

CQSO：コースの評価（案）

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

CQSO：ルーブリックとSBOs対応表（案）

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

図 73

アウトカム		第4段階	第3段階	第2段階	第1段階							
3) 品質管理手法を用いて、平時の改善活動に成果を上げることができる。	平時の取り組み	患者安全や施設安全ラウンドより、リスクの把握や異常の早期発見システムを構築することができる。自施設の事象を適切な分析手法を用いて、分析・対策・実施を含めモニタリングし、PDSA、SDCAを常に行うことができる。	国内外の医療安全情報を積極的に収集し、研修会等で周知することができる。M&Mカンファレンスの運用を理解し、各部署の安全管理者と連携して開催することができる。自施設の一部の事象を適切な分析手法を用いて、分析・対策・実施を含めモニタリングを行うことができる。	患者安全や施設安全ラウンドを計画し、実践することができる。各部署の安全管理者と連携し、自施設の現状と目指すべき姿（目標）のギャップを認識し、得た知識を用いて改善活動に取り組むことを検討できる。	患者の権利や医療安全情報を理解し、患者安全の研修会等で周知することができる。平時の取り組みに必要な知識について確認し、自施設における現状把握行動ができる。	3)-1	患者の権利を守るができる。					
						3)-2	患者安全ラウンドを計画し、実践できる。					
						3)-3	エラー分析手法、未然防止分析手法について体験する。					
						3)-4	基本確認行動・国際患者安全目標についての知識を得る。					
						3)-5	M&Mカンファレンスの運用方法を理解する。					
						3)-6	各安全管理者、責任者と連携する必要性を理解する。					
						3)-7	電子カルテに潜むリスクと患者安全について理解する。					
						3)-8	院内救命、異常の早期発見システムを構築できる。					
						3)-9	医療安全外部情報の必要性を理解し、活用できる。					
						3)-10	院内の安全教育体制の必要性について理解し、研修会を開催できる。					
						3)-11	施設安全の重要性について理解し、ラウンドを体験する。					
						3)-12	インシデント事例を集積し、各検討会で解決に向けた活動が実践できる。					
						3)-13	品質管理手法を用いて問題解決実践を体験する。					
						3)-14	QIを理解し、取り組むべきQIを具体的に設定できる。					
						3)-15	質向上の戦略を練り、組織的に取り組めるシステムを構築する。					
4) 感染制御業務、周辺業務を理解し、挑戦的・新規的知識を修得する。	感染制御との連携	感染対策チームと連携し、感染制御のための組織的なシステムを構築し、効果的に運用できる。	自施設の感染制御に関する問題点を把握し、必要に応じて感染制御部と連携し、サーベイランス結果や方法の検証や適切なラウンド方法を検討することができる。	自施設の感染制御部の活動内容を理解し、感染制御部と連携して改善活動が実践できる。	感染制御活動について理解し、基本的な対応を説明できる。	4)-1	感染症の原因病原体を特定する方法がわかる。					
						4)-2	アウトブレイク発生時に感染対策チームと連携して院内外の対応が行える。					
						4)-3	抗菌薬適正使用の基本に従う方法がわかる。					
						4)-4	感染対策チームの実施したサーベイランスの結果を適切に評価する方法がわかる。					
						4)-5	感染対策ラウンドの重要性を理解したうえで、ラウンド方法を考えられる。					
	周辺業務の理解	患者の問題行動、患者相談や対話推進業務などのシステムをモニタリングし、適切に見直しができる。	患者の問題行動における対応をシステム化し、対策を立てられる。患者相談や対話推進業務に対するシステムを構築し、実践できる。	患者の問題行動における対応を検討し、対策を立てられる。患者相談や対話推進業務に対する体験ができる。	患者の問題行動および、患者相談や対話推進業務について理解できる。	4)-6	患者の問題行動における対応、対策がたえられる。					
						4)-7	患者相談・対話推進業務について知る。					
						挑戦的・新規的知識の習得	患者安全に関する世界的動向に注目しつつ、他施設の安全管理者と連携し、医療全体のリスク量を低減することに挑戦し続けることができる。	患者安全に関する世界的動向に関する情報を収集し、効果的な取り組みを取り入れることができる。	患者安全に関する世界的動向についての情報を収集し、の取り組みを導入することを検討できる。	患者安全に関する世界的動向や、弁護士活動について知ることができる。	4)-8	患者安全に関する世界的動向についての知識を得る。
											4)-9	院内弁護士の活動を知る。
											4)-10	フリーディスカッションによる知の創出に参加できる。

図 74

コンテンツ一覧(全150時間)

カテゴリ	コンテンツ名	時間数H
序	本研修が目指すもの	1
	医療安全施策の動向	1
	確かな倫理基盤の確立	2
	エラー発生の原因	3
	診断エラー	2
	医療の高度化、複雑化とエラー発生	1
	クリニカル・ガバナンス (前半)	3
	クリニカル・ガバナンス (後半)	2
	組織横断的活動を推進する安全管理者としての適正	3
	報告文化の活性化	3
日々の取り組み	インシデント・トリアージ	3
	(OJT) プレコア会議×2	3×2
	(OJT) コア会議×3	1×3
有事の取り組み	事故発生時の連携	3
	重大死亡事故発生時の対応	3
	医療事故調査	15
	患者説明・社会との共有	3
	有事における法的知識の整理	3


カテゴリ	コンテンツ名	時間数H
改善のための連携・分析 平時の取り組み	患者の権利の確保	2
	患者安全ラウンド・監査	3
	FMEA(Failure Mode and Effects Analysis)分析手法	4
	RCA(Root Cause Analysis)分析手法	4
	基本確認行動・国際患者安全目標・対策	3
	MM(Mortality & Morbidity)カンファレンス運営	3
	医薬品安全管理者との連携	1
	医療機器安全管理者との連携	1
	卒後教育プログラム責任者との連携	1
	電子カルテと患者安全	1
	院内救命、異常早期発見体制の構築	1
	医療安全外部情報の活用	2
	メーカーとの連携	1
	院内の安全教育体制	3
	施設安全の重要性	2
	(OJT) インシデント検討会	1
	(OJT) 推進会×2	1×2

カテゴリ	コンテンツ名	時間数H
標準化と品質管理 平時の取り組み	品質管理概論	6
	品質管理手法の修得 (概論)	3
	品質管理手法の修得 (実践)	3
	問題解決実践：テーマ選定	3
	問題解決実践：現状把握	3
	問題解決実践：要因解析	3
	問題解決実践：中間発表	3
	問題解決実践：中間発表 Feedback	3
	問題解決実践：成果発表会	3
	クリニカルパス	2
QI(Quality Indicator)とQI設定	2	
質向上戦略の構築	3	
周辺業務の連携	感染概論	2
	アウトブレイク対策	1
	抗菌剤の適正使用	1
	サーベイランス	2
	手指衛生	1
	感染ラウンド実習	2
体系的・新規的知識の修得	医療現場における患者の問題行動	1
	患者相談・対話推進業務の理解と応用	2
	世界の動きを知る①WHO 患者安全カリキュラムガイド	1
	世界の動きを知る②JCとJCI	1
	世界の動きを知る③国際患者安全サミット報告・国際学会の動き	1
院内弁護士活動	2	
フリーディスカッションによる知の創出	1	
研修総時間		150

図 75

受講前後の到達度についてのアンケート(コンテンツごと、自己評価)

下記の線の上に「×」をご記入ください。

(例) 

