

2025/08/28: 山口県医師会主催 医療紛争防止研修会

医療紛争の現状と問題点について

山口県医師会 常任理事/医事案件調査専門委員長

縄田 修吾

医療の特性

医療とは、患者の生命と健康を守る行為である

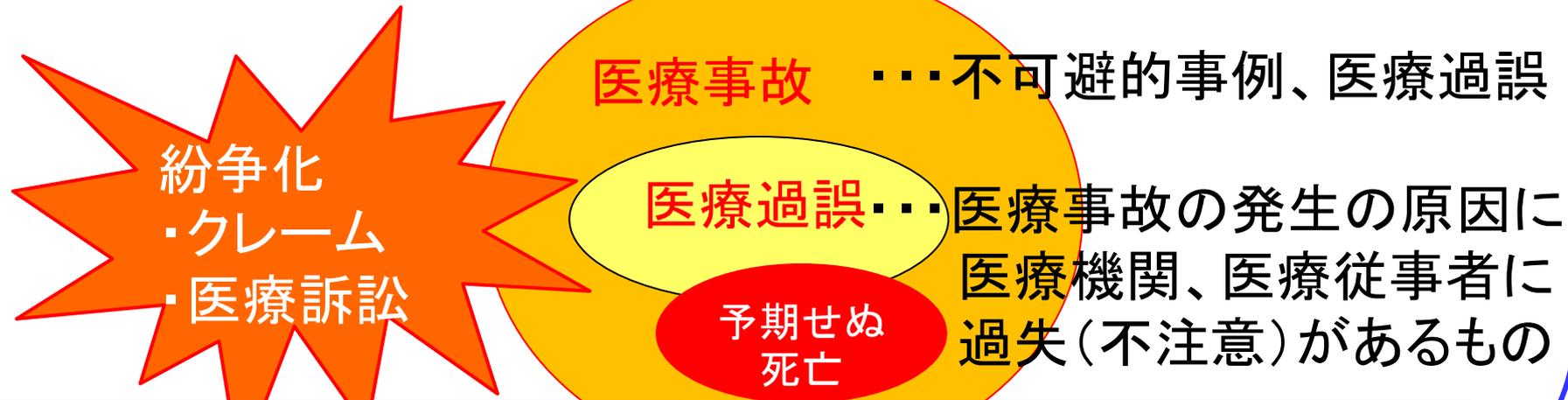
患者要因：多様性、予見不可能な部分

医療提供者要因：専門分化・高度化、多職種介入

医療要因：生体介入—侵襲を伴う診療行為

エラー（わずかの判断ミス、一瞬の不注意、連携不備など）が、発生すると、患者に有害な影響を及ぼすおそれがある

⇒医療事故（医療過程の中で生じるすべての人身事故）の危険性が常時潜んでいる



医療紛争の防止
-医療紛争対策-

医療安全の推進
-医療事故調査制度の理解-

A scenic landscape featuring a pond in the middle ground, surrounded by lush green trees and a field of purple and white irises in the foreground. The text is overlaid on the upper part of the image.

医療紛争の防止 ～医療紛争対策～

医療紛争とは

医療の提供者(医師など)と受給者(患者・家族※)との間のトラブル・クレームであり、その多くは、医療結果と患者期待値の非一致のために起こる。

※家族：患者本人の同意(黙示による同意を含む)を得た家族

例えば、

患者家族にとっての
予想外の突然の状況
(死亡、後遺障害、...)
精神的ショック、悲しみ

医療事故

医療過誤

医療者に対する
患者家族の反応

対応への不信感
誤解
怒り、よくない感情

どうして起きたの？
ミスでは？

如何に注意していても、
心ならずも、
医療紛争に発展しうる

医療訴訟

医師賠償責任保険

紛争に至った場合、当事者会員を精神的・経済的に側面から支援するため日本医師会は昭和48年に日本医師会医師賠償責任保険を発足

事故が起こった時の対応

- 誠実な対応、第三者の同席、記録
- 見舞金など；医師賠償責任保険の対象外
- 院内で事故究明のための検討会（医療事故調査委員会）を開催
- 郡市医師会会長、あるいは担当理事に連絡し、事故報告書を作成・提出
- 山口県医師会の医事案件調査専門委員会において対応を検討（委員会で検討後は、決定した方針に沿って、顧問弁護士が対応し、できるだけ、当事者は矢面に立つことなく、紛争を解決できるような方針をとっている）

紛争事案の流れ

事象発生(会員)

患者には、「伺った話は大切なことなので、医師会の方針で、県医師会に報告をするので、回答を待ってほしい」と伝えてもらう。



郡市医師会長と郡市担当理事に相談・報告

※ 山口県医師会医事紛争対策事故発生届の提出



山口県医師会長へ報告

※ 当会で事案を受付後、委員会の開催通知と事案資料を郵送



医事案件調査専門委員会で審議



場合により

弁護士対応⇒日本医師会へ付託

※付託とは、正確には日医の医師賠償責任保険を使用するための手続き

山口県医師会医事案件調査専門委員会

構成

- ・10名の委員(各診療科の医師)
- ・4名の顧問弁護士
- ※このほか、損保ジャパンの担当者も参加

開催日

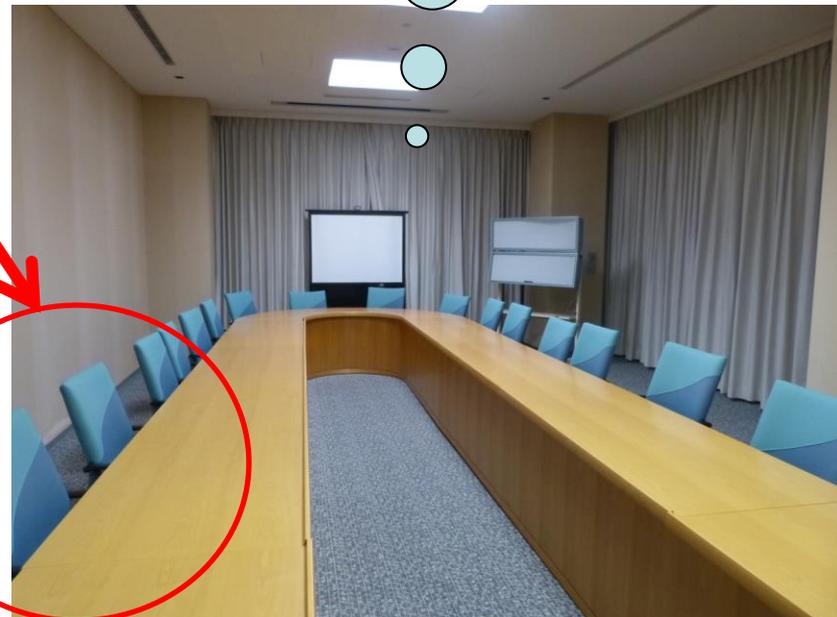
- ・毎月第3木曜日
- ・既に審議した事案で対応弁護士より要請があれば、再審議も行う。
- ・当事者会員と郡市の担当理事も出席

審議

- ・有責か、無責か、保留
日医付託か、否か
対応弁護士の選定
今後の方針

診療録、画像、などの記録

医学的根拠に基づいて、
公正、公平な判断



医事案件調査専門委員会受付件数(令和2年度～)

新規受付: 87事例 (診療所: 33事例、病院: 54事例)

	【H15～R1】	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度
件数	【平均26.5】	18	11	19	25	14

年齢階層別

0～19歳	11
20～49歳	19
50～64歳	11
65～79歳	9
75～89歳	33
90歳～	4

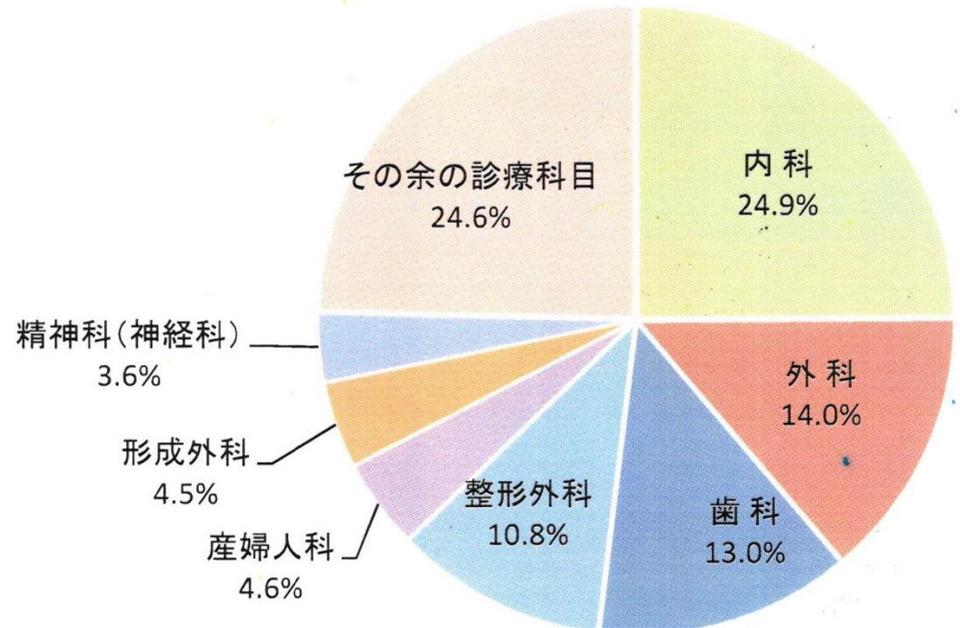
診療科別

内科	23
外科	14
整形	12
産婦	10
脳外	8
小児	5
眼	4
耳鼻	3
精神	2
皮膚	2
泌尿	1
麻酔	1
健診	2

診療科別では件数の多い順に、内科、外科、整形外科、産婦人科の順になっている

参考: 診療科目別既済件数割合(令和5年)
令和5年7月最高裁判所事務総局
「裁判の迅速化にかかる検証に関する報告書」

診療科目別既済件数割合 (令和5年)



