中小(図 96)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:小(図 97)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

※図 98～図 103 に施設規模別の多変量解析結果を示す。

「Q36. 貴院の医療安全管理部門では、アクシデントや重大事故発生時の治療のための連携や、関係医師らとの緊急会議などを行っていますか？」(図 104)

施設規模:全(図 105)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、専任医師、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大(図 106)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意

差がある。

施設規模:大中(図 107)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中(図 108)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中小(図 109)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:小(図 110)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。

※図 111～図 114 に施設規模別の多変量解析結果を示す。

「Q37. 貴院の医療安全管理部門では、アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断を行っていますか？(図 115)

施設規模:全(図 116)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、専任医師、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大(図 117)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、専任医師、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大中(図 118)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、専任医師、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中(図 119)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中小(図 120)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:小(図 121)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

※図 122～図 126 に施設規模別の多変量解析結果を示す。

「Q38. 貴院の医療安全管理部門において、医療事故調査制度における医療事故が疑われる死亡についての病理解剖の際、病理医と医療安全管理部門は連携していますか？(図 127)

施設規模:全(図 128)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大(図 129)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。
- ・専従医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大中(図 130)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中(図 131)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中小(図 132)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:小(図 133)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

※図 134～図 136 に施設規模別の多変量解析結果を示す。

「Q39. 貴院の医療安全管理部門において、医療事故調査制度における医療事故が疑われる死亡についてのAi撮影の際、放射線科医と医療安全管理部門は連携していますか？」(図 137)

施設規模:全(図 138)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大(図 139)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:大中(図 140)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中(図 141)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中小(図 142)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:小(図 143)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

※図 144～図 149 に施設規模別の多変量解析結果を示す。

「Q40. 医療事故調査制度下における医療事故調査件数を教えてください。(制度開始後～)」(図 150)

施設規模:全(図 151)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大(図 152)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。

施設規模:大中(図 153)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中(図 154)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中小(図 155)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:小(図 156)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

※図 157～図 162 に施設規模別の多変量解析結果を示す。

「Q41. 医療事故調査対象とするかの判断のための会議を何回開催しましたか？(制度開始後～)」(図 163)

施設規模:全(図 164)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大(図 165)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、兼任医師と比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大中(図 166)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中(図 167)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意

差がある。

- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中小(図 168)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:小(図 169)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

※図 170～図 172 に施設規模別の多変量解析結果を示す。

「Q42. 直近2年間で M&M カンファレンスは何回開催しましたか？」(図 173)

施設規模:全(図 174)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大(図 175)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、兼任医師と比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大中(図 176)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、兼任医師と比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中(図 177)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中小(図 178)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意

差がある。

- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:小(図 179)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

※図 180～図 185 に施設規模別の多変量解析結果を示す。

「Q43. 貴院の医療安全管理活動の改善のための PDCA サイクルの実施状況を教えて下さい。」(図 186)

施設規模:全(図 187)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大(図 188)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:大中(図 189)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中(図 190)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中小(図 191)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:小(図 192)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

※図 193～図 198 に施設規模別の多変量解析結果を示す。

「Q44. 貴院では、医療事故調査において、有効な再発防止策の立案をしていますか？」(図 199)

施設規模:全(図 200)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大(図 201)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、兼任医師と比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大中(図 202)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中(図 203)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中小(図 204)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:小(図 205)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

※図 206～図 211 に施設規模別の多変量解析結果を示す。

「Q45. あなたは貴院の医療安全管理の体制に満足していますか?」(図 212)

施設規模:全(図 213)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、専任医師、兼任医師、医師配置なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大(図 214)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、専任医師、兼任医師と比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大中(図 215)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、専任医師、兼任医師と比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中(図 216)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:中小(図 217)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:小(図 218)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

※図 219～図 224 に施設規模別の多変量解析結果を示す。

※図 275～図 280 は当質問項目と「Q51.あなたの施設は社会から求められている医療安全管理業務を実施できていると思いますか?」との相関をみたものであり、全ての施設規模において、統計学的に有意な相関があった。

「Q50. 医療安全管理部の医師は全てのインシデント・アクシデントレポートを読んでいますか?」(図 225)

施設規模:全(図 226)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、専任医師、兼任医師、医師関与なしと比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大(図 227)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、専任医師、兼任医師と比較して統計学的

な有意差がある。

施設規模:大中(図 228)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、専任医師、兼任医師と比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:中(図 229)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。

施設規模:中小(図 230)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。

施設規模:小(図 231)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

※図 232～図 236 に施設規模別の多変量解析結果を示す。

「Q51.あなたの病院は社会から求められている医療安全管理業務を実施できていると思いませんか?」(図 237)

施設規模:全(図 238)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、専任医師、兼任医師、医師関与なしと比較して、統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、医師関与なしと比較して、統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師関与なしと比較して、統計学的な有意差がある。

施設規模:大(図 239)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、兼任医師、医師関与なしと比較して、統計学的な有意差がある。

施設規模:大中(図 240)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、専任医師、兼任医師、医師関与なしと比較して、統計学的な有意差がある。
- ・専任医師は、医師関与なしと比較して、統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師関与なしと比較して、統計学的な有意差がある。

施設規模:中(図 241)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:中小(図 242)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、医師関与なしと比較して、統計学的な有意差がある。
- ・兼任医師は、医師関与なしと比較して、統計学的な有意差がある。

施設規模:小(図 243)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。

※図 244～図 249 は専従医師の有無の比較、図 250～図 255 は、専従医師と専任医師の比較、図 256～図 261 は専従医師と専任医師複数の比較、図 262～図 267 は専従医師と兼任医師の比較であり、いずれも同様の結果となっている。

※図 268～図 273 は、当質問項目を目的変数、体制に関する質問項目を説明変数として、施設の規模別に、多変量解析(質的な重回帰分析)を行った結果である。おおよそ、どの施設規模においても、安全責任者の積極性、安全医師の積極性が有意な影響因子として挙げられる。

※図 274 は、当質問項目を目的変数、活動に関する質問項目を説明変数として、多変量解析(質的な重回帰分析)を行った結果である。再発防止策の立案、重大事故発生時の医学的評価、医療事故調査の要否検討会開催回数、安全責任者の積極性、安全医師の背極性が有意な影響因子として挙げられる。

※図 281～図 293 は、当質問項目と安全責任者の積極性・肯定性との相関をみたものであり、図 294～図 306 は安全医師の積極性・肯定性との相関をみたものであり、全ての施設規模において、統計学的に有意な相関があった。

※図 307～図 318 は、安全責任者の積極性と肯定性の相関、安全医師の積極性と肯定性の相関をみたものであり、全ての施設規模において、統計学的に有意な中程度の相関がみられた。

図 319 に施設規模別の COVID-19 入院患者受け入れ割合を示す。

「Q56. (COVID-19 患者を受け入れた医療機関の場合)この間、COVID-19 の入院を受け入れることにより、日常診療に影響がありましたか?」(図 320)

施設規模:全(図 321)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:大(図 322)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:大中(図 323)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:中(図 324)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:中小(図 325)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:小(図 326)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

「Q58. COVID-19 の流行により、患者安全活動への影響がありましたか?」(図 327)

施設規模:全(図 328)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:大(図 329)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専任医師は、兼任医師と比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大中(図 330)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:中(図 331)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:中小(図 332)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:小(図 333)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

「Q59. COVID-19 対応において、患者安全部門と感染制御部門の役割分担は明確でしたか?」(図 334)

施設規模:全(図 335)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。
- ・専従医師は、兼任医師、医師配置なしと比較

して統計学的な有意差がある。

施設規模:大(図 336)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。

施設規模:大中(図 337)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。

施設規模:中(図 338)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。

施設規模:中小(図 339)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:小(図 340)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

「Q60. COVID-19 下において、患者安全業務が確保できていますか？」(図 341)

施設規模:全(図 342)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。
- ・専従医師は、兼任医師、兼任医師と比較して統計学的な有意差がある。

施設規模:大(図 343)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:大中(図 344)

- ・医師区分によって統計学な有意差がある。

施設規模:中(図 345)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:中小(図 346)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:小(図 347)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

「Q61. COVID-19 の流行により、患者の医療事故のリスクは変化しましたか？」(図 348)

施設規模:全(図 349)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:大(図 350)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:大中(図 351)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:中(図 352)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:中小(図 353)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

施設規模:小(図 354)

- ・医師区分による統計学な有意差はない。

(統計ソフト:R 4.0.5)

D. 考察

(1) CQSO 養成プログラム

- ・第1期プログラムに対する各種評価結果を以て、カリキュラムを改定した。

- ・プログラム開催中、COVID-19 感染症拡大による緊急事態宣言の発令下となったものの、Web 会議システムを駆使するなどして、計画通り、プログラムを遂行し完了した。

- ・ASUISHI、CQSO 修了生に対して、「ハブセンター研究会」、「問題解決フォローアップ研修会」を開催し、修了生への中長期的な支援を行った。

(2) リスク量測定

- ・教師データの見直し、辞書の増強により、測定の精度を向上させることができた。また、「警鐘(センチネル)スコア」を新たに作成することができた。

- ・報告量と標準リスクスコアの精度を向上させるべく、多くの測定結果を収集するため、ASUISHI・CQSO 受講生以外の施設にも広く測定を呼びかける。

(3) 医師配置区分の有効性

- ・患者安全に関する質問項目において、医師の配置区分の違いによる統計学的な有意差が示された。
- ・専従医師、専任医師、兼任医師の順に、患者安全への効果が高いことが示された。
- ・専従医師と専任医師複数の比較においては統計学的な有意水準には達せず、小さな効果が示唆された。
- ・施設規模が大きいほどこれらの傾向は顕著であった。
- ・医師配置区分以外にも、安全責任者の積極性、安全医師の積極性、専従薬剤師の配置が、患者安全に大きく寄与することが示された。
- ・中規模以下の施設の場合、医師配置区分による統計学的な有意差はみられなくなるが、今回の調査において、中規模以下の施設においては、専従医師が配置されている施設が少なく、一部施設の極端な数値に大きく影響されている可能性がある。
- ・中規模の施設においては、医師配置区分よりも安全責任者の積極性、安全医師の積極性が患者安全に大きく寄与していると考えられる。
- ・COVID-19に関する質問項目においては、医師配置区分による統計学的な有意差はみられず、むしろ、専従医師、専任医師、兼任医師の順に、COVID-19の影響が大きかったと回答する傾向にあった。これは、患者安全体制が整備されている医療機関においては、重症感染症診療体制や、感染管理体制も整備されないと予想されることから、より積極的なCOVID-19の受け入れが可能であったことに起因した結果と考えられる。このことから、パンデミック下においては、患者安全体制と、感染管理体制の分立、分業、連携体制の維持・充実がより一層重要になると考えらえる。
- ・リスク量測定の精度向上と合わせて、COVID-19感染症拡大下におけるリスク量の測定を広く呼び掛ける。図355は、インシデントレポートからリスク量を測定するためのプログラムの配布、測定結果のグラフ表示、測定結果の収集を行うサイトで、各施設においてリスク量測定プログラムをダウンロードし、インシデントレポートを施設外に持ち出すことなく、リスク量測定、およびグラフ表示を可能とするものである。これをもって広ぐリスク量測定を呼びかける。

E. 結論

- ・CQSO養成プログラムを改定し、第2期CQSO養成プログラムを完了した。
- ・修了生で構成されるハブセンター事業を開催し、中長期的な支援を開始した。
- ・リスク量測定の精度を向上させ、新たに「警鐘(センチネル)スコア」を作成した。
- ・専従・専任医師の配置が各医療機関における患者安全活動の成果向上に寄与すること、特に大規模施設においては、専従医師の配置が有用であることが、より明確に示された。
- ・医療安全責任者や専従・専任医師が成果を出すには、「積極性」が重要であることが示され、より質の高い養成プログラムの必要性が示唆された。
- ・Covid-19下においては、患者安全と感染制御の分立、分業、連携の重要性が示唆された。

F. 健康危険情報

本研究に関する健康危害情報はない。

G. 研究発表

1. 論文発表
 2. 学会発表
- ・「医療組織のリスク量測定」第15回医療の質・安全学会口演2020.11.22

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

リスク量測定に関して PCT 国際出願済み
(2021/10/26)。「新規性、進歩性を有する」と
の見解を受ける。

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

研究班会議議事録

令和2年度厚生労働行政推進調査事業

「医療安全に専門性を有する医師人材養成および医療機関のリスク量測定に関する研究」

第1回会議議事録

日時:2020年8月9日(日)14:00~16:10

開催方法:Web会議(主催場所:名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部)

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

研究計画について

- ・研究班メンバーまた厚生労働省医療安全推進室の方より自己紹介をいただいた。
- ・研究目的について確認した。
- ・これまでの研究内容について、主にリスク量(過失スコア/偏差、重症スコア/偏差、リスクスコア/偏差、インパクトスコア/偏差)および測定結果(名古屋大学医学部附属病院、CQSO 第1期生の施設)、最高質安全責任(CQSO)者養成研修および効果測定結果について確認した。
- ・今後の研究計画について、①CQSO 養成プログラムの改定と研修の実施・中長期的支援、②医療機関のリスク低減への効果測定、③成果を出した医師のコンピテンシーおよび有用であった教育コンテンツの特定、④リスク評価技術のさらなる精度向上(計算式の多様化、データ収集、リスク原因の特定)について確認した。

質疑応答

- ・診療科によっては測定結果が出ていないところがあったが、それはインシデントレポートが提出されていないためであるか?⇒その通りです。
- ・特定専門病院のリスク測定結果(部署間の差が大きい)については実感と一致するところである。
- ・リスク量の今後の展開について、部署等の集団に限らず様々なレポート群に適用できること、また新たなスコア(名古屋大学医学部附属病院コア会議スコアー自動トリアージー取りこぼし防止)を開発していること、またプログラム開発が必要になるが他施設でも実施可能であることについて説明した。
- ・レポート数が突出して多い施設について評価には比較対象となる同様の施設のデータが必要となる。ランダム抽出により数を限定する場合には内容の分布を考慮する必要がある。
- ・コアスコアの取りこぼし防止の利用について、特に新任GRMや一人のGRMの施設に対して有用であると思う。
- ・臨床工学技士のレポートは高リスクものが少なくなくスコアも高くなっている、教育や専徳化などのエビデンスになりえると思う。
- ・教育プログラムの中長期的支援とは、受講生が受講後もリスク量を低減できること、人材ハブセンターを中心としたネットワークを通じて、地域や病院群のリスク量を低減できることへの中長期的、継続的な支援である。
- ・外部監査、行政監査時のリスク量活用のためには現在の評価項目との一致を確認

する必要があり長い道のりになると思うが、どのような展望か。⇒現在の測定者間でもばらつきがあり、通知表のような客観指標、あるいはウイークポイントが明らかになるような指標になればと思っている。

・新型コロナウィルス感染対策への医療安全としての対策について、GRM の養成やチームの底上など医療安全の組織体制をしっかりとすることで感染への支援・連携が可能になる、そういう人材を養成することで間接的ではあるがコロナへの対策になり得ると思う。直接的な対策も考えて行きたいと思う。

・医療事故による医療費の増大への対策についても考えて行きたいと思う。

以上

令和2年度厚生労働行政推進調査事業

「医療安全に専門性を有する医師人材養成および医療機関のリスク量測定に関する研究」

第2回会合議事録

日時:2021年3月27日(土)14:00~15:45

開催方法:Web会議(主催場所:名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部)

出席者(敬称略):長尾、大川、遠山、兼児、浦松、深見、梅村、諸富、吉岡、勝又、上松、栗原、植村【記録】

今年度研究結果の概要

- ・今年度途中から「COVID-19拡大影響下においても有効な医療安全体制の明確化」が追加となった。
- ・最高質安全責任者(CQSO)養成研修、受講生の評価(アンケート)、受講生の施設の評価(リスク量測定)、カリキュラム改定の構造について説明を行った。
- ・カリキュラム(医療安全活動ループ図、カリキュラムの分類、全150時間、講師一覧)に関する説明を行った。
- ・今年度第2期の実施状況(講義風景(Web会議システムとのハイブリッド)、受講生の問題解決テーマ)について説明を行った。
- ・今後、5月22日(土)に問題解決最終報告会・修了式、フォローアップ(半年に1回)を実施予定。
- ・受講生を評価するルーブリック評価指標(カリキュラム分野ごとに4段階評価)、評価結果について説明を行った。
- ・授業ごとの到達度(VASスケール)のアンケート、測定結果について説明を行った。
- ・授業ごとのニーズフィット度・リスク量低減への効果のアンケート、測定結果について説明を行った。
- ・修了生を対象に、TOYOTA 講師を招き、第1期修了生のフォローアップ研修会(2021/2/27)、ASUISHI・CQSO 修了生のフォローアップ(ハブセンター研究会・2021/1/9)を実施した。
- ・リスク量測定の仕組みについて説明を行った。教師データの種類(過失、重症、リスク、インパクト)、TERMスコア(同)、レポートスコア(同)、集団スコア(同)。
- ・現在は、レポート単位での評価ではなく、集団単位での評価である。
- ・集団単位の評価の妥当性について、部署のスコアの月別推移と、部署の実際の変化(管理者の変更、重症事例の発生)には統計学的に中程度の関連があることを説明した。
- ・QC7つの道具の管理図の異常定義8パターンを、特定の診療科のスコアの月別推移に当てはめると、ある一時期、どのスコアも異常の定義に該当しており、実際の重症事例の発生と一致していた。
- ・スコアを報告量では正した「偏差」について説明を行った。報告行動は、全く報告がない状態から始まり、徐々に重要な事例が報告され、報告文化が醸成されるにつれて、軽微なものも含めてさまざまな事例が報告されることを想定して、報告量とスコアの標準的な関係について予測を立てた。実際に、多くの部署のスコアと報告量を測定して、数学的な補間処理(スプライン補間)を行い、報告量とスコアの標準的な関係を導き出

した。報告量に応じた標準的なスコアと、実測値との差を「偏差」と定義し、報告量が異なる部署を比較する際にはこの偏差を比較していく。

・過失の標準曲線、重症の標準曲線から読み取れることとして、報告行動はまずは重症事例が優先され、報告文化が活性化するについて、過失事例も徐々に報告されていくということではないか。

・名古屋大学医学部附属病院の各部署を、過失偏差と重症偏差の散布図にプロットすると、過失偏差が高く重症偏差が低いエリアに薬剤部門、栄養管理部、検査部門がプロットされ、過失偏差が低く重症偏差が高いエリアに循環器内科、血管外科、心臓外科、脳神経外科、消化器外科1がプロットされる。某国立大学を測定したところ同じ傾向となった。

・リスク偏差とインパクト偏差の散布図から、この2つの偏差には正比例の関係があることが読み取れる。また、それぞれ違う教師データから作成されていることから、それぞれに妥当性を示すものであると考えられる。

・名古屋大学医学部附属病院の医療の質・安全管理部がリスクが高いエリアにプロットされるのは、医療の質・安全管理部は、本来、現場の部署で作成されるべきインシデントレポートを代理で入力することがあり、換言すれば、医療の質・安全管理部が書くレポートはリスクが高いものばかりであり、医療の質・安全管理部はリスクが高いエリアにプロットされることになる。できれば、このような特殊な部署は、注釈などをつけて、目安として示されることが望ましい。

・特定の部署に着目して、年ごとの過失偏差・重症偏差の散布図における推移、年ごとのリスク偏差・重症偏差の散布図における推移をみることもできる。

・偏差の妥当性を見るため、インシデントレポート3b以上の報告率(3b以上レポート数／全レポート数)との相関をとったところ統計学的に有意な相関があった。

・リスク量測定の仕組みについてPCT国際出願を行った。

・リスク量測定の精度向上策について説明を行った。教師データの見直し、標準スコア算出のためのサンプル集積、形態素解析の辞書の増強、教師データの種類の追加(コア会議スコアまたはセンチネルスコア)。

・レポート単位での評価(機械による重要レポートの自動抽出)を名古屋大学医学部附属病院で開始していること、またその判断精度について説明を行った。

・過失偏差・重症偏差、リスク偏差・インパクト偏差の散布図は、右上にいくほど悪く、左下にいくほど良い評価となるものであるが、この良し悪しを数値的に評価するべく、現在、数式を構築中。

・COVID-19 影響下においても有効な医療安全管理体制の明確化について、① COVID-19 関連レポートの収集と分析、②専従医師の有無によるリスク量の差、③医療安全管理体制に関するアンケートを実施することを説明した。

・③のアンケートは統計会社に委託すること、②は各施設でリスク量を測定するべくプログラムの配布・測定結果を収集するWebサイトを開発することを説明した。

・③のアンケートは738の施設から回答があり現在、集計・分析中である。病院規模ごとに専従医師の有無によって統計学的な有意差があるか検定を行う。

・本研究に対して行われた中間評価結果について共有した。「疑問点、改善すべき点その他助言等」について確認した。

来年度研究計画の概要

- ・研究2年目は、研究計画③成果を出した医師のコンピテンシーおよび有用であった教育コンテンツの特定、①CQSO 養成プログラムの改定と検収の実施・中長期的支援、②医療機関のリスク低減への効果測定、④リスク量測定の精度向上を行う。
- ・各研究分担者の先生方へ、来年度の交付決定通知書が届き次第、研究承諾書の提出をお願い致します(4／9目途)。
- ・今年度の研究の倫理審査状況及び利益相反等の管理に関する資料のご提出をお願い致します(5月上旬目途)。

質疑応答

- ・学術論文またベンチャーといったことも進めていきたい。
- ・医療安全を客観的に数値評価できることは画期的なことである。しかし、概念が難解であるので、最終的には一般の国民でも理解できるように説明できる必要がある。たとえば多変量解析の結果をレーダーチャートで示したりと、わかりやすくする必要がある。
- ・最高質安全責任者養成研修のコンピテンシーを医師のみならず多職種に広げる。多職種に広げることは働き方改革の視点においても重要である。
- ・医療安全を普及する資源としてベンチャーなどでの資金獲得は有効であると思われる。
- ・客観データを用いてリスク量を測るということは重要な視点である。病院間比較、診療科間比較によって質を向上できるのではないか。
- ・さまざまな施設を測定することで、施設の特徴、また普遍性が出るのではないか。

以上

参考図

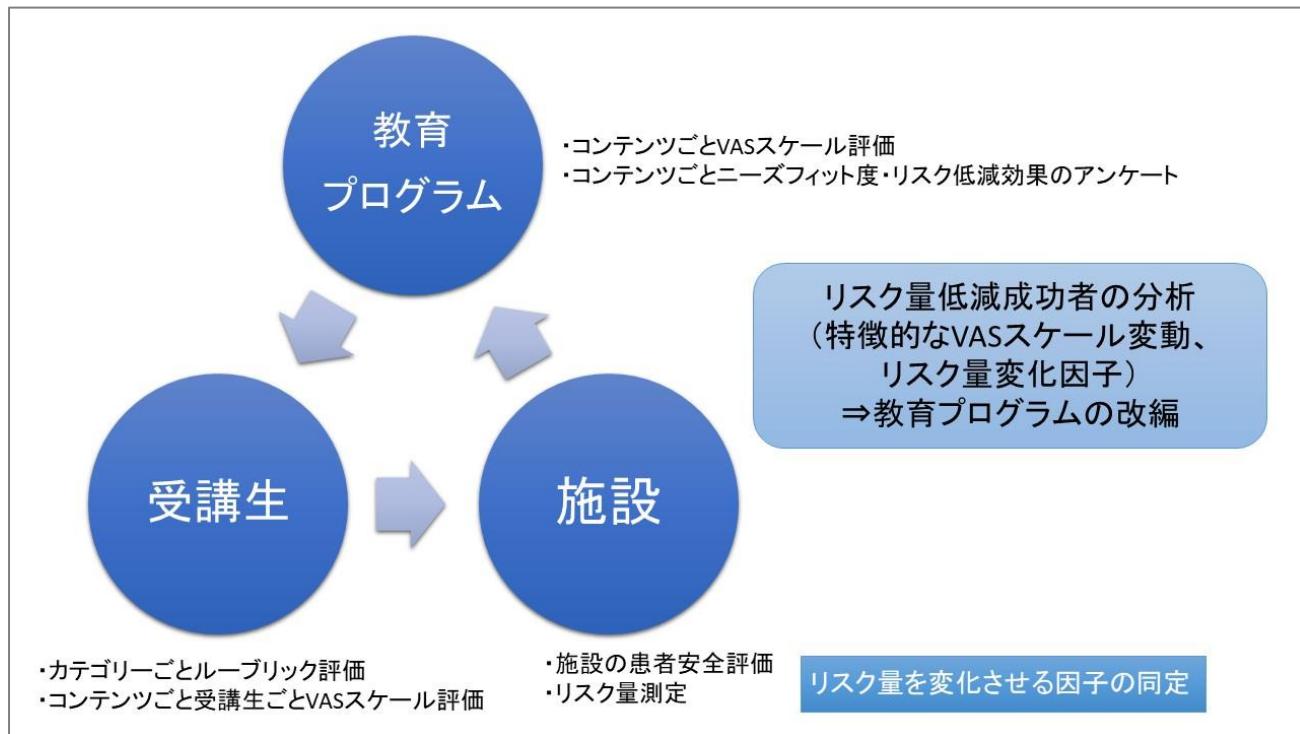


図 1

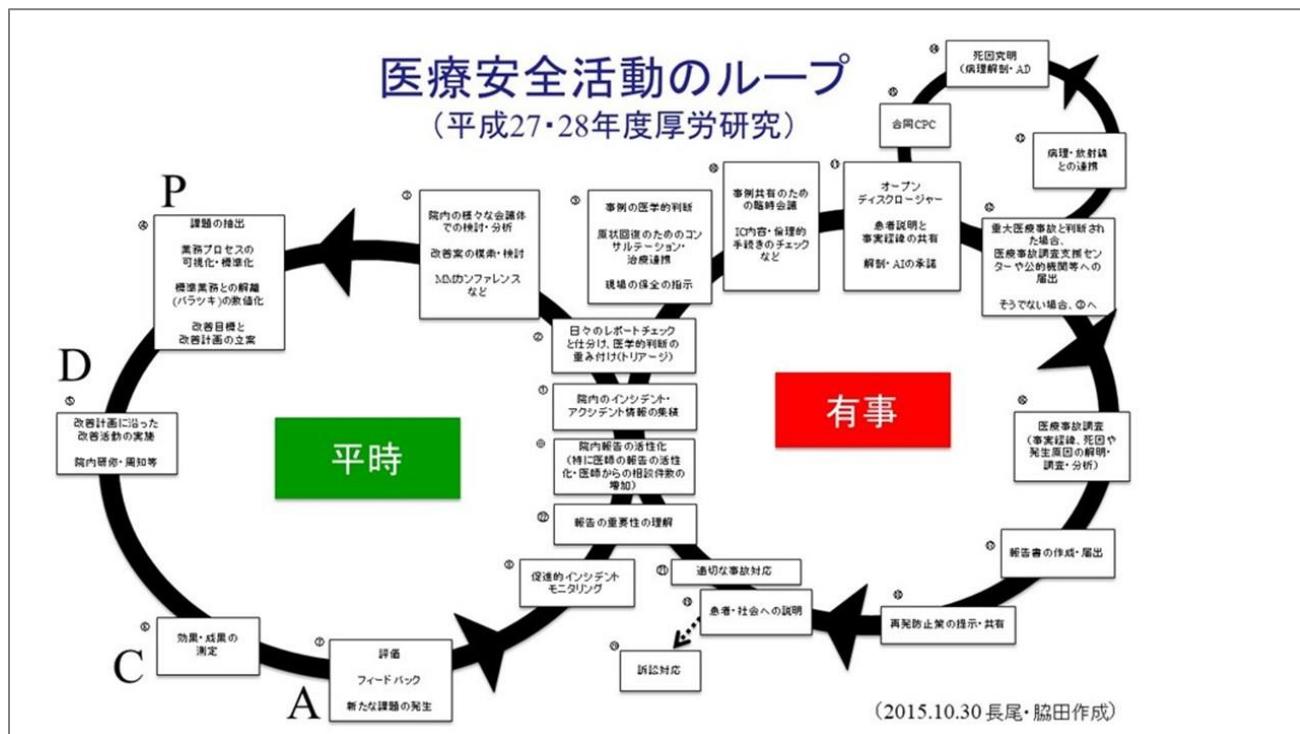
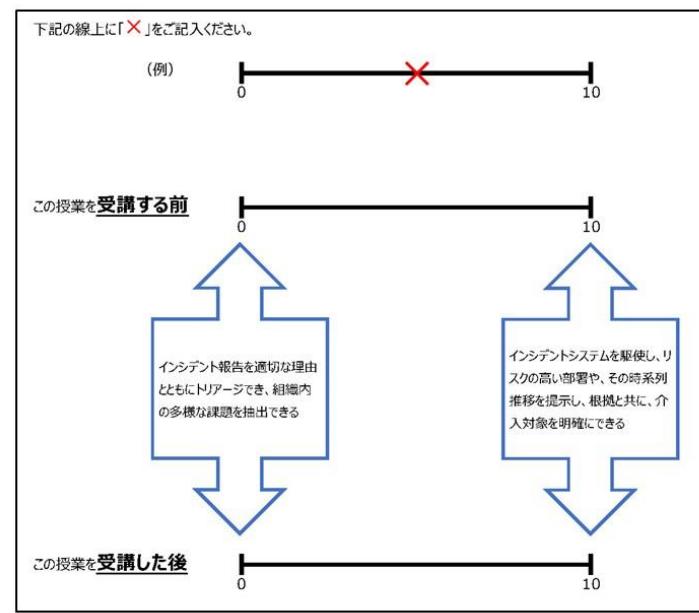


図 2

3

授業ごとアンケートVASスケール評価(紙面)



4

授業ごとアンケート(Web)

図 5

インシデントレポートの文章を単語に分ける【形態素解析】

「緊急手術にて麻酔科が同意書を取得し、手術に持って行つたが、麻酔科同意書の氏名と…」

| 順番 | 表層形 | 品詞1 | 品詞2 | 品詞3 | 活用形1 | 活用形2 | 原型 |
|----|------|-----|------|-----|--------------|-------|------|
| 1 | 緊急手術 | 名詞 | 一般 | * | * | * | 緊急手術 |
| 2 | にて | 助詞 | 格助詞 | 一般 | * | * | にて |
| 3 | 麻酔科 | 名詞 | 一般 | * | * | * | 麻酔科 |
| 4 | が | 助詞 | 格助詞 | 一般 | * | * | が |
| 5 | 同意書 | 名詞 | 一般 | * | * | * | 同意書 |
| 6 | を | 助詞 | 格助詞 | 一般 | * | * | を |
| 7 | 取得 | 名詞 | サ変接続 | * | * | * | 取得 |
| 8 | し | 動詞 | 自立 | * | サ変・スル | 連用形 | する |
| 9 | 、 | 記号 | 読点 | * | * | * | 、 |
| 10 | 手術 | 名詞 | サ変接続 | * | * | * | 手術 |
| 11 | に | 助詞 | 格助詞 | 一般 | * | * | に |
| 12 | 持つ | 動詞 | 自立 | * | 五段・タ行 | 連用タ接続 | 持つ |
| 13 | て | 助詞 | 接続助詞 | * | * | * | て |
| 14 | 行つ | 動詞 | 非自立 | * | 五段・カ行 促音便 | 連用タ接続 | 行く |
| 15 | た | 助動詞 | * | * | 特殊・タ | 基本形 | た |
| 16 | が | 助詞 | 接続助詞 | * | * | * | が |
| 17 | 、 | 記号 | 読点 | * | * | * | 、 |
| 18 | 麻酔科 | 名詞 | 一般 | * | * | * | 麻酔科 |
| 19 | 同意書 | 名詞 | 一般 | * | * | * | 同意書 |
| 20 | の | 助詞 | 連体化 | * | * | * | の |
| 21 | 氏名 | 名詞 | 一般 | * | * | * | 氏名 |
| 22 | と | 助詞 | 格助詞 | 一般 | * | * | と |

図 6

Termスコアを算出(過失)

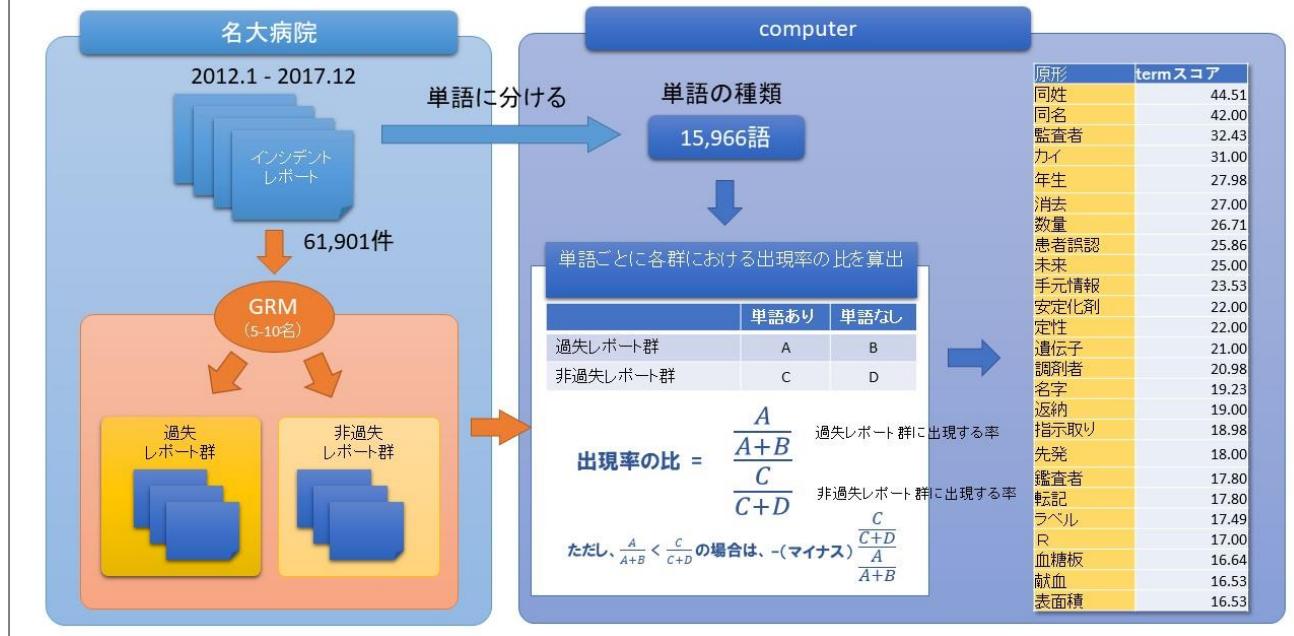


図 7

Termスコアを算出(重症)

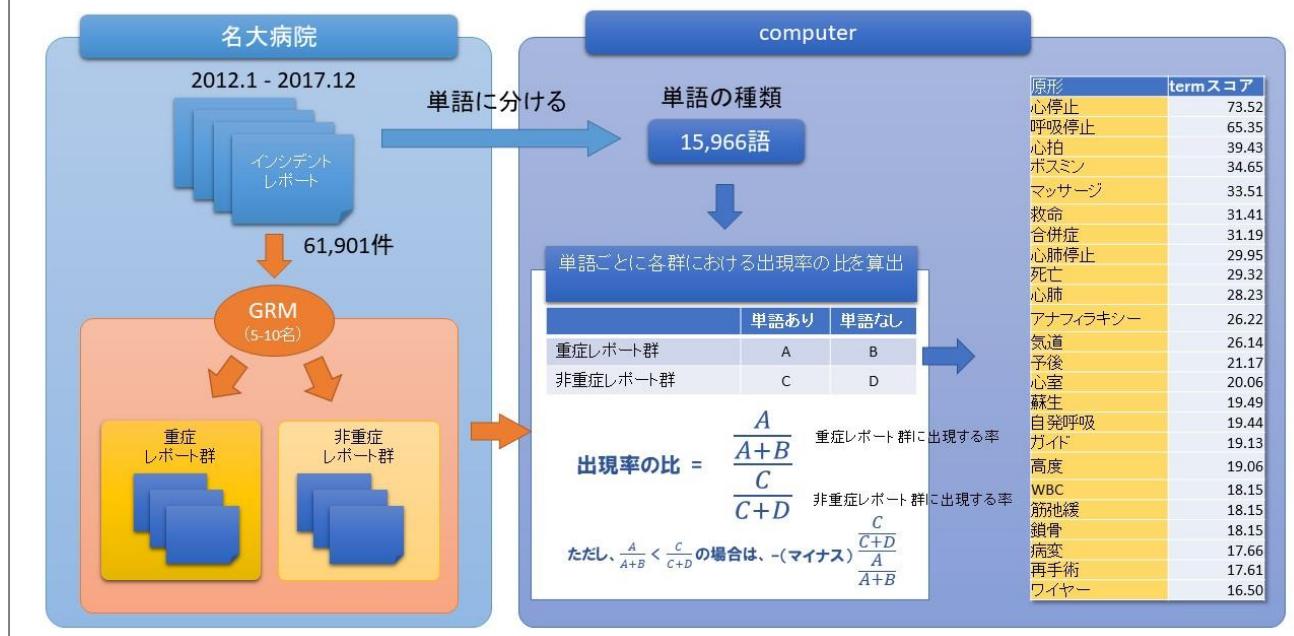


図 8

Termスコアを算出(インパクト)

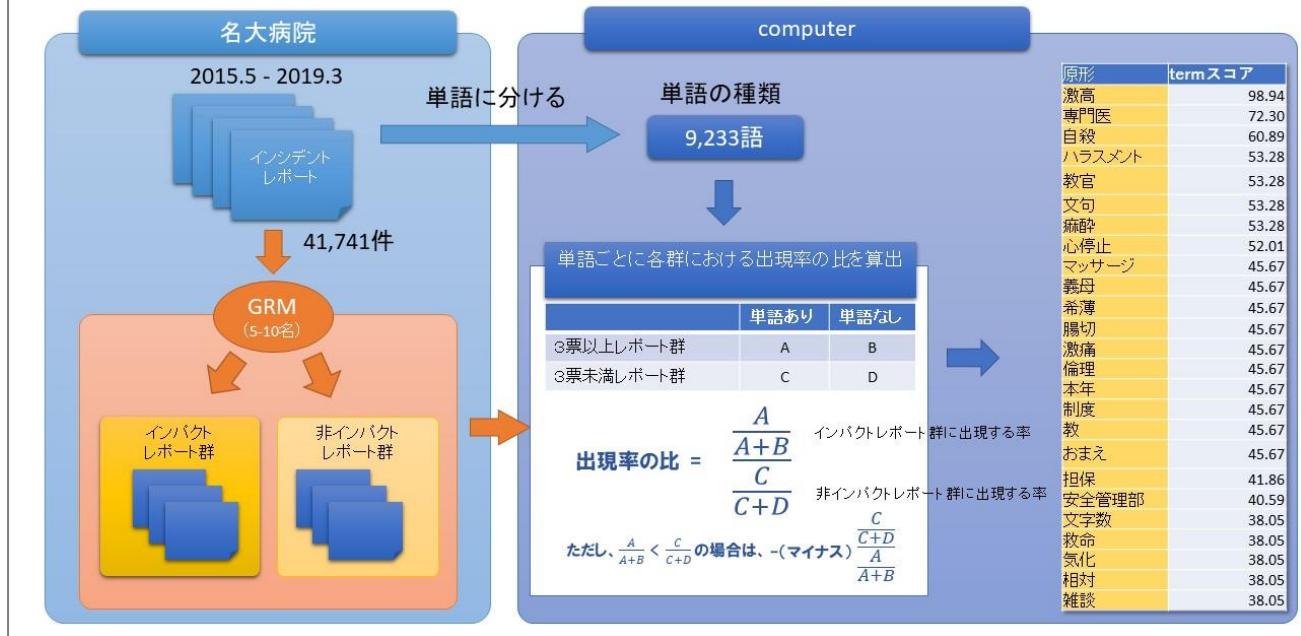


図 9

レポートの自動重み付けと施設別リスク量の算出

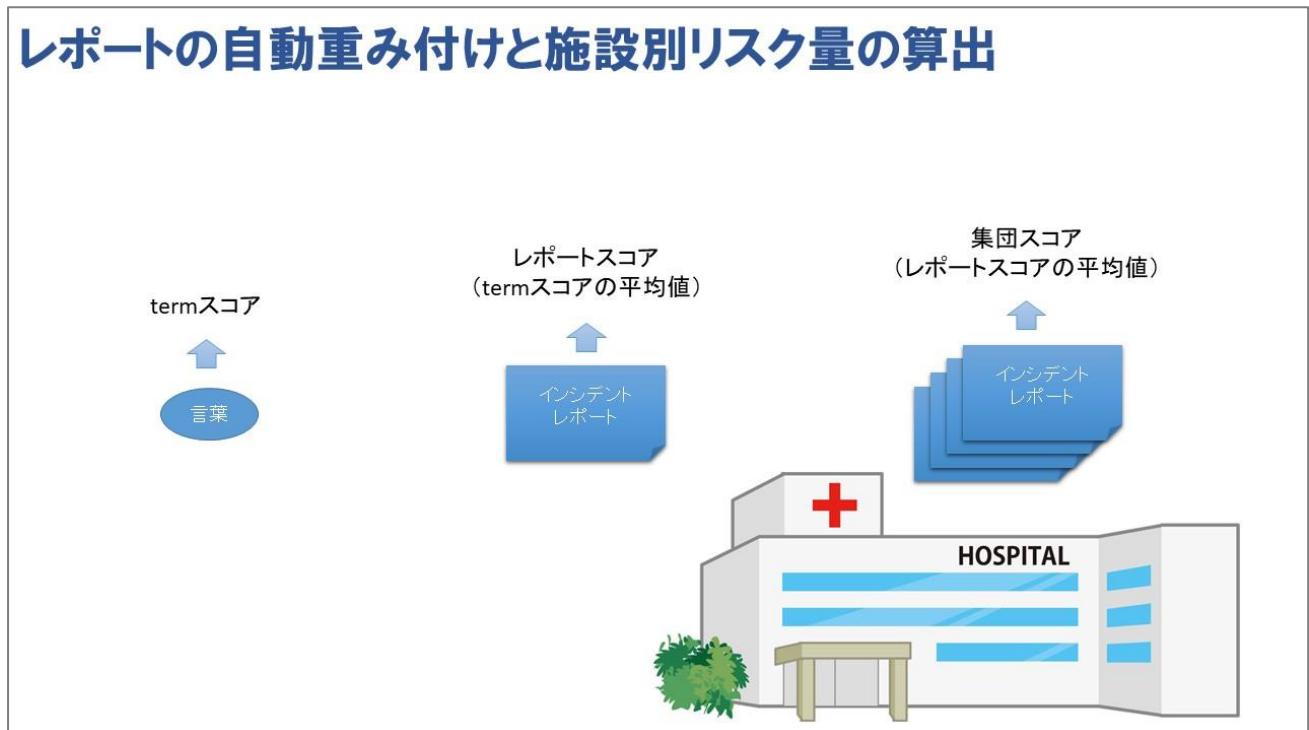


図 10

リスクスコア=4.106×過失スコア+3.245×重症スコア

平成30年度・令和元年度厚生労働科学研究
 「医療安全管理体制の可視化と人材育成のための研究」
 過失、重症、報告量、多様性の重み付け(AHP分析)

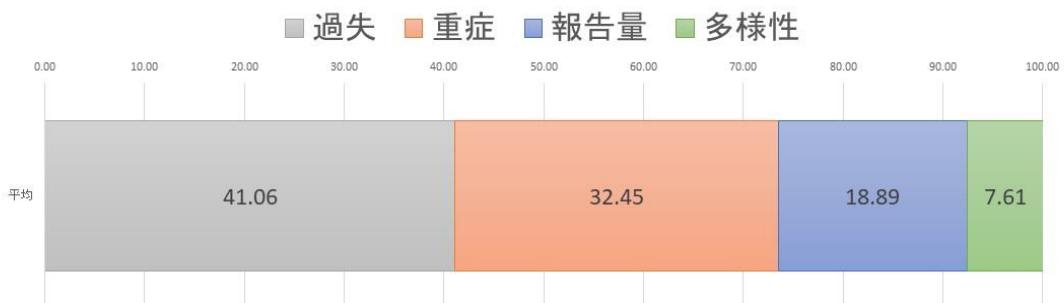


図 11

GRM判断を教師とした各スコア、各偏差の連関図

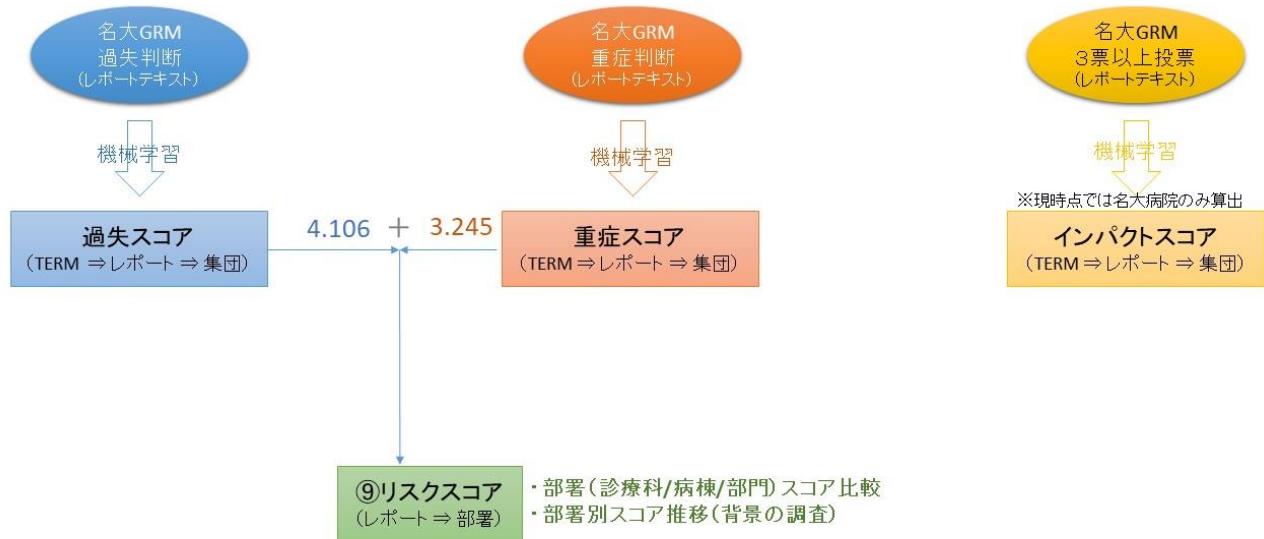


図 12

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

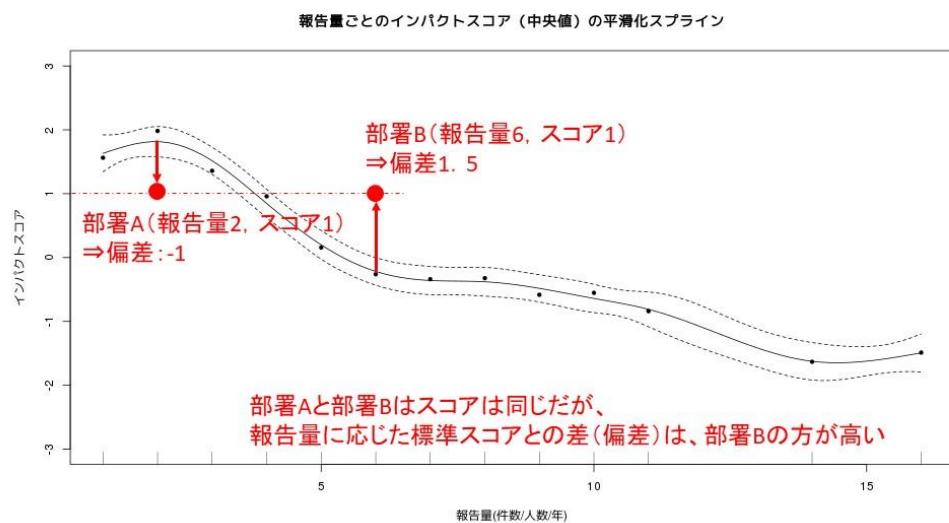


図 13

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外

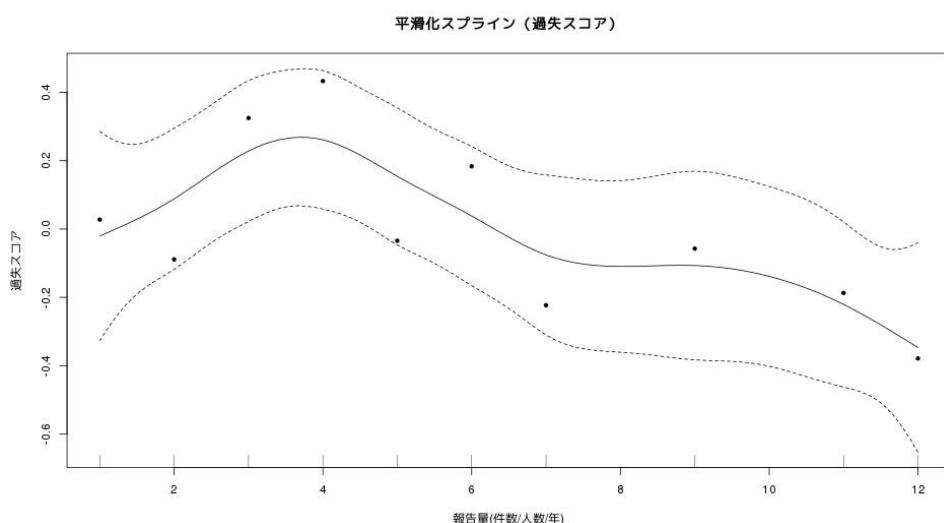


図 14

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

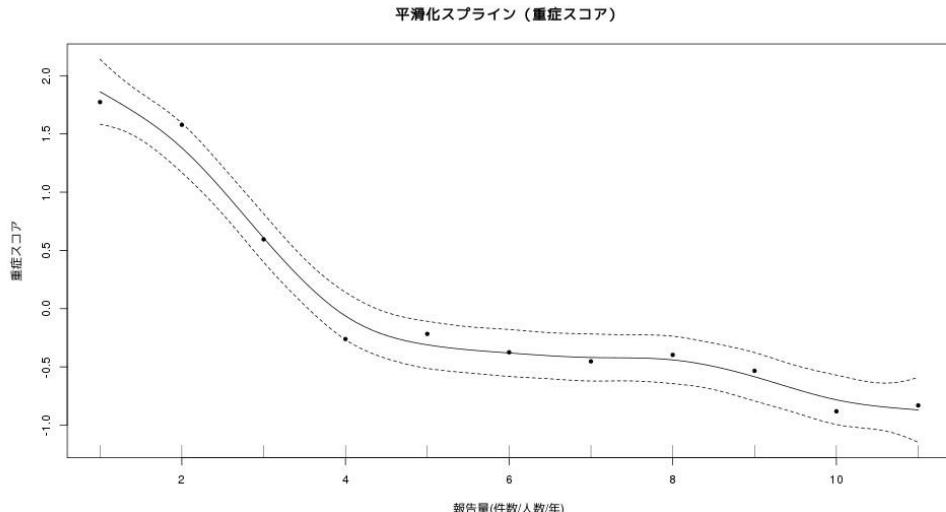


図 15

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

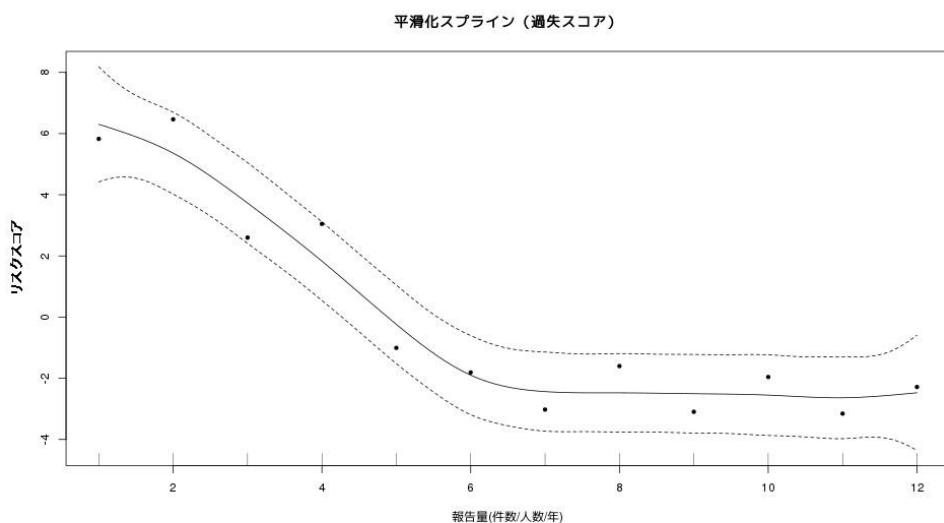


図 16

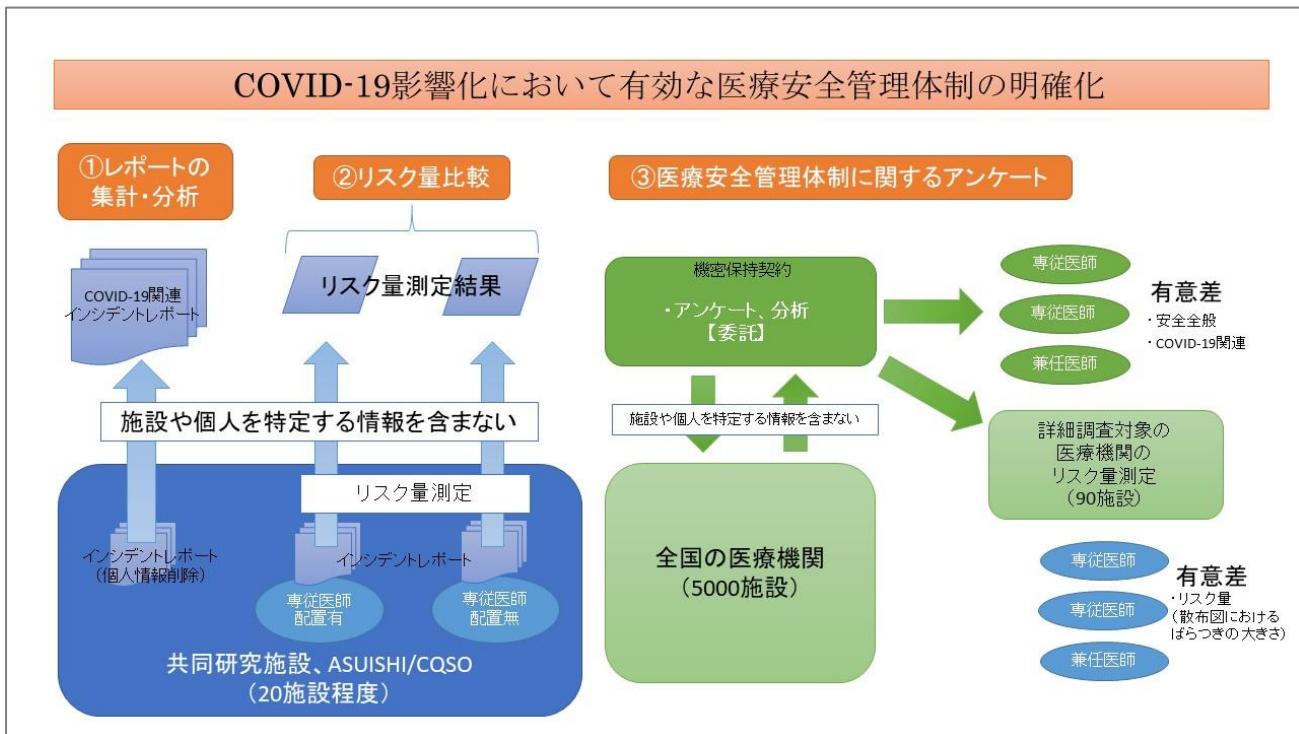


図 17

カリキュラム(150時間)

| カテゴリー | 教科目 | 時間 | 総時間 |
|-------------|--------------------------------------|----|-----|
| 基礎となる知識の修得 | 本研修が目指すもの | 1 | 17 |
| | 医療安全施策の動向 | 1 | |
| | エラー発生の原因 | 3 | |
| | 医療の高度化、複雑化とエラー発生 | 1 | |
| | 患者安全における法的知識の整理 | 2 | |
| | 基本認定行動・国際患者安全目標・対策の基本 | 3 | |
| | WHO患者安全カリキュラムガイド | 2 | |
| | 名大病院における患者安全推進活動とJCI | 1 | |
| | クリニック・ガバナンス・医療の規律と起立～ | 3 | |
| | 報告文化の活性化 | 2 | |
| 日々の取り組み | インシデント・トリアージ | 3 | |
| | 医療過誤を監視する | 3 | |
| | リスク量測定 | 1 | |
| | 患者安全管理者の業務 (OJT) 患者安全推進部フレコア会議 (2回) | 6 | |
| | 患者安全管理者の業務 (OJT) 患者安全推進部コア会議 | 1 | |
| | 患者安全管理者の業務 (OJT) 患者安全推進委員会 | 1 | |
| | 患者安全管理者の業務 (OJT) ベイシントセーフティマネジャー全体会議 | 1 | |
| 有事の取り組み | 事故発生時の連携 | 3 | 25 |
| | オープンディスクロージャー | 1 | |
| | 重大死亡事故発生時ににおける医療事故該当性の判断 | 2 | |
| | 標準的医療事故調査手法の修得 | 15 | |
| | 病理からみた医療事故 | 1 | |
| 患者説明・社会との共有 | 3 | | |

| 平時の取り組み (1) 改善のための連携・分析 | 時間 | 総時間 |
|---|------|------|
| 患者の権利の確保～インフォームドコンセント～ | 2 | 36.5 |
| 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 | 5 | |
| 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 | 1.5 | |
| 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 | 2 | |
| 医療情報との連携 | 1 | |
| メーカーとの連携 | 1 | |
| 患者安全に関する外部情報の活用 | 2 | |
| 院内救命・異常早期見付体制の構築 | 1.5 | |
| 施設安全の重要性 | 2 | |
| 院内の安全教育体制 | 3 | |
| TeamSTEPPS (アドバンストコース) 研修 | 1.5 | |
| 他職種とのインシデント検討<転倒転落事故防止・リハビリ> (OJT) | 3 | |
| 品質管理概論 | 5 | |
| トヨタ実践TQM (Total Quality Management) | 1 | |
| 品質管理手法の修得 (概論・実践) | 5 | |
| 問題解決実践コース [®] | 17.5 | |
| QI(Quality Indicator)とQI設定 | 2 | |
| 質向上戦略の構築 | 2 | |
| クリニックバスによる質向上 | 2 | |
| 倫理的諸問題の解決 | 2 | |
| 感染制御との連携～アウトブレイクを中心に～ | 3 | |
| 医療現場における患者の問題行動 | 1.5 | |
| 患者と医療者・対話推進業務の理解 | 3 | |
| 診断エラーの削減 | 2 | |
| 困難な医療者への対応 | 2.5 | |
| 院内弁護士の活動 | 2 | |
| フリーディスカッションと知の創出 | 3 | |
| 総研修時間 | 150 | |

図 18

講師一覧 (名古屋大学)

| 講師氏名 | 所属 / 職位 | 担当科目 |
|------------------------|---|---|
| 長尾 能雅 | 副院長 部長 教授 | 本研修が目指すもの 医療の高度化、複雑化とエラー発生 報告文化の活性化 インシデント・トリアージ 標準的医療事故調査手法の修得 医療過誤を鑑別する 事故発生時の連携 リスク量測定 重大死亡事故発生における医療事故該当性の判断 患者説明・社会との共有 患者安全ラウンド・監査 クリニカル・ガバナンス～医療の規律と起立～ 困難な医療者への対応 医療現場における患者の問題行動 フリーディスクッションと知識の創出 |
| 深見 達弥 | 副部長 病院講師 | 名大病院における患者安全推進活動とJCI (Joint Commission International) 医療過誤を鑑別する MM(Mortality & Morbidity)カンファレンス運営 院内の安全教育体制 TeamSTEPPS研修(アドバンストコース) 患者安全における法的知識の整理 医療過誤を鑑別する 重大死亡事故発生における医療事故該当性の判断 オープンディスクロージャー 患者の権利の確保～インフォームド・コンセント～ 倫理的諸問題の解決 院内弁護士の活動 |
| 北野 文将 | 病院講師 | 医薬品安全管理者との連携 リスク量測定 品質管理手法の修得(実践) |
| 梅村 朋 植村 政和 | 病院助教 病院助教 | 感染制御との連携～アウトブレイクを中心に～ 倫理的諸問題の解決 施設安全の重要性 |
| 八木 哲也 飯島 祥彦 戸松 浩 | 中央感染制御部 部長 教授 医学研究・臨床倫理推進室 室長 特任教授 施設管理課 課長 | 感染制御の連携～アウトブレイクを中心に～ 倫理的諸問題の解決 施設安全の重要性 |

図 19

講師一覧 (名古屋大学以外)

| 講師氏名 | 所属 / 職位 | 担当科目 |
|--------|---|--|
| 青木 洋介 | 佐賀大学医学部国際医療学講座・臨床感染症学分野 教授 副医学部長 | 診断エラーの制御 |
| 伊藤 淳二 | 青森県立中央病院 特定診療部門長・ 整形外科統括 部長 ASUISH第1期生 | クリニカルパスによる質向上 |
| 梅基 一夫 | 一般社団法人 中部品質管理協会 特別講師 | トヨタ実践TQM (Total Quality Management) 問題解決実践(第1回～第6回) |
| 太田原 顕 | 独立行政法人 労働者健康安全機構 山陰労災病院 高血圧内科部長 医療情報管理室部長(兼) ASUISH第2期生 | 医療情報との連携 |
| 落合 甲太 | 淀川労働者厚生協会附属西淀病院 副院長 ASUISH第2期生 | 卒後教育プログラム責任者との連携 |
| 勝村 久司 | 全国難害被害者団体連絡協議会 副代表世話人 | クリニカル・ガバナンス～医療の規律と起立～ |
| 小松 康宏 | 群馬大学大学院医学系研究科 医療の質・安全学講座 教授 | QI(Quality Indicator)との設定 |
| 小松原 明哲 | 早稲田大学理工学術院(創造理工学部) 経営システム工学科 人間生活工学研究室 教授 | エラー発生の原因 |
| 小山 勇 | 埼玉医科大学国際医療センター 名誉病院長 | 質向上戦略の構築 |
| 坂口 美佐 | 公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 部長 | 患者安全に関する外部情報の活用 |
| 三田 哲也 | テルモ株式会社 安全情報管理部長 安全管理責任者 | メーカーとの連携 |
| 相馬 孝博 | 千葉大学医学部附属病院 医療安全管理部 教授 | WHO患者安全力リキュラムガイド |
| 寺井 美峰子 | 公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院 看護部長 | 基本確認行動・国際患者安全目標・対策の基本 RCA(Root Cause Analysis)手法 FMEA(Failure Mode and Effects Analysis)手法 |
| 豊田 郁子 | 患者・家族と医療をつなぐNPO法人架け橋 理事長 | 患者と医療者・対話推進業務の理解 |
| 野口 悟司 | 株式会社日経サービス 聰問 | 医療機器安全管理者との連携 |
| 野崎 公敏 | 豊の国医療教育ボランティア会 会長 | 患者説明・社会との共有 |
| 藤咲 里花 | 豊の国医療教育ボランティア会 | 患者説明・社会との共有 |
| 古谷 健夫 | 株式会社クリエイティブ・クリエイション 代表取締役 | 品質管理概論 品質管理手法の修得(概論) 問題解決実践(第1回～第6回) |
| 細川洋平 | 近江八幡市立総合医療センター病理診断科参事 京都府立医科大学細胞分子機能病理学非常勤講師 | 病理から見た医療事故 |
| 森 浩三 | 一般社団法人 中部品質管理協会 講師 | 問題解決実践(第1回～第6回) |
| 山本 豊 | がん研有明病院 医療安全管理部 部長 MEセンター副センター長 CQSCU第1期生 | 院内救命・異常早期発見体制の構築 |
| 諸富伸夫 | 厚生労働省 医療安全推進室長 | 医療安全施策の動向 |

図 20

国立大学法人東海国立大学機構 名古屋大学大学院医学系研究科
厚生労働行政推進調査事業費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業

第3版

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 メスキュード医療安全基金 コニカミノルタジャパン株式会社
バラテクノ株式会社 バラマウントベッド株式会社

図 21

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

「最高質安全責任者(CQSO)養成研修プログラム」について



名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部 教授
長尾 能雅

名古屋大学では厚生労働省の御支援の下、2019年度より「最高質安全責任者(CQSO)養成研修」を開催しています。運営に際し、御指導、御尽力を頂戴しております多くの皆様に、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。全体をフラッシュアップし、少數精銳、150時間のプログラムとしてリニューアルいたしました。本プログラムの最大の特徴は、修了生が、「実際に患者の安全を確保し、その所属する医療機関のリスク量を低減できるかどうか」に働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、志高く、素晴らしい皆様との出会いを心待ちしております。

| | |
|-----------------------------------|------------------------|
| 募集期間 | 毎年5月1日～6月30日(予定) |
| 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(予定) |
| 募集人数 | 10～20名程度(予定) |
| 期間 | 毎年9月17日「世界患者安全の日」に開講予定 |
| 9月から翌年2月までの7クール(1クール3～5日間) | + 5月に成果報告会 |

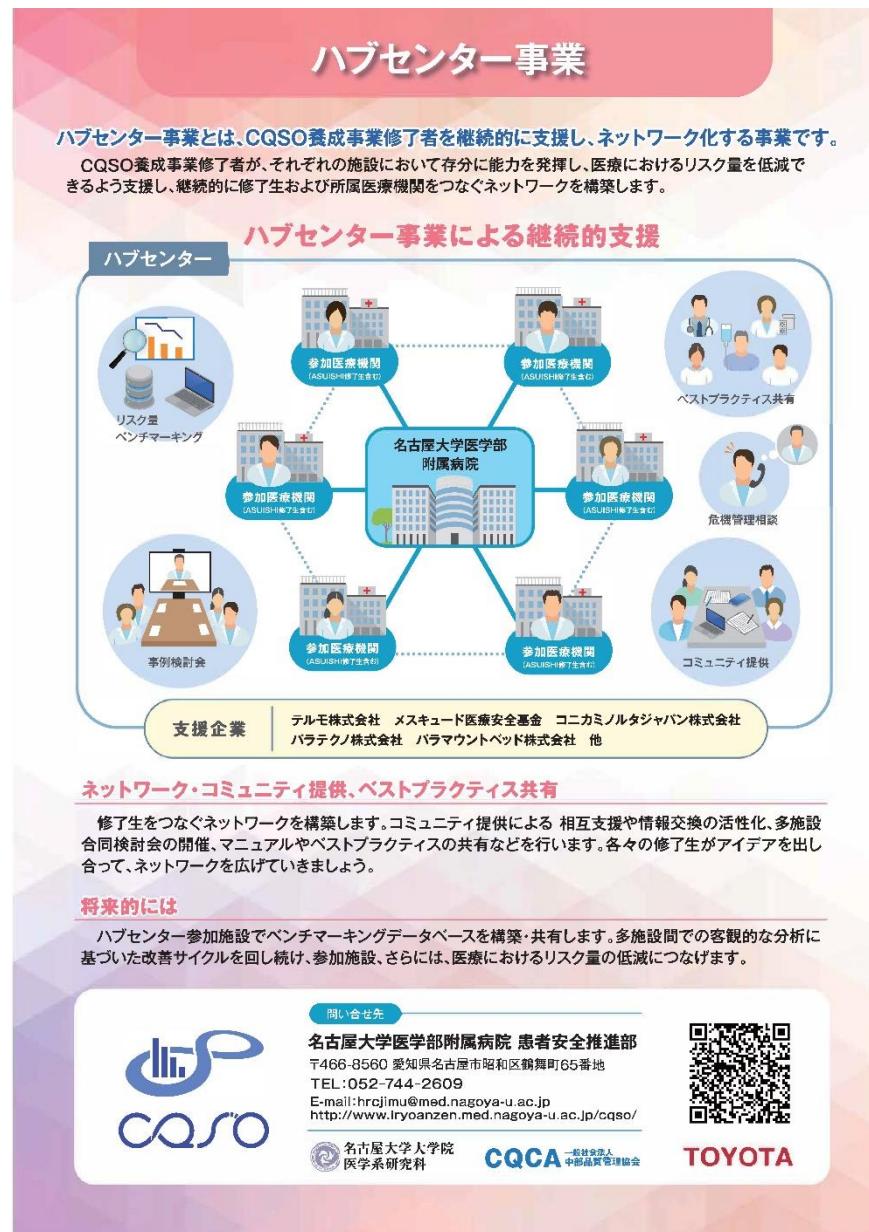


日程の詳細はホームページをご覧下さい。

図 22



图 23



四 24

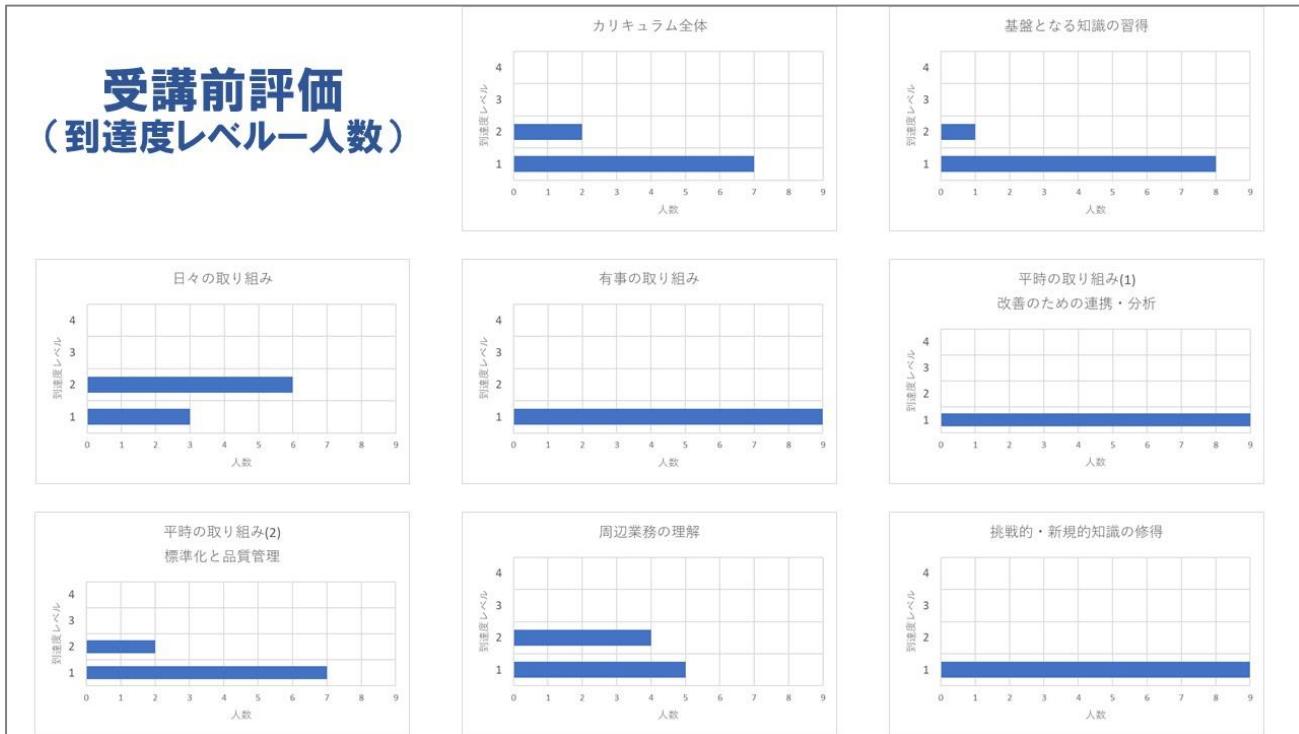


図 25



開講式



世界患者安全の日



講義風景



講義風景(グループワーク)



講義風景(グループワーク)



講義風景 (Web会議)



講義風景 (Web会議)



図 26



図 27

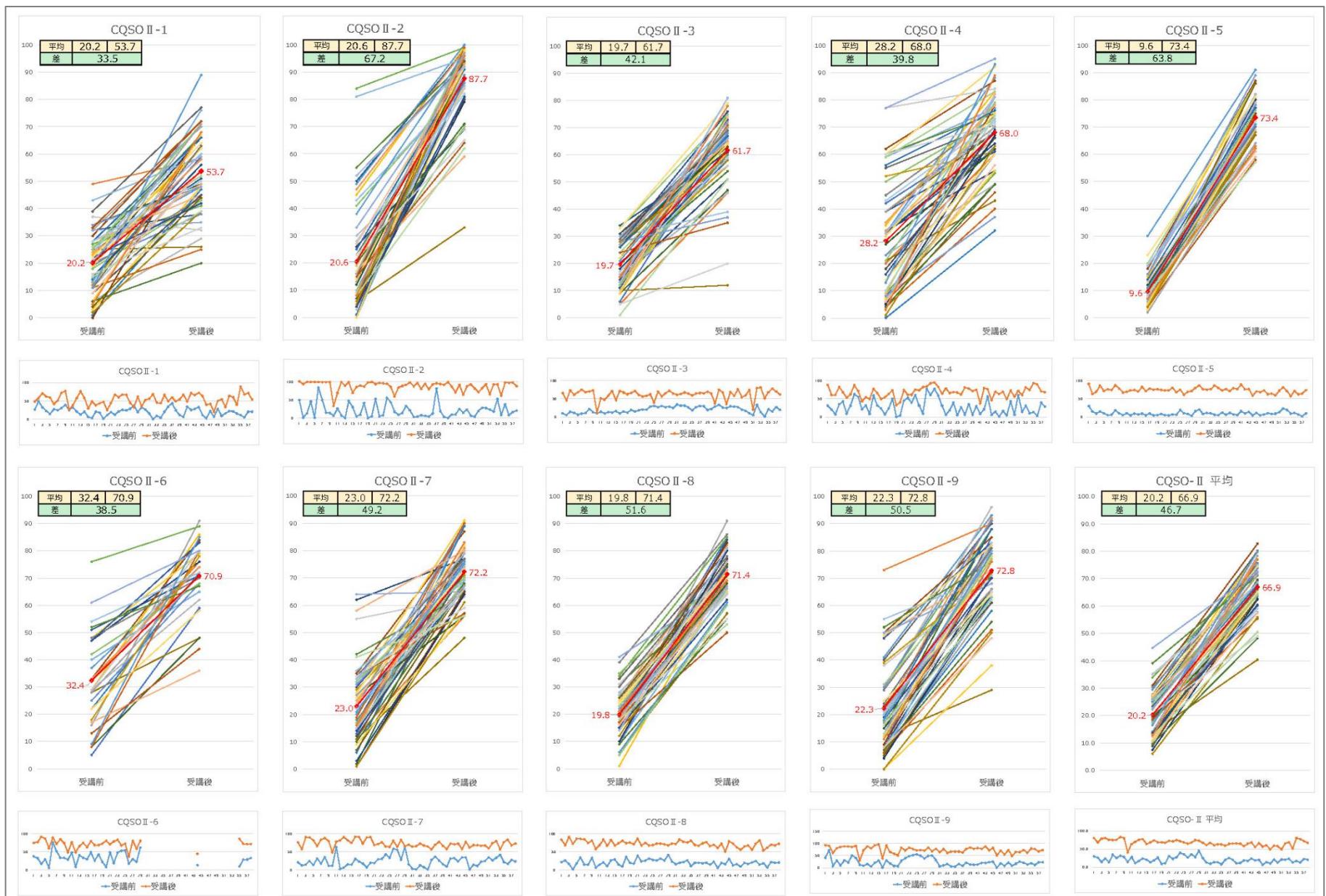


図 28

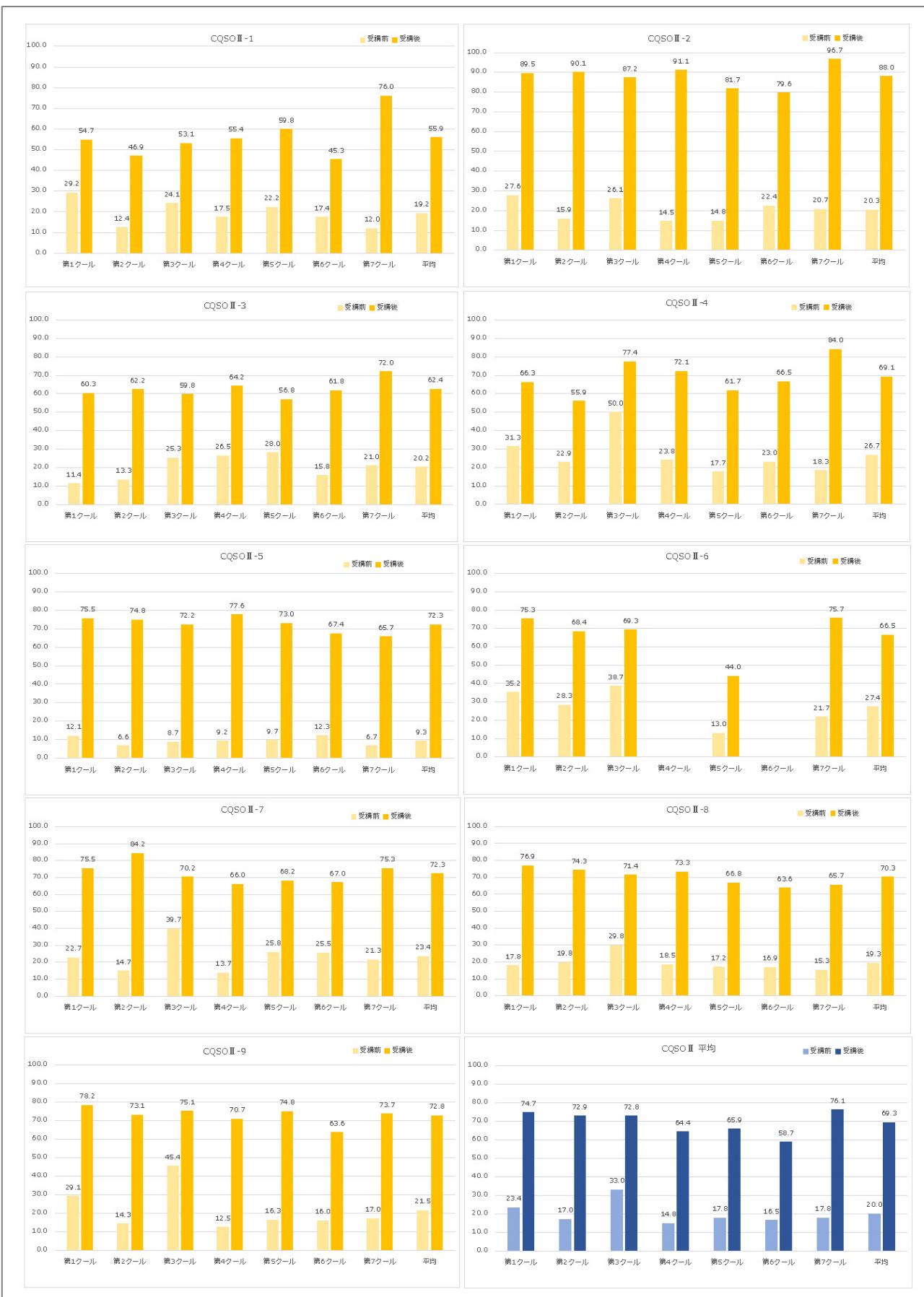


図 29

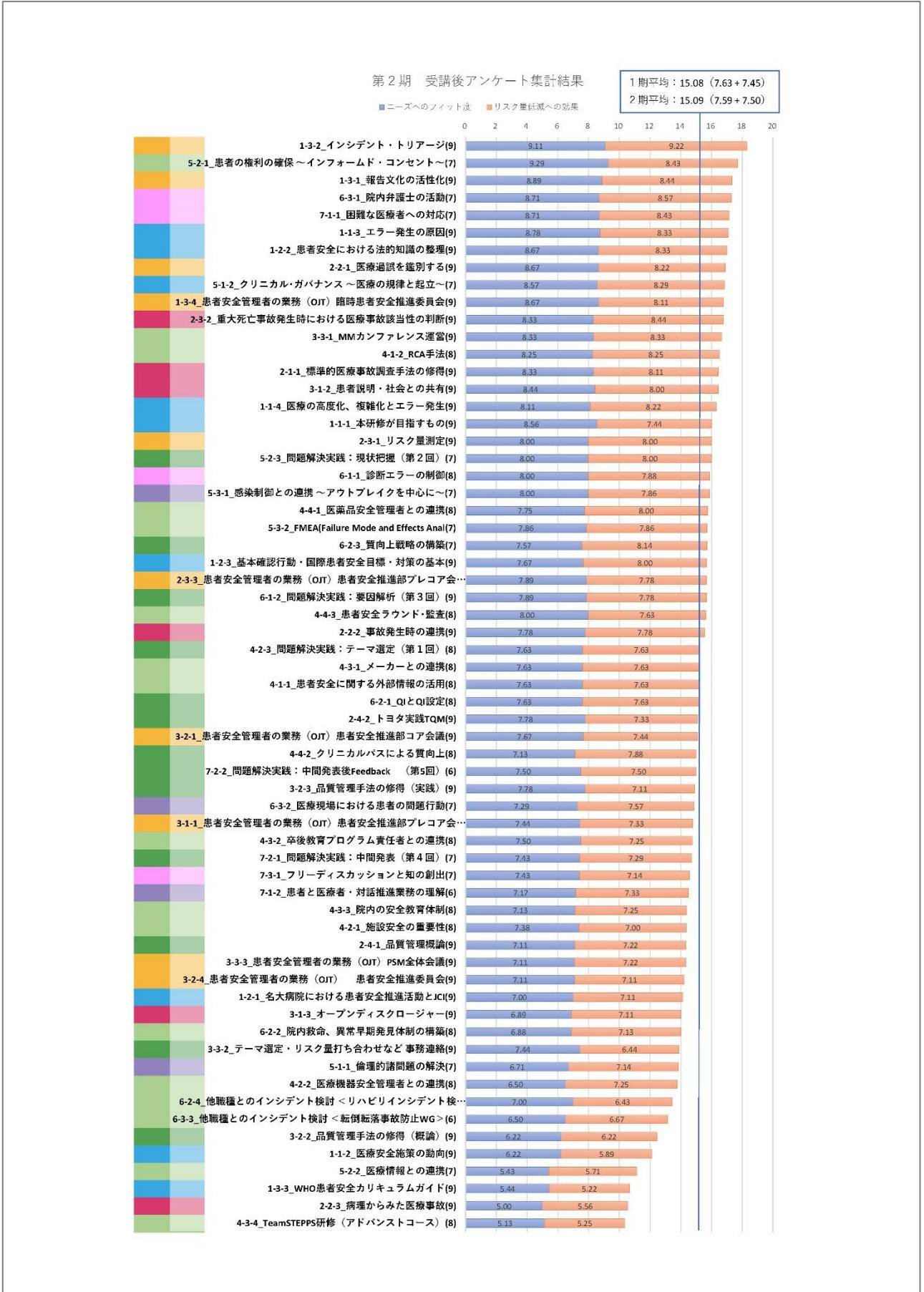


図 30

CQSO第1期生フォローアップ研修会

- ・2021年2月27日14:30～17:00開催
- ・問題解決のその後について、トヨタの講師を招きフォローアップ。



図 31

ASUISHI・CQSOハブセンター研究会

- ・2021年1月9日13:30～17:30開催
- ・参加者82名：修了生：45名（／97名）、同僚：37名
- ・COVID-19感染症拡大の影響下における患者安全について議論。



