

医療事故調査制度に関する研修会

公益社団法人福岡県医師会（医療事故調査等支援団体）
公益社団法人福岡県病院協会
令和8年7月28日（火）

医療事故調査制度に関する研修会 プログラム

△開催日時：令和 8 年 7 月 28 日（火）18：30～20：00

△開催方法：①会場：福岡県医師会館 5 階研修室 2（大ホール）

福岡市博多区博多駅南 2-9-30

②ZOOMウェビナーによるWEB配信

※後日オンデマンド配信

時 間	内 容
18:30	開会
18:30～18:32 (2 分)	福岡県医師会 挨拶
18:32～18:34 (2 分)	福岡県病院協会 挨拶
18:34～19:14 (40 分)	「福岡県の医療事故調査を振り返って」 福岡県医師会 参与 上 野 道 雄
19:14～19:24 (10 分)	「医療事故調査制度スタートから 10 年を経て 福岡県方式が新しく目指す事故調査に係る方策」 北九州市立八幡病院 名誉院長 伊 藤 重 彦
19:24～19:34 (10 分)	「二つのケースに見る調査プロセスの対比」 福岡県済生会二日市病院 院長 壁 村 哲 平
19:34～20:00 (26 分)	総合討論・質疑応答
20:00	閉会

—M E M O—

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary-ruled notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

「福岡県の医療事故調査を振り返って」

福岡県医師会 参与

上 野 道 雄

— M E M O —

福岡県の医療事故調査を振り返って

死亡と診療行為の関係性の検証が事故を 認定し、無辜の当事者を救いだす

支援団体が調査の大略を担う体制から、病院の特性を生かした手順、病院が看護との協力体制を築き、報告書を作成する手順に変更する。

医療事故調査への参画の端緒

20年余前、国立病院機構は診療行為と関連のある予期しない死亡事例を警察に届け出ていた。

病院は診療行為を確認するだけで、診療行為と死亡の関係性の調査は警察に任せた。

多くの事例は事件性なしとされたが、警察からも病院からも詳しい説明はなく、当事者の精神的負担を重かった。

多くの看護師が辞職し、医師も心の傷を抱えた

予期しない死亡事例の病態を医学的に解明して当事者を慰めたいと、そして、事故を否定する調査結果を警察に提出して当事者を救いたいと思った。

医療と警察の対応

病院の説明に納得しない患者の疑念は診療行為の適否を確認し、以後の対応を弁護士に任せていた。

病院も民事担当の弁護士も当事者の意見を聞いて事故と診療行為との関係性を検証することは少なかった。

死亡と診療行為との関係性の検証をして死因を明らかにしたい

一方、警察は個人の当事者を繰り返し事情聴取し、死亡と当事者の診療行為の関係性を検証した。そして、医療の鑑定書も参照して業務上過失死に判断を下した。

当事者にとって、警察の取り調べは辛かった。指示・命令系では直接行為者の責任が強く、医療のそれと微妙に異なった。

20年前の病院の医療事故体制

院長と事務部門だけで判断する病院もあった。

多くの病院は診療の適否主体の調査経験しかなかった。

ほとんどの病院は当事者と中立な専門医はいず、病院単独で死亡と疾病、診療行為との関係性を検証することは難しかった

診療行為の適否だけでは事故の認定も否定も難しく、病院の説明に納得できない遺族や当事者は多かった。



予期しない死亡事例に対する疑問を集めて、死亡と診療行為、他の可能性等との関係性を明らかににして、当事者や遺族の疑問に答えたい。

少数の幹部が表面的な診療の
適否だけで判断すると危うい

事故調査委員会の開催

関係者は誰も在職せず、思い切って全職員の聴講可とした

総胆管結石と胆嚢結石、糖尿病の患者に ERCPと
腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。

術後、胆汁漏、微熱、食欲不振が発生、高カロリー輸液
を開始。事後、血糖を測定せず、10日目に頻脈が出現。

白血球数の増加に加え、14日目にアチドーシス、高血糖、
尿素窒素の上昇を認めて、22日目に死亡した。

【審議結果】高カロリー輸液が招いた高血糖の発見が遅
れ、浸透圧利尿、脱水、腎機能障害が出現した。更に、
敗血症の診断と対応が遅れて死亡した。有責と判断した。

検査結果に沿った診療行為が実施されていない。初歩の関係性

ご遺族の誇りを傷つけず安堵した

国立病院機構から、和解金4000万相当と認定された。

御主人に過誤を謝罪し、病態を説明し、霊前に報告した。

病院に「何が起こったか」と尋ねると、診療行為には問題がないとの回答を繰り返された。病院の基準で診療を妥当と言われても合点がいかず、根拠を聞くと、クレーマー扱いされた。」

「謝罪と説明に納得を得た。和解金は辞退する」と言われた。

死亡と診療行為の初歩的な関係性を見落としてしまった。誰か内科医に相談すると防ぐことができた。

院長就任直後に、不満を抱く遺族に遭遇

激昂した高齢者と事務職の会話を目にして、確認すると

「2年前、当院で奥様が死亡された。病院幹部が診療は妥当と説明し、院長が文書でも回答した。ところが、再三、文句を言いに来る変人で、病院は相手にしていない。」

診療記録を取り寄せると、当方に過誤あることが示唆され、事後に調査委員会も開催されず、病院の対応に問題がある。



病院が病態を解明しないと、患者と職員を守ることはできない。遺族や当事者への伝え方はそれから考える。反対にすると、とんでもない失敗を招く。

国立病院の相互協力の事故対応

中小病院では当事者が専門医のことが多く、単独の病院で医学的な解明は難しかった。**各国立病院が専門医を派遣し、外部委員の参画する事故調査委員会**の開催を2004年に開始した。

2012年、調査体制を県医師会に移管し、対象病院を県内の全病院に拡張した。2015年医療事故調査制度が発足した

予期しない死亡事例を引き起こした可能性のある疾患や構造上の問題、疑問を病院から聞く。
関係性の検証が可能な臨床経過を作成し、疑問点を抽出する。
死亡とを診療行為や疑問等との医学的な関係性を検証する
構造上の問題の関与が明らかな事例では再発防止策を導き、安全な診療環境を実現し、相応の情状酌量を求めた。

