

医 政 安 発 0319 第 1 号
令 和 7 年 3 月 19 日

各 $\left(\begin{array}{c} \text{都 道 府 県} \\ \text{保健所設置市} \\ \text{特 別 区} \end{array} \right)$ 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課
医療安全推進・医務指導室長
(公 印 省 略)

医療事故の再発防止に向けた警鐘レポート No. 2 の公表について

医療行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

医療事故調査制度につきましては、平成 27 年 10 月から、医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、医療事故調査・支援センター（以下「センター」という。）において、その調査報告を収集し整理・分析することで医療事故の再発防止につなげ、医療の安全を確保することを目的として実施されております。

また、センターは再発の防止に関する普及啓発を行うこととされており、今般、医療事故の再発防止に向けた警鐘レポート No. 2 として、「注射剤の血管内投与後に発症したアナフィラキシーによる死亡」（以下「レポート」という。）が公表されましたのでお知らせします。

貴職におかれましては、同様の事例の再発防止及び発生の未然防止のため、レポートの内容を御確認の上、貴管下の医療機関に対する周知をお願いします。

レポートにつきましては、別途、センターから各都道府県知事、各保健所設置市長及び各特別区長宛に送付することとなっており、センターのホームページ（<https://www.medsafe.or.jp/>）にも掲載されていますことを申し添えます。

（留意事項） 本通知の内容については、貴管内医療機関の医療安全管理委員会の関係者、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者、医療安全管理責任者等に対しても、周知されるよう御配慮願います。

Ⅱ 相談・医療事故報告等の現況

要約版 (2024 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 2024 年 1 月 1 日～同年 12 月 31 日までの状況を、制度開始からの推移あるいは前年比等によりまとめている。一部のグラフは、2015 年 10 月～12 月のデータを省略している。

なお、数値版については、日本医療安全調査機構のホームページに掲載している。

要約版について

要約版は、日本医療安全調査機構のホームページに掲載している「医療事故調査・支援センター 2024 年 年報」数値版の数値より、主要項目を抽出し、1. 相談の状況、2. 医療事故発生報告の状況、3. 院内調査結果報告の状況、4. センター調査の状況として、グラフで示している。

医療事故報告による情報の収集

医療法第 6 条の 10

病院、診療所又は助産所（以下この章において「病院等」という。）の管理者は、医療事故（当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるものをいう。以下この章において同じ。）が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を第 6 条の 15 第 1 項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。

医療法第 6 条の 11

4 病院等の管理者は、医療事故調査を終了したときは、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、その結果を第 6 条の 15 第 1 項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。

厚生労働省令第 100 号（医療法施行規則の一部を改正する省令）

「当該死亡または死産を予期しなかつたもの」

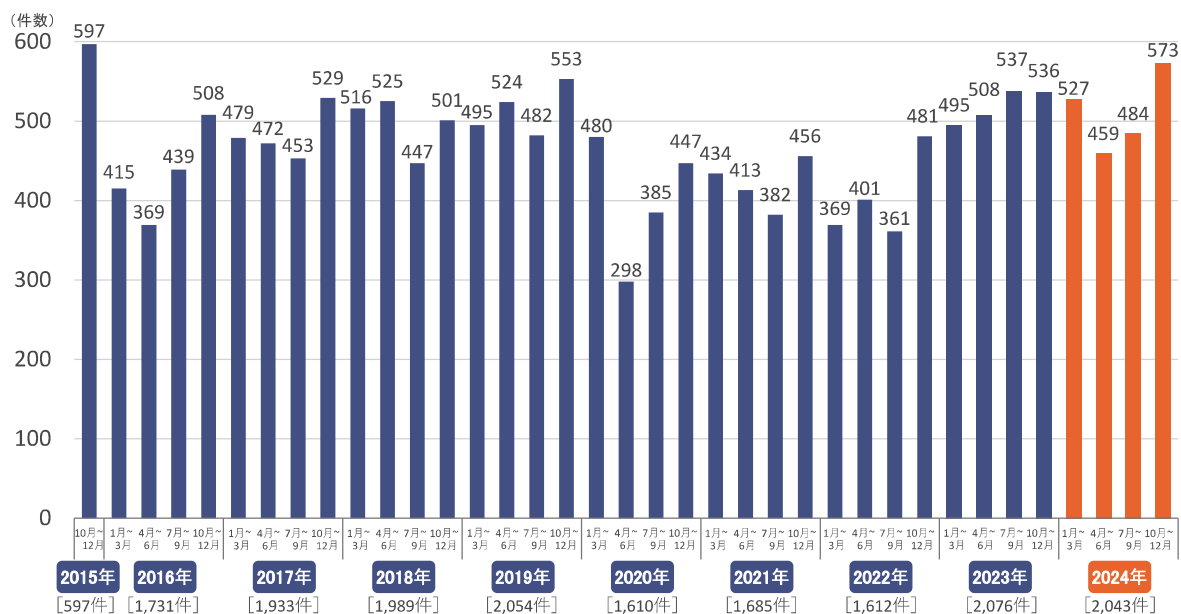
第 1 条の 10 の 2

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

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

相談の状況

1. 相談件数の推移（数値版 参考1-(1)-①参照）



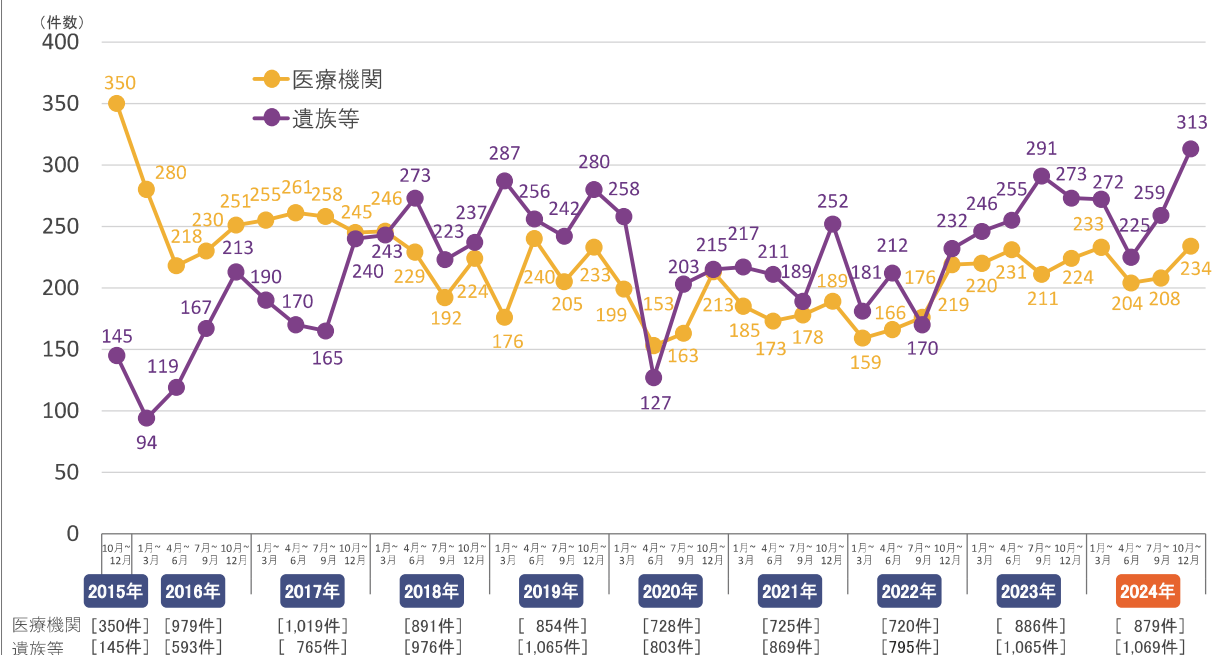
*相談手段の大半は電話であるが、それ以外に文書等が数件含まれる。 *相談件数を四半期ごとに表記している。

2024年
の状況

相談件数は2,043件であり、450～570件台/四半期で推移していた。

Ⅱ 相談・医療事故報告等の状況
要約版

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）



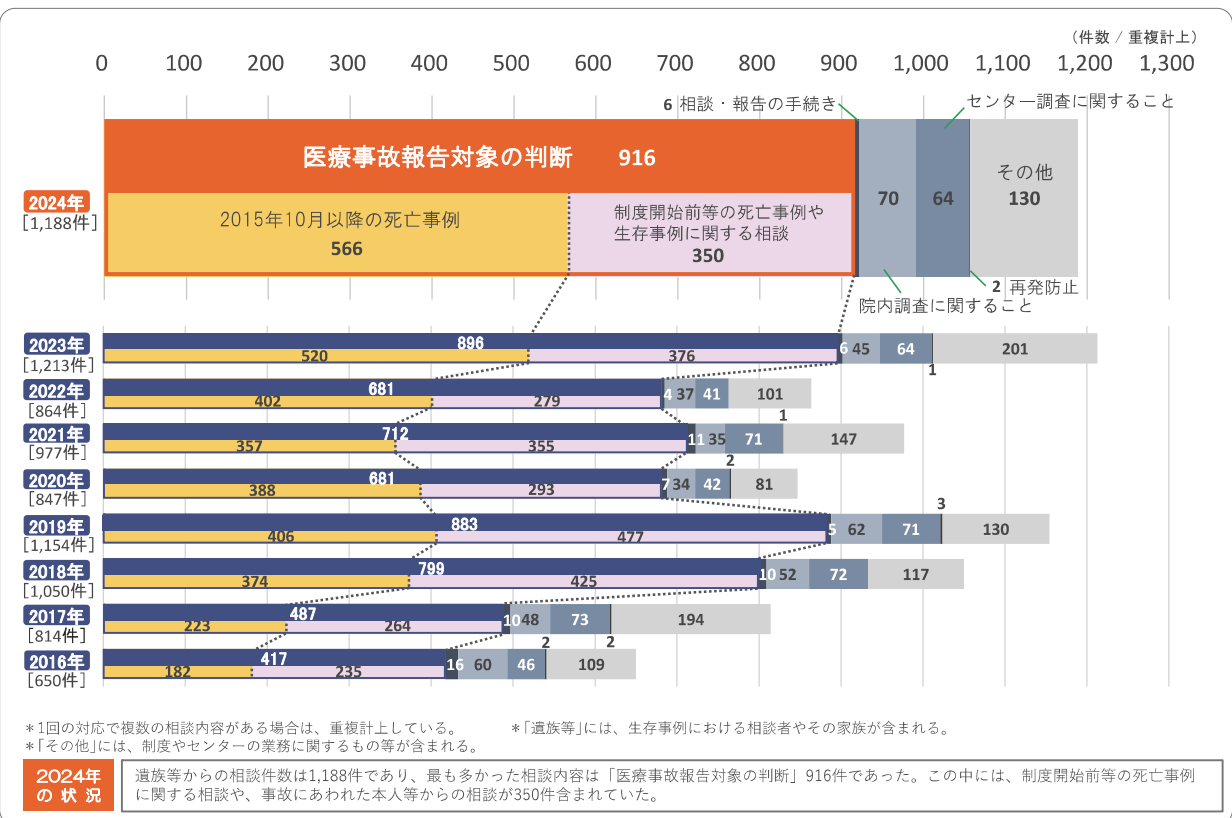
*相談者別（「医療機関」と「遺族等」）の相談件数を四半期ごとに表記している。

*「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。

2024年
の状況

医療機関からの相談は879件、遺族等からの相談は1,069件であった。

3. 遺族等の相談内容（数値版 1-(1)-④参照）



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

(件数)										
伝達年月 医療機関	2016年 (7～12月)	2017年 (1～12月)	2018年 (1～12月)	2019年 (1～12月)	2020年 (1～12月)	2021年 (1～12月)	2022年 (1～12月)	2023年 (1～12月)	2024年 (1～12月)	累 計
病 院	12	19	38	24	23	14	16	25	24	195
診療所	2	2	1	1	0	0	0	2	1	9
助産所	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	14	21	39	25	23	14	16	27	25	204
事故報告 あり※1)	1	1	4	5	2	2	4	2	2	23

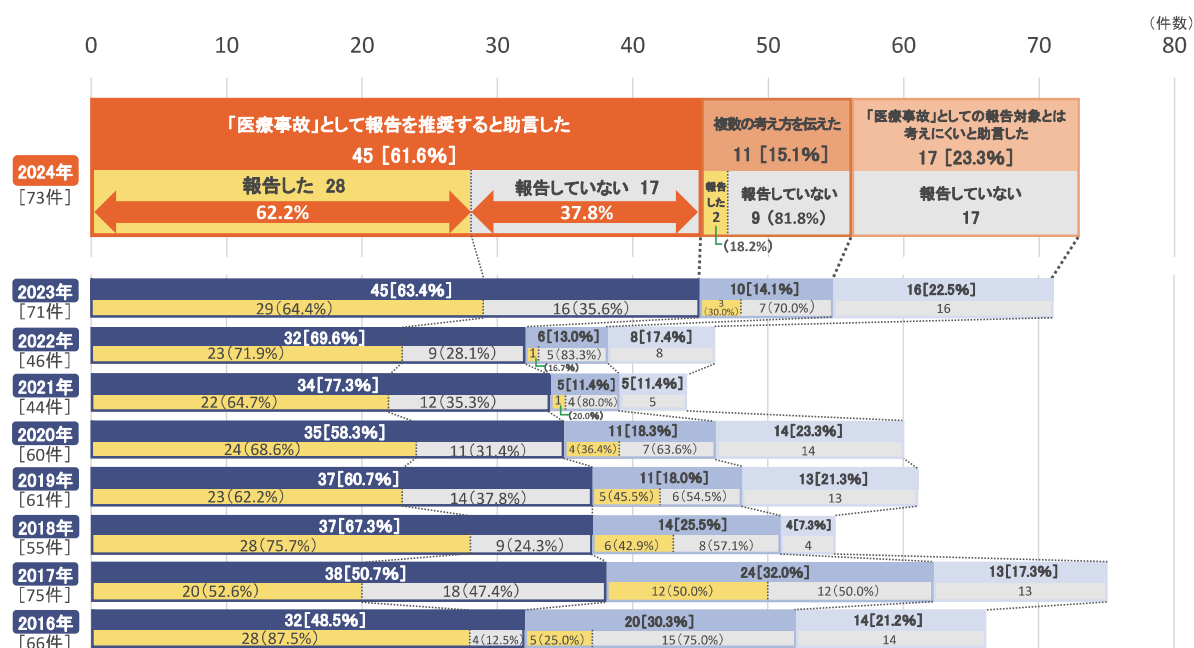
* 医療機関への伝達は、厚生労働省医政局総務課長通知(平成28年6月24日医政総発0624第1号)「遺族等からの求めに応じて、相談の内容等を病院等の管理者に伝達すること」に基づく。

※1)「事故報告あり」とは、伝達をした事例のうち医療機関が医療事故発生報告を行った件数を伝達年月に計上している。

2024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25件であった。そのうち医療事故として報告のあった件数は2件であった。

