

群馬大学医学部附属病院における医療
の質保証体制の今後の改善に向けて

提言（最終）

平成 28 年 8 月 1 日

群馬大学医学部附属病院改革委員会

目 次

I	はじめに	・ ・ ・ ・ 1
II	背景と課題	・ ・ ・ ・ 2
	1. 診療体制	・ ・ ・ ・ 2
	2. 医療の質保証・安全管理体制	・ ・ ・ ・ 4
	3. ガバナンス	・ ・ ・ ・ 4
	4. 意識（風土）や文化	・ ・ ・ ・ 5
III	改善に向けて	・ ・ ・ ・ 5
	1. 安全で質の高い医療体制の確保	・ ・ ・ ・ 6
	（1）診療体制	・ ・ ・ ・ 6
	（2）医療の質保証・安全管理体制の強化	・ ・ ・ ・ 6
	①報告システム，チェック機構を含めた体制強化	・ ・ ・ ・ 6
	②医療安全教育，研修体制の充実	・ ・ ・ ・ 7
	③医療安全体制確立のための対策	・ ・ ・ ・ 7
	（3）医療の質向上に向けてのチーム医療の強化	・ ・ ・ ・ 7
	（4）継続性のある簡素な機能的システム	・ ・ ・ ・ 8
	2. 管理体制，組織改革	・ ・ ・ ・ 8
	（1）講座と診療科の整合性	・ ・ ・ ・ 8
	①医学系研究科と附属病院の体制	・ ・ ・ ・ 8
	②組織体制の見直し	・ ・ ・ ・ 8
	（2）講座と診療科の管理体制	・ ・ ・ ・ 9
	①管理能力	・ ・ ・ ・ 9
	②教員選考	・ ・ ・ ・ 9
	（3）病院のガバナンス強化	・ ・ ・ ・ 10
	（4）コンプライアンス体制	・ ・ ・ ・ 10
	3. 倫理・意識（風土）改革	・ ・ ・ ・ 11
	（1）現場の意識の把握	・ ・ ・ ・ 11
	（2）意識向上	・ ・ ・ ・ 11
IV	おわりに	・ ・ ・ ・ 11
	資料	

I はじめに

高度で良質な医療を提供する使命を持つ群馬大学医学部附属病院（以下「同院」という。）において、平成22年から26年の短い期間に、同一医師による腹腔鏡下肝切除手術を受けた8名の患者が死亡するという重大事案が発生した。このことはマスコミ等にも大きく取り上げられ、同院の診療体制、医療の質保証体制、並びに医療安全管理体制、さらには、医療倫理の在り方、保険診療の運用等に厳しい批判が寄せられた。同院では当該医師による開腹手術においても複数の術後死亡例が発生したことも判明している。同院は社会から痛烈な批判を浴び、既に特定機能病院の承認を取り消されるとともに、臨床研究中核病院整備事業補助金の交付申請を取り下げざるを得ない状況に追い込まれている。

何故このような診療体制が長期にわたって放置されたのか、診療科長（注）及び病院長が管理責任者として機能していたのか、何故、周囲からの報告もなく問題が顕在化することがなかったのか、本委員会は、その背景、根底にある問題を徹底的に探らねばならないと判断した。

委員会では同院から提出を受けた資料や関係者に対するヒアリング、現地視察等により、問題点を抽出した上で、問題が起こった背景を追究し、今後、同院がとるべき改善策につき様々な視点から議論を行った。

その結果、この様な重大事案を二度と発生させないために、診療体制や医療の質保証体制並びに医療安全管理体制を抜本的に改善するとともに、同院の全ての職員の意識を改革し、同院の持つ独特の風土を抜本的に改めることが必要であるとの結論に達した。

同院は、重大事案発生後、鋭意改革に取り組みつつあるが、委員会では、より迅速な改善を促すため、それまでの議論を踏まえ、平成27年10月に中間まとめという形で提言をまとめた。

その後、同年7月に改めて設置された医療事故調査委員会が、平成28年7月に医療事故の原因や改善に向けた提言などを明記した「群馬大学医学部附属病院医療事故調査委員会報告書」をまとめたことから、その調査結果や同院で取り組んでいる改革の状況を踏まえつつ、所要の見直しを行い、本委員会の最終提言とした。

