

2024 年度第 1 回地域医療構想調整会議 病床機能検討部会

日 時 令和 6 年 6 月 6 日 (木曜) 18 : 00 ~ 20 : 35
場 所 三宮研修センター 5 階 505 会議室

1. 開会

2. 健康局長挨拶

3. 議事

(事務局より資料 3、保健所より資料 4 ~ 7 について説明)

○会長

ありがとうございました。ただ今の説明につきまして、何かご意見、ご質問はございますでしょうか。

○委員

この資料 6 の措置済み、取組み中、橙色の未着手の説明はわかりましたが、措置済みのところについて令和 7 年 8 月末までにもう 1 度確認するという事は、この取組み中、未着手のものも令和 7 年 8 月までに再度確認するという事ですね。今年の 6 月に措置を完了する予定のものと、もう 1 つは、予定はしているが無理であろうと保健所でも思っているものは来年確認できますか。

○保健所

緑とオレンジの部分に関しては、両方ともまず今年の 8 月までに 措置完了、措置済みと、青くなることを期待しています。そして、措置済みになりましたら青のカテゴリーに入り、それが今後適切に運営されていくことを全て来年 8 月末まで確認していくものと考えています。

緑とオレンジに関しまして、今病院の方では早急に頑張っておられ、神戸市としても指導を続けていきたいと思っております。

○委員

これは起こさないようにするための計画ですよ。起こした時にどうするかという計画にしか見えず、起こさないためにはどうしたらいいかという点が非常に弱く感じる。医療事故をいかに防ぐのかということを書いてない気がする。医師の数をちょっと増やすといったことしか書いておらず、きちんとした立案がない気がします。

○保健所

医療法自身が、医療事故が起こった後に対しての対応の部分が多いため、指導事項としては特

に多く感じられるかと思えます。ただ、根本的な原因を究明しまして、こういった事故をそもそも起こさない、医療安全の管理体制をしっかりとしていくというところで、まず資料7の方にも挙げさせていただきましたが、医師の確保というのが「B」「C」「D」「E」で診療内容にあった医師数に加えて、適切な医師数がきちんと医療安全の上でも活躍いただく、管理職として活躍いただくというところも非常に重要と考えております。

あとは、例えば今回の循環器の事例で医療事故疑い等が起きましたけれども、新規の新しい診療科が立ち上がる時に、やはり事前の準備が不十分であることによって、そういった医療事故疑いが起こっているということがありましたので、今までにないものを何か起こすときには、まず病院の幹部職員も入れたプロジェクトチームとしてしっかりと協議をした上で行っていくということ。あと、看護部の看護研修というところも非常に重要になってくるところです。

徳洲会グループの中で、看護師のラダー、習熟段階に応じて実際にグループ内の研修というのはございますが、実際に診療科ごとにそのチームで、きちんと看護師の教育であったり、関わる他職種が同一の認識を持って同一の診療体制に当たっていくということが非常に重要と考えており、例えば定期的カンファレンスの充実や、その看護師にきちんと現場の医師が研修をするといったところは、2枚目の上から2番目、まだ取り組み中でございますが、方策として盛り込まれてございます。

○委員

資料6の医療安全対策に対するいろんな方策等の、改善措置命令に対する病院側の対策の説明があります。先ほどお話があったような代表的な事例としては、循環器の死亡例があったわけですが、曲がりなりにも病院からなぜ起こったかということの説明や理由が全くない。最初にそれがあって、我々が検討やあるいはどこが間違っているかといった話ができるのではないかと思います。

それと、例えば、資料5の3ページ、この循環器のカテーテルの侵襲的な治療を循環器内科医が1人であるにも関わらず行われたというところも、本来であれば複数の循環器の専門の医師がカンファレンスを術前に行い、最適解がはっきりしてから治療なりを行うのが普通だと考えますが、この場合は、先ほどの「E」の体制からすると、循環器の医師が1人で侵襲的な治療は基本的にできないということになるので、元々やってはいけないと考えます。その他の診療科も含めて、頭数だけ医師の数が増えたり、あるいは充足されても、根本的にそこが間違っているのではないかと私は思います。病院の医師はなおさらそういうことは日常茶飯事でされていると思うので、ぜひ確認していただきたいです。

