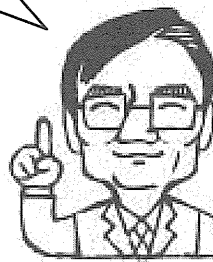


## 患者の義務、国民の義務

- ・ 日本の皆保険制度を維持するためには、リソーマネジメントが必要
- ・ 医療のリソースは国民のもの
- ・ 患者の義務がある
- ・ 病院の玄関には「患者の権利」が掲げてある
- ・ 同様に、「患者の義務」を書くべき
  
- ・ 国民の義務
  - 医療のルールを守る。
  - 救急車の利用、夜間の救急診療への協力

KAWANO Ryutaro 2014 (C)

事故調査報告書には、  
考え方が反映される。



## 航空事故調査報告書の[目次]英語

- 1 航空事故調査の経過 Process and progress of the accident investigation
- 2 認定した事実 Factual information
- 3 事実を認定した理由 Analysis
- 4 原因 Probable cause
- 5 参考事項 Matters for reference
- 6 国土交通大臣への勧告及び建議 Recommendations and proposals to  
Minister for Land, infrastructure and transport
- 7 国際民間航空機関への安全勧告 Safety recommendation for ICAO
- 8 所見 Findings
- 9 付図、写真、別添一覧 Lists of figures, photographs and attachments

## 航空事故調査報告書の用語

4 原因 Probable cause

6 国土交通大臣への勧告及び建議 Recommendations and proposals to Minister for Land, infrastructure and transport

7 国際民間航空機関への安全勧告 Safety recommendation for ICAO

Probable cause : 多分それが原因と考えられる。信憑性大

possible causes : 可能性として考えられる原因。例: 宝くじ

勧告 Recommendations ある行動(具体的な対策)をとるように説きすすめること  
建議 proposals 意見を申し立てること。また、その意見より幅広い課題について  
検討を求める

安全勧告 Safety recommendation

KAWANO Ryutaro 2014 (C)

27

## 事故分析の結果

事故原因に占める人間の割合が高い  
原因を人間の個人のエラーに帰属

類似事故が連続して発生

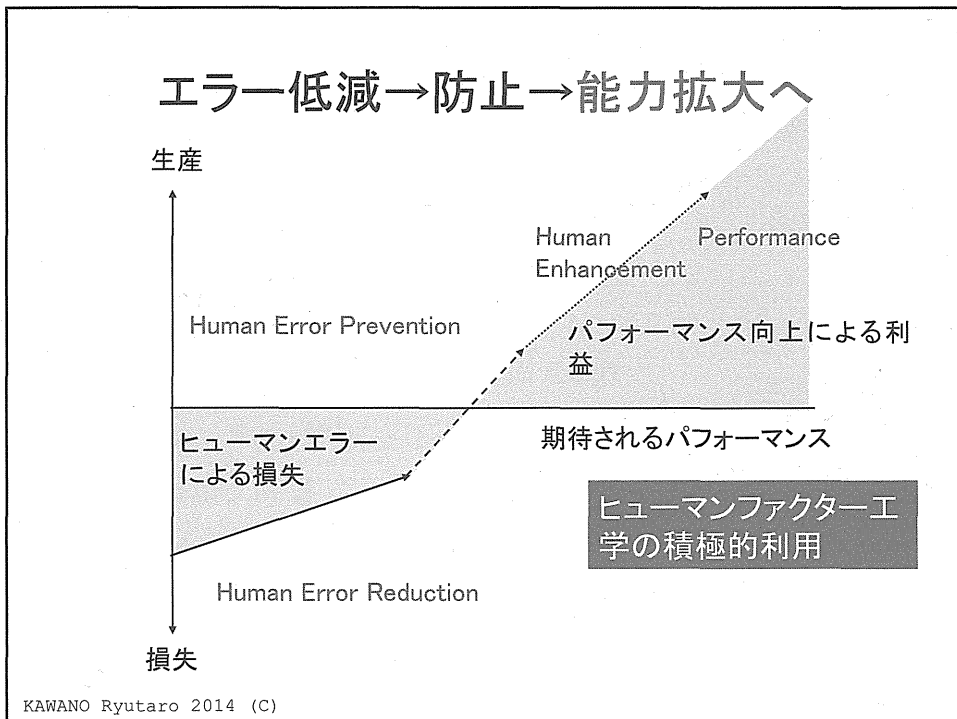
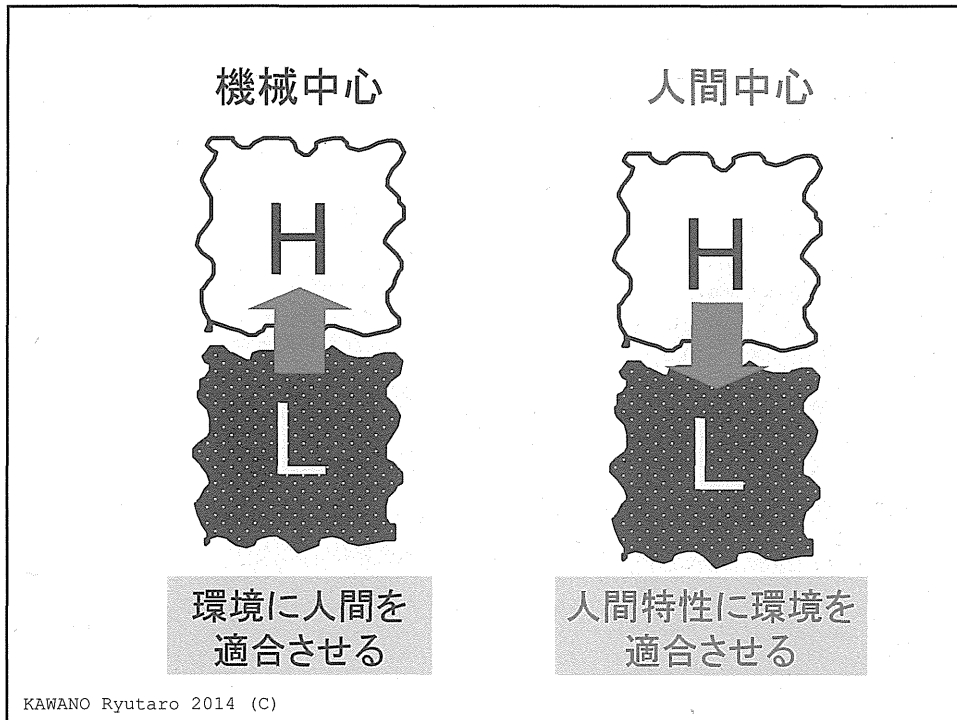


