

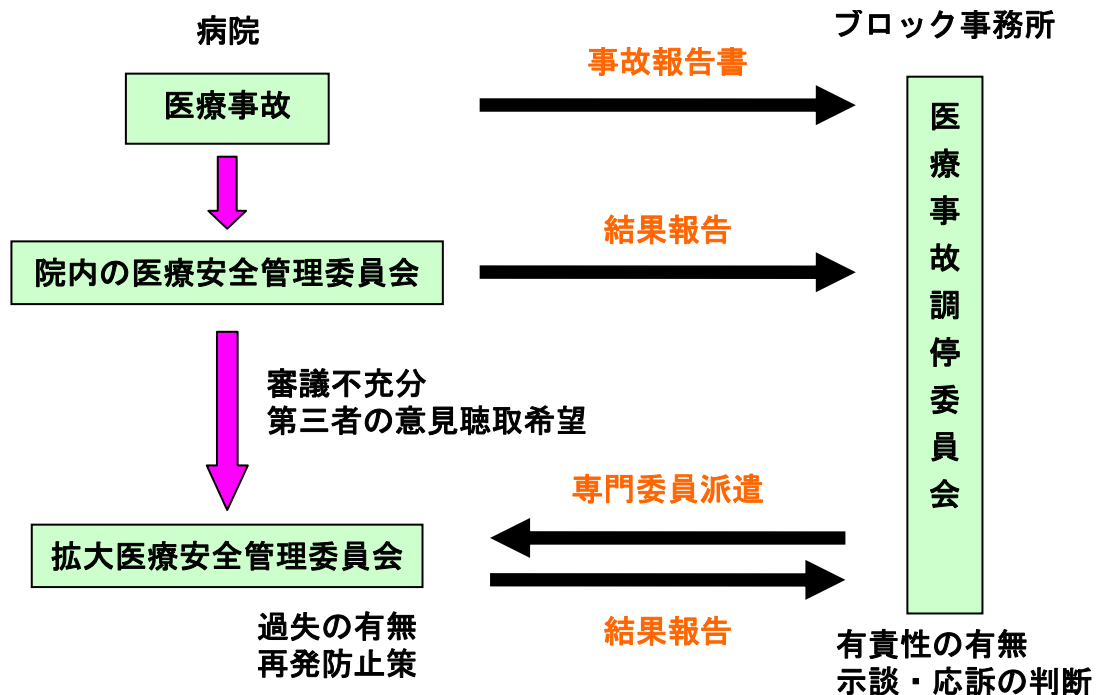
医療事故調査において院外の専門家等が 関わっている例について

1. 国立病院機構九州ブロック	
○別紙1	1
2. 群馬県病院局	
○別紙2	4
3. 石川県医師会	
○別紙3	10
4. 名古屋大学医学部付属病院	
○別紙4	14

1. 国立病院機構九州ブロックの取組の概要

○拡大医療安全管理委員会について

- (1) 目的
 - ・ 院外の専門家を加えて、第三者的立場から過失の有無を厳正に審議
 - ・ 再発防止策の提言
- (2) 位置づけ
 - ・ 事故の発生した病院から医療事故調停委員会への依頼に基づき、医療事故調停委員会の下部組織として、当該病院内に設置。
- (3) 構成
 - ・ 当該病院の委員（院長を含む）
 - ・ 院外専門委員（機構内病院の出身大学が異なる医師、外部病院の医師、看護師、理学療法士、臨床工学技師等 ※事案によっては、機構外の専門委員も招聘している）
 - ・ 九州ブロック事務所顧問弁護士
 - ・ 当該病院担当の弁護士
 - ・ 医療事故調停委員会の委員（九州ブロック所属の病院長、副院長、事務部長、看護部長等） 等
- (4) 活動状況
 - ・ 平成 16 年 4 月～平成 19 年 4 月の間に 32 回開催（32 事例）



独立行政法人国立病院機構九州ブロックの医療事故対応体制

国立病院機構本部九州ブロック事務所

1. 医療事故の定義

本稿で取り上げる医療事故は、患者の疾患そのものではなく、医療行為によって患者に一過性又は永続的な障害を引き起こされた事象と定義する。医療従事者の過失がないもの、過失が不明のもの、過失が明らかなものすべてを含む。

2. 医療事故発生直後の患者、家族への対応

- (1) 折衝窓口は院長（又は副院長）と当該診療科の責任医師（原則として医長）に事務職が加わり、必ず複数で当る。
- (2) 相手方に回答する際は、院内の医療安全管理委員会を開催し、その内容を十分吟味した上で回答する。
- (3) 相手方が病院の回答に納得しない場合は、院外の専門的な医師、看護師等を加えた委員会（拡大医療安全管理委員会）で再度審議することを誠意を込めて説明する。