○会長

ありがとうございます。

後ほど徳洲会病院の先生方がここに入室されますので、その時にもお伺いしたいと思います。ただ、今の件、本日まで出席の先生方の中で何かご意見はございますでしょうか。

○委員

循環器内科の話が出たので聞きたいのですが、この文章を読めば循環器内科医を標榜していれば研修医でもよいということですね。先ほど専攻医や専門医が必要ではないかという意見もあったと思いますが、そういった細かい点が様々あると思います。法律のことについてお伺いしたい

のですが、資料5の1番最後のページに診療録の未記載というのがありますが、診療録に未記載の医療行為を保険診療として行ってよいのでしょうか。

○保健所

基本は診療録は毎日書くもので、未記載というのはありません。

この病院では、調査する中で、いろんな治療とか検査とか日常の診療を中心にされていて、その中で特定の医師は忙しくてカルテを記載していなかったということが調査の中でわかりました。

○委員

これは医師法か医療法か知りませんが、法律違反だと私は思います。ということは、カルテに記載をしていない保険診療に関しては、患者にも返金しなければいけないし、基金にも返金をしないといけないと思います。何年間かにわたってカルテに未記載で保険診療した医療行為については全て調べ上げて、しかるべき処置を行わなければならないのではないのでしょうか。

○会長

ただ今の件につきましては、今ここですぐには分かりません。法律と照らし合わせて対応するしかないのではないかと思います。この点についていかがですか。

○保健所

1度確認したいと思います。

○委員

もう1点、資料8を見ると、病院機能評価を受けられると書いてあり、2025年の9月の受診に向けて準備していると書いてある。

病院機能評価というのは、全ての国指定のがん診療拠点病院が受けないといけないことになっており、日本の中では医療安全に対する外部評価として非常に権威のあるものだと思うのですが、その25年9月はこの会議の終了後です。しかも、受審したからといって、合格になるかわかるのが半年後ぐらいなので、年度末か年度開けるぐらい、2026年になると思います。そこまで会議をせずに放置しておいてもよいのでしょうか。

○保健所

今ご指摘いただきました病院機能評価ですが、こちらは保健所の方からこれを受けるよう指導したのではなく、抜本的な方策として医療安全の管理体制を高めるためにどういったことが病院側でできるかという方策として出してこられました。初めは今年度の受診も目指していたのですが、とても準備ができないということで、来年度受審される。ただ、これに合格するというのももちろん最終的には重要なところではありますが、どちらかという、合格に向けて一から見直しをするということに関して、個々の体制をもう1度再構築するときに非常に病院にとって有益であると考えて、受審を決定されたと聞いております。

特にこの資料6の2枚目の下の全般というところにその抜本の方策が書かれており、そこに病院機能評価についても書いていますが、令和7年度9月に受審の手続き済みとなっております。

れと合わせ、本部の監査が月に1度入り、それに加えて第三者における医療安全体制評価ということで、医療安全の専門家、大学の外部の特命教授の方に入っていて、病院機能評価に向けて医療安全の体制をもっと強化するにはどうしたらいいかといったところを外部監査していただく依頼をし、承諾を得ています。そういうところがこの病院の改善に繋がると病院として考えていると聞いてございます。

○委員

最後にもう1点だけ聞きたいのですが、資料6の中で、プロジェクトチームで消化器内科の拡充をしていると聞きましたが、保健所も立ち入り検査しているのでよくご存知だと思うので聞きたいのですが、ファイバーで検査件数が増えると思いますが、感染対策、ファイバーの掃除、様々な専門のスタッフについては今までの視察でどうでしたか。

○保健所

現状の消化器内科のプロジェクトチームに関しては、まず消化器内科の内視鏡センターのそもそものマニュアルが少し手薄なところもあり、それをまず拡充させる。それに加えて、内視鏡センターにおける包括的な人員体制であったり、病院の中の位置付であったり、こういった診療の内容までを病院として扱うのかといった医療安全の体制面のところを、まずプロジェクトチームの方で重視して議論されているところですよ。

