

医療事故等防止監察委員協議会

日時：平成21年3月12日（木）

場所：市立枚方市民病院 大会議室

出席委員（五十音順）

相 本 太刀夫	委員	原 田 えりか	委員
岩 崎 豊	委員	甫喜本 光	委員
北 本 雅 美	委員	森 島 徹	委員
中 川 恒 夫	委員	山 口 重 子	委員
中 村 猛	委員		

病 院 側 出 席 者

病院事業管理者	小 池 正 明
病院長	森 田 眞 照
副院長	古 川 恵 三
副院長	坂 根 貞 樹
副院長	木 下 隆
副院長	糸 賀 敏 子
診療局長	赤 塚 正 文
診療局参事	北 江 秀 博
看護科長	西 谷 真 弓
看護科長	勝 間 良 子
看護科長	杉 本 美智子
放射線主任技師長	千 間 伸 二
中央検査科長	杉 本 広 行
薬剤科長	遠 嶽 秀 丸
事務局長	人 見 泰 生
事務局次長	中 路 清
総務課長	林 寧
医事課長	西 村 良 成
経営企画課長	白 井 重 喜
医療安全管理科長	岩 崎 敏 子
（医療安全管理者）	

○中村 会長 定刻になりましたので、ただいまから枚方市民病院の医療事故等防止監察委員協議会を開催いたします。司会進行を務めさせていただきます監察委員の中村です。座らせていただきます。本日はこの協議会に監察委員のみなさん、枚方市民病院のみなさんにありましては大変お忙しい中ご出席いただきましてありがとうございます。枚方市民の疾病治療と健康を守るこの枚方市民病院、何よりも安全で安心した病院作りにいろいろと取り組まれていると思いますが、この医療事故等の防止対策は基本となる不可欠なものでございます。この協議会も平成14年に発足しまして、一期二年のステージでいま四期目にはいって七年を経過しています。医療崩壊が叫ばれて久しい昨今、枚方市民病院も例に漏れず幾多の課題を抱えておられますが、この医療事故対策は根幹をなす大きな課題でございます。国も現在、医療安全調査委員会を立ち上げて、事象事例の集約した報告の情報共有化にむけて、またその情報を再発防止等につなげるという目的の元に取り組んでいるわけでございます。また、医療事故の対応で医療のADR、このADRと申すのは、医療裁判の手法にいたる前段階で紛争処理を行うということですが、こういう取り組みにつきましても進んでおるような状況でございます。

本日はわれわれ病院外の第三者の市民代表による監察委員の構成メンバーで、何とか現場で市民の医療に汗と努力をされているスタッフのみなさま方への側面からの医療事故防止の支援ができますように、いろいろ忌憚の無い意見・提言をさせていただきます。ともによき枚方市民病院の発展に邁進したいと、斯様に思っておりますので、この協議会の進行をよろしくお願いしたいと思います。それでは、ただいまから平成20年度の医療事故等防止監察委員協議会を開会いたします。開会にあたりまして、会の成立状況について事務局から報告願います。

○林 総務課長 本日の協議会には、全委員のみなさまにご出席いただいておりますので、医療事故等防止監察委員協議会運営要項の4に定めます2分の1以上の出席者数を満たしていることをご報告いたします。

○中村 会長 ありがとうございました。それでは、最初に小池病院事業管理者にご挨拶をお願いいたします。小池管理者よろしく願いいたします。

○小池 病院事業管理者 本日は年度末の大変お忙しい時期に協議会にご出席いただきまして 大変ありがとうございます。枚方市民病院も平成25年12月の新しい病院の開設に向けまして今年度から設計に入ります。新病院に向けて私どもスタッフ一同、よりよい市民病院の実現に向けてがんばってまいりますので、よろしくお願いいたします。また、医療のニーズが高度化・多様化していく中で、市民病院の「心のかよう医療、信頼される病院」という基本理念に立った医療サービスをしていく上では、医療安全に関

する取り組みというものが非常に重要でございます。今日は3件の案件がありますけれども、どうぞ忌憚の無いご意見・アドバイスをいただきたいと思います。

○中村 会長 ありがとうございます。なお、小池管理者は公務が重なっておりますので、ここで退席されます。それでは、これより市民病院からの報告を順次お受けいたします。まず、案件1でございます。市立枚方市民病院における取り組みの報告を議題とします。それでは最初に一番目の平成20年度医療安全の取り組みについてを議題とします。事務局から説明を求めます。お手元の資料でございますのでご参照ください。よろしくお願いいたします。

○岩崎 医療安全管理科長 お忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。医療安全管理者の岩崎と申します。本日はよろしくお願いいたします。案件1でございますが、平成20年度医療安全の取り組みといたしまして、平成21年2月現在の報告をさせていただきます。項目におきましては、背景をとりまして16項目で配列をさせていただきました。まず、1番の医療安全管理委員会の開催ということで、これは月1回院内の医療安全に関する色々な取り組み事項、それから後述いたします医療事故等についての質疑等を行う会議を定例といたしまして11回滞りなく開催いたしました。あとはインシデント事例の収集分析ということで、院内で起きておりますインシデントの情報収集や、これをまとめたニュース発行、注意啓発という形をとってまいりました。細かい事例につきましては、医療安全管理実施小委員会というリスクマネージャーから8名選任した委員会で2週間に1回ほど小さな事例の検討を行い、部門間の調整及び組織的対策の検討に持っていくような会議を1月末現在で525事例18回開催いたしました。あとは安全推進活動といたしまして、眼科の患者誤認防止対策ということでマニュアルとフローシートを作成いたしました。フローシートとマニュアルにつきましてはお手元に配布させていただきました資料をご覧ください。患者様にかかるハードケースも今お手元に配布しておりますが、この中に診察券を入れて患者様に間違いが無いかということを医師・看護師・患者様とともに名前を確認し合うということを徹底しております。眼科は暗いので、しっかりその確認をしなければならないということで、「見える化」という形の可視化対策をとらせていただきました。リストバンドの発行機ですが、これは1台でしたがもう1台救急外来にも増設いたしました。どんな時間帯でもリストバンドの発行を行い、患者認証をするということを徹底いたしました。改善事項といたしまして、施設環境の改善対策としてマークや表示の汚い部分については更新しました。今まで使用しておりましたポスター掲示類について採血・輸血療法の重要事項や安全標語ポスター等について更新を行いました。血糖測定器使用の実態調査を行い病棟ごとの取り扱いを変更いたしました。これは、春、非常に大きな報道になりましたが、複数使用の禁止ということで即当院の実態調査を行い、自主的に報道への対応を行

