

第4回医療事故調査制度等の 医療安全に係る検討会	資料1
令和7年10月1日	

医療事故調査制度に関する これまでの議論の整理を踏まえた 今後の進め方等について

医療機関

①医療機関における医療安全管理体制の整備

医療法・医療施行規則

※全ての病院・診療所
・助産所の義務

< 院内の事例報告・学習のための仕組み >

管理者

重大事案の報告等

医療安全管理委員会 ※有床のみ

事故報告等

PDCA*

指針
研修

従業者（部署、個々の医療従事者）

※他に、医薬品・医療機器・診療用放射線の安全管理体制の確保等

診療報酬等

特定機能病院

管理者の医療安全経験
医療安全管理責任者（副院長）
医療安全管理部門に三職種の専従者
全入院死亡把握、診療内容モニタリング
複数の外部評価 等

医療安全対策地域連携加算1

医療安全管理部門に専任医師
相互評価 等

医療安全対策加算1,2

医療安全管理部門
医療安全管理者（加算1:専従、加算2:専任）
患者相談窓口 等

報告

PDCA

外部評価（立入検査等）

連携

他の医療機関

再発防止等に資する情報の提供

②医療機関における安全対策に有用な情報の提供等 （第三者への報告を行う事例報告・学習のための仕組み）

1. 医療事故情報収集等事業

登録分析機関：
公益財団法人日本医療機能評価機構

- ・特定機能病院、国立病院機構が開設する病院等の施設に報告義務あり（医療法施行規則）
- ・報告対象事例の重症度は幅広い

2. 医療事故調査制度

医療事故調査・支援センター：
一般社団法人日本医療安全調査機構

- ・全ての病院・診療所・助産所に報告義務あり（医療法）
- ・報告対象事例は死亡事例のみ

3. 産科医療補償制度

③医薬品・医療機器等の安全確保

④医療安全に関する教育研修の充実（人材育成）

1. 医療安全を中心的に担う人材への教育研修
 - ・医療安全管理者の業務・養成研修指針
 - ・管理者等への研修（特定機能病院）
2. 医療従事者への教育研修
 - ・卒前教育
 - ・卒後教育

⑤患者の苦情や相談等に対応するための体制の整備

- ・医療安全対策加算（患者相談窓口）
- ・患者サポート体制充実加算（医療対話推進者の配置等）
- ・医療安全支援センター

⑥関係者を挙げての医療安全向上のための取組

- ※患者・国民への普及啓発、患者参画の促進を含む
1. 医療安全推進週間
 2. 国際的な協働
 - ・閣僚級世界患者安全サミット
 - ・世界患者安全の日
 - ・国際調査への参画 等

⑦医療安全向上に必要な研究の推進

①～⑥全ての改善に向けて厚生労働科学研究で取組

* 医療安全管理委員会は、重大な問題等が発生した場合に原因究明の調査・分析を行い、その結果を活用して改善のための方策を立案・実施し、従業者への周知、実施状況の調査、方策の見直しを行う（医療法施行規則）

医療事故調査制度に関して、 これまでの検討会で寄せられた主なご意見（1）

医療事故判断の質向上

- 医療機関として全死亡例をきちんと把握することが重要。全死亡例のチェックシート等を作って活用することを提案している。
- 判断のプロセス、仕組みの確立が非常に重要で、その都度やはり文章という形で記録に残すことが重要。そうしないと医療機関内の判断の一貫性が担保できず、検証が可能にならない。
- これで医療事故として報告しないのかという事例でも、合併症だということで対応を打ち切られたりする。本当にこれで良いのかということを感じている。
- 支援団体として医療機関から医療事故の判断について相談を受けてきたが、そのうち4割程度に報告が望ましいと回答したものの、その中でも最終的に5割程度しか報告されていない。
- 遺族からの申し出があった場合に対応できる体制を構築することが重要。体制を構築して、申し出があった場合に院内で検討し、プロセスを記録する。それをしっかり説明することで、遺族の納得感が高まるのではないか。
- 医療事故調査制度を推進していくためには管理者とそこで働く医師の理解が重要。管理者や医師の研修を強化していかないと理解が得られないと思う。
- 医療事故報告体制に関するアンケート調査では、医療安全管理部門がある、全死亡例スクリーニングをしている、医療事故が疑われた事例を医療安全の担当者に報告する仕組みがある、管理者及び医療安全の担当者が制度に関する研修を受講している、といった医療機関について、医療事故の報告経験がある施設の割合が高くなっている。
- 医療事故調査・支援センターは医療機関から相談を受けて専門家で合議（センター合議）し、その結果を助言として伝えている。センター合議においても複数の考え方があるという事例が一定数ある。

医療事故調査制度に関して、 これまでの検討会で寄せられた主なご意見（2）

院内調査の質向上

- 医療安全管理者等向けの研修でグループワークを行っているが、どの病院の規模でどの程度できるかを念頭に置く等、少しでも現場に即した研修をするよう心がけている。
- 医療事故を再発防止に活かすためには、医療事故の分析手法が重要であり、研修でそれを学ぶことが大事。
- 院内調査は病院によってもかなりばらつきがあり、発展途上だと思う。センター調査報告書の内容を多くの医療機関の方々が知ることによって、院内調査報告書の質が上がるのではないか。
- 個別の報告書の公表は責任追及の流れに繋がりがねず、デメリットが大きいのではないか。
- 産科医療補償制度では、原因分析報告書の要約版の公表をしている。また、再発防止委員会でデータを集めて全体として集計し、色々な再発防止報告書を年1回定期的に報告している。
- センター調査報告書の公表は匿名化したとしても周辺情報から個人の特定に繋がる可能性も否定できず、公表は慎重に考える必要がある。個別の報告ではなく、集積して一般化した形で利用できるのではないか。
- 中小の病院はリソース的に難しいので、そのような病院のサポート体制についても考えていただきたい。
- 医療事故調査制度を推進していくためには管理者とそこで働く医師の理解が重要。管理者や医師の研修を強化していかないと理解が得られないと思う。（再掲）

再発防止による医療安全向上の促進

- センターで作成している提言や警鐘レポートは全国の院内調査の分析から導かれた貴重な再発防止策であり、周知や活用の推進に更に取り組むことが重要。
- 医療事故調査制度は再発防止のための制度である。センター調査報告書が全国の医療機関に公表されていないのはもったいない。再発防止に活かして欲しい。

医療事故調査制度に関して、 これまでの検討会で寄せられた主なご意見（3）

支援団体等による支援の充実

- 宮崎県の医療事故調査等支援団体連絡協議会では、医療事故判断について相談した事例で報告した方がいと協議会から回答したものは100%報告され、速やかに外部委員が派遣されて調査が実施されている。支援団体との心理的な距離の近さ、信頼関係が重要である。他の協議会でもこういった取組を参考にするとよいのではないか。
- 支援団体の中で外部委員を推薦する委員会を作り、院内調査であれセンター調査であれ外部委員を推薦している。一方で、依頼内容によっては医療機関に対する十分な協力が難しい支援団体もあるのではないかと思うので確認が必要。
- 地方の医師会が窓口となって地方協議会を組織しているが、病院団体が相談を受けて支援するような取組もある。
- 支援団体の中で支援する人材の確保、協議会が支援団体の情報を把握・更新して情報提供する体制の構築、支援団体間での意見交換と情報共有、支援を提供できる支援団体を改めて確認すること等が重要。

国民への制度に関する周知の促進

- 遺族の中にも、医療事故調査制度を知らないというのが本当に多い。制度自体、国民にほとんど周知されていない。
- 医療従事者への研修や制度の広報・市民公開講座を通じ、医療側・患者側を含む国民全体に制度を通じて事故の再発防止に取り組む意義を発信することが重要。

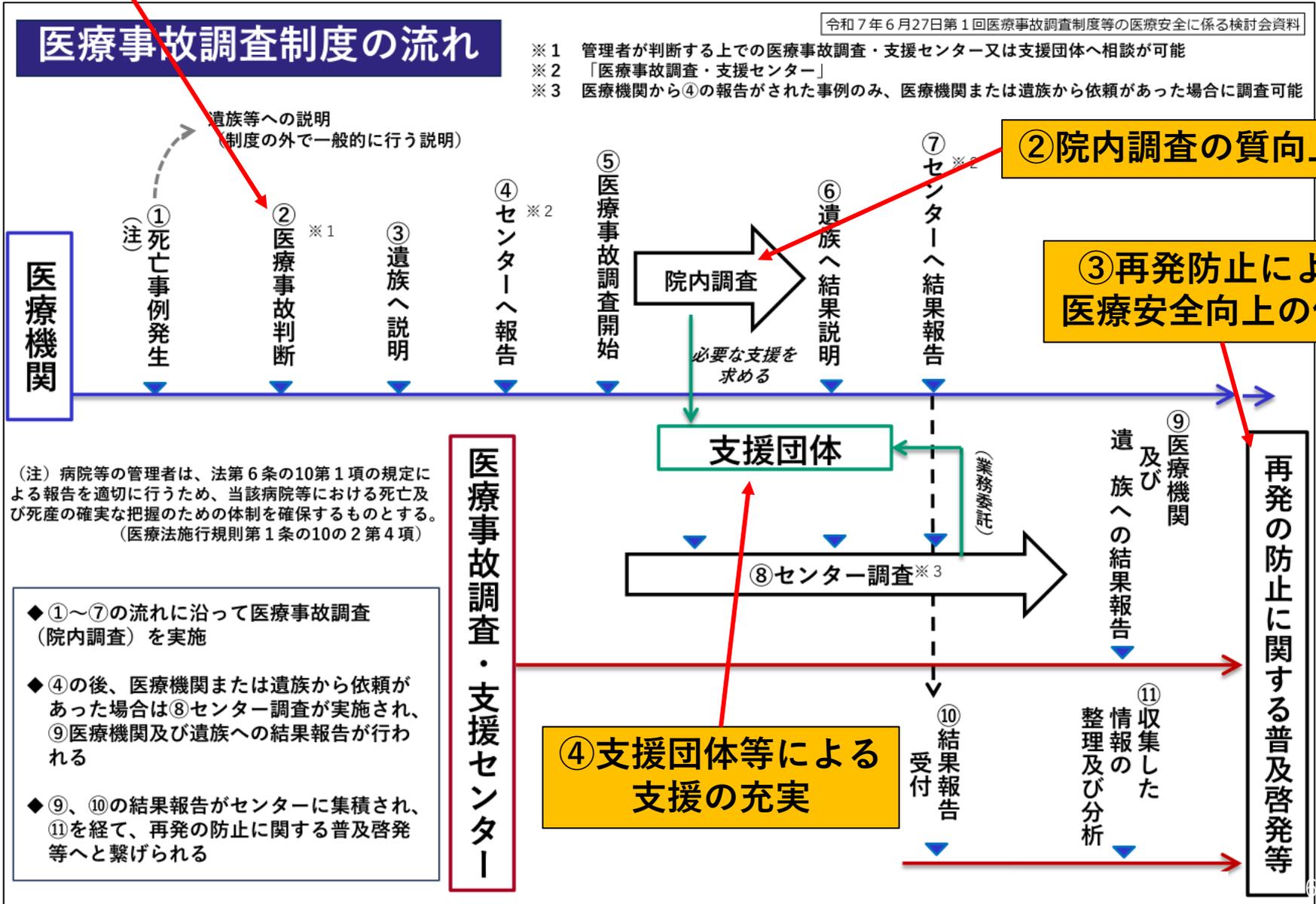
①医療事故判断の質向上

⑤国民への制度に関する周知促進

令和7年6月27日第1回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料

- ※1 管理者が判断する上での医療事故調査・支援センター又は支援団体へ相談が可能
- ※2 「医療事故調査・支援センター」
- ※3 医療機関から④の報告がされた事例のみ、医療機関または遺族から依頼があった場合に調査可能

医療事故調査制度の流れ



②院内調査の質向上

③再発防止による医療安全向上の促進

④支援団体等による支援の充実

(注) 病院等の管理者は、法第6条の10第1項の規定による報告を適切に行うため、当該病院等における死亡及び死産の確実な把握のための体制を確保するものとする。
(医療法施行規則第1条の10の2第4項)

- ◆①～⑦の流れに沿って医療事故調査(院内調査)を実施
- ◆④の後、医療機関または遺族から依頼があった場合は⑧センター調査が実施され、⑨医療機関及び遺族への結果報告が行われる
- ◆⑨、⑩の結果報告がセンターに集積され、⑪を経て、再発の防止に関する普及啓発等へと繋げられる

1. 医療事故判断の質向上

これまでの検討会で寄せられた主なご意見（再掲）

- 医療機関として全死亡例をきちんと把握することが重要。全死亡例のチェックシート等を作って活用することを提案している。
- 判断のプロセス、仕組みの確立が非常に重要で、その都度やはり文章という形で記録に残すことが重要。そうしないと医療機関内の判断の一貫性が担保できず、検証が可能にならない。
- これで医療事故として報告しないのかという事例でも、合併症だということで対応を打ち切られたりする。本当にこれで良いのかということを感じている。
- 支援団体として医療機関から医療事故の判断について相談を受けてきたが、そのうち4割程度に報告が望ましいと回答したものの、その中でも最終的に5割程度しか報告されていない。
- 遺族からの申し出があった場合に対応できる体制を構築することが重要。体制を構築して、申し出があった場合に院内で検討し、プロセスを記録する。それをしっかり説明することで、遺族の納得感が高まるのではないか。
- 医療事故調査制度を推進していくためには管理者とそこで働く医師の理解が重要。管理者や医師の研修を強化していかないと理解が得られないと思う。
- 医療事故報告体制に関するアンケート調査では、医療安全管理部門がある、全死亡例スクリーニングをしている、医療事故が疑われた事例を医療安全の担当者に報告する仕組みがある、管理者及び医療安全の担当者が制度に関する研修を受講している、といった医療機関について、医療事故の報告経験がある施設の割合が高くなっている。
- 医療事故調査・支援センターは医療機関から相談を受けて専門家で合議（センター合議）し、その結果を助言として伝えている。センター合議においても複数の考え方があるという事例が一定数ある。



論点

- 医療事故を組織として判断するプロセスの明確化について
- 医療事故判断に携わる者の制度理解の向上について
- 判断を支援する環境の整備について

1. 医療事故判断の質向上

現行の法令等

- 医療法第6条の10において、病院等の管理者は医療事故が発生した場合には医療事故調査・支援センターに報告することとされている。

<参考> 医療法

第六条の十 病院、診療所又は助産所（以下この章において「病院等」という。）の**管理者は、医療事故**（当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるものをいう。以下この章において同じ。）**が発生した場合には、**厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を第六条の十五第一項の**医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。**

- 医療法施行規則第1条の10の2第4項において、医療機関の管理者には、当該医療機関における死亡・死産を確実に把握するための体制を確保することが求められている。
- また、医療法施行規則第1条の11第1項第1号において、病院等の管理者は「医療に係る安全管理のための指針を整備すること」が定められており、医療事故等発生時の対応に関する基本方針（報告事例の範囲、報告手順等を含む）を当該指針に記載することを通知（平成19年3月30日医政局長通知）している。

<参考> 平成19年3月30日医政発0330010号 医政局長通知

「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」（抄）

(1) 医療に係る安全管理のための指針

平成28年改正省令による改正後の医療法施行規則第1条の11第1項第1号に規定する医療に係る安全管理のための指針（以下「指針」という。）は、次に掲げる事項を文書化したものであること。また、本指針は、平成28年改正省令による改正後の医療法施行規則第1条の11第1項第2号に規定する医療安全管理委員会（以下「医療安全管理委員会」という。）を設ける場合には、医療安全管理委員会において策定及び変更することとし、従業者に対して周知徹底を図ること。

- ⑤ **医療事故等発生時の対応に関する基本方針**（**医療安全管理委員会**（患者を入院させるための施設を有しない診療所及び妊産婦等を入所させるための施設を有しない助産所については管理者）に**報告すべき事例の範囲、報告手順を含む。**）

- 一方で、管理者が医療事故を疑う事案を把握し、医療事故の判断を行うまでのプロセスについて、指針に記載することは明示されていない。

1. 医療事故判断の質向上

現行の法令等（続き）

- 平成27年5月8日付け医政発0508第1号「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の一部の施行（医療事故調査制度）について」では、医療機関における判断プロセスについて「管理者が判断するにあたっては、当該医療事故に関わった医療従事者等から十分事情を聴取した上で、組織として判断する」とされている。
- 平成28年6月24日付け医政総発0624第1号「医療法施行規則の一部を改正する省令の施行に伴う留意事項等について」において、「遺族等から法第6条の10第1項に規定される医療事故が発生したのではないかという申出があった場合であって、医療事故には該当しないと判断した場合には、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明すること。」とされている。

1. 医療事故判断の質向上（院内体制の構築）

国内の取組

全日本病院協会の取組例

○ 全ての死亡事例について医療事故に該当するか否か、判断の根拠とともにわかる帳票・テンプレートを作成する等、死亡診断書とともに、管理者が確認できる仕組みや遺族からの申し出に対応する体制の構築等について、会員病院に注意喚起している。

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料より一部改変

今村構成員資料

全日病発 第178号
2024年9月13日

会員各位

公益社団法人 全日本病院協会
会長 猪口 雄二
医療安全・医療事故調査等支援担当委員会
委員長 今村 康 宏

医療事故調査制度への病院としての対応に関する注意喚起

医療事故調査制度は、「医療に起因する予期せぬ死亡」について外部専門家の参加の下に病院として調査を行い、その結果を遺族に説明し、結果を含めて最終的に医療事故調査・支援センターに報告する仕組みです。適切に運用されるのであれば、医療事故の再発防止、医療安全の向上、医療へ信頼確立に寄与することが期待されます。

最近では本制度の実効性について疑問を呈さざるを得ない事例がメディア等で報道されています。多くは、遺族から医療事故でないかの疑問が持たれ、医療事故の可能性を含めての調査の実施が希望されているにもかかわらず、病院が適切に対応していないことに起因します。その結果、行政による介入が必要になった、あるいは刑事告発など法的な争いに至った事例もあります。本制度では「医療に起因する予期せぬ死亡」の判断は当該病院の判断によるとはいえ、その後の死亡事例の詳細な検討の結果本制度に該当する/しないの判断が行われることも少なくありません。病院としては、疑いを含めて、可能性のある場合には広く本制度の対象として取り扱い、死亡事例の調査を実施することが求められます。本委員会では、医療事故調査制度の適切な運営のために会員病院に対して改めて以下の注意喚起を行います。

1 すべての死亡事例について病院として検討する体制を構築すること（※1）

すべての死亡事例において、①医療に起因するか否か、②予期したか否か、について、判断の根拠とともにわかる帳票・テンプレートを作成する等、死亡診断書とともに、病院管理者が確認できる仕組みの構築が必要です。

2 「医療に起因する予期せぬ死亡」を法律の範囲内で広く解釈し、医療事故と判断された場合には、医療事故調査・支援センターに届け出を行い、事故調査を実施すること

「医療に起因する予期せぬ死亡」に該当するかを必要に応じて院内で検討できる仕組みを構築することが必要です。これは迅速に対応できることが必要なので、検討メンバーには必ずしも外部専門家の参加は必要としません。「医療に起因する予期せぬ死亡」と判断された場合には、医療事故調査制度の対象に切り替えて、遺族への説明を行った上で医療事故調査・支援センターへの届け出、外部専門家を交えた医療事故調査を実施します。

3 遺族からの申し出に対応できる体制を構築すること。申し出があった場合には事故調査に該当するかを検討すること（※2）

遺族からの申し出に対応する窓口（あるいは担当者）を設置する等、体制を構築し、申し出があった場合は「医療に起因する予期せぬ死亡」に該当するかを院内で検討し結果を遺族に説明します。

4 事故調査の結果説明に際して、遺族にとって分かりやすい院内調査報告書の作成と説明を心がけること

1 すべての死亡事例について病院として検討する体制を構築すること（※1）

すべての死亡事例において、①医療に起因するか否か、②予期したか否か、について、判断の根拠とともにわかる帳票・テンプレートを作成する等、死亡診断書とともに、病院管理者が確認できる仕組みの構築が必要です。

2 「医療に起因する予期せぬ死亡」を法律の範囲内で広く解釈し、医療事故と判断された場合には、医療事故調査・支援センターに届け出を行い、事故調査を実施すること

「医療に起因する予期せぬ死亡」に該当するかを必要に応じて院内で検討できる仕組みを構築することが必要です。これは迅速に対応できることが必要なので、検討メンバーには必ずしも外部専門家の参加は必要としません。「医療に起因する予期せぬ死亡」と判断された場合には、医療事故調査制度の対象に切り替えて、遺族への説明を行った上で医療事故調査・支援センターへの届け出、外部専門家を交えた医療事故調査を実施します。

3 遺族からの申し出に対応できる体制を構築すること。申し出があった場合には事故調査に該当するかを検討すること（※2）

遺族からの申し出に対応する窓口（あるいは担当者）を設置する等、体制を構築し、申し出があった場合は「医療に起因する予期せぬ死亡」に該当するかを院内で検討し結果を遺族に説明します。

4 事故調査の結果説明に際して、遺族にとって分かりやすい院内調査報告書の作成と説明を心がけること

全日本病院協会では、本制度を実効性あるものとするために、支援団体として、本委員会を中心に会員病院等を対象に周知のためのポスター作成、研修会開催のほか、専門家の派遣を含めて随時相談、支援に応じています。医療事故調査制度の理解に資する研修会も開催しています。ぜひご活用ください。

1. 医療事故判断の質向上（院内体制の構築）

国内の取組

日本医療法人協会の取組例

- 医療事故の報告を適切に行うため、医療機関内で発生した全死亡例を把握する仕組みとして「死亡全例チェックシート」を作成し、普及・啓発を行っている。

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料

管間構成員資料

○医療事故の確実な報告体制の整備
センター報告を適切に行うため、当該病院等の管理者が「死亡(死産)の確実な把握のための体制を確保」する必要あり。

(平成28年6月24日医療法施行規則[省令]改正)



○死亡(死産)が発生したことが管理者に遺漏なく速やかに報告される体制

∴医療の多様化、専門分化により大きな病院ほど、管理者が全例把握が困難。

∴院長と専門が異なる診療科の医師との議論は困難なことがある。院長の医療安全権限、ガバナンス構築が必要!?

○「死亡全例チェックシート」の作成
(日本医療法人協会提案)

医療事故調査制度対応 死亡(全例)チェックシート (内部資料)

1. 症例分類		記入例
死亡整理番号	西暦 2017 年 1 号	
カルテ番号	№0000	
患者名	医法協子	
死亡年月日	西暦 2017 年 1 月 5 日 9 時 5 分	
医療記録集積	診療録、看護記録、検査結果、(セプト)、死亡診断書(死体検案書)、心電図、レントゲンフィルム、処方箋、その他	

2. 医療事故該当性のチェック

(1) 死亡の予期

① 予期していた死亡

- (i) 医療記録に記載 (診療録、看護記録)
- (ii) 患者・家族に説明 (病状説明書、同意書)
- (iii) 当該医療従事者事情聴取 (西暦 2017 年 1 月 15 日)

② 予期しなかった死亡

(2) 死亡の医療起因性

① 医療に起因した死亡

- (i) 検査等
- (ii) 治療
- (iii) その他

② 医療に起因しない死亡

- (i) 施設管理
- (ii) 併発症
- (iii) 原病の進行 (胃がん)
- (iv) 自殺
- (v) 療養
- (vi) 転倒・転落
- (vii) 誤嚥
- (viii) 隔離・身体的拘束・身体抑制
- (ix) その他

3. 医療事故の判断 (該当・非該当 保留) (西暦 2017 年 1 月 15 日)

保留の場合

医療安全管理委員会の意見聴取

医療事故判定等委員会の開催

4. 対応

(1) 医療事故調査・支援センターへの報告 (要・不要 保留)

(2) 遺族への医療事故該当・非該当判断の説明 (要・不要 済)

(3) 院内調査・事例検証 (要・不要)

5. 結論

終了 (又は 要遺族への説明)

(医療安全担当者) 西暦 2017 年 1 月 20 日

(医療安全管理者) 西暦 2017 年 1 月 20 日

(院長) 西暦 2017 年 1 月 31 日

医療法人医法会 安調部病院

1. 医療事故判断の質向上（院内体制の構築）

国内の取組

- 日本医療機能評価機構が実施している病院機能評価事業では、医療機関の機能種別によって評価項目が異なるが、全ての種別に共通する項目として「安全確保に向けた情報収集と検討を行っている」「医療事故等に適切に対応している」等が規定されている。
- これらの評価項目では、医療事故発生時の対応手順や連絡体制が整備されているか、適切に原因分析と再発防止策の検討が行われて実施されているか、死亡症例が医療事故調査制度の対象であるかをスクリーニングする体制が構築されているか等も含めて評価している。

1. 医療事故判断の質向上（院内体制の構築）

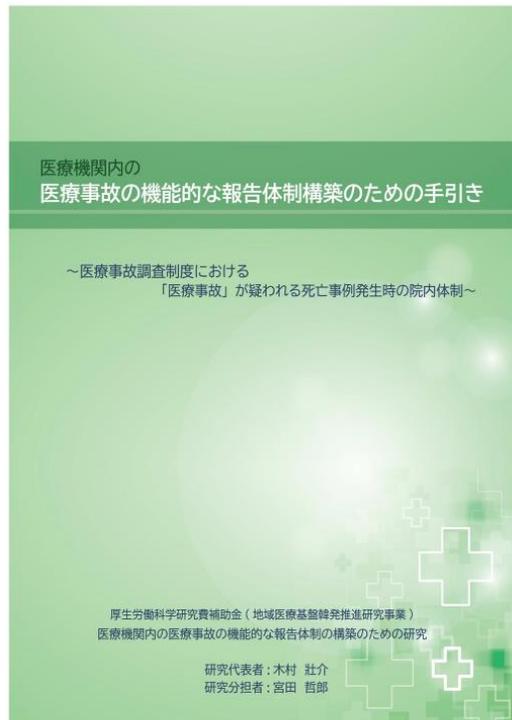
研究班の取組

- 令和5-6年度厚生労働科学研究費補助金「医療機関内の医療事故の機能的な報告体制の構築のための研究」（研究代表者：木村壯介）において、「医療機関内の医療事故の機能的な報告体制構築のための手引き」を作成している。手引きでは、医療事故が疑われる死亡事例に対応できる院内体制の確保にあたり、整備することが望まれる事項が記載されている。