（注）「診療科長」については、提言に添付した資料の最終頁「診療科長の変遷」参照

II 背景と課題

同院は、県内唯一の大学病院であり、自治体が設置する総合病院の無いこの地区では地域医療における極めて重要な機能を果たしている。また、多くの地域医療機関には卒業生が数多く勤務するなど医師養成機関としても重要な役割を担っている。しかしながら、競争相手がおらず、医師を派遣して貰う立場にある地域医療機関から絶えず追従を受けるなどの特殊な地域環境の下で、独特のヒエラルキーが構築され、その結果、当該診療科では、医師が真の意味での患者本位の医療を提供する視点を備えるに至っていなかったのではないかと考えられる。

患者数が増加する一方という状況下で、ベッド数や医師数に対して手術件数が多いことや診療終了が夜間におよぶ診療科があるなど、職員への負担が増える中、特に今回重大事案を引き起こした診療科の肝胆膵外科チームは所属する医師の人数が少なかったため、担当医師の労働負担が大きかった可能性がある。さらにこれに加えて、病院としての診療実績を上げる意識が強く働いていたことも、状況を悪化させた要因となった可能性がある。また、大学側の労務管理に対する監督も不十分であったものと推察される。

また、群馬大学自体は4学部の小規模な大学であるが、キャンパスが散在しており、それぞれ独自の歴史を持って発展してきた学校が統合して一大学になったという歴史的背景がある。その中で医学部(病院)は部署規模としても大きく、発言力も大きいことから、大学としてのガバナンスが及ばなかったと言う面もあったものと推察される。

1. 診療体制

現在は、同院の外科系診療科には、消化器外科、呼吸器外科、乳腺内分泌外科などが置かれているが、平成27年3月までは、旧講座である外科学第一講座と外科学第二講座に所属する医師が各診療科にそれぞれ分属していた。このため、消化器外科では、実際は旧講座の教授の指揮命令系統のもとに、消化器外科(一)、消化器外科(二)のように、独立した組織として運営され、対応する疾患は重複しているにもかかわらず、協力体制は築けていなかった。これは二つの組織間に確執があったためというよりは、関連する地域病院も異なっていることもあってお互い無干渉という慣行があったためのものである。両者の医療行為においても、診療体制、治療方針、患者・家族対応方針などに大きな違いがあり、これが安全管理面や運営上の効率性に負の影響を与えた可能性が高く、こうした状況を病院が問題として認識していなかったため、改善を図る動きは起きなかった。旧第二外科で多くの死亡事例が発生しているにもかかわらず、専門領域を同

じくする専門医が在籍する旧第一外科に医療の質向上，医学発展のために評価を求めることなく，また旧第一外科においては旧第二外科の状況に関心を払い，協力して，死亡事例の軽減に努めていなかった実態は，病院として医療安全体制が十分に機能しておらず，患者中心の医療が十分に行われていなかったことを示している。

特に消化器外科では，旧第二外科の肝胆膵外科チームは，担当医は2～3人の少人数で運営され，スタッフ数に見合わない数の患者の診療，手術をこなしていたことが明らかとなっている。こうした状況が，診療科長の指導力不足（後述）ともあいまってカンファレンスの機能不全や診療録（カルテ）及び説明同意文書の記載不十分など医療の質の低下を引き起こしたものと考えられる。説明同意文書は，医師が提示した方法以外の治療方法や治療によるリスクに関する情報を含むべきもので，極めて重要なものである。さらに診療録の記載と合わせて，医療行為の一部を形成し，医療の質向上に多大な役割を果たすものである。インフォームド・コンセントを得るまでの諸作業が適切に行われていなかったことの大きな理由は，その意義に対する医師の理解が不十分であったこと，チーム医療体制が十分に取られていなかったことのほか，説明文書が病院内で統一されていなかったばかりか内容の質的検討がなされていなかったこと，並びにインフォームド・コンセントに関わる作業の結果をチェックする体制が構築されていなかったことであると考えられる。また，医療事故調査委員会報告書に添付された日本外科学会の報告には，「医師の診療記録が不十分であった問題については，特定の医師に限ったことではなく，程度の差はあるが旧第一外科，旧第二外科共通にみられた」旨の記載がある。診療録の記載は，医師法で定められた重要な診療行為であり，他の医師や看護師等が患者に対し，医療行為を行う場合の重要な情報になるとともに，診療行為の妥当性に対する検証にも必要不可欠である。診療録の記載が不十分であった点については，同院はこれを病院全体の問題として捉え，今後早急に改善を行う必要がある。

