

医療安全支援センターにおける業務の評価及び質の向上に関する研究

一 医療事故情報収集等事業の成果の活用及び

医療事故調査制度の現状を踏まえた窓口における説明能力の向上 一

研究分担者 後 信 九州大学病院 医療安全管理部 教授

研究要旨

平成26年度に主任研究者によって、医療安全支援センターの業務内容が詳細に明らかにされた。そこで、センターの情報提供機能に関し、既存の医療安全に関する制度や事業の成果の活用について考察することが可能になった。今年度は、平成27年度に引き続き、①医療法施行規則に基づいて（公財）日本医療機能評価機構において運営されている医療事故情報収集等事業の成果のセンター業務における活用に関する検討、②平成27年10月に施行された後、平成27年6月に見直しが行われて、センターがその仕組みの一部として機能することとなった医療事故調査制度についてセンターの役割に関する検討及び、③医療事故調査制度開始後1年を経過して公表された運営状況に関するデータの分析によりセンター業務に有用な情報還元を試みた。医療事故収集等事業については、医療安全支援センターの相談窓口としての機能において、相談者等が経験した事例を再発防止のために活用して欲しいという希望が含まれている場合に同制度の内容を紹介することや、関心のある医療機関の事業への参加状況を調べて情報提供することができる等、制度開始後10年以上安定して成果を提供している制度として相談者に情報提供することが出来ると考えられた。医療事故調査制度に関しては、医療事故の解釈が医療者、支援団体、相談者のいずれも十分理解できていない現状があること、報告範囲の解釈に幅がある現状があり見直しによって標準化を図ることとされたが具体的な工程は示されていないこと、原因を明らかにするための調査報告書の作成にあたり原因と再発防止に関する定まった形式がないこと、遺族説明の方法は遺族が希望する方法で説明するよう努めるものの、医療機関の判断によることから、相談者にそのような制度内容を正確に説明することや、相談者の意見を医療機関に紹介する際の慎重さが必要と考えられた。

A 研究目的

医療安全支援センターの職員が、現在担っている機能（基本業務）や、将来担うことを期待される機能に対応できる能力（発展業務）を身に着けることに資する、現行の医療安全に関するいくつかの事業の成果の活用例の考察に加え、平成27年10月に施行された医療事故調査制度が平成28年度6月に見直しされ、医療安全支援センターの業務がその相談対応の仕組みの一部として位置づけられたことから、開始後1年を経た同制度の現状について理解しておくべき内容についても併せて示すことを目的とする。

B 研究方法

（倫理面への配慮）

（公財）日本医療機能評価機構において運営されている医療事故情報収集等事業及び（一社）日本医療安全調査機構が運営しているいわゆる医療事故調査制度における医療事故調査・支援センターの仕組みや成果を調査し、その結果と、主任研究者が平成

26年度に調査した医療安全支援センターの機能に関する調査結果から、医療安全支援センターの能力向上に資する既存の制度、事業の成果や活用例を考察する。

C 研究結果

1. 医療安全支援センターの事業

平成26年度の本研究によって、医療安全支援センターの機能について最新の知見が集積されつつある。具体的には次の機能を担っていることが明らかになった。

1) 基本業務

職員の資質の向上

相談に対応する窓口の業務

センターの公示、周知

医療機関・地域における連携

2) 発展業務

医療安全推進協議会・関連団体との連絡調整

相談事例の集計・分析

他のセンターとの協力

医療機関への医療安全施策の普及・啓発
市民への情報提供

研究分担者が所属している（公財）日本医療機能評価機構では、医療事故情報収集等事業、産科医療補償制度、病院機能評価事業等、医療の質・安全の向上に資する様々な事業を運営している。また、平成27年10月には、（一社）日本医療安全調査機構を医療法に定める医療事故調査・支援センターとして医療事故調査制度が施行された。評価機構は医療事故調査制度において、医療法に定める医療事故調査支援団体として告示されているとともに、その具体的な支援内容として、医療機関等において制度の説明を行っている。平成27年度の研究報告書において、その説明の実績に基づく研究結果や考察を述べたが、平成28年度においても、引き続き行政機関や医療関係団体等の求めに応じて同様な説明を継続しており、同制度への関心が高いものと考えられた。説明の際の質疑応答において、同制度に対する期待の一方で、医療現場や患者における理解が不十分な点が平成27年度の研究に引き続き28年度においても継続して存在しており、ほぼ制度開始時と同じ状況であると考えられた。研究分担者は、平成27年から医療事故調査制度において、運営委員会、再発防止委員会及び、医療事故の該当性に関する相談事例について合議を行う委員を務めており、平成28年度には合議を担当している委員が制度開始後の実績を踏まえ、医療機関が法に定める医療事故の該当性の判断に迷う場合に医療事故調査・支援センターに提出する資料において合議に必要であるが不足しがちな情報や、医療機関に対する合議結果の回答の方法等を検討する会議にも出席し議論した経験を積んだ。さらに、研究分担者は、所属している医療機関において、特定機能病院の指定要件の見直しの中で、平成28年9月以降に、従来のインシデントレポートシステムで報告される死亡事例の他に院内で発生した死亡及び死産事例を研究分担者が所属する医療安全管理部に報告する仕組みを構築し、多数の個別死亡事例について医療事故調査制度における医療事故の該当性を検討し、その施設における手順を確立してきた。また、制度開始後、医療事故調査制度における院内事故調査を経験した。また、平成28年度には、制度開始後1年を経過したことから、医療事故調査・支援センターが、制度の運用状況に関する基本的なデータを公表した。これらの経験やデータを通じて、制度の現状及び現時点での課題を、平成28年度の本研究の内容よりも、一層詳細に把握することができた。

比較的小規模で、長く運営され、成果の内容も周

知が進んでいる医療事故情報収集等事業と比較して医療事故調査制度は、制度開始時に大きな話題を集め、大規模に設計された一方で、運用開始後1年あまりを経た現時点では、目的とされる医療事故の再発防止の成果は作成されておらず、運営組織が公表する報告件数は制度準備期に国から示された試算を大きく下回っているとともに、運営組織も報告件数が想定よりも少ないという認識を示し、解剖やAi、調査のための資料作成や報告書の作成を支援する体制が十分ではない現状があるなど、いまだ制度開始時に想定されていた課題を多く抱えたまま運営されている。

いずれの事業、制度も、医療安全支援センターの1)基本業務のうち、(1)職員の資質の向上、(2)相談に対応する窓口の業務や、2)発展業務のうち、(1)医療安全推進協議会・関連団体との連絡調整、(2)相談事例の集計・分析、(3)医療機関への医療安全施策の普及・啓発、(4)市民への情報提供等、多くの業務に関わる事業及び制度であることから、その内容、センター業務にける応用例を学ぶことに大きな意義がある。

相談業務において、市民から、本人や家族、知人が受けた医療の結果が思わしくなかった場合に、「医療機関に説明を求めたい。」「何が起きたのか真実を知りたい。」「経験したことを再発防止のために活用して欲しい。」といった相談が寄せられた場合には、医療安全支援センターがこれらの制度の概要や成果を説明することが出来ることは、住民の相談ニーズに応えることに資する。また、頻繁になされる「受けた医療の結果が思わしくなくて不満がある」といった相談に対しても、それらの制度が公表している技術的分析や具体事例の提示に学ぶことによって、その結果が通常は医療においてありえないことなのか、或いはありうることなのか、具体的に説明することが出来れば、同様に地域において有効であろう。医療事故調査制度に関し、平成28年6月には、医療法の附則に定められた医療事故調査制度の見直しが行われた。その内容には、医療事故調査・支援センターが遺族等からの相談に対応する対応の改善を図るため、相談があった場合、医療事故調査・支援センターは医療安全支援センターを紹介するほか、遺族等からの求めに応じて、相談の内容等を医療機関に伝達することが明確化された。この見直しにより、医療安全支援センターは、平成27年度の本研究時点よりも一層、医療事故調査制度において、制度の構造や運用の現状に関する理解を深めることや、また、制度の仕組みの一部として地域において機能することが求められることとなった。

そこで、それらの事業、制度の運営の経験や、医療事故調査制度における支援団体としての支援の実績や知見、また、医療機関の医療安全部として制度に対応してきた実績を踏まえ、先述した医療安全支援センターの業務に関し、現状において、また将来に活用できる可能性がある内容や留意点を示し、考察を加える。

2. 医療事故情報収集等事業

1) 事業の概要

(1) 事業の根拠

平成16年10月1日付で医療法施行規則の一部改正が行われ、特定機能病院等に対して医療事故の報告が義務付けられたことを受け、当機構が厚生労働大臣の登録を受け、法令に基づく医療事故情報の事故等分析事業を行う登録分析機関となった。そして、平成21年、26年の2回、5年が経過する毎に、機構は医療法施行規則第十二条の五に基づき事故等分析事業を行う登録分析機関として登録更新を行っている。

(2) 事業の概要 (図1)

医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を事業参加医療機関から収集して、集計、分析した結果を医療機関だけでなく、広く社会に提供している。医療事故情報は、ア) 報告義務医療機関及び、イ) 任意参加の医療機関である参加登録申請医療機関、より報告される。ヒヤリ・ハット事例は全て任意参加の医療機関である。事例の分析にあたり詳細な情報が必要と判断された事例については、追加的な情報収集のため医療機関に対し、書面による情報提供の依頼や、訪問調査を行うことがある。これらは全て任意の調査であるが、情報は匿名化して取り扱われるため、実際には、最近では全ての医療機関のご協力が得られている。

収集した事例の集計・分析を行い、定期的な報告書や年報、医療安全情報、事例データベース、医療事故の分析手法を学ぶ研修会などの成果を創出している。事業の内容を社会に十分理解していただくことや透明性を確保するため、報告書や年報を作成し、参加医療機関に送付して公表する際には毎回記者会見を行っており、集計結果の説明や、薬剤の事故や医療機器の事故などのテーマ分析の結果の解説などを行うことにより、報道関係の方々にも適切な理解と報道をしていただけるように努めている。本事業は、WHOをはじめとした国際機関、団体の関心が高まっており、平成28年度には、WHOの会議や国際学会において事業の成果を説明した。

3. 医療事故情報調査制度

(1) 制度創設の根拠

平成25年6月18日付で改正後の医療法が交付された。改正内容には、第三章 医療の安全の確保 第一節 医療の安全の確保のための措置 第六条の九～第六条の十一に、医療事故の報告、調査、遺族説明、調査結果のセンターへの報告等の規定及び、第二節 医療事故調査・支援センター 第六条の十五～第六条の二十七に、医療事故調査・支援センターの役割等に関する規定の新設が含まれた。このことにより、医療事故調査制度が創設された。そして、法第六条の十五第一項に定める医療事故調査・支援センターには、平成27年8月に(一社)日本医療安全調査機構が指定され公示された。平成27年10月1日には法が施行され、医療事故調査制度が開始された。

(2) 制度の概要 (図2)

医療事故調査制度における医療事故とは、法第六条の十において、「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、又起因すると疑われる死亡または死産であつて、当該管理者が当該死亡また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。」とされている。当該事例が発生した場合は、医療機関は医療事故調査・支援センターに報告し、次に法第六条の十一「病院等の管理者は、医療事故が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、速やかにその原因を明らかにするために必要な調査を行わなければならない。」の定めに従い院内調査を行う。調査結果は、法第六条の十一の4「病院等の管理者は、医療事故調査を終了したときは、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、その結果を第六条の十五第一項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。」及び5「病院等の管理者は、前項の規定による報告をするに当たっては、あらかじめ、遺族に対し、厚生労働令で定める事項を説明しなければならない。」の定めに従い、遺族説明及びセンターへの報告を行う。センターは、法第六条の十六「医療事故調査・支援センターは、次に掲げる業務を行うものとする。一 第六条の十一第四項の規定による報告により収集した情報の整理及び分析を行うこと。二 第六条の十一第四項の規定による報告をした病院等の管理者に対し、前号の情報の整理及び分析の結果の報告を行うこと。三 次条第一項の調査を行うとともに、その結果を同項の管理者及び遺族に報告すること。四 医療事故調査に従事する者に対し医療事故調査に係る知識及び技能に関する研修を行うこと。五 医療事故調査の実施に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び支援を行うこと。六 医療事故の再発

の防止に関する普及啓発を行うこと。七 前各号に掲げるもののほか、医療の安全の確保を図るために必要な業務を行うこと。」の定めに従って、報告された情報の整理、分析を行い、再発防止の知識を作成して普及啓発することとなる。具体的には、通知やその別添において、報告された院内事故調査結果の整理・分析、医療機関への分析結果の報告に関し、「○ 報告された事例の匿名化・一般化を行い、データベース化、類型化するなどして類似事例を集積し、共通点・類似点を調べ、傾向や優先順位を勘案する。○ 個別事例についての報告ではなく、集積した情報に対する分析に基づき、一般化・普遍化した報告をすること。○ 医療機関の体制・規模等に配慮した再発防止策の検討を行うこと。」と示され、センターが行う普及啓発に関しては、「○ 集積した情報に基づき、個別事例ではなく全体として得られた知見を繰り返し情報提供する。○ 誤薬が多い医薬品の商品名や表示の変更など、関係業界に対しての働きかけも行う。○ 再発防止策がどの程度医療機関に浸透し、適合しているか調査を行う。」と示されている。

(3) 制度の見直し

医療事故調査制度の創設の根拠となった医療法改正する「域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）」により、医療法の附則において、医療事故調査制度の見直し内容と見直し時期とが「(検討) 第二条 政府は、この法律の公布後必要に応じ、地域における病床の機能の分化及び連携の推進の状況等を勘案し、更なる病床の機能の分化及び連携の推進の方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

