

第2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8月22日（月） 10:00～11:30

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、前回委員会での協議事項について確認

- ・ ガバナンスの観点とリスクマネジメントの観点から議論する。
- ・ 進め方については、個人の責任を迫るのではなく、市民病院の医療安全に係るあり方等について議論をする。
- ・ 委員会は、個々の医療事故に関する判断は行わないが、病院の判断に至る手順等については意見する。

（委員会での意見）

1 前回の委員会での意見の確認

- ・ 検証の対象期間は当該医師の採用時から令和3年度末までとする。
- ・ 医療行為に対しての議論は行わない。
- ・ 関係者へのヒアリングは必要があれば行ってはどうか。

2 議論の方向性について

- ・ 検証は当該医師だけに限らず、市民病院の風土や体質までを対象とすることがよい。
- ・ 病院の風土や文化を変えるのは難しいが、医療安全の推進のため、可能な限り話し合うべきである。
- ・ 医療安全体制が適正に機能したかどうかを検証するためには、風土・体質に関する議論は必要である。
- ・ 医療過誤だけに限らず、それまでの市民病院の文化等広い範囲で議論したい。

3 市民病院の風土・体質の検証について

- ・ 医療事故の定義、基準は病院長が判断をする根本となることなので、丁寧に議論し

ておく必要がある。

- ・ 事故発生時、院内の指揮命令系統が適正に機能しているかどうかが問題である。
- ・ 病院長の判断が職員にきちんと伝わる体制になっているのか、職員からの報告が上位の職員にきちんと伝わるようになってきているのかを検証する必要がある。
- ・ 病院長は、医療行為上の責任を負っているが、全てをひとりでできる訳ではない。
- ・ 組織として対応できているかを検証すべきである。
- ・ 医療安全対策実施要項（マニュアル）の整備について、県等参考となるスタンダードなマニュアルはあるのか。スタンダードなものと市民病院の実態とを比較・検証をする必要があるのではないか。
- ・ マニュアルは、スタンダードとなるものがない。県や各大学等でそれぞれ異なる。医療事故の定義も違う。他の要項を参考にして、最後は自分達で決めないといけない。そして、病院長はその説明が出来る必要がある。
- ・ 医療事故の定義が明確でなければ、現場の職員は判断に困る。厚生労働省の医療事故調査制度での定義や、医療法上の定義との整理も必要。対外的にそのことを説明しなければならないということもある。
- ・ 当該医療事故について、医療法と同じ定義をすれば、何件かは医療事故ではなかったという整理になると思う。
- ・ 市民病院のマニュアルは、ある程度出来ていると思う。複雑化している部分等見直すべき部分もあるが、それ以上にマニュアルに職員がついて来ない、理解していない、理解させるための研修会をやっていないことが問題ではないか。
- ・ マニュアルについては、スタンダードなものを参考に再点検をして、ガバナンスにどう活用するのかということを検証してもよいと思う。
- ・ マニュアルについての問題は、①定義の問題、②警察への届け出の基準があいまい、③公表の基準が統一されていないことである。整理をする必要がある。
- ・ 手術中止の職務命令について、事実関係を整理する必要がある。
- ・ 院内の医療安全体制が適正に機能したかどうかについては、個々の事象について、医療安全のルールに照らせばどうであったのかという検証は必要ではないか。
- ・ 医療安全システムが適正に構築されているのかどうか、病院の体制の改善につながることであるので、リスクマネジメントが将来のより良いガバナンスにつながるということからすれば、リンクしていると思う。

4 検証の対象となる事実に対する検証

① 採用の仕方について

- ・ 公募したのであれば面接をしたかどうか、また、その記録を残しているのかということが大切なことである。
- ・ 診療科の医師から特に意見が無かったのであれば、採用に問題はなかったと思われる。

