

医療の質向上と患者安全のための制度を考える
オンラインシンポジウム
制度開始から10年「医療事故調査制度」の課題と展望

医療事故調査制度の課題と展望

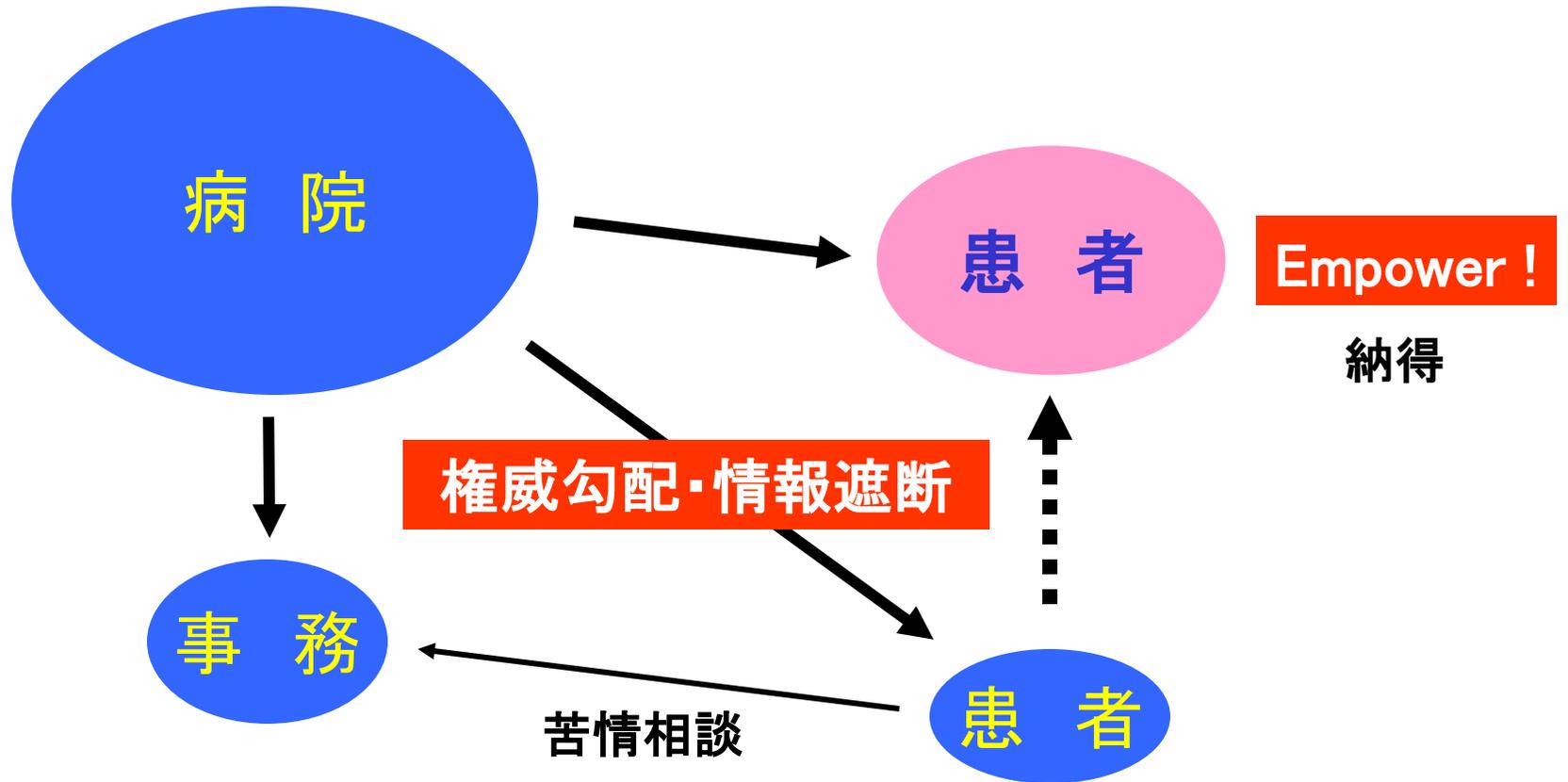
2024年10月19日

名古屋大学医学部附属病院

患者安全推進部

長尾能雅

医療における“情報の非対称性”