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



* 2024年の「報告した」は、2025年1月31日時点までに医療事故発生の報告を受けた件数の再掲であり、「報告していない」には、一部、検討中のものを含む。

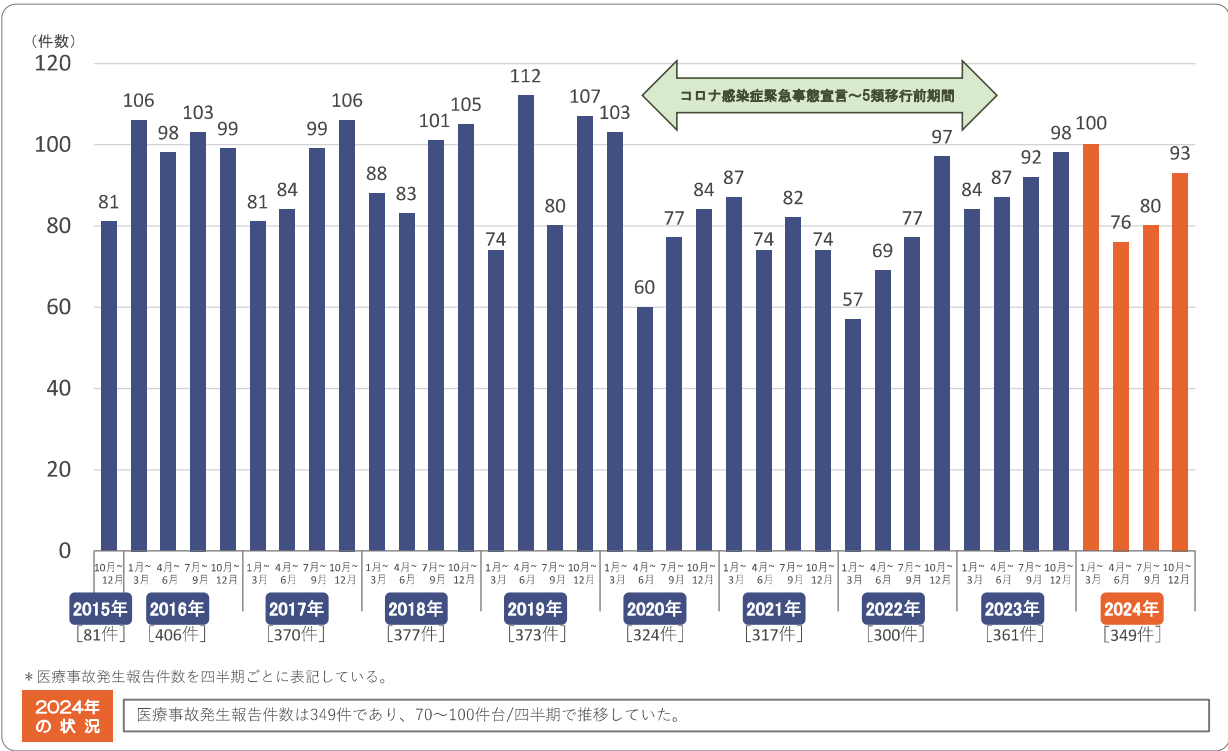
* 「センター合議」とは、医療機関が行う「医療事故か否かの判断」に関する支援として、複数の専門家（医師、薬剤師、看護師）らにより合議を行い、その結果を医療機関へ助言として伝えるものである。

2024年の状況

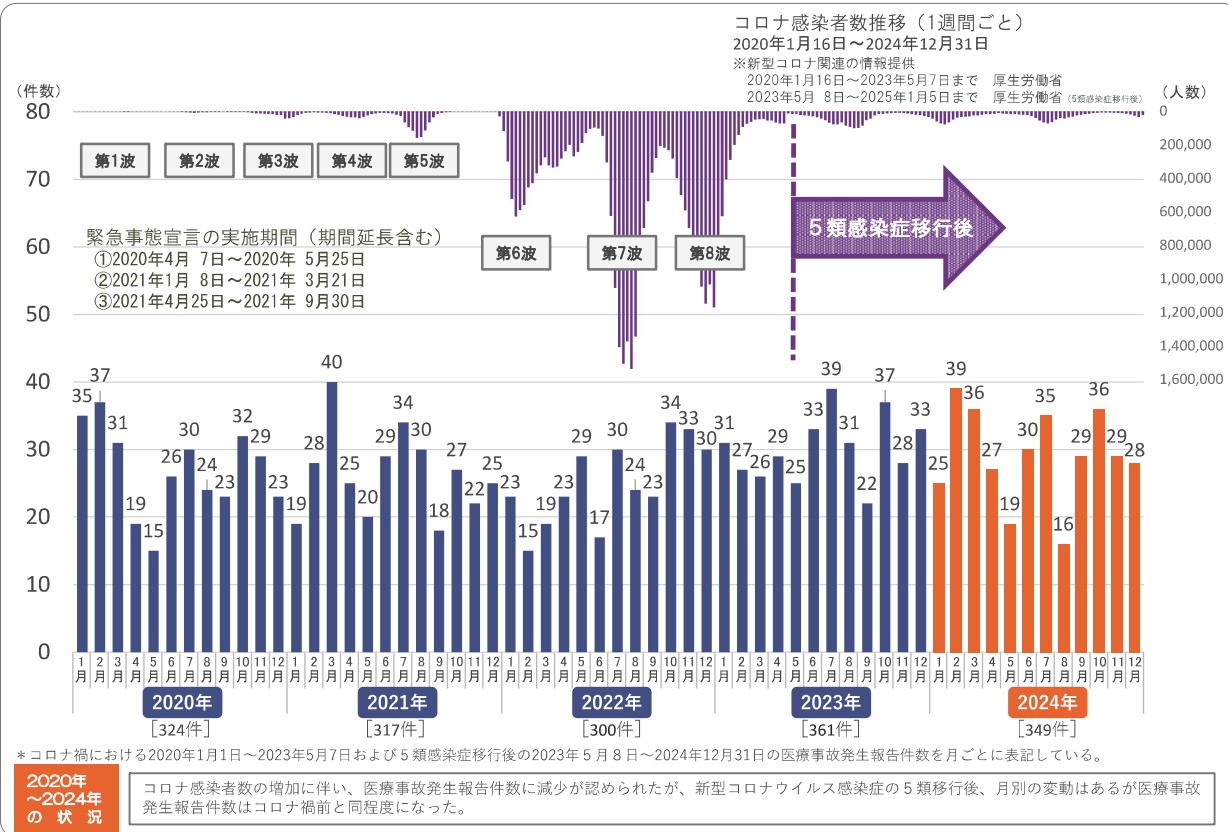
センター合議は73件実施した。内訳は、「報告を推奨すると助言した」45件のうち、医療機関から医療事故報告されたものが28件であった。また、「複数の考え方を伝えた」11件のうち、報告されたものは2件であった。

医療事故発生報告の状況

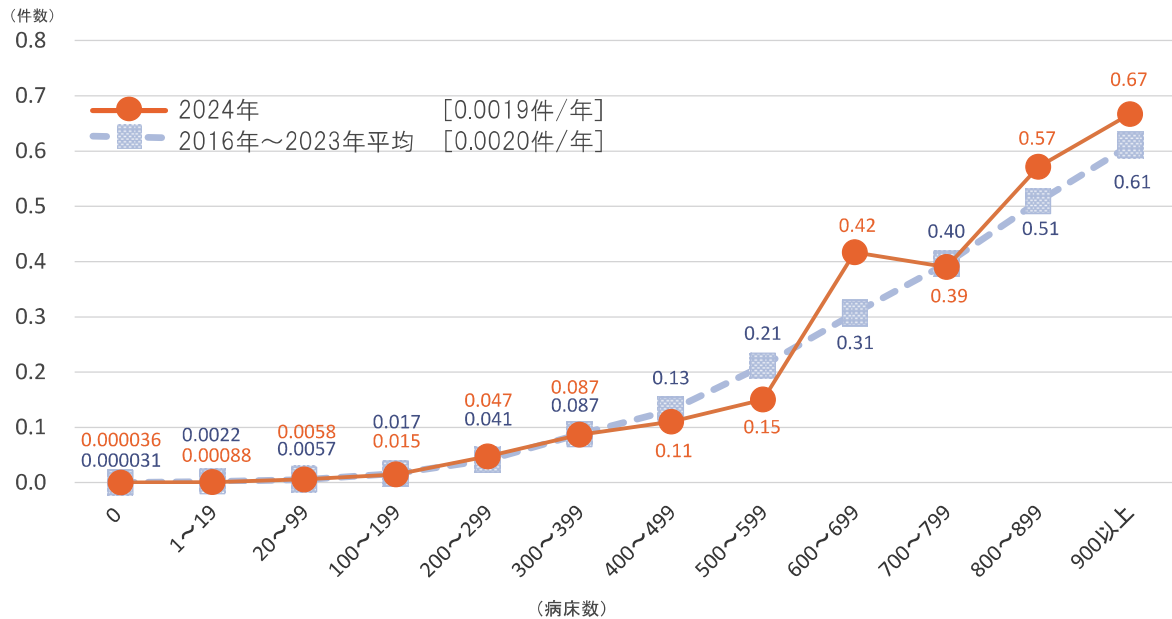
6-1. 医療事故発生報告件数の推移 (数値版 参考2-(1)-①-i参照)



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）

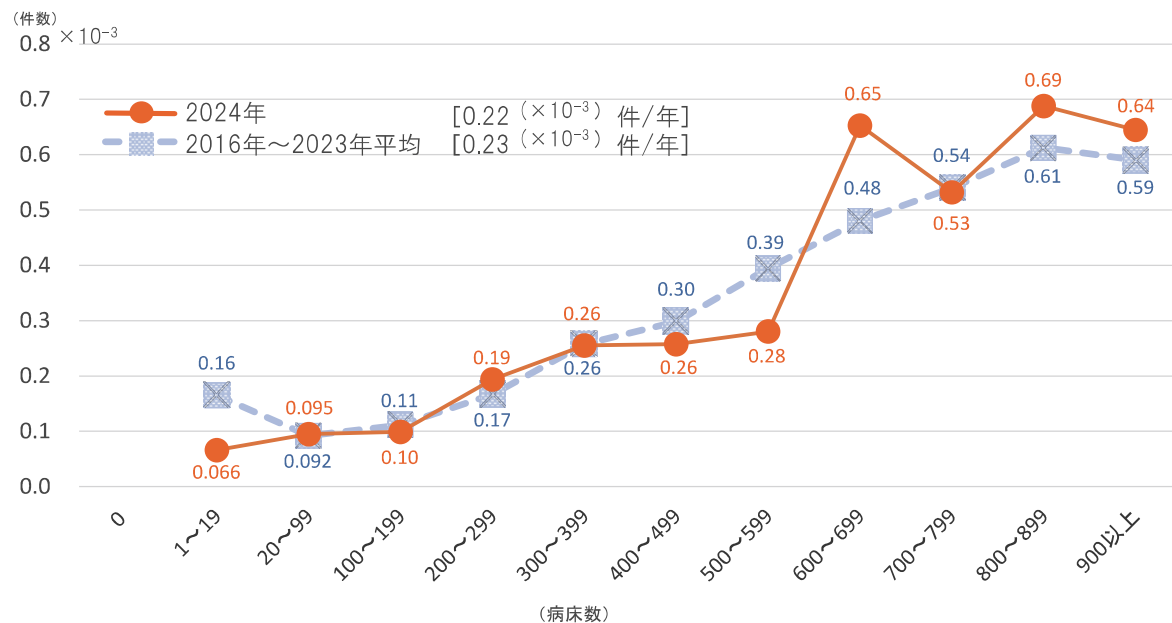


*「1施設あたりの報告件数」は、2016年～2023年は各年の1月～12月の報告件数/8年/施設数、2024年は1月～12月の報告件数/施設数として算出し、有効数字2桁で表示している。
 *「施設数」は、2016年～2023年の平均、2024年ともに「令和5年医療施設調査」(厚生労働省)に基づき算出している。

2024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」0.67件で、次いで多かったのが「800床～899床」0.57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）



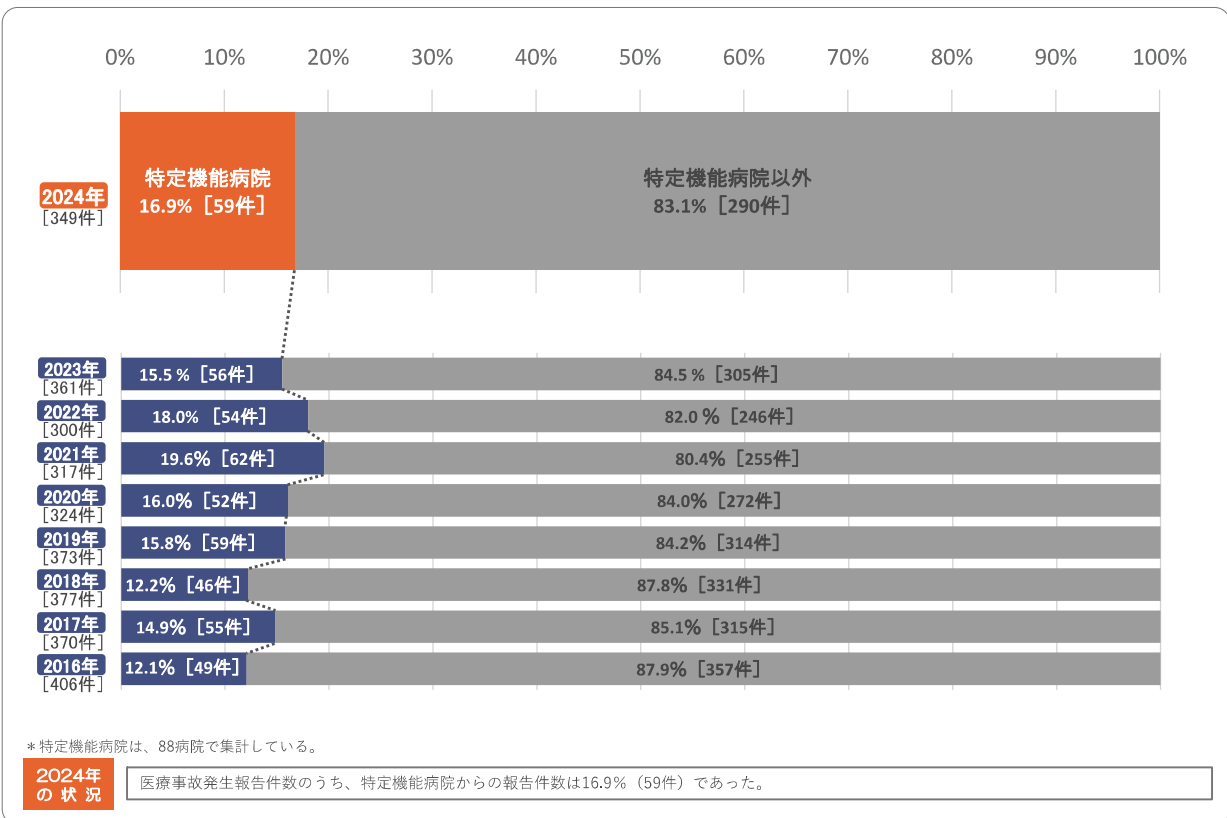
*「1病床あたりの報告件数」は、2016年～2023年は各年の1月～12月の報告件数/8年/病床数、2024年は1月～12月の報告件数/病床数として算出し、有効数字2桁で表示している。
 *「病床数」は、2016年～2023年の平均、2024年ともに「令和5年医療施設調査」(厚生労働省)に基づき算出している。

