

(Q2) 支援団体として活動するにあたり、日頃お悩みのこと、困っていること

※一部抜粋

No.	
1	県下全ての支援団体が一堂に集まり協議会を開催する際の交通費等の医師会持ち出し等について費用の補助
2	専門用語（医学）をケースによって、理解（スキルアップ）する必要がある。
3	院内事故調査委員会の聞き取りや論点整理の際、いきなり理想通りにはいかないと思うが、今回の研修に出て感じたことは、会を進めていく役割が一番大切であることが理解できた。シミュレーションの方法等、自分たちでも行っていくことが大切だと思うが何か参考になるようなものがあれば参考にしたい。
4	看護職として意見を出しにくい状況がまだあります。
5	院内調査後、遺族へ説明後、支援センターより結果報告があり、異なる事項があればどうすればよいかと思っている。
6	支援団体に支援を依頼した場合に医療機関は費用のことも気になっていると思います。全国的にある程度標準的な費用基準があればよいと考えます。
7	支援を受ける方ですが、現在 Ai の読影について死後の変化によるものか、死因につながるものなのか判断に迷うことが多々あり、時間をかけて検討しています。Ai についてももう少しシステム化していただけるとありがたいです。
8	支援団体における「都道府県窓口」の位置付けと役割がよくわからない。 ・支援団体、施設・団体毎の支援可能な事項一覧は窓口が持っている？ ・窓口は支援団体を取りまとめる役割？ ・窓口は他の支援団体と同じことをする？ 現在ははっきりしない。
9	法の施行でありながら明確な条文解説となっておらず公平感に欠けます。法の公正な適用に反している。
10	組織作り、段取り
11	報告書の作成支援には、コメディカル等から精神的負担も大きいとの意見あり。
12	遺体の保存と、解剖機関との連携
13	・実際に事例があった場合対処できるのか。 ・病院はこの制度をどこまで知っているのか。医療事故調査委員会の開催方法、報告書のしかたを知っているのか。
14	時間がとられ本来業務ができない。
15	指示されたワークの内容が不明瞭である。
16	法令の入り口が甘いため、機能し難い。
17	大学病院、公的大病院等が既に院内事故調委員会が作動しているからという理由で今回の事故調制度は非協力的な面がある。又これらの病院顧問弁護士が情報開示を拒む姿勢・指導も行う。
18	業務をしながらの動きなので、日程調整がなかなか難しい。
19	・支援団体協議会内で事例検討（情報共有）する際、匿名性の確保ということで事故医療機関名はふせるべきなのか。 ・専門家派遣の謝金・交通費は派遣元か派遣先、どちらが決めるのがよいのか。 ・各県の支援団体の窓口情報が厚労省 HP に出るといった話だったが、どうなったのか？
20	医療に起因する予期しない死亡、死産を事故として、「起因する」の意味が不明瞭。医療中の死亡等が全て起因しているものと解釈するのかどうか。疾病の中には当然突然死の原因となり得るものも少なくないと思う。結局管理者の判断が重要となる。カルテの記載（可能性として）の有無のみにこだわっていると大事な部分を見逃しそう。
21	院内事故調査委員の育成 事故調査制度の広報周知

22	支援団体として委員を推薦する場合の報酬の低さが問題。ボランティアにだけ頼るシステムをスタートせざるを得ない。
23	支援事例がないため、具体的にというより、流れがわかりません。
24	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県ごとに進捗度の違いがある。</li> <li>・ 支援団体が役割が十分に発揮できるよう分担を考えていただきたい。</li> <li>・ 支援団体全体で対応していく必要性を感じました。</li> </ul>
25	報告書の取り扱い ①院内事故調査報告書②調査機構への報告書③遺族への報告書
26	診療所での事故の場合、支援団体として、どこまで院内調査委員会にかかわるべきか？例えば報告書まで支援団体で行うかどうか？
27	本制度がまだ十分医療機関に理解されておらず、紛争と本制度を同じように考えている。センターへの報告事案について相談があった時、支援団体としては報告すべき事案であると判断しても当該医療機関は遺族との関係が良いので報告しない等。
28	他の医療関係団体との緊密な連携をより深めて頂きたい。(連絡協議会など)
29	医療機関の規模の違いなどにより、必要な支援が異なり、対応方法も種々様々であること
30	ヒアリング方法について メディエーターについて
31	どこまで支援をすべきなのか迷う。
32	モデル事業をやっていた地域は、システム、報告書の質も確保されていると思うが、今回初めて支援団体、事故調査制度、報告書作成、となる件が多いと思うので、研修会(管理者向け)、報告書の例文等をお示しいただきたい。
33	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 支援団体の窓口は各県の医師会なのか、直接各支援団体に連絡すればよいのか不明である。</li> <li>・ 報告書に院外専門委員の名前と肩書きを明記し遺族に交付し、その後遺族が直接院外専門委員にコンタクトを求められた場合どうしたらよいのか？</li> </ul>
34	開業医事案のケースは非識別は不可能の為、報告書作成が難しいです。
35	病理解剖の体制 Ai の読影に関する公明性を含めた問題と体制
36	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 聴取の際にそのつもりはなくても「問いただす」口調になってしまうことがあり、相手が気分を害した表情を一瞬することがある。聴き方は経験を積んでいるつもりであるが難しい。</li> <li>・ カルテ、画像等膨大な資料を点検するのに時間を要し、大変な思いをしている。</li> </ul>
37	当該医療機関が、初めに支援センターへ事故判断の相談をし、報告するように言われ、外部委員の派遣を相談されるのだが、内容を聞くと制度に該当しないと思われることがある。支援センターの報告書提出の判断基準の考え方が合わない。遺族も誤解してしまうのではないかと。
38	実際の活動に至っていないので、知識(法的情報)不足のためかなり不安がある。その中でも報告書作成となった場合、「医療の質・向上、安全の確保」を目的の論点が争点にすり替えられないか等不安になる。
39	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事案が制度に該当するかどうかの判断</li> <li>・ 報告書の作成まで外部委員にお願いするのは負担が大きすぎるのではないかと考えてしまう。</li> </ul>
40	支援センターへの報告書作成 支援団体としての事故調査報告書は同じものが必要なのでしょう。団体として参加する場合、各県医師会のもとに活動すると思いますが、協力する場合の指示等は支援センターの委員会で提示されることになるのでしょうか。協力する範囲は団体で決定できることになりそうです。
41	他院からの支援要請に対してどこまでの支援が行えるのか、又は支援していいのか。どのような形で要請が来るのかわかっていない。
42	Ai、剖検、専門医の派遣を手上げしている施設ですが、医師会(支援団体)の動きが全く提示がないため、どこまで自施設で決めたらよいのか困っている。
43	支援団体として、何を支援をしなければならぬのか、理解しているつもりであるが、具体的にどのようなことが求められ、支援することができるのか不安である。また医療事故が起こってからではなく日々より支援団体としてできることはないだろうか。(研修会の開催?)