また，診療科の運営方針及び診療方針が診療科の合議によらず，担当の教授あるいは担当医師のみによって決定されていたため，医療行為が，閉鎖的，属人的な医療となっていたことも確かである。また，旧第二外科では，合併症死亡例カンファレンスが十分に行われていたとは思われず，手術及び術後管理の適正度を検証するシステムも十分に機能していなかった。今回の重大事案は，肝胆膵部署におけるこれら体制的欠陥と，医療に従事する者としての適格性を疑わざるを得ない医師がこの体制の主要な構成員であったことによって起ったものと思われる。加えて，問題はそのような状況を解消できなかった管理体制や指導体制にあった。

なお，日本外科学会の報告書によると，旧第二外科のみならず，旧第一外科に

においても、上記診療記録だけではなく、その他各種記録の記載が不十分である、死亡事案の多くにおいてインシデント報告が出されていない、カンファレンスが十分に行われていない等の問題があったことが明らかになっている。

また、保険適用外の腹腔鏡下肝切除術のような診療行為を、医師が研究目的でないと認識して行う場合について、倫理的、科学的観点から審査を行う体制が整っていなかった。

さらにもう一つの大きな問題として、診療科とそれを支える医学系研究科の講座構成にねじれがあり、これにより学問領域としての臓器、機能別に、診療科の役割分担ができていないという弊害が生じていると言う点があげられる。即ち、講座構成が診療科に対応したもとはなっていないのである。診療科の方は平成27年4月に外科診療センターとして統合されたが、医学系研究科の講座構成は現在も変わっていない。（改善に向けた検討の状況については、後述する。）

2. 医療の質保証・安全管理体制

発生したインシデント、バリエーションについては、合併症のケースを含めて報告しなければならない制度は存在したが、診療科で報告対象と考えない限り報告がなされないという問題があった。すなわち、医療従事者のインシデント、バリエーションに対する共通認識が不十分であり、医療安全を確保するための十分な報告がなされなかった。また、当該診療科からの報告がなくてもそれを把握できる医療安全管理体制の構築、把握すべき事例の認識、医療の質保証体制などはいずれも不十分であった。各診療科の状況を把握するため、病院長が自ら現場に足を運ぶこともほとんどなかった。

看護部や集中治療部では、当該診療科の術後の対応に課題があったことは認識していたものの、チーム医療体制が不備であったため傍観者的態度に終始せざるを得ず、さらに改善を申し入れる部署も設定されていないという問題もあった。このようにチーム医療体制が構築されておらず、他部署から報告や指摘がなされず、問題が顕在化しないという体制は、病院全体の風土から来るものと考えられる。

医療安全管理部門が十分に機能できていなかった背景にある体制を抜本的に変えなければならない。これまで、体制はあってもそれが十分に機能しなかった背景には、診療科に対して医療の質保証の面からの介入ができなかったこと、医療安全に関わる医師が専従でなかったために十分な対応ができていなかったこと、管理責任者を含め病院関係者全体に、医療の質の問題に関与すべきであるという認識が不足していたこと等の状況があった。

3. ガバナンス

診療科長は、今回の重大事案に関わる死亡事例については個別の報告は受けていたが、短期間に死亡例が重なっているという認識が低く、診療科内で問題として取り上げなかった。また、診療科長は術者として登録されていたにもかかわらず、実際の手術には必ずしも参加していなかった点は、重大な問題点として指摘されよう。さらに、診療録の貧弱な記載については、安全管理部、看護部や事務部からたびたび指摘がなされていたが、診療科長が指導力を発揮しなかったため、状況が改善されることはなかった。そればかりか、診療科長が科内で行っていた治療内容について明らかに不適切なデータを学会誌に公表するという事実も判明している。

以上の様な診療録記載に関する診療科の問題は、時には病院長に報告されることはあったが、これを受けた病院長は診療科長に注意するにとどまり、改善に向けて動き出すことはなかった。この様な診療科長及び病院長の管理能力の不足が病院として指摘される風土はなく、個人の判断に任せるのが常態化していた。要するに、診療科の独自性が非常に強かったため病院全体のガバナンスが機能せず、提供される医療に関する組織的な安全保証の取り組みが構築されなかったのである。