この授業を受講する前

0 10

インシデント報告を適切な理由とともにトリアージでき、組織内の多様な課題を抽出できる

インシデントシステムを駆使し、リスクの高い部署や、その時系列推移を提示し、根拠と共に、介入対象を明確にできる

この授業を受講した後

0 10

図 76

序	研修名	評価0	評価10	CQSO I-1		CQSO I-2		CQSO I-3		CQSO I-4		CQSO I-5		CQSO I-6		CQSO I-7		CQSO I-8		平均		差	
				受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後		
	本研修が目指すもの	本研修の目的、意図を理解できていない	本研修の目的、意図を十分理解している	65	99	29	82	54	70	51	86	12	91	54	64	78	95	99	100	55.3	85.9	30.6	
				差	34.0	53.0	16.0	35.0	79.0	10.0	17.0	1.0	30.6										
基盤となる知識の修得																							
序	研修名	評価0	評価10	CQSO I-1		CQSO I-2		CQSO I-3		CQSO I-4		CQSO I-5		CQSO I-6		CQSO I-7		CQSO I-8		平均		差	
				受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後		
	エラー発生の原因	エラー発生の原因についての知識がない	エラー発生の原因についての知識がある	49	89	50	74	63	82	5	87	14	84	38	80	20	80	98	100	42.1	84.5	42.4	
	診断エラー	診断エラーについての知識がない	診断エラーの仕組みに精通し、医療のリスクにおける診断の問題を説明することができる	26	80	22	62	68	82	39	77	6	72	28	49	5	58	97	98	36.4	72.3	35.9	
	医療の高度化、複雑化とエラー発生	医療の高度化・複雑化とエラー発生原因を結びつけたことがなく、Story Generationの知識がない	医療の高度化・複雑化と、エラー発生原因を結びつけて説明することができる	61	99	55	83	53	67	26	83	23	92	40	77	12	86	78	88	43.5	84.4	40.9	
	リスク測定について	リスク測定の方法についての知識がない	リスク測定の方法について説明でき、リスクの高い部署や、その時系列推移を提示することができる	12	59	11	45	58	67	1	64	0	67	10	17	0	36	54	56	18.3	51.4	33.1	
	医療安全施策の動向	医療安全施策についての知識がない	医療安全施策の動向について説明することができる	61	99	61	72			6	76	10	55	24	38	35	83	76	77	34.1	62.5	28.4	
	確かな倫理基盤の確立	患者安全における倫理の必要性についての知識がない	確かな倫理基盤の下、患者中心の観点で患者安全活動を主導でき、倫理審査の場などで指針的な役割を果たすことができる	49	88	64	84			12	80	32	89	55	80	37	69	52	55	37.6	68.1	30.5	
	組織横断的活動を推進する安全管理者としての適正	安全管理者としての適正についての知識がない	安全管理者としての適正を有し、組織横断的な活動を企画・主導できる	40	89	64	92			18	81	24	92	38	51	48	82	70	74	37.8	70.1	32.4	
	クリニカル・ガバナンス（前半）	クリニカル・ガバナンスについて意識したことがない	クリニカル・ガバナンスについての重要性を理解している	65	99	76	79	41	75	34	80	12	94	23	39	30	57	99	100	47.5	77.9	30.4	
	クリニカル・ガバナンス（後半）	Difficult Doctor、Difficult Manager等に対し、どのように対応してよいかわからない	クリニカル・ガバナンスを意識し、Difficult Doctor、Difficult Manager等にも適切に対応できる	36	72	42	81	33	71	22	81	42	81	29	41	29	79	49	69	35.3	71.9	36.6	
	平均			平均	44.3	86.0	49.4	74.7	52.7	74.0	18.1	78.8	18.1	80.7	31.7	52.4	24.0	70.0	74.8	79.7	36.9	71.4	
	差			差	41.7	25.2	21.3	60.7	62.6	20.8	46.0	4.9	34.5										
日々の取り組み																							
序	研修名	評価0	評価10	CQSO I-1		CQSO I-2		CQSO I-3		CQSO I-4		CQSO I-5		CQSO I-6		CQSO I-7		CQSO I-8		平均		差	
				受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後		
	報告文化の活性化	インシデント報告の意義、報告基準などについての知識がない	インシデント報告の意義や、目的について精通し、その限界と利点を理解し、特に医師の報告の重要性を説明できる	66	99	67	88	39	70	28	83	29	93	28	78	55	94	100	100	51.5	88.1	36.6	
	インシデント・トリアージ	インシデントのトリアージについての知識がない	インシデント報告システムとトリアージに精通し、一定の根拠をもとに、介入対象を明確にできる	19	88	64	91	43	76	15	88	3	83	21	68	28	72	50	68	30.4	79.3	48.9	
	OJT「医療の質・安全管理部内インシデント検討会」①	インシデントトリアージの具体的な運営についての知識がない	インシデントトリアージの運営方法を理解し、実際に多職種でのトリアージができる	65	93	73	79	48	83	26	81	23	82	23	62	63	80	66	85	48.4	80.6	32.3	
	OJT「院内患者安全に関するコア会議」①	院内の医療安全会議についての知識がない	院内の医療安全会議での議論や、事例のトリアージについて、理解し、実践できる	89	99	73	86	42	76	19	87	23	75	72	75	59	58	51	51	53.5	75.9	22.4	
	OJT「医療の質・安全管理部内インシデント検討会」②	部内運営、インシデントトリアージ体制の構築についての知識がない	インシデントトリアージの知識を活用し、実際にトリアージするとともに、適切な部内運営体制を構築できる	81	100	89	95	43	59	49	72	45	89	34	70	63	77	51	71	56.9	79.1	22.3	
	OJT「院内患者安全に関するコア会議」②	インシデント報告を適切な理由とともにトリアージでき、組織内の多様な課題を抽出できる	インシデント報告システムを駆使し、リスクの高い部署や、その時系列推移を提示し、根拠と共に、介入対象を明確にできる	78	99	85	82	40	71	51	77	59	92	72	73	80	83	51	72	64.5	81.1	16.6	
	平均			平均	66.3	96.3	75.2	86.8	42.5	72.5	31.3	81.3	30.3	85.7	41.7	71.0	58.0	77.3	61.5	74.5	50.9	80.7	
	差			差	30.0	11.7	30.0	50.0	55.3	29.3	19.3	13.0	29.8										
有事の取り組み																							
序	研修名	評価0	評価10	CQSO I-1		CQSO I-2		CQSO I-3		CQSO I-4		CQSO I-5		CQSO I-6		CQSO I-7		CQSO I-8		平均		差	
				受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後		
	医療事故調査 外部研修	医療事故調査手法、報告書作成手法についての知識がない	医療事故調査制度の意義と課題を説明でき、標準手法を用いて、事実経過と因果関係、再発防止策を明らかにし、報告書執筆することができる	64	93	11	73	46	68	10	86	6	85	51	79	12	78	0	51	25.0	76.6	51.6	
	事故発生時の連携	有事事故発生時、何から着手してよいか、よくわからない	有事事故発生時、施設内外と連携をとりつつ、患者の被害を最小とするための具体的な対応ができる	66	99	56	88	39	74	19	83	34	93	57	71	47	85	78	90	49.5	85.4	35.9	
	重大死亡事故発生時の対応	院内死亡に関して、医療事故調査制度上の医療事故に該当するかどうかの判断ができない	院内死亡に関して、医療事故調査制度上の医療事故に該当するかどうか適切に判断できる	73	99	40	86	22	61	23	82	7	80	62	80	39	72	51	67	39.6	78.4	38.8	
	有事における法的知識の整理	有事における法的知識がない	有事における法的・倫理的知識を有し、それに基づいた対応ができる	58	92	68	82	48	72	22	76	21	86	53	84	28	73	70	86	46.0	81.4	35.4	
	患者説明・社会との共有	患者説明（オープンディスクロージャー）の重要性、社会との情報共有の意義を説明できない	患者説明（オープンディスクロージャー）の重要性、社会との情報共有の意義を説明でき、実践できる	26	75	62	77	36	63	25	83	36	88	28	56	27	68	52	67	36.5	72.1	35.6	
	平均			平均	57.4	91.6	47.4	81.2	38.2	67.6	19.8	82.0	20.8	86.4	50.2	74.0	30.6	75.2	50.2	72.2	39.3	78.8	
	差			差	34.2	33.8	29.4	62.2	65.6	23.8	44.6	22.0	39.5										

