

II. 参考資料

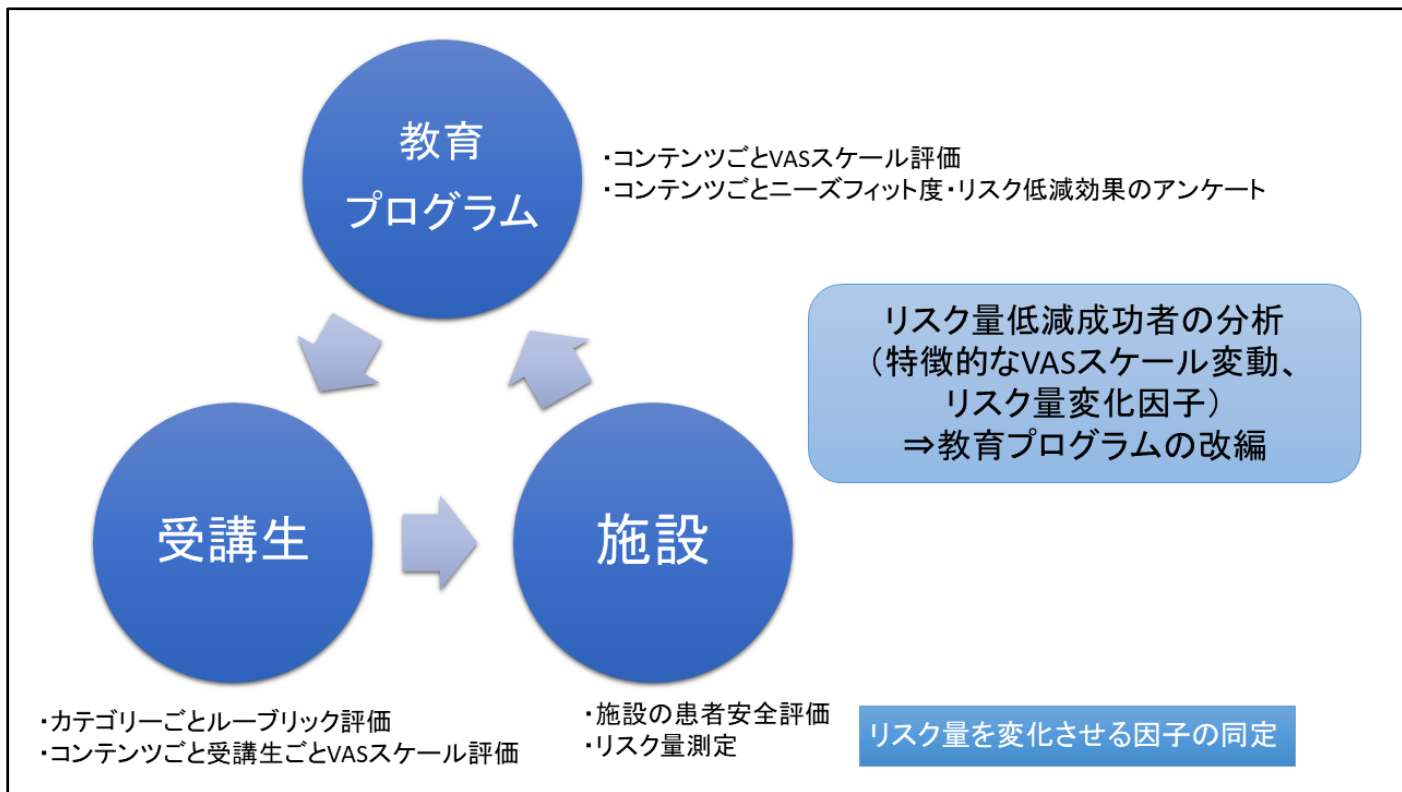


図 1

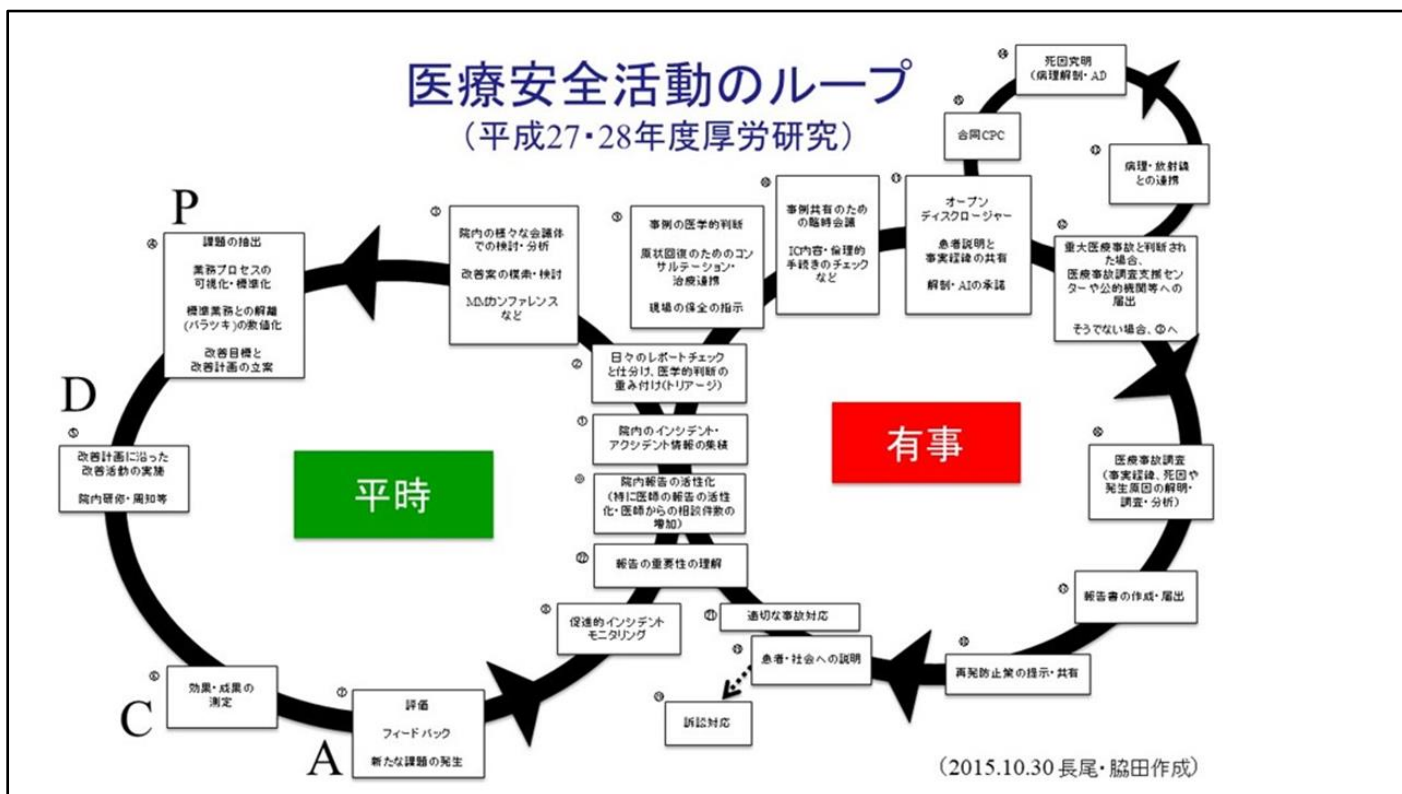


図 2

# 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、患者安全に関する全般的な法制度、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、患者安全に関する全般的な法制度、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。
3) 誤り防止の要素	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、医療過誤選別、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、正確な医療過誤選別、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、正確な医療過誤選別、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・チーム内の連携を有し、患者への対応を適切に行うことができる。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、組織内の連携を有し、患者への対応を適切に行うことができる。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。医療界全体の連携を有し、標準手法を用いて、その原因と背景要因を突き止め、報告書を作成するとともに、広く患者に貢献できる再発防止策の提言ができる。事故原因と対策について、医療界を代表して国民への説明責任を果たすことができる。</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、部分的に地域がある。当院部門、院内の薬剤安全、医療情報の担当者との連携、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、部分的に地域がある。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、分析手法を地域で共有し、MILカンファレンスで活用することができ、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、部分的に地域がある。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、分析手法を地域で共有し、MILカンファレンスで活用することができ、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、部分的に地域がある。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、分析手法を地域で共有し、MILカンファレンスで活用することができ、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、部分的に地域がある。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PDAサイクル、品質管理の概念、具体的な手順、Q1について、部分的に地域がある。</p>	<p>品質管理で確立されたPDAサイクル、品質管理の概念、具体的な手順、Q1について、アウトカムを説明しており、問題解決のステップを説明することができる。</p>	<p>品質管理で確立されたPDAサイクル、品質管理の概念、具体的な手順、Q1について、金庫を十分に活用しており、問題解決のステップを説明することができる。</p>	<p>品質管理で確立されたPDAサイクル、品質管理の概念、具体的な手順、Q1について、金庫を十分に活用しており、問題解決のステップを説明することができる。</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て、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)

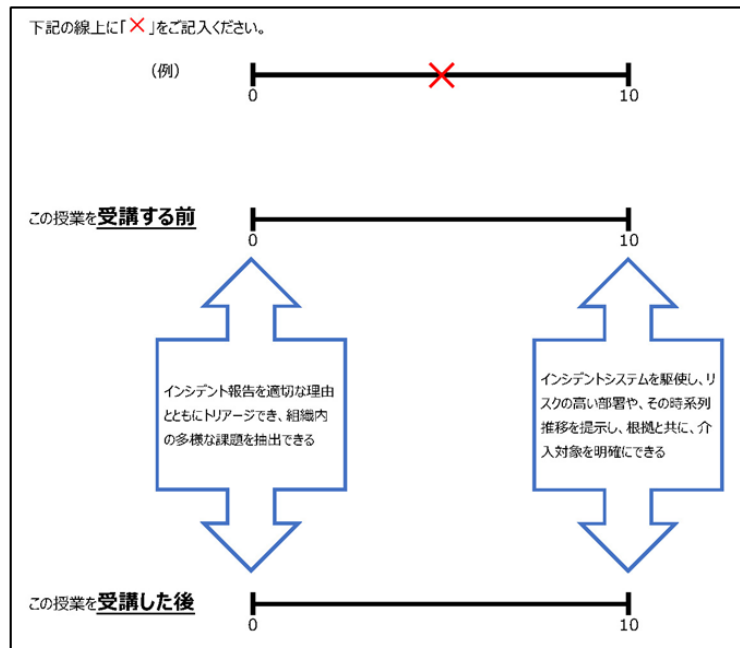


図 8

# 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

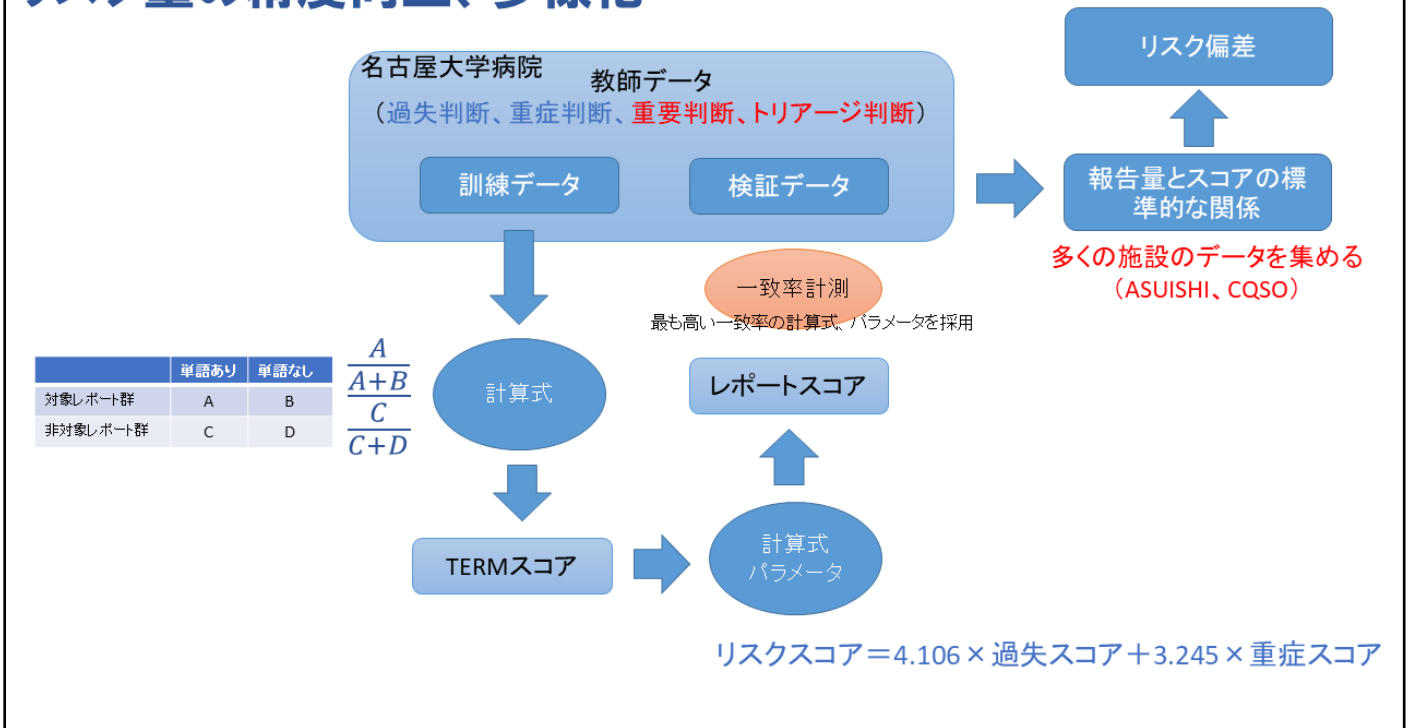


図 11

# 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)

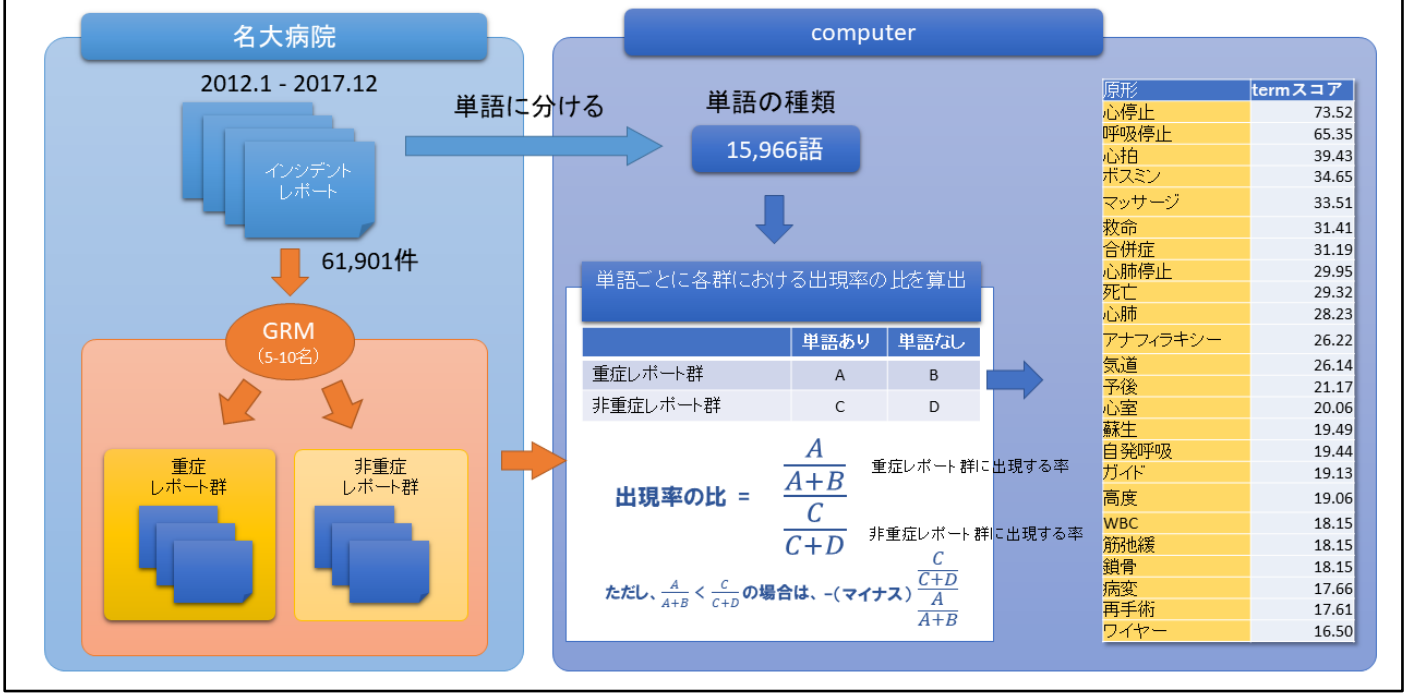


図 13

# 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。

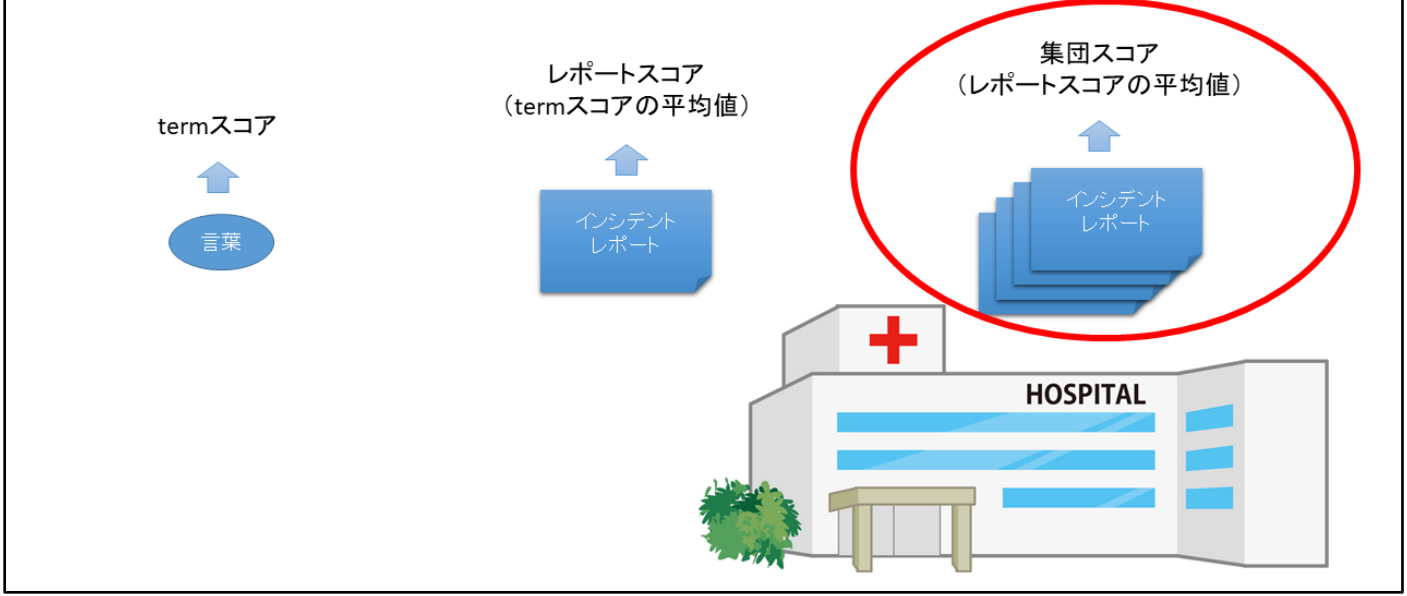


図 14

## 部署レポート割合と部署スコアの比較

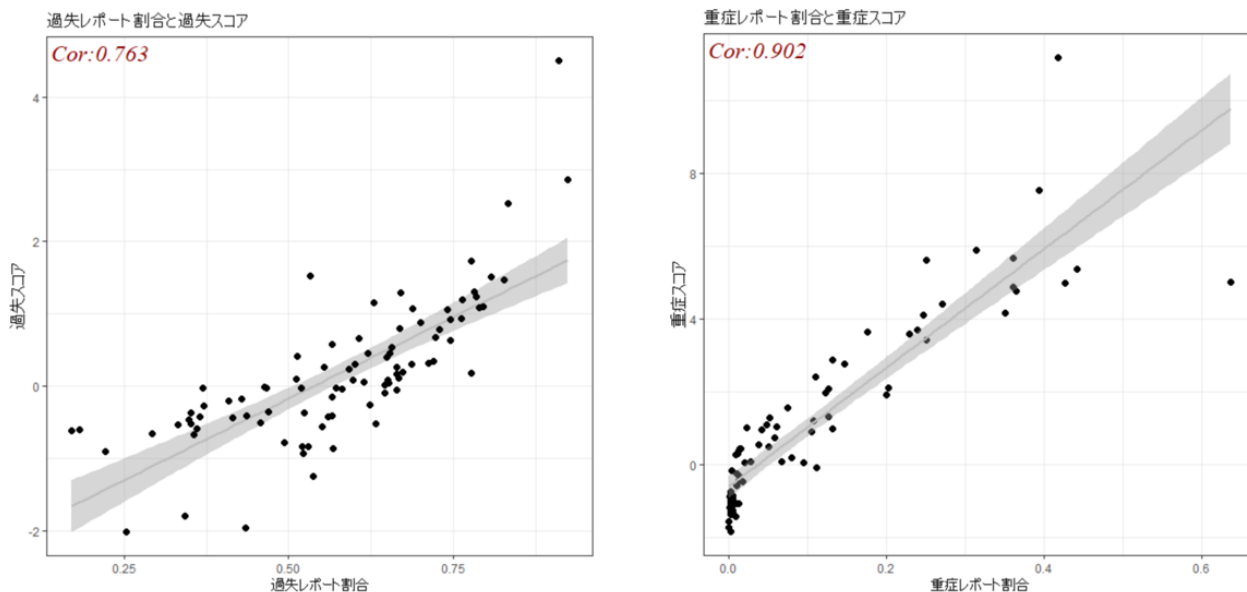


図 15

## GRM判断を教師とした各スコア、各偏差の連関図

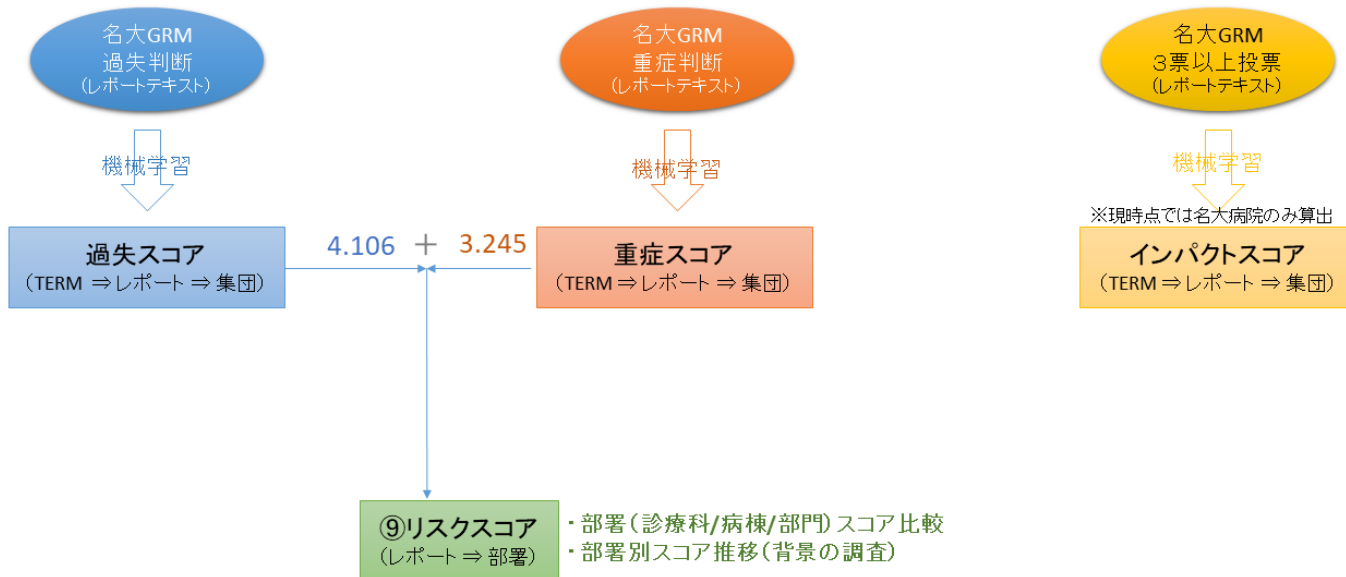


図 16



# 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)

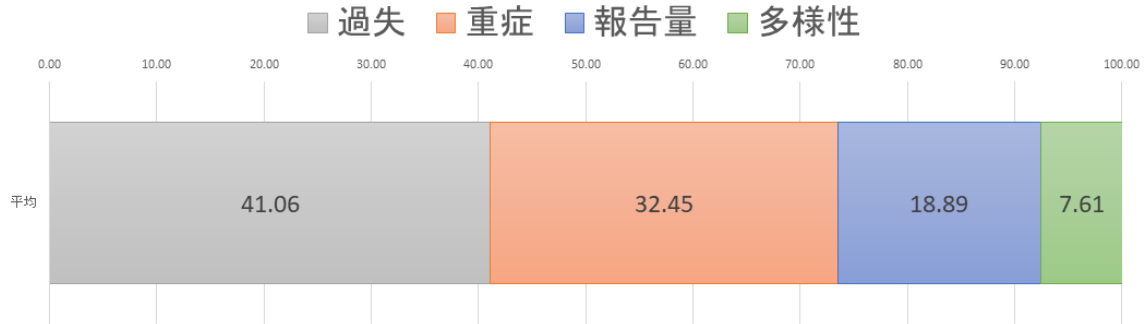
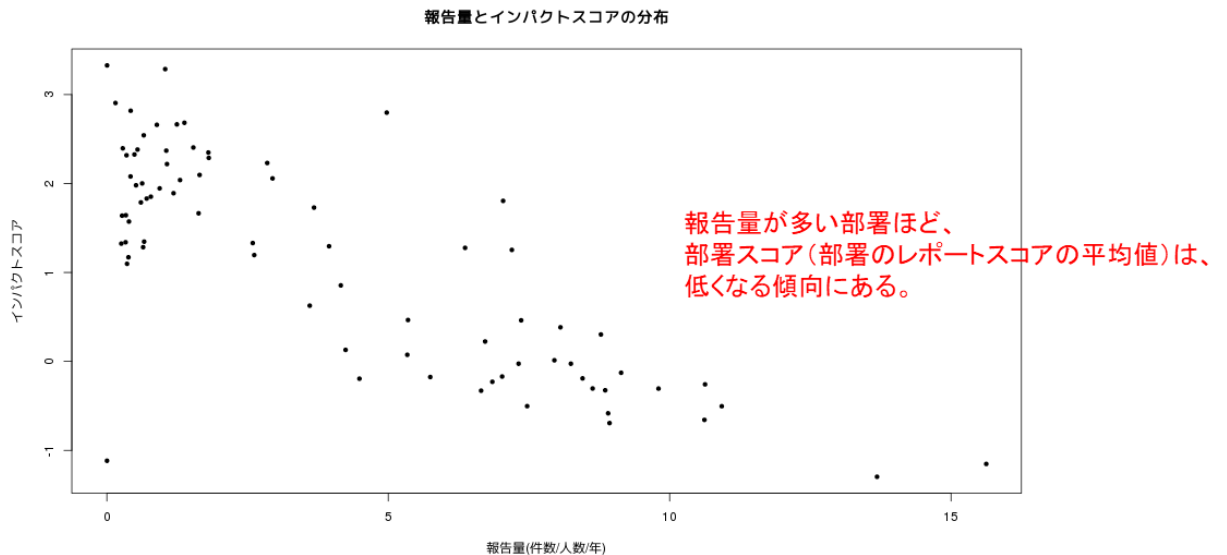