4. 意識（風土）や文化

同院では、医師の約三分の二が群馬大学出身者で占められており、先輩後輩関係、恩師と弟子関係の中で、群馬大学独特の文化が濃縮、構築され、先輩、恩師に対して発言しにくい風土が出来上がっていた。また、病院運営や教授選考もこの様な風土の中で行われていたものと考えられる。一般に、こうした風土が一旦組織内に定着すると、構成員はそれからくる弊害に気が付き難い。そのような状況が同院では常態化していたものと考えてよい。

この結果、他の部署には口を出しにくい、従前からの慣行の踏襲が基本とされ改革ができない、といった状況が固定化し、チーム医療や患者本位の医療、十分説明する姿勢など、時代が要請する流れに取り残される結果となってしまったものと推測される。

III 改善に向けて

群馬大学医学部附属病院における問題点は、低質な医療が提供され続けたにも拘わらず、その実態が顕在化しなかった結果、病院が問題として認識することが

できず、対策が講じられなかったことである。その背景には、前述したような風土の問題があり、結果として、最も重要な患者視点での医療が提供されていなかったのである。

同院では既に診療体制の改善や統一説明同意文書に基づいたインフォームド・コンセントの充実、高度で良質な医療を提供するための医療安全管理体制の構築、医療の質保証体制の充実等様々な改善を行いつつある。しかしながら、これが応急処置的な対応に終始しては、現場の疲弊を招くばかりであり、継続性を保つことは難しい。今後は、これまで築いてきた体制を検証し、安全性の確保と効率化を図った上で、継続可能なシステムとする必要がある。これを群馬大学医学部附属病院の文化として定着させ、高度で良質な医療を提供するための確固たる体制を構築する特段の努力がなされなければならない。

1. 安全で質の高い医療体制の確保

(1) 診療体制

平成27年4月に、外科診療センターとして、これまであった旧第一外科、旧第二外科のグループ制を廃止し、各専門分野に診療科長を置く新たな診療体制が構築された。同センターでは病院長が指名するセンター長のもとで、全体カンファレンスの体制を整え、合併症や死亡症例の検証も充実した体制で行われている。しかしながら、これらの改善策は、医学系研究科の体制を変えない状態で実行されたため、各診療科の医師の配置数は不均等のままであり、院全体の組織体制の根本的問題は積み残しとなっていた。この点に関しては、平成29年4月から、外科専門分野を外科学講座として一本化するとともに、講座内には診療科の専門分野に対応する教育研究分野が置かれることが、平成28年1月の医学系研究科教授会で決定している。この体制の変更が、形式的な改革に終わることがないように特段の注意が必要である。

(2) 医療の質保証・安全管理体制の強化

① 報告システム、チェック機構を含めた体制強化

既に、報告システムの具体化、各部署への積極的な参画や働きかけ、集中治療部や手術部と連携した報告体制などとともに、全死亡症例の検証など能動的な問題事例把握体制を構築し、今回のような事例を漏れなく把握

する体制は整えられている。また、事前の問題事例把握のためのハイリスク手術の検討体制や説明同意文書の承認体制も構築し、これらを運用しはじめている。その定着、継続が今後の課題である。

医療の質保証や医療安全に対する意識の啓発活動を行っていく体制は既に出来上がっているが、報告制度を根付かせるためには、同じ事案について複数の部署からインシデント報告が上がってくる仕組みの構築、合併症・偶発症も積極的に報告するという意識付け、医師からの報告が上がりやすくする工夫等が必要である。その上で、同一医師が問題となる事象を複数件続けて引き起こした場合には、一旦その医師による医療行為を中止して外部専門家の評価を得るなど、具体的な対応策についても検討する必要がある。また、診療科・診療部門など組織を越え、職種を越えた多職種によるチーム医療の体制を構築し、医療安全管理者の権限を確保するとともに、医療安全管理部門が組織横断的に活動できるよう病院長直下の組織体制とする等の工夫が必要である。その際、新たに設けたコンプライアンス推進室との機能重複を避け、効率的な運営が行われるよう留意すべきである。

② 医療安全教育、研修体制の充実

医療安全教育については、国立大学附属病院長会議医療安全管理協議会においても論議がなされているが、カリキュラムや時間数など統一されたものがなく、その内容は大学によって異なっている。医療安全管理担当者が必要性を訴えても履修時間に限度がある中では、時間の確保が非常に難しい状況にある。