有責(法律上の損害賠償義務)とは

① 注意義務違反
(過失)
=医療水準からの逸脱



② 悪い結果
(損害)



③ 因果関係

法律上の損害賠償義務は、①医療行為に注意義務違反があり、②何らかの悪い結果(損害)が生じており、③その注意義務違反と悪い結果(損害)との間に相当因果関係があつて初めて発生します。

例1 採血による神経損傷

採血(医療行為)と神経損傷は因果関係が認められても、採血行為に注意義務違反がなければ損害賠償義務は発生しない。

例2 XPで肺がんの看過

XPで肺がんを看過した注意義務違反があつても、看過しなくても結果が同じであれば相当因果関係はなく損害賠償義務は発生しない。

医事案件調査専門委員会受付事例の特徴

原因となる医療行為別にみると、①手術、②検査・診断に関するもの、③注射・投薬、④分娩の順であり、その他、麻酔、処置、施設管理など多方面にわたり、トラブルが発生している。

まずは、どのような義務違反があったのかを具体的に認定する
過失の類型は様々

前方視的に判断する！

①手術

腹腔内異物遺残
パワーソースによる熱傷
神経損傷や腹腔内臓器損傷
術中・術後の出血
術後感染
日帰り白内障手術の術後トラブル

手技上の過誤

検査・治療の不実施

説明義務違反

医療事故を起こさないために
～もし医療事故・医療紛争が起きた時は～

②検査・診断

内視鏡による腸管穿孔
造影剤によるショック
内視鏡検査における胃がん、食道がんの見落とし
レントゲン検査での骨折、肺がん、胃がんの見落とし

適応違反

見逃し

誤診

令和5年10月
山口県医師会

③投薬・注射

薬剤によるアレルギーなどの副作用
注射によるショック
薬剤の誤投与、処方漏れ
採血の際の神経損傷、感染、血種等
抗がん剤の血管外漏出による皮膚壊死

最近の事例についても、類似の事例が起きており、“事故が発生しやすい”と捉えられる場面には、最大限の留意(医療安全の推進)が必要である

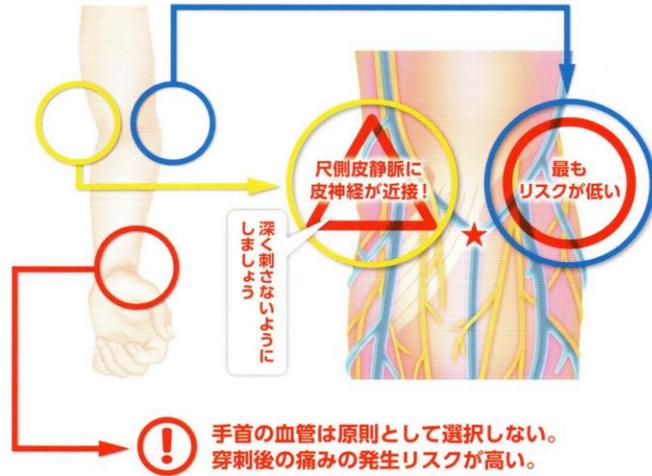
採血の際の神経損傷

採血・血管確保時の注意事項

(リスクの低減のために)

POINT
01

穿刺後に痛み・しびれをきたしやすい血管を選ばない



★ 橈側皮静脈によい血管が見つからない場合は、正中皮静脈が第二選択になることもあります。

POINT
02

穿刺後痛の発生要因を避ける

- ・ 血管に挿入できずに穿刺しなおす時には、同じ部位には穿刺しないようにしましょう
- ・ 穿刺してから、針を動かしながら血管を「探らない」

POINT
03

穿刺時に痛み・しびれの訴えがあれば早期に対応する

- ・ 穿刺時、「指先に電気が走った感じ」「指先が痺れる感じ」について声をかけて確認するようにしましょう。

- ・ 通常の穿刺痛と違い、「痺れを伴う疼痛」「灼熱感」「放散する疼痛」などの訴えがあれば、落ち着いて穿刺行為を中止し、針を抜く



採血時等の痛み・しびれへの対応手順

患者が採血途中で症状を訴えた場合：
直ちに採血行為を中止し、止血する
(5分程度待つこと)

患者が採血終了後(あるいは後日)
症状を訴えた場合

症状が消失

症状が残存

- ・ 必ず穿刺部位を変え、再度採血
- ・ 場合により採血者の交代も考慮

- ・ (担当の)医師が、診察して記録する
[※後日になると、穿刺部位の記憶が患者と
医療者の間で異なることがあります]

(自由記載欄)

専門医への紹介受診を勧めるなどを考慮

医療機関の心構え

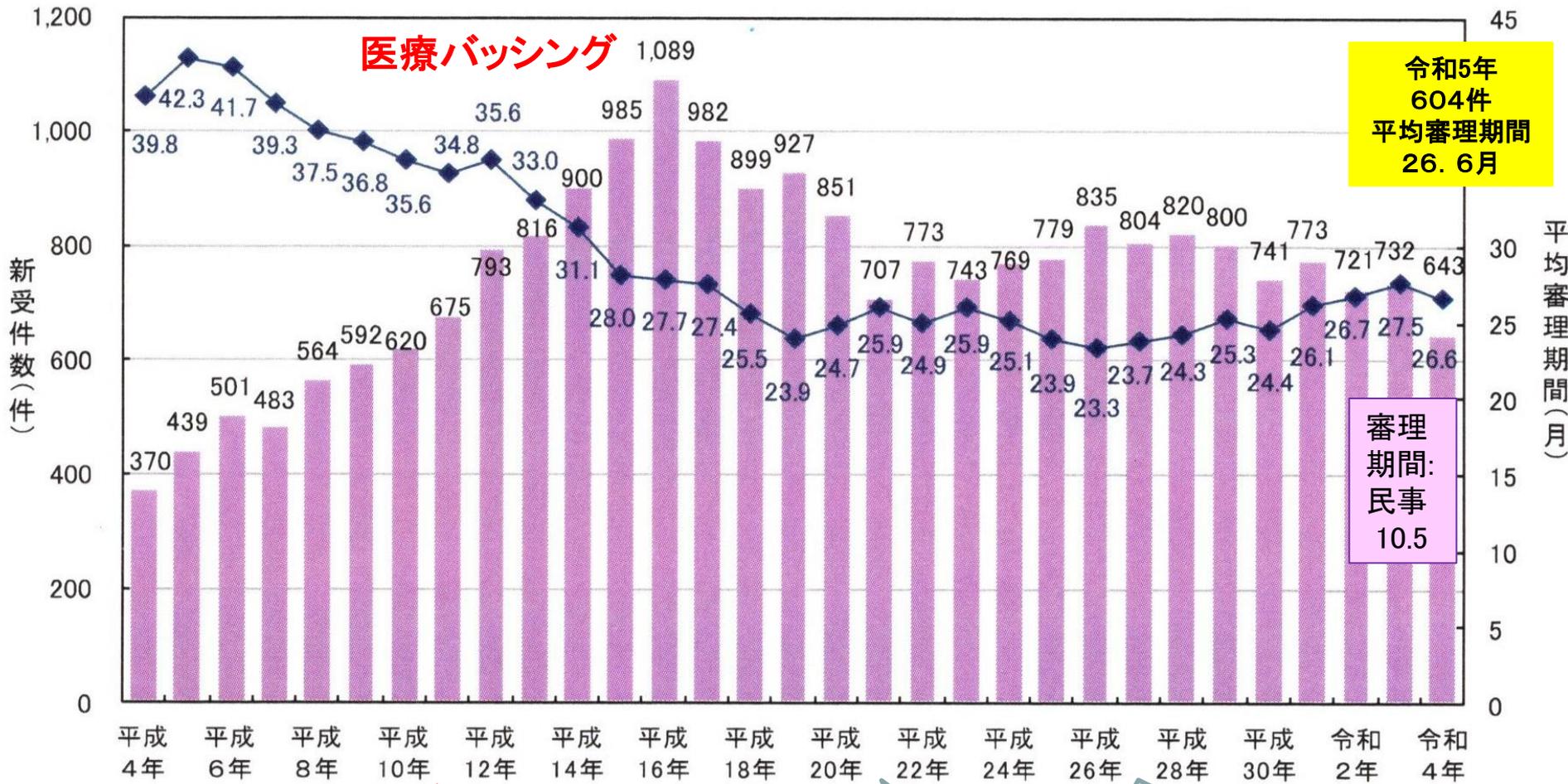
- ・ 痛みには、侵害受容性疼痛(外傷等による痛み)、神経障害性疼痛(神経の損傷による痛み)、痛覚変調性疼痛があります。
- ・ 痛覚変調性疼痛は、不安等の心理的要素が関与する痛みですが、**その場合も現実の痛みとして、真摯に対応することが大切です。**
- ・ **患者さんの痛みの訴えを具体的に聞き取って、患者さんの言葉でカルテに記載しましょう。(「ビリビリした痛み」等)**
- ・ 痛みの診断は難しいことを理解しましょう。神経伝導速度等に異常がなく、神経損傷の客観的データがない場合でも、強い痛みが生じることがあります。