事故調査を始めて

当事者はとにかく自分の行為の是非が気になり、不要な発言を避けるか、一方的な発言を延々とする。

医療事故に遭遇すると、周囲は同情するが、関りを避ける意識が潜在的にある

院長は当事者に寄り添う人、距離を置く人

初期対応で病院に、診療行為と別の要因が事故を起こした可能性を聞いても答えがない。特に、看護師の行動は難しかった。

診療行為と死亡の関係性検証の根幹の病院に頼っては大変なことになる。事前検討チームに自院に医療安全係長(師長)、専門医を集めて、病院の資料をもとに疑問点を集める。

看護師が人工呼吸器を逸脱させた

人工呼吸器の逸脱事例

院長から当方に体交中に看護師が挿管チューブを逸脱させたと電話連絡。

前日、呼吸不全の患者に人工呼吸器を装着

同日、深夜、看護師が体交中に顔面から胸部に至る気腫に気付
き、当直医に連絡。

当直医は挿管チューブのバルブの加圧を指示した

看護師が加圧を試みたところ、呼吸状態が急速に悪化し、
気腫のため再挿管できず、患者が死亡した。

『予期しない死亡事例』として警察に届け出

体交と死亡の関係性の検討

私達の心には医療事故には犯人がいると錯覚した思い

1時間前、看護師が頸部、胸部の著明な皮下気腫に気付いた

カフの加圧のため脱気したところ、突然、急変した

看護師から国立病院機構はカフの回路に圧力計がなく、脱気して、注入する

皮膚に固定された挿管チューブには皮下気腫が呼吸器向けの張力が発生してる。脱気で摩擦力が失われた。

脱気してカフ加圧する行為は看護マニュアルに沿ったもので、看護師の行為に問題はない。

説明に院長から医師が悪いのかと問われた。『予期しない死亡』には犯人がいるはず。医師を守りたい本音の思い？

構造上の問題（手順と機器）

気管切開時の皮下気腫は危うい

皮膚と固定した挿管チューブは逸脱側に張力が発生

カフの脱気はカフと内膜の摩擦を無くし、逸脱の恐れ

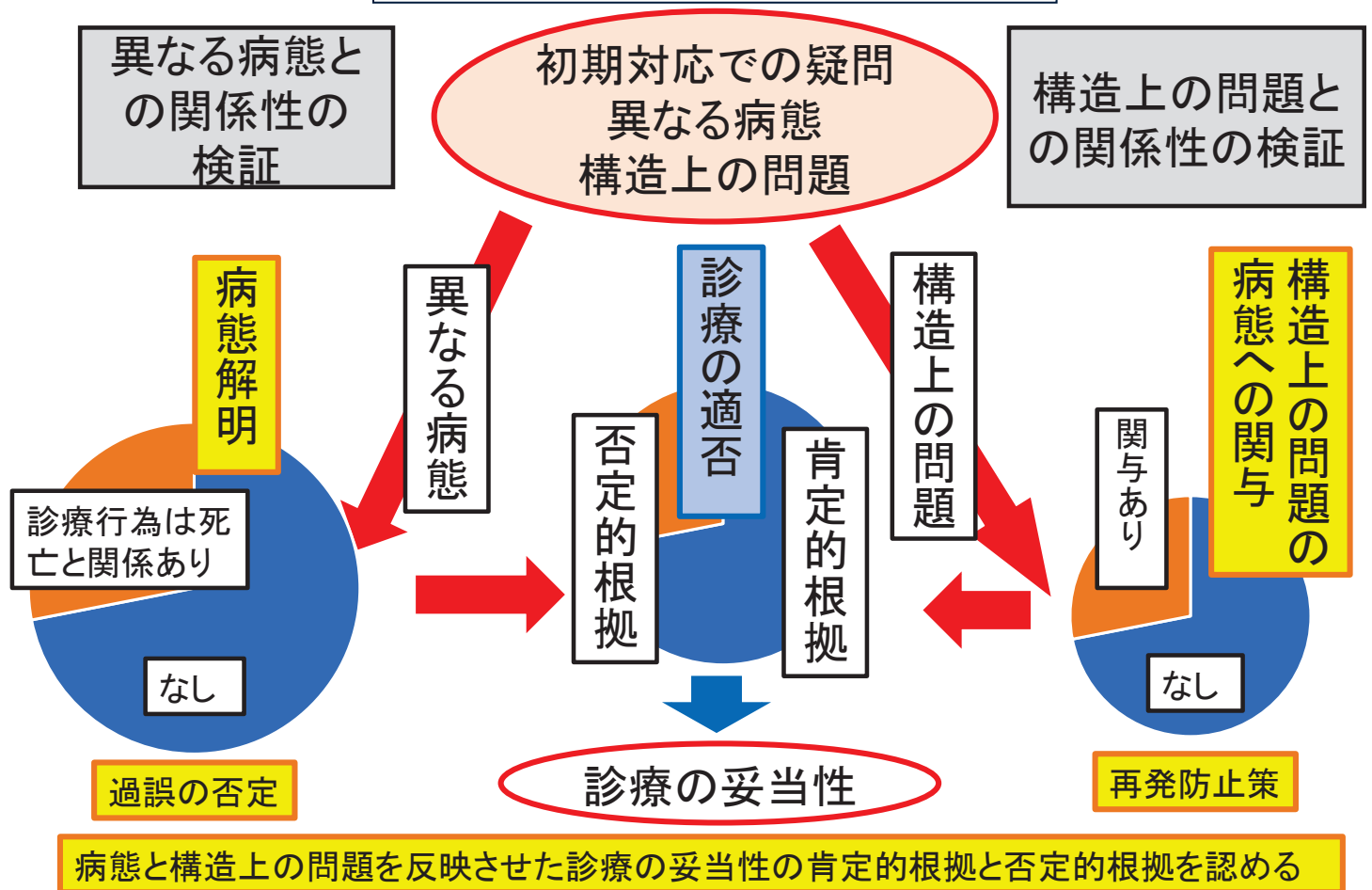
カフ回路に圧力計を欠き、脱気して加圧する手順は危険

看護マニュアル、多くの施設で共有、看護の助言

皮下気腫の存在下でカフの加圧は内膜を破損する可能性

当直医の指示は適切ではないが、看護師が脱気して加圧することは知らず、死因との直接関係はない。

医療事故調査の流れ



病態解明の原則 事例⑥

臨床経過等の資料を越えて病態が解明されることはない

検証と追加調査を繰り返し臨床経過を熟成を図る

臨床経過に異なる可能性を示唆する事象がないと冤罪を招く

死亡を引き起こした疑問(鑑別疾患、診療行為、構造上の問題、疑問)を越えて異なる病態が明らかになることはない

現場の疑問、可能性が届かず、十分な関係性の検出に困った

現場の声の代わりに、臨床経過の熟成過程で疑問を抽出

看護の視線は判らない、自院の医療安全師長を口説いた

当該医療機関と当方の疑問で追加資料を
集めて仮説検証で問題点の整理を作成
臨床経過の熟成、未知の病態抽出、問題点の整理の作成

医療機関の病態に関する疑問

肺炎の入院患者が同日に死亡

笑顔で入院した患者が容態が急変して亡くなった

診療記録と看護記録等の資料で患者の全体像
が把握できる臨床経過を作成する(初期対応)

入院時の所見

83歳の女性で高血圧、糖尿病で療養中、脳梗塞発作の既往。
3月24日夕刻、咳嗽を発症し、呼吸苦、胸痛を伴った。
3月25日午前10時に来院し、笑顔で「大分よくなった」と答えた。
胸部X線;右下肺野に著明な浸潤影、左肺の肺門部に淡い浸潤影
胸部CT検査;右肺中葉を中心に両肺に浸潤影と少量の胸水。
心電図;V2、V3のSTが上昇し、V2、V3、V4のT波が陰転化。

入院後の経過

午前10時50分 経鼻カニューレ、酸素1 l/分で、酸素飽和度 90%。
午前11時50分 酸素飽和度 92%、脈拍84/分であった。
午後 2時 酸素4 l/分に増量し、酸素飽和度 92%であった。
午後 4時 酸素5 l/分へ増量、酸素飽和度95%であった。
午後 6時 夕食を半分ほど摂取
午後 8時 酸素飽和度90%、脈拍120/分、少し、息が苦しい
午後 9時 酸素飽和度90%、脈拍130/分、酸素10l/分、肺水腫、ARDS
翌日、午前 0時30分 死亡

仮説検証1 ; 病院の診断(肺炎)の有無を検証する

入院時の所見

既知(仮説)の病態(肺炎)に属する事象⇒(緑)

83歳の女性で高血圧、糖尿病で療養中、脳梗塞発作の既往。
3月24日夕刻、咳嗽を発症し、呼吸苦、胸痛を伴った。
3月25日午前10時に来院し、笑顔で「大分よくなった」と答えた。
胸部X線: 右下肺野に著明な浸潤影、左肺の肺門部に淡い浸潤影
胸部CT検査: 右肺中葉を中心に両肺に浸潤影と少量の胸水。
心電図: V2、V3のSTが上昇し、V2、V3、V4のT波が陰転化。
自動判定結果はST-Tの異常。 肺炎の診断は十分に記載

入院後の経過

肺炎で説明できない事象が残る、ここが出发点

午前10時50分 経鼻カニューレ、酸素1 l/分で、血圧120/70mmHg、
脈拍88/分、体温37.5℃、酸素飽和度 90%、白血球13000。
午前11時50分 酸素飽和度 92%、脈拍84/分であった。
午後 0時 酸素マスク、酸素3 l/分に増量し、酸素飽和度 88%。
午後 2時 酸素4 l/分に増量し、酸素飽和度 92%であった。
午後 4時 湿性咳嗽と黄色痰を認めた。酸素5 l/分へ増量。
酸素飽和度95%であった。

仮説検証2 ; 肺炎で説明できない事象の検証

肺炎で説明できない事象を検証する

当初の診断と異なる病態(慢性呼吸器疾患)の有無を検証する

当方の疑問

今回の事例では「酸素飽和度が改善しにくい」、
「低い酸素濃度で笑顔」



臨床経過で存在の有無の確認(次のスライド)



肺炎以外の呼吸器疾患のが存在が示唆された

病院の疑問：酸素飽和度が改善しにくい

明確な浸潤影は右肺中葉にほぼ限局し、肺炎像と飽和度が一致しない

入院時の所見

慢性呼吸器疾患⇒(青)

