
医療事故調査・支援センター

Medical Accident Investigation and Support Center

2025年 年報

2025 Annual Report

2026年3月



一般社団法人 日本医療安全調査機構
Japan Medical Safety Research Organization

目次

I はじめに	1
「医療事故調査・支援センター 2025 年 年報」の公表にあたって	
II 相談・医療事故報告等の現況	3
要約版について	4
要約版	5
III 医療事故調査・支援センターの事業概要	27
1. 医療事故調査・支援センターの位置付け・目的	28
2. 医療事故調査・支援センターの業務	28
(1) 医療事故調査・支援事業運営委員会の開催	29
(2) 医療事故調査の実施に関する相談・支援	31
(3) 再発防止策を提案するための情報分析および普及・啓発	34
(4) センター調査	37
(5) 研修の実施	40
(6) 普及・啓発の実施	46
IV 各種名簿、協力学会・団体一覧	53
資料 1 医療事故調査・支援事業運営委員会 委員名簿	54
資料 2 再発防止委員会 委員名簿	55
資料 3 総合調査委員会 委員名簿	55
資料 4 協力学会・団体一覧	56

V 付録 57

付録 1	医療事故の再発防止に向けた提言 第 21 号 産科危機的出血に係る妊産婦死亡事例の分析	58
付録 2	医療事故の再発防止に向けた警鐘レポート No.2 注射剤の血管内投与後に発症したアナフィラキシーによる死亡	60
付録 3	医療事故の再発防止に向けた警鐘レポート No.3 異所性妊娠に伴う卵管破裂による死亡	60
付録 4	医療事故の再発防止に向けた警鐘レポート No.4 気管切開術後早期のチューブ逸脱・迷入による死亡	61
付録 5	医療事故の再発防止に向けた提言 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」 に関する Web アンケート集計結果(整形外科)	62
付録 6	医療事故の再発防止に向けた提言 第 19 号 「肺動脈カテーテルに係る死亡事例の分析 第 1 部開心術編」 に関する Web アンケート集計結果(心臓血管外科)	67
付録 7	医療事故の再発防止に向けた提言 第 19 号 「肺動脈カテーテルに係る死亡事例の分析 第 1 部開心術編」 に関する Web アンケート集計結果(心臓血管麻酔科)	74
付録 8	医療事故の再発防止に向けた提言 第 19 号 「肺動脈カテーテルに係る死亡事例の分析 第 2 部検査編」 に関する Web アンケート集計結果(循環器科)	80
付録 9	2024 年度 管理者・実務者セミナー(日本医師会)	85
付録 10	2024 年度 医療事故調査制度研修会(日本歯科医師会)	87
付録 11	2024 年度 医療事故調査・支援センター主催研修	89
付録 12	2024 年度 支援団体統括者セミナー(日本医師会)	91

◆ 93

「医療安全の更なる向上を目指す検討会報告書」について	94
「医療安全の更なる向上を目指す検討会報告書」について(概要)	95

I はじめに

「医療事故調査・支援センター 2025 年 年報」の公表にあたって

一般社団法人 日本医療安全調査機構
理事長 門脇 孝

一般社団法人日本医療安全調査機構は、医療法に基づく「医療事故調査・支援センター」（以下「センター」という。）として厚生労働大臣の指定を受け、医療現場の安全の確保を目指して、医療事故調査の相談・支援、院内調査結果の整理・分析、医療事故の再発防止のための普及・啓発等の取り組みを行っています。

2015 年 10 月に「医療事故調査制度」がスタートし、本年報を取りまとめた 2025 年 12 月末で、10 年 3 か月が経過しました。

これまで、相談の実績は累計 19,491 件に上り、医療事故発生報告は 3,633 件、そのうち約 9 割で院内調査が終了し、3,230 件の院内調査報告書がセンターに集積されました。それらの集積された報告から 2025 年は、「医療事故の再発防止に向けた提言」として「産科危機的出血に係る妊産婦死亡事例の分析」を、「警鐘レポート」として「注射剤の血管内投与後に発症したアナフィラキシーによる死亡」、「異所性妊娠に伴う卵管破裂による死亡」、「気管切開術後早期のチューブ逸脱・迷入による死亡」を公表し、広く医療機関に提供しました。

医療事故が発生した病院等の管理者または遺族からの依頼によりセンターが行う調査（以下「センター調査」という。）の対象事例は 314 件となり、そのうち 225 件のセンター調査報告書を交付しました。

一方、本制度は、医療事故が発生した医療機関が自ら調査を行い、原因を分析し、再発防止を図って医療の安全の確保と質の向上を期することを基本としており、医療への信頼が基盤となっています。この信頼に応えるために各医療機関は、院内調査の公正性、専門性を十分に考慮して質の高い院内調査を行う必要があります。センターはその支援を行うため、例年に引き続き知識および技能に関する研修にも力を注いでまいりました。

2025 年のこれらの活動実績を、「医療事故調査・支援センター 2025 年 年報」として取りまとめましたので、ここに報告いたします。

なお、制度開始 10 年の節目に当機構に「医療安全の更なる向上を目指す検討会」を設置し、これまでのセンターの業務の運営について検証を行い、2025 年 12 月に報告書を取りまとめました。報告書には今後センターに求められる対応が盛り込まれており、センターにおいては、医療事故調査・支援事業運営委員会の場で具体的な対応方針について議論を行い、2026 年度の事業計画に反映するため、現在取り組みを進めているところです。

各医療機関のご努力をはじめ、厚生労働省および各医療関係団体よりの多大なるご指導・ご協力を賜り、心より御礼申し上げます。

この制度をさらに良いかたちで発展させるためには、皆さまのご協力が不可欠と考えております。医療事故を振り返り学ぶ文化を育て、全国的な制度の普及・定着へとつなげるために、引き続きご意見・ご指導を賜りますようお願い申し上げます。

Ⅱ 相談・医療事故報告等の現況

要約版 (2025 年)

本要約版は、数値版の集計結果の中から主要項目を抽出し、報告件数等について2025年1月1日～同年12月31日までの状況を、制度開始からの推移あるいは前年比等によりまとめている。一部のグラフは、2015年10月～12月のデータを省略している。
なお、数値版については、日本医療安全調査機構のホームページに掲載している。

要約版について

要約版は、日本医療安全調査機構のホームページに掲載している「医療事故調査・支援センター 2025 年 年報」数値版の数値より、主要項目を抽出し、1. 相談の状況、2. 医療事故発生報告の状況、3. 院内調査結果報告の状況、4. センター調査の状況として、グラフで示している。

医療事故報告による情報の収集

医療法第 6 条の 10

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 6 条の 15 第 1 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。

医療法第 6 条の 11

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 6 条の 15 第 1 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。

厚生労働省令第 100 号（医療法施行規則の一部を改正する省令）

「当該死亡または死産を予期しなかつたもの」

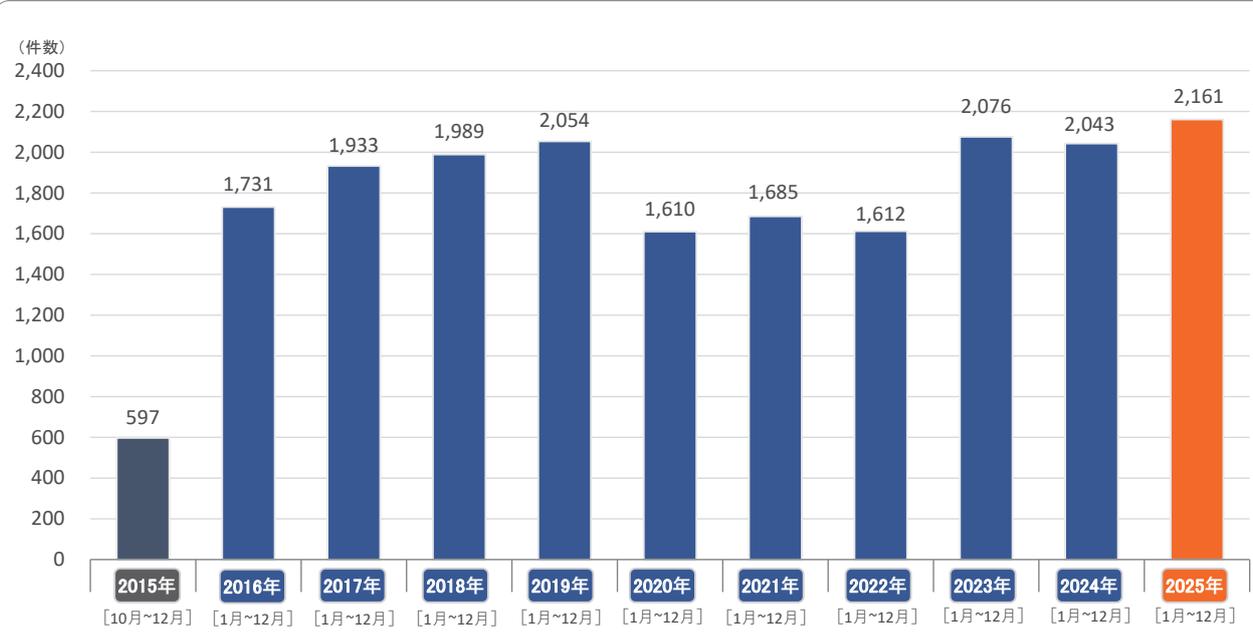
第 1 条の 10 の 2

法第 6 条の 10 第 1 項に規定する厚生労働省令で定める死亡又は死産は、次の各号のいずれにも該当しないと管理者が認めたものとする。

- 一 病院等の管理者が、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該医療の提供を受ける者又はその家族に対して当該死亡又は死産が予期されることを説明していたと認めたもの
- 二 病院等の管理者が、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該死亡又は死産が予期されることを当該医療の提供を受ける者に係る診療録その他の文書等に記録していたと認めたもの
- 三 病院等の管理者が、当該医療を提供した医療従事者等からの事情の聴取及び第 1 条の 11 第 1 項第 2 号の委員会からの意見の聴取(当該委員会を開催している場合に限る。)を行つた上で、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該死亡又は死産を予期していたと認めたもの

相談の状況

1. 相談件数の推移 (数値版 1-(1)-①参照)

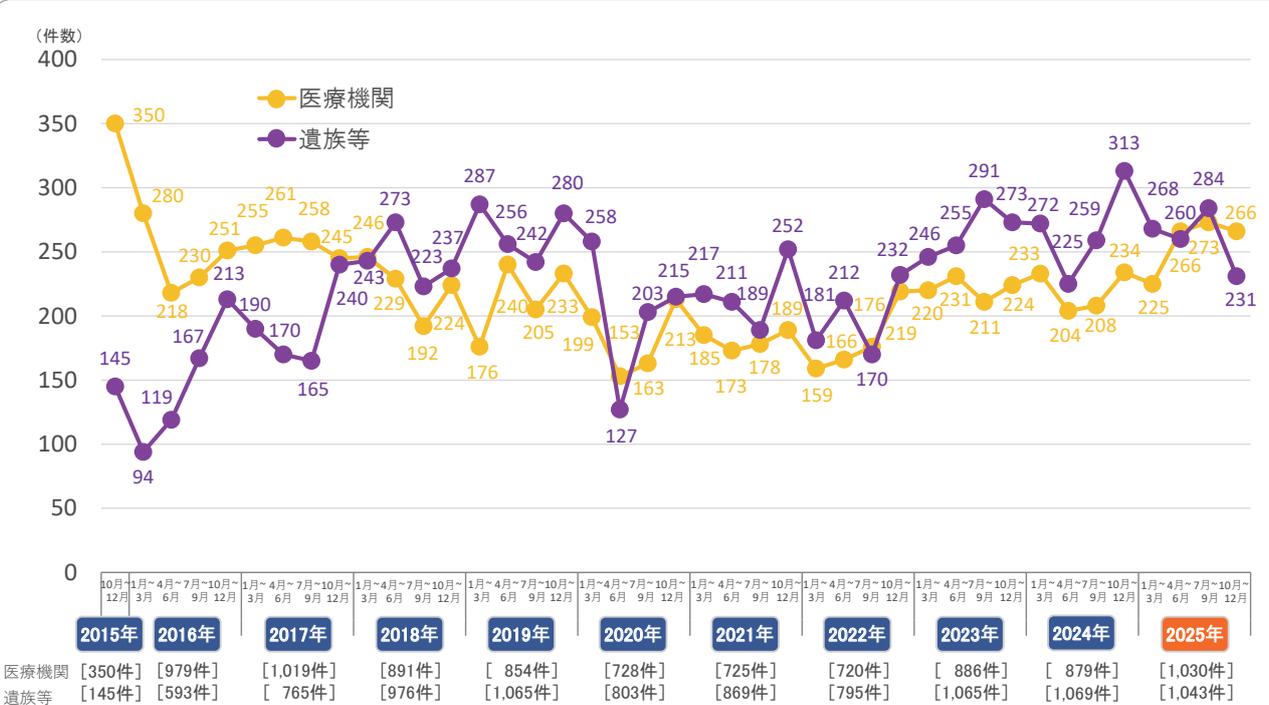


*相談手段の大半は電話であるが、それ以外に文書等が数件含まれる。 *相談件数を1年単位で表記している。
*2015年は制度開始の10月~12月の3か月である。

**2025年
の状況**

相談件数は2,161件であった。

2. 相談者別(「医療機関」と「遺族等」)相談件数の推移 (数値版 1-(1)-②参照)

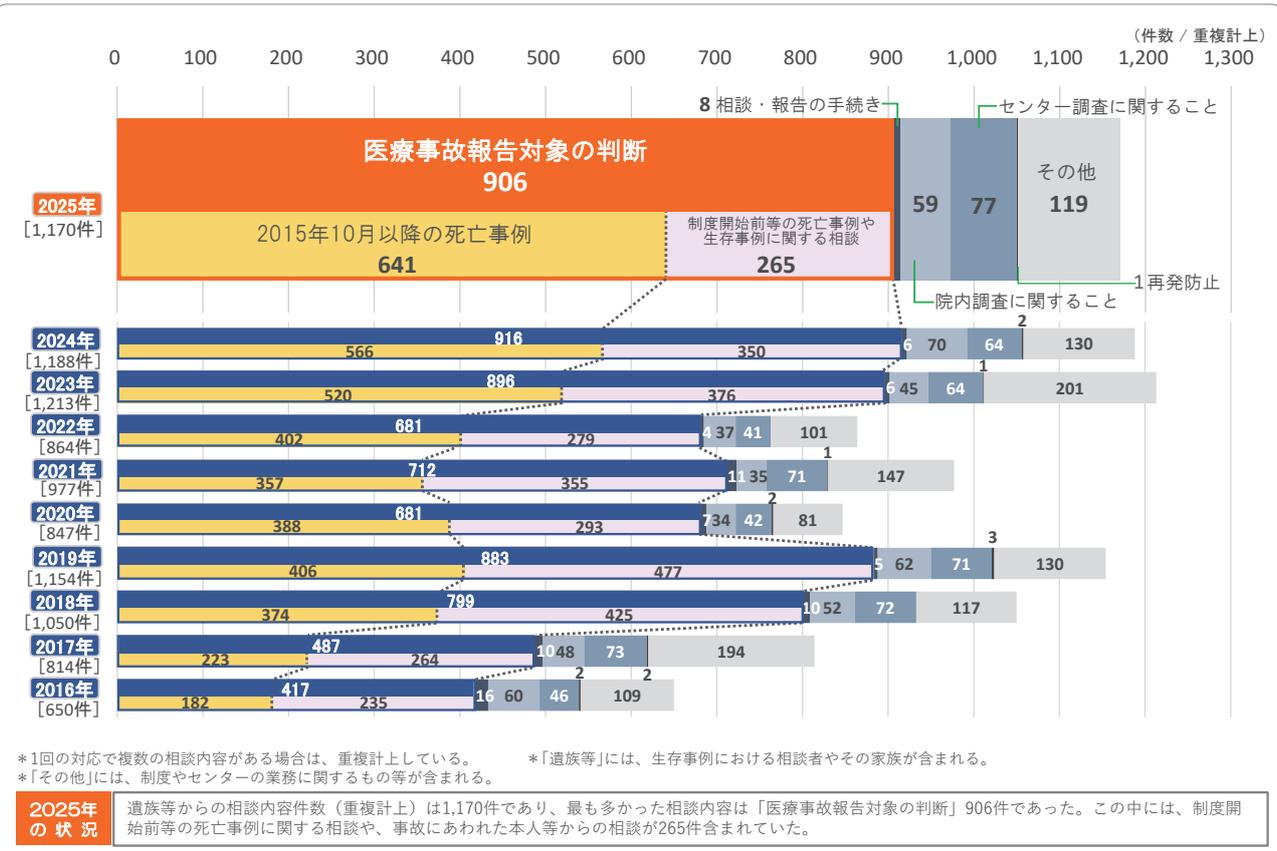


*相談者別(「医療機関」と「遺族等」)の相談件数を四半期ごとに表記している。
*「遺族等」には、生存事例における相談者やその家族が含まれる。

**2025年
の状況**

医療機関からの相談は1,030件、遺族等からの相談は1,043件であった。

3. 遺族等の相談内容 (数値版 1-(1)-④参照)

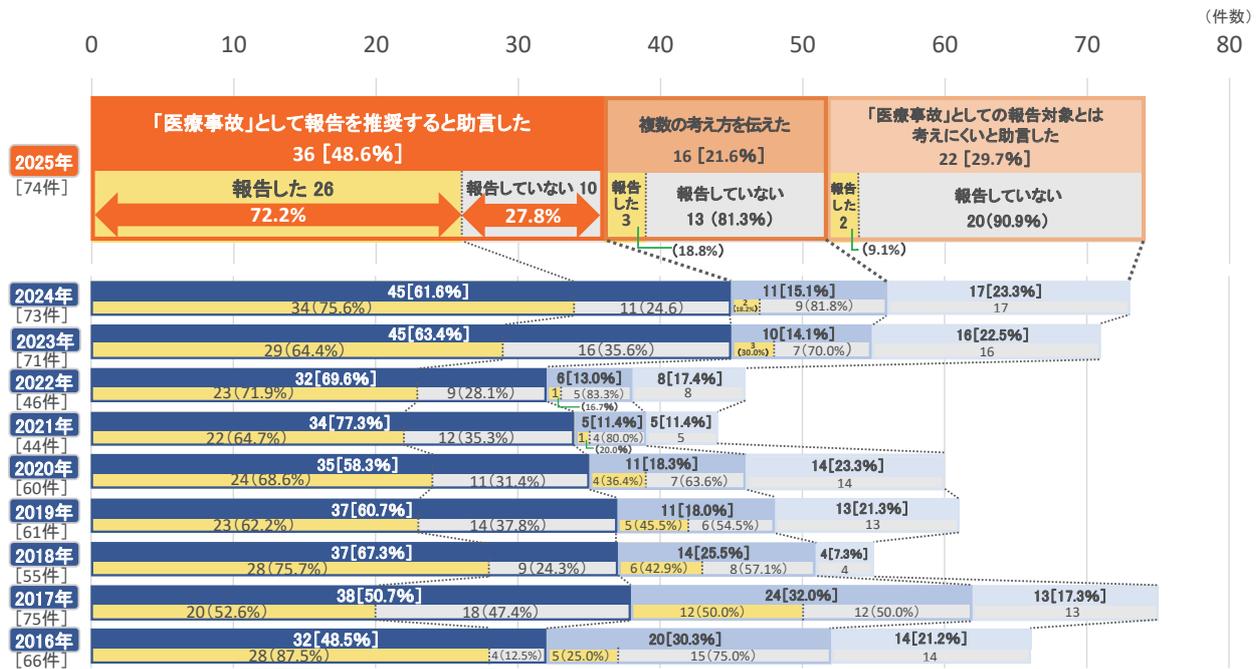


4. 遺族等からの求めに応じて医療機関へ伝達した件数と事故報告件数 (数値版 1-(1)-⑤参照)

医療機関	伝達年月										累計
	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)	2025年 (1～12月)	
病院	12	19	38	24	23	14	16	25	24	32	227
診療所	2	2	1	1	0	0	0	2	1	3	12
助産所	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	14	21	39	25	23	14	16	27	25	35	239
事故報告あり※1)	1	1	4	5	2	2	4	2	3	2	26

2025年の状況: 遺族等からの求めに応じて医療機関へ伝達した件数は35件であった。そのうち医療事故として報告のあった件数は2件であった。

5. センター合議における助言内容および医療機関の判断 (数値版 1-(2)-④参照)

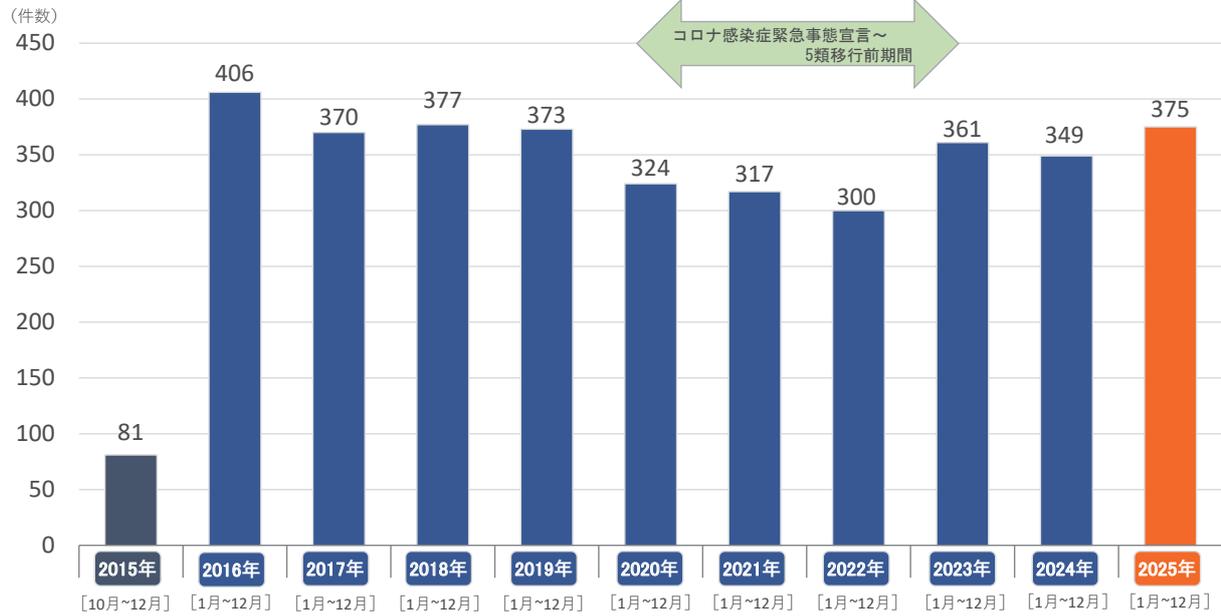


* 2025年の「報告した」は、2026年1月31日時点までに医療事故発生の報告を受けた件数の再掲であり、「報告していない」には、一部、検討中のものを含む。
 * 「センター合議」とは、医療機関が行う「医療事故か否かの判断」に関する支援として、複数の専門家（医師、薬剤師、看護師）らにより合議を行い、その結果を医療機関へ助言として伝えるものである。

2025年の状況 センター合議は74件実施した。内訳は「報告を推奨すると助言した」36件のうち、医療機関から医療事故報告されたものが26件、「複数の考え方を伝えた」16件のうち、報告されたものは3件であった。また「医療事故」としての報告対象とは考えにくいと助言した22件のうち、2件の医療事故報告があった。

医療事故発生報告の状況

6. 医療事故発生報告件数の推移（数値版 2-(1)-①参照）

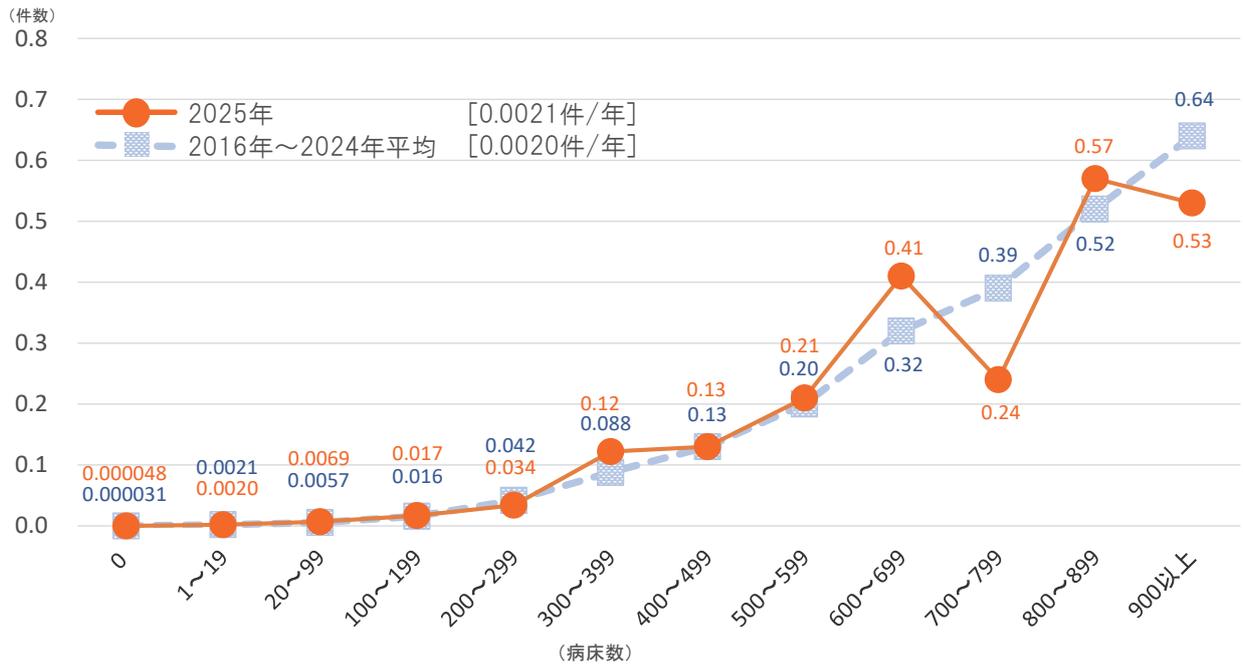


* 医療事故発生報告件数を1年単位で表記している。* 2015年は制度開始の10月~12月の3か月である。

2025年
の状況

医療事故発生報告件数は375件であった。

7. 病床規模別1施設あたりの医療事故発生報告件数 (数値版 2-(1)-⑥参照)

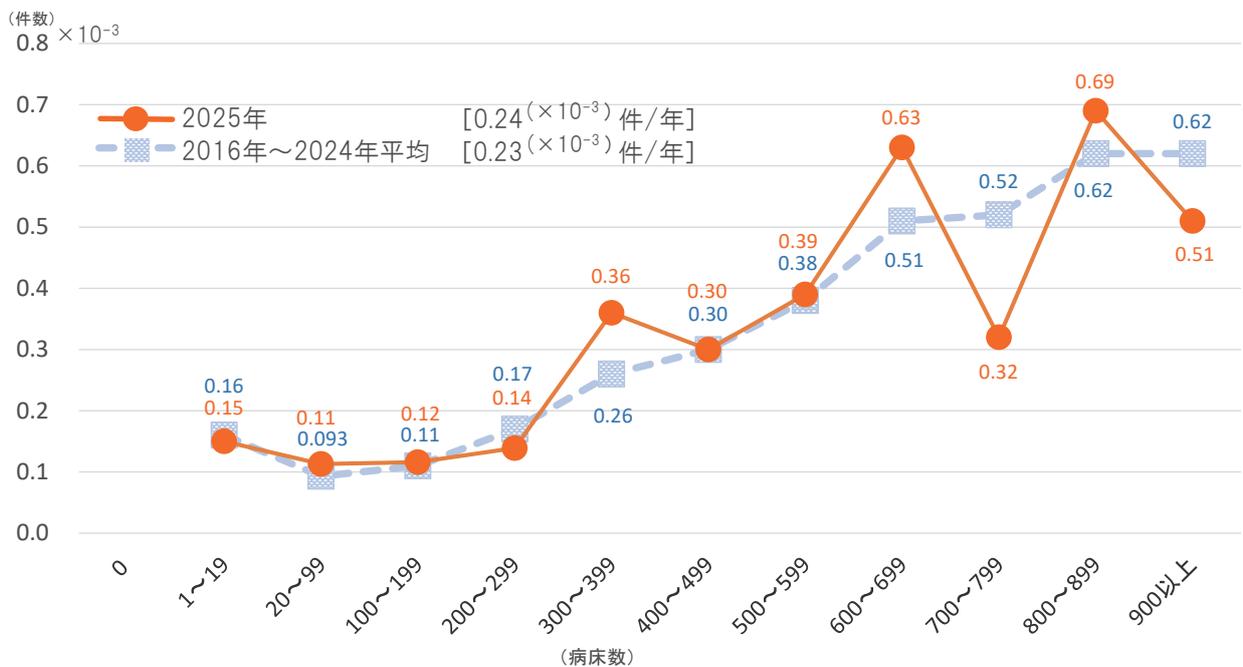


*「1施設あたりの報告件数」は、2016年～2024年は各年の1月～12月の報告件数/9年/施設数、2025年は1月～12月の報告件数/施設数として算出し、有効数字2桁で表示している。
*「施設数」は、2016年～2024年の平均、2025年ともに「令和6年医療施設（動態）調査」(厚生労働省)に基づき算出している。

**2025年
の状況**

1施設あたりの医療事故発生報告件数が最も多かったのは「800床～899床」の0.57件で、次いで多かったのが「900床以上」の0.53件であった。

8. 病床規模別1病床あたりの医療事故発生報告件数 (数値版 2-(1)-⑥参照)

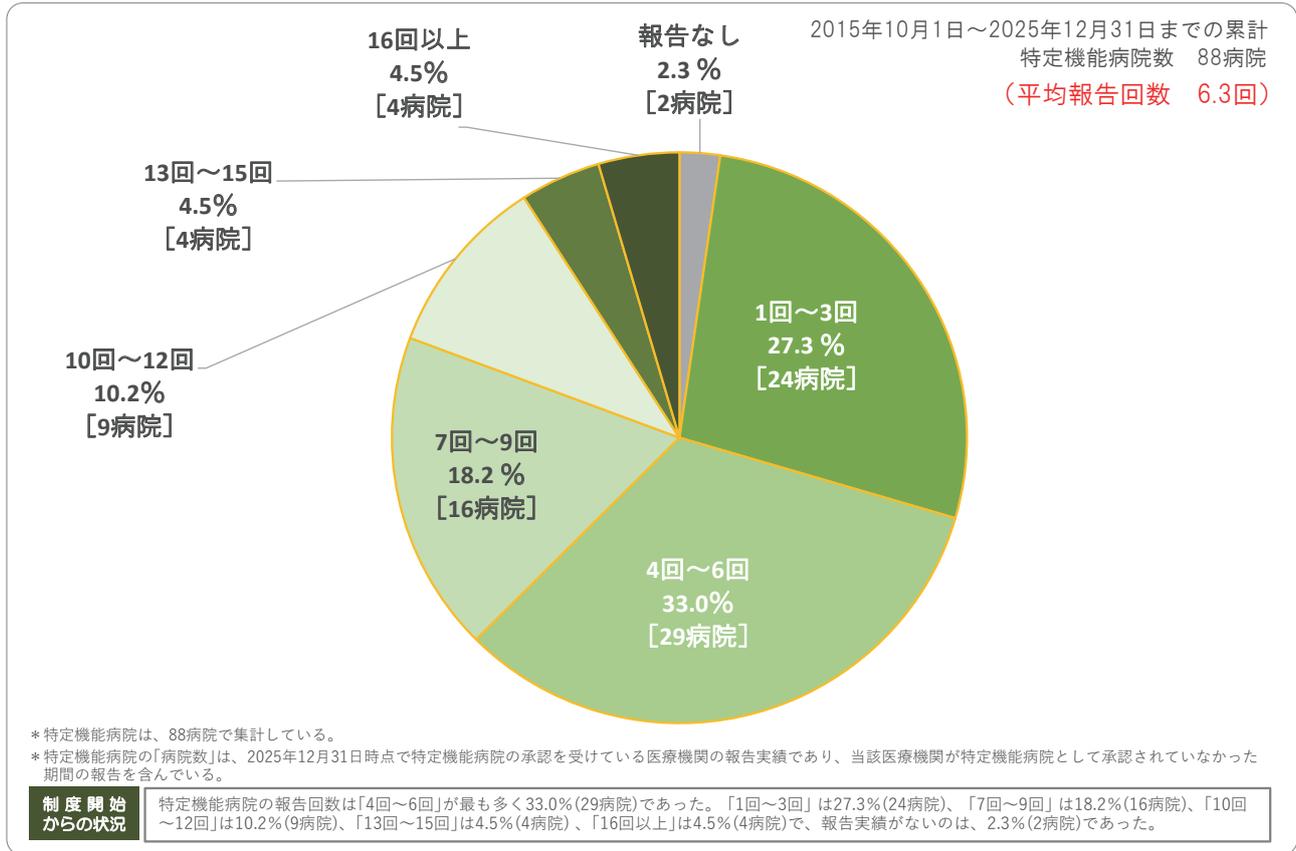


*「1病床あたりの報告件数」は、2016年～2024年は各年の1月～12月の報告件数/9年/病床数、2025年は1月～12月の報告件数/病床数として算出し、有効数字2桁で表示している。
*「病床数」は、2016年～2024年の平均、2025年ともに「令和6年医療施設（動態）調査」(厚生労働省)に基づき算出している。
*「病床数」には、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床、一般病床、一般診療所の病床を含む。

**2025年
の状況**

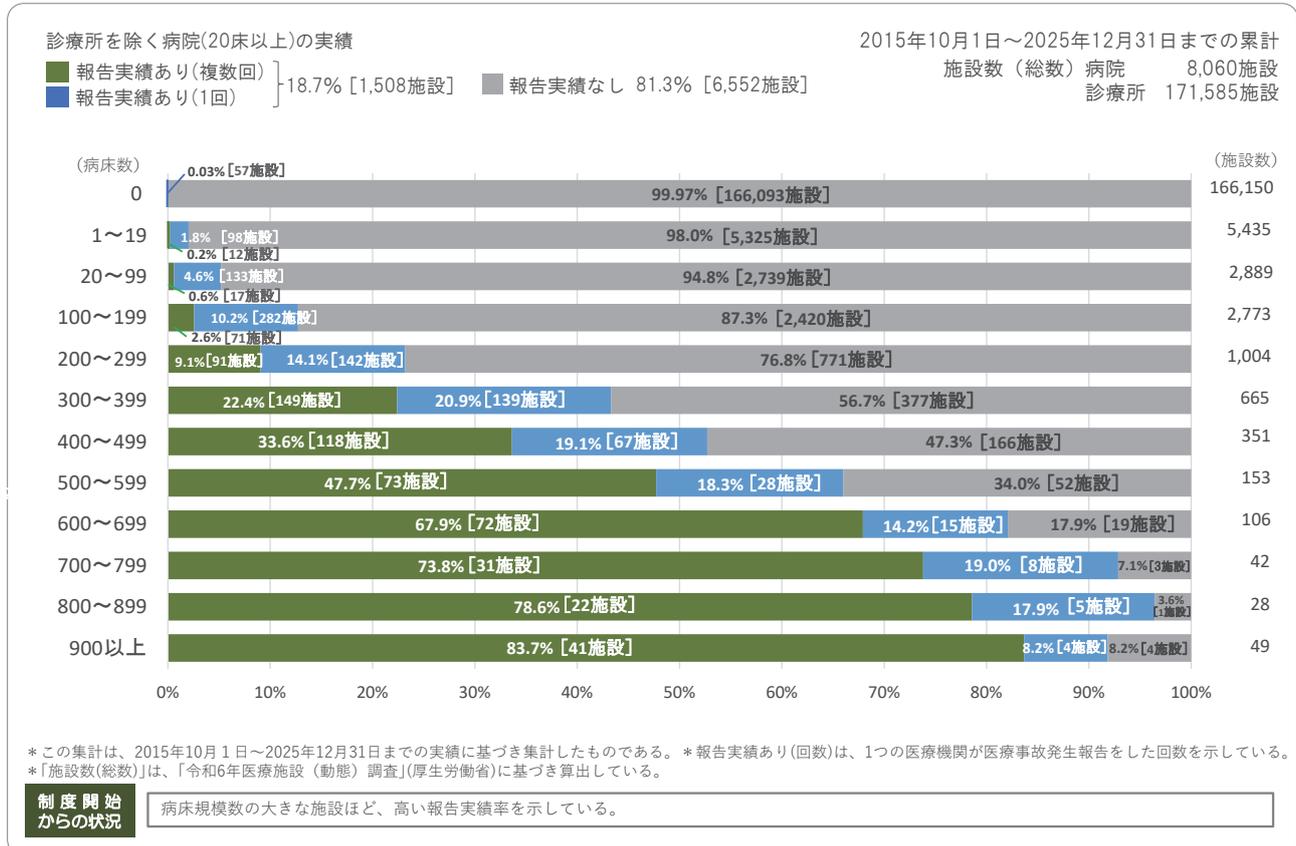
1病床あたりの医療事故発生報告件数が最も多かったのは「800床～899床」0.69 ($\times 10^{-3}$) 件で、次いで多かったのが「600床～699床」0.63 ($\times 10^{-3}$) 件であった。

9. 特定機能病院における発生報告回数 (数値版 参考2-(1)-⑤-i参照)

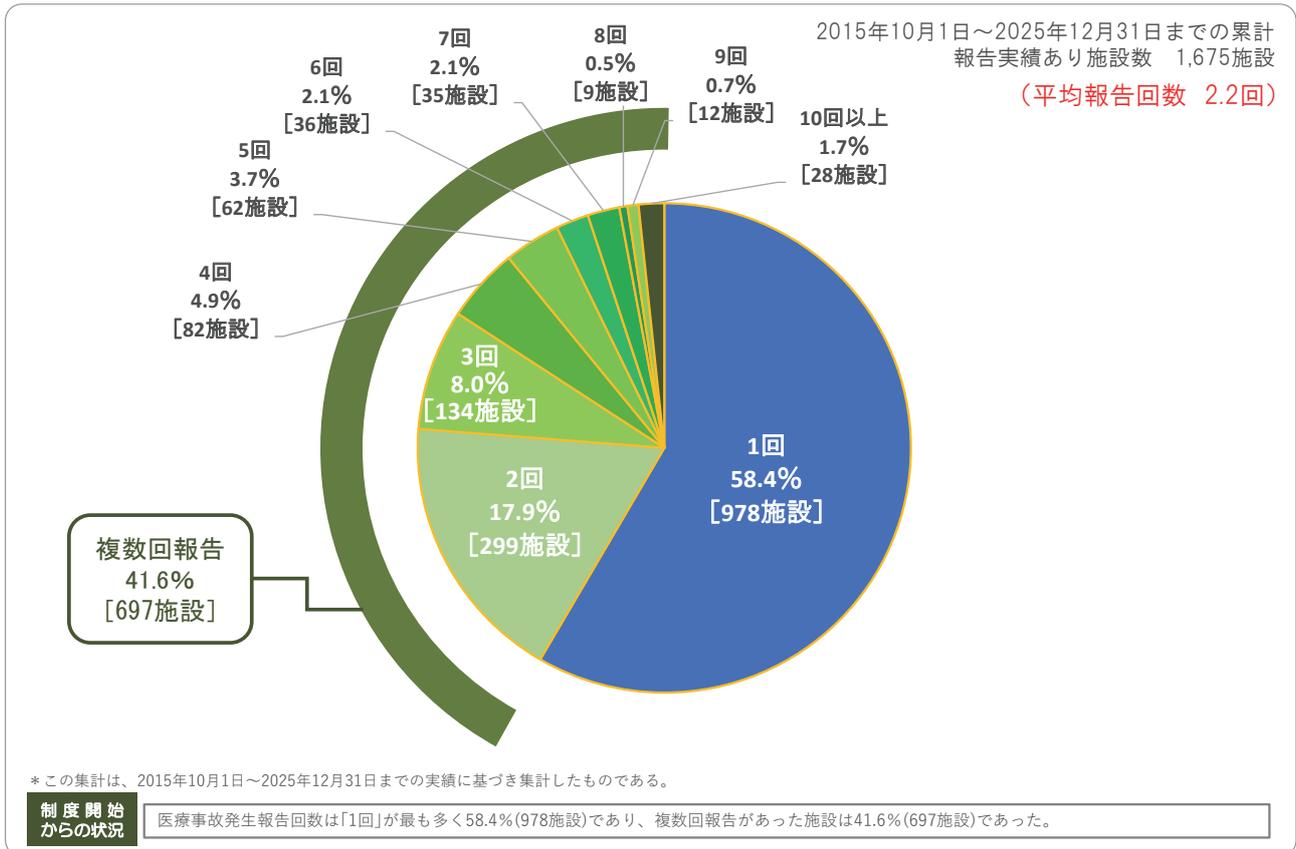


II 相談・医療事故報告等の現況
要約版

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)

