

医療事故等防止監察委員協議会

日時：平成22年2月18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	平尾 和代	委員
中川 恒夫	委員	甫喜 本光	委員
中村 猛	委員	森島 徹	委員
原田 えりか	委員	山口 重子	委員

病院側出席者

病院長	森田 眞照
副院長	古川 恵三
副院長	坂根 貞樹
副院長	糸賀 敏子
副院長	赤塚 正文
副院長	本合 泰
看護局次長	西谷 真弓
看護局次長	勝間 良子
看護局次長	杉本 美智子
放射線科長	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	門田 豊
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** それでは本日、医療事故等防止監察委員協議会を開催するにあたりまして、みなさんには大変ご多用の中にもかかわりませずご出席賜りましてまことにありがとうございます。本日の司会進行を務めさせていただきます中村でございます。どうかよろしくお願い申し上げます。それでは座らせていただきます。ただいまから平成21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。まず、開会にあたりまして、新しく委嘱された監察委員の方のご紹介をさせていただきます。平成21年5月に北本雅美委員が退任されまして、後任として枚方市薬剤師会からのご推挙をいただきました平尾和代委員でございます。平尾委員よろしくお願いいたします。それでは続きまして、会議の成立状況について事務局から報告をお願いします。

○**門田総務課長** 本会議には8名の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4に定めます2分の1以上の出席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す。それでは最初に森田病院長にご挨拶をお願いいたします。

○**森田病院長** 本日はお寒い中、当協議会にご出席賜りまして厚く感謝申し上げます。本日小池管理者が公務のため出張しており、代わりに私から最初のご挨拶をさせていただきます。本日の案件は医療安全の取り組みについて他3件でございます。平成21年度の当院の医療安全活動についてご報告する予定でございます。本年の4月には診療報酬改定がございます。この中で、医療安全に対して、1入院に対して50点であった医療安全対策加算が85点に引き上げられる予定で、感染対策に関しましても非常に条件は厳しいのですけれども、1入院に対して100点加算となる予定です。医療安全を行っていく上でコストがかかるということがようやく認識されてきたのではないかと考えております。また、この協議会でも検討していただいて、平成18年から当院でも行っております診療費に対する詳細な明細書の発行が4月から義務付けられることとなります。当院が実施して4年経過しますが、やっと全国的にこうした形がとられるようになるようです。当院が最初にやったということで当時新聞にも大きく取り上げられたのを思い出す次第でございます。当院の医療安全に対する取り組みを色々やってきたつもりではございますが、まだまだ足りない点もたくさんありますので、本日もどうか色々な面からご検討いただき、色々な意見を賜ればと思いますのでよろしくお願いいたします。

○**中村会長** ありがとうございます。病院長のおっしゃるように今年の診療報酬では従来医療費の削減が行われていたところ、やっと0.19%ですが増になるようです。その

中でも医療安全対策加算や感染対策をはじめ点数が増えたということも国の方が医療安全に対する取り組みに診療報酬の加算を行うようになってきたということだと思います。それではこれから市民病院からの報告を順次お受けしたいと思います。お手元に資料がございますが、案件第1の市立枚方市民病院における取り組みの報告を議題といたします。それでは1番目の議題につきまして事務局から説明を求めます。岩崎医療安全管理科長よろしくお願ひいたします。

○岩崎医療安全管理科長 枚方市民病院の医療安全管理者をしております岩崎と申します。今日はよろしくお願ひいたします。まず一番目に平成21年度医療安全の取り組みということで、概要の方を事前にお配りさせていただいております。昨年と同様の形の活動をしております。定例の会議やインシデント事例の収集と分析等におきまして、2週間に1度委員会が開かれ、重大なものにつきましては安全管理委員会の議題としていくという形態で行ってまいりました。実際的な活動におきまして、数々ございますが、特徴的なものを申し上げます。一番目にあります患者誤認防止・手術取り間違い防止等安全な手術実施への取り組みといたしまして、手術室でタイムアウトの導入をしております。これは手術が始まる前に一斉に手を止めまして、術者・看護師が患者様のお名前・年齢・手術部位・手術方式等をみんなで確認して、声を出しながらしっかり認識した中でスタートするというものでございます。あと、誤指示があると患者様に非常に重大な影響を及ぼしますので、電子カルテのところにカルテを閉じる時は患者名確認というシールをすべての電子カルテに貼布しました。一番下にございますコアレスニードル使用時の危険について、アメリカでの調査が日本でニュースになり、翌日調査した結果、当院でもその針を使用していたので使用中止とし、現在、暫定的に他社の針を使用しております。2ページ目の2行目、これも毎年1～2件報道がございますが、人工呼吸器使用中の患者様が亡くなったという報道を受けまして、院内で医療機器安全管理責任者と臨床工学技士と連携を取りまして、すぐ院内の現状調査を行い、テストバックの管理について、院内にメールで注意啓発を行いました。静脈内留置挿入実施ということですが、看護師の医療に関する業務が少しずつ増えてきている中で、静脈注射をいかに安全にするか、神経損傷を少なくするというので、きちんとした知識・技術をもって患者様に実施するということを目的に昨年度から認定制度を看護局で取り組み、現在もそういう技術・知識を持った看護師の育成に取り組んでいます。中段に入りまして、転倒転落ですが、非常にデータが多いことがお分かりかと思ひます。それに対する防止策として、着地センサーマット3台、スイングアーム（L字柵）5台を購入して、現在少しでも転倒防止に活用できればということで取り組んでおります。前回申し上げております転倒むしについては12台あり、毎日フル稼働しております。あと、安全グッズの一覧表を作成して、全病棟での効率的な活用と院内使用状況をチェックしております。薬剤ですが、院内の持ち込み薬というこ