3. 院内の医療安全管理委員会の開催

- (1) 医療事故発生後、可及的速やかに、院内で医療安全管理委員会を開催し、以下の①～⑥を審議する。
 - ① 医療事故の概略
 - ② 障害の程度、後遺症の有無と程度、予後
 - ③ 診療の妥当性、過誤の有無（因果関係、注意義務等）、問題点
 - ④ 患者の苦情内容
 - ⑤ 患者への回答内容
 - ⑥ 今後の予定
- (2) 院内の医療安全管理委員会において、上記の②、③、⑤の審議が不十分な際は、拡大医療安全管理委員会の開催を医療事故調停委員会に依頼する。その際は、以下の⑦、⑧の資料を作成し添付する。
 - ⑦ 院内医療安全管理委員会での疑問事項と審議依頼事項
 - ⑧ 必要とする専門領域の院外委員（以下、専門委員）

4. 拡大医療安全管理委員会

- (1) 当該病院の医療安全管理委員会で過失の有無を十分結論付けることができないとき、院外の専門家を加えて、第三者的立場から過失の有無を厳正に審議するために、当該病院に医療事故調停委員会の下部組織として拡大医療安全管理委員会を置く。
- (2) 拡大医療安全管理委員会は、当該病院の委員（院長を含む）に、専門委員、九州ブロック事務所顧問弁護士（以下、顧問弁護士）、病院担当の弁護士、医療事故調停委員会の委員等を加えた委員で構成し、当該病院または九州ブロック事務所において、当該病院の院長が開催す

る。

- (3) 拡大医療安全管理委員会の議事進行は、医療事故調停委員会の委員が行い、専門委員は、第三者的立場から医学的意見や助言を述べ、顧問弁護士、病院担当の弁護士は、法的な立場から医療過誤の有無について意見を述べる。

5. 医療事故調停委員会

- (1) 医療事故調停委員会は、九州ブロック所属の病院の医療事故について、医療安全管理委員会又は拡大医療安全管理委員会の報告に基づき、中立的な立場で、公正で厳格な審議を行い、その過失の有無と事後処理（示談、応訴等）について協議し、当該病院に助言を行う。
- (2) 医療事故調停委員会は、九州ブロック所属の病院長、副院長、事務部長、看護部長、顧問弁護士および九州ブロック事務所職員から構成される。
- (3) 医療事故処理における院内の医療安全管理委員会、拡大医療安全管理委員会、医療事故調停委員会の関係は図1に示す。

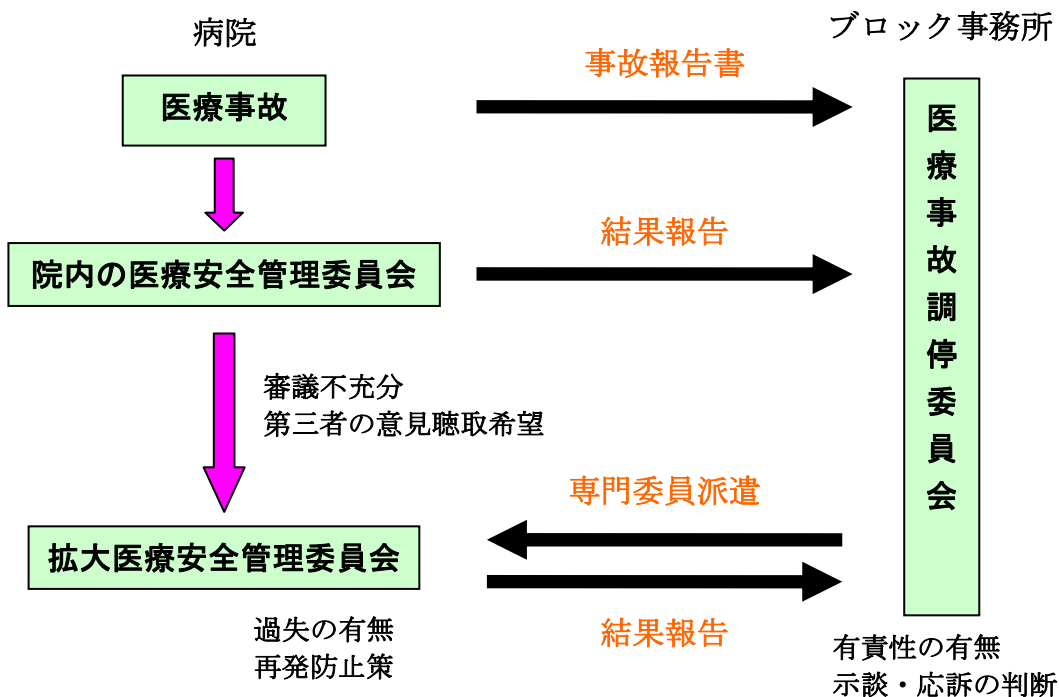


図1. 医療事故処理における各委員会の関係

* 拡大医療安全管理委員会は、平成16年4月から開始し、平成19年4月までに32回開催している（平成16年度9回、平成17年度11回、平成18年度10回、平成19年度4月2回）。

