

# 厚生文教委員会報告書

平成28年2月8日

備前市議会議長 田 口 健 作 殿

委員長 鵜 川 晃 匠

平成28年2月8日に委員会を開催し、次のとおり議決したので議事録を添えて報告する。

記

案 件	審査結果	備 考
1 市立病院経営についての調査研究 ① 医療事故対策について	継続調査	—



## 厚生文教委員会記録

招集日時	平成28年2月8日（月）		午前9時30分	
開議・閉議	午前9時30分	開会　～	午前9時57分	閉会
場所・形態	委員会室A・B	閉会中の開催		
出席委員	委員長	鵜川晃匠	副委員長	星野和也
	委員	橋本逸夫		津島　誠
		守井秀龍		立川　茂
		山本　成		森本洋子
欠席委員		なし		
遅参委員		なし		
早退委員		なし		
列席者等	議長	なし		
	委員外議員	なし		
	紹介議員	なし		
	参考人	なし		
説明員	病院総括事務長	森脇　博	日生病院事務長	植田明彦
	吉永病院事務長	万波文雄		
傍聴者	議員	掛谷　繁	石原和人	
	報道関係	山陽新聞		
	一般傍聴	なし		
審査記録	次のとおり			

## 午前9時30分 開会

○**鶴川委員長** ただいまの御出席は8名でございます。定足数に達しておりますので、これより厚生文教委員会を開会いたします。

本日は、前回の委員会において、吉永病院で発生した医療事故についての報告を受け、医療事故対策についての調査を行うため招集をさせていただきました。

本日の委員会では、関係部署からの報告事項はないようですので、早速市立病院経営についての調査研究を行います。

事故の経緯等については既に御報告をいただいておりますが、その後の経過や講じられた安全対策などについて御報告があればお受けをいたします。

○**万波吉永病院事務長** 本日は、吉永病院で発生しました医療事故につきましてお集まりいただきまして、大変恐縮でございます。

前回の委員会で事故の内容については御報告をいたしました。その中に一部含まれておりましたが、その後の対応につきまして御説明をさせていただきます。

なお、遺族の方から、この医療事故については公表をできるだけ避けていただきたいという御意向がありますことを申し上げておきます。

それでは、事故が起こりまして最初に、亡くなった当日に第1回目の臨時医療安全管理委員会を開いております。このときには13名が参加しております。お手元に事務局のほうから3病院の医療安全管理委員会の設置規定等が配付されておるとお思いますので、御参考にしていただけたらと思います。

12月3日に亡くなられたわけですが、臨時の医療安全管理委員会を開催いたしまして、事故について委員に報告をしております。それから、医療事故の調査制度というのがあるんですが、調査制度に該当するかどうかの検討を行っておりますが、死亡の危険性が予期されており、このたびの事故については事故調査委員会の提出の必要はないと委員長が判断しております。これにつきましては、事前に弁護士の助言をいただいております。そして、一番大切な再発の防止につきまして協議をしております。以前の主治医が指定した薬が吉永病院になくて、誤って同じ成分の別の薬を過剰投与したという過程がございましたので、処方箋に書かれたものを採用するのはどうかという意見がその場に出ております。

第2回目の臨時医療安全管理委員会を12月8日木曜日を開いております。これは、吉永病院でやっております院内会議の中でやっております、委員を含む22名が参加しております。内容につきましては、事故後の対応について報告をしております。3名が事故に遭われた方の葬儀に参列しておわびをしているところ等について報告をしました。続きまして、再発の防止について各部署からの意見を取りまとめ、結果を出すということで委員会を閉じております。

第3回目の臨時医療安全管理委員会を12月10日を開いております。これにつきましては、9名が参加しております。各部署からの意見の取りまとめを行いました但最终的なことは取りま

とめができませんでしたので、事務所のほうで取りまとめを行って各委員に配付するということが決定されております。

1 2月22日に院長名で報告書を管理者に提出しております。主な予防策につきましては、使用薬剤の切りかえ、それから2番目に当院の医薬品安全使用のための手順書、いわゆるマニュアルがございますのでこれを厳守すること、それを徹底するということを報告書にうたっております。さらに、院内の各職種、部署内での情報共有を図る、それぞれの職員がコミュニケーションを密にとってチーム医療の質の向上に努めるということで報告書を作成し、提出しております。

