

18	報告書作成時には各班を廻って誘導があっても良いのではないかと。メンバーによって専門家の少ない班もあるので。
19	専門的な話になりすぎて、医師以外が議論に入りにくかった。
20	事例をご提供いただいた病院の皆さまにとっては大変お辛いことだったと思います。ご提供ありがとうございました。
21	「論点整理の演習」ですが、事務職の方にとっては疾病についての質問であり、討議に参加が難しい。演習としては各職種が参加できる質問内容、構成が必要と考えます。
22	支援団体の役割について、書面だけではわからない部分があったので、実際に演習することで色々な不安が解消されたように感じます。事務職なので聞くことしかできませんが、活発な演習雰囲気を見ることができ参考になりました。
23	グループワークでは事務職の立場がよく理解できなかった。議論を間近でお聞きできたのは大変参考になったが、事務職の出席は制限してもいいのではないかと。定員が限られており、専門職で出席すべき立場の方が出席できなかった可能性があるため。グループにより内容に差があったと思う。専門的な知識のある方がいるグループとないグループなど。
24	現在は県看護協会に勤務していますが、前任の医療施設では医療安全管理者をしていました。院内の事故調を複数回経験してきましたが、今回は視座を変えての内容であり、改めて難しさを実感しました。参画型の内容で能動的に取り組めました。1セッションごとの討議時間をもう少しとっていただくと良いと思います。
25	<ul style="list-style-type: none"> ・良いと思います。時間の無駄もなし。柔軟なムードも良いし、異職種が混じるのが良い。 ・専門的知識がないとわかりにくい内容に関しては、略語、言葉の説明がないと理解するのが大変なところもある。
26	<ul style="list-style-type: none"> ・論点整理の演習の進め方の説明がわかりにくかった。もう少し具体的に進めればよいか説明がないと司会の力量によって上手くできるか否か変わってくる。司会の進行方法にもアドバイスがあった方がよい。 ・課題は最初から全容がわからない方がよい。 ・グループ分けは多様な地域で構成するのも情報交換ができて良いが、地域毎にすると横のつながりができ、今後の実際の活動につながるのではないかと思います。
27	外部支援をするにあたっての役割や留意点については理解することはできた。当該病院における死亡事例自体への支援（死亡の真相究明）においては、かなり高度な医学的知識が必要であり、この点については医師しかできない。私は看護師であるので組織におけるチーム医療を推進し、いかに医療の質を上げていくのか、医療安全のマネジメントに関わる部分における支援も必要と捉えている。
28	<ul style="list-style-type: none"> ・事例は1個ではなく、最低2件くらい必要。 ・RP方式による参加型（全員）が良い。 ・最初の講義は1名で短時間でいい。 ・報告書作成はフォーマットにそって行う方がいい。
29	資料の検討についてももう少し時間がとれるよう、事前に送付などしてほしい。資料の足りない部分を再度聞き取りできるような仕組みにしてくれると、実際の委員会の動きに近いものができると思う。限られた情報での議論となった。
30	初のシミュレーションで、スライドの座学のみから、一步、自分の気持ちが進んだ気がします。
31	本職は事務職ですので、院内事故調査委員会（模擬）に於いて、専門領域、判断はできませんが、何が出来るか、何をすべきかを考えながら参加させていただき、アイデアをいくつか思いつくことができました。昼休憩時に一緒に参加した役員に指示をあおぎ、早速持ち帰り実践、資料作成をしたいと思います。ありがとうございました。
32	大変有意義な研修でした。実際に病院に帰り伝達することが大変です。やはり医師（医療安全室長）に参加してもらいたい。
33	平成27年10月施行の改正医療法「事故調査制度」については、数々の講演及び研修会に参加し、理解を深めてきました。今回「支援団体」としての支援の役割や実際の相談における対応など学びたいと臨みました。演習時間が短いのは残念でした。最初に事例の詳細が示されているので、

	結果ありきの議論になってしまうかと思いました。
34	模擬院内事故調はロールプレイ方式にしても良いかも。 限られた時間内では現形式しかないのかも。
35	医療事故調査の支援団体としての必要な事項を教えていただいた。回数を重ねていただきたい。 報告書はまだまともに書けないと思う。
36	・法令解説等については他の研修会等でも繰り返しお聞きしており、今更長時間を割いて今回の研修会でご説明いただく必要はなかったと思う。 ・グループワークの時間をもう少しとれると良かったように思う。
37	院内事故調査の事例の内容について、もう少し、わかりやすい内容がよいのではと思いました。
38	・グループワークでの演習を順序良く進行して頂きわかりやすかった。 ・資料をコピーして頂き、グループ内で話し合ったことを共有することができた。
39	1日目の論点整理の講義の前に、症例呈示（説明）した方がわかりやすい。2日目の講義、実習のために。

(Q5) 今後の研修に取り入れてほしいこと

※一部抜粋

No.	
1	現場保全のポイント、当日ご遺族への事故調の説明、民事責任回避の方策など。
2	事例を数多くあげ、事故調査制度事例か否か皆でトリアージする。
3	もう少し、専門領域ではないような事例を活用して頂くと、達成感があると感じます（例えば、モデル事業の中から選ぶ）。
4	都道府県毎に設置された支援団体協議会の運営と構成員としてのありよう。
5	支援医師の養成が必要。医師向けエキスパートコースが必要か。
6	事務職として院内調査（グループワーク）にどのように関わればよいのか分からずにいました。事務職同志でどのような問題・課題があるのか聞いてみたかったです。
7	論点整理については経験（事例）を積まないといけないと思いました。また専門性を必要とします。看護師ですが難しいです。 支援センターの専門化リストをつくること。
8	別な事例でもこのような研修を受けたい。
9	事例検討を多く取り入れてもらいたい（仮想事例でも可）
10	・ある程度症例が収集されてからのことと考えるが、全国の報告例を feed back してほしい。 ・各施設の医療安全管理者（医師）とリスクマネージャーが一同に集う会を作ってほしい。
11	病院の規模により支援のあり方が違う。
12	・原因が明らかなケースの場合 ・報告の是非に対する相談対応 ・今回資料のカテ記録が原本のままであり、胸痛のあったことが判りづらかったように、見易い資料が重要と感じました。
13	院内調査は医学的専門用語がどうしても出てくるので、事務職には難しい。無理かもしれないが、医者、看護師、事務職を分けた研修は出来ないだろうか？
14	グループワーク、院内医療事故調査委員会を実際に行うことは、非常に有用と考えます。ただし2日間でこの研修を実施するのは時間的には難しく、事前準備、予習が必要と考えます。
15	・症例検討は、事前に資料があった方がよい。専門でないと、難しい部分がある。事前に勉強しておく、もう少し理解が深まったように思う。 ・どのような事例が調査委員会まで行くのか、実際のこれまでの症例を提示してほしい。
16	事故調制度に該当事例の紹介（特にグレーゾーンの症例について）
17	参加にあたっての事前課題等があると良い。 例：報告書を作成して提出して下さい。等
18	・初期対応。事務⇒医師（役員）⇒当該病院への連絡等 ・困った事、トラブル対応について細かい事、必要な事 ・センターへ相談する例（どういう時、休日・夜間を含め） ・広報の仕方 ・今までの事例での問題点や feed back できる事
19	最後の院内調査委員会～そのあり方について～を始めの方に聞きたかった。その方が、全体の進め方が理解しやすかったと思う。
20	何を用意しておけばよいか。書類のひな型やフロー案など。
21	聞き取り調査の実技シミュレーション。 関連がありそうな分野の専門家（学会等）も交えた作業の実施。 非識別化のための加工技術。
22	論点整理の演習。モデルケースを中間答申に掲載の事例以外で実施（結論を知り得てないケース）。
23	支援団体の取り組みの研修会をもっと開催してほしいです。