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会

研究成果物: 医療機関内の医療事故の機能的な報告体制構築のための手引き ～医療事故調査制度における「医療事故」が疑われる死亡事例発生時の院内体制～

木村参考人資料

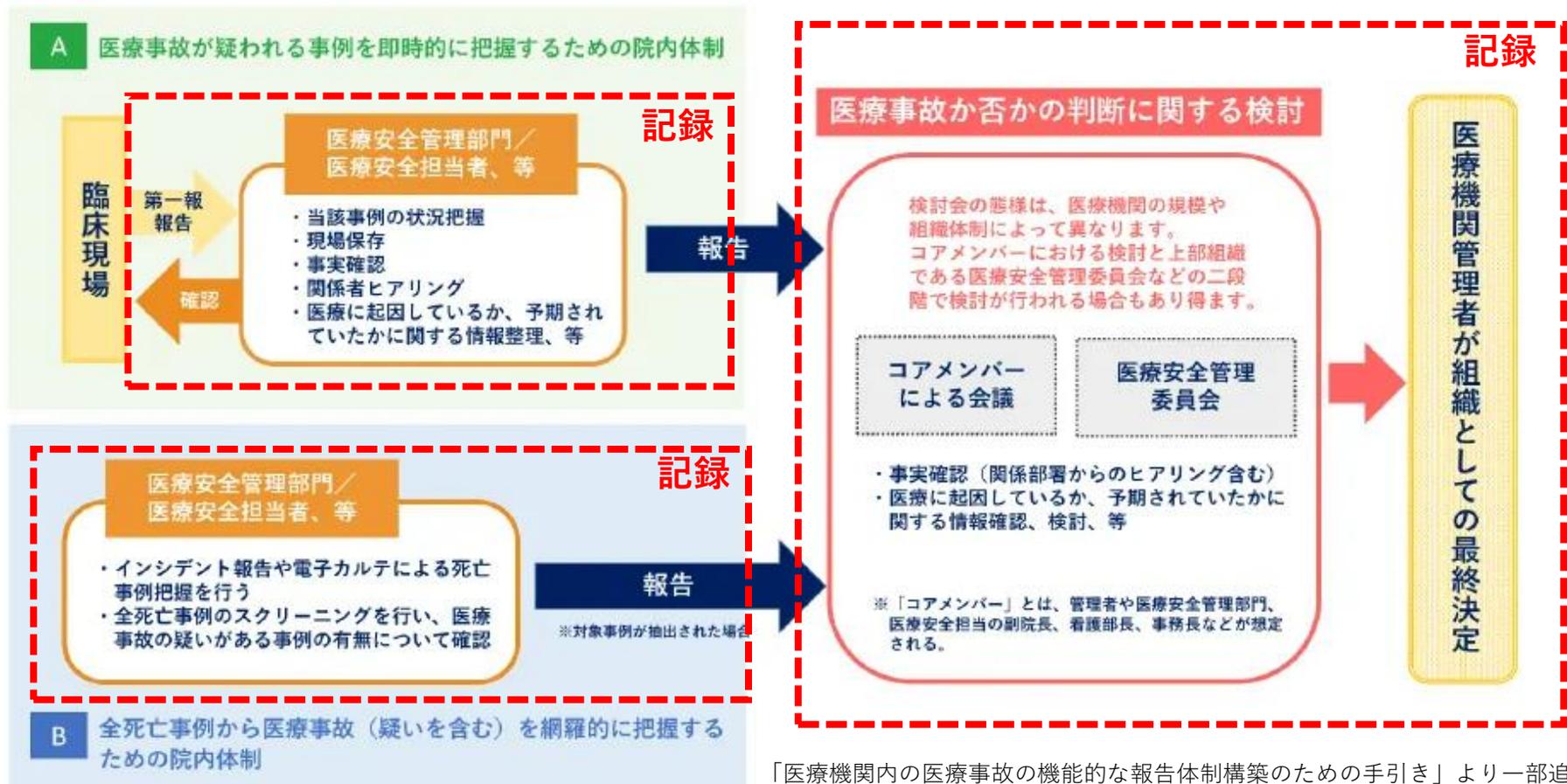


I. はじめに	3
II. 「医療事故が疑われる死亡事例発生時の初期対応」における関係者の役割	4
1. 医療機関管理者の役割	4
2. 医療安全担当者の役割	5
3. 医療従事者の役割	5
4. 診療所および助産所の場合	5
5. 複数の医療機関が関わっている場合における搬送を受け入れる医療機関の役割	5
6. 支援団体の役割	6
III. 医療事故が疑われる死亡事例に対応できる院内体制の確保	7
1. 医療事故が疑われる事例を速やかに把握するための報告ルートと医療機関内の報告体制の確保	8
2. 全死亡又は死産事例から医療事故が疑われる事例を網羅的に把握するための医療機関内の報告体制の確保	8
3. 医療事故か否かを判断する検討組織の整備	9
4. 初期対応における現場保全方法の整備	9
IV. 医療事故が疑われる死亡事例発生～直後の対応	11
1. 救命のための院内体制と院内の緊急報告	12
2. 現場保全	12
3. 情報収集と整理	13
4. 死亡又は死産直後の遺族への説明	16
V. 「医療事故」の判断とその後の遺族対応	25
1. 医療事故の判断	25
2. 医療事故の判断における外部への支援依頼	29
3. 事故判断後の遺族への説明	31
4. 医療事故調査・支援センターへの報告	35
5. 診療所の場合	36
VI. 医療事故調査制度についての職員への周知	38
1. 医療機関管理者の医療事故調査制度に関する研修の受講と職員への受講の奨励	38
2. 医療安全担当者の医療事故調査制度に関する研修受講と医療事故発生時の備え	38
3. 院内で医療事故の疑いがある死亡事例発生時に関する研修の方法	39
VII. おわりに	41
VIII. 文献等	42

1. 医療事故判断の質向上（院内体制の構築）

研究班の取組

- 医療事故が疑われる死亡事例に対応するため、医療事故が疑われる事例が発生した際の医療安全担当者等への報告体制の整備や全死亡事例から医療事故が疑われるかどうか網羅的に把握する仕組みの整備を推奨している。
- 医療機関の管理者が組織として医療事故判断を行うための「院内検討会」について、院内規程などで定めておくとともに、実際に判断に関する検討を行うにあたって、検討内容およびその結果を記録に残し、保管先を明確にし、事後的に検証できるようにしておくことを推奨している。



「医療機関内の医療事故の機能的な報告体制構築のための手引き」より一部追記

1. 医療事故判断の質向上（院内体制の構築）

国内の取組

横浜市立大学附属病院の取組

- 管理者を議長とする院内医療事故会議を行う基準を明確にし、重大事例の検証や組織としての対応方針を検討している。（第1回検討会 菊地参考人ヒアリングより）

令和7年6月27日 第1回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料

菊地参考人資料

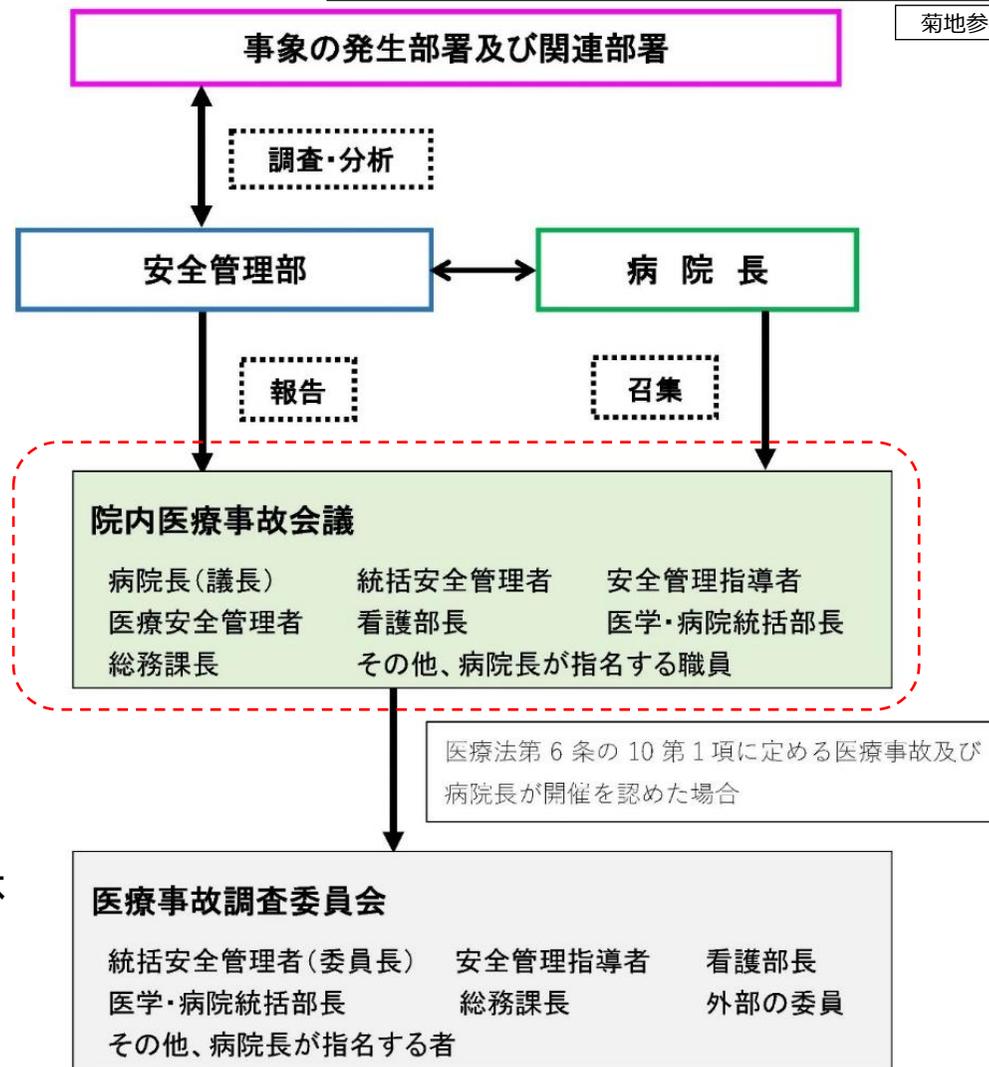
レベル3b以上の事象が生じた場合の 組織体制図

- レベル3b以上の重大事例 や
- 予期せぬ死亡事例
が発生したとき



院内医療事故会議を設置

※重大事例の検証や、
組織としての対応方針を検討する会議体



1. 医療事故判断の質向上（院内体制の構築）

国内の取組

横浜市立大学附属病院の取組

- 院内で医療事故の判断を行う会議を開催し、関わった医療従事者等から十分事情を聴取した上で、「医療事故」該当性の判断を管理者が行い、管理者の判断結果を理由も併せ、記録している。

2025年度 ●事例

第●回 院内医療事故会議 議事録

●●●●の事例（事例発生日：2025年●月●日）【第●回】

ID：●●●● 氏名：●●●●
年齢：●歳 性別：●性
診療科：●●●●科
インシデントレポート事案番号：2025●●●

会議日時：2025年●月●日（●）：～：
出席者（敬称略）：

●●●●(病院長) ●●●●(医療安全管理責任者) ●●●●(看護部長) ●●●●(事務部長) ●●●●(医療安全管理部長) ●●●●(専従医師) ●●●●(専従看護師) ●●●●(専従薬剤師) ●●●●(専従放射線技師) ●●●●(医療安全担当係長) ●●●●(兼務医師) ●●●●(兼務薬剤師) ●●●●(兼務放射線技師) ●●●●(兼務放射線技師) ●●●●(兼務臨床検査技師) ●●●●(兼務臨床工学技士) ●●●●(兼務看護師) ●●●●(総務課長) ●●●●(医事課長) ●●●●(当該診療科医師) ●●●●(当該診療科医師) ●●●●(当該病棟看護師) ●●●●(当該病棟看護師)

事例概要

(1) 協議事項 ※本会議で協議した項目に「チェック印」

- 1) 協議項目
- 事例の経緯（発生までの経緯、発生時の状況、初期対応等）
 - 事例の問題点、要因（直接的要因、背景要因）
 - 患者・家族等への対応状況（説明内容、受け止め等）
 - 当事者職員の状況（心理的状況等）
 - 医療安全管理部への報告状況
 - 再発防止策

- 2) 協議内容 ※1)の各協議項目に関する議論の発言録を記録

(2) 各種判定 ※該当する選択肢に「チェック印」

1) 患者影響度 判定保留

判定（レベル）：0 / 1 / 2 / 3a / 3b / 4a / 4b / 5

判定理由：

2) 医療法第6条の10に定める「医療事故」への該当性（死亡・死産の場合のみ） 判定保留

提供した医療に起因する⁵か：起因する⁵ / 起因しない⁵ §疑いを含む

理由：

予期しなかったか：予期しなかった / 予期していた

理由：

→「医療事故」への該当性：該当する / 該当しない

3) 日本医療機能評価機構（医療事故情報収集等事業）への報告対象への該当性 判定保留

①「明らかに誤った医療行為又は管理」に起因する

（□0-3a：ヒヤリハットとして件数報告／□3b-5：医療事故情報として個別報告）

②「明らかに誤った医療行為又は管理」は認められないが、医療行為又は管理上の問題に起因し⁵、予期されなかった事例である §疑いを含む

（□0-3a：ヒヤリハットとして件数報告／□3b-5：医療事故情報として個別報告）

③ ①②には該当しないが、事故の発生予防・再発防止に資する事例として他施設等との共有が必要である事例（□医療事故情報として個別報告）

→日本医療機能評価機構への報告対象への該当性：該当する / 該当しない

4) 公表判定 ※下記の②、③に該当する場合は日本医療機能評価機構への報告を連じて公表する 判定保留

個別公表（事例発生後ただちに公表）：明らかに誤った医療行為又は管理に起因し、レベル 4a-5

一括公表（各事例をまとめて公表）：明らかに誤った医療行為又は管理に起因し、レベル 3b

5) その他 判定保留

病院機能評価認定に関する運用事項第21に基づく医療事故報告の対象

行政への報告（□厚生局 □横浜市 □金沢区福祉保健センター）

医師法21条に基づく金沢警察署への届出

(3) 今後の計画等 ※該当する選択肢に「チェック印」

1) 検証等

本会議をもって検証終了

院内医療事故会議で検証を継続

医療法第6条の11に基づく医療事故調査を実施

その他(M&Mカンファレンス、各種委員会等で検証・議論を継続)(場：)

2) 患者の転記の確認

本会議時点の転記：治療 / 軽快 / 未回復 / 後遺症 / 死亡 / その他

→上記を最終転記とする / 追跡を継続する

※転記、軽快または後遺症(病状の悪化)をもって最終転記とし、安全管理部門による追跡を終了する。会議時点で治療または死亡に至った場合には、それらを最終転記とする。長期経過後に死亡した場合は、因果関係等を個別に検証する。

(4) 追記事項 ※追跡を継続した場合の経過、最終転記及びその評価時期等、後日判明した事項等を記録

1. 医療事故判断の質向上（院内体制の構築）

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料

宮田オブザーバー資料

1. 相談対応

遺族等からの求めに応じて医療機関へ伝達した件数

(2024年年報より)

医療機関	2016年 (7~12月)	2017年 (1~12月)	2018年 (1~12月)	2019年 (1~12月)	2020年 (1~12月)	2021年 (1~12月)	2022年 (1~12月)	2023年 (1~12月)	2024年 (1~12月)	累計
病院	12	19	38	24	23	14	16	25	24	195
診療所	2	2	1	1	0	0	0	2	1	9
助産所	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	14	21	39	25	23	14	16	27	25	204
事故報告 あり ^{※1)}	1	1	4	5	2	2	4	2	2	23 (11%)

医療機関への伝達は、厚生労働省医政局総務課長通知(平成28年6月24日医政総発0624第1号)「遺族等からの求めに応じて、相談の内容等を病院等の管理者に伝達すること」に基づく。

- センターからの伝達を含め、遺族等からの相談があった場合等においても、医療事故が疑われる場合には、その判断につなげるための院内体制を敷いた上で、対応記録を残すことにより、事後的な検証が可能になると考えられる。

1. 医療事故判断の質向上（院内体制の構築）

現状と課題

- 医療法における医療事故の判断については、医療機関の管理者が組織として判断することが求めている。また管理者には、医療機関における死亡・死産を確実に把握するための体制を確保することが求められている。
- 病院団体や研究班等により、全死亡例のスクリーニング体制等、組織として判断するプロセスの構築について重要性が指摘されているが、通知等では医療機関における判断プロセスの明確化については特に定められていない。
- また、医療事故か否かの判断をした理由等について、記録に残すことの重要性が指摘されている。
- センターでは遺族からの求めに応じて相談の内容等を医療機関の管理者へ伝達している。センターからの伝達があった場合、医療機関で対応できるような体制を敷く必要があり、対応記録を残しておくことにより事後的な検証が可能となる。



議論の方向性について

- 医療機関が医療事故の判断を行うプロセスについて、自施設の医療安全管理指針に明記することを求めることについて、どのように考えるか。
- 医療機関へ医療事故判断の理由等に関する記録の保存を求めることについて、どのように考えるか。
- 遺族等からの医療事故に関する相談に対し、医療事故が疑われる場合には、その判断につなげることを含め、院内のプロセスを医療安全管理指針に明記することを求めることについて、どのように考えるか。また、この場合についても遺族等への対応やそれぞれの判断理由等に関する記録の保存を求めることについて、どのように考えるか。

1. 医療事故判断の質向上（制度理解の向上）

現行の法令等

- 医療事故調査・支援センターはその業務として、医療事故調査に従事する者に対して医療事故調査に係る研修を実施することが医療法第6条の16に規定されている。
 - <参考>医療法
 - 第六条の十六 医療事故調査・支援センターは、次に掲げる業務を行うものとする。
 - 四 医療事故調査に従事する者に対し**医療事故調査に係る知識及び技能に関する研修**を行うこと。
- また、医療法施行規則第1条の10の5において、支援団体は協議会を組織することができることとされており、当該協議会は医療事故の報告、医療事故調査、そして支援団体が行う支援の円滑な実施のための研修を実施することが定められている。
 - <参考>医療法施行規則
 - 第一条の十の五 法第六条の十一第二項に規定する医療事故調査等支援団体（以下この条において「支援団体」という。）は、法第六条の十一第三項の規定による支援（以下この条において単に「支援」という。）を行うに当たり必要な対策を推進するため、共同で協議会（以下この条において単に「協議会」という。）を組織することができる。
 - 2 協議会は、前項の目的を達するため、病院等の管理者が行う法第六条の十第一項の報告及び医療事故調査の状況並びに支援団体が行う支援の状況の情報の共有及び必要な意見の交換を行うものとする。
 - 3 協議会は、前項の情報の共有及び意見の交換の結果に基づき、次に掲げる事項を行うものとする。
 - 一 病院等の管理者が行う法第六条の十第一項の報告及び医療事故調査並びに支援団体の**円滑な実施のための研修の実施**
 - 二 病院等の管理者に対する支援団体の紹介
- 制度の運用にあたっては、病院等の管理者が制度に関する正確な知識や理解を有していることが重要であることから、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室（当時）より令和3年3月3日付けで事務連絡「医療事故調査制度に関する管理者向け研修への参加の推進等について」を都道府県等に対して発出し、医療事故調査・支援センター及び支援団体が開催する研修への管理者の積極的な受講を推進している。
- 第8次医療計画においても、管理者の医療事故調査制度に関する研修受講状況を医療計画に記載すべき現状及び目標として医療計画策定指針に定めている。
 - <参考> 令和5年3月31日医政発0331第16号医政局長通知「医療計画について」別紙「医療計画作成指針」
 - 第3 医療計画の内容
 - 8 医療の安全の確保
 - （1）医療提供施設における医療の安全を確保するための措置に関する現状及び目標
 - ④ 病院、一般診療所、歯科診療所及び助産所ごとの総数に対する、**医療事故調査制度に関する研修**（医療事故調査・支援センター又は支援団体等連絡協議会が開催するもの（委託して行うものを含む。）に限る。）を**管理者が受講した医療施設数の割合**

1. 医療事故判断の質向上（制度理解の向上）

医療事故・調査支援センターおよび日本医師会の取組

- 医療事故調査・支援センターが日本医師会に委託し実施する「管理者・実務者セミナー」では、管理者および実務者を対象として、医療事故の判断、死亡事例発生時の初期対応等の内容を含む5時間程度の研修を開催している。

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料より一部改変

宮田オブザーバー資料

「管理者・実務者セミナー」（日本医師会委託）

○ 目的

各医療機関で医療事故調査制度運用の主軸を担う管理者、実務者が、医療事故調査を行うにあたり必要な知識・技能を習得することを目的とした研修

○ 内容（講義5時間）

- ・医療事故調査制度の概要
- ・医療事故の判断
- ・当該医療機関における対応
 - － 死亡事例発生時の初期対応 －
 - － 死亡事例発生時の関係者への聞き取り －
- ・支援団体・外部委員の役割
- ・報告書の作成

1. 医療事故判断の質向上（制度理解の向上）

国内の取組

全日本病院協会の取組

- 医療事故調査制度に関する研修を実施しており、研修プログラムの中で実際に医療事故を疑う事案が起こったときの対応や医療事故の判断について議論している。

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料

今村構成員資料

医療事故調査制度を正しく理解するための研修

実際に起こった時の対応や、報告すべき事案かどうかの判断について徹底議論

2025年度「医療事故調査制度 適切な対応・事例検討研修会」プログラム
 (予定・一部変更の可能性あり)

※本研修会は、講義を事前にWEB動画でご視聴いただき、事前課題をご提出いただくプログラムになります。

◆1. 事前学習

※WEB動画(講義)は、研修当日までに必ずご視聴ください。(計135分程度)

※WEB動画(講義)は、一部重複している箇所がございますが、ご了承ください。

※事前課題は、WEB動画(講義)をご視聴のうえ、期日までにご提出ください。

内容	講師
1. 講義：院内事故調査の指針 事故発生時の適切な対応	(公財)東京都医療保健協会 医療の質向上研究所 研究員 鎌馬総合病院 質管理部長/名誉院長 板田 修平
2. 講義：報告対象事例の定義・法律・省令・通知	日立グローバルライフソリューションズ(株) 統括産業医 永井 康次
3. 講義：事故調査の概要 事故発生直後から24時間以内の対応 院内事故調査委員会の設置、事情聴取	東邦大学医学部臨床支援室 医療安全管理部門 准教授/ 東邦大学医療センター大森病院 医療安全管理部 副部長 森田 茂
4. 講義：原因分析 対策立案、改善、評価 診療記録の整備 事故報告書の作成	日立グローバルライフソリューションズ(株) 統括産業医 永井 康次
5. 講義：患者、家族への対応 警察への対応 マスコミへの対応	社会医療法人恵和会 帯広中央病院 事務部長 森山 洋
6. 講義：提言 医療事故調査の前提となる、 安全に関する考え方の提言	東邦大学医学部社会医学講座 医療政策・経営科学分野 教授 長谷川 友紀
7. 講義：法律の正しい解釈とその対応	宮澤蒔法律事務所 所長 宮澤 蒔
8. (参考) 講義：RCAの概要	(公財)東京都医療保健協会 医療の質向上研究所 研究員 鎌馬総合病院 質管理部長/名誉院長 板田 修平
9. 事前課題：死亡事例における報告事例かどうかの判断	

20例の事例を想定、報告すべき医療事故に該当するかどうかとその理由について全員で検討

◆2. 研修当日8月8日(土)プログラム(予定)

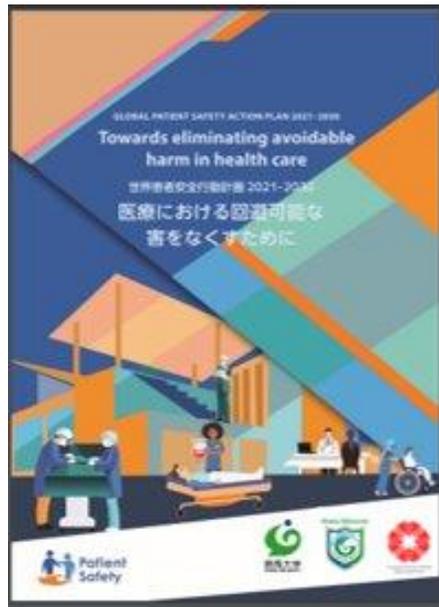
座長：今村 康宏(全日本病院協会 常任理事、医療安全・医療事故調査等支援担当委員会 委員長)

開始	終了	時間	内容	講師
10:00	10:05	5分	開会挨拶	(公社)全日本病院協会
10:05	10:15	10分	座長挨拶・趣旨説明	(公社)全日本病院協会 常任理事 医療安全・医療事故調査等支援担当委員会 委員長 今村 康宏
10:15	10:20	5分	講師紹介	
10:20	10:30	10分	事前学習のWEB動画(講義)に関する質疑 ※事前にご視聴いただく以下WEB動画等について、ご不明な点等をご質問ください。できる限り回答いたします。 1. 「院内事故調査の指針」 2. 「報告対象事例の定義」 3. 「事故調査の概要」「事故発生直後から24時間以内の対応」「院内事故調査委員会」の設置、事情聴取 4. 「原因分析」「対策立案、改善、評価」「診療記録の整備」「事故報告書の作成」 5. 「患者、家族への対応」「警察への対応」「マスコミへの対応」 6. 「提言」 7. 「法律の正しい解釈とその対応」 8. 「(参考)RCAの概要」	(公財)東京都医療保健協会 医療の質向上研究所 研究員 鎌馬総合病院 質管理部長/名誉院長 板田 修平 東邦大学医学部臨床支援室 医療安全管理部門 准教授/ 東邦大学医療センター大森病院 医療安全管理部 副部長 森田 茂 東邦大学医学部社会医学講座 医療政策・経営科学分野 教授 長谷川 友紀
10:30	11:30	60分	GW1 事故調査の考え方/方法の検討	
11:30	11:40	10分	休憩	
11:40	12:30	50分	GW1 発表	
12:30	13:20	50分	昼食休憩(昼食のお弁当・お茶をご用意いたします。)	
13:20	14:20	60分	GW2 死亡事例における報告事例かどうかの判断	
14:20	14:30	10分	休憩	
14:30	15:20	50分	GW2 発表	
15:20	16:15	55分	総合討議・質疑 ※「総合討議・質疑」の時間を利用して、事前にご提出いただいた医療事故調査に関するご相談について、できる限り回答いたします。	(再掲のため所属先省略) 板田 修平 長谷川 友紀 森田 茂 宮澤蒔法律事務所 所長 宮澤 蒔
16:15	16:25	10分	まとめ	
16:25	16:30	5分	閉会挨拶	(公社)全日本病院協会

