

# 赤穂市民病院ガバナンス検証委員会報告書

令和5年3月  
赤穂市民病院ガバナンス検証委員会



## 目次

I	はじめに ～委員会設置の経緯と目的～	1
II	これまでの市民病院の医療安全への取り組み	2
1	市民病院の概要・位置づけ	2
2	市民病院の医療安全に係るマニュアル等整備	3
(1)	医療法（「第三章 第一節 第六条の十二」抜粋）	3
(2)	医療安全管理指針 （「IV－1. 医療安全マニュアルの整備」抜粋）	3
(3)	市民病院の医療安全に係るマニュアル （「医療安全対策実施要項」抜粋・主なもの）	4
3	市民病院の医療安全に係る組織体制及び医療事故等の件数	6
(1)	医療安全推進体制	6
(2)	医療事故件数	6
III	当委員会に検証を求められた事項	7
1	リスクマネジメントの観点	7
2	ガバナンスの観点	10
3	市民病院の風土や体質	14
IV	議論の観点・方針	15
1	議論の対象（範囲及び期間）	15
2	議論の方法	15
3	議論の進め方 ～提言に向けて～	15
V	職員へのヒアリング	17
1	ヒアリングで意見を聞いた者	17
2	ヒアリングの内容・結果	17
VI	議論の経過	19
1	リスクマネジメントの観点	19
(1)	体制整備	19
(2)	マニュアル整備	19

2	ガバナンスの観点	20
(1)	採用の仕方	20
(2)	医療事故報告	20
(3)	過誤の認定と患者・家族への謝罪	20
(4)	手術等中止の指示のあり方	21
(5)	マニュアルの実効性の確保の仕方	21
(6)	院内事故調査委員会のあり方	21
3	市民病院の風土・体質について	22
(1)	医療安全	22
(2)	医師への指導	22
(3)	組織風土	23
VII	委員会としての提言	24
1	市民病院の医療安全ガバナンスの現状	24
2	市民病院のこれからの医療安全に対する基本的な取り組みの方針	24
VIII	おわりに	27
IX	資料	28
1	赤穂市民病院ガバナンス検証委員会設置要綱	28
2	赤穂市民病院ガバナンス検証委員会委員名簿	30
3	開催経緯	30
4	医療事故報告件数	32

## I はじめに ～委員会設置の経緯と目的～

市民病院では、令和元年度に複数の医療事故が発生したことを受け、令和4年6月7日に赤穂市病院事業管理者（以下、「管理者」という。）から、これら医療事故等についてガバナンス面からの検証を行い、市民の信頼回復につなげることができるよう「赤穂市民病院ガバナンス検証委員会」（以下、「委員会」という。）での検証を依頼された。

このため、委員会において、市民病院の医療安全推進体制や、今後の市民病院の医療安全ガバナンスのあり方等について、6回（うち1回は書面開催）にわたり精力的に検証を行った。

今般その内容を整理し、とりまとめたので報告書として提出をする。

### 【赤穂市民病院ガバナンス検証委員会設置要綱（抜粋）】

（所掌事項）

第2条 委員会は、次に掲げる事項について検証し、その結果を病院事業管理者（以下「管理者」という。）に報告する。

- (1) 医療安全推進体制に関する事
- (2) 医療安全対策実施要項に関する事
- (3) 信頼回復に関する事
- (4) その他委員長が必要と認める事

### 【赤穂市民病院ガバナンス検証委員会委員】

	分野	所属団体等	氏名
1	医療安全	公益財団法人 兵庫県健康財団 理事長 兵庫県立こども病院 名誉院長	長嶋 達也
2	組織ガバナンス	H&S法律事務所 弁護士	羽田 由可
3	憲法	関西福祉大学 教授	【委員長】 有田 伸弘
4	病院事務	公立宍粟総合病院 副院長兼事務部長	菅原 誠

## II これまでの市民病院の医療安全への取り組み


### 1 市民病院の概要・位置づけ

市民病院は、昭和22年に国保直営赤穂町民病院として44床で開設された。

現在は、感染症病床4床を含む360床を有し、地域医療支援病院、地域災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、へき地医療拠点病院等の指定を受ける等、播磨姫路医療圏域のうち旧西播磨医療圏域における中核病院としての役割を担っている。

病院の基本理念は、「良い医療を、効率的に、地域住民とともに」である。  
 (なお、令和3年5月25日から、一病棟を閉鎖し、新型コロナウイルス感染症重点医療機関として10床(令和4年1月1日から12床)を整備し、市民のため安全・安心のため新興感染症対策を講じている。)

#### 【市民病院の概要】

名 称	赤穂市民病院	
所 在 地	〒678-0232 兵庫県赤穂市中広1090番地	
開設年月日	昭和22年11月17日	
病 床 数	360床(一般:356、感染症:4) (令和3年5月25日~コロナ病床:10) (令和4年1月1日~コロナ病床:12)	
診療科目	内科、呼吸器科、消化器内科、循環器科、外科・消化器外科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、産婦人科、皮膚科、整形外科、泌尿器科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、心臓血管外科、歯科口腔外科、形成外科、精神科、心療内科、乳腺外科、神経内科、血液内科、リウマチ膠原病科、病理診断科、リハビリテーション科、救急科	
職 員 数 (令和4年4月1日)	586人(医師:67、看護師:305、准看護師:10、医療技術員:103、事務員:75、労務員:26) ※会計年度任用職員を含む	
主な届出入院料	急性期一般入院料1(293床) 地域包括ケア病棟入院料2(59床) ハイケアユニット入院医療管理料1(8床)	
備 考	平成10年2月新築移転、平成29年8月新館増築 無菌室1室を含む手術室6室、人工透析40床、ライナック、MRI、CT、アンギオ、ESWL、PET-CT(休止中)をそれぞれ保有 地域医療支援病院、地域災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、へき地医療拠点病院	

#### ※播磨姫路医療圏域の構成市町

播磨姫路 医療圏域	旧西播磨医療圏域	赤穂市、相生市、宍粟市、たつの市、太子町、上郡町、佐用町
	旧中播磨医療圏域	姫路市、市川町、福崎町、神河町

市民病院は、旧西播磨医療圏域の中核病院として、赤穂市のみならず、相生市、上郡町、たつの市等、広い範囲からの入院・外来患者を受け入れている。

## 2 市民病院の医療安全に係るマニュアル等整備

市民病院の医療安全に係るマニュアルは、医療法第六条の十二に基づき医療の安全を確保するため、医療安全管理指針（以下、「指針」という。）を策定し、その指針に基づき具体的な手順等を定めたものである。

### (1) 医療法（「第三章 第一節 第六条の十二」抜粋）

#### 第三章 医療の安全の確保

##### 第一節 医療の安全の確保のための措置

第六条の十二 病院等の管理者は、前二条に規定するもののほか、厚生労働省令で定めるところにより、医療の安全を確保するための指針の策定、従業者に対する研修の実施その他の当該病院等における医療の安全を確保するための措置を講じなければならない。

### (2) 医療安全管理指針（「IV-1. 医療安全マニュアルの整備」抜粋）

（なお、本指針については、現在改訂作業を行っている。以下は、平成30年10月改訂のもの）

この方針は、赤穂市民病院（以下「当院」という）における医療安全管理体制の確立、医療安全管理のための具体的方策および医療事故発生時の対応方法等について、指針を示すことにより、適切な医療安全管理を推進し、安全な医療の提供に資する。

