

徳島県立病院医療安全対策委員会

●開催日時：平成29年2月27日（月）午後7時から午後8時30分まで

●場 所：徳島県立中央病院 3階 講堂

●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	西本 功
病院局総務課	課長	島尾 竜介
	副課長	岡本 光弘
	課長補佐（政策調整担当）	三宅 昭夫
中央病院	院長	永井 雅巳
	医療安全センター長（医療局次長）	前川 正彦
	事務局長	竹田 伸也
	医療安全センター副センター長（事務局次長）	青山 修治
	医療安全センター副センター長（看護師長）	後藤田 景子
三好病院	院長	住友 正幸
	事務局長	小出 恭敬
	医療安全センター副センター長（看護師長）	武内 恵美子
海部病院	院長	坂東 弘康
	事務局長	竹岡 正雄
	医療安全センター副センター長（副看護師長）	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

本日は、全員の皆様に、お忙しい中お集まり頂きありがとうございます。本会は、重要な委員会であります。忌憚のない御意見、御提案を言って頂ければと思います。

3 議事

発言者	発言
事務局	議事（１）「会長の選任及び副会長の指名」について、徳島県立病院医療安全対策委員会設置要綱に基づきまして、会長を御選出いただきたく存じます。 会長の選任は設置要綱第５条の規定により、委員の互選になっておりますが、いかがいたしましょうか
委員	中山先生にお願いしてはいかがでしょうか。
事務局	引き続き、会長に中山先生をという御推薦ですが、いかがでしょうか。
委員	異議なし。
事務局	御異議がないようですので、中山委員に会長をお願いしたいと存じます。中山会長にはお手数ですが、会長席にご移動いただければと存じます。 それでは、これからの進行につきましては、中山会長をお願いいたします。どうぞよろしくをお願いいたします。
会長	それでは、議事を進行させていただきます。 まず、設置要綱により、副会長は会長の指名となっているとのことであります。 副会長には、加藤委員をお願いしたいと思いますがいかがでしょうか。 異議がないようですので、加藤委員さん、よろしく申し上げます。 それでは、議事（２）「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。
病院局	説明
会長	３病院のレポートがありました。御意見等ありましたら、質疑応答等よろしくをお願いいたします。

委員	<p>中央病院、三好病院の、先ほどの報告の中で、アクシデントで合併症が増えているということですが、どんな内容なのか教えて頂きたい。</p>
病院局	<p>医師からの報告件数がすごく増えたということがありまして、合併症が増えたという点もありますが、たとえば、アクシデントに書かせておりますけれども、カテーテル検査の後の血腫とか、その程度にもよりますが、説明はしておりますけれども、合併症として現れたということで合併症としております。手術に関して、医師の治療に関して合併症が多くなってきております。</p> <p>あと、何年か見ないとわからないと思いますけれども、医師から積極的に報告が出だしたというのも、すごく影響しているというのは感じております。</p>
病院局	<p>三好病院院長の住友でございます。</p> <p>この点につきましては、積極的にまず出そうということで、医師がだんまりしないということが、大事だと思っております。合併症本来は、悪くないので、そういうものを出していかないとだめだということがあって、出させて頂いて、合併症の数が全体的に増えたと言うことではなくて、報告件数が増えたというのは、とてもいいことだという気がします。</p> <p>委員からご質問を頂いた件ですけど、ヒヤリ・ハットは、毎週毎週検討しておりますが、残念ながら減っておりません。一番いけないと思っておりますのは、ルール違反ですね。その中で何が多いかと言いますと、例えば血糖測定処置では、血糖を測ってから実施入力をするのですが、実施入力を忘れる人がいます。職員に常々言っておりますのは、ルールを守るということは、根本的なこととなりますので、そういった違反をなくしていきたい。</p> <p>例えば、実施していなくてもOK（実施入力）してしまいますと、次の人はわかりませんので、実際には測っていなくてもできない。他の人はわからないような、そういったことはなくしていきたい。</p> <p>ただ、そうしたら、件数が下がるかということ、そういった方はもっと軽いことをしているかもしれないけど、また起こってしまっただけであって、数は減らない。重篤なことにつながるものはなくしていこうとしております。</p>
病院局	<p>中央病院の場合ですが、2ページの下最後にアクシデントの行為別の分類が載っていますが、ほとんどの場合が、合併症の手術に伴うものか、医療行為に伴うものでリスクの高い患者さんであるとか、高度な医療をしておりますので、特に年を追うごとに増えているデータではあります。</p>
委員	<p>合併症として報告してもらうための基準は何かつくられていますか。合併症だけ報告してもらう。予期しているものよりも大きかったもの、24時間再手術とか、同じ合併症ですけど、頻回に繰り返しているとか。</p>