1. 医療事故判断の質向上（制度理解の向上）

国際的な動向

- 世界保健機関（WHO）は世界患者安全行動計画において、「患者安全を重視する強固な文化を発展させて維持していくには、強力なリーダーシップが発揮される必要がある」、「患者を日々害から保護する信頼性の高い医療システムと医療機関を構築するにあたり、患者安全に関するリーダーシップ開発が重要としている。」と言及している。
- 豪国では、すべての医療機関がAustralian Commission on Safety and Quality in Health Care（ACSQHC）が策定するNational Safety and Quality Health Service（NSQHS）Standardsに基づく外部評価を受審することが義務化されている。NSQHS Standardsでは「Governance for Safety and Quality」において、病院の幹部がclinical governanceや医療安全に関する研修について、就任時および年1回受講することを推奨している。
- 英国NHS Englandでは、2023年より、医療安全に関して学ぶべきコースを医療従事者の職位別・段階別に示している。NHS trustの一部で管理者は全職員共通項目の他、理事会・上級リーダー向け研修の受講が義務化されている。



WHOが世界患者安全行動計画2021-2030で示す7つの戦略目標

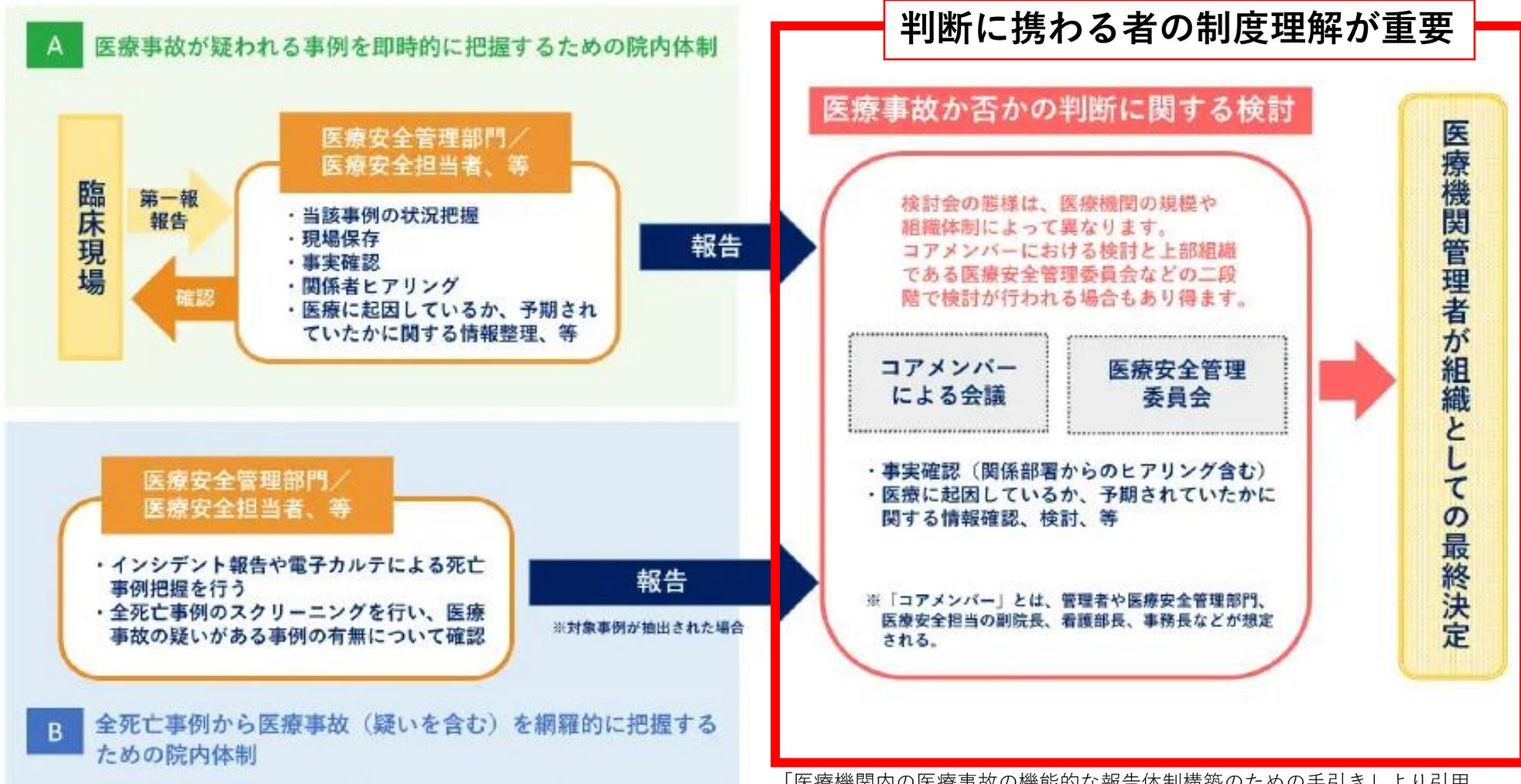
- 1 医療における回避可能な害を排除する方針
病院の方針、標準化、認証評価
- 2 高信頼性組織
透明性、ガバナンス、リーダーシップ、人間工学
- 3 臨床プロセスの安全
侵襲的手技、薬剤、輸血、感染制御、ケアの継ぎ目
- 4 患者家族参画
患者参加型医療、患者経験から学ぶ、患者教育
- 5 医療従事者の教育、スキル、安全
専門職教育、安全能力評価、安全な現場環境
- 6 情報、研究、リスクマネジメント
報告と学習システム、サーベイランス、安全研究
- 7 パートナーシップ
患者安全ネットワーク、学会、国内外の組織

研究班の取組

- 令和7-8年度厚生労働科学研究費補助金「医療安全管理部門の専従・専任医師等の資質向上に向けた研究」（研究代表者：長尾能雅）において、管理者が理解しておくことが望ましい医療安全に関する知識の整理を行っている。

1. 医療事故判断の質向上（制度理解の向上）

- 医療事故の適切な判断を行うためには、管理者を含む医療事故判断に携わる者が、医療事故調査制度の目的や「医療に起因する死亡」「予期していない死亡」に関する考え方を含む制度全般について理解するため、研修を受講する必要がある。
- 管理者が研修未受講等、制度理解が乏しい場合には、制度を熟知した者が検討過程に加わった上で、組織として医療事故か否かを判断する必要がある。



1. 医療事故判断の質向上（制度理解の向上）

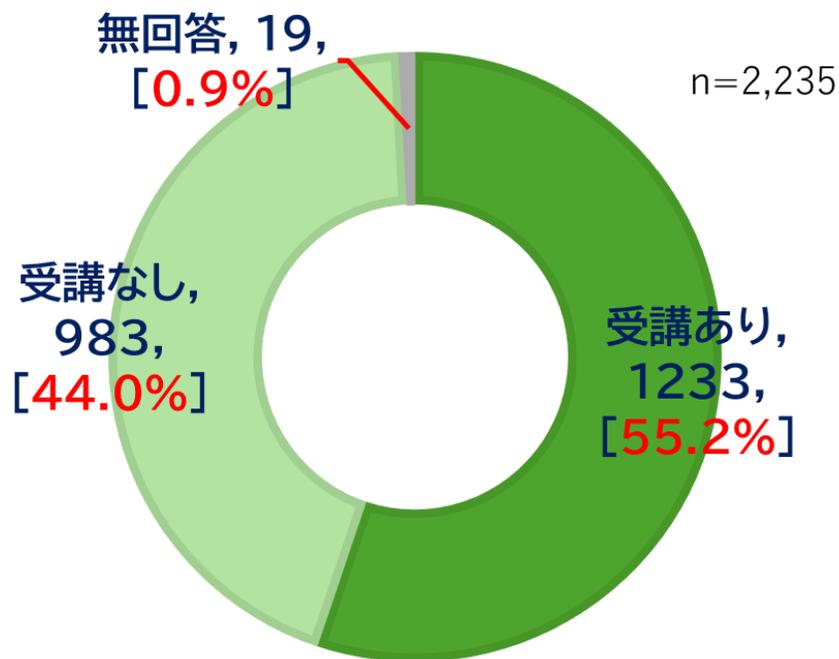
研究班の取組

- 医療安全担当者（医療安全管理者等）で制度に関する研修を受講していると回答した割合は55.2%であった。
- 医療安全担当者の研修受講経験がある施設の方が、受講経験がない施設と比較して医療事故報告経験があると回答した施設の割合が高かった。

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料より抜粋

木村参考人資料より抜粋

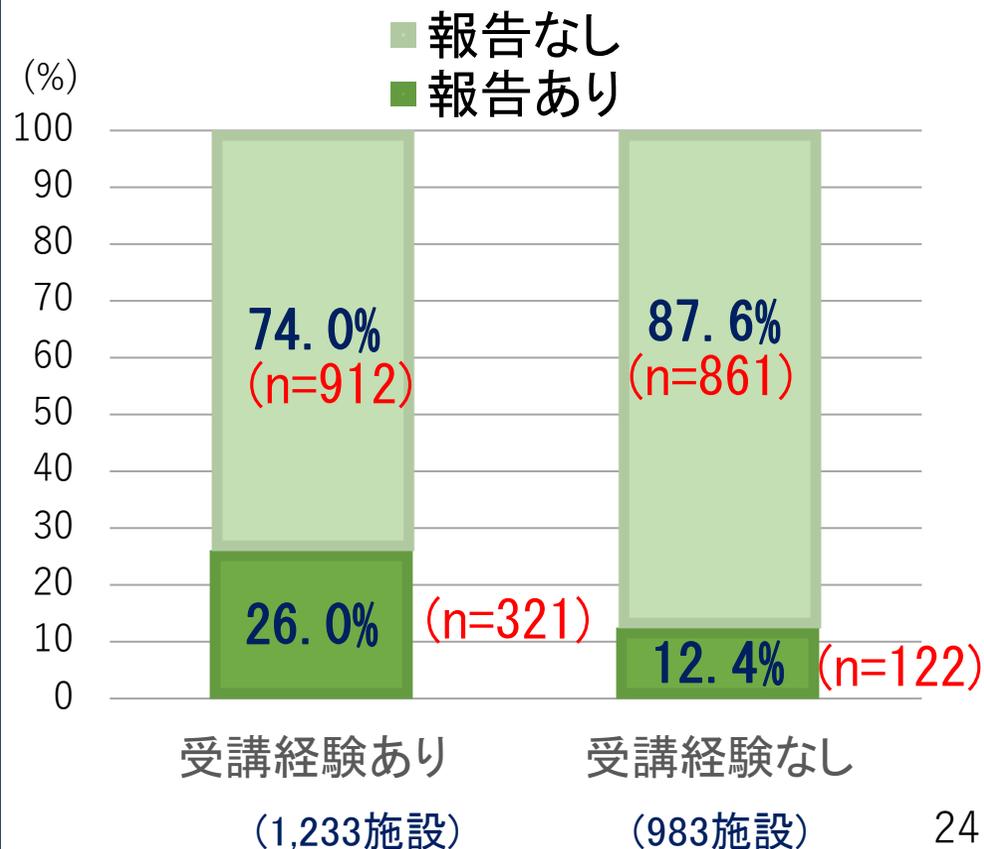
医療安全担当者（医療安全管理者等）の医療事故調査制度に関する研修の受講経験の有無



医療安全担当者の医療事故調査制度に関する研修の受講経験の有無別による医療事故報告経験

対象: 2,216施設

※受講経験の有無が不明の施設を除く



1. 医療事故判断の質向上（制度理解の向上）

医療安全担当者の受講経験/規模別の医療事故報告経験のまとめ

※医療機関種別不明8施設は除外

医療機関規模	事故報告 受講経験	報告有	報告無	小計	計
	あり	18 (7.1%)	235 (92.9%)	253	
なし	14 (5.1%)	260 (94.9%)	274		
不明	0	3	3		
20～99床	あり	67 (17.6%)	314 (82.4%)	381	648
	なし	28 (10.7%)	234 (89.3%)	262	
	不明	0	5	5	
100～199床	あり	55 (27.1%)	148 (72.9%)	203	286
	なし	15 (18.1%)	68 (81.9%)	83	
	不明	0	0	0	
200～299床	あり	167 (52.4%)	152 (47.6%)	319	410
	なし	35 (38.9%)	55 (61.1%)	90	
	不明	1	0	1	
300床以上	あり	6 (12.5%)	42 (87.5%)	48	264
	なし	23 (10.9%)	188 (89.1%)	211	
	不明	0	5	5	
有床診療所	あり	5 (41.7%)	7 (58.3%)	12	60
	なし	5 (11.4%)	39 (88.6%)	44	
	不明	0	4	4	
無床診療所	あり	2	14	16	29
	なし	1	12	13	
	不明	0	0	0	
不明	あり	2	14	16	29
	なし	1	12	13	
総数		442	1,785		2,227

1. 医療事故判断の質向上（制度理解の向上）

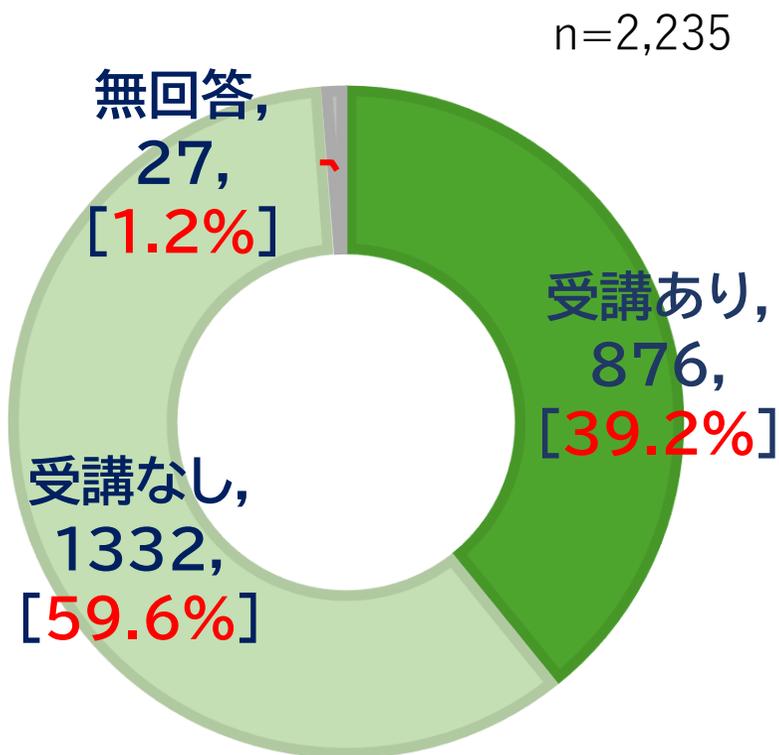
研究班の取組

- 医療機関の管理者で医療事故調査制度に関する研修を受講していると回答した割合は39.2%であった。
- 管理者の研修受講経験がある施設の方が、受講経験がない施設と比較して医療事故報告経験があると回答した施設の割合が高かった。

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会

木村参考人資料より抜粋

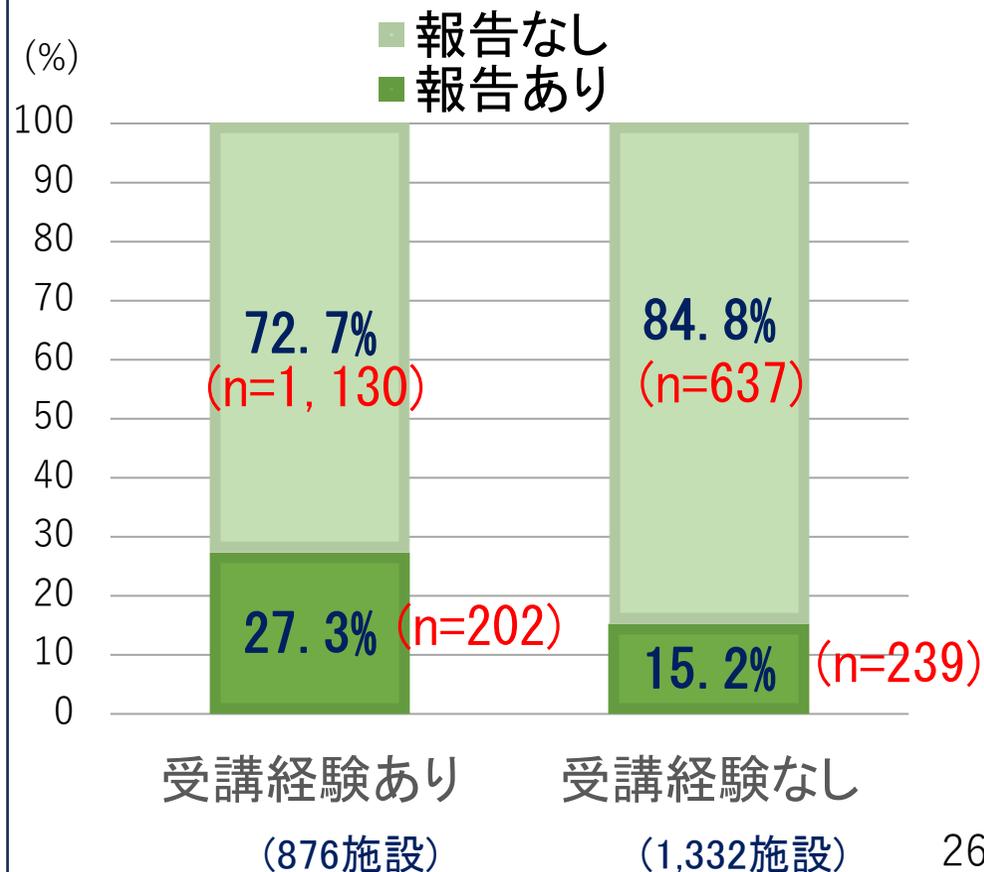
管理者の医療事故調査制度に関する研修の受講経験の有無



管理者の医療事故調査制度に関する研修の受講経験の有無別による医療事故報告経験

対象: 2,208施設

※受講経験の有無が不明の施設を除く



1. 医療事故判断の質向上（制度理解の向上）

管理者の受講経験/規模別の医療事故報告経験のまとめ

※医療機関種別不明8施設は除外

医療機関規模	事故報告 受講経験	報告有	報告無	小計	計
20～99床	あり	8 (4.7%)	162 (95.3%)	170	530
	なし	24 (6.8%)	328 (93.2%)	352	
	不明	0	8	8	
100～199床	あり	39 (16.8%)	193 (83.2%)	232	648
	なし	56 (13.8%)	351 (86.2%)	407	
	不明	0	9	9	
200～299床	あり	40 (27.8%)	104 (72.2%)	144	286
	なし	28 (20.6%)	108 (79.4%)	136	
	不明	2	4	6	
300床以上	あり	129 (56.8%)	98 (43.2%)	227	410
	なし	73 (40.3%)	108 (59.7%)	181	
	不明	1	1	2	
有床診療所	あり	17 (22.1%)	60 (77.9%)	77	264
	なし	12 (6.5%)	174 (93.5%)	186	
	不明	0	1	1	
無床診療所	あり	4 (28.6%)	10 (71.4%)	14	60
	なし	6 (13.0%)	40 (87.0%)	46	
不明	あり	2	9	11	29
	なし	1	17	18	
総数		442	1,785		2,227

1. 医療事故判断の質向上（制度理解の向上）

○ 病院、特に病床規模の大きな医療機関ほど、医療事故報告実績の割合が高い。

医療事故調査・支援センター 2024年 年報 より

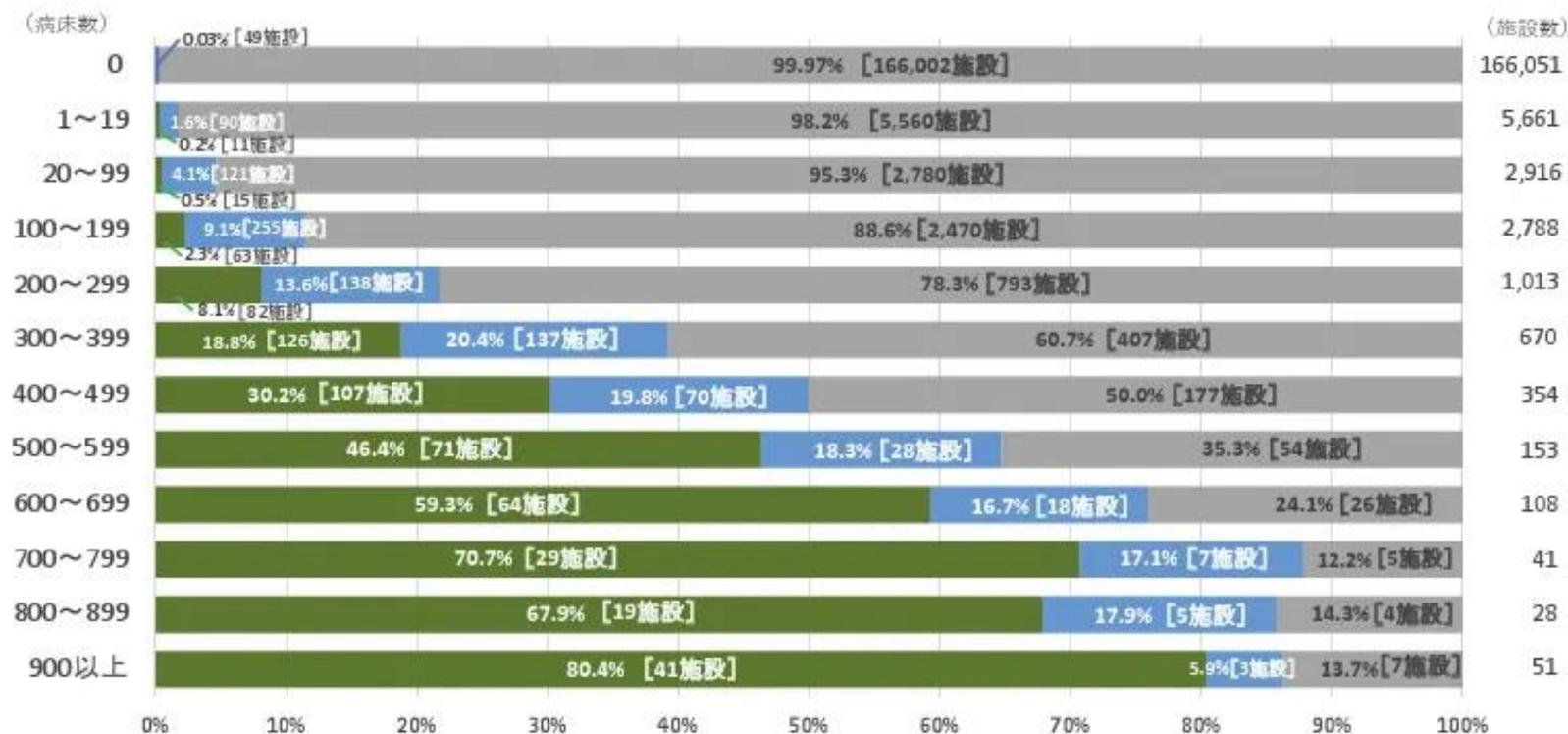
10. 病床規模別医療事故発生報告実績の割合（数値版 参考2-(1)-⑥参照）

診療所を除く病院(20床以上)の実績

2015年10月1日～2024年12月31日までの累計

■ 報告実績あり(複数回) } 17.2% [1,399施設]
■ 報告実績あり(1回) }
■ 報告実績なし 82.8% [6,723施設]

施設数(総数) 病院 8,122施設
 診療所 171,712施設



* この集計は、2015年10月1日～2024年12月31日までの実績に基づき集計したものである。* 報告実績あり(回数)は、1つの医療機関が医療事故発生報告をした回数を示している。
 * 「施設数(総数)」は、「令和6年医療施設調査」(厚生労働省)に基づき算出している。

制度開始
からの状況

病床規模数の大きな施設ほど、高い報告実績率を示している。

1. 医療事故判断の質向上（制度理解の向上）

- 起因した医療（疑いを含む）別に分類した院内調査結果報告件数は、「手術（分娩を含む）」が最も多い。
- 病床規模別にみても、病院だけでなく、有床診療所・助産所においても「手術（分娩を含む）」が最も多い。

医療事故調査・支援センター 2024年 年報 数値版より

[院内調査結果報告件数]

起因した医療 (疑いを含む) 200床単位病床数 ^{※3)}	診察 徴候、 症状	検査等 (経過観察を含む)				治療 (経過観察を含む)							その他				左記 以外 ^{※2)}	合計	
		検体 検査	生体 検査	診断 穿刺・ 検体 採取	画像 検査	投薬・ 注射 (輸血を 含む)	リハ ビリ テー ション	処置	手術 (分娩 を含む)	麻酔	放射 線治 療	医療 機器 の 使用	療養	転倒・ 転落	誤嚥	患者の 誤離・ 身体的 拘束/ 身体拘制			
0床	件数	2	0	8	1	5	13	0	7	3	3	0	0	0	0	0	0	2	44
	%	4.5	0	18.2	2.3	11.4	29.5	0	15.9	6.8	6.8	0	0	0	0	0	0	4.5	100
1～19床	件数	3	0	2	0	0	4	1	5	78	5	0	2	0	0	1	0	4	105
	%	2.9	0	1.9	0	0	3.8	1.0	4.8	74.3	4.8	0	1.9	0	0	1.0	0	3.8	100
20～199床	件数	34	1	9	3	9	35	4	63	207	6	1	25	24	28	24	5	27	505
	%	6.7	0.2	1.8	0.6	1.8	6.9	0.8	12.5	41.0	1.2	0.2	5.0	4.8	5.5	4.8	1.0	5.3	100
200～399床	件数	55	1	23	18	37	62	1	112	363	9	0	23	19	15	35	9	36	818
	%	6.7	0.1	2.8	2.2	4.5	7.6	0.1	13.7	44.4	1.1	0	2.8	2.3	1.8	4.3	1.1	4.4	100
400～599床	件数	56	4	16	22	25	57	1	68	300	9	1	18	13	10	12	6	29	647
	%	8.7	0.6	2.5	3.4	3.9	8.8	0.2	10.5	46.4	1.4	0.2	2.8	2.0	1.5	1.9	0.9	4.5	100
600床以上	件数	56	7	16	21	44	53	0	97	360	5	2	20	13	10	7	4	36	751
	%	7.5	0.9	2.1	2.8	5.9	7.1	0	12.9	47.9	0.7	0.3	2.7	1.7	1.3	0.9	0.5	4.8	100
合計	件数	206	13	74	65	120	224	7	352	1,311	37	4	88	69	63	79	24	134	2,870
	%	7.2	0.5	2.6	2.3	4.2	7.8	0.2	12.3	45.7	1.3	0.1	3.1	2.4	2.2	2.8	0.8	4.7	100