2 政府は、第四条の規定（前条第五号に掲げる改正規定に限る。）による改正後の医療法（以下「第五号新医療法」という。）第六条の十一第一項に規定する医療事故調査（以下この項において「医療事故調査」という。）の実施状況等を勘案し、医師法（昭和二十三年法律第二百一十号）第二十一条の規定による届出及び第五号新医療法第六条の十五第一項の医療事故調査・支援センター（以下この項において「医療事故調査・支援センター」という。）への第五号新医療法第六条の十第一項の規定による医療事故の報告、医療事故調査及び医療事故調査・支援センターの在り方を見直すこと等について検討を加え、その結果に基づき、この法律の公布後二年以内に法制上の措置その他の必要な措置を講ずるものとする。」と規定された。本法律は、平成26年6月25日付けで公布されたことから、二年以内の見直しが平成28年6月に行われ、必要な省令改正が行われ、施行通知が発出された。

見直しの内容は、与党である自由民主党が「医療事故調査制度の見直し等に関するワーキングチーム」

(WT、後藤茂之座長)において議論したが、厚生労働省では見直しのための検討会は開催されなかった。そして平成28年6月9日に開催された、厚生労働省の社会保障審議会医療部会の議事次第の中で、自民党のワーキングチームが検討した医療事故調査制度の見直し内容が、「医療事故調査制度の施行後の状況と運用面での改善措置について(報告)」として、審議事項ではなく報告事項として初めて同会議に説明された。これにより同省は、審議会の審議を経ずに医療事故調査制度の見直しを行った。同日の会議の資料では、先述した自民党のワーキングチームの最終取りまとめと同一であり、見直し内容は次の5点にまとめられた。「①地域や医療事故調査等支援団体(支援団体)間における、医療事故に該当するかの判断や院内調査の方法等の標準化を進めるため、支援団体や医療事故調査・支援センターが情報や意見交換する場として、支援団体等連絡協議会(仮称)を制度的に位置付け、中央レベルと地方レベルで連携を図ることとする。②医療事故による死亡事例について適切に院内調査を実施するため、医療機関の管理者は、院内での死亡事例を遺漏なく把握できる体制を確保しなければならないことを明確化する。③遺族等からの相談に対応する対応の改善を図るため、また、当該事例は医療機関が行う院内調査等の重要な資料となることから、医療事故調査・支援センターは、遺族等からの相談があった場合、医療安全支援センターを紹介するほか、遺族等からの求めに応じて、相談の内容等を医療機関に伝達することを明確化する。④院内調査の改善・充実を図るため、支援団体や医療機関に対する研修の充実、優良事例の共有を行う。⑤院内調査報告書の分析等に基づく再発防止策の検討に資するため、医療機関の同意を得て、必要に応じて、医療事故調査・支援センターから院内調査報告書の内容に関する確認・照会等を行うことを明確化する。」。

(4) 制度の実績

医療事故調査・支援センターは、制度開始後1年を経て、1年間の運用状況に関するデータをまとめた、「医療事故調査制度開始1年の動向」(平成27年10月～平成28年9月)を公表した。その掲載データの中から、医療法に定める医療事故調査支援団体の役割として医療機関等に対し、制度の説明を行う中で、特に重要と考えられた図表を次の(ア)～(ホ)に引用する。

(ア) 病床規模別医療事故報告(発生)件数(図3)

- 1 施設あたりの年間報告件数が算出されている。病床規模が大きくなるほど報告件数は増加している。

- 研究分担者が所属する施設は 900 床以上の区分に属するが、施設当たりの年間報告件数は 0.63 である。
 - 年間報告件数が 0.1 を超えているのは、400 床以上の病院である。
 - 診療所（病床数 0）の施設数は 160,666 であり医療機関数の 9 割を占めるが、1 施設当たりの年間報告件数は 0.00004 件であり非常に少ない。
- (イ) 起因した医療（疑いを含む）(図 4)
- 医療事故の定義の中で、提供した医療に起因した（疑いを含む）死亡または死産であることを判断するために厚生労働省が通知別添の中で示した表を使用して、医療事故調査・支援センターが事例を判断して表中に件数を記入している。
 - 「治療（経過観察を含む）」が最も多く、その内訳としては、手術（分娩を含む）が 195 件と最も多くなっている。
- (ウ) 手術（分娩を含む）の内訳 (図 5)
- 手術の内訳を医療事故調査・支援センターが集計したものである。
 - 「開腹」「腹腔鏡下」「四肢体幹（筋骨格系）」の順に多くなっている。
- (エ) 診療科別医療事故報告（発生）件数 (図 6)
- 「外科」「内科」「産婦人科（産婦人科）」「産科」「婦人科」の合計」「消化器科」「整形外科」「循環器内科」の順に多くなっている。
- (オ) 医療事故報告件数の推移（平成 27 年 10 月～28 年 9 月）(図 7)
- 医療事故調査制度に関し、最も頻繁に引用されているデータである。
 - 毎月約 30 件余で推移している。
 - 制度開始後 1 年間の報告件数は 388 件であった。制度開始時に示されていた国の試算は、年間 1,300～2,000 件であったことから、国の試算を大きく下回っており、この事実が報道されることが多い。
- (カ) 地域ブロック別報告件数（平成 27 年 10 月～28 年 9 月）(図 8)
- 九州の報告件数が多い。東北地方は制度開始後 6 か月の時点で報告件数が少なかったが、7～12 か月の間に報告件数が増加して、平均との差が縮まってきている。
- (キ) 医療事故発生から患者死亡までの期間 (図 9)
- 平均は 8.9 日であるが、制度開始後 7～12 ヶ月の間に 983 日後に死亡した事例が含まれていることに留意が必要である。
 - 中央値は 0 日であることから、多くの事例
- では、医療事故が発生し、1 日を経ずに死亡しているものと思われる。
- (ク) 患者死亡から医療事故報告（発生）までの期間 (図 10)
- 平均 31.9 日、中央値 20 日である。次第に伸びていることが、制度の運営に関する会議で指摘されている。
- (ケ) センター合議と医療事故報告の状況 (図 11)
- 研究分担者もこの合議に委員として参加している。
 - 合議の結果、医療事故調査・支援センターが医療機関に対し「報告を推奨する」と助言した事例が 43.6%と最も多かった。このうち 85.3%が実際に報告された。しかし、逆に言えば、14.7%は医療事故調査・支援センターの助言に依らず報告されなかった。「報告対象とは考えにくい」と助言した事例は全て報告されなかった。
- (コ) 医療機関・支援団体等の相談内容 (図 12)
- 制度開始後 1 年間で、1,531 件の相談があった。
 - 「相談・報告の手続き」が 500 件と最も多い。次いで、「医療事故調査に関すること」「医療事故報告対象の判断」が多い。
- (サ) 遺族等の相談内容 (図 13)
- 制度開始後 1 年間で 567 件の相談があった。
 - 内訳は、「医療事故報告対象の判断」が 406 件と最も多い。このうち 286 件は、「制度開始前の死亡や生存事例に関する相談」である。次いで、「センター調査に関すること」が 44 件、「院内事故調査に関すること」が 43 件である。
- (シ) 解剖の実施状況 (1) (図 14)
- 「実施あり」が 32.3%である。
- (ス) 解剖の実施状況 (2) (図 15)
- 「病理解剖」が 69.2%、「司法解剖」が 23.1%である。
- (セ) 死亡時画像診断 (Ai) の実施状況 (図 16)
- 「実施あり」が 34.8%である。
- (ソ) 院内事故調査結果の報告件数の推移（平成 27 年 10 月～28 年 6 月）(図 17)
- 医療事故調査制度の準備段階で示された国の試算は、年間 1,300～2,000 件であった。しかし、制度開始後 1 年間の報告件数は 388 件にとどまっている。月別の報告件数は 30 件余であり、2017 年 1 月まで同程度の件数で推移している。増加傾向はみられていない。
- (タ) 医療事故報告（発生）から院内調査結果報告ま

での期間（図18）

- 調査に要した期間は平均 118.5 日、中央値 112 日と 4 か月を要している。制度開始後 6 か月時点よりも、それ以降の 6 か月間の方がこの期間が延長している。医療事故の発生報告後、6 か月を経ているに院内事故調査報告がなされていない事例が 59 件もあることから、それらの調査が終了して本データの算出に算入されれば平均値はさらに延長することとなる。
- (チ) 制度開始 6 か月の発生報告事例を対象とした院内調査結果報告件数（図 19）
- 制度開始後 6 か月の時点における医療事故報告は 187 件であり、このうち結果報告済みが 128 件である。
 - ブロック別の内訳をみると、九州が 55.6% と低い。
- (ツ) 制度開始 6 か月の発生報告事例を対象とした院内調査結果報告が終了していない理由（図 20）
- センターでは、発生報告を受け 6 か月経過した時点で、院内事故調査の進捗や、調査に対する支援の状況を確認している。
 - 6 か月を経過して、院内事故調査の報告が終了していない理由としては、「外部委員の選出までに時間を要している」が最も多かった。このほかに、「制度の李愛が不十分（センターに報告書を提出すること）」「解剖結果が出るまでに時間を要している」などが理由として挙げられた。
- (テ) 調査委員会の設置の有無（図 21）
- 「設置あり」が 99.4% を占めている。
- (ト) 調査委員会開催回数（図 22）
- 1～3 回の開催回数が多い。
- (ナ) 委員数（図 23）
- 6～10 人が多い。次いで 11～35 人が多い。
- (ニ) 外部委員数（図 24）
- 先述したように、外部委員の選出に時間を要す現状がある。また、外部委員の人数が多いほど、委員会開催のための日程調整も難しくなると推測される。
 - 外部委員数は 1～2 人が多い。次いで「参加なし」が 18.9% と多い。
- (ヌ) 外部委員の参加（図 25）
- 「参加あり」が 75% である。制度開始後 6 か月までと、それ以降の 6 か月間では前者が 61.2%、後者が 81.1% と増加している。
- (ネ) 再発防止策の記載（図 26）
- 医療事故調査制度の準備段階で、報告書に

再発防止を記載することの妥当性が論点となった。

- 88.2% が再発防止策を記載している。
- (ノ) 当該医療従事者の意見の記載（図 27）
- 「意見なし」という記載も含めても、25.5% にとどまっている。
- (ハ) 遺族の意見の記載（図 28）
- 「意見なし」という記載も含めても、58.3% にとどまっている。
- (ヒ) センター調査件数（平成 27 年 10 月～28 年 9 月）（図 29）
- 制度開始後 1 年間で、センター調査のみであった。制度開始時には、報告件数の 25% に相当する 300 件以上についてセンター調査が実施されると想定されていた。その想定を大きく下回っている。
- (フ) センター調査依頼時期（平成 27 年 10 月～28 年 9 月）（図 30）
- 院内調査終了後が多いが、院内調査が終了する前の依頼が 16 件中 5 件ある。
- (ヘ) 院内調査結果報告からセンター調査依頼までの期間（平成 27 年 10 月～28 年 9 月）（図 31）
- 院内調査終了後にセンター調査が依頼された事例に関し、院内調査に要した期間は平均 108.3 日、中央値が 118 日であった。
 - 院内調査結果報告からセンター調査依頼までの期間は平均 68.7 日、最長では 165 日であった。センター調査に移行する可能性を検討する際の目安となる。
- (ホ) センター調査依頼理由（平成 27 年 10 月～28 年 9 月）（図 32）
- センター調査の依頼がなされた 16 件について、依頼理由としては「治療に関する院内調査に納得できない」「死因について納得できない」などが多かった。

4. 医療事故情報収集等事業および医療事故調査制度に関する普及啓発及び医療事故調査制度の現状に関する情報収集

医療事故情報収集等事業に関しては、平成 16 年度に事業開始後、その内容について毎年講演依頼を受けており、近年は年間 50 件程度である。また、平成 27 年 10 月に医療事故調査制度が開始され、評価機構が法に定める「医療事故調査等支援団体」として告示されていることから、医療事故調査制度の概要や現状について主として講演形式による説明依頼に対応している。10 月の医療事故調査制度開始以降、制度の内容を議論することを趣旨とする会

における講演や、制度の説明を含む講演は、35件（予定）（4月：0件、5月：3回、6月：3回、7月：2回、8月：2回、9月：4回(海外1件を含む)、10月：5回(国際学会1件を含む)、11月：5回、12月：1回、1月：3回、2月：6回（予定）、3月：1回(予定(海外))）である。これらの機会における質疑応答を通して、医療事故調査制度に関し、医療現場で理解が十分ではない点について平成27年度に引き続き情報収集した。また、研究分担者が、所属する医療機関において行っている医療事故調査を通じて、現場の医療者や、支援団体の理解が十分ではない点についても情報収集することができた。その結果、患者からの相談が想定される内容に関し、医療機関の理解あるいは対応方針が十分ではない点として、主として「制度全般の理解」「報告範囲（報告件数を含む）」「調査方法」「調査報告書の内容」「調査結果の遺族説明」が挙げられた。

D 考察

1. 医療安全支援センターの業務における医療事故情報収集等事業及び医療事故調査制度の活用

①窓口業務における活用方法

医療事故情報収集等事業の運営において、事務局には、国民一般から問い合わせなどの電話が寄せられることがある。その内容は、ご自身や家族、知人などが経験した個別の医療に関し、結果が思わしくなかったことへの不満、当該事例が医療過誤に相当することの判断の依頼、特定の医療機関に関する不満などである。それらに対しては、照会者が在住している地域の医療安全支援センターに相談することを促す場合もある。

医療事故調査制度では、制度開始以降、毎月、寄せられる相談件数と内容が公表されている。例えば医療事故調査・支援センター「医療事故調査制度開始1年の動向」（平成28年11月 一般社団法人日本医療安全調査機構）（平成27年10月～28年9月）によると、医療機関や支援団体等による制度開始後1年間の相談件数は1,531件であり、内訳は、「相談・報告の手続き」に関する相談が500件（32.7%）、「院内事故調査に関すること」が475件（31.0%）、「医療事故報告対象の判断」が347件（22.7%）、「センター調査に関すること」が55件（3.6%）、「その他」が153件（10.0%）である。これに対して遺族等の相談は、制度開始後1年間で567件であった。その内訳は、「医療事故報告対象の判断」が406件（71.6%）と最も多かったが、このうち286件は、「制度開始前の死亡や生存事例に関する相談」であった。次いで、「センター調査に関すること」が

