

徳島県立病院医療安全対策委員会

●開催日時：平成30年3月12日（月）午後7時から午後8時30分まで

●場 所：徳島市医師会館 4階 会議室

●出席者：

（委員）

会 長	一般社団法人徳島県医師会 常任理事	中 山 孝 善
副会長	徳島大学病院 安全管理部長	加 藤 真 介
	徳島大学大学院 医歯薬学研究部教授	雄 西 智恵美
	田中法律事務所 弁護士	田 中 浩 三
	公益社団法人徳島県看護協会 専務理事	渡 川 明 子
	一般社団法人徳島県薬剤師会 薬剤師	中 井 久 美
	徳島赤十字病院看護係長	橋 本 久美子

（病院局）

所 属	職 名	氏 名
病院局	病院事業管理者	香川 征
	病院局長	延 良朗
病院局総務課	課長	林 博信
	副課長	住田 優二
	課長補佐（政策調整担当）	八木 雅史
中央病院	副院長	八木 淑之
	副院長（医療安全センター長）	前川 正彦
	事務局長	青山 修治
	事務局次長	鴨川 俊彦
	看護師長（医療安全センター副センター長）	後藤田 景子
三好病院	院長	住友 正幸
	事務局長	富久 実
	看護師長（医療安全センター副センター長）	武内 恵美子
海部病院	院長	坂東 弘康
	事務局長	島尾 竜介
	副看護師長（医療安全センター副センター長）	古内 佐和

●会議の概要

1 開会

2 香川病院事業管理者あいさつ

3 議事

発言者	発言
会長	議事（1）「平成28年度県立病院医療安全の取組について」説明をお願いします。
事務局	説明
会長	各病院からの御報告、ありがとうございます。ただいまの説明について、御意見や御質問等ありましたら、よろしくお願いいたします。
委員	毎年参加させていただいていると、格段の違いがあって、みなさん本当に一生懸命やられているとよくわかりました。今の日本の、標準以上のことをちゃんとやられているんじゃないのかなと思います。 転倒の件ですが、最近、ベンゾジアゼピン系の睡眠剤の危険性というのはよく言われていますよね。ある程度病院として、眠剤を規制しているとか、そこまで踏み込まれてないでしょうか。
病院局	中央病院です。あの、昨年度なんですけれども、精神科の先生にお伺いしまして、せん妄を起こしにくい薬を紹介していただいて、ベルソムラっていうのはせん妄を起こしにくいってことで、そういうのを積極的に使用していただくように、先生方には働きかけをしております。
病院局	三好病院です。三好病院も、ベルソムラが副作用少ないということで、だいぶ検討もしてきております。また、あまり細かく規制っていうところまではできていないんですが、ベンゾジアゼピン系のお薬はどういう副作用があるかというところで、ヒヤリハット報告会などで薬剤師によるミニ勉強会などを開いて、このお薬はこういう副作用が強いです、ということ踏まえた上で、観察したりしましょう、というところの研修会は開いていますが、規制というところまでは、まだ十分できておりません。
病院局	海部病院です。海部病院でも、転倒と眠剤の関係の勉強会とかはしているんですけども、指示簿に従って眠剤を出すということで、規制まではまだしていません。
委員	まあ、基本的には医師側の問題なので、看護師さんから言っても、っていうところはあると思いますが。

