

第4回 赤穂市民病院ガバナンス検証委員会 議事録

日時 令和4年12月22日（水） 15:00～16:30

場所 赤穂市民病院別館会議室

出席者（委員）

公益財団法人 兵庫県健康財団 理事長、兵庫県立こども病院 名誉院長：長嶋 達也
H&S法律事務所 弁護士：羽田 由可（オンライン）
関西福祉大学 教授：有田 伸弘
公立宍粟総合病院 副院長兼事務局長：菅原 誠

議事概要

（事務局説明）

資料について説明

（委員長説明）

前回の委員会で、時間の都合により協議できなかった検証項目について、予め各委員から提出された意見をとりまとめて整理した。整理された意見について、補足や追加、質問があれば伺いたい。

（委員会での意見）

1 より精度の高い医療安全システムの構築に向けて

- ・ 関係病院のマニュアルを参考に見直すべきということについては、現行のものが全く体を成していないわけではないので、「もう一度精査」や「継続して改善」という表現が適切ではないか。
- ・ リーダーシップを取れるドクターやナースの育成が必要ということについて、その目的を表記し、何のためにどんな育成が必要という説明があればわかりやすいのではないか。
- ・ いくらシステムができていても、適正に運用されなければ無意味という意味で、そこに介在する人が大事だということである。「システムの運用を実効性のあるものにするため」のような目的が明確に説明されていた方が良いのではないか。
- ・ 委員会の意見としては、医療安全システムの趣旨を十分に理解し、現場でリーダーシップがとれる医師や看護師の育成が必要、というような表現が良いと思う。
- ・ 以前のマニュアルが全く不完全だったとは思わない。しかし、非常に複雑でわかりにくい。もう少し分かりやすくする工夫と、すでに作成されているが、ハンドブックのようなものの配布、そしてオートマチックに事務処理されるようなことを提言として

明らかにしてもらいたい。

- ・ 事故なのか事故ではないのか、過誤なのか過誤ではないのかの判断を行うため、そして、院外にも説明できるようにするために、医療用語の定義を明確にする必要がある。
- ・ 全ての医療事故が、過失があるものではない。「過失あるものが医療事故である」と間違っていて理解している。医療事故は過失があったものばかりでないということを赤穂市民にもきちんと知ってもらわねばならない。
- ・ 市民病院の医療安全のホームページには、「医療事故とはしてはならないことをした、すべきことをしなかった、すなわち、過失があったものが医療事故」と書いてある。してはならないことをしてしまったのが医療事故なのではない。言葉の定義に誤りがある。これでは誤解を与える。これらのことを市民に理解してもらうためにも、ホームページは見直した方がよい。
- ・ 医療安全システムの構築という項目については、誰が権限のある者として判断するのか、義務や責任がどのような根拠によるものかを整理すべきである。これから市民病院も勉強してもらいたい。
- ・ 組織において、職制や権限について共通認識を持つために、組織のそれぞれがどう動くべきかを明らかにすべきである。
- ・ 組織としての権限、根拠は明確にしなければならないし、そのことが確認できるように、相互にチェックできるような形で運営されるべきだと思う。

2 対象となる事実の検証について

①事故発生時の対処の仕方について

- ・ 「院内事故調査委員会を開催すべきであった」というのは当然であるが、何をすべきであったかということが大事なことである。事故なのか、事故ではないのか、過誤なのか、過誤ではないのかを、早期に判断するため、ということを明示した方がよい。
- ・ ルールに沿った対応を行い、再発防止に努めるということは、マニュアルの規定なのか、或いは何のルールなのかを明示した方がよい。
- ・ 事故の事実関係の調査をするのは院内事故調査委員会の仕事だが、最後は病院長と協議して判断する。病院長から独立して、院内事故調査委員会が判断するということはない。このことは外部委員が入っていても同じである。外部委員の意見も含めて判断するのが病院長の仕事である。
- ・ 委員会としての意見を述べるには、具体的に、どのルールに基づいてこういうふうにするべきだったのに、しなかったというように書かざるを得ない。院内事故調査委員会のあり方とか、医療安全システムの中でとるべき措置が最初にあったはずだと思う。
- ・ 最終判断は病院長が行うのはそのとおりだが、病院長に全責任を負わせるだけでなく、周囲からの助言も必要である。
- ・ 病院のガバナンスということでは、病院長への助言は医療安全担当部長が提言しなければならないと思う。
- ・ 病院長が院内事故調査委員会を開催するが、その目的は原因究明と再発防止策の検討