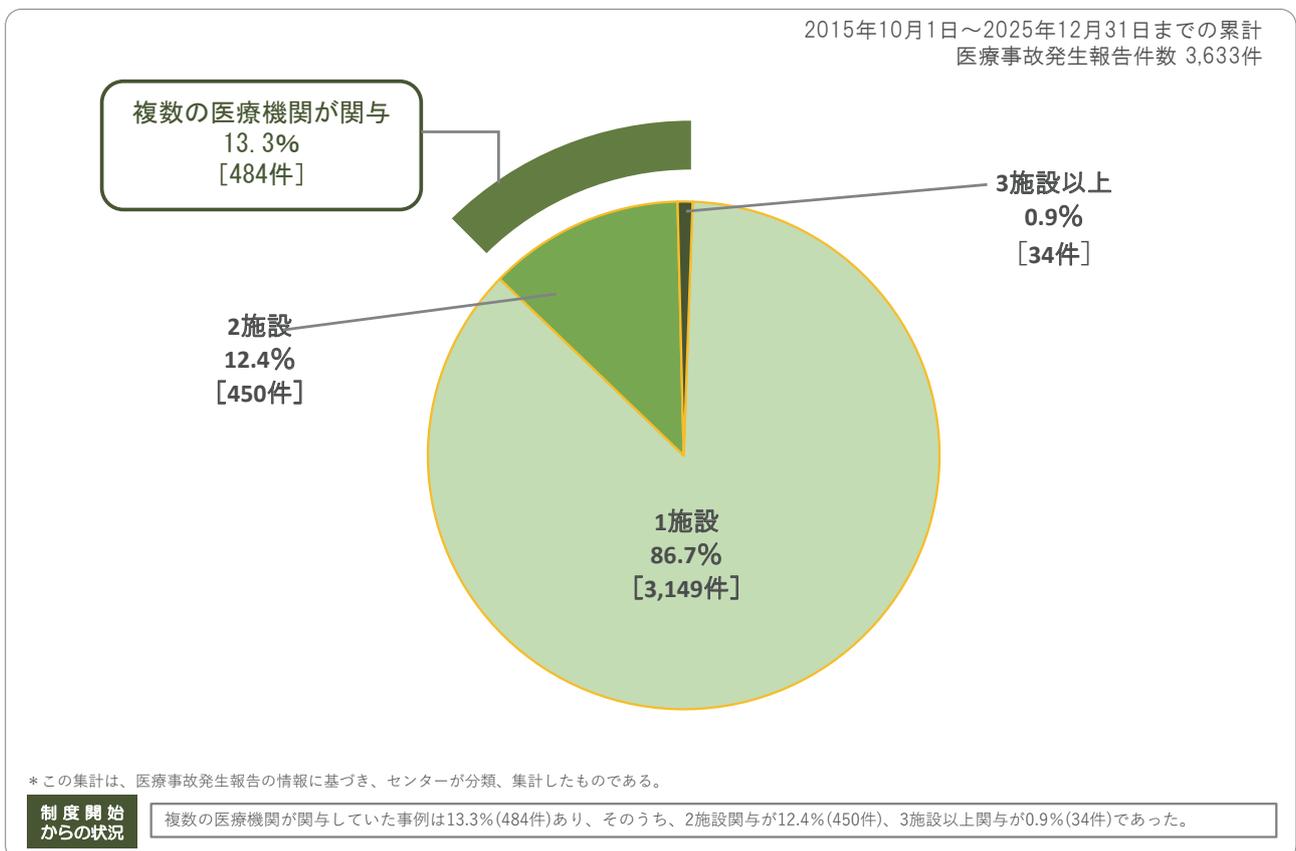


11. 医療事故発生報告施設における報告回数 (数値版 参考2-(1)-⑥参照)



II
相談・医療事故報告等の現況
要約版

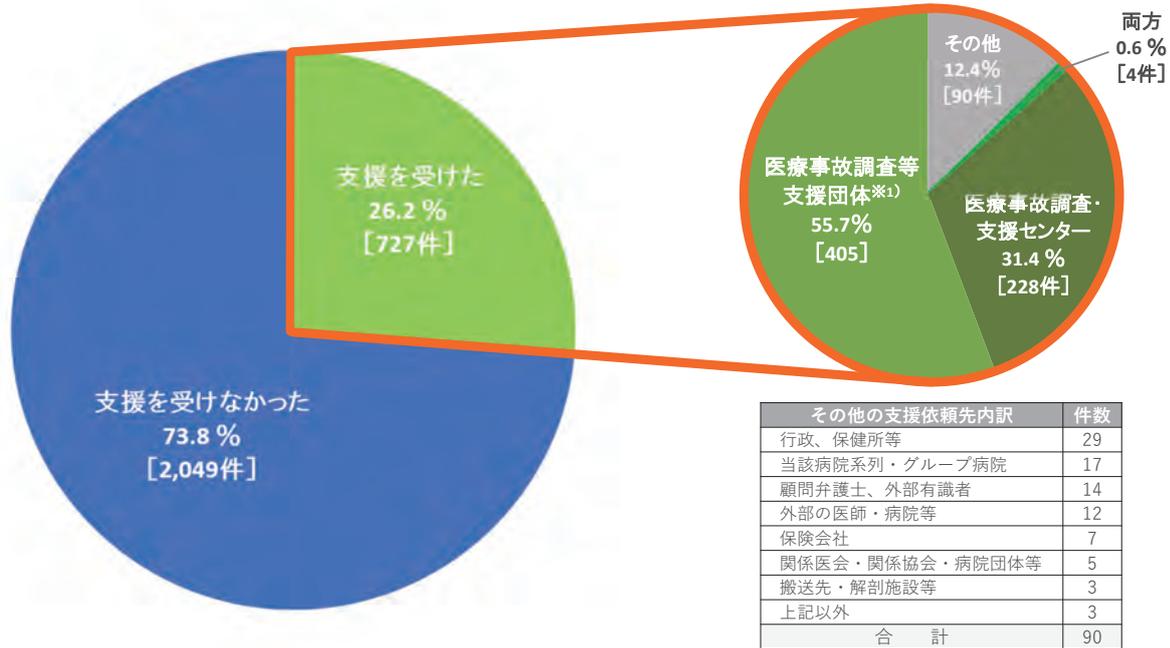
12. 1事例に関与した医療機関数 (数値版 2-(1)-⑦参照)



13. 事故報告判断における発生報告時の支援状況と支援依頼先の内訳

(数値版 2-(1)-⑫・2-(1)-⑬参照)

2018年1月1日～2025年12月31日までの報告件数 2,776件



* この集計は、2018年1月1日～2025年12月31日までに事故報告をされた医療機関への照会に基づき、センターが集計したものである。

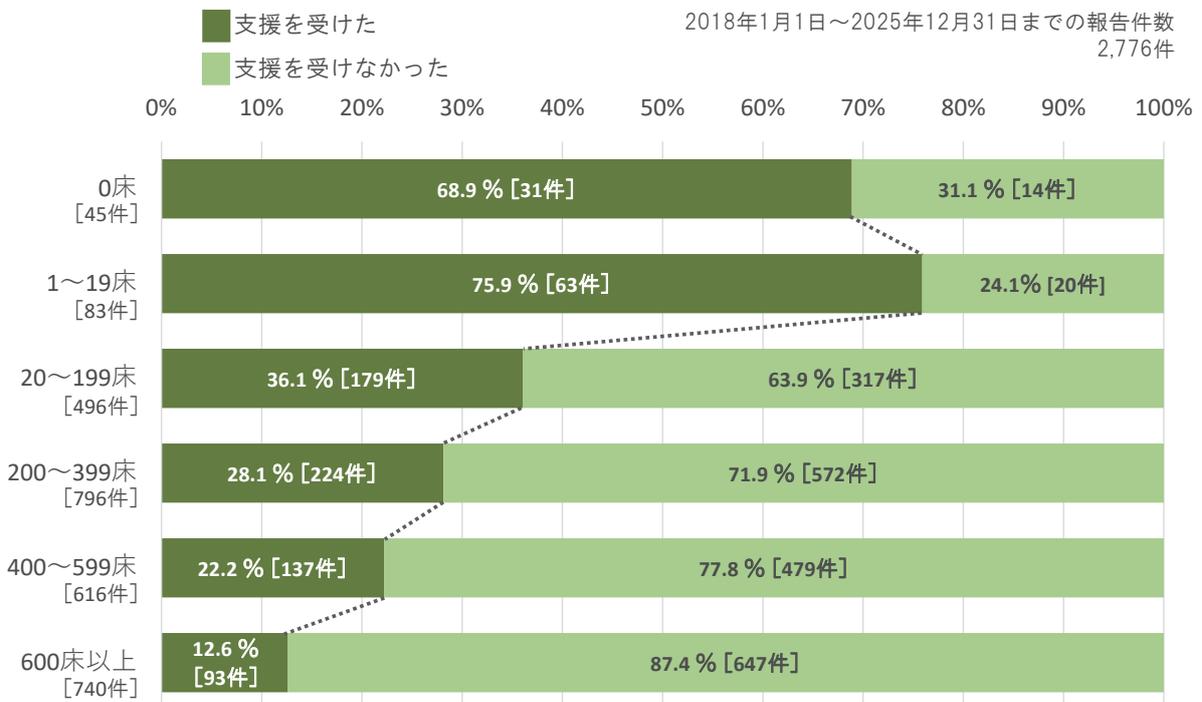
※1) 「医療事故調査等支援団体」とは、令和4年12月7日付厚生労働省告示第350号に定められた医学医療に関する学術団体、その他厚生労働大臣が定めた団体から構成される。

制度開始からの状況

2018年1月1日～2025年12月31日までに報告のあった2,776件のうち、事故報告の判断における支援を受けたのは26.2%(727件)あった。支援依頼先としては、支援団体が55.7%(405件)、医療事故調査・支援センターが31.4%(228件)であった。

14. 事故報告判断における発生報告時の支援状況(病床規模別)

(数値版 2-(1)-⑭参照)



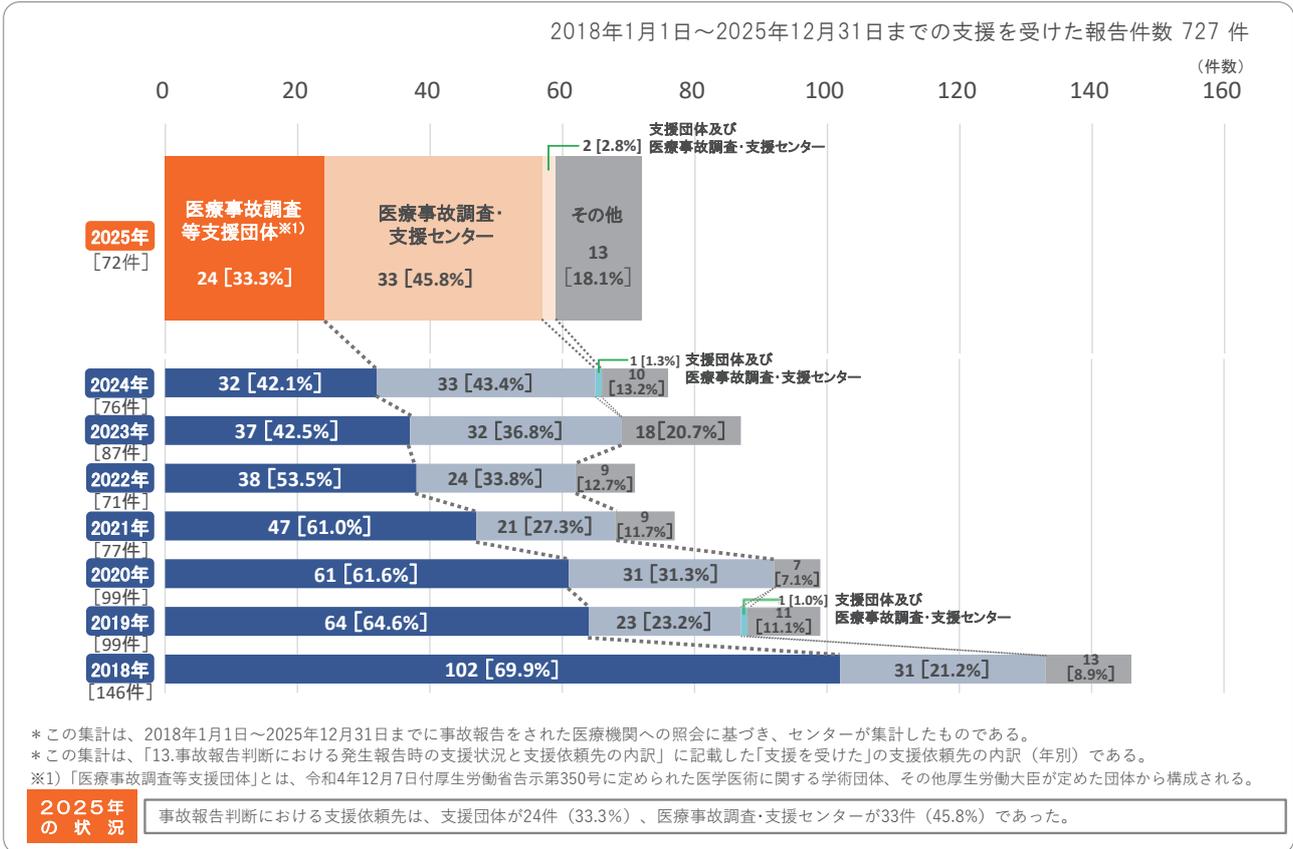
* この集計は、2018年1月1日～2025年12月31日までに事故報告をされた医療機関への照会に基づき、センターが集計したものである。

制度開始からの状況

事故報告の判断における支援状況は、病床規模1～19床が最も多く75.9% (63件) であった。次いで0床が68.9% (31件) であった。

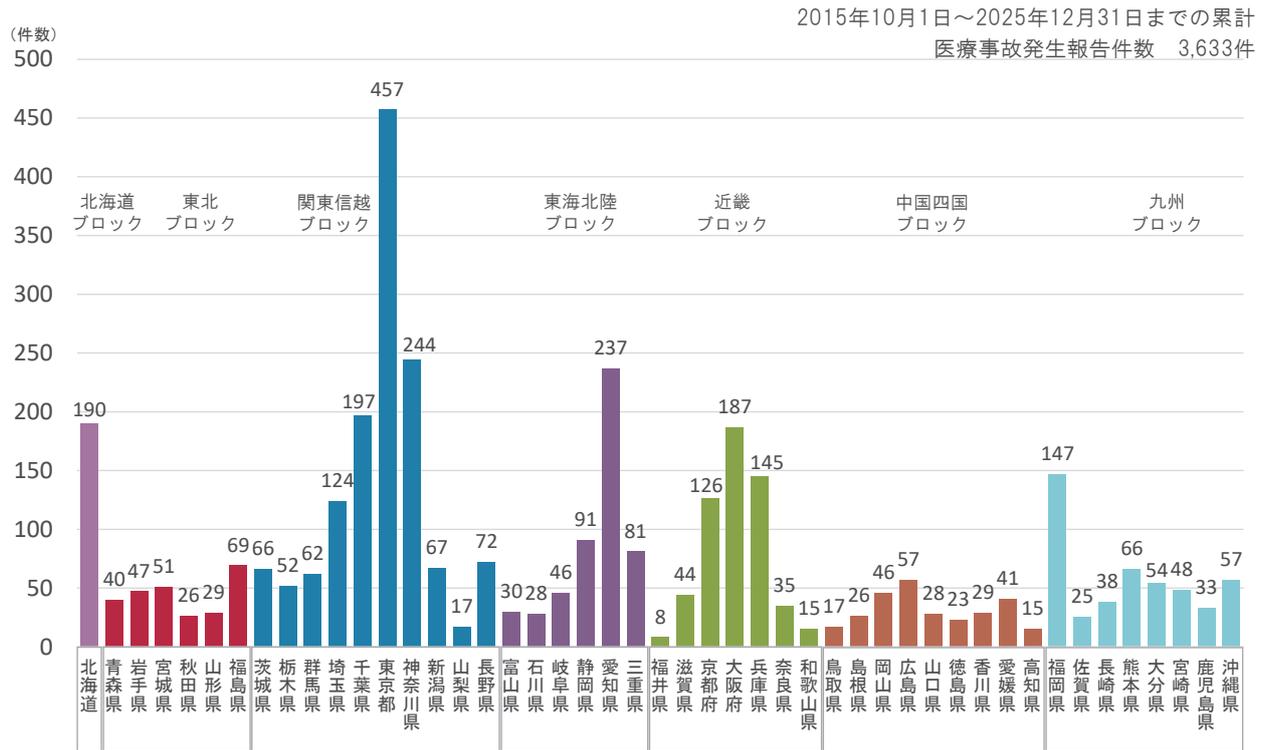
15. 事故報告判断における発生報告時の支援依頼先の内訳(年別)

(数値版 2-(1)-⑬参照)



II 相談・医療事故報告等の現況
要約版

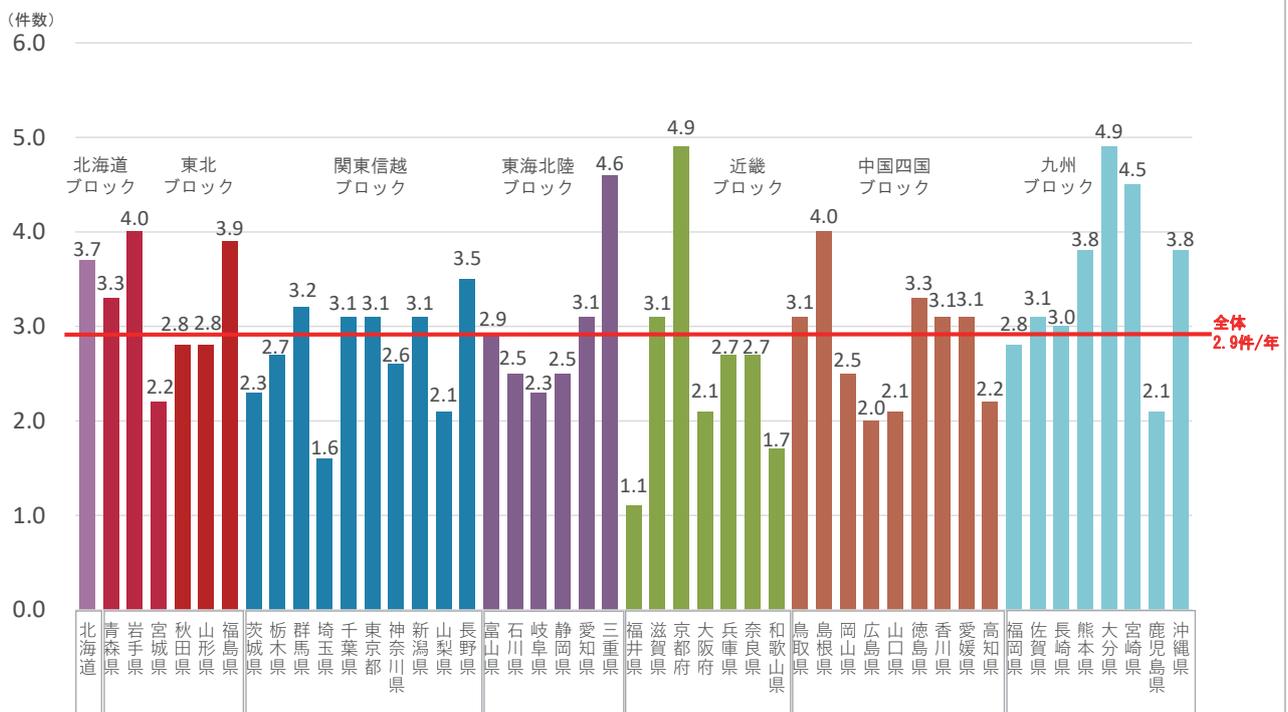
16. 都道府県別医療事故発生報告件数 (数値版 2-(1)-⑧参照)



制度開始からの状況

都道府県別にみた制度開始からの医療事故発生報告件数が最も多かったのは「東京都」457件、次いで「神奈川県」244件であった。

17. 都道府県別人口100万人あたりの医療事故発生報告件数[1年換算] (数値版 参考2-(1)-⑧参照)



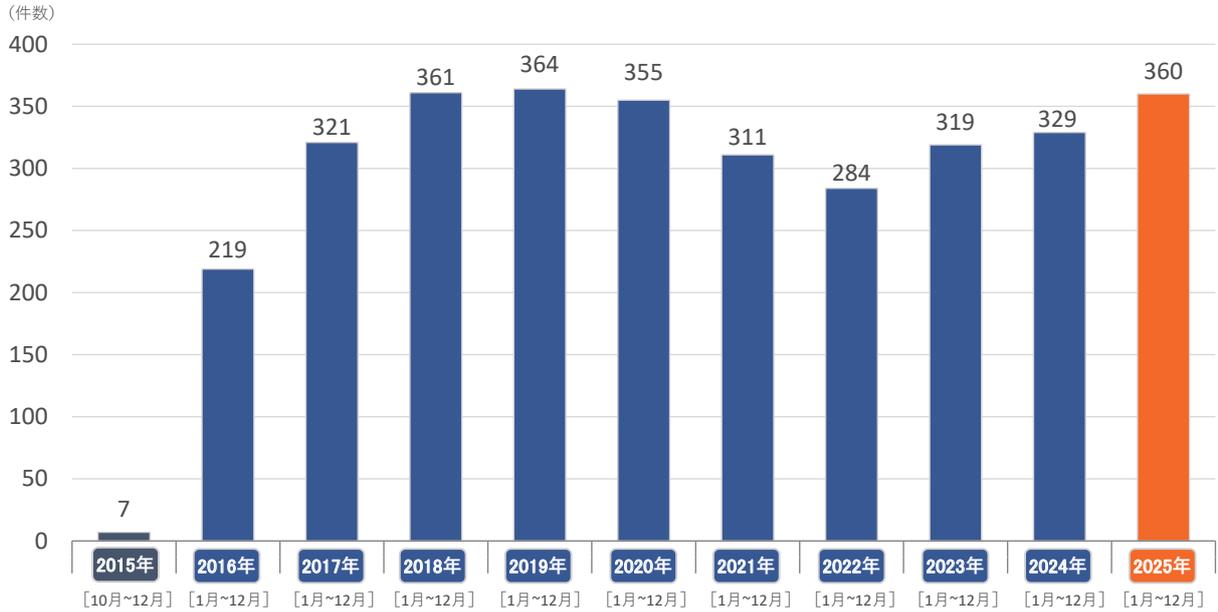
*「人口100万人あたりの報告件数」とは、医療事故発生報告件数/10.25/人口(「令和6年人口推計」総務省統計局)×100万として算出している(1年換算)。

制度開始からの状況

人口100万人あたりの医療事故発生報告件数(制度開始からの累計)を1年換算した件数は全体で2.9件/年であった。最も多かったのは「京都府」「大分県」の4.9件、続いて「三重県」の4.6件、「宮崎県」の4.5件であった。

院内調査結果報告の状況

18. 院内調査結果報告件数の推移 (数値版 3-(1)-①参照)



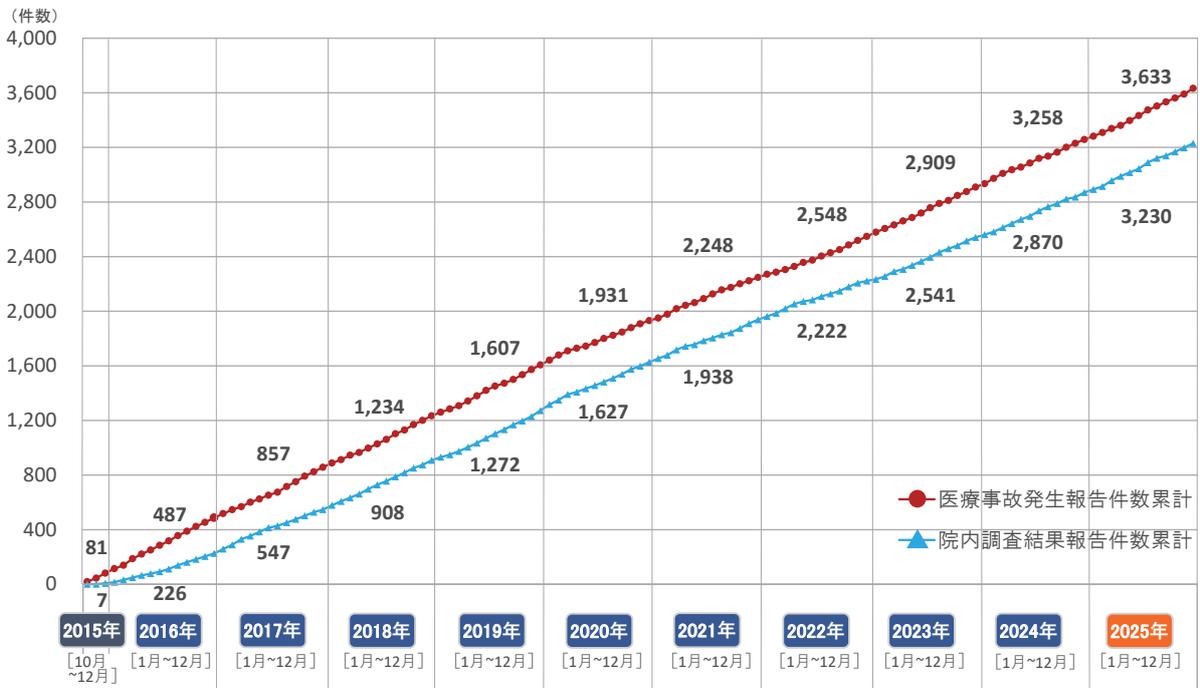
* 院内調査結果報告件数を1年単位で表記している。* 2015年は制度開始の10月~12月の3か月である。

2025年の状況

院内調査結果報告件数は、360件であった。

19. 医療事故発生報告件数および院内調査結果報告件数の累計の推移

(数値版 2-(1)-①・3-(1)-①参照)



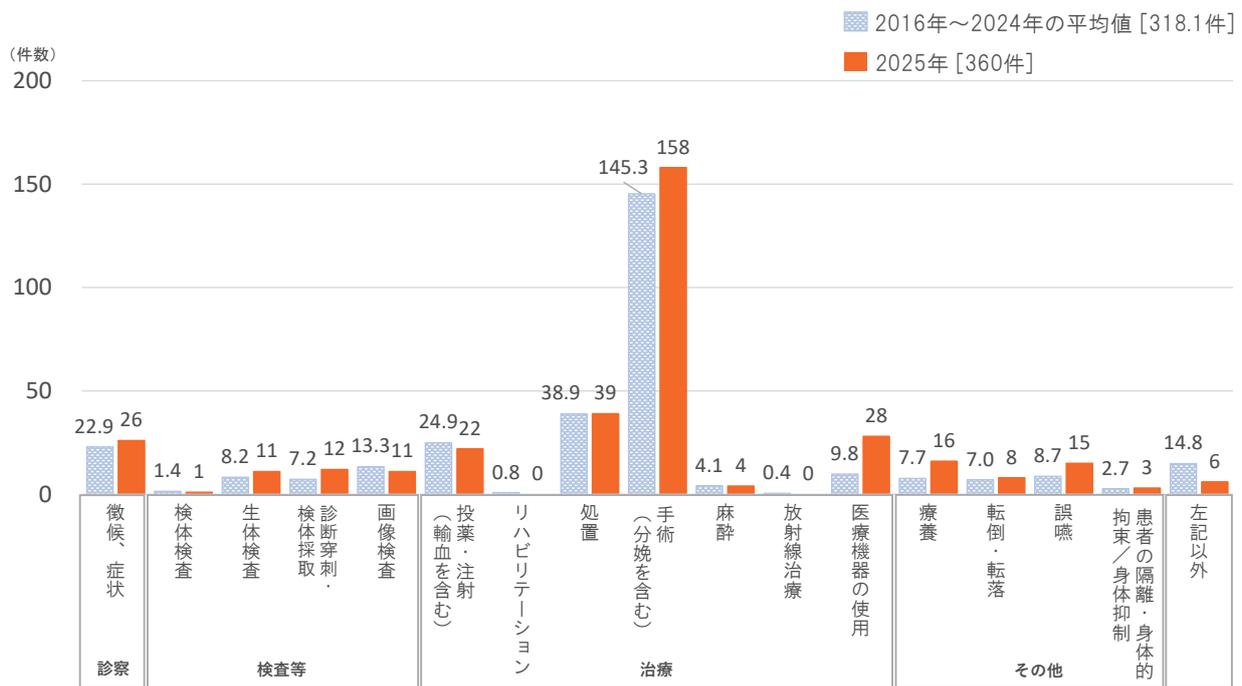
* 医療事故発生報告件数と院内調査結果報告件数の累計を1か月単位で表記している。ただし件数の数値は1年間ごとの累計値である。

* 2015年は制度開始の10月~12月の3か月である。

制度開始からの状況

医療事故発生報告件数の累計と院内調査結果報告件数の累計は、ほぼ比例しながら推移している。

20-1. 起因した医療(疑いを含む)の分類別院内調査結果報告件数 (数値版 3-(2)-①参照)

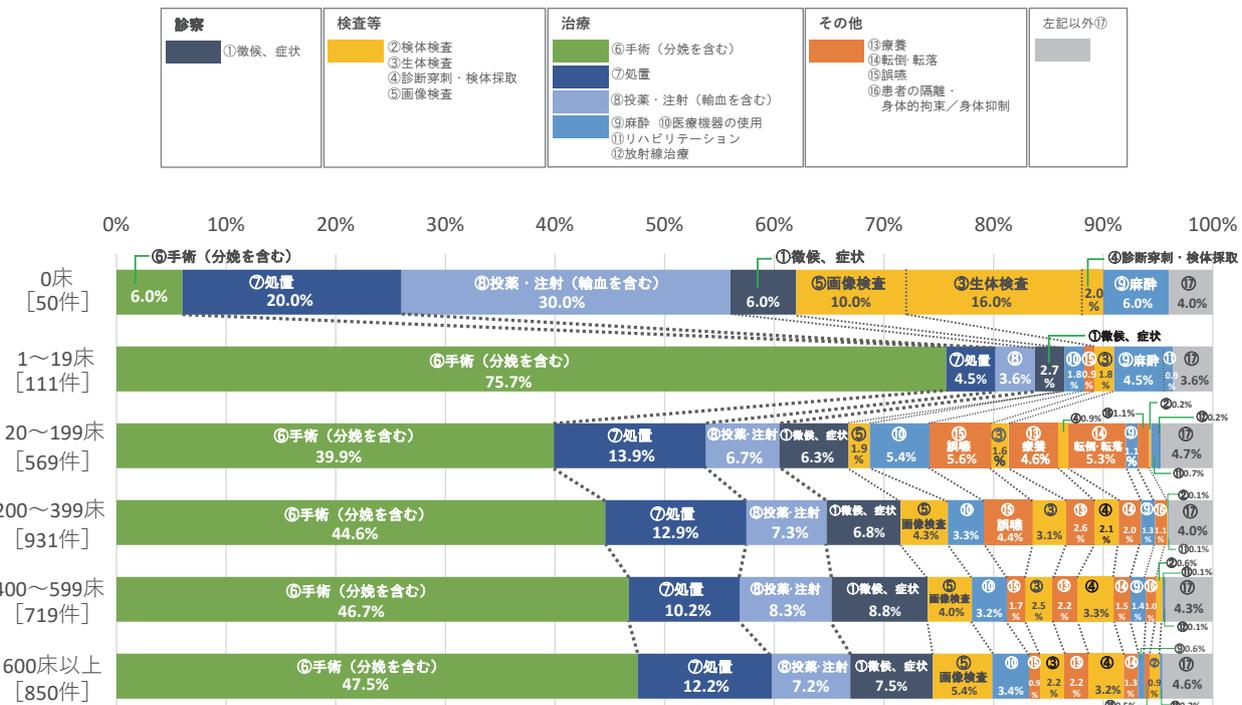


*「起因した医療(疑いを含む)の分類」は、厚生労働省医政局長通知(平成27年5月8日医政発0508第1号)の別添「医療に起因する(疑いを含む)死亡又は死産の考え方」に基づき、2016年～2017年は医療事故発生報告の内容をセンターが分類、集計したものであるが、2018年1月以降は医療機関から報告された院内調査結果報告の内容に基づき集計している。
 *「左記以外」には、死因の特定が不能なもの、原病の進行、原因不明の急性呼吸不全、急性心筋梗塞による死亡の疑い等が含まれ、分類困難だったものである。

2025年の状況

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)」が最も多く158件であり、次いで多かったのは「処置」39件であった。

20-2. 病床規模別「起因した医療(疑いを含む)の分類」の割合 (数値版 3-(2)-③参照)

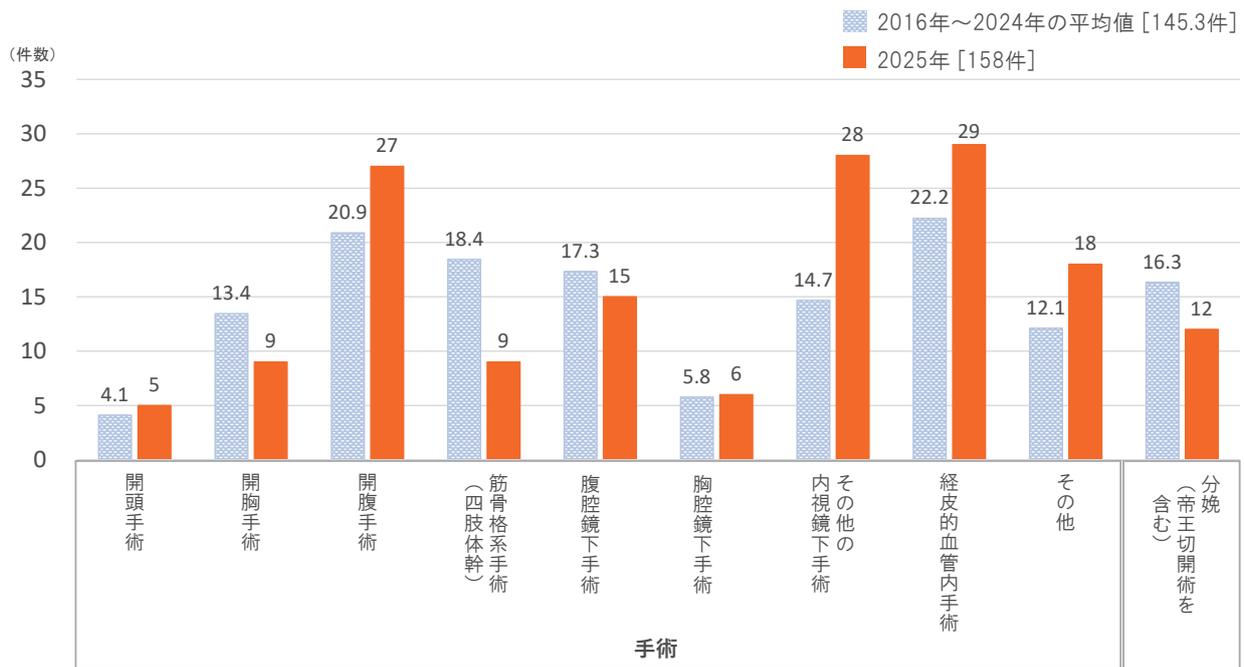


*「起因した医療(疑いを含む)の分類」は、厚生労働省医政局長通知(平成27年5月8日医政発0508第1号)の別添「医療に起因する(疑いを含む)死亡又は死産の考え方」に基づき、2015年～2017年は医療事故発生報告の内容をセンターが分類、集計したものであるが、2018年1月以降は医療機関から報告された院内調査結果報告の内容に基づき集計している。
 *「左記以外」には、死因の特定が不能なもの、原病の進行、原因不明の急性呼吸不全、急性心筋梗塞による死亡の疑い等が含まれ、分類困難だったものである。

制度開始からの状況

病床規模別の起因した医療の分類は、無床では「投薬・注射(輸血を含む)」が30.0%を占めるが、有床ではいずれも「手術(分娩を含む)」が約半数近い割合を占め、特に1～19床では、75.7%を占めた。

21-1. 「手術(分娩を含む)」の内訳 (数値版 3-(2)-②参照)



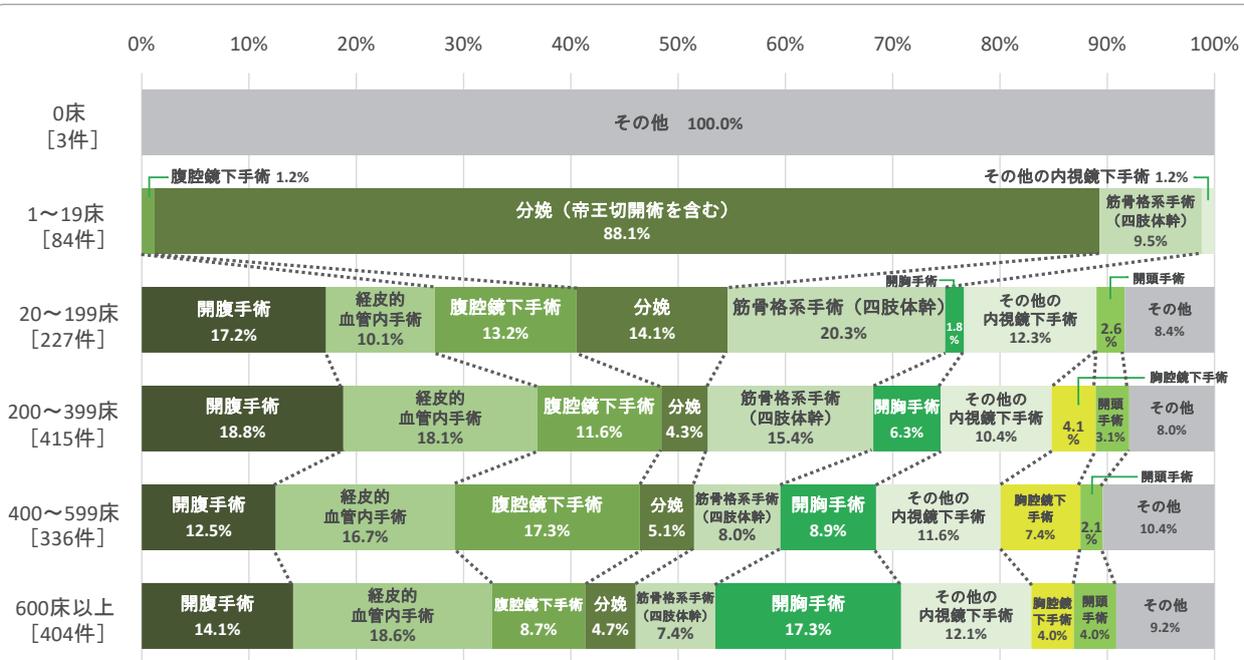
* この集計は、「20-1.起因した医療(疑いを含む)の分類別院内調査結果報告件数」に記載した「治療」のうち、「手術(分娩を含む)」の内訳である。
 * 手術は、「平成26年患者調査」(厚生労働省)の「病院退院票」における手術名に基づく分類である。
 * 「その他」の件数には、2025年では気管切開術、CVポート留置術、リードスペースメーカー埋め込み術等が含まれ、2016年～2024年では、左記の他に声門閉鎖術及び気管孔拡大術、肺のラジオ波焼灼術、頸動脈内膜剥離術、甲状腺全摘術等が含まれる。

2025年の状況

「手術(分娩を含む)」の内訳で、院内調査結果報告件数が最も多かったのは「経皮的血管内手術」の29件であった。

II 相談・医療事故報告等の現況
要約版

21-2. 病床規模別「手術(分娩を含む)」の内訳の割合 (数値版 3-(2)-④参照)



