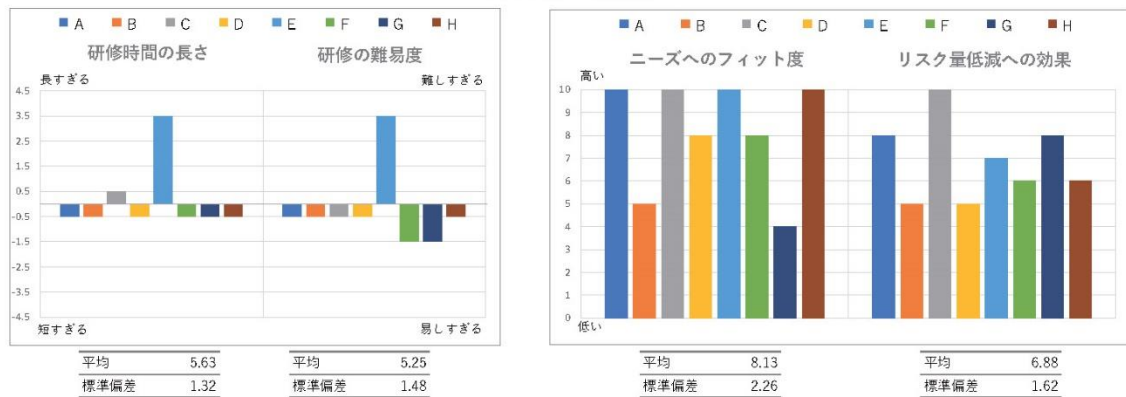


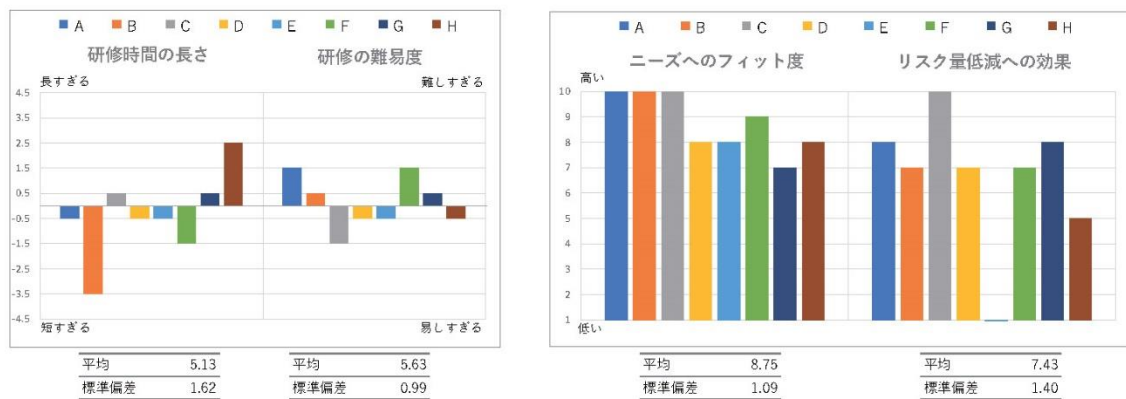
### 1-1-1\_本研修が目指すもの



#### その他、ご意見等

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

### 1-1-2\_エラー発生の原因

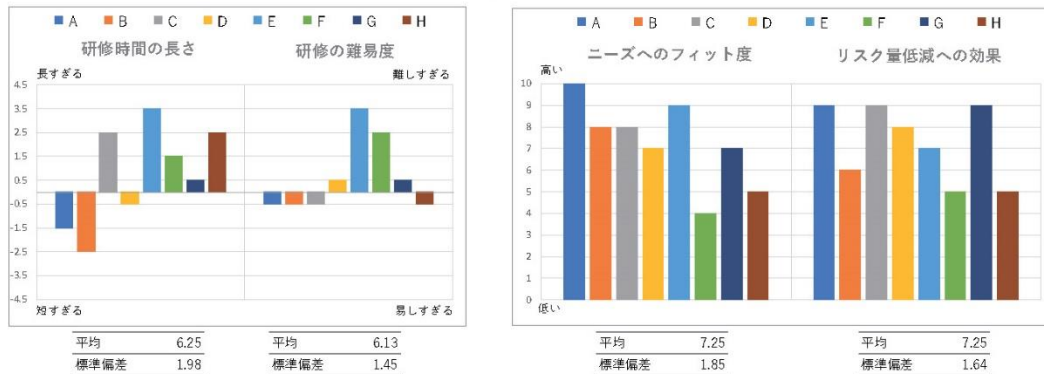


#### その他、ご意見等

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

図 25

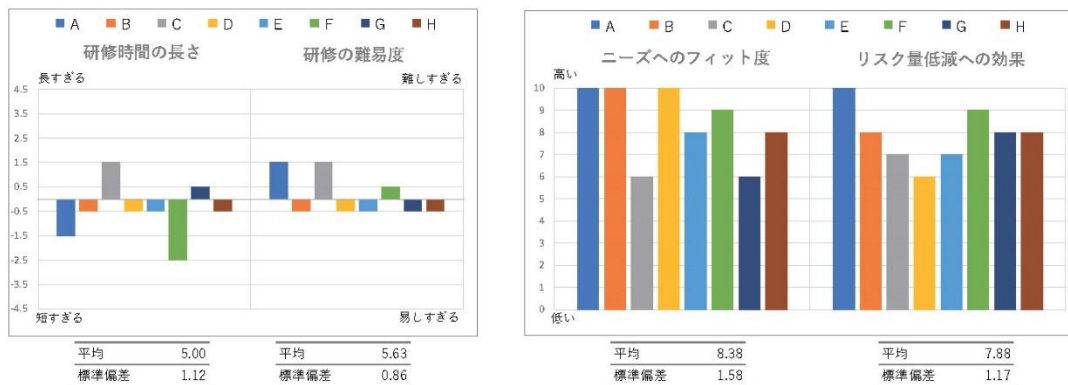
### 1-1-3\_診断エラー



#### その他、ご意見等

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

### 1-2-1\_インシデント・トリアージ

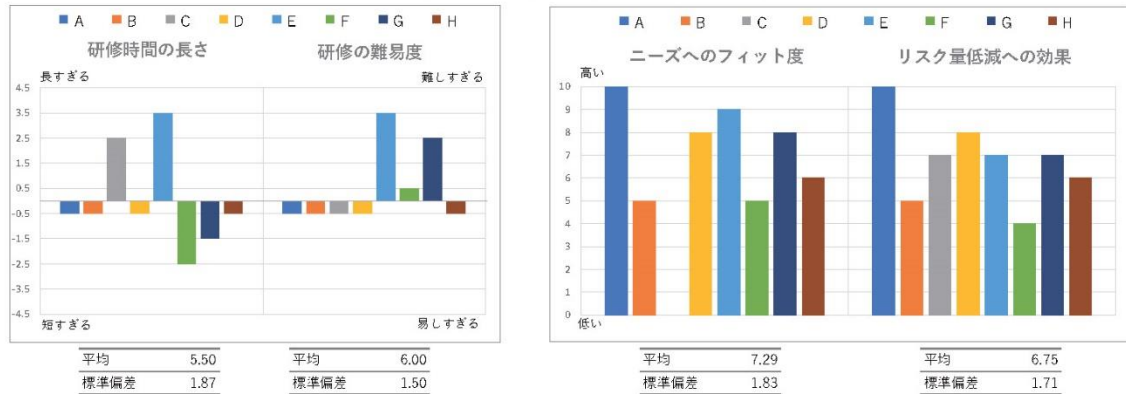


#### その他、ご意見等

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

図 26

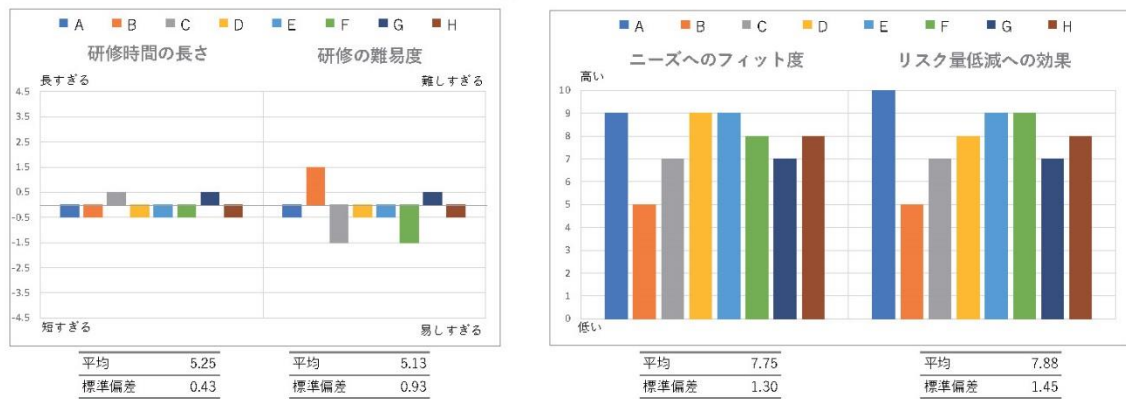
### 1-2-2 医療の高度化、複雑化とエラー発生



#### その他、ご意見等

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

### 1-2-3 報告文化の活性化

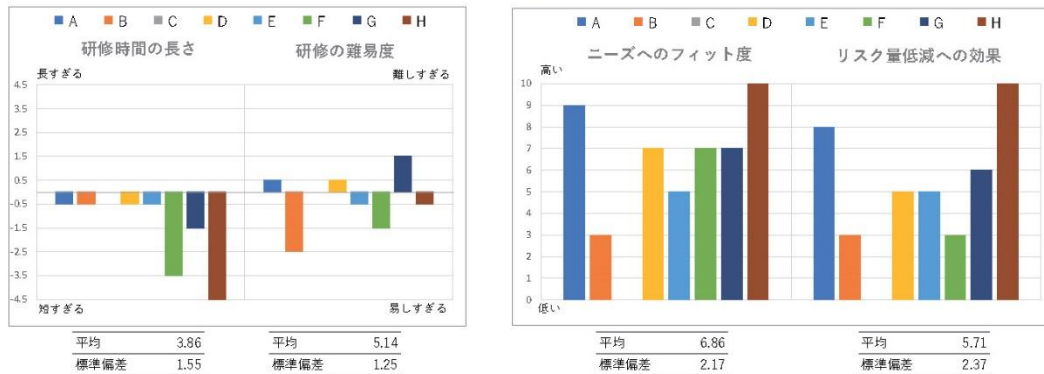


#### その他、ご意見等

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

図 27

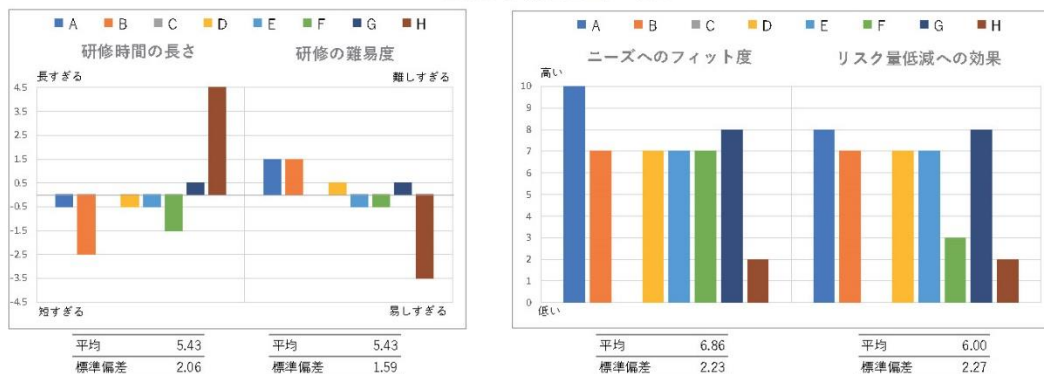
