

徳島県立病院医療安全対策委員会

- 開催日時：平成27年2月12日（木）午後7時から午後8時10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 ヘルスバイサイエンス研究部教授	雄 西 智恵美
	徳島赤十字病院薬剤部第2調剤課長	組 橋 由 記
	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 常任理事	渡 川 明 子
	一般社団法人徳島県薬剤師協会 薬剤師	中 井 久 美

（病院局）

所 属	職 名
病院局	病院事業管理者
	病院局長
病院局総務課	課長
	副課長
	課長補佐（政策調整担当）
中央病院	院長
	医療安全センター長（医療局次長）
	事務局長
	医療安全センター副センター長（事務局次長）
	医療安全センター副センター長（看護師長）
三好病院	院長
	医療安全センター長（副院長）
	事務局長
	医療安全センター副センター長（看護師長）
海部病院	院長
	事務局長
	医療安全センター福センター長（看護師長）

●会議の概要

1 開会

2 片岡病院事業管理者あいさつ

病院事業管理者の片岡でございます。委員の皆様方には、当委員会委員に御就任いただきほんとうにありがとうございます。また、お忙しいところ、御出席いただき、ありがとうございます。医療というのは、程度の差はあれ、リスクを伴っている業務でございます。だからこそ、医療安全が重要なものと考えております。

今回、議題をいくつか出ささせていただいておりますが、御意見と御提言をいただければありがたいと思います。よろしく願いいたします。

3 議事

病院局	議事の（1）は、会長の選任及び副会長の選任でございます。 それでは、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、委員の互選となっておりますけれども、委員の皆様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。
病院局	それでは、引き続き、会長に、中山先生をという御推薦でございますが、いかがでしょうか。 御異議がないようございますので、中山会長にはお手数ですが会長の御就任よろしく願いいたします。会長席のほうに移動いただければと存じます。よろしく願いいたします。 それでは、これからの進行につきましては、中山会長にお願いしたいと思います。どうかよろしく願いいたします。
会長	御推薦いただきありがとうございます。力不足ですが、引き続き議事進行に御協力をよろしく願いしたいと思います。 設置要綱で、副会長の指名となっております。

	<p>この際、是非、徳島大学病院の加藤先生にお願いしたいと思いますが、よろしいでしょうか。</p> <p>加藤先生よろしく申し上げます。</p>
<p>会長</p>	<p>本日の会議の概要につきましては、事務局で作成し、各委員に御確認いただいた後、発言いただいた委員のお名前を伏せた上で、県病院局のHPに掲載する予定にしております。包括公表につきましては、各委員に御確認いただき、あわせて公表したいと考えておりますので、委員の先生、よろしくお願いたします。</p>
	<p>それでは、議事の（２）医療事故等の包括公表（案）について、事務局より説明をお願いします。</p> <p>よろしく申し上げます。</p>
<p>病院局</p>	<p>（２）平成 25 年度県立病院における医療事故の包括公表について（病院局総務課から説明）</p>
<p>会長</p>	<p>資料 3 からでよろしいでしょうか。</p> <p>個別のアクシデントの状況というので、委員の皆様、御質問等ありましたら、御意見よろしくお願いたします。</p>
<p>委員</p>	<p>それぞれの事例に、「原因等」という項目があって、分析手法により分析し、ここに辿りついたと思うのですが、私の認識では、確認不足というのは結果であり、確認できなかった背後要因に原因があるのではないのでしょうか。なぜ確認できなかったかということ、分析によって辿りつくのがとても大切だと思います。</p>
<p>会長</p>	<p>県立中央病院の先生、何かご意見がありますか。</p>
<p>病院局</p>	<p>たとえば、ダブルチェックという形で、医療事故防止のマニュアルで定めていても、実際的にダブルチェックになってない、確認不足になっていて、どうしてもできないかと言うことを掘り下げていかなければならないのですが、なかなかそのところできてないということで、マニュアルでは、確認のすべてがダブルチェックだと思うのですが、一人が確認して、しばらくしてもう一人が確認するなどマニュアルどおりに現場で動けてないという現実があるということです。</p>
<p>会長</p>	<p>たとえば、それができない理由として、忙しすぎて、そこまで手がまわらない、とか言う理由はないのでしょうか。</p>

