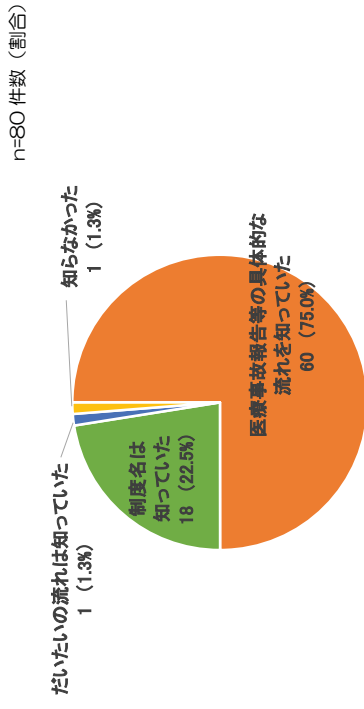


1. 医療事故調査制度の認知度

1-① 医療事故調査制度に基づく院内調査を行った今回の事例（以下「当該事例」とい  
う）が発生する前から、「医療事故調査制度」を知っていたか聞いた。



注：割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり合計が100にならないことがある。

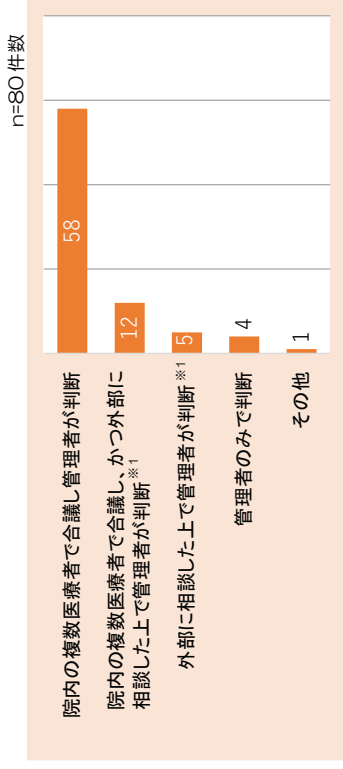
「医療事故調査制度に係るアンケート調査の結果」

全体版

～医療機関の回答～

## 2. 医療事故調査制度に則った医療事故調査開始の経緯

2-① 当該事例について当該制度に基づく「医療事故」と判断した体制について聞いた。



※1 「院内の複数医療者で合議し、かつ外部に相談した上で管理者が判断」及び「外部に相談した上で管理者が判断」と回答した計17件の外部相談先

回答	件数
医療事故調査等支援団体	12
医療事故調査・支援センター（センター合議）	4
顧問弁護士	2
保健所	1

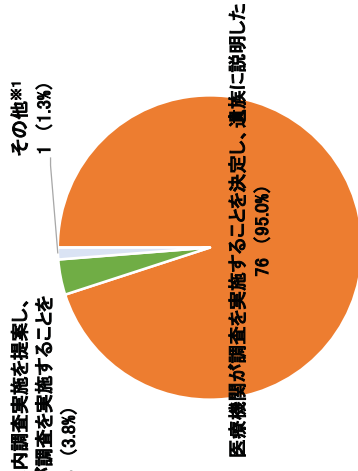
2-②

「医療事故の判断」をするにあたり感じたことや制度上の課題について聞いた。

自由記載	回答
<b>医療事故の考え方</b>	
<b>定義の考え方が難しい</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○「提供した医療に起因する」条件についての判断が難しい。起因するとは死亡の主因と理解しているのか。</li> <li>○合併症か、予期せぬ死亡かの判断が難しい。</li> <li>○法令と通知に照らしても判断に迷う事例がある。</li> <li>○医療に起因したか否かの判断が難しい。法では「診療、検査、治療、その他」と説明されているが今回の医療を何とするかは常に議論される。判断するためのガイドラインが必要と考える。</li> <li>○「医療事故の判断」はとても難しく、判断した経緯や根拠などを報告書（もしくは、機構提出の医療事故報告票）に記載する項目をつくると良いと感じた。</li> <li>○医療事故と判断するまでに院内での事故調査を4回開催し、報告までに約6カ月を要した。</li> </ul>
<b>判断時に相違が生じる</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○制度に基づく医療事故の判断と結論はしたものの、医療安全管理者と施設管理者の見解が違っていた。</li> <li>○最終的には病院管理者の判断となるが、施設により考え方に差があり基準が明確でない。</li> </ul>
<b>事故から死亡までの期間が長い場合の考え方が難しい</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○相当年数が経過した後に発症し、死亡した場合の扱い。</li> <li>○死亡するまで対象にならなければ、対応が遅くなるため、死亡が避けられない状況の場合でも対応出来る様になればいい。（事故発生から死亡まで約1ヶ月あった。）</li> </ul>
<b>転院後以降の情報が乏しく、判断に迷う</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○転院先で死亡した事例において、転院後から死にいたる経過の情報が乏しく判断に迷う。</li> </ul>
<b>遺族対応</b>	
<b>遺族の心情を考慮し、報告した状況があった</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○事故ではないと医療者は判断したが家族が納得しなかったので調査を行った。</li> <li>○明らかかな事故と判断しにくい事例だったが、遺族の気持ちを察し届出した。</li> </ul>