24	公にして良い範囲で、相談のあった具体的事例など共有できると良い。
25	ロールプレイ
26	<p>・日医は事故調費用（案）を巾を持たせて示された。特に病理解剖、Ai など自施設で対応できる場合と、大学 etc.に依頼する場合がある。事例によって提示して頂きたい。外部委員の派遣料・交通費。</p> <p>・各都道府県医師会にて費用についての調査をしていただきたい。院内事故調の実施にあたり、診療所 etc.マンパワーの不足している機関では外部委員が多くなると思われる。外部委員が多くなるとそれぞれの都合で会議ができない場合、メーリングリスト etc.で意見交換をしたい。その時の安全性の確保は？セキュリティ、パスワード。</p>
27	実践形式の研修をもっと数重ねて下さい。
28	医師以外からの意見を先ず聞いたら如何でしょうか。
29	一番困っているのは報告書の書き方です。総論としては理解できましたが、具体的な報告書の事例を数例見せていただき、この報告書はここが良いとか、この報告書はこうすべきとかいったことを教えていただければと思います。

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

※一部抜粋

No.	
1	症例検討は答えがみえているものを議論する「空しさ」がありました。県医師会としては、クリニック、診療所で生じた事故に対して、現場保全などどのように行うか知りたい。大病院では医療安全スタッフが充実しており、支援の必要性は低いのではないかと？
2	医療事故調査制度だとあくまで事故ということです。事故は原因があると考えられるでしょうが、遺族からの思いでは事故調査というよりも医療安全調査制度としたらよいと思う。
3	1日目と2日目でグループを変更するのはいかがでしょうか。
4	医師会事務局のため実際の院内調査委員会や聞き取り DVD などの様子を見ることができて勉強させてもらいました。
5	「聞き取り DVD」は良かった。参考になった。「報告書作成」は遺族へ渡すと仮定して、どのように書きまとめたらよいか教えてほしい。
6	聞き取りの DVD は具体的でわかりやすかったと思う。
7	<ul style="list-style-type: none"> ・原因究明の視点以上にシステムとして改善すべき点の追求 ・今回の研修とは直接関係はありませんが、各施設ではセンター報告事例や相談内容のフィードバックを強く望んでいます。 ・また、内部調査委員会の構成が自由であり、これが本来の目標に対して障害となる気もしています。
8	聞き取り DVD、院内事故調査委員会(模擬)は非常に役立ちました。
9	論点整理の演習は前もって資料を送ってほしい。時間(5分間)短すぎた。
10	事務職には難しすぎるので、事務職は別にするとか。
11	「医療事故調査制度」というネーミングだと過誤がなくても遺族は病院の間違いにより殺されたと思われてしまう。過誤以外も制度の対象としているためネーミングを「医療安全調査制度」等に変えたらどうだろうか。
12	前もって事例を読んでおけるようにしてほしい。事務系の研修もしてほしい。
13	病理医はなかなか解剖に同意されないと思います(嫌がります!)。法医学会、警察との協力が何より大切と存じます。
14	グループごとで各々のセッションの演習を実際に行うと、もっと臨場感が培われると思います(部屋と各 G1 人のファシリテーターが必要ですが)。大変深い学びが出来ました。感謝申し上げます。
15	<ul style="list-style-type: none"> ・当事者を入れたモデルケースを検討したのは良いと思う(直接感想を聞いたので)。 ・事例検討会が良いかと思う。専門的な知識の解説文をつけてほしい。
16	開業医向けの講習会を開催してほしい。
17	<p>報告書の作成は大変な作業である。報告書そのものも重要であるが、作成過程こそが当該病院にとっての組織的財産になることは間違いない。こうした過程における支援についての研修も必要ではないか。事例発表(支援の全工程についての)による共有化をすすめていく必要があると考えている。</p> <p>事例提供をし、解説をして下さった当該病院に対しては感謝です。こうした事例を通して私たちは経験を積み共有化して前進していくことが出来ると思う。しかしこの法令化された事業を進めていく為には、事務方の協力が何よりも重要である。報告書作成の実務しかりであるので、この点での強化をお願いしたい。</p>
18	<ul style="list-style-type: none"> ・聞き取り DVD の背景(シチュエーション)が不明瞭。 ・届出の必要性を考える時期? ・解剖まで終了した時?

19	<p>今後開催される際には別の事例で論点整理演習をして下さると、その後、県内独自の演習実施時に進行等とても参考になると考えます。</p> <p>事務局として、本研修受講後にできることとして、持ち帰り県内で同様の演習の企画が有効ではないかと考えました。それを企画するにあたり、各研修会で別事例のケースであれば、各受講の先生が、各事例の進行役（座長）が担って頂け、且つ複数例の検討ができるのでよいのではと考えます。</p>	
20	聞き取り DVD については実際に良い例悪い例を見本に配布してほしいです。	
21	グループ討議の実施方法、進め方（内容を含めて）等、もう少しくわしく説明していただきかった。	
22	報告書への再発防止の提言の盛り込み方に関して具体案が欲しい。ともすれば、医療批判となりかねない表現に陥り易い文言しか浮かばない。～した方が、～というシステム構築が望まれる etc.	
23	DVD や模擬は視覚的に知識を得ることができ効果的であったと思います。	
24	医療事故調査制度に関する講習はこれまで数回受けたことがありましたが、今回、支援団体の立場から、大変実用的で深い学びができました。参加者の皆さんも大変意識が高くて刺激になりました。短い時間でしたが充実した研修でした。	
25	事務職の参加ですが、制度として始まって1年がたたない中で、今回の研修の中でも高度な話が交わされて（医師の中では通常なのだと思いますが）、正直聞いても分からないし、話に加わることもできませんでした。その中で感じたのは、やはり医師の力、看護師の力がこの制度には大きく影響することは明白で、しかし院内事故調査委員会、報告書の作成と色々とテクニックが必要であるし、テクニックでは補えない部分が後から出てくる。今のままではまだ捨てられてしまうケースが多いと感じました。でもグレーですが流れが分かったように感じました。ありがとうございました。	
26	<p>フロー図</p> <pre> graph TD A[患者] --> B[手術をする] A --> C[手術をしない] B --> D[専門医によるあとだしの意見が多数死因の追求] C --> D </pre>	<p>1 段目</p> <p>この段階での調査だと、病院のシステムの問題ということになり、担当医が負担に感じる事が少ないと思う。だが、医学的な死因の追求にはならない。これも死因とすることができるかどうか？</p>
	<p>2 段目</p> <p>この段階での調査だと、担当医をどうしても責めるような質問になりがち。精神的なダメージ強。</p>	
	<p>勤務医を守るという意味だと、1 段目で終わらせておく方が良いかもしれないが。</p> <p>外部委員の報告書の書き方で、病院の責任となるか、個人の責任となるか。</p> <p>再発防止という意味で、支援センターにどのような内容まで報告する必要があるか難しく思いました。</p>	
27	演習事例の選択は難しいとは思いますが、最初から答えを知っていたこともあり、論点整理でとまどうこともありました。	

