

27	インシデントに対する当院の医師は、自己保身、病院保身の姿勢で患者の立場に立った事例検討ができていない。現場、教育…の再発防止策は難しい。真実、真因の究明ができるように。医療の信頼を勝ち取るためには。
28	<ul style="list-style-type: none"> ・調査用紙の作成 ・診療部からの報告が少ない。 ・日本医師会が支援団体なのに、医師のインシデントやアクシデントに対する認識がどうなのかと思う。
29	届け出る事例かどうか院内で検討する上で、大変具体的に学ぶことが出来ました。参加して本当に良かったです。合併症だと言われてそれ以上進めないことも多くあります。検討はしておきたいと思う事例が検討の土台に上がらない。
No.	<大阪会場>
1	何度も講義の中で述べられてはいましたが、自分の中でも家族や本人がクレームを訴えてくる＝医療事故として対応という考えがありましたが、そうではないという事をきちんと理解できました。冷静に当事者を責めずに話をきくという事が出来るように話し合いを重ねたい。
2	報告が遅れて現場保存がされておらず、状況がわからないことがある。延命措置を行わないいわゆる DNAR の確認をとっている患者が急変し死亡した場合、「DNAR だから」ということで、原因究明が行われず、報告もされていないことがある。これで良いのか？と思うが「家族も納得しているのど」とのこと。
3	まだまだ医療訴訟と紙一重のような印象、管理者レベルの申告制という法整備の甘さを感じてしまいます。再発防止が目的であれば別の方法の検討もあるような気がしました。
4	<ul style="list-style-type: none"> ・制度は完全でないが理解出来ました。 ・実際は、大学病院や、自治体病院などの大規模（公的）病院と、民間中小病院の捉え方は、全く違うと思います。 ・制度は良いものと思いますが、社会（患者側）へどのように伝わり拡がっていくのか不安です。遺族は「医療裁判」のため利用する方も多いと思います。良い形で全国へ拡がりをみせてほしいです。期待しております。
5	どこまで、ていねいに調査すれば良いのか、どれだけの時間と労力を使えば良いのか、難しいところです。制度に該当するのかわからないのか、判断の難しい事例について、例えばセンターが相談された場合の回答を教えてください。
6	医療安全課の Top である副院長（医師）と医療安全管理者（Ns）、課長（事務）とで医療事故ならびに本制度に対して認識の差が大きく感じられます。副院長は報告することは「極めてまれ」なこと、「患者家族に裁判にされる」ことと、強く認識しています。また、医師免許を持っている弁護士もそのように院内研修していました。
7	中小病院で院長、事務長共、自分事として考えている感はない。医師に事故に対する認識は低く、もし事故がおこったら他者責任にするだろう。医療安全、又、患者は家族への誠意をもった対応がされるかも心配。よそ事のような現状です。
8	医療事故調査制度に対する費用も多くかかるので保険もありますが、国で費用をもって欲しい。
9	医師の認識が低く、看護師の負担が大きい。組織としての取り組みを病院の管理者が理解するにはどのような働きかけが必要か。
10	今回の制度がはじまっても医師からの協力が得られない。
11	名称を変更してほしい（医療事故）。
12	インシ・アクシデントレポートの減少 報告体制
13	医療に起因する、しないの判断に悩む。そもそも報告すべき事例かの判断に悩む。
14	<ul style="list-style-type: none"> ・医師や看護師がメインの研修会内容で、少し難しかった。 ・この制度では、コメディカルの医療安全対策への関与は少ないのでしょうか？
15	警察の介入をどのように対応したらよいか？開業医や中小病院では、死亡例の解剖、Ai の実施、遺族への承諾を得る方法、遺体の搬送の問題もある。

16	いろんな委員会の名前の変更について。このままでいいのか。変更しなければならないのか。
17	現段階では、病院側も最大限医療安全管理に対して協力しようとしてくれているが、いざとなれば開示しない、隠蔽体質があるように思うので、職員を守れるか不安になる。
18	事故が発生すると、現場の最終確認者である看護師の観察力や対応に遅れや問題があると指摘されることが多く、それが死因のように扱われることがある。又再発防止に関しても看護実績や観察力に目がむけられやすく、医師の体制（診断力、指導体制）には及ばない。犯人捜しではなく病院のシステム改善といっても、人の判断、対応がすばらしく完璧でない時、どこまで予期せぬといえるか悩ましいところです。
19	<ul style="list-style-type: none"> ・提供した医療に起因する範囲 ・一連の医療行為で予期していたのはどのタイミングで良いのか。
20	死亡事例が調査対象になるかどうか、仮定の話ばかりに医師の関心が集中しており、その以前に日々の診療、IC、記録をしっかりと見直していくことの必要性をなかなか理解してもらえません。看護師も、看護の質向上と同時に自信を守るためにも記録の重要性をもっと自覚して実践すべきですがまだまだの状況です。日々のラウンド研修、スタッフとの関わりが大切とあらためて感じています。
21	当事者の非懲罰性、秘匿性が担保されるよう制度毎でのサポートが欲しいと思った。
22	明らかな過誤の事案であっても、本制度にあげようとする医療機関がみられるので対応についてはどのようにすればいいのでしょうか？
23	個人へのヒヤリング、日によって反応が違う。どれが本当なのか迷う。
24	<ul style="list-style-type: none"> ・外部委員への謝金の額 ・地方の病院のため外部委員と遺族がどこかでつながる可能性もあり、情報のコントロールがむずかしいと思っている。 ・医師会へ入会を何度も希望しても拒否される中、相談をしにくい。中立性のあるところとは思えない！
25	経験を重ねている医師ほど、医療安全に関する認識が低い。学会等のポイントに、必ず医療安全に関する研修を受講する仕組みがあれば、もう少し患者・家族への説明、記録も変わっていくのではないのでしょうか。
26	医療事故の管理者の判断の具体的事例などがあれば良いのではないかと思います。
27	<ul style="list-style-type: none"> ・医療事故調査制度に対しては特になし。その後の訴訟が心配。
28	悩みではありませんが、経営品質賞受賞したような一部上場企業でも経営トップ（社長）が不祥事をしてかし、医療機能評価機構の承認を受けた大病院でも医療過誤・事故は多発しています。リスクマネジメントも元は組織を守るための一手段であり、To Err is human（人は誰でも間違える）です。個人病院の院長が「あえて予期していた」とした場合、医療事故調査さえ行われないうことになる。遺族はわからないし、亡くなった人は報われない。
29	最後に「報告」に関しての講義がありましたが、本当になかなか報告することが出来ない、時間の経過があり、難しさを感じます。
30	ありがとうございました。参加対象者を医師・病院管理限定とした研修もお願いします（医師の参加の動機付けにつながるために）。
31	現場保全と家族の心情のギャップ。家族が納得される死因説明にあえて報告は返って不信感となり報告はしたいが難しい面もある。
32	診療記録への記載 予期していたことの記載、遺族への説明内容の記載等をどこまで、どのタイミングで記載すればよいか。
33	<ul style="list-style-type: none"> ・予期しなかった死亡の判断 ・個人への責任追及とならない診療妥当性の検討方法 ・死因が究明できなかった時の対応方法
34	病院間の連絡が少ない。
35	医療事故に関する知識を有するスタッフの数が少ない。組織の理解が得られない。

