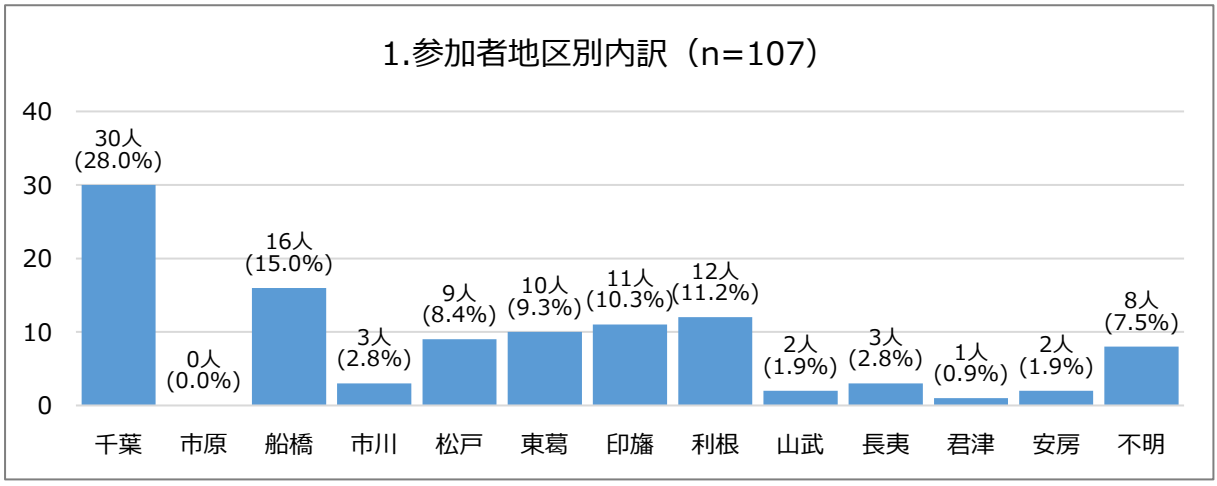
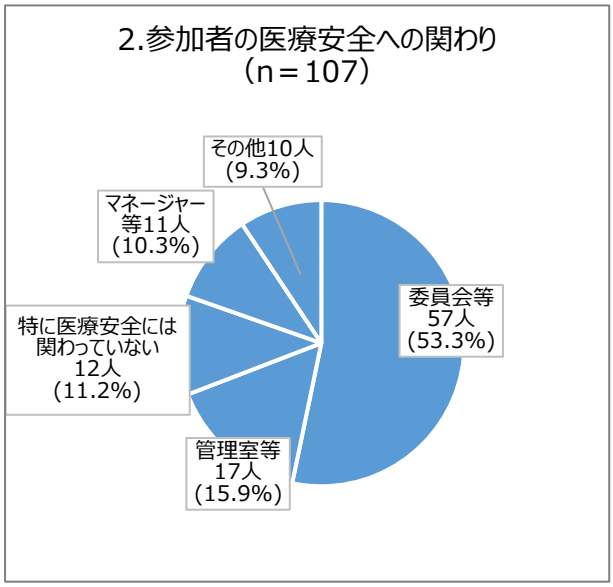
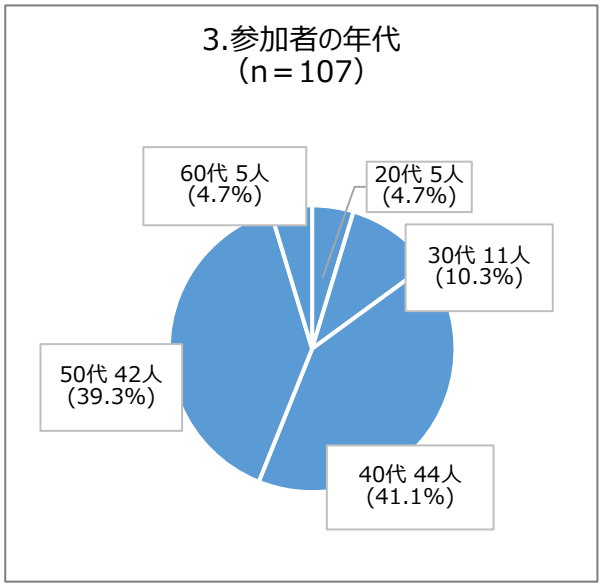
【令和８年度医療安全推進講座　参加者アンケート】