図 77

平時的取り組み	研修名	評価 0	評価 10	CQSO I-1		CQSO I-2		CQSO I-3		CQSO I-4		CQSO I-5		CQSO I-6		CQSO I-7		CQSO I-8		平均		差
				受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	
	OJT「医療の質向上と安全推進委員会」①	院内における、有事・平時の患者安全活動について、整理して共有したことがない	院内の中心に対し、有事・平時の患者安全活動について、整理して共有し、課題を明らかにして対策を導くことができる	61	92	71	82	44	70	20	73	3	60	40	58	41	70	49	45	41.1	68.8	27.6
	品質管理概論	品質管理についての知識がない	品質管理手法の概念を理解し、説明できる	12	91	65	84	36	72	12	82	3	76	19	38	19	64	52	48	27.3	69.4	42.1
	患者の権利の確保	患者の権利を確保するための、説明と同意手続・体制、オープンディスクロージャーに関する知識がない	患者の権利を確保するための、説明と同意手続・体制、オープンディスクロージャーを理解し、構築することができる	81	99	66	84	28	54	41	79	36	87	47	72	83	91	49	47	53.9	76.6	22.8
	MM(Mortality & Morbidity)カンファレンス運営	MM(Mortality & Morbidity)カンファレンス運営についての知識がない	MMカンファレンスなどを積極的に企画・運営し、フィードバックを適切に行うことができる	61	93	72	78	42	67	11	84	12	87	37	83	67	90	50	52	44.0	79.3	35.3
	OJT「医療の質向上と安全推進委員会」②	院内における、有事・平時の患者安全活動の経時的な流れがどうなっているかの知識がない	院内における、有事・平時の患者安全活動の経時的な流れを理解し、説明できる	80	99			44	68	38	64	39	84	21	26	70	74	48	53	42.5	58.5	16.0
	品質管理手法の修得（概論）	品質管理手法、その他、様々な改善手法についての知識がない	品質管理手法、その他、様々な改善手法を理解している	68	86	83	90	46	63	20	85	51	91	8	19	30	37	54	72	45.0	67.9	22.9
	品質管理手法の修得（実践）	問題解決 8 ステップ、QC七つ道具、統計手法を用いることができない	問題解決 8 ステップ、QC七つ道具、統計手法を用いることができる	34	70	60	88	47	68	19	56	36	74	15	56	17	25	52	70	35.0	63.4	28.4
	基本確認行動・国際患者安全目標・対策	基本確認行動・国際患者安全目標・対策についての知識がない	基本確認行動・国際患者安全目標について院内に周知し、戦略的改善活動を指揮できる	78	99	76	92	41	71	42	84	22	82	69	83	67	84	73	88	58.5	85.4	26.9
	施設安全の重要性	患者安全に影響する施設安全についての知識がない	患者安全に影響する施設安全における潜在リスクを特定し、リスク低減策を立案・指揮できる	39	90	61	75	22	70	10	84	22	84	13	38	54	75	51	99	34.0	76.9	42.9
	RCA(Root Cause Analysis) 分析手法	根本原因分析手法RCA(Root Cause Analysis)についての知識がない	根本原因分析手法RCAを用いて事例の要因・原因を特定し、再発防止策を立案し、実施および評価を行うことができ、RCAチームを指揮できる	52	91	90	90	46	63	0	79	26	87	25	59	20	68	58	74	39.6	76.4	36.8
	院内の安全教育体制	院内で安全教育活動のやり方がわからない	積極的に安全教育活動をおこない、職員の行動変容につなげることができる	77	100	38	69	55	76	19	85	7	92	24	54	51	71	58	68	41.1	76.9	35.8
	問題解決実践	品質管理手法を用いて問題解決に取り組んだことがない	品質管理手法を用いて問題解決に取り組み、目標を達成することができる																			
	患者安全に関する外部情報の活用	患者安全に関する外部情報の活用の仕方がわからない	患者安全に関する外部情報を十分に活用できる	78	100	68	79	42	68	18	81	19	91	9	72	21	76	55	99	38.8	83.3	44.5
	メーカーとの連携	メーカーとの連携をしたことがない	医療機器、医薬品等のメーカーと協力し、患者安全のための活動ができる	63	99	65	75	39	59	16	79	55	93	8	49	20	54	73	99	42.4	75.9	33.5
	患者安全ラウンド・監査	患者安全ラウンドや監査（外部監査含む）についての知識がない	患者安全ラウンドや監査（外部監査含む）を指揮し、問題を把握し、改善策を提案できる	34	92	70	78	41	77	14	84	6	92	32	54	35	74	48	83	35.0	79.3	44.3
	電子カルテと患者安全	電子カルテシステムを用いた患者安全対策についての知識がない	電子化の利点とリスク、患者安全対策を説明できる	47	72	62	89	43	66	12	61	15	89	53	71	50	62	1	57	35.4	70.9	35.5
	クリニカルパス	クリニカルパスについての知識がない	クリニカルパスの利点と欠点を理解し、多職種が関わる医療の標準化に役立てることができる	81	95	68	86	44	68	25	77	54	96	15	58	44	80	1	59	41.5	77.4	35.9
	医療機器安全管理者との連携	医療機器安全管理者についての知識がない	医療機器安全管理指針を把握し、医療機器の管理や適正使用に関する整備、研修等にリーダーシップを発揮できる	61	95	74	70	39	70	19	79	43	82	39	53	43	62	15	56	41.6	70.9	29.3
	医薬品安全管理者との連携	医薬品安全管理者についての知識がない	医薬品安全管理指針を把握し、医薬品の管理や適正使用に関する整備、研修等にリーダーシップを発揮できる	71	95	64	76	40	73	23	75	21	93	12	31	59	73	0	52	36.3	71.0	34.8
	FMEA(Failure Mode and Effects Analysis)分析手法	FMEA(Failure Mode and Effects Analysis)分析手法についての知識がない	FMEAを活用し、問題点の抽出と事前対策を行うことができ、FMEAチームを指揮できる	39	90	46	79	41	72	0	77	2	71	32	70	28	60	0	31	23.5	68.8	45.3
	QI(Quality Indicator)とQI設定	QI(Quality Indicator)についての知識がない	QI設定の必要性を理解し、測定を通じて医療の質の向上を実践できる	33	83	80	94	47	72	14	77	42	80	41	87	65	81	20	48	42.8	77.8	35.0
	院内救命、異常早期発見体制の構築	院内迅速対応システム（RRS）、異常早期発見体制についての知識がない	RRSや異常早期発見体制を構築し、職員に周知、実践できる	86	99	68	93	40	77	35	76	25	84	42	63	62	73	100	100	57.3	83.1	25.9
	卒後教育プログラム責任者との連携	卒後教育と患者安全の連携についての知識がない	患者安全、医療の質の向上に関する卒後教育の必要性を理解し、有効な研修医教育が実践できる	59	95	69	87	42	69	15	79	2	72	25	74	69	82	34	65	39.4	77.9	38.5
	OJT「インシデント検討会」	他職種とのインシデント検討会に参加したことがない	インシデント事例について、他職種と連携して改善活動に取り組む体制を構築でき、改善活動を指揮できる	82	99	50	81	32	64	14	73	55	90	3	55	64	82	65	77	45.6	77.6	32.0
	質向上戦略の構築	質向上戦略についての知識がない	自病院の質向上の戦略について院内で対話し推進できる	52	82	63	73	40	75	21	78	46	87	28	48	27	35	49	70	40.8	68.5	27.8
	平均			59.5	91.9	66.5	82.3	40.9	68.8	19.1	77.1	26.8	84.3	27.4	57.1	46.1	68.5	44.0	67.2	40.9	74.2	
	差			32.4		15.8		28.0		58.0		57.6		29.8		22.4		23.2		33.3		

