

厚生労働科学研究費補助金
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等に関する研究
(H27 - 特別 - 指定 - 025)

平成27年度 総括研究報告書

研究代表者 種田 憲一郎

平成28(2016)年 3月

目次

総括研究報告書

医療事故調査制度の実施状況等に関する研究…………… 1

種田 憲一郎

資料

資料ページ

資料 医療事故調査のあり方に関する事項について…………… <1>

〔1〕報告件数等

1 集計の概要

集計した4つのポイント(月日)

- 「医療事故報告票」フォーマット
- 共通コード

報告の件数における考え方

2 -1 医療事故の報告月別件数

-2 開設者別の報告月別件数

-3 病床規模別の報告月別件数

-4 - 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類)の報告月別件数

- 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類)の報告件数と、推計患者数・受療率・病床数との比較

-5 病床規模別の報告件数×地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類)の報告件数

-6 関連診療科別の報告月別件数

-7 年齢(平均、最大、最小、標準偏差)別の報告月別件数

-8 性別の報告月別件数

3 -1 医療事故の発生月別件数

-2 発生時間別の発生月別件数

-3 発生曜日別の発生月別件数

-4 発生曜日における平日・休日区分

-5 発生場所別の発生月別件数

-6 死亡場所別の発生月別件数

4 医療事故の死亡月別件数

5 院内調査結果の報告月別件数

6 期間の分布

- 医療事故発生から死亡日までの期間(平均、最長、最短、標準偏差)
- 死亡日から医療事故報告(発生)受領までの期間(平均、最長、最短、標準偏差)
- 医療事故発生から医療事故報告(発生)受領までの期間(平均、最長、最短、標準偏差)
- 死亡日から院内調査結果報告受領までの期間(平均、最長、最短、標準偏差)
- 医療事故報告(発生)受領から院内調査結果報告受領までの期間(平均、最長、最短、標準偏差)
- 全体の期間

- 7 -1 医療事故発生の報告方法別件数
 - 2 院内調査結果の報告方法別件数
 - 3 病床規模別医療事故発生の報告方法
 - 4 病床規模別院内調査結果の報告方法
- 8 -1 - 解剖・Ai の実施件数
 - 病床規模別 解剖・Ai の実施件数
 - 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) 解剖・Ai の実施件数
- 2 - 解剖の実施件数
 - 病床規模別 解剖の実施件数
 - 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) 解剖の実施件数
- 3 - Ai の実施件数
 - 病床規模別 Ai の実施件数
 - 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) Ai の実施件数
- 9 -1 - 支援団体・センター別 医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数
 - 病床規模別 支援団体・センターから医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数
 - 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) 支援団体・センターから医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数
- 2 - 支援団体から医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数
 - 病床規模別 医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数(支援団体)
 - 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) 医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数(支援団体)
- 3 - センターから医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数
 - 病床規模別 医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数(センター)
 - 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) 医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数(センター)

[2]センターによる分類

- 1 -1 医療事故報告(発生)における、起因した医療(疑い)による分類
 - 2 手術(分娩を含む)の内訳
 - 3 1 イベントあたりの患者数ごとの報告月別イベント数
- 2 -1 - 「医療機関調査報告票」フォーマット
 - 「報告書」フォーマット
- 2 - 院内調査結果報告書における項目別記載状況
(平均、最大、最小、標準偏差)
 - 院内調査結果報告書における記載必須項目
 - 院内調査結果報告書の記載項目数と内容別文字数(平均、最大、最小、標準偏差)
 - 文字数 グラフ
 - 文字数と記載項目数 グラフ

[3]相談による支援内容

- 1 - 相談者所属別の月別相談内容件数
 - 医療機関・支援団体等における相談内容の月別件数
 - 医療機関・支援団体等における相談内容の所属別件数
 - 遺族における相談内容の月別件数

資料 医療事故調査・支援センターの体制…………… <67>

- 1 センターの組織体制等
- 2 データの管理体制
- 3 相談体制(夜間、休日等含む)
- 4 再発防止策を提案するための体制、方法論等
- 5 センター調査の実施体制
- 6 研修の実施内容等(実績と予定)
- 7 普及啓発

資料 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 1 月 16 日～17 日 実施…………… <73>

平成 28 年 3 月 2 日～3 日 実施…………… <89>

資料 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…………… <107>

総括研究報告書

医療事故調査制度の実施状況等に関する研究

(H27-特別-指定-025)

研究代表者	種田 憲一郎	国立保健医療科学院	医療・福祉サービス研究部
研究協力者	河野 龍太郎	自治医科大学医学部	
		メディカルシミュレーションセンター	
研究協力者	小泉 俊三	一般財団法人 東光会	七条診療所
研究協力者	田中 慶司	医療安全調査機構	(医療事故調査・支援センター)

研究要旨

本研究の対象となる「医療事故調査制度」は医療の安全を確保することを目的として、平成 26 年 6 月、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」に含まれる医療法の一部改正案として成立し、平成 27 年 10 月に施行された。同法の附則第 2 条第 2 項において公布後 2 年以内に、事故調査制度の実施状況を勘案し、本制度による報告、医療事故調査及び医療事故調査・支援センター（以下、センターとする）の在り方を検討し、必要な措置を講ずることとされている。そのため、本研究では医療事故調査制度の見直しの検討のための基礎資料を収集、整理することを目的とした。平成 27 年 10 月から平成 28 年 2 月末までにセンターに集積された情報等について分析を行った。死亡事故発生時に報告される医療機関事故報告は 140 件、事故分析終了後に報告される院内調査結果報告書は 33 件であった。事例の報告件数については地域間に差があり、提出された院内調査結果報告書からはその質についてもバラツキがあった。研究対象期間が 5 ケ月間と短く、また報告事例そのものを公開して検討できないなど研究方法に限界があるものの、報告された事例から再発防止へとつなげるためには、十分な情報が得られていないことが示唆された。本制度が開始されて間もないため、結果の解釈には限界があるが、アンケート結果などからは本制度の目的も含めた周知が十分ではない可能性があることや、院内組織体制が有効に機能していない可能性があること、「事故」という名称から報告しにくいと感じている病院管理者をはじめとする関係者が少なくないこと、などが考えられた。今後の取組みとして、センターへ収集された情報の継続的な分析、報告の参考となる優良事例の共有を行う仕組み、遺族からの相談内容等の医療機関への伝達、医療事故調査等支援団体間の協議の場の設定、継続した制度の理解と実践を推進する取組みなどを検討することが必要である。

A . 研究目的

平成 11 年に相次いで発生した医療事故を契機に、患者や医療界からの要望を受け、政府や与党において、医療事故調査制度に向けた議論が続けられてきた。今回の医療事故調査制度は、医療の安全を確保することを目的

として、平成 26 年 6 月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」に含まれる医療法の一部改正案として成立し、平成 27 年 10 月に施行された。また、制度の具体的な仕組みについては、法成立後検討会において

議論され、平成 27 年 5 月に関係省令、通知が発出された。

同法の附則第 2 条第 2 項において、公布後 2 年以内（平成 28 年 6 月まで）に、事故調査制度の実施状況を勘案し、本制度による報告、医療事故調査及び医療事故調査・支援センター（以下、センターとする）の在り方を検討し、必要な措置を講ずることとされている。

本制度は、医療事故が発生したすべての医療機関が医療事故調査を行い、国の指定法人であるセンターへ報告することを通じて、収集された情報を基に再発防止の普及啓発を行い医療安全の確保に繋げることを目的としている。再発防止に関する普及啓発としてセンターから発信される情報は、個別事例ではなく集積した情報に対する分析に基づき、一般化・普遍化したものとしており、個別事例について国を含めて外部へ報告されることはない仕組みとなっている。センターは医療法に規定された業務を行う法人として指定されている。今後の制度の見直しのための情報、例えば「医療事故調査制度の施行に係る検討会」（以下、検討会とする）において議論された医療事故の判断プロセス、センターへの報告事項や報告期限等の整理については、その業務とされていない上、今後の制度の見直しにあたっては、センターの在り方自体も検討項目とされており、センター自身が行うことは適当ではなく、外部の第三者が学術的な立場で実施状況の整理、分析をする必要がある。そのため、本研究ではセンターに集積された情報等について分析し、今後の医療事故調査制度の見直しの検討のための基礎資料を収集、整理することを目的とした。

B . 研究方法

1)平成 27 年 10 月から平成 28 年 2 月末までの 5 か月間に、医療機関からセンターに収集され、匿名化された情報（死亡事故発生時に報告される医療機関事故報告票、および事故分析終了後に報告される院内調査結果報告

書）に基づいたデータに関して、データにアクセスできるセンター内職員の協力を得て分析を行った。また、電話による相談内容やセンターの体制についても、センターの協力を得て、情報を収集・分析した。これらはセンター内の必要な諸手続き・了解を得て行った。

院内調査結果報告書の分析に際して、報告書の内容から、記載されている項目（既往歴、受診目的など）の有無について分析したが、この項目については再発予防のために事実把握をするという観点から、研究班で議論し決定した。これらの項目の中から、さらに事例の内容に関わらず、その記載が必須であると思われる項目（バイタルサイン、起因した医療（行為）など）についても分析を行った。

2)センターからの委託によって日本医師会が実施した研修会（支援団体対象の研修会（全 2 回）および医療機関対象の研修会（全 7 回））において、研修直後に実施されたアンケート調査から情報収集を行った（アンケート調査票は資料 〃 を参照）。

（倫理面への配慮）

本研究においては全て匿名化された情報のみを分析対象とし、個人情報扱わない。また情報の利用の際には、日本医療安全調査機構が定めた守秘義務や情報公開等の各種規定を遵守し、医療機関との関係に充分配慮して適切な情報利用を行った。

C . 研究結果

〃 . センターに収集された情報

（資料 参照）

【 1 】報告件数等

1 集計の概要

集計した 4 つのポイント（月日）

- 「医療事故発生」「患者死亡」「医療事故報告（発生）」「院内調査結果報告」の 4 つのポイント（月日）の関係について明示した。研究対象とした 5 か月間で「医療事故報告（発生）」は 140 件、「医療事故発生」の月日が不明の事例が 10 件、「院内調査結果報告」は

33 件であった。

- 「医療事故報告票」フォーマット

患者年齢は「 歳 ヶ月」と記載する様式のため、1ヶ月未満の記入が困難であると考えられた。

- 共通コード

事故が起きた診療科は選択項目から選択するが、その分類は日本医療機能評価機構が行っている医療事故情報収集等事業に準ずる分類であった。

報告の件数における考え方

患者1人当たり「1件」の報告とされ、1イベントにおいて死亡した患者が複数である場合は患者ごとに報告される。したがって、妊婦の場合には妊婦と胎児について分けて報告される。なお「イベント」とは起因となった一連の医療行為等（疑いを含む）を指すことと定義した。報告対象となる感染症のアウトブレイクにおいては、1つのイベントで、複数の患者が死亡した場合には、複数の報告がなされると考えられた。

2-1 医療事故の報告月別件数

報告は141件であったが、平成27年10月の報告のうち1件について取り下げがあり、平成28年2月末時点で報告件数の合計は140件であった。

2-2 開設者別の報告月別件数

-法人からが71件(50.7%)と最も多く、次点は自治体からが29件(20.7%)であった。

2-3 病床規模別の報告月別件数

19床以下の医療機関からは14件(10.0%)、200-399床の医療機関からは37件(26.4%)、500床以上の医療機関からは58件(41.4%)であった。

2-4- 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類)の報告月別件数

北海道および東海北陸以外、報告がない県(最小値が0(ゼロ))が地域ブロックに少なくとも1つずつ存在した。

2-4- 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類)の報告件数と、推計患者数・受療

率・病床数との比較

関東信越の報告件数が60件(42.9%)と最も多いが、推計患者数および病床数も最大である。東北は推計患者数および病床数が北海道よりもやや多いが、報告件数は北海道が9件に対して、東北が4件であった。

2-5 病床規模別の報告件数×地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類)の報告件数

19床以下からの報告が最も多かったのは関東信越(6件)、次に近畿(5件)であった。500床以上の医療機関からの報告件数は、北海道で7件、東北で1件、関東信越で25件、東海北陸で7件、近畿で4件、中国四国で7件、九州で7件であった。

2-6 関連診療科別の報告月別件数

内科が24件(17.1%)と最も多く、次に外科が19件(13.6%)、整形外科が13件(9.3%)、産婦人科が12件(8.6%)であった。

2-7 年齢(平均、最大、最小、標準偏差)別の報告月別件数

平均年齢63.2歳、最高齢99歳、最年少0歳、最も多かったのは70歳代で36件(25.7%)であった。90歳代以上も6件(4.3%)あった。

2-8 性別の報告月別件数

男性は78件(55.7%)、女性は61件(43.6%)、不明(胎児)は1件であった。

3-1 医療事故の発生月別件数

平成27年10月に39件(27.9%)と最も多かった。なお死亡で発見された際には、医療事故の発生は発見された月となっていた。

3-2 発生時間別の発生月別件数

発生時間帯が不明である10件を除いた130件において、14時~15時台に22件(16.9%)で最も多く、8時~9時台に17件(13.1%)、10時~11時台に15件(11.5%)と多かった。

3-3 発生曜日別の発生月別件数

発生曜日が不明である10件を除いた130件において、木曜日および金曜日にそれぞれ22件(16.9%)と最も多く、土曜日および日曜日にそれぞれ14件(10.8%)と最も少なか

った。

3-4 発生曜日における平日・休日区分

休日の発生は18件(13.8%)であった。

3-5 発生場所別の発生月別件数

病室が51件(39.2%)で最も多く、次に手術室が13件(10.0%)であった。

3-6 死亡場所別の発生月別件数

病室が51件(39.2%)で最も多く、次にICUが39件(30.0%)であった。

4 医療事故の死亡月別件数

平成27年10月が40件(30.8%)で最も多く、次に12月が37件(26.4%)であった。その後は減少傾向であったが、死亡日から医療事故報告(発生)受領までに日数を要することから(参照6-)、今後の報告において増加する可能性がある。

5 院内調査結果の報告月別件数

平成27年10月には報告が無かったが、徐々に増加しており、平成28年2月は18件、5ヶ月間の合計は33件であった。

6 期間の分布

6- 医療事故発生から死亡日までの期間

平均2.5日、最長59日、最短0日、標準偏差7.1日であった。

6- 死亡日から医療事故報告(発生)受領までの期間

平均21.4日、最長117日、最短2日、標準偏差18.9日であった。

6- 医療事故発生から医療事故報告(発生)受領までの期間

平均24.2日、最長117日、最短2日、標準偏差20.3日であった。

6- 死亡日から院内調査結果報告受領までの期間

平均80.1日、最長143日、最短17日、標準偏差32日であった。

6- 医療事故報告(発生)受領から院内調査結果報告受領までの期間

平均57.4日、最長132日、最短5日、標準偏差32.7日であった。

6- 全体の期間(医療事故発生から院内調

査結果報告受領までの期間)

平均81.8日、最長143日、最短17日、標準偏差32.7日であった。院内調査結果報告を受領している32件のうち、27件(84.4%)は全体の期間が4ヶ月未満であった。

7-1 医療事故発生の報告方法別件数

報告方法にはWebと郵送とがある。Webは58件(41.4%)であったが、郵送は82件(58.6%)と多かった。Webによる報告は医療機関が直接Web報告画面から情報を入力する。その際に情報セキュリティ確保のためトークンを受取るなど複数の手順を経る必要がある。一方、郵送による報告はレターパックまたは書留にて郵送する以外は医療機関側には負担がないが、紙媒体の情報であるためセンター側でデータベースに入力する必要がある。

7-2 院内調査結果の報告方法別件数

報告方法にはWebと郵送とがある。Webは7件(21.2%)であったが、郵送は26件(78.8%)と多かった。

7-3 病床規模別医療事故発生の報告方法

19床以下の医療機関からの報告14件のうち、12件(85.7%)が郵送であった。500床以上の規模の大きい医療機関からの報告58件のうち、32件(55.2%)がWebによる報告であった。

7-4 病床規模別院内調査結果の報告方法

19床以下の医療機関からの報告5件のうち、4件(80.0%)が郵送であった。500床以上の規模の大きい医療機関からの報告10件のうち、6件(60.0%)が郵送による報告であった。

8-1- 解剖・Aiの実施件数

報告義務対象の項目ではないため、電話調査により集計したものであった。解剖・Aiの両方を実施したのが26件(18.6%)、解剖のみが23件(16.4%)、Aiのみが30件(21.4%)、両方とも実施していないのが61件(43.6%)であった。

8-1- 病床規模別 解剖・Aiの実施件数

解剖・Aiの両方とも実施していないのは、19床以下の医療機関からの報告14件のうち、

5件(35.7%)、500床以上の規模の大きい医療機関からの報告58件のうち、24件(41.4%)であった。

8-1- 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) 解剖・Aiの実施件数

解剖・Aiの両方とも実施していないのは、北海道で5件(55.6%)、東北で3件(75.0%)、関東信越で18件(30.0%)、東海北陸で8件(53.3%)、近畿で13件(59.1%)、中国四国で3件(30.0%)、九州で11件(55.0%)であった。

8-2- 解剖の実施件数

140件のうち49件(35.0%)で解剖が実施された。

8-2- 病床規模別 解剖の実施件数

19床以下の医療機関からの報告14件のうち、6件(42.9%)、500床以上の規模の大きい医療機関からの報告58件のうち、23件(40.0%)で解剖が実施された。

8-2- 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) 解剖の実施件数

解剖が実施されたのは、北海道で2件(22.2%)、東北で1件(25.0%)、関東信越で30件(50.0%)、東海北陸で3件(20.0%)、近畿で6件(27.3%)、中国四国で1件(10.0%)、九州で6件(30.0%)であった。

8-3- Aiの実施件数

140件のうち56件(40.0%)でAiが実施された。

8-3- 病床規模別 Aiの実施件数

19床以下の医療機関からの報告14件のうち、5件(35.7%)、500床以上の規模の大きい医療機関からの報告58件のうち、24件(41.4%)でAiが実施された。

8-3- 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) Aiの実施件数

Aiが実施されたのは、北海道で2件(22.2%)、東北で1件(25.0%)、関東信越で29件(48.3%)、東海北陸で6件(40.0%)、近畿で7件(31.8%)、中国四国で6件(60.0%)、九州で5件(25.0%)であった。

9-1- 支援団体・センター別 医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数

支援団体とセンターの両者から支援を受けたのは16件(11.4%)、支援団体からのみは32件(22.9%)、センターからのみは18件(12.9%)、どちらからも支援を受けていないのは74件(52.9%)であった。

9-1- 病床規模別 支援団体・センターから医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数

支援団体とセンターのどちらからも支援を受けていないのは、19床以下の医療機関からの報告14件のうち4件(28.6%)、500床以上の規模の大きい医療機関からの報告58件のうち34件(58.6%)であった。

9-1- 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) 支援団体・センターから医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数

支援団体とセンターのどちらからも支援を受けていないのは、北海道で7件(77.8%)、東北で4件(100%)、関東信越で30件(50.0%)、東海北陸で9件(60.0%)、近畿で9件(40.9%)、中国四国で6件(60.0%)、九州で9件(45.0%)であった。

9-2- 支援団体から医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数

140件のうち48件(34.3%)で支援を受けた。

9-2- 病床規模別 医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数(支援団体)

19床以下の医療機関からの報告14件のうち10件(71.4%)、500床以上の規模の大きい医療機関からの報告58件のうち13件(22.4%)が支援を受けた。

9-2- 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) 医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数(支援団体)

支援を受けたのは、北海道で2件(22.2%)、東北で0件(0%)、関東信越で23件(38.3%)、東海北陸で4件(26.7%)、近畿で12件(54.5%)

中国四国で0件(0%)、九州で7件(35.0%)であった。

9-3- センターから医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数

140件のうち34件(24.3%)で支援を受けた。

9-3- 病床規模別 医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数(センター)

19床以下の医療機関からの報告14件のうち4件(28.6%)、500床以上の規模の大きい医療機関からの報告58件のうち16件(27.6%)で支援を受けた。

9-3- 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類)医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数(センター)

支援を受けたのは、北海道で1件(11.1%)、東北で0件(0%)、関東信越で16件(26.7%)、東海北陸で3件(20.0%)、近畿で4件(18.2%)、中国四国で4件(40.0%)、九州で6件(30.0%)であった。

【2】センターによる分類

1-1 医療事故報告(発生)における「起因した医療(疑い)」による分類

診察(徴候、症状)は10件(7.1%)、検査等(経過観察を含む)は16件(11.4%)、治療(経過観察を含む)は92件(65.7%)、その他(療養、転倒・転落、誤嚥、患者の隔離・身体的拘束/身体抑制)は13件(9.3%)、これらの分類に含まれない事例が9件(6.4%)であった。

1-2 手術(分娩を含む)の内訳

手術は56件(40.0%)で、そのうち分娩は11件(全報告の7.9%)、最も多かった手術は腹腔鏡下で12件(全報告の8.6%)であった。

1-3 1イベントあたりの患者数ごとの報告月別イベント

133のイベントが報告され、複数の患者が死亡したイベントは3件であった。そのうち2件は妊婦および胎児の死亡、1件は感染症

のアウトブレイクによる3名の死亡であった。

2-1- 「医療機関調査報告票」フォーマット

患者年齢は「 歳 力月」と記載し、診療科番号・死亡場所・医療事故発生場所は共通コードを参照して番号を記載するとしていた。

2-1- 「報告書」フォーマット

報告書の位置づけ・目的、調査項目・手法及び結果を記載する。また「必ずしも原因が明らかになるとは限らない」、「調査において再発防止策の検討を行った場合は、管理者が講ずる再発防止策」、「当該医療従事者や遺族が報告書の内容について意見がある場合等は、その旨を記載」などが示されていた。

2-2- 院内調査結果報告書における項目別記載状況 (平均、最大、最小、標準偏差)

報告書の内容を分析する「視点」について、研究班で検討し、5つの視点「臨床経過」「死因」「行動分析」「調査手法」「再発防止への提言」を設けた。さらに「臨床経過」について19項目、「死因」について3項目、「行動分析」について7項目(P-mSHELLモデル)、「調査手法」について10項目、「再発防止への提言」について2項目、合計41項目について記載の有無を評価した。また記載の有無は報告事例を閲覧できるセンター職員複数人が評価し、判断に迷う場合には研究班にて検討した。

1項目当たり平均16.6事例で記載があり、全ての報告書(33事例)に記載されていた項目は、「11.起因した医療(行為)又は発見時、急変時、病状転換時等」「14.症状・観察した結果(患者家族の言動含む)」「15.診察結果のアセスメント、方針」「20.解剖生理学的な死因(推定含む)」であった。また再発防止策の検討に必要な「行動分析」に関わる7項目(P-mSHELLモデル)(項目23から29)の記載は50%未満で、とくに全ての報告書に記載がなかったのは「行動分析」の

「29.関係者」であった。

2-2- 院内調査結果報告書における記載必須項目

事例の内容に関わらず、原因分析及び再発防止の観点から全事例において記載すべきと考えられる必須項目を研究班において検討し、次の5項目とした：起因した医療（行為）の前の情報である「3.バイタルサイン（1時点）」「5.症状・観察した結果（患者・家族の言動含む）」、「11.起因した医療（行為）又は発見時、急変時、病状転換時等」、起因した医療（行為）の後の情報である「12.バイタルサイン（2時点以上）」「14.症状・観察した結果（患者・家族の言動含む）」。

5項目全ての記載があった事例は16件（48.5%）であった。

2-2- 院内調査結果報告書の記載項目数と内容別文字数（平均、最大、最小、標準偏差）

報告書に記載された内容は、項目数では平均が20.6項目、最大が31項目、最小が11項目であった。合計文字数を400字詰め原稿用紙の枚数に換算すると平均が10.9枚、最大が34枚、最小が1.6枚であった。文字数から、「分析・評価」や「再発防止策」については記載がなかった（文字数ゼロ）事例もあった。また10件（30.3%）の報告書に添付資料（解剖・Ai報告書など）があった。

2-2- 文字数 グラフ

文字数の合計や視点ごとの文字数にバラツキがあることが示された。

2-2- 文字数と記載項目数 グラフ

文字数が少ないと記載されている項目数も少ない傾向が示された。

【3】相談による支援内容

1- 相談者所属別の月別相談内容件数

5ヶ月間で871件の相談があり、1回の対応で複数の相談内容がある場合もあり、相談内容の合計件数は1087件であった。相談者の所属は、病院が最も多く611件（56.2%）

であった。遺族等からは226件（20.8%）であった。

1- 医療機関・支援団体等における相談内容の月別件数

遺族等からの相談を除く861件のうち、「1.医療事故報告対象の判断」が205件（23.8%）、「2.相談・報告の手続き」が257件（29.8%）、「3.支援に関する情報提供・調整」が82件（9.5%）、「4.院内事故調査に関する助言」が208件（24.2%）、「5.センター調査に関すること」が39件（4.5%）、「6.再発防止」が0件（0%）、「7.その他」が70件（8.1%）であった。

1- 医療機関・支援団体等における相談内容の所属別件数

病院からの相談内容611件のうち、多かったのは「2.相談・報告の手続き」の「報告」158件（25.9%）、「1.医療事故報告対象の判断」150件（24.5%）であった。診療所からの相談内容35件のうち、多かったのは「2.相談・報告の手続き」の「報告」12件（34.3%）であった。

1- 遺族における相談内容の月別件数

遺族等からの相談内容226件のうち、多かったのは「医療事故報告対象の判断」140件（61.9%）であった。また既に医療機関から報告済みの事例についても相談が8件（3.5%）あった。

医療事故調査・支援センターの体制

（資料 参照）

センターを訪問し、以下のような体制で運営・実施されていることがわかった。

1 センターの組織体制等

医療安全に関する経験のある医師、看護師等が配置されている。常勤および嘱託・非常勤等を含めて、医師10名、看護師25名、事務11名である。

2 データの管理体制

執務室内に「医療事故報告」の管理のための「機密室」、入室承認システム、監視力

メラを設置するなど環境を整備し、情報セキュリティポリシーなどの制定、定期的な研修などが実施されている。

3 相談体制（夜間、休日等含む）

夜間・休日を含め 24 時間体制で電話相談に応じている。また医療機関から具体的事例に関する助言を求められた場合には、センター内で複数の医療従事者による合議を行った上で助言している。