「採血、血管確保時の穿刺後痛疑いへの対応 第1.0版

(発行 一般社団法人 京都府医師会 2023年3月)」から抜粋

医事関係訴訟事件の新受件数及び平均審理期間

～医療界の社会からの信頼度に応じて訴訟事例は増減している～



平成11年の主な医療過誤
横浜市大患者取り違え事件
都立広尾病院消毒液誤投与事件

福島県立大野病院事件

平成27年10月
医療事故調査制度導入

平成21年1月 産科医療補償制度導入

医事関係訴訟の特徴

・原告(患者)の請求が一部でも認められた割合(認容率)が低い

令和5年度 地裁民事第一審 医事関係訴訟事件の認容率:20.0%

令和5年度 地裁民事第一審 通常訴訟事件の認容率 :86.3%

【医事関係訴訟に関する統計】

↓

どうする、解釈？

× 通常訴訟より、医療者側が勝訴しやすい。

○ 医療者側に責任がなかった判決事例では、患者家族が抱いた医療者への不信感が払拭されないまま、訴訟提起に至ってしまった事例が多く含まれていると考えられる。

つまり、紛争化する事案と、真に医療者側に責任がある事案が一致しない場合が多く、**医療者側と患者家族側の認識のギャップ**が大きいことが、医事関係訴訟の特徴の一つである。

【2023/5/9 産婦人科ゼミナール 秦 奈峰子】

例えば、手術における説明義務

- 当該疾患の診断（病名と病状）
- 実施予定の手術の内容
- 手術に付随する危険性、合併症
- 他に選択可能な治療法があれば、その内容と利害得失
- 予後
- 疾患・治療の理解、選択に際し、患者が熟考する機会を与えられる必要性
- 自己決定権の保証・尊重

→患者参画を推進

→医療者と患者家族間の信頼関係を構築

患者参加による予防・早期発見への患者の協力は？

医療者側

深部静脈血栓症の予防
実施しても、限界がある
不可抗力

有害事象
急性肺血栓塞栓症

患者家族側

早期に発見できなかったの？
予防するって言ってたのに？
納得できない

例

60代女性、子宮頸がん IB1期 広汎子宮全摘術
(弾性ストッキング着用、間欠的空気圧迫法)
術後2日目深夜帯に、血圧低下、頻脈、尿量低下で
当直医コール。ベット上仰臥位。ICUから帰室後、
胸部不快、倦怠感が持続、眠れないと訴えあり。
血液検査の最中に、不穏となり、心肺停止
→救命処置、心エコーで急性肺血栓塞栓症診断



家族からの
不信感
トラブル

原因不明の胸部不快...

⇒早期に症状をとらえることが
できていれば...

起きたらどうなるって、
医療チームとして、
十分な説明は？

適切な時に、正確かつ必要十分な診療録の記載を！

診療録；診療情報を記載した公的記録

- 医療活動は家族や関係社会にも影響
- 社会保障制度の根幹として法的に保護
- 公的医療保険制度により経済的に補償

診療情報；診療等を通じて得た患者の健康状態に関する情報のすべて

診療した時には、遅滞なく速やかに記載（医師法24条）

医師法、医療法、保険医療機関および保険療養担当規則等の法令で規定

- 患者の氏名、性別、年齢および住所
- 病名および主症状
- 治療方法（処方および処置）
- 診療年月日
- 既往症、原因、主症状、経歴、処方、手術、処置等診療の事実
- 医療費請求に関する事項

的確な診療につながる

SOAPでの記載：患者とのコミュニケーションや観察と認識に基づいて、仮説と検証を繰り返す模索の経過の記録

説明内容の要点や患者の理解度についても記載

☆診療録を正確に記載することは基本

医療チームとしての情報共有（安全対策）

正確な診療録は、紛争から身を守る手段

民事訴訟の事実認定において、医師や看護師などの時々刻々の認識がカルテ記載を証拠として認定されていく

看護記録とは

3 看護記録の原則

2) 適時に記録する 看護実践の一連の過程を時間の経過とともに記載する。また、**看護記録は遅滞なく記載する**ことを基本とする。看護記録以外の業務との兼ね合いで、後から記載する場合も、できるだけ速やかに記載する。さらに、時間は正確に記載する。**特に、予期せぬ事態や医療事故と思われる事態が発生した場合には、記録が重要になる。この場合、経時的に記載するが、行われた処置と時間だけでなく、発見・発生の状況、観察したこと、対処後の結果・反応等も正確な時間とともに記載する。**

5 看護記録の取り扱い

5-1 事実の証明としての看護記録

5-1-1 法的証拠としての看護記録

看護記録は診療録と同様に法的証拠となり得る。看護記録に記載がない看護実践については、実際にはそのような看護実践が行われていたとしても、裁判所において、そのような看護実践の事実があったと認定されないことがある。また、看護実践を行った時間や処置の記載内容と、他職種の記載内容との整合性が問題となることがあるため、正確な記載が求められる。このように看護記録は法的証拠となり得ることから、看護実践の内容や行った時間は正確に記載する。

【看護記録に関する指針 日本看護協会】

”チーム医療”における看護師等の関わりの大切さ

平成14年 厚生労働省 新たな看護のあり方に関する検討会報告書

(2)時代の要請に応じた看護のあり方、医師等との連携のあり方

これからの医療においては、インフォームド・コンセントを前提に、看護師等は、患者・家族と十分にコミュニケーションを行い、看護ケアの内容、検査等についてわかりやすく丁寧に説明するとともに、**患者・家族が自らの意向を伝えることができるよう支援したり、時には代わって伝える役割を担うなど、患者・家族が医療を理解し、より良い選択ができるよう支援することが必要である。**

起こりうること
に対して

深部静脈血栓症予防の説明時、予防法には限界があるので、急性肺血栓塞栓症の症状を含めて説明し、異変を自覚したら積極的に医療従事者に伝えるよう指導があれば、

患者の協力 ↑
家族の理解 ↑

医療従事者と患者は、急性肺血栓塞栓症、深部静脈血栓症のリスクを共有する！

患者の訴えで
早期発見に
つながったかも



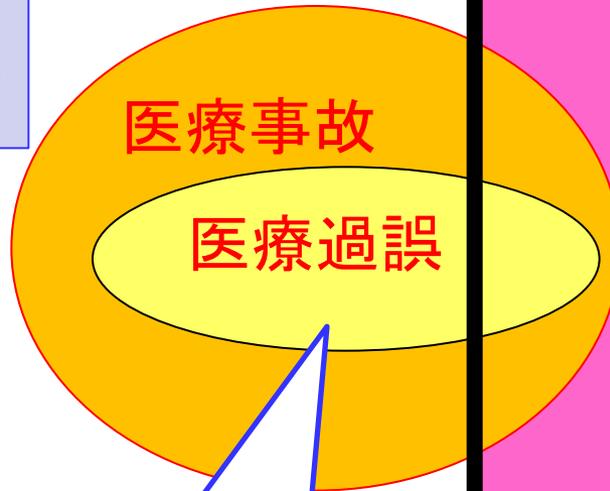
更に、こうした患者・家族との十分なコミュニケーションとそれに基づく信頼関係のもと、専門的な看護を提供するとともに、**家族でなければ担えない患者に対する精神的な支援機能や患者の自己回復力を最大限引き出し、生かせるような看護師等の関わり方**が、これからの看護のあり方として必要である。

医療は「人と人との信頼関係」で成り立つ

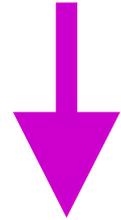


信頼関係 大きい
紛争化しない

患者参画
患者家族の協力



信頼関係 小さい



紛争化する

- ・クレーム
- ・ペイハラ
- ・医療訴訟

医療過誤があっても、紛争につなぐとは限らない

信頼あるところに訴訟なし

医療事故・医療過誤がなくても紛争に至ることがある

医療における信頼関係を築くためのICの重要性

医師が施療や施術を行う際には、**事前に納得のかたちで**、病名と病状、治療の方法、その危険性、他の治療方法との比較、予後などについて十分に説明するとともに、患者がそれらについて納得し同意することが肝要である。

このような過程を経てこそ、より良い医師・患者関係を築くことができる

【1996年 日本医師会 生命倫理懇談会】

双方向性

開かれたコミュニケーション

共同意思決定

医療法1条の4 (2007年の医療法改正で追加)

2 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。

保険医療機関及び保険医療養担当規則

(厚生労働大臣が定めた命令:省令)



保険医療機関や保険医が保険診療を行う上で 守らなければならない基本的なルール

● 外来管理加算を算定するに当たっては、

医師は丁寧な問診と詳細な身体診察(視診、聴診、打診及び触診等)を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、**病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明する**とともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。

【提供される診療内容の事例】

- ・ 問診し、患者の訴えを総括する。
- ・ 身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。
- ・ これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。
- ・ 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

診察に当たっては、上記に規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行うこととし、必ずしもすべての項目を満たす必要はない。また、**患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。**

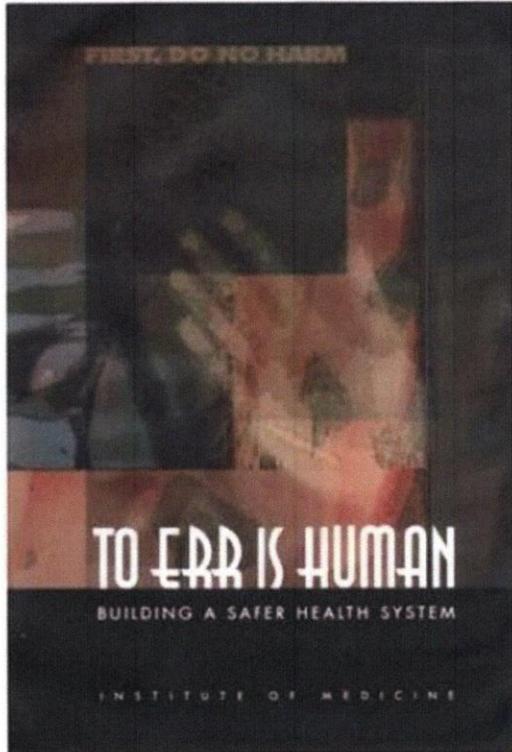
医療紛争の防止(小括)

- ・ 紛争に発展しないよう、医療者側と患者家族側の認識のギャップが生じないように、あるいは、埋めるように努める
- ・ とりわけ、心のある、十分な『ICの過程』こそが、両者の信頼関係を築く上での重要な鍵となりうることを意識する
- ・ チーム医療の実践において、医療従事者間のコミュニケーションの記録でもある診療録を、正確に記載することは、起こりうること(リスク)の共有・認識にもつながり、的確な診療(安全な医療)を確保し、紛争を防止する効果が高い

A photograph of a field of irises. In the foreground, a large yellow iris is in full bloom, showing its six petals and dark brown center. Other yellow irises are visible in the mid-ground, and a purple iris is partially visible in the background. The background is filled with green foliage and more flowers, creating a soft, natural setting.

