

平成 23 年度文部科学省特別経費

International Forum on Quality & Safety in Healthcare 2011

Amsterdam, Remote Participation Program

-Better Health, Safer Care, Lower Costs-

国際医療の質・安全学会 遠隔地参加プログラム

—より良い医療を、より安全に、より低コストで—

平成 23 年 11 月 20 日

大阪大学医学部附属病院

中央クオリティマネジメント部

アンケート結果（日本語版）

第6回 医療の質・安全学会学術集会（東京ビッグサイト）

International Forum on Quality & Safety in Healthcare 2011, Amsterdam

Remote Participation Program

（国際医療の質・安全学会 2011 遠隔地参加プログラム）

アンケート結果

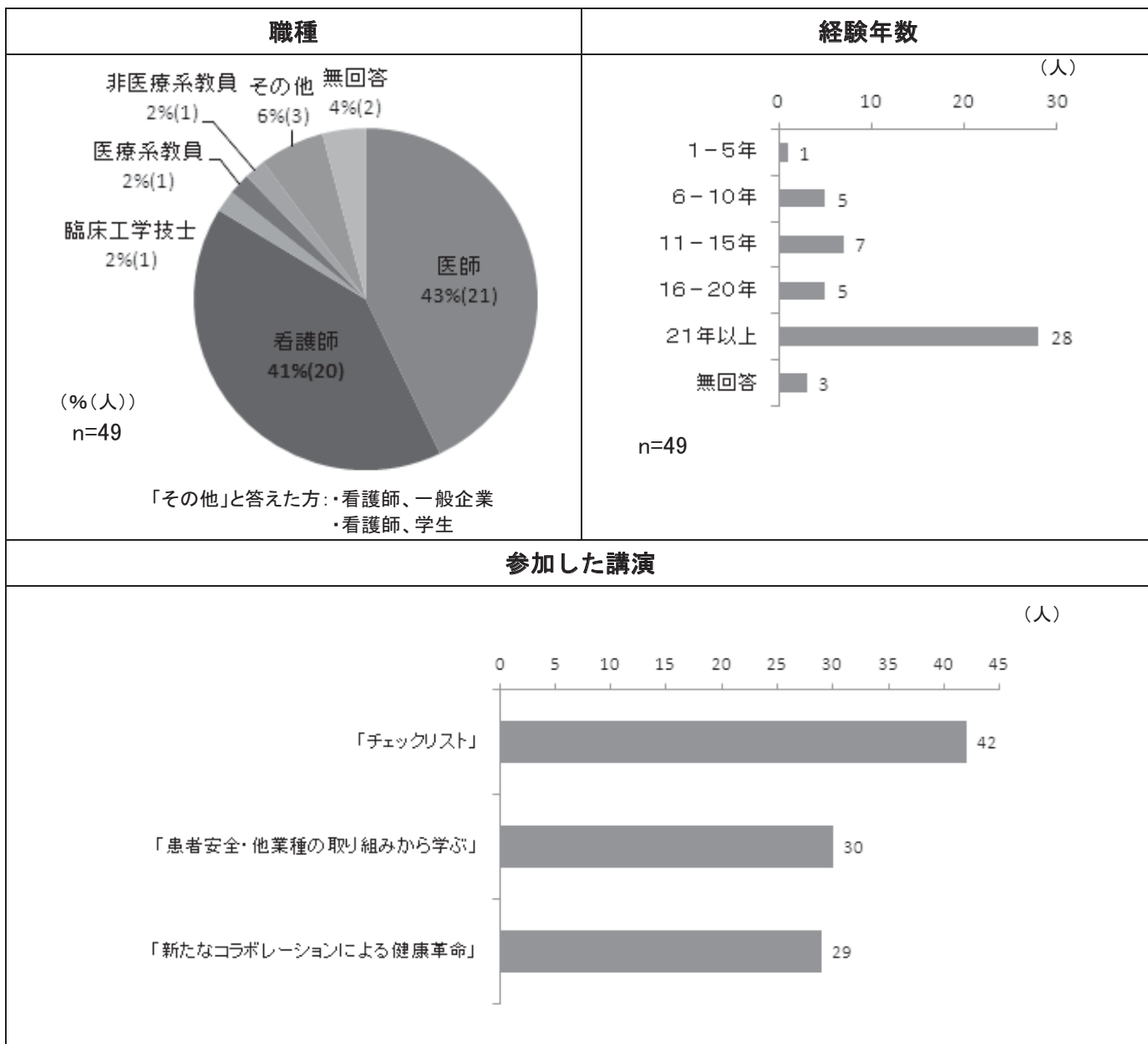
実施日：2011年11月20日

参加者：延べ84人

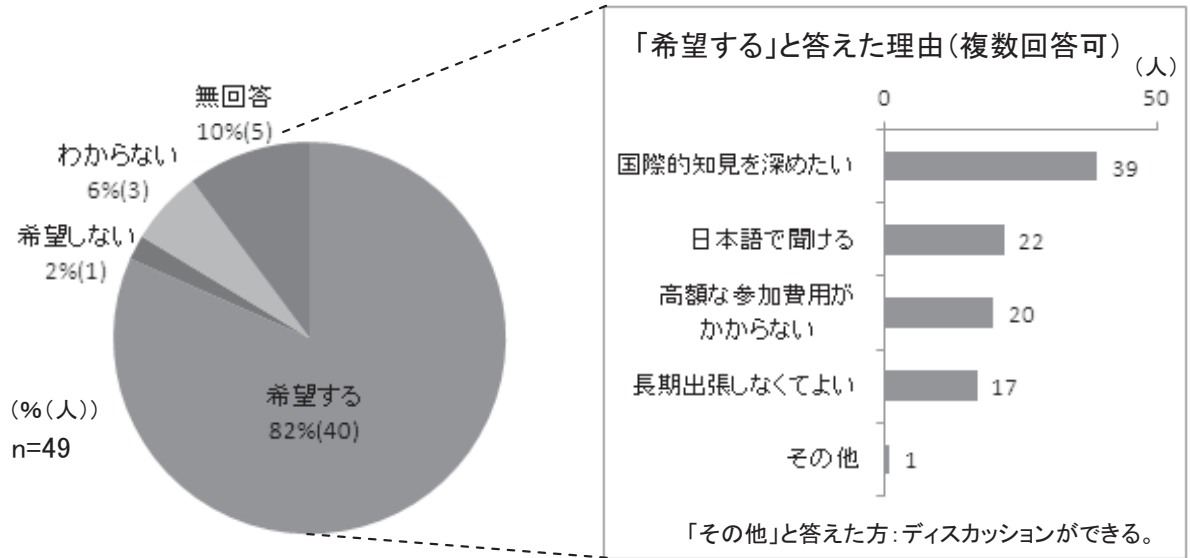