**○鶴川委員長** 報告が終わりました。

本件についての質疑と御発言がございましたら、挙手の上、お願いいたします。

**○橋本委員** さきの委員会で報告をしたということでございますが、よく把握をしておりません。先ほど報告がありました市立吉永病院の医療ミスというんですか、これは処方した薬が吉永病院になくなって、違うそれと同じ成分のものを代用したと。しかし、同じ成分であっても異常にたくさん投与し過ぎて死に至ったということなんですが、医師が処方箋を指示しますよね。それを見てその医薬品がないということで、それをどなたが判断して違う成分の医薬品を引っ張ってきてこの事故につながったのか。そこら辺をもう少し詳しく教えていただかんと、どこに一番の責任があるんかというのがわかりにくいんです。

**○万波吉永病院事務長** 申しわけございません。私は事情がわかっておりますが、説明が不十分だったように思います。

施設に入っている協力病院の患者さんに対して、当院の常勤医師が指示を出しております。それで、もとの主治医の処方箋に書かれている薬がなかったというところがございます、吉永病院に同じ成分の薬がありましたので、処方した医師の判断でそちらに切りかえております。

**○橋本委員** もとの医師と今の医師がおるわけですね。もとの医師が処方したときの分はなくて、今の医師が同じ成分である薬を処方したと。そしたら、普通ならば過剰投与にはならんのかなと。片っぽはなかったんですから。片っぽはあったからそれを投与した。過剰投与の原因は何なんですか。成分が例えば物すごく量が多いものを処方したということだったら問題があると思うんですけど。

**○万波吉永病院事務長** 前の主治医からの指示、それから前の薬をもらっていたのが院外処方だったんですが、院外処方の情報に一部曖昧な点がございました。具体的に申し上げますと、月曜日に何錠、火曜日に何錠ということで2日で例えば10錠を出すという指示があったんですが、それが月曜日の処方についての記述が少し曖昧だったものですから、受けました現在の吉永病院の主治医は週に10錠だったのを毎日10錠と勘違いして、その指示を出してしまったというのが真相でございます。

**○橋本委員** そしたら、それは前の主治医の指示もちょっと的確でなかった、具体的にきちっと書いてなかった。それから、それらの指示を読んで今の主治医も勘違いをしたと。週に10錠で

あるものを毎日10錠に勘違いしたと。だけど、過剰投与をしてそこまで危険性があるような薬であれば、当然今の医師もそれが毎日10錠なんちゅう勘違いをすることはないんじゃないかなと思えるんですが、いかがでしょうか。

**○万波吉永病院事務長** 細かい話になって恐縮なんですけど、前の主治医が出した薬については、厳重に錠数の制限がございます。吉永病院で現在使っている同じ成分の別の薬については、制限がありません。そういったこともありまして、薬剤師からも実際多いんじゃないかという指摘もあったようなんですが、医師の思い込みになってしまうんですけれども、薬剤師の照会については処方上問題がないというところで今回の事故が起こったものと思います。

**○橋本委員** 大体わかりました。

ならば、今過剰投与して死に至った薬、その薬は本来もう少し取り扱いを厳しくというんですか、慎重にすべきだという薬のメーカーあるいはそういうところからの指示があれば今回のようなことにはならなかったであろうということも想定されるんですか。

**○万波吉永病院事務長** おっしゃるとおりです。なぜ前の主治医が出したかという、厳重な縛りがあるものを出していたんですがあいにくなくて、同じ成分だからということで出したということでございますので、先ほどの防止策のところでも述べさせていただきましたけれども、その薬についてはもう当初あったものに切りかえるということで決定しております。

**○橋本委員** 前の主治医が処方した薬は以前にはあったと。ところが、新たな主治医が処方するのにその薬はないと。なぜ前にあったものがなくなっていたのか。絶版になっていたのか、あるいはたまたま在庫を切らしていたのか。そこら辺の理由はわかります。

**○万波吉永病院事務長** 済みません、私の説明が悪かったかもわかりませんが、前の主治医が指定した薬はずっと使っておりませんでした。採用になっておりませんでした。事故の方は施設に入ったばかりでして、薬は個人医院の先生からの指示で院外処方をしていました。当院の関係施設に入られて、主治医が変わることになります。そこで院外処方を見ると同じものがない。吉永病院で採用されていなかったのも、同じ成分で処方実績があるものについて指示を出したというところなので、その薬については従来吉永病院では採用されていなかったということがございます。

