

第3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11月22日（火） 14:00～16:00

場所 姫路・アクリエひめじ 404 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
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

（委員会での意見）

1 市民病院の風土・体質について

①医療安全について

- ・ 合併症であっても医療事故として報告すべきものがある。しかし、全部を報告するようになっていないのが一般的である。
- ・ 複数の医療事故が発生したが、脳神経外科の判断として、合併症であり医療事故ではないと理解していたということなのか。
- ・ 合併症に関しては、大学病院等では、予期していたか、予期していなかったか等が客観的な基準であり明確である。その方が報告しやすいのではないか。
- ・ 大学病院等基準を作っている病院は多いが、全てを医療安全や事故のカテゴリーの中で扱うのは難しい。市民病院で仕分けをして、自分たちが使いやすいようにすべきである。
- ・ 「報告すべき」と進言しても、上位者で報告が止まるということが考えられる。事故レベルの判断は、医師しかできないのではないかと思う。
- ・ 事故のレベルは、患者への影響度のレベルであり、当事者ではなく、医療安全部門が判断するものである。医療事故として調査するかどうか、過誤かどうか等区分しなければならない。難しい判断の場合には病院長が判断するべきである。
- ・ 事故報告は、医療安全部門に提出されるが、院内の医療安全対策委員会等で検討され、最終的に病院として決定する。医療安全対策委員会等で客観的に検討することで、妥当な判断が行えるようになる。

- ・ 当該医師が報告をしなかったことにそもそもの原因があるが、合併症は報告しなくても良かったということは市民病院では認められていたのか。

(病院側発言) 医療安全推進室としては、合併症であっても報告することを依頼していた。

- ・ 医療過誤となった事案については報告があった。その報告に対する病院の対応が不適切で、そこで躓いてしまったので、その後複雑な問題となった。その時点で適正に対応していれば、ここまで複雑な問題にはならなかったと思う。
- ・ 医療過誤となった事案は複数の医師が手術に係わっている。手術室の看護師もいる。複数人が関与している。当該医師が報告しなかったとしても、病院としての医療事故発生時のルールは、多くの人が当然知っているはずである。当該医師に報告するように進言するべきであった。進言が難しければ、内部通報のような方法でも、情報が上層部に届けば、その後の展開が違ったのではないかという気がする。補完的な仕組みがあれば、風通しがよくなるのではないか。
- ・ 内部通報については、医師が自ら報告する場合や看護師にもリスクマネージャーがいる。医療は密室ではない。どこからか報告が上がってくるようになってきていると思う。しかし、報告すべきものの定義や判断基準がなければ、報告されにくい。
- ・ 上司に進言して進展しない場合でも、リスクマネージャーからの報告によりリスクマネジメントの会議で検討することで、フィードバックされ、握りつぶすことはできないはずである。
- ・ 手術室では、医師は絶対的な権威者であるが、医師が報告をしない場合、他の者は勇気をもって報告しなければならない。
- ・ 報告がオートマチックにされる方法はないかと思う。内部通報とも思われないオートマチックな仕組みを作っていないといけない。
- ・ 匿名性のこともあり、内部通報の報告者は守られるので、報告ができると思う。人間関係などのしがらみで報告しにくい風土があったとしても、流れがよくなるのではないか。
- ・ 内部通報は、事実を報告するだけなので、告げ口ではなく、お互いがお互いを守る、見えない部分をカバーしあうという大切な機能である。そのような風土・体質にしていかなければならない。
- ・ 内部通報は、医療過誤となった事案以前の事故では行われなかったのか。

(病院側発言) 看護師からの報告はなかった。看護師からすれば難しいと思っていたかもしれない。

- ・ 医師の手技のレベルを看護師は判断しにくいかもしれないが、術前術後の患者様との関りで、何らかの症状が出現すれば、術後ケアの際にチェックができるはずである。
- ・ 看護師は必ず記録をする。家族からのクレームがあれば、医師にも伝える等、事象があった場合の報告ができるような体制になっておかないといけない。
- ・ 医師に遠慮することはない。一方で医師が看護師に遠慮することもない。お互いにカバーし合うようにならないといけない。
- ・ 場合によっては看護部、臨床工学部、薬剤部といった複数の職種が同じ事象に対して