83歳の女性で高血圧、糖尿病で療養中、脳梗塞発作の既往。

3月24日夕刻、咳嗽を発症し、呼吸苦、胸痛を伴った。

3月25日午前10時に来院し、笑顔で「太分よくなった」と答えた。

胸部X線：右下肺野に著明な浸潤影、左肺の肺門部に淡い浸潤影

胸部CT検査：右肺中葉を中心に両肺に浸潤影と少量の胸水。

心電図：V2、V3のSTが上昇し、V2、V3、V4のT波が陰転化。

自動判定結果はST-Tの異常。

入院後の経過

午前10時50分 経鼻カニューレ、酸素1 l/分で、血圧120/70mmHg、
脈拍88/分、体温37.5℃、酸素飽和度 90%、白血球13000。

午前11時50分 酸素飽和度 92%、脈拍84/分であった。

午後 0時 酸素マスク、酸素3 l/分に増量し、酸素飽和度 88%。

午後 2時 酸素4 l/分に増量し、酸素飽和度 92%であった。

午後 4時 湿性咳嗽と黄色痰を認めた。酸素5 l/分へ増量。
酸素飽和度95%であった。

慢性呼吸器疾患の検証過程

事象の整理

肺炎の存在は確認されるが、明確な浸潤影は右肺中葉にほぼ限局し、全肺的基礎疾患を認めない。(心臓の壁運動の低下も限局的で、心機能は保たれていた。)

酸素飽和度89-90%と低いにも拘わらず、患者が笑顔で会話ができた。
急性の呼吸不全では通常の会話は困難である。

肺炎だけでは説明できない

資料(外来診療記録)の追加

正月頃から400mほどの歩行で息切れが起こったことは、慢性疾患の可能性が示唆される。⇒「臨床経過」に追加

専門医の意見

画像所見の乏しい肺疾患として、気道病変優位型COPDがあげられるが、その診断は、スパイログラム等の肺機能検査が必要である。

COPDの存在が示唆された

仮説検証3; 残余の説明できない事象の検討

臨床経過と検査結果等で異なる病態を示唆する

心電図; V2、V3のSTが上昇し、V2、V3、V4のT波が陰転化。

自動判定結果はST-Tの異常だが、心筋虚血の可能性は



心筋虚血を示唆する事象はないか

血液検査と心エコーの結果は



心エコー; 左室前壁中隔の壁運動の低下、心拍出量 54.1%
GOT 64、CPK 423、LDH 263

過去の血液検査、心電図、心エコー、症状はないか

新たな事象を「臨床経過」に追加

24日夕刻、咳嗽を発症し、呼吸苦、胸痛を伴った。



肺炎の不定愁訴

看護記録

24日夕刻、咳嗽が出現し、午後10時ごろ、胸痛が出現して、呼吸苦を伴った。



説明のつかない事象群2に関する情報

仮説検証3: 心筋虚血の検証

心電図、心エコー、血液検査

血液検査(前回と入院時の比較); 白血球(6870→16890)
GOT(43→64)、CPK(146→423)、LDH(199→283)
心電図(前回)は特段の異常を認めなかった。
心エコー(前回)はEF 72%、壁運動に異常はなかった。



「臨床経過」への追加

心エコーの左室前壁中隔の壁運動の低下は心電図の結果と一致して、左室前壁中隔の心筋梗塞と考えられた。
GOT、CPK、LDHの上昇を伴い、急性心筋梗塞と診断された。また、前日午後10時頃の胸痛は、翌午前10時の採血で血清LDHが上昇していたこと(LDHは心筋梗塞発症後12時間以降に上昇する)と一致した。



午後10時頃の心筋梗塞の発症が示唆された。

事象の分類

既知(仮説)の病態(肺炎)に属する事象⇒(緑)

COPDに属する事象群1⇒(青)

心筋梗塞に属する事象群2⇒(赤)

入院時の所見

83歳の女性で高血圧、糖尿病で療養中、脳梗塞発作の既往。

3月24日夕刻、咳嗽を発症し、呼吸苦、胸痛を伴った。

3月25日午前10時に来院し、笑顔で「大分よくなった」と答えた。

胸部X線; 右下肺野に著明な浸潤影、左肺の肺門部に淡い浸潤影

胸部CT検査; 右肺中葉を中心に両肺に浸潤影と少量の胸水。

心電図; V2、V3のSTが上昇し、V2、V3、V4のT波が陰転化。

自動判定結果はST-Tの異常。

心エコーは、左室前壁中隔の壁運動の低下、EF 54.1%。

入院後の経過

説明のつかない事象は消失した

午前10時50分 経鼻カニューレ、酸素1 l/分で、血圧120/70mmHg、
脈拍88/分、体温37.5℃、酸素飽和度 90%、白血球13000。

午前11時50分 酸素飽和度 92%、脈拍84/分であった。

午後 0時 酸素マスク、酸素3 l/分に増量し、酸素飽和度 88%。

午後 2時 酸素4 l/分に増量し、酸素飽和度 92%であった。

午後 4時 湿性咳嗽と黄色痰を認めた。酸素5 l/分へ増量。
酸素飽和度95%であった。

「問題点の整理」と臨床経過の熟成

問題点の整理(鑑別疾患と関連事象)して委員会審議に備える

1. 肺炎

胸部X線・CT結果

2. COPD

酸素飽和度の推移、CT所見

病歴(笑顔、数か月前の労作時の息切れ)

背景となる病態が加わった

追加疾病

臨床経過への追加

3. 急性心筋梗塞

心電図、心エコー、血液検査の推移、症状

既知と異なる病態が新たに加わった

4. 不詳に事象

肺水腫・ARDSを急速に引き起こした病態

不詳の事象(未知の病態)が無くなるまで継続する

臨床経過から不詳の事象を探してその前後で検証

午前10時: 肺炎と診断した患者が入院

酸素飽和度の改善に大量5l/分の酸素を要した

午後5時: 酸素飽和度95%に落ち着いた

気になる

午後6時:

慢性呼吸器疾患の存在

入院後の状況

午後8時: 酸素飽和度90%、少しきつい、

湿性う音、酸素7l/分へ

不連続点

急変後の状況

午後9時以降徐々に悪化し、翌午前0時30分死亡

肺水腫・ARDSを引き起こした事象が不詳

報告書(診療の妥当性)

慢性呼吸不全の患者が肺炎に罹患し、急性心筋梗塞を併発
事後、肺水腫、ARDSを来し、死亡

中小病院の休日体制の当直医(外科医)が診療を行った

心電図、胸部X線、血液検査、心エコー、胸部CT検査を
実施、抗生物質の投与、酸素吸入等の対応を行った

心電図変化は軽微で、自動判定結果は心筋梗塞ではなかった

心エコー、胸部CTの読影は外部委託で、死亡後に判明した



心筋梗塞及び夕食後の状態悪化の診断は不可能で、現状の医
療体制では、当直医は適切な診療を行った。(構造上の問題)

院内事故調査委員会の審議

初期対応の問題点整理に沿って肺炎の有無から審議

論点1. 2. 3は審議を深め、根拠を追加して終了

論点4の肺水腫、ARDSを引き起こした病態(死因)の審議



食事半量摂取の負荷が心不全(EF 54%)をARDS化させるか

重症不整脈の可能性はモニターで不整脈が検知されていない

心筋梗塞の再発作は胸痛とモニターの変化に変化がない

薬剤等のアナフィラキシー等の関与は根拠が見つからない

肺水腫、ARDSを引き起こした病態の確証は出来なかった

新医療事故調査制度の導入結果

院内事故調査委員会の報告書が公開されず、効果の判定は難しく、20余年の福岡の事例で制度の前後を比較した

県医師会は、新制度発足後、支援団体に基幹病院の幹部医師を招聘し、初期対応や報告書案の作成を委嘱し、体制を強化した。



病院からの当初と異なる病態や構造上の問題の可能性の提案は相変わらず少なく、当方の試みはうまくいかなかった。

医療事故調査で、病院の診断を覆し、異なる病態を明らかにして過誤を否定した事例、構造上の問題を明らかにして再発防止策を導き、情状酌量を示唆できた事例が減った。

人員を増員して体制の強化と工夫したのに、どのようにするか

現場の声をどこまで聞くか

当時者の思いを何処まで聞いていいか確証がなかった。自院では事故でない可能性を聞いたが、支援団体を通した聞き取り。面談録からは診療行為の確認主体で、当事者の思いは積極的に聞いていないようであった。そこで、警察の意見を問うと。