*「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。

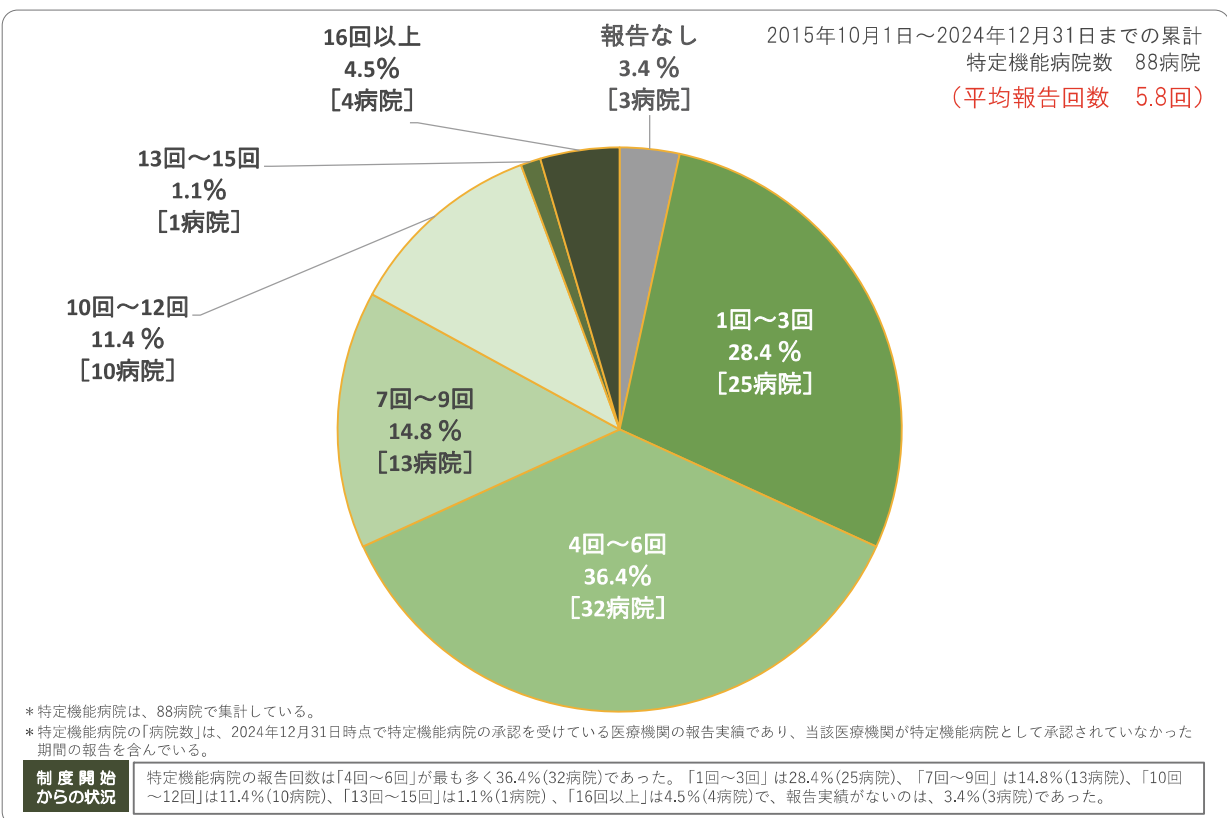
2024年
の状況

1病床あたりの医療事故発生報告件数が最も多かったのは「800床～899床」0.69 ($\times 10^{-3}$) 件で、次いで多かったのが「600床～699床」0.65 ($\times 10^{-3}$) 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）



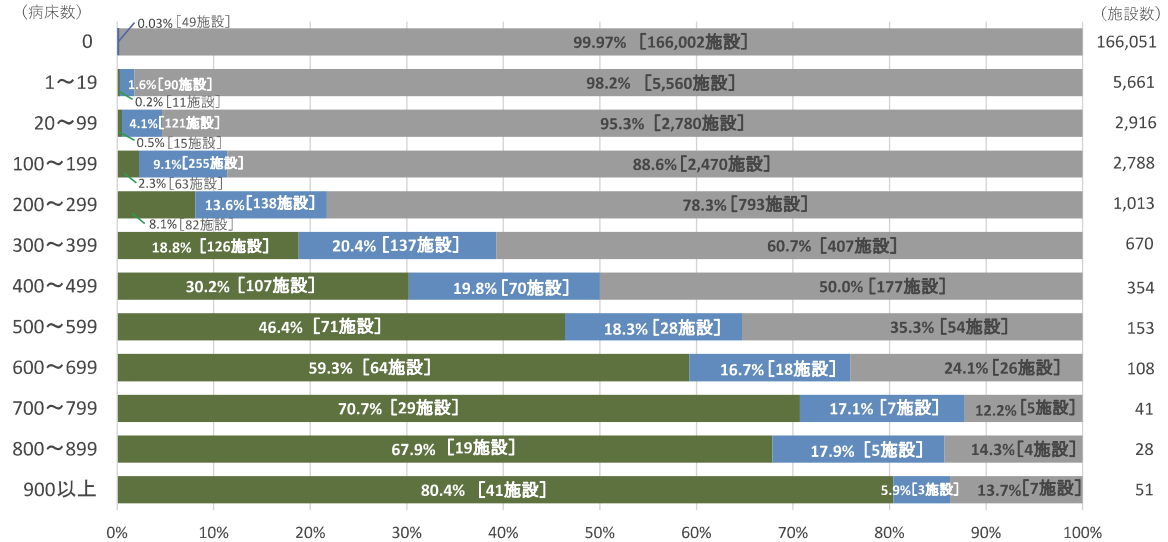
10. 病床規模別医療事故発生報告実績の割合（数値版 参考2-(1)-⑥参照）

診療所を除く病院(20床以上)の実績

2015年10月1日～2024年12月31日までの累計

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

施設数(総数) 病院 8,122施設
診療所 171,712施設



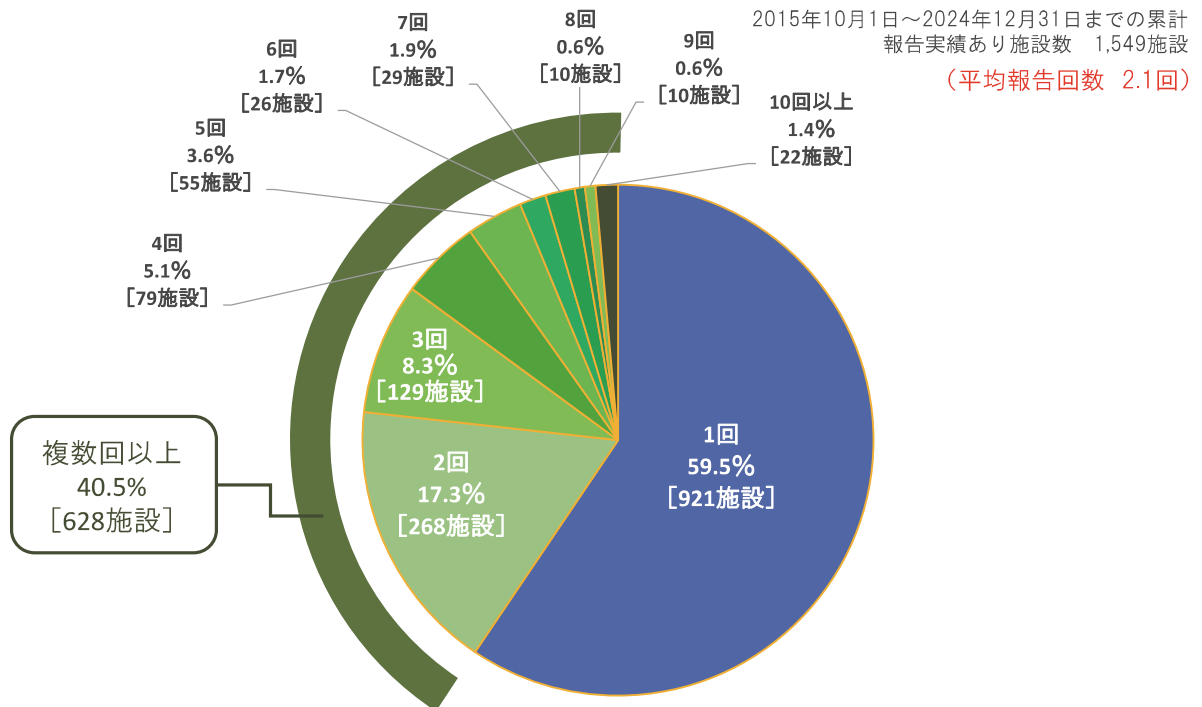
*この集計は、2015年10月1日～2024年12月31日までの実績に基づき集計したものである。*報告実績あり(回数)は、1つの医療機関が医療事故発生報告をした回数を示している。
*「施設数(総数)」は、「令和5年医療施設調査」(厚生労働省)に基づき算出している。