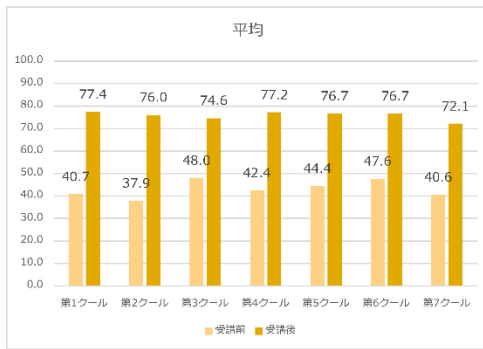
図 78

感染制御との連携			CQSO I-1		CQSO I-2		CQSO I-3		CQSO I-4		CQSO I-5		CQSO I-6		CQSO I-7		CQSO I-8		平均		差	
研修名	評価0	評価10	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後		
感染概論1（感染管理）	感染管理に関する系統だった知識がない	人体に病原性を有する病原体について、それぞれの感染予防策を提示でき、適切に適用できる	68	94	75	79	44	86	28	79	26	81	45	61	59	75	35	51	47.5	75.8	28.3	
手指衛生（ラウンド含む）	手指衛生の必要性について意識したことがない	適切なタイミングでの手指衛生の必要性を理解し、院内に周知するとともに、自ら実践できる	80	99	83	87	49	77	52	85	50	91	75	83	82	80	98	99	71.1	87.6	16.5	
感染概論2（感染症診療）	感染症診療に関する系統だった知識がない	微生物学的検査結果を適切に解釈し、感染症の原因病原体を推定し、院内のアンチバイオグラムを活用できる	63	91	87	88	44	73	23	77	42	81	51	68	44	63	65	82	52.4	77.9	25.5	
抗微生物薬の適正使用（TDMミーティング含む）	抗微生物薬の適正使用に関する知識がない	薬剤耐性のメカニズムを理解し、感染対策チームとともに抗微生物薬の適正使用について周知、実践できる	71	96	87	90	40	77	18	78	44	81	44	51	63	79	68	85	54.4	79.6	25.3	
感染ラウンド実習	感染ラウンドの必要性について知識がない	人体に病原性を有する病原体について、それぞれの感染予防策を提示でき、また感染対策ラウンド実施の重要性を理解できる	66	89	81	84	53	85	22	82	7	84	25	37	73	80	28	74	44.4	76.9	32.5	
サーベイランス	サーベイランスについて知識がない	サーベイランスの結果を適切に解釈し、問題点を抽出できる	30	83	82	86	38	50	9	76	36	82	36	68	63	73	31	67	40.6	73.1	32.5	
アウトブレイク対策	アウトブレイク対策について知識がない	アウトブレイク発生時に感染対策チームと連携し院内・院外（保健所・報道など）への対応を適切に行える	50	91	79	86	44	70	29	84	8	92	34	63	41	73	51	72	42.0	78.9	36.9	
平均		平均	61.1	91.9	82.0	85.7	44.6	74.0	25.9	80.1	30.4	84.6	44.3	61.6	60.7	74.7	53.7	75.7	50.3	78.5		
		差																			28.2	
周辺業務の理解			CQSO I-1		CQSO I-2		CQSO I-3		CQSO I-4		CQSO I-5		CQSO I-6		CQSO I-7		CQSO I-8		平均		差	
研修名	評価0	評価10	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後		
医療現場における患者問題行動	患者の問題行動とその対策について知識がない	患者の問題行動を体系的に評価、モニタリングする体制を構築、支援することができる	68	93	81	87	22	76	34	83	23	72	22	55	78	83	42	58	46.3	75.9	29.6	
患者相談・対話推進業務の理解と応用	患者相談や対話推進業務について知識がない	患者相談や対話推進業務体制を構築し、支援することができる	64	92	89	89	28	84	15	79	22	87	12	64	33	65	24	43	35.9	75.4	39.5	
平均		平均	66.0	92.5	85.0	88.0	25.0	80.0	24.5	81.0	22.5	79.5	17.0	59.5	55.5	74.0	33.0	50.5	41.1	75.6		
		差																			34.6	
挑戦的・新規的知識の修得			CQSO I-1		CQSO I-2		CQSO I-3		CQSO I-4		CQSO I-5		CQSO I-6		CQSO I-7		CQSO I-8		平均		差	
研修名	評価0	評価10	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後		
世界の動きを知る①WHO患者安全カリキュラムガイド等について	WHO患者安全カリキュラムガイドについての知識がない	WHO患者安全カリキュラムガイドについての知識を有し、患者安全活動に適用できる	44	85	81	93	45	69	20	74	54	93	18	55	75	90	72	90	51.1	81.1	30.0	
院内弁護士の活動	院内弁護士の活動について意識したことがない	患者安全に関する院内弁護士の役割を理解し、患者安全に関して発生する法的な諸問題に対して、適切に対応できる	42	83	67	83	36	79	30	60	30	77	33	49	71	80	70	99	47.4	76.3	28.9	
世界の動きを知る②JCIとICI	JCI（Joint Commission）とICI（Joint Commission International）についての知識がない	JCIへの取り組みを理解し、患者安全に関する世界的動向に注目しつつ、効果的な取り組みを取り入れることができる	33	73	73	83	40	76	25	72	33	74	45	49	65	80	76	75	48.8	72.8	24.0	
世界の動きを知る③国際患者安全サミット・国際学会等について	国際患者安全サミットや患者安全に関する世界的動向・国際学会等の話題について意識したことがない	患者安全に関する世界的動向について理解し、情報を収集して効果的な取り組みを取り入れることができる	36	83	39	66	27	79	7	65	5	57	7	30	56	74	15	49	24.0	62.9	38.9	
フリーディスカッションによる知の創出	患者安全に関して、近未来的な技術や方策に関して検討したことがない	患者安全に関して、近未来的な技術や方策等について検討し、実現を図ることができる	42	82	63	69	24	80	30	75	57	80	28	46	34	52	51	74	41.1	69.8	28.6	
平均		平均	39.4	81.2	64.6	78.8	34.4	76.6	22.4	69.2	35.8	76.2	26.2	45.8	60.2	75.2	56.8	77.4	42.5	72.6		
		差																			30.1	

図 79



図 80



	CQSO I-1		CQSO I-2		CQSO I-3		CQSO I-4		CQSO I-5		CQSO I-6		CQSO I-7		CQSO I-8		平均		差	
	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後	受講前	受講後				
第1クール	44.8	88.9	48.7	77.3	54	73.4	20.1	80.5	15.3	81.8	33.6	60.2	31.8	75.5	77.4	81.6	40.7	77.4	36.7	
第2クール	51.4	91.6	53.3	81.7	38.7	68.6	18.7	80.7	15.7	81.1	44.3	66.6	30.4	72.9	50.3	64.9	37.9	76.0	38.1	
第3クール	66.7	91.3	71.7	85.2	42.3	67.7	28.1	76.1	31.3	83.9	31.4	57.3	56.7	68.7	56.0	66.7	48.0	74.6	26.6	
第4クール	62.5	94.2	69.2	81.5	41.4	68.9	19.1	79.2	23.0	88.6	29.3	58.1	40.3	67.2	54.5	80.1	42.4	77.2	34.8	
第5クール	63.4	93.5	68.5	84.1	41.0	70.5	21.6	76.4	35.7	85.3	29.9	61.9	58.9	76.6	35.8	65.0	44.4	76.7	32.3	
第6クール	57.3	88.6	75.4	83.8	42.8	73.8	24.9	80.0	33.4	84.4	40.8	57.8	53.4	70.8	52.7	74.3	47.6	76.7	29.1	
第7クール	47.5	84.3	68.7	79.5	29.5	79.0	23.5	72.3	28.3	74.5	24.5	48.8	56.2	72.3	46.3	66.3	40.6	72.1	31.6	
平均	56.2	90.3	65.1	81.9	41.4	71.7	22.3	77.9	26.1	82.8	33.4	58.7	46.8	72.0	53.3	71.3	43.1	75.8		
差			34.1		16.8		30.3		55.6		56.7		25.3		25.2		18.0		32.7	

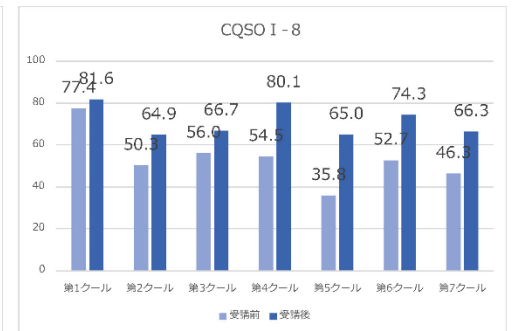
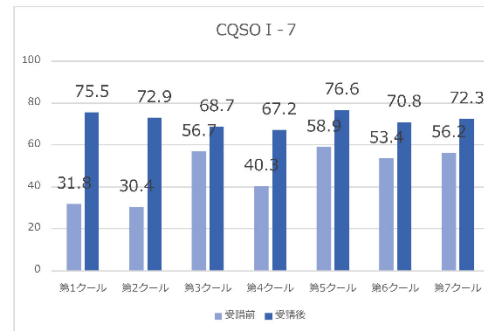
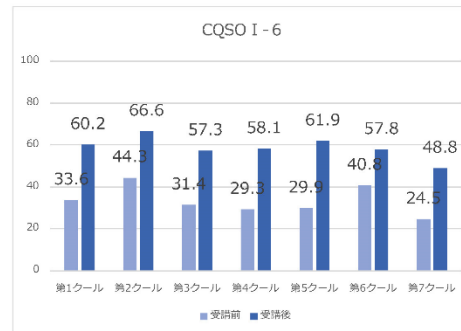
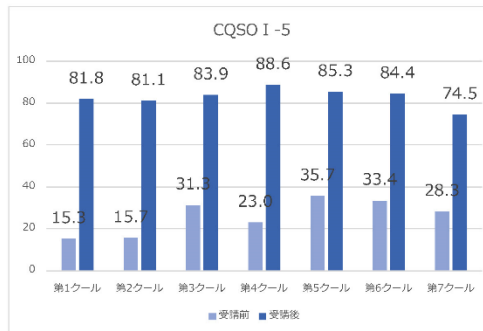
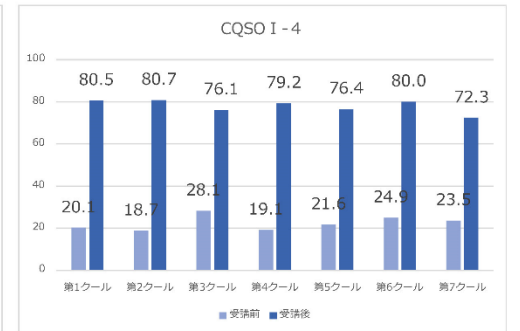
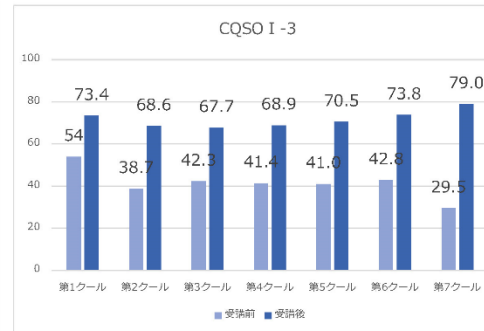
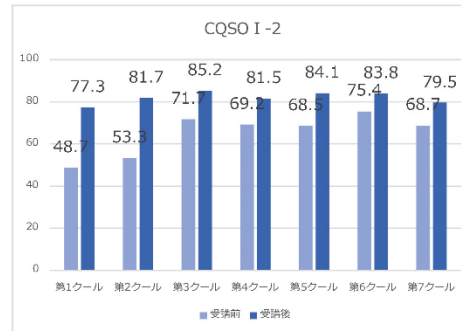
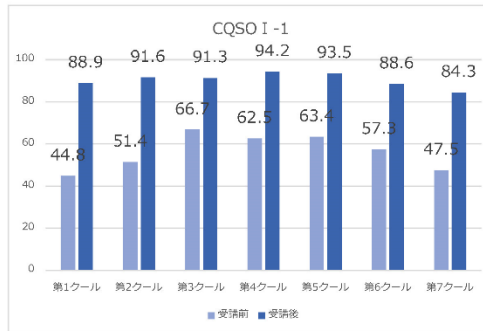