安全な医療の提供は、当院の基本方針の一つであり、職員一人一人が安全な医療の実践に真摯に取り組むと同時に、病院全体で組織的な安全対策を検討し、安心と満足と信頼の得られる医療を提供するために、本指針を定める。

#### IV-1. 医療安全マニュアルの整備

本指針に基づき、医療安全管理の方策や、医療事故発生時の対応方法などについて、具体的な手順等を定めた「セーフティマネジメント実施要領」を策定する。この「セーフティマネジメント実施要領」は、関係職員に周知する。

### (3) 市民病院の医療安全に係るマニュアル（「医療安全対策実施要項」抜粋・主なもの）

（指針において「セーフティマネジメント実施要領」と定めているものについては「セーフティマネジメント医療安全対策実施要項」として取り扱っている（指針の改訂作業により「セーフティマネジメント医療安全対策実施要項」に修正予定である。）

（なお、本マニュアルについては、令和4年3月31日に見直しを行っている。以下は、令和2年1月時点のもの）

## 第1 セーフティマネジメント

（中略）

### 7) 医療事故等による、マスコミへの公表について

#### ① 情報提供についての趣旨

医療が生命の尊重と個人の尊厳の保持を理念としていることから、重大な事故が発生した場合、医療機関自らが、事故の事実を正確かつ迅速に社会に対して公表する必要がある。医療事故への対応に係わる透明性の確保、患者家族及び社会への誠実な対応は、より良いセーフティマネジメントにつながり、結果的に双方に良い結果をもたらす事に繋がる。但し、医療事故を公表する場合は、患者家族のプライバシーを最大限に確保し、公表前には、患者家族と十分な話し合いを行い、また事故当事者への十分な配慮を行う。

#### ② 公表基準

具体的にどのような医療事故について公表するかを決めることは困難であるので、個々の事情に即して考える。およそ警察に届け出ないし連絡するような医療事故は、公表について検討する。

- ★ 赤穂市（市長/市役所）・保健所・警察署に届け出ないし連絡をする。その内容のうち、“明らかに誤った医療行為や管理上の問題により、予期しない形で、患者が死亡若しくは患者に障害が残った事例、或いは濃厚な処置や治療を要した事例（医療行為や管理上の問題が、原因として疑われる場合も含む）を対象として検討する。その他、警鐘的意義が大きいと考える事例”に該当するもので、医療事故対応部会で公表の必要性を指摘されたものは、顧問弁護士の意見を踏まえ、幹部会で公表の是非を検討し、赤穂市長の許可を得て、病院長が決定する。

## 第5 医療事故発生時の対応

### 1. 初期体制（略）

### 2. 院内医療事故調査委員会（対応部会）の設置

- 1) 設置要件 医療事故（レベル4 b～5）が発生した場合、院長指示のもと設置する。
- 2) 構成メンバー 院長 副院長 医療安全推進室室長 副室長 事務局長 診療部長 看護部長 医療課長 関連職員 関連の統括セーフティマネージャー 医療安全管理者
- 3) 役割 ① 医療事故発生後の調査及び対応に関すること ② 医療訴訟に関すること



### 3. 医療事故報告

#### 1) 医療事故（レベル3 b・4 a）の報告ルート

早急に口頭にて報告し、24時間以内に文書で報告する。（図・略）

#### 2) 医療事故（レベル4 b・5）の場合の報告ルート

早急に口頭にて報告し、24時間以内に文書で報告する。（図・略）

#### 3) 予期しない医療事故（レベル5）の場合の報告ルート

※ただし、患者の生死に関わる医療事故等、特に緊急的な対応が必要な場合、医療スタッフは、早急に口頭にて所属長に報告し、所属長は、院長、医療課長、医療安全推進室室長、副室長、医療安全管理者へ、直ちに報告する。

院長は、事故の重大性を勘案して、副院長、看護部長、事務局長への連絡を行う。医療課長は、院長指示のもと、原因究明のため「院内事故調査委員会（対応部会）」を開催し、再発防止策を検討する。

### 4. 医療事故の文書による報告（略）

「医療安全推進委員会」は報告内容に基づき、別途調査の必要の有無及び調査の方法を検討する。

### 5. 赤穂市への報告

#### 1) 報告を要する医療事故（略）

#### 2) 上記に規定する医療事故が発生した場合（略）

#### 3) 赤穂市への医療事故報告は医療課が行う。

#### 4) 医療事故報告書の保管（略）

### 6. 患者・家族への対応

#### 1) 対応の方法は「院内事故調査委員会（対応部会）」で検討を行う。

#### 2) 医師（主治医）は、患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに患者及び家族に対しては、医師（主治医）が、誠意をもって事故の状況の説明等を行う。

#### 3) 万全を尽くした治療が終了し、患者が死亡または状態が安定してからの、患者及び家族への詳細な事故の説明等は、院長が指名した職員が対応する。

### 7. 広報対応

#### 1) 担当者は、院長が指名する。

#### 2) 広報時期の決定は、院長の指示による。

### 8. 事実経過の記録（略）

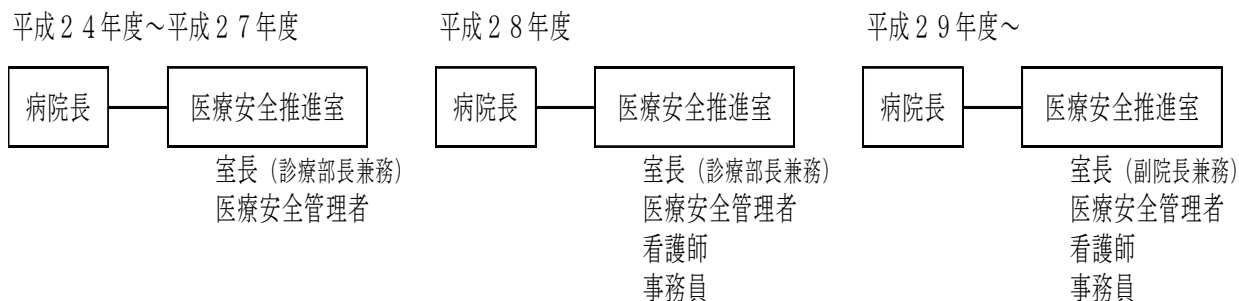
### 9. 警察への届出（略）

### 10. 医療事故の評価と医療安全推進への反映

医療事故が発生した場合、「セーフティマネージメント部会」、「医療安全推進委員会」、「院内事故調査委員会（対応部会）」において、事故の原因分析など、以下の事項について、評価検討を加え、その後の医療安全対策への反映を図るものとする。

### 3 市民病院の医療安全に係る組織体制及び医療事故等の件数

#### (1) 医療安全推進体制



#### ※参考

（厚生労働省「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」より抜粋）

#### 医療機関における医療安全管理者の位置づけ

医療安全管理者とは、各医療機関の管理者から安全管理のために必要な権限の委譲と、人材、予算およびインフラなど必要な資源を付与されて、管理者の指示に基づいて、その業務を行う者とする。

#### (2) 医療事故件数

委員会は今回の検証を行うに際して、脳神経外科を含む市民病院の医療事故件数の推移を把握、検証する必要があると考え、この数年の医療事故件数の提出を求めたところ、医療事故件数を統計的に把握できておらず、医療事故報告件数しか把握していないとのことであった。また、市民病院が毎年発行している赤穂市民病院誌においても、これまでから、医療事故件数の記載はなく、医療事故報告件数が記載されていた。

