
医療事故調査・支援センター

2023年 年報

2024年3月

一般社団法人 日本医療安全調査機構

医療事故調査・支援センター

2023年 年報

2024年3月

一般社団法人 日本医療安全調査機構

目 次

I はじめに 1

「医療事故調査・支援センター 2023 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 4

III 医療事故調査・支援センターの事業概要 25

1. 医療事故調査・支援センターの位置付け・目的 26

2. 医療事故調査・支援センターの業務 26

(1) 医療事故調査・支援事業運営委員会の開催 27

(2) 医療事故調査の実施に関する相談・支援 29

(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 32

(4) センター調査 35

(5) 研修の実施 38

(6) 普及・啓発の実施 43

(7) 医療の安全の確保を図るための業務 46

IV 各種名簿・協力学会一覧 47

資料 1	医療事故調査・支援事業運営委員会 委員名簿	48
資料 2	再発防止委員会 委員名簿	49
資料 3	総合調査委員会 委員名簿	49
資料 4	センター調査協力(登録)学会一覧	50

V 付録 51

付録 1	医療事故の再発防止に向けた提言 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)-	52
付録 2	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	54
付録 3	医療事故の再発防止に向けた提言 第 15 号 「薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」に関する Web アンケート集計結果	56
付録 4	特定機能病院アンケート結果報告 特定機能病院における医療安全管理体制について	60

I はじめに

「医療事故調査・支援センター 2023 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 月にスタートした「医療事故調査制度」は、本年報を取りまとめた 2023 年 12 月末で、8 年 3 か月が経過しました。

これまで、相談の実績は累計 15,287 件に上り、医療事故報告は 2,909 件、そのうち約 9 割で院内調査が終了し、2,541 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 2023 年は、「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）—」、「股関節手術を契機とした出血に係る死亡事例の分析」の 2 テーマを取りまとめ、提言書として公表し、広く医療機関に提供してきました。また、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 233 件となり、163 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、原因を究明し、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。

2023 年のこれらのセンターの業務を、「医療事故調査・支援センター 2023 年年報」として取りまとめたので、ここに報告いたします。

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。

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2023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り。)を行った上で、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

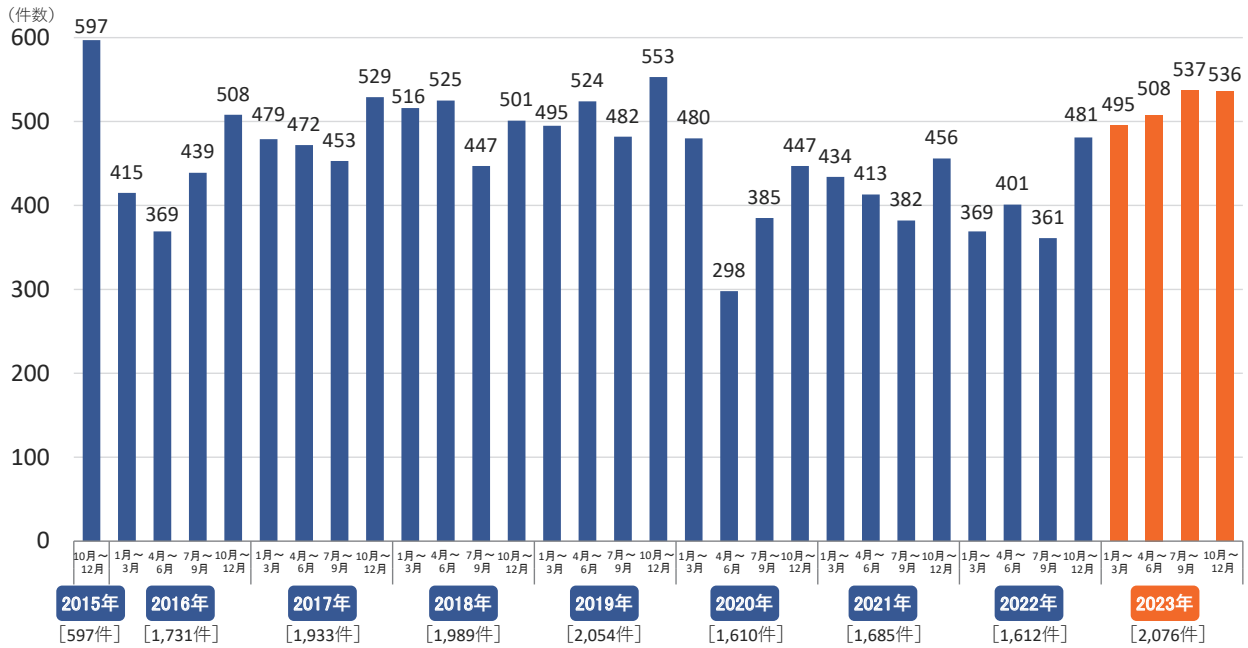
Ⅱ 相談・医療事故報告等の現況

要約版 (2023 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2023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。

相談の状況

1. 相談件数の推移 (数値版 参考1-(1)-①参照)

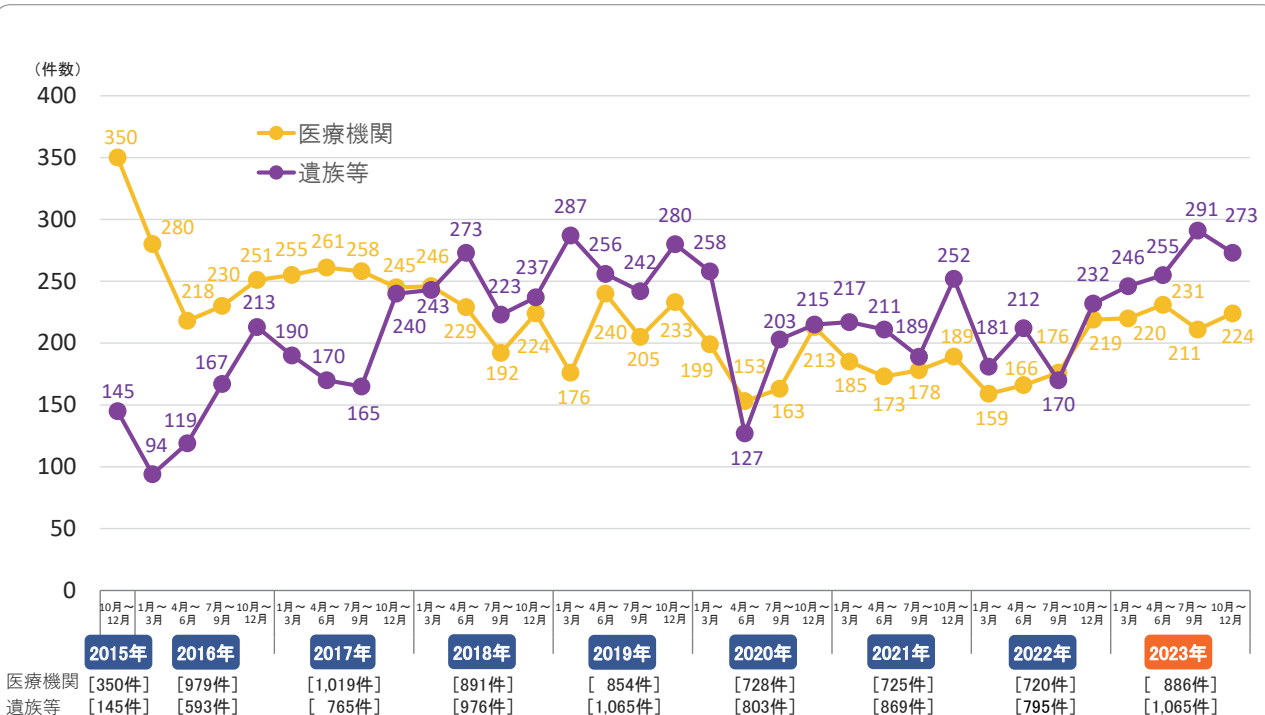


* 相談手段の大半は電話であるが、それ以外に文書等が数件含まれる。 * 相談件数を四半期ごとに表記している。

2023年の状況

相談件数は2,076件であり、490~530件台/四半期で推移していた。

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)



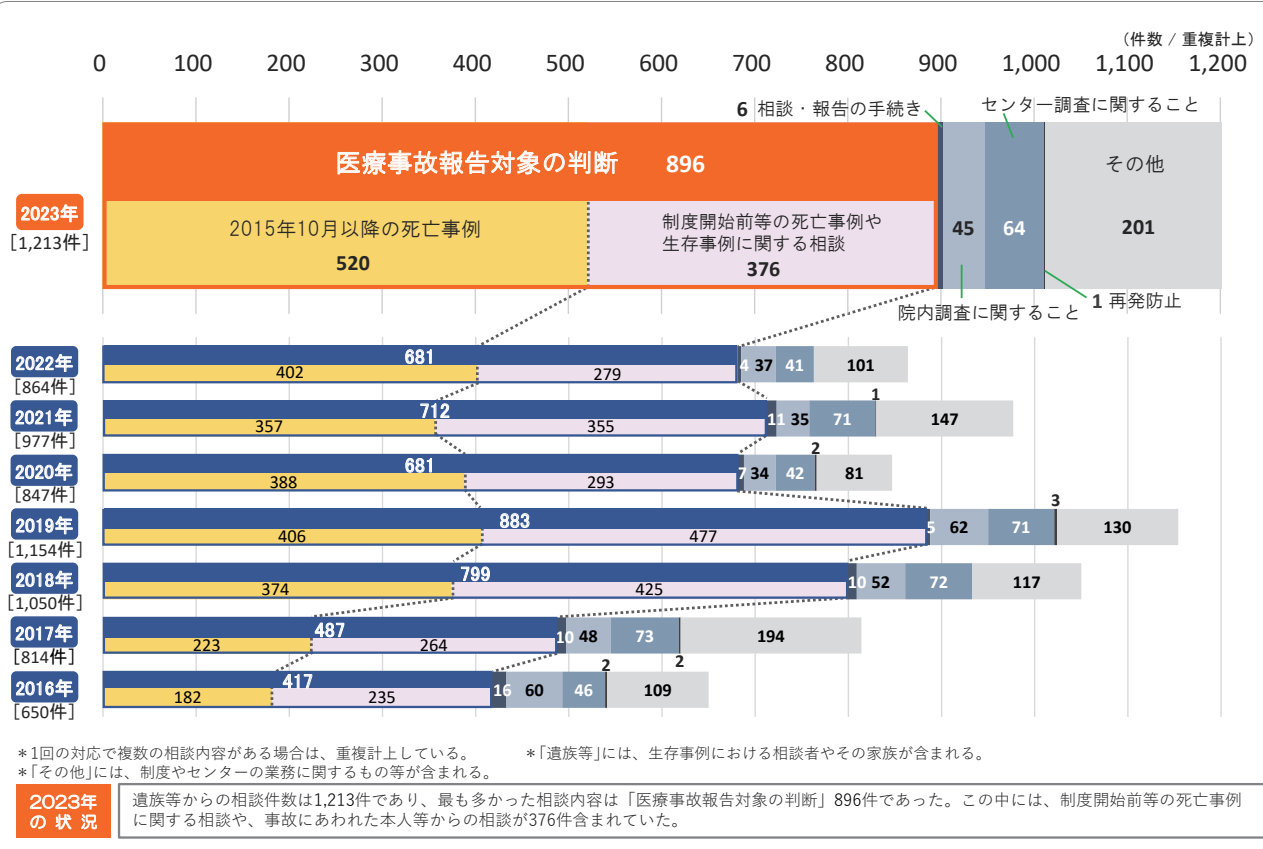
* 相談者別(「医療機関」と「遺族等」)の相談件数を四半期ごとに表記している。

* 「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。

2023年の状況

医療機関からの相談は886件、遺族等からの相談は1,065件であった。

3. 遺族等の相談内容 (数値版 1-(1)-④参照)



II 相談・医療事故報告等の現況
要約版

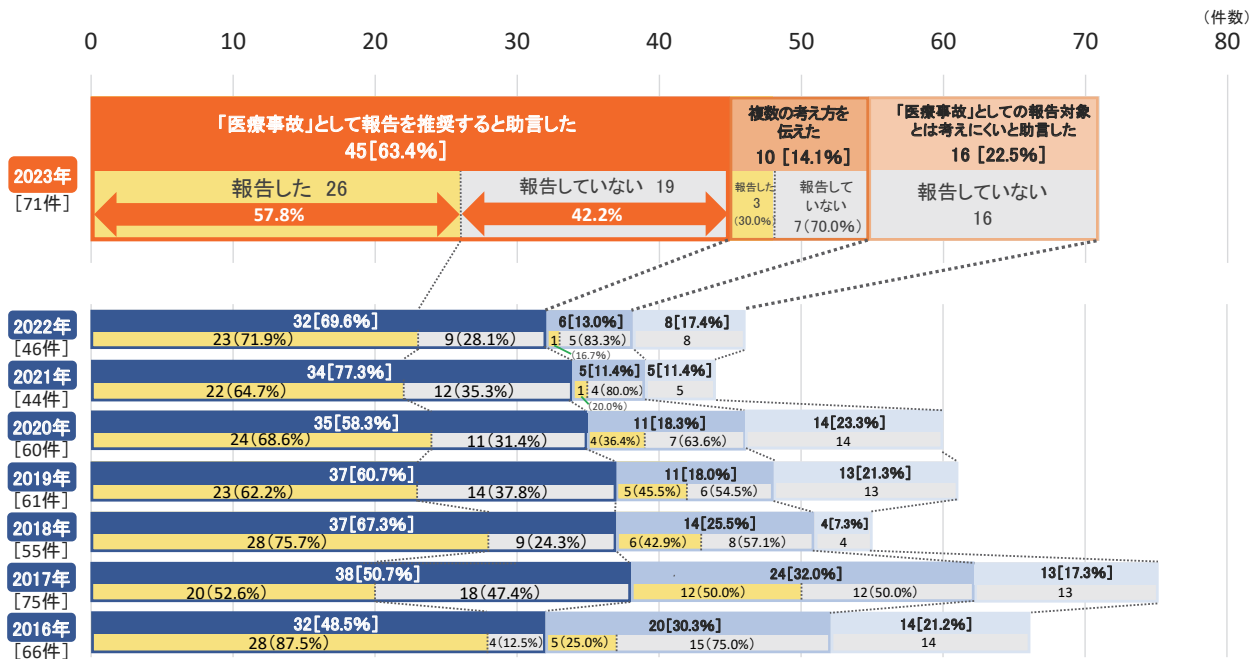
4. 遺族等からの求めに応じて医療機関へ伝達した件数 (数値版 1-(1)-⑤参照)

医療機関	(件数)								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)	
病院	12	19	38	24	23	14	16	26	172
診療所	2	2	1	1	0	0	0	1	7
助産所	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	14	21	39	25	23	14	16	27	179

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

2023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27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)

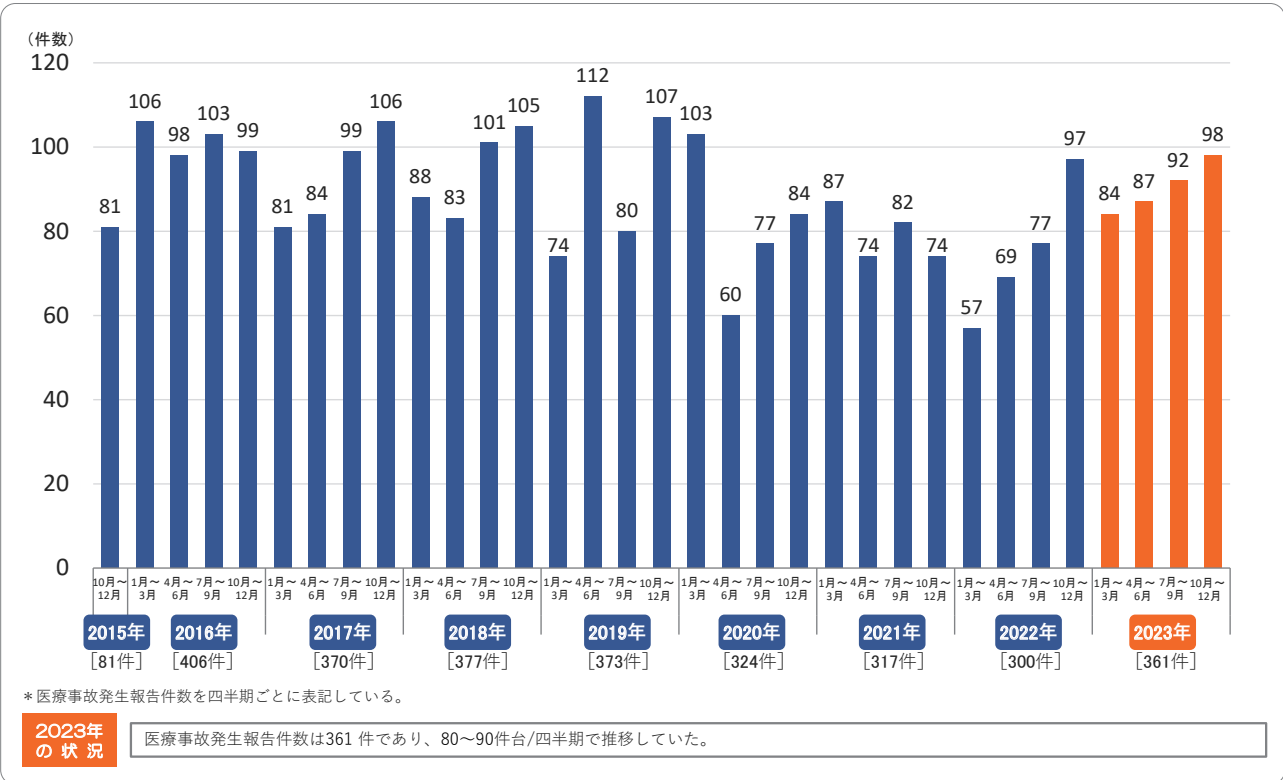


* 2023年の「報告した」は、2024年1月31日時点までに医療事故発生の報告を受けた件数の再掲であり、「報告していない」には、一部、検討中のものを含む。
 * 「センター合議」とは、医療機関が行う「医療事故か否かの判断」に関する支援として、センターの複数名の専門家により合議を行い、その結果を医療機関へ助言として伝えるものである。

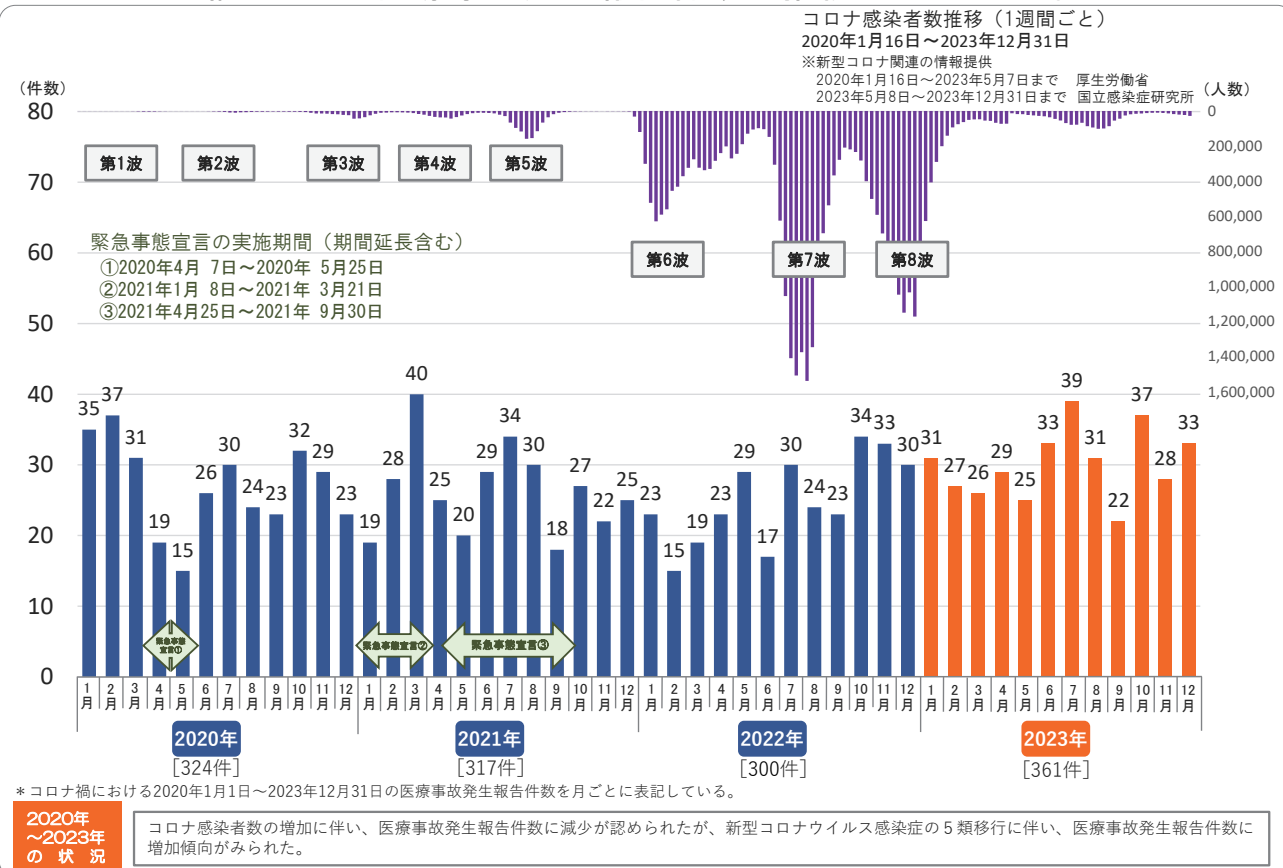
2023年の状況 センター合議は71件実施した。内訳は、「報告を推奨すると助言した」45件のうち、医療機関から医療事故報告されたものが26件であった。また、「複数の考え方を伝えた」10件のうち、報告されたものは3件であった。

医療事故発生報告の状況

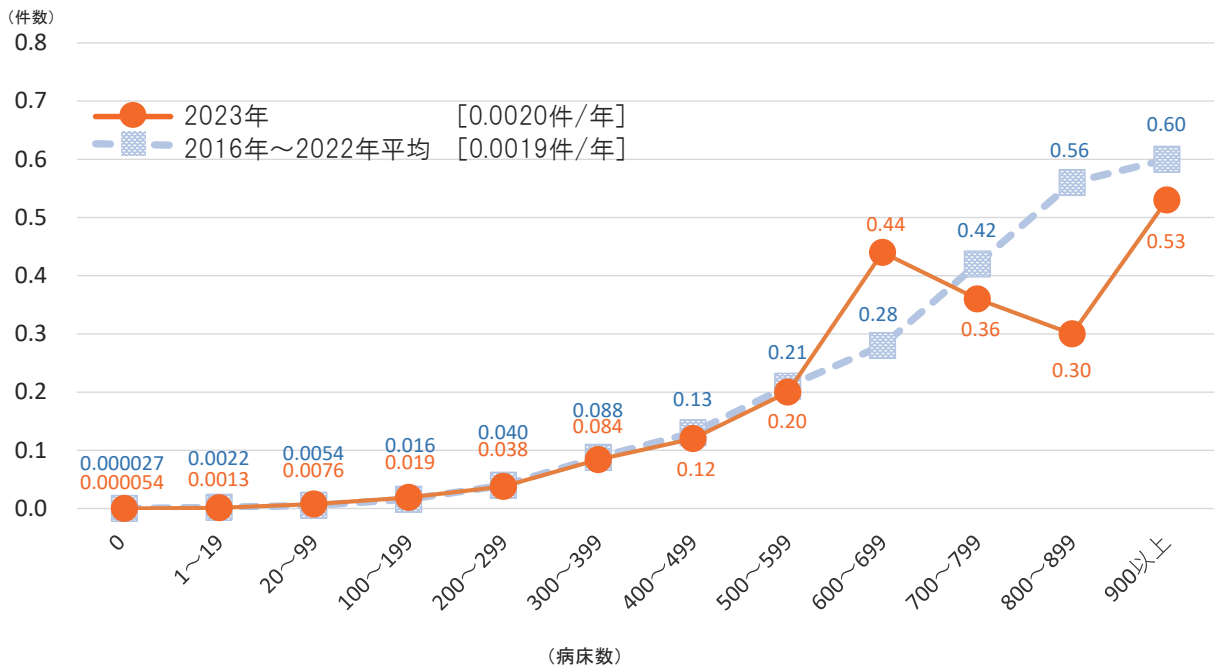
6-1. 医療事故発生報告件数の推移 (数値版 参考2-(1)-①-i参照)



6-2. コロナ禍における医療事故発生報告件数の推移 (数値版 2-(1)-①参照)



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)

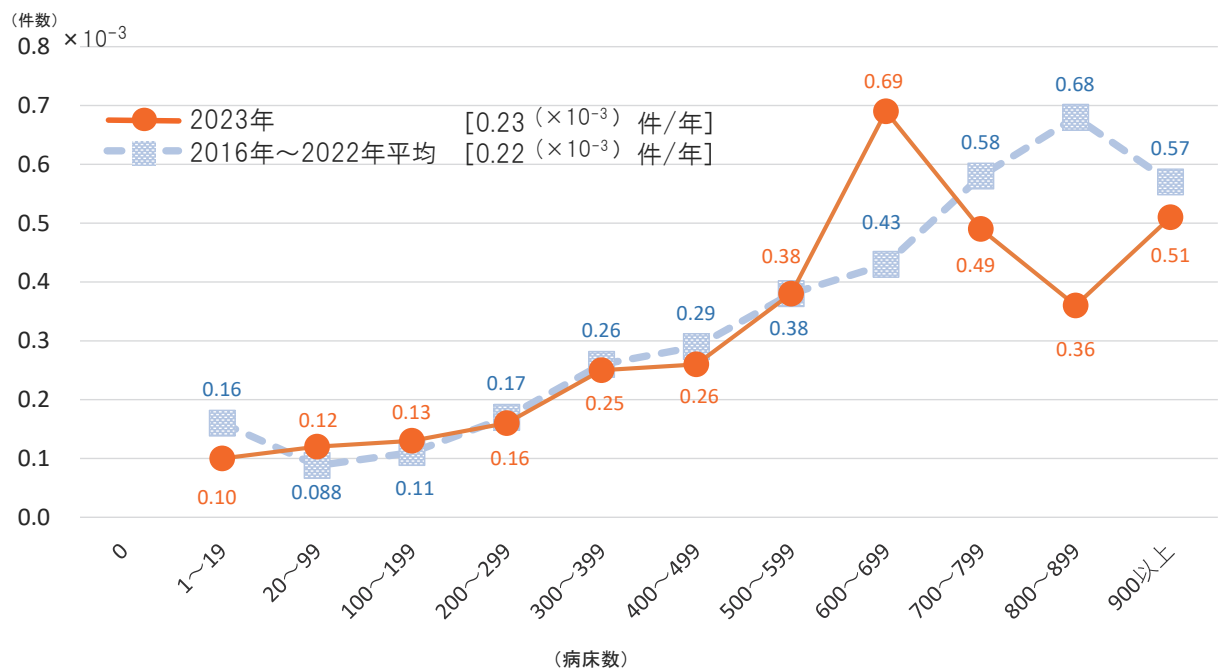


* [1施設あたりの報告件数]は、2016年～2022年は各年の1月～12月の報告件数/7年/施設数、2023年は1月～12月の報告件数/施設数として算出し、有効数字2桁で表示している。
 * [施設数]は、2016年～2022年の平均、2023年ともに「令和4年医療施設調査」(厚生労働省)に基づき算出している。