※この集計は、2015年10月1日～2024年12月31日までの実績に基づき集計したものである。

※1)「起因した医療(疑いを含む)の分類」は、厚生労働省医政局長通知(平成27年5月8日医政発0508第1号)の別添「医療に起因する(疑いを含む)死亡又は死産の考え方」に基づき、2015年～2017年は医療事故発生報告の内容をセンターが分類、集計したものであるが、2018年1月以降は医療機関から報告された院内調査結果報告の内容に基づき集計している。

※2)「左記以外」には、原因不明の急性呼吸不全、死因の特定が不能なもの、急性心筋梗塞による死亡の疑い等が含まれ、分類困難だったものである。

※3)「200床単位病床数」とは、0床～19床を除いた病床規模を200床単位で分けている。

1. 医療事故判断の質向上（制度理解の向上）

現状と課題

- 医療事故調査制度において、医療事故の判断は管理者が行うことから、管理者の制度に関する理解が重要であり、管理者への制度に関する研修受講が推奨されてきた。
- 国際的にもリーダーシップが医療安全上も重要と示唆されており、諸外国では医療機関幹部への医療安全に関する研修を義務化している例も存在する。
- 医療事故判断を行う管理者を対象とした研修と医療事故調査等の実務を担いうる担当者を対象とした研修では、研修内容が異なることが予想されるため、現在、研究班において、管理者として知っておくべきコアとなる知識を整理しているところ。
- 医療安全担当者が受講している場合も医療事故報告経験の割合が高いことから、管理者以外が制度に関する研修を受講している場合、最終判断にあたりその者の意見が反映されることが重要と考えられる。
- 病床規模の大きな医療機関ほど、医療事故報告実績の割合が高いが、有床診療所・助産所においても、分娩を含む手術が起因した（疑いを含む）医療事故の報告数が多い。



議論の方向性について

- 医療事故調査制度に関する研修受講を、入院・入所施設を有する病院等の医療事故の判断に携わる者（管理者が望ましい）へ求めることについて、どのように考えるか。
- 管理者が医療事故調査制度に関する研修を修了していない場合、研修修了者が医療事故の判断に携わるよう求めることについて、どのように考えるか。
- 研修受講を求めることについて、有床診療所・助産所においては、事故報告の多くが手術（分娩を含む）に起因することを踏まえて対応することについて、どのように考えるか。

1. 医療事故判断の質向上（管理者の判断支援環境の整備）

現行の法令等

- 医療事故の判断について病院等の管理者は、医療事故調査・支援センター及び支援団体の支援を受けられることが医療法で規定されている。

<参考>医療法

第六条の十一 病院等の管理者は、医療事故が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、速やかにその原因を明らかにするために必要な調査（以下この章において「医療事故調査」という。）を行わなければならない。

2 病院等の管理者は、医学医術に関する学術団体その他の厚生労働大臣が定める団体（法人でない団体にあつては、代表者又は管理人の定めのあるものに限る。次項及び第六条の二十二において「医療事故調査等支援団体」という。）に対し、医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとする。

3 医療事故調査等支援団体は、前項の規定により支援を求められたときは、医療事故調査に必要な支援を行うものとする。

4 病院等の管理者は、医療事故調査を終了したときは、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、その結果を第六条の十五第一項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。

5 病院等の管理者は、前項の規定による報告をするに当たっては、あらかじめ、遺族に対し、厚生労働省令で定める事項を説明しなければならない。ただし、遺族がないとき、又は遺族の所在が不明であるときは、この限りでない。

第六条の十六 医療事故調査・支援センターは、次に掲げる業務を行うものとする。

一 第六条の十一第四項の規定による報告により収集した情報の整理及び分析を行うこと。

二 第六条の十一第四項の規定による報告をした病院等の管理者に対し、前号の情報の整理及び分析の結果の報告を行うこと。

三 次条第一項の調査を行うとともに、その結果を同項の管理者及び遺族に報告すること。

四 医療事故調査に従事する者に対し医療事故調査に係る知識及び技能に関する研修を行うこと。

五 医療事故調査の実施に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び支援を行うこと。

六 医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行うこと。

七 前各号に掲げるもののほか、医療の安全の確保を図るために必要な業務を行うこと。

- 通知においても、管理者が判断する上での支援として、医療事故調査・支援センター及び支援団体は医療機関からの相談に応じられる体制を設けることを示している。

<参考>平成27年5月8日付け医政発0508第1号「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の一部の施行（医療事故調査制度）について」 別添

1. 医療事故の定義について

○医療事故の判断プロセス

【医療機関での判断プロセスについて】

- 管理者が判断する上での支援として、医療事故調査・支援センター（以下「センター」という。）及び支援団体は医療機関からの相談に応じられる体制を設ける。

1. 医療事故判断の質向上（管理者の判断支援環境の整備）

研究班の取組

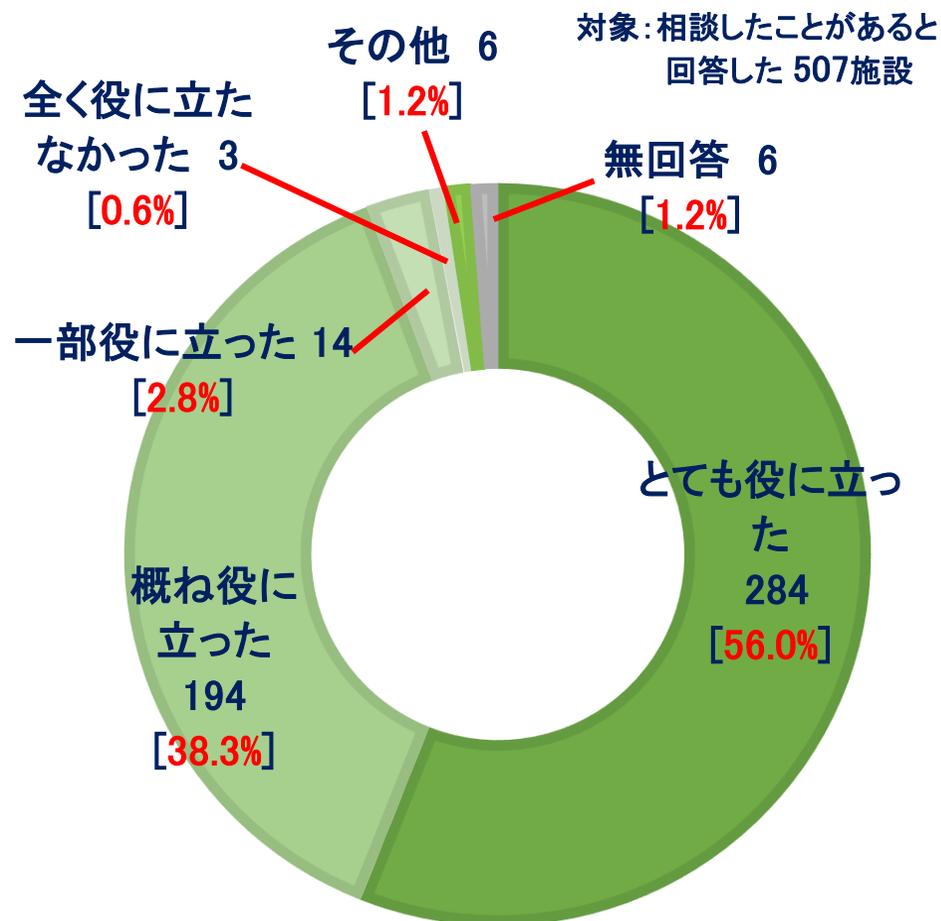
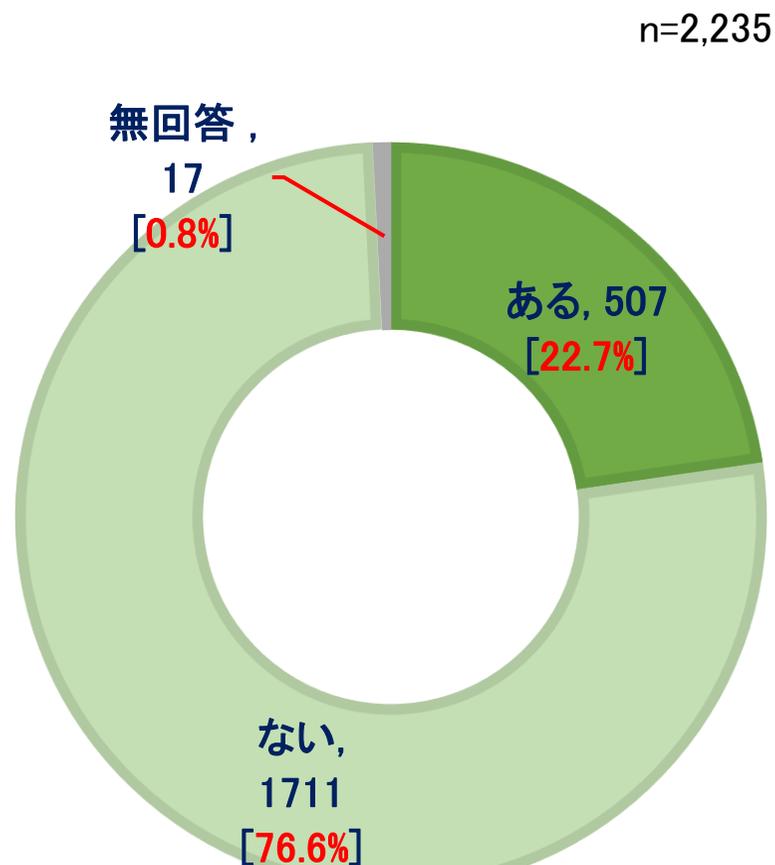
- 医療事故か否かの判断について、約2割の医療機関が院外の機関に相談した経験があった。
- 相談をした医療機関のうち、約97%が相談先からの助言は判断するにあたって役に立ったと回答している。

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料より抜粋

木村参考人資料より抜粋

医療事故か否かの判断について、
院外の機関(支援団体等)に相談した経験の有無

院外への相談をしたことがある場合、
相談先からの助言が判断するにあたって
(総体的に)役に立ったか



1. 医療事故判断の質向上（管理者の判断支援環境の整備）

医療事故・調査支援センターの取組

- 医療機関は医療事故に該当するかの判断について、医療事故調査・支援センターに相談することができる。
- センターでは相談を受けた場合、専門家による合議を行い、その結果を助言として医療機関に伝えている。

1. 相談対応

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料

宮田オブザーバー資料

「医療事故」か否かの判断 / 医療機関からセンターへの相談 : [センター合議]

- **目的** : 合議の検討結果を当該医療機関に伝えることで、当該医療機関の判断を支援する
- **開催頻度** : 相談時に適宜
- **参加者** : 医師、薬剤師、看護師
- **方法** : 依頼医療機関名等の個人情報や匿名化のうえ、合議に参加する医師、薬剤師、看護師に事例情報を提供し、事前意見提出を求める。依頼医療機関に質問がある場合は対応し、その回答を事前に参加者で共有する。その上でWEB会議（15～30分程度/1事例）で検討し助言の方向性を決定する。
- **合議支援医等（参加者）**
 - 常任（すべての事例で都合がつく範囲で参加） : 4名
循環器内科/呼吸器外科/呼吸器内科/消化器外科 : 各1名
 - 専門（該当する専門領域の事例に参加） : 9名
産婦人科/精神科 : 各2名
救命救急科/脳神経外科/整形外科/小児科/薬学（薬剤師） : 各1名
※2024年9月に精神科1名、小児科1名を追加した。
- **合議関係者会議** : 年1回行い、個別事例に関する対応状況について情報共有し、振り返りを行う。

1. 医療事故判断の質向上（管理者の判断支援環境の整備）

医療事故・調査支援センターの取組

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料

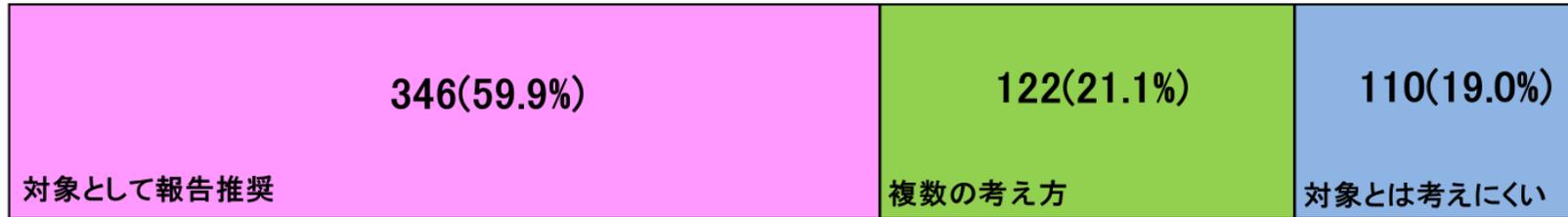
宮田オブザーバー資料

1. 相談対応

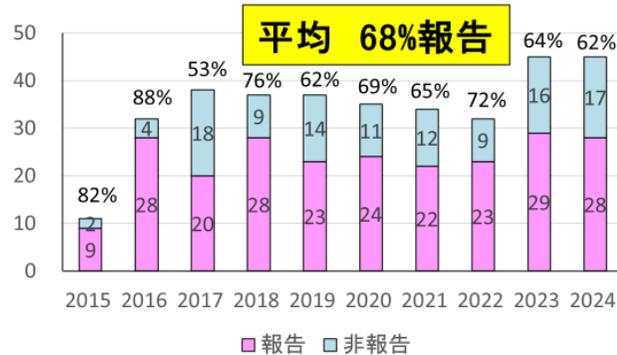
センター合議の助言内容と、医療機関の対応

相談総数 578件

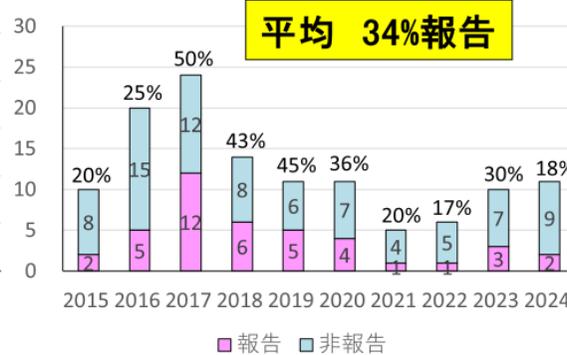
9年間 [2015.10. - 2024.12.]



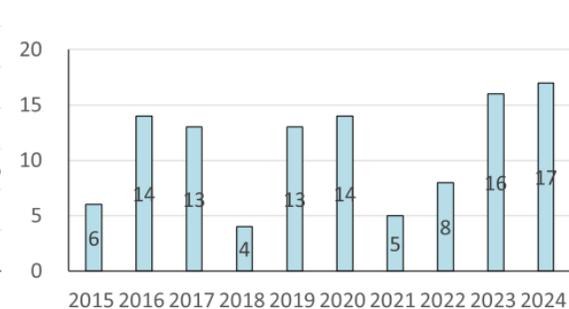
事故の対象として報告を推奨



複数の考え方



対象とは考えにくい



- ・センター合議の実績(累積件数:578件)からは、管理者が医療事故の判断に迷う事例が一定数あることが示唆される
- ・センター合議においても、「複数の考え方がある」事例が一定数ある

○ センターでは、これまでのセンター合議で報告を推奨した事例だけでなく、報告された事例、報告されなかった事例を含め、今後検証を行っていく予定である。（第2回検討会 宮田オブザーバー）

1. 医療事故判断の質向上（管理者の判断支援環境の整備）

現状と課題

- 医療機関は医療事故の判断にあたって、支援団体やセンターから、医療事故の判断に関する支援を受けることができる。
- 研究班による調査では、医療事故判断の際の院外の機関からの助言は役に立ったと回答した医療機関が多かった。
- 医療事故調査・支援センターにおいては医療事故判断について医療機関から相談を受け、専門家が合議した結果を助言として伝えているが、合議においても複数の考え方があるとされた事例が一定数存在している。センターでは、センター合議の相談があった事例について、今後検証を行っていく予定である。



議論の方向性について

- 医療事故調査・支援センターにおけるセンター合議に関する検証等を踏まえ、医療事故判断の参考となる情報をセンターから医療機関に提供していくことについて、どのように考えるか。

2. 院内調査の質向上

これまでの検討会で寄せられた主なご意見（再掲）

- 医療安全管理者等向けの研修でグループワークを行っているが、どの病院の規模でどの程度できるかを念頭に置く等、少しでも現場に即した研修をするよう心がけている。
- 医療事故を再発防止に活かすためには、医療事故の分析手法が重要であり、研修でそれを学ぶことが大事。
- 院内調査は病院によってもかなりばらつきがあり、発展途上だと思う。センター調査報告書の内容を多くの医療機関の方々が知ることによって、院内調査報告書の質が上がるのではないか。
- 個別の報告書の公表は責任追及の流れに繋がりがねず、デメリットが大きいのではないか。
- 産科医療補償制度では、原因分析報告書の要約版の公表をしている。また、再発防止委員会でデータを集めて全体として集計し、色々な再発防止報告書を年1回定期的に報告している。
- センター調査報告書の公表は匿名化したとしても周辺情報から個人の特定に繋がる可能性も否定できず、公表は慎重に考える必要がある。個別の報告ではなく、集積して一般化した形で利用できるのではないか。
- 中小の病院はリソース的に難しいので、そのような病院のサポート体制についても考えていただきたい。
- 医療事故調査制度を推進していくためには管理者とそこで働く医師の理解が重要。管理者や医師の研修を強化していかないと理解が得られないと思う。（再掲）



論点

- 院内調査を実施する医療安全管理者等、実務担当者への教育について
- センター調査の透明性向上について
- 外部からの支援等による院内調査の質向上について（支援団体関係）→後述

2. 院内調査の質向上（院内調査実施担当者への教育等）

現行の法令等

- 医療法第6条の11において、病院等の管理者は医療事故が発生した場合には速やかにその原因を明らかにするために必要な調査を行わなければならないとされている。

<参考> 医療法

- 第六条の十一 病院等の管理者は、医療事故が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、速やかにその原因を明らかにするために必要な調査（以下この章において「医療事故調査」という。）を行わなければならない。
- 2 病院等の管理者は、医学医術に関する学術団体その他の厚生労働大臣が定める団体（法人でない団体にあつては、代表者又は管理人の定めのあるものに限る。次項及び第六条の二十二において「医療事故調査等支援団体」という。）に対し、医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとする。
- 3 医療事故調査等支援団体は、前項の規定により支援を求められたときは、医療事故調査に必要な支援を行うものとする。
- 4 病院等の管理者は、医療事故調査を終了したときは、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、その結果を第六条の十五第一項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。
- 5 病院等の管理者は、前項の規定による報告をするに当たっては、あらかじめ、遺族に対し、厚生労働省令で定める事項を説明しなければならない。ただし、遺族がないとき、又は遺族の所在が不明であるときは、この限りでない。

- 医療法施行規則第1条の10の4において、病院等の管理者は医療事故調査を行うにあたっては、以下の調査に関する事項について当該医療事故調査を適切に行うために必要な範囲内で選択し、当該医療事故の原因を明らかにするために、情報の収集及び整理を行うものとされている。
 - ・ 診療録その他の診療に関する記録の確認
 - ・ 当該医療従事者のヒアリング
 - ・ その他の関係者からのヒアリング
 - ・ 解剖又は死亡時画像診断（Ai）の実施
 - ・ 医薬品、医療機器、設備等の確認
 - ・ 血液、尿等の検査

- 一方で、上記の事項以外の具体的な調査のすすめ方については定められていない。

2. 院内調査の質向上（院内調査実施担当者への教育等）

医療事故・調査支援センターの取組

- 院内事故調査報告書について、センターでは報告書フォーマットを参考資料として公開している。
- 報告書フォーマットでは省令及び通知でセンターへの報告が必要とされている項目のみが記載されている。

(参考)

事故報告管理番号

報告書

令和〇年〇月〇日

〇〇病院

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

2. 院内調査の質向上（院内調査実施担当者への教育等）

国内の取組

日本医師会の取組

- 院内調査に関する資料として、「研修ワークブック 院内調査の進め方」や「院内調査の要点」を作成し、公表している。

2016年初版



2024年作成



研修ワークブック 院内調査のすすめ方

- ✓ 実務者向けの網羅的・実践的ガイド
- ✓ 医療事故調査の定型的な手法が解説されている
- ✓ 特に、
 - ・ 事実経緯整理、論点抽出
 - ・ 診療プロセス検証
 - ・ 再発防止策立案

院内調査の要点

- ✓ 制度運用を踏まえ、院内調査の関係者が理解すべき重要事項がまとめられている
- ✓ 特に、
 - ・ 幹部や支援団体に求められる心構え
 - ・ 現場・当事者の院内調査への参画
 - ・ 死因・病態の解明

2. 院内調査の質向上（院内調査実施担当者への教育等）

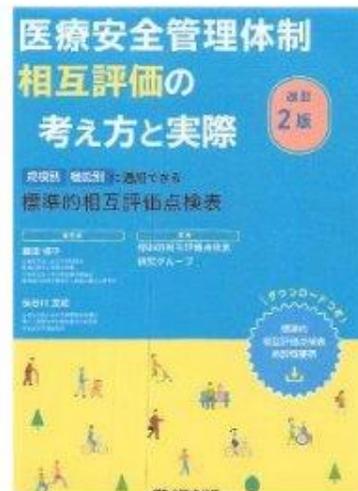
国内の取組

全日本病院協会の取組例

- 医療事故調査制度への対応や調査方法等を示す書籍を発刊している。

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料より抜粋

今村構成員資料



2. 院内調査の質向上（院内調査実施担当者への教育等）

国内の取組

日本医療法人協会の取組

- 医療事故調査制度への対応や調査方法等を示す書籍を発刊している。

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料

管轄構成員資料

2) 医療安全関連書籍（医療安全部会員）の発刊



2. 院内調査の質向上（院内調査実施担当者への教育等）

国内の取組

全日本病院協会と日本医療法人協会の取組

- 両団体が共同で開催している医療安全管理者養成研修において、医療安全管理者が調査を行えるようになるために、RCA等の分析手法やヒアリングスキルを研修内容に盛り込んでいる。

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料

今村構成員資料

●第1日目 ●月●日（土）RCA演習（10：00～18：00） ※開場09：30～
 座長：今村 康宏（公益社団法人 全日本病院協会 常任理事、医療安全・医療事故調査等支援担当委員会 委員長）

開始	終了	研修数 (研修者)	研修数 (分単位)	内容	※備考（講師用プログラムのみ記載）
10:00	10:05	0:05	5	開会・座長挨拶	
10:05	10:10	0:05	5	講師紹介	●講師一人ずつ挨拶する。
10:10	10:30	0:20	20	RCA演習の目的・概略（おさらい） <small>（公財）医療安全推進協会 理事長 森田 修平 <small>（公財）東京医療保健協会 理事長 森田 修平 <small>（公財）東京医療保健協会 理事長 森田 修平</small></small></small>	
10:30	11:10	0:40	40	GW1 報告書に基づく出来事流れ図作成	●金内講師より作業の流れや注意点について説明する。
11:10	11:30	0:20	20	GW1 発表	●金内講師より発表の仕方について説明する。
11:30	11:50	0:20	20	GW2 できごと流れ図修正・ヒアリングすべき事項検討	●金内講師より作業の流れや注意点（ヒアリングの仕方含む）について説明する。
11:50	12:15	0:25	25	GW2 ヒアリング	●担当講師は、会場前方のテーブルに着席し、受講者へ何役担当か自己紹介する。 ●どの出来事に対するヒアリングが分かるように、代表1グループ分の出来事流れ図を投影して、受講者にヒアリングしてもらう。 ●ヒアリング後、金内講師より実際にどのような出来事が起こっていたか説明する。
12:15	12:25	0:10	10	GW3 ヒアリング後出来事流れ図修正	●金内講師より作業の流れや注意点について説明する。
12:25	12:30	0:05	5	GW3 最終出来事流れ図の提示	●ヒアリング後の出来事流れ図（講師と同じもの）を受講者へ配布する。 ●金内講師より、午後、受講者全員が同じ出来事流れ図を用いて作業することを説明する（事務局は、各班のPCで非表示にしていた04用子プレートを表示させる）。
12:30	13:20	0:50	50	昼食休憩（お弁当・お茶をご用意いたします。）	
13:20	14:00	0:40	40	GW4 要因の抽出（なぜなぜ分析）	●金内講師より作業の流れや注意点について説明する（受講者は04用子プレートに入力する）。
14:00	14:20	0:20	20	GW4 要因の抽出途中経過発表	
14:20	15:10	0:50	50	GW4 要因の抽出（なぜなぜ分析）（続き）	
15:10	15:30	0:20	20	GW4 発表	
15:30	15:40	0:10	10	休憩	
15:40	16:10	0:30	30	GW4 要因の抽出（なぜなぜ分析）修正	
16:10	17:00	0:50	50	GW5 因果図作成	●金内講師より作業の流れや注意点について説明する（受講者は05用子プレートに入力する）。
17:00	17:30	0:30	30	GW6 原因と結果の要約・対策作成	●金内講師より作業の流れや注意点について説明する（受講者は06用子プレートに入力する）。
17:30	17:50	0:20	20	GW5・6 発表	
17:50	17:57	0:07	7	RCA まとめ（時間があれば、翌日の説明）	
17:57	18:00	0:03	3	事務連絡（翌日に関する連絡）	