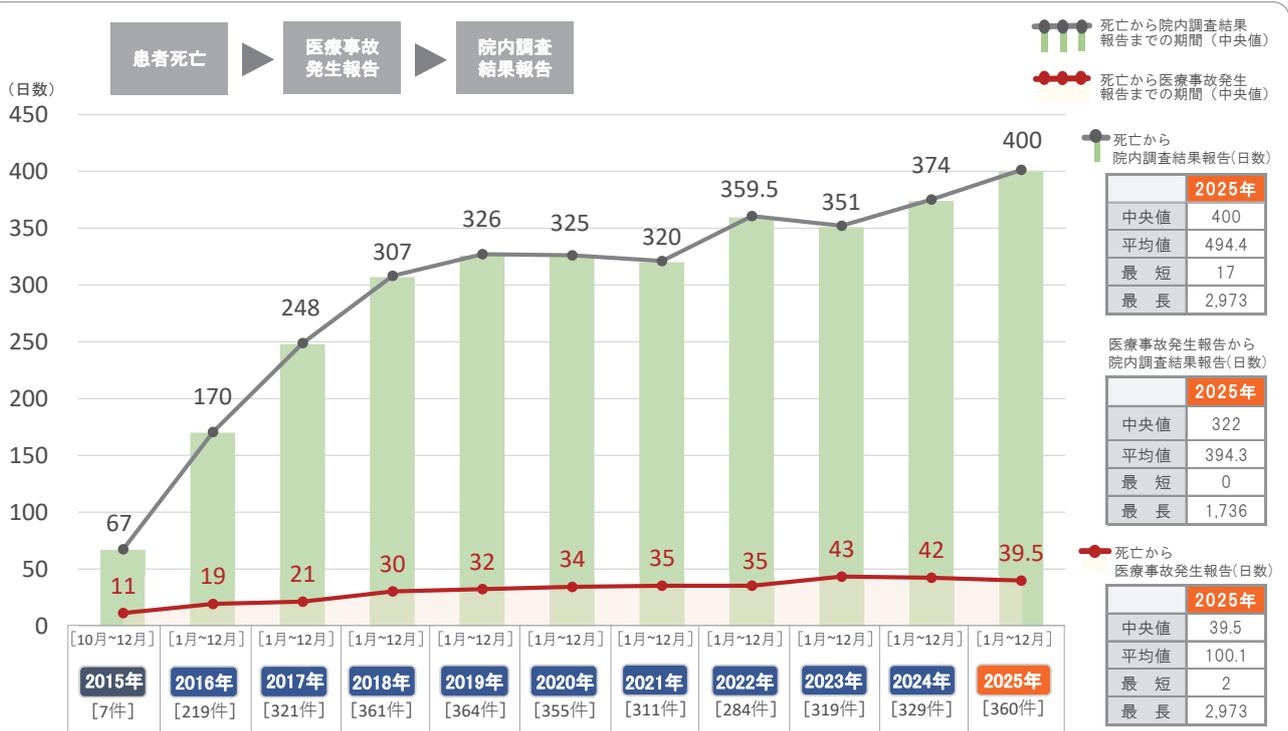
* この集計は、「20-1.起因した医療(疑いを含む)の分類別院内調査結果報告件数」に記載した「治療」のうち、「手術(分娩を含む)」の内訳である。
 * 手術は、「平成26年患者調査」(厚生労働省)の「病院退院票」における手術名に基づく分類である。
 * 「その他」の件数(累積)には、気管切開術、CVポート留置術、リードスペースメーカー埋め込み術、声門閉鎖術及び気管孔拡大術、肺のラジオ波焼灼術、頸動脈内膜剥離術、甲状腺全摘術等が含まれる。

制度開始からの状況

「手術(分娩を含む)」の内訳で、院内調査結果報告件数が最も多かったのは、1～19床では「分娩(帝王切開術を含む)」88.1%、20～199床では「筋骨格系手術(四肢体幹)」20.3%、200～399床では「開腹手術」18.8%、400～599床では「腹腔鏡下手術」17.3%、600床以上では「経皮的血管内手術」18.6%であった。

22. 患者死亡から医療事故発生報告および院内調査結果報告までの期間

(数値版 参考3-(1)-⑧-i参照)



*1か月を30日として集計している。

2025年の状況

死亡から医療事故発生報告までに要した日数の中央値は39.5日、医療事故発生報告から院内調査結果報告までに要した日数(院内調査)の中央値は322日であった。また、死亡から院内調査結果報告までに要した日数の中央値は400日であった。

23. 院内調査結果報告までに要した期間とその理由(2025年)

(数値版 参考3-(1)-⑦参照)

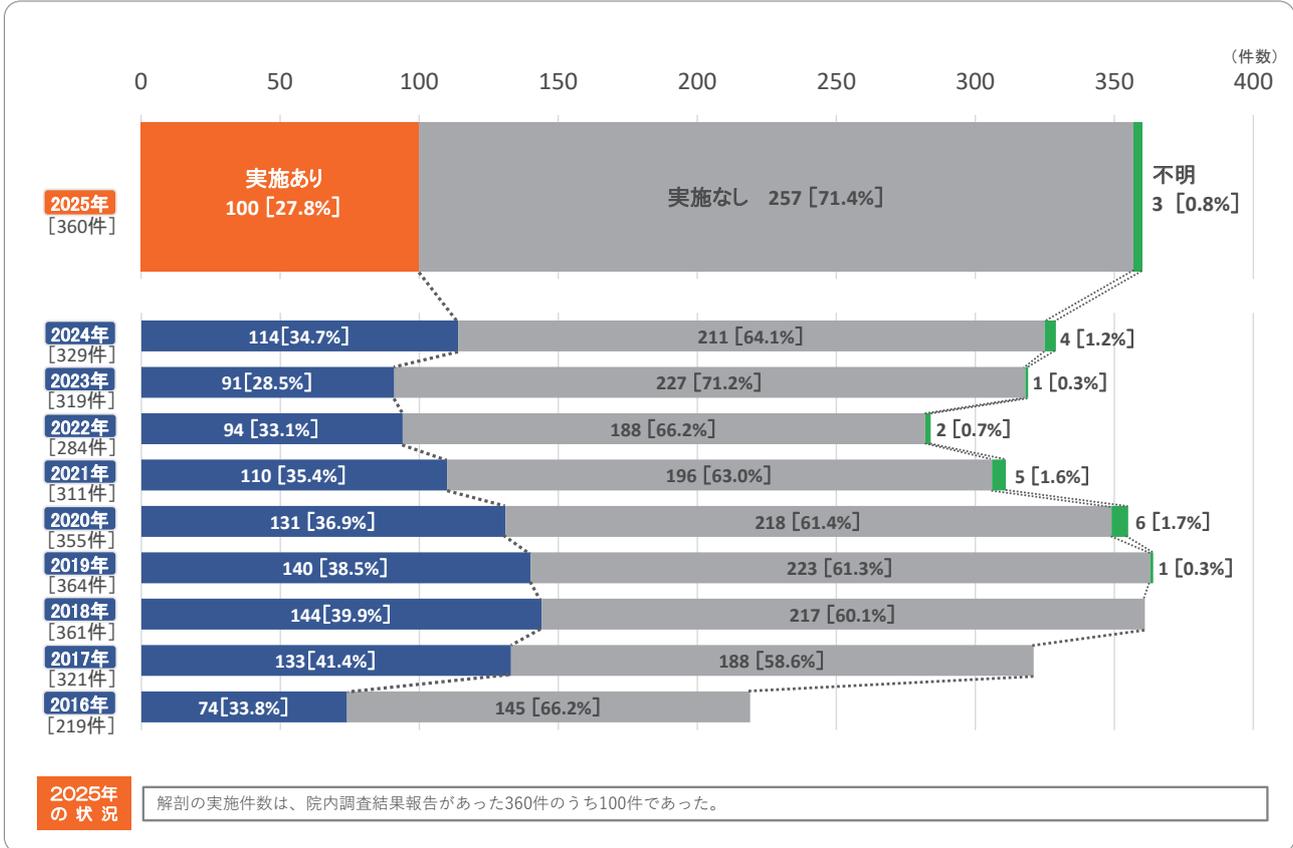
理由		報告までに要した期間			合計
		1年6か月以上 ~2年未満	2年以上~ 2年6か月未満	2年6か月以上	
制度	制度の理解不足	5	0	3	8
	外部委員の派遣に時間を要した	7	1	7	15
調査	委員会開催のための日程調整に時間を要した	13	5	12	30
	調査検討に時間を要した(委員会を複数開催した等)	15	6	4	25
	報告書の作成に時間を要した	14	15	13	42
	支援団体との支援調整に時間を要した	1	0	2	3
説明	遺族への調査結果の説明やその後の対応に時間を要した	15	9	11	35
その他	上記以外の理由で時間を要した	1	1	3	5

*2025年1月1日~12月31日時点において、院内調査結果報告360件のうち、医療事故発生報告から院内調査結果報告までに1年6か月以上要した91件について集計している。
*この集計は、医療機関への照会に基づきセンターが集計したものである。

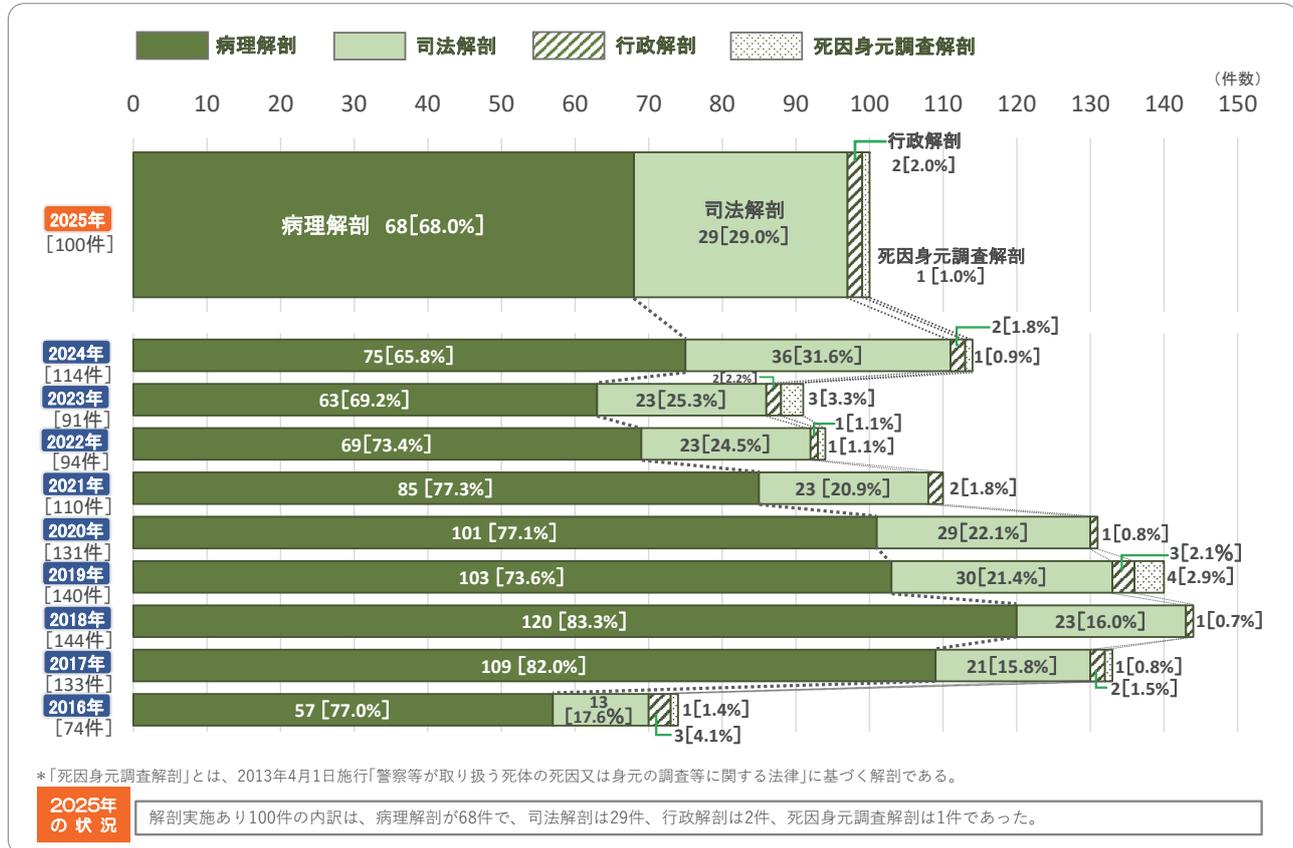
2025年の状況

院内調査結果報告までに時間を要した理由は「報告書の作成に時間を要した」が42件で最も多かった。次いで「遺族への調査結果の説明やその後の対応に時間を要した」が35件、「委員会開催のための日程調整に時間を要した」が30件であった。

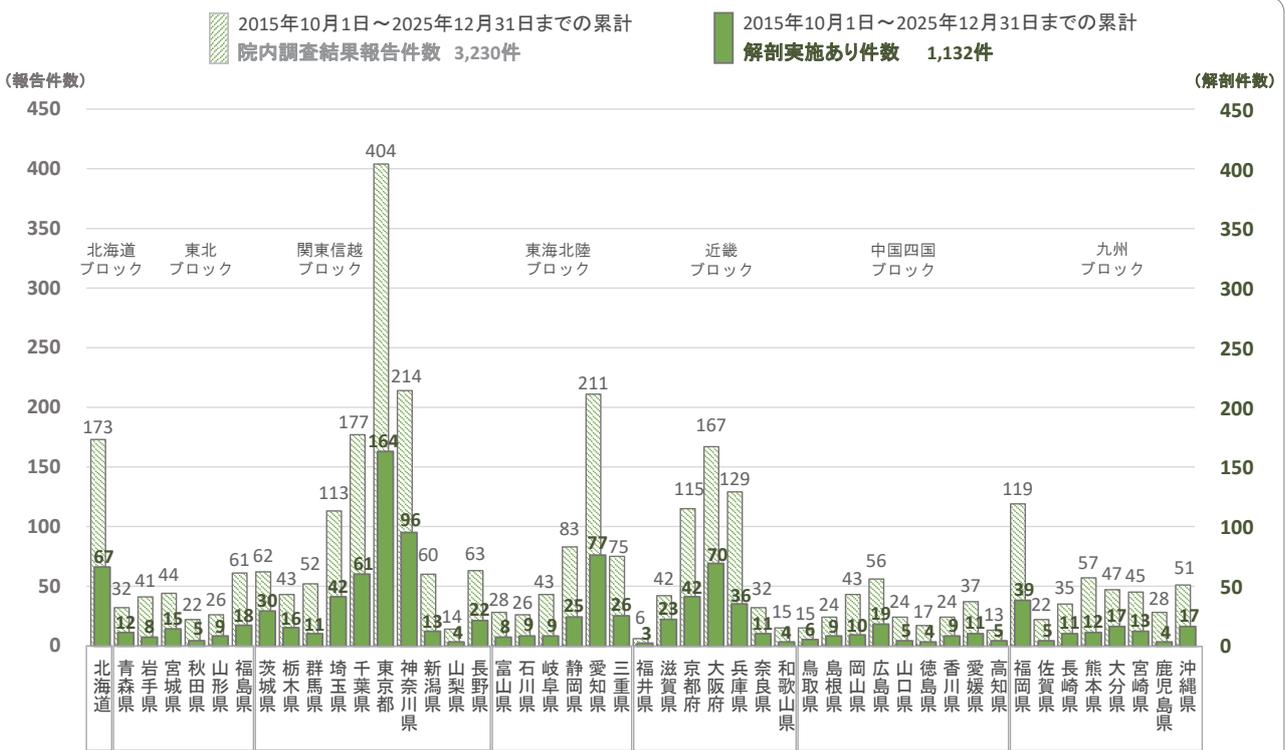
24-1. 解剖の実施状況 (数値版 3-(3)-①参照)



24-2. 解剖実施ありの内訳 (数値版 3-(3)-①参照)



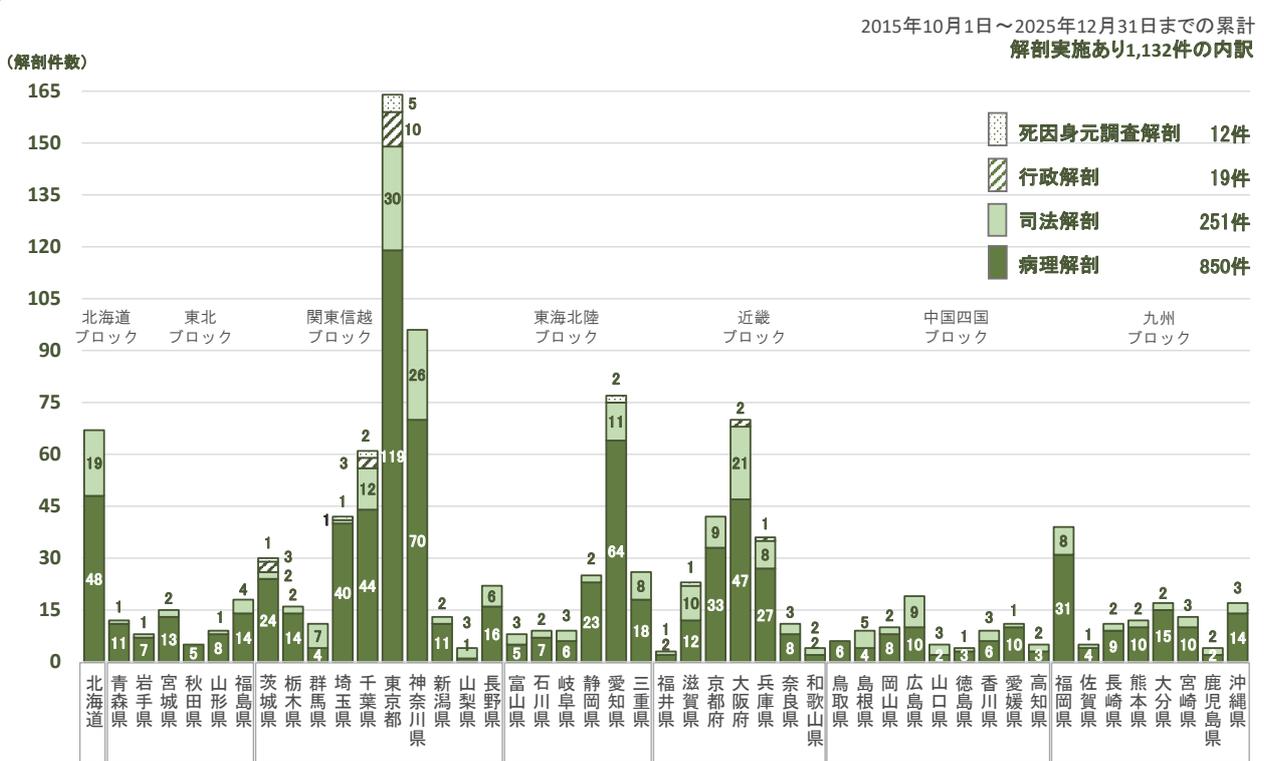
24-3. 都道府県別解剖の実施状況 (数値版 3-(3)-②参照)



制度開始からの状況

解剖の実施件数は、院内調査結果報告があった3,230件のうち1,132件であった。そのうち、都道府県別では、「東京都」の164件が一番多かった。次いで「神奈川県」の96件、「愛知県」の77件、「大阪府」の70件、「北海道」の67件が続いた。

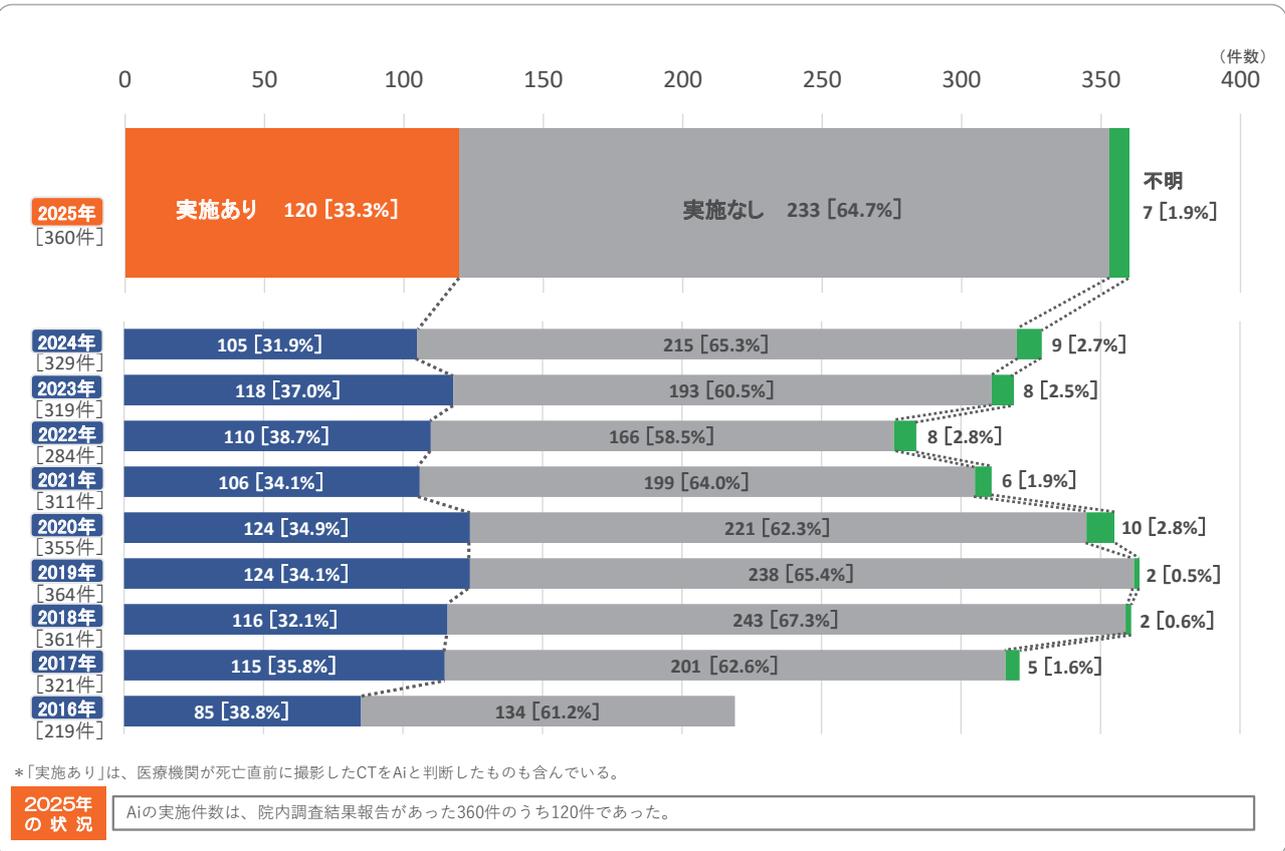
24-4. 都道府県別解剖実施ありの内訳 (数値版 3-(3)-②参照)



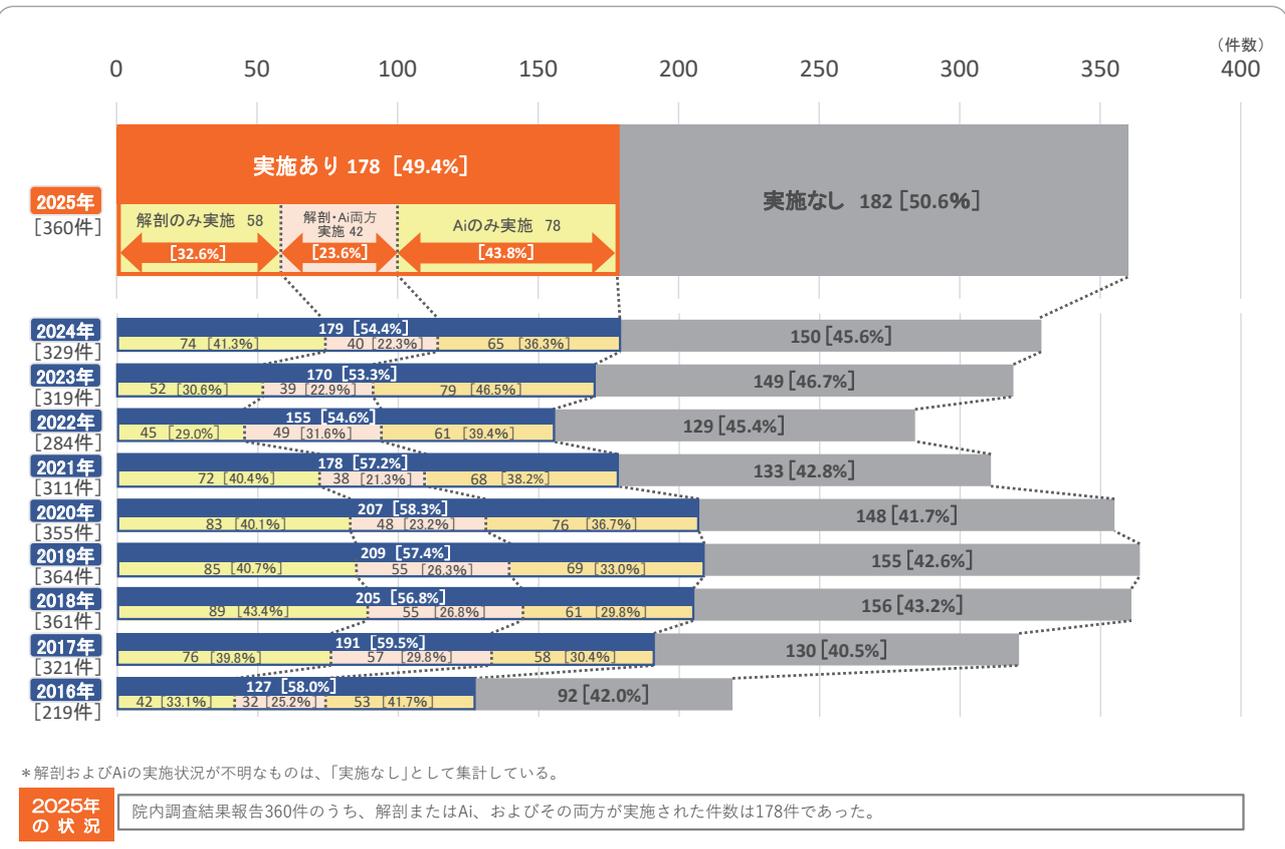
制度開始からの状況

都道府県別解剖実施あり1,132件の内訳は、病理解剖は119件、司法解剖は30件、行政解剖は10件、死因身元調査解剖は5件といずれも「東京都」が一番多かった。次いで病理解剖は「神奈川県」70件、「愛知県」64件、司法解剖は「神奈川県」26件、「大阪府」21件、「北海道」19件であった。

25. 死亡時画像診断(Ai)の実施状況 (数値版 3-(3)-③参照)

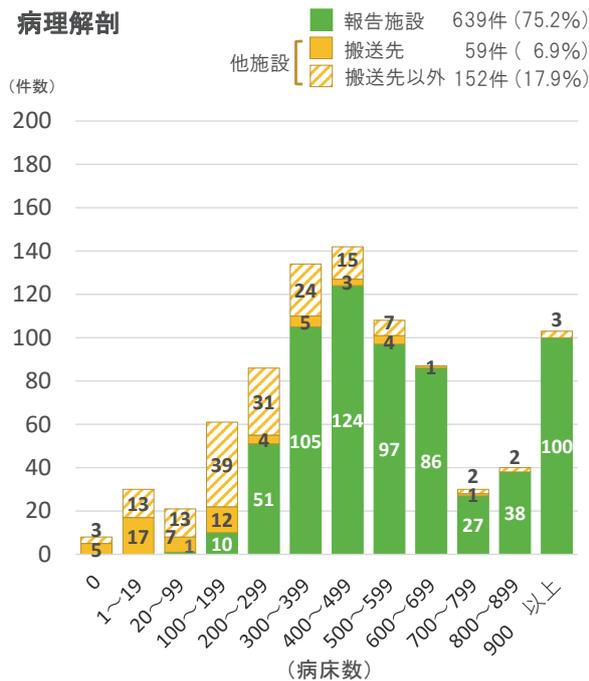


26. 解剖とAiの実施状況の内訳 (数値版 3-(3)-④参照)

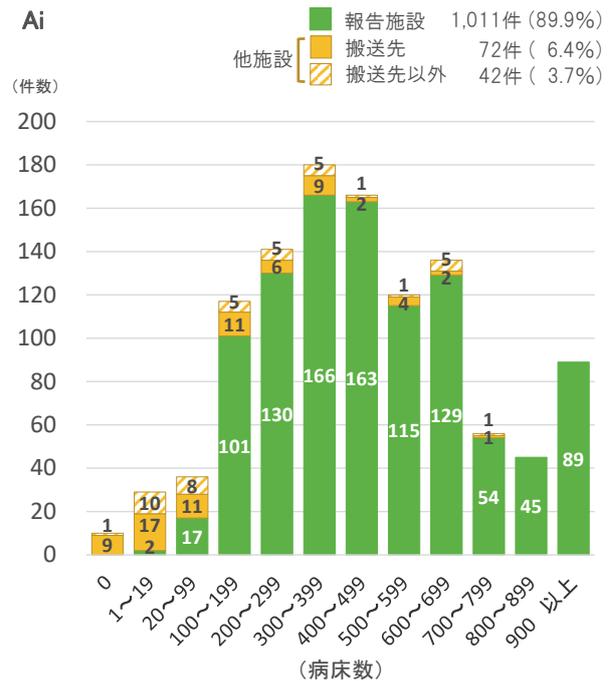


27. 病床規模別病理解剖およびAiの実施件数 (数値版 参考3-(3)-①-i・参考3-(3)-③参照)

病理解剖



Ai



*病理解剖が実施されたものについて集計している。

制度開始からの状況

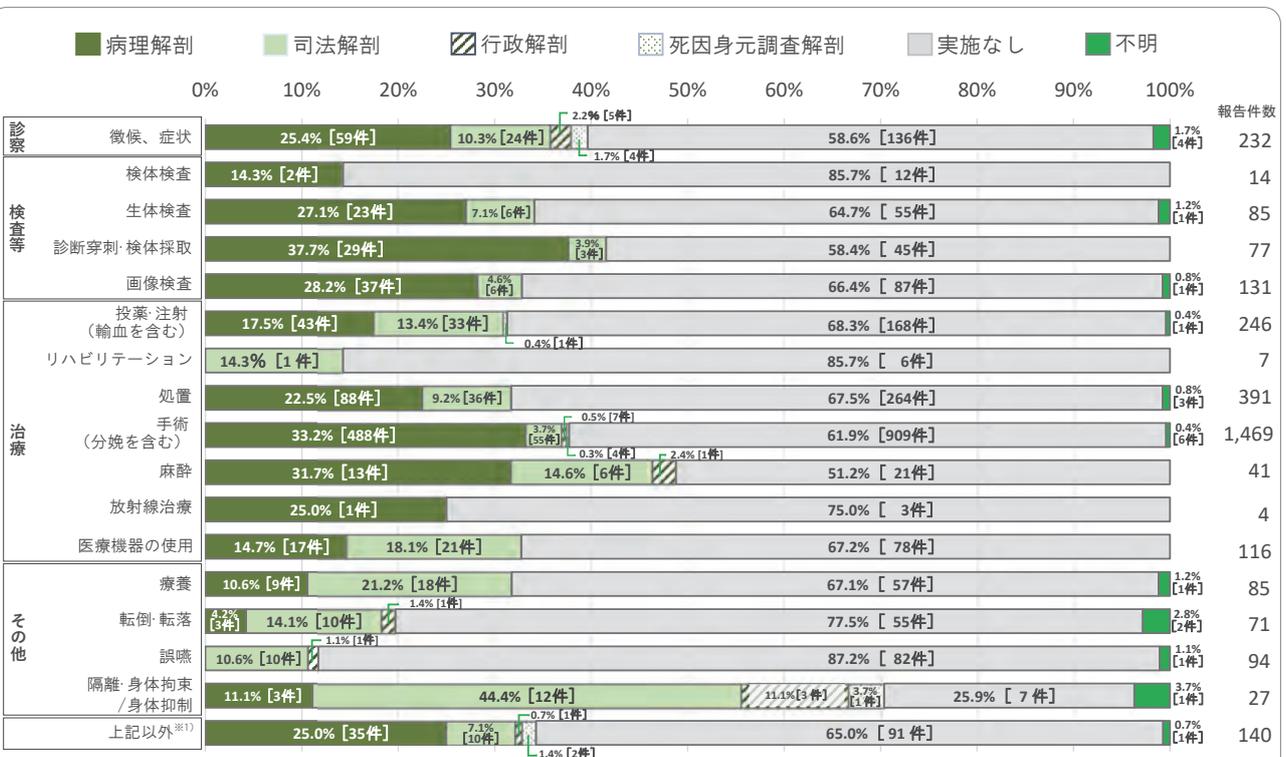
病理解剖の実施は850件で、最も多かったのは「400~499床」の142件であった。199床以下の施設では、他施設での解剖実施が多かった。他施設の内訳では、搬送先以外が152件であった。

*Aiが実施されたものについて集計している。

制度開始からの状況

Aiの実施は1,125件で、最も多かったのは「300~399床」の180件であった。全体の89.9%が報告施設で実施していた。

28. 起因した医療(疑いを含む)の分類別解剖実施の割合 (数値版 3-(3)-⑤参照)

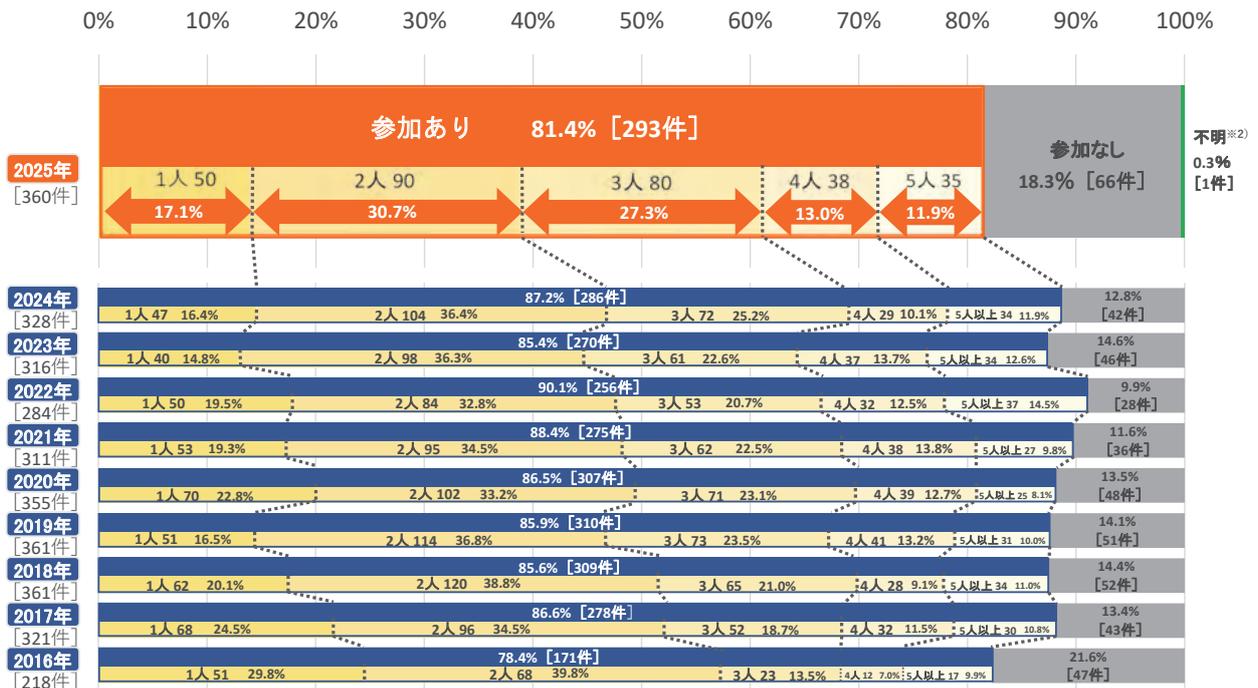


※1)「上記以外」には、死因の特定が不能なもの、原病の進行、原因不明の急性呼吸不全、急性心筋梗塞による死亡の疑い等が含まれ、分類困難だったものである。

制度開始からの状況

起因した医療(疑いを含む)の分類別解剖実施の割合は、病理解剖は診断穿刺・検体採取が37.7%(29件)、司法解剖は隔離・身体拘束/身体抑制が44.4%(12件)であった。

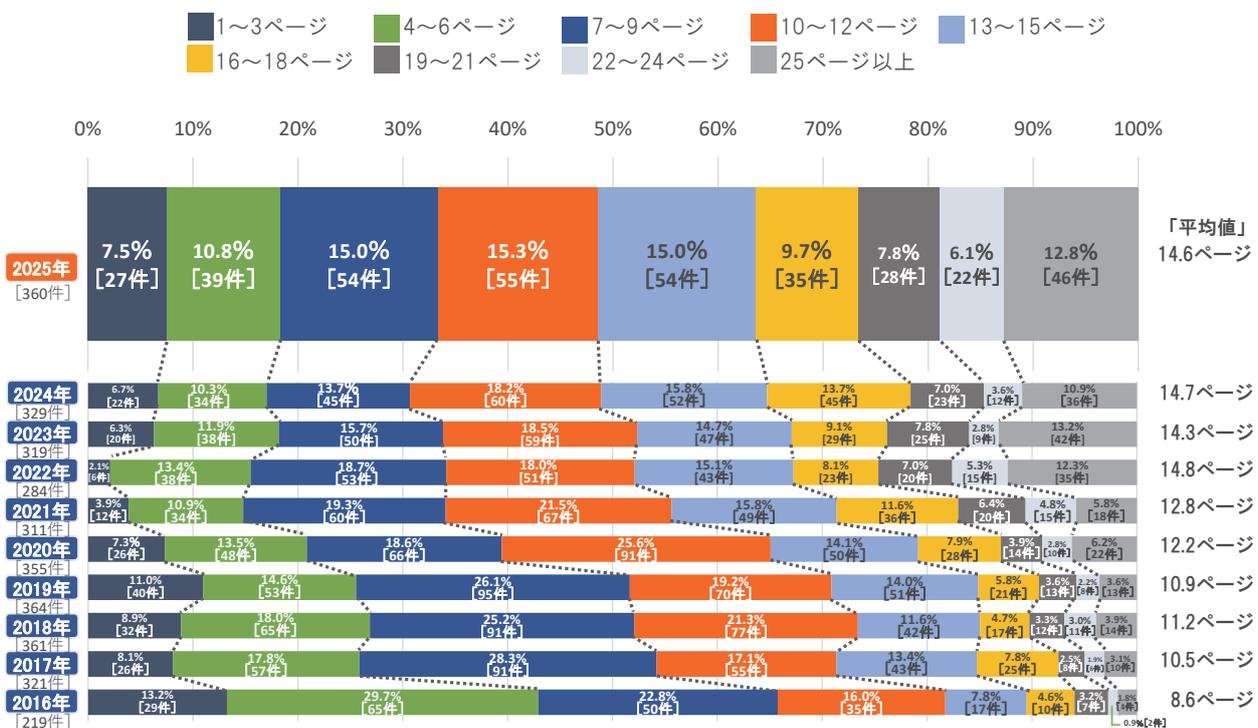
29. 院内調査委員会における外部委員※1)の参加状況 (数値版 3-(4)-④参照)



※ 院内調査委員会の設置、開催がなかったものを除いて集計している。
 ※1) 「外部委員」には、「医療事故調査等支援団体※3)」等からの支援による委員が含まれる。
 ※2) 「不明」とは、当該医療機関グループ群による院内調査が行われ、当該医療機関は外部委員の情報を得られず不明であったものである。
 ※3) 「医療事故調査等支援団体」とは、令和4年12月7日付厚生労働省告示第350号に定められた医学医術に関する学術団体、その他厚生労働大臣が定めた団体から構成される。

2025年の状況 院内調査結果報告360件のうち、外部委員の参加があったのは81.4% (293件)であった。そのうち参加人数は「2人」が30.7%と最も高く、次いで「3人」が27.3%であった。

30. 院内調査結果報告書のページ数 (数値版 3-(7)-①参照)