図 32

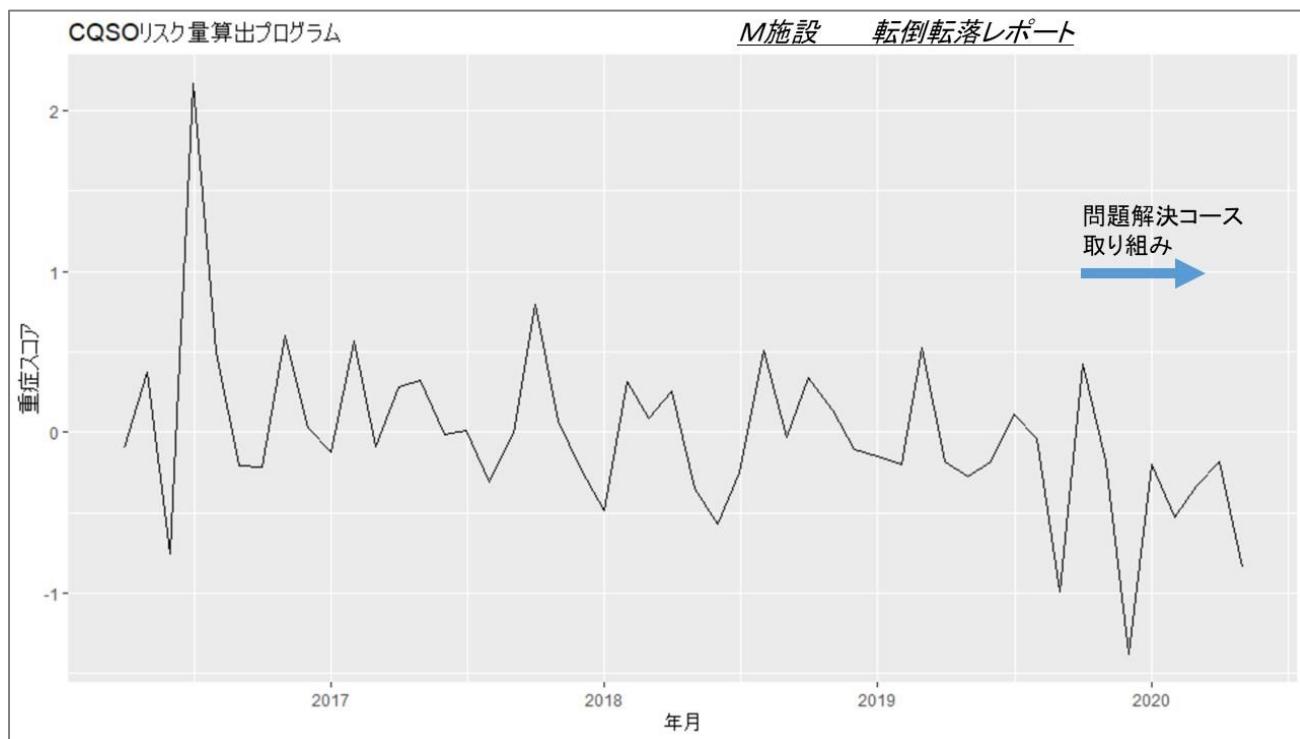


図 33

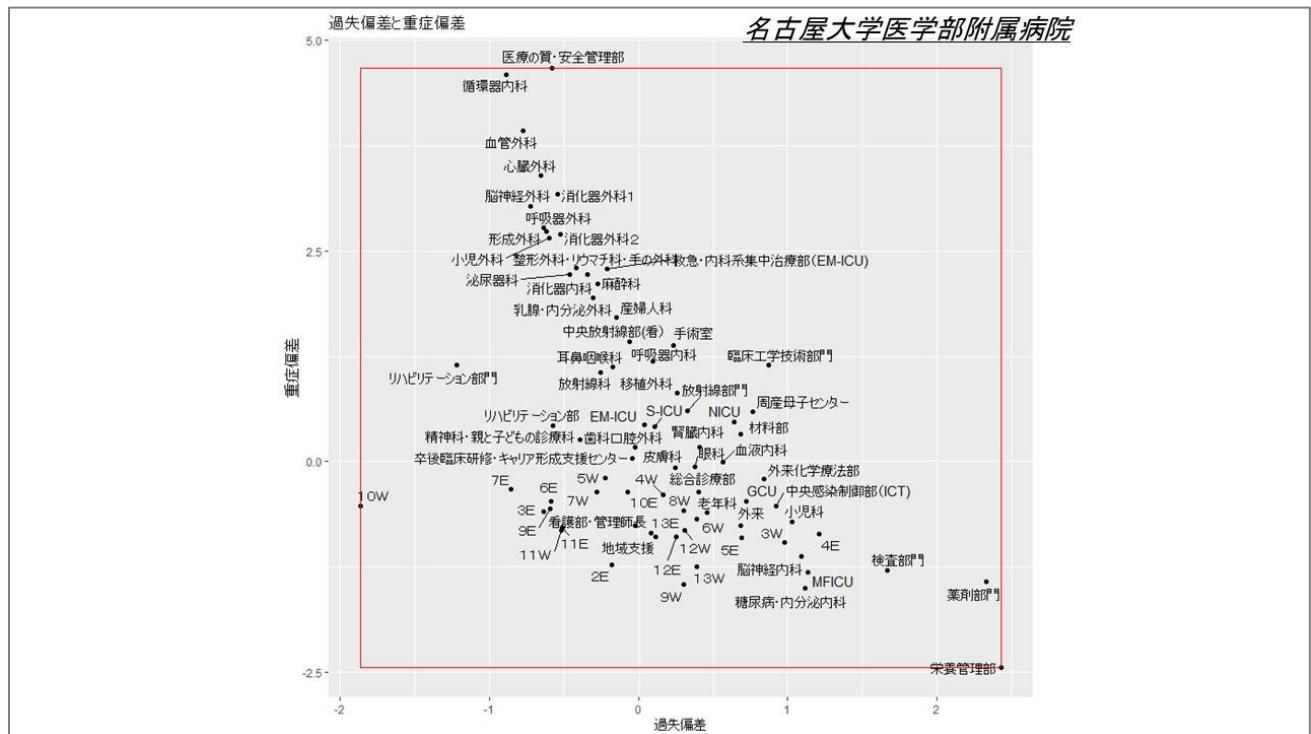


図 34

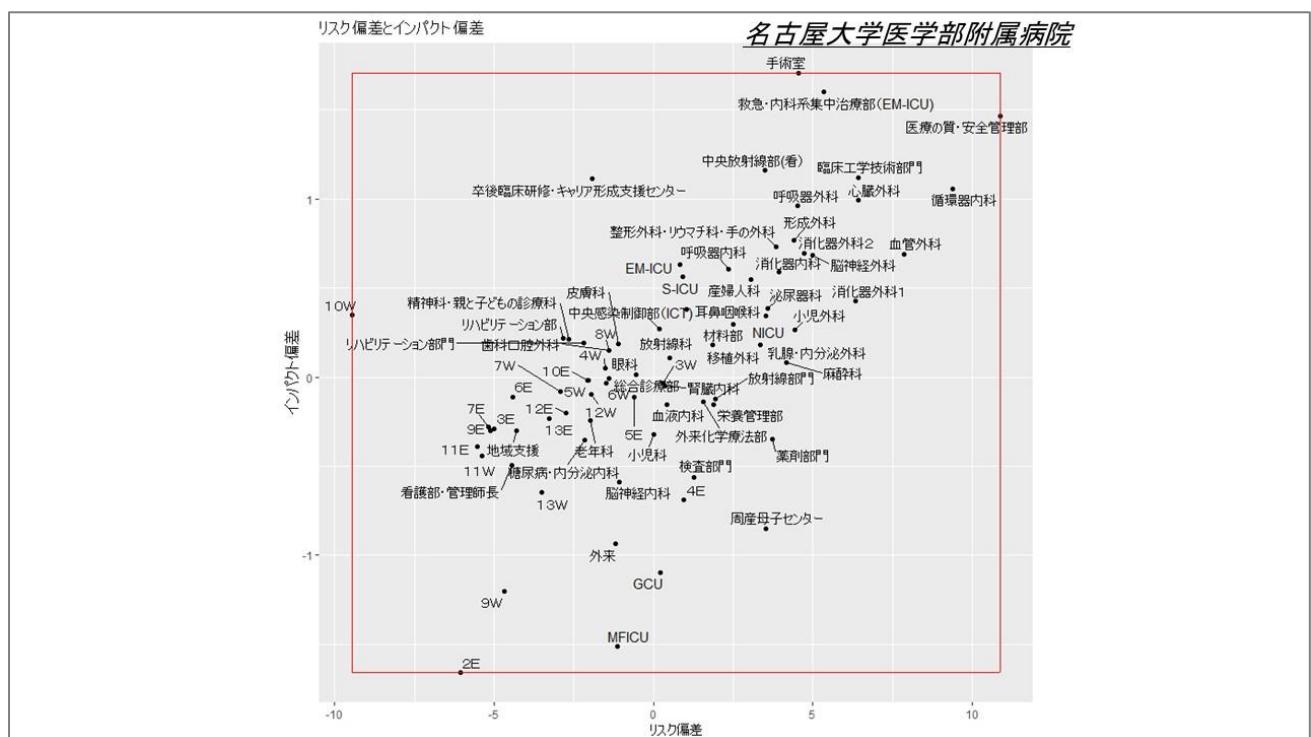


図 35

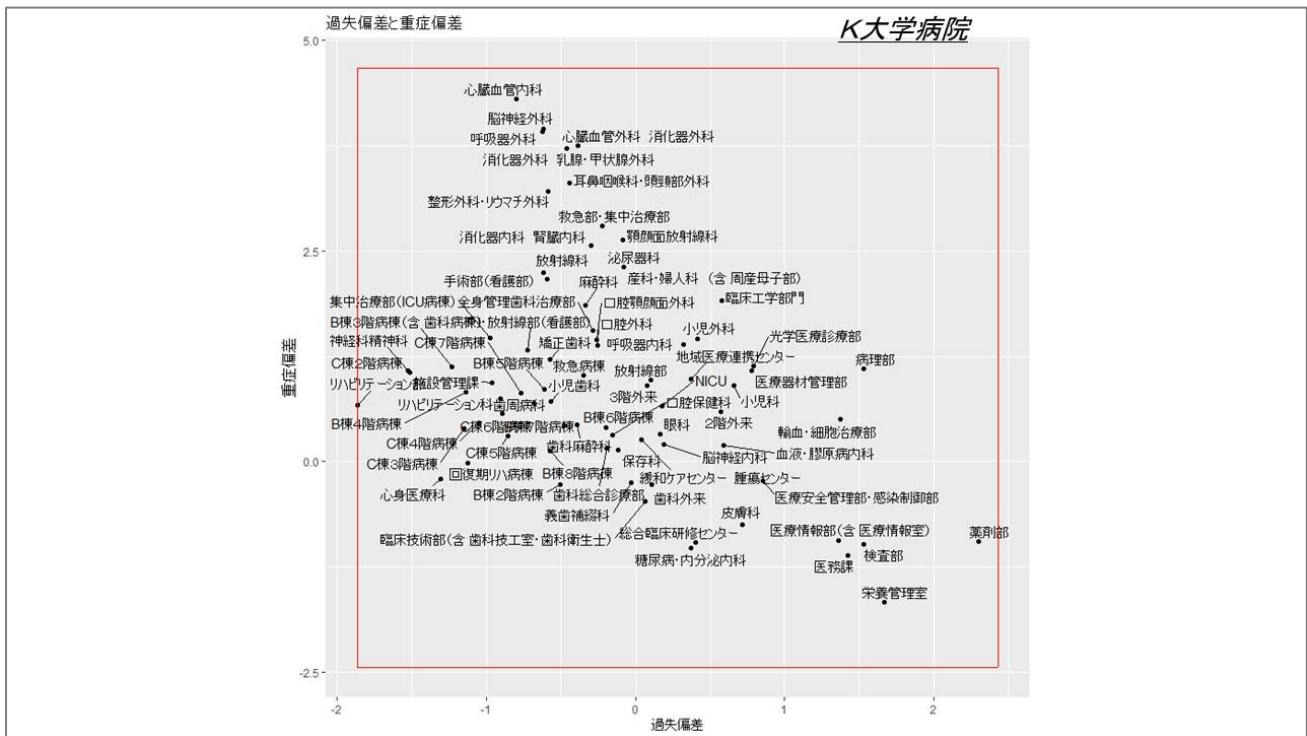


図 36

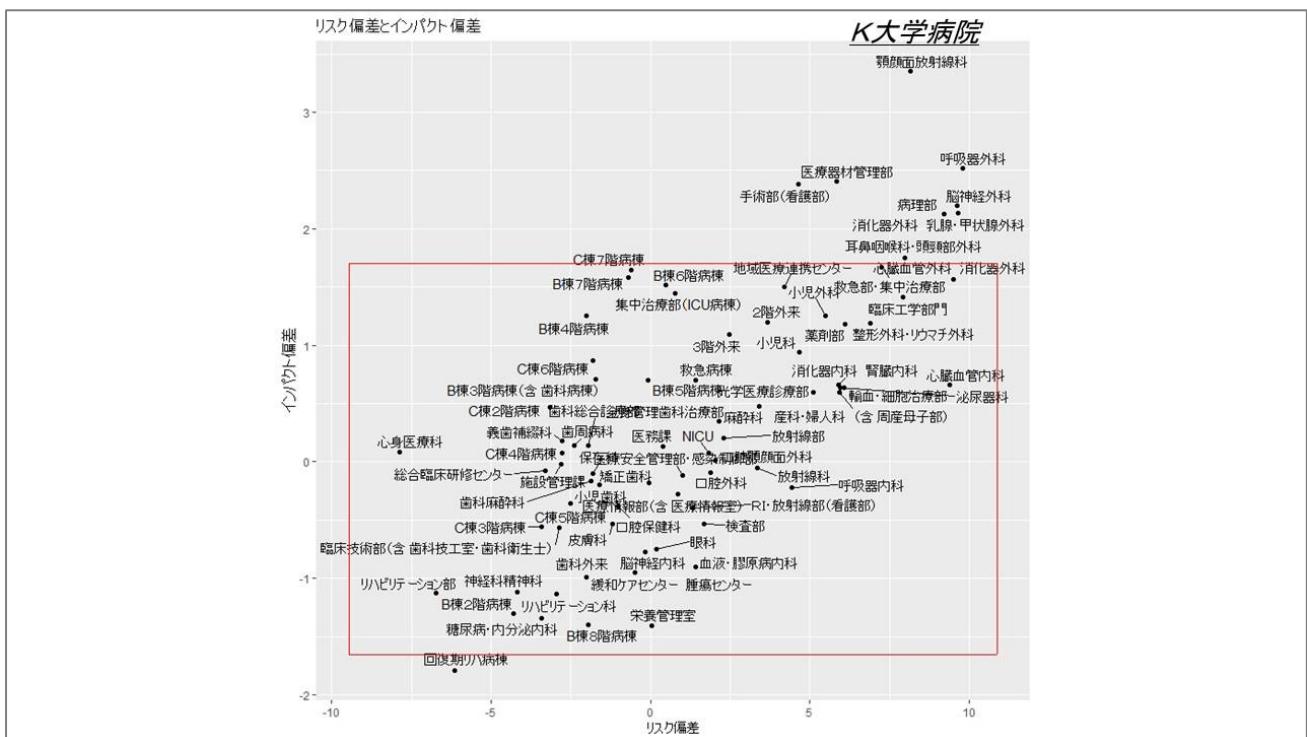


図 37

【精度向上】辞書更新

- ・標準病名マスター(25,678語) 2018年4月1日改訂
<http://www2.medis.or.jp/stdcd/byomei/index.html>

- ・看護用語・一般医療用語(看護文書5万語、看護学教科書索引4万語、看護師国家試験1万語、Web公開用語3万語)ComeJisyo

<https://ja.osdn.net/projects/comedic/>

図 38

【計算式多様化】センチネル(sentinel、警鐘)スコア

- ・名古屋大学医学部附属病院の患者安全推進部**コア会議**に上げられたレポートを教師データとする。



図 39

| 非コアでハイスクロ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|------------|-----|----------|------|------|-----|----|----|------|-----|-----|-----|-----|----|----|----|-----|----|---|---|---|
| No. | レポート番号 | 投票分 | 仕事共 有 | コメント | 発生日時 | 報告者 | 職種 | 所属 | 経験年数 | 当職種 | 当所属 | 診療科 | 疾患名 | 患者 | 年齢 | 性別 | 影響度 | 種類 | 認 | 状況【背景】<提案>(追記事項) | テキストスコア |
| 26 | 2021050116 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 検査へ行く前にリストバンド着用しているか確認すべきであった。入院をとる際は、リストバンドをつける。なければ取り寄せをすればよいべきであった。 祝日に検査入院された患者、本日検査のため出掛するリストバンドがないことが検査直前で判明。カルテ袋にもリストバンドがない。 リストバンドを発行して貰い、患者誤認なく、検査を実施することができた。【入院が祝日であり、入院窓口を通り、入院となった。 そのためリストバンドが病棟になかった。】<入院をとる際は、入院時カウンターでリストバンド着用する。 病棟になければすぐ取り寄せる。>() | [I] 1.97 [R] 1.74 [U] -1.18 [E] 0.76 [G] 2.04 [C] 患者語認 |
| 27 | 2021050132 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 肝門部胆管癌肝切除の術後63日目。各種合併症で複数回手術、処置歴あり。肝不全、腎不全で長期ICU滞在中。 少量ストーマと肛門から下血あり、下部内視鏡検査を依頼した。肛門からの全結腸観察時に状結腸に穿孔と血腫を認めた。CTでも(4日前には認めなかつた)血腫を認めた。大腸穿孔、腹膜炎の臨床診断で下腹部開腹したが、5分程度で800mLの出血あり循環動態は崩れていった。腸間膜血腫を認める出血部位は不明であったため、その検索は危険と考えた。ガーゼ10枚を連結し、パッキングし閉腹し終了した。【<ICU長期入室中の状態不良の患者であるため、上級者が行うよかつかもしれない。】>(医原性損傷であるが、止血はできずに終了している。この出血が直接死因となる可能性は高い。また、ガーゼパッキングとして意図的にガーゼが10枚腹腔内に遺残させている。) | [I] 3.06 [R] 39.47 [U] 13.64 [E] -1.41 [G] 0.79 |
| 28 | 2021050169 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12時間の申し込みに対して16時間を要した【長時間手術であることは予見していたが、予想以上に時間を要した】<正確な時間を記載することをとめるべきであった。>() | [I] 0.73 [R] 10.46 [U] 4.26 [E] -0.82 [G] -0.32 |

40

令和3年2月26日

医師以外の資格を有し院内で医療安全管理者としてご活躍されている方へ

令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金地域医療基盤開発推進研究事業
「医療安全に専門性を有する医師人材養成および医療機関のリスク量測定に関する研究」
研究代表者：名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部 長尾能雅

アンケートへのご回答のお願い（Web）

私たちはこれまで医師向けの患者安全教育とその教育効果の測定を行ってまいりました（平成26年～平成30年「明日の医療の質向上をリードする医師養成プログラム」、平成30年～現在「最高質安全責任者養成研修」）。令和2年度からは引き続き、厚生労働行政推進調査事業費補助金地域医療基盤開発推進研究事業として「医療安全に専門性を有する医師人材養成および医療機関のリスク量測定に関する研究」に取り組んでおります。本研究では、特に、医師の患者安全業務への関わり方、また今年度急速に拡大したCOVID-19感染症の影響下における患者安全への影響について、調査を実施致します。皆様が普段の患者安全活動において感じておられることをご回答いただければと存じます。

ご回答いただいた内容は、本研究のみに使用し、それ以外には使用致しません。また本研究の結果の公表については、集計値のみを公表し、個別のご回答内容は公表致しません。本研究は名古屋大学大学院医学系研究科観察研究専門審査委員会の承認（番号：2020-0457）を得て実施し、個人情報保護法等の法令を遵守致します。

ご協力の程、何卒よろしくお願い申し上げます。

ご回答URL：<https://mhnu.rviewer.cloud>（裏面の回答方法もご参照ください）

ご回答期限：令和3年3月21日（日）

| | | |
|-------|-------|------------------------------|
| 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 教授 |
| 研究分担者 | 大川淳 | 東京医科歯科大学 教授 |
| | 遠山信幸 | 自治医科大学医学部 消化器外科学 医療安全学 教授 |
| | 南須原康行 | 北海道大学病院 医療安全管理部 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 | 東京医科歯科大学医学部 医療の質・安全管理学分野 准教授 |
| | 田辺公一 | 名城大学 薬学部 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 | 名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部 助教 |

図 41

ご回答方法

パソコンのWebブラウザ（Google Chromeなど）で、

https://mhnu.rviewer.cloud

にアクセスしてください。

別紙に記載してあるログインID、パスワードを使用してログインしてください。

図 42

| 大項目 | 大項目名 | 質問番号 | 質問(全文) | 回答形式 |
|-----|--------|------|---|----------------|
| 1 | はじめに | 1 | 貴院の医療機関名をご記入ください。※医療機関名はアンケートの集計、解析のみに用います。 | フリーテキスト |
| | | 2 | 貴院の診療報酬上の病床数を教えてください。 | 数値 |
| | | 3 | 貴院の臨床に携わる医師数を教えてください。 | 数値 |
| | | 4 | 貴院は特定機能病院ですか？ はい いいえ | ラジオ |
| | | 5 | 貴院は地域医療支援病院ですか？ はい いいえ | ラジオ |
| | | 6 | 貴院の2020年4月以降の手術件数は何件ですか？ | 数値 |
| | | 7 | ご回答される方の職種をお答えください。一つだけ選択してください。 看護師・助産師 薬剤師 臨床検査技師 診療放射線技師 その他 | ラジオ |
| 2 | 医療安全体制 | 8 | 貴院の医療安全対策加算の取得状況を教えて下さい。 加算1を取得している 加算2を取得している 取得していない わからない | フリーテキスト ラジオ |
| | | 9 | 貴院の医療安全対策地域連携加算の取得状況を教えて下さい。 加算1を取得している 加算2を取得している 取得していない わからない | ラジオ |
| | | 10 | 貴院の医療安全の責任者は誰が務めていますか？ 病院長 副病院長 その他 | ラジオ |
| | | 11 | 貴院では上記以外の医師が医療安全活動に関与していますか？ はい いいえ | フリーテキスト ラジオ |
| | | 12 | 8に該当する医師で、「専従」として医療安全管理に携わる医師数を教えてください。※全業務に占める医療安全業務の割合が80%以上の方を専従と定義します。 | 数値 |
| | | 13 | 「専従医師」がいる場合、最も長い人で専従医師となって何年目ですか？ | 数値 |
| | | 14 | 医療安全管理者養成研修40時間研修を受けた専従医師は何人いますか？ | 数値 |
| | | 15 | その後、最も研修を受けた専従医師で、追加で何時間程度研修（アドバンストコース等）を受けていますか？ | 数値 |
| | | 16 | 8に該当する医師で、「専任」として医療安全管理に携わる医師数を教えてください。※全業務に占める医療安全業務の割合が50～79%の方を専任と定義します。 | 数値 |
| | | 17 | 「専任医師」がいる場合、最も長い人で専任医師となって何年目ですか？ | 数値 |
| | | 18 | 医療安全管理者養成研修40時間研修を受けた専任医師は何人いますか？ | 数値 |
| | | 19 | その後、最も研修を受けた専任医師で、追加で何時間程度研修（アドバンストコース等）を受けていますか？ | 数値 |
| | | 20 | 8に該当する医師で、「兼任」として医療安全管理に携わる医師数を教えてください。※全業務に占める医療安全業務の割合が50%未満の方を兼任と定義します。 | 数値 |
| | | 21 | 「兼任医師」がいる場合、最も長い人で兼任医師となって何年目ですか？ | 数値 |
| | | 22 | 医療安全管理者養成研修40時間研修を受けた兼任医師は何人いますか？ | 数値 |
| | | 23 | その後、最も研修を受けた兼任医師で、追加で何時間程度研修（アドバンストコース等）を受けていますか？ | 数値 |
| | | 24 | 「専従」として医療安全管理に携わる看護師数を教えてください。※全業務に占める医療安全業務の割合が80%以上の方を専従と定義します。 | 数値 |
| | | 25 | 「専任」として医療安全管理に携わる看護師数を教えてください。※全業務に占める医療安全業務の割合が50～79%の方を専任と定義します。 | 数値 |
| | | 26 | 「専従」として医療安全管理に携わる薬剤師数を教えてください。※全業務に占める医療安全業務の割合が80%以上の方を専従と定義します。 | 数値 |
| | | 27 | 「専任」として医療安全管理に携わる薬剤師数を教えてください。※全業務に占める医療安全業務の割合が50～79%の方を専任と定義します。 | 数値 |
| | | 28 | 医師、看護師、薬剤師以外で医療安全業務に専従、または専任として携わっている職種があれば教えてください。全業務に占める医療安全業務の割合が80%以上を専従、50～79%を専任と定義します。 | フリーテキスト |
| 3 | 医療安全活動 | 29 | 2019年度における貴院のインシデント・アクシデント報告総数をご記入ください。 | 数値 |
| | | 30 | 2019年度における貴院でのヒヤリット（患者影響度レベル0，1）の報告割合（%）をご記入ください。分母：2019年度の全てのインシデント・アクシデント報告数 | 数値 |
| | | 31 | 2019年度における貴院での医師によるインシデント・アクシデント報告数をご記入ください | 数値 |
| | | 32 | 2019年度における貴院での医師によるヒヤリット（患者影響度レベル0，1）の報告割合（%）をご記入ください。分母：2019年度の医師による全てのインシデント・アクシデント報告数 | 数値 |
| | | 33 | 貴院では、インシデント・アクシデント報告の読解や医学的重要性に応じた仕分けを行っていますか？ よく行っている ときどき行っている | ラジオ |

図 43

| | | | |
|----|--|--|----------------------------|
| | | まれに行っている ほとんど行っていない | |
| 34 | 貴院の医療安全管理部門において、インシデント・アクシデントの改善のための会議（定期、不定期、臨時を含む）を2020年の4月以降で何回程度開催しましたか？（インシデント検討会等。M&Mカンファレンスは除く） | 数値 | |
| 35 | 貴院の医療安全管理部門において、院内で公式に行ったラウンドの回数は何回ですか？ | 数値 | |
| 36 | 貴院の医療安全管理部門では、アクシデントや重大事故発生時の治療のための連携や、関係医師らとの緊急会議などを行っていますか？ よく行っている ときどき行っている まれに行っている ほとんど行っていない | ラジオ | |
| 37 | 貴院の医療安全管理部門では、アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断を行っていますか？ よく行っている ときどき行っている まれに行っている ほとんど行っていない | ラジオ | |
| 38 | 貴院の医療安全管理部門において、医療事故調査制度における医療事故が疑われる死亡についての病理剖の際、病理医と医療安全管理部門は連携していますか？ よく連携している ときどき連携している まれに連携している ほとんど連携していない 病理剖はほとんど行っていない | ラジオ | |
| 39 | 貴院の医療安全管理部門において、医療事故調査制度における医療事故が疑われる死亡についてのAI撮影の際、放射線科医と医療安全管理部門は連携していますか？ よく連携している ときどき連携している まれに連携している ほとんど連携していない AI撮影はほとんど行っていない | ラジオ | |
| 40 | 医療事故調査制度下における医療事故調査件数を教えてください。（制度開始後～） | 数値 | |
| 41 | 医療事故調査対象とするかの判断のための会議を何回開催しましたか？（制度開始後～） | 数値 | |
| 42 | 直近2年間でM&Mカンファレンスは何回開催しましたか？ | 数値 | |
| 43 | 貴院の医療安全管理活動の改善のためのPDCAサイクルの実施状況を教えて下さい。 PDCAを行っており、数値に基づいて評価（C）している PDCAは行っているが、不十分である。 PDCAは行ってない | ラジオ | |
| 44 | 貴院では、医療事故調査において、有効な再発防止策の立案をしていますか？ よく行っている ときどき行っている まれに行っている ほとんど行っていない | ラジオ | |
| 4 | 日常業務 | あなたは貴院の医療安全管理の体制に満足していますか？ 不満～満足 | VASスケール |
| | | 不満を感じている場合、次のどれに当てはまると思いますか？ 医療安全管理スタッフの人数の不足 医療安全管理スタッフのスキルや積極性の不足 医師の協力不足 上層部の理解不足 他部署の協力不足 | チェック |
| | | 上記で「医師の協力不足」の場合、次のどれに当てはまると思いますか？ 医療安全担当医師が少ない 医療安全担当医師のスキルや積極性の不足 医療安全担当医師の理解不足 他部署の医師の協力不足 | チェック |
| | | 貴院の医療安全責任者（院長や副院長）の医療安全活動に対する姿勢についてお尋ねします。 消極的～積極的 否定的～肯定的 その理由 | VASスケール VASスケール テキスト |
| | | 医療安全管理部の医師の医療安全活動に対する姿勢についてお尋ねします。 消極的～積極的 否定的～肯定的 その理由 | VASスケール VASスケール テキスト |
| | | 医療安全管理部の医師は全てのインシデント・アクシデントレポートを読んでいますか？ 全て読んでいる 一部読んでいる 全く読んでいない 「一部読んでいる」場合、どのようなレポートを読んでいますか？ | ラジオ テキスト |
| | | あなたの病院は社会から求められている医療安全管理業務を実施できていると思いますか？ できていない～できている | VASスケール |
| | | この間、COVID-19の重症患者の入院のために準備した病床数（最大値）をご記入ください。 | 数値 |
| | | COVID-19の重症患者に実際に使用した病床数（最大値）をご記入ください。 | 数値 |
| 5 | COVID-19診療 | | |

図 44

| | | | |
|---|------------|--|---------|
| | | 54 この間、COVID-19の疑い、あるいは軽症患者の入院のために準備した病床数（最大値）をご記入ください。 | 数値 |
| | | 55 COVID-19の軽症患者に実際に使用した病床数（最大値）をご記入ください。 （COVID-19患者を受け入れた医療機関の場合）この間、COVID-19の入院を受け入れたことにより、日常診療に影響がありましたか？ | 数値 |
| | | 56 ない～多大な影響があった | VASスケール |
| | | 57 影響の内容 | フリーテキスト |
| 6 | COVID-19影響 | 58 COVID-19の流行により、患者安全活動への影響がありましたか？ | VASスケール |
| | | 59 ない～多大な影響があった | VASスケール |
| | | 60 COVID-19対応において、患者安全部門と感染制御部門の役割分担は明確でしたか？ | VASスケール |
| | | 61 あいまい～明確 | VASスケール |
| | | 62 COVID-19下において、患者安全業務が確保できていますか？ | VASスケール |
| | | 63 確保できていない～確保できている | VASスケール |
| | | 64 COVID-19の流行により、患者の医療事故のリスクは変化しましたか？ | VASスケール |
| | | 65 患者は安全になった～極めて危険になった | VASスケール |
| | | 66 危険になったと感じる場合、その理由をお聞かせください | フリーテキスト |
| | | 67 安全になったと感じる場合、その理由をお聞かせください。 | フリーテキスト |
| | | 68 以下の中で、影響のあった業務を挙げてください。（複数選択可） | チェック |
| | | インシデントレポート収集 | |
| | | 医療事故調査 | |
| | | 患者安全に関する緊急の会議 | |
| | | インシデント検討会やワーキング | |
| | | PDCA活動 | |
| | | 医療安全研修の運営 | |
| | | その他 | フリーテキスト |

図 45

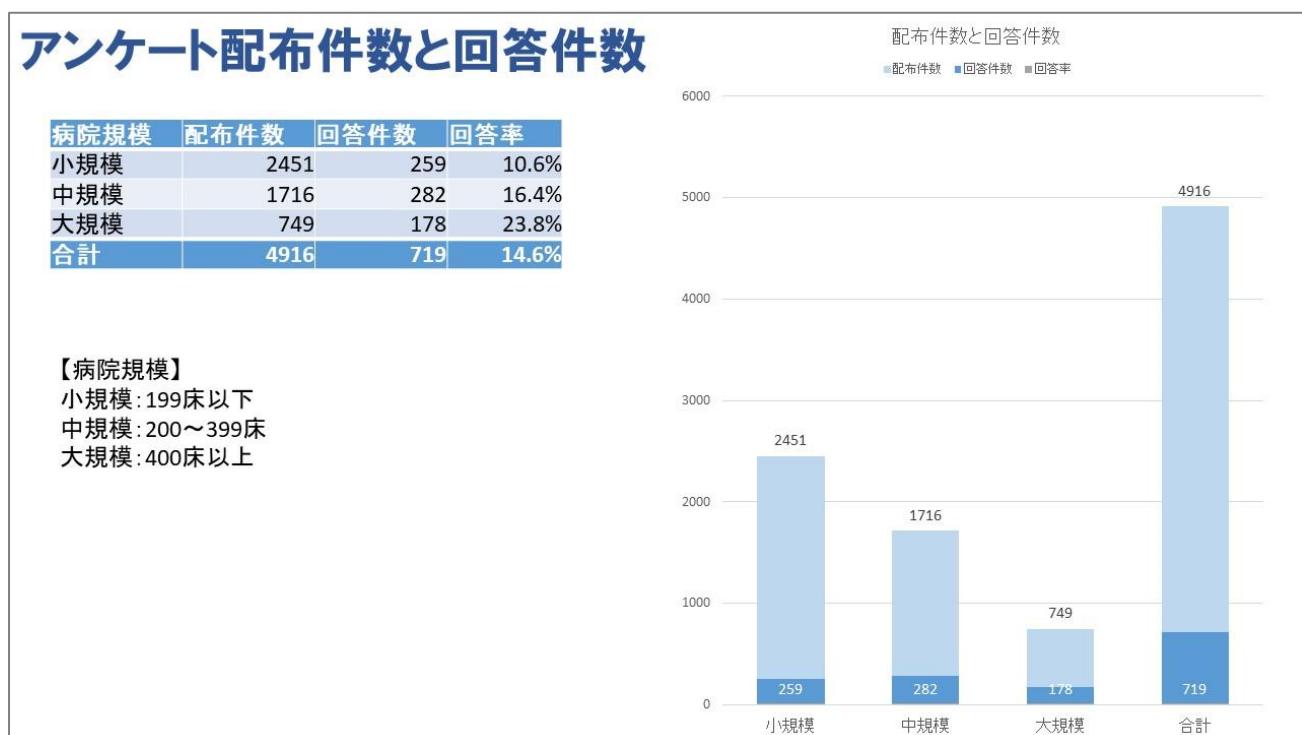


図 46

病院規模と専従医師の存在

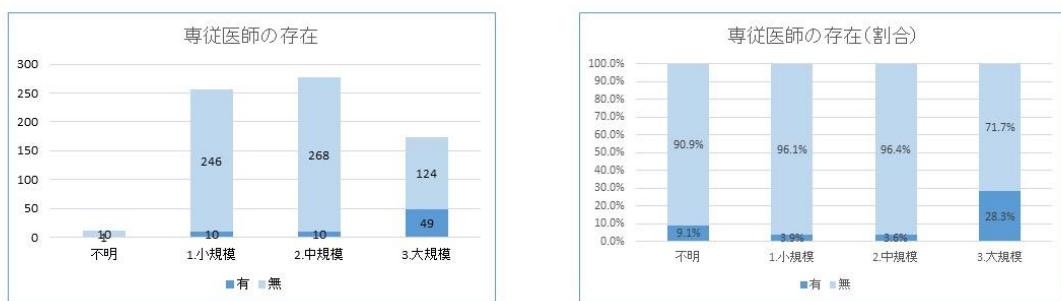


図 47

病院規模と専任医師の存在

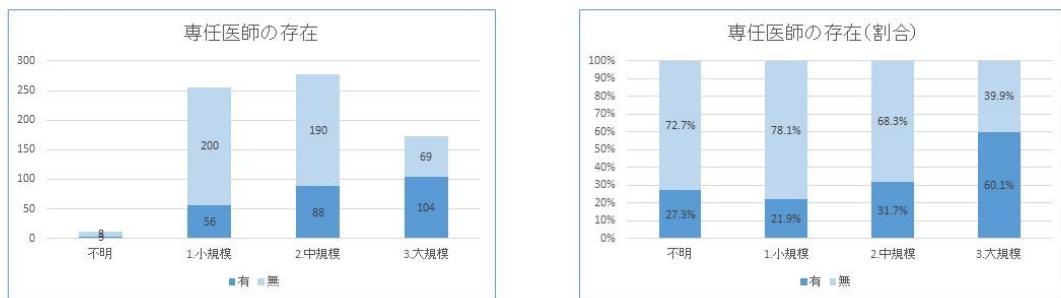


図 48

病院規模と兼任医師の存在

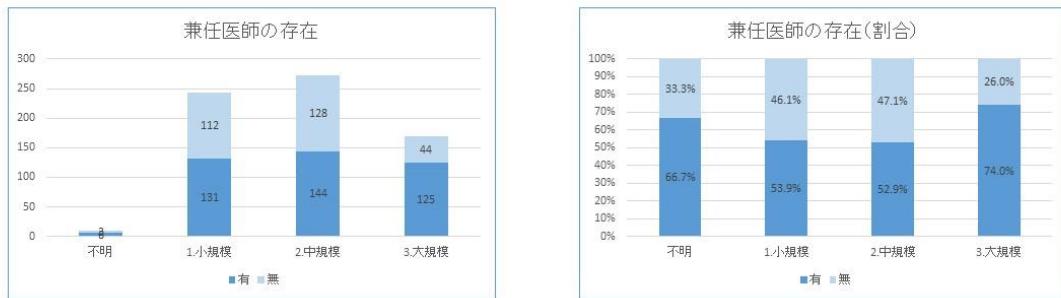


図 49

体制満足度、ニーズ充足度、安全責任者・安全医師の積極性・肯定性(医師区分)



図 50

医療安全活動(医師区分)

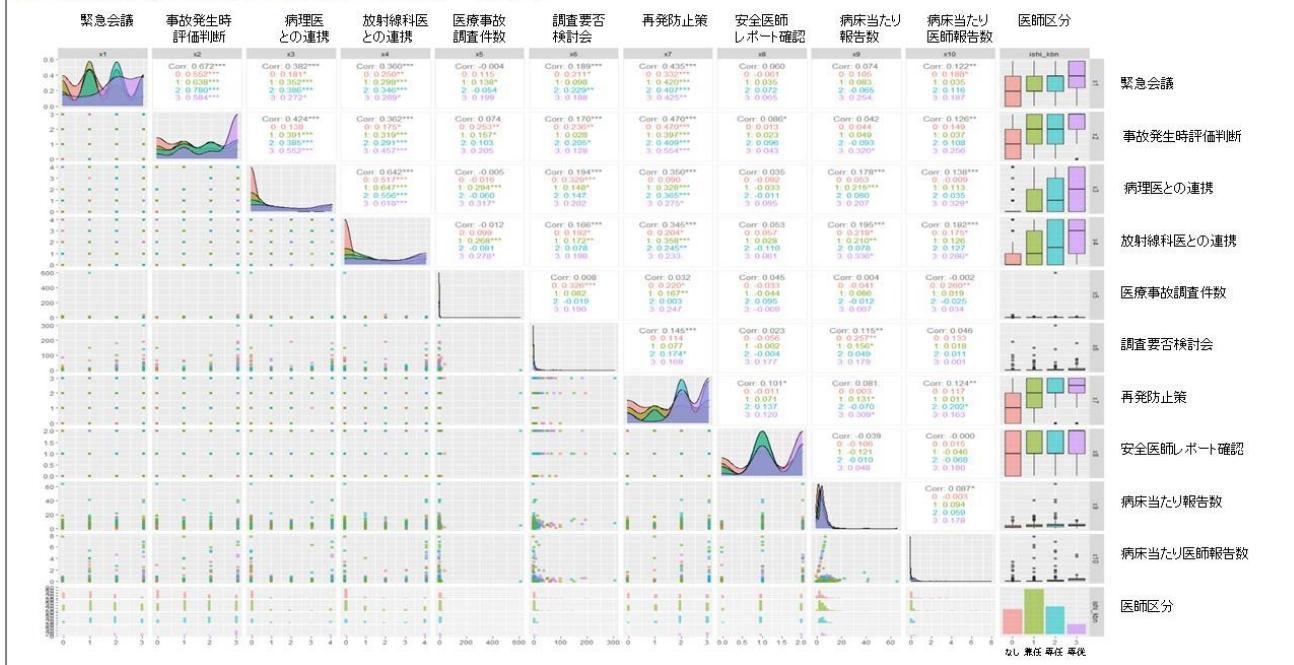
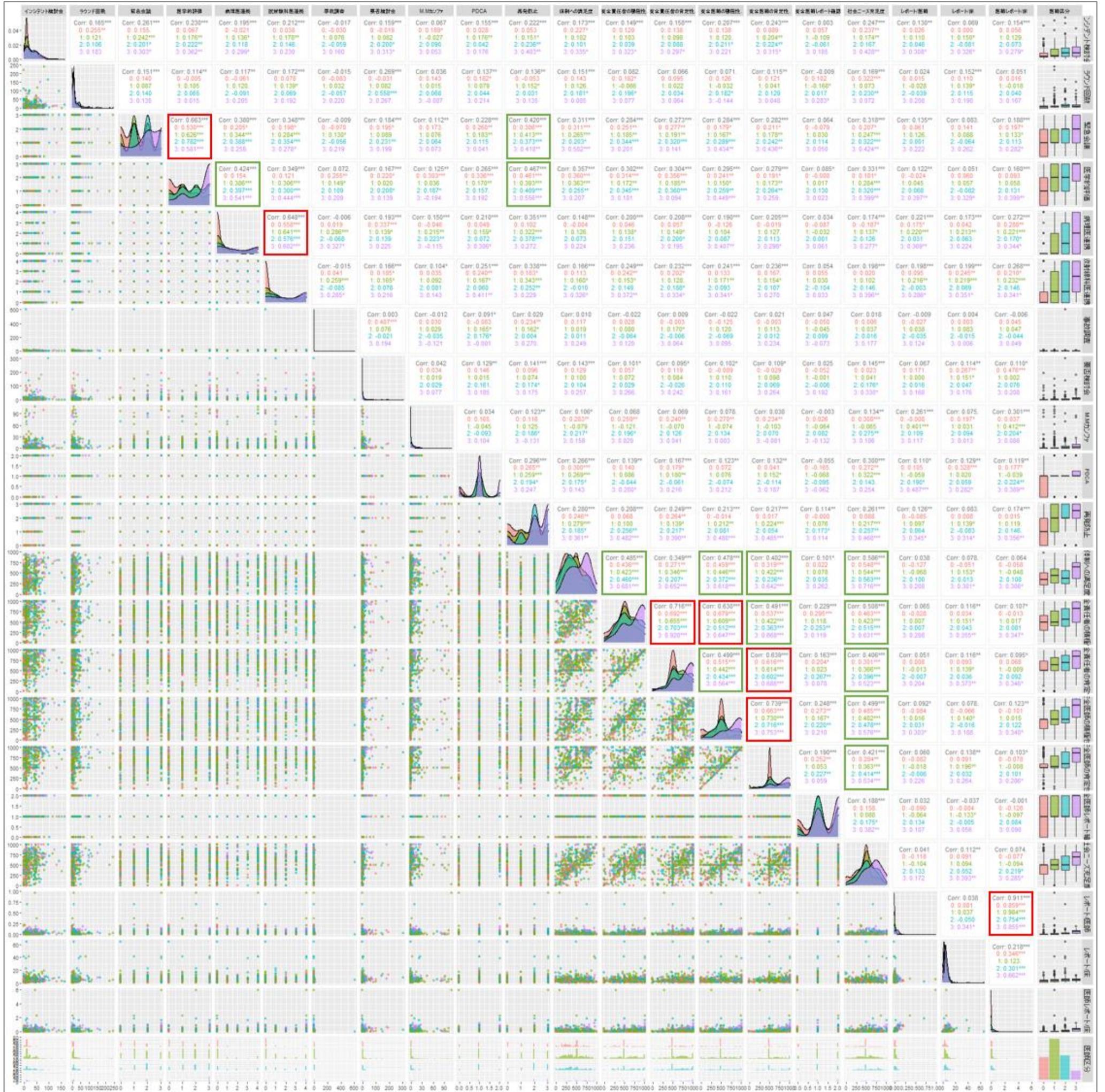


図 51

COVID-19影響(医師区分)



図 52



53

レポート数／病床数

Q29. 2019年度における貴院のインシデント・アクシデント報告総数をご記入ください。

数値入力

図 54

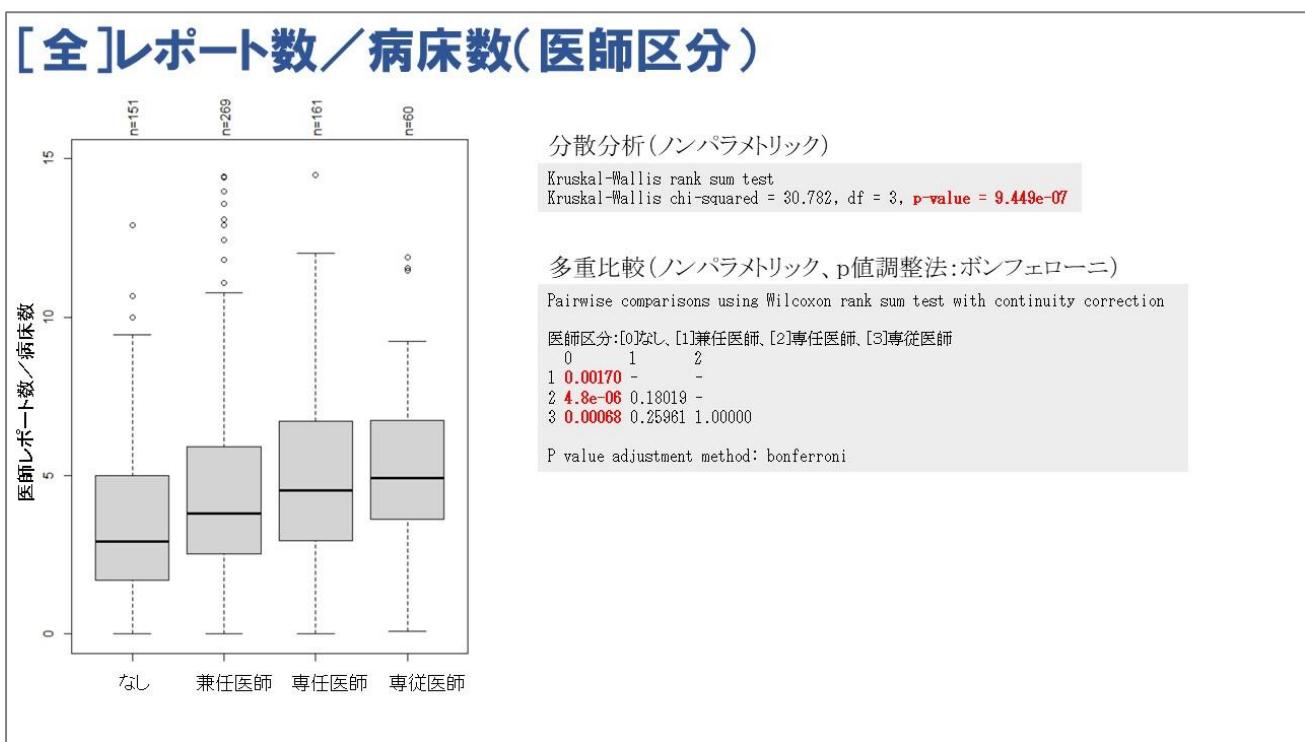


図 55

[大]レポート数／病床数(医師区分)

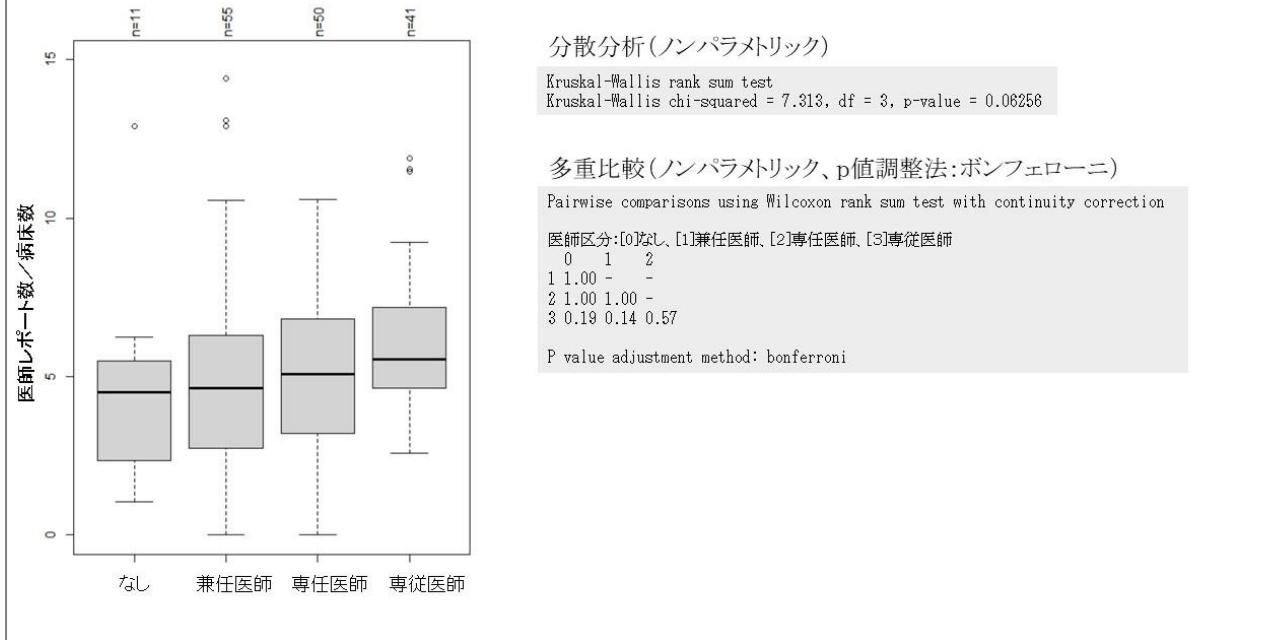


図 56

[大中]レポート数／病床数(医師区分)

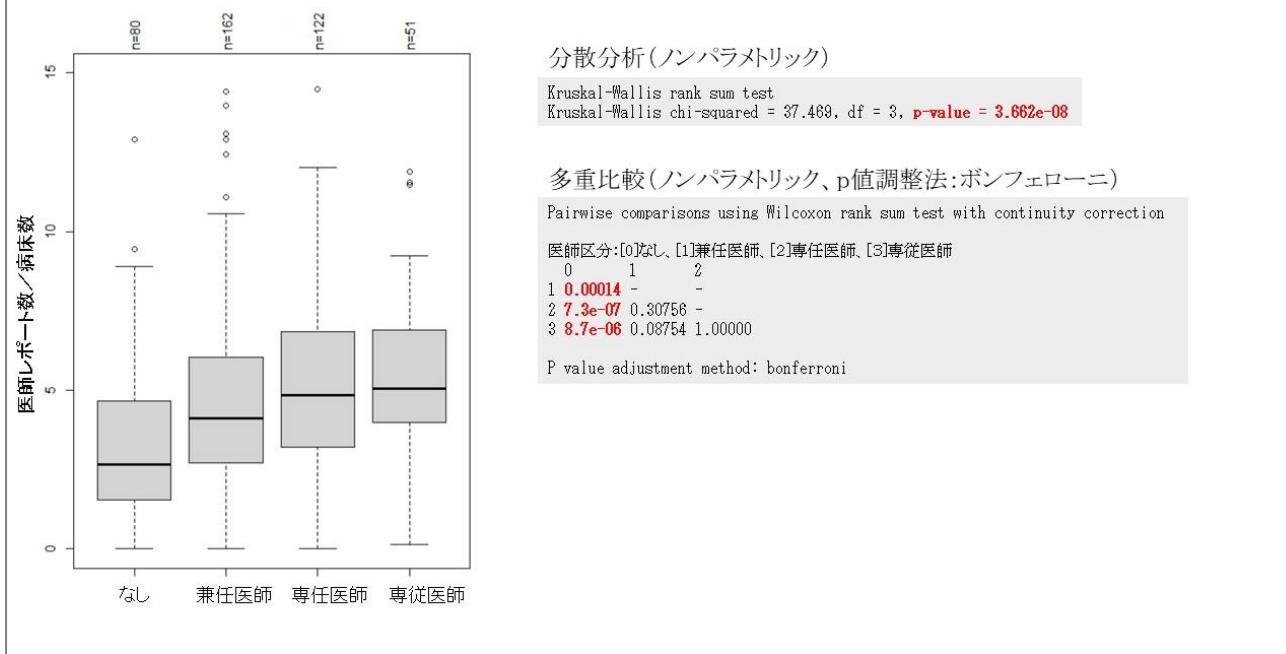


図 57

[中]レポート数／病床数(医師区分)

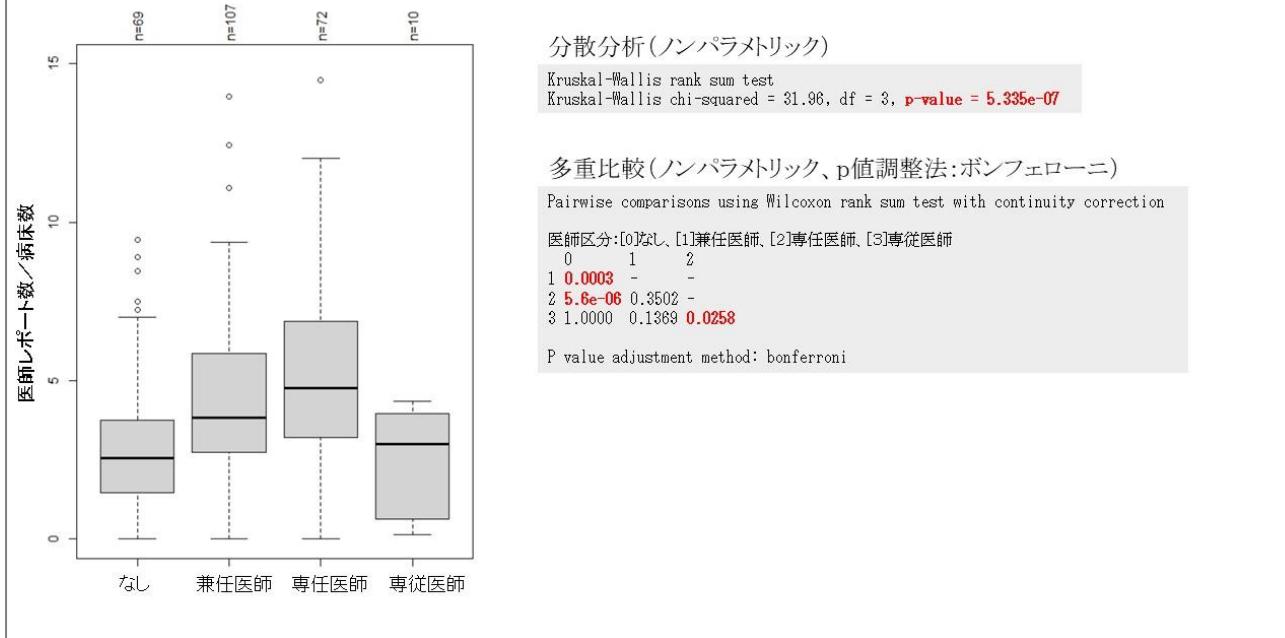


図 58

[中小]レポート数／病床数(医師区分)

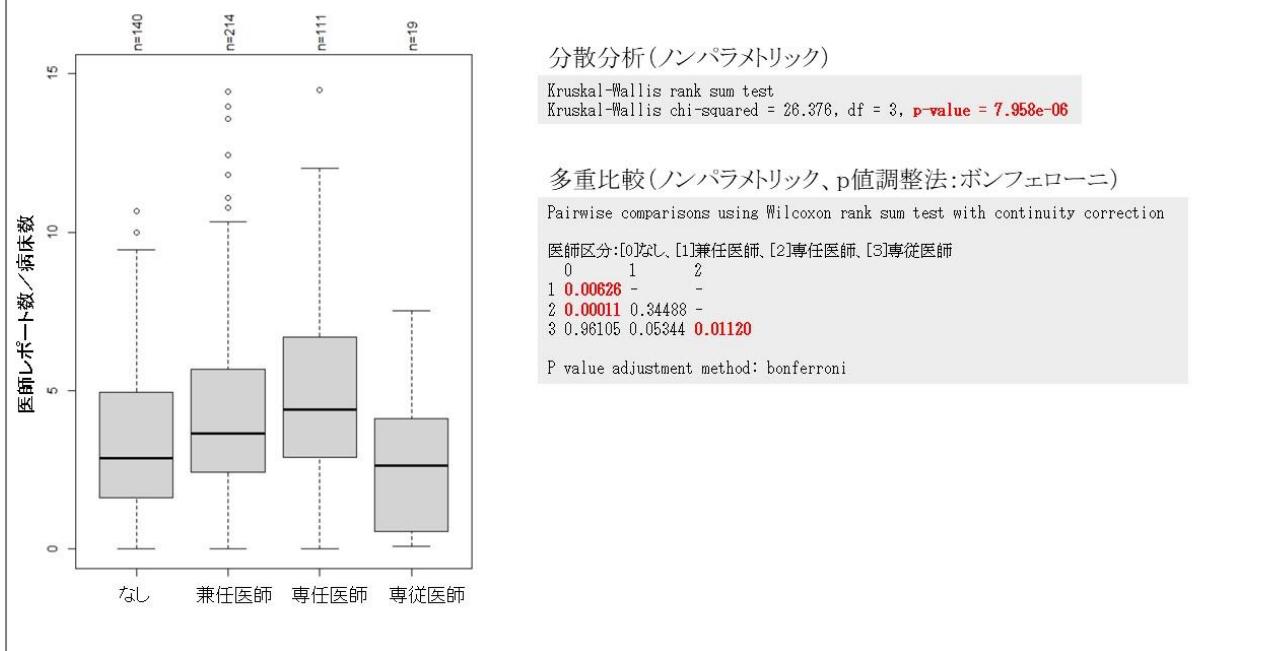


図 59

[小]レポート数／病床数(医師区分)

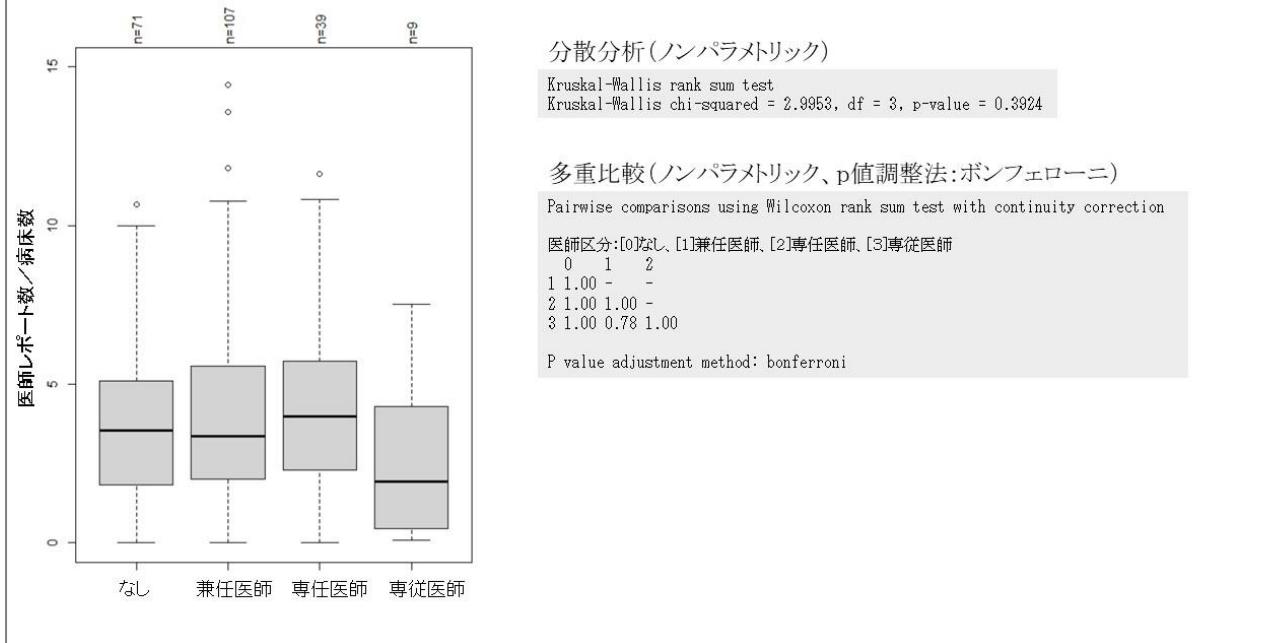


図 60

[全]レポート数／病床数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 兼任医師の受講人数 | 0.7201 | 0.2916 | 2.4698 | 0.0138 | 1.1379 | 1.6359 |
| 専任看護師の人数 | 0.5812 | 0.2095 | 2.7749 | 0.0057 | 1.1171 | 0.5274 |
| 専任医師の存在 | 2.9554 | 0.7465 | 3.9587 | 0.0001 | 3.0294 | 0.3067 |
| 専従薬剤師の人数 | 1.1560 | 0.6974 | 1.6576 | 0.0980 | 1.4377 | 0.1406 |
| 専従看護師の人数 | 0.6684 | 0.3014 | 2.2180 | 0.0270 | 1.5113 | 0.0933 |
| 専従医師の受講人数 | 0.9429 | 0.3338 | 2.8246 | 0.0049 | 1.1678 | 0.0580 |
| 兼任医師の経験年数 | 0.1171 | 0.0349 | 3.3581 | 0.0008 | 1.1798 | 0.0150 |
| 安全医師の肯定性 | 0.0022 | 0.0012 | 1.8007 | 0.0723 | 2.2315 | 0.0027 |
| 安全責任者の積極性 | 0.0014 | 0.0009 | 1.5366 | 0.1250 | 1.6950 | 0.0010 |
| 安全医師の積極性 | -0.0017 | 0.0012 | -1.4508 | 0.1474 | 2.8087 | -0.0009 |
| 専従医師の経験年数 | -0.1418 | 0.0840 | -1.6883 | 0.0919 | 1.3594 | -0.0131 |
| 兼任医師の人数 | -0.1245 | 0.0834 | -1.4933 | 0.1359 | 1.2474 | -0.0683 |
| 専任医師の人数 | -1.4160 | 0.5057 | -2.8001 | 0.0053 | 3.1916 | -0.1131 |
| (定数) | 1.8381 | 0.6054 | 3.0364 | 0.0025 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.1051 | | | | | |
| n | | 574 | | | | |

図 61

[大] レポート数／病床数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従看護師の人数 | 1.3907 | 0.5040 | 2.7594 | 0.0066 | 1.1844 | 5.8809 |
| 兼任医師の受講人数 | 1.8023 | 0.4588 | 3.9286 | 0.0001 | 1.1405 | 1.0123 |
| 専任医師の存在 | 2.0087 | 1.3078 | 1.5359 | 0.1270 | 2.6089 | 0.1919 |
| 専任医師の経験年数 | 0.3248 | 0.0963 | 3.3716 | 0.0010 | 1.7006 | 0.0334 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.0031 | 0.0018 | 1.7774 | 0.0778 | 1.0676 | 0.0005 |
| 兼任医師の追加講習時間 | -0.1401 | 0.0904 | -1.5490 | 0.1238 | 1.1397 | -0.0233 |
| 専従医師の受講人数 | -0.7540 | 0.5401 | -1.3959 | 0.1651 | 1.4118 | -0.0705 |
| 専任医師の人数 | -1.6593 | 0.8614 | -1.9263 | 0.0562 | 2.7650 | -0.1477 |
| (定数) | 0.8033 | 1.4888 | 0.5395 | 0.5904 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.1976 | | | | | |
| n | | 141 | | | | |

図 62

[大中] レポート数／病床数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 兼任医師の受講人数 | 0.9330 | 0.2487 | 3.7521 | 0.0002 | 1.0557 | 0.5189 |
| 専任医師の存在 | 1.7161 | 0.6887 | 2.4919 | 0.0132 | 2.7252 | 0.2079 |
| 専従看護師の人数 | 1.0200 | 0.2744 | 3.7173 | 0.0002 | 1.1511 | 0.1798 |
| 専任医師の受講人数 | 0.6016 | 0.3725 | 1.6153 | 0.1071 | 1.6283 | 0.0665 |
| 専任医師の経験年数 | 0.1306 | 0.0516 | 2.5330 | 0.0117 | 1.5388 | 0.0107 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.0022 | 0.0008 | 2.6217 | 0.0091 | 1.0690 | 0.0073 |
| 専任医師の人数 | -1.2518 | 0.5196 | -2.4090 | 0.0165 | 3.4427 | -0.1430 |
| (定数) | 1.7382 | 0.5984 | 2.9045 | 0.0039 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.1553 | | | | | |
| n | | 373 | | | | |

図 63

[中] レポート数／病床数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従薬剤師の人数 | 2.4802 | 0.9724 | 2.5506 | 0.0114 | 1.0685 | 3.3730 |
| 専任医師の存在 | 1.8473 | 0.5478 | 3.3723 | 0.0009 | 1.8678 | 0.2679 |
| 専従医師の存在 | 1.0736 | 0.5466 | 1.9641 | 0.0508 | 2.1823 | 0.1686 |
| 専従医師の受講人数 | 1.4111 | 0.3226 | 4.3742 | 0.0000 | 1.1313 | 0.1660 |
| 専従看護師の人数 | 0.4997 | 0.3612 | 1.3834 | 0.1679 | 1.2201 | 0.0915 |
| 兼任医師の経験年数 | 0.0690 | 0.0487 | 1.4149 | 0.1585 | 1.5924 | 0.0132 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.0014 | 0.0008 | 1.7955 | 0.0739 | 1.0638 | 0.0003 |
| 専従医師の人数 | -1.3651 | 0.5290 | -2.5805 | 0.0105 | 1.1471 | -0.0797 |
| 専任看護師の人数 | -0.5564 | 0.2401 | -2.3176 | 0.0214 | 1.0377 | -0.1146 |
| 兼任医師の人数 | -0.2731 | 0.1055 | -2.5880 | 0.0103 | 1.3035 | -0.1480 |
| (定数) | 2.0762 | 0.5797 | 3.5812 | 0.0004 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.2197 | | | | | |
| n | 232 | | | | | |

図 64

[中小] レポート数／病床数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従薬剤師の人数 | 1.5369 | 0.9828 | 1.5637 | 0.1186 | 1.0234 | 1.3319 |
| 専任医師の存在 | 3.2757 | 0.9413 | 3.4800 | 0.0006 | 3.6538 | 0.3022 |
| 専従医師の受講人数 | 1.9540 | 0.4539 | 4.3051 | 0.0000 | 1.1182 | 0.1272 |
| 専従医師の存在 | 0.8687 | 0.5973 | 1.4543 | 0.1466 | 1.9964 | 0.0934 |
| 専任看護師の人数 | 0.5935 | 0.2220 | 2.6737 | 0.0078 | 1.1131 | 0.0809 |
| 兼任医師の経験年数 | 0.1419 | 0.0429 | 3.3118 | 0.0010 | 1.4530 | 0.0612 |
| 兼任医師の人数 | -0.3429 | 0.1524 | -2.2505 | 0.0249 | 1.3206 | -0.0363 |
| 専従医師の人数 | -1.5360 | 0.7561 | -2.0316 | 0.0428 | 1.1735 | -0.0628 |
| 専任医師の人数 | -1.1114 | 0.6213 | -1.7887 | 0.0744 | 3.4740 | -0.6016 |
| (定数) | 2.9353 | 0.3975 | 7.3839 | 0.0000 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.1082 | | | | | |
| n | 433 | | | | | |

図 65

[小] レポート数／病床数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-----------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|--------|----------|
| 専任看護師の人数 | 1.2903 | 0.3637 | 3.5481 | 0.0005 | 1.2378 | 0.6986 |
| 専任医師の存在 | 5.4256 | 1.7954 | 3.0220 | 0.0028 | 3.1132 | 0.4613 |
| 専従医師の受講人数 | 3.3679 | 1.3023 | 2.5861 | 0.0104 | 1.0192 | 0.2199 |
| 兼任医師の経験年数 | 0.1423 | 0.0579 | 2.4590 | 0.0148 | 1.0569 | 0.0047 |
| 専任医師の人数 (定数) | -3.3976 2.9337 | 1.1972 0.5477 | -2.8381 5.3567 | 0.0050 0.0000 | 3.4456 | -0.1131 |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.1169 | | | | | |
| n | | 201 | | | | |

図 66

医師レポート数／病床数

Q31. 2019年度における貴院での医師によるインシデント・アクシデント報告数をご記入ください

数値入力

図 67

[全]医師レポート数／病床数(医師区分)

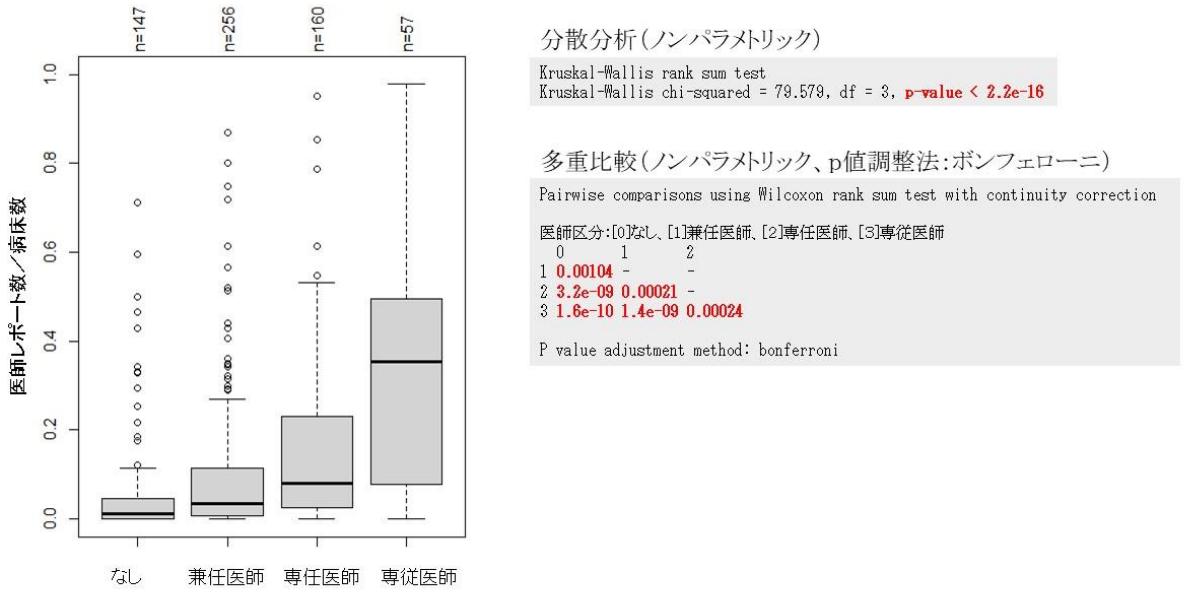


図 68

[大]医師レポート数／病床数(医師区分)

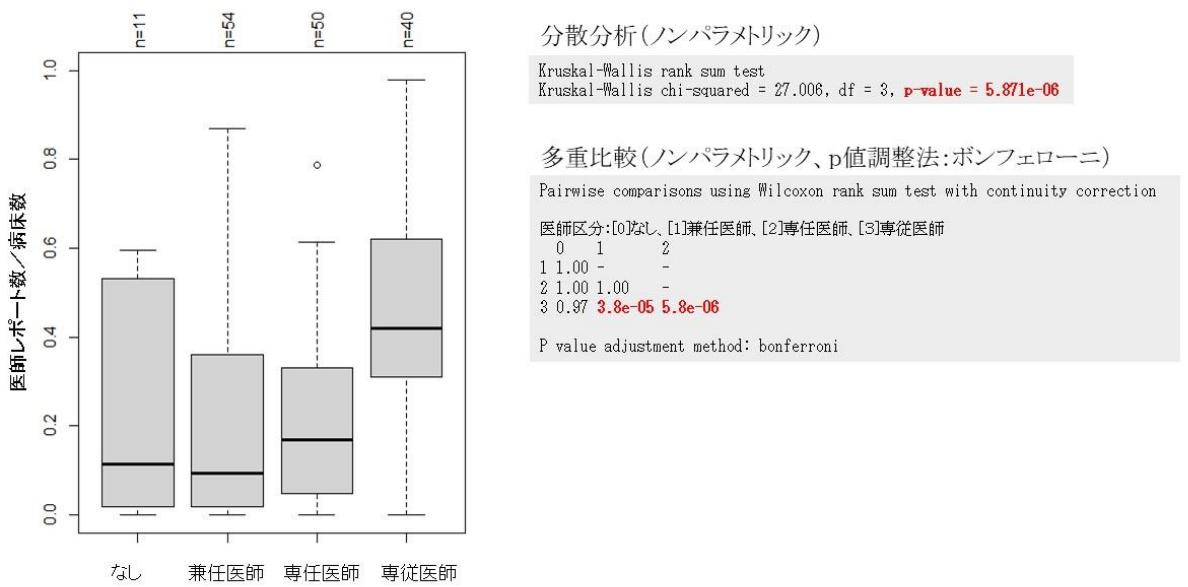


図 69

[大中]医師レポート数／病床数(医師区分)

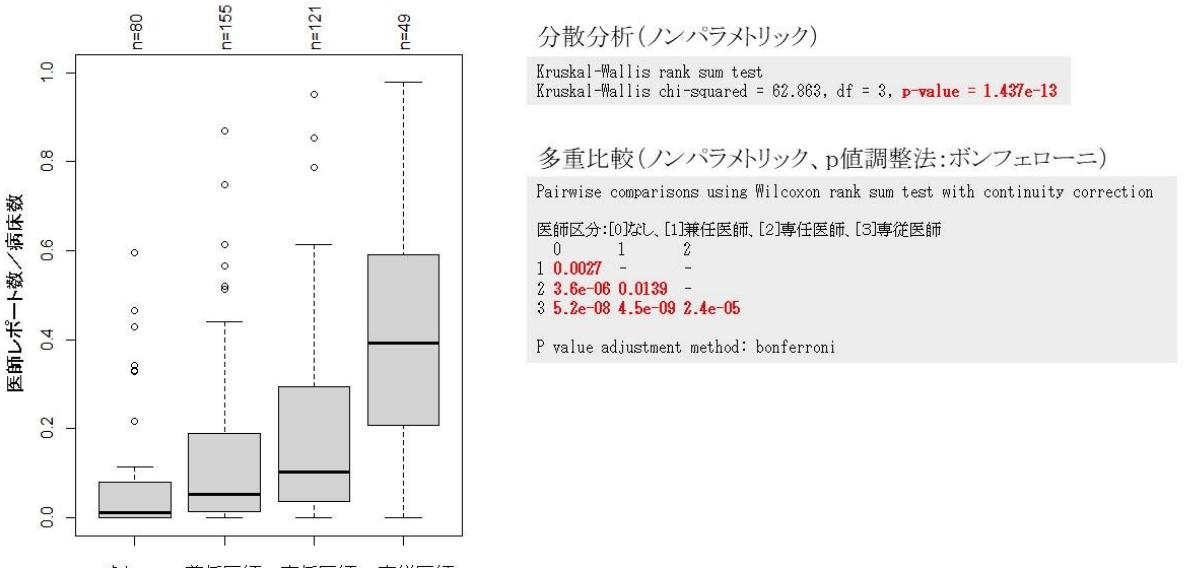


図 70

[中]医師レポート数／病床数(医師区分)

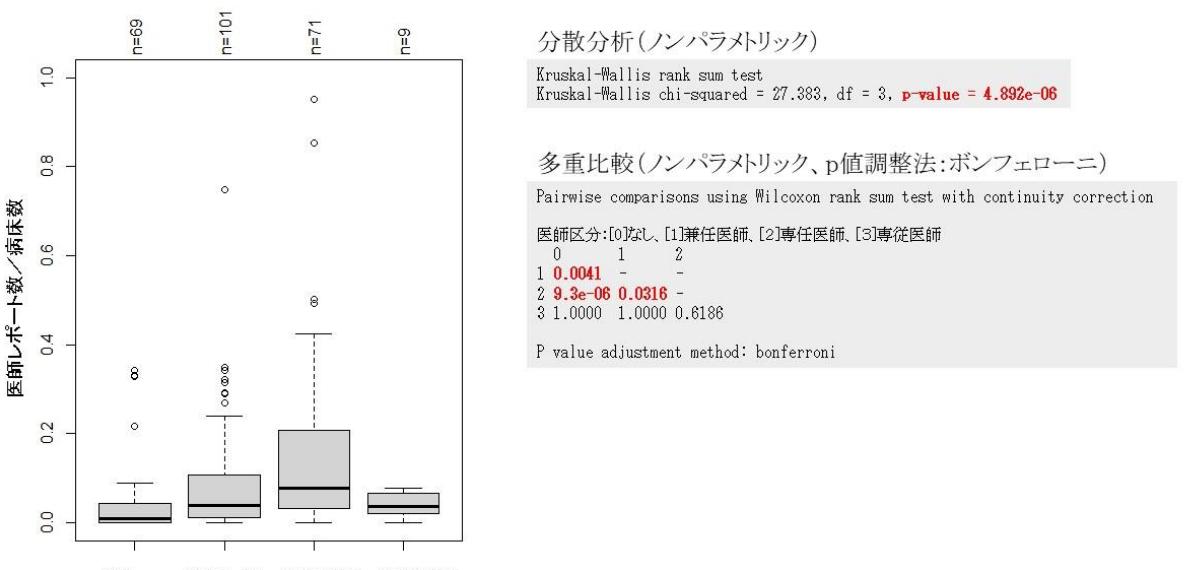


図 71

[中小]医師レポート数／病床数(医師区分)