いながら、現場をすぐに改善した次第です。緊急会議を短時間ではございますが、4回ほど開いて調整を図っていきました。真空採血筒の再活用禁止ということで、これもディスプレイ製品の真空採血筒を全部導入いたしました。自動販売機のグレープフルーツジュースや報道に関係して注射作成後の作り置き時間、整形の方で24時間以上の点滴を使って感染を起こしたという事例を受けて、当院の実態を調査しましたが、1～2時間で使用ということで、安全であることの確認を行いました。真空採血アルコール綿花、インスリン指示に関する確認事項ということで、インスリンに関するインシデントがやはり患者さんに即影響が出るということで医師と看護師での確認事項の取り決めを行い、現場の方でも病棟間の統一手順を作りまして、実施をしているところです。あと転倒転落に関しましてはやはりなかなか防止したいのですが、実際に動いてしまうところから安全グッズの導入ということで、着地センサーマットやヒッププロテクター（転倒したときに大腿骨の転子骨折を防止するクッションのついたパンツ）といったものを積極的にモニターいたしました。購入につきましては、センサーマットは現在検討中で次年度から今年にかけて何台か購入する予定になっております。医療安全管理研修は国からの規定で年2回以上行うということになっており、20年度は3回行っております。9月、2月と外部講師を招きましてコミュニケーションについて焦点を絞った演習・講演、2月にはヒューマンエラー防止のリスクマネジメントということで、早稲田大学の小松原教授に来ていただいて、演習も含めて2時間の管理研修を行いました。12月11日におきましては、医療安全週間にちなみまして、その間に1回、病院長である森田医師から講演をしていただいております。やはりこれも医療安全はコミュニケーションからということで、患者にわかりやすい医学用語というのが出ていると思いますが、それについてのお話をさせていただきました。あとは教育研修委員会との連携で月1回の院内研修を行い、各部門から色々な研修をしていただいて知識の啓発に努めました。看護師の医療安全教育研修ということで、看護局で連携をとりながら看護師における医療安全に対する知識・実践向上を図る危険予知トレーニング、シエル分析というものを全職員が参加することを目指し、八割の看護師がこれに参加いたしております。随時採用看護師への医療安全教育研修ということで、採用された段階で1時間半医療安全についてマンツーマン方式の研修を行ってきております。昨今、静脈注射が医師の下で看護師ができることになり、神経損傷とか静脈注射による合併症予防のために正しい静脈注射をしようということでIVナースの院内認定看護師育成研修を看護局の方が取り組んで、今認定看護師を何名か認定しております。職員への医療安全教育研修ということで、これは春の分ですが、新入研修医6名と看護師に行っております。院内ラウンドといたしまして、年2回大きな院内ラウンドを安全管理実施小委員会で7月と2月に行いました。今年はモチベーションを上げるために、一番評価の高かった病棟に対しまして賞状等を出すことといたしました。針刺し事故防止対策ということで、院内の誤刺という事例を少し集めましてヒアリングを行い、原因について問題があれば全職員に注意啓発と3月

16日ですが3年間のデータ報告を行う予定にしております。医療安全週間、厚生労働省からの通達でございますが、12月8日から12月14日までの1週間医療安全に対する意識をあげようということで、緑のリボンを全職員着用いたしました。この中で先ほど述べましたが院長からの講演を行っております。あとは医療安全情報の提供ということで、昨今色々な情報や医療事故の報道がありますが、報道記事から全職場へメールを配信したり、場合によっては紙で配布など注意啓発をうながしました。安全管理実施小委員会で確認された事項とかこれは組織的に啓発しようという事柄も含めて発信いたしました。安全な医療機器への取り組みということで、人工蘇生器の代替品購入とそれに伴う安全な配置使用管理ということで、安全管理室で取り組み、手順書を作成しました。点滴接続ルート内異物混入ということがエクステンションチューブ中であつたということで、一時的に調査を依頼し、その間、違う製品を導入したりということで安全対策を図りました。枚方3病院医療安全ワークショップを開催ということで、これも3年前から行っておりますが、関西医大枚方病院と星ヶ丘厚生年金病院と当院で地域の医療安全の構築を図ろうという目的で、テーマを決めまして発表会を行っております。今年度は6月12日に保健センターで18時から19時30分まで内服管理と持参薬管理について、三病院の取り組みに関する発表と意見交換を行いました。今回は当院が当番病院となり、関西医大枚方病院31名、星ヶ丘厚生年金病院13名、当院105名で総計149名の参加がございました。院内巡視でリスク回避への注意喚起と改善指導ということで、安全管理者のほうで日々ラウンドいたしまして、施設面や個人情報、患者対応、接遇について気がつくところがあれば注意をするという安全管理を行いました。マニュアルに関することとして、医療安全管理マニュアルの一部改定ということで、後ほど提案させていただきますが、マニュアルの改定を図りました。外部との交流ということで、院内だけではなかなか対策を立てるときに足りない部分がありますので、他病院の医療安全管理者との交流を図りながら、医療安全研修に参加したり、招待したりということで交換を行いました。大阪府看護協会の医療安全対策委員会の対策も行いまして、中央の情報も得ながら、フィードバックを行いました。以上でございます。

○中村 会長 ありがとうございます。ただいま岩崎医療安全管理科長から、取り組みにつきましてご報告いただきましたが、16項目にわたって大変さまざまな医療安全に関するとりくみを行っているという報告でございました。具体的な事例、マニュアルの一部改正など具体的な案件に入るとは思います。ただいまの一年間の取り組みにつきまして、委員の方々からご質問・ご意見をお受けしたいと思いますが、発言よろしく願いたいと思います。

○原田 委員 一番目の院内ラウンドのところですが、優秀病棟の表彰を行われたということでもとても良い取り組みだと思います。お見舞いに行きますと、病院によってはエレベ

一タの横のところに、昨年の優秀看護師さんという表彰のプレートが貼ってありまして、それを見ると、私などはこの看護師さんに担当してもらいたいなどと思ったりします。看護師さん同士のモチベーションが上がると思いますし、その取り組みをされている病院自体もこういう取り組みを一生懸命されているということで安心と信頼につながり、良いことだなと思います。そして、12月11日に森田院長が「医療安全はコミュニケーションから」ということで医療用語についてお話されたという岩崎さんからのお話でしたが、具体的にはどのようなこととお話されたのかと思ったのですが、いかがでしょうか。お聞かせください。

○中村 会長 森田院長へのご質問ということで、よろしくお願いします。

○森田 病院長 ご質問ありがとうございます。われわれ知らず知らずのうちに患者さんにお話しするときに難しい言葉を使いがちです。全国的に今どういう言葉がわかりにくい、あるいはどういう言葉が理解されていないかを、こちらが思っていることと患者さん側が思っていることが違った意味で使っていることがあります。リストミたいなものが最近調査してわかりまして、それについて今回は私が説明させていただきました。例えば、ストレスという言葉を使うのですけれども、我々が使うストレスと患者さんが使っているストレスの意味が違ふとか、ショックとかでも意味が違ふとか、そういうようなことについて、解説させていただきました。毎年この医療安全週間というのをやっておりまして、テーマをとりあげてやっていくという試みです。

○中村 会長 よろしいですか。では、他にご意見ありますでしょうか。どうぞ。

○北本 委員 12月11日の日に森田先生の講演を聞かせていただきまして、医療用語の解釈が正しくなければ患者に伝わりにくいのではと言うお話で、解説本が出ているので読んで見ると興味深いと言われていたので、ジュンク堂まで探しに行ったのですが見当たりませんでした。どなたか見付けられたら教えて下さい。

