

＜【世界患者安全の日セミナー】救急外来での「診断エラー」：患者との情報共有システムにてリスクを低減する アンケート結果＞

2024年9月20日に開催した「【世界患者安全の日セミナー】救急外来での「診断エラー」：患者との情報共有システムにてリスクを低減する」に参加された皆さまを対象にアンケートを実施しました。

【アンケート結果】※自由記載あり

Q1：職種を教えてください



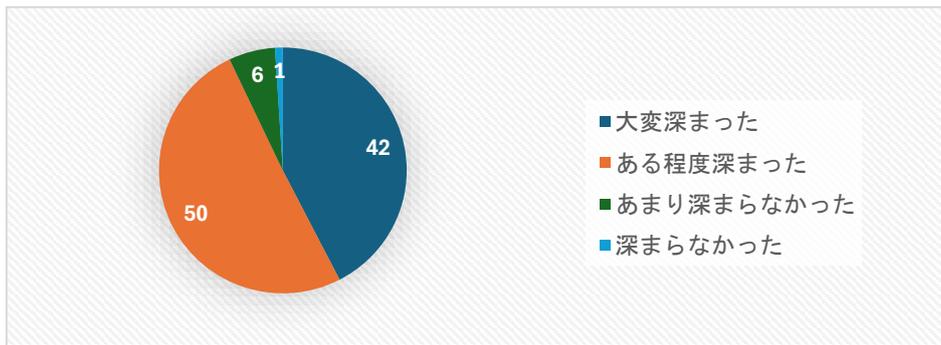
「医師」及び「看護師・保健師・助産師」の方々の数を合わせると過半数を占めています。その他、コメディカルの方々にも参加していただき、多くの多職種の方々にご参加いただきました。

Q2：関心のあるテーマでしたか



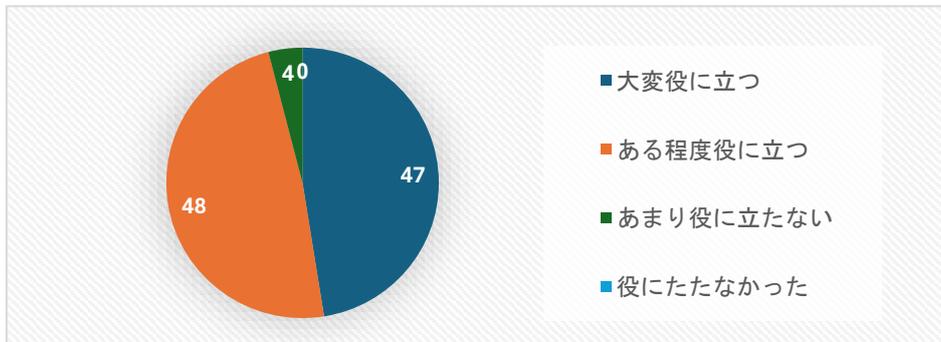
「大変関心があった」の回答が最も多く、「関心がなかった」という回答がなかったことから、多くの方に関心をもってセミナーにご参加いただけたことが明らかになりました。

Q3：テーマに関する知識が深まりましたか



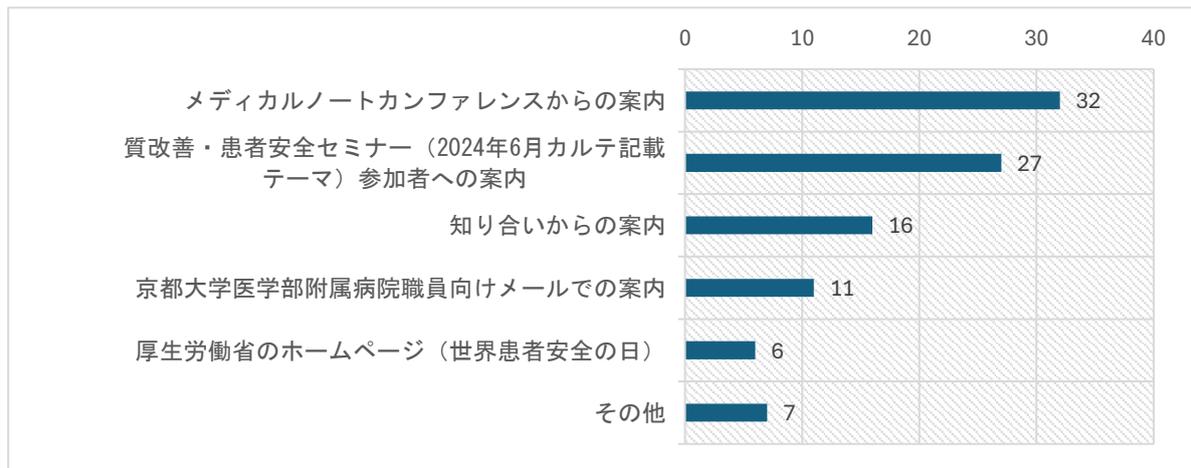
「ある程度深まった」の回答が最も多く、多くの方のセミナーのテーマに関する知識の向上につながったと考えられます。

Q4：今後の診療、教育、業務に役に立つ内容でしたか



「役に立たなかった」という回答がなかったことから、ご参加いただいた皆さまの今後の業務に活かすことができる内容であったことが明らかになりました。

Q5：本日のセミナーの情報をどこから入手しましたか



「メディカルノートカンファレンス」からの案内でご参加いただいたという回答が最も多いことが分かりました。次に多かったのは「質改善・患者安全セミナー（2024年6月カルテ記載テーマ）参加者への案内」でのご案内です。その他、さまざまな媒体を通して多くの方に参加していただきました。