医療事故の統計的な把握ができていないということは、市民病院のこれまでの医療安全に対する取り組みは適正なものではなかったと言わざるを得ない。

委員会としては、医療事故件数に係る評価・検証は不可能である。

市民病院は今後、このような基礎的な事案の取扱いに際しては、その本旨をよく理解して適正に対応されるべきであることを申し添える。

（なお、市民病院から提出のあった医療事故報告件数の表は巻末の資料32ページに掲載をしている。）

### Ⅲ 当委員会に検証を求められた事項

管理者からは、以下の検証を求められた。

#### 1 リスクマネジメントの観点

区分	現行	
1 体制整備	<p>【医療安全推進委員会】→推進体制</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 医療安全対策の検討等を行う</li> <li>2 月1回、委員会を開催し、「アクシデントやヒヤリハット」に関する事例報告を行う</li> <li>3 この他、医療安全研修等を実施</li> <li>4 この委員会は、「インシデント」報告レベルの事故について、別途調査するかどうかを検討</li> <li>5 【メンバー】院長、副院長、診療部長、看護部長、事務局長、医療安全管理者等</li> </ol> <p>【医療安全推進室】→組織</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 4名（専従2名（医療安全管理者）、兼務1名（医師：副院長）、会計年度任用職員1名）</li> </ol>	
2 マニュアル整備	<p>現行（令和4年5月改訂）</p> <p>●医療事故発生時の対応</p> <p>【初期体制】</p> <p>医療事故（レベル3b～5）が発生→最優先で救命・救急対応</p> <p>【医療事故報告】</p> <p>(1)医療事故レベル（3b、4a）</p> <p>①早急に口頭で報告、②24時間以内にインシデントレポートに記載</p> <p>(2)医療事故レベル（4b、5）</p> <p>①直ちに口頭で報告、②24時間以内にインシデントレポートに記載</p>	<p>改訂前</p> <p>(2)（4b、5） →早急に</p>
	<p>●院内事故調査委員会</p> <p>院長は、院内事故調査委員会（以下、「事故調」という。）を開催する。</p> <p>【趣旨】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 「事故調」では、①原因究明、②再発防止策を検討する。</li> <li>2 院長は、「事故調」の結果を踏まえ、病院としての対応方針を決定する。</li> </ol> <p>【要件】</p> <p>医療事故（レベル3b～5）の発生により、院長が設置を指示。</p> <p>【メンバー】</p> <p>院長、副院長、医療安全推進室長、事務局長、医療安全管理者等</p> <p>【役割】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 医療事故発生後の調査及び対応</li> <li>2 医療訴訟への対応</li> </ol>	<p>【要件】（レベル4b、5）</p>

区分	現行														
	<p><b>【開催】</b></p> <p>1 重大な医療事故が発生した場合には、「事故調」での協議を経て、他の医療機関の医療安全管理者、専門医等の外部委員を招へいし、事故調査・検証を行う。</p>														
	<p>●公表基準</p>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 568 520 622">区分</th> <th data-bbox="520 568 783 622">定義</th> <th data-bbox="783 568 1043 622">公表の手順</th> <th data-bbox="1043 568 1305 622">公表内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 622 520 965">個別公表</td> <td data-bbox="520 622 783 965">「レベル4 b、5に該当する重大な医療事故又は警察に届出若しくは連絡するような医療事故」は、事故発生後速やかに公表する</td> <td data-bbox="783 622 1043 965">公表は、顧問弁護士の意見を踏まえ、病院事業管理者の指示を受け、病院長、医療安全推進室室長（又は副室長）等が行う</td> <td data-bbox="1043 622 1305 965">原則として、事例の概要（発症年月日、場所、発生状況と経緯、対応、処置等）及び今後の対策、その他必要な事項について公表する</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 965 520 1272">包括公表</td> <td data-bbox="520 965 783 1272">医療上の義務に違反して発生したレベル4 a以下の医療事故</td> <td data-bbox="783 965 1043 1272">年2回ホームページに公表する</td> <td data-bbox="1043 965 1305 1272">原則として、事例の概要（発症年月日、発生状況、対応等）及び今後の対策、その他必要な事項について公表する</td> </tr> </tbody> </table>			区分	定義	公表の手順	公表内容	個別公表	「レベル4 b、5に該当する重大な医療事故又は警察に届出若しくは連絡するような医療事故」は、事故発生後速やかに公表する	公表は、顧問弁護士の意見を踏まえ、病院事業管理者の指示を受け、病院長、医療安全推進室室長（又は副室長）等が行う	原則として、事例の概要（発症年月日、場所、発生状況と経緯、対応、処置等）及び今後の対策、その他必要な事項について公表する	包括公表	医療上の義務に違反して発生したレベル4 a以下の医療事故	年2回ホームページに公表する	原則として、事例の概要（発症年月日、発生状況、対応等）及び今後の対策、その他必要な事項について公表する
区分	定義	公表の手順	公表内容												
個別公表	「レベル4 b、5に該当する重大な医療事故又は警察に届出若しくは連絡するような医療事故」は、事故発生後速やかに公表する	公表は、顧問弁護士の意見を踏まえ、病院事業管理者の指示を受け、病院長、医療安全推進室室長（又は副室長）等が行う	原則として、事例の概要（発症年月日、場所、発生状況と経緯、対応、処置等）及び今後の対策、その他必要な事項について公表する												
包括公表	医療上の義務に違反して発生したレベル4 a以下の医療事故	年2回ホームページに公表する	原則として、事例の概要（発症年月日、発生状況、対応等）及び今後の対策、その他必要な事項について公表する												
	<p>●個人情報の保護</p> <p>① 公表に当たっては、個人情報保護に関する法律などに基づいて、患者家族のプライバシー、人権に十分配慮し、その内容から患者の特定・識別につながらないように、個人情報を保護する。</p> <p>② 患者家族には、事前に公表内容を説明し、同意を得るように努める。ただし、公表について患者家族に同意が得られない場合においても、医療事故公表の目的を踏まえ、患者の特定・識別につながらないように個人情報の保護を行い、原則公表する。</p> <p>③ 医療従事者についても、公表の目的が医療安全対策の推進であることに鑑み、関係者の特定・識別につながらないように配慮する。</p>														
3 その他	<p><b>【職員への周知】</b></p> <p>改訂後のマニュアルについて、電子カルテのシステム掲示板で周知（一部事務職を除き、全職員が閲覧可能）</p>														