○中村 会長 よろしいですか。他にございませんでしょうか。どうぞ。

○岩崎 委員 一点だけ聞きたいのですが、岩崎さんに。グレープフルーツの件が書いてありましたが、何か事故があったのですか？

○岩崎 医療安全管理科長 事故はございません。ただ、心臓の手術の後とか、ペースメーカー埋め込みの方が止血剤とかを服用されたときに、カリウムの拮抗の関係で、お薬とこれがあわないというグレープフルーツ禁というのがございます。患者さんが知らず

にそれを飲んで何か起きたらいけないということで、院内を点検して回りましたらグレープフルーツが自動販売機にありまして、又売店にもあり、さっそく総務課に申し出して、それに替わるミックスジュース等に交換をいたしました。

○岩崎 委員 はい、良くわかりました。

○中村 会長 どうぞ。

○相本 委員 いまの答えを想定していなかったのですが、薬剤師としての専門的な立場から申しますと、グレープフルーツジュースの中に、薬物対策酵素阻害剤がございまして、特に消化管にあるCYPに対して阻害をかけまして、特にその影響を受けやすいのはカルシウム拮抗剤といったものの代謝が抑えられまして、通常の薬用量で飲んでいても、グレープフルーツジュースを飲むとものすごく効き目が強くなって、場合によっては死に至ると。そういう答えが出るのかと思っておりましたけど、ご参考までに申し上げます。

○中村 会長 どうぞ。

○北本 委員 薬剤師会から来ております北本です。服薬している薬剤が食べ物によって影響を受けて、効力が強くなったり、弱くなったりすることが解ってきて、グレープフルーツや納豆を食べてはいけないと言う使用書を患者に渡したり、口頭で注意したりしています。薬剤と食物との禁忌も大切な治療の一環です。院内の販売機からなくされたことは、懸命なことでした。なくした理由も伝わるといいですね。

○中村 会長 よろしいですか。グレープフルーツの禁忌について話がありましたが、あとございませんでしょうか。

○甫喜本 委員 保健師の甫喜本です。今日の資料の中から枚方3病院の医療安全ワークショップの開催、3年目を迎えられて、今回場所が隣だったせいなのか、本来、枚方市民病院の方で積極的な取り組み発表をされたのか、とてもたくさんの看護師さんとか関係者の方の出席で、すごく感心しているのですけれども、関西医大とか厚生年金病院とか参加者もあったようですが、そのときのこちらの取り組みどのような報告をされたのか、特徴的なことがあればご紹介いただければと思います。

○中村 会長 3病院の取り組みについてですね。病院それぞれ個性がありますので、このワークショップは3病院共通の点もあれば異なる点もあるということで、特徴につ

いて色々ご発言をお願いしたいと思います。

○**岩崎 医療安全管理科長** ありがとうございます。今回は内服薬管理と持参薬ということで、それぞれの病院で薬剤師・看護師の方で改善事例の現状報告をいたしました。当院といたしましては、看護局のTQMに取り組んでいただきましたお薬の個包化によって、患者さんも安全に飲めるし、業務改善につながったということを報告させていただきました。

○**森島 副会長** 3番の安全推進活動の中で、血糖測定器の複数使用禁止を受けて実態調査を行ったということがあるのですが、その結果についてお聞きしたいのですが、どうい結果がでたのですか。まず、あったかなかったかが問題になり、あったとすればどの程度あったのか、そのあたりを説明をお願いします。

○**中村 会長** 問題になりましたね。どうぞ、応答をお願いします。

○**岩崎 医療安全管理科長** ありがとうございます。これが非常に新聞報道で大きくなりまして、当院でもやっているのではないかとということで、医療安全管理室長と相談して、現場の調査に入ったところやはり複数使用していたというのが実情でした。それで、やはり複数使用はやめないといけないということで、ジェントレッドとエースレッドという二つの機種をジェントレッドのみにすれば、オンリーワンで使っていけるということで、エースレッドを全部やめようということで即決定し、機種変更にとりかかりました。その結果につきましては、一つの報道から、あちらの病院もこちらの病院もということが新聞ででてまいりましたので、枚方市民病院はではどうしようということでしたけども、報告をしておいたほうがよいのではないかとこの会議が行われまして、報道への対応を行ったという経緯でございます。

○**中村 会長** その結果、何か感染とかはなかったのですか。

○**岩崎 医療安全管理科長** それにつきましては、一定期間の間に入院されていた患者さんのリストを全部洗い出しまして、想定できる患者さんにはご連絡させていただいて、対応させていただきますということを医事課を通じて行いました。

○**森島 副会長** なかったんですね。

○**岩崎 医療安全管理科長** はい、ありませんでした。よろしいでしょうか。

○森島 副会長 結構です。

○中村 会長 あとございませんでしょうか。ないようですので、続きまして2番目の案件でございます。医療紛争の状況についてを議題といたします。事務局より説明を求めます。

○西村 医事課長 医事課長の西村と申します。よろしくお願いいたします。本日、資料の5ページをお開きいただければと思います。平成21年3月1日現在の医事紛争の状況でございますが、まず、5ページにおきましては結審をしたものということで、ご報告をさせていただきます。時系列に沿っての方がお分かりいただき易いということで申し上げますので、よろしくお願いいたします。中段、訴状内容の方をご覧いただければと思います。平成12年6月に本院転院した後、肝機能障害、誤燕性肺炎発症による敗血症、その結果、平成13年1月8日に多臓器不全ということで死亡された方の事案でございます。これにつきましては、申し立ての年月日で平成13年5月10日の時点で証拠保全、同年11月29日に損害賠償請求がございました。しかし、応訴理由の欄にございますけれども、当院といたしましては、入院時に既に重篤な既往歴、行為障害、慢性C型肝炎等がございましたこと、それ以外にも極めて多くの危険因子を伴った状態での転院ということでございまして、入院後も感染症を繰り返しながら、重症混合感染症の状態に至り、その死亡については不可抗力という考え方で、この請求には応じなかったということでございます。その結果、平成14年10月23日に大阪地裁の方に、夫・長男・長女が原告となり、提訴が行われました。その結果でございますが、一番下の経過と対応で、平成19年3月ですから4年半くらいたったあとで、大阪地裁の判決が出まして、原告の請求を棄却するという判決が出ております。これを受けまして、平成19年4月に相手方が大阪高等裁判所に控訴したということでございます。内容につきまして、経過と対応になります。平成20年5月30日に大阪高等裁判所の控訴審判決が出ました。内容としては、一審と同様死因の因果関係を否定されましたけれども、しかしこの段階で新たな主張を原告がしておりまして、抗てんかん剤の投与義務に違反した結果、患者の容態を一時的に悪化させたということで、その責任を認め、原告2名にそれぞれ175万円、また、平成13年1月8日から支払い済みまでの間、年5%の遅延損害金の支払いが命じられたということでございます。これについては、当院としてはこういう判決が出ましたので、真摯に受け止め、そのように対応するという方針を決定したところでございます。それについては、平成20年7月9日に和解金の支払いを行ったということでございます。2名175万円でございますので、350万円＋131万2,489円が遅延損害金という内訳でございます。それを受けまして、平成20年6月13日に相手方が最高裁判所に上告されたということでございます。しかし、同年の12月5日最高裁判所が上告棄却を決定して、これにより結審したという内容でござ