（医師24人、看護師34人、薬剤師1人、臨床工学技士2人、
医療系教員3人、非医療系教員2人、一般企業7人、学生2人、
その他9人）

アンケート回答：49人（プログラム全体）

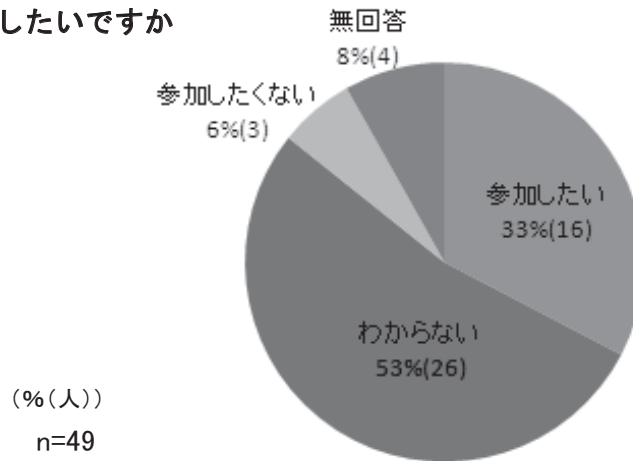
◆プログラム全体について



問1. 今後も国際学会の遠隔地参加プログラムがあれば参加を希望されますか



問2. 国際医療の質・安全学会 (International Forum on Quality & Safety in Healthcare) に現地で参加したいですか



問3. プログラム全体に関するご意見、ご感想がございましたらお聞かせください

(わかりやすかった、よかった)

- ・インパクトのあるレクチャーを短時間に視聴できる素晴らしい企画でした。
- ・同内容のビデオを1人で見てもここまでの理解にはならなかったと思います。ありがとうございました。
- ・英語のプログラムを非常に分かりやすく解説して頂いており、参加しやすかった。外国の発想、アイデアはとても刺激的で楽しかった。
- ・よく企画された進行、プログラムでした。
- ・大変感動的に経験させて頂きました。
- ・とても良いプログラムだと思います。ご苦勞も多いと思いますが、ぜひ続けて下さい。

(要望)