さらなる改善を見据えて

【1 体制整備】

1 「医療安全推進委員会」

「院内事故調査委員会」

「医療安全推進室」

相互の関係が不明瞭

職員にとって「わかりにくい」ものになっていないか。

屋上屋を重ねるものになっていないか。

【2 マニュアル整備】

市民病院への信頼回復につなげるため、兵庫県のマニュアルを参考に、公表基準等を見直した。

【参考】県立病院の基準

1 事故発生時の対応

患者の緊急治療を最優先する

2 対応方針の検討・決定

速やかに医療事故防止対策委員会（定期）又は医療事故対策部会（臨時）を開催

医療事故防止対策委員会

①趣旨

事実関係の把握、事故原因の究明、対応策の検討

②メンバー

副院長、管理局长、医療安全部長、医療安全課長、総務部長、診療部長、看護部長、薬剤部長、放射線技師長、検査技師長及びその他必要と認める者

●重大な医療事故等の場合は、病院局へ協議、必要に応じて医療事故等調査委員会に諮る

→ 病院長は対応方針を決定する。

3 公表基準（個別公表のみ記載、包括公表は省略）

①死亡又は身体障害等級1級相当に陥らせた医療事故

②社会的要請等の観点から病院長が公表すべきと判断した医療事故発生後、速やかに公表。

病院長が報道機関へ記者発表。

公表内容：事故基本情報、今後の対策等

・患者個人の情報が特定されないよう配慮

・原則、患者等の同意書を受領

【3 その他】

院内、「合併症か否か関係なく、まずは報告」の風土の徹底を図る。

## 2 ガバナンスの観点

NO	年月	当該医師の医療事故等	報告等
1	R1.7	<b>当該医師採用</b>	
2	R1.7	【事案①】腫瘍摘出率が20%以下であったため、8月に別の脳外科医（診療科長）が2度目の手術を実施	
3	R1.9	【事案②】水頭症術後、嚥下障害等が出現	
4	R1.9	【事案③】頭蓋内微小血管減圧術後に顔面の麻痺等が出現	
5	R1.9	【事案④】血栓回収術実施。10月下血、呼吸悪化、死亡	
6	R1.10	【事案⑤】椎弓形成術後、しびれ等が出現	
7	R1.12	【事案⑥】頸椎椎間板ヘルニア切除術後、嚥下機能喪失	
8	R2.1	【事案⑦】水頭症手術実施から10か月後、発熱カテーテル抜去	
9	R2.1	【事案⑧】腰椎後方除圧術で神経を損傷【訴訟案件】	【事案⑧】について、脳外科医師より医療安全推進室に医療過誤の可能性ありと報告。同室から、その旨病院長に口頭報告
10	R2.1		【事案⑧】1月に発生した医療事故について、当該医師より医療安全推進室に医療事故報告書を提出
11	R2.2	【事案⑨】膠芽腫腫瘍切除術後、広範囲の脳梗塞	
12	R2.2	【事案⑩】血栓回収術中に出血、昏睡状態、3月死亡	
13	R2.2		医療安全推進室が【事案⑧】を含めた事例8件を把握、病院長に文書報告
14	R2.3		
15	R2.3		
16	R2.3		
17	R2.3	【事案⑪】水頭症手術に伴う肺挫傷の出現	
18	R2.4	【事案⑧】の患者家族から苦情申し出	

調査・検証等	病院長から当該医師への指示
	<p>病院長より当該医師に手術等の中止を指示 （事故検証のためとして当面は2か月）</p>
	<p>病院長、副院長より手術等の中止指示について再度伝達</p>
	<p>医療安全推進室が把握した【事案⑧】を除く事例7件について、脳外科に検証と医療事故報告書の提出を指示</p>

NO	年月	当該医師の医療事故等	報告等
19	R2.4		脳外科より【事案⑧】を除く医療事故報告書7件及び検証結果8件を提出
20	R2.4		
21	R2.5		
22	R2.5		【事案⑧】を医療過誤と判断し赤穂市長に報告（報告はしたが、決裁を経していないため、正式な報告ではない）
23	R2.6		
24	R2.6	【事案⑧】患者、家族に対し医療過誤を認め、病院長より謝罪	
25	R2.6		
26	R3.3		
27	R3.4		
28	R3.6		
29	R3.8	【事案⑧】損害賠償請求事案訴訟提起	
30	R3.8	当該医師依願退職	
31	R3.12		【事案⑧】医療事故報告書の院内決裁をとり、市長に正式報告
32	R4.2		
33	R4.3		
34	R4.3		
35	R4.3	医療安全対策実施要項を改訂（令和4年5月にも再改訂：病院事業管理者設置等）	



調査・検証等	病院長から当該医師への指示
【事案⑧】に関して外部脳外科医より検証結果受領 (外部医師検証3件のうち1件)	病院長より手術等の中止指示について延長を伝達。また、3月【事案⑩】について、手術等の中止指示期間中に手術に助手として加わったため、嚴重注意
【事案⑤】、【事案⑥】に関して外部脳外科医より検証結果受領 (外部医師検証3件のうち2件)	
	病院長より当該医師に診療科長の指示に従うことなど指示
検証会議（1回目） (対象事案は、8件【事案②～⑥、⑧～⑩】)	
検証会議（2回目）	
検証会議（3回目） →手術等中止の継続は妥当との結論	
院内事故調査委員会開催（1回目） (調査事案を8件から11件とした。) 【事案①、⑦、⑩を追加、この3件は医療事故報告書の提出「なし】	
院内事故調査委員会開催（2回目） 【原因】医療事故報告がなかったため、当該医師の技量が見極められなかった 【再発防止策】医療事故報告「なし」を許容した病院の風土・体質を改めるべく、職員に医療安全の意識浸透の徹底を図る 【医療過誤】→【事案⑧】のみ	

### 3 市民病院の風土や体質

区分		事例
1 医療安全	(1) 報告の仕方	① 重要なことも、口頭での報告となっていないか？ (文書で明確に伝えることを怠っていないか？) ② 「すべき」と進言しても、上位者が「YES」と言わない時に、そこで止まっているか？ 「仕方がない」となっていないか？
	(2) 報告を受ける側の対処の仕方	① 医療事故報告を受けた所属長、医療安全管理者、医療安全推進室室長（担当副院長）、病院長は医療安全対策実施要項に基づいて判断し、結果を報告者に十分説明しているか？
	(3) ルール（マニュアル）の浸透	① 医療安全対策実施要項は周知されているか？
		② ルールに基づく行動がなされているか？
(4) これまでの経験に照らし...	① ここしばらく、大きな医療事故・医療過誤がなく、院内事故調査委員会の開催もなかったことから、「何とかなる」という認識はなかったか？	
2 通常の事務処理	(1) ルール、根拠の確認	① 「何となく」、「他の誰かが言っているから」を根拠に事務を進めていることはないか？
3 当該医師への指導等	(1) 適正な指導はできたのか？	① 指導・注意をしても本人が「聞かない」だけで終わっていなかったか？
4 組織風土	(1) 市との関係	① 盲目的に「市が言っているから」となっている場合はないか？

#### IV 議論の観点・方針

検証を依頼された事項について、医療安全ガバナンスの検証を効果的・効率的に行うため、委員会として次の方針により、議論を進めることとした。

##### 1 議論の対象（範囲及び期間）

令和2年1月22日に発生した医療過誤案件の当該医師に係る一連の医療事故等（それに関連する「手術等の中止指示」等ガバナンス面からの検証に必要な事実も含む。）に関するもののうち、委員会に検証依頼のあった令和元年7月1日から令和4年3月31日までの事案を対象とした。

##### 2 議論の方法

市民病院から委員会に提出された資料で議論を行うことを基本とするが、委員会として「当時の医療安全に携わる職員に事実関係の聞き取りを行う必要がある」と判断した事項については関係職員へのヒアリングを行うこととした。

##### 3 議論の進め方 ～提言に向けて～

###### 【委員会の議論の前提】

委員会として、議論を行う前提は次のとおりである。

- 1 個々の医療事故・医療過誤の判断は市民病院がその責任において行うものであり、委員会は判断を行わない。
- 2 委員会は、検証の過程において個人の責任を追及するものではない。