Office of Patient Advocacy

Factの提供

**FactなきAdvocacyは
催眠術にすぎない**

事故調査に取り組む前に

- ・精度高く医療事故を把握する体制
- ・検証すべき事例を選定する体制
- ・公正な調査を可能とする体制

これらが不十分であれば、
いくら調査をしても信頼性が高まらない

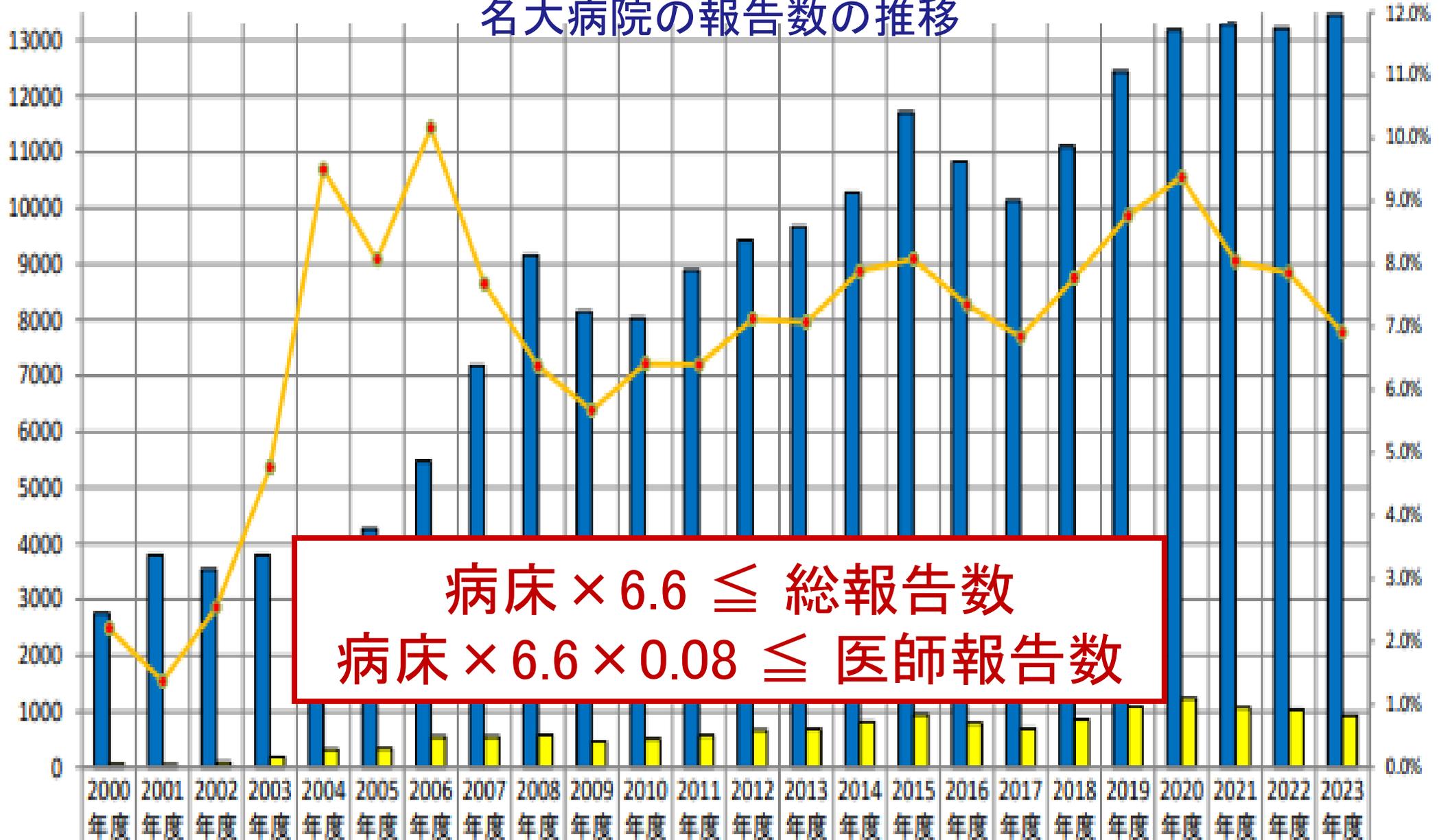
課題①

- ・精度高く医療事故を把握する体制
- ・検証すべき事例を選定する体制
- ・公正な調査を可能とする体制

これらが不十分であれば、
いくら調査をしても信頼性が高まらない

職員の自主報告に頼った場合

名大病院の報告数の推移



特定機能病院のみに義務付けられた 全死亡報告システム

名大病院1080床の場合
死亡数: 360~370件/年

緊急会議: 5~10件/年

事故調査: 0~2件/年

過誤死: 0~1件/年

全医療機関への展開が必要？

課題②

- ・精度高く医療事故を把握する体制
- ・検証すべき事例を選定する体制
- ・公正な調査を可能とする体制

これらが不十分であれば、
いくら調査をしても信頼性が高まらない

“事故性”のわかりにくさ

	①医療に起因し、または起因すると疑われる死亡または死産	左記に該当しない死亡または死産
②管理者が予期しなかったもの	<u>本制度における医療事故</u>	
管理者が予期したもの		

出典：医療事故調査制度の施行に係る検討について／医療事故調査制度の施行に係る検討会

平成27年3月20日

基本的には

病院長が「再発防止が必要」と判断すれば
調査をすればよい、のだが・・・



医療安全のミッションは“医療過誤死の撲滅”