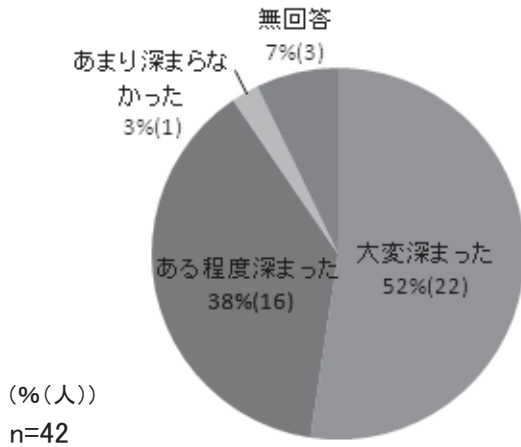
- ・ジョン・ムーア氏のビデオしか見ていないが、もっと見たかった。
- ・大変よい企画だと思いますが、他のセッションと重なってしまい全部が聞けず残念です。
- ・2日間の学会の場合1日目を希望。遠くから学会参加しており、時間的制約があり全部参加できなく残念だった。

- ・ 国際医療の質・安全学会ツアーがあれば行きたい。勉強になりました。
- ・ 私は内科医ですので内科医的視点からの話題があればありがたいです。プログラムが外科学、麻酔科学に偏っているような気がします。

