

III. 参考資料

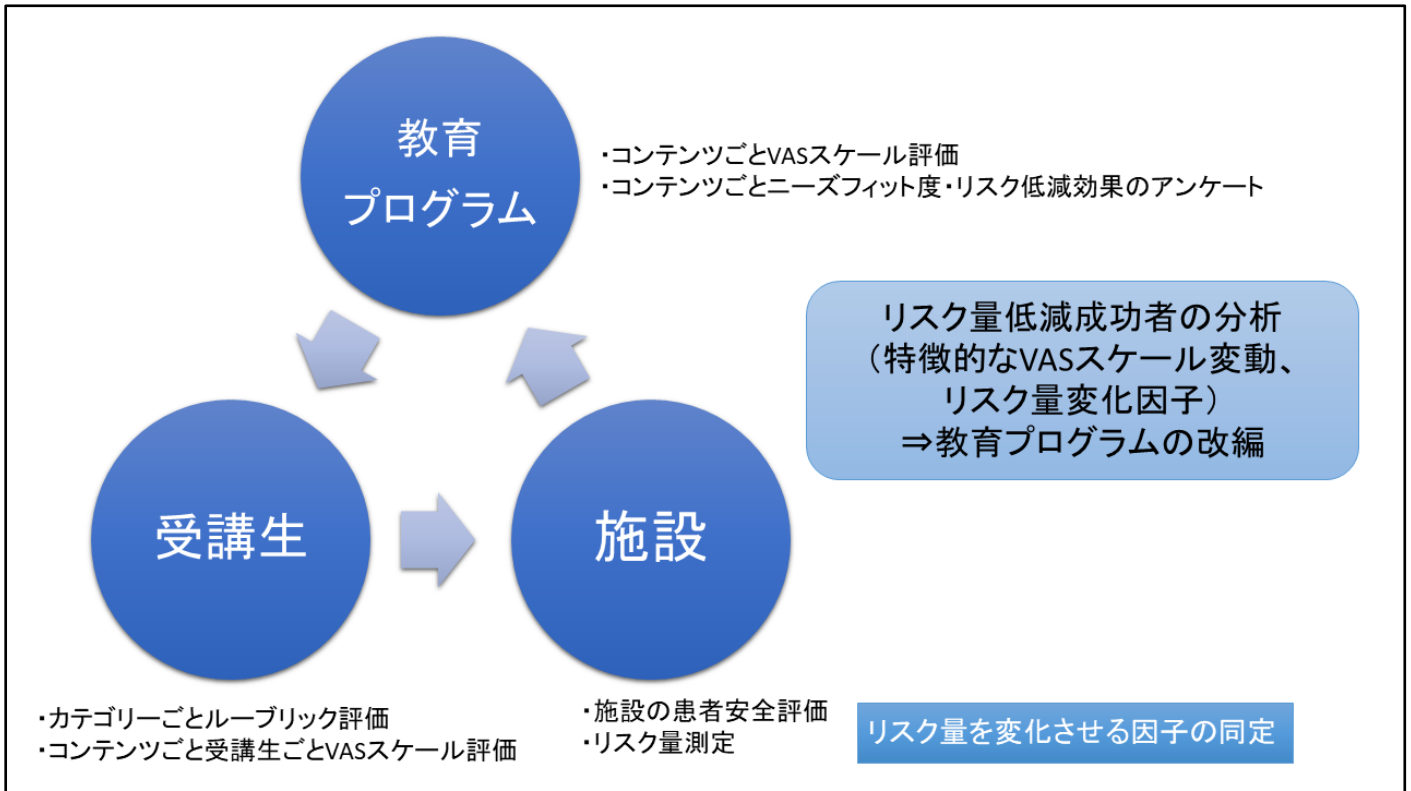


図 1

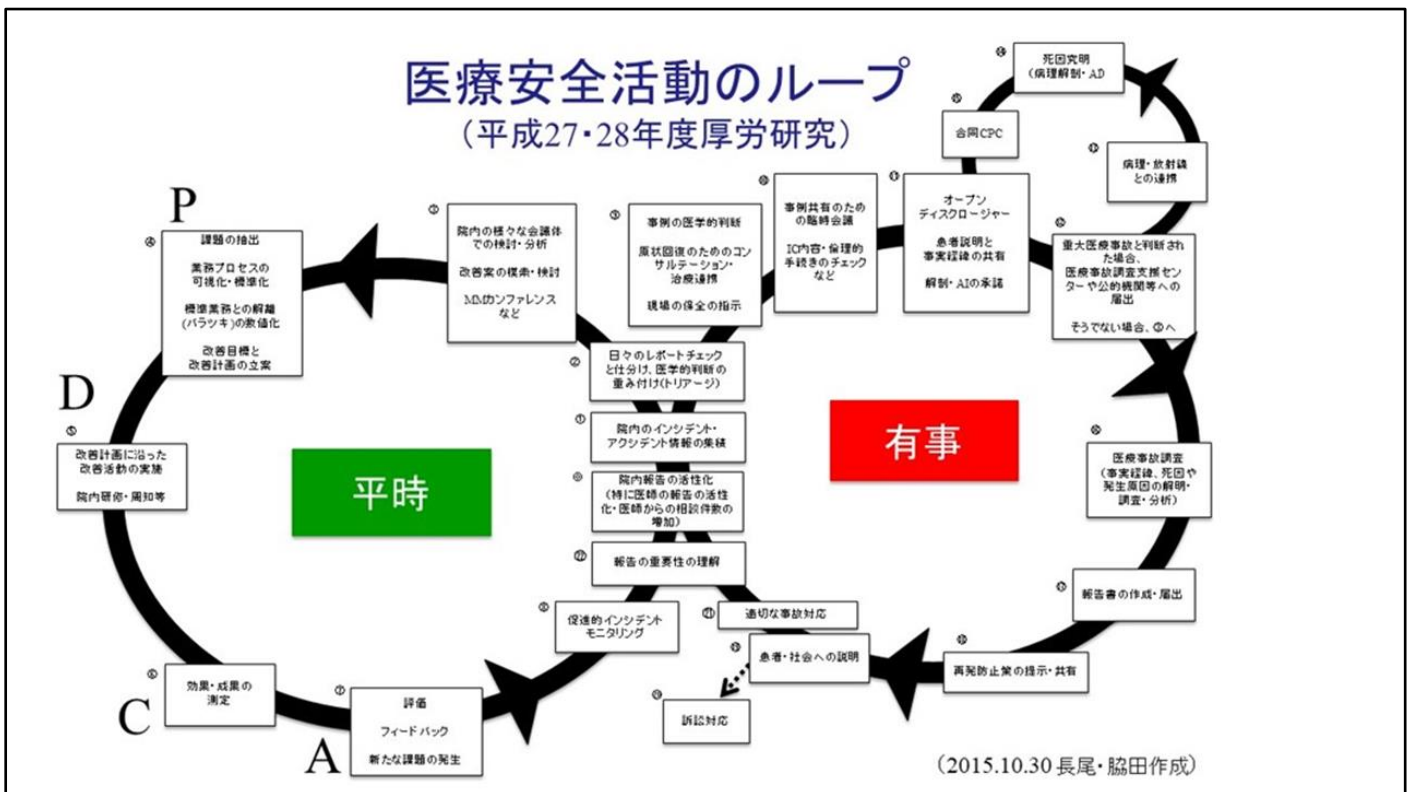


図 2

到達度(ループリック)評価 第3期

アウトカム			
患者の安全を確保し、医療機関のリスク量を低減できる。			
第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
患者安全の実務を部分的に理解している。事故発生時、関係部署に協力を要請し、解決策を相談することができる。医療のリスクを認識し、改善が必要な項目を提示できる。	患者安全の実務的全体像を理解している。有事の対応手順を理解し、実践できている。インシデント報告の増加やトリアージなど、日々の業務を管理し、平時において、品質管理手法を用いて、PDCA サイクルを回すことができる。	患者安全の実務的全体像と、その周辺事項について、体系的に理解している。事故発生時には、確かな法的・倫理的基盤をもって対応することができ、有事業務に確実に成果を上げることができる。報告文化の醸成に中心的役割を果たし、品質管理手法を用いて平時の改善活動に成果を上げることができる。他施設の患者安全のリーダーらと交流を有し、ネットワークを形成している。	患者安全に関して、歴史的背景や国際的動向なども含めて幅広い知識を有する専門家といえる。透明性、客観性、高い倫理性をもって、患者中心の観点で、困難な課題に正面から取り組むことのできる勇気ある指導者であり、なおかつ、目標を達成するための指標を考え出し、科学的に戦略を構築でき、そのプロセスを周囲に納得させ、実践させられる指導者として、自施設、および日本の医療のリスク低減に貢献している。

図 3

到達度(ループリック)評価 第3期

アウトカム				
1) 患者安全に関する基盤知識を修得し、インシデント報告のトリアージなど、日々の業務を管理することができる。				
	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
医療のリスクを認識する	医療安全施策や、エラーの原因、患者安全に関する基本的な法制度、国際患者安全目標、WHO 患者安全カリキュラムガイドについて部分的に知っている。	医療安全施策や、医療業務とエラー発生の結びつき、患者安全に関する基本的な法制度、国際患者安全目標、WHO 患者安全カリキュラムガイドについてアウトラインを理解し、患者安全活動に活用できる。	医療安全施策や、医療業務とエラー発生の結びつき、患者安全に関する基本的な法制度、国際患者安全目標、WHO 患者安全カリキュラムガイド、第三者医療機能評価基準などの全体像を理解し、クリニカル・ガバナンスを實踐して、組織内の患者安全活動を牽引できる。	医療安全施策や、医療業務とエラー発生の結びつき、患者安全に関する基本的な法制度、国際患者安全目標、WHO 患者安全カリキュラムガイド、第三者医療機能評価基準などを医療機能評価基準などと統合して理解し、クリニカル・ガバナンスを實現しながら、組織内の患者安全活動を牽引するとともに、医療全体の患者安全施策についての確言できる。
リスクの予防	インシデントレポートの意義や、医療過誤の概念、組織内における患者安全運営体制について、部分的に知っている。	インシデントレポートの意義や、医療過誤の概念、組織内における患者安全運営体制についてアウトラインを理解し、日々のインシデント・トリアージや、医療過誤鑑別、患者安全会報の運営に活用できる。	インシデントレポートの意義や、医療過誤の概念、組織内における患者安全運営体制などの全体像を理解し、効果的なインシデント・トリアージと、正確な医療過誤鑑別、適切な患者安全会報の運営によって、組織内の課題を的確に抽出して対応するとともに、報告文化の活性化を牽引できる。	インシデントレポートの意義や、医療過誤の考え方、組織内における患者安全運営体制などを統合して理解し、効果的なインシデント・トリアージと、正確な医療過誤鑑別、適切な患者安全体制の構築を指導でき、組織内外の課題を的確に抽出するとともに、その重要性を医療界全体に向けて発信し、国内の報告文化の活性化を牽引できる。