ざいます。次に6ページをお願いいたします。これについては、現在係争中のものということで、ご報告させていただきます。このケースにつきましては、まず訴状内容でございすけれども、中段をご覧いただきたいと思います。救急車で本院に搬送され入院となられた患者様でございすが、胃・腸いずれかの穿孔による腹膜炎が生じていたことは容易に推察でき、内視鏡検査、手術を実施しなければならなかったのに、これを行わず、結果死に至らしめたということで、当院に対して、損害賠償請求が平成16年5月18日にございました。しかし、応訴理由にも書いてありますように、もし大きな穿孔があったとすれば、CT画像にも写っていたであろうし、大量の腹水が認められたであろうといったことから、当院の処置は決して間違っていないということで、死に至った原因は確かに不明であるけれども、救命蘇生措置を行ったにもかかわらずまったく反応しないという経過からも、何らかの異常な事態が起こっていたのだろとうしか考えられず、それを予め予測して回避することは不可能であるということで、損害賠償請求には応じませんでした。それに対して、平成19年12月でございすが、大阪地方裁判所へ原告3名で提訴されました。そして、提訴され現在係争中ということでございすが、ここに記載がございせんが、本年の2月10日に本人尋問、証人尋問が開かれ、当院から新田医師、石田医師、森田院長の3人が証人尋問で、尋問に答えているという状況でございす。また、今月17日には、双方の弁護士と裁判官で今後のことについて協議をするということで、直近の状況としてはご報告をいただいています。

○中村 会長 ありがとうございます。ただいま、西村医事課長から医事紛争の状況について、二つの事例について報告ございましたが、一事例は、決定したものでございすけれども、平成13年から平成20年まで7年間の裁判というようなことで、最後には最高裁判所まで上告して棄却されたということでございすが、けいれん発作の対処療法で抗けいれん剤を投与しなかったということが理由で、賠償が生じたということになっております。損害金の支払いが命じられたと。二例目は70歳の男性で、係争中でありすけれども、平成14年12月からですが、吐血でこられて穿孔のことが訴えの元となっておりますが、穿孔性のフリーガスとか遊離ガスがレントゲンで認められたということになっておりますが、CT上では明確になかったということが反論事由ということですね。このあたりは非常に専門的な急性腹症の診断に入ってくるのでしょけれども、この2つの事例につきまして、大変長い係争になるわけでありまして、医事紛争は患者サイドにもダメージがあるわけですが、医療サイドもこの間、長い期間をかけて争うということになり、お互いの疲労が重なってくる、信頼関係が失われてくるということで、先ほど冒頭に申しましたけれども、新しい紛争処理制度を第三者で行っていくということがありますけれども、この点についていかがでしょうか。

○森島 副会長 まず、一例目なのですが、経過と対応を見ますと診療行為と死因の間の

因果関係が認められなかったということで、当院の主張が認められているのですけれども、確認ですが、ここでいう診療行為の具体的な内容なのですけども、訴状内容を見ていますと、血糖値の管理義務・抗けいれん剤の投与義務・経管栄養チューブの確認を懈怠・電気ショック装置の充電を懈怠したことという具体的な内容に基づいて、責任追及しているのですけれども、これに関しては、今言った具体的な内容に関してはそれぞれ義務違反なかったのですか。

○中村 会長 回答してください。どうぞ。

○古川 副院長 副院長の古川でございます。私この当時内科の部長をしております、主治医は3年目の医師です。先生のご質問ですけれども、一番の問題は抗けいれん剤を投与しなかったということだけです。もともと長期臥床のいわゆる寝たきりの患者さんでございまして、前院から転院されたときから既に抗けいれん剤を飲んでおりまして、当院でちょうど週末だったと思いますが、3日間ほど薬が切れたのを出し忘れたというところが一番の問題で、そのためにけいれんを起こして、気がついて出してなかったのがわかって抗けいれん剤を出したのですが、ちょっと量が多くなりました。結果的にそれが原因で肝不全になったのではないかというのが訴えでありましたけれども、因果関係は死に結びつくものではないという結論でした。ご質問のお答えとしては、抗けいれん剤の不投与といたしますか、それが一番の問題でした。他のところは特に問題ございませんでした。

○森島 副会長 ありがとうございます。原告が主張している各義務違反なののですけれども、あったのだけでも死に至るような因果関係を持つような因果関係ではないのかそもそもなかったということによいのでしょうか。

○中村 会長 経管栄養チューブも入れていたし電気ショックも行ったということでしょうか。

○古川 副院長 そうですね。チューブを入れておりましたけれども、これはミスではなく、又そのために誤燕性肺炎を起こしたものではありません。電気ショックも行うような事例ではなく、やっても意味がないのですけれども、ご家族のご希望があったので行ったということです。

○中村 会長 そうですね。裁判ではこういうところは省かれて、問題は3日間の抗てんかん剤を投与していなかったということだけなのですね。

○古川 副院長 はい、最終的にはそうです。

○森島 副会長 確認ですけれども、抗けいれん剤に関しては投与義務があったのだけでもそれが死に至る程度のもではなかったということですね。

○古川 副院長 はい、そういうことです。

○森島 副会長 2 審目の追加的主張で、抗てんかん剤の投与義務違反ということですね。わかりました。それから、二例目なのですが、ここで応訴理由の中で必要性がないと判断したということで応訴をしているのですが、これは例えば市民病院の一致した見解なのでしょうか。一例目と比べるとかなり微妙です。

○森田 病院長 私もこの前初めて裁判所で証人尋問をやってきましたが、真っ先にそのことになり、内視鏡検査が必要だったかどうかということに向こうが主張しているのですけれども、こちらの主張としては100ccほど吐血して運びこまれてきた。それ以後、9時くらいまでぜんぜん吐血がなかった。そういう吐血が何回もあるのであれば、緊急内視鏡をする必要がありますけれども、何も吐血をしていなくて食べ物がいっぱい胃の中が充満しているのに緊急内視鏡検査をする必要はないという主張で現在進めている最中でございます。

○中村 会長 ありがとうございます。普通腹膜炎では症状が出てくるのですが、これはソフトという所見が得られなかったのですね。

○森田 病院長 得られていたのです。この文章の主語がわかりにくいのですが、大きな穿孔があったとすれば腹部がソフトという所見が得られないということです。

○中村 会長 そういうことですね。胃の中が充満していたら内視鏡はできないですね。充満していて穿孔があったら腹腔内に流れてしまうから、かえって充満しないと思います。