36	<ul style="list-style-type: none"> ・やはり届け出事例の判断に迷うと思います。 ・秘匿がルールとありますが、やはり、事件になった時、どのようにか利用されるのでは・・・と心配しています。 ・経済的負担も大きい。 ・医師の協力は得られないと思う。(意識低い、制度の理解ない)
37	医師が理解できていない。日常からの、事例の振り返りができない。体制的な問題が大きく、時間をかける意識がない。どうしたらいいのか。
38	家族からのクレームが無い案件について、事故調に乗せる事で、民事、刑事事件になってしまう。可能性があるかもと考えてしまいます。
39	転倒・転落、誤嚥に関する判断が難しいです。
40	院内での体制がまだまだなのでこれを機会に少しずつ取り組みたいと思います。
41	支援センターに相談する際、回答に時間がかかる(祝日で休業日に死亡事故が発生した場合)とのことでしたが、Ai や解剖を行うにあたり、遺族への説明として、「医療事故調査制度への報告」とは説明しがたいものがありますが、いかがでしょうか。
42	報告事例の判断
43	医療事故対策委員の委員長は医師でないといけないのか?医師が委員長の場合、細かなマニュアルの見直しのタイミングが遅れる。
44	(予期していない) 未知の病態をあきらかにすると、診断のみのがしになるのではないかと?肺炎例など。
45	外部委員の質が偏りなく確保されているのでしょうか。また、その質を確保するための体制があるのでしょうか。
46	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフ間の言葉のコミュニケーション、伝言での小さなミス、トラブルの改善を少しでもしていきたい。 ・訪問看護での特定行為、NSの資質力量の維持向上 ・外来NSの資質安全に関する感度の向上
47	「遺族の疑問に正面から向き合う姿勢」がとてもインパクトありました。
48	医師の報告体制ができあがっていないため、看護師側が、これって?と思う事例もなかなか表に出せない状況があり、医療安全管理室の長(権限ある人、医師にも言える人)をたててもらえないかと思っている。
49	遺族が第三者の介入を望まない場合の解決はどうしたらよいですか?
50	伝達講習はしました(今回も又します)が看護部の理解はまあまあだと思いますが、Drの周知は遠い道のりだと感じます。
51	今まで医師会の支援会議や市民フォーラムに支援医として出席したが前者はあまりにも、管理者サイド、後者は遺族被害者サイドに立った守勢の議論が多かった。今日は初めて医療従事者サイドに立った説明(小林氏、馬場氏)を受けホッとしている。出来れば両者が再発防止に有用なポジティブな関係で、肉親、患者さんの死を未来につなげてもらいたいものである。そのような心情になって欲しい。
52	病院幹部の考え方と、今回のような研修会でお聞きする内容が異なり、医療安全に関わっている者として悩ましいです。
53	事例を通したものを行ってほしい。たとえば…こんな場合は事故調、いや違う、などその考え方。
54	院内にてこの制度を話題として出すが、各々がどの程度理解出来ているかが不明です。実際の場面で保存が出来ていないなど話し込んだ議論や勉強会が必要であると考えています。特に現場職員(看護師)が心配です。
55	報告についての内容に自身が少しはきちがえていました。今回研修に参加して、理解できた事は良かったと思います。私は看護師ですが、あった事をありのまま記録する事を再認識しました。
56	病院長の理解と協力。学習を行っていただきたい。
57	死亡を予期した時期の判断が難しい。直接的医療行為に過誤がなくても、その後全身状態が改善しない場合。

58	<ul style="list-style-type: none"> ・日頃から診療録の記載のオーデイトができておらず、ずさんな診療記録が医師によってある。注意しても反発される。 ・院外委員の質の担保や教育がなされているのか不安がある。 ・医師会幹部や病院幹部は医師としての資質よりも政治的資質に長けた人が多いと思われるが。
59	<ul style="list-style-type: none"> ①Ai、院外委員等、費用等については具体的にどうするかを教えてください。 ②調査委員会のメンバーに院長が入ってはいけないのか？ ③報告書は外部委員？最後のレポートは院長？わかりにくい。
60	いざ、実際のトラブル例では、対応方法を悩み、留まりかねないのですが、具体的な支援例なども提示していただくとありがたいです (Web etc.にて)。
61	情報がスムーズに入っていない (現状)。Dr の協力・理解が不十分。法人の姿勢が不明確⇒現場に十分伝わっていない。
62	医師が協力的でない。
63	具体的に事例があり分かり易かったです。
64	⑤遺族への説明の資料が今回の研修で一番知りたかったことです。もう少し具体的な実際のはなしが聞きたかったです。自院の調査結果とセンターの調査結果の違いが紛糾になりそうです。自院の背景などどうやって理解していただいて遺族に納得してもらえるのか。
65	医療行為に伴っての合併症で亡くなった場合に、治療前に説明がされていれば、報告しなくても良いかと考えていました。合併症の扱い方に非常に悩んでいます。
66	<ul style="list-style-type: none"> ・報告書が裁判資料となる可能性が。 ・管理者が「予期できた」など判断してしまえば何も始まらないというのは本当にそれでいいの？と思ってしまう。
67	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースにより報告するかどうかの判断に悩む。 ・遺族に説明する際の「医療事故」に抵抗を感じる。必ずしも、ミスがあったわけではないのに「事故」という言葉を医療者側から発すると、家族はミスがあったと受け取るのではないかと思ってしまう。 ・院内の調査委員会が組織の中で確立しており (責任追及ではない委員会) その状況の中に第三者を呼ぶのは調整に時間も要し抵抗を感じてしまう。
68	病院管理者は、患者の家族が、解剖・Ai を希望されない場合、事故調査をしても原因はわからない。そのため解剖・Ai を拒否された場合は、家族が納得して帰られた場合は、予期せぬ死亡であっても、報告及び調査は不要と考えておられます。これでは医療事故調査制度の目的な何なのかのと思い、医療安全管理者としてのモチベーションも下がります。
69	・「医療に起因した」の中の「経過観察を含む」の範囲が判断しかねます。
70	委員会を開催しても「医師の裁量」で結論づけられることが多く、それはどうなのかと思ってしまう。
71	行政に勤務していますが、今回の制度は行政に直接には情報がないので、この様な研修は大変勉強になりありがたいです。
72	医師、看護師が事務職任せである。
73	医療安全に関わる人以外では幹部でもなかなか理解が得られていないように感じます。Dr のカルテ記録などはその一例です。Dr は忙しいから…ではすまされないと思います。
74	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒による死亡事故は制度の対象となるのかどうか ・委員への弁護士の参加について
75	医療安全委員会がありますが、専従の担当者がいなく、幹部も委員も積極的な対策や活動をしようとしません。事故の判断もあいまいな決定になりがちです。院長はともかく、他の医師が安全に対して無関心。専門領域の事ばかり考えている。
76	医局からのインシデントレポートはほとんどなく医療安全対策に関しての教育体制があまりない。また、研修 (外部) への参加をしようとしなない。ドクターにイニシアティブをとっていただきたいのですがむずかしい状況である。
77	今回この研修を受講して、医療事故調査制度の目的、流れ、手続きなどがよくわかりました。(具

	体的でしたので)
78	<ul style="list-style-type: none"> ・支援団体が数多くある中で、どこに支援を依頼したらよいか分からない。 ・予期していない死亡であっても原因が医療過誤等ははっきりしている場合の調査委員会の役割が分からない。
79	日々発生する死亡事故について、医療事故に該当するかどうかの判断が必要で、かなりの労力を要する。医療事故調査制度にそって調査委員会の確立の準備が大変である。
80	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフの全てが発言できるような態勢を作ることが大事である。病院との信頼関係も大事(病院はスタッフを守る)。 ・最後の研修会については、DVDをみせてもらい感激しました。ありがとうございました。
81	医療安全推進においては、施設の管理者(院長)の考え価値観が大きく影響します。院長の継続的な研修会などの参加をある程度必須要件にして頂きたい。医師の厳しい労働環境は理解できませんが、それをたてにして診療科を守るといった誤った体制を変えていかないといけないと思います。
82	Ai は通常の当院のCTで行うのか。読影はどうするのですか。明確なAiの方法がわかりません。専任で従事しているわけではないので、日頃からのラウンドや、インシデントアクシデント分析また職員への周知など、充分なことが出来ないことに悩むところです。
83	<ul style="list-style-type: none"> ・完全な白黒と判断できない事例(合併症)などが発生した場合の対応 ・事故が発生した際の現場保存 ・解剖を実施するまでの説明(週末等であれば痛い保存が長くなってしまう) ・遺族が何の疑いも持たない事例の事故調への報告(遺族の中に荒波を立てる事となる) etc.
84	(日頃の悩みではありません。感想とさせていただきます。) 行政機関(保健所)として参加させて頂きました。保健所は日頃、医療相談を受けており、市民から多くの相談が寄せられています。今回の制度立ち上げに当っては、医師会等の支援団体が中心になるとかかかっておりましたが、プロフェッショナルオートノミーを実現しようという気概を感じ、安心致しました。保健所としても遺族の方等から医療相談をお受けした場合に制度について正確にお伝えできるようにしていきたいと思います。ただ、まだまだ制度が複雑であること、また医療機関への制度の周知がどの程度できているのかわからないことについて不安を感じます。
85	どの程度の内容で報告するのか難しい(判断が)。
86	組織化して活動をこれから開始するところですが構成メンバーや役割を聞くことができよかった。個人の追及ではないとはっきり言えるように思います。
87	報告のあり方。特に医師からの協力がえられないこと。院長が医療安全管理者任せでリーダーシップ発揮してくれないこと(私はNsです)。
88	現場の意識改革として時間(みんなで考える時間)がまだまだ足りていないため、前を向いて取り組んでいく必要がある。
89	予期せぬ事例モデル事業のように届出事例の概審を公開していただけるとありがたい。
90	<ul style="list-style-type: none"> ・院内での初期対応を定める際、作業量が大きく、決定権も無い状態ながら制度自体「必須」「望ましい」等の判別が難しい点があり、最終決定に結び付ける事に難渋している。初期の体制作りも相談できるか不詳です。 ・医療事故調の具体的な体制決定も未定のまま、診療各科の意見もばらつきが大きく、協力を得難い状況。⇒医師の医療安全管理者認定などは出来ないでしょうか。
91	医療安全管理者を担当していますが、当該制度に対する病院の認識が低く、組織体制も不十分でいざ事故が起こった際、医療安全の仕事として医療安全管理室に一任されそうな不安がある。
92	具体的な事例等あり参考になりました。医療安全管理者や今回の調査制度に関心を持っている人、ない人とで姿勢がちがうことも気になります…。
93	院長が医療支援センターにはまず報告してくれないと思う。そういった姿勢 良いビデオなどは貸出かインターネットでもみられるようにしてもらえるとありがたい。
94	届出イコール過失があったと考えられがち(一般人も医療者も)で、抵抗が大きい。遺族が何も言わなければあえて調査しなくても…という考えである医師が多い。