今ご指摘いただきました、例えば感染症対策ですとかファイバーの掃除や、鎮静剤なども使用されますので、そういったところの医療安全の体制面などは、関西圏の他の病院で非常に件数多くやっているところから異動してこられている先生が多くいますので、そちらの実績を元にある程度整備を進めておられるところですが、まだ十分ではないと考えていますので、こちらの病院に即した管理体制であるかどうかを今まだ調査中でございます。

協議もまだ間もない頃ですので、また8月の頃にご報告できると考えてございます。

○委員

まず、簡単な質問ですが、この改善措置命令と資料4の行政指導で項目に若干の違いがありますが、私の専門分野である患者の権利擁護の立場から言いますと、例えば裏面の行政指導事項の中の1番下の(2)の⑥、診療情報、インフォームドコンセントの確保というのは、患者の権利擁護で1番重要なポイントだと思うのですが、これが(2)循環器内科の医療安全体制の中に入っていて病院全体になっていない。

さらに、その裏面の改善措置命令には記録のところはありますが、説明のところがない。行政指導の中にあるから対象にしてよいのか、それとも、その後の改善措置命令にないものは評価の対象から外れるのか。行政指導と改善措置命令とでは法的な権限は同じですか。

○保健所

時系列で言いますと、まず行政指導を行い、改善措置命令をしています。

いずれにしても重なる部分もありますので、対応できてないところは繰り返して指導しています。

○委員

今回の会議で同じように評価できるということですか。

○保健所

今回の会議で評価していただくことになります。

○保健所

少し補足させていただきます。

行政指導に関しましては、法律に基づくものではございません。いわゆる相手に任意の協力を求める行為になりますので、法的拘束力があるとか、罰則があるというものではございません。一方、改善措置命令に関しましては、医療法に基づく行政処分でございますので、法的拘束がございます。これについては守らない場合、業務停止命令や一部停止に繋がるものでございます。そういった違いはございます。

○委員

ということは、ここで選ばれているように診療録の記載というのは法律上の話なので、命令までできるが、説明の充実っていうのは行政指導の範囲であるという理解でよろしいでしょうか。

○保健所

説明の指導、説明が漏れているということもよくありませんので、この最終段階ではそこまで漏れていたというところもあるかと思えます。

○委員

わかりました。では、それを前提にお話をさせていただきますと、インフォームドコンセントの不足というのがこの資料6の2ページ目の真ん中辺にあります。これに対する対応策が国際的な標準から外れている気がします。

つまり、インフォームドコンセントについて、こういう基準、監査項目を作った、多職種の同席が重要といったものは初歩の初歩で、病院で医療安全管理体制をつくる際のインフォームドコンセントの保障という場合には、病院内にインフォームドコンセント専門の委員会をつくり、そこで常時インフォームドコンセント説明文書の内容の吟味を行い、その説明文書がどのように日常的に使われているかを日常的に監視する。そこまでやって初めてインフォームドコンセントの権利保障というものができるとというのが国際的には常識だと思います。今ここで措置済みと判断するにはあまりに答えが貧弱で、本来であればもう少し全医師にあまねく、ある一定レベル以上の説明ができるような体制を病院としてとりますと示して初めて医療安全管理体制が強化されたと評価すべきだと思います。改善措置命令も評価対象にするということであれば、そこまで厳しく評価できるのではないかと思います。

○事務局

先ほどご指摘のあったインフォームドコンセントの措置済みは取り組み中に修正した上で、さらに先ほどのご意見を踏まえて指導します。

○委員

ここまでのご指導と改善策の立案を引き出されていて、短時間で非常に大変なご努力があったのではないかと感じて拝聴しておりました。

患者安全を専門とするものとして、こういったガバナンスの改善をこれまでも何度か経験してきましたが、数年単位で事はかかると思っているの、少なくとも来年度1年間までの間に体制や数字が動き出すかどうかといったあたりを把握する必要があるのではないかと。