医療安全の推進
～医療事故調査制度の理解～

To Err is Human 「人は誰でも間違える」 (1999 Institute of Medicine)



「人は誰でも間違える」ことを前提に、
間違っても障害に至らないようにするには
どうすればよいかを提言

「重要なことは、個人を攻撃して起こって
しまった誤りととやかくいうのではなく、安全を
確保できる方向にシステムを設計し直し、
将来のエラーを減らすように専心することである。」

出典：To Err is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine, 1999
(邦訳)『人は誰でも間違える：より安全な医療システムを目指して』医学ジャーナリスト協会訳, 日本評論社, 2000

医療におけるリスク・マネジメントについて (日本医師会、平成10年3月)

基本理念;「患者の立場に立ち、患者が安心して
医療を受けられる環境を整えること」

医療事故予防対策の提言

1. 医療事故および紛争に関する情報収集体制とその組織の確立
2. 院内に事故報告体制等の組織の整備
3. 安全対策マニュアルの作成と整備
4. 医療現場の意識改革
5. 医療職の労働条件の改革
6. 生涯教育・啓蒙活動にリスクマネージメントの導入
7. 医学教育・医師養成のあり方に関する提言

主治医が薬の処方忘れて入院の男性死亡...千葉県循環器病センター、遺族と和解成立し公表

千葉県は30日、県循環器病センターで2022年2月、入院中の70歳代男性に**血栓予防の抗凝固薬を処方し忘れ、男性が死亡する医療事故**があったと発表した。**外部委員を含めた事故調査委員会の調査が終了し、遺族との和解が成立した**ため、詳細を公表した。

同センターによると、男性は県内在住で、心不全や不整脈の持病があった。22年2月、呼吸苦でセンターに救急搬送され、集中治療室に緊急入院した。その際、主治医は抗凝固薬「リクシアナ」の内服を中断し、注射用の抗凝固薬「ヘパリン」の点滴に切り替えた。

治療で症状が改善し、男性は入院4日目に一般病棟に移った。この時にヘパリンの点滴は終了したが、主治医がリクシアナの再開を失念し、処方しなかった。

男性は入院11日目、血栓が脳血管に詰まる心原性脳梗塞を発症。大脳機能に障害が起きて死亡した。

調査委は**調査報告書で、「抗凝固薬の中断が脳梗塞の発症に影響した可能性がある」と**している。**主治医は、心臓に関係した症状のある患者を10人以上担当し、多忙だった。看護師や薬剤師らが再開の手立てを講じることもできなかった。**

センターは**再発防止のため**、▽電子カルテに抗凝固薬の内服状況を入力するチェックリストを設け、看護師が情報を記入▽入院患者が病棟を移動する際、リストを移動先の看護師に引き継ぐ――といった運用を始めている。医師以外の医療従事者が内服状況を共有するためだ。

神戸大付属病院で医療ミス、肺がん疑いの患者CT検査結果の確認怠る...発見遅れ 完治困難に



医療過誤について謝罪する真庭病院長（左）ら（神戸市中央区で）

神戸大医学部付属病院（神戸市）は6日、医師2人が**肺がんの疑いが指摘された患者のコンピューター断層撮影装置（CT）検査結果の確認を怠り、発見が約1年遅れる医療過誤があった**、と発表した。発見時は進行がんの状態、完治が難しくなっていたという。現在の患者の容体は、「個人の特定につながる」として明かさなかった。同病院は確認を怠った医師2人を**嚴重注意処分**とした。

発表によると、患者は**70歳代の女性**。心臓血管疾患の経過観察のため、胸腹部のCT検査を定期的に受けていた。22年10月に行ったCT検査で、放射線科医が「**肺がんの疑い**」を指摘する報告書を作成したが、当時の担当医が確認を怠った。23年10月の検査でも指摘されたが、別の担当医が確認していなかったという。

女性は同年10月中旬頃、かかりつけ医に肺がんの疑いを指摘され、紹介された同病院の呼吸器内科を受診して肺がんと診断された。すでに進行がんの状態だったという。

真庭謙昌病院長は6日、同病院で記者会見し、「**患者とご家族に多大な苦痛をおかけしたことを反省し、謝罪申し上げます。安全で確実な医療の提供に努める**」と述べた。

画像診断レポートの確認不足による肺癌の確定診断及び治療の遅延について

2024/12/06

今回の事例は、早期に対応していれば、比較的早期の肺癌として手術等の治療ができていた可能性が高いと考えます。事例発覚時には進行癌の状態であり、根治治療の実施の機会を失う結果となっていました。

対応と再発防止策

医療の質・安全管理部を中心に院内で医療事故の原因分析を行い、下記の如く再発防止策を立案し、改善に努めています。

- ① 既存の「画像検査レポート未読対策アプリ」の使用を徹底する。
- ② 各診療科に配置した画像診断レポート未読対策責任者の役割を再周知しマニュアルに明文化する。
- ③ 医療の質・安全管理部が定期的に画像診断レポートのうち重要所見があるものについては、適切に対応できているかを監査する。

上記対策を講じたことによって、本院における画像診断レポートの確認は適切に行われております。

医療事故が発生した後の医療施設側の対応

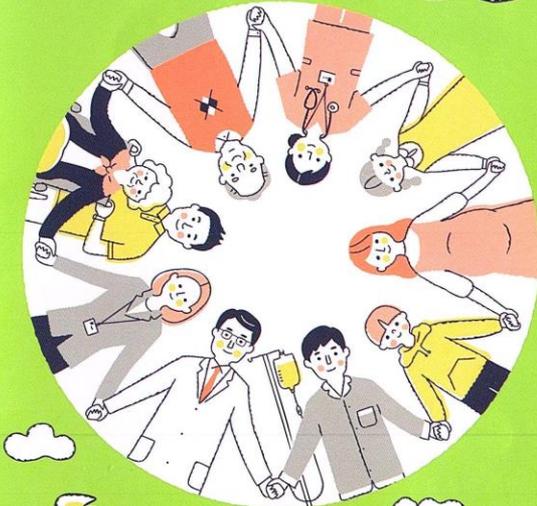
発生した医療事故を医師・医療機関と患者の双方にとって最も望ましい形で解決することが目標

医療事故調査に積極的に取り組む（医療法の遵守）

- ・医療事故を医療紛争へと発展させないこと
- ・医療紛争へと発展してしまった場合には、これを合理的に解決すること

★貴方の大切な人が急に亡くなった時、どうして亡くなったのか詳しく知りたい時には、ためらわず医療機関の窓口へご相談ください

「医療事故調査制度」をご存じですか。



ご家族、大切な方のためにぜひ知っておください

医療が提供されている中で「予期せぬ死亡」が発生した時、原因を究明するために調査を行い、再発防止につなげ、安全な医療を目指します。



一般社団法人
日本医療安全調査機構
(医療事故調査・支援センター)

原因を明らかにすることで
安全な医療に役立ってます。

医療を受ける中で、
まさか亡くなるとは思わなかった、
いったい何が起きたのか…
なぜそうなったのかを知りたい。

こうした医療の中で起きた
予期しない死亡を報告し、
その死因、原因を調べることで
将来の安全な医療に生かす仕組みが
「医療事故調査制度」です。

2015年「医療法」に基づいて
スタートしました。

★ あなたの大切な人が急に亡くなった時、
どうして亡くなったのか詳しく知りたい時には
ためらわず医療機関の窓口へご相談ください。

本制度に関する
厚生労働省の
情報は
こちらから



🔍 医療事故調査制度 厚生労働省



ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

本制度の
詳しい内容は
こちら



🔍 医療事故調査・支援センター

相談専用ダイヤル 対応時間 平日9時～17時

03-3434-1110



一般社団法人
日本医療安全調査機構
(医療事故調査・支援センター)

医療事故調査制度について

- ・「医療事故」が発生した場合に、医療事故発生医療機関が、院内調査を行い、第三者機関；医療事故調査・支援センターに報告、同センターが、情報を収集・分析して、医療事故の再発防止につなげて医療安全を確保することを目的とした制度である。
- ・決して、責任追及を目的とする制度ではない。
- ・医療法第六条の十で規定、平成27年10月1日より施行
- ・対象；すべての病院、診療所および助産所

対象となる「医療事故」とは；医療に起因し、又は起因すると思われる死亡、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