○森田 病院長 これは最初の主張が穿孔性腹膜炎と言っていましたけれども途中からそれを引っ込めてきました。CT でもレントゲンでもフリーエアはないのですけれども、その代わりに内視鏡をなぜ実施しなかったかという主張になってきています。

○中村 会長 他にございませんでしょうか。どうぞ。

○**相本 委員** 細かいことなのですが、一例目の訴状内容のところに抗けいれん剤と経過と対応のところに抗てんかん剤と。たぶん、抗てんかん剤の薬理作用を利用した抗けいれんだらうと思うのですが、抗てんかん剤と書かれるとこの患者さんはてんかんが原因でけいれんを起こしていると捉えてよろしいのでしょうか。どちらが正しいのでしょうか。

○**西村 医事課長** これについては、実際にこの表現を後から見て同じように疑問を持ちまして、なぜこうなっているのかと申しますと、当時出された書類上この表現が使われていました。それに対して、経過と対応で書かせていただいたのは、裁判所から出ている文面で、抗てんかん剤という記述になっておりましたので、できるだけそれを正直に記録としてはあらわすべきかと思ひまして、こうなっております。

○**相本 委員** 実際はわかるのですが、パッと見ると驚くような表現ですね。

○**中村 会長** 本来は抗けいれん剤ですね。裁判所の文面を取るとこうなるということですね。あと何かございますでしょうか。それでは続きまして、第3番目の事故・インシデントについてを議題といたします。事務局から説明をよろしくお願いします。

○**岩崎 医療安全管理科長** ではよろしくお願いいたします。医療安全管理者の岩崎から報告させていただきます。まず、事例7ページをご覧ください。これは平成19年の事例が前回の協議会の後に出されて、安全管理委員会で事故と認定された事例でございます。昨年2月22日に監察委員協議会が開かれておりまして、これは1月31日に起きている事故ではございましたが、安全管理委員会で確定しておりませんでしたので、今回の形になったことをご了解ください。こちらも転落です。それから、20年度につきましては20-1から20-6まで現在院内の3B以上の事故認定をいたしました。20-1、20-2、20-4におきましては、転倒事例でございます。20-3におきましては、看護学生が実習中に患者様に少し影響を与えたということで、骨折で3Bの認定をいたしまして、事故と判定いたしました。20-5、20-6におきましては、いずれも患者間違いというところからおきた事故でございます。20-5におきましては患者間違い処置、20-6におきましては患者間違い指示ということで、このところから使った注射により患者様が転倒して事故という形の3Bの認定になった事例でございます。転倒におきましては、3件ございますが、いずれも患者様が歩いてしまっていて倒れているところを発見ということになりました。20-1におきましては、化学療法治療をしていた患者様でございます。本来でしたら手術をしなければいけないのですが、状態的に無理であるということで、ベッド上安静とし、手術をしないで経過観察となった事例でございます。20-2におきましても、年齢が90歳ということと

胸水貯留で入院されて、熱発があり、酸素もしているという状態で、大腿骨転子部骨折でしたが、手術ができず介達牽引の治療になった事例でございます。20-4におきましては、点滴も取れ、リハビリ器に入ったその日に介助でポータブルトイレを使用しておられましたが、夜間に自分でオーバーテーブルを押して歩行器みたいにして1人でトイレに行って転倒したという事例でした。この場合は、骨折ではなく外傷性くも膜下出血という診断が付きまして、当直医と脳神経外科医が連絡を取り、止血剤の点滴を開始しております。その後、出血の拡大も無く、経過観察という形で他院に転院されています。20-5ですが、やはり患者間違いということで、すぐに緊急会議を開いて対応策について検討しました。これは、眼科外来において、医師がA氏のレーザー処置を行うときに、B氏が入ってきてしまったということで、お名前を呼んだのですがB氏が「ハイ」と返事をしたために、そのままA氏と思い込んで、B氏に処置をしてしまったということでした。この患者様は二人ともレーザー処置で、A氏は後発白内障のレーザー処置で、B氏は眼圧を下げるレーザー処置ということで、その後、本来の患者様がなかなか名前を呼んでももらえないので確認したところ患者間違いが発覚しました。すぐ謝罪を行い、間違えた患者様の方には本来の処置を行って、1時間ほど経過観察をしてお帰りいただきました。この方は外来の患者様で、翌日も受診にこられました。合併症等副作用はなく、順調に経過した症例でございます。20-6におきましては、患者間違い誤指示ということで、認知症で不穏のある患者様にサイレースというお薬を使う予定で、医師が記載したカルテが違う患者様のカルテであったということでした。その患者様におきましては、出血性胃潰瘍の処置でしたので、持続点滴されておりましたが、明日退院ということで、よく眠れるようにということで出た指示だろうと看護師は思って、その注射を実施し、患者様は眠られました。歩いてトイレに行かれる患者様でしたので、起きて歩いたところふらついて転倒されたということでした。右眼窩内側壁骨折ということで、眼科・耳鼻咽喉科を受診されまして、経過観察を行っています。軽度の複視が認められましたが、日常生活上に特に問題がなく、フォローアップを当院で行うということで、現在も通院をしながらフォローアップをしましたが、症状も改善されまして患者様と示談もいたしました。これに関しましては、やはり患者誤認をしてはならないということで、20-5でご報告いたしましたが、マニュアルを作成して有形成の患者確認を医師・看護師が声に出して患者様と確認をしていただくということで、うまく稼動しております。20-6につきましては、電子カルテを開いたときに複数患者が開いて次々と指示が出せるということで、その時に患者様のお名前をしっかりと確認せずに指示を出してしまったという事例でございました。このことについては、すぐに緊急会議を開き、再発防止のための話し合いを行いました。その中で、電子カルテは複数患者が開けて便利であるけれども、指示を出すときは1患者1カルテでということをすぐに院内メールで発信し、各部局へも通達を行いました。看護師も患者様に薬が適切なのかどうかをしっかりと判断するために、当該病棟におきましてもサイレースについての勉強会を

行いました。それから、看護局全体へ医師から向精神薬の指示が出た場合は、必ず医師に確認を取り、薬剤部にも特殊な薬が出た場合は医師に確認するという通達を行いました。あと、転倒におきましては、20-1 化学療法の場合においては、患者様にふらつきがあったりするので、リスクを予見しながら対応していくという解決策を立てております。20-2におきましては、ご高齢であることと家族介入がありましたが、家族と看護師の連携ということで、しっかりそのあたりのコミュニケーションと連携を取っていくことで、管理ができたのではないかと病棟にフィードバックしております。20-3については、看護学生にもかなりの精神的ダメージを与えたということで、安全管理委員会でも、患者様の受け持ちをさせる時に、看護師側も受け持ちの選択と正しい技術操作のための看護師介入がもう少し必要であったのではないかとという反省がありました。足が出ていたことについては、看護師であってもこのことは起こりうるかもしれないということで、早速病棟で足先防護のフットカバーを使用し、注意をしています。20-4ですが、やはりリハビリ開始時の患者様は動きたいという意欲があり、昼間できたなら夜もできるのではないかとということを看護師がしっかり予測し、声かけしていくことと離床検知装置を活用するとベッドの高さを調節していくなど、細心の配慮を図るべきというフィードバックをおこないました。いささか不明な点があるかと思いますが、よろしくお願いいたします。