図 17

## 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

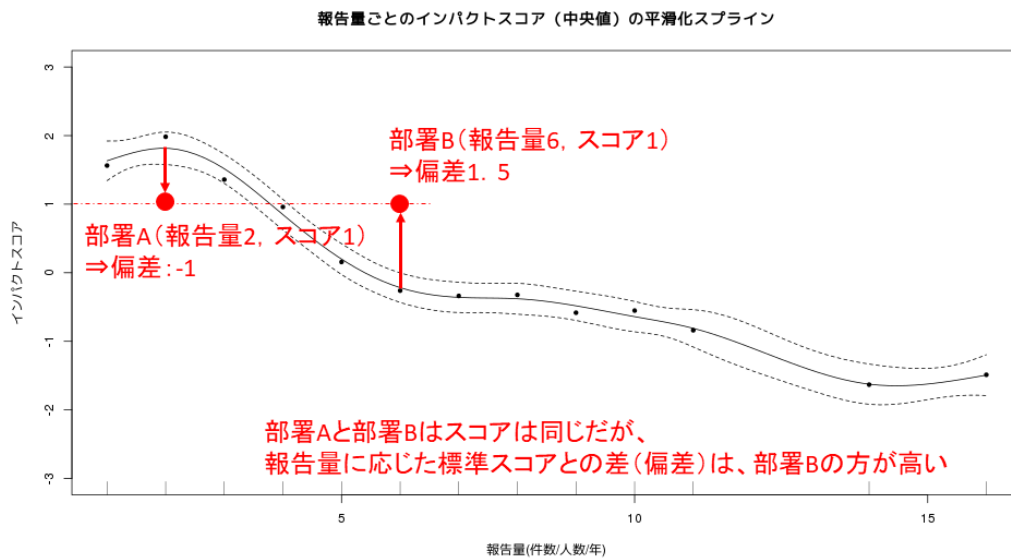


図 19

## 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

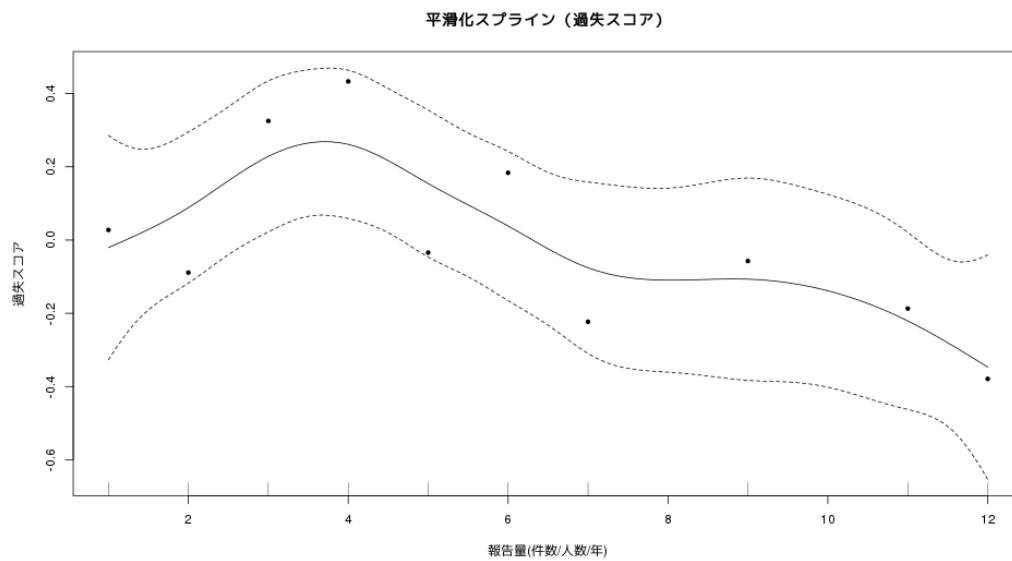


図 20

## 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

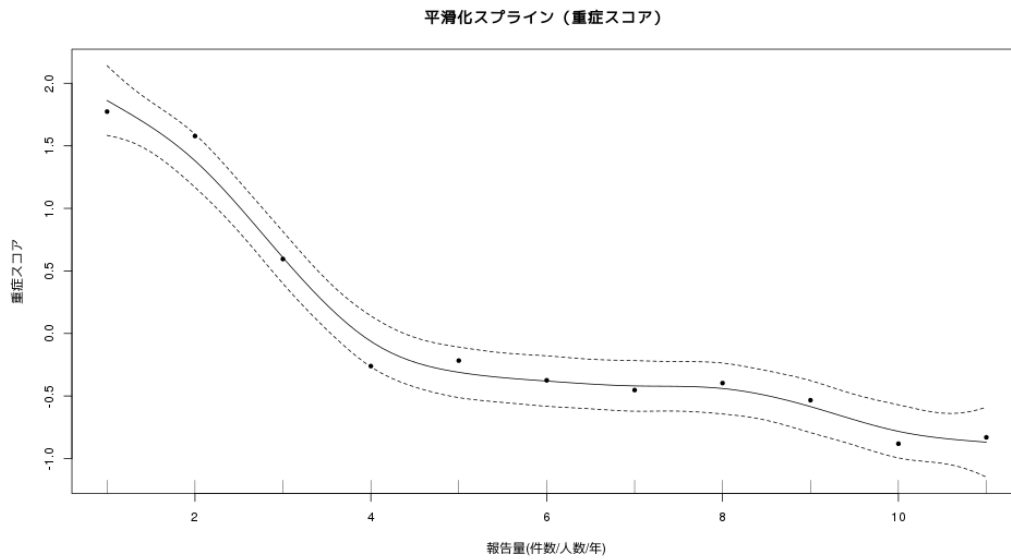


図 21

## 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

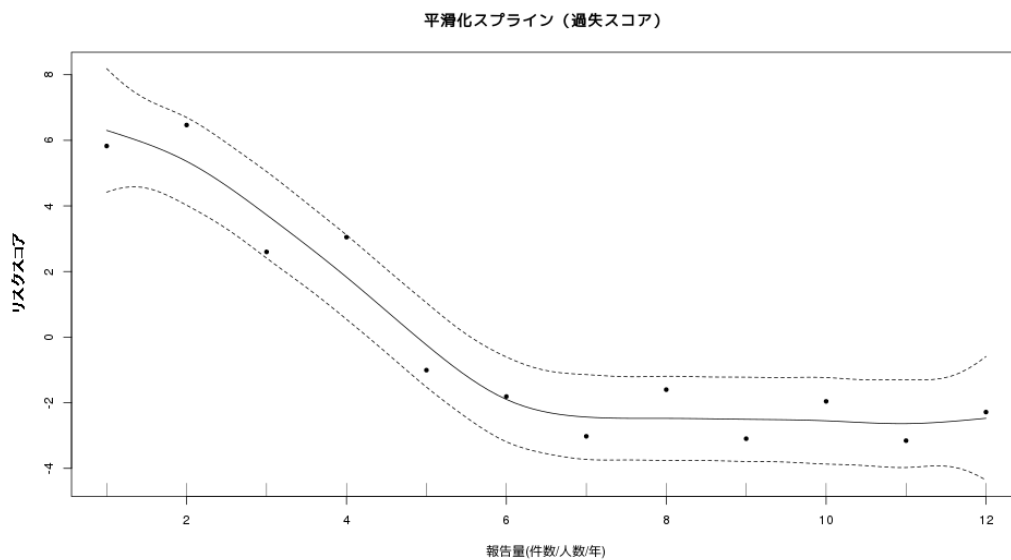


図 22

# GRM判断を教師とした各スコア、各偏差の関連図

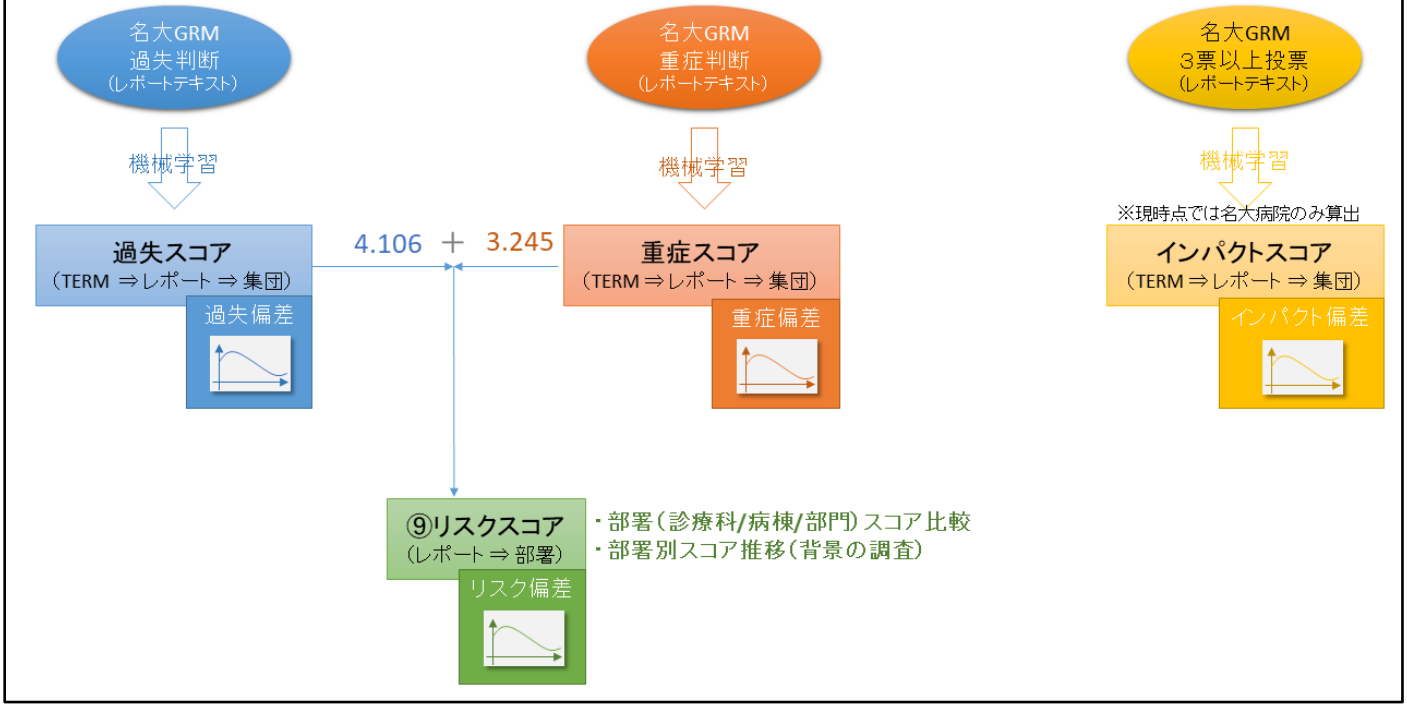


図 23

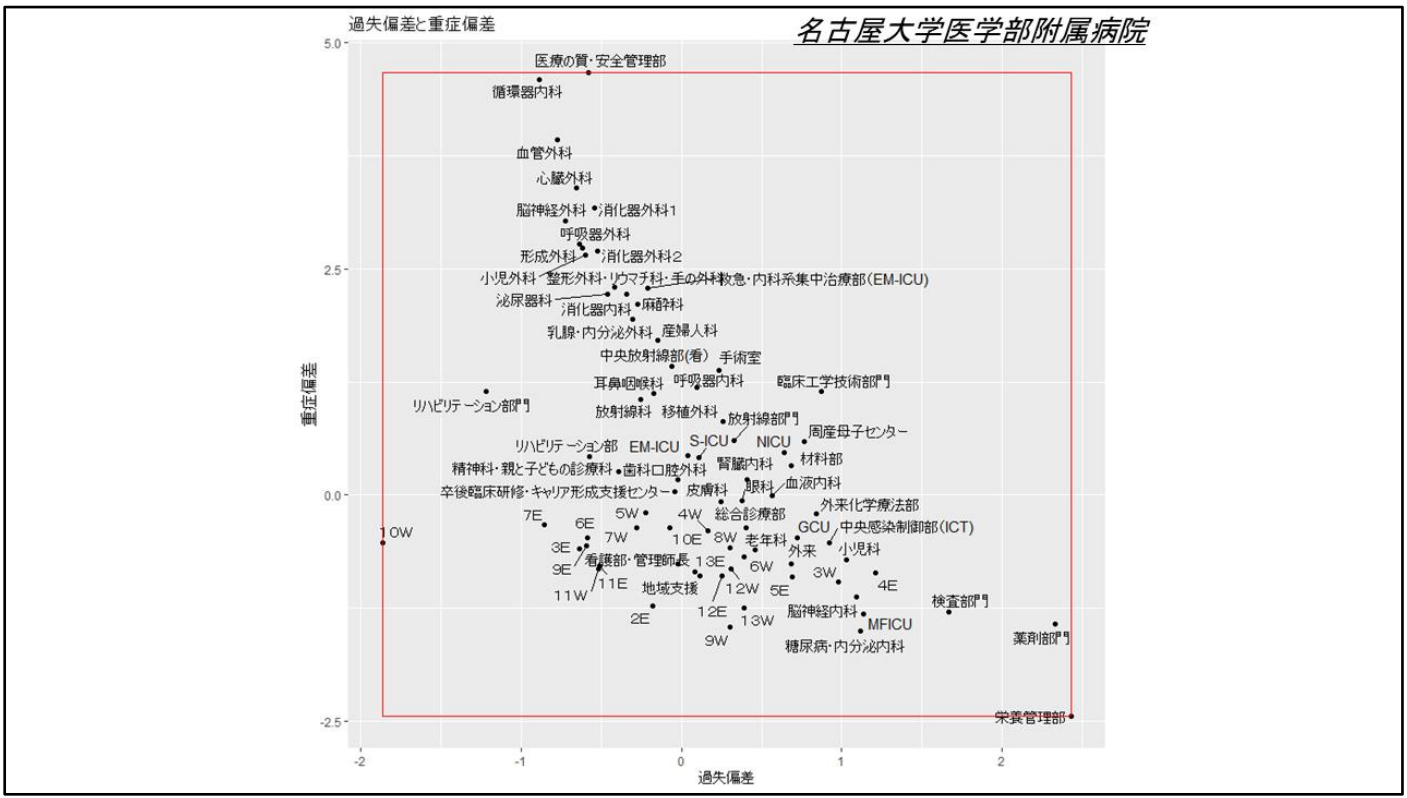


図 24

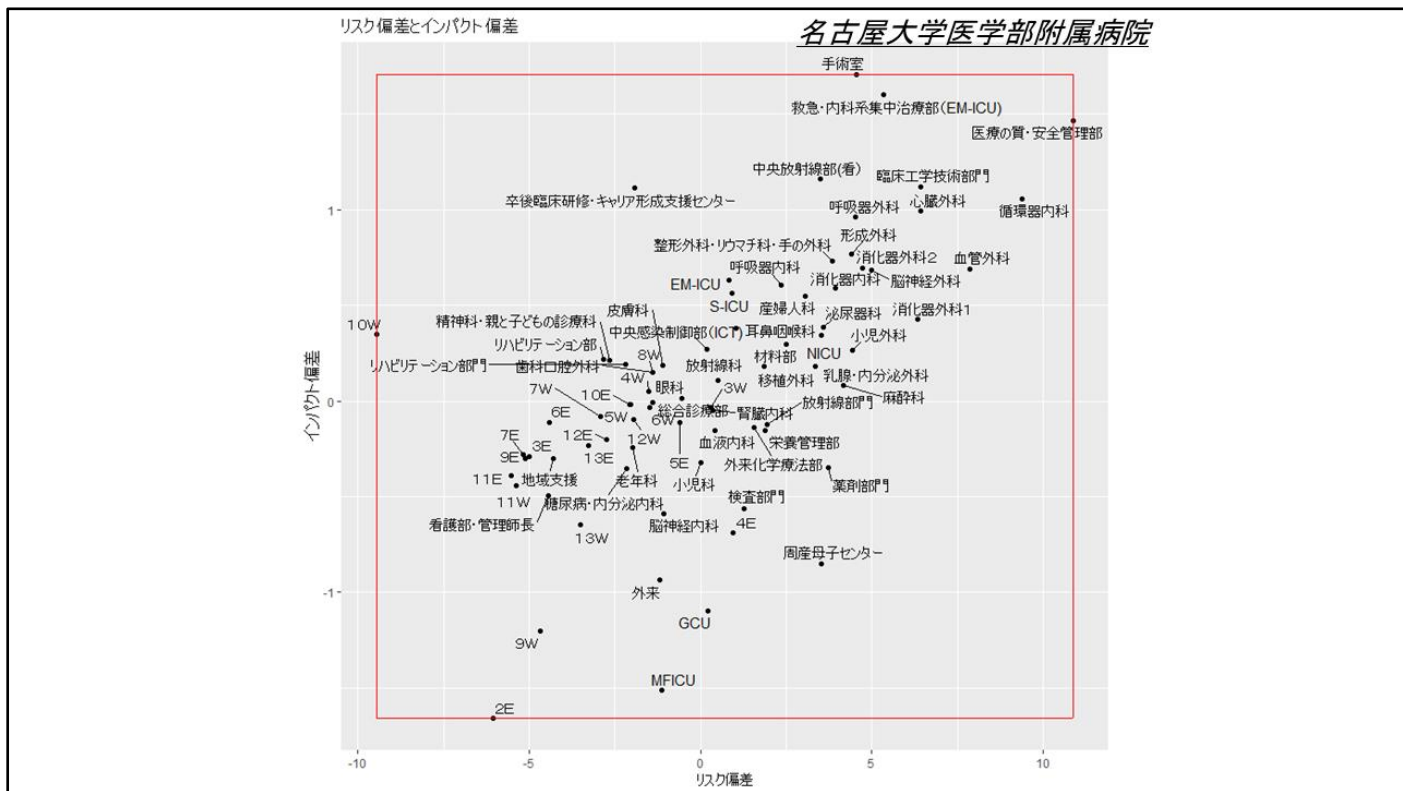


図 25

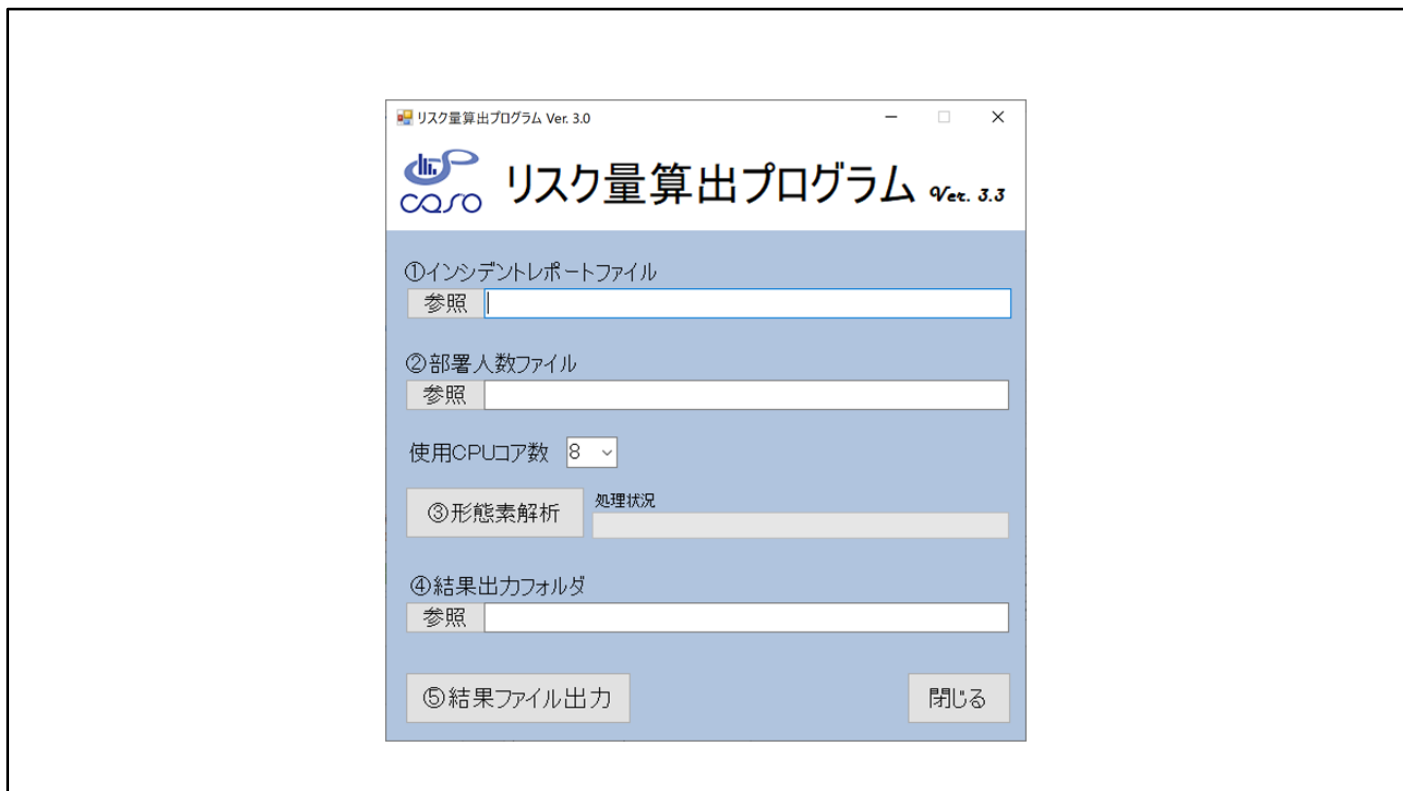
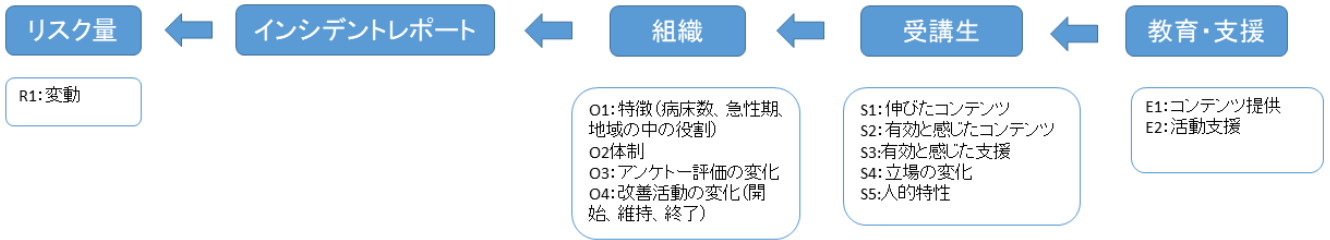