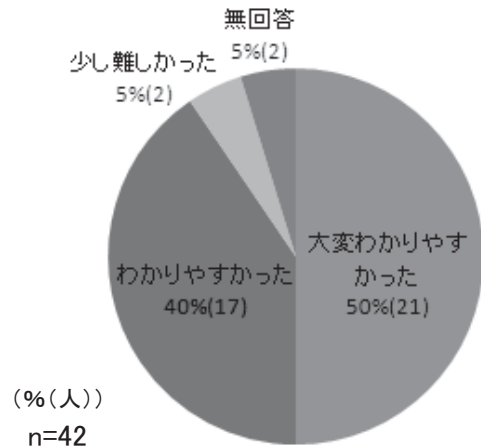
講演①「チェックリスト」(アトール・ガワンデ)について

アンケート回答：42人

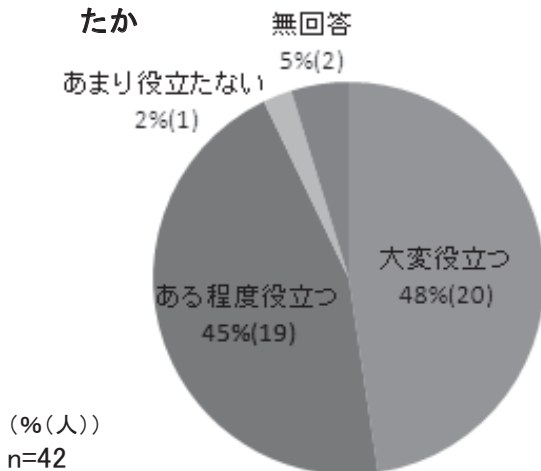
問1. チェックリストに関する知識が深まりましたか



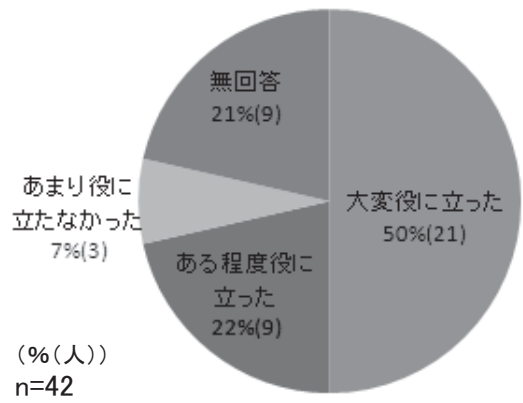
問2. ガワンデ氏の講演は、わかりやすい内容でしたか



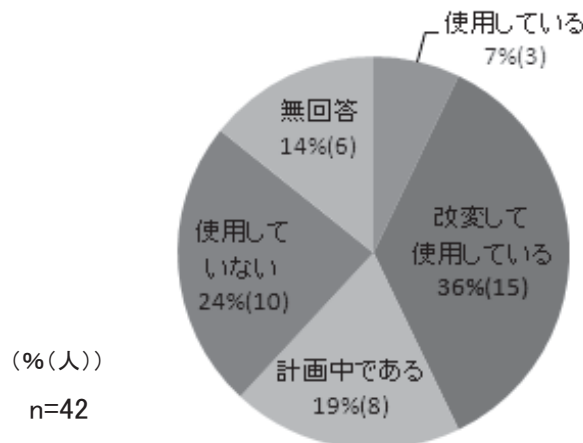
問3. 今後の診療、教育、業務に役立つ内容でしたか



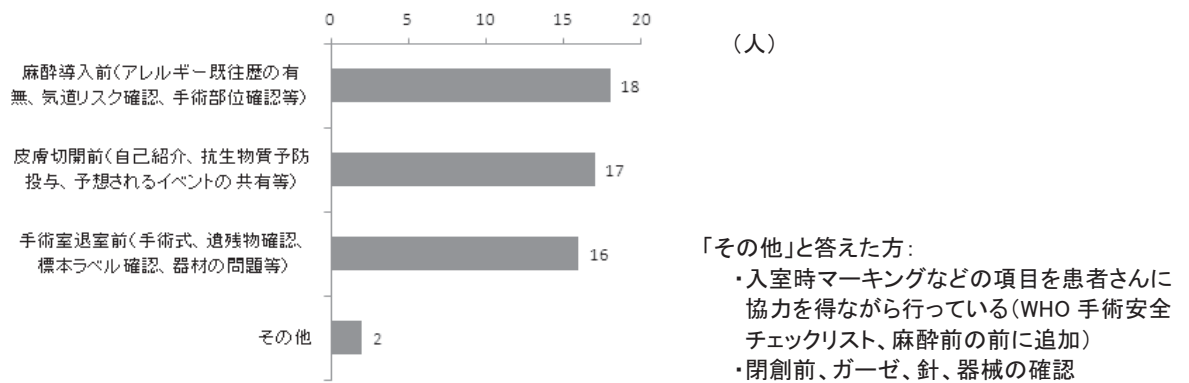
問4. 特別コメンテーターの上田裕一先生のご意見は講演の理解に役立ちましたか



問5. WHO手術安全チェックリスト (Surgical Safety Checklist) を使用していますか



WHO 手術安全チェックリストの3つの段階のどの部分を使っていますか（複数回答可）



問6. あなたの病院では手術安全チェックリスト以外にどのような領域でチェックリストを使っていますか

(検査、処置等)

- ・ CT MRI 検査前。
- ・ 冠動脈 CT PCI 前にチェックリストを用いたブリーフィングを行っています。
- ・ 放射線検査、治療関連。
- ・ EMR、気管支鏡、穿刺吸引細胞診。
- ・ カテ室、内視鏡室。
- ・ CVC 挿入チェックリスト、転倒アセスメントチェックリスト、内視鏡検査前。
- ・ 内視鏡検査、検体処理のチェックリスト、退院時所持品チェックリストほか。
- ・ 呼吸器装着患者の呼吸器点検。CHDF PCPS 作動点検。転倒転落抑制について。導入解除（センサーマット含む）術前準備、検査準備、入院時処理項目（電子カルテ化後に導入）等。
- ・ 人工呼吸器、ワーファリン内服。
- ・ 呼吸器、テンポラリー、PCPS、ECLA、IABP。
- ・ ME 機器（人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプ）。
- ・ 予防接種外来、MRI 検査など院内で統一したチェックリストはひとつ。
- ・ 機械類の管理、転倒・転落防止のアセスメントシート。診療では全病院として使っているものはありません。
- ・ 様々な部署で使われています。手順、教育、物品確認など。ただ本質的なところを踏まえてないかもしれません。
- ・ あまり使用していない。抗生剤投与前。

(現在使用していない)

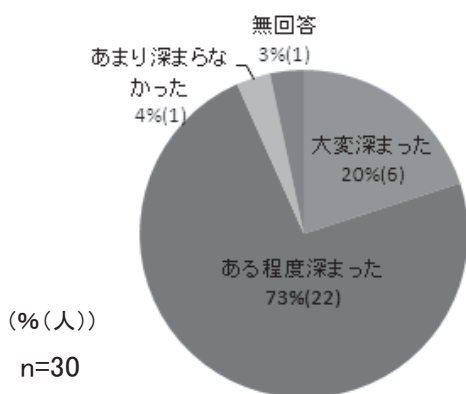
- ・ 現在作成中。
- ・ わからないが、今後内視鏡室などで使用していきたい。
- ・ 導入予定は本人呼吸器や点滴の多い患者さんの検査前のチェックリスト（中央配管、電源、ルート、チューブ類の確認）。
- ・ 現在、チェックリストは使っていないが、診療科によっては（心臓外科など）ブリーフィングを行っている。外科系全診療科に普及させるためには手術部長の権限を活用すべきかもと考えている。