2. 群馬県病院局の取組の概要

○県立病院医療事故調査委員会について

(1) 目的

- ・ 医療の信頼性、透明性の確保
- ・ 客観性、信頼性の高い調査・分析を行う
- ・ 再発防止策の提言

(2) 位置づけ

- ・ 県立病院で発生した重大な医療事故等について、病院局医療安全管理委員会の依頼に基づき、県立病院外の有識者委員が事故等の原因の調査・分析等を行う第三者的機関として設置されている。

(3) 構成

- ・ 常設委員 5 名（医師 2 名、看護師 1 名、民間企業安全管理者 1 名、
弁護士 1 名）
- ・ 専門委員 16 名（心疾患、がん疾患、精神疾患及び小児疾患分野から
各 4 名）

※ 事故調査時は、常設委員 5 名＋事故等の内容に応じて選定された専門委員（なお、専門委員は案件に応じて別の適任者を推薦することもできる）で構成

※ 委員は県立病院外の病院等（県外所在の病院含む）から選定される

(4) 活動状況

- ・ 平成 17 年度～現在の間には 2 例

群馬県病院局（県立4病院）医療安全管理体制について

病院間の情報の共有化や連携を図ることにより、さらに医療の安全管理を推進するため、平成17年度より、病院局（県立4病院）全体で医療安全管理に取り組む体制を整備している。

組織体制としては、病院管理者をトップに、県立4病院の医療安全管理を統轄する「病院局医療安全管理委員会」や、安全管理を実践的に推進するための諸活動を行う4病院の「ゼネラルリスクマネージャー（GRM）会議」、各病院に設置した「院内医療安全管理委員会」とその下部組織（リスクマネジメント委員会等）などで構成。

また、各病院には、医療安全管理室を設置し、専任のGRM（原則として看護師）を1名配置するほか、患者相談窓口を設置している。

あわせて、医療の信頼性、透明性の確保を目的として、県立病院で発生した重大な医療事故等についての調査・分析を行う県立病院医療事故調査委員会を設置。調査の客観性を高めるため、委員は外部の有識者で構成し、第三者的機関と位置づけている。

（1）病院局医療安全管理委員会（以下「局委員会」という。）の概要

県立4病院全体の医療安全管理を統轄。

発生した事故等について、病院内における報告体制に加え、病院から局委員会への報告体制を整備。 （2）参照

病院間の情報の共有化、連携の強化を図るとともに、当該病院での検討・判断だけでなく、複数の病院で構成する委員会での検討・協議を経ることにより、さらに客観的、妥当な判断を行うことを目指している。

構成 委員長：病院管理者

委員：病院局長、各県立病院長、病院局総務課長、病院企画監等

（オブザーバー：各病院医療安全管理室長、GRM、事務局長等）

開催 原則として、毎月1回開催。重大事故発生時等必要な場合は臨時に開催。

主な所掌事項：

- ・県立病院全体に関わる安全管理対策の検討・推進に関すること
- ・重大な事故等について県立病院医療事故調査委員会へ事故等の原因の調査・分析の依頼を行うこと （3）参照
- ・県立病院事故調査委員会の調査結果を基にした再発防止策の検討並びに事故を発生させた県立病院への指導に関すること
- ・診療関連死の死亡原因の判定に関すること
- ・医療事故等の公表に関すること など

（2）各病院から局委員会への事故等の報告体制について

発生の都度報告

- ・重大な事故等の発生 直ちに第一報の連絡及び速やかに文書による報告

毎月の定期報告

- ・事故及びヒヤリ・ハット事例の報告（発生件数と各事例の概要）
- ・診療関連死原因検討報告*

*各病院に設置する委員会において、当該病院における全死亡事例につき、死亡原因、過失性の有無や合併症について検討している。最終判断は、局委員会において行う。

患者家族との紛争事案等（随時報告）

(3) 県立病院医療事故調査委員会について

県立病院で発生した重大な事故等については、局委員会から、県立病院医療事故調査委員会(外部有識者で構成)に対し、事故等の原因の調査・分析を依頼している。

調査・分析を依頼する事故等の範囲

上記(2)で報告を受けた事故等のうち、次に掲げる事故等に該当するもの

イ 事故レベル4 b以上で、過失のある医療事故又はその疑いのある医療事故
ロ イに掲げる事故には該当しないが、事故又は事故の疑いのある事案が発生した場合であって、第三者の客観的な調査及び分析が必要と判断される場合

* ロについては、新たに追加したもの。例えば次のようなケースを想定。

例・事故とは判断していないが、患者家族側が納得していない事案であって、第三者的機関による調査分析の必要があると判断される場合

・レベル4 a以下ではあるが、病院の安全管理上重大と考えられる事故であり、第三者的機関による調査分析の必要があると判断される場合 など

県立病院医療事故調査委員会の構成と位置づけについて

調査の客観性、信頼性を高めるため、委員は外部の有識者で構成し、第三者的機関と位置づけている。

構成 常設委員 5名(医師2名、看護師1名、民間企業安全管理者1名、弁護士1名)