●第2日目 ●月●日（土）FMEA演習（09：00～17：00） ※開場08：30～
 座長：今村 康宏（全日本病院協会常任理事、医療安全・医療事故調査等支援担当委員会委員長）

開始	終了	研修数 (研修者)	研修数 (分単位)	内容	※備考（講師用プログラムのみ記載）
9:00	9:15	0:15	15	FMEA演習の目的・概略（おさらい） <small>（公財）東京医療保健協会 理事長 森田 修平 <small>（公財）東京医療保健協会 理事長 森田 修平</small></small>	
9:15	9:55	0:40	40	GW1 単位業務・目的の記載	●金内講師より作業の流れや注意点について説明する。 ●前日と講師の担当グループが変わる場合は、GWが始まる前に講師紹介する。
9:55	10:15	0:20	20	GW1 発表	
10:15	11:05	0:50	50	GW2 F#（不具合様式）の記載	●金内講師より作業の流れや注意点について説明する。
11:05	12:05	1:00	60	GW2 発表 および（F#）の修正	
12:05	13:05	1:00	60	昼食休憩（お弁当・お茶をご用意いたします。）	
13:05	14:25	1:20	80	GW3 F#（不具合様式）の影響の記載	●金内講師より作業の流れや注意点について説明する。
14:25	15:15	0:50	50	GW3 発表	
15:15	15:35	0:20	20	[休憩]およびGW3の修正	
15:35	16:10	0:35	35	GW4 F#（不具合様式）の影響の評価	●金内講師より作業の流れや注意点について説明する。
16:10	16:40	0:30	30	GW4 発表	
16:40	16:50	0:10	10	FMEA まとめ	●時間があれば、各講師からコメントする。
16:50	16:55	0:05	5	閉会挨拶	
16:55	17:00	0:05	5	事務連絡（講習会修了証、「全日病・医法協認定 医療安全管理者」認定証に関する連絡）	

第3クール グループワーク

初日RCA(根本原因分析)+ヒアリングスキル 2日目FMEA(故障モード影響解析)演習

再発防止には分析手法を十分に理解することが重要

2. 院内調査の質向上（院内調査実施担当者への教育等）

現状と課題

- 院内調査については医療機関によって調査の質のばらつきがあることが指摘されている。
- 支援団体が調査に関する指針やワークブック等を作成しており、調査の質向上に取り組んでいる。また、医療事故調査・支援センターや支援団体が医療安全管理者等の調査の実務を担当する者等に向けて研修を実施し、医療事故調査に必要な知識や技能習得を支援している。



議論の方向性について

- 院内調査の指針、参考資料や研修等を充実していくとともに、これらの資料の使用や研修の受講を推奨していくことについてどのように考えるか。

2. 院内調査の質向上（センター調査の透明性向上）

センター調査に関する現行の法令等

- 医療法において、医療事故調査・支援センターは、医療事故が発生した医療機関の管理者または遺族から当該医療事故について調査の依頼があったときは必要な調査（センター調査）を行うことができると定められている。

<参考> 医療法

第六条の十七 医療事故調査・支援センターは、医療事故が発生した病院等の管理者又は遺族から、当該医療事故について調査の依頼があつたときは、必要な調査を行うことができる。

2 医療事故調査・支援センターは、前項の調査について必要があると認めるときは、同項の管理者に対し、文書若しくは口頭による説明を求め、又は資料の提出その他必要な協力を求めることができる。

3 第一項の管理者は、医療事故調査・支援センターから前項の規定による求めがあつたときは、これを拒んではならない。

4 医療事故調査・支援センターは、第一項の管理者が第二項の規定による求めを拒んだときは、その旨を公表することができる。

5 医療事故調査・支援センターは、第一項の調査を終了したときは、その調査の結果を同項の管理者及び遺族に報告しなければならない。

- センター調査で得られた情報については、医療法第6条の21でセンターの職員等には守秘義務が課されており、通知においても個別のセンター調査報告書及びセンター調査の内部資料については法的義務のない開示請求に応じないこととされている。（平成27年5月8日付け医政発0508第1号「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の一部の施行（医療事故調査制度）について」）

<参考> 平成27年5月8日付け医政発0508第1号「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の一部の施行（医療事故調査制度）について」 別添

10. センター業務について②

- センターが行った調査の結果の取扱い

【センター調査報告書の取扱いについて】

- 本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ため、センターは、個別の調査報告書及びセンター調査の内部資料については、法的義務のない開示請求に応じないこと。

2. 院内調査の質向上（センター調査の透明性向上）

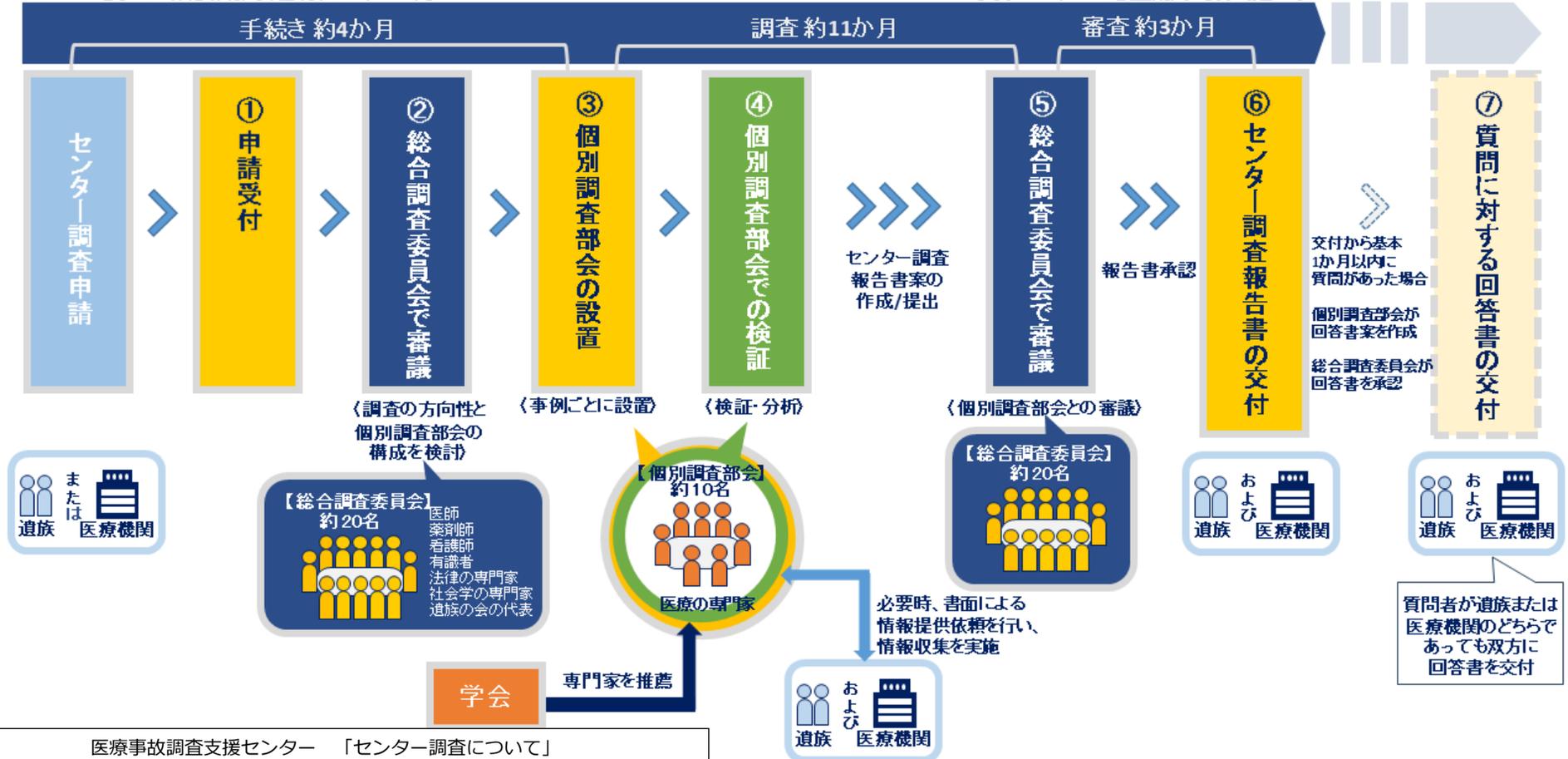
医療事故・調査支援センターの取組

- センター調査では、遺族または医療機関からの調査依頼を受け、センター内のマニュアルに沿って調査を実施し、センター調査報告書が遺族及び医療機関へ交付されている。
- センター調査のマニュアルは公開されておらず、遺族と当該事故が発生した医療機関以外にはこういった調査が行われているのか分かりづらい。

センター調査の概要

センター調査の所要期間(目標):1年6か月*

*事例により、さらに調査期間を要する場合もある



医療事故調査支援センター 「センター調査について」

https://www.medsafe.or.jp/modules/medical/index.php?content_id=23

2. 院内調査の質向上

産科医療補償制度における取組

- 産科医療補償制度では、分娩に関連した脳性麻痺が生じた事例について、公開されている「原因分析報告書作成にあたっての考え方」を踏まえつつ、所定の様式に沿って事例の経過を整理し、専門家の分析を経て、脳性麻痺発症の原因や医学的評価等の判断基準などのレベル感を揃え均質性を確保しながら原因分析報告書を作成している。
- また、制度の透明性を確保し、同じような事例の再発防止や産科医療の質の向上を図るために、分娩機関が特定されるような情報や個人情報の取扱に十分留意した上で、報告書の「要約版」を公表している。
- 原因分析はあくまで医学的観点から行っており、医療機関と保護者等からの情報が異なる場合、それぞれの情報を基に分析を行っており、両者の意見の調整は行っていない。

<事例の経過>

時刻 <small>(分娩開始時刻)</small>	胎児心拍数 <small>(拍/分)</small>	陣痛		内診所見			母体所見(主訴、症状、バイタルサイン、検査結果)、胎児心拍数、胎児心拍数陣痛図波形判読所見、超音波診断 <small>層法所見、方針、診断</small>	投薬
		間欠(分)	発作(秒)	子宮口開大度(cm)	展退(%)	下降度(cm)		
年 月 日(曜日) 週日								
陣痛開始				破水				
週数		時刻		週数		時刻		
週日				週日				
分娩第Ⅰ期		分娩第Ⅱ期		分娩第Ⅲ期		分娩所要時間		
分		分		分		時間 分		
出血量								
g/mL								
胎児付属物所見								
胎盤			臍帯			羊水		
重さ(g)	大きさ(cm)	厚さ(cm)	長さ(cm)	太さ(cm)	付着部位	巻絡(部位・回数)	羊水量	
石灰沈着	白色楔塞		真結節		過捻転		混濁	血性羊水
その他の所見			その他の所見			その他の所見		
胎盤病理組織学検査								
4) 産褥経過								
分娩後(日)		所見・検査・処置など						

それぞれの制度の違いについて

「日本医療機能評価機構 原因分析報告書作成にあたっての考え方」より

- 産科医療補償制度における原因分析報告書は分娩に特化した内容であり、記載内容や判断基準等を体系的に整理し、様式化されている。
- 他方で、センター調査報告書は事実関係の詳細な調査結果を含んだものであり、かつ幅広い診療領域を対象とすることから、個人の特定に繋がらない単純な様式化を進めることが可能か慎重な検討が必要。

2. 院内調査の質向上（センター調査の透明性向上）

現状と課題

- センター調査手法が、院内調査を実施する際の参考になるとの指摘もあるが、センター調査報告書は遺族及び当該事故が発生した医療機関にのみ交付されているため、それ以外の医療機関等に対しては調査の具体的な手順等が明らかにされていない。
- 産科医療補償制度における原因分析報告書は分娩に特化した内容であり様式化されているが、センター調査報告書は事実関係の詳細な調査結果を含んだものであり、かつ幅広い診療領域を対象とすることから、個人の特定に繋がらない単純な様式化を進めることが可能か慎重な検討が必要。



議論の方向性について

- センターにおいて一定の整理を行った上で、第三者を含めて議論を行い、将来的にセンター調査に関するマニュアルの提示を目指すことについて、どのように考えるか。
- 上記の議論を経た上で、将来的にセンター調査マニュアルを踏まえた参考例として、一般化した形での架空事例報告書の提示を目指すことについて、どのように考えるか。

3. 再発防止による医療安全向上の促進

これまでの検討会で寄せられた主なご意見（再掲）

- センターで作成している提言や警鐘レポートは全国の院内調査の分析から導かれた貴重な再発防止策であり、周知や活用の推進に更に取り組むことが重要。
- 医療事故調査制度は再発防止のための制度である。センター調査報告書が全国の医療機関に公表されていないのはもったいない。再発防止に活かして欲しい。



論点

- センターが作成した成果物やセンター調査報告書等の利活用による医療安全向上の促進について

3. 再発防止による医療安全向上の促進

再発防止に関する現行の法令等

- 医療事故調査・支援センターがその業務として実施する再発防止のための取組には、以下がある。
 - ・ 医療法第6条の16第1号、第2号に基づく院内調査報告書の整理・分析及び報告
 - ・ 医療法第6条の16第6号に基づく医療事故の再発防止に関する普及啓発
- <参考>医療法
- 第六条の十六 医療事故調査・支援センターは、次に掲げる業務を行うものとする。
- 一 第六条の十一第四項の規定による報告により収集した情報の整理及び分析を行うこと。
 - 二 第六条の十一第四項の規定による報告をした病院等の管理者に対し、前号の情報の整理及び分析の結果の報告を行うこと。
 - 三 次条第一項の調査を行うとともに、その結果を同項の管理者及び遺族に報告すること。
 - 四 医療事故調査に従事する者に対し医療事故調査に係る知識及び技能に関する研修を行うこと。
 - 五 医療事故調査の実施に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び支援を行うこと。
 - 六 医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行うこと。
 - 七 前各号に掲げるもののほか、医療の安全の確保を図るために必要な業務を行うこと
-
- いずれにおいても、個別事例ではなく集積した情報の分析に基づき、一般化・普遍化した上で報告・普及することとされている。

3. 再発防止による医療安全向上の促進

医療事故・調査支援センターの取組

- センターは医療機関における提言の取組状況について、医療機関を対象としたアンケート調査を実施しており、回答した医療機関のおよそ7割から9割程度は提言の内容を実現できた、あるいは提言公表前から実施していると回答しているが、残りの1割から3割程度は提言の実施を試みていない、または実現に至っていないと回答している。

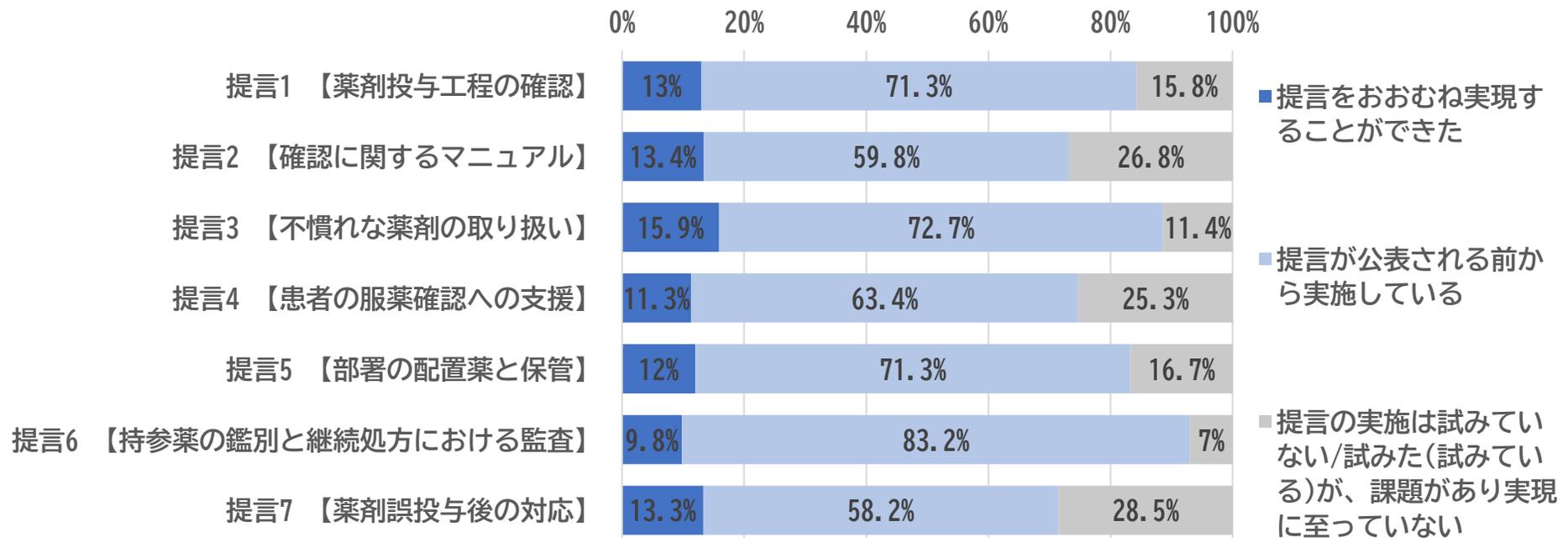
令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料より抜粋

宮田オブザーバー資料

医療機関における取り組み状況(提言15号 薬剤の誤投与 アンケート結果)

回答数 2,082施設 (25%) (調査対象 8,207施設)

■ 提言1～提言7の取り組み状況



3. 再発防止による医療安全向上の促進

医療事故・調査支援センターの取組

○ 提言書に記載された内容をもとに、企業が製品開発に取り入れることで再発防止に活用された例もある。

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料

宮田オブザーバー資料

3. 再発防止の普及啓発

再発防止の提言を企業が製品開発に取り入れた例

提言1号 中心静脈穿刺合併症-第1報-



安全な穿刺手技のため
深度を限定できる穿刺針・ダイレーター

3cm目盛付プラスチックカニューラ針は
エコーガイド下短軸像穿刺のビットフォールである過挿入のリスク減少を物理的にサポートします。
同様に、Yサイト付金属穿刺針(有効長:34mm)を同様に、潤滑コートダイレーターには深度目盛をつけ、
挿入に伴う機械的合併症減少に貢献します。

THINK SAFETY
Argyle® Fukuroi
SMAC® Plus



有効長:59mm
3cm目盛付き
プラスチックカニューラ針
有効長:34mm
Yサイト付金属穿刺針
深度目盛付
潤滑コートダイレータ

日本コビディエン

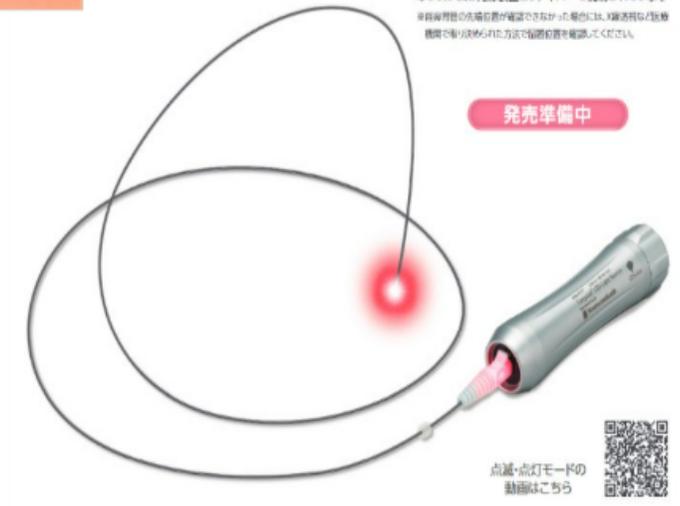
今後 ※現: Cardinal Health カーディナルヘルス社

提言6号 栄養剤投与目的に行われた胃管挿入



胃管誤挿入の防止のために、先端が光る
経鼻胃管先端位置確認システム

経鼻胃管先端位置確認システム
本システムは光源装置とファイバーで構成されています
鼻挿入時の先端位置が確認できなかった場合には、透過可能な特殊
機軸で導かれ、方法で先端位置を確認してください。



発売準備中

点滅・点灯モードの
動画はこちら



大塚製薬工場

- ◆ 医療機関・医療従事者への提言等の周知、学会・企業との連携を更に推進する
- ◆ 効果検証を含めて提言等の更なる質向上に取り組んでいく

3. 再発防止による医療安全向上の促進

センター調査に関する現行の法令等

- 医療法において、医療事故調査・支援センターは、医療事故が発生した医療機関の管理者または遺族から当該医療事故について調査の依頼があったときは必要な調査（センター調査）を行うことができると定められている。

<参考> 医療法

第六条の十七 医療事故調査・支援センターは、医療事故が発生した病院等の管理者又は遺族から、当該医療事故について調査の依頼があつたときは、必要な調査を行うことができる。

2 医療事故調査・支援センターは、前項の調査について必要があると認めるときは、同項の管理者に対し、文書若しくは口頭による説明を求め、又は資料の提出その他必要な協力を求めることができる。

3 第一項の管理者は、医療事故調査・支援センターから前項の規定による求めがあつたときは、これを拒んではならない。

4 医療事故調査・支援センターは、第一項の管理者が第二項の規定による求めを拒んだときは、その旨を公表することができる。

5 医療事故調査・支援センターは、第一項の調査を終了したときは、その調査の結果を同項の管理者及び遺族に報告しなければならない。

- センター調査で得られた情報は、第6条の17で規定された用途（管理者及び遺族への報告）以外の活用（特に再発防止策（提言や警鐘レポートを含む）への活用）については明確に定められていない。

3. 再発防止による医療安全向上の促進

現状と課題

- 医療事故調査・支援センターは集積された院内調査報告書を分析し、「医療事故の再発防止に関する提言」や「医療事故の再発防止に向けた警鐘レポート」を作成・公表し、再発防止策の普及啓発を行っている。
- 多くの医療機関において提言で示されている内容はすでに実施されているが、提言の内容が実現できていない、または実施を試みていない医療機関も一定数あり、取組状況にばらつきがある。
- 医療機関内の取組だけではなく、提言書に記載された内容をもとに、企業が製品開発に取り入れることで再発防止に活用された例も存在する。
- 医療機関から報告された医療事故について、医療機関あるいは遺族からの要請があればセンター調査を実施することが可能であり、センター調査の結果は医療機関と遺族の双方にセンター調査報告書として交付されている。
- センター調査の実施にあたっては、学会等から推薦された専門家が多数参加しており、医療界を挙げて調査に協力し、様々な再発防止策が提案されている。
- 一方で、センター調査報告書の取り扱いについては、遺族及び当該事故が発生した医療機関に交付する以外に定められておらず、再発防止への活用について明確になっていない。



議論の方向性について

- センターにおいて、提言等で示されている再発防止策の医療機関における実装や製品の改善・開発への活用等を促進する取組を推進することについて、どのように考えるか。
- センター調査報告書について、院内事故調査報告書のように、一般化・普遍化した上で再発防止に活用することについて、どのように考えるか。

4. 支援団体による支援の充実

これまでの検討会で寄せられた主なご意見（再掲）

- 宮崎県の医療事故調査等支援団体連絡協議会では、医療事故判断について相談した事例で報告した方がいいと協議会から回答したものは100%報告され、速やかに外部委員が派遣されて調査が実施されている。支援団体との心理的な距離の近さ、信頼関係が重要である。他の協議会でもこういった取組を参考にするとよいのではないか。
- 支援団体の中で外部委員を推薦する委員会を作り、院内調査であれセンター調査であれ外部委員を推薦している。一方で、依頼内容によっては医療機関に対する十分な協力が難しい支援団体もあるのではないかと思うので確認が必要。
- 地方の医師会が窓口となって地方協議会を組織しているが、病院団体が相談を受けて支援するような取組もある。
- 支援団体の中で支援する人材の確保、協議会が支援団体の情報を把握・更新して情報提供する体制の構築、支援団体間での意見交換と情報共有、支援を提供できる支援団体を改めて確認すること等が重要。



論点

- 支援が可能な支援団体の整理および支援団体等による支援の充実について

4. 支援団体等による支援の充実

支援団体に関する現行の法令等

- 医療法において、病院等の管理者は医療事故調査等支援団体（以下、支援団体）に対して、医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとされている。
 - <参考> 医療法
 - 第六条の十一 病院等の管理者は、医療事故が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、速やかにその原因を明らかにするために必要な調査（以下この章において「医療事故調査」という。）を行わなければならない。
 - 2 病院等の管理者は、医学医術に関する学術団体その他の厚生労働大臣が定める団体（法人でない団体にあつては、代表者又は管理人の定めのあるものに限る。次項及び第六条の二十二において「医療事故調査等支援団体」という。）に対し、医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとする。
 - 3 医療事故調査等支援団体は、前項の規定により支援を求められたときは、医療事故調査に必要な支援を行うものとする。
- また、医療法施行規則において、支援団体は共同で協議会を組織することができるものとされている。
 - <参考> 医療法施行規則
 - 第一条の十の五 法第六条の十一第二項に規定する医療事故調査等支援団体（以下この条において「支援団体」という。）は、法第六条の十一第三項の規定による支援（以下この条において単に「支援」という。）を行うに当たり必要な対策を推進するため、共同で協議会（以下この条において単に「協議会」という。）を組織することができる。
 - 2 協議会は、前項の目的を達するため、病院等の管理者が行う法第六条の十第一項の報告及び医療事故調査の状況並びに支援団体が行う支援の状況の情報の共有及び必要な意見の交換を行うものとする。
 - 3 協議会は、前項の情報の共有及び意見の交換の結果に基づき、次に掲げる事項を行うものとする。
 - 一 病院等の管理者が行う法第六条の十第一項の報告及び医療事故調査並びに支援団体が行う支援の円滑な実施のための研修の実施
 - 二 病院等の管理者に対する支援団体の紹介
- 協議会は中央組織（中央協議会）として全国に1カ所、地方組織（地方協議会）として各都道府県に1カ所ずつ設置することが望ましいことを通知でお示ししており、各都道府県の医師会を事務局として、全ての都道府県に地方協議会が設置されている。
 - <参考> 平成28年6月24日付け医政発0624第1号「医療法施行規則の一部を改正する省令の施行に伴う留意事項について」
 - 第一 支援団体等連絡協議会について
 - 1 改正省令による改正後の医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第1条の10の5第1項の規定に基づき組織された協議会（以下「支援団体等連絡協議会」という。）は、地域における法第6条の11第2項に規定する支援（以下「支援」という。）の体制を構築するために地方組織として各都道府県の区域を基本として1カ所、また、中央組織として全国に1カ所設置されることが望ましいこと。
 - 2 各都道府県の区域を基本として設置される地方組織としての支援団体等連絡協議会（以下「地方協議会」という。）には、当該都道府県に所在する法第6条の11第2項に規定する医療事故調査等支援団体（支援団体を構成する団体を含む。以下「支援団体」という。）が、全国に設置される中央組織としての支援団体等連絡協議会（以下「中央協議会」という。）には、全国的に組織された支援団体及び法第6条の15第1項の規定により厚生労働大臣の指定を受けた医療事故調査・支援センター（以下「医療事故調査・支援センター」という。）が参画すること。