『当事者しか判らないことが在る。その声を余さず聞かないと冤罪を招く。医師や看護師に悪人はいないが、心は何層もガードされ、虚言も重要なヒント、当事者が隠したいことが周囲にある。我々は周囲の関係者にも、何度も何度も繰り返し話を聞き、事実を確認する。。専門知識と経験、相互に信頼のある医師と違って、足で補うしかない。』

当事者の事例の可能性や疑問の聴取を病院に依頼し、講演会で示したが、行動変容には至っていない。

支援団体の調査体制を振り返って

支援団体に看護師を取り込むことが出来なかった

医師との仲間意識、連帯感の共有が必須であった

支援団体の臨床経過の熟成で疑問点を抽出する手法は効果的な手段であるが、当事者の声を聴くことは必須事項

セミナー等で重要性を伝えても効果はなかった

支援団体も初期対応で伝えたが反応がなかった

看護師と当事者の自由な発言が安全な診療現場を築き、無辜の当事者を救うことを納得実行する体制を病院に築く。

当事者の思いを聞いた

医療事故に遭遇した当事者は診療の妥当性で頭が一杯になる。機構への届け出で緊張が高まり、調査委員会の開催が決まると診療が手に就かず、審議の場に入ると動機を覚えた。

自分の思いを伝えたかったが、話がまとまらず、誰に話していいか判らず、誰にも打ち明けていない。

同僚が参加する委員会でとても本音の発言はできない

私の本音の話を聞いて犯人とされるのが怖かった

胸が痛くなるような話、本当の本音と思った。

聞き取り調査の手法の変更と、事故調査の主旨と効果を判り役話して意識改革を果たさないと、解決は不可能と思った。

当事者・関係者の本音

セミナーで10年間伝えたが効果がなかった

当事者自らの診療・看護行為の適否を考えぬく

振り返って見ると完璧な診療・看護は少ない

自分の不適切な行為で犯人扱いされないか

私が無実の可能性(異なる病態)を考える

本音を話したいが、誰に、どんな話をするか

本音の聴取は難しい

診療現場の危うさ、不安が浮かぶ

構造上の問題を考える端緒

病院と当事者、将来の患者を救う可能性を探る

死亡は未知の病態で発症したのでは

病態解明の根幹

院長と当事者の
思いは存外近い

医療事故の最も大きな誤解

調査は誤った診療行為を探すことと

医療事故は犯人捜しとの思いである。

死亡との関係性の検証が無辜の当事者を救う

心カテ中の急死事例

事故直後の対応は難しく、危うい

70代の男性、心カテ中、突然、血圧及び意識が低下。
冠動脈の穿孔が判明して、医師は心タンポナーデと診断

Ht 4.6%、心嚢内に淡血性の150mlの液体を認め、死亡

深刻な貧血に淡血性の心嚢液に疑問を抱き、家族に剖検の
お願いをすると、怒りの主張を1時間半、謝罪し、聞き続けた。
主治医は私の横で俯いて涙ぐんでいた。漸く、許可を頂いた。



病理解剖の結果は胸部大動脈解離であった

2年後遺族に会うと、「剖検で天寿を全うしたことが明らかにな
り安心しました。調査制度の大切さを皆さまに伝えて下さい。」

自責の念で一杯の医師の遺族対応は酷で、病院幹部の対応が望ましい。

医療事故対応は当事者を怒らせた

医療事故調査制度が発足後、
支援団体向け、医療機関向け研修会を開催

模擬院内事故調査委員会での体験

各県で選ばれた出席者は犯人探しはダメと発言していた

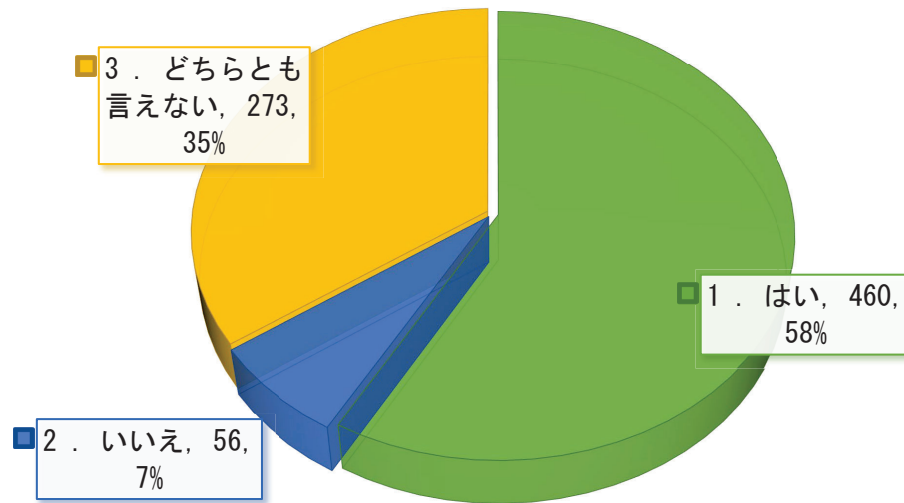
「今から病態の解明を行いましょう。」と始めると
『上級医の指揮が悪い』『私ならこんなことはしない』
『もっと早い段階で大血管の穿孔を疑うべき』等々
「診療の妥当性は後で」と何度軌道修正しても
犯人探しの質問が続いた。我々には犯人探しが刷り込まれている

こんな扱いでは心を開けないと同事例の主治医が怒った

病院の当事者も同じきもちである

責任追及に繋がる不安がありますか

福岡県の勤務医1000人に聞きました



何事もない時に勤務医の60%が不安を覚えた。医療事故に遭遇した勤務医の全ては不安を覚えるに違いない。関係者の疑問を聞いて審議する手法がなく、当事者が口を閉ざす因子ではないか

医療事故調査の修正

聞き取り調査(調査を左右する事項)