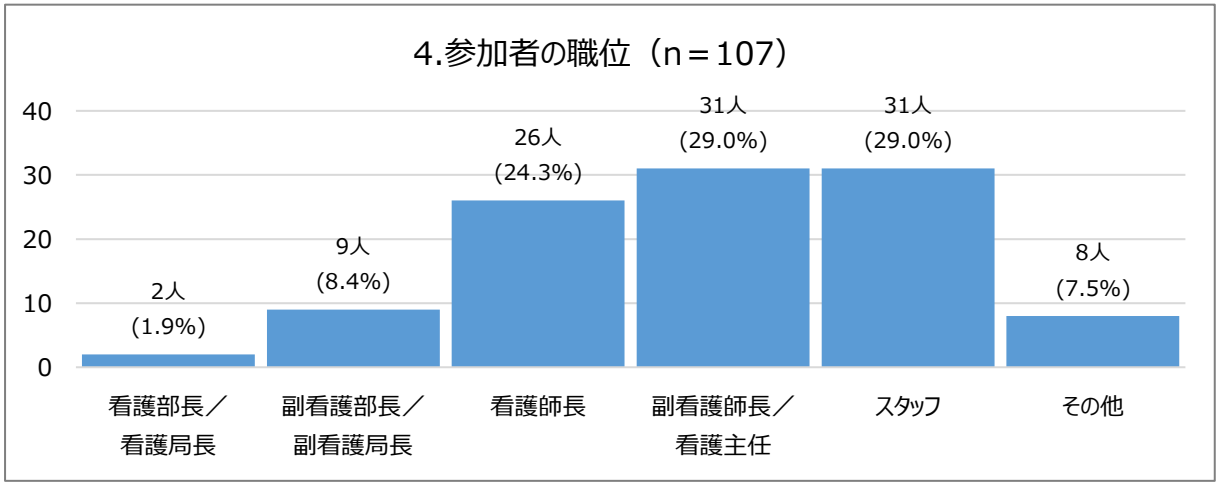
事前申込者	落選者	キャンセル	欠席	参加人数	アンケート回答	回答率
137 名	17 名	8 名	5 名	107 名	75 名	70.1%

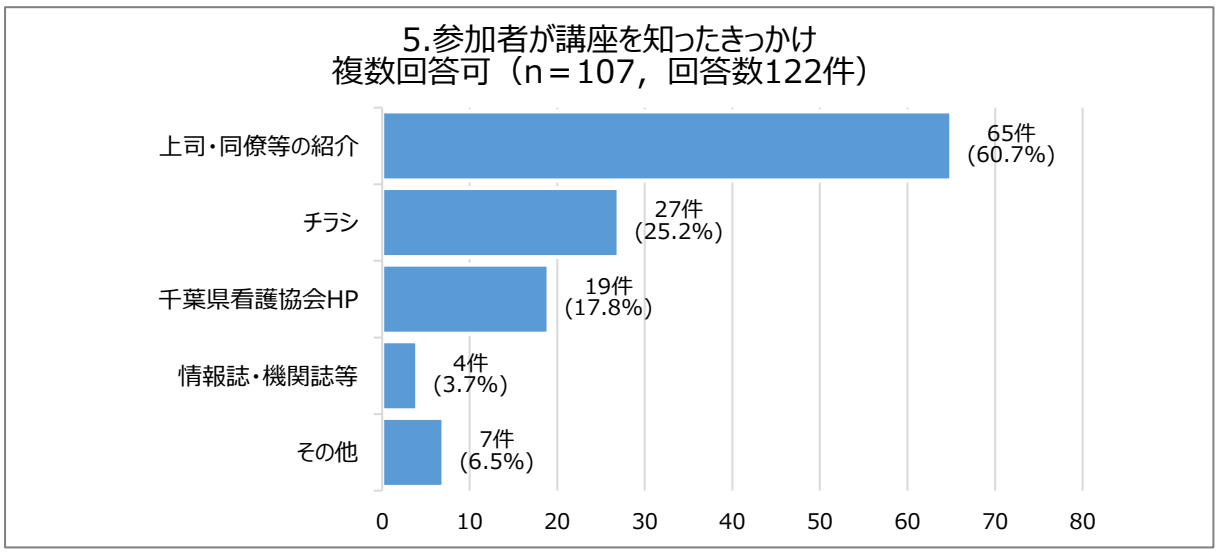
Ⅰ．参加者背景(n=107)