病院局	<p>三好病院長でございます。おっしゃるとおりなので、実は、近くの精神科の先生に来ていただいて講演をしていただきまして、メラトニン受容体作動の眠剤を主体にやっています。特に、緩和病棟は力を入れてます、多いですから。麻薬も使いますんで、ここは、医師が自発的に変えていく。</p> <p>ただ、近医で処方された薬を飲んでた方が入院した際にどのように使うかっていったら、やっぱり患者さんが欲しいものがございますので。できるだけ自分たちで処方するときは、メラトニン系眠剤を使うようにしています。</p>
病院局	<p>中央病院から追加なんですけど、医師が処方しやすいように、電子カルテの指示の欄にベルソムラとロゼレムを一応入れて、一応クリックするとき、患者さんのチョイスは必要なんですけど、しやすいようにということで、院内ウェブでの案内は出しています。今はその状態です。</p>
委員	<p>中央病院のような手術件数が多いところはですね、前日、前々日入院で、ずっと服用していたデパスを急に止めて、せん妄を起こすってということもあると思います。そういう方には、入院決まった段階から動かないといけないかもしれません。</p> <p>また、持参薬のトラブルっていうのが、相変わらず多くて、持参薬が止めてなかったり、サプリメント飲んでて手術が延期になったとか、そういうのがやっぱりあります。</p> <p>今、後発医薬品が多いので、外来で看護師、医師が確認せよといっても、非常に難しいです。薬剤師さんを、入院決まったような段階で関与させるっていうのも可能なんじゃないかなと思います。</p>
病院局	<p>中央病院は、入院が決まりますと、入院サポートセンターに患者さんに行っていていただいて、そちらの方で、休薬のお薬とか、あるようだったり、何を飲んでいるか、服用しているかってところで、看護師がきちっと判断できない場合は、薬剤師の方に連絡を取って来ていただいて、そのあたりはきちっと調査してくれております。</p>
会長	<p>どうもありがとうございます。大学病院でも悩んでいる事例を御報告いただきました。他に御意見ございますでしょうか。</p>
委員	<p>あの、インシデントとかの背景が、どういう時間帯ですとか、また患者さんがどういう行為のときに転倒ってということが起きてるのかってことが分析されてまして、非常に、私看護職ですけども看護師が安全を守るって言ったときには、その視点が明確になって安全なケアにつながるのかなと思いました。</p> <p>それで、三好病院の「多職種間の協力で防御を強化する」と報告されましたけど、たとえば転倒でいうと、どのような形で具体的に連携されるんでしょうか。教えていただけますでしょうか。</p>
病院局	<p>御質問ありがとうございました。連携というか、ゼロレベルのと</p>

	<p>ころを増やしたい、どうして防げたか、っていうところを見ると、対策につながって行くんじゃないかというところもあって、調べてみると、多職種の人に関係してくれて防げたっていう例が非常に多いということに気がつきました。</p> <p>特に、先程、示してるんですけど、調剤薬剤師さんが調剤した後に、病棟に上がってきて、必ず服薬する場合にお薬を確認しましょう、ということで見えております。で、それで数が違う、ということに気がついたりとか、ドクターの患者間違い、結構外来でも多くありまして、ドクターが次々患者を診て、最後に処方とか出したりするときに、患者名を間違う、というのがあります。</p> <p>あと、転倒に関しては、薬剤師とリハビリの方がかなり力を入れてくださってまして、薬剤に関しては、さきほども言ったんですけども、副作用で転倒・転落が多い薬があった場合に、各病棟の担当薬剤師から言っていて、「それは転倒しやすいですよ」ということで、それを主治医に相談して変えていただくとか。</p> <p>あとリハビリの理学療法士さんとかは、うちはチームカンファレンスをした上で、この方は下肢筋力がかなり弱いですから、転倒に注意してリハビリをしていきましょう、とかなり力を貸してくれています。</p> <p>あと、相手を知るってことがすごく大事で、お互いを知るってことが大事だと思っていますので、技術職の各職種の方に講師になってもらって、相手を知って、どういうところがカバーし合えるかということをお互いを知ることが連携につながっているのかな、と思います。</p>
委員	<p>ほんとにその、チーム医療の典型っていうのを今聞かしていただいたかな、と思います。</p> <p>この、チーズの穴も、職種によって注意して見てるところがたぶん違うんだなって思いますので、そのあたりが、連携することによって防げるっていうのは重要な視点だと思います。</p>
会長	<p>ありがとうございました。時間の関係もございますので、次に進ませていただきます。御意見ありましたら、のちほど合わせてお願いいたします。</p>
会長	<p>それでは、議事（２）の「平成２８年度県立病院における医療事故の包括的公表について」に移ります。</p> <p>まず①「インシデント・アクシデントの件数について」、事務局から説明をお願いします。</p>
事務局	<p>説明</p>
会長	<p>それでは、②「アクシデントの概要及び再発防止策」について、事務局より説明をお願いします。</p>
事務局	<p>説明</p>