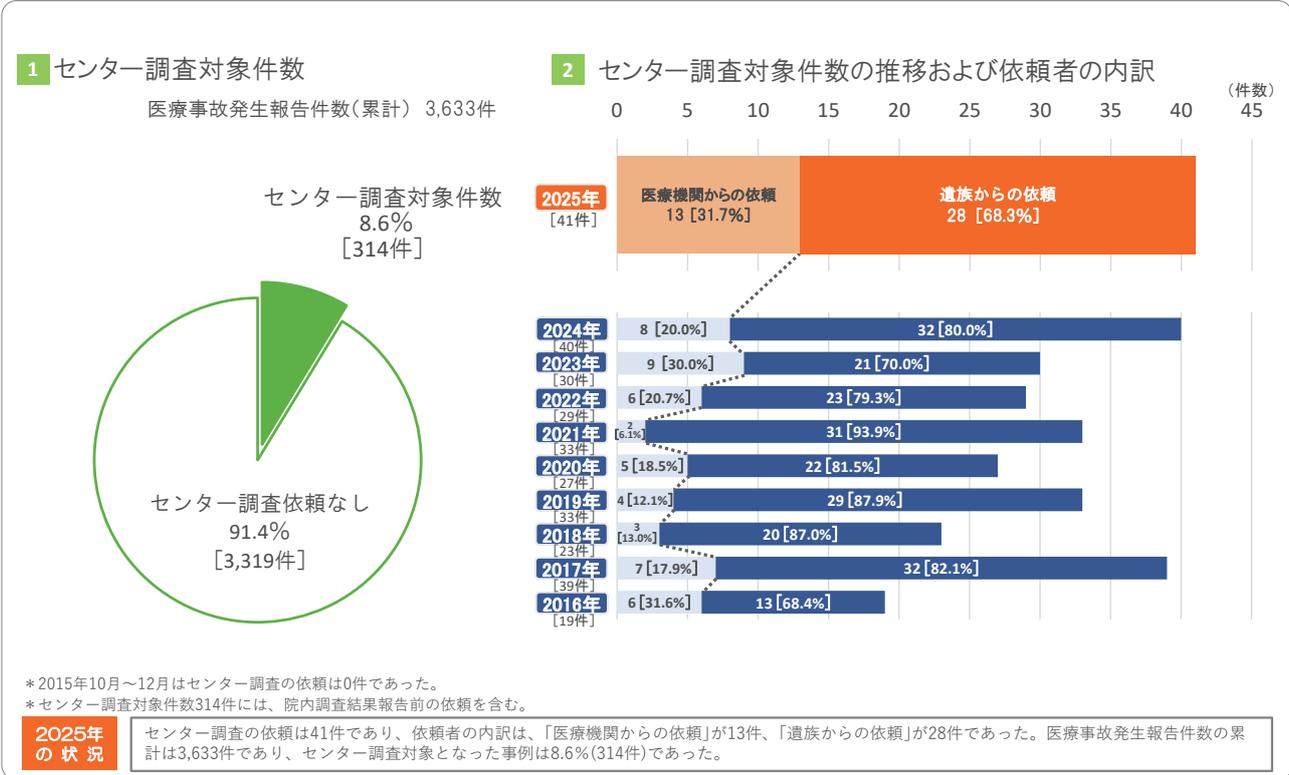


※ 院内調査結果報告書の表紙、目次、添付資料などを除いたページ数をセンターが集計したものである。

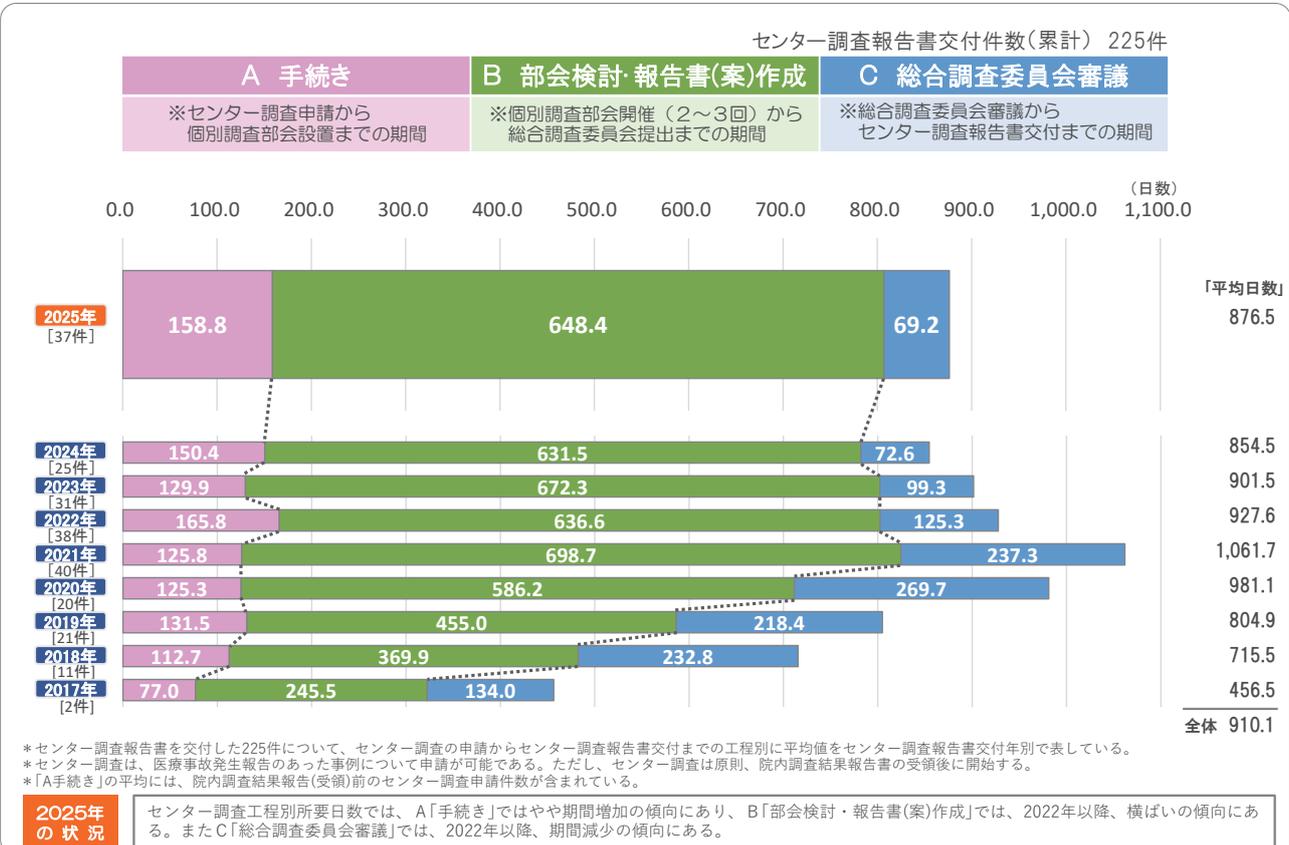
2025年の状況 院内調査結果報告書のページ数は「10~12ページ」が最も多く15.3% (55件)であった。

センター調査の状況

31. センター調査対象件数と依頼者の内訳 (数値版 4-(1)-①・②参照)



32. センター調査工程別所要日数[年別平均日数] (数値版 4-(11)-①・②参照)



Ⅲ 医療事故調査・支援センターの事業概要

本章においては、一部令和7年度（2026年1月～3月）の内容を含めて記載している。

1. 医療事故調査・支援センターの位置付け・目的

医療法第6条の15

厚生労働大臣は、医療事故調査を行うこと及び医療事故が発生した病院等の管理者が行う医療事故調査への支援を行うことにより医療の安全の確保に資することを目的とする一般社団法人又は一般財団法人であつて、次条に規定する業務を適切かつ確実に行うことができると認められるものを、その申請により、医療事故調査・支援センターとして指定することができる。

医療事故についての情報の収集、調査・検証、研修等の業務を通して、医療事故の防止のための適切な対応策の作成に役立つ知見を蓄積し、普及・啓発することにより、医療の安全の確保と質の向上を図る。

2. 医療事故調査・支援センターの業務

医療法第6条の16

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6条の11第4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6条の11第4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1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。

さらに、2016年6月24日付で医療法施行規則の一部を改正する省令が公布されるとともに、これに伴う厚生労働省医政局長通知ならびに医政局総務課長通知が同日付で発出された。

医療事故調査・支援センター（以下「センター」という。）は、これらの業務を達成するため、次の（1）～（6）の内容について体制等を整備し実施している。

(1) 医療事故調査・支援事業運営委員会の開催

医療事故調査・支援事業運営委員会は、医療事故調査・支援センターの業務（以下「センター業務」という。）の適正かつ確実な運営を図るために設けられた委員会であり、センター業務の活動方針の検討および活動内容の評価を行う（資料1参照）。

① 医療事故調査・支援事業運営委員会の開催状況（図表Ⅲ-1参照）

図表Ⅲ-1 医療事故調査・支援事業運営委員会の状況

	年月日	内容
2024年度 第3回	2025年3月12日	<p>【現況報告】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療事故調査制度の現況報告（プレスリリース2月分） <p>【再発防止】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「再発防止委員会設置規程」の改正について 再発防止委員会開催状況 専門分析部会開催状況 提言第20号「血液検査パニック値に係る死亡事例の分析」説明会 2024年度 提言アンケート（提言第18、19号）実施について（中間報告） <p>【センター調査】</p> <ul style="list-style-type: none"> 総合調査委員会開催状況 <p>【研修】</p> <ul style="list-style-type: none"> 第5回医療事故調査・支援センター主催研修について 令和6年度 委託研修について <p>【関係団体との連携業務】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和6年度 協力学会説明会について <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和6年度変更事業計画書及び令和7年度事業計画書 「医療安全の更なる向上を目指す検討会」について
2025年度 第1回	2025年8月20日	<p>【現況報告】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療事故調査制度の現況報告（プレスリリース7月分） <p>【再発防止】</p> <ul style="list-style-type: none"> 再発防止委員会開催状況 専門分析部会開催状況 警鐘レポート No.2「注射剤の血管内投与後に発症したアナフィラキシーによる死亡」 警鐘レポート No.3「異所性妊娠に伴う卵管破裂による死亡」 2024年度 提言アンケート結果（提言第18号、19号） <p>【センター調査】</p> <ul style="list-style-type: none"> 総合調査委員会開催状況 <p>【研修】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和7年度 医療事故調査・支援センター主催研修について 令和7年度 委託研修について 市民公開講座について ロゴマーク 商標登録について <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療安全の更なる向上を目指す検討会 これまでの検討状況（概要） 生成AIを用いた医療事故調査報告書分析・実践研修事業について 令和6年度 事業報告書 令和7年度 事業計画書

	年月日	内容
2025年度 第2回	2025年12月24日	<p>【現況報告】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療事故調査制度の現況報告（プレスリリース 11月分） <p>【再発防止】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・再発防止委員会開催状況 ・専門分析部会開催状況 ・提言第21号「産科危機的出血に係る妊産婦死亡事例の分析」 ・警鐘レポート No.4「気管切開術後早期のチューブ逸脱・迷入による死亡」 <p>【センター調査】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総合調査委員会開催状況 <p>【研修】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和7年度 医療事故調査・支援センター主催研修（中間報告） ・令和7年度 委託研修について ・プレスセミナーについて（報告） ・市民公開講座の開催について <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療事故と判断した後の説明資料（ご遺族の皆様へ「医療事故の報告」にあたって） ・医療安全の更なる向上を目指す検討会 報告書 ・生成 AI を用いた医療事故調査報告書分析・実践研修事業について

② 「医療安全の更なる向上を目指す検討会報告書」について

医療安全の更なる向上を目指す検討会報告書を、センターの事業運営にどのように反映させるか議論を行った（参考資料参照）。

③ 生成 AI を用いた医療事故調査報告書分析・実践研修事業の実施

令和6年度政府補正予算に「生成 AI を用いた医療事故調査報告書分析・実践研修事業」が盛り込まれたことを踏まえ、同事業に係る補助金の交付申請を行い、令和7年3月28日付で、令和6年度（令和7年度への繰り越し分）の補助金として交付決定された。2025年は、コンサルティング業務および AI 構築業務について、それぞれ外部の業者に委託をし、センター業務の支援を行う AI の設計と実際の構築を進めている。

AI が行うセンター業務の支援は、「現行のセンター業務の効率化」と「センターに集積された全ての報告書の横断的な分析」の二つに分けられる。「現行のセンター業務の効率化」は現在行っている業務の効率化と負担軽減を目指すものであり、具体的には、事故報告書類の仮名化作業や事例概要の作成、臨床経過のまとめ作業、用語注釈の作成等の支援に AI を取り入れる予定である。「センターに集積された全ての報告書の横断的な分析」は、現在人的作業により行っている分析テーマ抽出を、AI により報告書全てに対して網羅的、体系的に行う新たな試みであり、報告書へのタグ付け（分類項目・キーワード一式の抽出・体系化と報告書への付与）や、院内調査報告書のテーマ毎の比較分析等が具体的な内容となる。

センター業務の情報は機密性の高いものであるため、AI は外部からアクセスできない機構内部で構築している。本事業の実施期間は2026年3月までの予定であり、引き続き AI 構築とセンター業務への実装を行い、期間内に業務を完了させる予定である。

(2) 医療事故調査の実施に関する相談・支援

医療法第6条の16

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。

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。

① 相談

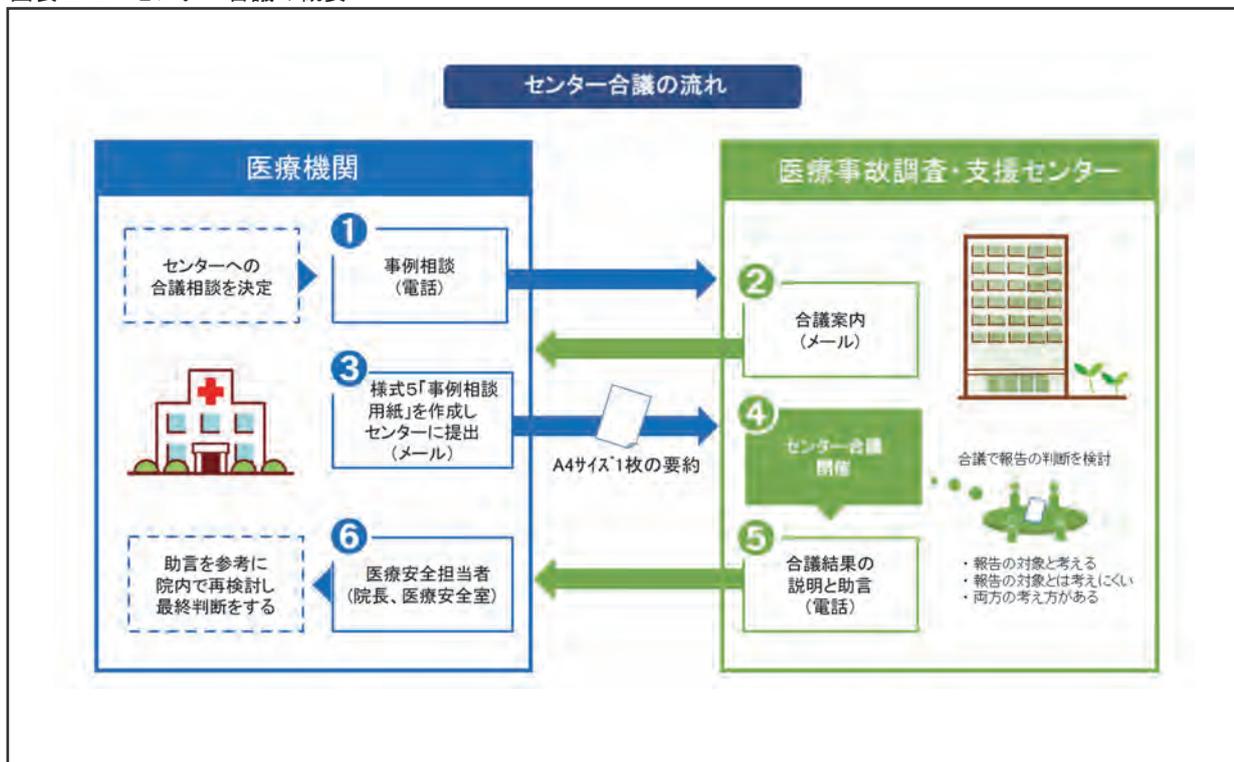
【相談状況】

- ・相談件数：2,161件（累計19,491件）

【センター合議（医療事故の判断に関する相談）】

- ・合議体制：合議支援医11名、合議支援薬剤師1名
- ・実施状況：2025年は74件実施している（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）。
- ・役割：医療機関が行う「医療事故の判断」に関する支援として、医療機関より事例相談用紙（図表Ⅲ-3参照）を提出してもらい、記載された事例相談内容に応じ、複数の専門家（医師・薬剤師・看護師）らにより当該事例について合議（検討）を行う。合議の結果は、医療機関へ助言として伝達している（図表Ⅲ-2参照）。
- ・センター合議関係者会議：（開催日）
第7回；2026年3月4日（水）

図表Ⅲ-2 センター合議の概要



図表Ⅲ-3 事例相談用紙（様式5）

医療事故調査・支援センター 宛			
【事例相談用紙】 ※注意：特定できる個人名や施設名は記載せず、匿名化してご提出ください。			
患者年齢	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	診療科
許可病床数	<input type="checkbox"/> 19床以下	<input type="checkbox"/> 20床以上～99床以下	<input type="checkbox"/> 100床台 <input type="checkbox"/> 200床台 <input type="checkbox"/> 300床台
	<input type="checkbox"/> 400床台	<input type="checkbox"/> 500床台 <input type="checkbox"/> 600床台	<input type="checkbox"/> 700床以上
死亡日時	令和	年	月 日 () 時 分
<臨床診断と治療経過・既往症>			
<事故発生（医療行為）前後の状況、死亡までの経過> ※時系列でご記載ください。			
<推定死亡原因…提供した医療との関係も含めて>			
<死亡の予期に関する説明・記録等の状況>			
<相談内容>			
<解剖・Aiの有無>			
【解剖】 <input type="checkbox"/> 有（実施日：令和 年 月 日 死後 時間）・ <input type="checkbox"/> 無			
【Ai】 <input type="checkbox"/> 有（実施日：令和 年 月 日 死後 時間）・ <input type="checkbox"/> 無			

センター様式 5 事例相談用紙

② 情報提供および支援

【院内調査における支援】

- ・対象：医療事故報告があった医療機関
- ・支援方法：医療事故発生報告より6か月以上経過した事例に対しては、定期的に進捗状況の確認や院内調査の進め方等に関する助言、および医療事故発生報告から2年半以上経過した長期未報告事例については、機構理事から医療機関へ直接連絡を実施した。

【医療事故発生報告時の遺族説明に関する支援】

- ・対象：医療事故と判断した医療機関
- ・目的：医療事故と判断した後の遺族説明への補助資料
- ・支援方法：遺族説明の際に補助となる説明用紙を作成し、ホームページに掲載した。

【病理解剖実施に関する支援】

- ・目的：医療事故調査制度における病理解剖を推奨する。
- ・支援方法：医療機関が遺族に対して病理解剖に関する説明ができるような資料をホームページに掲載している。

③ 伝 達

厚生労働省医政局総務課長通知「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」（平成 28 年 6 月 24 日医政総発 0624 第 1 号）

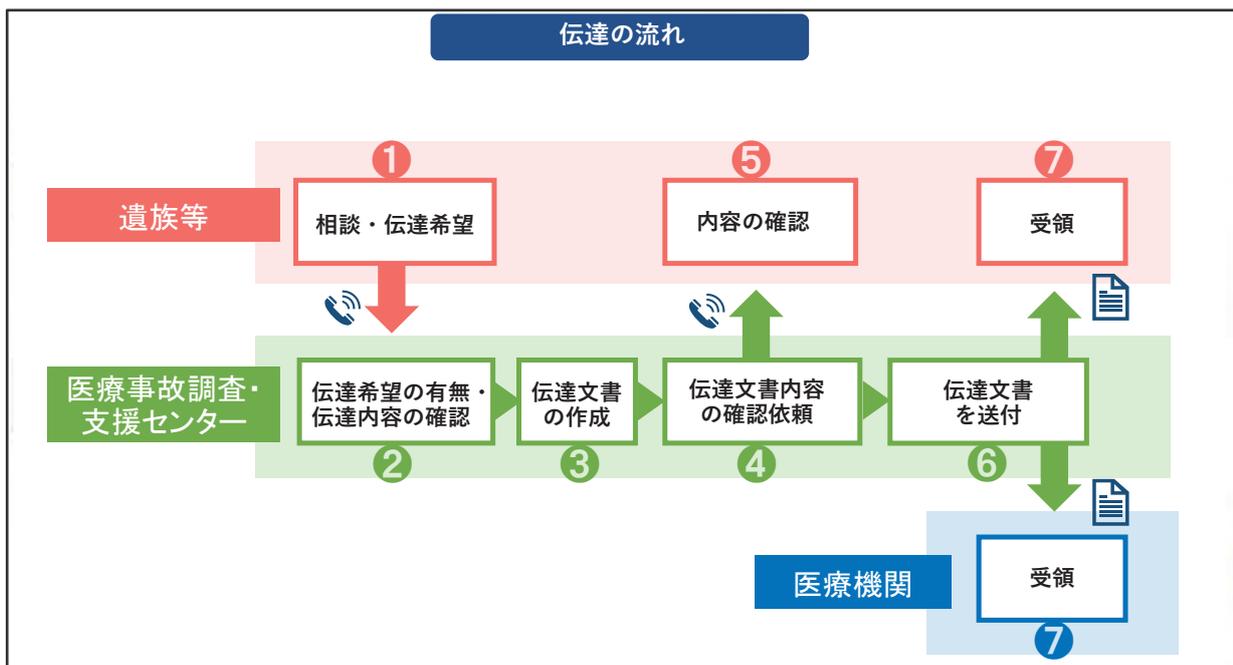
第二 医療事故調査・支援センターについて

- 4 遺族等からの相談に対する対応の改善を図るため、また、当該相談は病院等が行う院内調査等への重要な資料となることから、医療事故調査・支援センターに対して遺族等から相談があった場合、法第 6 条の 13 第 1 項に規定する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、相談の内容等を病院等の管理者に伝達すること。

医療事故相談専用ダイヤルに相談があった場合、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えている（図表Ⅲ-4 参照）。

- ・対 象：制度開始 2015 年 10 月以降の死亡事例
- ・医療機関への伝達方法：文書
- ・伝達件数：35 件（累計 239 件）

図表Ⅲ-4 伝達の概要



(3) 再発防止策を提案するための情報分析および普及・啓発

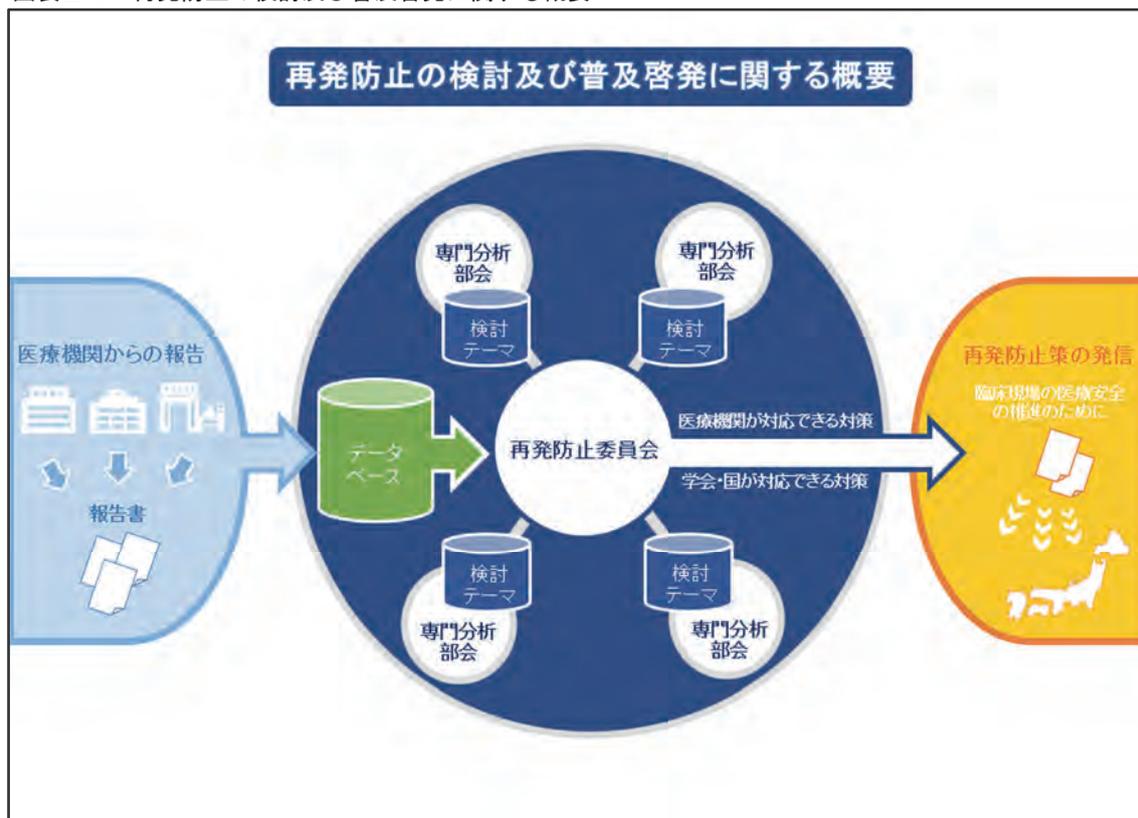
医療法第6条の16

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6条の11第4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6条の11第4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。
- 六 医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行うこと。

収集した情報の整理・分析を図り詳細な分析を行うべきテーマを選定し、専門分析部会が検討・作成した結果を検討する「再発防止委員会」、および専門的見地から詳細分析し、再発防止策を検討する「専門分析部会」を設置し、再発防止の検討および普及啓発の円滑な推進を図っている（図表Ⅲ-5 参照）。

図表Ⅲ-5 再発防止の検討及び普及啓発に関する概要



① 再発防止委員会

- ・委員構成：医療従事者、法律家、国民の代表など 20 名（資料 2 参照）。
- ・開催状況：2 か月に 1 回開催している（図表Ⅲ-6 参照）。
- ・役割：医療事故調査の報告により収集した事例の整理。分析テーマを選定し、テーマ別専門分析部会の報告書を基に普及啓発のための再発防止策を決定する。

図表Ⅲ-6 再発防止委員会の開催状況

開催回	月日
第 49 回	1 月 20 日
第 50 回	3 月 3 日
第 51 回	5 月 19 日
第 52 回	7 月 7 日
第 53 回	9 月 1 日
第 54 回	11 月 10 日

② 専門分析部会

【提言書】

- ・委員構成：分析課題（テーマ）に関する領域の専門家等 7～11 名程度（部会員の選出は、学会等の協力を得ている。図表Ⅲ-7 参照）。部会の委員には、提言書公表後、認定証を交付している。
- ・開催状況：4～5 回程度実施しているが、テーマにより異なる。
- ・役割：再発防止委員会が定めた分析課題について、専門的見地からの詳細分析および医療機関の体制・規模等に配慮した再発防止策を検討し提言書に取りまとめ、再発防止委員会に報告する。

【警鐘レポート】

- ・委員構成：分析課題（テーマ）に関する領域の専門家等 3～4 名程度（部会員の選出は、学会等の協力を得ている。図表Ⅲ-7 参照）。部会の委員には、警鐘レポート公表後、認定証を交付している。
- ・開催状況：2 回程度実施しているが、テーマにより異なる。
- ・役割：再発防止委員会が定めた分析課題について、医療事故として報告された事例を整理・分析し、専門的知見および医療安全の観点から予期せぬ死亡につながった要因、死亡を回避するための方策（再発防止策）を焦点化し、イラストを用いて視覚的にもわかりやすく注意喚起することを目的に、レポートに取りまとめ、再発防止委員会に報告する。

図表Ⅲ-7 専門分析部会の開催状況

	部会番号	分析課題（テーマ）	委員構成（学会または専門領域）
提言書	22 号	入院早期に発生した病院食による窒息に係る死亡事例の分析（仮）	日本リハビリテーション医学会（3 名）、医療の質・安全学会、日本栄養士会、日本看護科学学会、日本救急医学会、日本摂食嚥下リハビリテーション学会（2 名）、日本老年看護学会（計 10 名）
	23 号	心電図モニタアラームに係る死亡事例の分析（仮）	部会構成員の委嘱手続き中（計 7 名予定）
警鐘レポート	No.5	血管内治療時の大腿動脈穿刺に伴う後腹膜出血による死亡（仮）	日本循環器学会、日本血管外科学会、日本インターベンショナルラジオロジー学会（計 3 名）
	No.6	エネルギーデバイスに関連した死亡（仮）	日本外科学会、日本呼吸器外科学会、日本消化器外科学会（計 3 名）

③ 2025年に公表した医療事故の再発防止に向けた提言

2025年は、第21号の「医療事故の再発防止に向けた提言（以下「提言書」という。）」を公表した（図表Ⅲ-8参照）。

図表Ⅲ-8 公表した提言書（※付録1参照）

公表年月	提言書番号	提言書名	関連資料
2025年 10月	第21号	産科危機的出血に係る妊産婦死亡事例の分析	提言の概要 ※部会長による解説付き動画
			漫画・モーショコミック
			チェックシート

④ 「医療事故の再発防止に向けた警鐘レポート」

2025年は、No.2、No.3、No.4の「医療事故の再発防止に向けた警鐘レポート（以下「警鐘レポート」という。）」を公表した（図表Ⅲ-9参照）。

図表Ⅲ-9 公表した警鐘レポート（※付録2、3、4参照）

公表年月	レポート番号	警鐘レポート名
2025年 3月	No.2	[提言第3号続報] 注射剤の血管内投与後に発症したアナフィラキシーによる死亡
2025年 7月	No.3	異所性妊娠に伴う卵管破裂による死亡
2025年 11月	No.4	[提言第4号続報] 気管切開術後早期のチューブ逸脱・迷入による死亡

⑤ 「2025年に実施した提言に関するアンケート」

提言書公表後に提言書の活用状況を把握するため、全国の病院に対してWebアンケートを実施した（図表Ⅲ-10参照）。

図表Ⅲ-10 実施したアンケート（※付録5、6、7、8参照）

提言書 公表年月	提言書番号	提言書名	期間	対象 (学会員数)	回答数
2023年 9月	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	2024年11月1日 ～2025年2月14日	約27,000名	977名
2024年 2月	第19号	肺動脈カテーテルに係る 死亡事例の分析 第1部 開心術編 第2部 検査編	2024年11月24日 ～2025年3月14日	心臓血管外科 約4,300名	172名
				心臓血管麻酔科 約3,600名	443名
				循環器科 約17,000名	85名

(4) センター調査

医療法第6条の16

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。

三 次条第1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。

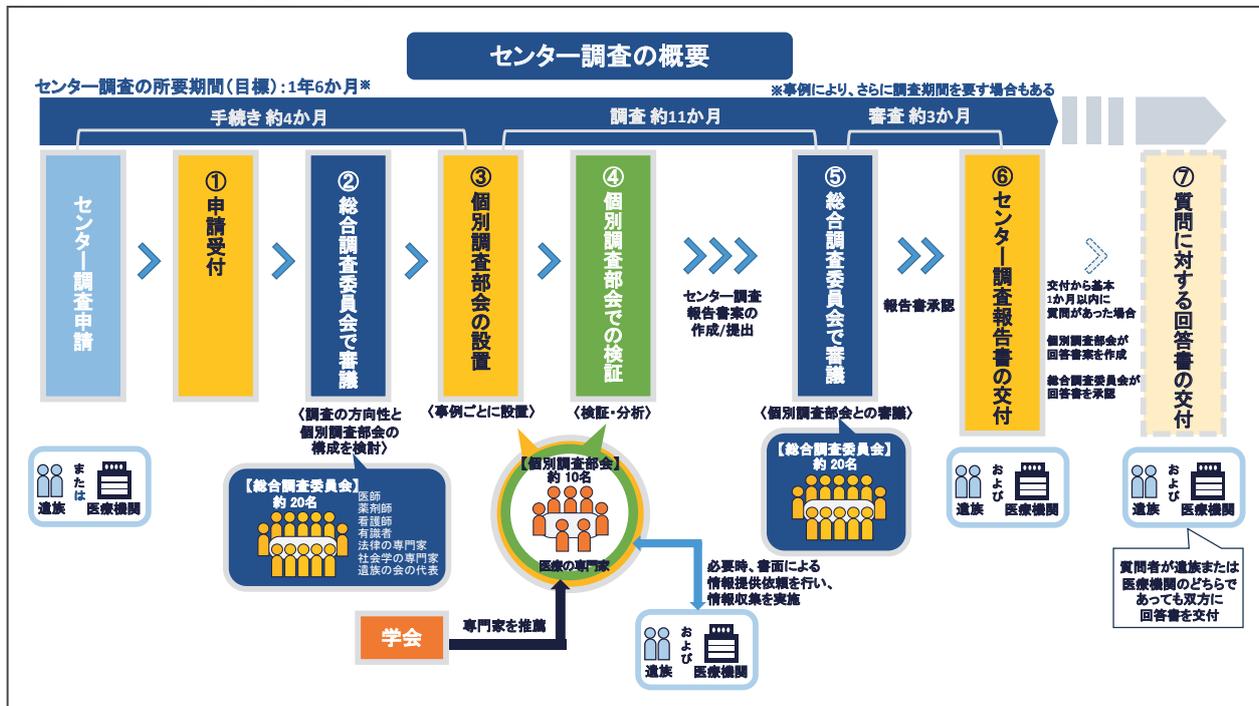
医療法第6条の17

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1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1項の管理者が第2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1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。

センター調査は、事故の原因を明らかにし、再発防止を図ることで医療の安全を確保することを目的としている。個々の責任追及を目的とするものではない。センター調査全般について検討を行う「総合調査委員会」、および事例ごとに具体的な調査を行う「個別調査部会」を設置している（図表Ⅲ-11 参照）。

図表Ⅲ-11 センター調査の概要



① 2025年センター調査の依頼

- ・センター調査対象事例：41件（累計314件）
- ・センター調査報告書交付事例：37件（累計225件）

② 総合調査委員会

- ・委員構成：医療従事者、法律家、国民の代表など19名（資料3参照）。
- ・開催状況：1か月に1回開催している（図表Ⅲ-12参照）。
- ・役割：センター調査の方法の検討〔個別調査部会の構成（部会員を推薦する学会、部会員の人数、部会長を依頼する学会）の決定〕。個別調査部会で作成したセンター調査報告書（案）のレビュー、審議、報告書・質問書の交付。センター調査に関わる事項の検討等。

図表Ⅲ-12 総合調査委員会開催状況

開催回	月日
第106回	1月23日
第107回	2月27日
第108回	3月27日
第109回	4月24日
第110回	5月22日
第111回	6月26日
第112回	7月24日
第113回	8月28日
第114回	9月25日
第115回	10月23日
第116回	11月27日
第117回	12月18日

③ 個別調査部会

個別調査部会は、事例ごとに設置され、現在は、北海道、東北、関東信越、東海北陸、近畿、中国四国、九州ブロックにおいて開催されている。

- ・委員構成：調査の支援および助言等を役割とした調査支援医1～2名、関係領域の専門家等の計8～10名程度（審議が進む中で部会長が必要と認めた場合は、さらに専門領域の部会員を追加依頼する場合がある）。部会の委員には、センター調査終了後、認定証を交付している。
- ・開催状況：事例ごとに原則3回開催している。
- ・役割：調査結果をセンター調査報告書（案）として取りまとめ、総合調査委員会に報告する。センター調査報告書交付後、遺族または医療機関から質問書が提出された場合には、回答書の作成を行い、総合調査委員会に報告する。
- ・センター調査報告書（案）の総合調査委員会への報告：37事例／2025年

④ センター調査協力（登録）学会・団体

個別調査部会は、専門性を有した部会員による調査を行うため、医学専門学会等の協力学会から部会員推薦協力を得ている（資料4参照）。

【センター調査への協力参加状況】（図表Ⅲ-13 参照）

2025年1月から12月までに43個別調査部会が設置され、各学会・団体から355名に協力をいただいている（2016年から2025年までの合計2,325名）。

図表Ⅲ-13 センター調査への協力参加状況

No.	学会・団体名	2025年 1月～12月	2016年～ 2025年 総数	No.	学会・団体名	2025年 1月～12月	2016年～ 2025年 総数
医学系学会				医学系学会			
1	一般社団法人 日本アレルギー学会	2	6	38	公益社団法人 日本リハビリテーション医学会	1	3
2	公益社団法人 日本医学放射線学会	29	142	39	公益社団法人 日本臨床腫瘍学会	1	10
3	一般社団法人 日本感染症学会	5	31	40	一般社団法人 日本老年医学会	3	21
4	一般社団法人 日本肝臓学会	2	15	歯学系学会			
5	公益財団法人 日本眼科学会	0	2	41	一般社団法人 日本歯科医学会連合	0	4
6	一般社団法人 日本救急医学会	10	73	薬学系学会			
7	一般社団法人 日本形成外科学会	0	3	42	一般社団法人 日本医療薬学会	5	32
8	一般社団法人 日本血液学会	2	21	医療関連学会・団体等			
9	特定非営利活動法人 日本血管外科学会	1	23	43	一般社団法人 医療の質・安全学会	2	15
10	一般社団法人 日本外科学会	12	164	44	公益社団法人 日本診療放射線技師会	1	4
11	一般社団法人 日本呼吸器学会	7	58	45	一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会	0	2
12	一般社団法人 日本呼吸器外科学会	2	29	46	公益社団法人 日本臨床工学技士会	1	32
13	公益社団法人 日本産科婦人科学会	6	67	看護学系学会			
14	一般社団法人 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会	5	23	47	公益社団法人 日本看護科学学会	1	56
15	一般社団法人 日本集中治療医学会	20	61	48	一般社団法人 日本看護管理学会	2	31
16	一般社団法人 日本循環器学会	15	128	49	一般社団法人 日本看護技術学会	0	3
17	一般社団法人 日本消化器外科学会	21	95	50	一般社団法人 日本がん看護学会	4	11
18	一般財団法人 日本消化器病学会	25	90	51	一般社団法人 日本救急看護学会	9	24
19	公益社団法人 日本小児科学会	8	48	52	一般社団法人 日本クリティカルケア看護学会	11	43
20	一般社団法人 日本小児外科学会	5	9	53	一般社団法人 日本在宅ケア学会	0	2
21	特定非営利活動法人 日本小児循環器学会	4	7	54	日本手術看護学会	14	76
22	一般社団法人 日本神経学会	8	27	55	一般社団法人 日本循環器看護学会	2	7
23	特定非営利活動法人 日本心臓血管外科学会	7	88	56	一般社団法人 日本小児看護学会	4	18
24	一般社団法人 日本腎臓学会	3	20	57	一般社団法人 日本助産学会	3	33
25	公益社団法人 日本整形外科学会	7	54	58	一般社団法人 日本腎不全看護学会	0	5
26	公益社団法人 日本精神科病院協会	0	4	59	一般社団法人 日本精神保健看護学会	2	7
27	公益社団法人 日本精神神経学会	7	21	60	一般社団法人 日本放射線看護学会	1	2
28	一般社団法人 日本透析医学会	0	11	61	一般社団法人 日本老年看護学会	6	25
29	一般社団法人 日本糖尿病学会	0	3	協力学会登録以外			
30	一般社団法人 日本内科学会	13	184	62	公益社団法人 日本栄養士会	0	1
31	一般社団法人 日本内分泌学会	0	4	63	一般社団法人 日本癌治療学会	0	1
32	一般社団法人 日本脳神経外科学会	14	66	64	一般社団法人 日本血栓止血学会	0	1
33	一般社団法人 日本泌尿器科学会	11	33	65	一般社団法人 日本甲状腺学会	0	1
34	公益社団法人 日本皮膚科学会	0	1	66	一般社団法人 日本消化器内視鏡学会	0	2
35	一般社団法人 日本病理学会	17	127	67	一般社団法人 日本摂食嚥下リハビリテーション学会	0	2
36	公益社団法人 日本麻酔科学会	14	107	68	一般社団法人 日本脳卒中学会	0	2
37	一般社団法人 日本リウマチ学会	0	3	69	公益社団法人 日本理学療法士協会	0	1
合 計						355	2,325

※1 参考人、および、辞退者を含む。

(五十音順)

※2 調査支援医、および、医療安全参考人を含まない。

(5) 研修の実施

研修は年度（4月～翌年3月）単位で実施しており、1月～3月にまたがる研修は予定として記載

医療法第6条の16

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。

センターが行う研修は、対象者別に以下の(1)～(3)の研修を実施している。

- (1) 医療機関の職員等を対象とした研修
- (2) 支援団体の職員等を対象とした研修
- (3) センターの職員等を対象とした研修

(1) 医療機関の職員等を対象とした研修

- ① 医療事故調査制度「管理者・実務者セミナー」
- ② 医療事故調査制度研修会
- ③ 医療事故調査・支援センター主催研修
 - ①は、日本医師会に委託して実施した。
 - ②は、日本歯科医師会に委託して実施した。

① 医療事故調査制度「管理者・実務者セミナー」：日本医師会

- ・目的：医療にあたっての知識および技能の習得に加え、医療事故調査制度を牽引する。各医療機関の管理者および医療安全担当者等の実務者を養成する。
- ・開催方法：会場での受講；開催日；2025年12月7日（日）
：e-learning；配信期間；2025年12月22日～2026年3月25日
- ・実施内容：プログラムに基づき、実施した（図表Ⅲ-14参照）。
- ・参加人数：1,000名程度