## (Q4) 2日間の議事の進行・運営等についてのご意見

※一部抜粋

No.	
1	支援団体の役割をもっと具体的に症例呈示して、特に管理者の判断の助けとなる具体例をいろいろ考えてほしい。
2	1日半の時間の中でまんべんなく一応の研修を行う事に少し無理があると思うが、一連についてほぼ理解することができた。事例を基にした研修であったためリアルに感じることができた。
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・調査委員会のシミュレーションに重点を置いてほしい。</li> <li>・委員長（司会）の力量により結論が変わると思われるのでそのレクチャーを</li> <li>・外部委員経験者談を拝聴したい。</li> </ul>
4	院内事故調査報告書（資料7）は事前に確認できないようにした上で論点整理や院内事故調査委員会のグループワークを行ってはいかががでしょうか。
5	全体を通して、具体的事例を通しGWでき、とても有意義な時間でした。準備、進行、運営等、ご苦労も多かったことと存じます。本当にお疲れさまでした。ありがとうございました。
6	支援センターに集められた相談内容・報告書作成されたものを早めに公開すべきである（県・本人は不詳にして）。
7	院内事故調査委員会の演習は会場からの意見が入ると、進行ができなくなるので、できる限り実際を想定してデモンストレーションしていただいた方がわかりやすかったです。又、実際の事例を使用されると十分わかって参加されているというものの、当事者の先生方がかわいそうでした。聞いている側も嫌でした。事例は実際のものとはわからないようにするか想定したものでよいのではないかと思います。 演習用資料の質問がわかりにくかったです。
8	内容の濃い考えさせられる体感型の研修で気づきが多い時間でした。今後も継続され、より多くの団体がより深く本制度を理解されることを祈ります。
9	議論をまとめることの困難さ
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事例が分野が違うので理解し兼ねました。</li> <li>・事例の中に看護職の対応が記載されておらず、医師主体であると感じました。</li> <li>・発表にあたり医師の発言が強いと、看護職は（意見が言える）立場がないような雰囲気を感じました。</li> </ul>
11	事例、演習があることは具体的となり良かった。
12	演習事例が専門的であり、事務職等と一緒にになって議論できない。全体の流れがわかればよいという考えのなら仕方ないが、話し合いが診療の妥当性に流れないようにするために院内調査報告がしっかりデータで示されると良いと思う。
13	非常に有意義な2日間であり、今後の業務に役立たせたい。
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会（協議会のまとめ役）として、役に立てることをもう少しもりこんで頂きたいと思いました。</li> <li>・模擬はシナリオに基づいて実施した方がまとまりやすいのでは。</li> </ul>
15	院内事故調の発足間もないことから、走りながら考えるのは止むを得ない。今後徐々に固まっていくのか、まだまだ人によってニュアンスの違いがある。
16	演習に関して時間が短いので、少々筋道をつけて運用の実際を体験できるような運用があると良いと思います。
17	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループワークを主とした形式は各自が考える機会をもち実務にも役立つ。</li> <li>・はじめての試みであり進行の仕方が出席者と理解されている部分が多かった。</li> </ul>
18	実践に沿ったストーリーで具体的な役割と共に全体像をつかむことができました。企画側のご苦労に感謝申し上げます。
19	院内事故調査委員会（模擬）に対して、どうすれば尋問にならないのか、詰問にならないかを念頭に置かなければならないが、どうすればそれができるかは難しいと感じました。
20	報告書の作成にあたって、再発防止の部分だけでも作成（グループワークで）し、実際にパソコ

	ンでスライド投影してはどうか。
21	演習はわかりやすい。事例は多い病名 (ex, DM、肺炎) がわかりやすいと思う。
22	直接医療現場で事例検討や対応、委員会の参加等の経験がなく、事務職としては論点整理に参加すること、理解することは困難であった。書記を任されたが、とても難しかった。
23	少々長すぎるのでは？一生懸命に行ったので疲れました。企画は <b>good! Excellent!</b>
24	模擬の院内事故調査委員会の説明の時、担当の Dr.のみならず、一連の看護職の動き (Pt から取り得た情報を含めた) も報告してほしかった。ほとんどナースの動き、関与の記載が見当たりません。
25	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援団体として悩む部分としては制度に該当するかどうかが一番始めにくるので、様々な事案で該当するかどうか、検討するところがあってもよかった。本事案でも制度に当てはまるかどうか班の中では議論となった。</li> <li>・委員の選定、委員長の選定についても基準が必要かと感じた。</li> </ul>
26	<p>模擬事故調査が当該者を責めているような感がありました。講師の先生はよく耐えてくれたと思います。司会の先生ご苦労様でしたが、軌道修正がもっと早くしてほしかったです。</p> <p>その他の医療関係者とありましたが、医師と看護師しか認めない雰囲気がありましたけどどうなのでしょう。</p>
27	開始、終了共に適切な時間帯であった。グループ分けにややばらつきを感じた。医師や看護師の数の偏り、同一施設からのメンバーが一緒であったなど。