44（7.7%）件、「院内事故調査に関すること」が43件（7.6%）であった。「制度開始前の死亡や生存事例に関する相談」が多くなされていることは、国民に医療を受けて重大な結果が生じた事例に関し調査を求め、真実を知りたいと考えるニーズがあることが示唆されるとともに、医療事故調査制度が死亡事例の一部を対象としていることの理解が不十分であることも示唆している。

医療事故情報収集等事業に寄せられる照会は市民を中心としており内容は様々である。その中には、評価機構で説明する内容で納得が得られる場合もある。具体的には、ご自身や家族、知人などが経験した個別の医療に関し、結果が思わしくなかったことへの不満があるが、その経験を医療事故の再発防止のために活用してもらいたいという希望がある場合である。医療事故情報収集等事業は、基本的に全国の医療機関の参加が可能性あり、報告された事例は、報告書や年報、医療安全情報、事例データベースなどの成果の作成のために活用されている。事例データベースでは、平成22年1月以降に報告された医療事故事例の全事例を検索、閲覧できる。すなわち、事例が隠されて社会がそれを知るすべがないという状態に置かれることはない。また、参加医療機関は、ホームページから検索できるので、紹介者が関心を持っている医療機関の事業における参加状況も分かる（図33）。医療事故情報収集等事業の10年を超える運営経験に照らせば、医療事故調査制度においても同様に、ご自身や家族、知人などが医療を受け、その結果が思わしくなかった、あるいは死亡に至った場合に、その原因を調査して真実を推して欲しいという希望が述べられることが考えられる。医療安全支援センターの相談業務においても、医療事故情報収集等事業の知識に基づいて、同様の説明がなされることによって、市民の納得が得られる事例が増加することが期待される。

②医療安全支援センターの窓口相談業務における留意点等

次に平成27年10月に開始された医療事故調査制度について、その現状把握の結果を踏まえた、医療安全支援センターの窓口相談業務における留意点等について考察する。医療事故調査制度開始以降、平成27年に35件、平成28年度にも、「C 研究結果」で記載したとおり35件（予定を含む）の制度関連講演に対応し、その現状につき情報収集した。また、研究分担者が所属する施設において院内事故調査を実施する機会があり、同様に情報収集できた。その結果、患者からの相談が想定される内容に関し、医療機関の理解あるいは対応方針が十分ではない点

として、主として「報告範囲（報告件数の現状を含む）」「調査の方法及び調査報告書の内容」「院内事故調査の方法」「調査結果の遺族説明」が挙げられた。それぞれの項目について、センターにおける想定される相談内容との関係の視点から考察する。

(ア) 報告範囲（報告件数の現状を含む）

医療事故調査制度における医療事故は、法第六条の十において、「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、又起因すると疑われる死亡または死産であって、当該管理者が当該死亡または死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるものをいう。」とされている。患者家族からは、センターに対して、ご自身や家族、知人などが経験した個別の医療について、「医療事故なのではないか」「家族や知人が受けた医療を医療事故調査制度で調査してほしい」といった照会がなされることが考えられる。法に定める医療事故の定義に従うと、医療事故の判断に当たっては、医療機関の管理者は、「提供した医療に起因する（ことが疑われる）か否か」と「当該死亡または死産を予期しなかったか否か」について判断することになる。

まず、「提供した医療に起因する（ことが疑われる）か否か」については、国が通知の別添に、医療に起因していたと考えられる事例を表形式で示している（表1）。研究分担者が、制度関連講演と質疑応答において収集した情報では、表中で「提供した医療に起因する（ことが疑われる）」欄に示される「診察」「検査等（経過観察を含む）」「治療等（経過観察を含む）」に該当することが疑われる事例は多いと考えられるが、「提供した医療に起因する（ことが疑われる）事例」に含まれないとされている欄の項目の中で、特に「原病の進行」は、患者の状態が悪い場合、提供した医療に引き続いて死亡した場合であっても、当該死亡に関し、原病の状態の重さと、提供した医療の影響度とを比較衡量することとなることから、類似の事例であっても管理者によって判断が分かれることはありえ、対象と対象外との境界にいわゆるグレーゾーンを形成しているものと考えられた。そのイメージを図34に示す。

次に「当該死亡または死産を予期しなかったか否か」については国が省令の中で「第一条の十の二法第六条の十第一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一条の十一第一項第二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。」と定め、特に記録と説明があることが具体的な「予期していた」と判断されるための要件として示されている。さらに、通知の別添において、「省令第一号及び第二号に該当するものは、一般的な死亡の可能性についての説明や記録ではなく、当該患者個人の臨床経過等を踏まえて、当該死亡又は死産が起こりうることについての説明及び記録であることに留意すること。」と説明している。研究分担者が、制度関連講演と質疑応答において収集した情報では、このように示された省令の内容や通知の別添の内容は、いまだに医療現場において医療者に十分理解され、正確に法文との該当性を吟味する思考方法で検討されているとは考えられない。通知の別添に示されている「当該患者個人の臨床経過等を踏まえて、当該死亡又は死産が起こりうることについての説明及び記録」は、医療事故調査制度の創設の有無に関わらず、本来、医療の提供においてなされるべきことと考えられるが、現実には医療側、患者側の様々な要因によって、法文に全く整合する現実が医療現場に存在しているわけではなく、医療現場の説明や記録はいまだ充実の途上にあると考えられる。しかも、この現状は医療事故調査制度の開始によっても、急速に改善が進むといった事実はなく、むしろ、医療現場では、通常は死亡可能性を考慮しない事例であっても、死亡リスクについて説明しておくほうが医療機関にとって都合がよいといった誤解すら生じている。その意味では、法令には現実に存在する説明や記録の不十分さという現実を織り込むことができない中で、本制度の開始に必要であるという事情から、記録や説明のあるべき姿が実現していることを前提とした法令が示されたことが、医療現場において現実との埋め難い乖離を生じ、医療者を困惑させ、誤解が生じているものと考えられる。その一例として、省令の三号は、説明や記録が存在しない場合の規定であり、それは通知の別添において救急医療等が想定されているが、実際には、医療者が予期していたにも関わらず、説明や記録が十分ではなかった事例を取り扱う規定にもならざるを得ないと考えられ、そのために、記録や説明ではなく、診療に当たった医療者や管理者の臨床経験に基づく判断によって予期の判断

がなされる機会が制度設計時の想定よりも増えているものと考えられる。このように、「当該死亡または死産を予期しなかったか否か」についても、対象と対象外との境界にいわゆるグレーゾーンを形成しているものと考えられ、そのイメージは図4の通りである。

以上のように、医療事故の判断には、現在、なお対象と対象外との境界にいわゆるグレーゾーンが形成されており、医療現場でその幅が小さく抑えられているというよりも、現場の困惑した状況を考慮すると、同種事例であっても、医療事故の該当性の判断が医療機関の間で異なる現実が存在すると考えざるを得ないほどの大きさであると考えられた。そこで、医療安全支援センターでは、患者、家族から、ご自身や家族、知人などが経験した個別の医療について、医療事故であるか否か、また、医療事故調査制度において調査を希望する旨の照会がなされた場合に、そのような現実を踏まえた上で、法に定められている医療事故の範囲について、「提供した医療に起因する（ことが疑われる）か否か」と「当該死亡または死産を予期しなかったか否か」の判断を含め、論理的かつ分かりやすく丁寧な説明を行うことが重要であると考えられた。この、報告範囲が不明確であることについて、平成28年6月に行われた医療事故調査制度の見直しでは、その5つの見直し事項の中に、「①地域や医療事故調査等支援団体（支援団体）間における、医療事故に該当するかの判断や院内調査の方法等の標準化を進めるため、支援団体や医療事故調査・支援センターが情報や意見交換する場として、支援団体等連絡協議会（仮称）を制度的に位置付け、中央レベルと地方レベルで連携を図ることとする。」が含まれている。このように、支援団体連絡協議会（仮称）が開催されることによって、医療事故の判断の標準化が行われることが想定されている。研究分担者は、支援団体である（公財）日本医療機能評価機構として、中央レベルの支援団体協議会が初めて開催された際に出席した。しかし、初回ということもあり、今後の活動方針が大まかに議論された程度であり、医療事故の判断の標準化が進む、つまり先述したグレーゾーンが狭くなるための工程はいまだ示されていないのが現状である。したがって今後は、グレーゾーンを狭くするための議事を設定し、資料を作成して、具体的な個別事例や一群の類似事例が①医療事故に該当する、②医療事故に該当しない、③①、②のいずれでもないで医療機関の判断に依ることよ、というコンセンサス形成し、①と②を増やしていくことが求められる。

平成28年度の情報収集や、研究分担者が経験した院内事故調査により得た情報では、医療事故の判

断に関し、医療機関レベルでは言うまでもなく、支援団体であっても、医療事故の判断にあたり、先述したような「提供した医療に起因にした死亡または死産」「管理者が予期しなかった死亡または死産」「個人の臨床経過を踏まえた死亡や死産のリスク説明の必要性」といった法令、施行通知やその別添資料の内容を踏まえた判断が行われているとは言えないと考えている。例えば、「管理者が予期しなかった死亡または死産」のみを医療事故の判断要件として考えている例も経験した。このことは、医療法における医療事故の定義が、医療者や支援団体の担当者にまだに十分理解されていないことを示している。また、支援団体の担当者から、一定のリスクがある検査を行い、説明同意文書にもそのリスクに言及した記載があるのだから、予期した死亡と考えてよい、とする判断を聞いたこともある。このことは、国の通知別添で示されている「個人の臨床経過を踏まえた死亡や死産のリスク説明の必要性」が、医療機関の支援を行う団体の担当者においても理解されていないことを示している。医療機関や支援団体において、なおそのような現状があることから、遺族や国民一般の理解が十分でないことは容易に想像できる。このような現状を医療安全支援センターがよく理解しておくことは、家族からの相談対応の際に、また、家族からの相談を医療機関に伝える際に、正確なやり取りをすることにつながり大変有用と考えられる。

医療事故の報告件数について、平成28年度研究では、制度開始後1年を経て、医療事故調査・支援センターから報告件数等の運営に関するデータが公表されたことから考察を加えた。医療法に定める医療事故調査・支援センターによると、制度開始後の報告件数は毎月30件余で推移している（図7）。制度開始前から示されている国の試算は、年間1,300-2,000件であることから、これを月あたりに換算すると110-170件となる。そこで、医療事故発生の報告は、現状では試算の1/3-1/5程度の規模で経過しているといえる。この状況に対して、報告件数が少ないという評価があるが、実際には国の試算は、報告範囲が異なる別の事業のデータに基づいて算出されたものを試算として公表したものであることから、平成28年度には、国の会議でそのことが説明されている。平成28年6月9日開催の社会保障審議会医療部会で提出された、医療事故調査制度の施行後の状況と運用面での改善措置を説明する資料の中では、「医療事故報告受付件数については、制度検討段階の試算である年間1,300~2,000件と比較して少ないとの指摘があるが、この試算は、今回の医療事故調査制度の対象範囲が決定する前に、大学病院や国立病院機構の病院等から医療事故につい

て報告を受ける既存の報告制度（※）の死亡件数を基に試算したものであり、リスクの高い患者の割合が高い大病院が前提となっていることや「管理者が予期しなかった死亡」以外にも含まれていることから、試算の件数は多くなっている」ことに留意が必要。※医療事故情報収集等事業」と記載、説明されている。また、2016年4月12日の塩崎厚生労働大臣による閣議後記者会見においても、報告件数の少なさに関する質問があり、次のように答弁されている。「今回、医療事故の調査制度をスタートさせていただきましたが、かつては医療事故情報等収集事業ということでやってまいりました。今、当初の予想よりも案件数が少ないという御指摘がございましたが、当初の予想は医療事故情報等収集事業を前提としたときの数字でございまして、今回の制度の対象範囲が決定される前に、大学病院とか、国立病院機構の病院、つまり、ハイリスクの高度医療をやっているところの事故について報告を受ける、前の報告制度の死亡事故数を基に試算したものでございました。それが1,300~2,000件という予想であったわけで、医療事故調査制度が対象とする、管理者が予期しなかった死亡以外にも含まれていたわけです。かつては、医療に起因する事故ということと、予期しなかったということのどちらかに引っかけたら、カウントしました。しかし、今度の制度は、両方を満たす場合のケースということになりますので、オアとアンドで、かなり狭くなっているということが言えるということが一つ、今申し上げたように、全ての病院ではなくて、ハイリスクな病院を対象としていたということがございました。（以後略）。この試算の基に医療事故情報収集等事業の運営を、日本医療機能評価機構において担当している研究分担者は、当該試算が実際の件数よりも多くなることを制度開始前から述べていたことから、医療分科会資料が説明している結論は理解できる。同時に、報告範囲に該当することの判断の難しさや、事例の調査を行って背景・要因や改善策を検討し報告書を作成することの負担が、医療事故情報収集等事業では医療事故調査制度と比較して小さく抑えられていることも、報告件数の違いに寄与していると考えられることも指摘しておく必要がある。報告件数を設定する検討や、目標件数を達成するための検討においては、報告や調査から生ずる医療機関の負担を考慮することが需要である。その後も国による試算値の修正は行われていないため、現時点でも国の試算として示されているのは年間1,300-2,000件であることから、今後も試算としての件数の多寡の判断基準となることが考えられる。しかし、従来の報告件数の多寡の議論を繰り返すことは有意義でないことから、

制度が適切に運営され、報告件数の実績を積み重ねて現実的な件数の値を経験的に示していくことで、報告件数の多寡の議論における試算値の比重を小さくしていくとよいのではないかと考えられる。

