

メリットは大きい。モデル事業の解剖には、他の領域の医師と協力しながら学ぶメリット、犯罪捜査への協力でなく事故の再発予防という善意に基づく「やりがい」がある。今後、法医学会・病理学会がともに「医療承諾解剖認定医」制度を発足させる必要がある。例えば、両学会主催の講習会への参加・医療承諾解剖3例への立ち会い等を要件として、両学会の認定医資格保有者に新たな資格として認定する他、臨床医にも要件を定めて資格を認定し、解剖執刀者の養成をはかる必要がある。

解剖医の養成と共に、解剖に立会う医師、医療評価を実施し報告書を作成する医師を確保し、訓練する必要がある。現在、解剖立ち会い医は、解剖実施機関で執刀者等が捜している。立ち会い医は、解剖前、診療録や画像を検討し、主治医等に対する事情聴取をして、問題の所在を把握し、解剖に立ち会って指導する。特に、手術に関する事例で外科医等が執刀した場合、局所解剖と手技を理解しているため、質の高い解剖が円滑に行われ、解剖医に対する教育効果が高い。臨床評価医は、教授・助教授クラスが選任されるため、多忙であり、評価結果報告書の作成に時間を要し、地域評価委員会の日程調整に難渋することが多い。また、受任者を捜すのが難しいことが多い。ドイツでは、州医師会（強制加入）が患者の苦情を受け、年間1万件以上の鑑定書を作成している。若手医師が指導医の指導を受けて鑑定書を作成し、それが昇進時に業績として評価される。日本でも、助手クラスの医師の昇進時の業績要件として、報告書最低1件を教授・助教授とともに作成し、学会が論文査読形式で複数の専門医に評価させ、修正などを経て発行するなど具体的なインセンティブが求められる。また、学会認定医の資格要件に医療承諾解剖への参加を加えるとよい。さらに、鑑定料を依頼病院等が規定に基づき負担することが求められる。

総合調整医は、調査受け付けの可否の判断、事業の全過程における問題への対処が求められる。総合調整医には、本来、英国のコロナーのように調査過程の全般に対する権限付与が求められる。現状では、法医学・病理学の教授がつくことが多いが、多忙と権限のなさから、極めて負担が大きい。当面、比較的最近引退した臨床・法医・病理の教授等から複数選任し、地域ごとに当番制を引くことが望ましい。また、基幹保健所・都道府県医療課・法医学教室等を窓口とし、専任スタッフを付けて補助することが望ましい。

調整看護師は、調査依頼の連絡に対応し、関係者に連絡して、解剖実施の機関・期日などを調整し、解剖時と解剖後の説明時には、遺族に寄り添って話を聞き、必要な説明をする。これまで調整看護師は直接、医師に伝わらない苦情や疑問を聞き出し、また、患者側・遺族側の橋渡しをしたりする役割を果たしている。さらに、評価担当医や地域評価委員会構成員が、当該病院に調査を依頼する場合、取次ぎ、委員会や説明会の日程調整を行っている。従来の異状死届出では、警察官が行っていた遺族対応を調整看護師が行う利点は大きい。医療情報と患者側の心情の双方を客観的に理解できる調整看護師には、公正な調査と公平な説明を求める多くの遺族の要望に応え、紛争予防に貢献できる期待が持てる。このような調整看護師を養成し、保健所などに配置することが求められる。

以下にモデル事業の事例を提示して、その利点や方向性を検討する。

脳動脈瘤が見つかり大腿動脈よりカテーテルを挿入して脳血管造影を試みたが、カテーテルが進まなかったため、上腕動脈より挿入を試みたが、進まず中止した直後に容態が急変し患者が死亡した。異状死届出後、司法解剖が要請されたが、法医がモデル事業調査を勧めた。解剖には、法医・病理医（血管専門）・脳外科医が立会い、当初、「死因は大動脈解離による心タンポナーデであり、カテーテルとの因果関係は認められない」とされた。地域評価委員会で複数の臨床専門医委員の指摘により、腕頭動脈周囲が再検された結果、小穿孔を認め、これが大動脈解離の原因と判断された。インフォームドコンセント・指導体制の問題等が検討されたが、稀な合併症で事故は予見不可能と判断された。多くの専門家が臨床経過を検討し、「患者の脆弱な血管にカテーテルが穿孔を誘発した結果、大動脈が解離し、心タンポナーデにより、避けられない死亡に至った。」と判断された。法医単独の司法解剖でなく、多数の医療専門家間の活発な議論、及び解剖・評価時の協力に基づくモデル事業の調査によって初めて死因等を明らかにできた。このような不可避の事故でも、医療行為と事故に時間的近接性があり、手技の危険性が予測の範囲を超えた場合、患者側が医療過誤を疑う可能性が高いので、第三者による解剖と臨床経過の評価が有効である。いわゆる「合併症」は、医療者の考えている以上に、(本事例のように)遺族や法律家が過誤と思う可能性が高いため、モデル事業

に適しているといえる。

IV. モデル事業後に求められるもの

1) 取り扱い対象を、「診療行為中及び終了24時間以内に発生した有害事象を経た死亡」、「近親者等が医療行為の作為・不作為を疑う死亡」等、法や省令に定め、医療行政機関に届出を受け付ける専門家を置く。

2) 医療承諾解剖にかかる法医・病理医の定員確保・養成、臨床立会い医リクルートシステムを確立する。

3) 学会が、要請に応じて臨床評価医を指名し、論文査読方式で一定期間内に評価結果報告書を作成・審査する制度を確立する。

4) 第三者機関の法律家・医師審議委員、解剖執刀者等で構成される都道府県地域評価委員会を設置し、評価結果報告書の審議・承認、事故の再発予防に関する提言、医道審議会への問題医師の紹介、医療行政機関への通告等をさせる。

5) 評価後の処理の過程では、通常の裁判における裁判官役の法律家、第三者機関の医師審議委員、一般人代表、および調整看護師等からなる紛争処理(調停)委員会を都道府県に設置する。

6) 行政窓口の苦情係り、調整看護師、または、専門家行政官に裁判外紛争処理の訓練を施し、1)の窓口段階、解剖・調査段階、及び評価結果報告書提出後段階における説明・調停の補助の任に当たらせる。

7) 学会や大学病院情報ネットワークシステムを利用して、医療関連死データベースの構築と事故予防への利用を促す。

8) 医道審議会を発展・拡充して、医療上の医療従事者の過失に関する調査・処分は、(警察でなく)、ここで取り扱うこととする。

文 献

1) Ikegaya H, Kawai K, Yoshida K, et al.: Does informed consent exempt Japanese doctors from re-

porting therapeutic deaths? J Med Ethics, 32 (2): 114-116, 2006.

2) 吉田謙一, 木内貴弘: ビクトリア法医学研究所における医療関連事故予防への取り組み. 日本医事新報, 4228: 57-62, 2005.

3) 木内貴弘, 中島範宏, 吉田謙一: 異状死症例データベースの構築と運用. 病理と臨床, 24: 753-756, 2006.

4) 吉田謙一: 連載“医療関連死”: 厚生労働省のモデル事業が目指す医療関連死調査の近未来とは? 病理と臨床, 23: 1230-1235, 2005.

5) 吉田謙一: 連載“医療関連死”: 英国圏の異状死死因調査・医師管理制度. 病理と臨床, 24: 77-82, 2006.

6) 吉田謙一, 高橋 香, 高澤 豊, 深山正久: 連載“医療関連死”: 医療に関連する解剖にかかるガイドライン案. 病理と臨床, 24: 423-430, 2006.

7) 吉田謙一: 連載“医療関連死”: 診療行為に関連した調査分析モデル事業—東京地域平成17年度の総括. 病理と臨床, 24: 535-540, 2006.

8) 武市尚子, 岩瀬博太郎, 吉田謙一, 他: 連載“医療関連死”: 解剖の情報開示と遺族および社会への対応. 病理と臨床, 24: 645-649, 2006.

9) 吉田謙一, 中嶋範広, 武市尚子: 連載“医療関連死”地域評価委員会のあり方. 一事故予防と遺族対応への道筋について. 病理と臨床, 24: 859-863, 2006.

10) 中嶋範広, 奥津康祐, 吉田謙一: 連載“医療関連死”: 医療従事者からみたモデル事業. 病理と臨床, 24: 979-984, 2006.

11) 吉田謙一, ビンセント ラウ: オーストラリアのヘルスサービスコミッショナーによる公的調停制度. 判例タイムズ, 1214: 76-81, 2006.

12) 吉田謙一, 黒木尚長, 河合格爾, 他: 英日比較 医療関連死・医療紛争対応行政システム1: 英国のコロナー制度にみる医療事故対応. 判例タイムズ, 1152: 75-81, 2004.

13) 吉田謙一, 黒木尚長, 河合格爾: 英日比較 医療関連死・医療紛争対応行政システム2: 英国の医事審議会 General Medical Council. 医師の自律的な行政処分から医療水準向上活動への熱い展開. 判例タイムズ, 1153: 80-88, 2004.