個人のエラーのせいするには無理がある

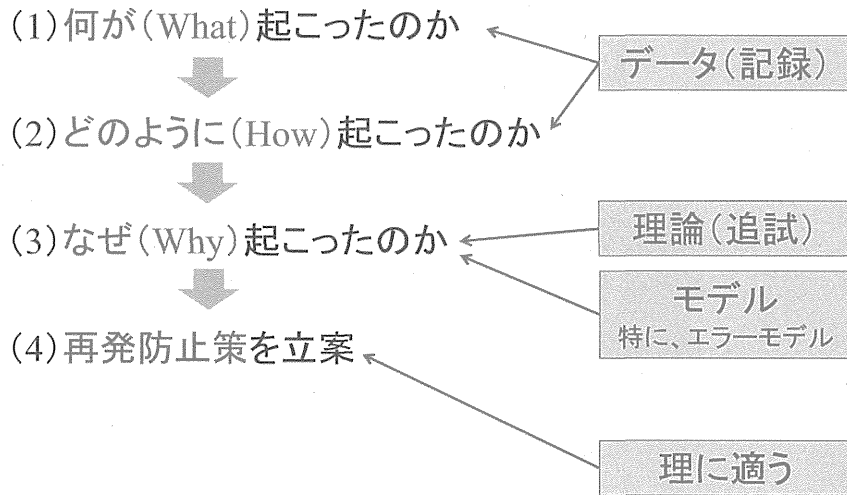


例: 機械の設計や手順に問題がある?

KAWANO Ryutaro 2014 (C)



## 事故調査の手順



KAWANO Ryutaro 2014 (C)

## 事故調査に利用できるデータ

	医療	航空
主観的	関係者への口述聴取	関係者への口述聴取
	患者観察記録	
客観的	身体	機体
	カルテ記録	飛行記録装置(DFDR)
	手術ビデオ	ヴォイスレコーダ
		管制交信記録
		実験(シミュレータ)
因果関係	未知の部分が多い	単純

医療関係者の時間軸に沿った行動関連データが不足

KAWANO Ryutaro 2014 (C)

## 調査事項

- (1) 関係者からの口述聴取
- (2) 機体調査
- (3) 運航者の調査(航空機の運用、教育・訓練、機体整備等)
- (4) 飛行記録装置(以下「DFDR」という。)等の記録の解析
- (5) 模擬飛行装置による機体の運動の確認
- (6) 航空機製造会社等からの情報収集

KAWANO Ryutaro 2014 (C)