事実確認後、『予期しない死亡事例』の病院の考える診断、診療行為や構造上の問題の関与の可能性を伝え意見を聞く。

可能性が低くても異なる病態や構造上の問題、危うい対応を招いた慣習等は専門医との審議で安全な診療環境を目指すので、例え言い訳のような事でも発言して欲しいと伝える

当事者の心情と必要に応じて幅広い視野の医師が参画する

医療事故の事実確認の聞きとり調査を、当事者の思いを聞く語り合いの場に変える。

聞き取りは病院しかできない。当事者の思いを調査委員会に伝えて、事実関係は変えず、心情を報告書に生かす。

医療界の意識改革に向けて

当時者の疑問と臨床経過の疑問を集めて死亡と診療行為、疑問の関係性を解決して、初めて、事故疑い患者（調査制度の対象）から無辜の当事者を救出することができる

調査手順とその効果を全医療者に開示して納得を得る
一部の病院、一部の医師の納得では達成されない

日本医師会と医療安全機構が協力して全国に発信・意識改革
福岡での手順の変更に一致させて日本医師会と日本医療安全調査機構のそれも改定を行なう。

事例③、警察届け出事例

医療事故調査の危うい瞬間

全てが死亡を引き起こした診療行為と確信すると、
関係性の検証を怠ってしまう
当時者、病院、上部機関が確信

ブロック事務所から、IVH挿入時に肺を損傷し、気胸を招き、呼吸不全で死亡。医療過誤で間違いなく、警察に届け出た。

翌日、何の準備もなく病院に伺った。

院内事故調査委員会（事故後4日目）

主治医の発言「リーク後も作業を継続した私の責任」で審議は止まった」（外部委員の判断と一致）

鎖骨下静脈穿刺中にエアーリーク

心停止後用手換気30分後、皮下気腫で続行困難になった
緊張性気胸（X線検査）を招いた。

IVH操作で肺損傷を招き患者が死亡

院外委員はIVH操作が招いた死亡に間違いがない



当時者が医療過誤を認め、著明な緊張性気胸

このままでは業務上過失が認定され、罰金刑になる

緊張性気胸死への疑問点を探す

心停止後用手換気30分後、緊張性気胸と著明な皮下気腫

心停止前後の皮下気腫、表情、血圧、脈拍、呼吸状態は

診療記録と看護記録は心停止前後の記載は何もなかった。

心停止時に皮下気腫がなく、苦悶の表情や呼吸促拍がなかったら、死亡と気胸の関係性が否定できる。

当該委員会には看護師が出席せず、看護部長に連絡して、担当看護師を呼んでもらった。

看護師の話を聞かないと危うい

心肺停止の際、皮下気腫は
無かったと思う。

看護師に一言、相談すると変わっていた

苦しそうだったか、呼吸数や脈拍は

苦悶の表情もなく、脈も呼吸数も変化がなく、急変した。

何時も見er末期の呼吸不全とは違う

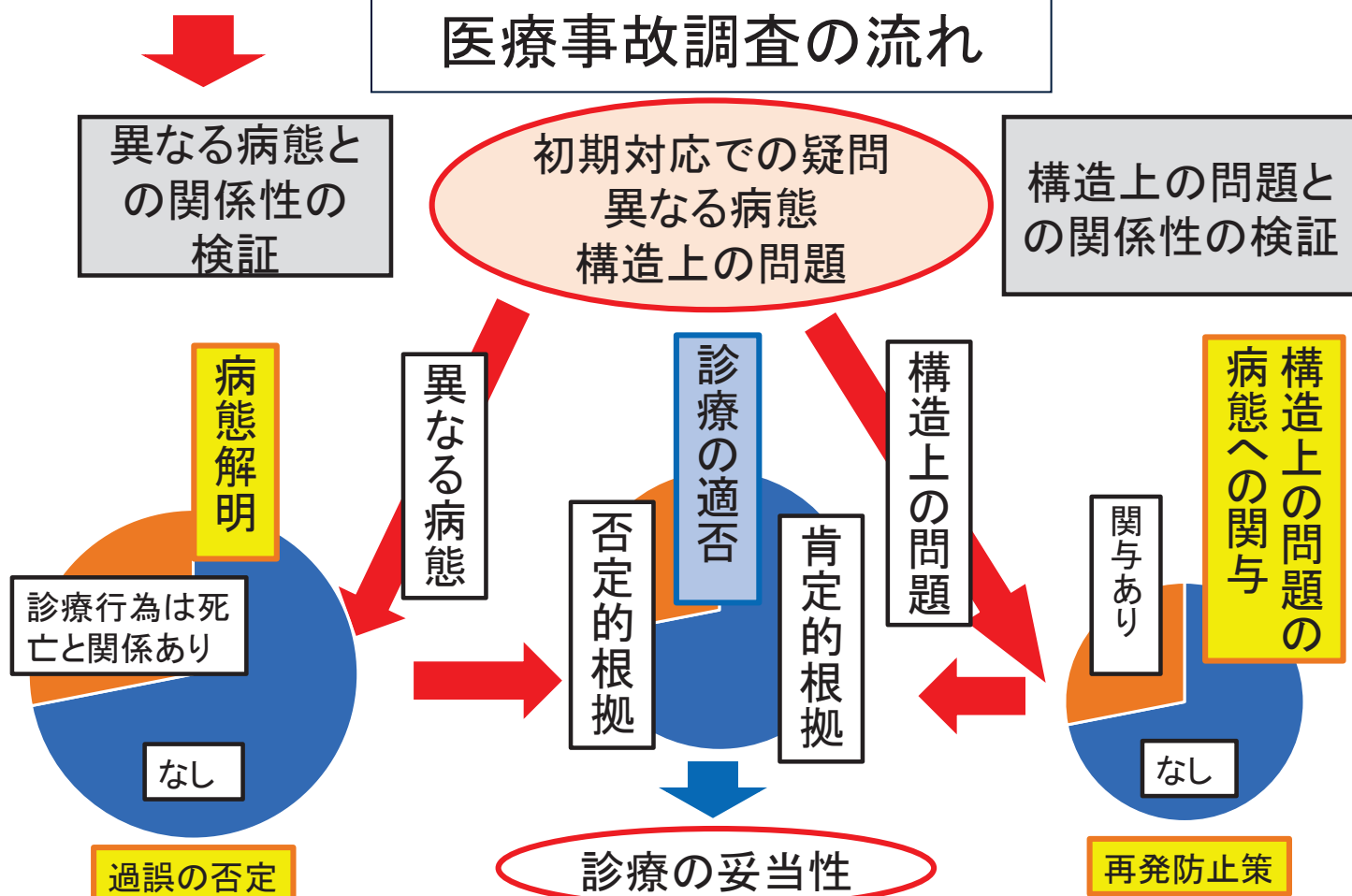
何故、医師には言わなかった

聞かれなかったから

看護の話を伝えると、全委員の結論は気胸が死因でなく、突然の心停止であることに一致した。意見書を記載し、警察に提出した。

看護師から予備能のない高齢者に不安で苦痛の体勢を長時間、強いると迷走神経反射を起こし、洞不全、心停止を招く可能性を教えられた。参りました。

医療事故調査の流れ



病態と構造上の問題を反映させた診療の妥当性の肯定的根拠と否定的根拠を認める

酸素供給ラインの誤接続事例

医師は構造上の問題への感度が低い

院長室に県内の病院長からの電話
酸素供給ラインを気管挿管チューブに直接繋いだ
ところ、患者が死亡。警察に届け出た。

院内事故調査委員会

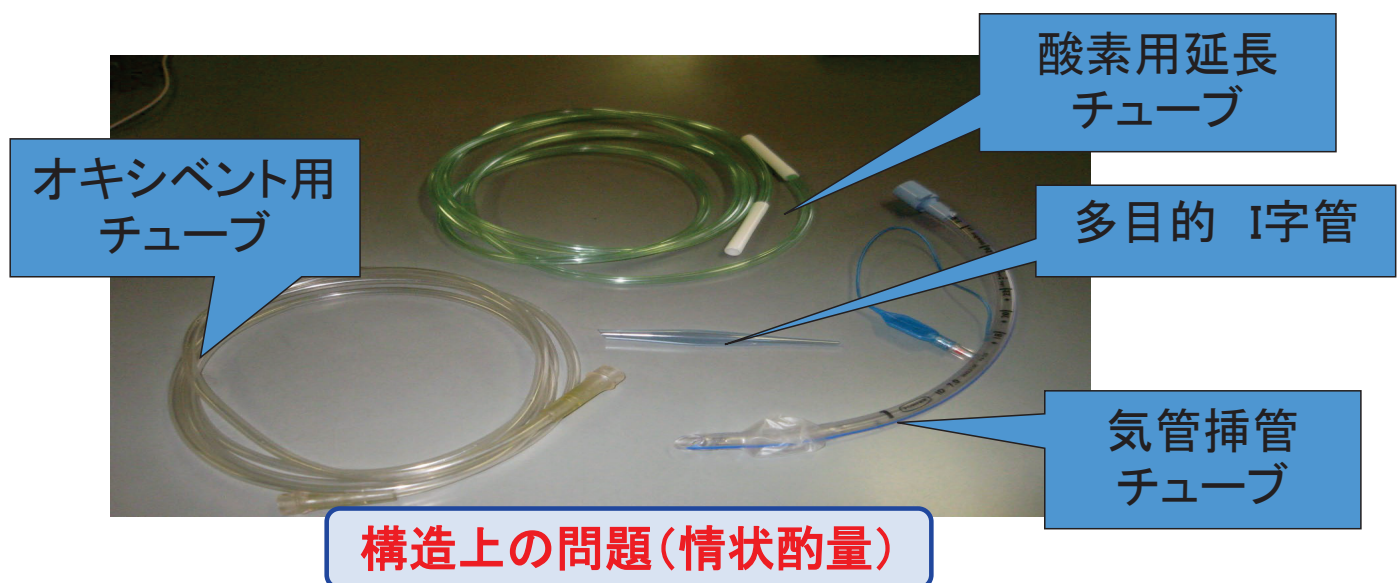
酸素供給ラインを直結した行為は不適切、因果関係も明白。
過去、複数の事例があり、多くが罰金刑で処理された。
私の反省、『診療環境の危うさへの**気付き**が不十分であった』