専門委員 16名(心疾患、がん疾患、精神疾患及び小児疾患分野から各4名)

* 事故等調査時の委員構成

常設委員5名+事故等の内容に応じて選定された専門委員で構成

開催 重大な事故等の調査時に開催するほか、定例会を年2回開催

主な業務

局委員会の依頼により、上記 に該当する事故等について、原因の調査・分析を行うほか、再発防止策の提言等も実施。

調査の実施例

- ・当該病院から関係文書の提出
 - ・診療録、看護記録、検査データ等の記録類
 - ・その他関係資料
- ・現場等の確認
- ・病院から経過報告等を受け、質疑応答
- ・当事者、関係者から事実経過等についてヒアリング
- ・関係文献の収集

当該病院においても、G R Mが中心となり、院内医療安全管理委員会等において、原因究明等のための必要な取り組みを行う。

- ・現場等の保存
- ・正確な記録類の迅速な提出
- ・発生後早期に事実経過の確認・検証
- ・事故の分析等のための院内医療安全管理委員会の開催 など

(4) 参照

これまでの調査実績

2例：うち、医療行為等に不適切な点があったと指摘されたもの 1例
不適切な点はなかつたものとされたもの 1例

(4) 各病院における安全管理体制について

各病院の安全管理体制の概要

・院内医療安全管理委員会

院内の医療安全管理に関する方針等を実質的に決定。

構成 委員長：副院長（＝医療安全管理室長） 副委員長：G R M

委員：医療局長、看護部長、事務局長ほか

主な所掌事項

- ・事故の分析及び再発防止策の検討並びに実施状況の調査・見直しに関すること
- ・安全管理のための職員に対する指示に関すること
- ・院長等に対する提言に関すること
- ・医療安全管理の検討、研究に関すること など