その為の“再発防止”であり、

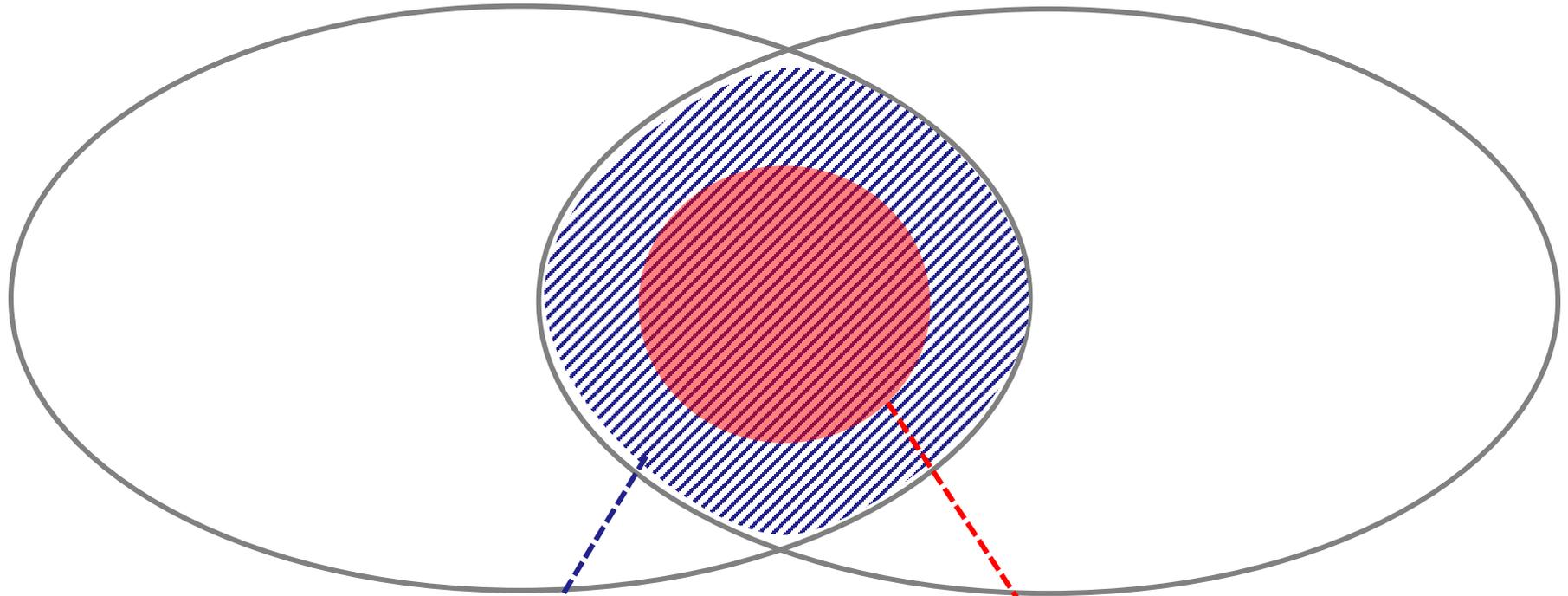
その為の“制度運用”でありたい

∴ 過誤死の疑いは検証対象に含まれて然るべき

事故性

医療起因性

予期性なし

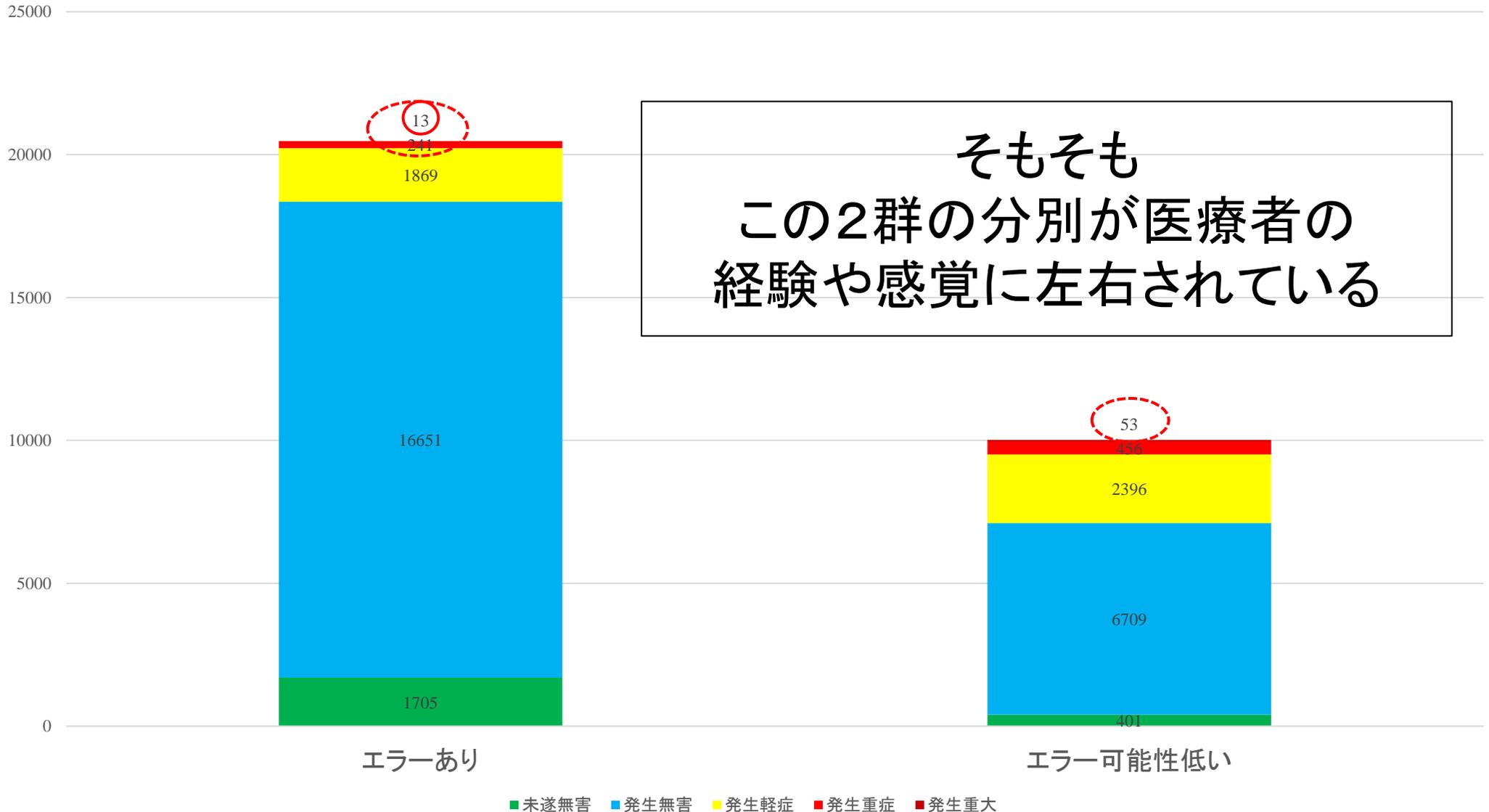


事故性

過誤性
(検証後に別途確定)

名大病院過誤性有害事象発生状況

2018-2020年度 全職種報告



曖昧な基準の中、 病院中枢に躊躇・逡巡が生まれる

- ・赤穂市民病院：
脳神経外科手術事故（2019年～）
- ・京都第一赤十字病院：
脳神経外科手術事故（2020年～）
- ・滝山病院：
療養患者多発死亡事故（2022年～）
- ・東海中央病院
肝切除術後多発死亡事故（2022年～）
- ・神戸徳洲会病院：
心臓カテーテル検査事故（2023年～）

判断の機能不全が通報を生む

課題③

- ・精度高く医療事故を把握する体制
- ・検証すべき事例を選定する体制
- ・公正な調査を可能とする体制

これらが不十分であれば、
いくら調査をしても信頼性が高まらない

いずれも1回目の調査で躓き、 2回目の調査を余儀なくされた