とにおきまして、やはり誤投与防止、患者間違い防止のために正しい与薬をするという事で、薬剤部で全部の持ち込み薬を監査するシステムをとっております。また、近年、ジェネリック薬が多く出ており、現場で採用していない薬もありますので、きちんとそれを調べて掲示板に掲載し、必要な薬の与薬をするということを薬剤部で取り組んでもらいました。安全標語ですが、前回標語を掲示してからもう3年ほど経ちましたので今年度は院内で募集し、集まった11標語の中から自分たちが活用したい標語を採用するという形で行いました。ラミネートした標語を院内全部署に配布し、掲示・唱和等の活動をしていただくよう推奨しています。院内での24時間以内死亡患者・CPR対応患者の把握を行い、カルテ検証の中から、来院されて亡くなる患者様も多いということで、エマージェンシーチームを立ち上げ、緊急対応時の実技向上を図るため、以前BLS研修を行ってから3分の1程度人が変わったこともあり、再びBLS研修を実施する予定です。医療安全教育でございますが、医療安全管理研修といたしまして、今年度は講演形式ではなく、参加型の医療安全研修を4回実施しました。2時間という枠の中でシートを使用しながら、グループで安全対策を立案し、声だし・指差し呼称を唱和で行うなどの内容で4回行いました。看護局との連携による医療安全研修ということでは、ステップアップ方式の3段階方式をとっております、平成19年度からの継続で現在も実施中でございます。次のページに移りまして、針刺し事故防止の取り組みですが、これは患者様・職員共に安全に取り組んでいくということで、衛生委員会と針刺し事故のデータを共有し、衛生委員会でポスターを作成し、現場で注射を使用するところに掲示しました。これは非常に効果がありまして、平成19年度11件、平成20年度9件、今年度が4件と可視化することでかなり注意力が上がっているのではないかと感じております。医療安全週間への取り組みといたしまして、恒例でございますが、12月14日から12月20日までの1週間、全職員緑のリボン着用と院長講演という取り組みを行いました。医療安全情報ですが、色々な医療安全に関する情報をタイムリーに必要な項目をニュース発行やメール配信などで啓発活動を行いました。医療安全全国共同行動への参加ということで平成21年4月から参加登録を行いました。目的としましては、医療に従事するすべての職種の人々、病院、病院団体、専門職能団体、学会などの様々な医療関連団体が安全な医療を実現するために職種や立場を越え、一丸となって医療安全対策の実施と拡充に取り組むキャンペーンでございます。これを成功させることによって医療の質、安全の向上を目指す取り組みの普及、成果の共有化を図るということです。実践活動を平成22年5月まで行い、6月から12月までが定着化と評価となっており、今年の12月で大成するという取り組みです。医療に対する患者・市民の信頼の向上を目指すことを目的に、8つの行動目標がございますが、当院としましては行動目標1、3、5に取り組むこととしました。1. 危険薬の誤投与防止、3. 危険手技の安全実施ということで、経鼻栄養チューブ挿入時の位置確認の徹底、中心静脈カテーテルの穿刺挿

入手技の安全指針の作成と遵守、5. 医療機器・輸液ポンプ・シリンジポンプ・人工呼吸器の安全な管理に取り組むということです。現在も実施中でありまして、35名のリスクマネージャーに3班に分かれてもらい、自主的な活動をしてもらっています。地域連携による医療安全ネットワーク作りへの参画ということで、枚方3病院医療安全連絡会が3回開催されました。昨年は虐待への取り組みをテーマに三病院の取り組みと行政の取り組みということで、大阪府から虐待問題担当の方を招いてディスカッションを6月11日に行いました。つい先日でございますが、北河内医療安全フォーラムを立ち上げたいという松下記念病院の院長先生のお誘いがありまして、2月8日に第1回キックオフ説明会に参加しております。マニュアルに関するのですが、静脈血栓塞栓症予防マニュアルが平成18年8月に完成しておりますが、少し不足があるため、現在見直しの検討をしています。院内死亡合併症報告については、報告書を作成し、平成22年1月25日から実施しております。これにつきましては、次の案件にて詳細を説明いたします。医療安全ハンドブックを現在作成中でございます。医療安全全国共同行動の3番の危険手技についてもマニュアルを作成中でございます。後は外部との交流を諸々しながら情報交換をしている次第です。以上でございます。