・医療安全管理室

院内医療安全管理委員会の方針に基づいて、医療安全管理の具体的業務を実施。

・G R M の配置

医療安全管理室に、専任で1名（看護師）配置。

室長（副院長・院内安全委員会委員長）の指示のもと、各部門のリスクマネージャーと連携しながら、安全管理業務を遂行。安全管理の中心的な役割を担う。

・患者相談窓口

患者・家族からの苦情・相談等に応じられる窓口を設置。責任者は、G R M

医療事故発生時の各病院の対応について

・局委員会への報告 上記(2)参照

重大な事故等の場合は、直ちに第一報の連絡及び速やかに文書による報告

その他の事故等は、定期報告

・原因分析等のための院内医療安全管理委員会の開催

（原則として、毎月1回開催。重大事故発生時等必要な場合は臨時に開催）

・事実経過の確認・検証と原因分析、再発防止策の検討

・再発防止策の実施と見直し ・職員への周知徹底

・患者家族等への対応 など

事故発生時の医療安全管理室（室長・G R M）の役割

・医療事故の状況把握に努め、発生への報告又は連絡を受けること

・診療録や看護記録等の記載、医療事故報告書の作成等について職場責任者に対する必要な指示・指導

・患者家族への説明など事故発生時の対応についての確認と必要な指導

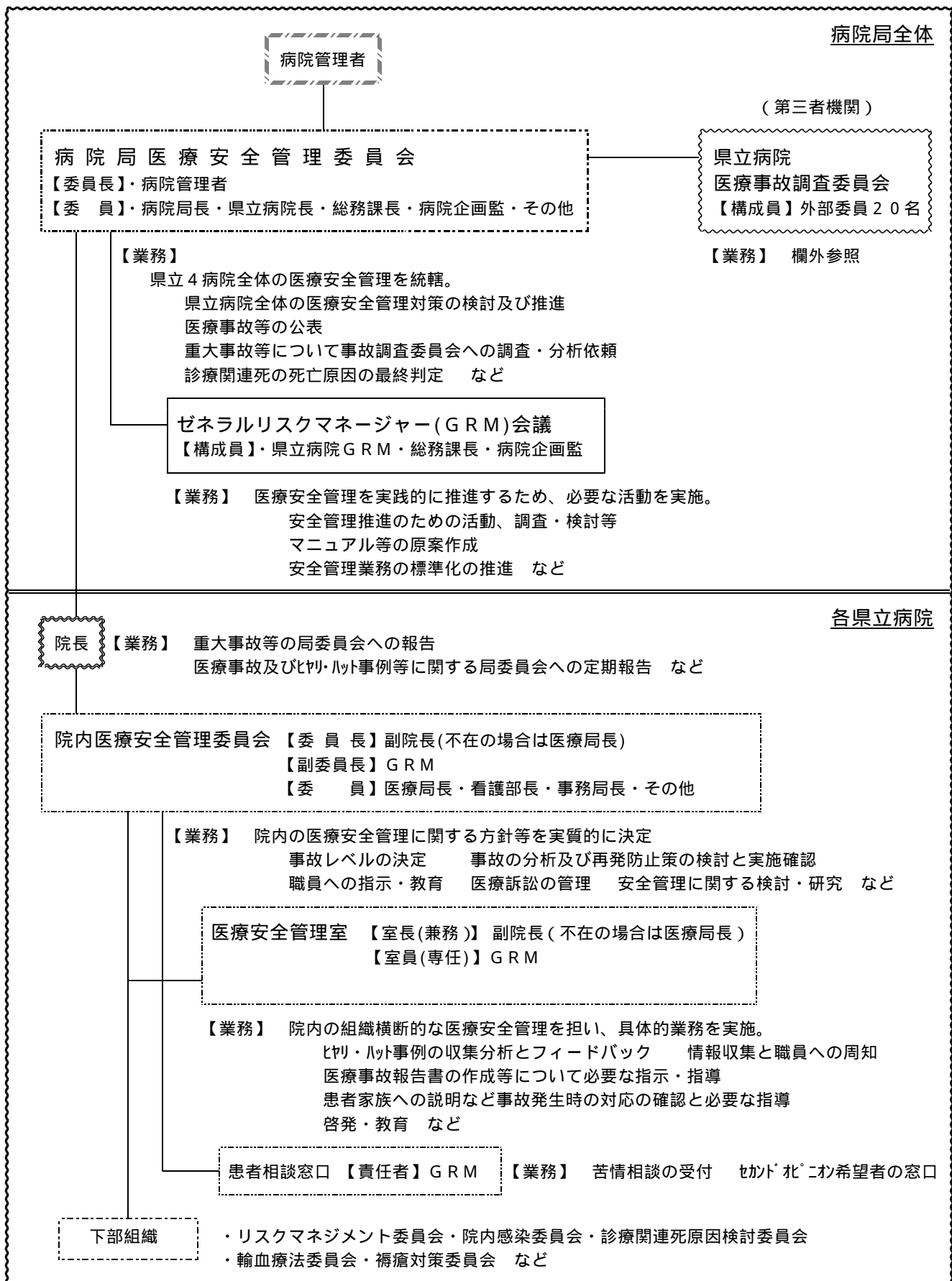
・原因究明が適切に実施されていることの確認と必要な指導

・病院としての報告書（院長 局委員会への報告書）の作成（作成責任者）

* 患者家族への対応について

状況に応じて、患者家族への説明に同席したり、患者家族の立場に立って、病院側との仲介の役割を果たす。

病院局（県立4病院）医療安全管理体制体系図



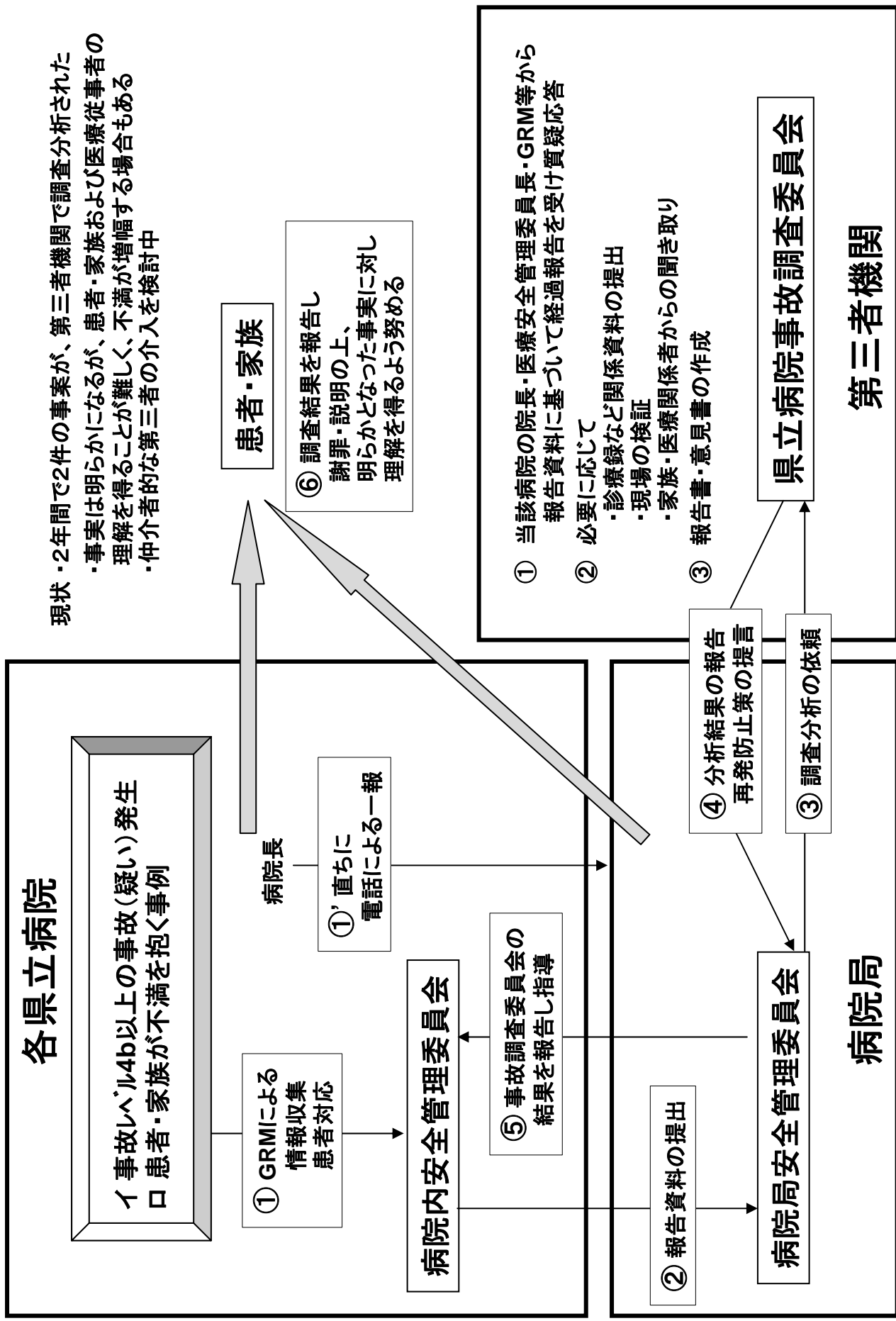
「県立病院医療事故調査委員会」について

- ・重大事故等が発生した場合、病院局医療安全管理委員会の依頼により、事故等の原因の調査・分析を行う。
- ・調査の客観性を高めるため、委員は外部の有識者で構成し、第三者的機関と位置づける。

*委員 20名・常設委員5名(専門委員と兼務1名)

・専門委員16名(心疾患、がん疾患、精神疾患及び小児疾患の分野各4名)

第三者機関による医療事故調査分析のフローチャート (群馬県病院局)



3. 石川県医師会の取組の概要

○臨床・病理検討会について

(1) 目的

- ・ 臨床面と病理面からの真相の究明
- ・ 医療の質の向上
- ・ 医師会会員、県民の福祉の向上