### 1-3-1 医療安全施策の動向



#### その他、ご意見等

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

### 1-3-2 確かな倫理基盤の確立



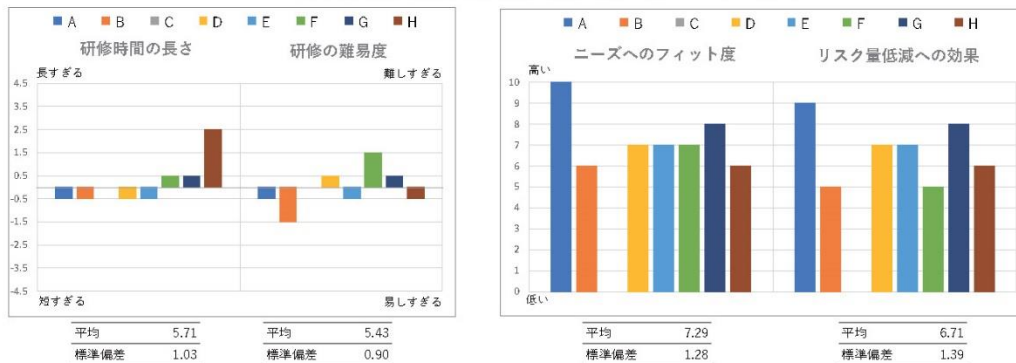
#### その他、ご意見等

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

図 28



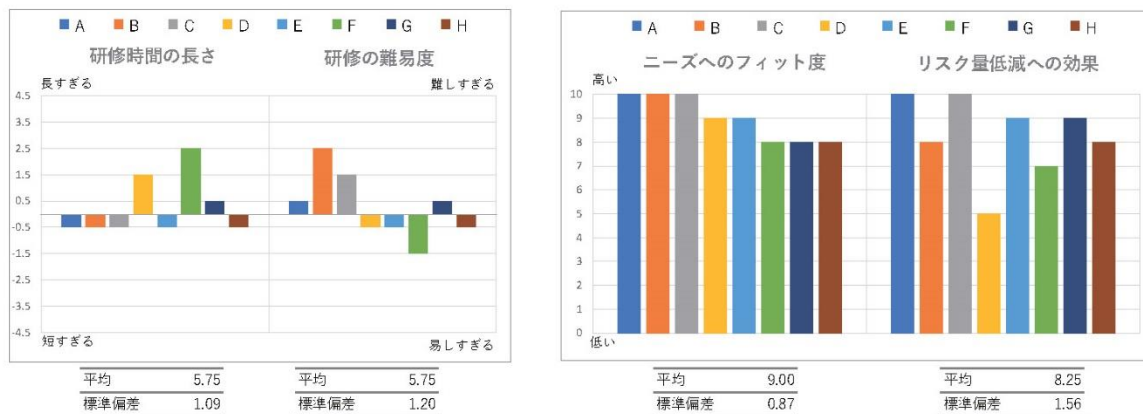
### 1-3-3\_組織横断的活動を推進する安全管理者としての適正



#### その他、ご意見等

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

### 2-1-1\_医療事故調査 外部研修：プラネスク\_小田原

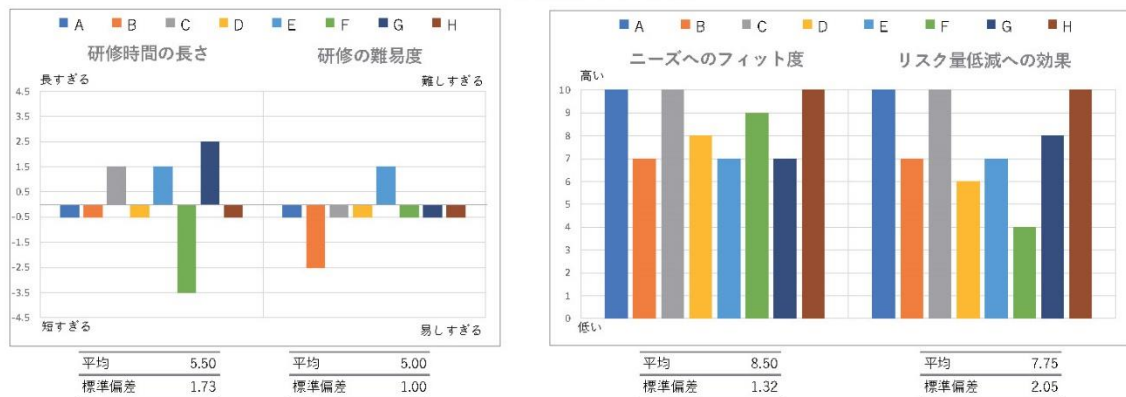


#### その他、ご意見等

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

図 29

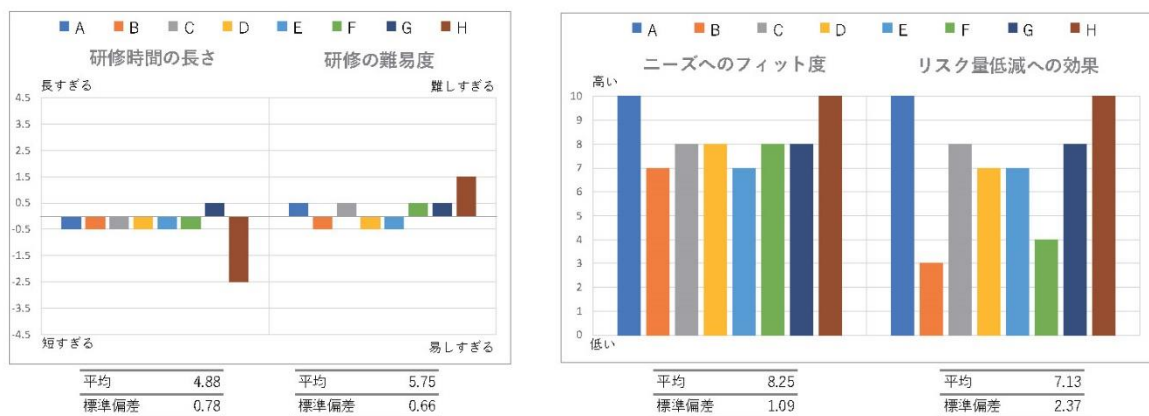
### 2-3-1 事故発生時の連携



#### その他、ご意見等

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

### 2-3-2 重大死亡事故発生時の対応

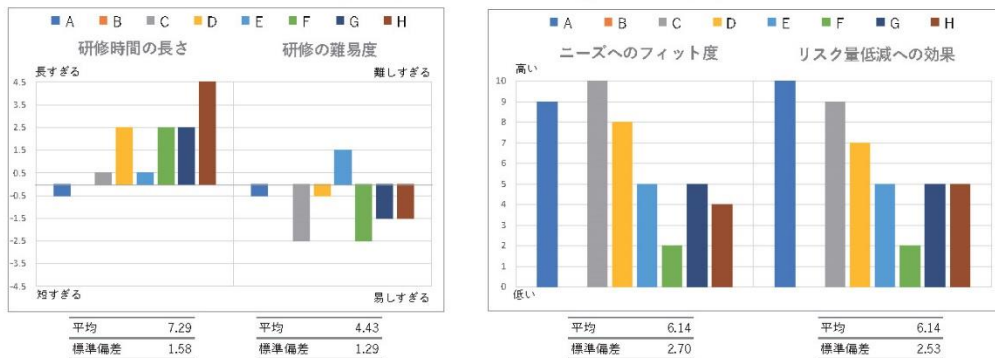


#### その他、ご意見等

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

図 30

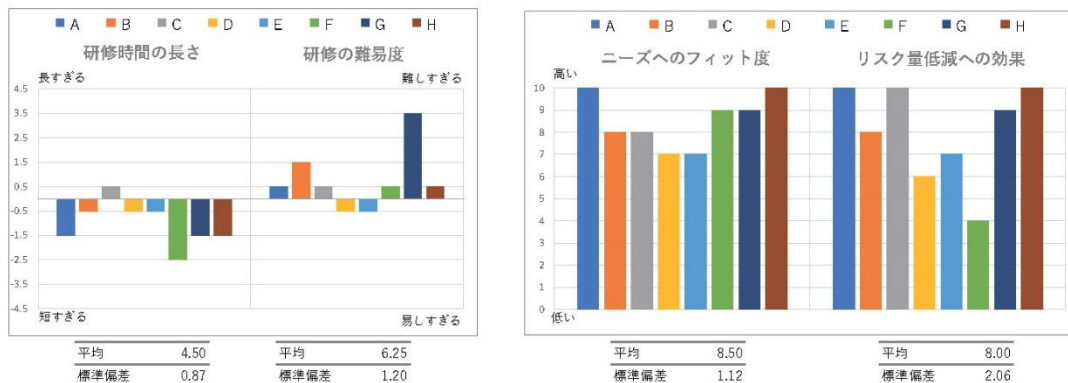
### 2-3-3\_OJT(On-the-Job Training)「推进会」①