図 4

到達度(ループリック)評価 第3期

アウトカム				
2) 事故発生時の対応など、有事業務に成果を上げることができる。				
	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
有事の取り組み	<p>有事発生時、患者に有者発生時の対応手順が整理され、患者中心の観点で、関連部署と連携することができ、医療事故調、自身・チーム内のStory Generationを防ぎ、迅速に過失感と重大性を判断し、患者への対応を適切に指導することができる。死因究明と患者の死亡時の説明の意義を理解できる。</p>	<p>有事発生時、患者に有者発生時の対応手順が整理され、患者中心の観点で、関連部署と連携することができ、医療事故調に積極的に参加し、危形に沿って報告書を分担執筆するとともに、適切に再発防止策を立案できる。患者の死亡時の説明の意義を理解できる。</p>	<p>有事発生時、多くの専門部署が連携できる組織体制を構築し、組織内のStory Generationを防ぎ、迅速に過失感と重大性を判断し、患者への対応を適切に指導することができる。死因究明と患者の死亡時の説明の意義を理解できる。</p>	<p>有事における最新の法的・論理的知識を有し、有者発生時、施設内外と連携をとって、患者への影響を最小限にする対応ができる。医療界全体のStory Generationを防ぎながら、迅速に過失感と重大性、社会性等を判断し、患者中心の観点で適切に対応できる。</p>

図 5

到達度(ループリック)評価 第3期

アウトカム				
2) 品質管理手法を用いて、平時の改善活動に成果を上げることができる。				
	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
平時の取り組み	<p>インシデント検出のあり方、分析手法について、部分的に知識がある。当院部門、院内の薬剤安全、医療情報の担当者らと連携し、改善のための話し合いができる。MILカンファレンスに参加できる。外院からの医療安全情報を入手し、患者安全の研究等で活用することができ、インフォームドコンセント、チームスキルトレーニングについて部分的に知識がある。院内医療安全カンファレンスに参加でき、外院参加に対応できる。</p>	<p>インシデント検出のあり方、分析手法について、部分的に知識がある。当院部門、院内の薬剤安全、医療情報の担当者らと連携し、改善のための話し合いができる。MILカンファレンスに参加できる。外院からの医療安全情報を入手し、患者安全の研究等で活用することができ、インフォームドコンセント、チームスキルトレーニングについて部分的に知識がある。院内医療安全カンファレンスに参加でき、外院参加に対応できる。</p>	<p>インシデント検出のあり方、分析手法について、部分的に知識がある。当院部門、院内の薬剤安全、医療情報の担当者らと連携し、改善のための話し合いができる。MILカンファレンスに参加できる。外院からの医療安全情報を入手し、患者安全の研究等で活用することができ、インフォームドコンセント、チームスキルトレーニングについて部分的に知識がある。院内医療安全カンファレンスに参加でき、外院参加に対応できる。</p>	<p>インシデント検出のあり方、分析手法について、部分的に知識がある。当院部門、院内の薬剤安全、医療情報の担当者らと連携し、改善のための話し合いができる。MILカンファレンスに参加できる。外院からの医療安全情報を入手し、患者安全の研究等で活用することができ、インフォームドコンセント、チームスキルトレーニングについて部分的に知識がある。院内医療安全カンファレンスに参加でき、外院参加に対応できる。</p>
平時の取り組み	<p>品質管理で確立されたPDCAサイクル、品質管理の概念、具体的な手法、Q1について、部分的に知識がある。</p>	<p>品質管理で確立されたPDCAサイクル、品質管理の概念、具体的な手法、Q1について、アウトラインを把握しており、問題解決のステップを熟知することができる。</p>	<p>品質管理で確立されたPDCAサイクル、品質管理の概念、具体的な手法、Q1について、金庫庫を十分に理解しており、問題解決のステップを熟知し、施設内において、問題解決のステップを正確に実施、指導し、結果に成果を上げることができる。</p>	<p>患者安全のため、施設内の品質管理の概念を定着させることにも、施設内の問題抽出、Q1設定のための役割を構築し、改善活動の立案にリーダーシップを発揮することができ、内外に連携し、日本全体の医療の質向上活動において、牽引的役割を果たすことができる。</p>

図 6

到達度(ループリック)評価 第3期

アウトカム				
4) 周辺業務を理解し、挑戦的・新規的知識を修得する。				
	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
周辺業務の理解	倫理的諸問題、感染制御との連携、患者の問題行動および、患者相談・対話推進業務といった周辺業務について部分的に理解している。	倫理的諸問題、感染制御との連携、患者の問題行動および、患者相談・対話推進業務といった周辺業務と、患者安全業務の連携を理解し、それぞれの意義や人員配置の必要性について説明できる。	倫理的諸問題、感染制御との連携、患者の問題行動および、患者相談・対話推進業務といった周辺業務と患者安全業務を明確に切り分け、業務の整理ができる。それぞれの担当者と連携し、患者安全の立場から、適切な提言ができる。	倫理的諸問題、感染制御との連携、患者の問題行動および、患者相談・対話推進業務といった、患者安全との連携が必要となる周辺業務の現状と課題、あるいはこれらの周辺業務との混同が患者安全に及ぼす好ましくない影響等を認識し、行政機関等に対し有益な提言ができる。
挑戦的・新規的知識の修得	診断エラー対策、Difficult manager への対応、院内弁護士との連携など、挑戦的・新規的な取り組みについて、部分的に知識がある。	診断エラー対策、Difficult manager への対応、院内弁護士との連携、AI技術の応用、リスク量測定など、挑戦的・新規的な取り組みについて、関心を持ち、実践することができる。	診断エラー対策、Difficult manager への対応、院内弁護士との連携、AI技術の応用、リスク量測定など、挑戦的・新規的な取り組みについて、実践経験を有するとともに、新たなアイデアや取り組みを創発し、仕組みとして導入することができる。	診断エラー対策、Difficult manager への対応、院内弁護士との連携、AI技術の応用、リスク量測定などに留まらず、自身の創発した挑戦的・新規的取り組みについて、内外に発信しつつ、新たな方法論を展開し、患者安全における新しい領域を開拓することができる。

図 7

授業ごとアンケートVASスケール評価(紙面)

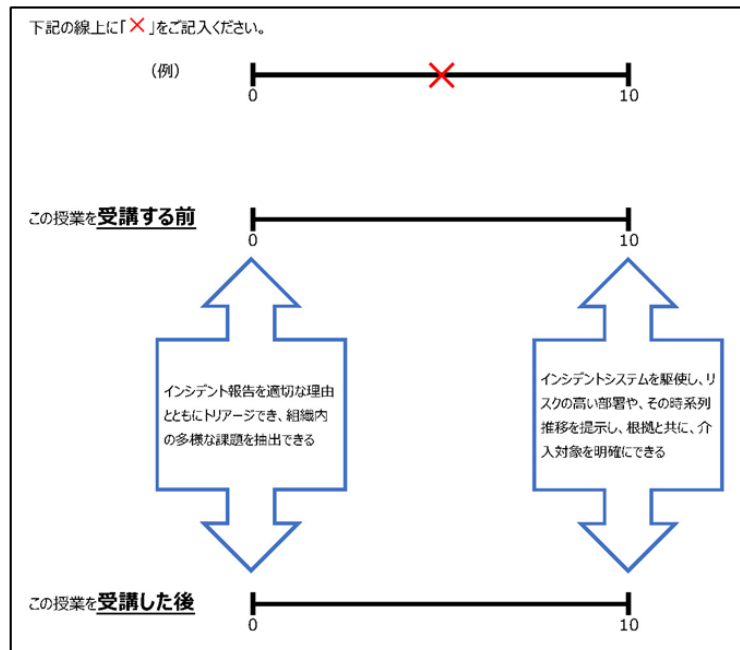


図 8

授業後アンケート(Web)

◆ 1-1-2_エラー発生の原因 ◆ CQSO

第1問 / 全2問 参加型研修アンケート1 (選択式)

①研修時間の長さ 選択↓

②研修の難易度 選択↓

③あなたのニーズへのフィット度 選択↓

④リスク量低減への効果 選択↓

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

◆ 1-1-2_エラー発生の原因 ◆ CQSO

第2問 / 全2問 参加型研修アンケート2 (記述式)

⑤その他、ご意見等 ※自由記載

図 9

タイムスケジュール

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	改訂	募集		選考・事務手続き		授業(アンケート)						
	リスク量精度向上											
		倫理審査				▲リスク量測定						▲リスク量測定
						分析						分析
2年目	改訂	募集		選考・事務手続き		授業(アンケート)						
	リスク偏差標準曲線											
						▲リスク量測定						▲リスク量測定
						分析						分析

図 10

リスク量の精度向上、多様化

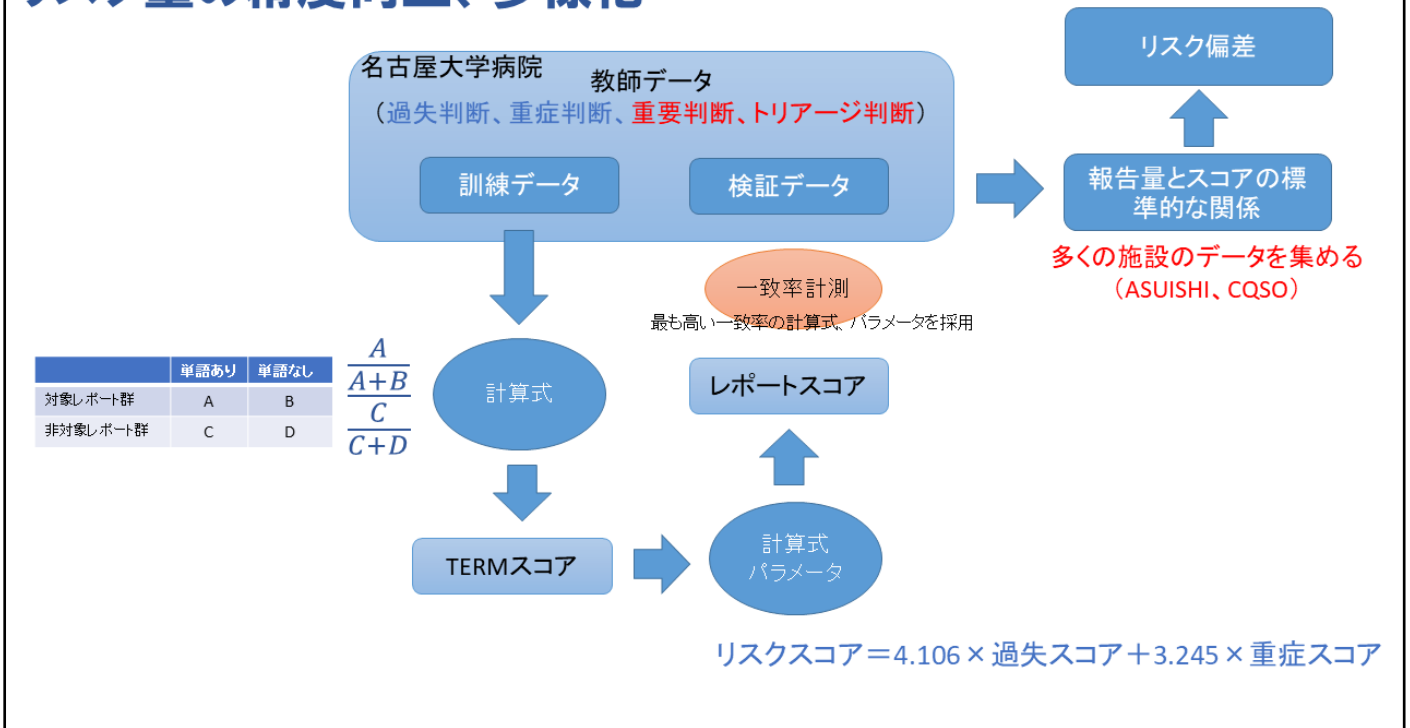


図 11

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、手術に持って行ったが、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	行っ	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 12