- ・ 将来、医療紛争発生時の資料

(2) 位置づけ

- ・ 石川県医師会剖検システムによる剖検後、石川県立中央病院にて開催される。(依頼病院/診療所の主治医は、臨床・病理検討会への出席が必須条件である)

(3) 構成

- ・ 依頼病院/診療所の主治医
- ・ 解剖担当病理医
- ・ 解剖担当医以外の病理医（金沢大学病理医）
- ・ 依頼病院・診療所主治医の専門科の医会よりの代表医
- ・ 医師会医療安全管理委員会メンバー 等

(4) 活動状況

- ・ 平成 18 年 12 月 21 日に剖検システムを立ち上げたところ。

石川県医師会剖検システム取扱要綱

(目的)

第1条 石川県医師会剖検システムは、石川県医師会会員（以下「会員」という）の医療機関において、患者の死亡原因の判断に苦慮するような例、あるいは患者の予期しない死亡例などが発生した際に、その真相を究明するとともに、その実態を明確にし、医療の向上並びに会員及び県民の福祉の向上に寄与することを目的とする。

(剖検の申し出)

第2条 会員は、患者の死因を究明するために剖検が必要と判断し、患者遺族の承諾を得られた場合は、石川県医師会剖検担当役員に剖検を電話により申し出る。

(剖検の必要性検討)

第3条 剖検の申し出を受けた剖検担当役員は、石川県医師会長と当該剖検の必要性について協議し、剖検すべき事例に該当するか否かについて判断する。

(剖検依頼)

第4条 前条により剖検の必要性を認めた場合は、剖検担当役員が石川県立中央病院の剖検担当病理医（以下「剖検担当病理医」という）に剖検を依頼し、剖検応諾の回答を得た後に当該会員に電話により連絡する。

2 剖検の必要性が認められないと判断した場合及び剖検担当病理医の応諾が得られなかった場合は、剖検担当役員が当該会員にその旨電話により連絡する。

(剖検の開始)

第5条 剖検応諾の連絡を受けた会員は、剖検担当病理医と協議し、遺体の搬入、剖検開始時間等の指示を受けるものとする。

2 会員は、遺体の搬入時に剖検承諾書、死亡診断書、病理解剖依頼書を提出するものとする。

3 会員は、自らも剖検に立会い、剖検の記録を行う。

4 会員は、剖検終了後、遺体を搬送する。

(臨床・病理検討会への出席)

第6条 会員は、剖検担当病理医から連絡があった場合は、必ず石川県立中央病院の臨床・病理検討会に出席しなければならない。

(剖検費用の納付)

第7条 会員は、石川県立中央病院が発行する納付書により、遅滞なく剖検費用を支払わなければならない。

(剖検結果の報告)