(Q5) 今後の研修に取り入れてほしいこと

※一部抜粋

No.	
1	院内調査委員会での被疑 Dr.を守って本音を引き出せる具体的な対応を教えてください（どうしても悪いところ、改善点ばかりとなってしまう、吊るし上げの会になってしまうから）。
2	・調査委員会のシミュレーションに重点を置いてほしい。 ・委員長（司会）の力量により結論が変わると思われるのでそのレクチャーを ・外部委員、経験者談を拝聴したい。
4	院内事故調査委員会の実践はとても勉強になりました。もっと時間をとってほしいと思います。本研修会を受講した医師が各医療機関の調査委員会に外部委員として入り、委員長もしくは司会として会を進行することができれば全国である程度統一した制度運用が図られると考えます。
5	各県での症例調査を発表すること
6	本制度の今後についての研修会
7	医療事故の判断基準
8	支援団体の具体的な役割
9	委員会の当事者に参加した医師を加える方がよい。
10	Aiの信頼性、評価、画像診断の証拠能力
11	認知症高齢者に対する手術、処置の適応、同意書などの対応方法
12	法改正に向けた取組み
13	ケーススタディを多く取り入れてほしい（実務家が多いので）。
14	事故調査委員会の簡略化工夫について検討してください。 死産問題についてご協議を。
15	分野別の事例を知りたい（産科）。
16	院内医療安全委員長となる院長の研修も必要（医療安全管理者や当該科の副委員長に丸投げにする院長も非常に多い）。力量の問題が一番とは思いますが。
17	事例の判断に関する模擬研修（相談に対する聞き取り、初動対応）
18	Casaの集積が一定になったら、事故と判断したもの、判断しなかったものの具体例を示し、類型化していただけるとありがたい。
19	院内事故調の進め方についての演習の前に、一応の道筋をつけてから始めた方が理解しやすい。例えば、1.委員の紹介、2.委員長からの説明、3.死因経緯、4.診療の妥当性、5.遺族への対応…など。Aiに関する具体的事案
20	遺族への説明の実際、又は演習が知りたいです。
21	各都道府県で「病院長対象」「外部委員対象」の研修を。依頼があれば講師派遣してほしい。
22	具体的な事例をもとにした講習を期待します。
23	若い研修医や医長クラスのベテラン医師に対しても同じような主旨の研修をしてもらいたいです。またそれにあたってはメディエーションについても学ぶ機会があると良いと思います。
24	事故発生場所の違い（大病院と診療所）や多種の事例の提示を希望する。これらの違いで院内調査の仕方は異なると思います。
25	支援団体連絡協議会の中心的な役割を担う都道府県医師会事務職向けの研修
26	診療所で発生した事例の研修をお願い致します。例えば、診療所で死亡となった場合、診療所から病院に搬送されている途中で死亡、または病院に一旦入院してしばらくしてから死亡した事例について。
27	メディエーター（ヒアリングの訓練、演習）
28	各県の協議会の体制を知りたい。
29	今回の研修会で使われた事例が、今度の制度の定義に適合したものであるかの判断を、研修のは

	じめに少し検討した方がよいような気がします（適合していないとなると、研修会が先に進まなくなってしまうが…）。
30	医師会の立場で作成した医療事故調査制度のマニュアルがあれば、とても参考になると思います。
31	今後の研修は対象をしぼった研修会をお願いしたいです。管理者研修会を検討してください。
32	病理診断が決め手になりますので、詳しい情報が今回の研修では不足していたのではないのでしょうか。
33	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多くの専門家（他の職能団体、薬剤、ME、事務職（事務局）、看護）の医療機関管理者の参加する研修会開催</li> <li>・繰り返し研修（事例）の経験が必要と考えます。</li> </ul>
34	ワークショップ形式はとても良かった。実際にやってみないとわからない点があったと思います。
35	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故が起きてすぐからの院内医療安全からのシミュレーション及び事故調査委員会もそれぞれの班でもやってみたかった（事例については事前に参加者に渡して読み込んでおいてもらう）。</li> <li>・夜に意見交換会があってもよい。</li> </ul>
36	産科関連、精神科関連の研修を入れてほしいです。研修会事例診療記録にある資料内容に（看護記録、家族への説明、医師からの説明内容等）モレがあったと思います。全ての業務が把握できるようにしてほしいです。
37	医師会が中心となって各県毎に支援体制の形作りをもっと積極的に行ってほしい。
38	継続的な研修を今後も開催してほしい。
39	初期対応で「医療事故」と判断が容易な場合と難しい場合があります。具体的事例を基に検討してみてもいいのでしょうか。演習も詳細な情報がない段階での模擬事故調査委員会を行ってみてはと考えます。

(Q6) 演習企画(聞き取りDVD・論点整理・院内事故調査委員会・報告書)に対する建設的なご意見、ご助言

※一部抜粋

No.	
1	モデル事業が心カテトラブルの専門的すぎて Dr. Ns. 以外事務職等の人の意見が判らないことが多いため出てこないと思われる。もっと他の事案も出してほしい。
2	・論点整理が非常に重要と思われませんが、その取り上げるコツなども教えて頂けると助かります。 ・報告書における言葉使いあるいは定型的な表現についても教えて頂きたい(家族、裁判なども意識して)。
3	施設で行う事故調査でも、他施設の様子を見る機会がないため、事故調査委員会の演習が勉強になった。
4	・演習の多い研修ではありますが講師のお人柄で分かり易く身近なこととして考える機会となったと思います。ありがとうございました。 ・医療スタッフが医師、看護師、助産師、事務など同じテーブルで議論し、医療事故という重大な課題に取り組むことになったことはチームの意識の高まりにつながったと思う。GWはぜひ継続してください。
5	・研修開始時点でオリエンテーションを行い、受講者に研修会の具体的な流れや取り組み内容を伝えてはどうかと考えます。 ・職種毎にもっと明確に役割を振ってはどうかと考えます。
6	・前もって症例に関する情報(死に至るまでの情報)があった方が理解を深めるのによかったと考える。 ・患者を救う、担当医師を救う、職員を救う、医療を救う!!
7	DVDはわかりやすいので動画配信してほしいです。
8	支援団体としての立場であり、当事者の当該医療機関とはまた別の視点から研修を要すると思いますので継続的な研修を願います。
9	具体的で大変勉強になりました。WS形式で、楽しくグループで話し合いができました。
10	報告書の書き方、マニュアルなど作成していただければ幸いです。
11	演習企画は実際的で役立った。もう少し時間が欲しかった。
12	病理解剖などやって結論がでている症例について検討することは難しい。
13	診療所事案の対応方法について
14	もう少しグループ内での話し合いに時間を割いてほしい。
15	・聞き取りDVDを分野別に作成して頂きたい。 ・追求ではなく、改善策への対応になる発言方法を、是非ビジュアルを通してやっていった方がいい。
16	演習の際、資料の何ページまでの状態で話し合うのかが指示されなかったもので、グループにより話し合いの内容に差があったように思う。どこまでを情報として活用しながら話し合うのか、明確に提示していただけるとよいと思う。
17	・もう少し単純な事案でシナリオを作成し、シナリオに沿って研修を行い、その内容について意見を出し合う方式にしたらどうか。 ・院内事故調査委員会の流れは、自己紹介から最後のとりまとめまで示していただかないと、紛争解決のための委員会と同じになってしまう。 ・DVDでの聞き取り、良い例、悪い例はよく理解できた。
18	・論点整理における状態と事象という言葉が理解しにくい。スライドにあった内容と事象あるいは妥当性という方が解り易い。 ・調査委員会の模擬開催に際しては、手順を少し整理して頂いた方がよいような気がします。 ・今回の症例は結果的に併発症による死亡であり、今回の事故調査制度の演習には必ずしも最適な症例とは言えないような気がします。