Termスコアを算出(重症)

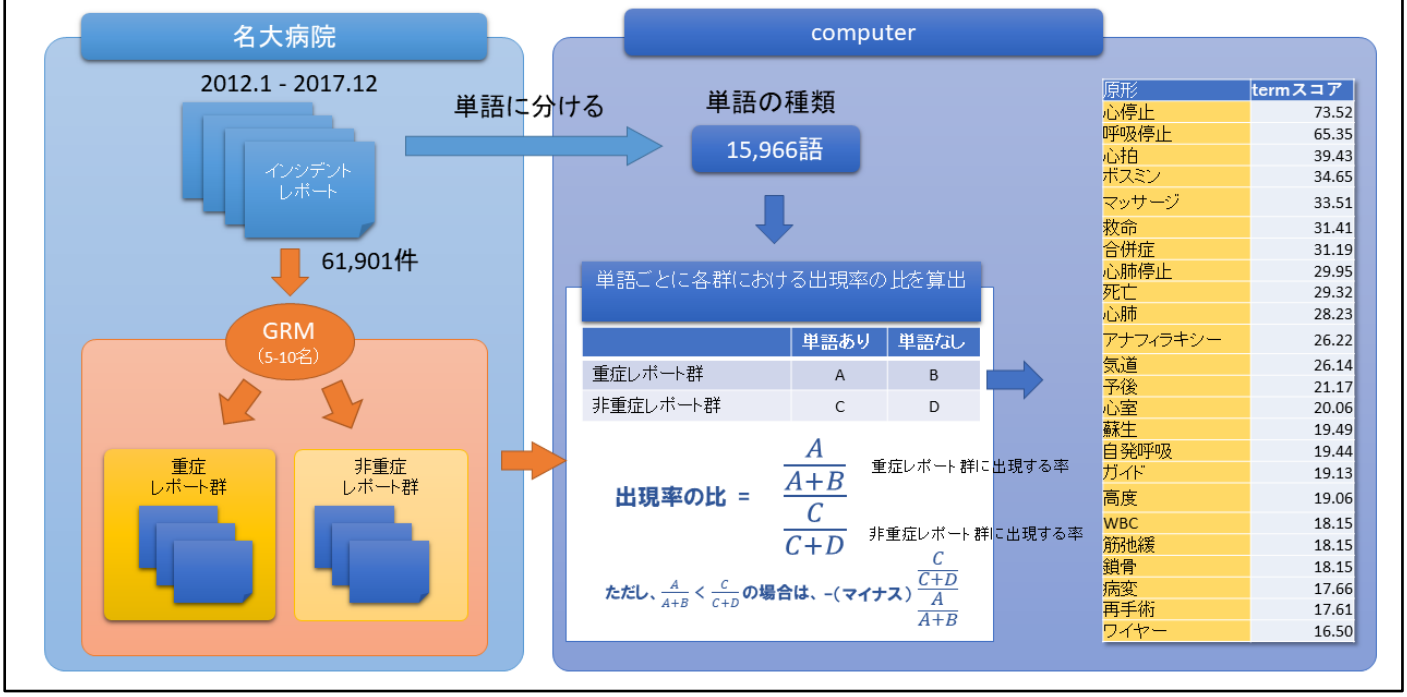


図 13

本研究のポイント:複数レポート群(組織や期間など)の評価

現代の人工知能技術は、特定分野(ゲーム/画像など)においては、人を超える判断精度を持つに至っているが、自然言語(日常用いられる文章)においては、**文書単体**に対する判断精度は良くない(正解率は6割程度)。しかし、文書単体ではなく、**複数の文書群**に対する判断精度は、十分な精度を持つと考えられる。