2-③ 医療事故調査制度に則った医療事故調査を実施することになった経緯について聞いた。

n=80件数 (割合)



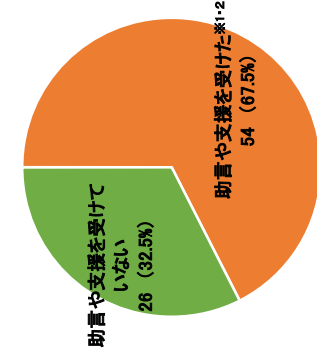
注：割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり合計が100にならないことがある。

※1 「その他」は、「他院で死亡し、他院から届出の必要性を示唆されて実施」との自由記載があった。

3. 受けた支援について

3-① 当該事例について、「医療事故の判断」に関する相談以外で、医療事故等支援団体や医療事故調査・支援センター等による助言や支援を受けたかどうか、またその内容について聞いた。

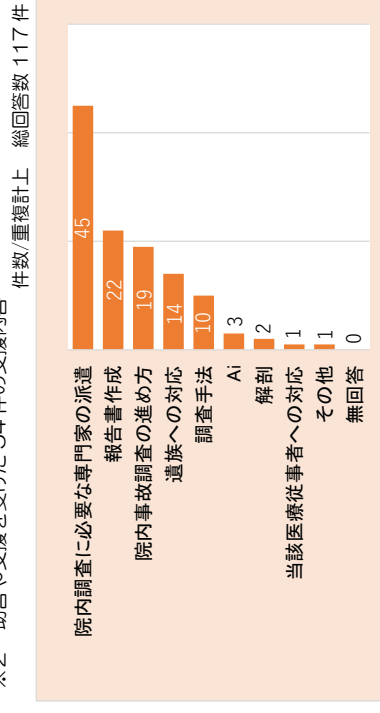
n=80件数 (割合)



※1 助言や支援を受けた54件の支援依頼先  
件数/重複計上 総回答数60件

注：上記以外の団体の具体的な記載はなかった。

※2 助言や支援を受けた54件の支援内容



総回答数 117件

3-② 支援を受けた理由と、支援について感じて感じたことについて聞いた。  
 <支援依頼先> **支**：支援団体 **他**：医療事故調査・支援センター **他**：その他の団体

回答	
<b>専門家の派遣</b>	
<b>派遣依頼の理由：第三者における専門的判断を受けた</b>	
○第三者における専門的判断を受けるため依頼した。 <b>支</b>	
○事故発生当時は、死亡原因（急変した原因）が全くわからず院内のみの調査では限界があると思いい外部委員の支援を依頼した。 <b>他</b>	
<b>良かったこと：院内調査だけでは気づけない点が明確化された</b>	
○院内調査報告のまとめ方などアドバイスを頂いたがそれがとても助けになった。 <b>支</b> <b>他</b>	
<b>専門的な助言が参考になった</b>	
○本制度への報告が初回であったため、事故調査のすすめ方もわからない状況であった。第三者より意見を頂くことで、当院の医療の評価もできるため有効であった。 <b>他</b>	
○専門的な立場から事例を判断し助言をいただき参考になった。 <b>支</b>	
<b>報告書を纏めてもらい、双方に偏りがない結果となった</b>	
○再発防止につながる重要な意見をいただくことができました。また、医療事故報告書を院外委員で作成されたので、病院側、遺族側の意見に片寄りがなく、よかったですと感じた。 <b>支</b>	
○報告書もまとめていただいたき非常に助かった。外部の委員がまとめてくれたので、遺族に対してよかったですと思えた。 <b>支</b>	
<b>難しかったこと：委員会の日程調整</b>	
○支援団体が外部委員との間の調整役を担っていたが、調査スケジュールが外部委員の都合により遅延していった。外部委員を選出して頂いたが、調査委員会を開催するたびに、支援団体からの同席があり、意見をすることに戸惑った。 <b>支</b>	
○忙しい先生ばかりで外部委員の選定、日程調整が難しかった。報告書の完成までがすごく時間がかかり、内心不安ではあった。 <b>支</b>	
<b>今後への期待：調査経験がある外部委員を派遣して欲しい</b>	
○外部調査委員の第三者意見を頂きたく支援を依頼したが2人とも初めての調査委員依頼であったので1人は調査経験のある方が良いのではと感じた。 <b>支</b>	
<b>聞き取り調査にも参加してほしい</b>	
○調査日程について、外部委員の参加は2回が目安という提示があり、調査の大半は、院内メンバーが実施した。ヒアリングも全て院内メンバーで実施したが、専門的な視点で外部委員が入ってもらえると良かった。 <b>支</b>	