95	<ul style="list-style-type: none"> ・支援病院の方の模擬院内事故研修会で、原因究明より責任追及に傾いてしまったとの話を聞いて支援して下さる先生方の姿勢が大切と感じました（…というか不安が…）。 ・事故調査委員会の報告は責任追及ではないとのことですが、警察・検察が利用する可能性が否定できず、病院は保身的な態度になってしまうのではないかと危惧します。 ・私立病院では、経営者の意向が過剰に強く影響することは避けられないように思います。
96	事故を予防の為の知識を持つことは大切です。これまで事故が起きないで事実から今さら取り組む必要もないという風評…悩みます。必要ないのでしょうか？
97	当院は40床（療養）の小病院です。管理者を含め、1人部署も多く、委員会のメンバーがほぼ同じという感じです。その中で、医療安全は、1病棟しかないこともあり、このような展開が難しいと感じています。専任の担当者も置きにくい状態です。このような病院の場合、医療安全委員会や事故調査委員会をどうすれば有効に有意義に運営できるのでしょうか。内容の理解はできましたが実際を考えると暗闇のようです。
98	後日に対象事例を判断した時、遺族の連絡等が難しいと思いますが…。いかがでしょうか？
99	院外の先生に委員長になってもらうのは本当に可能か…。たしかにその方がヨイと思うが負担度が高いと思い、たのむ方にも遠慮があるのですが…。
100	患者様が転倒された場合、家族様から、お薬によるせいであらうとフラつきが生じたのではないかと、説明・カンファレンス実施しても、実際となると理解していない場合がある。
101	<ul style="list-style-type: none"> ・制度届出判断 ・院内での当制度対応。資源の確保
102	医師の意識改善や本制度に関する理解を高めるにはどのような戦略が必要か日々思っています。
No.	<名古屋会場>
1	解剖に関して病理医が受け入れを拒否しがちである。過誤が疑わしい場合、司法解剖になるだろうという意見。
2	実際にまだ対象事象にあつてはいないが、そうなったときに、遺族に本制度の説明、ゼク（&Ai）の申出、許可がうまくとれるのか自信がない。
3	死因の究明を求めることで、過誤が発生した時の対応で、患者側、医療機関の両方共に悩めることにもなるのでは。しっかりとしたメンタルフォローが必要である。日頃より人的訓練が思う。
4	病理解剖体制の充実が必要であると思います。しかし病理医の絶対数が不足していると思います。何らかの法整備や病理に対する補助が必要かと思えます。
5	実際事故が発生した時、解剖までの流れなど自分の地域でどのような対応ができるのかわからない。
6	わかりやすい講演でした。熱意が伝わりました。 <ul style="list-style-type: none"> ・外部委員の氏名を公表すべきか ・報告書そのものを渡してしまつて不利益はないのか 2点迷っています。
7	「医療事故調査」の名称を「医療安全調査」等に変更できないか。
8	報告書の規定用紙ができると良いですね。
9	報告すべきか…判断に迷います。
10	<ul style="list-style-type: none"> ・支援団体の立場からの研修も実施してほしい。 ・遺族への迅速な対応が求められるので、医療安全に携わる立場では時間に関係なく対応を求められている。 ・医師からの報告がタイムリーではないこと
11	医師の制度の理解を得ることが難しい状況です。法的対応されるのではないかとこの恐れが強いようです。医療安全部門への報告もされず、こちらがさぐっていく状況です。まだまだ個人の責任の追求という意識があり、研修会や説明会だけではぬぐいきれないのが現状です。

12	外部へ依頼した際の金額の目安を教えてください(院外委員への謝礼等)。
13	・医師による報告があがってこない。しかし医師、その他スタッフの多忙さを見ているとあきらめてしまう状況である。 ・職員を守りすぎると甘えてしまう現実もある。改善につながらない。
14	医師がインシデントレポートを書かないのはなぜ？
15	Ai 読影報告書について、従事者から、遺族ともめて、後々裁判になった場合、本報告書が提出資料とされることを心配し、報告書の作成ができないとの声があります(実際にはまだ1件も症例はありませんが)。
16	届出基準を悩みます。
17	「予期しない」の定義。院内調査委員会の長は外部から選ぶ方が良いと言われていますが、実際にはどうされているのでしょうか。院内の事情に精通していない人では難しいと思いますが。
18	届出をするかどうか迷う事例が多くて困っていましたが、今後はセンターに相談していこうと思います。
19	院内全体への周知。医師への理解をいかに高めるか。(医療安全調査制度に変えてほしい。)
20	事故が起きた時の事例検討は必要で、今回の医療事故調査制度は重要であると思うが、医療安全再発防止が目的なら、医師や看護師など1人1人がもっと興味を持って理解し、姿勢が変化するための院内研修をどうすればよいか悩んでいる(環境や教育の視点が必要であるという視点)。
21	再発防止のポイント、視点について非常にためになりました。
22	医療事故の判断、急性期病院のため緊急で入院された患者さんが急変するケースの場合(特にこれといった医療処置がなく補液のみの投与程度)にどう判断すればよいのか。診療記録、主治医等へのヒアリングはもちろんしていますが…。病理解剖でも死因と考えられる所見が不明の場合
23	医療事故の経験は何回もないと思うので、病院内での対応のマニュアルがあっても、全員が周知していないこともあり、夜勤帯等の少人数での判断対応がきちんとできるか不安があります。
24	予期はだれでもできるものが、記録や説明がなかった場合でも対象とすべきなのか？
25	手術時の稀な合併症による死亡(ICあり)は報告すべきか。
26	具体事例を用いて、考え方について学びたい。
27	講師、各種支援団体、各種ガイドラインの内容に整合性が担保されていない為、実際の判断に際して混乱する。
28	1) 臨床業務も忙しい。ますます「説明」などの業務が増えて、時間的計画が難しくなる。その中で突発する事故の調査を、業務の中で行くと、どうしても調査が浅くなる傾向が強い。 2) 裁判の結果がどう考えても理不尽なケースは多いが、弁護士や裁判官も同様のとりくみ(裁判事故調査)をしていただきたい。 3) 外部委員のあっせんを依頼すると、同県のみ紹介される。⇒もう少し広げてほしい。また、結局当院で選択することになっているが、センター側で推奨してほしい。
29	医療事故対象の病理解剖は整合性があるのでしょうか。(行政解剖、司法解剖との区別)
30	今まで安全管理者だったので院内過誤について意見したら「やぶから蛇を出す」ことはやめてくれと院長から厳しく指導された。本日の話でも公的な病院だから出来ることかと思われる。医療安全文化の全国での醸成を祈りたい。
No.	<東京会場>
1	支援団体の体制が、地域により差がある。その差を解消し、速やかに対応していただく体制を作っていただきたい。情報が少なく、又、統一されていない部分もあるので、現場は混乱しています。明らかに死因が医療過誤だと判断された時の対応が難しい。
2	医療事故の定義
3	法の問題ではあるが、管理者だけが医療事故を先導するが、能力が無い管理者では問題がある。「管理者又はそれに準ずる医師が」とすべき。
4	・病院の管理者や執行部がこの制度を正しく理解していない。 ・上記の人々が自ら研修に参加していない。