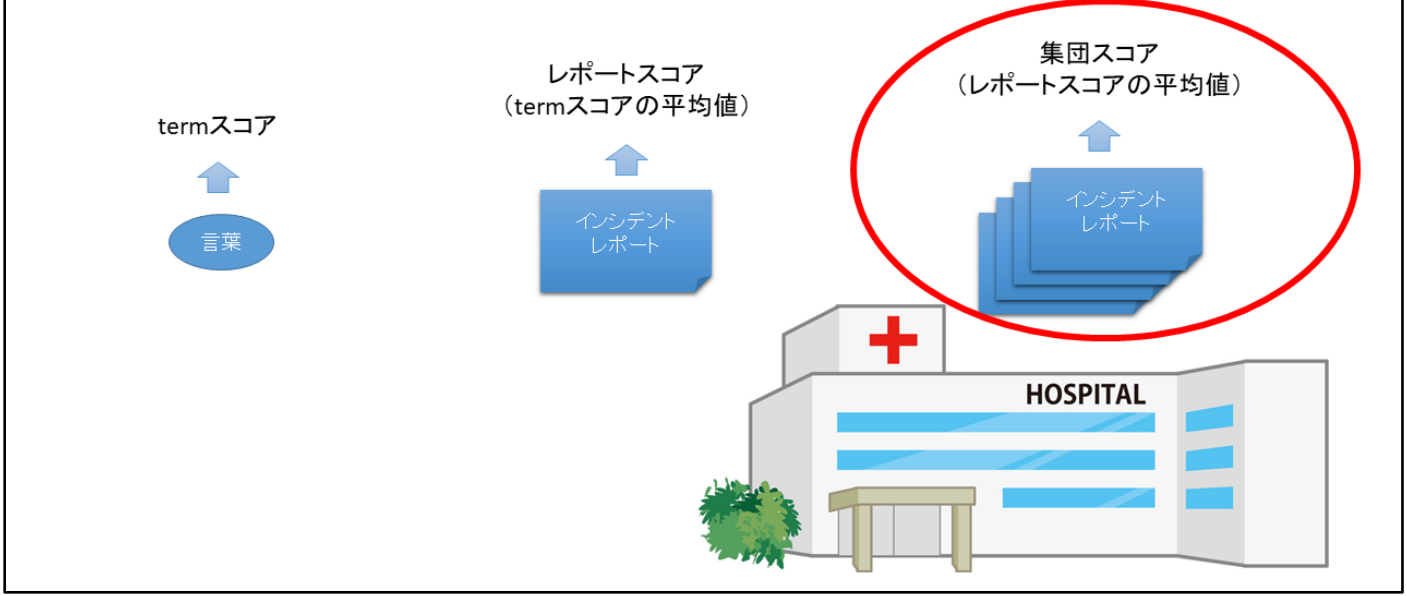


図 14

部署レポート割合と部署スコアの比較

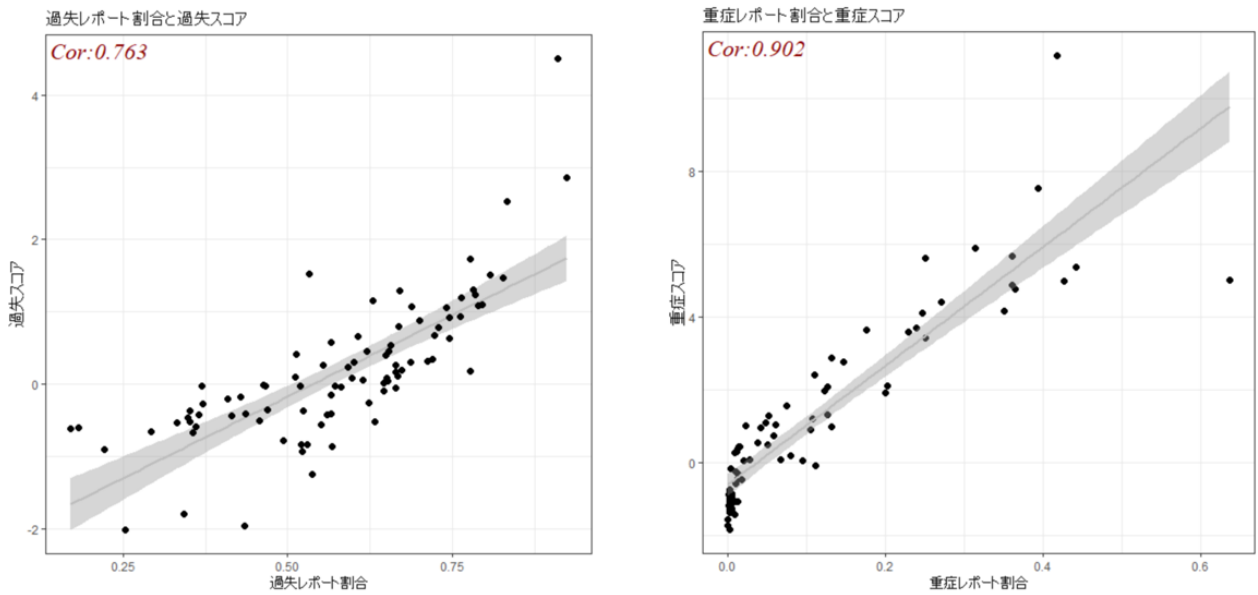


図 15

GRM判断を教師とした各スコア、各偏差の連関図

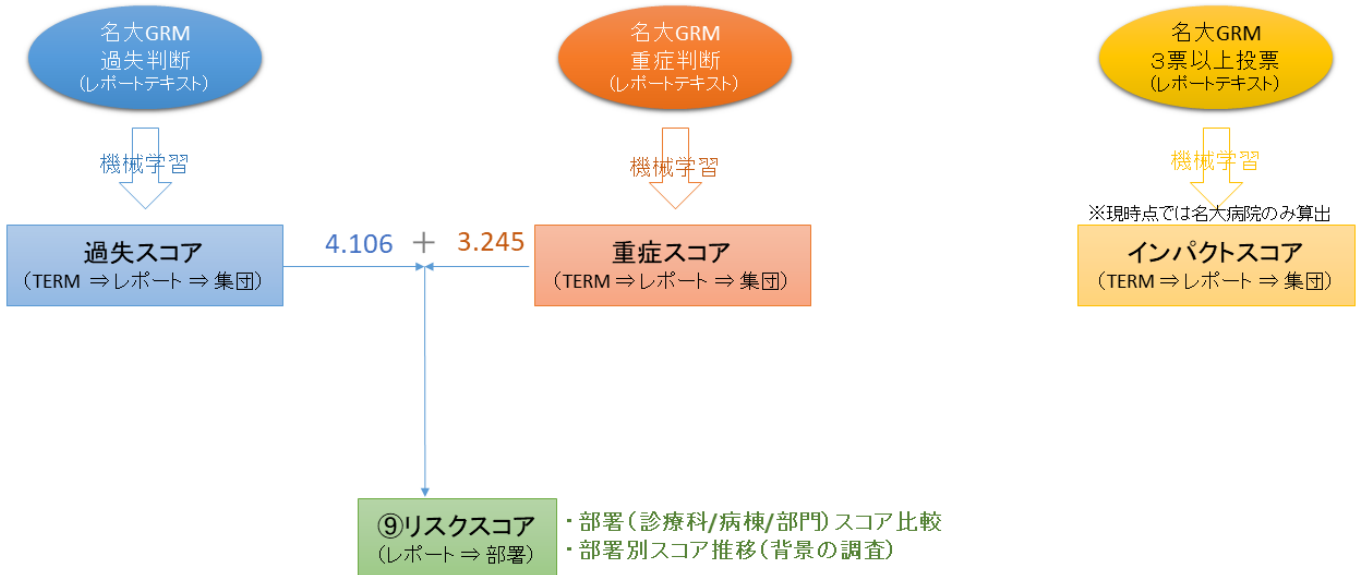


図 16

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)

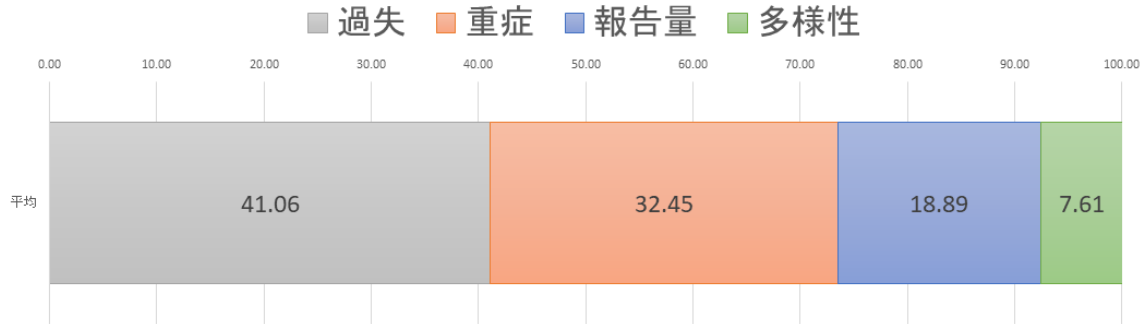
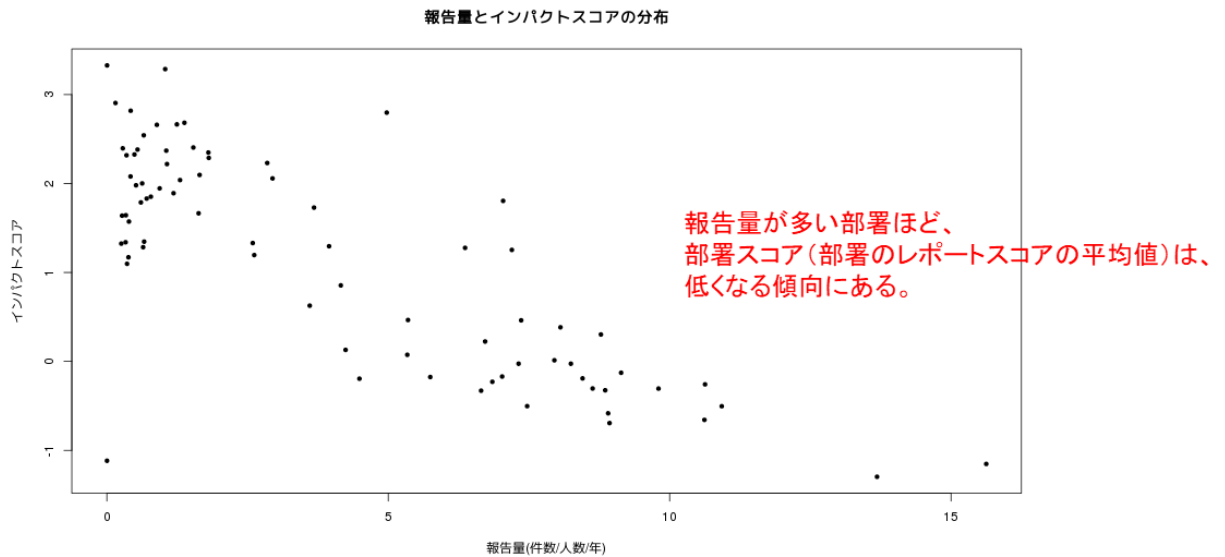


図 17

報告量とインパクトスコアの分布(名大病院)

77部署

(2015.5 - 2019.3、41,741レポート)



報告量が異なる部署、組織のスコアを比較するときは、報告量に応じた標準スコアとの差を比較する。

図 18

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

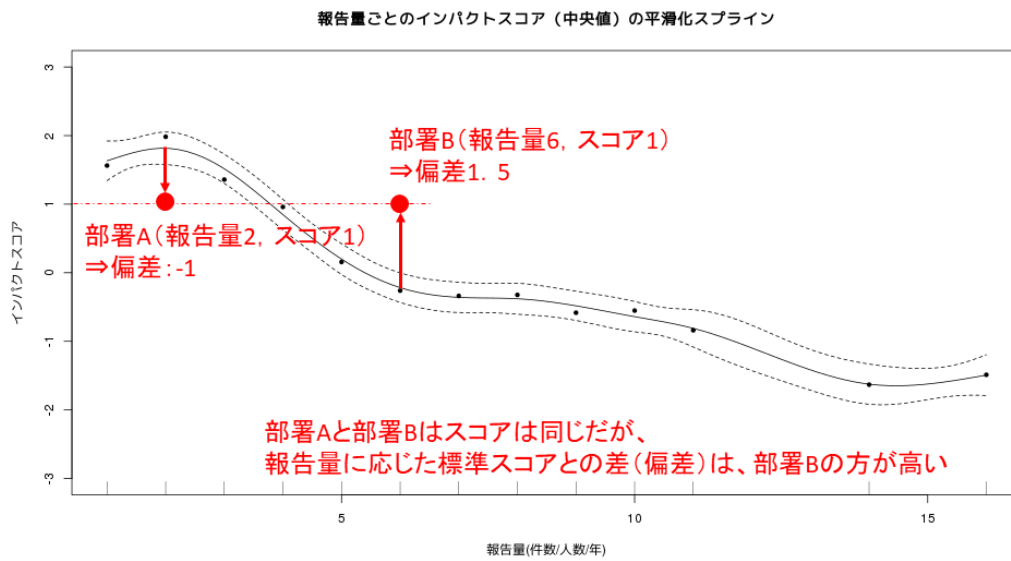


図 19

報告量と過失スコア中央値の平滑化スプライン 346部署(4施設)