**2023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「900床以上」0.53件で、次いで多かったのが「600床～699床」0.44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)

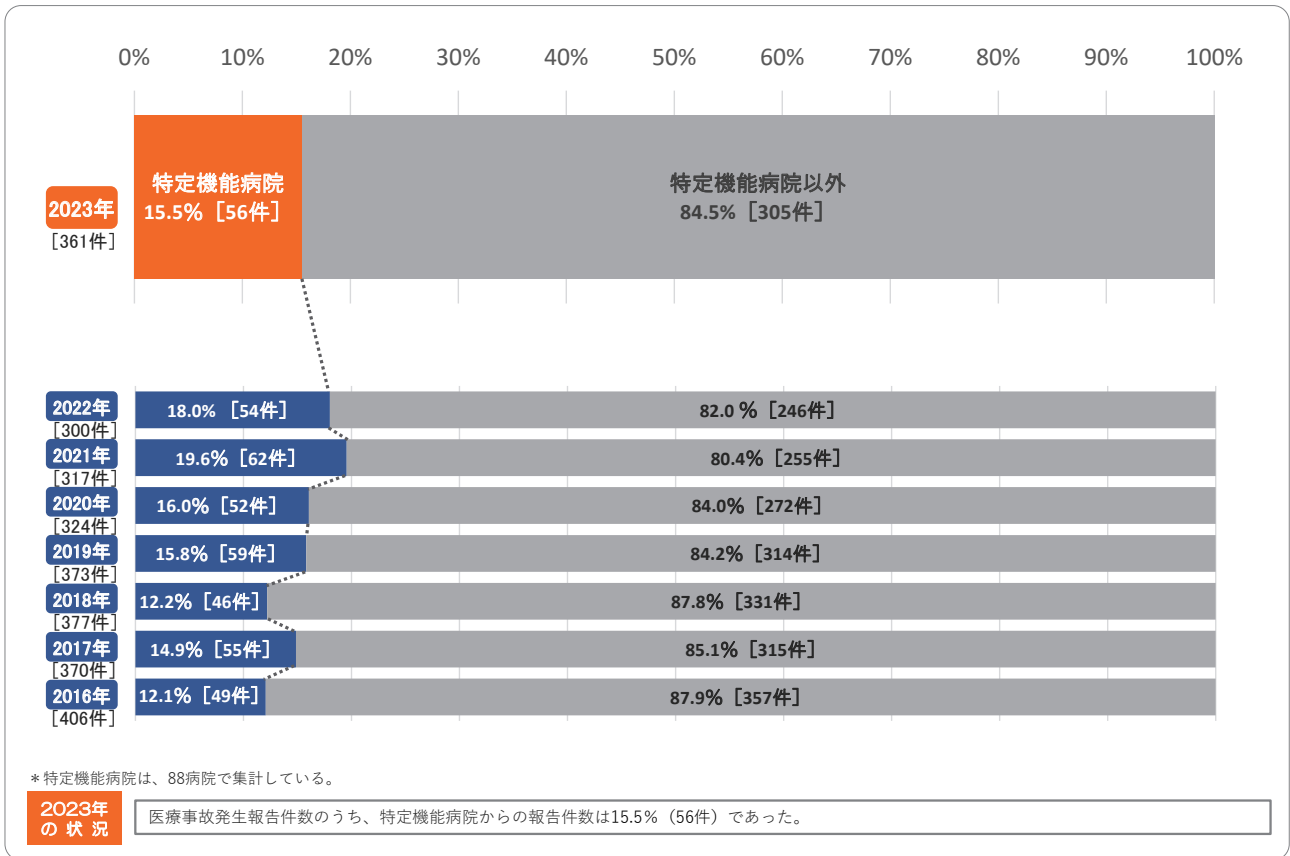


* [1病床あたりの報告件数]は、2016年～2022年は各年の1月～12月の報告件数/7年/病床数、2023年は1月～12月の報告件数/病床数として算出し、有効数字2桁で表示している。
 * [病床数]は、2016年～2022年の平均、2023年ともに「令和4年医療施設調査」(厚生労働省)に基づき算出している。
 * [病床数]には、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床、一般病床、一般診療所の病床を含む。

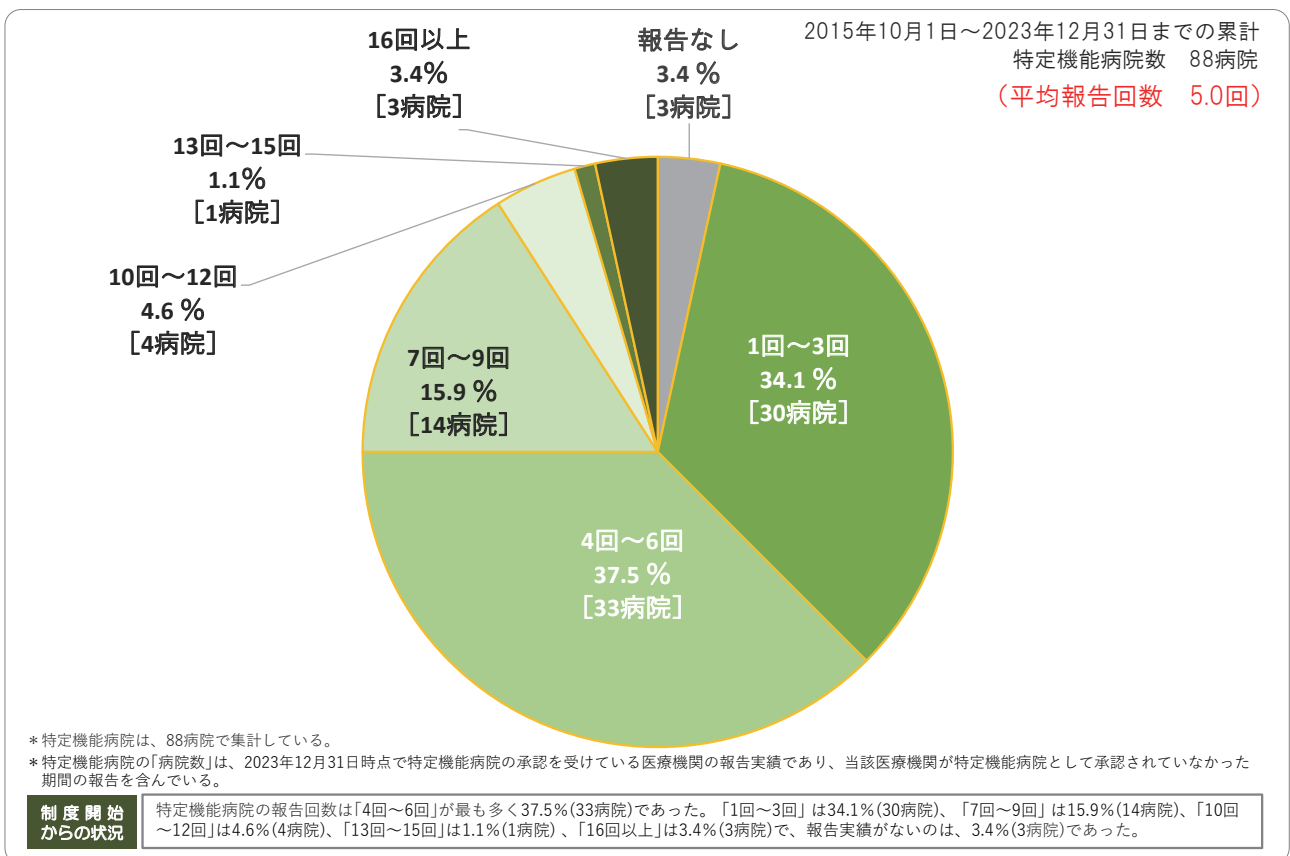
**2023年
の状況**

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「600床～699床」0.69 (× 10⁻³) 件で、次いで多かったのが「900床以上」0.51 (× 10⁻³) 件であった。

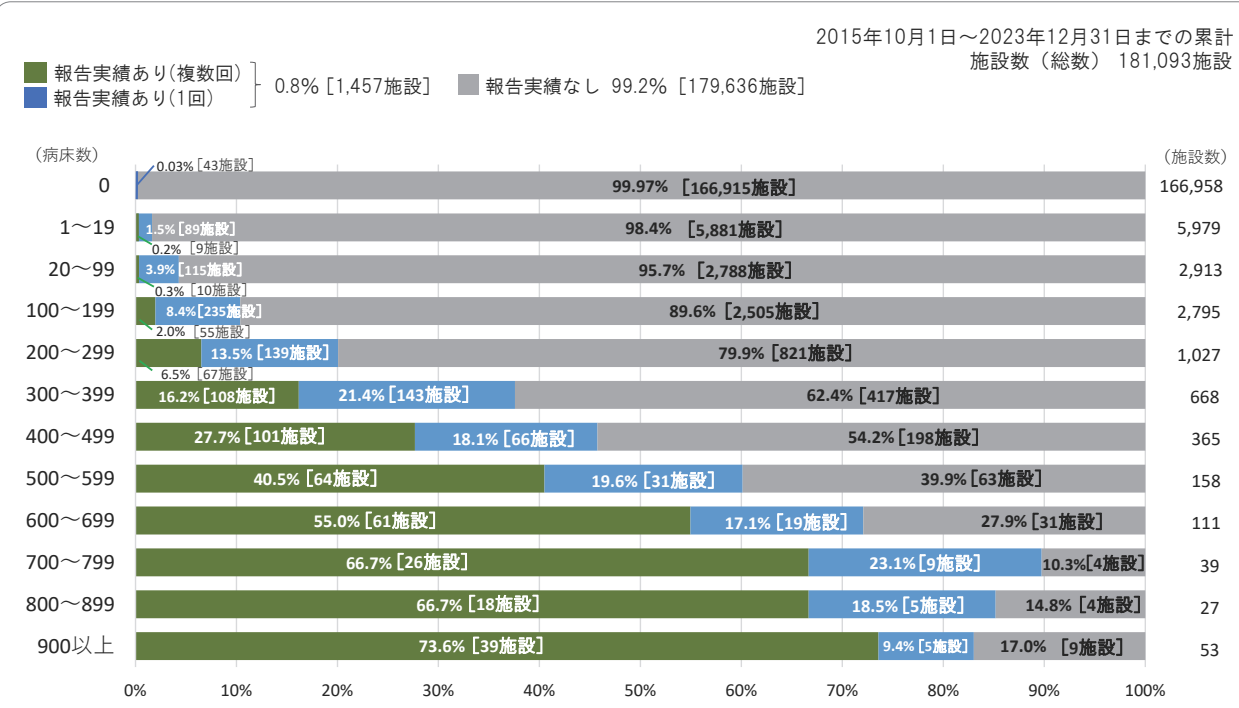
9-1. 特定機能病院の報告割合 (数値版 2-(1)-⑤参照)



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



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)

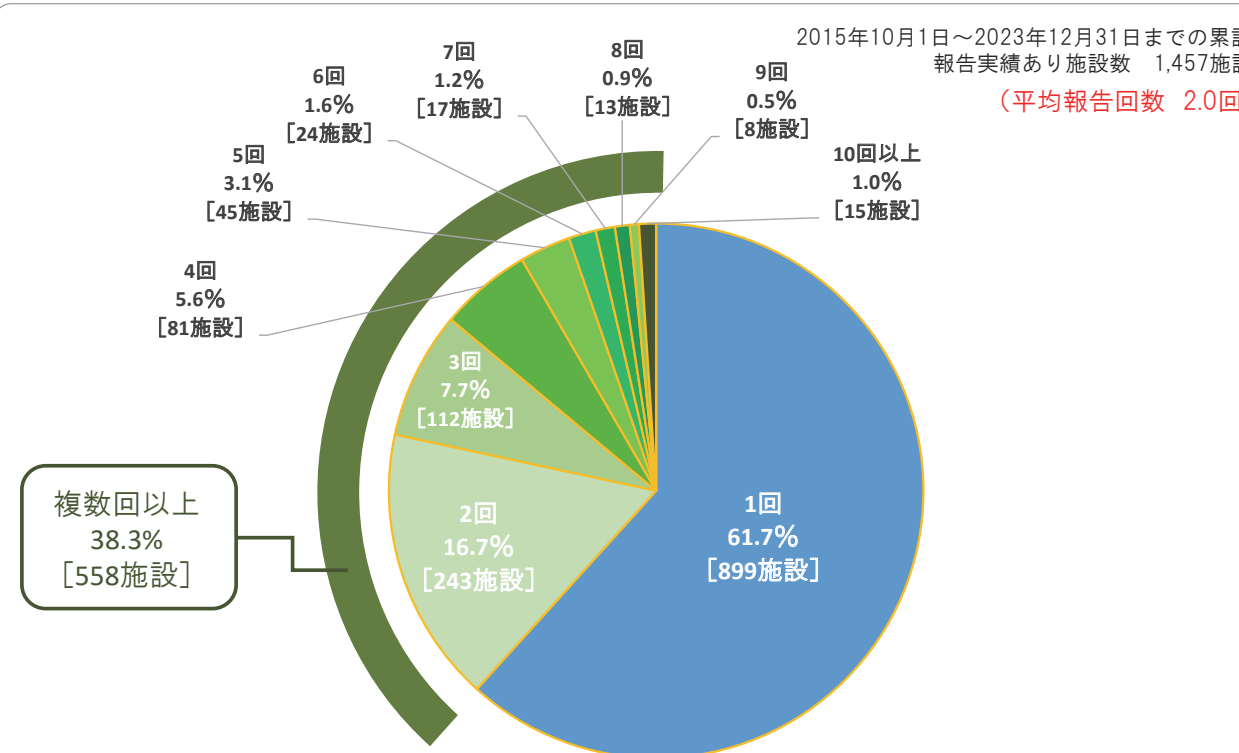


* この集計は、2015年10月1日～2023年12月31日までの実績に基づき集計したものである。* 報告実績あり(回数)は、1つの医療機関が医療事故発生報告をした回数を示している。
* 「施設数(総数)」は、「令和4年医療施設調査」(厚生労働省)に基づき算出している。

制度開始からの状況 病床規模数の大きな施設ほど、高い報告実績を示している。

II 相談・医療事故報告等の現況 要約版

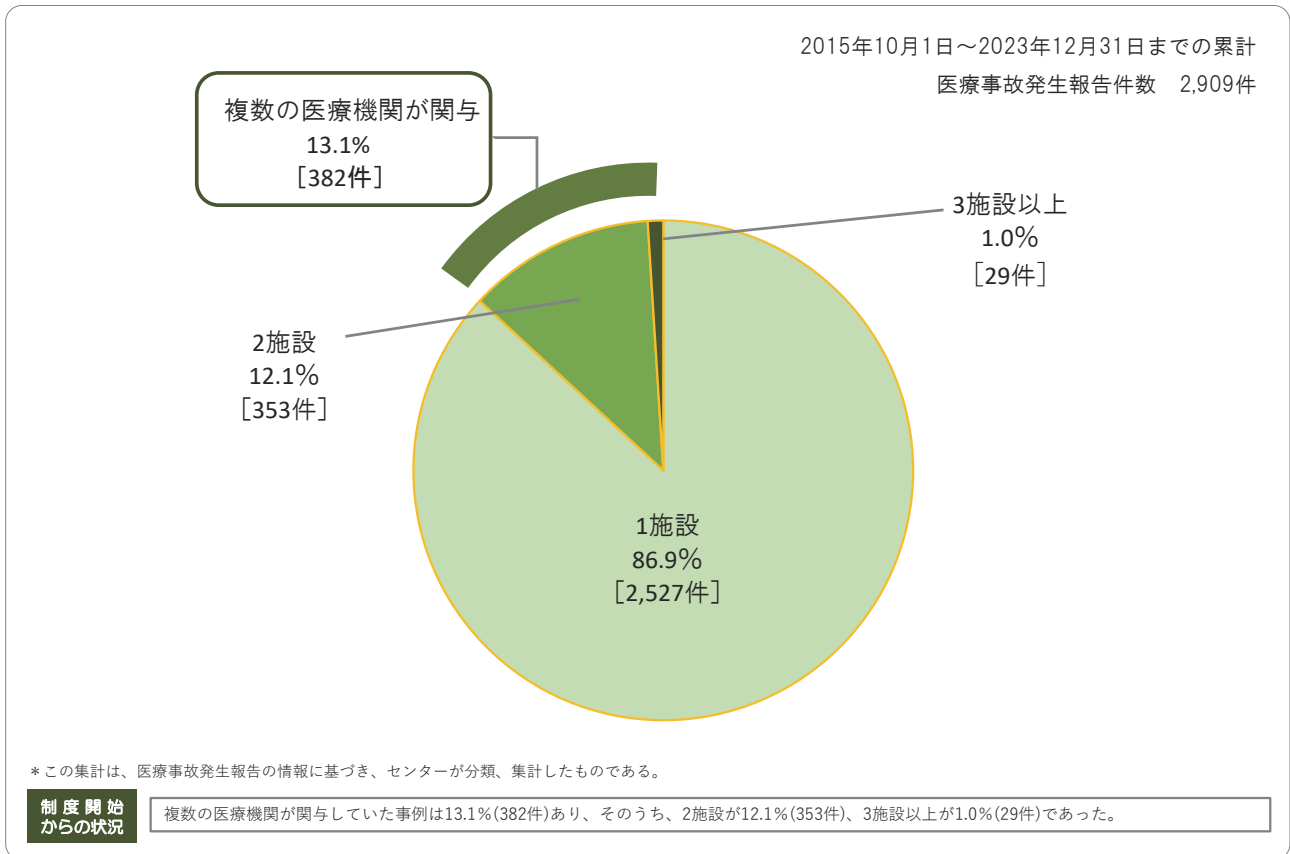
11. 医療事故発生報告施設における報告回数 (数値版 参考2-(1)-⑥参照)



* この集計は、2015年10月1日～2023年12月31日までの実績に基づき集計したものである。

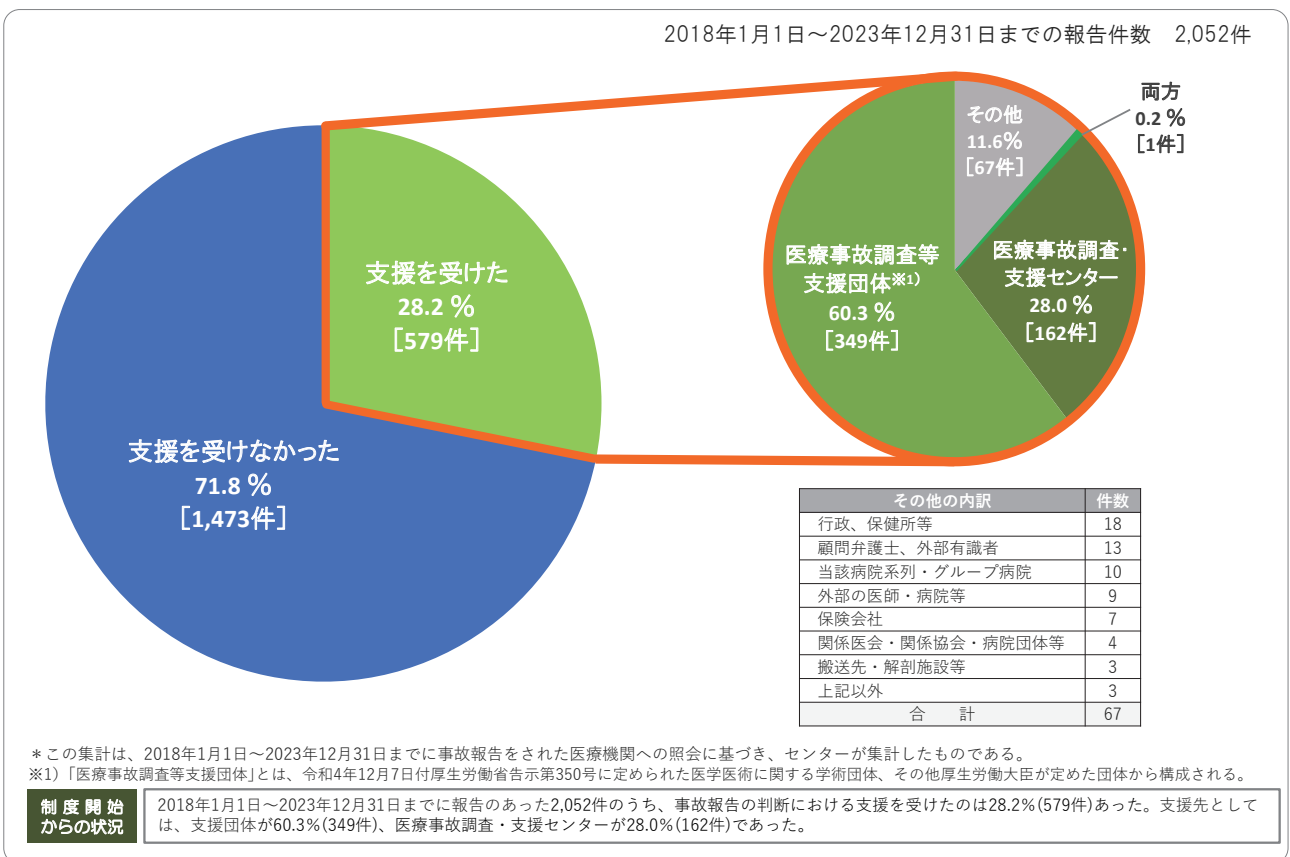
制度開始からの状況 医療事故発生報告回数は「1回」が最も多く61.7%(899施設)であり、複数回報告があった施設は38.3%(558施設)であった。

12. 1事例に関与した医療機関数 (数値版 2-(1)-⑦参照)

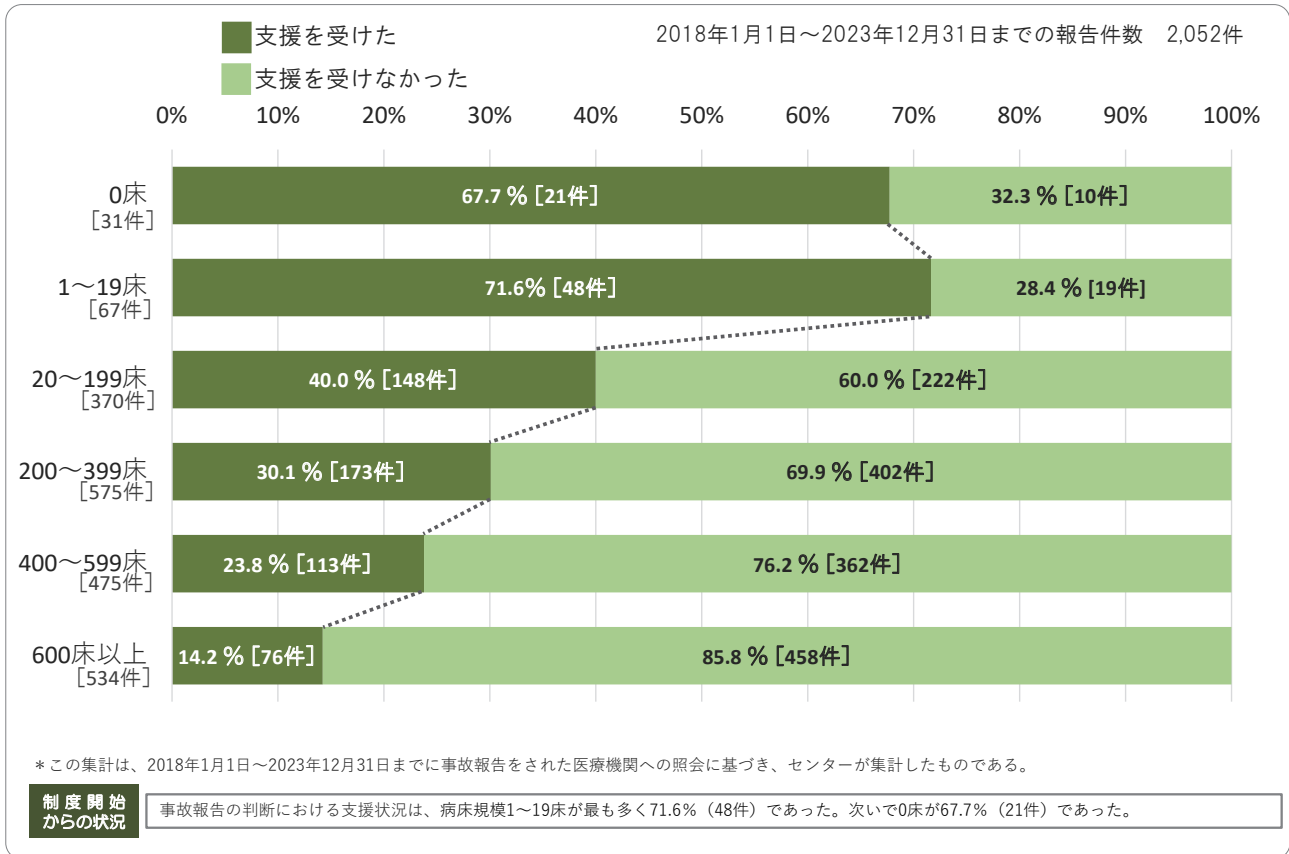


II
相談・医療事故報告等の現況
要約版

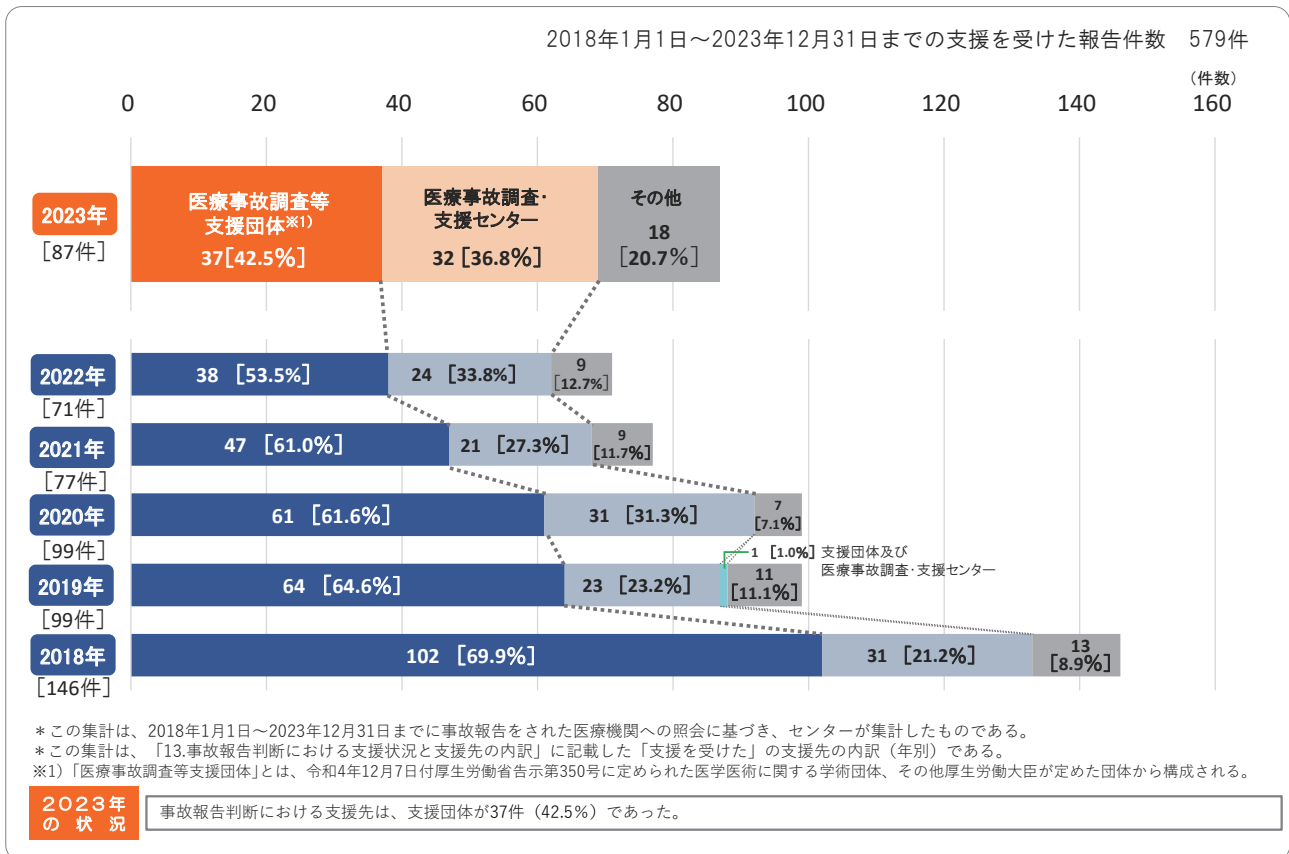
13. 事故報告判断における支援状況と支援先の内訳 (数値版 2-(1)-⑫・2-(1)-⑬参照)