#### その他、ご意見等

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

### 2-4-1\_有事における法的知識の整理

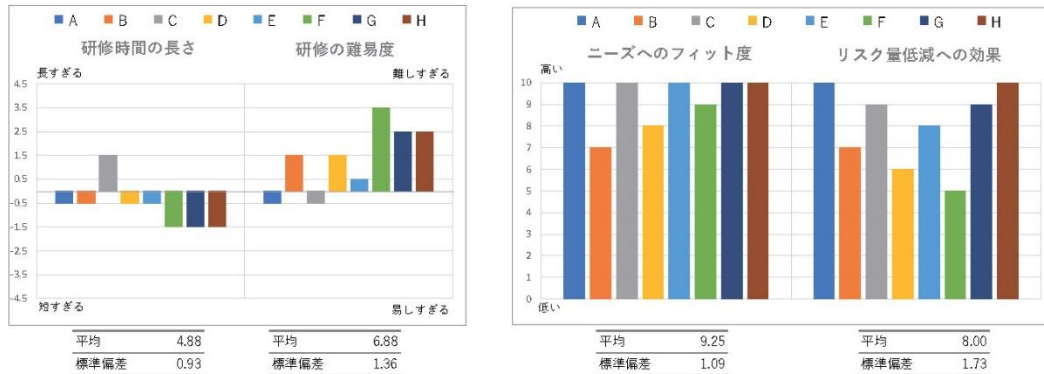


#### その他、ご意見等

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

図 31

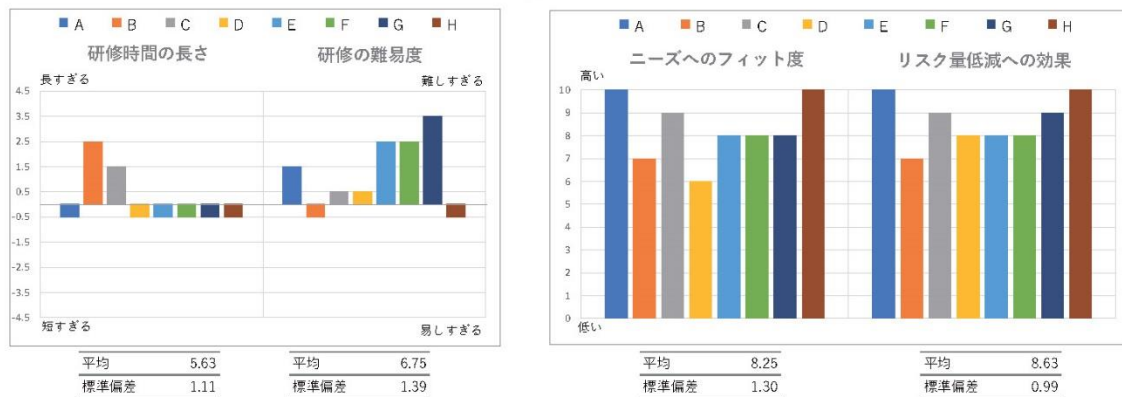
## 2-4-2\_患者説明・社会との共有



### その他、ご意見等

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

## 2-5-1\_品質管理概論

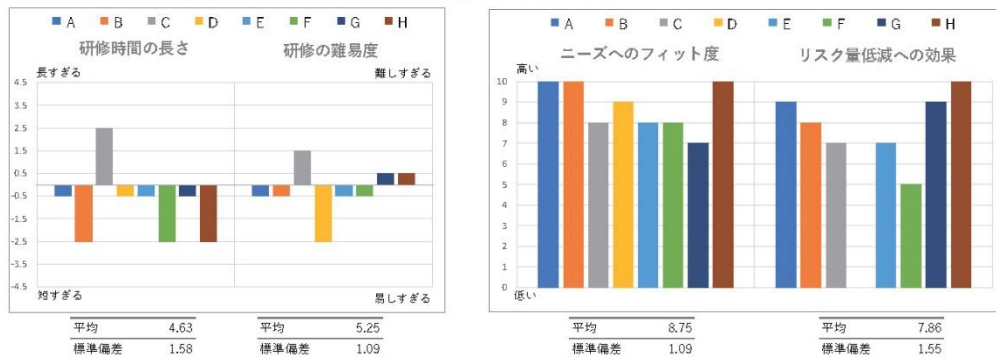


### その他、ご意見等

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

図 32

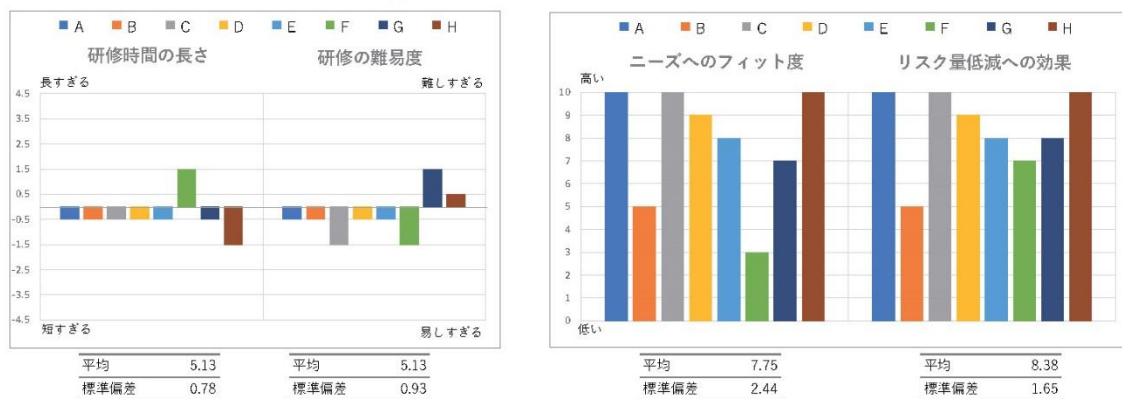
### 3-1-1 患者の権利の確保



#### その他、ご意見等

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

### 3-1-2 基本確認行動・国際患者安全目標・対策

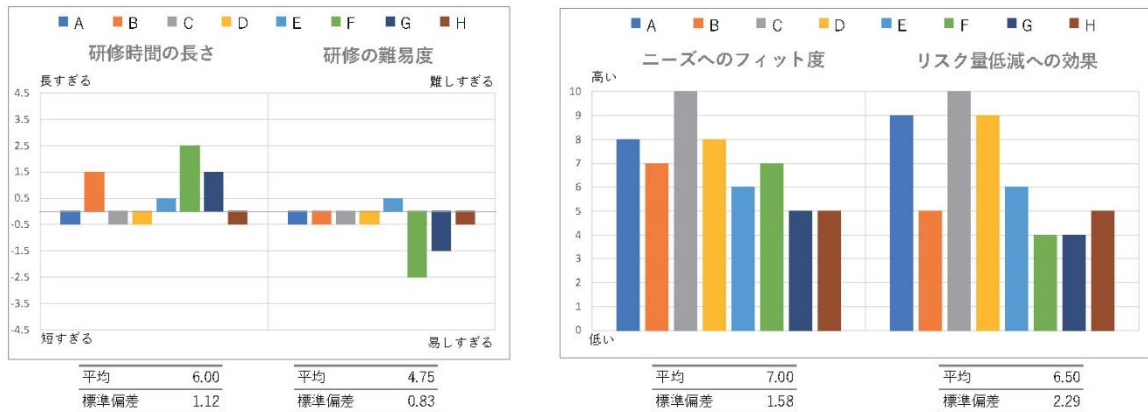


#### その他、ご意見等

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

図 33

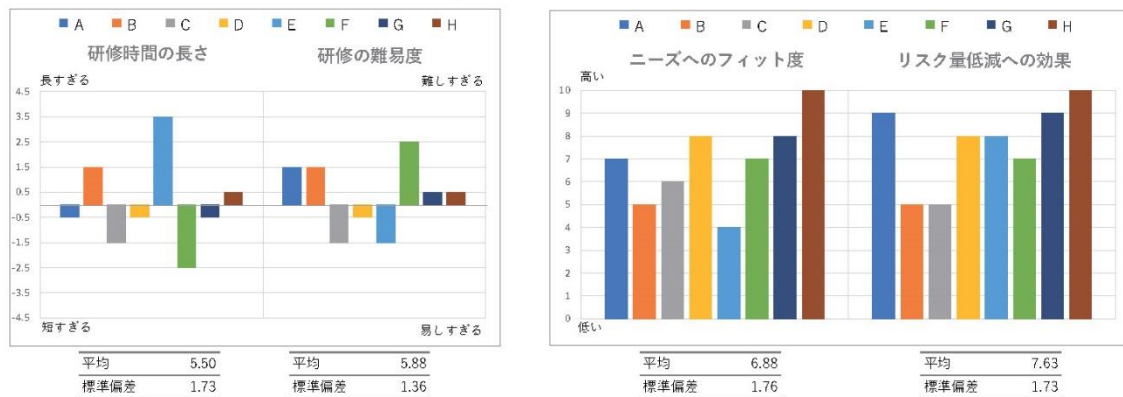
### 3-1-3\_OJT「推進会」②



#### その他、ご意見等

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

### 3-2-1\_品質管理手法の修得（概論）



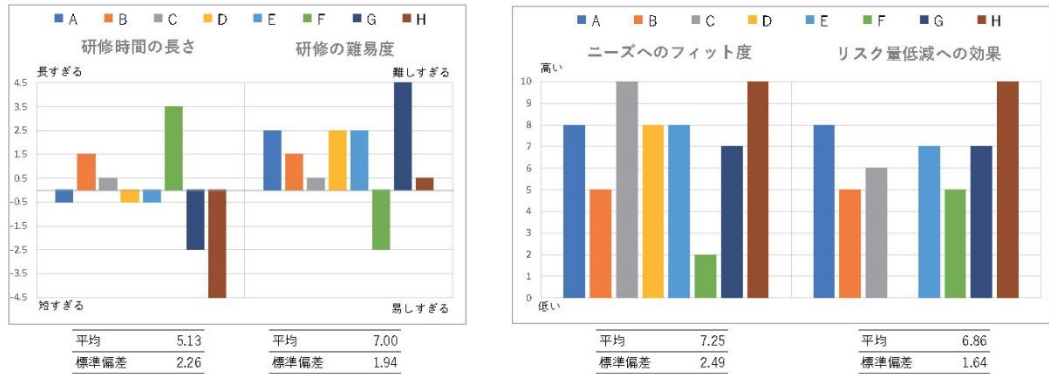
#### その他、ご意見等

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

図 34



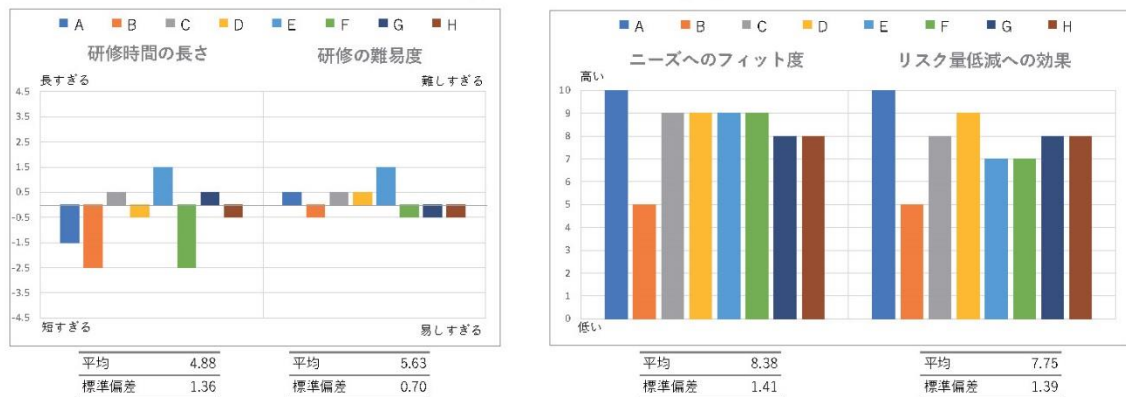
### 3-2-2 品質管理手法の修得（実践）



#### その他、ご意見等

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

### 3-3-1\_OJT「プレコア会議」①

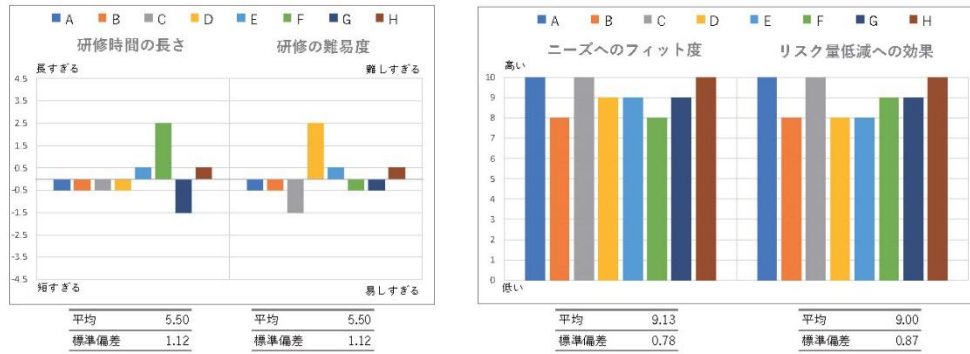


#### その他、ご意見等

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

図 35

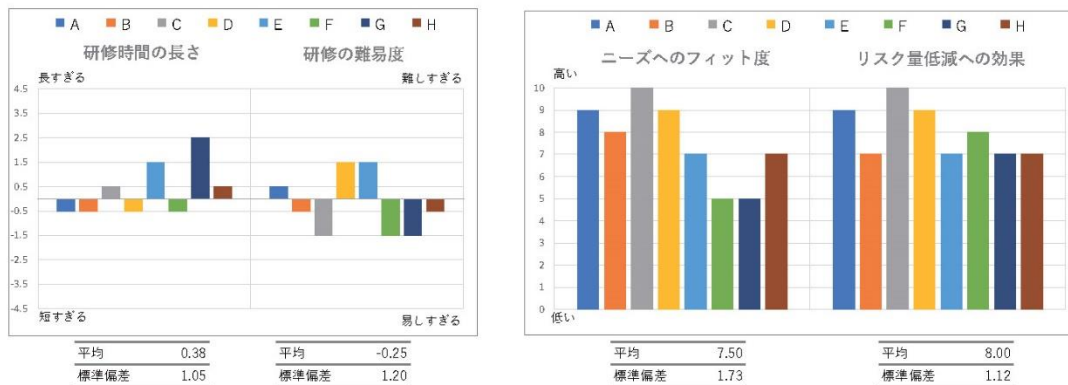
### 3-3-2. MM(Mortality & Morbidity)カンファレンス運営