問7. ガワンデ氏の講演について、ご意見、ご感想がございましたらお聞かせください

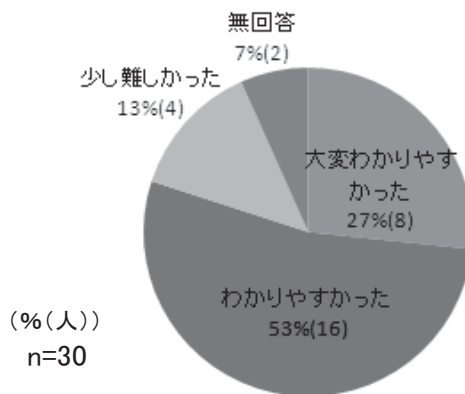
- ・今後の医療安全活動を行う上で非常に参考になりました。チェックリストの有用性が改めて分かりました。
- ・基本的で簡単なチェックリストが、医療安全や複雑な業務を確実に効果的に行うのに大きな効果をもたらす。チェックリストを作成する過程に大きな意味があると感じた。
- ・著書を読んで興味があり参加した。手術安全チェックリストの考案者であったことを初めて知った。当院では市川先生作成の改定版を使用しているが、なかなか医師の意識が低く協力度合いが低い。“上田先生のチェックリストに含まれる心をチェックすべき”がとても心に残った。日本語訳が見えにくかった。
- ・ぜひ著書を買って、広めたい。ガワンデの本を書籍販売コーナーにおけば便利だったかも。
- ・ガワンデ氏のコメントにも「外科医が患者さんを守る」という言葉があったが、会場からは「麻酔科が守る」と発言される医師がおられ、(私も麻酔科医が守ると思ってました)印象的でした。要するに、みんな強い責任感を持っているわけで、うまく活かすルール作りの重要性というものを認識しました。

**講演②「患者安全－他職種との取り組みから学ぶ」(レイン・ウィレムス)について
アンケート回答：30人**

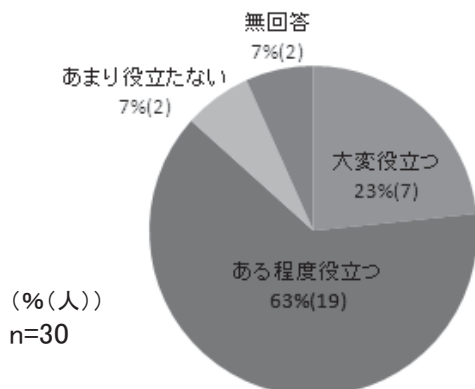
問1. 患者安全に関する知識が深まりましたか



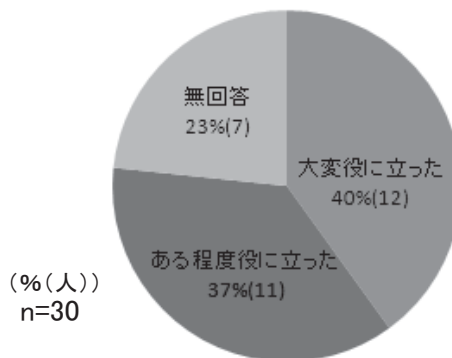
問2. ウィレムス氏の講演は、わかりやすい内容でしたか



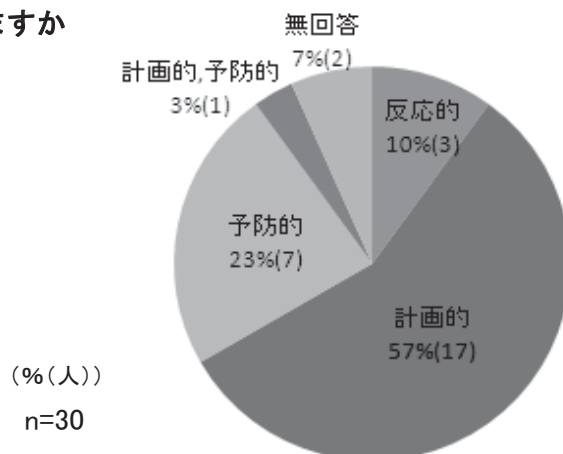
問3. 今後の診療、教育、業務に役立つ内容でしたか



問4. 特別コメンテーターの小松原明哲先生のご意見は講演の理解に役立ちましたか



問5. あなたの職場は、講演の「安全文化の発展段階」の分類（資料9ページ）を用いた場合、どこに該当しますか



問6. 安全文化を次の段階へ進めるためには、どのような方策が必要だと思いますか

(チーム医療)

- ・ トップダウンとボトムアップの両方向からのアプローチと双方向のやりとりが必要。
- ・ リスクのマネジメントと職種の医療安全に対する意識の向上、チーム医療。
- ・ 医師を巻き込んだ院内全体での取り組み。