図 81

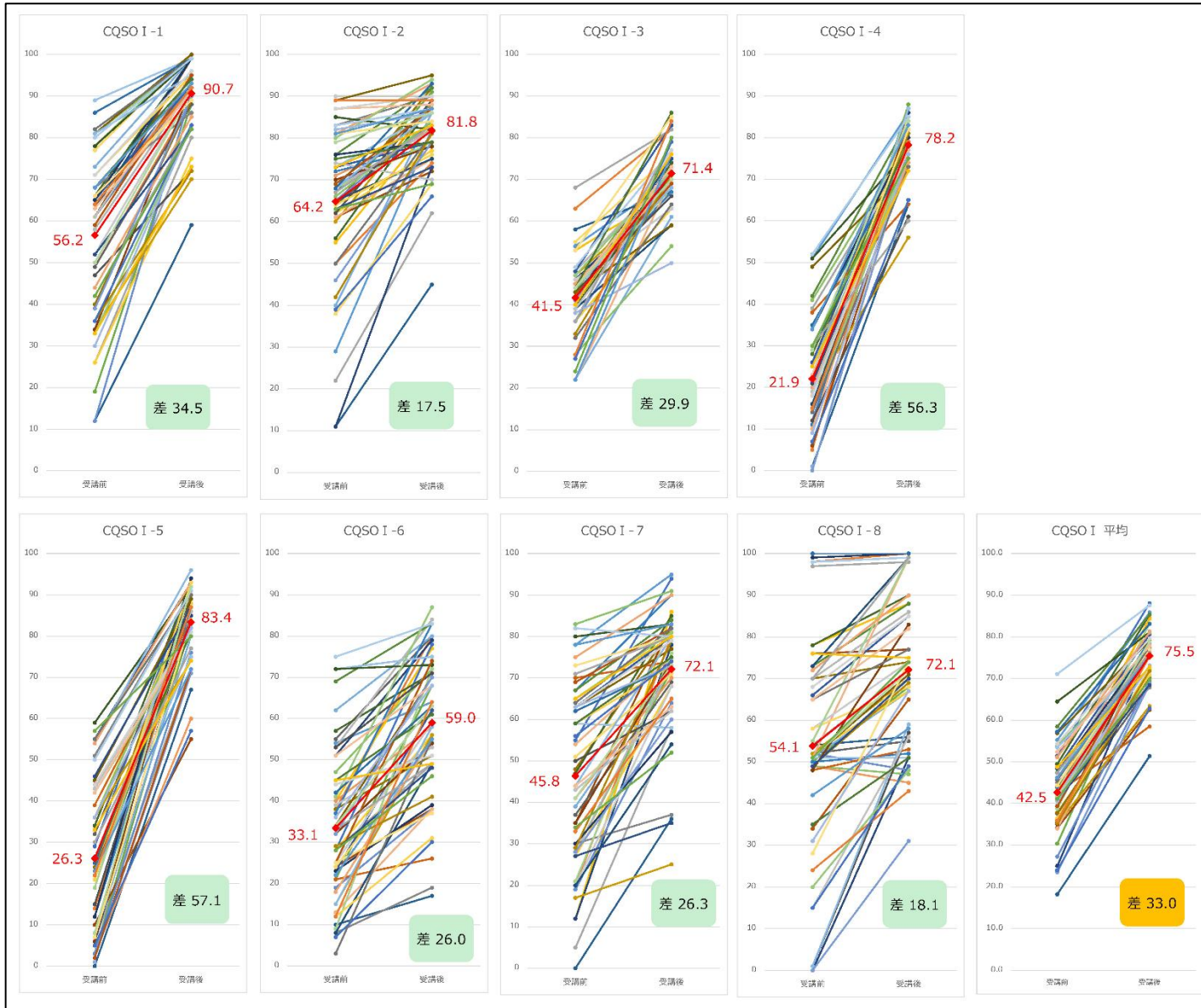


图 82

受講後の感想についてのアンケート(コンテンツごと)

◆ 1-1-2_エラー発生の原因 ▶ CQSO

第1問 / 全2問 参加型研修アンケート1(選択式)

①研修時間の長さ 選択↓ ▼

②研修の難易度 選択↓ ▼

③あなたのニーズへのフィット度 選択↓ ▼

④リスク量低減への効果

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

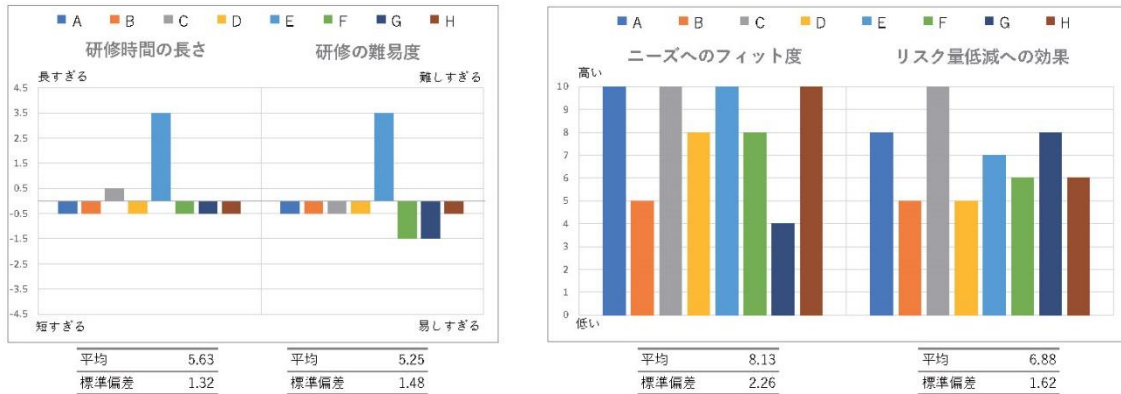
◆ 1-1-2_エラー発生の原因 ▶ CQSO

第2問 / 全2問 参加型研修アンケート2(記述式)