（病院側発言）病院長が当該医師について、前任の医療機関に医師の技術等は確認して

いた。面接を行ったうえで、当該診療科から、育成するので採用して欲しいと上申があり、採用を決定した。

面接時には、人物的に問題があるという印象は受けなかったと聞いている。

- ・ 採用の仕方に大きな瑕疵があったとは感じなかった。
- ・ 脳神経外科の専門医資格を6年で取得しているのであれば、日本脳神経外科学会が大きな問題はないだろうと保証しているということである。
- ・ 大学医局の紹介が受けられなかったことや、赤穂は医師が来てくれない地域ということもあり、やむを得なかったと思う。
- ・ 短時間の面接で人物評価ができるとは思わないが、面接時の態度等について、何か記録があるべきと思う。
- ・ 採用そのものの問題ではなく、面接の記録を残しておかねばならなかったと思う。

② 事故発生時の対処の仕方について

- ・ 当該診療科長が合併症だと認識したことは、事故の定義を踏まえ、院内できっちりと協議されたかどうか問題になる。
- ・ 診療科長や責任医師が迷うのは、合併症か事故かということである。市民病院は合併症も全部事故として報告するのか。それでは現場は大変なのではないか。
- ・ 合併症と事故は分けて報告しなければならない。合併症は事故とは違う。
- ・ 何か起きたら全てを広義の事故として報告を受けるとするならば、医療上は病院の責任ではない合併症や不可抗力も多いことから、報告書を作成したり、確認する等の業務が増える。その結果、報告に対して消極的になってしまうことがあるのではないか。
- ・ 合併症も含めてすべてを事故だとした場合、すごく院内での反発があると思う。大学などの定義を参考とすべきである。
- ・ 合併症を事故ではないとすると、事故が隠れることもあり得る。明確な基準を設定しなければいけない。
- ・ 事故は、過誤に関わりなく公表するのが通例の考え方である。
- ・ 合併症か事故かの線引きは難しい。
- ・ 全てを事故として報告の対象とすると、劇的に報告数が増えると思う。現場はそれで大丈夫なのか。
- ・ 把握することが大事であると思う。
- ・ 市民の信頼を失っているのが現状であるため、まず全てを報告対象とするべきだと思うが、一方で様々な考え方が当然ある。
- ・ 問題は、報連相がなかったこと。報告されていたら、医療過誤は起きなかったかもしれない。
- ・ 報告は懲罰や責任を追及するためではなく、医療安全のためである。懲罰と医療安全の部分を明確に分けた体制をつくってはどうか。
- ・ 報告はオートマチックに、負担を感じないような簡易な形で出せるようにすべきで

ある。

- 合併症かどうかということは、専門性の高い話なので院内でよく議論した方がよい。ただし、見逃さない・隠れないということが大事である。事故としたために、逆に隠れてしまう場合もある。
- 難しい手術であれば合併症も起こり得るが、報告がなければ病院も判断できない。把握するのが遅かったことを病院長の怠慢であるとするのは違うと思うが、合併症が多く起これば、当然、科内でも問題になるだろう。
- 手術は1人でやるものではない。手術を一緒に行っている医師であれば、何かあれば判断出来ていたはずである。技術が未熟なことが罪ではない。技術的に完成された人だけが手術をしているわけではない。なぜ未熟な人が手術を任されたのかということが問われるべきである。
- 事故としての報告がなかったということであれば、診療科長が責任を問われるが、そもそもの認識が違うのであれば、そこに責任を問うのは非常に酷である。
- 病院の文化や風土はどうだったのか。報告しないという風潮が病院全体のコンセンサスのようになっていなかったか。そこが文化や風土の一番大事なところである。
- 市民病院の最新のマニュアルに「医療事故（アクシデント）とは、要はすべての人身事故のことであり、なお、医療従事者の過誤、過失を問わない」とある。こうして明文化しているのだから、医療従事者全員が同じ認識でないとおかしい。
- 事故の定義を明確にすること、そのことを病院内で周知徹底すること。そのために、研修を行ったり、パソコンを開けると立ち上がった画面にすぐに出てくるようにする等、効果的な方法を検討してもらいたい。
- 自分の非を認めて報告するというシステムは、人間心理として、適正に機能しない可能性もある。周囲からの通報も出来ないこともある。そのため、報告システムの匿名化等も検討してもいいのではないか。