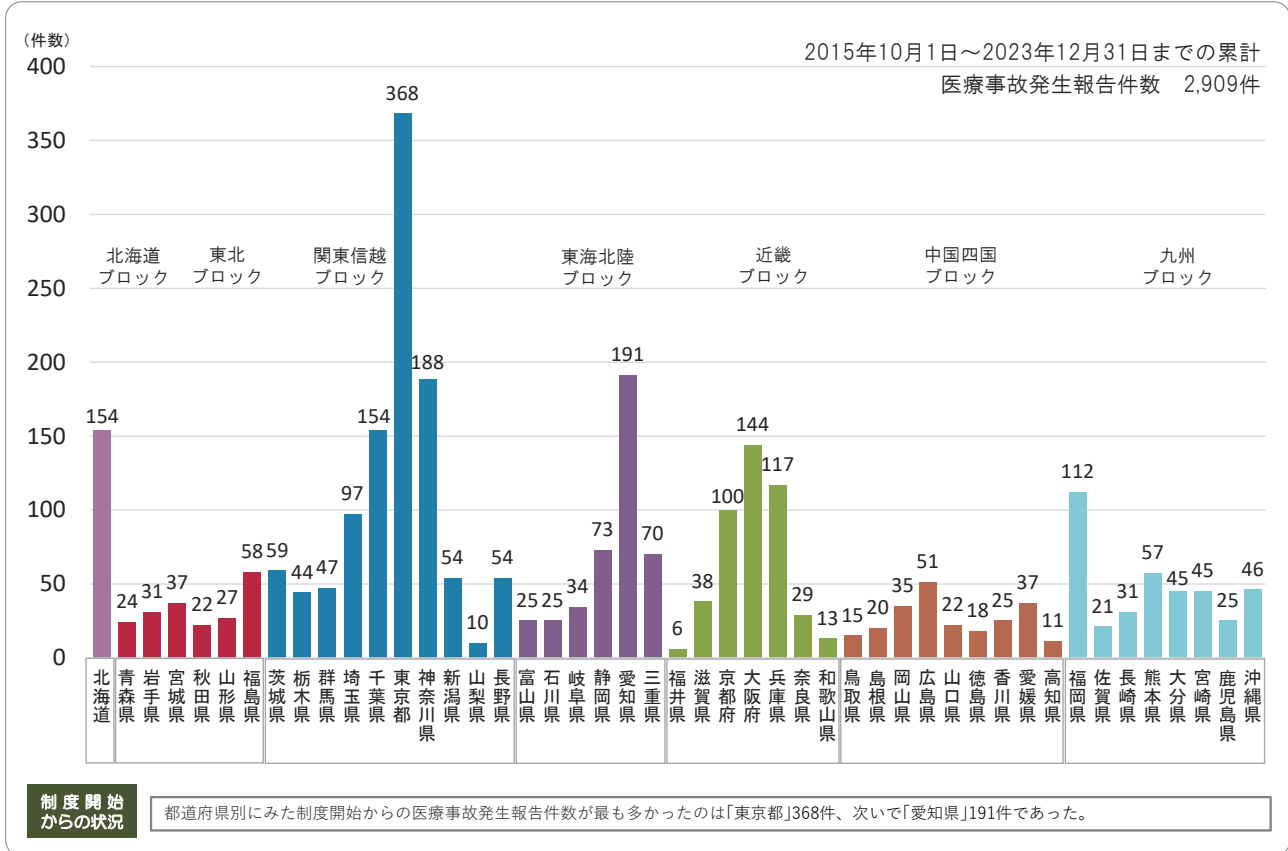
14. 病床規模別事故報告判断における支援状況 (数値版 2-(1)-⑭参照)



15. 事故報告判断における支援先の内訳(年別) (数値版 2-(1)-⑮参照)

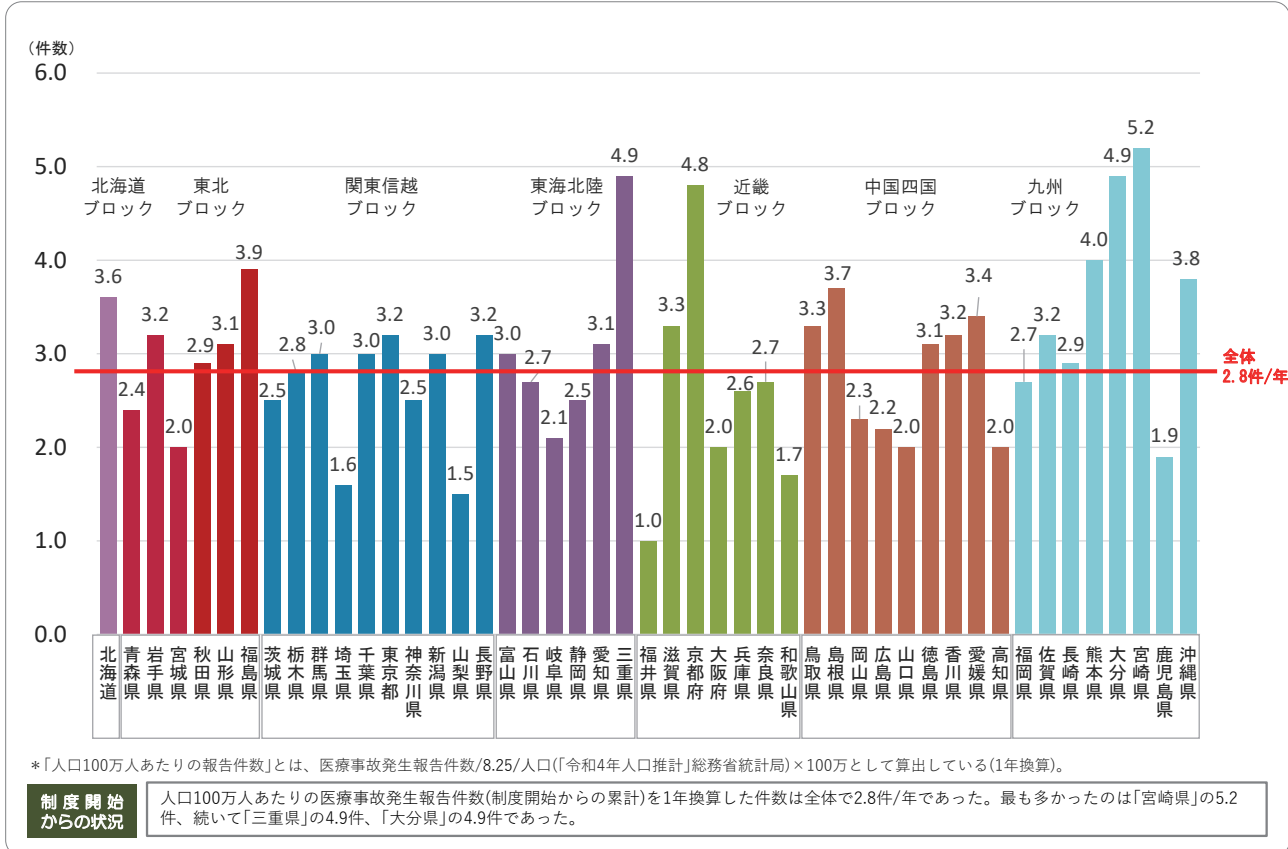


16. 都道府県別医療事故発生報告件数 (数値版 2-(1)-⑧参照)



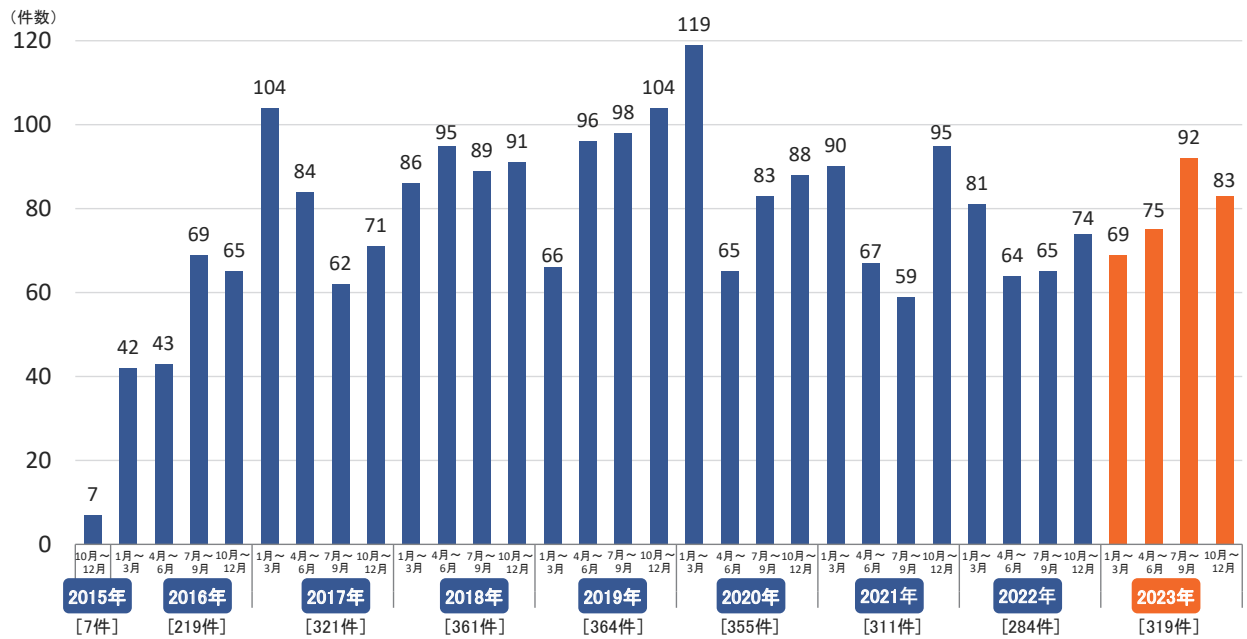
II 相談・医療事故報告等の現況
要約版

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)



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 参考3-(1)-①参照)



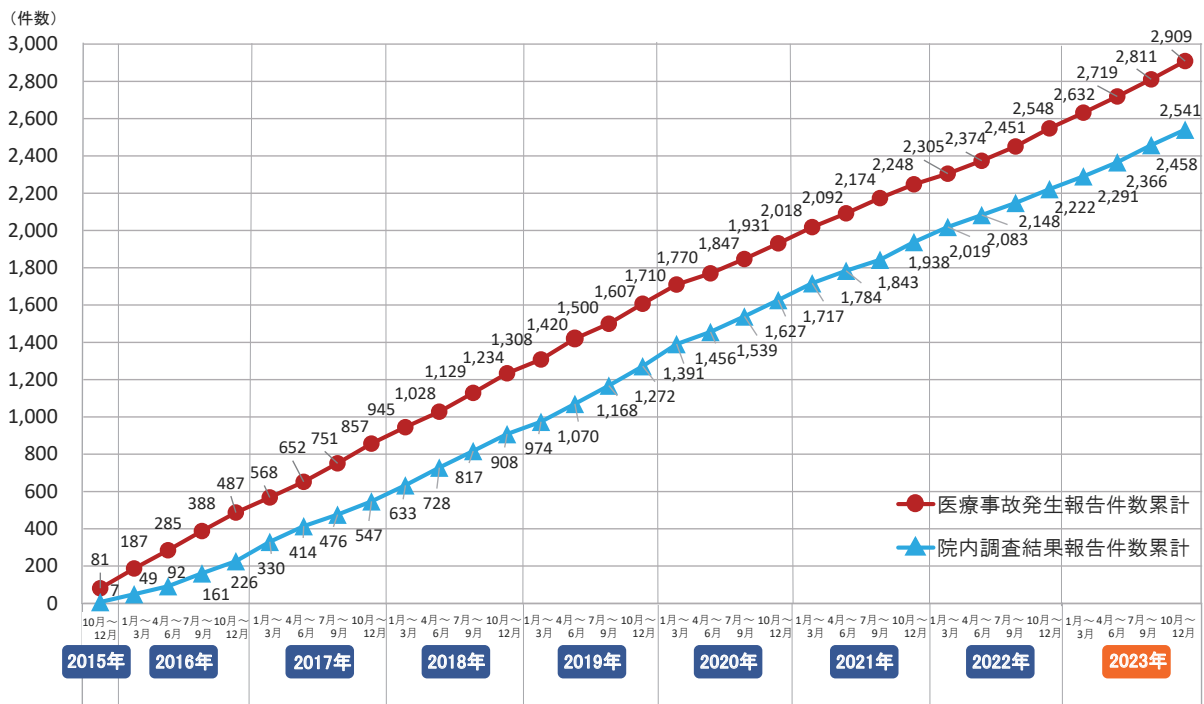
* 院内調査結果報告件数を四半期ごとに表記している。

2023年の状況

院内調査結果報告は、319件であり、60～90件台/四半期で推移していた。

19. 医療事故発生報告件数および院内調査結果報告件数累計の推移

(数値版 参考2-(1)-①-i・参考3-(1)-①参照)

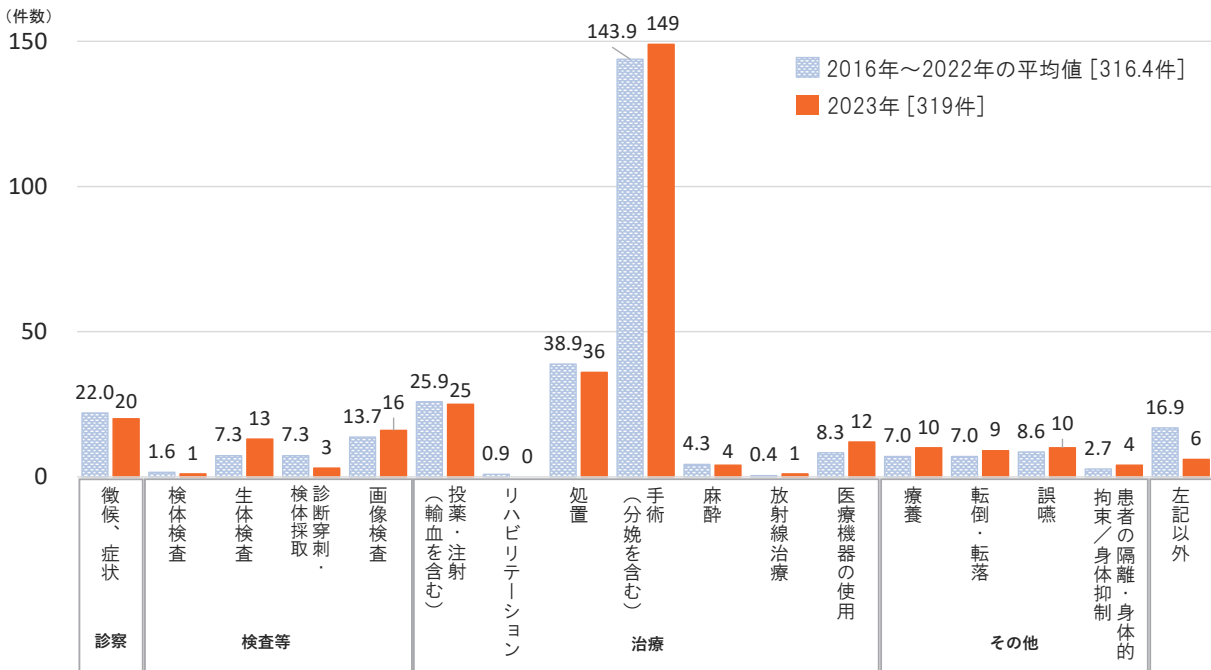


制度開始からの状況

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)

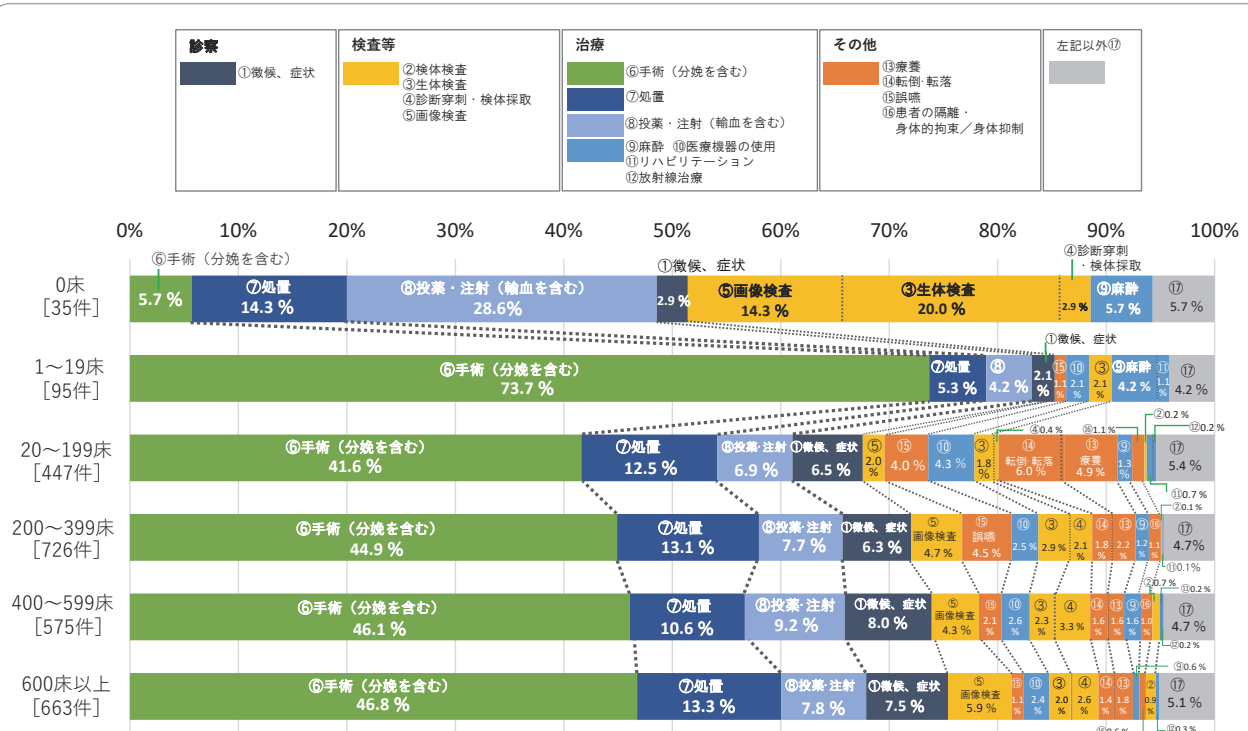
Ⅱ 相談・医療事故報告等の現況
要約版



*「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、院内感染、突然の心肺停止状態での発見等が含まれ、分類困難だったものである。

2023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149件であり、次いで多かったのは「処置」36件であった。

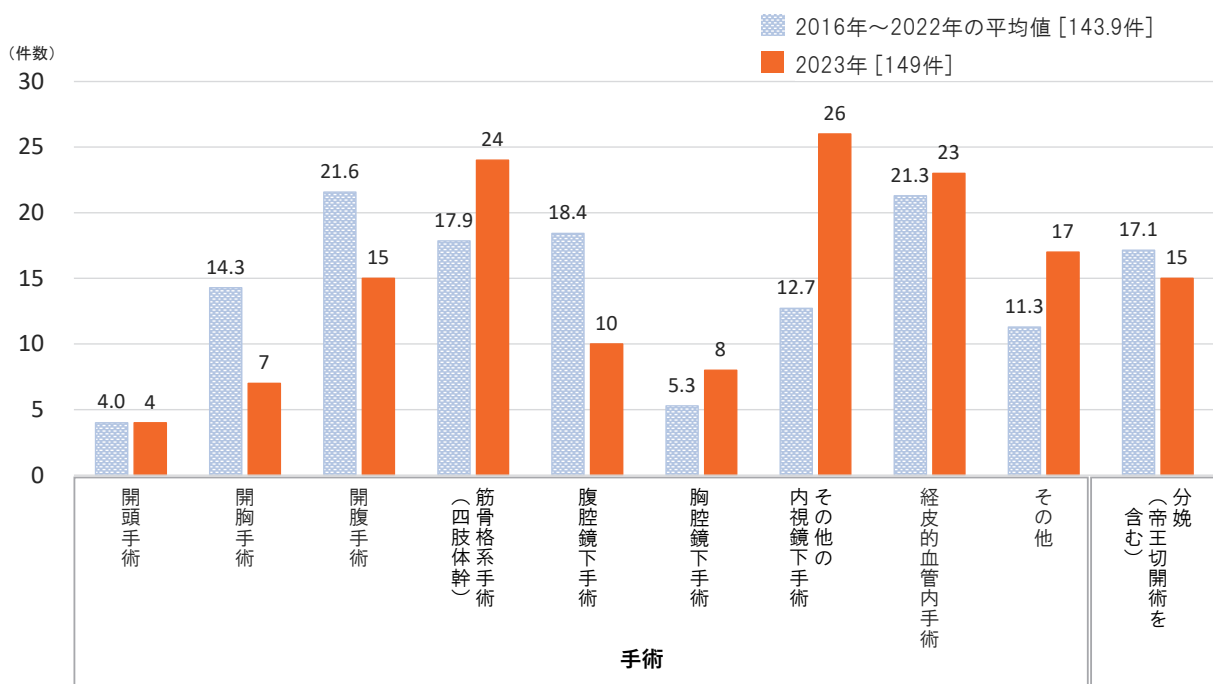
20-2. 病床規模別「起因した医療(疑いを含む)の分類」の割合 (数値版 3-(2)-③参照)



*「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。

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28.6%の割合を占めるが、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、73.7%を「手術(分娩を含む)」が占めた。

21-1. 「手術(分娩を含む)」の内訳 (数値版 3-(2)-②参照)

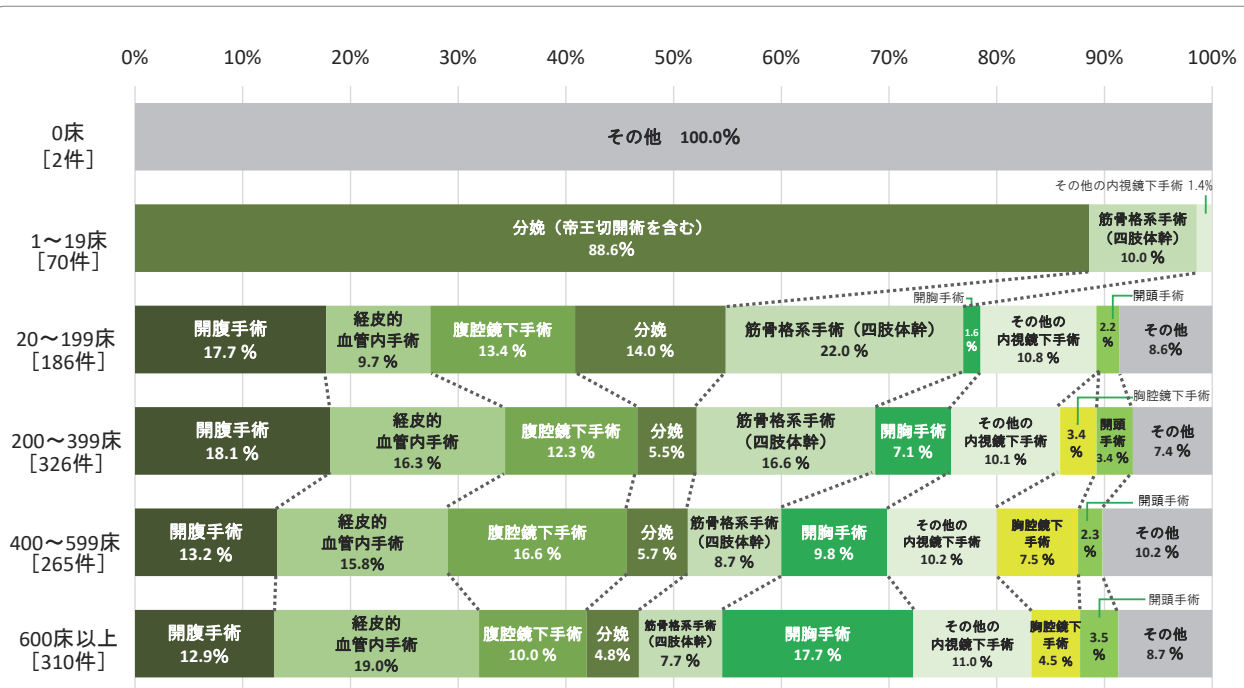


* この集計は、「20-1.起因した医療(疑いを含む)の分類別院内調査結果報告件数」に記載した「治療」のうち、「手術(分娩を含む)」の内訳である。
 * 手術は、「平成26年患者調査(厚生労働省)の「病院退院票」における手術名に基づく分類である。
 * 「その他」の件数には、2023年では気管切開術、CVポート留置術、ペースメーカー植込み術等が含まれ、2016年～2022年では、左記の他に頸動脈内膜剥離術、甲状腺全摘術等が含まれる。