○**中村会長** ただいま岩崎科長より一年間の取り組みについて、かなり膨大な計画をこなしてこられておりますが、安全委員会の開催に始まり、運動、医療安全教育や研修など諸々の一年間の実績をご報告いただきましたが、何かご質問・ご意見をお受けしたいと思えます。

○**森島副会長** 3ページが一番下に関係すると思うのですが、採用職員の医療安全研修とも関連すると思えますが、治療中に途中で担当医が変わる場合はあると思えますが、その場合の引き継ぎで具体的に特にやっておられるようなことがあれば、ご報告をお願いしたいのですが。

○**中村会長** ただいまの引き継ぎの問題について回答をお願いしたいのですが、医師は主治医制ですよね。入院されて自分の担当科ではない主治医の医師に引き継ぐ場合や退職されて新任の医師に引き継ぐ場合のマニュアルなどありますか。

○**森田病院長** 特にマニュアルのようなものは作成しておりません。通常引き継ぎについては、退職すると分かっている場合、上司が患者様の主治医にあまりしないようにするなどほとんど引き継ぎがないような形にしております。それでもどうしても最後まで残って引き継がなければならない場合も発生しますが、その場合は通常サマリーという形で重要なポイントをすべて記載して、それを残して次の人に引き継ぐというのが基本的なやり方です。特に院内で取り決めたマニュアルなどは作成しておりません。

これによって大きな問題が起こったことはいままでにはないと思います。

○**中村会長** 引き継ぎの問題が事故につながらないかということですが、今のご回答でよろしいでしょうか。それでは、他にないようでございましたら続きまして2番目の医事紛争の状況についてを議題といたします。事務局から説明を求めます。西村医事課長よろしくお願ひします。

○**西村医事課長** 医事課長の西村と申します。よろしくお願ひいたします。それでは資料の7ページをお開きいただきたいと思ひます。本日現在でござひますが、まず話し合ひによって示談が成立したものが2件ござひます。7ページの案件でござひますが、患者の性別は女性、34歳の方で診療科は産婦人科で、発生年月日は昨年(2019年)の4月19日でござひます。発生事例の内容でござひますが、昨年(2019年)の4月18日に出産のために入院された方ですが、当日の夜から陣痛が始まっていわゆる自然分娩の経過を辿っておられたのですが、翌日の早朝午前6時に胎児の心拍数が低下して、自然分娩を継続しておりました。同日午前7時15分に胎児除脈持続状態となりまして、医師の判断により、小児科の医師も呼びまして同時に帝王切開手術の準備をしたわけですが、残念ながら午前8時10分に超音波検査によりまして、胎児の心拍を認めず、子宮内胎児死亡となったケースでござひます。示談金額は300万円でござひます。経過と対応でござひますが、入院された二日後の4月20日でござひますが、これは胎児死亡された翌日になりますが、相手方と本院関係者が面談を行いました。また、30日には経過説明も行いました。その後、少し日が空きまして5月に入り、相手方からこれは助産師・医師の対応の遅れによるものとして賠償請求、これは文書ではなくこうした意思表示がござひました。そして、6月に入りまして、本件の処理について医師賠償責任保険、これは大阪府医師会の保険でござひますが、そちらの引き受け会社でござひます損保ジャパンの方に連絡を取り、そちらの推薦弁護士へ処理を委任しました。7月に相手方と弁護士の間で交渉をお願ひしまして、7月13日に示談が成立して、8月に示談金を支払ったというケースでござひます。次に8ページをご覧ください。2件目でござひますが、男性55歳の方でござひます。診療科は内科で、発生年月日は一昨年(2018年)の平成30年12月18日でござひました。発生事例内容ですが、2018年12月17日に内科外来を受診いただきました。その時に出血性胃潰瘍との診断から内視鏡による胃・十二指腸潰瘍出血部位止血術の施行が行われまして、同日入院されました。入院された翌日でござひますが、主治医が電子カルテで不眠症の治療薬を点滴処方する際に間違つて別の患者に指示を出してしまいました。そして、看護師はその指示を実施したわけですが、同日の23時に当該治療薬を誤投与された患者様が床に倒れているのを発見されまして、直ちに頭部CT撮影を行つて右眼窩内側壁骨折が判明し、患者様の方から軽度の複視という訴えがござひました。翌日に主治医が