◆原著◆

事故報告書から捉える医療事故調査の現状とあり方
—公表された21例の実例報告書を素材に—

Recent trends in investigation of medical accidents
as understood by reviewing “accident investigation reports”

伊藤貴子¹⁾³⁾ 信友浩一²⁾ 吉田謙一³⁾

- 1) 九州大学大学院医学研究院 日本学術振興会特別研究員 DC
2) 九州大学大学院医学研究院 医療システム学講座
3) 東京大学大学院医学系研究科 法医学講座

抄録

目的：公表されている医療事故調査報告書を分析・検討のうえ、医療事故調査の現状とあり方を考察する。

方法：インターネット上無料検索サイトと既刊書より医療事故調査報告書を検索し、各報告書につき13の項目を設定し、比較検討した。

結果：検索の結果、平成11年から平成18年に公表された21の医療事故調査委員会報告書を得ることができた。医療機器の誤操作による事故、薬剤の過量投与例など重大事例で患者死亡例も多く見られた。調査委員会設置の時期や調査委員の登用、事故原因の分析や評価項目などが各調査委員会、報告書によって様々であることが判明した。

結論：医療事故の真相究明・再発防止への取り組みを行なうことによって国民全体から医療への安全と信頼を得るためには、事故発生後に適切に事故調査が実施されることはいまでもなく大切であるが、公表された事故調査報告書を有益なものとして医療現場に生かしていくことも重要なことであると考えられる。

キーワード：医療事故，安全管理，事故調査，調査報告書，再発防止提言

1. はじめに

医療安全の向上のためには、当事者達が発生した事故の原因・背景、関係者の対応等を客観的に記録し、当事者、及び第三者が公正に分析・評価した上、再発防止策の検討と提言、その実行が求められる。患者側の懸念を煽る医療事故報道が相次ぐ中、昨今医療事故調査委員会が設置されることが常態となっている。そして、当該委員会がまとめた事故調査報告書が、種々のメディアやインターネットに公開されるようになってきた。事故原因の究明と再発防止は、患者・遺族側、医療従事者側に共通する願いである。事故調査報告書は、この願いを表現する媒体であることに加えて、調査の公正性・妥当性を検証する基礎資料でもある。本稿では、公表された事故調査報告書を分析・検討した上、事故調査の現状とあり方について考察した。

2. 研究方法

インターネット上の無料検索サイト“yahoo”“google”を利用して、“医療事故調査委員会報告書”を検索した。これに、既刊書に掲載された報告書も調査対象とした。各報告書につき、発生事例と患者の転帰、調査委員会を設置目的、調査委員の構成のほか、事故発生の経過、原因、背景など記載内容に基づき、比較検討した。

3. 研究結果

検索の結果、平成11年3月～平成18年11月に公表された21の事故調査委員会報告書（概要版を含む）を得た（表1）。19例はインターネット上で、残り2例は既刊書より得られた。

2名の患者が取り違えられ誤った臓器に手術が実施された事例、透析機器など医療機器の誤操作による事故、薬剤の過量投与など、事故の態様は様々であったが、過誤と思われる事例が15例あった。21例中14例は、初回調査委員会開催時に患者が死亡していた事例、5例は報告書公表時の段階で意識不明、残りは治療の遅れが問題となった事例と意識が回復した事例である。

(1) 事故調査委員会設置の目的

報告書の大半が事故原因の究明と事故の再発防止対策の提言を目的に掲げている。

事故発生後病院と遺族関係が極めて悪化した1例では、民事訴訟上の和解成立後に委員会が設置されたが、当該委員会が出した報告書は「反省と謝罪を前提として、本件事故の背景を明らかにするとともに、今後の連合会病院における医療事故再発防止策を検討」するとしており、報告書の公表先が、連携する外部の病院に及んでいる。マスメディアの報道により医療機関の

表1 医療事故調査報告書 一覧

	病院名 (報告書公表月) 事例と患者転帰 (報告書公表時)
1	横浜市立大学付属病院 (平成11年3月) 手術室にて患者を取り違え手術 (肺・心臓) (治療に遅れ)
2	某県立病院 (平成12年7月) 人工透析中、透析機器の操作を誤ったことにより空気塞栓 (死亡)
3	某私立医科大学病院 (平成12年12月) 滑膜肉腫と診断された女性に抗がん剤を過量投与 (死亡)
4	某民間病院 (平成14年7月) 気管チューブ抜去と筋弛緩剤投与 (死亡)
5	名古屋大学付属病院腹腔鏡事件 (平成14年10月) 腹腔鏡下手術において腹部大動脈損傷 (死亡)
6	某民間病院 (平成15年11月) リドカイン過量投与 (死亡)
7	私立医科大学付属病院 (平成16年4月) 輸液ポンプ誤操作により鎮静剤過量投与 (意識不明)
8	某市立病院 (平成16年8月) 挿管チューブの酸素流量の変更指示を誤る (意識不明)
9	某市立医療センター (平成16年9月) 高血圧性脳内出血に対する内視鏡下血腫除去術 (意識不明)
10	某私立医科大学病院 (平成16年11月) 右鎖骨下静脈穿刺の際、鎖骨下動脈損傷 (意識回復)
11	某私立医科大学病院 (平成17年2月?) 平成14年~16年までの間に心臓手術後患者4名が死亡
12	某県立病院 (平成17年3月) 前置胎盤妊婦帝王切開 (死亡)
13	某共済系病院 (平成17年7月) 大腸がん疑いで検査入院中、大腸内視鏡の前処置として経口腸管洗浄剤を服用後、意識消失 (死亡)
14	某労災系病院 (平成17年9月) 硬膜外腔に留置されるべきチューブがくも膜下腔に入り込んだ患者に対し、硬膜外腔に注入すべきキシロカイン、モルヒネがくも膜下腔に注入され、腰椎麻酔のためのネオベルカミンSを髄液に注入 (自発呼吸に改善が見られるが、自発的な動作は認められず)
15	某私立医科大学病院 (平成17年9月) クッシング症候群に対する腹腔鏡下左副腎摘除術 (死亡)
16	某市立病院 (平成18年2月) フロア-四徴症で心臓手術中に静脈麻酔薬を過量投与 (死亡)
17	某県立がんセンター (平成18年3月) 術後せん妄に対して鎮静剤を持続投与中、増量・速送り (死亡)
18	某市立病院 (平成18年6月) 1歳男児・喘息性気管炎のため入院中、ミルクを嘔吐 (死亡)
19	某市立病院 (平成18年10月) 骨髄穿刺のためキシロカイン注射後意識消失 (死亡)
20	某市立病院 (平成18年11月) 頸部硬膜外ブロック薬剤注入 (死亡)
21	某県立成人病センター (公表年月日・事例発生時期不明) ピリン系薬剤アレルギーの申告が患者からありながら、スルピリンを点滴投与 (死亡)

れていた。提言の内容も、①医学的原因究明、②過誤の究明、③過誤と認められるときには組織的隠蔽の有無を判定、④これらを踏まえて医学的・組織的欠陥の除去および事故防止対策確立のための提言を行なうと明記されていた。なお、事故調査、調査委員会設置の目的に全く触れられていない報告書も見受けられた。

各事故調査報告書の記載内容について、医療事故被害者側弁護団である医療問題弁護団が出している意見書(1)、及び自己評価ガイドを(2)参考に、診療経過の記載内容、事故発生の機序や原因の分析、再発防止策など13の項目について比較・検討を行った(表2)。

事故発生前後の診療経過をカルテ・看護記録等で確認して記録したもの、関係者へ複数回、聴取した上、分きざみの経時的記録を載せたものが大半であった。一方で、極めて簡潔に事実のみが列挙されているが、何名の関係者が、どのように関与していたのかが不明な報告書もあった。事実の記載の詳細さは、報告書ごとに大きな違いが認められた。最低限、関与した職種、人数、経時的な診療記録(症状やバイタルサイン、出血量、診療行為)の正確な記載が求められよう。

事実関係の適切な確認を前提として行われる原因分析として、根本原因分析(RCA分析)、4M4E分析など、確立された分析方法を用いる報告書が散見される一方で、調査委員各自が専門的な見地から意見を出し合い、独自の方法で原因分析を行ったと思われる報告書もある。

(2) 事故調査委員会における委員の構成

委員が3名という小規模の事故調査委員会もあれば、10名を超える比較的規模の大きな事故調査委員会も見受けられる。概ね6名から9名くらいのメンバーにより調査委員会が構成されることが多い。調査委員会の委員構成は報告書によっては調査委員会の開催回数や人員構成について公表されていないことから判別できない例もあるが(4例)、完全に病院内部のメンバーのみによって調査委員会が構成された1例の他は、院内のメンバーと外部の専門家によって構成される混合型調査委員会(10例)、調査委員全員が外部専門家により構成された完全外部型調査委員会(7例)に分類される。

病院内部・外部の委員構成について調べた。内部委員のみから成る委員会が1例見られた他は、内部委員・外部委員から成る混合型調査委員会が10例、外部委員のみの完全外部型調査委員会が7例あった。4例では、記載がなかった。内部委員の職種・役職は、診療科長・医長、事務部長・事務長が多い。外部調査委員として、当該診療科専門医のほか、弁護士、法学者が委員となるケースが多い(図1)。

(3) 調査委員会の招集から報告書提出まで

21例中5例は、事故発生の翌日から1週間以内に調査委員会が召集されたが、半年以降に第1回委員会が開

隠蔽が疑われた別の1事案の事故調査委員会では、「病院の問題状況を明らかにし、今後の医療の安全確保と医療水準の向上に寄与する提言」が調査目的に掲げら

表2 公表済みの事故調査報告書の比較・評価一覧(事例番号は表1に対応)

	発生から審議初会合まで	初審議から報告書作成まで	審議開催回数	調査委員会人数	委員会のタイプ	調査報告書の具体的内容・評価												その他特記すべき項目の有無	
						事故後の対応とその評価の有無	事実記載の詳細さ	警察届出の有無	勤務体制など背景事情考慮の有無	診療経過の記載の有無	予想外の結果に至った機序・原因	診療経過に対する医学的評価	結果の回避可能性記載の有無	再発防止提言の有無	近親者への対応記載の有無	調査過程の記載の有無	外部評価・期限策定の有無		公表に際してのプライバシー配慮
1 (治療に遅れ)	10日後	2ヶ月	5	8	混合	×	○	有	△	△	○	×	×	○	×	◎	◎	○	★
2 (死亡)	不明	2週間	—	—	—	○	×	—	△	×	○	×	○	◎	×	×	△	○	
3 (死亡)	1週間	約2ヶ月	—	—	—	◎	×	有*	◎	○	○	△	○	×	◎	—	—	×	
4 (死亡)	不明	不明	—	13	混合	○	○	—	◎	○	×	×	×	○	×	△	○	○	
5 (死亡)	12日後	2ヶ月期限	7	6	混合	◎	◎	**	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
6 (死亡)	翌日	1ヶ月	8	9	内部	×	×	有	×	×	×	×	×	△	×	×	×	○	
7 (意識不明)	翌日	2ヶ月	4	8	混合	◎	◎	有	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	★
8 (意識不明)	3日後	3ヶ月	—	—	—	×	×	無	○	○	○	×	○	◎	×	×	×	○	
9 (意識不明)	10ヵ月	4ヶ月	—	—	—	×	○	無	×	○	○	×	○	○	×	○	△	○	
10 (意識回復)	翌日	不明	—	17	混合	×	×	有	×	○	○	×	×	◎	×	△	○	○	
11 (4名死亡)	2年後	3ヶ月***	—	5	外部	×	○	—	○	○	×	×	×	△	×	×	×	○	
12 (死亡)	1ヵ月	2ヶ月半	3	3	外部	○	×	—	×	○	○	○	×	○	×	○	×	○	
13 (死亡) ****	3年半	4年2ヶ月	4	6	外部	○	○	有	×	○	○	○	○	◎	○	◎	◎	◎	★
14 (意識不明)	1ヶ月	4ヶ月	—	8	混合	○	○	有	○	○	◎	×	○	△	△	×	×	○	
15 (死亡)	2年7ヶ月	4ヶ月	9	8	混合	◎	◎	有	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	△	×	★
16 (死亡)	12日	4ヶ月	—	8	混合	○	◎	有	◎	◎	◎	×	×	○	○	×	×	◎	★
17 (意識不明)	3週間	5ヶ月	5	6	外部	◎	◎	—	○	◎	○	△	×	○	◎	○	×	○	★
18 (死亡)	3週間	4ヶ月	5	5	外部	○	◎	有	×	◎	△	◎	×	◎	◎	◎	×	○	★
19 (死亡)	1ヶ月	3ヶ月	2	4	外部	○	○	有	○	○	△	○	×	◎	○	○	×	○	★
20 (死亡)	不明	4ヶ月	—	3	外部	×	○	—	×	○	◎	○	◎	△	×	×	×	○	
21 (死亡)	不明	不明	4	9	混合	×	×	有	×	×	○	×	×	○	×	△	×	○	★