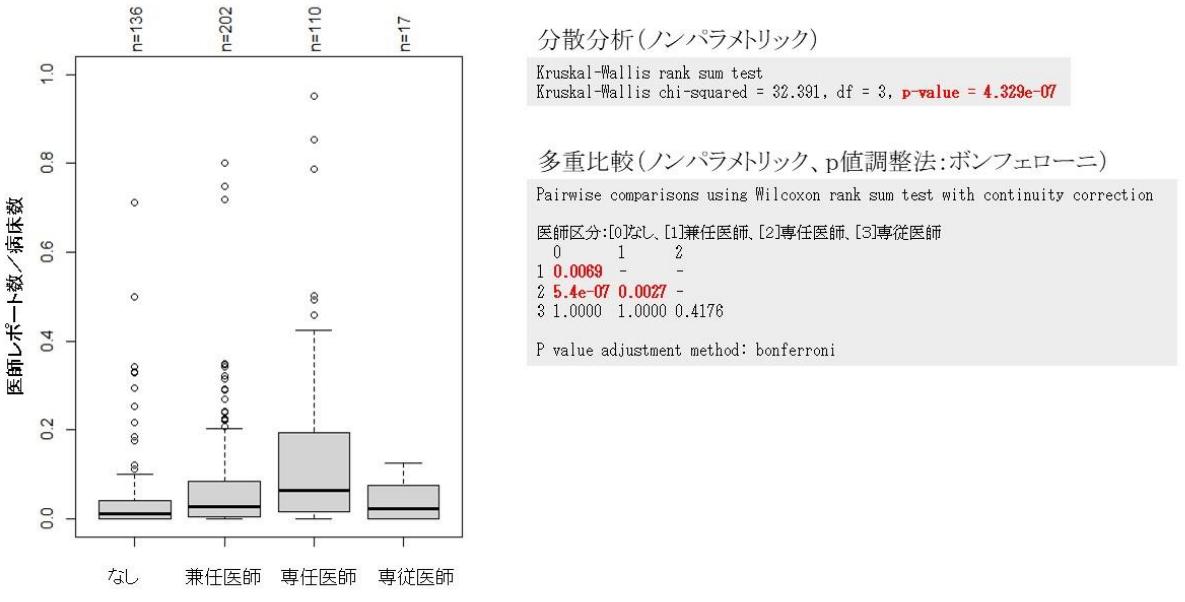


図 72

[小]医師レポート数／病床数(医師区分)

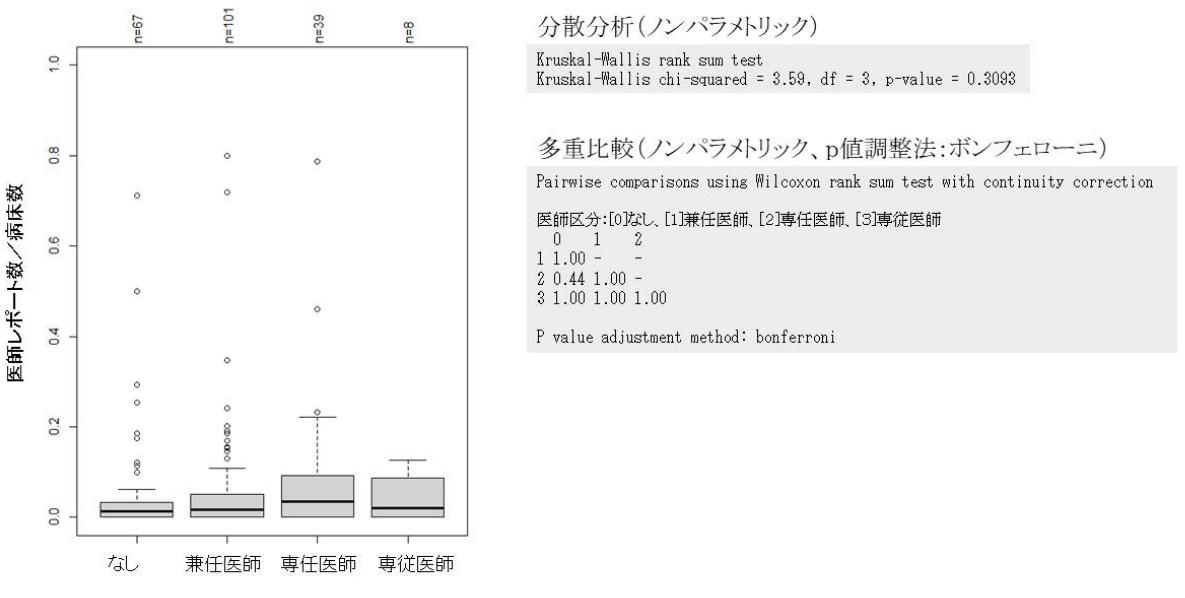


図 73

[全] 医師レポート数／病床数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従看護師の人数 | 0.1335 | 0.0438 | 3.0444 | 0.0024 | 1.0419 | 0.0825 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.0003 | 0.0001 | 2.0079 | 0.0451 | 1.0419 | 0.0002 |
| (定数) | -0.0269 | 0.0984 | -0.2730 | 0.7849 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.02453 | | | | | |
| n | 574 | | | | | |

図 74

[大] 医師レポート数／病床数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従看護師の人数 | 0.2118 | 0.0930 | 2.2775 | 0.0243 | 1.1240 | 0.1140 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.0008 | 0.0004 | 1.9297 | 0.0557 | 1.7739 | 0.0004 |
| 安全医師の肯定性 | -0.0009 | 0.0004 | -2.0463 | 0.0427 | 1.9047 | -0.0005 |
| 専任医師の受講人数 | -0.1660 | 0.1002 | -1.6576 | 0.0997 | 1.0106 | -0.0913 |
| (定数) | 0.2518 | 0.2705 | 0.9309 | 0.3536 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.04566 | | | | | |
| n | 141 | | | | | |

図 75

[中小] 医師レポート数／病床数(体制)

多变量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専任医師の存在 | 0.2111 | 0.0867 | 2.4342 | 0.0153 | 1.0283 | 0.1371 |
| 安全医師の肯定性 | 0.0002 | 0.0002 | 1.4789 | 0.1399 | 1.0283 | 0.0001 |
| (定数) | -0.0006 | 0.1046 | -0.0056 | 0.9955 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.01722 | | | | | |
| n | 433 | | | | | |

図 76

[小] 医師レポート数／病床数(体制)

多变量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専任医師の存在 | 0.5145 | 0.1780 | 2.8910 | 0.0043 | 3.1958 | 0.4609 |
| 兼任医師の人数 | 0.0802 | 0.0420 | 1.9076 | 0.0579 | 1.0796 | 0.0281 |
| 安全医師の肯定性 | 0.0004 | 0.0002 | 2.2205 | 0.0275 | 1.0308 | 0.0001 |
| 専任医師の人数 | -0.2161 | 0.1133 | -1.9077 | 0.0579 | 3.2237 | -0.1487 |
| (定数) | -0.2074 | 0.1142 | -1.8163 | 0.0709 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.06162 | | | | | |
| n | 201 | | | | | |

図 77

インシデント改善検討会議開催数

Q34.貴院の医療安全管理部門において、インシデント・アクシデントの改善のための会議(定期、不定期、臨時を含む)を2020年の4月以降で何回程度開催しましたか？(インシデント検討会等。M&Mカンファレンスは除く)

数値入力

図 78

[全] インシデント改善検討会議開催数(医師区分)

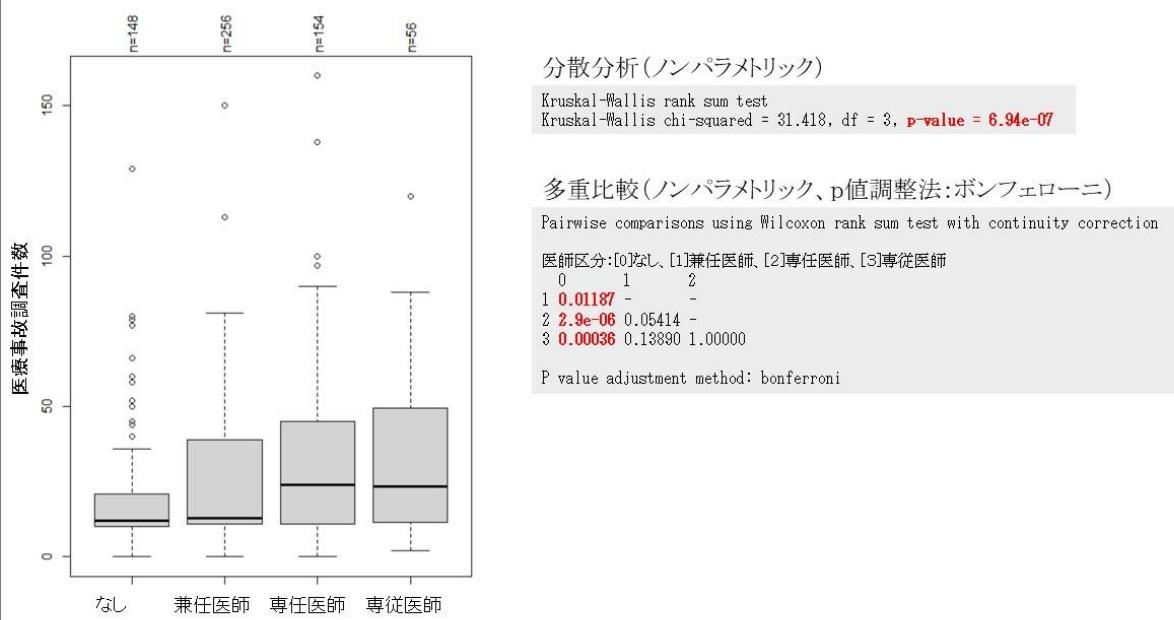


図 79

[大] インシデント改善検討会議開催数(医師区分)

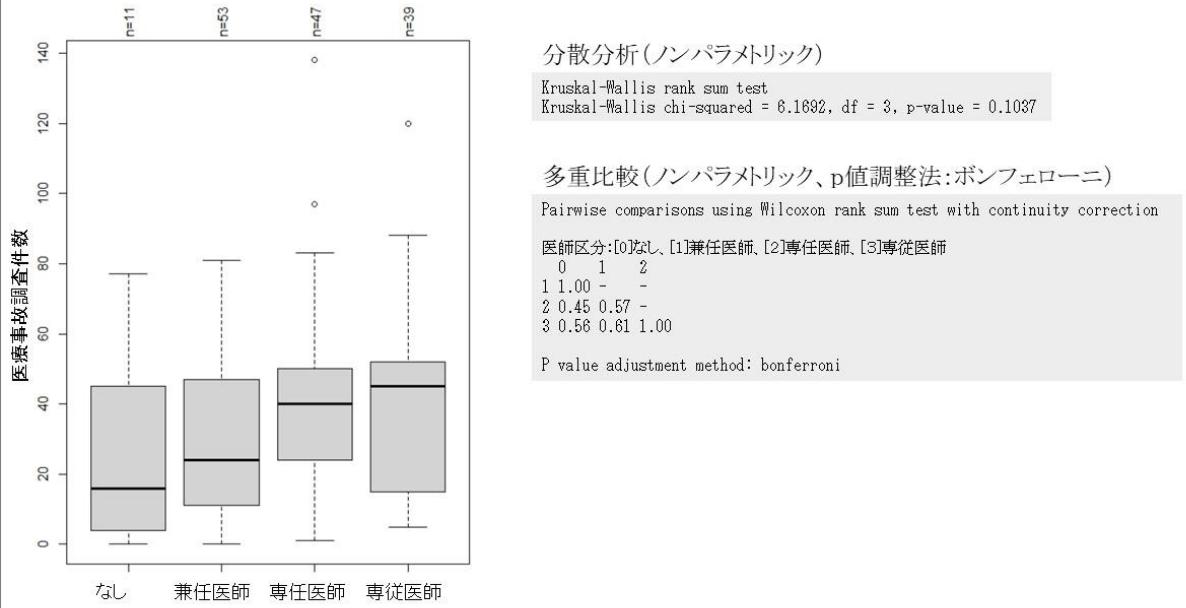


図 80

[大中] インシデント改善検討会議開催数(医師区分)

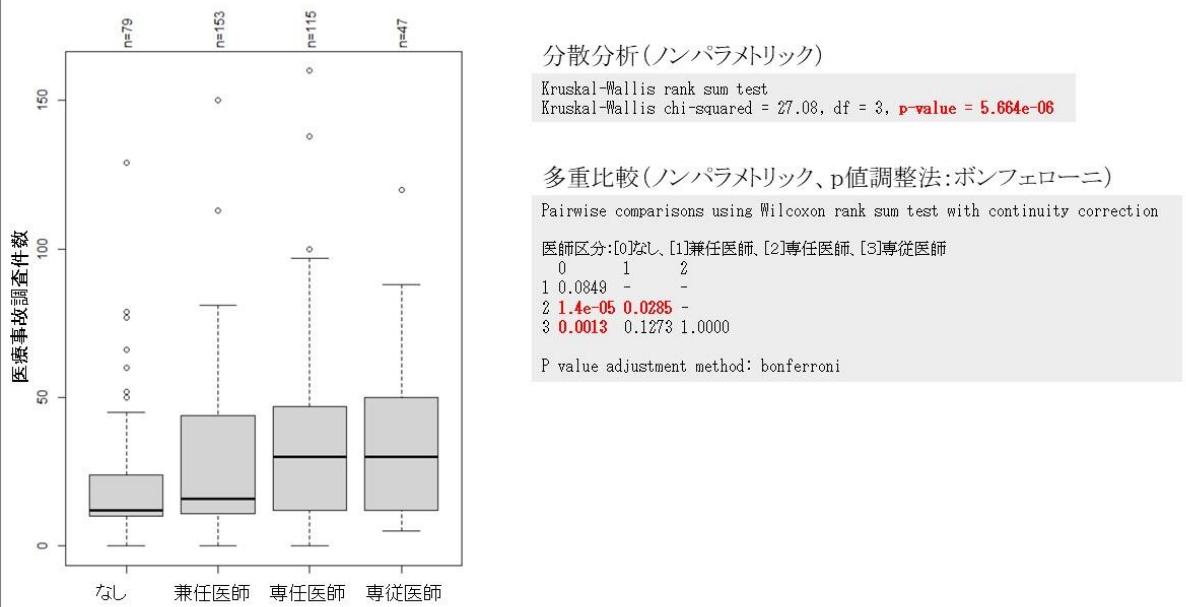


図 81

[中] インシデント改善検討会議開催数(医師区分)

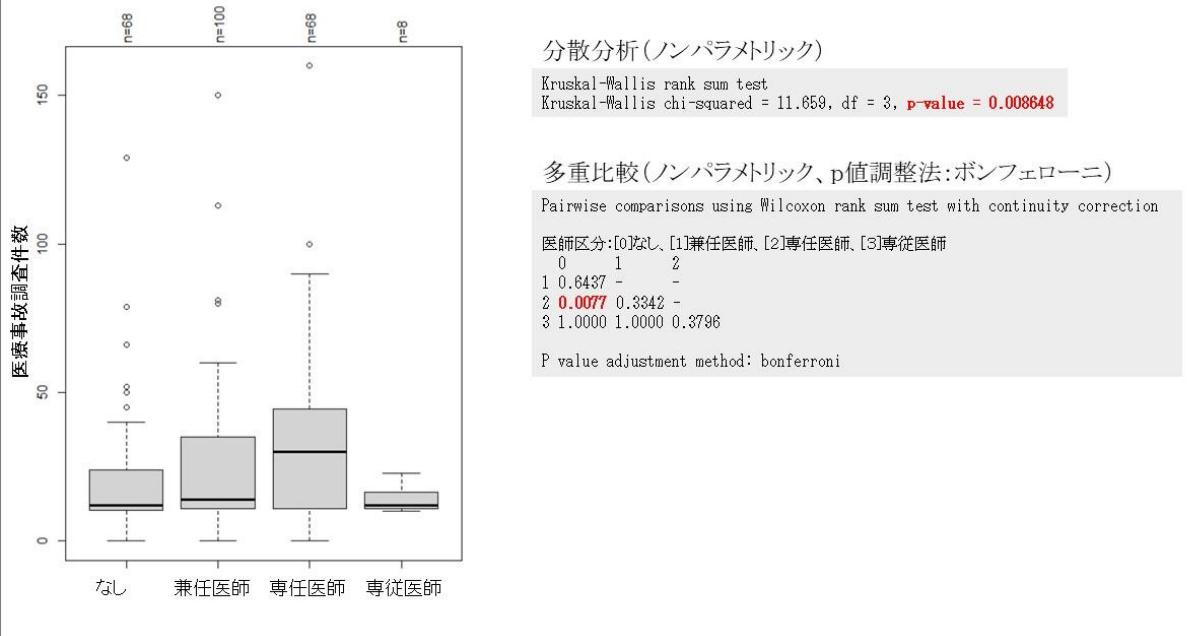


図 82

[中小] インシデント改善検討会議開催数(医師区分)

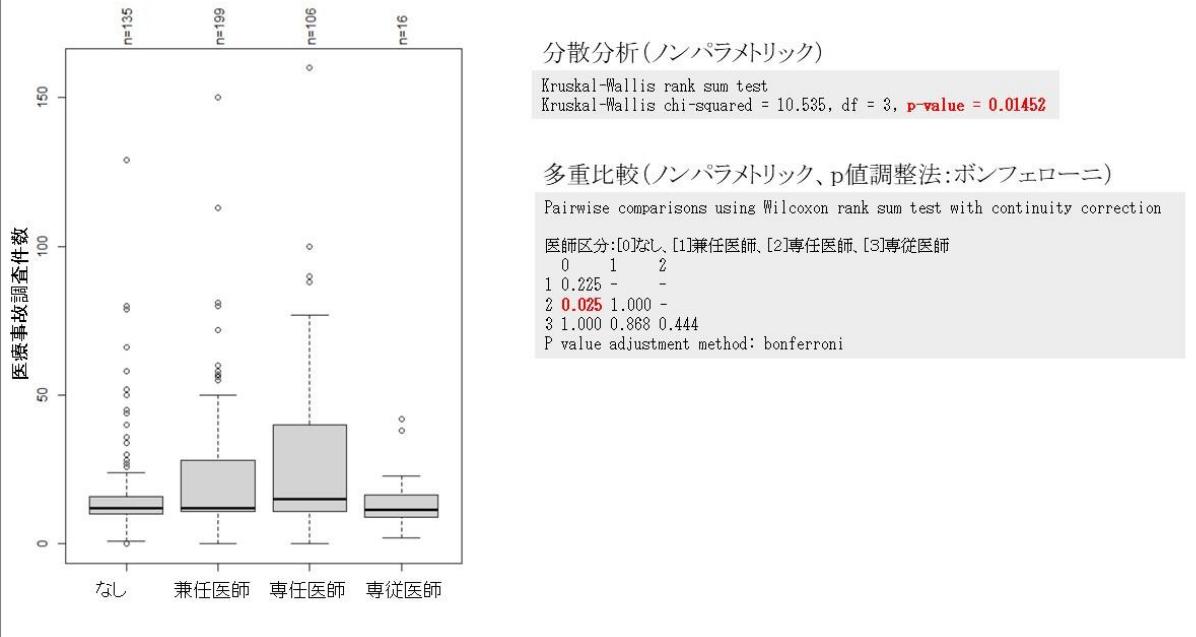


図 83

[小] インシデント改善検討会議開催数(医師区分)

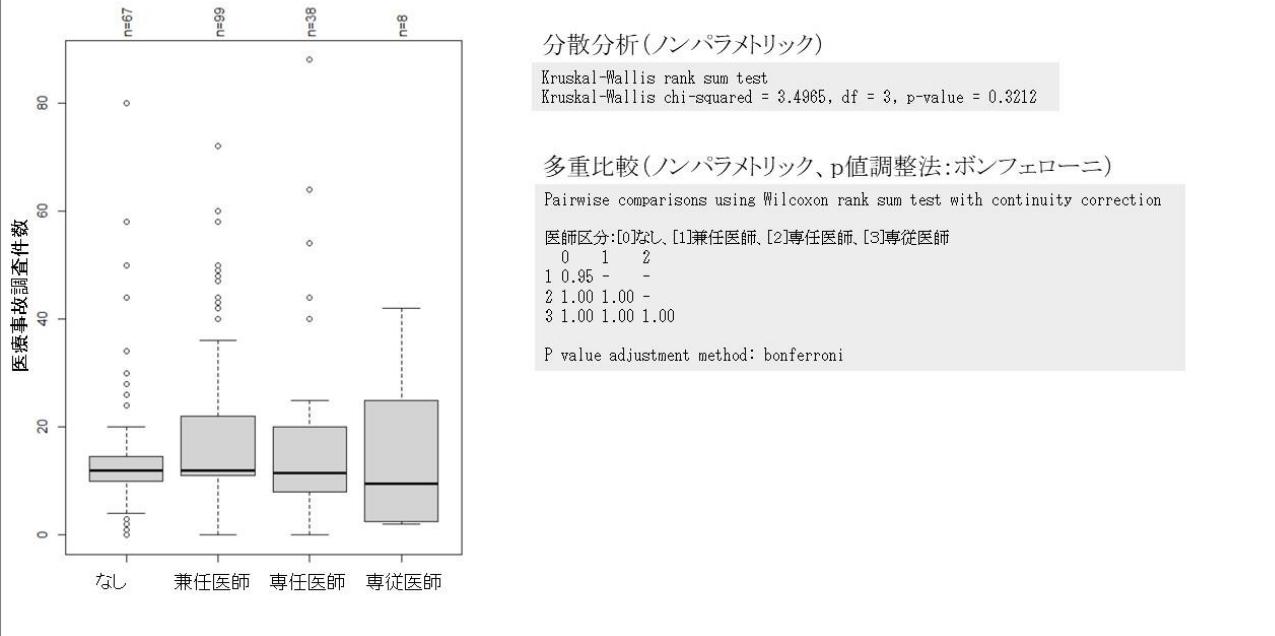


図 84

[全] インシデント改善検討会議開催数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従薬剤師の人数 | 6.7924 | 3.0548 | 2.2235 | 0.0266 | 1.1796 | 0.1761 |
| 専任医師の存在 | 8.1236 | 2.1117 | 3.8469 | 0.0001 | 1.0438 | 0.1713 |
| 兼任医師の受講人数 | 3.1934 | 1.3659 | 2.3379 | 0.0197 | 1.0705 | 0.0527 |
| 兼任医師の人数 | 1.3233 | 0.3825 | 3.4595 | 0.0006 | 1.1240 | 0.0166 |
| 安全医師の肯定性 | 0.0184 | 0.0040 | 4.5779 | 0.0000 | 1.0638 | 0.0085 |
| 専従医師の追加講習時間 | 0.1490 | 0.0887 | 1.6812 | 0.0933 | 1.1096 | 0.0028 |
| 専任看護師の人数 | -2.1252 | 0.9718 | -2.1869 | 0.0292 | 1.0301 | -0.2357 |
| (定数) | 8.6123 | 2.6748 | 3.2197 | 0.0014 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.1347 | | | | | |
| n | 580 | | | | | |

図 85

[大] インシデント改善検討会議開催数(体制)

多变量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|----------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従薬剤師の人数 | 11.7975 | 7.5572 | 1.5611 | 0.1209 | 3.6933 | 9.8596 |
| 専任医師の存在 | 11.8955 | 4.5449 | 2.6173 | 0.0099 | 1.2373 | 0.2245 |
| 専従医師の経験年数 | 4.1150 | 1.0248 | 4.0154 | 0.0001 | 2.2701 | 0.0724 |
| 兼任医師の経験年数 | 0.6128 | 0.3465 | 1.7683 | 0.0793 | 1.0537 | 0.0680 |
| 専従医師の追加講習時間 | 0.1376 | 0.0965 | 1.4260 | 0.1562 | 1.1403 | 0.0028 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.0234 | 0.0090 | 2.6015 | 0.0103 | 1.0989 | 0.0007 |
| 専従看護師の人数 | -5.7953 | 2.9881 | -1.9395 | 0.0546 | 1.6349 | -0.1908 |
| 専従医師の人数 | -15.7752 | 6.7622 | -2.3329 | 0.0212 | 3.3147 | -0.2915 |
| (定数) | 15.4761 | 7.6856 | 2.0137 | 0.0461 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.2019 | | | | | |
| n | 141 | | | | | |

図 86

[大中] インシデント改善検討会議開催数(体制)

多变量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|----------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従薬剤師の人数 | 9.8183 | 4.5336 | 2.1657 | 0.0310 | 1.7457 | 0.2627 |
| 専任医師の存在 | 9.2270 | 2.7806 | 3.3184 | 0.0010 | 1.0881 | 0.1758 |
| 兼任医師の人数 | 1.0412 | 0.4332 | 2.4037 | 0.0167 | 1.1327 | 0.0911 |
| 兼任医師の受講人数 | 2.6849 | 1.6018 | 1.6762 | 0.0946 | 1.0728 | 0.0744 |
| 専従医師の経験年数 | 2.6079 | 0.8890 | 2.9335 | 0.0036 | 2.6368 | 0.0336 |
| 安全医師の肯定性 | 0.0194 | 0.0056 | 3.4731 | 0.0006 | 1.1052 | 0.0035 |
| 専従医師の追加講習時間 | 0.1401 | 0.0991 | 1.4136 | 0.1583 | 1.1426 | 0.0024 |
| 専従医師の人数 | -13.9086 | 4.6773 | -2.9736 | 0.0031 | 2.8864 | -0.2498 |
| 専任看護師の人数 | -2.4330 | 1.6111 | -1.5102 | 0.1319 | 1.0366 | -1.2563 |
| (定数) | 10.5846 | 3.8292 | 2.7642 | 0.0060 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.1473 | | | | | |
| n | 373 | | | | | |

図 87

[中] インシデント改善検討会議開催数(体制)

多变量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|
| 兼任医師の人数 | 4.0541 | 0.7593 | 5.3390 | 0.0000 | 1.0061 | 0.0742 |
| 専任医師の経験年数 | 1.0649 | 0.3510 | 3.0337 | 0.0027 | 1.0059 | 0.0211 |
| 安全医師の肯定性 | 0.0200 | 0.0066 | 3.0143 | 0.0029 | 1.0077 | 0.0001 |
| (定数) | 5.9154 | 4.4301 | 1.3353 | 0.1831 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.1652 | | | | | |
| n | 232 | | | | | |

図 88

[中小] インシデント改善検討会議開催数(体制)

多变量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 兼任医師の人数 | 3.7339 | 0.6098 | 6.1234 | 0.0000 | 1.0025 | 0.0734 |
| 専任医師の経験年数 | 0.9148 | 0.2443 | 3.7437 | 0.0002 | 1.0292 | 0.0210 |
| 安全医師の肯定性 | 0.0236 | 0.0055 | 4.3222 | 0.0000 | 1.6293 | 0.0027 |
| 安全責任者の肯定性 | -0.0079 | 0.0053 | -1.4775 | 0.1403 | 1.6279 | -0.0001 |
| 専任看護師の人数 | -2.3810 | 0.9791 | -2.4319 | 0.0154 | 1.0260 | -0.0207 |
| (定数) | 8.2123 | 3.1112 | 2.6395 | 0.0086 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | | | | | | |
| n | | | | | | |

図 89

[小] インシデント改善検討会議開催数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従医師の受講人数 | 7.0647 | 3.9560 | 1.7858 | 0.0757 | 1.0996 | 0.1623 |
| 専従医師の存在 | 4.2559 | 2.3085 | 1.8436 | 0.0668 | 1.0242 | 0.1275 |
| 専任医師の追加講習時間 | 2.1305 | 1.1240 | 1.8954 | 0.0595 | 8.4315 | 0.0249 |
| 安全医師の肯定性 | 0.0145 | 0.0051 | 2.8265 | 0.0052 | 1.0210 | 0.0028 |
| 専従医師の追加講習時間 | -2.7190 | 1.1739 | -2.3162 | 0.0216 | 8.6214 | -0.0318 |
| (定数) | 6.7163 | 3.4612 | 1.9405 | 0.0538 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.06086 | | | | | |
| n | 202 | | | | | |

図 90

ラウンド回数

Q35.貴院の医療安全管理部門において、院内で公式に行ったラウンドの回数は何回ですか？

数値入力

図 91

[全] ラウンド回数(医師区分)

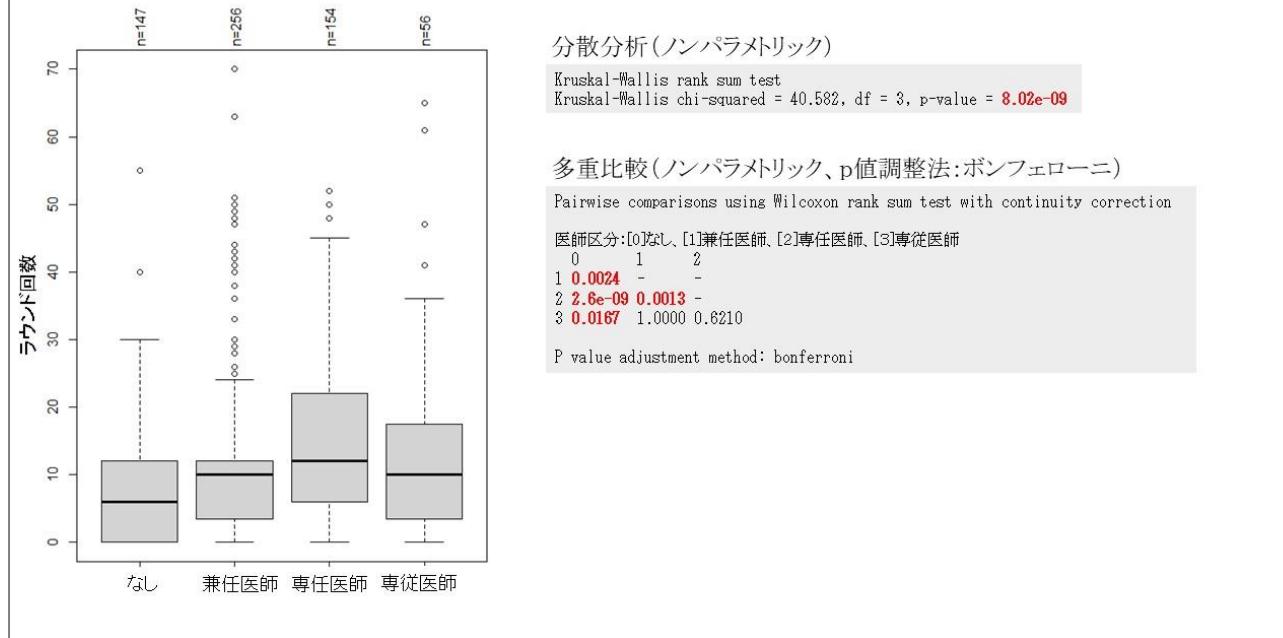


図 92

[大] ラウンド回数(医師区分)

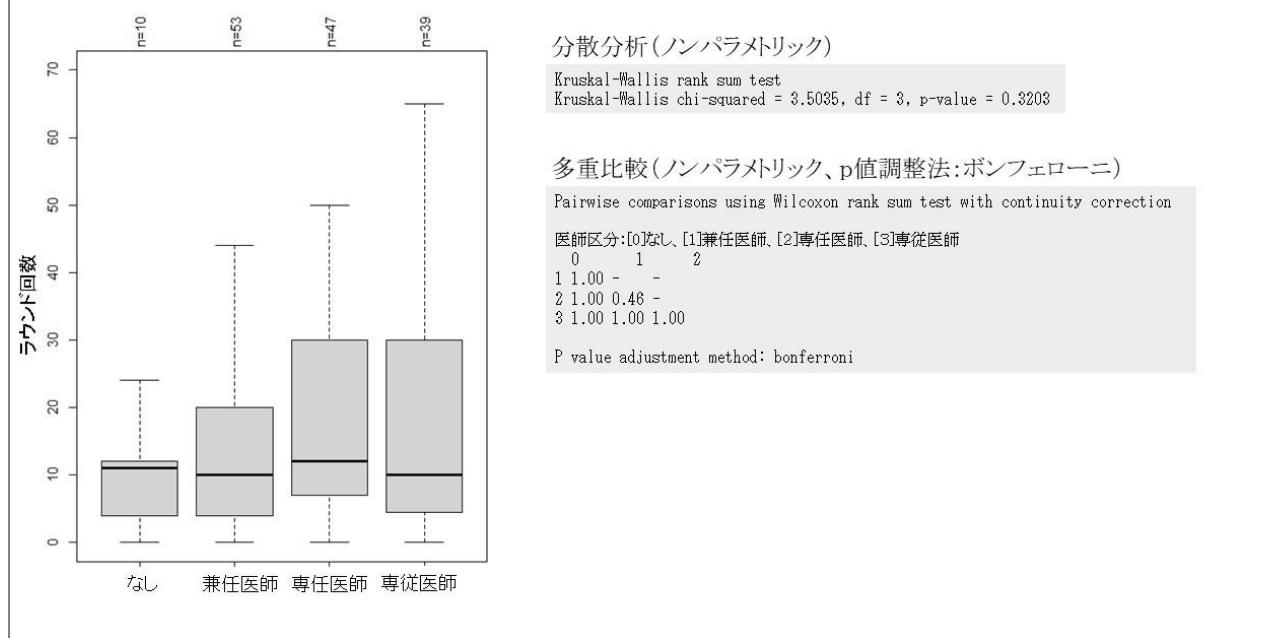
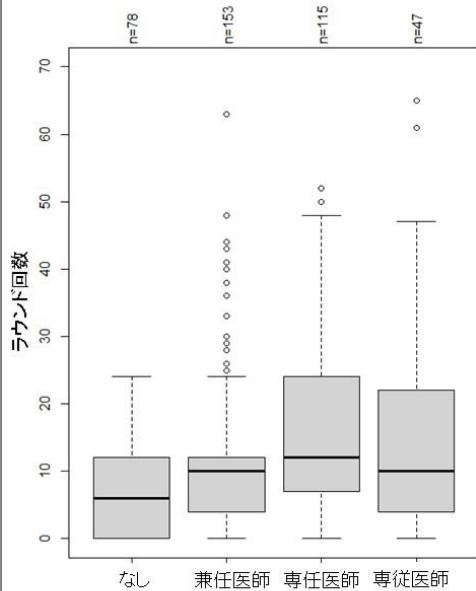


図 93

[大中] ラウンド回数(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 28.548, df = 3, p-value = 2.79e-06

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

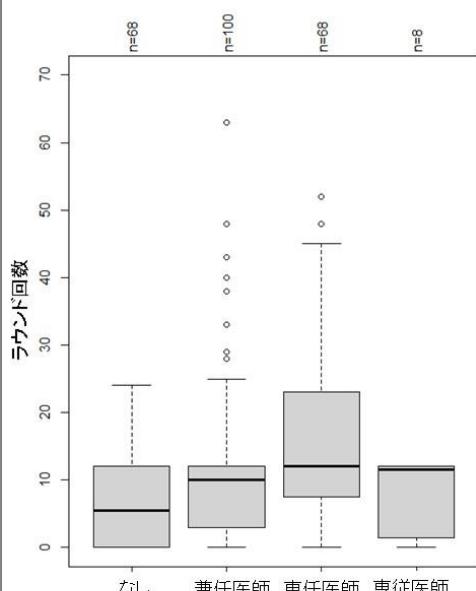
医師区分:[0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師

| | 0 | 1 | 2 |
|---|----------------|---------------|--------|
| 0 | 0.0618 | - | - |
| 1 | 1.7e-06 | 0.0036 | - |
| 2 | 0.0330 | 1.0000 | 1.0000 |

P value adjustment method: bonferroni

図 94

[中] ラウンド回数(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 23.548, df = 3, p-value = **3.104e-05**

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

医師区分:[0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師

| | 0 | 1 | 2 |
|---|----------------|--------------|-------|
| 0 | 0.077 | - | - |
| 1 | 1.3e-05 | 0.021 | - |
| 2 | 1.000 | 1.000 | 0.797 |

P value adjustment method: bonferroni

図 95

[中小] ラウンド回数(医師区分)

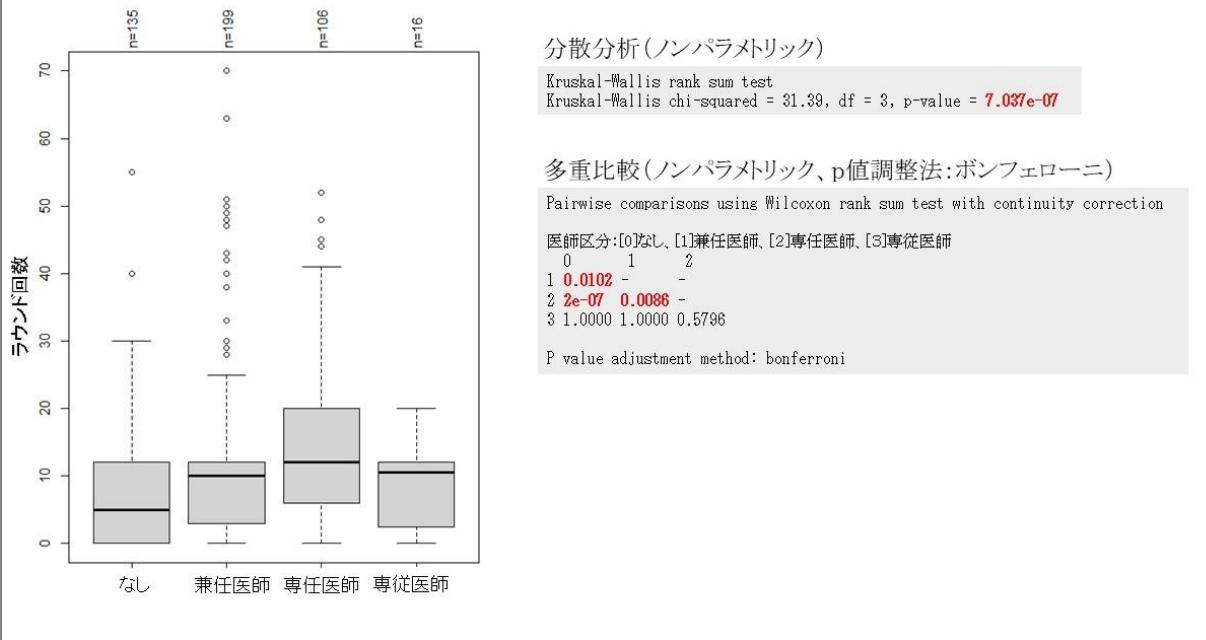


図 96

[小] ラウンド回数(医師区分)

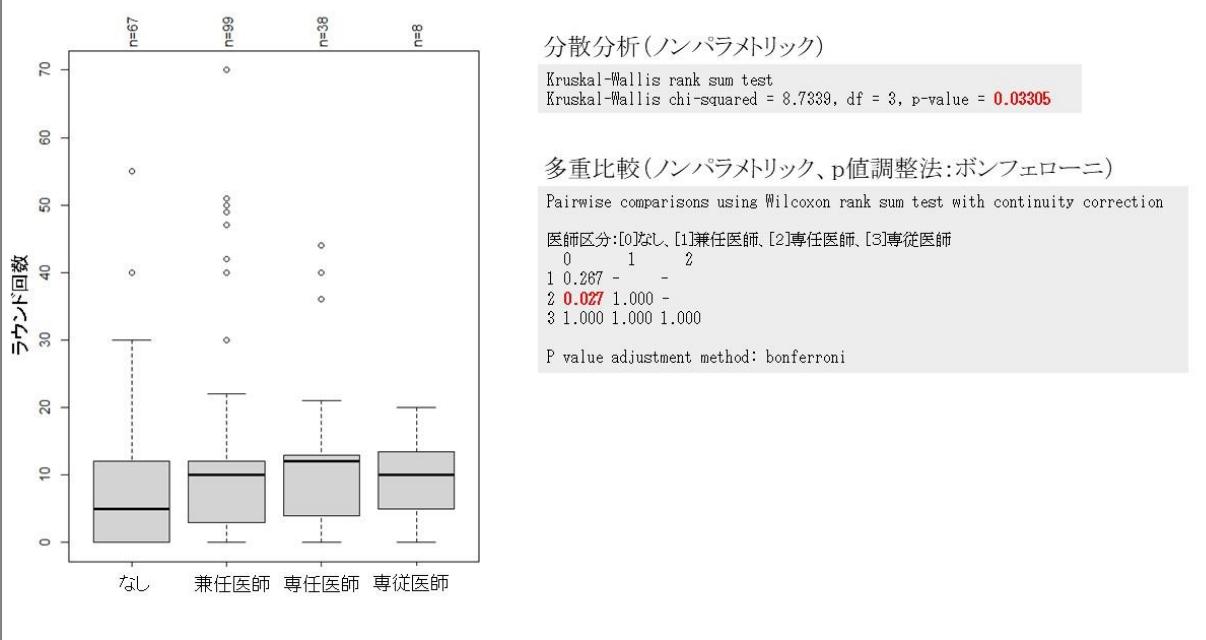


図 97

[全] ラウンド回数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 兼任医師の受講人数 | 2.7486 | 1.4089 | 1.9510 | 0.0516 | 1.1607 | 1.3055 |
| 専従看護師の人数 | 6.8365 | 1.4412 | 4.7437 | 0.0000 | 1.5128 | 1.2980 |
| 専従薬剤師の人数 | 5.0474 | 3.3141 | 1.5230 | 0.1283 | 1.4149 | 0.7569 |
| 専任医師の存在 | 7.3945 | 2.6466 | 2.7940 | 0.0054 | 1.6710 | 0.1612 |
| 専任看護師の人数 | 1.5464 | 0.9784 | 1.5805 | 0.1145 | 1.0640 | 0.0408 |
| 兼任医師の経験年数 | 0.4470 | 0.1670 | 2.6772 | 0.0076 | 1.1829 | 0.0120 |
| 専任医師の追加講習時間 | 0.6379 | 0.2818 | 2.2638 | 0.0240 | 1.1386 | 0.0109 |
| 専任医師の経験年数 | -0.4662 | 0.2591 | -1.7993 | 0.0725 | 1.5432 | -0.0060 |
| 専従医師の経験年数 | -0.6690 | 0.3980 | -1.6810 | 0.0933 | 1.3290 | -0.0129 |
| 兼任医師の追加講習時間 | -0.5677 | 0.3197 | -1.7757 | 0.0763 | 1.1702 | -0.0167 |
| 兼任医師の人数 | -0.7910 | 0.3994 | -1.9803 | 0.0482 | 1.2491 | -0.0907 |
| (定数) | 6.2131 | 1.5132 | 4.1060 | 0.0000 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.09219 | | | | | |
| n | | 580 | | | | |

図 98

[大] ラウンド回数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従薬剤師の人数 | 13.9646 | 6.2086 | 2.2493 | 0.0261 | 1.2929 | 0.1904 |
| 専任医師の存在 | 9.9954 | 6.0204 | 1.6603 | 0.0992 | 1.1261 | 0.1463 |
| 兼任医師の受講人数 | 6.0868 | 3.0695 | 1.9830 | 0.0494 | 1.0400 | 0.0872 |
| 安全医師の肯定性 | 0.0459 | 0.0178 | 2.5701 | 0.0113 | 2.3798 | 0.0039 |
| 安全医師の積極性 | -0.0472 | 0.0149 | -3.1687 | 0.0019 | 2.4426 | -0.0007 |
| (定数) | 8.4876 | 9.3449 | 0.9083 | 0.3654 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.07524 | | | | | |
| n | | 141 | | | | |

図 99

[大中] ラウンド回数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従看護師の人数 | 3.9000 | 1.9262 | 2.0248 | 0.0436 | 1.5493 | 2.1962 |
| 専従薬剤師の人数 | 7.9764 | 3.9216 | 2.0340 | 0.0427 | 1.4567 | 0.2327 |
| 専任医師の存在 | 10.3627 | 3.1285 | 3.3123 | 0.0010 | 1.5361 | 0.2153 |
| 兼任医師の受講人数 | 2.8510 | 1.5653 | 1.8213 | 0.0694 | 1.1426 | 0.0862 |
| 兼任医師の経験年数 | 0.5722 | 0.2498 | 2.2911 | 0.0225 | 1.2285 | 0.0546 |
| 専任医師の追加講習時間 | 0.7521 | 0.3327 | 2.2602 | 0.0244 | 1.0874 | 0.0106 |
| 安全医師の肯定性 | 0.0115 | 0.0077 | 1.5025 | 0.1338 | 2.3306 | 0.0003 |
| 安全医師の積極性 | -0.0096 | 0.0065 | -1.4591 | 0.1454 | 2.3896 | -0.0019 |
| 専任医師の経験年数 | -0.4350 | 0.3026 | -1.4373 | 0.1515 | 1.4471 | -0.0085 |
| 兼任医師の人数 | -0.8118 | 0.4339 | -1.8711 | 0.0621 | 1.2672 | -0.0154 |
| (定数) | 4.3028 | 3.6547 | 1.1773 | 0.2398 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.09059 | | | | | |
| n | 373 | | | | | |

図 100

[中] ラウンド回数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|--------|--------|--------|----------|
| 専任医師の存在 | 7.1953 | 2.1714 | 3.3136 | 0.0011 | 1.1807 | 0.2439 |
| 専従看護師の人数 | 2.5575 | 1.7372 | 1.4722 | 0.1424 | 1.1352 | 0.0322 |
| 兼任医師の経験年数 | 0.5252 | 0.1990 | 2.6395 | 0.0089 | 1.0671 | 0.0164 |
| 安全医師の積極性 | 0.0057 | 0.0036 | 1.5622 | 0.1196 | 1.0424 | 0.0001 |
| (定数) | 4.0588 | 2.2201 | 1.8282 | 0.0688 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.09656 | | | | | |
| n | 232 | | | | | |

図 101

[中小] ラウンド回数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専任看護師の人数 | 1.3684 | 0.8574 | 1.5961 | 0.1112 | 1.0825 | 0.1913 |
| 専従看護師の人数 | 6.7369 | 1.3925 | 4.8380 | 0.0000 | 1.1312 | 0.1132 |
| 専任医師の人数 | 2.2949 | 1.4067 | 1.6313 | 0.1036 | 1.1610 | 0.0547 |
| 兼任医師の経験年数 | 0.3363 | 0.1420 | 2.3680 | 0.0183 | 1.0405 | 0.0035 |
| 安全医師の積極性 | 0.0061 | 0.0033 | 1.8566 | 0.0641 | 1.0283 | 0.0002 |
| 専従医師の経験年数 | -0.6657 | 0.3425 | -1.9437 | 0.0526 | 1.0848 | -0.0185 |
| (定数) | 3.6442 | 2.0096 | 1.8134 | 0.0705 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.08536 | | | | | |
| n | 434 | | | | | |

図 102

[小] ラウンド回数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従看護師の人数 | 11.4917 | 2.3531 | 4.8837 | 0.0000 | 1.2700 | 0.2088 |
| 専任看護師の人数 | 2.4029 | 1.2751 | 1.8844 | 0.0610 | 1.1731 | 0.0223 |
| 専従医師の経験年数 | -1.3135 | 0.4965 | -2.6457 | 0.0088 | 1.2600 | -0.0311 |
| 専任薬剤師の人数 | -5.5313 | 3.5525 | -1.5570 | 0.1211 | 1.1917 | -0.0512 |
| (定数) | 9.0900 | 1.7891 | 5.0807 | 0.0000 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.1083 | | | | | |
| n | 202 | | | | | |

図 103

重大事故発生時の治療連携・緊急会議

Q36.貴院の医療安全管理部門では、アクシデントや重大事故発生時の治療のための連携や、関係医師らとの緊急会議などを行っていますか？

- よく行っている
- ときどき行っている
- まれに行っている
- ほとんど行っていない

図 104

[全] 重大事故発生時の治療連携・緊急会議(医師区分)

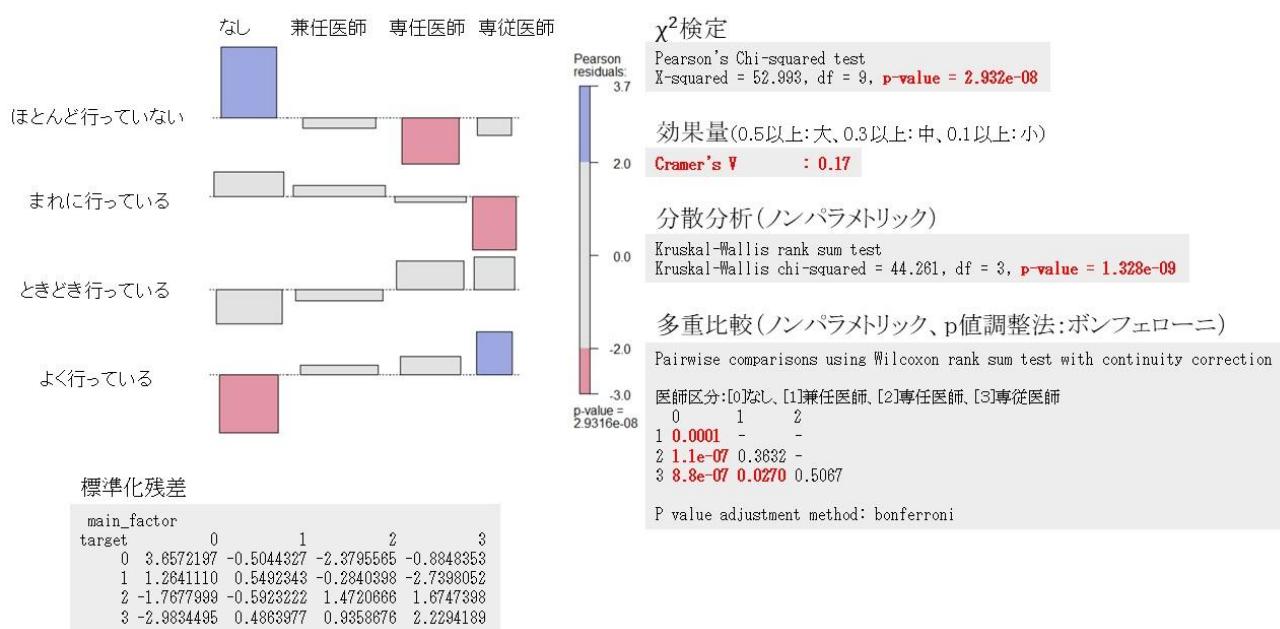


図 105

[大] 重大事故発生時の治療連携・緊急会議(医師区分)

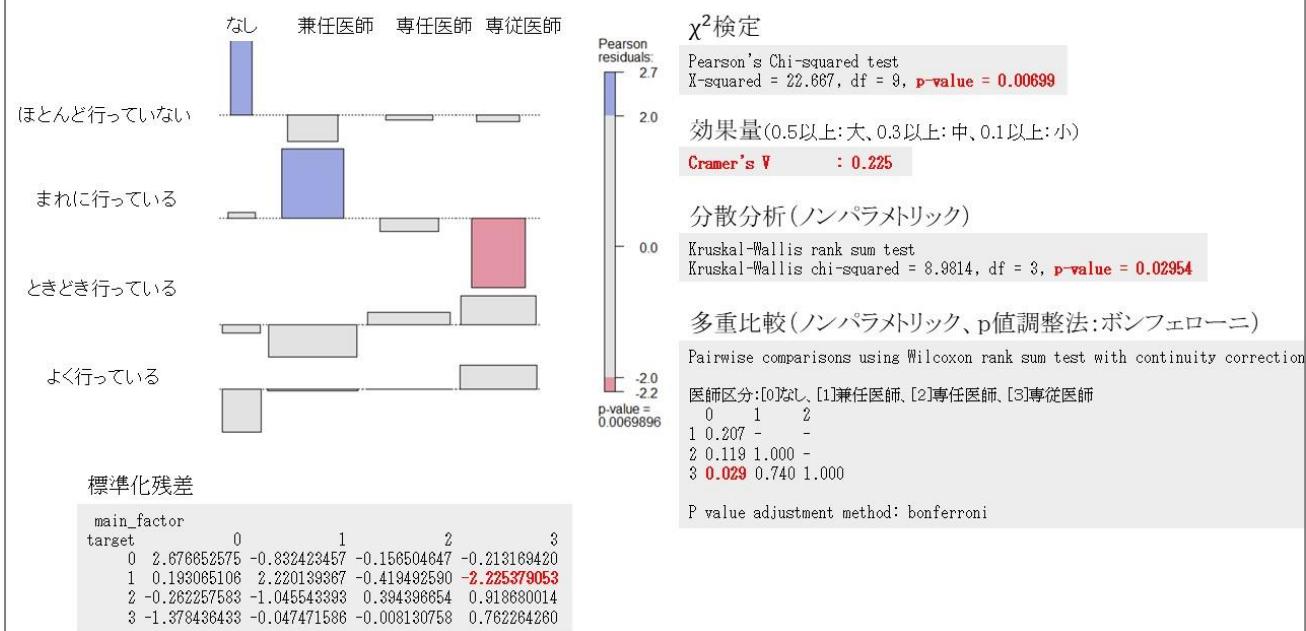


図 106

[大中] 重大事故発生時の治療連携・緊急会議(医師区分)

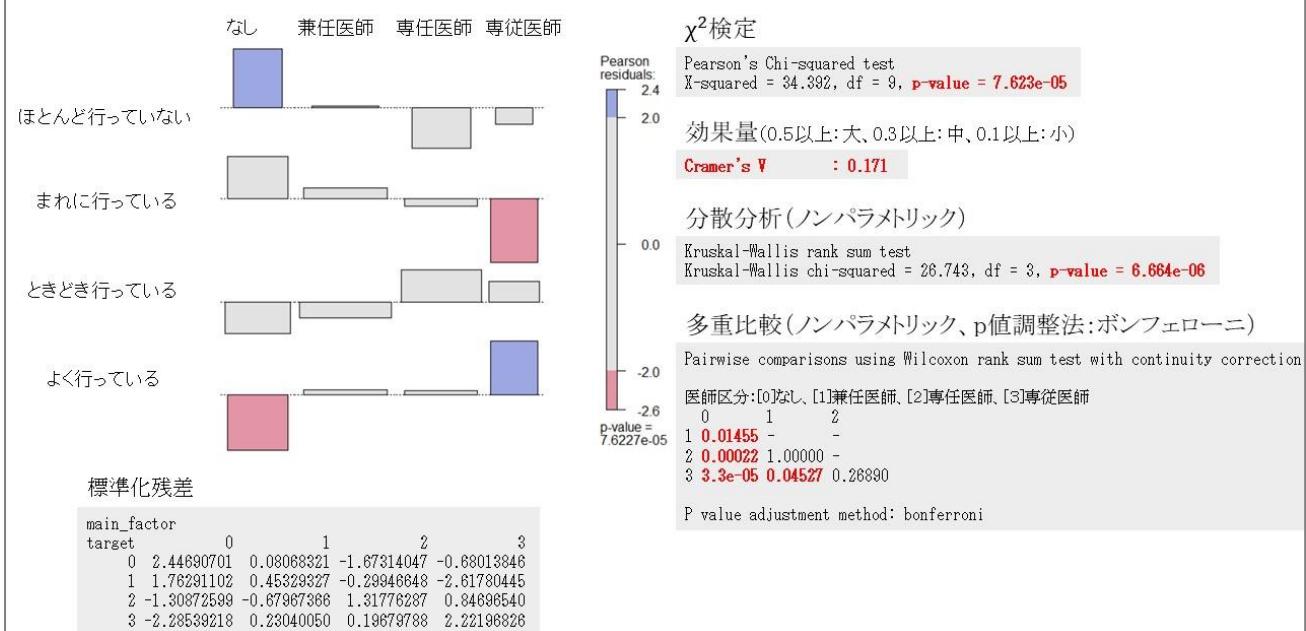


図 107

[中] 重大事故発生時の治療連携・緊急会議(医師区分)

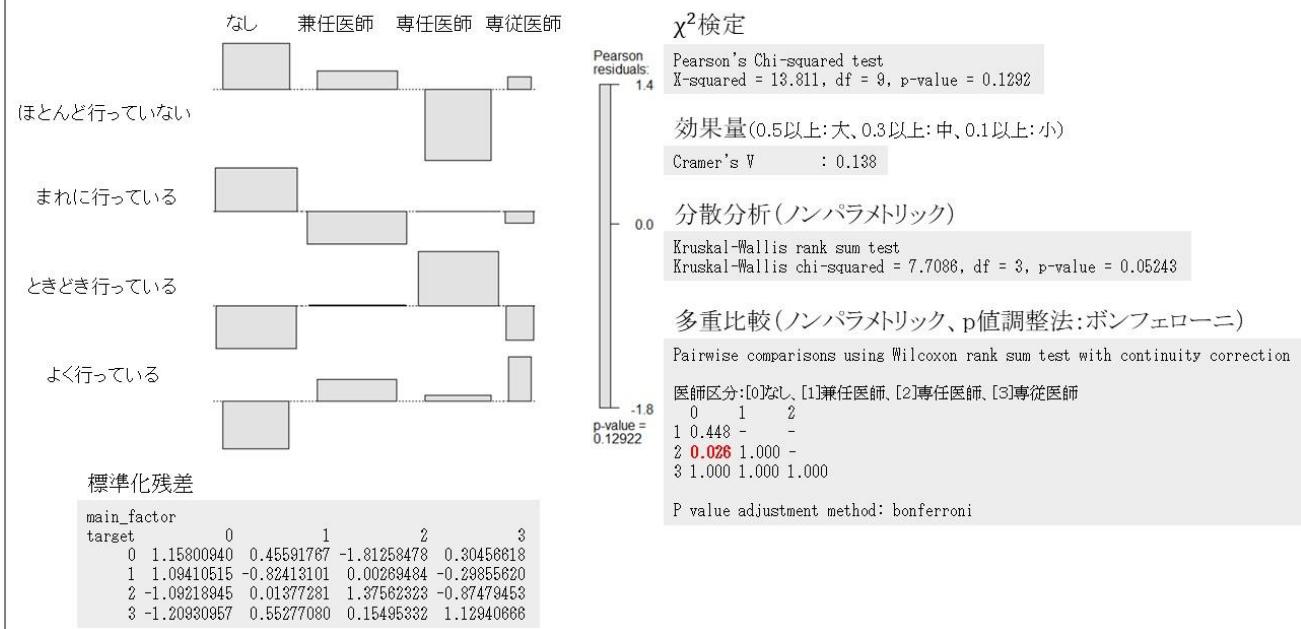


図 108

[中小] 重大事故発生時の治療連携・緊急会議(医師区分)

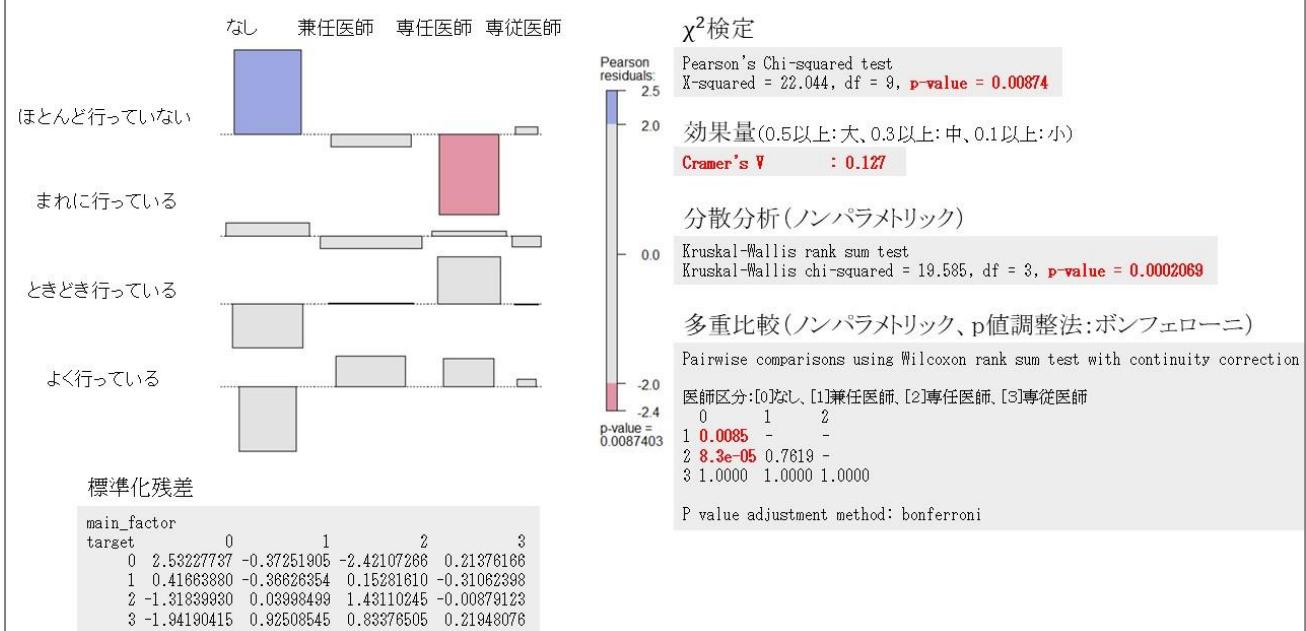


図 109

[小] 重大事故発生時の治療連携・緊急会議(医師区分)

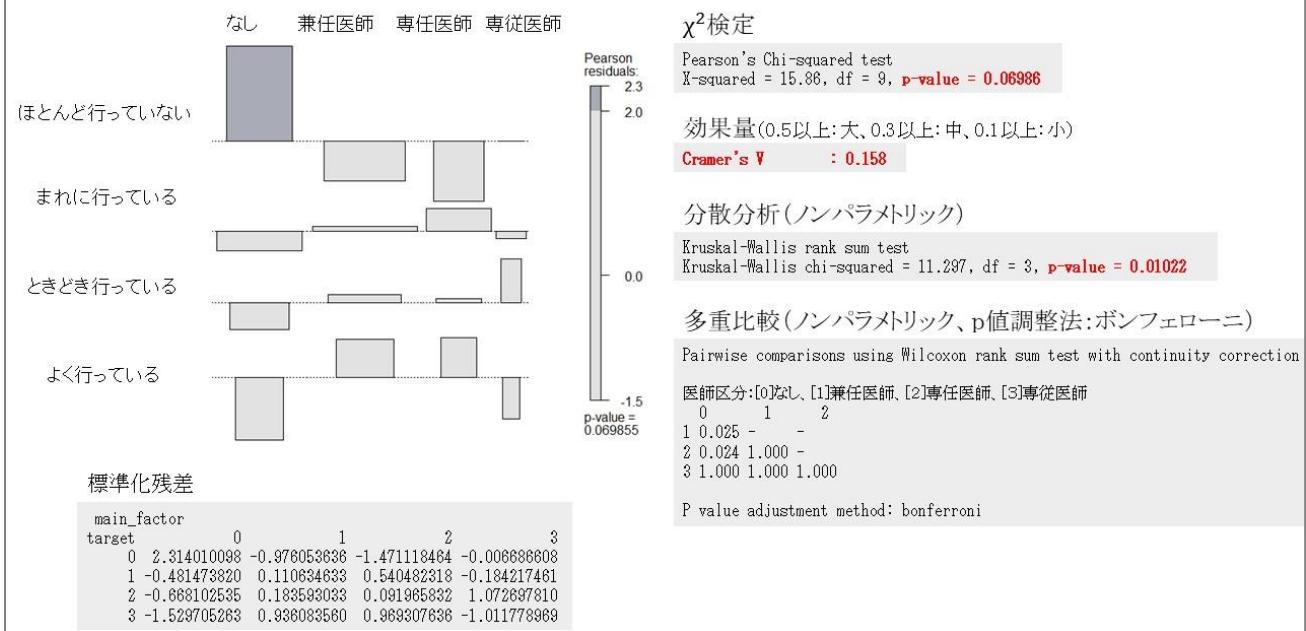


図 110

[全] 重大事故発生時の治療連携・緊急会議(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|---------|-------|------|-------|-------|
| 専従医師の人数 | 0.84 | 2.32 | 0.29 | 2.88 | 0.004 |
| 専任医師の存在 | 0.57 | 1.78 | 0.23 | 2.54 | 0.011 |
| 専従看護師の人数 | 0.41 | 1.50 | 0.12 | 3.36 | 0.001 |
| 専従医師の存在 | 0.39 | 1.48 | 0.20 | 1.94 | 0.053 |
| 兼任医師の受講人数 | 0.29 | 1.34 | 0.13 | 2.33 | 0.020 |
| 安全責任者の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 3.64 | 0.000 |
| 安全医師の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.92 | 0.004 |
| 専従医師の経験年数 | -0.07 | 0.94 | 0.03 | -1.89 | 0.059 |
| 定数(0 1) | 0.50 | 1.64 | 0.26 | 1.93 | 0.054 |
| 定数(1 2) | 2.12 | 8.37 | 0.27 | 7.87 | 0.000 |
| 定数(2 3) | 3.63 | 37.70 | 0.30 | 12.24 | 0.000 |
| AIC | 1497.45 | | | | |
| n | 580 | | | | |

図 111

[大] 重大事故発生時の治療連携・緊急会議(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|--------|-------|------|-------|-------|
| 専任医師の存在 | 1.96 | 7.12 | 0.69 | 2.85 | 0.004 |
| 専従医師の人数 | 1.95 | 7.03 | 0.65 | 3.01 | 0.003 |
| 専従医師の存在 | 1.22 | 3.38 | 0.65 | 1.87 | 0.062 |
| 兼任医師の受講人数 | 0.40 | 1.49 | 0.20 | 2.018 | 0.044 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.522 | 0.012 |
| 専任医師の経験年数 | -0.09 | 0.91 | 0.04 | -2.19 | 0.029 |
| 定数(0 1) | 0.75 | 2.11 | 0.82 | 0.91 | 0.363 |
| 定数(1 2) | 2.04 | 7.67 | 0.84 | 2.42 | 0.015 |
| 定数(2 3) | 3.77 | 43.47 | 0.88 | 4.29 | 0.000 |
| AIC | 353.97 | | | | |
| n | 141 | | | | |

図 112

[中] 重大事故発生時の治療連携・緊急会議(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-------------|--------|-------|------|------|-------|
| 専従医師の人数 | 0.59 | 1.80 | 0.43 | 1.37 | 0.171 |
| 専従看護師の人数 | 0.44 | 1.55 | 0.22 | 1.95 | 0.051 |
| 兼任医師の追加講習時間 | 0.14 | 1.15 | 0.08 | 1.67 | 0.095 |
| 兼任医師の人数 | 0.10 | 1.11 | 0.07 | 1.42 | 0.155 |
| 専任医師の経験年数 | 0.07 | 1.07 | 0.03 | 2.40 | 0.016 |
| 安全医師の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.04 | 0.041 |
| 安全責任者の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 1.87 | 0.062 |
| 定数(0 1) | 0.32 | 1.37 | 0.39 | 0.82 | 0.414 |
| 定数(1 2) | 1.80 | 6.05 | 0.40 | 4.49 | 0.000 |
| 定数(2 3) | 3.39 | 29.81 | 0.44 | 7.63 | 0.000 |
| AIC | 618.33 | | | | |
| n | 232 | | | | |

図 113

[小]重大事故発生時の治療連携・緊急会議(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|--------|------|-------|-------|-------|
| 専従看護師の人数 | 0.64 | 0.22 | 2.90 | 0.004 | 1.90 |
| 専従医師の存在 | 0.58 | 0.28 | 2.05 | 0.041 | 1.78 |
| 専任医師の経験年数 | 0.08 | 0.04 | 2.11 | 0.035 | 1.08 |
| 安全責任者の積極性 | 0.00 | 0.00 | 2.01 | 0.044 | 1.00 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 0.00 | 1.66 | 0.096 | 1.00 |
| 専従医師の経験年数 | -0.08 | 0.04 | -1.77 | 0.078 | 0.93 |
| 定数(0 1) | 0.95 | 0.43 | 2.18 | 0.029 | 2.59 |
| 定数(1 2) | 3.02 | 0.48 | 6.30 | 0.000 | 20.52 |
| 定数(2 3) | 4.38 | 0.53 | 8.26 | 0.000 | 79.76 |
| AIC | 505.78 | | | | |
| n | 202 | | | | |

図 114

重大事故発生時の医学的評価判断

Q37.貴院の医療安全管理部門では、アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断を行っていますか？

- よく行っている
- ときどき行っている
- まれに行っている
- ほとんど行っていない

図 115

[全] 重大事故発生時の医学的評価判断(医師区分)

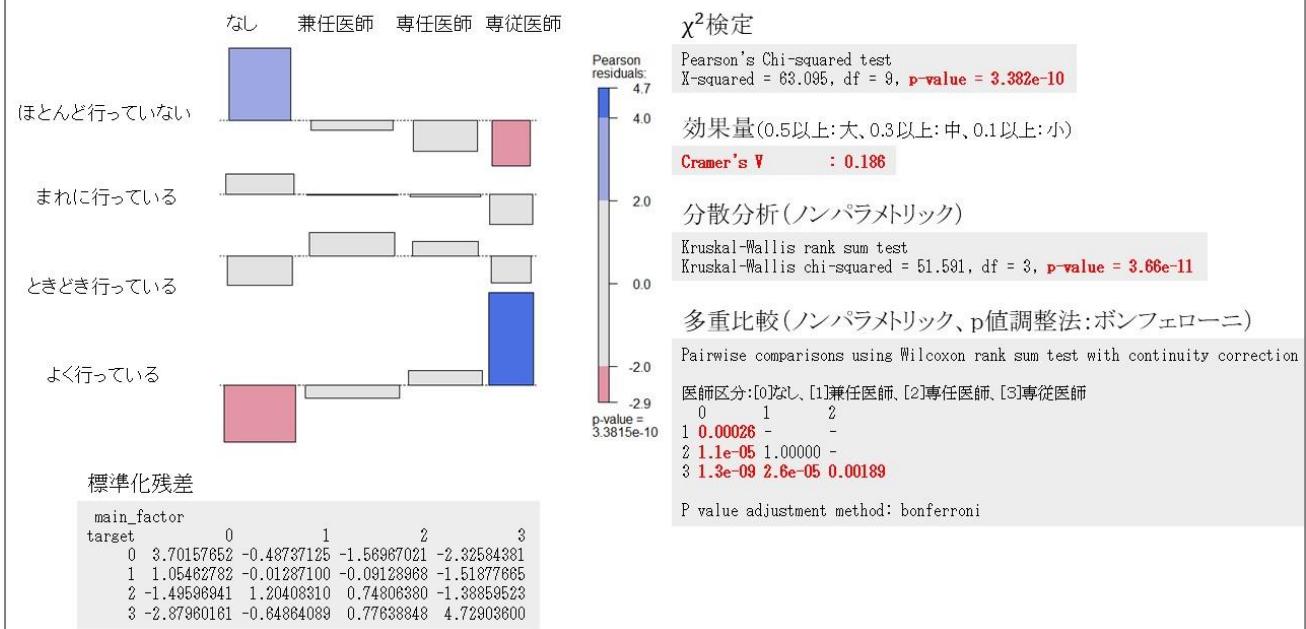


図 116

[大] 重大事故発生時の医学的評価判断(医師区分)

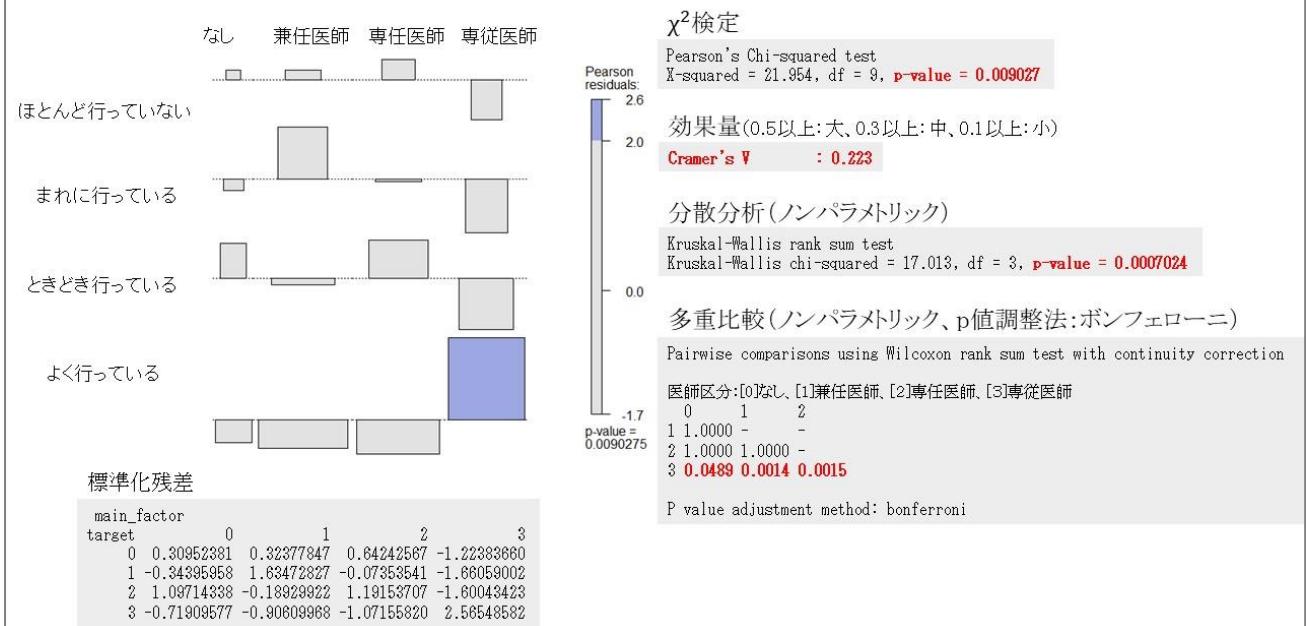


図 117

[大中] 重大事故発生時の医学的評価判断(医師区分)

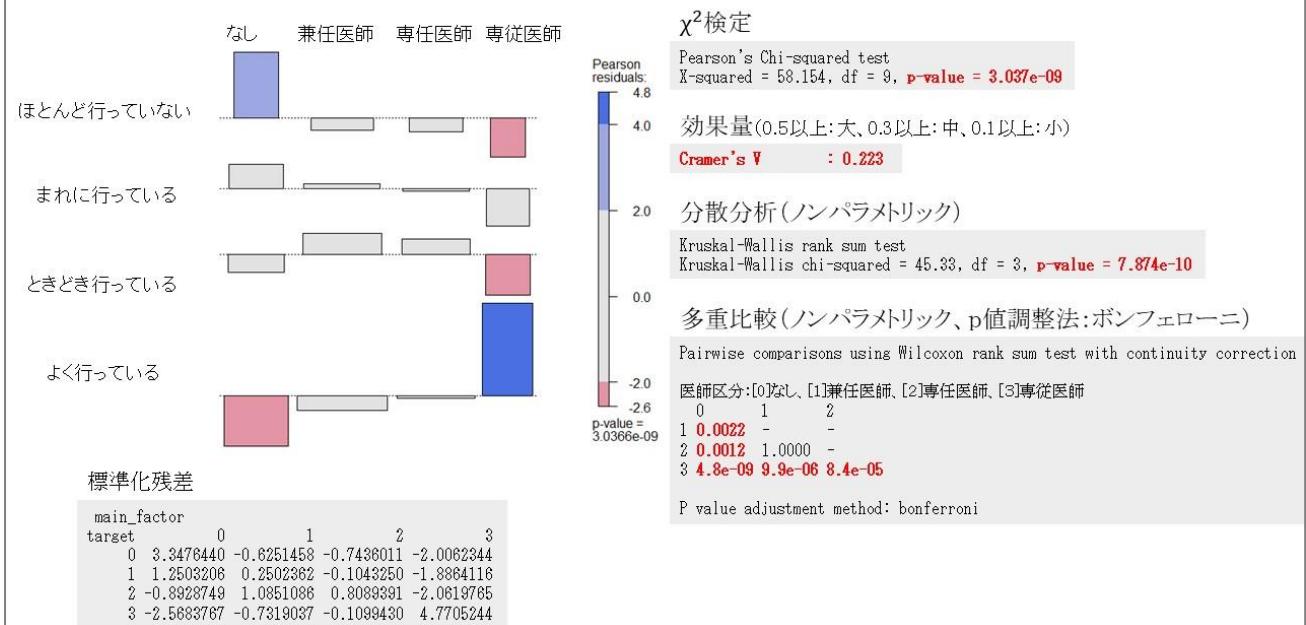


図 118

[中] 重大事故発生時の医学的評価判断(医師区分)



図 119

[中小] 重大事故発生時の医学的評価判断(医師区分)

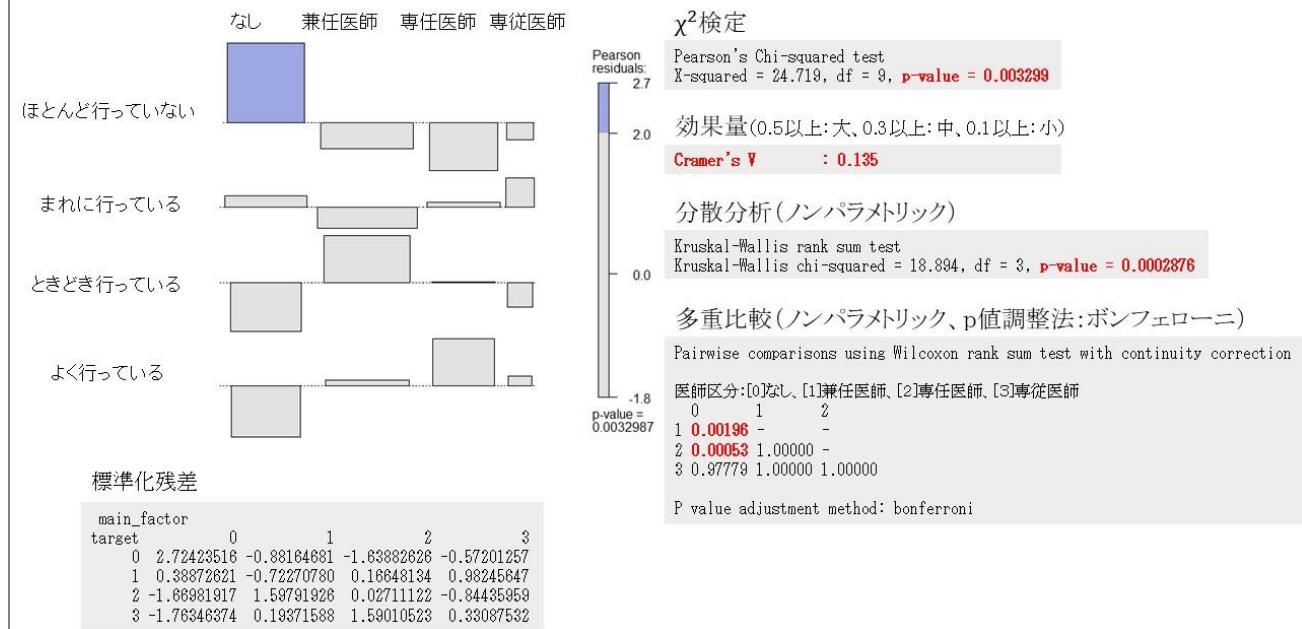


図 120

[小] 重大事故発生時の医学的評価判断(医師区分)

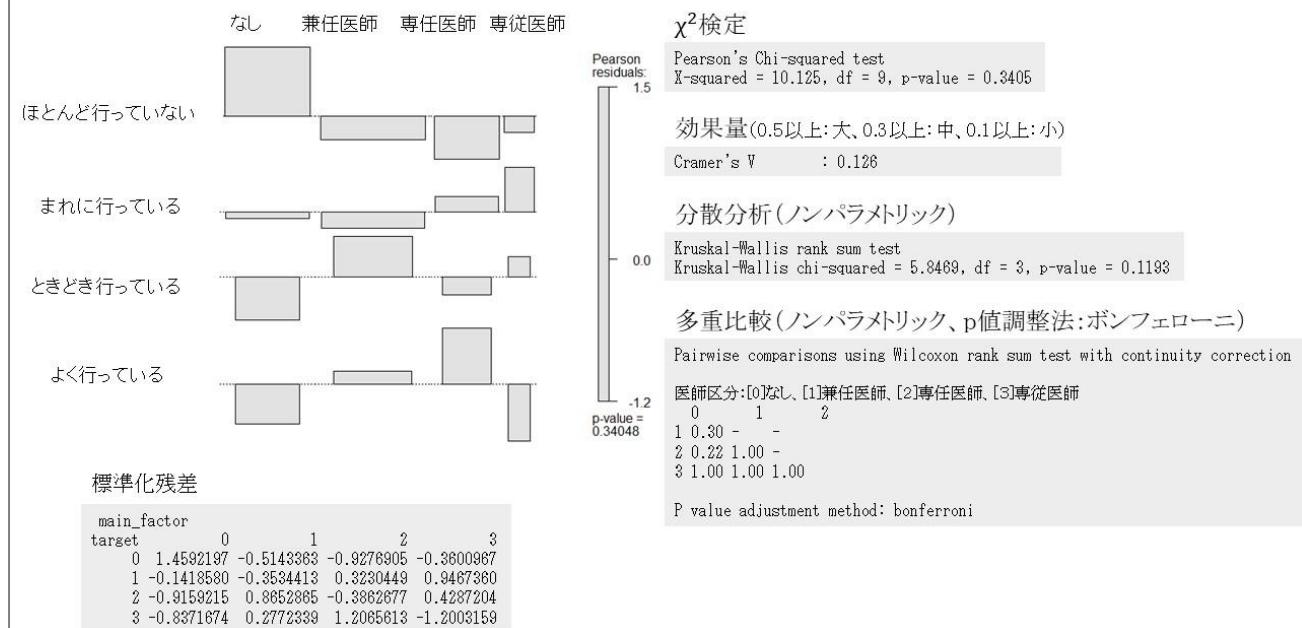


図 121

[全] 重大事故発生時の医学的評価判断(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|---------|-------|------|-------|-------|
| 専従医師の人数 | 0.95 | 2.60 | 0.32 | 2.98 | 0.003 |
| 専従看護師の人数 | 0.45 | 1.56 | 0.12 | 3.63 | 0.000 |
| 兼任医師の受講人数 | 0.23 | 1.25 | 0.13 | 1.78 | 0.076 |
| 兼任医師の人数 | 0.08 | 1.08 | 0.04 | 1.95 | 0.052 |
| 専任医師の経験年数 | 0.04 | 1.04 | 0.02 | 2.22 | 0.026 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.51 | 0.012 |
| 安全責任者の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 1.78 | 0.074 |
| 安全医師の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 1.74 | 0.082 |
| 専従医師の経験年数 | -0.07 | 0.93 | 0.04 | -1.81 | 0.070 |
| 定数(0 1) | 0.66 | 1.94 | 0.25 | 2.69 | 0.007 |
| 定数(1 2) | 2.05 | 7.80 | 0.26 | 7.93 | 0.000 |
| 定数(2 3) | 3.22 | 25.13 | 0.28 | 11.57 | 0.000 |
| AIC | 1494.48 | | | | |
| n | 580 | | | | |