⑤その他、ご意見等 ※自由記載

図 83

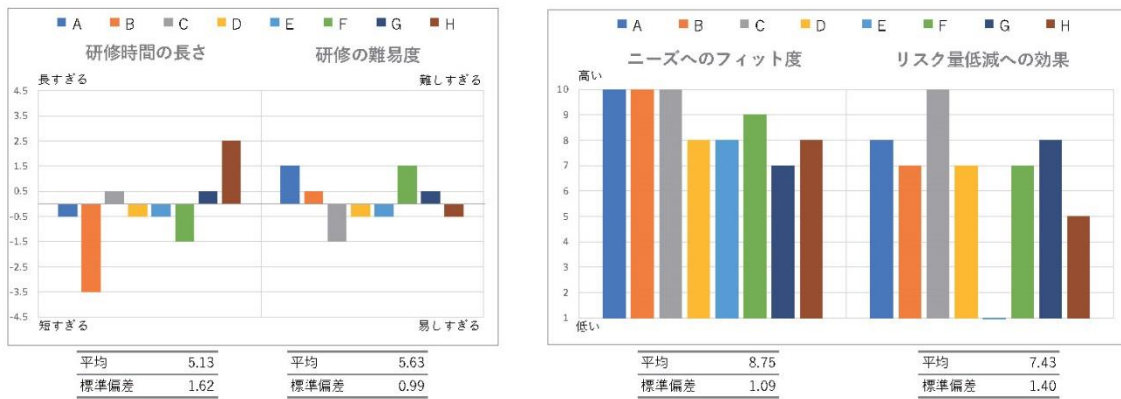
1-1-1_本研修が目指すもの



その他、ご意見等

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

1-1-2_エラー発生の原因

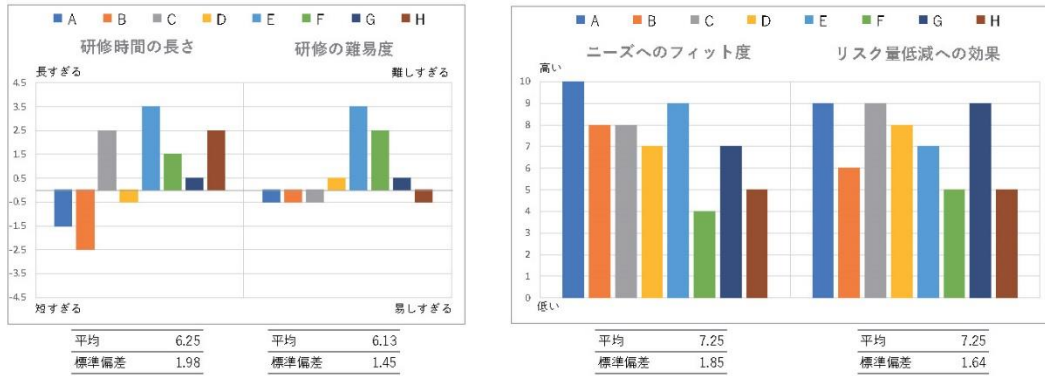


その他、ご意見等

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

図 84

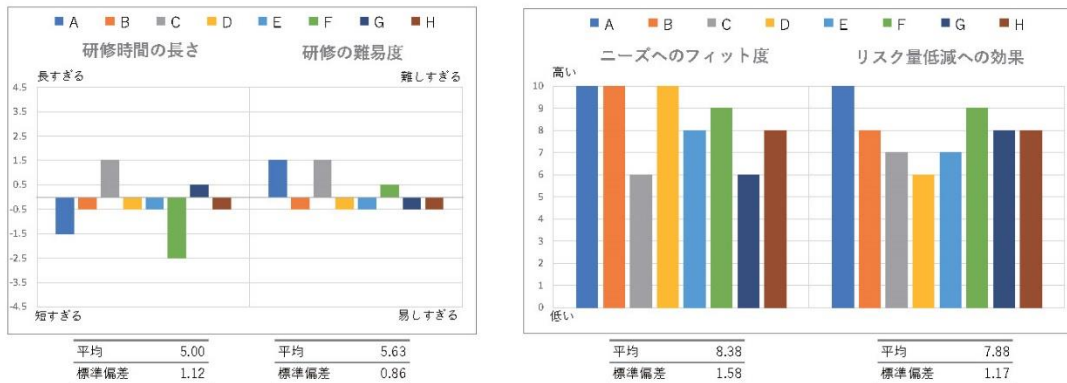
1-1-3_診断エラー



その他、ご意見等

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

1-2-1_インシデント・トリアージ

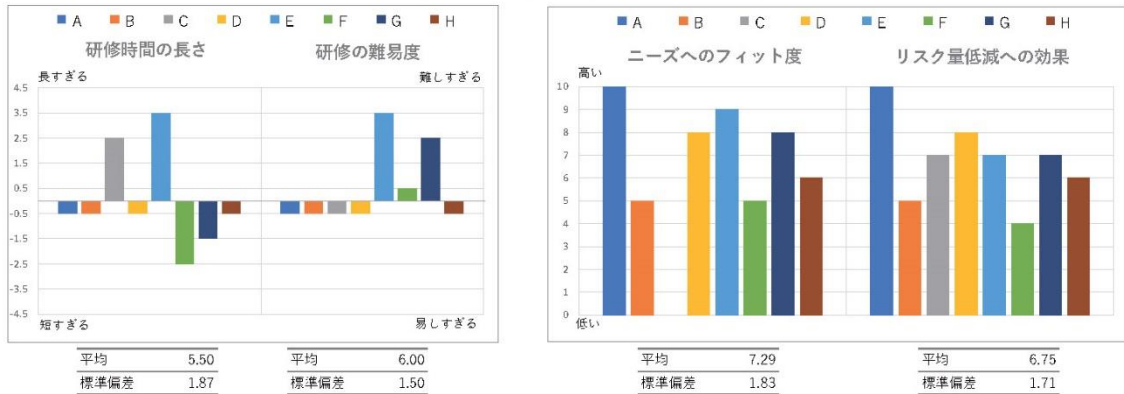


その他、ご意見等

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

図 85

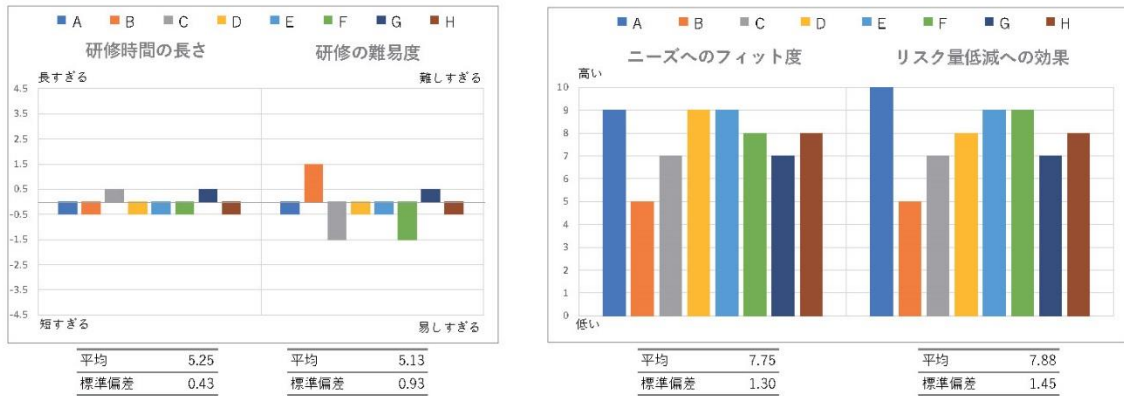
1-2-2 医療の高度化、複雑化とエラー発生



その他、ご意見等

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

1-2-3 報告文化の活性化

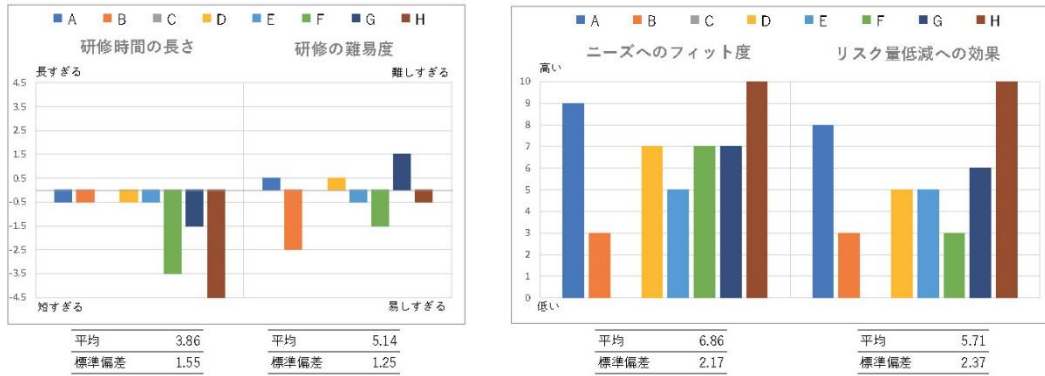


その他、ご意見等

A	インシデントレポートの意義を周知し、理解してもらおうとすることが、まず重要と学ぶことができた。
B	
C	報告文化の醸造、迎え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横断的かつ最適な治療を施すことやそのための体制作りが重要な事はもっと強調されても良いように感じました。