* 患者死後、病院事務長が独自の判断で警察に通報

** 警察届出後、警察立会いの病理解剖を実施

*** 委員会として調査を開始してから3ヶ月(4人の患者のうち1番目の患者死亡から2年3ヵ月後)

**** 当該事件の報告書として3種類の報告書が存在している。

- 1) 院内の医療事故防止対策委員会が作成した平成13年6月21日付けで作成した報告書(病院の処置を「全て妥当なもの」とする報告書)
- 2) 院内の医療安全委員会が平成16年12月14日付けの報告書を作成。
- 3) 外部評価委員会が調査報告書を作成。ここでは外部評価委員会の調査報告書のことを指す。

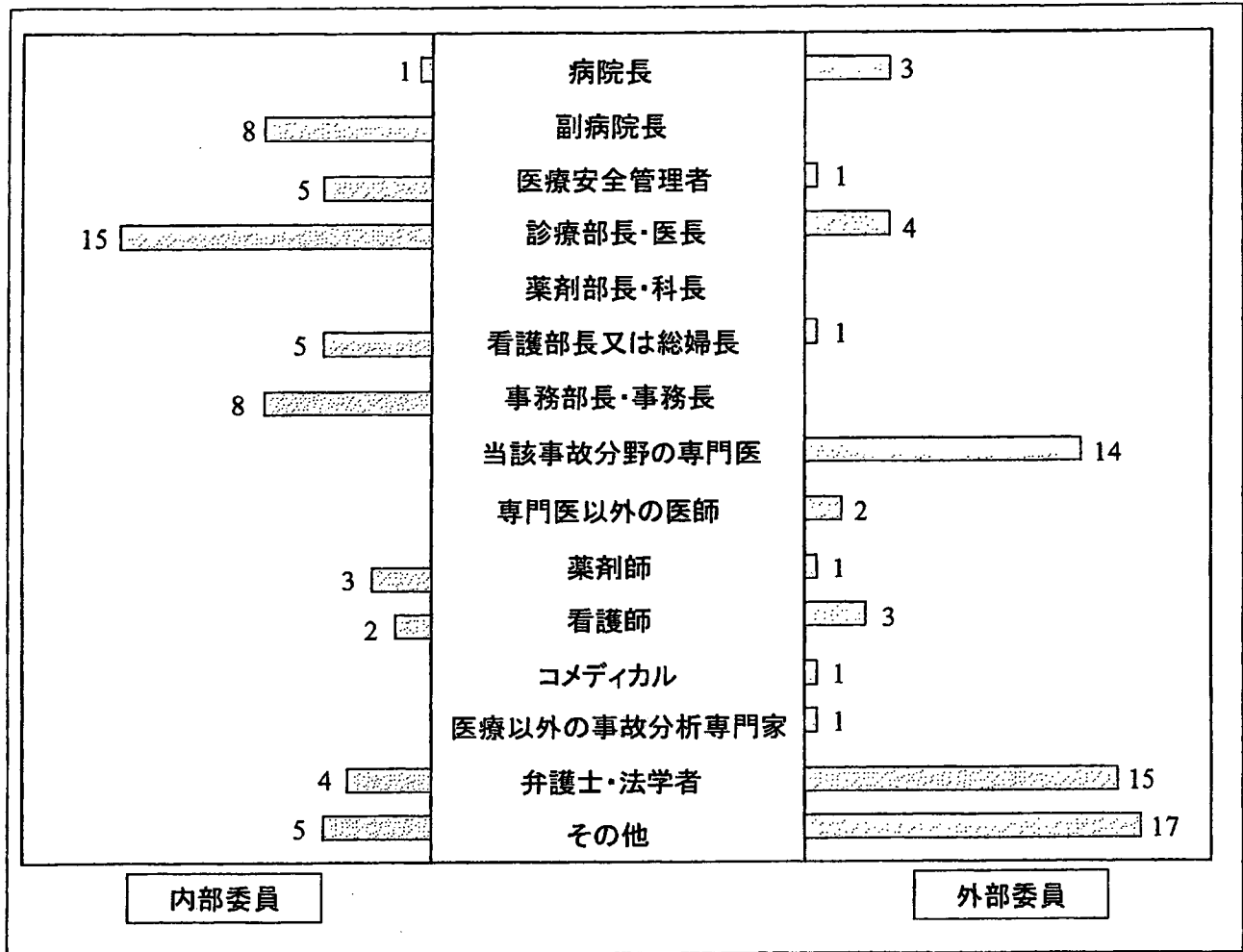


図1 医療事故調査委員会の委員構成 職種・役職別

催された事例が5例あり、2年7ヶ月経過後に初めて召集された委員会もある。事故調査委員会から任命された院内・外の委員が、独自の観点から調査・分析・討議を重ね、最終的に委員会として報告書を取りまとめ、調査諮問者や病院長に提出する形式を取る報告書が多かった。大半の報告書は、第1回委員会開催日から1ヶ月ないし半年以内に報告書を提出している。また、公立系の多くの病院では、委員会設置にあたり事故調査委員会設置要綱を作成し、諮問者・提出先が明記された上で、調査委員が召集されている。大学病院等では、病院長が諮問者と明記されていた例もあったが、約半数では諮問者や提出先の記載がなく、医療機能評価機構への報告など法的対応、あるいは院内医療安全マニュアルの規定に従って設置されたか否か等、調査委員会設置に至る背景が不明であった。

(4)再発防止策の実現性

発生した事故概要、事故原因の分析について評価を終えると、事故分析で得られた見地から主に再発防止に活かすための提言へと視点が大きく移されることになる。

多くの報告書がその冒頭部分で事故原因の究明と事故の再発防止策の提言を目的として明記していることを反映して、再発防止策の提言に関しては、13の比較項目の中でも概ねよく検討されていると感じられた。院内で既存の医療安全対策マニュアル等を踏まえながら、より現場の医療スタッフが実行できる再発防止策を提言している報告書も複数見受けられた。しかし、薬剤過量投与による死亡に関する一つの報告書では、薬剤投与の経過に関して多くの別紙が添付されているが、ポイントがつかみ難く、公開資料としての有用性には疑問を抱かせる報告書であった。

4. 考察

(1) 事故調査の目的

医療法施行規則 11 条 4 号によれば、病院又は患者を入院させるための施設を有する診療所管理者は、医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講じることとされている。この規則によって、医療機関の管理者は医療事故の調査を義務付けられている。特定機能病院や国立高度専門医療センター等に対しては、同施行規則 9 条の 23 第 1 項 2 号、11 条の 2 で、事故発生から 2 週間以内に事故に関する報告書の作成を義務づけ（但し、実際は調査報告書本紙の提出ではなく web 上の入力画面から所定のフォーマットを埋めていく形での報告である）、同規則 12 条は事故発生日から 2 週間以内に報告書を厚生労働大臣の登録を受けた分析事業機関に対して報告しなければならないとしており、法にも医療機関による医療事故調査の実施義務は明確にされている。平成 19 年 3 月 31 日現在の段階で、報告義務対象医療機関の数は 273 施設あり、平成 16 年 10 月～平成 19 年 3 月までの報告件数は 2903 件に上っている。

医療事故調査では主たる目的として、「事故原因の究明による再発防止を図ること」と「事故原因の究明により被害者らの被害救済を図ること」が挙げられている(1)。一方、事故調査委員会の目的として、「あらゆる苦情受付」、「患者・家族と医療者の双方が納得できる客観的な調査」(3)が挙げられることもある。

医療事故被害者らは、事故発生後に「真相究明」、「情報開示と証明責任」、「法的責任の明確化」、「反省謝罪」、「再発防止」の 5 つを願うといわれている(4)。医療事故調査委員会による事故原因の真相究明、事故調査に関する情報の適切な開示、そして事故調査報告書の提言に基づいた再発防止の実施によって、被害者ばかりでなく、医療従事者の救済にもつながるものと考えられる。実際多くの事故調査報告書は、これらの点に適切に触れていると考えられた。今回の調査では、明らかにできなかったが、これらの事故調査報告書が、遺族にどのように伝えられ、どのように受け容れられているかも問題であろう。一般に遺族は医学的な真相の究明や説明より、法的責任の明確化と謝罪・反省を求めている上、遺族が理解できるように事実を伝えることは難しい。特に、医療行為に明らかな過誤が認められないのかかわらず、遺族が過誤を疑っているような事例については、公正な第三者の関与が必要ではないかと考えられる。

(2) 委員会設置基準・調査委員の登用

事故調査委員会の設置基準に関し院内に独自の基準を設けているか等、特定機能病院を対象とした調査がある(5)。この調査によると、約 80%の機関では、医療事故調査委員会の規定や指針・行動マニュアルがあり、