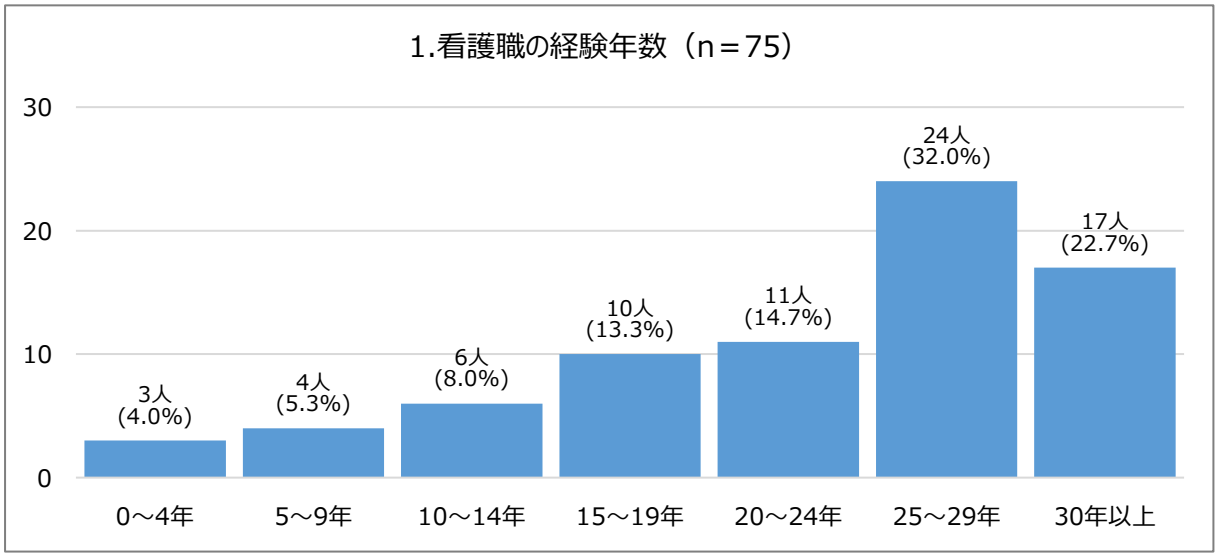


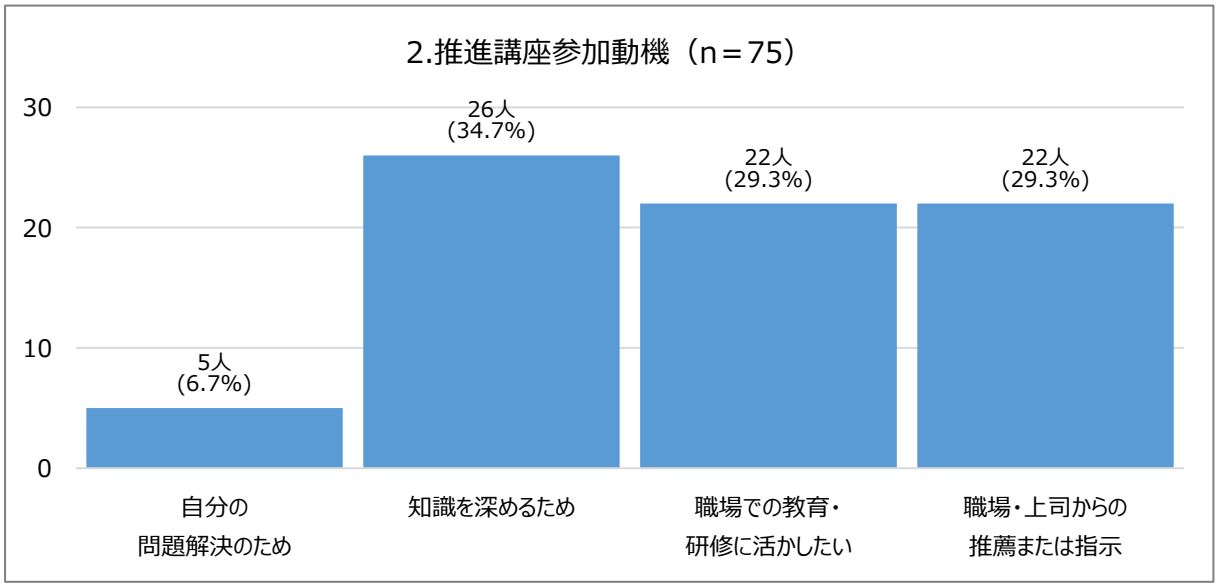




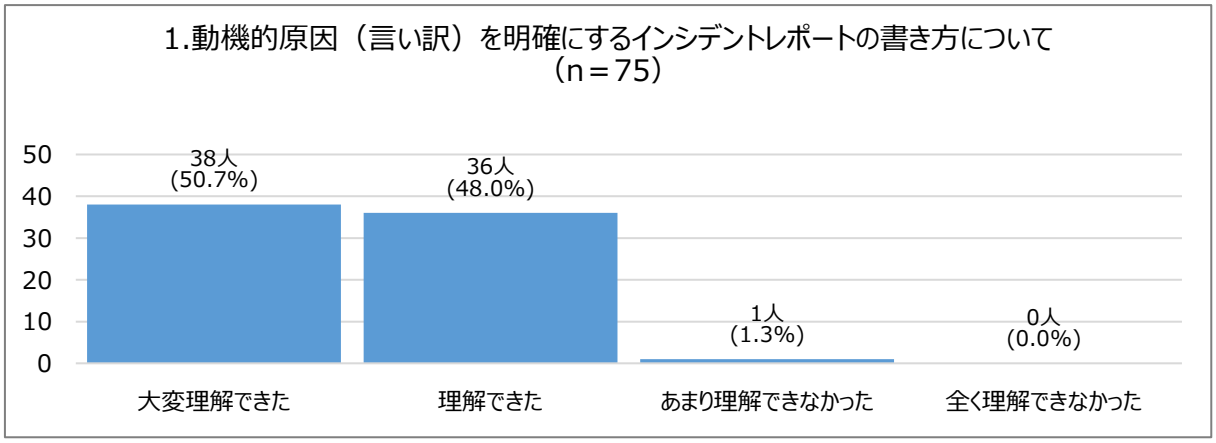


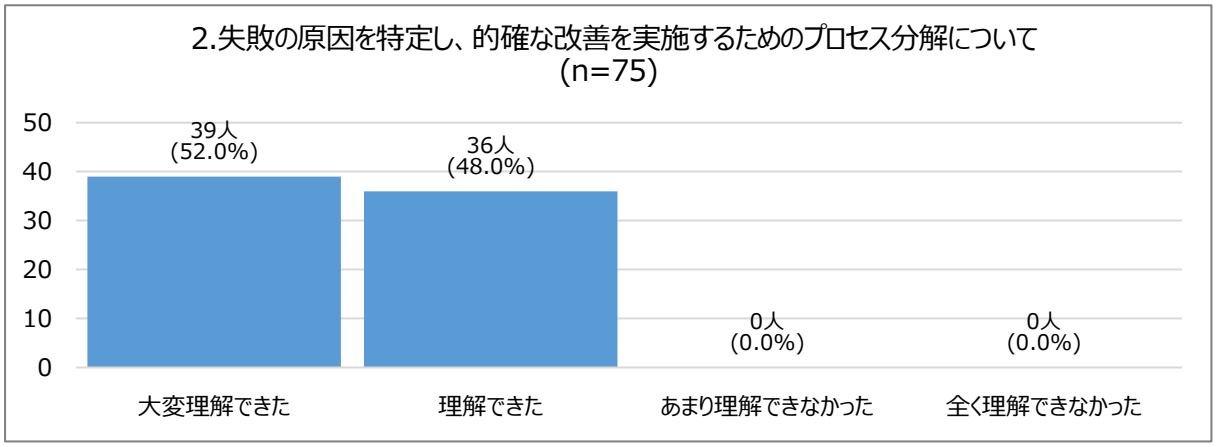
Ⅱ．アンケート回答者の背景（n＝75）

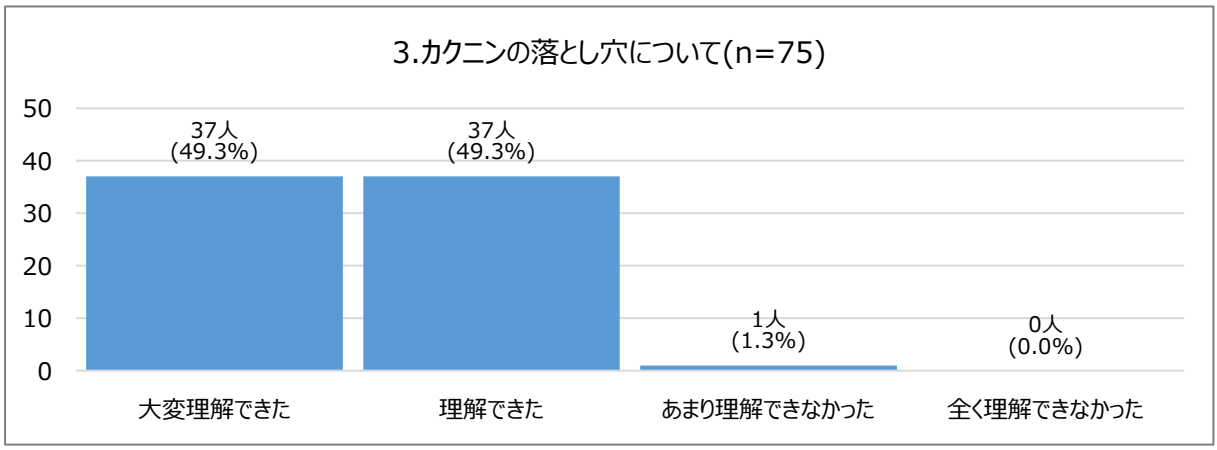


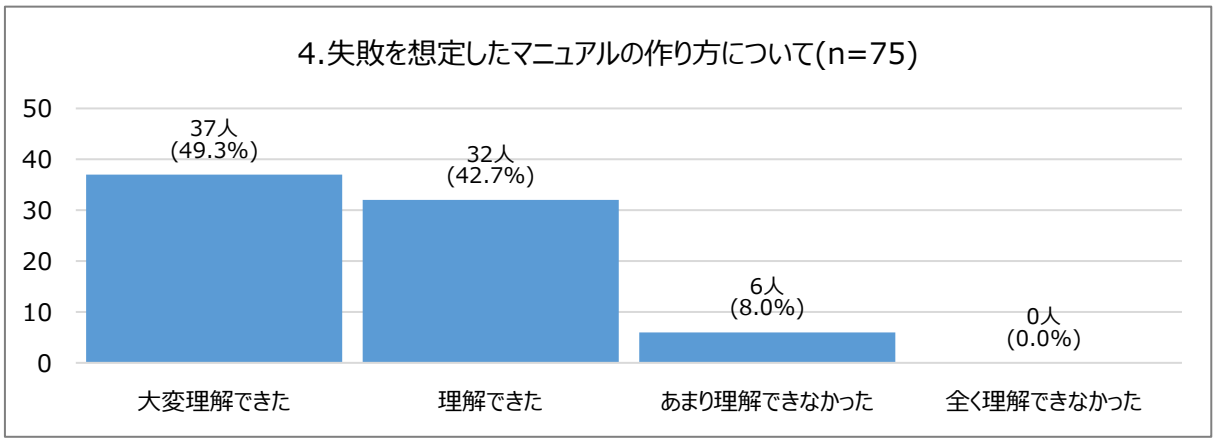


Ⅲ．講義の理解度

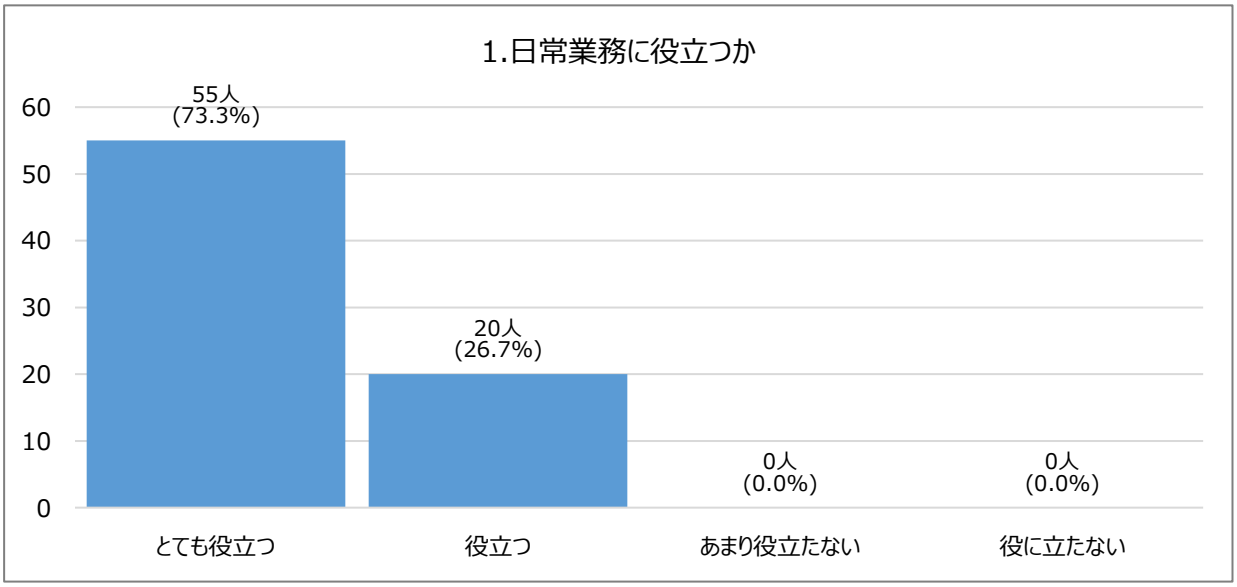