(リスク感性)

- ・ 働くみんなのリスク感性を高める。リスク感性がなければ、どんなマニュアル、チェックリストがあっても意味がないと思いました。

(現状分析)

- ・ リスクの現状把握。
- ・ 基本的なインフラストラクチャーの基準。
- ・ 病院自身のメタ分析。
- ・ 予防的活動。

(その他)

- ・ 積極的に自ら学会や外の病院と関わって自らアナウンス、行動していく。草の根的に行動していく。学会に一人で出てきて発表することもその一つと考えます。
- ・ 航空業界へ研修に行く。
- ・ 難しいがやり続ける。

問7. 医療安全文化の発展には、それぞれの階層にどのような問題や課題がありますか

■ 病院管理者・経営者 (16人)

(経営面)

- ・ EMR、コストとリスク管理のバランス。
- ・ 安全への投資。
- ・ 民間病院を除いて病院長＝経営者でないので支出を伴う改善の決定が困難。

(安全意識と責任感)

- ・ 管理者としての責任と安全文化の導入。
- ・ 意識。

- ・安全意識が非常に低い。リーダーシップが不足。
- ・意識の低い人がなると後退する。
- ・人によって安全の感性が違う。
- ・自らの責任を果たすことを第一に考えていないか。
- ・経営だけでなく安全も十分考える余裕がない。インセンティブが弱い。

(人材確保)

- ・病院のビジョンにあった人材確保。そして文化づくり。

(現場との連携)

- ・大切だとは訴えてもあまりサポーターではなく、現場任せ。体系化するのにもう少し活躍してほしい。
- ・新しいものをどんどん取り入れるがその速度が速すぎて振り返ったり、内容を充実・分析・評価・対策をとろうとする意識が薄い。経営的視点が中心。体制が整っていないうちに新しいものが取り入れられていく。組織が大きく院外の経営者が決めてトップダウンになっている。
- ・他の意見を取り入れる柔軟な姿勢。

(その他)

- ・会議に出場し質問する。

■中間管理職（16人）

(リーダーシップ)

- ・リーダーシップ。
- ・日本的とは思いますが“自分から進んで”より“横に倣え”の意識が強い。この考え方を打破する必要がある。
- ・危機意識が必要。
- ・診療科長の責任の取り方。

(中間管理職としての役割)

- ・最前線の人を訓練し現実を上司に伝える力がない。一緒に体制に苦情を言う。
- ・具体的な改善につなげる対策を実行する。
- ・現場に行く。拾い上げる。一緒に考えて、評価してスタッフをねぎらう。
- ・適材適所の人材配置を行えること。
- ・スタッフの意識と、実践する者の育成。

(環境)

- ・起きたことに対応するのに忙しく、計画・予防の取り組みに向かえない。体系化に専念できる人がいればと思う。

(医療安全の知識不足)

- ・安全管理の知識が低い。
- ・一部の管理者に否定的・個人追及的な姿勢が残っている。医療安全管理者が1~2年おきに替わるため人によって変わってしまう。例えば、患者確認について自ら名乗ることを患者に協力依頼するポスターの掲示を提案したところ、“自分達ができないことを人に責任

「転嫁しようとしている」と言われた。

(教育が必要)

- ・管理職の教育（マネジメント教育）が必要。
- ・教育。

■現場のスタッフ（18人）

(労働環境)

- ・労働環境の改善。
- ・時間的余裕なし。実行可能な具体的例まで落とされてない事が多い。実感させて啓蒙することが有用。
- ・安全について考える時間がない。
- ・忙しいからルールが守れない。
- ・やらなければいけない事、ルールが多すぎる。

(マニュアルと現場との乖離)

- ・マニュアルが定められた経過（根拠）が分からない。マニュアル通りにする時間がない、複数の人が関わる為、社会的手抜き。
- ・マニュアル的。

(問題意識の低下)

- ・まだまだ他人事。院内の動きが見えにくい。教育が十分でない…など。
- ・自己に責任があると思ひこむ。
- ・大きな事故があっても安全意識が高まっても時間の経過と共に風化してしまう。
- ・危機意識が必要。

(インシデント報告への抵抗)

- ・インシデント報告＝始末書という意識が強いスタッフが半数近い。対策より個人が注意すればよいという意識が強い。手術室の中では特にインシデント報告が少ない。

(異動による情報共有の低下)

- ・ローテーターといわれる1~2年で交代する医師に対する教育。各病院間で共通のルールをもつことがなかなか難しい。

(必要な資質)