制度開始
からの状況

病床規模数の大きな施設ほど、高い報告実績率を示している。

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）

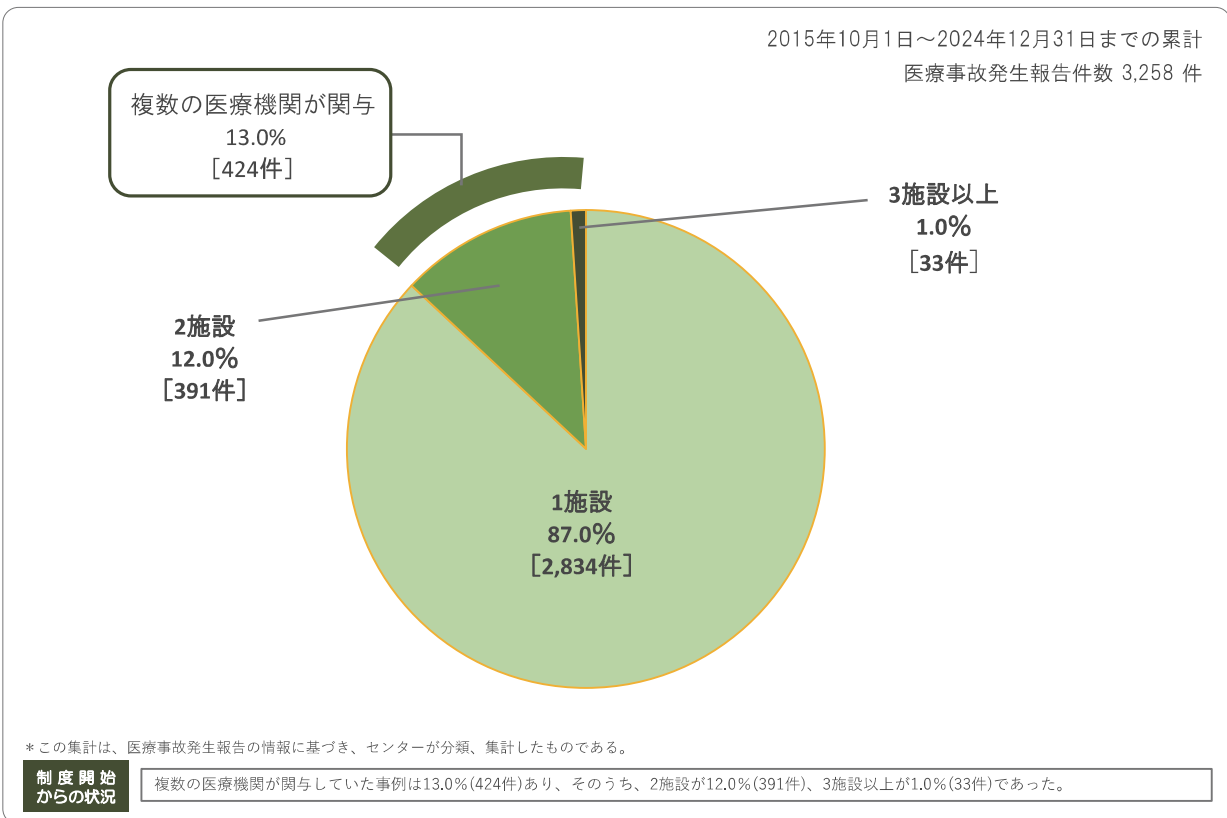


*この集計は、2015年10月1日～2024年12月31日までの実績に基づき集計したものである。

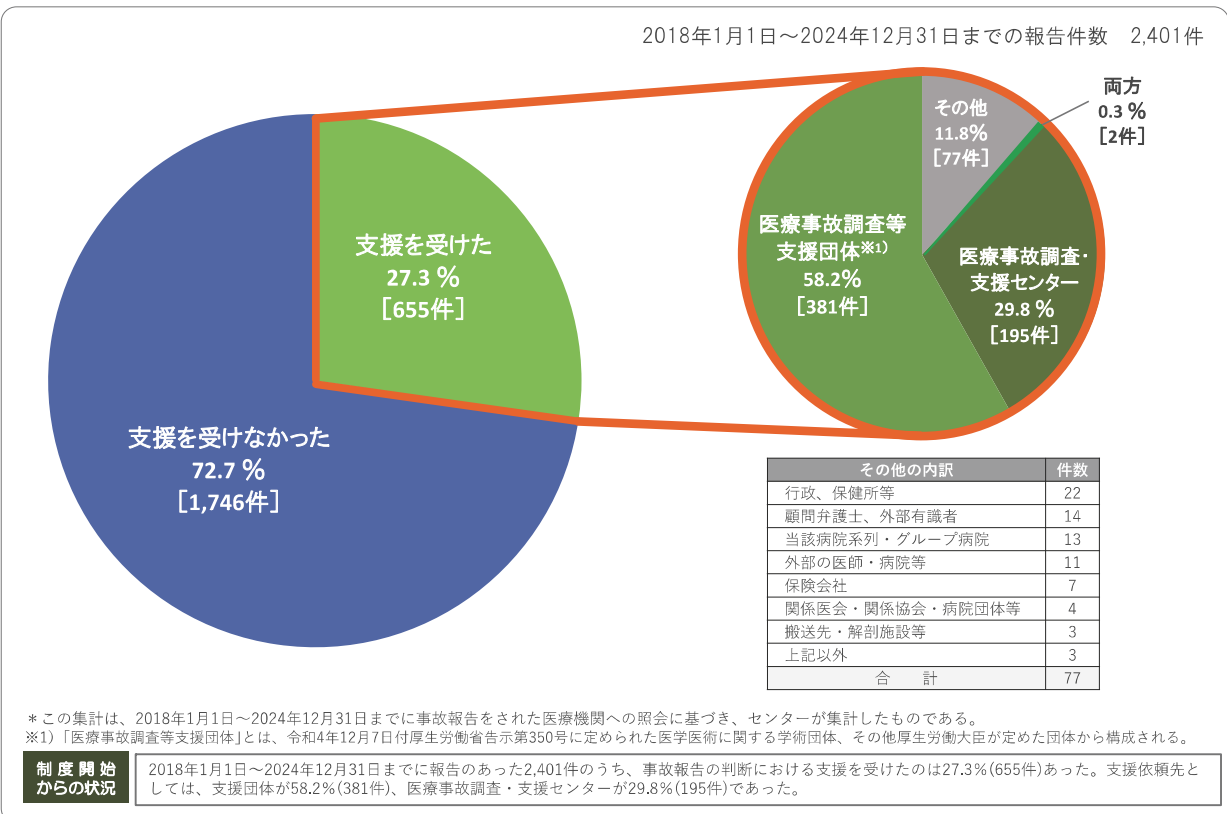
制度開始
からの状況

医療事故発生報告回数は「1回」が最も多く59.5%(921施設)であり、複数回報告があった施設は40.5%(628施設)であった。

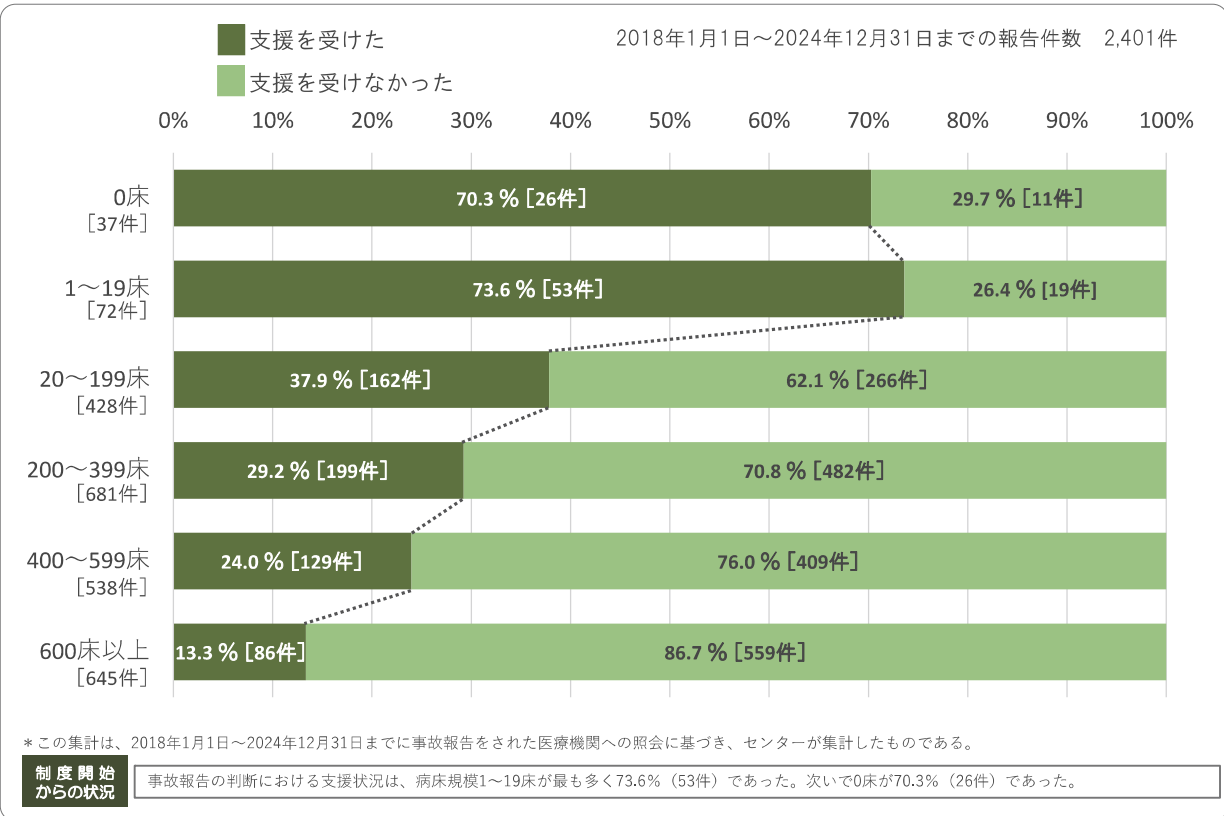
12. 1事例に関与した医療機関数（数値版 2-(1)-⑦参照）



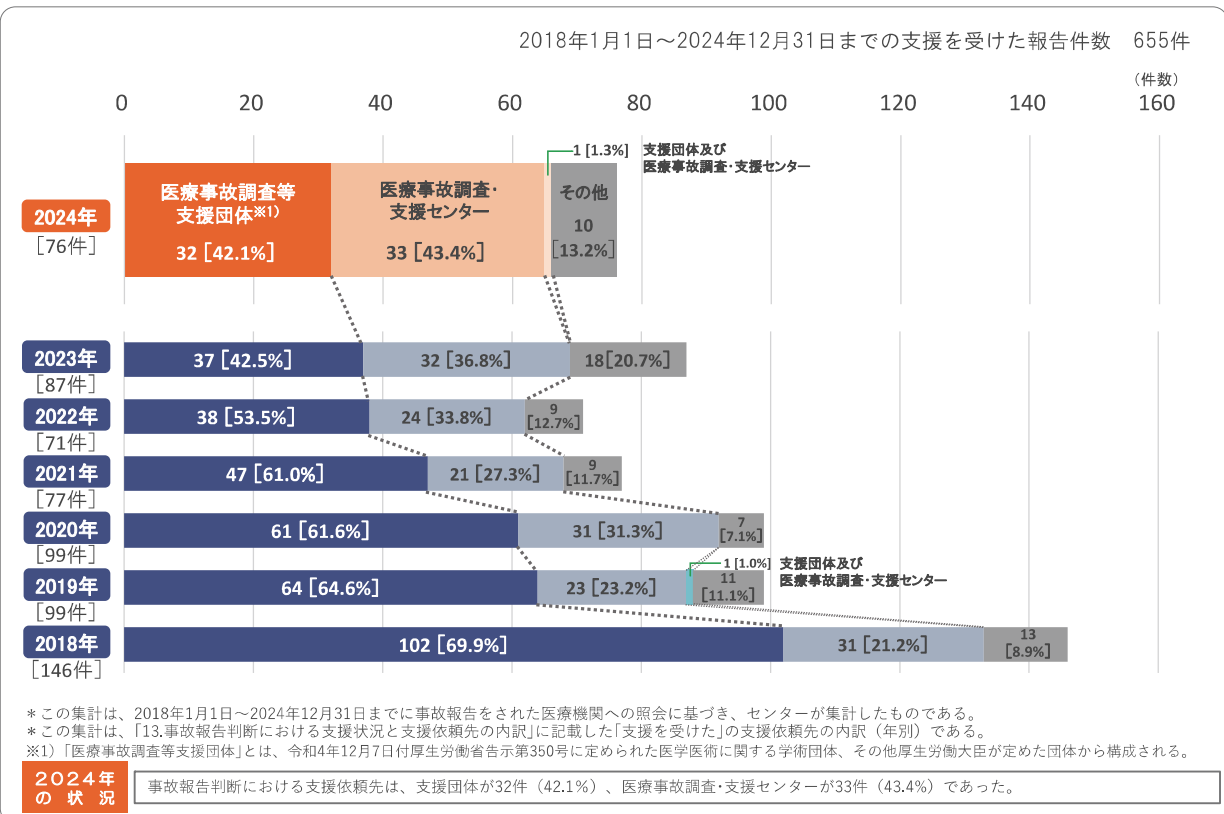
13. 事故報告判断における支援状況と支援依頼先の内訳（数値版 2-(1)-⑫・2-(1)-⑬参照）



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依頼先の内訳（年別）（数値版 2-(1)-⑬参照）



医療事故発生報告件数 3,258件

2015年10月1日～2024年12月31日までの累計

(件数)

ブロック	都道府県別報告件数	
北海道ブロック	北海道	171
	青森県	33
	岩手県	40
	宮城県	44
	秋田県	24
東北ブロック	山形県	29
	福島県	62
	茨城県	62
	栃木県	48
	群馬県	51
関東信越ブロック	埼玉県	112
	千葉県	181
	東京都	406
	神奈川県	222
	新潟県	59
東海北陸ブロック	山梨県	15
	長野県	62
	富山県	27
	石川県	26
	岐阜県	44
近畿ブロック	静岡県	79
	愛知県	217
	三重県	75
	福井県	6
	滋賀県	43
中国四国ブロック	京都府	113
	大阪府	161
	兵庫県	129
	奈良県	31
	和歌山県	15
九州ブロック	鳥取県	16
	島根県	24
	岡山県	42
	広島県	55
	山口県	23
九州ブロック	徳島県	19
	香川県	25
	愛媛県	37
	高知県	11
	福岡県	124
九州ブロック	佐賀県	24
	長崎県	35
	熊本県	61
	大分県	48
	宮崎県	46
九州ブロック	鹿児島県	29
	沖縄県	52

制度開始からの状況

都道府県別にみた制度開始からの医療事故発生報告件数が最も多かったのは「東京都」406件、次いで「神奈川県」222件であった。

(件数)
6.0

5.0

4.0

3.0

2.0

1.0

0.0

北海道ブロック

東北ブロック

関東信越ブロック

東海北陸ブロック

近畿ブロック

中国四国ブロック

九州ブロック

全体
2.8件/年

北海道
3.6
青森県
3.0
岩手県
3.7
宮城県
2.1
秋田県
2.8
山形県
3.1
福島県
3.8
茨城県
2.4
栃木県
2.7
群馬県
2.9
埼玉県
1.7
千葉県
3.1
東京都
3.1
神奈川県
2.6
新潟県
3.0
山梨県
2.0
長野県
3.3
富山県
2.9
石川県
2.5
岐阜県
2.5
静岡県
2.4
愛知県
3.1
三重県
4.7
福井県
0.9
滋賀県
3.3
京都府
4.8
大阪府
2.0
兵庫県
2.6
奈良県
2.6
和歌山県
1.8
鳥取県
3.2
島根県
4.0
岡山県
2.5
広島県
2.2
山口県
1.9
徳島県
3.0
香川県
2.9
愛媛県
3.1
高知県
1.8
福岡県
2.6
佐賀県
3.3
長崎県
3.0
熊本県
3.9
大分県
4.7
宮崎県
4.8
鹿児島県
2.0
沖縄県
3.8

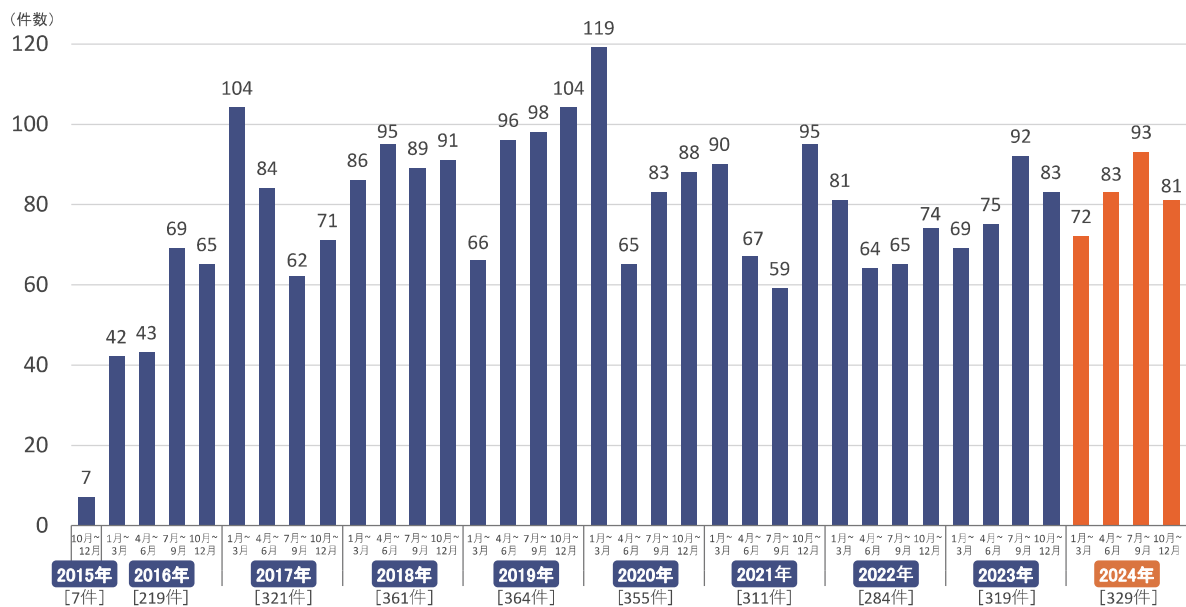
*「人口100万人あたりの報告件数」とは、医療事故発生報告件数/9.25/人口(「令和5年人口推計」総務省統計局)×100万として算出している(1年換算)。

制度開始からの状況

人口100万人あたりの医療事故発生報告件数(制度開始からの累計)を1年換算した件数は全体で2.8件/年であった。最も多かったのは「京都府」「宮崎県」の4.8件、続いて「三重県」「大分県」の4.7件であった。