そのためにもいくつか補足的に盛り込んでおいた方がいいのではないかとおられることがありますので、申し上げたいと思います。先ほど、直接の指導は難しいかもしれないという話でしたので、あくまでも補助的な要素かもしれませんが、まず、体制面について、この病院の理念を知りたいです。理念の中に患者安全を最優先とするという文言が盛り込まれているかどうかという点について、もし盛り込まれていないのであれば、それを入れるか、あるいはそれに近いようなものに、改善、改訂する必要があると思います。

それから、できることなら、医師の専任か専従の安全管理者を安全担当副院長以外に配置できないか検討できるかというと思います。

それから、今、委員が言われたインフォームドコンセント委員会を設置する。全インフォームドコンセントの文書を定型化して承認システムに載せるということを提案します。それから、カルテ監査チームを設置すると書かれてあったようなので、それは必須だと思います。それによって定量的な評価をしていく。

それから、院内救命チームを設置した方がいいと思います。コードブルーとラピッドレスポンスシステムとアーワーニングスコア、これらの院内の標準化や達成状況・実践状況の管理、教育といったものを一元的に行うチームを作ることです。

続きまして、日々の取り組みについて、インシデント報告数の職種別の推移を少なくともこの3年ぐらい明らかにしておいた方がいいと思います。また、日々のインシデントがどのぐらい安全部門に報告されていて、それを誰がどうやって読んで、どういう仕分けをして、どんな委員会でどういう検討をしているのかといったあたりを明確にしておく。これまでどうしてきたのか、あるいは、今後どうしようとしているのか。その上で、インシデントの中に、いわゆる過失感の高いものによっては新たな医療費が発生するものが一定数含まれますが、それに対してきちんと保険診療から切り分けて病院で新たな診療費を負担するという取り組みを日々行っていく。これをしっかりやってもらった方がいいのではないかと。それが年間どのぐらいの額になるのかということもきちんと数値化していくということ。

そして、有事とか重大事故に対する対応ですが、まず全死亡数が何件起きていて、そのうち事故性の判断をする緊急会議が何件行われていて、そのうち事故性ありとして事故調査になったものが何件あるのか、その事故性の判断はどのように行われたのかの議事録を明確にするということ、これを求めた方がいいと思います。事故抽出のピラミッドなどと言ったりしますが、その辺りを今の段階で明確に知っておく。事故を防ぐための改善活動についてですが、まず、今回起きた重大事故の調査結果と再発防止策の共有、これがスタートになると思います。これがまだ途中かと思っておられて、これがいつできて、そこから新たに加わる改善策があり得ると計画しておいた方がいいと思います。

そして、安全文化について調査をした方がいいと思っておられて、AHRQという団体が国際標準の患者安全文化調査という、全職員にアンケートするものですが、割と簡単にできるもので、これをリリースしていますので、ぜひこの病院で今の段階の安全文化調査結果として定量化

しておいた方がいいと思います。

それから、色々なプロジェクトが立ち上がっているということですが、各改善プロジェクトそれぞれに数値目標を設定した方がいいと思います。その各改善プロジェクトの数値目標をきちんとその病院全体としての目標として束ねておく必要がある。もっと言えば、病院全体がこういう数値目標を掲げるので全部局はこれを達成してほしいという、全部局がその数値目標を理解した上で、今年は私たちはこの目標に取り組むといったような数値目標の一直線化をできるような体制作りをスタートさせた方がいいと思っています。

とりあえず、今思いついたところは以上です。その患者安全最優先と言いながら、様々なこの病院の置かれている事情だとか職員の思いというものを優先してきた病院なのではないかという印象を持ちます。つまり、患者安全最優先という理念を掲げるということは、職員やその思いや事情を最優先とすることとの決別を意味しますので、そのからスタートがということで、それをまずしっかりと明確に病院に宣言をしてもらうところから始めなくてははいけない。その上で、今言った日々の取り組み、重大事故対応、そして事故を起こさないための平時の取り組み、基本的なインフラ体制について監視していくといいのではないかと思います。以上です。