1.動機的原因（言い訳）を明確にするインシデントレポートの書き方について
（n＝75）
50
40
30
20
10
0
38人
(50.7%)
36人
(48.0%)
1人
(1.3%)
0人
(0.0%)
大変理解できた
理解できた
あまり理解できなかった
全く理解できなかった

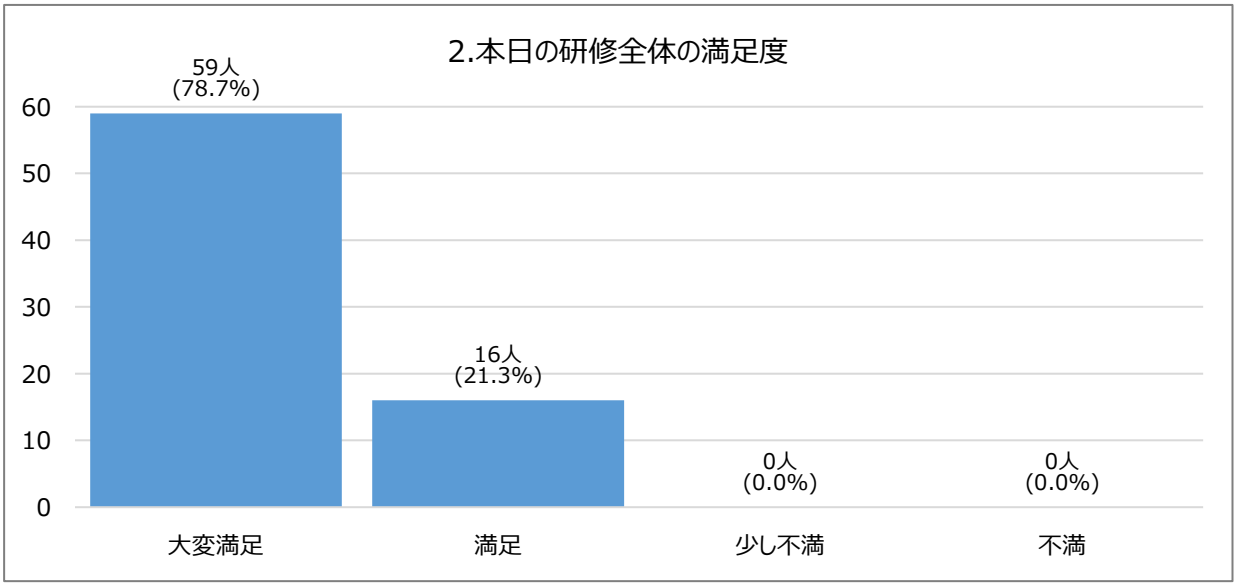

2.失敗の原因を特定し、的確な改善を実施するためのプロセス分解について
(n=75)
50
40
30
20
10
0
39人
(52.0%)
36人
(48.0%)
0人
(0.0%)
0人
(0.0%)
大変理解できた
理解できた
あまり理解できなかった
全く理解できなかった


3.カクニンの落とし穴について(n=75)
50
40
30
20
10
0
37人
(49.3%)
37人
(49.3%)
1人
(1.3%)
0人
(0.0%)
大変理解できた
理解できた
あまり理解できなかった
全く理解できなかった


4.失敗を想定したマニュアルの作り方について(n=75)
50
40
30
20
10
0
37人
(49.3%)
32人
(42.7%)
6人
(8.0%)
0人
(0.0%)
大変理解できた
理解できた
あまり理解できなかった
全く理解できなかった

Ⅳ．講義の満足度について(n=75)