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

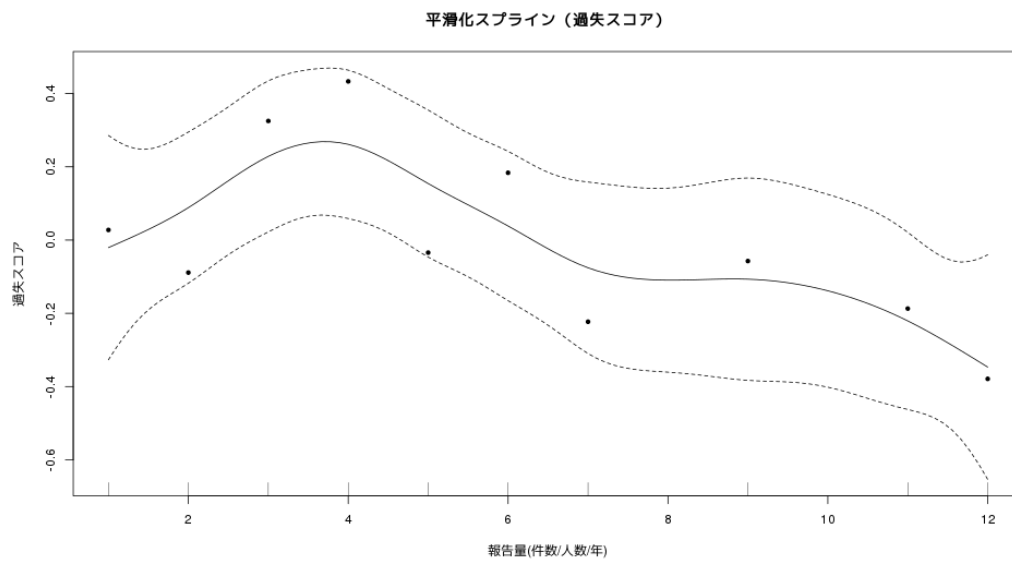


図 20

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

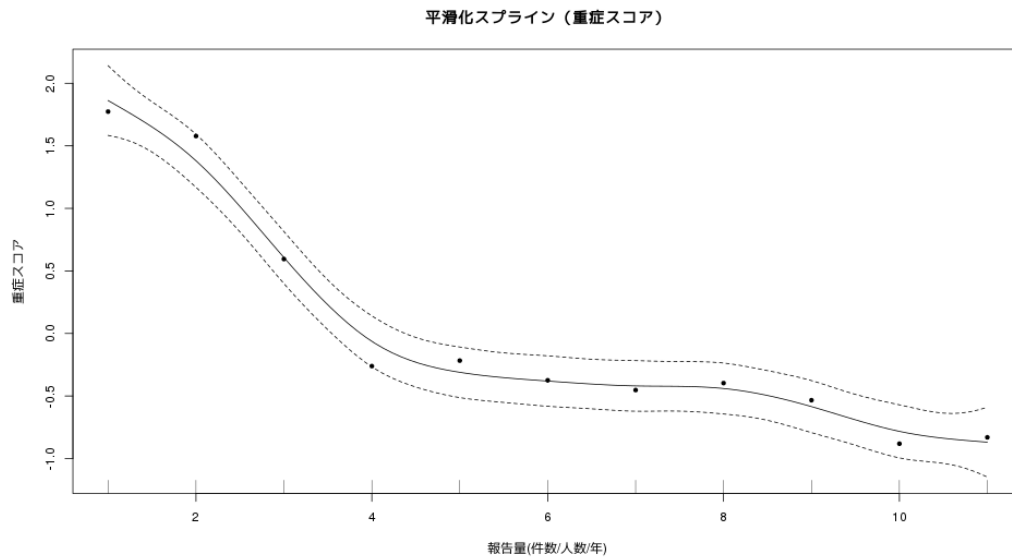


図 21

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

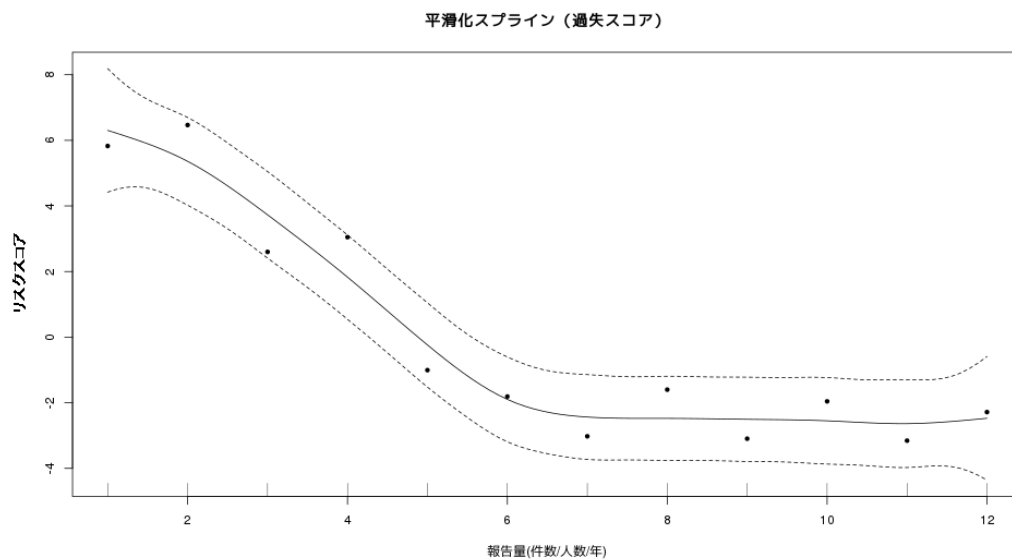


図 22

GRM判断を教師とした各スコア、各偏差の連関図

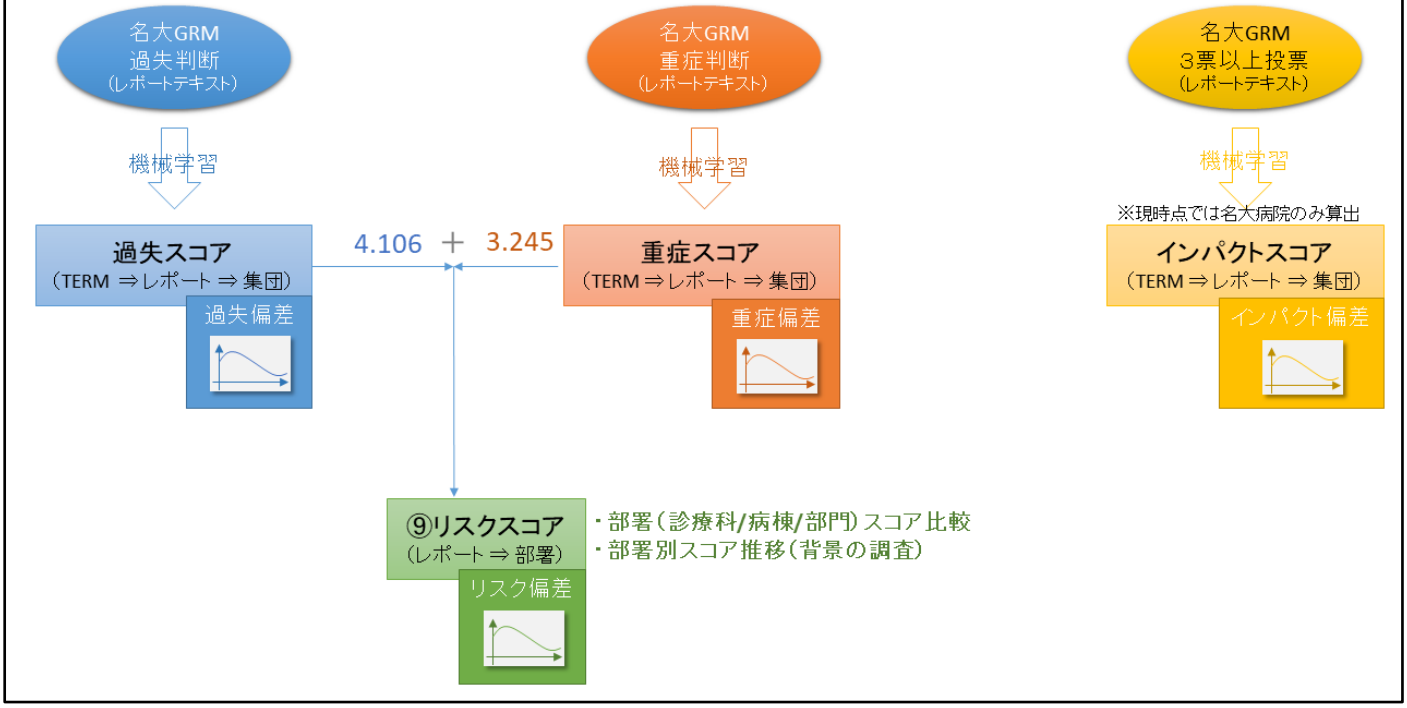


図 23