○委員

今委員のおっしゃったのはその通りだと思います。この資料6の医療安全の文化の醸成のところを見ると措置済みと書いてありますが、例えば現場からの報告、今委員がおっしゃっていたことからほど遠い内容で措置済みを出していますが、これでよいのでしょうか。それ以外にも委員が言われたことが措置済みになってしまっているところが多いですが、いかがでしょうか。

○事務局

先ほどご指摘いただいたことを踏まえて、この措置済みのところは少し見直しをさせていただきたいと思います。特に委員から指摘いただいたこの研修のところなどはまだ措置済みの段階ではないので、取り組み中に見直しをさせていただく。

他のところも先ほどのご意見を踏まえ、精査させていただいて、また文書で改めて先生方にできるだけ早急にご確認をいただいた上で次回の会議に臨みたいと思いますので、よろしくお願ひします。

○委員

委員が言われたことは非常に素晴らしいことだと感じているのですが、この資料6の措置済みと書いてあるものは、大概の病院はほとんどできていると感じています。私どもも当然やっています。先ほどから出ている意見というのが、非常に高いレベルの医療安全を目指していると思います。もちろん、そうするのが当然いいとは思いますが、病院の事情もありますし、特定機能病院などであれば当然そういうことを目指すべきであると考えますが、この徳洲会病院の事情というのが十分に私も把握しておりません。ですので、その辺も踏まえて、神戸市がどの辺までを求めるのかということも少し考えていけないのではないかと。あまりにも高い目標を与えても、全然できないとかいう可能性も考えられますので、その辺りはどういう考え方でいくのか。どこの病院でも最低限これだけやっていたら患者安全が達成できるということを目指すのか、もしくは今までご意見が出ていたような非常に高いレベルを設定して病院に求めるのかということでは、意思統一がいるのではないかと感じますが、いかがでしょうか。

○委員

非常に重要なご指摘で、まず目標を定める前に現状がいるという感じを持っております。私は、まず今どうなのかを知っておく必要があるのではないか、その上で、ある程度数値目標を設定して、この改善計画を補っていくというか、1年でそれが達成できるとは私も思えないので、数年で行くこととなりますが、その最初のイニシエーションとしての1年にする必要があるだろうと思います。

最終的に、その規模によって達成できるものとできないものがあるという項目と、規模に関わらず求められるものがあるであろうと思いますので、私としては、その規模に関わらず求められるものとして骨格的な部分を申し上げたつもりで、その辺りは押さえておきたいと感じております。

○委員

私が申し上げたそのインフォームドコンセントに関しての権利保障というのは、これはある意味基本中の基本で、意外と医療安全の立場からするとインフォームドコンセントはやった方がいいといった取り扱いを受けている病院が多いと思いますが、今回の事例はどの事例を見ても、事前に患者に十分な説明がされてリスクについて伝えられていれば、もっと早い段階で、何例か積み重なるより前に、事前にわかったかもしれないというもの、あるいは、内部告発があるまでは世間は知ることができなかったわけですが、そこを待たずに患者自身が求めているレベルよりはるかに危険な医療行為が何の説明もなしに行われたということがもし患者に自覚されていれば、もっと早く止めることができたし、むしろ病院の力で自律的に止めることができた事例だと考えられますので、そういう意味では、ぜひ最低限のところ、このインフォームドコンセントについてのしっかりした病院全体の体制の保障をやっていただきたい。

インフォームドコンセントをやることは、患者が満足するとか訴訟やその紛争を防ぐという目的だけではなく、患者の求めるレベル以上の冒険的な治療を抑止する効果があるというのが1つ。もう1つは、患者に、大出血の可能性があるとか、穴が開く可能性があると事前に説明するということは、医療者として当然それに備えるわけで、緊急の大出血に備えるために輸血を準備するとか、どこかに穴を開けてしまった時に備えて他の外科医との連絡体制を取っておくといった、患者にリスクを説明することによって医療側が備えるというプラスの部分があって、これはインフォームドコンセントの医療事故防止に役立つと私は信じていますが、その意味で最低限やってほしいレベルに入っていると思います。