当委員会は管理者から、

- (1) 医療安全推進体制に関すること
- (2) 医療安全対策実施要項に関すること
- (3) 信頼回復に関すること
- (4) その他委員長が必要と認めること

について検証を依頼された。委員会としては、これらの検証においては、以下に掲げる観点から議論を行うことが、より効果が高いものと判断をした。

具体的には、リスクマネジメント及びガバナンスの観点を柱に、更にはこれらの前提となる市民病院の医療安全に対する風土・体質も併せて議論を行い、医療安全ガバナンス面からの検証、そして今後の市民病院の医療安全に係る基本的なあり方等について審議を行ったものである。

###### ア リスクマネジメントの観点

- 懲罰を目的とするのではなく、医療事故原因の解明と再発防止に資するための自主的な報告等ができるシステムが構築されているか  
(具体的には)・医療事故処理体制(組織)は整備されているか  
・安全対策(マニュアル)は整備されているか…等

イ ガバナンスの観点

体制が整備されていたとしても、実効性を確保するための組織やマニュアルは適正に機能しているか

(具体的には)・内部管理は適正に機能しているか

・職員が主体的に参画できる組織か…等

ウ 市民病院の医療安全に対する風土や体質

これまでの市民病院の医療安全に対する風土・体質は適正なものであったか

これらの観点に加え、さらなる改善の余地の有無についての検討も併せて行った。

これらの観点を中心に、各専門分野の視点から自由闊達な議論を行った。

## V 職員へのヒアリング

委員会として「当時の医療安全に携わる職員に事実関係の聞き取りを行う必要がある」と判断した事項について、関係職員へのヒアリングを行った。

その内容は次のとおりである。

### 1 ヒアリングで意見を聞いた者

現在、市民病院に在職する者を対象とした。

ヒアリング対象者職名
脳神経外科診療科長
前医療安全推進室室長
医療安全管理者
手術室看護師長

### 2 ヒアリングの内容・結果

質問1 セーフティマネジメント医療安全対策実施要領の第5 医療事故発生時に対応の定めは知っていたか否か。

・対象者全員が事故発生時の対応に関する規定を知っていた。

質問2 事案8が発生した際、医療事故であると判断して、マニュアルに沿った報告をしたか否か。

・脳神経外科診療科長は、医療事故の可能性があると判断し、執刀医に医療事故報告を行うように指示した。執刀医が報告した。

質問3 事案8について、当該医師による手術に過失があったと判断していたか否か。

・脳神経外科診療科長は、過失の可能性が高いものと認識していた。

質問4 事案8の手術について、本人、家族への説明は適正に行っていたか否か。

・手術当日に、当該執刀医師から説明が行われた。後日、脳神経外科診療科長は、神経損傷について正しく説明されていないことを知ったため、改めて家族に説明を行った。

質問5 事案8の医療事故発生当時、医療事故であるか否か、過誤の有無の最終判断を誰がするのかについて、どのように理解していたのか。

・対象者全員が、最終判断の責任は病院長が負っていると理解していた。

質問6 当該医師が、手術や侵襲的検査中止の指示を受けていたことを知っていたか否か。

- ・令和2年3月1日、病院長から口頭で当該医師を含む脳神経外科の医師全員に対して、手術室で行う侵襲的な直達手術の実施禁止と、カテーテル室で行う血管内手術の執刀をしてはいけないという口頭による指示があった。直接指示を受けたのはヒアリング対象者4人のうち3人であった。
- ・ヒアリング対象者の2人は、手術と侵襲的な血管内治療や検査も禁止ととらえた。口頭指示であったため、対象者の1人はカテーテルを使った診断や血管撮影検査については禁止していると理解できず、後日、侵襲的検査である診断カテーテルも禁止されていることがわかった。以降は、その認識であった。

**質問7 当該医師の手術室入室や手洗いを禁じる等の具体的な指示があったか否か。  
また、指示があったことを知っていたか否か。**

- ・対象者全員が、当該医師の手術室入室や手洗いを禁じる等の具体的な指示はなかったと理解していた。
- ・脳神経外科診療科長は、病院長からの口頭指示が、執刀は禁止されているが、助手の立場で積極的に手術に入り、研鑽に努めて積極的に技量をアップすることと理解していた。その他の対象者も、術者としては禁止だが、研鑽に励むようにという指示、あるいは、執刀は駄目だが、勉強という意味で手術室に入ることは禁止されなかったと理解をしていた。

**【ヒアリングでの回答を踏まえた、この他の委員会でのやりとり】**

**質問1 病院長指示のうち、診断カテーテルの扱いについて、皆さんの受け取り方に差がある。それは指示が口頭で曖昧であったとも考えられるがどうか。**

- ・文書（文字）で示されたものではなく、口頭での指示であったために、受け止め方に差が出たものとする。

## VI 議論の経過

議論の経過、そして委員会での結論（提言の方向性）は次のとおりである。  
以下、項目毎に整理をする。

### 1 リスクマネジメントの観点

#### (1) 体制整備

組織体制を整備することは、病院としての医療安全推進のための全体図を明確にするとともに、各組織の役割を明示することに意義がある。

市民病院では医療安全に関する組織として、「医療安全推進委員会」「院内事故調査委員会」「医療安全推進室」の3つの組織があるが、それぞれの役割や相互の関係、各組織が担うべき責任が不明確となっている。

また、指揮命令系統が適正に機能しているとはいえない組織体制となっていることから、各組織の役割や責任の所在、さらに指揮命令系統が明確となるような体制の整備が必要である。

具体案として、①中堅医師を医療安全推進室に配置し、経験を積ませる等により医療安全体制を強固なものとする。②医療安全を担当する医師は他との兼務とせず、病院長直轄業務とする。等が考えられるが、取組みについては院内で検討する必要がある。

さらに、医療事故等が発生した際に迅速に対応できる仕組みを構築するとともに、現場でリーダーシップを発揮できる医師や看護師の育成も必要である。

なお、組織体制の整備にあたっては、その責任を確実に担うことが可能な組織体制とすることが重要である。

#### (2) マニュアル整備

マニュアルは、職員が業務上遭遇する様々な局面において、的確な判断をするために必要となるツールである。

市民病院では、一連の医療事故以降、県のマニュアルを参考に公表基準等の見直し等を行ったが、さらに実効性のあるマニュアルとするため、職員の視点から見た行動準則や、職種別のQ&Aを掲載したり、県や関係大学病院のマニュアルに準じ、医療行為別対策や、ヒヤリハット事例と防止策等を盛り込む等、職員がより理解しやすい内容のものとなるよう院内で議論を深め整備を行うことが重要である。

なお、マニュアル整備においては、「医療事故の定義」「警察への届け出の基準」「公表の基準」の3点を優先する必要がある。特にマニュアルで使用する用語の定義を明確にし、職員全員が用語を共通理解できるようにすることが重要である。

## 2 ガバナンスの観点

### (1) 採用の仕方

一連の医療事故に関係する当該医師について、その採用の仕方の問題はなかったかということについて検証した。

市民病院においては、事前に面接を実施した上で採用を決定しており、短時間の面接ではその「人物評価」は困難かもしれないが、採用前に前任地から得た情報を適正に評価し、当初に病院の方針を伝え、技量を事前に確認するステップが必要であった。