## ヒアリング調査の限界

### ・記憶に基づくヒアリングデータの限界

忘却、黙秘、記憶違い、作話、など

(注) 記憶は調査協力者が誠意をもって回答した場合でも、無意識に記憶が変容することがある

### ・ヒアリングは、複数の調査員で実施

・ヒアリング協力者には録音することを承諾してもらい、調査時の証言内容を文章化し、協力者自身による内容の確認

34

KAWANO Ryutaro 2014 (C)

## 事故調査のための技術開発と教育訓練

- (1) 身体に関する因果関係
- (2) 現場保存の技術(特に、モノの保存)
- (3) どこにデータがあるか、どう収集するか  
主観的データ収集技術(インタビュー技法)  
工学的、HF工学的データ
- (4) データの整理方法
- (5) ヒューマンエラーメカニズム
- (6) 因果関係推定技術
- (7) 再発防止策
- (8) 報告書の作成技術(特に、記述、書式など)

KAWANO Ryutaro 2014 (C)

## 再発防止策の立案方法について

### 1. はじめに

- 大部分の医療機関において、医療の安全確保を目指し、当該医療機関で発生したインシデント・アクシデント報告を収集しているが、統計的分析で終わってしまうことが多い。単に事故報告収集に終わらせずその要因や原因を究明することが必須である。データ分析をプロセスの改善、その結果として医療事故の再発防止に有効活用する必要がある。
- 医療事故が発生した際に、原因分析を行い、再発防止策を立案する目的は、あくまで事故の誘因や根本原因を究明することで、改善策を提示し、同様の事故の再発防止を図ることである。医療事故の原因分析の過程で、ヒューマンエラーが関係していることがある。ヒューマンエラーは必ずしも根本原因ではなく、背後に存在する要因(環境要因、システムの不備等)を検討することが重要である。原因分析と再発防止策の立案は、当事者への責任追及とは異なる、ということ念頭に置きながら進めるべきである。
- データ分析をプロセスの改善、医療の質向上、その結果として医療事故の防止につなげるためには、品質管理(Quality Management・Quality Control)、すなわち、科学的な管理手法の考え方や手法の導入が必要である。医療に適した手法として、「日本品質管理学会 医療経営の総合的質研究会」で検討し開発した以下の「医療のTQM<sup>※</sup>七つ道具」を紹介する。医療のTQM七つ道具の全てを使う必要はなく、目的に応じて使うことが望ましい。

※ Total Quality Management

- ①業務工程(フロー)図
- ②FMEA(Failure Mode and Effects Analysis: 故障モード影響解析)
- ③RCA(Root Cause Analysis: 根本原因分析)
- ④QFD(Quality Function Deployment: 品質機能展開)
- ⑤対策発想チェックリスト
- ⑥対策分析表(メリット・デメリット分析表)
- ⑦まあ、いいか(不遵守)防止メソッド



(参考)医療の TQM 七つ道具の使用目的と見える化の対象

医療の TQM 七つ道具	使用目的	見える化の対象
①業務工程(フロー)図	業務分析	仕事の流れ(関連)
②FMEA	業務設計(未然防止)	不具合・業務機能
③RCA	原因分析(事後対応)	業務工程、真因(根本原因)
④QFD	要求分析・業務分析	要求・業務機能
⑤対策発想チェックリスト	対策策定(問題解決)	発想(考え方)
⑥対策分析表	業務設計・問題発見	善し悪し(損失のバランス)
⑦まあ、いいか(不遵守)防止メソッド	標準化・歯止め	まあ、いいか(不遵守)

○ 医療の TQM 七つ道具の中で、最重要の手法は、①業務工程(フロー)図 である。業務工程(フロー)図にはじまり、業務工程(フロー)図に終わると言っても過言ではない。「質は工程で造り込む」という表現がある。これをプロセス思考という。この前提として、目的思考があるが、ここでは言及しない。

○ 医療事故に対しては、業務フローのどこで・いつ・何が起きたのかを把握(事実確認)し、その背景を認識し、その要因・原因を究明し、対策を立案し、優先順位をつけて対策を実施し、評価し、業務フローを改善することになる。

## 2. 原因分析の手法

○ 事故分析には種々の手法があるが、未然防止対策で FMEA が、事後対策では RCA が用いられることが多い。RCA は医療従事者の思考過程に合致した手法であり、各種団体が開催している医療安全管理者養成講習会において導入されており、推奨されている。特に、他の手法と比較して優れている点は、業務フローに沿って原因(要因)を分析できる点である。

○ RCA は診療における疾患の診断、診療計画策定、結果の評価、標準化の一連の思考経路と類似しており、時系列に沿って網羅的・具体的に行うごとになぜなぜと掘り下げて分析し、原因を究明することができる。

○ ヒューマンエラーは必ずしも根本原因ではなく、そのほかの原因に起因する結果であり、ヒューマンエラーには複数の背後要因があるので、諸要因との関連性をよく検討しないと根本原因に至らないことに注意が必要である。