そして同時に、インフォームドコンセント委員会を作り、委員がおっしゃったように、説明文書の雛形をたくさん作っておくことは、実は1人1人の医師の説明に対する労力を削減することにつながる。雛形があれば、それをお見せして電子カルテに乗せるだけで十分な説明がどんな医師でもできるようになるわけで、そういう意味では、最初に手間をかけておけば、1人1人の医師の労力を減らすことができる。働き方改革の中でそういう非常に重要なポイントでもあるので、これをきっかけにこの病院が変わったというのを見せるためにも、インフォームドコンセントのところはレベル高すぎるとおっしゃらずに是非やっていただければと思っています。

○委員

この資料6の1番最初の1のところですが、既に措置済みになっている部分ですが、この速や

かな調査分析の手順というところの2行目に院内調査を開始する7つの要件を明確にするとありますが、そもそもこの事案、死亡事例があったにも関わらず、なかなか院内調査が始まらなかったというのは大きな問題だと思っていますので、この調査を開始する7つの要件の内容を教えてください。もしないのであれば、次回には教えてくださいと思っています。

○保健所

7つの要件は、参考資料1の是正計画書に書かれている内容になってございます。初めに文章のページが続きますして、その後、医療事故発生フローチャートや、医療事故の影響の裏面、院内医療安全調査委員会の対象事例についてと書いてあるほとんどが黄色塗りの資料、別添付3になります。

こちらに1から7という項目をこの是正計画書の段階で定めております。循環器の事例におきまして、色々と問題がないという主治医の意見がまかり通ってしまっていました。そういった主治医の判断ではなく、ある程度客観的な事象があれば、主治医の意見だけが通るのではなく、院内調査の要件に引っかけるといったような取り組みでございまして。

○委員

わかりました。ありがとうございます。

○委員

以前から気になっていましたが、多くの病院がこうなっているのかもしれないのですが、院内での検証のためのトリアージ基準か、事故調査制度における医療事故としてのトリアージ基準かで大きく意味が違う。多分これは院内の検証のためのトリアージ基準ですね。

○保健所

その通りでございまして。

○委員

これ名称が紛らわしくて、院内医療安全調査委員会の対象事例という名称に変えた方がいいのではないかと。院内検証会や事例検討委員会のような言い方にしておいて、その上で、検討した結果、事故調査に載せるかどうかを判断する。私がさきほど申し上げた全死亡数とその院内のその事故性の判断の件数がこれになると思う。それと、最終的に事故調査となった件数のピラミッドを明確にしておきたい。そしてそれを経年的に追いかけていきたい。その意味でのこの7項目であれば分かるという気がします。

○保健所

ありがとうございます。資料の方に反映させていただきたいと思います。

○委員

今回の資料4や6の事例を見ますと、基本的にはこのメンバーと一緒に人員を追加するといったレベルの話ではない。医療者個人の問題だけではなく、ガバナンスもそうですし、全てにわたって無理である。

つまり、改善措置命令ですが、改善をできる問題ではない。なぜこう思うかという徳洲会病院というのはピンキリなんです。非常に少ない医師で、ものすごいベッド数で救急を多くやっている病院もあるし、あるいは国のがん拠点病院を持っている徳洲会病院もあるわけです。

したがって、1番知りたいのは、後で出てくるのかもしれないのですが、こういう事例が起きているということは、本部としては、ある意味人を増やすというよりは、総入れ替えするような、しかもチーム医療ができて、医師、看護師すべてが連携できる総入れ替えをするようなチーム医療ができる体制をまず取るということが最低限の第1条件であろうと思います。これがあって初めてこの改善措置に対してどういう改善がなされていくか、確認をしていくことが必要ではないかと思う。今回メンバー交代もあるんですよね。そういうことをまずお聞きした上で議論を進めないと、話が終わらないのではないかと思います。

○事務局

ありがとうございます。先生もお分かりの上でおっしゃっていると思いますが、保健所としての指導で総入れ替えをするようにというところまでは助言レベルでもなかなか難しいのが現状でございます。後ほど病院が説明しますので、そこで先生から直接病院にも意見をおっしゃっていただけたらと思います。