[余白]

資料IV

医療事故調査制度に関する医療機関向け研修会 アンケート

平成 27 年度 医療事故調査制度に関する医療機関向け研修会

プログラム

10:00～10:05	開講挨拶
10:05～10:25	医療事故調査制度の概要について【20分】 厚生労働省 医政局 総務課 医療安全推進室
10:25～11:05	医療事故調査制度の理念と「医療事故調査・支援センター」の役割【40分】 日本医療安全調査機構
11:05～11:25	医療事故調査等支援団体の役割【20分】 講師 今村 定臣（日本医師会 常任理事）
11:25～11:55	院内医療事故調査の具体的方法①～事故の発生と相談～【30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）
11:55～12:55	昼食休憩
12:55～13:55	院内医療事故調査の具体的方法② ～事故報告後、調査委員会開催までの対応～【60分】 講師 上野 道雄
13:55～14:25	院内医療事故調査の具体的方法③～院内事故調査委員会～【30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）
14:20～14:40	休憩
14:40～15:40	院内医療事故調査の具体的方法④～院内事故調査報告書の作成～【60分】 講師 上野 道雄
15:40～16:00	院内医療事故調査の具体的方法⑤～遺族への説明～【20分】 講師 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）
16:00～16:55	日頃からの院内の医療安全体制【55分】 講師 馬場 文子（福岡東医療センター 医療安全管理係長）
16:55～17:00	閉講

*この研修は、一般社団法人日本医療安全調査機構の委託を受けて実施するものです。

医療事故調査制度に関する医療機関向け研修会 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、お帰りの際に回収箱に投入して下さい。

(Q1) 本研修会のそれぞれの講義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。

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
医療事故調査制度の概要について	4	3	2	1
医療事故調査制度の理念と「医療事故調査・支援センター」の役割	4	3	2	1
医療事故調査等支援団体の役割	4	3	2	1
院内医療事故調査の具体的方法	4	3	2	1
①事故の発生と相談				
②事故報告後、調査委員会開催までの対応				
③院内事故調査委員会				
④院内事故調査報告書の作成				
⑤遺族への説明	4	3	2	1
日頃からの院内の医療安全体制	4	3	2	1

(Q2) 医療事故調査制度に関して、日頃お悩みの点がありましたら、お聞かせください。

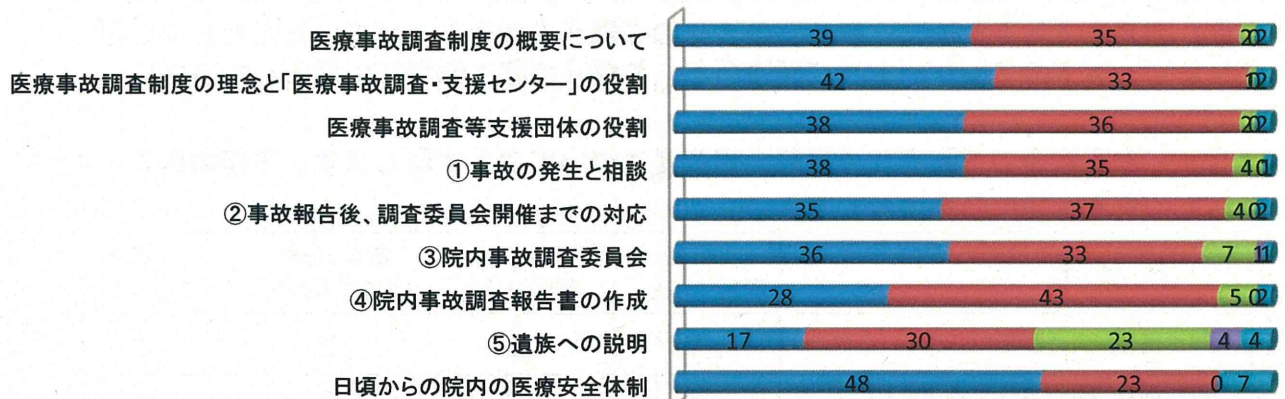
↑この回答欄にご記入いただいた内容は、匿名性に配慮したうえで、平成27年度厚生労働科学特別研究事業「医療事故調査制度の実施状況に関する研究」に提供させていただくことがあります。研究の結果は、医療事故調査制度の見直しのための資料となることが予定されております。皆様のご理解、ご協力をお願い申し上げます。

(Q3) 今後の研修に取り入れてほしい点がありましたら、お聞かせください。

ご協力ありがとうございました

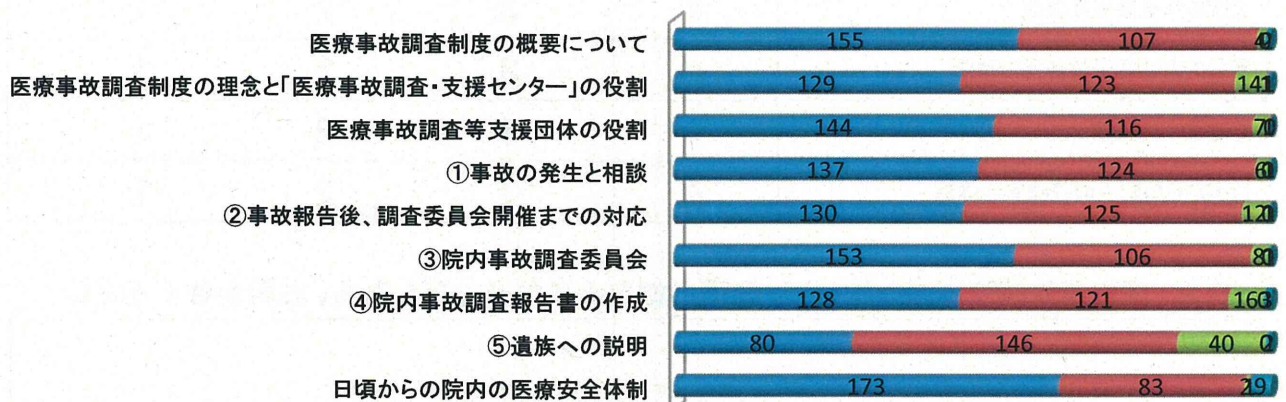
理解度(仙台 N=78)