調査委員会設置基準に関しては患者死亡事例では大半の医療機関が設置するとしている。一方、障害の程度に応じて判断するなど、具体的な判断基準を設定していない医療機関も多数あった。今回、検討した 21 例の事故調査報告書には、院内（または、上位管理機関・部署）調査委員会の設置の規定やマニュアルの有無等は記載されていなかった。しかし、患者が死亡、または意識不明に陥るといった予想外の事故発生によって、院内は混乱状況に陥ると考えられる事情から、事前に事故調査のための事故調査委員会設置基準が作成・周知されていることが望まれる。

都道府県や全国の公的病院グループを対象にした調査から、事故調査委員会における第三者の参加を院内でルール化しているのは調査対象医療機関の 3 割であり、調査報告書の公表を定める団体は 1 割であったことが判明している(6)。今回、調査委員の具体的な記載が不明であった報告書 4 例を除き、内部委員のみで調査委員会が構成された例（完全内部型調査委員会）は 1 例のみであり、内部委員と外部委員の比率の違いはあるにせよ、外部委員が参加する調査委員会が大半であった。事故調査・原因究明の客観性、透明性、公正性を担保するためにも、外部委員の登用には大きな意味があると考えられる。

診療経過の評価のため、臨床医学専門家を調査委員に任命することを要するが、審議過程の公正性を保つためには、同一学閥等に属するものを調査委員、または鑑定人とすることはあってはならないだろう。実際、今回の調査対象の中にも、大学病院で起きた手術による患者死亡例で、保管されてあった手術ビデオを、同じ大学の出身者であり術者の元上司の立場にあった I 医師が鑑定し、「手術に過誤はなかった」としたことが問題視されており、「I 医師による鑑定では検証として不適切・不十分であるとの指摘を受けたのは当然であって、病院側もその不備を認め、改めて事故調査のため、外部の組織にビデオテープの鑑定を求めた結果、手術に過誤があったことが判明した。その間、混乱を生じた誇りは免れない（中略）・・・医師の過失を否定する方向での鑑定を依頼した結果になっていることは明らかである。」と報告書中で糾弾されている。

内部調査委員として、病院長や副病院長が調査委員会に登用される場合がある。今回の報告書を読む限りでは具体的記載がなく判別できないが、事故調査の諮問者的立場となる院長など経営幹部が調査委員に入ることの妥当性も検討する必要がある。事故評価の部分で病院の管理責任の部分に評価が及ぶこともあり、こういった局面が生じた場合に果たして客観的評価を行なうことができるか否か疑わしいことを踏まえれば、調査委員に準じるオブザーバーとしての参加は許容できても、調査委員としての調査委員会への参加は好ましくないだろう。

(3)医療事故調査委員会設置の時期

加藤・後藤は、事故調査委員会は、事故発生後当事者の記憶が鮮明なうちに設置すべきであるとしている(7)。事故原因の適切な究明のためには、事故発生後、関係者の記憶が確かなうちに、そして診療録の改ざんなどの不正が作為的に行なわれる前に、医療従事者や遺族へ聞き取りをして、事実を確実に記録すべきである。今回検討した21の事故調査報告書では、事故発生の翌日に委員会を設置した医療機関が3委員会であるのに対して、3週間後以降に設置された機関が9委員会であった。当事者の記憶の正確性の保持が時間経過とともに困難となること、本人自身や第三者の働きかけによる“つじつま合わせ”の意図が芽生えうることなどを考えると、事故発生直後に事実を証拠として保存すべきことは明らかである。また、医療機関側の初期対応の遅れが、患者・家族の医療機関への信頼喪失にもつながることにも配慮すべきである。そのためにも事故発生後の迅速・適切な記録の保存、及び事故調査委員会の招集を定めた規定をマニュアル等に掲載して周知させることが求められる。司法解剖の担当者として感じることは、カルテに、事故発生後の経過を詳細に書いている医療機関は多くないがその記載内容は信頼できる。特に、診療行為、容態急変、対応、出血量、バイタルサイン(血圧、脈拍、呼吸数、酸素飽和度)等と関係者の対応を経時的かつ具体的に記載してあるカルテや診療経過報告書等は、事故の原因究明に極めて有用である。

(4)刑事捜査との関係

事故発生によって患者が死亡する転帰を辿るケースは多い。今回対象とした21例のうち14例は死亡事案であった。患者の死亡に異状を認めた場合、医師法21条の規定に基づき死亡から24時間以内に所轄警察へ届出ることが義務付けられている。届出後、警察による捜査が開始される結果、事故調査委員会における調査と警察の刑事捜査が、調査資料をはじめ事情聴取を受ける関係者に対して競合することになる。

警察の捜査では、犯罪性の有無を判断するための証拠として、裁判所から出された令状の下、診療録、看護記録、医療機器等の証拠が押収される。そのため、調査委員会が上記の証拠をもとに事故原因を究明することは、大きく制限されることになる。また、当該医療機関としても、遺族に説明を求められたとしても手元に資料がなく、かつ警察の捜査に対する懸念から、十分に説明を行うことができない。警察の捜査は、業務上過失を犯した個人を特定するために行なわれるが、事故調査委員会における調査は、再発防止のために事故原因を調査するものである。加藤・後藤は、大学病院で発生した2つの医療過誤事件において、事故調査委員会が証拠の隠蔽をせず、誠実に事故調査を行なうことを条件に、病院長から、事故調査委員会としての

調査が終了するまで警察に捜査を待ってもらうことを申し入れ、この手法が奏功したことを紹介している(7)。この内、1例では調査委員会から報告書の作成まで2ヶ月と期限目標が設定されていることに加えて、診療経過の経時的記録、事故の再発予防策などにおいて卓越した調査報告書が作成されている。これらの事例は、病院側が明確に過誤を認め遺族に謝罪しているが、他方で過誤が明らかでなく、遺族が過誤を疑っている事例に、同じ手法が使えるか否かは疑問である。この点からも、公正かつ専門的な第三者機関の関与が強く求められる。

(5)司法解剖結果が開示されないことの弊害

医師法21条に基づき異状死として警察に届け出た場合には、刑事捜査の一環として司法解剖に付される。本稿において異状死として警察に届け出られた事例は、死亡例14例中、不明あるいは報告書中に記載のないものを除き、8例であった。このような事例では、証拠が警察に差し押さえられることに加えて、司法解剖の結果に関する情報は刑事訴訟法の規定により原則として公にされない。遺族が司法解剖後の情報開示に満足していない現状は既に明らかにされているが(8)、加えて司法解剖に関する情報が開示されないことによる弊害は「対医療機関」においても強く叫ばれている。

8例の警察取り扱い事例の内、4例では医療機関側が解剖結果に関する情報を得ることができないことの悪影響を示している。

「事故後御遺体が司法解剖に付され、本委員会(事故調査委員会：著者注)がその解剖所見について情報入手することが困難である等の理由から、事故原因そのものの究明については司法の手に委ねざるを得ない」「遺体が司法解剖に付され、委員会はその結果を知らされていない。解剖の結果と照らし合わせながら事故の経過を遡るという検証作業が行えない以上、本委員会としては事故原因についてはその可能性を挙げるに留めざるを得なかった」と、司法解剖の結果が明らかにされないことによる事故原因究明への影響を報告書は指摘している。本件では加えて「司法解剖の結果を医療事故の原因究明・再発予防に生かすことができなかった。患者家族と病院側に同時に司法解剖結果を開示してもらえれば、家族・マスメディアへの対応がもう少しスムーズに進んだかもしれない」として事故発生後の各方面とのコミュニケーションへの影響を吐露している。

異状死届け出に続く司法解剖によって、死因等が判明したとしても、その情報は刑事捜査手続き上の理由から医療機関にも遺族にも開示されない。事故原因究明と再発防止のために事故調査委員会が設置されていても、司法解剖の情報が活かされないことより、不十分な情報から事故の原因を推測せざるを得なくなってしまう。そのため、遺族が医療機関の隠蔽を疑う一方

で、医療機関も事故の原因究明を解剖結果が明らかにされないという状況の下、推測でしか行なえない状況を露呈するものである。現行の刑事司法制度が、事故の原因究明や再発防止を阻害するばかりか、遺族の疑念を深める結果を現状として生んでいることが明らかである。

本研究から、たとえ異状死届出をしても、医療機関に適切に解剖の情報が開示されない結果、病院・遺族関係のコミュニケーションを阻害し、遺族の疑念を増幅することによって、刑事・民事事件となりうるということが明らかにされた。

(6) 関係当事者へのヒヤリング

事故調査委員会の審議過程において、患者の遺族に対してヒヤリングを行っているのは、報告書記載内容から判別できたもので4例のみであった(遺族側から拒絶された1例を除く)。事故は、院内の関係者による人為的ミス、またはシステムエラーによって発生したものが大半であるので、事故原因の究明や事実の認定のためには、院内の関係者のヒヤリングのみで足りると考えられていると思われる。しかし、医療事故調査の目的に、医療事故被害者の救済を含むとするならば、患者側に対してヒヤリングを行い、被害者側の言い分、要求についても誠実に話を聞き、被害者側が事故調査委員会に何を求めているかについても聞いた上で、最終的な事故報告書を作成することが望まれよう。被害者感情に対する誠実な対応は紛争化を和らげる効果が期待される上、事故調査の透明性・公平性を示すためにも有効と考えられる。大学病院における腹腔鏡下での副腎手摘除術後の患者死亡例では、マスメディアによって組織ぐるみの隠蔽が疑われたが、当該事故調査委員会では、病院長と遺族の双方がオブザーバーとして出席したことによって、透明かつ公平な事故調査をアピールできたようである。

(7) 再発防止策の提言

医療事故の調査では、事故原因の究明とともに、再発防止策の提言が重要である。今回、検討した調査報告書において、具体的な再発防止対策が含む内容は、報告書ごとに大きく異なっていた。これは事故の多様性、用いた事故原因の分析法の違いに加えて、各医療機関の再発防止に対する意識の差によると考えられる。加藤・後藤は、「どの部門の」「誰が」「何を」「いつから」「どのように」改善するのか、SWIHをわかりやすく具体的に示すべきという⁷⁾。しかし、そのような報告書は稀有であった。