○中村 会長 インシデントはいかがでしょうか？インシデントも合わせてお願いします。

○岩崎 医療安全管理科長 では、引き続きインシデント集計結果を4月～1月までお配りさせていただいております。医療安全通信については毎回お送りしておりますので、ご覧いただけていると思います。インシデント集計につきましては、1月現在までの集計といたしまして、525件、報告部署の割合としては、看護局が81.5%ということで例年より若干減少しております。医師も2.1%で報告があがっています。発生時間帯は、やはり10時～11時ということで、昼間の業務量が多いときに発生しているということがわかります。場面は、昨年が療養上の場面においてが182件、薬剤にすることが213件で、今年度は療養上の場面が133件、薬剤にすることが229件と多い傾向にあることを示しておりまして、どこの病院のデータを見ましても、薬剤にすることが非常に多いということで、当院でも同じような傾向が見られております。内容につきましては、療養上の場面118件、与薬処方174件と場面と同じような連動をしております。当事者に影響を及ぼした環境と当事者に関することということで、当事者に関することにつきましては確認不足・観察不足・判断不足が圧倒的に多く、全体の4分の3を占めております。実施行為のときにどのような確認をしていくのか、自分の果たす確認行為はどこなのかということをしっかり考えていくということを看護局へ事例を提示して啓発を行いました。影響度ですが、実際行われているが影響がなか

ったというのが310件で大半が影響がなかった事例となっております。相対的にこのようなデータでございます。

○中村 会長 ありがとうございます。ただいま事故につながった事例と幸いにも事故には至らなかったインシデント事例につきまして、報告いただきました。アクシデントは前年度の1件を入れまして7件でしょうか。特に、転倒は毎年の報告でも大変多いのですが、今回は3例と患者間違いが2例ありました。インシデントではいろいろ分析されておりますが、圧倒的に報告では看護局が多いのですが、それでも例年よりは減少しており、医局も減少しているというご報告をいただきました。発生時間帯が10時～11時の業務が一番忙しいときに多いということで、いろいろな分析で今後のインシデント事例についても改善していこうという取り組みであると思います。それでは、質問をお願いします。

○中村 会長 私の方からも質問したいのですが、この業務報告ですが報告者が報告することで不利益、ペナルティにつながるようであれば報告できなくなります。したがって、本当に各部局が公平・公明に報告しているかどうかできるだけ申し送りをして、ペナルティがかからないようなシステムをしっかりとしておく必要があると思います。部局の分析が出ておりますけれども、忙しい業務の中で報告ができなかったりというハンディもあるかと思っておりますけれども、できる限り職場ではこういう面の報告、それによって情報が共有され、再発防止に大変役に立つのだという申し送りが大変大事だと思います。部局によっては、なかなか忙しくて報告が漏れることにつながったり、報告者に不利益になるということはあってはならないのですが、そういうところをもっと病院の改善に必要なのだとモチベーションをあげる取り組みが必要ではないかと思うのはいかがでしょうか。はい、どうぞ。

○岩崎 医療安全管理科長 ご指摘ありがとうございます。ただ、インシデントに対してはすぐに報告するという形は定着していると思います。それと、報告方法もメール機能を利用して、安全管理室で一元化しており、医療安全管理者と管理室事務担当しか知りません。そのことで、問題があることについては、本人に確認することもあります。大半は師長に確認して状況把握をしたりということで、その方に会う場合は、3Bという事故になる事例や事故一步手前の3A、患者様に影響はなかったが重大な薬剤間違いなどについては、現場に行って本人と話したりしていますが、これが不利益になることはないと思っております。

○中村 会長 さきほどの看護学生の事故事例については、これからの将来のある若い看護学生の方には大変ショックだったと思うのですが、できるだけ職場のみんなでお互い

に支えあうというモチベーションが大事ではないかと思っております。何か質問ありましたらどうぞ。

○中川 副会長 教えていただきたいのですが、医療用具の場面でどういうインシデントがあったのでしょうか。

○岩崎 医療安全管理科長 場面の医療用具・機器、ドレーンチューブ類、材料の使用管理の28件につきましては、胸腔ドレナージのクランプが、一度止めて時間を見て開放するときに、開放時間を忘れてしまって、少し長くクランプを止めてしまった状態があるとか、点滴管理におきまして、点滴速度の速い、遅いや排液を捨てたあとに開放を忘れてしまって、クランプ状態で朝までクローズになっていたというような事例があります。医療機器に関しましては、輸液ポンプ・シリンジポンプの設定ミスや流量の変更に気づかないままに次の勤務帯で発見されたり、特異な例としては、患者様があまりにも苦しく、譫妄のような感じで自分で引きちぎってしまったり、挿管チューブで抑制していても何かのはずみで自分で抜いてしまうというようなトラブルがございます。

○中川 副会長 ありがとうございます。それでは、機械自身で故障があったということはないわけなのですね。機械の装置自体の不具合があったとか。

○岩崎 医療安全管理科長 今年度そうした事例は聞いておりません。

○中川 副会長 次に、内容の処方与薬ですが、薬の副作用で薬の処方としては間違っていないけれども患者さんには合わなくて副作用がでたということはありませんか。

○岩崎 医療安全管理科長 その報告は今年度はございません。昨年度にアレルギーがあるのに処方をしてしまって、一時的にアレルギーが出現したということはありませんが、今年度は薬が合わなくて症状が出たという事例はございません。

○中川 副会長 どうもありがとうございました。

○中村 会長 他にいかがですか。どうぞ。

○甬喜本 委員 先ほどのインシデントの報告で、4月から1月の合計が20年度とされており、岩崎さんの説明の中で今年度は減少しているということでしたが、19年度の実績報告も4月から1月までのものでしょうか？

○岩崎 医療安全管理科長 そうです。

○甬喜本 委員 ありがとうございます。

○中村 会長 転倒につきましてご発言をよろしくお願いします。

○山口 委員 転倒は、家でいくら気をつけて生活していても起こることがあります。日常生活ではいったん転倒し骨折してしまいますと、高齢の場合は、それからの生活がいっぺんに変わってしまいます。患者さんにとっても、転倒転落することは十分考えられることです。4月から平均10件くらいの転倒転落が報告されています。色々な安全対策を採っていただいていると思いますが、効果はいかがでしょうか。