図 26

# 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)、コレスポネンス分析)

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

図 27

# CQSOカリキュラム(150時間)第3期

カテゴリ	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	15.5	37	2	
	医療安全施策の動向	1				3
	エラー発生の原因	3				4
	医療の高度化、複雑化とエラー発生	1				0
	患者安全における法的知識の整理	2				3
	基本知識行動・国際患者安全目標・対策の基本	3				2
	各大病院における患者安全推進活動とJCI (Joint Commission International)	1.5				1
	クリニカル・ガバナンス(前半)～医療の規律と起立～	2				1
	報告文化の活性化	2				2
	インシデント・トリアージ	3				1
日々の取り組み	医療過誤を鑑別する	4	17	36	2	
	リスク量測定	1				1.5
	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				2
	患者安全管理者の業務 患者安全推進部プレオ会議	3				2
	患者安全管理者の業務 患者安全推進部コア会議	1				1.5
	患者安全管理者の業務 患者安全推進委員会	1				2
	患者安全管理者の業務 ベシエントセーフティマネジャー全体会議	1				1.5
有事の取り組み	事故発生時の連携	3	26.5	36	2	
	オープンディスクロージャー	1				2
	重大死亡事故発生時における医療事故該当性の判断	2				1
	標準的医療事故調査手法の修得					7
	医療事故調査の機進化に向けて					5
	事例を重要な診療場面に分ける					
	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					
	同定結果から事実経緯の評価					
事故事例の提示						
再発防止策の提案						
患者説明・社会との共有	3	9.5	3			
再発対応課題発表	2.5			2		
実践的・体系的知識の修得	即時の取り組み (1)		150	36	2	
	医療の専門の職長～インフォームド・コンセント～					3
	改善のための連携・分析					4
	FMEA(Failure Mode and Effects Analysis) 手順					0
	PCA Root Cause Analysis) 手順					3
	Mortality & Morbidity)カンファレンス運営					2
	医療安全推進委員会との連携					1
	医療現場安全推進者との連携					1
	患者教育プログラム責任者との連携					2
	医療現場との連携					1
メーカーとの連携		1				
患者安全に関する外部機関の活用		2				
院内教育、患者早期発見知能の構築		1.5				
施設安全の重要他		2				
院内の患者教育制度		2				
チームトップス(アドバンストコース)研修		1.5				
組織間とのインシデント検討(個別院事例防止策WG・リハビリシンドローム検討会)		3				
即時の取り組み (2)		9.5	3			
高質医療実現				5		
トヨタ製法(TPM [Total Quality Measurement])				1.5		
標準化と品質管理				5		
高質医療実現の標準(実践・演習)				5		
高質医療実現コース				2		
問題解決演習: テーマ演習 (第1回)				1		
問題解決演習: 認知把握 (第2回)				7		
問題解決演習: 原因分析 (第3回)				5		
問題解決演習: 中間発表 (第4回)				2		
問題解決演習: 中間発表 Feedback (第5回)		2				
R (Quality Indicator) とR2(数量)		2				
質向上戦略の構築		2				
クリニカルQIによる質向上		2				
体系的知識の修得		9.5	3			
医療的知識の修得				2		
法的知識との連携～アウトブレイクを中心に～				3		
医療現場における患者の関与行動				1.5		
患者と医療者、医療現場関係者の連携				2		
医師エラーの修得				3		
クリニカル・ガバナンス (読書)～困難な医療者への対応～				2		
院内企業士の修得				2.5		
フリーディスカッションと知の抽出				3		

図 28



### 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。

- 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。
- 事故発生時の対応など、有事業務に成果を上げることができる。
- 品質管理手法を用いて、平時の改善活動に成果を上げることができる。
- 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。
- 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OB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

**患者安全活動のループ**

### B CQSO支援事業

**全国で活躍するCQSOを永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に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。

〒466-8560 愛知県名古屋市中区鶴舞町55番地  
TEL: 052-744-2609  
E-mail: hcqsim@med.nagoya-u.ac.jp  
http://www.iryoanzen.med.nagoya-u.ac.jp/cqso/

名古屋大学 医学部研究科

2022.3.31 発行

図 31



図 32



## 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 33

## 授業ごとアンケートVASスケール評価 第3期

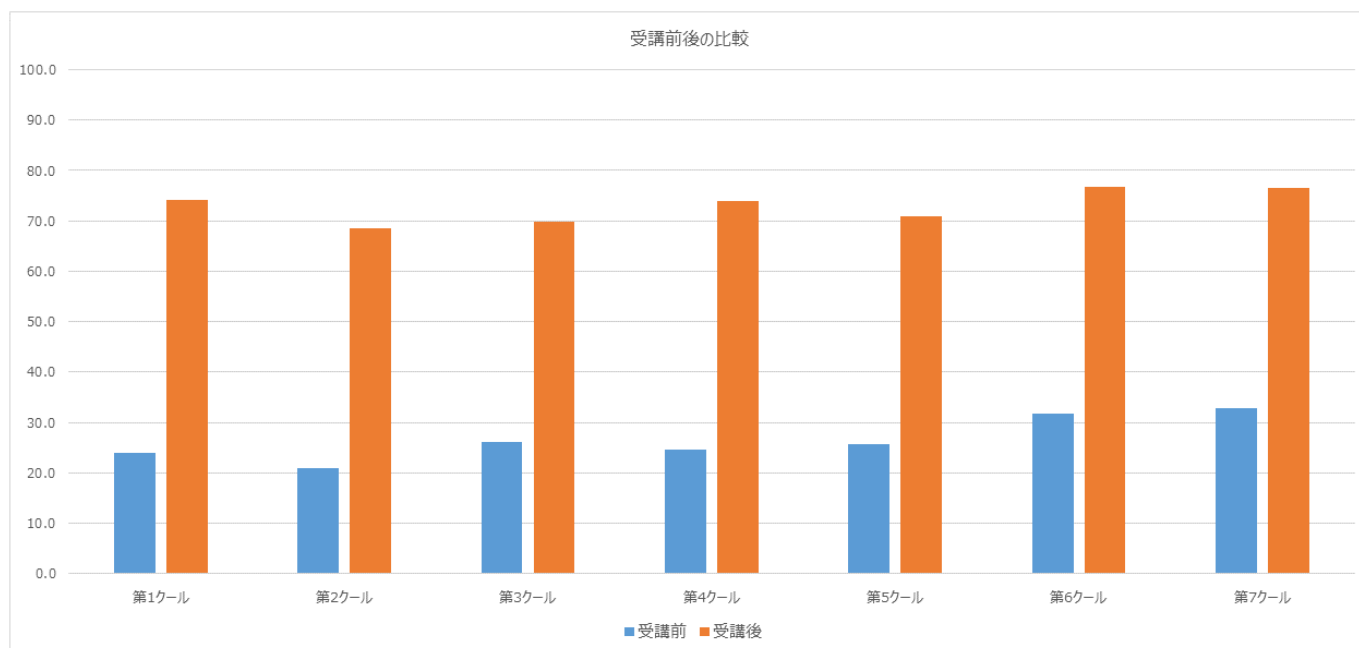


図 34

# 授業ごとアンケート(Web)結果1 / 3 第3期

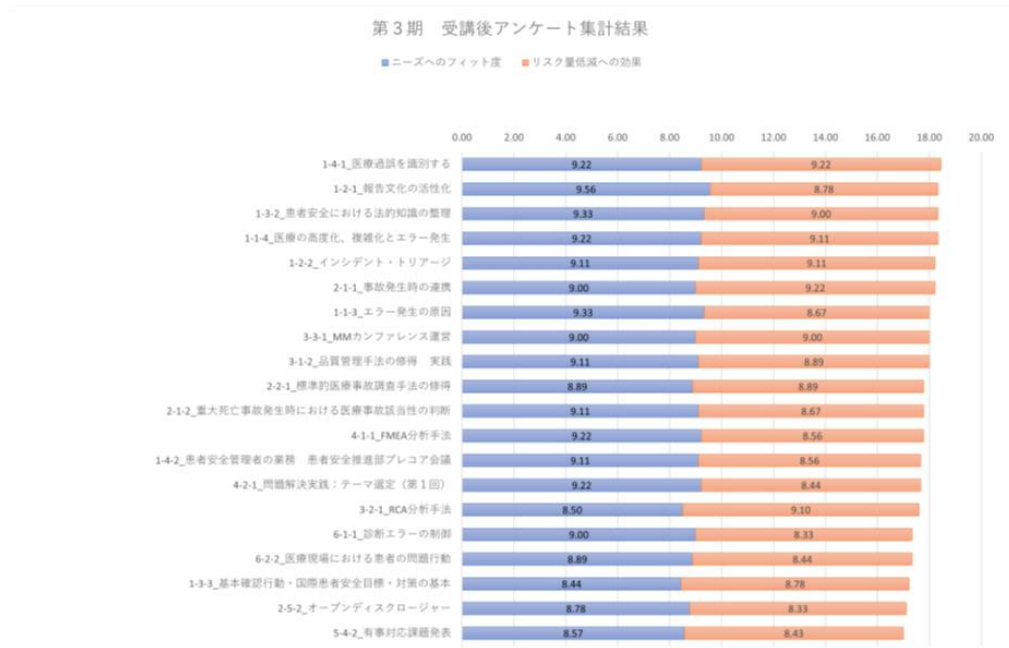


図 35

# 授業ごとアンケート(Web)結果2 / 3 第3期

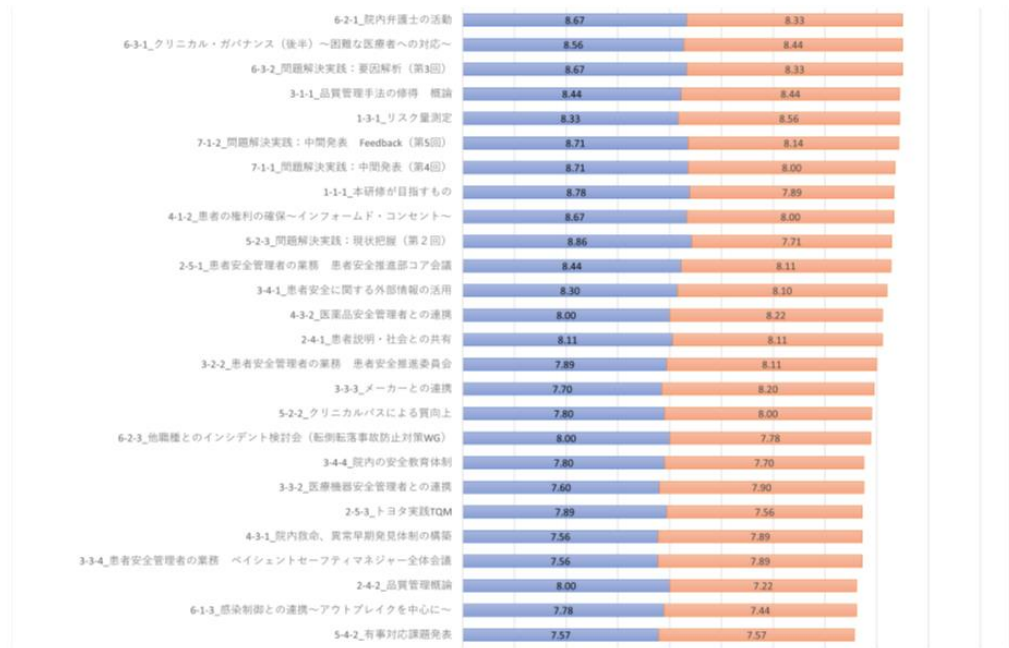


図 36

## 授業ごとアンケート(Web)結果3/3 第3期

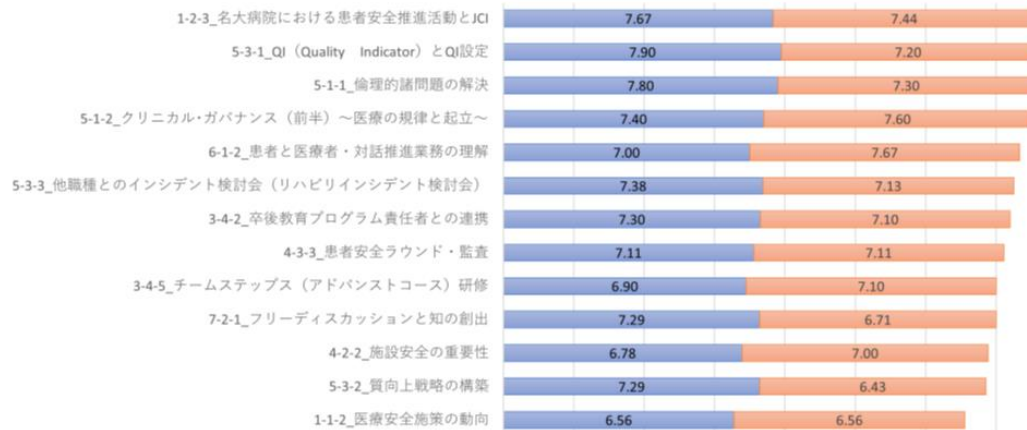


図 37

## 【中長期的支援】CQSOフォローアップ研究会

第1期生(修了後6カ月)  
2021年2月27日 →



第2期生(修了後6カ月)  
← 2021年12月5日

図 38

## 【中長期的支援】ASUISHI・CQSOハブセンター研究会

第1回2021年1月9日→



←第2回2021年7月17日

図 39

## 【中長期的支援】ASUISHI・CQSOハブセンター研究会

第3回2022年2月11日



図 40

# QC7つ道具 管理図 (異常パターン)

①: 管理限界線を越える(上方または下方)



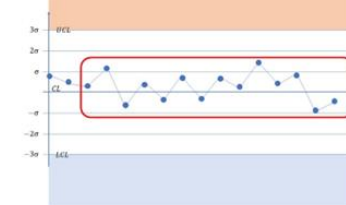
②: CLの上方(または下方)に9個連続して偏在



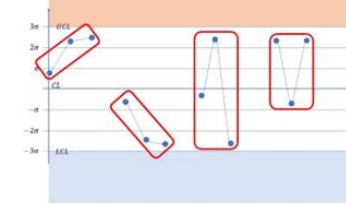
③: 6個連続して増加(または減少)



④: 14個の点が交互に増減している



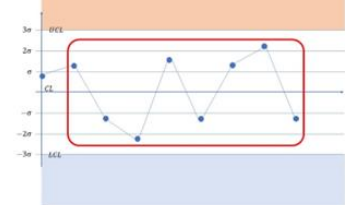
⑤:  $\pm 2\sigma$ 以上に連続3点中2点がある



⑥: 上方または下方のみで $\pm\sigma$ 以上に連続5点中4点がある



⑦:  $\pm\sigma$ 以上に連続して8点がある



⑧:  $\pm\sigma$ 以内に連続して15点がある



図 41

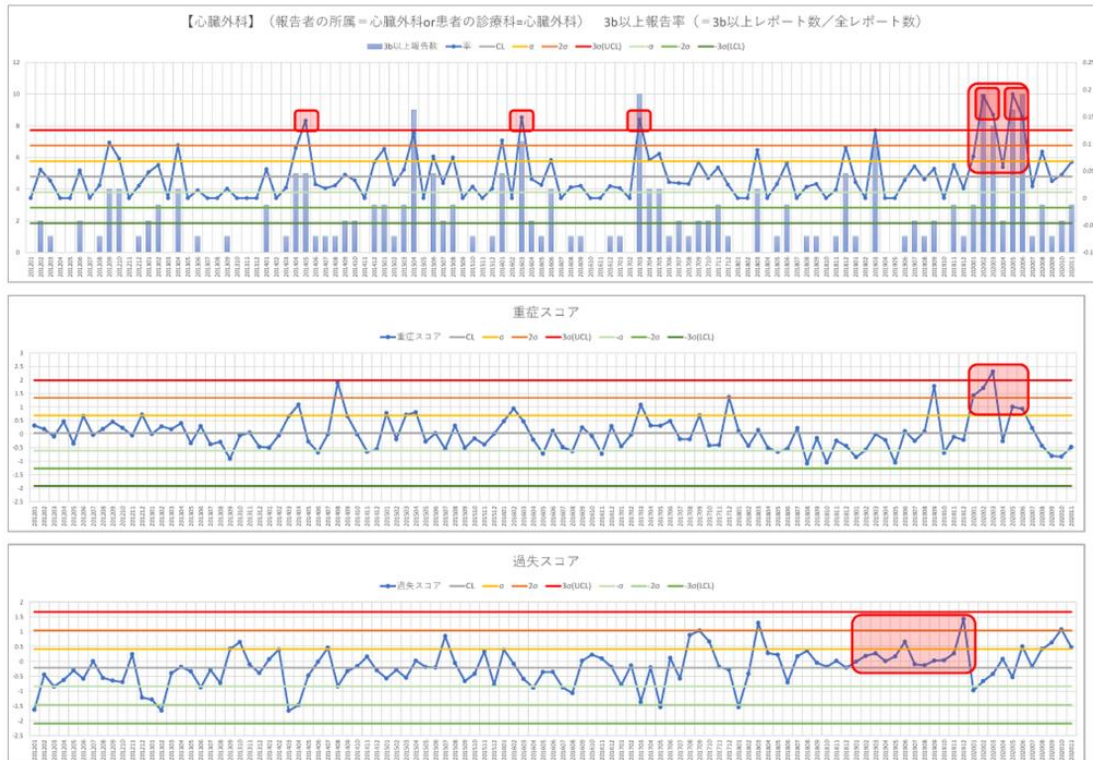


図 42

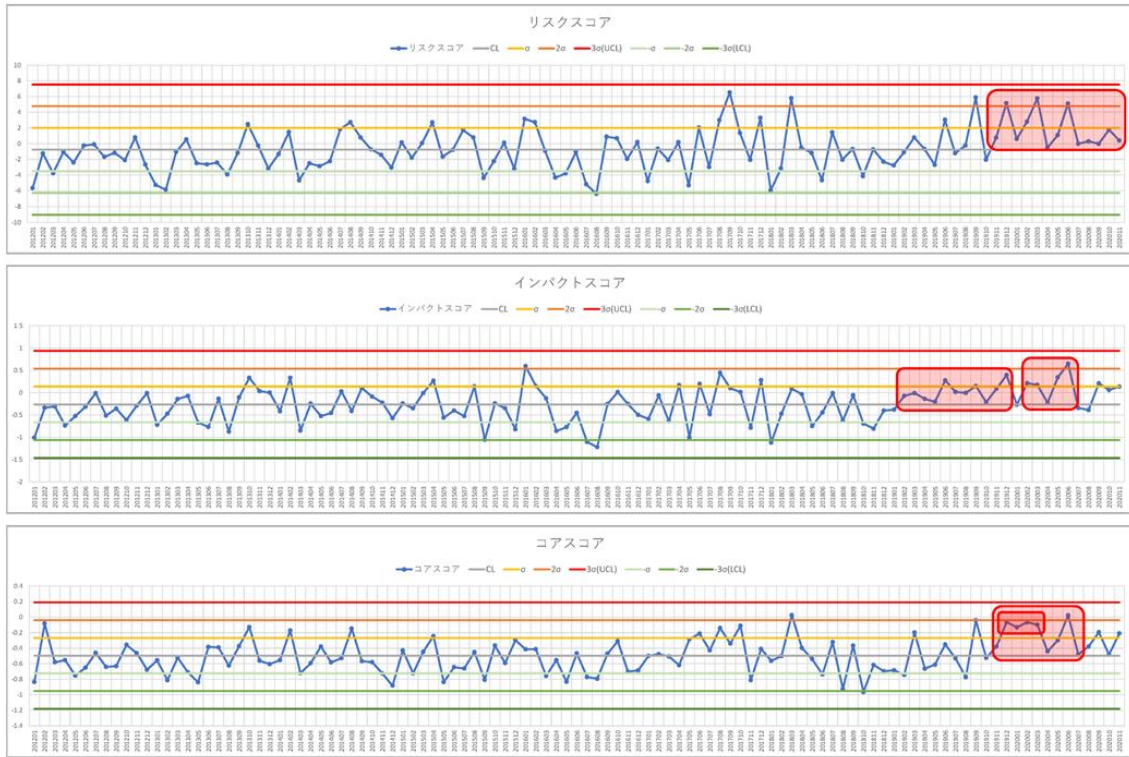


図 43

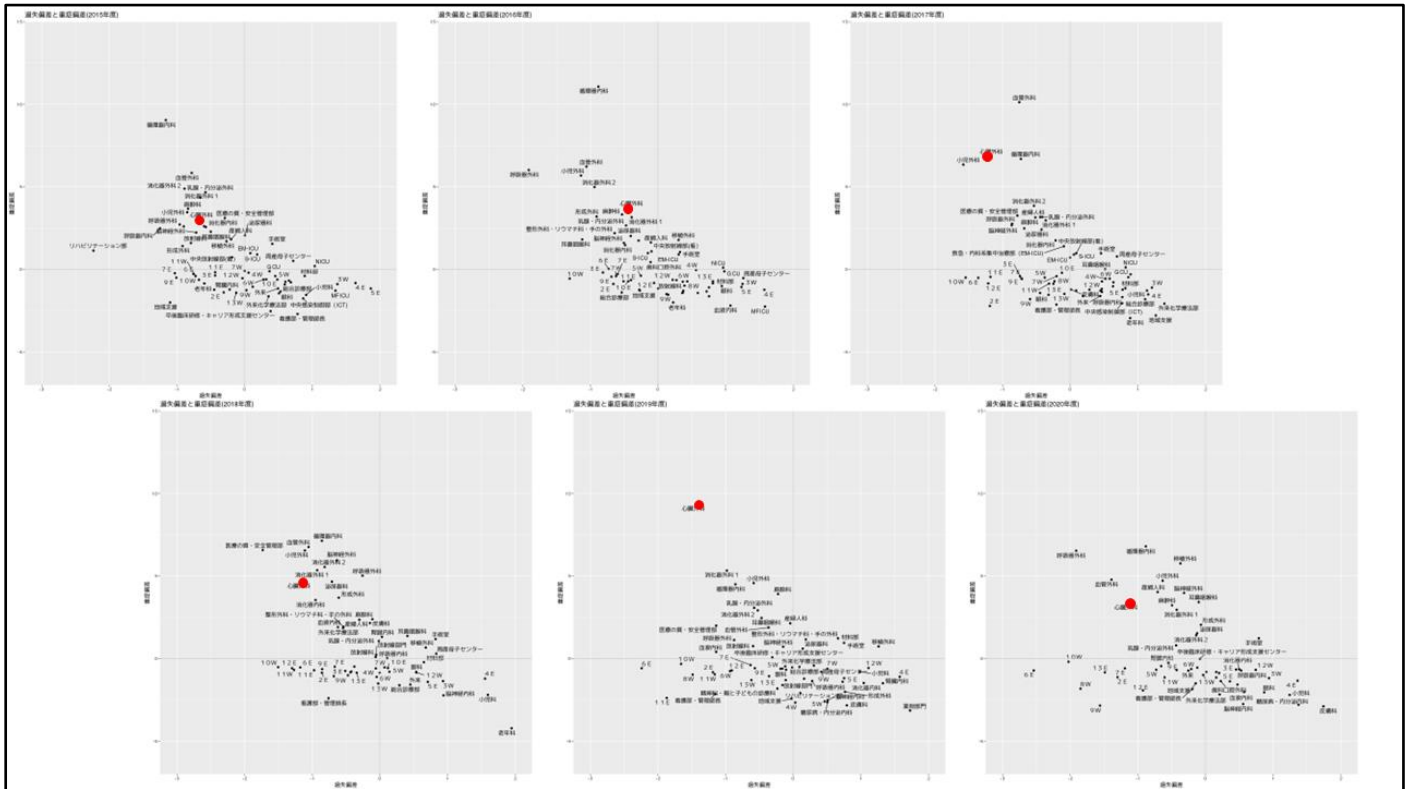


図 44

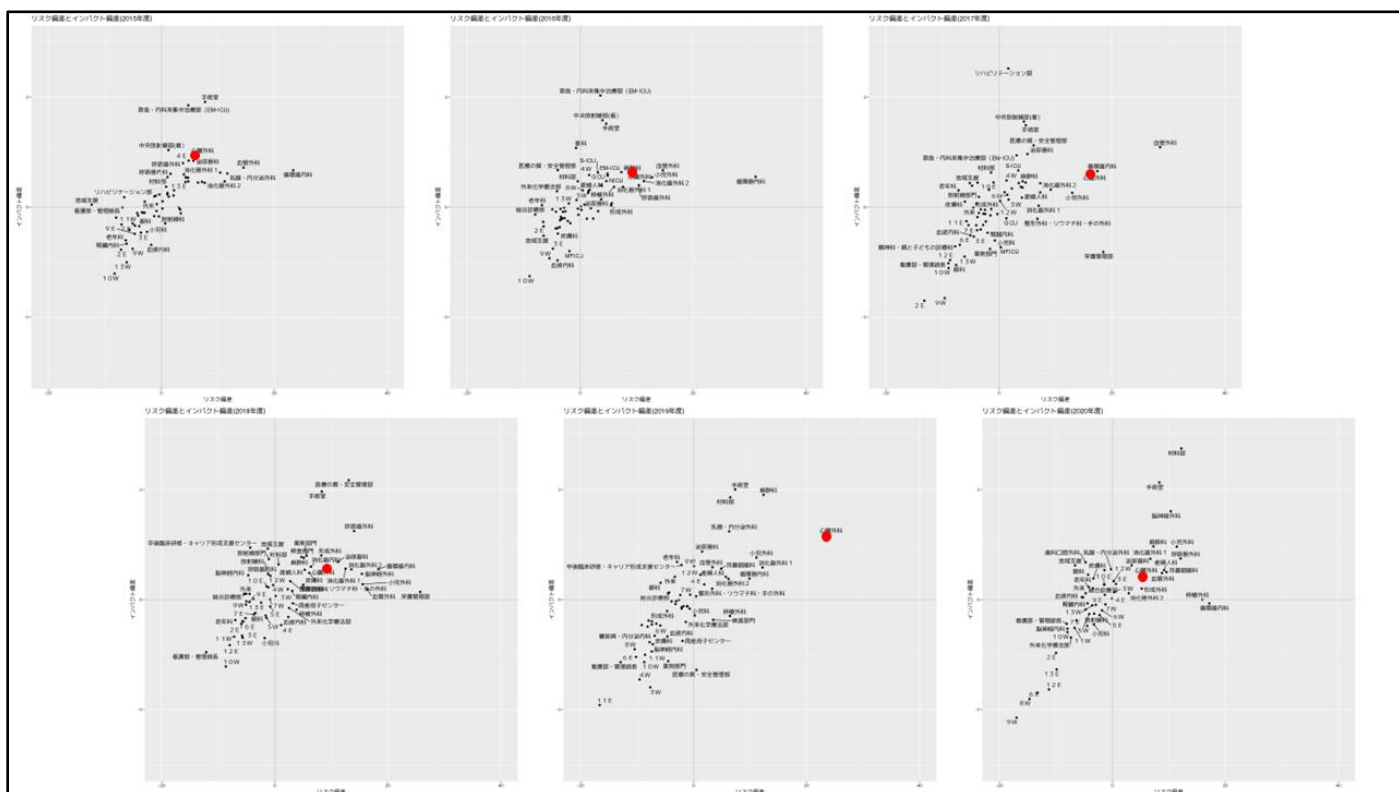


図 45

## リスク量測定施設(厚労科研、CQS01～3期、ASUISHI)

No.	施設名	スコア測定	偏差測定	測定部署数
1	名古屋大学医学部附属病院	○	○	76
2	自治医科大学附属さいたま医療センター	○	○	50
3	三重大学医学部附属病院	○	○	78
4	北海道大学病院	○	○	97
5	東京医科大学病院	○	○	115
6	北里大学病院	○	- (部署人数データなし)	
7	三重県立総合医療センター	○	○	- (数値データなし)
8	鹿児島大学病院	○	○	- (数値データなし)
9	新百合ヶ丘総合病院	○	○	- (数値データなし)
10	がん研有明病院	○	- (部署人数データなし)	
11	岡山大学病院	○	○	28
12	船橋整形外科病院	○	○	18
13	琉球大学病院	○	- (部署人数データなし)	
14	大阪市立総合医療センター	○	- (部署人数データなし)	
15	東京医科歯科大学病院 (歯科)	○	- (部署人数データなし)	
16	半田病院	○	○	52
17	佐賀県医療センター好生館	○	○	41
18	A施設	○	- (部署人数データなし)	
19	B施設	○	○	39
20	C施設	○	○	39
21	D施設	○	○	61
22	E施設	○	○	29
	合計	22	16	723