診療行為の適否と死因との因果関係の審議で委員会はほぼ終了？

外部委員は診療の適否の判断で医師に過誤ありと判断。
自院の看護師長に曖昧な疑問を伝えると相談すると、接続試験

看護職の酸素供給ライン接続試験

自院の研修医と3年未満の看護師に、酸素供給ラインを渡すと



自院の研修医と就業3年未満の看護師のほぼ全て(30名中29名)が酸素供給ラインと気管挿管チューブを直結した。

事故調査を振り返って

何故、接続試験を行ったか聞くと

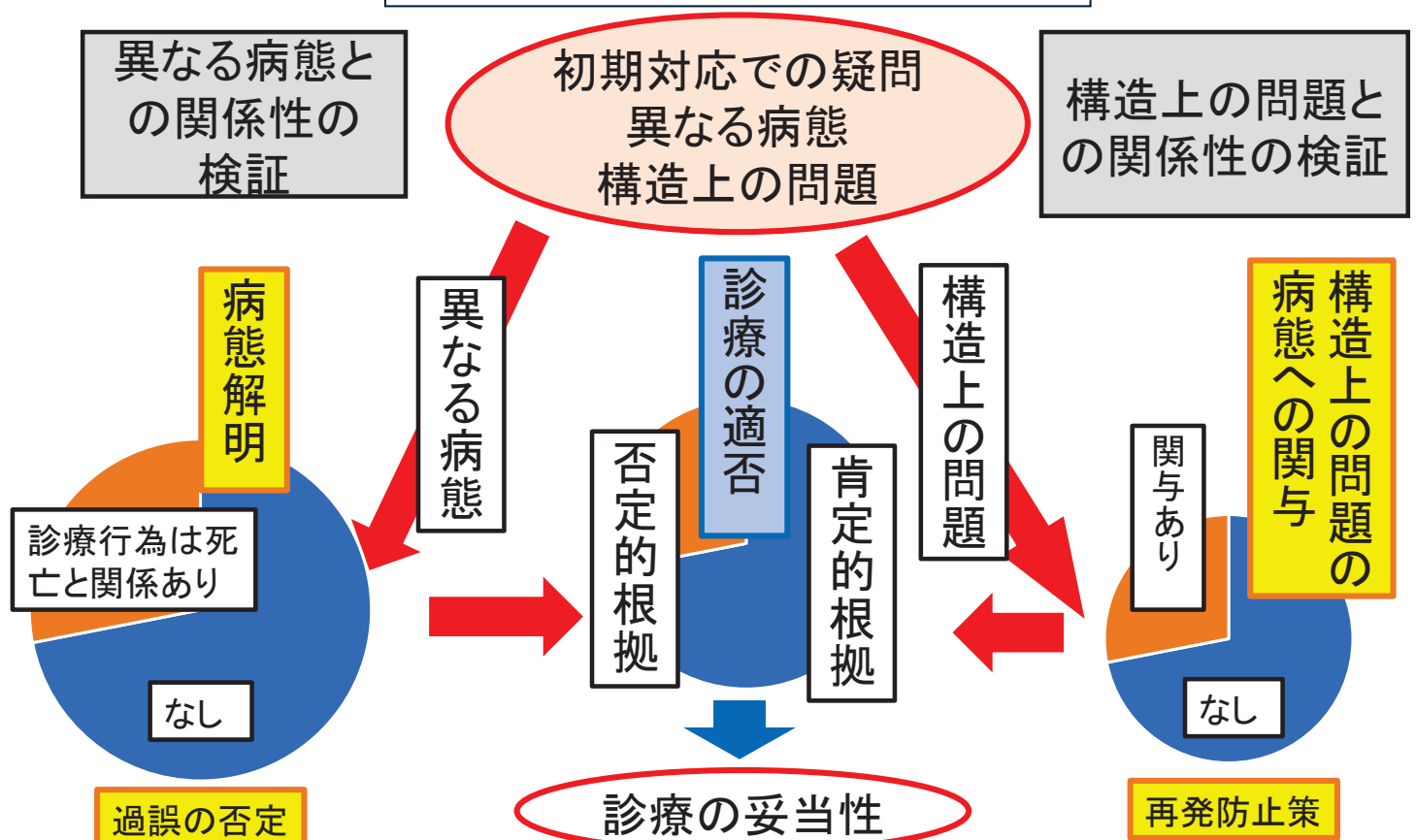
看護師は、『若い医師はアンビューバッグの装着は慣れているが、アンビューバッグのT字管構造を知らずI字管で繋いでしまった』
誰もが同じ判断をすると思った。『当事者だけを処罰したくない』

『先輩への忖度を優先し、患者の命を危うくした。人命に対する恐れが薄い。根本的な問題』と看護師から指摘された。

急に酸素供給チューブを渡されると自分も挿管チューブに繋ぐのではと思ったが、委員会審議での発言を控えた。
万に一つの危険を明かさず、見守りを頼み、頼まれてきた。
根幹の疑問を口にせず、人命軽視の忖度に鉄槌を浴びた。

看護の倫理感が事故調査の理念の達成に必須と思われた

医療事故調査の流れ



病態と構造上の問題を反映させた診療の妥当性の肯定的根拠と否定的根拠を認める

医療事故体制の強化

支援団体が医療事故のおおくを担って支援する体制を続けた

当時者の疑問や看護の視点を聞く体制に問題を抱えた。

病院が当時者や看護の声を真摯に築き、死亡と診療行為等との関係性を検証する姿勢を委員会と報告書に示して欲しい。

病院が職員の思いを生かした報告書案作成して欲しい

医師会と日本医療安全調査機構は協力して病院の姿勢を周知、意識改革に努めたい。

ご清聴ありがとうございました

「医療事故調査制度スタートから
10 年を経て福岡県方式が
新しく目指す事故調査に係る方策」

北九州市立八幡病院 名誉院長

伊 藤 重 彦

— M E M O —

医療事故調査制度に関する研修会

医療事故調査制度スタートから10年を経て
福岡県方式が新しく目指す事故調査に係る方策

北九州市立八幡病院 名誉院長
福岡県医師会医療事故調査支援委員

伊藤重彦

© SHIGEHICO ITO

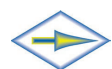
医療事故調査支援委員会



上野先生のお話のなかで・・・

医療事故調査制度がスタートして10年を振り返り

- 当初の制度目的に沿う体制構築に繋がったのか
- 医療機関の真摯な姿勢がご遺族に伝わったのか
- 個人より施設環境・要因の影響調査ができたか



上野先生曰く・・・

医師会の医療事故調査等支援活動

(以下、「福岡県方式」) は・・・他県と比べても



**トップランナーとして、頑張ってきた！
でも足りない！ よりレベルアップを目指す！**

© SHIGEHICO ITO

医療事故調査支援委員会

👍 当該医療機関が予期せぬ医療事故と判断した、医療行為を伴う死亡事案が発生した。

⇒ 初期対応（事前調査）
⇒ 事故調査委員会
⇒ 報告書の作成、協議の繰り返し

福岡県方式による
手厚い事故調査支援

- ご遺族が十分納得できる説明ができるか
事故原因と病態・死因の検証ができるか
- 当該医療機関、当事者等の精一杯の努力と
真摯な姿勢がどうご遺族に理解頂けるのか