当該治療薬を違う患者に処方してしまっていたということを発見し、患者様・家族に謝罪したという案件でございます。示談金は30万円です。経過については、12月19日に主治医、看護師長などで説明をし、謝罪をしております。退院したのが12月22日となっておりますが、確認したところ23日でございますので、恐れ入りますが訂正をお願いいたします。その後、経過の説明を行ってまいりましたが、年が明けましてから本院関係者と相手方とで面談を行い、相手方から休業補償を含めた賠償請求の意思表示がございまして、損保ジャパンと協議を行い、30万円という金額で示談が成立した事例でございます。次に、9ページの案件でございますが、こちらは前回の委員会でも経過報告をさせていただいた内容のもので、今回結審したということのご報告をさせていただきます。性別は男性で71歳の方。診療科は外科及び内科でございます。発生年月日は平成14年12月8日のことでございます。発生事例といたしましては、12月8日の昼食後に吐血して救急車で当院に搬送されました。CT撮影及び救急処置の後、腹部症状がほとんどなかったため、保存的治療を行いましたが、同日の20時20分吐血・血圧低下・腹膜刺激症状が出現いたしまして、23時過ぎに緊急手術を説明中に容体が悪化し、翌9日の0時に心停止になられ、救命蘇生措置を行ったものの午前2時35分に残念ながら死亡されたというケースでございます。申し立てがありましたのは、その後の平成16年5月に催告書を当院が受理。そして、平成19年でございますが、大阪地方裁判所に提訴されたというケースでございます。損害賠償請求金額5855万3705円ということでございます。訴状の内容、応訴理由はそれぞれ4点ございます。1点目は、入院直前に新鮮血を吐血して、そして午後3時に輸血、4時に著しい血圧低下、激しい痛みが出てCT画像上、腹膜腔に腹水及び出血が認められた。これらの主的死因は出血死であるというのが相手方の言い分でございます。2番目には、患者の状態は出血性ショックまたは全ショック状態と言える。出血源を確認するために内視鏡検査をするべきであったがそれをしなかったということで、医師は出血源の確認をせず、手術適応がなく保存的加療を行うという誤った判断を行ったのではないかとというのが2点目の理由です。3点目にこの注意義務違反によって止血措置を行わず、手術適用の判断も午後11時15分になるまで行われなかった。この医師の処置が死亡と相当因果関係があると言った内容の理由でございます。4点目は金額についての内容でございます。これに対して、当院の応訴理由でございますが、1点目、これについては死因が失血死であると考えられないというものです。2点目でございますが、ヘモグロビン値が正常と比較して低いことだけで、循環動態が不良な状態であるということではできない。バイタルサインについても出血性ショック状態でなかったことを示しており、輸血を行いながら経過観察することとした判断には問題ないということです。3点目でございますが、患者の死因が出血死でないということはこのとおりであり因果関係については争うということで判断しております。経過と対応でございますが、16年5月に損害賠償請求がございま

して、その後すぐに大阪府医師会に事故報告書を提出しております。のちに、平成19年大阪地方裁判所への提訴がございまして、昨年2月、当院森田病院長、石田医師、新田医師で証人尋問ということで、大阪地方裁判所の方へ出向いております。そして昨年7月、裁判所の方から和解勧告がありまして、検討の結果、和解調書を受領しております。和解条項としては、解決金450万円でその余りの請求は放棄して、和解条項の定めるもののほかに何ら債権債務がないことを確認するという、この2点の条項をもって和解をしております。8月に解決金を支払い、10月に保険金の受領を受けたという内容でございます。以上でございます。

○中村会長 ただいま、西村課長から医事紛争の3事例について説明がございました。1例目は、女性の出産のときの死亡なのですが、現在では出産が100%元気で生まれてくるのが当たり前と状態になっておりますので、帝王切開で助かったのではないかという点が示談金の理由になったのではないかと思います。産婦人科についてはこういうことに対して、無過失補償制度などが取り組まれておりますけれども、そういったものを早く確立していただければ、現場にいる医師をはじめとするスタッフは救われるのではないかと思います。2例目は誤投薬ですので、この示談金はやむを得ないと思いますが、さきほど岩崎科長からもありましたが、電子カルテに誤指示防止の注意処理を追加しようと言った取り組みもおっしゃいましたので、そういうところ出来るだけ努力していただきたいと思います。今回は睡眠薬だけのアクシデントでしたが、大事に至ることもありますので、十分に注意しなければならないと思います。3例目は私も目を通しましたが、発生が昼間で吐血して救急車で来院され、亡くなられたのがその日の真夜中です。12時間ほどの急激な中で亡くなられたということです。発生事例の内容の病院サイドなのですが、おなかの症状が柔らかかったのが夕方ごろから突然痛みがきたということなので、この時に穿孔したのではないかと疑われますが、患者サイドの訴訟内容には入院後すぐ激しい痛みとあり、主張が食い違っております。こうしたところは病院サイドが正しいと主張されたと聞いています。こうした経緯がございしますが、こんなに急激に出血に至るといのはよっぽどの動脈破裂がないとならないと思うので、心筋梗塞等の他の合併症だと思えますが、急患で来られた時の全既往歴が分からない患者様への対応は難しい問題だと思います。ここで、緊急内視鏡をするかどうか争点になっておりますが、内視鏡が絶対的なものではなく、胃の中に出血がたまっていれば出血箇所は分からないわけで、腹膜炎の開腹手術の準備をしている中で亡くなってしまったという状態でないかと思います。長い経過の中で、和解が450万円というのは、さきほど森島副会長から法的に年5分の利息がつくということで、時間がかかればかかるほど賠償金が増えてくるというのも、示談になった理由ではないかと思いますが、この3事例につきまして、ご意見・ご質問あればよろしくお願ひします。