19	出席下さった事故当事者の発言は大いに参考になった。感謝します。
20	実演や実演 DVD はとても現実的のためになります。各グループで実演してみるには時間配分が困難でしょうか？
21	かなり専門性の高い事例であったので、すべての職種にわかりやすいよう具体的な説明がグループ内であったのでよかった。
22	当初、演習企画の意図が不明確で何が求められているのかとまどいがありました。ワークショップ形式で行う場合の企画には当初からその旨をあらかじめお知らせいただいた方が良いのではないのでしょうか。
23	医師～事務局までの参加の研修として、地域の動き方に焦点を絞らないと、判りにくい。全体に違和感を感じた。
24	講義ばかりよりグループワーク、演習が取り入れられていた研修は有意義であったと思います。院内事故調査委員会（模擬）ではファシリテーター1名～2名の先生がいらした方が良かったと思います（よくわかっている方が委員長でも良いですが）。発言できなかった職種の方々が発言できるような導きがあるともっと看護職の発言が得られたと思います。質問する側がアサーティブコミュニケーション等のテクニックを持っていることも発言を促す要素になると思います。
25	事務職員で医療用語や専門用語等理解できなく、論点整理のグループワークに入っていけなかったもので、事務職でも議論に入っていける様な内容にしていなければ。
26	大変参考になりました。今後、本会としても同様の方式で研修を行いたいと考えますので、ご教示いただければと考えます。ありがとうございました。
27	事務なので医学用語が難しかった。
28	グループワーク、演習は、実際に調査員になったつもりで考えていくことができた。いろいろな面から（職種）の意見も聞けてよかったと思う。
29	支援団体と言っても様々であり、各支援団体の役割の明確化が必要かと思います。さらに各団体の連携体制が重要な課題かと思います。
30	演習の事故例がかなり循環器に特化したもので、医師、看護師以外の参加が困難であった。
31	聞き取り DVD はどこかで再度見れませんか。内容を変えても参考になるものがあれば。
32	良い企画と思います。出来るならば、研修前に事例に関する情報を頂ければと思います。
33	前もって抄録集を参加者に配布されると学習できる。
34	今回、演習を取り入れていただいたことは大変効果的で、よい勉強になりました。ただ、演習への取り組み方がわかりづらかったので、もう少しわかりやすい説明、組み立てを考えていただければと思います。今回は事例の内容が全て事前に出されていましたが、段階に応じて、事前に提示する情報→話し合い→解答となる資料（参考となる資料）の提示、と分けられるとよかったと思います。今回のような方法で行うのであれば、事例全体を読み込む時間が十分に必要だったと思います。
35	可能であれば、モデル症例の概要等を事前に配布していただけるとよりわかりやすかったのではないかと感じました。
36	（演習について）論点を整理する時間が不足しました。というより資料を読み込むのにある程度の時間が必要かと思いますので、1日目のオリエンテーション時に、午後での演習について少し詳しく説明していただき、それまでに間に合うよう内容を把握しておくよう伝えておいて欲しかったと思います。少しタイトでした。 （スケジュール記載）院内事故調査委員会にしる、報告書作成にしる、1日目の演習の続きであれば、模擬〇〇〇委員会、シミュレーションとかタイトルの前に付けて欲しかったです。
37	委員会（←新たに作成）、聞き取りの参考 DVD などは配布してもらいたかった。
38	グループワークで顔見知りが増えてとてもよかったです。チーム医療ということで有意義だったと思いますが、看護職がなにか付属みたいな感もありました。 DVD はわかりやすかったので全国に配布してほしいです。 消費者の「安全・安心」にむけて閉鎖されていた医師会がよく動いていただいて少々安心してお



	ります。
39	事例が分かりづらい。この情報だけでは事故調査委員会を開いてもまとまるのかわからない。
40	講義の内容は事例から実際経験された多くも盛り込まれており、とても理解しやすかった。しかし、実際演習を行ってみると、講義内容は理解したつもりであったことがよくわかった。演習は有意義であると感じた。グループワークだけではなく、デモンストレーションがバランスよく盛り込まれており、意識を継続して取り組むことができた。経験者のお話ほど説得力があるものはありません。

資料Ⅲ②

医療事故調査等支援団体向け研修会 アンケート  
平成 28 年 3 月 2 日(水)～3 日(木)

**医療事故調査等支援団体向け研修会**  
プログラム

【1日目】 平成28年3月2日（水）13:00～18:00

13:00～13:10	開講挨拶 横倉 義武（日本医師会 会長）
講 演 座長：平松 恵一（日医医療安全対策委員会委員長・広島県医師会会長）	
13:10～13:30	① 医療事故調査制度の概要について【20分】 講師 平子 哲夫（厚生労働省 医政局 総務課 医療安全推進室長）
13:30～13:50	② 医療事故調査・支援センターの役割【20分】 講師 木村 壯介（日本医療安全調査機構 常務理事）
13:50～14:10	③ 医療事故調査制度の概略と狙い【20分】 講師 小林 弘幸（日医医療安全対策委員会委員・東京都医師会理事）
14:10～14:50	④ 支援団体の調査支援の流れ【40分】 講師 上野 道雄（日医医療安全対策委員会副委員長・福岡県医師会副会長）
14:50～15:00	休憩
演 習	
15:00～15:10	自己紹介と役割確認
15:10～15:30	相談対応【20分】 講師 今村 定臣（日本医師会 常任理事）
15:30～15:50	初期対応【20分】 講師 上野 道雄
15:50～16:05	聞き取りの注意事項【15分】 講師 上野 道雄
16:05～16:30	聞き取りの実演 DVD（10分） 講師 小池 明広（福岡東医療センター 循環器内科医長） 講師 馬場 文子（福岡東医療センター 医療安全係長） 聞き取りの体験者の声（10分） 聞き取りのまとめ（5分）
16:30～16:50	休憩
16:50～17:45	論点整理【55分】 講師 上野 道雄（30分）／小池 明広／馬場 文子 青木 久恵（福岡女学院看護大学 講師） 個人ワーク（10分） グループワーク（20分）
17:45～18:00	翌日の研修内容説明【15分】