- 千葉県がんセンター：
腹腔鏡死亡多発事故（2008～2014年）
- 東京女子医大病院：
プロポフォール投与（2009～2014年）
- 群大病院：
腹腔鏡死亡多発事故（2010～2014年）

：

制度開始後も・・・

- 調査体制や調査手法、報告書の形態や記述量がまちまち（定型がない）
- 調査が系統的でなく、調査側が重要視したポイントのみ記載されている（調査漏れが否定できない）
- 表層的な経緯の羅列にとどまるものが多く、その行動や判断を導いた背景・根拠が示されていない
- 解剖が行われていない場合、または解剖を行っても死因が不明だった場合、それ以上調査が掘り下げられていない

院内調査の課題

調査手法が標準化されていない

さらに・・・

- 「考えられた(る)」、「思われた(る)」など、調査会の事後的見解(感想)が多く記載されている
- 再発防止策が現場と乖離している、あるいは単なる努力目標に留まっている
- 最も肝心なところの評価を、ぼかしてしまう

結局、医学的な適否がよくわからないため、遺族はその後Factを求め続けることとなる

複製厳禁

センター調査・報告書作成 マニュアル Ver.4.1

医療事故調査・支援センター総合調査委員会

目次

I はじめに	2
II センター調査とは	3
1. センター調査とは	3
III センター調査実施にあたっての基本方針	4
IV センター調査の手続き（流れ）	7
V センター調査・報告書作成の実際	8
1. センター調査報告書の構成（全体像）	8
2. 「臨床経過」について	9
3. 「原因を明らかにするための検証方法」について	12
4. 「総括」について	18
5. 「再発防止策」について	18
6. 「その他の事項」について	18

センター調査の標準化を達成

(しかし、マニュアルすら公開されていない)

見解が大きく異なる二冊の
報告書が出来得るシステム



脱却したい

院内であろうが、センターであろうが、
どんなチームが担当しても
ほぼ同様の結果となるように

平成21年度^(2009年度)厚労科研・班研究

■診療行為に関連した死亡の調査分析に従事する者の育成及び
資質向上のための手法に関する研究班

第7グループ : 院内事故調査委員会の設置と運営検討グループ

リーダー : 長尾能雅(京都大学病院 医療安全管理室)

メンバー : 木村哲(東京逡信病院 院長)

児玉安司(三宅坂法律事務所 弁護士)