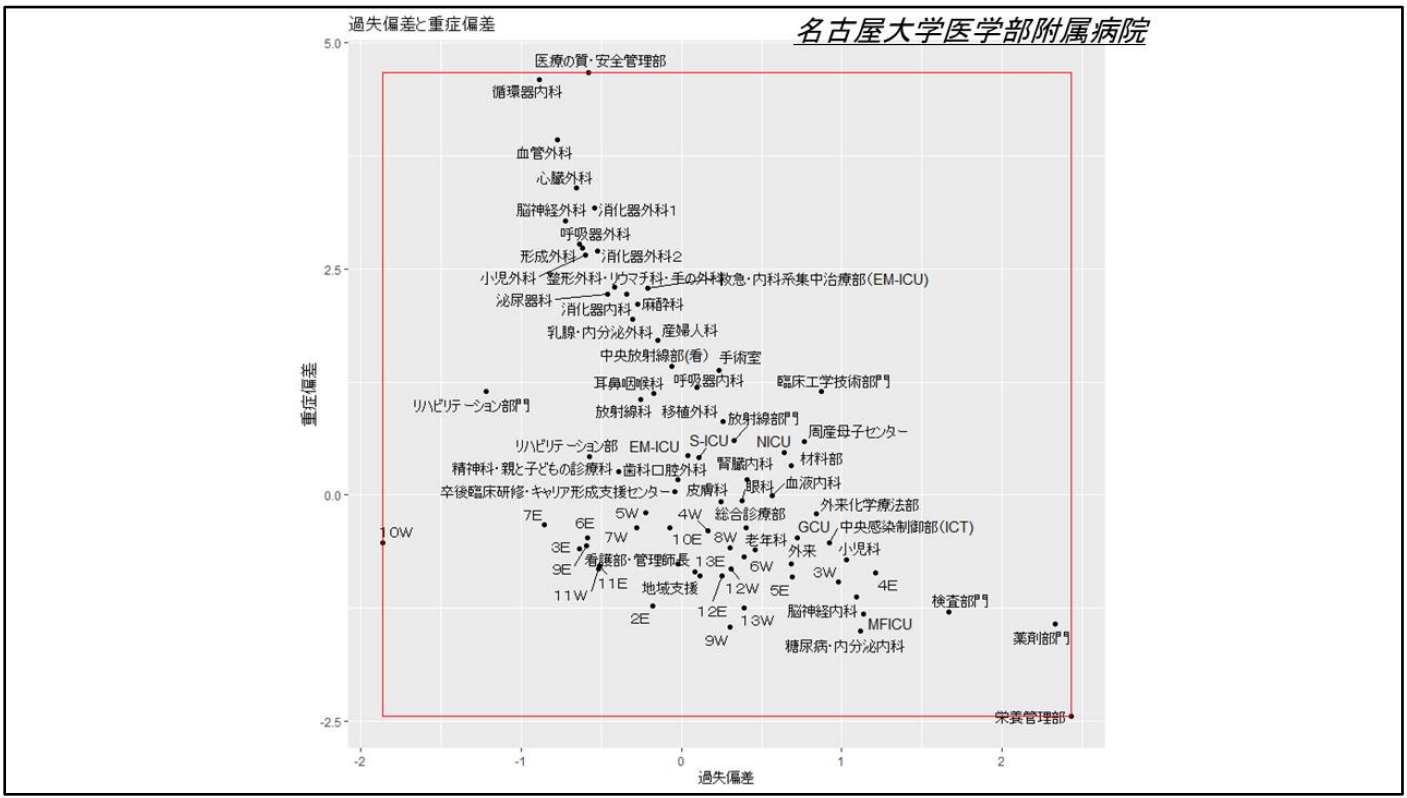


図 24

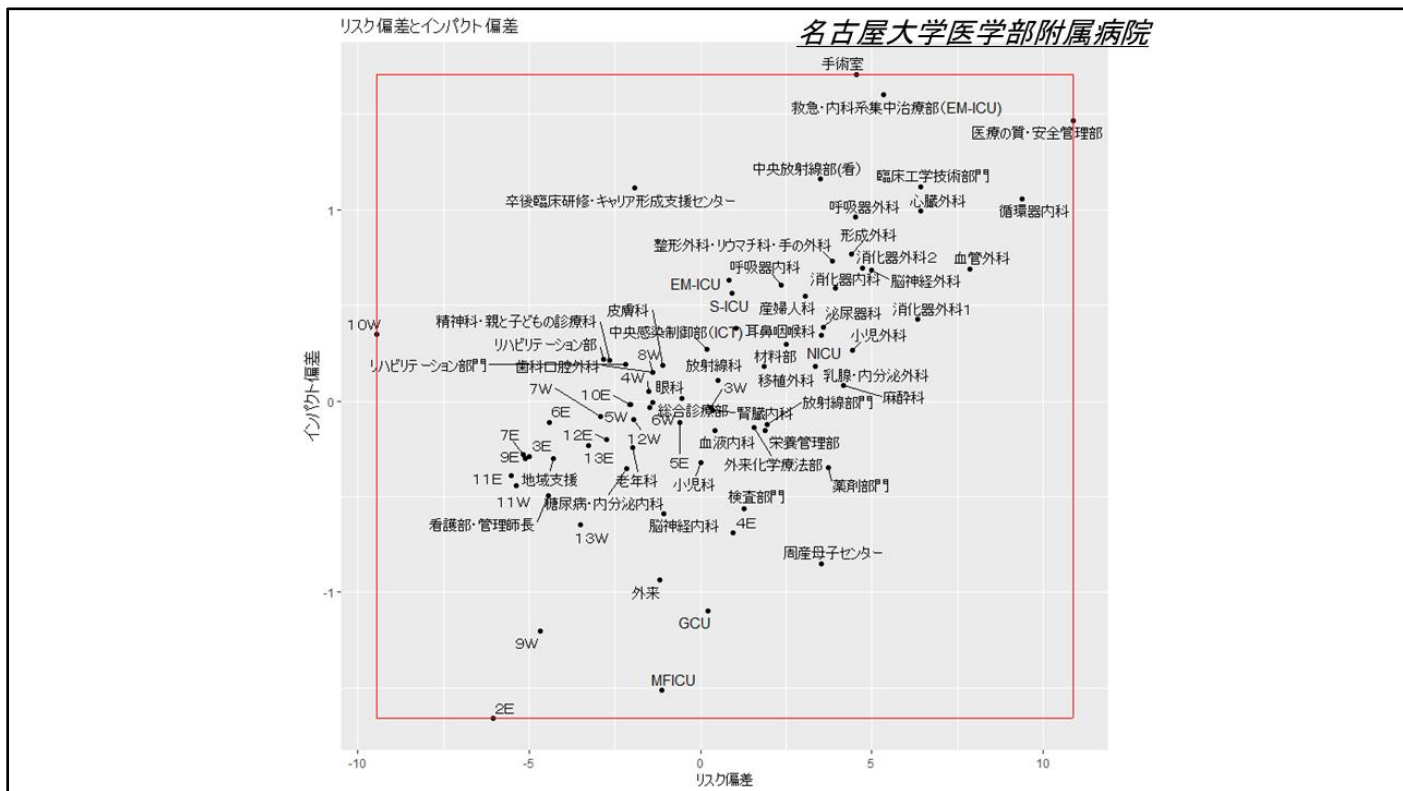


図 25

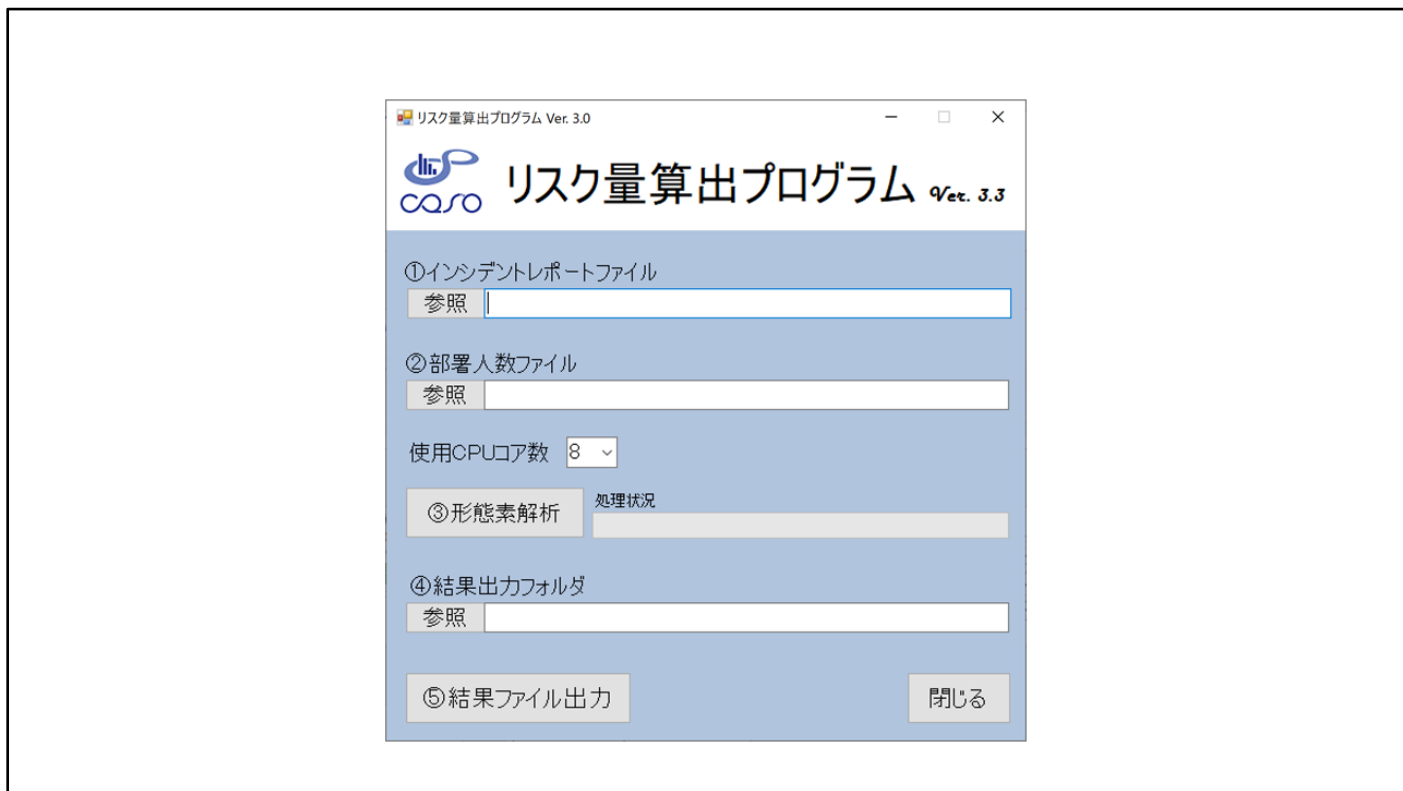
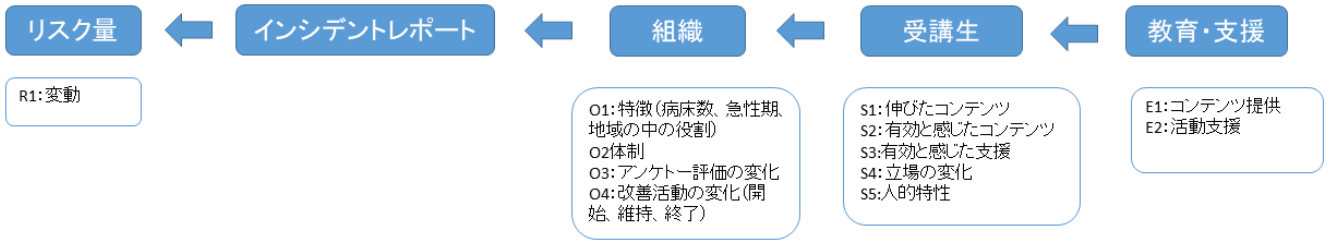


図 26

リスク量を変化させる因子の同定



・多変量解析(質的な重回帰分析(数量化I類)、コレスポンデンス分析)

目的変数 ↓

説明変数

受講生	R1	O1	O2	O3	O4	S1	S2	S3	S4	S5	E1	E2
CQSO1-1												
CQSO1-2												
CQSO1-3												
CQSO1-4												
CQSO1-5												