4 再発防止策を提案するための体制、方法論等

「再発防止委員会」とその下に設置される「専門分析部会」によりテーマを設定し検討を行うとしている。

5 センター調査の実施体制

「総合調査委員会」の下に、事例毎に「個別調査部会」を設置している。また専門性を有した調査委員推薦協力体制を整備するために 40 余りの学会等が登録されている。

6 研修の実施内容等（実績と予定）

センターの職員向け研修が実施されている。また医療機関および支援団体の職員に対しても研修を実施している（詳細は資料 及びを参照）。

7 普及啓発

ホームページ管理、リーフレット配布、プレスリリース（月毎）の発行、講演等による説明が行われている。

医療事故調査制度に関する支援団体向け研修会のアンケート

（資料 および 参照）

- 研修会は平成 28 年 1 月と 3 月に 2 回実施され、各回での参加者数とアンケート回収率は以下のものであった：第 1 回（115 人、88.7%）、第 2 回（104 人、89.4%）。合計は 219 人、回収率は 89.0% であった。
- 研修内容の理解：2 回ともに同様の傾向で、「論点整理」「報告書作成」「遺族への説明」に関しては理解度が約 7～8 割

程度であった。その他（「法令解説」「医療事故調査・支援センターの役割」「医療事故調査制度の概要と狙い」「支援団体の調査支援の流れ」「相談対応」「初期対応」「聞き取りの注意事項」「聞き取りの実演 DVD」「論点整理の発表解説」「院内事故調査委員会」）は 9 割程度またはそれ以上であった。

- 悩みや困っていることとして、自由記載で以下について複数記載や、注目すべき意見があった。：

制度の周知

運営：費用、人手・育成、県内体制・窓口

「医療事故」の名称：とくに家族には「事故」と「過誤」の区別も困難で家族への説明も抵抗があり、報告しにくい名称である。

報告すべき事例の判断：遺族との関係に左右されることがある

医療事故調査制度に関する医療機関向け研修会のアンケート

（資料 参照）

- 研修会は 7 か所で実施され、各会場での参加者数（アンケート配布数）とアンケート回収率は以下のものであった：仙台（98 人、79.6%）、福岡（377 人、71.1%）、札幌（158 人、79.7%）、大阪（475 人、71.2%）、愛知（167 人、77.8%）、東京（386 人、74.4%）、岡山（186 人、79.0%）。合計は 1847 人、回収率は 74.4% であった。
- 研修内容の理解：いずれの会場においても「遺族への説明」に関しては理解度が他の内容よりも低く 6～8 割程度であった。その他の内容は 9 割以上であった：「医療事故調査制度の概要について」「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」「医療事故調査等支援団体の役割」「事故の発生と相談」「事故報告後、調査委員会開催までの対

応」「院内事故調査委員会」「院内事故調査報告書の作成」「日頃からの院内の医療安全体制」。

- ・ 悩みや困っていることとして、自由記載で以下について複数記載や、注目すべき意見があった。：

制度の院内の周知・協力：管理者・医師の協力など病院管理者を補佐する院内組織体制の必要性

「医療事故」の名称：「事故」という表現が「過誤」を連想させるなど、報告しにくい名称である。

報告すべき事例の判断

解剖やAiの実施体制

事故報告書の作成

地域の支援団体の役割など

D. 考察

本制度において政省令を定める際に検討会で議論となった項目等に関して、研究結果から考察する。

医療事故の報告数

- 1ヶ月当たりの平均報告数は28件で、平成27年12月には36件、平成28年1月には33件、2月には25件と減少傾向がみられていたが、研究対象とはならなかった3月には48件（累計188件）の報告があり、全体的には増加の傾向にあると考えられる。

- 現行の診療科の分類は、医療事故情報収集等事業の分類となっており、両者の比較が可能となる一方、「消化器外科」が無く、細分化された外科の他に「外科」があり、また「産婦人科」の他に「産科」、「婦人科」が存在するなど厳密に診療科ごとの分析をする際には限界がある場合があることも推測される。

医療事故の判断

死亡日から医療事故報告（発生）受領までの期間は、平均21.4日、最長117日、最短2日であった。報告すべきかの判断に数カ月を要する

のは、事例によっては報告すべきかの判断が容易ではないこと等が示唆される。調査を開始するまでの期間が長くなると、当事者の記憶も曖昧となり、事実関係を把握する手段も少なくなるため、原因分析および再発防止に資する必要な事実の把握が困難となることが懸念される。判断を行うのに適当な期間の目安について、より具体的な指針が示される必要があると思われる。今後、判断が遅かった事例においては、その理由についても把握し分析することは有益であると考えられる。

研究対象となった5ヶ月間の相談の23.8%が「医療事故報告対象の判断」であり、研修後のアンケートからも、困っていることとして、判断が容易ではないことが挙げられていた。また判断が遺族との関係に左右されているとの記載もあり、制度の理解が十分でないことも示唆される。

院内調査

提出された院内調査結果報告書そのものを公開して検討することはできないため、報告書に記載された項目数と分量（文字数および換算された400字詰め原稿用紙の枚数）について検討した。そして事例ごとに記載項目数と分量には大きなバラツキがあり、院内調査の質にもバラツキがあることが懸念された。また記載が必須であると思われる項目（起因した医療（行為）の前の情報である「3.バイタルサイン（1時点）」「5.症状・観察した結果（患者・家族の言動含む）」、「11.起因した医療（行為）又は発見時、急変時、病状転換時等」、起因した医療（行為）の後の情報である「12.バイタルサイン（2時点以上）」「14.症状・観察した結果（患者・家族の言動含む）」）についても記載がない事例があり、さらに「分析・評価」に該当する文字数が少ない事例もあることから、原因分析・再発防止の検討が十分ではない可能性がある事例があることも示唆された。

院内調査報告書の提出が義務付けられていても、その形式・内容の大きなバラツキが許容

されたままであれば、本制度そのものの形骸化につながりかねないことが危惧される。よって、制度運用面について、地域や医療事故調査等支援団体間における、支援（医療事故の判断や院内事故調査方法等）の標準化を進めるため、支援団体間の情報交換の場を設けること等も効果的と考えられる。

院内調査の委員会の人数、構成、外部委員の参加について記載があったのはそれぞれ51.5%（17/33事例）、48.5%（16/33事例）、54.5%（18/33事例）であった。このためほぼ半数以上の事例において、適切な調査体制であったかについて、提出された院内調査結果報告書からの判断は困難であった。

研修後のアンケート結果からは、「医師の協力があまりない」「医療安全管理者任せ」など医師をはじめとして、病院管理者を補佐する院内組織体制が有効に機能していないことも示唆されている。よって、院内調査を適切に実施するため、医療機関の管理者は、院内での死亡事例を遺漏なく把握できる体制の確保をすることが求められ、これにより報告数が増える可能性も考えられる。

解剖は35.0%の事例で実施されていた。平成23年度の医療機能評価受審病院のうち自施設における剖検率が平均4.97%、中央値2.87%¹⁾、また平成24年度の受審病院のうち剖検を実施している239病院において、82%は剖検実施率が5%以下²⁾であることから、センターへの報告事例については、解剖の実施率が高く、報告事例に偏りがある可能性も考えられるが、より積極的に解剖が実施されているとも考えられる。

解剖もAiも実施されていない事例が43.6%であった。診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業において、88%（60事例）が死因究明、原因究明において調査解剖が大きく貢献している³⁾ことを考慮すると、死因究明を含む事実把握の限界の可能性が示唆され、検討が必要である。

院内調査報告書の質を担保するには、適切な院内調査方法とそれに基づいた報告書の例を複数示すこと、調査方法と報告書の記載について継続的に研修を実施すること、地域の支援団体による医療機関への支援活動を継続的に推進することなどが効果的と考えられる。また、現在のセンターの役割として、院内調査結果報告書を提出した個別の医療機関に対して、院内調査結果報告書へのフィードバック（記載内容の明確化、追記、修正など）を実施できないことも、報告書の質の向上の観点から課題がある可能性が示唆された。よって、再発防止策の検討に資するため、必要に応じて医療機関の同意を得て、センターから院内調査報告書の内容に関する確認や照会等を行えるようにすることも検討が必要と考えられる。

医療安全はグローバルな課題であり、2002年のWHO総会においても全加盟国が賛同して、加盟国が最大限の注意を払うべきことが言及され、各国で様々な取組みが推進されている。諸外国における院内調査のあり方や、国レベルでの調査結果の情報収集と分析、再発防止策の普及なども参考にするとよいと考える。

センターへの結果報告

医療事故報告（発生）受領から院内調査結果報告受領までの期間は、平均57.4日で、ほとんどの事例は約3か月以内に報告されているが、4か月以上を要している事例もあった。また「相談・報告の手続き」に関する相談も多かった。これより調査の期間が長くなると、当事者の記憶も曖昧となり、事実関係を把握する手段も少なくなるので、迅速に調査が終了し報告できるようなガイドや支援が必要と思われる。

センターへの報告方法にはWebと郵送の2通りがあるが、郵送が78.8%と多かった。このことはWeb報告における医療機関側の負担があり、郵送がより簡便であるためと考えられる。なお郵送された紙媒体の情報は、センター側でシステムに入力（転記）する必要があるため、今後、事例の報告が増え、1事例当たりの報告内容が

増加するとセンター側の負担が大きくなること、また入力エラーの発生なども懸念される。

センター調査と再発防止に関する普及啓発等

- 制度が開始されて間がなく、センター調査の実施例がないことから、センター調査に関わる検証は本研究ではできなかった。センターから提供された資料(資料)によると、適切に実施するための体制が整えられつつあることが示されており、今後の継続した検証が必要である

地域間における格差

- 事故の報告数、解剖や Ai の実施率においては地域間に差がある可能性も考えられるが、「事故調査の内容及び質」の格差については、現時点では報告の数そのものが少なく、地域間の格差についての検証は困難であった。

院内事故調査における中立性、透明性及び公正性の確保

- 外部委員の参加や当該医療従事者および遺族からのヒアリングなどが重要と考えられる。院内調査結果報告における記載内容の分析において、外部委員の参加が 54.5% (18/33 事例)、ヒアリングの実施が当該医療従事者に対しては 72.7% (24/33 事例)、遺族に対しては 12.1% (4/33 事例) であることから、中立性・透明性・公正性の確保は十分ではない可能性がある。報告書の内容について意見がある場合等の記載については、「意見がなかった」旨の記載は「無」として計上され当該医療従事者からは 9.1% (3/33 事例)、遺族からは 36.4% (12/33 事例) であった。このことから、当該医療従事者や遺族への透明性が確保されているかの判断が困難であった。

○ 「医療事故」という名称について

複数の研修会でのアンケート結果などから読み取れる「医療事故」という名称についての抵抗感は、「事故」が「過誤」を連想させること、さらにそのことが、検討会でも表明された調査報告書が訴訟に用いられる懸念につ

いての過剰反応を助長する可能性があるとの指摘があった。このため、法の趣旨を正確に反映した表現(文言)に変更することも検討に値すると思われる。具体的な例としては、「予期せぬ死亡調査制度」、「医療安全調査制度」、「死亡原因調査制度」などが、研究班での議論やアンケート結果から考えられたが、本研究班においては候補を絞るに至らなかった。

遺族等からの相談

遺族等からの相談は 200 件余りあった。現状では、医療事故調査制度の説明対応を行っており、相談内容等について医療機関に情報提供や指導は行っていない。そのため、遺族等からの相談対応の改善や院内調査等への判断材料を提供するために相談内容等を医療機関へ伝達することについても検討が必要である。さらに遺族に対しても、制度の概要や、遺族が関わるポイントについて分かりやすく説明する必要があり、特に死亡後の解剖や Ai への同意が必要であることから、本制度の理解を国民に広める活動も必要と考えられる。

その他

優れた報告事例の内容が公開されていないことは、報告すべき具体的な事例の判断が困難である原因の一つと考えられる。研修後のアンケート結果にも、実際の報告事例の紹介を望む記載が多数あった。例えば報告の記載内容が優れていて記載上の参考になる事例や、再発防止に資する優れた事例、報告対象範囲の検討に値する事例等について、秘匿性を担保しつつ可能な限り公開し、報告すべき具体的な事例について共有することが、適切な判断と対応を推進する方法になると考えられる。

本研究の限界：

- 制度開始後 5 か月間にセンターへ収集された情報のみを対象としていること。
- 事例を公開した検討が困難であること。
- 報告された医療事故調査報告書の内容について、センターから医療機関への確認依頼などが困難であること。
- 現時点でセンター調査の実施例はないこ

と。

- 分析対象として医療事故調査結果報告書のみを対象としていること。
- データ数が少ないため一部のデータは情報の秘匿性への配慮から、県別のデータ分析が困難であること。

E . 結論

さまざまな研究の限界があるが、以下のような点が示唆された。：

- 事故の報告数、解剖やAiの実施率においては地域間に差があること。ただし解剖については、全事例に占める解剖の実施率からは一般の病理解剖よりも積極的に実施されている傾向があった。
- 報告までに時間を要している事例があり、報告すべきかの判断が容易でない事例がある可能性があること。
- 事例分析の内容および質に大きなバラツキがあること。
- 「医療事故」という名称から、報告することへの抵抗があること。
- 外部委員の参加、当該医療従事者や遺族へのヒアリング、報告書に対する意見の記載がない事例も多く、院内の事故調査の中立性、透明性、公正性の確保が、事例によっては十分ではない可能性があること。

再発防止の普及啓発に資する十分な情報が質・量ともに収集されていないことが考えられ、今後の取組みとして以下のような点が提言として挙げられる。：

- センターに収集された情報の分析を継続的に実施すること。
- 院内調査の改善や充実を図るため、研修の充実や秘匿性を担保しつつ可能な限り優良事例の共有を行う仕組みについて検討すること。
- 医療機関の管理者は、院内調査を適切に実施するため、院内での死亡事例を遺漏なく把握できる体制の確保をすること。

- 遺族等からの相談があった場合に、遺族等からの求めに応じて、センターが遺族からの相談内容等を医療機関に伝達する体制について検討すること。
- 医療事故調査等支援団体間における支援の標準化を進めるための協議の場を設けることを検討すること。
- 制度の周知・理解を継続的に推進すること。その一環として、報告制度をより報告しやすい名称へ（「予期せぬ死亡調査制度」、「医療安全調査制度」、「死亡原因調査制度」など）変更することを検討すること。
- 海外での取組み（院内調査のあり方や、全国的な調査結果の情報収集と分析、再発防止策の普及など）も参考にすること。

参考文献：

- 1) 病院機能評価データブック 平成 23 年度
- 2) 病院機能評価データブック 平成 25 年度
- 3) 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業 総括 -日本内科学会から日本医療安全調査機構に引き継がれたモデル事業の総括と新制度に向けての提言 平成 27 年 3 月

F . 健康危険情報

特記事項なし

G . 研究発表

【論文】

なし

【国際会議・学会発表】

なし

H . 知的財産権の出願・登録状況

特記事項なし

資料

厚生労働科学研究費補助金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等に関する研究

(H27-特別-指定-025)

目次

資料 医療事故調査のあり方に関する事項について…………… < 1 >

【1】報告件数等

1 集計の概要

集計した4つのポイント(月日)

- 「医療事故報告票」フォーマット
- 共通コード

報告の件数における考え方

2 -1 医療事故の報告月別件数

-2 開設者別の報告月別件数

-3 病床規模別の報告月別件数

-4 - 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類)の報告月別件数

- 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類)の報告件数と、推計患者数・受療率・病床数との比較

-5 病床規模別の報告件数×地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類)の報告件数

-6 関連診療科別の報告月別件数

-7 年齢(平均、最大、最小、標準偏差)別の報告月別件数

-8 性別の報告月別件数

3 -1 医療事故の発生月別件数

-2 発生時間別の発生月別件数

-3 発生曜日別の発生月別件数

-4 発生曜日における平日・休日区分

-5 発生場所別の発生月別件数

-6 死亡場所別の発生月別件数

4 医療事故の死亡月別件数

5 院内調査結果の報告月別件数

6 期間の分布

- 医療事故発生から死亡日までの期間(平均、最長、最短、標準偏差)

- 死亡日から医療事故報告(発生)受領までの期間(平均、最長、最短、標準偏差)

- 医療事故発生から医療事故報告(発生)受領までの期間(平均、最長、最短、標準偏差)

- 死亡日から院内調査結果報告受領までの期間(平均、最長、最短、標準偏差)

- 医療事故報告(発生)受領から院内調査結果報告受領までの期間(平均、最長、最短、標準偏差)

- 全体の期間

7 -1 医療事故発生の報告方法別件数

-2 院内調査結果の報告方法別件数

-3 病床規模別医療事故発生の報告方法

-4 病床規模別院内調査結果の報告方法

8 -1 - 解剖・Aiの実施件数

- 病床規模別 解剖・Aiの実施件数

- 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) 解剖・Aiの実施件数

- 2 - 解剖の実施件数
 - 病床規模別 解剖の実施件数
 - 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) 解剖の実施件数
- 3 - Ai の実施件数
 - 病床規模別 Ai の実施件数
 - 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) Ai の実施件数
- 9 -1 - 支援団体・センター別 医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数
 - 病床規模別 支援団体・センターから医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数
 - 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) 支援団体・センターから医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数
- 2 - 支援団体から医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数
 - 病床規模別 医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数(支援団体)
 - 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) 医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数(支援団体)
- 3 - センターから医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数
 - 病床規模別 医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数(センター)
 - 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) 医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数(センター)

【2】センターによる分類

- 1 -1 医療事故報告(発生)における、起因した医療(疑い)による分類
 - 2 手術(分娩を含む)の内訳
 - 3 1 イベントあたりの患者数ごとの報告月別イベント数
- 2 -1 - 「医療機関調査報告票」フォーマット
 - 「報告書」フォーマット
- 2 - 院内調査結果報告書における項目別記載状況
(平均、最大、最小、標準偏差)
 - 院内調査結果報告書における記載必須項目
 - 院内調査結果報告書の記載項目数と内容別文字数(平均、最大、最小、標準偏差)
 - 文字数 グラフ
 - 文字数と記載項目数 グラフ

【3】相談による支援内容

- 1 - 相談者所属別の月別相談内容件数
 - 医療機関・支援団体等における相談内容の月別件数
 - 医療機関・支援団体等における相談内容の所属別件数
 - 遺族における相談内容の月別件数

資料 医療事故調査・支援センターの体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ < 67 >

- 1 センターの組織体制等
- 2 データの管理体制
- 3 相談体制(夜間、休日等含む)
- 4 再発防止策を提案するための体制、方法論等
- 5 センター調査の実施体制

6 研修の実施内容等(実績と予定)

7 普及啓発

資料 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 1 月 16 日～17 日 実施…………… < 73 >

平成 28 年 3 月 2 日～3 日 実施…………… < 89 >

資料 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…………… < 107 >

資料

医療事故調査のあり方に関する事項について

(1) 報告件数等

1 集計の概要

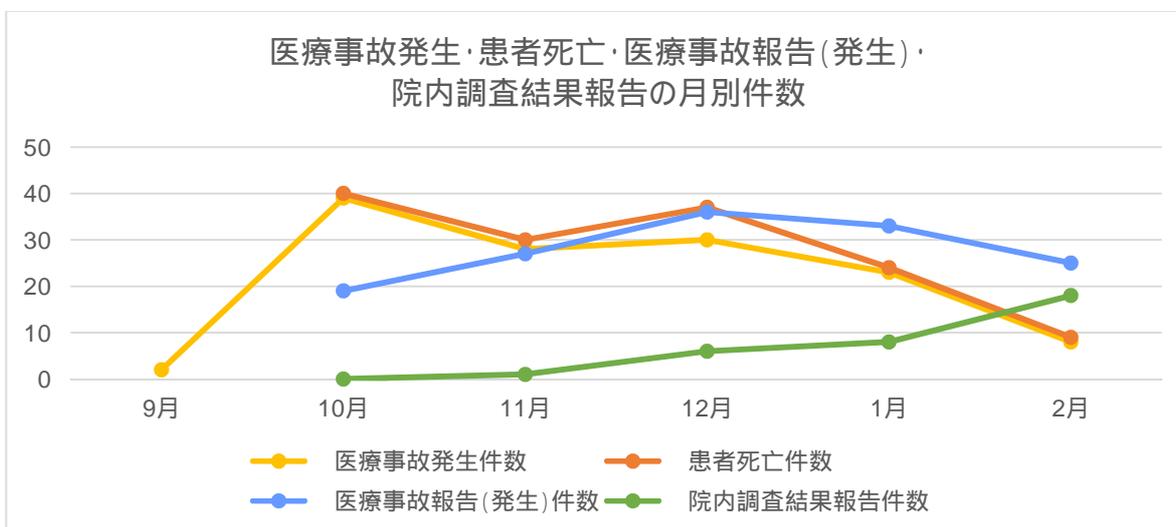
1- 集計した4つのポイント(月日)



集計は医療機関からの報告(医療事故報告票)に基づくため、「医療事故発生」に「死亡の発見」等が含まれる場合あり。報告票については次ページを参照。

	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計
医療事故発生件数	2	39	28	30	23	8	130
患者死亡件数		40	30	37	24	9	140
医療事故報告(発生)件数		19	27	36	33	25	140
院内調査結果報告件数		0	1	6	8	18	33

発生日不明 10 件を除く



1- - 「医療事故報告票」フォーマット

医療事故報告票

報告日	平成		年		月		日		曜日
-----	----	--	---	--	---	--	---	--	----

医療機関

(ふりがな) 医療機関名									
所在地	郵便番号		-						
				都道府県					
(ふりがな) 管理者の氏名									
連絡先	(ふりがな) 氏名				所属部署				
	電話				FAX				
	Eメール								

【機構記載欄】

受付年月日	平成 年 月 日 ()	事故報告管理番号	
備考		機構確認者	/

事故の内容

調査により変わることが前提であり、報告時点で把握している範囲で記載してください。
その時点で、不明な事項については不明と記載してください。

患者年齢		歳		ヵ月	在胎週数				週		日
患者性別	男性		女性		診療科			診療科番号 1 (共通コード参照)			
死亡日時	平成		年		月		死亡場所 2 (共通コード参照)	番号	具体的な死亡場所		
	時間		時		分						
医療事故 発生日時	平成		年		月		医療事故 発生場所 2 (共通コード参照)	番号	具体的な発生場所		
	時間		時		分(頃)						
疾患名											
医療事故の状況											
医療事故調査の実施 計画と今後の予定											
その他管理者が 必要と認めた情報											

【機構記載欄】

事故報告管理番号

1- - 共通コード

医療事故報告票・医療機関調査報告票 共通コード

診療科・・・事故が起きた診療科を記載します。
 もっとも当てはまる診療科の番号を下記より選び記載します。

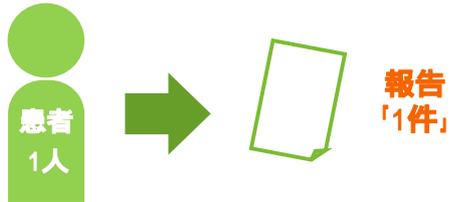
1	内科	15	美容外科	29	耳鼻咽喉科
2	麻酔科	16	脳神経外科	30	心療内科
3	循環器内科	17	呼吸器外科	31	精神科
4	神経科	18	心臓血管外科	32	リハビリテーション科
5	呼吸器内科	19	小児外科	33	放射線科
6	消化器科	20	ペインクリニック	34	歯科
7	血液内科	21	皮膚科	35	矯正歯科
8	循環器外科	22	泌尿器科	36	小児歯科
9	アレルギー科	23	性病科	37	歯科口腔外科
10	リウマチ科	24	肛門科	38	不明
11	小児科	25	産婦人科	39	その他
12	外科	26	産科		
13	整形外科	27	婦人科		
14	形成外科	28	眼科		

- 2 死亡場所・・・死亡確認をした場所を記載します。
 医療事故発生場所・・・事故が起きた場所を記載します。

1	外来診察室	11	NICU	21	廊下
2	外来処置室	12	検査室	22	浴室
3	外来待合室	13	カテーテル検査室	23	階段
4	救急外来	14	放射線治療室	24	不明
5	救命救急センター	15	放射線撮影室	25	その他
6	病室	16	核医学検査室		
7	病棟処置室	17	透析室		
8	手術室	18	分娩室		
9	ICU	19	機能訓練室		
10	CCU	20	トイレ		

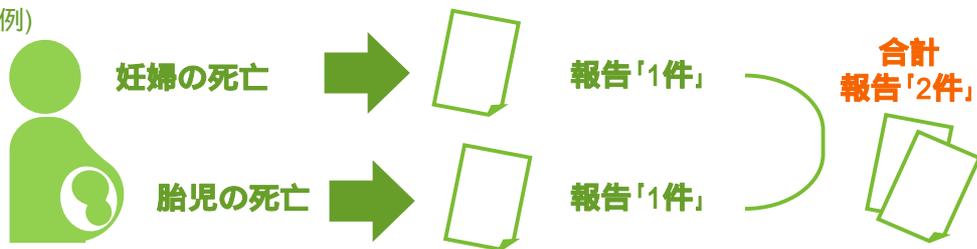
1- 報告の件数における考え方

患者1人あたり「1件」の報告とする。



1イベントにおいて死亡した患者数が複数(妊婦および胎児の死亡等)である場合は、患者ごとにそれぞれ報告する。なお、イベントとは起因となった一連の医療行為等(疑いを含む)をさす。

例)



医療事故報告(発生)および院内調査結果報告の「受領日」について

- ・Web報告の場合 → 機構Webシステムに医療機関が報告ファイルを登録した日
- ・郵送による報告の場合 → 医療機関から郵送された報告書をセンターが受け取った日