病院局

それもあるのかもわかりませんが、いろんなことが、原因で起こっているのだらうと思います。

たとえば、名前を確認すれば、患者さん間違いが実際に起こらないわけですが、最終的な確認ができてない。たまたま確認できてなかったということが、現実的に起こっているということになりますので、そういうところを、つぶしていくとか、医療安全活動の中、そういうことが起こらないようにしていくのが、私たちの仕事なわけですが、現場では現実には起こってしまっているということになります。

病院局

今、委員から、御指摘があったとおりでと思います。医療の中の過誤を防ぐと言うことは、何層セーフティネットを作って、引っかけられるかと言うことだらうと思います。そういう意味ではこの仕事というのは、多くの医療現場では、ターミナルアクター、たとえば医師が指示した薬というのは、薬剤師さんがチェックすることができるし、看護師もチェックすることができる。比較的医師というのはチェック機構が働くんですけども、実際最後のアクターになるのは、看護師が多いわけで、そこで、確認不足とか、最後の演技者となってしまいます。そういう状況を防ぐためにできるだけ、中央病院では、一つのアクシデント、インシデントケースが起こったときに、各職種、オーダーをした医師であるとか、間に入った関わった職種の人からでもできるだけ、インシデント・アクシデント報告を出すようお願いしています。最終的に、起こった事案に対して、それぞれの職種が、どのようなチェック機構を働かせれば、セーフティネットが何層にもなったかということ、アイデアを出して、ネットの数を厚くすることによって防止できるようなシステムですね、最終的なアクターの確認不足ということになってしまえば、委員御指摘のように、「注意深く確認しましょう。」で、解決策が終わってしまうわけですが、それでは、人間は必ずエラーを起こしてしまうので、いろんな職種の中でセーフティネットを働かせるようなシステムを作っていけばと思っていますが、
実際、今日お示しした部分の中で、それが不足しているので、そのシステムの構築が重要であると思っています。

会長

ありがとうございます。よろしくお願ひしたいと思っています。

委員

この表を見せていただいて、今お話にもあったように、原因等のところがあまりにもあっさりしすぎている、これが、県立中央病院で起こった事例をこの一枚を見て、三好病院、海部病院の方が見て参考になるかという、決して参考にならないように思います。

3病院の中で、いろんな状況を共有するには、あっさりしすぎているかなと思います

たとえば、具体的には、第1例でみますと、おそらく、最終的

	<p>にはチェック不足だったのかもしれませんが、どうして 200 ミリグラム投与が行われていたのに、6 日目に 300 ミリグラムになったのか、医師が追加投与するときオーダーを間違えたのではないですか。看護師さんが、200 ミリと 300 ミリを、錠剤の数を間違えたとかですか。</p>
病院局	<p>6 日目に初めてこの患者を受け持った看護師は、1 バイアルは 300mg で、投与量指示は 200mg と確認していましたが、300mg を溶解した後に 100mg を捨てるという行為を失念しました。</p>
委員	<p>そういう具体的な事例が資料ではわからないので、これを見ただけでは、後の人も参考にならないと思います。</p> <p>2 は、対象の年齢も大切でしょうし、薬剤の具体的な名前も欲しいと思いますし、</p> <p>4 番の t-PA ですが、t-PA に関しましては、禁忌症例の場合は死に至る場合もあります。脳梗塞とあって、実は、大動脈瘤があって、t-PA を投与したために、出血でなくなったという話は、過去に報告があります。チェックリストが最新のものか、どこを見逃したのか、というところまで、踏み込んでおく必要があります。t-PA に関しては、今、徳島県は脳梗塞患者に対して投与のパーセンテージは比較的高いですが、これから広げていくためには、脳卒中の専門家でない、内科の先生がどんどんやっっていくということになってきますので、もう少し、具体的なものが欲しいかなと思いました。</p> <p>ガーゼオーマというのはあまりにも俗語のような気がするんです。ガーゼオーマとよく言いますが、決して正式な名前ではないような、それをこのような正式な文書にのせるのはどうかと思いました。</p> <p>6 番目のインシュリンの誤認の話ですが、インシュリンの誤投与は少なくありません。インシュリンは同じ、似たような名前がたくさんありますし、院内採用以外で、持ち込みの方も結構たくさんいらっしゃいますので、指示書の書式というのが非常に大切になってきます。ですから、具体的な指示書の書式のところまで、インシュリンに関しては確認しておく必要があるのかなと思います。</p> <p>資料では、抽象的な内容だけになって我々にも中身がよくわからないと思っておりまして、どうしても質問をせざるを得ないようになってしまっています。</p> <p>検討資料としてはもう少し詳しいものをいただければなと思います。</p>