図 27

COVID-19影響化において有効な医療安全管理体制の明確化

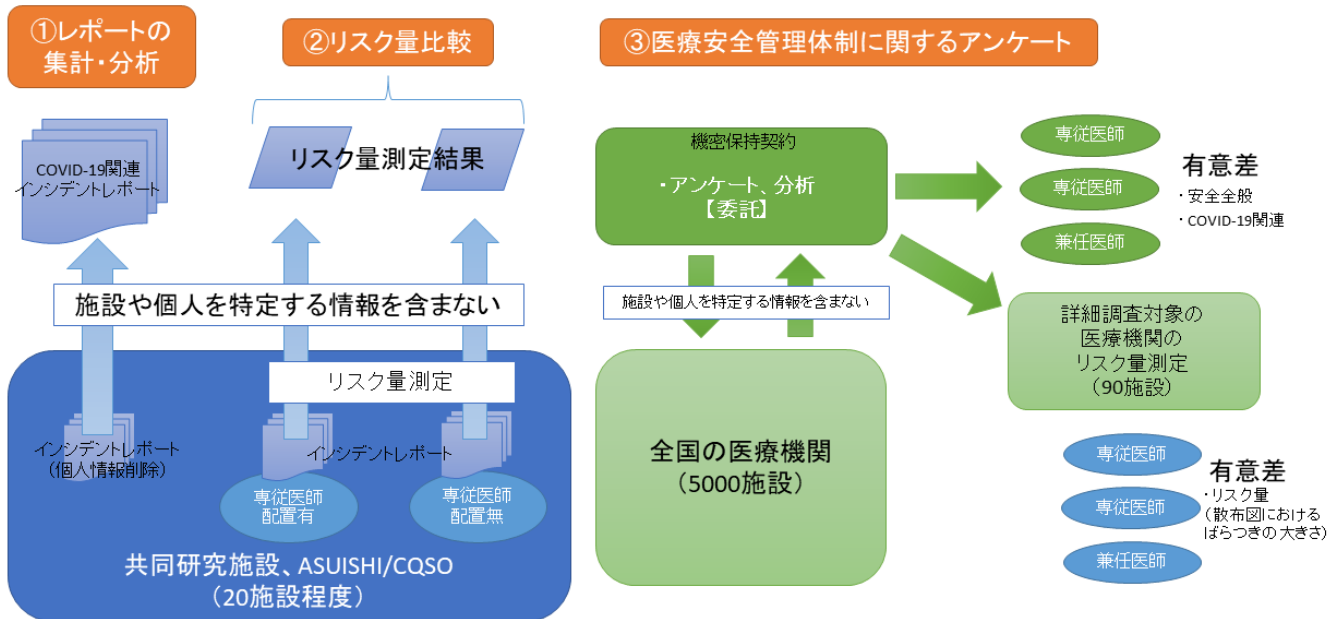


図 28

CQSOカリキュラム(150時間)第3期

カテゴリー	教科目	時間	総時間	担当	
基礎となる知識の修得	本研修が目指すもの	1	15.5	37	
	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			
	基本確認行動・国際患者安全目標・対策の基本	3			
	名大病院における患者安全推進活動とJCI (Joint Commission International)	1.5			
	クリニカル・ガバナンス(前半)～医療の規律と起立～	3			
	報告文化の活性化	2			
	インシデント・トリアージ	3			
日々の取り組み	医療過誤を鑑別する	4	17	37	
	リスク量測定	1			
	患者安全管理者の業務 患者安全推進部プレオ会議 準備	1			
	患者安全管理者の業務 患者安全推進部プレオ会議	3			
	患者安全管理者の業務 患者安全推進部コア会議	1			
	患者安全管理者の業務 患者安全推進委員会	1			
	患者安全管理者の業務 ベイシエントセーフティマネジャー全体会議	1			
	事故発生時の連携	3			
	オープンディスクロージャー	1			
	重大死亡事故発生時における医療事故該当性の判断	2			
有事の取り組み	標準的医療事故調査手法の修得	1	26.5	36	
	医療事故調査の標準化に向けて	1			
	事例を重要な診療場面に分ける	1			
	ヒアリング手法	1			
	ヒアリング内容の抽出と実演	5			
	事実経緯の整理・同定	1			
	同定結果から事実経緯の評価	1			
	事故事例の紹介	1			
	再発防止策の提案	1			
	患者説明・社会との共有	3			
指導対応課題発表	2.5				
即時の取り組み【1】 改善のための連携・分析	患者の権利の確保～インフォームド・コンセント～	2	37	37	
	患者安全ラウンド・監査	3			
	FMEA(Failure Mode and Effect Analysis) 手帳	4			
	RCA(Root Cause Analysis) 手帳	6			
	MR(Mortality & Morbidity)カンファレンス運営	3			
	医薬品安全管理者との連携	2			
	医療機器安全管理者との連携	1			
	中核教育プログラム責任者との連携	2			
	医療従事者との連携	1			
	メーカーとの連携	1			
即時の取り組み【2】 標準化と高品質	患者安全に関する外部連携の活用	2	36	36	
	院内教育・患者早期発見体制の構築	1.5			
	施設安全の重要性	2			
	院内の安全教育制度	2			
	チームステップ【アドバンスコース】研修	1.5			
	組織とインシデント検討【個別対応事例防止策WFO・リハビリシナジー検討会】	3			
	高品質医療	6			
	トヨタ製図法(Total Quality Management)	1.5			
	高品質標準の構築【理論・実践】	6			
	問題解決実践コース	1			
問題解決実践：チーム運営【第1回】	1				
問題解決実践：認知地図【第2回】	1				
問題解決実践：原因分析【第3回】	1				
問題解決実践：中間発表【第4回】	1				
問題解決実践：中間発表 Feedback【第5回】	1				
OS(Quality Indicator)とQI(改善)	2				
質向上戦略の構築	2				
クリニカルQIによる質向上	2				
周辺業務の連携	法的リスクの解決	2	9.5	9.5	
	訴訟解決との連携～アウトブレイクを中心に～	3			
	医療現場における患者の権利行動	1.5			
規範的・系統的知識の修得	患者と医療者・関係者間の連携	3	9.5	9.5	
	組織エラーの発生	2			
	クリニカル・ガバナンス【実践】～国際医療者への対応～	2.5			
院内労働士の活動	2				
フリーディスカッションと振り返り	3				
				総研修時間	150

図 29

講師一覧 第3期

講師氏名	所属 / 職位	担当科目
藤原 昌也	本研修が目指すもの	
藤原 昌也	医療の高度化、複雑化とエラー発生	
藤原 昌也	報告文化の活性化	
藤原 昌也	インシデント・トリアージの考え方	
藤原 昌也	患者安全管理者の業務 患者安全推進部プレオ会議準備・実習	
藤原 昌也	リスク量測定	
藤原 昌也	患者安全管理者の業務 患者安全推進部プレオ会議	
藤原 昌也	医療過誤を鑑別する	
藤原 昌也	事故発生時の連携	
藤原 昌也	重大死亡事故発生時における医療事故該当性の判断	
藤原 昌也	標準的医療事故調査手法の修得	
藤原 昌也	患者説明・社会との共有	
藤原 昌也	患者安全管理者の業務 患者安全推進部コア会議	
藤原 昌也	患者安全管理者の業務 患者安全推進委員会	
藤原 昌也	患者安全管理者の業務 ベイシエントセーフティマネジャー全体会議	
藤原 昌也	患者安全ラウンド・監査	
藤原 昌也	クリニカル・ガバナンス～医療の規律と起立～	
藤原 昌也	有事対応課題発表	
藤原 昌也	医療現場における患者の権利行動	
藤原 昌也	クリニカル・ガバナンス～国際医療者への対応	
藤原 昌也	フリーディスカッションと振り返り	
藤原 昌也	名大病院における患者安全推進活動とJCI	
藤原 昌也	MRカンファレンス運営	
藤原 昌也	院内の安全教育体制	
藤原 昌也	チームステップ【アドバンスコース】研修	
藤原 昌也	患者安全に関する外部連携の活用	
藤原 昌也	医療過誤を鑑別する	
藤原 昌也	重大死亡事故発生時における医療事故該当性の判断	
藤原 昌也	オープンディスクロージャー	
藤原 昌也	患者の権利の確保～インフォームド・コンセント～	
藤原 昌也	院内労働士の活動	
藤原 昌也	名大病院における患者安全推進活動とJCI	
藤原 昌也	高品質標準の構築【理論・実践】	
藤原 昌也	基本確認行動・国際患者安全目標・対策の基本	
藤原 昌也	医薬品安全管理者との連携	
藤原 昌也	リスク量測定	
藤原 昌也	高品質標準の構築【実践】	
藤原 昌也	感傷的解決との連携～アウトブレイクを中心に～	
藤原 昌也	医療機器安全管理者の業務	
藤原 昌也	施設安全の重要性	
藤原 昌也	医療現場における患者の権利行動	
藤原 昌也	患者と医療者・関係者間の連携	
藤原 昌也	組織エラーの発生	
藤原 昌也	クリニカル・ガバナンス【実践】～国際医療者への対応～	
藤原 昌也	院内労働士の活動	
藤原 昌也	フリーディスカッションと振り返り	


図 30

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3.3版

最高質安全責任者 CQSOプロジェクト

Chief Quality & patient Safety Officer



医療におけるリスク量を低減する

Reduce the Risk, for Patient Safety.

名古屋大学医学部附属病院

支援企業・団体
トヨタ自動車(株) テルモ(株) メスキュード医療安全基金
コニカミノルタジャパン(株) (株)ジェイ・エム・エス
カーディナルヘルス(株) 難産名古屋(株) 他

最高質安全責任者CQSOプロジェクトとは

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、医療の信頼を損ね、不要な医療費の原因にもなります。医療現場のリスクを減らし、患者の安全を確保するには、次の2つの能力を有する医療人材の育成と支援が不可欠です。

- 1 透明性、客観性、高い倫理性をもって、患者中心の観点で、的確な課題に正面から取り組みることのできる、真摯な医師人
- 2 目標を達成するための指標を考案出し、科学的に根拠を構築でき、そのプロセスを周囲に納得させ、実践させられる医師人

本プロジェクトでは、①「CQSO養成事業」において、上記2つの能力を有する医療人材(CQSO)の養成を目指します。さらに、②「CQSO支援事業」において、全国のCQSOの連携をサポートし、医療全体のリスク量低減に貢献します。※リスク量の測定にはA.I.技術を用います。

「最高質安全責任者CQSOプロジェクト」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
最高質安全責任者 CQSOプロジェクト統括責任者
長尾 聡雅

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プロジェクト」を展開しています。運営に際し、御指導、御尽力を頂いております。心より感謝申し上げます。

私達は2014~2018年度にかけ、トヨタ自動車とタイアップし、文部科学省支援事業の一環として「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ASUSHI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コンセプトの下、5年間で89名の修了生(ASUSHI)を全国に輩出し、国内外から高い評価をいただきました。これをもとに発展させたのが本プロジェクトです。トレーニングプログラムをブラッシュアップし、多岐展開、150時間研修としてリニューアルしました。本プロジェクトの最大の特長は、修了生(CQSO)が、「高質な医療現場のリスクを低減し、支那に患者の安全を確保できるかどうか」に重きを置いている点です。リスク量の測定にはA.I.技術を用います。現在国内で17名のCQSOが活躍しています。「最高質」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しています。また、長期に亘るバックアップ、学術支援、ASUSHIとの交流なども計画されています。志高き、素晴らしい皆様との出会いを心待ちにしております。



募集期間 毎年5月1日~6月30日

受講資格 医師・歯科医師
(所属機関の推薦を要していること)

募集料 110万円(税込)~150万円

募集人数 10~20名程度

開講 毎年9月17日「世界患者安全の日」を目標に開講

9月から翌年3月までの
7カール(1カール企業ご当選)

6月に成果
報告会

※受講料・修業料・修業生人数・修業期間は変更になることがあります



図 31

A CQSO養成事業

150時間、8ヶ月間に亘る研修を行います

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

- 1 患者安全に関する基礎知識を修得し、インシデント報告のトリアージなど、日々の業務を管理することができる。
- 2 事故発生時の対応など、有事業務に成果を上げることができる。
- 3 品質管理手法を用いて、平時の改善活動に成果を上げることができる。
- 4 患者安全に関する周辺業務、挑戦的・新規的知識を修得する。
- 5 医療機関のリスク量を低減し、実際に患者の安全を確保できる。

研修の特長

- トヨタO.B.が問題解決手法を直接指導
- ワークショップ、ディスカッション、OJT(On-the-Job Training)が中心の参加型研修
- JCI(Joint Commission International)認定病院の現場を体験しながら実務を修得
- 「医療安全対策加算」に対応した資格認定
- A.I.技術を用いて、病院のリスク量を測定

CQSO養成カリキュラムイメージ

患者安全活動のループ

有事

平時

基礎となる知識の修得 | 周辺業務の理解 | 挑戦的・新規的知識の修得

平成27-28年度厚生労働省科学研究費補助金 医療安全分野への医師の関与と医療安全増進に関する研究より

B CQSO支援事業

全国で活躍するCQSOを継続的にサポートします

CQSOは重要な任務を担い、それは白衣を脱ぐまで続きます。全国のCQSOが高い能力を発揮できるよう下図のようなネットワークを構築し、支援します。

CQSO支援事業による継続的サポート



CQSO同士の相互支援や情報交換、ベストプラクティスの共有、有事・平時活動支援、研究会の開催など、CQSOの切磋琢磨と連携のための事業を展開します。

★2022年3月現在、国内で17名のCQSOが活動しています。

将来的には

CQSOの所属する医療機関のリスク量の変化を測定し、ベンチマークしていきます。長期に亘って、医療におけるリスク量の低減を目指します。



問い合わせ

名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部
〒466-8560 愛知県名古屋市中区区役所55番地
TEL: 052-744-2609
E-mail: hrcjcm@med.nagoya-u.ac.jp
http://www.iroyoanzen.med.nagoya-u.ac.jp/cqso/