しかし、同院での今後の医療安全・質保証管理を考えた場合、学生の時代から一貫して教育を行う体制の構築は必須である。今回発生した重大事案を踏まえ、全国のモデルケースとなるような、若手医師、職員へと切れ目なく教育、研修を継続していく一貫した医療安全教育、研修体制を整えることが望まれる。そのためには、時間数の確保など、病院、医学部を挙げての体制構築、中でも実際に教育を担当する医療安全管理部門をバックアップする体制の構築が必要である。

③ 医療安全体制確立のための対策

医療安全は、医療の質を確保するために不可欠な課題である。また、安全な医療を安定的・継続的に提供するためには、全職員が医療安全の重要性を認識し、業務を遂行することが必要なことから、医療安全に係る専門

性を有する専従の医師及び看護師等による体制を確立し、その部門責任者の権限を確保し、さらなる強化を図るべきである。

(3) 医療の質向上に向けてのチーム医療の強化

既に、院内で承認された基本となる説明同意文書は作成され、その質的チェックが行われつつあるとともに、患者への説明の際の看護師のかかり方などの見直しもなされている。

良質な医療の提供には、チーム医療が必須であることは、再三指摘したとおりである。これまでの体制を振り返り、患者視点を重視した最適な方策を誰もが提案し、それを共有できる風土を創り上げなければならない。他部署、他職種が意見の言えない風土を払拭し、病院全体でチーム医療を推進していく必要がある。

(4) 継続性のある簡素な機能的システム

同院は、重大事案発生後に、十分な機能を発揮し得る新たな体制構築を行い、表出された問題点への対処を行ってきた。今後は、急な変革による歪みを点検し、体制の整理、統合など、簡素化を図ることが必要である。既に定着し機能し始めている部分もあるように見受けられるが、体制の整理、統合等に当たっては、医療関係者の負担軽減を考えての再構築の検討が必要であろう。

2. 管理体制，組織改革

(1) 講座と診療科の整合性

① 医学系研究科と附属病院の体制

今回の改善以前は、同じ診療科の同じ領域であるにもかかわらず、旧来の講座制下での各々の教授の権限の下、別個の指揮命令系統により診療が行われていた。しかも、診療科毎に医師の配置数は不均等であり、均一な診療の質を確保する体制に問題があった。今後、医学系研究科をわかりやすいシンプルな構成にして、教育と研究の質を上げ、診療科と一体になって質の高い医療行為が行えるよう、医学系研究科の体制の変更が不可欠である。

② 組織体制の見直し

専門医療への特化，縦割り体制の進行等により，大学病院では，マンパワーの不足が慢性化している。しかしながら，ハイリスクな医療に対する国民の要求は増加する一方であり，これらの現場は専ら，少数の意識の高い医師が中心となった医療チームによって支えられている。今回の診療科の統合により，肝胆膵外科は人数が増えたが，循環器外科など一部の診療科は，新たな人材が確保しにくいいため，少ない人数での診療体制が現在も続いており，その結果，医師の業務負担の度合いに著しい差異が生じることが懸念される。ハイリスクな医療を提供する部門に対して，病院としての対策の検討が望まれる。同時に，医療の質を担保し，安全性を評価するための体制の見直しも忘れてはならない。

今回，准教授，講師の職にある医師が診療科長として専門領域の責任を担うことになったことは，実質的な診療体制面での進歩である。先に述べたごとく，平成29年4月には，外科専門領域を外科学講座として一本化し，診療科の専門分野に対応する教育研究分野を置く予定とのことであるが，教育・研究面並びに医療面において，一つの組織の中で，共通の目標や使命感を持ち，それぞれの専門性を生かしつつ，お互いに協力し同僚評価を行うような一体的な体制づくりが必要である。また，自己評価のみならず，医療の質を担保するための外部評価システムの構築も必要と思われる。

(2) 講座と診療科の管理体制

① 管理能力

医療を提供するにあたって，特に医学生や医師の養成，教育を大きな責務とする大学病院において，診療科長並びに教授の能力，資質を適切に評価することは重要である。問題がある場合には，病院内で自発的に指摘がなされ，改善を図ることが出来る体制が必要である。トップが，管理能力を備えており，病院としての体制が整っていれば，このような問題は生じない。