報告を行うこともある。複数のレポートは大切だと思う。

- 当該医師が報告するのが一番良いが、なぜ報告しないのかは、懲罰を恐れるからだと思う。報告は一切懲罰や人事に関係しないということを明確にしておかなければならない。
- 起こった事象は報告することを徹底し、さらに複数のチャンネルからも上がってくるシステムにするべきである。
- 報告にペナルティがないという保証が必要だというのは確かにその通りだが、違反となる行為がある重大な場合は、懲戒処分に繋がる等絶対にペナルティがないかと言うと、そうでもないと思う。
- 報告を何故するかというと、報告した方が、報告者が安全だからである。報告があれば、病院は報告した人を、事故を隠ぺいしたという非難から守る。報告がなければ守れない。報告することは守ってもらえるということだというメッセージを明確に出しておかなければいけない。
- 医療安全の基本というのは、「人間は間違える」ということである。間違いを起こした人は報告する。報告することは、病院を味方にするというメッセージが基本だと思う。
- 医療過誤となった事案の際、指導者が悪いのか術者が悪いのか、誰に責任があるのかという話がある。これは、どこかで自分に全部押し付けられるのではないかという恐怖感を与えてしまったのではないかなと思う。
- どうしても責任は問われる。しかし、病院と一緒に責任を負うようなスタンスが大事なのではないか。
- 自分で抱え込まず、病院として対応するということが一番大事なのではないかと感じる。
- 報告を受ける側の対処の仕方ということで、報告を受ける上司が、「なぜこんなことをしたのか」、「聞いてしまえば自分も対処しなければならない」といったような上司としての資質に問題があるような場合には、その上司への教育、指導が必要である。
(病院側発言) 最後は病院長が責任を取る、あなたがジャッジするのではない、最終ジャッジは病院がするということが大切である。
- 事故発生時の組織の報告の流れはこうあるべきだということを、院内でコミュニケーション論のように学習をすることが良いのではないか。
- 組織としての風通しを良くするために、360度人事評価を導入してはどうか。
(病院側発言) 多職種評価は実施している。
- 医療安全の研修会はどれくらい実施し、出席者はどのくらいか。
(病院側発言) 医療安全の研修会は、年に2回行っている。各職種、部門ごとに相当な人数が参加している。
- 部門ごとの参加率はモニターをしておかなければならない。医師には「出席しなければ、いけないですよ。」ということを伝えてフィードバックしているところもある。出席率をチェックしているところもある。
(病院側発言) 医師以外でも、業務があれば研修への参加は難しい。今年からeラーニン

グのシステムを利用してこれまでよりも参加できる期間を長くして実施している。参加者も確認でき、理解度テストもして、それらの統計をとっている。

- ・ 研修会をして、評価するフィードバックを繰り返すしかない。
 - ・ マニュアルは、職員が容易に手にとれるようになっているのか、容易に理解できるようになっているのかどうか。例えば、概要版のような簡単なものも必要ではないか。
- (病院側発言) 8年前からポケットマニュアルという小型の簡易版は全職員に配布し、適宜改訂も行っている。

②通常の事務処理について

- ・ 通常の事務処理ということでは、事務処理は当然、ルールに基づいた処理をする。しかし、ルールを知らずに前からのやり方として事務処理をしていなかったのか、ということがある。
- ・ 医療安全の一連の事務処理も含めて、市民病院の事務処理を一事が万事漫然とやっていなかったかという振り返りが必要である。

③当該医師への指導等について

- ・ 当該医師の指導はガバナンスの本質である。医療安全として指揮命令系統が整備されていたのかどうか。診療部長が指導しても駄目な場合、副院長が対応するような、指揮命令系統があったのかどうか。いきなり病院長が対応しているが、これではしんどいであろうという印象がある。組織としての指揮命令系統を確立することが大事である。
- ・ 「言うことを聞かない」では済ませられない。人の命がかかっている。
- ・ 診療科長が収拾できれば理想的だが、人間関係などで難しいときもある。その場合、困ったら躊躇なく上司に相談する等の行動があれば、その後は変わっていたかもしれない。
- ・ 1人で対応を抱え込んでしまっていることは、ガバナンスとして、特に気を付けておかなければならないことであった。

④組織風土について

- ・ 市との関係ということでは、今年度から管理者を設置している。市民病院くらいの規模の病院は、組織として管理体制が弱いのかなと思う。報告が上手く行われなかったことにも関係があるのではないか。今年度から、その点は整理ができたのではないかと思う。

2 ヒアリングについて

- ・ 提出された資料だけでなく、実際に現場の職員からも話を聞くためにヒアリングは行いたい。
- ・ ヒアリングはある程度対象者を絞った方がよい。
- ・ 手術での事故であったことを考えると、ヒアリングの対象者は手術室にいた術者、助

手、手術室の看護師などで、全体を見渡せる人で良いかと思う。

- ・ 当該医師へのヒアリングをしたいが、現実的には不可能なので、その周辺の職員に実際はどうだったのか、ということを確認しておかなければいけない。
- ・ ガバナンスの検証のためには、権限のある人、情報がある人がよいと思う。
- ・ すでに退職している人は事実上難しいのではないか。

(病院側発言) 前医療安全室長は現在も市民病院に勤務しており、診療科長も在籍している。

- ・ ヒアリングで聴取した内容の真正を担保することは難しいかもしれないが、事務局が用意した資料だけで事実としていいのか、ということはあるので、ヒアリングはすべきである。

3 その他の意見

- ・ 県立病院や関連大学のマニュアルを見れば、それぞれ違うところがある。それらを参考に、自分たちのものを作らなければならない。
- ・ 外部委員に事故の検証を依頼するのはなかなか難しいことだが、外部検証を行う場合の基準を自分たちで作っておいた方がよい。
- ・ 外部委員に意見を求めるのは、改善の仕方がわからないとき、院内で事故の判断に差異があるときである。病院長が判断できる時は外部委員の意見は必要ないと思う。

4 次回に向けて

- ・ ヒアリング対象、項目、やり方などは改めて協議する。