#「医療に起因」とは；

診察や検査や治療に起因しての死亡または死産

原疾患の進行や提供した医療に関連しない併発症は該当しない

#「予期しなかった」とは；以下のいずれにも該当しない場合

・管理者が、患者等に対して、死亡、又は死産が予期されていたと認めたもの

・管理者が、死亡、又は死産が予期されていることを、診療録その他の文書等に記録していたと認めたもの

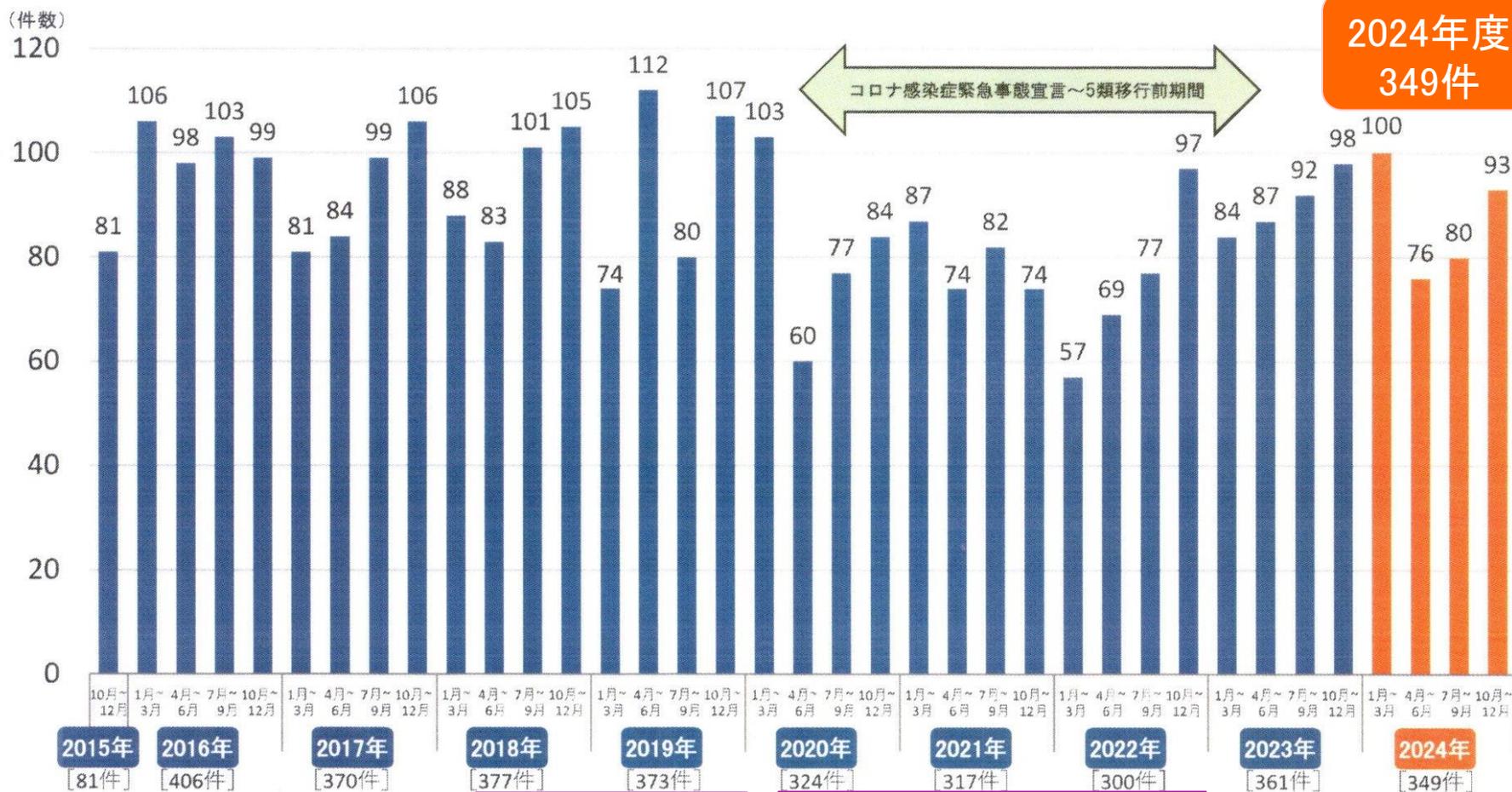
・管理者が、医療従事者からの事情聴取や、院内委員会の意見聴取から、死亡、又は死産が予期されていたと認めたもの

【過誤の有無は問わない】
医学的観点からの分析、
法的責任からのものではない

医療事故発生報告の状況

医療事故調査制度導入後(2015年10月～)

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)