○岩崎 医療安全管理科長 本当に高齢の患者様が多くなったということと環境が変わるということではなかなか説明することが理解できていたのに、ベッド生活によってなかなか理解できなかったり、いろんな処置を施すことによって認識力が違ってくることが、事例を追っていくとあります。その度に、看護師も必死に対応していますがそれでは追いつかないので、当院には現在ございませんが着地センサーマット、以前ご紹介した転倒むしはベッドから起き上がったならナースコールが鳴るのですけれども、患者様が非常に賢くなりまして、慣れてくると自分で上手にはずしてまたつけてしまいます。そういう症例も増えてきています。着地センサーマットはベッドの下に付いたときになると、この製品を3社ほどモニターしており、現場は非常に助かっているのを早く購入していきたいと思います。昨年の安全管理委員会でもその結果を報告し、赤外線センサーなどの多種機能のものについて検討し、今年度に3台くらい購入したいと思っております。来年度にかけてまた3台くらい購入を目指しています。絶対的にこれが有効であるとはいえないかもしれませんが、少なからず予防につながっていると思います。

○中村 会長 転倒に関しましては、患者さんの下肢筋力の低下や骨粗しょう症の有無といった観点から判定基準を作って入院時に数値化するといったことはないのですか？

○岩崎 医療安全管理科長 転倒転落の学会や安全学会に行くとそのような発表もございます。骨粗しょう症の入院時に判定して数値化し、リスクを把握するという方法もではございますけれども、当院はこれについては現在しております。現在実施しているのは、転倒リスクファクターということで、これは厚生労働省・看護協会が出しているものですが、年齢が65歳以上であるとか生活程度がどれくらいであるかによってスコアの点数を出し、危険度Ⅰ～Ⅲまででリスクを感知し、対策を立てていくという方法で行っております。

○中村 会長 他にございませんか。どうぞ。

○相本 委員 インシデントのところでお伺いしたいのですが、影響度のところで処置が必要、場合によっては生命に影響するというようにそれぞれ12例と2例ありますが、生命に影響するというのは処置が必要の中の2例でしょうか？それともまったく別でしょうか？

○岩崎 医療安全管理科長 処置が必要という段階で3つの段階に分けられております。仮に実施されていた場合、患者の身体への影響が大きいという場合で2例とありますが、いずれも未然発見の報告でございます。その下の間違いが実施されたが患者に影響がなかった事例というのが310例ということで、上の例については未然に発見されたけれどももし実施されていたら生命に影響するという事例として2例ですが未然のものです。

○相本 委員 独立した事例ということですね。

○岩崎 医療安全管理科長 そのとおりです。

○相本 委員 もう一点なのですが、インシデントが数値化されているのですが、場合によっては薬剤のとり間違い、過剰・過少投与、薬によっては治療域の狭いものがあります。これがもしもう少し多い、少なければアクシデントにつながる事例なども説明として入れていただければより理解しやすいと思います。数字に隠れている状態というのがわかりにくいので、もし検討していただけるのなら、これはアクシデントにつながるというような事例も検討いただければと思います。

○岩崎 医療安全管理科長 わかりました。次回そのような事例を参照として入れさせていただきますと思います。

○中村 会長 よろしいですか。次回はインシデントでアクシデントにつながりそうな事例もお願いします。薬剤関係が多いのではないのでしょうか。他にございますか？どうぞ。

○原田 委員 インシデント報告のところですが、職種別で放射線科が11月と12月で二ケタ報告されているのですけれども、11月に14例あって12月も2ケタと。何があったのか教えてください。

○岩崎 医療安全管理科長 11月と12月の放射線科の報告についての内容は、撮影部位を間違えたとか方向を間違えたとかではなく、医師の誤指示の集計として報告してもらいました。あくまでも報告者の数であり、未然発見の事例です。例えば、右の足を撮るのに左の指示が出ており、放射線技師が実施する前に気がついて医師に報告し、未然発見であがってきたインシデントという形の報告事例です。放射線科でデータを取っていたものをまとめて報告してもらったので多くあがっています。

○中村 会長 11月、12月の報告が多い原因はわからないですね。

○岩崎 医療安全管理科長 そうではなく、今まで蓄積していたものをまとめて報告してもらったのでこういう形になりました。放射線科も未然発見ということでデータを蓄積していましたが、報告がないと医師の誤指示が現状でわからないので、今回報告してもらい、誤指示が多い部署に改善依頼文書を2回出しました。

○中村 会長 しかし、これは発生月で集計するのであれば、報告した月で集計するのは少しおかしいですね。

○岩崎 医療安全管理科長 放射線科にはタイムリーに報告するよう注意しました。

○岩崎 委員 さきほどの発生時間帯の10時～11時はたいへん業務量が多い時間帯だからというご説明でしたが、昨年も同じような傾向ですね。毎年同じような傾向なので、業務量が多いからということでよいのかなと思います。何か対策はされていますか？

○中村 会長 発言を求めます。10時～11時の業務の忙しいときに事故が多く、昨年度も同じような傾向ですが、これに対して対応策などはなかったでしょうか。答弁をお願いします。

○岩崎 医療安全管理科長 この時間帯について特別に分析をかけて対策を立ててはおりません。この部分は大半が看護局からの報告になっております。この時間帯に回診、注射、ガーゼ交換、検査出しなどについてインシデントが集中しているのではないかと考えています。

○岩崎 委員 気になるのは放射線科が20件もでていることです。看護局の話は以前から色々と聞いていますが放射線科はなぜこういうことになるのでしょうか？

○千間 放射線科主任技師長 さきほどもありましたが、この時間帯は外来の指示、特に整

形外科関係の指示が多いのですが、オーダーの左右間違いなどのものが集中しています。

○中村 会長 報告書に発生時期が書いてあるので、それを基に並べた方が、でも報告があってからになるので、事後処理はできないのですね？

○千間 放射線科主任技師長 実際にオーダーがあったときの時間帯を入れていますので、その時間帯が多いということは間違いないと思います。

○中村 会長 看護局の方はいかがでしょうか？

○糸賀 副院長 熱心にご検討いただきありがとうございます。詳細な内容については分析をかけておりません。予測として、業務量が多いところで発生していると感じております。看護師の確認行為が十分できていないということでございますので、業務量の多いところで多く発生したという印象です。個々が確実に確認行為を実施することと呼びかけております。事例が発生した場合は各部署で振り返り、対応策を立てております。以上でございます。

○岩崎 委員 わかりました。おおげさな言い方をすると魔の時間帯といった感じで、結構集中しているなという印象です。お互い合言葉でこの時間帯は気をつけようといったことが浸透すればよいのではないかと思います。ありがとうございます。

○中村 会長 他にございますでしょうか？無いようですので、本件はこれで終わります。次の案件に移らせていただきます。案件2「医療の安全管理に関する基本指針の一部改正」について説明をお願いします。

○中路 事務局次長 事務局次長の中路でございます。時間もずいぶん経過しておりますので、手短にご説明差し上げます。資料の20ページ、21ページをご覧ください。「医療の安全管理に関する基本指針」の一部改定でございますが、本院では医療安全管理の体制を確実に推進していくために、要綱を定めまして、今日ではかなり体系的な対策をとっております。医療の安全管理に関する基本指針で基本理念を定めまして、安全管理の基本項目を定め、詳しくは医療事故発生時における対応指針や医療安全マニュアルということで別に定めることになっております。21ページの新旧対照表を見ていただくとお分かりかと思いますが、旧の改定前の医療の安全管理に関する基本指針の中では、医療事故の発生時における対応ということで、6-1から6-3までの項目が基本理念を定める指針の中に入り込んでおりました。今回の改正はこういった具体的な対応につきましては、医療事故発生時における対応指針で詳細に具体化しておりますので、包括