また、面接などの記録が残っておらず、採用までの合意形成の記録、評価等の記録を残すべきであった。

なお、当該医師は、学会が認める専門医資格を有していたが、経験が浅いため、採用後に適切な指導を行う必要があったことも申し添える。

### (2) 医療事故報告

一連の医療事故発生時、市民病院はマニュアルどおりに対処できたのかということについて検証した。市民病院においては、医療事故の定義が不明確であったこともあり、医療事故報告が必要かどうかの院内共通理解が行われていなかった。

合併症と医療事故の認識に関して、「合併症であり医療事故ではない」とする脳神経外科と、「合併症か否かに関わらず医療事故報告は必要」とする病院の認識の不一致があったことが伺われる。「合併症であっても医療事故として報告すべきものがある」という考え方が医療安全の質の向上の観点からも一般的であり、「予期せぬ合併症」等、定義付けで様々な条件をつける病院が多いが、これらの定義や基準をマニュアルにきちんと明記し、院内で共有することが重要である。

事案8が発生したときの医療事故報告については、当日口頭で報告されており、遅滞はなかったと考えるが、その後、内容の異なる2種類の検証報告書が提出されている。このことは、診療科内の見解の不一致、診療科長と当該医師との関係に問題があることも伺えるが、2種類の報告書を受理すること自体に問題があったと言わざるを得ない。

### (3) 過誤の認定と患者・家族への謝罪

医療事故報告書提出後、早期に院内事故調査委員会が開催されず、事案8の患者・家族に対して謝罪を行ったのは事故発生から4か月半が経過している。過失の有無の判断のため、院内事故調査委員会を早期に開催すべきであった。

院内事故調査委員会が早期に実施できていれば、その後の患者や家族への説明や謝罪等、各過程での対応もできていたはずである。

これらは、マニュアルに示されていることであり、事故が発生すれば、医療安全マニュアルの規定に従い、適正に対処すべきであった。



#### (4) 手術等中止の指示のあり方

事案8が発生したとき、病院長から、当該医師に対する手術等中止の指示が示された。

しかし、その指示は文書ではなく口頭で示されたものであり、事務部門等院内関係者の立ち合いもなく、手術等中止の範囲も明確ではなかった。

手術等中止の指示は、人の命に直結することであり、医療安全の本質に直結するものである。口頭の指示であったために、当該医師はもとより、ヒアリングで明らかになったように、院内関係者も、人ごとに手術等中止の範囲の解釈が異なる等、指示の目的が達成できない可能性が容易に伺える。

手術等中止の指示は重要な指示であることから、口頭での指示ではなく、文書で指示をすべきであった。

そうすることによって、指示の正当性が担保され、職務命令として順守されることにつながると考える。

#### (5) マニュアルの実効性の確保の仕方

市民病院においては、医療安全のためのマニュアルは整備されていた。

しかし、院内においてその内容が十分に理解されていたとは言い難く、「医療事故」や「医療過誤」の定義など根本的なことの共通理解ができていなかったと考える。

マニュアルについては、県や関係大学病院のものを参考に、市民病院の実態に即して見直しを行い、浸透させる取り組みを推進するべきである。

また、マニュアルを整備するだけでなく、浸透度を確認するための理解度テスト等を行ったり、医療安全を推進する「人」を育成すべきである。

#### (6) 院内事故調査委員会のあり方

一連の医療事故発生後、医療安全マニュアルの規定に基づく院内事故調査委員会が開催されていなかった。

速やかに開催し、その後の対応も含めて検討すべきであった。

特に事案8はレベル4bであることから、マニュアルに定める院内事故調査委員会を初期対応の段階で設置すべきであった。

院内事故調査委員会の目的は、医療事故の原因究明と再発防止策の検討であり、個人の責任を追及するものではないが、場合によっては医師法や刑法等により、個人が責任を負う場合もあることからすれば、委員会では丁寧かつ慎重に客観的な調査を行うことが求められる。

また、医療事故当事者と院内事故調査委員会の見解が異なったり、異なる可能性がある場合には、外部専門家の参加が必要となることもあるということに留意すべきである。

### 3 市民病院の風土・体質について

#### (1) 医療安全

医療事故が発生した場合、その事実を生じさせた者又は覚知した者は医療安全マニュアルの規定に従い、口頭及び医療事故報告書により医療安全推進室を経由し病院長まで報告することになっているが、当該医師が関係する一連の医療事故については、そのほとんどの場合において定めどおり実施されていない。

その原因については、医療安全マニュアルは職員全員に配布されているが、その内容について周知徹底されていなかった。又は、知っていたが報告しにくい職場風土があったのではないか。或いは、報告することによって、不利益を被る恐れがあるとの意識があったこと等が推察される。

こうした当事者側から見た報告の“しづらさ”に対しては、改めて、職員に対し「適正な報告をした場合、当該職員に不利益とならない」こと、ひいては、そのことが「事故を隠ぺいしたという非難から当事者を守ることに繋がる」ことを周知徹底することが必要である。

一方で、報告を受ける立場の者としては、報告者に対し常に真摯な態度で臨み、当該職員を責めること、あまつさえ責任を回避することがあってはならない。そのためには、組織の風通しを良くし、職員間のコミュニケーションを高める取り組みが必要である。

マニュアルについては、前述のとおり、作成し全職員に配布していたが、その内容について周知徹底されていなかったことが推察される。また、職員にとって理解しやすく身近なものとして捉えることができるよう、わかりやすい表現にすることも求められる。更には、マニュアルの実効性を高めるため、定期的な研修等を実施し、理解度を深める必要がある。

これまでの議論において明らかとなったこととして、市民病院では、しばらくの間大きな医療事故がなかったことから、病院全体として、実際に医療事故が発生した場合、適正に対応すべきであるとの認識が欠如していた。これについては、人の生命や身体を扱っているとの意識の徹底を求めるとともに、医療安全に係る事務についても適正に行われることを望むものである。

#### (2) 医師への指導

診療科の責任者である診療科長及び病院の管理者である病院長が、その職責を踏まえた対応を行うことが必要である。診療科長単独での指導が困難であれば、正副院長等も含めた複数人で対応する等、組織として指導や対応を行うべきものである。

### (3) 組織風土

市民病院は公営企業法の全部を適用した公営企業であることから、その権限と責任は明確であり、自主的な判断と運営を求められている。そうした中で開設者である市との関係については、双方が対等な立場で協議を行い、その結果については双方が責任を負うことが求められる。

## Ⅶ 委員会としての提言

委員会での議論や職員へのヒアリングの結果を踏まえ、委員会として以下の提言を行う。

### 1 市民病院の医療安全ガバナンスの現状

委員会では、医療事故はじめ市民病院の医療安全について、リスクマネジメントやガバナンスの観点から検証を行った。

医療安全推進室の設置や医療事故が起こった際の対応指針となる医療安全対策実施要項（マニュアル）の制定等、外形上、医療安全システムは整備されていたが、関係職員に対して行ったヒアリングでも明らかになったように、病院長以下、医療安全に携わる職員の間にはこれらのシステムに対する本質的な理解が不足していたこと、さらには職員によって対応に対する認識に差異があったことから、医療事故発生時に適正な対応が出来ていなかったという実態が明らかになった。

市民病院の医療安全への取り組みが十分に機能していなかったことが、大きな課題として浮き彫りとなった。

### 2 市民病院のこれからの医療安全に対する基本的な取り組みの方針

「医療事故は避けることはできない」との認識のもと、まず何よりも今の市民病院に求められることは「医療安全に対し、当たり前のことを当たり前にする」取り組みの姿勢である。