2023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「その他の内視鏡下手術」の26件であった。

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。

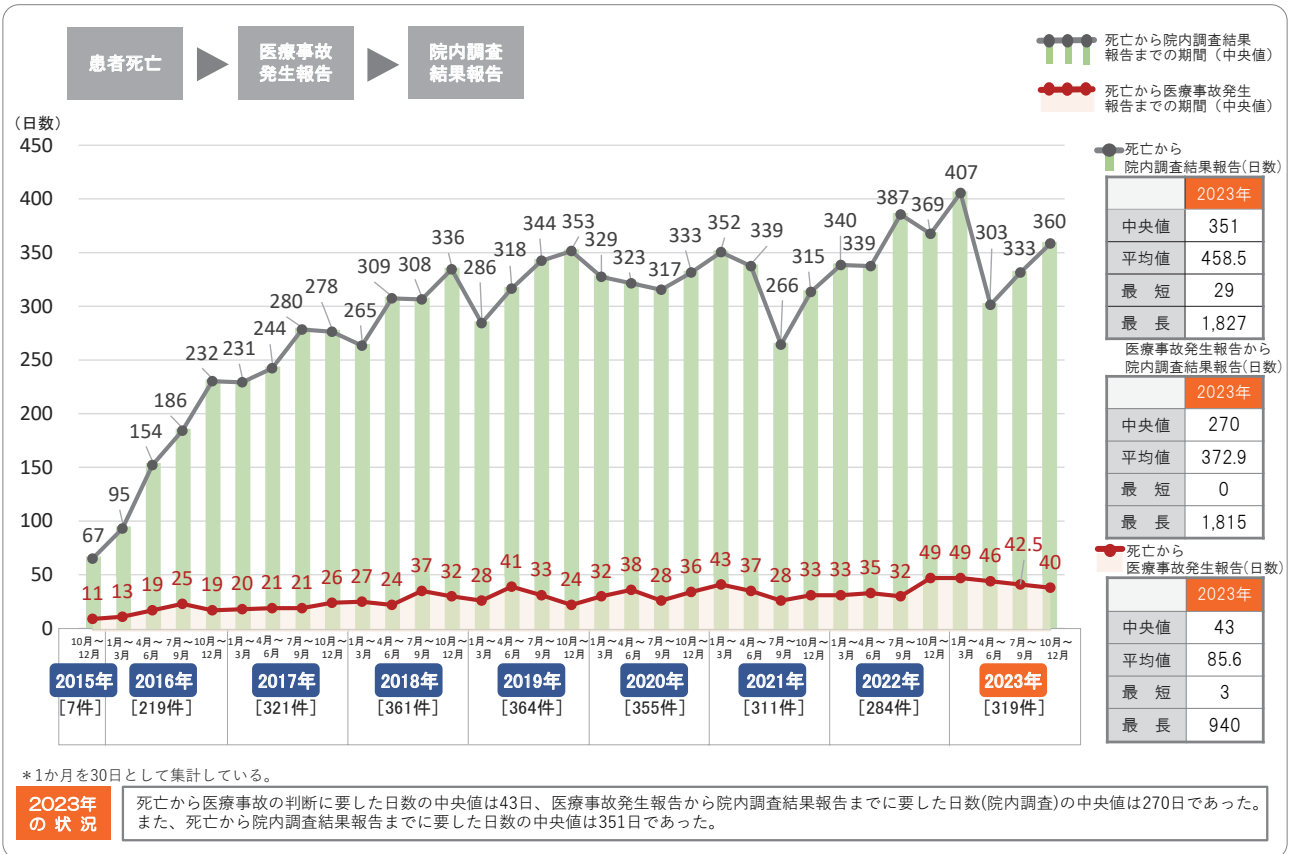
* 「その他」の件数(累積)には、気管切開術、CVポート留置術、ペースメーカー植込み術、頸動脈内膜剥離術、甲状腺全摘術等が含まれる。

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)」88.6%、20~199床では「筋骨格系手術(四肢体幹)」22.0%、200~399床では「開腹手術」18.1%、400~599床では「腹腔鏡下手術」16.6%、600床以上では「経皮的血管内手術」19.0%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,ii参照)



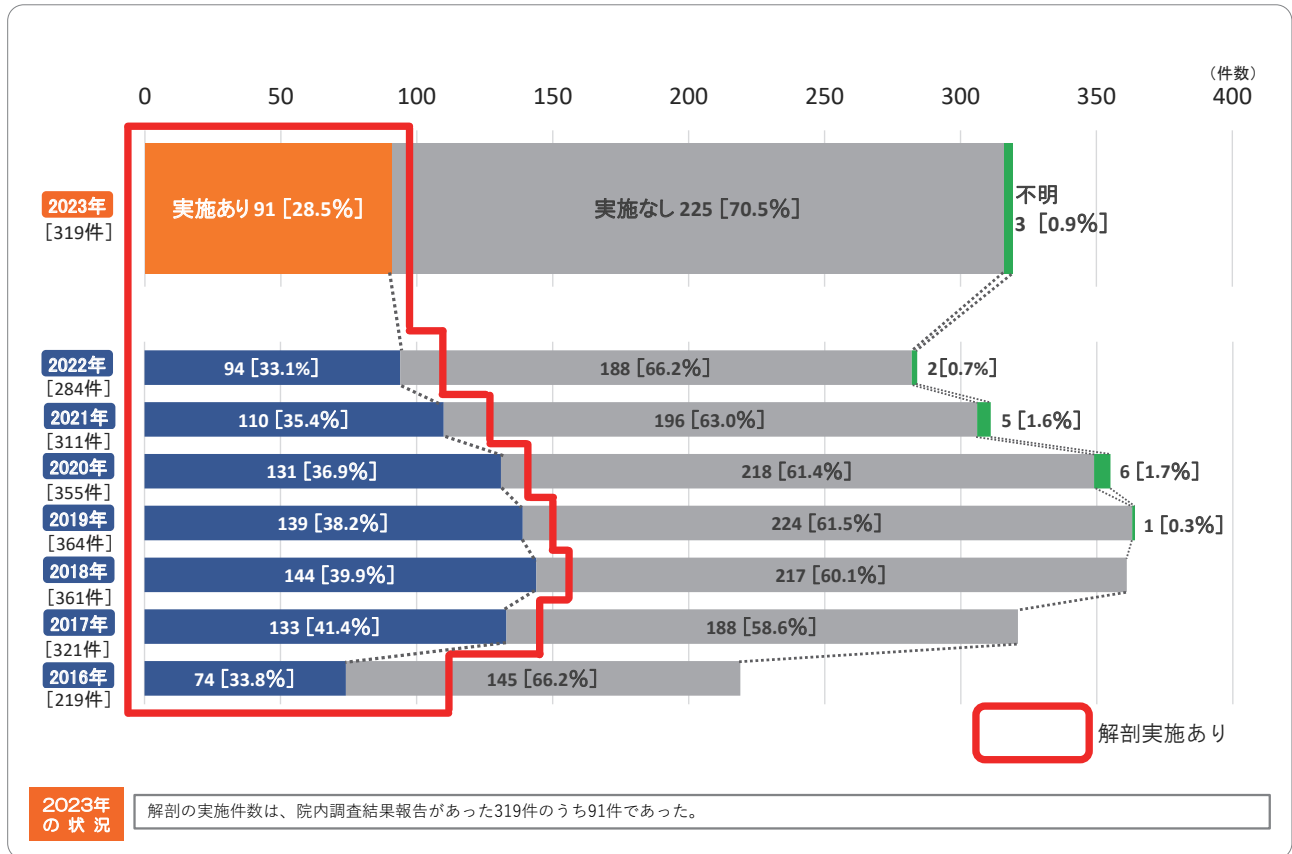
23. 院内調査結果報告までに要した期間とその理由 (数値版 参考3-(1)-7参照)

理由	報告までに要した期間	(重複計上)			件数
		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	2	0	0	2
調査	解剖結果が出るまで、もしくは司法解剖の結果が得られず時間を要した	0	0	3	3
	外部委員の派遣に時間を要した	1	0	0	1
	委員会開催の日程調整に時間を要した	7	5	10	22
	調査検討および再発防止策に時間を要した	3	5	2	10
	報告書の作成に時間を要した	12	9	16	37
	支援団体との支援調整に時間を要した	0	0	2	2
	複数の報告事例をかかえ時間を要した	1	1	2	4
	他の業務があり時間を要した	0	1	2	3
	遺族側の事情により時間を要した	1	0	4	5
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	7	9	13	29
その他	コロナ対応のため時間を要した	4	2	9	15
	担当者が交代したため、もしくは人員削減により時間を要した	2	2	7	11
	報告することを失念していた	1	1	0	2
	示談締結もしくは係争となり時間を要した	2	2	1	5
特に要因はない		1	0	0	1
合計		44	37	71	152

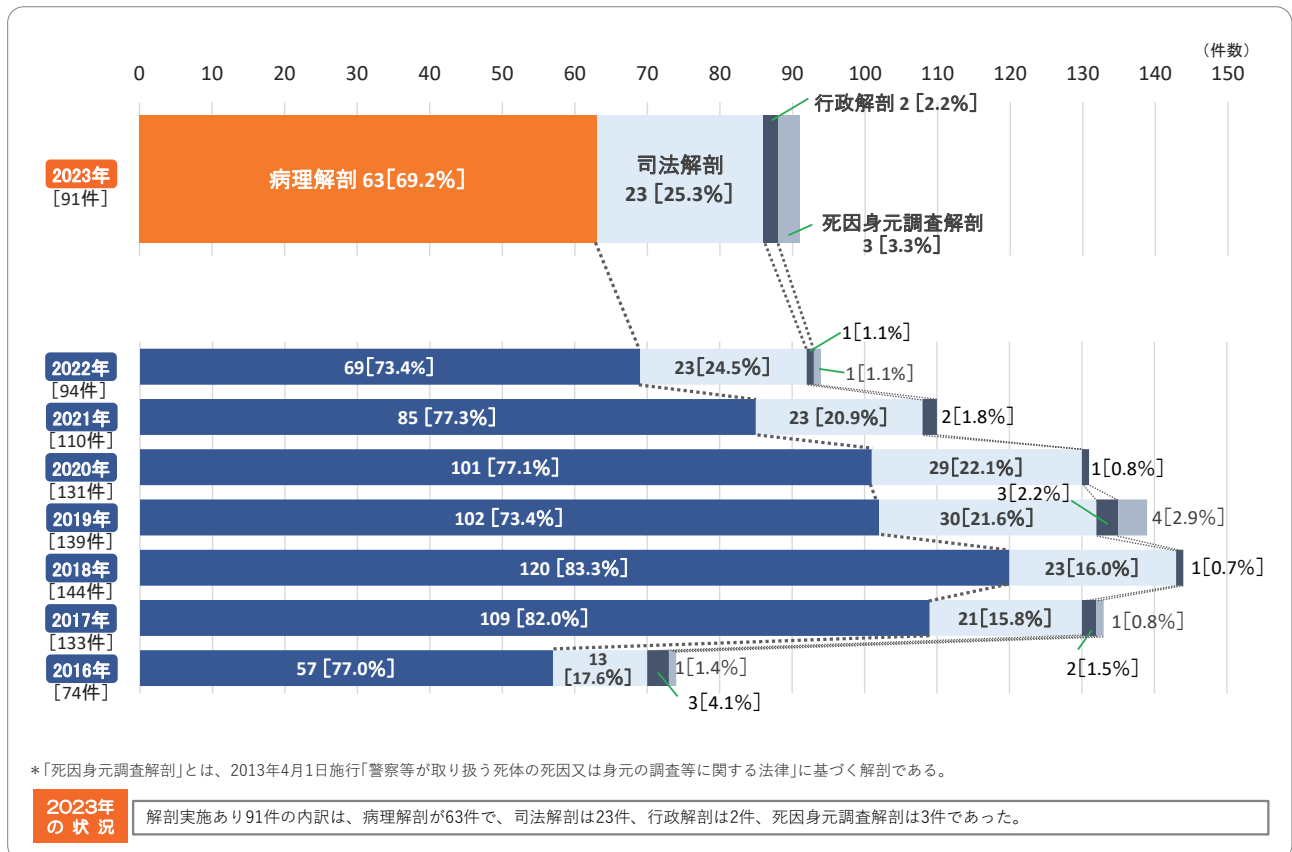
* 2023年1月1日～12月31日時点において、院内調査結果報告319件のうち、医療事故発生報告から院内調査結果報告までに1年6か月以上要した64件について集計している。
* この集計は、医療機関への照会に基づきセンターが集計したものである。

2023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37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29件、「委員会開催の日程調整に時間を要した」が22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. 病理解剖実施なしの理由<4か月間の集計> (数値版 参考3-(3)-①ii参照)

2023年9月1日～2023年12月31日までの累計
医療事故発生報告件数 120件 / 解剖実施なし件数96件

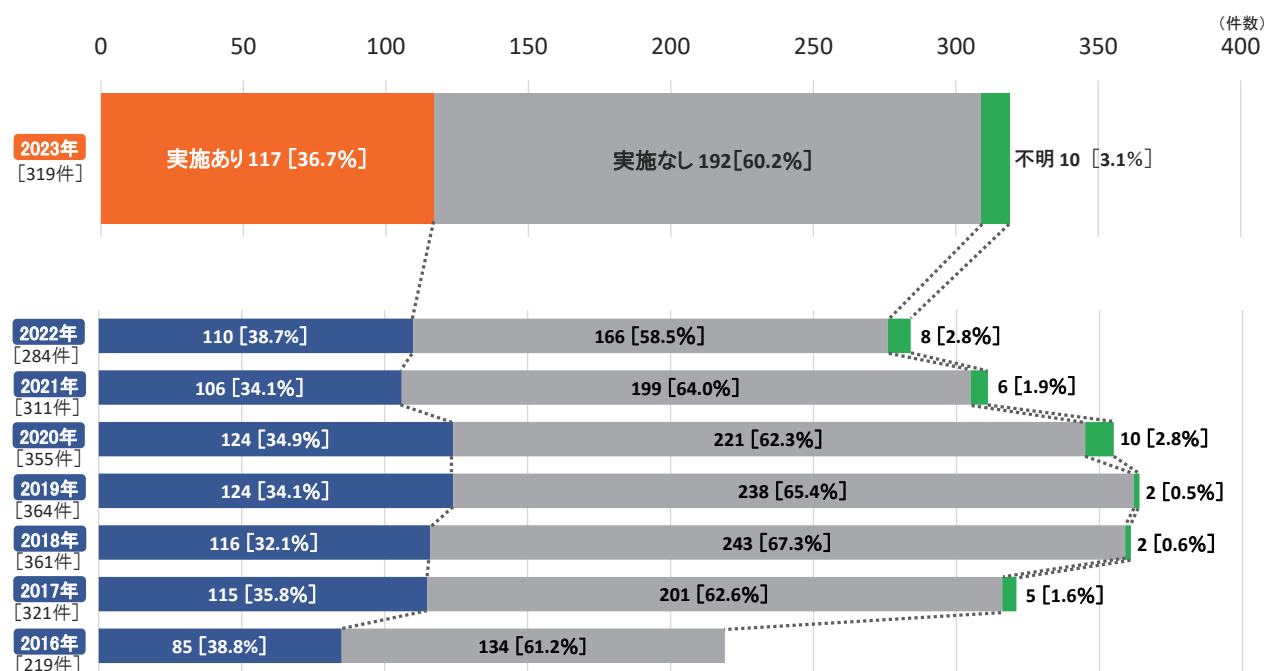
病理解剖を実施しなかった理由	件数
病理解剖の実施を説明したが同意を得られなかった	57
病理解剖は必要ないと判断した	21
病理解剖以外の解剖（司法解剖）となった	11
警察対応等となった	4
不明	3
合計	96

*この集計は、病理解剖の必要性の説明の有無について具体的状況を把握することを目的にセンターが病理解剖を実施しなかった医療機関に照会した内容をまとめたものである。
*この集計は、試験的な試みとして照会期間を2023年9月1日～同年12月31日までの4か月間に限り、医療事故発生報告に基づき集計している。

2023年
9月～12月
の状況

解剖を実施しなかった理由は「病理解剖の実施を説明したが同意を得られなかった」が57件で最も多かった。次いで「病理解剖は必要ないと判断した」が21件で、「病理解剖以外の解剖（司法解剖）となった」が11件であった。

25. 死亡時画像診断(Ai)の実施状況 (数値版 3-(3)-②参照)

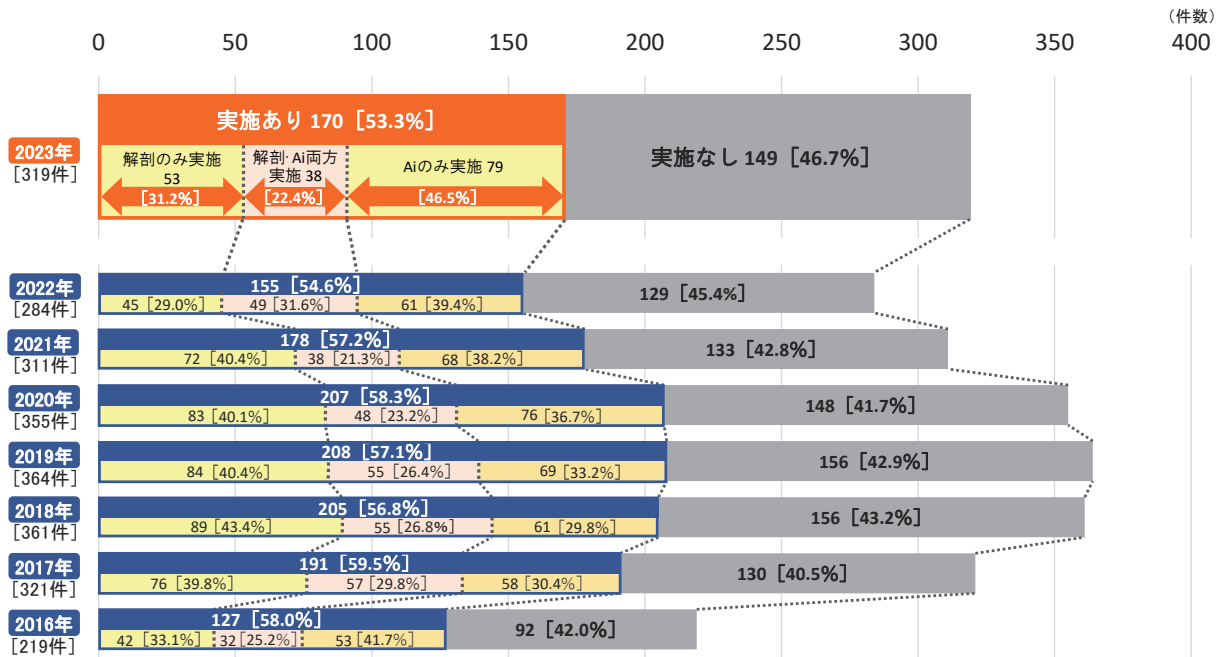


*「実施あり」は、医療機関が死亡直前に撮影したCTをAiと判断したのものも含んでいる。

2023年
の状況

Aiの実施件数は、院内調査結果報告があった319件のうち117件であった。

26. 解剖とAiの実施状況の内訳 (数値版 3-(3)-③参照)

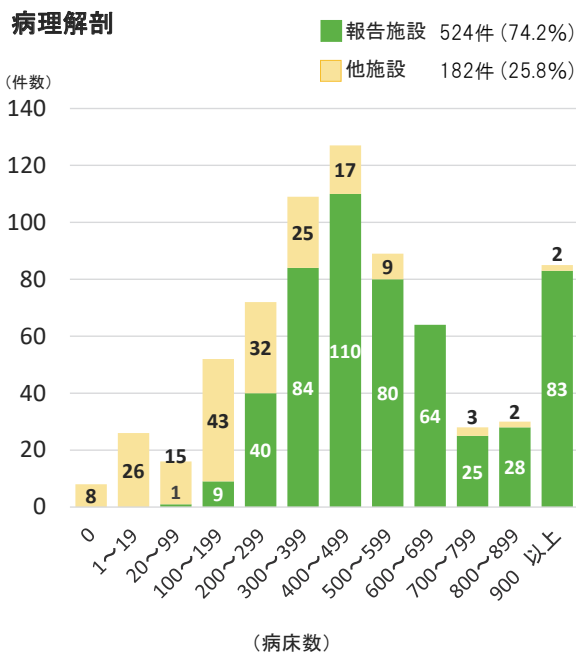


*解剖およびAiの実施状況が不明なものは、「実施なし」として集計している。

2023年の状況

院内調査結果報告があった319件のうち、解剖またはAi、およびその両方が実施された件数は170件であった。

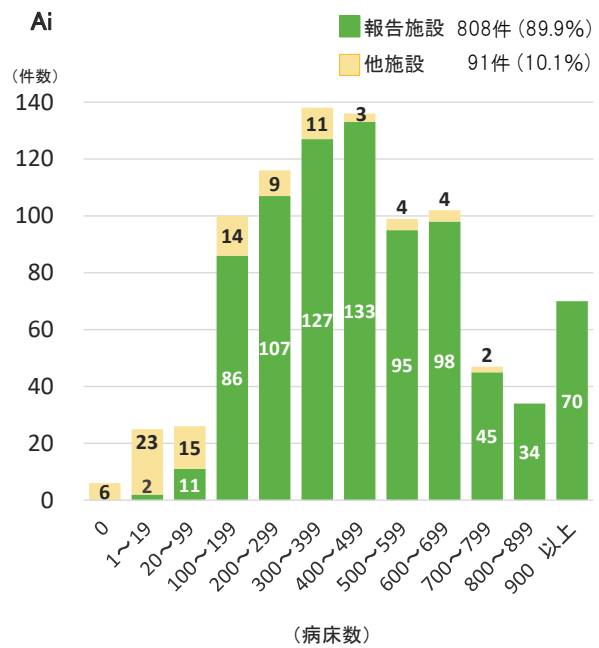
27. 病床規模別病理解剖およびAiの実施件数 (数値版 参考3-(3)-①-i・参考3-(3)-②参照)



*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706件で、最も多かったのは「400~499床」の127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。

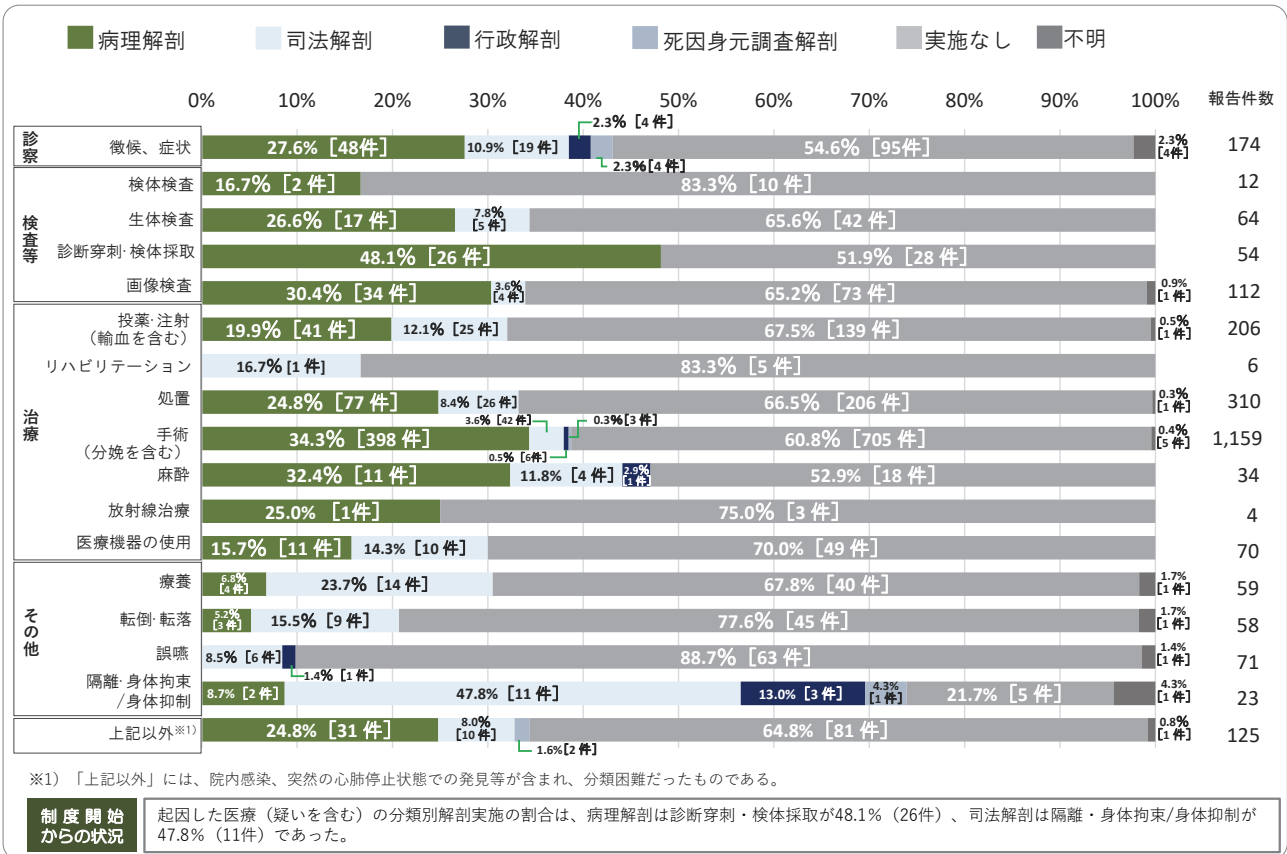


*Aiが実施されたものについて集計している。

制度開始からの状況

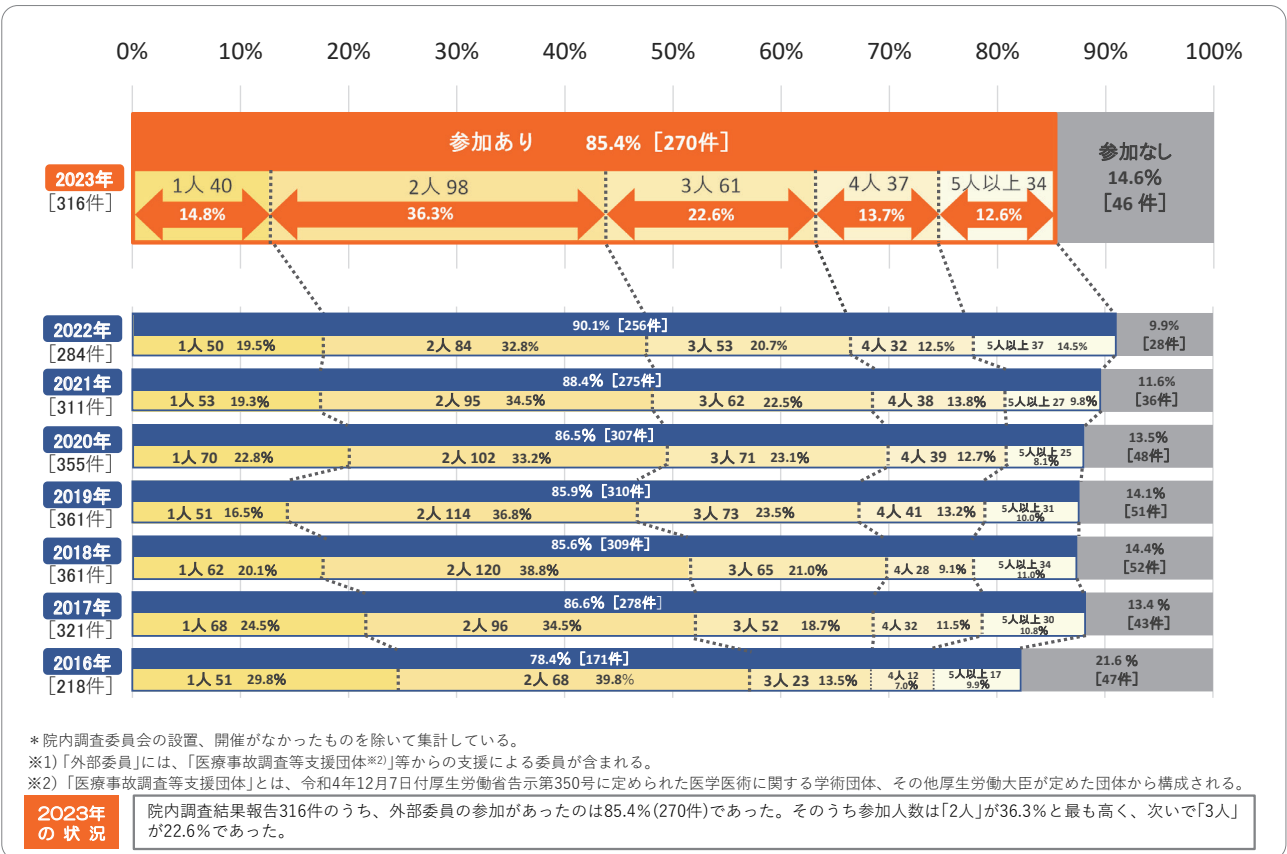
Aiの実施は899件で、最も多かったのは「300~399床」の138件であった。全体の89.9%が報告施設で実施していた。

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)-④参照)