■ 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 ■ 未回答



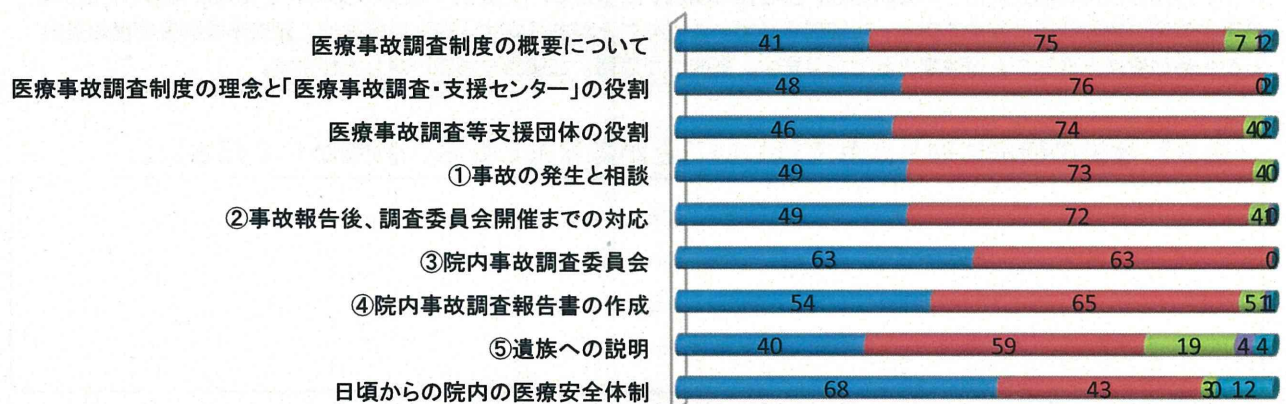
理解度(福岡 N=268)

■ 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 ■ 未回答



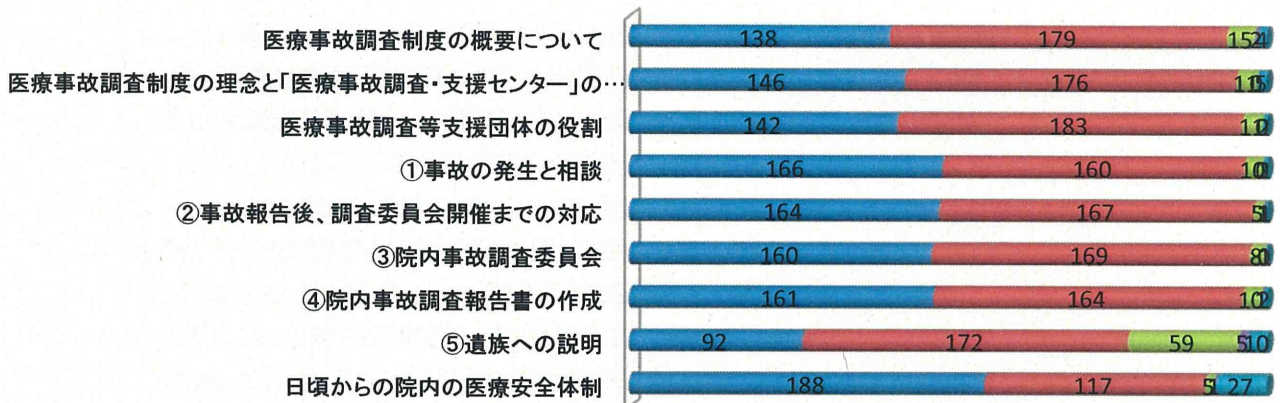
理解度(札幌 N=126)

■ 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 ■ 未回答



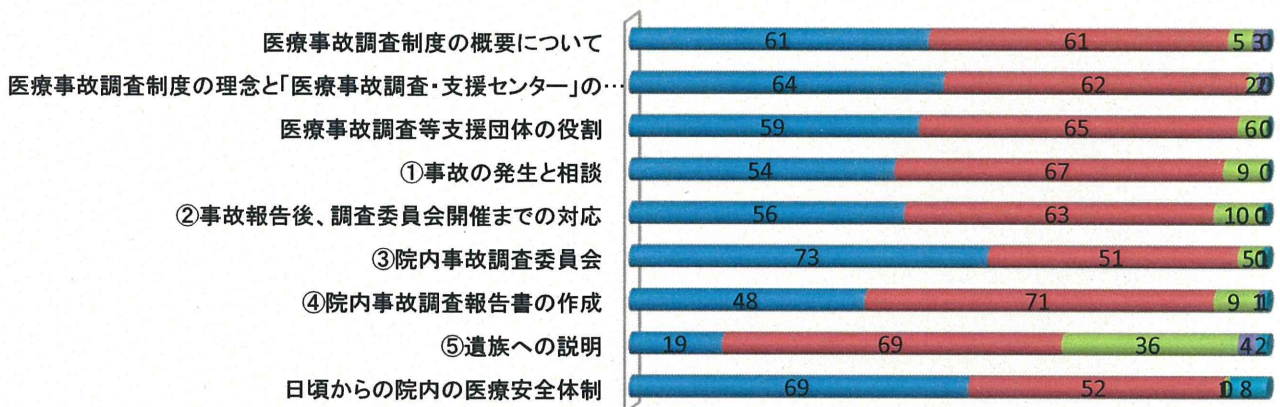
理解度(大阪 N=338)

■ 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 ■ 未回答



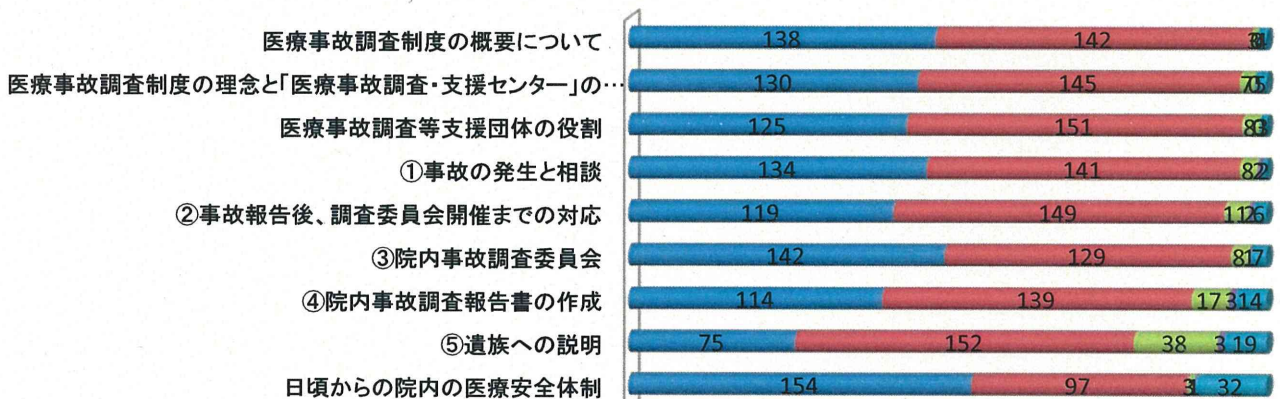
理解度(名古屋 N=130)