Ⅴ．グループワークについて、意見・感想等をご記載ください

【グループワークによる学び・講義の理解】

(1) 聞くだけではなくて話すことで思考が広がった

(2) 短時間のグループワークでしたが、そこで検討することで、先生の説明がよく理解できました

(3) 初めて行う作業だったので答えをなかなか導き出せなかったが、色々話し合いを行いながら自分にはない考えを聞くことができた。

(4) 失敗を個人の責任として捉えるのではなく、原因や背景を分析し、組織全体で改善につなげることの重要性を学んだ。今後は、インシデント事例を病棟全体で共有し、再発防止と安全な医療の提供に努めていきたい。

(5) 自分がこうかな？と思うことが、合っていたり、違う意見が出たりしたので、他者と話すことは大切だと思いました。

(6) 事例を読み込んで、今日学んだ視点を持ち、もっと訓練しないと、報告書のブレた解答に気づかないと思いました。今日の学んだ視点を持って、インシデントレポートを見て、真の原因が分かるように自分で訓練していきたいと思います。

(7) 事例に対し小グループ話し合うことを繰り返すという講義は疑問や最　推測を話し合えて講義内容が記憶に残りやすいと感じました。

(8) 事例ごとのグループワークにより、集中して講義を受けることができた

(9) 視点が違ったり同じだったり、ためになった。

(10) 一緒に考えることでツッコミどころがわかるようになった

(11) グループワークをしていくつかのレポート事例を話し合うことで、講義の内容を自分の中に落とし込みやすかった。

(12) グループワークにより、新たな気付きや学びが深まった　。

(13) いろんな意見を聞くことで新たな気づきができました。とても良い時間でした。

【他施設・他者との意見交換・情報共有】

(14) 他病院でのインシデントレポートや再発防止など情報共有できた。

(15) 他病院でのインシデントについて知ることができた 色々な考え方など知れたので良かったです

(16) 1 他者の考え方の違いも聞くことができて、新鮮であり、楽しく、そして学びとなった。

(17) 他施設の方と話せ同じように悩んだり、対策に困っていたりと共有でき、自分だけでは無いと思え勇気を貰えた気がしました。そして、講義を受けられた事で共感出来たり納得出来、有意義な時間でした。

(18) 他施設の方との意見交換が出来て良かったです。同じ看護職として、悩みや思いは、共通していました。

(19) 他施設の取り組みを知る機会にもなり刺激をうけました。

(20) 他施設の取り組みがわかり良かった

(21) 他院での働き方や現状を知ることができた

(22) 他の方の考えが聞きて良かった

(23) 他の人の考え方を知れて良かった

(24) 色んな経験や話を聞いて、照合したりするいい機会でした。

(25) 初対面の方でしたが、色々情報交換したり楽しくお話できました。

(26) 自分以外の人の考えや捉え方を知ることができるため、良かったと思う。

(27) 意見の交換ができ、自身にはない視点から新たな気づきに繋がった。他施設の方と交流が図れたことが良い気分転換となり、嬉しく思った。

【発表がないことによる安心感・参加のしやすさ】

(28) 話し合ったことを発表させる講師は良くいるが、あらかじめそういったことはしないと伝えてくれることで、ストレスなく楽しく話し合うことができた

(29) 発表が無かったので安心しては先生からの話に集中できました。

(30) 発表がない事で安心して参加で出来た

(31) 発表がないと聞き、大変安心した。

(32) 説明とグループワークが交互にあり考えやすかったです。あたらないので、緊張せずに落ち着いてグループワークに取り組めて良かったです。

(33) いつものグループワークと違い、ざっくばらんに話ができてよかった。発表などがなかったのも気軽に参加できてよかった。

【グループワークの進め方・時間・人数】

(34) 他の施設の方と意見交換する機会となるため、もう少し時間があるとよかったと思います。

(35) 小グループだったので、意見が言いやすかった。同じ病院同士のお知り合い同士のグループもあったので、席が指定されていた方が良かったのでは、と思いました。

(36) 事例についてディスカッションできたが，もう少し時間が欲しかった。ツッコミと、どの原因かを考えたり，対策まで考えようと欲張りすぎたので。

(37) 今回は隣の人と話し合うだけだったので、スムーズにできた印象です。

(38) 今回は一緒に参加した自施設の者と話し合いをした形となったので、いつものグループワークとは違いましたが、そのぶん講師の先生のお話が多く聞けたので、それはそれでよかったかと思います。

(39) 講義の合間のグループワークだったので、短い時間で効率よく意見交換ができた

(40) グループワークの時間として長くならず丁度良かったです。

(41) 2 人でしたので話しやすかったです。

【その他】

(42) 特にありません

(43) ちょうど良かった

Ⅵ．特に印象に残った内容や、ご感想、もっと聞きたかった内容など

【講義のわかりやすさ・進め方】

(1) 話の進め方が非常に上手く、理解もしやすかった

(2) 三好先生の講義はわかりやすくまた解説も面白い、あっという間に研修時間が過ぎてしまいました。私たち医療従事者は常に危険と隣り合わせで働いている為、起きてしまった問題に対して同じ過ちをおかさない為にはプロセス分解や原因追求をすることが大切だと学んだ。