5	どんな事例が報告されているのかホームページなどで見られるようにしてほしい。対象となるのか考える時に参考にしたい。
6	「医療に起因し、または起因すると疑われる死産」の範囲が今ひとつよくわからない。
7	予期せぬ死亡例では、警察への対応と院内事故調査委員会の対応の棲み分けを法律的に確立できるか？
8	<ul style="list-style-type: none"> ・「医療に起因する死亡、死産で管理者が予期しなかった」という医療事故に該当するかどうかの判断が難しい。 ・本年6月までに医師法21条とのことが討論され見直されるようだが、業務上過失致死傷との関連が理解しづらい。
9	本日はありがとうございました。大変わかりやすく勉強になりました。困ることと言えば、やはり警察通報です。また、都への報告などどうしていいものかと悩むことが多いです。このあたりのお話もぜひ聞きたいと思います。
10	管理者が医療安全に対して後向きであると、話を進めるのが難しい。手術などの場合、ミスと合併症の線引きが難しく、協議をしても合併症で終わってしまう。医師全体のリスク感覚の不足が問題。
11	医療事故調査制度～医療安全・再発防止策として非常に良いと思います。しかしながら、21条との関連、又、匿名にて調査報告書を遺族に証明する中、納得してくれればよいが、訴訟に発展していった場合、当該報告書が証拠書類となり、匿名性も実名を求められる等、不安的要素も多いのではと思われます。
12	昨年10月に施行され、院内研修会を開催し、マニュアルの整備を終えた頃に見直しの時期到来！新年度が始まろうとしているのに、見直しができる。「早く見直しをして」というのが本音です。医師法21条にも翻弄されています。
13	<ul style="list-style-type: none"> ・予期せぬ死亡、医療に起因した死亡の判断がやはり難しい。 ・患者さんが亡くなってすでにご自宅に戻ってしまってから、これはと思う事例の場合、現場保全はできないが、早めに現場保全を指示してよいものなのか？（また患者さんが死亡していない段階で）
14	21条通報で行政解剖（捜査協力）、同時に医療事故調査、同時に保険会社報告、弁護士への報告相談、都への報告等、違う視点で同時に医療安全管理者の負担大きすぎる。
15	<ul style="list-style-type: none"> ・支援センターの活用方法 ・医師法21条は院外異状死体のみが対象か？ ・院内での死亡例はすべて本調査制度に届けるだけでよいか？
16	<ul style="list-style-type: none"> ・報告書内容の可否判断 ・報告書を遺族へ渡すべきか ・医師法21条とのかねあい
17	「診療の妥当性」を論点に入れるべきかどうか悩ましい。講師の話も「議論しない」と明言する方もいれば、スライドの随所に「診療の妥当性」を調査委員会の検討事項としている部分もある。事例によっては、論点に加えるべきものと思うがどうか。
18	医療事故調査制度での報告書の作成はまだ行っていないが、それ以前に報告書を作成するにあたり、何度も書き直し、何カ月もかかった経験があり、かなりの負担がある。事故調査の大変さも経験していると、できるだけ報告したくないと思うのが正直な気持ちである。
19	今回参加させていただき、病院全体で取り組む重要性を改めて認識しました。自院での安全文化を根付かせる必要性を切に感じました。全体で取り組む必要性。
20	内小系の「誤診」や「検査をしなかったことによる救命機会の逸失」等はどこまで医療事故になるのかが不明です。
21	県により、支援団体の活動の程度が違うので、相談することができないことあり。
22	今回の事故調査制度と刑事責任との内容が常に問題として残ると思います。報告しなければならぬ事例にもはっきりした基準もないようですし、医療現場としてはとまどうことばかりです。もう少しはっきりした判断の基準を示して頂くとありがたい。それが刑事責任とどのようにリンクしてくるのが知りたいところです。

23	まだ現場への周知が整っていない中で制度が先にあるように感じています。看護師による特定行為が広がっていくことと本制度がどのようにかかわって広がっていくのかが心配であり、希望でもあります。
24	支援センターと言っても、遺族としては同業者同士であるため、病院側、医師会側の組織として認知して、医療機関側に有利な判断をするのではないかという偏見は、どうしてもぬぐいきれないところもあるのではないかと思います。その辺りご教授いただけましたら幸いです。
25	病院長からして医療事故調査制度に対する理解が得られない。マニュアルや院内体制の整備等、医療安全管理者が作成することになり負担が大きい。今回の研修会に参加することにより、具体的な事がわかりやすかったので少しずつ進めていきます。
26	「管理者の判断」となっているが、管理者の本制度への理解と判断について疑問に思うことが多々ある。管理者に特化した研修を義務化してほしい。「予期しない」という文言で DNR があれば「予期していた」ととらえている（管理者も当該医師も）。
27	・院内事故調査委員会報告でセンターへの報告書を代用することは誤りなのでしょうか。 ・院内事故調での議論を活発化させる上で、当事者をメンバーにすることは適切でしょうか。特に院内メンバーの選出基準が案外悩ましいところです。
28	長である医師、もしくは法人の長（これも医師）が、これは事故でないと判断してしまうと、関係者である病院スタッフはやりきれないことがある。医師の資質の向上が事故調査やこの制度の活用に繋がると思う。やはり医師に対する何らかの周知は必要であると考えます。
29	事故調査委員会を立ち上げる立場としては、マニュアル、報告書等、個々の病院に任せず、統一した形を作ってもらいたい。
30	当該医療機関が主体となって行うにあたり、非常に苦勞したことがあります。外部委員の日程調整についてです。教授クラスの先生方が3~4名、外部よりいらっしゃいましたが、調整が大変でした。できれば医師会等支援団体、もしくは制度でもっと強制的立場でもって日程調整までしていただけると助かります。また費用（謝礼、交通費）等に関しても決めていただきたかったと思います。
31	「医療事故」という言葉は変えられないのでしょうか。「死亡原因調査制度」という言葉にでもすれば Claim から Event Oriented に変わると思います。
32	現場に最も近い医師の方々が、未だ制度の中身を正しく理解されていない現状。医師会からももっと強固にアピールして頂きたいと思います。（委員会、会議等でも医師以外の職種はそれぞれ危機感を持ち協力体制を構築しようと歩み寄るのだが、当の医局が殆ど協力得られない為）
33	報告事例が悩むことが多く、過去の相談内容は開示して頂けますか。
34	相談や報告事例内容を知りたい。窒息死が医療に起因しているかどうか分からない。
35	安全対策マニュアルの作成に苦勞している。スタンダードな標準版マニュアルが欲しい。（各施設毎に多少のカスタマイズで使えるもの、医務課監査で問題ないものを簡単に）
36	重大事象調査検討委員会等を開催した場合の会議録（テープ起こし）はどこまで求められるのでしょうか。
37	医療安全に対する職員の意識を高めることに苦慮していること。
38	開業医で、少人数体制で定期的実施する安全委員会。実施が難しく悩んでいる。
39	・やはり医療事故かどうかの判断に迷う。厚労省の定義に従えば、対象となる事案は膨大となると思う。体力のない中小病院では委員会の開催は非常に負担のことが多く、報告する際のハードルを上げざるを得ない。 ・法的な免罪性が担保出来ない限り、この制度は永遠にうまくいかないと思う。厚労省、法務省、警察庁が十分な議論をしてほしい。
40	予期した死亡か否かの区分が、明確に医療者に理解（認識）されておらず、対応に苦慮している一面がある。
41	安全管理者が兼務のため、本制度に関する業務にあたる時間と人手が足りない。
42	まだ開始されたばかりで手さぐり状態ですが、大学では独自に院内調査等をやりすぎて支援団体間の共有財産にならない事例が見受けられる。