また，診療科長や教授などは，臨床医として一流であっても，管理能力を備えているとは限らない。管理能力はトップの資質として欠かせないものであるため，これを自ら学んで身に付けようとする不断の努力が必要である。

② 教員選考

教授の選出は選考過程から検討し直すべきであり，採用後もチェックす

るシステムが必要である。教授の選考においては、これまでのような研究・教育業績主体の評価では不十分であり、手術などの診療面、研究倫理や安全管理に関する活動実績等もエビデンスに基づいて十分に考慮すべきである。ハイリスクな診療を率いるトップは、秀でた臨床能力とともに組織を管理する能力が必要であり、そのような人材を確保できるような選考方法・体制を構築すべきである。また、教員の採用においては、教授に限らず、公募を行うことに努めるとともに、選考委員会に外部委員を加えるなど、厳格な対応が求められる。

(3) 病院のガバナンス強化

国立大学附属病院長会議では、平成28本年6月に国立大学附属病院における医療安全体制の再構築、経営体制の強化、将来の医療を担う人材育成等の課題に対応するため、病院長の権限と責任を明確にするとともに、病院長の選考の在り方について改善する必要があるとして、「国立大学附属病院のガバナンスの強化に向けて」の提言がまとめられている。

この提言については、各大学の状況を考慮し、自主的な判断に基づく柔軟な取扱いを可能とすべきであると明示されているが、これまで指摘してきたとおり、ガバナンス強化は同院における喫緊の課題であり、同提言に対する早急な対応が求められる。特に、病院長が実質的に診療科長等の人事権を持ち、任免にかかる権限を行使することが可能となるための制度改正が必要である。

現在、同院の病院長は病院担当の理事を学長が指名し、その者が病院長を兼務することになっているが、病院長の職務や権限を明確化するためには、病院長の選考過程において、病院長選考会議を設置し、関係教職員等の意見を聴取して、複数の候補者の中から識見のある者を学長が選考するなどの制度の変更が必要である。

(4) コンプライアンス体制

病院各部門の業務のチェックは、医療安全、保険診療、システム統合、臨床試験などの各部門を所掌する委員会で行われていたが、近年の改善により、全ての委員会の上部組織としてコンプライアンス推進室を設け、二重のチェックを行う体制が構築された。今後、現場や各部門の負担も考慮し、これを効率的に運営することが望ましい。

また、学長のもとに病院コンプライアンス委員会を設置し、外部の専門家が中心となって、大学全体としてのPDCAサイクルをチェックする体制も

整えられている。

これを機能させるためには、自己点検・評価が適切に行われなければならないことを理解した上で、今後は、これらの体制が継続的に機能するよう努力していくことが肝要である。

3. 倫理・意識（風土）改革

（1）現場の意識の把握

トップダウンの体制も必要であるが、現場の声、特に若手の意見を取り入れつつ改善を進めるべきである。他部署、他職種に口を出せない、言えないという風土は払拭しなければならない。病院長が管理責任者として職員の見解に真摯に耳を傾ける意識の構築が必要である。

（2）意識向上

意識や風土の改革に向けては、患者本位の診療の真の意味、すなわち病院の理念を病院長と現場の職員全員が共有し、自発的に問題を指摘する体制を構築しなければならない。これなくしては、今回発生したような重大事案の再発防止は不可能である。また、現場レベルに至るまで意識改革の必要性を浸透させるために、あらゆる視点からの検討が必要である。

IV おわりに

同院では、殆どの医療関係者は真摯に医療業務に従事しており、今回の重大事案につながる院内の問題点を認識していなかったわけではない。しかし、本文中でも何度か触れた如く、同院には物を言い難い風土があり、問題をシステムとして拾い上げ、有機的に改善に結び付ける体制が構築されていなかった。重大事案発生後、問題点を抽出し、改善策を進めているが、医療関係者に新たに過度の負担を強いることなく、先ずは、現存する体制を見直すとともに、これまで行ってきた改善策の成果を評価し、安全性を確保した上で病院のシステム全体の徹底的な効率化を図るべきである。

高度で良質な医療を提供する体制を整え、大学病院の使命を果たすためには、診療の根幹に係る医療の質保証体制や安全管理体制の整備、意識（風土）・文化を継続的に改革するためのトップダウン体制の構築と、現場の声をくみ上げられる体制作りが必要である。