(3) 講師の方の話が聞きやすかったです。また楽しく講義を聴くことができあっという間という印象でした。

(4) とてもわかりやすくて楽しい、学びの多い研修でした。

【「言い訳」を引き出すことの重要性・ヒアリングへの理解】

(5) 初めて失敗学について学ばせていただきました。言い訳は良くないことだと思っていましたが、そこから真の原因がわかることに驚きでした。

(6) 言い訳大歓迎の風土をつくっていきたいです。 11 の上位概念を効果的に活用したヒアリングの訓練をしていきたいと思います。

(7) 言い訳を積極的に見つけて、真の原因を明らかにすることで、有効な対策に繋がること。 また、インシデントレポート提出の推進対策で、ご褒美を取り入れることで組織の意識改革を図る取り組みが印象に残りました。

(8) 言い訳をすることはなるべく避けたい事だと感じていましたが、どんどん出すことで、そこに原因があることがわかりたくさん言い訳しようとおもいました。また報告書の原因が毎回確認不足と書いてしまったり、そう提出されたり、少し悩んでいたので、これからは 11 個の上位概念で考えていきたい

(9) 言い訳をしっかり聞き出すこと

(10) 言い訳がより原因を明らかに出来る、言い訳という表現が分かりやすくマイナスなだけでない！が面白いです。言い訳、本来、改善策と考える事がより分析しやすく職場に活かしたいです。「だって～だったんだもーん」が取り組みやすいフレーズになりました！ 失敗想定手技書もより知りたいです。

(11) 確認不足という表現をよく使ってしまいますが、確認は 1 か 0 である。言い訳をしっかりきくことで真の原因を見つけられるということが印象に残りました。今日の講義で学習してことを活用し、スタッフから言い訳を引き出せるように頑張ります。

(12) いい訳させる、そこから対策を検討する。

(13) 「言い訳」を引き出すヒアリングすることによって、正しい改善策が出てくる。言い訳と言い逃れの違い。今回の講義で今まで知らなかった知識を得ることができた。

【11 の上位概念・原因分析の方法への理解】

(14) 報告書の書き方。読み取りから、正しい対策への導き方。

(15) 主に上位概念 11 個に分類されるということに納得できた。

(16) 原因、言い訳の方法。事例を使用しながらなのでわかりやすい。言い訳になれないと難しく感じた。 フォーマットの流れを把握しないと難しく思ってしまう。まずは一つから展開して自分のものにしていこうと思う。

(17) 院内のインシデント事例を 11 項目で、分析してみようと思います。

(18) とても分かりやすく、面白い講義でした、ありがとうございました。自分もインシデントレポートにツッコミができるように、今日の学んだ視点を活かしていきたいです。ありがとうございました。

(19) １１種類の原因を決めることが難しいと感じましたが、当院で頻回に出てくる重要と思われるインシデントの分析を行い、自身で深めたいと思いました。

(20) 11 の項目

【インシデントの原因究明・改善策への理解】

(21) 全ての内容においてインシデントへの向き合い方が変わるような内容でした。

(22) 真のヒューマンエラーに対しては、改善案がないということと、確認不足の落とし穴に気がついたので、これからは改善策が確認だけのレポートにならないようにしたいとおもった。

(23) 繰り返し起きている類似インシデントがあるため、動機的原因、失敗の原因の特定、改善策の検討に活用したいと思います。

(24) 確認という意味を理解できておらず確認不足という言葉で片付けていたことに気付かされました。インシデントの原因をしっかりとらえて対策をしていこうと思います。

(25) ヒューマンエラーに対しては一つ一つ対策を講じる必要は必ずしもないという点

(26) とても聞きやすく全く眠くなりませんでした。新しい具体的な行動ができるようになったと思います。自部署で分析した結果を今日の講義と照らし合わせて原因追求と改善策を考えてみたい。

(27) インシデントレポートについて考えが前向きになった。

【自施設・組織での活用や展開への意欲】

(28) 病院全体の報告書を変えることは難しいが、とりあえず、何件かのインシデント報告書を医療版失敗学研究会報告書を使用してみたいと思う。

(29) 上司や経験年数のあるベテランナースに聞いてほしい講義だったと思いますが、自分が伝達していこうと思いました。

(30) 自施設にあるインシデントはやはり他施設でも同じインシデントがあるんだと実感した

(31) 私は一スタッフですが、上司（管理職や更に上の人）にも失敗学を聴いて欲しいと思いました。それはインシデントが起きるとだいたい現場スタッフの　せいにされるし、人がいないや忙しいはインシデントの理由にならないと言われるので。 報告書がサスペンス形式になっているなと思いました。

(32) 医療版失敗学で使用されているフォーマットを使用してみたいと思いました。インシデント対策を行う上で本来どうするのかというマニュアルの確認作業まではしていなかったのでそれについても徹底的に行いたいとおもいました。失敗想定手順書も取り入れてもらえるよう働きかけたいと思いました

(33) これまでの安全に関する講義の中で一番やってみたい、これならできそうと思えるものでした。

(34) インシデントレポートは改善のアイディアであり宝であるというお話、先生のいらっしゃる病院へ転職した職員の感想は先生が失敗学の考えを職員に定着させ考え方を変えていった成果だと感じ印象的でした。

【さらに聞きたい内容・質問】

(35) 長年染み付いた思考過程を変えながら考えたため，最初は戸惑いましたが、シンプルに考えて、なんとかついていけました。もっとワークを時間をかけてやってみたいです。　ありがとうございました。

(36) 失敗を想定したマニュアル作りの具体例をもっとたくさん聞きたいと思いました。

(37) 過信に当てはまる思い込みを繰り返す人は不適任業務の可能性に当てはまるとのことですが、どれくらいの頻度など目安はありますか？また、年齢もあり年々忘れっぽくなり、業務に抜けが出てしまう先輩看護師については、どのような対応をしていくとよいでしょうか