43	今回の医療事故調査制度はあくまでも責任追求でなく、原因究明、再発予防に主眼がおかれているのはよく分かりました。当院でも制度発足前に死亡事例があり、主治医や放射線医などの尽力により、原因究明でき遺族も納得していただけたのですが、feed back しようと病棟で Ns を集めてデスクンファしたのですが、責任なすりつけに終始し、当方の望んだ水平展開ができませんでした。どうしたら職員の意識をそちらにもっていくことができるでしょうか。
44	どのケースを事故調に報告なのか？事故調へ届け出る手間が大変すぎる。院内報告体制が事故調対応するには少し足りない。
45	法的な罰則との関係が未整理によることの対応
46	支援団体の役割が重要であるということが強調され、理解できたが、各都道府県の窓口が明確になったのかを教えてほしい。厚労省の HP に出ると言われたが出ていない。
47	制度の理解をしようと様々な研修会に参加しましたが、一部の研修会（川崎市医師会主催）では、演者が偏った意見を述べ、現場に多大なる混乱をもたらしていました。誤った内容を正しいと理解してしまう参加者もいると思うので、研修の質の担保、悪質な研修の取り締まりをしてほしいと思います。
48	医療事故調査制度の施行で、担当者の負担は大きい。2年後の診療報酬の改定で加算増の噂もありますが、施設内で日常的に医療安全管理に尽力していることを評価してほしいと思います。どうやっても事故は起こる、と想定して業務についております。法律で守られた事故調査が行えることは大変助かると思っています。
49	医療事故調査・支援センターへの報告事例は「医療過誤の有無は問わない」ということを伝えても理解できない医師が多い。「報告」する必要のない事案を「とりあえず報告した方が良い」と安易に考える医師が多い。
50	当該医療機関が行わなければならないこと、支援団体側がやるべきこと、を分けるのが難しい。基本的には、当該医療機関が主体なのですが、何でも支援してくれると思われてしまう。
51	今の私どもの施設長が理念を理解しておられないのか、理解したうえで及び腰なのか、「事故」の概念に当てはまらないという要件を見つけることに腐心しているとしか思えない。大きな施設の場合、支援を頼ること自体（プライドの問題かもしれないが）抵抗があるのではないかと。おそらく病院長会議で説明は受けておられるのだろうが。医師法 21 条が生きているということで法医学ガイドラインにどの程度の強制力があるのかわからない。異状死体以外の届出義務はないので、21 条の説明をされる場合はそこもきちんと言及してください。
52	医学的な（専門的な）判断
53	医師の協力を得るための方法は何かありますか。例えば報告書の提出も返事のみであったり、自分は悪くないから関係ないという姿勢の先生が多い。
54	報告書を遺族に渡すべきか。とても良い研修会でした。ありがとうございました。
55	家族と連絡が取れないときの Ai の取り方に悩んでいます。
56	医療安全管理室まで報告が上がらず、主治医のレベルで処理されているケースがある。
57	医師法 21 条との関連を明確にしてほしい。
58	重症心身障児医療に従事。NICU、PICU の急性期の医師は家族に「急変・突発的生命危急事態」が退院後や、慢性期をケアする病院で起こり得ることを説明していない。
59	医師の中には予期せぬ死亡事例であっても、遺族からクレームがなければ病院には報告しない。調査して報告書を作成する必要はない。と捉えている方もいて、制度の目的はきれいごと、と理解が得られません。
60	新しい制度下では資料の保存、チューブ類・機器類の事故発生時の保存を行うこととされているが、院内の合意形成が難しいと思う。医師会として指針等を出していただけるとありがたい。
61	スタッフ（医師、看護師、コメディカル…）等への意識付け、認知のさせ方 特に医師は非協力的
62	医療に起因する予期しない死亡について、色々な勉強会で講義を聞きましたが、いまだにわかりません。精神科では突然死が時にみられます。向精神薬による突然死は、常用量で使っている場合は副作用として考えられると思われれます。常用量を越えた、多剤併用での突然死は事故調に報

	告すべき事案となるのでしょうか。
63	初動のマニュアル的なものの例があるとよいと思いました。0 ベースからスタートは、すべてが後手になってしまうので。
64	医療事故調査制度の目的は医療の安全の確保と言いながらも、死因の究明←医学的視点での診療の過誤の有無ばかり注目されているような感を受ける。事故の背景を洗い出し、再発防止のための院内体制や仕組みを構築していくことが必要と思う（再発防止を個人のスキルの向上だけでは意味がない）。まだまだ医療安全の考え方が全国の病院に広まっていないと感じる。医療事故調査制度のためにどうするか？という議論ではなく、医療事故調査制度を活用して、医療安全文化を広め、医療提供に関する体制や考え方を向上できる議論が必要と思う。
65	体制をどのように作っていくか。
66	警察への届出とのちがいについて悩んでいました。先生方が回答して頂いた通り、異状死体に関する以外は支援センターへのコール対応としたいと思います。残念なことに遺族からの訴えにより、警察への介入があった場合、明らかな過誤がわかった場合など、今後どのような対応になるのか心配です。
67	大学病院の中には院内のみで調査をおわらせてしまうところがあるのか？医師会の支援も必要なくなるし、外部の目がないと、同じような事件を繰り返し起こすのではないかと思われる。
68	・医療安全管理者として日頃あたっています。そこで、いつも思っていることがあります。事故調査委員会の目的は原因究明、は十分理解しております。個人の責任の追及はしない、目的ではないと示していますこともわかります。ただ当事者又はそれを聞いた上司らは、エラー、ミスをしたのだと思うのです。委員会をするほどの重大な事故では、とのフォロー対処はいかにしたら業務が続けられるのか、悩みが付きません。 ・予期しなかった死亡事例か否か、医療過誤か否か迷います。
69	報告書のひな型があると良い（表紙、概要や背景、要因等、項目を記載したレポートなど）。最後のページに報告書の例があり、大変役に立ちます。
70	院内で医療安全の中で話にはできるが、医師（委員長）からして積極的でない。どう整理していくべきか不安です。
71	夜間や休日などの事例発生時、看護管理者としての対応が不安です。
72	院内調査から報告の判断をするうえで、その判断が正しいのか迷うところです。
73	医師の中でも日頃から報告するのを嫌がる科があるため死亡に至る前に報告されない。もっと早くに報告されるようになってほしい。報告書を提出したものが遺族の元に渡った時のことを考えると、弁護士にもみてもらう必要があるのではと考えてしまう。
74	院長と医療安全管理室スタッフなどの一部の者にしか制度が理解されていないまま体制の周知がされているので、本日、悪い例として紹介されたようなやりとりが見られることもある。現場スタッフへの教育（講演会実施）こそ大切だと感じた。
75	・支援センターに相談するタイミングについて、症例によって異なるため悩ましい。 ・事故調査制度に合致する事例かどうか判断するのが難しい。
76	死産症例の報告対象が明示されていないこと。
77	事例が該当するのかを管理者と協議するが、その判断が難しい。
78	家族にとっては事故が、医療側はそうではないという相違がある場合、報告してしまうと、後に家族に第三者調査の申請権ができてしまう。当事者が病院管理者であった場合、報告の必要はないという議決となるが、医療機関判断で問題ないのかが心配です。併発症が関連しないと証明する必要があるのか。
79	・スタッフへの聞き取り調査について、妥当な時間（1回にかける時間）、人数、経験年数などに即した方法。 ・院内での情報共有（職員への周知）。 ・ご家族との面談について、環境やタイミング、誤解を避けるための注意点、交渉術、人数。
80	報告書作成のフォーマット、見本があるとよい。又、遺族へ文書でわたす際の見本、注意点、配慮など。