- ・正しく行う実践力。
- ・学ぼうとする姿勢。
- ・良い同志をつくること。

(維持するための方法)

- ・やるべきことをやる。やめない理由・因子を文章化する。

■その他（3人）

- ・医師の一部だけでなく、全体で取り組んでほしい。
- ・安全文化の土壌が育っておらず前進と後退をくり返している。
- ・清掃や洗浄滅菌など常に感染にかかわる分野においてアウトソーシングが進んでおり、入

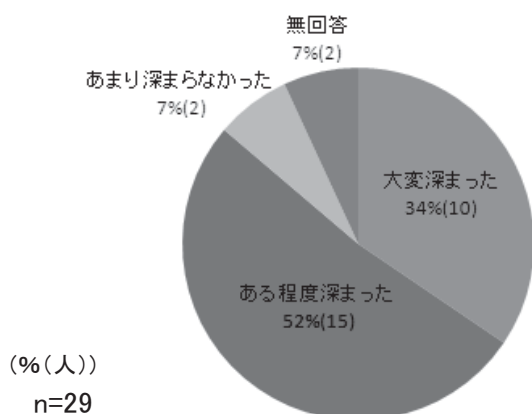
札で短期間に入れ替ってしまう。

問 8. ウィレムス氏の講演について、ご意見、ご感想がございましたらお聞かせください

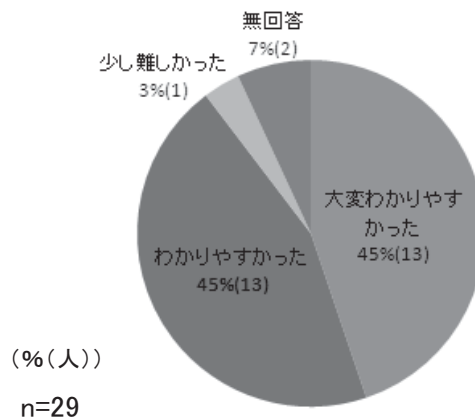
- ・ディスカッションで話されていましたが、定型的・繰り返す様なインシデントが多いのは確かであるが、インシデントレポートを契機に予測不可能なインシデント、アクシデントや思いもかけなかった system failure が見つかるので、これ以上に進める事は必要と考える。内容のないインシデントレポートしか出せないスタッフ、病院、環境、文化が最大の問題。
- ・懲罰も時と場合によっては必要。ノンテクニカルスキルの教育のステップは創造的段階にあるということがわかった。
- ・事例においては、クビにするというのは正しい見解であると思いましたが。システム、規則がなければいけないというのには限界があり、小松原先生のお話にもありましたが、それを行うことの危険性について、考える事ができないものを雇用するという事は、企業にとって人的システムに欠陥をかかえることとなり、企業をゆるがす容認できないことと考えます。
- ・ウィレムス氏の講演も興味深いものでしたが、小松原先生の講演で非常に整理されました。