（イ）調査の方法及び調査報告書の内容

医療事故被害者を支援してきた立場の有識者によると、医療事故の被害者には「5つの願い」があり、それらは、1) 原状回復、2) 真相究明、3) 反省謝罪、4) 再発防止、5) 損害賠償であるとされる。そこで、医療事故調査制度が定める医療事故が発生した場合、医療安全支援センターには、ご家族や知人から、2) 真相究明や、4) 再発防止を求める気持ちを述べつつ相談がなされることが想定される。そこで、医療事故調査制度における真相究明や再発防止についてどのように取り扱われるのか、法令の定めを確認した上で考察する。

医療事故が発生した場合は、医療機関は医療事故調査・支援センターに報告し、次に法第六条の十一「病院等の管理者は、医療事故が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、速やかにその原因を明らかにするために必要な調査を行わなければならない。」の定めに従い院内調査を行うこととなる。この調査に関しては、省令において、「（医療事故調査の手法）第一条の十の四 病院等の管理者は、法第六条の十一第一項の規定により医療事故調査を行うに当たっては、次に掲げる事項について、当該医療事故調査を適切に行うために必要な範囲内で選択し、それらの事項に関し、当該医療事故の原因を明らかにするために、情報の収集及び整理を行うものとする。一 診療録その他の診療に関する記録の確認 二 当該医療事故に係る医療を提供した医療従事者からの事情の聴取 三 前号に規定する者以外の関係者からの事情の聴取 四 当該医療事故に係る死亡した者又は死産した胎児の解剖 五 当該医療事故に係る死亡した者又は死産した胎児の死亡時画像診断 六 当該医療事故に係る医療の提供に使用された医薬品、医療機器、設備その他の物の確認 七 当該医療事故に係る死亡した者又は死産した胎児に関する血液又は尿その他の物についての検査 2 病院等の管理者は、法第六条の十一第四項の規定による報告を行うに当たっては、次に掲げる事項を記載し、当該医療事故に係る医療従事者等の識別（他の情報との照合による識別を含む。次項において同じ。）ができないように加工した報告書を提出しなければならない。一 当該医療事故が発生した日時、場所及び診療科名 二 病院等の名称、所在地、管理者の氏名及び連絡先 三 当該医療事故に係る医療を受けた者に関する性別、年齢その他の情報

四 医療事故調査の項目、手法及び結果」と定められている。さらに、通知の別添において、「医療事故調査の方法等」として、「○ 本制度の目的は医療安全の確保であり、個人の責任を追究するためのものではないこと。○ 医療事故調査は医療事故の原因を明らかにするために行うものであること。※原因も結果も明確な、誤薬等の単純な事例であっても、調査項目を省略せずに丁寧な調査を行うことが重要であること。○ 調査の結果、必ずしも原因が明らかになるとは限らないことに留意すること。○ 再発防止は可能な限り調査の中で検討することが望ましいが、必ずしも再発防止策が得られるとは限らないことに留意すること。」と説明されている。また、同通知別添において別に、「センターへの報告事項・報告方法について」として「・原因を明らかにするための調査の結果 ※必ずしも原因が明らかになるとは限らないことに留意すること。 ・調査において再発防止策の検討を行った場合、管理者が講ずる再発防止策については記載する。 ・当該医療従事者や遺族が報告書の内容について意見がある場合等は、その旨を記載すること。」と説明されているが、この「センターへの報告事項」は必ずしも遺族への説明の内容を意味してはいない。

以上の法令・通知を踏まえると、「真相究明」を「原因を明らかにすること」と読み替えれば、それは法に基づき省令に示された「医療事故調査の手法」で実施されるが、必ずしも原因が明らかになるとは限らないことに留意する必要がある。「再発防止」に関しては、原因を明らかにする可能な限り調査の中で検討することが望ましいが、必ずしも再発防止策が得られるとは限らないことに留意することとなる。また、管理者が講ずる再発防止策については報告書に記載することとなる。このように、「原因を明らかにするための調査」と「再発防止策の検討」は医療事故調査制度において同等に扱われているわけではなく、あくまで原因を明らかにするための調査に力点が置かれていることに留意が必要である。

評価機構が運営している産科医療補償制度では、重度脳性麻痺児例の原因分析を院内調査ではなく、運営組織である評価機構に置かれた原因分析委員会が行っている。そのため、医療事故調査制度と異なり、第三者評価といえる。医療事故調査制度における院内事故調査にあたっては、国が作成したQ&Aで、外部委員を加えて、中立、公正性や専門性を高めることが依頼されている。その意味では、産科医療補償制度が行っている第三者により調査は、医療事故調査制度の枠組みが達成しえなかったことを実現しているといえる。そして、その報告書の構成は表2の通りである。疾患の原因だけでなく、提供された

医療の医学的評価、再発防止策を記載する項目が設定されている。仮に、原因が分からない場合は「本事例における重度脳性麻痺発症の原因は不明である。」等と記載され、再発防止策がない場合は、「なし。」と記載されるがそれらの事項は必ず検討される等価な事項として、報告書の構成の中に含まれている。これに比較して、医療事故調査制度では、死亡の原因や再発防止に関して、必ずしも、再発防止策まで検討されるわけではなく、報告書の構成も原因や再発防止策を網羅した形式のものは示されていない。日本医療安全調査機構のホームページでは、「報告書フォーマット」として、法令の文言に則して「2. 医療事故調査の項目、手法及び結果 ・調査の概要（調査項目、調査の手法）・臨床経過（客観的事実の経過） ・原因を明らかにするための調査の結果（必ずしも原因が明らかになるとは限らない） ・調査において再発防止策の検討を行った場合、管理者が講ずる再発防止策 ・当該医療従事者又は遺族が報告書の内容について意見がある場合等は、その旨を記載」と記載されている（図35）。産科医療補償制度の原因分析の経験や、臨床医学の当然の現実には照らせば、原因が明らかになるとは限らないことや、必ずしも再発防止策が得られないことは言わずもがなのことであるが、当該フォーマットにはそのことが明記されていることは、通知別添の文言の転記という事実以上に、原因を明らかにするための調査を行う者に対して、原因が明らかにならないことや、必ずしも再発防止策が得られないという予断を与えている可能性があると考えられ、調査への影響の有無が注目されたが、「医療事故調査制度開始1年の動向」（平成27年10月～28年9月）によると、88.2%が再発防止策の有無や内容を記載していた。さらに、当該フォーマットでは、提供した医療に関する医学的評価の記載の必要性については全く触られていないことから、その関心に応えることはできない。

以上のことから、医療安全支援センターでは、ご家族、知人などに生じた医療事故について、1) 真相究明や、2) 再発防止を求める気持ちを述べつつ相談がなされた場合に、現状の医療事故調査制度の調査の仕組みに則して、「原因を明らかにするための調査」の実施と報告書への記載、「再発防止策」の検討と報告書への記載について、必ずしも積極的な原因究明と再発防止を明示している現状にはなく、制度ではいずれも慎重な検討や記載が求められているが、実際には大半の報告書において、再発防止に関する何らかの記載がなされていることを、紹介者に分かりやすく丁寧に説明することが重要であると考えられた。

(ウ) 遺族説明

「(イ) 調査報告書の内容」に関連し、「5つの願い」について家族や知人が医療機関に説明を求める場面が想定され、それに関連して、医療安全支援センターにも、医療機関からの説明を求めることに関する相談がなされることが想定される。

遺族に対する説明に関しては、法第六条の十一の5「病院等の管理者は、前項の規定による報告をするに当たっては、あらかじめ、遺族に対し、厚生労働令で定める事項を説明しなければならない」の定めに従い、遺族説明及びセンターへの報告を行うこととされている。これについては、さらに、通知の別添において、「遺族への説明方法について ○ 遺族への説明については、口頭（説明内容をカルテに記載）又は書面（報告書又は説明用の資料）若しくはその双方の適切な方法により行う。 ○ 調査の目的・結果について、遺族が希望する方法で説明するよう努めなければならない。」と詳細に説明されている。この点は、国の「医療事故調査制度の施行に関する検討会」において、特に時間をかけて議論がなされたところであり、医療事故調査制度の中でも、制度見直しまでは、当該通知別添の説明に則した確実な運用が求められるものと考えられる。そうなること、遺族は説明方法について医療機関に希望を述べることができるが、その結果、医療機関はその希望に沿うように努力するものの、その結果、口頭、書面、双方のいずれになるかは医療機関の判断によって決まるものと解される。

そこで、医療安全支援センターでは、ご家族、知人などに生じた医療事故について、医療機関からの説明を求める相談がなされた場合に、現状の医療事故調査制度の仕組みに則して、遺族は説明方法について医療機関に希望を述べることができるが、医療機関の判断によって決まることを、丁寧に説明することが重要であると考えられた。遺族説明が実際にどのような方法でなされているか、「医療事故調査制度開始1年の動向」（平成27年10月～28年9月）」にはそのデータは掲載されていない。研究分担者は、「診療行為に関する死亡の調査分析モデル事業」において、調査報告書を遺族に手交しつつ、説明会も行った経験があるが、特に遺族の疑問にどうしても答えられないことがあったり、遺族の想像する内容と異なる説明をしたりした場合は、説明により遺族が納得するというよりも、遺族が諦めるか、または、さらなる質問が繰り返され、紛争化の様相を見せた事例を経験した。

③相談事例の集計・分析業務における活用

医療安全支援センターの相談内容は様々であり、

医療費、接遇といった関心が多く集まる内容も含むことから、個別の疾患に対して提供された医療に関する内容は多くないものと推測される。しかし、一部ではあるが、そのような技術的な内容の相談であれば、相談対応の記録の中で、類似事例が蓄積していれば、医療事故情報収集等事業における技術的な分析のテーマに同じものがあれば、説明に用いることができる知識として有用と考えられる。これまで取り上げられた累計186テーマを表3に示す。

これらのテーマ分析の結果は、ホームページにおいてテーマごとに作成されたPDFファイルとして掲載されており、ダウンロードも可能である(図36、37)。医療事故調査制度においても、今後、技術的分析が蓄積されることによって、同種の有用な知識が公表されることが想定されるが、平成28年度の段階では、技術的な分析内容や個別事例の公表はなされていない。

医療事故情報収集等事業や医療事故調査制度における集計・分析の結果は、医療安全支援センターだけでなく、医療機関に対しても情報提供して共有するものと考えられることから、④で述べる活用においても有用と考えられる。

④医療機関への医療安全施策の普及・啓発

医療事故情報収集等事業では、収集した事例を集計・分析し、報告書、年報、医療安全情報、事例データベース、研修会などの成果を創出して医療機関に還元するとともに、その内容を透明度高く公開して、社会に対して情報提供している。当該事業が分析している事例は、実際に医療機関において発生した事例であることから、医療安全に関する書籍を作成するために作られた教育的な事例といった性質ではなく、現実感や臨場感に富み、説得力がある事例である。表3に、テーマ分析の一覧を示したが、そのほかの章には、繰り返し報告されている事例を分析しており、その内容もホームページに掲載されている(図36、37)。

報告書や年報による量的な情報還元は大量の情報を収集するとともに還元している成果である。一方で、多忙な臨床現場で診療や看護、調剤などの業務に従事している医療者に知識を伝達することは難しい。そこで、情報量を絞り込み、診療を中心とした仕事に従事している医療者にも参照していただけるような媒体として、医療事故情報収集等事業では、平成18年度から「医療安全情報」を作成、送付している。「医療安全情報」は報告書や年報とは異なる役割を持った媒体である。定期的な報告書や年報とは異なり、情報を絞り込み、視認性にも配慮して、1ページ目にはイラストや図を取り入れたり文字を

大きくしたりしている。医療の現場で忙しく業務に従事している方々に、短時間で理解できる内容となるよう作成されている。2ページ目には、実際に報告のあった事例の概要をいくつか掲載するようにしている。法令に基づく医療事故の報告が医療事故情報収集等事業の基盤となっていることから、報告された事例を基本として、架空の情報を追加せずに作成するようにしている。現在我が国の病院数の7割に相当する5,930医療機関（診療所を一部含む）に対してFAXにより情報提供しており、WEB上でもダウンロード可能である（図38、39）。

また、事業に参加している医療機関に対するアンケート調査の結果において、医療安全情報は、活用度が大変高く、90%を超える医療機関が「活用している」「どちらかといえば活用している」と回答している（図40）。医療安全情報は、現在、我が国の病院の70%にファックスで配信している媒体となっていることから、その更なる活用により、多くの有用な情報を医療現場に提供し、それが有効に機能することを実現する媒体となることが期待される。最近ではFacebookを活用した情報発信も行っており、情報の入手方法としてこのようなツールの活用も促進することが望まれる（図41）。

医療事故調査制度では、事故調査結果の整理・分析、医療機関への分析結果の報告に関し、「○ 報告された事例の匿名化・一般化を行い、データベース化、類型化するなどして類似事例を集積し、共通点・類似点を調べ、傾向や優先順位を勘案する。○ 個別事例についての報告ではなく、集積した情報に対する分析に基づき、一般化・普遍化した報告をすること。○ 医療機関の体制・規模等に配慮した再発防止策の検討を行うこと。」と示され、センターが行う普及啓発に関しては、「○ 集積した情報に基づき、個別事例ではなく全体として得られた知見を繰り返し情報提供する。○ 誤薬が多い医薬品の商品名や表示の変更など、関係業界に対しての働きかけも行う。○ 再発防止策がどの程度医療機関に浸透し、適合しているか調査を行う。」と示されている。この具体的な成果として、医療事故情報収集等事業のような技術的分析を含む報告書や年報の作成、医療安全情報のようなアラートの発信等が期待されるが、制度開始以降1年を経過した時点では、その成果は作成されていない。調査を体系的に分析して、今後中心静脈ラインの挿入に関する知識が公表医療事故調査制度の再発防止委員会や運営委員会においても説明されていることから、期待される。