<支援依頼先> **支**：支援団体 **他**：医療事故調査・支援センター **他**：その他の団体

回答	
<b>報告書の作成</b>	
<b>報告書の記載方法について確認した</b>	
○院内調査結果報告書作成においてセンターのフォーマットを参考にさせてもらったが、内容をどこまで詳しく記載したほうがよいのか、ある程度要約してよいか、検査データ等はどこまで記載すればよいのかなどわからなかったので支援を受けた。 <b>他</b>	
<b>専門家から客観的な視点で意見をもらった</b>	
○調査内容とその結果について、客観的な視点で意見をもらうため。 <b>支</b>	
<b>調査の進め方</b>	
<b>調査や委員会の進め方について相談した</b>	
○院内調査の検討の場においても、すすめ方や検討内容を一緒に考えてくれた。 <b>他</b>	
○事故調査委員会の進め方について、不明点等相談しながら、報告書の作成ができた。 <b>支</b>	
○報告するのは初めてであったため、判断に困ることや、調査の進め方、書類や手順の不備があったが、ていねいに対応していただき、感謝している。 <b>他</b>	
<b>支援団体から具体的なアドバイスが欲しい</b>	
○支援団体からももう少し具体的なアドバイス（参考事例の紹介等）をしてもらえるとスムーズな準備ができたのではないかと思う。それ以外の団体から具体的な委員会の進め方など貴重なアドバイスをいただいた。 <b>支</b> <b>他</b>	
<b>遺族への対応</b>	
<b>遺族対応の相談</b>	
○調査報告結果を、ご遺族がなかなか聞いて下さらない対応を示された際に相談させてもらいいい強かった。 <b>他</b>	
<b>AI（死亡時画像診断）</b>	
<b>読影の依頼</b>	
○医療事故に関連して撮影されたAIの読影は院内の診断医は行わないマニュアルにしていたため、支援団体へ依頼した。 <b>支</b>	
<b>解剖</b>	
<b>解剖実施の依頼</b>	
○他施設での解剖は始めてだったので、支援団体に解剖を実施していただけた施設の紹介を依頼した。 <b>支</b>	

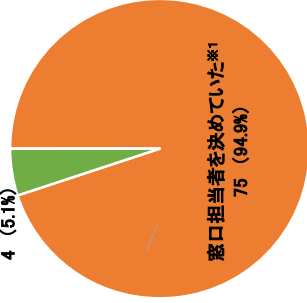
#### 4. コミュニケーションについて

4-① 院内調査中における遺族への進捗状況の連絡について窓口担当者を決めていたかどうか聞いた。

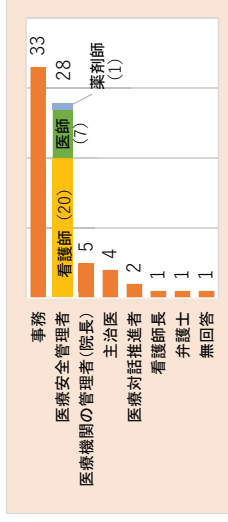
n=79 件数 (割合)

窓口担当者を決めていなかった

4 (5.1%)



※1 窓口担当者を決めていた 75 件の内訳



4-② 調査中の遺族への連絡対応について特に留意していたことはどのようなことだったか聞いた。

n=79 件数/重複計上 総回答数 164 件

回答	件数
進捗状況の連絡の際は、遺族の心情を理解するよう心がけた	63
進捗状況の連絡の際は、遺族の疑問に耐えるように心がけた	44
調査の進捗を定期的に連絡するよう心がけた	38
遺族に進捗状況の連絡はしなかった	10
遺族に連絡を拒否されたため、連絡を控えた	5
遺族に連絡を拒否されていたが、定期的に連絡を試みた	3
その他	1

#### 5. 院内調査結果の説明について

5-① 院内調査結果の説明方法(手段)について聞いた。

n=79 件数

文書のみ	面談もした	電話もした	質問の返答もした	電話で説明し、面談を希望し、電話で説明したが、連絡なし	説明してはいない※2	計
文書を渡した※1	13	48	3	1	—	65
文書を渡していない	—	9	2	—	1	14

※1 「文書を渡した」65 件の内訳

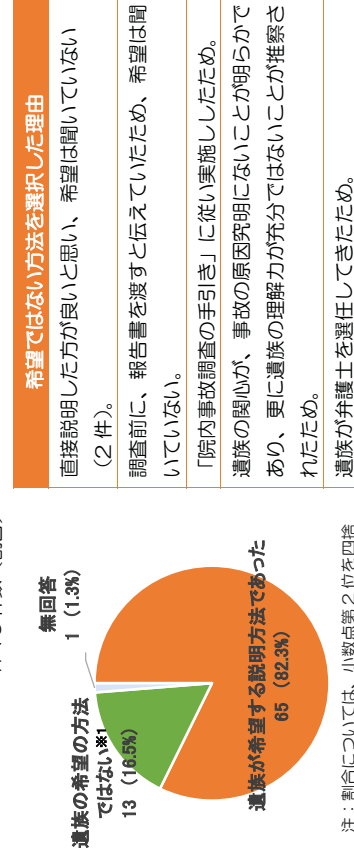
文書	件数
医療事故調査・支援センターに提出した院内調査結果報告書	48
上記以外	17