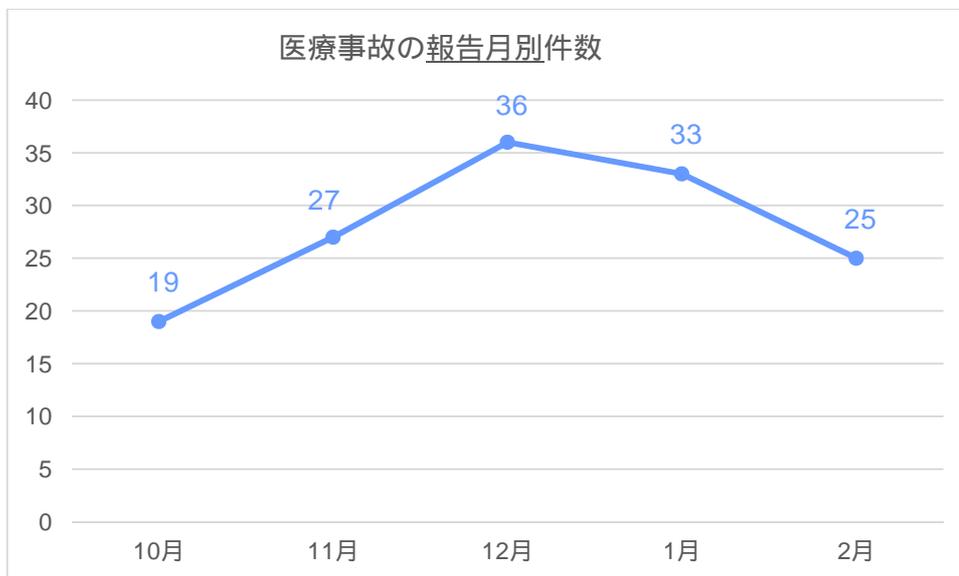
2-1 医療事故の報告月別件数

報告月	10月	11月	12月	1月	2月	合計
報告件数	20	27	36	33	25	141
取り下げ件数	1	0	0	0	0	1
合計	19	27	36	33	25	140

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき(内容を示した)もの。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

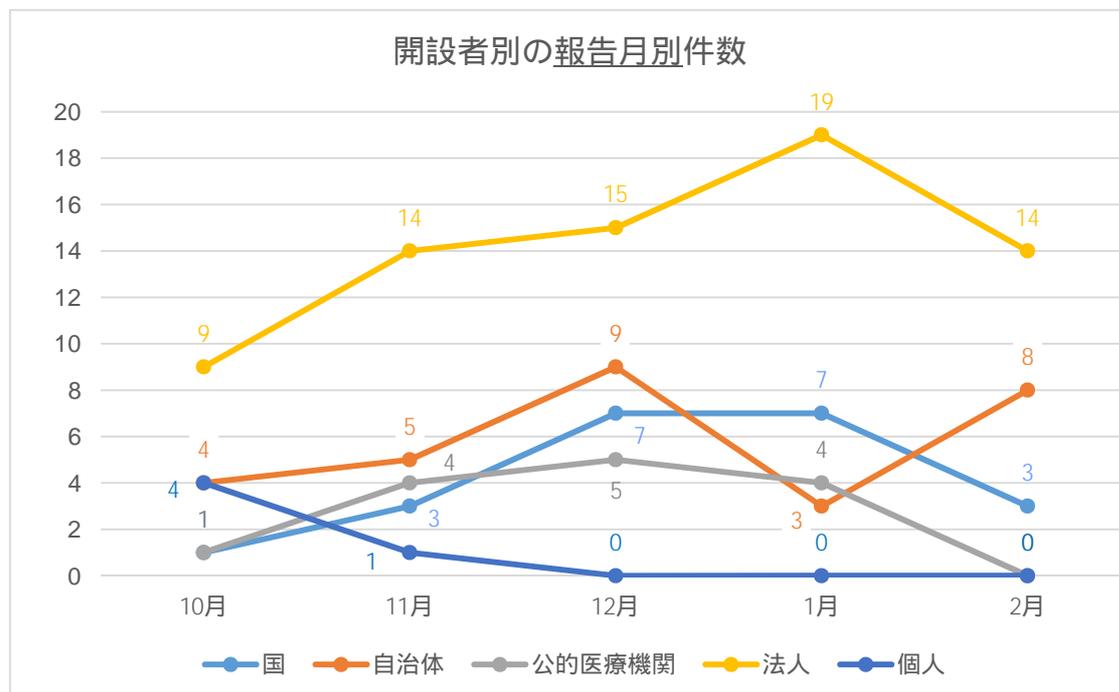
合計は(報告件数) - (取り下げ件数)



2-2 開設者別の報告月別件数

開設者	10月	11月	12月	1月	2月	合計	%
国	1	3	7	7	3	21	15.0%
自治体	4	5	9	3	8	29	20.7%
公的医療機関	1	4	5	4	0	14	10.0%
法人	9	14	15	19	14	71	50.7%
個人	4	1	0	0	0	5	3.6%
合計	19	27	36	33	25	140	100.0%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したもの。
1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。



2-3 病床規模別の報告月別件数

病床数	10月	11月	12月	1月	2月	合計	小計
0～19	5	2	4	1	2	14	14 (10.0%)
20～49	0	0	0	0	0	0	19 13.6%
50～99	0	3	2	1	2	8	
100～149	1	2	0	1	1	5	
150～199	1	0	2	3	0	6	
200～249	1	2	2	5	3	13	37 26.4%
250～299	1	1	1	1	2	6	
300～349	0	2	5	2	3	12	
350～399	1	1	2	0	2	6	
400～449	1	0	5	1	0	7	12
450～499	2	2	1	0	0	5	8.6%
500～549	2	4	2	4	1	13	58 41.4%
550～599	0	2	1	0	2	5	
600～649	2	2	1	7	2	14	
650～699	0	1	1	2	1	5	
700～749	0	2	1	2	2	7	
750～799	0	0	1	0	0	1	
800～849	0	0	1	1	0	2	
850～899	0	0	0	0	1	1	
900～999	1	0	1	1	0	3	
1000以上	1	1	3	1	1	7	
合計	19	27	36	33	25	140	140

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したもの。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

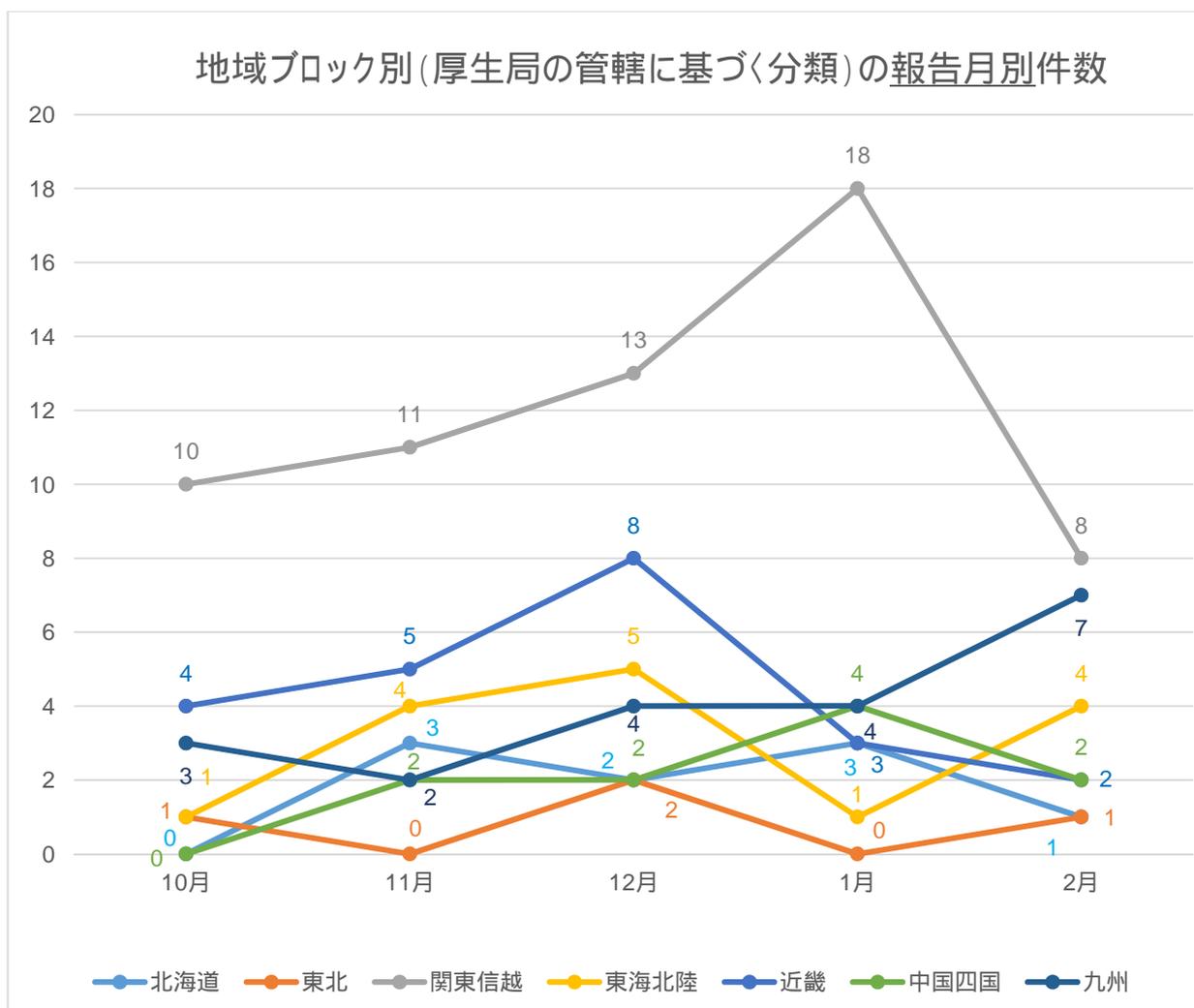
2-4- 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類)の報告月別件数

地域ブロック	10月	11月	12月	1月	2月	合計	都道府県別		
							最小値	最大値	平均値
北海道	0	3	2	3	1	9			
東北	1	0	2	0	1	4	0	2	0.6
関東信越	10	11	13	18	8	60	0	21	6.0
東海北陸	1	4	5	1	4	15	1	4	2.2
近畿	4	5	8	3	2	22	0	10	3.4
中国四国	0	2	2	4	2	10	0	3	1.2
九州	3	2	4	4	7	20	0	6	2.4
合計	19	27	36	33	25	140	全体		3.0

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき(内容を示した)もの。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

最小値・最大値・平均値とは、地域ブロック内の都道府県における報告件数を示したものの。



2-4- 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類)報告件数と推計患者数・受療率・病床数との比較

地域	報告件数	推計患者数(単位:千人)		受療率(人口10万対)		病床数	
	10月～2月	入院(全国1318.8)	外来(全国7238.4)	入院(全国1038)	外来(全国5696)	全ての病床数	一般病床数
北海道	9	78.6	275.1	1456	5094	103538	53107
東北	4	96.7	517.4	1070	5726	126596	70381
関東信越	60	379.1	2405.6	789	5005	484375	282245
東海北陸	15	152.8	971.8	886	5633	195075	104398
近畿	22	219.1	1256.5	1017	5833	275505	161948
中国四国	10	161.6	707.3	1428	6252	205087	97527
九州	20	231.1	874.4	1596	6039	290536	124610
合計	140					1680712	894216

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき内容を示したものである。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

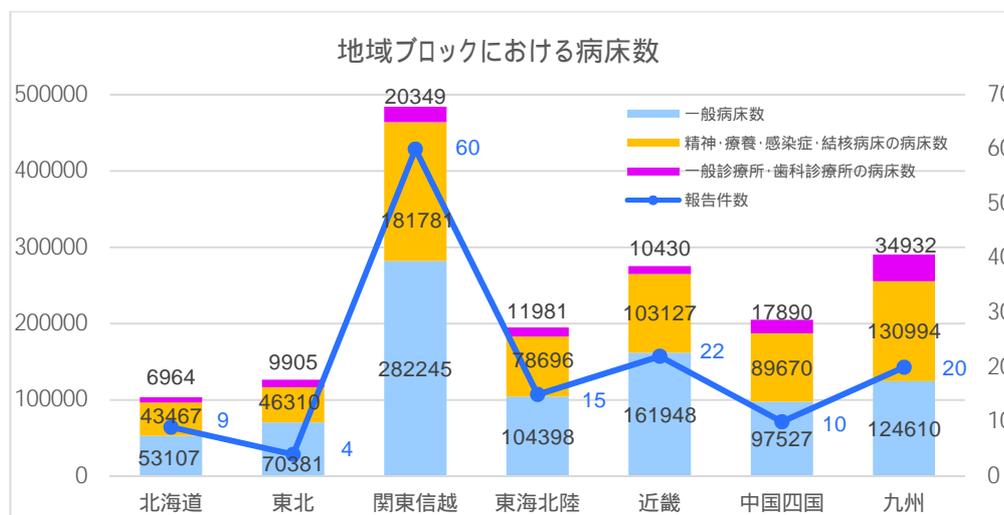
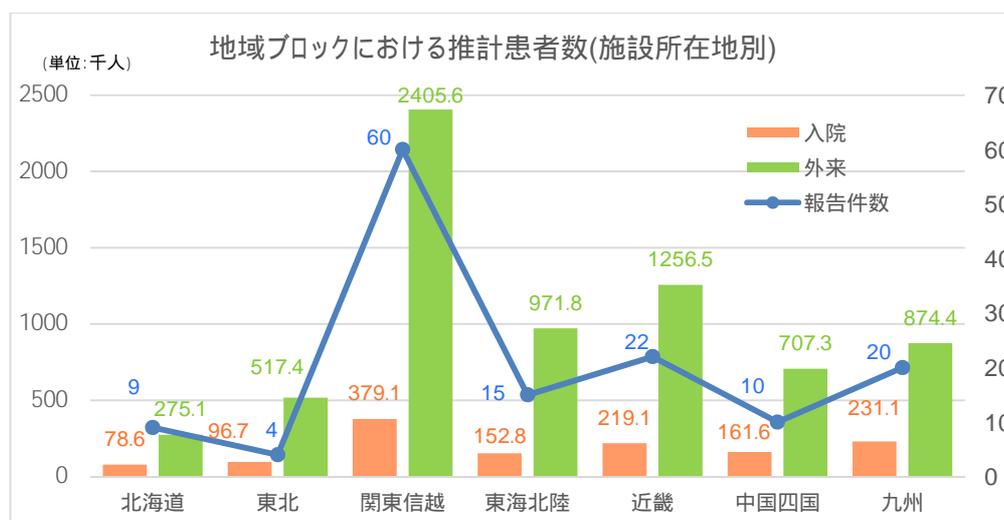
推計患者数は、厚生労働統計一覧平成26年(2014)患者調査の概況より都道府県別にみた推計患者数(施設所在地)に基づき算出している。

受療率は、厚生労働統計一覧平成26年(2014)患者調査の概況より都道府県別にみた推計患者数(施設所在地)、および総務省統計局人口推計(平成26年10月1日現在)に基づき算出している。

受療率とは、推計患者数を人口10万対であらわした数である。受療率(人口10万対)=推計患者数/推計人口×100,000

病床数は、厚生労働省平成26年(2014)医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況(平成26年10月1日現在)に基づき算出している。

全ての病床数は、「精神病床」、「療養病床」、「一般病床」、「感染症病床」、「結核病床」、「一般診療所」、「歯科診療所」を含む。



2-5 病床規模別の報告件数×地域ブロック別(厚生局の管轄に基づ(分類)の報告件数

病床数	北海道	東北	関東 信越	東海 北陸	近畿	中国 四国	九州	合計
0～19	1	0	6	2	5	0	0	14
20～49	0	0	0	0	0	0	0	0
50～99	0	0	6	1	1	0	0	8
100～149	0	0	1	0	3	0	1	5
150～199	0	0	2	0	2	0	2	6
200～249	1	0	3	2	0	2	5	13
250～299	0	1	4	0	0	1	0	6
300～349	0	0	6	2	1	0	3	12
350～399	0	1	2	0	1	0	2	6
400～449	0	1	2	1	3	0	0	7
450～499	0	0	3	0	2	0	0	5
500～549	5	0	6	1	0	1	0	13
550～599	0	0	1	0	2	1	1	5
600～649	1	1	7	0	0	2	3	14
650～699	0	0	0	1	0	3	1	5
700～749	0	0	1	4	1	0	1	7
750～799	1	0	0	0	0	0	0	1
800～849	0	0	1	1	0	0	0	2
850～899	0	0	1	0	0	0	0	1
900～999	0	0	2	0	1	0	0	3
1000以上	0	0	6	0	0	0	1	7
合計	9	4	60	15	22	10	20	140

この集計は、2016年2月末までの報告に基づ(内容を示したものを、

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

2-6 関連診療科別の報告月別件数

診療科	10月	11月	12月	1月	2月	合計	%
内科	2	5	6	5	6	24	17.1%
麻酔科	0	0	0	0	0	0	0.0%
循環器内科	0	1	3	0	3	7	5.0%
神経科	0	0	0	0	0	0	0.0%
呼吸器内科	1	0	2	0	0	3	2.1%
消化器科	1	3	1	2	0	7	5.0%
血液内科	0	0	0	0	0	0	0.0%
循環器外科	0	0	0	0	0	0	0.0%
アレルギー科	0	0	0	0	0	0	0.0%
リウマチ科	0	0	0	0	0	0	0.0%
小児科	1	1	2	0	2	6	4.3%
外科	5	3	6	3	2	19	13.6%
整形外科	1	1	3	5	3	13	9.3%
形成外科	0	0	0	0	0	0	0.0%
美容外科	0	0	0	0	0	0	0.0%
脳神経外科	1	3	2	1	0	7	5.0%
呼吸器外科	0	0	0	1	1	2	1.4%
心臓血管外科	0	0	4	4	1	9	6.4%
小児外科	0	0	0	1	0	1	0.7%
ペインクリニック	0	0	0	0	0	0	0.0%
皮膚科	0	0	0	0	0	0	0.0%
泌尿器科	0	1	1	4	2	8	5.7%
性病科	0	0	0	0	0	0	0.0%
肛門科	0	0	0	0	0	0	0.0%
産婦人科	4	4	1	1	2	12	8.6%
産科	0	0	0	0	0	0	0.0%
婦人科	0	0	0	0	0	0	0.0%
眼科	0	0	0	0	0	0	0.0%
耳鼻咽喉科	1	1	0	0	1	3	2.1%
心療内科	0	0	0	0	0	0	0.0%
精神科	1	1	4	3	1	10	7.1%
リハビリテーション科	0	0	0	0	0	0	0.0%
放射線科	0	0	0	0	0	0	0.0%
歯科	1	0	0	0	0	1	0.7%
矯正歯科	0	0	0	0	0	0	0.0%
小児歯科	0	0	0	0	0	0	0.0%
歯科口腔外科	0	0	0	0	0	0	0.0%
その他	0	3	1	3	1	8	5.7%
不明	0	0	0	0	0	0	0.0%
合計	19	27	36	33	25	140	100.0%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したものである。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

その他は、救急総合診療科、救急科、血管外科、肝胆膵内科、総合診療科、小児内科、乳腺甲状腺外科が含まれる。診療科の分類は日本医療機能評価機構による分類に準ずる。

2-7 年齢(平均、最大、最小、標準偏差)別の報告月別件数

年齢	10月	11月	12月	1月	2月	合計	%
出生前(胎児)	1	2	0	0	1	4	2.9%
出生～1ヵ月未満	3	1	1	0	0	5	3.6%
1ヵ月～1歳未満	0	0	0	1	1	2	1.4%
1歳～9歳	1	0	1	1	0	3	2.1%
10歳代	0	0	0	1	1	2	1.4%
20歳代	0	0	2	1	0	3	2.1%
30歳代	2	2	1	0	0	5	3.6%
40歳代	0	0	3	3	2	8	5.7%
50歳代	2	2	3	3	2	12	8.6%
60歳代	3	7	9	5	2	26	18.6%
70歳代	6	5	11	6	8	36	25.7%
80歳代	1	7	3	12	5	28	20.0%
90歳代以上	0	1	2	0	3	6	4.3%
合計	19	27	36	33	25	140	100.0%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したものです。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合には、最初に診療した病院等で集計している。

平均年齢	最高齢	最年少	標準偏差
63.2歳	99歳	0歳	24.3歳

胎児4件を除いて算出
年齢の月単位は切り捨て

2-8 性別の報告月別件数

性別	10月	11月	12月	1月	2月	合計	%
男性	13	10	21	19	15	78	55.7%
女性	6	16	15	14	10	61	43.6%
不明	0	1	0	0	0	1	0.7%
合計	19	27	36	33	25	140	100.0%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したもの。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

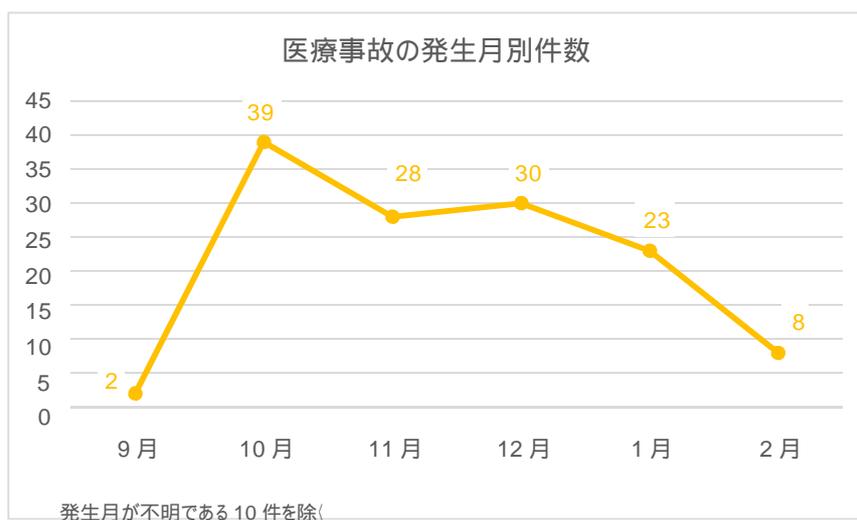
不明は、胎児の場合。

3-1 医療事故の発生月別件数

発生月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	不明	合計
発生件数	2	39	28	30	23	8	10	140

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したものである。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。



3-2 発生時間別の発生月別件数

発生時間	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計	%
0時～1時台	0	3	1	1	0	1	6	4.6%
2時～3時台	0	2	0	1	0	0	3	2.3%
4時～5時台	0	0	4	0	2	0	6	4.6%
6時～7時台	0	3	2	4	2	2	13	10.0%
8時～9時台	1	6	5	2	2	1	17	13.1%
10時～11時台	0	4	3	4	3	1	15	11.5%
12時～13時台	0	4	2	3	3	1	13	10.0%
14時～15時台	0	8	5	4	4	1	22	16.9%
16時～17時台	0	1	2	2	2	0	7	5.4%
18時～19時台	0	3	0	5	3	0	11	8.5%
20時～21時台	1	3	1	1	1	1	8	6.2%
22時～23時台	0	0	2	1	1	0	4	3.1%
時間帯不明	0	2	1	2	0	0	5	3.8%
合計	2	39	28	30	23	8	★130	100.0%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したものである。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

発生時間帯が不明である10件を除く。

3-3 発生曜日別の発生月別件数

発生曜日	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計	%
月曜日	0	7	4	7	2	0	20	15.4%
火曜日	1	2	5	6	3	1	18	13.8%
水曜日	0	7	5	5	2	1	20	15.4%
木曜日	1	6	4	6	4	1	22	16.9%
金曜日	0	6	4	2	8	2	22	16.9%
土曜日	0	6	2	2	3	1	14	10.8%
日曜日	0	5	4	2	1	2	14	10.8%
合計	2	39	28	30	23	8	★ 130	100.0%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したもの。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

発生曜日が不明である10件を除く。

3-4 発生曜日における平日・休日区分

発生曜日	平日	休日(祝祭日)	合計
月曜日	17	3	20
火曜日	18	0	18
水曜日	19	1	20
木曜日	22	0	22
金曜日	22	0	22
土曜日	14	0	14
日曜日		14	14
合計	112	18	★ 130

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき(内容を示したもの。

1 事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

発生曜日が不明である10件を除く。

3-5 発生場所別の発生月別件数

発生場所	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計	%
外来診察室	0	0	0	1	2	0	3	2.3%
外来処置室	0	1	0	2	1	2	6	4.6%
外来待合室	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
救急外来	0	1	0	1	1	0	3	2.3%
救命救急センター	0	1	0	0	0	0	1	0.8%
病室	2	12	12	13	9	3	51	39.2%
病棟処置室	0	1	2	0	0	1	4	3.1%
手術室	0	5	2	4	1	1	13	10.0%
ICU	0	1	2	1	1	0	5	3.8%
CCU	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
NICU	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
検査室	0	0	0	0	1	0	1	0.8%
カテーテル検査室	0	2	2	2	2	0	8	6.2%
放射線治療室	0	1	0	0	0	0	1	0.8%
放射線撮影室	0	1	1	3	1	0	6	4.6%
核医学検査室	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
透析室	0	0	1	0	0	1	2	1.5%
分娩室	0	7	0	0	2	0	9	6.9%
機能訓練室	0	1	0	0	0	0	1	0.8%
トイレ	0	1	2	1	1	0	5	3.8%
廊下	0	1	0	0	1	0	2	1.5%
浴室	0	0	1	0	0	0	1	0.8%
階段	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
その他	0	2	3	2	0	0	7	5.4%
不明	0	1	0	0	0	0	1	0.8%
合計	2	39	28	30	23	8	★ 130	100.0%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したもの。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

その他は、ナースステーション、病棟内隔離室、デイルーム、新生児室(保育器内)、外来化学療法室、屋外ベンチ、自宅等が含まれる。

発生場所は医療事故報告票の共通コードに基づいている。

発生月が不明である10件を除く。

3-6 死亡場所別の発生月別件数

死亡場所	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計	%
外来診察室	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
外来処置室	0	0	2	0	0	1	3	2.3%
外来待合室	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
救急外来	0	2	0	1	1	0	4	3.1%
救命救急センター	0	4	1	1	2	0	8	6.2%
病室	1	12	13	14	8	3	51	39.2%
病棟処置室	0	1	1	1	0	2	5	3.8%
手術室	0	0	0	0	1	0	1	0.8%
ICU	1	11	9	9	8	1	39	30.0%
CCU	0	0	1	1	0	0	2	1.5%
NICU	0	1	0	0	0	0	1	0.8%
検査室	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
カテーテル検査室	0	0	0	2	0	0	2	1.5%
放射線治療室	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
放射線撮影室	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
核医学検査室	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
透析室	0	1	0	0	0	0	1	0.8%
分娩室	0	4	1	0	1	0	6	4.6%
機能訓練室	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
トイレ	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
廊下	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
浴室	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
階段	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
その他	0	3	0	1	2	1	7	5.4%
不明	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
合計	2	39	28	30	23	8	★ 130	100.0%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したものです。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