図 86

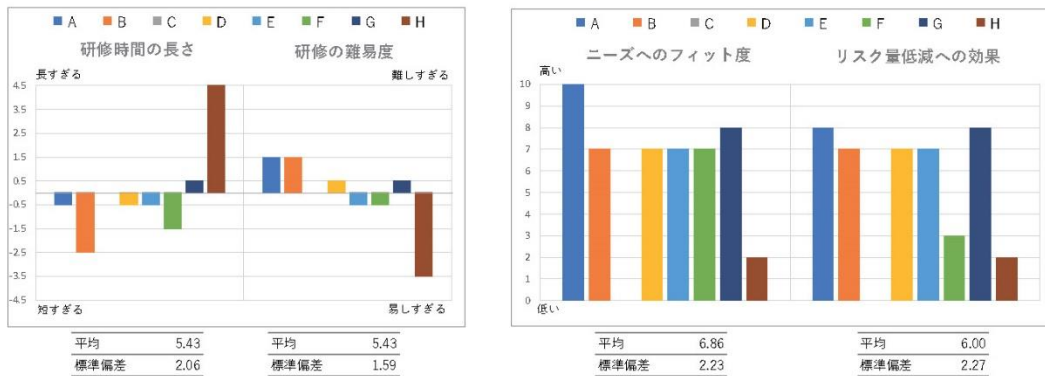
1-3-1 医療安全施策の動向



その他、ご意見等

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

1-3-2 確かな倫理基盤の確立

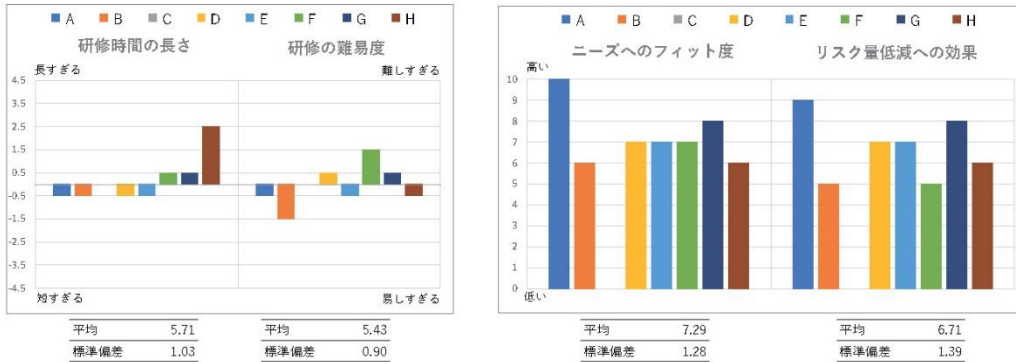


その他、ご意見等

A	医療倫理の4原則を学ぶことができ、事例も整理することでより理解を深められた。個々の事例で判断しなければならないですが、医療倫理の4原則に落とし込むことで考え方が整理できると思いました。
B	具体的な事例を用いての検討であり、いろいろな議論がある部分でもあるため、倫理的視点、法的視点からの評価をよりわかりやすくご提示いただく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。☑
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えます。

図 87

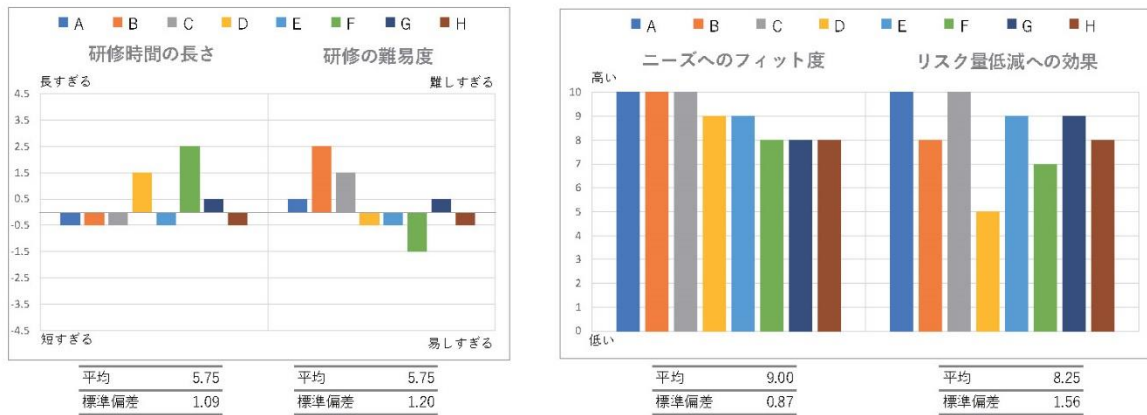
1-3-3 組織横断的活動を推進する安全管理者としての適正



その他、ご意見等

A	組織横断的に推進しなければならぬ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すぎました。☑
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

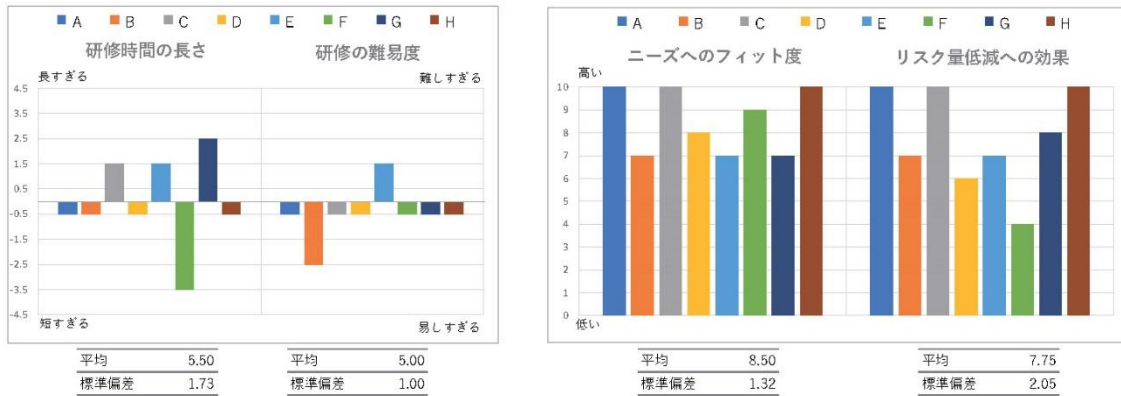


その他、ご意見等

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	多くを学びました。
E	
F	
G	テルキ施設見学も含めて有意義だった
H	研修の趣旨と意図は非常に共感できるもので参考になりました