この点、加藤・後藤が関与した名古屋大学付属病院における腹腔鏡事故に関する報告書は、極めて示唆・含蓄に富む。当該報告書では、事故の背景にあるヒト、モノ、システムを含む環境を幅広く検証している。その上で提言として、①術前準備、②手術機器の取り扱い、

③術者の手術技能の認定・教育・研修、④過去の類似事故症例情報の収集・検討、⑤事故発生後の救命対応、⑥緊急事態時の院内の情報伝達と診療科枠を超えた支援体制、⑦インフォームド・コンセント、⑧事故発生後の家族に対する精神的ケアのあり方について具体的に言及している。これらの対応によって、遺族も紛争を望む方向には向かわないであろうと感じられる。このように、発生した一つの事例から総合的かつ多面的に再発防止策を提言した報告書がある一方で「以下のことが求められる」として紋切り型の注意点3項目が列挙されている報告書もあった。

再発防止策の提言後も、院内で具体的な事故防止策が策定され実行されるまでは、類似事故が再発する可能性がある。したがって、報告書の公開に留まらず、病院の医療安全対策室が具体的な行動計画を立案し、現場に対し実行を促すこと、そして外部評価委員会、あるいは日本医療評価機構等の第三者が一定期間の後、その達成度を検証することが求められよう。上記名大事件では、「5ヵ月後を目途に当該提言実行の到達度を検証し外部に公表すべき」という報告書中の記載が有効であったと評価された(7)。また、事故調査報告書が提出された後、一定期間経過後に外部評価を行うことは再発防止策の実効性を評価・検討するうえで極めて有効であると考えられる。例えば、横浜市立大学付属病院における患者取り違え事件では、事故発生の約1年後に設置された外部評価委員会が、当初、設置された事故調査委員会から提言された事故再発防止策を受けて病院側がまとめた6項目の改善案について評価した。そして、防止策の案が詳細すぎて日常業務に支障が懸念されることから、問題点の整理を促しつつ、追加提言を行なっている。

(8) 公正性・透明性の確保—欧米諸外国の現状を踏まえて—

調査の透明性を図るためには、報告書に調査委員会の審議経過を記載することが望まれる。また、調査委員会に提出された資料のリスト、ヒヤリング対象者のリスト、場合によっては、調査委員やオブザーバーから出された意見書も付されるべきであると考えられる。ただし、調査委員会がまとめた報告書が刑事処分の判断材料とされ(福島県立大野病院事件)、民事裁判で最終的な報告書以外の資料の開示請求が問題となる(埼玉医大抗がん剤誤注射事件)ことがある点を勘案すると、とにかく、率直に後知恵(hindsight)で「・・・べきであった」と厳しい意見をいう傾向のある医師達の意見が、法的な過失を意味するものと考えられる日本の風土を考えると慎重な対応が求められる。この点、海外に視点を移すと、例えばカリフォルニア州法は、病院内事故調査委員会に調査資料を民事・刑事裁判の資料としない「同僚批判免責条項」を定めており、オーストラリアのビクトリア州の州法も、コローナ(検視

官)の異状死死因調査に関する資料を刑事・民事裁判に使用しない旨を定めている。医療事故の調査では、再発防止が個人の過失追及に優先する、そして、個人の過失は行政処分や資格審査で問うという英米圏諸国の対応は、事故調査に関する法や制度の整備に関して参考になるかもしれない(9-11)。

事故調査委員会の審議過程に透明性を確保するためには、医療従事者以外の第三者が審議に参加することが求められよう。今回調査した報告書では、名古屋大学付属病院の事例が調査委員会に遺族と病院長をオブザーバーとして参加させているが、当事者が審議に参加することには、遺族感情の問題、医療に関する専門知識の格差の問題など、なお検討課題として残される。

作成された事故調査報告書の一般への公表は、医療機関の裁量によるものであって、今回の調査対象例のように7年間でもわずか21報告書に過ぎない(先述のように、報告が義務付けられた機関からの医療事故報告数はこれまで2000件以上に上っていることから、公表された報告書はそのごく一部ということでもある)。また、重大事故の事故調査報告書はほぼ全ての病院で作成されているが、外部への公表は1/4程度であるという調査結果もある(12)。報告書の公表には、病院が医療の透明性を示し、社会に対し説明責任を果たしていることを示す意味がある。他方で、事故の再発防止の観点に立つと、再発防止のための警鐘事例としての意義も大きい。これらを考慮すると、今後は報告書の公表は任意とするのではなく、医療法施行規則等で強制する必要があると考えられよう。そのためには、事故調査の目的が、過失追求でなく、事故原因の究明と事故の再発防止であることを明記することを法に定める必要がある。これは、将来的に志向されている裁判外紛争処理などを妨げるものではない。

5. まとめ

今回各医療機関における事故発生後に設置された医療事故調査委員会による医療事故調査がいかなるメンバーによってどのように実施されているのか、公表されている事故調査報告書を比較することで事故後の事故調査委員会の設置・運営状況のほか、事故の評価から報告書作成までの過程を比較・検討のうえ考察した。今回はメディア上公表されている事故調査報告書のみが対象となったこと、さらに各事故調査委員会でまとめられる事故調査報告書が全例、公開されるわけではないということ踏まえると、全ての医療事故調査報告を網羅の上での検討とはいえないが、今回の比較・検討を通じて、調査の諮問をはじめ調査の実施までの過程、委員構成、事故原因の分析や記載項目などが各調査委員会によって実に様々であることが判明した。

医療事故の真相究明・再発防止への取り組みを行うことによって国民全体からの医療への安全と信頼を得

るためには、事故発生後に適切に事故調査が実施されることはいうまでもなく大切であるが、公表された事故調査をいかに有益なものとして事故が起こりうる現場に活かしていくかということがより重要なことであると考える。日本において医療事故調査の歴史はまだまだ浅いといえ、今後なお一層の検討が進められることを望んでいる。

本稿の終わりに際し、当研究の一部は科学研究費補助金(特別研究員奨励費)の助成を受けて行ったことを付記します。

文献

- 1) 医療問題弁護士医療事故調査の在り方に関する意見書.2005.
http://www.iryu-bengo.com/general/press/pressrelease_detail_20.php
- 2) 医療問題弁護士.医療事故調査体制の自己評価基準ご活用の要望書.2006.
http://www.iryu-bengo.com/general/press/pressrelease_detail_24.php
- 3) 山内桂子,山内隆久.責任追及から原因究明へ 事故調査委員会の役割と心理学の視点.看護管理 1999;9:470-475.
- 4) 加藤良夫.医療事故対策.日本病院会雑誌 1999;46:1369-1378.
- 5) 奥休場雅之,酒井順哉.特定機能病院における医療事故調査の対応に関する調査研究.都市情報学研究 2006;11:137-143.
- 6) 平成18年2月朝日新聞朝刊報道.
- 7) 加藤良夫,後藤克幸 編.医療事故から学ぶ・事故調査の意義と実践.東京:中央法規出版,2005.
- 8) 武市尚子,吉田謙一,稲葉一人.司法解剖における遺族への情報開示の問題点.法学セミナー2004;595:76-80.
- 9) 吉田謙一.「医療関連死」英国圏の異状死死因調査・医師管理制度.病理と臨床 2006;24:77-82.
- 10) 吉田謙一,木内貴弘.ピクトリア法医学研究所における医療関連事故予防への取り組み.日本医事新報 2005;4228:57-62.
- 11) 吉田謙一,黒木尚長,河合格爾.英国の医事審議会 General Medical Council-医師の自立的な行政処分から医療水準向上活動への熱い展開.判例タイムズ 2004;1152:75-81.
- 12) 長谷川友紀,藤田茂,城川美佳,西澤寛俊,飯田修平,佐々英達.医療事故の経験と原因究明体制に関する調査研究.日本医療マネジメント学会雑誌 2006;17:404-408.

Recent trends in investigation of medical accidents as understood by reviewing “accident investigation reports”

Takako Ito¹⁾³⁾ Koichi Nobutomo²⁾ Ken-ichi Yoshida³⁾

¹⁾Kyushu University Graduate School of Medicine, Japan
JSPS Research Fellow

²⁾Department of Health Services Management and Policy, Kyushu University Graduate School of medicine, Japan

³⁾Department of Forensic Medicine, University of Tokyo Graduate school of Medicine, Japan

Abstract

Purpose: The purpose of this review is to find out the situation in relation to investigation of medical accident by reviewing published “accident investigation reports” as issued by the Medical Accident Investigation Committee.

Methods: To search for and download accident investigation reports from the internet, and thereby compare and contrast them according to predetermined 13 headings.

Results: There are 21 accident investigation reports published during the period of 1999 to 2006. Within such, serious accidents, such as, mishandling of medical equipments and accidental overdose of tranquilizers or anesthetics were seen. Those patients died or remained unconscious when the corresponding accident investigation reports were published. Furthermore, members of the investigation committee usually consist of hospital staff, non-hospital personnel, and legal practitioners.

Conclusions: In order to improve patient safety and public trustworthiness of health care services, it is not only important to investigate into the mechanism of medical accidents, it is also crucial to contemplate how to prevent future accident from happening as learned from the past.