その他は、搬送先医療機関、HCU、観察室等が含まれる。

死亡場所は医療事故報告票の共通コードに基づいている。

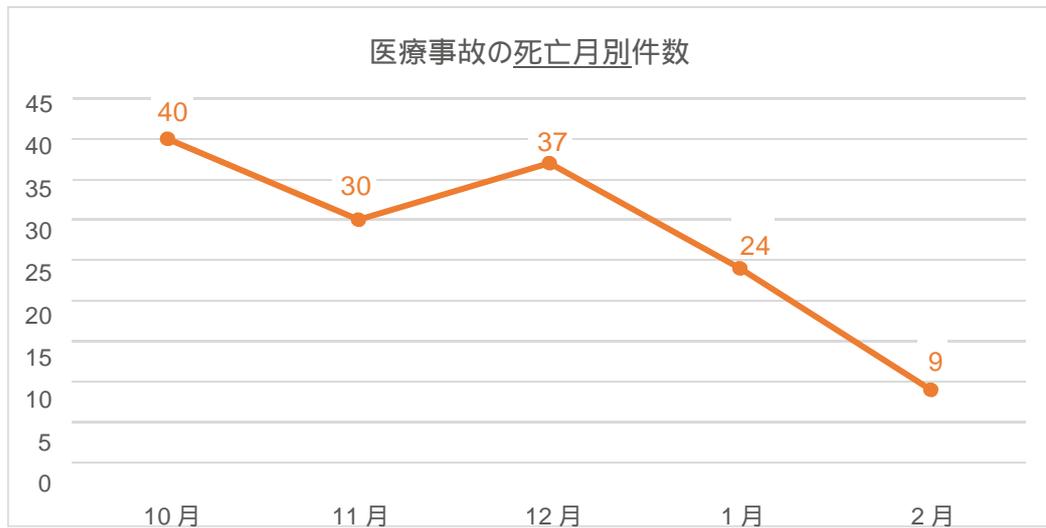
発生月が不明である10件を除く。

4 医療事故の死亡月別件数

死亡月	10月	11月	12月	1月	2月	合計
死亡件数	40	30	37	24	9	140

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき(内容を示した)もの。

死亡から医療事故報告(発生)までの報告期間を考慮すると、今後直近のデータに関しては増加する可能性がある。'6- 死亡日から医療事故報告(発生)受領までの期間、を参照。



5 院内調査結果の報告月別件数

報告月	10月	11月	12月	1月	2月	合計
報告件数	0	1	6	8	18	33

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき内容を示したものである。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。



6- 医療事故発生から死亡日までの期間(平均、最長、最短、標準偏差)



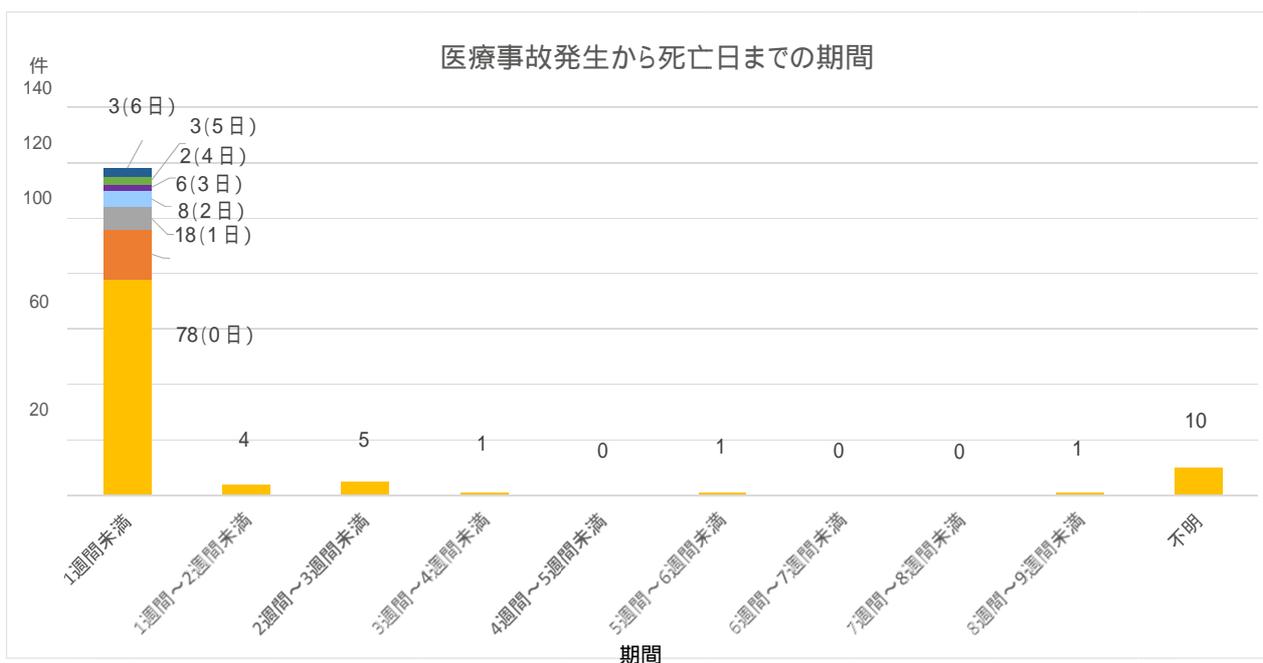
期間	10月	11月	12月	1月	2月	合計
0日	10	12	17	19	20	78
1日	3	6	4	3	2	18
2日	0	2	2	3	1	8
3日	1	2	1	2	0	6
4日	0	1	1	0	0	2
5日	1	1	0	1	0	3
6日	1	0	1	1	0	3
7日	0	0	1	0	0	1
8～14日	0	1	2	2	0	5
15～21日	1	0	1	1	0	3
22～28日	1	0	0	0	0	1
29日～2か月末	0	0	0	1	1	2
2か月以降	0	0	0	0	0	0
不明	1	2	6	0	1	10
合計	19	27	36	33	25	140

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき(内容を示したもの)。
 1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。
 ひと月を30日として集計している。

医療事故発生から死亡日までの期間(130件)

平均	最長	最短	標準偏差
2.5日	59日	0日	7.1日

発生日不明10件を除いて算出



6- 死亡日から医療事故報告(発生)受領までの期間(平均、最長、最短、標準偏差)

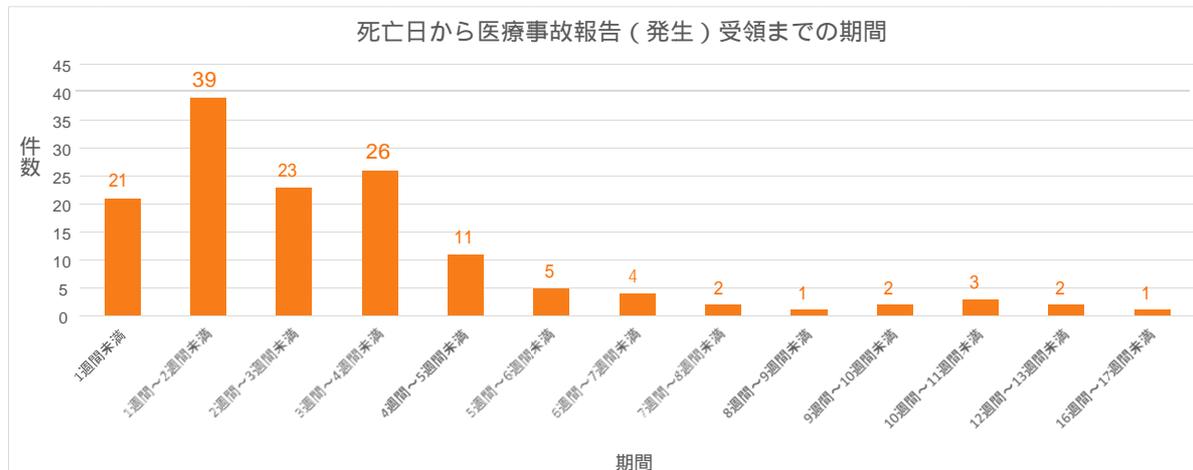
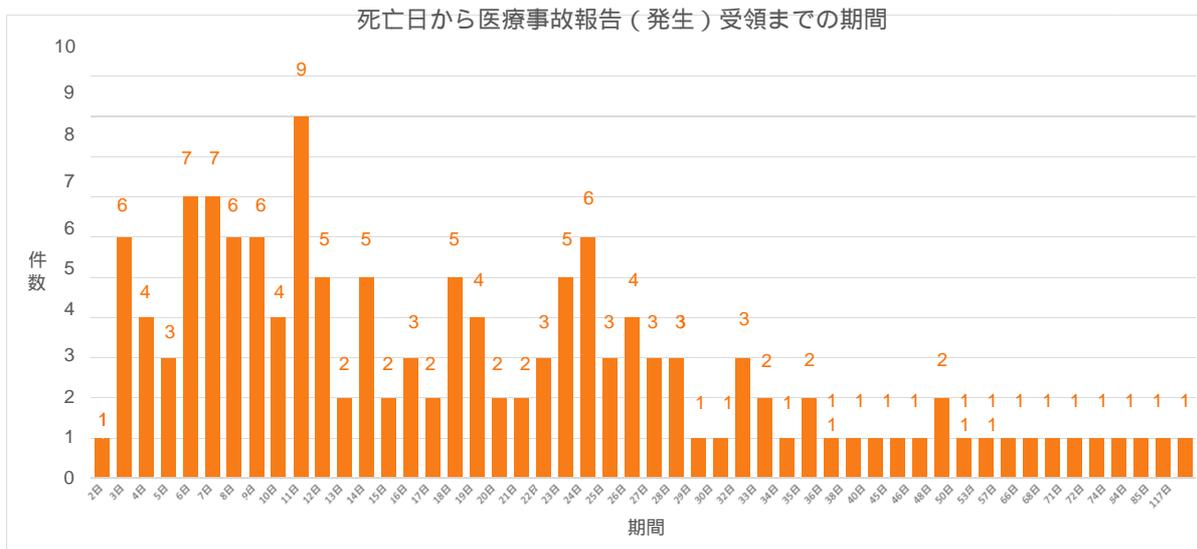


期間	10月	11月	12月	1月	2月	合計
1-7日	6	9	5	6	2	28
8-14日	8	7	7	9	6	37
15-21日	3	4	4	6	3	20
22-28日	2	5	10	3	7	27
29日～2か月未満	0	2	8	6	4	20
2か月～3か月未満	0	0	2	3	2	7
3か月以降	0	0	0	0	1	1
合計	19	27	36	33	25	140

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき(内容を示したものを、
1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。
ひと月を30日として集計している。

死亡日から医療事故報告(発生)受領までの期間(140件)

平均	最長	最短	標準偏差
21.4日	117日	2日	18.9日



6- 医療事故発生から医療事故報告(発生)受領までの期間(平均、最長、最短、標準偏差)



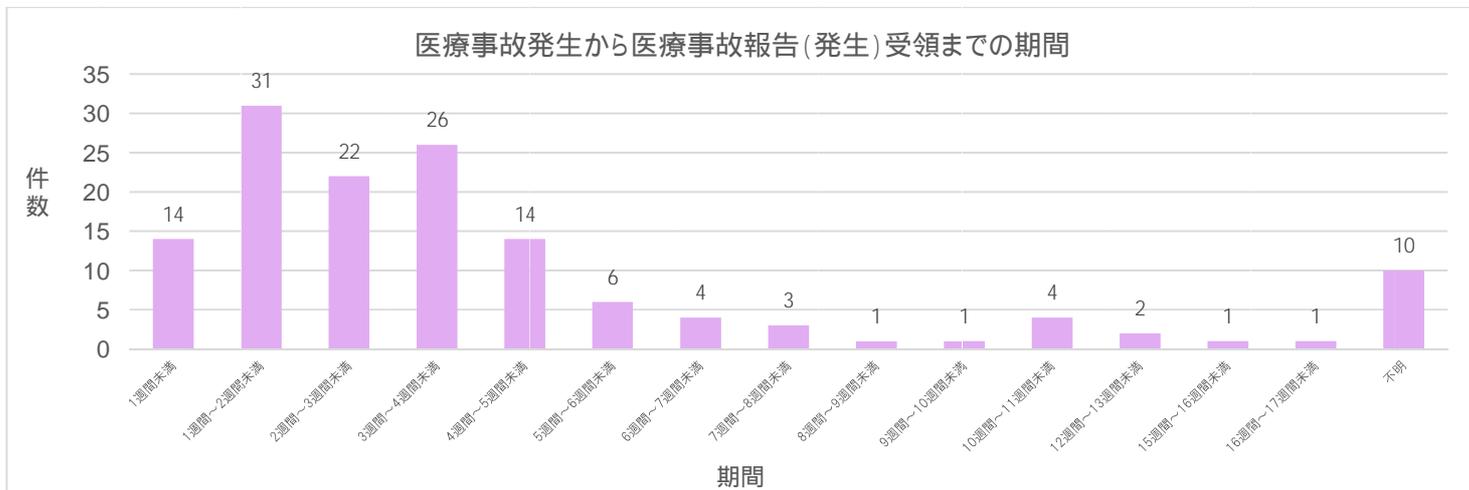
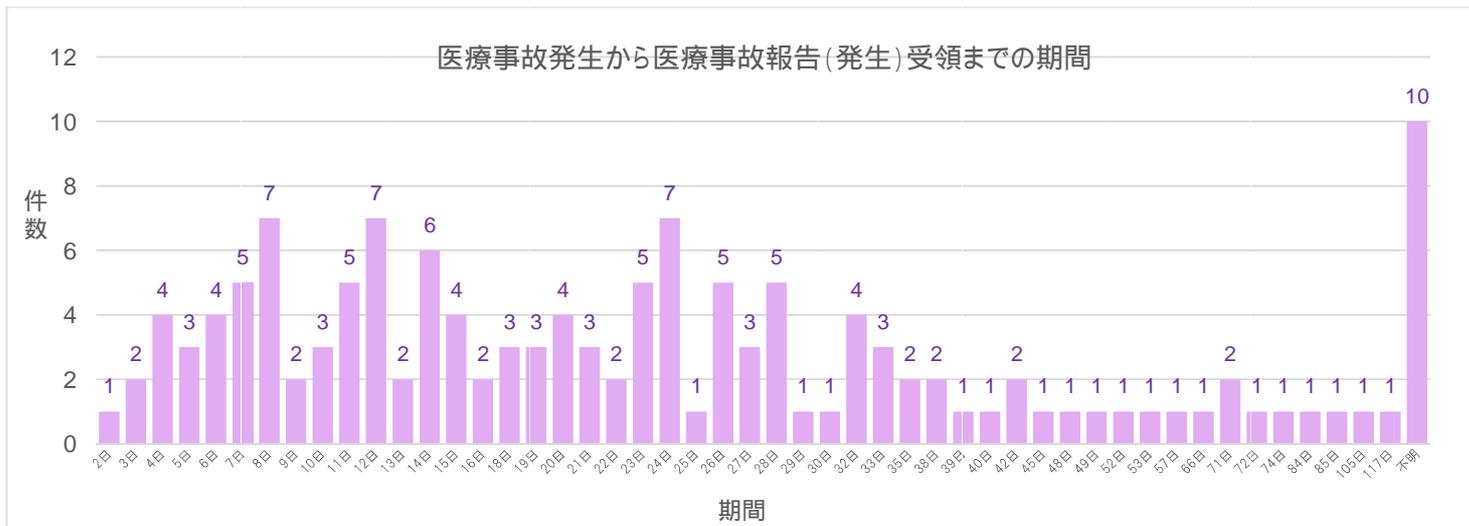
期間	10月	11月	12月	1月	2月	合計
1-7日	4	6	4	4	1	19
8-14日	8	6	4	8	6	32
15-21日	2	6	3	5	3	19
22-28日	2	5	9	5	7	28
29日～2か月未	2	2	8	8	3	23
2か月～3か月未	0	0	2	3	2	7
3か月以降	0	0	0	0	2	2
合計	18	25	30	33	24	130

この集計は、2016年2月末までの報告に基づ(内容を示したもの。
 1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している
 発生日が不明である10件を除いて集計している。
 ひと月を30日として集計している。

医療事故発生から医療事故報告(発生)受領までの期間(130件)

平均	最長	最短	標準偏差
24.2日	117日	2日	20.3日

発生日が不明である10件を除いて算出



6- 死亡日から院内調査結果報告受領までの期間(平均、最長、最短、標準偏差)

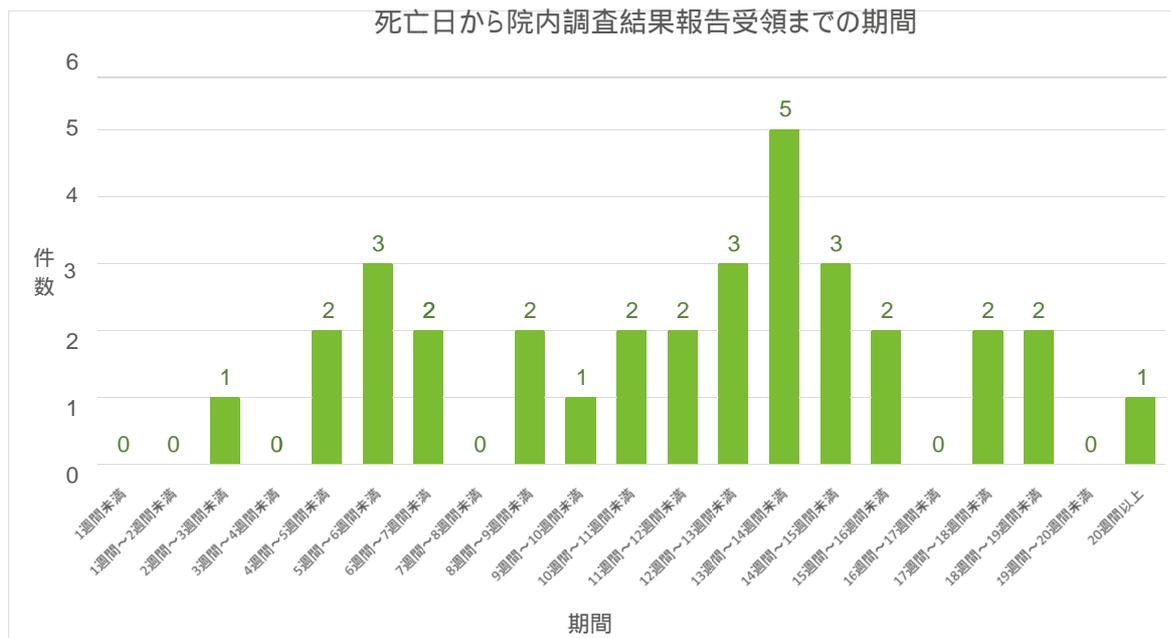


期間	11月	12月	1月	2月	合計
1か月未満	1	0	1	0	2
1か月～2か月未満	0	2	1	4	7
2か月～3か月未満	0	4	1	4	9
3か月～4か月未満	0	0	5	5	10
4か月以上	0	0	0	5	5
合計	1	6	8	18	33

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したもので、1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。
院内調査結果報告があった33件について集計している。
ひと月を30日として集計している。

死亡日から院内調査結果報告受領までの期間(33件)

平均	最長	最短	標準偏差
80.1日	143日	17日	32日



6- 医療事故報告(発生)受領から院内調査結果報告受領までの期間(平均、最長、最短、標準偏差)

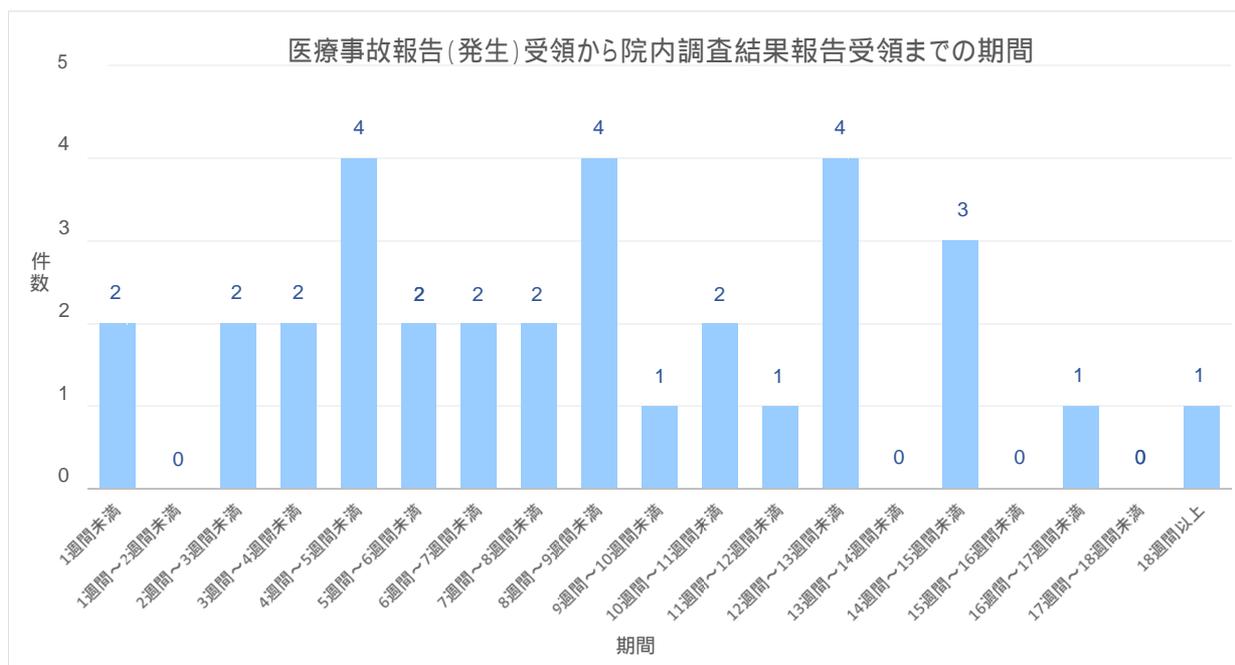


期間	11月	12月	1月	2月	合計
1か月未満	1	0	1	5	7
1か月～2か月未満	0	5	2	6	13
2か月～3か月未満	0	1	4	2	7
3か月～4か月未満	0	0	1	4	5
4か月以上	0	0	0	1	1
合計	1	6	8	18	33

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき内容を示したもので、
 1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。
 院内調査結果報告があった33件について集計している。
 ひと月を30日として集計している。

医療事故報告(発生)受領から院内調査結果受領までの期間(33件)

平均	最長	最短	標準偏差
57.4日	132日	5日	32.7日



6- 全体(医療事故発生から院内調査結果報告まで)の期間



期間	医療事故発生から院内調査結果報告まで
1か月未満	1
1か月～2か月未満	8
2か月～3か月未満	7
3か月～4か月未満	11
4か月以上	5
合計	32

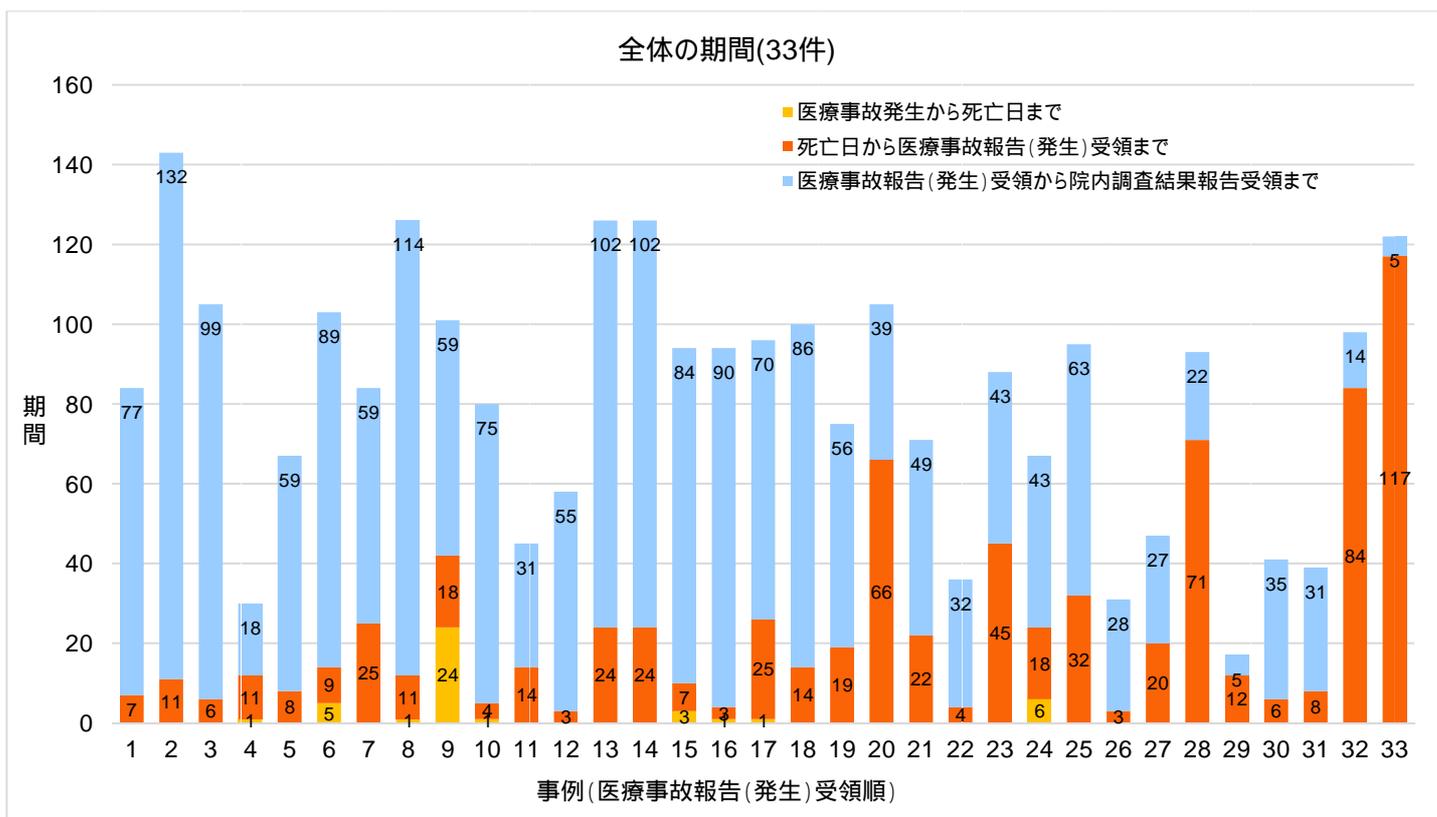
この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したもので、1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