4. 支援団体による支援の充実

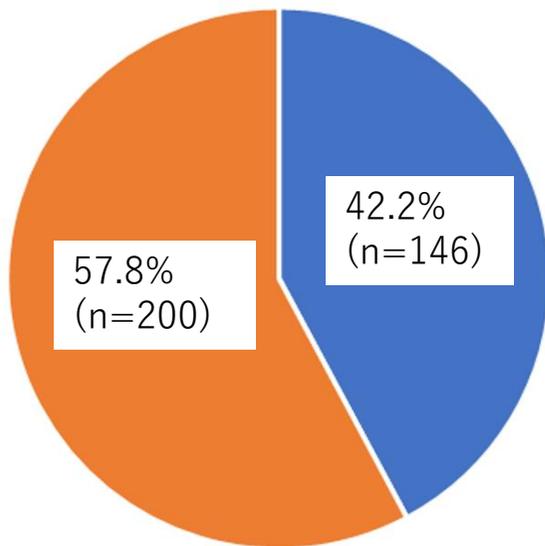
研究班の取組

- 半数以上の支援団体が制度開始から現在までに支援実績がなく、支援団体によって実績にばらつきがある。
- 制度開始から10年が経過しており、支援団体自体の環境の変化等も踏まえ、支援を提供できる支援団体を改めて確認することの必要性が指摘されている。

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料より抜粋、一部改変

藤原構成員資料

支援団体として他院を
支援したことがあるか
(制度開始から現在まで)



■ はい (n=346)
■ いいえ

今後の課題

- 支援を安定して提供するために、支援する人材の確保が課題
- 地方協議会が支援団体の情報を更新しつつ把握し、医療機関に情報提供・紹介する体制の構築が重要
- 現状で支援団体がおこなっている多様な取り組みを、支援団体間で共有し、各団体の自律的な活動の活性化につなげることも重要
- そのためには、中央協議会による支援団体相互の意見交換と情報共有も有用

また、支援団体自体の環境の変化なども踏まえ、支援を提供できる支援団体を改めて確認することも必要ではないか

4. 支援団体による支援の充実

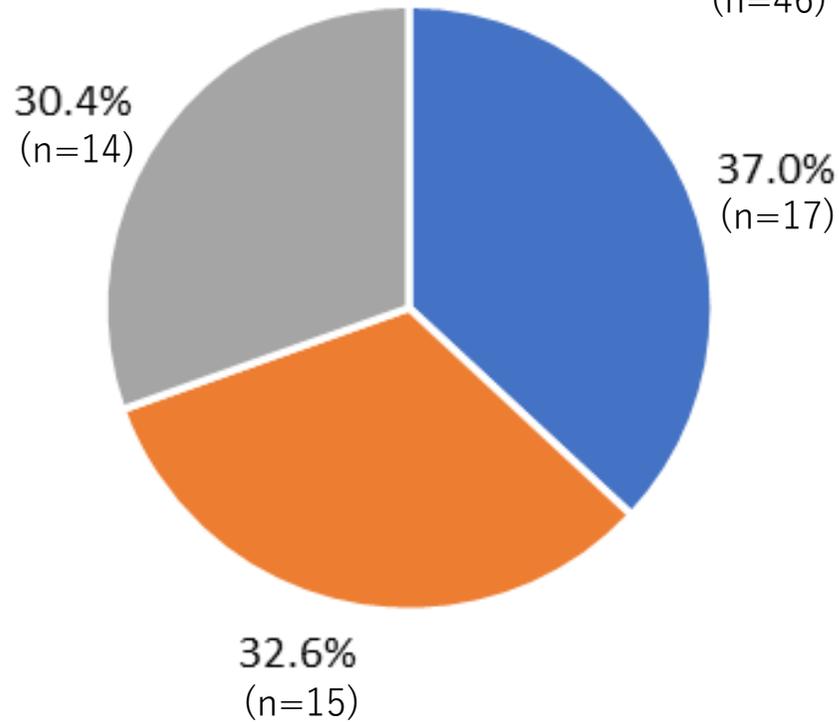
研究班の取組

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料より抜粋

藤原構成員資料

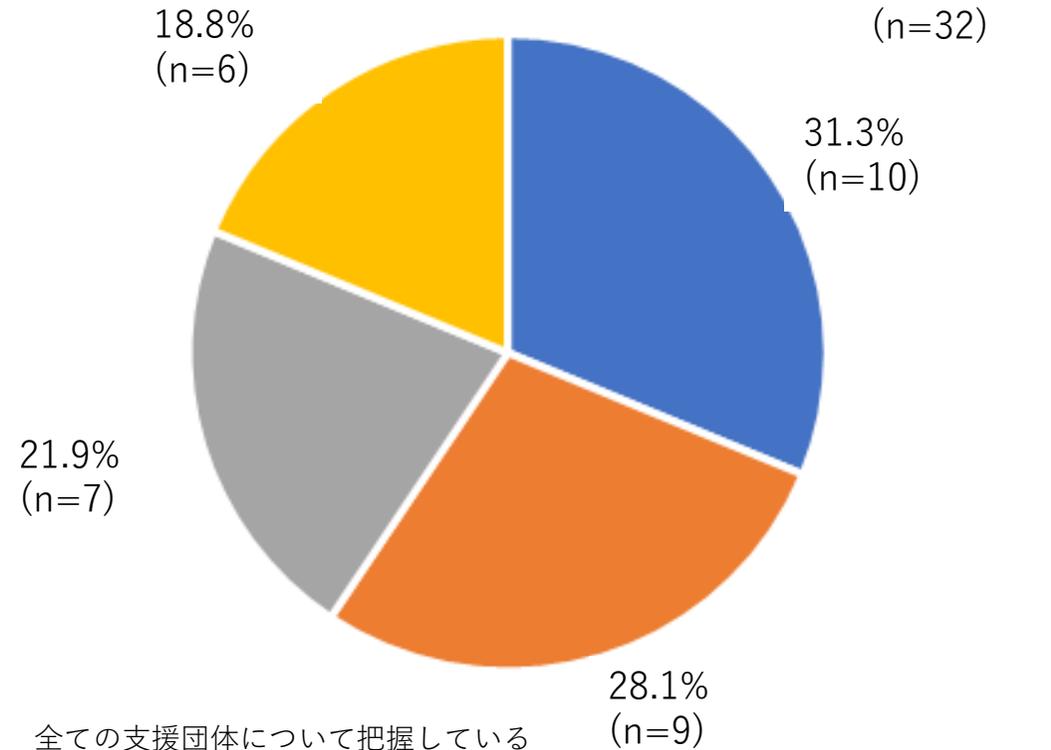
- 支援団体地方連絡協議会においては、約7割が支援団体の網羅的なリストを保有している。
- また支援団体が行っている支援の内容についても、約8割の協議会が支援団体から提供されている支援内容の全て、あるいはその一部を把握している。

地方協議会において
支援団体のリスト(網羅的なもの)を管理しているか
(n=46)



- 網羅的なリストを保有しており、更新している
- 網羅的なリストを保有しているが、更新していない
- 網羅的なリストを保有していない

地方協議会において
支援団体が行っている支援の内容を把握しているか
(n=32)



- 全ての支援団体について把握している
- 一部の支援団体について把握している (把握している支援団体の方が多い)
- 一部の支援団体について把握している (把握していない支援団体の方が多い)
- 把握していない

4. 支援団体による支援の充実

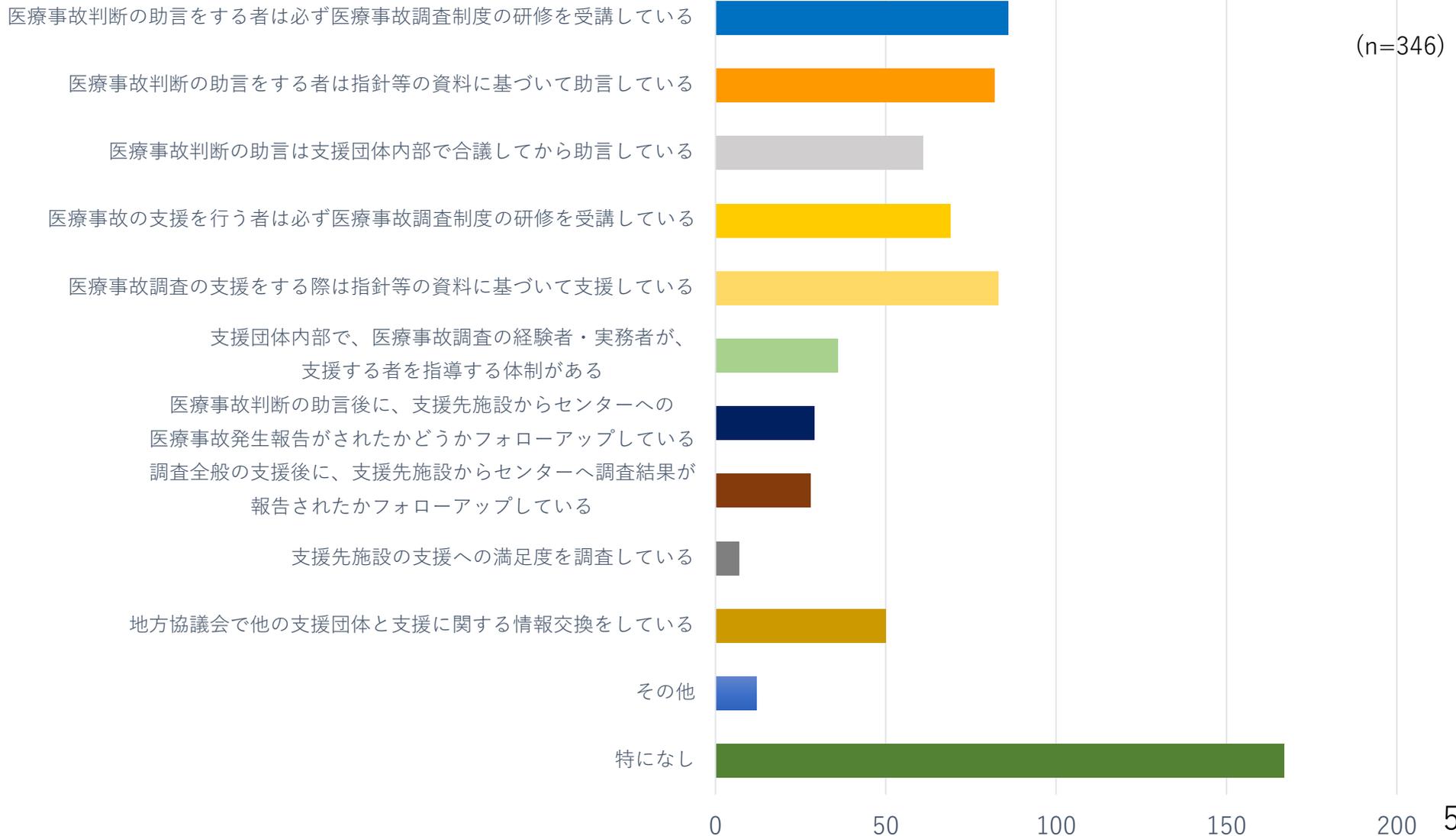
研究班の取組

- 支援の質を確保するため、支援団体のなかには医療事故判断の助言や医療事故の支援を行う者は研修の受講等を行っている団体がある。

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料より抜粋

支援の質を確保する仕組み(複数選択可)

藤原構成員資料



4. 支援団体による支援の充実

研究班の取組

- 地方協議会によって協議会や研修会の開催回数は異なっており、活動状況は都道府県により様々である。

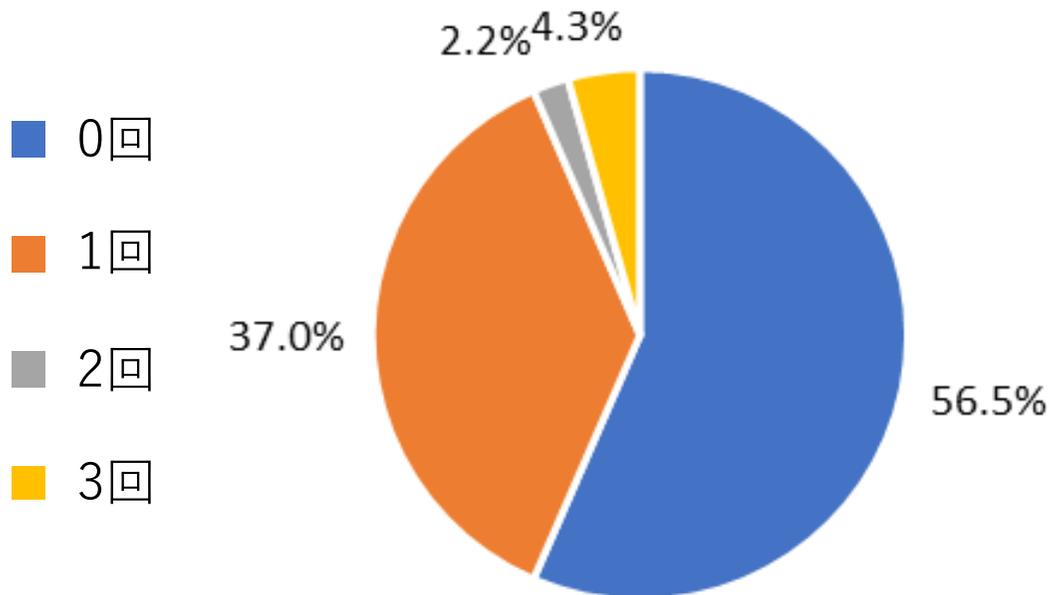
令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料より抜粋

藤原構成員資料

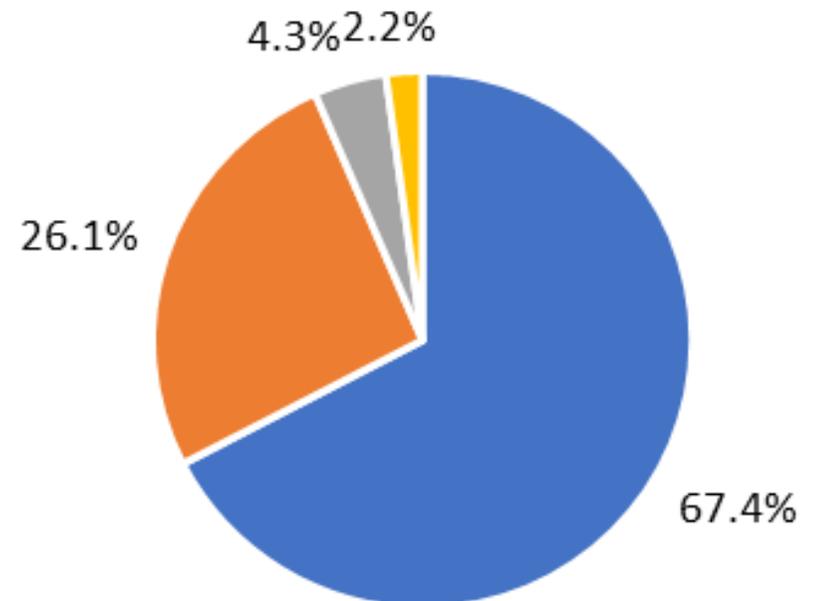
(支援の質の確保に向けた地方協議会の活動状況)

地方協議会：協議会・研修会の開催回数

協議会の開催回数
(2023年度)



研修会の開催回数
(2023年度)



4. 支援団体による支援の充実

研究班の取組

宮崎県医師会の取組例

- 宮崎県医師会では、医療事故調査支援委員会を設置しており、外部委員の推薦から報告書の作成まで、院内調査全体を通して支援するフローを作成し、運用している。

(別添1)
令和 年 月 日

宮崎県医師会医療事故調査支援委員会委員長 殿

医療機関住所: _____
医療機関名: _____
医療機関管理者職・氏名: _____
連絡責任者職・氏名: _____
連絡先電話番号: _____
メールアドレス: _____

「予期せぬ死亡事故(疑い)」発生報告書
記

1 医療事故調査・支援センターへの医療事故発生報告について
() 報告事例の判断に迷っている
() これから報告する
() 報告済み(医療事故報告票センター報告日 令和 年 月 日)
※報告済みの場合は、医療事故報告票(様式1)を添付してください。

2 病理解剖・死亡時画像診断(Ai)の検査依頼と検査依頼への支援について
・解剖(済・未) 未の場合、検査依頼への支援(要・否)
・Ai(済・未) 未の場合、検査依頼への支援(要・否)

3 院内事故調査委員会の設立に関して
() 院内協議(医療安全管理委員会等)を稼働させている
() 院内協議も開催していない

4 遺族等への説明
() 通常の説明済み
() 通常の説明を今から行う
() 簡単な説明だけなので、詳細説明時に支援要請する
() まだ混乱して説明していないので、支援を要請する
予定日時: 令和 年 月 日 時頃

1

5 患者情報
氏名()
性別(男・女)
年齢 _____ 歳 (生年月日 大・昭・平・令 年 月 日)
 外来一般受診中 入院中 救急外来 その他()

6 医療事故(疑い)状況
医療事故(疑い)の状況を、現時点で把握している範囲で記載してください。
調査により変わることはありますので、不明な事項については不明と記載してください。

・起因した医療(疑いを含む)を行った日時
令和 年 月 日 時 分

・死亡した日時 令和 年 月 日 時 分

・発生関連診療科 _____

・発生場所(複数回答可)
 外来診察室 外来待合室 救急外来 病室 病棟処置室
 手術室 検査室 透析室 分娩室・陣痛室
 トイレ 廊下 浴室 階段 機能訓練室
 放射線関連室 ICU CCU NICU
 その他()

・疾患名 1 _____
2 _____
3 _____

・発生時の実施医療行為と目的
(医療事故(疑い)の原因が医療行為によると考えられるとき)
※時系列で詳細を記載してください(別紙可)。医療提供前の患者、又は家族に対する説明内容も含まれます。

2

4. 支援団体等による支援の充実

現状と課題

- 病院等の管理者は、支援団体に対し、医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとされている。
- 支援団体は連絡協議会を組織することができ、中央協議会として全国に1カ所、地方協議会として各都道府県に1カ所ずつ設置されている。
- 支援団体によって支援の状況は様々であり、都道府県によっては地方協議会が網羅的に支援団体のリスト作成や実施している支援の内容について把握している場合もある。
- 一方で、制度開始から10年が経過し、支援団体を取り巻く状況も変化しているため、現在も支援を実施することが可能なのか、改めて確認し、支援団体を整理することの必要性が指摘されている。



議論の方向性について

- 各支援団体の現在の支援の意向、支援体制、支援状況等を確認し、支援団体を再整理することについてどのように考えるか。
- 支援を求める医療機関に対して適切な情報が提供できるよう、支援団体に対し、支援活動の状況に関して定期的に協議会と情報を共有するよう求めることについて、どのように考えるか。
- 支援団体の支援に携わる者に対する研修の整備を推進することについてどのように考えるか。

5. 国民への制度に関する周知促進

これまでの検討会で寄せられた主なご意見（再掲）

- 遺族の中にも、医療事故調査制度を知らないというのが本当に多い。制度自体、国民にほとんど周知されていない。
- 医療従事者への研修や制度の広報・市民公開講座を通じ、医療側・患者側を含む国民全体に制度を通じて事故の再発防止に取り組む意義を発信することが重要。



論点

- 国民への医療事故調査制度に関する普及啓発活動の促進について

5. 国民への制度に関する周知促進

医療安全支援センターに関する現行の法令等

- 医療法第6条の13において、都道府県、保健所を設置する市および特別区は医療安全支援センターを設置するよう努めることとされており、医療安全支援センターは区域内に所在する医療機関の管理者や患者、住民等に対し、医療の安全の確保に関し必要な情報の提供を行うことが業務として規定されている。

<参考> 医療法
第六条の十三

都道府県、保健所を設置する市及び特別区（以下この条及び次条において「都道府県等」という。）は、第六条の九に規定する措置を講ずるため、次に掲げる事務を実施する施設（以下「医療安全支援センター」という。）を設けるよう努めなければならない。

- 一 患者又はその家族からの当該都道府県等の区域内に所在する病院等における医療に関する苦情に対応し、又は相談に応ずるとともに、当該患者若しくはその家族又は当該病院等の管理者に対し、必要に応じ、助言を行うこと。
- 二 当該都道府県等の区域内に所在する病院等の開設者若しくは管理者若しくは従業者又は患者若しくはその家族若しくは住民に対し、**医療の安全の確保に関し必要な情報の提供を行う**こと。
- 三 当該都道府県等の区域内に所在する病院等の管理者又は従業者に対し、医療の安全に関する研修を実施すること。
- 四 前三号に掲げるもののほか、当該都道府県等の区域内における医療の安全の確保のために必要な支援を行うこと。

- 厚生労働省からお示ししている医療安全支援センター運営要領においても、「医療安全の確保に関する必要な情報の収集および提供」や「医療安全施策の普及・啓発」がセンターの業務として規定されている。
- 当該運営要領では医療の安全に関する情報として、医療事故の再発防止に向けた提言が例示されている。

<参考> 令和19年3月30日付け医政発0330036号「医療安全支援センター運営要領について」
別添「医療安全支援センター運営要領」（令和4年3月30日改正）

4 運営体制

(2) センターの業務

- ① 医療に関する患者・住民からの苦情や相談への対応
- ② 医療安全推進協議会の開催（※）
- ③ 患者・住民からの相談等に適切に対応するために行う、関係する機関・団体等との連絡調整
- ④ **医療安全の確保に関する必要な情報の収集及び提供**
- ⑤ 研修会の受講等によるセンターの職員の資質の向上
- ⑥ 医療安全の確保に関する必要な相談事例の収集、分析及び情報提供（センターにおいて分析を行うことが困難な場合は医療安全支援センター総合支援事業（以下「総合支援事業」という。）による分析結果を情報提供することも差し支えない。）
- ⑦ **医療安全施策の普及・啓発**（医療提供施設等に関する情報提供や助言や研修、患者・住民に対する医療安全に係る啓発等を含む。）

6. 国民への制度に関する周知促進

医療事故調査・支援センター等の取組

- 医療事故調査・支援センターでは、制度のポスター・リーフレットを作成している。
- これらの資料に関して、厚生労働省から都道府県等に対し、管内の医療機関での掲示や窓口での配布等の協力を依頼している。（令和4年11月18日付け事務連絡「医療事故調査制度の普及・啓発に関する協力依頼について」）
- また、医療法第25条第1項に基づく立入検査において、医療事故調査制度に関するポスターの掲示やリーフレットの配置等、普及啓発が図られるよう指導することについて、令和3年度より、都道府県等に対して通知で示している。（令和3年7月29日付け医政発0729第23号「令和3年度の医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査の実施について」）

リーフレット

この制度の目的は何ですか？
医療の中で起きた予期しない死亡の原因を究明して、再発を防止するための制度です。

医療機関は、何をしてくれますか？
まずこの制度の対象かどうかを判断します。そして対象となる死亡の場合は「院内調査」を行って、再発防止につなげます。

原因調査のためには遺体の解剖が必要だと聞きましたが？
原因究明のためには病理解剖を行うことがとても重要です。病理解剖は、ご遺族の同意の上で行います。

この調査制度を経験されたご遺族の声は？
「この制度がなかったら知り得なかった情報や状況を知ることが出来た」「家族がどうして亡くなったのか少しでも理解できて良かった」という声をいただいております。

本制度に関する厚生労働省の情報はこちらから
医療事故調査制度 厚生労働省

本制度の詳細な内容はこちら
医療事故調査・支援センター

相談専用ダイヤル 対応時間 平日9時～17時
03-3434-1110

一般社団法人 日本医療安全調査機構 (医療事故調査・支援センター)

「医療事故調査制度」をご存じですか。
ご家族、大切な方のためにぜひ知っておください
医療が提供されている中で「予期せぬ死亡」が発生した時、原因を究明するために調査を行い、再発防止につなげ、安全な医療を目指します。

一般社団法人 日本医療安全調査機構 (医療事故調査・支援センター)

ポスター

「医療事故調査制度」をご存じですか。

ご家族、大切な方のためにぜひ知っておください
医療が提供されている中で「予期せぬ死亡」が発生した時、原因を究明するために調査を行い、再発防止につなげ、安全な医療を目指します。

一般社団法人 日本医療安全調査機構 (医療事故調査・支援センター) 相談専用ダイヤル 対応時間 平日9時～17時 03-3434-1110

詳細についてはホームページをご覧ください
https://www.mediafa.or.jp/

6. 国民への制度に関する周知促進

医療事故調査・支援センターの取組

- 医療事故調査・支援センターでは、公式LINEやメール配信サービスを活用した制度の普及啓発活動を実施しているほか、市民公開講座の開催を予定している。

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料より

4. 研修

その他の国民・医療者への制度周知活動

- ◆ポスター・リーフレットの作成と配布（医療機関での掲示推進）
- ◆ホームページの更新
- ◆新聞広告の掲載
- ◆市民公開講座の実施（予定）
- ◆その他（SNS利用：LINE、メール配信：anなび）