※2 説明していない理由は、「弁護士同士で話し合いをしている」との自由記載があり、他 1 件は「記載なし」であった。

5-② 院内調査結果の説明手段は、遺族の希望する方法(手段)であったか聞いた。

n=79 件数 (割合)

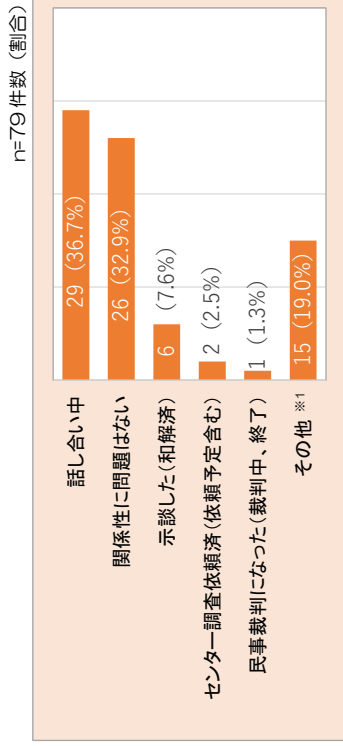
※1 「遺族の希望の方法ではない」の理由



注：割合については、小数点第 2 位を四捨五入したものであり合計が 100 にならないことがある。

## 6. 遺族との関係性について

### 6-① 調査終了後の遺族との話し合いの状況について聞いた。



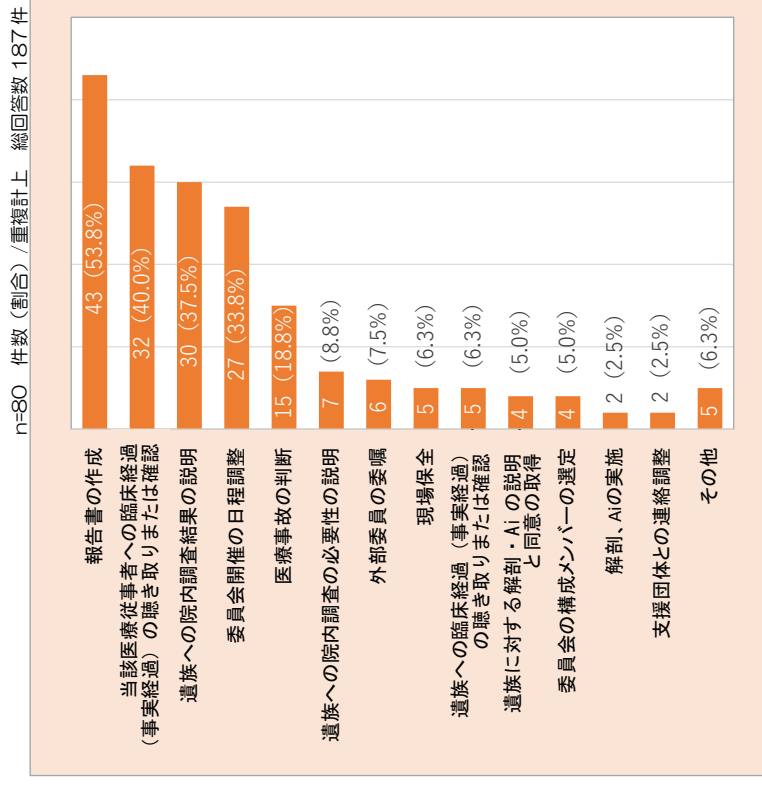
注：この集計は、遺族が存在しなかった医療機関1件を除く79件について示している。

※1 その他 15 件の詳細（自由記述）

回答
1 報告書を遺族に説明した直後。
2 調査報告書を説明後、時間がたっていないので詳細不明。
3 今後の経過をみないと関係性はわからない。
4 調査は終了し、説明を行った。家族が悩んでおり確認はできていない。
5 当病院の説明に対し、十分納得したとの様子でなかった為、今後の動きは不明。
6 遺族から何か求められれば対応する。
7 報告後、状況に変化があった場合は連絡することとした。
8 PMDA に副作用被害救済制度の利用を相談した。
9 文書を郵送したが、反応はなかった。
10 報告書の経過の中に痛みにより辛い思いをした部分を記載してほしいとの意見があり、報告書の一部を修正して再送付した。また、本調査とは別件であるが、遺族が、担当医の対応に関する不満を示していたため、患者へ寄り添って診療していくことができなかつたことは反省すべきであると説明した。その後、遺族からの連絡はない。
11 報告書を交付。問い合わせ等の窓口を伝えているが、連絡なし。
12 遺族からの連絡なし。
13 遺族から連絡なし。
14 連絡なし。
15 (記載なし)