■ 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 ■ 未回答



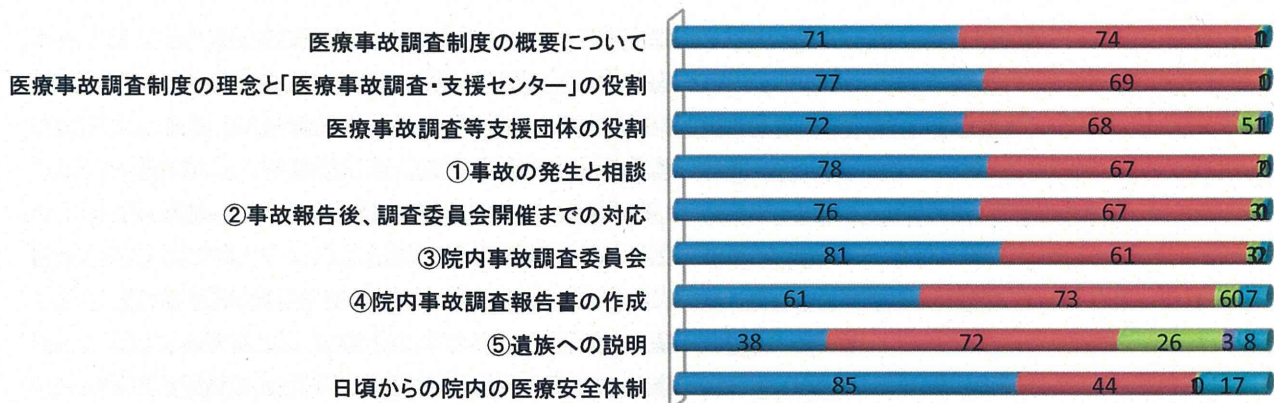
理解度(東京 N=287)

■ 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 ■ 未回答



理解度(岡山 N=147)

■ 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 ■ 未回答



(Q2) 医療事故調査制度に関して、日頃お悩みの点

※一部抜粋

No.	<仙台会場>
1	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡事例が予期していたものかどうかの判断が難しい。事前にどの程度具体的な説明がされているべきなのか？ ・診療の妥当性についての判断も難しい。 ・センターへの報告対象事例と判断するまでの間、遺体も家族に返さないということは難しく解剖に至らないケースが出るのではないかと。
2	自分たちが中心となり進めていかなければならないのだと理解したが、院内調査委員を1～2名の看護師に押し付けられるのではという恐怖がある。支援団体の協力も得るとのことであるが、流れがピンとこない。
3	治療、検査前の説明を行う時に、その患者さんのリスクについて具体的に説明が必要であることは理解できました。その患者さんのリスクとは具体的にどこまでの範囲を示すことなのか知りたいと思います。
4	医療事故調査制度に関する図書がたくさん出ているが、解釈や対応が異なっており、どれが良いのか迷うことがある。
5	制度の対象か否かの判断
6	精神科においては特に家族からAiや剖検の承諾を得ることは難しい。夜間帯に発生した場合など病院として組織的に判断する前に、家族が患者を連れ戻ることが多いと推察される。東京都のようなネットワーク事業が立ち上がるまでは、まだ未承諾の上でも行えるような法的なバックアップなしに踏み込んだ調査が難しいと考える。
7	医師法第21条と本制度との関連について、未知の部分が多いと思います。2つを切り離して考えることは理論的には可能ですが、検察医(多くの場合担当医師)と病院管理者との意見が分かれた場合、どのようなマネジメントが必要となるか不安です。2法が両立するのか、一方だけなのか、仮に一方のみであったとすると、他方の法律遵守違反となり刑事責任は生じないのか、など難しい問題だと思います。また、本制度に着手をしようとしても、遺族(の一部)が警察に届けてしまったらどうなるのか判りません。これら2法間の調整はやはり必要ではないでしょうか。
8	<ul style="list-style-type: none"> ・患者側は「医療事故＝医療過誤」と捉えることがあります。再発防止と医療安全の確保が目的であると説明しても「医療事故調査・支援センターに報告する」と言えば、病院で過失があったと受け取られることもあると思います。「医療事故調査制度」という名称はどのようなのでしょうか。 ・報告書の作成を専従の医療安全管理者(Nsのことが多い)が原案を作成することについて
9	院内全死亡事例報告制度の構築
10	医師への説明。管理者を含む医師の理解が得られない。「クレームがなければ問題はない」という考え方が院内にあり、報告がなされない。
11	支援団体となっはいるが、自分たちも制度に精通しているわけではないので不安である。医師の協力があまりないので実際に相談事例がきたときどのように対処すべきか悩んでいる。
12	医療安全に対して医師、技師の関心が薄い。看護部が中心となり、自分自身もリスクマネージャーとして安全にかかわっているが、他職種の無関心さに無力感を感じています。この制度についても、事務、看護部任せの現状から(とても意義ある制度ですが)どうしていったらよいのか悩みます。
13	本日の研修によって、明らかな過誤がない(認められない)場合の医療事故における対応の仕方については理解できた。しかし、明らかな過誤(又はその可能性が高い場合)がある医療事故の際の対応についてはまだ悩ましいと感じました。
14	日頃からの対応が大切であることを痛感しました。患者家族との対話も必要ですが、職員との対話も必要ですので、院内をまわって声をきくことを心掛けていきたいと思いました。医療事故の遺族には病院職員の家族がなるときもあります。そのような時の職員への周知は大変だと思いました。ありがとうございました。