	<p>僕らもいくつか基準は作って、みんなにこういうことに対して合併症と思っても出してください。ということにしている。</p>
病院局	<p>中央病院の場合は、特に基準は作っていませんが、例えば、術前の患者さんに説明で触れていることであっても、手術中に何か起こった場合には、出すような文化になってきているのだろうと理解しています。</p>
病院局	<p>三好病院も、中央病院と同じように明らかな基準はないですけど、やはりそういうところを出していかないとよくなるらないということ、住友院長も言っていました、まず、出すことから始めようと言うことで頑張っているところです。</p> <p>確かに、出す医師の方からすると、基準を決めてあげた方がいいのかなというのがあるのですが、それでは、本当の医療安全という面では、よくなるらないのではないかなと常に疑問を持ちながらしております。</p>
委員	<p>基準を決めたからと言って出てくるわけではないです。決して出てきません。でも、こういう基準があるので、出してくださいという話はしやすいということです。</p>
委員	<p>わたしも、先ほどの説明を聞いてアクシデントの背景にあるものを細かく分析していく中で、合併症というものが上がってきたのかなと思いました。</p> <p>安全、安心の中には、ケアレスミスだけではなくて、ケアの質に係る線引きが難しいところがあると思いましたので、昨年度の報告書の中には合併症というキーワードが入ってなかったのも、どういものなのかなと思ったところです。背景を分析するという意味では、大事なことかなと思いました。</p>
会長	<p>確かに合併症を全部上げるというと基準がよくわからないということもあるんですが、上がってきたところで、検討してそれを返すというのは一つの意義あることだと思います。</p>
委員	<p>全体的なことになってしまうかも知れませんが、アクシデントの背景の中に、患者さんに認知症があるとか、年齢の要素がありますが、改善と言うときに、医療を提供する側の、時間帯ですとか年齢とか、事故の事例の中の分析が進んでいくと、改善が進んでいくのかなと思います。</p>
会長	<p>次は、議事（3）「平成27年度県立病院における医療事故等の包括公表について」説明をお願いします。</p>
事務局	<p>説明</p>

会長	医療事故等の状況について御意見、御質問等ありましたらよろしくお願ひいたします。
委員	対策をどうするかをお伺ひしたいのですが、レポートの未読だったという件、新しいシステムとはどういうシステムをつくられるのですか。
病院局	まだ、仕様書の段階ですが、今でも、放射線科医が、担当医が見たい領域以外に、なにか異常を見つけた場合には、直接主治医に連絡しソフトの面で対応しているのですが、例えば何かボタンを押しておけば、担当医がボタンを見れば消すという形にすれば、消されてないと主治医が見てないということで、後で、フィードバック、チェックをできないと意味がありませんので、そういう風な形でシステム的に見落としをなくせればということを考えております。
委員	見落としの話は最近あるので、うちもどうしようかなと相談しているところです。 僕らが今考えているのは、ソフト的な対応はもちろんですけれど、レポートを読めば、未読から既読に変わるのはどうかなというものです。ともかく、レポートを見たかどうかを確認する。放射線だけでなく、病理とかも、既読か、見たらクリックするシステムをどうかなというのを考えています。
病院局	例えば、レポートを見たかどうかというのを、一月振り返って、どこかでチェック入れればいいのですが、今のうちの電子カルテのシステムではそれができないので、後で、振り返りができるようなシステムということで、新しいシステムを考えております。
委員	今回の件とは直接関係はないのですが、術前の胸部正面のレントゲン、全部読影されているんですか。
病院局	放射線科医は、当院の場合は、チェックしてないです。
委員	その見落としによるいろんなものが出てくるので、うちも何とかしたいと考えているのですが、数がいかにせん多いし、マンパワー不足で困っているところです。 今、レポートを書くとなると、すごく、放射線科医も大変だけれども要精査のボタンぐらいたったら押してもらえるかもということで、交渉中です。 それはうちだけでなく、他院でもそうですけど、情報としてある以上はそれを見落とすというのは大きなことなので、読影結果の見落とし、所見の見落とし、両方お互いにいい案があったら交換したいなど。
会長	先生ありがとうございます。今のシステムでは、県立病院では、全部チェックしたかどうか分からない。大学病院もそうなんですし