院内調査結果報告があった33件のうち、発生日が不明である1件を除いて算出している。
ひと月を30日として集計している。

医療事故発生から院内調査結果受領までの期間(32件)

平均	最長	最短	標準偏差
81.8日	143日	17日	32.7日

発生日が不明である1件を除いて算出



事例21は医療事故発生日が不明

7-1 医療事故発生の報告方法別件数

報告方法	10月	11月	12月	1月	2月	合計
Web	6	8	15	16	13	58
郵送	13	19	21	17	12	82
合計	19	27	36	33	25	140

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき内容を示したもので、

1 事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

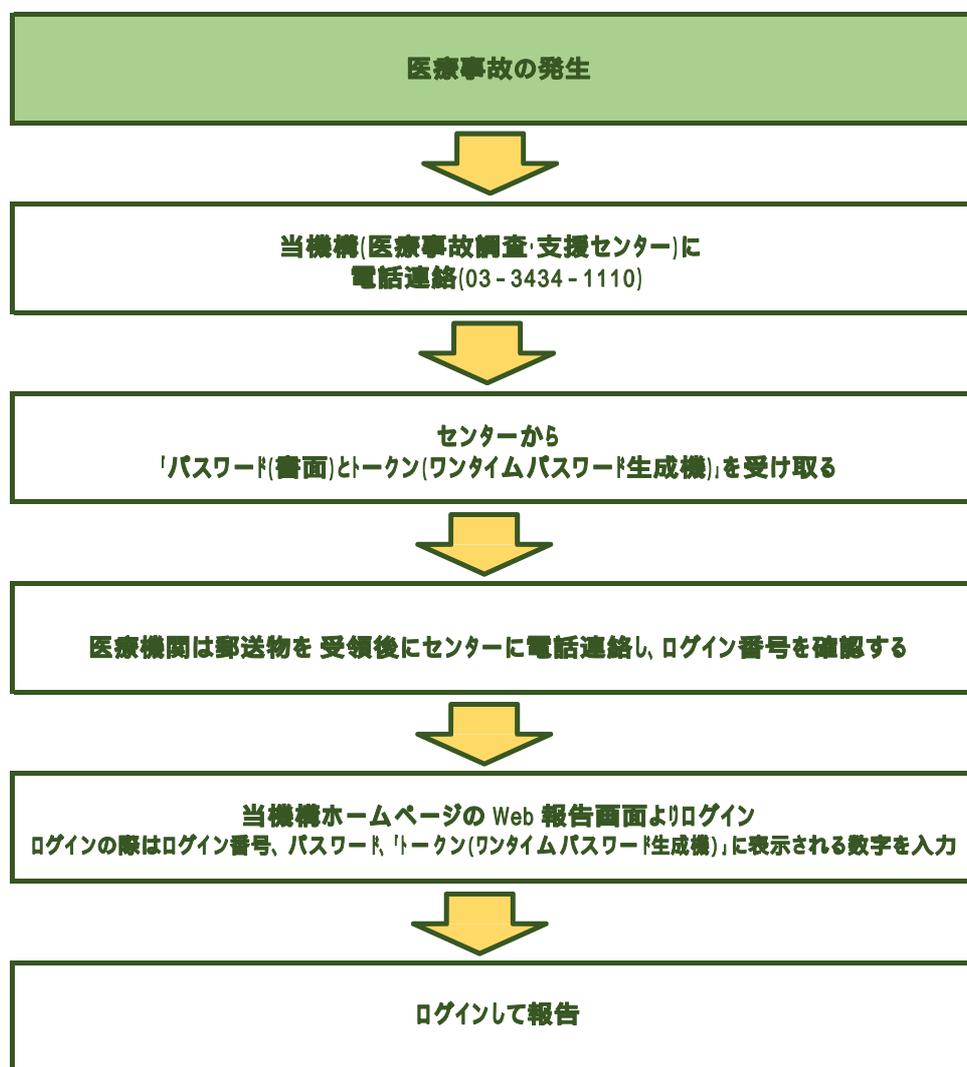
郵送報告の手順

1. 医療機関から郵送(レターパック書留)にて報告書を受領
2. 報告書を受け取った後、「事故報告管理番号」を医療機関宛に文書にて送付

Web 報告の手順

1. 医療機関へ Web システムにログインするためのパスワード(書面)とトークン(ワンタイムパスワード生成機)を送付
2. 医療機関はパスワードとトークンを受領後にセンターへ電話連絡し、ログイン番号を確認
3. 医療機関はログイン番号、パスワード、ワンタイムパスワードを使って、Web システムにログインして報告

Web 報告の手順



7-2 院内調査結果の報告方法別件数

報告方法	10月	11月	12月	1月	2月	合計
Web	0	0	1	2	4	7
郵送	0	1	5	6	14	26
合計	0	1	6	8	18	33

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき(内容を示した)もの。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

郵送報告の手順

1. 医療機関から郵送(レターパック・書留)にて報告書を受領
2. 報告書を受け取った後、医療機関宛に受理完了の文書を送付

Web 報告の手順

1. 医療機関はログイン番号、パスワード、ワンタイムパスワードを使って、Webシステムにログインして報告
2. センターは報告書をWebシステムで受け取った後、医療機関宛に受理完了の文書を送付

7-3 病床規模別医療事故発生の報告方法

病床数	Web	郵送	合計
0～19	2	12	14
20～49	0	0	0
50～99	4	4	8
100～149	0	5	5
150～199	2	4	6
200～249	5	8	13
250～299	1	5	6
300～349	4	8	12
350～399	3	3	6
400～449	2	5	7
450～499	3	2	5
500～549	6	7	13
550～599	4	1	5
600～649	5	9	14
650～699	3	2	5
700～749	5	2	7
750～799	0	1	1
800～849	1	1	2
850～899	1	0	1
900～999	2	1	3
1000以上	5	2	7
合計	58	82	140

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき内容を示したものである。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

7-4 病床規模別院内調査結果の報告方法

病床数	Web	郵送	合計
0～19	1	4	5
20～49	0	0	0
50～99	0	4	4
100～149	0	3	3
150～199	1	1	2
200～249	0	2	2
250～299	0	3	3
300～349	0	0	0
350～399	0	0	0
400～449	0	1	1
450～499	1	2	3
500～549	1	1	2
550～599	2	0	2
600～649	0	4	4
650～699	0	1	1
700～749	0	0	0
750～799	0	0	0
800～849	0	0	0
850～899	1	0	1
900～999	0	0	0
1000以上	0	0	0
合計	7	26	33

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく(内容を示した)もの。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

8-1- 解剖・Aiの実施件数

解剖・Aiの 実施	解剖・Ai 両方実施した	解剖のみ実施した	Aiのみ実施した	解剖・Ai 両方実施していない	合計
件数	26	23	30	61	140
	18.6%	16.4%	21.4%	43.6%	

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく(内容を示したもの)。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

8-1- 病床規模別 解剖・Aiの実施件数

病床数	報告件数	解剖・Ai 両方実施	解剖のみ 実施	Aiのみ 実施	解剖・Ai 両方未実施
0～19	14	2	4	3	5
		14.3%	28.6%	21.4%	35.7%
20～49	0	0	0	0	0
		-	-	-	-
50～99	8	1	1	2	4
		12.5%	12.5%	25.0%	50.0%
100～149	5	1	0	1	3
		20.0%	0.0%	20.0%	60.0%
150～199	6	1	0	1	4
		16.7%	0.0%	16.7%	66.7%
200～249	13	1	3	4	5
		7.7%	23.1%	30.8%	38.5%
250～299	6	0	1	1	4
		0.0%	16.7%	16.7%	66.7%
300～349	12	2	2	4	4
		16.7%	16.7%	33.3%	33.3%
350～399	6	3	0	1	2
		50.0%	0.0%	16.7%	33.3%
400～449	7	1	0	1	5
		14.3%	0.0%	14.3%	71.4%
450～499	5	1	2	1	1
		20.0%	40.0%	20.0%	20.0%
500～549	13	3	5	1	4
		23.1%	38.5%	7.7%	30.8%
550～599	5	0	1	1	3
		0.0%	20.0%	20.0%	60.0%
600～649	14	3	3	4	4
		21.4%	21.4%	28.6%	28.6%
650～699	5	0	0	2	3
		0.0%	0.0%	40.0%	60.0%
700～749	7	0	0	3	4
		0.0%	0.0%	42.9%	57.1%
750～799	1	0	0	0	1
		0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
800～849	2	1	1	0	0
		50.0%	50.0%	0.0%	0.0%
850～899	1	1	0	0	0
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
900～999	3	3	0	0	0
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
1000以上	7	2	0	0	5
		28.6%	0.0%	0.0%	71.4%
合計	140	26	23	30	61
		18.6%	16.4%	21.4%	43.6%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく(内容を示したものを、
1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

下段は、各報告件数に対する実施件数の割合を示したものを、

8-1- 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) 解剖・Aiの実施件数

地域ブロック	報告件数	解剖・Ai 両方実施	解剖のみ 実施	Aiのみ 実施	解剖・Ai 両方未実施
北海道	9	0 0.0%	2 22.2%	2 22.2%	5 55.6%
東北	4	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 75.0%
関東信越	60	17 28.3%	13 21.7%	12 20.0%	18 30.0%
東海北陸	15	2 13.3%	1 6.7%	4 26.7%	8 53.3%
近畿	22	4 18.2%	2 9.1%	3 13.6%	13 59.1%
中国四国	10	0 0.0%	1 10.0%	6 60.0%	3 30.0%
九州	20	2 10.0%	4 20.0%	3 15.0%	11 55.0%
合計	140	26 18.6%	23 16.4%	30 21.4%	61 43.6%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したもの。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

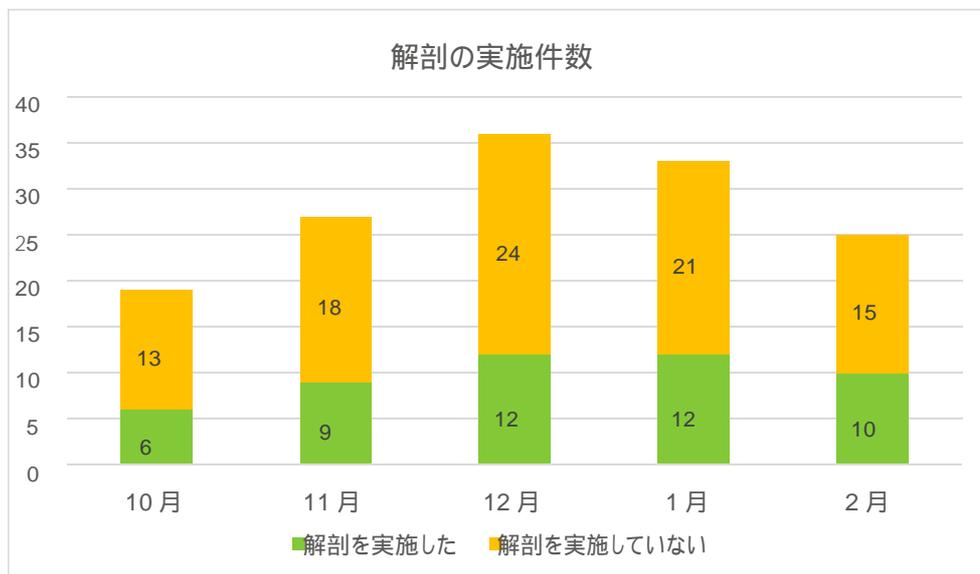
下段は、各報告件数に対する実施件数の割合を示したもの。

8-2- 解剖の実施件数

解剖の実施	10月	11月	12月	1月	2月	小計	合計
解剖を実施した	6	9	12	12	10	49	140
解剖を実施していない	13	18	24	21	15	91	

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき(内容を示した)もの。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。



8-2- 病床規模別 解剖の実施件数

病床数	報告件数	10月	11月	12月	1月	2月	合計
0～19	14	1	1	2	1	1	6 42.9%
20～49	0	0	0	0	0	0	0
50～99	8	0	0	0	1	1	2 25.0%
100～149	5	0	0	0	0	1	1 20.0%
150～199	6	0	0	1	0	0	1 16.7%
200～249	13	0	0	2	1	1	4 30.8%
250～299	6	0	1	0	0	0	1 16.7%
300～349	12	0	0	2	1	1	4 33.3%
350～399	6	1	1	0	0	1	3 50.0%
400～449	7	0	0	0	1	0	1 14.3%
450～499	5	0	2	1	0	0	3 60.0%
500～549	13	1	2	1	3	1	8 61.5%
550～599	5	0	1	0	0	0	1 20.0%
600～649	14	1	1	1	2	1	6 42.9%
650～699	5	0	0	0	0	0	0 0.0%
700～749	7	0	0	0	0	0	0 0.0%
750～799	1	0	0	0	0	0	0 0.0%
800～849	2	0	0	1	1	0	2 100.0%
850～899	1	0	0	0	0	1	1 100.0%
900～999	3	1	0	1	1	0	3 100.0%
1000以上	7	1	0	0	0	1	2 28.6%
合計	140	6	9	12	12	10	49 35.0%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき(内容を示したものを、
1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

下段は、各報告件数に対する実施件数の割合を示したものを、

8-2- 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) 解剖の実施件数

地域ブロック	報告件数	10月	11月	12月	1月	2月	合計
北海道	9	0	1	0	1	0	2
							22.2%
東北	4	0	0	1	0	0	1
							25.0%
関東信越	60	5	3	8	10	4	30
							50.0%
東海北陸	15	0	1	1	0	1	3
							20.0%
近畿	22	0	3	1	1	1	6
							27.3%
中国四国	10	0	0	0	0	1	1
							10.0%
九州	20	1	1	1	0	3	6
							30.0%
合計	140	6	9	12	12	10	49
							35.0%

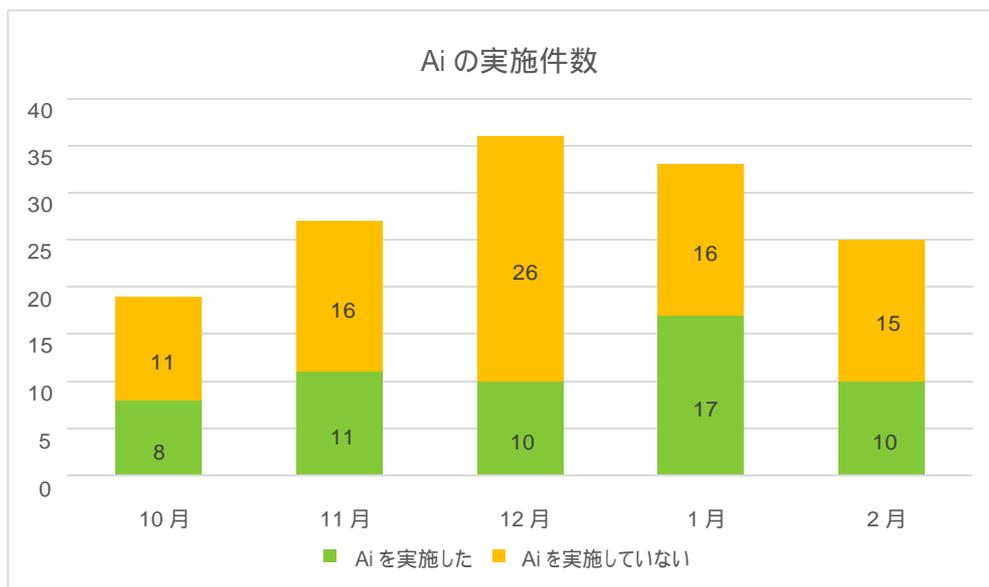
この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したもの。
1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

下段は、各報告件数に対する実施件数の割合を示したもの。

8-3- Aiの実施件数

Aiの実施	10月	11月	12月	1月	2月	小計	合計
Aiを実施した	8	11	10	17	10	56	140
Aiを実施していない	11	16	26	16	15	84	

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき(内容を示したもの。
1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。



8-3- 病床規模別 Aiの実施件数

病床数	報告件数	10月	11月	12月	1月	2月	合計
0～19	14	1	1	2	1	0	5 35.7%
20～49	0	0	0	0	0	0	0
50～99	8	0	1	0	0	2	3 37.5%
100～149	5	0	1	0	0	1	2 40.0%
150～199	6	0	0	1	1	0	2 33.3%
200～249	13	1	0	0	3	1	5 38.5%
250～299	6	1	0	0	0	0	1 16.7%
300～349	12	0	1	2	2	1	6 50.0%
350～399	6	1	1	0	0	2	4 66.7%
400～449	7	0	0	1	1	0	2 28.6%
450～499	5	1	1	0	0	0	2 40.0%
500～549	13	0	2	1	1	0	4 30.8%
550～599	5	0	1	0	0	0	1 20.0%
600～649	14	1	2	1	3	0	7 50.0%
650～699	5	0	0	0	2	0	2 40.0%
700～749	7	0	0	1	1	1	3 42.9%
750～799	1	0	0	0	0	0	0 0.0%
800～849	2	0	0	0	1	0	1 50.0%
850～899	1	0	0	0	0	1	1 100.0%
900～999	3	1	0	1	1	0	3 100.0%
1000以上	7	1	0	0	0	1	2 28.6%
合計	140	8	11	10	17	10	56 40.0%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき内容を示したもので、
1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

下段は、各報告件数に対する実施件数の割合を示したものである。

8-3- 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) Aiの実施件数

地域ブロック	報告件数	10月	11月	12月	1月	2月	合計
北海道	9	0	1	0	1	0	2
							22.2%
東北	4	0	0	1	0	0	1
							25.0%
関東信越	60	3	6	5	10	5	29
							48.3%
東海北陸	15	1	1	2	0	2	6
							40.0%
近畿	22	1	2	2	1	1	7
							31.8%
中国四国	10	0	1	0	4	1	6
							60.0%
九州	20	3	0	0	1	1	5
							25.0%
合計	140	8	11	10	17	10	56
							40.0%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したもの。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

下段は、各報告件数に対する実施件数の割合を示したもの。

9-1- 支援団体・センター別 医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数

支援団体・センターの支援	支援団体・センター両方支援を受けた	支援団体のみ支援を受けた	センターのみ支援を受けた	支援団体・センター両方支援を受けていない	合計
件数	16	32	18	74	140
	11.4%	22.9%	12.9%	52.9%	

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したもの。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

9-1- 病床規模別 支援団体・センターから医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数

病床数	報告件数	支援団体・センター両方	支援団体のみ	センターのみ	両方から支援無し
0～19	14	4	6	0	4
		28.6%	42.9%	0.0%	28.6%
20～49	0	0	0	0	0
50～99	8	1	2	1	4
		12.5%	25.0%	12.5%	50.0%
100～149	5	0	2	0	3
		0.0%	40.0%	0.0%	60.0%
150～199	6	0	2	0	4
		0.0%	33.3%	0.0%	66.7%
200～249	13	1	2	2	8
		7.7%	15.4%	15.4%	61.5%
250～299	6	0	1	1	4
		0.0%	16.7%	16.7%	66.7%
300～349	12	1	5	1	5
		8.3%	41.7%	8.3%	41.7%
350～399	6	0	2	0	4
		0.0%	33.3%	0.0%	66.7%
400～449	7	3	2	0	2
		42.9%	28.6%	0.0%	28.6%
450～499	5	1	0	2	2
		20.0%	0.0%	40.0%	40.0%
500～549	13	0	1	2	10
		0.0%	7.7%	15.4%	76.9%
550～599	5	0	0	0	5
		0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
600～649	14	2	2	6	4
		14.3%	14.3%	42.9%	28.6%
650～699	5	1	0	2	2
		20.0%	0.0%	40.0%	40.0%
700～749	7	0	0	1	6
		0.0%	0.0%	14.3%	85.7%
750～799	1	0	0	0	1
		0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
800～849	2	0	1	0	1
		0.0%	50.0%	0.0%	50.0%
850～899	1	0	0	0	1
		0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
900～999	3	1	0	0	2
		33.3%	0.0%	0.0%	66.7%
1000以上	7	1	4	0	2
		14.3%	57.1%	0.0%	28.6%
合計	140	16	32	18	74
		11.4%	22.9%	12.9%	52.9%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したもので、
1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

下段は、各報告件数に対する支援を受けた件数の割合を示したものである。

9-1- 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) 支援団体・センターから医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数

地域ブロック	報告件数	支援団体・センター両方	支援団体のみ	センターのみ	両方から支援無し
北海道	9	1	1	0	7
		11.1%	11.1%	0.0%	77.8%
東北	4	0	0	0	4
		0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
関東信越	60	9	14	7	30
		15.0%	23.3%	11.7%	50.0%
東海北陸	15	1	3	2	9
		6.7%	20.0%	13.3%	60.0%
近畿	22	3	9	1	9
		13.6%	40.9%	4.5%	40.9%
中国四国	10	0	0	4	6
		0.0%	0.0%	40.0%	60.0%
九州	20	2	5	4	9
		10.0%	25.0%	20.0%	45.0%
合計	140	16	32	18	74
		11.4%	22.9%	12.9%	52.9%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したもので、
1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

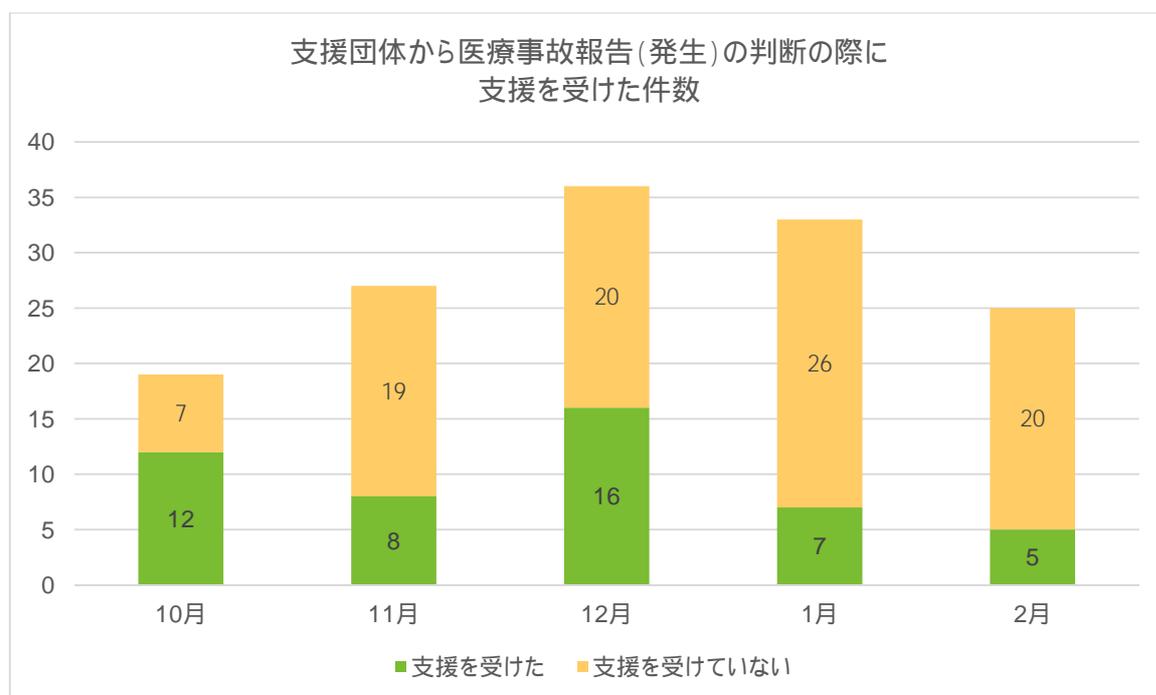
下段は、各報告件数に対する支援を受けた件数の割合を示したものである。

9-2- 支援団体から医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数

支援団体による支援	10月	11月	12月	1月	2月	小計	合計
支援を受けた	12	8	16	7	5	48	140
支援を受けていない	7	19	20	26	20	92	

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したものである。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。



9-2- 病床規模別 医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数(支援団体)

病床数	報告件数	10月	11月	12月	1月	2月	合計
0～19	14	4	2	2	1	1	10 71.4%
20～49	0	0	0	0	0	0	0
50～99	8	0	3	0	0	0	3 37.5%
100～149	5	0	1	0	0	1	2 40.0%
150～199	6	1	0	0	1	0	2 33.3%
200～249	13	1	0	1	1	0	3 23.1%
250～299	6	1	0	0	0	0	1 16.7%
300～349	12	0	1	3	1	1	6 50.0%
350～399	6	1	0	0	0	1	2 33.3%
400～449	7	0	0	5	0	0	5 71.4%
450～499	5	1	0	0	0	0	1 20.0%
500～549	13	0	0	1	0	0	1 7.7%
550～599	5	0	0	0	0	0	0 0.0%
600～649	14	2	0	0	2	0	4 28.6%
650～699	5	0	0	0	0	1	1 20.0%
700～749	7	0	0	0	0	0	0 0.0%
750～799	1	0	0	0	0	0	0 0.0%
800～849	2	0	0	1	0	0	1 50.0%
850～899	1	0	0	0	0	0	0 0.0%
900～999	3	1	0	0	0	0	1 33.3%
1000以上	7	0	1	3	1	0	5 71.4%
合計	140	12	8	16	7	5	48 34.3%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき(内容を示したものを、
1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

下段は、各報告件数に対する支援を受けた件数の割合を示したものを、

9-2- 地域ブロック別(厚生局の管轄に基づく分類) 医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数(支援団体)

地域ブロック	報告件数	10月	11月	12月	1月	2月	合計
北海道	9	0	0	1	1	0	2
							22.2%
東北	4	0	0	0	0	0	0
							0.0%
関東信越	60	6	5	6	4	2	23
							38.3%
東海北陸	15	1	0	3	0	0	4
							26.7%
近畿	22	2	3	4	2	1	12
							54.5%
中国四国	10	0	0	0	0	0	0
							0.0%
九州	20	3	0	2	0	2	7
							35.0%
合計	140	12	8	16	7	5	48
							34.3%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき(内容を示した)もの。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