このように、医療機関において普及度、活用度ともに高まってきた成果を医療安全支援センターから医療機関に普及・啓発することは有用と考えられる。

E 結論

医療安全支援センターの業務内容が詳細に明らかになることによって、既存の医療安全に関する制度や事業の成果の活用について考察することが可能になった。そこで今年度は、医療法施行規則に基づいて（公財）日本医療機能評価機構において運営されている医療事故情報収集等事業の成果の活用及び、平成27年10月に開始された医療法に基づく医療事故調査制度に関して寄せられる相談とその要点について、平成28年度に行われた医療事故調査制度の見直しや、支援団体として制度の説明を継続して実施した中で得られた知見、院内事故調査を実施した経験を踏まえて検討した。具体的には、いくつかの成果物を医療安全支援センターの相談業務や地域の医療機関に対する医療安全施策の普及・啓発の機能において活用することや、医療事故調査制度の仕組みや様々な課題を抱えたまま運営されている現状を正確に理解して、相談者に対して丁寧に説明することが重要と考えられた。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1. 論文等発表

- 1) 後 信、外科手術と新たな医療事故調査制度～医療事故の報告を中心に～ 日本外科学会雑誌第118巻 第1号、日本外科学会、2017、in press
- 2) 後 信、医療事故調査制度 総合リハビリテーション、医学書院、in press

2. 書籍

- 1) 後 信、産科医療補償制度について 医療安全管理実務者標準テキスト、へるす出版、2016年8月1日 第1版第1刷発行（共同著者）
- 2) 後 信、医薬品の類似性や後発医薬品の導入に関する医療事故 医薬品の製品寿命を延ばす製剤工夫・包装改良の具体的なポイント、(株)技術情報協会、in press

2. 学会発表

- 1) 2016.05.26 第63回日本麻酔学会学術集会、「医療事故調査制度の問題点」
- 2) 2016.05.29 第57回日本臨床細胞学会総会（春期大会）、教育講演セミナー 「臨床細胞検査等における医療安全について」
- 3) 2016.09.03 九州麻酔科学会 第54回大会「医療事故情報収集等事業における周術期の医療事故

について」

4) 2016.09.26 WHO Global Consultation, Priorities for Global Patient Safety, “Japanese Experience with Reporting and Learning Systems”, Florence, Italy

5) 2016.09.25 第15回福岡県産科婦人科学会 (ランチョンセミナー)「医療安全～医療事故の情報 収集・分析による再発防止の取り組み～」

6) 2016.10.06 福岡県透析医会 医療安全管理セミナー、「透析に関する医療事故、ヒヤリ・ハットについて」

7) 2016.10.14 第31回日本整形外科学会基礎学術集会 (第13回研修指導者講習会)「医療事故、ヒヤリ・ハット事例から考える整形外科領域の医療安全」

8) 2016.10.18 33rd ISQua Conference in Tokyo, Plenary lecture “Japan’s Quality Improvement Body-Its achievement and future role in public healthcare service as private sector entity”

9) 2016.10.19 33rd ISQua Conference in Tokyo, WHO session “Measuring Quality of Health Service in the Context of Sustainable Development Goals (SDGs) - Japan’s experience”

3. 報告書等作成公表

1) 医療事故情報収集等事業平成27年年報 (平成28年 8月公表)

2) 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業27年年報 (平成28年10月公表)

3) 医療事故情報収集等事業第47回報告書 (平成28年12月公表)

4) 医療事故情報収集等事業第46回報告書 (平成28年 9月公表)

5) 医療事故情報収集等事業第45回報告書 (平成28年 6月公表)

6) 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業第14回集計報告 (平成28年9月公表)

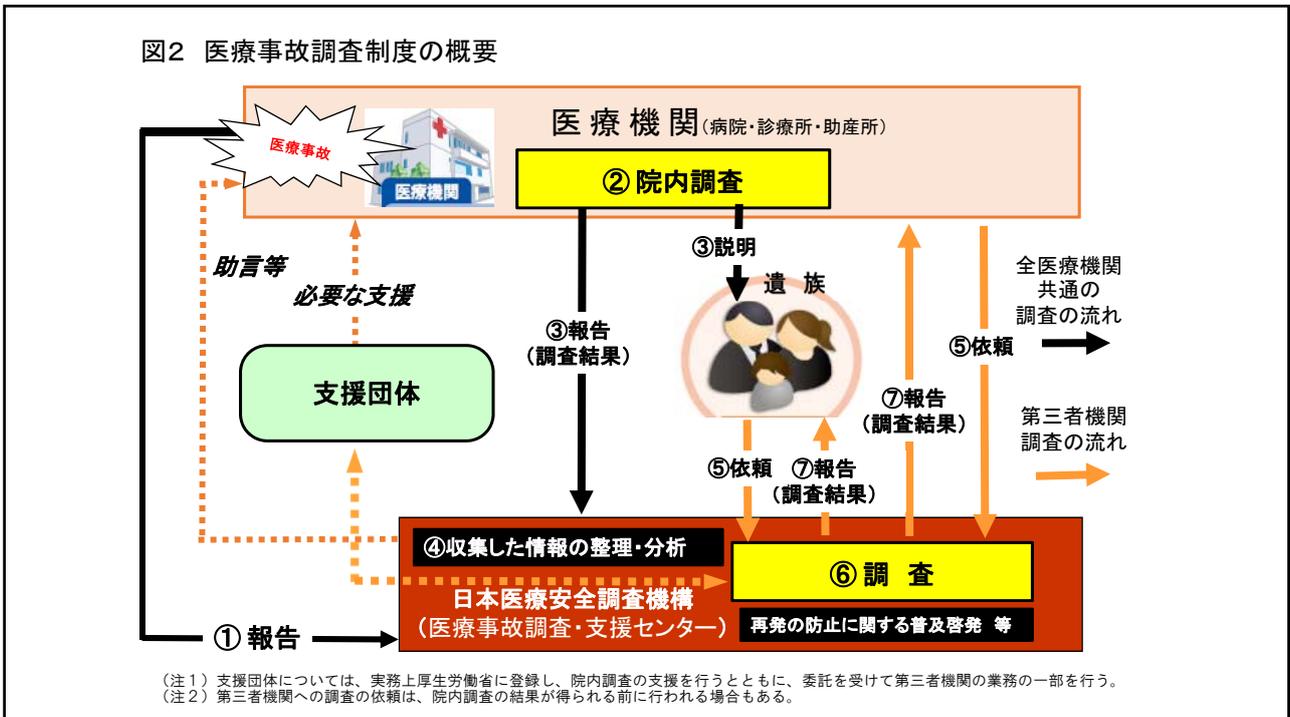
H 知的所有権の取得状況

なし

図1 医療事故情報収集等事業の概要



図2 医療事故調査制度の概要



[医療事故報告(発生)件数]

報告月 病床数	報告月												小計	合計	＜参考＞		
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月			施設数 ^{※1)}	1施設あたりの報告件数	
0	1	0	1	1	2	1	6	0	0	0	0	0	0	6	160,666	0.00004	
1～19	4	2	3	0	0	4	13	1	3	0	1	0	2	7	20	8,387	0.002
20～99	0	2	2	1	2	4	11	4	1	1	2	4	2	14	25	3,092	0.008
100～199	2	2	2	4	1	9	20	6	5	3	3	4	3	24	44	2,757	0.016
200～299	2	3	3	6	5	10	29	4	4	6	3	4	3	24	53	1,116	0.05
300～399	1	3	7	2	5	4	22	5	5	7	5	5	5	32	54	711	0.08
400～499	3	2	6	1	0	1	13	3	2	5	5	6	6	27	40	380	0.11
500～599	2	6	3	4	3	3	21	3	2	2	1	5	2	15	36	190	0.19
600～699	2	3	2	9	3	6	25	1	4	2	4	4	5	20	45	107	0.42
700～799	0	2	2	2	2	2	10	2	1	1	3	1	0	8	18	54	0.33
800～899	0	0	1	1	1	2	5	1	2	1	1	1	1	7	12	30	0.40
900以上	2	1	4	2	1	2	12	4	1	6	4	5	3	23	35	56	0.63
合計	19	26	36	33	25	48	187	34	30	34	32	39	32	201	388	177,546	0.0022

図3 病床規模別医療事故報告(発生)件数

※この集計は、平成27年(2015)10月～平成28年(2016)9月末までの実績に基づく内容を示したものである。
 ※1)施設数は、厚生労働省 平成26年(2014)医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況(平成26年10月1日現在)に基づき算出している。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図4 起因した医療(疑いを含む)

[医療事故報告(発生)件数]

起因した医療(疑いを含む) ^{※1)}		H27.10月 ～ H28.3月	H28.4月 ～ H28.9月	小計	合計
診察	徴候、症状	10	16	26	26
検査等 (経過観察を含む)	検体検査	1	1	2	38
	生体検査	4	6	10	
	診断穿刺・検体採取	5	2	7	
	画像検査	13	6	19	
治療 (経過観察を含む)	投薬・注射(輸血を含む)	17	13	30	273
	リハビリテーション	2	0	2	
	処置	19	19	38	
	手術(分娩を含む)	84	111	195	
	麻酔	4	1	5	
	放射線治療	1	0	1	
その他	医療機器の使用	0	2	2	28
	療養	2	4	6	
	転倒・転落	3	3	6	
	誤嚥	9	3	12	
上記以外 ^{※2)}	患者の隔離・身体的拘束/身体抑制	4	0	4	23
		9	14	23	
合計		187	201	388	388

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

※この集計は、平成27年(2015)10月～平成28年(2016)9月末までの実績に基づき、医療事故報告の内容をセンターが分類、集計したものである。

※1)起因した医療の分類は、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」に基づく。

※2)上記以外には、院内感染、心肺停止状態での発見、突然の心肺停止等が含まれ、センターでは分類困難だったものである。

図5 手術(分娩を含む)の内訳

手術(分娩を含む)の内訳		[医療事故報告(発生)件数]			
		H27.10月 ～ H28.3月	H28.4月 ～ H28.9月	小計	合計
手術 ^{※1)}	開頭	2	1	3	162
	開胸	7	10	17	
	開腹	10	25	35	
	筋骨格系(四肢体幹)	10	12	22	
	腹腔鏡下	13	15	28	
	胸腔鏡下	2	1	3	
	その他の内視鏡下	6	13	19	
	経皮的血管内 その他 ^{※2)}	8	11	19	
分娩(帝王切開術を含む)	20	13	33	33	
合計		84	111	195	195

※この集計は、2-3-1起因した医療(疑いを含む)の分類別の「治療(経過観察を含む)」のうち、「手術(分娩を含む)」の195件の内訳である
 ※1)手術は、厚生労働省 患者調査 平成26年「病院退院票」における手術名に基づく分類である。

※2)その他には、ラジオ波焼灼術、口腔外科手術、ペースメーカー植込み術等が含まれる。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図6 診療科別医療事故報告(発生)件数

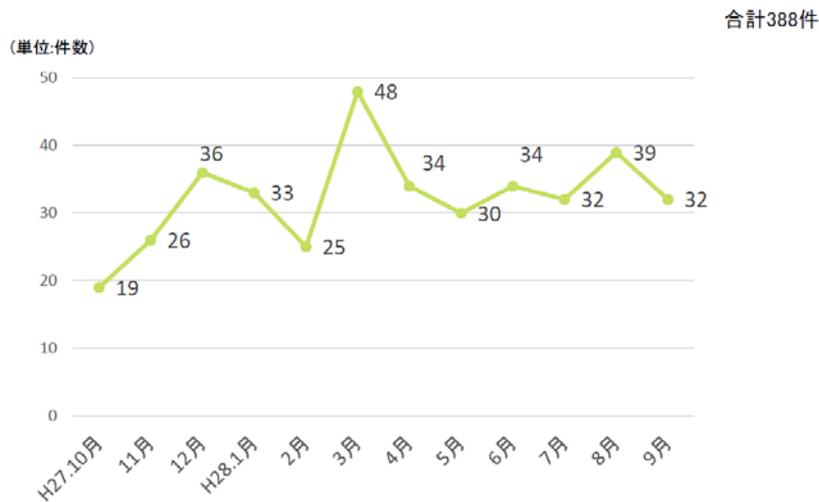
診療科	[医療事故報告(発生)件数]													
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	小計	
内科	2	5	6	5	4	9	20	5	2	5	4	0	4	27
外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
循環器内科	0	1	3	0	3	6	13	1	3	4	0	2	2	12
神経科	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	4
呼吸器内科	1	0	2	0	0	1	4	2	0	0	0	0	0	2
消化器科	1	3	1	2	0	4	11	5	3	6	1	0	2	23
血液内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
循環器外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
アレルギー科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小児科	1	1	2	0	2	0	6	2	1	3	2	2	1	13
小児外科	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
外科	5	3	6	3	2	10	29	6	7	4	7	6	8	40
整形外科	1	1	3	5	3	7	20	5	2	3	0	1	3	14
形成外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
美容外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	1	3	2	1	0	2	9	1	1	1	2	2	0	16
呼吸器外科	0	0	1	1	1	3	1	0	0	0	0	1	2	5
心臓血管外科	0	0	4	4	1	0	9	0	1	3	3	2	2	12
小児外科	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
ペインクリニック	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮膚科	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
泌尿器科	0	1	1	4	2	0	6	0	1	1	2	0	2	6
性病科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
産婦人科	4	3	1	3	2	3	16	2	3	1	0	2	1	8
産科	0	0	0	0	0	4	4	0	1	0	3	2	0	6
婦人科	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3	3
眼科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
耳鼻咽喉科	1	1	0	0	1	2	5	0	1	0	1	1	1	4
心療内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
精神科	1	1	4	3	1	3	13	0	0	1	0	0	1	15
リハビリテーション科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
放射線科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
矯正歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小児歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
産科(助産科)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	3	3
理学療法	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他 ^{※1)}	0	3	1	3	1	0	8	2	1	0	1	1	3	16
合計	19	26	36	32	25	46	167	34	30	34	32	29	32	201

※この集計は、平成27年(2015)10月～平成28年(2016)9月までの医療(疑いを含む)の内訳を示したものである。
 ※1)診療科の分類は、(公財)日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等調査事業の分類に準ずる。
 ※2)その他には、放射線科、総合診療科が含まれる。