図 46

## 【精度向上】過失スコア標準曲線

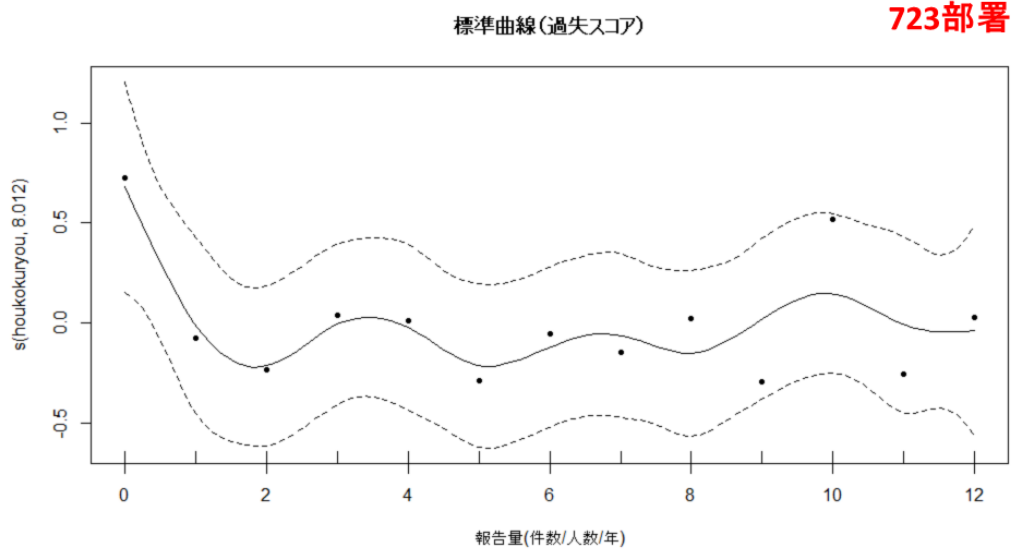


図 47

## 【精度向上】重症スコア標準曲線

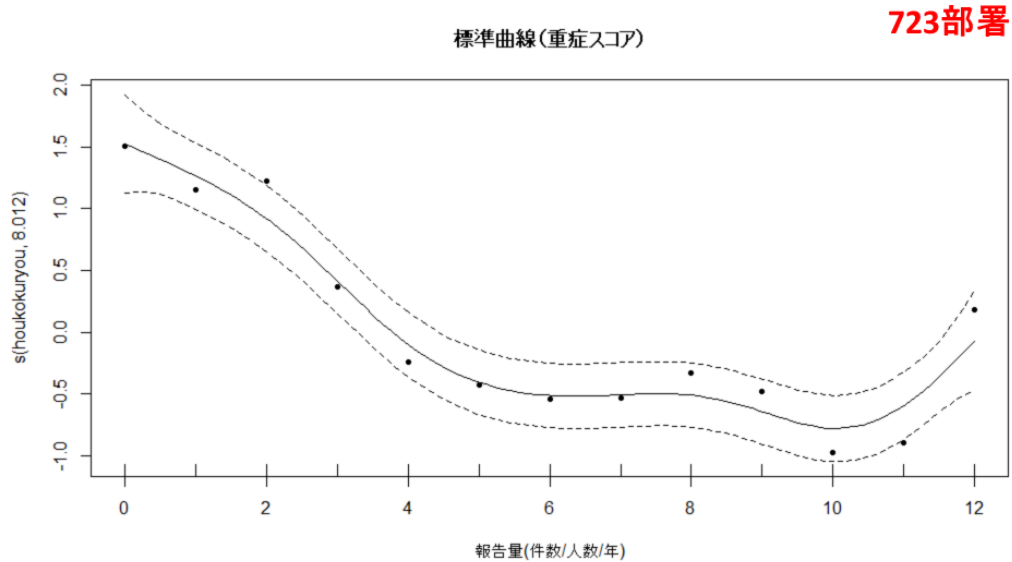


図 48



## 【精度向上】リスクスコア標準曲線

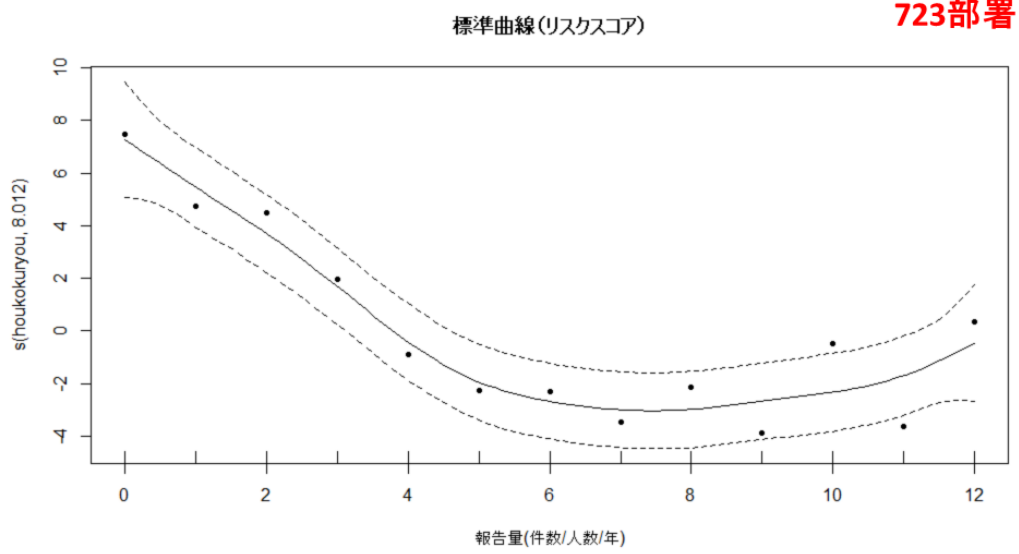


図 49

## 【精度向上】インパクトスコア標準曲線

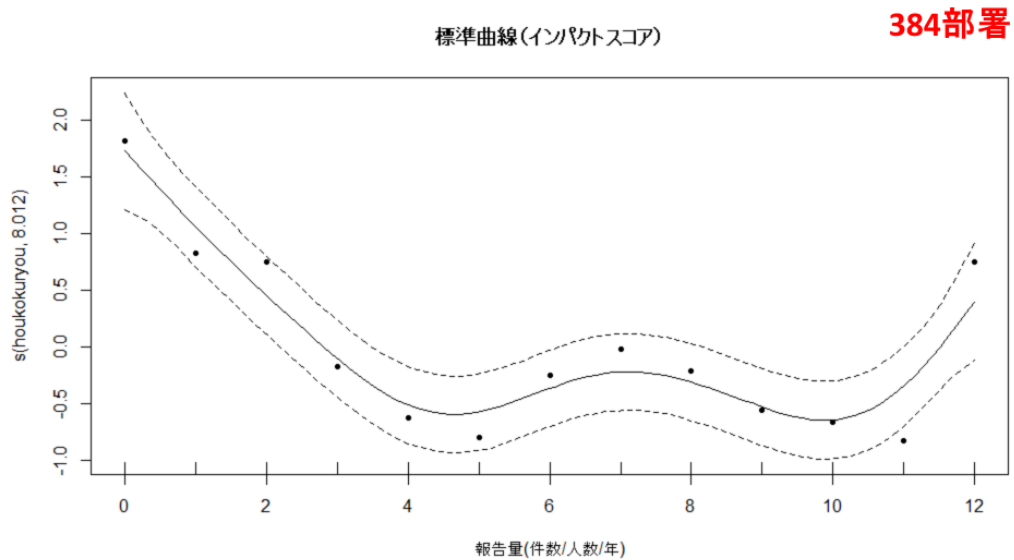


図 50

# 【精度向上】コアスコア標準曲線

標準曲線(コアスコア)