○**森島副会長** 確認ですが、示談が成立した事例1ですが、相手方は弁護士を立てられたのかどうかということと対応の遅れということが示談の内容になっていますが、実際帝王切開手術は遅かったのでしょうか。

○**中路事務局次長** まず、相手方ですが弁護士は立てておられません。ご本人と協議ということでございます。それから対応の遅れについてですが、医師会の紛争処理委員会や損保ジャパンの代理人弁護士とも相談をしておりますが、結果的には遅いということについて否定できない、病院としての責任を負わざるを得ないのではないかとのご意見をいただいております。

○**森島副会長** ありがとうございます。

○**中村会長** 他にございませんか。ないようですので、続きまして3番目の事故・インシデントについて岩崎医療安全管理者から説明をお願いします。

○**岩崎医療安全管理科長** よろしくお願いたします。今回報告する事例は5件ございます。昨年の医療事故等防止監察委員協議会のあとに発生しました事例が1件と平成21年度現在までの4件でございます。すべてご覧になってお分かりのように転倒事例でございます。年齢もかなり高齢であるということと少し環境が変わるということで、夜中に見当意識障害を起こして、トイレに行こうとベッドから降りたり、どこかに出かけようとして歩いたら転倒してしまったということから発生しております。看護師サイドとしましては、5番目と1～3事例につきましては、転倒むしの装着や4点柵の実施、ナースコールを手元に置くなど患者への説明をしておりましたが、看護師の目の届かないところで自力歩行をし、転倒して不幸にも骨折されたという事例でございます。4番目の事例につきましては、心臓カテーテル検査の翌日で、本来は歩行可能な患者様でございました。病棟の看護師はどうしてもトイレに行きたいという患者様の希望に沿ってトイレ誘導したところ、そのトイレで転倒されてしまったという事例でございました。この事例につきましては、点滴をしておりまして、打った部分からコンパートメント症候群という筋膜の方に出血が入って行って腫脹してしまい、壊死や知覚麻痺を起こす可能性があったため、夜になって切開術を行いました。入院の方は、転倒ということもあり少し長引いた経過はございますが、5例とも無事退院を迎えることができた事例です。以上です。

○**中村会長** それでは、事故やインシデントについてのご説明をいただきましたが、転倒事故がほとんどを占めています。高齢の入院患者様を治療していく中で、拘束をして

はいけないわけでありまして、拘束とフリーな状態での転倒事故はなかなか相容れないところがございます。実際十分な取り組みがなされていると思いますが、やはり転倒事故は減らないということです。これにつきまして、ご質問・ご意見ございますでしょうか。ちなみに、転倒事故は診療科でいいますと何科が多いのでしょうか。

○**岩崎医療安全管理科長** 今回でいいますと内科の患者様が4件、外科の患者様が1件です。外科の患者様は手術目的で入院され、手術後6日目での転倒でよく熟睡されていたようです。転倒に関するリスクがノーマークの方で、ご本人いわく樟葉に行こうと思ったということで、どうやら家にいた錯覚があり、ふらついて転倒されたようです。

○**中村会長** 入院時に転倒のリスクファクターで評価されて、転倒の可能性が大であるという患者様には注意を払うといった取り組みについてはいかがでしょうか。

○**岩崎医療安全管理科長** 全入院患者様に転倒のスコアをつけております。また、危険度分類で、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲとつけまして、それに対する看護計画を実施しております。

○**中村会長** ありがとうございます。他にないようですので本件はこれで終了したいと思えます。続きまして、インシデントの報告をお願いします。

○**岩崎医療安全管理科長** それでは、平成21年度インシデント報告集計結果について簡単にご説明させていただきます。平成20年度12月までの数値と比較した表をお配りしておりますが、報告件数・傾向・内容・職種・時間帯等については昨年度とほとんど変化がなく、看護局の報告が今年度83.7%、昨年度81.3%となっております。医師については、昨年2.2%で今年度1.6%と若干少なめでございますが、今後に期待したいと思えます。発生時間帯におきましても、やはり業務の重なる午前10時～午後1時に発生しておりますのも、昨年度と変わりありませんでした。次のページの場面ですが、薬剤の場面で44%と昨年同様で、院内の傾向的にはほとんど変わっていないことが見受けられます。内容につきましては、薬剤・輸血に関連したことと同じ傾向を示してございまして、処方・調剤・輸血をすべて合わせますと40.4%となり、やはり投薬ミスや量の違い、時間配薬の間違いなど実際に影響がない事例がほとんどですが、多く報告されております。当事者に及ぼした影響につきましても、昨年同様の経過となっており、影響度についても昨年度と同様の傾向で、実際は患者様に何らかの形で実施されたが、重大な影響を及ぼさないような事例が大半でございました。以上でございます。