図 122

[大] 重大事故発生時の医学的評価判断(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|--------|------|------|-------|-------|
| 専従薬剤師の人数 | 1.46 | 4.29 | 0.59 | 2.47 | 0.013 |
| 専従医師の経験年数 | 0.21 | 1.24 | 0.16 | 1.36 | 0.173 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.04 | 0.042 |
| 専従医師の受講人数 | -0.34 | 0.71 | 0.21 | -1.64 | 0.100 |
| 定数(0 1) | -1.15 | 0.32 | 0.60 | -1.92 | 0.055 |
| 定数(1 2) | 0.21 | 1.23 | 0.58 | 0.36 | 0.721 |
| 定数(2 3) | 1.53 | 4.64 | 0.59 | 2.59 | 0.009 |
| AIC | 318.50 | | | | |
| n | 141 | | | | |

図 123

[大中] 重大事故発生時の医学的評価判断(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|--------|-------|------|------|-------|
| 専従医師の人数 | 0.95 | 2.58 | 0.49 | 1.92 | 0.054 |
| 専従薬剤師の人数 | 0.83 | 2.29 | 0.49 | 1.69 | 0.091 |
| 専従医師の存在 | 0.46 | 1.58 | 0.22 | 2.07 | 0.038 |
| 専従看護師の人数 | 0.44 | 1.55 | 0.16 | 2.77 | 0.006 |
| 専任医師の経験年数 | 0.05 | 1.05 | 0.02 | 2.00 | 0.045 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 4.62 | 0.000 |
| 定数(0 1) | 0.33 | 1.39 | 0.32 | 1.04 | 0.300 |
| 定数(1 2) | 1.72 | 5.56 | 0.33 | 5.20 | 0.000 |
| 定数(2 3) | 2.99 | 19.82 | 0.35 | 8.44 | 0.000 |
| AIC | 941.55 | | | | |
| n | 373 | | | | |

図 124

[中] 重大事故発生時の医学的評価判断(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|--------|-------|------|-------|-------|
| 専従医師の人数 | 1.42 | 4.16 | 0.79 | 1.79 | 0.073 |
| 専従看護師の人数 | 0.60 | 1.82 | 0.24 | 2.53 | 0.01 |
| 専従医師の受講人数 | 0.56 | 1.75 | 0.26 | 2.12 | 0.034 |
| 専任医師の経験年数 | 0.22 | 1.24 | 0.06 | 3.49 | 0.000 |
| 兼任医師の人数 | 0.17 | 1.18 | 0.08 | 2.15 | 0.03 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.30 | 0.02 |
| 安全医師の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.28 | 0.02 |
| 専従医師の経験年数 | -0.25 | 0.78 | 0.14 | -1.78 | 0.075 |
| 専任薬剤師の人数 | -0.47 | 0.63 | 0.33 | -1.42 | 0.15 |
| 専任医師の受講人数 | -0.52 | 0.59 | 0.30 | -1.76 | 0.079 |
| 専任医師の存在 | -0.72 | 0.49 | 0.45 | -1.59 | 0.111 |
| 定数(0 1) | 0.63 | 1.88 | 0.39 | 1.62 | 0.105 |
| 定数(1 2) | 2.16 | 8.65 | 0.41 | 5.27 | 0.000 |
| 定数(2 3) | 3.59 | 36.32 | 0.45 | 7.91 | 0.000 |
| AIC | 605.81 | | | | |
| n | 232 | | | | |

図 125

[小]重大事故発生時の医学的評価判断(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-------------|-------|-------|------|-------|-------|
| 専任医師の人数 | 0.63 | 1.88 | 0.29 | 2.18 | 0.029 |
| 専従医師の追加講習時間 | 0.40 | 1.49 | 0.17 | 2.35 | 0.019 |
| 兼任医師の人数 | 0.31 | 1.37 | 0.15 | 2.13 | 0.033 |
| 専任看護師の人数 | 0.26 | 1.29 | 0.13 | 1.93 | 0.053 |
| 安全責任者の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 4.21 | 0.000 |
| 専任医師の追加講習時間 | -0.38 | 0.69 | 0.17 | -2.23 | 0.026 |
| 専従医師の受講人数 | -0.74 | 0.48 | 0.45 | -1.64 | 0.101 |
| 専従薬剤師の人数 | -0.88 | 0.41 | 0.57 | -1.54 | 0.124 |
| 定数(0 1) | 0.72 | 2.05 | 0.34 | 2.11 | 0.035 |
| 定数(1 2) | 2.24 | 9.38 | 0.37 | 5.99 | 0.000 |
| 定数(2 3) | 3.34 | 28.21 | 0.41 | 8.10 | 0.000 |
| AIC | | | | | |
| n | | | | | |

図 126

病理医と医療安全部門の連携

Q38.貴院の医療安全管理部門において、医療事故調査制度における医療事故が疑われる死亡についての病理解剖の際、病理医と医療安全管理部門は連携していますか？

- よく連携している
- ときどき連携している
- まれに連携している
- ほとんど連携していない
- 病理解剖はほとんど行っていない

図 127

[全] 病理医と医療安全部門の連携(医師区分)

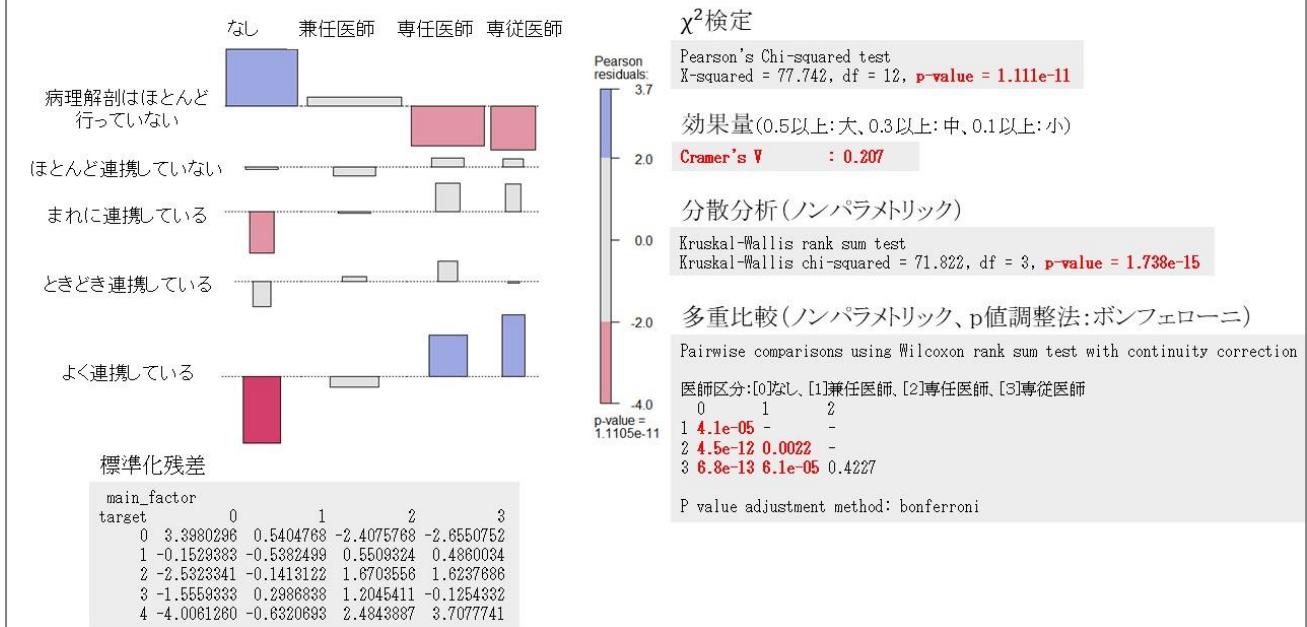


図 128

[大] 病理医と医療安全部門の連携(医師区分)

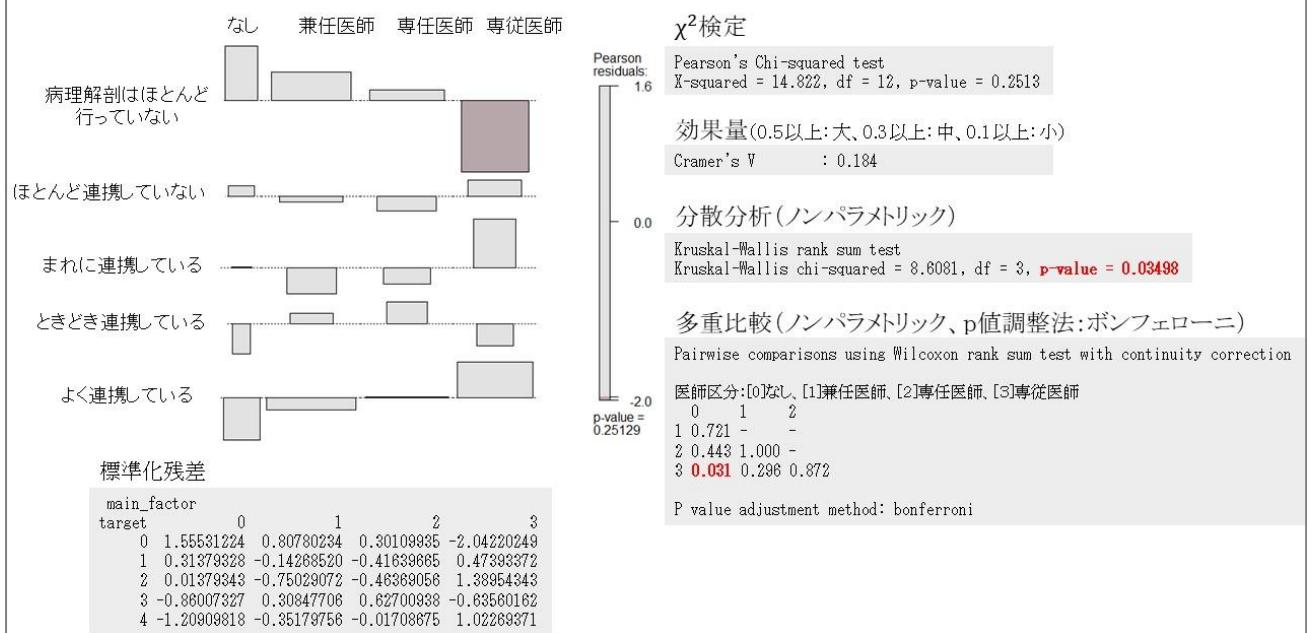


図 129

[大中] 病理医と医療安全部門の連携(医師区分)

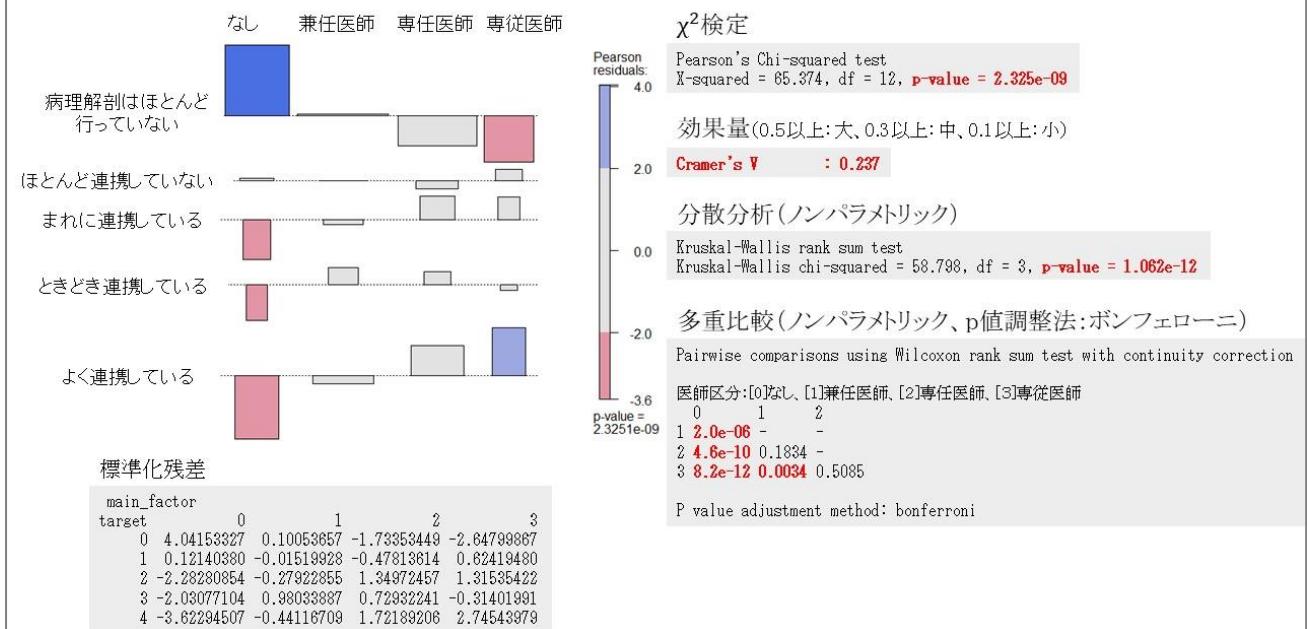


図 130

[中] 病理医と医療安全部門の連携(医師区分)

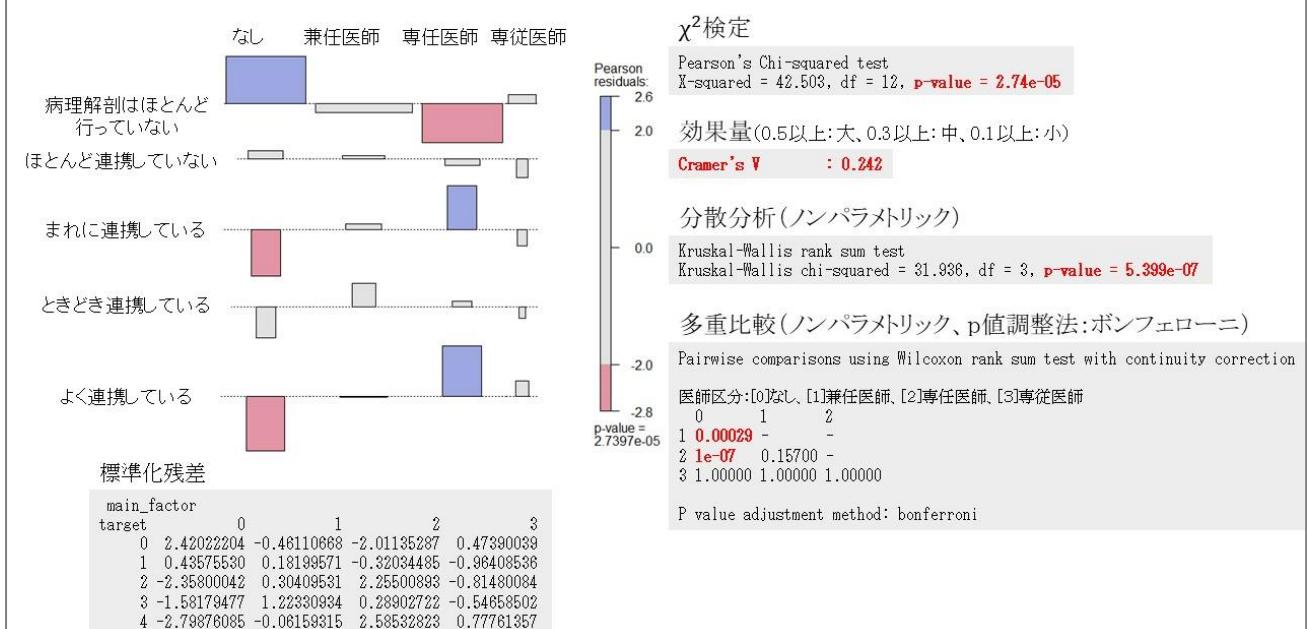


図 131

[中小] 病理医と医療安全部門の連携(医師区分)

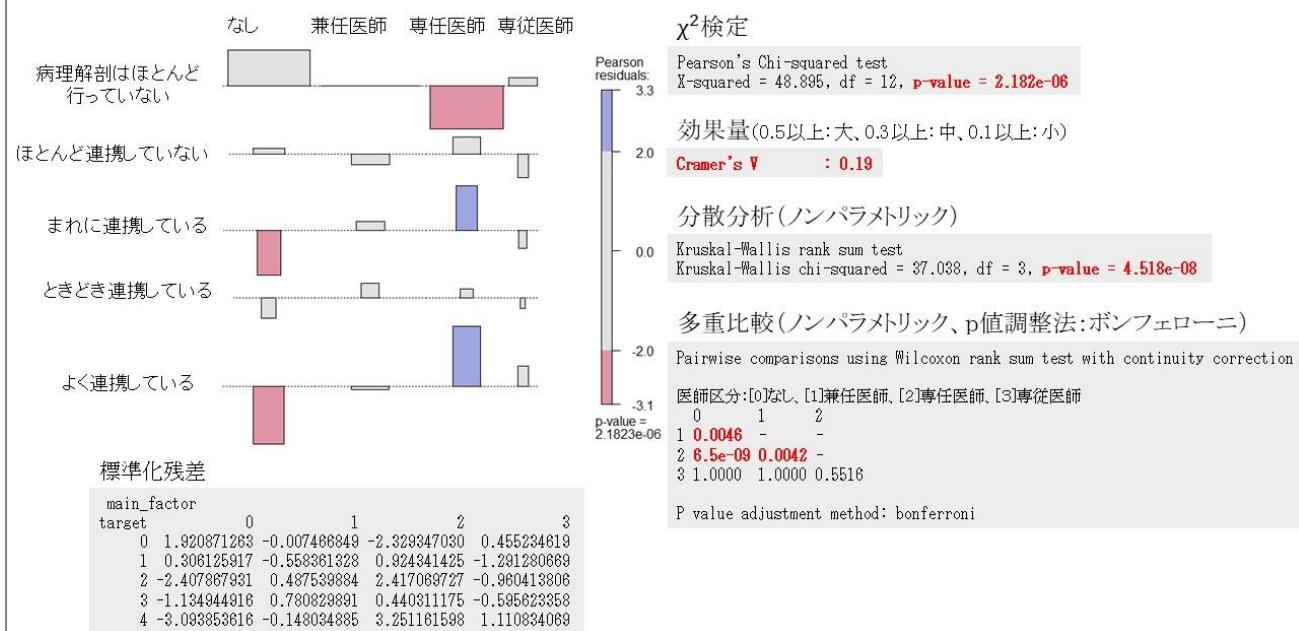


図 132

[小] 病理医と医療安全部門の連携(医師区分)

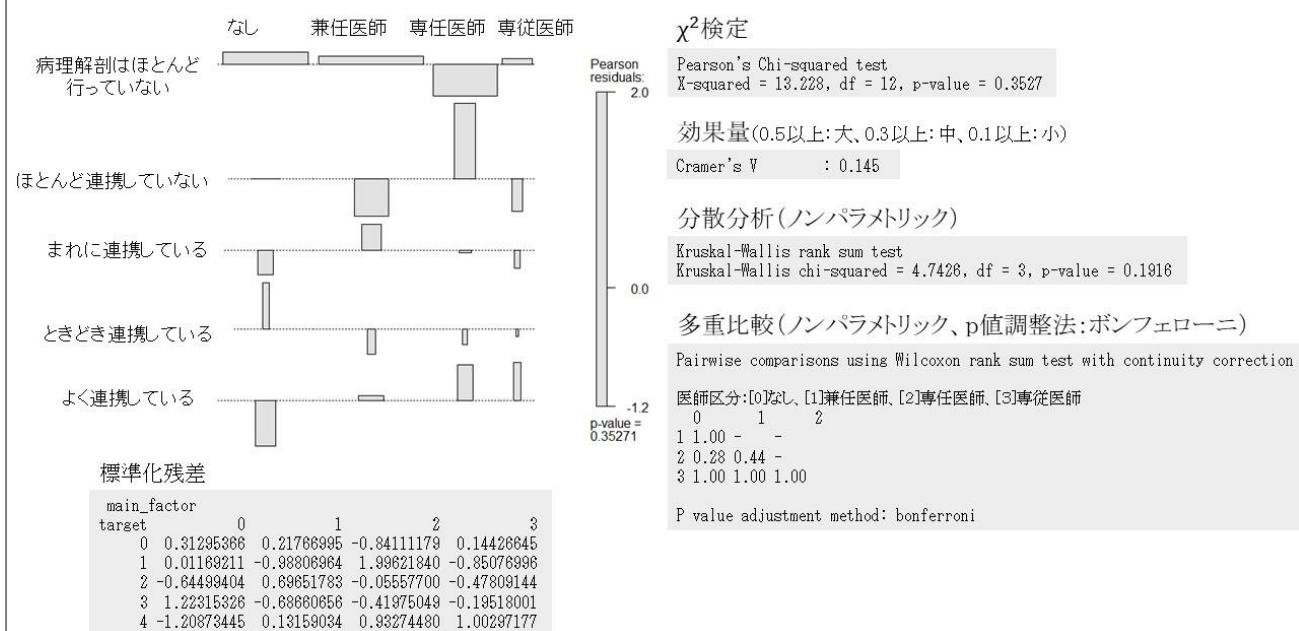


図 133

[全] 病理医と医療安全部門の連携(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|---------|-------|------|-------|-------|
| 専任医師の存在 | 1.14 | 3.13 | 0.27 | 4.27 | 0.000 |
| 専従医師の人数 | 1.05 | 2.84 | 0.31 | 3.41 | 0.001 |
| 専従看護師の人数 | 0.86 | 2.37 | 0.13 | 6.42 | 0.000 |
| 専従医師の存在 | 0.58 | 1.78 | 0.26 | 2.25 | 0.025 |
| 兼任医師の受講人数 | 0.41 | 1.50 | 0.13 | 3.22 | 0.001 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.50 | 0.012 |
| 専従医師の経験年数 | -0.09 | 0.91 | 0.05 | -2.07 | 0.038 |
| 定数(0 1) | 2.48 | 12.00 | 0.33 | 7.44 | 0.000 |
| 定数(1 2) | 3.18 | 23.94 | 0.34 | 9.23 | 0.000 |
| 定数(2 3) | 3.64 | 38.20 | 0.35 | 10.36 | 0.000 |
| 定数(3 4) | 3.93 | 51.13 | 0.36 | 11.01 | 0.000 |
| AIC | 1240.27 | | | | |
| n | 580 | | | | |

図 134

[大] 病理医と医療安全部門の連携(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|--------|------|------|-------|-------|
| 専従看護師の人数 | 0.70 | 2.01 | 0.21 | 3.30 | 0.001 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 1.79 | 0.073 |
| 安全責任者の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | -1.94 | 0.053 |
| 専任医師の受講人数 | -0.36 | 0.70 | 0.21 | -1.70 | 0.089 |
| 定数(0 1) | -0.12 | 0.89 | 0.57 | -0.21 | 0.836 |
| 定数(1 2) | 0.73 | 2.08 | 0.57 | 1.28 | 0.199 |
| 定数(2 3) | 1.23 | 3.41 | 0.58 | 2.13 | 0.033 |
| 定数(3 4) | 1.58 | 4.86 | 0.58 | 2.71 | 0.007 |
| AIC | 415.32 | | | | |
| n | 141 | | | | |

図 135

[大中] 病理医と医療安全部門の連携(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|--------|-------|------|------|-------|
| 専任医師の存在 | 1.40 | 4.04 | 0.33 | 4.25 | 0.000 |
| 専従医師の存在 | 1.01 | 2.75 | 0.32 | 3.13 | 0.002 |
| 専従医師の人数 | 0.91 | 2.49 | 0.33 | 2.73 | 0.006 |
| 専従看護師の人数 | 0.82 | 2.27 | 0.17 | 4.92 | 0.000 |
| 兼任医師の受講人数 | 0.29 | 1.33 | 0.13 | 2.15 | 0.031 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.03 | 0.042 |
| 定数(0 1) | 2.39 | 10.90 | 0.41 | 5.79 | 0.000 |
| 定数(1 2) | 3.08 | 21.83 | 0.42 | 7.28 | 0.000 |
| 定数(2 3) | 3.60 | 36.77 | 0.43 | 8.33 | 0.000 |
| 定数(3 4) | 3.91 | 50.09 | 0.44 | 8.92 | 0.000 |
| AIC | 922.66 | | | | |
| n | 373 | | | | |

図 136

放射線科医と医療安全部門の連携

Q39.貴院の医療安全管理部門において、医療事故調査制度における医療事故が疑われる死亡についてのAi撮影の際、放射線科医と医療安全管理部門は連携していますか？

- よく連携している
- ときどき連携している
- まれに連携している
- ほとんど連携していない
- Ai撮影はほとんど行っていない

図 137

[全] 放射線科医と医療安全部門の連携(医師区分)

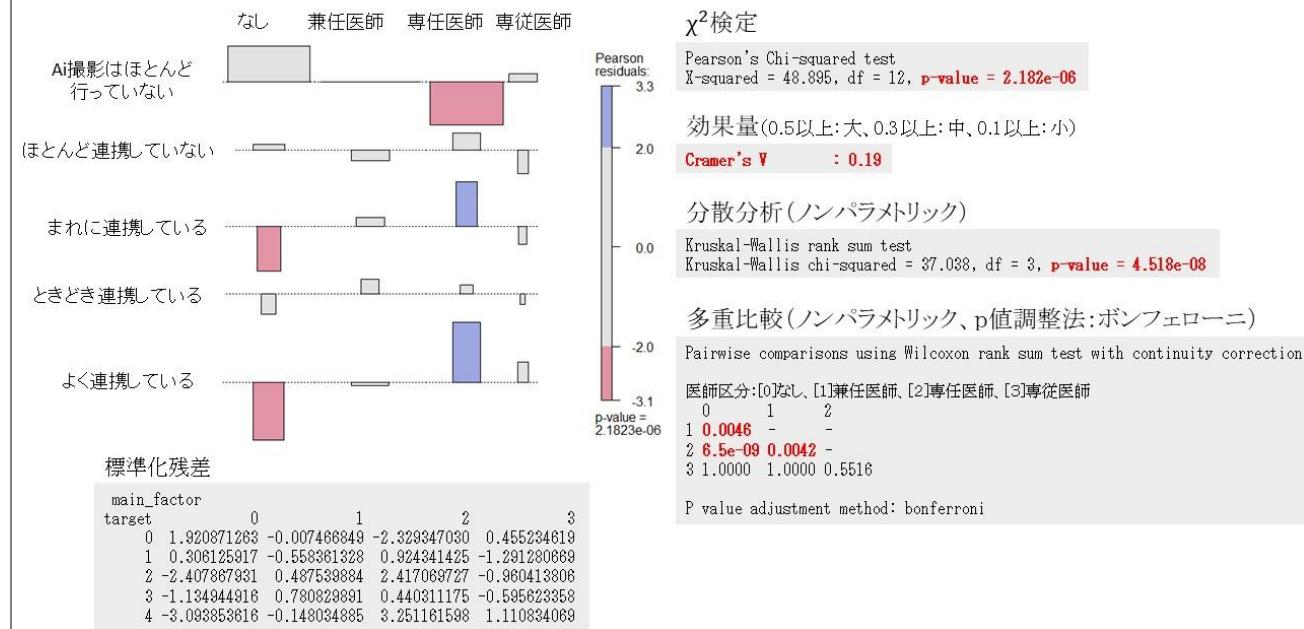


図 138

[大] 放射線科医と医療安全部門の連携(医師区分)

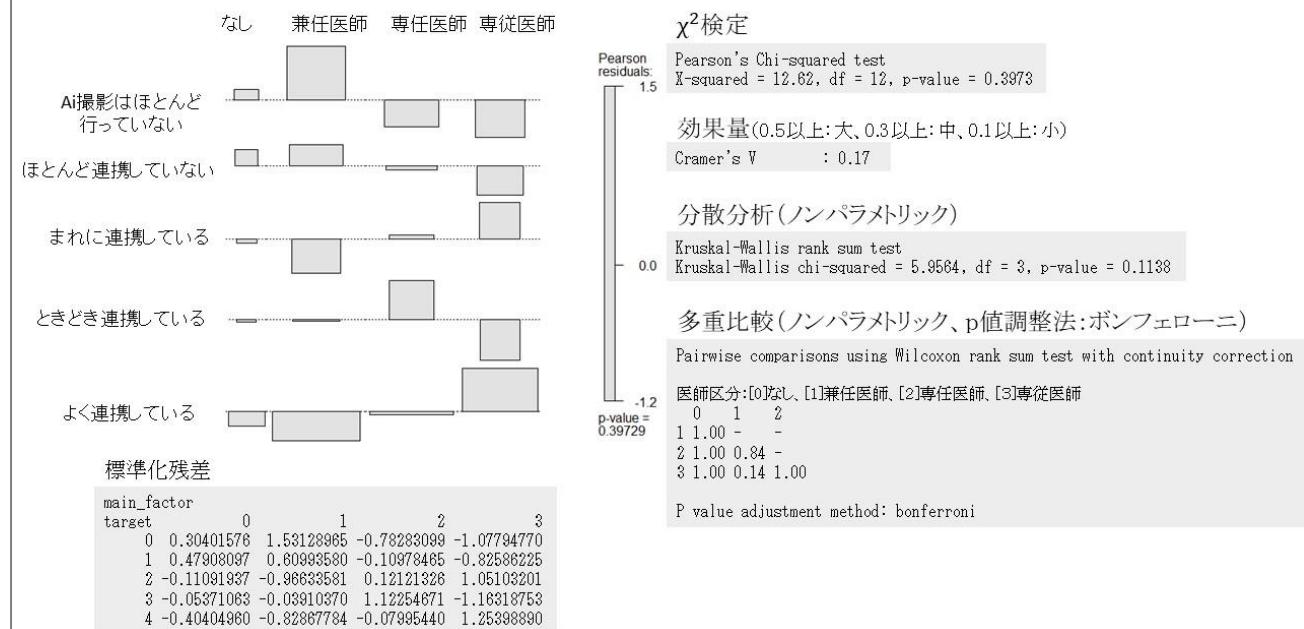


図 139

[大中] 放射線科医と医療安全部門の連携(医師区分)

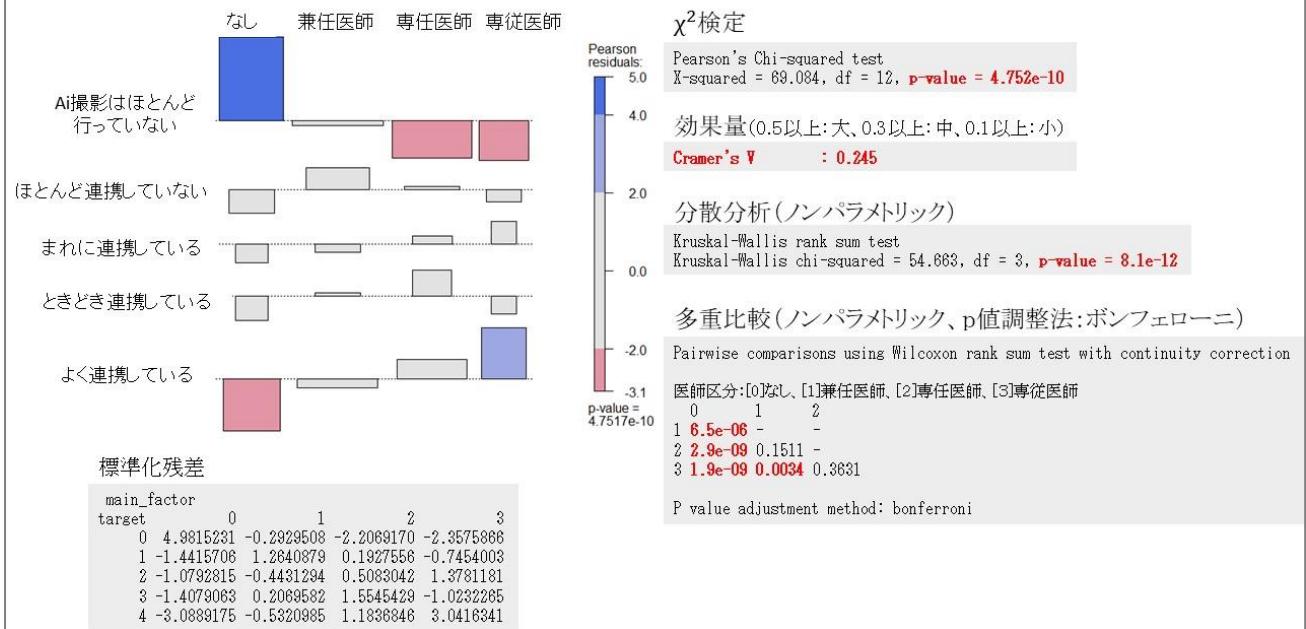


図 140

[中] 放射線科医と医療安全部門の連携(医師区分)

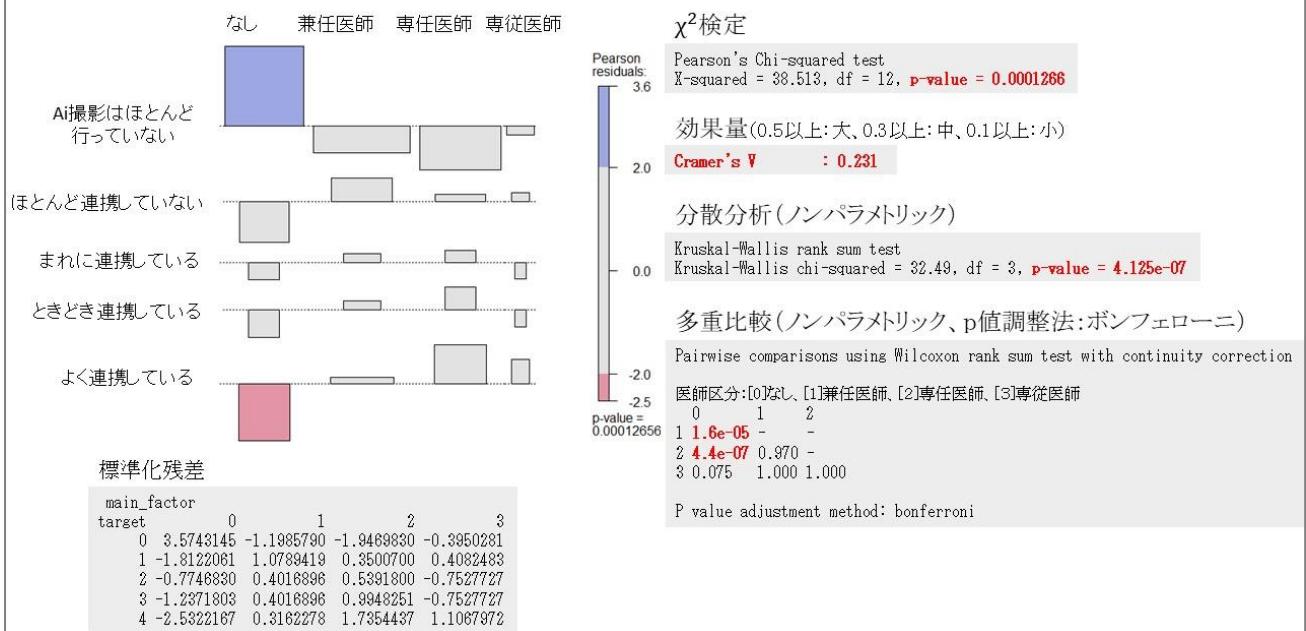


図 141

[中小] 放射線科医と医療安全部門の連携(医師区分)

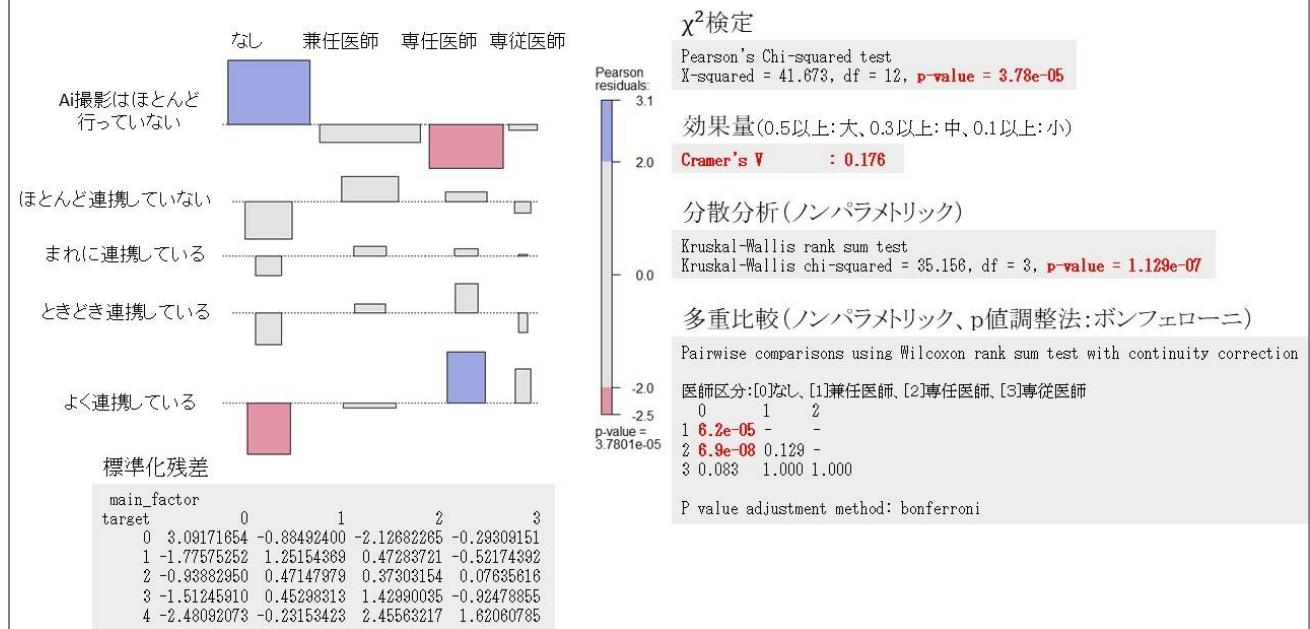


図 142

[小] 放射線科医と医療安全部門の連携(医師区分)

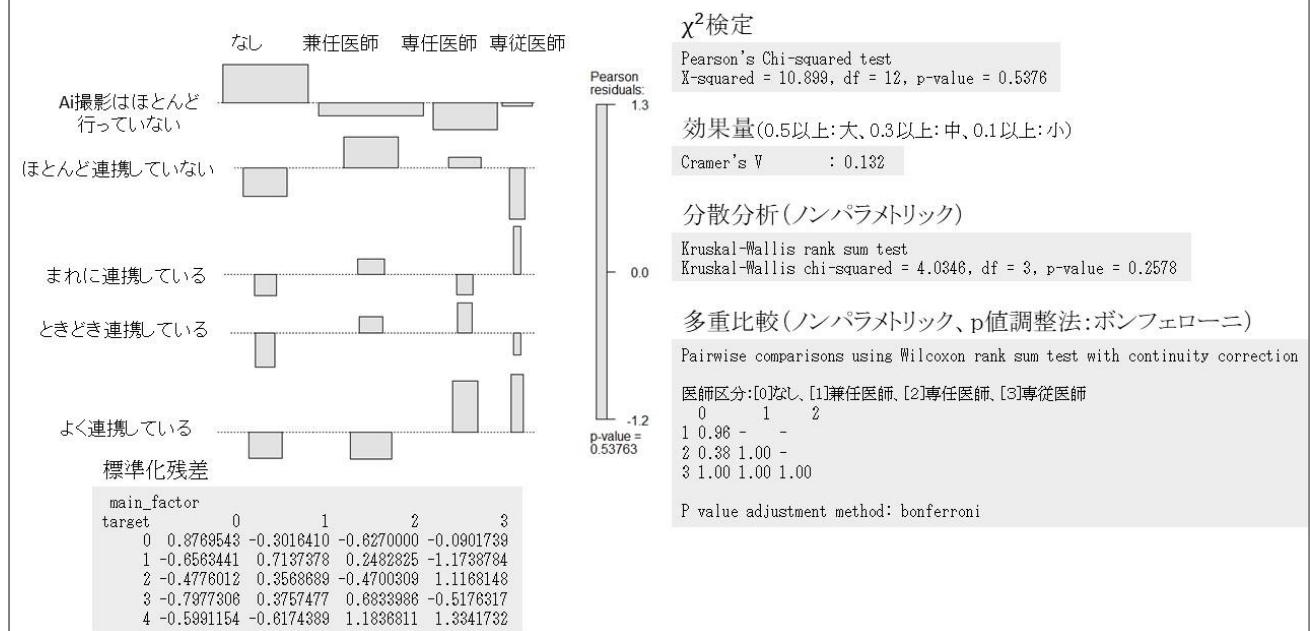


図 143

[全] 放射線科医と医療安全部門の連携(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|---------|-------|------|-------|-------|
| 専従看護師の人数 | 1.03 | 2.80 | 0.14 | 7.29 | 0.000 |
| 専任医師の存在 | 0.96 | 2.62 | 0.29 | 3.31 | 0.001 |
| 専従医師の人数 | 0.89 | 2.43 | 0.32 | 2.76 | 0.006 |
| 専従医師の存在 | 0.50 | 1.65 | 0.23 | 2.17 | 0.030 |
| 兼任医師の受講人数 | 0.39 | 1.47 | 0.12 | 3.20 | 0.001 |
| 専任医師の受講人数 | 0.25 | 1.29 | 0.15 | 1.66 | 0.097 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 3.11 | 0.002 |
| 専任医師の経験年数 | -0.04 | 0.96 | 0.02 | -1.68 | 0.093 |
| 専従薬剤師の人数 | -0.51 | 0.60 | 0.34 | -1.49 | 0.137 |
| 定数(0 1) | 1.86 | 6.42 | 0.29 | 6.34 | 0.000 |
| 定数(1 2) | 2.79 | 16.34 | 0.31 | 9.13 | 0.000 |
| 定数(2 3) | 3.22 | 25 | 0.31 | 10.3 | 0 |
| 定数(3 4) | 3.66 | 38.84 | 0.32 | 11.43 | 0 |
| AIC | 1444.07 | | | | |
| n | 580 | | | | |

図 144

[大] 放射線科医と医療安全部門の連携(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|--------|-------|------|-------|-------|
| 専従看護師の人数 | 0.84 | 2.32 | 0.22 | 3.75 | 0.000 |
| 兼任医師の受講人数 | 0.45 | 1.57 | 0.19 | 2.36 | 0.018 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.92 | 0.004 |
| 兼任医師の経験年数 | -0.06 | 0.94 | 0.03 | -1.90 | 0.057 |
| 定数(0 1) | 0.95 | 2.60 | 0.63 | 1.51 | 0.132 |
| 定数(1 2) | 1.98 | 7.21 | 0.65 | 3.06 | 0.002 |
| 定数(2 3) | 2.62 | 13.77 | 0.66 | 3.96 | 0.000 |
| 定数(3 4) | 3.19 | 24.32 | 0.68 | 4.71 | 0.000 |
| AIC | 399.35 | | | | |
| n | 141 | | | | |

図 145

[大中] 放射線科医と医療安全部門の連携(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|--------|-------|------|------|-------|
| 専任医師の存在 | 1.31 | 3.71 | 0.31 | 4.17 | 0.000 |
| 専従医師の人数 | 0.95 | 2.58 | 0.35 | 2.69 | 0.007 |
| 専従看護師の人数 | 0.95 | 2.58 | 0.17 | 5.61 | 0.000 |
| 専従医師の存在 | 0.90 | 2.47 | 0.30 | 2.97 | 0.003 |
| 兼任医師の受講人数 | 0.31 | 1.36 | 0.13 | 2.37 | 0.018 |
| 安全責任者の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.07 | 0.039 |
| 定数(0 1) | 1.65 | 5.22 | 0.33 | 4.98 | 0.000 |
| 定数(1 2) | 2.57 | 13.07 | 0.35 | 7.41 | 0.000 |
| 定数(2 3) | 3.05 | 21.06 | 0.36 | 8.57 | 0.000 |
| 定数(3 4) | 3.50 | 33.07 | 0.36 | 9.60 | 0.000 |
| AIC | 995.55 | | | | |
| n | 373 | | | | |

図 146

[中] 放射線科医と医療安全部門の連携(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|----------|--------|-------|------|------|-------|
| 専任医師の存在 | 1.65 | 5.23 | 0.40 | 4.09 | 0.000 |
| 専従医師の存在 | 1.38 | 3.99 | 0.37 | 3.71 | 0.000 |
| 専従医師の人数 | 1.26 | 3.52 | 0.61 | 2.07 | 0.038 |
| 専従看護師の人数 | 0.91 | 2.49 | 0.26 | 3.53 | 0.000 |
| 定数(0 1) | 1.62 | 5.06 | 0.33 | 4.97 | 0.000 |
| 定数(1 2) | 2.55 | 12.77 | 0.35 | 7.27 | 0.000 |
| 定数(2 3) | 2.94 | 19.00 | 0.36 | 8.18 | 0.000 |
| 定数(3 4) | 3.32 | 27.63 | 0.37 | 8.96 | 0.000 |
| AIC | 589.25 | | | | |
| n | 232 | | | | |

図 147

[中小] 放射線科医と医療安全部門の連携(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-------------|---------|-------|------|-------|-------|
| 専従医師の人数 | 1.32 | 3.74 | 0.57 | 2.31 | 0.021 |
| 専任医師の存在 | 1.20 | 3.33 | 0.31 | 3.94 | 0.000 |
| 専従看護師の人数 | 0.92 | 2.50 | 0.18 | 5.04 | 0.000 |
| 専従医師の存在 | 0.65 | 1.92 | 0.26 | 2.49 | 0.013 |
| 兼任医師の受講人数 | 0.32 | 1.37 | 0.16 | 1.98 | 0.048 |
| 専従医師の受講人数 | 0.31 | 1.36 | 0.20 | 1.56 | 0.119 |
| 専従医師の追加講習時間 | -0.08 | 0.92 | 0.06 | -1.38 | 0.168 |
| 専従医師の経験年数 | -0.09 | 0.92 | 0.05 | -1.60 | 0.110 |
| 専任薬剤師の人数 | -0.38 | 0.69 | 0.26 | -1.43 | 0.153 |
| 専従薬剤師の人数 | -0.91 | 0.40 | 0.53 | -1.72 | 0.085 |
| 定数(0 1) | 1.31 | 3.70 | 0.22 | 6.01 | 0.000 |
| 定数(1 2) | 2.27 | 9.68 | 0.24 | 9.63 | 0 |
| 定数(2 3) | 2.64 | 14 | 0.24 | 10.82 | 0 |
| 定数(3 4) | 3.01 | 20.21 | 0.25 | 11.85 | 0 |
| AIC | 1017.00 | | | | |
| n | 434 | | | | |

図 148

[小] 放射線科医と医療安全部門の連携(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-------------|--------|-------|------|-------|-------|
| 専従医師の受講人数 | 1.12 | 3.07 | 0.50 | 2.24 | 0.025 |
| 専任医師の人数 | 1.02 | 2.76 | 0.38 | 2.69 | 0.007 |
| 専従看護師の人数 | 0.87 | 2.38 | 0.27 | 3.24 | 0.001 |
| 兼任医師の追加講習時間 | 0.12 | 1.13 | 0.07 | 1.73 | 0.084 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.55 | 0.011 |
| 安全医師の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 1.75 | 0.080 |
| 安全医師の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | -2.51 | 0.012 |
| 専従医師の経験年数 | -0.10 | 0.90 | 0.06 | -1.85 | 0.064 |
| 専任医師の経験年数 | -0.17 | 0.85 | 0.07 | -2.26 | 0.024 |
| 専従医師の追加講習時間 | -0.21 | 0.81 | 0.10 | -2.10 | 0.036 |
| 定数(0 1) | 1.62 | 5.05 | 0.53 | 3.07 | 0.002 |
| 定数(1 2) | 2.73 | 15.3 | 0.55 | 4.93 | 0 |
| 定数(2 3) | 3.08 | 21.73 | 0.57 | 5.44 | 0 |
| 定数(3 4) | 3.45 | 31.63 | 0.58 | 5.95 | 0 |
| AIC | 422.07 | | | | |
| n | 202 | | | | |

図 149

医療事故調査件数

Q40.医療事故調査制度下における医療事故調査件数を教えてください。(制度開始後~)

数値入力

図 150

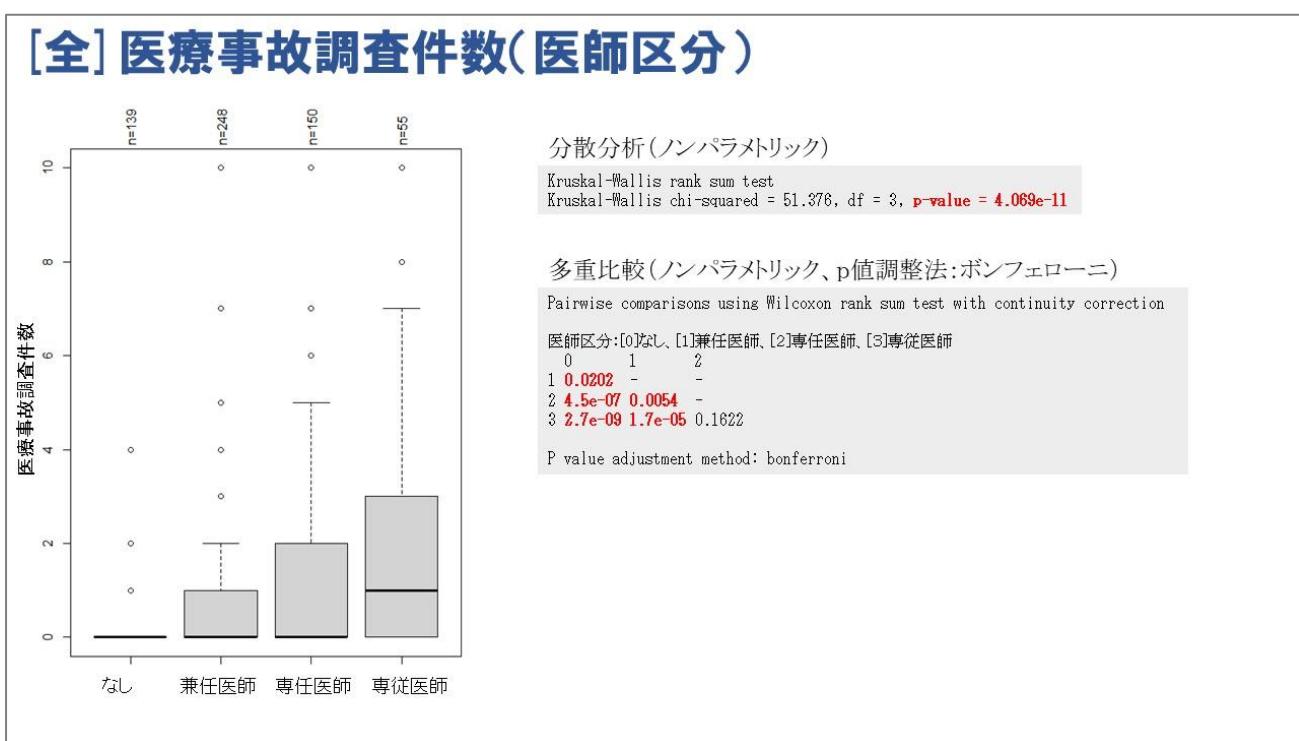
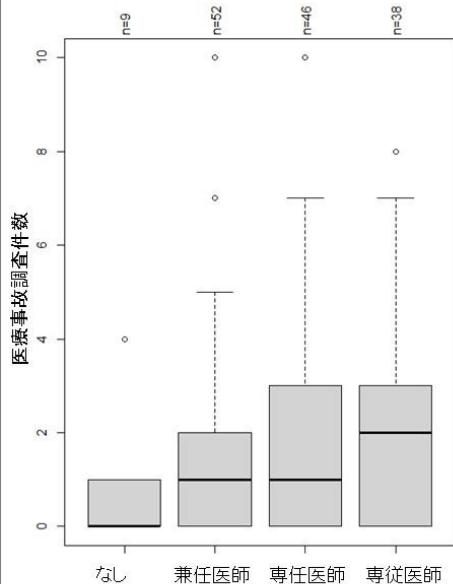


図 151

[大] 医療事故調査件数(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 9.81, df = 3, p-value = 0.02025

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

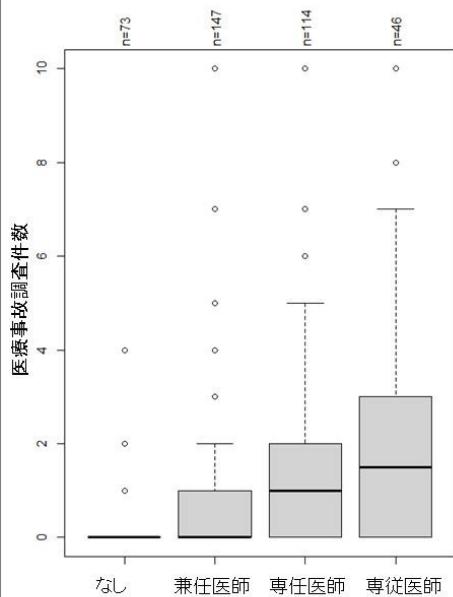
Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

医師区分:[0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師
 0 1 2
 1 1.00 -
 2 0.26 0.53 -
 3 0.12 0.10 1.00

P value adjustment method: bonferroni

図 152

[大中] 医療事故調査件数(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 38.651, df = 3, p-value = 2.057e-08

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

医師区分:[0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師
 0 1 2
 1 0.0032 -
 2 4.9e-06 0.1172 -
 3 2.5e-07 0.0019 0.3803

P value adjustment method: bonferroni

図 153

[中] 医療事故調査件数(医師区分)

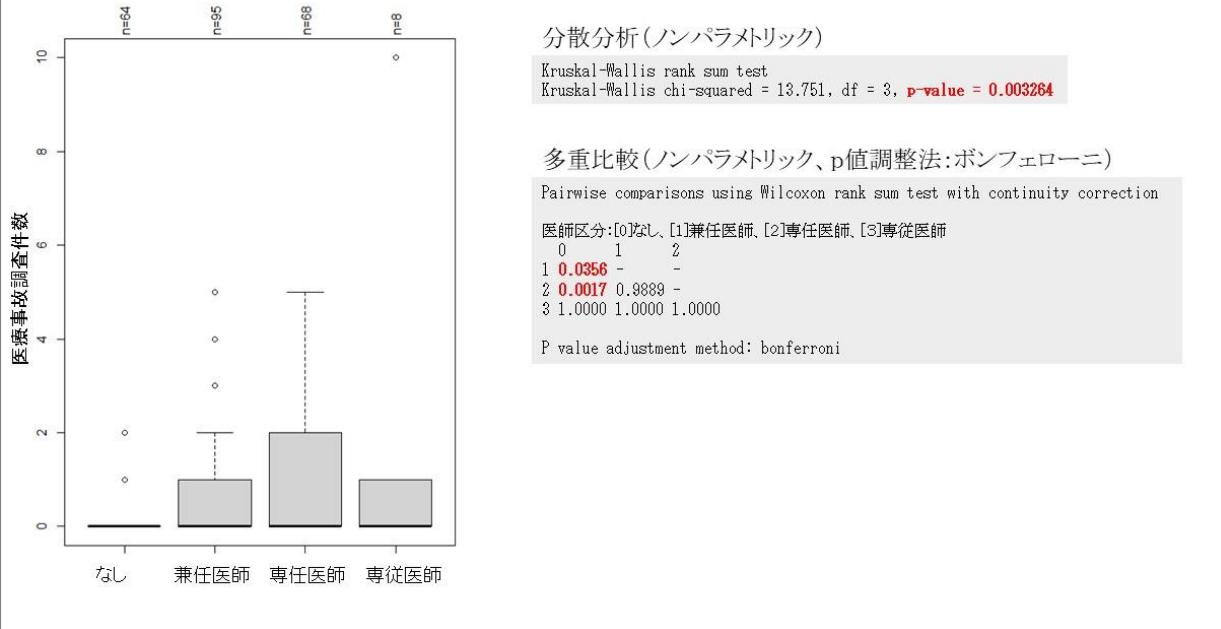


図 154

[中小] 医療事故調査件数(医師区分)

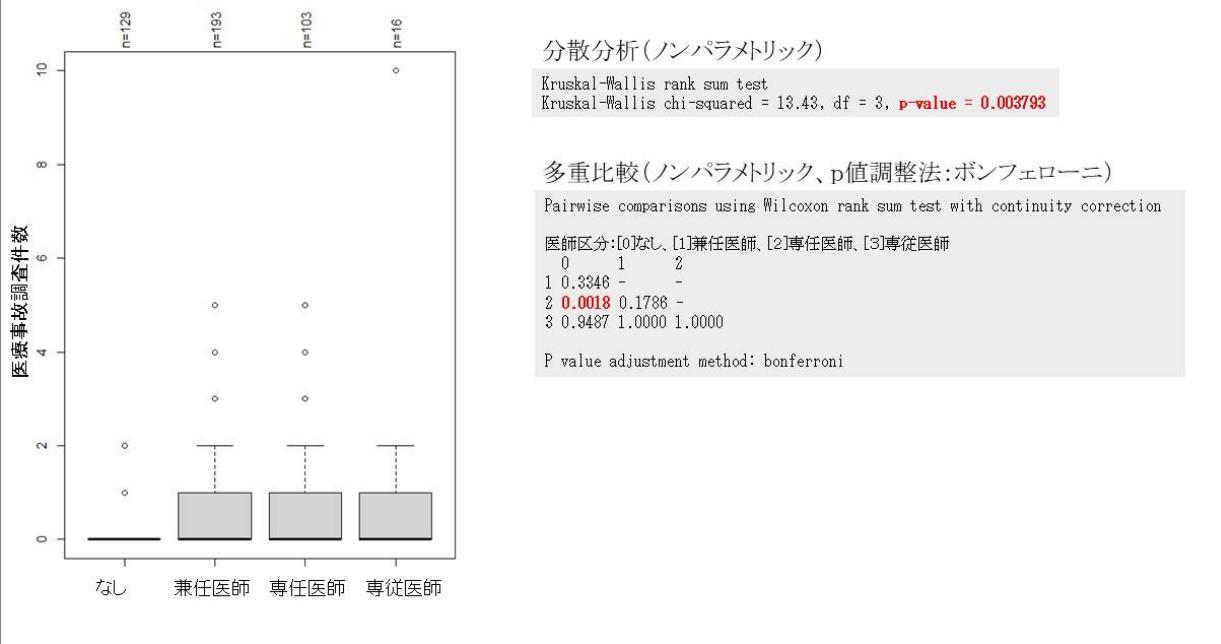


図 155

[小] 医療事故調査件数(医師区分)

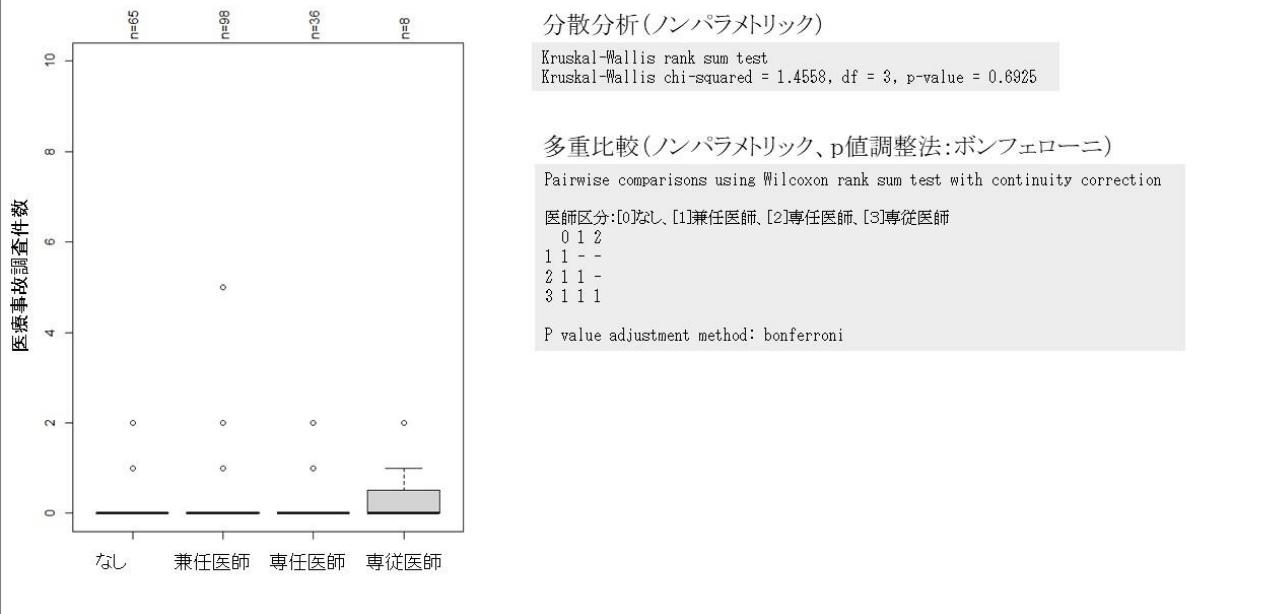


図 156

[全] 医療事故調査件数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|--------|----------|
| 専任医師の人数 | 6.6750 | 1.9163 | 3.4832 | 0.0005 | 1.5279 | 0.1316 |
| 専任医師の受講人数 (定数) | -4.8465 0.7449 | 2.1361 1.1879 | -2.2689 0.6271 | 0.0236 0.5309 | 1.5279 | -0.0848 |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.0173 | | | | | |
| n | 580 | | | | | |

図 157

[大] 医療事故調査件数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従看護師の人数 | 0.6486 | 0.2898 | 2.2379 | 0.0269 | 1.4443 | 0.1161 |
| 専任医師の追加講習時間 | 0.0904 | 0.0369 | 2.4480 | 0.0156 | 1.1281 | 0.0170 |
| 安全医師の肯定性 | 0.0035 | 0.0013 | 2.5677 | 0.0113 | 2.4600 | 0.0039 |
| 安全医師の積極性 | -0.0020 | 0.0011 | -1.7448 | 0.0833 | 2.5114 | -0.0004 |
| 専従医師の人数 | -0.7091 | 0.4677 | -1.5160 | 0.1319 | 1.4892 | -0.1362 |
| (定数) | -0.0305 | 0.6928 | -0.0440 | 0.9650 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.12 | | | | | |
| n | 141 | | | | | |

図 158

[大中] 医療事故調査件数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従医師の人数 | 1.5291 | 0.6482 | 2.3590 | 0.0188 | 3.7902 | 0.2396 |
| 専従看護師の人数 | 0.4193 | 0.2370 | 1.7687 | 0.0778 | 1.4385 | 0.0636 |
| 専任医師の追加講習時間 | 0.0956 | 0.0424 | 2.2546 | 0.0247 | 1.0826 | 0.0107 |
| 安全医師の肯定性 | 0.0023 | 0.0010 | 2.4034 | 0.0167 | 2.3195 | 0.0006 |
| 安全医師の積極性 | -0.0018 | 0.0008 | -2.1945 | 0.0288 | 2.3629 | -0.0014 |
| 兼任医師の存在 | -1.5080 | 0.9393 | -1.6054 | 0.1093 | 4.3687 | -0.2507 |
| (定数) | 0.3314 | 0.4576 | 0.7243 | 0.4694 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.05044 | | | | | |
| n | 373 | | | | | |

図 159

[中] 医療事故調査件数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従医師の人数 | 2.5126 | 0.8202 | 3.0636 | 0.0025 | 2.2630 | 0.3665 |
| 安全医師の肯定性 | 0.0021 | 0.0013 | 1.6425 | 0.1019 | 2.1079 | 0.0003 |
| 安全医師の積極性 | -0.0022 | 0.0011 | -1.9596 | 0.0513 | 2.1170 | -0.0001 |
| 兼任医師の存在 | -3.1871 | 1.6510 | -1.9304 | 0.0548 | 2.2573 | -0.5036 |
| (定数) | 0.7235 | 0.5922 | 1.2217 | 0.2231 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.0379 | | | | | |
| n | 232 | | | | | |

図 160

[中小] 医療事故調査件数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専任薬剤師の人数 | 5.2338 | 3.5469 | 1.4756 | 0.1408 | 1.1247 | 0.4528 |
| 専任医師の人数 | 11.9238 | 3.1879 | 3.7403 | 0.0002 | 2.1579 | 0.2050 |
| 専任医師の経験年数 | -0.8780 | 0.4404 | -1.9937 | 0.0468 | 1.6650 | -0.0130 |
| 専従看護師の人数 | -3.2676 | 2.2463 | -1.4547 | 0.1465 | 1.0653 | -0.0340 |
| 専任医師の受講人数 | -6.5456 | 3.1708 | -2.0643 | 0.0396 | 1.4071 | -0.0428 |
| (定数) | 1.6124 | 1.8779 | 0.8586 | 0.3911 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.03196 | | | | | |
| n | 434 | | | | | |

図 161

[小] 医療事故調査件数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|----------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専任医師の人数 | 26.9771 | 6.6650 | 4.0476 | 0.0001 | 1.9619 | 0.3198 |
| 専任医師の経験年数 | -1.8126 | 1.0079 | -1.7984 | 0.0736 | 1.6514 | -0.0165 |
| 専任医師の受講人数 | -19.4607 | 9.2618 | -2.1012 | 0.0369 | 1.3331 | -0.0901 |
| (定数) | 1.4530 | 3.1653 | 0.4590 | 0.6467 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.06455 | | | | | |
| n | 202 | | | | | |

図 162

医療事故調査の要否検討会開催回数

Q41.医療事故調査対象とするかの判断のための会議を開催しましたか？(制度開始後～)

数値入力

図 163

[全] 医療事故調査の要否検討会開催回数(医師区分)

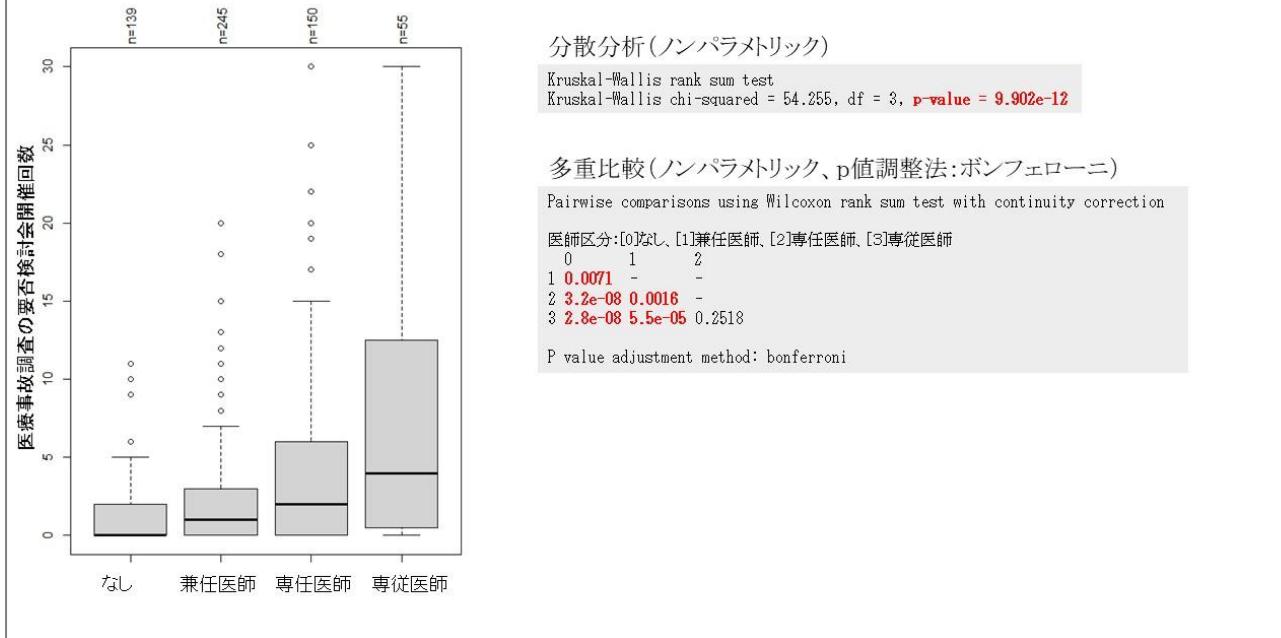


図 164

[大] 医療事故調査の要否検討会開催回数(医師区分)

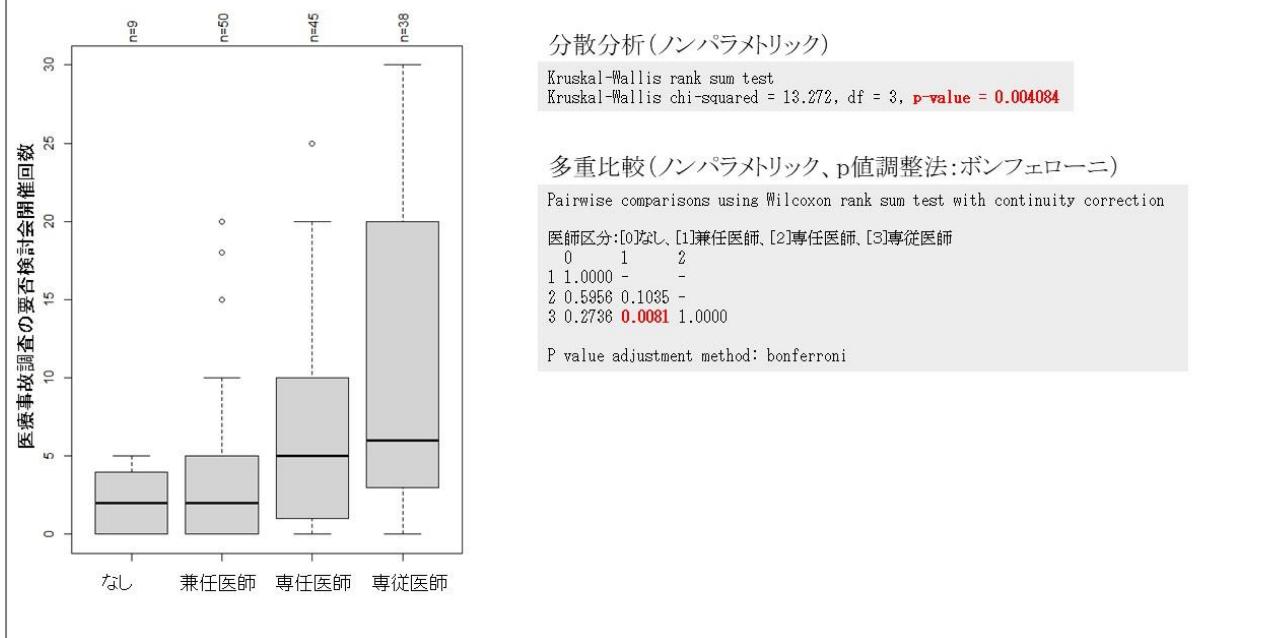


図 165

[大中] 医療事故調査の要否検討会開催回数(医師区分)

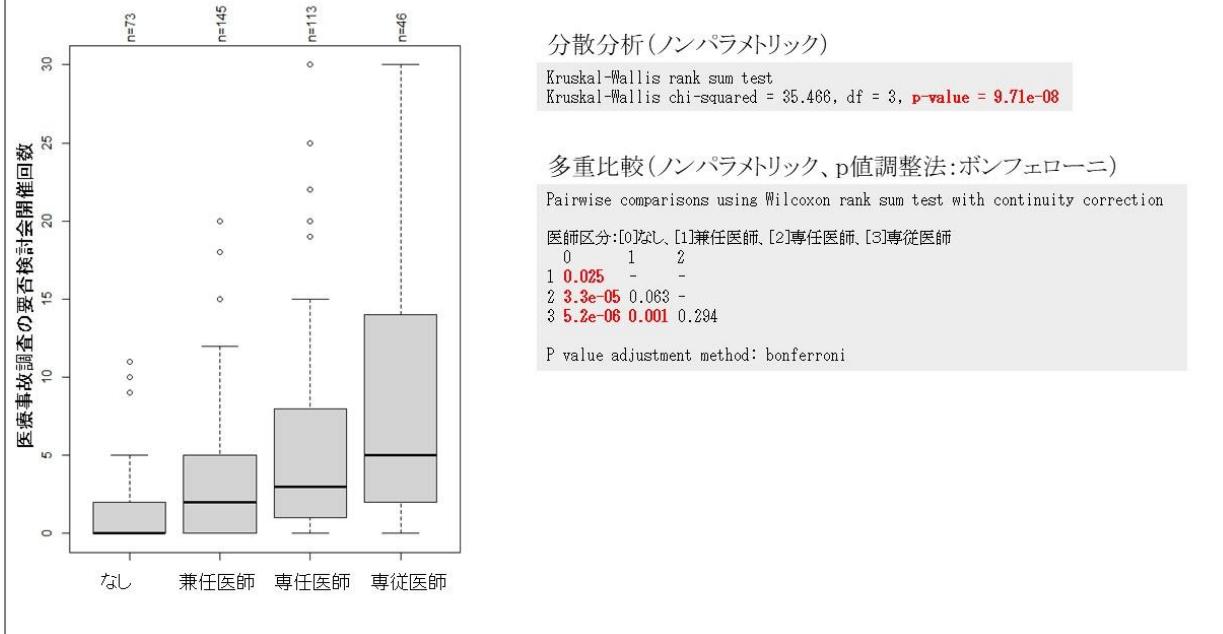


図 166

[中] 医療事故調査の要否検討会開催回数(医師区分)

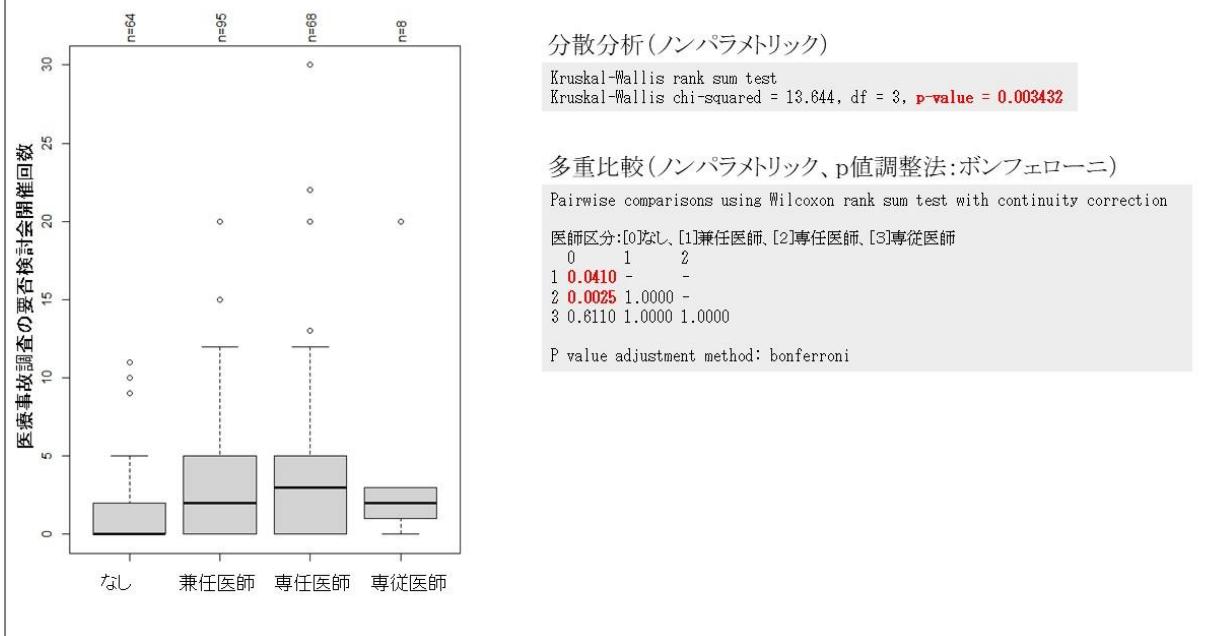


図 167

[中小] 医療事故調査の要否検討会開催回数(医師区分)

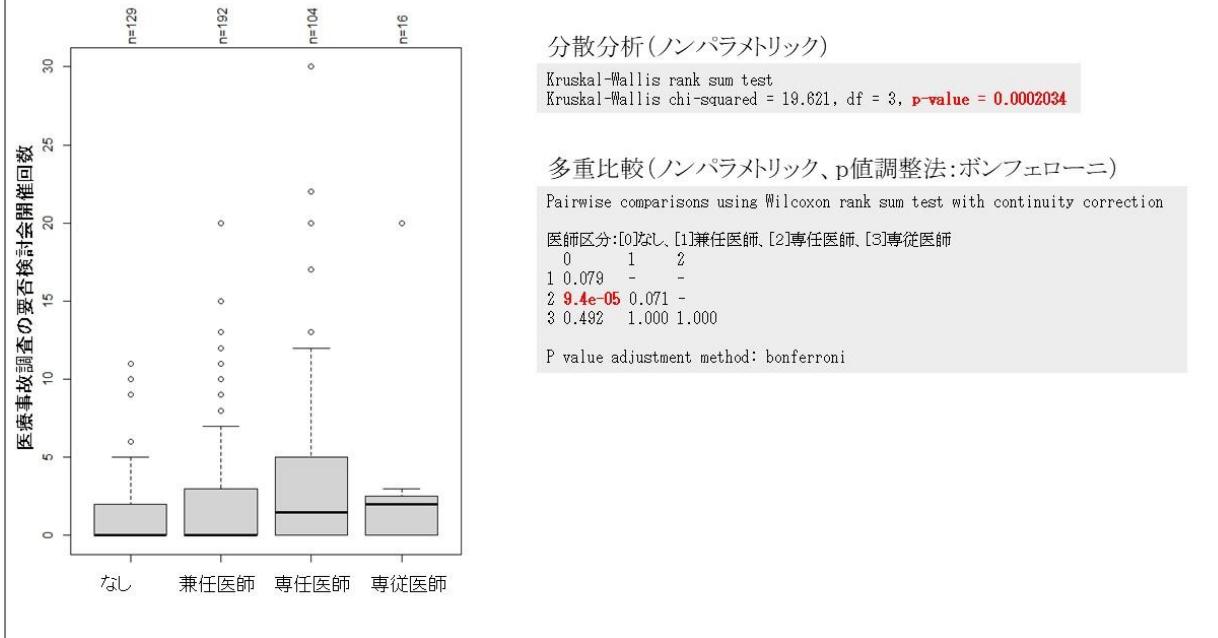


図 168

[小] 医療事故調査の要否検討会開催回数(医師区分)