381部署

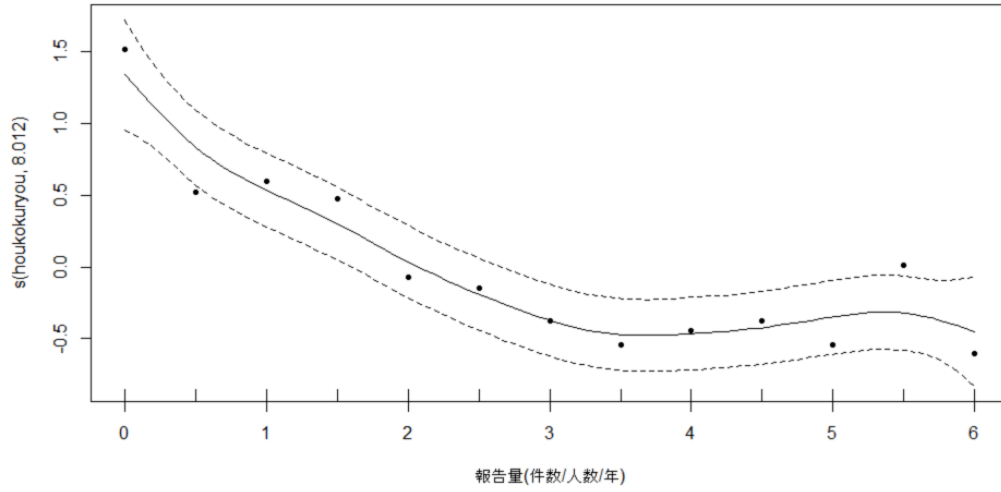


図 51

# 転倒転落 過失 年月推移

過失スコア推移

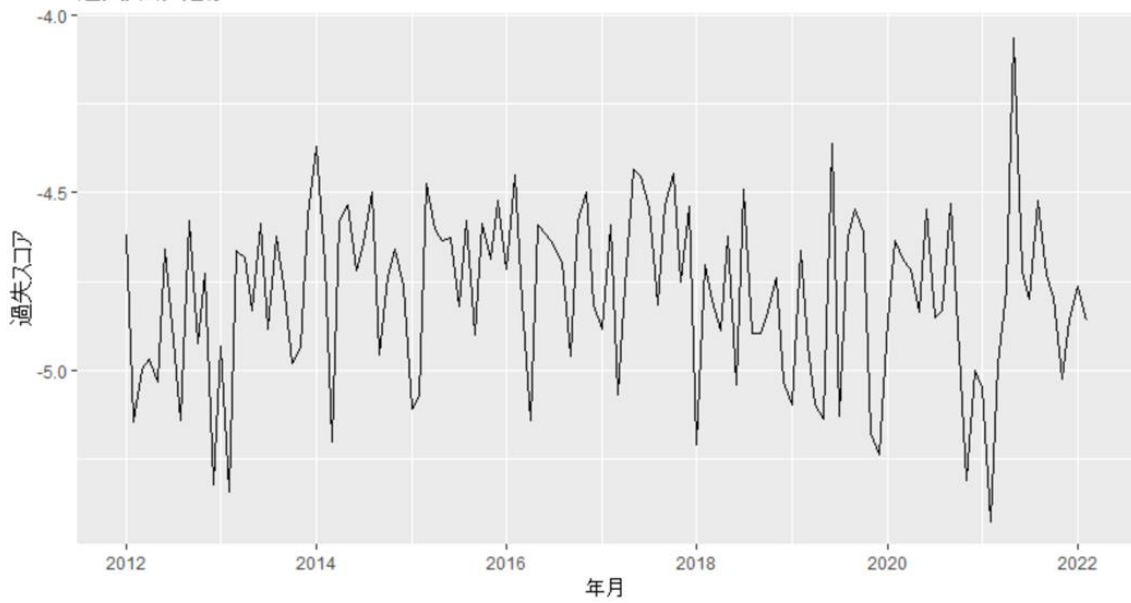


図 52

## 転倒転落 重症 年月推移

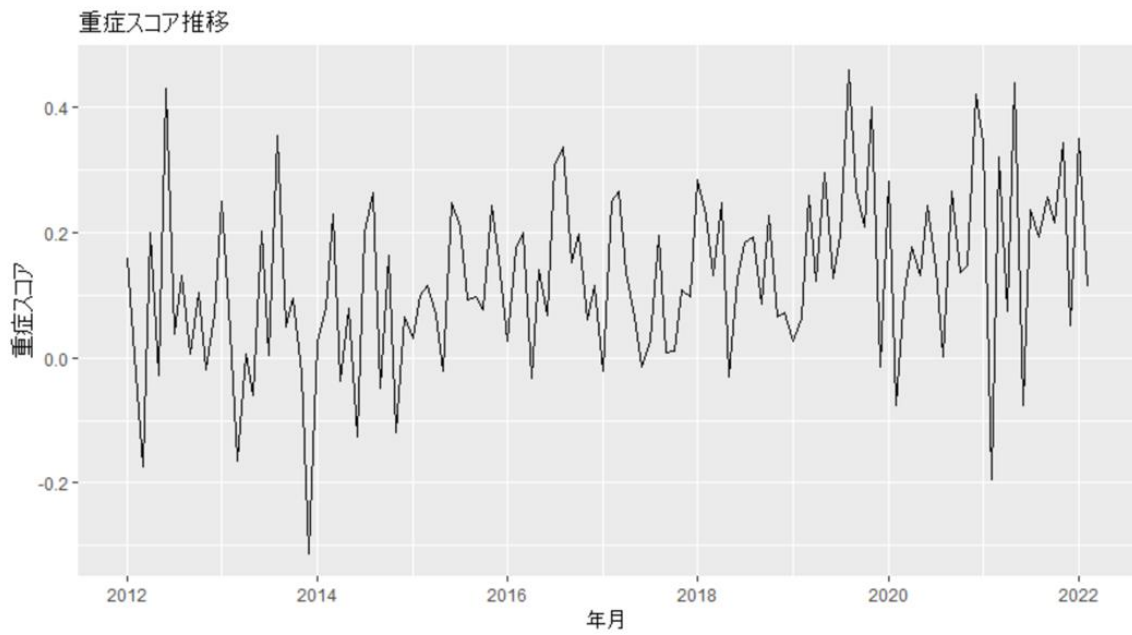


図 53

## 転倒転落 リスク 年月推移

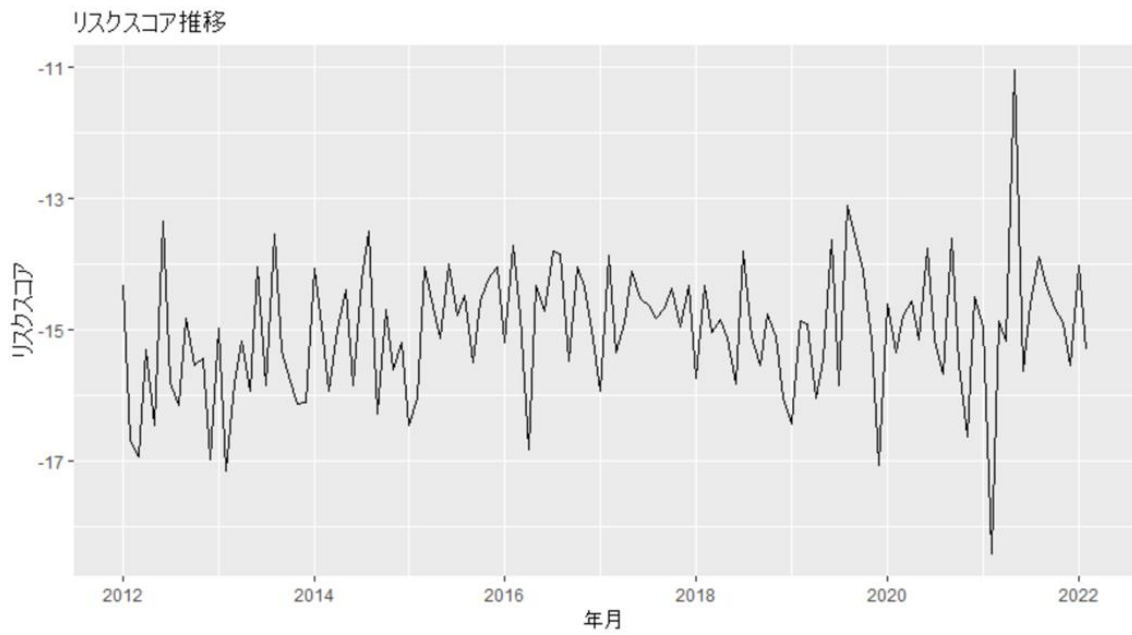


図 54

## 転倒転落 インパクト 年月推移

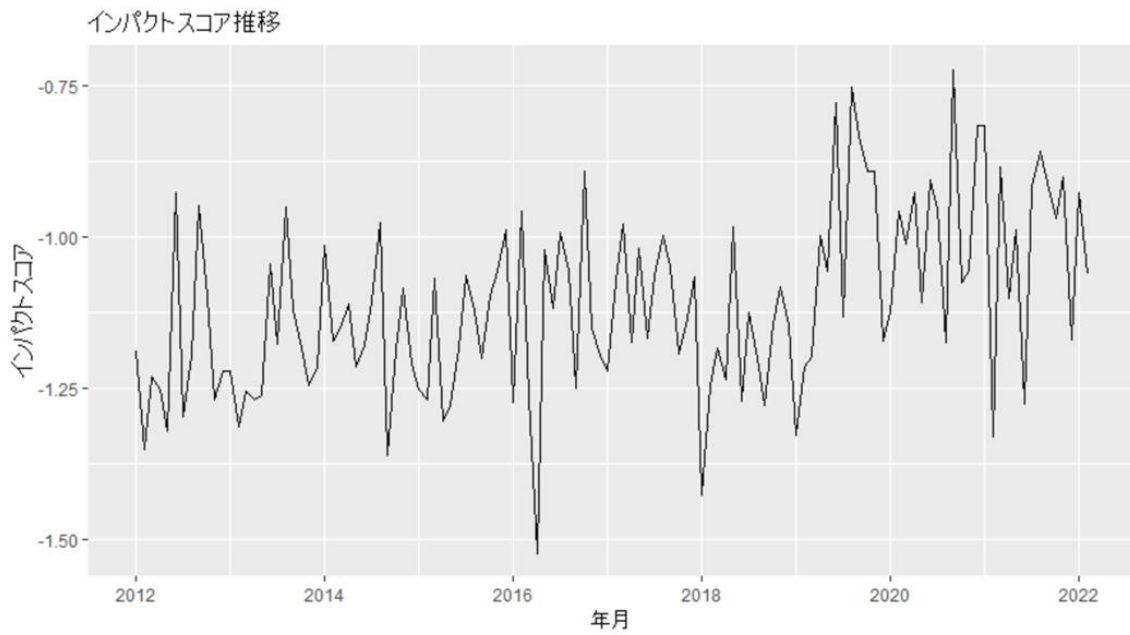


図 55

## 転倒転落 コア 年月推移

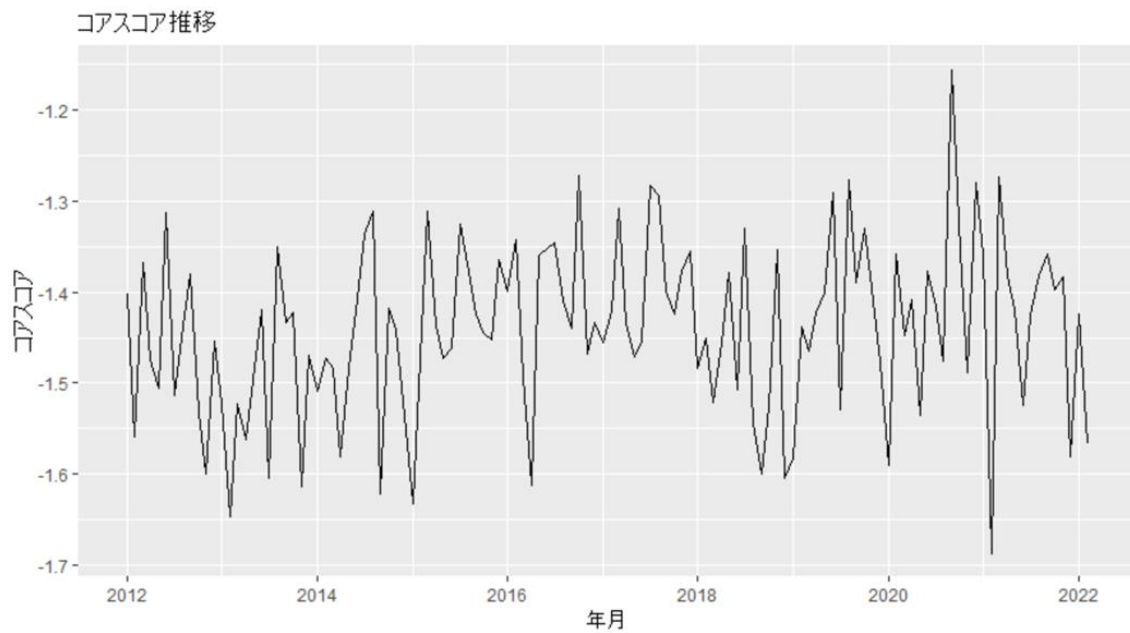


図 56

## 手術関連 過失 年月推移

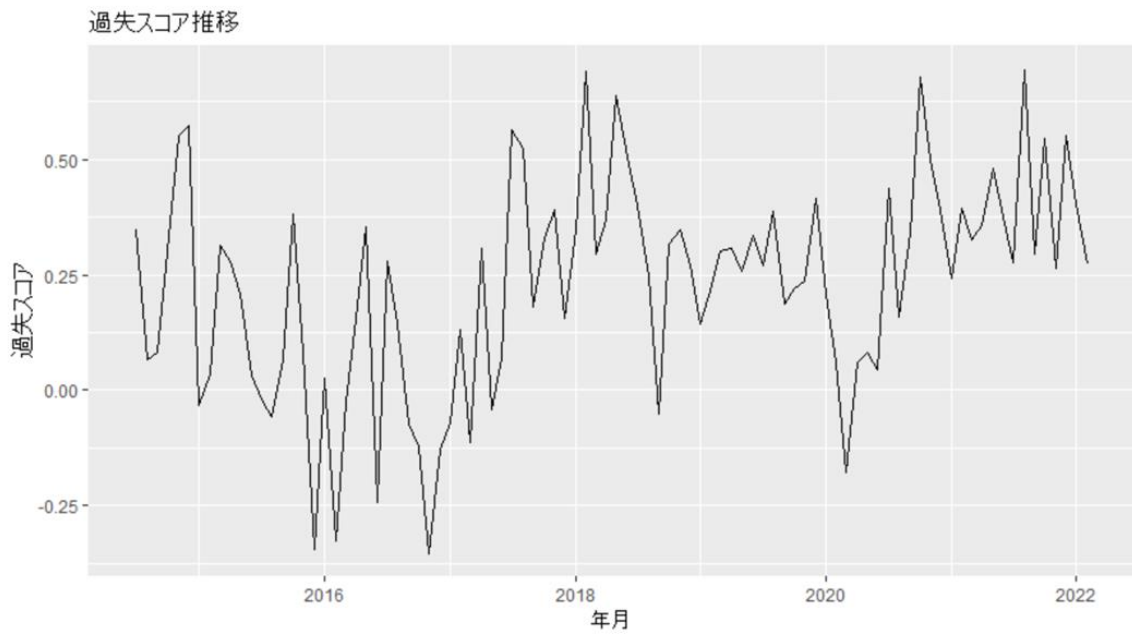


図 57

## 手術関連 重症 年月推移

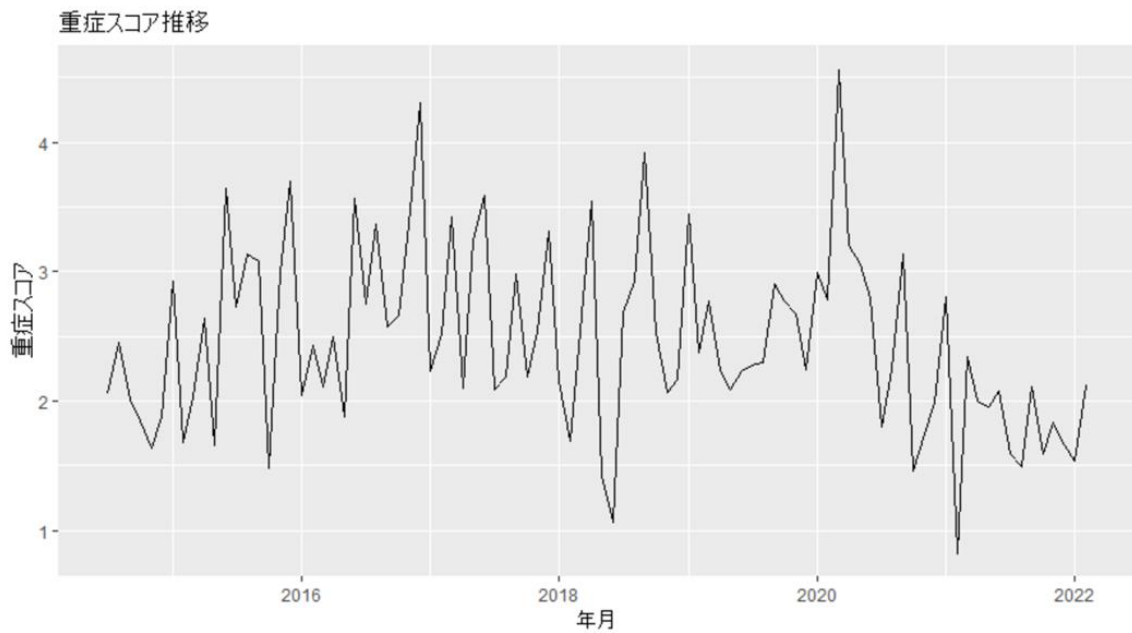


図 58

## 手術関連 リスク 年月推移

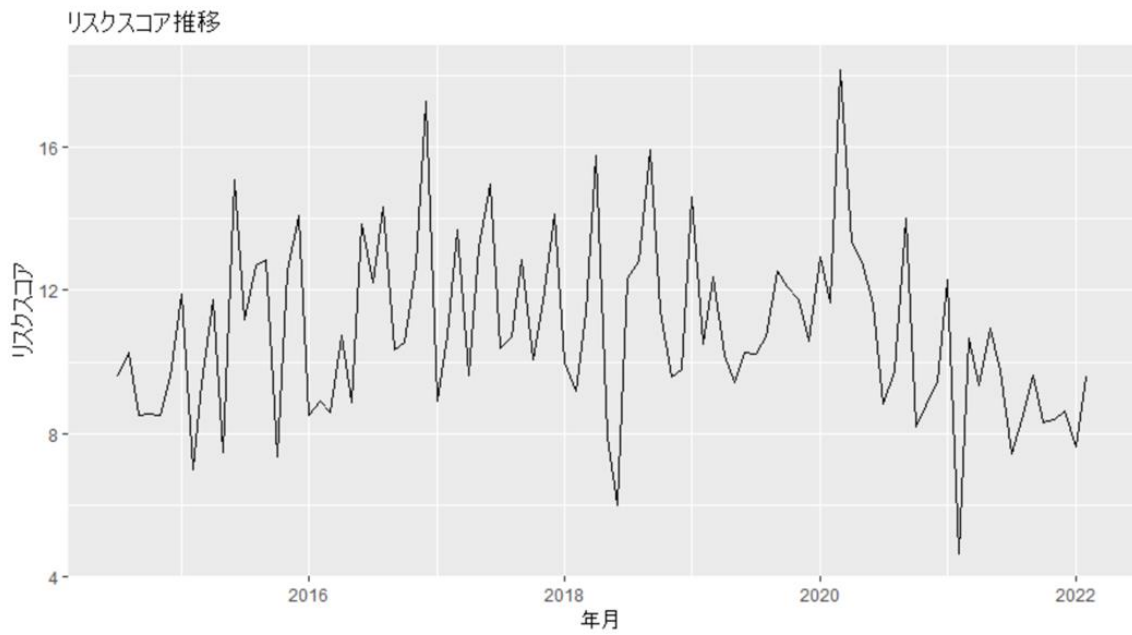


図 59

## 手術関連 インパクト 年月推移

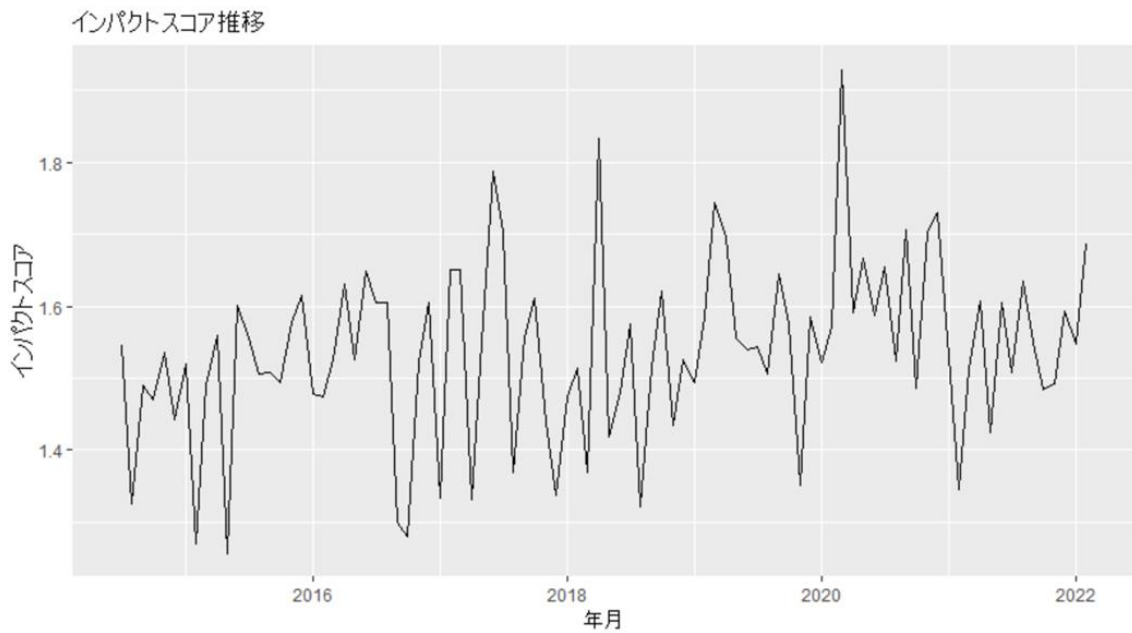


図 60

## 手術関連 コア 年月推移

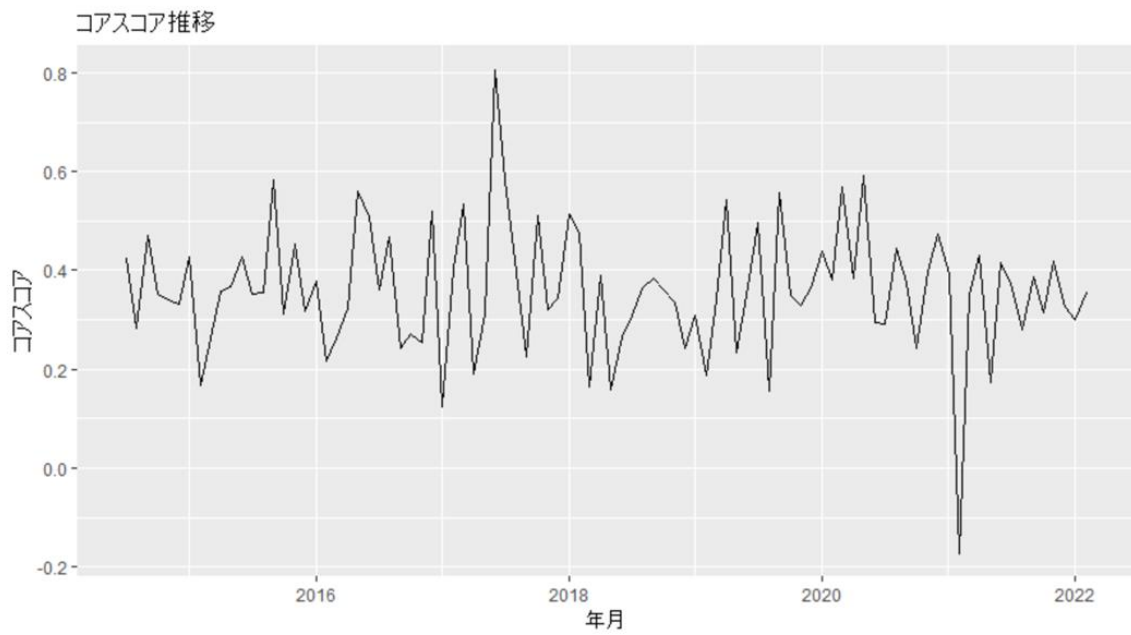


図 61

## 薬剤関連 過失 年月推移

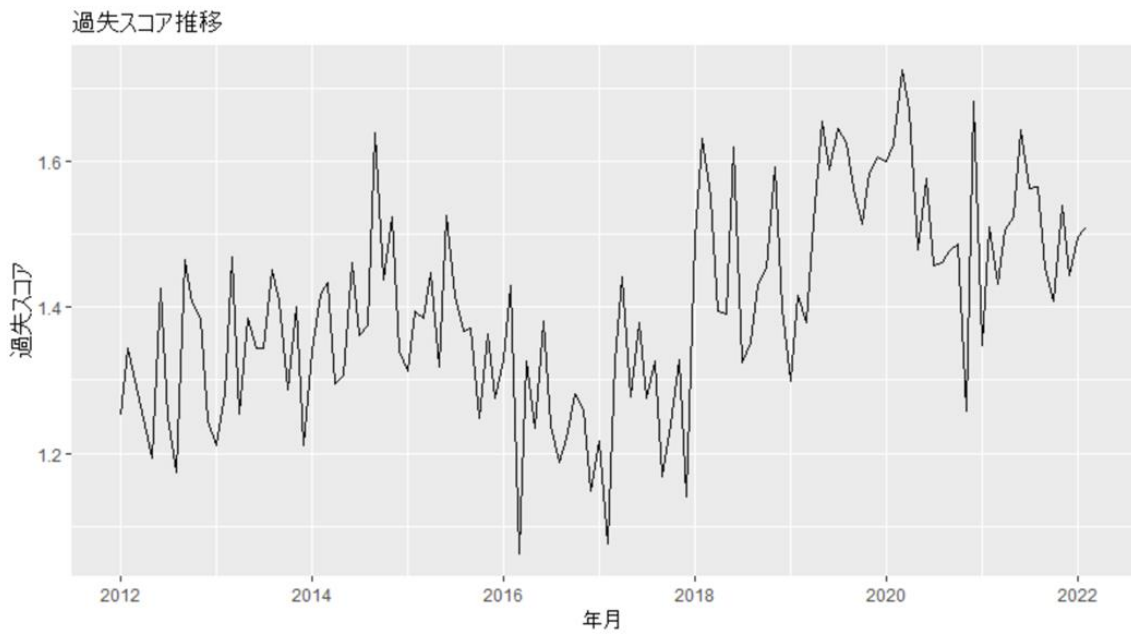


図 62

## 薬剤関連 重症 年月推移

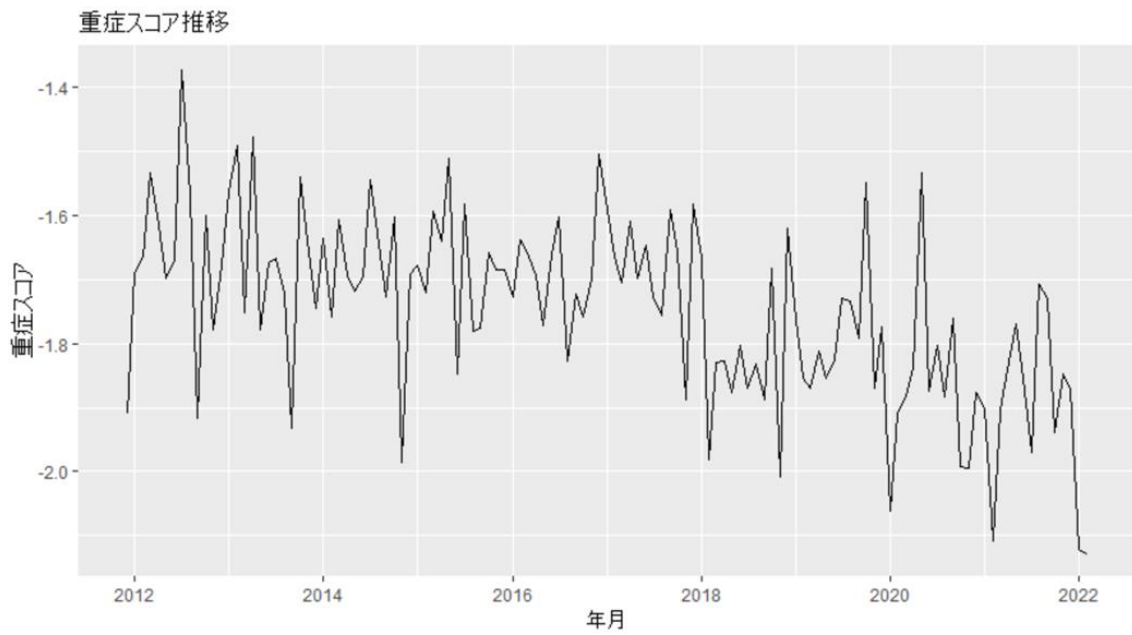


図 63

## 薬剤関連 リスク 年月推移

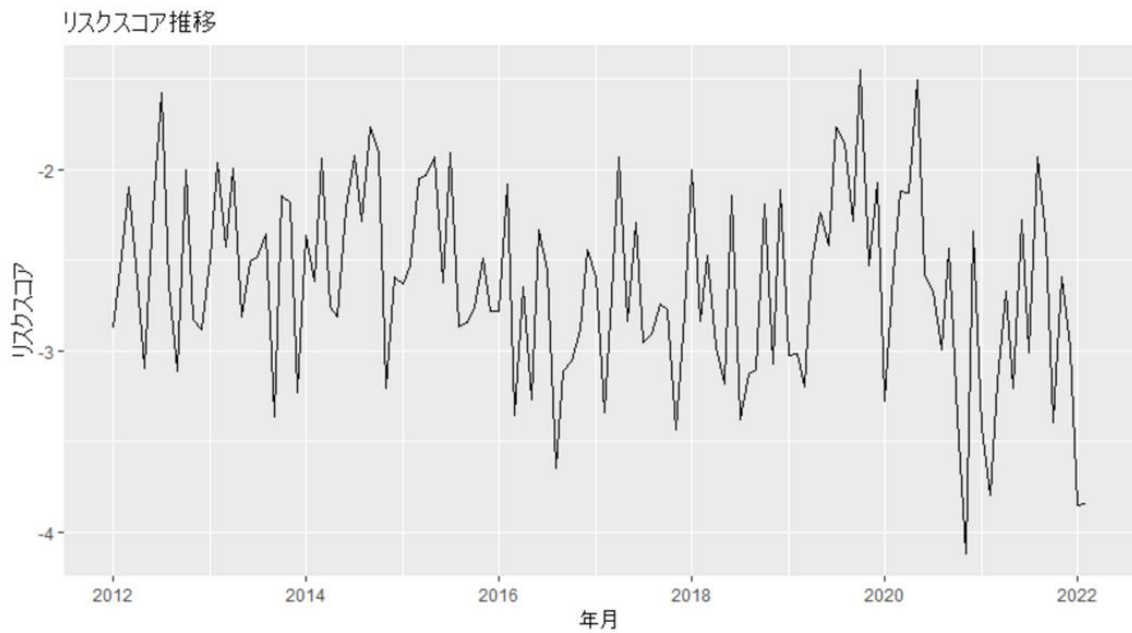


図 64



## 薬剤関連 インパクト 年月推移

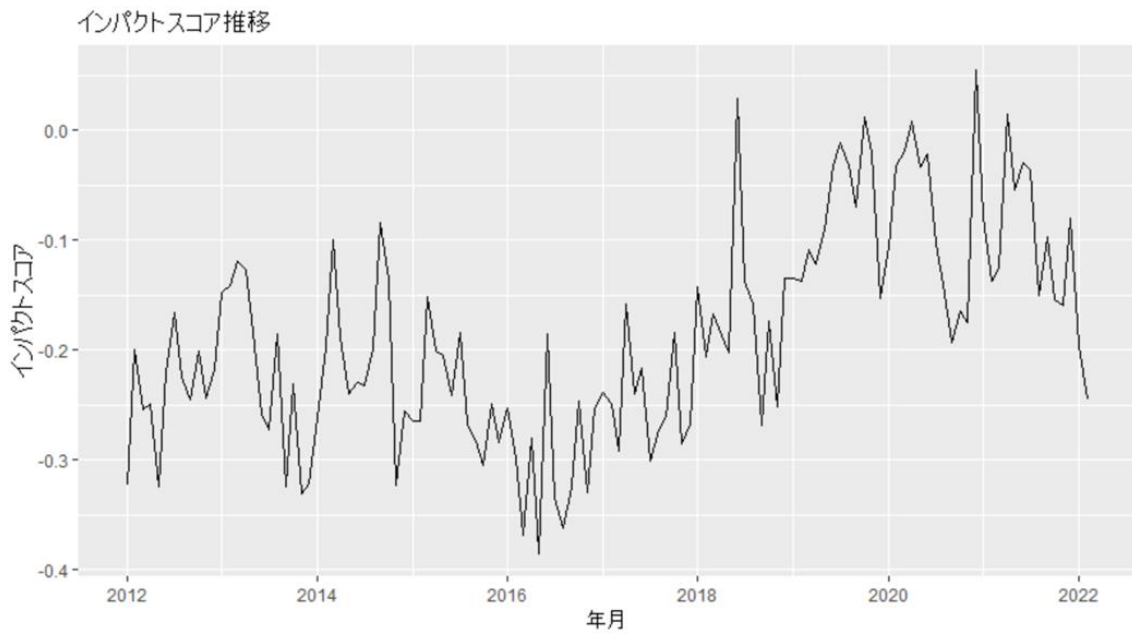


図 65

## 薬剤関連 コア 年月推移

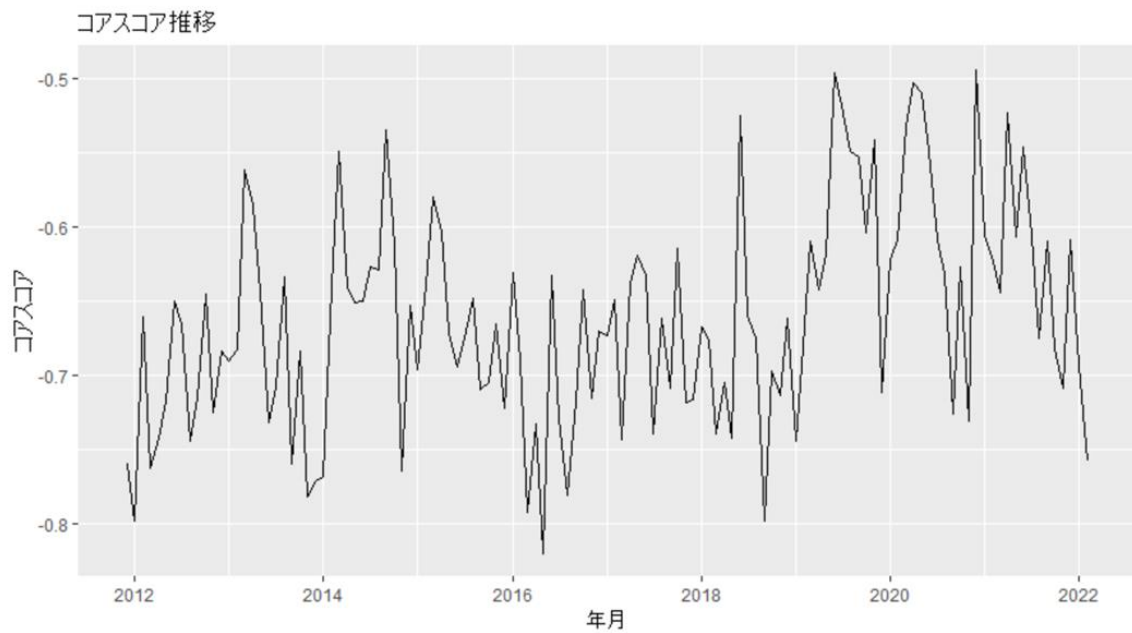


図 66

# 転倒転落 部署別 過失 年月推移

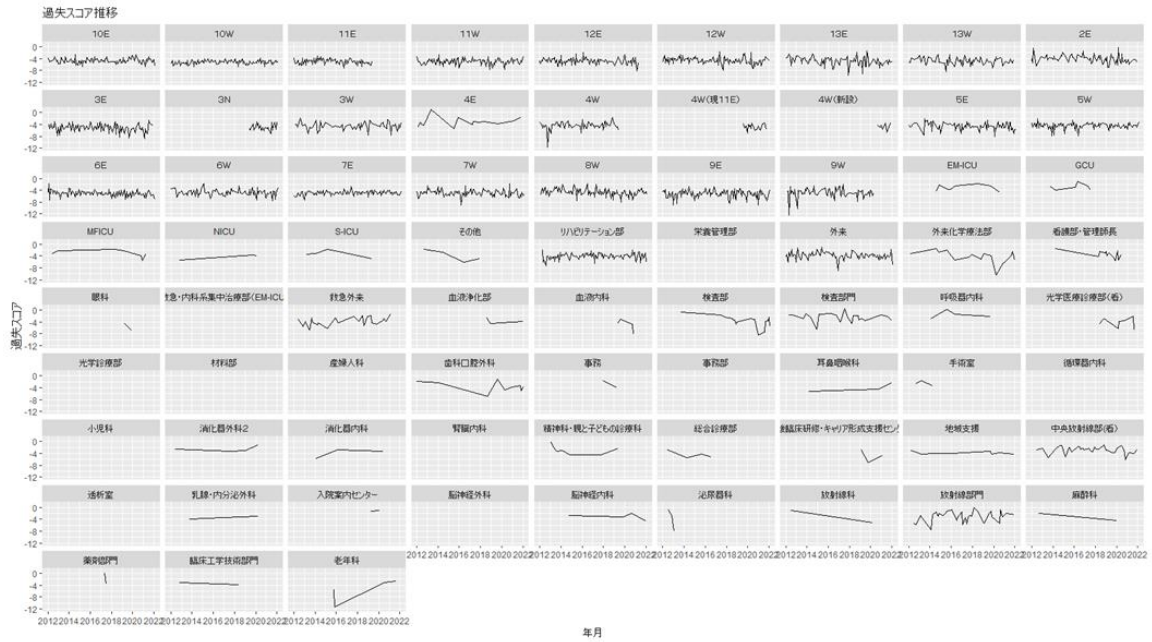


図 67

# 転倒転落 部署別 重症 年月推移

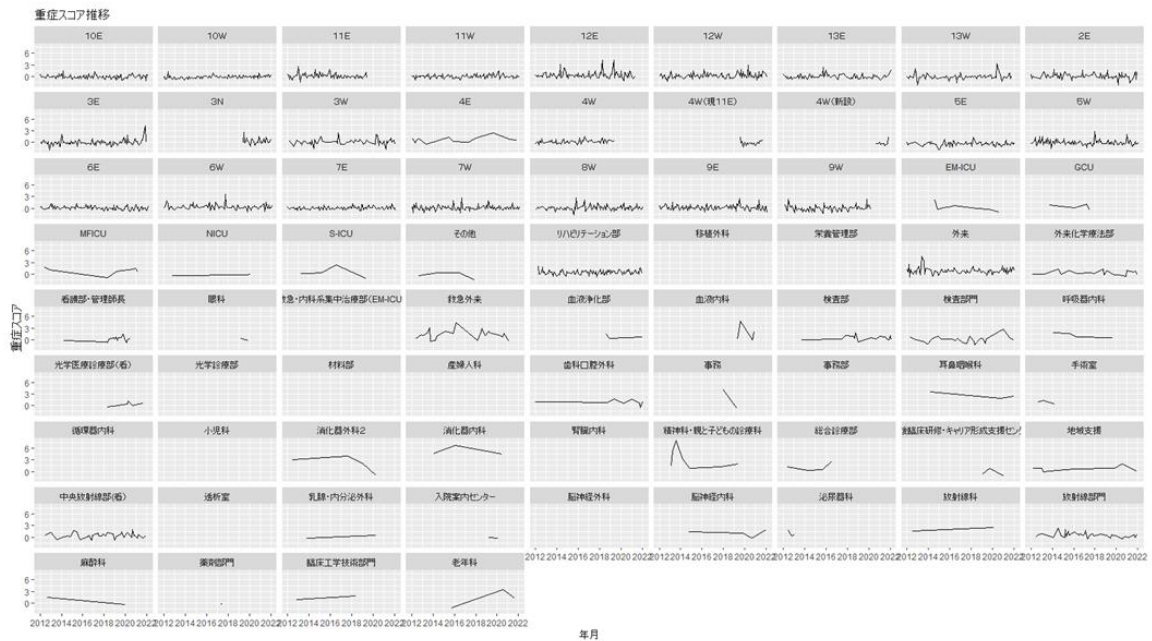


図 68

# 転倒転落 部署別 リスク 年月推移

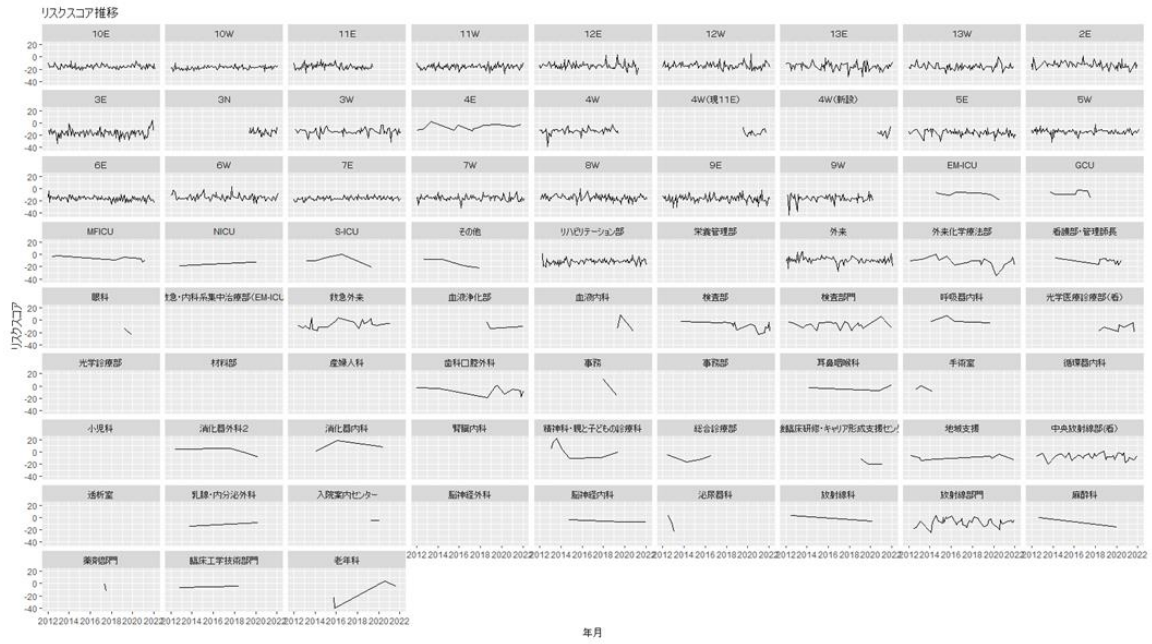


図 69

# 転倒転落 部署別 インパクト 年月推移

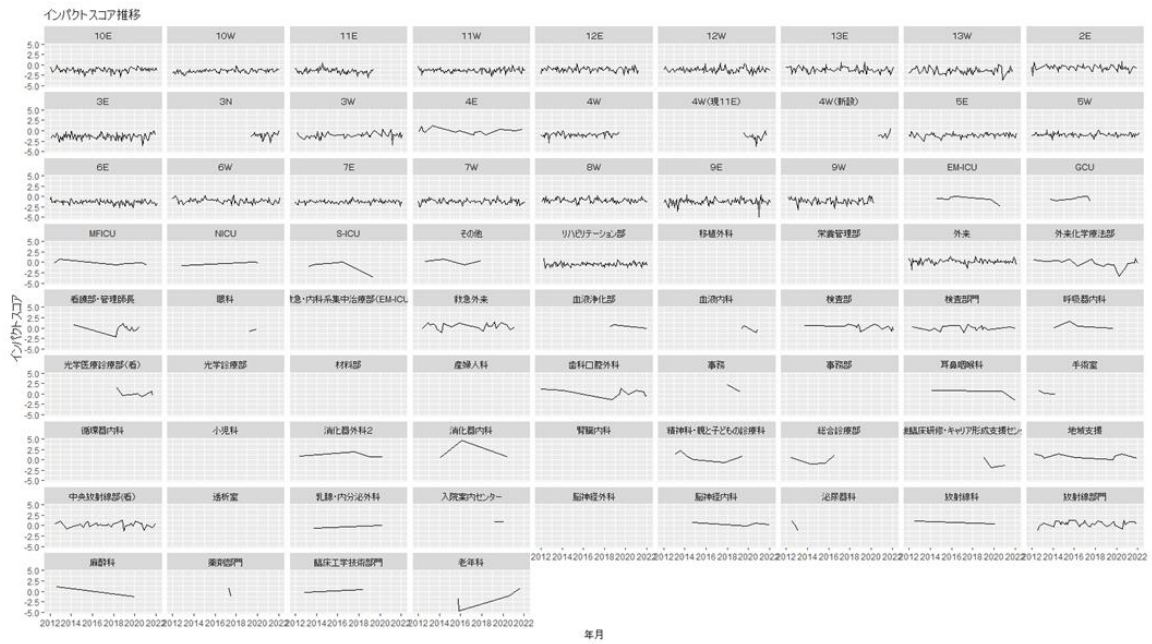


図 70

# 転倒転落 部署別 コア 年月推移

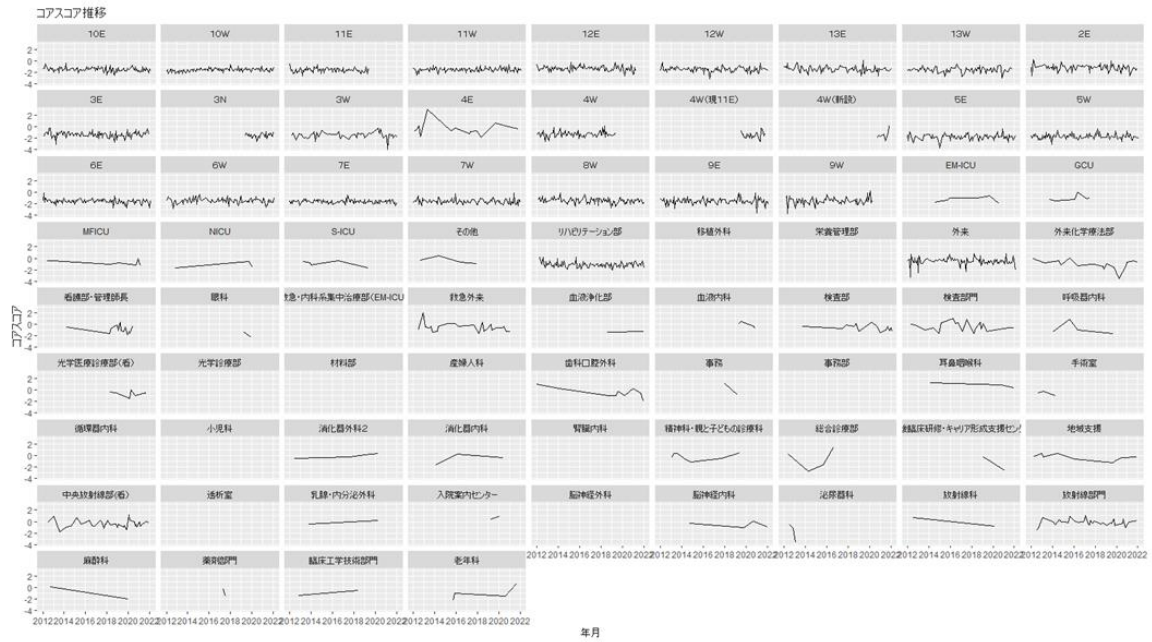


図 71