## 7. 院内調査の実施について

### 7-① 医療事故調査制度に基づいて院内調査を実施して大変だったと感じたもの（医療機関における負担感）について聞いた（14項目から最大3つまで選択）。



注：重複計上における割合は、80件に対する値を算出している。

7-② 院内調査を実施して大変と感じた理由と制度上の課題について

自由記載

<b>回答</b>
<p><b>報告書の作成</b></p> <p><b>報告書の書き方がわからない</b></p> <p>○それほど経験する業務でないため、一番時間を費やし、参考にするものも様々あり どの方法が適切か迷う。</p> <p>○初めてであり、何をどのように書けばよいかわからなかった。医師の協力やいろいろな本を参考にしたが、医療安全管理者として他の業務もあり、勤務時間内ではお らなかつた。中小の病院では、専従の医療安全管理者 1 名の他は専任、兼任というこ とが多い。医療安全管理者が報告書作成することが多いのではないだろうか。医療事 故調査制度の研修（医療安全管理者研修）に報告書作成の研修があればよいと思う。</p> <p><b>取り纏めが難しい</b></p> <p>○分析後結果を出し改善策を立案するまで多職種をまとめる事が大変であった。改善 策が実行出来ているのかが課題である。</p> <p>○膨大な資料から整合性を合わせ時系列にし、第 3 者が見ても理解可能な内容にする ことにかかなりの時間を費やした。報告書は約 10 ページだったが、報告書内の略語・ 医療用語に関する補足資料が約 20 ページとなった。その他、再発防止策として複数 のマニュアル作成、作成したマニュアルの検証報告などの添付文書作成にもかかりの 時間と労力を費やし大変であったと感じた。</p> <p><b>当該医療従事者への働き取り</b></p> <p><b>当事者への配慮</b></p> <p>○事実、出来事を整理するために、電子カルテ等の診療録をもとに時系列資料を作成 し、関わった人物、部門などを一覧化した。患者情報は、死亡する直近のものだけ でなく、初診からの関わり、医療者との関係性、患者、家族の発言などからも整理 した。その上で、関係スタッフの業務調整をしてのヒアリングを行った。20 名以上 のスタッフのヒアリングを実施し、文字おこし、聴取内容の確認と、多大な時間が かかった。ヒアリング対象者の中には、当事をふり返り感情的に返す方もおり、 その後のフォローなども関係上司に依頼した。</p> <p>○ヒアリングも多数に及びると、医療安全管理者自身もダメージを受ける。医療安全管理 者が中立で正しくヒアリング、調査をするための環境作りについて、どこかに記載し ておいてほしい（組織としてすべき事として）。</p>

回答

<p><b>事実関係の確認</b></p> <p>○記録に残っていないが、実際に当事者や周囲のスタッフが観察したことや判断した ことも多く、聴きとりのなかでそれを引き出す作業が難しかった。時間の経過とと もに、当事者の記憶も薄れていく為、聴きとりは早期に行うことと、外部委員の聴 きとり調査も早期が望まれる。</p> <p>○関係者が複数いたため、聴き取りに時間がかかった。意見のくいちがいがあつた。</p> <p><b>遺族への調査結果の説明</b></p> <p><b>遺族への配慮が負担</b></p> <p>○面談を何度も実施したが、両者が感情的になつたり、資料の不備など相手に不愉快 な思いをさせてしまったため、相手の当院に対する印象は最悪であつたと感じた。 最終報告の時は、感情的にならないよう、相手の心情に寄りそえるよう説明者の選 定、説明方法を配慮した。</p> <p>○説明を行う際、遺族に対して、報告書の内容を正確に伝える方法について、十分で あつたかどうか気になつた。</p> <p><b>説明方法</b></p> <p>○誤解のないよう、しかも正確に説明が必要で負担と感じる。</p> <p><b>委員会開催の日程調整</b></p> <p><b>外部委員が複数いると調整に時間を要する</b></p> <p>○複数の外部委員を招聘したため、日程調整が難しく、事故発生から委員会開催まで の時期が遅くなった。</p> <p>○委員会開催の日程調整も支援団体で行なつてくださったため、日程調整に時間がか かり、提示された日程が少なく大変であつた。</p> <p>○多忙な先生方が複数名いて、日程調整に約 4 ヶ月を要し結果的に報告書の作成完了 までに 1 年近くかかつてしまった。</p> <p><b>医療事故の判断</b></p> <p><b>判断が難しい</b></p> <p>○判断をする時に、いろいろなとり方ができるため、いつも難渋する。しかし、その ことで、症例を振り返り、議論を、重ねることにつながり、難渋するからこそ、皆 が考える機会が持てて大変ですが、良いと思う。</p> <p>○医療行為が直接の死因であつたか否かが不明であり、報告対象なのか判断に困つ た。病院幹部も調査制度を正しく理解できていないことが分かり、医師会にまず相 談してみたが最後は結局支援センターに相談した。</p>
--

### 遺族への院内調査の必要性の説明

#### 制度の認知度が低く、理解されない

○死亡事故後に調査の必要性の説明をすることとなり、なかなか連絡がとれず、説明、実施に時間を要した。事故調査制度の認知度が低く、必要性がなかなか遺族に理解されない。

#### 医療者が理解できていなかった

○誰が、どのように説明するか、マニュアルがなく、説明できなかった。報告書ができてから説明したが遺族に理解してもらえなかつたか自信がない。マニュアルは、改定したが、職員全員への周知徹底が課題である。