## 3. 対策立案、改善について

○ どのような改善策があるか？

- ①類似事故の再発を防止するための根本原因に対する改善策
- ②事故の直接要因に対する応急対策
- ③被害を最小限に止める改善策

○ どのような方法で改善策を立案するか？

業務工程図によって業務を可視化し、それに基づいて RCA(根本原因分析)により解決すべき

根本原因を抽出し、それぞれの根本原因に対する対策を立案し、改善に結ぶ付ける。対策の立案には、「対策発想チェックリスト」と「対策分析表」が推奨されている。

○ 対策発想チェックリストについて

対策案を作成するときのアイデアを発想するヒントを得る目的で使用する。多くの対策案を抽出し、類型化する。対策案の抽出と、対策案の評価・選定の2段階にわけて実施する。

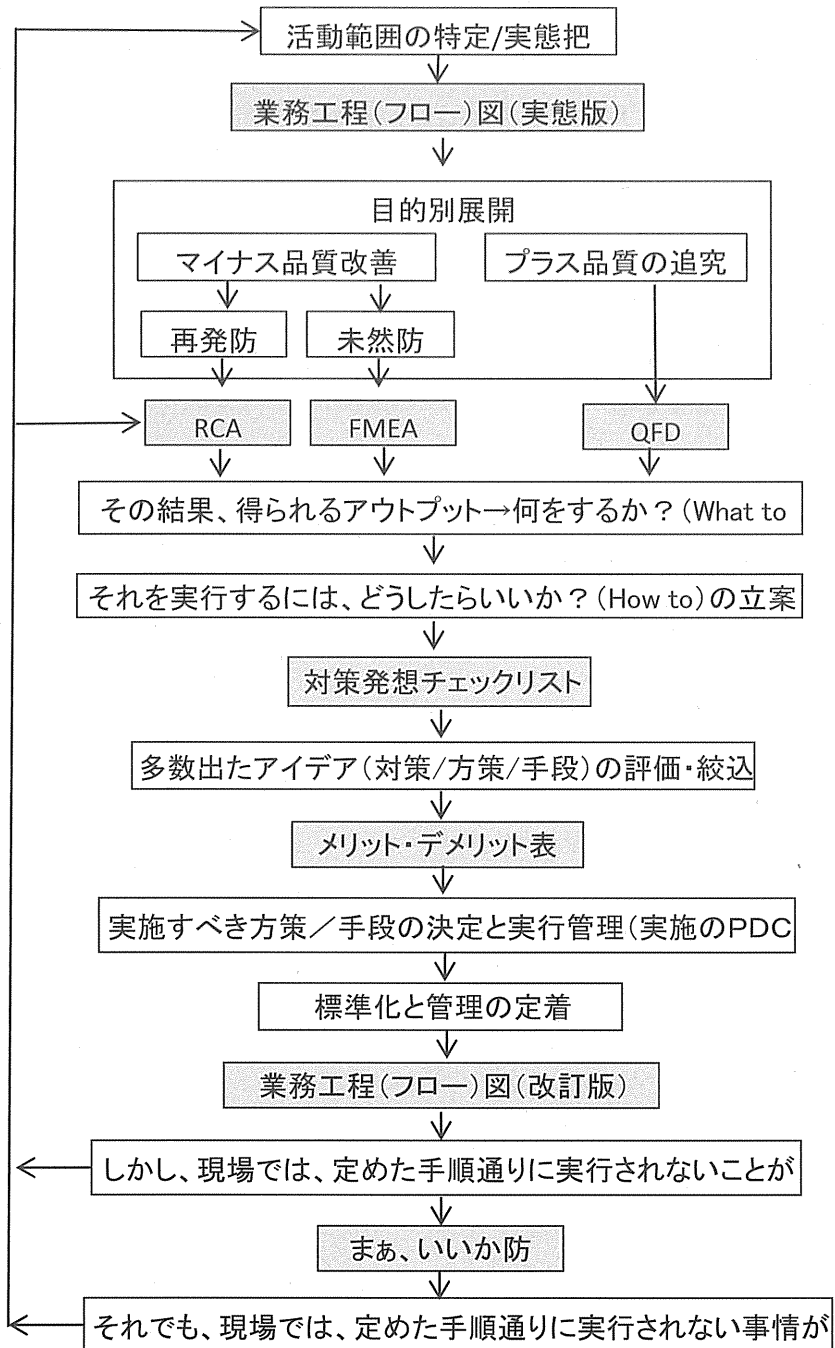
○ 対策分析表について

あらかじめ対策案毎にメリットとデメリットを定性的・定量的に検討し、一番妥当な対策を見つける方法。対策案の有効性、継続可能性、費用、総合評価などを点数化できるので、客観的であり、説明しやすく、納得を得られやすい。