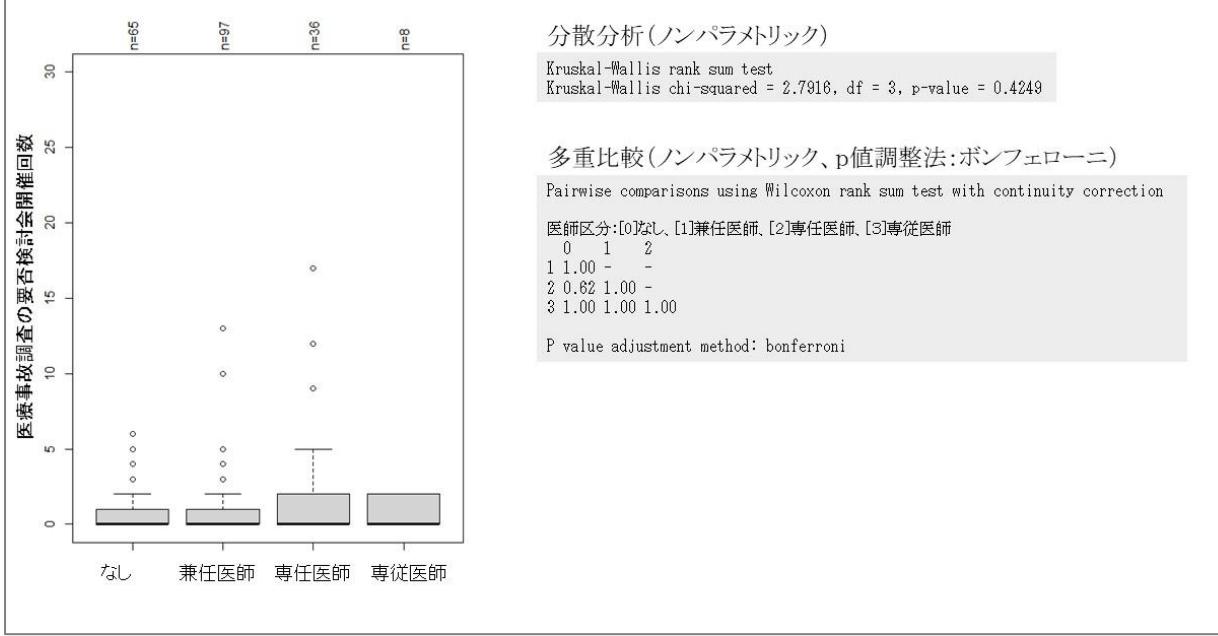


図 169

[全] 医療事故調査の要否検討会開催回数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従薬剤師の人数 | 8.1774 | 3.0067 | 2.7198 | 0.0067 | 1.2240 | 0.1668 |
| 専従看護師の人数 | 2.7298 | 1.2899 | 2.1163 | 0.0347 | 1.2736 | 0.0628 |
| 安全医師の肯定性 | 0.0057 | 0.0039 | 1.4489 | 0.1479 | 1.0793 | 0.0001 |
| (定数) | -0.2065 | 2.5513 | -0.0809 | 0.9355 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.03911 | | | | | |
| n | 580 | | | | | |

図 170

[大] 医療事故調査の要否検討会開催回数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|----------|---------|---------|--------|--------|----------|
| 専従薬剤師の人数 | 33.0881 | 11.3768 | 2.9084 | 0.0042 | 3.7704 | 2.6382 |
| 兼任医師の経験年数 | 0.9898 | 0.5250 | 1.8853 | 0.0615 | 1.0895 | 0.0125 |
| 専任看護師の人数 | -6.9304 | 3.8463 | -1.8019 | 0.0738 | 1.0984 | -0.1012 |
| 専従医師の存在 | -15.0664 | 7.1559 | -2.1055 | 0.0371 | 1.4418 | -0.2043 |
| 兼任医師の存在 | -33.5970 | 12.8890 | -2.6066 | 0.0102 | 4.0612 | -0.4459 |
| (定数) | 16.2327 | 5.4887 | 2.9575 | 0.0037 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.08592 | | | | | |
| n | 141 | | | | | |

図 171

[大中] 医療事故調査の要否検討会開催回数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|----------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従薬剤師の人数 | 15.4765 | 5.5252 | 2.8011 | 0.0054 | 2.3581 | 0.4324 |
| 専従医師の経験年数 | 1.3036 | 0.7943 | 1.6411 | 0.1016 | 1.9145 | 0.0169 |
| 兼任医師の経験年数 | 0.5525 | 0.2784 | 1.9845 | 0.0479 | 1.2450 | 0.0097 |
| 専従医師の存在 | -5.6875 | 3.1195 | -1.8232 | 0.0691 | 1.4014 | -0.1092 |
| 兼任医師の存在 | -13.1888 | 6.8791 | -1.9172 | 0.0560 | 3.1166 | -0.2388 |
| 専任看護師の人数 | -2.8557 | 1.6877 | -1.6920 | 0.0915 | 1.0346 | -0.2517 |
| (定数) | 8.3863 | 2.0734 | 4.0447 | 0.0001 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.04739 | | | | | |
| n | 373 | | | | | |

図 172

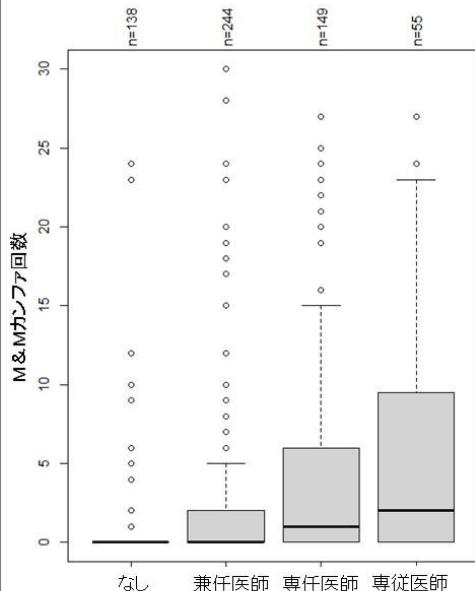
M&Mカンファ回数

Q42.直近2年間でM&Mカンファレンスは何回開催しましたか？

数値入力

図 173

[全] M&Mカンファ回数(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 53.726, df = 3, p-value = **1.283e-11**

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

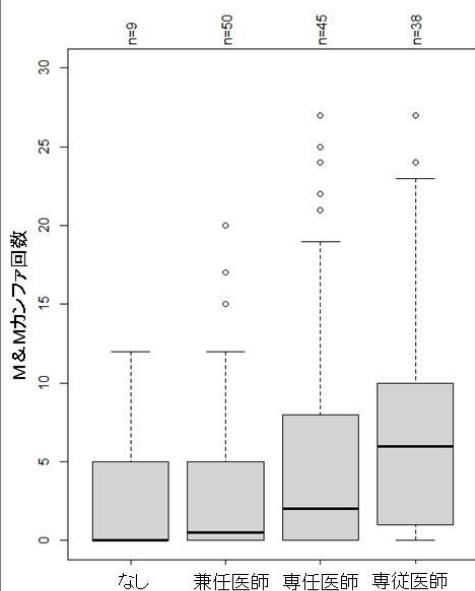
医師区分:[0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師

| 0 | 1 | 2 |
|------------------|----------------|---------|
| 1 0.00028 | - | - |
| 2 2.1e-09 | 0.00487 | - |
| 3 3.4e-09 | 0.00139 | 1.00000 |

P value adjustment method: bonferroni

図 174

[大] M&Mカンファ回数(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 9.794, df = 3, p-value = **0.0204**

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

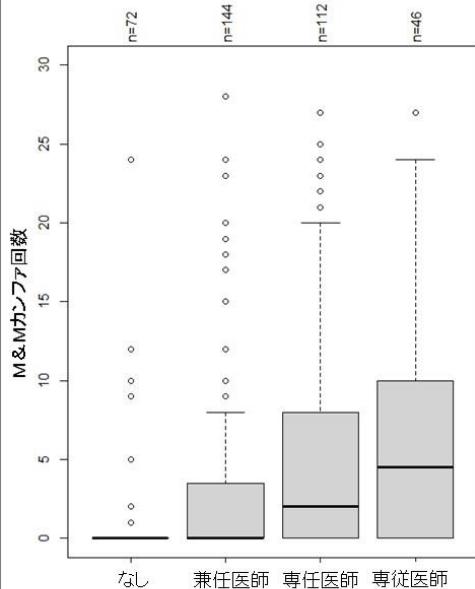
医師区分:[0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師

| 0 | 1 | 2 |
|---------|--------------|-------|
| 1 1.000 | - | - |
| 2 1.000 | 0.416 | - |
| 3 0.461 | 0.022 | 1.000 |

P value adjustment method: bonferroni

図 175

[大中] M&Mカンファ回数(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 39.237, df = 3, p-value = **1.546e-08**

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

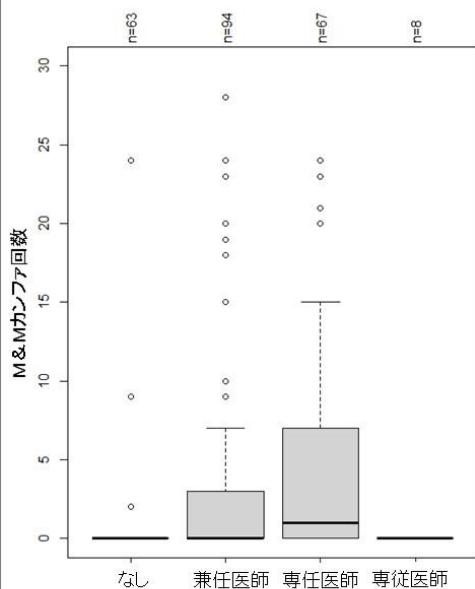
Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

| 医師区分 | [0]なし | [1]兼任医師 | [2]専任医師 | [3]専従医師 |
|------|----------------|----------------|---------|---------|
| 0 | 1 | 2 | | |
| 1 | 0.00045 | - | | |
| 2 | 2.6e-07 | 0.05849 | - | |
| 3 | 5.6e-07 | 0.02248 | 1.00000 | - |

P value adjustment method: bonferroni

図 176

[中] M&Mカンファ回数(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 26.978, df = 3, p-value = **5.949e-06**

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

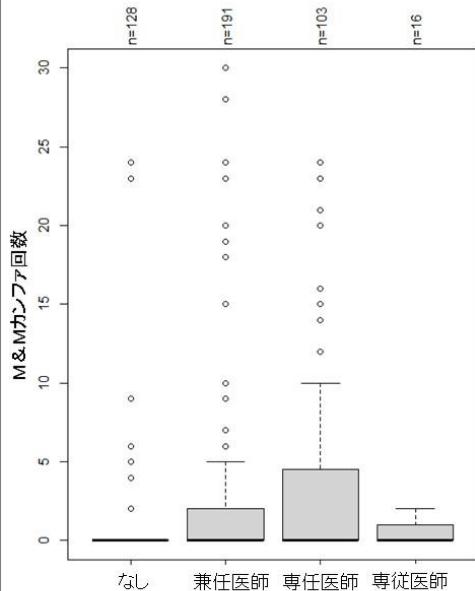
Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

| 医師区分 | [0]なし | [1]兼任医師 | [2]専任医師 | [3]専従医師 |
|------|----------------|---------|---------|---------|
| 0 | 1 | 2 | | |
| 1 | 0.00067 | - | | |
| 2 | 2.8e-06 | 0.43823 | - | |
| 3 | 1.00000 | 1.00000 | 0.46391 | - |

P value adjustment method: bonferroni

図 177

[中小] M&Mカンファ回数(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 28.764, df = 3, p-value = **2.51e-06**

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

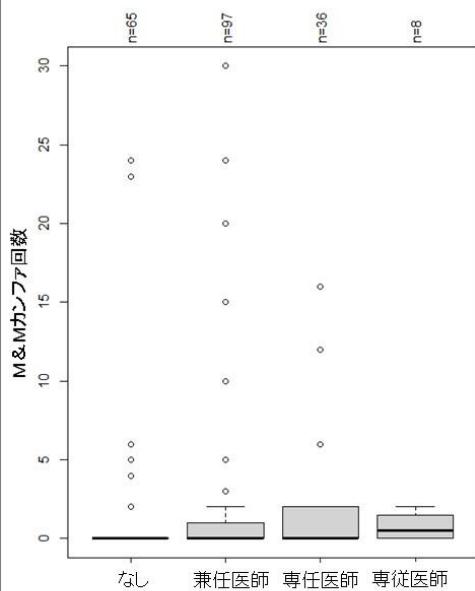
医師区分:[0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師

| 比較 | 0 | 1 | 2 |
|----|----------------|---------|---------|
| 1 | 0.00097 | - | - |
| 2 | 4.7e-07 | 0.12497 | - |
| 3 | 0.39163 | 1.00000 | 1.00000 |

P value adjustment method: bonferroni

図 178

[小] M&Mカンファ回数(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 5.2662, df = 3, p-value = 0.1533

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

医師区分:[0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師

| 比較 | 0 | 1 | 2 |
|----|------|------|------|
| 1 | 1.00 | - | - |
| 2 | 0.46 | 1.00 | - |
| 3 | 0.26 | 1.00 | 1.00 |

P value adjustment method: bonferroni

図 179

[全] M&Mカンファ回数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|--------|--------|--------|----------|
| 兼任医師の人数 | 0.3965 | 0.2649 | 1.4969 | 0.1350 | 1.0256 | 0.0109 |
| 専任医師の経験年数 | 0.3161 | 0.1530 | 2.0667 | 0.0392 | 1.0047 | 0.0098 |
| 安全医師の積極性 | 0.0038 | 0.0025 | 1.5452 | 0.1228 | 1.0301 | 0.0001 |
| (定数) | 2.4850 | 1.4957 | 1.6614 | 0.0972 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.01225 | | | | | |
| n | | 580 | | | | |

図 180

[大] M&Mカンファ回数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|----------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従医師の人数 | 12.1447 | 7.1456 | 1.6996 | 0.0915 | 7.9304 | 0.3634 |
| 専従看護師の人数 | 3.3040 | 1.9697 | 1.6774 | 0.0958 | 1.5221 | 0.0941 |
| 安全責任者の積極性 | -0.0099 | 0.0054 | -1.8383 | 0.0682 | 1.0864 | -0.0003 |
| 兼任医師の存在 | -15.2322 | 8.6055 | -1.7701 | 0.0790 | 8.6109 | -0.4656 |
| (定数) | 10.2197 | 4.1266 | 2.4765 | 0.0145 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.02347 | | | | | |
| n | | 141 | | | | |

図 181

[大中] M&Mカンファ回数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従看護師の人数 | 2.0810 | 1.1443 | 1.8186 | 0.0698 | 1.0406 | 0.0419 |
| 専任医師の経験年数 | 0.5270 | 0.1975 | 2.6687 | 0.0080 | 1.1724 | 0.0157 |
| 専任医師の受講人数 | -2.4210 | 1.4065 | -1.7212 | 0.0860 | 1.2071 | -0.0679 |
| (定数) | 4.3372 | 1.3493 | 3.2144 | 0.0014 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.02074 | | | | | |
| n | 373 | | | | | |

図 182

[中] M&Mカンファ回数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従医師の人数 | 12.2709 | 5.8938 | 2.0820 | 0.0385 | 4.1696 | 0.3590 |
| 兼任医師の人数 | 1.2524 | 0.5472 | 2.2887 | 0.0230 | 1.0262 | 0.0447 |
| 専従医師の受講人数 | 3.2169 | 2.2296 | 1.4429 | 0.1505 | 1.5825 | 0.0350 |
| 専任医師の経験年数 | 0.9656 | 0.2684 | 3.5982 | 0.0004 | 1.1548 | 0.0212 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.0070 | 0.0046 | 1.5216 | 0.1295 | 1.0262 | 0.0002 |
| 専従医師の経験年数 | -3.1847 | 1.2828 | -2.4825 | 0.0138 | 4.1913 | -0.0860 |
| 専任医師の受講人数 | -6.5446 | 2.2396 | -2.9222 | 0.0038 | 1.6301 | -0.6607 |
| (定数) | -0.4438 | 3.1015 | -0.1431 | 0.8864 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.07562 | | | | | |
| n | 232 | | | | | |

図 183

[中小] M&Mカンファ回数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 兼任医師の存在 | 10.2397 | 5.0134 | 2.0425 | 0.0417 | 1.6025 | 0.3181 |
| 専任医師の経験年数 | 0.5191 | 0.1984 | 2.6168 | 0.0092 | 1.1282 | 0.0812 |
| 兼任医師の人数 | 1.1480 | 0.4780 | 2.4015 | 0.0168 | 1.0245 | 0.0452 |
| 専従医師の受講人数 | 3.0934 | 1.8642 | 1.6594 | 0.0978 | 1.4860 | 0.0365 |
| 専従医師の追加講習時間 | 1.7120 | 0.8448 | 2.0267 | 0.0433 | 5.0699 | 0.0322 |
| 安全医師の積極性 | 0.0080 | 0.0030 | 2.6740 | 0.0078 | 1.0434 | 0.0003 |
| 専従医師の経験年数 | -0.7196 | 0.3633 | -1.9808 | 0.0483 | 1.4754 | -0.0192 |
| 専任医師の追加講習時間 | -0.9675 | 0.6853 | -1.4117 | 0.1588 | 4.0590 | -0.1206 |
| 専任医師の受講人数 | -5.0926 | 1.8532 | -2.7480 | 0.0063 | 1.6050 | -0.1557 |
| 兼任医師の追加講習時間 | -0.7856 | 0.5211 | -1.5075 | 0.1324 | 2.7862 | -0.1967 |
| (定数) | -0.2894 | 1.7307 | -0.1672 | 0.8673 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.05315 | | | | | |
| n | 434 | | | | | |

図 184

[小] M&Mカンファ回数(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|
| 専従医師の追加講習時間 | 2.9721 | 1.0318 | 2.8806 | 0.0044 | 8.3034 | 0.0996 |
| 専任薬剤師の人数 | 3.9052 | 2.3676 | 1.6494 | 0.1007 | 1.0017 | 0.0511 |
| 安全医師の積極性 | 0.0086 | 0.0040 | 2.1386 | 0.0337 | 1.0118 | 0.0001 |
| 専任医師の追加講習時間 | -2.8757 | 0.9982 | -2.8810 | 0.0044 | 8.2903 | -0.0739 |
| (定数) | -0.9066 | 2.2917 | -0.3956 | 0.6928 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.05805 | | | | | |
| n | 202 | | | | | |

図 185

PDCAサイクル実施状況

Q43.貴院の医療安全管理活動の改善のためのPDCAサイクルの実施状況を教えて下さい。

- PDCAを行っており、数値に基づいて評価(C)している
- PDCAは行っているが、不十分である。
- PDCAは行っていない

図 186

[全] PDCAサイクル実施状況(医師区分)

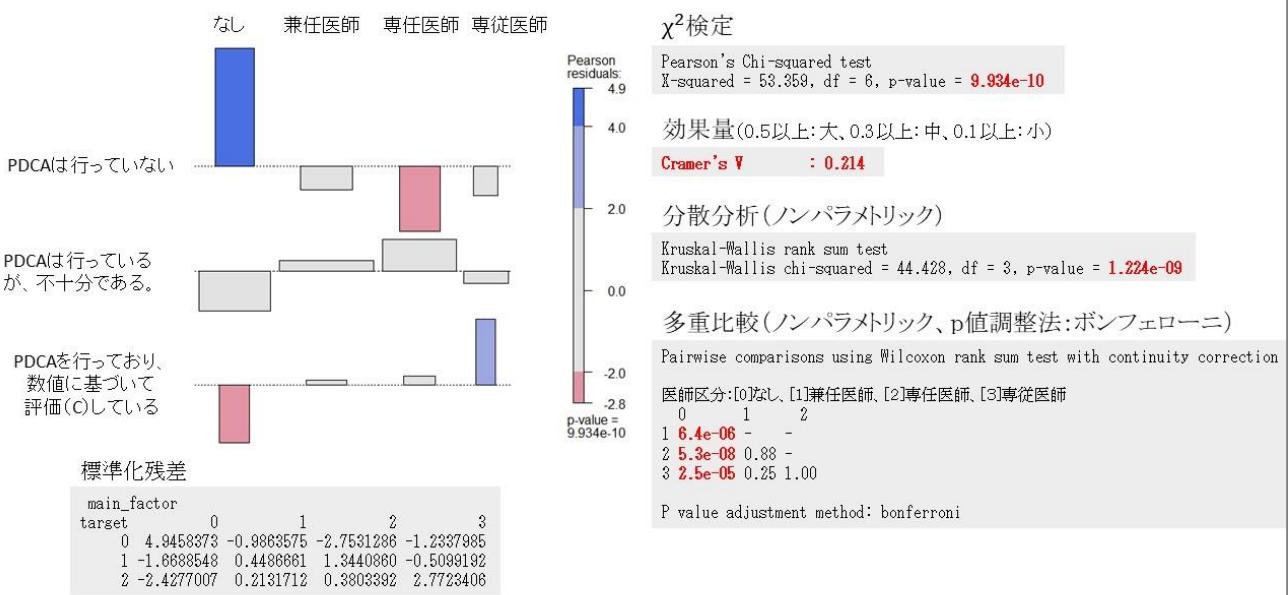


図 187

[大] PDCAサイクル実施状況(医師区分)

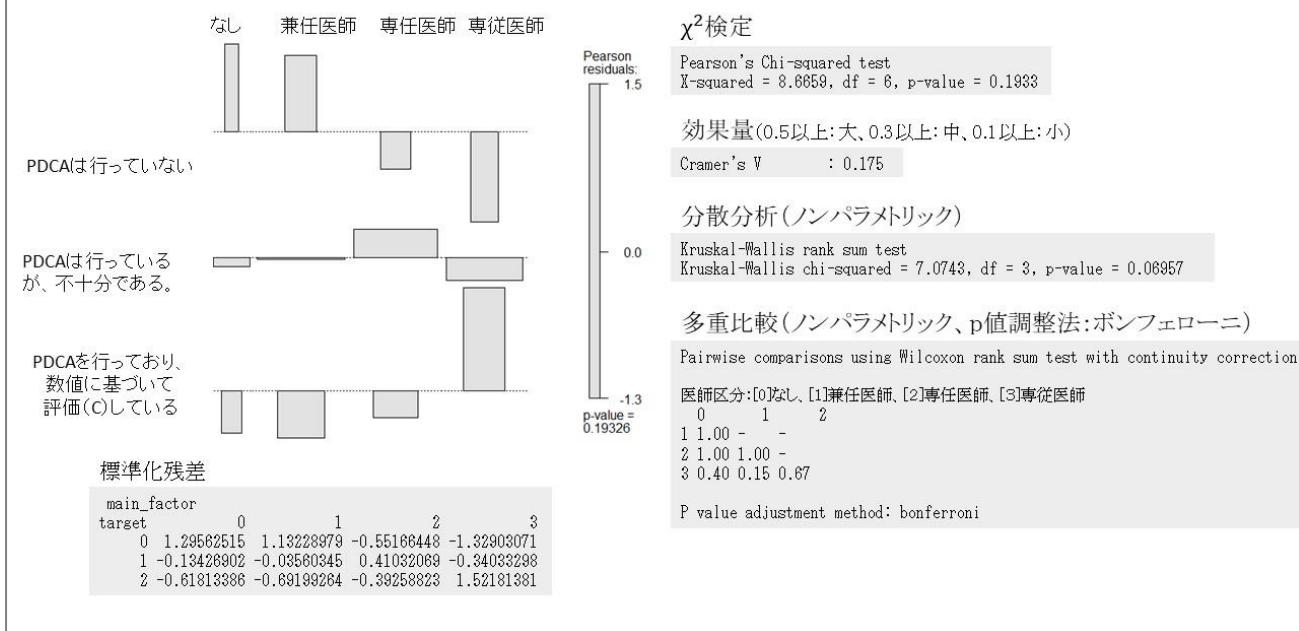


図 188

[大中] PDCAサイクル実施状況(医師区分)

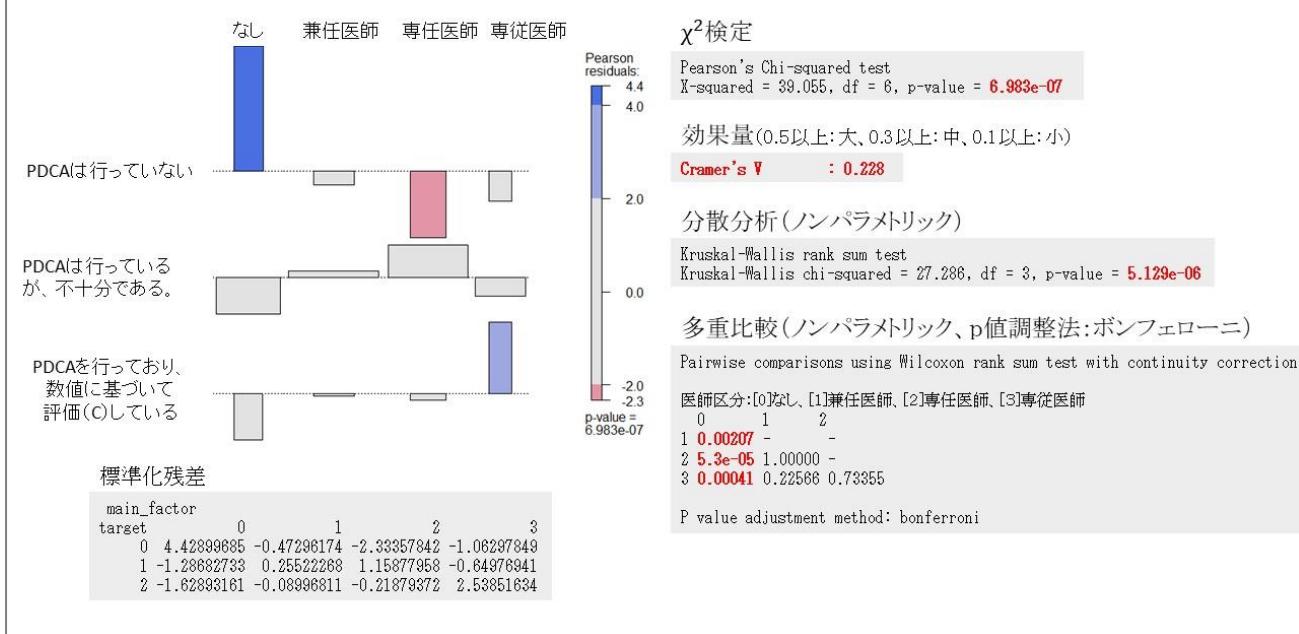


図 189

[中] PDCAサイクル実施状況(医師区分)

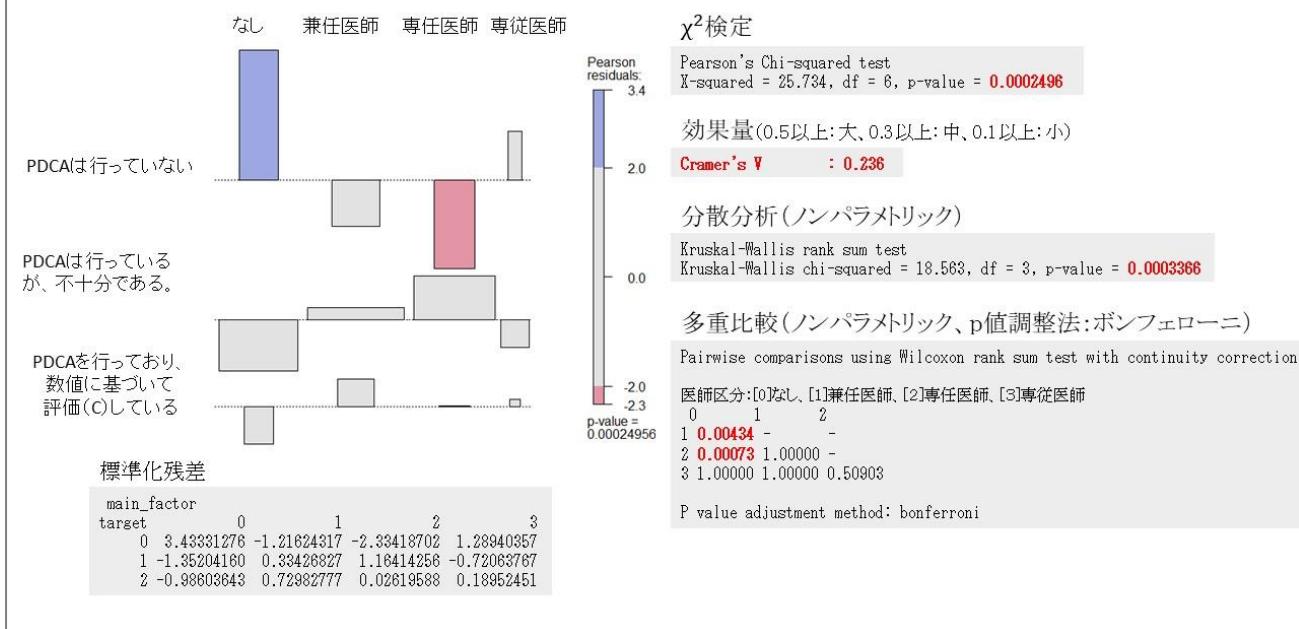


図 190

[中小] PDCAサイクル実施状況(医師区分)

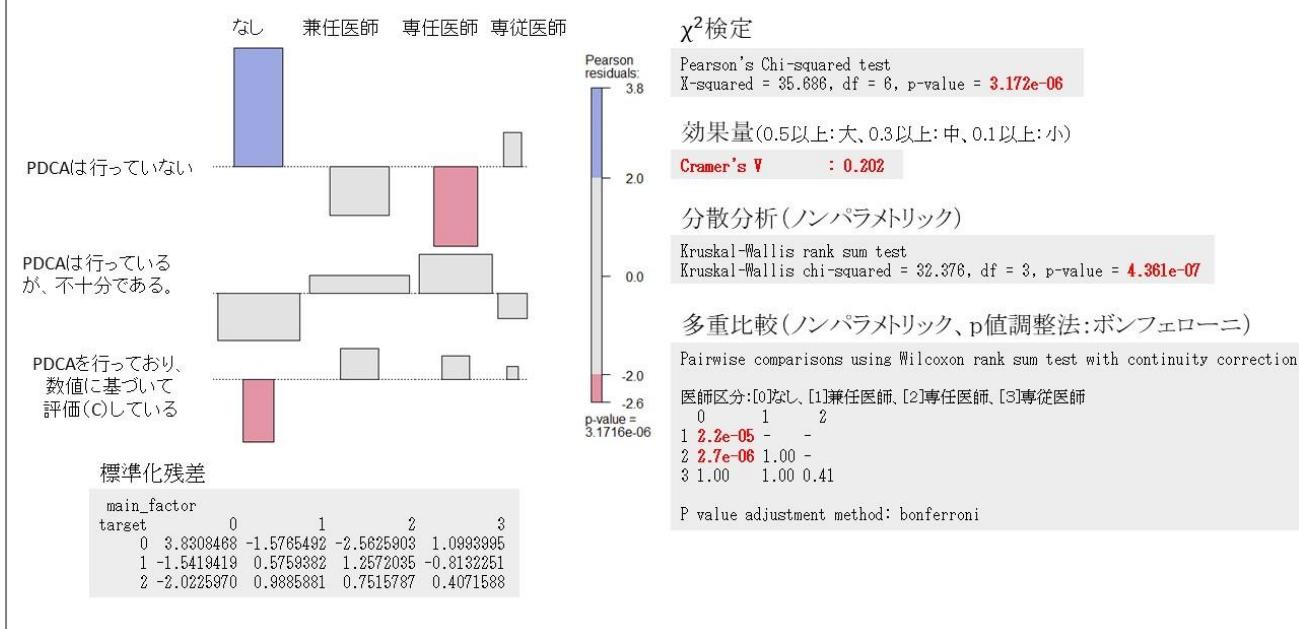


図 191

[小] PDCAサイクル実施状況(医師区分)

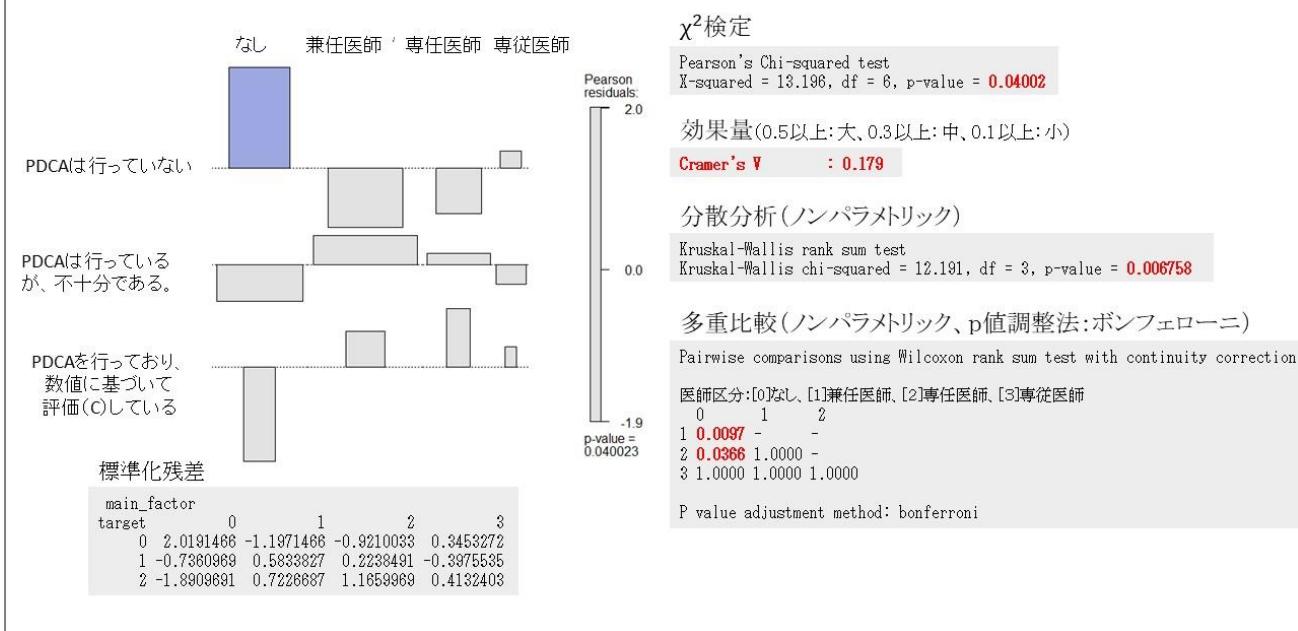


図 192

[全] PDCAサイクル実施状況(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-------------|--------|-------|------|-------|-------|
| 兼任医師の存在 | 1.40 | 4.05 | 0.47 | 2.99 | 0.003 |
| 専任医師の存在 | 1.12 | 3.07 | 0.29 | 3.85 | 0.000 |
| 専従医師の存在 | 0.82 | 2.27 | 0.24 | 3.43 | 0.001 |
| 専従看護師の人数 | 0.70 | 2.01 | 0.15 | 4.57 | 0.000 |
| 兼任医師の追加講習時間 | 0.05 | 1.05 | 0.03 | 1.52 | 0.130 |
| 専従医師の追加講習時間 | 0.02 | 1.02 | 0.01 | 1.62 | 0.105 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.40 | 0.016 |
| 専任医師の追加講習時間 | -0.06 | 0.94 | 0.03 | -2.17 | 0.030 |
| 専従医師の経験年数 | -0.16 | 0.85 | 0.04 | -3.57 | 0.000 |
| 専任薬剤師の人数 | -0.38 | 0.68 | 0.23 | -1.62 | 0.104 |
| 定数(0 1) | 0.12 | 1.13 | 0.29 | 0.42 | 0.678 |
| 定数(1 2) | 3.96 | 52.42 | 0.35 | 11.23 | 0 |
| AIC | 908.53 | | | | |
| n | 580 | | | | |

図 193

[大] PDCAサイクル実施状況(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-------------|--------|-------|------|-------|-------|
| 専任医師の存在 | 0.75 | 2.12 | 0.52 | 1.45 | 0.147 |
| 専従看護師の人数 | 0.57 | 1.77 | 0.26 | 2.17 | 0.030 |
| 兼任医師の追加講習時間 | 0.12 | 1.12 | 0.07 | 1.61 | 0.108 |
| 専従医師の追加講習時間 | 0.02 | 1.02 | 0.01 | 1.87 | 0.061 |
| 安全責任者の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 1.89 | 0.059 |
| 専任医師の追加講習時間 | -0.07 | 0.93 | 0.04 | -1.81 | 0.071 |
| 兼任医師の受講人数 | -0.41 | 0.66 | 0.23 | -1.76 | 0.079 |
| 専任薬剤師の人数 | -0.75 | 0.47 | 0.52 | -1.46 | 0.145 |
| 定数(0 1) | -0.97 | 0.38 | 0.66 | -1.47 | 0.142 |
| 定数(1 2) | 3.28 | 26.60 | 0.74 | 4.43 | 0.000 |
| AIC | 215.43 | | | | |
| n | 141 | | | | |

図 194

[大中] PDCAサイクル実施状況(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-------------|--------|-------|------|-------|-------|
| 兼任医師の存在 | 2.03 | 7.60 | 0.94 | 2.17 | 0.030 |
| 専任医師の存在 | 1.03 | 2.80 | 0.38 | 2.73 | 0.006 |
| 専従医師の存在 | 0.87 | 2.39 | 0.34 | 2.54 | 0.011 |
| 専従看護師の人数 | 0.64 | 1.90 | 0.20 | 3.12 | 0.002 |
| 兼任医師の追加講習時間 | 0.08 | 1.08 | 0.05 | 1.52 | 0.129 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.19 | 0.029 |
| 安全医師の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 1.84 | 0.065 |
| 安全医師の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | -1.58 | 0.113 |
| 専従医師の人数 | -1.07 | 0.34 | 0.66 | -1.62 | 0.106 |
| 定数(0 1) | 0.08 | 1.08 | 0.41 | 0.19 | 0.848 |
| 定数(1 2) | 4.21 | 67.27 | 0.49 | 8.54 | 0.000 |
| AIC | 554.17 | | | | |
| n | 373 | | | | |

図 195

[中] PDCAサイクル実施状況(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|--------|-------|------|-------|-------|
| 兼任医師の存在 | 1.11 | 3.04 | 0.75 | 1.48 | 0.140 |
| 専任医師の存在 | 0.96 | 2.61 | 0.32 | 3.03 | 0.002 |
| 専従看護師の人数 | 0.67 | 1.96 | 0.20 | 3.39 | 0.001 |
| 専従医師の存在 | 0.67 | 1.95 | 0.29 | 2.28 | 0.022 |
| 兼任医師の経験年数 | 0.03 | 1.03 | 0.02 | 1.50 | 0.134 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 1.92 | 0.055 |
| 専任看護師の人数 | -0.17 | 0.84 | 0.11 | -1.57 | 0.116 |
| 専従医師の経験年数 | -0.18 | 0.84 | 0.07 | -2.66 | 0.008 |
| 定数(0 1) | 0.12 | 1.13 | 0.32 | 0.37 | 0.708 |
| 定数(1 2) | 3.94 | 51.52 | 0.40 | 9.97 | 0.000 |
| AIC | 684.54 | | | | |
| n | 434 | | | | |

図 196

[中小] PDCAサイクル実施状況(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|--------|-------|------|-------|-------|
| 兼任医師の存在 | 1.11 | 3.04 | 0.75 | 1.48 | 0.140 |
| 専任医師の存在 | 0.96 | 2.61 | 0.32 | 3.03 | 0.002 |
| 専従看護師の人数 | 0.67 | 1.96 | 0.20 | 3.39 | 0.001 |
| 専従医師の存在 | 0.67 | 1.95 | 0.29 | 2.28 | 0.022 |
| 兼任医師の経験年数 | 0.03 | 1.03 | 0.02 | 1.50 | 0.134 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 1.92 | 0.055 |
| 専任看護師の人数 | -0.17 | 0.84 | 0.11 | -1.57 | 0.116 |
| 専従医師の経験年数 | -0.18 | 0.84 | 0.07 | -2.66 | 0.008 |
| 定数(0 1) | 0.12 | 1.13 | 0.32 | 0.37 | 0.708 |
| 定数(1 2) | 3.94 | 51.52 | 0.40 | 9.97 | 0.000 |
| AIC | 337.85 | | | | |
| n | 232 | | | | |

図 197

[小] PDCAサイクル実施状況(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|--------|-------|------|-------|-------|
| 兼任医師の存在 | 1.96 | 7.11 | 1.23 | 1.59 | 0.111 |
| 専任医師の存在 | 0.87 | 2.38 | 0.43 | 2.02 | 0.044 |
| 専従看護師の人数 | 0.41 | 1.51 | 0.28 | 1.48 | 0.138 |
| 兼任医師の人数 | 0.41 | 1.51 | 0.19 | 2.15 | 0.032 |
| 兼任医師の経験年数 | 0.04 | 1.04 | 0.03 | 1.71 | 0.088 |
| 専従医師の経験年数 | -0.31 | 0.73 | 0.19 | -1.61 | 0.108 |
| 専任看護師の人数 | -0.31 | 0.73 | 0.14 | -2.22 | 0.026 |
| 定数(0 1) | -0.34 | 0.71 | 0.22 | -1.52 | 0.129 |
| 定数(1 2) | 3.27 | 26.29 | 0.36 | 9.01 | 0.000 |
| AIC | 339.93 | | | | |
| n | 202 | | | | |

図 198

再発防止策の立案状況

Q44.貴院では、医療事故調査において、有効な再発防止策の立案をしていますか？

- よく行っている
- ときどき行っている
- まれに行っている
- ほとんど行っていない

図 199

[全] 再発防止策の立案状況(医師区分)

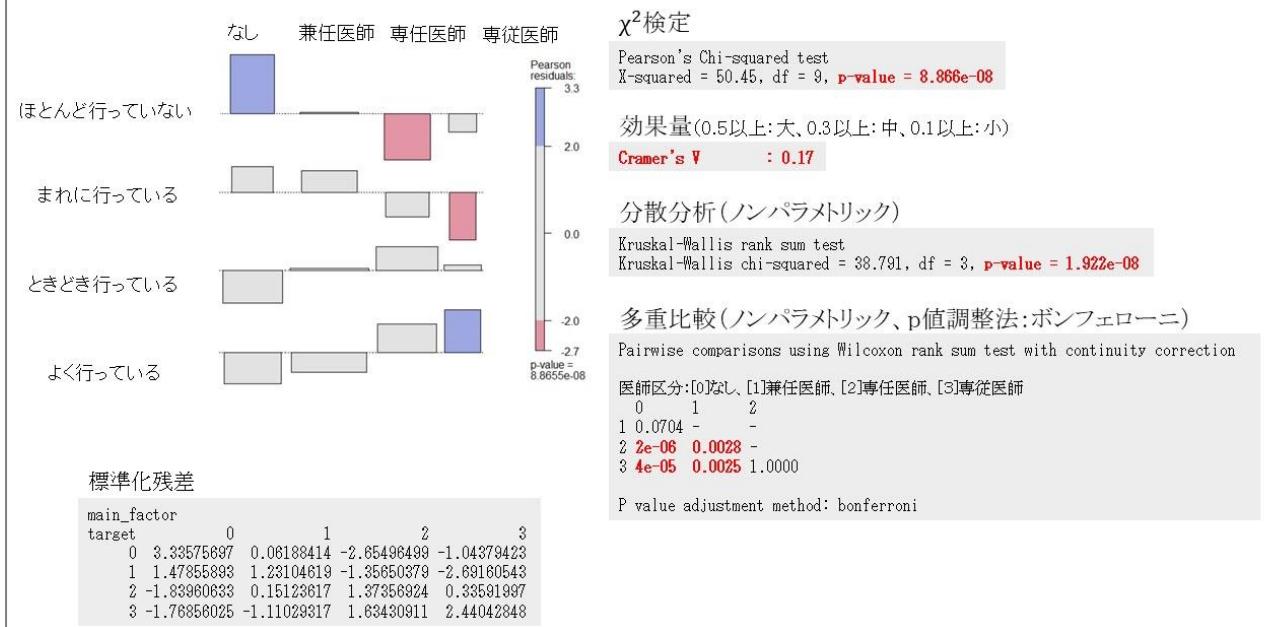


図 200

[大] 再発防止策の立案況(医師区分)

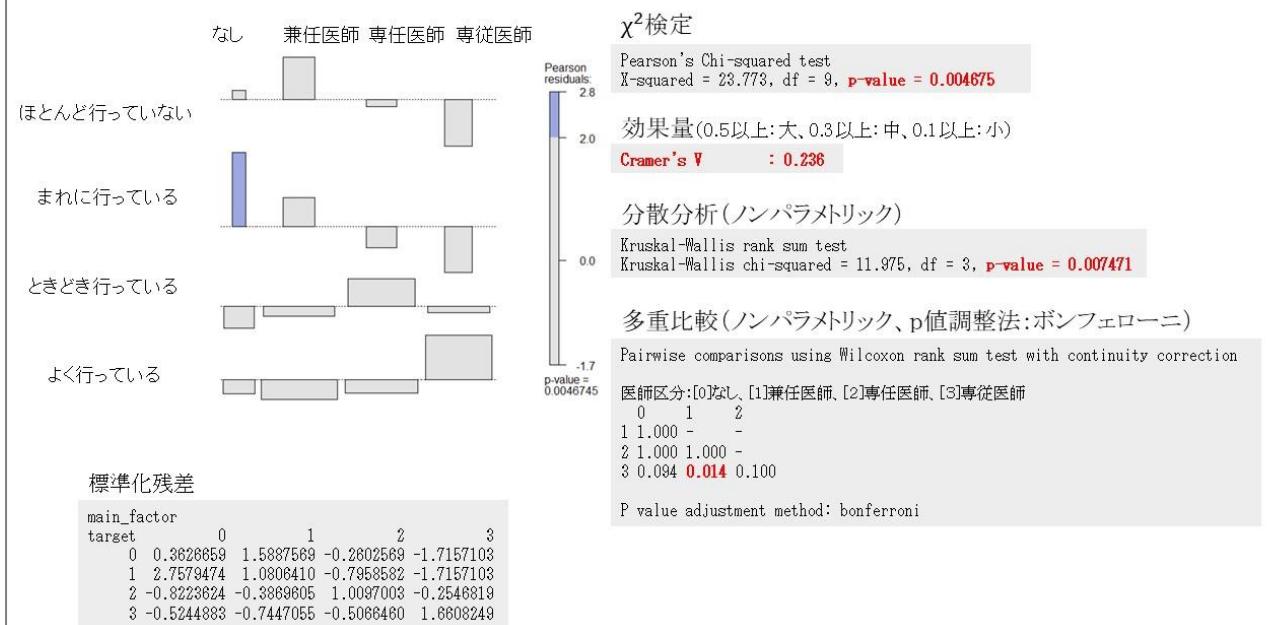


図 201

[大中] 再発防止策の立案状況(医師区分)

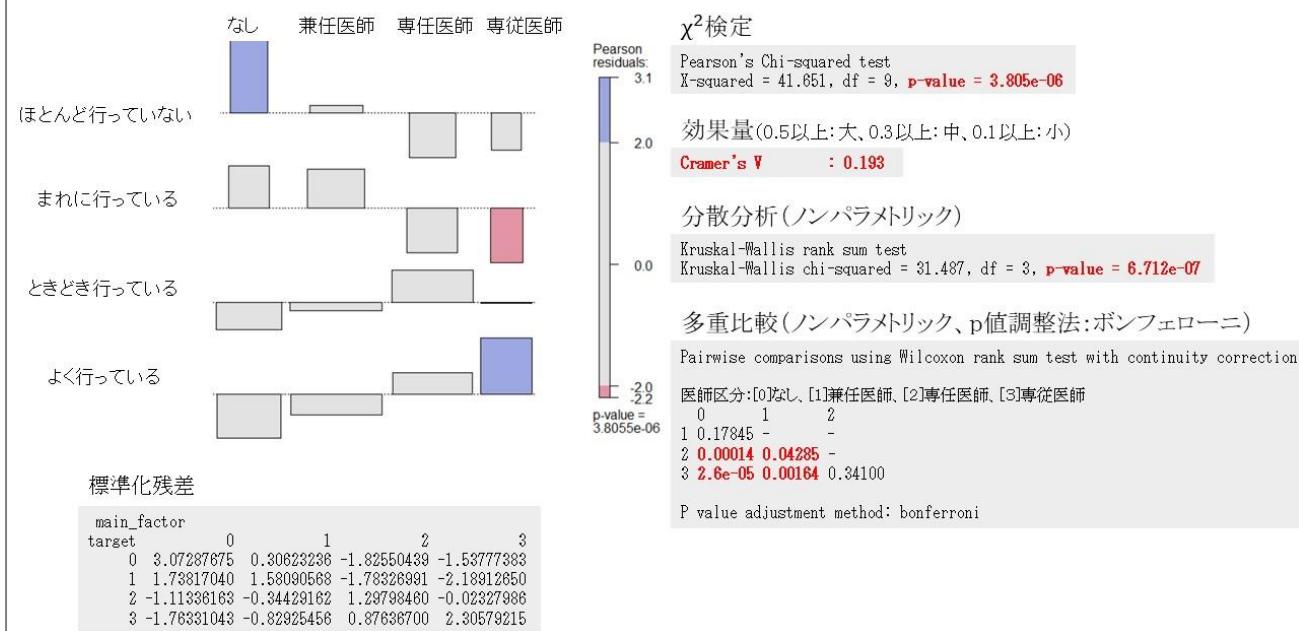


図 202

[中] 再発防止策の立案状況(医師区分)

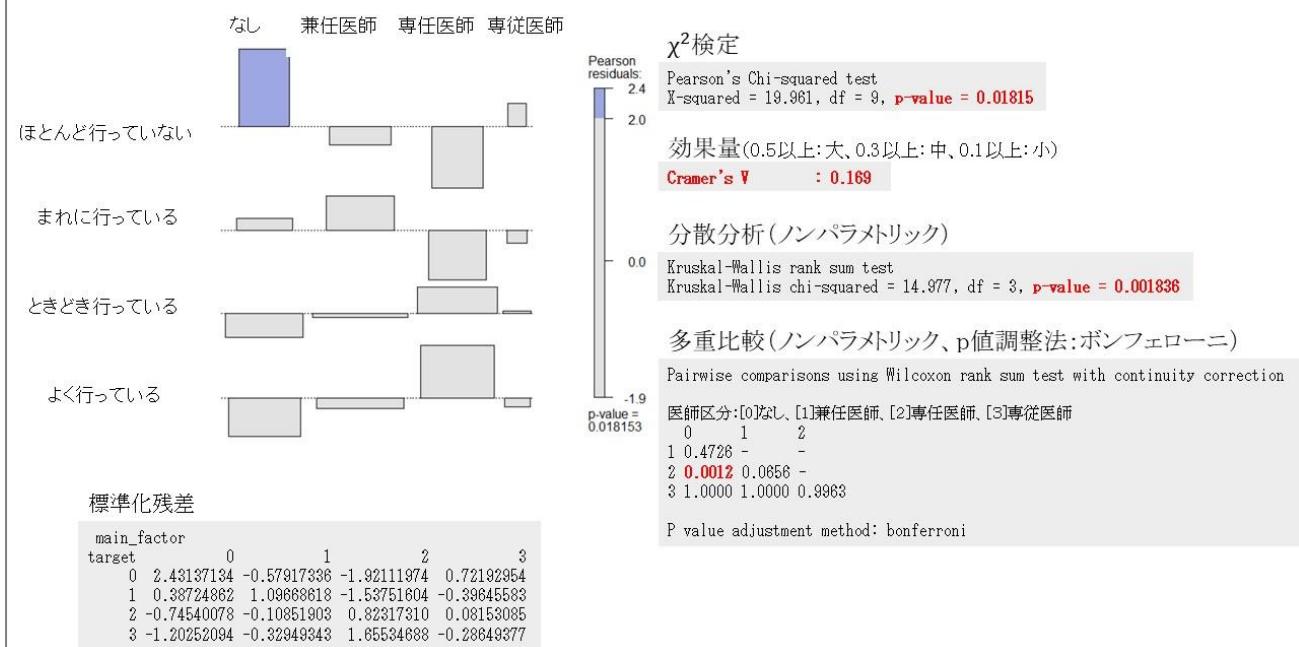


図 203

[中小] 再発防止策の立案状況(医師区分)

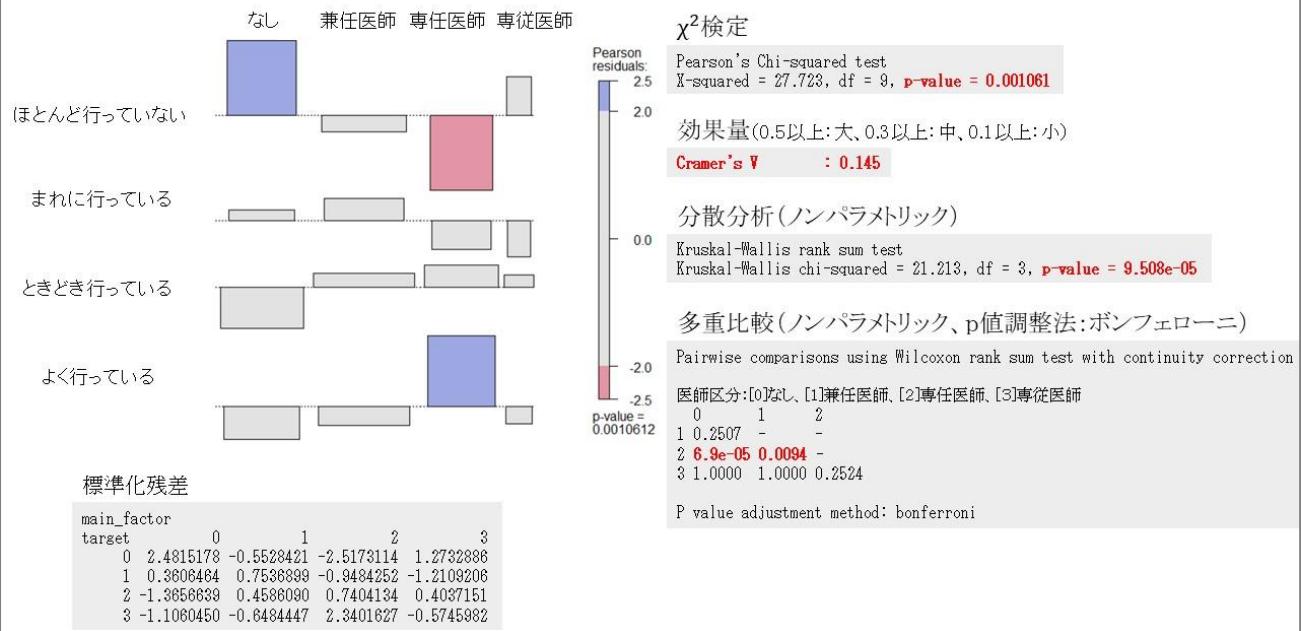


図 204

[小] 再発防止策の立案状況(医師区分)

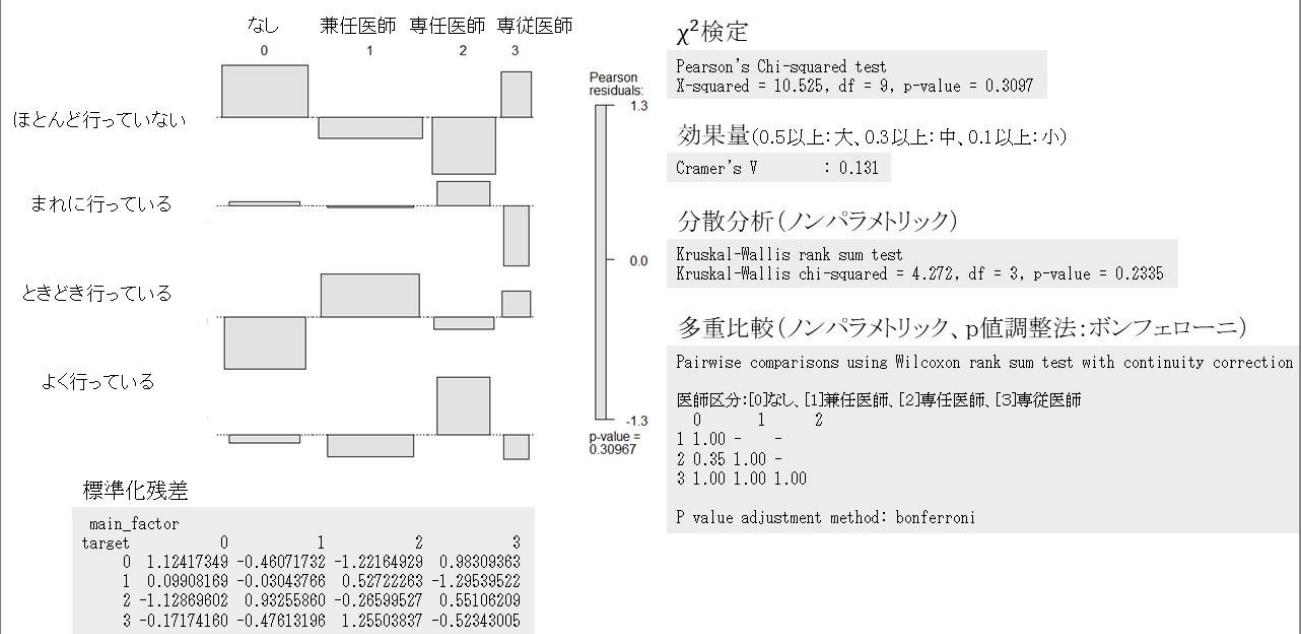


図 205

[全] 再発防止策の立案状況(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|---------|-------|------|-------|-------|
| 専従薬剤師の人数 | 0.77 | 2.16 | 0.29 | 2.65 | 0.008 |
| 専従看護師の人数 | 0.37 | 1.44 | 0.12 | 2.94 | 0.003 |
| 専任医師の人数 | 0.27 | 1.32 | 0.15 | 1.85 | 0.064 |
| 兼任医師の受講人数 | 0.22 | 1.25 | 0.12 | 1.89 | 0.059 |
| 兼任医師の人数 | 0.07 | 1.07 | 0.04 | 1.69 | 0.091 |
| 専任医師の経験年数 | 0.03 | 1.03 | 0.02 | 1.42 | 0.155 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 4.70 | 0.000 |
| 定数(0 1) | 0.07 | 1.07 | 0.24 | 0.28 | 0.780 |
| 定数(1 2) | 1.03 | 2.80 | 0.24 | 4.26 | 0.000 |
| 定数(2 3) | 2.65 | 14.10 | 0.26 | 10.04 | 0.000 |
| AIC | 1471.89 | | | | |
| n | 580 | | | | |

図 206

[大] 再発防止策の立案状況(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|--------|-------|------|-------|-------|
| 専任医師の人数 | 1.31 | 3.72 | 0.42 | 3.13 | 0.002 |
| 専従薬剤師の人数 | 0.39 | 1.48 | 0.23 | 1.68 | 0.092 |
| 安全医師の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 3.02 | 0.003 |
| 安全医師の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.36 | 0.018 |
| 安全責任者の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | -1.93 | 0.054 |
| 定数(0 1) | 0.03 | 1.03 | 0.67 | 0.04 | 0.969 |
| 定数(1 2) | 0.94 | 2.57 | 0.65 | 1.46 | 0.146 |
| 定数(2 3) | 3.21 | 24.68 | 0.70 | 4.58 | 0.000 |
| AIC | 295.89 | | | | |
| n | 141 | | | | |

図 207

[大中] 再発防止策の立案状況(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|--------|-------|------|-------|-------|
| 専従薬剤師の人数 | 0.70 | 2.01 | 0.35 | 1.99 | 0.047 |
| 専任医師の存在 | 0.62 | 1.85 | 0.22 | 2.76 | 0.006 |
| 専従看護師の人数 | 0.47 | 1.61 | 0.16 | 2.88 | 0.004 |
| 兼任医師の経験年数 | 0.05 | 1.05 | 0.02 | 2.30 | 0.022 |
| 安全医師の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.15 | 0.032 |
| 安全責任者の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.09 | 0.036 |
| 定数(0 1) | -0.14 | 0.87 | 0.33 | -0.42 | 0.677 |
| 定数(1 2) | 0.93 | 2.52 | 0.33 | 2.84 | 0.004 |
| 定数(2 3) | 2.76 | 15.80 | 0.36 | 7.77 | 0.000 |
| AIC | 894.74 | | | | |
| n | 373 | | | | |

図 208

[中] 再発防止策の立案状況(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|--------|-------|------|-------|-------|
| 専従医師の人数 | 1.30 | 3.69 | 0.70 | 1.87 | 0.061 |
| 専従看護師の人数 | 0.62 | 1.87 | 0.24 | 2.62 | 0.009 |
| 兼任医師の受講人数 | 0.31 | 1.36 | 0.20 | 1.55 | 0.120 |
| 兼任医師の人数 | 0.20 | 1.22 | 0.10 | 2.07 | 0.039 |
| 専任医師の経験年数 | 0.12 | 1.12 | 0.04 | 3.08 | 0.002 |
| 安全医師の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.05 | 0.040 |
| 専従医師の経験年数 | -0.31 | 0.73 | 0.16 | -1.97 | 0.049 |
| 定数(0 1) | -0.33 | 0.72 | 0.39 | -0.84 | 0.398 |
| 定数(1 2) | 0.83 | 2.29 | 0.38 | 2.17 | 0.030 |
| 定数(2 3) | 2.56 | 12.90 | 0.42 | 6.15 | 0.000 |
| AIC | 590.94 | | | | |
| n | 232 | | | | |

図 209

[中小] 再発防止策の立案状況(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|---------|-------|------|-------|-------|
| 専従薬剤師の人数 | 0.62 | 1.86 | 0.44 | 1.40 | 0.161 |
| 専従看護師の人数 | 0.39 | 1.48 | 0.15 | 2.63 | 0.009 |
| 兼任医師の受講人数 | 0.38 | 1.46 | 0.17 | 2.20 | 0.028 |
| 兼任医師の人数 | 0.16 | 1.18 | 0.08 | 2.15 | 0.032 |
| 専任医師の経験年数 | 0.09 | 1.10 | 0.03 | 3.65 | 0.000 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 3.35 | 0.001 |
| 兼任医師の存在 | -0.83 | 0.44 | 0.52 | -1.59 | 0.113 |
| 定数(0 1) | 0.07 | 1.07 | 0.28 | 0.24 | 0.812 |
| 定数(1 2) | 1.07 | 2.91 | 0.28 | 3.81 | 0.000 |
| 定数(2 3) | 2.58 | 13.19 | 0.30 | 8.51 | 0.000 |
| AIC | 1146.79 | | | | |
| n | 434 | | | | |

図 210

[小] 再発防止策の立案状況(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-------------|--------|-------|------|-------|-------|
| 専従薬剤師の人数 | 1.07 | 2.90 | 0.60 | 1.78 | 0.076 |
| 専任医師の人数 | 0.46 | 1.58 | 0.29 | 1.57 | 0.117 |
| 専従医師の追加講習時間 | 0.32 | 1.38 | 0.16 | 2.04 | 0.041 |
| 専従医師の経験年数 | 0.08 | 1.08 | 0.05 | 1.47 | 0.141 |
| 専任医師の経験年数 | 0.08 | 1.08 | 0.05 | 1.52 | 0.128 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 3.04 | 0.002 |
| 専任医師の追加講習時間 | -0.24 | 0.78 | 0.15 | -1.58 | 0.113 |
| 専従薬剤師の人数 | -0.63 | 0.53 | 0.35 | -1.80 | 0.072 |
| 兼任医師の存在 | -2.81 | 0.06 | 1.19 | -2.36 | 0.018 |
| 定数(0 1) | 0.33 | 1.39 | 0.41 | 0.80 | 0.425 |
| 定数(1 2) | 1.31 | 3.70 | 0.42 | 3.10 | 0.002 |
| 定数(2 3) | 2.71 | 14.98 | 0.46 | 5.94 | 0.000 |
| AIC | 546.52 | | | | |
| n | 202 | | | | |

図 211

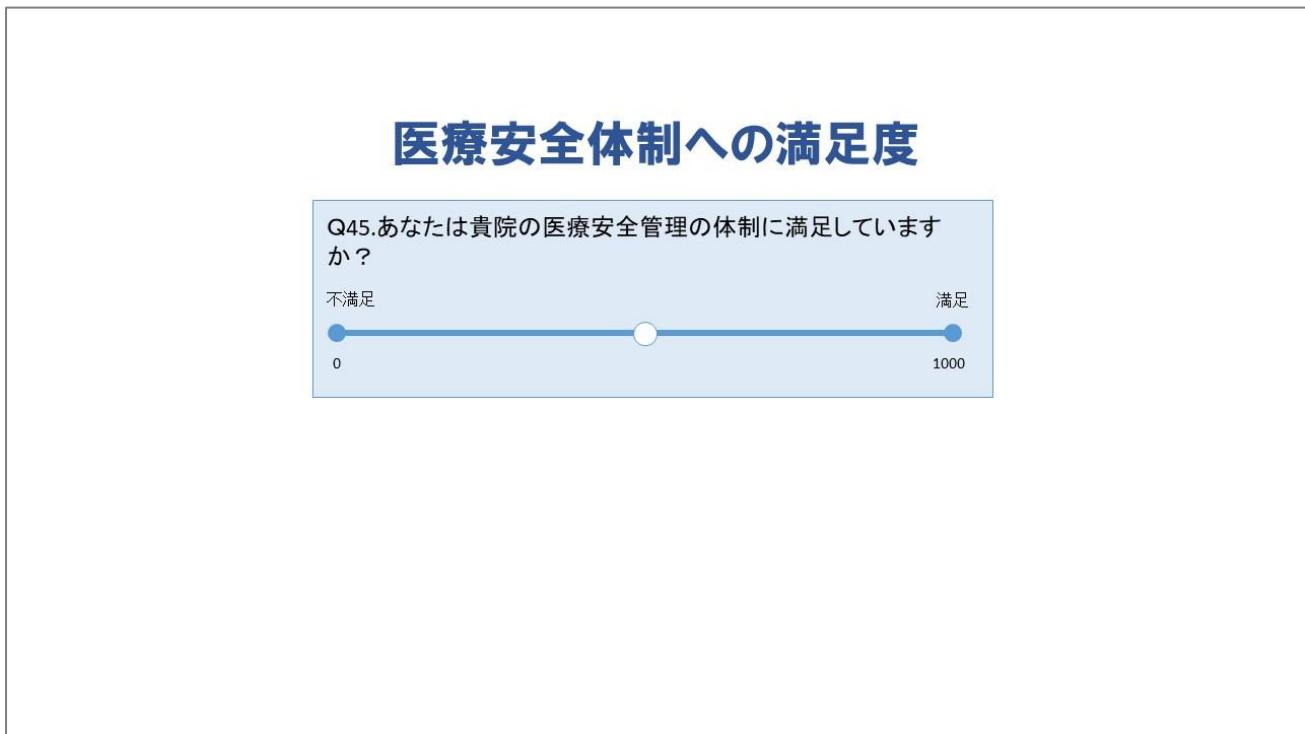


図 212

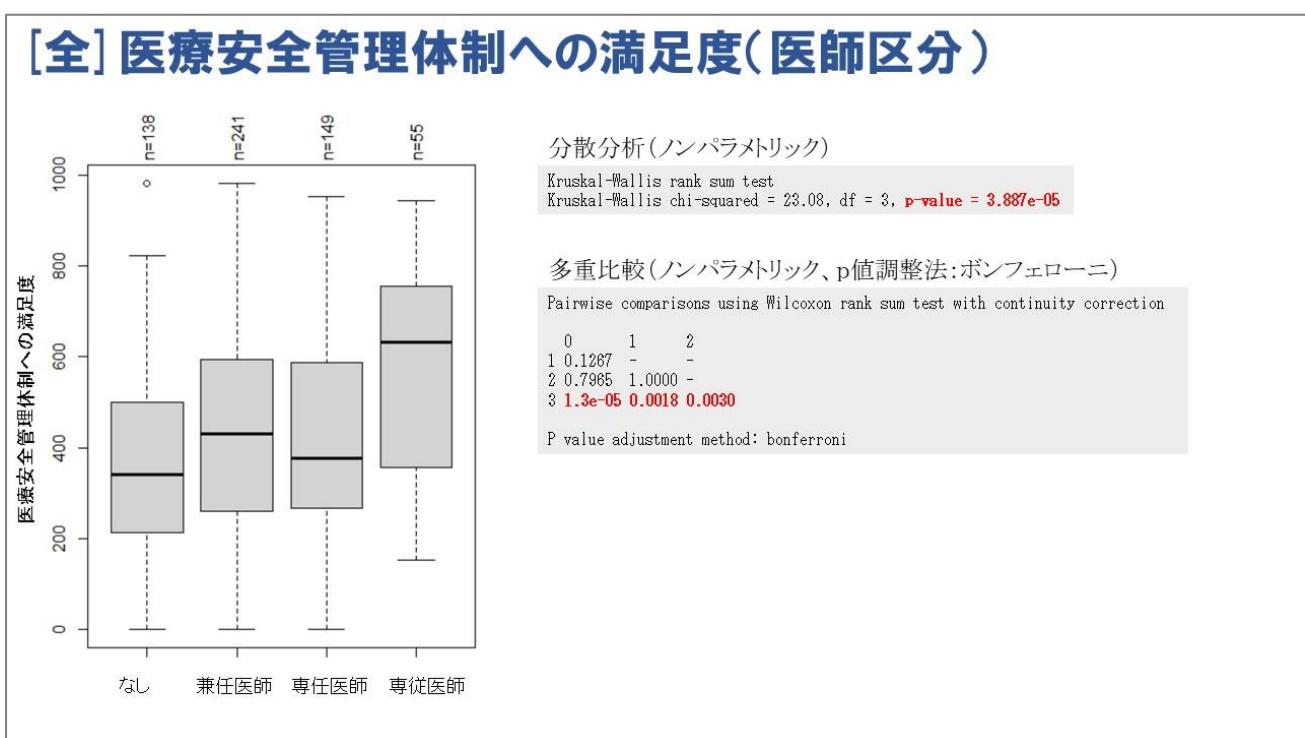


図 213

[大] 医療安全管理体制への満足度(医師区分)

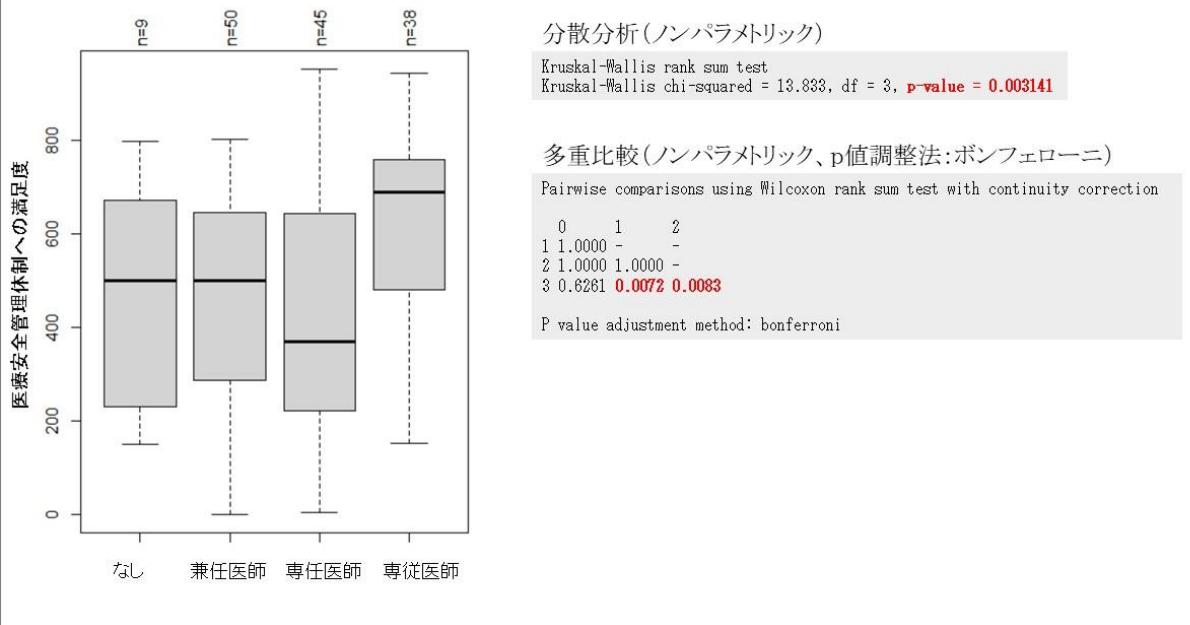


図 214

[大中] 医療安全管理体制への満足度(医師区分)

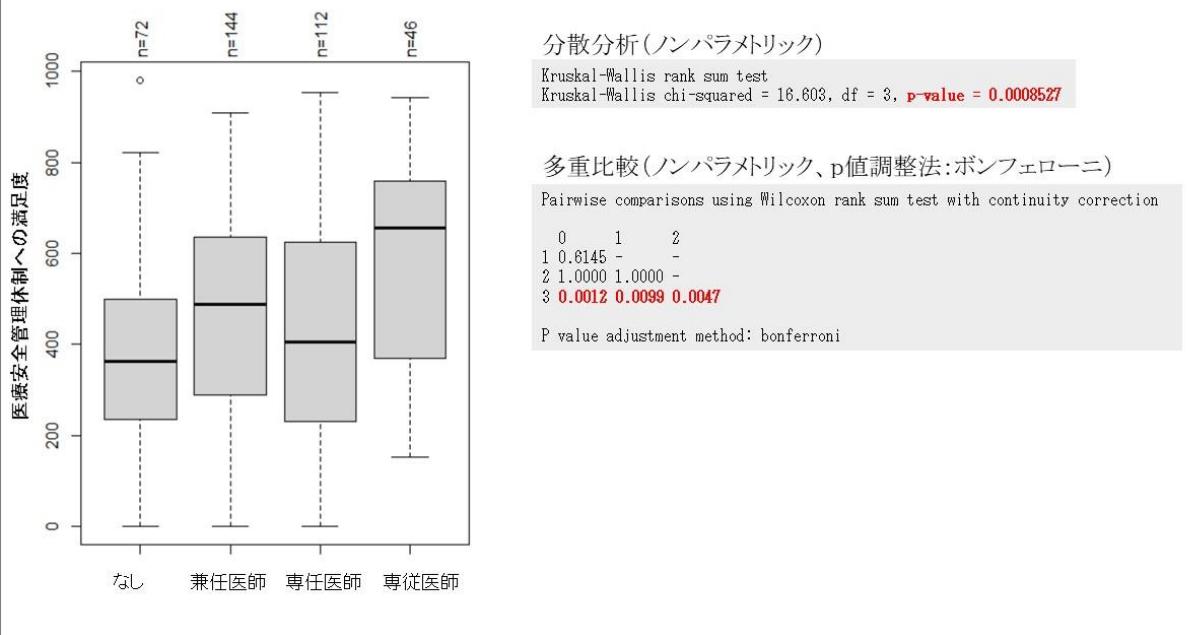


図 215

[中] 医療安全管理体制への満足度(医師区分)

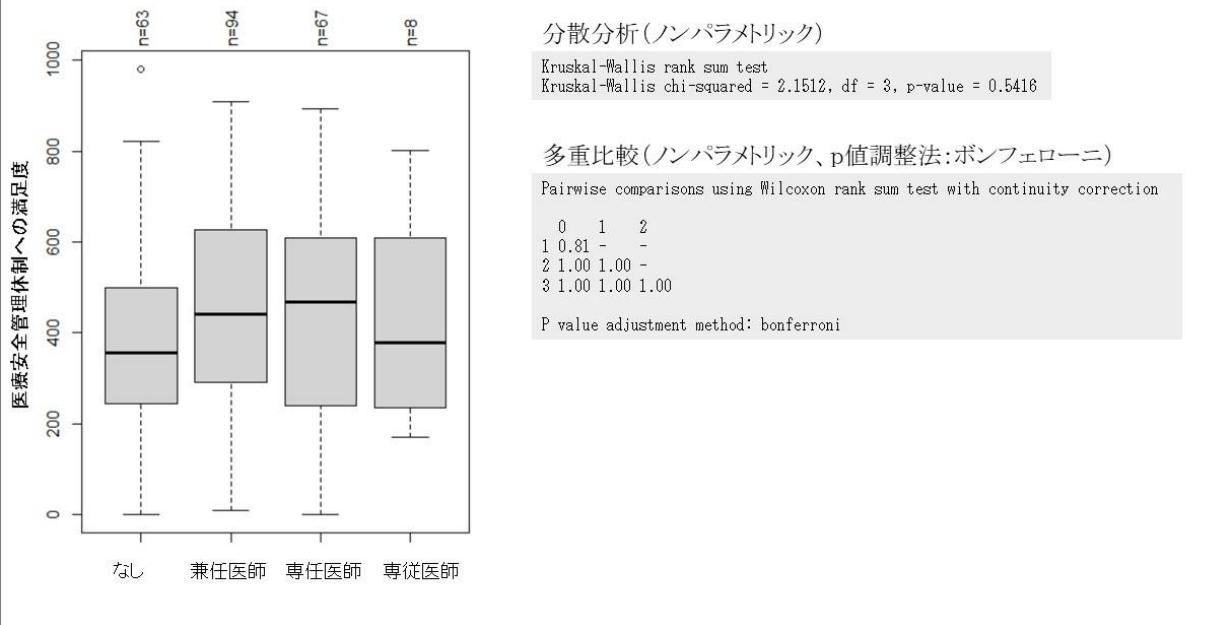


図 216

[中小] 医療安全管理体制への満足度(医師区分)

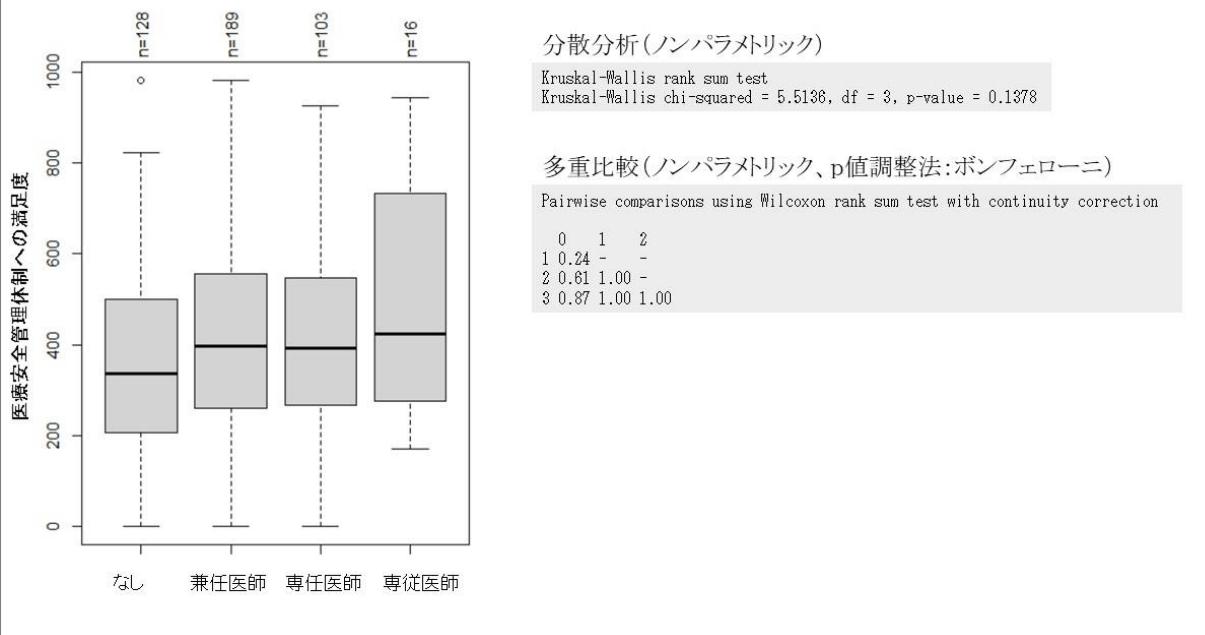


図 217

[小] 医療安全管理体制への満足度(医師区分)