【2日目】 平成28年3月3日(木) 9:00～16:00

9:00～10:00	<p>論点整理の発表、解説【60分】</p> <p>講師 上野 道雄／小池 明広／馬場 文子／青木 久恵</p> <p>グループワーク (20分)</p> <p>発表 (2グループ) (20分)</p> <p>解説 上野 道雄 (20分)</p>
<b>院内事故調査委員会</b>	
座長：上野 道雄／小林 弘幸	
10:00～10:20	説明：院内事故調査委員会の主旨、手順の説明【20分】
10:20～11:20	<p>演習：調査委員会の実施【60分】</p> <p>講師 小池 明広／馬場 文子／青木 久恵</p>
11:20～11:50	討議：院内事故調査委員会の反省【30分】
11:50～12:50	昼食休憩
<b>報告書作成</b>	
座長：上野 道雄／小林 弘幸	
12:50～13:10	説明：報告書の作成の注意事項【20分】
13:10～14:10	<p>演習：報告書の作成、提出【60分】</p> <p>講師 小池 明広／馬場 文子／青木 久恵</p>
14:10～14:30	討議：報告書作成に際しての疑問【20分】
14:30～14:50	休憩
14:50～15:10	<p>遺族への説明【20分】</p> <p>講師 上野 道雄</p>
15:10～15:50	<p>講評と反省会【40分】</p> <p>座長：上野 道雄／小林 弘幸</p>
15:50～16:00	閉講

## 医療事故調査等支援団体向け研修会 アンケート

本日は、研修会にご参加いただきましてありがとうございます。事務局では、今後の「研修会」を充実させるために、参加者の皆様のご意見を参考にさせていただきたいと思っております。以下のアンケートへご回答の上、お帰りの際に受付の回収箱に投入して下さい。

(Q1) 本研修会のそれぞれの講義・演習の理解度についておたずねします。下記の番号の中からあてはまる番号に○をつけて下さい。

1 日目	講義名	理解できた	まあまあ理解できた	あまり理解できなかった	理解できなかった
	法令解説	4	3	2	1
	医療事故調査・支援センターの役割	4	3	2	1
	医療事故調査制度のねらいと概略	4	3	2	1
	支援団体の調査支援の流れ	4	3	2	1
	相談対応	4	3	2	1
	初期対応	4	3	2	1
	聞き取りの注意事項	4	3	2	1
	聞き取りの実演 DVD	4	3	2	1
	論点整理	4	3	2	1
2 日目	講義名	理解できた	まあまあ理解できた	あまり理解できなかった	理解できなかった
	論点整理の発表、解説	4	3	2	1
	院内事故調査委員会	4	3	2	1
	報告書作成	4	3	2	1
	遺族への説明	4	3	2	1
	講評と反省会	4	3	2	1

(Q2) 医療事故調査制度の支援団体として活動するにあたり、日頃お悩みのこと、困っていることがありましたら、お聞かせください。

裏面に続きます↓

(Q3) 本研修会のそれぞれの講義・演習の有用度についておたずねします。今後の支援団体の活動にどの程度役立つと思われますか。下記の番号であてはまるものに○をつけて下さい。