#### 4. 検証と評価

○ 改善策を実施するだけではなく、改善策の妥当性の検証・評価というPDCAサイクルを回す必要がある。そのためには院内規定・手順の改定、手順の遵守状況の検証・評価の仕組み作りが求められる。

(医療の TQM 七つ道具関係図)



# 「医療に起因する（疑いを含む）」死亡又は死産の考え方（例）

## 医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産

## 左記に含まれない死亡又は死産

※ 左記の「医療」を提供した際に、右の要因(例)が影響を及ぼした又は及ぼしたと疑われた場合に発生した死亡又は死産のイメージ。

### ○ 診察

### ○ 検査等(前後の経過観察含む)

- 検体検査に関連するもの
- 生体検査に関連するもの
- 診断穿刺・検体採取に関連するもの
- 画像検査に関連するもの

### ○ 治療(前後の経過観察含む)

- 投薬・注射(輸血含む)に関連するもの
- リハビリテーションに関連するもの
- 処置に関連するもの
- 手術(分娩含む)に関連するもの
- 麻酔に関連するもの
- 放射線治療に関連するもの

### ○ その他

- 院内感染の予防策に関連するもの

※疾患・医療体制の特性・専門性について考慮すること。

- 対象に関連するもの
  - 患者の取り違え
  - 部位の取り違え
- 手順や取扱いに関連するもの
  - 誤った手順や取扱い
  - 汚染された材料等の使用
- 結果に関連するもの
  - 原病
  - 合併症
  - 副作用

- (-自殺に関連するもの)
- 転倒・転落に関連するもの
- 拘束・隔離・身体抑制に関連するもの
- 誤嚥に関連するもの
- 原因が推定できないもの

- 施設管理に関連するもの
  - 火災等に関連するもの
  - 地震や落雷等、天災によるもの
  - その他

- その他
  - 院内で発生した殺人・傷害致死等

- 併発症

## 死亡時画像診断に関する技術的な論点整理（案）

※ 本資料は提出時点における暫定版であり、今後も継続して日本医学放射線学会で検討を行っていくことにご留意頂きたい。

## 1. 死亡時画像診断を必要とする場合の考え方

死亡時画像診断（オートプシーイメージング（Ai）。以下「死亡時画像診断」という。）は有用な手法ではあるが、解剖に代わるものではなく、解剖と相互に補完する手法であると考えられる。

厚生労働省の「死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討会 報告書（平成 23 年 7 月）」では、「外因死に関する先行研究においては、頭部の挫滅、心臓破裂、頸椎骨折といった外傷性変化の解剖所見と死亡時画像診断所見との一致率は比較的高いと報告されている※1。しかし、診療関連死において重要な内因死における解剖所見と死亡時画像診断所見との一致率は、くも膜下出血、脳出血、大動脈解離、大動脈瘤破裂といった出血性の病態等を死因として検出可能である疾患もあるが、心嚢水、心タンポナーゼや肺炎など、確実な診断ができるとは言えないとされている疾患も多い。さらに感染症や血栓症など現時点では死亡時画像診断では診断が困難とされている疾患も 30%程度であると報告されている※2。このように内因子における死亡時画像診断は限定的な疾患について有用性が認められているが、現状では全ての死亡について死因を明確にできるものではないことや、発展途上の技術であることを十分に念頭に置く必要がある。

また、死亡時画像診断の読影にあたっては、主治医などの関係者が読影医に確実に臨床情報を提供するなど、現場の医療者と死亡時画像診断の読影医とがきちんと連携を図ることに留意する必要がある。

※文献 1. 「死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討会」厚生労働省報告書（平成 23 年 7 月）

2. 「診療行為に関連した死亡の調査分析における解剖を補助する死因究明手法（死後画像）の検証に関する研究」研究代表者 深山 正久（平成 22 年 3 月）

## 2. 本制度における死亡時画像診断実施の流れ

### 1) 死亡時画像診断撮影の必要性の判断

- 主治医からの報告により、管理者あるいは事故調査委員会が死因究明に死亡時画像診断が必要であるかを判断する。
- 遺族から死亡時画像診断の強い希望がある場合には、管理者に要請する。

### 2) 承諾書

- 医療機関の管理者が遺族に死亡時画像診断の同意を得る。

### 3) 死亡時画像診断検査手順書

- あらかじめ管理者は、死亡時画像診断検査手順書を作成しておくことが必要で、手順書に基づいて、放射線部・事務部等と連携を図り、死亡時画像診断実施の準備を行う（開始時間、遺体搬送、読影医へ依頼、検査の受け入れ体制など）。
- ※当該医療機関外へ依頼を行う場合はセンターや支援団体が、管理者に死亡時画像診断の実施に関する支援を行うことがのぞましい。