**○橋本委員** であるならば、個人病院の医師が処方するそういったものについて、院外の薬局ではあったものが吉永病院では薬局のほうに指定されずに置いていなかったということですね。それで防止対策上、今後そういったものをふやそうというようなことに今なっているんですか。

**○万波吉永病院事務長** 紛らわしい薬については取りやめて、厳重な縛りがある薬に切りかえようということを決定しております。

**○鶴川委員長** ほかにございませんか。

**○立川委員** 今回の事故の発見は、前の報告では看護部門でわかったというふうにお聞きしたんですが、その確認は間違いはないでしょうかね。

○万波吉永病院事務長 間違いございません。看護師が気づいて、医師に指摘をしたということです。

○立川委員 カルテを見てされたんだと思うんですが、一応薬剤部門のチェック機能というんですかね、誤薬であったり禁忌であったり服薬指導ですね、そのチェックが作動しなかったということは言えるんじゃないかと思うんですが、その点いかがですか。

○万波吉永病院事務長 確かに薬局からは、これはちょっと過剰じゃないでしょうかということをお医者さんに照会したようですが、今回事故が起きました薬についてはそういう縛りがございましたので、医師は勘違いして間違いないということで過剰な投与をしてしまったということが主な原因だと思われま。

○立川委員 ということであれば、薬剤部門のチェック機能は動作したよという確認だと思うんですが、それじゃちょっと弱いような気がするんですけど。先ほどのお話で持ち込み薬なんかの分析はカンファされると思うんですけど、その点が不十分やったのかなと。分薬にしても1日に10錠とか1週間10錠とか、もう本当に専門家が見たらこんな分薬はないというのが絶対に分かると思うんですけどね。何かそこら辺に原因があって、変な話ですが起こるべくして起こったような感じはするんですけども。これ見させてもらいましたけど、機能はしてないという判断していいですかね。

○万波吉永病院事務長 防止策の3で述べたんですが、やはり薬剤部が1度照会をかけて、医師のほうでこれは間違いないということをお断言しますと、薬剤部のほうも再度の質問というのができにくいような状態ではあったと思います。防止策の3番で、抽象的ではありますが、職種間と部署間の情報の共有に努めまして、医師は積極的に投薬処置に対して他の先生や専門のスタッフと十分協議をして進めてくださいということをお報告書に書きましたので、今後そういうことがなくなると期待しております。

○立川委員 お話をお伺いしていると、マニュアルを遵守しますと。薬剤部ではそういうチェック機能を果たしていたと。チーム医療を頑張りましょうということで、情報の共有でカルテからナースも発覚したんだと思うんですけども、ナースが気づいてドクターが気づかない。薬剤部門もおかしいなと思っている。薬剤部門の意見をドクターが聞く耳を持たないということが真の原因のような気がするんですが、いかがでしょう。

○万波吉永病院事務長 今回は、当事者であります主治医も思い込みでもう少し確認をすればよかったということをお述べておりますので、委員さんがおっしゃる医師の思い込みで過剰投与をして再度検討をしなかったということは大きな原因だと考えております。

○立川委員 いや、そうじゃなくて、ドクターの間違いもやはりお互いがチェックする機能が働いてないんじゃないかなという言い方で、ドクターを責めているわけじゃないんですよ。ドクターも紹介患者さんですし入所者ということになると、いろんな見地から自分の意見と違うというのはよくわかるんで。ただ、それをチェックするんですよ、薬剤部門が。誤薬であったり禁忌

なんかも懸念されるわけですけど、禁忌薬の投与なんかですと、処方をご間違っていますよという意見をされるわけでしょう。だから、薬剤部の意見が入らなかった。それは現場のナースが発見した。ドクターは思い込みだった。改善事項としたらマニュアルを守りますよ、チーム医療をしますよ。何ら機能しないように思われるんですけども。大変失礼な言い方ですけど、その辺の力関係、医局とその他という分類をしいいかどうか分かりませんが、医局と看護部とそれから薬剤部それから事務部という連携が本当にされているのかなという懸念があるんですが。だから、ドクターを責めているんじゃないですよ。その辺どう思われますかね。やはり現場の意見としたら、ドクターは聞く耳がないんでしょうかね。その辺のニュアンスをちょっと教えてください。