的にこの指針に基づいて対応するという規定に改正するものでございます。

○中村 会長 ありがとうございます。ただいまの説明に対しまして、ご質問・ご意見
ございますでしょうか？どうぞ。

○森島 副会長 確認ですが、参考資料の新旧対照表なのですが、今回の改正には旧の規
定は削除、すなわち医療の安全管理に関する基本指針の中では削除されるということな
のですか？

○中路 事務局次長 お答えいたします。6－1から6－3までの下線部の規定を左側の
改正後の2行の文章に置き換えるということでございます。

○森島 副会長 わかりました。そうすると新しいほうの規定で、別に定めるとあります
がどこを見たらよいのでしょうか？

○中路 事務局次長 今回、別添の参照資料で委員のみなさまのお手元に医療事故発生時
における対応指針というものをお配りしておりますが、それが別に定める体系でござい
ます。

○森島 副会長 そうすると旧規定というのは新しく定めた内容には含まれている、含ま
れていないどちらですか。

○中路 事務局次長 今回お配りさせていただいたのは、旧の基本指針と対応指針をお配
りしています。対応指針の方は変更ございません。お配りした基本指針は改定前のもの
でございますので、その6番の項目が、新旧対照表における改正後の文章に変わるとご
理解ください。

○森島 副会長 ですから、旧規定の6－1から3は削除されて全く出て来ないのか、基
本指針に盛り込まれるのかを確認したいのです。

○中村 会長 基本指針が残っていて、その中にあるから今回の改正後は置き換えている
ということでしょうか？

○中路 事務局次長 医療事故発生時における対応指針は全体的な対応を段階別に規定し
ているものでございまして、1ページにはまず事故発生直後の対応についてAからDま
で項目を規定しております。ですので、基本的指針に定めてある6－1から3よりも対

応指針の方が細かく規定されているということで、削除されているということではございません。例えば、6－2の医療事故の概要把握というのは対応指針の3ページの医療事故の概要把握ということで、より詳細な規定になっているということでございます。

○中村 会長 よろしいですか。それでは、その次の案件に移りたいと思います。案件3「医療事故発生時における対応指針」の一部改正について事務局より説明を求めます。

○中村 事務局次長 医療事故発生時における対応の中に改ざん防止のためにという項目がございまして、医療事故が発生したときに、カルテの改ざん防止のためにそれまでの診療録の写しをすべて患者・家族に提供すると定めておりました。電子カルテの導入に伴いまして、勝手に改ざんをするということが不可能になりまして、変更がかけられないというシステムの対応が可能になりましたので、指針を一部改正いたしまして、23ページの新旧対照表にございますように、事故発生時に患者・家族の希望があれば提供すると、そしてその提供にかかる費用については無償とするという定めに改正させていただくものでございます。

○中村 会長 ありがとうございます。枚方市民病院の電子カルテの導入に伴いまして、カルテ改ざん防止の項目について改正されたということでございますね。これについてはご意見ございませんね。時間も押し迫ったようでございます。次に案件4その他でございしますが、事務局より説明をお願いします。

○中村 事務局次長 ありがとうございます。昨年監察委員協議会のみなさま方から医療安全を確保するために、あるいは医療をより患者様、市民と医療者の間の信頼ある医療にしていくためには、患者の側の学びも必要ではないかというご意見を頂戴しておりました。私どもといたしましても、来年本院が開設して60周年の記念の年を迎えます。それを機会に地域医療の問題、あるいは市民病院の果たすべき役割の問題や新病院の問題を市民のみなさまと一緒に考えていくような企画を是非行ってまいりたいと考えております。その取り組みをもって、みなさま方からのご意見に答えるということで考えておりますので、詳細の検討には至っておりませんが、みなさまにもご案内を差し上げまして、ご協力、ご指導・ご鞭撻を頂戴したいと思います。以上です。

○中村 会長 ありがとうございます。来年60周年を迎えるということで、そのときのシンポジウム・レセプション等で、われわれ前回提案しておりましたけれども、医療を受ける患者側においても色々診療を受ける学習・研修を盛り込んでいく市民運動を提案しておりまして、それについても啓発につきましても、来年60周年を兼ねて行っていただけたらということでございます。以上、案件はすべて終了したようでございま

す。最後になりましたが、森田院長よりご挨拶をお願いいたします。

○森田 病院長 本日は長時間にわたりまして本当にご熱心に協議いただきありがとうございます。われわれ普段このような現場ですとやっておりますと、慣れといいますか、惰性でいろいろなことをやっちゃっているところがありますが、今日のようにみなさま方に全然違う角度から見て、色々ご指摘いただけますので、われわれにとって重要な会議であると認識しております。今後とも、いろんな面から当院が行っていることに関してご意見いただければ非常にありがたいと思います。最後に出ておりましたが、患者様、市民にも診療に関する勉強をということでしたが、今小児救急のことで、世間一般で言われているいわゆるコンビニ受診が問題になっております。当院でも4月から小児救急がかなり厳しいということで、医師会の先生方ともいろいろとお話をさせていただいております。今日はちょうど良い機会だと思ひまして、長くなって申し訳ないのですが、みなさま方もいろんな新聞報道をご覧になっていると思いますが、本当に軽症でも夜間・休日に受診する方が多く、小児科の先生方が疲弊しているという状況です。医師会の先生方ともいろんな話をして、今後どういう形で患者様に伝えていくか協議しているところですが、是非みなさま方もそれぞれの部署でこうしたことを考えていただける時間を取っていただければありがたいかと思います。幸い枚方市民病院の小児科というのは、北河内唯一の公立病院で、24時間365日二次救急を実施するというところで、平成12年頃から取り組んでまいりましたので、ほぼ10年間定着化してきているのですけれども、あそこにいけば何とかなると信頼されていますが、実際診察させていただく患者様の数が多く、来ていただいても3時間～5時間待ちというのが休みの日には良く起こります。結局、一生懸命してくれている人たちに待たされた人がクレームを言うということでなかなかモチベーションがあがらないということが起こりがちです。当院は特に二次救急で入院施設を持って、すぐに入院できる施設でありますので、本当に患者様をきちんと診察できる体制を整備していきたいと思っております。今後ともご意見いただければと思います。少し長くなりましたが、本日は本当にありがとうございました。

○中村 会長 ありがとうございます。それでは、枚方市民病院のスタッフのみなさんには大変ご苦勞様でございますが、今後ともわれわれ市民の医療に頑張っていただきたいと思います。われわれ監察委員も小さい事ながら何とか努力して支援したいと思っておりますので、よろしくをお願いいたします。今日は長時間にわたりましてどうもありがとうございました。これで閉会といたします。