### 3) 検査

- データの管理方法をあらかじめ決めておく。（他院からの依頼を受け付ける場合には、ID作成の取扱いなどを決めておく必要がある）
- 臨床機を使用する場合には、検査施行の時間帯についてあらかじめ手順を決めておく必要がある。
- 霊安室で待機した後に検査を行う場合には、死後経過時間や保存の状態に注意を払う必要がある。

### 4) 感染防護対策

- 医療従事者や、画像診断装置、検査テーブルに対して感染防護対策を行う必要がある。
- 遺体を画像検査室に搬入する際には、接触感染防止のための対策が必要である。（体液漏水防止用の納体袋など）
- 医療者に対しての感染防護のためには、手袋・マスク・ディスポーザブル前掛け等を着用することが必要である。
- 周辺環境への配慮として臭気に対する空調設備も考慮に入れる。

### 5) 撮影方法

- 撮影は死後処置（いわゆるエンゼルケア）が行われる前に実施し、挿管チューブや体内に刺入された針やカテーテルなども留置したままで撮影し、死亡時の状況証拠を保全して撮影することも重要である。死後処置を経た後の検査時には、手や肘の固定によるアーチファクトなどが生じることにも留意が必要である。
- 撮影条件、三次元画像処理や画像データ保管については、あらかじめ取り決めをしておく。とくに撮影条件については、画像診断装置の特性を生かしたプロトコールを作成する必要がある。
- 撮影範囲については、頭部から足関節まで必要な場合もある。
- OCTのほかにMRIによる撮影もできるような体制がのぞましい。

### 6) 読影

- 読影医が画像診断を行う。医療事故の関係者は、読影に必要な患者の臨床経過等

を「死亡時画像診断情報提供書」（添付資料1）に記入し文書にて読影医に提供する。

- 生前に得られた画像ならびに臨床データ等や報告書は、読影医に提供する。
- 関連する診療科の臨床医などによる死亡時画像診断症例検討会を開催して、画像診断の総合的評価を行うことが重要である。

※ 読影時の留意点

- ・死亡時画像診断で確実に死因が確定できる疾患、ある程度は推定できるが確実に診断することは困難とされている疾患、あるいは現状の画像検査では診断が困難とされている疾患などに留意して診断する必要がある。
- ・診療録の検証や関係者との面談といった医療事故調査の基本を疎かにしないように留意する。
- ・臓器や体液などが経時的に変化することによる画質の低下などに留意する。
- ・蘇生術後の変化や死後の経時的変化についても十分に留意する。
  
- ・死後の経時的変化の主なものは以下のとおりである。
  - i) 重力による影響（血球就下）
  - ii) 水分の移動により影響（肺野、大血管、副鼻腔等）
  - iii) 自己融解・腐敗による影響（脳・脳室、肝臓、消化管等）

※ 医療事故・診療関連死に対する死亡時画像診断の注意点

診療録の検証や関係者との面談といった医療事故調査の基本を疎かにせず、死亡時画像診断の特性と限界を踏まえた上で、実施されなければならない。

- 7) 読影医が読影結果報告書を作成し、院内事故調査委員会に報告する。
  - 報告には、確実な所見と不確実な所見とが明確になるように分けて記載する。
  - 読影が困難である場合には、遠隔画像診断を活用して死亡時画像診断の専門医が所属する施設やセンターにコンサルテーション、あるいは読影を依頼できるような体制を整備する。
- 8) 解剖医が解剖結果報告書を作成し、院内事故調査委員会に報告する。
- 9) 解剖結果は、主治医や死亡時画像診断の読影医にも報告する。もし読影医から疑問があれば、解剖を実施した医師や主治医と報告書について検討できる機会が必要である。

## 死亡時画像診断情報提供書

※生前の画像・臨床データがある場合には、できる限り同封してください。

撮影依頼施設  
(登録番号)