81	支援団体と支援センターを混同することがある。支援団体のメンバーが業務を理解していない、と思われることがある。
82	情報共有と問題解決の難しさ。
83	規模の小さいクリニック等からの報告に至るまでの院内調査・方法。
84	事故調査制度の院内調査委員会は医療の安全の確保との視点であり、犯人探し（誰が、どうして）ではないとのことであるが、その後の訴訟を前提とした調査委員会（記憶が新しいうちに）と、同時に行うことは不可能になってしまうのでは、と思う。
85	「医療事故」という用語を最初に遺族との面談で使用することになりますが、この時点で遺族の「医療事故」＝医療過誤との誤解を解くのに大きな困難が予想されます。特に医療機関（当該）の医師からの説明について、疑念を抱いている遺族にとっては、すぐには受け入れがたい用語と考えられます。支援団体として、是非、遺族向けの、本調査制度の内容、特に「医療事故」という用語について説明するパンフレットを作成していただくようお願い申し上げます。受け身支援から積極支援していただくと大変ありがたいと思います。
86	医療事故によるものでない「予期しない」死亡例にも「事故」という言葉を使うのがなじまない。
87	新しい制度ですので、院内マニュアルをどのように作成してよいか困っています。
88	<ul style="list-style-type: none"> ・非懲罰性を担保してほしい。 ・再発防止のためのフィードバックとして、事故調のデータを開示してほしい。 ・Ai等の費用はだれがもつのか。
No.	<岡山会場>
1	報告のあった件についての具体的な例示がもっと欲しい。
2	当該制度に関して大学（医学部）の位置付けが不明確。解剖やAi読影は大学の協力なくしては成り立たないのではないかと。
3	高齢者、認知症患者増え、OP合併症、OP後転倒、ライン抜去を防ぐのに大変です。説明、記録するようにしているが、家人の協力も少ない中、これから大変な問題になる気がします。CV挿入はこれからAM中に改善してもらいたい。
4	医療事故調査制度ができ、質の高い医療安全が提供できれば良いと思いました。私は看護師長（手術室）として参加しました。当院の医師もいっしょに研修に参加できれば良かったと思いました。
5	管理者が予期しなかった死亡の判断。
6	医師からの死亡に対する経過結果のチェック表等の明示がない（チェックリストを作っている）。自分の提供した医療が正しかったとききちんと届けて頂きたい。
7	院内事故調査委員会に外部委員を入れることは中立性という点から十分理解できます。しかし「委員長を外部委員が担うべき」という今回の研修での説明は、病院内の自浄性や医療安全体制の強化という点から疑問に思えます。院内調査の委員長は病院内のことを熟知した管理者以外の内部委員が適任と考えます。
8	医療事故が起こって死亡までの間、調査支援センターに相談できないものと考えておりましたが、そうでないことを知り安心致しました。
9	医療安全管理者だけが四苦八苦していて、医師は無関心である。忙しいのは分かるけど、患者のニーズに応えるために、ICの必要性、記録の重要性を分かってほしいと思う。
10	病院・施設により制度にかかる症例に相違が出てくる。はっきりとした基準があった方が良いと思うのだが。この制度に関して著作がいくつかあり、これらの中にも相違が多い。ある本では報告する症例がきわめてまれであると書かれているものもある。
11	転倒事例など共通した事案は参考となります。報告をいかに早くキャッチ、あるいは職員へのアクションの方法も理解できました。聞き取りの方法も参考になりました。
12	「医療に起因するか否か」「予期せぬ」という言葉の解釈が人それぞれ違っており、なかなか判断が難しく委員会にまであげていくことが困難なことがある。医師の中にはまだこの制度を十分理解していない人がいることや、診療記録が書けていない人もいるため、医師への教育をどうすればいいのか悩んでいる。保険会社の人や弁護士の研修等は実施したが、それでも不十分と思っ

	ている。
13	民事訴訟との関係など
14	各都道府県の支援団体から、支援団体同士がどのような連携をしているのか知りたい。
15	報告書作成のワークショップも開いてほしい。
16	特殊な専門病院において、外部委員を依頼する場合には、外部委員が少なくなるが、同じ大学系の医師以外になると、遠方の Dr. への依頼になる。医師会への依頼を行っての対応が一番か？
17	再発防止を目的とした制度であるが、調査を進める過程で個人の責任が浮かび上がるケースがあると思うが、非懲罰性と言えど、仕組みの中に担保がどこにもないと感じる。
18	研修時等、伝えてはいるが、職員間の実感があまりみられない。訴訟に対し保険に入ろう！との発言が増えたが、カルテ記載、Dr. への報告、等、実際の看護に必要な事が後回しになってしまっている気がしている。
19	日頃、診療を行う医師と、何度となく医療事故調査制度の研修会に参加している医療安全管理者（看護師）との認識の差を感じます。中々、組織でありながら、認識の度合いが組織で一定レベルで議論できないのが問題だと思います。院内の医療安全管理体制そのものを見直し、立て直しを行わなければ、医療事故調査そのもののステップアップも困難です。医局の積極的参加、組織的に医療安全に参加する姿勢が必要です。
20	院内事故調査委員会での調査は再発予防と原因究明を目的とするため、自己の法的責任に関しては、不利な証拠となり得る内容も積極的に表明する方向性にあると思います。同一事案で刑事起訴、民事提訴された場合に調査委員会報告の内容が不利な証拠とされない免責の担保がなければ、事故調査の委縮を招くのではと懸念しています。その点の法的整備が必要ではないでしょうか。
21	「院内医療事故調査の具体的方法」の理解はよくできたが、当院に実行ができるマニュアル、体制づくりができるか不安。
22	当該者の対応について、とても難しいと思っています。システムの問題として考えるととっても限界がありますし、個人のミスをどう追求すれば良いでしょう。
23	死因はほぼ確定でき、その内容に過誤があることが明確な事例などは、医賠責（賠償）対応と並行して行うのか？両者の棲み分けが難しい。現実的支援団体である医師会も同じ職員が担当していると思われるが…。
24	医師が医療安全管理係長まかせで自ら制度について学ぼうとしない。
25	院内で医療安全に関わる職員（特に事務職）の育成
26	外部委員への謝礼、報告書の作成費用、会議の事務費等の医療事故調査にかかる費用について（センター調査は 100,000 円となっています）、委員会開催回数にもよりますが、実費を医療機関に請求するのでしょうか（支援団体）。
27	医師へ理解させることの難しさ
28	医療事故の定義である「医療に起因する」という文言の「医療」の判断が難しい。Ns が行う療養上の世話は、広い意味では医療に起因するが…。これを管理者判断で…というのは「報告しない」となる例が多いと思う。しかし療養上の世話の部分で死亡している Pt は多いのでは??（直接の医療より多いと思います）
29	研修会内でもありましたが、外部の人が自院で委員会に参加することに違和感がやはりあります。
30	院内事故調査委員会の開催にあたって、院内・院外の委員は多忙な状況です。開催時の調整など工夫はなされているのでしょうか。
31	医師ではないのでどこまで関与していけばいいかわからない。（医療安全管理者）
32	医療事故として取り上げるべき事例の判断が難しいと感じております。
33	・現在までは医療事故調査までした事例がないが、今後活用していきたい。 ・まだまだ犯人探しだと思っているスタッフが多いと思う。病院に研修等で説明してもらいたい。
34	調査・再発防止となっていますが、どのタイミング、方法で、事例の公開、再発防止策が各医療機関に知らされますか？

35	<p>・院内会議の中に当事者は参加しないという院内ルールがありますが、実際聞き取り調査の内容だけでは不十分なこともあり、又専門性も高い症例では上司だけでは回答できない時があります。それでも外した方が良いでしょうか。又、どのような方の参加が望ましいでしょうか。</p> <p>・患者家族からの要望で事故調へ申請した場合、院内会議の日程など聞かれることがあります。どの辺りまで返答すれば良いでしょうか。家族の気持ちとしては本当に事故調にかけていただいているのか不安を訴えられる方もあります。</p> <p>・報告書をまとめたものを家族へも同じ報告書を渡すのでしょうか。</p>
36	県のとりくみのバラつきが大きい。支援団体として院外からの依頼等を取りきめたが、これでいいのかと考える。色々とりきめてほしいこと等あるのと思います。
37	院長、副院長、事務長と理事長の医療事故への認識が低いことが一番の問題と思っている。