1	外科	69
2	内科	56
3	産婦人科	22
	産科	10
3	婦人科	3
	消化器科	34
4	整形外科	34
5	循環器内科	25
6	心臓血管外科	21
7	小児科	17
8	脳神経外科	16
9	精神科	15
10	泌尿器科	14

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

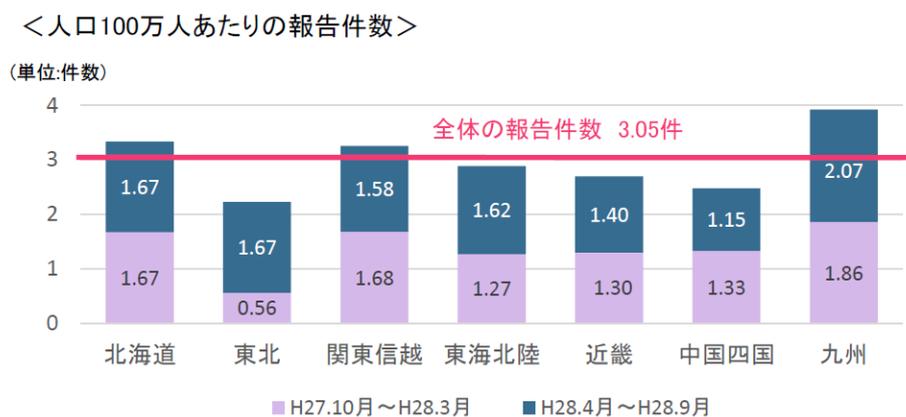
図7 医療事故報告件数の推移(平成27年10月～28年9月)



○ 医療事故報告件数は、1年間で388件であった。月別にみると若干の変動はあるものの、直近半年では月30件台で推移していた。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図8 地域ブロック別報告件数(平成27年10月～28年9月)

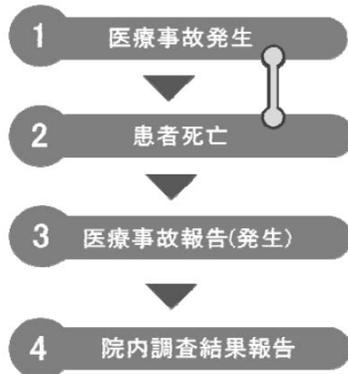


○ 地域ブロック別の報告件数を人口100万人当たりの報告件数で見ると、全体としては概ね3件前後となり、差が少なくなっている。

※人口は、総務省統計局人口推計(平成26年10月1日現在)に基づいている。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図9 医療事故発生から患者死亡までの期間

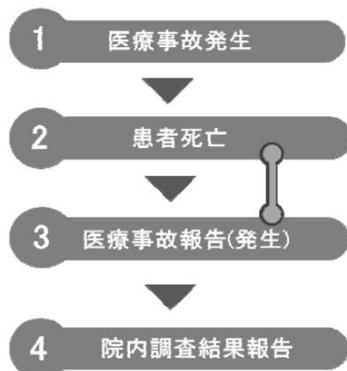


	H27.10月 ～ H28.3月	H28.4月 ～ H28.9月	H27.10月 ～ H28.9月
平均	2.8日	14.7日	8.9日
最短	0日	0日	0日
最長	59日	983日	983日
中央値	0日	0日	0日

※医療事故発生日が不明の29件を除いた359件に基づき算出している。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向
(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

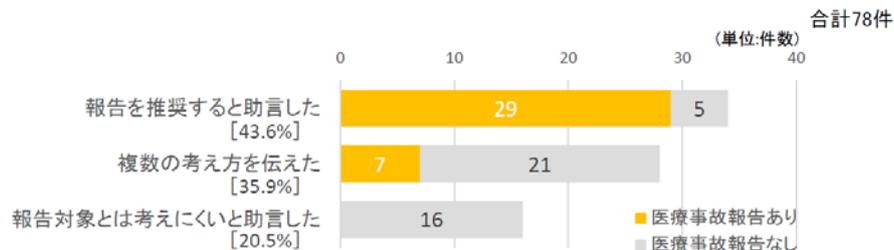
図10 患者死亡から医療事故報告(発生)までの期間



	H27.10月 ～ H28.3月	H28.4月 ～ H28.9月	H27.10月 ～ H28.9月
平均	21.9日	41.2日	31.9日
最短	2日	2日	2日
最長	146日	237日	237日
中央値	16日	23日	20日

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向
(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図11 センター合議と医療事故報告の状況



- センター合議とは、医療機関が報告対象事例となるか迷う具体的事例について、複数名の医師、看護師で合議を行い、判断の視点や院内調査の際に確認が必要と思われる情報を助言するものである。
- 1年間で78件実施し、報告を推奨したものは34件、複数の考え方があるとしたものは28件、対象とは考えにくいとしたものは16件であった。
- 報告を推奨したものの34件のうち29件(85.3%)が報告された。また、複数の考え方を示した28件については7件が報告された。対象とは考えにくいとしたものについては報告されたものはなかった。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向
(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

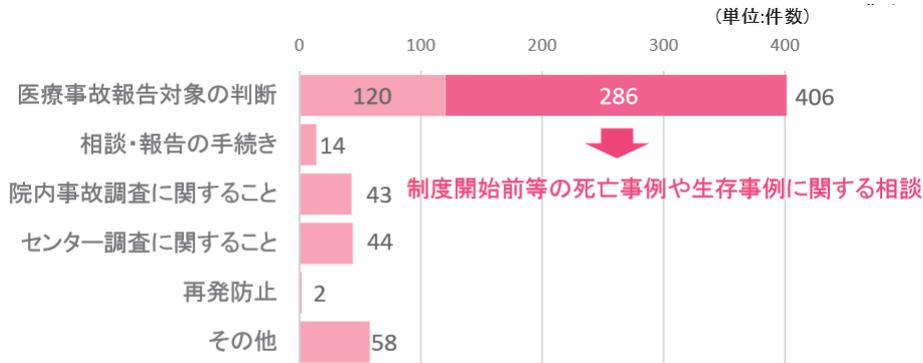
図12 医療機関・支援団体等の相談内容



- 医療機関・支援団体等からの相談内容は、1年間で1531件、内訳は相談・報告の手続きに関することが最多で500件、次いで院内事故調査に関することが475件、医療事故報告対象の判断に関することが347件であった。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向
(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

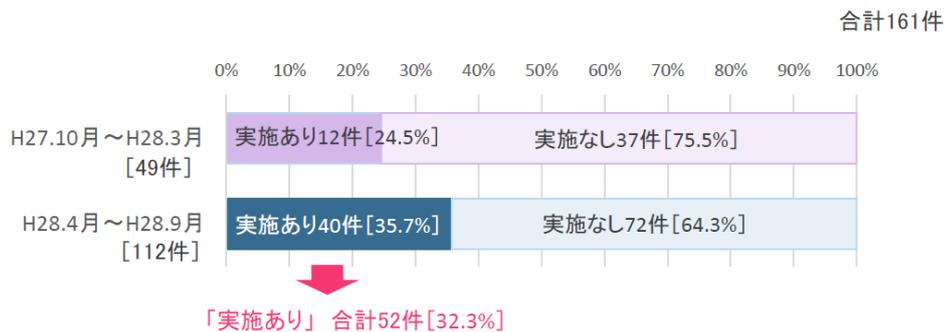
図13 遺族等の相談内容



- 遺族等からの相談内容は1年間で567件、そのうち医療事故の対象の判断に関する相談が406件(約7割)であった。その中には、制度開始前の死亡事例に関する相談や、事故にあわれた本人からの相談が286件含まれていた。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図14 解剖の実施状況(1)



- 解剖の実施は、1年間で161例中52件、32.3%であった。前半6か月は24.5%(12件)、後半6か月は35.7%(40件)と解剖実施率の増加を認めた。

実施あり:32.3%

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図15 解剖の実施状況(2)

解剖実施あり52件の内訳

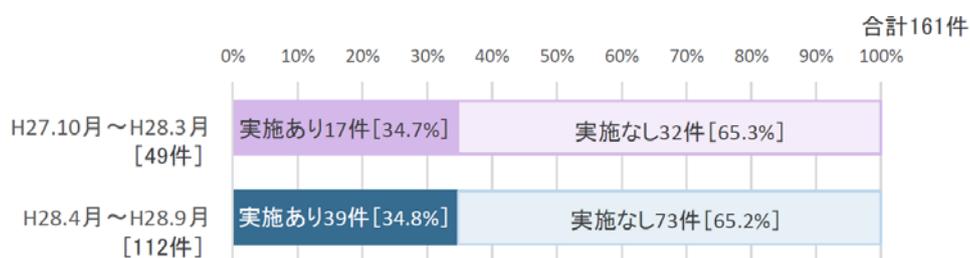
解剖の種類	H27.10月～H28.3月	H28.4月～H28.9月	合計	割合(%)
病理解剖	8	28	36	69.2
司法解剖	3	9	12	23.1
行政解剖	1	3	4	7.7
合計	12	40	52	100.0

○ 解剖の内訳は、52件中、司法解剖が12件、行政解剖が4件含まれていた。

病理解剖は:69.2%、司法解剖は23.1%

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向
(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図16 死亡時画像診断(Ai)の実施状況

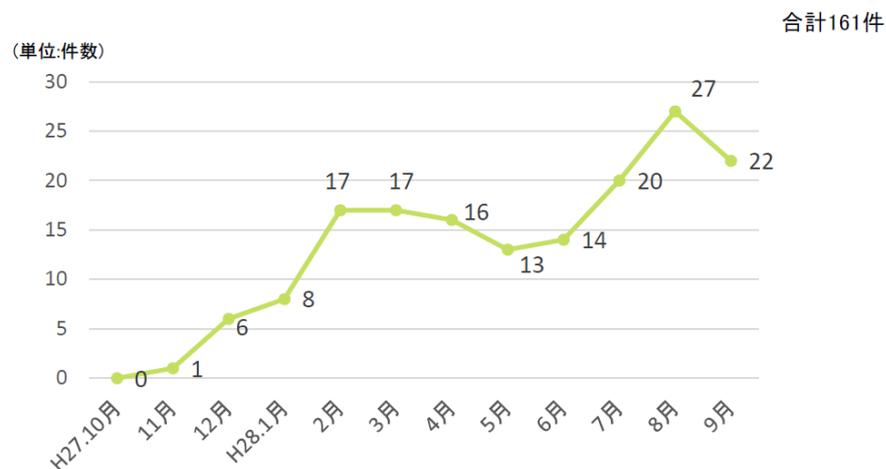


「実施あり」合計56件[34.8%]

実施あり:34.8%

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向
(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図17 院内事故調査結果の報告件数の推移(平成27年10月～28年6月)



○ 院内調査結果報告は、院内での調査が終了した医療機関から順次報告され、1年間で388件中161件であった。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

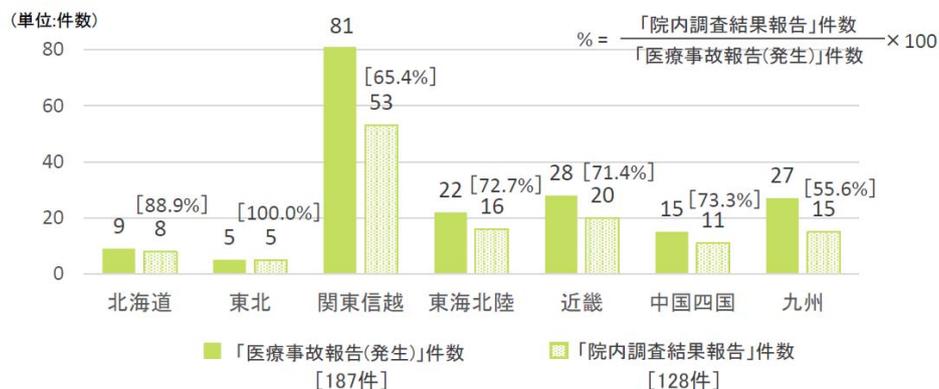
図18 医療事故報告(発生)から院内調査結果報告までの期間



○ 調査に要した期間は、平均118.5日、中央値112日と、3か月以上を要している。6か月を超えて報告されていない事例が59件(P8表参照)あるため、平均値は延長することが予想される。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図19 制度開始6か月の発生報告事例を対象とした院内調査結果報告件数



医療事故報告が187件、うち結果報告済みが128件

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図20 制度開始6か月の発生報告事例を対象とした院内調査結果報告が終了していない理由

状況	理由	件数	合計
委員会開催準備中 または開催中	制度の理解が不十分(報告書をセンターに提出すること)	4	18
	解剖結果が出るまでに時間を要している	4	
	外部委員の選出までに時間を要している	7	
	委員会の日程調整に難航	2	
	委員会開催回数が非常に多い	1	
報告書作成中または 遺族への説明中	遺族説明の日程調整に難航(遺族が遠方・多忙等のため)	3	7
	遺族からの質問や要望への対応に時間を要している	3	
	補償対応との兼ね合い	1	
近々終了報告をする予定			34
合計			59

○センターは、発生報告を受けてから6か月を経過した時点で、進捗及び支援が受けられているかを電話で確認している。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図21 調査委員会の設置の有無

委員会の設置	H27.10月～H28.3月		H28.4月～H28.9月		合計	割合(%)
	件数	割合(%)	件数	割合(%)		
設置あり	49	100.0	111	99.1	160	99.4
設置なし	0	0.0	1	0.9	1	0.6
合計	49	100.0	112	100.0	161	100.0

※この集計は、平成27年(2015)10月～平成28年(2016)9月末までの、院内調査結果報告書の記載内容及び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)「医療事故調査報告書の内容に関する確認・照会等を行うこと」に基づき、医療機関への照会によりセンターが集計したものである。

※「制度開始6ヵ月の動向」で報告した「設置に関する記載なし」10件については、医療機関に照会した結果を反映し計上している。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図22 調査委員会開催回数