医療安全に対する取り組みや見直しを行うに際しては、全ての病院職員を巻き込んだ議論を行う等、病院の主体的な取り組みが何よりも大切なものとなる。

今回議論に上がった様々な問題や課題に対して、一つ一つ丁寧に向き合い、院内できちんとした議論を行っていく。その議論の過程を通じ、職員が医療安全に対する正しい認識を持ち、本質的な理解ができる取り組みを進めていくことによってはじめて、医療事故が起こった際に適切な対応を行うことができるようになって考えている。

具体的な改善項目や委員会の意見は報告書本文に記載しているとおりであるが、個々の項目での提言の根底に流れる大きな視点での意見を以下に述べる。

#### ア 生命を扱っていることに対する意識

医療安全の基本は「人間は間違える」ということがその第一歩であるが、一方で医療、そして、病院は究極、人の生命を扱っているという当たり前のことを十分に意識することが大切である。医療安全への取り組みはまず、そこから始まるということを職員に浸透させて欲しい。

#### イ 医療用語をはじめとする病院内で日常的に使う言葉・用語の定義を明確にすること

医療事故と医療過誤の指標となる合併症の定義や患者死亡時の報告の仕方等、マニュアルでの医療用語や手術等中止のあり方等について、職員へのヒアリングを行ったところ、人によって解釈が異なることが明らかになった。

医療安全ガバナンスの根幹となるこれらのことに対して、職員間で解釈の仕方が異なるようでは、ガバナンスのスタートラインに立てているとは言い難い。

これら医療用語の定義を明確にし、併せて職員に上手く浸透させ、勝手な解釈をすることのない体制を構築することがまずもって必要である。

#### ウ 職員へのガバナンス意識の浸透・高まり

都度都度、職員に医療安全に対する気付きの機会を与えることは大切である。

例えば、マニュアルの理解度テストを行う等、双方向性のある取り組みを行うことで、職員間でマニュアルの理解度に対する認識が高まるといった効果が期待できる。

本提言を踏まえ、様々な取り組みを行って欲しい。

#### エ 作業の効率化

一つ作業をしたら、以後は作業が重複することなく、オートマチックに処理できるシステムの確立を検討すべきである。このことは、「自身に不利なことを報告しろと言っても、自発的に報告を期待するのは難しい」という、人間心理からみても当然のことであり、検討する実益があると考えられる。

加えて重複するが、主なものを挙げると、

- ・ マニュアル整備においては、「医療事故の定義」「警察への届け出の基準」「公表の基準」の3点を優先すべきである。特にマニュアルで使用する用語の定義を明確にし、職員全員が用語を共通理解できるようにすることが重要である。
- ・ 手術等中止の指示は重要な指示であることから、口頭ではなく、文書で指示をするべきである。
- ・ マニュアルに定める院内事故調査委員会を初期対応の段階で設置すべきである。
- ・ 診療科の責任者である診療科長及び病院の管理者である病院長が、その職責を踏まえた対応を行うことが必要である。
- ・ 学会等の専門医資格を有している医師であっても、その経験や採用前に得た情報を適正に評価し、採用後に適切な指導を行う必要がある。さらに、診療科の指導のみならず、病院全体としての医療安全教育を行う必要がある。

- ・ 医療安全の推進のため、多職種による管理体制と、次世代のリーダーを育てていくことが重要である。

先に述べた取り組みの姿勢を保ち、これらの課題に真正面から取り組んでいくことが、市民病院が将来にわたり質の高い医療安全を確保することへの第一歩となる。

そして、生まれ変わった市民病院の医療安全に対する取り組みを余すことなく市民に示すことが市民の信頼を回復し、その先にある市民病院のさらなる発展に繋がっていくものであると確信している。

提言は、市民病院の医療安全に係る基本的な方針、すなわち市民病院再生への「道標」になるものと考えている。今後、市民病院においては委員会での意見や提言を参考に、真摯な取り組みをお願いしたい。

## Ⅷ おわりに

赤穂市民病院ガバナンス検証委員会は、令和元年度に発生した医療事故・医療過誤（以下、「医療事故等」という。）を契機として設置されたものである。

しかし、当委員会は、これらの医療事故等について、当該医師に過誤があったのか、あるいは合併症のためやむを得なかったのか等の医療上の問題を明らかにすることを目的とするものではない。病院組織として、このような医療事故等を未然に防ぐことができなかつたのか等、ガバナンス面の問題点を検証し、改善策を提言することを目的とするものである。具体的には、(1)医療安全推進体制について、(2)医療安全対策実施要項について、(3)信頼回復について、(4)その他について、報告することが当委員会に求められた役割である。

しかし、赤穂市民病院（以下、「市民病院」という。）には、「医療安全管理指針」が定められており、同指針（平成30年10月改訂版）には、「Ⅰ基本理念」「Ⅱ医療安全体制」「Ⅲ報告等にもとづく医療に係る安全確保対策」「Ⅳ医療安全マニュアルの整備」「Ⅴ医療事故発生時の対応」「Ⅵ医療安全のための研修」等が規定されている。つまり、すでに、同指針に基づいて、医療安全推進のための組織並びに役職等が設置されており、「セーフティマネジメント実施要項」「医療安全対策のポイント」の実施要項等も作成されている。

もちろん、これらの医療安全推進体制や医療安全対策実施要項等は完璧なものではない。今回の医療事故等の発生に影響したと思われる部分もある。事実、令和4年8月19日付、一般社団法人日本脳神経外科学会より医療安全管理体制など医療安全教育上の懸念事項があるとして、専門医指定訓練施設の認定停止を受けている。同学会からは「医療安全管理体制を適正に整備し、11事案について当時の医療安全体制の問題点を総括することが専門医指定訓練施設再認定の条件」とされている。

そこで、当委員会では、医療安全管理体制等をより精緻なものにするために、これらの改善点及び業務全体における改善点等について議論し、本報告書により報告させていただいた。市民病院におかれては、(1)医療安全推進体制、(2)医療安全対策実施要項等については、かかる報告を参照し、適切に改革に取り組んでいただきたい。

なお付言すると、仕組みや規程をいかに整えても、それらを実施する一人一人の職員がこれらの意義を理解し、日々実践しなければ、「絵にかいた餅」になってしまおう。研修会や理解度確認テストの実施等により、全職員が、これらの意義を理解し、日々実践し続けることによって、市民病院における「安全文化の醸成」を図っていただきたい。

赤穂市民病院ガバナンス検証委員会  
委員長 有田 伸弘

## Ⅸ 資料

### 1 赤穂市民病院ガバナンス検証委員会設置要綱

#### (設置)

第1条 外部有識者による医療事故等のガバナンス面からの検証を行い市民の信頼を回復できるよう、赤穂市民病院ガバナンス検証委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

#### (所掌事項)

第2条 委員会は、次に掲げる事項について検証し、その結果を病院事業管理者（以下「管理者」という。）に報告する。

- (1) 医療安全推進体制に関すること
- (2) 医療安全対策実施要項に関すること
- (3) 信頼回復に関すること
- (4) その他委員長が必要と認めること