院内調査結果報告の状況

18. 院内調査結果報告件数の推移（数値版 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。

2024年の状況

院内調査結果報告は、329件であり、70～90件台/四半期で推移していた。

Ⅱ 相談・医療事故報告等の現況
要約版

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

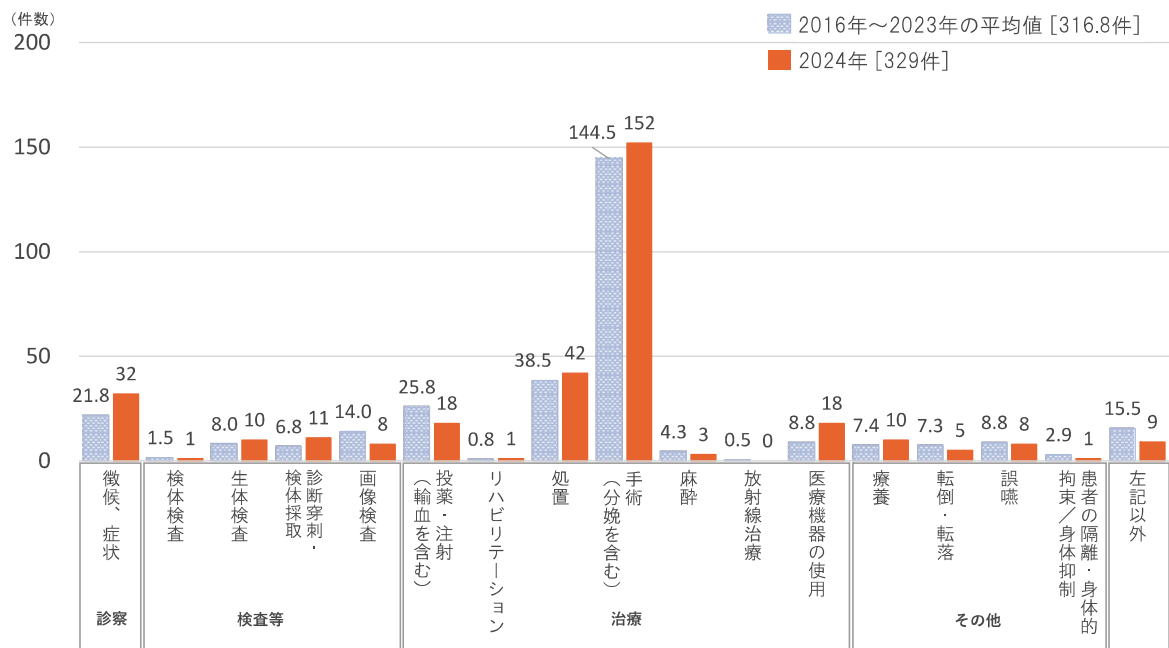
（数値版 参考2-(1)-①-i・参考3-(1)-①参照）



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。

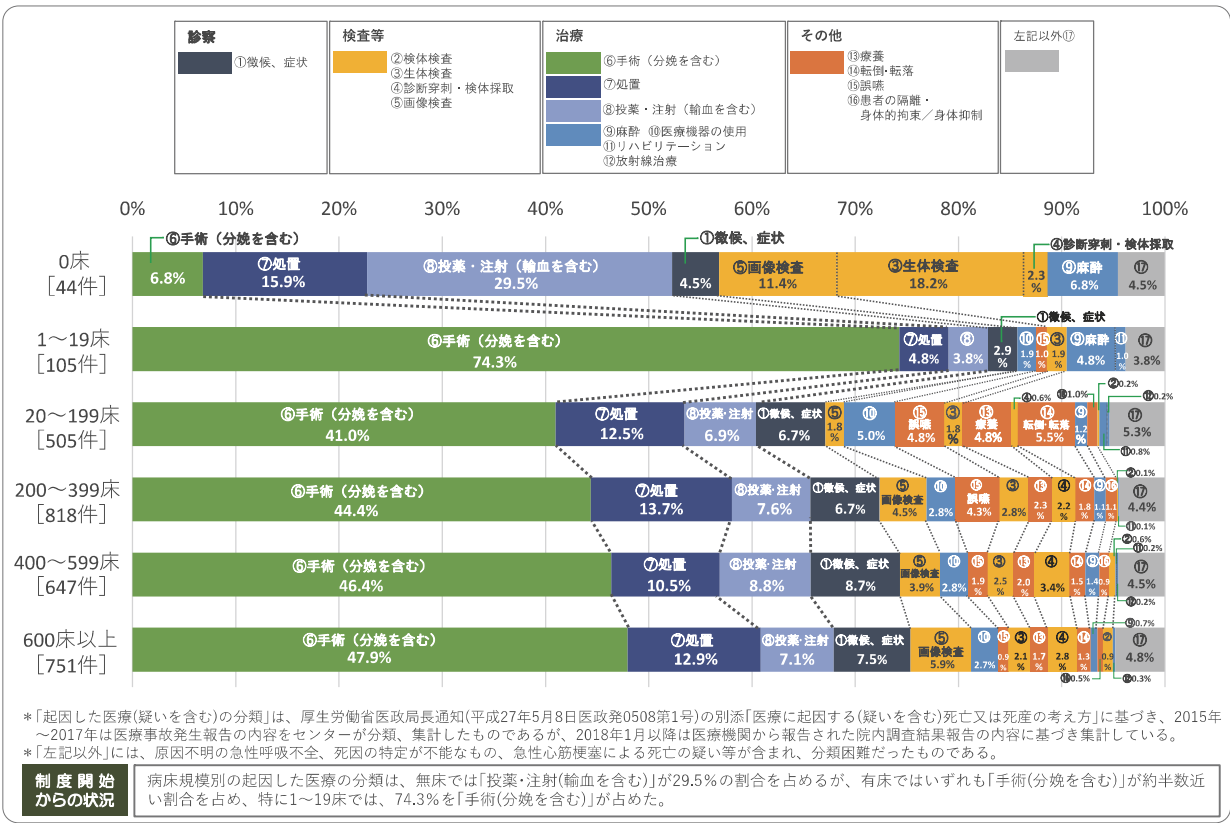
20-1. 起因した医療(疑いを含む)の分類別院内調査結果報告件数 (数値版 3-(2)-①参照)



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

2024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152件であり、次いで多かったのは「処置」42件であった。

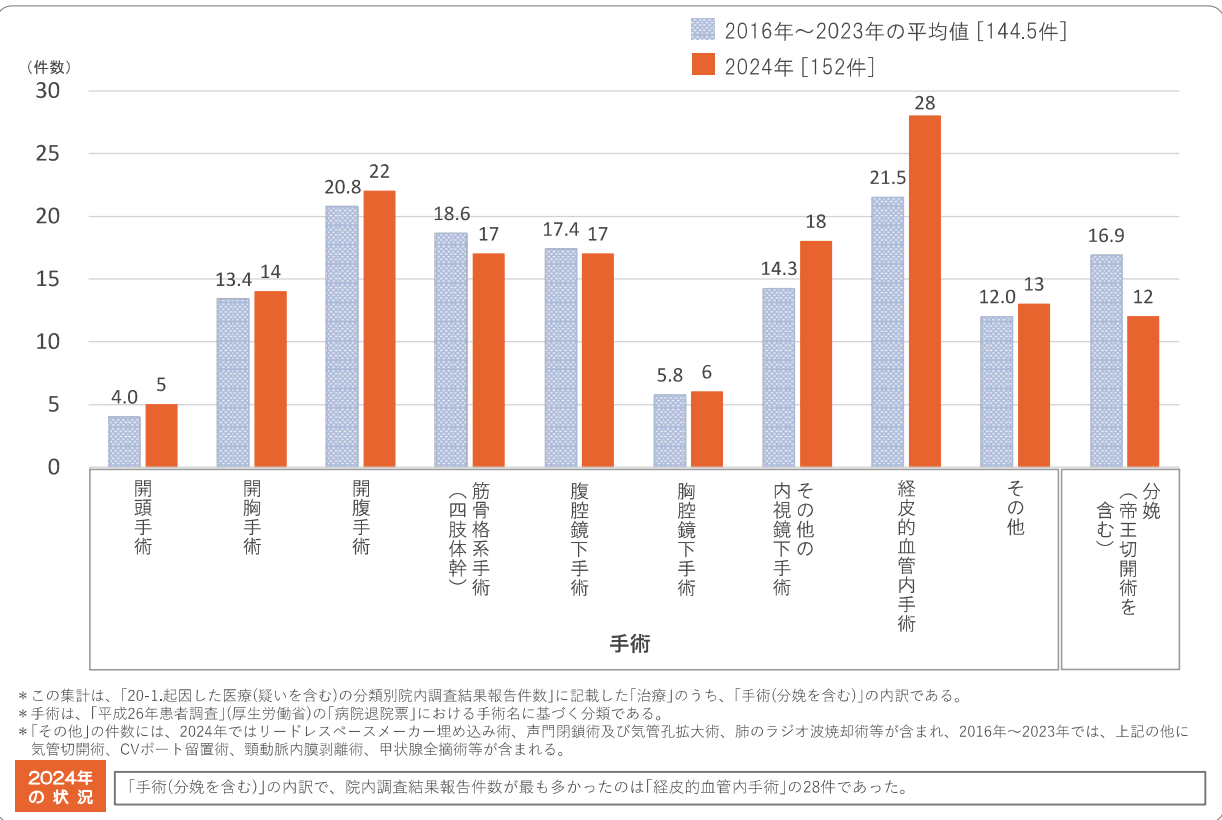
20-2. 病床規模別「起因した医療(疑いを含む)の分類」の割合 (数値版 3-(2)-③参照)



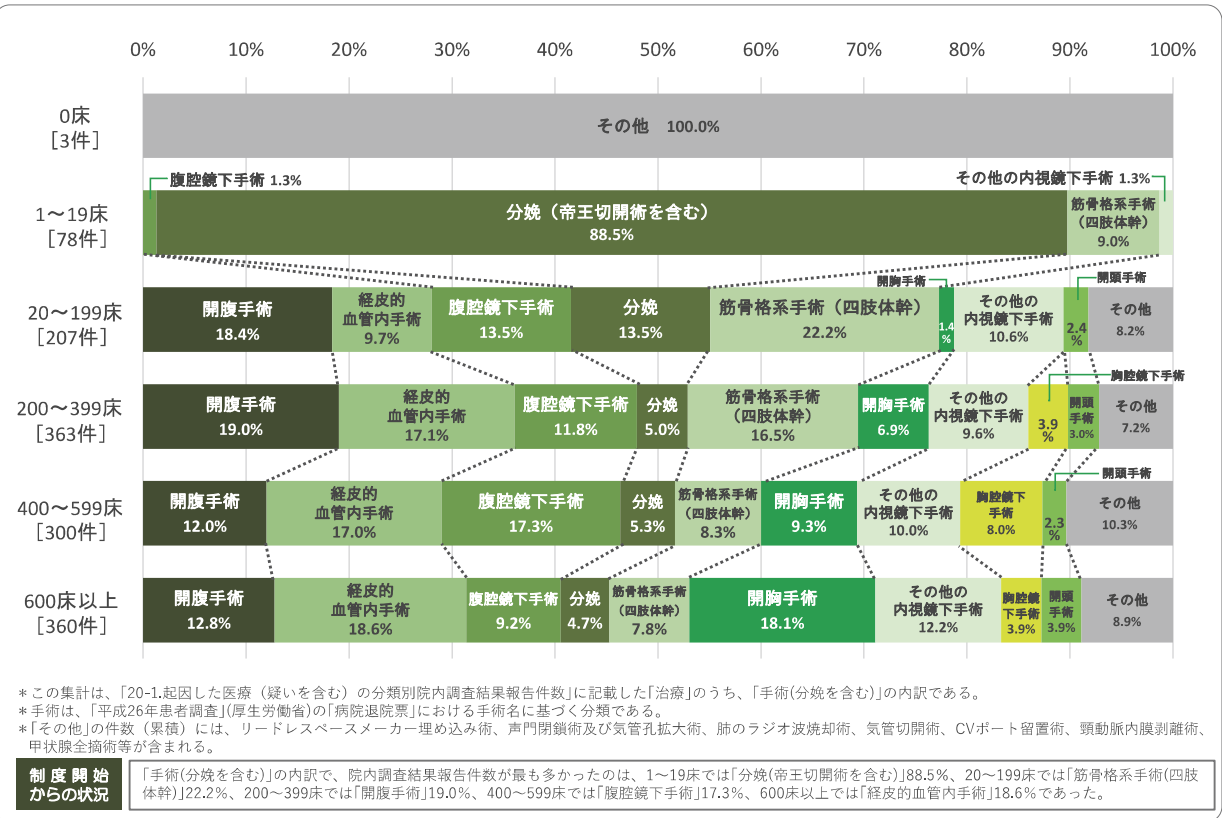
*「起因した医療(疑いを含む)の分類」は、厚生労働省医政局長通知(平成27年5月8日医政発0508第1号)の別添「医療に起因する(疑いを含む)死亡又は死産の考え方」に基づき、2015年～2017年は医療事故発生報告の内容をセンターが分類、集計したものであるが、2018年1月以降は医療機関から報告された院内調査結果報告の内容に基づき集計している。
*「左記以外」には、原因不明の急性呼吸不全、死因の特定が不能なもの、急性心筋梗塞による死亡の疑い等が含まれ、分類困難だったものである。

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29.5%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、74.3%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)

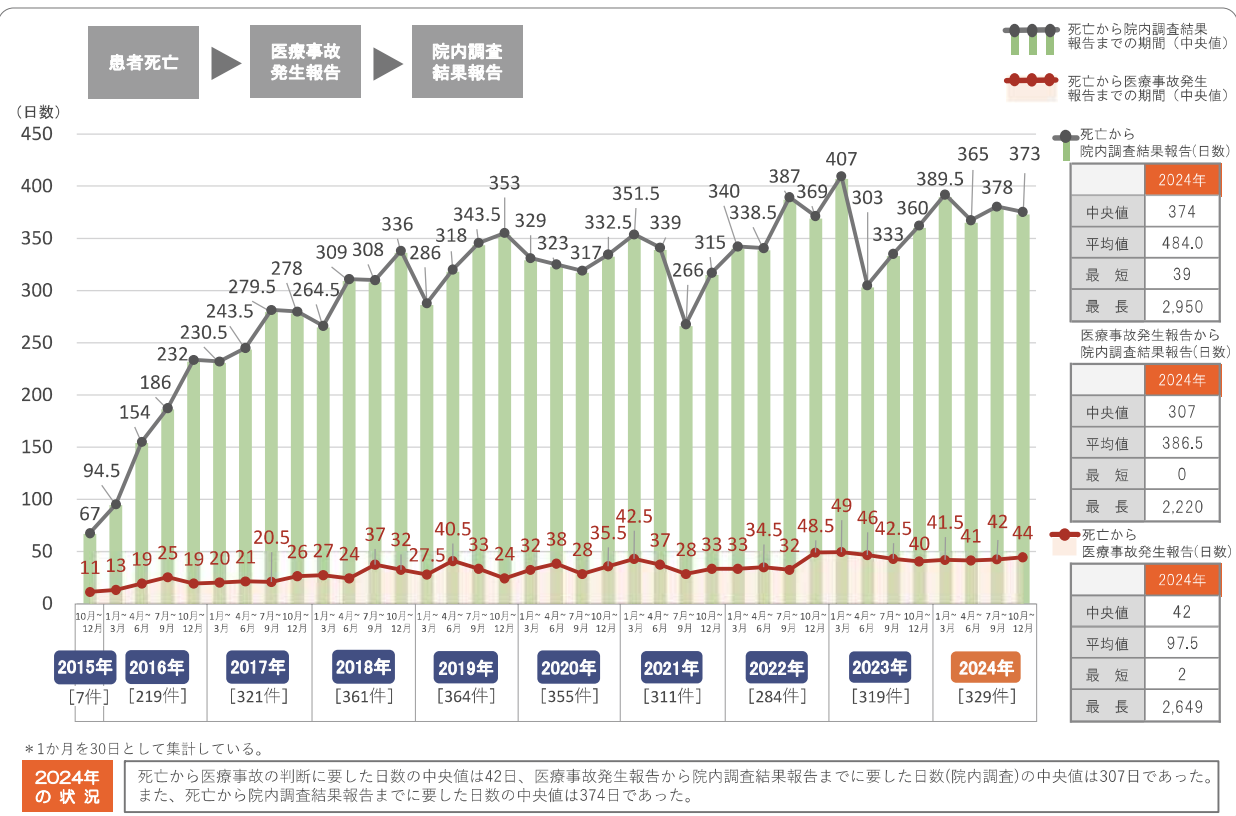


21-2. 病床規模別「手術(分娩を含む)」の内訳の割合 (数値版 3-(2)-④参照)