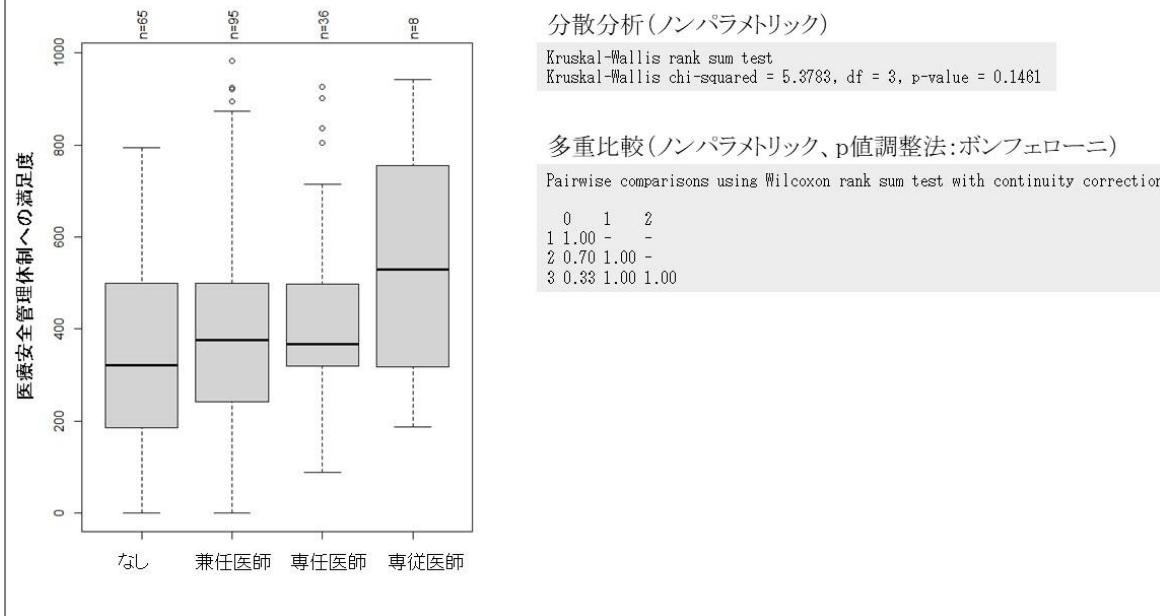


図 218

[全] 医療安全管理体制への満足度(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|----------|---------|---------|--------|---------|----------|
| 安全医師の肯定性 | 0.1737 | 0.0613 | 2.8357 | 0.0047 | 0.0081 | 3.0538 |
| 安全医師の積極性 | 0.1267 | 0.0523 | 2.4221 | 0.0157 | 0.0003 | 3.0068 |
| 安全責任者の肯定性 | -0.0999 | 0.0581 | -1.7215 | 0.0857 | -0.0011 | 2.8201 |
| 安全責任者の積極性 | 0.3026 | 0.0506 | 5.9855 | 0.0000 | 0.0005 | 2.7240 |
| 専従医師の人数 | 35.9964 | 22.3910 | 1.6076 | 0.1085 | 0.0766 | 1.1322 |
| 専従医師の追加講習時間 | 1.3172 | 0.7851 | 1.6778 | 0.0939 | 0.0025 | 1.0790 |
| 兼任医師の経験年数 | 3.9228 | 1.3980 | 2.8060 | 0.0052 | 0.0050 | 1.0089 |
| (定数) | 123.1210 | 26.3778 | 4.6676 | 0.0000 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.2891 | | | | | |
| n | | 580 | | | | |

図 219

[大]医療安全管理体制への満足度(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|----------|---------|---------|--------|--------|----------|
| 専従薬剤師人数 | 73.1473 | 39.3755 | 1.8577 | 0.0654 | 1.3929 | 0.1549 |
| 専任医師の受講人数 | 59.1091 | 25.4168 | 2.3256 | 0.0216 | 1.2740 | 0.1083 |
| 安全医師の積極性 | 0.2167 | 0.0794 | 2.7286 | 0.0072 | 1.8629 | 0.0189 |
| 専従医師の追加講習時間 | 1.1450 | 0.8167 | 1.4020 | 0.1632 | 1.1352 | 0.0022 |
| 安全責任者の積極性 | 0.3343 | 0.0840 | 3.9805 | 0.0001 | 1.7150 | 0.0011 |
| 専従医師の受講人数 | -29.9260 | 21.6118 | -1.3847 | 0.1685 | 1.2331 | -0.0588 |
| 専従薬剤師の人数 | -81.1504 | 37.4737 | -2.1655 | 0.0321 | 1.2010 | -0.9383 |
| (定数) | 99.9945 | 50.5577 | 1.9778 | 0.0500 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.3768 | | | | | |
| n | 141 | | | | | |

図 220

[大中]医療安全管理体制への満足度(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|-----------|---------|---------|--------|--------|----------|
| 専従薬剤師人数 | 101.0707 | 44.8035 | 2.2559 | 0.0247 | 2.4360 | 0.3050 |
| 専従医師の人数 | 66.3187 | 44.9785 | 1.4745 | 0.1412 | 3.8136 | 0.0930 |
| 安全責任者の積極性 | 0.3039 | 0.0503 | 6.0436 | 0.0000 | 1.7033 | 0.0171 |
| 専従医師の追加講習時間 | 1.3486 | 0.8546 | 1.5780 | 0.1154 | 1.2140 | 0.0026 |
| 安全医師の積極性 | 0.1828 | 0.0500 | 3.6535 | 0.0003 | 1.7875 | 0.0005 |
| 兼任医師の追加講習時間 | -4.9918 | 3.5267 | -1.4154 | 0.1578 | 1.0572 | -0.0475 |
| 専任医師の存在 | -51.8359 | 23.4486 | -2.2106 | 0.0277 | 1.1056 | -0.1075 |
| 専従医師の存在 | -138.5263 | 76.5254 | -1.8102 | 0.0711 | 6.0594 | -0.2709 |
| (定数) | 177.8042 | 27.2627 | 6.5219 | 0.0000 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.2926 | | | | | |
| n | 373 | | | | | |

図 221

[中]医療安全管理体制への満足度(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|----------|---------|---------|--------|--------|----------|
| 兼任医師の人数 | 9.3988 | 6.6429 | 1.4149 | 0.1585 | 1.0132 | 0.0188 |
| 安全医師の積極性 | 0.1602 | 0.0639 | 2.5063 | 0.0129 | 1.5757 | 0.0012 |
| 安全責任者の積極性 | 0.3244 | 0.0635 | 5.1112 | 0.0000 | 1.5682 | 0.0005 |
| 兼任医師の追加講習時間 | -13.6671 | 9.1022 | -1.5015 | 0.1346 | 1.0266 | -0.0110 |
| 専任医師の受講人数 | -54.8790 | 21.7080 | -2.5281 | 0.0122 | 1.0260 | -0.1187 |
| (定数) | 183.1863 | 32.9687 | 5.5564 | 0.0000 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.2457 | | | | | |
| n | 232 | | | | | |

図 222

[中小]医療安全管理体制への満足度(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|----------|---------|---------|--------|--------|----------|
| 専従医師の受講人数 | 47.2968 | 22.5985 | 2.0929 | 0.0370 | 1.4166 | 0.1043 |
| 兼任医師の経験年数 | 5.8584 | 1.6173 | 3.6223 | 0.0003 | 1.0582 | 0.0650 |
| 専従医師の追加講習時間 | 16.1068 | 7.7224 | 2.0857 | 0.0376 | 2.7486 | 0.0305 |
| 専任医師の経験年数 | 3.5551 | 2.4641 | 1.4427 | 0.1498 | 1.1291 | 0.0030 |
| 安全医師の積極性 | 0.1617 | 0.0605 | 2.6741 | 0.0078 | 2.7641 | 0.0029 |
| 安全責任者の積極性 | 0.2750 | 0.0578 | 4.7591 | 0.0000 | 2.6000 | 0.0024 |
| 安全医師の肯定性 | 0.1539 | 0.0691 | 2.2266 | 0.0265 | 2.8165 | 0.0003 |
| 安全責任者の肯定性 | -0.1144 | 0.0654 | -1.7483 | 0.0811 | 2.6542 | -0.0003 |
| 兼任医師の追加講習時間 | -11.1614 | 6.4785 | -1.7228 | 0.0857 | 2.7935 | -0.0242 |
| 専任医師の受講人数 | -50.2986 | 22.5985 | -2.2258 | 0.0266 | 1.5484 | -0.0671 |
| (定数) | 138.3432 | 29.8696 | 4.6316 | 0.0000 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.2644 | | | | | |
| n | 434 | | | | | |

図 223

[小]医療安全管理体制への満足度(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|----------|---------|---------|--------|--------|----------|
| 専従医師の受講人数 | 126.8243 | 42.5979 | 2.9772 | 0.0033 | 1.0420 | 0.2868 |
| 専従医師の人数 | 28.6504 | 18.9502 | 1.5119 | 0.1322 | 1.0218 | 0.0253 |
| 兼任医師の経験年数 | 7.8108 | 1.8638 | 4.1908 | 0.0000 | 1.0493 | 0.0135 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.1922 | 0.0926 | 2.0760 | 0.0392 | 2.7041 | 0.0025 |
| 安全医師の積極性 | 0.2379 | 0.0804 | 2.9592 | 0.0035 | 2.6428 | 0.0003 |
| 安全責任者の積極性 | 0.1935 | 0.0845 | 2.2884 | 0.0232 | 3.0810 | 0.0002 |
| 安全責任者の肯定性 | -0.1535 | 0.0956 | -1.6051 | 0.1101 | 3.0160 | -0.0022 |
| (定数) | 96.2808 | 40.7977 | 2.3600 | 0.0193 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.3454 | | | | | |
| n | 202 | | | | | |

図 224

医療安全部医師のインシデントレポート確認状況

Q50.医療安全管理部の医師は全てのインシデント・アクシデントレポートを読んでいますか？

- 全て読んでいる
- 一部読んでいる
- 全く読んでいない

図 225

[全] 医療安全部医師のインシデントレポート確認状況(医師区分)

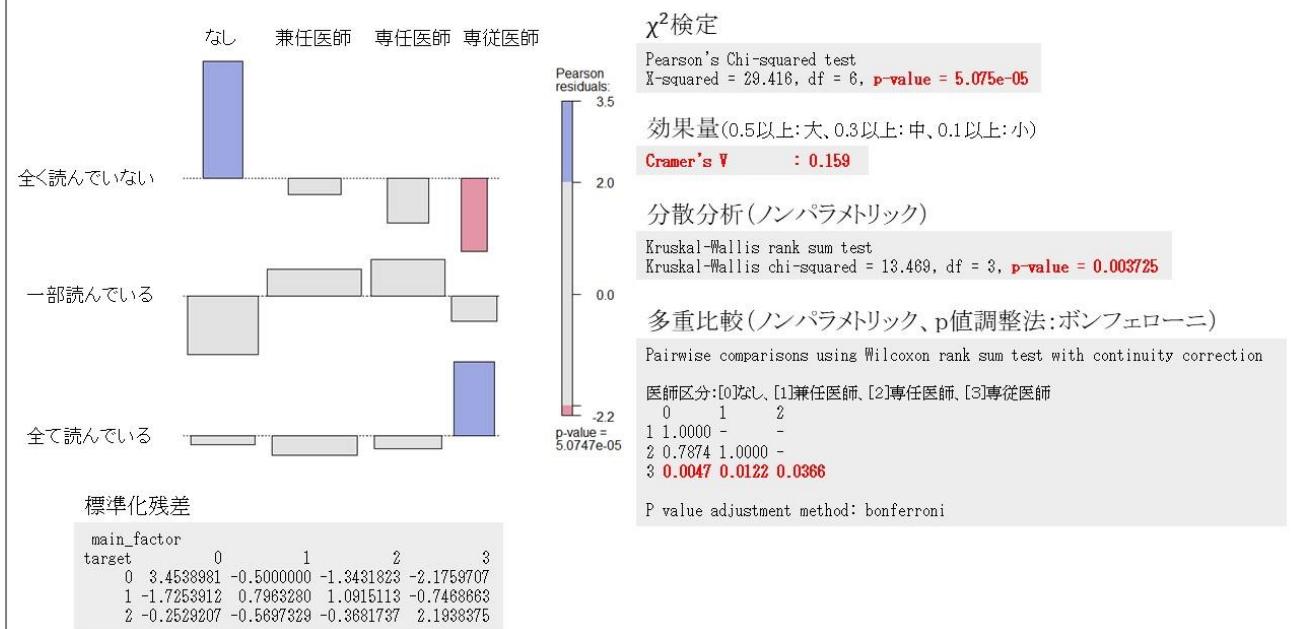


図 226

[大] 医療安全部医師のインシデントレポート確認状況(医師区分)

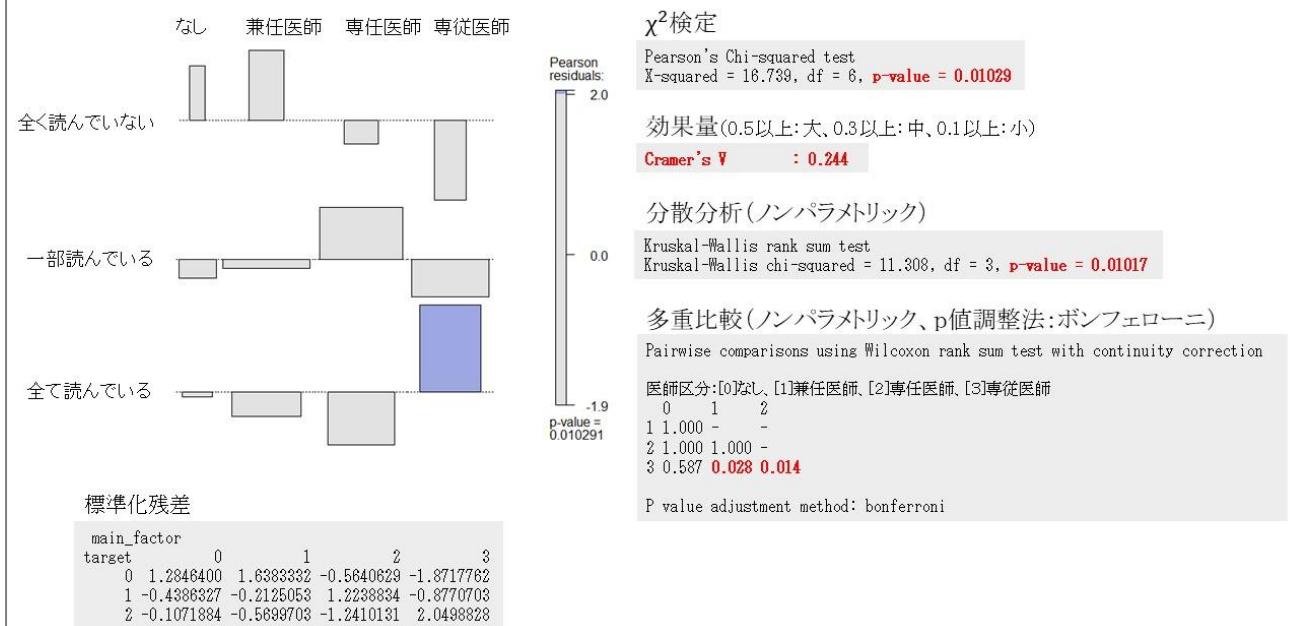


図 227

[大中] 医療安全部医師のインシデントレポート確認状況(医師区分)

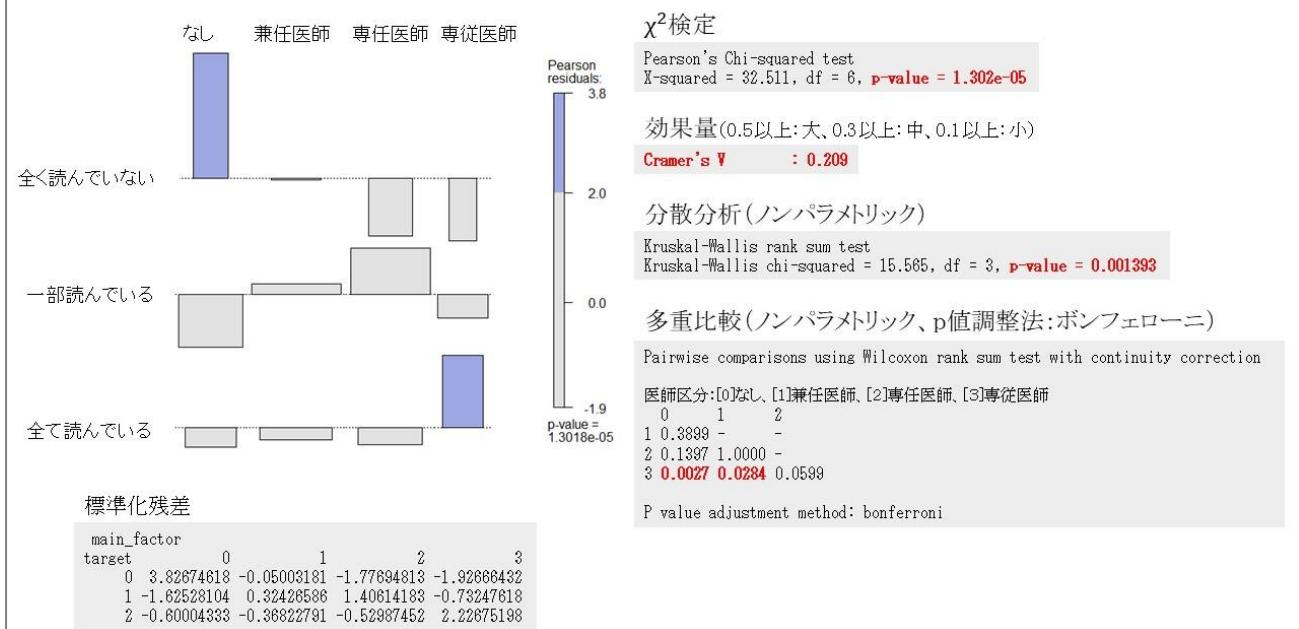


図 228

[中] 医療安全部医師のインシデントレポート確認状況(医師区分)

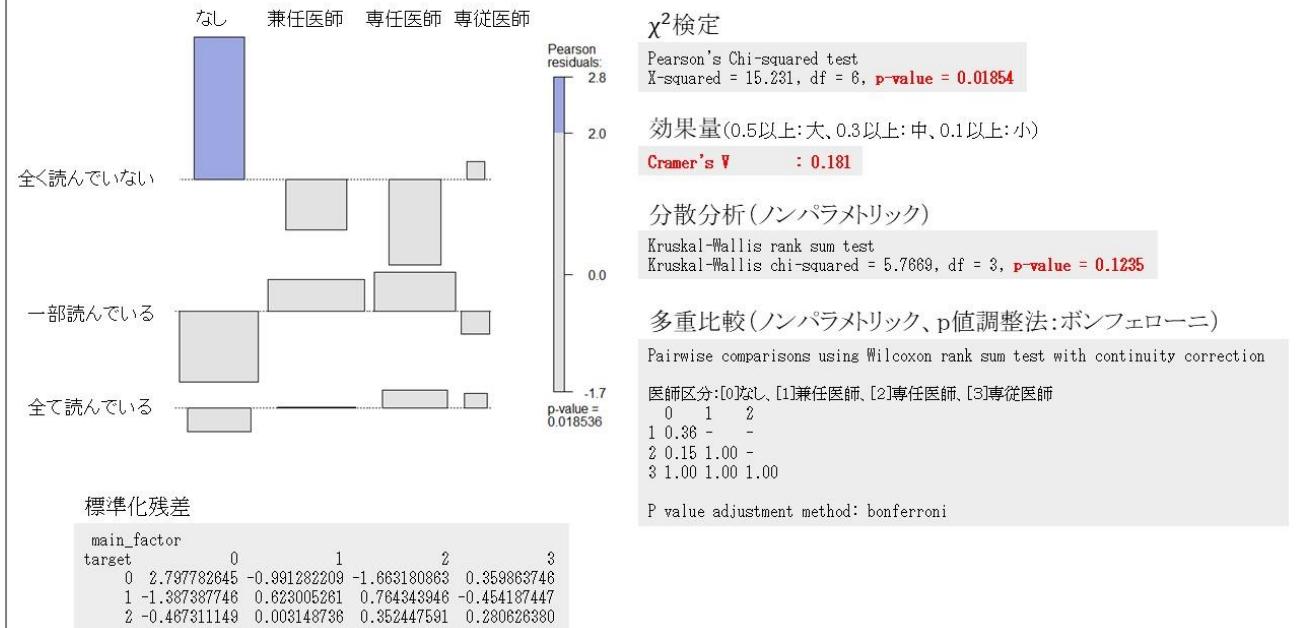


図 229

[中小] 医療安全部医師のインシデントレポート確認状況(医師区分)

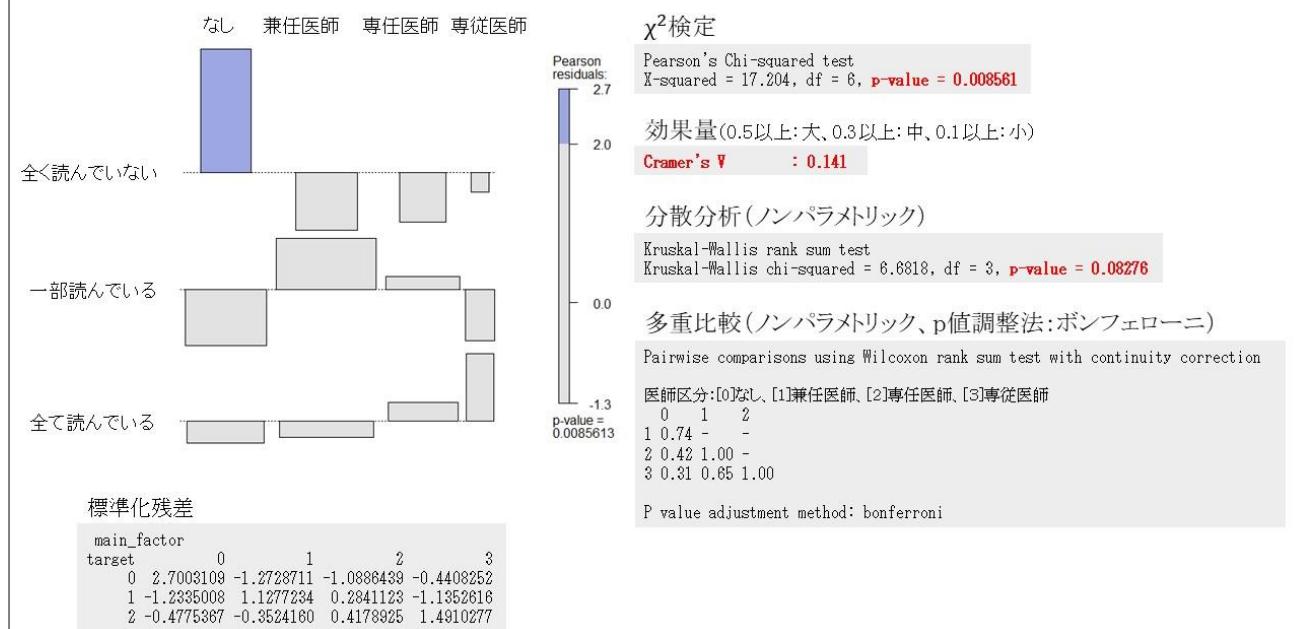


図 230

[小] 医療安全部医師のインシデントレポート確認状況(医師区分)

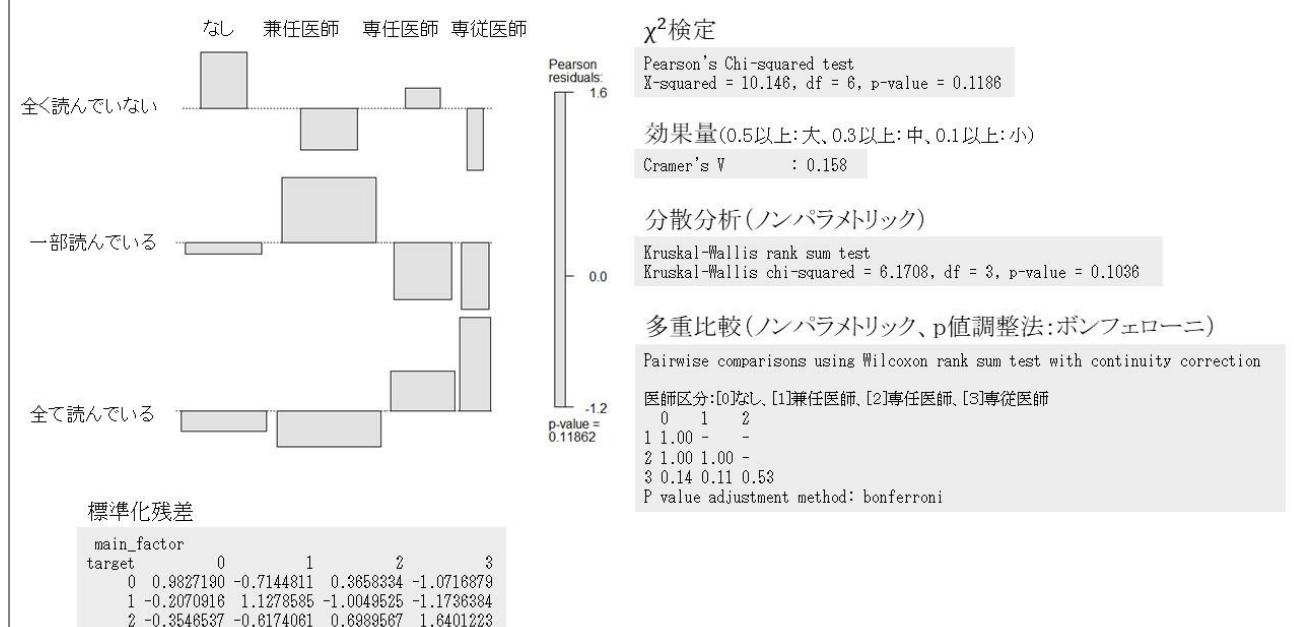


図 231

[全] 医療安全部医師のインシデントレポート確認状況(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-------------|---------|------|------|-------|-------|
| 兼任医師の存在 | 0.73 | 2.08 | 0.32 | 2.29 | 0.022 |
| 専任看護師の人数 | 0.15 | 1.16 | 0.09 | 1.69 | 0.091 |
| 専任医師の追加講習時間 | 0.05 | 1.05 | 0.03 | 1.39 | 0.163 |
| 専任医師の経験年数 | 0.03 | 1.03 | 0.02 | 1.51 | 0.130 |
| 安全医師の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.60 | 0.009 |
| 安全責任者の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.38 | 0.017 |
| 専従看護師の人数 | -0.23 | 0.80 | 0.12 | -1.87 | 0.062 |
| 定数(0 1) | -0.67 | 0.51 | 0.22 | -2.98 | 0.003 |
| 定数(1 2) | 1.69 | 5.43 | 0.23 | 7.24 | 0.000 |
| AIC | 1135.37 | | | | |
| n | 580 | | | | |

図 232

[大] 医療安全部医師のインシデントレポート確認状況(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-------------|--------|-------|------|-------|-------|
| 専従薬剤師の人数 | 0.93 | 2.54 | 0.41 | 2.27 | 0.023 |
| 専従医師の受講人数 | 0.59 | 1.81 | 0.27 | 2.22 | 0.026 |
| 専任看護師の人数 | 0.50 | 1.64 | 0.24 | 2.09 | 0.037 |
| 兼任医師の受講人数 | 0.49 | 1.63 | 0.22 | 2.26 | 0.024 |
| 専任医師の追加講習時間 | 0.06 | 1.06 | 0.04 | 1.26 | 0.209 |
| 安全責任者の肯定性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 2.53 | 0.011 |
| 定数(0 1) | -0.06 | 0.94 | 0.65 | -0.09 | 0.925 |
| 定数(1 2) | 3.35 | 28.51 | 0.72 | 4.66 | 0.000 |
| AIC | 239.49 | | | | |
| n | 141 | | | | |

図 233

[大中] 医療安全部医師のインシデントレポート確認状況(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-------------|--------|------|------|-------|-------|
| 専任医師の追加講習時間 | 0.06 | 1.06 | 0.04 | 1.33 | 0.184 |
| 専任医師の経験年数 | 0.04 | 1.04 | 0.02 | 1.90 | 0.058 |
| 専従医師の追加講習時間 | 0.02 | 1.02 | 0.01 | 1.43 | 0.153 |
| 安全医師の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 4.88 | 0.000 |
| 定数(0 1) | -0.60 | 0.55 | 0.24 | -2.45 | 0.014 |
| 定数(1 2) | 1.98 | 7.23 | 0.27 | 7.43 | 0.000 |
| AIC | 718.27 | | | | |
| n | 373 | | | | |

図 234

[中] 医療安全部医師のインシデントレポート確認状況(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-----------|--------|------|------|-------|-------|
| 専任医師の経験年数 | 0.07 | 1.07 | 0.03 | 1.98 | 0.048 |
| 安全医師の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 4.35 | 0.000 |
| 定数(0 1) | -0.26 | 0.77 | 0.29 | -0.89 | 0.372 |
| 定数(1 2) | 2.12 | 8.30 | 0.33 | 6.51 | 0.000 |
| AIC | 461.46 | | | | |
| n | 232 | | | | |

図 235

[中小] 医療安全部医師のインシデントレポート確認状況(体制)

多変量解析(順序ロジスティック回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 係数 | オッズ比 | 標準誤差 | Z値 | P値 |
|-------------|--------|------|------|-------|-------|
| 兼任医師の存在 | 0.80 | 2.21 | 0.54 | 1.46 | 0.143 |
| 兼任医師の追加講習時間 | 0.08 | 1.09 | 0.07 | 1.25 | 0.212 |
| 専任医師の経験年数 | 0.06 | 1.06 | 0.03 | 2.20 | 0.028 |
| 安全医師の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 3.07 | 0.002 |
| 安全責任者の積極性 | 0.00 | 1.00 | 0.00 | 1.99 | 0.047 |
| 専任医師の受講人数 | -0.39 | 0.67 | 0.19 | -2.11 | 0.035 |
| 定数(0 1) | -0.42 | 0.66 | 0.24 | -1.72 | 0.085 |
| 定数(1 2) | 1.76 | 5.78 | 0.25 | 6.90 | 0.000 |
| AIC | 866.49 | | | | |
| n | 434 | | | | |

図 236

医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(医師区分)

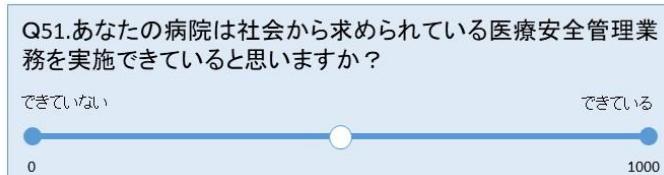


図 237

[全] 医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(医師区分)

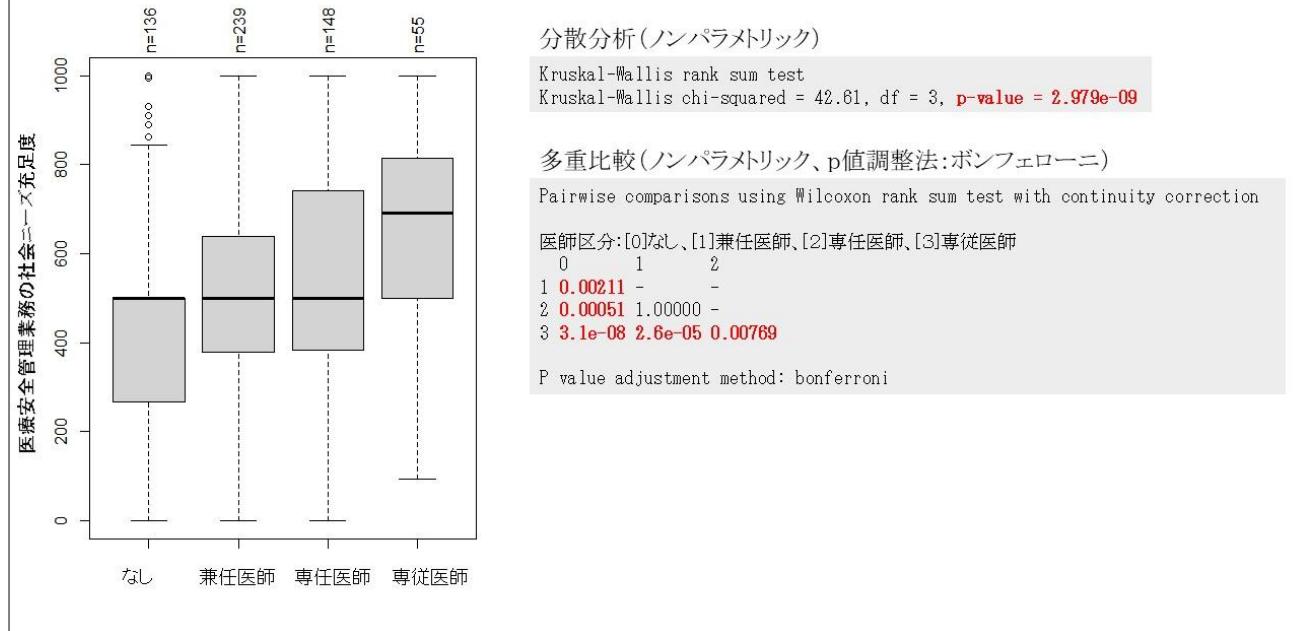


図 238

[大] 医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(医師区分)

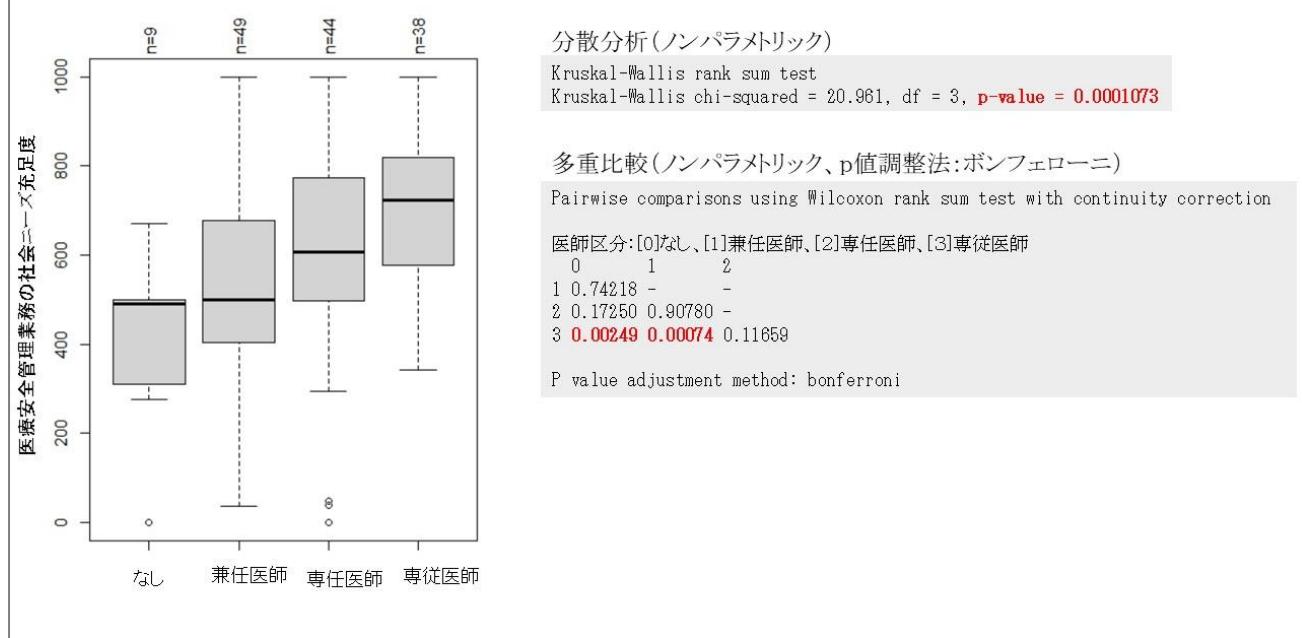
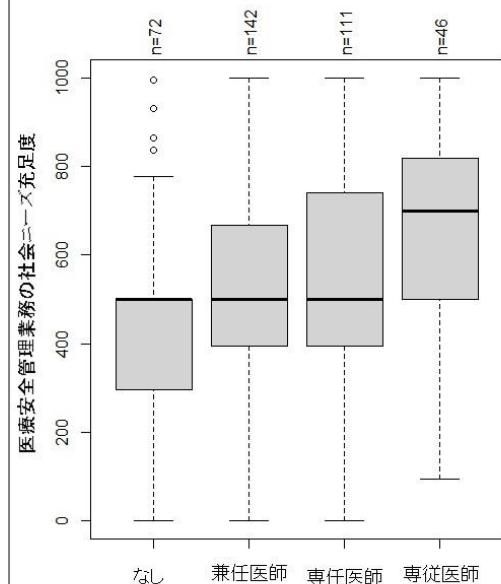


図 239

[大中] 医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test

Kruskal-Wallis chi-squared = 32.162, df = 3, p-value = 4.838e-07

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

医師区分:[0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師

0 1 2

1 0.0431 -

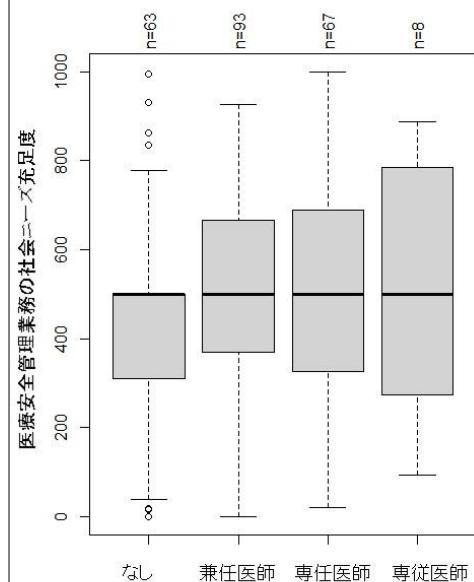
2 0.0114 1.0000 -

3 7.2e-07 0.0001 0.0108

P value adjustment method: bonferroni

図 240

[中] 医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test

Kruskal-Wallis chi-squared = 5.0629, df = 3, p-value = 0.1673

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

医師区分:[0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師

0 1 2

1 0.21 -

2 0.40 1.00 -

3 1.00 1.00 1.00

P value adjustment method: bonferroni

図 241

[中小] 医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(医師区分)

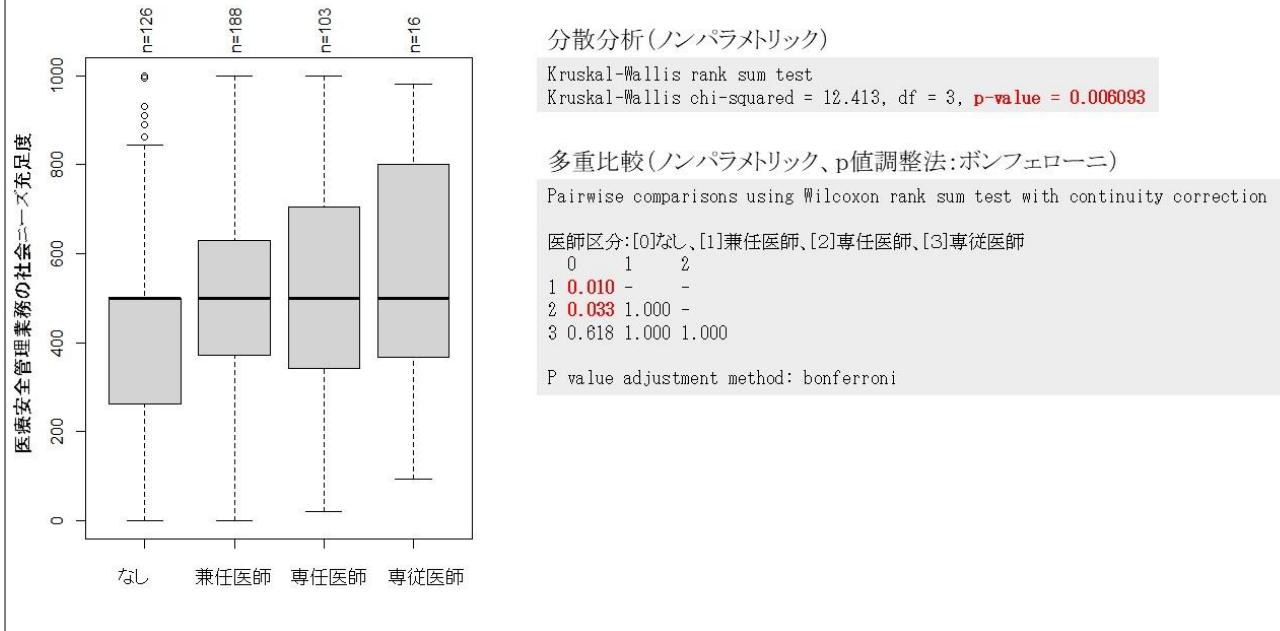


図 242

[小] 医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(医師区分)

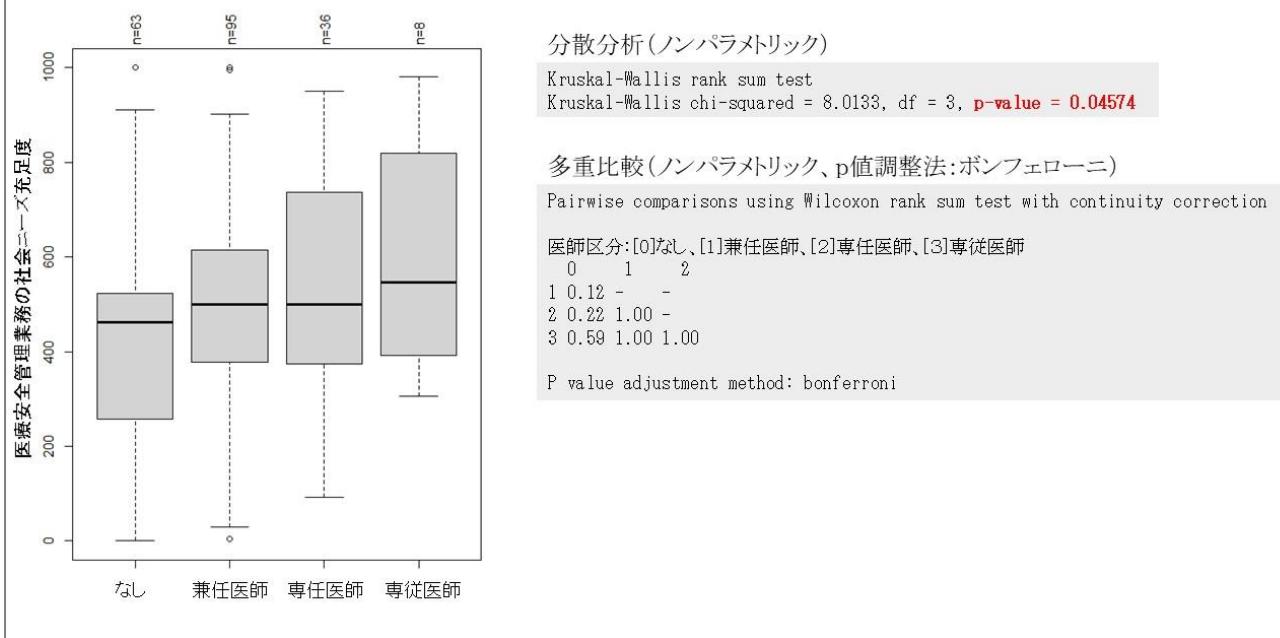


図 243

[全]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師の有無による差の検定)

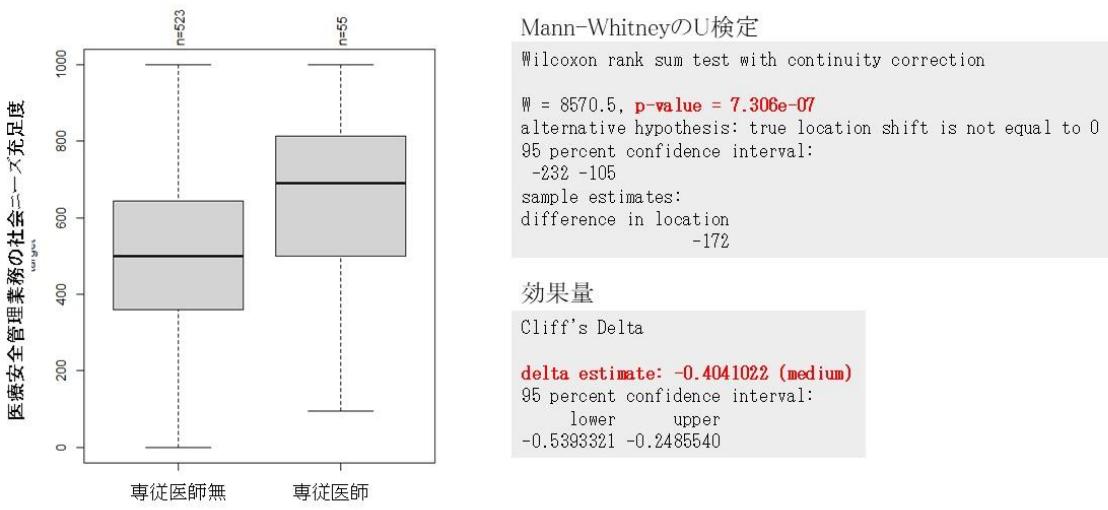


図 244

[大]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師の有無による差の検定)

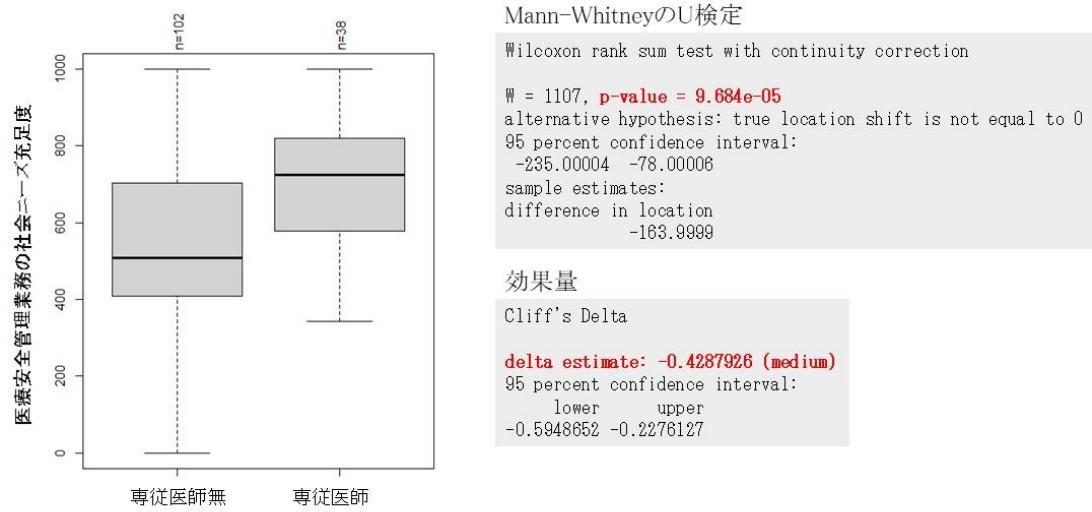


図 245

[大中]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師の有無による差の検定)

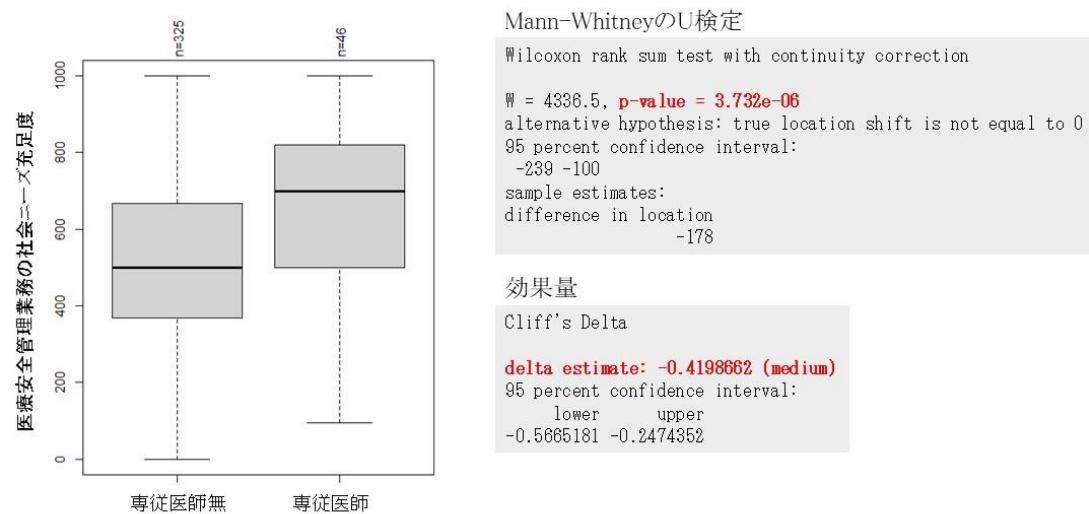


図 246

[中]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師の有無による差の検定)

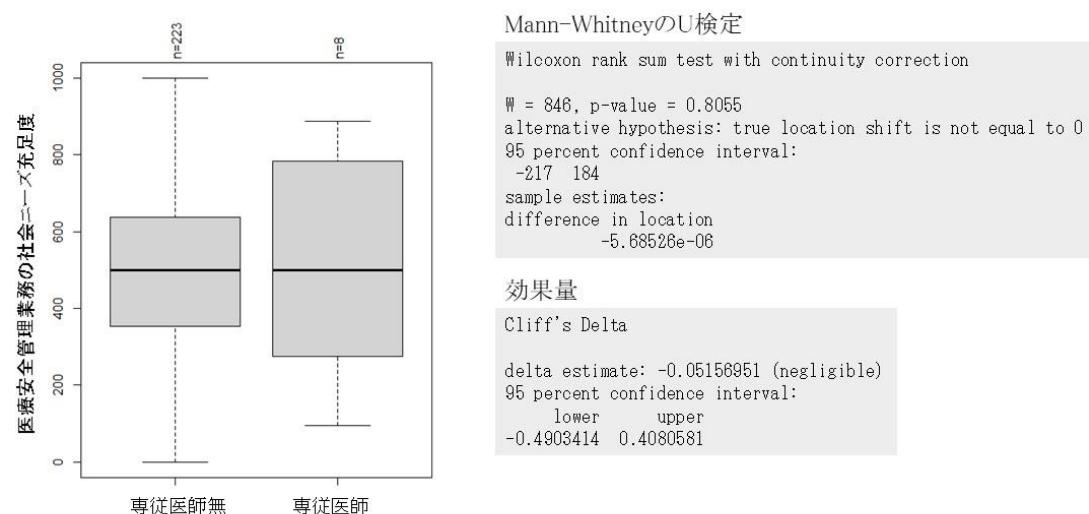


図 247

[中小]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師の有無による差の検定)

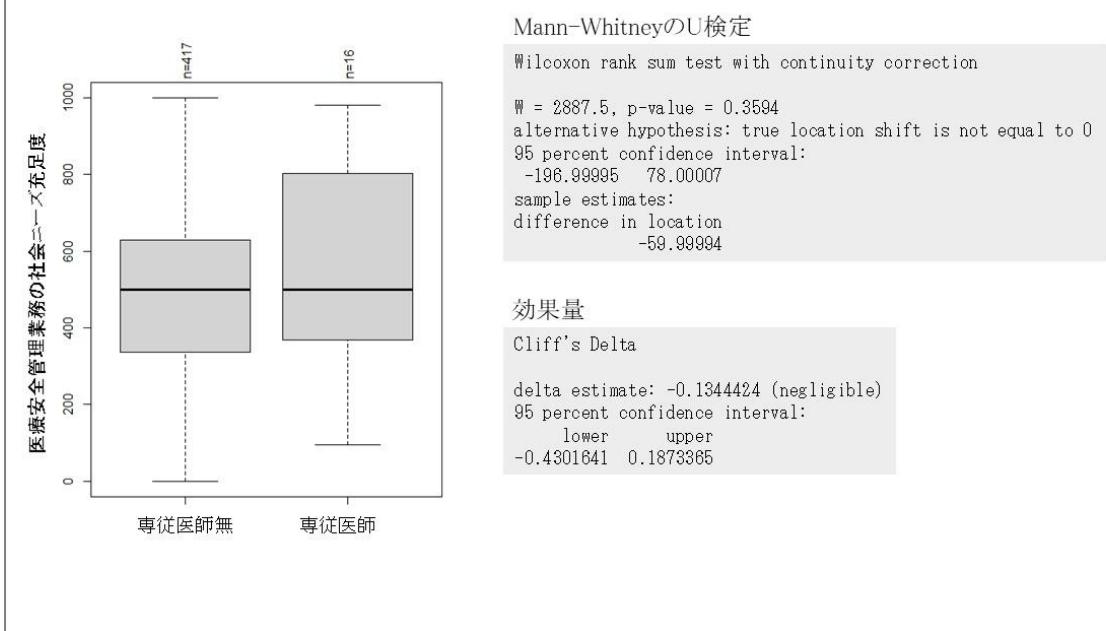


図 248

[小]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師の有無による差の検定)

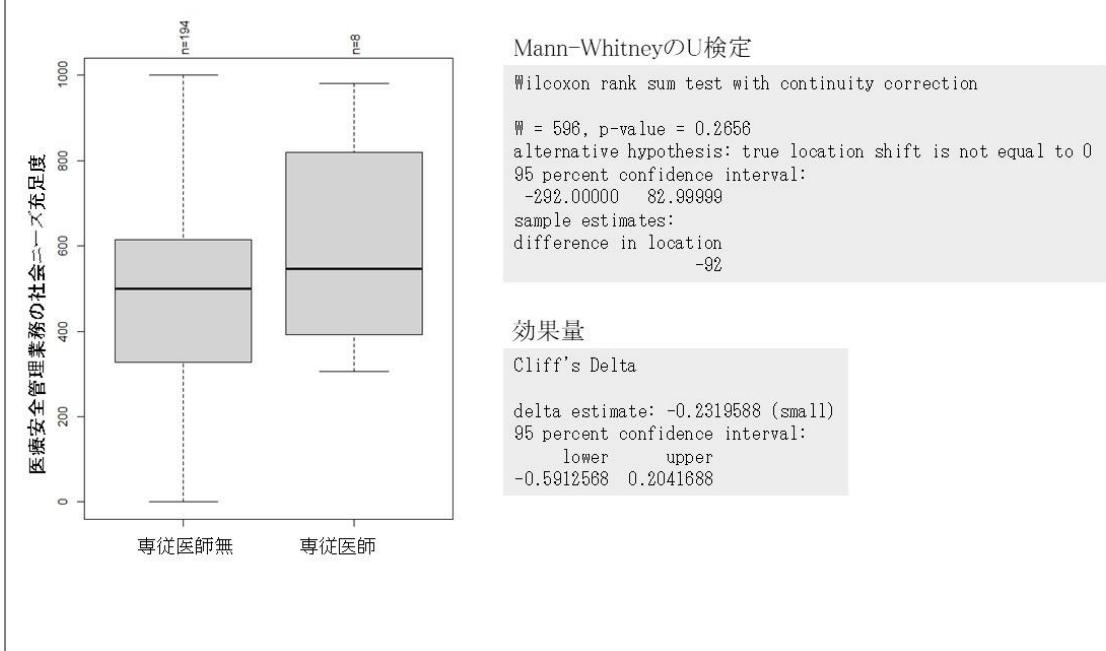


図 249

[全]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師と専任医師の差の検定)

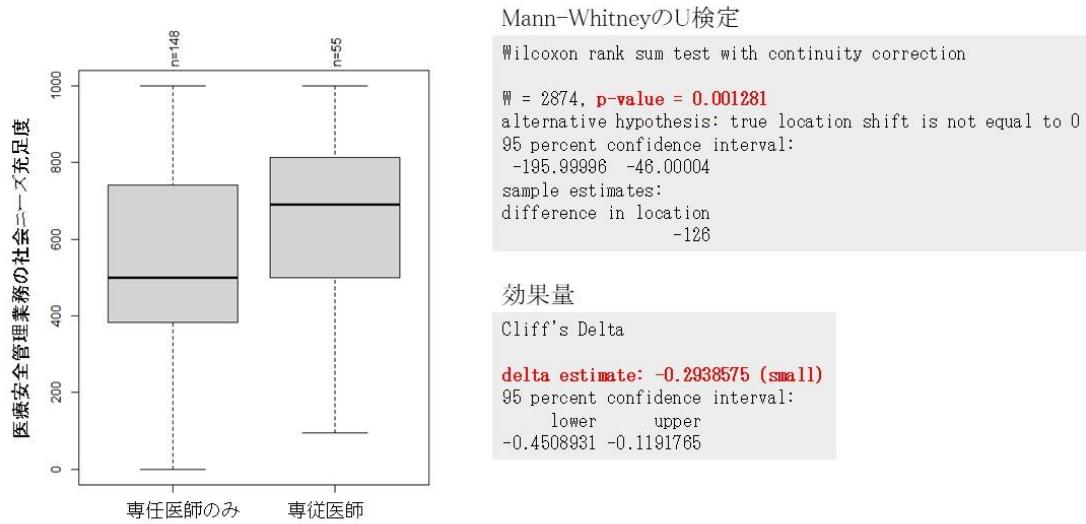


図 250

[大]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師と専任医師の差の検定)

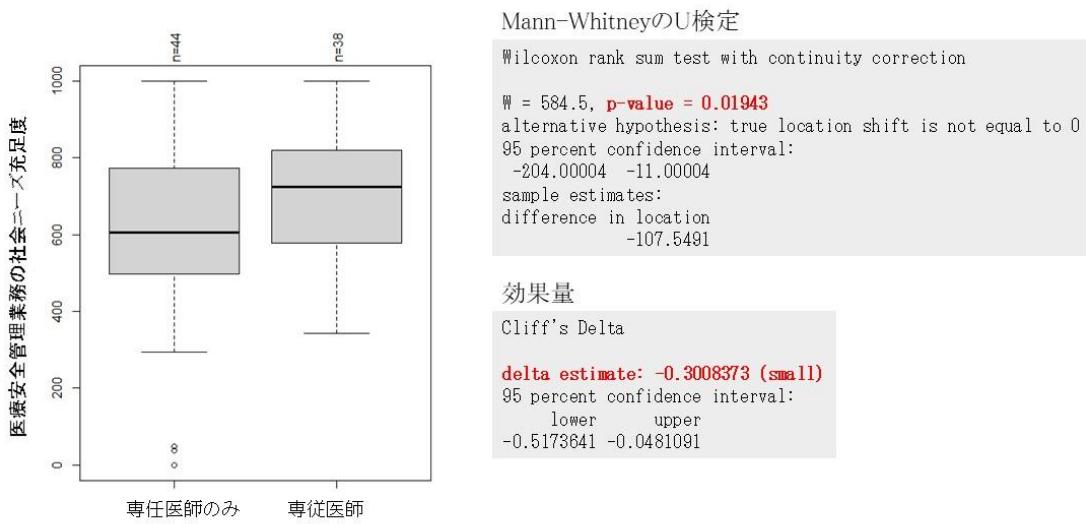


図 251

[大中]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師と専任医師の差の検定)

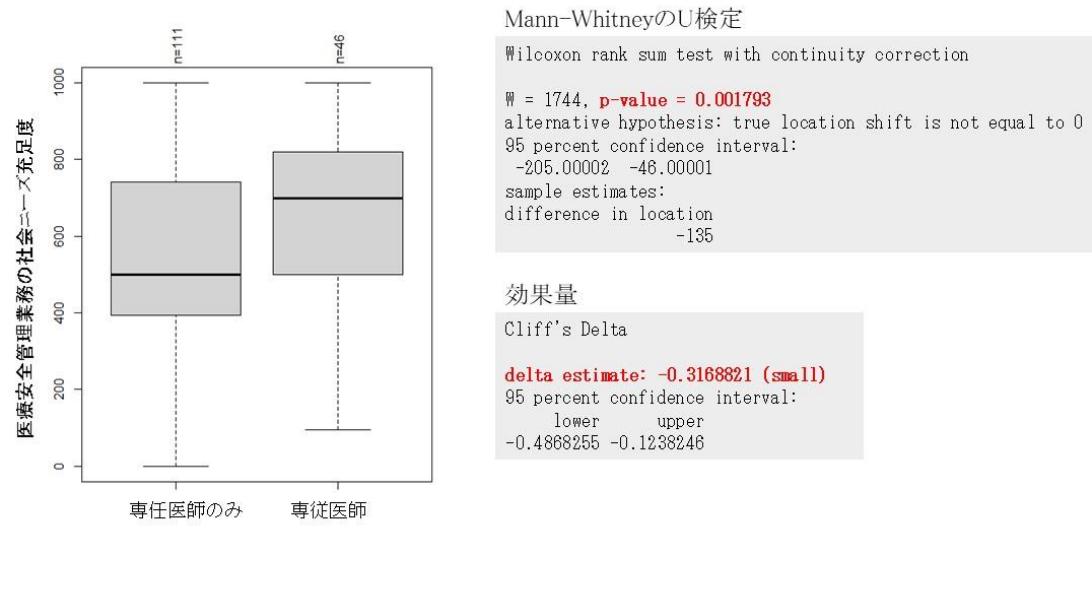


図 252

[中]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師と専任医師の差の検定)

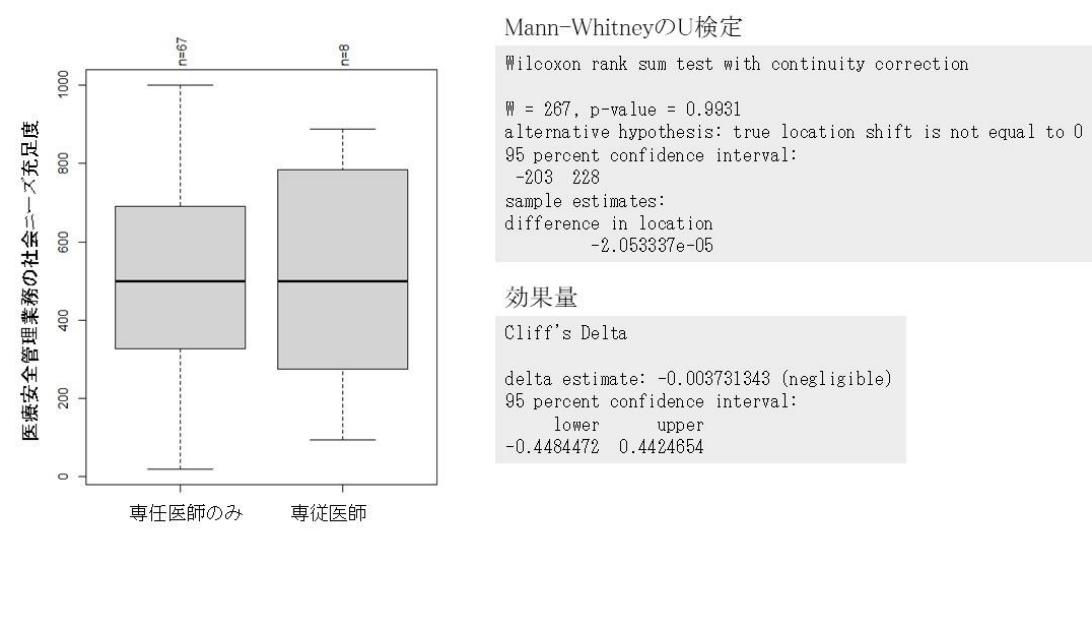


図 253

[中小]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師と専任医師の差の検定)

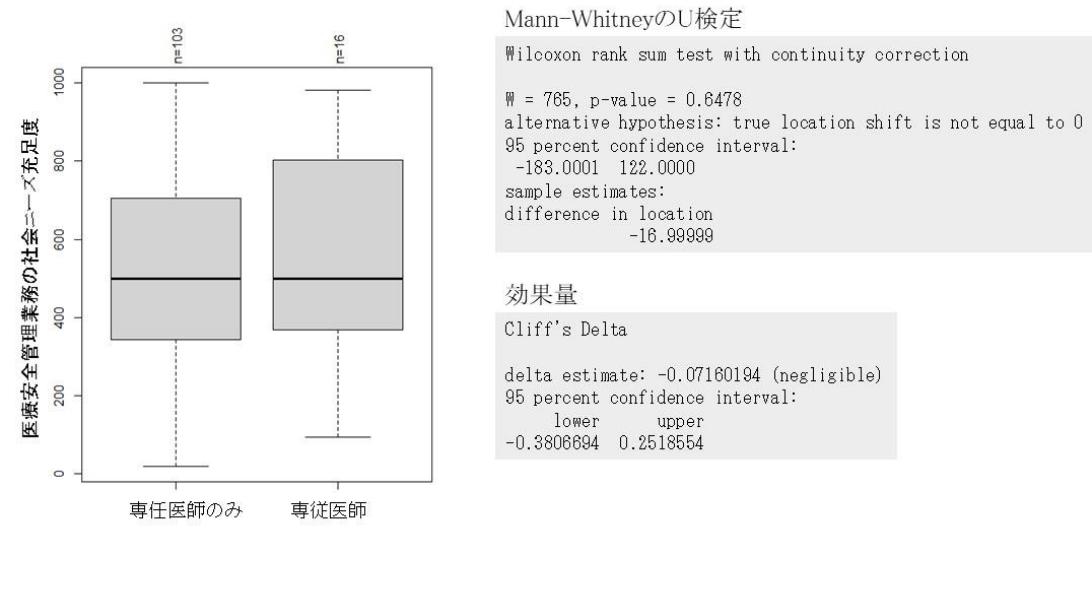


図 254

[小]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師と専任医師の差の検定)

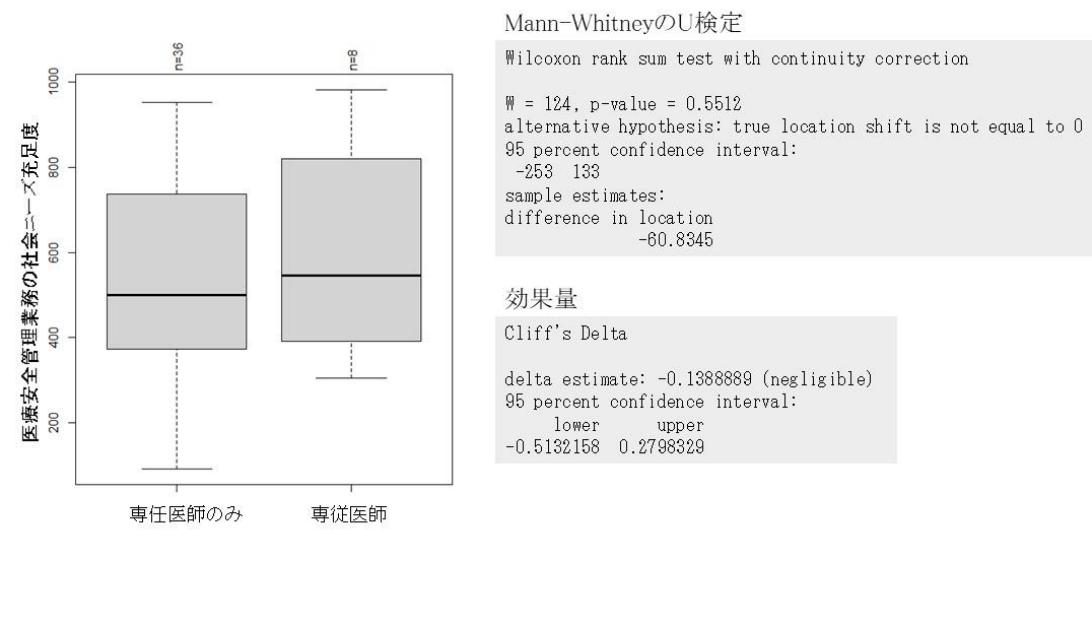


図 255

[全]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師と専任医師複数の差の検定)

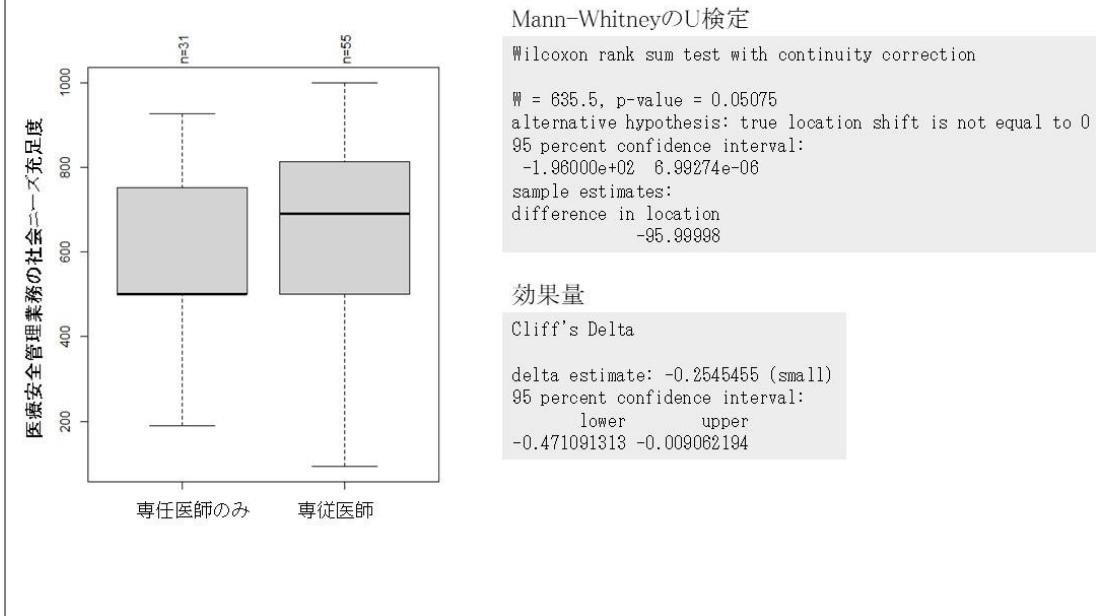


図 256

[大]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師と専任医師複数の差の検定)

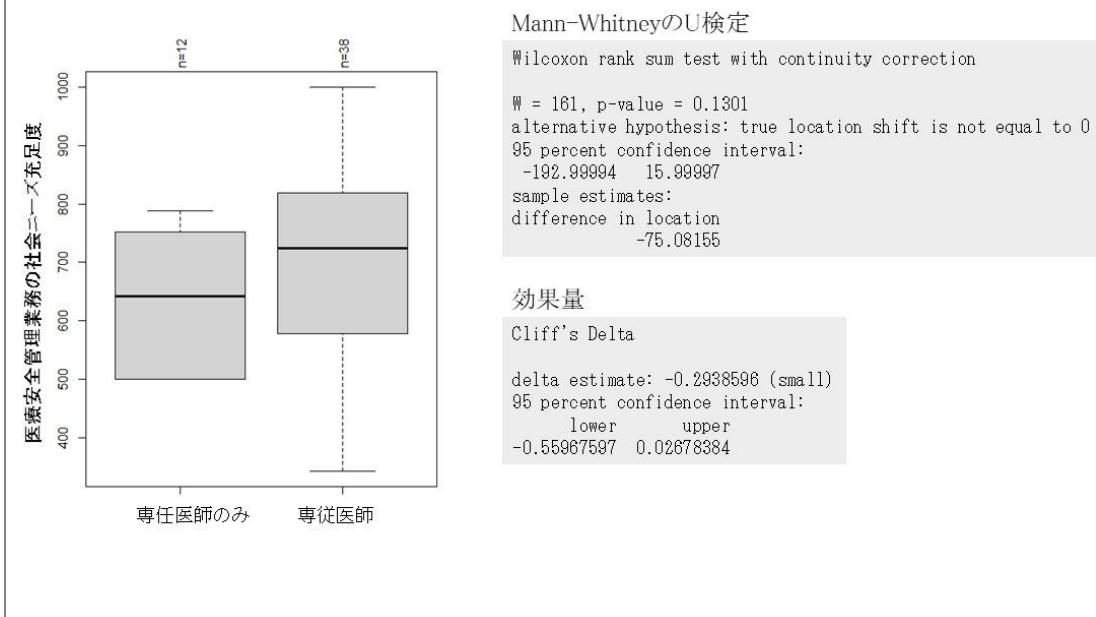


図 257

[大中]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師と専任医師複数の差の検定)

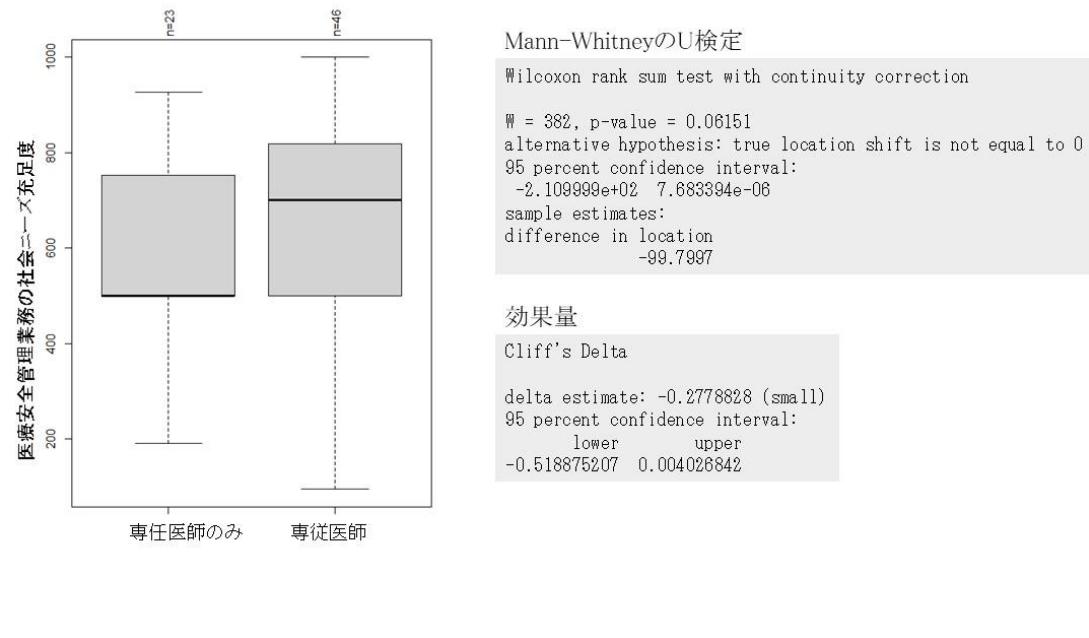


図 258

[中]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師と専任医師複数の差の検定)

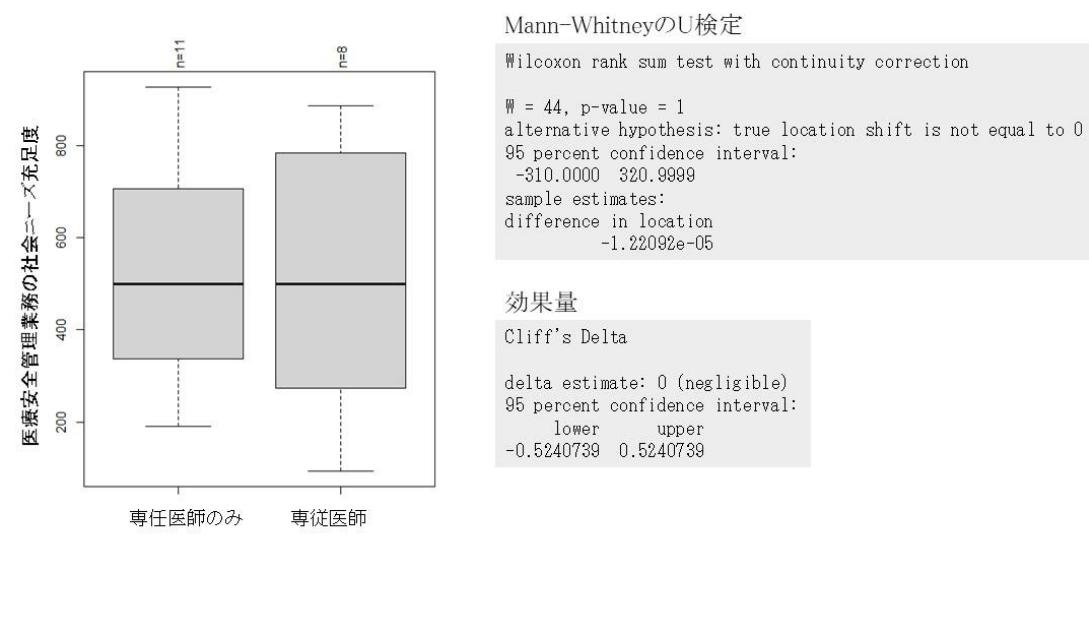


図 259

[中小]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師と専任医師複数の差の検定)

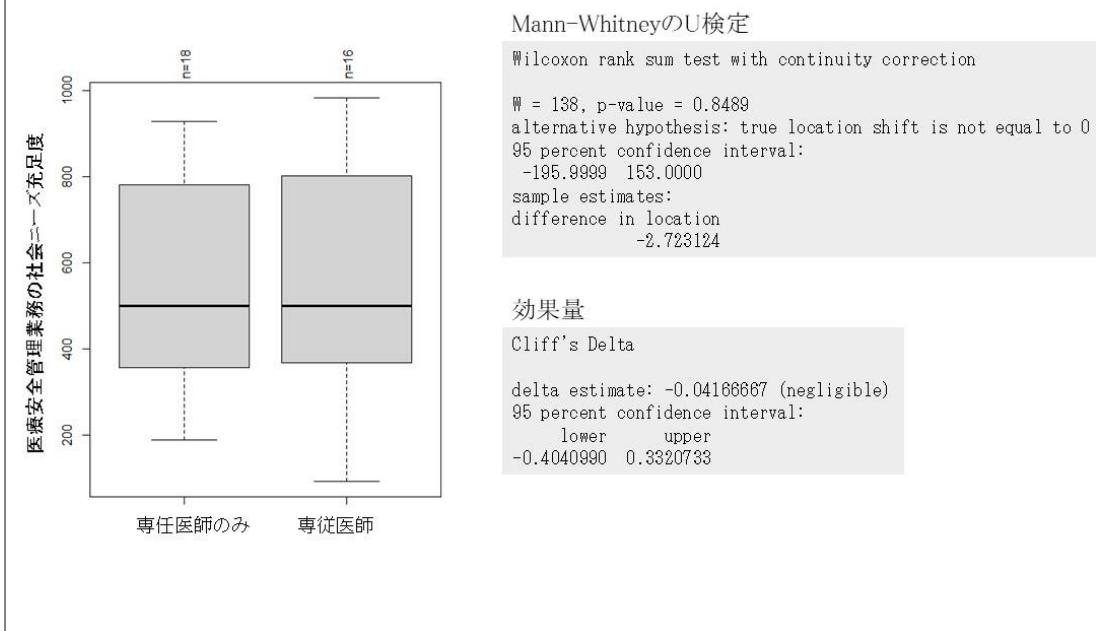


図 260

[小]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師と専任医師複数の差の検定)

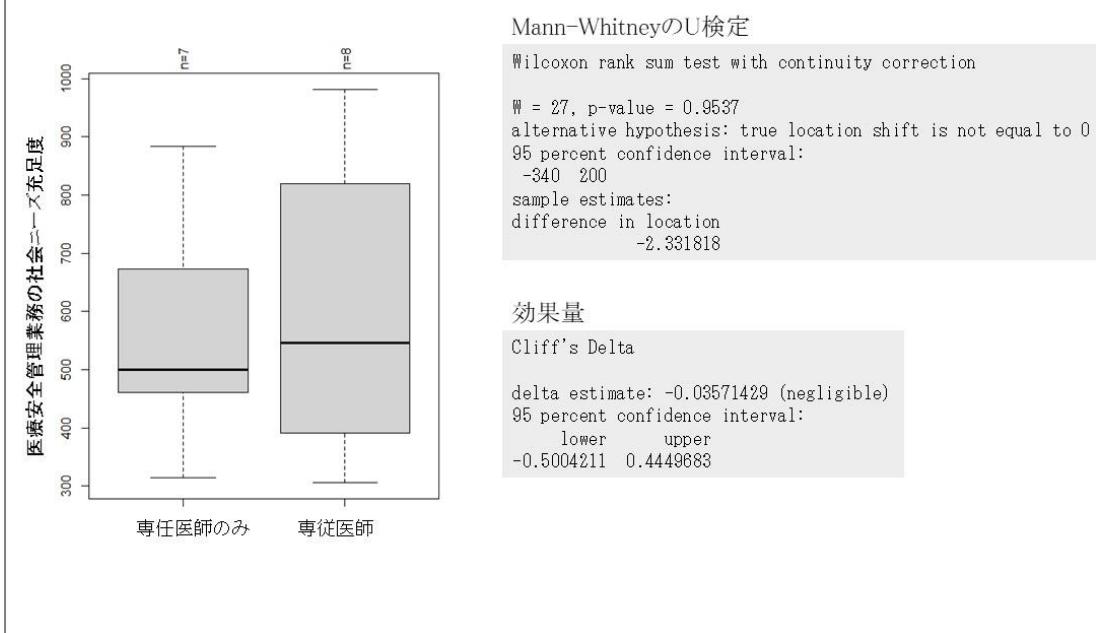


図 261

[全]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師と兼任医師の差の検定)