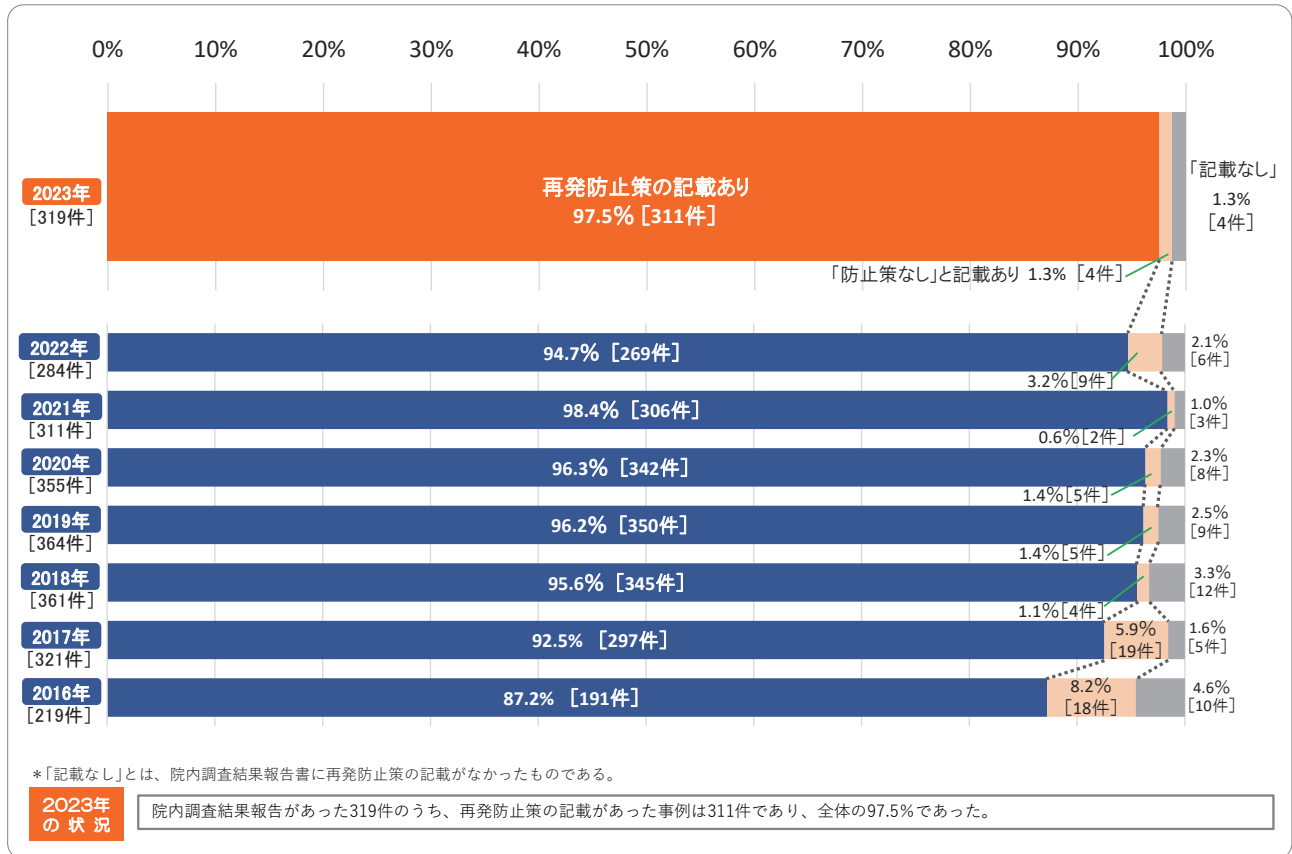


II 相談・医療事故報告等の現況
要約版

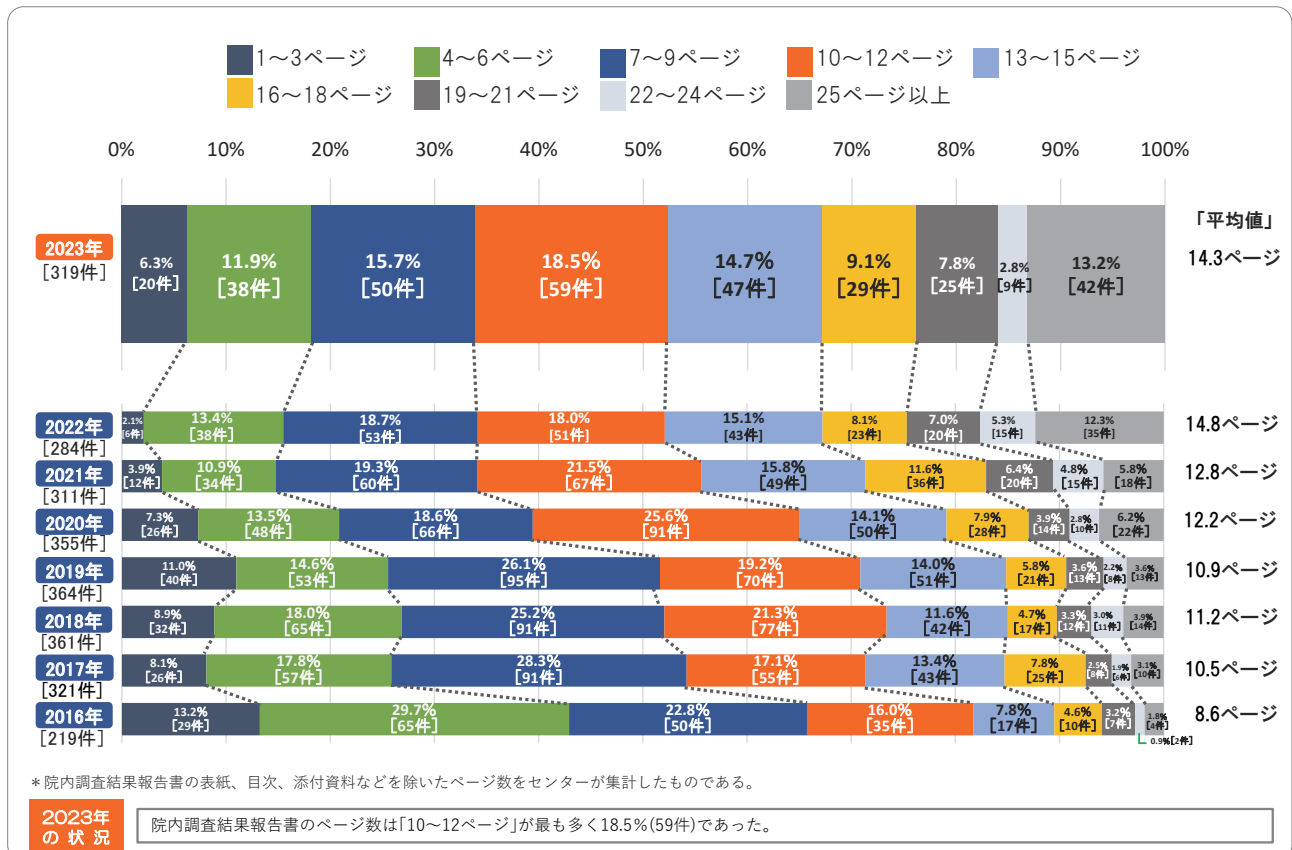
29. 院内調査委員会における外部委員※1)の参加状況 (数値版 3-(4)-④参照)



30. 再発防止策の記載状況 (数値版 3-(5)-①参照)

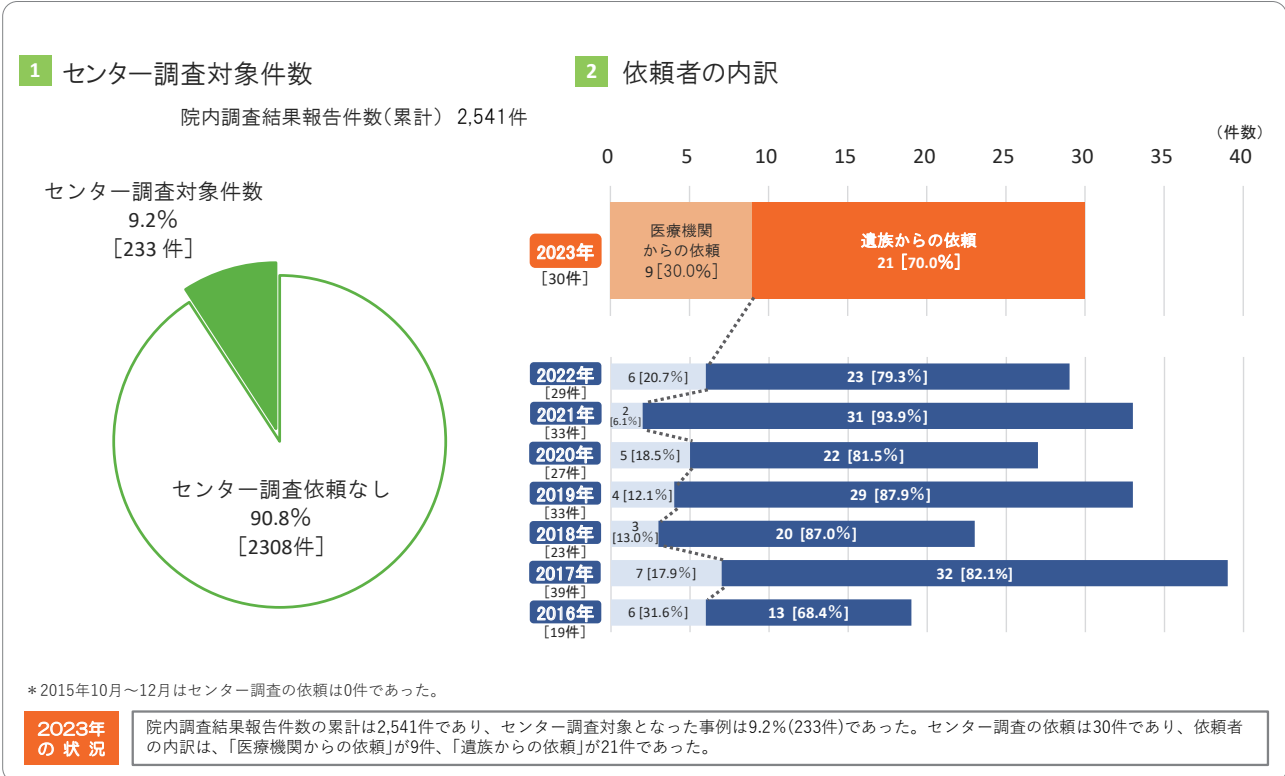


31. 院内調査結果報告書のページ数 (数値版 3-(7)-①参照)



センター調査の状況

32. 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)



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5年度（2024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）～（7）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
2022年度 第3回	2023年3月30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） ・特定機能病院における医療安全管理体制について ・医療事故調査・支援センター2022年 年報 ・再発防止のあり方に関する作業部会(WG) 進捗報告 <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）－ ・提言第15号「薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」に関するWebアンケート集計結果 <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 ・令和4年度トレーニングセミナー開催状況 <p>【研修】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第3回医療事故調査・支援センター主催研修について ・令和4年度 委託研修について ・令和4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5年度 事業計画書
2023年度 第1回	2023年8月23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） ・再発防止のあり方に関する作業部会(WG) 進捗報告 <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 <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 ・令和5年度トレーニングセミナー企画書(案) <p>【研修】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第4回医療事故調査・支援センター主催研修について ・令和5年度 委託研修について <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度 事業報告書

	年月日	内容
2023年度 第2回	2023年12月27日	【現況報告】 ・医療事故調査制度の現況報告（プレスリリース11月分） ・再発防止のあり方に関する作業部会(WG)進捗報告 【再発防止】 ・再発防止委員会開催状況 ・専門分析部会開催状況 ・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」 ・2023年度 提言 Web アンケート実施について（中間報告） 【センター調査】 ・総合調査委員会開催状況 ・令和5年度トレーニングセミナー実施報告 【研修】 ・第4回医療事故調査・支援センター主催研修中間報告 ・令和5年度 委託研修について ・令和5年度 協力学会説明会について

② 再発防止のあり方に関する作業部会（WG）開催状況

医療事故調査制度の理解促進および制度運営の円滑化等を図るため、制度開始以来見えてきた制度運営上の課題について、医療事故調査・支援事業運営委員会の中に設置した作業部会(WG)において検討を行った。

【再発防止のあり方に関する作業部会】

・検討課題

- (1) 再発防止の新たな方策について
- (2) 「医療事故の再発防止に向けた提言」の「提言」という表現について
- (3) 「期待したい事項」に対する企業の取り組みの促進について

・検討経過

※第1回、第2回は2022年に実施

第3回 2023年2月9日：具体的方策の検討

第4回 2023年7月28日：具体的方策の検討

第5回 2023年12月6日：報告書案の検討

・検討結果

2024年3月（予定）の医療事故調査・支援事業運営委員会へ報告予定

(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

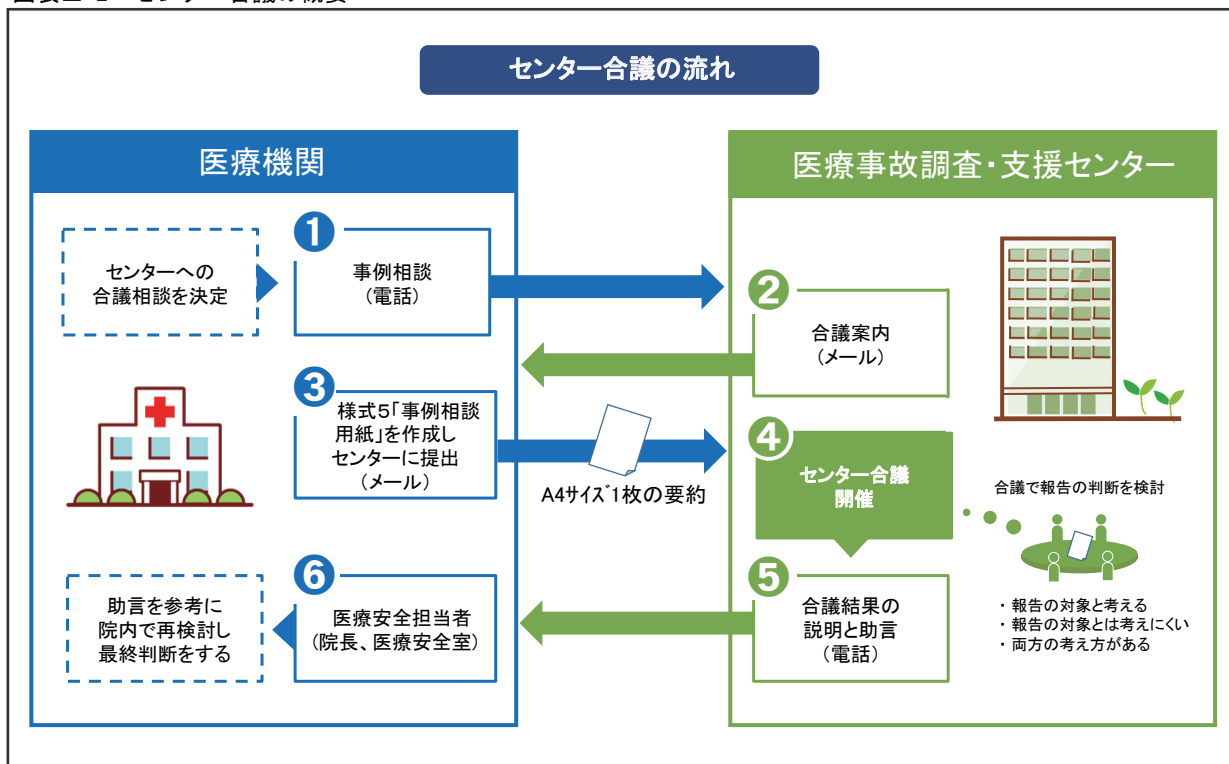
【相談状況】

・相談件数：2,076件（累計15,287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9名、合議支援薬剤師1名
- ・開催状況：2023年は71回開催している（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）。

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をし、医療事故発生報告から3年以上経過した長期未報告事例については、医療機関の管理者宛てに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：医療事故発生報告を検討中もしくは決定した医療機関
- ・目的：医療事故発生報告時の遺族説明の補助
- ・支援方法：遺族説明時の補助となる説明用紙を作成しホームページに掲載することを予定している。

【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。

- ・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：27 件（累計 179 件）

(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

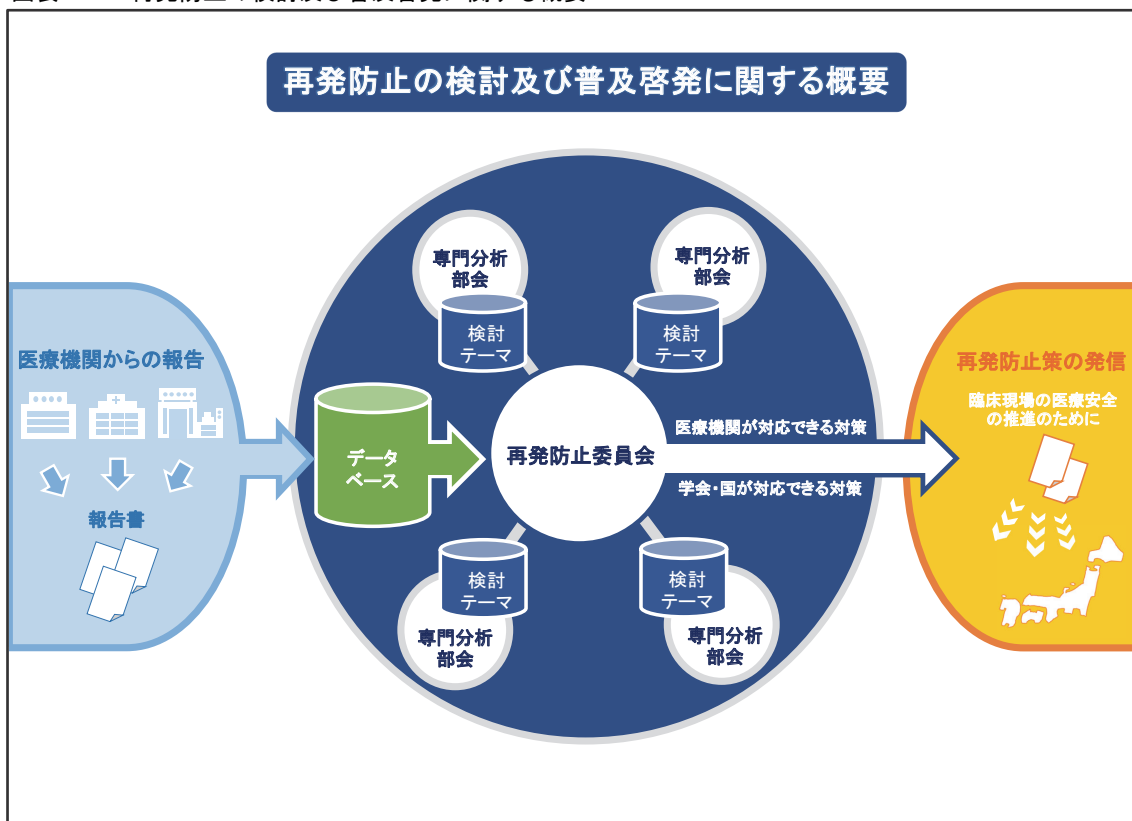
医療法第6条の16

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-4参照）。

図表Ⅲ-4 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-5 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-5 再発防止委員会の開催状況

開催回	月日
第 37 回	1 月 16 日
第 38 回	3 月 6 日
第 39 回	5 月 15 日
第 40 回	7 月 3 日
第 41 回	9 月 4 日
第 42 回	11 月 6 日

② 2023 年に公表した医療事故の再発防止に向けた提言

2023 年は、第 17 号、第 18 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-6 参照）。また、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-7 参照）。

図表Ⅲ-6 公表した提言書〈付録 1、2 参照〉

公表年月	提言書番号	提言書名	関連資料
2023 年 3 月	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）－	提言の概要 ※部会長による解説付き動画
			中心静脈カテーテル挿入部位別迷入する可能性のある血管走行の解剖図（頸・胸部編、腰・大腿部編） ※動画
			中心静脈カテーテル挿入前チェックリスト（参考例）
			説明・同意書（参考例）
			中心静脈カテーテル挿入の記録用紙（参考例）
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	提言の概要 ※部会長による解説付き動画
			人工股関節全置換術で理解しておく解剖－骨盤内の血管損傷を回避するために－ ※動画
			股関節手術における出血リスクの確認と術前準備のチェックリスト（参考例）

図表Ⅲ-7 実施したアンケート（※付録3参照）

提言書 公表年月	提言書 番号	提言書名	調査期間	調査 対象 (病院)	回答数	回答率
2022年 1月	第15号	薬剤の誤投与に係る死亡 事例の分析	2022年11月18日 ～2023年2月17日	8,207	2,082	25.4%
2023年 3月	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）－	2023年11月17日 ～2024年2月16日	8,115	2,006	24.7%

③ 専門分析部会

- ・委員構成：分析課題（テーマ）に関係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-8 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。

図表Ⅲ-8 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）
No.18	股関節手術を契機とした出血に 係る死亡事例の分析	日本整形外科学会（3名）、日本クリティカルケア看護学会、 日本血液学会、日本血管外科学会、日本手術看護学会、 日本麻酔科学会、日本老年医学会（計9名）
No.19	肺動脈カテーテルに係る死亡 事例の分析（開心術編、検査編）	日本心臓血管外科学会（3名）、日本集中治療医学会、 日本手術看護学会、日本循環器学会、日本心臓血管麻酔学会、 日本肺高血圧・肺循環学会、日本麻酔科学会（計9名）
No.20	血液検査パニック値 （緊急異常値）関連	日本臨床検査医学会（3名）、医療の質・安全学会、 日本医療薬学会、日本看護管理学会、日本救急医学会、 日本診療情報管理学会、日本内科学会、 日本臨床衛生検査技師会（2名）（計11名）
No.21	産科危機的出血 （母体死亡）関連	日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会（5名）、 医療の質・安全学会、日本救急医学会、日本助産学会、日本助 産師会、日本麻酔科学会（計10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。

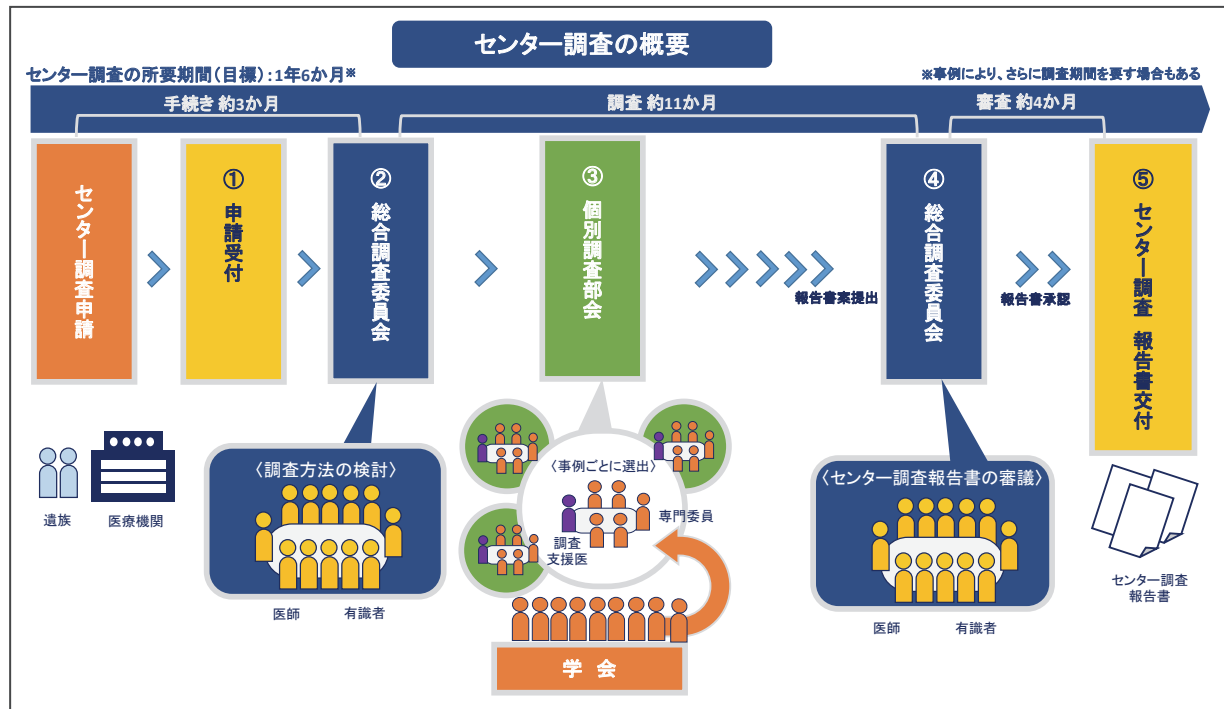
3 第1項の管理者は、医療事故調査・支援センターから前項の規定による求めがあつたときは、これを拒んではならない。

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-9 参照）。

図表Ⅲ-9 センター調査の概要



① 2023年センター調査の依頼

- ・センター調査対象事例：30件（累計233件）
- ・センター調査報告書交付事例：31件（累計163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-10参照）。
- ・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-10 総合調査委員会開催状況

開催回	月日
第82回	1月26日
第83回	2月22日
第84回	3月23日
第85回	4月27日
第86回	5月25日
第87回	6月29日
第88回	7月27日
第89回	8月24日
第90回	9月28日
第91回	10月26日
第92回	11月30日
第93回	12月21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：33事例／2023年