○**中村会長** ただいまインシデントについて、職種から発生時間帯、場面、内容等の分析

結果を説明していただきました。昨年と同じような報告件数及び割合であるということですが、いかにこれほど取り組みを行ってきても厳然としてインシデントは発生するという事は、医療事故防止の難しい課題であろうとこのように思います。ご意見・ご質問あればお願いします。

○**相本委員** 私の仕事柄で関心のあることなのですが、処方・与薬のところで月々の報告の中にほぼ定番として過剰与薬・過少与薬、それから患者様を間違えられたりといったものがありますが、例えば過剰というのは患者様が反応を示して発生したとか患者間違いについてどういった経緯で判明したのか、一例でも結構ですのでご紹介ください。

○**岩崎医療安全管理科長** 過剰・過少ということにつきましては、やはり朝昼夜といくところをお昼抜かしてしまったり、朝夕であるのにお昼に与薬したというような事例が多くあります。これはどのような発見かといいますと、薬袋にそれぞれサインをするようになっておりますが、サインが先にしてあるのでおかしいのではと残薬の数をみると合わないということから発見されているのがほとんどです。看護の場面で大きなものといいますとやはりインシュリンに関するものが患者様に影響がありますので、昨年度分析を行ったところ、指示には問題ないが看護師の確認行動がいたらずに発生している事例が多くございます。また、医師の指示変更があった時、処理がうまくできておらず、前回の指示で実施したため、量違いや過剰・過少になったりといった事例がございます。つい最近の事例で言いますとインスリンの種類が増えており、昔の知識では足りないではないかということがあげられます。24時間効果があるインスリンについて、朝一回でよかったところ、夜も打ってしまい過剰なインスリン投与になり、すぐに医師に報告し、点滴ルートを取り、低血糖症状の観察を行いながら朝まで経過観察をしました。家族にはすぐ連絡して謝罪し、対応策について説明をするといった事例がございました。

○**中村会長** こうしたインシデント・アクシデントに関する取り組みを毎回検討することによりまして、システム化や周知徹底していい方向に向かっていくのではないかと確信しまして今後も努力していただきたいと思います。他にご意見なければ案件2に移ります。院内の死亡・合併症等の報告制度の開始について議題にしたいと思います。中路次長よろしくお願いします。

○**中路事務局次長** 中路でございます。よろしくお願いいたします。それではお手元の資料集26ページと27ページをおあけください。これは私ども枚方市民病院の方で医療事故・インシデント事例の報告対象とならないといえますか、なかなか医療事故・

インシデント報告で上がってこない院内死亡・合併症等の事例について、新たに報告を求める制度を整備いたしまして、今年の1月25日から運用を開始しましたことのご報告でございます。趣旨・目的でございますが、本院における医療事故の概念は非常に幅の広い概念でございます。過失の有無にかかわらず扱うという定義になっております。しかし、診療行為に伴う有害事象、私どもの議論の中では医療有害事象という今の医療事故よりもっと広い概念を整備いたしまして、その中に現状の科学的な治験技術によっても予期・回避できるとは言い難い障害や術中・術後の合併症が存在しておりまして、これらの部分がインシデント・アクシデントとして上がってこないということが議論として浮かび上がりました。医療安全管理の対象として、さきほどインシデントの報告の場面の中で、診療行為の現場というものが少なかったですが、私どもとしてはこの医療安全管理の対象をすべての医療有害事象に広げて、その検証・再発防止策の検討を行うことによって医療の質を高めていこうということになりまして、この制度を始めたということでございます。右側27ページでございますが、こういったものを報告するのかということについて、提出基準の中に定めております①から⑩、こういったものを基準として掲げ、提出方法につきましては、事例発生後速やかに所属長に報告して提出する。もちろん報告者は当事者の医師だけではなく、その場にいた職員でも正しい情報を記載できる者が報告すればよいという形にしております。提出基準の中で、濃厚な治療あるいは重篤な副作用という言葉がありますが、この判断は主治医にさせていただきます。また、がんの末期で治療過程の中の死亡については報告不要ということにしております。今後の取り組みの方向でございますが、この報告書についてはすべて医療安全管理室の方で検討して、医療事故と取り扱うべき事例につきましては、医療事故に切り換えた上で、また、他の有害事象で発生防止等の検討が必要だと判断した事例につきましては、院内死亡・合併症としてそれぞれ検討・検証するというようにしております。この報告書は制度運用上の試みでございます。言葉の再定義を含めて本格的な制度化につきましては、医療の安全確保のために制度構築を国の方でも考えているようでございますので、その動向を見極めて対応したいと考えております。また、本報告書によるデータ収集を的確に行うことで、クリニカルインディケーターと言われる統計指標を整備していければより有意義ではないかと考えております。以上です。