会長	8件のアクシデントがありました。質問がありましたらお願いします。
委員	1例目なんですけど、これクラークさんがオーダーして、医師が確認しなかったんですか。
病院局	はい、結果的に指示内容を確認されずに、口頭の指示で、思い込みで同じ指示内容が次の週もオーダーされてしまったということになります。
委員	それであれば、再発防止策は、コミュニケーションより、医師の確認が第一ではないですかね。クラークさんに活躍してもらわないといけないのは間違いないんですが。最終、クラークさんに最終的な責任を負わせられないと思います。
会長	私も同じようなことなんですけど、3番の海部病院の場合も、この再発防止策のところに、一般的には、これもドクターと看護師との間の会話は無いんですか。
病院局	あります。あるんですけど、今回も、新規処方だったので、薬剤師の方も医師に問い合わせたりしてるんですけど、問い合わせた医師の方は、それも覚えていないとのことで、誤処方に至ってしまったということです。
会長	ありがとうございました。他にもあるかと思うんですが。
委員	<p>今までの話の中で出てきたと思いますし、事例の1、2も同様ですが、確認しあうのは、医師と看護師、医師と医療秘書などいろいろあると思います。対策の中で、確認の仕方を「チェックバックする」というふうに書かれていますので、チェックバックを、どの職種もどの場面においてもできる必要があると思います。</p> <p>特に口頭指示の場合は、聞き間違いとか言い間違いがあります。受けた方も内容を「これでよろしいか」という言葉ではなくて、「何々さんに何々をどうする」など具体的な言葉で確認をして、それで医師がもう一度、そのメッセージが伝わったかどうかを同様に具体的に示す、というチェックバックの仕方を、どの場面においても習慣化することが非常に大切だと思いました。チェックバックの仕方を徹底するのが対策になると思います。</p> <p>それで1点、質問なのですが、2例目の「投与量を3mlと医師が言ったところを看護師が誤って7ml投与してしまった」という「誤った」のは、なぜそう誤ったのでしょうか。7mlと聞き間違ったということでしょうか。</p>
病院局	御質問ありがとうございます。しばらくして、当事者に実際のところを聞いたんですけど、10ccのシリンジで引いてまして、残量を3と見間違ってしまったようで、本当は10ccのうち3cc行くん

	<p>ですけど、残の方に目が行ってしまって、残の3というところを見てしまったということでした。</p> <p>ちょっとあの、急遽代わったということで、精神的にあわてていたということで、落ち着きがなかったのかもしれないんですが、医師が必ず立ち会って見ているので、早く気づくことができた、ということですよ。</p>
委員	<p>わかりました。ありがとうございました。この対策の中に、「1cc 入りました、2cc 入りました」と口に出して言うことは、よい対策だと思って聞かせていただきました。ありがとうございました。</p>
委員	<p>すいません、今の2例目のところなんですけど、手術室の、このときは担当のナースが変更になったってということなんですけど、確かに医療の現場って、急に代わるってことが結構あると思いますんで、その状況の時に、必ず確認しなければいけない状況っていうのが、こういう薬剤の量ですとか、あるいはその体位だとか、そういうこう、必ず、確認しなきゃいけない項目っていうのはリストアップするか何かで、緊急の場合は、混乱するってことを前提に、危機管理をしておくっていうのが大事なのかな、と思います。</p>
委員	<p>あの、3の事例とか、4の事例とか、もちろんコミュニケーションのあり方は重要だと思うんですが、それとともに、ミスをしにくいシステムというか、それを作っておく、ということかと思うんですが。</p> <p>まずこの、3の事例は同じバインダーにA患者さんとB患者さんのものが一緒に挟まれていたということなんですけども、それを再発防止策では、AチームとBチームそれぞれに分けたと。</p> <p>これは、それぞれの患者さんのものを一つのバインダーに入れるというそういう意味なんでしょうか。それとも、グループ分けをするけれども、やはりそのバインダーにはたくさんの患者さんのものが入ってるということなのか、ちょっとよくわからなかったんで、そのあたり御説明いただけたらと思います。</p>
病院局	<p>今までは、一つの病棟に、一つのバインダーに全ての患者さんの、医師に指示をお願いするようなものは全てそこに挟んでいて、全然責任がないという感じだったので、チーム分けをして、やっぱりAチームはAチームの患者さんのものが全部挟まれるんですけども、そのチームリーダーが必ずバインダーに責任を持って、医師の指示を受けるといった形に変更しました。</p>
委員	<p>まあ、なかなか一つのバインダーに一人の患者さんというわけにはいかないかもしれませんが、できるだけ間違いのないシステムにさせていただけたらなあ、と思います。</p> <p>それから、4の方の薬剤名の記載はあったんですけども、間違っただけということなんですけれども、医療現場のことはよく分からないんですけども、入っててもわかりにくいんでしょうか？</p>