症例番号

撮像依頼施設は太枠内を記入して下さい。

検査依頼の種類	1. 病院Ai 2. 警察Ai (取扱警察署; 警察 署)		死亡診断書・ 死体検案書作成施設	機関名: 氏名: 印
性別	1. 男	2. 女	生年月日	平成 年 月 日 ( ) 歳 ( ) 月
死亡日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分			
発見日時 (死亡日時不明のとき)	平成 年 月 日 午前・午後 時 分			
最終生存日時 (死亡日時不明のとき)	平成 年 月 日 午前・午後 時 分			
死亡又は発見場所 及びその種別	(種別) 1. 死亡場所 2. 発見場所 1. 医療機関 ( ) 2. 自宅 3. その他 ( )			
死亡もしくは 発見に至る状況				
心肺蘇生術の有無	1. 有 (およその継続時間 分) 2. 無			
既往症				
遺体の状態	1. 病死疑い 2. 交通事故 3. 転倒・転落 4. 溺水 5. 火災 6. 窒息 7. 中毒 8. その他 ( )		腐敗の 有無	1. 有 (軽度・中等度・高度) 2. 無 3. その他 ( )
体表所見				
撮像日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分			
撮像施設	住所 施設名			
撮像機器の種類・機種 および撮像条件	1. CT [機種名: ] …管電圧( kV)、管電流( mA)、回転時間( sec/lot)、 ビッチファクタ( mm/lot)、スキャンスライス厚( mm)、AEC( 有・無 ) 2. MRI [機種名: ] …Sequence( ), TR( ), TE( ), TI( ), FA( ) 3. 一般撮影 [機種名: ] …管電圧( kV)、管電流( mA)、時間( sec) 4. その他 ( )			
撮像者	氏名:		1. 診療放射線技師 …Ai認定技師( 有・無 ) 2. 医師 3. その他 ( )	
撮像部位 (複数選択可)	1. 頭部 2. 頸部 3. 胸部 4. 腹部 5. 骨盤部 6. 上肢 7. 下肢 8. 1~5のすべて 9. 1~7のすべて 10. その他 ( )			
画像所見				
死因推定の可否	1. 可	2. 否	1. 可の場合 推定される死因	
その他特に付言すべ きことがら				
ご遺族への説明と 同意書の確認	1. 済 (同意書取得日: 平成 年 月 日) 2. 未実施			
機関名及び所在地 又は医師の住所	診断年月日: 平成 年 月 日 本提供書発行年月日: 平成 年 月 日			
医師氏名				



## 支援団体の支援について

### ○ 条文

#### 第6条の11第2項

病院等の管理者は、医学医術に関する学術団体その他の厚生労働大臣が定める団体（法人でない団体にあつては、代表者又は管理人の定めのあるものに限る。次項及び第六条の二十二において「医療事故調査等支援団体」という。）に対し、医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとする。

#### 第6条の11第3項

医療事故調査等支援団体は、前項の規定により支援を求められたときは、医療事故調査に必要な支援を行うものとする。

### ○ 「議論の整理」の抜粋

#### i) 支援の内容について

院内調査の質を高めるためには、支援団体による支援が重要である。支援団体が行う支援は、調査の支援や、情報を分析・評価するための評価の支援など複数のものに類別化されるのでそれぞれについてさらに検討する。

国民から信頼されるためには、公平性・中立性・透明性が担保されることが必要である。実際の支援に当たっては、医療現場の実態に即しつつ、高い専門性を持つ者からの支援が必要と考える。

地域での支援団体は、職能団体、病院団体、大学病院などで構成されることが想定されるが、各地域の実情にあわせ、関連する様々な団体が支援を提供し動きやすいように、連携することが現実的である。また、都道府県を越えた、広域の連携も可能にする体制が望ましい。支援を受ける医療機関の側からみると、医療事故調査を円滑に実施するためには、支援団体の支援を受けるための窓口はある程度まとまっていることが望ましいことから、各地域で支援団体同士が十分連携し、支援窓口の設置や必要な担当者の配置などの体制を構築していくこととする。

#### ii) センターと支援団体の役割分担について

センターは、全国的な機関として、制度全体の統一的な手続、助言等を行う必要があるため、支援団体との業務の役割分担を検討する。

## 1. 支援体制について

### ○ 支援団体間の連携

- 支援団体による支援は基本的に都道府県単位で、行うこととする。
- 各都道府県内で、既存の団体（職能団体、病院団体、大学病院、医療関係団体、医学に関する学会等）が、医療機関に支援を行うにあたり、連携することとする。
- 各都道府県内で、支援団体間の協議の場として、例えば「〇〇県支援団体協議会」を設けることとし、構成員の中から座長を決めておく。
- 座長は、「支援団体協議会」の意志決定の総括を行うこととする。
- 「支援団体協議会」は、事務局に医療機関からの支援の求めに応じるための「支援窓口」を設置し、各医療機関が必要とする支援を提供できる支援団体を紹介するなど、円滑な医療事故調査の実施の支援を行うための総合調整を行うこととする。

## 2. 支援団体と医療事故調査・支援センターの役割

### ① 支援団体とセンターの役割

支援の種類	センター	職能団体 病院団体	大学病院 等	関係学会
医療事故調査制度全般に関する相談	○			
医療事故の判断に関する相談	○	○	○	○
調査に関する具体的支援				
調査等に関する助言(ア)	○	○	○	○
技術的支援 (イ)	解剖に関する支援		○	○
	死亡時画像診断に関する支援		○	○
	外部委員の派遣		○	○
医療事故調査の評価の支援(ウ)		○	○	○