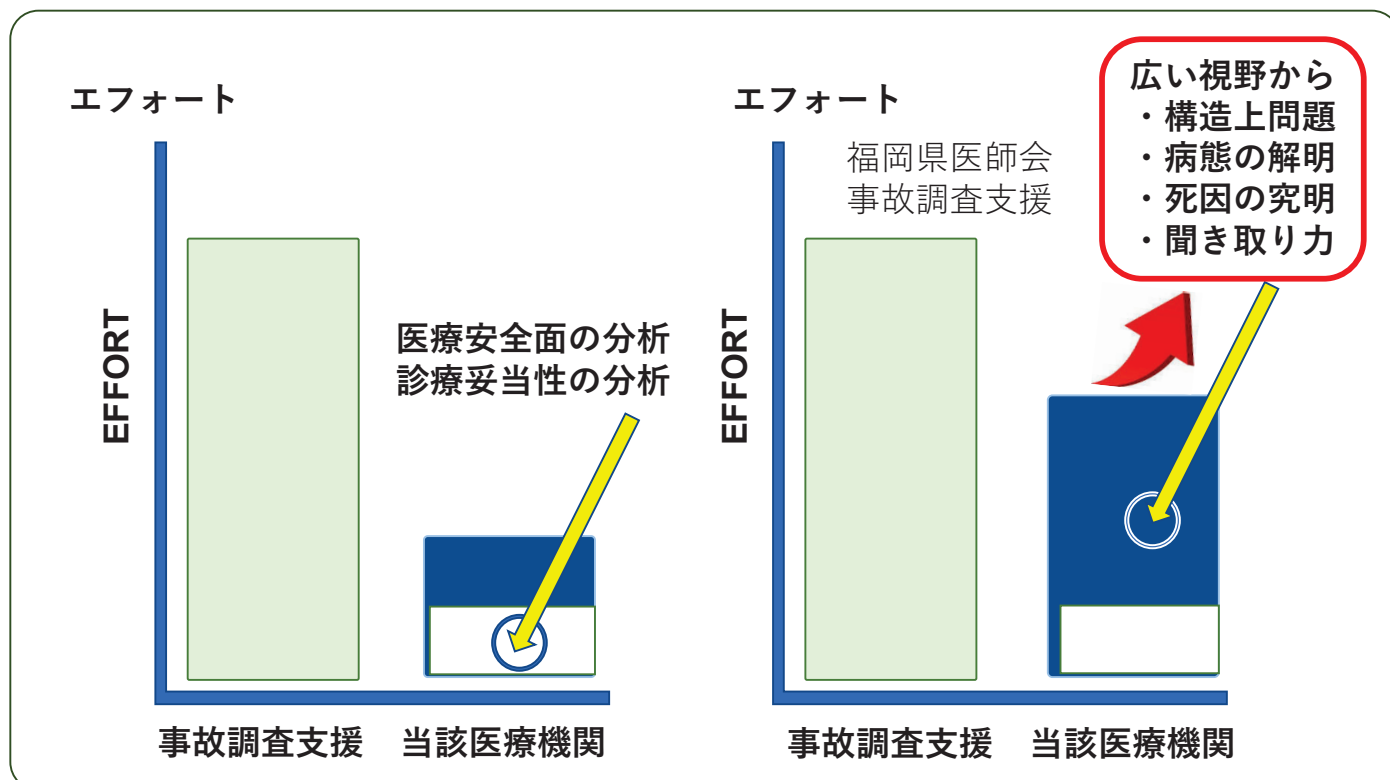


現状

© SHIGEHICO ITO

医療事故調査支援委員会

👍 [よりレベルアップを目指す！] ための方策・力点

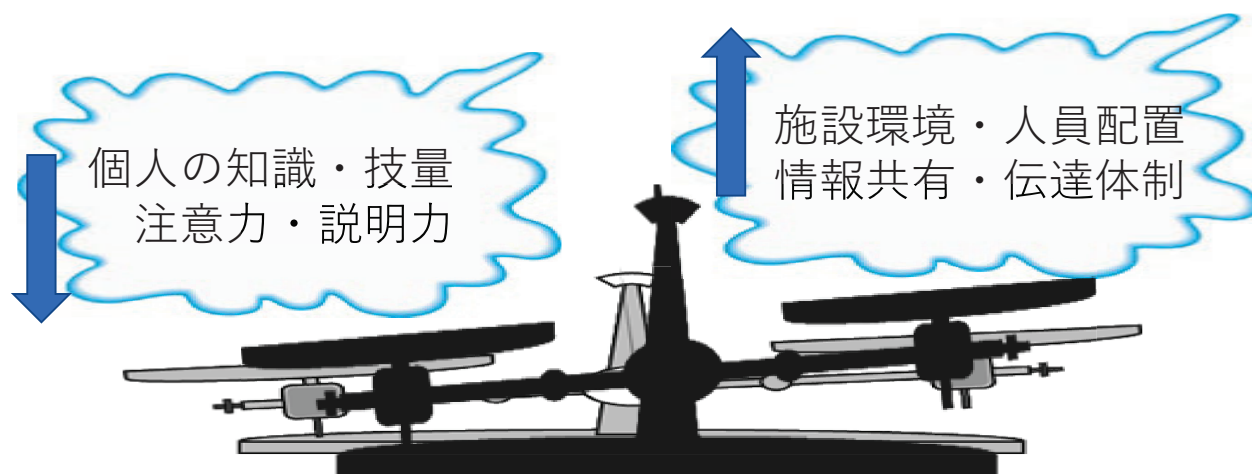


© SHIGEHICO ITO

医療事故調査支援委員会

当初気づかなかった構造上の問題をどう抽出できるか

事故発生の要因と死亡への転帰を、一個人の責任ではなく、施設環境、業務体制、チーム体制から検証する



© SHIGEHICO ITO

医療事故調査支援委員会

現場・事故周辺の声を、どこまで聞き取りできるか

病態解明・・・死因究明・・・において

- ・記載されたカルテ内容（医師記録、看護師記録）
- ・各種検査（血液検査、画像検査、生理検査）観察所見等でピックアップできない病態、鑑別のヒントを得る

誰の声が重要か

聞き取り範囲を
制限しないこと



- 事故に最も近い医療者（とくに当事者）
- 看護・介護に関わる時間が長い看護師
- 多職種（リハ、栄養管理、嚥下機能等）

© SHIGEHICO ITO

医療事故調査支援委員会

院内調査に際して追加の取組のお願い

お願い 1



聞き取りでは自由に発言できる配慮が重要

- ・当事者への調査ではなく、自由な発言ができる、発言しやすい環境（相手）への配慮が重要
- ※何でも話せる、話しやすい相手の存在がポイント
- ・当事者こそが、事故発生状況、疑い含む病態解明の専門家、本人しかわからない不安、疑問、反省点

お願い 2



看護師さんの発言が多いほど、事件解決の近道

- ・病院環境、構造上の問題、事故への影響に係る調査では、看護職の発言、印象、意見が不可欠
- ・院内調査、事故調査委員会いずれの場でも看護職が積極的に発言できる準備をすることがポイント

院内調査に際して追加の取組のお願い

お願い 3



略語はできるだけ少ない調査報告書の作成

- ・広い視野から病態解明するため、広い領域の診療科の先生方に検証して頂くが、略語が多い報告書の場合本来の検証労力に加え語訳労力も必要となります。
- ・その診療科では当たり前の業界用語でもわからない方もいるという点に、ご配慮ください。

お願い 4



時系列でわかりやすい病態に関する資料作成

- ・病態・死因に関連する検査値、臨床所見、画像所見などは、1 pに纏めて時系列でわかりやすく資料作成
- ※必要項目だけに絞って整理することがポイント
- ※基礎疾患含め当該医療機関以外の血液検査、胸写、心電図の時系列データが意外に重要で参考になる



“福岡県方式” 10年間 のメリットを
活かしながら “要支援”から“要自立”へ

事故を契機にどうステップアップするのか

- 医療機関が、より検証する機会に
- 医療機関が、より前進する機会に
- 医療機関が、より自立する機会に



医療事故等支援団体である福岡県医師会

- これからも、そして今まで以上に・・・
 - ・ 医療機関の真摯な姿勢が伝わるように
 - ・ ご遺族の思いや疑問が 伝わるように
- 予期せぬ死亡事故事案の事実に向ふ・・・
 - ・ 原因と病態を広い視野から、検証する
 - ・ 診療の確かさ、不確かさを、確認する
 - ・ 事故当事者の努力や思いを、くみ取る