#### その他、ご意見等

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

### 4-1-1\_OJT「コア会議」①

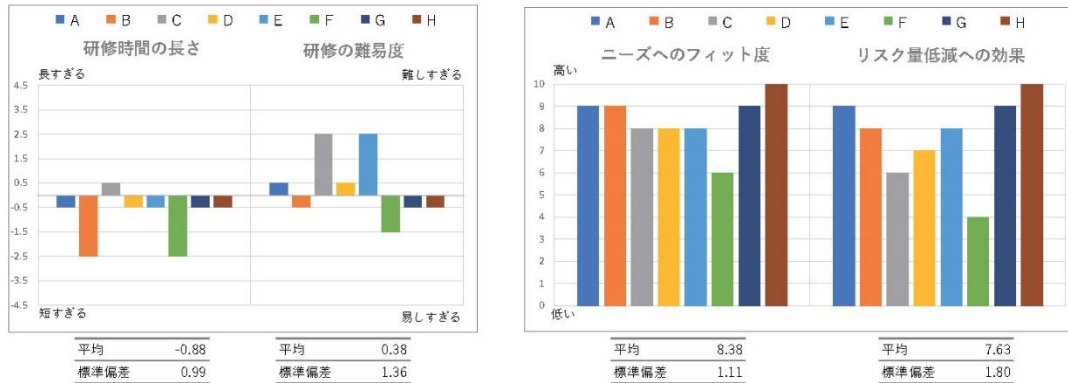


#### その他、ご意見等

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

図 36

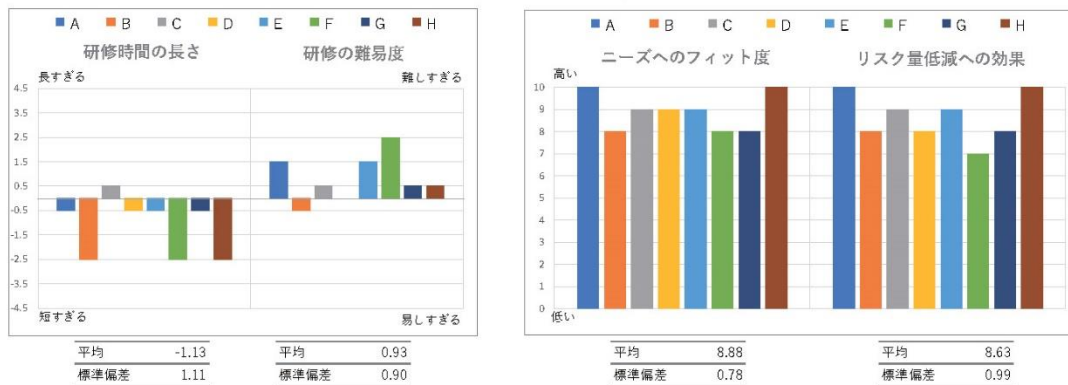
#### 4-1-2 施設安全の重要性



#### その他、ご意見等

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

#### 4-1-3 RCA(Root Cause Analysis)分析手法

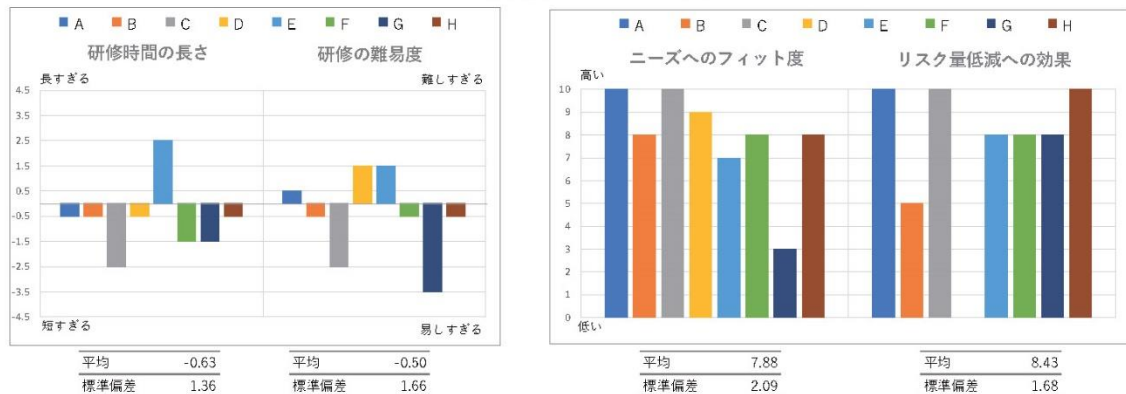


#### その他、ご意見等

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

図 37

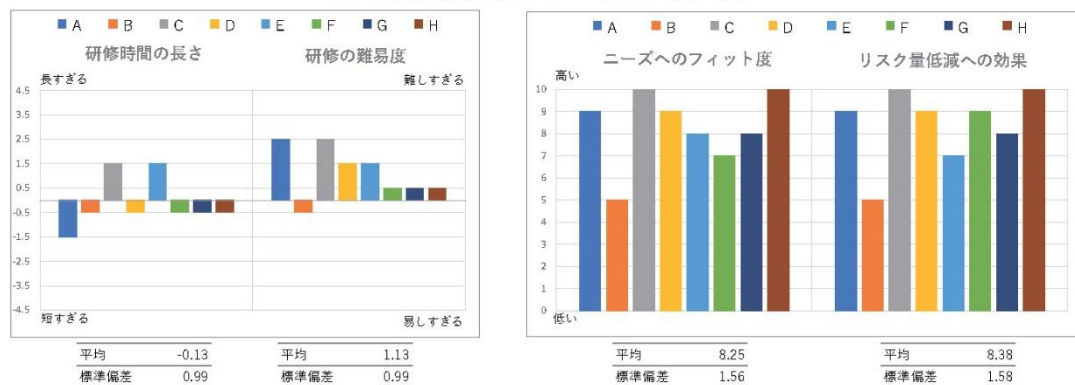
#### 4-2-1 患者安全ラウンド・監査



#### その他、ご意見等

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

#### 4-2-2 問題解決実践：テーマ選定（第1回）

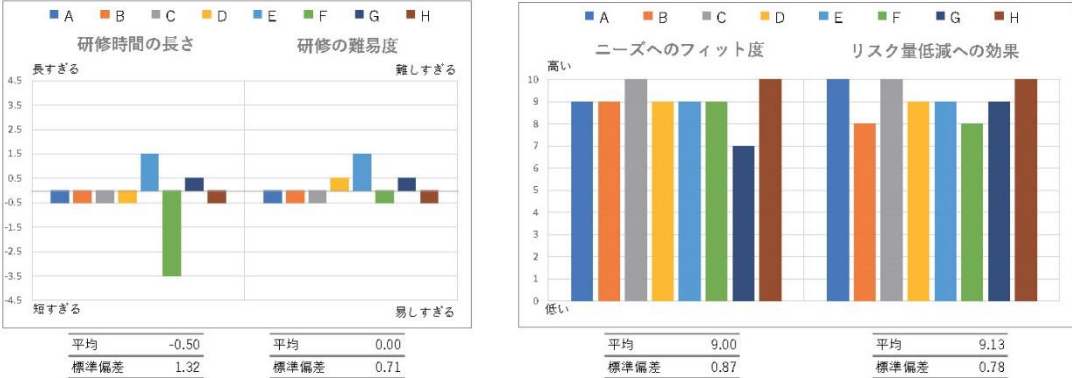


#### その他、ご意見等

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

図 38

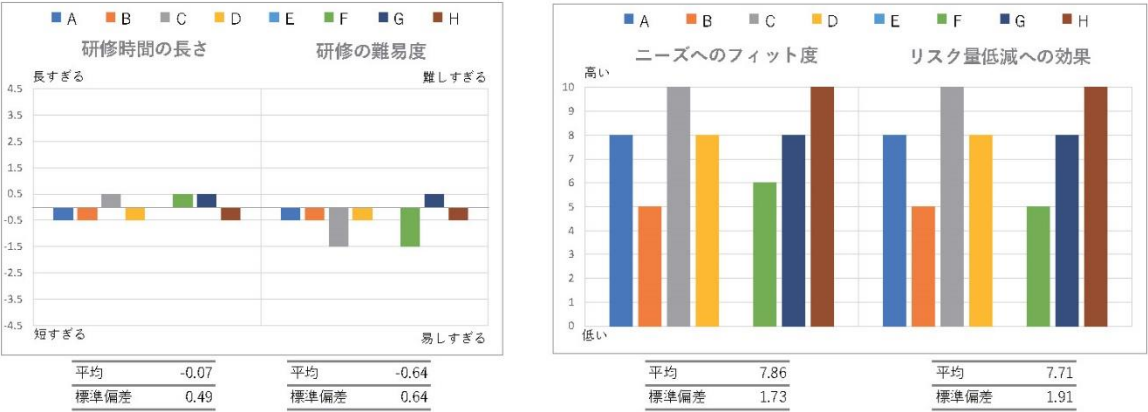
4-3-1\_医療安全外部情報の活用



その他、ご意見等

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

4-3-2\_メーカーとの連携

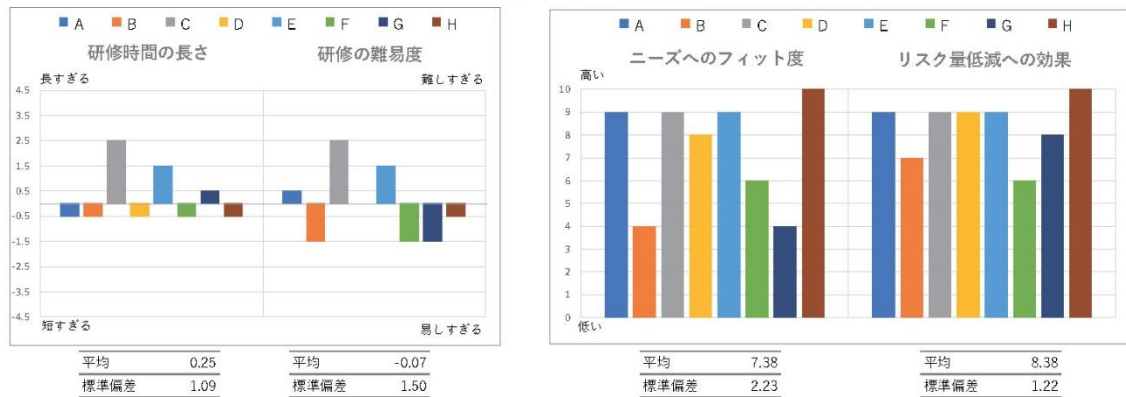


その他、ご意見等

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

図 39

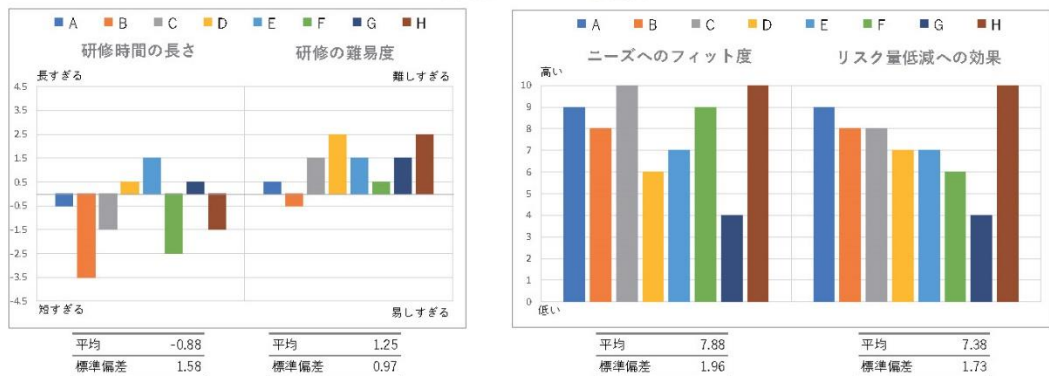
#### 4-3-3 院内の安全教育体制



#### その他、ご意見等

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

#### 4-3-4 電子カルテと患者安全



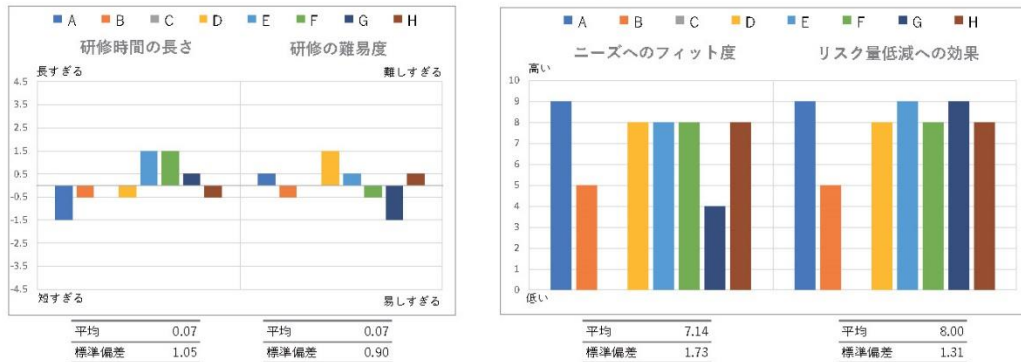
#### その他、ご意見等

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

図 40



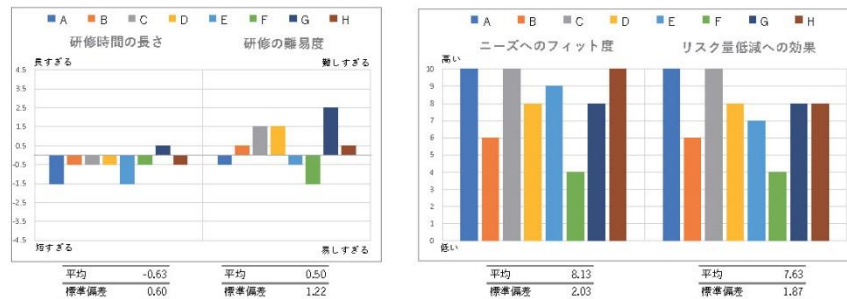
#### 4-4-1\_OJT「プレコア会議」②



#### その他、ご意見等

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

#### 4-4-2\_クリニカル・ガバナンス (前半)

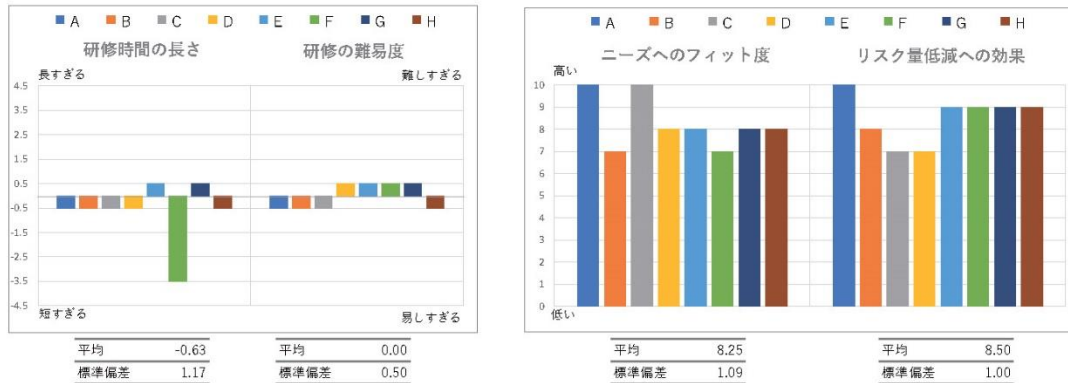


#### その他、ご意見等

A	勝村さんと高梨さんの生のお話を聞くことができ、目が覚める思いでした。患者中心を常に頭において医療安全活動を進める重要性を再認識しました。
B	患者家族やマスコミなどの貴重な視点を知る事ができ、また、生の声が聴けて、とても勉強になりました。
C	とても勉強になりました。クリニカル・ガバナンスの重要性は患者安全の中核に位置しているものと再認識できました。
D	勝村氏の取り組みを今回初めて知り、医療裁判、行政の問題等も知る機会となりました。凶事故を起こした病院の態度や報道のあり方も、考える機会となりました。
E	勝村さんの手記を拝読し、一読しました。正直言って自分が想像していた医療過誤とは全く次元が違うというか、もちろん当時の医療慣行の中での普通的な出来事だったのかもしれませんが、少なくとも裁判での発言は医療者の悪意に満ちあふれていて引き寄せました。30年前の出来事です。それでも20年ほど前に医師となり、医療安全やガバナンスなどという言葉は講義で聞いたことがない私の世代から見ても衝撃的すぎると思います。自分のしたことに真摯に責任をとれる医師でありたいと心から思いました。自分たちのしたことに責任をとれる病院であるということがCQSOの一つのテーマなのかもしれません。東洋の性善説信奉者の自分としては、腰わくば30年の月日がたつて、道徳に対する医療者の意識が向上しているであろうことを切に願います。また、勝村さんの置かれた背景を事前に知らずしてお話を伺ったのは、医療の質と安全を勉強する身としては失礼であったかなと思います。来年以降も勝村さんからのお話があるならば、事前に手記の存在はアナウンスがあってもよいかもしれません。
F	
G	
H	これからの日本の医療を創るために、実践に基づいた議論がもっと深いレベルで行われても良かったのではないかと思います。このレベルの受講生では講師の話は起爆剤でしかなく、限られた時間を有効に使うために映像教材等は事前に学習してから出席する、一人一つは形式知の設置ではなく体験や実践に基づいた意見を発言する、など研修の真の目的を果たすための工夫が必要ないように感じました。