(Q3) 今後の研修に取り入れてほしいこと

※一部抜粋

No.	<仙台会場>
1	・実際の報告事例 ・もう少し実務的な内容で
2	事故調査委員会の具体的な症例での進め方と開催までの資料の作り方
3	分野ごとに報告症例を精査した事例などを取り入れ、報告事例の内部類型を統一するような研修も必要ではないか。
4	医療事故調査における聞き取り調査での関係者の発言内容と法律（刑事、民事）における扱い
5	実際の事故調査委員会のシミュレーションを行ってほしい。
6	調査委員会の開催方法、報告書のまとめ方、についてもっと詳しく教えて頂きたい。
7	院内事故調査委員会運営のロールプレイ 院内事故調査報告書作成のワークショップ
8	各都道府県での支援団体の取組、システムの具体的内容 地域格差の明確化、課題と対策
9	過誤が想定される場合のお話も含めていただきたい。
10	報告事例の検討
11	医師からの講義だけでなくNsの内情など取り入れてほしい。
12	私は看護師で医療安全管理者なのですが、今日は医師に焦点をあてての内容に感じられました。今後は我々、看護師側での対応や制度についてお話をききたいと思いました。また、私のような職種に向けた内容の講義もおききたいと思っています。よろしくお願ひします。
13	院長の役割が非常に大きいと思いますので、院長の研修をお願い致します。
14	難しいでしょうが、やはり具体例を挙げながら報告する、しないの判断材料を多くするような研修をしてほしいです。
15	手術、検査（造影剤使用、内視鏡 etc.）、輸血などリスク説明と同意を充分実施していた上での死亡例などは遺族への個々の説明を行えば、事故とはならないのか。
16	福岡医師会方式をもっと詳しく知りたい。
17	受療者（患者、市民）教育も必要である。そのような機会を医師会で実施すべきである。相互に理解する姿勢が重要である。なぜなら医療現場は疲労しているのです。
No.	<福岡会場>
1	・医療事故調査制度が開始されてからの実際の医療事故と再発防止策を発表してほしい。 ・医師向けでなくNsや事務スタッフ向けの医療安全に関する研修（医療安全推進者、医療安全委員） ・施設向けの介護事故に対する医療者の関わり方についての研修 ・ダメな聞き取りだけでなく正しい聞き取りの手法について知りたかった。どんな風な質問であれば診療の妥当性でなく死因の究明につながるのか、詳しく分かりやすく。
2	・管理者に演習事例で院内調査の報告書作成など（必須で） ・患者家族の立場で例えばICの場面での医師の対応等
3	勤務医が勉強し、医療の安全を考える研修をどんどんしてほしい。
4	症例報告をまた聞きたいです。
5	具体例を詳細に文例も入れて説明して頂きたい。クリニックレベルのものも報告して頂きたい。
6	他院の具体的取組み（院内事故調査及びセンターへの報告）の紹介をして頂きたい。
7	制度の話はもう十分では？実際の事例等で報告が必要か不要かが、どの医療機関も困っている所だというのが分かっているのであれば、もっとそこにスポットを当ててはどうか？センターや支援団体に相談内容とその結果の積み重ねたものが今回出てくるものと思っていました。残念です。

8	具体的な症例を挙げた医療事故調査の勉強会
9	実際の事例。特にうまくいかなかった事例とその考察（医療事故調査上や遺族への説明時）
10	具体的事例をもっと紹介してもらいたい。
11	東医療センターの取り組みに感銘を受けました。院長先生をはじめ、意識を変えてスタッフ一丸となって医療事故に真摯に取り組まれている環境をうらやましく思います。是非参考にさせていただきます。
12	・実際にあった事例を多くとりあげ紹介してほしい。（事例報告） ・定期的にこの制度の取り組みについて勉強会や事例紹介を行っていくともっとよいと思います。
13	良い事例のみならず、残念な例も提示してほしい。
14	支援センターの説明で報告書の不備が多いとありましたので、例題をあげて様式の書き方を学べると良いと思います。管理者及び支援団体を主に。
15	病院幹部に向けた研修会をお願いしたい。管理者の考え方を変えることが大切。
16	医師、幹部への医療安全の研修を必須としてほしい。患者、職員を守るためにも必要と思う。医療安全管理者としてとても苦しいです（参加してもらえない現状がある）。このような研修を多くしてほしい。長時間でとても疲れましたが参加してよかったです。
17	少しずつ自主的にインシデントアクシデント報告がくるようになりましたが、やはり医師薬局は少ない。医療安全の取り組みの工夫など他の病院の事情も知りたい。
18	今回の機会に参加できなかったスタッフを次回のチャンスがあれば参加させたいと思いますので、度重ねて開催して頂きたい。
19	再発防止や職員を守るためにより充実した制度にしてほしいです。安心して仕事ができる職場にしていきたいと思いました。
20	定期的開催 報告事例など取り入れて
21	具体的事例
22	ビデオ視聴は分かりやすかった。模擬事例をもっと多く教えてほしい。
23	実際の報告様式を提示して頂きたいと思います。
24	実際にどのような事例があったかと対処法を教えてください。
25	Dr.専用のセミナーを開いた方が良い。
26	よい「聞き取り（語らせる）」のシステム作りと能力UP
27	・実際の事例を通した研修（本日の上野先生が行ったような研修内容。具体的にどんな対応をすればいいかわかりやすい。イメージしやすい。自施設にフィードバックしやすい。） ・院内調査委員会の持ち方、進め方
28	職種ごとの事例を特化した研修会を企画して頂きたい。
29	院長 or 医療安全委員の Dr.が事故を起こした時、院内事故調査委員会は果たして有効に開催できるか？本日の講習会は大病院向けと思われ、100床以下の病因では解剖の検討含め、実現困難な内容が多かった。
30	模擬院内調査会の見学などができる研修を開催していただきたいと思います。
31	事例に応じた対応を紹介してほしい。
32	報告書の書き方の例が知りたい。
33	研修内容を各レベル（初級・中級・上等）に分けて開催してほしい。
34	まだはじまったばかりです。これからも繰り返し機会を持っていただきたいです。事例がわかりやすかった。ありがとうございました。
35	「効果的な院内研修」を求めて試行錯誤中です。
36	遺族に対しての説明について DVD 方式で見たい。

37	報告書の書き方と、死因究明の具体的テクニックについて
38	具体的な事例をあげ、調査の内容や報告書記載例も分かれば参考になると思います。
39	予期されていなかった死亡の case conference—報告すべき事例と報告不要な事例（具体的に）—
40	・事例を多く示して頂きたい。 ・こういう取り組みから日本人らしく生きる風土を作ってほしい。
41	実例と問題点、解決方法など。
42	実際に報告、相談された事例について。報告すべきか、すべきでないかの判断に迷う事例について。
43	繰り返しの研修会開催が必要かと思います。今後は報告された内容を使った研修をお願いします。民間の病院では管理者の意識がなかなか高まりません。管理者については研修受講を義務化してはどうでしょうか？
No.	<札幌会場>
1	座学だけではなく実際に報告書を作成する研修を多くやっていただきたい。
2	具体的な事例とその対策を教えてください。
3	事例を学ぶ研修会を増やしてほしい。
4	事例が多くなったら年2回位の研修会があれば。
5	一般論でなく、架空の事例でもいいので、具体的に流れを呈示してくれば理解しやすいのではないのでしょうか。
6	地域別（北海道）の現場に即した講習を実施してほしい。北海道の窓口が見えない。
7	・ビジュアル的にモデルケースを示す。 ・ロールプレイでより実践的に訓練する。→疑似体験できる研修があると嬉しい。しかもマスの規模が少人数の研修だとありがたい。
8	実際に院内調査を進めていく過程で、当該医療機関が負担する費用はどのくらい発生するものなのか？特に診療所、クリニックでは外部に依頼することが多くなると思うので。
9	診療所、中小病院、大病院の規模による医療水準によって救命できる病院と救命できなかった病院—これも医療事故なのか？遺族が訴えれば事故？
10	当制度の数年後に事例を含めた研修会を
11	事例報告とその対策結果。FAQの報告
12	根絶できないヒューマンエラーについて
13	実際の事例をもっと出して、具体的な対応を感じさせてほしい。誰が何をすべきか、紙の上では伝わりづらい。
14	聞き取り調査の仕方などの研修を企画していただきたい。
15	事例を用いた研修を行ってほしい。
16	法医
17	遺族への報告書をどのレベルの内容で作成したらよいかわからない。
18	今後も事例等を通して、学べる機会を開催していただきたいと思います。
19	具体的事例をもとにした医療事故調査のプロセス
No.	<大阪会場>
1	グループワークなど
2	医療事故時事例検討研究会を作成してほしい。先入観の話・・・なかなかぬぐいきれないです。各県のセンターの体制について具体的に知りたい。