④ センター調査協力（登録）学会

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）。

【協力学会説明会】

- ・開催日：2024年3月14日（木）予定

【個別調査部会への協力（登録）学会の協力状況】（図表Ⅲ-11 参照）

2023年1月から12月までに29個別調査部会が設置され、各学会から230名に協力をいただいている（2016年から2023年までの合計1,693名）。

図表Ⅲ-11 個別調査部会への協力（登録）学会の協力状況

No.	学会名	2023年 1月～12月	2016年～ 2023年総数	No.	学会名	2023年 1月～12月	2016年～ 2023年総数
日本医学会・その他の専門学会				歯科医学会			
1	一般社団法人 日本アレルギー学会	1	5	38	一般社団法人 日本歯科医学会連合	0	2
2	公益社団法人 日本医学放射線学会	8	91	医薬会			
3	一般社団法人 日本感染症学会	6	26	39	一般社団法人 日本医療薬学会	2	23
4	一般社団法人 日本肝臓学会	2	13	医療関係関連学会・団体等			
5	公益財団法人 日本眼科学会	0	2	40	一般社団法人 医療の質・安全学会	0	12
6	一般社団法人 日本救急医学会	1	53	41	公益社団法人 日本診療放射線技師会	1	3
7	一般社団法人 日本形成外科学会	1	3	42	一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会	1	2
8	一般社団法人 日本血液学会	5	19	43	公益社団法人 日本臨床工学技士会	6	27
9	特定非営利活動法人 日本血管外科学会	3	17	看護系学会			
10	一般社団法人 日本外科学会	17	147	44	公益社団法人 日本看護科学学会	3	52
11	一般社団法人 日本呼吸器学会	7	42	45	一般社団法人 日本看護管理学会	4	25
12	一般社団法人 日本呼吸器外科学会	2	19	46	一般社団法人 日本看護技術学会	0	3
13	公益社団法人 日本産科婦人科学会	1	55	47	一般社団法人 日本がん看護学会	0	6
14	一般社団法人 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会	0	18	48	一般社団法人 日本救急看護学会	1	12
15	一般社団法人 日本集中治療医学会	9	30	49	一般社団法人 日本クリティカルケア看護学会	4	25
16	一般社団法人 日本循環器学会	22	94	50	一般社団法人 日本在宅ケア学会	0	2
17	一般社団法人 日本消化器外科学会	7	67	51	日本手術看護学会	10	52
18	一般財団法人 日本消化器病学会	6	48	52	一般社団法人 日本循環器看護学会	1	3
19	公益社団法人 日本小児科学会	5	31	53	一般社団法人 日本小児看護学会	2	9
20	一般社団法人 日本小児外科学会	0	2	54	一般社団法人 日本助産学会	0	26
21	特定非営利活動法人 日本小児循環器学会	0	4	55	一般社団法人 日本腎不全看護学会	2	5
22	一般社団法人 日本神経学会	7	18	56	一般社団法人 日本精神保健看護学会	0	5
23	特定非営利活動法人 日本心臓血管外科学会	17	69	57	一般社団法人 日本放射線看護学会	1	1
24	一般社団法人 日本腎臓学会	3	17	58	一般社団法人 日本老年看護学会	4	15
25	公益社団法人 日本整形外科学会	6	25	協力学会登録以外			
26	公益社団法人 日本精神神経学会	0	13	59	公益社団法人 日本栄養士会	0	1
27	一般社団法人 日本透析医学会	2	11	60	一般社団法人 日本癌治療学会	0	1
28	一般社団法人 日本糖尿病学会	0	3	61	一般社団法人 日本血栓止血学会	0	1
29	一般社団法人 日本内科学会	10	160	62	一般社団法人 日本甲状腺学会	0	1
30	一般社団法人 日本内分泌学会	1	4	63	一般社団法人 日本消化器内視鏡学会	0	2
31	一般社団法人 日本脳神経外科学会	10	45	64	公益社団法人 日本精神科病院協会	0	4
32	一般社団法人 日本泌尿器科学会	0	19	65	一般社団法人 日本摂食嚥下リハビリテーション学会	0	1
33	一般社団法人 日本病理学会	10	95	66	一般社団法人 日本脳卒中学会	1	2
34	公益社団法人 日本麻酔科学会	12	78	67	公益社団法人 日本理学療法士協会	0	1
35	一般社団法人 日本リウマチ学会	0	3	68	公益社団法人 日本臨床腫瘍学会	0	8
36	公益社団法人 日本リハビリテーション医学会	0	1				
37	一般社団法人 日本老年医学会	6	14				
合 計						230	1,693

※1 参考人、および、辞退者を含む。

(五十音順)

※2 調査支援医を含まない。

(5) 研修の実施

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；2023年12月9日）
：e-learning（配信期間；2023年12月22日から2024年3月27日）
- ・実施内容：プログラムに基づき、実施した（図表Ⅲ-12参照）。
- ・参加予定人数：700名程度

※参考：2022年度実績；受講者644名（医師338名、歯科医師15名、薬剤師17名、診療放射線技師10名、臨床工学技士9名、看護師176名、助産師11名、事務職57名、その他11名）

図表Ⅲ-12 プログラム

内容	講師	時間
開講挨拶（ビデオ映写）	日本医師会 会長 松本吉郎	5分
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	25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・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／渡邊秀臣	50分
支援団体・外部委員の役割	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
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
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 （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	20分

進行〔紀平幸一（日本医師会 医療安全対策委員会 委員長）／細川秀一（日本医師会 常任理事）〕

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、歯科の特殊性をふまえ、医科との連携の在り方、院内調査の支援と報告書作成など、全国の歯科医療機関に携わる人材を育成する。
 - ・ 開催日：2024年1月27日（土）
 - ・ 開催方法：Web 研修
 - ・ 実施内容：プログラムに基づき、実施した（図表Ⅲ-13 参照）。
 - ・ 受講者：歯科医師、歯科衛生士など
 - ・ 参加人数：109名（歯科医師 107名、その他医療従事者 2名）
- ※参考：2022年度実績；受講者 117名（歯科医師 111名、その他医療従事者 6名）

図表Ⅲ-13 プログラム

内容	講師
開会	寺島多実子（日本歯科医師会 常務理事）
挨拶	高橋英登（日本歯科医師会 会長） 住友雅人（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	木村壯介（日本医療安全調査機構 常務理事）
研修(1) 動画研修「医療事故発生時の初期対応 及び院内調査、解剖・Ai」	
研修(2) 「初動から調査へ～解剖 Ai を含む」 ： 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） 木村壯介（日本医療安全調査機構 常務理事）
研修(3) 「院内調査、解剖 Ai」：病院歯科の場合	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(4) 医師会との連携事例	
研修(5) 「Q&A セッション」	Q：日本歯科医師会歯科医療安全対策委員会委員 A：日本医療安全調査機構 常務理事 木村壯介
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）
閉会	福士賢治（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：「医療事故調査制度」における組織としての再発防止への取り組み
～貴重な事例の教訓をどう活かすか～
 - ・ 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 日：2023年11月11日（土）（13：00～16：00）
（オンデマンド配信期間：2023年11月20日～2024年2月20日）
 - ・ 開催方法：Web 研修
 - ・ 実施内容：プログラムに基づき、実施した（図表Ⅲ-14 参照）。
 - ・ 参加予定人数：2,057名程度
- ※参考：2022年度実績：受講者 1,350名（医師 279名、歯科医師 7名、看護師 816名、助産師 18名、薬剤師 42名、臨床検査技師 17名、臨床工学技士 13名、診療放射線技師 32名、理学療法士 32名、作業療法士 6名、事務職 62名、その他 26名）

図表Ⅲ-14 プログラム

時間	内容	講師
13：00～13：05	開催の挨拶	矢島鉄也（日本医療安全調査機構 専務理事）
13：05～13：15	医療事故調査制度の現況	宮田哲郎（日本医療安全調査機構 常務理事）
13：15～13：35	提言書 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—について ～医療機関が再発防止に取り組むために～	宮田哲郎（日本医療安全調査機構 常務理事）
13：35～14：00	【講演 1】 組織で再発防止に取り組むために ～医療事故に対する組織としての対応～	宇田川晴司（虎の門病院分院 分院長）
14：00～14：25	【講演 2】 院内調査の実際と具体的な再発防止への 取り組み ～具体的で実現可能な再発防止策の立案 と、実現のために～	岡田禎人（半田市立半田病院 副院長）
14：25～14：50	【講演 3】 職員が協働し再発防止へ取り組むための 工夫 ～再発防止を臨床現場に定着させるため に～	李代馨香（武蔵野赤十字病院 看護副部長）
14：50～15：05	【講演 4】 再発防止に対する遺族の思い	北田淳子（一般社団法人とまり木 ヘルパーステーションとまり木 代表理事）
15：05～15：10	休憩	
15：10～15：55	【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	座長 山口 徹（日本医療安全調査機構 顧問兼事業部 部長） パネリスト ・ 講演者 4名 ・ 宮田哲郎（日本医療安全調査機構 常務理事）
15：55～16：00	閉会の挨拶	矢島鉄也（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

①は、日本医師会に委託して実施した。

① 支援団体統括者セミナー：日本医師会

- ・ 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。
- ・ 開催日：2024年3月16日（土）
- ・ 開催方法：Web研修
- ・ 実施内容：イントロダクション講義
グループ討議1 医療事故報告における判断の支援について
グループ討議2 初期対応への支援について
グループ討議3 調査報告書作成への支援について
全体まとめ
- ・ 受講者：各都道府県の都道府県医師会担当役員（医師）、基幹病院等代表者（医師）、地域看護職代表者（看護師）
- ・ 参加予定人数：100名程度

※参考：2022年度実績；受講者113名 医師会（副会長4名、理事30名、その他5名）、基幹病院（管理者12名、副院長12名、その他11名）、看護職（看護部長3名、副看護部長6名、専従17名、専任5名、看護協会5名、その他3名）

(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】

- ・開催日：1回目：2023年5月10日（水）～5月31日（水）
「コンプライアンスに関する研修」～eラーニングによる自己学習～
- 2回目：2023年6月27日（火）・6月28日（水）～集合型研修～
「チームビルディング・情報セキュリティーに関する研修」
- 3回目：2024年3月19日（火）・3月22日（金）～Web研修～
「人材育成による組織力向上を目指す」（2日に分けて開催予定）
- ・受講者：1回目：医師、看護師など（計63名）
2回目：医師、看護師など（計66名）
3回目：医師、看護師など（未定）

【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】

- ・開催地：東京
- ・開催日：2023年12月16日（土）
- ・開催方法：現地およびWebによるハイブリッド
- ・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：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（計76名）
*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。

昨年に引き続き、特定機能病院の医療安全専従の医師にトレーニングセミナーへの参加を案内した。

図表Ⅲ-15 プログラム

＜オンデマンド配信＞		
時間	内容	講師
講義① 30分	センター調査の総論	宮田哲郎（日本医療安全調査機構 常務理事）
講義② 30分	調査支援医の役割 （前年度の録画を使用）	加藤 厚（関東信越ブロック 調査支援医） （千葉県がんセンター 肝胆膵外科部長）
講義③ 30分	センター調査の各論 （前年度の録画を使用）	長尾能雅（総合調査委員会 副委員長） （名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部 教授）
＜12月16日 当日＞		
時間	内容	講師
13：00～13：05	開会挨拶 医療事故調査・支援センターの 現況報告	矢島鉄也（日本医療安全調査機構 専務理事）
13：05～13：10	ご挨拶	松本晴樹（厚生労働省 医政局 地域医療計画課 医療安全推進・医務指導室 室長）
13：10～15：35	模擬事例を使用したグループ ワーク	長尾能雅（総合調査委員会 副委員長） （名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部 教授）
15：45～16：55	意見交換・質疑応答	
16：55～17：00	閉会挨拶	木村壯介（日本医療安全調査機構 常務理事）

(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、一般の方にはわかりやすく説明することを目的として2022年に新しく作成したリーフレット、ポスターを印刷し、全国の医療機関等へ配布した。また、毎月のプレスリリースによる広報、全国医療機関等への「医療事故の再発防止に向けた提言」等の刊行物の送付、新聞等への制度紹介の広告掲載および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

2023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-16参照）。

図表Ⅲ-16 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	270,770 (1)	287,072 (2)	637 (5)	1,781 (123)	2,269 (2)	4,060 (15)	1,179 (4)	2,188 (97)	274,855 (12)	295,101 (237)	
医療事故の再発防止に向けた提言	第1号	12 (12)	44 (44)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	5 (5)	13 (13)	49 (49)
	第2号	14 (14)	36 (36)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	6 (6)	16 (16)	42 (42)
	第3号	10 (10)	41 (41)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	10 (10)	12 (12)	51 (51)
	第4号	10 (10)	39 (39)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	6 (6)	12 (12)	45 (45)
	第5号	10 (10)	24 (24)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	6 (6)	12 (12)	30 (30)
	第6号	11 (11)	42 (42)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	6 (6)	13 (13)	48 (48)
	第7号	10 (10)	47 (47)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	6 (6)	12 (12)	53 (53)
	第8号	10 (10)	26 (26)	3 (3)	45 (45)	0 (0)	0 (0)	4 (4)	9 (9)	17 (17)	80 (80)
	第9号	14 (14)	55 (55)	2 (2)	10 (10)	0 (0)	0 (0)	3 (3)	8 (8)	19 (19)	73 (73)
	第10号	14 (14)	48 (48)	2 (2)	10 (10)	0 (0)	0 (0)	3 (3)	8 (8)	19 (19)	66 (66)
	第11号	12 (12)	28 (28)	2 (2)	10 (10)	0 (0)	0 (0)	3 (3)	8 (8)	17 (17)	46 (46)
	第12号	10 (10)	29 (29)	2 (2)	10 (10)	0 (0)	0 (0)	4 (4)	9 (9)	16 (16)	48 (48)
	第13号	13 (13)	74 (74)	4 (4)	30 (30)	0 (0)	0 (0)	3 (3)	9 (9)	20 (20)	113 (113)
	第14号	8 (8)	22 (22)	4 (4)	30 (30)	0 (0)	0 (0)	3 (3)	8 (8)	15 (15)	60 (60)
	第15号	14 (14)	67 (67)	5 (5)	70 (70)	0 (0)	0 (0)	3 (3)	203 (203)	22 (22)	340 (340)
	第16号	10 (10)	162 (162)	5 (5)	140 (140)	0 (0)	0 (0)	3 (3)	27 (27)	18 (18)	329 (329)
	第17号	270,817 (42)	425,126 (2,429)	642 (10)	10,274 (357)	2,267 (0)	4,045 (0)	1,188 (11)	18,632 (192)	274,914 (63)	458,077 (2,978)
	第18号	65,755 (17)	217,974 (875)	638 (5)	10,210 (317)	2,267 (0)	4,045 (0)	1,170 (5)	18,415 (130)	69,830 (27)	250,644 (1,322)
リーフレット	269,872 (47)	511,663 (3,980)	691 (61)	2,050 (1,420)	2,268 (1)	113,211 (400)	1,198 (6)	1,350 (155)	274,029 (115)	628,274 (5,955)	
ポスター	269,859 (34)	312,889 (1,431)	692 (62)	1,465 (205)	2,267 (0)	18,726 (0)	1,195 (3)	2,479 (98)	274,013 (99)	335,559 (1,734)	
病理解剖 説明資料	8 (8)	296 (296)	63 (63)	2,230 (2,230)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	71 (71)	2,526 (2,526)	

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 センターホームページへのアクセス・閲覧状況

2023年のホームページへのアクセス数は約213万件であった（図表Ⅲ-17参照）。

図表Ⅲ-17 ホームページへのアクセスおよび閲覧状況

月	2023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	161,000	177,811	196,361	166,585	168,429	169,722	159,728	158,247	199,614	221,156	185,483	169,122	2,133,258		
医療事故調査制度に 関するもの 閲覧 ダウンロード数 医療事故の再発防止に向けた提言	現況報告	1,503	2,093	1,800	2,148	2,902	1,905	1,684	1,656	1,471	1,603	1,981	1,566	22,312	
	年報	H28年年報	13	16	15	20	8	19	11	6	6	13	8	13	148
		H29年年報	48	31	48	48	76	82	39	59	33	40	32	49	585
		2018年年報	24	22	35	25	22	21	27	13	20	11	15	17	252
		2019年年報	45	19	46	35	46	61	38	24	33	37	36	29	449
		2020年年報	90	101	83	31	69	43	29	58	27	42	35	37	645
		2021年年報	945	676	640	697	892	1,048	783	581	580	756	608	643	8,849
	2022年年報			953	1,394	841	678	767	516	476	539	604	406	7,174	
	リーフレット	624	786	569	509	499	542	570	459	470	558	535	454	6,575	
	ポスター	427	501	362	298	230	250	276	271	262	286	308	247	3,718	
	簡易説明書	631	554	575	512	583	613	654	651	638	678	604	634	7,327	
	解剖説明書	医療機関用	209	209	181	164	204	231	211	221	207	245	216	223	2,521
		遺族用	145	148	168	142	174	160	166	170	169	187	152	180	1,961
		遺族用(簡易版)	100	91	96	87	94	110	88	98	116	109	86	109	1,184
	提言書、提言概要、アンケート、その他関連資料	第1号	796	685	744	592	328	329	257	250	303	371	250	234	5,139
		第2号	478	581	921	977	987	875	791	743	789	803	899	683	9,527
		第3号	808	780	971	1,073	984	1,022	1,031	840	884	983	881	717	10,974
		第4号	672	534	586	797	1,063	998	808	689	882	1,013	950	864	9,856
第5号		868	773	1,115	1,279	1,220	1,127	966	976	1,087	1,049	1,018	856	12,334	
第6号		1,428	1,295	1,471	1,573	1,713	1,998	1,476	1,332	1,697	1,640	1,565	1,169	18,357	
第7号		247	249	356	314	325	341	296	236	299	346	287	227	3,523	
第8号		356	416	405	332	390	442	307	331	499	962	470	402	5,312	
第9号		630	687	621	690	878	931	726	609	878	869	758	709	8,986	
第10号		1,727	1,847	1,502	1,740	1,599	1,763	1,564	1,649	1,800	1,814	1,683	1,581	20,269	
第11号		403	420	525	430	611	927	539	495	530	515	509	500	6,404	
第12号		193	177	249	185	175	222	157	184	175	242	205	154	2,318	
第13号		261	223	268	242	213	178	172	121	274	228	225	225	2,630	
第14号		544	476	555	393	451	457	455	399	465	440	416	408	5,459	
第15号		2,979	2,492	2,412	2,526	2,576	2,888	2,295	2,262	2,471	2,565	2,544	2,547	30,557	
第16号		493	945	762	503	325	625	272	268	395	433	372	268	5,661	
第17号				9,069	4,266	3,835	3,322	2,927	2,429	2,617	2,909	3,392	2,720	37,486	
第18号										5,176	4,711	1,856	1,048	12,791	

③ 研修会や講習会等への講師派遣等について

2023年は、支援団体、関連学会、関連団体、地方厚生（支）局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、19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。

④ 制度の広報・周知

医療事故調査制度の広報・周知を目的として、医療安全推進週間（11月19日から25日）に合わせて新聞広告を掲載し、本制度の周知を図った。

(7) 医療の安全の確保を図るための業務

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。

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。

医療の安全の確保を図るため、高度な医療等を提供している特定機能病院に、医療安全管理体制確保のため工夫されている医療事故対応状況等について、アンケート調査を実施した（付録4参照）。

【特定機能病院アンケート結果報告

ー特定機能病院における医療安全管理体制についてー】

- ・ 目的：2015年10月に医療事故調査制度が開始となり、2022年9月末で丸7年となった。本制度における「医療事故」の定義は、医療法において「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」とされており、その対象となるか否かの判断はそれぞれの医療機関に委ねられている。特に高度な医療等を提供する特定機能病院においては、医療事故調査制度において多々工夫されていることがあると推察される。そのため、それらの経験から示唆を受け、今後の医療事故調査の研修等の充実につなげる一助としたいと考え、本調査を行った。
- ・ 実施方法：郵送
- ・ 実施期間：2022年7月1日～7月29日（期間外の回答も含む）
- ・ 調査対象：全国の特定機能病院（※2022年7月1日時点の87病院）
- ・ 回収率：98%

IV 各種名簿・協力学会一覧

資料1 医療事故調査・支援事業運営委員会 委員名簿

2023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	武蔵野大学法学部 特任教授
	阿部 修	公益社団法人 日本医学放射線学会 理事、 東京大学大学院 医学系研究科 生体物理医学専攻 放射線医学講座 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 薬剤部 部長・教授
	久保 絹子	公益社団法人 日本助産師会 専務理事
	後藤 隆久	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、 横浜市立大学附属病院 病院長
	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
	近藤 稔和	特定非営利活動法人 日本法医学会 評議員、 和歌山県立医科大学 法医学教室 教授
	高橋 裕樹	一般社団法人 日本内科学会 理事、 札幌医科大学医学部 免疫・リウマチ内科学 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
	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
	細川 秀一	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

2023年12月31日現在

委員氏名(敬称略)		所属・役職
委員長	松原 久裕	千葉大学大学院医学研究院 先端応用外科 教授
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	北里大学病院 医療支援部 診療情報管理室 課長
	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
	日下部 哲也	独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 医療機器品質管理・安全対策部長
	隈丸 拓	東京大学大学院医学系研究科 医療品質評価学講座 特任准教授
	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 危機管理室 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 眞純	帝京大学医学部附属溝口病院 病院長
	福士 賢治	公益社団法人 日本歯科医師会 理事
	布施 明美	公益社団法人 日本助産師会 理事
	舟越 亮寛	一般社団法人 日本病院薬剤師会 理事
	細川 秀一	公益社団法人 日本医師会 常任理事
	松本 守雄	一般社団法人 日本医学会連合 理事
	矢野 真	日本赤十字社 総合福祉センター 所長
	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3 総合調査委員会 委員名簿

2023年12月31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	仙賀 裕	一般社団法人 日本病院会 副会長
副委員長	長尾 能雅	名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部 教授
副委員長	細川 秀一	公益社団法人 日本医師会 常任理事
	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	東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 人体病理学分野 教授
	隈本 邦彦	江戸川大学 メディアコミュニケーション学部 特任教授
	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 宇貴秀	東京医科歯科大学 放射線診断科 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
	中島 勸	埼玉医科大学 総合医療センター 医療安全管理学 教授
	中村 雅史	九州大学大学院 医学研究院 臨床・腫瘍外科 教授
	南須原 康行	北海道大学病院 医療安全管理部 教授・部長
	別府 千恵	北里大学病院 副院長・看護部長
	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
	渡邊 秀臣	公益社団法人 群馬県医師会 理事

資料4 センター調査協力（登録）学会一覧

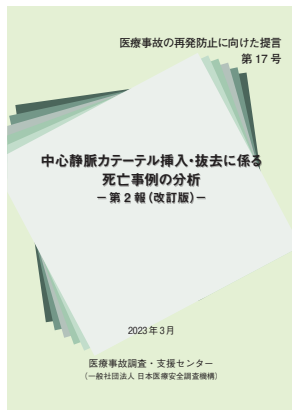
2023年12月31日現在

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

(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）－



専門分析部会 部会員名簿

部会員氏名（敬称略）	所属
部会長	宮田 哲郎 一般社団法人 日本外科学会
部会員	上野 正紀 一般社団法人 日本消化器外科学会
	宇田川晴司 一般社団法人 日本消化器外科学会
	梶原 直央 特定非営利活動法人 日本呼吸器外科学会
	高野 弘志 特定非営利活動法人 日本心臓血管外科学会
	徳嶺 譲芳 公益社団法人 日本麻酔科学会
	長尾 能雅 一般社団法人 医療の質・安全学会
	瀧本 雅昭 一般社団法人 日本救急看護学会
	三村 秀文 公益社団法人 日本医学放射線学会
参考人	宮崎真理子 一般社団法人 日本透析医学会

センターのホームページに、提言第17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おります。



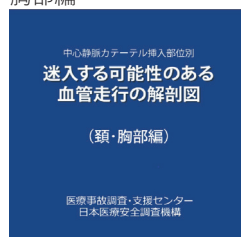
● 関連資料 学習会や研修などの際に、ご活用ください。

○ 提言の概要 ※部会長による解説付き動画

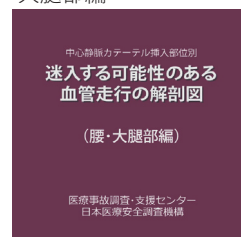


○ 中心静脈カテーテル挿入部位別迷入する可能性のある血管走行の解剖図 ※解剖動画が回転します

頸・胸部編



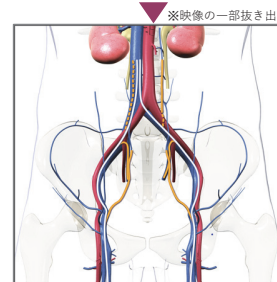
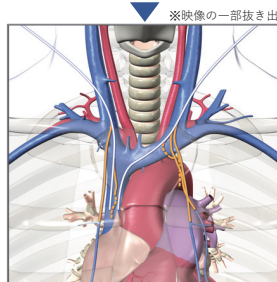
腰・大腿部編



○ 中心静脈カテーテル挿入前チェックリスト（参考例）

○ 中心静脈カテーテル挿入に関する説明・同意書（参考例）

○ 中心静脈カテーテル挿入の記録用紙（参考例）

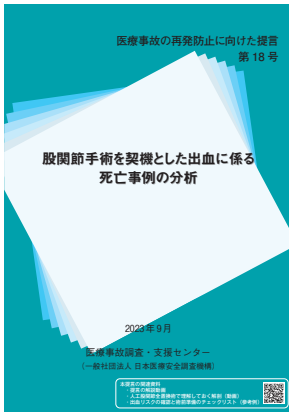


医療事故の再発防止に向けた提言 第17号

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）—（*一部抜粋して掲載）

【リスク評価の標準化と適応決定】	
提言 1	中心静脈カテーテル挿入は、致死的合併症が生じ得るリスクの高い医療行為（危険手技）であることを認識する。標準化した方法で、患者の全身状態のリスク評価と解剖学的リスク評価（プレスキャン）をあらかじめ行う。リスクが高い場合は、末梢挿入型中心静脈カテーテル（PICC）による代替を含め、リスク回避策を検討し、適応は合議で決定することが望まれる。
【説明とリスクの共有】	
提言 2	患者・家族には中心静脈カテーテル挿入の必要性、リスク評価の結果、挿入・抜去の合併症と発生時の対処法、術者交代やカテーテル挿入中止の可能性、代替法などを書面で説明することが望ましい。特にリスクの高い患者では、死亡する危険が予測されても挿入が必要と判断される旨を説明し、患者・家族とリスクを共有する。
【穿刺手技：タイムアウトの実施】	
提言 3	穿刺前に、術者と介助者は、患者のリスク評価の結果や手技に難渋した場合の術者交代・カテーテル挿入中止のルールなどを共有するため、タイムアウトを実施する。
【穿刺手技：穿刺針の選定】	
提言 4	穿刺時にプレスキャンを再度行い、標的静脈の太さや虚脱の有無、深さ、動脈との位置関係などから解剖学的リスクを再確認する。動脈や他臓器の損傷を防ぎ、また、損傷を最小限とするために、静脈の深さに適した長さの穿刺針、細い穿刺針を使用することが望ましい。
【穿刺手技：ガイドワイヤー挿入手技】	
提言 5	ガイドワイヤーを標的静脈内に挿入後、超音波の短軸像と長軸像の両方の画像で静脈内にあることを確認する。その後、迷入の可能性がある静脈をイメージしながらゆっくり進め、抵抗があれば無理に進めず、内頸静脈穿刺では20 cm以上挿入しない。ガイドワイヤー抜去後は、遺残がないか確認する。
【穿刺手技：ダイレーター挿入手技】	
提言 6	ダイレーターは硬いため、血管を損傷させる危険がある。ダイレーター挿入時は過度な力を加えず、ガイドワイヤーに沿わせて滑らせるように進め、5 cm以内の挿入に留める。皮膚が硬い場合は、メスで小さく切開する。
【カテーテルの位置確認】	
提言 7	「カテーテル挿入時に抵抗があった」「逆流がない、あるいはスムーズに引けない」「X線正面像でカテーテルの位置異常が疑わしい」これら三つのうち一つでも認められた場合は、カテーテルの位置異常を疑い、X線側面像を撮影し、場合によってはCT検査、造影検査などでカテーテルの位置を確認する。
【動脈内誤留置や血管外留置への対応】	
提言 8	動脈内に誤留置したカテーテルの不用意な抜去は致死的な出血につながるため、即座に抜去しない。血管外留置となった場合でも血管損傷を伴っている可能性がある。動脈内誤留置、もしくは、血管外留置の場合は、CT検査あるいは造影検査を検討し、関係診療科と相談する。
【患者観察】	
提言 9	カテーテル挿入後の管理を行う医師・看護師は、カテーテル挿入時の情報を把握し、患者を観察する。カテーテルの使用直後から数日以内に①息苦しさ・SpO ₂ 低下・頻呼吸、②頻脈・血圧低下、③不穏症状を認めた場合は、カテーテルの血管外留置を疑い、まず輸液を中止し、精査する。カテーテルが挿入できなかった場合も、穿刺時に血管損傷している可能性を踏まえて観察する。
【空気塞栓症】	
提言 10	空気塞栓症は致死的合併症の一つであり、内頸静脈や鎖骨下静脈へのカテーテル挿入・抜去に伴い発生することがある。空気塞栓症を予防するため、カテーテル挿入・抜去手技は下肢挙上など静脈圧を上げる体位で行う。カテーテル抜去後は密封式のドレッシング材で被覆することが望ましい。
【恒常的な組織管理体制の整備】	
提言 11	医療機関の管理者は、中心静脈カテーテル挿入・抜去に関する組織管理を行う。責任部門（チーム）を明確にして①合併症を含めた実施状況の把握、有害事象発生時の対応、事例の検証、②安全性を重視した実施場所の確保・器材選定、③異常発生時の対応・連携を含めたマニュアルの整備、④教育体制の整備を検討する。
【血液浄化用カテーテル】	
提言 12	径が太い血液浄化用カテーテルでは、挿入時の血管損傷が重篤な出血となる。カテーテルが標的静脈内に留置されていない状態で体外循環を使用すると致死的合併症に直結するため、カテーテル挿入のリスクが高いと判断される場合は、より確実な確認ができる透視を併用し挿入することが望ましい。 ※以下は提言 5-10 と重複するが、血液浄化用カテーテルに関する内容をまとめて再掲した。
【穿刺手技】	
<ul style="list-style-type: none"> ガイドワイヤーが超音波の短軸像と長軸像の両方の画像で標的静脈内にあることを確認できなければ、ダイレーターは挿入しない（提言 5 参照）。 	
【カテーテルの位置確認】	
<ul style="list-style-type: none"> カテーテルの位置異常の可能性のある場合には、X線側面像を撮影し、場合によってはCT検査、造影検査などでカテーテルの位置を確認する。透視下に挿入した場合は、造影検査で正確な位置確認を行うことが望ましい（提言 7 参照）。 カテーテル挿入時に脱血・返血ルートから逆流を認めても、透析時に脱血できない場合は、そのルートは返血ルートには使用せず、より確実なカテーテルの位置確認を考慮する。 	
【抜去手技】	
<ul style="list-style-type: none"> 血液浄化用カテーテル留置では、径が太いため刺入部の瘻孔化が起きやすい。空気塞栓症予防のため、抜去手技は下肢挙上など静脈圧を上げる体位で行い、抜去部を密封式のドレッシング材で被覆することが望ましい（提言 10 参照）。 	