以下、自由記載コメントをご紹介します。たくさんのご意見や感想をありがとうございました。

- 講師以外の画像診断の先生がコメントしていただいたことで議論が広がったと思います。
- 当院は民間病院で救急外来があります。地域の一般病院として頑張っていますが、画像診断後の未読・既読システムは入っておらずとても不安になりました。システムを導入するのに費用が掛かる為検討段階から数年たちます。医師も不安だろうと思うので何かいい手立てがあれば教えて頂きたいです。
- 患者の視点から考えれば、救急での受診であっても読影は検査目的のみではなく全てみて欲しいと思います。訴訟を恐れて予期せぬ所見をみないのは自分が患者だった場合に悔やまれます。
- 院内での情報共有の向上と、救急外来の限界に関する患者の理解の推進、を両輪で進めていく必要があると感じました。
- 医療現場の認識と、弁護士や司法判断する立場での認識に違いがあることがわかった。しかし、実際の医療現場でどうすべきかの結論は曖昧にならざるをえないか。
- 資料（スライド）の閲覧ができると、ありがたいです。
- 多くの施設で抱えている共通の問題に着目されて、無料でセミナーを公開していただいたことは大変ありがたいし、勉強にもなりました。中小の病院では夜間休日に放射線診断医不在で当直医が非常勤医の場合が多いと思いますが、レポートが翌日挙がったとしても非常勤医師は翌週まで来ないので緊急性のある偶発症例、あるいは見落としの連絡をどうしたら良いか。よろしく願いいたします。
- 放射線科読影医と依頼医の間で、「画像所見記載」に関する共通認識を持つことの難しさと重要性を再認識しました。たまたま最近、読影医が（依頼医に配慮して？忖度して？）控えめに記載した異常所見のニュアンスが依頼医に上手く伝わらず、依頼医の確証バイアスや framing の影響もあって、せっかく指摘してくれた体内異物（ガーゼ遺残）を放置してしまう、という事故があったので。
- 偶発的に見つかったものを本当にどこまで説明責任があるかは課題と考えます。よって、そういうこともありうることを放射線被ばくの説明書に書くなど患者参画をはかっているということも聞きました。マンパワー的に難しいことも考え、患者参画は大事だなと思いました。明確な答えがでるわけではないが、まず新たに知り、振り返ること、そして議論すること（それを聞くだけでも）が大切と感じました。
- 嚢胞分類と甲状腺の具体例がわかりやすかったです。医療安全管理専従者ですが、アラートレポートの管理で一番悩ましい題材でしたので出来れば時間の尺を延ばして開催頂ければ尚嬉しいです。

- 貴重なご講演ありがとうございました。たくさん議論することはあると思いますが、そこを我慢して、これからも1時間で納めるようにしていただけると参加しやすくなります。
- ERだけではなく偶発的に見つかったf/Uが必要な所見について患者に伝達する場合、外来予約に来なかった患者、旅行中だった他府県の患者には電話連絡を行っており、つながらなかった時は手紙を出しています。それでもレスポンスがない場合は連絡がつくまで病院側が責任を負うべきなのか（責任に問われるのか）が問題となっています。個人的には電話連絡と1回の手紙で、その旨をカルテ記載に残していれば病院の責任は果たしているのではないかと思いますがいかがでしょうか。
- 医療現場では一人の判断ではなく、必要な時は立ち止まり意見交換することが重要であると再認識しました。ありがとうございます
- 法サイドの厳しい意見や判断があることで、医療者の心理的安全性が確保されないリスクが高まり、医療者のDrawbackな行動を促し、患者の不利益を増大させないようにしないといけないと思います。医療と法の間にはAffordable spaceが確保され許容されたほうが良いと思います。
- 貴重なお話をありがとうございます。病院内での文章の解釈の違いは、ここだけではなく多く発生する可能性があります。
- やはり、その部分については、組織横断的立場である医療安全担当の部門などがリスクを察知して、愚直に周知をし続けることが必要だと思います。
- 次回以降のセミナーも興味を持って受講したいと思います。医療安全管理者として従事しています。救急の診断エラーというところで興味を持ちました。医師向けの内容が多かったように思えます。診断エラーでは？と報告や判明した時点で医療安全管理者としてどう動くのかを具体的に教えて頂けると良かったです。
- 健康診断部門でも似た状況があり、健診結果のコメントの通り外来受診すると外来担当医からお叱りをいただいたことがあります。予防医療と臨床医学と救急医療の所見に対するとらえ方の課題であると考えているが、患者側からすると機会損失は避けたいはずであるので、その視点を考慮していただきたいと考えます。
- 放射線科医が読影所見を付けた時点で、その内容で患者の不利益が生じないようにすべきであることから、その読影所見を見た主治医が必要だと判断すれば患者に連絡を取るべきであると思いました。読影で放射線科が重要所見を見逃すことは見逃し事故につながり、主治医が読影所見を見逃すことも事故であり、主治医は読影所見を見て判断するのが立ち位置かと思いました。当院では、未読既読システムに「重要」というアラート機能があり、そのアラートが表記されたものは医療安全で確認して、フォローする体制をとっています。その「重要」の基準は病院によって異なるかと思いますが、その基準はその施設の医療

水準がカギになると思っています。

- 医局内のカンファレンスで医療安全について定期的に情報共有しています。今回学んだことも活用したいと思います。ありがとうございます。

本アンケート調査の結果により、セミナーによる知識の向上と、内容の妥当性を確認することができました。皆さまの今後の診療や教育、業務のご参考になりましたら幸いです。この度はアンケートにご協力いただきありがとうございました。