#### 外部委員の委嘱

##### 専門領域を迷う

○外部委員をどのような人をお願いして良いかわからずとまどった。

##### 推薦に時間を要する

○当該科の学会に推薦をお願いするが決定に時間がかかる。外部委員委嘱を紹介するシステムが身近にあるといい。

#### 現場保全

##### 保全する範囲、保管期間の判断が難しく、不十分だった

○物品の配置の状況について、写真をとっておくべきだと、後から気づいたことがあった。(そのときには、後から重要になるとは思わなかった)  
○医療事故と判断する時点で、使用した薬剤・器材類が保全されておらず記録、聞き取り等で行うことが多く、当院においても、課題と感じた。

#### 遺族への聴き取り

##### 方法に慣れておらず、十分な情報を得ることが難しい

○遺族への聴き取りに慣れていなかったことで、十分な情報を得ることが難しくかった。また、遺族のグリーフケア、メティエーション等に対応するスタッフの育成が望まれる。

#### 遺族に対する解剖・Aiの説明と同意の取得

##### 遺族心情から説明が難しく、現場から医療安全室へタイムリーな連絡が入らない

○予期しなかつた死亡については、家族の動揺、怒りを伴うことが多いため、心情的に解剖の説明が難しい。医療安全に死亡の連絡がタイムリーにないため、解剖、Aiを担当医にすすめることが遅くしてしまうことも多い。

### 回答

#### 委員会の構成メンバーの選定

##### 専門家の依頼先の判断に迷った

○外部の委員にはいろいろ調査委員会をどのような形で、どこに依頼するべきかの判断に迷う点があり、最終的に医師会に依頼し、メンバーも一任して決めてもらうまでに時間を要した。

#### 解剖・Aiの実施

##### 院外解剖の手順を決めていなかった

○院外での解剖施設を事前に決めていなかったため、医師会に依頼し、時間外の対応のため、施設の決定に少し時間がかかった。翌日の解剖となり、ご遺体保存のドライアイスの確保、解剖施設までの車の手配等が必要となった。院外での解剖施設は、県単位で決めてあればよい。