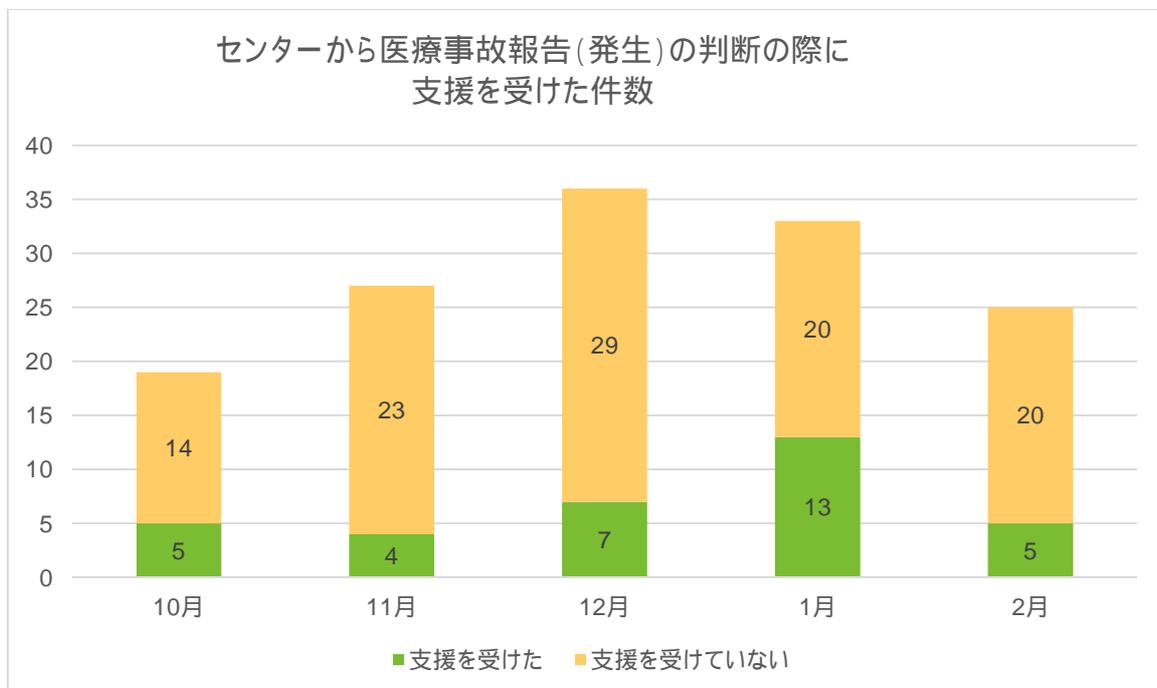
下段は、各報告件数に対する支援を受けた件数の割合を示したもの。

9-3- センターから医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数

センターによる支援	10月	11月	12月	1月	2月	小計	合計
支援を受けた	5	4	7	13	5	34	140
支援を受けていない	14	23	29	20	20	106	

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したもの。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。



9-3- 病床規模別 医療事故報告(発生)の判断の際に支援を受けた件数(センター)

病床数	報告件数	10月	11月	12月	1月	2月	合計
0～19	14	2	0	1	0	1	4 28.6%
20～49	0	0	0	0	0	0	0
50～99	8	0	1	0	1	0	2 25.0%
100～149	5	0	0	0	0	0	0 0.0%
150～199	6	0	0	0	0	0	0 0.0%
200～249	13	0	1	0	2	0	3 23.1%
250～299	6	0	0	0	1	0	1 16.7%
300～349	12	0	0	0	1	1	2 16.7%
350～399	6	0	0	0	0	0	0 0.0%
400～449	7	0	0	3	0	0	3 42.9%
450～499	5	2	0	1	0	0	3 60.0%
500～549	13	0	1	0	1	0	2 15.4%
550～599	5	0	0	0	0	0	0 0.0%
600～649	14	0	0	0	6	2	8 57.1%
650～699	5	0	0	1	1	1	3 60.0%
700～749	7	0	1	0	0	0	1 14.3%
750～799	1	0	0	0	0	0	0 0.0%
800～849	2	0	0	0	0	0	0 0.0%
850～899	1	0	0	0	0	0	0 0.0%
900～999	3	1	0	0	0	0	1 33.3%
1000以上	7	0	0	1	0	0	1 14.3%
合計	140	5	4	7	13	5	34 24.3%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき(内容を示したもの。
1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

下段は、各報告件数に対する支援を受けた件数の割合を示したもの。

9-3- 地域ブロック別（厚生局の管轄に基づく分類） 医療事故報告（発生）の判断の際に支援を受けた件数(センター)

地域ブロック	報告件数	10月	11月	12月	1月	2月	合計
北海道	9	0	0	0	1	0	1 11.1%
東北	4	0	0	0	0	0	0 0.0%
関東信越	60	3	1	2	9	1	16 26.7%
東海北陸	15	1	2	0	0	0	3 20.0%
近畿	22	1	0	3	0	0	4 18.2%
中国四国	10	0	1	1	2	0	4 40.0%
九州	20	0	0	1	1	4	6 30.0%
合計	140	5	4	7	13	5	34 24.3%

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく内容を示したもの。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

報告義務対象の項目ではなく、電話調査により集計したもの。

下段は、各報告件数に対する支援を受けた件数の割合を示したもの。

[2]センターによる分類

1-1 医療事故報告(発生)における、起因した医療(疑い)による分類

起因した医療		10月	11月	12月	1月	2月	合計	小計
診察	徴候、症状	3	1	1	2	3	10	10 7.1%
検査等 (経過観察を含む)	検体検査	0	0	1	0	0	1	16 11.4%
	生体検査	0	0	0	0	2	2	
	診断穿刺・検体採取	0	0	2	1	0	3	
	画像検査	0	3	2	4	1	10	
治療 (経過観察を含む)	投薬・注射(輸血を含む)	1	3	3	5	2	14	92 65.7%
	リハビリテーション	0	1	0	0	0	1	
	処置	2	3	5	5	2	17	
	手術(分娩を含む)	10	11	12	12	11	56	
	麻酔	2	0	1	0	0	3	
	放射線治療	0	1	0	0	0	1	
	医療機器の使用	0	0	0	0	0	0	
その他	療養	0	1	0	0	1	2	13 9.3%
	転倒・転落	0	0	1	1	0	2	
	誤嚥	0	2	2	0	2	6	
	患者の隔離・身体的拘束/身体抑制	0	0	3	0	0	3	
その他		1	1	3	3	1	9	9 6.4%
合計		19	27	36	33	25	140	

この集計は、2016年2月末までの報告に基づく(内容を示した)もの。

1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

医療事故報告の内容をセンターが分類、集計したもの。

起因した医療の項目は、H27年5月8日医政発0508第1号の厚労省医政局長通知の「医療に起因する(疑いを含む)」死亡又は死産の考え方に基づ

その他は、上記に分類できない事例

1-2 手術(分娩を含む)の内訳

手術の種類		件数		合計
手術	開頭	1	45	56
	開胸	6		
	開腹	7		
	筋骨格系(四肢体幹)	5		
	腹腔鏡下	12		
	胸腔鏡下	1		
	その他の内視鏡下	3		
	経皮的血管内	6		
	その他	4		
分娩 (帝王切開術を含む)	11			

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき(内容を示したものを、
 1事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。
 厚生労働省の患者調査票に基づき、分類、集計したもの。
 医療事故報告の内容をセンターが分類、集計したもの。

1-3 1イベントあたりの患者数ごとの報告月別イベント数

患者数	イベント数					
	10月	11月	12月	1月	2月	合計
1人	19	25	33	33	23	133
複数	0	1 1	2 1	0	1 1	3
イベント数の合計	19	26	34	33	24	136

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき(内容を示した)もの。

1 事例に対し複数の病院等が報告している場合は、最初に診療した病院等で集計している。

イベントとは、起因となった一連の医療行為等(疑いを含む)をさす。

1 イベントにおいて死亡した患者数が複数(妊婦および胎児、感染症のアウトブレイクの死亡等)である場合は、患者ごとにそれぞれ報告する。

1 妊婦および胎児 2 感染症のアウトブレイクによる3名の死亡

医療機関調査報告票

報告日	平成		年		月		日
-----	----	--	---	--	---	--	---

医療機関

(ふりがな) 医療機関名							事故報告管理番号
所在地	郵便番号		-				
				都道府県			
(ふりがな) 管理者の氏名							
連絡先	(ふりがな) 氏名				所属部署		
	電話				FAX		
	Eメール						

事故の内容

* 発生時の報告時点で記載していた内容を記入してください。

患者年齢		歳		カ 月	在胎週数		週		日
患者性別	男性	女性		診療科		診療科番号 1 (共通コード参照)			
死亡日時	平成	年		月		日	死亡場所 2 (共通コード参照)	番号	具体的な死亡場所
	時間	時		分					
医療事故 発生日時	平成	年		月		日	医療事故 発生場所 2 (共通コード参照)	番号	具体的な発生場所
	時間	時		分(頃)					
疾患名									

【機構記載欄】

受付年月日	平成 年 月 日()	事故報告管理番号	
備考			
		機構確認者	/

フォーマット

事故報告管理番号

報 告 書

平成 年 月 日

病院

1. 医療事故調査報告書の位置づけ・目的

この医療事故調査制度の目的は、医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではない。

.....

2. 医療事故調査の項目、手法及び結果

・調査の概要(調査項目、調査の手法)

・臨床経過(客観的事実の経過)

・原因を明らかにするための調査の結果(必ずしも原因が明らかになるとは限らない)

・調査において再発防止策の検討を行った場合、管理者が講ずる再発防止策

・当該医療従事者又は遺族が報告書の内容について意見がある場合等は、その旨を記載

2-2- 院内調査結果報告書における項目別記載状況(平均、最大、最小、標準偏差)

視点		番号	記載項目	記載されていた事例数 (N = 33)	割合 (%)	
臨床経過	起因した医療(行為)より前の情報	1	既往歴	28	84.8	
		2	入院または受診目的、入院形態	29	87.9	
		3	バイタルサイン (1時点)	血圧、脈拍、呼吸、体温	16	48.5
		4		意識レベル	28	84.8
		5	症状・観察した結果(患者・家族の言動含む)		30	90.9
		6	診察結果のアセスメント、方針		25	75.8
		7	検査結果(血液、尿、培養、病理等)		12	36.4
		8	画像・生理機能検査、結果		14	42.4
		9	検査・処置・手術、治療の説明		6	18.2
		10	患者家族への病状説明		7	21.2
	11	起因した医療(行為)又は発見時、急変時、病状転換時等		33	100	
	起因した医療(行為)より後の情報	12	バイタルサイン (2時点以上)	血圧、脈拍、呼吸、体温	30	90.9
		13		意識レベル	30	90.9
		14	症状・観察した結果(患者・家族の言動含む)		33	100
		15	診察結果のアセスメント、方針		33	100
		16	検査結果(血液、尿、培養、病理等)		9	27.3
		17	画像・生理機能検査、結果		17	51.5
		18	検査・処置・手術、治療の説明		6	18.2
		19	患者家族への病状説明		15	45.5
死因		20	解剖生理学的な死因(推定含む)		33	100
	21	解剖	実施	5	15.2	
	22	Ai	実施	14	42.4	
行動分析	p:患者	23	認知能力、理解力、家族との関係、加齢に伴う機能低下		15	45.5
	m:管理	24	病床数、病床種別、指定等(特定機能病院、救急病院等医療機関) 当該診療科の組織体制、医師数など、関係部署の組織体制、人員数、教育体制		5	15.2
	S:ソフトウェア	25	院内管理規程・基準等、手順書、マニュアル、ガイドライン、チェックリスト、診療諸記録、処方箋等の記述方法、取り扱い説明書、略語、表示のルール		4	12.1
	H:ハードウェア	26	医療機器、物品等、設備、施設の構造、操作性、接続等の構造設計、自動化のレベル、補助具等の装着状況		7	21.2
	E:環境	27	事象発生場所(関連場所)の環境、温度、湿度、照明、騒音、空間、同線等、作業中断等、作業の特性、労働状況、作業範囲、職場の雰囲気		3	9.1
	L:本人(当事者)	28	【医療従事者のうち当事者に関する視点】 経験年数、当該手術(処置等)の実績(主治医の臨床経験と実績)、身体状況(睡眠状況や体調等)、心理的・精神的状態、能力(技能、知識)、経験(臨床経過、手技に関する経験数)		9	27.3
	L:関係者	29	【当事者以外の関係した者に対する視点】 人間関係(権威勾配)、役割と責任(リーダーシップ)、チーム内・他部門・他職種とのコミュニケーション		0	0.0
調査手法	30	委員会人数		17	51.5	
	31	委員構成(職種、役職、診療科など事故発生診療科との関係)		16	48.5	
	32	委員会開催数		18	54.5	
	33	外部委員の参加		18	54.5	
	34	ヒアリングの実施	当該医療従事者	24	72.7	
	35		遺族	4	12.1	
	36	情報分析の手法		6	18.2	
	37	報告書に対する意見の有無	当該医療従事者	3	9.1	
	38		遺族	12	36.4	
	39	使用した文献		4	12.1	
再発防止への提言	40	再発防止策の(項目)の記載		32	97.0	
	41	再発防止策の有無		30	90.9	
項目数合計(全項目数 41)				680		
平均				16.6		
最大				33		
最小				0		
標準偏差				10.8		

この集計は2016年2月末までの報告に基づく内容を示したもので、

赤塗りつぶしは必須と考える項目

A:は、医療機関がA:報告としている場合の生前CT画像を含む。

2-2- 院内調査報告書における記載必須項目

項目番号	3	5	11	12	14	合計 (5点満点)
番号	バイタルサイン (1時点) 血圧、脈拍 呼吸、体温	症状・観察した 結果(患者・家 族の言動含む)	起因した医療 (行為)又は発 見時、急変時、 病状転換時等	バイタルサイン (2時点以上) 血圧、脈拍 呼吸、体温	症状・観察した 結果(患者・家 族の言動含む)	
1	0	1	1	1	1	4
2	0	1	1	1	1	4
3	0	0	1	1	1	3
4	1	1	1	1	1	5
5	0	1	1	1	1	4
6	1	1	1	1	1	5
7	0	1	1	1	1	4
8	0	0	1	1	1	3
9	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5
11	0	1	1	0	1	3
12	1	1	1	1	1	5
13	1	1	1	1	1	5
14	0	1	1	0	1	3
15	0	1	1	0	1	3
16	1	1	1	1	1	5
17	0	1	1	1	1	4
18	1	1	1	1	1	5
19	0	1	1	1	1	4
20	1	1	1	1	1	5
21	1	1	1	1	1	5
22	0	1	1	1	1	4
23	1	1	1	1	1	5
24	0	1	1	1	1	4
25	0	1	1	1	1	4
26	1	1	1	1	1	5
27	1	1	1	1	1	5
28	1	1	1	1	1	5
29	0	0	1	1	1	3
30	0	1	1	1	1	4
31	1	1	1	1	1	5
32	1	1	1	1	1	5
33	0	1	1	1	1	4
合計	16	29	32	29	32	138

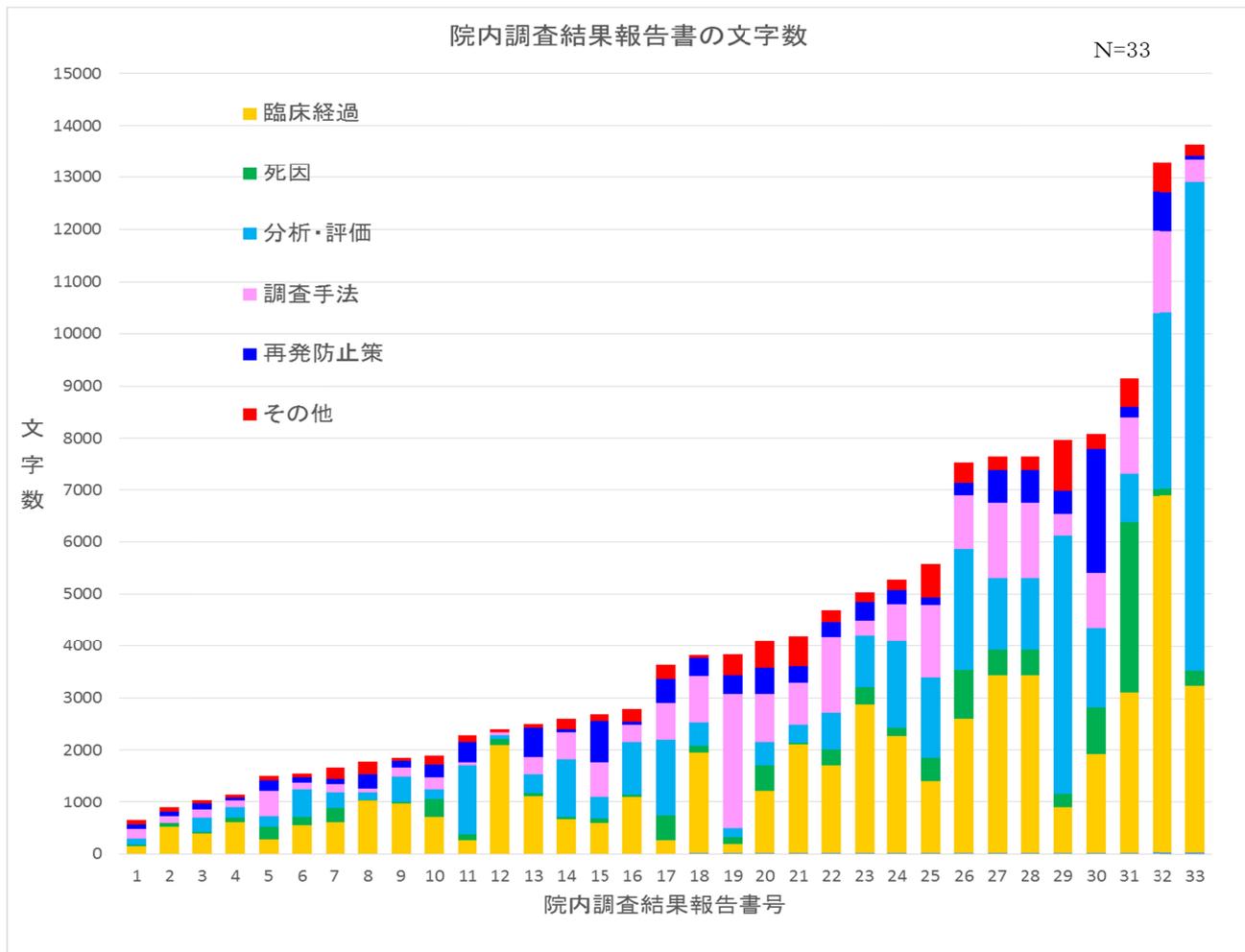
この集計は2016年2月末までの報告に基づき内容を示したもので、

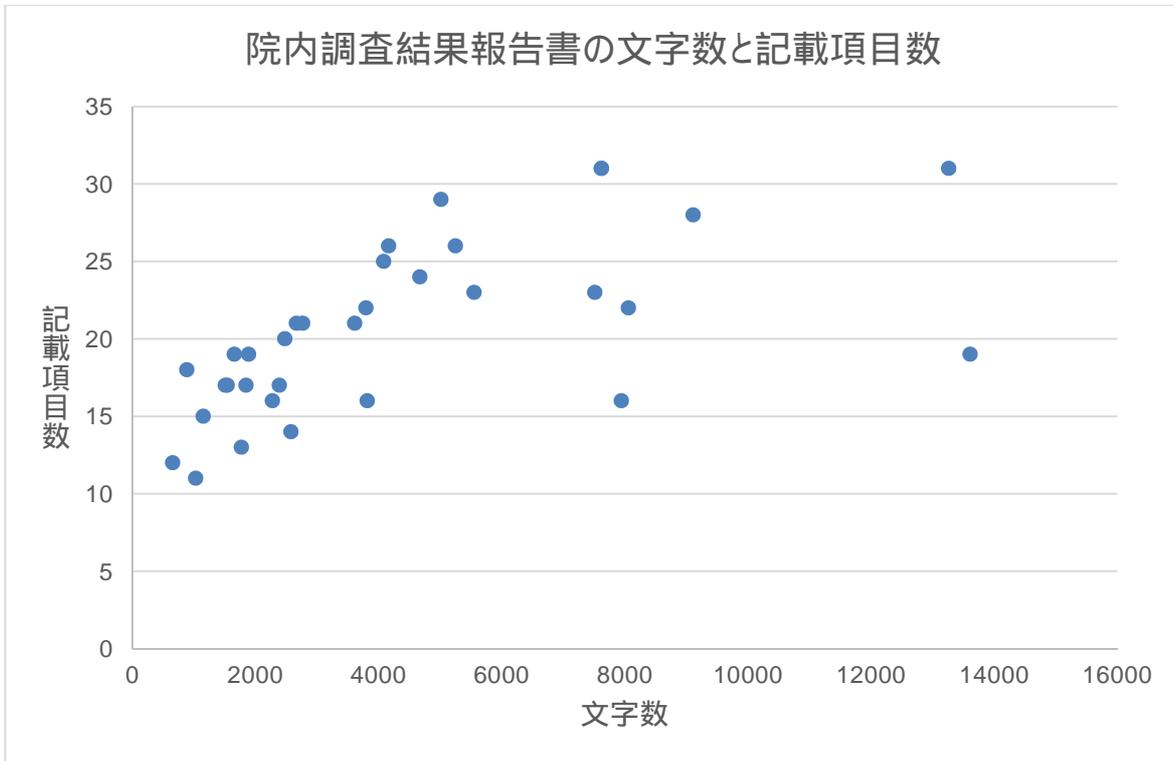
2 2 院内調査結果報告書の記載項目数と内容別文字数(平均、最大、最小、標準偏差)

番号	記載項目数	文字数							400字詰め原稿用紙(枚数)	添付文書
		臨床経過	死因	分析・評価	調査手法	再発防止策	その他	合計		
1	12	155	28	107	186	92	90	658	1.6	無
2	18	524	70	0	133	82	81	890	2.2	無
3	11	395	26	274	155	119	63	1032	2.6	無
4	15	613	78	204	132	67	63	1157	2.9	無
5	17	278	238	206	503	201	88	1514	3.8	有
6	17	549	162	534	137	99	63	1544	3.9	無
7	19	611	259	323	152	107	209	1661	4.2	無
8	13	1025	25	139	76	272	237	1774	4.4	無
9	17	956	34	505	163	130	64	1852	4.6	無
10	19	706	355	190	226	246	169	1892	4.7	無
11	16	254	115	1338	54	384	134	2279	5.4	無
12	17	2091	107	72	58	0	65	2393	6.0	無
13	20	1116	54	362	332	554	63	2481	6.2	無
14	14	658	33	1127	512	53	198	2581	6.5	有
15	21	581	93	419	660	796	121	2670	6.7	無
16	21	1099	44	1004	317	57	250	2771	6.9	無
17	21	247	478	1461	695	457	276	3614	9.0	無
18	22	1942	131	434	897	332	63	3799	9.5	有
19	16	179	127	175	2567	368	402	3818	9.5	有
20	25	1209	482	452	916	497	530	4086	10.2	無
21	26	2089	28	352	802	313	582	4166	10.4	無
22	24	1686	307	704	1457	292	227	4673	11.7	有
23	29	2846	339	996	289	356	189	5015	12.5	無
24	26	2241	159	1684	696	275	197	5252	13.1	有
25	23	1392	433	1538	1408	141	642	5554	13.9	無
26	23	2577	930	2327	1039	240	401	7514	18.8	有
27	31	3399	495	1386	1446	646	249	7621	19.1	無
28	31	3399	495	1386	1446	646	249	7621	19.1	無
29	16	865	282	4947	422	440	990	7946	19.9	無
30	22	1904	885	1523	1062	2397	290	8061	20.2	有
31	28	3076	3276	942	1071	205	543	9113	22.8	無
32	31	6850	123	3393	1579	749	569	13263	33.2	有
33	19	3210	284	9397	428	79	211	13609	34.0	有
合計	680	50722	10975	39901	22016	11692	8568	143874	359.3	
平均値	20.6	1537.0	332.6	1209.1	667.2	354.3	259.6	4359.8	10.9	
最大値	31	6850	3276	9397	2567	2397	990	13609	34.0	
最小値	11	155	25	0	54	0	63	658	1.6	
標準偏差	5.5	1393.6	576.7	1795.2	589.5	423.8	216.3	3349.1	8.4	