図 41

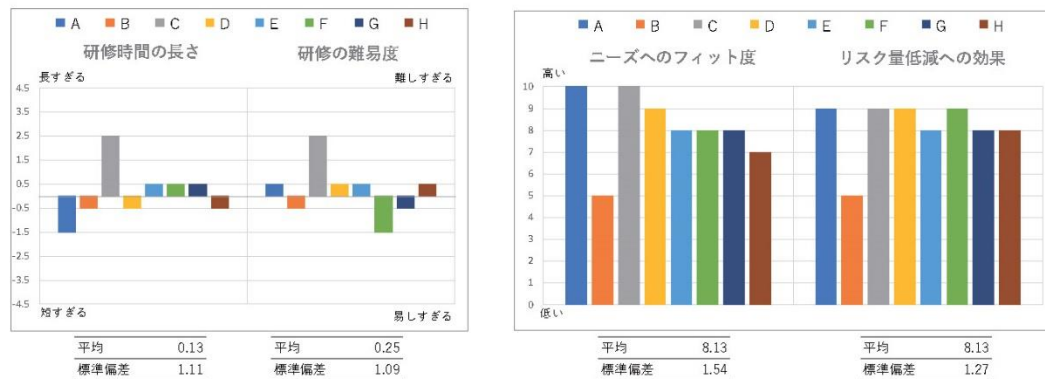
### 5-1-2\_クリニカルパス



#### その他、ご意見等

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

### 5-1-3\_問題解決実践：現状把握（第2回）

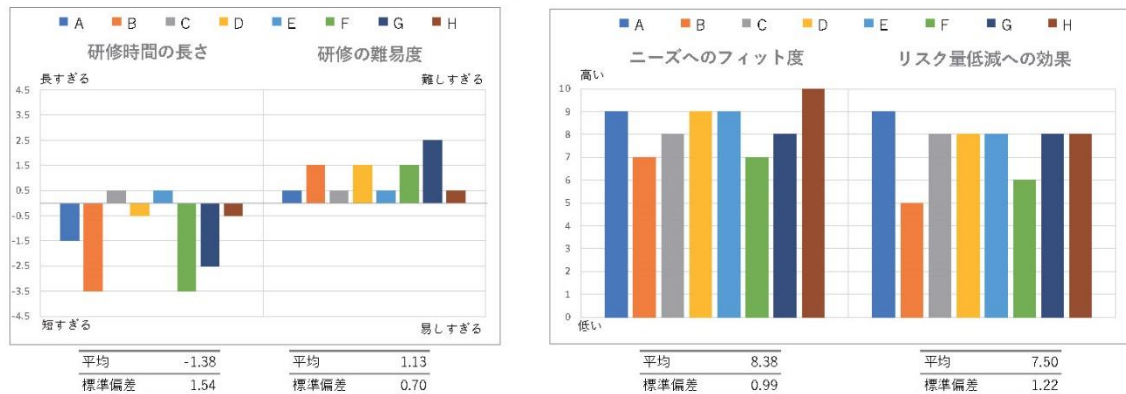


#### その他、ご意見等

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

図 42

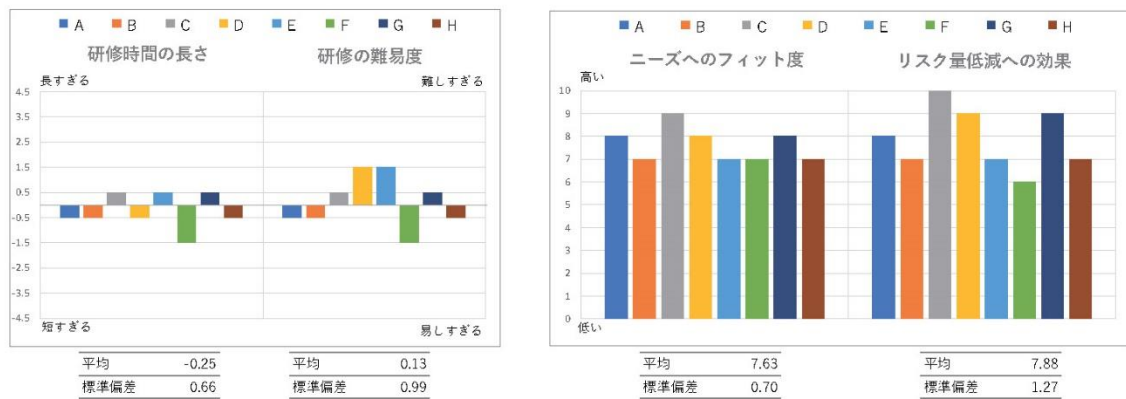
### 5-2-1 世界の動きを知る①WHO患者安全カリキュラムガイド



#### その他、ご意見等

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

### 5-2-2 医薬品安全管理者との連携

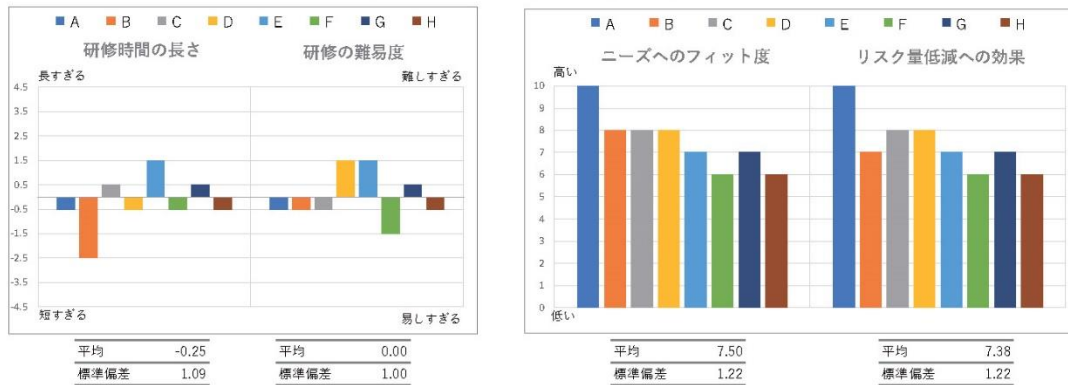


#### その他、ご意見等

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

図 43

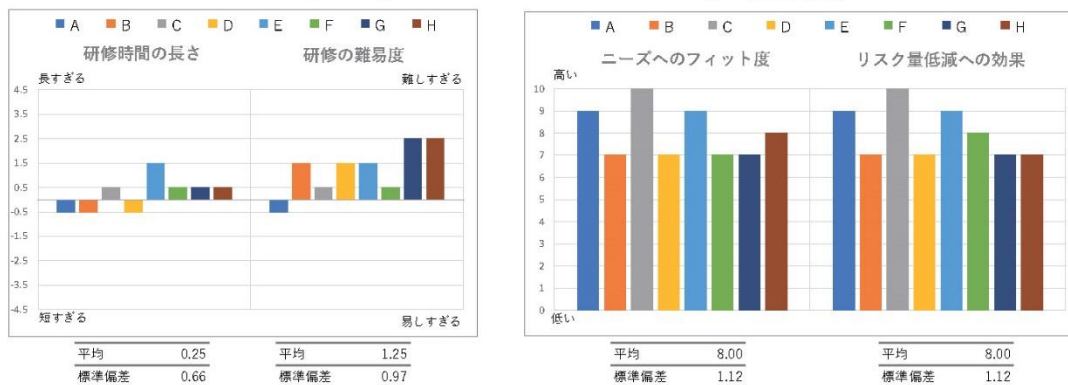
### 5-2-3 医療機器安全管理者との連携



#### その他、ご意見等

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

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

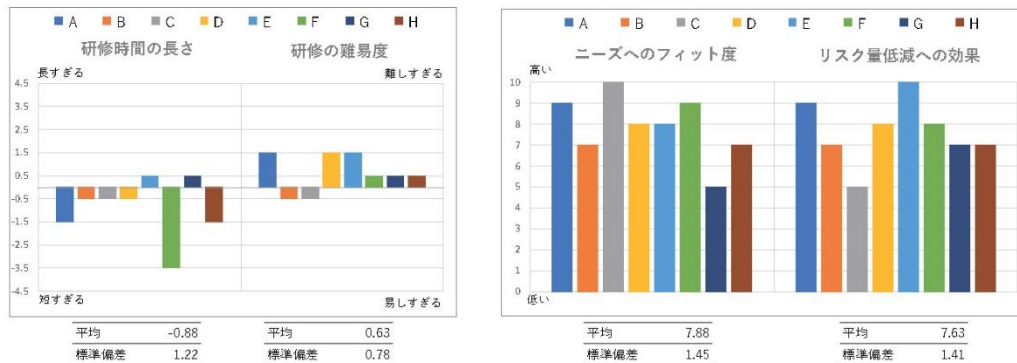


#### その他、ご意見等

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

図 44

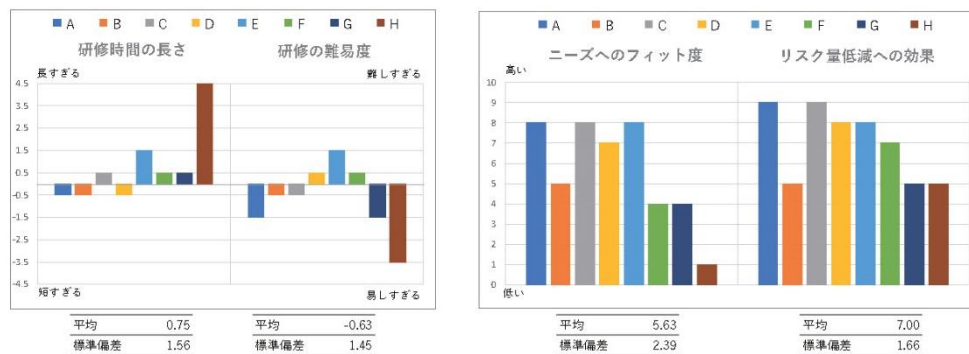