#### (組織)

第3条 委員会は、次に掲げる分野のうちから管理者が委嘱又は任命する委員5人以内で構成する。

- (1) 医療安全分野
- (2) 組織ガバナンス分野
- (3) 憲法分野
- (4) 病院事務分野

#### (任期)

第4条 委員の任期は、委嘱又は任命する日より2年とする。ただし、再任を妨げない。

2 委員が欠けた場合における補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

#### (委員長)

第5条 委員会に委員長を置く。

- 2 委員長は、委員の互選により選出する。
- 3 委員長は、会務を総理し、委員会を代表する。

#### (会議及び議決)

第6条 委員会の会議（以下「会議」という。）は、委員長が招集し、議長を務める。

- 2 委員会は、委員の過半数の出席で成立するものとし、議事を決する必要がある場合は出席委員の過半数で決する。ただし、可否同数の場合は、議長の決するところによる。
- 3 前項において、委任状を提出した委員は会議に出席したものとみなし、議事を決する場合は委任状によって指名された者が代理してその可否を示すものとする。
- 4 委員会は、必要に応じ委員以外の者に会議への出席を求め又は他の方法により意見を聴取することができる。



- 5 会議は非公開とし、会議録を公開することとする。ただし、会議で決定した場合もしくは出席委員の過半数で決した場合は、会議録の全部又は一部を非公開とする。また、第2条に規定する委員会の報告後、速やかに報告書を公表するものとする。

(秘密保持)

第7条 委員は、その職務に関連して知り得た秘密を他に漏らしてはならない。任期が終了した後も同様とする。

(謝金)

第8条 委員（赤穂市職員である委員を除く。本条及び次条において同じ。）が委員会の職務に従事したときは、謝金を支給する。

2 前項の謝金の額は、以下のとおりとする。

(1) 委員長 日額12,000円

(2) 委員長以外の委員 日額10,500円

3 委員以外の者が、第6条第4項の規定に基づき会議に出席したときは、この者に対して、委員と同額の謝金を支給する。

(旅費)

第9条 委員が委員会の職務を行うために、会議に出席又は旅行したときは、旅費を支給する。

2 前項の旅費の額は、赤穂市病院事業職員の旅費に関する規程（昭和53年病管規程第5号）により算出した額とする。

3 第6条第4項の規定に基づき、委員以外の者が会議に出席したときは、この者に対して、旅費を支給する。この場合において、旅費の額は、委員と同様の取扱いとする。

(解散)

第10条 委員会は、その目的が達成されたときに解散する。

(庶務)

第11条 委員会の庶務は、市民病院医療課において処理する。

(補則)

第12条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関して必要な事項は、委員長が委員会に諮って定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和4年5月13日から施行する。

(招集の特例)

2 この要綱の施行の日以後最初に開かれる会議は、第6条第1項の規定に関わらず、管理者が招集する。

## 2 赤穂市民病院ガバナンス検証委員会委員名簿

	分野	所属団体等	氏名
1	医療安全	公益財団法人 兵庫県健康財団 理事長 兵庫県立こども病院 名誉院長	長嶋 達也
2	組織ガバナンス	H&S 法律事務所 弁護士	羽田 由可
3	憲法	関西福祉大学 教授	【委員長】 有田 伸弘
4	病院事務	公立宍粟総合病院 副院長兼事務部長	菅原 誠

## 3 開催経緯

### (1) 第1回

日 時 令和4年6月7日（火） 16:00～18:00

場 所 姫路・西はりま地場産業センター（じばさんびる）502 会議室

出席者（委員）

公益財団法人 兵庫県健康財団 理事長、兵庫県立こども病院 名誉院長：  
長嶋 達也

H&S 法律事務所 弁護士：羽田 由可

関西福祉大学 教授：有田 伸弘

公立宍粟総合病院 副院長兼事務部長：菅原 誠

### (2) 第2回

日 時 令和4年8月22日（月） 10:00～11:30

場 所 姫路・アクリエひめじ 404 会議室

出席者（委員）

公益財団法人 兵庫県健康財団 理事長、兵庫県立こども病院 名誉院長：  
長嶋 達也

H&S 法律事務所 弁護士：羽田 由可

関西福祉大学 教授：有田 伸弘

公立宍粟総合病院 副院長兼事務部長：菅原 誠

### (3) 第3回

日 時 令和4年11月22日（火） 14:00～16:00

場 所 姫路・アクリエひめじ 404 会議室

出席者（委員）

公益財団法人 兵庫県健康財団 理事長、兵庫県立こども病院 名誉院長：  
長嶋 達也

H&S 法律事務所 弁護士：羽田 由可  
関西福祉大学 教授：有田 伸弘  
公立宍粟総合病院 副院長兼事務部長：菅原 誠

(4) 第4回

日 時 令和4年12月22日(木) 15:00～16:30

場 所 赤穂市民病院別館会議室

出席者(委員)

公益財団法人 兵庫県健康財団 理事長、兵庫県立こども病院 名誉院長：  
長嶋 達也

H&S 法律事務所 弁護士：羽田 由可(オンライン)

関西福祉大学 教授：有田 伸弘

公立宍粟総合病院 副院長兼事務部長：菅原 誠

(5) 第5回

日 時 令和5年2月16日(木) 14:00～16:00

場 所 姫路・アクリエひめじ 404 会議室

出席者(委員)

公益財団法人 兵庫県健康財団 理事長、兵庫県立こども病院 名誉院長：  
長嶋 達也

H&S 法律事務所 弁護士：羽田 由可

関西福祉大学 教授：有田 伸弘

公立宍粟総合病院 副院長兼事務部長：菅原 誠

(6) 第6回

日 時 令和5年3月28日(火)

場 所 書面開催

出席者(委員)

公益財団法人 兵庫県健康財団 理事長、兵庫県立こども病院 名誉院長：  
長嶋 達也

H&S 法律事務所 弁護士：羽田 由可

関西福祉大学 教授：有田 伸弘

公立宍粟総合病院 副院長兼事務部長：菅原 誠

#### 4 医療事故報告件数

区分		H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	
事故等報告件数	病院全体	ヒヤリハット件数	409	512	409	526	720	584	659	646	682	712	622
		医療事故報告件数	83	74	67	67	80	118	91	91	38	34	9
		医療過誤報告件数	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
		事故調査委員会件数	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	うち脳神経外科	ヒヤリハット件数	11	47	26	30	23	17	15	26	29	28	6
		医療事故報告件数	3	6	8	10	5	9	2	6	8	1	0
		医療過誤報告件数	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
		事故調査委員会件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
脳神経外科体制	常勤医師数 (4月1日時点)	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	
	(年度途中異動)					H28.7.31 ▲1			R1.7.1 +1		R3.8.31 ▲1		

(注) 1 令和2年度より医療事故報告区分を変更した。

【変更前】転倒転落 損傷レベル区分（1はヒヤリハット、2～6は医療事故）

【変更後】転倒転落 損傷レベル区分（1・2はヒヤリハット、3～6は医療事故）

1 なし	患者に損傷はなかった。
2 軽度	氷・創洗浄・四肢の挙上・局所薬が必要となった。あざ・擦り傷を招いた。
3 中程度	縫合・ステリー・皮膚接着剤・シーネが必要となった。筋肉・関節の挫傷を招いた。
4 重度	手術・ギブス・牽引・骨折を招いた。または神経損傷・身体内部の損傷の診察が必要となった。
5 死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した。
6 UTD	記録からは判定不能。

2 令和4年度は12月までの件数を計上した。

3 令和2年度の脳神経外科医療事故件数には令和元年度の7件を含む（報告時点で整理した）。