機構ロゴ



機構キャラクター

機構のロゴを基に医療“安”全へのみんなの願いから機構のキャラクターが作成され、anちゃん（あんちゃん）と名付けられました。



・LINE: 是非ともだちになってください。



・メール(anなび): 是非メール登録をお願いします。

<https://m4-v2.mgz.nj.jp/sys/reg.php?cid=H407163>

医療安全支援センターにおける普及啓発の状況

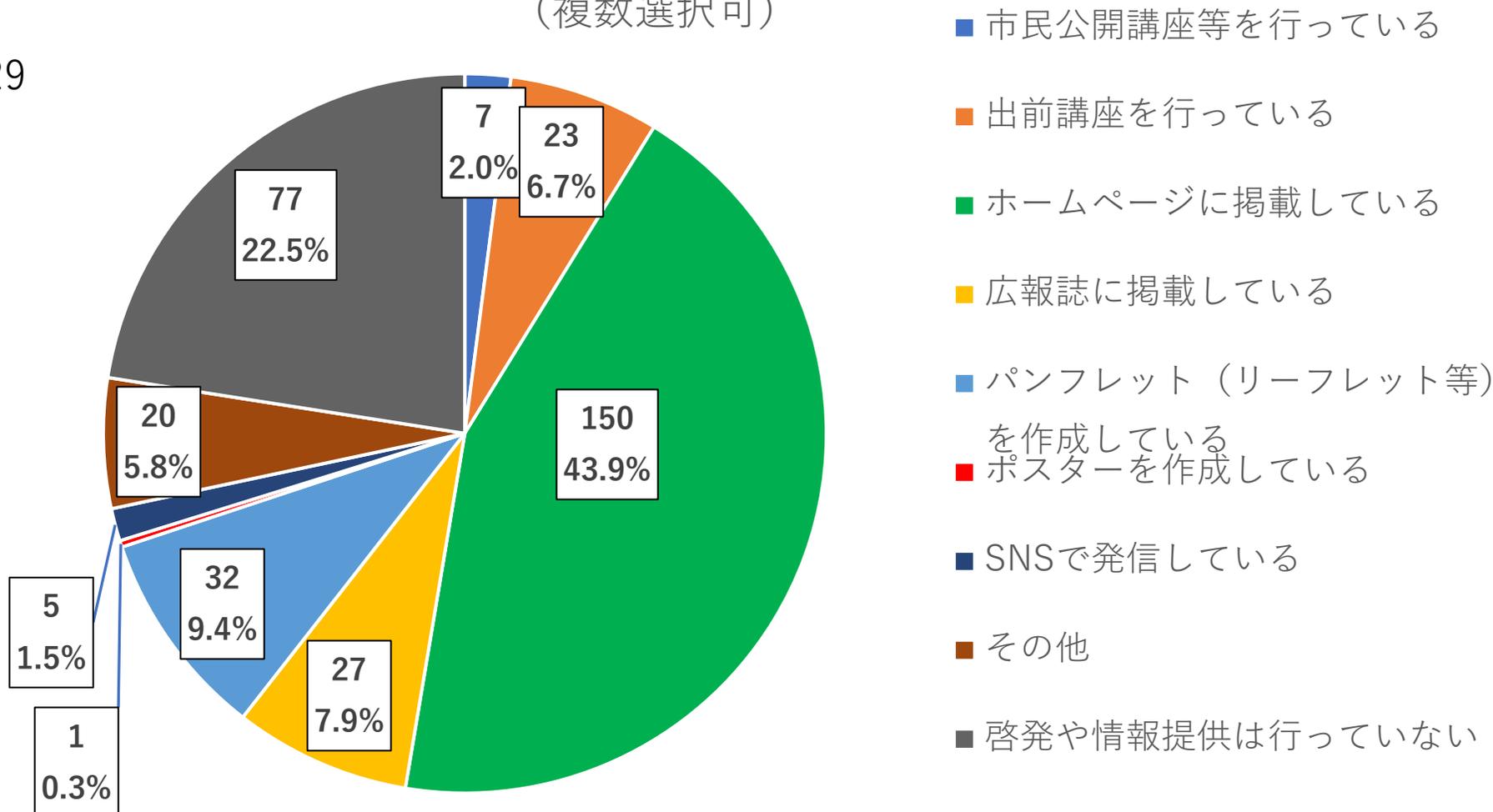
国内の現状

- 医療安全支援センターによる地域住民に対する啓発、医療安全に関する情報提供の方法については、ホームページ上での情報の掲載が約4割を占めている。

地域住民向けの啓発や医療安全に関する情報提供の方法について

(複数選択可)

n=329



5. 国民への制度に関する周知促進

現状と課題

- 医療事故調査制度の周知に関しては、医療事故調査・支援センターにおいてポスターやリーフレット等の広報資材の作成、新聞広告の掲載、SNSの利用等により周知を行っており、市民公開講座の開催も予定している。
- 厚生労働省からは都道府県等に対して上記広報資材について管内の医療機関での掲示や窓口での配布等の協力を依頼する等、制度の普及啓発活動を推進しているが、制度自体が十分に周知されていないという指摘がされている。
- 都道府県等における普及啓発について、医療法で都道府県等に設置努力義務が課せられている医療安全支援センターでは、医療の安全の確保に関して必要な情報の提供を行うことが規定されており、運営要領においても医療安全施策に関する普及啓発を行うことを求めている。



議論の方向性について

- 医療事故調査制度に関して、医療安全支援センターを含め、幅広い関係者が国民への普及啓発を促進することについてどのように考えるか。

參考資料

医療事故調査制度の施行に至る経緯

令和7年6月27日第1回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料

平成16年 平成18年	都立広尾病院事件の最高裁判所判決（管理者の医師法21条違反が確定） 福島県立大野病院事件（担当医が業務上過失致死と医師法21条違反で逮捕）
平成19年4月 平成19年12月 平成20年6月	「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」開始 自民党「医療紛争処理のあり方検討会」とりまとめ 大綱案公表（→その後、成立に至らず） ※管理者に医療事故死等の大臣への届出を義務化 ※国が設置した委員会が医療事故死等を調査し、医療安全のために講ずべき措置を大臣に勧告 ※悪質事例は警察に通報 ※医師が管理者に医療事故死等を報告することにより、個々の医師に係る医師法21条の届出は免除
平成24年2月 平成25年5月 12月	「医療事故に係る調査の仕組み等あり方検討部会」開始 「医療事故に係る調査の仕組み等あり方検討部会」とりまとめ 社会保障審議会医療部会
平成26年6月 7月	医療事故調査制度を含む医療法改正法案成立 「医療事故調査制度の施行に係る検討会」開始 ※制度の施行に向けて省令・告示・通知の内容を検討する目的で開催
平成27年3月 5月 8月 10月	「医療事故調査制度の施行に係る検討会」とりまとめ 医療法施行規則の一部を改正する省令の公布（医療事故調査制度部分） 第三者機関指定、支援団体の告示 医療事故調査制度施行
平成28年6月	医療法施行規則の一部を改正する省令の公布（医療事故調査制度部分） ・病院等における死亡・死産の確実な把握のための体制確保 ・支援団体による協議会の組織

医療事故調査制度の目的及び制度の対象となる「医療事故」の定義

医療事故調査制度の目的：

- 医療の安全を確保するために、医療事故の再発防止を行うこと。
(厚生労働省 医療事故調査制度に関するQ&A(Q1))
- 原因分析及び再発防止を図り、これにより医療の安全と医療の質の向上を図る。

制度の対象となる「医療事故」の定義（医療法第6条の10）

当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者がその死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるもの

	医療に起因し、又は起因すると疑われる 死亡又は死産	左記に該当しない 死亡又は死産
管理者が 予期しなかったもの	制度の対象事案	
管理者が 予期したもの		

医療事故調査・支援センターの業務

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料より抜粋

医療事故調査・支援センターの業務は医療法により次のとおり規定されています。

1. 医療機関の**院内事故調査の報告**により収集した情報の整理及び分析
2. 院内事故調査の報告をした病院等の管理者に対し、**情報の整理及び分析の結果を報告**
3. 医療機関の管理者が「医療事故」に該当するものとして医療事故調査・支援センターに報告した事例について、医療機関の管理者又は遺族から調査の依頼があった場合に、**調査を行うとともに、その結果を医療機関の管理者及び遺族に報告**
4. 医療事故調査に従事する者に対し、医療事故調査に係る**知識及び技能に関する研修**
5. 医療事故調査の実施に関する**相談に応じ、必要な情報の提供及び支援**
6. 医療事故の再発の防止に関する**普及啓発**
7. その他医療の安全の確保を図るために必要な業務

「医療事故調査制度に関するQ&A（平成27年9月28日更新版）」問21より

なお、運用に当たっては、次のとおり通知されています。

1. **遺族等から相談があった場合**、医療安全支援センターを紹介するほか、**遺族等からの求めに応じて、相談の内容等を医療機関の管理者に伝達**する
2. 支援団体や医療機関に対し**情報の提供及び支援**を行うとともに、**医療事故調査等に関する優良事例の共有**を行う
3. 再発防止策の検討を充実させるため、医療機関の管理者の同意を得て、必要に応じて、**院内調査報告書の内容に関する確認・照会等を行う**

平成28年医政総発0624第1号「医療法施行規則の一部を改正する省令の施行に伴う留意事項等について」

3. 再発防止の普及啓発

提言・警鐘レポート作成に関与した関係学会・関係団体

提言・警鐘レポートは、再発防止委員会が指定した専門学会より推薦された医療の専門家で構成された専門分析部会で検討されます。

学会、団体名	人数	学会、団体名	人数	学会、団体名	人数	学会、団体名	人数
医療の質・安全学会	16	日本看護科学学会	3	日本インターベンショナルラジオロジー学会	1	日本人間工学会	1
日本心臓血管外科学会	11	日本看護管理学会	3	日本NP学会	1	日本肺高血圧・肺循環学会	1
日本麻酔科学会	10	日本呼吸器外科学会	3	日本胸部外科学会	1	日本病理学会	1
日本医学放射線学会	9	日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会	3	日本口腔外科学会	1	日本薬学会	1
日本救急医学会	9	日本手術看護学会	3	日本呼吸療法医学会	1	日本臨床栄養代謝学会	1
日本消化器外科学会	8	日本摂食嚥下リハビリテーション学会	3	日本歯科麻酔学会	1	日本臨床腫瘍学会	1
日本クリティカルケア看護学会	7	日本脳神経外科学会	3	日本歯周病学会	1	日本老年薬学会	1
日本外科学会	7	日本不整脈心電学会	3	日本消化器内視鏡技師会	1	計 67学会・団体	212名
日本産科婦人科学会	7	日本臨床検査医学会	3	日本小児外科学会	1	・2016年から2024年12月までに25の専門分析部会が設置され、67学会・団体から計212名の協力を得ている。 ・我が国の医療界を挙げて再発防止策の策定に協力している。	
日本集中治療医学会	7	日本老年医学会	3	日本小児麻酔学会	1		
日本アレルギー学会	5	日本栄養士会	2	日本助産学会	1		
日本救急看護学会	5	日本肝臓学会	2	日本助産師会	1		
日本整形外科学会	5	日本血液学会	2	日本心臓血管麻酔学会	1		
日本リハビリテーション医学会	5	日本血管外科学会	2	日本診療情報管理学会	1		
日本医療薬学会	4	日本消化器内視鏡学会	2	日本診療放射線技師会	1		
日本呼吸器学会	4	日本精神科病院協会	2	日本摂食嚥下障害看護研究会	1		
日本循環器学会	4	日本透析医学会	2	日本胆道学会	1		
日本消化器病学会	4	日本内科学会	2	日本転倒予防学会	1		
日本神経学会	4	日本臨床衛生検査技師会	2	日本内視鏡外科学会	1		
日本臨床工学技士会	4	日本老年看護学会	2	日本内分泌外科学会	1		

「医療事故の再発防止に向けた提言」 公表状況



- 第1号 中心静脈穿刺合併症に係る死亡の分析
- 第2号 急性肺血栓塞栓症に係る死亡事例の分析
- 第3号 注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析
- 第4号 気管切開術後早期の気管切開チューブ逸脱・迷入に係る死亡事例の分析
- 第5号 腹腔鏡下胆嚢摘出術に係る死亡事例の分析
- 第6号 栄養剤投与目的に行われた胃管挿入に係る死亡事例の分析
- 第7号 一般・療養病棟における非侵襲的陽圧換気（NPPV）及び気管切開下陽圧換気（TPPV）に係る死亡事例の分析
- 第8号 救急医療における画像診断に係る死亡事例の分析
- 第9号 入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷に係る死亡事例の分析
- 第10号 大腸内視鏡検査等の前処置に係る死亡事例の分析
- 第11号 肝生検に係る死亡事例の分析
- 第12号 胸腔穿刺に係る死亡事例の分析
- 第13号 胃瘻造設・カテーテル交換に係る死亡事例の分析
- 第14号 カテーテルアブレーションに係る死亡事例の分析
- 第15号 薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析
- 第16号 頸部手術に起因した気道閉塞に係る死亡事例の分析
- 第17号 中心静脈カテーテル挿入・抜去に係る死亡事例の分析
- 第18号 股関節手術を契機とした出血に係る死亡事例の分析
- 第19号 肺動脈カテーテルに係る死亡事例の分析
- 第20号 血液検査パニック値に係る死亡事例の分析

医療事故の再発防止に向けた**警鐘レポート**第1号 ペーシングワイヤー抜去に伴う心損傷による死亡

医療事故の再発防止に向けた 警鐘レポートNo.1

医療事故調査・支援センター
Medical Accident Investigation and Support Center
2024年11月発行

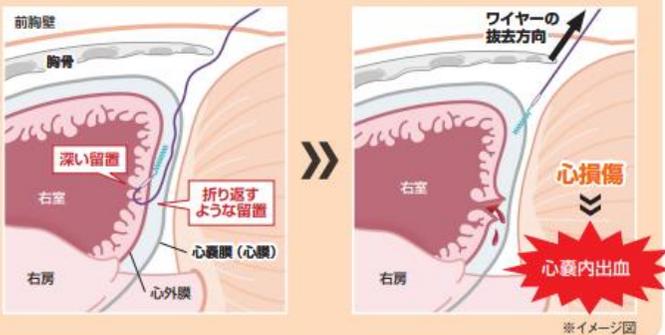
心臓血管外科、集中治療科、特定行為に係る看護師、開心術後の患者と関わる医療従事者の皆さまへ

ペーシングワイヤー抜去に伴う心損傷による死亡

心臓手術で心表面に留置した一時的体外式ペーシングワイヤーを抜去した際、心損傷により心室内出血をきたし、大量出血のため死亡した事例が3例報告されています。

心損傷に至ったと考えられる要因

留置手技 心腔内に至るペーシングワイヤーの深い位置
もしくは、心筋および心室内で折り返すようなワイヤーの留置



事例概要

事例1 小開胸胸腔鏡下僧帽弁形成術・三尖弁形成術を施行。右室横隔膜面にペーシングワイヤーを留置。術後約1週間でワイヤーを抜去。

抜去10分後、胸内苦悶を訴え意識消失し、血圧50mmHg台。心エコーで心腔内虚脱を認め、心停止。レントゲンで心胸を確認し、胸腔ドレーンを留置。多量の出血を認め、再開胸止血術を施行したところ、ワイヤー抜去部から出血(心外膜に3~5mmの線状創)を認め、抜去から2日後に死亡。

事例2 僧帽弁置換術・三尖弁形成術を施行。右室横隔膜面にペーシングワイヤーを留置。術後約1週間でワイヤーを抜去。

抜去5分後、左肩痛が出現、血圧50mmHg台で補液を開始。心エコーで心尖部に最大径8mm程度の心嚢液、CTで右房側面と心尖部に心嚢液貯留を認め、再度心エコーを施行するが明らかな変化は認めなかった。次第に血圧が低下、心房細動となり、再開胸止血術を施行したところ、右室横隔膜面より噴出性の出血を認め、抜去から2日後に死亡。

※事例概要は、院内調査結果報告書をもとに専門分析部会が整理し、作成しています。報告された他の事例は、ホームページをご覧ください。

医療事故の再発防止に向けた警鐘レポートNo.1

2024年11月発行

[事例から考える再発防止]

ペーシングワイヤー抜去に伴う心損傷による死亡を回避するために

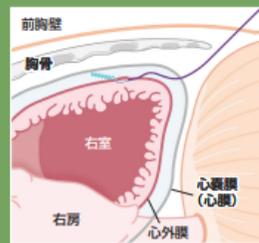
心損傷に至ったと考えられる留置手技

- 心腔内に至るペーシングワイヤーの深い位置
- 心筋および心室内で折り返すようなワイヤーの留置

心損傷に至らないために

対策

ペーシングワイヤーは、心外膜直下の**浅い位置**に、抜去する方向の軸と**一直線**になるよう留置する。



死亡を回避するために

「心室内出血」早期発見のポイント

- 抜去当日、急激に循環動態が変動した時は、心室内出血の可能性を疑い、画像検査を検討する。
※血腫の位置により、心エコーやCTで検出できず、再開胸の判断が困難な場合もある。
- 心エコーやCTの結果は、可能な限り複数医師で協議し、治療方針(再開胸)を決定する。

抜去は、土日や時間を避け、再開胸が可能な体制下で行うことが望めます。

学会への期待

ペーシングワイヤーの留置に関連した手技や抜去に伴う心損傷時の対応について、ガイドラインなどの作成が望まれる。

*警鐘レポートは、専門家で構成された専門分析部会が検討・作成し、再発防止委員会承認されたものです。
*警鐘レポートは、報告された死亡事例をもとに、死亡に至ることを回避するという視点で作成されており、これらの対策ですべての事象を回避できるものではなく、また、個別の患者の状況等によりこれらの対策が困難な場合や、最善でない場合も考えられます。
*この内容は将来にわたり保証するものではなく、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするためのものではありません。

日本医療安全調査機構
ホームページより



3. 再発防止の普及啓発 **関係学会における提言の取り組み状況の例** ※事務局が把握している内容のみ掲載

学会	内容	提言
日本外科学会	専門医更新の共通講習A (医療安全)	提言1号 中心静脈穿刺合併症-第1報-
		提言2号 急性肺血栓塞栓症
		提言5号 腹腔鏡下胆嚢摘出術
日本内科学会	学会誌への寄稿	提言14号 カテーテルアブレーション
		提言15号 薬剤の誤投与
		提言19号 肺動脈カテーテル (第1部 開心術編 第2部 検査編)
		提言20号 血液検査パニック値
日本循環器学会、日本医学放射線学会等	ガイドライン改訂時に引用	提言2号 急性肺血栓塞栓症
日本アレルギー学会	ガイドライン改訂時に引用	提言3号 注射剤によるアナフィラキシー
日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会	専門医更新のテストに活用	提言16号 頸部手術に起因した気道閉塞
日本心臓血管外科学会	ガイドライン作成時に反映予定	警鐘レポートNo.1 ペースメーカーワイヤー抜去に伴う心損傷による死亡
日本臨床検査医学会	専門医更新の共通講習A (医療安全)	提言20号 血液検査パニック値
その他学術集会	医療安全講習会 (部会長等)	各提言

医療界の協力のもとに提言・警鐘レポートの普及啓発を行っている

医療事故調査等支援団体について

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料より抜粋

- 医療事故調査等支援団体は、医療機関が院内事故調査を行うにあたり、専門家の派遣等の必要な支援を行う団体であり、医療法では「医学医術に関する学術団体その他の厚生労働大臣が定める団体」とされている。
- 支援を求める医療機関に対して以下のような支援を行うことを想定している。
 - ・ 医療事故の**判断に関する相談**
 - ・ **調査手法に関する相談、助言**
 - ・ **院内事故調査の進め方に関する支援**
 - ・ **解剖、死亡時画像診断**に関する支援（施設・設備等の提供含む）
 - ・ 院内調査に**必要な専門家の派遣**
 - ・ **報告書作成に関する相談、助言**
（医療事故に関する情報の収集・整理、報告書の記載方法など）

医療法第6条の11第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める団体(支援団体)(令和4年告示第350号)

- **職能団体**
 - ・ (公社) 日本医師会及び(一社) 都道府県医師会
 - ・ (公社) 日本歯科医師会及び(一社) 都道府県歯科医師会
 - ・ (公社) 日本薬剤師会及び(一社) 都道府県薬剤師会
 - ・ (公社) 日本看護協会及び(公社) 都道府県看護協会
 - ・ (公社) 日本助産師会及び(一社) 都道府県助産師会
 - ・ (一社) 日本病院薬剤師会
 - ・ (公社) 日本診療放射線技師会
 - ・ (一社) 日本臨床衛生検査技師会
 - ・ (公社) 日本臨床工学技士会
- **病院事業者**
 - ・ (一社) 全国医学部長病院長会議及びその会員が代表者である大学の医学部又は病院
 - ・ (公財) 日本医療機能評価機構
 - ・ (独) 国立病院機構
 - ・ (独) 労働者健康安全機構
 - ・ (独) 地域医療機能推進機構
 - ・ (国研) 国立がん研究センター
 - ・ (国研) 国立循環器病研究センター
 - ・ (国研) 国立精神・神経医療研究センター
 - ・ (国研) 国立成育医療研究センター
 - ・ (国研) 国立長寿医療研究センター
 - ・ 国立健康危機管理研究機構
 - ・ 日本赤十字社
 - ・ (福) 恩賜財団済生会
 - ・ 全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生農業協同組合連合会
 - ・ (福) 北海道社会事業協会
 - ・ 国家公務員共済組合連合会
- **学術団体**
 - ・ 日本医学会に属する学会（内90学会）
 - ・ (一社) 日本美容外科学会 (JSAPS)
 - ・ (一社) 日本美容外科学会 (JSAS)
 - ・ 日本歯科医学会
 - ・ (一社) 日本医療薬学会
 - ・ (一社) 日本看護系学会協議会の社員である学会
 - ・ (一社) 医療の質・安全学会
 - ・ (一社) 医療安全全国共同行動
 - ・ (一社) 日本医療安全学会
- **病院団体等**
 - ・ (一社) 日本病院会及びその会員が代表者である病院
 - ・ (公社) 全日本病院協会及びその会員が代表者である病院
 - ・ (一社) 日本医療法人協会
 - ・ (公社) 日本精神科病院協会
 - ・ (公社) 全国自治体病院協議会及びその会員が代表者である病院

支援団体等連絡協議会

令和7年8月8日 第2回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会資料より抜粋

<設置根拠：医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第1条の10の5（抄）>

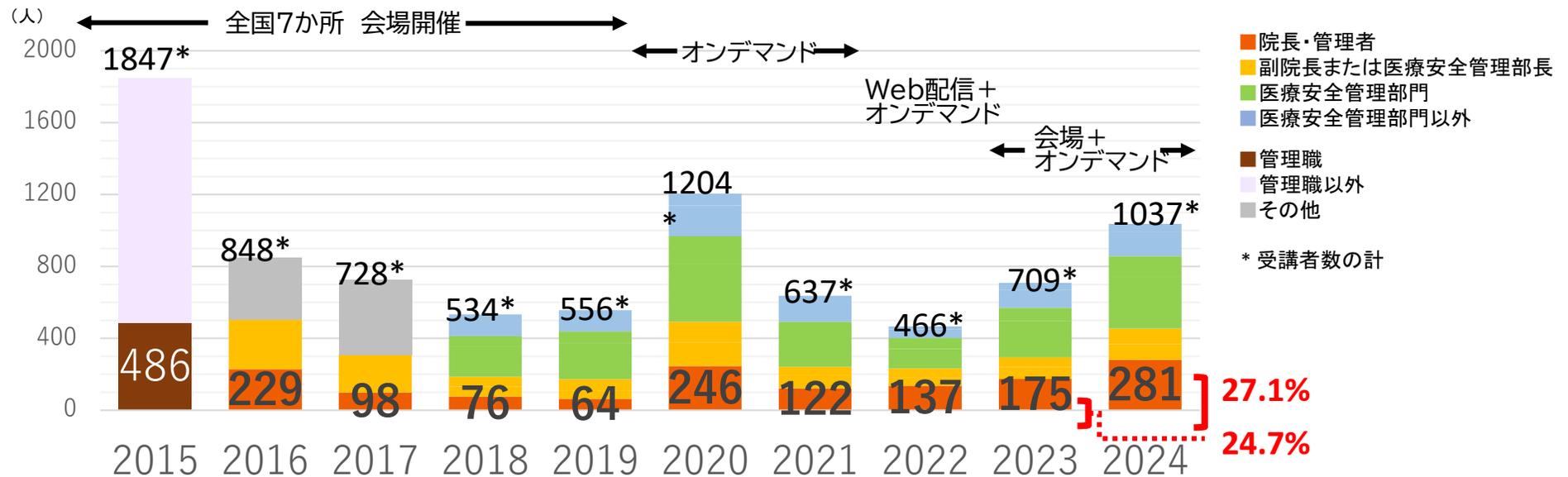
- 1 医療事故調査等支援団体は、支援を行うにあたり必要な対策を推進するため、共同で協議会を組織することができる。
- 2 協議会は、前項の目的を達するため、病院等の管理者が行う医療事故の報告及び医療事故調査の状況並びに支援団体が行う支援の状況の情報の共有及び必要な意見の交換を行うものとする。
- 3 協議会は、前項の情報の共有及び意見の交換の結果に基づき、次に掲げる事項を行うものとする。
 - 一 病院等の管理者が行う医療事故の報告及び医療事故調査並びに支援団体が行う支援の円滑な実施のための研修の実施
 - 二 病院等の管理者に対する支援団体の紹介

- 支援団体等連絡協議会（以下、協議会）は中央組織（以下、中央協議会）として全国に1カ所、地方組織（以下、地方協議会）として各都道府県の区域を基本として1カ所設置することが望ましい
- 地方協議会には当該都道府県に所在する支援団体が参画し、中央協議会には全国的に組織された支援団体及び医療事故調査・支援センターが参画する
- 医療事故調査を行うために必要な支援について、専門的事項や個別的、具体的事項の情報の共有及び意見の交換などに際しては、各協議会が、より機動的な運用を行うために必要な組織を設けることなどが考えられる。
- 各協議会は病院等の管理者が、医療事故に該当するかの判断や医療事故調査等を行う場合に参考とすることができる標準的な取り扱いについて意見交換を行う
- 医療法施行規則に規定される「支援団体が行う支援の円滑な実施のための研修」とは、地方協議会または中央協議会が各病院等の管理者及び当該病院等で医療事故調査に関する業務に携わる者、並びに支援団体の関係者に対して実施することを想定。
- 医療法施行規則に規定される「病院等の管理者に対する支援団体の紹介」とは地方協議会が各都道府県内の支援団体の支援窓口となり、医療事故報告を行った病院等の管理者からの求めに応じて、個別の事例に応じた適切な支援を行うことができる支援団体を紹介することをいう。
- その他、協議会の運営において必要な事項は、各協議会において定めることができる