また、医学系研究科の講座構成を、診療科のそれに対応するように改革するという喫緊の課題については、再三述べたように、平成29年4月から適用されるように既に機関決定しているが、適切で確実な運用が求められる。

本委員会の提言した改善に向けた具体的取組を真摯に実行し、その進捗状況を、外部の専門家が中心となって構成された病院コンプライアンス委員会によって定期的に精査し、その結果を速やかに社会に公表することが求められる。

なお、昨年（平成27年）11月に発生し本年7月8日に同院が発表した整形外科における医療事故においては、新たな説明同意文書の様式が使用されず、従前の文書を使用し、記載も不十分であったことが明らかになった。このことは、医師一人一人の問題意識が未だ十分でなく、同院全体での改革に対する意識が共有されていないことを示しており、さらなる意識改革とコンプライアンス機能の強化が求められる。

これまでの重大事案を教訓として全職員が危機感と緊張感を持って改善の努力を重ね、失われた信頼を回復し、地域に大きく貢献できる体制が一日も早く築かれることを強く望むものである。

群馬大学医学部附属病院改革委員会名簿

平成28年4月1日現在

氏名	職名	備考
味木 徹夫	神戸大学医学部附属病院特命教授(医療の質・安全管理部)	
伊藤 鉄男	弁護士, 元最高検察庁次長検事	委員長代行
川崎 誠治	順天堂大学医学部附属順天堂医院肝・胆・膵外科教授	
木村 孟	大学評価・学位授与機構顧問, 元東工大学長, 元大学評価・学位授与機構長	委員長
小松原 明哲	早稲田大学理工学術院創造理工学部経営システム工学科教授	
宮坂 信之	前東京医科歯科大学医学部附属病院長, 前千葉大学監事	
山口 育子	NPO法人ささえあい医療人権センター COML 理事長	

(敬称略・五十音順)

国立大学法人群馬大学医学部附属病院改革委員会規程

平成 27. 4. 22 制定

(設 置)

第 1 条 国立大学法人群馬大学に、医学部附属病院改革委員会（以下「委員会」という。）を置く。

(任 務)

第 2 条 委員会は、医学部附属病院における腹腔鏡下肝切除術等の事故に関連した諸問題を踏まえ、再発防止のために病院の体制、規定、運用等について検証し、改善策の提言を行う。

(構 成)

第 3 条 委員会委員は、学長が委嘱する外部有識者 8 人以内をもって構成する。

2 委員会に委員長を置き、委員の互選により決定する。

3 委員長は、委員会を招集し、その議長となる。

4 委員長に事故があるときは、委員長があらかじめ指名する委員がその職務を代行する。

(会 議)

第 4 条 委員会は、委員の過半数の出席がなければ会議を開くことができない。

2 委員長が必要と認めたときは、委員以外の者を会議に出席させ、その意見を聴くことができる。

(事 務)

第 5 条 委員会の事務は、総務部総務課において処理する。

(規程の改廃)

第 6 条 この規程の改廃は、役員会の議を経て、学長が行う。

(雑 則)

第 7 条 この規程に定めるもののほか、委員会に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この規程は、平成 27 年 4 月 22 日から施行する。

群馬大学医学部附属病院改革委員会の審議経過

[委員会]

第1回 平成27年5月25日（月）

- 群馬大学からの状況聴取及び課題整理について
 - ・ 大学から、腹腔鏡下肝切除術の事故報告及び改善状況等について聴取し、今後の課題等について意見交換を行った。
 - ・ 本日の開催概要を記者発表することとし、議事概要を群馬大学ホームページで公表することとし、次回以降は、会見せず同様にホームページに公表することとした。

第2回 6月24日（水）

- 問題の検証について
 - ・ 第1回で意見のあった医療事故の疑問点について大学から、説明を聴取した。
 - ・ 病院視察を行った委員から、報告があった。
 - ・ 問題の検証について意見交換を行った。

第3回 7月 7日（火）

- 問題点と対応策について
 - ・ 大学から、医療事故の問題点とこれまで行われた対応策について説明を聴取した。
 - ・ 大学から、各委員からの問題を検証した質問事項について、説明を聴取し、意見交換を行った。