委員会開催数	H27.10月 ～ H28.3月	H28.4月 ～ H28.9月	合計
1回	19	45	64
2回	18	32	50
3回	7	20	27
4回	3	5	8
5回	0	2	2
6回	2	3	5
7回以上	0	4	4
合計	49	111	160

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

※この集計は、平成27年(2015)10月～平成28年(2016)9月末までの、院内調査結果報告書の記載内容及び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)「医療事故調査報告書の内容に関する確認・照会等を行うこと」に基づき、医療機関への照会によりセンターが集計したものであり、委員会設置のあった160件の内容を示したものである。

※「制度開始6ヵ月の動向」で報告した「記載なし」6件、「不明」3件については、医療機関に照会した結果を反映し計上している。

図23 委員数

[院内調査結果報告件数]

委員会の人数	H27.10月 ～ H28.3月	H28.4月 ～ H28.9月	合計
	1～5人	6	
6～10人	29	56	85
11～15人	6	30	36
16～20人	5	7	12
21～30人	3	5	8
合計	49	111	160

※この集計は、平成27年(2015)10月～平成28年(2016)9月末までの、院内調査結果報告書の記載内容及び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)「医療事故調査報告書の内容に関する確認・照会等を行うこと」に基づき、医療機関への照会によりセンターが集計したものであり、委員会設置のあった160件の内容を示したものである。

※1)「制度開始6ヵ月の動向」で報告した「記載なし」6件については、医療機関に照会した結果を反映し計上している。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図24 外部委員数

[院内調査結果報告件数]

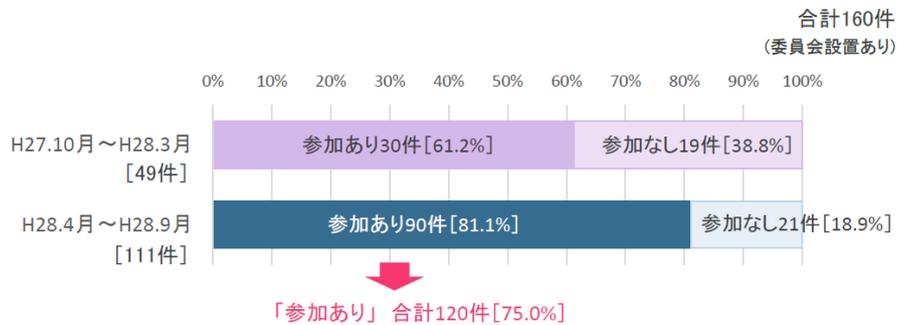
外部委員の人数		H27.10月～H28.3月		H28.4月～H28.9月		合計	割合(%)
		件数	割合(%)	件数	割合(%)		
参加あり	1人	12	24.5	24	21.6	36	120 75.0
	2人	9	18.4	39	35.2	48	
	3人	3	6.1	12	10.8	15	
	4人	3	6.1	7	6.3	10	
	5人以上	3	6.1	8	7.2	11	
参加なし		19	38.8	21	18.9	40	25.0
合計		49	100.0	111	100.0	160	100.0

※この集計は、平成27年(2015)10月～平成28年(2016)9月末までの、院内調査結果報告書の記載内容及び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)「医療事故調査報告書の内容に関する確認・照会等を行うこと」に基づき、医療機関への照会によりセンターが集計したものであり、委員会設置のあった160件の内容を示したものである。

※「制度開始6ヵ月の動向」で報告した「記載なし」4件、「不明」2件については、医療機関に照会した結果を反映し計上している。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図25 外部委員の参加



- 外部委員は、委員会を設置した160件中、120件(75.0%)に参加されていた。前半6か月は61.2%(30件)、後半6か月は81.1%(90件)と、外部委員の参加が増加した。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図26 再発防止策の記載



- 再発防止策は、161件中142件(88.2%)に記載されていた。前半6か月は87.8%(43件)、後半6か月は88.4%(99件)と、記載割合はあまり変わらなかった。

88.2%が再発防止策を記載

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図27 当該医療従事者の意見の記載

当該医療従事者の意見		H27.10月～H28.3月		H28.4月～H28.9月		合計	割合(%)
		件数	割合(%)	件数	割合(%)		
記載あり	意見の記載あり	3	6.1	12	10.7	15	9.3
	「意見なし」と記載あり	9	18.4	17	15.2	26	16.2
記載なし ^{※1)}		37	75.5	83	74.1	120	74.5
合計		49	100.0	112	100.0	161	100.0

※この集計は、平成27年(2015)10月～平成28年(2016)9月末までの、院内調査結果報告書の記載内容に基づきセンターが分類、集計したものである。

※当該医療従事者の意見は、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「当該医療従事者や遺族が報告書の内容について意見がある場合等は、その旨を記載すること」に基づく。

※1)記載なしとは、院内調査報告書に対する当該医療従事者の意見の項目がなかったものである。

「意見なし」という記載も含めると25.5%が記載。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図28 遺族の意見の記載

遺族の意見		H27.10月～H28.3月		H28.4月～H28.9月		合計	割合(%)
		件数	割合(%)	件数	割合(%)		
記載あり	意見の記載あり	15	30.6	44	39.3	59	36.6
	「意見なし」と記載あり	10	20.4	25	22.3	35	21.7
記載なし ^{※1)}		22	44.9	42	37.5	64	39.8
その他 ^{※2)}		2	4.1	1	0.9	3	1.9
合計		49	100.0	112	100.0	161	100.0

※この集計は、平成27年(2015)10月～平成28年(2016)9月末までの、院内調査結果報告書の記載内容に基づきセンターが分類、集計したものである。

※遺族の意見は、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「当該医療従事者や遺族が報告書の内容について意見がある場合等は、その旨を記載すること」に基づく。

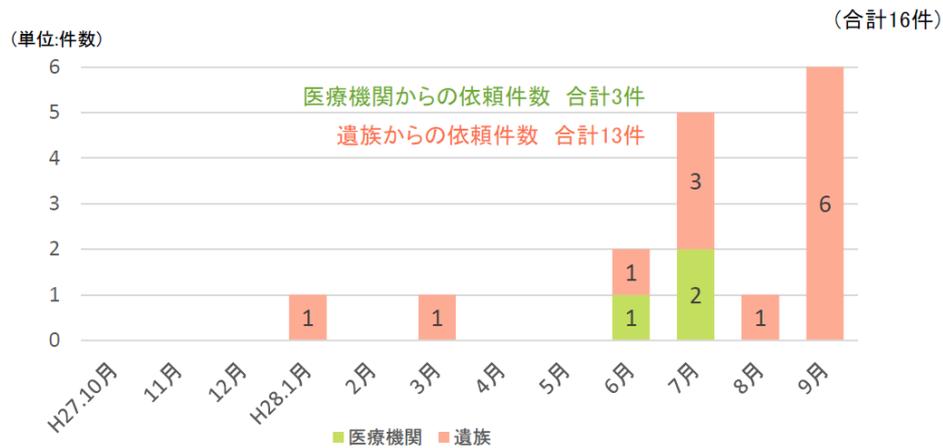
※1)記載なしとは、院内調査報告書に対する当該医療従事者の意見の項目がなかったものである。

※2)その他とは、遺族がいない、院内調査報告書内に「遺族が説明を希望しなかった」等の記載があった場合である。

「意見なし」という記載も含めると58.3%が記載。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図29 センター調査件数(平成27年10月～28年9月)



○ センター調査は、1年間で16件、遺族から13件、医療機関から3件の依頼があった。
依頼月にばらつきがあるものの、7月は5件、9月は6件の調査依頼があった。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向
(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図30 センター調査依頼時期(平成27年10月～28年9月)

(単位:件数)

依頼者	依頼時期	院内調査終了後	院内調査終了前	合計
医療機関		3	0	3
遺族		8	5	13
合計		11	5	16

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向
(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図31 院内調査結果報告からセンター調査依頼までの期間(平成27年10月～28年9月)

	医療事故報告日(発生報告)から 院内調査結果報告(終了報告)まで	院内調査結果報告(終了報告)から センター調査依頼まで
平均	108.3日	68.7日
最短	27日	12日
最長	182日	165日
中央値	118日	37日

- 院内調査結果報告後にセンター調査の依頼があった事例において、院内調査に要した時間は平均108.3日と、約3か月であった。
- センター調査の依頼があった事例において、院内調査結果報告からセンター調査の依頼までの期間は、平均68.7日と、院内調査結果報告から約2か月であった。最長でも165日、約5か月後であった。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図32 センター調査依頼理由(平成27年10月～28年9月)

(複数計上)

依頼理由		件数	
遺族	院内調査結果に 納得できない	臨床経過	2
		死因	7
		治療	10
		説明と同意	3
		再発防止策	4
		委員会構成	3
医療機関	院内調査が進まない	2	
	院内調査では信用できない	1	
	死因が明らかでない	2	
	院内調査結果の検証をしてほしい	2	
合計		36	

- センター調査の依頼理由は、依頼があった16件の理由を複数計上しているが、遺族からは、治療に関する調査結果に納得ができないが10件と一番多かった。次いで、死因について納得ができないが7件であった。

「医療事故報告等に関する報告について—医療事故調査制度開始1年の動向(平成27年10月～平成28年9月)」日本医療安全調査機構 より

図33 医療事故情報収集等事業産科医療機関のページ

参加登録医療機関一覧

■参加登録医療機関数:1426施設 2015年12月31日現在

→参加登録地域医療機関の登録状況



参加登録医療機関一覧

■関東甲信越

東京都

医療機関名	医療事故情報 収集・分析・提供事業への参加	ヒヤリ・ハット事例 収集・分析・提供事業への参加	
		発生件数情報報告	事例情報報告
国家公務員共済組合連合会徳の門病院	-	○	○
国家公務員共済組合連合会立川病院	○	○	-
独立行政法人地域医療機能推進機構 東京城東病院	○	○	○
日本赤十字社 東京都支部 大森赤十字病院	○	○	-
上野補綴クリニック	-	○	○
医療法人社団 順正会江東病院	○	○	○
日本赤十字社医療センター	○	○	-
医療法人社団 天記念 こころのホスピタル町田	-	○	-
吉祥大学医学部付属病院	◎	○	○
慶應義塾大学病院	◎	○	○
国立研究開発法人 国立がん研究センター 中央病院	◎	○	○
国立研究開発法人 国立国際医療研究センター 病院	◎	○	○
国立研究開発法人 国立成育医療研究センター	◎	○	-
国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 病院	◎	-	-
国立療養所 小笠原生園	◎	○	-
順天堂大学医学部附属順天堂医院	◎	-	-
昭和大学病院	◎	-	-
帝京大学医学部附属病院	◎	○	○

表1 「医療に起因する(疑いを含む)」死亡又は死産の考え方(厚生労働省通知別添)

「当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものを、医療事故として管理者が報告する。

「医療」(下記に示したものに)起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産(①)	①に含まれない死亡又は死産(②)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 診察 <ul style="list-style-type: none"> - 徴候、症状に関連するもの ○ 検査等(経過観察を含む) <ul style="list-style-type: none"> - 検体検査に関連するもの - 生体検査に関連するもの - 診断穿刺・検体採取に関連するもの - 画像検査に関連するもの ○ 治療(経過観察を含む) <ul style="list-style-type: none"> - 投薬・注射(輸血含む)に関連するもの - リハビリテーションに関連するもの - 処置に関連するもの - 手術(分娩含む)に関連するもの - 麻酔に関連するもの - 放射線治療に関連するもの - 医療機器の使用に関連するもの ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> - 以下のような事案については、管理者が医療に起因し、又は起因すると疑われるものと判断した場合 <ul style="list-style-type: none"> - 療養に関連するもの - 転倒・転落に関連するもの - 誤嚥に関連するもの - 患者の隔離・身体的拘束/身体抑制に関連するもの 	<p>左記以外のもの</p> <p><具体例></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設管理に関連するもの <ul style="list-style-type: none"> - 火災等に関連するもの - 地震や落雷等、天災によるもの - その他 ○ 併発症 <ul style="list-style-type: none"> - (提供した医療に関連のない、偶発的に生じた疾患) ○ 原病の進行 ○ 自殺(本人の意図によるもの) ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> - 院内で発生した殺人・傷害致死、等

※1 医療の項目には全ての医療従事者が提供する医療が含まれる。
 ※2 ①、②への該当性は、疾患や医療機関における医療提供体制の特性・専門性によって異なる。

図34 医療事故の該当性の判断のイメージ

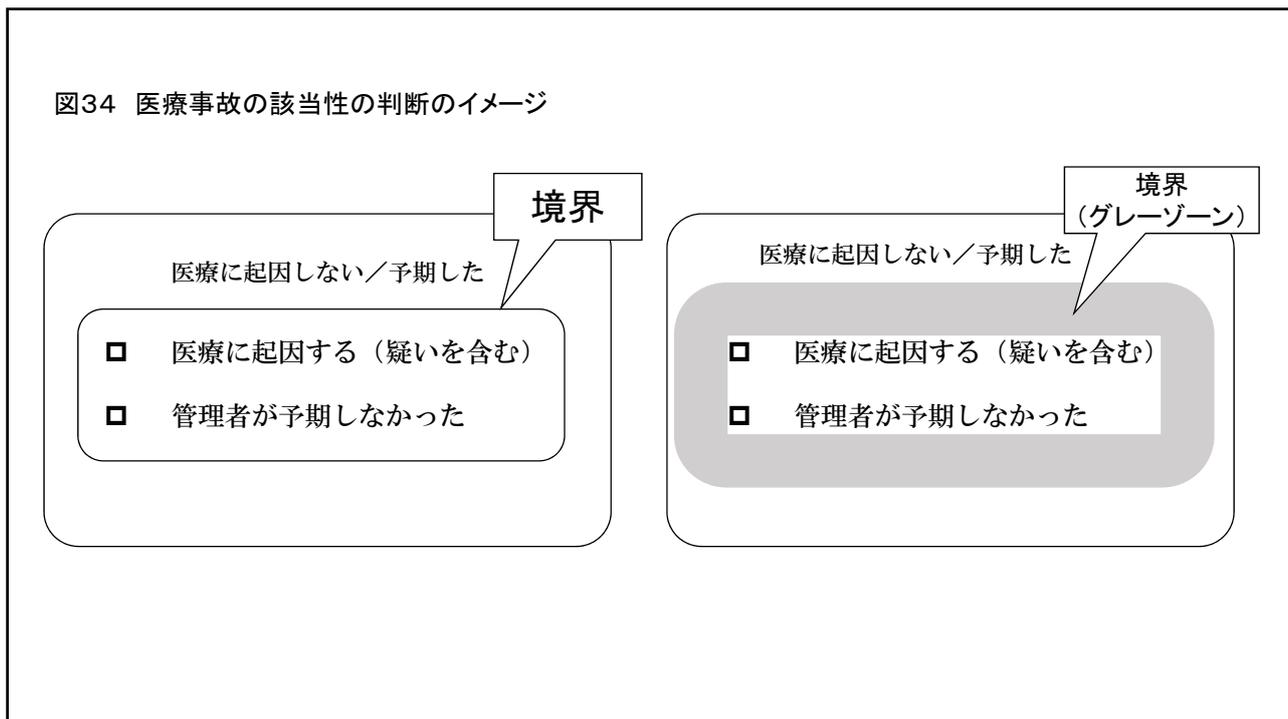


表2 産科医療補償制度 原因分析報告書の構成

1. はじめに
2. 事例の概要
 - 1) 妊産婦等に関する基本情報
 - 2) 今回の妊娠経過
 - 3) 分娩のための入院時の状況
 - 4) 分娩経過
 - 5) 新生児期の経過
 - 6) 産褥期の経過
 - 7) 診療体制等に関する情報
 - 8) 児・家族からの情報
3. 脳性麻痺発症の原因
4. 臨床経過に関する医学的評価
5. 今後の産科医療向上のために検討すべき事項
6. 関連資料