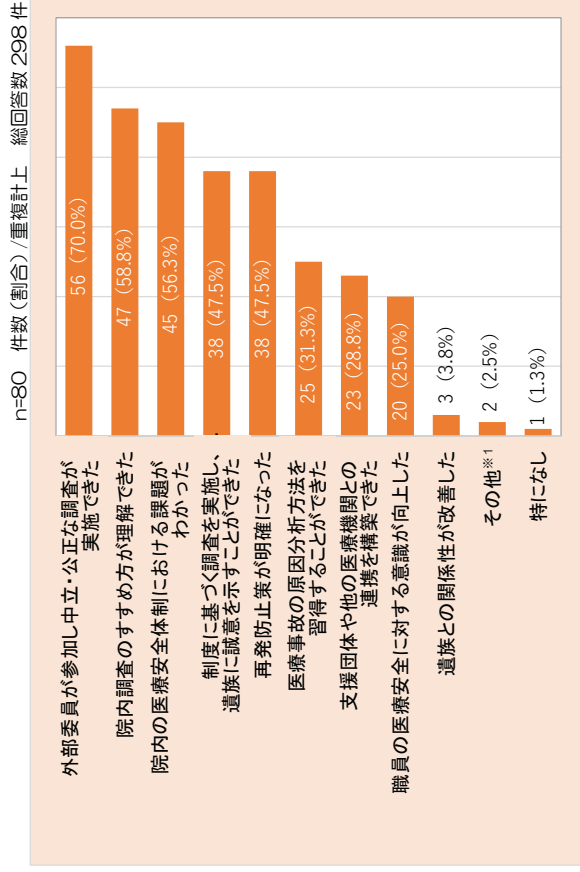
#### 支援団体との連絡調整

##### 報告書の取り纏めの調整が難しかった

○外部委員については紹介を支援団体をお願いしたが、様々なご意見が多く寄せられ、スムーズな取りまとめが難しかった。



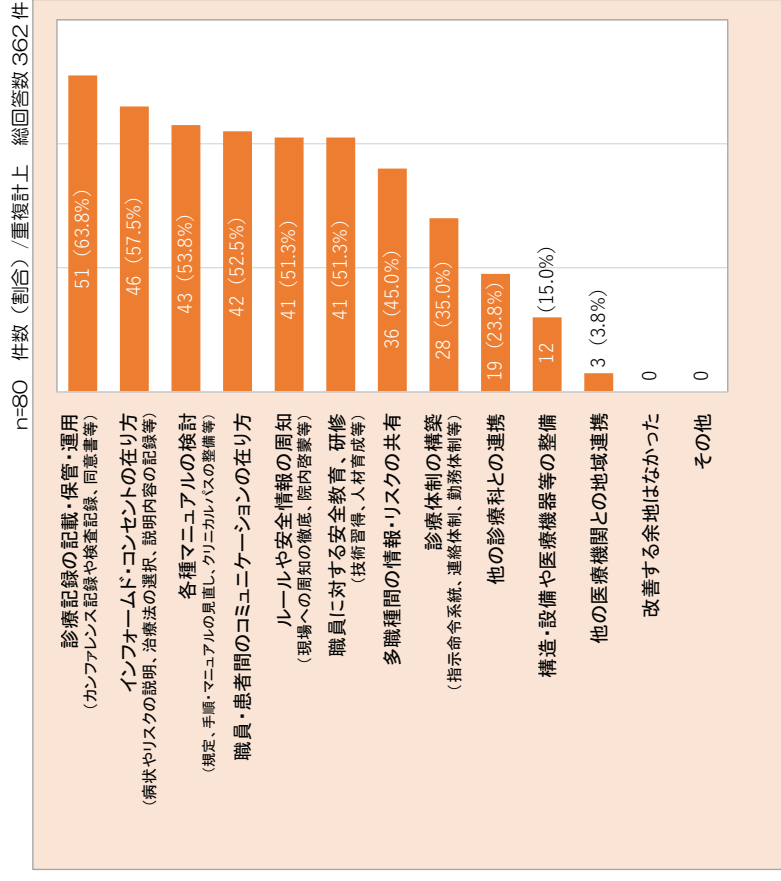
7-③ 医療事故調査制度に基づいた院内調査を実施して得られたことはあったか、該当するものを全てを聞いた。



注：重複計上における割合は、80件に対する値を算出している。

※1 「その他」は、「診療科に反省を促すことができた」、「利益は不明」との自由記載があった。

7-④ 医療事故調査制度に基づいた院内調査を実施したことで、院内において安全な医療を提供するために改善の余地が明らかになった内容について、該当するものすべてに選択をお願いした。



注：重複計上における割合は、80件に対する値を算出している。

7-⑤ 今後、制度に基づいた医療事故調査を実施する医療機関に留意すべき点など伝えたい事項はないか聞いた。

自由記載	
回答	
<b>院内の体制</b>	
<b>報告等の体制構築が必要</b>	
○今回、患者担当の診療科と事故原因と考えられた、医療処置を行った、診療料が異なっていたことで報告と、患者対応が難しかった。院内での報告体制の確立が必要と感じた。	
○事故対応に関する各職種役割を明確に決めておく。	
<b>遺族対応</b>	
<b>担当者から経過を伝える</b>	
○長期になる場合は途中経過を家族へ伝える	
○家族と病院、窓口を一本にして、連絡を取り合う	
<b>外部委員</b>	
<b>公正・中立性の担保</b>	
○外部委員は制度上必須とはなっていないうえ調整も大変だが、やはり、入った方が公正な調査となり、遺族へも誠意を示すことになるため入った方がよい。	
<b>支援団体への依頼に期間がかかる</b>	
○委員会開催にあたり支援団体に外部委員を依頼した際の日程調整に日数がかかる。	
○外部委員の選定時間が短縮されると助かる。また、日程を提示して下さる場合、日数を多くご提示いただけると助かる。	
<b>進捗計画が必要</b>	
○外部委員を入れて調査を進めるにあたり、報告書作成でのやり取りで、外部委員のコメント待ちの状態が長く続いた。「いつまで」という期限を設けて実施しないと作業が進まないと感じた。途中で催促するのにも気が引けるため、委員を委嘱する時点で、明確にルール化していくことを勧める。(多額の経費も発生しているので)	
<b>職員のサポート</b>	
<b>精神的支援が必要</b>	
○当事者だけでなく所属長や医療安全管理者自身の心的ダメージを忘れないこと。	
○医療安全担当者は、当事者への配慮、遺族への配慮、報告書作成の重任など、事例発症後長期に渡り心労が続く。担当者が院内できちんとバックアップされてこそ医療事故調査制度の目的が達成されると思う。	
○臨床心理士の職員サポートがとても助かった。	