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)

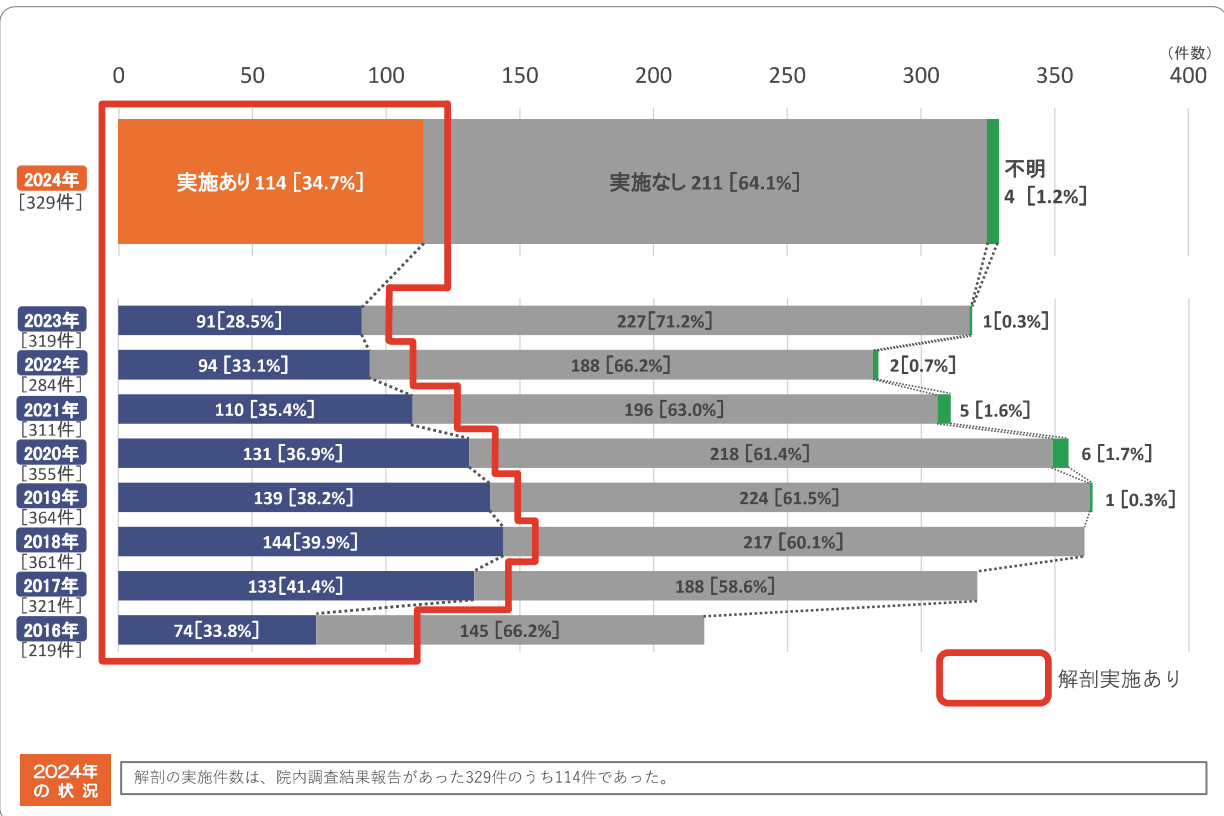
		報告までに要した期間			合 計
		1年6か月以上 ～2年未満	2年以上～ 2年6か月未満	2年6か月以上	
理 由	制 度				
	制度の理解不足	4	0	1	5
調 査	解剖結果が出るまでに時間を要した	1	0	0	1
	外部委員の派遣までに時間を要した	3	2	4	9
	委員会開催のための日程調整に時間を要した	7	3	9	19
	調査検討に時間を要した(委員会を複数開催した等)	3	2	3	8
	報告書の作成に時間を要した	16	5	17	38
	複数の報告事例があり順番に対応しているため時間を要した	1	0	3	4
	他の業務があり時間を要した	0	0	2	2
説 明	遺族への調査結果の説明やその後の対応に時間を要した	14	5	8	27
	コロナ対応のため時間を要した	0	1	8	9
そ の 他	担当者交代もしくは人員削減により時間を要した	2	0	2	4
	上記以外の理由で時間を要した	1	0	2	3

* 2024年1月1日～12月31日時点において、院内調査結果報告329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69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。

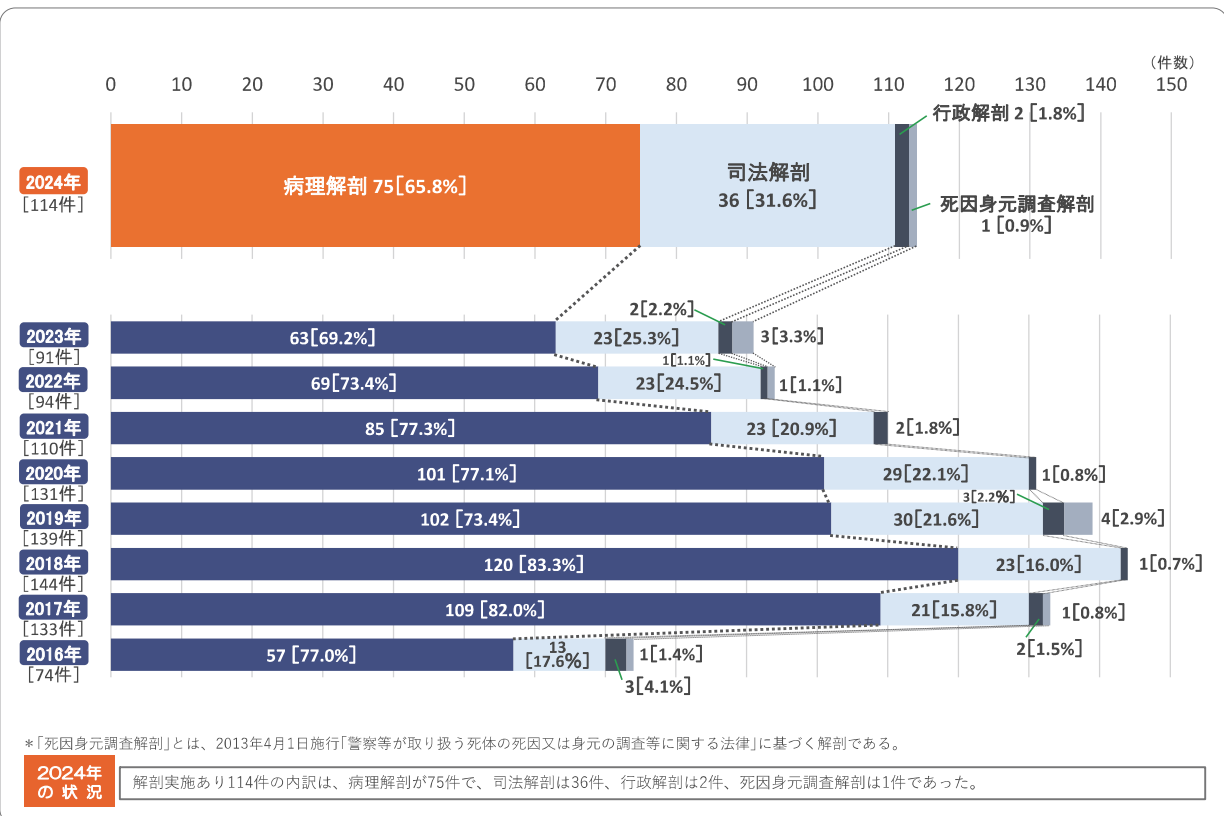
2024年の状況

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38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27件、「委員会開催のための日程調整に時間を要した」が19件であった。