第8条 石川県立中央病院から剖検結果報告書の提出があった場合は、剖検担当役員は直ちに本文を当該会員に送付するとともに、その写しを保管するものとする。

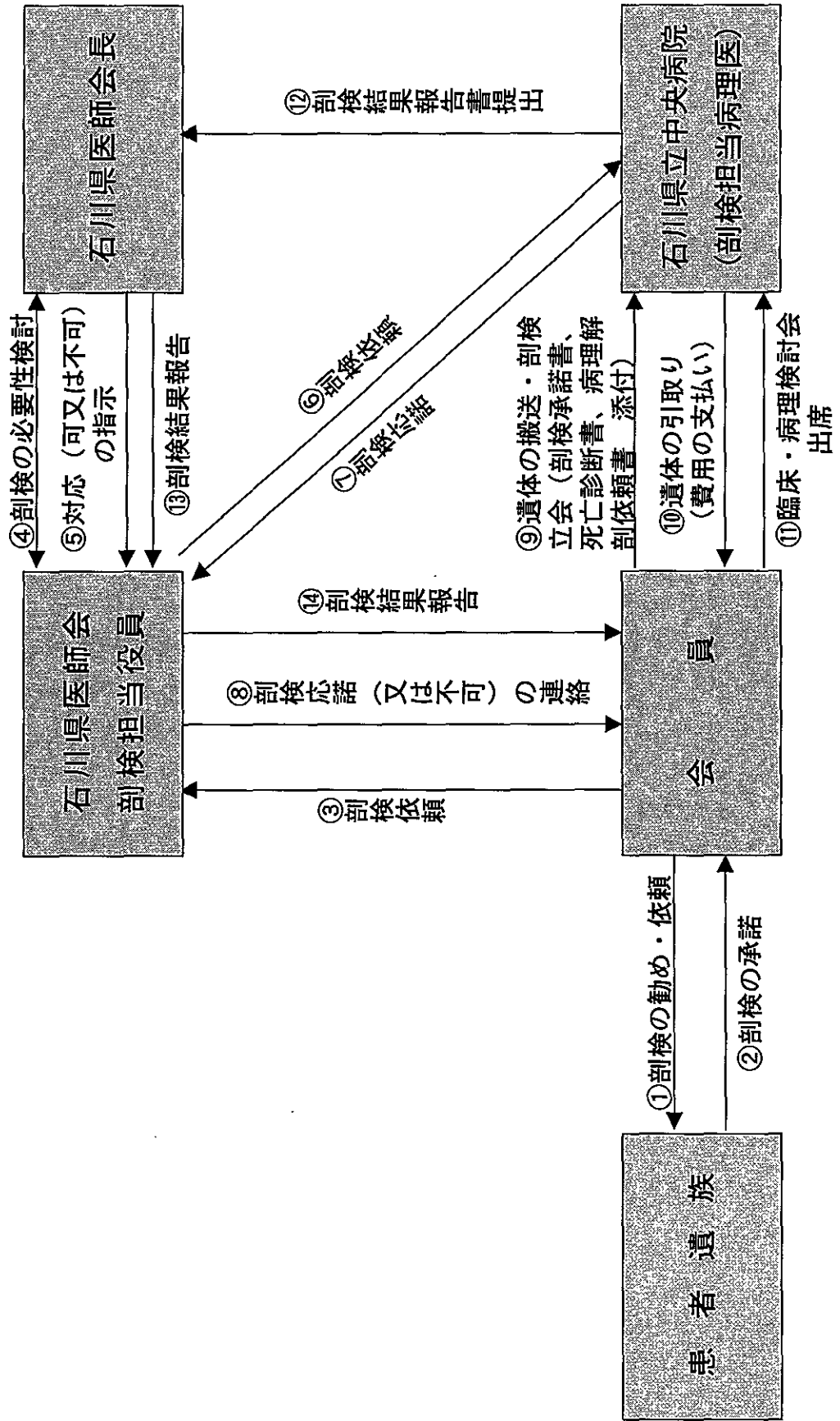
(剖検に関する協定書の遵守)

第9条 石川県医師会剖検システムの運用にあたっては、石川県立中央病院との協定の経緯を尊重し、協定書の内容を遵守するものとする。

附則

1 この要綱は、平成18年12月21日から施行する。

石川県医師会剖検システム：フロー図



4. 名古屋大学医学部附属病院の取組の概要

(1) 原則

望ましくない医療の結果（死亡とは限らない）について、医療者側に有責の可能性が高くなるほど、外部の視点を導入して、透明性と客観性を担保する。

(2) 調査の方法

患者有害事象の程度（影響度）・調査方法・公表方法の関係（別表）に基づき、質向上・安全推進委員会の答申をうけて、病院長が方針を最終決定する。原因調査の方法と、国立大学病院協議会の公表方針とを整合させている。