3	反復リスクへの対応（ヒューマンエラー）
4	具体的事例の報告が欲しい（判断根拠にしたい）。
5	研修会を開催される際に対象者を明確にして欲しい。例.医師対象、看護師対象、事務対象など。対象者毎に行ってもらえたら同じ内容の話を何度も聞きに来なくて良くなるのでは？
6	報告例の実例を提示して欲しい。
7	メディエーターについて！！
8	院内でできる「Ai の読影」、「RRS の導入・体制整備について」
9	実践的なワークを取り入れて欲しい。
10	具体的な相談事例を取り上げ、その経過等を説明して欲しい。
11	H.28年6月以後の体制について
12	医療コンフリクトマネジメントについて
13	病理解剖の必要性についてもう少し詳しくお願いします。その時採取すべきものはなにか？司法解剖の必要性は？関与は？
14	実際の報告事例についても紹介してほしい。
15	実際にセンターへ報告、相談のあった事例を紹介してほしい。
16	病院分野別の研修会 ロールプレイング
17	具体的事例の紹介・対応
18	本日の様に具体的なところをお話いただくと現場に生かしやすい。
19	・具体的な報告書の実例を複数提示していただけるとよいと思う。 ・院内事故調査制度における一連の取り組みのロールプレイ研修があるとよい。
20	事例が集まってきましたら、事例の報告をお願いします。
21	今までの事例に対してどの様な報告書が作成されどの様に対応されたか具体的な方策
22	今後、内容に改正があると思います。この点について。
23	提出のしかた等具体的な事例を研修してほしい。
24	具体的な報告書 支援団体の添削例
25	病院トップが研修を受けないとにならない制度に。
26	医療事故調査制度の理念や概要は知らないのでは。制度施行後の実例や課題等を期待した。
27	出来れば数回におよぶ開催を望みます。
28	具体的な報告書の例をたくさんもっと例で出してほしい。
29	事例検討 ロールプレイング
30	相談事例の具体的な内容が知りたい。
31	全医師に対する、安全管理研修を催してその内容を教えてもらいたい。それが患者・家族のクレームを減らす事になると思う。
32	医療事故調査制度の実例をもちいた研修会 ※センター調査の例、助言等
33	メディエーター
34	新しい制度がはじまってから実際に発生した事例と流れ
35	看護の立場からみた、医療事故調査制度について、もっとお聞きしたいと思います。また、事務職を始め、薬剤師等それぞれの立場のお話もうかがいたいです。患者の立場から制度に関わられた方々および制度開始後の遺族の声も何らかの形で知ることができればありがたいです。
36	制度に対する啓発的なものをもっと行って欲しい。
37	具体的ロールプレイ、グループワーク
38	具体的な支援内容も入れて欲しい。

39	具体的な報告事例の詳細な紹介がもっとあると参考になりそうです。
40	研修会の計画を継続して行って下さい。本日の研修会とても良かったです。
41	・事例を多くとりあげた中で、問題解決へのプロセスを学んでいきたいと考えます。 ・施設内での職員の姿勢を1つにしていくと取り組みなど知りたい。
42	事例のロールプレイング等
43	常勤医が少ない中小の病院の視点の研修を行って頂きたい。
44	・実際に施行されてからの具体的な相談内容や例を知りたかったので途中経過などの研修 ・各病院毎のとりくみなど情報交換の場など
45	本日の講演は医療機関向けですが一般市民向けに医療の不確定性についての教育を行う予定はありませんか？医療が100%安全であるとの誤った認識がまかり通っている印象です。
46	事故発生初期の遺族対応…具体的にどうしたらよいか望ましい対応、望ましくない対応、注意点
47	・実際の事例の提示をもっと取り入れて欲しい。 ・理解より実習的な講習を。
48	医療事故調査制度が開始された5ヶ月が経ちました。その間に報告された具体的な例をあげての説明があればよかったですと思います。
No.	<名古屋会場>
1	今回のDVD(良い、悪い聞き取り)での説明は大変良かったです。
2	DVDの視聴はとてもわかりやすかったと思います。実際のケースやDVDなど今後もやってほしいと思います。
3	事例を含めた研修
4	事故にあった遺族の思い、感情に焦点をおいた考察。そのこととマッチングした研修が必要。本日の研修がそうした方たちに理解されるかどうか。
5	報告書の記載方法についての研修・検討会
6	実際の事故調査トレーニング
7	難しい症例のケース、転帰をいろいろ教えてほしいです。
8	これまでの相談事例を基にどのような事例を予期した、予期しないと支援センターが判断したのかを具体的に例示してほしい。本当に、患者個別の死亡確率を算出できますか？エビデンスはありますか？ 肺炎事例は支援センターに報告するしないは難しいですが、院内でM&Mカンファ、あるいは死亡症例検討会を迅速に開くのが当然だと思います。医療の質向上は医療安全の大きな要因だと思います。
9	委員長のロールプレイ研修をしてほしい。
10	実例をもとに報告・調査の流れを学びたい。
11	事例研修 聞き取り調査、院内調査、委員会の開催を含めた事例、ロールプレイ
12	事例検討のようなワークショップ、実際に院内事故調査委員会を立ち上げて調査(模擬)を体験できるとよいのではと思います。
13	具体例について今後示してほしい。
14	医療安全ラウンドの実際や転倒・転落事故対策等(認知症Pt対策)
15	真実が他にあるような事例での説明がほとんどでした。原因がそのものズバリであった場合の対応などを研修したい。
16	模擬事例での訓練(事故調査会議や報告書作成)
17	自治体毎に習熟度合に差があるようですが…。医療機関毎の医療資源の差を埋めるHow to研修会を。

No.	<東京会場>
1	センターの報告書の収集をもとに、事実例をもとに、対策について報告してほしい。
2	地域により支援団体の対応が異なるのかという疑問がわいた。そうであるなら、各地域ごとの研修をお願いしたい。
3	医療安全の院内研修の方法
4	法的関連も含めた研修を是非望みたいです。より良い、又、より医療安全、再発防止策としての向上のためにも。
5	制度見直し後の速やかな研修（説明会）
6	模擬院内調査など
7	事例研修、模擬調査、体験
8	本制度と法律・訴訟との関連
9	実際にセンターに報告があった事例を取り上げてほしい。この制度が始まる前の事故についてきいても勉強にならない。
10	具体的事例に基づいた研修
11	とても勉強になりました。事例（センターへ報告された）をもとに、次回の勉強会を開催していただきたいです。
12	医療事故訴訟例やら、警察での届出に絡むことに対する検討をどうすべきか、という判断基準を知りたい。
13	これが手本ですという方法が確保されていない分、今回のように現実に経験された施設の体験を通して紹介いただくととても参考になります。ありがとうございました。
14	具体的な事例をどんどん共有できるようにしていただきたいです。
15	支援団体やセンターへの経費支払い等、経費についての話が聞きたい。
16	実際の事例の検証報告があると助かります。
17	より身近な、地域単位での研修が必要に思う。
18	・医療事故当事者の心のケアの方法 ・医師法 21 条と医療事故報告制度
19	実際の事例をもとにした流れや報告書、遺族への説明の適切、不適切事例、その後の事故予防へのとりくみなど。上野先生の講演はとても良かった。
20	現実の事例を 3～4 例、詳しく聞きたい。
21	非識別化をどのように実質的に達成するかの実例、検討演習。いつのまにか、非識別化が「匿名化」と解説されるようになってきている気がしますが、実際の報告書作成にあたり、どこまで情報をまとめて非識別化することが許容されるのかを示してほしいです。またセンターの報告では同じく非識別化に配慮し、情報取扱いの訓練を受けたスタッフが作業をするとのことですが、実質的にどのような配慮をして非識別化をするかを、講義の講師となり示してほしいと思います。質問で出たドラマ・マスコミのイメージに対する点について、しっかり誤解を解くよう正確な情報の伝達・公式見解をしてください。
22	職種ごとの研修会 研修会内での事例を聞いていても分かりづらい部分があります。
23	全体の流れは非常にわかりやすかったと思います。私どもの病院の姿勢が問題なのかもしれませんが、現場医師、看護師への周知が不十分で、当事者にならない限りはピンとこず、未だ恐怖に思っている人もおります。そこで、1) 理念の部分だけでも、医師、看護師がよく見る web site などで PR していただくこと、2) 学生（医、看、MR、薬剤など）教育にも取り入れて頂くこと、以上 2 点ご検討いただければと存じます。
24	医療事故調査委員会での実際の事例を紹介してほしい。研修内容の重複している部分が多いので、時間をもう少し短くしてはどうか。今後にも同様。