Key Words: medical accidents, patient safety, investigation system, accident investigation report, recommendation to prevent future medical accidents

論文受付: 平成 19 年 6 月 4 日

論文受理: 平成 19 年 7 月 30 日

著者連絡先: 伊藤貴子 Takako Itho

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-7-1
東京大学大学院医学研究科法医学教室
e-mail: ito_t79@yahoo.co.jp

英国の国立患者安全機構と 世界初の国家医療事故報告制度

^{1,2} 伊藤貴子 いとうたかこ

⁴ ルエラ・松永 まつなが

¹ 吉田謙一 よしだけんいち

³ 中島和江 なかじまかずえ

⁵ 木内貴弘 きうちたかひろ

はじめに

いわゆるカルテ抜き取り調査により、諸外国では、概ね入院患者の5〜15%に医療事故が発生していると推定されている^{1)~4)}。各国では、医療事故と医療紛争の抑制のために、医療事故の報告・調査、病院の監査・管理、患者の苦情や情報開示等に関する様々な方策が実施されている。その中心に、インシデント・アクシデントの報告から事故の根本原因を分析し、再発予防のための対策を考案し、医療界で共有するという方策がある。

英国では、国民の税収を財源と

する国営医療サービス (National Health Service: NHS) が大部分

の医療機関を管轄している。2002年に行われた調査ではNHS管轄下の病院で年間推定約85万件の有害事象が発生しており、うち4万件は死亡事例と推定されている⁵⁾。英国プリストルの小児病院で、100名近くの小児患者が2名の心臓外科医による手術後に死亡した事件⁶⁾に対する審問委員会(報告書⁷⁾と、政府首席医療局長 (Chief Medical Officer) を委員長とする専門家委員会が出した報告書 "An Organization with a Memory" (教訓を生かす組織に) で、有害事象・ニアミス事例の強制的報

告、情報分析及び公表のための全国的システムの創設が勧告された(2000年6月)。これらを受けて創設されたのが、英国国立患者安全機構 (National Patients Safety Agency: NPSA) である。

本稿では、NPSAが主導する事故情報収集システムについて概観した上で、わが国がNPSAに学ぶべき点を解説したい。

国立患者安全機構 (NPSA)

(1) NPSAの使命と枠組み

NPSAは、国の財政援助を受ける保健大臣直属の特別機関である。NHS管轄下の各NHS Trusts (公立医療機関の運営共同体) の医療スタッフ・患者からニアミスを含むインシデント情報を収集・分析し、英国内外の情報源及び既存の様々な報告システムから有用な医療安全関連情報を得て、医療現場へ情報を還元し、医療安全を推進することを任務とする。

NPSAでは、個人の責任追究ではなく、事例から学ぶことが重視されている。保健大臣が任命す

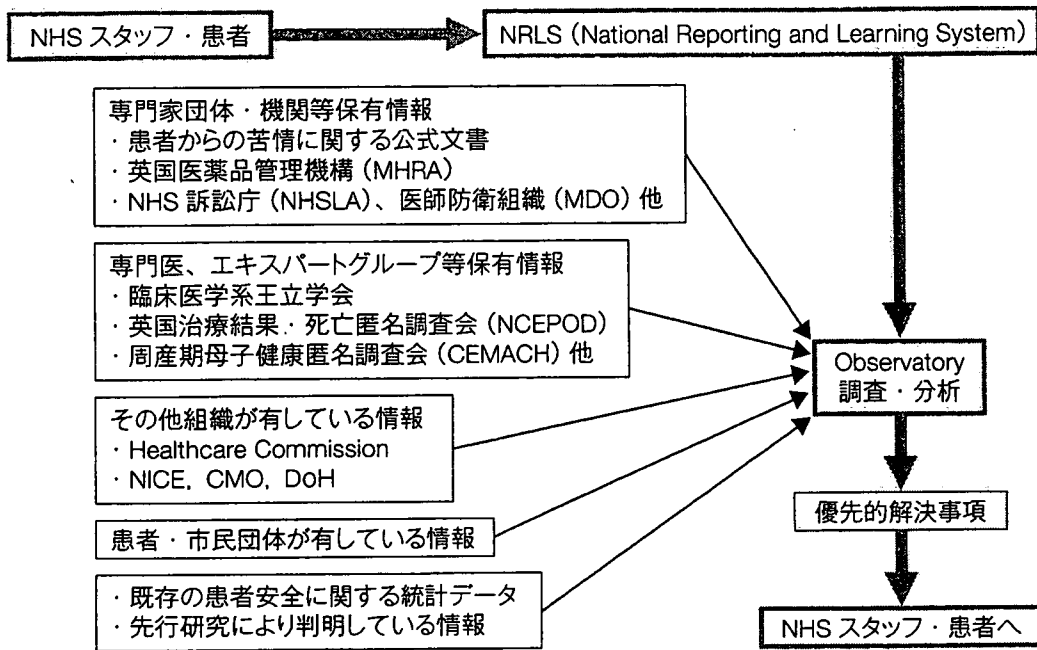
る委員長のほか、NPSA、臨床系学会及び関連機関が選任した17名がNPSAの臨床特別アドバイザーとして、患者の安全に関する問題点の評価・分析を行い、知見を共有し、学会横断的に患者の安全推進のために必要な意思決定を促している。

NPSAは傘下に、国家臨床評価機構 (NCSA)、周産期母子健康匿名調査会 (CEMACH)、英国精神病者自殺・殺人調査会 (NCISH)、英国治療結果・死亡匿名調査会 (NCEPOD) を有しており、世界初の国家レベルのインシデント報告システムである「全国医療事故報告・分析・対応システム」(National Reporting and Learning System: NRLS) が稼働している。

(2) 患者安全監視システム (The Patient Safety Observatory)

各医療機関から報告されるインシデントは、患者安全の問題点を理解する基本資料であるが、これだけでは患者の安全に貢献できない。患者安全の推進のため、NPSA以外の五つの範疇の情報源に

図 The Patient Safety Observatory



属する21機関に集められた情報（下記の①～⑤）を共有しつつ、監視・分析・評価し、NHS管轄下の医療スタッフ・患者に還元する。このグループが形成されており、このグループ内の組織をまとめて「患者安

全監視システム」(The Patient Safety Observatory) (図参照) という一つのフレームワークでとらえている。

① 国の行政機関が保有する情報

社会保険福祉情報センター、英国医薬品管理機構 (MHRA)、NHS 訴訟庁 (NHSLA) など専門家団体・機関が保有する情報、公式文書として国が管理する患者の苦情に関する情報

② 死因究明等に関わる公的機関が保有する情報

王立学会、英国治療結果・死亡匿名調査会 (NCEPOD)、周産期母子健康匿名調査会 (CEMACH)、英国精神病者自殺・殺人調査会 (NCISH) など専門家グループの情報

③ 医療評価に関わる公的機関が保有する情報

英国病院評価機関 (Healthcare Commission)、英国医療技術評価機構 (National Institute for Health and Clinical Excellence: NICE)、政府首席医療局長、保健省等の情報

④ 民間の患者・市民団体が保有し

ている情報

⑤ 研究文献情報

患者安全をめぐる過去の課題調査、国際的先行研究の情報

(3) 全国医療事故報告・分析・

対応システム (National Reporting and Learning System: NRLS)

NRLSは、個人の懲罰を行わないという原則に従い、インシデント事例・経験を報告し、広く共有して患者安全の推進のために学び、分析結果を再発防止に活かすことよってNHSの患者安全政策を支えている。2001年9月より一部Trustsを対象に予備研究を開始した後、2004年12月にはイングランド・ウェールズ（以下、英国と呼ぶ）の全NHS管轄医療機関（607機関）を対象を拡大した。NRLSは患者安全に関する世界初の国家レベルのインシデント報告システムである。NRLSの下では、急性期病院、救急医療部門、一般開業医、知的障害者施設での医療サービス・薬局での薬剤調合など九つの分野ごとにニアミス・インシデントの匿

名情報、NHSスタッフ(搬送・救急スタッフ、歯科医、病院長、医師、看護師、助産師、薬剤師、理学療法士など)によって現場でインターネット上の登録用「e-Form」を通じて入力される。この情報は、

①NHS Trustsが個別に保有している電子媒体、②NHSスタッフが直接入力し送信できる電子媒体、または③各地区のNHS Trustsがブロックレベルで保有しているLocal Risk Management System (LRMS)が管理している電子媒体—を通じてNRLSに集約される。

ここでは、何が・どこで・いつ・どのように・なぜ起こったか、発生後の対応と提案・影響・寄与した要因—の事項が最低限記入されるようになってい。特に、事案発生に寄与した要因、及び障害防止に必要な要因のデータが、Form自由記述欄の詳細な記載等より積極的に収集されている。また、①間違えた、間違えそうになった薬物・器具の種類、または行為・態様、②ニアミス・インシデント発生に寄与した要因、③当該

インシデントが別の危険を生じる可能性の有無—の3点につき、NRLSが独自に開発したソフトウェアを用いて、重点的に解析されている。

インシデント報告データはFormでの入力やエクセルのファイル等での提供もできるが、大部分は自動集計によってい。NPSAでは標準的なデータセットと通信規約が定義されており、これに準拠したものであれば、異なる複数の病院情報システムベンダーのシステム上からのデータの入力とNPSAへの自動送信が可能である。このデータフォーマットを用いている結果、NRLSには1日当たり約3000件、2004年2月～2006年6月までに累積約97万件の事例が報告された⁸⁾。(4)報告から現場改善までの道筋

NPSA発刊の報告書⁹⁾は、医療現場へのフィードバックを重視している。2005年3月までの累計で、施設別分類では急性期病院が6万7344件、内容では転倒・転落など患者の事故が3万63件と最も多かった。この結果より、

NPSAは転倒・転落防止を最優先事項と定め、高齢者の転倒・転落防止のためのガイドラインを作成した。

その過程で、NRLSは全国調査と情報提供に貢献し、転倒に繋がった環境要因を調べた。NPSAが刊行した報告書には、転倒防止のため、床面の転倒防止への改良工事、床の色、照明、手すりの設置等が例示されている。患者の誤認事故等でも、NRLSの情報分析結果が状況の改善に効果的に利用されるなど、現場の報告から現場の改善へのループができてい

一方、NPSAは、いずれも2005年までに、NHS訴訟庁の保有情報を基に産婦人科の医療過誤訴訟件数を25%減少する、他の機関からの情報に基づき処方薬使用に関する重大ミスの発生を25%減少する—など、具体的な期限・数値目標を設定し、問題の解決を試みている。

(5)分析結果の現場へのフィードバック

分析結果は主に報告書(200

6年12月までに607の個別報告書)が全医療機関に配布される形でフィードバックされている。その中に、NRLSが受けた全報告例の累積情報、全Trusts中での当該Trustのランクが色付きグラフで示され、各Trust内での注意事項を視覚的に喚起するグラフも織り込まれている。