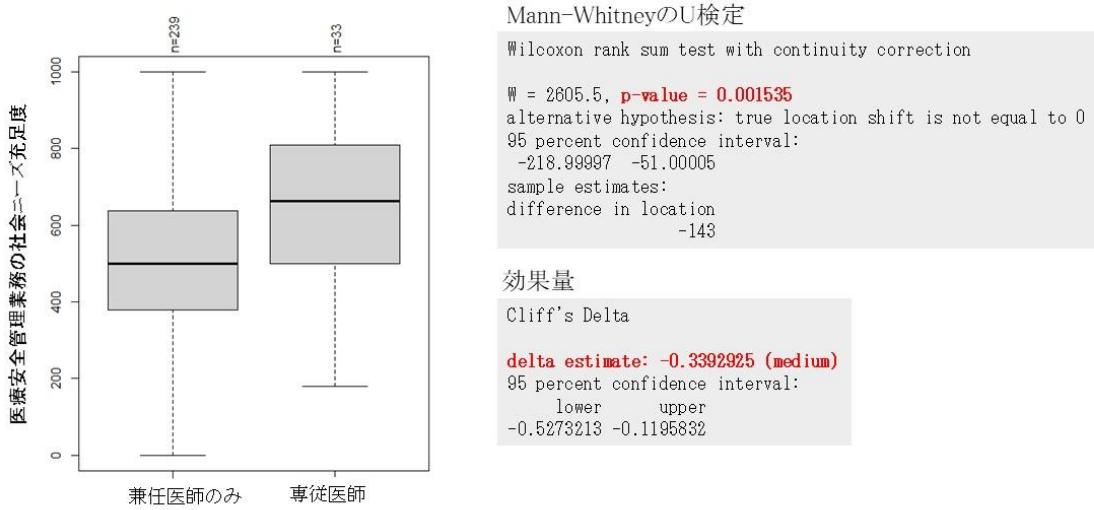


図 262

[大]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師と兼任医師の差の検定)

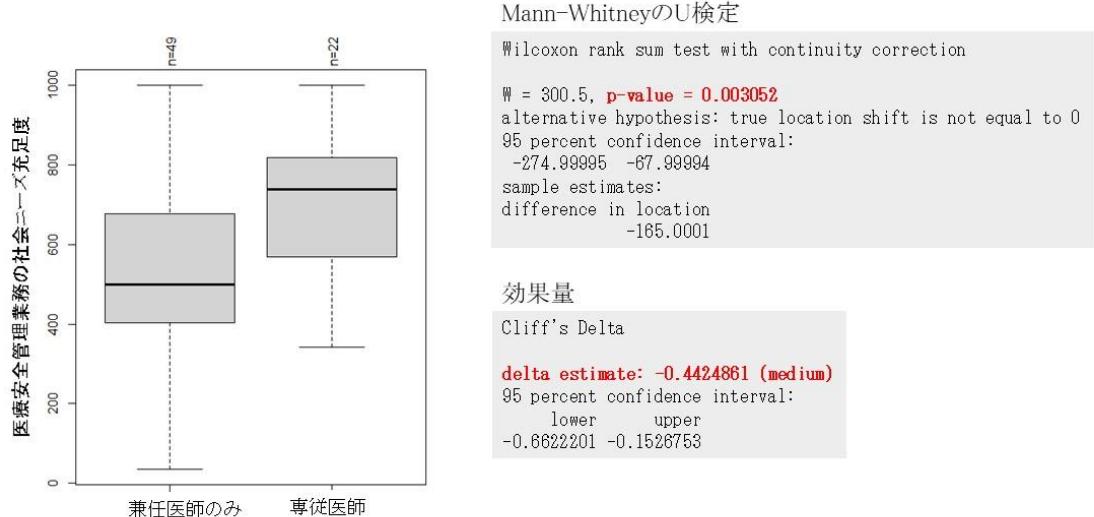


図 263

[大中]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師と兼任医師の差の検定)

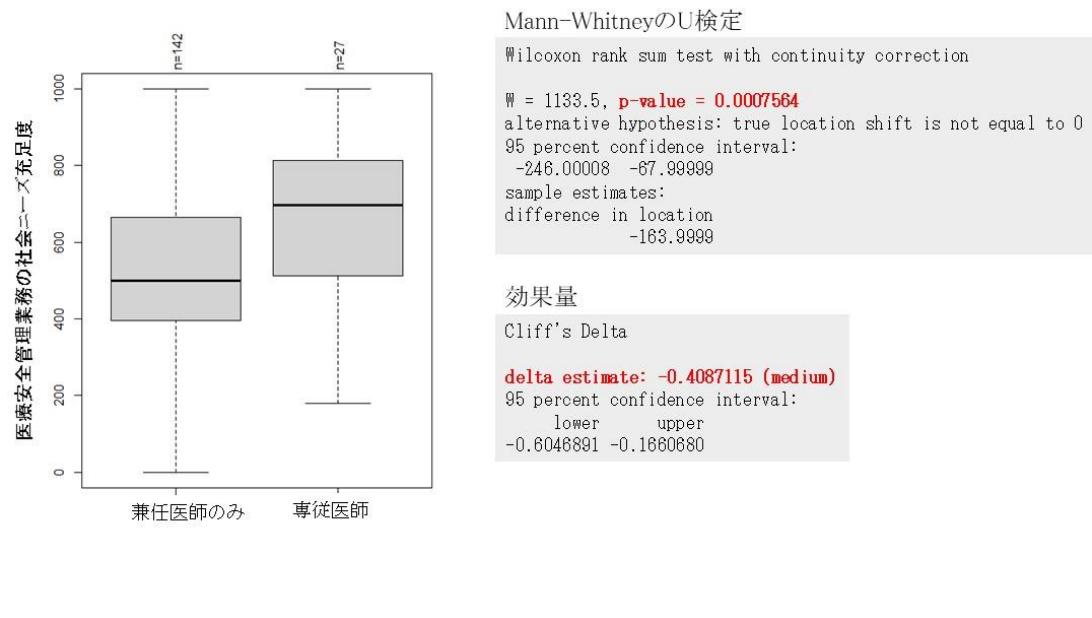


図 264

[中]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師と兼任医師の差の検定)

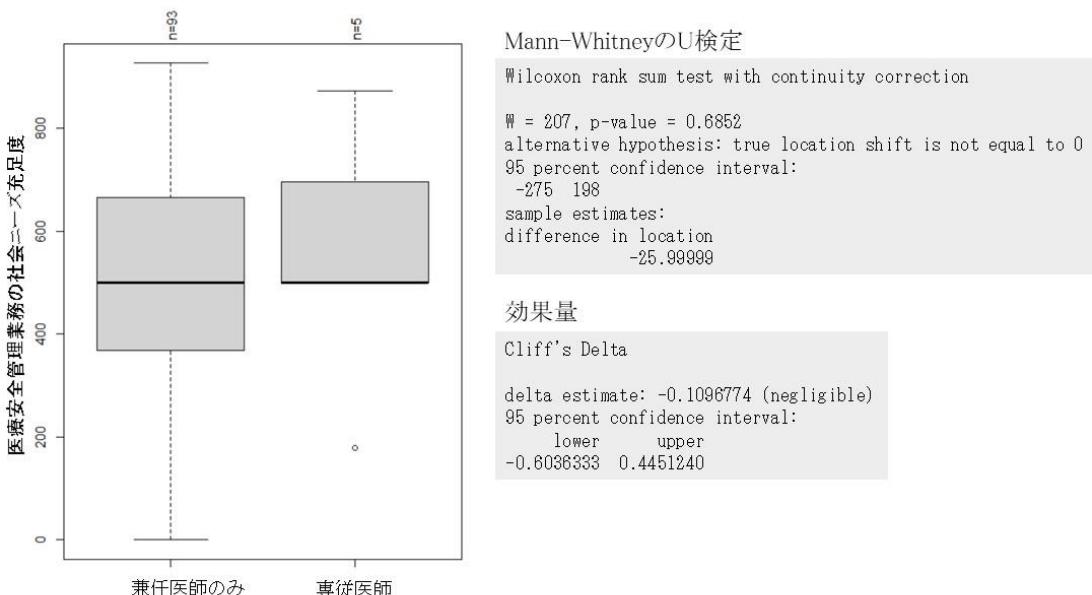


図 265

[中小]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師と兼任医師の差の検定)

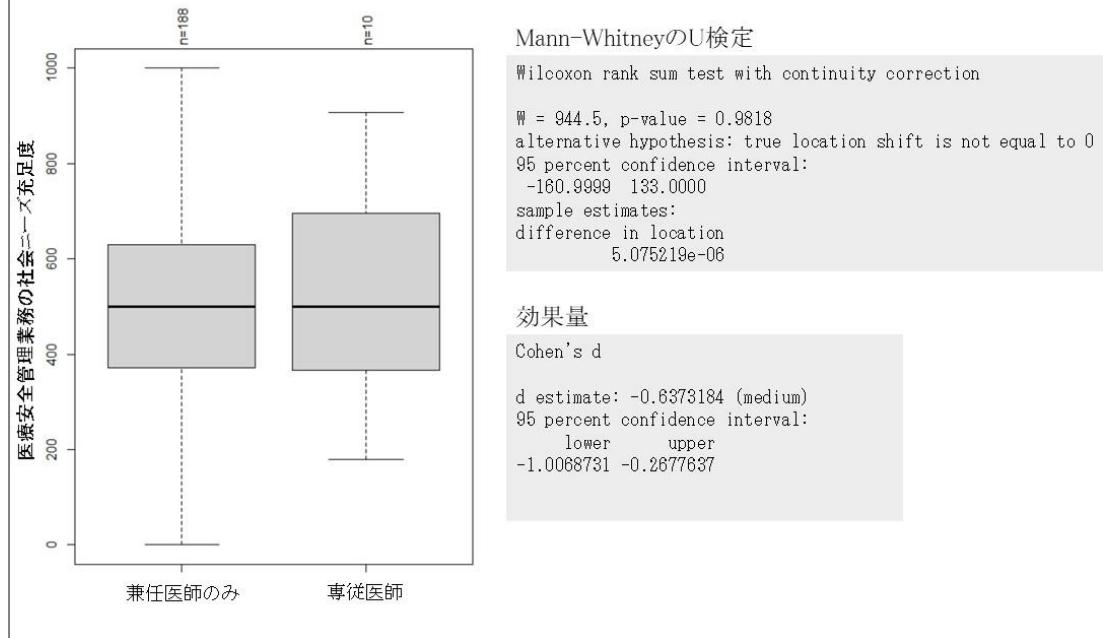


図 266

[小]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(専従医師と兼任医師の差の検定)

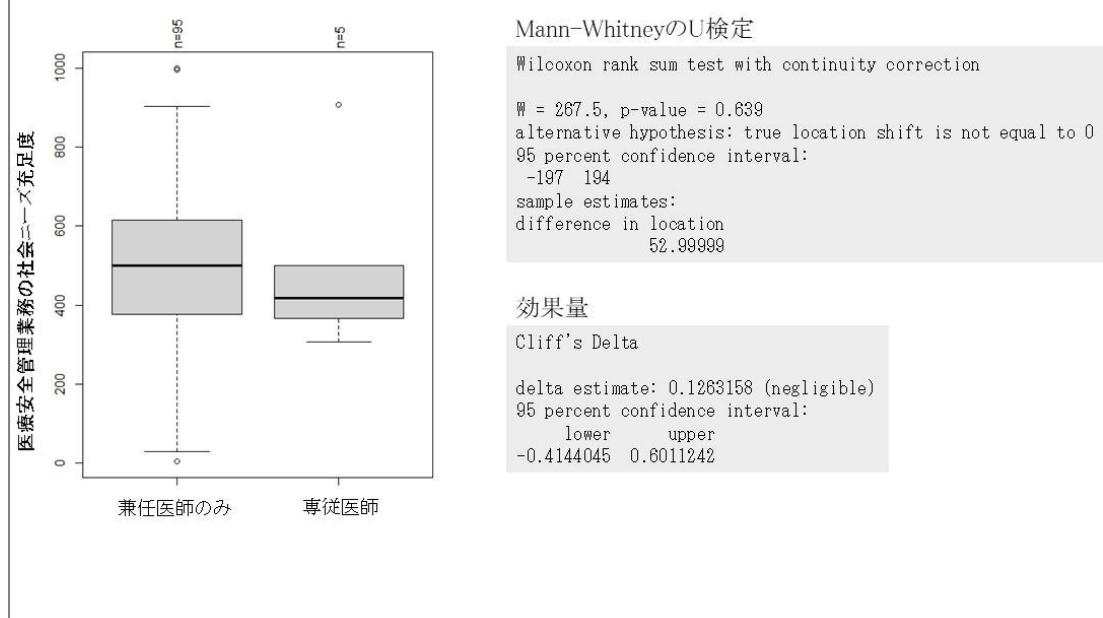


図 267

[全]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|----------|---------|---------|--------|--------|----------|
| 専従薬剤師の人数 | 49.2841 | 28.7807 | 1.7124 | 0.0874 | 1.4612 | 0.5608 |
| 専従医師の人数 | 58.9866 | 27.1556 | 2.1722 | 0.0303 | 1.8746 | 0.1274 |
| 専任薬剤師の人数 | 32.9236 | 18.0499 | 1.8240 | 0.0687 | 1.0318 | 0.0874 |
| 兼任医師の人数 | 12.2418 | 3.7722 | 3.2453 | 0.0012 | 1.2269 | 0.0157 |
| 安全責任者の積極性 | 0.2556 | 0.0375 | 6.8153 | 0.0000 | 1.6833 | 0.0120 |
| 兼任医師の経験年数 | 3.3227 | 1.4082 | 2.3596 | 0.0186 | 1.1476 | 0.0056 |
| 安全医師の積極性 | 0.2278 | 0.0374 | 6.0824 | 0.0000 | 1.7299 | 0.0007 |
| 専従医師の経験年数 | -7.2195 | 3.8050 | -1.8974 | 0.0583 | 1.6638 | -0.0138 |
| (定数) | 200.2972 | 20.3350 | 9.8499 | 0.0000 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.3498 | | | | | |
| n | 578 | | | | | |

図 268

[大]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|----------|---------|---------|--------|--------|----------|
| 兼任医師の存在 | 222.4877 | 56.0256 | 3.9712 | 0.0001 | 3.6190 | 0.4697 |
| 専従薬剤師の人数 | 113.0878 | 49.5136 | 2.2840 | 0.0240 | 3.0909 | 0.4279 |
| 兼任医師の存在 | 129.7200 | 53.0536 | 2.4451 | 0.0158 | 3.4257 | 0.2814 |
| 専従医師の人数 | 111.1481 | 54.4848 | 2.0400 | 0.0434 | 4.1965 | 0.2248 |
| 兼任医師の人数 | 9.1424 | 4.2470 | 2.1527 | 0.0332 | 1.1224 | 0.1168 |
| 安全責任者の積極性 | 0.3562 | 0.0716 | 4.9739 | 0.0000 | 1.7511 | 0.0343 |
| 安全医師の積極性 | 0.1250 | 0.0686 | 1.8222 | 0.0707 | 1.9501 | 0.0004 |
| 専任医師の経験年数 | -5.2686 | 3.0131 | -1.7486 | 0.0827 | 1.2769 | -0.0123 |
| (定数) | 70.9486 | 62.1043 | 1.1424 | 0.2554 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.4627 | | | | | |
| n | 140 | | | | | |

図 269

[大中]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|-----------|---------|---------|--------|--------|----------|
| 専従薬剤師の人数 | 146.0862 | 40.4654 | 3.6101 | 0.0003 | 2.4130 | 1.4200 |
| 専従医師の人数 | 98.6192 | 40.8724 | 2.4129 | 0.0163 | 3.8248 | 0.1962 |
| 専任薬剤師の人数 | 49.2256 | 23.0839 | 2.1325 | 0.0336 | 1.1038 | 0.1515 |
| 兼任医師の人数 | 13.2719 | 3.7019 | 3.5852 | 0.0004 | 1.1387 | 0.0190 |
| 安全責任者の積極性 | 0.2050 | 0.0459 | 4.4684 | 0.0000 | 1.7162 | 0.0118 |
| 安全医師の積極性 | 0.2759 | 0.0453 | 6.0957 | 0.0000 | 1.7725 | 0.0008 |
| 専任看護師の人数 | -23.4822 | 14.1330 | -1.6615 | 0.0975 | 1.0954 | -0.0454 |
| 専従医師の存在 | -190.9203 | 67.5759 | -2.8253 | 0.0050 | 5.7377 | -0.4032 |
| (定数) | 217.7100 | 25.2376 | 8.6264 | 0.0000 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.3963 | | | | | |
| n | 371 | | | | | |

図 270

[中]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|----------|---------|---------|--------|--------|----------|
| 専従薬剤師の人数 | 202.7408 | 63.8180 | 3.1769 | 0.0017 | 1.0455 | 0.5089 |
| 専従医師の人数 | 48.9362 | 34.3154 | 1.4261 | 0.1553 | 1.0966 | 0.1050 |
| 兼任医師の人数 | 20.1112 | 6.2801 | 3.2023 | 0.0016 | 1.0477 | 0.0324 |
| 専従医師の追加講習時間 | 36.9700 | 22.3157 | 1.6567 | 0.0990 | 1.1237 | 0.0296 |
| 安全医師の積極性 | 0.3753 | 0.0601 | 6.2414 | 0.0000 | 1.6141 | 0.0070 |
| 安全責任者の積極性 | 0.1611 | 0.0598 | 2.6921 | 0.0076 | 1.6126 | 0.0005 |
| 専従医師の受講人数 | -34.8606 | 21.4632 | -1.6242 | 0.1058 | 1.1372 | -0.0692 |
| 専任看護師の人数 | -39.2373 | 19.5126 | -2.0109 | 0.0456 | 1.0584 | -0.1030 |
| 兼任医師の追加講習時間 | -18.9327 | 8.7911 | -2.1536 | 0.0324 | 1.1089 | -0.1406 |
| (定数) | 205.2444 | 31.8419 | 6.4457 | 0.0000 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.3578 | | | | | |
| n | 231 | | | | | |

図 271

[中小]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|----------|---------|---------|--------|--------|----------|
| 専従医師の人数 | 94.0805 | 37.6139 | 2.5012 | 0.0128 | 1.5613 | 0.1772 |
| 専従薬剤師の人数 | 66.1936 | 42.8995 | 1.5430 | 0.1236 | 1.0481 | 0.1431 |
| 兼任医師の経験年数 | 5.3499 | 1.8351 | 2.9153 | 0.0037 | 1.4253 | 0.0591 |
| 兼任医師の人数 | 22.2495 | 6.2828 | 3.5413 | 0.0004 | 1.2067 | 0.0296 |
| 安全責任者の積極性 | 0.2299 | 0.0440 | 5.2222 | 0.0000 | 1.5864 | 0.0020 |
| 安全医師の積極性 | 0.2665 | 0.0445 | 5.9939 | 0.0000 | 1.5717 | 0.0007 |
| 専従医師の経験年数 | -9.9492 | 4.5915 | -2.1669 | 0.0308 | 1.6085 | -0.0083 |
| 専従医師の存在 | -37.1787 | 21.6964 | -1.7136 | 0.0873 | 1.4141 | -0.0815 |
| (定数) | 203.2550 | 23.8112 | 8.5361 | 0.0000 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.3084 | | | | | |
| n | 433 | | | | | |

図 272

[小]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(体制)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|-------------|----------|---------|---------|--------|--------|----------|
| 兼任医師の存在 | 150.8626 | 81.5767 | 1.8493 | 0.0659 | 1.4690 | 0.3376 |
| 兼任医師の経験年数 | 4.2541 | 2.2063 | 1.9282 | 0.0553 | 1.3533 | 0.0605 |
| 専任医師の追加講習時間 | 58.6517 | 37.7975 | 1.5517 | 0.1224 | 1.0633 | 0.0513 |
| 兼任医師の人数 | 29.0069 | 16.0928 | 1.8025 | 0.0730 | 1.3362 | 0.0254 |
| 安全医師の肯定性 | 0.1796 | 0.0690 | 2.6038 | 0.0099 | 1.3819 | 0.0023 |
| 安全責任者の積極性 | 0.3195 | 0.0591 | 5.4019 | 0.0000 | 1.3877 | 0.0004 |
| 専従医師の経験年数 | -9.8926 | 4.9900 | -1.9825 | 0.0488 | 1.4533 | -0.0170 |
| (定数) | 158.2729 | 40.5326 | 3.9048 | 0.0001 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | .3039 | | | | | |
| n | 202 | | | | | |

図 273

[全]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(活動)

多変量解析(ダミー変数を含む重回帰分析、ステップワイズによる変数選択)

| 変数名 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | T値 | P値 | 分散拡大要因 | 標準化偏回帰係数 |
|------------------|----------|---------|--------|--------|--------|----------|
| 再発防止策立案 | 17.0574 | 8.1748 | 2.0866 | 0.0374 | 1.3047 | 19.7970 |
| 重大事故発生時の評価 | 25.3793 | 8.1651 | 3.1083 | 0.0020 | 1.3883 | 0.0887 |
| 医療事故調査の要否検討会開催回数 | 0.5713 | 0.3665 | 1.5587 | 0.1196 | 1.0383 | 0.0629 |
| 安全責任者の積極性 | 0.2402 | 0.0381 | 6.3092 | 0.0000 | 1.6943 | 0.0227 |
| 安全医師の積極性 | 0.2288 | 0.0376 | 6.0913 | 0.0000 | 1.6932 | 0.0048 |
| (定数) | 179.4221 | 21.5815 | 8.3137 | 0.0000 | | |
| 自由度調整済み決定係数 | 0.3418 | | | | | |
| n | 572 | | | | | |

図 274

[全]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(体制満足度)

相関検定

```

Pearson's product-moment correlation
t = 16.784, df = 576, p-value < 2.2e-16
alternative hypothesis: true correlation is not equal to 0
95 percent confidence interval:
0.5156289 0.6254087
sample estimates:
cor
0.5730843

```

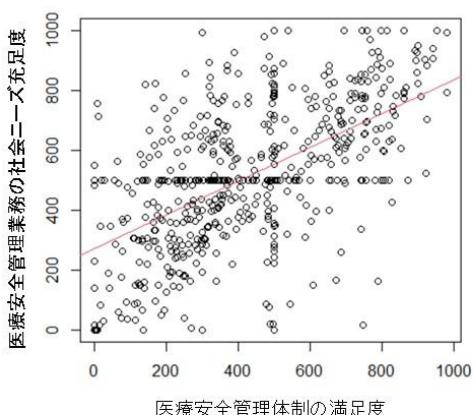


図 275

[大] 医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(体制満足度)

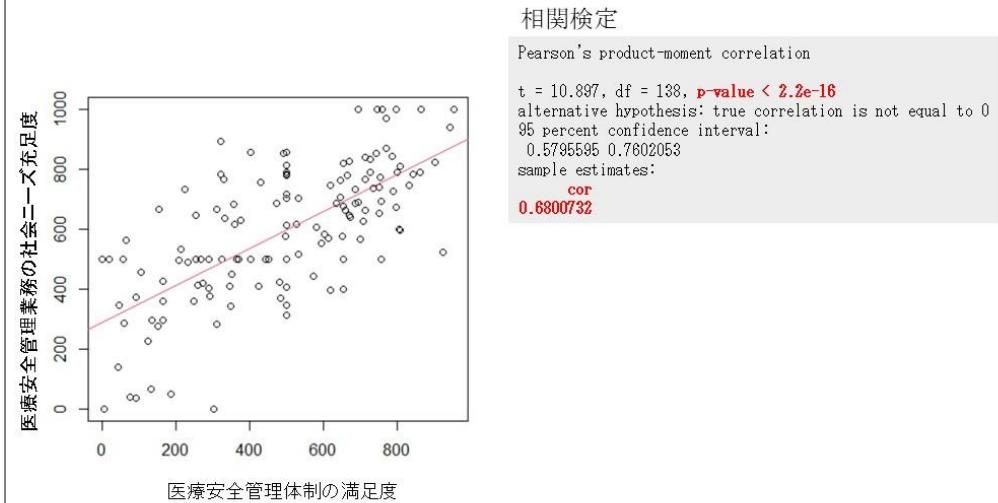


図 276

[大中] 医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(体制満足度)

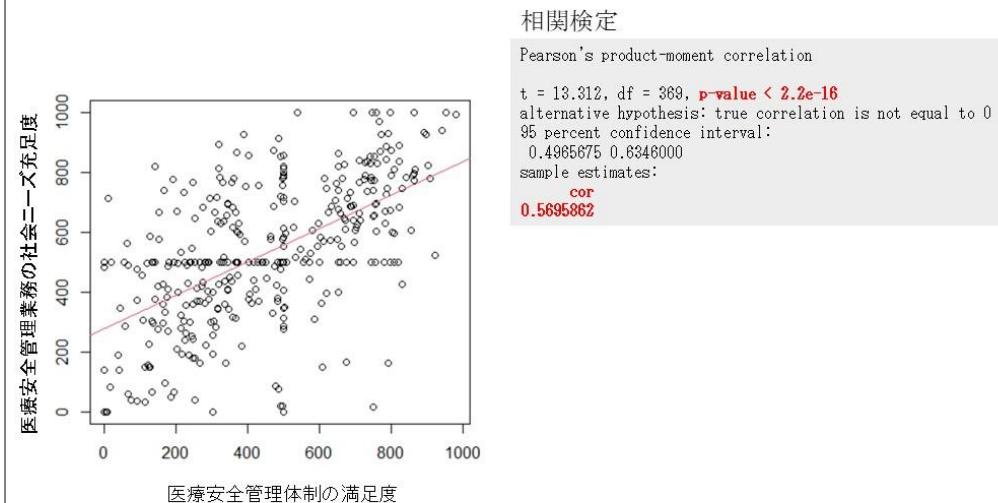


図 277

[中] 医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(体制満足度)

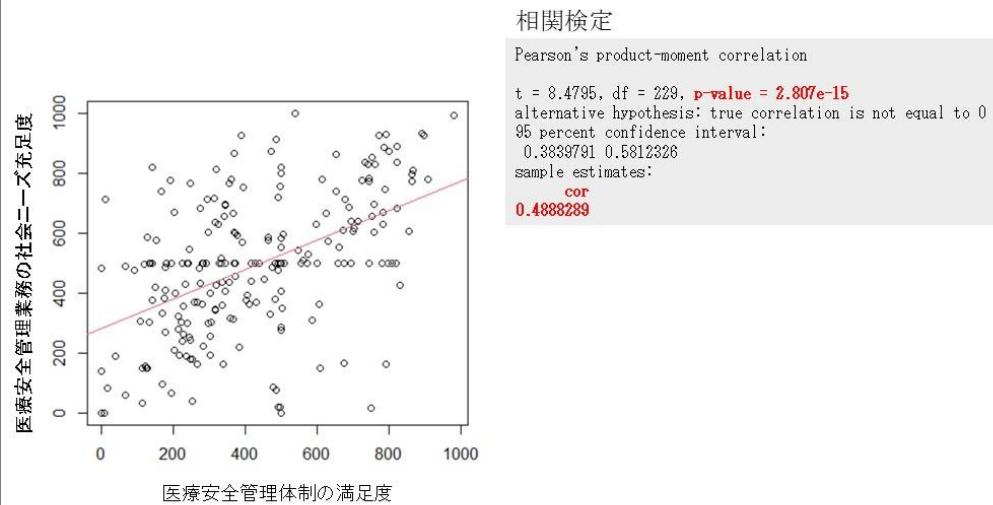


図 278

[中小] 医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(体制満足度)

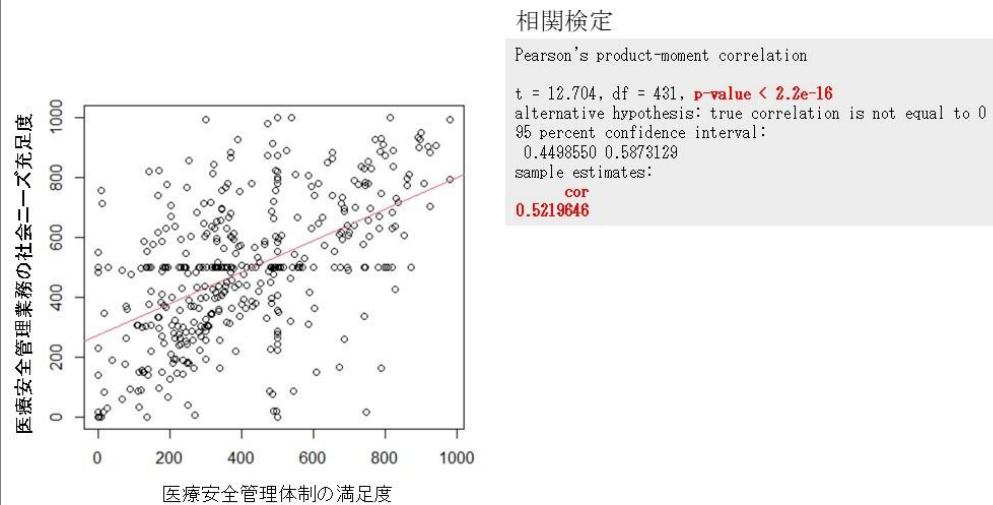


図 279

[小] 医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(体制満足度)

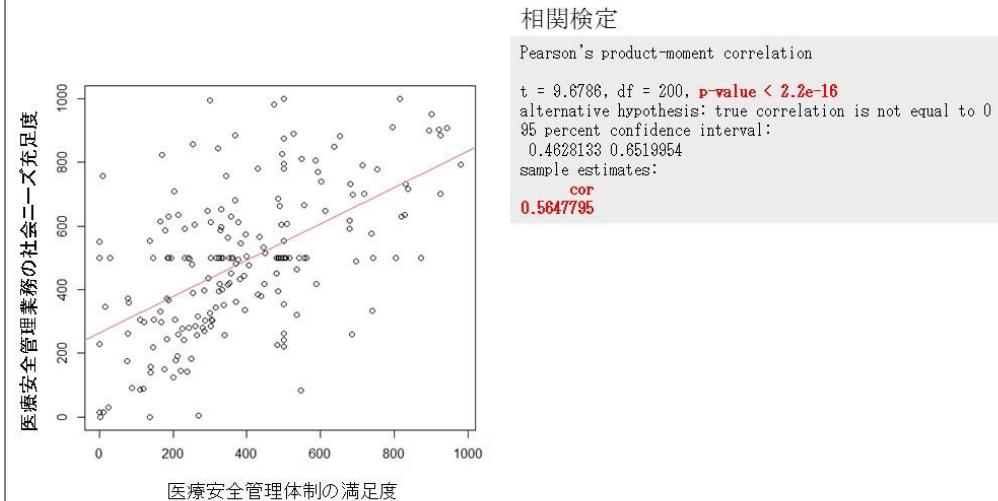


図 280

医療安全責任者の積極性、肯定性

Q48. 貴院の医療安全責任者(院長や副院長)の医療安全活動に対する姿勢についてお尋ねします。

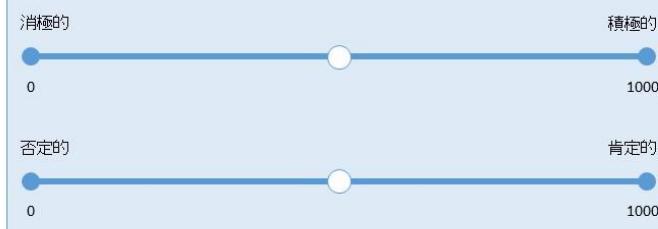


図 281

[全]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全責任者の積極性)

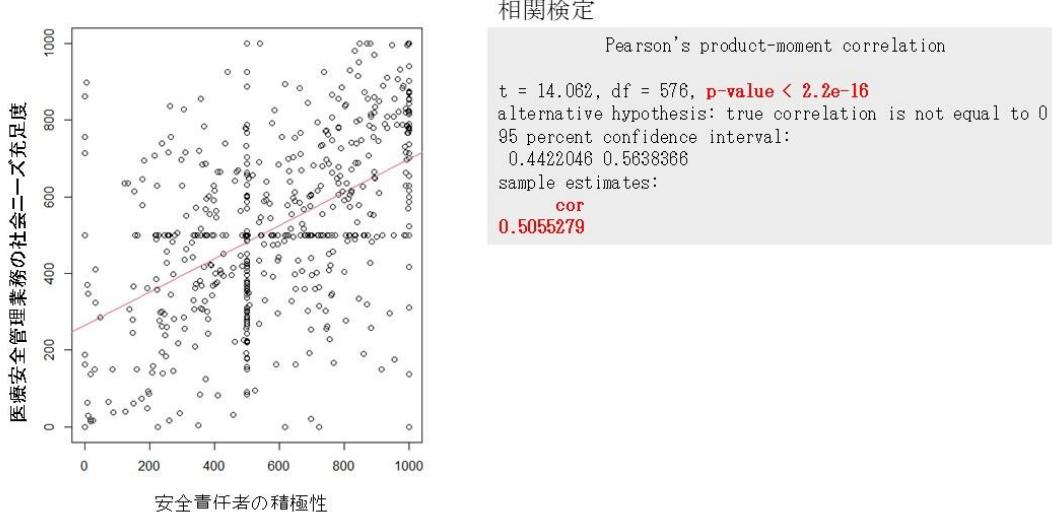


図 282

[大]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全責任者の積極性)

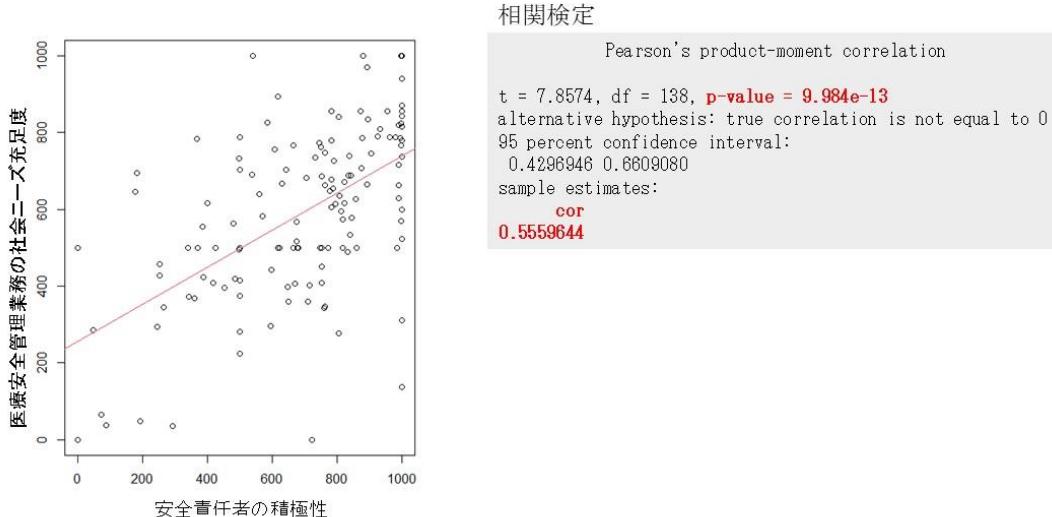


図 283

[大中]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全責任者の積極性)

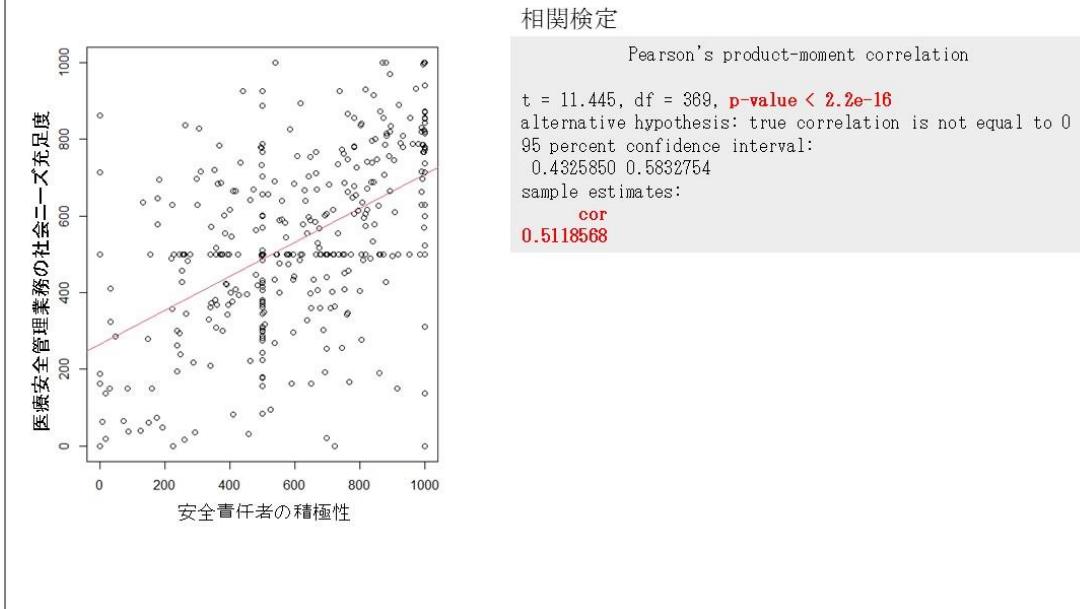


図 284

[中]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全責任者の積極性)

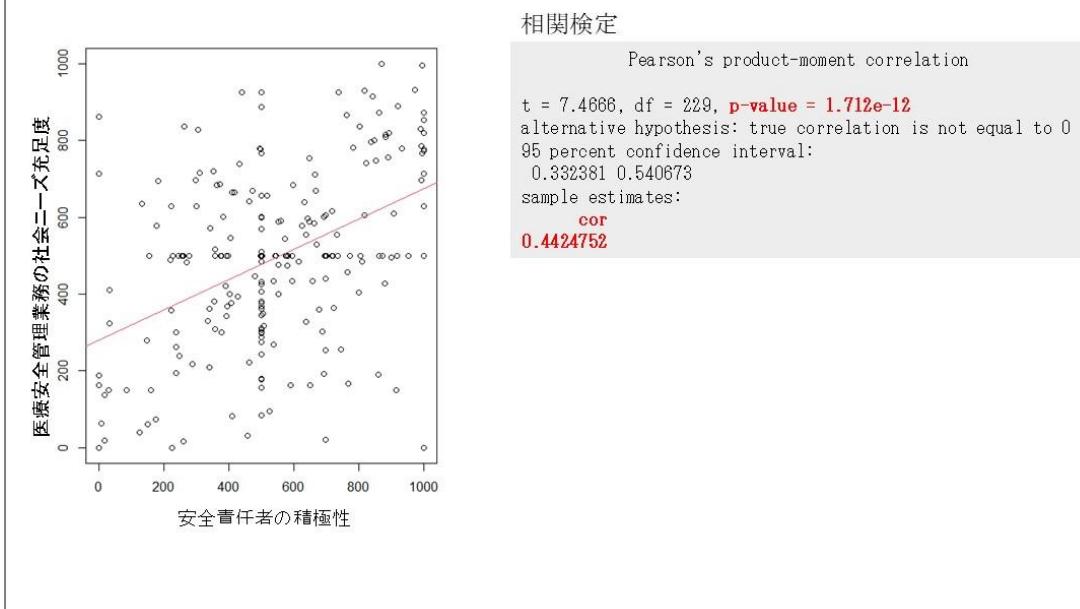


図 285

[中小]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全責任者の積極性)

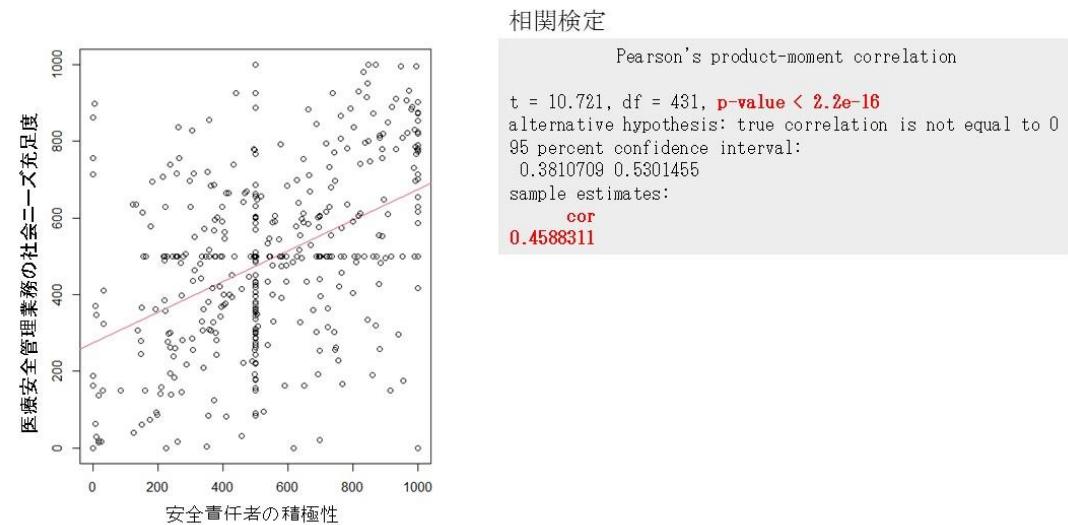


図 286

[小]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全責任者の積極性)

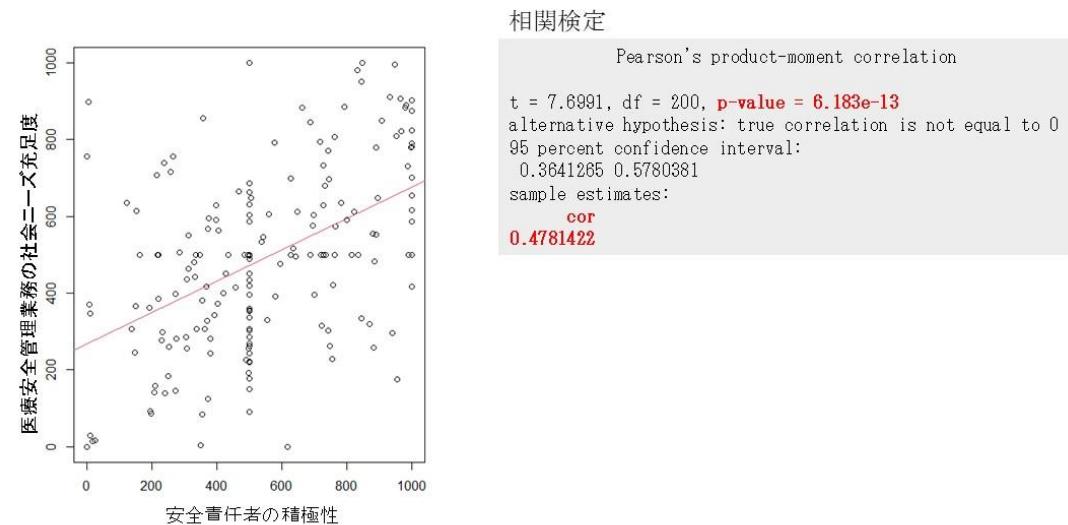


図 287

[全]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全責任者の肯定性)

相関検定

Pearson's product-moment correlation

t = 10.131, df = 576, **p-value < 2.2e-16**
alternative hypothesis: true correlation is not equal to 0
95 percent confidence interval:
0.3174027 0.4559833
sample estimates:
cor
0.3888906

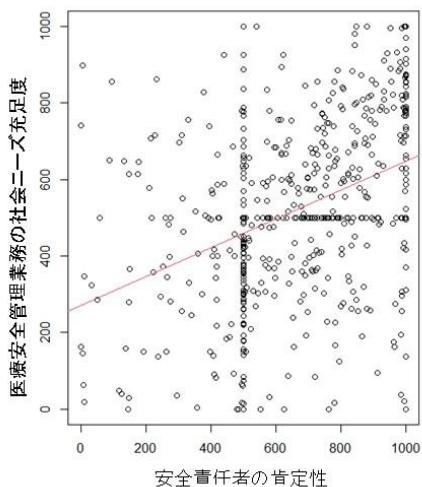


図 288

[大]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全責任者の肯定性)

相関検定

Pearson's product-moment correlation

t = 5.6285, df = 138, **p-value = 9.775e-08**
alternative hypothesis: true correlation is not equal to 0
95 percent confidence interval:
0.2867465 0.5579970
sample estimates:
cor
0.4320942

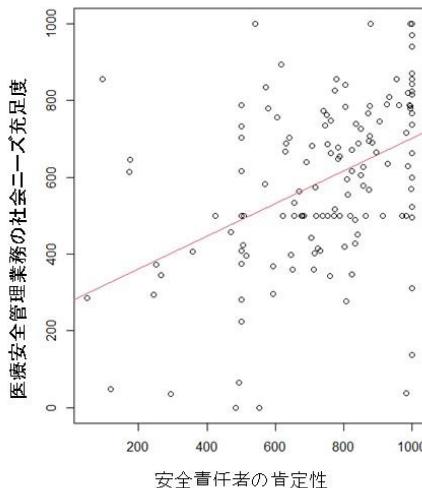


図 289

[大中]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全責任者の肯定性)

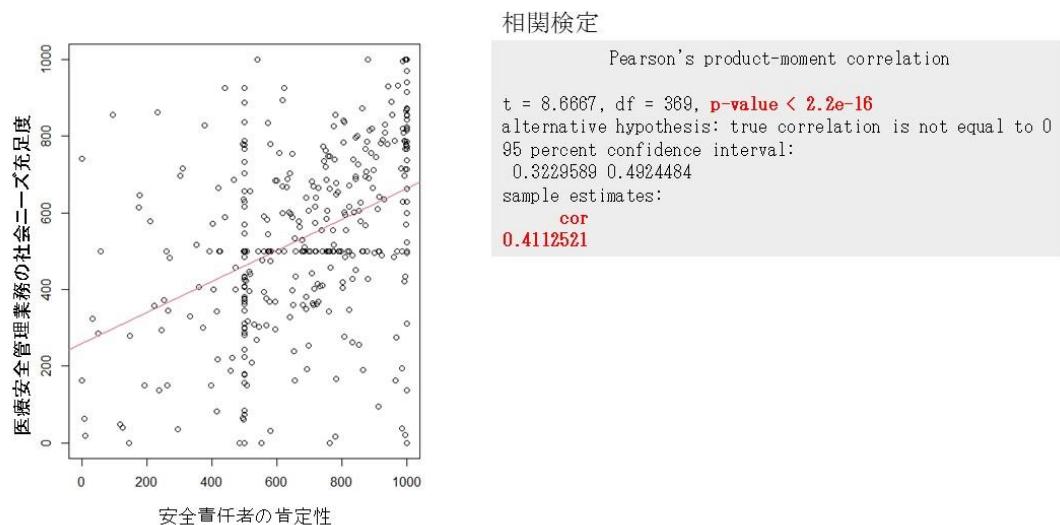


図 290

[中]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全責任者の肯定性)

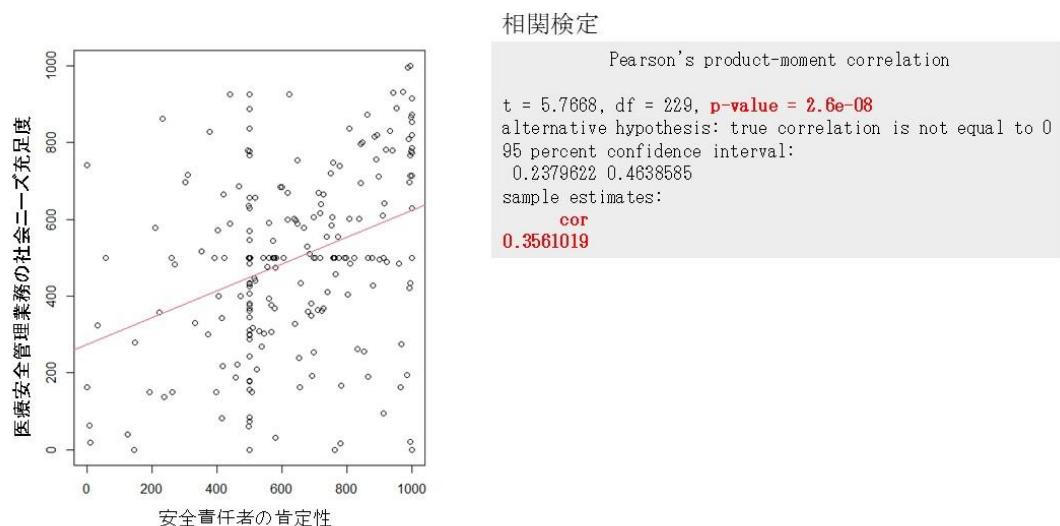


図 291

[中小]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全責任者の肯定性)

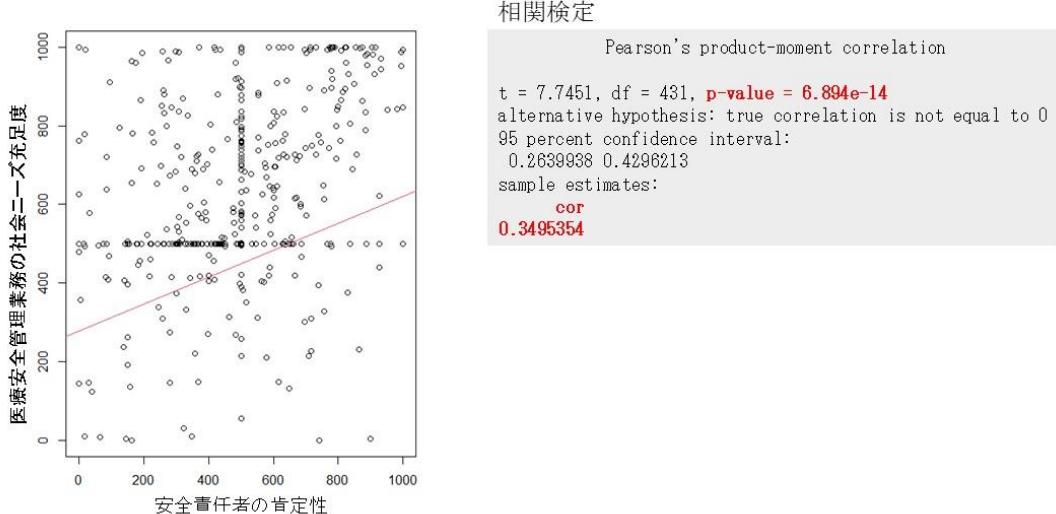


図 292

[小]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全責任者の肯定性)

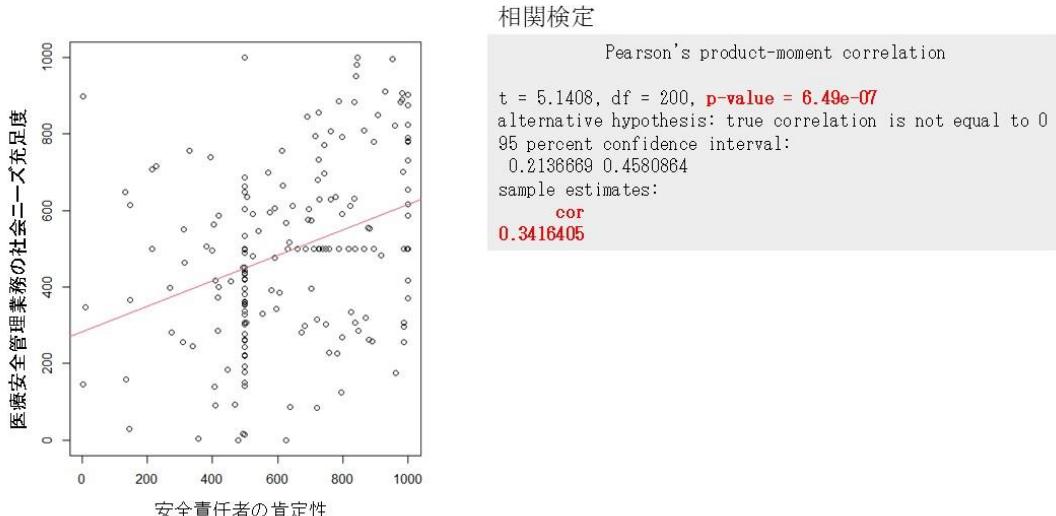


図 293

医療安全医師の積極性、肯定性

Q49.医療安全管理部の医師の医療安全活動に対する姿勢についてお尋ねします。

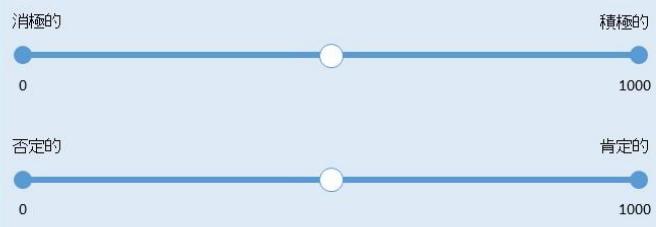


図 294

[全]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全医師の積極性)

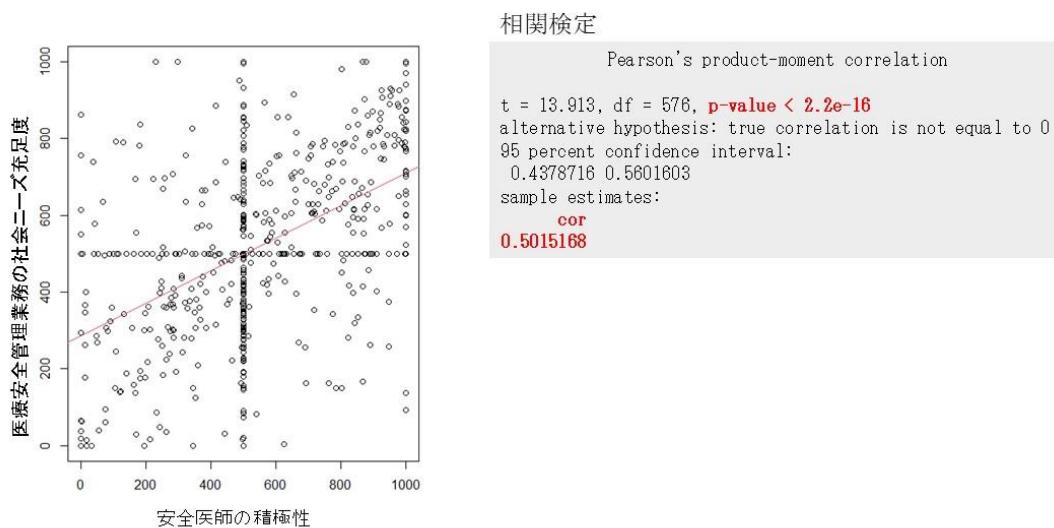


図 295

[大]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全医師の積極性)

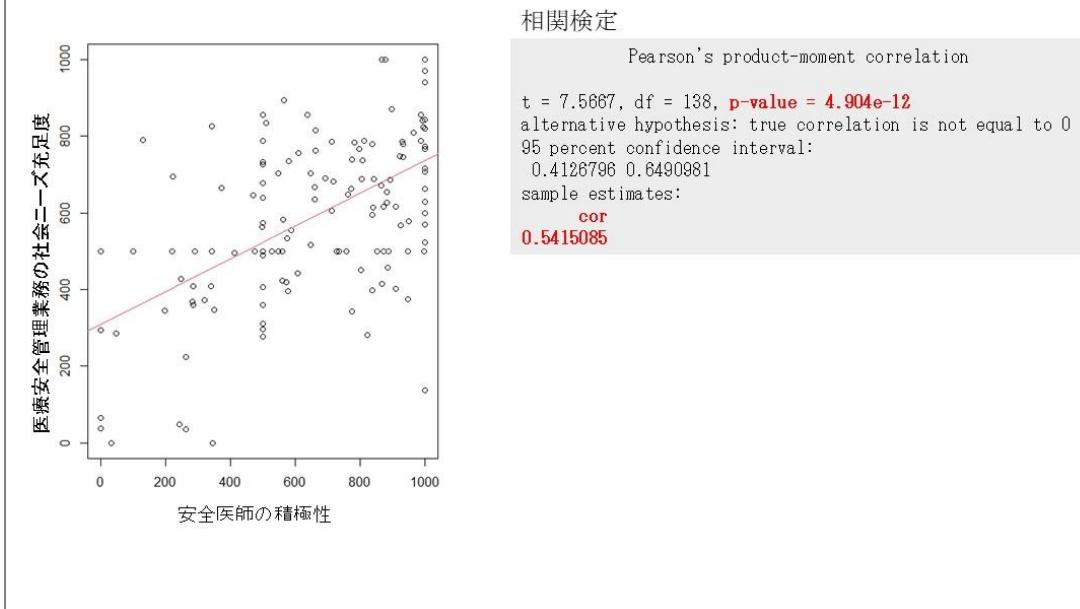


図 296

[大中]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全医師の積極性)

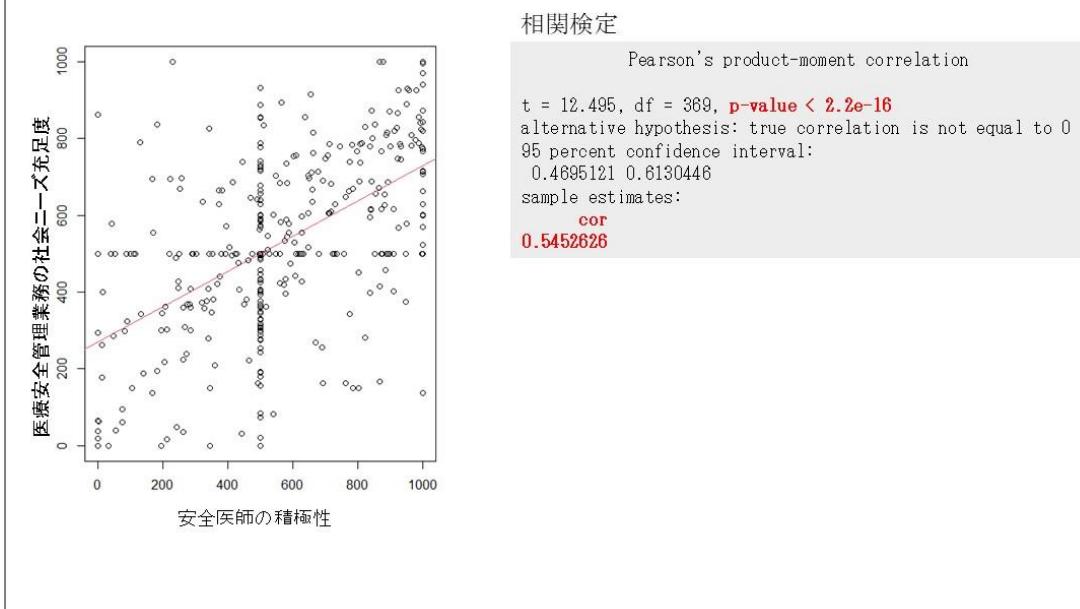


図 297

[中]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全医師の積極性)

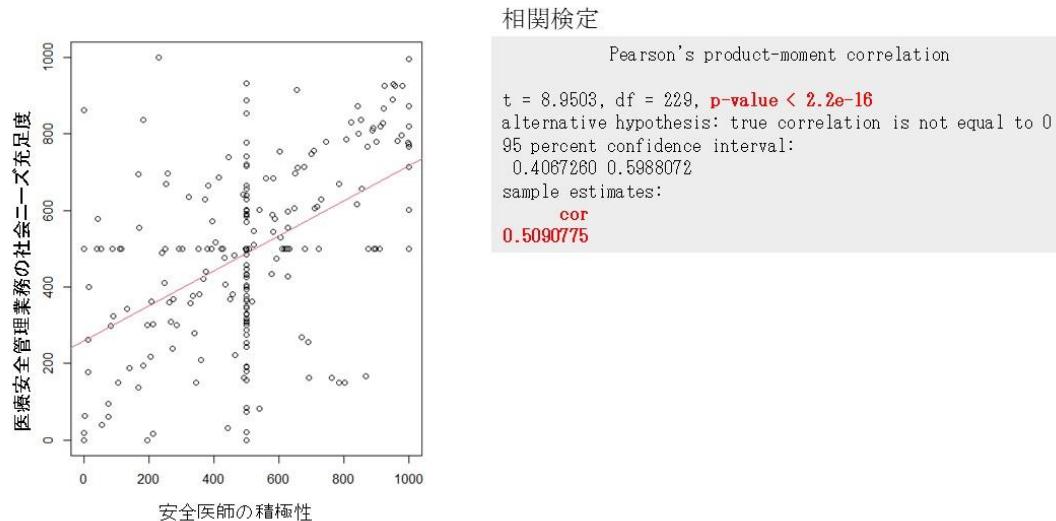


図 298

[中小]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全医師の積極性)

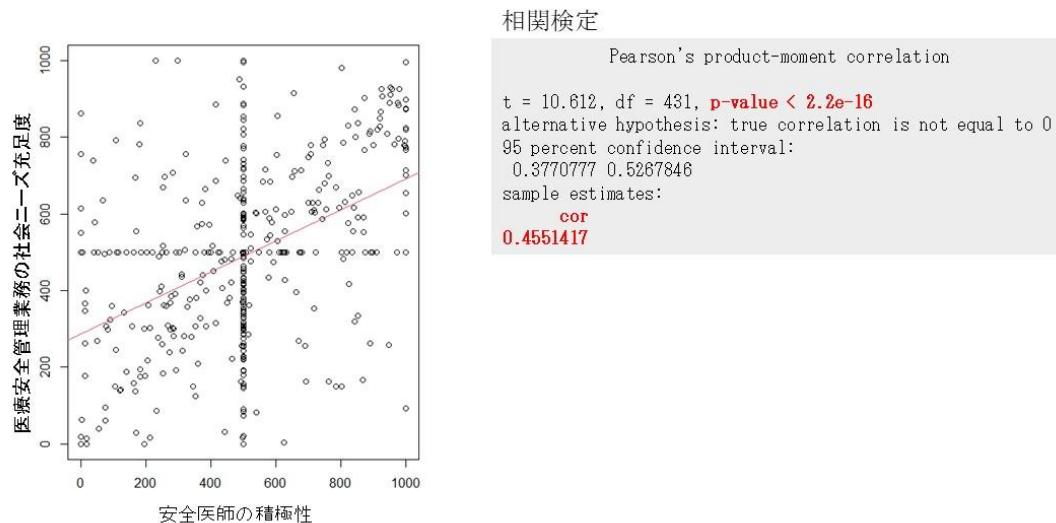


図 299

[小]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全医師の積極性)

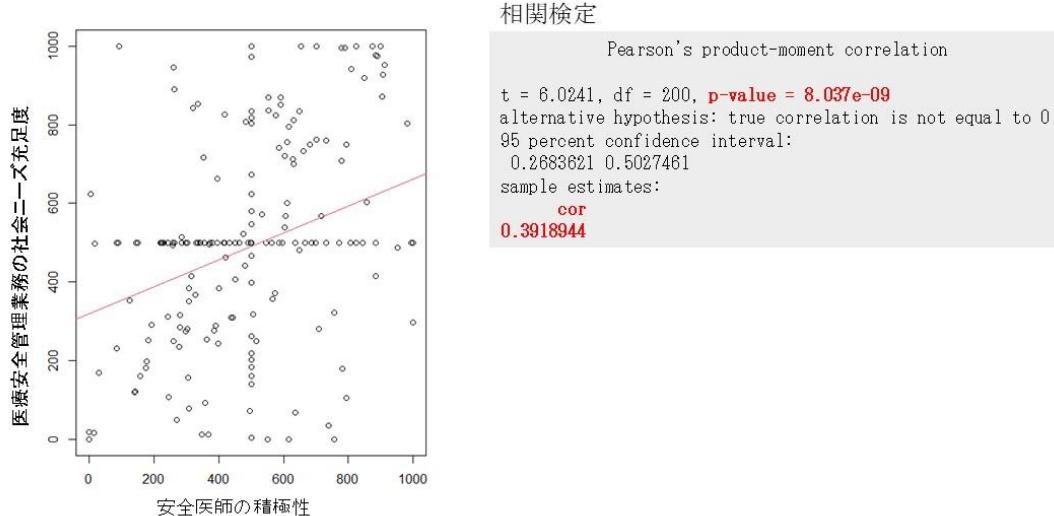


図 300

[全]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全医師の肯定性)

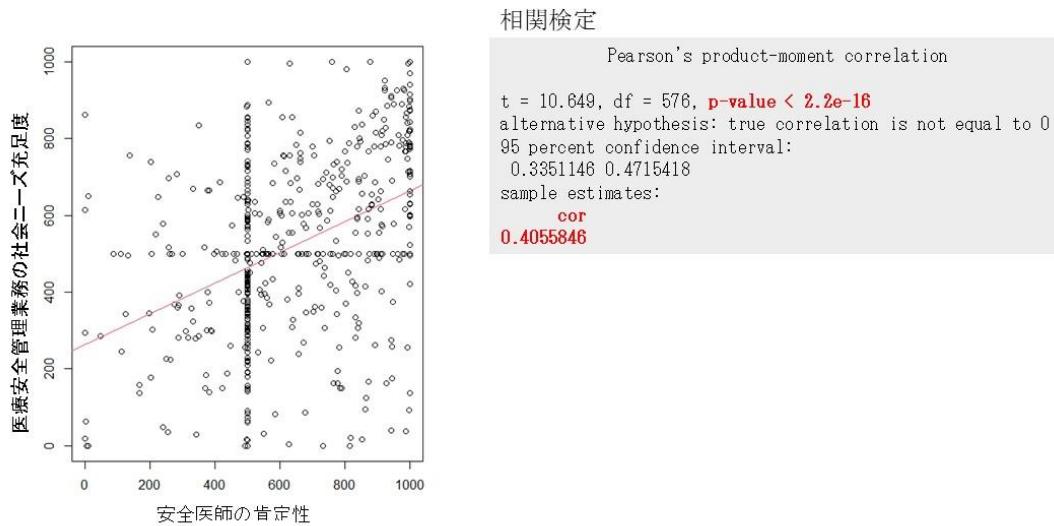


図 301

[大]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全医師の肯定性)

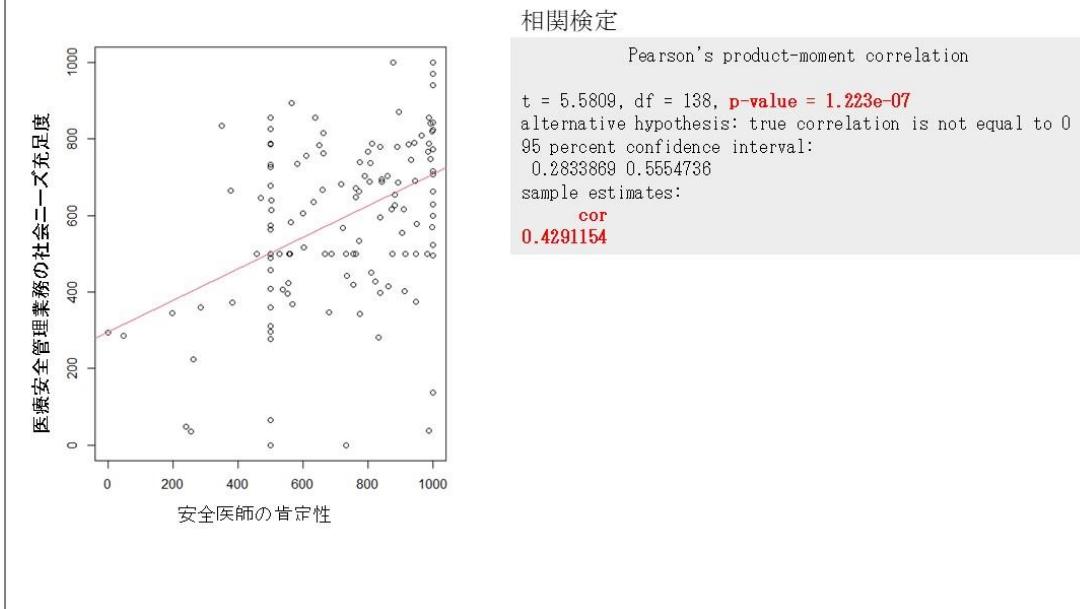


図 302

[大中]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全医師の肯定性)

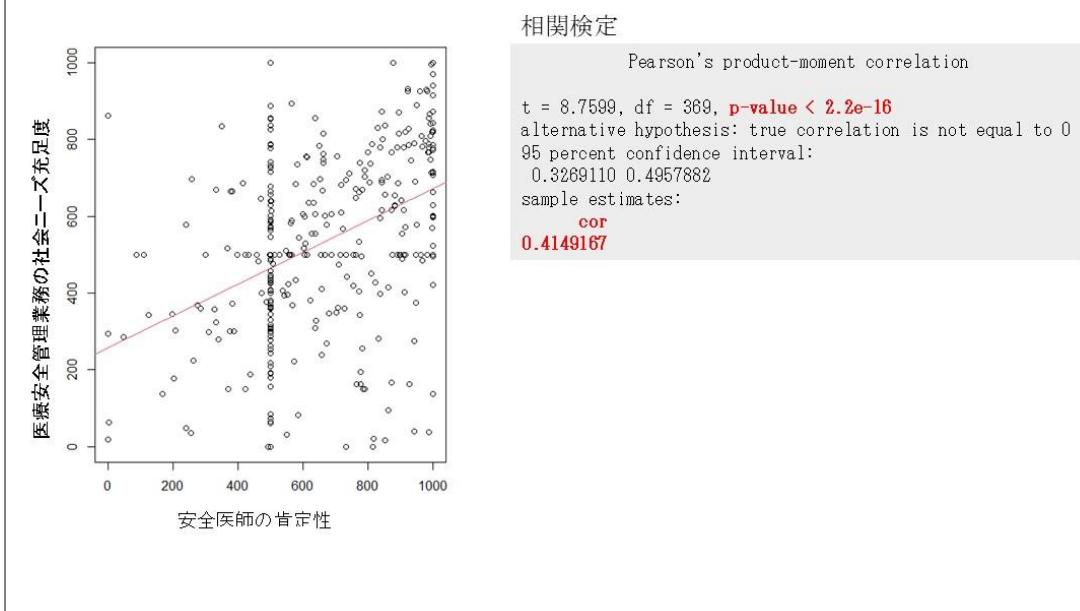


図 303

[中]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全医師の肯定性)

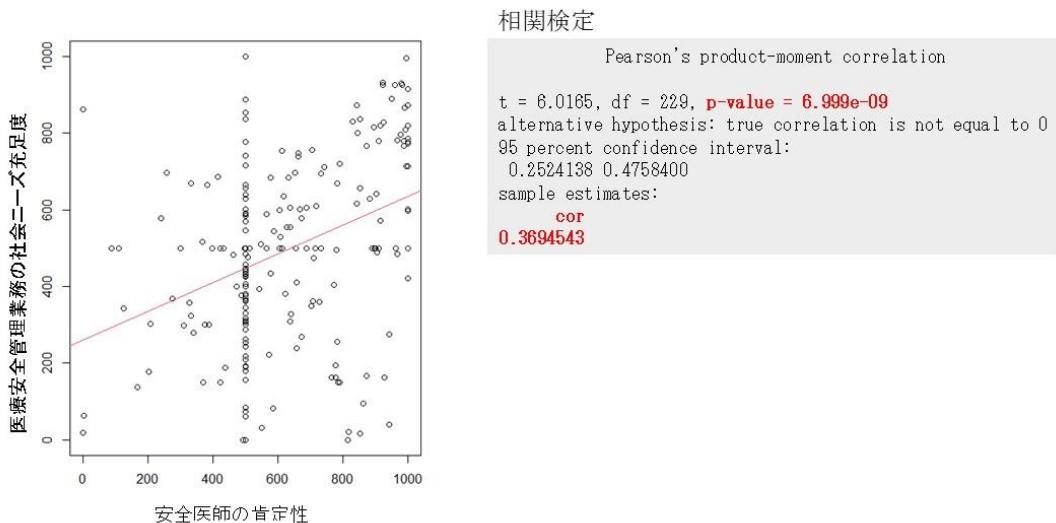


図 304

[中小]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全医師の肯定性)

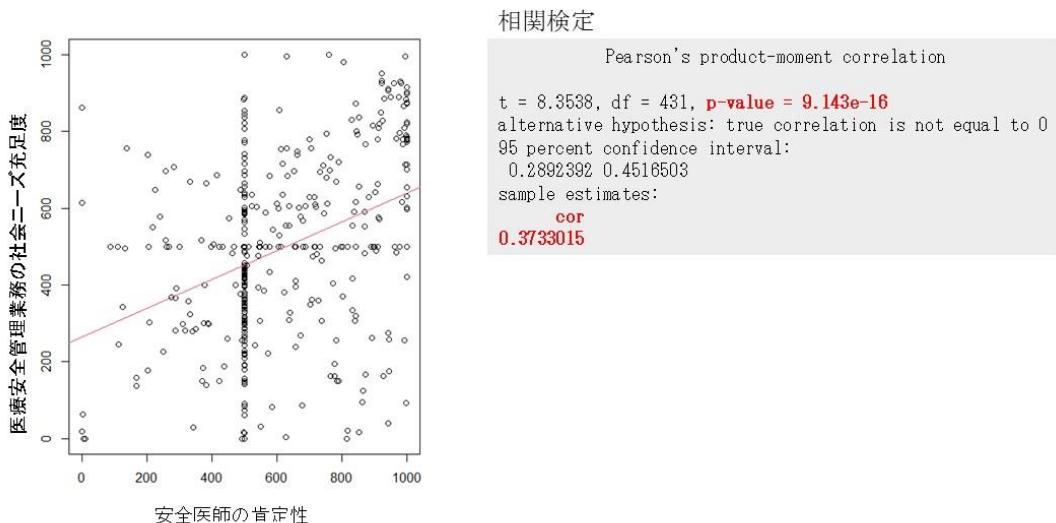


図 305

[小]医療安全管理業務の社会ニーズ充足度(安全医師の肯定性)

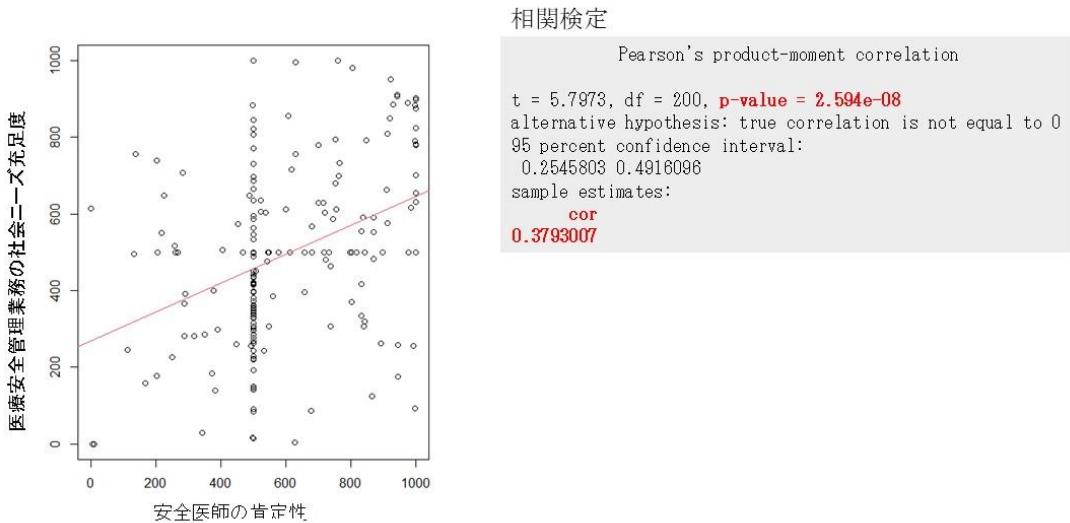


図 306

[全]安全責任者の積極性(安全責任者の肯定性)

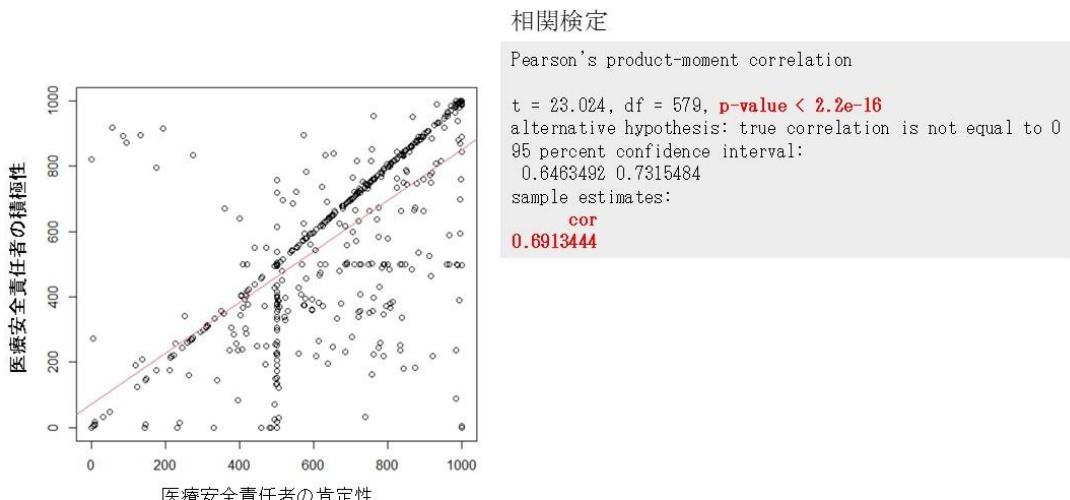


図 307

[大]安全責任者の積極性(安全責任者の肯定性)

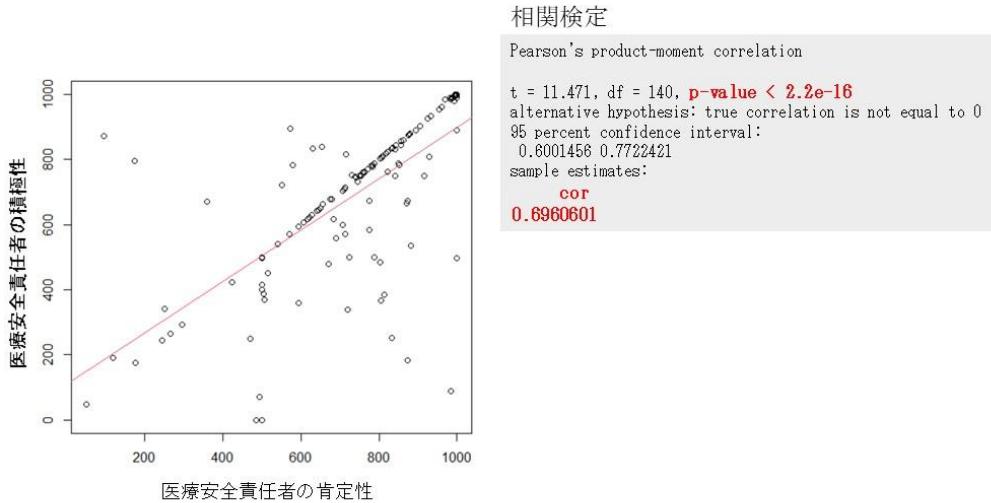


図 308

[大中]安全責任者の積極性(安全責任者の肯定性)

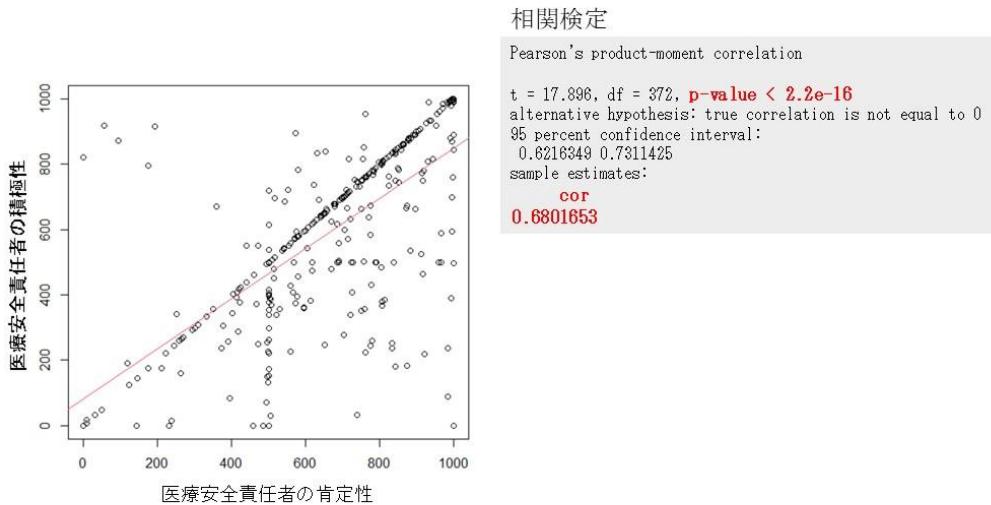


図 309

[中]安全責任者の積極性(安全責任者の肯定性)