図 88

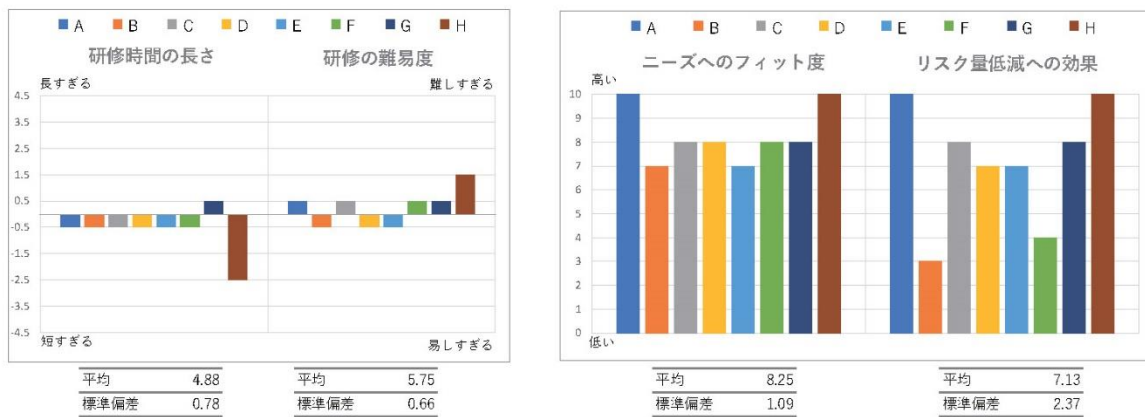
2-3-1 事故発生時の連携



その他、ご意見等

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

2-3-2_重大死亡事故発生時の対応

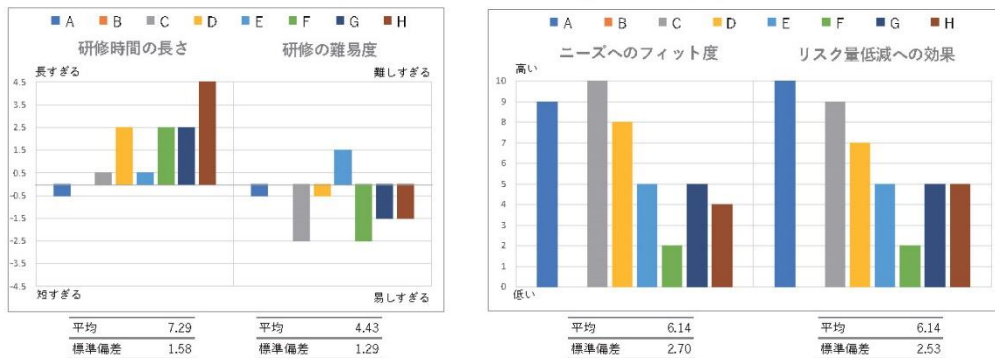


その他、ご意見等

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

図 89

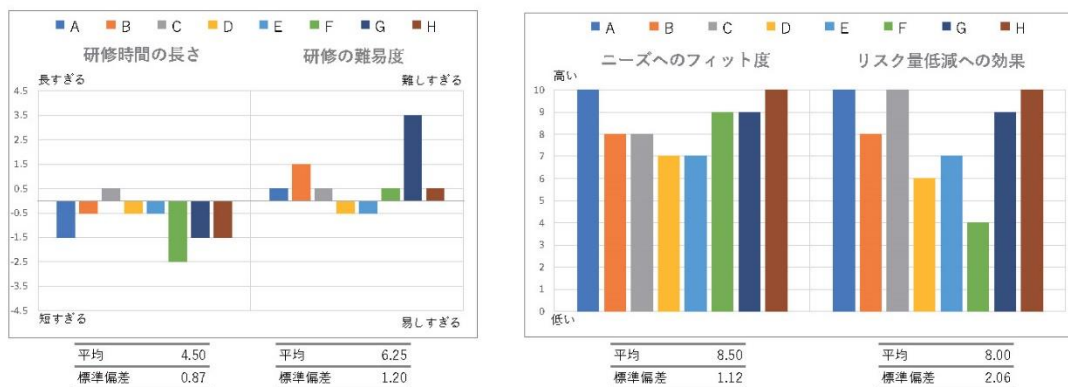
2-3-3_OJT(On-the-Job Training)「推进会」①



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れて勉強になりました。
D	名大HPI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

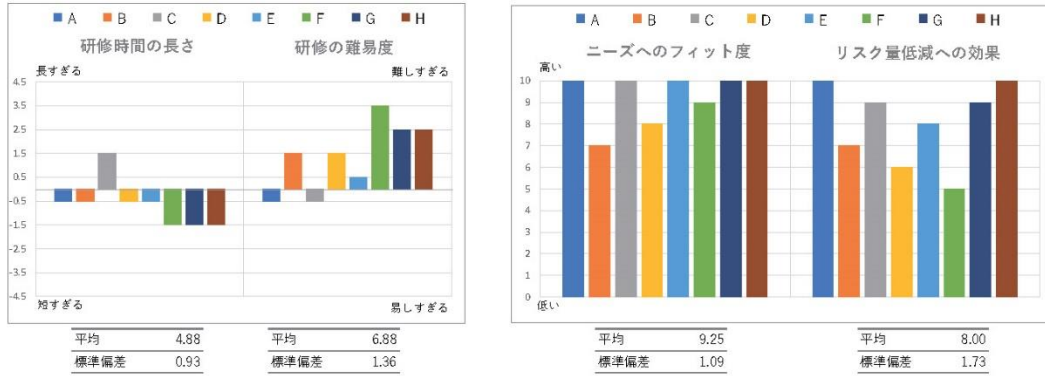


その他、ご意見等

A	弁護士の方に直接講演を受ける機会は無かったため、法的知識が習得できた。
B	法的な根拠が判例によるため、個々の事例について弁護士さんに気軽に相談できる環境がとても重要と思いました。医療スタッフの保険の重要性なども再認識しました。
C	法律の話を書いたことは教科書以外なかったため勉強になりました。
D	結論を導くまでの判決文の長さを初めて知りました。
E	
F	
G	
H	法律の専門家から講義を受けられて質疑もでき大変有意義でした。知識の習得は自学次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 90

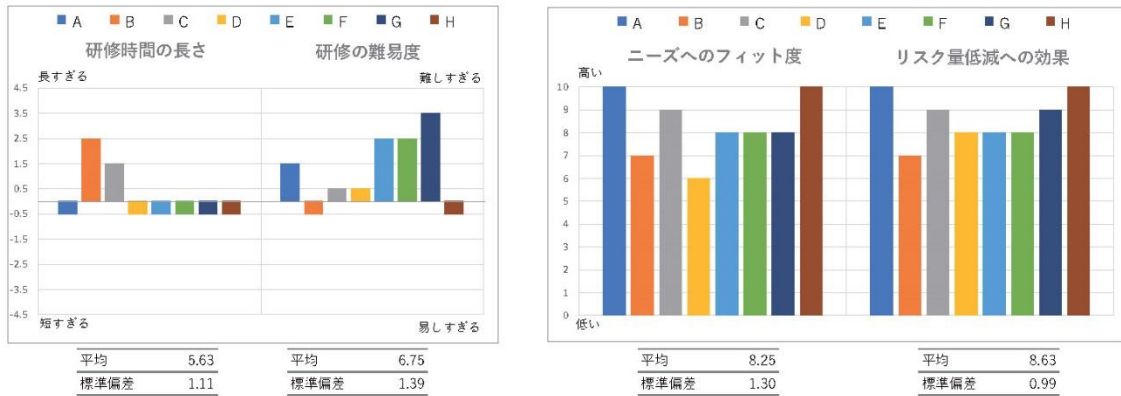
2-4-2_患者説明・社会との共有



その他、ご意見等

A	ロールプレイは、リアルな状況で、学ぶところは、多かった。適切に、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も取り入れても良いように思います。

2-5-1_品質管理概念

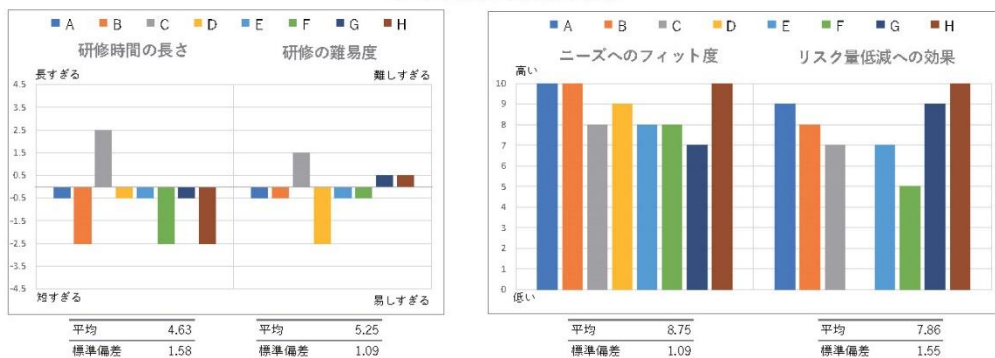


その他、ご意見等

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 91

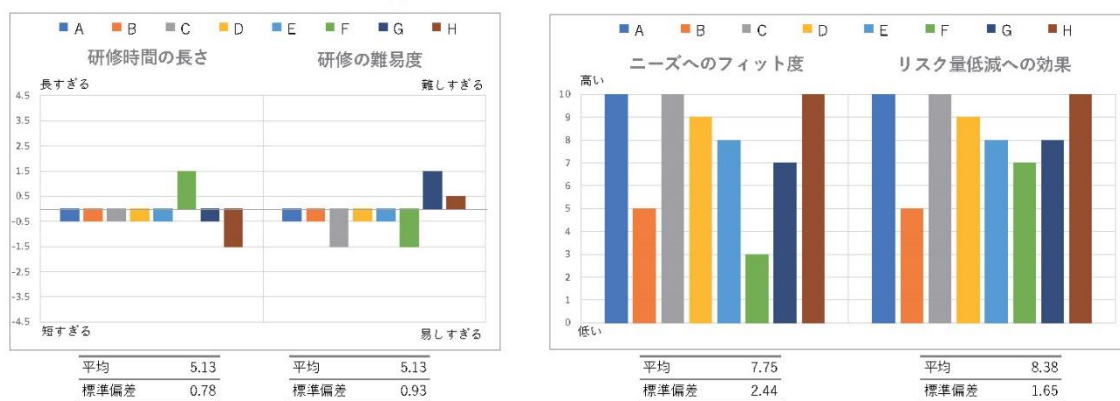
3-1-1 患者の権利の確保



その他、ご意見等

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

3-1-2 基本確認行動・国際患者安全目標・対策



その他、ご意見等

A	基本確認行動、国際患者安全目標をいかに職員へ周知し広めていくかについて、現場も見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潜在的なリスクが高い部署・部門も見せて頂ければ有り難かったです。

図 92