また、医療従事者向けの注意事項とチェックリスト付きのリーフレットが年に数回以上発行されている。

日英の報告制度の比較

日本では、2004年10月に、医療法施行規則に基づき全国の国立病院、大学病院、特定機能病院を対象に、財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止センターに対する医療事故等の報告を義務付ける「医療事故情報収集事業」が開始された。これ以外にも、旧国立大学病院、私立大学病院、日赤、済生会など各種病院や設立母体ごとの報告制度があるが、どれも対象医療機関が限られ、報告事項・方法も多様で、分析の精度・包括

表 医療事故報告制度に関する日英比較

	英国	日本*
報告システム名称	National Reporting and Learning System	医療事故情報収集等事業
対象医療機関	England & Wales NHS管轄下全607機関	インシデント/特定機能病院など半限定 ヒヤリハット/全医療機関
国内での報告制度の一元性	全国統一 ただし一部別に報告制度が存在	非統一・報告制度が複数存在、 対象機関もばらばら
報告方法 報告期限	Web上専用報告画面 発生認識から3日以内	Web上専用報告画面 発生認識から2週間以内
他機関との情報共有・互換性の有無	○	×
報告制度開始時期	英国全土での開始は 2004年12月～	ヒヤリハットは2001年10月～ 医療事故情報収集は2004年10月～
刊行物	医療機関ごとにFeedback report 2種類のリーフレットを頻繁に頒布	全体の報告書が年数回

* ここでは日本医療機能評価機構が有する制度のことを指す

度は高くない。日本には、インシデント収集用の標準フォーマットがなく、ファイルやwebベースで集めなければならぬ。一方、NPSAのシステムでは、入力者がNPSAのデータ収集を意識する必要がないため、院内インシデント報告と入力システムと情報を共有できる。NPSAは、全国統一基準のNRLSを通じてNHSの全病院が原則すべての事例を報告する国家レベルの制度である。NPSAは、莫大な累積インシデントから頻度の高い事故を分析するほか、特定の病院の特定のインシデントを分析し、NHS Trusts内のランキングにより客観的な評価を与え、当該病院に改善に対する動機を与えている。

NRLSにより、英国政府は特定のインシデントの全体像を俯瞰し、適切な対応が常時とれる。また、医療スタッフの報告は、個人の過失を追及せず、匿名性を厳守するので、医療従事者が起こったことすべてを正直に報告できる結果、透明で公正な文化(open and fair culture)を創り上げつつある。

このように、日本がNPSAに学ぶべきことは多い。ただ、NPSAの匿名性遵守の方針が、NPSA管轄外の医療機器・薬剤投与などに関する報告システム(MHRA・HPA)との情報共有の障壁となっている。今後、どのような工夫をするか注目したい。

英国では、異状死者に関する積極的な情報開示を旨とする死因究明(コロナ)制度、病院の評価・ガバナンスに関するHealthcare Commission、登録医師の管理に関するGeneral Medical Councilなどがあり、個人・病院の責任を直接的・間接的に問う。そして、匿名性を旨とするNPSAとは相補しつつ、医療安全の管理を強化している。これらの機関に匹敵する機関が日本にはない。

日本医療機能評価機構医療事故防止センターの医療事故情報報告システムは、収集・分析した情報を、報告書とホームページを通じて医療機関等に提供することによって医療安全対策を推進しようと



している。しかし、NPSAに比べて、対象医療機関が大規模病院等に限られており、これ以外にも報告制度が複数ある上、機関相互の情報交換・連携がなされていない。NPSAのように、報告した病院に対し個別報告書を配布したり、改善点をまとめた書物を発刊するようなことはしていない。日本独自の「縦割り行政」や「天下り」に基づく弊害も指摘されている。

英国では、日本の厚生労働省に当たる保健省(DOH)が、患者安全に関するすべてをNPSAに委ねている。NPSAは独自の裁量権を持ち、「The Patient Safety Observatory」という他の公的機関との組織連携の中で、情報を相互に利用しつつ、患者安全を主導している。

医療事故の報告制度には、医療側が患者側に対して説明責任を果たすための情報を確保するという目的、事例に学んで事故の再発予防に役立てるという目的、そして、国や医療管理組織に医療の質の向上のための指針を与えるという目的がある。この点NPSAは、個

別の病院の報告を全国レベルで分析し、個別の病院に対する報告書のほか、ハンドブック、リーフレット頒布による病院、現場医療スタッフへの警鐘、注意の喚起が行き届いており、三つの目的に対応できる制度といえる。

NPSAは、現場から患者安全のための情報を包括的に得た上で、数的情報より重要事項を選んで分析し、他の関連機関との連携を通じて事故予防のための具体的方策を考案し、当該医療機関と全国の医療機関にフィードバックする優れた制度といえる。

最後に

NPSAの制度に学ぶことに基づき、日本の事故報告制度に関する提言を行いたい。

○インシデント収集のための標準データフォーマットとインシデントの自動収集システムの構築を早急に行う。

○全医療機関を包括する院外事故報告制度をつくる。

○統計情報より早急に改善すべき案件を絞り込み、専門家が集中

的に分析し、事故予防の方策を考え、具体的な数値目標・達成期限を設定の上、情報と事故予防策を当該病院と一般に対して積極的に広報する。

○医療関連死の死因調査、行政処分、裁判外紛争処理などの使命を持つ第三者機関を整備して、その情報を医療安全に活かせるよう連携体制をつくり、常時、政策を提言できるようにする。

○医療従事者の自律的な活動が見える形で患者の安全確保に貢献できるよう、常に、現場から医療評価機構への情報と、医療評価機構から現場への情報が閉じたループをつくり、そのル

ープ内を情報が流れるような制度を構築する。

〔謝辞〕

今回の英国NPSA調査訪問にあたりご協力いただいたNPSAのTosh Mondai氏、Helen Glenister氏に感謝申し上げます。

(*1東京大学大学院医学系研究科法医学講座、*2九州大学大学院医学研究科医療システム学分野、*3大阪大学医学部付属病院中央クオリティマネジメント部、*4ロンドン大学アジア・アフリカ研究科、*5東京大学大学院医学系研究科UMIN研究センター)

文献

- 1) Thomas EJ, et al : Med Care 38 : 261, 2000.
- 2) Vincent C, et al : BMJ 322 : 517, 2001.
- 3) Davis P, et al : New Zealand Medical Journal 114 : 200, 2001.
- 4) Schioler T, et al : Ugeskr Laeger 163 : 5370, 2001ほか.
- 5) BRI Inquiry Final report Section 2 Recommendations : DoH 2001年7月.
- 6) 吉田謙一, 他 : 日本小児循環器学会雑誌20 : 493, 2004.
- 7) Quarterly National Reporting and Learning System data summary Autumn 2006.
- 8) Report in the NRLS database up to 31, March 2005.
- 9) Clinical Guidance 21 : NPSA, November 2004.

英国保健医療委員会の活動に 学ぶ医療の質の評価

¹ 中島範宏 なかじまのりひろ

² ルエラ松永 まつなが

³ 吉田謙一 よしだけんいち

はじめに

1980年代後半から90年代前半にかけて、英国プリストルの小児病院で、手術成績不良の心臓外科医2名によって手術が継続され、病院長が内部告発を無視した結果、100名近くの小児患者が死亡するという事件が起こった¹⁾。

この事件に対する審問委員会の報告書と、政府主席医療局長を委員長とする専門家委員会による報告書「An Organization with a Memory」(教訓を生かす組織に)の勧告(2000年6月)を受けて、有害事象収集と分析・提言を医療現場にフィードバックするため、NPSA(英国国立患者安全庁)²⁾

が設立された。

同時に、NHS(国民健康サー

ビス)のパフォーマンスの監視を

目的とした第三者機関としてCH

I(保健医療向上委員会)が設立

され、04年4月1日にHealthcare

Commission(保健医療委員会。以

下、HC)に改組された。

HCは、NHSトラスト(運営

共同体)582機関および全民間

医療機関等1426機関を評価し、

医療の質の向上を推進する使命を

担っている。

06年12月6日、筆者らはHCの

本部を訪問調査した。本稿では、

HCの活動内容について報告し、

日本で活かすべき点について考察

する。

1 HCの概要^{3)~5)}

HCは「Health and Social Care [Community Health and Standards] Act 2003」(以下、健康・社会医療法)に基づいて設置された。その使命は、全医療機関が提供する保健医療および公衆衛生のパフォーマンス(治療成績等)と経済効率に関する監査を行い、国民に医療について最善の情報を提供し、保健医療と公衆衛生の向上を推進することにある。

HCは、政府の「より良い健康のための基準」に則り、全医療機関の診療成績を評価し、各医療機関の医療等に関する成績や病院機能を改善しつつ、経済的・効率的に医療を提供するよう指導する責務を負っている。

また、NHS機関ごとの年間成績・ランキングも公表しており、ある医療機関に問題が発生した場合、問題点を同定、改善し、説明責任を果たすよう指導している。その活動目標は、①患者、医療従事者、サービス受給者および国民と緊密に連携して、保健医療の

向上に全力を注ぐ、②すべての国民が健康を増進し、より良い保健医療の恩恵を受ける権利を推進する、③評価は最善のエビデンスに基づいて行われ、向上を支援するものである、④連携して監査・検査を行い、対象を絞ってバランスのとれたアプローチをとる、⑤意思決定は中立かつ公正に行い、懸念や臆慮なく得られた知見を報告する、⑥自身の活動や経費に見合った業績について説明できるようにすることである。

HCの活動は、保健省(DOH)からの助成金とNHS以外の民間病院から得る手数料の二つの財源によって支えられている。年間(05/06会計年度)予算は7870万ポンド(約17億円)である。

2 調査活動

HCは05年3月以降、英国の全医療機関に対する「年次医療機能評価報告」(Annual Health Check)を行っている。評価対象は、NHストラストの病院や救命サービス、開業医等の加入するプライマリケア・トラスト、精神科領域・障害

者サービス、民間病院・ホスピス、医師、学校保健サービス、および私立の医療機関などである。

主な評価領域は、①患者の安全性、②診療とコストの効率、③ガバナンス(組織内の自主管理)、④患者の満足度、⑤アクセスの良さと対応の早さ、⑥療養環境と施設、⑦公衆衛生であり、コア基準をどのように評価するかは明文化されている。

また、「年次医療機能評価報告」では、「改善のための評価」が特定の領域(例:急性期病院)、対象者(例:成人)、状態(例:心不全)などについて行われており、これらの結果は、病院の年間ランキング等にも利用される。