15	医療事故に対し医師の意識、認識がうすく、原因よりも自己弁護にかたよりぎみ。調査制度に関し、医師達の理解を深める研修をどんどん行ってほしい。
16	医療事故調査制度の事例集を出版して知識を得たい。
17	療養型病院にて、入院時、DNR 確認をとっています。亡くなる人も多いのですが、中には対象となるのではないかとという事例もあり、どこまで介入していけば良いか判断に迷います。DNR の基本的な指針などが示されていればもう少しやりやすいと思います。
18	・事故調査にかかる費用について (Ai 等) 100 床未満の保険では整備されているが、大規模病院の保険についてどこの保険にすればよいのか、どの程度まで予測して準備しておけばよいのか、日頃悩んでおります。 ・当院においてこの制度に対して、医師の興味が薄く、協力がうまく得られない状況にあります。もっとこの制度に対して知っていただきたい、興味を持っていただきたいと思っていますが、どうすればよいのか悩んでいます。うちでは起きないと、とにかく他人事としか考えていない現状です。
19	東京での病理解剖の受け入れ体制。NPO 法人の活動のお話があり、「病理医不足」が出ましたが、地方では東京より病理医不足が深刻です。病理医が医療事故調査に重要なのは理解できますが、「多忙な現状の悪化」とならないか心配です。現況悪化とならずに、病理医、病理解剖の認知度があがる方策が、より病理医を増やすことになると思います。
20	他院からの慢性的疾患を受け入れている入院機関であるが、研修医を含め、患者の全ての病態を把握する期間が充分でないケースの死亡については遺族への説明がされていないことも少なくない。ER での急死とは異なる困難さを感じる。
21	制度対象事案の「その他」の項目に該当することの判断が難しい。とある弁護士は該当しない医療ではないと話しているが、具体事例の資料が報告されることを期待したい。
22	内容的に説明が重なるところがありますが、説明者同士で共有していないのではと思いました。やむを得ないのでしょうか。 具体的手法の①～④は、具体的なケースで理解しやすかった。 原因究明というよりも今後の対策として、全国的な症例を集積し、安全対策のガイドブックとして活かしていただきたい。Result; 院内体制の充実がまずありきで、充実システムの確立には「予算が必要」である。医療にはもっと資金を投入すべきである。
No.	<福岡会場>
1	医療安全委員、研修をもっと充実できる体制をとれる、施設基準があれば、と思いました。医療事故に対して、事故調査制度が負担がかかる制度とならない為にも、十分に動ける院内体制を図れるようにしていただけたらいいと思います (専従や具体的メンバーの基準等)。事故調査制度の目的や内容は分かりやすくとてもいい機会になりました。
2	支援団体の支援の内容がくわしく分からないので、院内のマニュアルが作れない。
3	個人病院、クリニック規模では、ドクターが強すぎて活用が難しい。
4	医療事故調対象事例の基準をもっと明確化してほしい。報告書内容の基準 (記載に関しての)
5	院内事故調査委員会を開催する時間作りが大切。病院の信頼を得ることは重要です。患者側・職員にとっても。
6	事務、医師の協力が薄い。積極的に関わって対策を考えてほしい。
7	支援センターへの相談や報告の時期、方法、院内調査委員会立ち上げのことなど、今回よく分かりました。
8	まだ始まったばかりではあるが、医師のこの制度に対する認識がうすい。医療安全管理として医師を取り込み、協力体制を作る難しさを日々感じている。医療安全管理者のみならず医療界全体でこの制度の医療の安全が広まっていくことを願っています。
9	当院の院長は犯人探しを必ずします。匿名でのレポートは受け付けず、誰がどうしたというのを追求します。そうしないといけないと言います。このような研修会には院長は行かず結局何も変わらない。

10	もし支援センター報告書が法的に内部資料ともに提出することになれば、院内事故調査の時に、当事者に黙秘権の説明は必要ないのか？匿名化にしても個人は特定できると思われます。黙秘が当事者にとって有益とは必ずしも思いませんが。
11	医師、看護師以外の代替医療において、クリニックで医療事故が起きてしまった場合の対応方法がわからない（アナフィラキシーショックなど、施術者が患者対応）。
12	日々の業務で忙しい中に、医療事故の調査をする余裕がないのも、相談をふみとどまる一因となっていると思っています。支援体制に期待しつつ、当院でも前向きに取り組んでいきたいと思ひます。
13	実際に医療事故調査制度を使う時の不安がある。
14	遺族への説明のタイミング 法律等との関わりから考えて
15	①医療事故再発防止が目的の今回の制度だが、訴訟の好材料とされる（遺族及びその弁護士）懸念がまだ払拭できない。 ②訴訟となった場合（又は、遺族からの被害届により事情聴取となった場合）、この制度との関連付けはどうなるのか？
16	スタッフレベルにどのように説明していくか（現場保存など）を悩んでいます。
17	どのような相談を受けて、どのような回答をし、事故調査制度を行ったかどうかを現場にフィードバックしなければ“あいまいだ”という認識はいつまでも変わりません。早急に定義を増やさなければ件数は今後も増えないと思ひます。
18	同意書があれば予測していたということで医療事故にならないが、モヤモヤする事例が多い（OP後突然死亡など）。
19	職員数が多く全職員に本制度が正しく周知できているか疑問。また、報告対象となる案件が発生した場合の対応策が病院として具体的に準備できていないのが現状。
20	支援団体の協力は県窓口を通さなくても直接施設に依頼してもよいのでしょうか。例えば、国立病院機構は、県医師会ではなくて同じ機構病院に依頼するなど。
21	死亡事例が起こったとき、院内で検討するが、報告するかどうかの明確な基準がなくて迷ってしまう。
22	専門職の立場にそれぞれがとられ、チーム医療がうまく機能していない閉塞感がある。
23	・医療安全を担う専従の医師の確保。兼任や併任だと制度に関わる時間が足りない。 ・当事者の保護（組織として、国として制度化してほしい）
24	管理者が報告対象と判断した時には、支援センターに届けることになっている。現場では明らかにスタッフは報告対象だと思っているのに、結果、管理者は報告なくてよいと判断し、支援センターに報告しなかった。制度の目的から考えると、この「管理者の判断」という部分を見直さないと真の報告は上がらないと思われる。
25	悩みというより疑問です。遺族が警察に訴え出て、刑事捜査がはじまったら、院内調査と別に進行するものと思われますが、警察の捜査に証拠を押しささせるため事実上院内調査は不可能となるのではないかと？又、院内調査の内容が不利な証拠として使われるのではないかと？
26	医療安全管理にかかわる上司（院長、室長）の考え方によってラウンドも研修会企画も難しくなります。福岡の取組みを全九州に伝えてほしいと思ひます。
27	組織のトップ、安全管理室室長からの理解が得られない（医療安全の考え方、体制）。病院幹部の理解が得られないため、日々、医療安全に取り組む中でとても苦しい。院内調査のメンバーについても理解得られない。
28	予期しない死亡…予後が悪いことはわかっていたが、手術しか治療がなかった。思ったより経過が早かっただけ。状態悪化の危険性と死亡の理解に違いがある。 医療に起因した…あきらかな誤薬はないが、入院中は内服、注射が実施されているので、入院中であれば医療に起因したとなる。報告の判断に迷う。現在、入院中に予測より早い死亡、急変症例について院内で検討している。疑問が残る症例は医師会に相談している。院内で判断基準が決められればと考えています。
29	現実に死亡事故が起こったことがなく、直面する問題としての自覚が足りず、今まで真剣に向か