	<p>ようか。</p>
委員	<p>読影レポートを読んでいるかどうかは全然わかりませんよ。</p>
病院局	<p>当病院の放射線科医の印象ですが、すごく頼りにしている診療科が3分の1、ほとんど専門医として読んでいるので、ほとんどレポートを読んでいる医師が3分の1ぐらいの印象です。医局会では、ダブルチェックという意味で、主治医は、放射線科医のレポートを読んでくださいというアナウンスはしております。</p>
委員	<p>レポートの作成率は高いのですか。</p>
病院局	<p>ほとんど100%です。</p>
病院局	<p>私、診療情報管理士ですけど、昔、診療情報管理はどうしたのかというと、医者が判を押さないと、診療情報管理士がバックして返せないというシステムだったんです。電子カルテになりまして、メジャーな会社全てチェックシステムを持っておりません。</p> <p>電子カルテによるレベルダウンだと思います。我々も毎回言っているのですが、できないというのがF社もN社も一緒というのが現状であります。仕方がないので、うちは救急医が見ています。人力でやっております。</p>
委員	<p>CTの読影にしても1ミリスライスとかになるとすごい時間がかかって、読影依頼があったものしか読まない。せめて、読影したものはちゃんと読んでくださいよということで、今言ったような未読、既読を分かるようにしようと考えているのですが、それを変えるだけで何百万というので、どうしようかなと今考えています。</p>
会長	<p>これからの解決課題だと思います。御意見ございませんか。</p>
委員	<p>最後のバイオをまちがえた分ですが、頻用マスターというのはよくわからないのですが、オーダリングは、3文字検索みたいな格好になっているのですが、それとは違うのですか。</p>
病院局	<p>受診科で処方される注射薬については、一覧があってそれを押したらすぐに処方できるような形になっていました。</p>
委員	<p>頻用マスターというものの自体が危ないのではないのですか。特にプラリアの場合は、投与前にカルシウムをとらなければいけなかったもので、確認しなければならなかったもので、そこでも引っかけたと思うのですが、頻用マスターを使用するそのもののリスクを考えたほうがいいのかではないのですか。診療科からは反発を食らうと思いますけど。</p>
病院局	<p>見直しはしましたので、使用はしません。</p>

会長	薬剤名を入れるときには、頻用マスターがあった方が入れやすいのではないのですか。
委員	入れやすいのは入れやすいのですが、クリック間違いは絶対あるので、みんなタイプ打つのは早くなっているのに、3文字ぐらいは負担にはならないのではないかと思います。頻用マスターを使わないようにしたというので、それはそれで良かったのではないかと思います。
会長	三好病院の案件で、術後のレントゲン撮影で、県立中央病院も、放射線技師の協力で全部にレントゲンを撮っているということで、三好病院もそういう格好にしようということですか。
病院局	2016年の9月からしております。
会長	海部病院はどうなっているのでしょうか。
病院局	胸部の手術や、腹部の手術も今していません。外科の常勤医師がいませんから、手術そのものがありません。
会長	中央病院の先生にお伺いします。 レントゲンを撮って見つかった例は年間何例もあるのですか。
病院局	安全のためにやっているだけで、私が知る限りではないです。
委員	脳外科の方は、単純レントゲンだけでは分からないじゃないですかね。仮に残っていたとしても、ワッテのような小さいものだとCT撮らないとたぶん分からない。
病院局	どれくらい分かるかやってみました。分かる可能性はある、最近の高性能の機器を使うと、あれをやると少し分かることは分かります。 脳外科のこの症例は、非常に反省している事例でして、僕が見たときにすぐに気づきました。二千何年だったか、長野で同じような症例があって、その方は、再手術をして亡くなられて大問題になった記憶があってすぐに調べました。 これ、2つの問題がありまして、全国的にワッテを、切ってはいけない糸が切られている。多くの脳外科で切られている。それにつきましては、短く切る、出血して紛れ込むとわからなくなるということがありますので、一つは絶対に切らない。 もう一つは、どうしても慌てる手術は、医師が強くなりますので、それではいけない、コミュニケーションエラーであろうというのがわかりましたので、何があっても看護師に確認、それでない手術が終わらない。この2点とても大事だと思います。