* 医療事故発生報告件数を四半期ごとに表記している。

コロナ前:年間381件

15.1%減

16.9%減

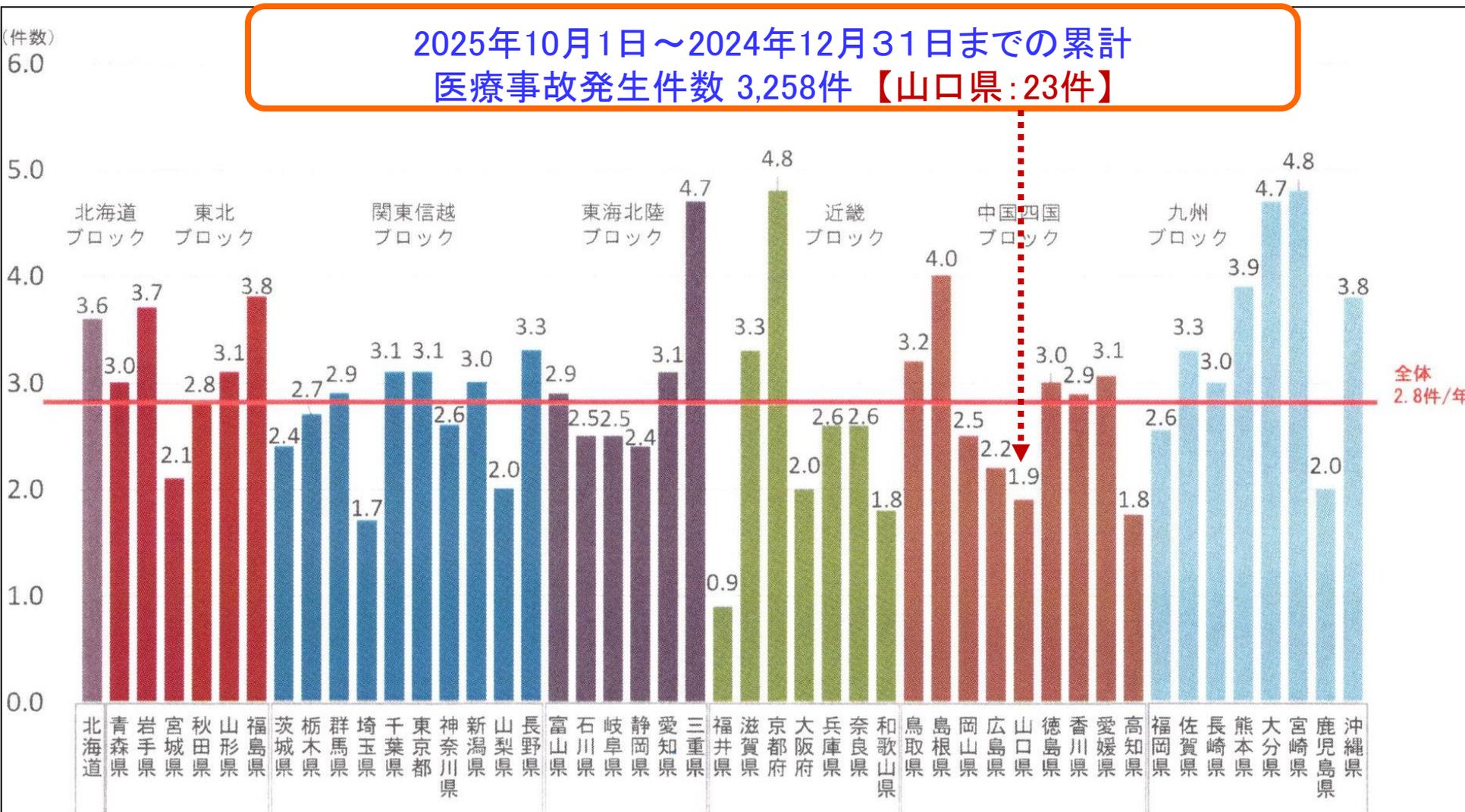
21.4%減

コロナ禍

2024年の状況

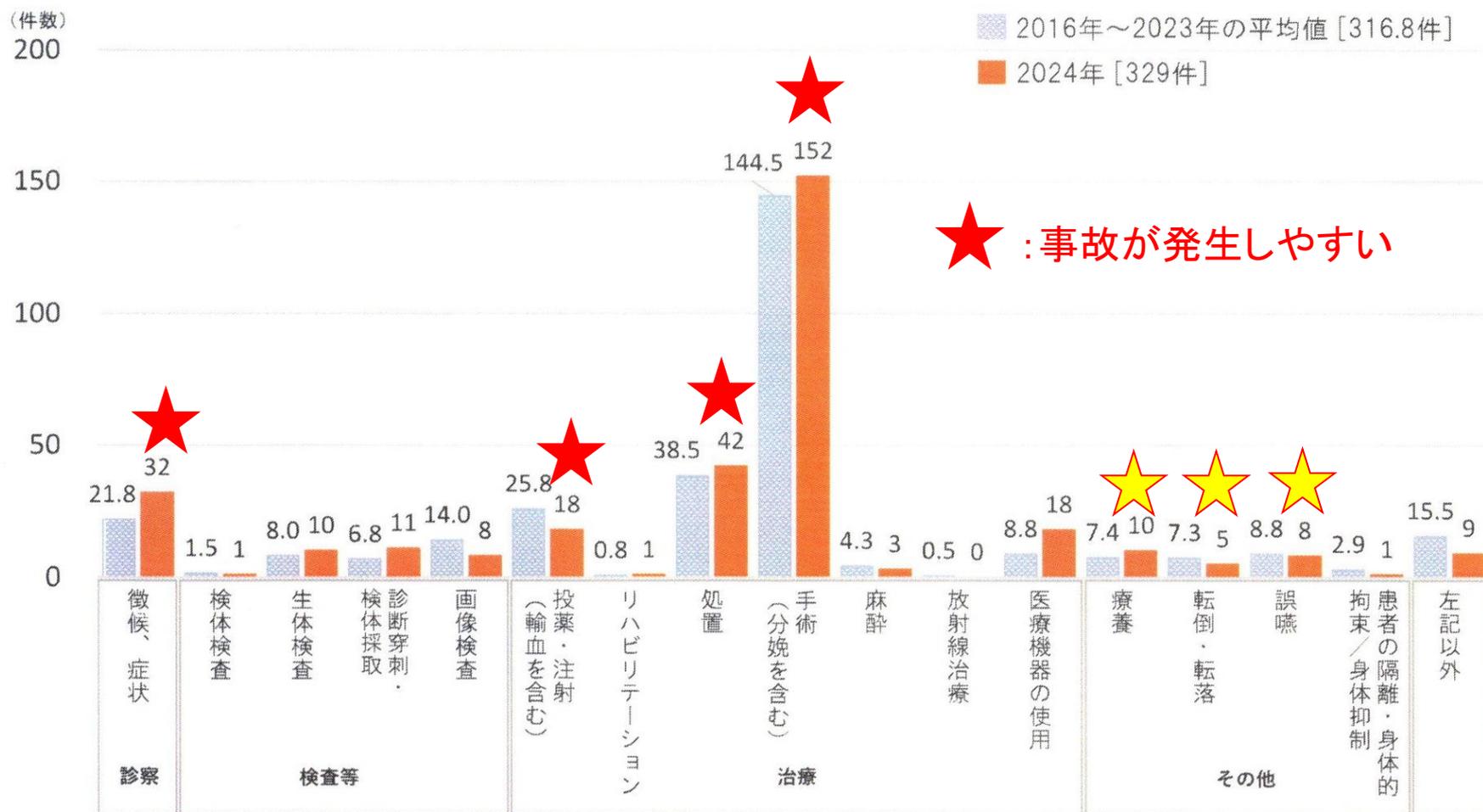
医療事故発生報告件数は349件であり、70～100件台/四半期で推移していた。

都道府県別人口100万人当たりの医療事故発生報告件数 【1年換算】「医療事故調査・支援センター2024年年報」



医療事故の起因医療

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)



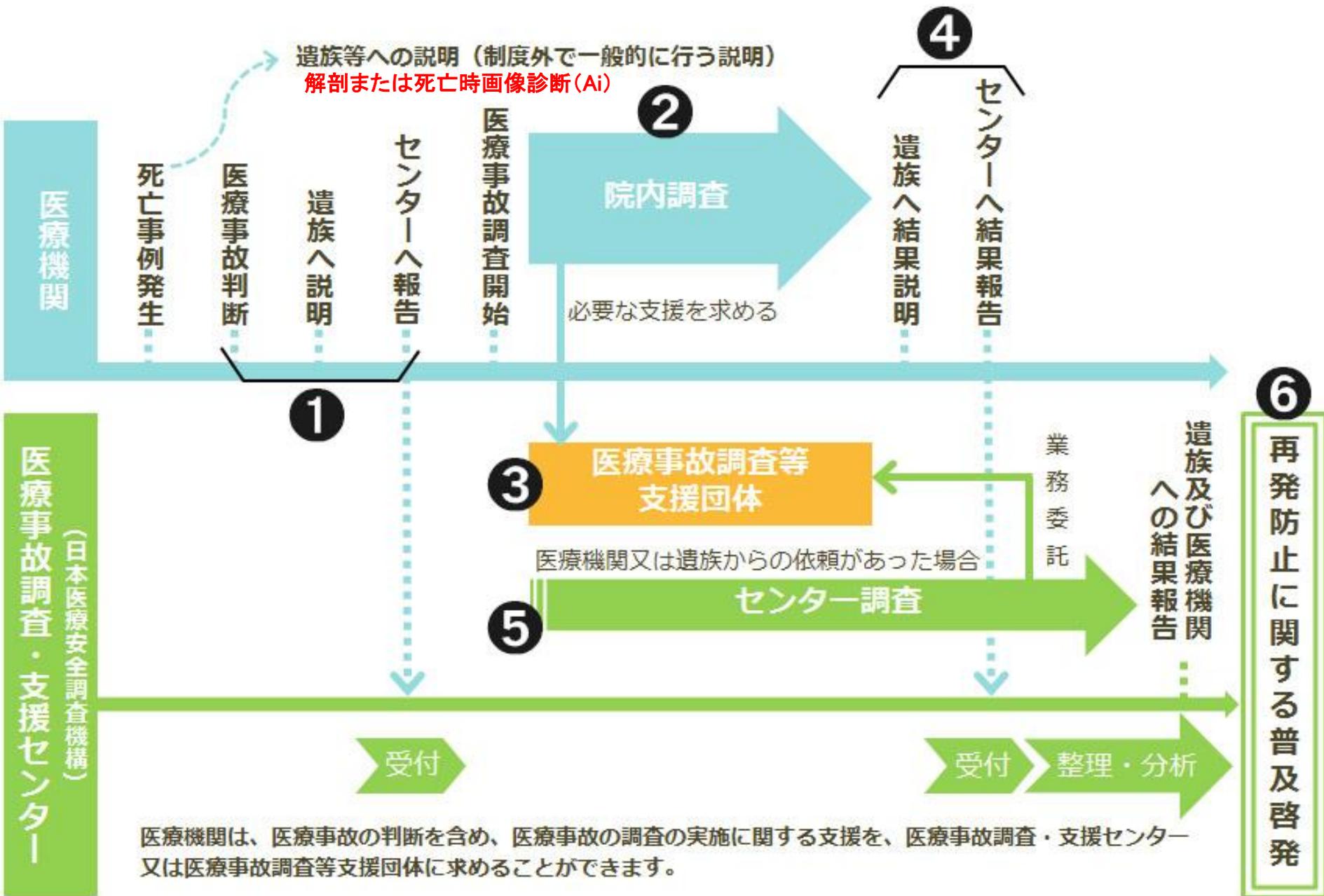
*「起因した医療(疑いを含む)の分類」は、厚生労働省医政局長通知(平成27年5月8日医政発0508第1号)の別添「医療に起因する(疑いを含む)死亡又は死産の考え方」に基づき、2016年～2017年は医療事故発生報告の内容をセンターが分類、集計したものであるが、2018年1月以降は医療機関から報告された院内調査結果報告の内容に基づき集計している。

*「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。

医療事故調査制度の流れ



医療機関の院内事故調査の実施

- 目的; 事故原因を究明し、医療システムの問題を含めて検討し、医療安全を確保する。

※ 個人の責任追及を目的としない。

- 調査手法; 診療録等の記録の確認、医療従事者のヒアリング、解剖、AIなど

- 医療事故調査等支援団体に必要な支援(公平性、中立性を確保する観点からも)を求める。

- 院内調査報告書を作成する。

必ずしも事故原因が明らかになるとは限らないことに留意する。

再発防止は可能な限り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。

院内事故調査のすすめ方

医療事故調査制度への理解を深める上でも、研修ワークブック院内調査のすすめ方 2023年度研修資料(日本医療安全調査機構(医療事故調査・支援センター)や院内調査の要点 2024(日本医師会)の熟読をお願いします。



山口県医師会ホームページ上にも掲載しておりますので、ご活用をお願いします

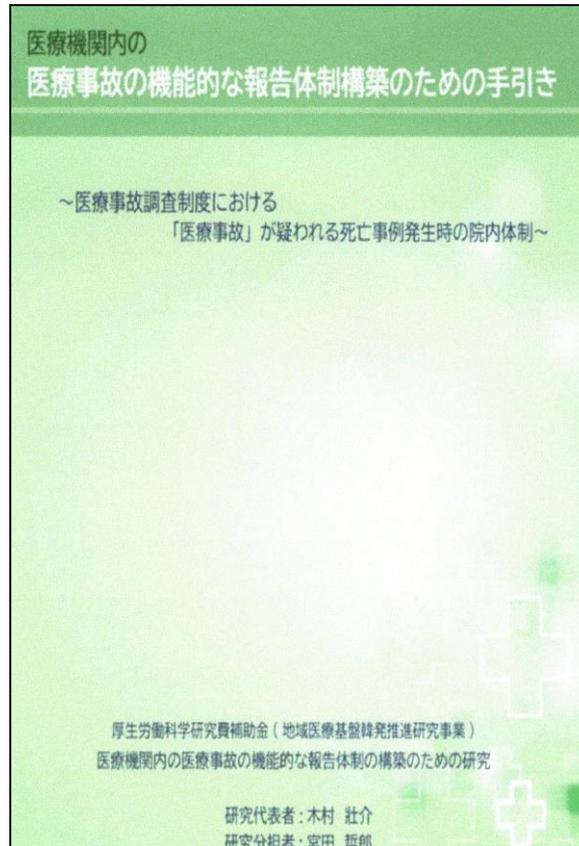
医療事故調査制度についての職員への周知

～現場の個々の医療従事者が制度を理解していることが不可欠～

院内で「医療事故」の疑いがある死亡事例発生時に 関する研修の方法

令和4年～令和5年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究）事業「医療機関内の医療事故の機能的な報告体制の構築のための研究」（研究代表者：木村壯介）では、死亡の発生から医療事故報告までの初期対応における医療機関内の体制に焦点を当てて、実態調査を行い、調査結果をもとに「**医療機関内の医療事故の機能的な報告体制構築のための手引き**」（山口県医師会HP上にも掲載）、および「**医療事故発生時の初期対応トレーニング**」動画が作成されている。

各医療機関の現場の実情にあった院内の体制確保のための一助となることを目的に作成されており、特に動画は、医療事故による死亡の発生から医療事故報告までの初期対応の中で、医療機関から対応が難しいと実際に意見の多かった3つの場面（**①死亡直後の遺族への説明、②事故判断に関する院内検討会、③事故判断後の遺族への説明**）の対応の一例として動画を作成されており、インターネット（<http://kaken.medsafe.or.jp>）で閲覧が可能であり、**各医療機関等に広く活用いただける。**



胸部手術後の出血事例：医療事故の判断は？

咳嗽、胸部不快感を訴え近医を受診し、胸部CTで前縦郭右下に40mm大の腫瘤を認め、500床台病院へ紹介され、前縦郭腫瘍、胸腺腫疑いと診断され胸部外科へ入院した60歳代の患者。

手術説明書に沿って本人、ご家族に説明され、同意を得て、翌日、胸腔鏡下縦郭腫瘍摘出術が施行された。左側臥位で、小開胸、右縦郭腫瘍を摘出したが、その直後より上大静脈付近から急速な出血があり、手術創を拡大し開胸した。血圧低下のため輸血を開始したが心停止し、開胸心臓マッサージを施行し、PCPSを挿入した。心臓血管外科医も手術に加わったが、出血源の同定、止血ができず、手術を終了し、19時間後に、死亡確認した。ご家族は、死亡するとは聞いていなかったと不満が強い。解剖なし・Aiなし。

〈相談内容〉

腫瘍と周囲組織の癒着剥離による血管損傷が出血の原因と考えている。この症例の死亡は手術に伴う合併症と思われるが、報告対象事例となるのか。

標準的医療から外れた場合 事故の背景を明らかにして再発防止につなげる

背景の検証

- 医療事故は、表面的には「**個人の間違い**」と認識されやすいが、多くは、様々な原因が複雑に重なり合っ
て発生する
- 複雑な**背景の追究**で、「**医療システムの脆弱性**」を明らかにする
- 根本的な要因を明確にして対策を導くことが、「**再発防止策**」につながる

これまでの実績

- 成功事例の検証: これまでに99%順調に対応できていたのであれば、今回は、何が違ったのか?