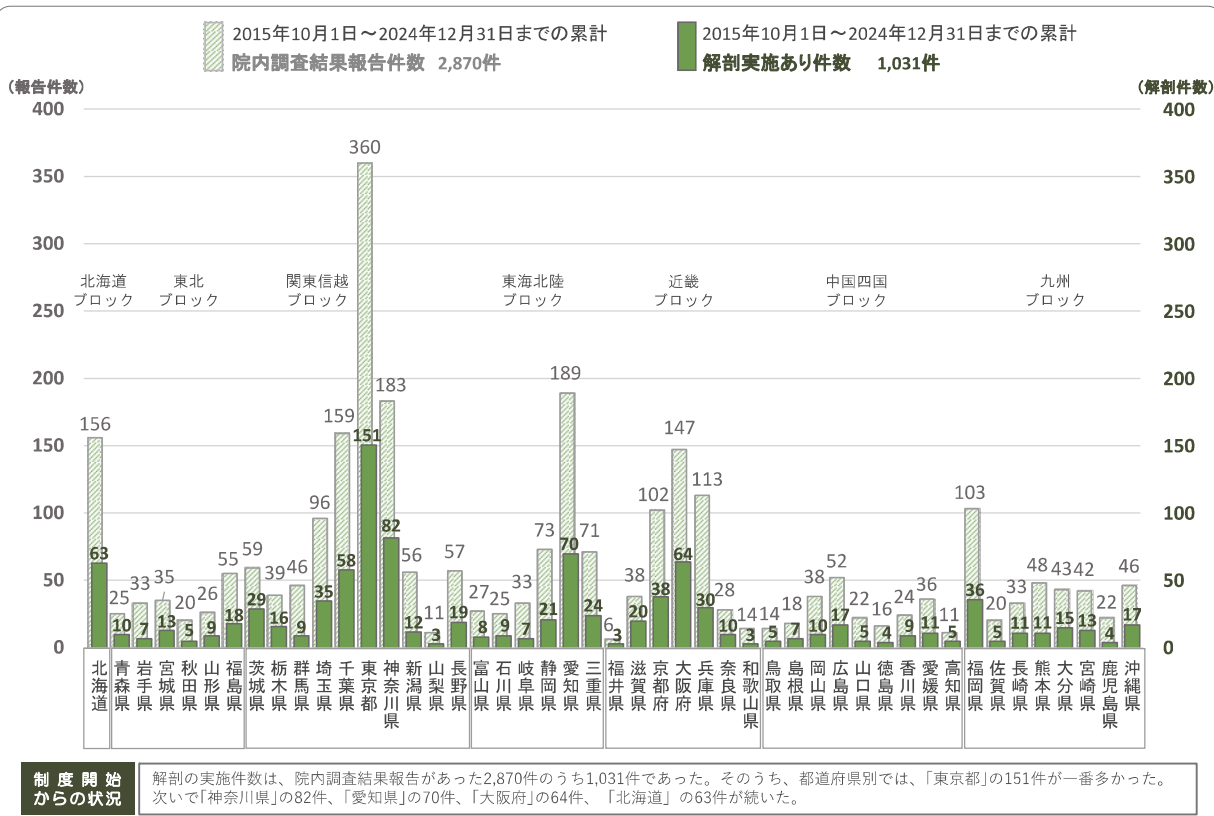
24-1. 解剖の実施状況（数値版 3-(3)-①参照）



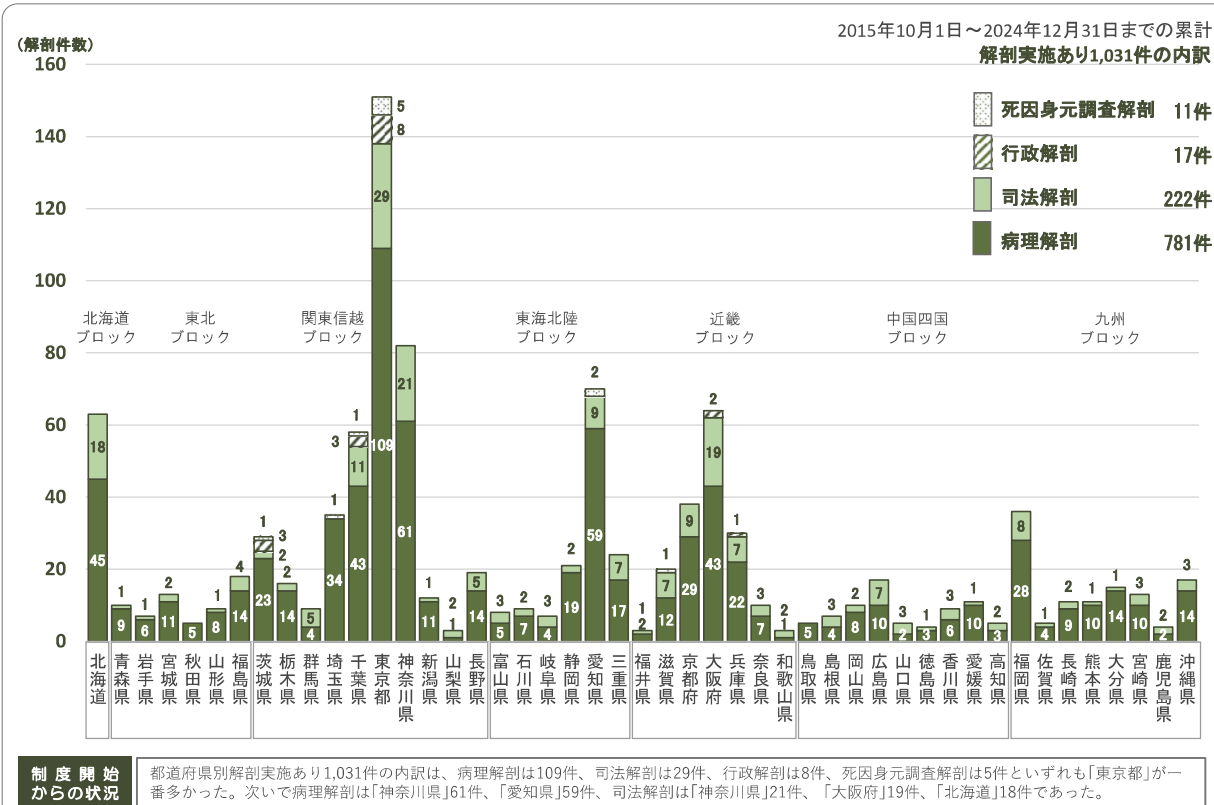
24-2. 解剖実施ありの内訳（数値版 3-(3)-①参照）



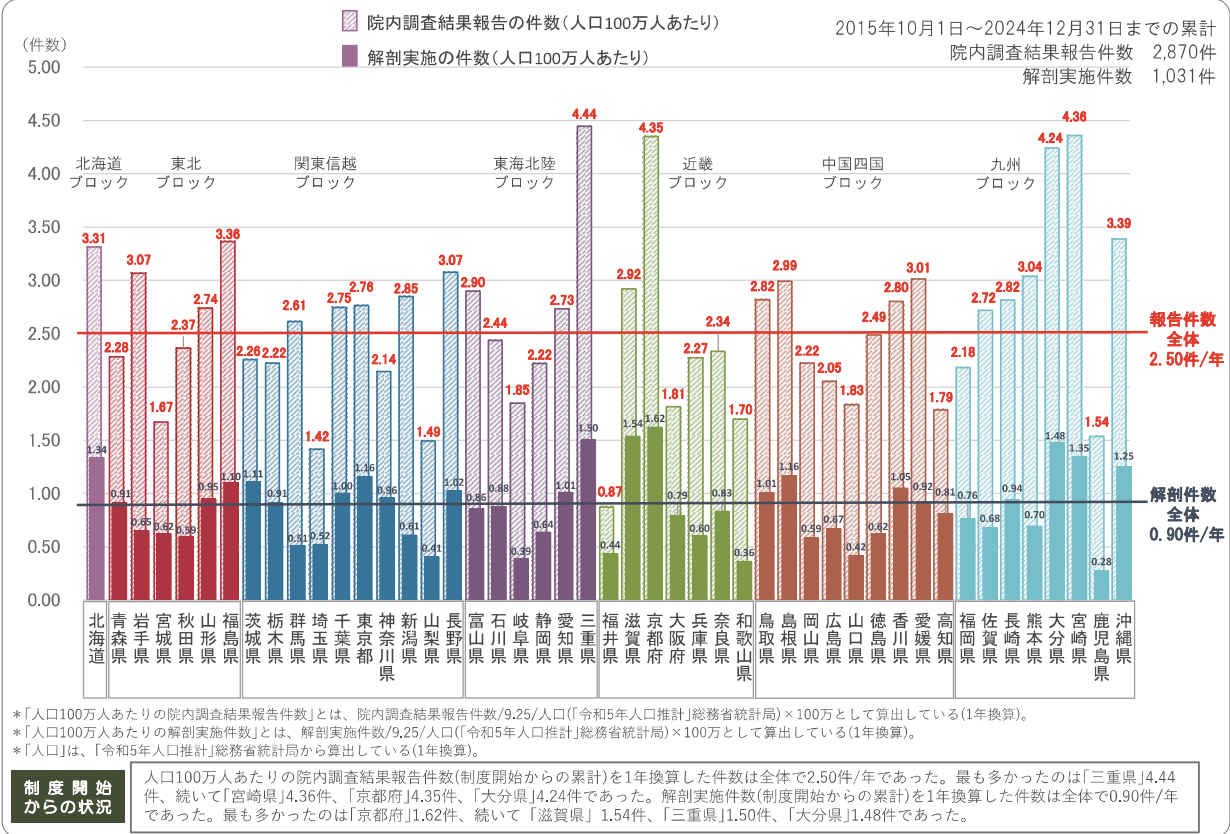
24-3. 都道府県別解剖実施の状況（数値版3-(3)-②参照）



24-4. 都道府県別解剖実施ありの内訳（数値版3-(3)-②参照）



24-5. 都道府県別院内調査結果報告件数並びに解剖実施件数(人口100万人あたり[1年換算])
(数値版3-(3)-②参照)



24-6. 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)

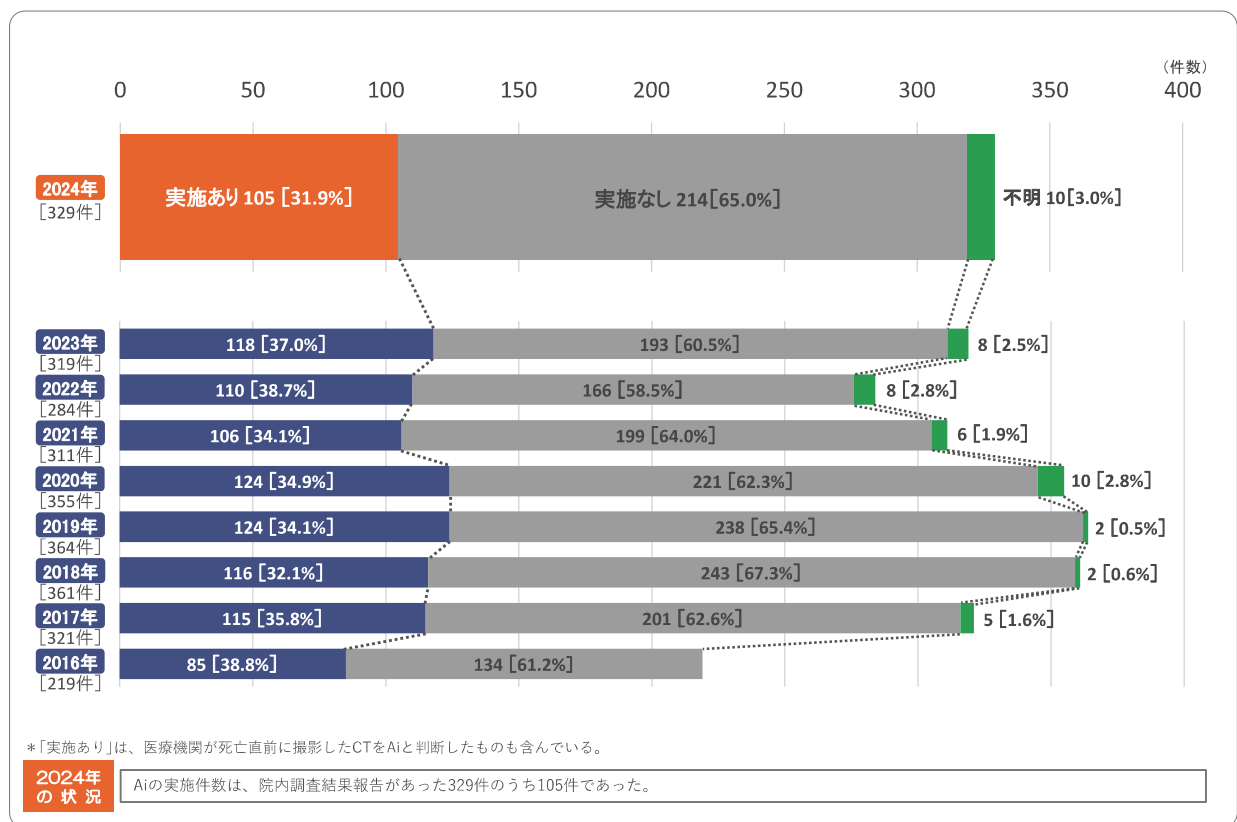
2024年9月1日～2024年12月31日までの累計
医療事故発生報告件数 122件/ 解剖実施なし件数95件

病理解剖を実施しなかった理由	件数
遺族に同意を得られなかった	56
病理解剖は必要ないと判断した	11
病理解剖以外の解剖（司法解剖）となった	9
警察対応等となった	6
時期を逸した	6
その他	3
不明	4
合 計	95

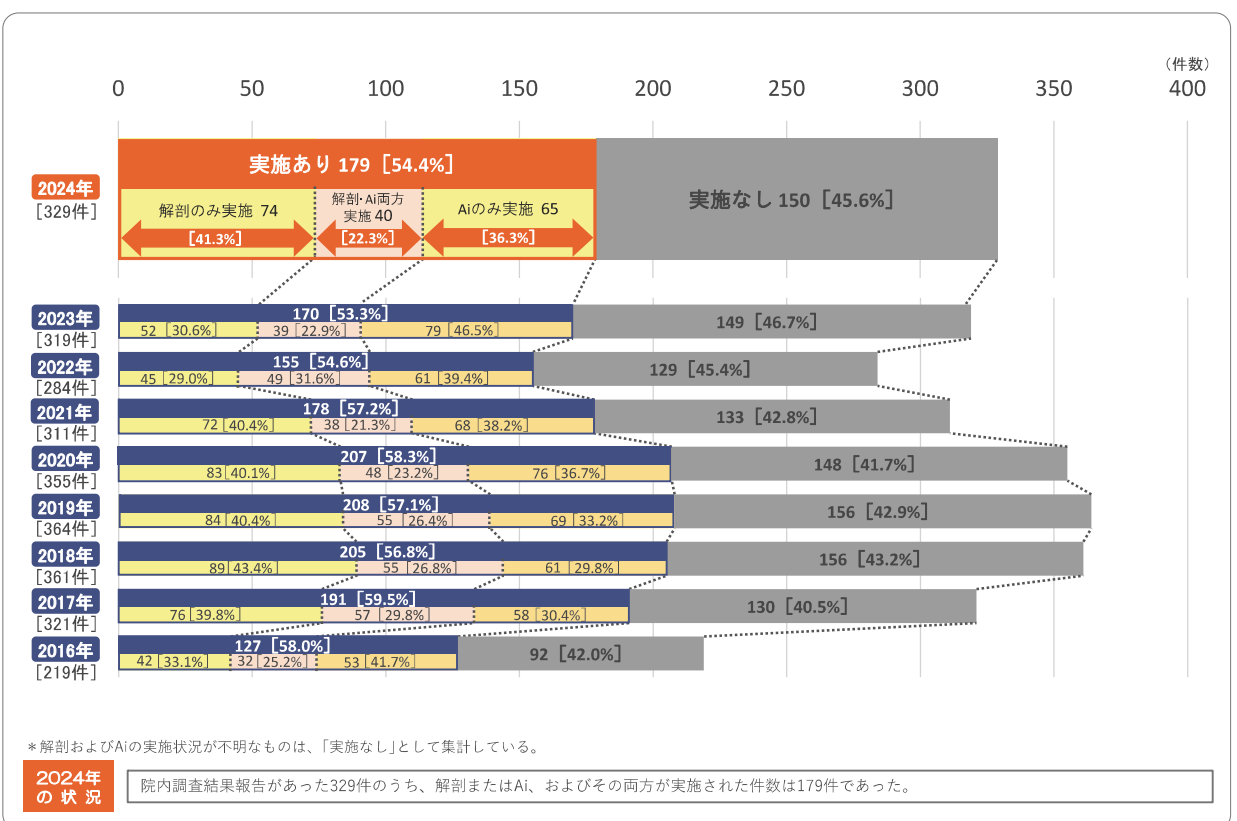
※この集計は、病理解剖の必要性の説明の有無について具体的な状況を把握することを目的にセンターが病理解剖を実施しなかった医療機関に照会した内容をまとめたものである。
※この集計は、試験的な試みとして「病理解剖を実施しなかった理由」の考え方を整理して、昨年に引き続き照会期間を2024年9月1日～同年12月31日までの4か月間に限り、医療事故発生報告に基づき集計している。

2024年9月～12月の状況
解剖を実施しなかった理由は「遺族に同意を得られなかった」が56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11件で、「病理解剖以外の解剖（司法解剖）となった」が9件であった。

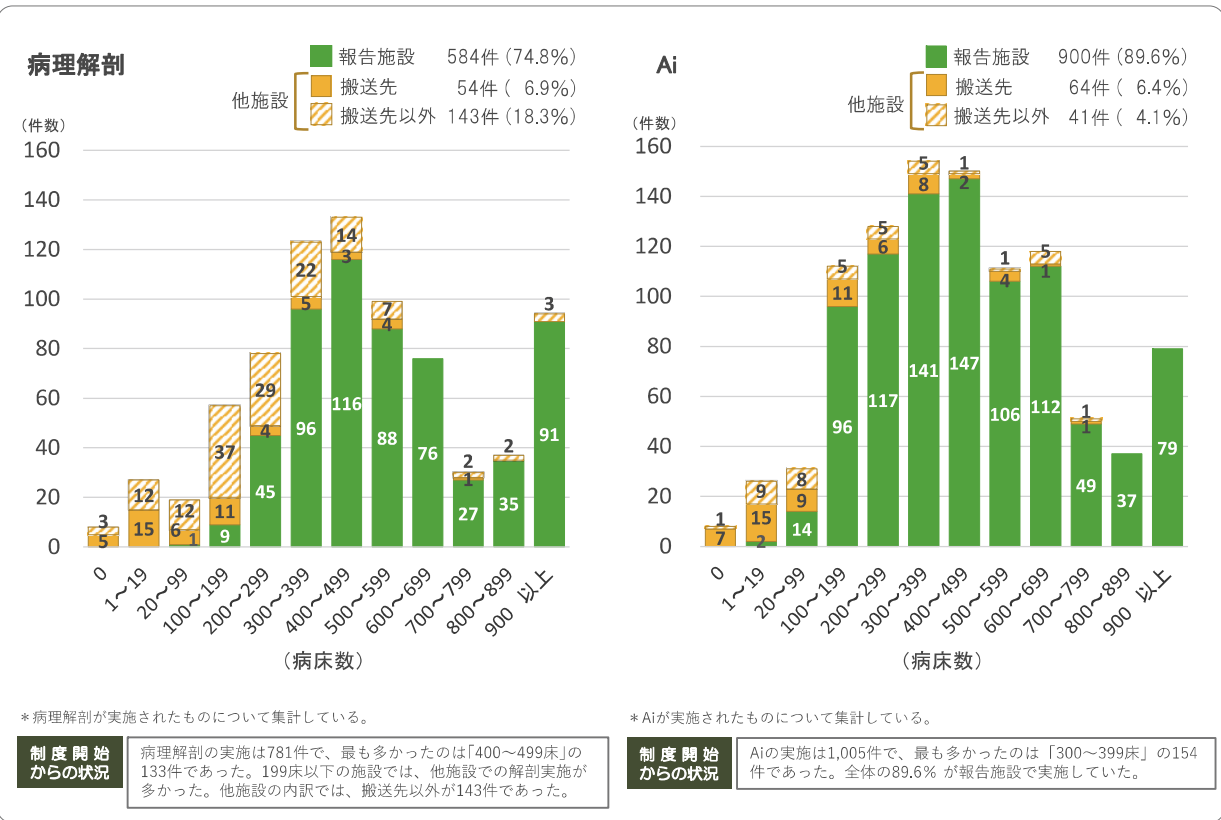
25. 死亡時画像診断(Ai)の実施状況 (数値版 3-(3)-③参照)