名古屋大学 医学系研究科 CQCA 名古屋大学 医学系研究科 2022.3.31 発行

図 32

講義風景(COVID-19影響下でもWebで実施)



図 33

CQSO第2期生修了式(2021年5月23日)



図 34

CQSO第3期生開講式(2021年9月14日)



図 35

問題解決テーマ(第2期生)

受講生名	テーマ名
大澤晋	点滴漏れインシデントレベル3以上をゼロにする-早期発見を目指して-
柴田康之	予定手術における手術室在室時間延長のゼロ化～手術室医療者の労働時間適性化による患者安全の向上～
永淵弘之	ICUにおけるカルバペネム耐性腸内細菌(CRE)感染の水平伝播をゼロにする
西平淳子	CVポートカテーテル断裂の撲滅を目指す
西山暁	歯科治療時における軟組織損傷をゼロにする
東秀隆	人工関節置換術術後感染のゼロ化
深谷昌秀	標準的な食道癌の手術時間(胸腔鏡下食道亜全摘3領域リンパ節郭清胃管再建)を8時間以内にする
牧野光恭	持参薬がトリガーとなる投薬ミスを撲滅する～指示の標準化を起点として～
山上啓子	生体情報アラーム見逃しによる入院患者急変事例の撲滅

図 36

問題解決テーマ(第3期生)

受講生名	テーマ名
植田瑛子	予期されていた重大な治療合併症の看過による患者重症化をゼロにする
上松東宏	画像診断で発見された異常の対応遅れのゼロ化
岡田禎人	造影CTにおけるアレルギー関連のインシデントを撲滅する
神谷浩行	術前休薬漏れによる予定手術の遅延等の防止
鈴木俊裕	入院患者の転倒転落による重症有害事象(3以上)をなくす
武田雄二	経鼻胃管の予定外自己抜去をゼロにする
角田伸行	化学療法中の想定外の不本意な死亡を減らす
林克巳	転倒転落数の減少と影響度の大きい事例をゼロにする
村中裕之	救急外来での内服薬情報漏れによる手術アクシデントの撲滅

図 37

到達度(ルーブリック)評価 第2期

ルーブリック到達度評価(前後ヒストグラム比較)

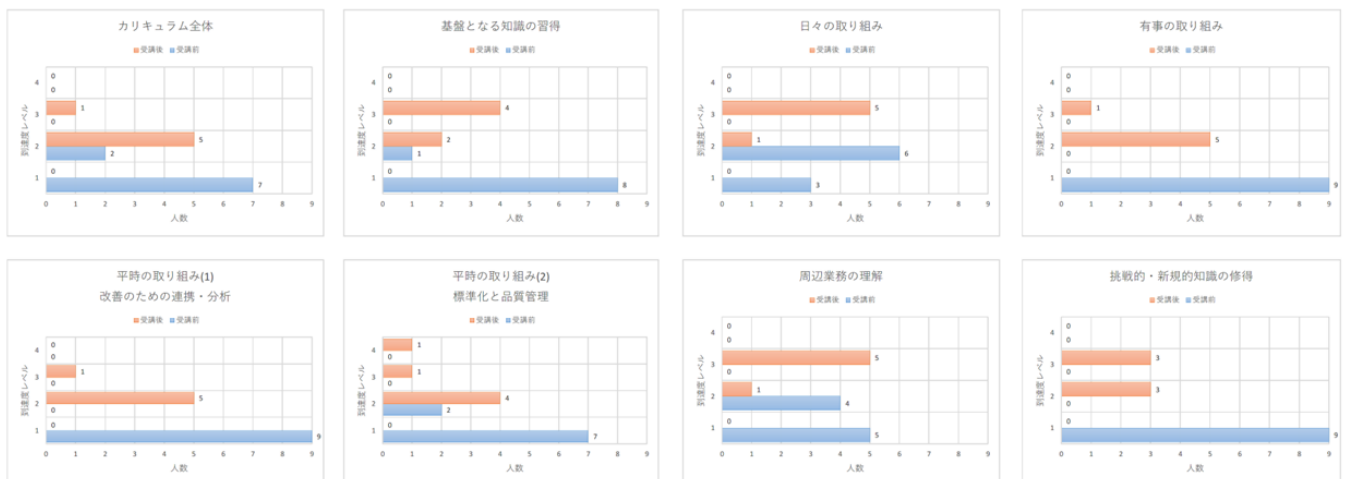


図 38

授業ごとアンケートVASスケール評価 第2期

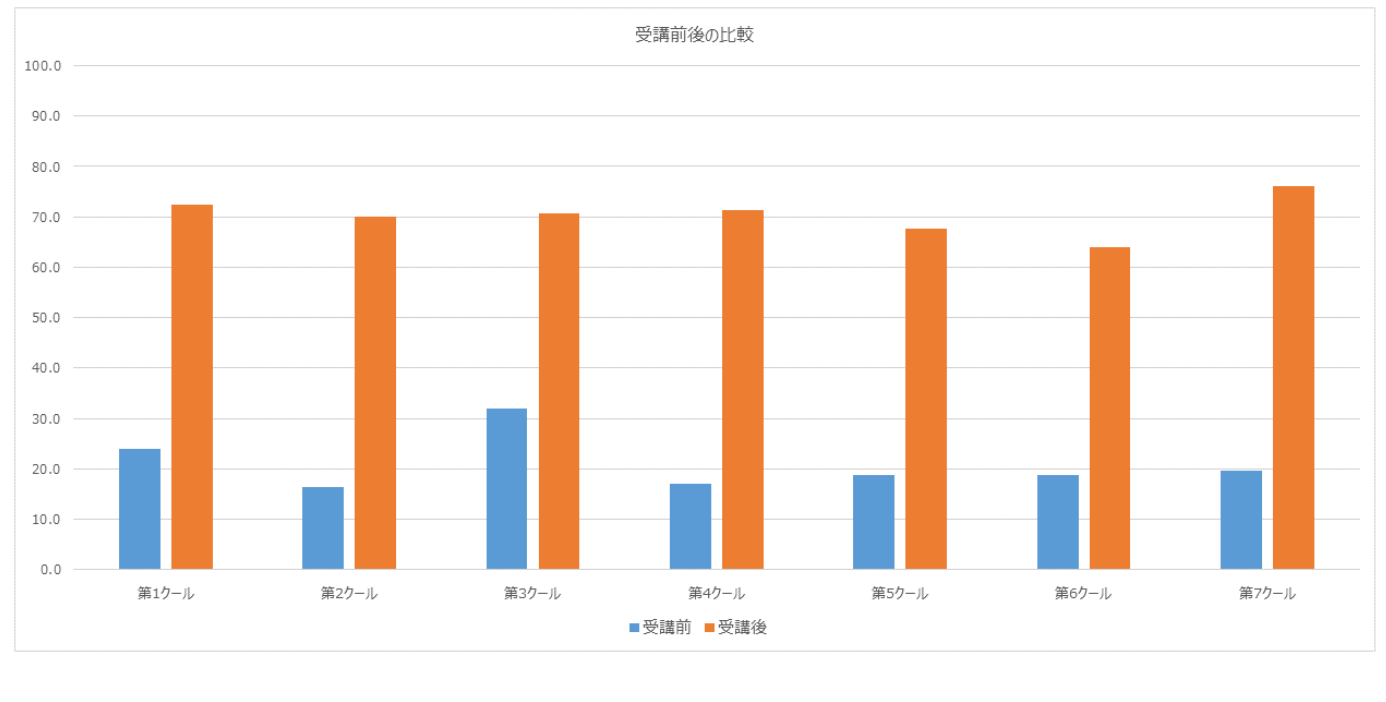


図 39

授業ごとアンケートVASスケール評価 第3期

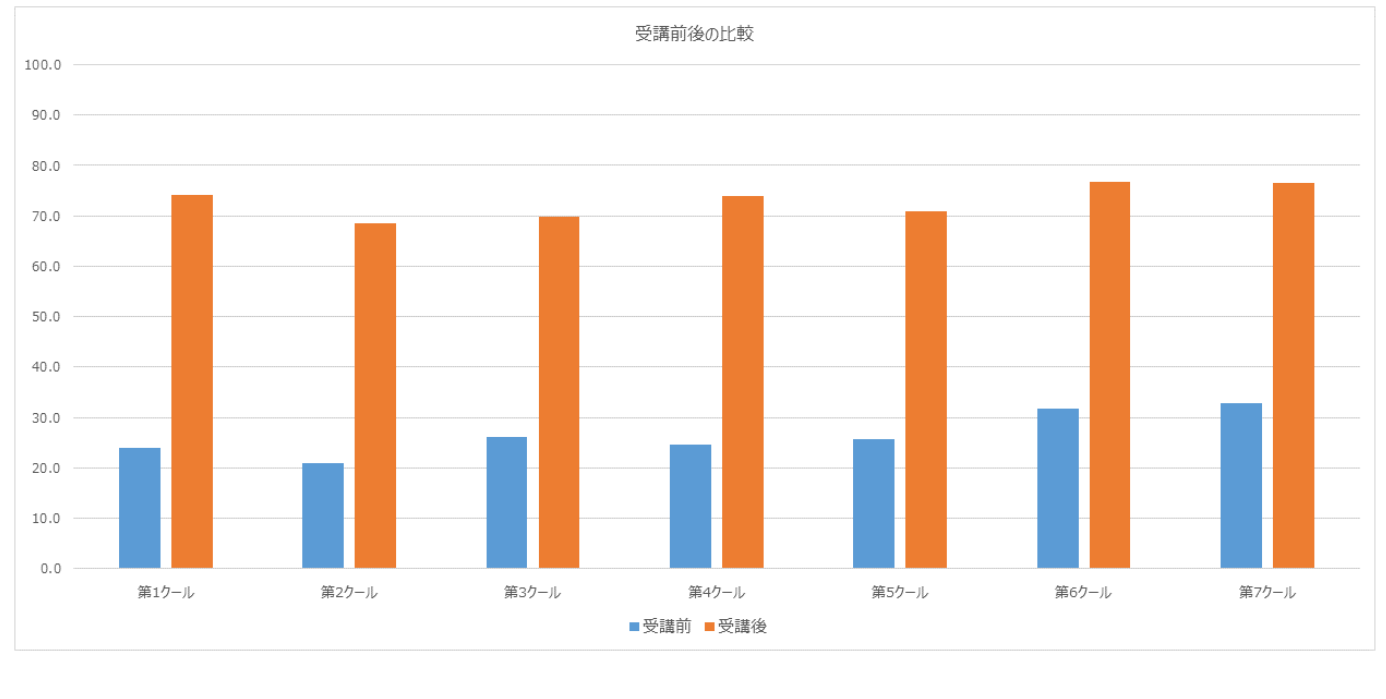


図 40