進行：紀平幸一（日本医師会 医療安全対策委員会 委員長）
藤原慶正（日本医師会 常任理事）

図表Ⅲ-14 プログラム

内容	講師	時間
開講挨拶	日本医師会 会長 松本吉郎	10分
セミナーに参加するに当たってのポイント 医療事故調査制度の概要、資料の解説	日本医療安全調査機構 常務理事 木村壮介	35分
病院管理者としての取り組み方 ～義務感から権利へ～	日本医師会 医療安全対策委員会 副委員長 福岡東医療センター名誉院長 上野道雄	50分
医療事故報告における判断	日本医療安全調査機構 顧問 山口 徹	50分
当該医療機関における対応 初期対応	日本医師会 医療安全対策委員会 委員 渡邊秀臣	25分
当該医療機関における対応 関係者への聞き取り	日本医師会 医療安全対策委員会 委員 宮原保之	25分
報告書の作成	日本医療安全調査機構 常務理事 宮田哲郎	50分
調査の現場から -実務者が直面する制度と心のはざま-	日本医師会 医療安全対策委員会 委員 滝田純子	20分
全体討議（総合質疑応答）	（座長）日本医師会 医療安全対策委員会 委員 宮原保之 （パネリスト）全講師	35分
総括・閉講挨拶	日本医師会 医療安全対策委員会 委員長 紀平幸一	10分

② 医療事故調査制度研修会：日本歯科医師会

- ・ 目的：医療事故調査制度の対応について、歯科の特殊性を踏まえ、医科との適切な連携のあり方、院内調査に対する支援と報告書の作成など、全国の歯科医療関係者の人材育成を図る。
- ・ 開催方法：オンデマンド配信
- ・ 開催予定：2026年2月24日～3月13日
- ・ 実施内容：プログラムに基づき、実施した（図表Ⅲ-15参照）。
- ・ 受講者：歯科医師、歯科衛生等、歯科にかかる医療安全及び医療事故調査等支援に関する業務に携わる者。または、その予定の者及び上記以外の医療関係者等。
- ・ 参加人数：150名程度

図表Ⅲ-15 プログラム

司会：寺島多実子（日本歯科医師会 常務理事）

内容	講師	時間
開会	瀬古口精良（日本歯科医師会 副会長）	10分
挨拶	高橋英登（日本歯科医師会 会長） 安井利一（日本歯科医学会連合 理事長） 門脇 孝（日本医療安全調査機構 理事長）	
講演 「医療事故調査制度」の概要・課題 －現状報告と今後に向けて－	木村壯介（日本医療安全調査機構 常務理事）	30分
研修(1) 動画研修1：医療事故調査制度の流れ		20分
研修(2) 動画研修2：院内調査の流れ		15分
研修(3) 「予期せぬ死亡事故」発生直後の初動 ：歯科診療所の場合	望月 亮（日本歯科医師会 歯科医療安全対策委員会 副委員長）	20分
研修(4) 歯科における院内調査 －解剖、Aiを中心に－	佐藤慶太（日本歯科医学会連合 医療安全調査委員会 副委員長）	30分
研修(5) 日頃からの病院との連携に望むこと ～救急搬送後の病院の対応～	南須原康行（北海道大学病院 病院長）	40分
研修(6) 医療事故に対する福岡県歯科医師会の 体制について	中村貢治（日本歯科医師会 歯科医療安全対策委員会 委員）	20分
総括	星野倫範（日本歯科医学会連合 医療安全調査委員会 委員長）	5分
閉会	門司達也（日本歯科医師会 理事）	

③ 医療事故調査・支援センター主催研修

- ・ 研修名：「医療事故の再発防止に向けた提言」を活用した医療安全活動
ー医療機関からの実践報告ー
- ・ 目的：医療機関の再発防止への取り組みや課題等を共有し、組織としての医療安全体制の構築について考える。
- ・ 開催方法：会場受講、オンデマンド受講
- ・ 開催日：2025年10月4日（土）13：00～16：00
オンデマンド配信：2025年10月21日～2026年2月19日
- ・ 実施内容：プログラムに基づき、実施した（図表Ⅲ-16参照）。
- ・ 参加人数：2,000名程度

座長：山口 徹（日本医療安全調査機構 顧問）
宮田哲郎（日本医療安全調査機構 常務理事）

図表Ⅲ-16 プログラム

時間	内容	講師
13：00～13：05	開催の挨拶	門脇 孝（日本医療安全調査機構 理事長）
13：05～13：20	第1部 「医療事故調査報告」の類似事例の分析から再発防止策策定へ	木村壯介 （日本医療安全調査機構 常務理事）
13：20～13：45	第2部【講演1】 薬剤によるアナフィラキシーへの対応 ～提言書を活用した院内教育による緊急対応～	中島 勸 （虎の門病院 医療安全部 部長）
14：45～14：10	第2部【講演2】 単科医療機関での頸部手術後の呼吸管理 ～気道閉塞評価と気道確保～	前川明日香 （慶友整形外科病院 医療安全推進室 室長）
14：10～14：35	第2部【講演3】 「医療事故の再発防止に向けた提言」を現場で活かす ～気管切開チューブ逸脱・迷入防止に向けたICUの取り組み～	本田舞子 （横浜市立脳卒中・神経脊椎センター ICU 主任）
14：35～15：00	第2部【講演4】 医療事故調査制度に望むこと 再発防止への思い	宮脇正和 （医療過誤原告の会 会長）
15：00～15：05		休憩
15：05～15：55	【全体討論】 「医療事故の再発防止に向けた提言」を現場でどのように活用するか	パネリスト 5名 ・ 講演者 4名：中島 勸 前川明日香 本田舞子 宮脇正和 ・ 木村壯介（日本医療安全調査機構 常務理事）
15：55～16：00	閉会の挨拶	田原克志（日本医療安全調査機構 専務理事）

(2) 支援団体の職員等を対象とした研修

① 支援団体統括者セミナー：日本医師会（日本医師会に委託して実施した。）

- ・目的：医療事故調査の標準的な考え方や調査方法が各地域で波及することを目的とし、医療事故調査の知識・技能を習得して制度を牽引する各地域のリーダーを育成する。
- ・開催方法：Web研修（ライブ配信）
- ・開催予定：2026年3月1日（日）10：00～17：10
- ・実施内容：プログラムに基づき実施した（図表Ⅲ-17参照）。
- ・受講者：各都道府県で、地域の支援団体連絡協議会等の業務および院内調査の支援等にかかわっている者
 - ① 支援団体の代表としての都道府県医師会の担当役員
 - ② 院内調査の支援を担う基幹病院などの代表者
 - ③ 地域の看護職の代表者
 - ④ 都道府県医師会事務局職員
- ・参加人数：150名程度

全体進行：進行；紀平幸一（日本医師会 医療安全対策委員会 委員長）
藤原慶正（日本医師会 常任理事）

図表Ⅲ-17 プログラム

内容	講師	時間
開講挨拶		
【講義】医療事故調査制度の概況	日本医療安全調査機構 常務理事 木村壯介	5分
【報告】厚労科研「支援団体による支援の機能的運用及び質向上に向けた研究」報告と支援団体の役割	日本医師会 常任理事 藤原慶正	25分
【報告】日本医師会の取り組み	日本医師会 常任理事 藤原慶正	10分
【発表】支援団体の取組事例報告 宮崎県、神奈川県、愛知県、栃木県 質疑応答		50分
会長挨拶	日本医師会 会長 松本吉郎	5分
【グループ討論】テーマに沿って各グループで討議・発表 テーマ：相談を受けた時にどうかわるか		
1) グループ討議前のイントロダクション	1) 日本医師会 医療安全対策委員会 副委員長／福岡東医療センター 名誉院長 上野道雄	20分
2) 討議テーマ1「判断への支援」	2) 日本医療安全調査機構 顧問 山口 徹	50分
3) 討議テーマ2「初期対応への支援」	3) 日本医師会 医療安全対策委員会 委員／高崎健康福祉大学 副学長・保健医療学部 学部長 渡邊秀臣	50分
4) 討議テーマ3「疑問点の抽出と整理」	4) 日本医師会 医療安全対策委員会 副委員長／福岡東医療センター 名誉院長 上野道雄	50分
5) 討議テーマ4「報告書作成への支援」	5) 日本医療安全調査機構 常務理事 宮田哲郎	50分
※討議2)～5)：討議のポイント 5分 グループ討議 20分 まとめ発表 25分	○グループ討議講師 上記4名の他、4名 日本医師会 医療安全対策委員会 委員長 紀平幸一 日本医師会 医療安全対策委員会 委員／日本赤十字社 特別参与 宮原保之 日本医師会 医療安全対策委員会 委員 滝田純子 日本医療安全調査機構 常務理事 木村壯介	
【全体討議】 進行：日本医師会 医療安全対策委員会 委員／日本赤十字社 特別参与 宮原保之		40分
【まとめ・閉講挨拶】 閉講挨拶：日本医師会 医療安全対策委員会 委員長 紀平幸一		10分

●2024年度 医療機関の職員等および支援団体の職員を対象とした研修報告およびアンケート結果
<※付録9、10、11、12、参照>

(3) センターの職員等を対象とした研修

職員対象の研修および調査支援医を含めたトレーニングセミナーを開催し、センターの現況についての情報共有、講演およびグループワーク等による意見交換を行い、センター業務の円滑な遂行に資するように努めている。

【職員の研修】

・開催内容

1回目：2025年6月12日（木） Web 受講（ライブ）

- 1) 日本医療安全調査機構の目指す方向性を理解する。
- 2) センターにおける AI 事業の概要を学ぶ。
- 3) 班内及び他部署と連携して業務を遂行するために互いの業務内容を理解し、パートナーシップについて考える機会とする。

2回目：2025年10月30日（木）～10月31日（金） 集合型研修

2025年11月28日（金）までオンデマンド受講

- 1) 制度10年の総括と今後センターが取り組む課題について理解が深まる。
- 2) センター業務における情報セキュリティについて意識が高まる。

3回目：2026年1月～3月 e-learning 研修

受講必須コース：「ハラスメント」「コンプライアンス」「AI」

- ・受講者：1回目；医師、看護師など（計69名）
- 2回目；医師、看護師など（計65名）
- 3回目；医師、看護師など（計69名）

【センター調査に携わる支援医等のトレーニングセミナー】

- ・研修目的：センター調査に関する知識・手法を習得する。
センター調査の質向上、期間短縮につなげる。
- ・開催地：東京
- ・開催方法：現地および Web によるハイブリッド
- ・開催日：2026年3月6日（金）
- ・受講者：調査支援医*や機構職員、特定機能病院の医療安全担当医師など

※参考：2024年12月14日（土）開催 受講者；参加者61名

調査支援医や機構職員、特定機能病院の医療安全従事者

*調査支援医：センター調査の業務に際しての支援および助言等を得る目的で、日本医療安全調査機構が委嘱している医師。

(4) 協力学会・団体を対象とした説明会

【令和7年度協力学会説明会】

- ・目的：医療事故調査・支援センターが行う業務に協力をいただいている学会・医療団体を対象に、「医療事故調査・支援センター」の事業である「センター調査」および「再発防止に向けた提言」をはじめ、医療事故調査・支援センターの事業に係る現状と今後の方向性について報告し、意見交換を行うことを目的とする。
- ・開催方法：Web
- ・開催日：2026年3月13日（金）
- ・議題：医療事故調査・支援センターの現況報告
（予定） 「センター調査」の現状と課題
「再発防止の提言」の現状と課題
「医療安全の更なる向上を目指す検討会」の報告 等
- ・参加者：資料4（協力学会・団体一覧）参照
- ・参加人数：100名程度
- ※参考：2024年度実績；81名（62学会・団体）

(6) 普及・啓発の実施

医療事故調査制度の普及・啓発については、毎月のプレスリリースによる広報、全国の医療機関等への「医療事故の再発防止に向けた提言」「医療事故の再発防止に向けた警鐘レポート」等の刊行物の送付、ホームページ上での情報掲載のほか、研修会等の講師派遣を行った。

① 刊行物送付状況

2025年1月1日から同年12月31日までの期間に、関係機関や依頼を受けた組織に送付した機関の刊行物の数は以下のとおりである（図表Ⅲ-18参照）。

図表Ⅲ-18 刊行物送付状況

	医療関係機関※1)		医療関係団体※2)		行政機関※3)		その他※4)		合計		
	送付先数	送付部数	送付先数	送付部数	送付先数	送付部数	送付先数	送付部数	送付先数	送付部数	
年報	259,674 (0)	275,833 (0)	670 (11)	1,797 (113)	2,260 (4)	4,062 (27)	1,168 (14)	2,226 (173)	263,772 (29)	283,918 (313)	
医療事故の再発防止に向けた提言	第1号	7 (7)	7 (7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	12 (12)	9 (9)	19 (19)
	第2号	8 (8)	8 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	22 (22)	10 (10)	30 (30)
	第3号	9 (9)	28 (28)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (4)	66 (66)	13 (13)	94 (94)
	第4号	10 (10)	19 (19)	1 (1)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	33 (33)	13 (13)	53 (53)
	第5号	4 (4)	4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	5 (5)	5 (5)	9 (9)
	第6号	9 (9)	10 (10)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1 (1)	2 (2)	23 (23)	12 (12)	34 (34)
	第7号	8 (8)	9 (9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	9 (9)	9 (9)	18 (18)
	第8号	6 (6)	6 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	39 (39)	8 (8)	45 (45)
	第9号	7 (7)	12 (12)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	26 (26)	8 (8)	38 (38)
	第10号	6 (6)	7 (7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	19 (19)	8 (8)	26 (26)
	第11号	4 (4)	4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	6 (6)	5 (5)	10 (10)
	第12号	8 (8)	8 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	10 (10)	9 (9)	18 (18)
	第13号	9 (9)	30 (30)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	30 (30)	10 (10)	60 (60)
	第14号	8 (8)	8 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	7 (7)	9 (9)	15 (15)
	第15号	9 (9)	10 (10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	36 (36)	11 (11)	46 (46)
	第16号	9 (9)	10 (10)	17 (17)	85 (85)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	33 (33)	28 (28)	128 (128)
	第17号	10 (10)	31 (31)	20 (20)	100 (100)	0 (0)	0 (0)	3 (3)	27 (27)	33 (33)	158 (158)
	第18号	8 (8)	38 (38)	20 (20)	100 (100)	0 (0)	0 (0)	3 (3)	25 (25)	31 (31)	163 (163)
	第19号	11 (11)	53 (53)	20 (20)	100 (100)	1 (1)	2 (2)	2 (2)	11 (11)	34 (34)	166 (166)
	第20号	259,724 (27)	295,286 (269)	688 (26)	830 (168)	2,264 (1)	2,265 (2)	1,175 (14)	1,310 (149)	263,851 (68)	299,691 (588)
	第21号	4,992 (8)	13,230 (124)	670 (9)	804 (143)	2,254 (0)	2,254 (0)	1,146 (5)	1,284 (143)	9,062 (22)	17,572 (410)
警鐘レポート No. 1	251,000	251,000	0	0	0	0	0	0	251,000	251,000	
警鐘レポート No. 2	8,674	41,010	659	659	2,256	2,256	1,154	1,154	12,743	45,079	

(次ページへつづく)

	医療関係機関※1)		医療関係団体※2)		行政機関※3)		その他※4)		合計	
	送付先数	送付部数	送付先数	送付部数	送付先数	送付部数	送付先数	送付部数	送付先数	送付部数
警鐘レポート No. 3	8,632	40,840	661	661	2,259	2,259	1,147	1,147	12,699	44,907
警鐘レポート No. 4	8,624	40,235	663	663	2,259	2,259	1,143	1,143	12,689	44,330
リーフレット	53 (53)	3,232 (3,232)	72 (72)	1,584 (1,584)	1 (1)	2 (2)	12 (12)	25 (25)	138 (138)	4,843 (4,843)
ポスター	53 (53)	399 (399)	67 (67)	79 (79)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	5 (5)	121 (121)	483 (483)
病理解剖 説明資料	16 (16)	662 (662)	64 (64)	1,950 (1,950)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	12 (12)	82 (82)	2,624 (2,624)

注) 下段 () 内の数字は、センターからの刊行時配布の後に、医療機関等から追加送付希望を受けた送付先件数および送付部数の再掲である。

※1) 「医療関係機関」とは、全国の病院、診療所、歯科診療所、助産所、保険薬局である。

※2) 「医療関係団体」とは、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会等の職能団体、日本病院会等の病院団体、国立病院機構等の病院事業者および医学会等の団体である。

※3) 「行政機関」とは、全国の都道府県、保健所および市区町村である。

※4) 「その他」とは、大学医学部、薬学部、看護学部（専門学校）等である。

② ホームページリニューアル

医療事故調査制度創設 10 年を契機に、ホームページを利用する医療従事者およびご遺族に分かりやすいホームページとなるよう 2025 年 10 月 1 日（水）よりリニューアルした。

◎主要なリニューアル内容

- ・デザインは、ポスター・リーフレットと同じイラストを使用し、薄緑を基調とすることで、旧ホームページの雰囲気を残した。
- ・トップページにはアクセス数の多かったページを中心に配置した。
- ・「伝達」をトップ画面に示し、伝達の仕組みを知ることができるようにした。
- ・「合議」をトップ画面に表し、合議の仕組みを知ることができるようにした。
- ・「医療事故報告はこちら」をトップ画面に示し、報告がスムーズにできるようにした。
- ・「センター調査」をトップ画面に示し、申し込み等の方法を確認できるようにした。
- ・「動画集」として動画を集約したページ、「提言と警鐘レポートの事例」を新設し、動画や事例を活用できるようにした。

③ ホームページへのアクセス・閲覧状況

2025年のホームページへのアクセス数は約84万件であった（図表Ⅲ-19参照）。

図表Ⅲ-19 ホームページへのアクセスおよび閲覧状況

月	2025年												合計			
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月				
アクセス数	77,350	59,532	78,723	80,570	69,098	66,654	88,336	57,931	63,094	70,102	70,374	53,739	835,503			
ダウンロード数	医療事故調査制度に関するもの	現況報告	1,019	816	988	1,092	1,283	1,323	1,483	985	966	1,090	961	942	12,948	
		H28年年報	1	0	8	4	3	1	2	1	1	0	0	0	21	
		H29年年報	2	0	3	5	2	1	0	2	0	1	0	0	16	
		2018年年報	3	3	2	4	4	1	2	1	0	6	1	4	31	
		2019年年報	4	2	2	2	4	2	0	3	0	3	1	1	24	
		2020年年報	6	3	5	1	5	3	1	5	1	1	1	4	36	
		2021年年報	11	3	6	5	8	9	4	4	1	3	1	4	59	
		2022年年報	127	98	64	28	22	18	16	16	12	6	4	7	418	
		2023年年報	278	206	159	162	161	154	203	107	124	38	29	14	1,635	
		2024年年報			1,268	1,051	645	645	680	437	401	389	412	360	6,288	
	リーフレット	309	293	276	301	312	351	330	319	315	495	512	586	4,399		
	ポスター	114	99	90	88	102	116	122	111	114	237	191	228	1,612		
	簡易説明書	383	304	266	282	269	299	361	286	237	310	280	285	3,562		
	解剖書	医療機関用	176	201	171	181	188	179	203	214	247	138	185	155	2,238	
		遺族用	124	144	129	113	147	138	126	130	145	132	181	172	1,681	
		遺族用(簡易版)	86	77	85	78	98	74	62	74	102	47	67	67	917	
	医療事故の再発防止に向けた提言	提言書、提言概要、アンケート、その他関連資料	第1号	117	79	86	125	82	83	109	82	62	513	515	403	2,256
			第2号	170	104	126	116	105	103	154	108	82	113	136	97	1,414
			第3号	170	128	307	468	243	269	222	159	167	275	313	184	2,905
			第4号	213	315	190	244	261	295	350	242	206	792	1,710	2,307	7,125
			第5号	54	33	37	46	28	46	44	30	19	67	79	197	680
第6号			256	220	214	214	469	254	273	245	205	626	749	678	4,403	
第7号			61	34	47	50	75	35	61	28	41	71	82	82	667	
第8号			112	77	84	108	93	134	105	93	55	140	119	84	1,204	
第9号			205	154	159	205	216	195	206	126	157	241	190	187	2,241	
第10号			113	67	107	89	80	90	108	59	58	133	116	74	1,094	
第11号			59	30	46	38	25	33	42	21	34	53	76	41	498	
第12号	116		108	85	85	56	56	67	47	39	104	93	79	935		
第13号	158		85	92	95	118	73	140	71	60	173	186	113	1,364		
第14号	79		39	66	47	44	62	58	51	32	111	130	73	792		
第15号	613		324	450	675	563	385	420	327	305	1,406	5,164	1,668	12,300		
第16号	169		135	227	143	159	163	142	105	117	456	431	363	2,610		
第17号	668		715	613	659	694	683	1,040	537	493	1,642	2,121	1,814	11,679		
第18号	762		270	226	176	239	315	319	167	159	671	696	544	4,544		
第19号	408		300	215	180	194	215	274	152	158	696	613	315	3,720		
第20号	4,351		2,030	1,550	1,248	1,452	972	997	850	875	1,910	1,854	1,445	19,534		
第21号											12,610	8,150	2,956	23,716		
警鐘レポート	No1	411	153	731	698	230	141	1,071	222	124	103	506	226	4,616		
	No2			4,989	4,451	964	697	2,267	452	391	332	827	481	15,851		
	No3							7,121	765	396	250	689	341	9,562		
	No4											3,710	1,548	5,258		
事例集	提言書										1,282	1,315	867	3,464		
	警鐘レポート										102	179	201	482		

④ 公式LINE、an なび (Medsafe Japan 配信サービス) を活用した広報・周知について

- ・ 目的：公式LINE とメール配信サービスを活用し、医療事故調査制度に関するお知らせや医療事故の再発防止に向けた提言等の普及啓発を行う。
- ・ 対象：主に医療機関に従事する医療者、および国民全般
- ・ 登録者数：公式LINE 3,986名、an なび 767名 (2025年12月31日現在)
- ・ 配信：3回程度/月
- ・ 配信コンテンツ：研修や提言書および警鐘レポートの公表のお知らせ、アンケートのお知らせ、提言書紹介等の配信
「an なび」と「公式LINE」の配信内容は同様 (図表Ⅲ-20参照)。

図表Ⅲ-20 配信内容

配信日	お知らせ・公表など	提言書紹介
1月 8日 (水)	・管理者・実務者セミナー (e-ラーニング) 申込案内	提言第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
1月 22日 (水)		提言第8号 救急医療における画像診断に係る死亡事例の分析
2月 12日 (水)	・第5回センター主催研修 (オンデマンド) 申込案内	提言第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
2月 26日 (水)		提言第10号 大腸内視鏡検査等の前処置に係る死亡事例の分析
3月 12日 (水)	・管理者・実務者セミナー (e-ラーニング) 申込案内	提言第11号 肝生検に係る死亡事例の分析
3月 26日 (水)		提言第12号 胸腔穿刺に係る死亡事例の分析
4月 9日 (水)	・警鐘レポート No.2「注射剤の血管内投与後に発症したアナフィラキシーによる死亡」公表	提言第13号 胃瘻造設・カテーテル交換に係る死亡事例の分析
4月 23日 (水)		提言第14号 カテーテルアブレーションに係る死亡事例の分析
5月 14日 (水)	・提言第20号 血液検査パニック値に係る死亡事例の分析 提言説明会 オンデマンド配信 申込案内	提言第15号 薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析
5月 28日 (水)		提言第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
6月 11日 (水)		提言第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
6月 25日 (水)		提言第19号 肺動脈カテーテルに係る死亡事例の分析
7月 9日 (水)	・警鐘レポート No.3「異所性妊娠に伴う卵管破裂による死亡」公表	
7月 23日 (水)		提言第20号 血液検査パニック値に係る死亡事例の分析
8月 13日 (水)		提言第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2報(改訂版)-1回目
8月 19日 (火)	・第6回センター主催研修開催、申込案内	
8月 27日 (水)		提言第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2報(改訂版)-2回目
9月 10日 (水)		提言第2号 急性肺血栓塞栓症に係る死亡事例の分析 1回目
9月 24日 (水)	・病理解剖の重要性	提言第2号 急性肺血栓塞栓症に係る死亡事例の分析 2回目
10月 8日 (水)		提言第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 1回目
10月 22日 (水)	・提言第21号「産科危機的出血に係る妊産婦死亡事例の分析」公表	
10月 29日 (水)		提言第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 2回目
11月 13日 (木)	・警鐘レポート No.4「気管切開術後早期のチューブ逸脱・迷入による死亡」公表	
11月 28日 (金)		提言第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
12月 8日 (月)	・研修案内「第6回センター主催研修、令和7年度 医療事故調査制度 管理者・実務者セミナー」	
12月 15日 (月)	・市民公開講座開催、申込案内	
12月 22日 (月)		提言第5号 腹腔鏡下胆嚢摘出術に係る死亡事例の分析

⑤ 報道機関向けセミナー

【プレスセミナー】

・開催目的

- 1) 記事を読んだ国民が内容に興味を持ち、結果として市民公開講座への集客につながる。
- 2) 医療事故調査制度の概要（対象・仕組みなど）が、報道を通して正しく国民に周知される。

・開催概要

テーマ：医療事故調査制度開始10年で見えてきたこと
～患者と医療者が共に築く医療安全とは～

対象：全国紙／通信社の医療・科学系記者、TV医療系記者、医療専門媒体、産業系・ビジネス系媒体、Webメディア等

開催日時：会場開催；2025年11月11日（火）15：30～17：00

会場：ミーティングスペース AP 新橋

実施内容：プログラムに基づき、実施した（図表Ⅲ-21参照）。

参加者等：参加記者；22名（14媒体） ※資料送付 10名（8媒体）

図表Ⅲ-21 プログラム

司会進行：日本医療安全調査機構 専務理事 田原克志

時間	テーマ	講演者
15：30～15：40	開会のご挨拶 医療事故調査制度10年の軌跡	専務理事 田原克志
15：40～15：55	より良い医療を提供するための医療安全と医療事故調査への取り組み	千葉県がんセンター 病院長 加藤 厚
15：55～16：10	患者の医療参加を推進し、医療事故を防ぐために私たちができること	患者・家族と医療をつなぐ NPO法人 架け橋 理事長 豊田郁子
16：10～16：25	患者と共に考える医療の課題 —患者と医療者のパートナーシップを考える— アンケート結果の報告	常務理事 宮田哲郎
16：25～16：45	トークセッション：安全で信頼性の高い医療を患者と医療者が共に築いていくためには	座長：田原克志 登壇：加藤 厚、豊田郁子、 宮田哲郎
16：45～17：00	質疑応答	

⑥ 国民に向けた公開講座

【市民公開講座】

・開催目的

医療事故調査制度が創設され、医療事故調査・支援センターが10年を迎えたことから、患者の主体的な医療への参画の重要性について、広く国民に伝える機会とする。

・開催概要

テーマ：患者のみかた（見方 / 味方）～あなたにとって納得できる医療とは～

主催：株式会社 NHK エンタープライズ NHK 文化センター

共催：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）

後援：日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、日本助産師会

日時：2026年1月17日（土）14：00～15：30

形式：会場、オンライン視聴（見逃し配信による視聴）

場所：千代田放送会館

参加者数：会場 定員170名、ライブ配信 定員500名

構成：パネルディスカッション

登壇者：

司会：三宅民夫：元NHK エグゼクティブアナウンサー、立命館大学
衣笠総合研究機構 客員研究員

パネリスト：田中和美：群馬大学医学部医療の質・安全学分野 教授

豊田郁子：イムスリハビリテーションセンター東京葛飾病院
医療対話推進者

木村壮介：日本医療安全調査機構 常務理事

⑦ 研修会や講習会等への講師派遣等について

2025年は、支援団体、関連学会、関連団体等で開催された講演会、学術集会・シンポジウム、研修会、セミナー等、16件の講師派遣依頼を受け、医療事故調査制度、医療事故調査・支援センターの役割等について講演を行った。

IV 各種名簿、協力学会・団体一覧

資料1 医療事故調査・支援事業運営委員会 委員名簿

2025年12月31日現在

委員氏名(敬称略)		所属・役職
委員長	樋口 範雄	東京大学 名誉教授
	阿部 修	公益社団法人 日本医学放射線学会 理事、 東京大学医学部附属病院 放射線科 教授
	池松 和哉	特定非営利活動法人 日本法医学会 庶務委員会 副委員長・評議員、 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 医療科学専攻 社会医療科学講座 法医学分野 教授
	今村 康宏	公益社団法人 全日本病院協会 常任理事、 医療法人済衆館 済衆館病院 理事長
	井本 寛子	公益社団法人 日本看護協会 常任理事
	上野 道雄	公益社団法人 福岡県医師会 参与
	後 信	九州大学病院 医療安全管理部 部長・教授
	大塚 将之	一般社団法人 日本外科学会 理事、 千葉大学大学院医学研究院 臓器制御外科学教室 教授
	川上 純一	公益社団法人 日本薬剤師会 副会長、 浜松医科大学医学部附属病院 薬剤部 部長・教授
	黒川 寿美江	公益社団法人 日本助産師会 専務理事
	小松原 明哲	早稲田大学理工学術院 創造理工学部 経営システム工学科 教授
	田中 伸哉	一般社団法人 日本病理学会 副理事長、 北海道大学大学院医学研究院 腫瘍病理学教室 教授
	寺島 多実子	公益社団法人 日本歯科医師会 常務理事
	戸田 達史	一般社団法人 日本内科学会 理事・医療安全委員会 委員長、 国立精神・神経医療研究センター 病院長
	永井 裕之	患者の視点で医療安全を考える連絡協議会 代表
	長尾 能雅	名古屋大学医学部附属病院 副病院長・患者安全推進部 教授
	中島 和江	一般社団法人 全国医学部長病院長会議 患者安全推進委員会 委員、 大阪大学医学部附属病院 中央クオリティマネジメント部 部長・教授・病院長補佐、 大阪大学 総長補佐
	藤原 慶正	公益社団法人 日本医師会 常任理事
	山口 育子	認定NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML 理事長

資料2 再発防止委員会 委員名簿

2025年12月15日現在

委員氏名（敬称略）		所属・役職
委員長	松原 久裕	地方独立行政法人 さんむ医療センター 疾病予防センター センター長
副委員長	後 信	九州大学病院 医療安全管理部 部長・教授
	荒井 康夫	北里大学未来工学部・大学院未来工学研究科 准教授
	上野 道雄	公益社団法人 福岡県医師会 参与
	加藤 良夫	栄法律事務所 弁護士
	隈丸 拓	横浜市立大学データサイエンス研究科 教授
	児玉 安司	新星総合法律事務所 弁護士
	小松原 明哲	早稲田大学理工学術院 創造理工学部 経営システム工学科 教授
	坂井 浩美	公益社団法人 東京都看護協会 教育部 次長
	坂井 喜郎	公益社団法人 日本精神科病院協会 理事
	寺井 美峰子	公益財団法人 田附興風会 医学研究所北野病院 看護部長
	原 真純	帝京大学医学部附属溝口病院 病院長
	藤原 慶正	公益社団法人 日本医師会 常任理事
	舟越 亮寛	一般社団法人 日本病院薬剤師会 常務理事
	松井 豊	独立行政法人医薬品医療機器総合機構医療機器安全対策・基準部 医療安全情報管理課 課長補佐
	門司 達也	公益社団法人 日本歯科医師会 理事
	矢野 真	日本赤十字社 総合福祉センター
	山蔭 道明	一般社団法人 日本医学会連合 理事
	山口 育子	認定NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML 理事長
	山本 智美	公益社団法人 日本助産師会 副会長

資料3 総合調査委員会 委員名簿

2025年12月10日現在

委員氏名（敬称略）		所属・役職
委員長	矢富 裕	国際医療福祉大学 大学院長
副委員長	長尾 能雅	名古屋大学医学部附属病院 副病院長・患者安全推進部 教授
副委員長	藤原 慶正	公益社団法人 日本医師会 常任理事
副委員長	牧野 憲一	一般社団法人 日本病院会 副会長
	石渡 勇	石渡産婦人科病院 院長
	和泉 啓司郎	一般社団法人 日本病院薬剤師会 専務理事
	大橋 健一	東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 人体病理学分野 教授
	隈本 邦彦	名古屋大学客員教授
	櫻井 淳	日本大学医学部 救急医学系 救急集中治療医学分野 診療教授
	佐々木 幾美	日本赤十字看護大学 看護学部 看護学研究科 看護教育学 教授
	鈴木 利廣	すずかけ法律事務所 弁護士
	鈴木 亮	東京医科大学 糖尿病・代謝・内分泌内科学分野 主任教授
	立石 宇真秀	東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 画像診断・核医学分野 教授
	豊田 郁子	患者・家族と医療をつなぐNPO法人「架け橋」 理事長
	南須原 康行	北海道大学病院 病院長・医療安全管理部 教授
	松村 由美	京都大学医学部附属病院 医療安全管理部 教授
	宮澤 潤	宮澤潤法律事務所 弁護士
	吉住 朋晴	九州大学大学院 消化器・総合外科学 教授
	渡邊 秀臣	公益社団法人 群馬県医師会 理事

資料4 協力学会・団体一覧

2025年12月31日現在

医学系学会			公益社団法人 日本麻酔科学会
機構設立学会 (2010. 4)	一般社団法人 日本外科学会		一般社団法人 日本リウマチ学会
	一般社団法人 日本内科学会		公益社団法人 日本リハビリテーション医学会
	一般社団法人 日本病理学会		一般社団法人 日本臨床検査医学会
	特定非営利活動法人 日本法医学会		公益社団法人 日本臨床腫瘍学会
一般社団法人 日本アレルギー学会		一般社団法人 日本老年医学会	
公益社団法人 日本医学放射線学会		歯学系学会	
一般社団法人 日本医療・病院管理学会		日本歯科医学会	
公益財団法人 日本眼科学会		一般社団法人 日本歯科医学会連合	
一般社団法人 日本感染症学会		薬学系学会	
一般社団法人 日本肝臓学会		一般社団法人 日本医療薬学会	
一般社団法人 日本救急医学会		看護学系学会	
一般社団法人 日本胸部外科学会		一般社団法人 日本看護学会協議会	
一般社団法人 日本形成外科学会	(以下五十音順)	日本運動器看護学会	
一般社団法人 日本血液学会		公益社団法人 日本看護科学学会	
特定非営利活動法人 日本血管外科学会		一般社団法人 日本看護管理学会	
一般社団法人 日本呼吸器学会		一般社団法人 日本看護技術学会	
一般社団法人 日本呼吸器外科学会		日本看護診断学会	
公益社団法人 日本産科婦人科学会		一般社団法人 日本がん看護学会	
一般社団法人 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会		一般社団法人 日本救急看護学会	
一般社団法人 日本集中治療医学会		一般社団法人 日本クリティカルケア看護学会	
一般社団法人 日本循環器学会		高知女子大学看護学会	
一般社団法人 日本消化器外科学会		一般社団法人 日本在宅ケア学会	
一般財団法人 日本消化器病学会		日本手術看護学会	
公益社団法人 日本小児科学会		一般社団法人 日本循環器看護学会	
一般社団法人 日本小児外科学会		一般社団法人 日本小児看護学会	
特定非営利活動法人 日本小児循環器学会		一般社団法人 日本助産学会	
一般社団法人 日本神経学会		一般社団法人 日本腎不全看護学会	
特定非営利活動法人 日本心臓血管外科学会		一般社団法人 日本精神保健看護学会	
一般社団法人 日本腎臓学会		一般社団法人 日本糖尿病教育・看護学会	
一般社団法人 日本隣臓学会		一般社団法人 日本放射線看護学会	
公益社団法人 日本整形外科学会		日本慢性看護学会	
公益社団法人 日本精神神経学会		一般社団法人 日本老年看護学会	
一般社団法人 日本透析医学会		医療関連学会・団体等	
一般社団法人 日本糖尿病学会		一般社団法人 医療の質・安全学会	
一般社団法人 日本内分泌学会		公益社団法人 日本診療放射線技師会	
一般社団法人 日本脳神経外科学会		公益社団法人 日本精神科病院協会	
一般社団法人 日本泌尿器科学会		一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会	
公益社団法人 日本皮膚科学会		公益社団法人 日本臨床工学技士会	

(五十音順)

V 付 録

付録1 医療事故の再発防止に向けた提言 第21号
産科危機的出血に係る妊産婦死亡事例の分析



専門分析部会 部会員名簿

部会員氏名（敬称略）		所属
部会長	関沢 明彦	日本産科婦人科学会 日本産婦人科医会
部会員	安達 久美子	日本助産学会
	池田 智明	日本産科婦人科学会 日本産婦人科医会
	櫻井 淳	日本救急医学会
	鈴木 恵子	日本助産師会
	鈴木 真	医療の質・安全学会
	照井 克生	日本麻酔科学会
	橋井 康二	日本産科婦人科学会 日本産婦人科医会
	長谷川 潤一	日本産科婦人科学会 日本産婦人科医会
	濱口 欣也	日本産科婦人科学会 日本産婦人科医会

センターのホームページに、提言第21号の提言書全文および解説動画などの関連資料を掲載しています。



● 関連資料 学習会や研修などの際に、ご活用ください。

○ 提言の概要 ※部会長による解説付き動画



○ モーションコミック



○ 漫画

「分娩後の出血に伴う異常を早期に認知するために」



○ チェックシート

「出血に伴う異常の認知から母体搬送までの初期対応チェックシート（例）」

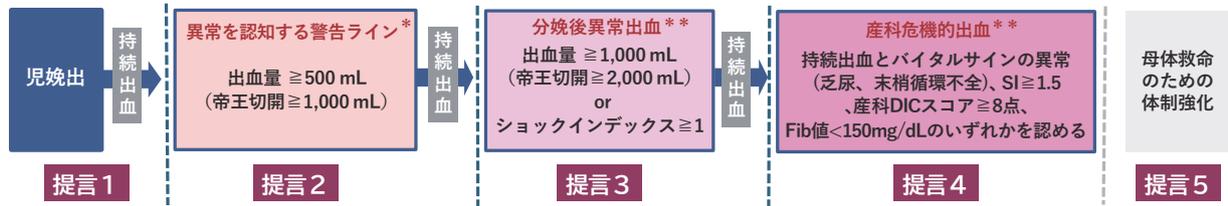


2025年10月
医療事故の再発防止に向けた提言第21号



産科危機的出血に係る妊産婦死亡事例の分析

産科危機的出血の経過と提言該当箇所



*学会等で用語は定義されていないが、異常を認知する重要なポイント **「産科危機的出血への対応指針2022」に準拠

産科危機的出血に関する5つの提言

提言1 【出血に伴う異常の早期認知】

すべての産婦に対して、児娩出直後からバイタルサインと出血量を経時的に測定し、その推移を総合的に評価することで、出血に伴う異常を早期に認知する。

提言2 【出血に対する初期対応】

出血量が経陰分娩500 mL以上（帝王切開1,000 mL以上）となり、さらに持続出血を認める場合、初期対応における呼吸循環管理として、酸素投与・母体のバイタルサインのモニタリング・急速輸液を実施する。また、産科的管理として、止血処置、原因検索を実施する。産科有床診療所および一般病院などでは母体搬送の準備をする。

提言3 【集学的治療への速やかな移行】

分娩後異常出血となり、さらに持続出血を認める場合、その時点で集学的治療への移行が必要となる。産科有床診療所および一般病院などでは、直ちに母体搬送する。高次医療施設では母体搬送の症例も含めて、全身管理医や他科の医師と連携して対応するとともに、輸血準備を開始する。

提言4 【産科危機的出血の宣言と集学的治療】

産科危機的出血と判断した場合、「産科危機的出血」を宣言するとともに、対応を指揮するコマンドーを決定する。また、致命的3徴（低体温・アシドーシス・血液凝固障害）を防ぐために、加温された輸血の投与や積極的止血法（IVR、子宮摘出術など）の集学的治療を実施する。さらに、大量輸血時には、高カリウム血症の可能性を考慮して対応する。

提言5 【母体救命のための体制強化】

平時から地域の医療機関間で連携し、母体搬送の体制構築・維持を図る。また、異常の認知から迅速に対応できるように、シミュレーション・トレーニングを実施する。さらに、高次医療施設においては、集学的治療へ円滑に移行できるよう、全身管理医や他科の医師、多職種を交えて実施する。

産婦人科医師、救急科医師、集中治療科医師、麻酔科医師、助産師、分娩に関わる看護師の方と医療安全管理者のみなさま、ぜひご一読ください。

提言第21号 🔍

※本書に掲載している内容は、医療法第6条の11等に則り報告された情報に基づいて作成された「医療事故の再発防止に向けた提言」より一部抜粋したものです。これらの情報は、作成時点の情報に基づいており、その内容を将来にわたり、保証するものではありません。

付録5 医療事故の再発防止に向けた提言 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」に関するWebアンケート集計結果（整形外科）