- 中村会長 ただいま院内死亡・合併症報告制度の開始についてご報告いただきました。これは今年の1月25日から運用開始されていますので、まだ新しい制度の実施であるということです。従来、死亡事例が出た場合、死亡診断書を提出して診療科内で症例検討を行ったりと事故防止に対する取り組みをされてきたと思うのですが、これを医療安全管理室で情報を共有して事故の可能性のあるものを防止したり、安全管理委員会で検討するなどの試みが行われていくということなのですが、ほとんど医師が行

う医療事故になってくるわけで、医局会などで様々な意見が出たのではないかと思います。特に医師は最終的に患者の生命等に対する大きな責任を持っている中で、こうした報告事項を入れるということは業務の拡大につながります。現在、医師の業務が非常に拡大しているわけですが、医局会などで様々な意見が出たかと思いますが、スムーズに導入できたのでしょうか。こうした点で問題なかったのでしょうか。

○**森田病院長** おっしゃるとおりで、医療安全管理室から提出されるときにかなり抵抗があるのではないかと私も思っておりましたが、あまり大きな声は上がりませんでした。合併症という言葉は非常にあいまいで、紛れてしまっている事例があるというのは皆が感じているところだと思いますが、これらを洗い出すことによって、より一層安全管理が進むのではないかという思いで意見が一致したのではないかと考えています。

○**中村会長** 個人情報の保護もありますので、関係部署以外に漏れても問題になるのではないのでしょうか。

○**森田病院長** そうですね。それは十分配慮して、従来までも委員会などで個人情報が記載された資料は検討が終了した資料はその場に置いて帰るといことにしております。また、こうした公の場に出す場合は個人を特定できない形にしております。裁判例はここできちんとお話しするために細かく書いておりますが、個人情報への配慮は十分にしております。

○**中村会長** ありがとうございます。透明性や情報共有化が事故防止には貴重な事例報告となりますので、みんなが共有していくことは強力な防止対策になるのは万人が認めるところでございますので、大変勇気のある取り組みだと思います。何かご質問はありますか。

○**平尾委員** この一年間院内感染事例はなかったのでしょうか。

○**森田病院長** 院内感染の定義はなかなか難しいものがあります。例えばノロウイルスに関しては、10名以上の患者が集団発生した場合は院内感染として保健所に届けるという当院の基準がございます。こうした定義からしますと、ノロウイルスの患者様は何名か発生しておりますが、明らかに院内感染と思われるような集団発生はこの1年間なかったと思います。単に職員を介して患者様にうつってしまったというのをすべて院内感染として位置づければこうした事例は何例かあります。発生段階で気がついてきちんと管理して、そこで留めることが非常に大事だと思います。特にノロウイル

スに関しましては、今も感染防止対策委員会というのを毎月開催しておりますが、ノロウイルスの検査は保険でできません。当院では病院で負担してノロウイルスの検査を実施し、下痢や嘔吐で入院された患者様がノロであるかどうかを判別し、対応しております。

○中村会長 他に何かございますか。

○森島副会長 制度が始まったばかりですが、この報告書による具体的な報告がどれくらいあったのか。また、特徴的な事例について差し支えなければ報告をお願いしたいのですが。

○中路事務局次長 さきほどの捕捉になるのですが、提出基準⑨に出産に関連した死亡事例というのがあります。さきほど医事紛争の報告で示談しました子宮内胎児死亡事例なのですが、この事例も本院の安全管理委員会で検討したわけですけれども、これを医療事故として扱うのかが非常に難しく、ただ、医事紛争としては厳然として扱わなければならないということがベースにあります。医事紛争が非常に大きな広がりを見せておりますので、それに対応した医療安全管理活動も広く網をかけていかないと食い違いが生じて、結果的に医師を訴訟リスクから守れないという判断もございました。1月25日から運用を開始しておりますので、まだ一ヶ月ほどなので、今回の協議会ではご報告できませんが、この制度に基づく事例が2件報告されています。この2件については、検討の結果、医療事故として扱うとして対応を進めているところですので、次回の協議会で報告させていただこうと考えております。

○中村会長 ぜひとも次回の協議会でこの制度によって届け出た報告事例の中で事故として取り扱ったものや検証をまとめていただいて、ご報告をお願いしたいと思います。他にございますでしょうか。ないようですので、本件に関する審査について意見の集約をしたいと思います。案件2の院内死亡・合併症等の報告制度の開始について、特段の問題はないという意見集約をさせていただいてよろしいでしょうか。ご異議ございませんので、そのように取り扱わせていただきます。以上をもちまして、次第3の審査事項に関わる審議がすべて終了いたしました。次第4のその他について、事務局から報告・提案事項がございますでしょうか。