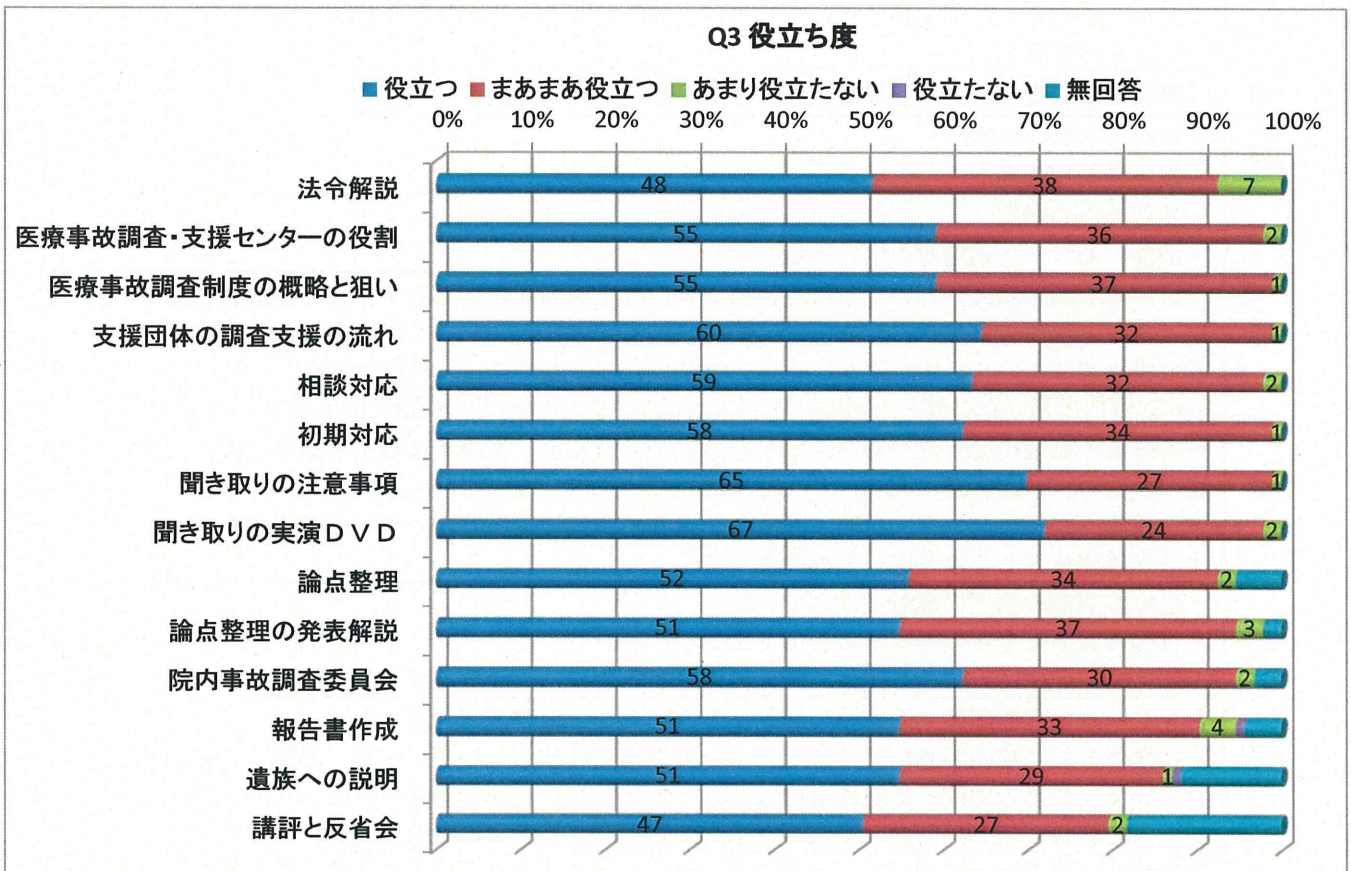
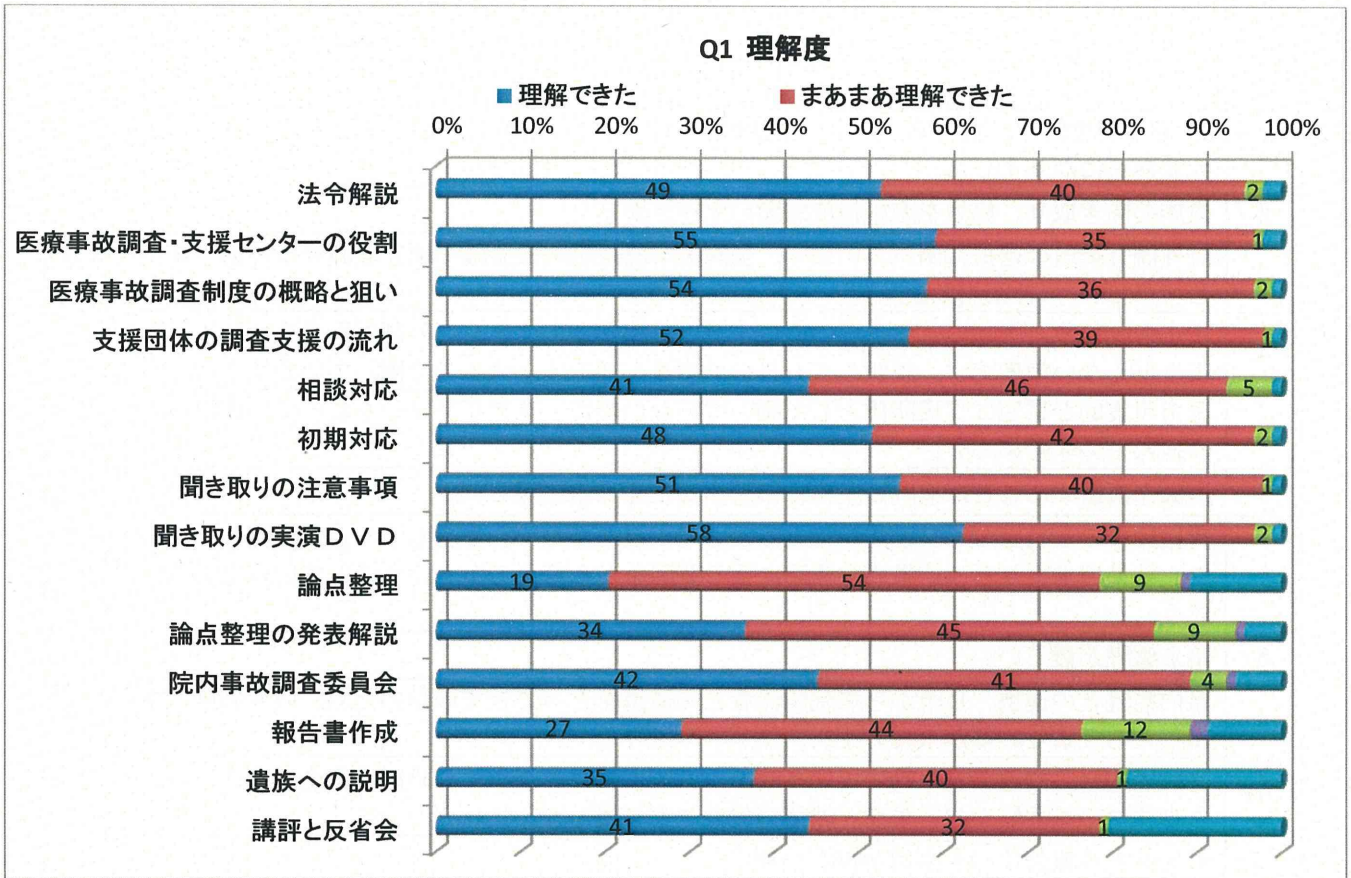
1 日目 講義名	まあまあ		あまり役立たない	
	役立つ	役立つ	役立つ	役立つ
法令解説	4	3	2	1
医療事故調査・支援センターの役割	4	3	2	1
医療事故調査制度のねらいと概略	4	3	2	1
支援団体の調査支援の流れ	4	3	2	1
相談対応	4	3	2	1
初期対応	4	3	2	1
聞き取りの注意事項	4	3	2	1
聞き取りの実演 DVD	4	3	2	1
論点整理	4	3	2	1
2 日目 講義名	まあまあ		あまり役立たない	
	役立つ	役立つ	役立つ	役立つ
論点整理の発表、解説	4	3	2	1
院内事故調査委員会	4	3	2	1
報告書作成	4	3	2	1
遺族への説明	4	3	2	1
講評と反省会	4	3	2	1