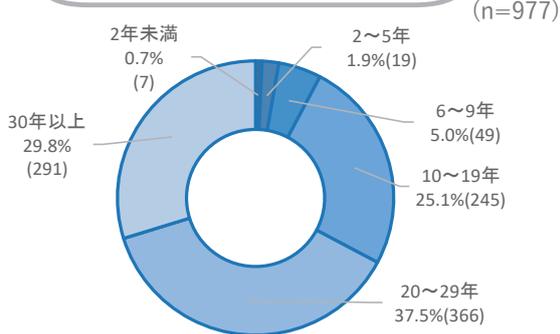


提言第18号 Webアンケート実施概要

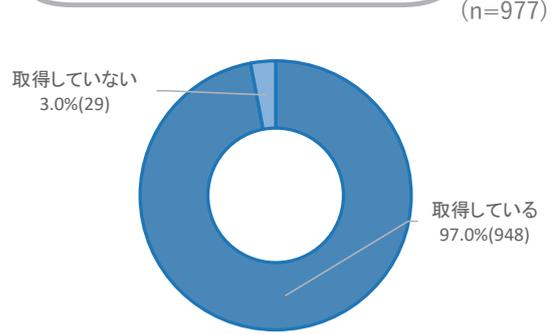
調査期間 2024年11月1日～2025年2月14日
 対象 日本整形外科学会に所属している学会員（約27,000名）※股関節手術を実施していない医師も含む
 回答数 977名

回答者について

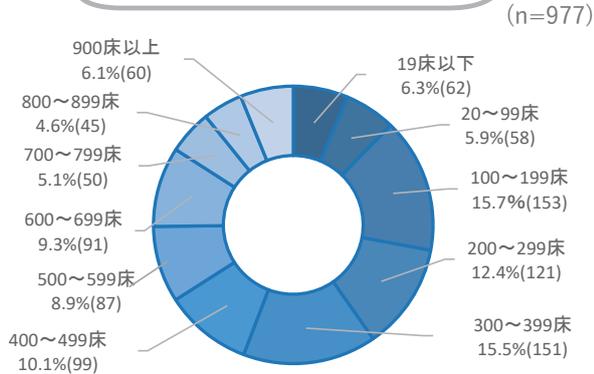
経験年数（整形外科医として）



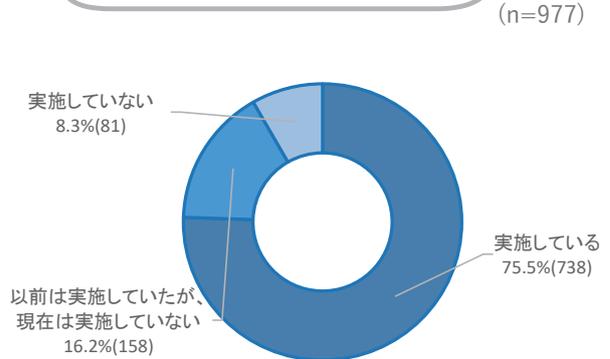
整形外科専門医の取得の有無



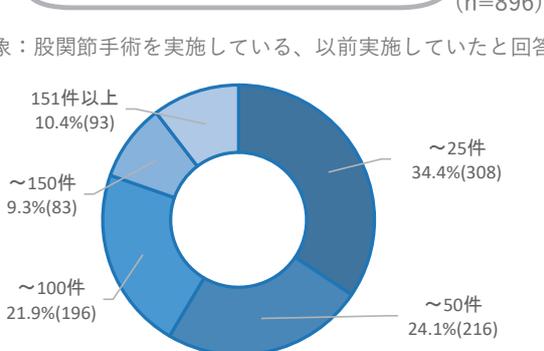
所属医療機関の規模



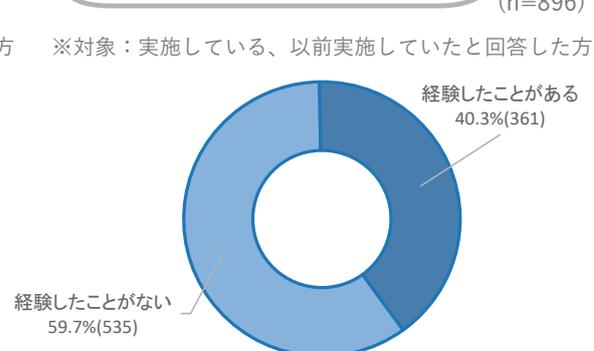
股関節手術の実施状況



股関節手術の実施件数（年間）



血管損傷の経験の有無



※対象：股関節手術を実施している、以前実施していたと回答した方

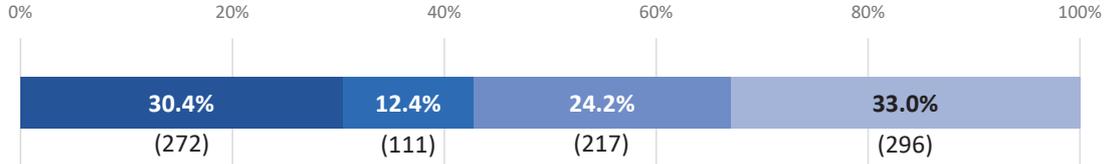
※対象：実施している、以前実施していたと回答した方

提言の周知状況

■ 提言の公表を知っていたか

(n=896)

※対象：股関節手術を実施している、以前実施していたと回答した方

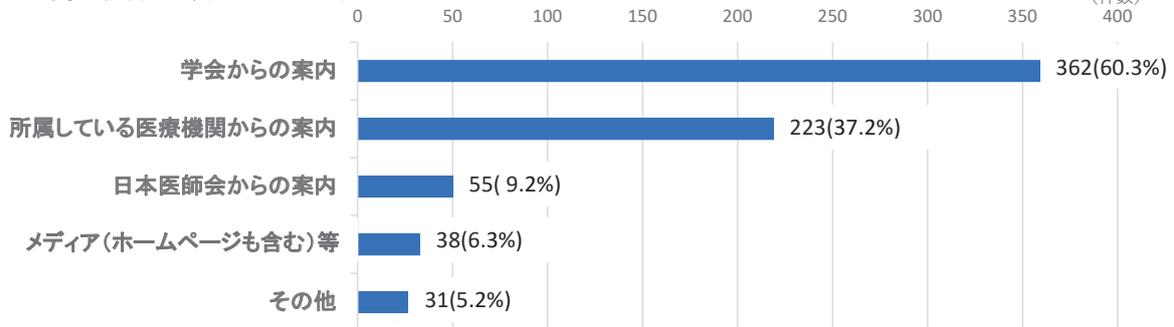


- 提言の公表を知っており、提言冊子内容も把握している
- 提言の公表を知っており、提言の一覧のみを把握している
- 提言の公表を知っているが、詳細な内容は把握していない
- 提言の公表及び提言があることは知らなかった

■ 提言を知ったきっかけは何か

複数回答項目別

※対象：提言の公表を知っていた方



その他の主なもの

- ・上司や他の医師からの紹介
- ・医療安全管理室からの紹介
- ・カンファレンス
- ・講演会
- ・学会会場で冊子をみた

■ 提言を閲覧したか

(n=896)

※対象：股関節手術を実施している、以前実施していたと回答した方



- 閲覧した
- 閲覧していない

■ 提言は有用であったか

(n=544)

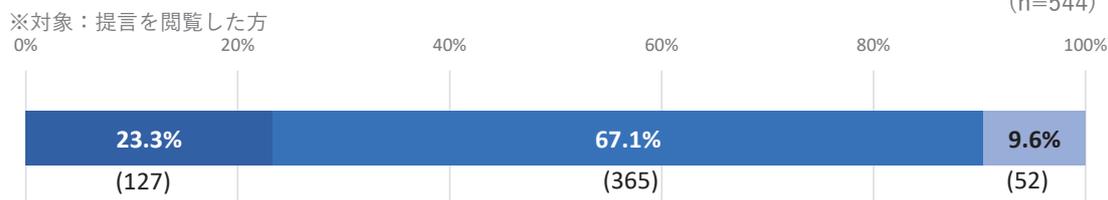
※対象：提言を閲覧した方



- 非常に有用であると思う
- どちらかという有用であると思う
- 有用であるかどうかわからない
- 有用ではないと思う

提言の実践

■ 術前に、ドリルやスクリューで血管損傷しないための画像による確認(血管走行および骨の変形や欠損等)(提言3)の状況 (n=544)

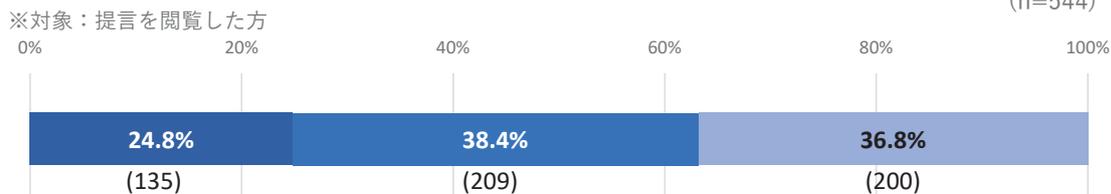


■ 提言を参照したことによって確認するようになった ■ 提言の公表以前より確認していた ■ 確認していない

● 確認していない主な理由

- ・ドリルの方向は術前計画で判断できないから
- ・確認できる時間的な余裕はない、確認したところで手技は変わらない

■ 術中にタイムアウトを行うなど、医療チームでの対応の状況(提言4) (n=544)



■ 提言を参照したことによって対応を行うようになった ■ 提言の公表以前より対応を行っていた ■ 対応していない

● 対応していない主な理由

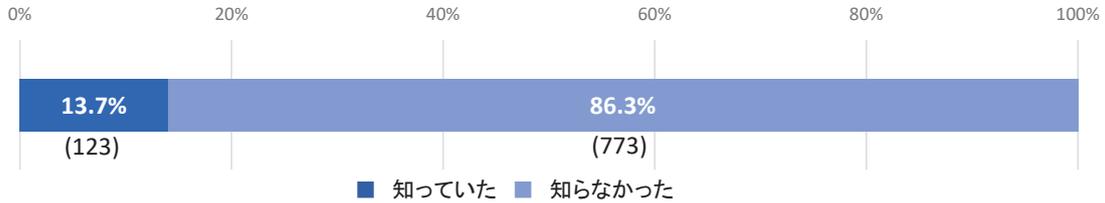
- ・術中全身管理を麻酔科に一任しているため
- ・手術室全体までは情報共有できていない
- ・最近提言を知ったので、これから医療チームと話し合い対応予定である

解説動画（提言の概要）の周知状況

■ 解説動画(提言の概要)を知っているか

※対象：股関節手術を実施している、以前実施していたと回答した方

(n=896)



■ 解説動画(提言の概要)を閲覧したか

※対象：股関節手術を実施している、以前実施していたと回答した方

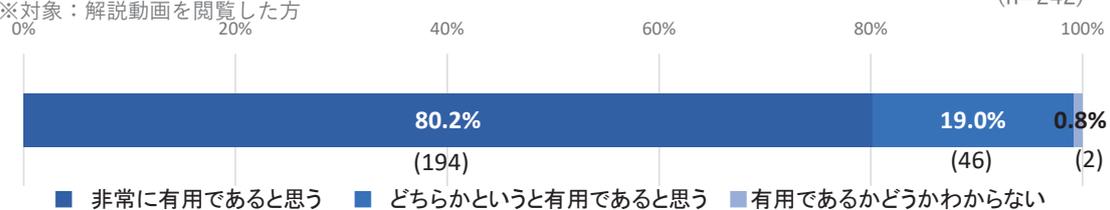
(n=896)



■ 提言の解説動画(提言の概要)は有用であったか

※対象：解説動画を閲覧した方

(n=242)



解剖動画の周知状況

■ 解剖動画を知っているか

※対象：股関節手術を実施している、以前実施していたと回答した方

(n=896)



■ 解剖動画を閲覧したか

※対象：股関節手術を実施している、以前実施していたと回答した方

(n=896)



■ 解剖動画は有用であったか

※対象：解剖動画を閲覧した方

(n=255)

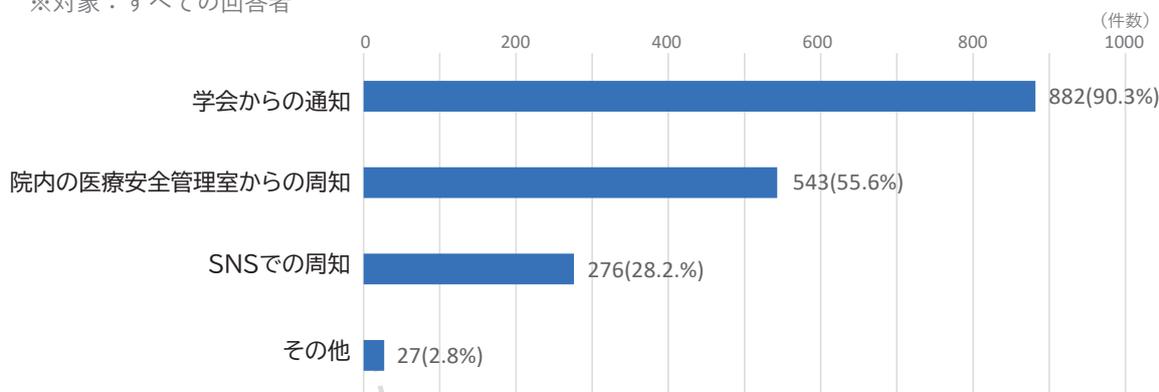


提言の周知方法

■ 臨床現場の医師へ提言を周知するために有効な方法は何か

※対象：すべての回答者

複数回答項目別



- その他の主なもの**
- ・専門医試験の問題や専門医更新の必須項目に取り入れる
 - ・日本整形外科学会の医療安全単位に組み込む
 - ・学会におけるランチョンセミナー等の講演やパネルディスカッションで取り上げる
 - ・大学医局から通知
 - ・勉強会の開催
 - ・手術機器メーカーも含めて周知

センターから公表している提言についてのご意見

- 主なもの**
- ・内容がポイントを絞って短くまとめられており、3D動画も非常に分かりやすく、大変参考になった。
 - ・術者はこれらのことは経験で認識していたが、提言化することにより助手、看護師などと共通認識となるのが大きい。
 - ・これから股関節手術をし始める若手の先生方に対しての有効な警鐘になる。
 - ・「ありうる合併症のひとつ」と捉えるのではなく、組織的な立場で課題を見つけて介入し、より安全な医療を行えるようになると感じた。
 - ・今回のアンケートが提言を確認しようという動機付けになった。
 - ・提言、事例分析について科内でサイトを共有してそれぞれ目を通してもらった。現場で更なる意識づけになった。
 - ・学会に死亡例の発表演題や論文が出てこないため、今後積極的に学会のシンポジウムなどのメインテーマにすべき。
 - ・学会ホームページにも分かりやすくURLなどのリンクをおく。

付録6 医療事故の再発防止に向けた提言第19号

「肺動脈カテーテルに係る死亡事例の分析 第1部開心術編」
に関するWebアンケート集計結果（心臓血管外科）

📁 提言第19号 Webアンケート実施概要

調査期間 2024年11月24日～2025年3月14日

対象 日本心臓血管外科学会に所属している学会員（約4,300名）※肺動脈カテーテルを使用していない

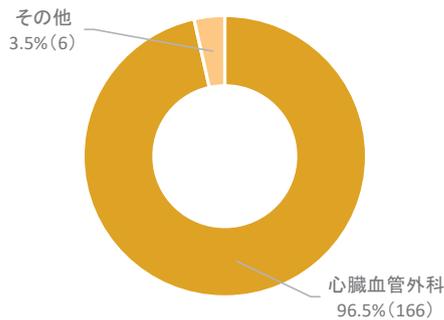
回答数 172名

医師も含む

回答者について

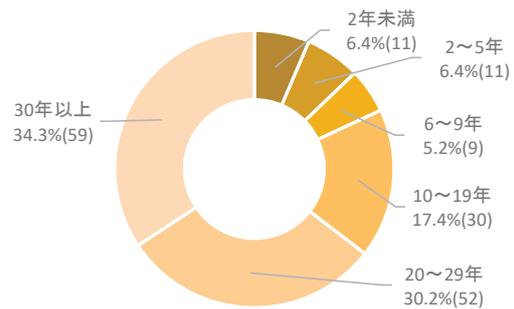
主に担当している診療科

(n=172)



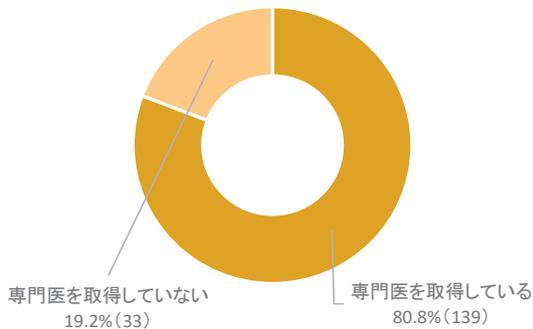
担当している診療科での経験年数

(n=172)



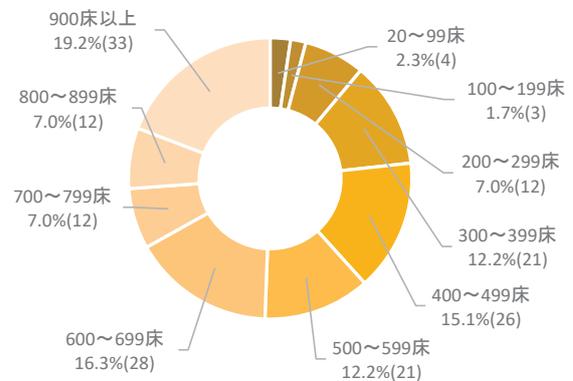
心臓血管外科専門医の取得の有無

(n=172)



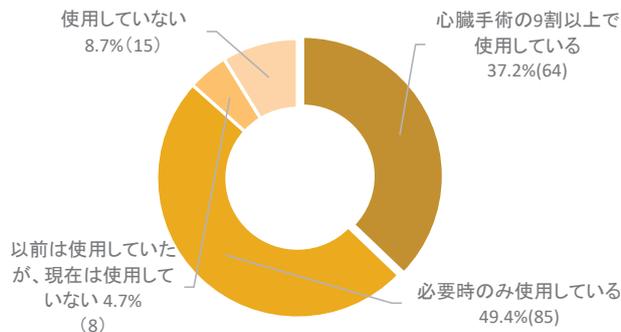
所属医療機関の規模

(n=172)



肺動脈カテーテルの使用の有無

(n=172)

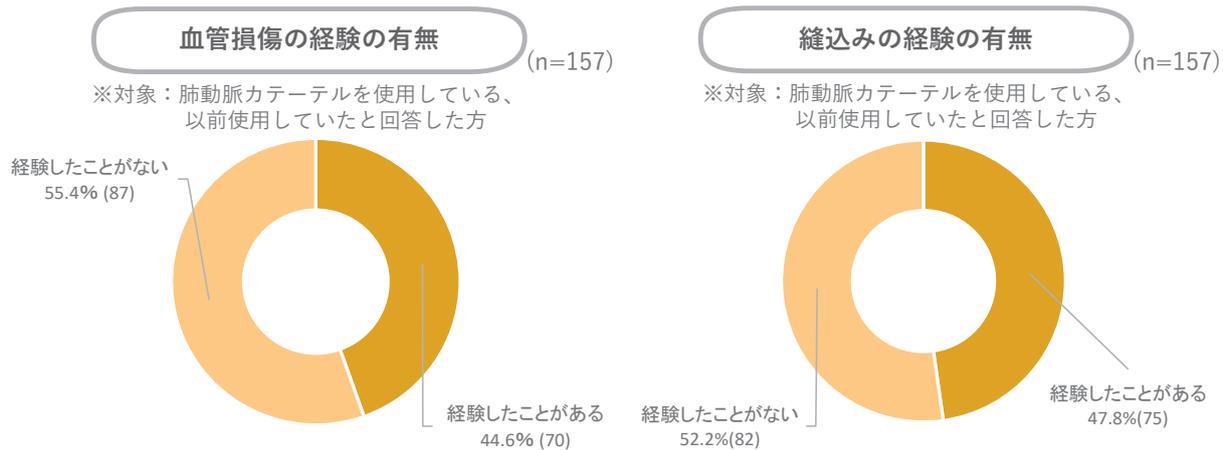


肺動脈カテーテルの使用件数(年間)

(n=157)

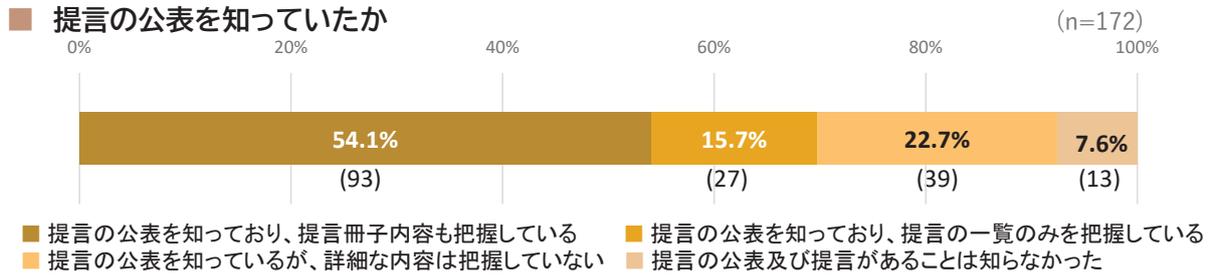
※対象：肺動脈カテーテルを使用している、以前使用していたと回答した方





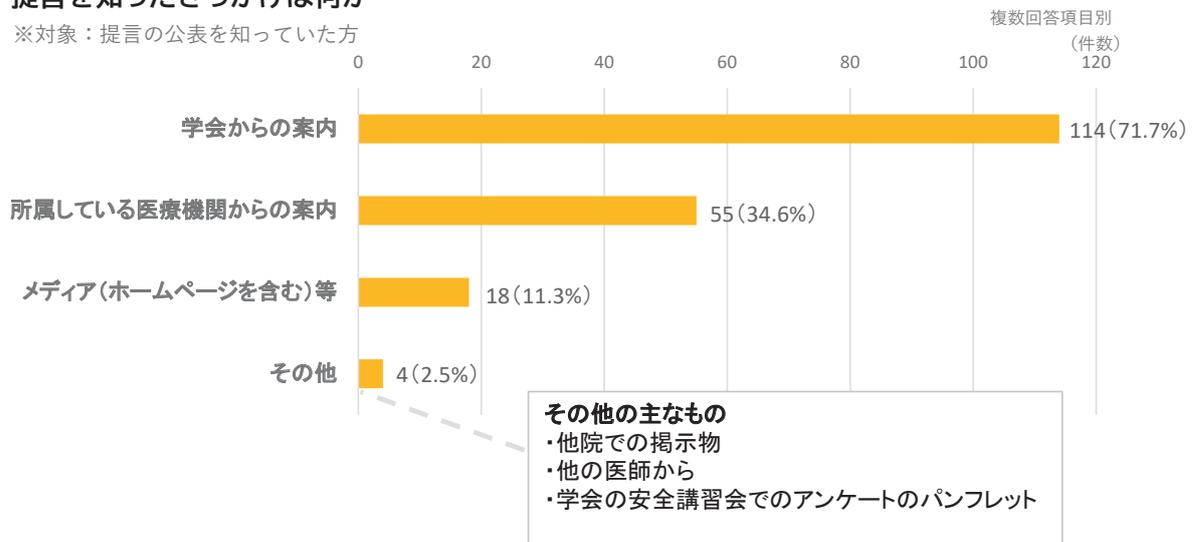
提言の周知状況

■ 提言の公表を知っていたか

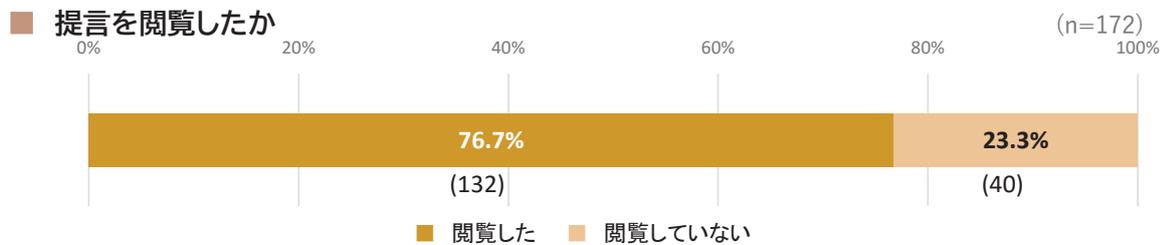


■ 提言を知ったきっかけは何か

※対象：提言の公表を知っていた方

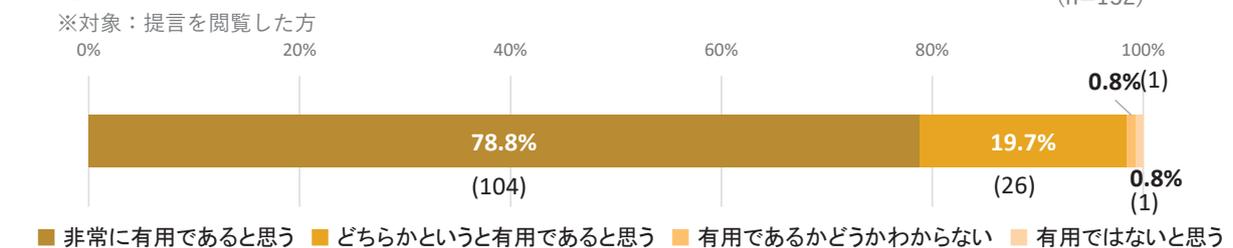


■ 提言を閲覧したか



■ 提言は有用であったか

※対象：提言を閲覧した方



■ 提言の内容が有用でないと思った理由

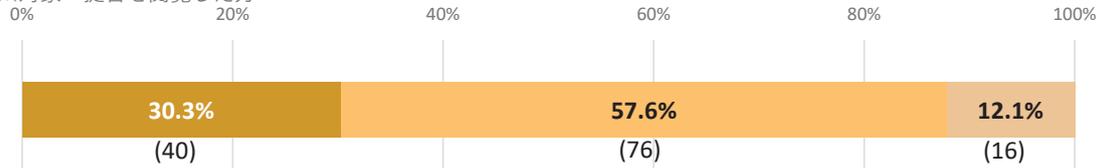
※対象：提言が有用でないと思うと回答した方

・つまみ上げて確認することは不確定要素に頼っているため

提言の実践

■ 肺動脈カテーテル挿入の必要性とリスク評価および適応の検討(提言1)の状況 (n=132)

※対象：提言を閲覧した方



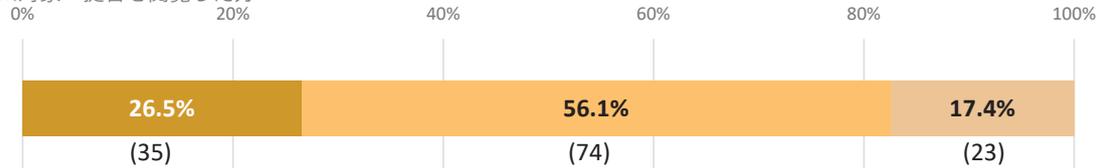
■ 提言を参照したことによって検討するようになった ■ 提言の公表以前より検討していた ■ 検討していない

● 検討していない主な理由

- ・麻酔科が決めているため
- ・心臓血管外科で使用の方針であるため

■ 人工心肺開始前に肺動脈カテーテルを右肺動脈主管部近傍から3～5cm程度引き抜くなど、肺動脈損傷を防ぐための操作の実施(提言2)の状況 (n=132)

※対象：提言を閲覧した方



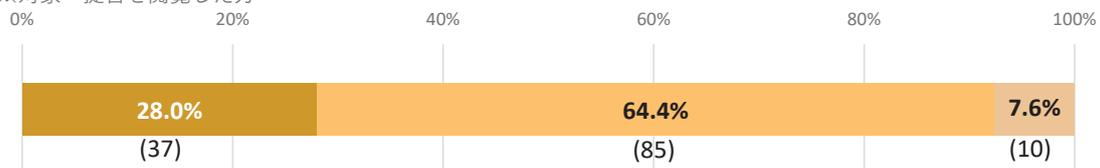
■ 提言を参照したことによって実施するようになった ■ 提言の公表以前より実施していた ■ 実施していない

● 実施していない主な理由

- ・麻酔科に任せている
- ・人工心肺離脱時に確認している
- ・施設で手順が決まっていない
- ・必要性を感じていない
- ・肺動脈カテーテルを使用していない

■ 閉胸前の糸掛け部位に縫い込みがないかの確認(提言4)の状況 (n=132)

※対象：提言を閲覧した方



■ 提言を参照したことによって確認するようになった ■ 提言の公表以前より確認していた ■ 確認していない

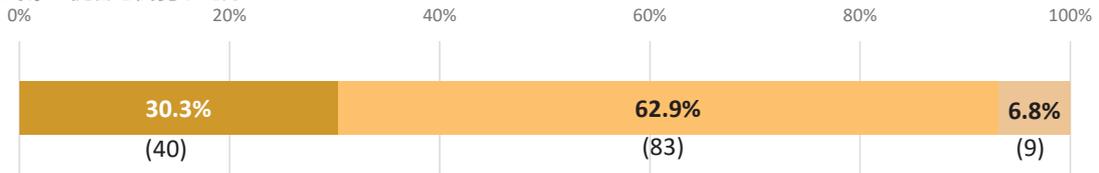
● 確認していない主な理由

- ・確実性が低い
- ・カテーテルを動かし糸針刺入部の引きつれを目視している
- ・全例で全ての糸掛け部位の確認はしていないが、術中所見からリスクがあると思われる例、部位は確認している
- ・肺動脈カテーテルを使用していない

■ 閉胸前の確認(縫込み確認後)について(提言4)の状況

(n=132)

※対象：提言を閲覧した方



■ 提言を参照したことによって確認するようになった ■ 提言の公表以前より確認していた ■ 確認していない

● 確認していない主な理由

- ・施設で手順が決まっていない
- ・肺動脈カテーテルを使用していない

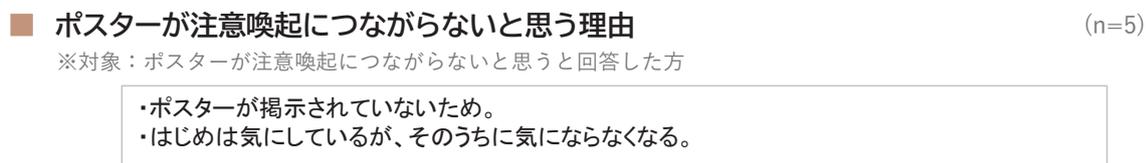
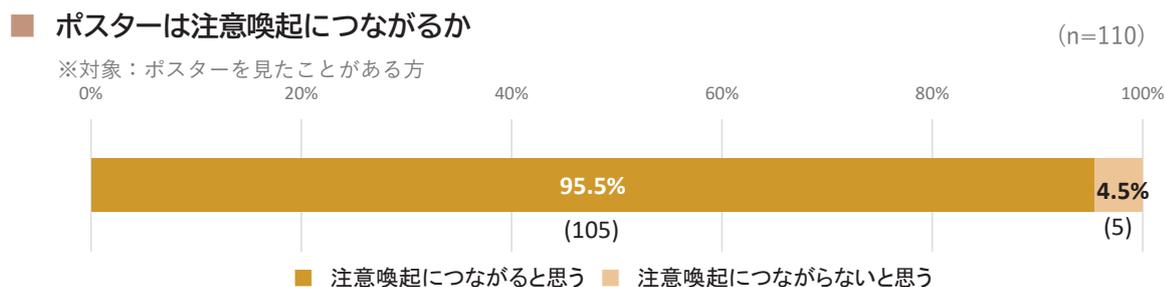
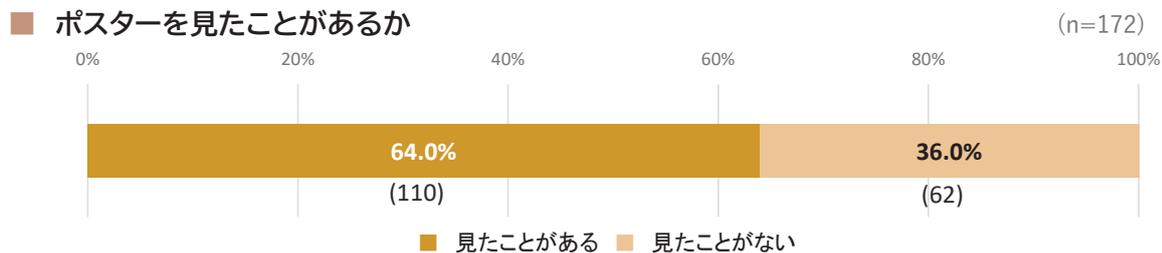
■ 閉胸前の確認で工夫していることについて

※対象：提言を閲覧した方

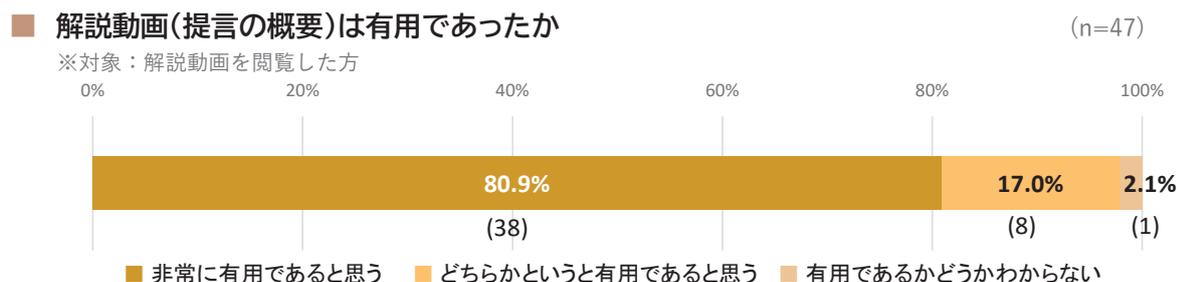
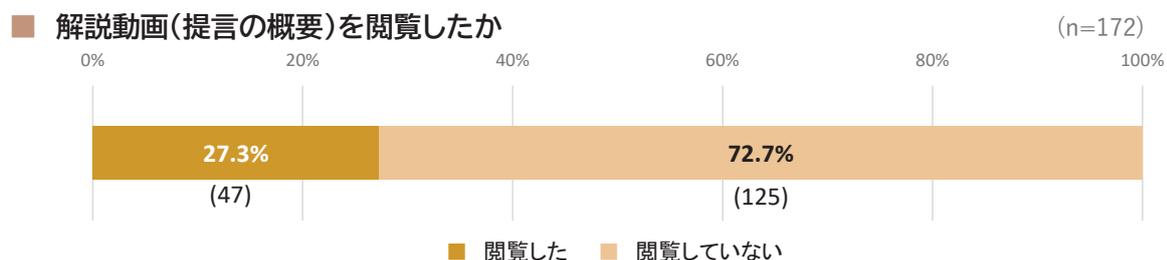
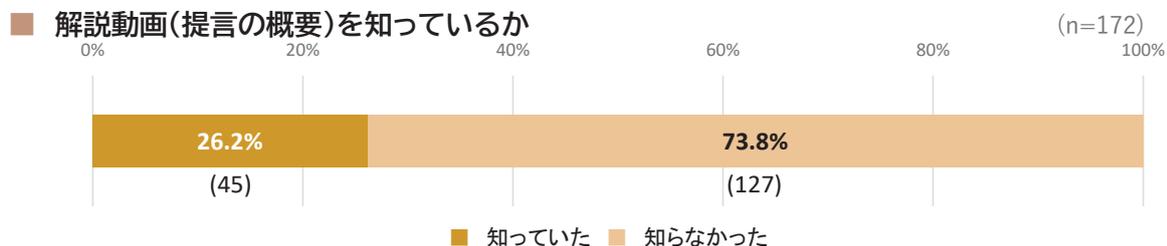
● 主なもの

- ・縫込んである所に押し込んでも動くため、安全性を担保するなら手術終了時に右房までカテーテルが引けることを確認すべき。
- ・実際は指の触診で確認しても分からないことがあり、縫込みを経験したことがあるため針を小さいものを使って浅く小さく運針するように若い先生にも伝えている。
- ・カテの触診と可動性の確認。
- ・右心房は、mattress&over and overで第一層目で内腔を確認しながら縫い、第二層目では、第一層目より深くは縫わない様になっている。
- ・タイムアウトで確認している。

ポスターの周知状況



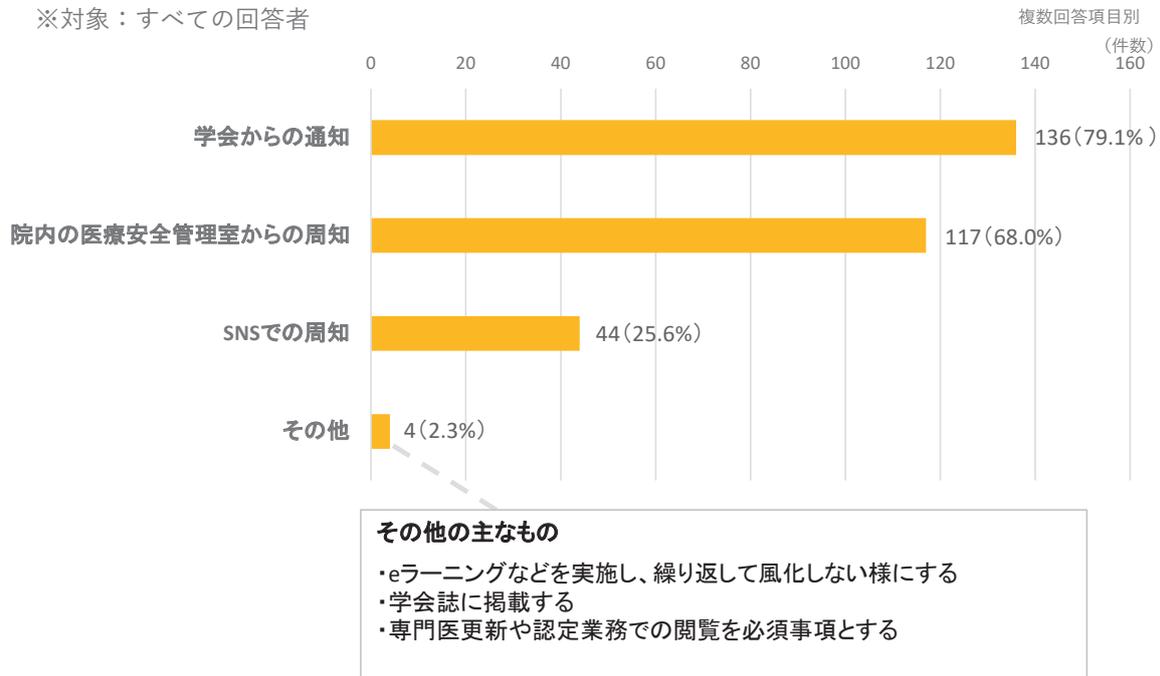
解説動画（提言の概要）の周知状況



提言の周知方法

■ 臨床現場の医師へ提言を周知するために有効な方法は何か

※対象：すべての回答者



センターから公表している提言書についてのご意見

主なもの

- ・実临床上、肺動脈カテーテルが心臓手術の術後管理に必須となる場面は極めて限定的であり、全例にルーチンで使用することに関してはさらに抑制的であるべき。
- ・提言チラシがあれば、他の提言も診療科内のLineで周知しているので有用。
- ・動画の視聴を専門医等のクレジットにする。

付録7 医療事故の再発防止に向けた提言 第19号

「肺動脈カテーテルに係る死亡事例の分析 第1部開心術編」に関するWebアンケート集計結果（心臓血管麻酔科）



提言第19号 Webアンケート実施概要

調査期間 2024年11月24日～2025年3月14日

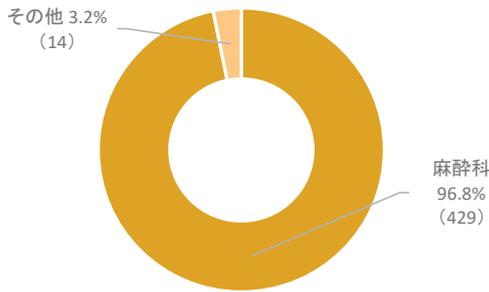
対象 日本心臓血管麻酔学会に所属している 学会員(約3,600名) ※肺動脈カテーテルを使用していない医師も含む

回答数 443名

回答者について

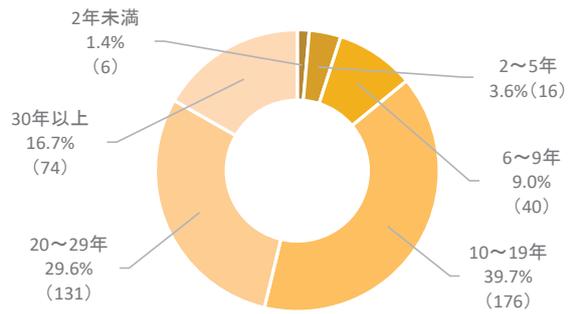
主に担当している診療科

(n=443)