「管理者・実務者セミナー」 (日本医師会委託)

○ 受講者

- ・2024年度 1,037名 (院長・管理者 281名:27.1%)
- ・累計 8,566名 /10年 (院長・管理者1,428名:16.7%)



- ・医療機関種別 (2023年度 709名中)
 病院 588名、診療所 104名、助産所 1名、その他 16名

令和4－5年度厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業 「医療機関内の医療事故の機能的な報告体制の構築のための研究」

○目的

死亡の発生から医療事故報告までの初期対応における医療機関内の体制に焦点をあてて実態調査を行い、抽出された課題から機能的な医療事故報告体制の確立に必要な要素を同定し、医療事故報告体制に関する手引きや医療事故発生時の初期対応トレーニングの動画の作成を通じて、医療機関の円滑な初期対応に資することを目的とする。

○研究班体制(※所属は当時)

- ・研究代表者:木村 壯介 (日本医療安全調査機構)
- ・研究分担者:秋元 奈穂子(立教大学)
 - 後 信 (九州大学病院)
 - 南須原 康行(北海道大学病院)
 - 宮田 哲郎 (国際医療福祉大学)
- ・研究協力者:安達 久美子、石渡 勇、伊藤 進一、今村 英仁、井本 寛子、大島 久美、岡田 禎人、川上 純一、隈丸 拓、坂本 哲也、仙賀 裕、田中 伸哉、田原 克志、寺島 多実子、豊田 郁子、西山 暁、濱 徹、早川 秀幸、別所 文彦、渡邊 秀臣

医療事故の報告体制についてのアンケート調査

○調査対象

病院および診療所(9,297施設)

- ・ 20床以上の病院(8,096施設)
- ・ 診療所(全国から1,201施設を抽出)

○アンケート調査内容

- ・ 医療事故報告経験について
- ・ 安全管理部門の設置等、医療安全体制について
- ・ 医療事故を疑う事案の把握にあたる院内体制について
- ・ 医療事故調査制度に係る研修の受講経験について
- ・ 医療事故報告の過程で困ったことについて

○調査実施期間

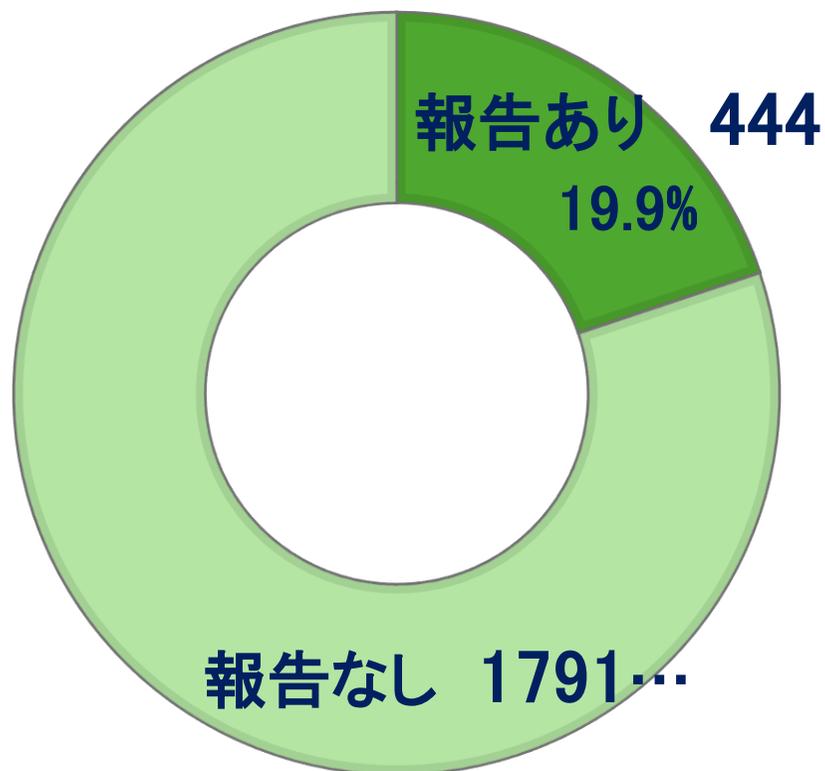
令和5年1月16日～2月20日(約1か月間)

○回答結果

調査票配布9,297施設のうち、2,235施設(24.0%)から回答を得た

1. 医療事故調査・支援センターへの医療事故報告経験

医療機関全体 n=2,235



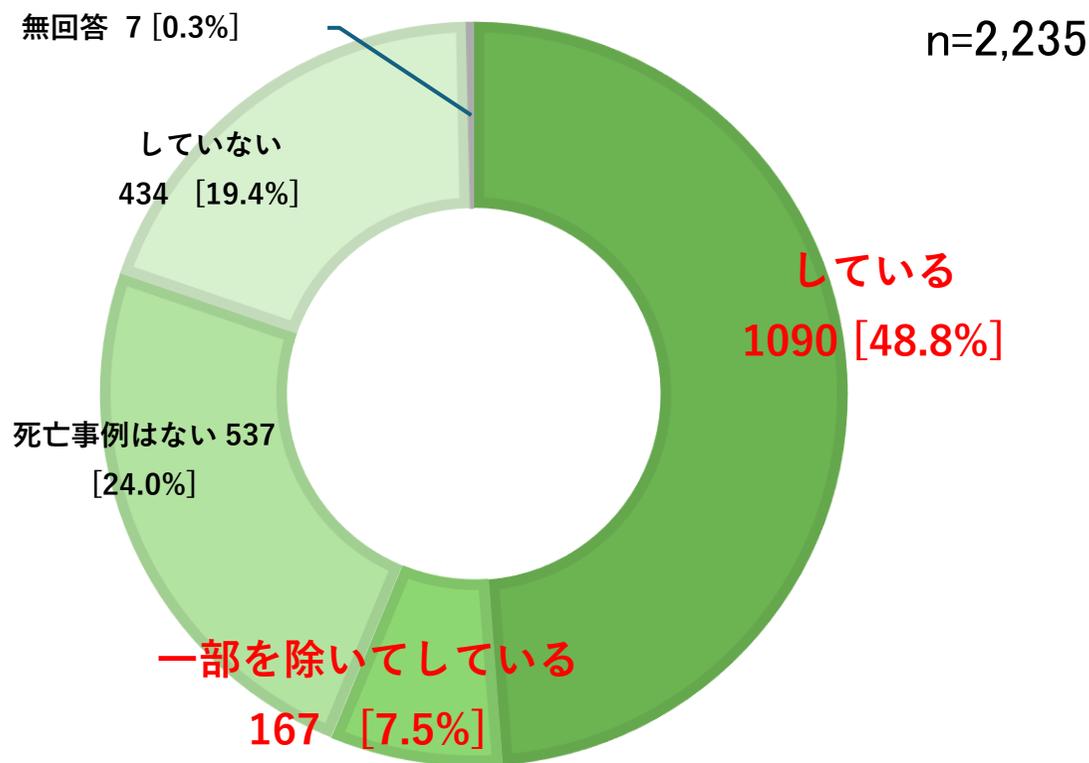
○ 回答医療機関のうち、約2割の医療機関に事故報告経験があった。

2. 医療機関の種類別の医療事故報告経験のまとめ

医療機関種別 \ 事故報告	有	無	計
一般病院 [※]	381	1,289	1,670
199床以下	123	965	1,088
200床以上	256	302	558
病床数不明	2	22	24
精神科単科病院 +結核専門病院	22	211	233
診療所	39	285	324
不明	2	6	8
総数	444	1,791	2,235

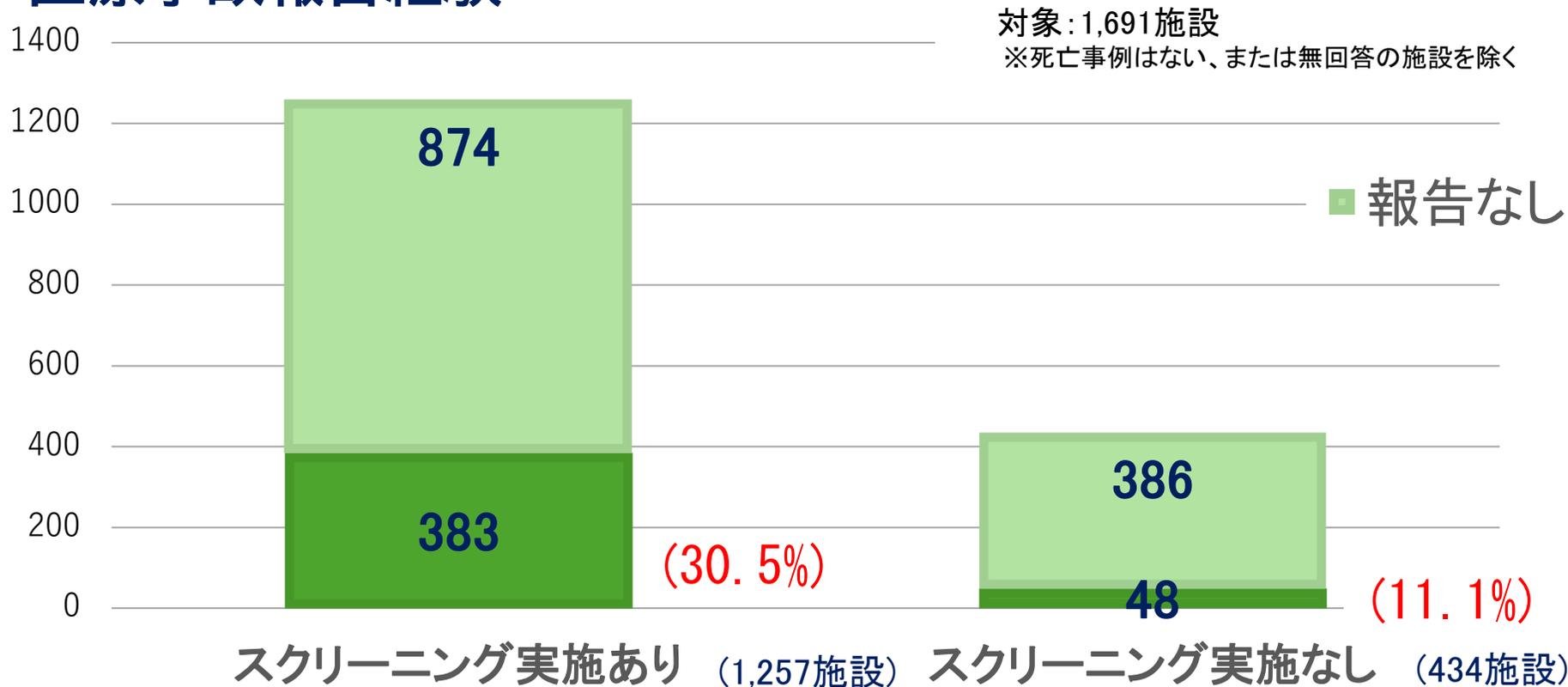
※上記の表における「一般病院」は、アンケートで一般病院・療養型病院及び地域医療支援病院と回答した病院を指す

4. 院内の全死亡事例について医療事故調査制度の対象となる事例かどうかのスクリーニング実施の有無



○院内の全死亡事例についてスクリーニングを実施している(「一部を除いてしている」を含む)施設は、全体の約6割であった。

5. 院内の全死亡事例について医療事故調査制度の対象となる事例かどうかのスクリーニング実施の有無別による医療事故報告経験

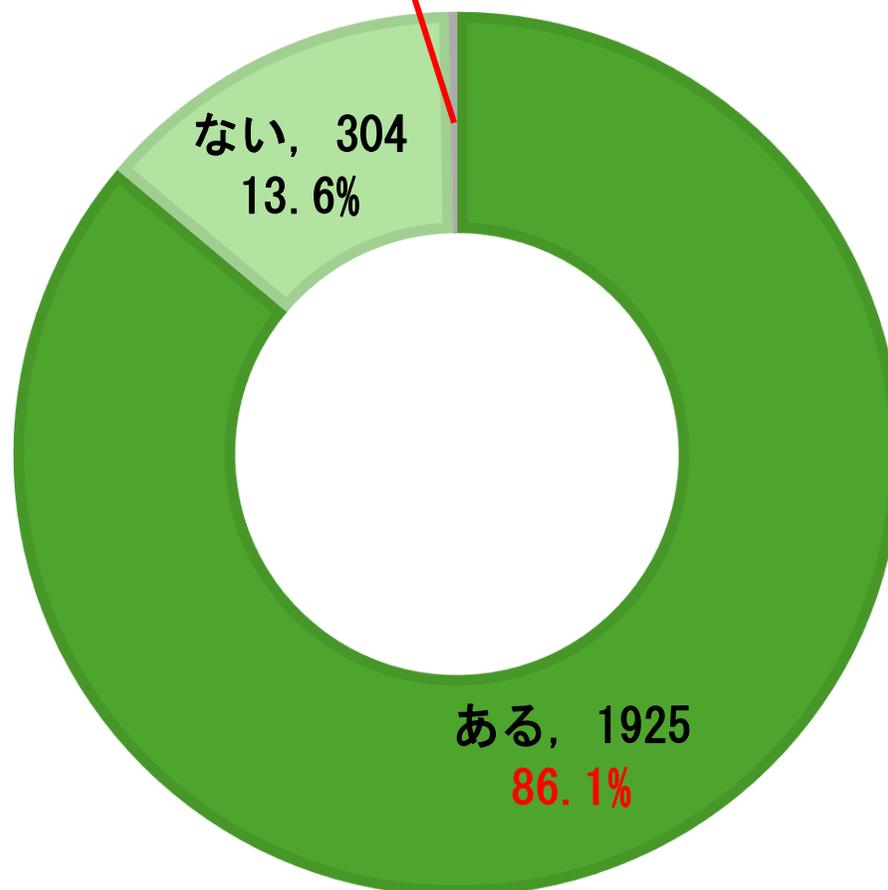


○スクリーニングを実施している施設の事故報告経験は、実施していない施設の約3倍であった。

6. 医療事故が疑われる事例が発生した場合に医療安全担当者に相談・報告する仕組みの有無

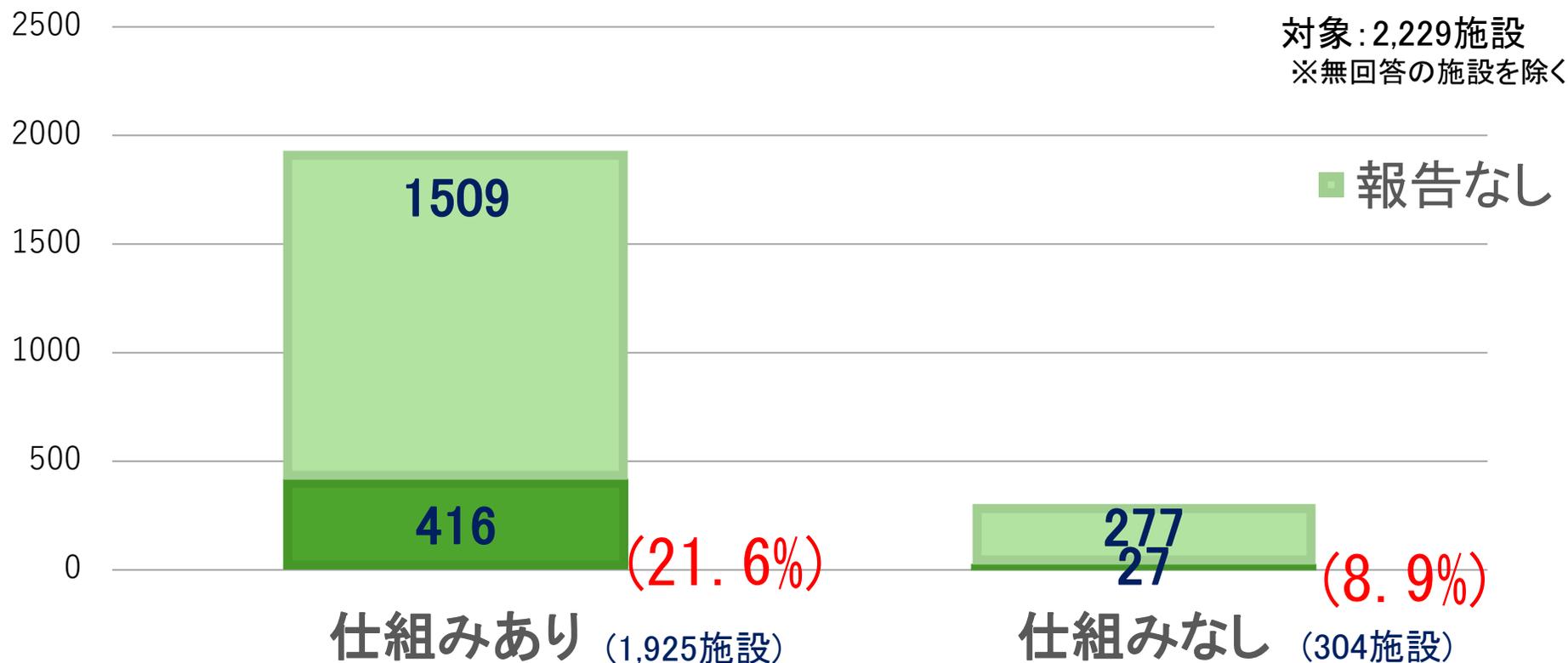
無回答, 6 0.3%

n=2,235



○ 医療事故調査制度の対象と疑われる事例が発生した場合に医療安全担当者に相談・報告する仕組みがある施設は、全体の8割以上であった。

7. 医療事故が疑われる事例が発生した場合に医療安全担当者に相談・報告する仕組みの有無別による医療事故報告経験

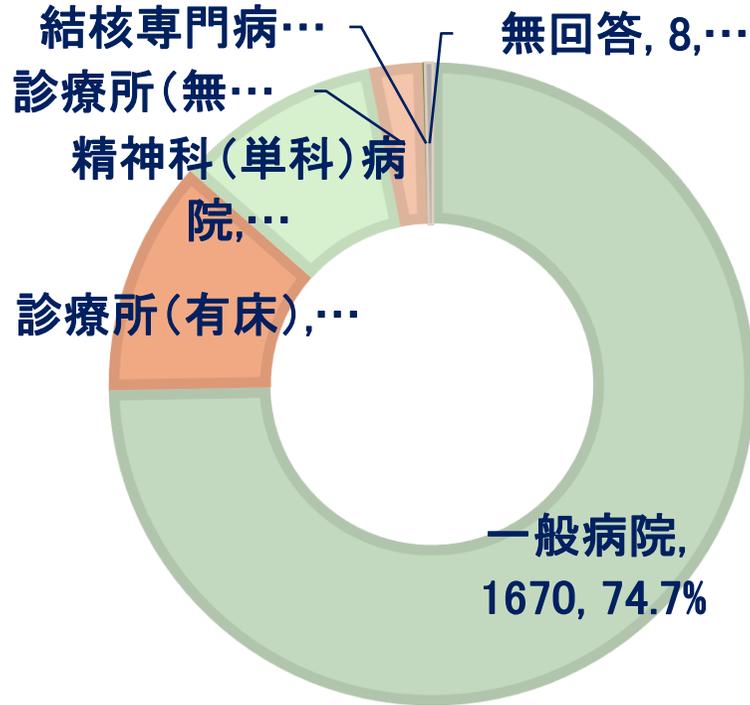


○医療安全担当者に相談・報告する仕組みがある医療機関の事故報告経験は、仕組みがない施設の約2倍であった。

(参考) 回答した医療機関の情報

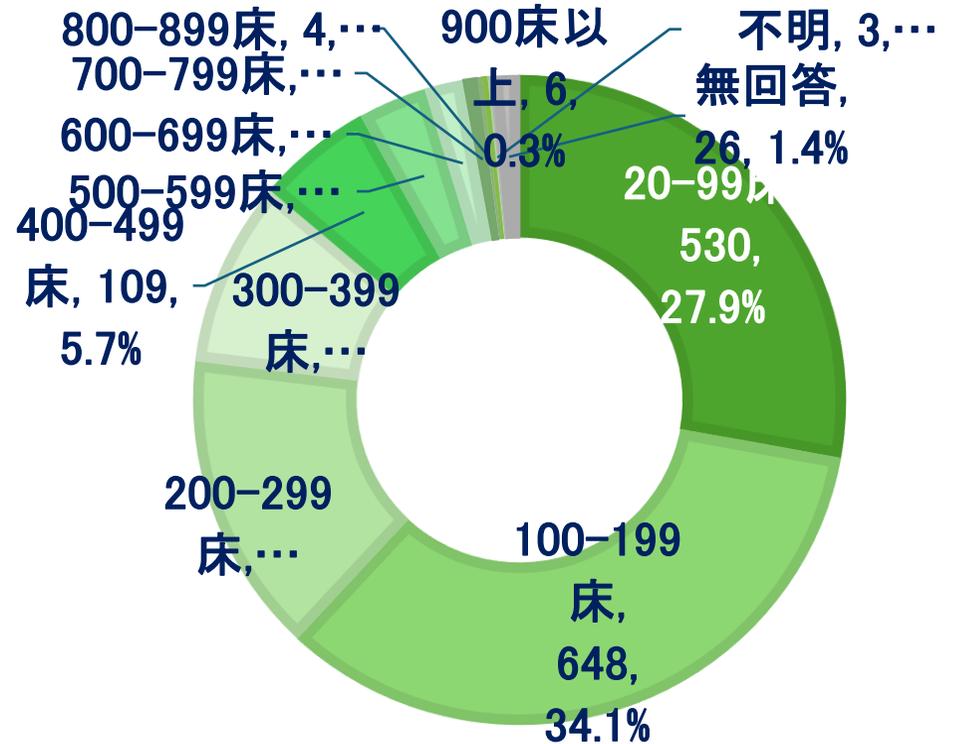
医療機関の種類

n=2, 235



病院の病床規模

病院 n=1, 903



※一般病院は、「療養型病院・一般病院(1,324施設)」および「地域医療支援病院(346施設)」と回答した病院を指す。

○一般病院の回答が全体の約7割であった。病院(一般病院、精神科・結核専門病院)の病床規模別では、200床以下の回答が約6割であった。

医療事故調査制度における医療事故調査等支援団体による 支援の機能的運用および質向上に向けた研究

研究代表者 細川 秀一（日本医師会 常任理事）
研究分担者 藤原 慶正（日本医師会 常任理事）
研究協力者 菅間 博（日本医療法人協会 副会長）
木下 浩作（全国医学部長病院長会議 患者安全推進委員会委員長）

目的

医療事故調査制度における、医療事故調査等支援団体による以下の事項①②の現状を把握し、今後の支援の提供体制と質の向上を図ることによって、医療事故の原因分析と再発防止による医療安全の向上という制度本来の目的に繋がることを目指した。

- ① 医療機関が事例毎に適切な支援を受けられる体制
 - ①-a 各種支援のリソース
 - ①-b 医療機関への支援団体の紹介・情報提供
- ② 提供される支援の質の確保

方法

- 支援団体と地方支援団体等連絡協議会(以下、地方協議会)を対象としたWEBアンケート調査を実施
(調査期間: 令和7年2月~3月)
- アンケート調査でヒアリングに協力可能との回答があった団体(支援団体と地方協議会)の中から、計8団体に対しWEB会議によるヒアリングを実施
(活動の現状と課題、問題点等の聴き取り)

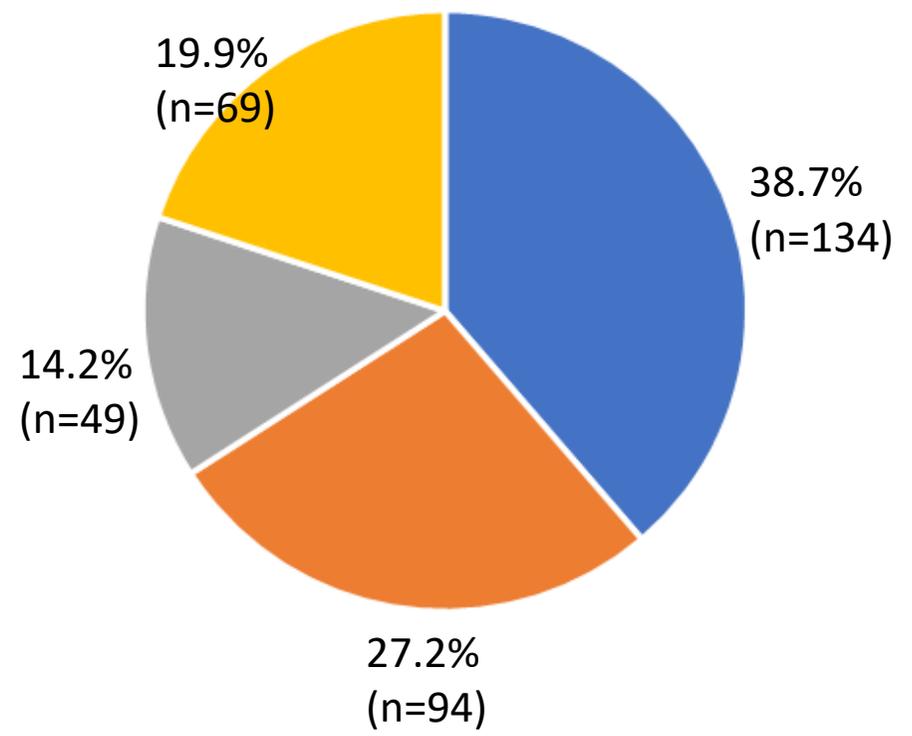
回答率、回答者の基本情報

①支援団体 : 346団体より回答 (回答率39.3%)

※880団体に調査協力を依頼

<内訳>

- 職能団体
- 病院団体等
- 病院事業者
- 学術団体



②地方協議会: 47協議会より回答 (回答率100%)