委員	<p>たとえば、3で例に挙げますと、尿量が指示量以下だったのを見つけた、受け持ち看護師以外の看護師さんが、利尿剤を投与して、受け持ち看護師に報告したけれども、認識なく従来の認識で投与したため重複投与となったと言うことですが、</p> <p>具体的に、なぜ、指示量以下だったのかとか、その後、利尿剤を投与したその時に、どういう判断で、この方だけの判断で投与されたのか、投与された後、報告したとなっているのですが、報告は、口頭での報告なのか、こういう場合には、記載する場所があって、本来私は、受け持ちでないけどこういうふうに、利尿剤を投与しましたよとか、書く欄があってされているか、なぜ、受け持ち看護師さんが、報告があったにもかかわらず、認識がなかったのか、そういう背景事情がこれだけは、全くわからなくて、それを、どうやって改善するのかなと言う具体的な改善策もこれだけで我々も考えようもないし、意見も言いようがないというのもありまして、マニュアルを遵守するとなっているんですけど、もう少し事実関係を詳しく教えていただいた上で、我々がお役に立てることがあれば、そうさせていただきたいと感じましたのでよろしく願いいたします。</p>
会長	<p>中央病院 3番のところは、具体的にもう少しく詳しく話していただけますか。</p>
病院局	<p>利尿剤の件ですが、尿量12時間チェックで指示量未満は利尿剤投与の指示がありました。尿を捨てたのは、受け持ち以外の看護師でした。そのときに、尿量測定一覧に尿量を記載しました。そこで終わっていただければ良かったのですが、この事例の場合、受け持ち以外の看護師が、「補正を行っておく」と受け持ち看護師に伝え、投与を行いました。投与したという記入はなく、口頭で伝えています。しかし、受け持ち看護師には、伝わっていませんでした。受け持ち看護師は、指示量に達していないと判断し、利尿剤を投与したので、重複投与になりました。</p>
委員	<p>仮に本来は、利尿剤を投与しなくてもいいのに、投与した場合に、投与したという結果を書くことになっていないのですか、口頭で言うだけになっているのですが、それはそれでいいのですか、医学的にわからない面があって、投与したら投与したことを残しておく必要があるのではと、思ったりしたもので、そういう必要はないのですか。</p>
病院局	<p>看護記録への入力が遅れたので、それを確認するという暇がなくて、口頭でのやりとりになってしまいました。</p>
委員	<p>看護記録に書くから、それ以外の投与をするというのを別に書く欄があるわけではないわけですね。</p> <p>これは、これで、マニュアルを遵守するという改善策で、ほん</p>