第4回 7月28日（火）

- 対応策の整理について
 - ・ 大学から、委員からの質問事項に対する回答について、説明を聴取した。
 - ・ 病院視察を行った委員から報告があった。
 - ・ 大学から、医療事故に関する今後実施すべき対応策の説明を聴取し、意見交換を行った。
 - ・ 委員長から提言骨子（案）が示され、検討を行った。

第5回 8月27日（木）

- 中間まとめの検討について
 - ・ 大学から、これまでの意見をまとめた内容について説明を聴取し、

意見交換を行った。

第6回 9月25日（金）

○ 中間まとめの検討について

- ・ 大学から、これまでの意見をまとめた内容について説明を聴取し、意見交換を行った。

第7回 10月26日（月）

○ 中間まとめの確認

- ・ これまでの各委員からの意見をまとめた内容について、意見交換を行い、確認した。
- ・ 中間まとめを公表することとした。

第8回 平成28年3月30日（水）

○ 中間まとめの取組状況について

- ・ 中間まとめの提言後、医学部附属病院の改善に向けたこれまでの取組状況について、大学から説明を聴取し意見交換を行った。
- ・ 医療事故調査委員会の状況を踏まえて、最終提言を行うため、改めて招集することを確認した。

第9回 7月19日（火）

○ 最終提言について

- ・ 医学部附属病院の改善状況及び医療事故調査委員会が作成した報告書（案）との整合について、また、整形外科における医療事故について、大学から説明があった。
- ・ 最終提言（案）について、意見交換を行い、改めて招集することを確認した。

第10回 8月1日（月）

○ 最終提言について

- ・ 最終提言（案）について、意見交換を行い、一部修正の上確定した。

[病院視察]

平成27年5月20日（水） 附属病院視察（ヒアリング）山口委員

平成27年6月12日（金） 附属病院視察（ヒアリング）小松原委員

平成27年7月10日（金） 附属病院視察（ヒアリング）伊藤委員

平成27年7月24日（金） 附属病院視察（ヒアリング）木村委員長，小松原委員

《 診 療 科 長 の 変 遷 》

— 消化器外科関係 —

医学系研究科(医学部)

1949年設置

外科学第一

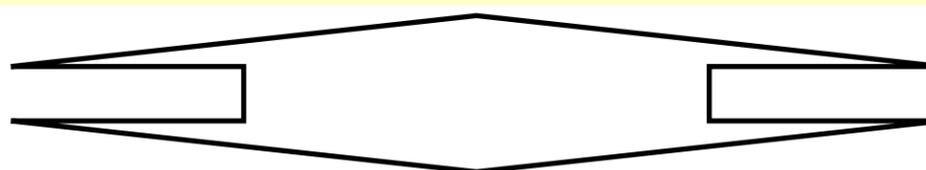
2003年 4月大学院部局化

病態総合外科学 A教授(1998年 5月 1日就任)

1954年設置

外科学第二

臓器病態外科学 B教授(2006年11月 1日就任)



附属病院

2002年 4月臓器別・機能別 6系大診療科に編成

1949年設置

第一外科
A教授

1954年設置

第二外科
B教授

消化器外科

消化器外科
診療科長A教授 ※
診療科長就任
2002年4月1日

消化器外科(1)
A教授(食道を中心にした上部消化管専門)

消化器外科(2)
B教授(下部消化管専門)

※発令上の診療科長。

実際の権限は、旧第一外科、旧第二外科教授が有していた。

2015年4月内科・外科診療センター設置

2015年4月1日
外科診療センター
センター長 A教授

循環器外科C科長

呼吸器外科D科長

消化管外科A科長

肝胆膵外科G科長

乳腺内分泌外科E科長

小児外科F科長

(※)注 診療科長

大学として、発令した消化器外科の診療科長は、旧外科学第一講座(現病態総合外科学)の教授である。

しかし、実態として院内では、「消化器外科」の中に、「消化器外科(一)」と「消化器外科(二)」という2つの診療科が存在し、消化器外科(一)は旧外科学第一講座(現病態総合外科学)の教授が、消化器外科(二)は旧外科学第二講座(現臓器病態外科学)の教授がそれぞれ所掌するという組織となっていた。本文中(Ⅰ及びⅡにおいて)で診療科長と記述しているのは、消化器外科(二)旧外科学第二講座(現臓器病態外科学)の教授の意である。