### 5-3-1\_QI(Quality Indicator)とQI設定



#### その他、ご意見等

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

### 5-3-2\_院内救命、異常早期発見体制の構築



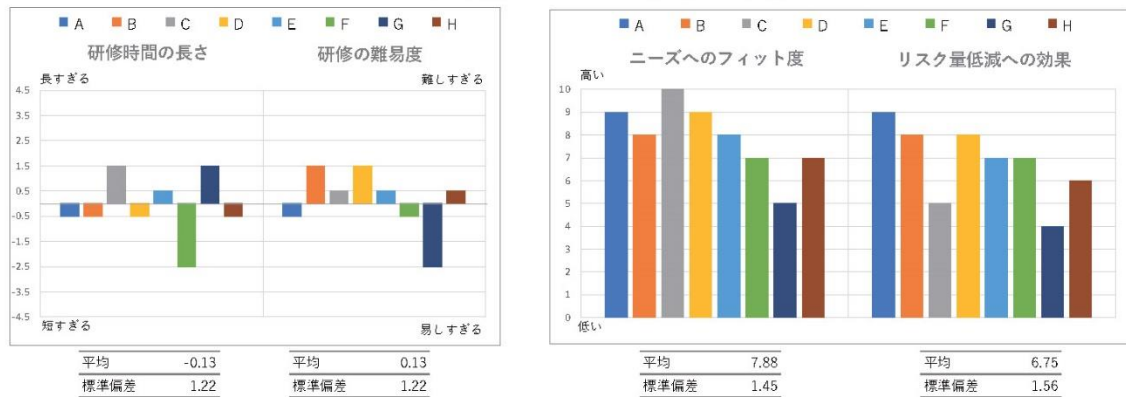
#### その他、ご意見等

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

図 45



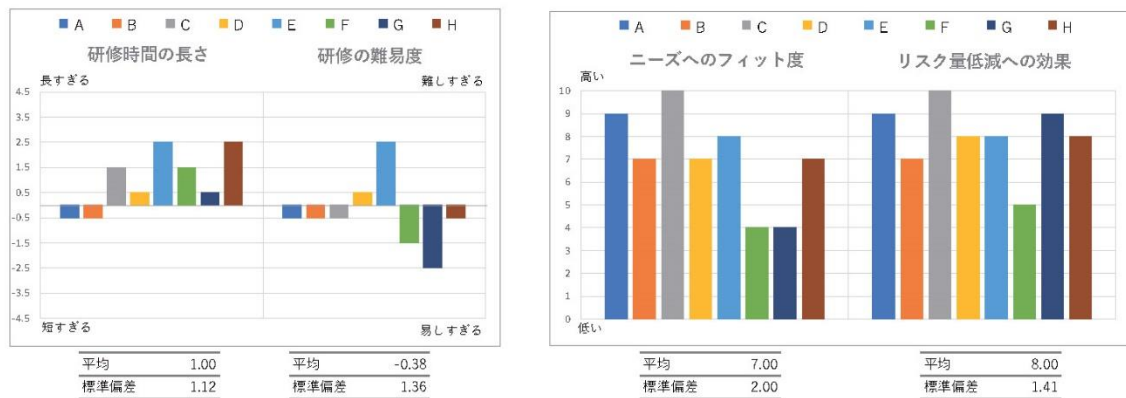
### 5-3-3\_卒後教育プログラム責任者との連携



#### その他、ご意見等

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

### 5-3-5\_OJT「インシデント検討会」



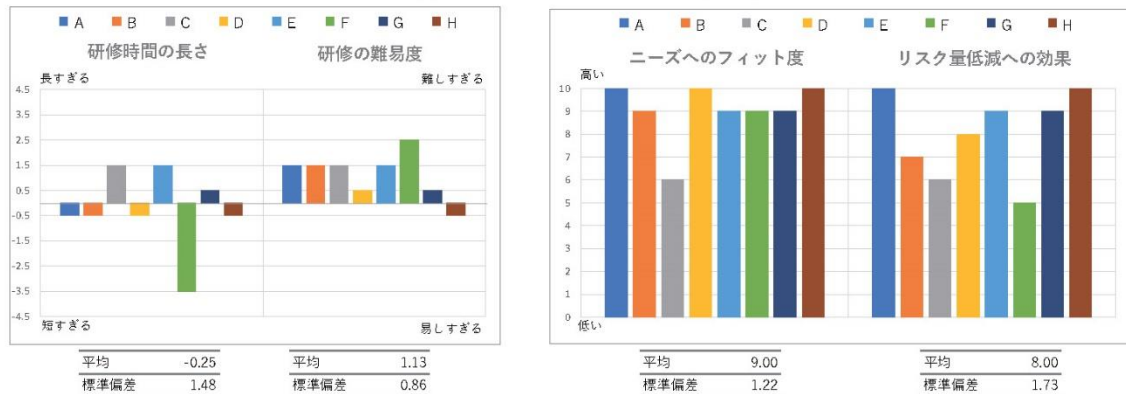
#### その他、ご意見等

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

図 46



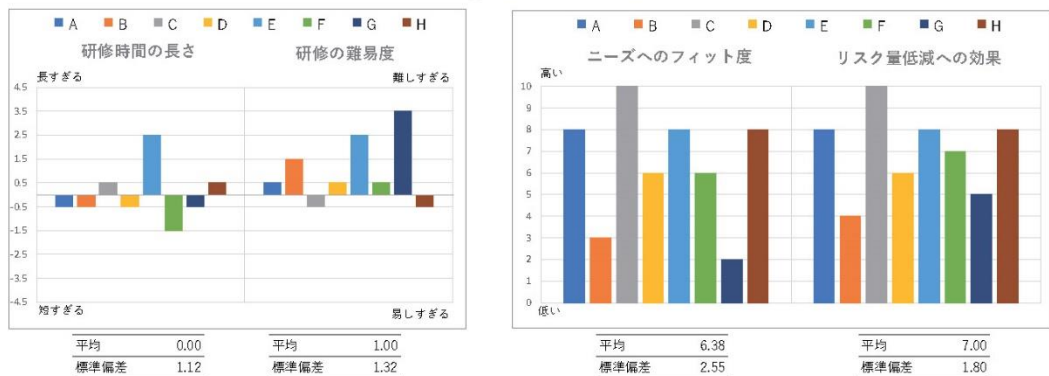
### 6-1-2\_臨床・ガバナンス（後半）



#### その他、ご意見等

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

### 6-1-3 質向上戦略の構築

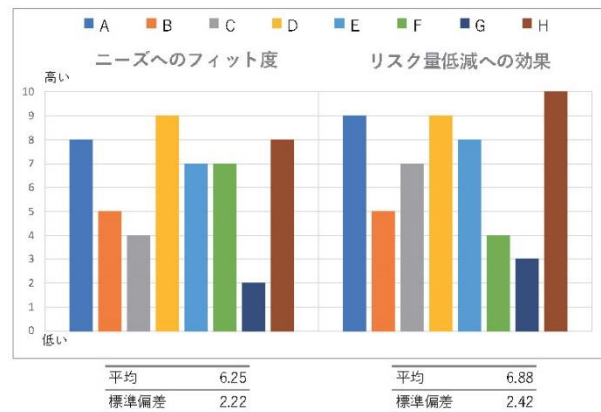
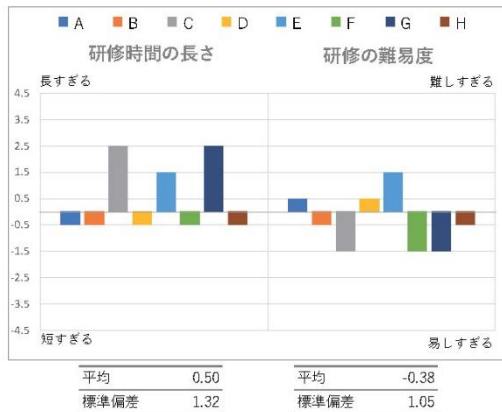


#### その他、ご意見等

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

図 47

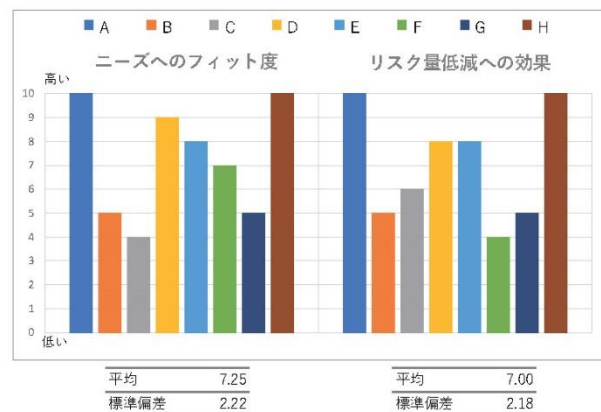
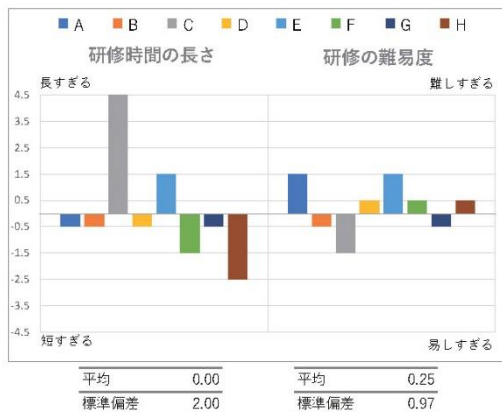
### 6-2-1\_感染概論