<p>病院局</p>	<p>例えば、色を変えるとか、目立ちやすい書き方をするとか、そういうのもあると思うんですけども。その辺りはどういう実情になっているんでしょうか。</p> <p>中央病院です。この事案に関しては、50%ブドウ糖の口頭指示が出て、ブドウ糖を準備して、その薬剤を空アンプルを見せて先生に「行きますね」って言って投与しました。シリンジにはブドウ糖の名前を記載しておりませんでした。</p> <p>それで投与する直前に、「体位を整えるように」ということで、シリンジにその時、ブドウ糖と書けばよかったんですが、それよりも早く先生に言われたように体位を整えなければならないという方を優先してしまいました。置いた場所も、ミダゾラムのトレイの横に置いています。ミダゾラムはシリンジに薬剤名をきちんと書いて空アンプルもトレイの上に置いてあったようです。</p> <p>でも、体位を整えた後にブドウ糖を急いで行かなければならないというあせりもあったようです。そして、手に取ったのがトレイに入れてあるミダゾラムのシリンジで、そのシリンジに書いてあった「ミダゾラム」という文字を確認せずに、もうブドウ糖であると思いついでそれを投与してしまったという事案です。</p> <p>このときに、最初1回目の時には、先生と一緒に薬剤を確認しているので、いったん中断した後も取った薬剤を先生とともに確認すれば良かったんですけども、それができておりませんでした。</p>
<p>会長</p>	<p>同じ4ですけども、私も鎮静剤よくわからないので調べたのですが、「ミダゾラム」ですよね。</p>
<p>病院局</p>	<p>「ミダゾラム」です。失礼しました。</p>
<p>会長</p>	<p>要するにこれは、ミダゾラムを生食18mlで溶かしたということで、量が同じになったわけですね。</p>
<p>病院局</p>	<p>そうです。ミダゾラムが10mgの2mlですので、それに生食18mlで希釈ということで、トータル20mlになっておりますので、ブドウ糖も20mlですので、量は同じでした。</p>
<p>委員</p>	<p>5番の事例なんですけども、歯科医師が、口腔処置をしている時に看護師は爪切りをそのまま継続したってことなんですけども、このときのナースの判断は、どういう判断だったんでしょうか。</p>
<p>病院局</p>	<p>あの、意識レベルがJCS100~200、それまでも患者さんを見たときに相当強い刺激、大きな刺激が加わらなければ、体の動きっていうのが見えなかったのも、爪切りをしていても大丈夫だろうというおろそかな判断があったようです。</p>
<p>委員</p>	<p>ちょっと残念ですが。それとですね、これあの、インシデント・アクシデントの事例が職員で誰がっていうカウントになりますよ</p>

	<p>ね。この場合は、どの職員がカウントされるのでしょうか。歯科医師と、看護師と。</p>
病院局	<p>この事案に関しては、歯科医師からも看護師からも両方報告が上がっております。</p>
会長	<p>追加ですけども、結局動いたのは、爪を切りすぎたからですか？</p>
病院局	<p>そこはちょっと分からないです。爪を切ったタイミングなのか、口腔内の処置をしていたタイミングなのか分かりませんが、患者さんが大きく動いて、口腔内の処置で裂傷が発生したということです。</p>
会長	<p>ありがとうございます。</p>
委員	<p>弾性ストッキングの件ですが、ここは、皮膚の話ですが、麻痺のことを考えなければいけないと思います。腓骨神経麻痺は案外観察できていません。せつかく注意喚起するのであれば、この際是非とも麻痺のことを入れてください。</p> <p>今のガイドラインからいくと、履かせる対象でも、逆にリスクの高い、こういう認知症のある、ちゃんと観察が難しい方は、あえて履かさないっていう選択肢もあるかなって思います。</p>
会長	<p>ありがとうございました。</p> <p>それでは、平成28年度の包括公表については、ただいまの内容で概ねご了承いただけるということでよろしいでしょうか。</p> <p>(異議なし)</p>
会長	<p>本日、各委員からいただきました御意見は、事務局の方でご検討いただきたいと思います。</p> <p>その他何か御意見等ございましたら、お願いします。</p> <p>(なし)</p>
会長	<p>それでは、これもちまして、本日の議事は全て終了いたしました。本日の会議の概要につきましては、事務局で作成し、各委員にご確認いただいた後、発言いただいた委員のお名前を伏せた上で、県病院局のホームページに掲載する予定にしております。包括公表につきましても、あわせて公表したいと考えておりますのでよろしく願いいたします。それでは、事務局にお返しします。</p>

4 香川病院事業管理者 閉会あいさつ

5 閉会