Ⅶ. 医療安全について興味・関心のあるトピック等をご記載ください。来年度のテーマの参考にします。

(1) 認知症患者の安全対策について

(2) 情報伝達不足によるインシデントについて。申し送りがない病院での情報共有方法を知りたい

(3) レベル分類について。

(4) 患者からのクレーム対応について

(5) ハラスメントについて　ペイシェントハラスメントにおける、個人や組織としての有効な対策

(6) カスタマーハラスメント対応

(7) 心理的安全性について。

(8) 異業職種から学ぶ安全

(9) チームステップスのノンテクニカルスキルの活用など 医療安全にナッジを活用する方策など

(10) 失敗学以外のインシデント分析（RCA や QuickSAFER など）手法ややり方

(11) PDCA サイクルを回す事の実際。繰り返されてしまうインシデントの分析の仕方の実際。より現場が取り組みやすく分析しやすく根付く方法について。

(12) インシデントについてドンピシャな対策を立てたり、効果のある対策が行えた病院や施設などの例も学びたい

(13) 失敗学、大変楽しく聞くことができました。報告書かなかなかあがらない、書くのが面倒。という雰囲気が病院の宝であるという意識改革を持っていきたいと思いました。病棟で起きたことでも薬剤や栄養科のことだったり、でも書くの？！という反発もある。線引きが難しい。

(14) 失敗学の講義は毎年でも受けたい、全職員に受けて欲しいと思いました。

(15) 可能であれば来年も失敗学の講義を開催していただきたいです。スタッフにも参加させたいと思います。

(16) 来年も、同じテーマで研修を企画していただきたいと思います。

Ⅷ. 自由記載欄：意見・要望、運営について、その他なんでも

(1) 長時間で講師の先生は大変だったと思いますが、テンポよく講義もグループワークも進み、楽しい研修会でした。

(2) 三好先生の講義がとても楽しかったです。医療安全に対する重苦しい感覚ががらっと変わった気がしました。また参加させていただきたいなぁと感じました。ありがとうございました。

(3) 学びもふかい研修でしたが 笑いも楽しさもある研修は今回がはじめてでした ありがとうございました

(4) とても聞きやすくわかりやすかったです。楽しく学ぶことができました。　インシデント報告を受けた際に、今回学んだことを活かしていきたいと思います。 ありがとうございました！

(5) とても楽しい講義であっという間でした。ありがとうございました。

(6) 有難うございました。

(7) 昨年度も参加させていただきました。時間も長く、例題も多かったので、今後のレポート分析にぜひ役立てたいです。

(8) 昨年度に続き、失敗学の続きを学ぶことができて、大変満足です。

(9) 事例提出をし、講義の中で助言を頂けて大変嬉しかったです。失敗想定手順書の作成までは行えていませんが、これからもフォーマットに沿った要因分析を進めていきたいと思います。

(10) 本日はありがとうございました。講義の中で学んだ「上位１１の概念」を早速、分析に活用したいと思っています。今後の研究や業務改善など医師などに提示する際にも協力を得やすいと思いました。講義の中で論文などもご紹介していただけると大変助かります。ネットで調べて参考にさせていただきます。

(11) 今回学んだ 11 種類の原因で、自部署の要因分析をしてみたいと思います。今回の学びを忘れないように、早めに復習し、自分なりにまとめていきたいと思います。 来年も開催がありましたら、是非参加したいです。

(12) 言い訳を素直に反対に考えると改善策が出てくるやり方が難しかったです。素直にどう反対にしたらよいのか、練習していきたいと思います。

(13) ネガティブに捉えがちな医療安全を楽しくポジティブに取り組めるツールと感じました。　とても楽しく受講させて頂きましたので、当院のスタッフにも勧めたいと思います。 来年も是非開催をお願いします。

(14) 医療安全に対するスタッフとの温度差。一人で空回りしているみたいで、この虚しさを埋めて欲しいです。

(15) 看護協会主催なので看護師が対象になるのは当然なのですが、他職種のスタッフでも参加してみたいという意見がありました。とても良い講座だったので、看護師と協働するコメディカルが受講できるようにしていただけると医療安全に対する認識や取り組みがより良くなるのではないかと思います。

(16) 失敗学を深めるために三好先生と所属部署のインシデントレポートを用いて議論できる講座（数回）があると医療安全を深められると思います。先生にはウェブ参加でもありがたいです。

(17) シリーズ化して欲しいです。大変、 実りのある研修でした。ありがとうございました。

(18) 講義資料が白黒コピーのため図などが分かりにくくなってしまい残念でした。文字は白黒でも良いが、図などはカラーコピーの方が見やすく理解が深まったり、事後に活用出来ると思いました。質疑応答での学びが多かったので、もう少し時間があると良かったです。 本日は、ありがとうございました。

(19) 名刺をもらえなかったのですが、看護展望で連載されていた物を購入したいと思っています。講師の方と連絡が取れるすべがいただけるとありがたいです。

(20) 毎年参加し、昨年と同じ内容だったので残念。看護協会の医療安全関連の内容も、毎年不変で刷新して欲しい。医療安全の最前線、医療事故、裁判を通してなど、新しい知識を得たい。