講演③「新たなコラボレーションによる健康革命」(ジョン・ムーア) について アンケート回答：29人

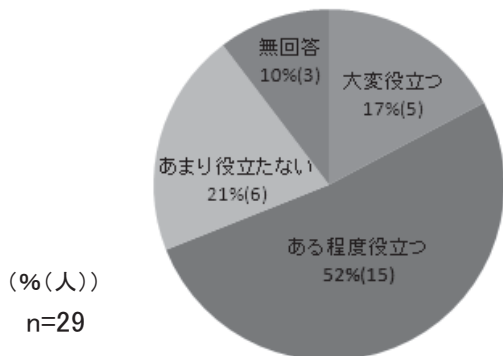
問 1. 患者主体の医療に関する知識が深まりましたか



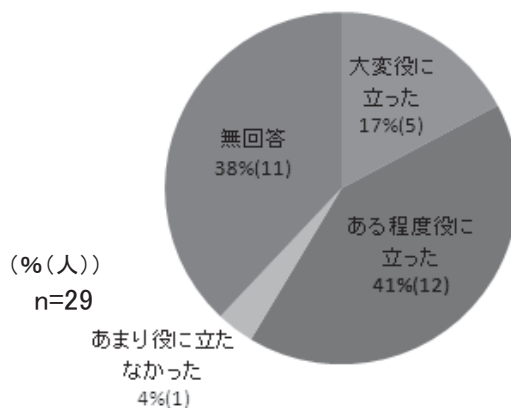
問 2. ムーア氏の講演は、わかりやすい内容でしたか



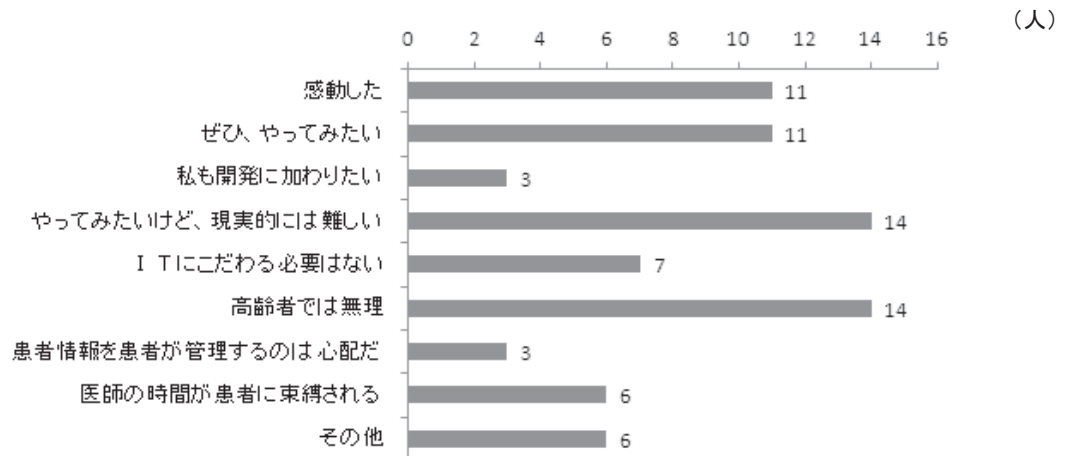
問 3. 今後の診療、教育、業務に役立つ内容でしたか



問 4. 特別コメンテーターの山田憲嗣先生のご意見は講演の理解に役立ちましたか



問5. ムーア氏が開発・提案している新しい患者主体の医療への支援についてどのように思いますか（複数回答可）



「その他」と答えた方:

- ・USA 等先進国だと可能だが、社会的インフラが整備されていなければ困難。Developing country, 3rd world は？
- ・まずはペーパーからでも始めてみたい。
- ・慢性疾患の管理によく合っている。
- ・日本の現状にどこまで合うのか予測できるようなできないような。
- ・日本人の土壌に合うのか、自分ならやりたい時以外には触らないかもしれない→携帯やパソコンも具合が悪いと最低限しか触らないから。対応を間違った時対応した人個人の責任になる。時間のしばりに困難？

問6. ムーア氏の講演について、ご意見、ご感想がございましたらお聞かせください

(わかりやすかった、よかった)

- ・患者が今より主体的に自分の健康管理に参加できるというコンセプトは納得できるし、重要ですが…We need a dream.
- ・患者主体の医者について、世界ではここまで考えて実践に向かっている人が居ることに希望を持った。マニュアルと同じであっても使わない事が起こりうる。
- ・楽しくわかりやすかった。今後どうなっていくか？定着していく診療なのか継続的に知りたい。一週間に10秒2回でどれだけ個別性をもって医師が対応出来るか？という疑問もある。
- ・患者さんのアドヒアランスの改善に役立つ事が大変興味深かった。患者さんの参加型医療の形成にエレクトリックデバイスが役立つ実例が見られた。
- ・理想的だと思います。これを現実（日本における）に落とせるといいなと思いました。
- ・患者中心医療のもとでのITの活用は非常に重要と思います。
- ・工学系との連携による、潜在的な可能性の大きさを感じました。
- ・コンピューターテクノロジーの新たな局面が医療にも新しい局面をもたらす。これまでの様に混乱を伴うものでなく進化した技術が真に良い結果をもたらすことを願う。“患者が質問することが大切”というフレーズが印象に残った。患者が質問するために環境をつくる必要がある。

(具体的意見)

- ・視覚化することで治療の目的を理解してもらおうというのは、大変重要な事だと思います。糖尿病を中心に診ていますので、血糖値について言うだけではなく、例えば動脈硬化の進

行度を測定してみるといった手法も必要だと感じました。同じツールをすぐに導入は出来ないで、まずは動機づけに理論的な部分を取り入れられればと思います。

- ・情報の見える化による個人（患者）の意識変化に興味があります。車のエコ表示はエコ運転に効果があることが分かってきています。これには同じような効果が期待できそうです。ただし、逆効果も気になりますね。遠隔ヘルスケアについても興味があります。情報システム系の大学にあります。

（コスト面の不安）

- ・ユビキタス医学の一つの進化型で、非常に現実化可能ですが、コストの問題と、日本で可能かどうか心配です。
- ・熱意の問題と言うよりお金の問題ではないか。