付録2 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



専門分析部会 部会員名簿

部会員氏名（敬称略）		所属
部会長	松本 守雄	公益社団法人 日本整形外科学会
部会員	東 浩太郎	一般社団法人 日本老年医学会
	稲葉 裕	公益社団法人 日本整形外科学会
	大森 司	一般社団法人 日本血液学会
	尾原 秀明	特定非営利活動法人 日本血管外科学会
	關山 裕詩	公益社団法人 日本麻酔科学会
	帖佐 悦男	公益社団法人 日本整形外科学会
	中村 美鈴	一般社団法人 日本クリティカルケア看護学会
	星野 恵	日本手術看護学会

センターのホームページに、提言第18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。

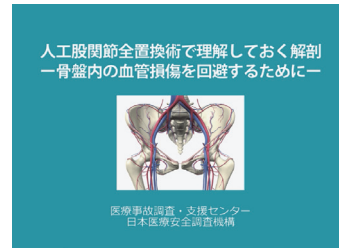


● 関連資料 学習会や研修などの際に、ご活用ください。

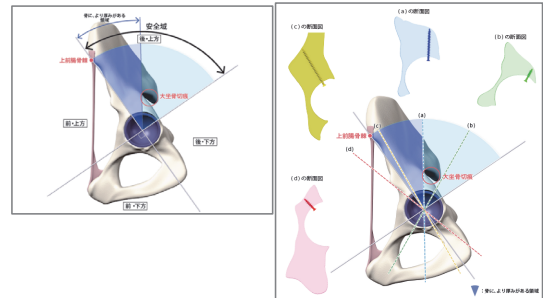
○ 提言の概要 ※部会長による解説付き動画



○ 人工股関節全置換術で理解しておく解剖 一骨盤内の血管損傷を回避するために ※解剖動画が回転します



○ 股関節手術における出血リスクの確認と術前準備のチェックリスト（参考例）



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（*一部抜粋して掲載）

<対象事例20例の特徴>

- ・低体重の事例は、14例（30kg台が5例、40kg台が9例）であった。
- ・ドリルやスクリューなどの手術操作による血管損傷を認めた（疑いを含む）事例は、9例であった。
- ・ショックインデックスを算出すると、全ての事例の経過の中で、「1」を超えていた。
- ・術後24時間以内の死亡事例は、15例であった。

【出血リスクの把握と術前準備】

提言 1 股関節手術では、骨折部位、再手術などの術式、血液凝固能の低下により出血量が増加しやすい。また、高齢、低体重、貧血、アルブミン低値であると出血に対する予備力が低く、ショックを来しやすい。術前にこれらのリスクを把握し、出血がショックに移行しないように、出血に備えた術前準備を講じる。

【術前に共有する輸血開始の目安】

提言 2 術式により予想される出血量、患者の体重から算出される循環血液量、院内の輸血用血液製剤の供給体制を勘案して、患者ごとに輸血の準備開始や投与開始の目安（出血量、ヘモグロビン値など）を設定する。術前のタイムアウトで、設定した目安と輸血準備量を共有する。

【目視困難な血管を損傷するリスク】

提言 3 ドリルやスクリューなどの回転する器具を挿入した際に、血管を損傷するリスクがある。回転する器具による血管損傷は、大腿骨接合術では大腿骨のスクリュー挿入部対側、人工股関節全置換術では寛骨臼の骨盤内側で生じることが多い。このため、出血を術野から目視で確認することが困難であると認識する。

【術中の循環血液量の評価】

提言 4 術中、輸液・輸血や昇圧薬投与を行っても、血圧低下や頻脈などが持続する場合は、目視が困難な出血が生じている可能性がある。ショックインデックスを確認し、「1」を超える場合は、出血性ショックが疑われるため、チーム全員で術中にタイムアウトを行い、循環血液量を評価し対応する。

【手術室から帰室する際の画像確認】

提言 5 術中の血圧低下や頻脈が手術を終了しても持続している時は、術中出血量が少なくても、大腿深動脈や骨盤内の血管を損傷している可能性がある。血圧低下などが持続する場合は、出血の有無を確認するため、手術室から帰室する際に、CT検査や超音波検査の実施を検討する。

【術後の出血性ショックへの迅速な対応】

提言 6 術後は、血圧低下や頻脈、尿量減少、頻呼吸などのショック徴候を観察し、ショックインデックスの上昇や出血量の増加、大腿部の腫脹、腰痛や腹痛があれば、出血性ショックを強く疑う。循環血液量を確保し、原因検索と治療を開始する。

専門分析部会・再発防止委員会／医療事故調査・支援センター 2023年9月

付録3 医療事故の再発防止に向けた提言 第15号

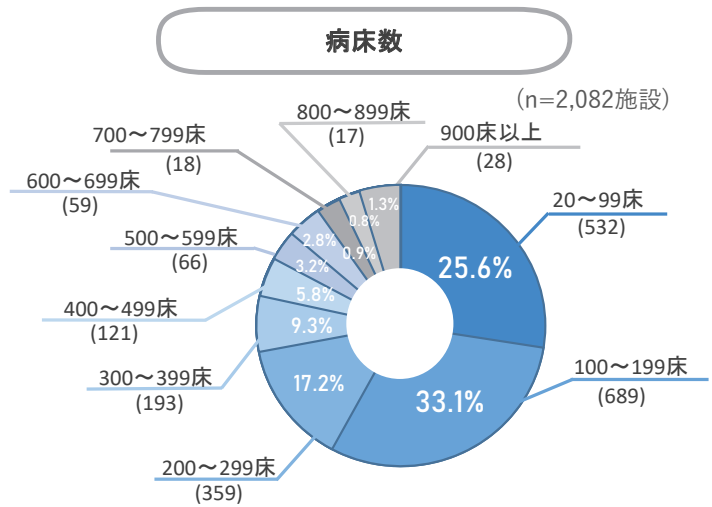
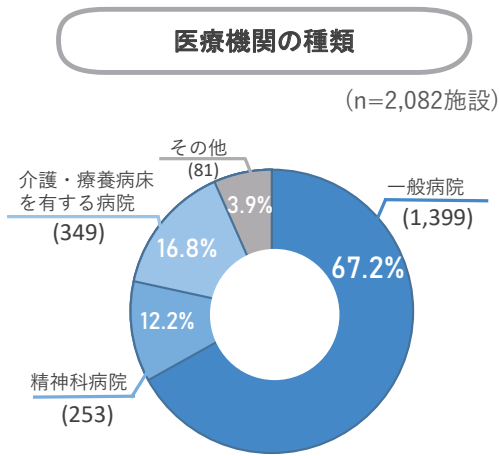
「薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」に関する
Webアンケート集計結果



提言第15号 Webアンケート実施概要

調査期間 2022年11月18日～2月17日
 調査対象 8,207施設
 回答数 2,082件
 回答率 25.4%

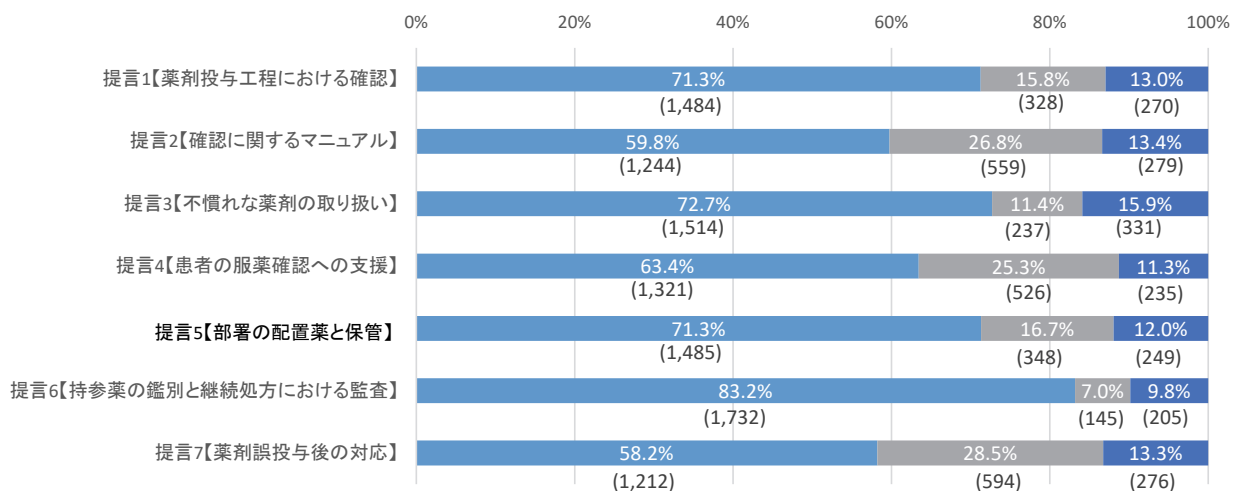
施設について



各提言の取り組み状況

■ 提言1～提言7の取り組み状況

(n=2,082施設)



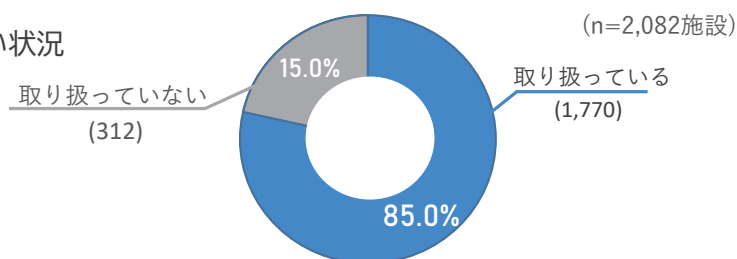
- 提言が公表される前から実施している
- 提言の実施は試みていない/試みた(試みている)が、課題があり実現に至っていない
- 提言をおおむね実現することができた

👉 実現に至っていない理由（一部抜粋）

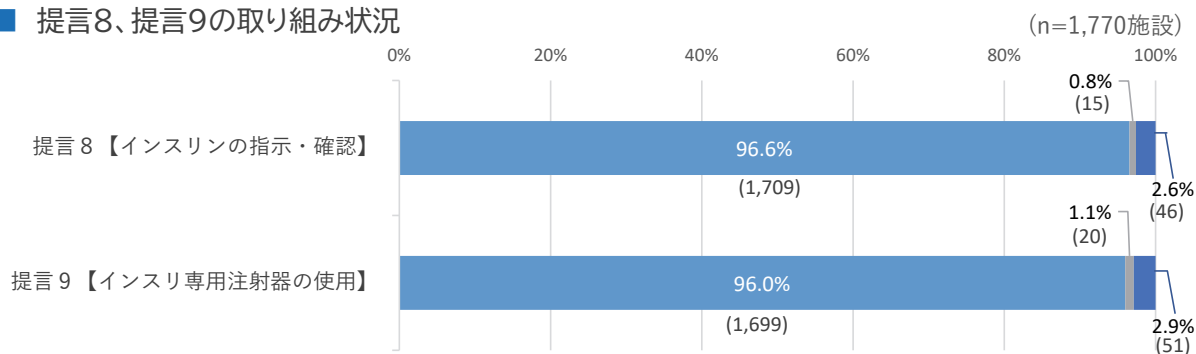
提言1	<ul style="list-style-type: none"> ● 薬剤師の人員不足のため取り組むことができない。 ● 妥当性チェックは、職員により能力差があり基準を定めることができない。 ● 照合型チェック時に、疾患によっては患者から名乗ってもらうことができず看護師による照合型のチェックになっている。
提言2	<ul style="list-style-type: none"> ● スタッフの入れ替わりが激しく手順が徹底できていない。 ● 医療安全に対して医師の意識が薄く、医師を含めた職種横断型のマニュアルの作成まで至っていない。
提言3	<ul style="list-style-type: none"> ● タイムリーに医薬品情報が入力できない。個人のスマートフォンを用いてインターネットから情報を得ている。 ● 薬剤科と看護師の連携がうまくいっていない。また、電子カルテシステムが活用されていない。 ● 薬剤情報は電子カルテで容易に調べることは可能だが、不慣れな薬剤であっても繁忙を理由に調べず実施し、インシデントの発生につながっている。
提言4	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者で認知機能の低下がある患者への支援が困難な場合が多い。 ● 薬剤部が業務負担を理由に患者説明や服薬情報の提供をしていない。
提言5	<ul style="list-style-type: none"> ● 薬剤師の人員不足により、病棟業務への参加が不十分である。 ● 配置薬の決定は主に医局と薬剤科で実施されており、医療安全管理部門には決定後に事後報告で通知されることが多いため、後手に回ってしまっている。
提言6	<ul style="list-style-type: none"> ● 全部署に薬剤師が配置されていないため、タイムリーに鑑別・鑑査はできない。 ● 薬剤師の人員不足により、タスクシフトが進まない。
提言7	<ul style="list-style-type: none"> ● 薬物相談窓口が整備されておらず、専門医師もいない。 ● 薬物中毒相談窓口、専門医師との連携は取れていない。 ● 薬剤師の存在で十分ではないか。

インスリンバイアル製剤に関する提言の取り組み状況

■ インスリンバイアル製剤の取り扱い状況

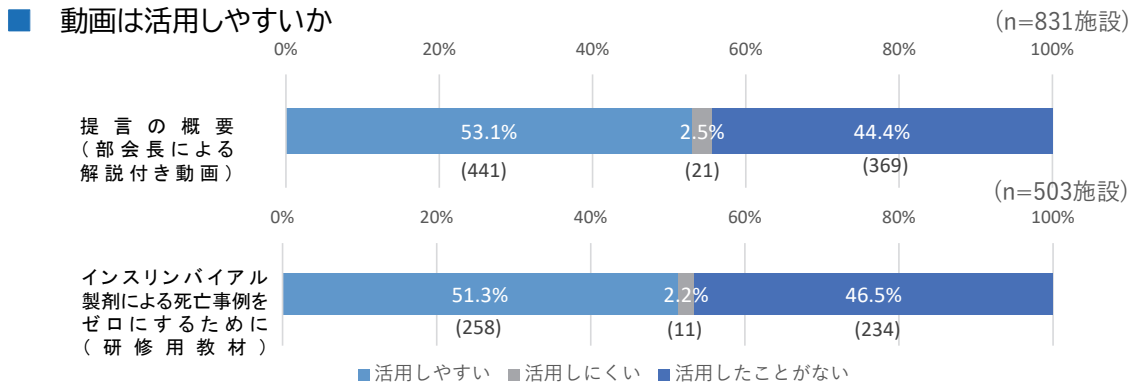
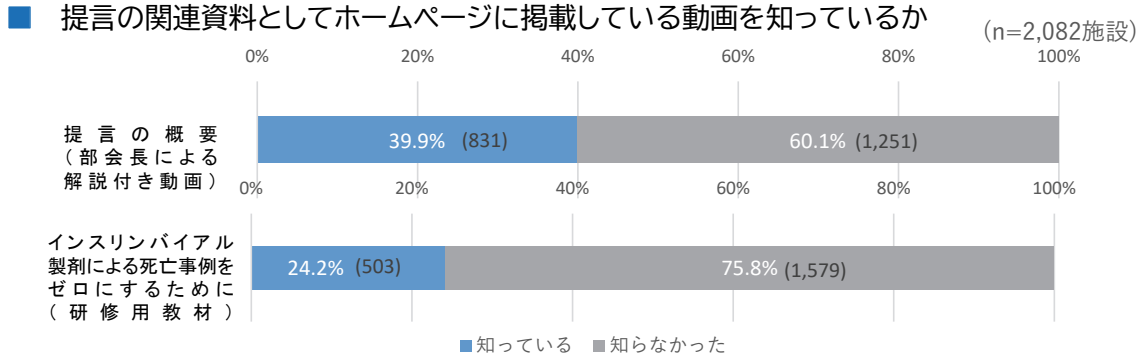


■ 提言8、提言9の取り組み状況

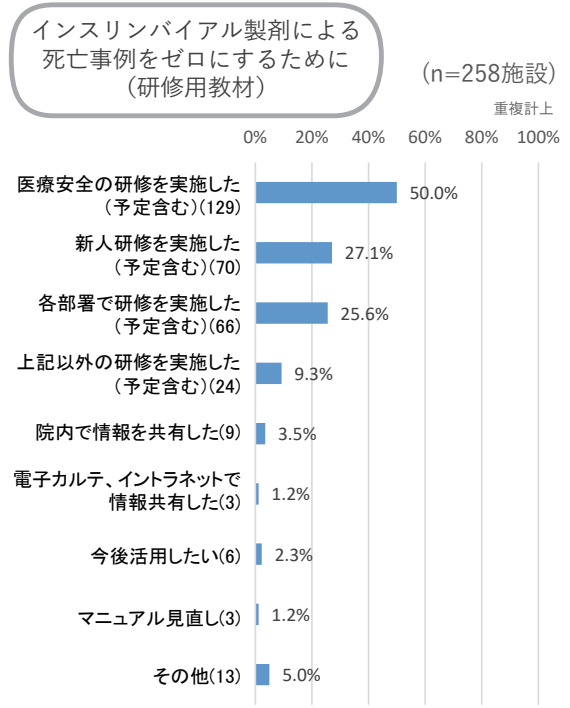
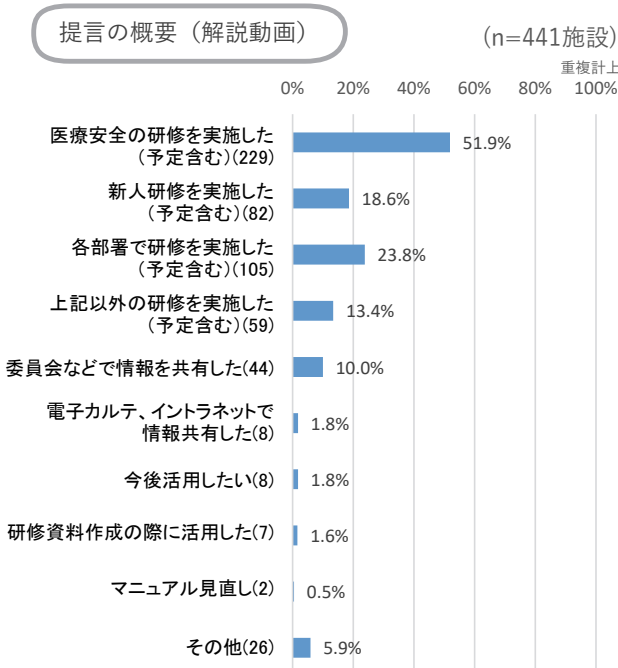


- 提言が公表される前から実施している
- 提言の実施は試みていない/試みた（試みている）が、課題があり実現に至っていない
- 提言をおおむね実現することができた

動画の活用状況

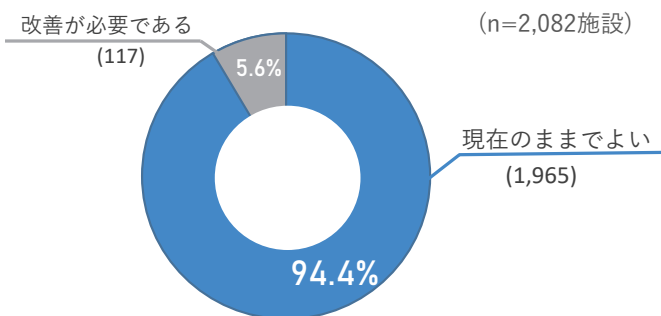


■ 動画の活用方法

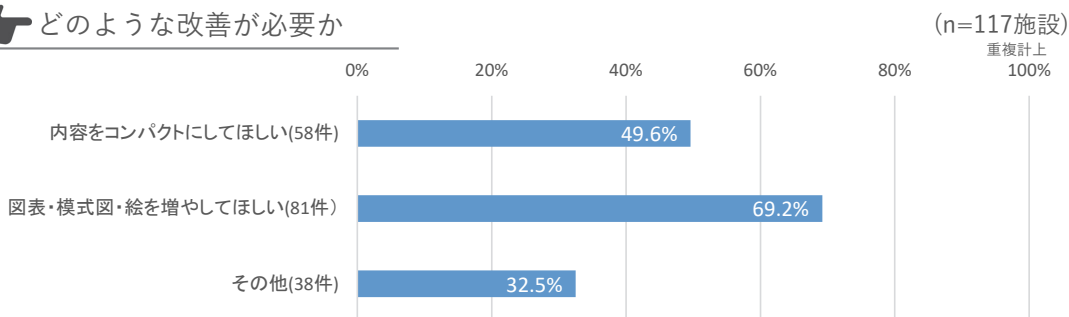


提言書について

■ 提言書の改善について



👉 どのような改善が必要か



📢 その他の主な内容

📖 提言書の工夫



- 回覧できるように冊子とは別にA4 1枚でまとめてほしい。
- 動画の二次元コードがあることを表紙などに明記するとスタッフも興味を示し、もっと活用促進につながると思う。
- スマホで見られるアプリなどを導入してほしい。

🎥 付録の工夫



- 啓発ポスターなど簡便に活用できる媒体を付録にしてほしい。
- 短時間でも良いので、研修で利用できる動画、漫画があれば良い。
- できるだけ動画あるいは音声入りのパワーポイント資料を作成してほしい。パワーポイント資料については、自施設に関する部分だけを切り取れると活用しやすい。

💬 提言書へのご意見

- 情報量が多すぎて読みづらい。
- もっと強制力のある記入にいただけると医療安全管理者が動きやすい。
- 提言書の内容から院内手順の見直しを行うようにしているが、医療従事者の裁量を制限したり義務付けたりするものではないと記載されているので、「当院では難しいから、これは義務ではないから」と院内ルールにできない場合が多く難渋している。
- 各医療機関の研修会で活用できるような資料、または掲示物として出せるものがあれば助かる。
- 一度公表された提言書に関して、更新情報などがあるとよい。

付録4

＜特定機能病院アンケート結果報告＞
特定機能病院における医療安全管理体制について

1 目的

2015年10月に医療事故調査制度が開始となり、2022年9月末で丸7年となった。本制度における「医療事故」の定義は、医療法において「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」とされており、その対象となるか否かの判断はそれぞれの医療機関に委ねられている。特に高度な医療等を提供する特定機能病院においては、医療事故調査制度において多々工夫されていることがあると推察される。そのため、それらの経験から示唆を受け、今後の医療事故調査の研修等の充実につなげる一助としたいと考え、本調査を行った。

2 調査対象

- ・特定機能病院：87施設

3 調査実施期間

- ・2022年7月1日～7月29日（期間外の回答も含む）

4 調査内容

- I. 病院管理者について
- II. 医療安全管理責任者について
- III. 全死亡退院事例のスクリーニングについて
- IV. 医療事故が疑われる死亡事例が発生した場合について
- V. 医療機関が設置した監査委員会について

5 調査方法

(1) 調査票による調査

- ・選択・自由記述式の調査票を用いる

6 調査結果

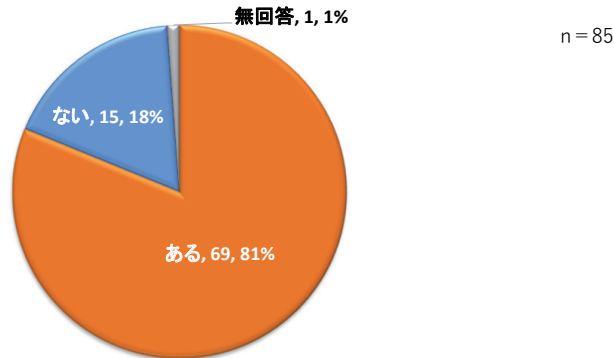
○調査票配布87施設のうち85施設からの回収を得た。回収率は約98%であった。

○まとめ

- ・病院管理者および医療安全管理責任者の医療事故調査制度に関する研修の受講率は、約半数であり（2019年度～2021年度の3年間）、受講していない理由としては、「情報が得にくい」、「就任したばかり」、「多忙」などであった。医療事故調査・支援センターが実施する主催研修と委託研修の実施にあたっての周知およびWebによる研修の充実など、さらに工夫が求められる。
- ・全死亡退院事例のスクリーニング体制では、担当者が定期的に実施する体制があり、「確認シート」を作成して活用するなど、各施設において工夫がなされていた。
- ・事故判断の判定を行う組織体（会議）に66%の施設で当該事例に関わった診療科の部長等が参加していた。その場合に診療科と事故判断についての意見が異なり、判断が難しいとする意見が、「最終判断にあたって難しかった点」として複数あった。院内において事故判断についての意見が異なった場合、第三者の立場から助言が可能である学会等の支援団体から支援を求めるなど、さらなる活用方法の模索が求められる。

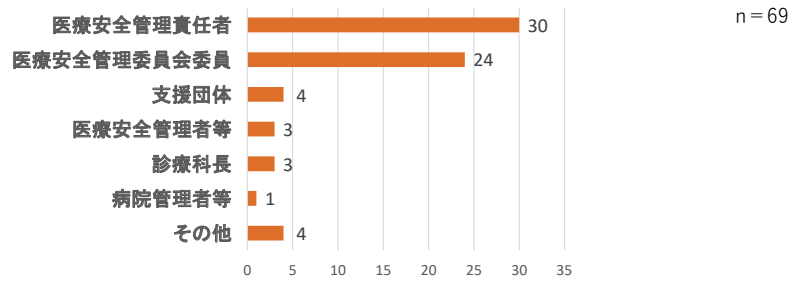
1. 病院管理者について

1-1. 病院管理者の職に就かれる前に、死亡事例における「医療事故の判断」に関わった経験の有無



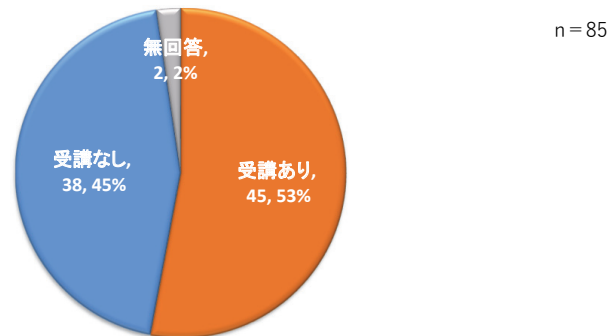
○病院管理者の81%が「事故判断」に関わった経験がある。

1-2. 1-1で事故の判断に関わったことがある場合、どういう立場で関わったか



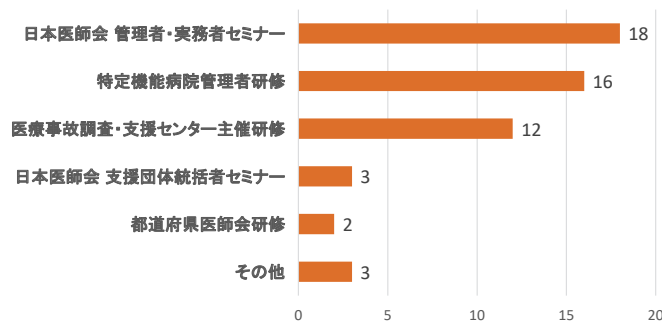
○事故判断に関わった経験がある病院管理者が事故判断に関わったときの立場は、主に医療安全管理責任者や医療安全管理委員会委員である。