# 手術関連 部署別 過失 年月推移

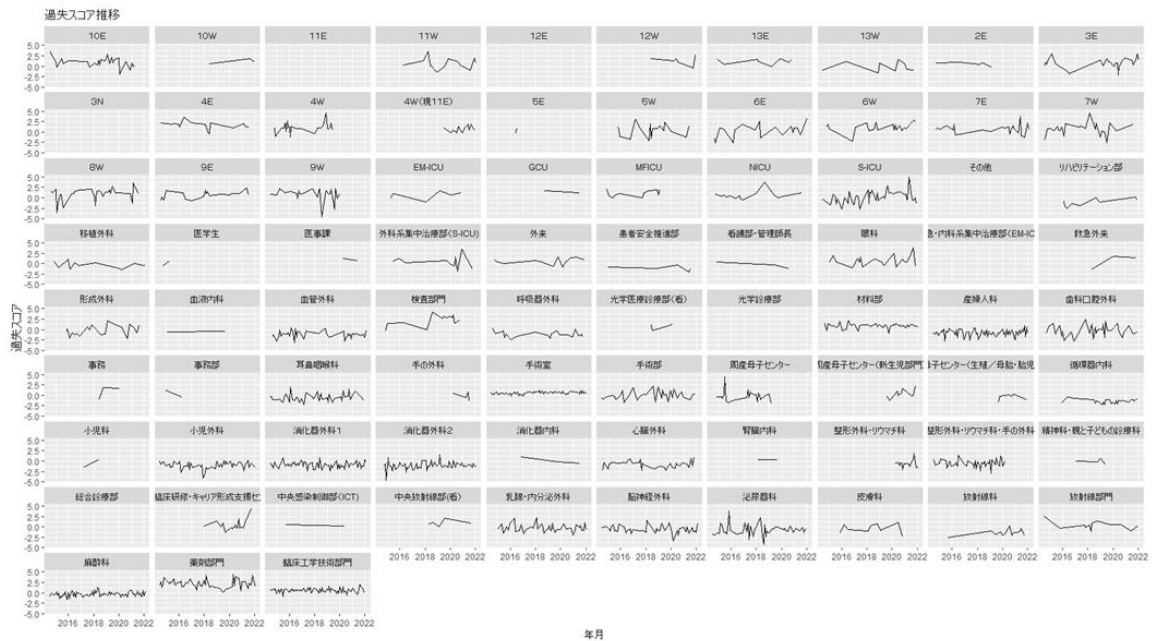


図 72

# 手術関連 部署別 重症 年月推移

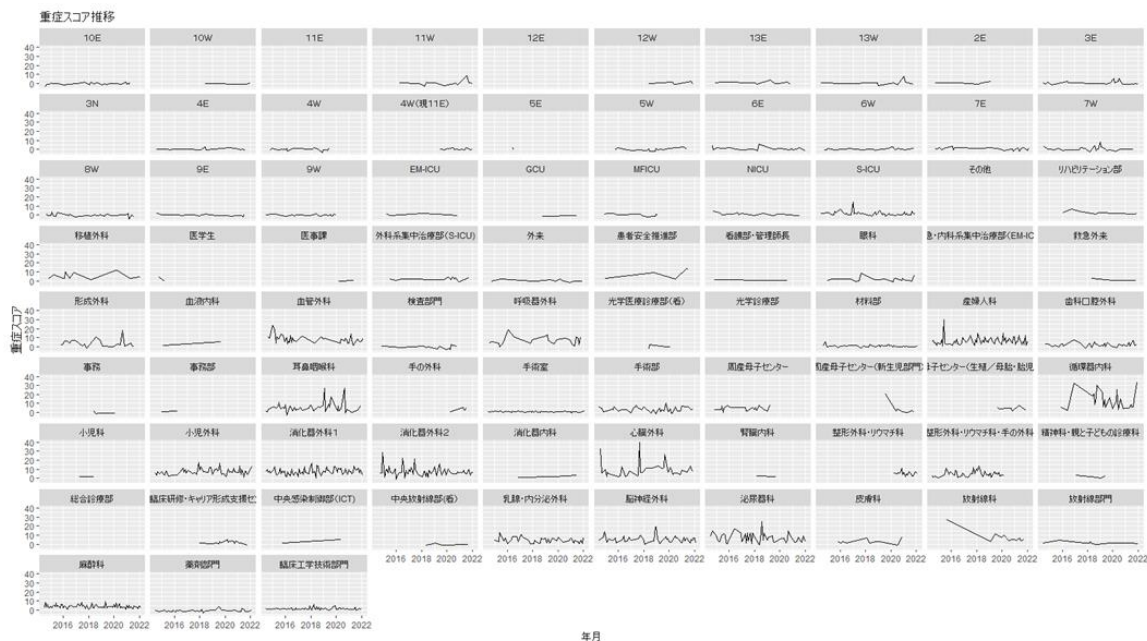


図 73

# 手術関連 部署別 リスク 年月推移

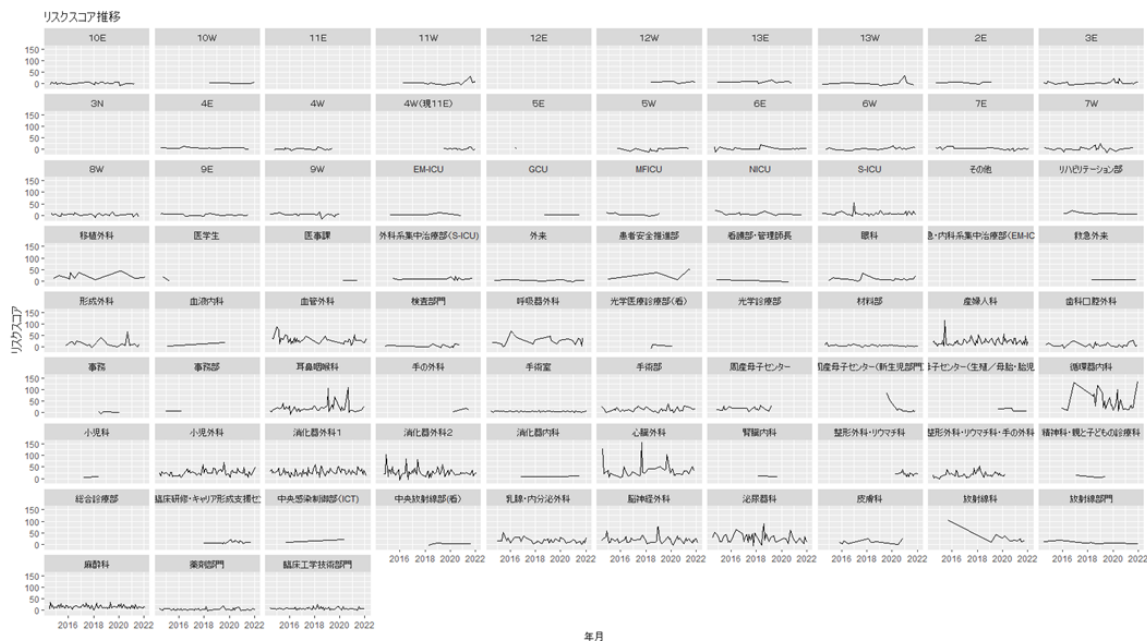


図 74

# 手術関連 部署別 インパクト 年月推移

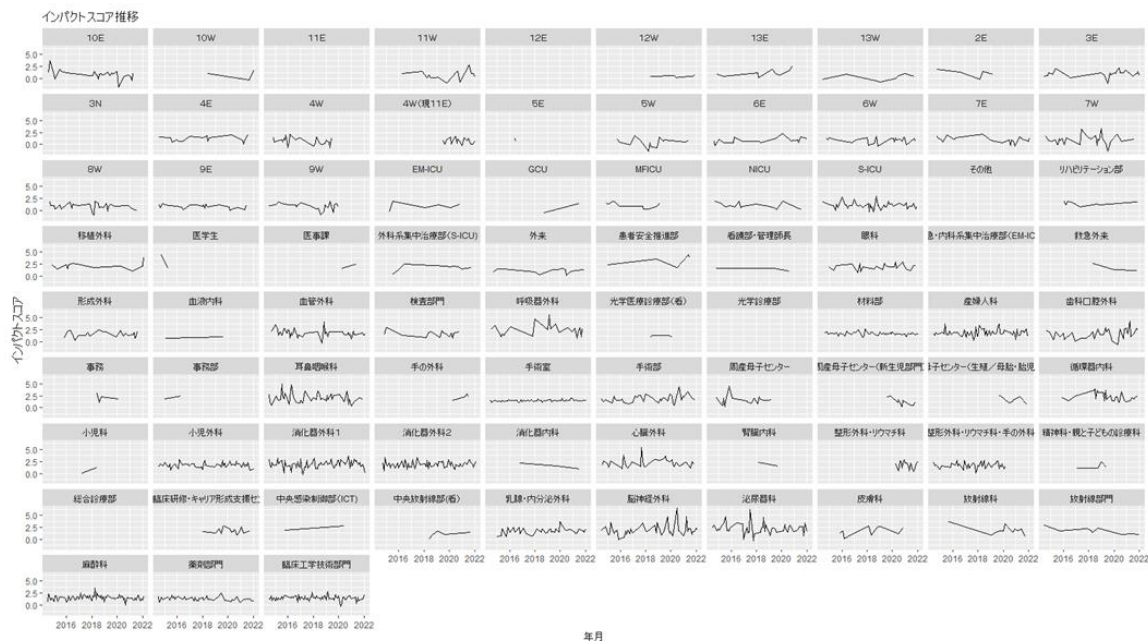


図 75

# 手術関連 部署別 コア 年月推移

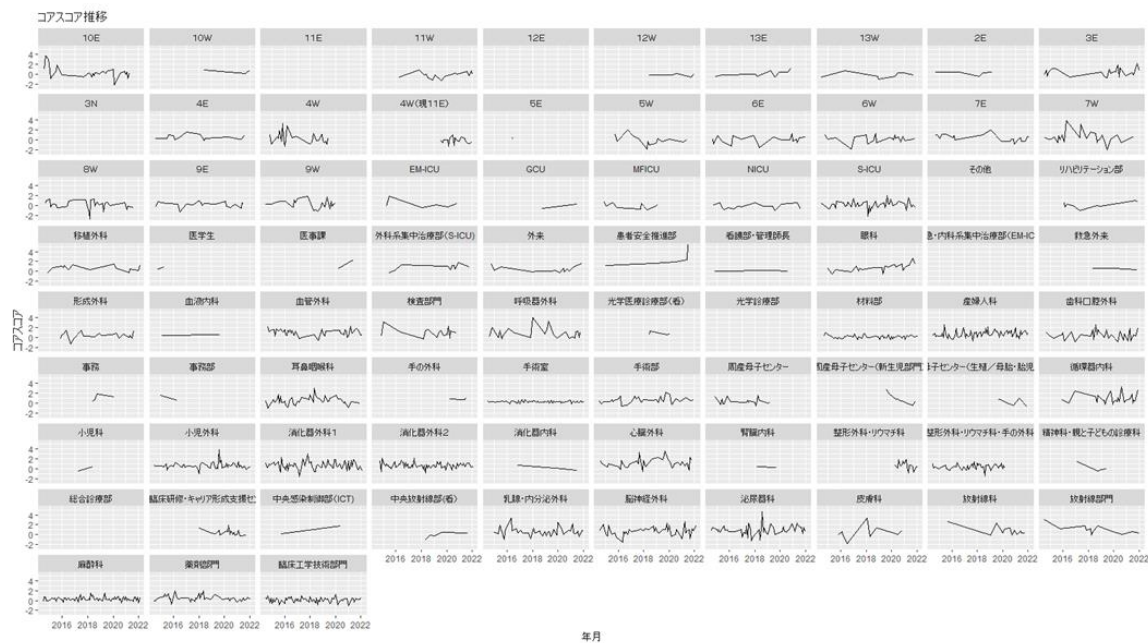


図 76

# 薬剤関連 部署別 過失 年月推移

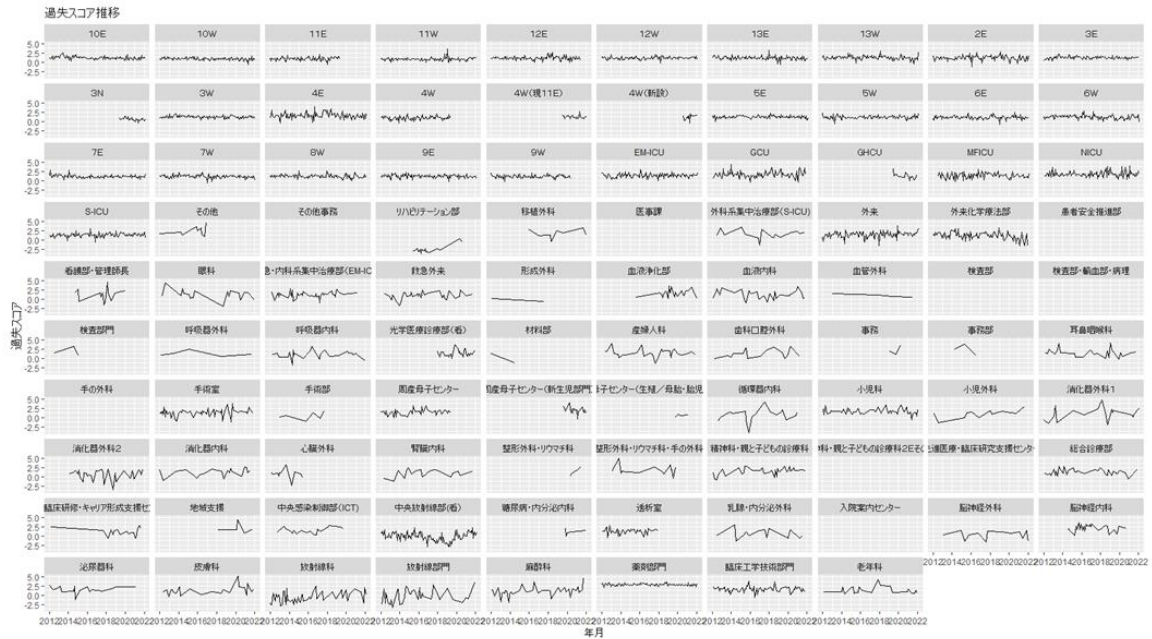


図 77

# 薬剤関連 部署別 重症 年月推移

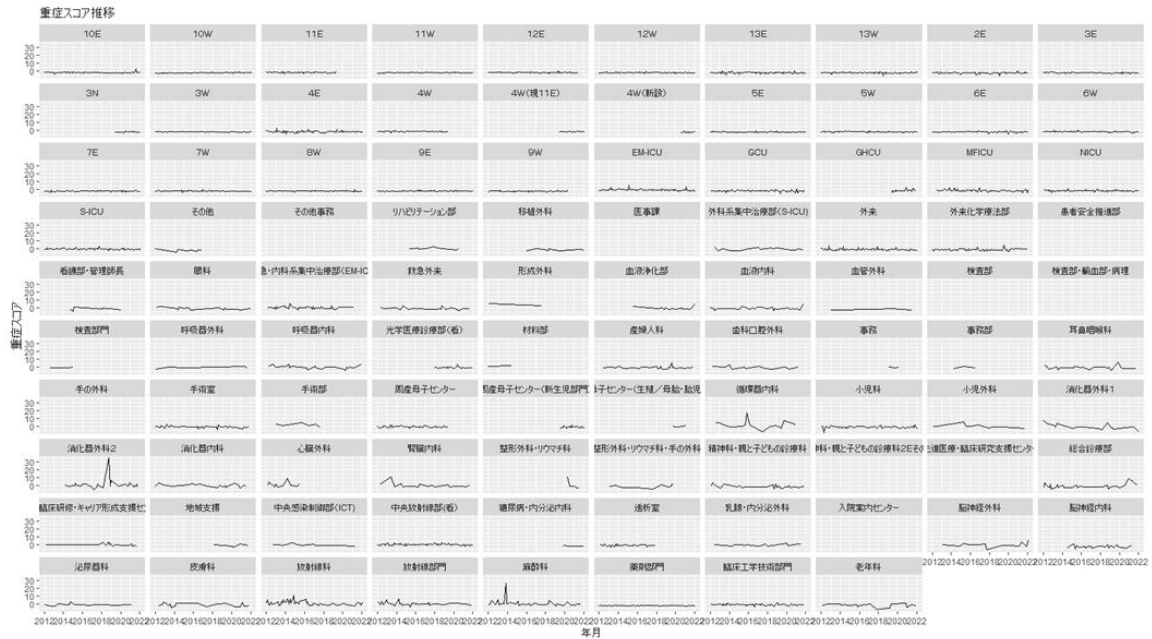


図 78

# 薬剤関連 部署別 リスク 年月推移

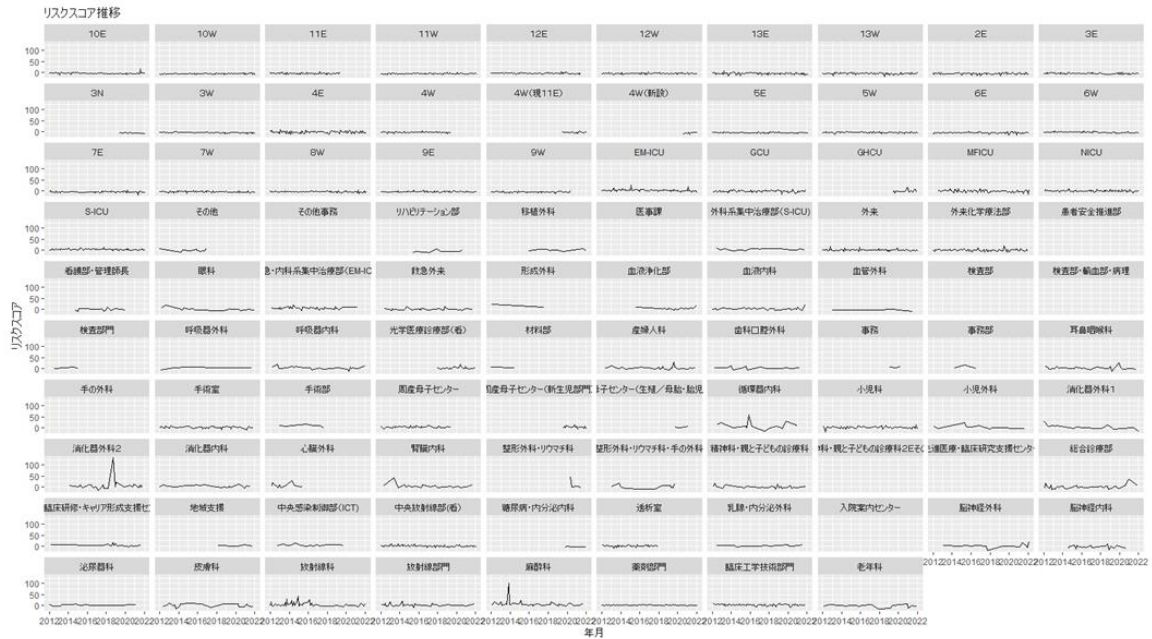


図 79

# 薬剤関連 部署別 インパクト 年月推移

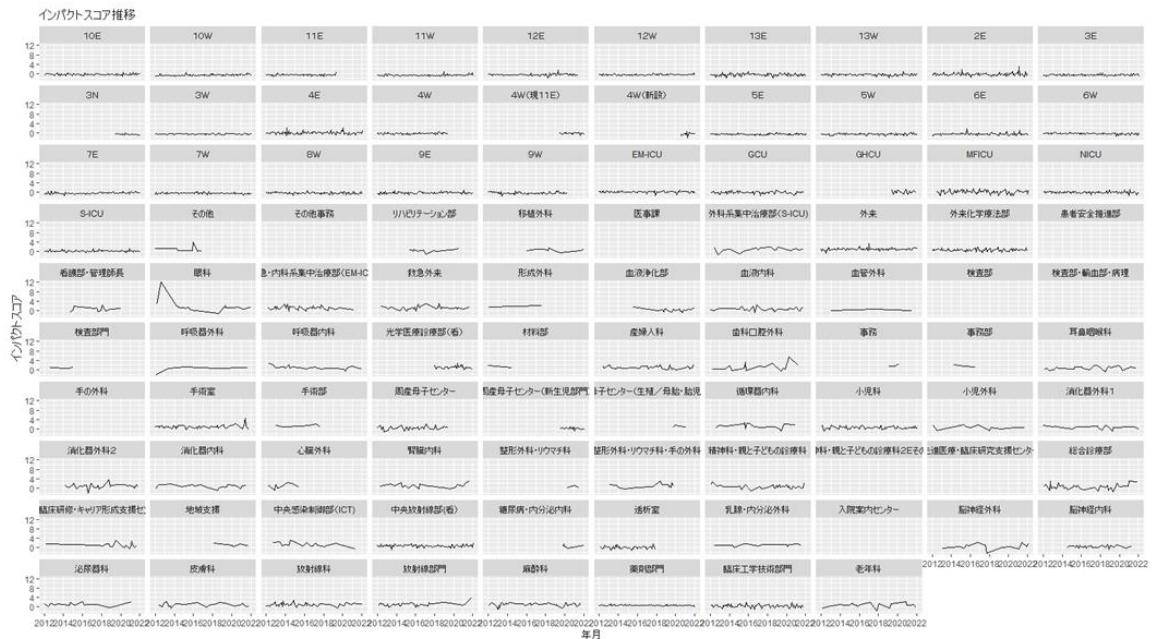


図 80



# 薬剤関連 部署別 コア 年月推移

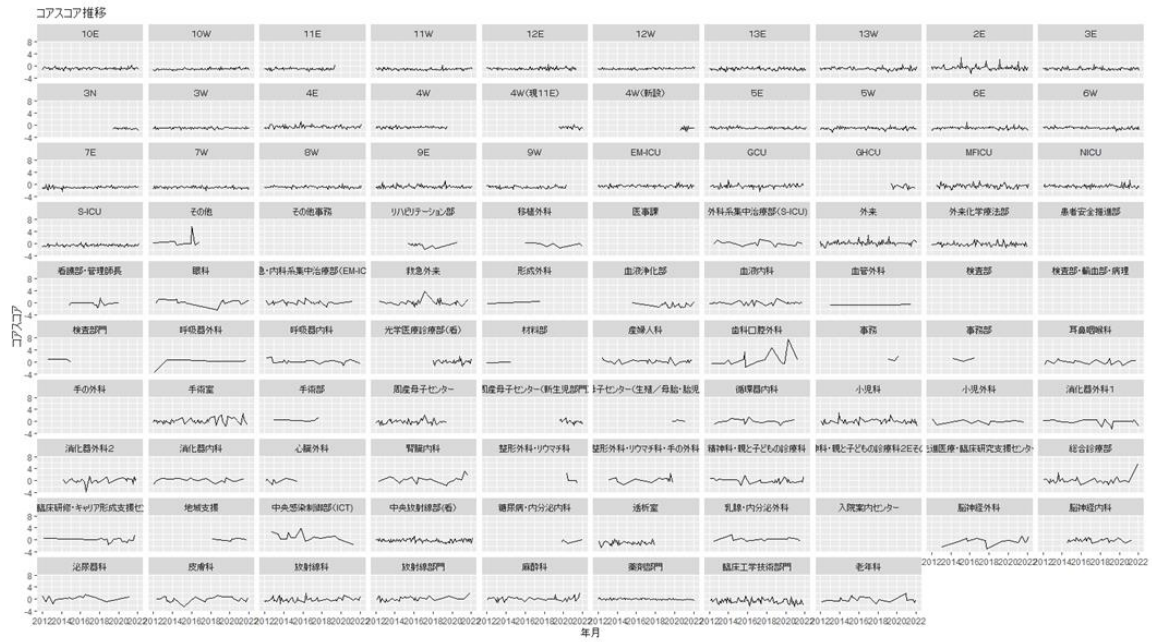


図 81

# 転倒転落 報告量と過失スコアの分布

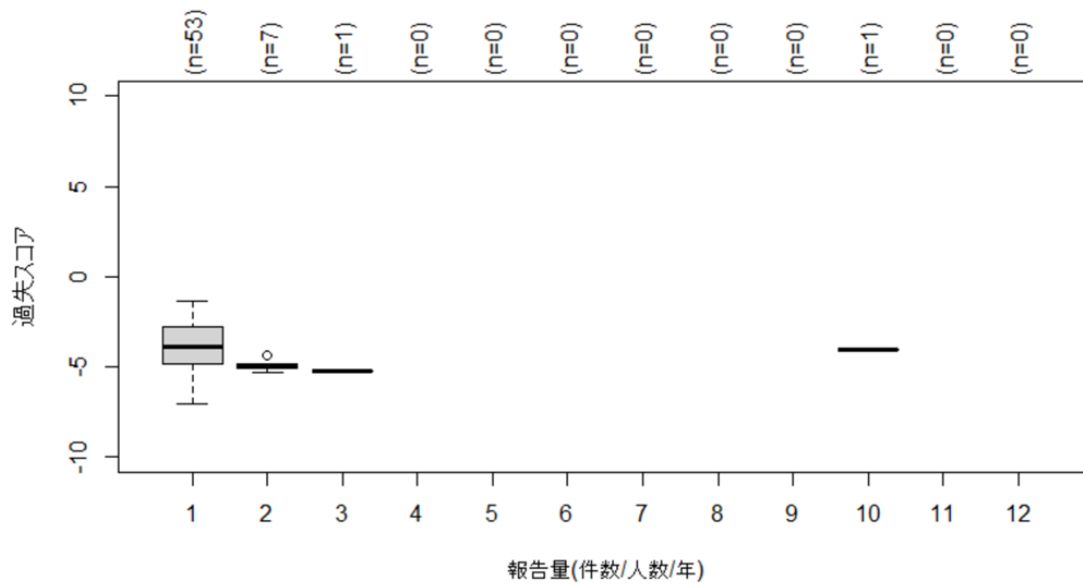


図 82

## 転倒転落 報告量と重症スコアの分布

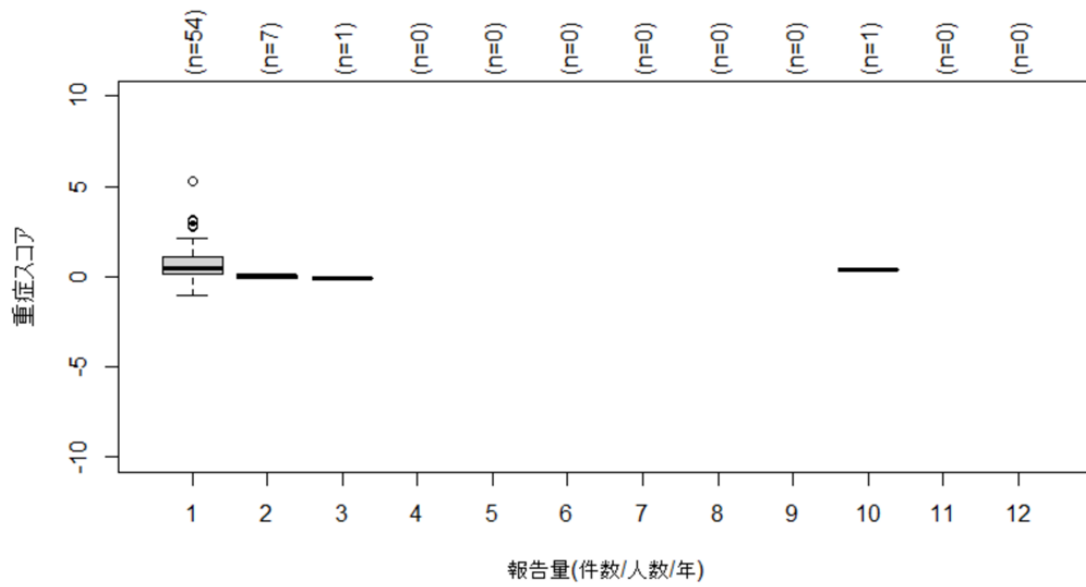


図 83

## 転倒転落 報告量とリスクスコアの分布

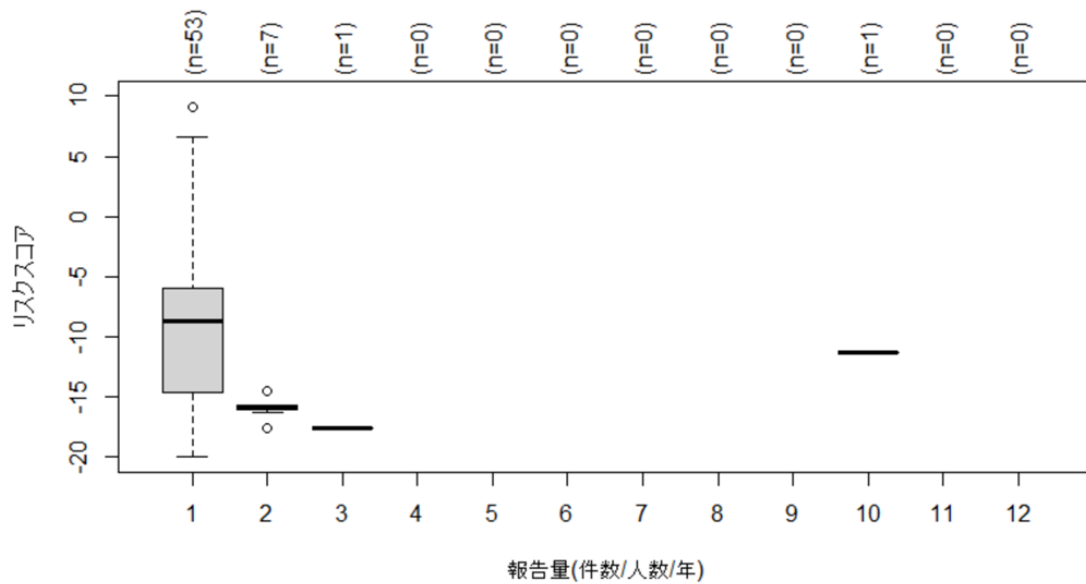


図 84

## 転倒転落 報告量とインパクトスコアの分布

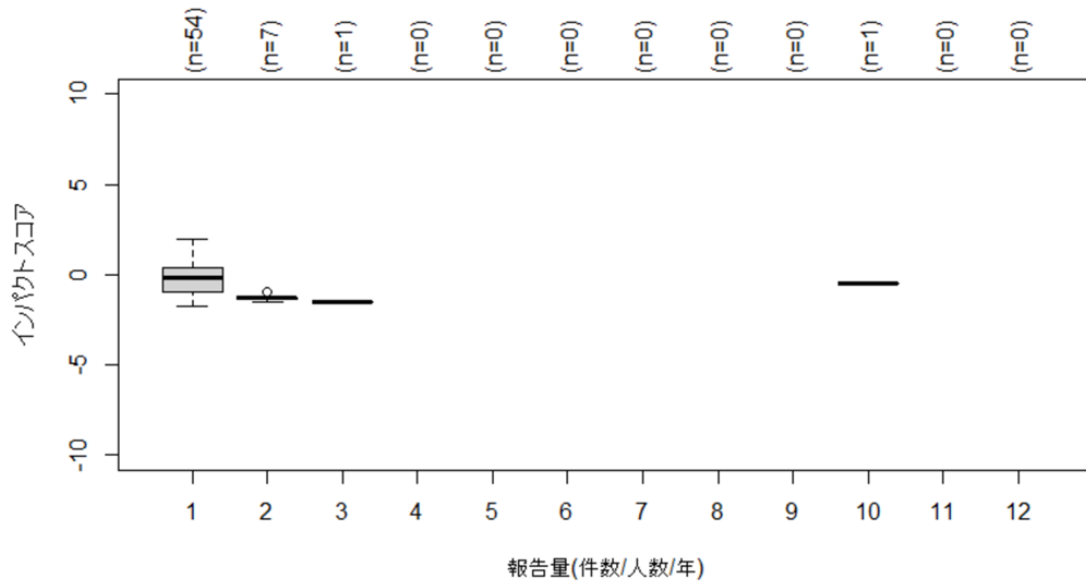


図 85

## 転倒転落 報告量とコアスコアの分布

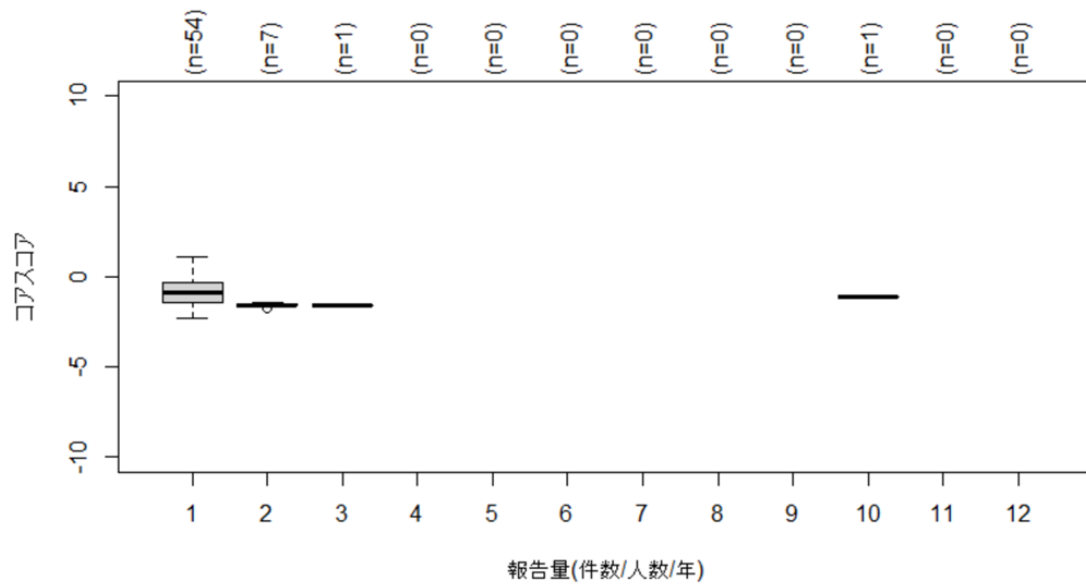


図 86

## 手術関連 報告量と過失スコアの分布

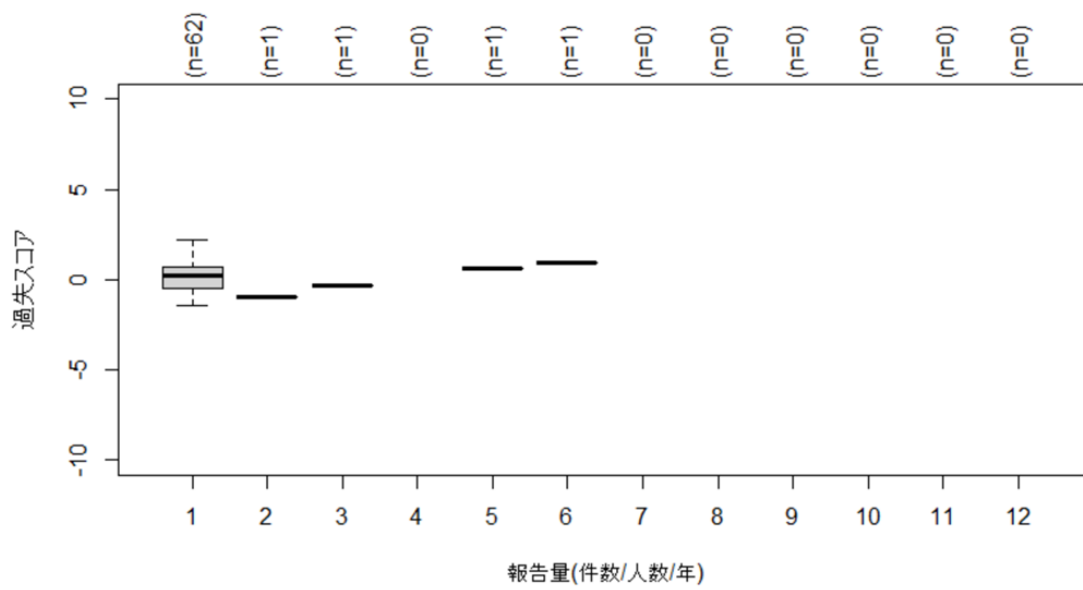


図 87

## 手術関連 報告量と重症スコアの分布

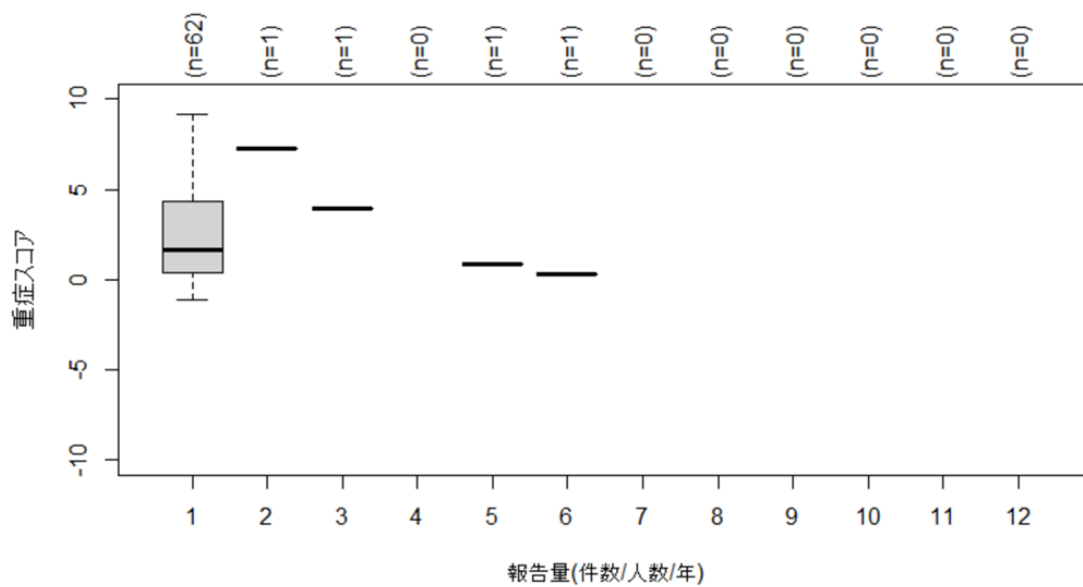


図 88

## 手術関連 報告量とリスクスコアの分布

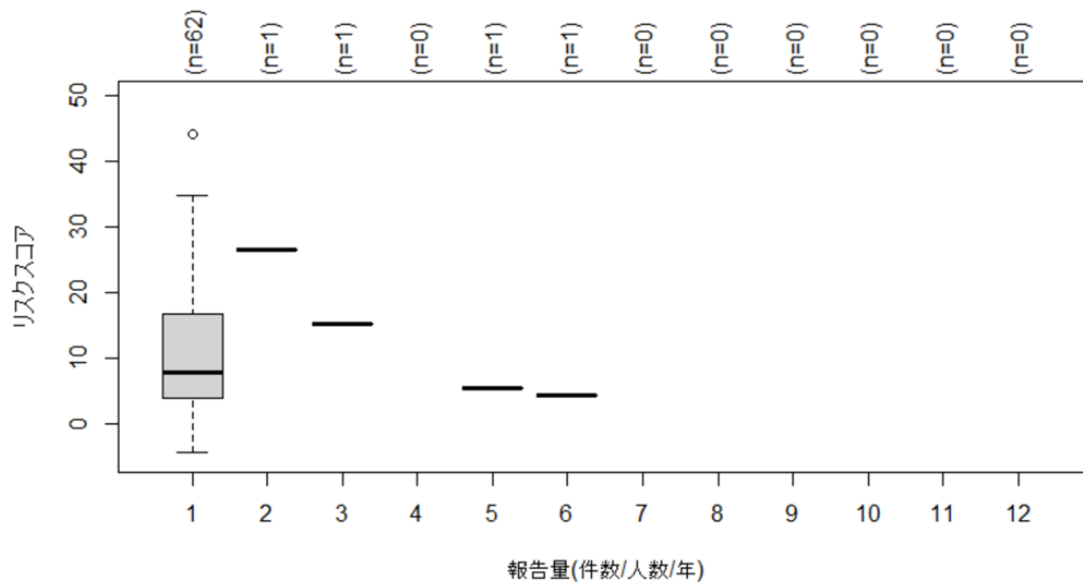


図 89

## 手術関連 報告量とインパクトスコアの分布

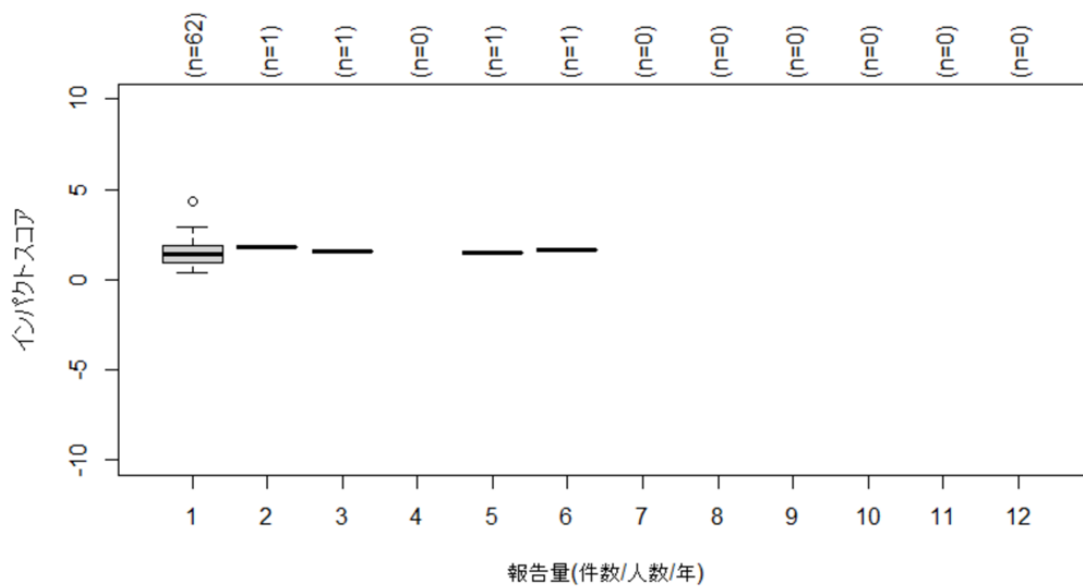


図 90

## 手術関連 報告量とコアスコアの分布

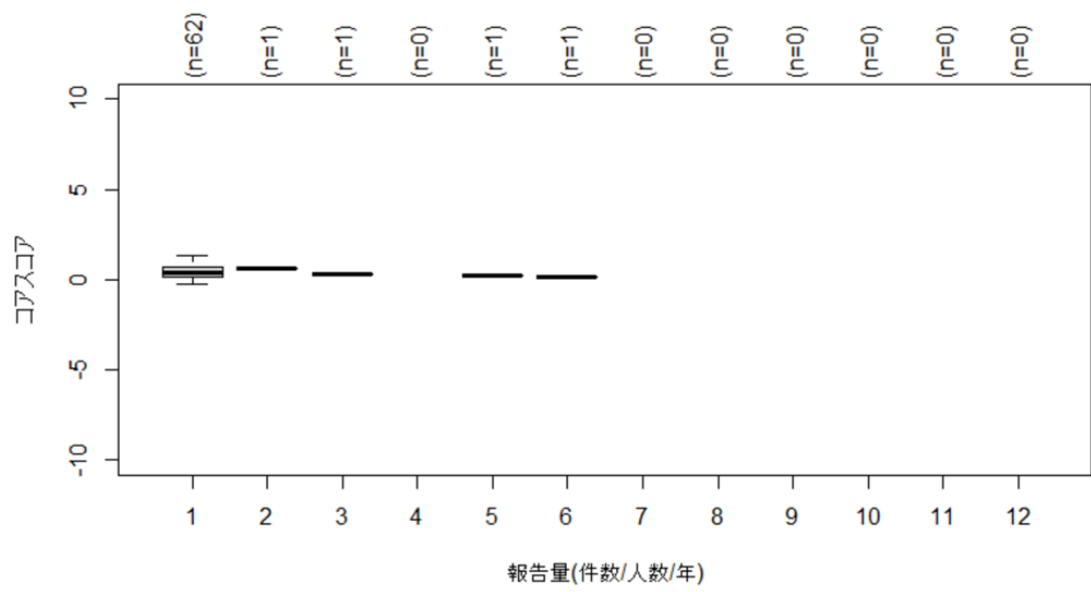


図 91