	とうに大丈夫でしょうか。
病院局	この件は、受け持ち看護師が投与等を行うルールになっていて、そのルールどおりにできなかったということです。
委員	そこが、間違いだと言うことですね。わかりました。
会長	マニュアルでは、受け持ち看護師が投与等を行うことになっていて、基本的に前の看護師に問題があるということですか。
病院局	そうとれます。 受け持ち以外の看護師が尿を捨てたあと、「補正を行っておくよ」といった方法にも問題はあります。
委員	たぶん勤務帯によっても、日勤と、準夜とか、この場合日勤の出来事ですか。
病院局	朝 6 時、深夜の出来事です。
委員	たぶん、時間帯によっても、看護師の数が違ったりして、通常のマニュアルにある役割が、勤務帯によると少し変わってきたりすることもありますので、結構朝方の事故って多い気がするのです。特に、誤薬ですとか転倒・転落ですとか、時間帯もわかるとさらに改善しやすいところがあるのかなと思います。
病院局	勤務帯には関係なく受け持ちがするという事になっております。
病院局	マニュアルを遵守できなかったのが、勤務帯によって業務や忙しさが違うので勤務帯によるマニュアルの見直しというのにも考える必要があるんじゃないかと言う御指摘ですよ。
委員	たぶん、ひよっとすると、日勤であれば役割が、尿測は担当医師と、与薬は担当ナースというふうに決まっていますが、朝方のすごく忙しいときだと、忙しそうだからというので、思わずやっといたよという風な感じになってしまったのかなと気がするんですけども、そのあたりが、勤務帯の特徴も有るのかな、勤務帯というのは結構、インシデントと事故とかいうのは、影響があるかなと思いますよね。
病院局	平成 25 年度はなかったのですが、先ほど言いました、インシュリンの投与に関しても、血糖を測定した人と、補正をする人が違ったりすると、こういう、重複投与の事案が発生していましたが、担当者が、測定をして、投与するという風に改めてからは、インシデント・アクシデントが減ってきたという経緯もありますので、マニュアルをきちんとして、それに徹底することによって

	減らしていけるのかと考えております。
委員	尿測の時間帯も、24時間ということからすると、一日の締めというのが、深夜の終わりになることが多いと思うので、尿測の時間を人の多いときにシフトしてとか、そんなようなこともしている病院も、私、東海大学に前いたんですけど、そのときに、ちょうどナースが栄養剤を、IV(静脈路)から入れてという事故があったんですよ、そのときも、朝方の一番忙しいときに、一人のナースが、病棟、小児が、レスピレーターが5,6台動いている病棟に、そういうすごく忙しいとき時間帯の要素がすごくあるかなと思います。
会長	各先生どうも御意見多くありがとうございました。アクシデントの方を先にしました。包括公表の項目に関してですが、ホームページにあげるのはこの格好でよろしいでしょうか。
委員	看護教育をやっている立場からすると、最終行為者は、看護師が圧倒的に、多いと言うことで、インシデントを報告しているのは看護師だと思います。再発防止にもっていくためには、医師から指示受けて看護師がそれを確認してという経緯があってと言うことですので、文脈がわからない、どこに問題があるかが見えにくいところがあると思います。去年は、もう少し詳細なものが出てきたような気がします。
会長	包括公表は前と同じ形式でよろしいでしょうか。これは都合が悪いと言うのがありましたら、御意見をお願いします。 無いようですので、 包括公表はこの形でお願いしたいと思います。 追加のことば、ご質問等有りましたらお願いしたいと思います。が、それでは、無いようですので、今回の委員会を終了させてもらいたいと思います。 事務局にお返ししますので、よろしく願いいたします。
病院局	委員の皆様におかれまして長時間審議いただきましてありがとうございました。最後に片岡管理者のほうからご挨拶を申し上げます。

4 片岡病院事業管理者閉会あいさつ

どうも長時間ありがとうございました。中山委員長をはじめ委員の皆さん方、いろんな、突っ込んだ具体的な提案をいただきまして、ありがたいと思っております。これを参考にして医療安全に取り組んでいきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。本当にありがとうございました。