この集計は、2016年2月末までの報告に基づき(内容を示した)もの。

添付資料は、解剖・Ai報告書、業務マニュアル(改定前後)、診療録の複写、分析資料(なぜなぜ分析図、職員配置図、内服・注射時系列投与量一覧表)などを含む。



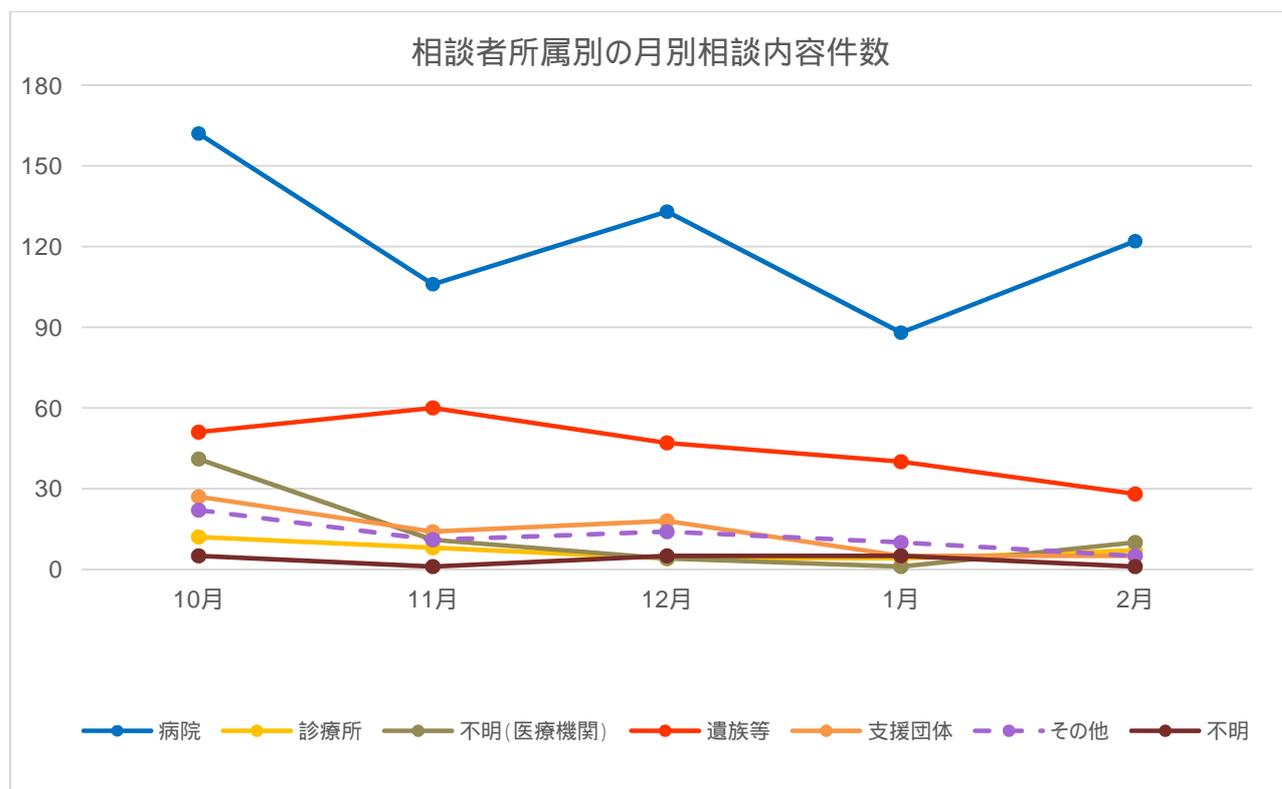


[3]相談による支援内容

1- 相談者所属別の月別相談内容件数

相談者所属		平成 27 年			平成 28 年		合計	割合 (%)
		10 月	11 月	12 月	1 月	2 月		
医療機関	病院	162	106	133	88	122	611	56.2
	診療所	12	8	4	4	7	35	3.2
	助産所	0	0	0	0	0	0	0.0
	不明	41	11	4	1	10	67	6.2
遺族等		51	60	47	40	28	226	20.8
支援団体		27	14	18	5	5	69	6.3
その他		22	11	14	10	5	62	5.7
不明		5	1	5	5	1	17	1.6
合計		320	211	225	153	178	1087	100.0
【参考】月別対応件数		250	160	187	132	142	871	

この集計は、2016年2月末までの相談内容を項目別に集計したもの。
 相談手段の大半は電話であるが、それ以外に「直接面談」「文書」などが数件含まれる。
 1回の対応で複数の相談内容がある場合は、それぞれ集計している。
 その他は「行政」、「弁護士」、「報道機関」、「警察」、「介護施設」、「保険会社」などが含まれる。



1- 医療機関・支援団体等における相談内容の月別件数

項番	相談内容・問い合わせ		平成 27 年			平成 28 年		合計	小計
			10月	11月	12月	1月	2月		
1	医療事故報告対象の判断	判断・具体的事例あり	27	19	25	18	28	11	205 23.8%
		判断・具体的事例なし	36	14	11	9	3	73	
		その他	10	1	2	1	1	15	
2	相談・報告の手続き	相談	12	4	3	0	3	22	257 29.8%
		遺族への説明	8	4	4	4	11	31	
		報告	37	31	59	29	39	19	
		その他	1	1	1	2	4	9	
3	支援に関する情報提供・調整	初期対応について	19	4	2	2	1	28	82 9.5%
		院内事故調査に関する 支援の全般について	20	8	6	4	2	40	
		その他	7	3	1	2	1	14	
4	院内事故調査に関する助言	解剖・Ai	20	9	5	4	8	46	208 24.2%
		委員の派遣	12	11	15	9	10	57	
		費用	6	5	4	1	3	19	
		報告書の記載について	2	7	2	8	6	25	
		死亡診断書について	2	0	1	1	1	5	
		その他	7	12	18	6	13	56	
5	センター調査に関すること	対象	8	3	1	3	2	17	39 4.5%
		費用	4	1	0	1	0	6	
		手続き	1	0	0	2	0	3	
		その他	7	2	2	0	2	13	
6	再発防止	0	0	0	0	0	0	0 (0%)	
7	その他	23	12	16	7	12	70	70 (81%)	
合計			269	151	178	113	150	861	861

この集計は、2016年2月末までの相談内容を項目別に集計したもの。
相談手段の大半は電話であるが、それ以外に「直接面談」、「文書」などが数件含まれる。

1- 医療機関・支援団体等における相談内容の所属別件数

項番	相談内容・問い合わせ	相談者所属								合計
		医療機関				支援団体	その他	不明		
		病院	診療所	助産所	不明					
1	医療事故報告対象の判断	判断・具体的事例あり	99	7	0	6	3	2	0	117
		判断・具体的事例なし	40	3	0	10	3	13	4	73
		その他	11	0	0	1	0	3	0	15
2	相談・報告の手続き	相談	12	0	0	3	3	3	1	22
		遺族への説明	22	2	0	4	2	1	0	31
		報告	158	12	0	13	7	4	1	195
		その他	6	0	0	0	0	3	0	9
3	支援に関する情報提供・調整	初期対応について	19	4	0	3	1	1	0	28
		院内事故調査に関する支援の全般について	24	1	0	6	6	3	0	40
		その他	5	0	0	1	8	0	0	14
4	院内事故調査に関する助言	解剖・Ai	34	2	0	3	7	0	0	46
		委員の派遣	47	0	0	4	5	1	0	57
		費用	16	0	0	0	0	3	0	19
		報告書の記載について	21	1	0	0	3	0	0	25
		死亡診断書について	4	0	0	1	0	0	0	5
		その他	51	1	0	1	3	0	0	56
5	センター調査に関すること	対象	9	1	0	2	1	2	2	17
		費用	5	0	0	0	0	1	0	6
		手続き	1	0	0	0	0	1	1	3
		その他	3	0	0	3	2	4	1	13
6	再発防止	0	0	0	0	0	0	0	0	
7	その他	24	1	0	6	15	17	7	70	
合計		611	35	0	67	69	62	17	861	

この集計は、2016年2月末までの相談内容を項目別に集計したもの。
 相談手段の大半は電話であるが、それ以外に「直接面談」「文書」などが数件含まれる。
 その他は「行政」「弁護士」「報道機関」「警察」「介護施設」「保険会社」などが含まれる。

1- 遺族における相談内容の月別件数

項番	相談内容・問い合わせ		平成 27 年			平成 28 年		集計	小計
			10月	11月	12月	1月	2月		
1	医療事故報告対象の判断	医療事故報告対象の判断	43	29	31	19	16	138	140 61.9%
		その他	0	2	0	0	0	2	
2	医療事故調査に関する相談(報告済みの場合)		1	1	2	3	1	8	8 3.5%
3	院内事故調査に関する相談	解剖・Ai	0	2	1	0	0	3	9 4.0%
		委員	0	0	0	0	0	0	
		費用	0	0	0	0	0	0	
		報告書の記載について	0	0	0	0	0	0	
		死亡診断書について	0	0	0	0	0	0	
		その他	2	2	0	1	1	6	
4	センター調査に関すること	対象	0	3	3	0	1	7	12 5.3%
		費用	1	1	0	0	0	2	
		手続き	0	0	0	1	1	2	
		その他	0	0	0	1	0	1	
5	その他		4	20	10	15	8	57 25.2%	
合計			51	60	47	40	28	226	226

この集計は、2016年2月末までの相談内容を項目別に集計したもの。
相談手段の大半は電話であるが、それ以外に「直接面談」、「文書」などが数件含まれる。

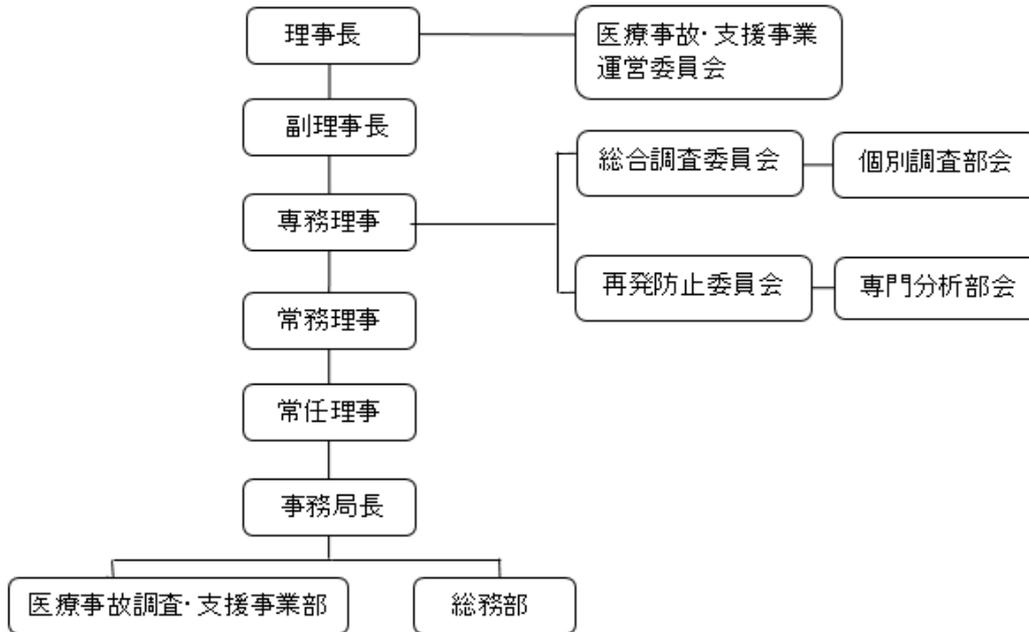
資料

医療事故調査・支援センターの体制

医療事故調査・支援センターの体制

1 医療事故調査・支援センターの組織体制等 (以下「センター」という。)

(1) センター組織図



(2) センター職種別職員数

職種	人数	勤務体制別	人数
医師	10名	常勤	2名
		嘱託	8名
事務	11名	常勤	8名
		非常勤	1名
		派遣	2名
看護師	25名	常勤	16名
		非常勤	9名

(3) 医療安全に関する経験等

医師(嘱託を含む)

- ・医療安全管理部所属
- ・診療行為に関連する死亡の調査分析モデル事業経験
- ・病院団体医療安全委員会担当
- ・医師会医療安全担当

看護師

- ・医療安全管理者講習会修了(18名)
- ・リスクマネージャー経験(2名)
- ・行政医療安全部署経験 (2名)

2 データの管理体制

医療法第6条の15の規定に基づくセンターの指定を受け、第6条の16に規定する業務を遂行するにあたり、情報の管理を最重要事項と認識し、以下の対応を実施している。

環境整備

- ・執務室内に「医療事故報告」の管理のための「機密室」を設置
- ・執務室、機密室入室承認システムを設置
- ・執務室に監視カメラを設置
- ・報告書等を管理・分析するパソコンと外部交流用のパソコン、サーバーを分離
- ・web 報告の際に、トークン(ワンタイムパスワード)を利用

規程等の制定

- ・情報セキュリティポリシー、情報セキュリティ基本方針の制定
- ・情報管理及び守秘義務に関する規程の制定
- ・個人情報保護方針、個人情報保護規定の制定

定期的な研修、監査の実施

- ・平成27年9月10日 職員研修実施
- ・平成28年4月 新入職員研修実施予定
- ・内部監査 5月予定

3 相談体制(夜間、休日等含む)

センターでは、「医療事故相談専用ダイヤル」を設け、医療機関等からの相談に対応している。医療事故調査 制度が開始された平成 27 年 10 月 1 日より 24 時間体制で電話相談に応じている。(夜間・休日は医療機関からの緊急の相談に限り対応)

また、医療機関から医療事故の判断に関する相談があった場合には、下記(2)に記載している「センター合 議」を行い対応している。

(1)医療事故相談専用ダイヤルについて

対応時間および体制

- ・平日 8 時～20 時:センターにおいて受付班職員を中心に対応している。
- ・上記以外の時間帯:センター職員が 2 名体制で携帯電話により対応している。

相談内容による分類

医療事故相談専用ダイヤルは相談内容により、以下の3種類に分類している。

- ・医療事故制度に関する相談、医療事故報告の手続き、調査依頼の手続き
- ・医療機関からの医療事故報告の判断に関する相談、緊急を要する相談
- ・その他、問い合わせ等

夜間・休日は医療機関からの緊急を要する相談に限定して対応している。

相談対応に関する職員の教育・支援状況

- ・対応例を記載した相談対応マニュアルを作成し、回答内容の統一化
- ・制度について正しく説明できるよう、相談内容ごとに根拠法等を整理した資料の作成
- ・経験を重ねた職員からサポートが受けられる体制を整備し、確認しやすい環境づくり

(2)センター合議について

センター合議とは、センター報告が必要か否かの判断について、医療機関から具体的事例に関する助言を 求められた場合に、センター内で複数の医療従事者による合議を行い、当該医療機関へ医療事故の判断に 関する助言を行うものである。

センター合議の流れ

- ・医療機関へ「事例相談用紙」を FAX またはメールで送付し、当該事例の概要を記載して提出してもらう。
- ・合議の結果は、事例相談用紙が提出された翌日または翌々日を目安に電話にて連絡する。

センター合議の体制

- ・基本的な人員構成:センター医師 1 名、協力医師複数名、調査支援看護師 2～3 名
- ・協力医師が遠隔地の場合には、メール若しくは電話による参加も可能としている。

4 再発防止策を提案するための体制、方法論等

センターでは、再発防止策を提案するために「再発防止委員会」を設置している。再発防止委員会では、医療機関から報告された医療事故調査の報告により収集した事例を、匿名化・一般化し、データとして集積し、複数の医療機関において実施可能な再発防止策を検討する。また、それを広く普及啓発する方法についての検討を行う。

専門的見地から詳細な分析が必要な検討課題については、再発防止委員会の下に設置される「専門分析部会」によりテーマを設定し検討を行う。

・平成 28 年 2 月 3 日 第 1 回再発防止委員会開催

・次回は 5 月に開催予定

5 センター調査の実施体制

(1) 調査体制

「総合調査委員会」の下に、事例毎に「個別調査部会」を設置。

「総合調査委員会」は、センター調査の方法を検討するとともに、各事例の調査を実施する「個別調査部会」の作成したセンター調査報告書案を審議し、報告書の質の担保を図ることを役割とし、原則月 1 回開催する。

「個別調査部会」は、1 事例毎に 6～7 程度の事例に関係する専門家等で設置され、調査結果を報告書としてとりまとめることを役割とする。

(2) 外部委員等の協力体制

センター調査の際に、学会から、当該事例に関する専門性を有した調査委員推薦協力体制を整備している。

現在登録学会

・医学会系 40 学会

・薬学系 1 学会

・看護系 1 協議会(12 学会)

・その他 3 組織(放射線技師会、臨床工学技士会、医療の質安全学会)

平成 27 年 12 月 14 日に登録学会向け説明会を開催し、協力内容、推薦方法等を説明した。

6 研修の実施内容等(実績と予定)

(1)センターの職員向け研修

医療事故調査・支援センターでは、平成 27 年度の組織内研修として、事務局連絡会議およびトレーニングセミナーを開催した。

事務局連絡会議について

対象者 : 調査支援看護師、事務職員

研修時間: 2 日間(計 10 時間)

実施日 : 平成 27 年 9 月 10・11 日

【研修内容】

- ・医療事故調査・支援センターについて(全体・総務・地域ブロック)
- ・情報セキュリティについて
- ・センター業務開始への準備状況の報告
- ・医療機関・遺族からの様々な相談に対する対応(ロールプレイ)

トレーニングセミナーについて

対象者 : 調査支援医、調査支援看護師、事務職員

研修時間: 1 日間(計 4 時間)

実施日 : 平成 28 年 2 月 20 日

【研修内容】

- ・医療事故調査・支援センターの現状
- ・センター調査の実施に向けて
- ・センター調査の進め方(グループワーク)

(2)医療機関向けの職員向け研修

医療機関において医療事故調査に関わる方を対象として、科学的・論理的・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の実施を日本医師会に委託した。

(3)支援団体の職員向け研修

医療機関が医療事故調査を行う際の専門的な支援に必要な知識等を学ぶ研修の実施を日本医師会に委託した。

7 普及啓発

医療事故調査制度の概要、及び、医療事故調査・支援センターに関する周知については、以下の方法で広報を実施している。

- ・ホームページの管理
- ・リーフレットの配布
- ・プレスリリース(月毎)の発行
- ・講演等による説明

資料

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 1 月 16 日(土)～17 日(日)

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 1 月 16 日(土)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	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	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	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	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 医療安全管理係長) 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1月17日(日)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) 解説</p> <p>上野 道雄(20分)</p>
院内事故調査委員会	
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
報告書作成	
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をつけて下さい。

1 日目 講義名	役立つ	まあまあ役立つ	あまり役立たない	役に立たない
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	役立つ	まあまあ役立つ	あまり役立たない	役に立たない
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。

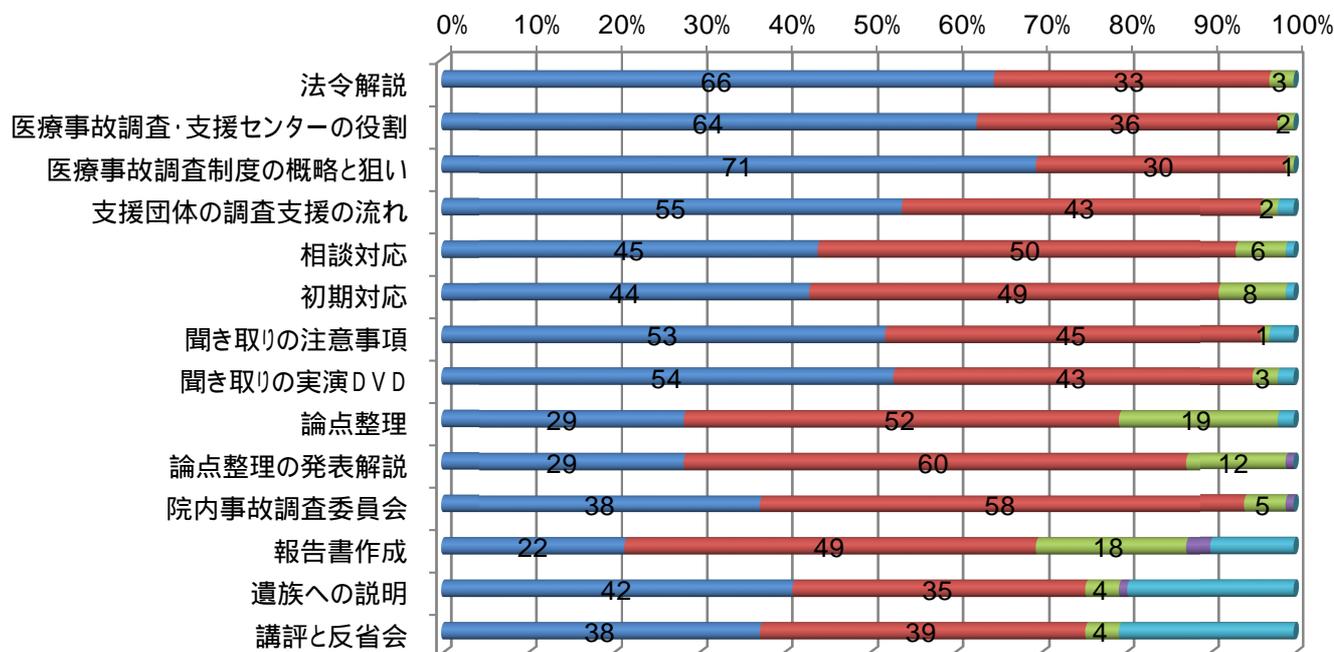
(Q5) 今後の研修に取り入れてほしいことがありましたら、お聞かせください。

(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、ご助言よろしくお願ひいたします。(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。

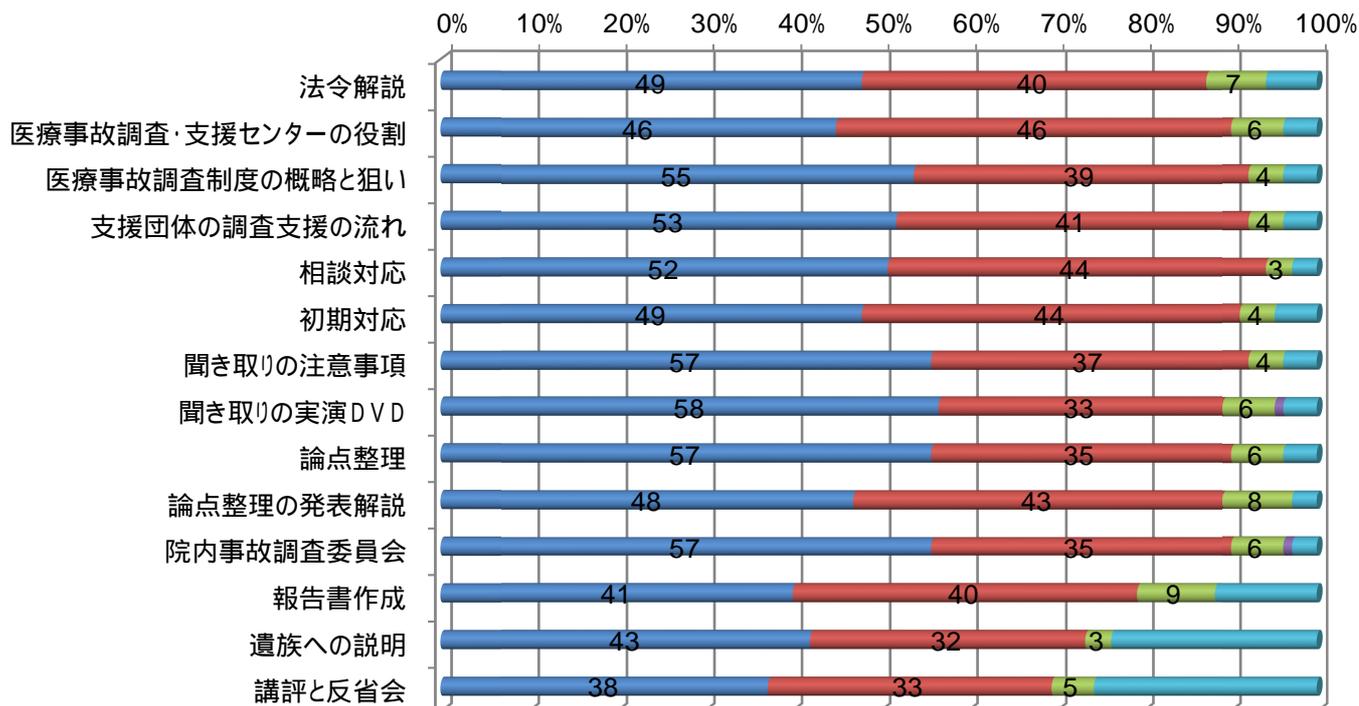
Q1 理解度

■理解できた ■まあまあ理解できた



Q3 役立ち度

■役立つ ■まあまあ役立つ ■あまり役立たない ■役立たない ■無回答



(Q 2) 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 についてもう少しシステム化していただくとありがたいです。
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"> ・県ごとに進捗度の違いがある。 ・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。 ・支援団体全体で対応していく必要性を感じました。
25	報告書の取り扱い 院内事故調査報告書 調査機構への報告書 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"> ・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。 ・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？
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"> ・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。 ・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。
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"> ・事案が制度に該当するかどうかの判断 ・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。
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か。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は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ませんか。
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いいのか困っている。
43	支援団体として、何を支援をしなければならないのか、理解しているつもりでいるが、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?)