⇒この姿勢と方向性、エフォートは不変



福岡県医師会医療事故調査等支援事業の
今後の取組について、ご紹介しました

ご清聴ありがとうございました
I appreciate for your listening



「二つのケースに見る 調査プロセスの対比」

福岡県済生会二日市病院 院長

壁 村 哲 平

— M E M O —

二つのケースに見る調査プロセスの対比

福岡県済生会二日市病院
壁村 哲平

医療事故調査報告について

10年間に当院が報告した医療事故調査について報告する。

ケース1：腹部大動脈瘤に対するEVAR術後の急変事例

県医師会に院内事故調査を依頼し、報告書を作成してもらった事例

ケース2：両側慢性硬膜下血腫の穿頭血種ドレナージ術後の急変事例

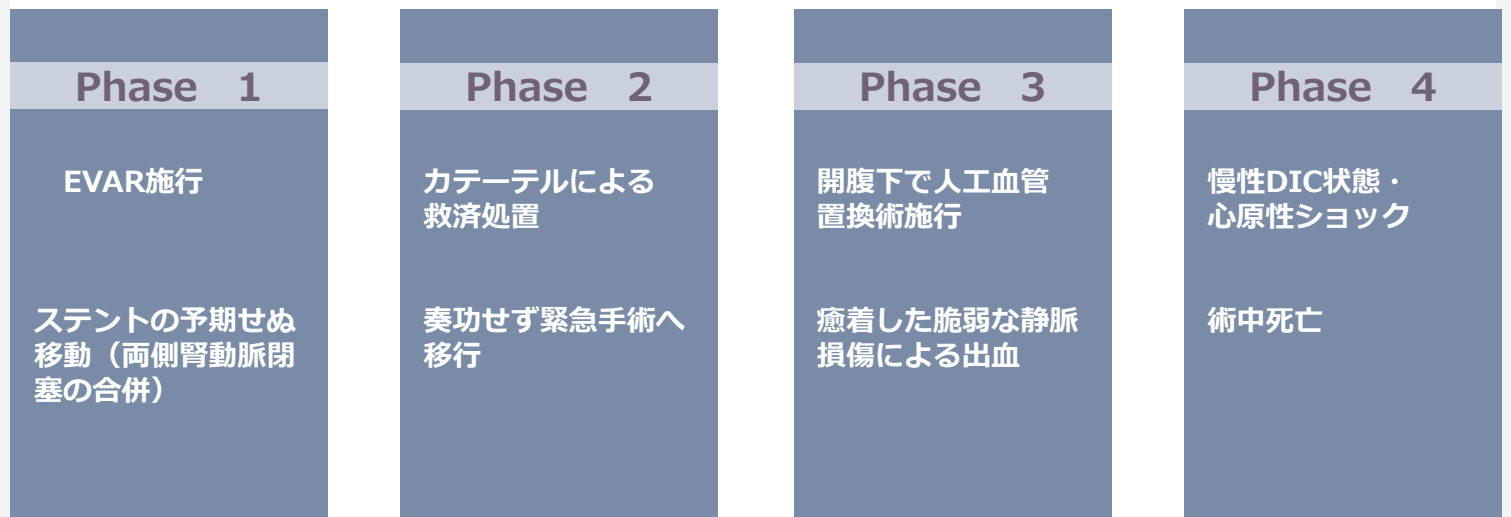
病院独自で院内事故調査を行い、その後センター調査報告書の作成を依頼した事例

ケース1：腹部大動脈瘤に対するEVAR術後の急変事例

- 患者：80代女性
- 病名：腹部大動脈瘤（最大径82mm）
- 既往歴：高血圧、虚血性心疾患、慢性心不全
- 方針：低侵襲性を考慮し、ステントグラフト内挿術（EVAR）を選択

ケース1：腹部大動脈瘤に対するEVAR術後の急変事例

経 過



ケース1：腹部大動脈瘤に対するEVAR術後の急変事例

事故調査支援の流れ

福岡県医師会に院内事故調査委員会の支援依頼

院内ヒアリング実施（医師会より委員派遣）

院内事故調査委員会開催（理事が委員長、他外部委員招聘）

委員会による調査報告書作成（医師会の支援センターにて作成）

ケース1：腹部大動脈瘤に対するEVAR術後の急変事例

報告書のポイント（診療プロセスの評価）

- ① 術前の検査、リスク評価、説明と同意のプロセスは「極めて適切」と評価。
- ② 重篤な病態に対し、最善の準備をして臨んだ医療者の努力を評価。
- ③ 1人診療科における組織的課題を提示。

医療の不確実性を包含した原因究明の実施

ケース1：腹部大動脈瘤に対するEVAR術後の急変事例

報告書のポイント（再発防止策）

- ① 組織として「外部専門医に相談できる体制」を構築すること
- ② 重篤な併存疾患を有する例における、多職種術前カンファレンスの徹底
- ③ DSA室から手術室への患者搬送シュミレーションの実施



組織としてのしくみ（システム）の改善を提示

ケース1：腹部大動脈瘤に対するEVAR術後の急変事例

- ・ 個人の技術的限界ではなく、組織的なバックアップの不在が真のボトルネックである。
- ・ 医療者の責任を問うのではなく、組織としての改善に言及されたおかげで医療者は救われた

医療者への配慮と再発防止の両立を達成した事例

ケース2：両側慢性硬膜下血腫の穿頭血種ドレナージ術後の急変事例

- 患者：80代後半男性
- 病名：両側慢性硬膜下血腫
- 既往歴：陳旧性脳梗塞、アルツハイマー型認知症
無症候性心筋症、大動脈弁閉鎖不全、
腹部大動脈瘤（術後）、胸部大動脈瘤
- 方針：両側穿頭血種ドレナージを施行

ケース2：両側慢性硬膜下血腫の穿頭血種ドレナージ術後の急変事例

経 過

現在、係争中のため詳細は言及できないが、術後、経過不良にて再手術を行うも残念ながら死亡。

この時主治医は、当直帯で刻一刻と変化・悪化する患者の状態に即時の判断を迫られる状況であった。

ケース2：両側慢性硬膜下血腫の穿頭血種ドレナージ術後の急変事例

事故調査の流れ

病院独自で院内事故調査委員会開催後、遺族に説明

遺族が納得できずセンター調査依頼

事故調査センターが
病院・遺族にヒアリングを行い、調査報告作成・郵送

病院・遺族双方の質疑に対応し、事故調査終了

ケース2：両側慢性硬膜下血腫の穿頭血種ドレナージ術後の急変事例

報告書のポイント（診療プロセスの評価）：結果からの推測・評価

- ① 標準的医療と比較し「適切」「改善の余地がある」「標準の範囲外」に分類。
- ② 臨床行為のひとつひとつに対し、事後的な「是非」が言語化されるプロセス

事後的検証と現場判断の乖離

ケース2：両側慢性硬膜下血腫の穿頭血種ドレナージ術後の急変事例

結 果

事故調査センターの報告書が証拠として提出され、係争中である

再発防止目的の制度が医療者糾弾の裁判に発展した事例

2つのケースに見る調査プロセスの対比

	ケース1	ケース2
アプローチ	「共感的検証」 現場の尽力に寄り添う	「論理的視点」 標準との乖離を峻別する
重視する視点	信頼回復と組織的支援	課題の明確化・客観性
医療者への影響	困難さへの共感により心理的安全性が 確保される	明確な「非」の判定により、心理的負 荷・萎縮が懸念される
法的・社会的波及	相互理解による係争回避	厳密な事後評価による判定が裁判資料 と成り得るジレンマ

報告書作成の構成

- ◆概要 事故概要／調査目的(再発防止)／調査方法(外部専門家参加)
- ◆事実経過 事実のみを記述、推測・評価を入れない
- ◆医療行為の分析 当時の情報で判断の妥当性を評価、個人ではなくプロセスを検討
なぜそうなったのかを掘り下げる 結果からの推測や判断ではない
何が起きたのか、なぜ起きたのか どうすれば防げたのか
- ◆原因分析(システム要因)
情報共有不足／手順書の曖昧さ／夜間体制／教育体制など
- ◆再発防止策(組織改善)
情報共有プロトコル整備／コール基準明確化／教育プログラム
／機器アラート機能

まとめ

未来の医療安全への資産とするために

医療事故調査報告書は「批判の書」ではなく
「安全の教科書」でなくてはならない

ご清聴ありがとうございました

すべての死亡・死産例が遺漏なく報告する体制

「医療事故」を的確かつ迅速に把握して、医療事故調査を適切に実施するための体制

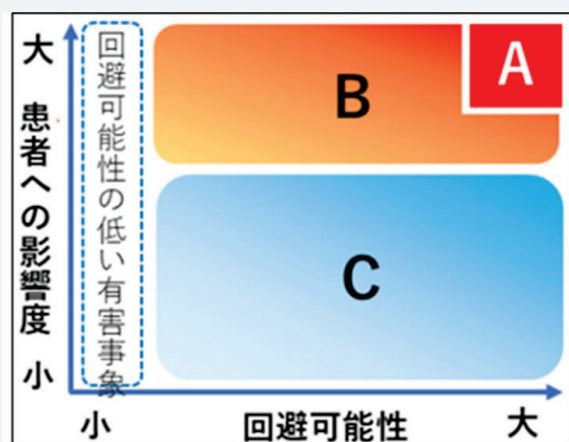
当該病院等における死亡及び死産事例が発生したことが病院等の管理者に遺漏なく速やかに報告される体制

医療事故調査制度の対象とする「医療事故」であるかどうかの判断：管理者がすること

医療法は、医療事故調査制度の対象となる「医療事故」の定義

- ◆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
- ◆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と定義
- ◆回避可能性の有無や程度は、「医療事故」の判断基準ではない

医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会 報告 2025年9月3日



A類型

患者への影響度が大きく、
確実に回避する手段が普及している事象

B類型

患者への影響度は大きい、
回避可能性は必ずしも高くない事象

- ・ 特定機能病院
- ・ 特定機能病院以外の医療機関

A類型及びB類型の報告を義務とする
A類型のみ義務とし、B類型は努力義務

参 考 資 料

— M E M O —

院内調査の要点 2024

【日本医師会 医療安全対策委員会 答申】

医療事故調査制度における院内調査のさらなる充実に向けて

https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/anzen_siin/2024_ijiho.pdf



—M E M O—

[illegible]