## 薬剤関連 報告量と過失スコアの分布

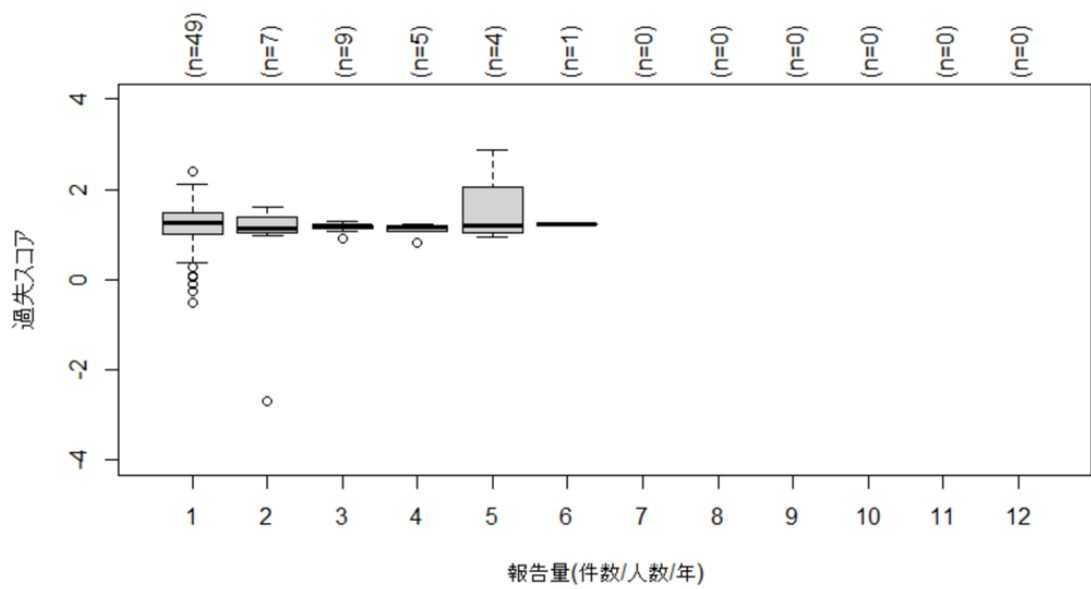


図 92

## 薬剤関連 報告量と重症スコアの分布

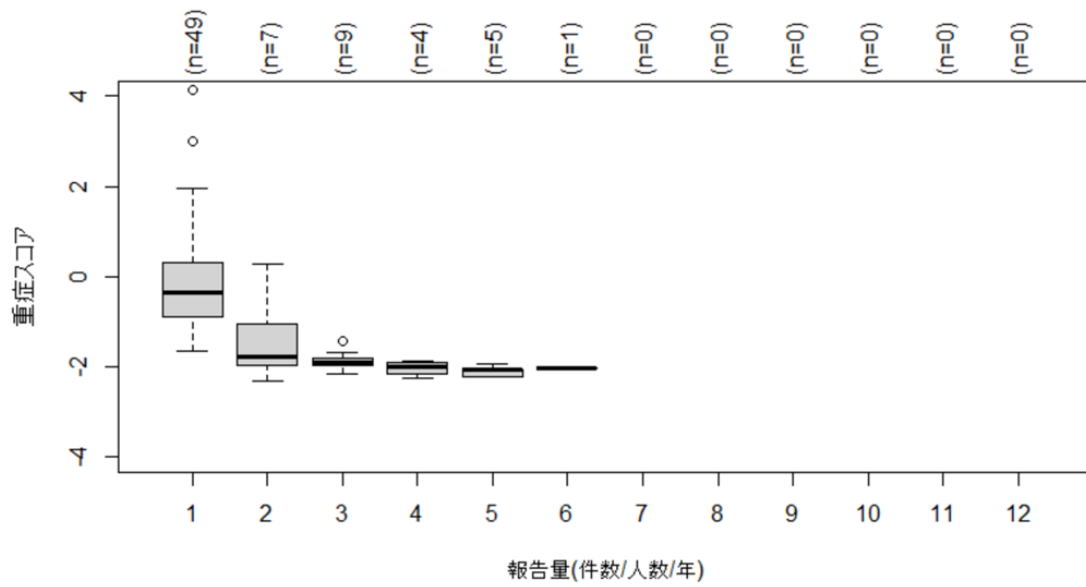


図 93

## 薬剤関連 報告量とリスクスコアの分布

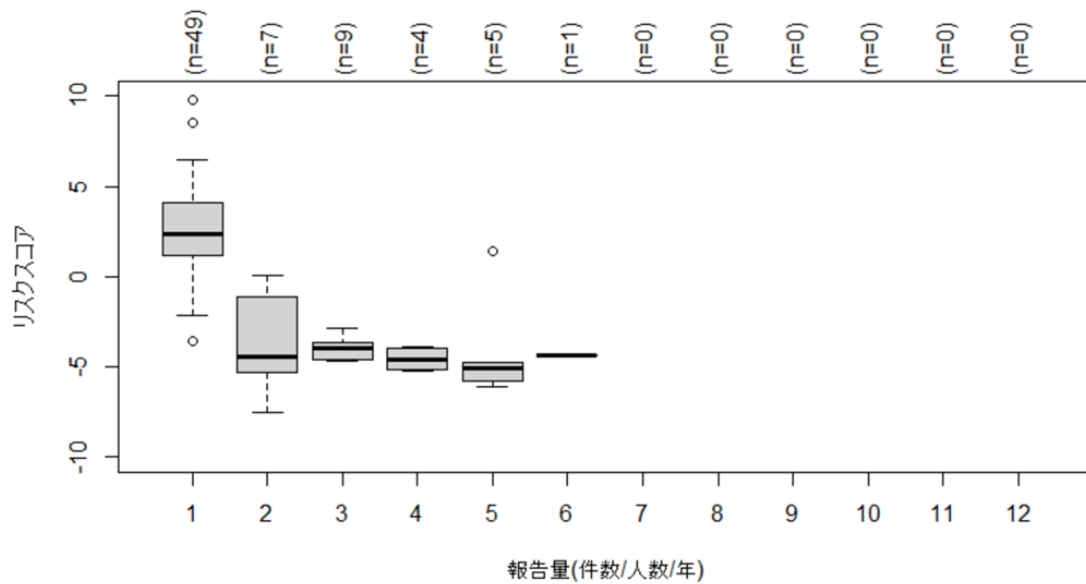


図 94

## 薬剤関連 報告量とインパクトスコアの分布

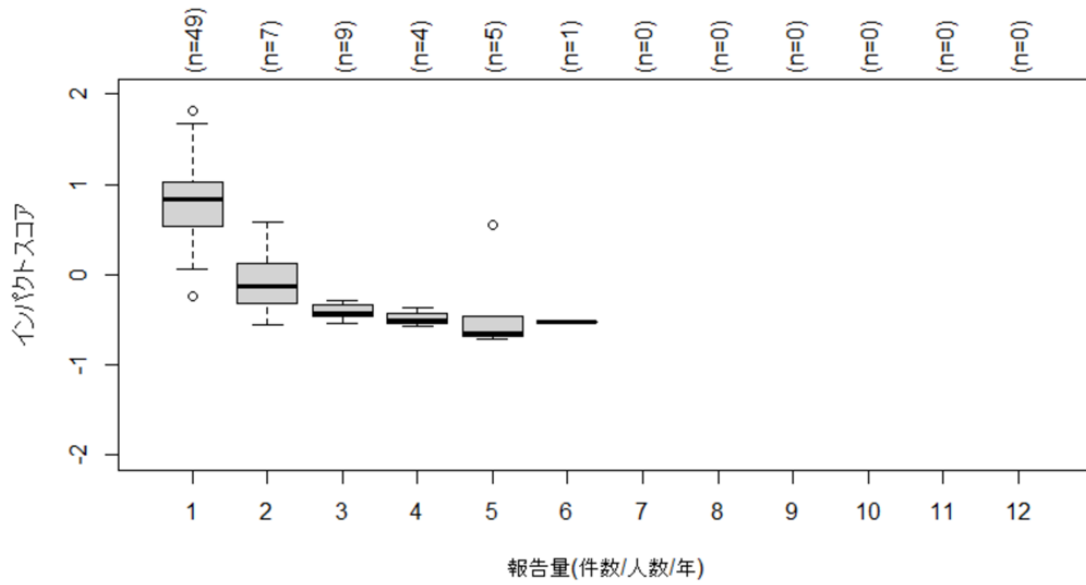


図 95

## 薬剤関連 報告量とコアスコアの分布

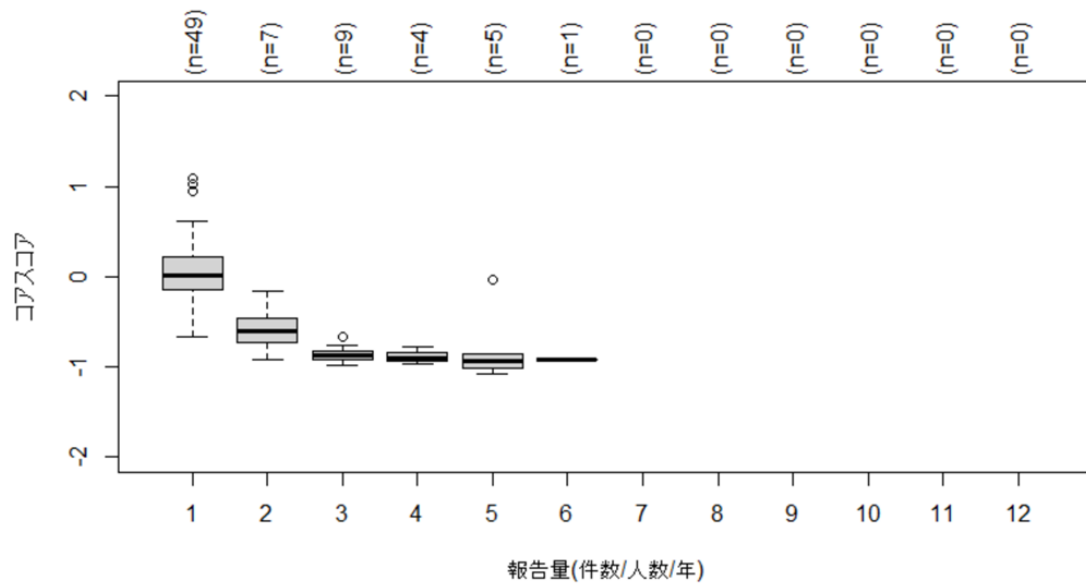


図 96



# インシデントレポートシステム開発(リスク量測定機能あり)

The dashboard displays the following information:

- ReportSystem Top
- PSMログイン
- 今月レポート数: 223
- 今月医師報告率: 0.09
- 今月患者誤認報告率: 0.04
- インシデント・アクシデント報告
- 患者に影響があった、影響した可能性のある事例
- 院内すべての医療機器・医療材料に関するレポート
- お知らせ: システムメンテナンスのため6/6/30~7/00にシステムを停止させていただきます。ご了承ください。
- 検索条件: 発生区分 (重要伝達事項, 医療安全通報, 報告公表資料, 院内マニュアル), 掲載日 (yyyy-mm-dd ~ yyyy-mm-dd)
- 検索結果一覧:

発生区分	タイトル	サブタイトル	コメント	添付ファイル	掲載日
重要伝達事項	(20211111開催)令和3年度第7回看護部PSM会議_重要伝達事項			(20211111開催)令和3年度第7回看護部PSM会議_重要伝達事項.pdf	2021/11/18
重要伝達事項	(20211116開催)令和3年度第5回部門PSM会議_重要伝達事項			(20211116開催)令和3年度第5回部門PSM会議_重要伝達事項.pdf	2021/11/16
重要伝達事項	(20211112開催)令和3年度第5回医師PSM会議_資料			(20211112開催)第5回医師PSM会議_資料.pdf	2021/11/16
重要伝達事項	(20211112開催)令和3年度第5回医師PSM会議_重要伝達事項			(20211112開催)第5回医師PSM会議_重要伝達事項.pdf	2021/11/16

図 97

The search results page displays the following information:

- ReportSystem インシデント・アクシデントレポート検索
- PSMシステム管理者さん ログアウト
- 直近: 3か月
- 全体AND検索: YES
- 検索条件: レポート, PSM連絡, GRM分類, 投票, 患者フォロー, 調査・審議, ToDo, スコア
- 検索条件: ハイスコア: 有, コア会議: 無
- 検索実行, 一覧出力, 詳細出力, 条件保存/読み込み, 条件クリア, 閉じる
- 424件
- 単集計, クロス集計, バレート図, 管理図, リスク量
- 検索結果一覧:

ReportNo	報告日時	発生日時	報告者の職種	報告者の所属	報告者の経験年数	報告者の立場	影響度レベル	インシデントの種類	患者の診療科	主疾患名	患者ID
2021110748	2021-11-22-17:09	2021-11-22-14:15	薬剤師			当事者	0b	薬剤関連	乳癌・内分泌外科		
2021110751	2021-11-22-17:28	2021-11-18-20:00	医師	感染制御部	17年目	報告を受けた	2	その他	皮膚科	皮膚科	7/15/206
2021110753	2021-11-22-17:28	2021-11-22-13:00	看護師・助産師	手術室	16年目	報告を受けた	3b	手術関連	消化器外科二	腸胃科	1/15/248
2021110757	2021-11-22-18:31	2021-11-22-12:20	看護師・助産師	7 E	11年目	当事者	1	治療・検査・処置(手術・麻酔除く)	脳神経外科	脳神経外科	10/25/201
2021110763	2021-11-22-19:21	2021-11-19-16:00	薬剤師		4年目	当事者	1	薬剤関連	消化器外科一	消化器外科	1/10/247
2021110766	2021-11-22-22:32	2021-11-22-14:00	医師	消化器外科二	20年目	当事者	3a	手術関連	消化器外科二	消化器外科	1/15/251
2021110772	2021-11-23-09:03	2021-11-23-08:00	看護師・助産師	S-I CU	14年目	当事者	2	ライン・チューブ・ドレーン類管理	消化器外科二	消化器外科	9/1/10/9999
2021110786	2021-11-24-02:16	2021-11-24-01:20	看護師・助産師	中央感染制御部(ICT)	14年目	当事者	2	ライン・チューブ・ドレーン類管理	感染症・内分泌内科	感染症	3/30/15/26/37
2021110798	2021-11-24-14:10	2021-11-24-13:00	看護師・助産師	6 E	24年目	報告を受けた	0b	食事	血管外科	血管外科	7/1/10/74
2021110800	2021-11-24-15:07	2021-11-24-15:00	看護師・助産師	手術室		発見者	0a	手術関連			
2021110801	2021-11-24-15:42	2021-11-22-09:00	事務	医事課		報告を受けた	その他	カルテ記載			1/12/28/12
2021110812	2021-11-24-18:13	2021-11-24-16:45	看護師・助産師	手術室	11年目	当事者	1	手術関連	整形外科・リウマチ科	整形外科	1/15/24/01
2021110822	2021-11-24-20:06	2021-11-24-14:30	医師	歯科口腔外科	11年目	当事者	その他	治療・検査・処置(手術・麻酔除く)	歯科口腔外科	歯科口腔外科	3/10/2/209/59

図 98

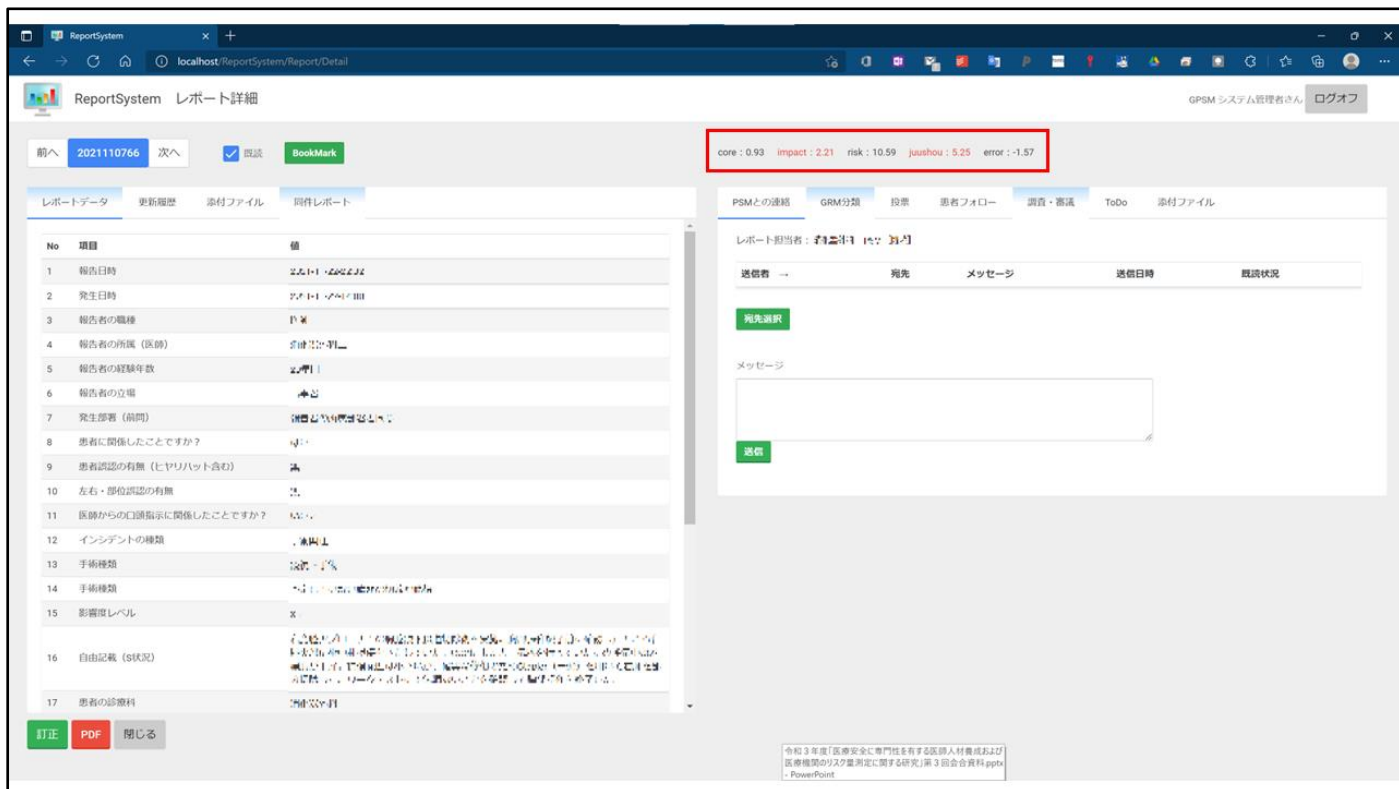


図 99

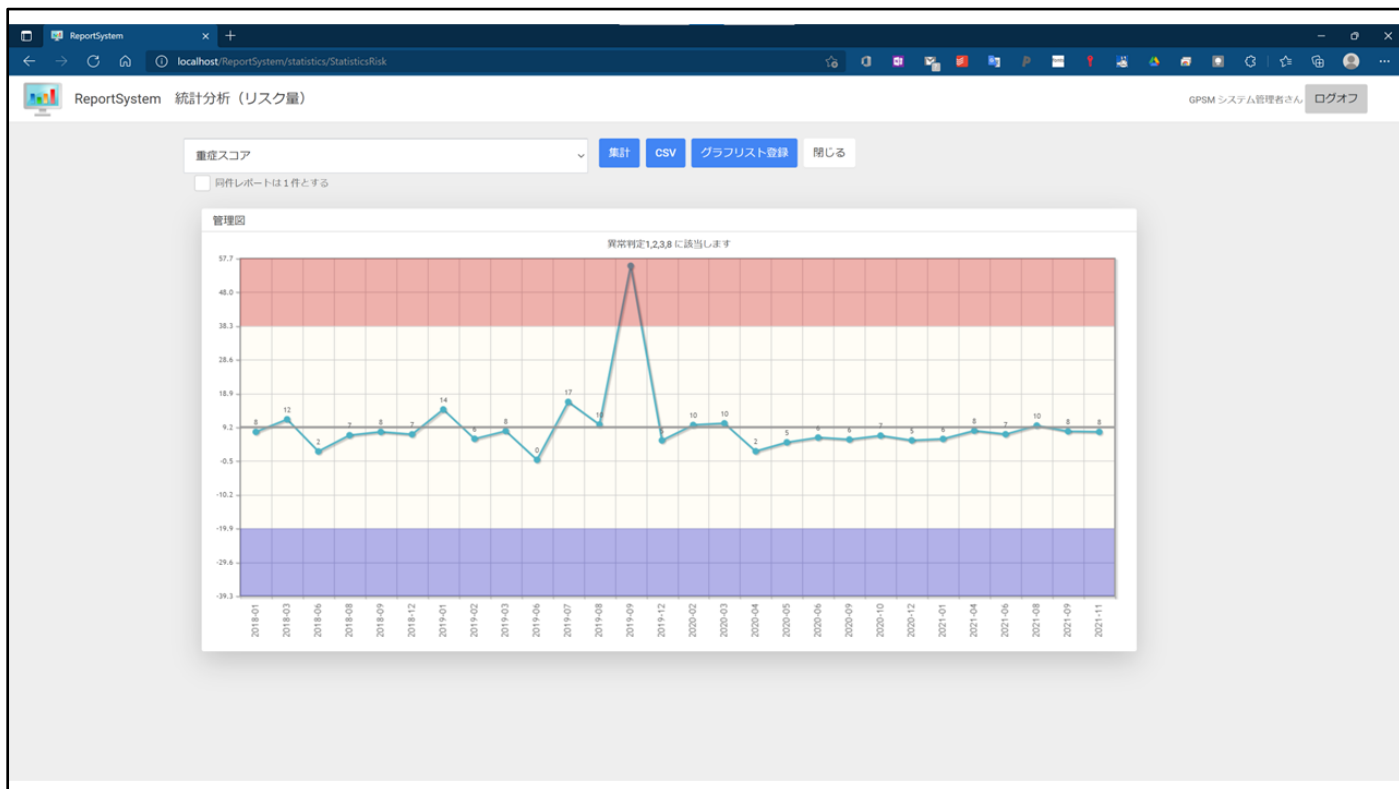


図 100