個人的背景

- 知識・修練不足
- 多忙のため睡眠不足だった等

組織的背景

- マニュアル未作成、教育・トレーニング体制がない
- チーム内のコミュニケーション、連携体制の不備
- スタッフ不足等

背景の背景

- 安全管理体制が脆弱
- ガバナンスが適切でない等

その他

- 隣の患者が急変し、目の前の手順を守れなかった
- 多忙のため知ってはいたが、手順を省略した等
- 医療機器、用具、設備、構造などの不備

背景が検証できるような、追加の情報収集(ヒアリングなど)が必要となる

→背景を探る補助: **ロンドンプロトコール**が有用

【令和6年度医療事故調査制度 支援団体統括者セミナー 宮田哲郎先生】

背景を探る補助: ロンドンプロトコール 「臨床行為に影響を及ぼす寄与要因の枠組み」

要因のタイプ	寄与もしくは影響要因
患者要因	病状(複雑さと重症度) 言葉やコミュニケーション 人格や社会的要因
業務および技術的要因	業務デザインと構造の明確さ プロトコルの利用可能性やその実際の利用 検査結果の利用可能性とその正確さ 意思決定への支援
個人(医療従事者個人)要因	知識と技術 力量 身体的及び精神的健康さ
チーム要因	口頭でのコミュニケーション 文章でのコミュニケーション 指導監督と助力要請 チーム結成(調和、一貫性、リーダーシップなど)
労働環境要因	人材配置水準と職種混合 仕事量と勤務シフトのパターン 機器類のデザイン、利用可能性及びメンテナンス 管理や経営の支援 環境 物理的条件
組織およびマネジメント要因	財源及びその制約状況 組織体制 内部規定、基準及び目標 安全文化と優先順位
制度的要因	経済および規制状況 医療サービスの行政機関 外部組織との繋がり

(出典: Sally Taylor-Adams & Charles Vincent 臨床上のインシデントに関するシステム分析 ロンドンプロトコールより)

結果報告のセンターへの受付

センターの当該医療機関に対する収集情報の整理・分析結果報告は、個別事例については行われず。集積した情報に対する分析に基づき、一般化・普遍化した報告を行う。

⇒再発防止に関する普及啓発

医療事故の再発防止に向けた提言 第1号(2017.3)～第20号(2024.12)

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



HOME

一般のみなさま

医療関係のみなさま

挨拶 沿革 実績 組織図 業務及び財務に関する

医療事故の再発防止に向けた

医療法に基づき、同様の死亡事例が発生しないよう、再発防止と医療安全の確保を目的として情報提供するもの。
 全てダウンロード可能です。
 研修などにご活用ください。

HOME » [医療事故の再発防止に向けた提言](#) » 医療事故の再発防止に向けた提言

サブメニュー

医療事故の再発防止INDEX

医療事故の再発防止に向けた提言

医療事故の再発防止に向けた 警鐘レポート

制度の現況報告・動向

現況報告

動向

センターが実施した アンケートの結果

医療事故の再発防止に向けた提言

センターでは専門分析部会において、収集した院内調査結果報告書を整理して提言にまとめています。

提言書および動画等の関連資料はすべてダウンロードが可能です。研修等



[第20号 \(2024年12月\)](#)
[血液検査パニック値に係る死亡事例の分析](#)



[第19号 \(2024年2月\)](#)
[肺動脈カテーテルに係る死亡事例の分析 第1部 開心術編 / 第2部 検査](#)

医療事故の再発防止に向けた提言
第2号

急性肺血栓塞栓症に係る死亡事例の分析

医療事故調査制度
において報告された
対象事例8例

平成29年8月

医療事故調査・支援センター
一般社団法人 日本医療安全調査機構



医療事故の再発防止に向けた提言(第2号 2017年3月)

例

急性肺血栓塞栓症に係る死亡事例の分析

医療事故調査制度において報告された**対象事例8例**

【リスクの把握と疾患の認識】提言1

入院患者の急性肺血栓塞栓症の発症リスクを把握し、急性肺血栓塞栓症は“急激に発症し、生命を左右する疾患で、**特異的な早期症状に乏しく、早期診断が難しい疾患**”であることを常に認識する。

- ・大腿骨頸部骨折と肺炎治療のため入院した80歳代の患者。BMI 22
- ・下肢静脈エコーで**下腿ヒラメ筋静脈内に血栓**を認め、急性肺血栓塞栓症の予防策として**足関節・足趾の自動運動およびヘパリンの持続投与**を実施。
- ・**入院約2週間後に人工骨頭置換術**を施行。
脊椎麻酔導入後に**痙攣様症状と血圧低下出現**。救命処置を施行するが死亡。心電図、心エコー所見から急性肺血栓塞栓症と推測。

予防法には限界があり、**全ての急性肺血栓塞栓症を予防することはできない！**（8例中7例に予防策あり、うち2例は抗凝固薬使用中）

医療事故の再発防止に向けた提言(第2号 2017年3月)

例

急性肺血栓塞栓症に係る死亡事例の分析

医療事故調査制度において報告された**対象事例8例**

【早期発見・早期診断】提言4

明らかな原因が不明の呼吸困難、胸痛、頻脈、頻呼吸、血圧低下などを認めた場合、急性肺血栓塞栓症の可能性を疑い、造影CTなどの実施を検討し早期診断につなげる。

- ・ 被殻出血のため緊急入院した70歳代の患者。BMI 29
- ・ 高血圧あり。開頭血腫除去術の約2週間後、間欠的空気圧迫法から弾性ストッキングに変更。
- ・ 手術の約3週間後、端座位訓練中に**失神、胸部不快を訴えSpO2が低下するが、回復。**

リハビリテーションを継続していたが、膝痛、倦怠感の訴えと同時に血圧低下、頻脈、SpO2の低下が出現し、心肺停止。胸部CTで肺動脈に血栓を認め、急性肺血栓塞栓症と診断。救命処置を行うが同日死亡。

その症状、急性肺血栓塞栓症ではありませんか？

急性肺血栓塞栓症発症の数日前に原因不明の一時的な血圧低下、SpO2低下、呼吸困難、胸痛、胸部不快などを認めた例がある

急性肺血栓塞栓症の診断の根拠となる特異的な症状はなく、このことが診断を遅らせる、あるいは診断を見落とす大きな理由の一つとなる
 [急性肺血栓塞栓症及び深部静脈血栓症の診断治療予防に関するガイドライン]

PTEの重症度は、塞栓子の大きさと頻度が関係する

血行動態と心エコー図検査による右心負荷所見による急性PTEの重症度分類

	血行動態	心エコー図検査で右心負荷	
cardiac arrest/ collapse	心停止あるいは循環虚脱	あり	重症 致命的
massive (広範型)	不安定 ショックあるいは低血圧 (定義： あらたに出現した不整脈、脱水、 敗血症によらず、15分以上継続す る収縮期血圧 < 90 mmHgあるい は ≥ 40 mmHgの血圧低下)	あり	
submassive (亜広範型)	安定 (上記以外)	あり	
non-massive (非広範型)	安定 (上記以外)	なし	軽症 一過性

(Jaff MR, et al. 2011²⁰⁵, Task Force on Pulmonary Embolism. European Society of Cardiology. 2000²⁰⁶) を参考に作表

PTEは、常に発症を意識して予防及び診断を進めなければ、しばしば不幸な転機をたどる疾患である

医療事故の再発防止に向けた提言(第2号 2017年3月)

例

急性肺血栓塞栓症に係る死亡事例の分析

医療事故調査制度において報告された**対象事例8例**

【院内体制の整備】提言6

急性肺血栓塞栓症のリスク評価、予防、診断、治療に関して、**医療安全の一環として**院内で相談できる組織(担当チーム・担当者)を整備する。必要があれば院外への相談や転院などができるような連携体制を構築する。

- ・ 統合失調症、希死念慮のため医療保護入院とされた40歳代の患者。BMI 27

- ・ 自傷行為予防のため四肢体幹拘束を施行。向精神薬服用中。

- ・ 体幹拘束中は弾性ストッキングを着用。**入院5日目に胸痛があり心電図検査で異常所見があった。症状が消失したため経過観察。**

入院から約3週間後、開放観察開始の30分後、トイレで倒れているところを発見され、救命処置を行うが、心拍再開せず死亡。

解剖により、急性肺血栓塞栓症と診断。

病理解剖は、「予期しなかった死亡」の死因を究明する上で、非常に重要な情報を得ることができる調査である

病理解剖、死亡時画像診断(Ai)