#### その他、ご意見等

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

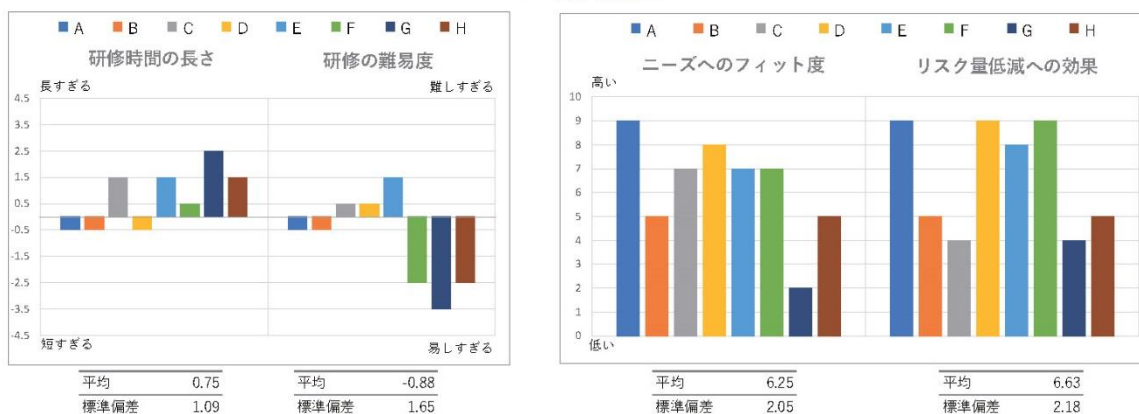
### 6-2-2\_アウトブレイク対策



#### その他、ご意見等

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

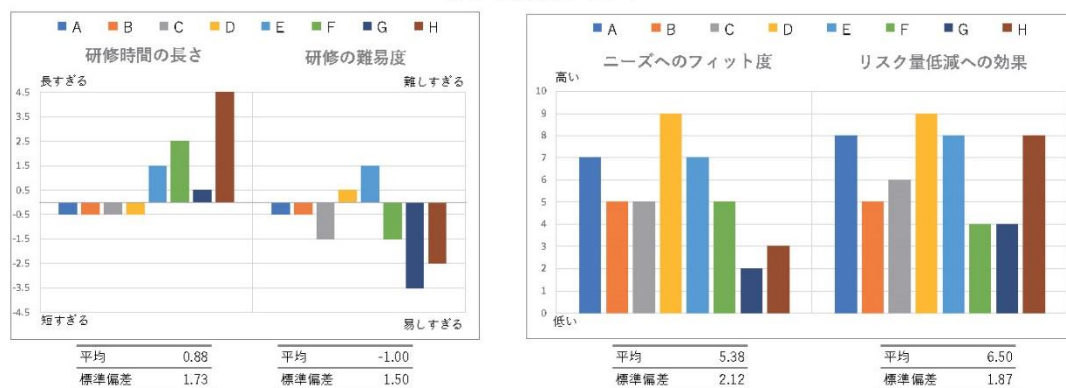
### 6-2-3\_手指衛生



#### その他、ご意見等

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

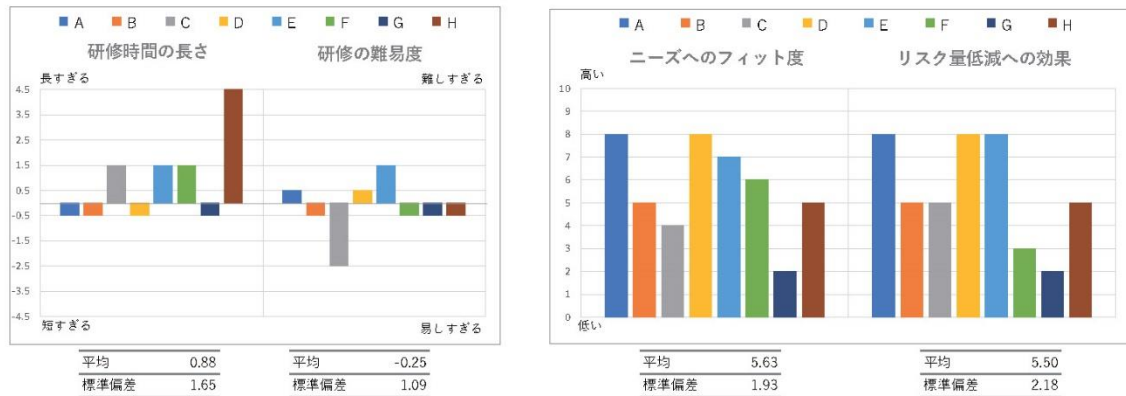
### 6-2-4\_感染ラウンド



#### その他、ご意見等

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

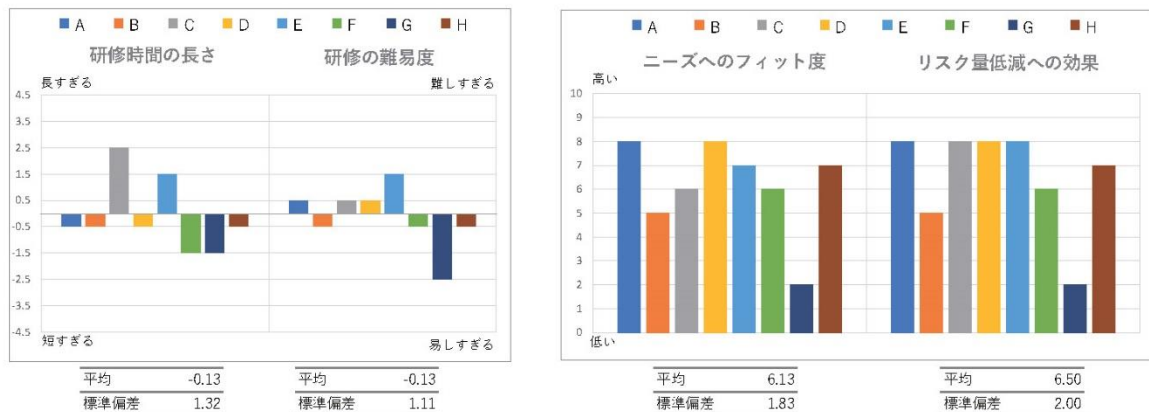
### 6-3-1 抗菌剤の適正使用



#### その他、ご意見等

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

### 6-3-2 サーベイランス

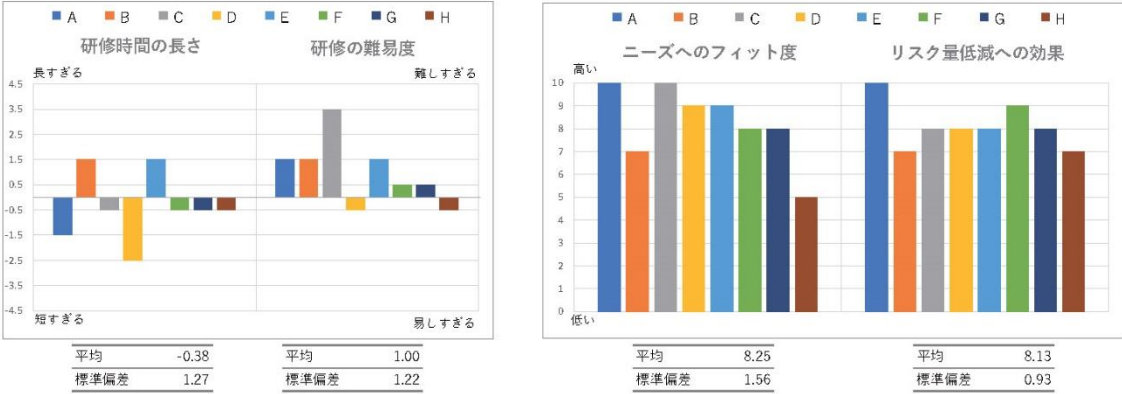


#### その他、ご意見等

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

図 50

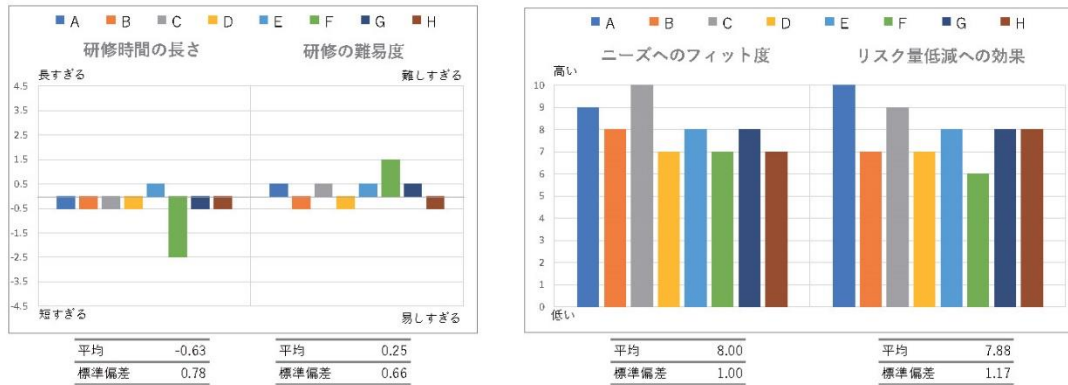
6-3-3\_問題解決実践：要因解析（第3回）



その他、ご意見等

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

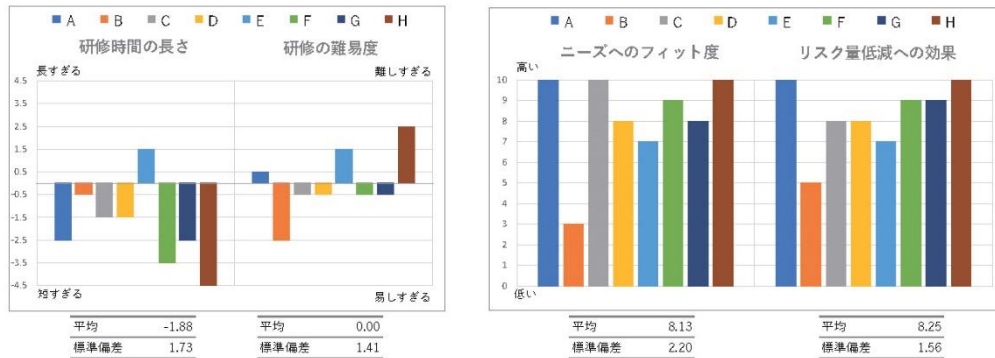
### 7-1-1 医療現場における患者問題行動



#### その他、ご意見等

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

### 7-1-2 患者相談・対話推進業務の理解と応用

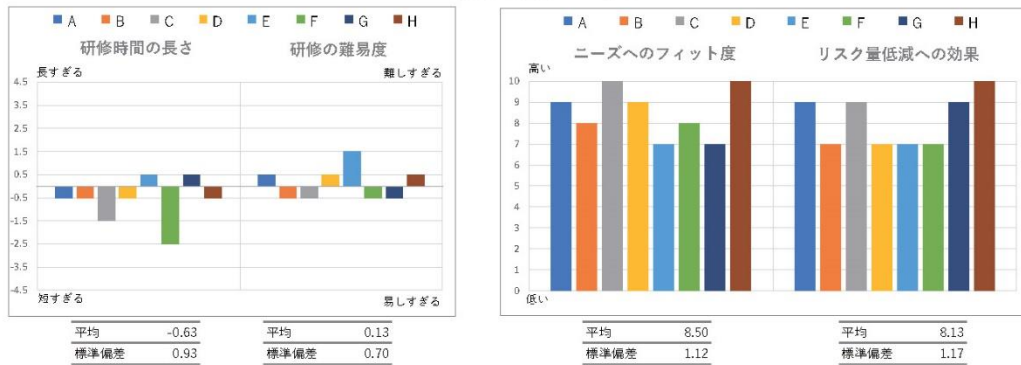