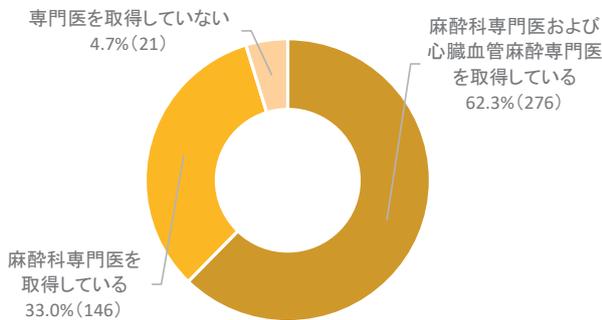
担当している診療科での経験年数

(n=443)



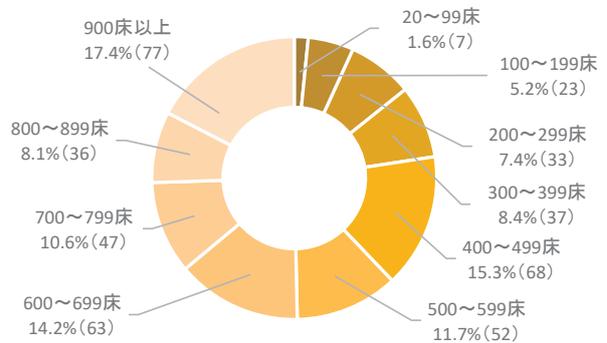
専門医の取得の有無

(n=443)



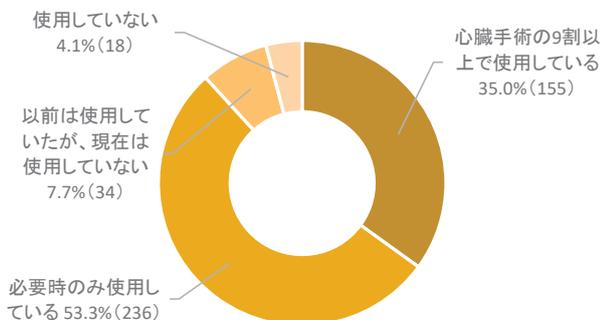
所属医療機関の規模

(n=443)



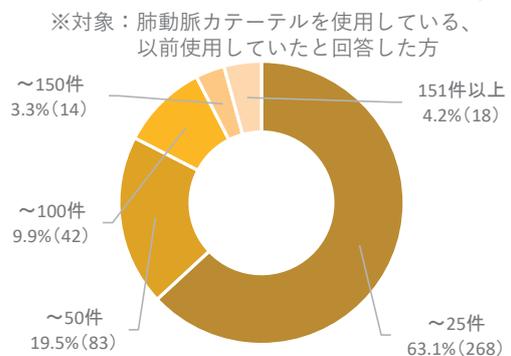
肺動脈カテーテルの使用の有無

(n=443)



肺動脈カテーテルの使用件数(年間)

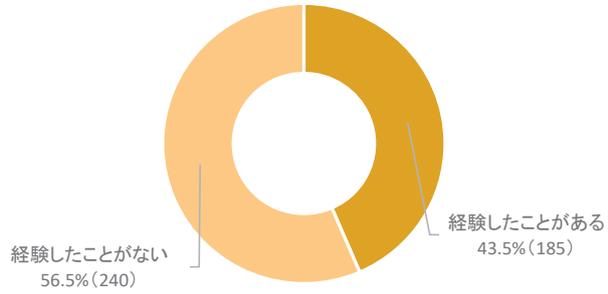
(n=425)



血管損傷の経験の有無

(n=425)

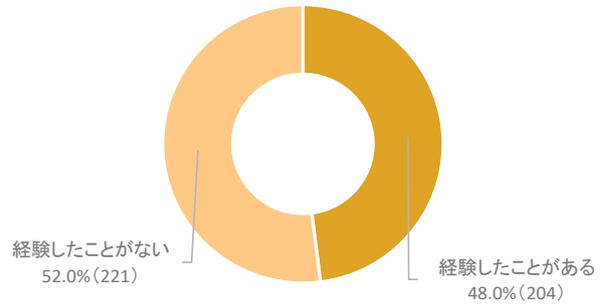
※対象：肺動脈カテーテルを使用している、
以前使用していたと回答した方



縫込みの経験の有無

(n=425)

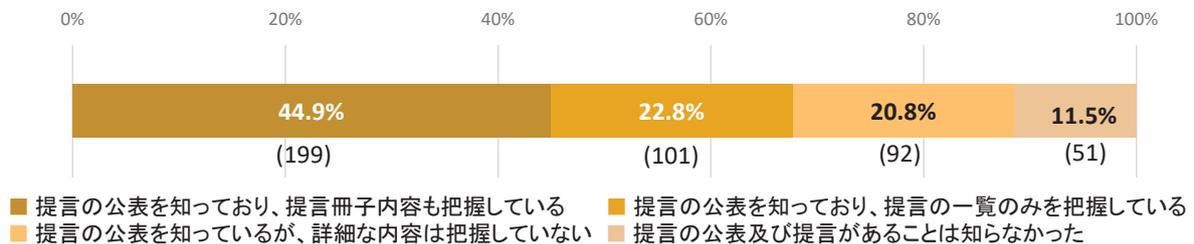
※対象：肺動脈カテーテルを使用している、
以前使用していたと回答した方



提言の周知状況

■ 提言の公表を知っていたか

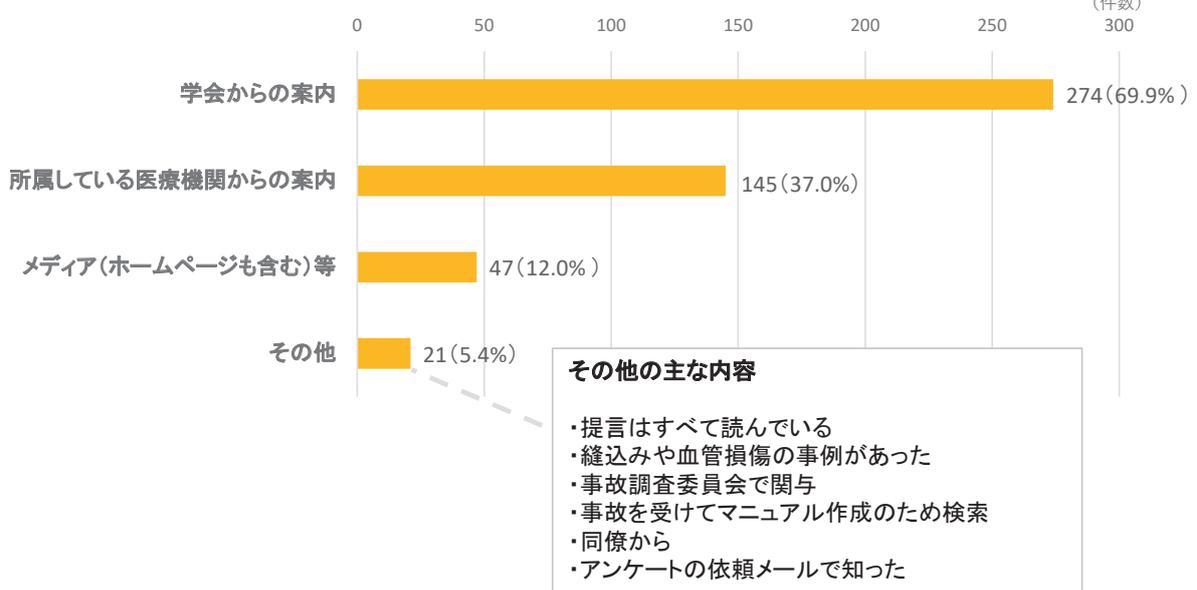
(n=443)



■ 提言を知ったきっかけは何か

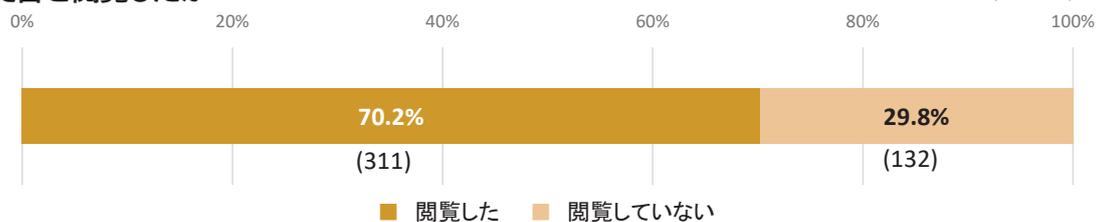
※対象：提言の公表を知っていた方

複数回答項目別



■ 提言を閲覧したか

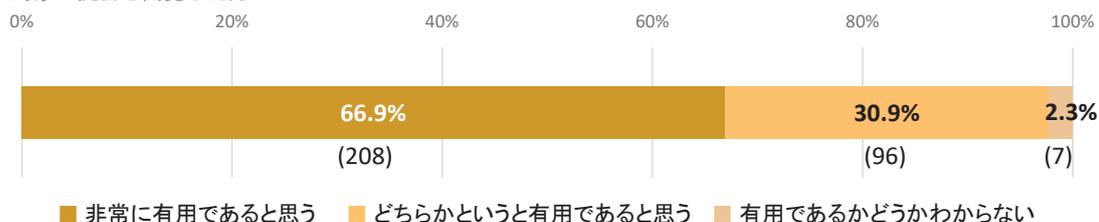
(n=443)



■ 提言は有用であったか

(n=311)

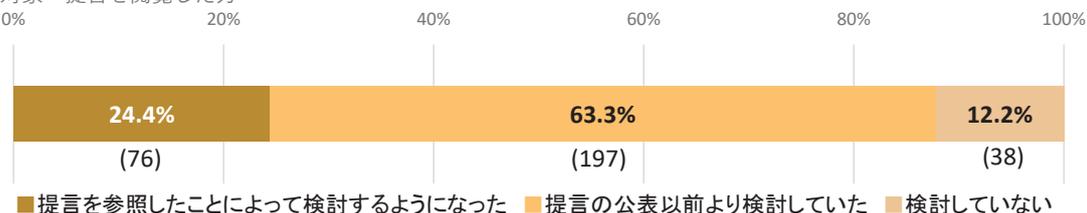
※対象：提言を閲覧した方



提言の実践

■ 肺動脈カテーテル挿入の必要性とリスク評価および適応の検討(提言1)の状況 (n=311)

※対象：提言を閲覧した方

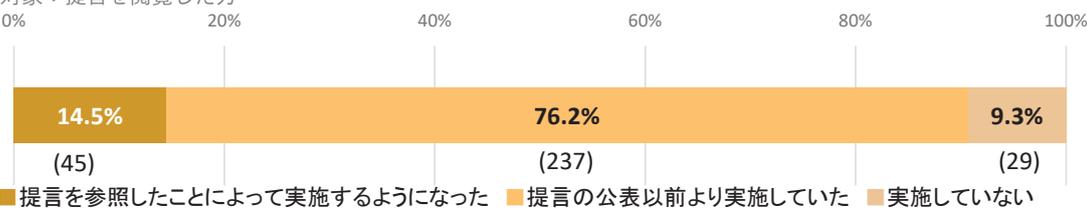


● 検討していない主な理由

- ・周術期管理に有用であるため
- ・教育機関であるため
- ・術者やトップの考え
- ・リスクの高い症例が多い
- ・肺動脈カテーテルを使用していない

■ 人工心肺開始前に肺動脈カテーテルを右肺動脈主管部近傍から3～5cm程度引き抜くなど、肺動脈損傷を防ぐための操作の実施(提言2)の状況 (n=311)

※対象：提言を閲覧した方

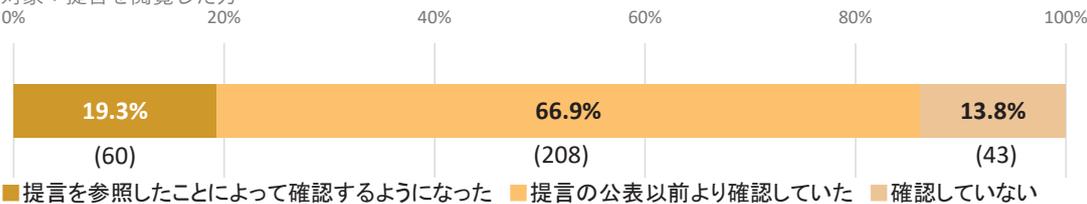


● 実施していない主な理由

- ・深く挿入していない
- ・これまで肺動脈を損傷した経験がなかったため
- ・右室まで脱落することがあるため
- ・担当診療科との意見の相違
- ・肺動脈カテーテルを使用していない

■ 閉胸前の糸掛け部位に縫込みがないか確認(提言4)の状況 (n=311)

※対象：提言を閲覧した方



● 確認していない主な理由

- ・確認の運用が院内で決まっていないため
- ・肺動脈カテーテルを使用していない

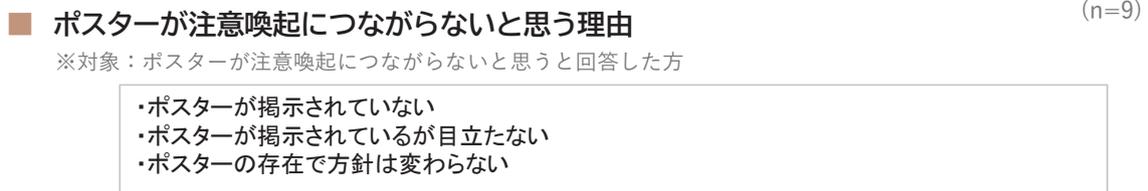
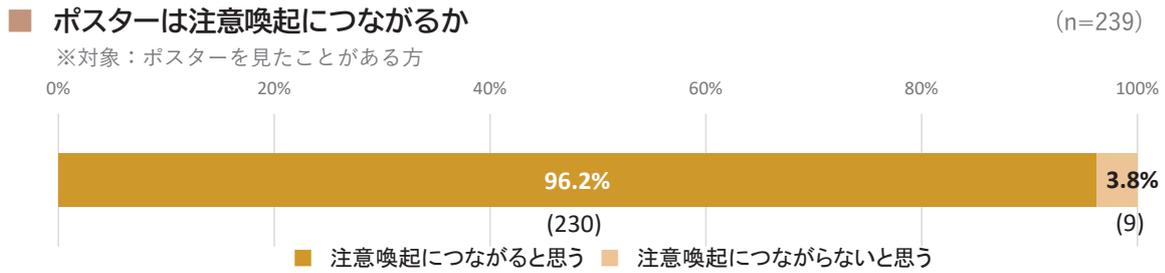
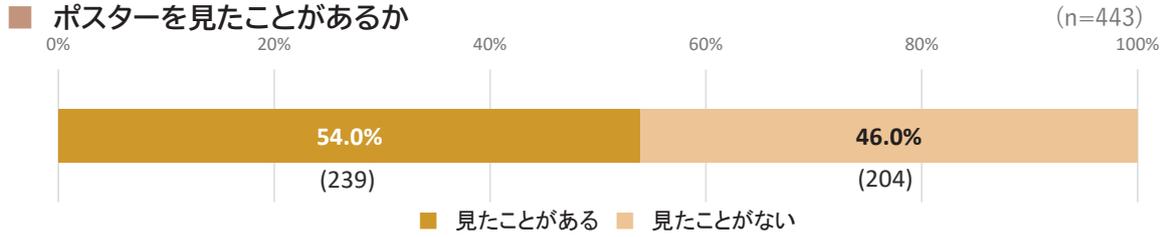
■ 閉胸前の確認で工夫していることについて

※対象：提言を閲覧した方

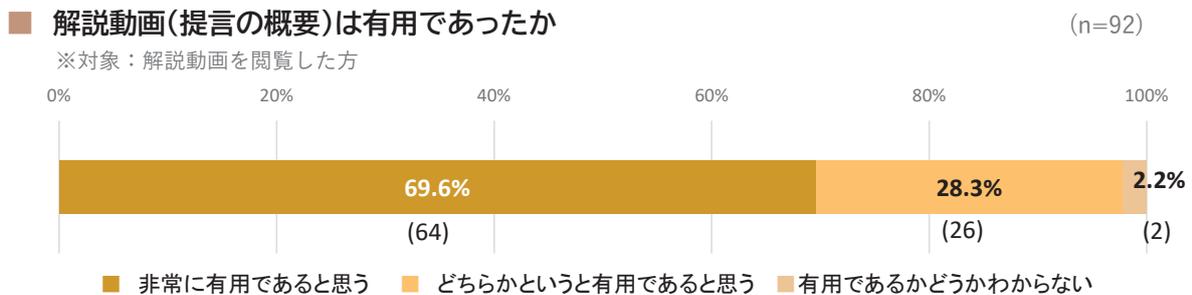
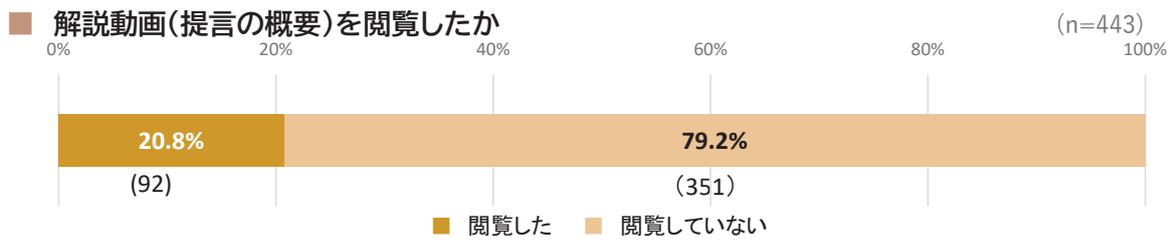
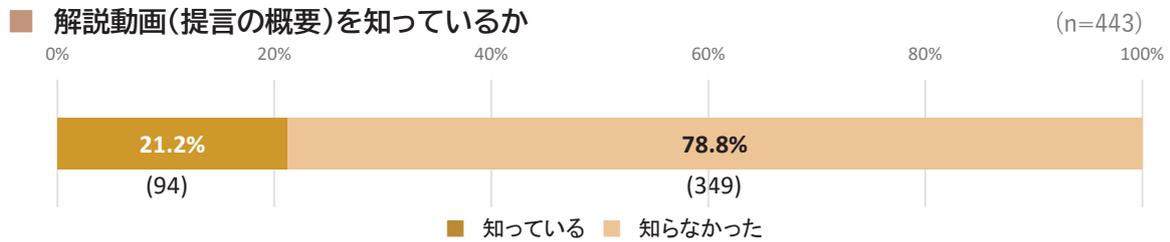
● 主なもの

- ・頚食道エコーでの確認
- ・術者と麻酔科医で確認
- ・心臓血管外科医と声を掛け合い共通認識を得ること

ポスターの周知状況



解説動画（提言の概要）の周知状況

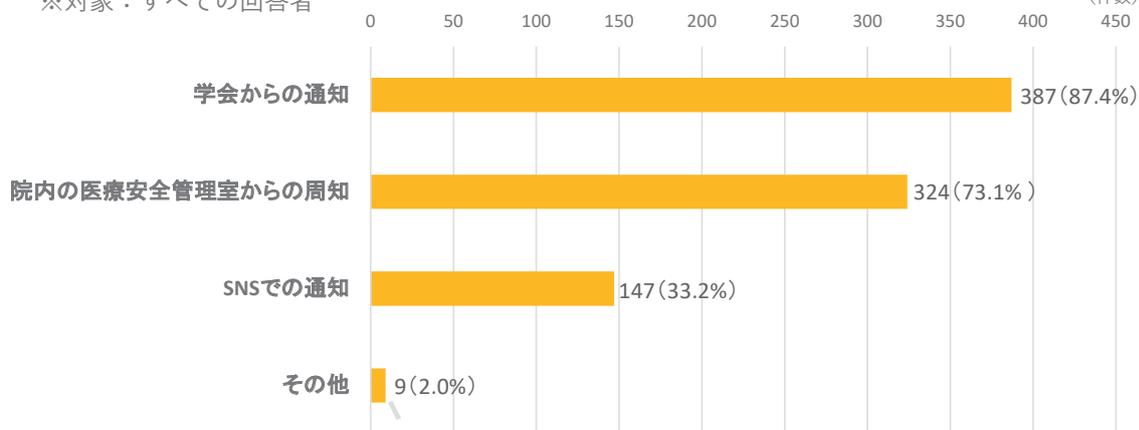


提言の周知方法

■ 臨床現場の医師へ提言を周知するために有効な方法は何か

※対象：すべての回答者

複数回答項目別
(件数)



その他の主なもの

- ・学術集会での講演等の実施
- ・実施による何らかのポイント付与〔麻酔科専門医e-learningとして扱う、JBPOE（日本周術期経食道心エコー認定試験）更新、専門医新規取得や更新に関連させる〕
- ・循環器内科医、心臓外科医への周知活動

センターから公表している提言書についてのご意見

主なもの

- ・医局全体で供覧し、特に動画は非常に分かり易かった。
- ・毎号チェックし、初期研修医教育にも使用している。
- ・肺動脈カテーテルの提言は関連各科の合同提言であり、心臓血管外科医と共通の認識を持って診療出来る。
- ・当施設では年間数例まで使用例が減っており、かえって合併症への意識が低下することが心配であるため注意喚起は重要。
- ・心臓外科医が提言後に明らかに肺動脈カテーテルの合併症について留意するようになった。
- ・麻酔科・心臓血管外科医への提言だけでなく、院内全体の統括である医療安全管理室への働きかけ・ガバナンスが重要。
- ・麻酔科学会、心臓血管外科学会合同で患者適応、管理、挿入に関してのガイドラインを今回の提言を踏まえた上で改定しないと変わらないのではないか。

付録8 医療事故の再発防止に向けた提言 第19号

「肺動脈カテーテルに係る死亡事例の分析 第2部検査編」
に関するWebアンケート集計結果（循環器科）

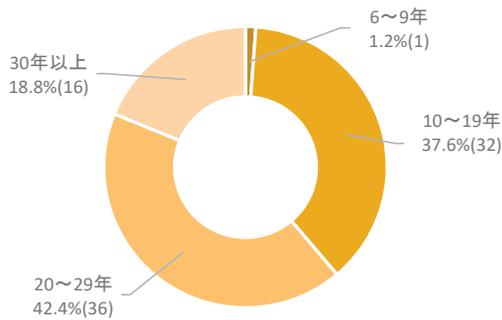


提言第19号 Webアンケート実施概要

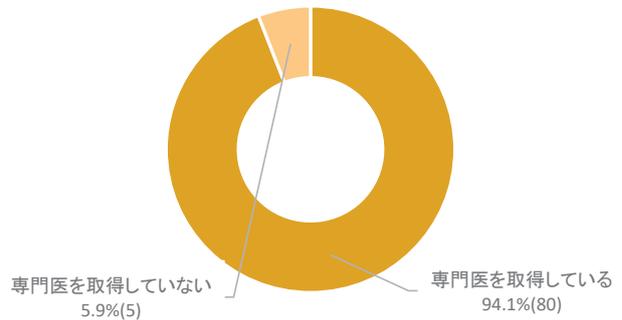
調査期間 2024年11月24日～2025年3月14日
 対象 日本循環器学会に所属している医師（約17,000名） ※肺動脈カテーテルを使用していない医師も含む
 回答数 85名

回答者について

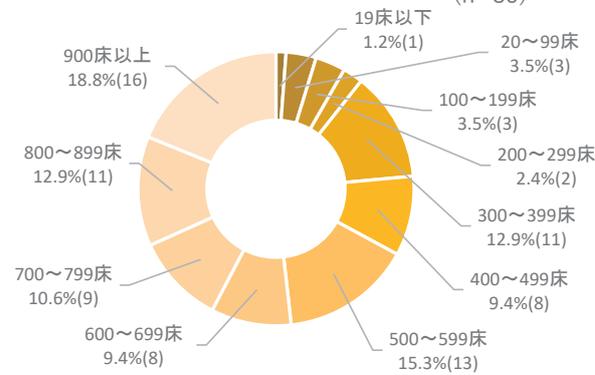
経験年数（循環器内科医として） (n=85)



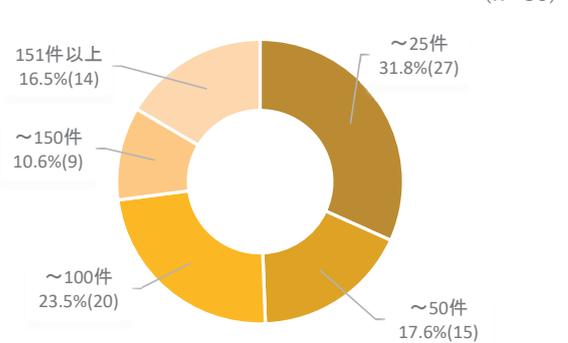
循環器内科専門医の取得の有無 (n=85)



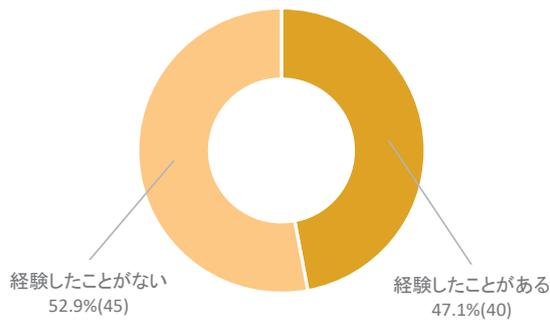
所属医療機関の規模 (n=85)



肺動脈カテーテル検査の実施件数(年間) (n=85)



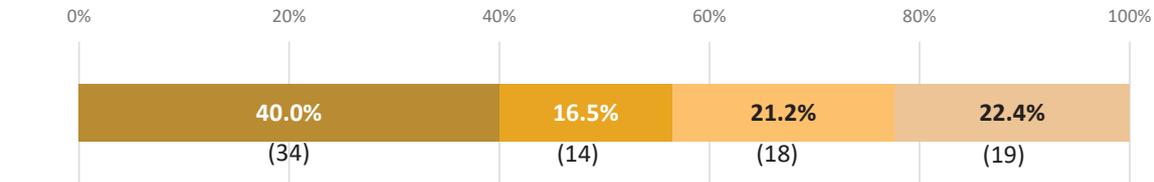
肺動脈カテーテルに関連した出血の経験の有無 (n=85)



提言の周知状況

■ 提言の公表を知っていたか

(n=85)



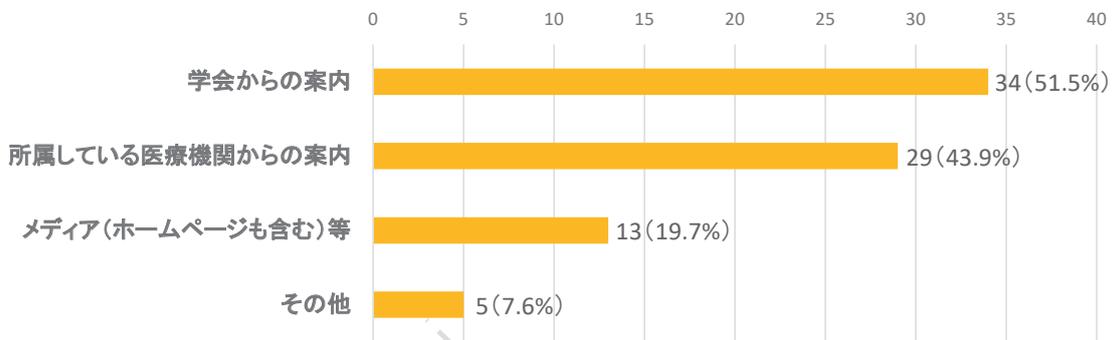
- 提言の公表を知っており、提言冊子内容も把握している
- 提言の公表を知っており、提言の一覧のみ把握している
- 提言の公表を知っているが、詳細な内容は把握していない
- 提言の公表及び提言があることは知らなかった

■ 提言を知ったきっかけは何か

複数回答項目別

※対象：提言の公表を知っていた方

(件数)

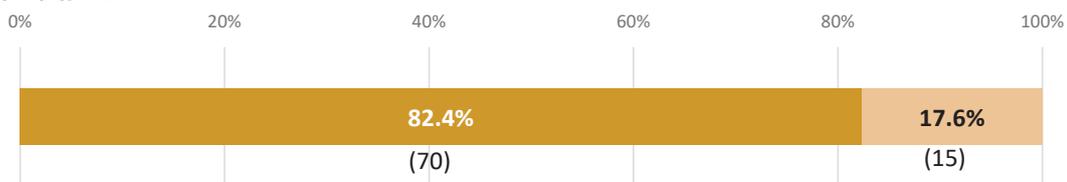


その他の主なもの

- ・医療事故調査・支援センターからの資料
- ・医療安全管理責任者のため
- ・内科学会員向けに提言書のまとめを作成した

■ 提言を閲覧したか

(n=85)



- 閲覧した
- 閲覧していない

■ 提言は有用であったか

(n=70)

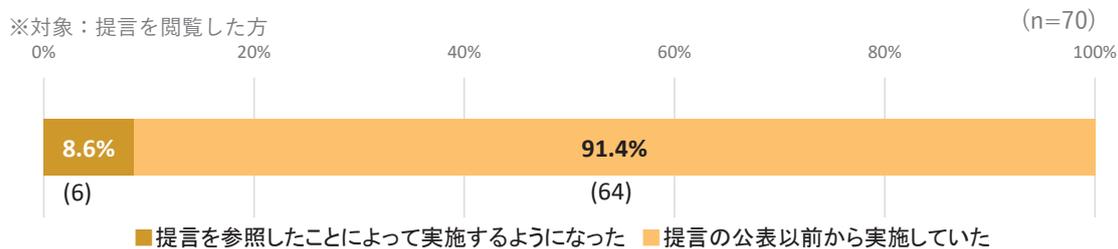
※対象：提言を閲覧した方



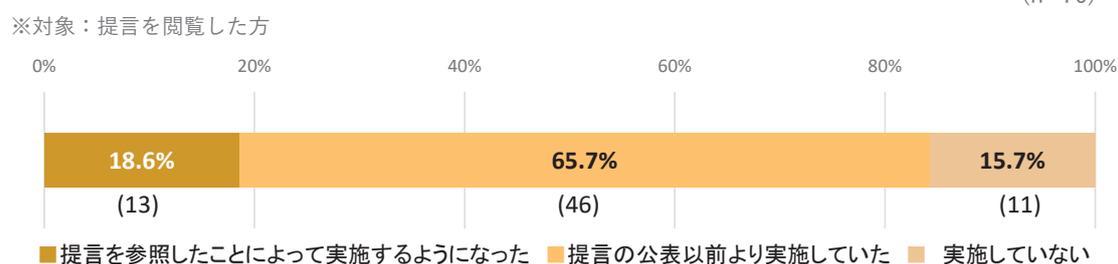
- 非常に有用であると思う
- どちらかという有用であると思う
- 有用であるかどうかわからない

提言の実践

■ 肺動脈カテーテル挿入時に抵抗を感じながらゆっくり注入する手技の実施(提言7)の状況



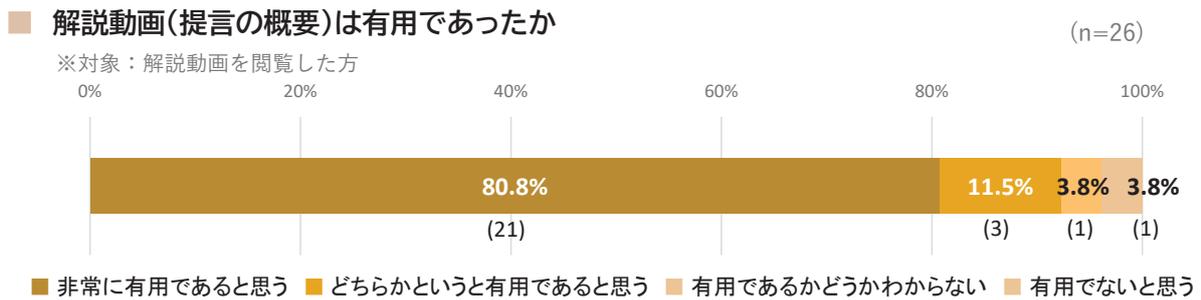
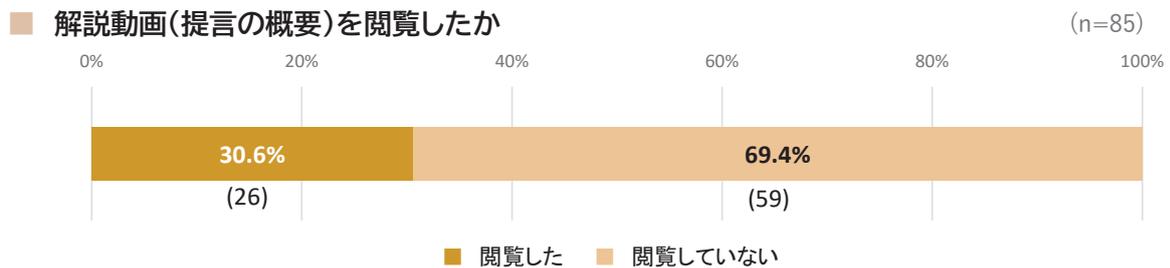
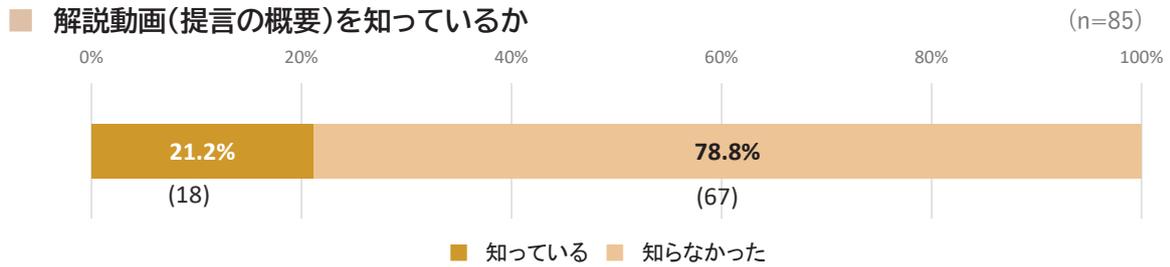
■ やむを得ずガイドワイヤーを使用する場合、ガイドワイヤーが肺動脈カテーテル先端より突出していないかの確認(提言7)の状況



●実施していない主な理由

- ・ガイドワイヤーをバルーンから出して肺動脈まで先行させないと、カテーテルが右室から肺動脈に上がらない症例があるため。
- ・透視下で肺動脈末梢に行き過ぎないように監視しながら使用している。
- ・手技を迅速に進めるため。
- ・ガイドワイヤーによる肺動脈損傷、穿孔を避けるためには、使用するガイドワイヤーの先端形状に留意する必要がある、必ずきついJ型となっているものを使用している。

解説動画（提言の概要）の周知状況



・「カテーテル先端が末梢に迷入していると適正容量であっても肺動脈を損傷する可能性があるため、ゆっくりと抵抗を感じながら空気を注入する。また、抵抗を感じなくても適正容量以上の空気の注入はしない。」の、「抵抗」は手袋をはめている術者にとって感覚が比較的鈍い指標であるため。

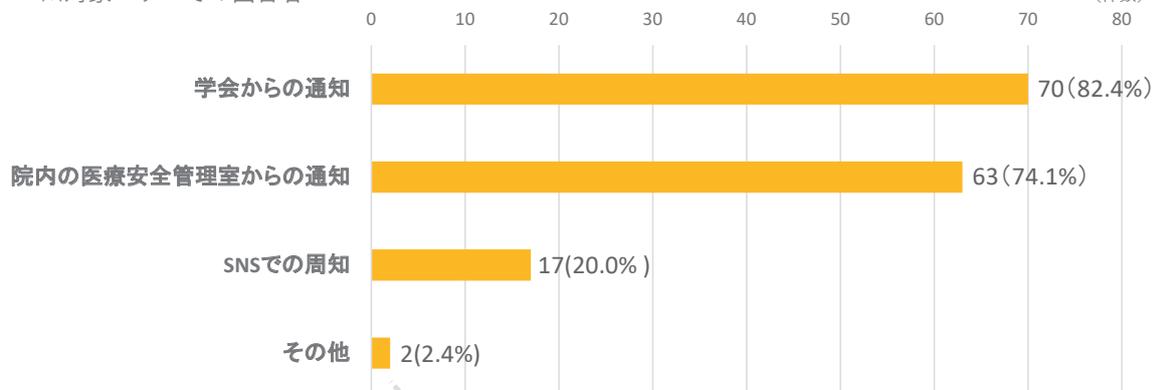
提言の周知方法

臨床現場の医師へ提言を周知するために有効な方法は何か

※対象：すべての回答者

複数回答項目別

(件数)



その他の主なもの

- ・各病院のカテーテル室責任者から部下への周知
- ・年間で定められている医療安全に関わる必須講習会の内容に1コマとして組み込めば、全員が閲覧する機会を得られる

センターから公表している提言書についてのご意見

主なもの

- ・熟練者の十分な監督と指導が受けにくい施設や医師にはとても重要な提言と考える。
- ・循環器医のみならず、呼吸器内科医、心臓外科医、カテーテルに関わるコメディカルなど多職種での提言確認が望ましい。
- ・専門医や認定医取得の必須条件にするとよい。
- ・肺動脈カテーテルに限らず医療安全の報告を定期的に学会や地方会で共有する。
- ・最近では学会が新しい治療をレジストリーという形で登録させており、データ分析など実施が可能ならば、提言の作成に関しても、本来、学会が率先してやるべきこと。

付録9 2024年度 管理者・実務者セミナー（日本医師会）

1. セミナー概要

会場開催：2024年12月8日（日）

eラーニング：2024年12月20日～2025年3月26日

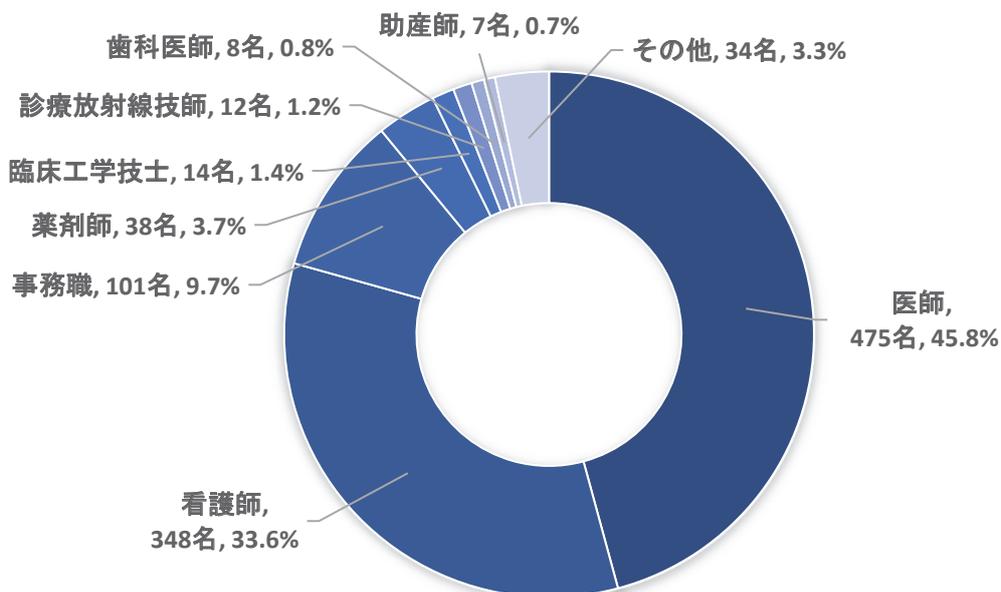
【進行】紀平幸一（日本医師会 医療安全対策委員会 委員長）

藤原慶正（日本医師会 常任理事）

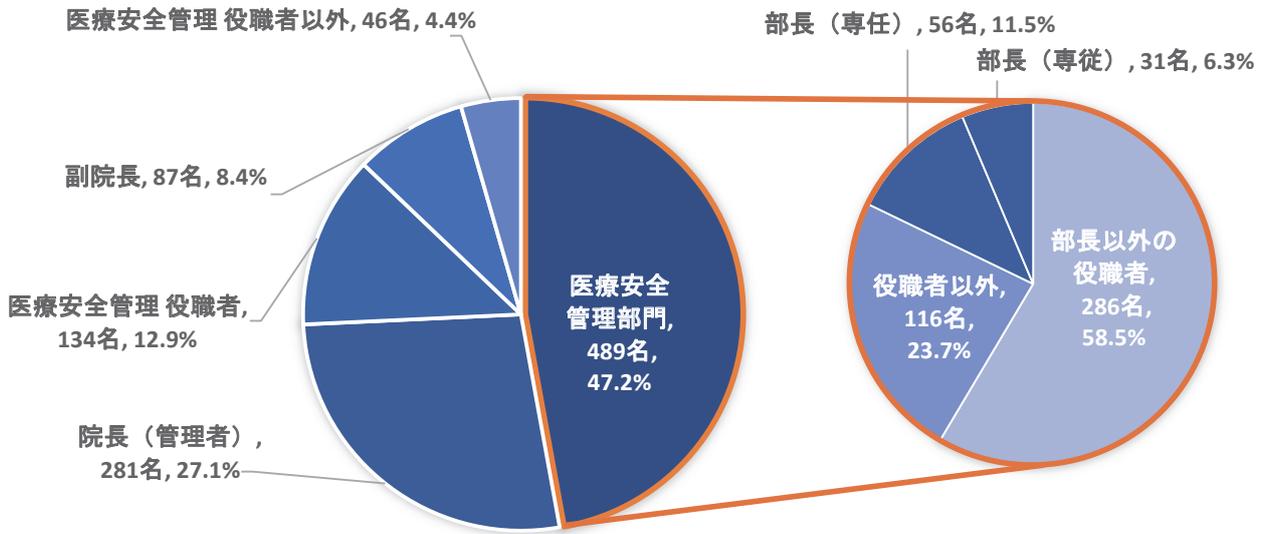
	内容	講師
講義1	セミナーに参加するに当たってのポイント 医療事故調査制度の概要、資料の解説	木村壯介 （日本医療安全調査機構 常務理事）
講義2	医療事故報告における判断	山口 徹 （日本医療安全調査機構 顧問）
講義3-1	当該医療機関における対応 初期対応	渡邊秀臣 （日本医師会 医療安全対策委員会 委員）
講義3-2	当該医療機関における対応 関係者への聞き取り	宮原保之 （日本医師会 医療安全対策委員会 委員）
講義4	支援団体・外部委員の役割	上野道雄 （日本医師会 医療安全対策委員会 委員/ 福岡東医療センター 名誉院長）
講義5	報告書の作成	宮田哲郎 （日本医療安全調査機構 常務理事）
講義6	全体討議（総合質疑応答） 【座長】 宮原保之（日本医師会 医療安全対策委員会 委員）	全講師