(Q4) 2日間の講義の進行・運営等について、ご意見がありましたら、お聞かせください。

(Q5) 今後の研修に取り入れてほしいことがありましたら、お聞かせください。

(Q6) 本研修は第1回目の開催でありました。演習企画は初めての試みでしたので、いろいろな不備な点があったかと思えます。どうぞ、建設的なご意見がありましたら、ご助言よろしく願いいたします。(聞き取りDVD・論点整理・院内事故調査委員会・報告書)

\*本アンケートにご記入いただいた内容は、匿名性に留意したうえで、平成27年度厚生労働科学特別研究事業「医療事故調査制度の実施状況に関する研究」等の資料として活用させていただく場合があります。研究の結果は、医療事故調査制度の見直しのための資料となることが予定されております。皆様のご理解、ご協力をお願い申し上げます。





(Q2) 支援団体として活動するにあたり、日頃お悩みのこと、困っていること

※一部抜粋

No.	
1	10月の制度開始以来当県では全て基幹病院からの相談事例でした。その意味でも今回の講習会は大変参考になりました。
2	遺族の聞き取り、協力をどの程度お願いすべきか？
3	院外調査委員の選任に困っています。全国医学部長病院長会議で地元医師会への協力を再度徹底してほしい。(神奈川県医師会)
4	中小病院です。医師の数も少ないのですが、医療安全のこと、この制度も含めてですが、学習しようとしなない態度です。説明しても自分の意見を通そうとするので困っています。
5	まだ現実的な場面に支援団体として動いていないので、リアリティーをもって臨床場面で日々取り組んでいきたいです。
6	医師を派遣することは病院の業務に影響するため非常に難しい。
7	支援団体の一員として自己規制できるかどうか自信がない。ややもすると追求側になりそうだから。結果追求よりも、結果成立経過に至る要因をどう考えるかということにいけばよいのかなと思う。
8	論点整理が難しい。
9	県内病院との連携。日頃から病院関係者との連携をとってきていないため、いざ制度の支援を依頼したらうまくいか不安です。
10	支援団体として実際まだ動いていませんが、医療事故調査をはじめ医療安全に協力してもらうこと自体にいつも悩んでいます。非協力的なことに対して。
11	センターへ報告すべき事例か否かの判定。
12	当県は東京等と異なり監察医務院がありませんので剖検施設等を手当てせねばならず、これが各予定施設の病理体制の都合でむずかしく、加えて本制度への理解がまちまちでまとまらず、お願いするのに大変な苦勞を強いられてしまいました。今やっとまとまり確保できました。Ai施設についても同様です。
13	“医療事故調査”という名前が家族に印象が悪く伝えにくい。
14	・事故当事者の出席 ・報告書の作成者
15	・外部委員の選定 ・剖検、Ai - 迅速な対応、支援
16	「医療事故調査制度」という言葉を何度も口にして説明せねばならず、特に家族(医療の素人)には事故と過誤の区別はつかない。「事故」という言葉ははずして「予期せぬ死亡症例」とでも言い換えてほしい。6月の見直しで、この件は絶対替えてほしいと思います!!
17	・外部専門委員(他府県との連携による人材確保。同一府内での派遣に対し難色を示すケース有)への研修の実施の必要性(専門領域への意見+医療安全、事故調に対する知識必要。責任追及の場ではない)⇒運営費の問題。 ・ご遺族へのヒアリング、説明。医療者と患者の情報の差が大きい中での説明のあり方。⇒同席する支援団体としては対応、指導のあり方。
18	・医療機関側の制度の理解が進んでいない。 ・世間の医療安全への理解がきわめて乏しい。 ・報告対象症例に対する各団体、個人の意見があまりにも異なりすぎる。
19	センターから支援団体への業務委託とはどういうことが委託されるのか？ 支援団体として院内調査にはオブザーバーの立場で参加しているのだが、報告書の作成を求められていて、こちらで作った報告書をセンターに報告し、それで遺族からセンターに再調査の依頼があった場合、差し戻しのような形をされたら、今さらどうにもならない。
20	医療事故調査委員会を開く前の事故調査、論点整理を作成することは非常に難しく、更なる研修が必要と感じます。

21	事務職としては、電話での第一報から委員会開催までの詳細な流れとマニュアル、様式があるとよい。
22	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国民に理解してもらうためのわかりやすいパンフレット、ポスターを医療機関内に提示出来たら良いと思う。</li> <li>・患者に相談された時にどのように説明すれば良いか、まだ少し不安がある。</li> </ul>
23	外部委員への謝金の額
24	どこまですべきか（踏み込むレベル）
25	<p>マニュアル作成について、どのように作成していいのか？内容、指針。 ⇒見本があるなら見せて頂きたいです。</p>
26	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援団体連絡協議会の委員の日程調整が難しく、メールでの意見交換になる。</li> <li>・事故調査制度に該当するのかの判断が難しい。</li> </ul>
27	報告書作成、初期対応者の確認、養成
28	県内支援団体がチームとしてどの様に。支援システムがないことで困っている。
29	栃木県では県医師会が窓口となりすすめられています。連絡協議会等を短期間で開催して頂き、顔の見える関係づくり等に尽力しています。県医師会に聞くところによりますと、法制度化されて2件の相談があったということです。検査事故等に関するものであり、医師会の方で処理していると伺いました（県医師会担当理事より）。しかし、本日の研修内容等から、相談の時点でも多職種（少なくとも看護職）との協議が必要であると思いました。県レベルでの取り組み方がバラついております。目標達成のために活動できたらと思いました。
30	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間調整（専門の先生にご無理頂いているので役員はとにかく自分の都合は後回し）</li> <li>・説明の仕方。なるべく統一された見本の文章のようなものが日医にあればと思う。遺族への説明向け、当該病院向け、支援の医者（専門医）向け</li> </ul>
31	Ai や解剖を時間外で引き受ける施設が少ない。
32	支援団体としての都道府県医師会の負担が重いのに（24時間対応等）何の支援（補助金等）もない。都道府県医師会の担当職員の研修会も開催して頂きたい。
33	届出の相談窓口となっているが問い合わせが少ない。
34	今のところないが、診療所での調査があった場合、実質支援団体中心の調査となると思われる。事例を早く示してもらいたい。
35	意見で恐縮いたしますが、日医へ毎月報告している支援団体の対応件数について、「相談数のうち報告数」として集計欄が設けられており、翌月以降にセンターへ報告する事業は報告できるものにはなっていない。現状の集計は残念ながら正確な件数の把握はできていないため、集計表の改訂をご検討いただきたいと思います。
36	支援団体の活動内容が具体的にわかりました。実際に医師に伝えることが今後の課題です（医療安全係長、看護師長なので）。
37	中小の病院では、制度にかける事案の程度がわからない為、相談が上ってこない懸念があります。事故調に上ったケースの概要を示してほしい。
38	都道府県の連絡協議会（仮）の活動状況がわかりづらく、医療機関の役割や、どのように相談の連絡がくるのか不明な点。
39	<p>県医師会が中心に支援団体協議会を立ち上げ、調整後、一本化を図っているが、公的病院の団体としてのルール？の為か調整しづらい事がある。院内事故調査報告書作成までの費用の統一化が困難。</p> <p>病理解剖については県内のルール＜2名以上の病理医または法医が勤務する医療機関（大学を含め4つ）を輪番制で解剖実施＞。病理診断支援委員会の検討の下に病理解剖報告書作成する。Aiの読影については、病理解剖がなされた事案は読影可。病理解剖なしの場合は読影センターに依頼。撮影は自施設で実施。</p>
40	医師会各施設が理解できるような、参加できるような、研修（地方、地域）を企画してほしい。
41	<ul style="list-style-type: none"> <li>・マンパワーが足りない。</li> <li>・予算（支援団体に対する補助金等）がないため専従の職員を配置することができず、対応が遅</li> </ul>