#### その他、ご意見等

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



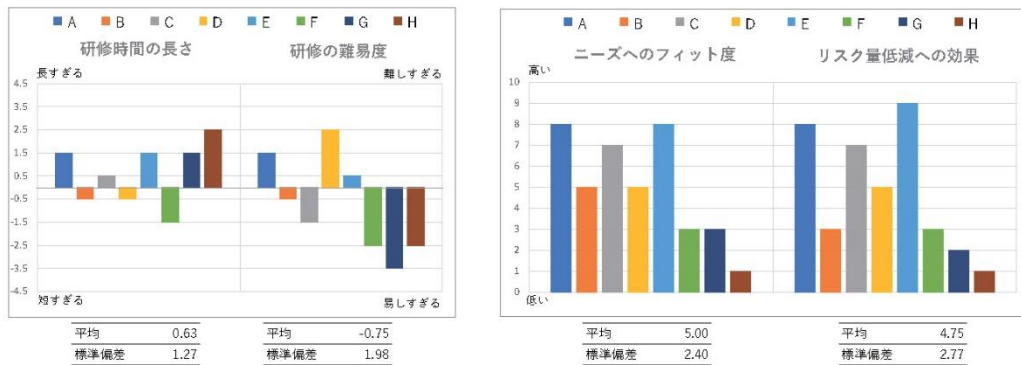
### 7-1-3\_院内弁護士の活動



#### その他、ご意見等

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

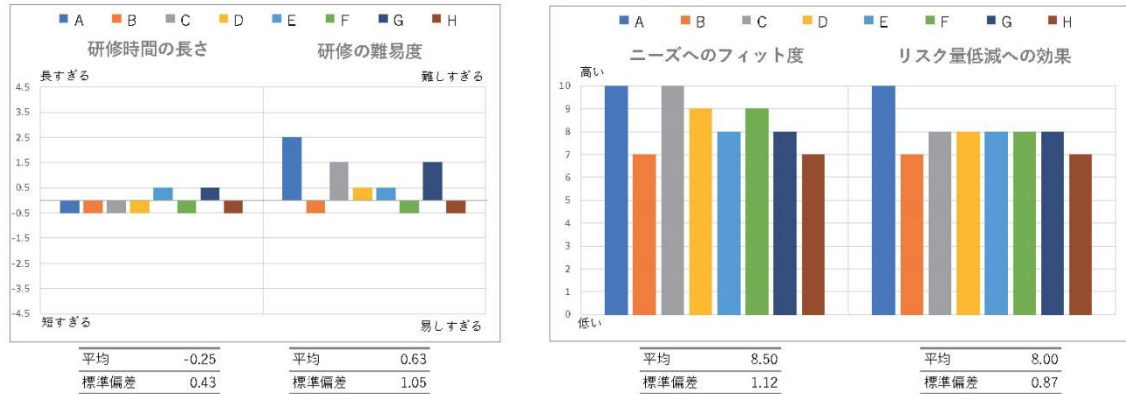
### 7-1-4\_世界の動きを知る②JCとJCI



#### その他、ご意見等

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

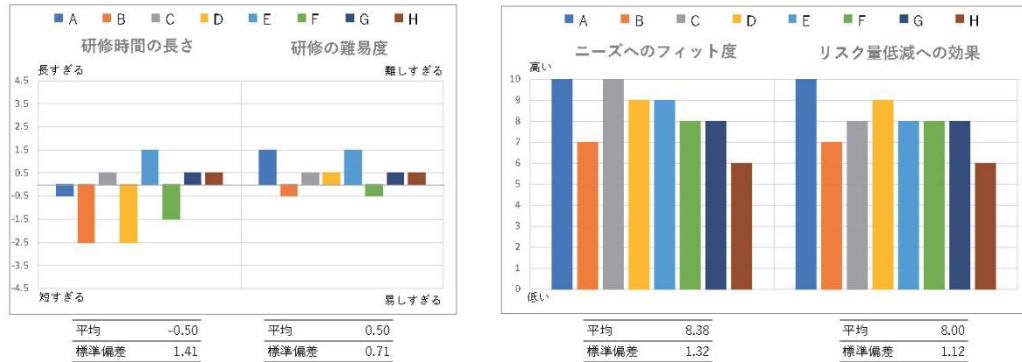
### 7-2-1\_問題解決実践：中間発表（第4回）



#### その他、ご意見等

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

### 7-2-2\_問題解決実践：中間発表 Feedback（第5回）

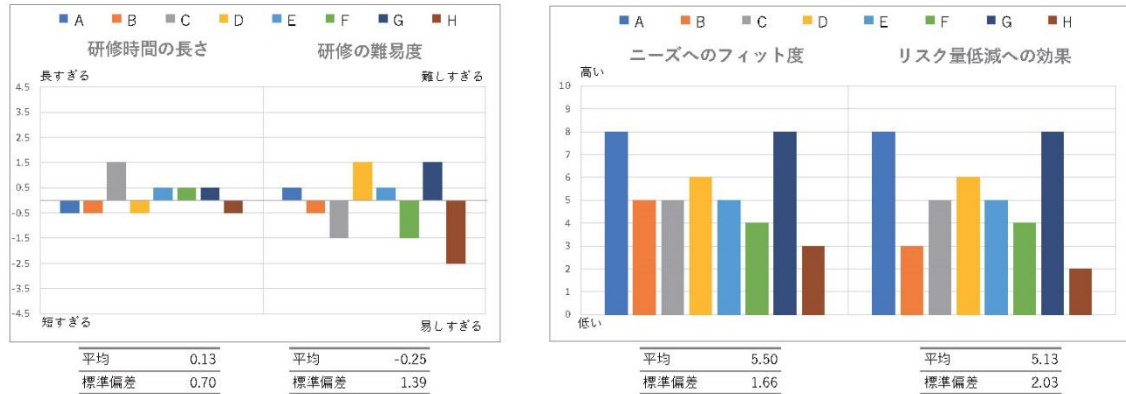


#### その他、ご意見等

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

図 54

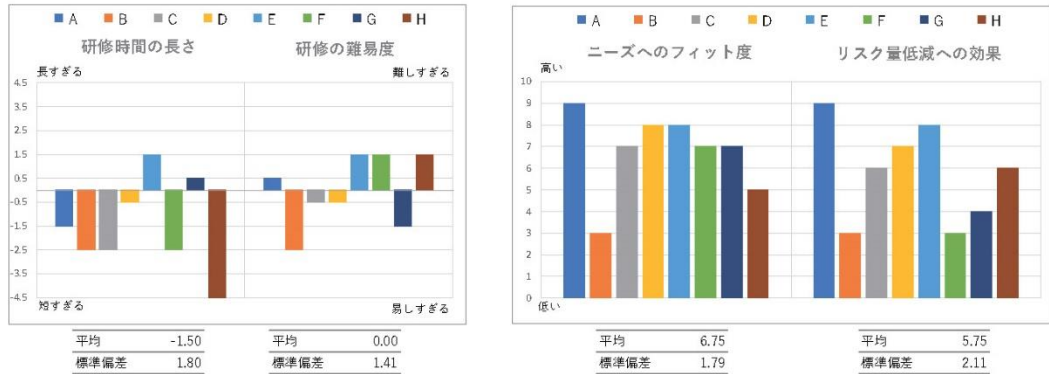
### 7-3-2\_世界の動きを知る③閣僚級世界安全サミット報告・国際学会の動き



#### その他、ご意見等

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

### 7-3-3\_フリーディスカッションによる知の創出



#### その他、ご意見等

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

## 医療安全人材養成システム評価体制

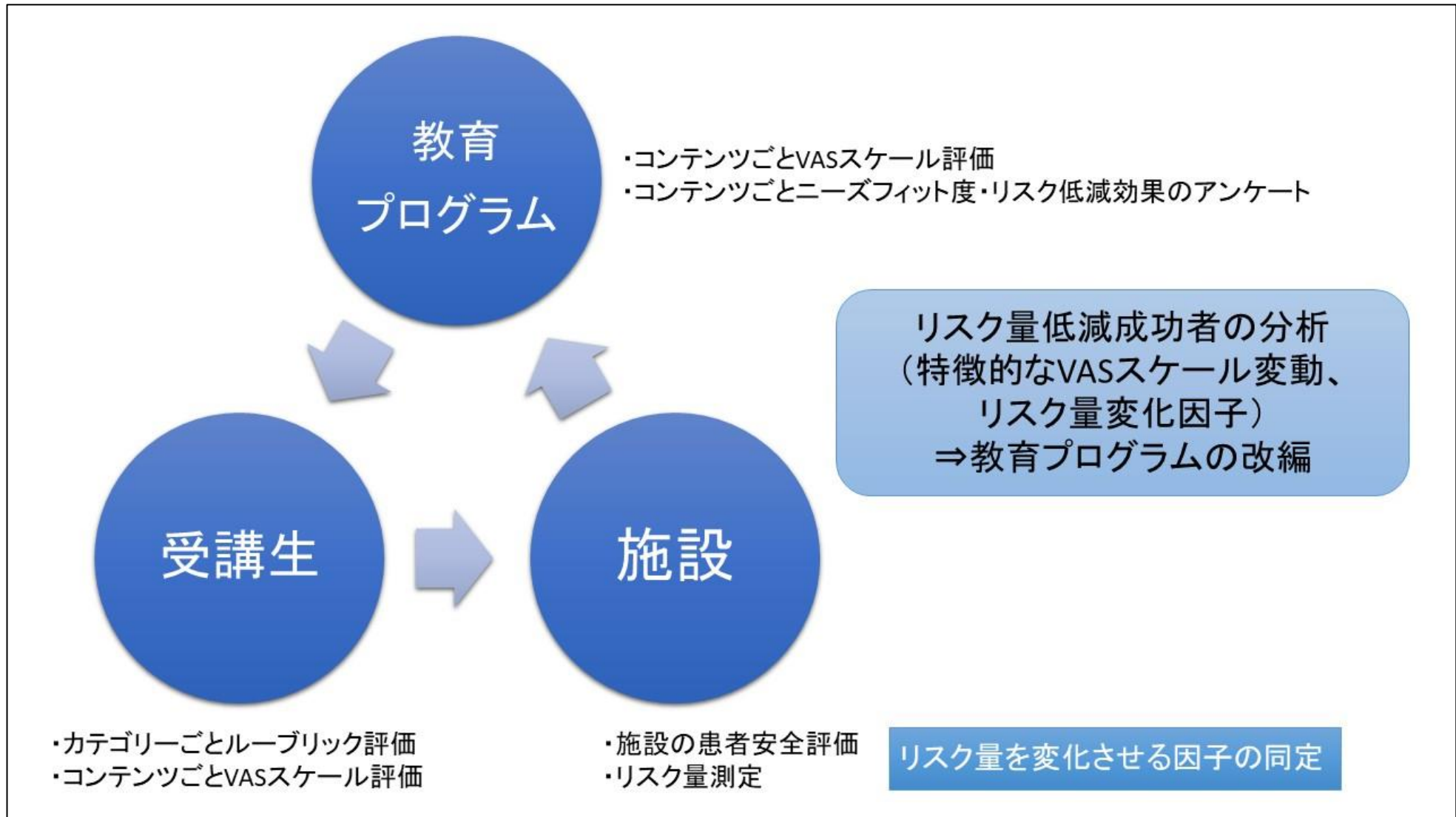


図 56

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

## 結果 全国の負担金額推計

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

18～24億円

図 57