(Q 4) 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"> ・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、できる限り実際に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"> ・事例が分野が違うので理解しかねました。 ・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。 ・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。
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も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"> ・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。 ・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。
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"> ・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。 ・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。
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 good! Excellent!
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) も報告してほしい。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"> ・ 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。 ・ 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。
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いです。</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。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。

(Q 5) 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、類型化していただくとありがたい。
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	具体的な実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ば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	・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 ・繰り返し研修（事例）の経験が必要と考えます。
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	・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） ・夜に意見交換会があってもよい。
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たいかがでしょうか。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。

(Q 6) 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 前もって症例に関する情報 (死に至るまでの情報) があつ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え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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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ので、グループにより話し合いの内容に差があつたように思う。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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。スライドにあつ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 はとても現実的でためになります。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ただければ。
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したら、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 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で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ではありません。

資料

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	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	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	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	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	論点整理の発表、解説【60分】 講師 上野 道雄 / 小池 明広 / 馬場 文子 / 青木 久恵 グループワーク (20分) 発表 (2グループ)(20分) 解説 上野 道雄 (20分)
院内事故調査委員会	
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	演習：調査委員会の実施【60分】 講師 小池 明広 / 馬場 文子 / 青木 久恵
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
報告書作成	
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	演習：報告書の作成、提出【60分】 講師 小池 明広 / 馬場 文子 / 青木 久恵
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	遺族への説明【20分】 講師 上野 道雄
15:10 ~ 15:50	講評と反省会【40分】 座長：上野 道雄 / 小林 弘幸
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をつけて下さい。

1 日目 講 義 名	役立つ	まあまあ 役立つ	あまり役立 たない	役立つ ない
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	役立つ	まあまあ 役立つ	あまり役立 たない	役立つ ない
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

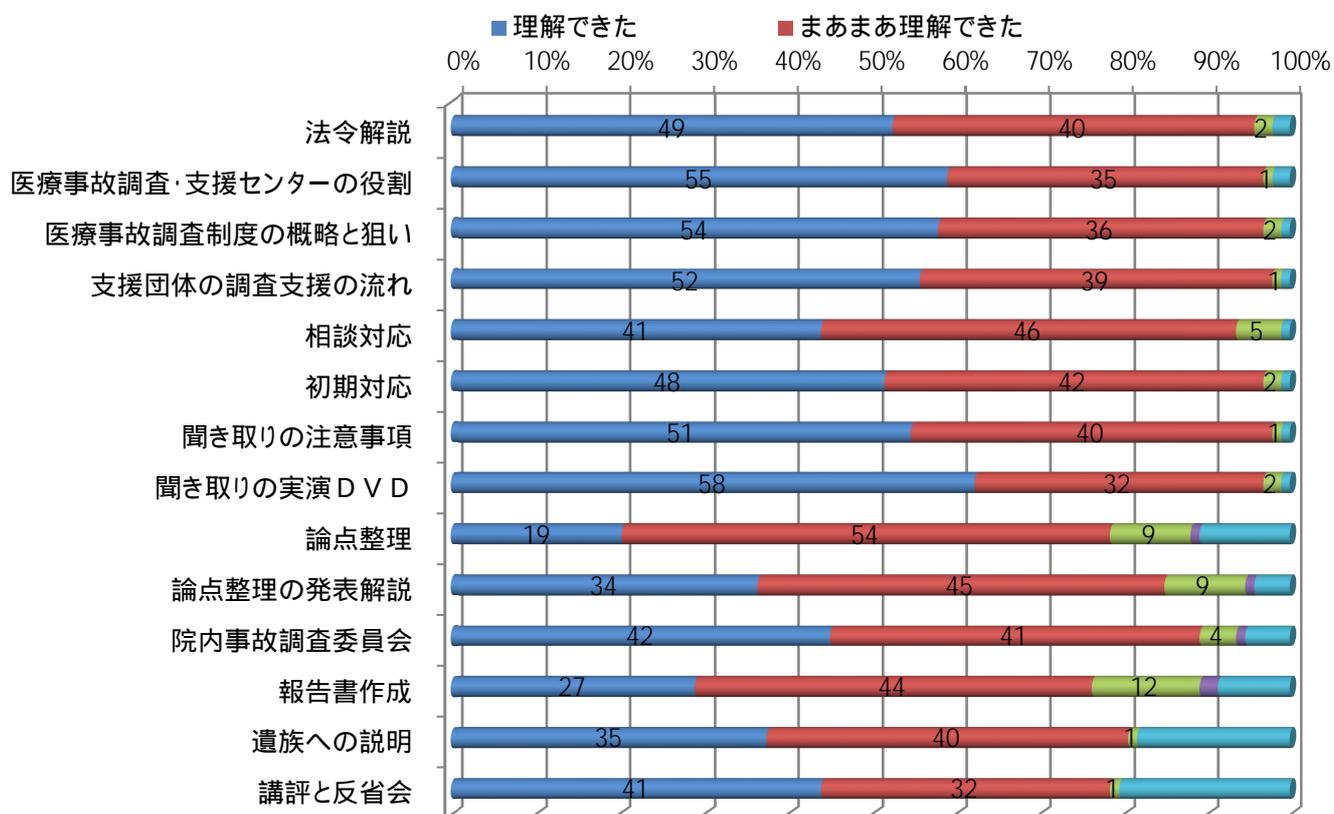
(Q4) 2日間の講義の進行・運営等について、ご意見がありましたら、お聞かせください。

(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。

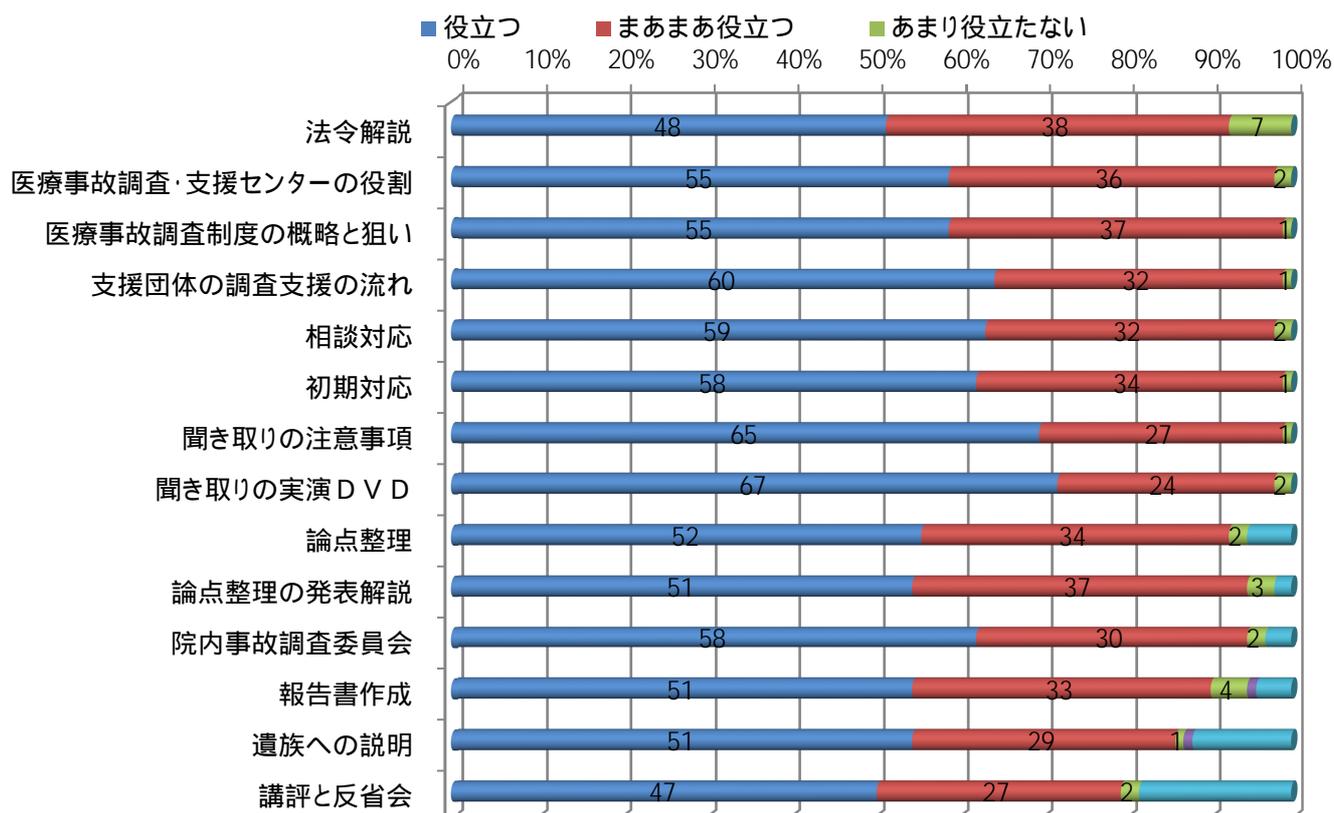
(Q6) 本研修は第1回目の開催でありました。演習企画は初めての試みでしたので、いろいろな不備な点があったかと思えます。どうぞ、建設的なご意見がありましたら、ご助言よろしくお願ひいたします。(聞き取り DVD・論点整理・院内事故調査委員会・報告書)

***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。**

Q1 理解度



Q3 役立ち度



(Q 2) 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	院外調査委員の選択に困っています。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、学習しようとする態度です。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だけで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くか不安です。
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。今やっととま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	・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。 ・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。
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	マニュアル作成について、どのように作成していいの？内容、指針。 見本があるなら見せて頂きたいです。
26	・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。 ・事故調査制度に該当するのかの判断が難しい。
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	・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） ・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
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です。
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	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？の為に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。 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。
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	・マンパワーが足りない。 ・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

	<p>れがちになる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。
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"> ・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。 ・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。
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>

(Q 4) 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たいと思いました。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"> ・事例内容が専門的すぎる ・事務職員も参加しているのもっと一般的にシステムのことも必要。 ・例えば遺族の説明方法はどうしたらよいか etc. ・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。
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しての研修もしてほしいと思います。
4	<ul style="list-style-type: none"> ・実事例を提供して頂きありがとうございました。 ・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。 ・なかなか、短い時間での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考が整理されると思います。 <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であると思われる。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、演習を行うにつけ、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れば良いなと思います。
7	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・委員会等の資料準備は重要であるとわかった。
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"> ・論点整理とは全て結果から判断するので良いのか。 ・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。
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）。

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 セク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。

(Q 5) 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、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。

(Q 6) 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いただきました。
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る。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くと、もっと臨場感が培われると思います (部屋と各 G 1 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	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、県内独自での演習実施時に進行等とても参考になると考えます。 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。
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、もう少し詳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] </pre> <p>1 段目 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 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。 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。 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

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 ~ 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 ~ 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 ~ 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 ~ 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 ~ 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 事故の発生と相談	4	3	2	1
事故報告後、調査委員会開催までの対応	4	3	2	1
院内事故調査委員会	4	3	2	1
院内事故調査報告書の作成	4	3	2	1
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。

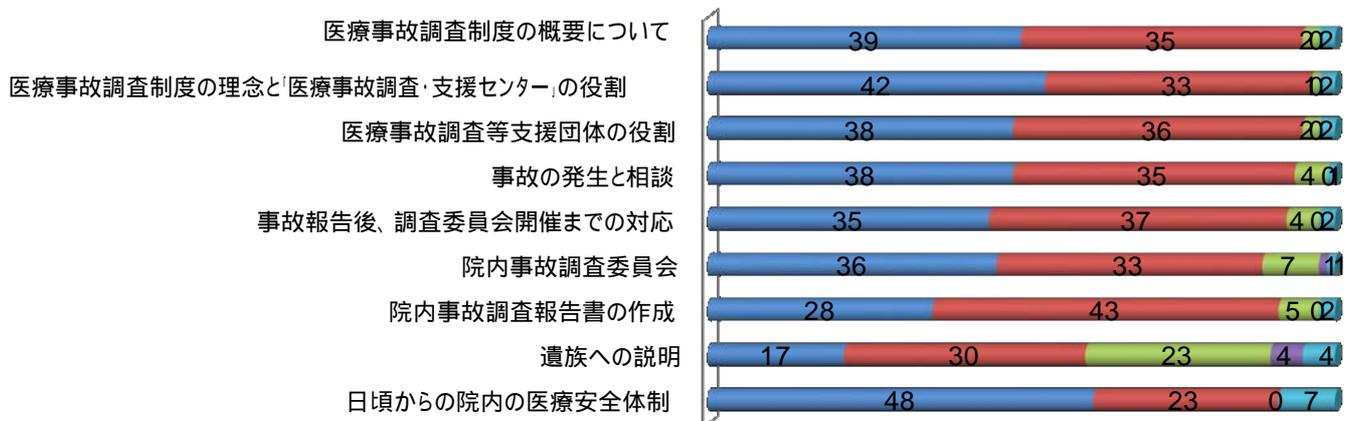
この回答欄にご記入いただいた内容は、匿名性に配慮したうえで、平成 27 年度厚生労働科学特別研究事業「医療事故調査制度の実施状況に関する研究」に提供させていただくことがあります。研究の結果は、医療事故調査制度の見直しのための資料となることが予定されております。皆様のご理解、ご協力をお願い申し上げます。

(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

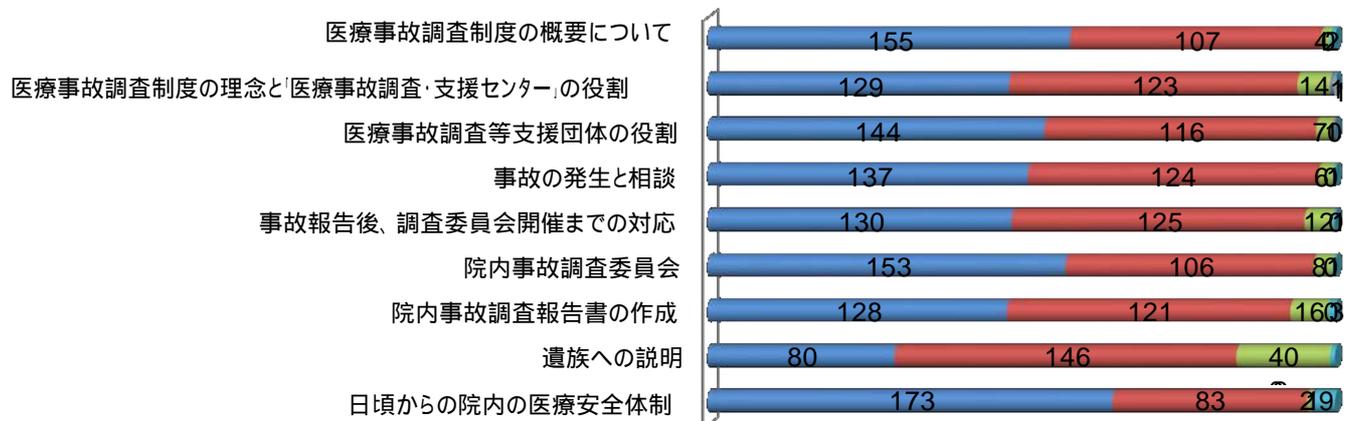
理解度(仙台 N=78)

■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



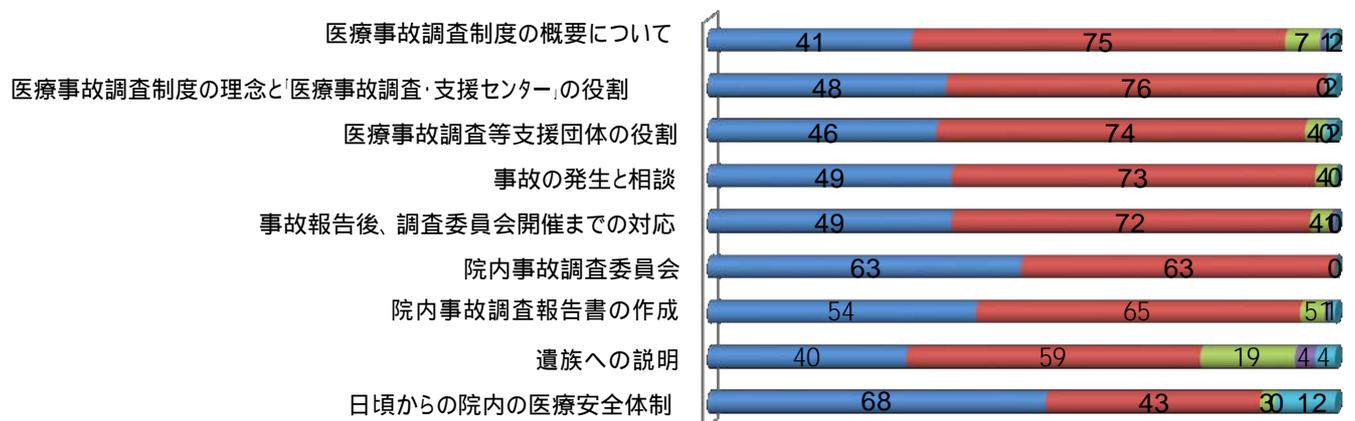
理解度(福岡 N=268)

■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



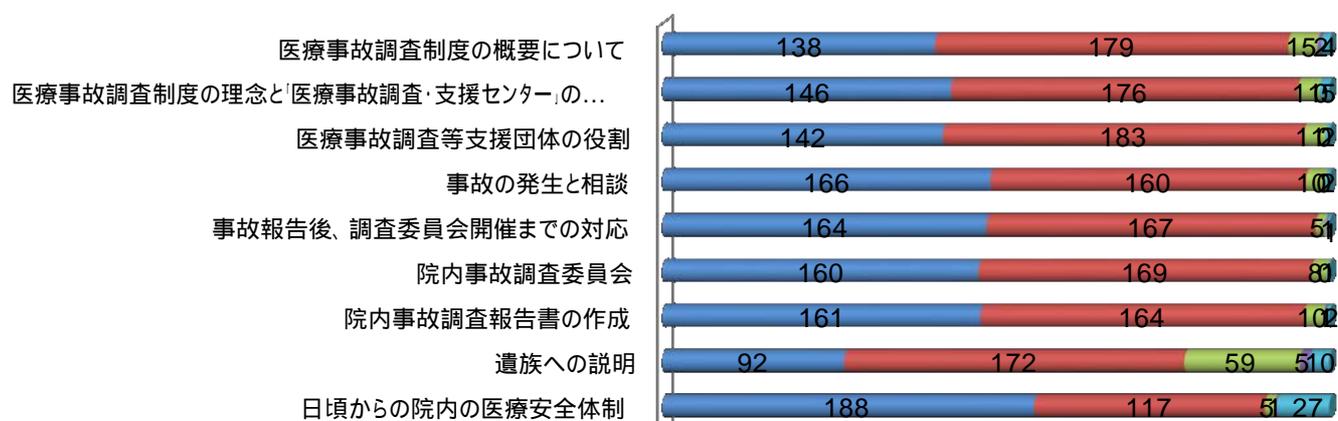
理解度(札幌 N=126)

■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



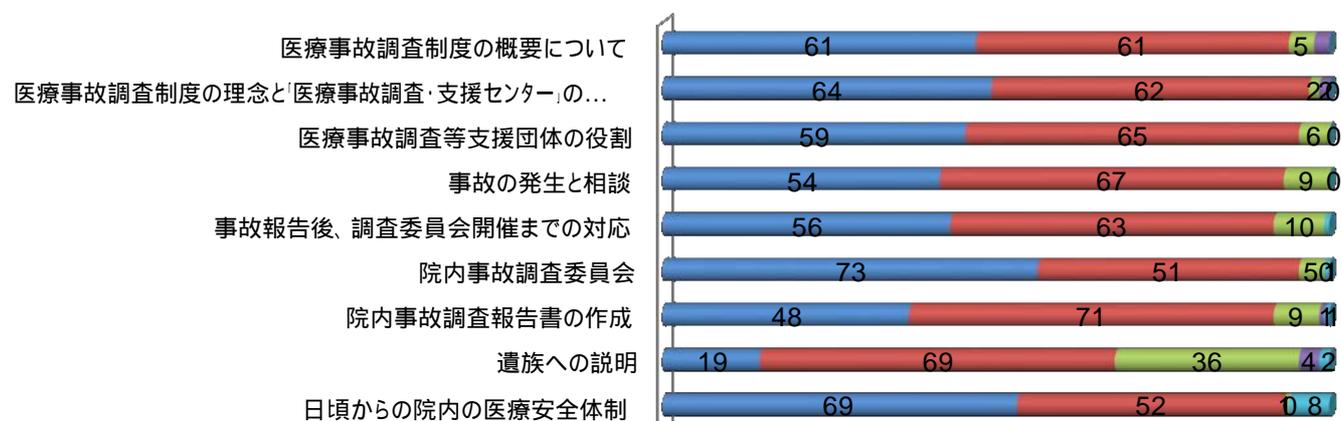
理解度(大阪 N=338)

■ 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



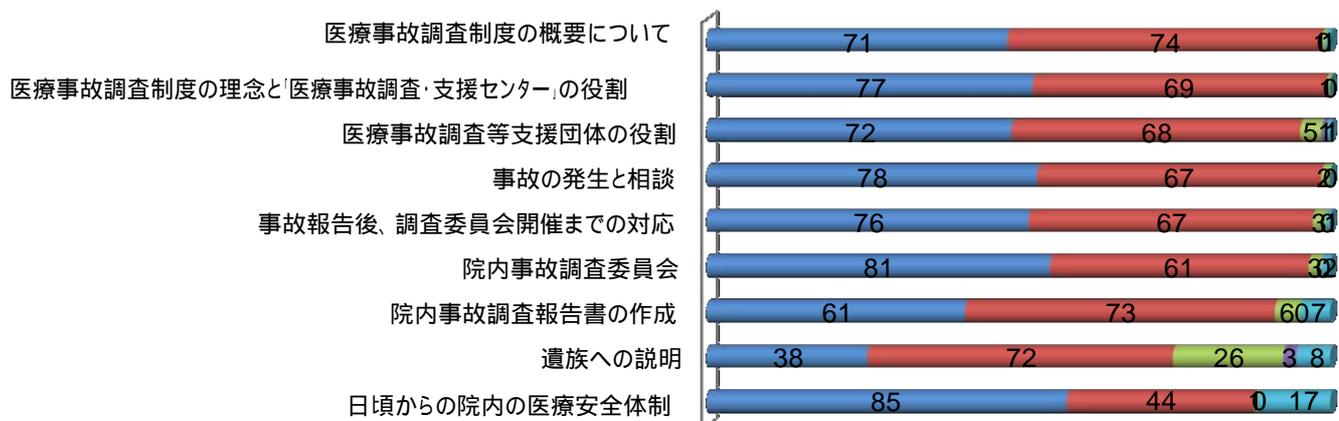
理解度(東京 N=287)

■ 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



(Q 2) 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	制度の対象が否かの判断
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）が警察に届出た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」という名称はどうなのでしょう。 ・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、看護部主任の現状から（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る。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おりますが、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 ~ 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	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。 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込めさせるため事実上院内調査は不可能となるのではないのか？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のか？
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料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？またははっきりしない。
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することがあります。
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が、本日の講演で背景をみてくれる制度だということがすごくわかりました。 ・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ればいいなと思いました。
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ことについて、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っ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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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労しています。
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	まだまだ専従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たい。
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」とした方が良いと思う。 ・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!!)。
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」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たいと思います。
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な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	いろいろ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。犯人探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、記録をしっかりに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	・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）が不祥事をしてかき、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な?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ィットができておらず、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	Ai、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ほしい。 調査委員会のメンバーに院長が入ってはいけないのか？ 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	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慮しておられます。これでは医療事故調査制度の目的な何なのかと思ひ、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	・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	・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	・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	・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	事故を予防の為に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に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、お薬によるせいではフラつきが生じ行ったのではないかと、いう際はどうなりますか？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ってはいるが、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いると思う。
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っ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いう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おりましたが、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)にどう判断すればいいのか。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、業務の中で行うと、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	<ul style="list-style-type: none"> ・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、見直しがされる。「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ない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つながると思う。やはり医師に対する何らかの周知は必要であると思う。
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、非常に苦労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くと助かります。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がわからない。
35	安全対策マニュアルの作成に苦労している。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のでしょうか。
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。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。常用量を超えた、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、悩みがつきません。 ・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であるのか。
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。

	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
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こと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います。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、医賠償（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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。又、どのような方の参加が望ましいでしょうか。 ・患者家族からの要望で事故調べ申請した場合、院内会議の日程など聞かれることがありますが、どの辺りまで返答すれば良いでしょう。家族の気持ちとしては本当に事故調べ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。 ・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。
36	県のとりの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にと思います。
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。

(Q 3) 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。よろしくお願いします。
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だ。
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。管理者の考え方を变えることが大切。
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・上級等）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えます。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ほしい。
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えます。
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・・・なかなかめぐいきれないです。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よう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ならない制度に。
26	医療事故調査制度の理念や概要はいらぬのでは。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も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つにしていくとりくみなど知りたい。
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。

25	・医療の中で生じた問題は医療者間の議論で解決したい。 ・医療人の倫理観 - 自浄作用を信じたい。
26	具体的にお悩みケースを提示していただきたい。
27	大変勉強になったので、更に機会を増やしていただきたい。
28	大きな病院では院内調査も人的能力もありますが、中小病院にはその力がありません。死因の追求や診療の正しさを検証するのはとても困難であるように感じます。
29	報告書のフォーマット、記入例ひな型について知りたくて今回参加しましたが、もう少し具体的に話をしていただきたいと思いました。
30	(今回もありましたが) 事例に基づいた説明・検討
31	具体的な事故調査委員会の運営方法、病態究明の具体的方法
32	日本医療安全調査機構に報告のあった具体的事例など紹介があると参考になると思いました。
33	・医師会 HP に研修会の資料を PDF 等でアップして頂きたい(修正後のもの)。 ・院内研修にも使用できるようにしていただきたい。 ・制度の説明から具体的な対応方法
34	望ましい聞き取り、語らせるといった実技研修があるとよいと思います。院内の安全に活用できそうです。
35	先入観をなくすための研修として、事例分析研修。特に医療安全管理者を対象とした研修を企画してほしい(報告書の作成等、事故の事実把握は医療安全管理者が行うため)。
36	医療交渉術
37	・委員会や聞き取りのシミュレーションの様子 ・ロールプレイ等を取り入れてほしい。
38	事例を取り入れた報告書の作成を具体的に研修したい。
39	事例をテレビドラマ風にまとめていただくとわかりやすいと思います。院内事故調査委員会の報告書の具体例を提示してほしい。
40	研修トレーニングは有効か試してみたい。
41	Ai 実施と剖検率
42	具体的な事例(秘匿性を担保しながら)を共有できる研修が役に立つように感じます。 総論よりは各論を、理念より実践を、精神論より具体的手法がわかるような研修 マスコミに対する対策(家族がマスコミに訴えた場合の対応など)
43	報告書の検証について
44	患者家族への対応について(説明の仕方)など
45	事例や検証を行った事案の報告など
No.	<岡山会場>
1	患者家族、遺族の方への対応についても学びたいと思いました。
2	医療安全管理担当者に対して、定期的、継続的な研修を開催してほしい。(継続学習が必要)
3	事例につき提示いただく会があれば有用と思われそうです。
4	事例の詳細。どういった事例が報告されているのか?
5	・調査にかかる費用について ・現場保存について
6	さらに半年後にある程度のデータが集まるので、導入してどうかの研修会があってもと思う。 できれば研修会の場所は駅に近く、便利な場所にしていただきたい。交通の便が不便である。
7	医師への教育プログラム
8	今回のような研修を履修済の医療従事者向けの具体的事案の検討シミュレーションを軸とした調

	査委員実習コースを作ってはどうか。
9	事例をもとに、委員会、報告書の作成のデモが行える会をお願いしたい。
10	理解がだいぶ深まりました。
11	患者説明のロールプレイ
12	<ul style="list-style-type: none"> ・実際の事例を通して、聞き取りから報告書を作成するまでの流れを聞きたい。 ・報告書の（記載例を使って）書き方を学びたい。 ・遺族家族の説明の仕方も学びたい。 ・最後の東医療センターの報告からは、病院長のリーダーシップの強さを感じました。
13	事故発生後から支援団体が支援していくなら、各病院における医療安全委が使用している「インシデントレポート」を支援団体と共有して、医療機関が不要と判断していても、支援団体から組織的にアプローチができるようになれば、早期に支援団体が介入できるのではないのでしょうか？
14	当制度、報告事例で裁判に利用されたケース
15	医療安全管理について、病院全体にこのようにしたら良いなど、スタッフ全員が参加できるような研修をしてほしい。
16	院内の全ての職員への意識の高め方や、安全への教育の方法等
17	医療事故調査へ報告するのは賛成ですが手続きから聞き取り、報告書のまとめ、支援センターへの調整を一手に受けています。専従の立場ではありますが、医療については難しい場面に遭遇します。各部門においての役割分担を取り決めて頂けたらと希望します。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍 なし

雑誌 なし