○ 外部有識者主導の調査委員会

死亡や重篤な障害を招いた重大過失があった事例に対して行い、医師／看護師／（ときに）他業種専門家を中心とし、法律専門家（患者側弁護士）は必ず招聘し、内部委員は外部委員の支援のために 1～2人加わるだけとする。病院の社会的責任を果たすべく、客観的評価を行って頂き、複数（5～6）回開催で3ヶ月以内を目処とする。

○（外部有識者を招聘した）拡大型M&M（病因死因）検討会

重大過失と判断されなかったり、議論の焦点が当該診療科にしかわからないような専門性の高いものである場合には、当該領域の専門家（医師とは限らない）を外部より招いて、下記のM&M検討会の参加者で行う。1回のみ開催で、3～4時間、年間の開催総数は数回。

<開催の1例>

胸部大動脈瘤手術時に全脳虚血が発症した事例：

【院内参加者】心臓外科・麻酔科・血管外科・脳神経外科・神経内科・救急部臨床工学部・看護部（手術部・集中治療部・病棟）

【外部招聘者】 国立大学心臓外科教授・私立大学心臓外科教授・私立大学麻酔科集中治療部助教授・国立大学医療安全管理室助手、

計 29 名

○（通常の院内）M&M検討会

当該診療にかかわる複数の診療科とすべての職種が参加し、自由な発言を促す。1回のみ開催で、概ね 2～2.5時間程度、1～2ヶ月に1回程度の開催頻度。

○ 診療科または病棟内検討会

必要に応じ、ゼネラルリスクマネージャが介入し、その記録を医療の質・安全管理部に保存する。年間の開催総数は数回。

(3) 公表ほか

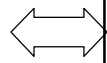
医療の質・安全管理部から上記調査結果について、患者／家族への説明を（必要に応じて）行い、特に死亡や重篤障害で重大過失があった場合には、関係諸機関へ経過と結果について報告し、国立大学病院協議会基準に合わせ公表する。

**患者有害事象
発生！**

本来の医療経過から逸脱して、望ましくない結果をきたし、
かつ「濃厚な治療・処置を要した」以上の事例

↓ すみやかに報告

医療安全管理部



コアメンバー検討会議

直ちにスクリーニング・対応の原案作成

↓ 報告

定時/臨時 質向上・安全推進委員会
(旧 医療事故防止委員会)

有責の可能性の有無の検討
調査法・公開/報告の方針を審議
診療に従事する各委員の意見を議事録に残す

その場で病院長に答申

【病院長決定】

1. 外部有識者を委員長とし、法曹関係者も加えた「事故調査委員会」
すみやか公表
2. 外部有識者を招聘した「拡大型M & M検討会」
国立大学病院とりまとめ報告
3. 通常の「院内M & M検討会」
国立大学病院とりまとめ報告
4. 診療科内検討会(議事録を安全管理部に提出)
国立大学病院定期報告

患者有害事象の程度(影響度)・調査方法・公表方法の関係

名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 作成

国立大学病院医療安全管理協議会の「影響度分類」・「公表範囲と方法」と、医療機能評価機構の報告範囲の考え方を元に改変した。原則的に、斜線部分が(法律専門家も入る)外部調査委員会、点線部分がM & M(病因死因検討会)など院内調査委員会の開催対象の候補である。運用にあたっては、「影響度レベル、有責の可能性」について、事例ごとに検討し、審議内容を必ず議事録に残す。

レベル	障害の継続性	障害の程度	障害*の内容 *本来の医療経過から逸脱した望ましくない結果	医療機能評価機構分類	(3)		(2)	
					有責の可能性あり	有責の可能性少ない/なし		
レベル 5	死亡		死亡(原疾患の自然経過によるものを除く)	A. 死亡(恒久)		予期しなかった、予期したものを上回った	予期していた	
レベル 4b	永続的	中等度～高度	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う	B. 障害残存(恒久)		及び公表が再発防止に繋がる場合は	(-)、公表が再発防止に繋がる場合は	
レベル 4a	永続的	軽度～中等度	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない		必要があれば	及び公表が再発防止に繋がる場合は	(-)、公表が再発防止に繋がる場合は	
レベル 3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した(バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など)	C. 濃厚処置・治療	必要があれば	及び公表が再発防止に繋がる場合は	(-)、公表が再発防止に繋がる場合は	
レベル 3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した(消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など)			及び公表が再発防止に繋がる場合は	(-)、公表が再発防止に繋がる場合は	
レベル 2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった(患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた)	軽微な処置・治療または影響なし				
レベル 1	なし		患者への実害はなかった(何らかの影響を与えた可能性は否定できない)					
レベル 0			エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった				公表が再発防止に繋がる場合	

公表方法： 発生後、速やかな公表 調査後、ホームページ等により公表 国立大学附属病院全体として一定期間とりまとめて報告
国立大学附属病院全体としての年度報告 (-) 公表・報告対象としない

病院誌65: 476-479, 2006