1-3. 病院管理者の職に就かれて以降、「医療事故調査制度」に関する研修の受講の有無（2019年～2021年度）



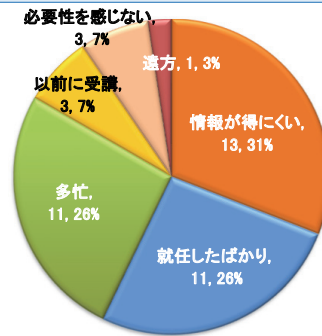
○病院管理者が「医療事故調査制度」に関する研修を受講したことがある割合は全体の53%である。

1-3-1. 病院管理者が研修に参加したことがある場合（講師として参加も含む）の研修の種類について（複数選択）



○病院管理者が「医療事故調査制度」に関する研修を受講した主なものは、日本医師会 管理者・実務者セミナーや特定機能病院管理者研修である。

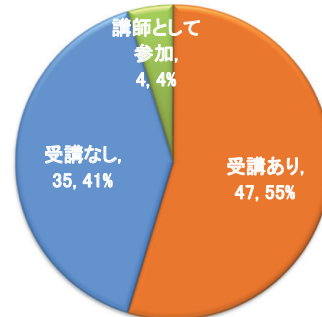
1-3-2. 病院管理者が研修に参加したことがない場合、その理由について（複数選択）



○病院管理者が研修を受講していない主な理由は、情報が得にくい、就任したばかり、多忙のためである。

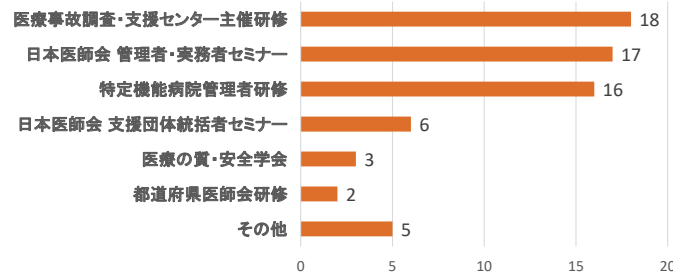
II. 医療安全管理責任者について

2-1. 医療安全管理責任者の職に就かれて以降、「医療事故調査制度」に関する研修の受講の有無（2019年～2021年度）（複数選択）



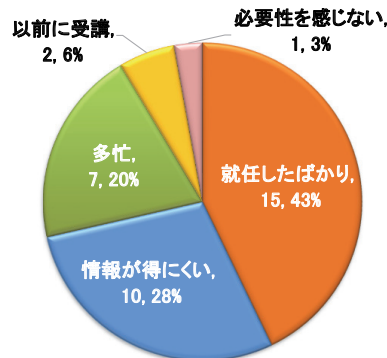
○医療安全管理責任者が「医療事故調査制度」に関する研修を受講した割合は全体の55%である。

2-1-1. 医療安全管理責任者が研修を受けたことがある場合（講師として参加も含む）、研修の種類について（複数選択）



○医療安全管理責任者が「医療事故調査制度」に関する研修を受講した主なものは、医療事故調査・支援センター主催研修や日本医師会 管理者・実務者セミナー、特定機能病院管理者研修である。

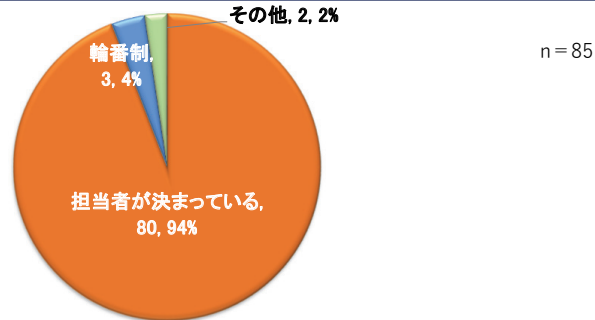
2-1-2. 医療安全管理責任者が研修を受けたことがない場合、その理由について（複数選択）



○医療安全管理責任者が研修を受講していない主な理由は、就任したばかり、情報が得にくい、多忙のため、である。

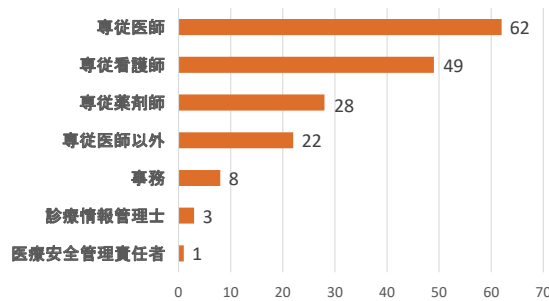
Ⅲ. 全死亡退院事例のスクリーニングについて

3-1. 医療安全管理部門でスクリーニングを実施する担当者は決まっているか



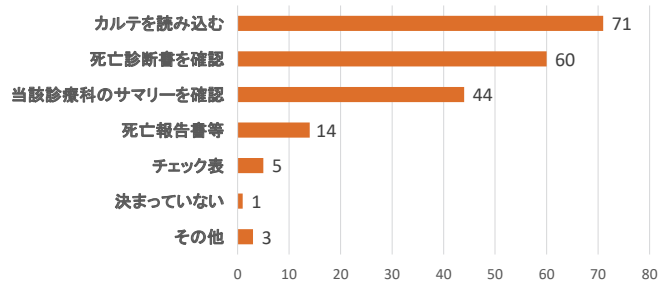
○医療安全管理部門におけるスクリーニングの実施では、全体の94%の施設で担当者が決まっている。

3-1-1. 医療安全管理部門でスクリーニングを実施する担当者が決まっている（固定）場合、スクリーニング実施者は誰か（複数選択）



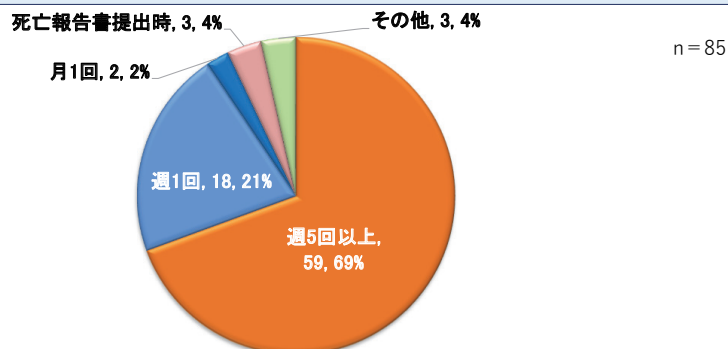
○医療安全管理部門におけるスクリーニングの実施者は、主に専従の医師、看護師、薬剤師であり、専従の医療安全担当者が中心に行っている。

3-1-2. スクリーニング担当者はどのように全死亡退院事例のスクリーニングを行っているか（複数選択）



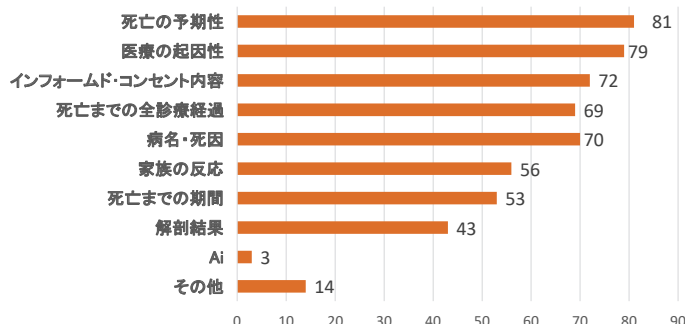
○スクリーニングの方法としては、主にカルテ、死亡診断書、サマリーの確認である。施設によっては、死亡報告書やチェック表などを自施設で作成して活用している。

3-1-3. 全死亡退院事例のスクリーニング実施頻度について



○スクリーニングは、全体の69%の施設で週5回以上行われており、週1回、月1回など定期的に行われている施設を合わせると9割以上の施設で実施されている。

3-2. 医療安全管理部門が、全死亡退院事例のスクリーニングを実施するにあたって、重視する項目について（複数選択）

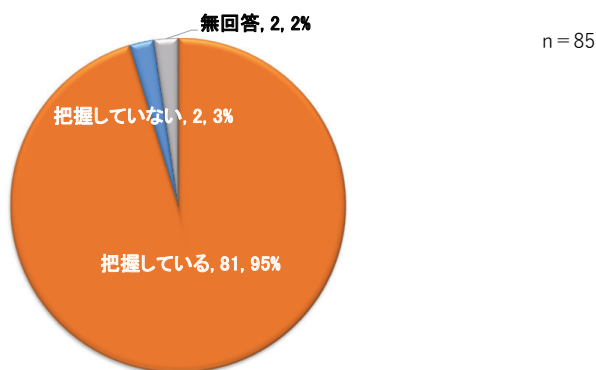


○スクリーニング時に重視する項目は、死亡の予期性、医療の起因性を中心にIC（インフォームド・コンセント）内容など多岐に亘っている。

3-3. 医療安全管理部門として、適切な全死亡退院事例のスクリーニングを実施するための工夫点について（主なもの）

- ・担当医師が施設独自の確認シート（医療の起因性と死亡の予期性を確認する用紙）を記入し、死亡診断書と一緒に医療安全管理部門に提出している。
- ・主治医もしくは担当医師が報告書を作成し、医療安全管理部門が記載およびカルテレビューを終えた後に、病院から退院できる仕組みとしている。
- ・患者死亡時の報告フローを作成し、医療安全推進室へ24時間以内に死亡報告書の提出を求めている。
- ・死亡退院と入力された入院患者は、死亡報告一覧へ反映されるようにシステム上で連携している。

4-1. 医療安全管理委員会の全死亡退院事例の確認状況の把握について



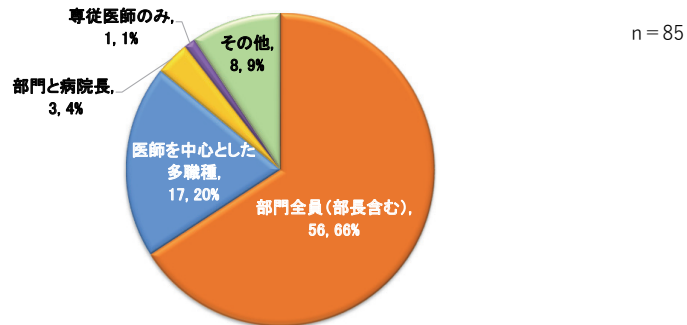
○全死亡退院事例の確認状況について医療安全管理委員会が把握している施設は全体の95%である。なお、「把握していない」と回答した施設についても、別会議体に全死亡事例の報告を行っているとは別途回答があった。

5-1. 医療事故を見落とさないために、死亡事例が発生した際の現場からの報告（基準や方法）についての工夫点について（主なもの）

- ・死亡全症例を電子カルテで把握している。そのうち、担当医から医療安全管理部門へ報告されていない症例については、医療安全管理部から当該医師へ報告するように依頼している。
- ・死亡診断書（または、死体検案書）のフォーマットを開いた際、まず「医療に起因する死亡、予期しない死亡」をチェックする必要があり、両方が「はい」の場合は医療安全管理部に連絡している。
- ・主治医が定型の死亡報告書を作成し、医療安全管理部門または管理当直が主治医にヒアリングする。その結果、問題がないと確認されるまでは遺体の搬出はできないこととしている。
- ・入院時病名と死亡診断書病名が異なる事例を確認している。

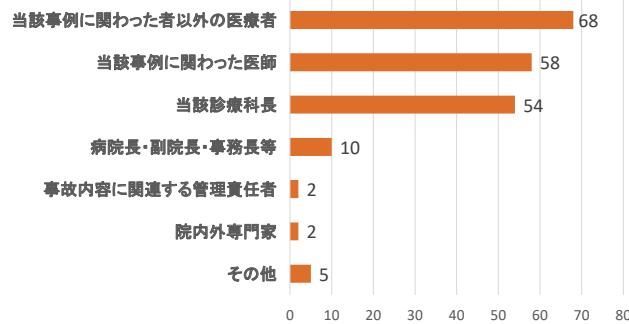
IV. 医療事故が疑われる死亡事例が発生した場合について

6-1. 医療事故が疑われる死亡事例が報告された際の医療安全管理部門内における検討体制について



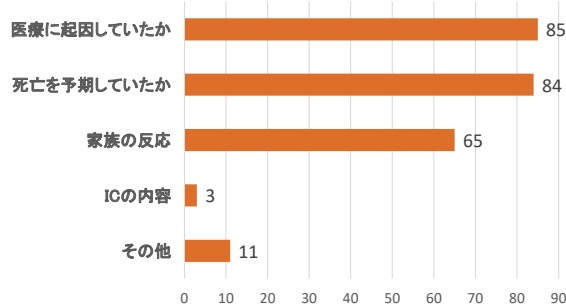
○医療事故が疑われる死亡事例が報告された際の医療安全管理部門内における検討は、全体の66%の施設では部門全員で行われている。複数人数および多職種で検討されている。

6-2. 死亡事例ごとの検討において、医療安全管理部門のメンバー以外は誰が参加するか（複数選択）



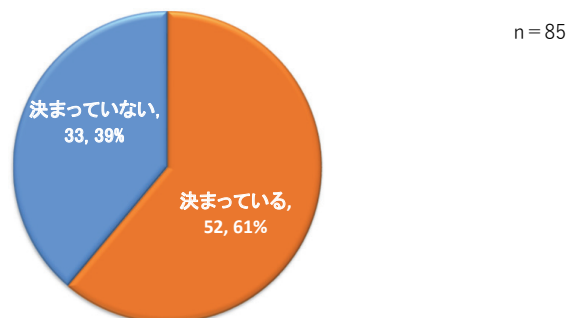
○医療事故が疑われる死亡事例が報告された際の医療安全管理部門以外の参加メンバーとしては、当該事例に関わっていない当該事例の内容に関連する領域の医療者が多い。その一方で、当該事例に関わった医師や診療科長が参加している施設も多い。ただし、この回答については、判断に関する会議の参加として回答されているかどうかは明らかでない。

6-3. 医療事故が疑われる死亡事例が報告された際に、医療安全管理部門内において検討する項目について（複数選択）



○医療安全管理部門内において検討する項目は、主に医療の起因性、死亡の予期性、家族の反応であった。

6-4. 医療安全管理部門が医療事故は否定できないと考え、判定を行う会議へ報告を要すると判断する基準の有無

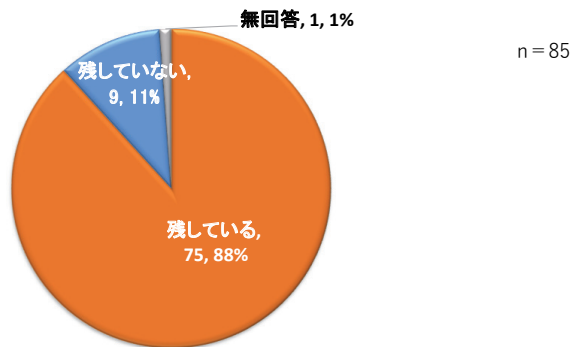


○医療安全管理部門から判定会議へ報告する基準は、全体の61%の施設で決まっている。

6-4-1. 医療安全管理部門が医療事故は否定できないと考え、判定を行う会議へ報告を要すると判断する具体的な基準（主なもの）

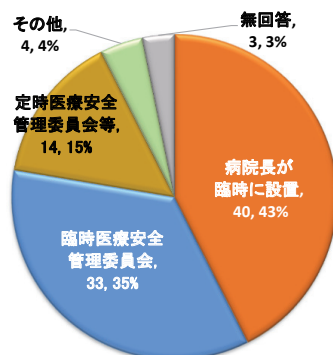
- ・ 医療の起因性
- ・ 死亡の予期性（カルテの記載および同意書等の確認）
- ・ 死亡原因が現病、または併存症・続発症の進行や悪化で説明できない場合
- ・ 院内で定めているフロー図に則る
- ・ 家族の強い不満
- ・ 診療科と意見が分かれる場合
- ・ 死因究明を要すると判断した場合

6-5. 医療事故が疑われる死亡事例の報告がされた際の医療安全管理部門における検討内容の記録の有無



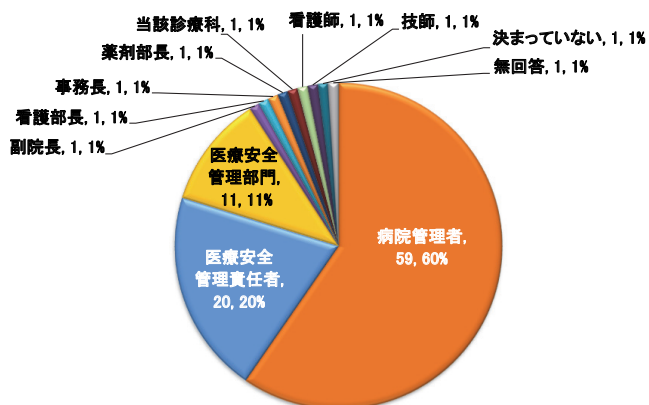
○医療安全管理部門における検討内容の記録は全体の88%の施設が残しており、11%は記録を残していない。

7-1. 医療安全管理部門から報告を受け、医療事故の判定を行う組織体について（複数選択）



○医療事故の報告対象か否かの判定を行う組織体は、主に病院長が臨時に招集する組織体、臨時医療安全管理委員会である。

7-2. 医療事故の報告対象か否かの判定を行う組織体を招集する人について（複数選択）

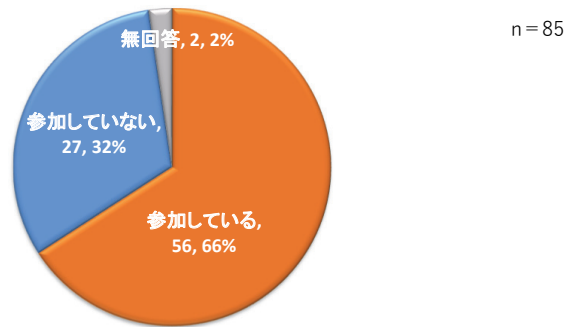


○医療事故の報告対象か否かの判定を行う組織体の招集は、全体の80%の施設で病院管理者、医療安全管理責任者が行っている。

7-2-1. 医療事故の報告対象か否かの判定を行う組織体を招集するにあたっての主な基準（主なもの）

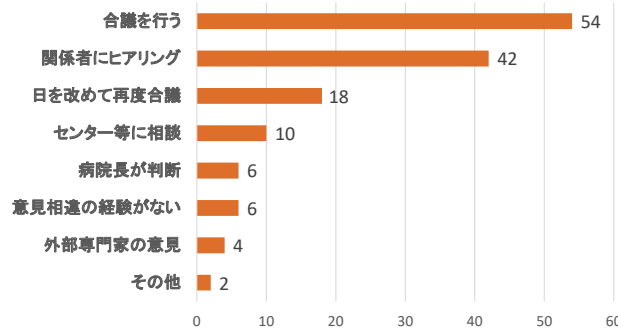
- ・ 病院長の判断
- ・ 医療安全管理責任者の判断
- ・ 医療の起因性
- ・ 死亡の予期性（事前に患者家族に説明していると認められない場合）
- ・ 既存の医療安全管理委員会の規程に準ずる
- ・ 院内で定めているフロー図に則る

7-3. 医療事故の報告対象か否かの判定を行う組織体（会議）に、当該事例に関わった医療者や部門長などの参加の有無



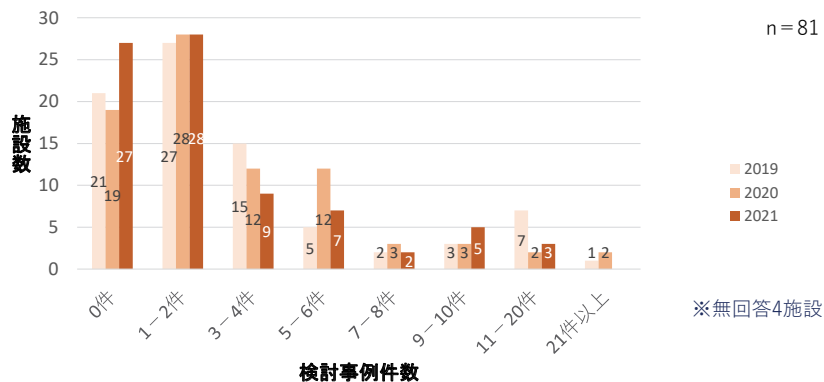
○医療事故の報告対象か否かの判定会議への当該診療科の医療者の参加は、全体の66%の施設で行われている。

7-4. 医療事故の報告対象か否かの判定を行う組織と当該事例に関わった医療者の意見に相違があった場合の対応について（複数選択）



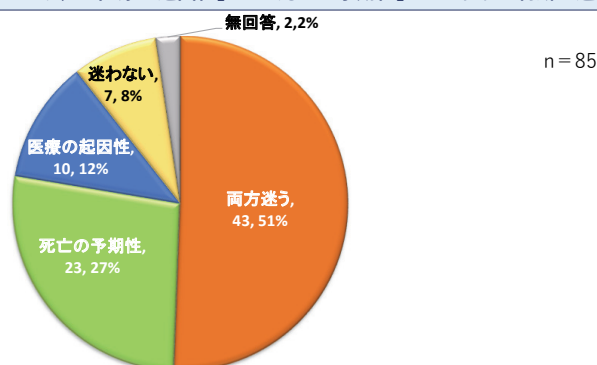
○医療事故の報告対象か否かの判定会議と当該事例の関係者の意見に相違があった場合の主な対応は、合議の実施、関係者へのヒアリングである。

8-1. 判定会議における医療事故調査制度の報告対象か否かの検討事例件数（2019年度～2021年度）



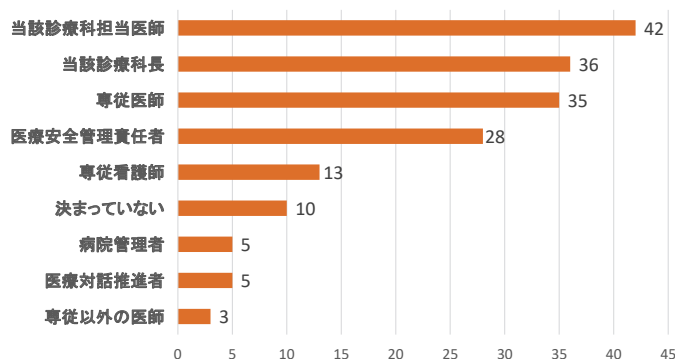
○検討事例件数は年間0～2件が多いが、医療事故調査・支援センターへの事故報告件数から見て、事例によっては必ずしも「判定会議」という組織体（会議）で検討が行われていない場合もあると推測される。

8-1-1. 医療事故調査制度の報告対象か否かの検討にあたり、「医療の起因性」と「死亡の予期性」のどちらの判断に迷うか



○医療事故の報告対象か否かの検討では、「医療の起因性」と「死亡の予期性」両方に迷う施設が全体の51%である。次いで、死亡の予期性、医療の起因性であり、迷わない施設は8%である。

9-1-1. 遺族に医療事故調査制度における事故報告（発生時）の説明を行うのは誰か（複数選択）



○遺族への医療事故調査制度における事故報告（発生時）の説明実施者は、主に当該診療科担当医師、当該診療科長、医療安全管理部門の専従医師、医療安全管理責任者である。

9-1-2. 医療事故調査制度における事故報告時（発生時）の遺族対応の工夫点について（主なもの）

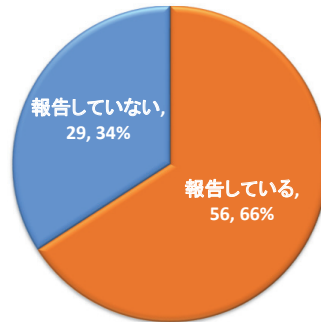
- ・自施設において医療対話推進者にあたる患者対応業務を専門とする事務スタッフを中心に、医療安全管理部門と協力して対応している。
- ・遺族の要望によって、対応者を選択している。
- ・遺族の状況により、当該診療科は立ち会わないことにしている。
- ・日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）が作成しているリーフレットを用いて、できるだけわかりやすく説明している。

10. 病院管理者が医療事故調査制度の対象か否かの最終判断にあたって、難しかった点や困った点などについて（主なもの）

- ・事故の判断について診療科との意見が異なる場合
- ・事故の判断について遺族と意見が異なる場合
- ・医療の起因性と病状の進行の境界が不明瞭な場合
- ・死亡の予期性の判断をするにあたってICの記録が十分でない場合

V. 医療機関が設置した監査委員会について

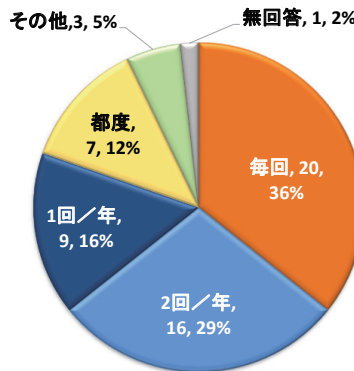
11-1. 医療事故調査制度における事故報告について、医療機関が設置した監査委員会に報告しているか



n = 85

○監査委員会への医療事故調査制度における事故報告は、全体の66%の施設が行っている。34%の施設は監査委員会に事故報告を行っていない。

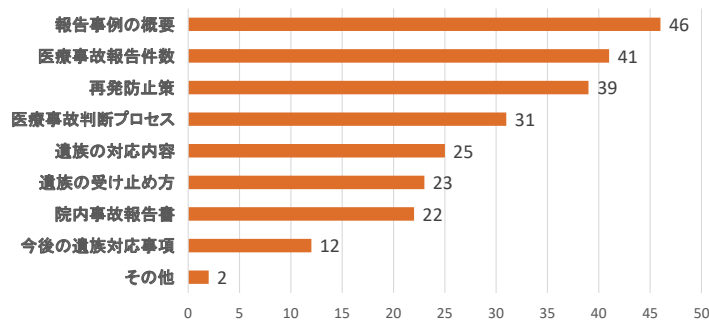
11-1-1. 医療事故調査制度における事故事例について監査委員会に報告している場合、その頻度について



n = 56

○監査委員会へ医療事故調査制度における事故報告を行っている施設での報告頻度は、全体の36%の施設が毎回、29%の施設が年2回であった。

11-1-2. 医療機関が設置した監査委員会に報告している場合、その報告項目について（複数選択）



○監査委員会への主な報告項目は、事例の概要、事故報告件数、再発防止策などであった。

医療事故調査・支援センター 2023 年 年報

2024 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。