2. 受講者：全講義修了者 1,037名

○全講義終了受講者 職種

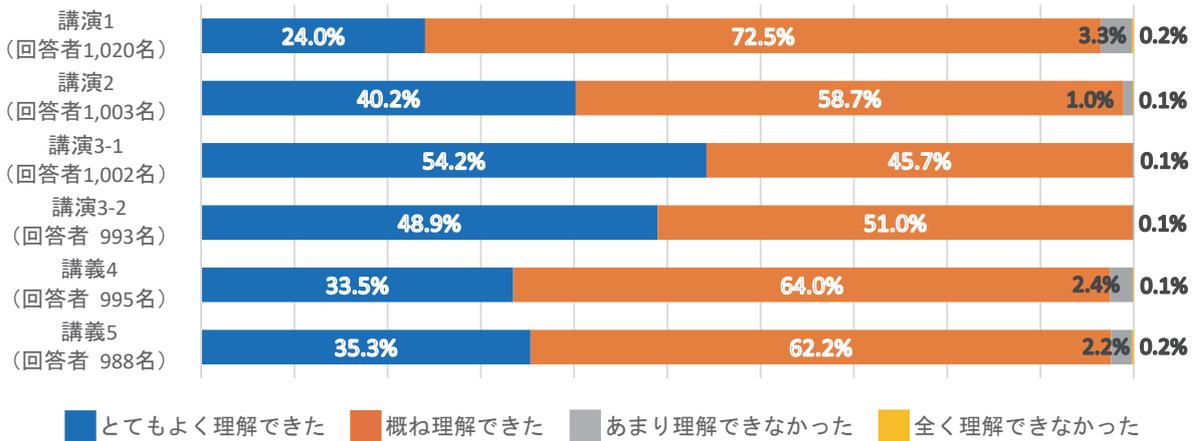


○講義終了受講者 役職



3. アンケート結果 一部抜粋

○講義について



○自由記載

- この制度が、医療者個人の責任の追及ではなく、医療機関のシステムの不具合を見つけ出して改善し、再発防止を図ってゆくものであるということがよく理解できました。
- 医療事故調査制度について病院内の管理職をはじめ職員にも浸透させる必要があると感じました。
- 報告書を作成する際の、作業表を使った臨床経過のまとめ方や、検証・分析の抽出プロセスがとても分かりやすく、標準的医療行為かどうかの検証は「事前的視点」、再発防止策を考えるのは「事後的視点」というのが目からうろこでした。
- 医療事故調査に携わる人たちのケアについて触れられていてよかったです。医療対話推進者やピアサポートの学びや理解の場を増やしていただきたいと思った。

付録10 2024年 医療事故調査制度研修会（日本歯科医師会）

1. 研修会概要

オンデマンド受講：2025年2月20日～2025年3月6日

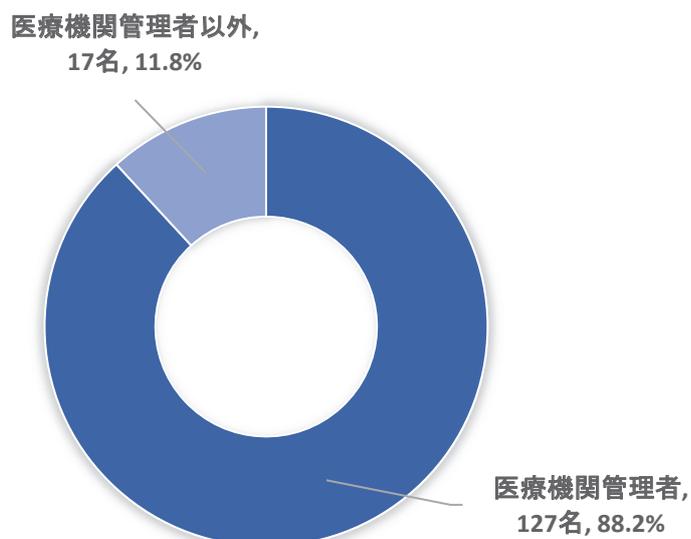
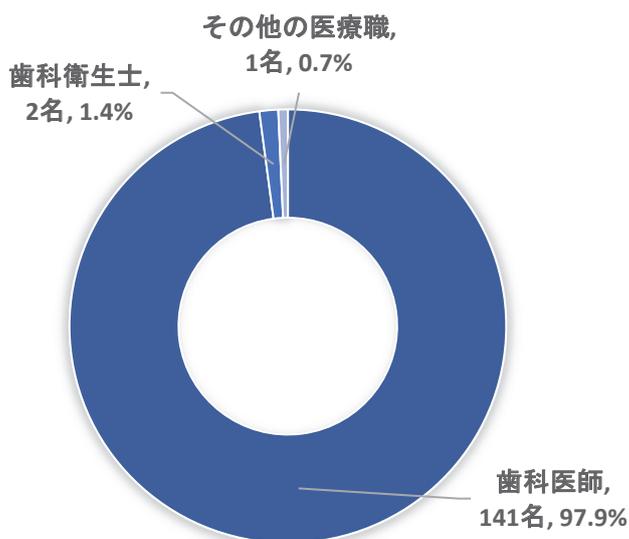
【司会】寺島多美子（日本歯科医師会 常務理事）

	内容	講師
講演 1	「医療事故調査制度」の概要・課題 －現状報告と今後に向けて－	木村壯介 (日本医療安全調査機構 常務理事)
研修 1	(1) 動画研修 1：医療事故調査制度の流れ	
研修 2	(2) 動画研修 2：院内調査の流れ	
研修 3	(3) 「予期せぬ死亡事故」発生直後の初動から調査へ －歯科医院はどのように対処すればよいのか？－	望月 亮 (日本歯科医師会 歯科医療安全対策委員会 副委員長)
研修 4	(4) 歯科における対応事例 －歯科医療機関と搬送先病院との連携－	佐藤慶太 (日本歯科医学会連合 医療安全調査委員会 副委員長)
研修 5	(5) 救急搬送後の病院の対応	南須原康行 (北海道大学病院 副病院長 医療安全管理部 教授・部長)
研修 6	(6) 報告書の作成	宮田哲郎 (日本医療安全調査機構 常務理事)
総括		柏崎秀一 (日本歯科医師会 歯科医療安全対策委員会 委員長)

2. 受講者 144名

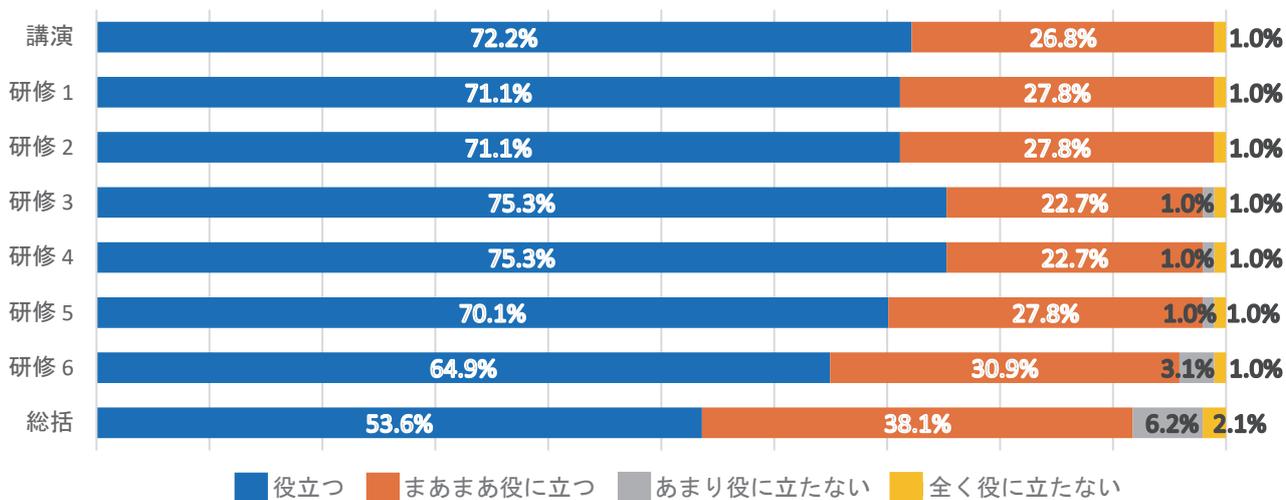
○受講者 職種

○受講者 役職

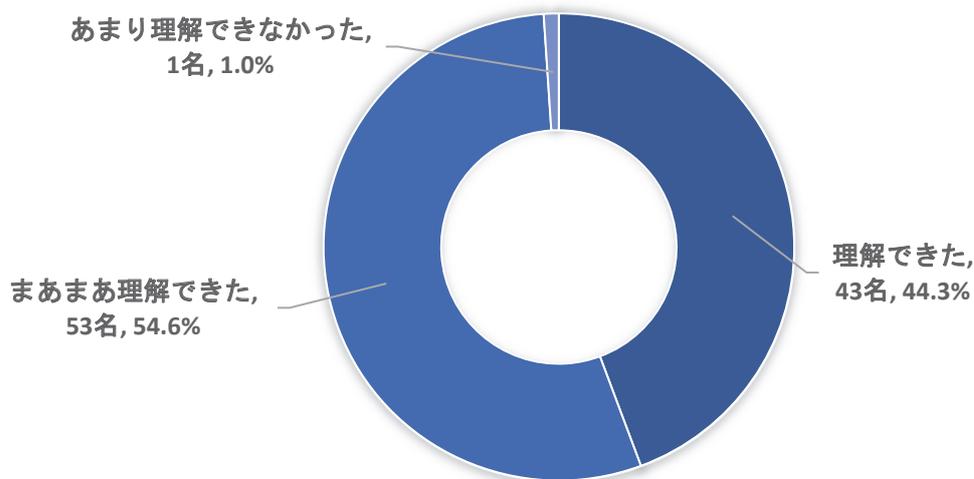


3. アンケート結果 一部抜粋（回答者 97名）

○講演・研修について



○研修全体を通して、医療事故調査の流れの理解度



○自由記載

- 歯科診療所では、めったに起こらないことですので、繰り返しの学びが必要と思いました。
- 医師法第 21 条と事故調制度をはっきり分けた上で説明が重要ではないか。
- 自身の県、市に歯科と医科との連携網があるのか知りたい。
- 一般歯科医院での事例を基にしたマニュアルを作成してほしい。
- 今回の研修で、支援センターの存在を知りました。
- 医療安全管理に携わる者だけでなく、広く開業歯科医師に研修を義務づけたほうがよいのではないか。
- 口腔外科に起こりうる事例が多く、大病院で対応することは可能だが、開業医向けの事案の検討などが多く盛り込まれた内容だとより身近に感じられると思われる。
- 遺族への初めの言葉対応についてもう少し具体的に示してほしい。例えば、遺族が激怒して全く取り合わない場合のなだめ方や、原因究明への解剖の説明の仕方など。

付録 11 2024 年度 医療事故調査・支援センター主催研修

1. 研修概要

会場受講：2024 年 10 月 26 日（土）13：30～16：30

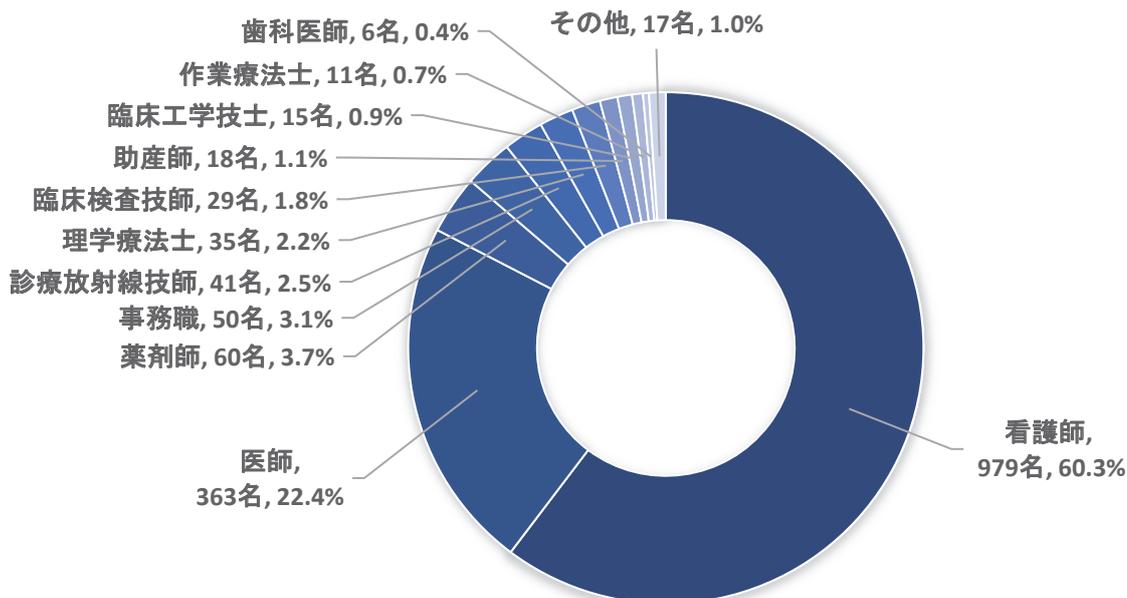
オンデマンド受講：2024 年 11 月 11 日 ～ 2025 年 2 月 25 日

【座長】山口 徹（日本医療安全調査機構 顧問）

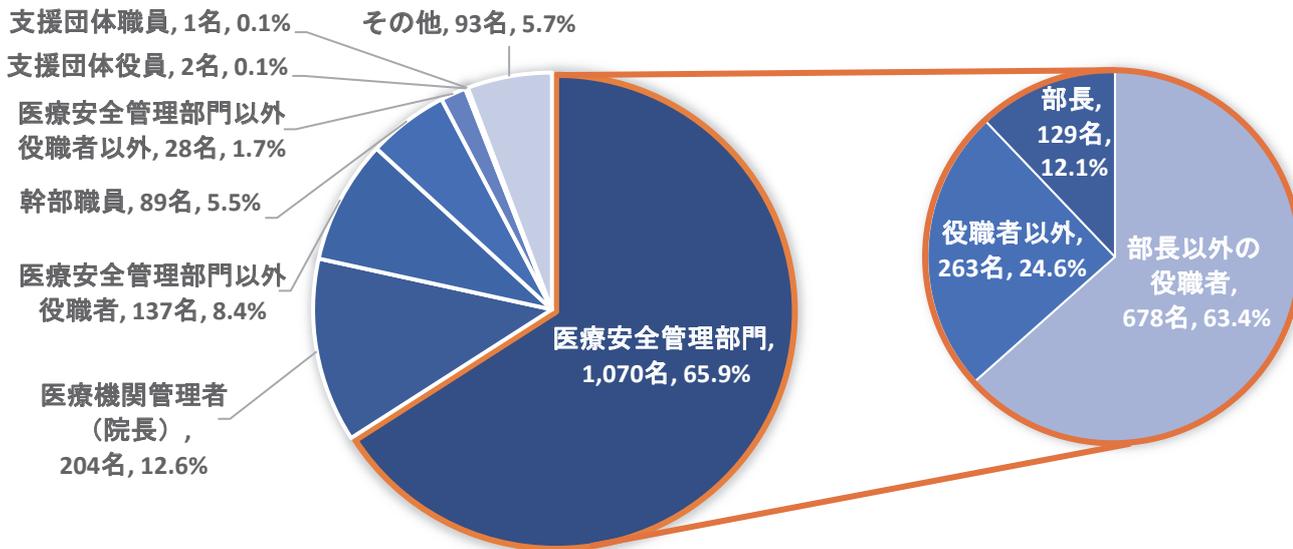
	内容	講演者
[シンポジウム] 組織としての再発防止への取り組み	講演 1 「医療事故の再発防止に向けた提言」に基づく当院でのプロジェクト活動	前村俊満 (東邦大学医療センター大森病院 医療安全管理部 部長)
	講演 2 医療安全活動の進め方～医療安全情報・提言の活用の在り方～	新村美佐香 (医療法人五星会 菊名記念病院 医療安全管理室 室長)
	講演 3 重症心身障害児者専門病院における医療事故 2 例への対応とその後の取り組みについて	門野 泉 (愛知県医療療育総合センター 中央病院 リハビリテーション室長)
	講演 4 原因究明と再発防止～患者・家族とともに～	川田綾子 (NPO 法人「架け橋」 副理事長)
[全体討論] 組織として再発防止にどう取り組むか 再発防止策の周知・徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・全講演者 ・森田典子 (東邦大学医療センター大森病院 医療安全管理部) ・古澤圭老 (東邦大学医療センター大森病院 医療安全管理部 師長補佐) ・小野寺貴志 (医療法人五星会 菊名記念病院 医療安全管理室 副室長) ・佐藤佳子 (愛知県医療療育総合センター 中央病院 看護部長) ・豊田郁子 (NPO 法人「架け橋」 理事長) ・木村壯介 (日本医療安全調査機構 常務理事) ・宮田哲郎 (日本医療安全調査機構 常務理事) 	

2. 受講者 1,624 名

○受講者 職種

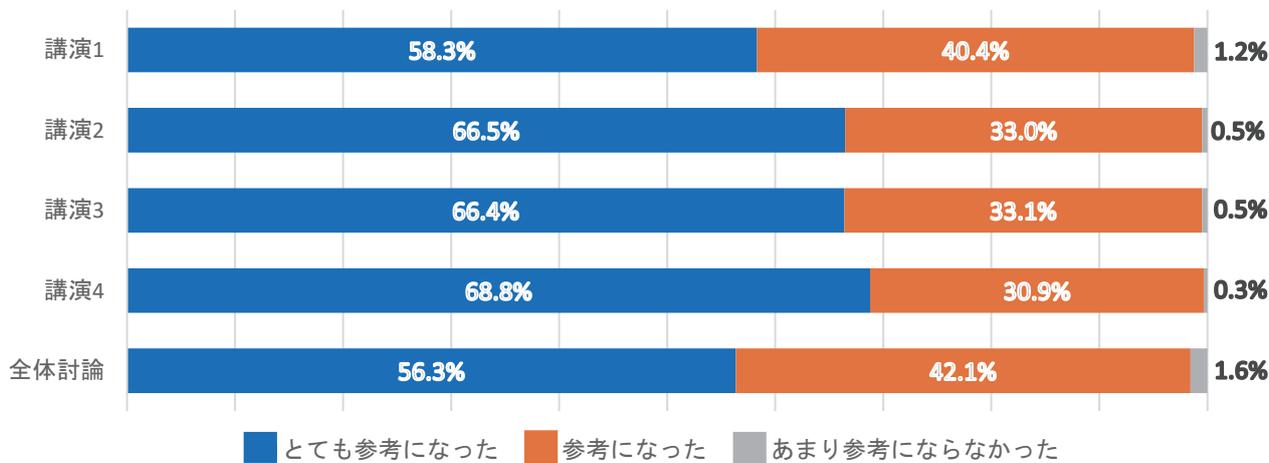


○受講者 役職



3. アンケート結果 一部抜粋 (回答者 1,214 名)

○講演・研修について



○自由記載 (まとめ)

- 全体討論では、臨床での具体的な提言の活用について意見交換がされた。
- 「医療事故の再発防止に向けた提言」の活用について参考になったとの意見が多く聞かれた。
- 遺族の講演が好評であった。
- 100～199 床の医療機関参加者が最も多く、来年度のテーマについての意見でも中小規模の取り組みや、症例の具体的な対応が聞きたいとの希望が多かった。
- 事故当事者への対応の難しさについての意見があった。

付録12 2024年度 支援団体統括者セミナー（日本医師会）

1. セミナー概要

ライブ配信：2025年2月9日（日）13：00～16：00

【進行】藤原慶正（日本医師会 常務理事）

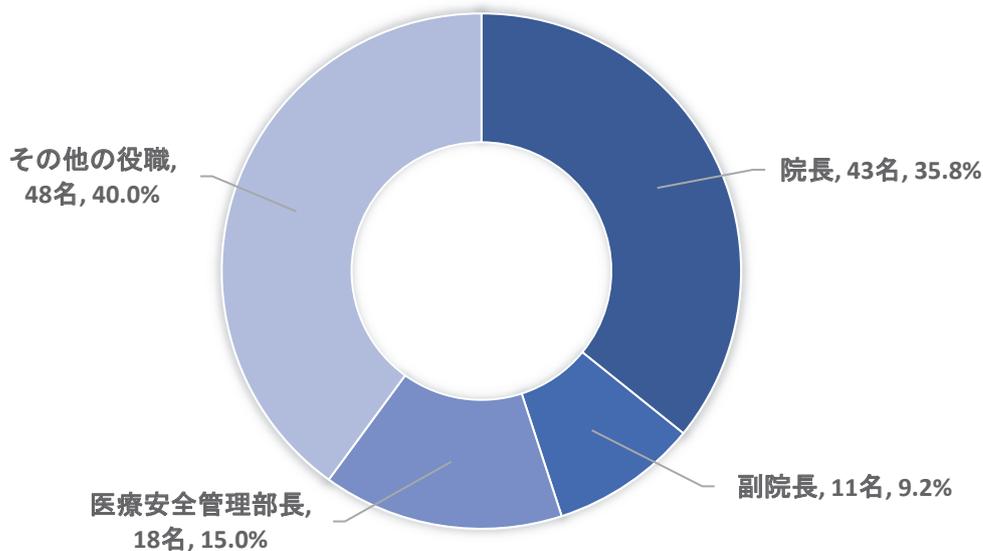
	内容	講師
イントロダクション・講義	グループ討議に入る前のイントロダクション・講義	上野道雄 (日本医師会 医療安全対策委員会 副委員長/ 福岡東医療センター 名誉院長)
討議テーマ①	「医療事故報告における判断への支援について」	山口 徹 (日本医療安全調査機構 顧問/虎の門病院 名誉院長)
討議テーマ②	「初期対応への支援について」	渡邊秀臣 (日本医師会 医療安全対策委員会 委員/ 高崎健康福祉大学 副学長・保健医療学部 学部長)
討議テーマ③	「調査報告書作成への支援について」	宮田哲郎 (日本医療安全調査機構 常務理事)
	全体まとめ	
その他講師	紀平幸一（日本医師会 医療安全対策委員会 委員長） 木村壯介（日本医療安全調査機構 常務理事） 宮原保之（日本医師会 医療安全対策委員会 委員/日本赤十字社 特別参与 医療調整監）	

対象：各都道府県で、地域の支援団体連絡協議会等の業務および院内調査の支援等にかかわっている者

- ① 支援団体の代表としての都道府県医師会の担当役員
- ② 院内調査の支援を担う基幹病院などの代表者
- ③ 地域の看護職の代表者

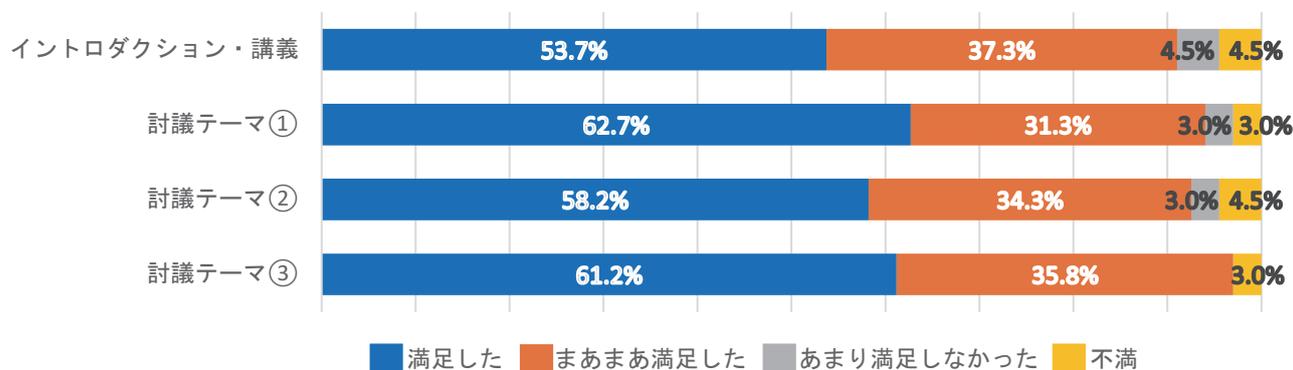
2. 受講者 120 名

○役職



3. アンケート結果 一部抜粋（回答者 69 名）

○講義・討議について



○自由記載

【イントロダクション・講義】

- 医療事故調査制度では、報告事例になるのか最終判断するのは施設長であり、改めて病院管理者の考えで左右すると感じた。
- 医療事故調査制度は自由度が高いだけに医療従事者の自律性が求められるという意見に同意するが、現時点でわれわれが制度の目的を理解して行動しているかなどの成熟度には疑問が残る。本セミナーとともに地方ごとの継続的な啓発活動（管理者も含めた医療従事者対象）が必要と考える。

【討議テーマ①】

- 報告すべき事例の判断は、ほぼ一致すると思っていたが、1割の方が報告しなくてもよいと考えていたのは驚きであった。
- 予期せぬ死亡を討議することで、判断に苦慮していることが分かり、勉強になった。

【討議テーマ②】

- 支援者として、報告の必要性について示すことが必要であることを学んだ。これからの患者・医療をよくすることを考え、病院の職員を思いやる形で支援を行う。
- 幅広く対応しなければならないこと、どのように係わるのがベストなのか分からないことがあり、グループでの意見を聞くことで理解できた。

【討議テーマ③】

- 過去に事故調査委員会・報告書作成を経験していたため、分かりやすかった。講義内容はとても参考になった。今後に活かせるものになったと思う。
- 報告書の書き方はとても参考になった。

【医療安全の推進のために、今後の支援活動に活かそうなこと】

- 外部委員として事故の内容や再発防止策についての検討に関わる際に、事故の構造的な原因と一緒に考えることができること、当該医療機関の管理者を支援できるように寄り添うことが大切であることを再認識した。
- 医療事故報告を迷っているケースについて、報告の意義を伝え、前向きに取り組めるような働きかけの方法を得られた。病院と診療所では対応に違いがある場合もあるため、その部分にも触れてもらいたい。

參考資料

「医療安全の更なる向上を目指す検討会報告書」について

医療事故調査制度施行 10 年の節目にあたり、医療事故調査・支援センターの業務運営状況を振り返り、今後の課題を明確にすることを目的として、令和 6 年 7 月、理事会のもとに、「医療安全の更なる向上を目指す検討会」を設置し、令和 7 年 12 月 23 日、報告書を取りまとめ、公表した。

- ・ 医療安全の更なる向上を目指す検討会報告書 概要
- ・ 医療安全の更なる向上を目指す検討会報告書
<https://www.medsafe.or.jp/med-cms/wp-content/uploads/2025/12/houkokusho20251223.pdf>
- ・ 参考資料
<https://www.medsafe.or.jp/med-cms/wp-content/uploads/2025/12/sankou20251223.pdf>



「医療安全の更なる向上を目指す検討会報告書」について（概要）

1. 検討会の目的

「医療事故調査制度」は、医療事故の再発防止と医療の安全確保を目的として、平成27年(2015年)10月に施行された制度である。

一般社団法人 日本医療安全調査機構は、本制度における「医療事故調査・支援センター」の指定を受け、調査等の業務を行っている。制度施行10年の節目にあたり、これまでの医療事故調査・支援センターの業務運営状況を振り返り、今後の課題を明確にすることを目的として、「医療安全の更なる向上を目指す検討会」を設置した。

検討会は、2024年10月から2025年12月にかけて計7回開催した。検討にあたっては現行制度を前提として、医療事故調査・支援センターから提供された資料等をもとに、第三者の視点から分析を行い、本報告書を取りまとめた。日本医療安全調査機構に対しては、本報告書の内容を踏まえて医療事故調査・支援センターの業務の改善に積極的に取り組むことを期待する。

2. 主な課題と今後の対応

センターにおいては、各項目について「対応」に示した取り組みを進めていく必要がある。

(1) 医療事故の判断や医療事故調査等に関する支援

① 医療事故の判断に関する支援

(医療事故判断に関する支援)

課題 ・医療機関の管理者が医療事故であるか否かの判断に迷う事例が一定数あることが示唆されることから、管理者の医療事故判断への支援をより充実させる必要がある。

対応 ・「センター合議」における議論を整理し、医療機関の管理者が医療事故を判断する際の参考となるような情報提供を行う。
・医療機関の管理者等が本制度に関する理解を随時深めることができるよう情報提供を行い、管理者等を対象とした研修の周知方法等を工夫し参加を促進する。

(伝達やセンター合議の質)

課題 ・「伝達」の事例については、医療機関が遺族等へ説明した内容等を情報収集することで、その結果に至った経過や背景の把握が可能となり、センターが行う相談対応や研修等の質向上につながると考えられる。「センター合議」においては「医療事故の報告を推奨する」と助言した後に報告がなされていない事例について、医療機関内で報告しないという判断に至った理由を情報収集し、「センター合議」に関わる医師・看護師等にフィードバックする等によって、「センター合議」の更なる質向上につながることが期待される。

対応 ・「伝達」および「センター合議」の対象となった事例において、遺族等への説明の状況や医療事故の判断等について任意の情報収集を行うことで実態の把握に努め、医療機関への支援や研修の質向上につなげる。

② 医療事故の院内調査に関する支援

(院内調査の進め方に関する支援)

課題 ・院内調査の実施にあたっては一定の知識や技能が求められることから、院内調査の進め方に関する支援を充実させることが重要である。

対応 ・センターが行う各種研修の実施にあたり、医療事故を疑う事例発生時の初期対応、院内調査の手法、遺族等への説明方法等を含め、研修内容をより実践的なものとなるよう、更なる充実を図る。特に、医療事故調査の経験のない医療機関等を対象として、院内調査が更に充実するように支援を行う取り組みを企画、実施する。



（院内調査報告書作成の支援）

課題 ・院内調査結果報告までに長期間要している事例が散見され、その要因として報告書の作成が困難であることが挙げられている。

対応 ・センターが示している院内調査報告書の参考様式を、医療事故調査の手法に関する各種資料や、センターに集積された知見等を踏まえ、医療機関の参考に資する内容に改訂する。

③ 病理解剖の実施に関する支援

（病理解剖について理解を促進するための周知）

課題 ・病理解剖は死因を明らかにするために極めて重要であり、可能な限り病理解剖の実施を目指していくことが望ましいことから、医療従事者および国民に向けて病理解剖の理解を促進するための周知を行う必要がある。

対応 ・医療事故調査における死因や臨床経過に関する検証および再発防止策の検討にあたって病理解剖が有効であることを分析・発信する。関係学会や遺族団体と協力し、病理解剖の意義や重要性について医療従事者および国民へ啓発する活動に取り組む。

（2）医療事故の再発防止策の提言と普及啓発

① 提言および警鐘レポートの作成

（院内調査報告書の分析）

課題 ・再発防止のテーマの抽出およびその優先順位の決定に関して、関連する領域の専門家が確認することで、科学的妥当性が向上すると考えられるが、各領域の専門家が分析したものは、院内調査報告書全体の約1割である。

対応 ・すべての院内調査報告書を対象として、専門家の協力を得て傾向や特徴を把握し、類似事例を比較して、分析課題を多角的に抽出する体制を構築する。

（提言や警鐘レポートの質）

課題 ・センターの「提言」等が医療現場の安全性向上や学会による活用、医療機器の開発・改善につながっているか否かについて把握し、「提言」等の更なる質向上につなげていくことが重要である。

対応 ・「提言」の活用状況に関する調査は、現状の把握と改善策を検討するため、継続して実施する。その結果を分析し、提言内容の質向上につなげるとともに、医療機関における提言内容の実践につながる支援策を検討する。

② 提言および警鐘レポートの普及啓発

（再発防止策の普及啓発）

課題 ・「提言」の公表後にも同様の事故が繰り返されることは深刻な問題である。必要に応じて「提言」の再周知を行うことが重要である。

対応 ・医療機関が「提言」等を活用して医療事故防止の取り組みを行った事例をセンターに情報提供できる仕組みを構築し、他の医療機関が医療事故防止の参考とすることができ体制を整備する。

**(3) センター調査の実施****(センター調査の質および調査期間)**

課題 ・報告書には事実経過やその検証が丁寧に記載され、医療機関および遺族の評価も概ね良好である。2020年以降にセンター調査が申請された事例において、申請から報告書の交付までの期間は平均826日である(2024年12月時点)。

対応 ・センター調査の期間短縮に向けて業務の見直しを進める。

(センター調査の再発防止への活用)

課題 ・個人が特定されない形で、再発防止のための知見が、当該医療機関以外の医療機関や学会・企業等においても活用され得るような方策を検討することが重要である。

対応 ・センター調査から得られた再発防止のための知見が、学会・企業等においても活用され得るような方策を検討する。

(センター調査の透明性)

課題 ・センター調査・報告書作成マニュアルは、センターが多くの調査の実績を通じて培った情報整理の考え方や報告書の記載方法等が記載されているが、現在公表されていない。

対応 ・センター調査・報告書作成マニュアルの提示については、厚生労働省の方針を踏まえ、必要な取り組みを進める。

(4) 医療事故調査に係る研修**(医療機関の職員向け研修)**

課題 ・医療事故の判断を行う医療機関の管理者や、医療事故の判断に携わる者を対象にした研修については、随時学習が可能な教材の配信等を含めて学習機会を担保するとともに、センターに集積した知見を活用し、より管理者等の判断に資する研修内容へと継続的に改善していく必要がある。

対応 ・医療事故の判断の支援につながる研修方法や内容について工夫するとともに、医療事故調査の経験・習熟度等を考慮した研修を企画し、実施する。
・センターが過去に研修等で使用した資料を活用し、医療機関の管理者・実務者や支援団体がホームページ等で適宜学習や研修資料として活用できる教材を提供する。

(5) その他、医療安全の確保を図るために必要な業務**(制度の周知方法・周知内容)**

課題 ・国民への周知が進んでいるとは言い難く、更なる制度周知が必要である。

対応 ・国民が、それぞれの置かれた状況に応じて必要な情報を得ることができるように、周知方法の検討や周知すべき内容の整理を行う。
・医療安全支援センター等と連携し、医療事故調査制度を周知することを検討する。

(検討経緯)

- ・第1回 2024年10月10日 医療事故の判断に関する支援
- ・第2回 2024年12月16日 医療事故の調査に関する支援
- ・第3回 2025年 2月17日 医療事故情報の整理・分析と再発防止
- ・第4回 2025年 4月10日 センター調査、医療事故調査に係る知識および技能に関する研修
- ・第5回 2025年 6月16日 センター業務に関する効果の把握、国民への制度周知および情報セキュリティ
- ・第6回 2025年10月 6日 医療安全の更なる向上を目指す検討会報告書案について
- ・第7回 2025年12月 1日 医療安全の更なる向上を目指す検討会報告書案について
※構成員の参加率:95.2%(会場参加率:66.7%)
- ・報告書公表 2025年12月23日

（医療安全の更なる向上を目指す検討会 構成員）

（五十音順・敬称略）

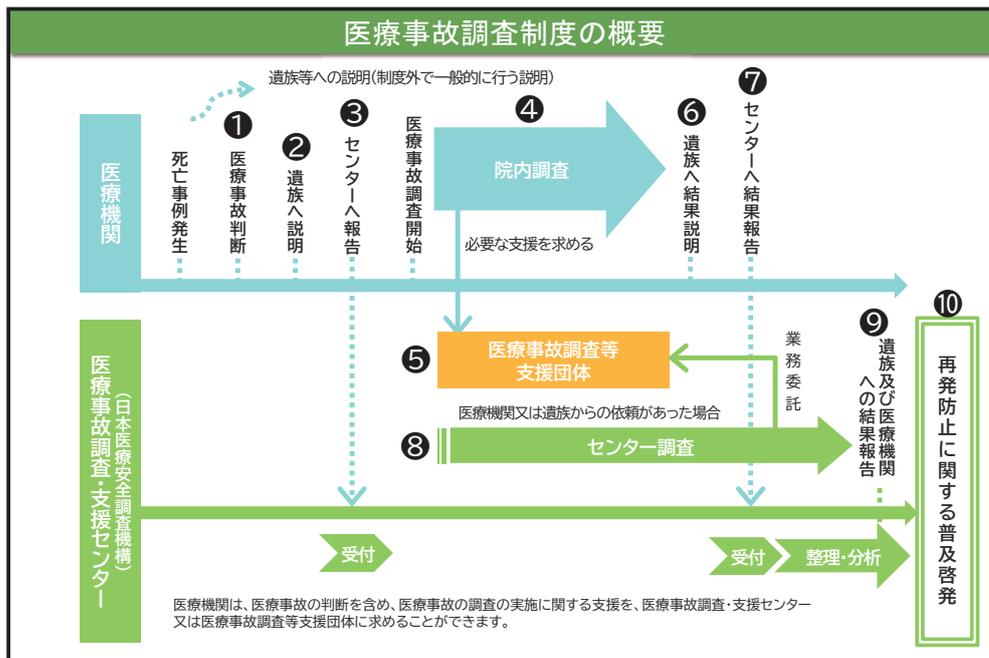
◎印は座長

- 秋元 奈穂子 立教大学法学部 准教授
- 飯野 奈津子 山梨大学 客員教授
- 井部 俊子 聖路加国際大学 名誉教授
- ◎上田 裕一 地方独立行政法人 奈良県立病院機構 前理事長、名古屋大学 名誉教授
- 河野 龍太郎 自治医科大学 名誉教授
- 滝田 純子 一般社団法人 栃木県医師会 常任理事
- 名越 究 島根大学医学部 環境保健医学講座 教授
- 南須原 康行 北海道大学病院 病院長・医療安全管理部 教授
- 長谷川 好規 独立行政法人 国立病院機構 名古屋医療センター 名誉院長
- 樋口 範雄 東京大学 名誉教授
- 増田 聖子 増田・横山法律事務所 弁護士
- 宮脇 正和 医療過誤原告の会 会長
- 村上 朝子 認定NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML
- 渡辺 直大 渡辺法律事務所 弁護士
- 渡邊 良平 一般社団法人 愛媛県医師会 常任理事

（参考人）

- 田中 伸哉 一般社団法人 日本病理学会 副理事長（第2回検討会）
- 後 信 公益財団法人 日本医療機能評価機構 理事（第5回検討会）

（参考）



医療事故調査・支援センター 2025 年 年報

2026 年 3 月

編集・発行：一般社団法人 日本医療安全調査機構

T E L：代表 03-5401-3021

〒105-0013 東京都港区浜松町 2-8-14 浜松町 TS ビル 2 階

一般社団法人日本医療安全調査機構は、医療法第 6 条の 15 により「医療事故調査・支援センター」の指定を受け、同法第 6 条の 16 各号に掲げる業務(以下「調査等業務」という)を行うものです。調査等業務の目的は医療安全の確保であり、法的または医学的責任を評価するものではありません。

本書に掲載する内容は、作成時点の情報に基づいており、その内容を将来にわたり、保証するものではありません。

本書の全部または一部を無断で複製複写(コピー)することは、著作権法上での例外を除き禁じられています。