病理解剖は、ご家族様の「予期しなかった死亡」の死因を究明する上で、非常に重要な情報を得ることができる調査でございます。

ご遺族（ご家族）の皆様へ

病理解剖について

この度のご家族（ご親族）様のご逝去に際し、謹んでお悔やみ申し上げます。私ども 一般社団法人 日本医療安全調査機構は、医療法に基づいて「予期しなかった死亡」の死因を調査し、同様の死亡事例が起きないよう、医療現場の安全の確保を目指した取り組みを行っています。

当機構のこれまでの取り組みの中で、ご遺族様より

- 何故亡くなったのか、何が起きていたのを知りたいと思うようになったが、病理解剖をしていないので原因は分からないと病院から言われてしまった・・・
- あの時に、このような説明を聞いていれば、病理解剖をすることの決断ができたのに・・・ など

病理解剖を実施しなかったことを悔やむ声が寄せられることが、少なからずあります。深い悲しみの中にいらっしゃるご遺族の皆様へ、限られた時間の中で、病理解剖を実施するかどうかのご決断いただくことは、大変苦渋を伴うこととお察しいたします。

病理解剖は、ご家族様の「予期しなかった死亡」の死因を究明する上で、非常に重要な情報を得ることができる調査でございます。

是非ご一読いただき、皆様のご決断の一助になりましたら幸いです。

病理解剖とは

病理解剖とは、病理を専門とする医師が直接お体の中を確認し、亡くなった原因やその原因と診療行為との関連性などを検討するものです。解剖は、「死因、生前に下された診断との関連」、「病気がどの程度進行していたのか」、「治療の効果はどうだったのか」、「原病とは別の病気が存在していたのか」など、どうして亡くなったのかを知るための手がかりを得るための重要な調査です。

解剖を行っても亡くなった原因や病態が明らかにならない場合もあります。しかし、「解剖が行われなかったために原因が分からない」と、「解剖の結果を含めた医学的検証を行っても原因不明」なかでは、ご家族の亡くなったことに対する納得の思いも異なってくるのではないのでしょうか。

① ご遺族の同意について

病理解剖にはご遺族の同意が必要です。病気の状態や死因を明らかにするため、医療機関より病理解剖についての実施をおすすめすることがあります。ご遺族の同意が得られない場合には、病理解剖は実施されません。

ご遺体は畏敬の念をもって取り扱われ、病理医によって慎重に検索が行われます。なお、解剖を望まない部位（頭部など）があれば、担当者にご相談ください。病態にもよりますが、ご遺族の同意が得られる範囲での解剖を実施することも可能です。

② 解剖が実施できる時期について

ご遺体の組織は時間とともに変化しますので、迅速な対応が必要になります。ご遺族に解剖を実施するかどうか、早急にご決断いただく必要があるのもこのためです。

病理解剖の実施まで時間を要する場合には、組織の変化を抑えるため、十分に保冷状態を維持できる環境でご遺体を保管させていただく必要があります。また、亡くなられた際に留置されていたチューブ類を留置した状態のまま解剖を実施することもあります。

③ 所要時間と待機方法について

病理解剖は通常、解剖を開始してから2～3時間ほどで終了しますが、病理解剖医の業務

④ 結果説明について

病理解剖の場合は、司法解剖※とは異なり

病理解剖を実施しないとご決断された場合、どうして亡くなられたかを知る別な方法としては、「死亡時画像診断」があります。

捜査情報のため、解剖結果は開示されません。

▶ 病理解剖を実施しない場合の死因の究明について

病理解剖を実施しないとご決断された場合、どうして亡くなられたかを知る別な方法としては、「死亡時画像診断（オートブシーイメージングの略語のAiと呼ばれます）」があります。

Aiとは、CTやMRI等を用いてご遺体を検査し画像を撮影して、死因の究明に役立てる検査手法です。解剖は行わずAiのみを行うこともできますが、Aiは画像だけで判断する方法のため、死因を明確にすることが困難な場合があります。

関連リンク

日本病理学会ホームページ
<http://pathology.or.jp/ippan/pathdiag.html>

日本医療安全調査機構ホームページ
<https://www.medsafe.or.jp/>

医療事故の再発防止に向けた 警鐘レポート

警鐘レポートは、医療機関から医療事故としてセンターに報告された医療事故調査報告書をもとに迅速に注意喚起することで死亡回避につながると考えられたものについて、整理・分析し、専門的知見及び医療安全の観点から予期せぬ死亡につながった要因、死亡を回避するための方策(再発防止策)を焦点化し、臨床現場の一人一人に届けられる形で情報提供します。

配布して、ご活用ください。

警鐘レポートおよび関連資料はすべてダウンロードが可能です。

[No.1 ペーシングワイヤー抜去に伴う心損傷による死亡\(2024年11月\)](#)

[No.2 注射剤の血管内投与後に発症したアナフィラキシーによる死亡\(2025年3月\)](#)

[No.3 異所性妊娠に伴う卵管破裂による死亡\(2025年7月\)](#)

No.3 異所性妊娠に伴う卵管破裂による死亡(2025年7月)

子宮内ではない場所に受精卵が着床し(異所性妊娠)、卵管破裂による出血性ショックのため死亡した事例が体外受精で2例、自然妊娠で1例報告されています。

例

事例 1

- ・40歳代。体外受精で2個の胚移植を実施。
- ・腹痛と嘔吐を主訴に救急要請し、救急外来を受診。患者から「産婦人科を受診し、妊娠8週相当で胎児心拍を確認した」と情報あり。感染性胃腸炎と診断し、制吐剤と補液で経過観察。翌朝、頻脈・血圧低下・性器出血あり。数時間後に心停止となった。自己心拍再開後にCTで腹腔内出血、卵管出血が疑われ、子宮動脈塞栓術を施行したが数日後に死亡。
- ・死因は、卵管間質部破裂による出血性ショック。解剖有、Ai有。

！ 異所性妊娠の診断が困難であった要因と経過

患者からの情報提供により **腹部症状は妊娠に関連したものではない**と認識した

救急外来

産婦人科で妊娠経過に異常はないと言われました
食事が原因かもしれません



○ 腹痛が強いけど
患者の情報からすると
妊娠とは
関連なさそうかな

入院



冷汗 頻脈
血圧低下

腹痛の訴え

腹痛の継続

ショック状態

- **正常妊娠や流産などの情報があったとしても、腹部症状がある場合は、「異所性妊娠」も疑う**
- **生殖補助医療では、異所性妊娠（正所異所同時妊娠を含む）の頻度が上昇することを認識する**



※イメージ図

妊娠可能な女性の急性腹症の救急対応について

- 妊娠可能な女性の急性腹症の診察では、異所性妊娠の可能性も考慮する。腹部超音波等による腹腔内所見の確認や妊娠反応の検査を検討し、必要に応じて産婦人科につなぐ。
- 産婦人科は経膈超音波検査や血中hCG定量検査の実施およびCT/MRI検査を検討する。
- 自宅で経過観察をすると判断した場合でも、腹痛等の症状が続くときには再受診するよう患者に指導する。

医療事故調査制度の意義

-社会からの信頼回復に向けての医療界の努力-

- ・ プロフェッショナリズムの名の下に、医療界の
 - 自律(professional autonomy)
 - 自浄(self-regulation) の姿勢を明確に打ち出すこと
- 「隠さない、逃げない、ごまかさない」
- ・ **安全な医療環境の形成**
 - 患者が納得して医療を受ける
 - 医療者が専門家として自信と誇りを持って萎縮することなく、医療を提供する

⇒これからの高齢化社会や新たな医療の進歩に伴い、医療事故は避けられないが、**医療事故の対応には、医療事故調査制度の「自ら判断し、調査し、説明する。」という考え方を大切にしつつ、システム全体がその発生にかかわっていると捉え、医療機関全体の責任として、エラーを起こしても、大事に至らないよう、医療の安全性の改善につなげる組織的な取り組みを継続する。**

医療安全は、医療者、患者・国民すべての願いである
～医療従事者を安全に保つことが不可欠～

WHO:

「医療にかかわる専門職やその地域の労働者や家族のメンバーは、**かかわった医療従事者を処罰することではなく、過去の悲劇から学び取り、将来の命を救うことが、このアプローチの唯一の目的である**ことを確約すべきである。これらのレビューは、ヘルスケアシステムにおける不備な点を明らかにすることだけを求めている。アプローチの結果の報告を裁判の証拠として提供してはならないし、決して制裁や処罰に使ってはならない。」

Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. 2004

「医療従事者を安全に保たない限り、どの国、病院、診療所も患者を安全に保つことはできない」

「オープンなコミュニケーションを通じて、安全上の有害事象の報告に対する懲罰的措置からの法的及び行政的保護を含め、『非難のない』公正な労働文化を確立する」

Keep health workers safe to keep patients safe. 2020

(日本医師会雑誌:152(1)、大磯義一郎.無過失保証制度への展望と期待 p20-24. 2023.4から引用)

医療安全の推進(小括)

- ・ 医療安全情報、医療事故の再発防止に向けた提言、警鐘レポートを含めて、事例から謙虚に学び、医療安全対策として見直したことを、チーム医療の実践の中で共有していくという不断の努力が、日常診療に潜む医療事故のリスクを、できるだけ回避する上で重要である
- ・ 高齢化社会や新たな医療の進歩に伴い、医療事故は避けられないが、事故の対応には、医療事故調査制度の「自ら判断し、調査し、説明する」という考え方を大切にしつつ、システム全体がその発生にかかわっていると捉え、医療機関全体の責任として、エラーを起こしても、大事に至らないよう、医療の安全性の改善につなげる組織的取り組みを継続する

推奨：医療事故の再発防止に向けた提言や警鐘レポートを活用した研修会

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3.  医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。



まとめ