	いあっておりませんでした。本日のセミナーで目が覚めた気が致します。今後自院に帰り、上司を巻き込んで、又、県医師会のご担当のお力も借り、改善していきたいと思えます。
30	事務方として参加させていただきましたが、この制度で事務方としてできることや役目があるとしたらどんなことなのでしょう？
31	医療事故という言葉にいまだに違和感を覚えます。別の表現がないのでしょうか。
32	医師の事故報告、ヒヤリハットがなかなかでない。どのように言ったら書いてもらえるのだろうか。
33	予測できることを、本人や家族に伝える方法をどのようにした方がよいか。
34	私の病院は長崎の離島ですが、解剖は難しいですし、事故対応は心配が多いところです。支援を離島でも十分していただけることを願います。
35	県単位でしていただきますようお願い致します。支援員としてとても勉強になりました。
36	医療事故調査制度の認知がうすい。周知不足とまだ事例発生（制度にのっとって支援センターへ届けたケース）がないため、現実感がないことが原因と思われる。
37	現場からの報告が上がってこない。看護師から看護部への報告で、医療安全室に伝わってくるのが大事です。職員全体からスムーズな報告ができるようにしたい。
38	医療事故調査制度について医療機関内にて医療安全研修会（年2回の診療報酬上参加が義務付けられた研修会等）を職員へ開催する際、簡単には説明できない難しさがあります。本制度について医療機関内の職員へ向けたすぐ把握できるようなガイドラインや資材のようなものがあると助かります。
39	院内で死亡した全ての症例に対し、「予期された」か「予期されなかった」か、主治医の判断を求めようとしたが、医師の協力が得られなかった。（病院医療安全管理者）
40	私は医療安全管理者（Ns）です。院内のさまざまな問題に、環境やシステム改善を念頭に活動しているつもりです（100床台の病院です）。しかし、医師の一言で皆がそれに従うという風土があります。また医師が関わるインシデントやアクシデントの方がより重大で改善策が必要ですが、科が違うから感知しないと言われ、原因究明ができにくい状況です。医師による影響は大きいです。
41	<ul style="list-style-type: none"> ・遺族への交付の「報告書」が訴訟への利用が懸念される。 ・管理者の「医療事故調査制度」への理解不足があると思われる。今後、オフ日（日・祝日）に管理者、医師への本制度の研修会を行っていただき、その重要性を認識していただきたい。
42	報告事故において、日常生活の中での事故、直接介助、援助している場面で起きてしまったことは報告書作成かなと思うが、患者単独での行動における事故は報告すべきか？まだはっきりしない。
43	当院は精神科ですので、死亡事例は多いのですが、診療関連死となる事例は、今までほとんどありませんでした。実際に医療事故が起こった場合、パニックとなり、どうすればよいかわからなくなるような気が致します。
44	実際に医療事故が起きた時の初動体制、マニュアルの作成を行っているところであるが、解剖やAiを自院、関連病院（法人内）で行っていかどうか。事故調査委員会の進め方、報告書を誰が書くのかという点。報告書は管理者が書くのか？外部の委員長（支援団体）が書くのかがわからない。
45	<ul style="list-style-type: none"> ・医療事故かどうかの判断。支援団体でも意見分かれそう。ガイドラインから外れた方法での処理なら全て医療事故と判断？ ・支援団体としての役割 支援団体同士の協力・連携体制 ・医師に対する不信感（潜在）→外部委員や事故調査委員会の委員長が医師になる可能性が高いのか？助産所に対して否定的な考えを持つ医師多いイメージあり。事故調査で本当に公平性が保たれるのか不安。
46	Dr.の記録がない（Nsの記録が大事とは言われるが…）。Dr.は責任をもってきちんと記録してほしい。「Nsの記録が大事」を強調されると「Nsが記録するから」の流れになっている。当院だけかもしれないが、きちんと記録を書く事についてもっと医師会の中で教育してほしい。当たり前のことですが。（看護師）

47	予期せぬ死亡事例の判断
48	様々な法律が並行して、現場では混乱しますので、法整備について考えて頂きたい。
49	医師のムンテラ時に同席して思うのですが、何も言えずにうなずいているだけの家族も多いです。後で声をかけると素直な気持ちで話してくれることがあるのでそれを医師に伝えると不機嫌になったりします。ここが変わるといいのにと思うことがあります。
50	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の患者様対応でクレーム等あった際、医療従事者側ばかり責められている感がありました。本日の講演で背景をみてくれる制度だということがすぐわかりました。 ・以前、リハビリ中転倒され、後頭部を強く打たれた患者様対応時、ショックで心肺停止の為 AED を使用しました。幸い命に別状はなかったのですが、対応していた PT がご家族へ謝罪、本人は責められるばかりの状況でした。今後こういったことがあった際、院内事故調査を行っていただけたいなと思いました。
51	看護師ですが、看護師として出来ることもあり勉強になりました。
52	「病院側が予期せぬ死亡事例に対して調査依頼したもののみ、遺族からの申立を受け付ける」ことが周知されていないのではないかと思います。
53	いなかの個人病院で働いています（安全管理者として 2 年目）。大学病院などと違い、少数の医師が勤務されています。医師の安全に対する認識の低さや、看護師の立場の弱さを実感しており、今後どう改善していけばよいのか悩んでいます。
54	院内における制度に関する研修体制を構築していきたいと思っているが、その準備に苦心している。
55	<p>病理解剖の重要性はわかるが、現状大学病院でも平日、日勤帯しかできない。仮に金曜夜に急変死した場合、3 日後の月曜日まで待とは家族に説明しても納得されにくい（また病理解剖依頼を当直医に頼むのは不可能）。解剖不要で検討できるようにすべき。現実的には困難な事例が多すぎると思う。100 床 7 人ぐらい常勤の病院では、各分野の専門は 1 人しかいないので、複数の専門の Dr. を集めるのは不可能。</p> <p>調査票は誰が作るのか？毎日診療に追われて Dr. が作る時間があるのか？</p>
56	開業助産院で事故が起きた場合の事について、地元医師会との連携の取り方等聞きたかった。
57	支援団体に指定されているがどう動いたらよいか具体的にわからない手さぐり状態です。事例がわかりやすかったです。
58	佐賀県での研修が今まで開催されていない。地元で開催されると多くの職員に出席させることができる。支援団体（県医師会）の協力体制を知りたい。
59	院内でのマニュアル・フロー作成に向けた実際の例等、参考にしたいが少ない。特に院内調査の内容において。
60	医療安全管理者をしている看護師です。医師がどれだけこの制度を理解していて対象となる事例が起きた時に協力してくれるのがとても不安です。医師への制度説明の機会が増えたらと感じています。
61	「予期せぬ」と「医療に起因した」の判断に迷う。
62	医療事故調査に報告されない事例での、遺族からの調査依頼はどうなるのでしょうか。
63	やはり遺族の方が苦情等を申し立てられないとそのまま放置されるケースがあります。又、患者が高齢であったり、悪性の基礎疾患等がベースにあたりすると仕方ない…と判断されるものもあるように思います。医療事故調査制度の目的を正しく理解し、実施していくことが大切だと思います。その為には相手を責めるのではなく守ることができるような組織作りが必要だと思います。
64	多くの団体が事故調研修を開催しているが、少しずつ内容の違いを感じる。当院は精神科の為、日精協を頼ることになると思うが、支援団体によって差はないですか？
65	実際、医療事故として扱う案件がなく実施していない為、実感がわからないが、そのために実際の事例を通してディスカッション等あれば更にわかりやすくなるのではと思う。
66	本制度と医師法 21 条とのミスマッチで医師・管理者は困惑している。一連の流れで、それぞれわかりやすい基準を早期に決めてほしい。