※ 研究に協力頂いている各団体が想定している具体的な支援の内容は資料4に記載している。

- センターは各医療機関からの医療事故調査制度全般に関する相談、医療事故の判断に関する相談、調査等に関する助言を行うこととする。
- 支援団体は、医療事故の判断に関する相談、調査等に関する助言に加えて、技術的な支援や、医療事故調査の評価の支援を行うこととする。

### ② 支援団体の支援の内容について

#### (ア) 調査等に関する助言の内容

- 調査手法に関する支援
- 報告書作成に関する支援(報告書の記載方法など)
- 院内事故調査委員会の設置・運営に関する支援(委員会の開催など)

#### (イ) 調査等に関する技術的支援

- 解剖の支援
- 死亡時画像診断の支援
- 調査に関わる専門家の派遣
- 施設・設備等の提供

#### (ウ) 医療事故調査の評価の支援(注3)

- 報告書の取りまとめに関する支援(調査結果の評価等)
- 外部評価委員の派遣(専門領域)

## センターの行う研修について

## ○ 条文

第六条の十六 医療事故調査・支援センターは、次に掲げる業務を行うものとする。  
(略)

四 医療事故調査に従事する者に対し医療事故調査に係る知識及び技能に関する研修を行うこと。

## ○ 「議論の整理」の抜粋

これまで各団体において医療安全に関する研修が行われてきており、センターはセンターでなければ行うことができない研修を行うことが望ましい。

センターが行う研修の対象者は、①センターの職員、②医療者（多職種）、③支援団体の職員の3つが想定されるので、センターが行う研修の内容等については、それぞれの対象者に分けて整理することが必要である。

- ①センターの職員向けについては、センターの業務（制度の理解、相談窓口業務、医療機関への支援等）を円滑に遂行するための研修が求められる。
- ②医療者向けについては、科学性・論理性・専門性を伴った事故調査を行うことができるような研修が求められる。
- ③支援団体の職員向けについては、さらに検討することとする。

## ○ 研修の対象者と各対象者別の研修内容

## ①医療機関に勤務する医療従事者と支援団体の職員への研修内容

## 【医療事故調査に必要な専門的な研修】

## 1) 技術的事項

- ・医療事故の分析手法に関する研修
- ・医療事故調査報告書の作成に関する研修
- ・再発防止策の実施に関する研修

## 2) 運営実務的事項

- ・医療事故発生時の報告や初期対応に関する研修
- ・医療事故調査委員会の運営に関する研修
- ・医療事故調査実施期間における遺族への対応に関する研修
- ・医療事故調査結果の遺族への説明方法に関する研修

## ②センター職員への研修内容

## 【院内調査の支援に関する研修】

## 1) 技術的事項

- ・院内医療事故調査報告書の作成支援に関する研修

## 2) 運営実務的事項

- ・医療事故報告と医療事故発生時の医療機関の初期対応の支援に関する研修
- ・院内事故調査委員会の運営支援に関する研修
- ・医療事故調査実施期間における遺族への対応に関する研修
- ・医療事故調査結果の遺族への説明方法に関する研修

【医療機関及び遺族からの調査の依頼への対応に関する研修】

- ・遺族の不満に対応するための電話対応や面談の技術に関する研修
- ・検証や調査の必要性を検討するための情報の整理に関する研修
- ・相談事例の集積とセンター職員における共有に関する研修

【報告書の検証及びセンター調査の実施に関する知識・技術に関する研修】

1) 技術的事項

- ・院内調査報告書の検証方法に関する研修
- ・センター調査実施の際の医療事故の分析手法に関する研修
- ・センター調査後の医療事故調査報告書の作成に関する研修

2) 運営実務的事項

- ・センターにおける院内事故調査報告書検証委員会及び医療事故調査委員会の運営に関する研修
- ・医療事故調査実施期間における遺族及び医療機関への対応方法(調査の進捗等の状況報告等)に関する研修

【遺族及び医療機関への説明方法に関する研修】

- ・遺族及び医療機関に対する調査結果の説明に関する研修

【医療事故調査結果の情報の整理・分析に関する研修】

- ・疾患や治療法・検査法が類似した医療事故や、背景・要因に共通因子のある類似事例の検索方法に関する研修
  - ・類似事例の分析による改善策や再発防止策の立案に関する研修
  - ・医療事故分析委員会(仮称)の開催と報告書、アラート等の作成、公表に関する研修
- ※医療事故情報収集等事業を参考にする