である。院内事故調査委員会の結果を踏まえて、病院長が病院としての対応方針を決定するための判断材料は、院内事故調査委員会で十分に協議することと思う。

- ・ 市民病院の改訂後のマニュアルでは、院内事故調査委員会の設置要件が掲出個所によって異なっている。「レベル3 bから5の事故が発生した際」というものと、「レベル4 b、5の場合、院長は院内事故調査委員会を開催する」、と書いているものがある。事故レベルは3 b、4 aであっても、開催する意義があるということだと思うが、整理したほうが良いと思う。
- ・ 院内事故調査委員会をしなければ何もできない訳ではない。事故が起これば、まず患者さんやその家族に説明しなければならない。院内事故調査委員会で客観的に調査することも必要だが、早く判断をして謝罪をする方が良い。その判断が、院内事故調査委員会が終わらなければできないというのであれば、現実の世界ではついていけないと思う。
- ・ 当該医療過誤の事例の場合、いかに早く認めて説明して次のステップに進むかがポイントである。院内事故調査委員会よりも前の段階に危機管理の問題がある。院内事故調査委員会は、場合によっては半年や1年かかる場合があるので、その整理がつかなければ、病院長が動けなくなってしまう。
- ・ 医療過誤が明白であれば、まずは患者対応として、速やかに謝罪し、その後に再発防止策等、詳細な経過の整理等を行って、十分整理してから相手方に報告することが必要だと思う。
- ・ 事前に説明されていないことが手術等で起こってしまった場合、まずは、これは予期していなかったことである、ということをお患者さんに説明しなければならない。

②手術等中止のあり方について

- ・ 手術等中止のあり方について、職務命令を遵守すべきであったというのは当然のことである。職務命令で手術の中止指示が出されたが、それが守られなかった、命令が守られるようなフォローアップが必要であったということである。
- ・ 人命に関わることである以上、命令が自主的に守られることに期待するだけでは足りない。監視せざるを得ないような体制や周囲のフォローも必要な性質を持つ命令だと考える。
- ・ 手術禁止のような職務命令は、本人だけに行うものではなく、周囲の関係者にも徹底的に伝わる必要がある。そのような職務命令が出ていたかということについては疑問に思う。

③マニュアルの実効性の確保の仕方について

- ・ マニュアルについては、何度も意見を述べたとおり、県立病院や大学病院のものを比べてみれば随分違うということが分かるはず。事故の定義でさえ違う。どこかのものをそのまま当てはめるのではなく、どのような考え方に基づいているかを理解して、自分達で考えて整備する必要がある。必要があれば何度でも改訂すべきである。他の

病院も何度も改訂している。確立された国の基準のようなものはない。

④院内事故調査委員会のあり方について

- ・ 院内事故調査委員会で、見解が異なったり、異なる可能性のある場合には、外部専門家の参加が必要となる場合もあるというコメントがあるが、院内事故調査検証の過程で、調査委員会の委員間のコンセンサスが取れない場合など、必要に応じて外部専門家の参加を求めるべきという表記が良いと思う。
- ・ 外部委員については、見解が異なる場合は必要だが、それ以外でも専門外や専門性の高い場合は必要であることも意見として入れておかなければならない。

3 関係者へのヒアリングについて

対象者 脳神経外科診療科長、前医療安全推進室長、医療安全管理者、手術看護師長

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

→対象者全員が事故発生時の対応に関する規定を知っていた。

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

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

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

→脳神経外科診療科長は、過失の可能性が高いものと認識していた。

【質問4】事案8の手術結果について、本人、家族への説明は適正に行ったか否か。

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

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

→対象者全員が、最終判断の責任は病院長が負っていると理解していた。

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

→令和2年3月1日付、病院長から口頭で当該医師を含む脳神経外科の医師全員に対して、手術室で行う侵襲的な直達手術の実施禁止と、カテーテル室で行う血管内手術の執刀をしてはいけないという口頭による指示があった。

直接指示を受けたのはヒアリング対象者4人のうち3人であった。

ヒアリング対象者の2人は、手術と侵襲的な血管内治療や検査も禁止ととらえた。口頭指示であったため、対象者の1人はカテーテルを使った診断や血管撮影検査については禁止していると理解できず、後日、侵襲的検査である診断カテーテルも禁止されていることがわかった。以降は、その認識であった。

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

→対象者全員が、当該医師の手術室入室や手洗いを禁じる等の具体的な指示はなかったと理解していた。

脳神経外科診療科長は、病院長からの口頭指示が、執刀は禁止されているが、助手の立場で積極的に手術に入り、研鑽に努めて積極的に技量をアップすることと理解していた。その他の対象者も、術者としては禁止だが、研鑽に励むようにという指示、あるいは、執刀は駄目だが、勉強という意味で手術室に入ることは禁止されなかったと理解をしていた。

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

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

4 次回に向けて

- ・ これまでの委員会での意見等を整理して、委員長が報告書の骨子を作成する。