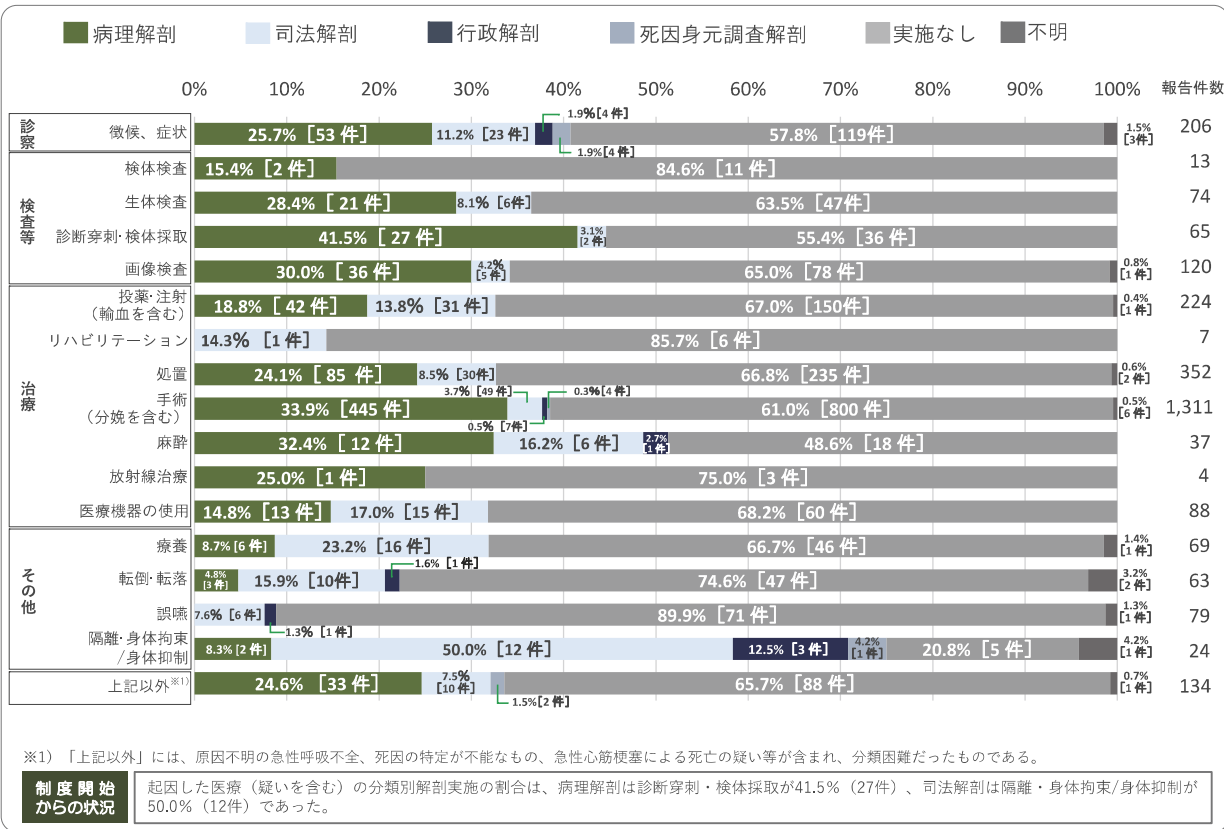
26. 解剖とAiの実施状況の内訳 (数値版 3-(3)-④参照)



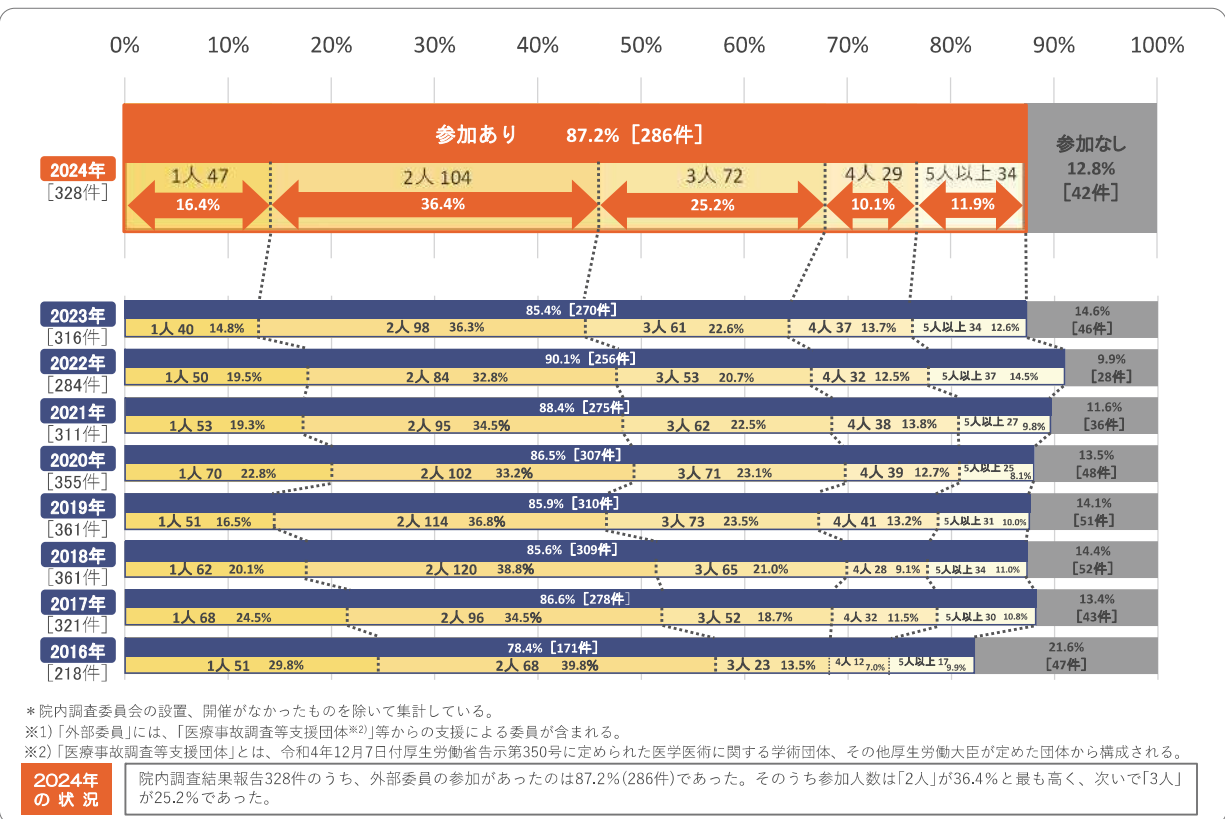
27. 病床規模別病理解剖およびAiの実施件数（数値版 参考3-(3)-①-i・参考3-(3)-③参照）



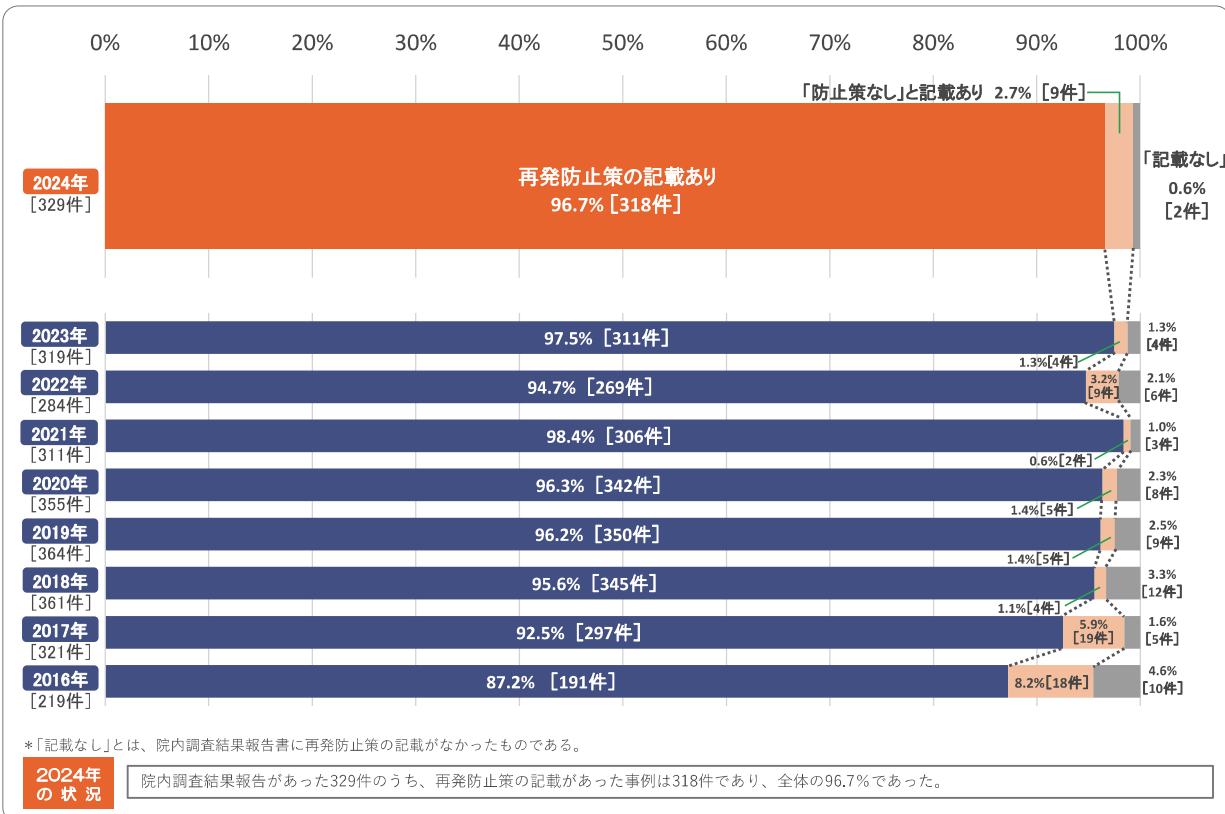
28. 起因した医療（疑いを含む）の分類別解剖実施の割合（数値版 3-(3)-⑤参照）



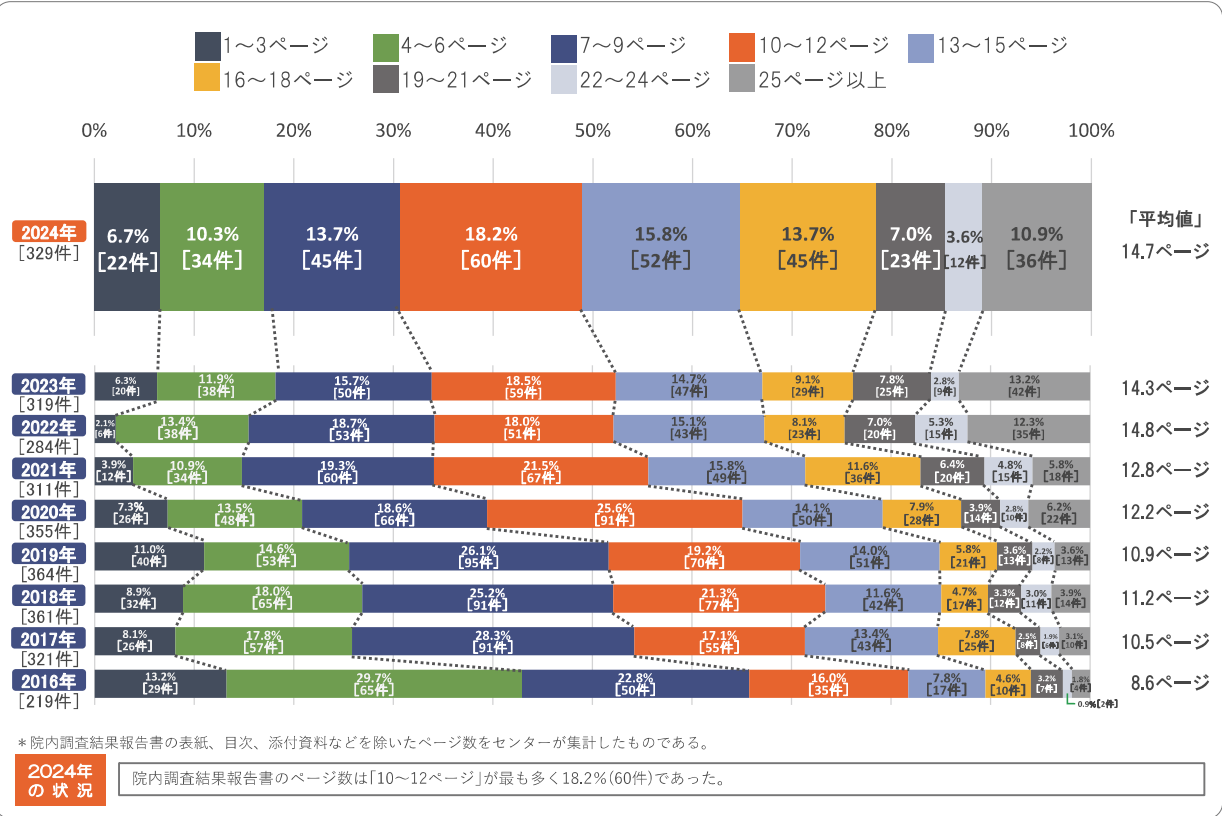
29. 院内調査委員会における外部委員※1)の参加状況 (数値版 3-(4)-④参照)



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）



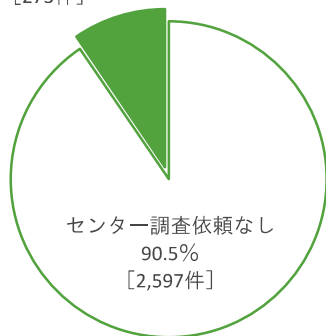
センター調査の状況

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）

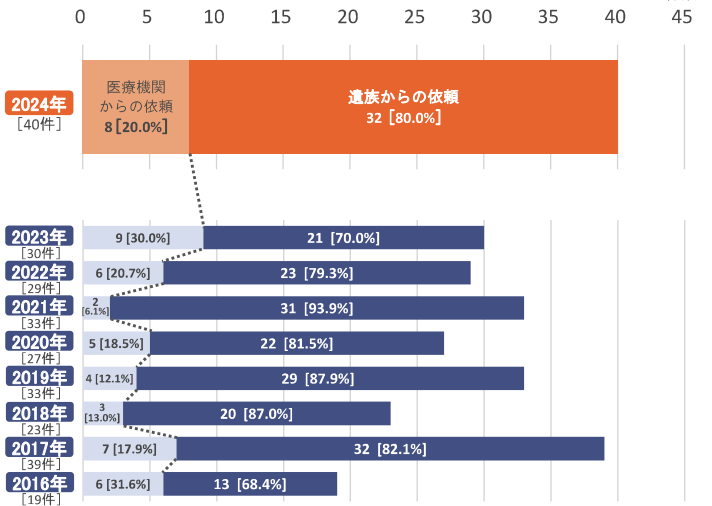
1 センター調査対象件数

院内調査結果報告件数(累計) 2,870件

センター調査対象件数
9.5%
[273件]



2 依頼者の内訳



* 2015年10月～12月はセンター調査の依頼は0件であった。

* センター調査対象件数273件には、院内調査結果報告前の依頼を含む。

2024年の状況

院内調査結果報告件数の累計は2,870件であり、センター調査対象となった事例は9.5%(273件)であった。センター調査の依頼は40件であり、依頼者の内訳は、「医療機関からの依頼」が8件、「遺族からの依頼」が32件であった。