図35 医療事故調査制度 調査報告書のフォーマット

報告書

平成〇年〇月〇日

〇〇病院

1. 医療事故調査報告書の位置づけ・目的
この医療事故調査制度の目的は、医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではない。
.....
2. 医療事故調査の項目、手法及び結果
・調査の概要（調査項目、調査の手法）

・臨床経過（客観的事実の経過）

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

・調査において再発防止策の検討を行った場合、管理者が講ずる再発防止策

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

1

表3 医療事故情報収集等事業の報告書で取り上げた分析テーマ一覧（過去3年分）

年	回数	延べテーマ No.	テーマ	
2016年	第47回	186	腫瘍用薬に関連した事例 ①「指示、調剤、準備、患者への説明・指導」の事例	
		185	歯科治療中に異物を誤飲・誤嚥した事例	
		184	小児用ベッドからの転落に関連した事例	
	第46回	183	腫瘍用薬に関連した事例 ②「レジメン登録、治療計画、処方」の事例	
		182	持参薬と院内で処方した薬剤の重複投与に関連した事例	
		181	永久気管孔にフィルムドレーシング材を貼付した事例	
	第45回	180	腫瘍用薬に関連した事例 ①概要	
		179	外観の類似した薬剤の取り違えに関連した事例	
		178	人工呼吸器の回路の接続外れに関連した事例	
	2015年	第44回	177	インスリンに関連した医療事故 ④「無投与、中止時の注射、投与時間間違い、その他」の事例
			176	観血的医療行為前に休薬する薬剤に関連した事例
			175	気管切開時の電気メスによる引火に関連した事例
第43回		174	インスリンに関連した医療事故 ③「薬剤量間違い、投与速度間違い」の事例	
		173	産位による中心静脈カテーテルの処置に関連した事例	
		172	胃管の挿入に関連した事例	
第42回		171	インスリンに関連した医療事故 ②「薬剤間違い、対象者間違い」の事例	
	170	与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例		
	169	パニック値の緊急連絡に関連した事例		
	168	インスリンに関連した医療事故 ①概要		
第41回	167	手術中の砕石位に関連した事例		
	166	病室での自殺及び自殺企図に関する事例		

年	回数	延べテーマ No.	テーマ
2014年	第40回	165	職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故 ④「療養上の世話」の事例
		164	カリウム製剤の急速静注に関連した事例
		163	放射線治療の照射部位の間違いに関連した事例
		162	口頭による情報の解釈の誤りに関連した事例
	第39回	161	職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故 ③「治療・処置、医療機器等、ドレーン・チューブ、検査」の事例
		160	皮膚反応によるアレルギーテストの実施時の試薬に関する事例
	第38回	159	内視鏡の洗浄・消毒に関連した事例
		158	職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故 ②「薬剤、輸血」の事例
		157	後発医薬品に関する誤認から適切な薬物療法がなされなかった事例
	第37回	156	無線式心電図モニタの送受信機に関連した事例
155		顕乳および授乳の管理に関連した事例	
154		職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故 ①概要	
		153	気管切開チューブが皮下や縦隔へ迷入した事例
		152	事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例

図36 ホームページにおける分析テーマの掲載

分析テーマ	
■最新の報告書	
第47回報告書 (PDF形式)	
腫瘍用薬に関連した事例 ④「指示、調剤、準備、患者への説明・指導」の事例	
歯科治療中に異物を誤飲・誤嚥した事例	
小児用ベッドからの転落に関連した事例	
■過去の報告書	
2016年	
第46回報告書 (PDF形式)	
腫瘍用薬に関連した事例 ④「レジメン登録、治療計画、処方」の事例	
持参薬と院内で処方した薬剤の重複投与に関連した事例	
永久気管孔にフィルムドレッシング材を貼付した事例	
第45回報告書 (PDF形式)	
腫瘍用薬に関連した事例 ①概要	
外観の類似した薬剤の取り違えに関連した事例	
人工呼吸器の回路の接続外れに関連した事例	

図37 ホームページにおける再発・類似事例の掲載

再発・類似事例の発生状況	
■最新の報告書	
第47回報告書 (PDF形式)	
「薬剤の取り違え」(医療安全情報No. 4 第2報No. 68)について	
「膀胱留置カテーテルによる尿道損傷」(医療安全情報No. 80)について	
■過去の報告書	
2016年	
第46回報告書 (PDF形式)	
「アレルギーのある食物の提供」(医療安全情報No. 69)について	
「放射線検査での患者取り違え」(医療安全情報No. 73)について	
第45回報告書 (PDF形式)	
「病理診断時の検体取り違え」(医療安全情報No.53)について	
共有すべき医療事故情報「眼内レンズに関連した事例」(第15回報告書)について	

図38 医療安全情報No.121「経鼻栄養チューブの誤挿入」

医療安全情報収集等事業 医療安全情報 No.121 2016年12月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報

経鼻栄養チューブの誤挿入

No.121 2016年12月

経鼻栄養チューブを誤って気道に挿入していたが、気道音の聴取のみで胃内に入ったと判断し、栄養剤や内服薬を注入した事例が11件報告されています（集計期間：2013年1月1日～2016年10月31日）。この情報は、第43回報告書「個別のテーマの検討状況」(P147)で取り上げた内容を基に作成しました。

経鼻栄養チューブを挿入後、気道音の聴取のみで胃内に入ったと判断したが、実際には気道に誤挿入されていた事例が報告されています。いずれも、誤挿入のまま栄養剤や内服薬を注入し、患者の呼吸状態に影響があった事例です。

事例1のイメージ

医療安全情報 No.121 2016年12月

経鼻栄養チューブの誤挿入

事例1

医師は、気道に挿入している経鼻栄養チューブを確認し、気道音を聴取し、チューブが胃内に入ったと判断した。その後、栄養剤や内服薬の注入を開始したところ、患者が呼吸困難、呼吸音低下、発熱が出現し、気道に誤挿入していたことが判明した。

事例2

看護師は経鼻栄養チューブの挿入後、胃内容物を吸引できなかったが、他の看護師と2人で気道音を聴取し、チューブが胃内に入ったと判断した。看護師は、内服薬を注入する前に、再度、他の看護師と気道音を聴取したが、気道音が出なかったため、気道に誤挿入したと判断し、気道に誤挿入したまま栄養剤や内服薬を注入したことが判明した。

事例が発生した医療現場の取り組み

- 経鼻栄養チューブの挿入後、胃内容物を吸引して胃内に入ったことを確認する。胃内容物が吸引できない場合、エックス線撮影によりチューブの先端の位置を確認する。

本財団の認定医療従事者安全情報協議委員会「経鼻栄養チューブ挿入の安全管理」(2009年3月31日版)では、胃内容物を確認することを推奨しています。
<https://www.jpma.or.jp/medsafe/0327page03-0321>

総合評価部会の意見

- 経鼻栄養チューブが胃内に入ったことを確認する際、気道音の聴取のみでは信頼できる方法ではありません。
- 経鼻栄養チューブの挿入後、胃内に挿入されていることを確認する手順を定め、遵守しましょう。

この医療安全情報は、医療安全情報収集等事業「認定医療従事者安全情報協議委員会」において収集された事例に基づき、主要な点として整理・分析されたものであり、医療現場の状況や、再発防止のための取り組みが、各事例の異なる部分で異なります。本事業の趣旨や目的については、本事業ホームページに掲載されている報告書および「報告書」をご覧ください。
<http://www.med-safe.jp>

この情報の作成にあたり、自発的にお知らせされたことにはお礼申し上げます。その内容が事実であると確認することができませんでした。

この情報は、医療安全情報収集等事業「認定医療従事者安全情報協議委員会」が収集・整理したものです。

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
 〒101-8201 東京都千代田区千代田1-17-1 都立大
 電話：03-5217-0253(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
<http://www.med-safe.jp/>

図39 ホームページにおける医療安全情報の掲載

■過去の医療安全情報	
2017年	
No.122	【透析前の体重測定の違い】 (PDF形式)
2016年	
No.121	【経鼻栄養チューブの誤挿入】 (PDF形式)
No.120	【薬剤名の表示がない注射器に入った薬剤の誤投与】 (PDF形式)
No.119	【シリンジポンプの薬剤量や溶液量の設定間違い】 (PDF形式)
No.118	【外観の類似した薬剤の取り違い】 (PDF形式)
No.117	【他施設からの食糧情報の確認不足】 (PDF形式)
No.116	【与薬時の患者取り違い】 (PDF形式)
No.115	【2012年から2014年に提供した医療安全情報】 (PDF形式)
No.114	【抗凝固剤・抗血小板剤の再開忘れ】 (PDF形式)
No.113	【中心静脈カテーテル抜去後の空気塞栓症】 (PDF形式)
No.112	【2015年に提供した医療安全情報】 (PDF形式)
No.111	【バニック値の緊急連絡の遅れ】 (PDF形式)

図40 医療安全情報の活用度(アンケート)

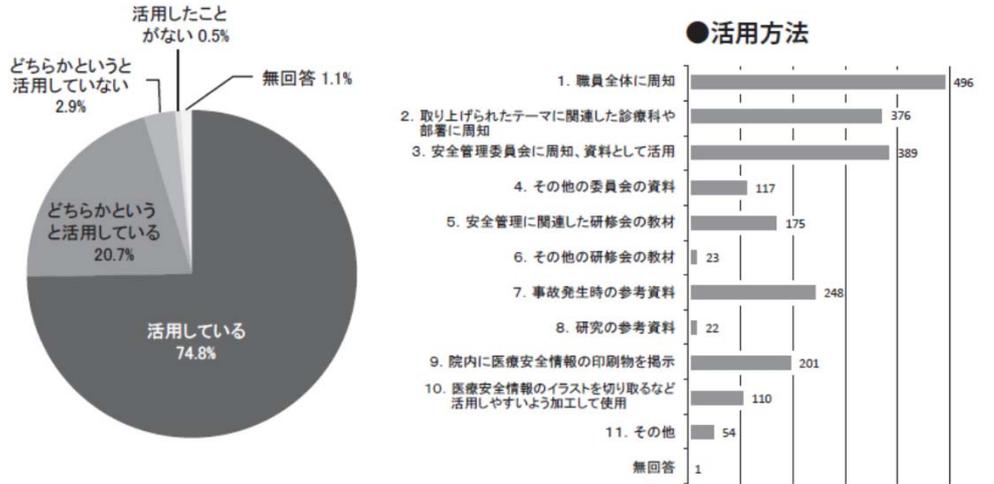


図41 SNSを活用した情報発信(医療事故情報収集等事業のFacebookのページ)

医療事故の発生予防・再発防止を目的として、医療機関から医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例情報を収集し、分析、提供しています。

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
非営利団体

11月19、20日に開催された「第11回医療の質・安全学会学術集会」において、医療事故情報収集等事業と薬局ヒヤリ・ハット事例収集、分析事業を運営している本事業部が企画したパネルディスカッションを行いました。各先生方や本事業部から、薬劑に関する医療安全推進のため、医療機関と薬局の連携の重要性について講演後、総合討論を行いました。もっと見る

医療事故情報収集等事業さんの写真2件を追加しました。

医療事故情報収集等事業です。
<http://www.med-safe.jp/>

11月19、20日に開催された「第11回医療の質・安全学会学術集会」において、医療事故情報収集等事業と薬局ヒヤリ・ハット事例収集、分析事業を運営している本事業部が企画したパネルディスカッションを行いました。各先生方や本事業部から、薬劑に関する医療安全推進のため、医療機関と薬局の連携の重要性について講演後、総合討論を行いました。

【医療機関と薬局の連携による医療安全】

座長：後 盾（本社経理課、九州大学病院医療安全管理部）

1 栗林 一（栗林先生：東京大学医学部社会医学講座）

2 栗原と医療機関の連携の現状と課題
（土屋 文久先生：一般社団法人日本病院薬剤師会）

3 医療機関の薬剤師による医療安全の取り組み
（若狭 利康先生：徳島医科大学日光医療センター薬剤部）

4 薬劑に関する医療事故の防止
～医療事故情報収集等事業と薬局ヒヤリ・ハット事例収集、分析事業の報告事例から考える～
（坂口 美佳：本社 医療事故防止事業部）