委員	<p>例えば、術中にどうしても見つからない、術中にCTを撮りに行けるのですか。</p>
病院局	<p>術中はなかなか難しいと思います。閉創しないと難しいと思うのですが、その時は一回手を止めて探します。探せなければ、写真を撮るといふのをまずする。</p> <p>それでだめであれば、ご家族に話をした上でCTを撮りに行くということでしょうと話しております。</p>
委員	<p>海部の事例8番と9番で、両方とも応援を求めているという感じがしたのですが。呼吸器の方は、当該病棟では使用経験はない、他病棟へ行けば使用経験者がいる。だから、教えてもらえばいいのではと。</p> <p>次の看護師の場合にしても、誰かその場で助けてもらえれば良かったのでは。ただそういう面で少しお互いに協力を求めやすい体制、心がけというのが必要でないのかと思いました。</p>
委員	<p>8番の医師2名看護師5名が関わった、複数関わったというところで、ひょっとすると複数関わったところで、誰かがチェックしてくれる、そんなことがあったかもしれないので、誰かが救急でチェック項目が難しい、ここに書いてあることを徹底するということが重要で、複数いるとどうしても依存してしまうところがあるのかなと思います。</p>
委員	<p>呼吸器の場合マニュアルが多分あるし、呼吸器をつけている患者さんの場所から離れるときに、最後に何をチェックして離れるかがマニュアルにあるはずで、呼吸音を聞いてからその場を離れるとか。</p> <p>シンプルで、必ず誰でもができる最後のチェック、そこを抜かさない方法があれば。どうしても大勢でかかると油断しているところがあるので、最後のチェックがどういう風にマニュアルの中で規定されているのかが重要でないかと思いました。</p>
会長	<p>各委員の方から、多くのアドバイスを頂きました。病院の先生の方から、ご意見があればどうぞ。</p>
病院局	<p>中央病院の院長の永井です。</p> <p>加藤先生がおっしゃられたように、安全を担保するというのは、不便な仕掛けをいかに組み込んでいくかということだろうと思います。</p> <p>例えば脳外科のガーゼ遺残を検索するのに手術の時間を短くしようという意見が強くなると、あえてガーゼカウントが合わない、手を置いて探すという時間を、勇気を持って言える権限というのを、安全を担保する人にみんなが認める風土を作っていくのが大切です。ちょっとおかしいなという感覚を持ったときに、止めてしまうというのは、後ろに待っているものがあつたりすると、しにくいと</p>

	<p>ころがあるので、権限を看護師さんにしっかりして、まだできないので待つというのを、医者を含めてみんながリスペクトする文化が重要であろうと思います。</p> <p>不便というのは、時間が経っていくうちにどんどん割愛されていくのが、ルール無視という形になっていくのですが、病院としては、謙虚にいいチャンスであるということで。手間がかかる部分をみんなで大事にしていくというふうな機会をできるだけカンファレンスかなんかでつくっていければというのをセンターを中心に検討しているところです。</p>
会長	<p>ご意見等を踏まえ検討いただければと思います。</p> <p>事務局から何かありますか。</p>
事務局	<p>公表内容について補足説明</p>
会長	<p>御意見等ありましたらお願いします。</p>
委員	<p>この資料の2枚目の、行為別件数ですけれども、平成26年度のアクシデントの件数が40件で、27年度が71件で、内訳で、手術の件数が4件だったのが14件と、治療処置8件だったのが13件、転倒転落13件だったのが25件でこのあたりの増加している内容、その原因というのが、よくわからないと感じたので、原因というのがないのであれば、それはそれでいいかとは思いますが、どうしても、どうしてなのかと感じました。</p> <p>他方でご報告頂いたアクシデントの状況では、レベル分類が2とか3で医療事故調査制度の対象となるような4、5はなかった、予期せぬ死亡というのは一切ありませんので、そういう意味からいうと、むしろ内容としては軽いものになってよかったと感じたのですが。</p>
病院局	<p>アクシデントに関しては、ほとんどのケースでは医師が出すことになっていると思いますので、先程議論がありました、手術合併症ですとか、処置に伴う合併症を医師が報告いただいた結果というふうに考えています。</p>
病院局	<p>三好病院も同じように、26年度、27年度、28年度と医師の意識が変わってきたのが影響しております。</p> <p>三好病院の合併症がすごく多いということで、今年度に入って、合併症は多いのですが、レベル自体がすごく下がってきている、転倒転落に関しても高齢な患者さん、抑制をできるだけ患者さんを締め付けるようなことをやめていこうということで、どちらかといえば、マット・コールやサイド・コールといったセンサー類を増やしております。患者さんに倫理的な配慮をしながらするというので、患者さんADLをあげるということで抑制をしなくなっておりますので、転倒の件数は減るかと思ったのですが、逆に増えております。ただ、骨折に至るようなものは減っております。</p>

会長	報告する意識というのが各病院とも上がってきている結果だと考えられます。
委員	それだったら、それをここに書いたらどうですか。 書くと手前味噌みたいな感じになって変な感じがするかも知りませんが、数字だけが走ってしまうと、今、田中先生がおっしゃったようなことになるので、その背景には、頑張っているのですよ、ということがわかるように、数字の解析結果を入れられた方がいいように思います。
会長	どこかに、入れた方がいいということですよ。
事務局	事務局の方から、数字の解析結果についてはもう一度詳細な形で修正させていただきたいと考えております。結果の方につきましては、委員さんに確認いただいて、最終的に報告できるようにしていきたいと考えていますのでよろしくお願いいたします。
会長	事務局のほうでよろしくお願いいたします。

4 香川病院事業管理者 閉会あいさつ

長時間にわたり本当にありがとうございました。

委員の先生方の御意見・御提言を確認しながら医療の質向上に努めてまいりたいと思いますのでよろしくお願いいたします。

※委員会の際に使用した資料に一部誤りがあり、この議事録はその資料に基づいた質疑の記録となっているが、資料の誤りについては公表にあたり修正した。