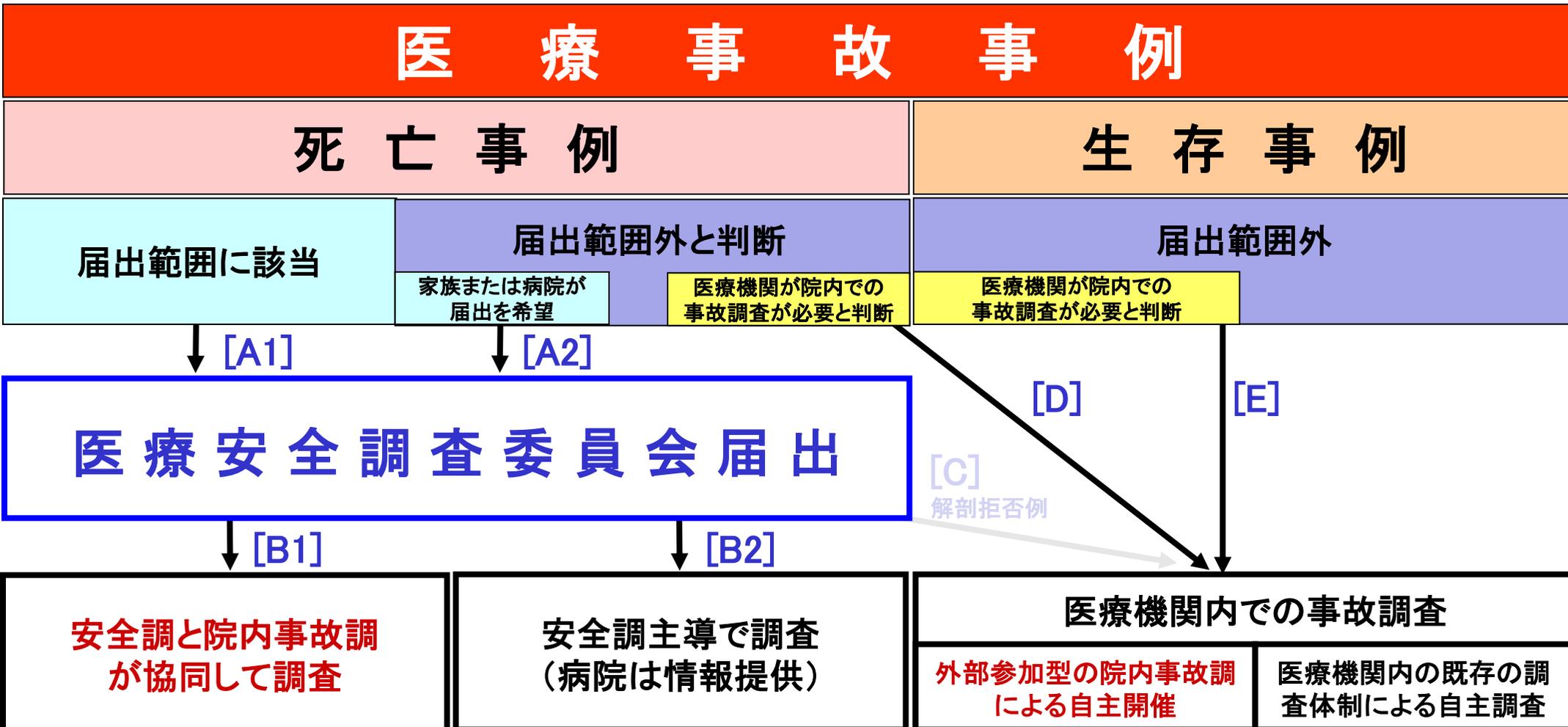
畑中綾子(東京大学公共政策大学院 特任研究員)

堀康司(堀法律事務所 弁護士)

矢作直樹(東京大学大学院救急医学講座 教授)

山口徹(虎の門病院 院長)

院内事故調査と公的調査の連携



平成22年2月2日 厚労科研第7グループ(案)を修飾

名大病院：重大医療過誤発生の推移(1080床)