○中路事務局次長 それでは、今回の資料とは別に配布しております院内暴力行為等への対応についてご報告申し上げます。院内暴力と申しますのは医療安全事項とは異なるテーマでございますが、近年医療従事者や医療機関に自己中心的でルールを逸脱した理不尽な要求・暴力・クレームがございます。本院でもそういった悪質なケースが発

生しているという状況で、基本的な対応方針の確立を進めているとでございます。現状等につきましては、配布資料に整理した通りですが、必ずしも本院だけの状況でなく、全国の医療機関で同様の問題が焦点化しております。本院は病床数も多く、24時間救急の受け入れを行っていることから様々な患者様が来院されますので、こういったリスクも多く抱えていると考えられます。対策ですが、きちんとこういう問題に対応しないと職員・患者様・家族・他の来院患者様に非常にご迷惑をおかけしますので、病院の経営上も見逃せない問題だと思います。これまで、医療現場では少し耐えるということに重点を置いてきたのかもしれませんが、やはり職員を守るということを優先していかなければならないと考えております。基本的に緊急対策と対応マニュアルで体系的な対策の確立を2段階に分けて進めており、緊急対策につきましては、昨年3月26日に掲示物を掲示しました。特徴は警察への通報でございます。枚方警察署と連携いたしまして、警察官に待機してもらう対応も行うというように警察介入にあまり躊躇しないことが必要だろうと判断をしております。あとは基本的な事項を1から8まで提示しておりますが、こういったことを職員で確認しながら対応をしていこうということで取り組みを進めております。対応マニュアルという形でもっと体系化するという課題が残っております。少し作業が遅れておりますが、策定していきたいと考えております。

○**中村会長** この件についてご意見ございますでしょうか。病院の入口ロビーにもこの掲示がされていましたが、周知徹底されていると思います。やはり、医療事故防止は提供するサイドと受けるサイド、市民サイドの3者が協力し合って、良い方向にもっていくようにしなければならないと思います。ただ、個々の詳細になりますと暴力的な事例などで医療スタッフも迷惑を受けたり、いい医療を受けようとする患者様にも迷惑がかかるということでこうした取り組みをされているということだと思います。では、続いてお願いします。

○**中路事務局次長** 続きまして、市民病院の開院60周年事業についてご報告させていただきます。市民病院は昭和25年4月15日に開院いたしまして今年で60周年を迎えます。このことを記念いたしまして、レセプション及びシンポジウムを計画しております。まず、4月24日午後5時半から記念レセプションを予定しております。スライドショーを用いて、これまでの歩み、新病院の整備事業について皆様に披露し、説明させていただきたいと思っております。委員の皆様には改めてご案内を差し上げる予定にしております。次に、5月22日午後2時半から地域医療を考えるシンポジウムを予定しております。城西大学経営学部の伊関友伸准教授をお招きいたしまして基調講演を行い、大阪医科大学長、関西医科大学附属枚方病院長、枚方医師会会長をパネリストとしてお招きしてシンポジウムを行うことを予定しております。本協議会の委員

のみなさまからもパネリストとしてご協力いただきたいと考えており、会長に人選も含めてお願いしたいと思っております。新病院の建設事業については、基本設計が概ねまとまってまいりましたので、こういった場面でご報告させていただくことが出来るかと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○**中村会長** 市民病院が開院60周年を迎えられるということで、大変おめでたいことだと思います。2～3日前に枚方市教育委員会の会議に出席したところ竹内市長があいさつの中で今年還暦を迎えると話されていまして、市長が生まれた頃に市民病院が開院したのかと思いました。これを記念してのレセプション、シンポジウムの開催というお話でございました。他にございますでしょうか。それでは、これで滞りなく案件及び報告が終了いたしました。本当にご協力ありがとうございました。閉会にあたりまして、森田病院長よりご挨拶をお願いします。

○**森田病院長** 本日も熱心にご討議いただきましてありがとうございました。色々なアドバイスを活かせるように今後とも頑張っていきたいと思っております。委員の先生方にはちょうどこの年度末で任期切れということになると思っております。それも含めまして、2年間ありがとうございました。これから我々はますます医療安全について様々な取り組みを行っていきたいと思っております。本日ご報告させていただいた院内死亡・合併症の報告につきましては、かなり斬新な取り組みだと思っておりましたが、委員のみなさまからも同様のご意見をいただきまして心強く思っております。これからも医療安全を目指して頑張りたいと思っておりますので、今後ますますのご指導をよろしくお願いしたいと思います。本日は長時間に渡りありがとうございました。

○**中村会長** これをもちまして閉会といたします。ありがとうございました。