「急性期病院個別評価」では、特定の疾病に対する治療成績について評価が行われている。また、診療監査(clinical audit)のほか、治療成績モニタープログラムでは、継続的な医療の質の向上のために、専門領域の医師が計画を推進する全国レベルの疾病(例:癌、心疾患)ごとにモニターの実施が計画されている。

3 情報公開活動

H Cは毎年、「健康・社会医療法」に基づいてNHSトラストの病院にランクづけを行い、下位10%の病院には警告を与える。また、私的病院についても「ケア基準に関する法律」(Care Standard Act 2004)に基づいて評価する。

具体的には、NHSの病院を経営するトラストについて、財政報告、財政管理、財政基盤、内部管理、コストパフォーマンスの5項目に関して、監査機関から提供される情報を基に4段階の評価を行う。評価3以下が一つもなく、少なくとも財政管理、財政基盤、コストパフォーマンスのうち二つ以上が評価4の場合に「優良」、評価2以下が一つもなく、財政管理、財政基盤、コストパフォーマンスが評価3以上の場合に「良」、評価2以上の場合に「普通」、5項目の一つでも1の場合に「不良」と格付けされる⁶⁾。

評価結果に関する情報はインターネットで公表され、患者の医療機関の選択を支援している。

H Cの調査結果はデータベース化され、疫学・統計的処理を施した後、国の監査やリスク調整にも用いられる。また、医療全般に関する年次報告書を作成して議会に提出し、患者や国民に対して可能な限りの医療情報を与える。さらに、医療機関が自らの医療に対する評価を知ることができるよう、個別医療機関の業績に関する情報も提供している。

4 改善活動

H Cの改善活動は、以下の四つの方法で行われている。

第一に、医療サービスの基準と質に関する情報を、患者、医療従事者、国民、医療機関、政府に提供する。

第二に、改善を促進するような基準を用いて医療機関のパフォーマンスを評価する。

第三に、苦情に対する中立的な検証を行う。H Cのリーフレットには、患者の苦情申し立て手続きが記されている。保健省は、患者から文書で苦情が提出されたら、病院は20日以内に文書で回答する

よう定めているが、病院が処理できない苦情は増え続けており、NHS機関だけでも、苦情は年間約9000件(06年度)と推定されるため、改善を迫られている。

第四は、調査を通じた改善であり、内部告発、警察、ジャーナリスト、弁護士などの申し立てや患者の苦情が端緒となっている。医療機関を対象に、患者の安全が危険に曝されていると判断された場合に、医療従事者が萎縮しないよう配慮しながら調査が行われる。調査チームは医師、看護師、病院管理者、患者代表、学会に推薦された臨床評価者、情報分析者から構成されており、具体的な調査内容に関する守秘義務を負う。

05年度119件の調査依頼のうち85件について検討し、5件にフル調査、7件に勧告が行われた。勧告の内容は、スタッフ配置、透明性、管理責任、ガイドラインの遵守などに関するものであった。調査の際は、カルテ、関係者の電子メール、人事考課も対象となる。調査やランクづけの結果を踏まえ医療機関に警告を与えること

があるが、改善がみられない場合、経営陣の交替など人事にも介入できる。また、HCは独自の調査結果を踏まえて、医療の質向上に向けた提言を行う。

5 ある産婦人科病院に 関する個別調査

HCの病院調査報告書⁷⁾は、HCの調査の実態を知る上で貴重な情報を提供している。

02年4月～05年4月に、北西ロンドンNHS病院トラストに属するノースウィックパーク病院で、10名の女性が妊娠中または産後に死亡した。この病院の当該期間の周産期死亡率は、10万人当たり74・2と、全国平均11・4の6・5倍、全国第1位であった。

HCは、初回調査で問題点を指摘していたが、トラストの事故後の対応が不十分とする懸念を受けて、関係者個人の責任追及でなく、貴重な教訓を得て患者の安全を守り、医療の質を向上させることを目的に再調査を実施した。

初回調査の報告書では、収容能力の問題、リーダーシップの問題、

スタッフ間の人間関係の希薄、産婦人科病棟の管理責任を負うコンサルタント医師のカバー不足、助産師不足、ハイリスク産婦の専門的サービスの欠如が指摘された。

しかし、10の死亡例に関する再調査によると、その後もコンサルタント医師は、日常的な病棟回診を行っておらず、助産師と産科医師の協力は期待されるレベル以下であった。

再調査の報告書によると、10例中9例に、程度の差はあれ医療行為に不適切な点がみられた。

同じ失敗が繰り返されておらず、これには病院の事故後の対応が不十分であることなどが影響していた。当該診療科スタッフ幹部が、病院のリスクマネジメント部長に依存しすぎており、当事者意識がなく、現場のスタッフ数名が内部調査に参加しようとした時、その支援すらしなかった。指導的立場の助産師が現場の助産師を支援し、アドバイスする管理体制も欠落していた。

トラストの内部調査報告は、産科医個人の医療内容に限られた狭

いもので、麻酔科医の医療やシステム上の問題には触れていない。今回、HCの報告書で取り上げられた10例すべてに異状死届出と法医解剖が実施されている。ほぼ半数は自然死と判断され、その他の例では弛緩出血、子癇前症等が関係しており、大半が回避困難と思われた。

コロナー(検死官)に提出された関係者の上申書は、「視点が法的問題に限られた狭いものである」と批判している。

上申書を受けて、コロナーが個々の事例について死因を究明したが、1例を除き法的問題はないと判断した結果、医療上の問題が放置され、10例すべての解剖、検視法廷の開催にかかわらず、事故の再発が続いた。

結局、コロナーの調査は、病院のシステムの改善、患者安全に貢献しなかったとされた。このことは、日本においても、死因究明の調査専門組織の制度設計に当たって考慮すべき点である。

なお、05年4月以降、病院がとった活動計画についてHCの報告

書には、「3名のコンサルタント産科医を雇用し、産科病棟における月々金曜のコンサルタントのカバー時間を増やすなど、診療体制の改善が図られた。また、臨床ガイドラインが更新され、クリニカルガバナンス(診療における自主管理)体制が改善され、インシデント報告とマネジメントの方針が、事例に学び、個人を責めない方針に変更された」と記されている。

考 察

HCの活動の大きな特徴の一つに、特定の問題となる事例や病院に対して実施する、システムのな問題解明と改善を目的とした調査がある。そこで、わが国でも社会問題化した事例である福島県立大野病院の事故調査と比較検討した。

大野病院事件では、癒着胎盤の剝離と帝王切開後に出血性ショックで妊婦が死亡し、一人医長の産婦人科医が、業務上過失および異状死届出義務違反を理由として逮捕、起訴された。

県が要請した外部評価委員3名による事故調査報告書によると、



「胎盤は子宮上部から用手的に剝離し、子宮下部では剝離困難のため、クーパーを用いて剝離した。妊婦に子宮温存の希望があったが、クーパー使用前に子宮摘出に直ちに進むべきであった。胎盤剝離は十分な血液の到着後に行うべきであった。循環血液量の減少は輸液・輸血のためであり、他科医師の応援を要請し、輸液ルートを保して輸液する必要があった」などと書かれている。

この報告書には、「…すべきであった」という、日常、医療従事者間で行われているような率直な意見表明が随所に見られる。しかし、遺族や検察は、これらの表現は医師の法的過失を示すと受けとった可能性がある。実際、検察は、「癒着胎盤に伴う分娩の困難性は予見されており、基幹病院に紹介すべきであった。また、応援要請につき周囲の助言を聞かなかった」と指摘した。

前述のHCが調査した産婦人科病院のマニユアルには、放射線治療医による弛緩出血の診断と塞栓術について記載されていたが、報

告書ではその体制は整っていないことが指摘されている。

日本の検察、裁判所の調査では、医師の過誤に注意が集中すると思われるが、HCは個人の責任追及を明確に避けつつ、システム上の問題を詳細に分析・評価し、病院に何が改善できるかを追及している。

この報告書の内容は、すべての病院に共通する問題を提起しており、医療関係者全般にとって教訓となったと思われる。

大野病院事件の背景として、地域公的病院における産婦人科医不足があり、その原因として、新医師臨床研修制度の導入に伴う大学医局の地域病院からの医師引き揚げ、過疎に伴う自治体の医師確保難、産婦人科医に対する訴訟の増加などが指摘されている。

また、地域における医師の応援体制、輸血体制などが不十分であり、実際、県は高リスク出産に対して基幹病院での出産を勧めている。システムエラーの観点に立てば、この事件についても多様な改善点が見つかったはずであるが、

そのような指摘はないようにみえる。

なお、奈良県では、産婦の収容不能という救急医療体制の問題が顕在化した事件も発生した。このような事例に対して、検証機関は、地域ごとの救急搬送、重大事例に対する応援体制、緊急輸血体制を含む地域医療システム全般に関する評価を行うべきである。

この点、HCは医療受給に関する地域差、不公平性に目を向けた評価を重視しており、救急医療体制に関する調査も行っている。

今後、日本において、医療機関の包括的評価や事故に対する個別機関評価を実施して、システム改

善の視点から、再発防止に貢献する調査制度を創ることが求められる。その制度設計に当たって、HCの調査制度に学べる点は多い。

〔謝辞〕 大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部教授の中島和江先生から多くのご助言とご指導を賜りましたことをこの場をお借りして御礼申し上げます。

（*1 東京大学大学院医学系研究科法医学教室大学院生、*2 ロンドン大学アジア・アフリカ研究科講師、*3 東京大学大学院医学系研究科法医学教室教授）

文献

- 1) 河合格爾, 他: 医療安全 1: 24, 2004.
- 2) 伊藤貴子, 他: 日本医事新報 No 4331: 76, 2007.
- 3) About the Healthcare Commission
- 4) 近藤克則, 他: JIM 15 (3): 232, 2005.
- 5) Strategic Plan 2005/2008 Healthcare Commission
- 6) Scoring rules—the use of resources element of the annual rating Healthcare Commission
- 7) Investigation into 10 maternal deaths at, or following delivery at, Northwick Park Hospital, North West London Hospitals NHS Trust, between April 2002 and April 2005 Healthcare Commission