	<p>れがちになる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・それにもかかわらず支援団体（特に都道府県医師会）に対して期待される役割は非常に大きい。</li> </ul>
42	<p>遺族が納得した後の医療事故報告に管理者の納得が得にくい。「寝た子を起こす」etc.医療事故調査制度の意義は判っても、事故に対するアレルギーは医療者、遺族ともに大きい。文言の変更は如何なものか。考慮願いたい。</p>
43	<p>当事者や関係者に真実のことを話してもらうためにあなたの味方ですよと好意的に話を聞くスタンスを取ろうとしても報告書の内容は中立的でシビアな内容になってしまうギャップがある。</p>
44	<ul style="list-style-type: none"> <li>・報告該当事例でもセンターに報告されない事例が多い。さらにこの制度を周知していく必要あり。</li> <li>・事故調査制度のネーミングに異論が多く、報告のバリアーになっている。「医療における予期せぬ死亡事例」に法制度改訂を。</li> </ul>
45	<p>医師会員や、一般の方々に制度が浸透していないと感じます。担当して質問をよく受けますが、ファジーな部分も多く、うまく答えられません。</p>

## (Q4) 2日間の議事の進行・運営等についてのご意見

※一部抜粋

No.	
1	病態の解明が最も重要であるということは理解できました。ただ、この点のみの講習会にとどまったのが残念です。報告書は民事・刑事訴追の端緒になることは否定できず、この点に関して病態解明との落としどころを教えてくださいました。内容があまりに医学的であったため、事務の方には理解できなかったと思います。社会的支援という観点も重要でしょう。
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事例内容が専門的すぎる</li> <li>・事務職員も参加しているのもっと一般的にシステム的なことも必要。</li> <li>・例えば遺族の説明方法はどうしたらよいか etc.</li> <li>・今回は大病院の医療安全担当者の講習会のようなものでした。</li> </ul>
3	私たち現場の者が知りたいのは、実際どう動けばいいのかということだと思います。いろいろな細かいところですが、できれば1つの事例で、発生から報告の判断など実際に動かさせての研修もしてほしいと思います。
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実事例を提供して頂きありがとうございました。</li> <li>・看護の立場としては、事故調査委員会の模擬についてフラストレーションがたまりました（良い意味と悪い意味で）。正しい答え（やり方）がないのであれば、臆することなく前向きに検討しながら取り組んでいかなければならないと再確認しました。</li> <li>・なかなか、短い時間でディスカッションは大変でした。特に資料を見るのにオーバービューできるような資料があると思いが整理されると思います。</li> </ul> <p>～企画・運営された全ての方々に感謝致します!!～</p>
5	起承転結に沿って行っていくことはかなり良好なものと思われる。論点整理そのものであり、良質の結論 or 報告書作成へと向えるのではないのでしょうか。
6	事務職の立場で参加しました。講義、演習を行うにつれ、この制度は、やはり医療職が主体性を持たないと、円滑な実施が出来ないことが改めて認識できました。事務職の立場としては、医療職の専門領域以外の部分でのかかわり、主にコーディネートの部分が大事になると思います。それぞれの立場が主従でなく、事務職が積極的にかかわるべき事、主体性を持って取り組むべき事等も今後の研修に含まれば良いと思います。
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故調査委員会の構成検討時の配慮などとても参考になった。</li> <li>・委員会等の資料準備は重要であるとわかった。</li> </ul>
8	予め結論が示されている事例以外も取り上げられた方がよいとの意見がありました。
9	論点の整理、専門的すぎてよくわからなかった。支援センターの役割、ガイドラインを教えてください。
10	模擬医療事故調査委員会は会の進行方法や留意事項等、実践的であり、大変参考になりました。委員会のあり方についてポイントが確認できてよかった。
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>・論点整理とは全て結果から判断するので良いのか。</li> <li>・臨床経過一覧表を作成する場合、それぞれの関係者が記載するようにしています。</li> </ul>
12	実際に剖検、Aiを含めて委員会を開くものと思うが、病理解剖所見がない方が（伏せておいた方が）おもしろいようにも思われる。
13	2日間では時間が足りないですね。
14	「論点の整理の重要性を中心に検討する」ということがよく理解できました。
15	医師、看護師、助産師の他に事務系の方々も参加されていた。その方々には、身を乗り出して加わるような状況になかったと思われます。もう少し、初動、実働の裏方としての事務系の人々が主役のパートの講習も必要だったと考える。医学の内容ばかりで理解できずに見学にとどまっていた感あり。
16	事務職にはついていけない内容が多い。
17	症例について、本研修会前に予習できる機会が必要と考えます（事前にホームページ上で確認することや資料配布しておくことなど）。