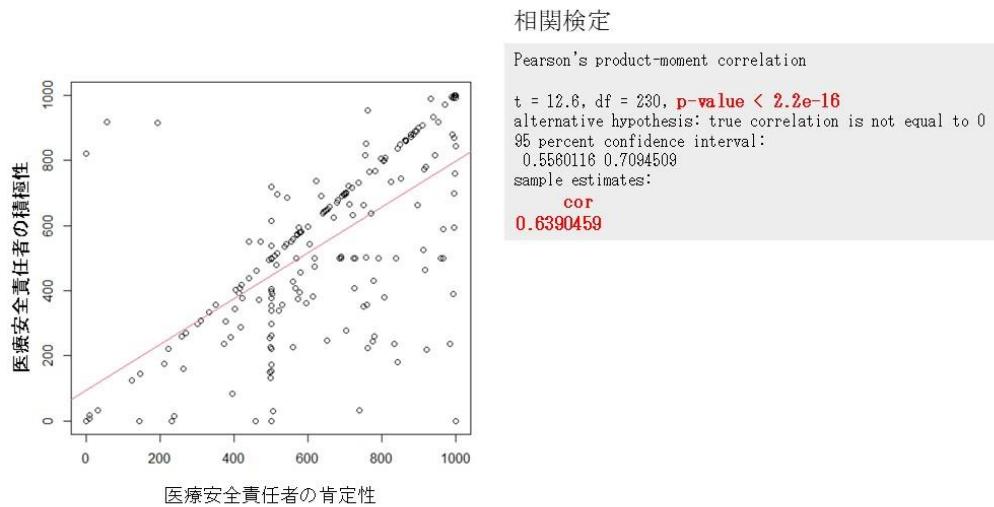


図 310

[中小]安全責任者の積極性(安全責任者の肯定性)

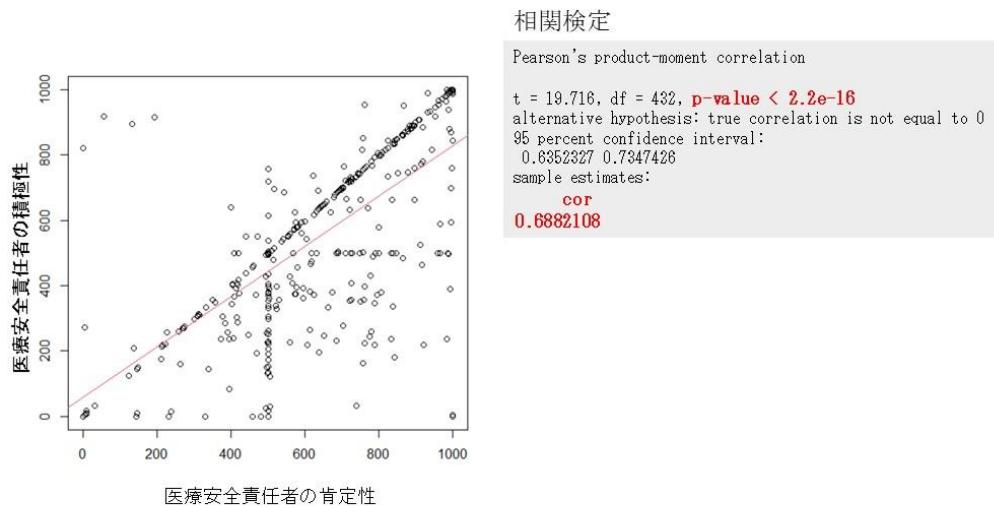


図 311

[小]安全責任者の積極性(安全責任者の肯定性)

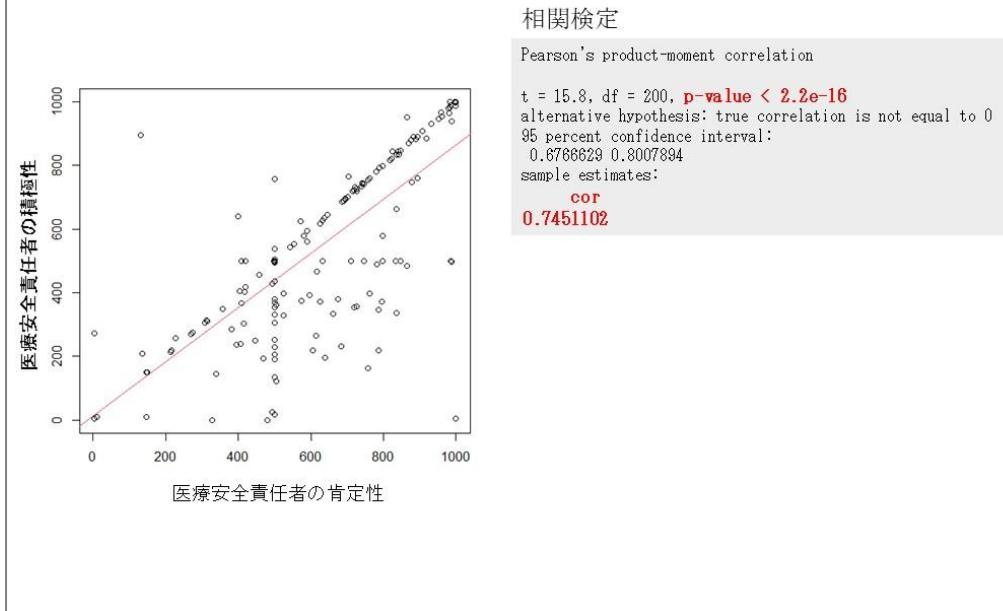


図 312

[全]安全医師の積極性(安全責任者の積極性)

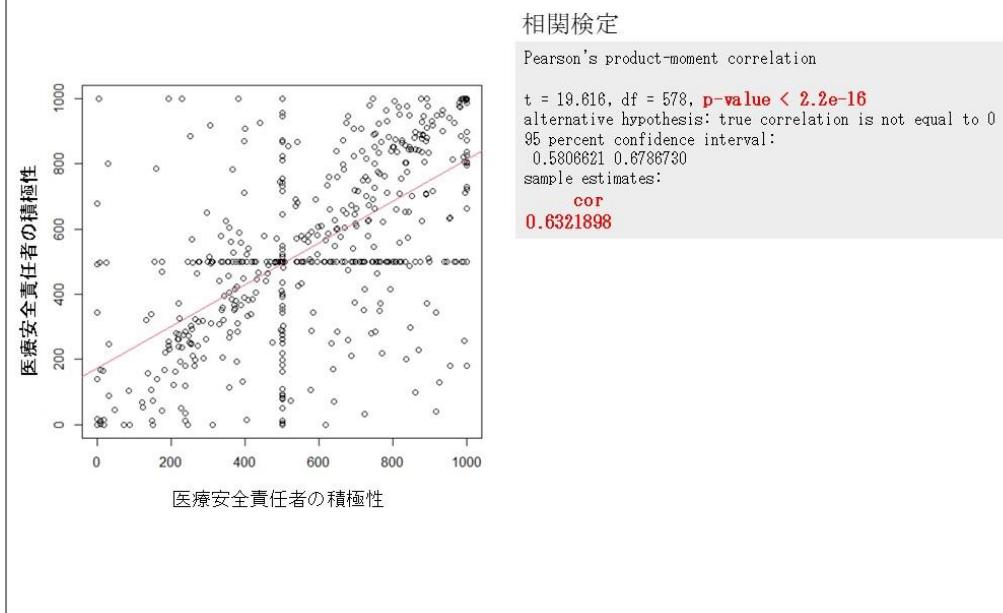


図 313

[大]安全医師の積極性(安全責任者の積極性)

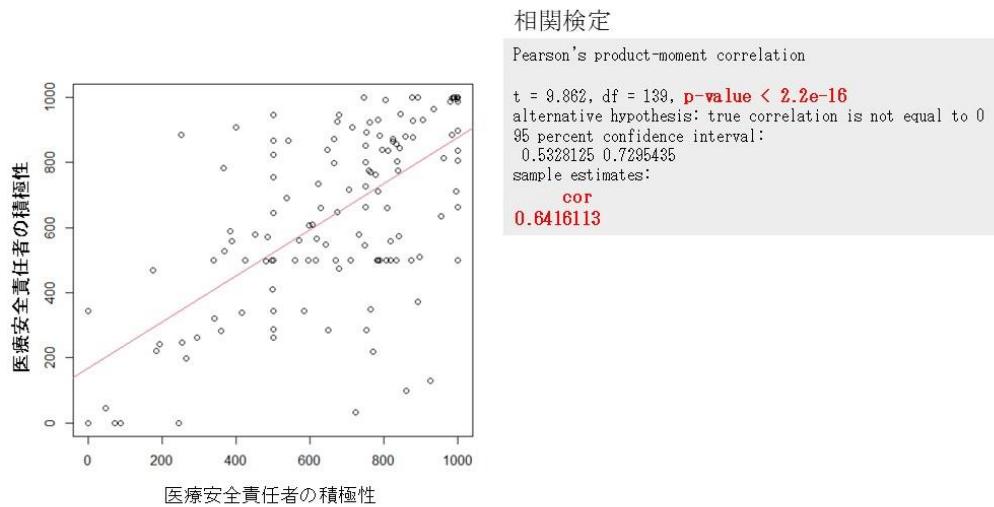


図 314

[大中]安全医師の積極性(安全責任者の積極性)

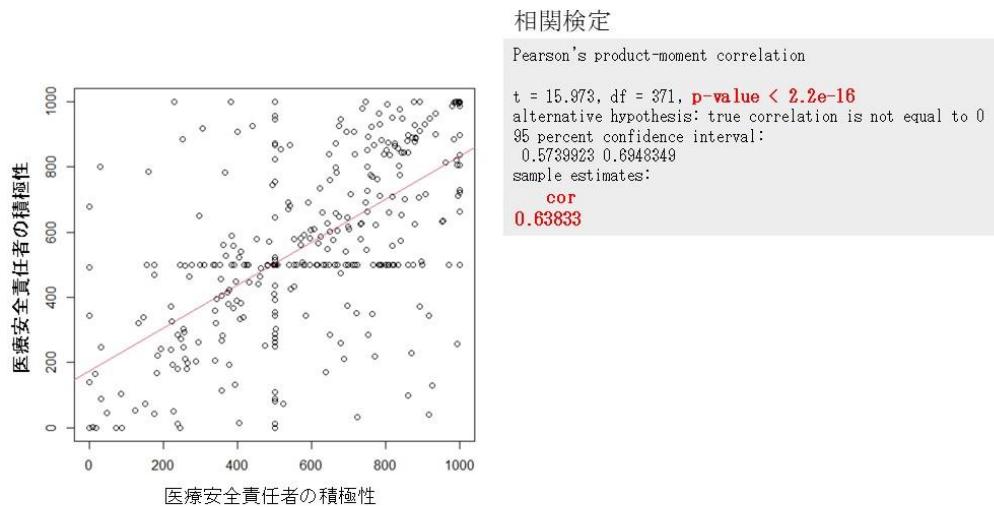


図 315

[中]安全医師の積極性(安全責任者の積極性)

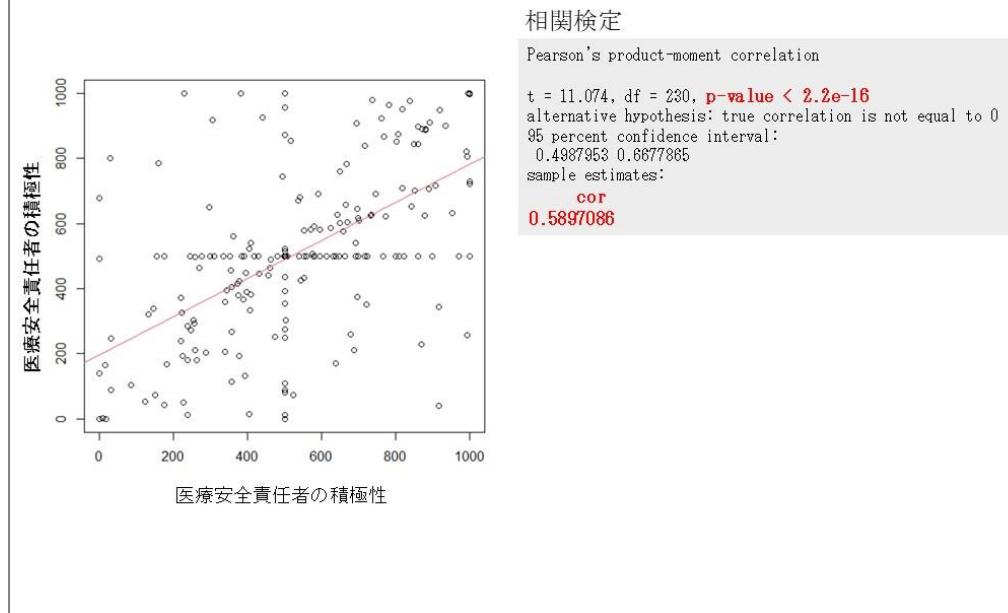


図 316

[中小]安全医師の積極性(安全責任者の積極性)

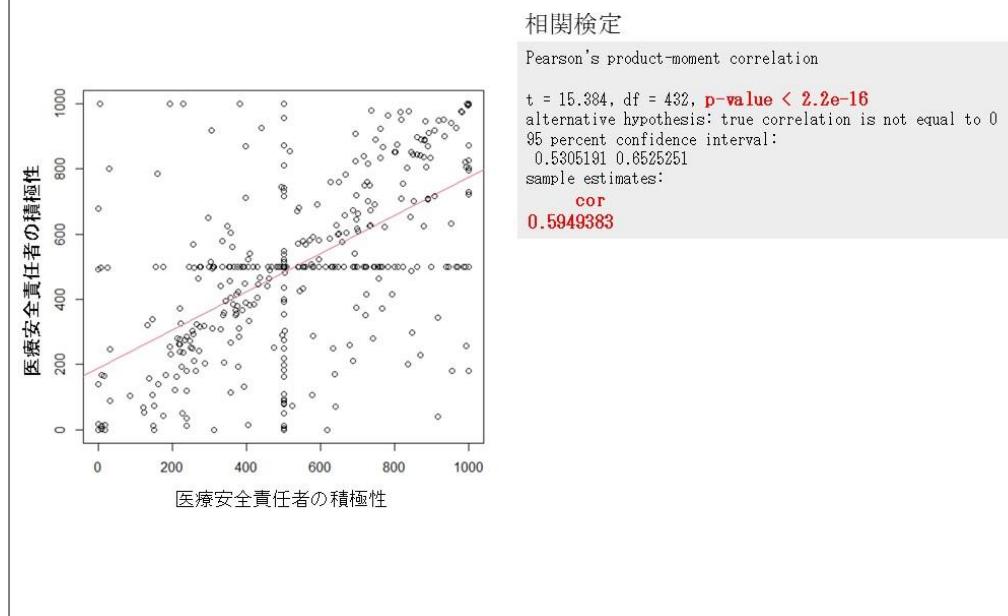


図 317

[小]安全医師の積極性(安全責任者の積極性)

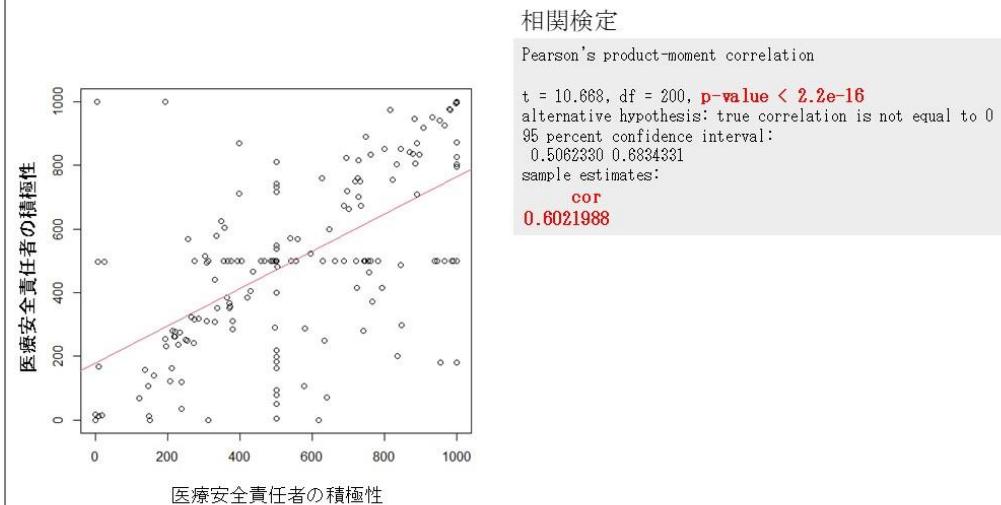


図 318

病院規模とCOVID-19患者受け入れ回答状況

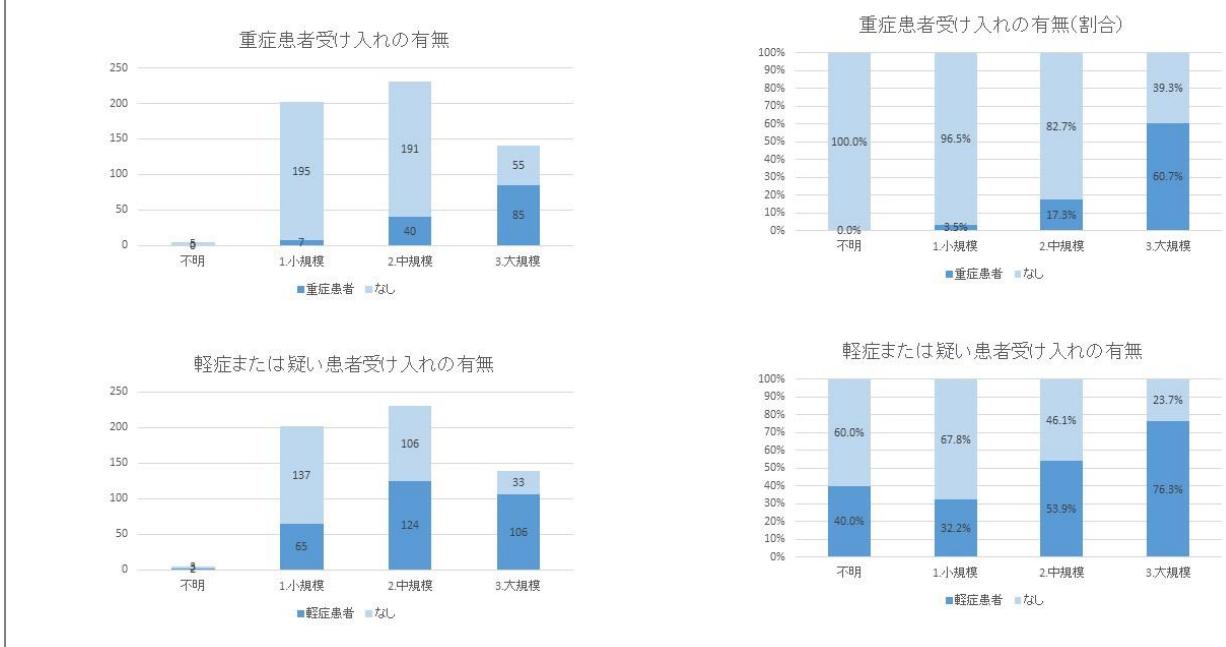


図 319

COVID-19日常診療への影響度

Q56. (COVID-19患者を受け入れた医療機関の場合)この間、COVID-19の入院を受け入れたことにより、日常診療に影響がありましたか？

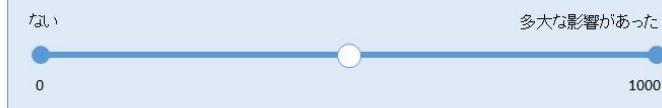


図 320

[全] COVID-19日常診療への影響度(医師区分)

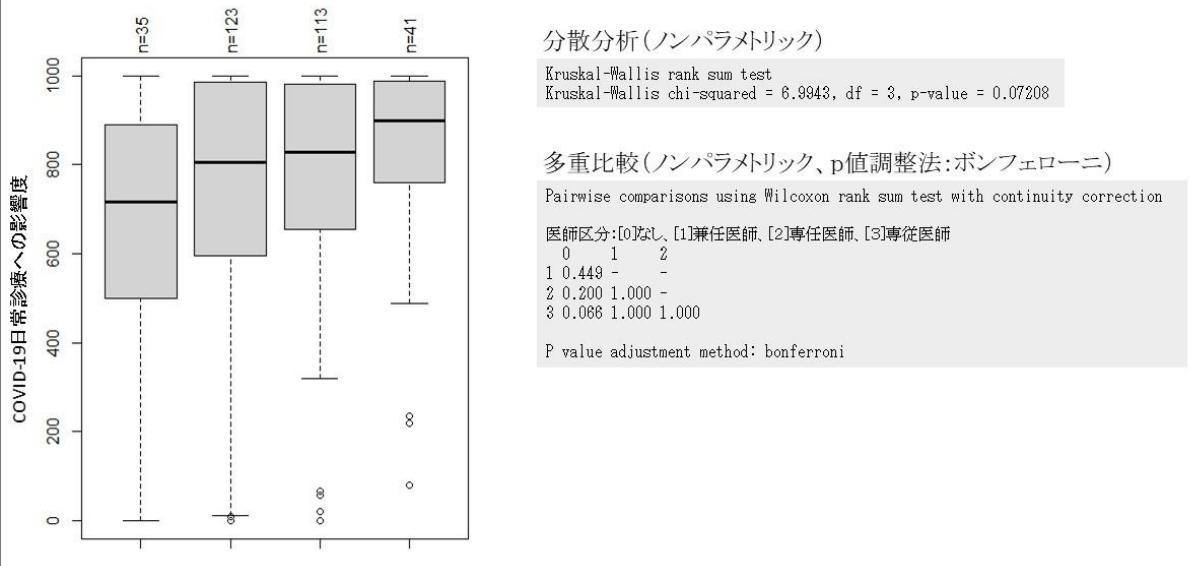


図 321

[大] COVID-19日常診療への影響度(医師区分)

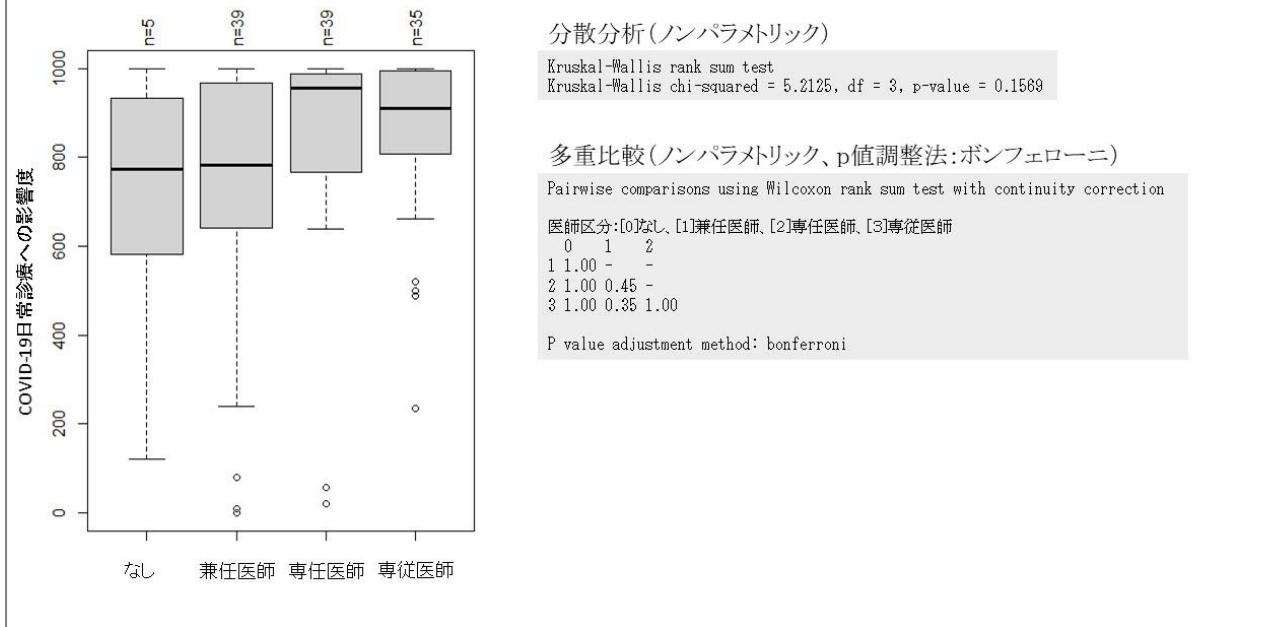


図 322

[大中] COVID-19日常診療への影響度(医師区分)

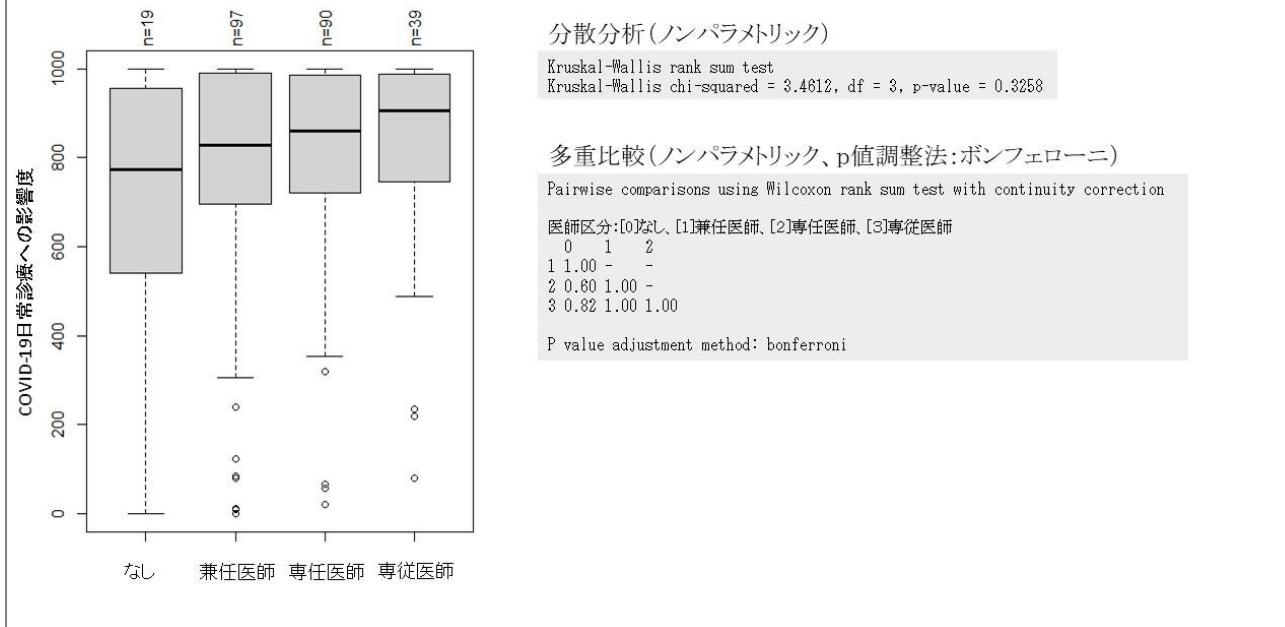


図 323

[中] COVID-19日常診療への影響度(医師区分)

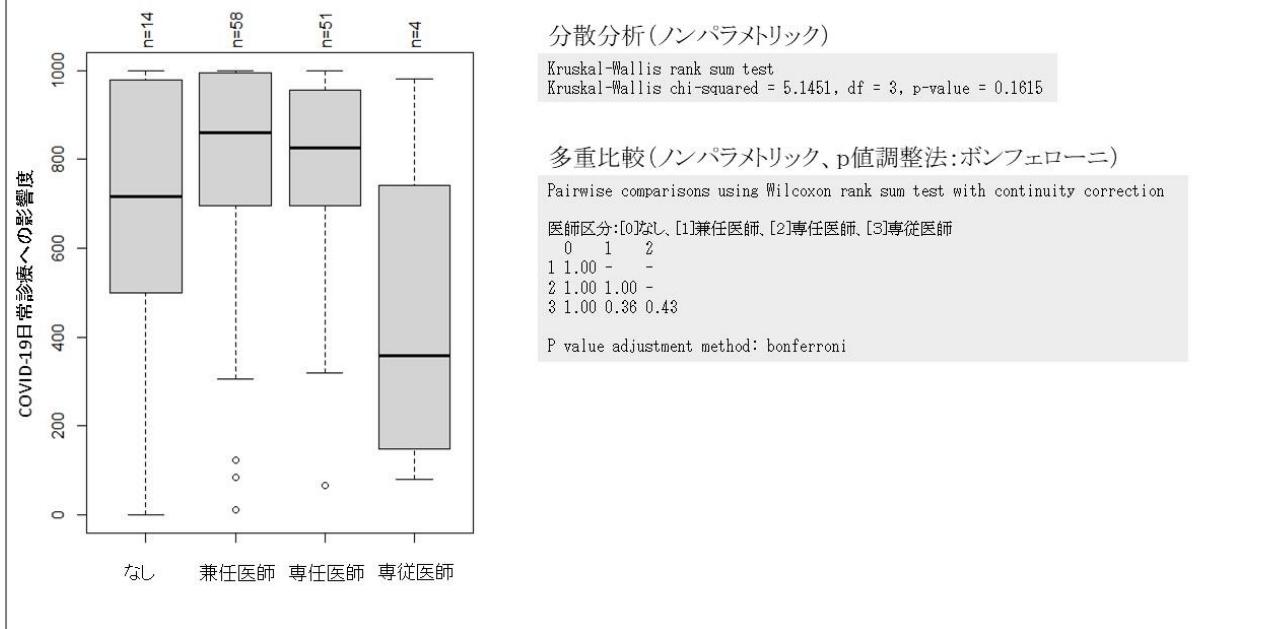


図 324

[中小] COVID-19日常診療への影響度(医師区分)

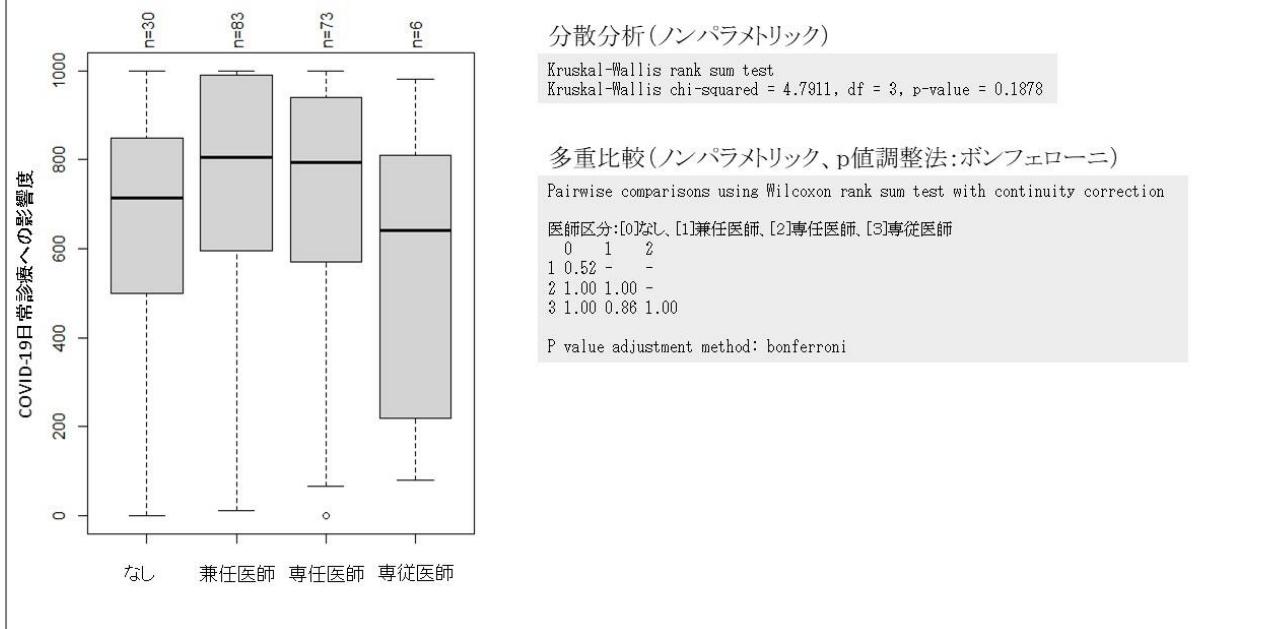


図 325

[小] COVID-19日常診療への影響度(医師区分)

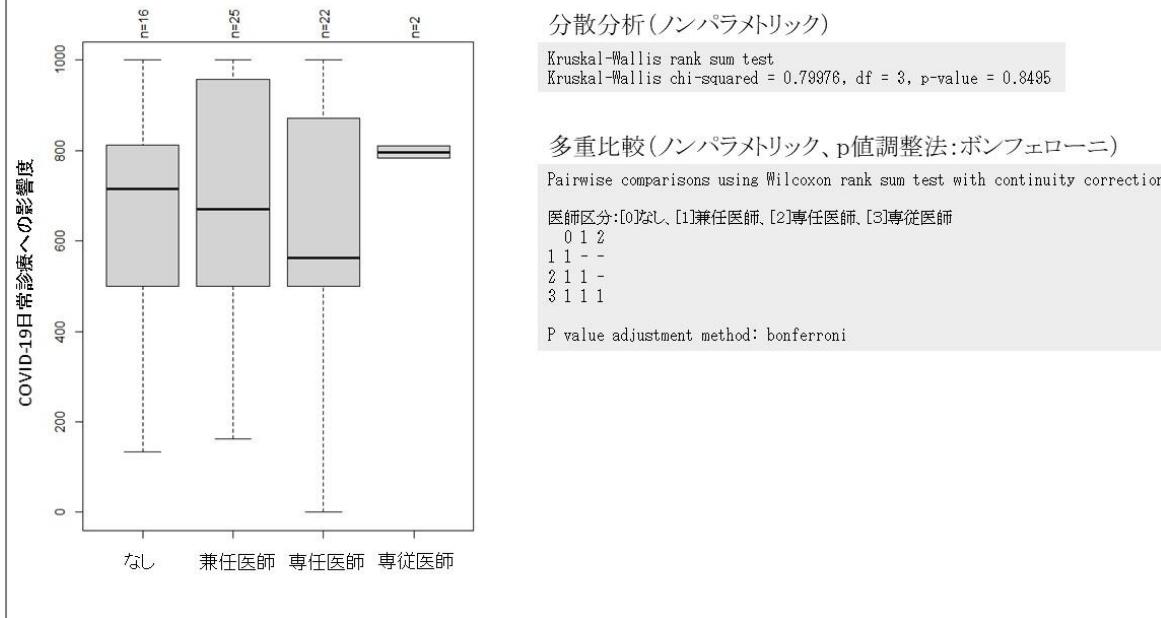


図 326

COVID-19患者安全活動への影響度

Q58. (COVID-19患者を受け入れた医療機関の場合) COVID-19の流行により、患者安全活動への影響がありましたか？



図 327

[全] COVID-19患者安全活動への影響度(医師区分)

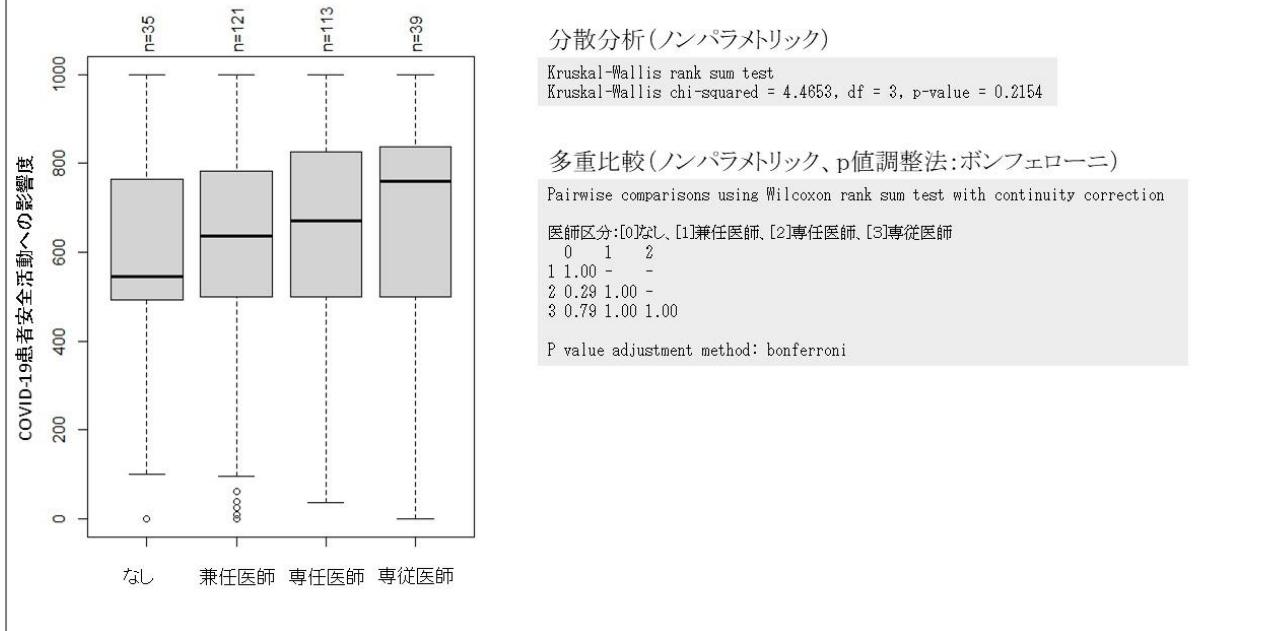


図 328

[大] COVID-19患者安全活動への影響度(医師区分)

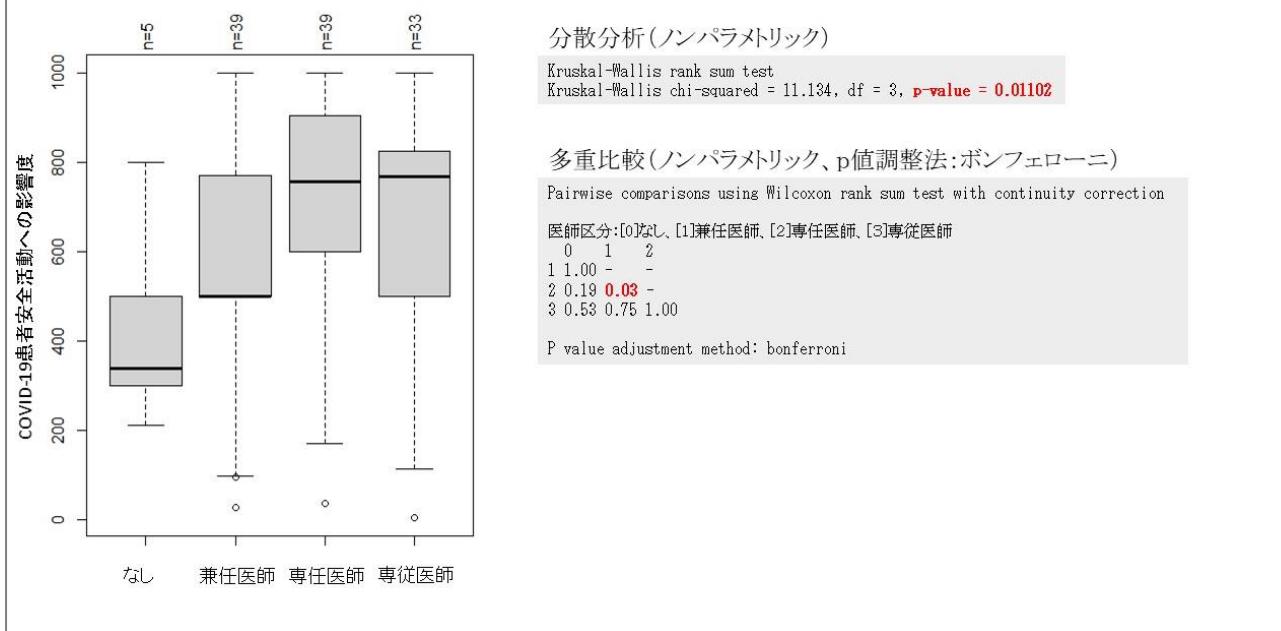
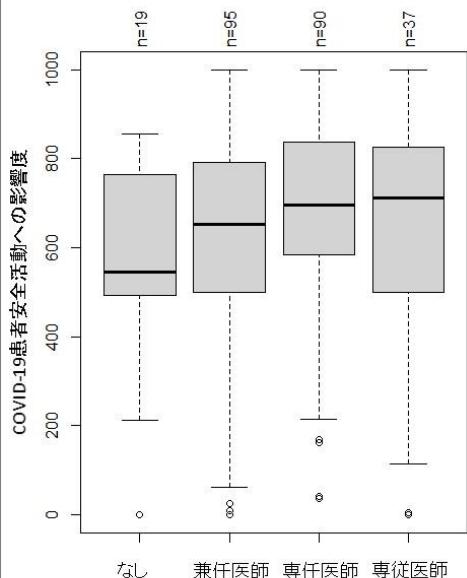


図 329

[大中] COVID-19患者安全活動への影響度(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 4.5556, df = 3, p-value = 0.2074

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

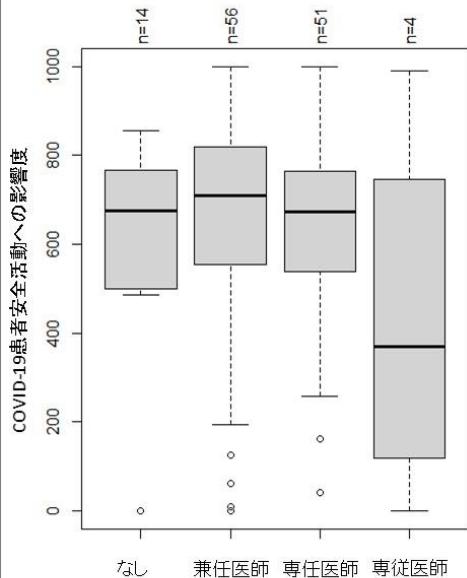
Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

| | |
|-------|-------------------------------|
| 医師区分: | [0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師 |
| 0 | 1 00 - 2 |
| 1 | 1 00 - - |
| 2 | 0 35 0 89 - |
| 3 | 1 00 1 00 1 00 |

P value adjustment method: bonferroni

図 330

[中] COVID-19患者安全活動への影響度(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.6974, df = 3, p-value = 0.4407

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

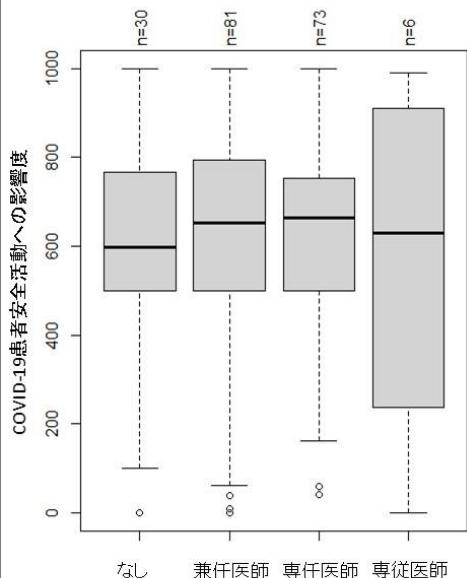
Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

| | |
|-------|-------------------------------|
| 医師区分: | [0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師 |
| 0 | 1 2 |
| 1 | 1 - - |
| 2 | 1 1 - |
| 3 | 1 1 1 |

P value adjustment method: bonferroni

図 331

[中小] COVID-19患者安全活動への影響度(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 1.3041, df = 3, p-value = 0.7282

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

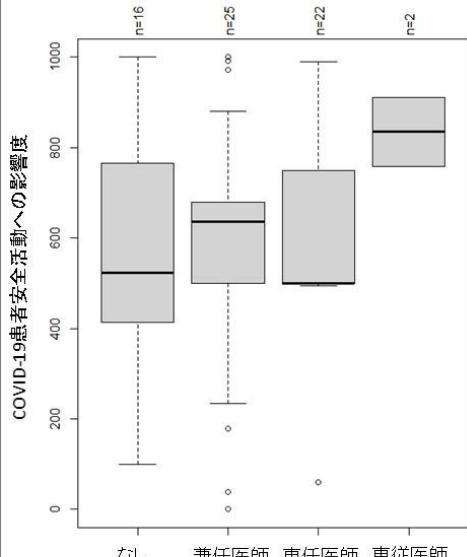
Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

医師区分:[0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師
 0 1 2
 1 1 --
 2 1 1 -
 3 1 1 1

P value adjustment method: bonferroni

図 332

[小] COVID-19患者安全活動への影響度(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.7889, df = 3, p-value = 0.4253

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

医師区分:[0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師
 0 1 2
 1 1.00 -
 2 1.00 1.00 -
 3 1.00 0.76 0.56

P value adjustment method: bonferroni

図 333

安全部門と感染制御部門の役割分担状況

Q59. COVID-19対応において、患者安全部門と感染制御部門の役割分担は明確でしたか？



図 334

[全] 安全部門と感染制御部門の役割分担状況(医師区分)

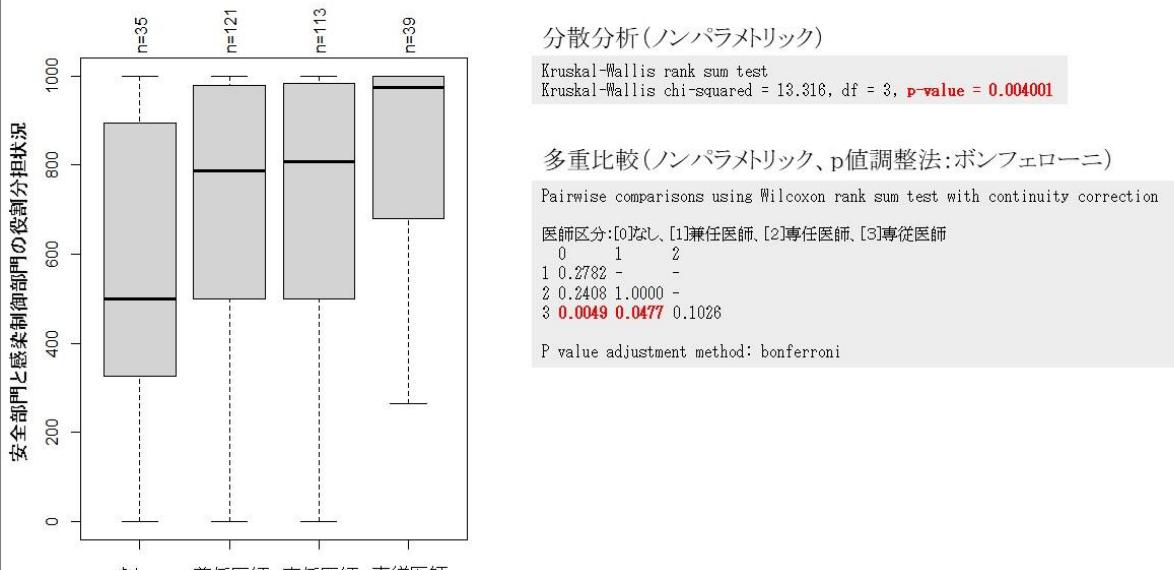
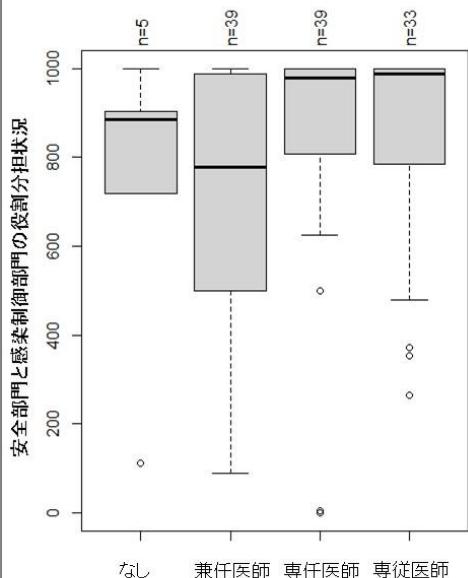


図 335

[大] 安全部門と感染制御部門の役割分担状況(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 9.0011, df = 3, p-value = 0.02928

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

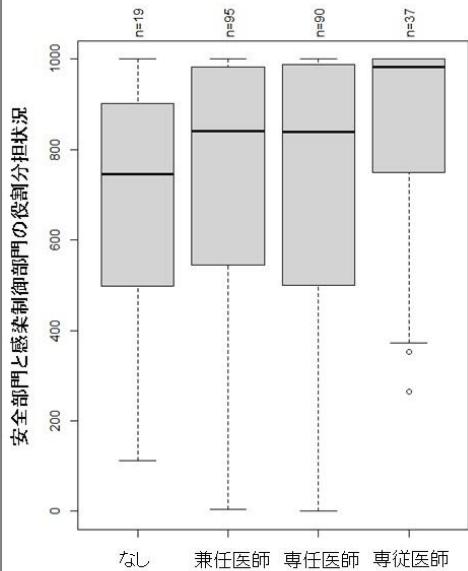
Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

| | |
|-------|----------------------------------|
| 医師区分: | [0]なし, [1]兼任医師, [2]専任医師, [3]専従医師 |
| 0 | 1 2 |
| 1 | 1.000 - |
| 2 | 1.000 0.075 - |
| 3 | 1.000 0.075 1.000 |

P value adjustment method: bonferroni

図 336

[大中] 安全部門と感染制御部門の役割分担状況(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 7.7221, df = 3, p-value = 0.05212

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

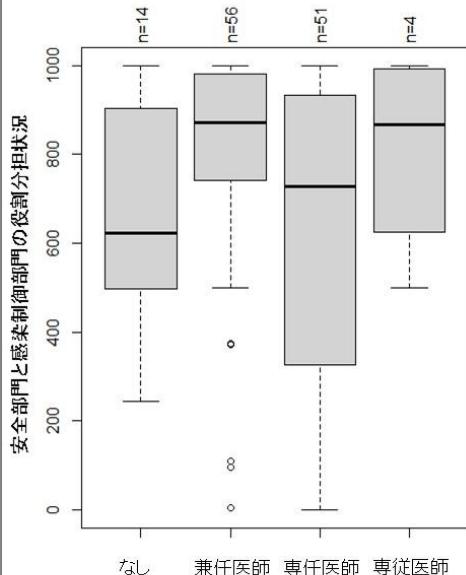
Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

| | |
|-------|----------------------------------|
| 医師区分: | [0]なし, [1]兼任医師, [2]専任医師, [3]専従医師 |
| 0 | 1 2 |
| 1 | 1.00 - |
| 2 | 1.00 1.00 - |
| 3 | 0.11 0.17 0.23 |

P value adjustment method: bonferroni

図 337

[中] 安全部門と感染制御部門の役割分担状況(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 7.9452, df = 3, p-value = 0.04716

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

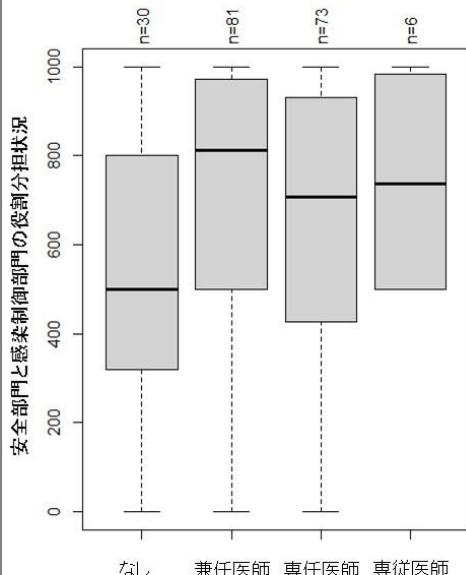
Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

| | |
|-------|----------------------------------|
| 医師区分: | [0]なし, [1]兼任医師, [2]専任医師, [3]専従医師 |
| 0 | 1 2 |
| 1 | 0.23 - |
| 2 | 1.00 0.10 - |
| 3 | 1.00 1.00 1.00 |

P value adjustment method: bonferroni

図 338

[中小] 安全部門と感染制御部門の役割分担状況(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 6.1424, df = 3, p-value = 0.1049

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

| | |
|-------|----------------------------------|
| 医師区分: | [0]なし, [1]兼任医師, [2]専任医師, [3]専従医師 |
| 0 | 1 2 |
| 1 | 0.14 - |
| 2 | 1.00 0.75 - |
| 3 | 1.00 1.00 1.00 |

P value adjustment method: bonferroni

図 339

[小] 安全部門と感染制御部門の役割分担状況(医師区分)

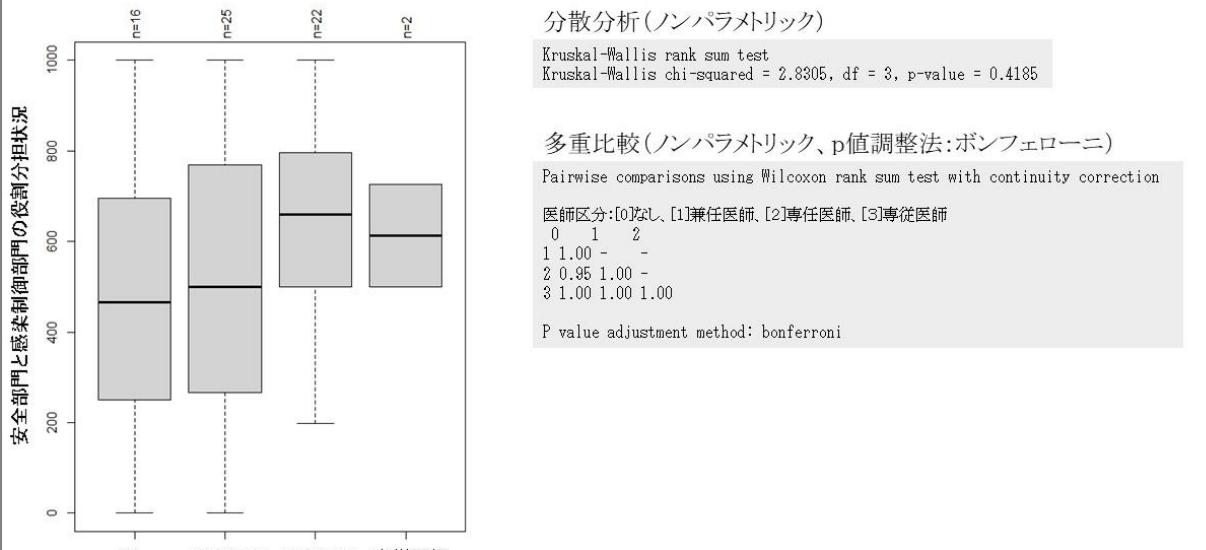


図 340

COVID-19患者安全業務の確保

Q60. COVID-19下において、患者安全業務が確保できていますか？

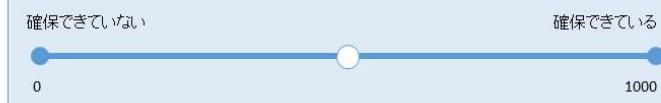
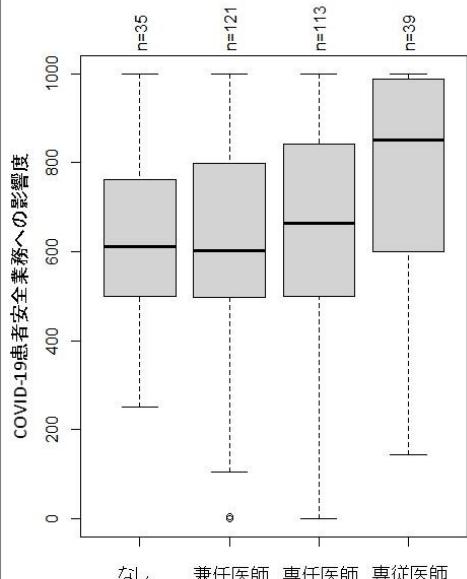


図 341

[全] COVID-19患者安全業務の確保(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 12.865, df = 3, p-value = 0.004939

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

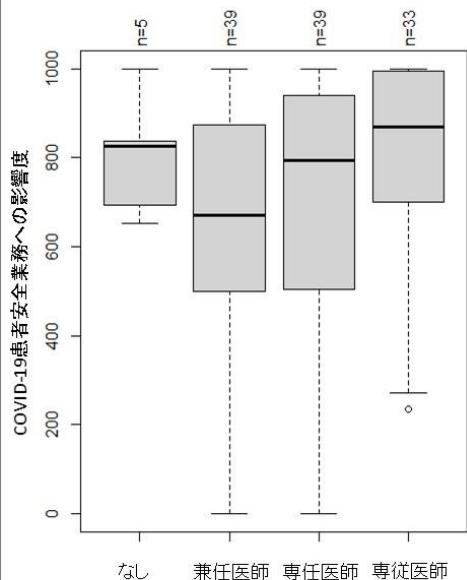
Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

| 医師区分 | [0]なし | [1]兼任医師 | [2]専任医師 |
|------|--------|---------|---------|
| 0 | 1.0000 | - | - |
| 1 | 1.0000 | 1.0000 | - |
| 2 | 0.0848 | 0.0037 | 0.0208 |

P value adjustment method: bonferroni

図 342

[大] COVID-19患者安全業務の確保(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 7.2693, df = 3, p-value = 0.06379

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

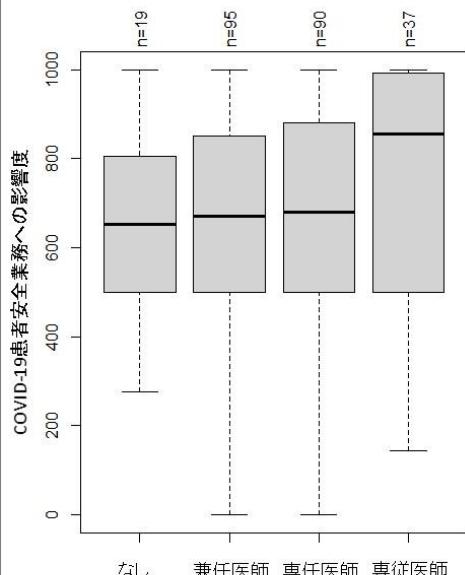
Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

| 医師区分 | [0]なし | [1]兼任医師 | [2]専任医師 |
|------|--------|---------|---------|
| 0 | 1.0000 | - | - |
| 1 | 1.0000 | 1.0000 | - |
| 2 | 1.0000 | 0.0866 | 0.564 |

P value adjustment method: bonferroni

図 343

[大中] COVID-19患者安全業務の確保(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 8.947, df = 3, **p-value = 0.03**

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

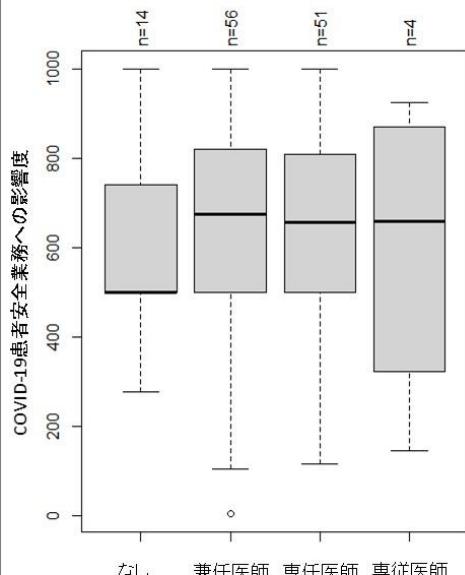
Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

医師区分:[0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師
 0 1 2
 1 1.000 - -
 2 1.000 1.000 -
 3 0.474 **0.037** 0.067

P value adjustment method: bonferroni

図 344

[中] COVID-19患者安全業務の確保(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 0.5405, df = 3, p-value = 0.9099

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

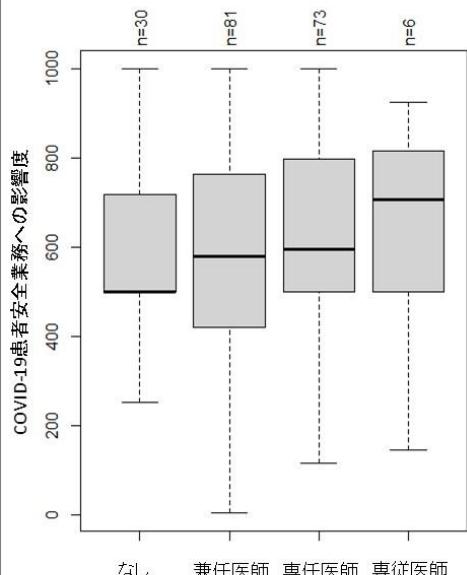
Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

医師区分:[0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師
 0 1 2
 1 1 - -
 2 1 1 -
 3 1 1 1

P value adjustment method: bonferroni

図 345

[中小] COVID-19患者安全業務の確保(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 0.52326, df = 3, p-value = 0.9138

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

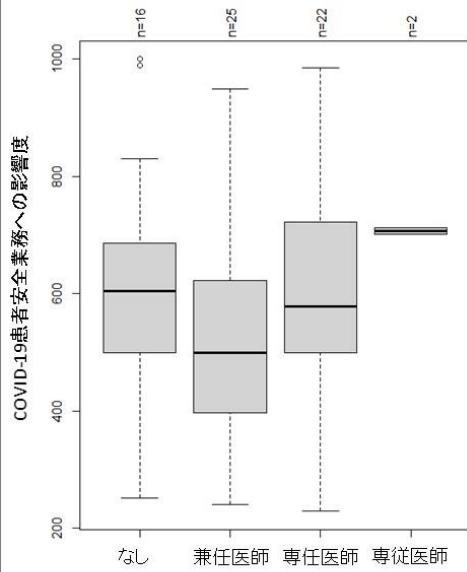
Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

医師区分:[0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師
0 1 2
1 1 -
2 1 1 -
3 1 1 1

P value adjustment method: bonferroni

図 346

[小] COVID-19患者安全業務の確保(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 5.5745, df = 3, p-value = 0.1343

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

医師区分:[0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師
0 1 2
1 0.81 -
2 1.00 0.92 -
3 1.00 0.33 1.00
P value adjustment method: bonferroni

図 347

COVID-19医療事故リスクへの影響

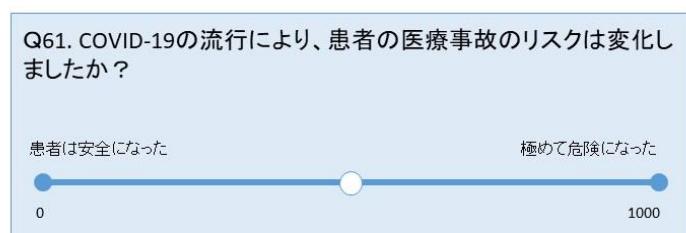


図 348

[全]COVID-19医療事故リスクへの影響(医師区分)

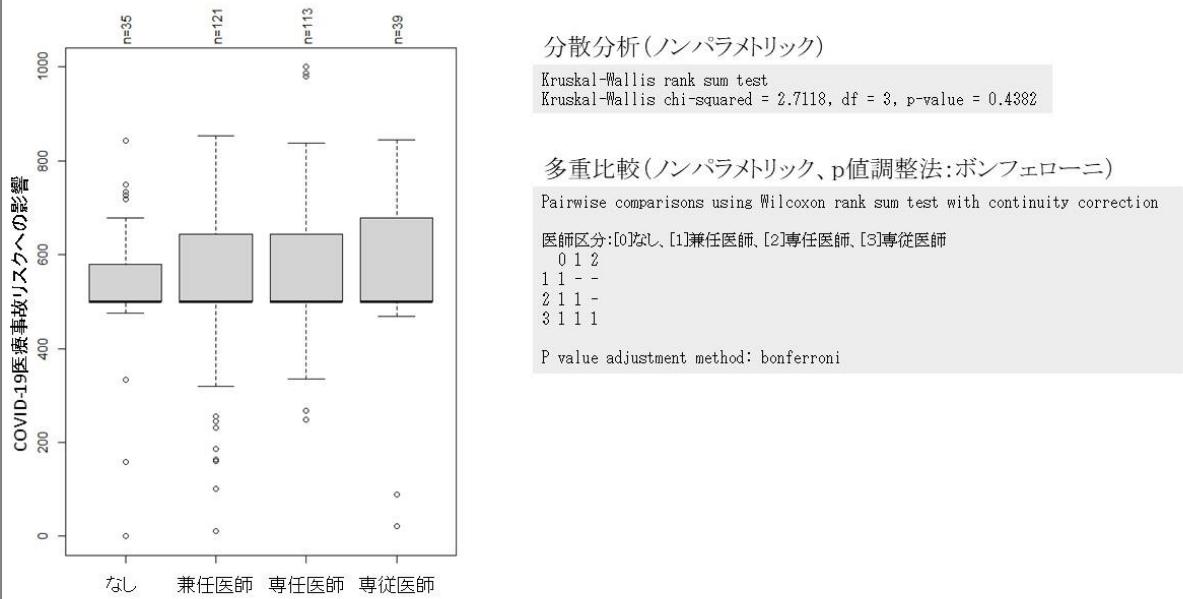
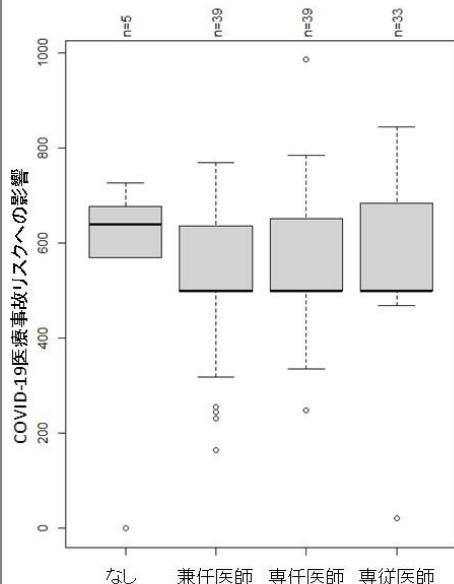


図 349

[大]COVID-19医療事故リスクへの影響(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.3531, df = 3, p-value = 0.5024

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

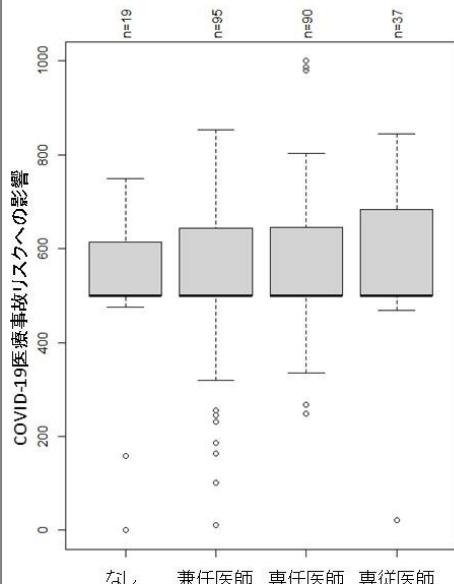
Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

医師区分:[0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師
0 1 2
1 1 - -
2 1 1 -
3 1 1 1

P value adjustment method: bonferroni

図 350

[大中]COVID-19医療事故リスクへの影響(医師区分)



分散分析(ノンパラメトリック)

Kruskal-Wallis rank sum test
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.7768, df = 3, p-value = 0.4273

多重比較(ノンパラメトリック、p値調整法:ボンフェローニ)

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test with continuity correction

医師区分:[0]なし、[1]兼任医師、[2]専任医師、[3]専従医師
0 1 2
1 1 - -
2 1 1 -
3 1 1 1

P value adjustment method: bonferroni

図 351

[中]COVID-19医療事故リスクへの影響(医師区分)

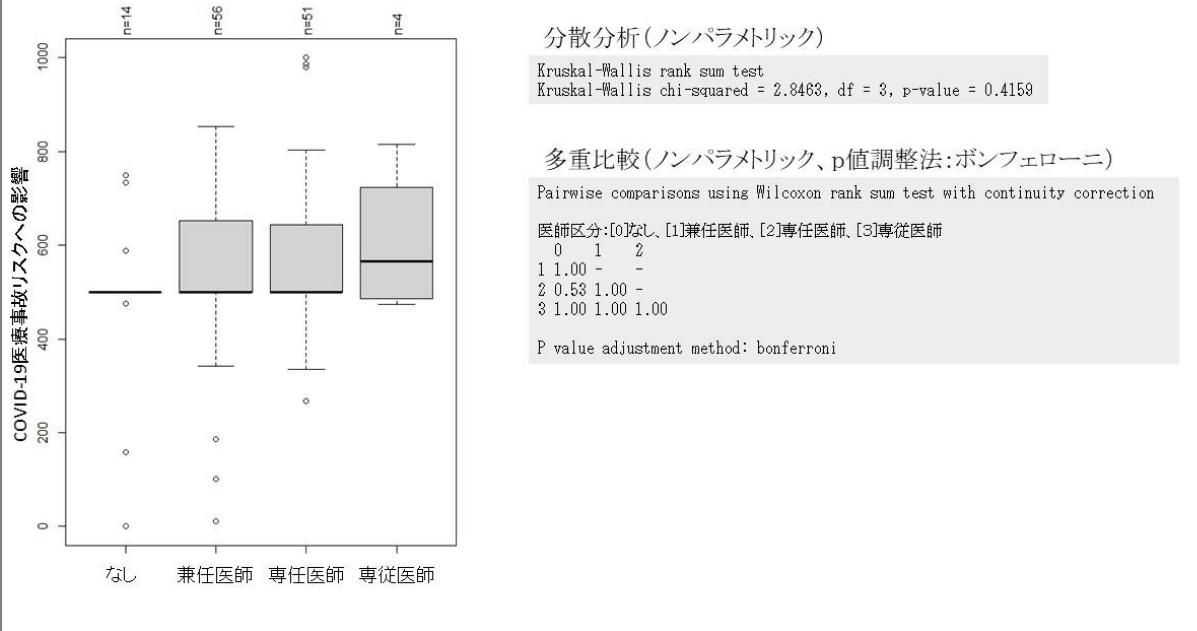


図 352

[中小]COVID-19医療事故リスクへの影響(医師区分)

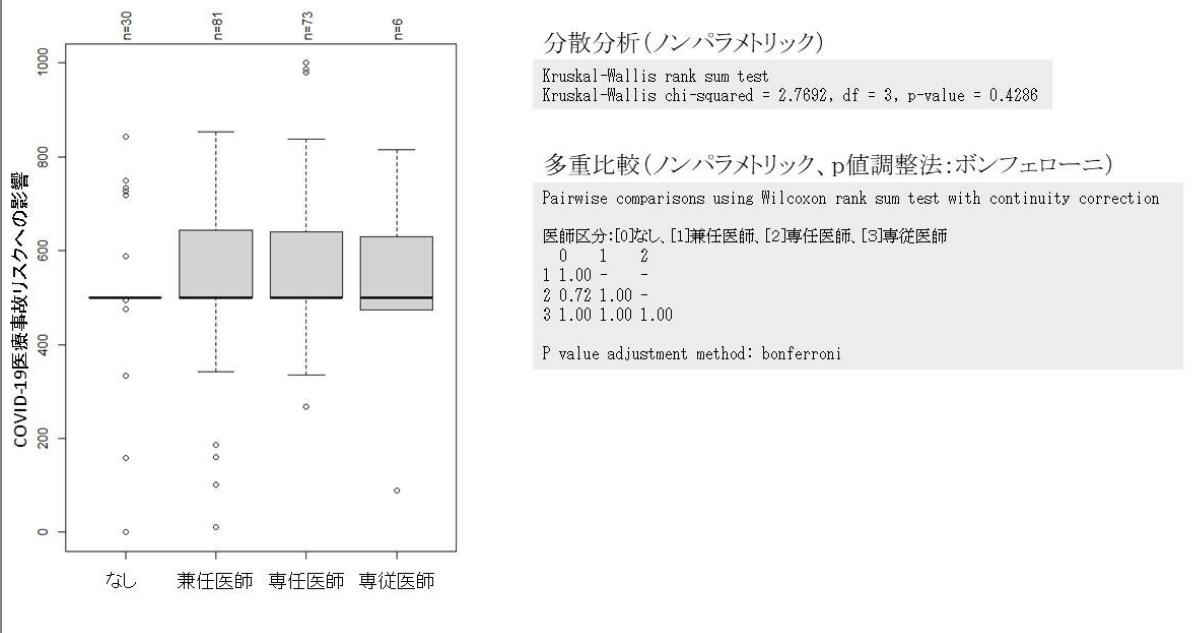


図 353

[小]COVID-19医療事故リスクへの影響(医師区分)

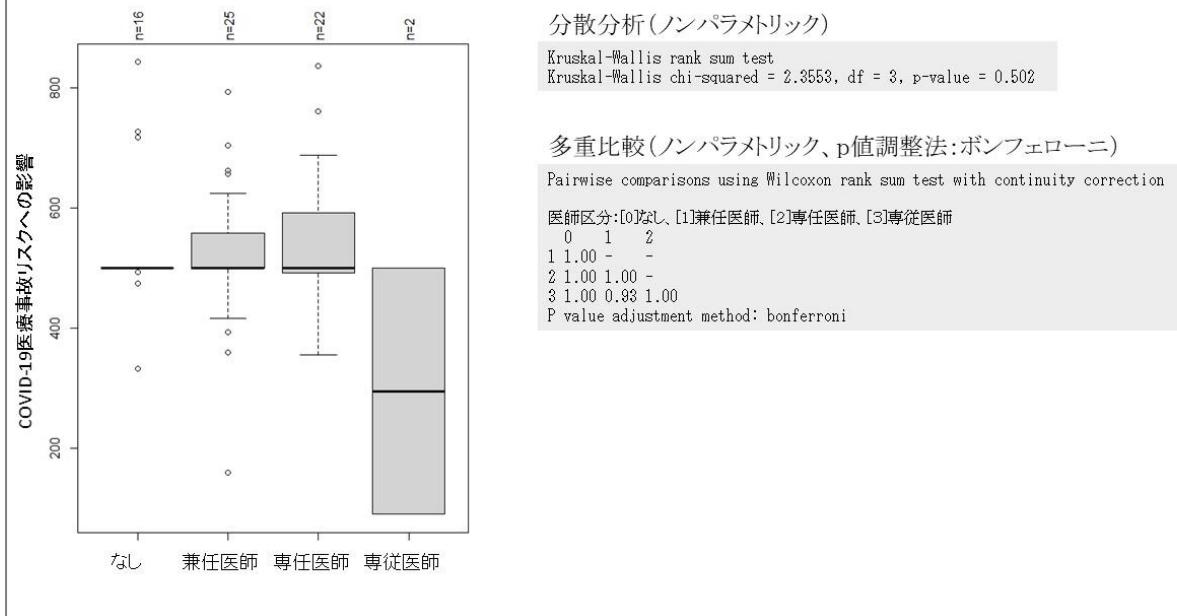


図 354

リスク量算出プログラム配布・データ収集サイト

<http://133.6.120.54/GraphCreate/Login/login>

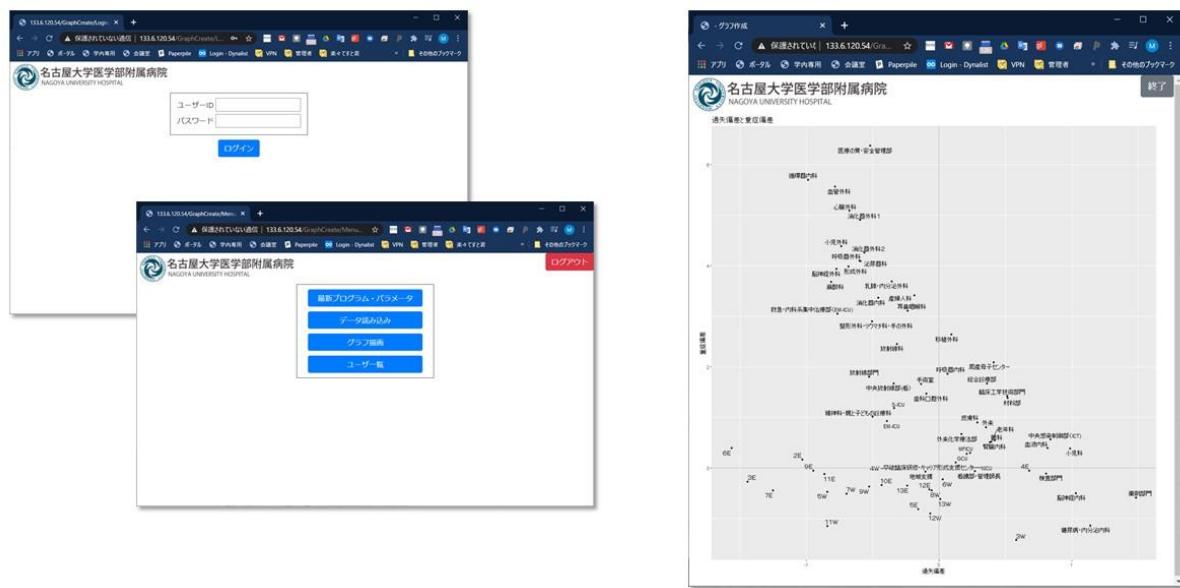


図 355

G. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

・「医療組織のリスク量測定」第15回医療の質・

安全学会口演2020.11.22

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

リスク量測定に関して PCT 国際出願済み
(2021/10/26)。「新規性、進歩性を有する」と
の見解を受ける。

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

令和3年3月31日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学学院長)

機関名 国立大学法人東海国立大学機構

所属研究機関長 職名 機構長

氏名 松尾 清一 印

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費／厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業／厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 医療安全に専門性を有する医師人材養成および医療機関のリスク量測定に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部・教授
(氏名・フリガナ) 長尾能雅・ナガオヨシマサ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

令和3年3月31日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学学院長)

機関名 国立大学法人東海国立大学機構

所属研究機関長 職名 名古屋大学医学部附属病院長

氏名 小寺 泰弘 印

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費／厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業／厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 医療安全に専門性を有する医師人材養成および医療機関のリスク量測定に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部・病院講師
(氏名・フリガナ) 深見達弥・フカミタツヤ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|-------------|------------|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 ■ 未受講 □ |
|-------------|------------|

6. 利益相反の管理

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

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

令和3年3月31日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学学院長)

機関名 国立大学法人東海国立大学機構

所属研究機関長 職名 名古屋大学医学部附属病院長

氏名 小寺 泰弘 印

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費／厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業／厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 医療安全に専門性を有する医師人材養成および医療機関のリスク量測定に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部・教授
(氏名・フリガナ) 梅村朋・ウメムラトモミ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|-------------|------------|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 ■ 未受講 □ |
|-------------|------------|

6. 利益相反の管理

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

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

令和3年3月31日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学学院長)

機関名 国立大学法人東海国立大学機構
所属研究機関長 職名 名古屋大学医学部附属病院長
氏名 小寺 泰弘 印

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費／厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業／厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 医療安全に専門性を有する医師人材養成および医療機関のリスク量測定に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部・教授
(氏名・フリガナ) 植村政和・ウエムラマサカズ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|-------------|------------|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 ■ 未受講 □ |
|-------------|------------|

6. 利益相反の管理

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

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

令和 3年 1月 13日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 田 中 雄二郎



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理について
ては以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 医療安全に専門性を有する医師人材養成および医療機関のリスク量測定に関する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 東京医科歯科大学 理事・副学長

(氏名・フリガナ) 大川 淳 (オオカワ アツシ)

4. 倫理審査の状況

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

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェック
クレ一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

令和3年3月30日

厚生労働大臣
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
 (国立保健医療科学院長)

機関名 自治医科大学
 所属研究機関長 職名 学長
 氏名 永井 良三 印

次の職員の令和2年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 医療安全に専門性を有する医師人材養成および医療機関のリスク量測定に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部 教授
 (氏名・フリガナ) 遠山 信幸 (トオヤマ ノブユキ)

4. 倫理審査の状況

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

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェック
 クレー一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|-------------|------------|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 ■ 未受講 □ |
|-------------|------------|

6. 利益相反の管理

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

(※1) ①・②に該当する□にチェックを入れること。

③ 研究者の所属する機関の長が作成すること。

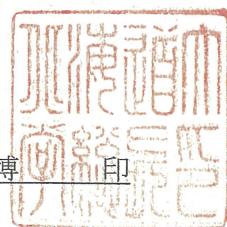
厚生労働大臣 殿

令和3年3月17日

機関名 北海道大学

所属研究機関長 職名 総長

氏名 審金清博



次の職員の令和2年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 医療安全に専門性を有する医師人材育成および医療機関のリスク量測定に関する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 北海道大学病院・教授

(氏名・フリガナ) 南須原 康行・ナスハラ ヤスユキ

4. 倫理審査の状況

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

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェック
クレ一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

令和 3 年 4 月 14 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人三重大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 伊藤 正明

次の職員の令和 2 年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 医療安全に専門性を有する医師人材養成および医療機関のリスク量測定に関する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部附属病院・教授

(氏名・フリガナ) 兼児 敏浩・カネコ トシヒロ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|-------------|------------|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 ■ 未受講 □ |
|-------------|------------|

6. 利益相反の管理

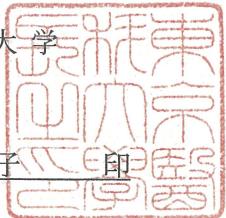
| | |
|--------------------------|------------------------|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 ■ 無 □ (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 □ 無 ■ (有の場合はその内容:) |

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

令和3年 3月 31日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京医科大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 林由起子



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 医療安全に専門性を有する医師人材養成および医療機関のリスク量測定に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部・准教授
(氏名・フリガナ) 浦松 雅史・ウラマツ マサシ

4. 倫理審査の状況

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

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェック
クレ一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|-------------|------------|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 ■ 未受講 □ |
|-------------|------------|

6. 利益相反の管理

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

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