67	通常業務が多すぎて、いざ事故発生となり対処をやっていかなければならなくなった場合のことを思うと怖い。当院だけだと思うが、事務職の意識が低く、病院のための医療安全の仕事をしているという考えがなく協力が得られない。
68	死亡例ではなく重篤例への対応は？支援団体への相談は可能なのですか。
69	事例判断の統一性、納得できる結論に期待します。
70	管理者の立場として個人の責任が追及されないか心配（報告書が裁判資料として利用される恐れ）。
71	院長の考え一つで本当にいい病院になるか悪いか変わると思う。
72	・対象症例の選択が最も悩む。病院側はできるだけ報告したくないのは真実。 ・転倒・誤嚥などをどうするか？ ・報告書が一人歩きしないか心配（利用方法を皆で考えるべき）。
73	医療安全体制の院内構築が十分ではありません。病院の規模に相しい具体的な体制作りを示していただければありがたいです。
74	精神科 200 床の病院で医療安全管理者をしている看護師です。これまでに医療事故調査制度に関する研修に何度も参加し、当院なりのマニュアル作成を行いました。参考となるマニュアルがなく本当に自分の作成したマニュアルが機能するのか不安があります。出来れば定型的マニュアル作成方法などを聞かせて頂けるとありがたいです。
75	・対象事例がわからないこと 特に転倒などにより発生した事例 ・精神科の自殺が医療に関連した死亡にならないことが疑問です。
76	・院内事故調査委員会の委員長は院内、院外どちらが良いのか？ ・事故調査制度に関する院内マニュアル作成が出来ていません。お手本になるようなものを提示してもらえると助かります。
77	他医療機関から紹介となった死産例。医療事故調査の対象と思われたが、紹介元機関院長は報告していない。当方の対処は？放置していて良いのか？
78	他施設の方が院内に入るということに経験がないので抵抗がある。しかし本日のお話で支援を入れることが大切だと思った。勇気をもって医療安全に取り組みたい。ありがとうございました。
79	自院での実際の運用への活かし方、医療安全管理体制の問題をどのように解決していけばよいか、とても参考になった。有意義な良い研修へ参加できたと思う。ありがとうございました。
80	各部署とのコミュニケーションの少なさがあります。
81	事故報告書の作成にあたり時系列のまとめの手順など
82	事例の発生時に、当事者を外して対応をすすめるという状況を何度も経験しました。安全管理委員をしていた私は、当事者を守ることが出来ず、又、こうした文化（当事者を責める）が当然のような状況でした。調査委員会が壁の向こう側で行われるのではなく、情報の共有につながるこの制度は大歓迎です。スタッフが笑顔で安心して仕事、看護、助産ができるよう文化を広げていきたいです。
83	研修では医療事故調査制度の主旨は理解できますが、実際の現場では日頃の取組みが十分できていない為、何か起きたら「これは事故調になる？」というマイナス感情が先に立っています（日常の医療安全活動が充実することが大切だとは思いますが…）。
84	臨床医師が受講しやすい研修会にしてほしい（医師の医療事故防止対策に対する意識が薄いと思います。チーム医療として…）。
No.	<札幌会場>
1	匿名性の確保に配慮するについて（関係者の匿名化）の基準
2	制度については整備していますが、実際に事故が起こった場合、きちんと機能するか不安です。
3	聞き取りの技法を幹部が習得してほしい。
4	法的に定められている「事故調」でありながら、曖昧な部分が多すぎており、何を基準にしたらよいかわからない。最終決断が院長に委ねられているが、考え方の相違が現時点ではある（出版されている本に違いがある）。皆が同じ行動をとれるようなシステムを作り上げていかないと、

	件数は上がらないと思う。又、医師が「事故調」に対しての興味があまりないような気がする。
5	研修会を実施しましたが、制度そのものの理解が不足している職員が多い。届出が必要かのディスカッションも、制度を理解していない医師が多く難しい。
6	Ai をした時の読影の依頼先がよくわからない（自院で撮影はできても読影はできない）。
7	医師、看護師の人数がきびしい状況のため、医療事故に関する委員会はコメディカルが中心になっている。管理者の態度が明確ならば問題はないのだろうかと思ってしまう。
8	・精神科事例が少ない。 ・司法（警察）への報告（解剖）と医療事故調査への報告の兼ね合い、順序
9	事例発生後の協議に際し、支援団体がどこであるか？窓口（相談）は医師会なのか？果たして研修のように協力、支援をしてくれるのか？実際はどうなのか？病院と支援団体での信頼関係は成立するのか？まだまだ不安な点が多々あると感じている。患者サイドの気持ちになると、死亡症例に対する報告書を義務化していくのはどうか？
10	医局内の Dr. がきちんと自分のこととして取り組んでほしいと思うので、失敗したら困るという点から次につなげられる、再発防止へ向かえるように Dr. が出席するような研修をお願いします。
11	医療事故に対する医師 etc. の意識が低いように感じる。
12	院内マニュアルを作成するにあたり、サンプルがなく作成に苦勞しています。
13	報告すべき事例かどうか不明な点があり。特に転倒、転落について。
14	まだまだ専任医療安全管理者に任せっぱなしで、病院としてのサポートがない。
15	医療事故調査制度が施行されてから、事故が起きてからの調査報告が一般に公表されなくなったように思います。事故の報道があった後、事故対策や再発防止策を各医療機関や関連団体、関連学会が検討しなければならぬと思いますが、概要さえもわからない状況では対応できないと思います。
16	・術後死について：術後死は一般的に 30 日以内となっているが、退院後、同様に考えていいのか？ ・具体的な対象症例がわかりにくい。Fa が訴えてこない限りは、院内の委員会で終了してしまいそうだ。
17	1 例目を体験していないので、対応できるのか不安です。本日の講演から準備すべきことが具体的になりました。
18	支援団体「窓口」の役割が今一つ不明確で機能しているように思えません。そもそも支援団体がそれぞれ何の役割を担っているのか情報の公開もないので、非常に疑問を感じています。協議会等をきちんと開催し、情報の共有、公開を切に願います。
19	対応する時間が不足している。一部のスタッフに負担がかかっている。
20	・委員会の委員や委員長に病院管理者は「避けるべき」というあいまいな言葉ではなく「含まない」とした方が良く思う。 ・医療事故調査の報告書について、書類として必要という家族は裁判となるケースが多いという話がありました。制度の中では裁判の資料とはならないとあるが、本当にそうなのか疑問がある。いくら匿名にしても遺族は担当医師の名前もわかっているし、裁判の資料として使用されるのではないかと感じる。
21	極小病院での体制をどうすればいいのか悩みが深くなりました。
22	制度スタート時より 4 か月経過し、4 か月前より確実に本制度の理解を深めております。具体的な事例を基にまた更に理解を深めることができました。今後もこのような研修会を継続いただけましたらと存じます。
23	日々患者家族とのコミュニケーションを大事にするよう心がけています。
24	どういうケースが報告の対象となるか、今後、具体的事例を公開してほしい。
25	まだまだわからない部分が多く感じましたが、本日の内容はとてもわかりやすかったと思います。全体の流れのフローチャートやチェックリスト、報告書作成のための資料の収集等を書き込める様式などがあると便利かと思いました。
26	行政解剖が司法解剖と同様に早く一元化されてほしい（東京都の如く!!）。