8. 医療事故調査制への提案・意見  
8-① 制度の改善に向けた提案、意見はないか、医療機関に聞いた。

自由記載	
回答	
<b>外部委員</b>	
<b>役割教育が必要</b>	
○事例により、調査に要する期間や労力も違いがあると思うが、外部委員の役割や基本的任務などを教育することも必要と感じた。調査をする当該医療機関としては、何を必要とするかは、制度説明と共に周知されてきたが、外部委員として委嘱された場合という視点からの説明はあまりされていない。高額な経費を捻出するにいたり、委嘱され、受けた側もしっかりとその役目を果たさせるよう制度の中で述べるべきと考える。	
<b>認定制度をつくる</b>	
○事故調査に関する外部委員の認定制度を作る	
<b>報告</b>	
<b>判断の支援がほしい</b>	
○医療事故調査の対象を判断する支援として、もう少し詳しいガイドラインの提示があると良い。	
<b>報告書の見本・様式を提示してほしい</b>	
○事例により内容もさまざまだが、報告書の書き方、について、見本を提示頂けるとよい。細かい部分だけが表記のしかた、形式など何度も議論した。	
○匿名化した上でいいので、実際に提出された報告書の中から、良質なものを公表してほしい。どの施設も、報告書の書き方に苦慮しているのではお手本をみせてほしい。	
○医療機関によって、調査報告書のページ数や記載内容が異なり、A4用紙1枚といった簡素なものから数十ページにわたるものまで存在すると聞いている。報告書の記載内容を項目のみ列示するだけでなく、報告様式を定め、その様式に記入し、報告するような形式へ統一した方が良いと思う。	
○個人、医療機関が特定できない形で類型的な事例を、数種類のパターンにおおし込みで、全医療機関への情報提供をして欲しい。	
<b>支援団体</b>	
<b>県により差がある</b>	
○〇〇県の場合、県医師会の支援体制がしっかりしており、任せることができること、中立性・透明性が高いという特徴がある。一方、病院の自主性は高くはないという外部調査に近い形であると思われる。各都道府県により、制度の運用に違いがあるのは、必然かと思われるが、違いがあり過ぎるのは今後、問題となる可能性があると思われる。	

8-② 医療事故調査・支援センターへの提案、意見はないか聞いた。

自由記載

回答
<p><b>センターへの意見</b></p> <p><b>対応改善してほしい</b></p> <p>○支援センターへ、報告した時、ホームページで内容は確認したが一通り説明して頂きたいと思う。(質問には、心良く指導して頂け助かったが最初に何かから手をついたら良いかわからなかった。</p> <p>○さまざまな事例がある。受付担当者も、通り一遍な、対応ではなく、医療機関の事情を加味した対応を希望したい。</p> <p>○各種届出、様式、アンケート等の変更があった場合はホームページ等で「お知らせ」が必要と思われる。</p> <p><b>情報交換、コンテンツ希望 (ホームページ)</b></p> <p>○初めることで、実際に進めていくにあたり「こんな時どうしたら?」と悩むことが多かった。支援センター内に気軽に質問できる様なサイトがあって、それには支援センターが回答しなくても他で調査制度を経験した医療機関が意見交換できたり、その内容が閲覧できたりすると、実践レベルで参考にできるかな、と思います。そうすると行政機関では答えにくいような内容も解決できるような気がします(例えば謝礼金の相場とか委員会の進め方)。</p> <p><b>アンケートの実施について</b></p> <p><b>遺族には調査結果報告時に渡したい</b></p> <p>○調査終了後にアンケートがあることは知らなかった。HPにもそのような内容の掲載はなかったように思う。あらかじめ、知っていたら、結果説明の時に、アンケートのことも説明できていた。何の説明もなしに当院から送付することに非常に抵抗を感じた。</p> <p>○遺族用アンケートは、できれば、遺族への説明を行う時に渡せるようにしていただきたい。今回、遺族への説明後に、改めてお話しする機会があったので、お送りすることを御了承いただいた。しかし、事前に医療事故調査・支援センターは個人情報にはわからないので、直接連絡が来ることはありませんと、お話ししていたので、後日、お送りするというのは、なかなか難しいと思った。</p> <p><b>負担が大きくやめてほしい</b></p> <p>○医療機関、遺族双方にアンケートの依頼があったが、調査結果を説明し、遺族が納得をしなかった場合、アンケートの依頼をするのは医療機関側の心理的な負担が大きい。特に根拠となる規定がないのであれば、今後はやめてほしい。</p>

(参考) 以下、質問した項目についての結果データ

参考1 当該事例での外部委員の参加状況について医療機関に聞いた。

n=80

回答	件数
<b>参加あり</b>	<b>68</b>
1人	16
2人	26
3人	9
4人	7
5人	4
6人	2
8人	2
10人	1
無回答	1
<b>参加なし</b>	<b>12</b>

参考2 当該事案での解剖や死亡画像診断の実施状況について医療機関に聞いた。

n=80

実施状況	件数	割合 (%)
解剖のみ実施*2	25	31.3
解剖とAi両方実施	7	8.8
Aiのみ実施*1	12	15.0
解剖なし、Ai不明*1	1	1.3
どちらも実施していない*1・2	35	43.8

※1 「解剖を実施していない」と回答した48件の理由

回答	件数
解剖の必要性を説明したが遺族の希望なし	30
必要と判断しなかった	17
病理医が不在	2
解剖施設がみつからなかった	0
その他	3

重複計上 総回答数52件

※2 「AI を実施していない」と回答した 60 件の理由

回答	件数
事例の状況から必要と判断しなかった	25
解剖を実施したため必要と判断しなかった	19
AI の必要性を説明したが遺族が希望しなかった	9
AI 撮影医、または放射線技師が不在だった	2
AI 施設がみつからなかった	0
その他	7

重複計上 総回答数 62 件

参考3 調査費用に関する保険に加入していたか、医療機関に聞いた。

回答	件数	割合 (%)
加入していた	17	21.3
全額補償	9	
請求中 (請求予定含む)	3	
一部補償	1	
使わなかった	1	
無回答	3	
加入していないかった	58	72.5
無回答	5	6.3

n=80 件数 (割合)