**○万波吉永病院事務長** 通常でしたら、先生これ多いですよということで再考することが多いと思います。ただ、今回のケースについては、なぜか再度検討を医師が行えなかった。それから薬剤部についても、もう少しこういうものがあるんでということの申し出といいますか、再度の協議が行われていたらなどは思いますけれども、今申し上げられることは、今後そういう疑義についてはよく相互に確認をして納得して安全な医療に事務部としては努めてもらうということを考えております。

**○立川委員** といいますのが、今分薬で危険薬、わかりますよね。分薬せないかん薬剤の利用を地域のドクターがしていると。吉永病院のドクターはそれが要らないというふうなものじゃないでしょう、薬剤っていうのは。これについてはこういう情報ですよということで、説明も全部ついていると思うんですけど、それを無視してそんな10日もというのが普通では考えられないんですけど、それはいいとして。そうであれば、なぜその地元のドクター、よく協力します、連携しますというお話があるんですが、その説明は求めるということはできなかったんですか、しないんですか、どちらでしょうか。

**○万波吉永病院事務長** 地域的に個人情報が入ってしまう部分はあるんですけども、いつも連携しているドクターではなかったというのがあります。当該患者さんがかなり遠いところから入所されております。そこで前の薬の指示を出した先生に照会をかけるのが一番なんだろうが、その指示を出した先生について連携が十分とれてなかったといいますか、多分初めてといいますか、連携のない医院からの指示であり連携のない院外の薬局からの処方箋の情報提供でありましたので、実際のところそういうものはとれておりません。

**○立川委員** ということは、医療連携のミスがあったという解釈になると思うんですが、初めてだからそこのドクターとの連携ができてないというのは、本当にいいわけにも何もならないと思うんですよ。吉永病院も医療連携室はありますよね。

**○万波吉永病院事務長** はい。

**○立川委員** であるなら、初めてのところの患者さんであろうが、いつも自分のところの身内みたいに連携しているところのお医者さんであろうが、その連携っていうのは絶対必要じゃないで



すかね。これ人命というか治療の上での必要性もあると思うんで、その辺も今回の改善策に入れられる必要があるんじゃないかと思うんですが。

○万波吉永病院事務長 おっしゃるとおりだと思いますので、まず当該医師に話をします。それから、全体会議がありますので、その辺のところでは御指摘をいただいた点についてはみんなに周知を図っていきたいと思います。

○立川委員 本当に再発防止には努めていただきたいんですけど、ぜひ真の原因のところを突き詰めていってほしいなと思います。通り一遍の御報告でマニュアルだとかチーム医療だとか、そんなことでは多分なくならないような気がしますんで、その辺どうかよろしくお願ひしたいんです。

ちなみに医療安全の委員会をされているみたいなんですけど、昨年の医療事故、ヒヤリ・ハットの件数とかはわかりますか、大体で結構です。

○万波吉永病院事務長 申しわけありません。月々院内会議のほうでヒヤリ・ハットについては報告をもらっているんですが、その集計については手元に資料がございません。申しわけございません。

○立川委員 大体頭の中でも結構です。それと薬剤関係の医療事故なのかヒヤリ・ハットなのか処置の関係なのか、それとも転倒、転落等々が多いのか、その辺大まかで結構です。どの部門が大体多いかなということで、各病院いらっしゃるので教えていただけたらと思います。

○万波吉永病院事務長 吉永病院のヒヤリ・ハットについては、転倒が多い傾向がございます。薬剤部門等については少ないと考えております。件数については、すぐには集計できません。申しわけございません。

○森脇病院総括事務長 備前病院の医療事故、ヒヤリ・ハット関係ですが、昨年でレベル3 aが3件、あとレベル2、レベル1が数十件と記憶しております。一番多かったのは、やはり病棟関係、その後検査、レントゲンといった関係が続いております。

○植田日生病院事務長 濟いません、日生病院も件数は把握しておりません。数件のヒヤリ・ハットはあると思います。医療事故はそれほどないと認識しております。

○鵜川委員長 ほかにございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

ないようでございますので、本日の閉会中の継続調査事件を終了いたします。

以上をもちまして厚生文教委員会を閉会いたします。

皆様、お疲れでございました。

午前9時57分 閉会