○委員

医療機能評価を受審されるというのは、非常にいいことだと思います。特にこの最新バージョンは非常に細かくて厳しい評価です。

例えば、カルテを見てディスカッションをしたり、そのカルテも事前に提出するのではなく、ある程度向こうから指示されますから、全てのカルテをきちんと書いてないといけない。あるいはそれに対して色々ディスカッションができるようにしておかないといけない。医師だけではなく全職種がやらないとできないような状況ですので、この医療機能評価を受審して評価されれば、かなり全体的に改善されていると見ることができる。そうすると、8月31日で決定をして、その後9月に受診というのはタイミングが非常に悪いと思いますが、いかがでしょうか。これはもう決まっていることでしょうか。

○事務局

どれぐらいの経過期間で病院が改善できていることを確認できるかということは、我々神戸市としての案として、この8月末までに病院としての措置を完了してから1年間と申し上げています。委員のご意見として、それでは不十分ではないかというご意見があるのであれば、我々としては、スケジュールも含めてご議論いただきたいというのが今日の趣旨でございます。

○委員

神戸市が認めて、その後、この医療機能評価が通らなかつたとかいうことはないとは思いますが、そういうことも起こる確率があるのではないかと危惧します。

○会長

ありがとうございます。それでは、徳洲会病院に入ってください、直接質問をしていただいた方がいいかと思いますので、入場をお願いいたします。

《徳洲会病院 入室》

(徳洲会法人本部・神戸徳洲会病院より挨拶、謝罪のうえ、資料8、9について説明)

○会長

ありがとうございます。ただいまご説明に対して、ご意見、ご質問等ございましたら、よろしくお願いいたします。

○委員

今回のような事案が重なった原因の部分で1つ質問させていただきたいと思いますが、今、本部の副理事長、医療安全担当の方からお話をいただき、それから、資料9の改善計画書の「2」の1番上の今回の事案を招いた原因のところですが、法人本部医療安全管理部は複数回にわたり病院長に対して速やかな指導を行ったが、それが結局この病院に届かなかったと記載されていますが、本部の方に医療安全のしっかりとした組織があるにも関わらず、なぜこの神戸病院に関してはそれが行き届かなかったのか、本部の医療安全管理部とそれぞれの病院の医療安全体制の連携ないしはその強制力というものが、その当時、現在も含めて、しっかりとした形になっているのかどうかを教えていただきたい。

○徳洲会法人本部

ご指摘のように、こうした医療安全管理部と病院管理者の間の見解の相違は複数回経験をいたしました。私がこの職をいただいてから、3年になりますが、電話の連絡で1週間以内に委員会を開くよう求め、全て1週間以内にに応じてくれており、神戸病院についても同様であろうという甘い把握が、結局2度電話して、2か月反応がなく、私自身が、神戸に直接くるところまで、なかなか私の腰が動かなかったというところが、1番大きな原因であろうと思います。

同じようなことが、神戸の事例の発覚以降も、いくつかの病院から相談を受けましたが、それらにつきましては、幸いに即反応してくれており、先ほどの本部対現場の安全管理部の意思疎通ということになりますと、私にとっては今回の神戸の事例は意外なことでありました。

○委員

お聞きしますと、結局、何か事案が起きた時には各病院でそれに関して対応するという役割であって、例えば我々が思うのは、本部の医療安全管理部という組織があるのであれば、その本部の医療安全管理部がポジティブに各病院の医療安全を管理していく体制があってもおかしくないのではないかとも思ったのですが、その辺り、どういう組織の形になっていたのかをもう少し詳しく教えていただけたらと思います。

○徳洲会法人本部

私の方からご説明させていただきます。本部で医療安全を担当の事務をしておりますが、今、徳洲会グループでは医療安全管理部会という部会が組織されております。これは、各病院の医療安全管理者が横断的に活動に取り組んでいる部会になります。研修会を含め、様々な手順書や研修のいわゆる教育媒体といったものを統一的に作成し、各部会が連携、それから病院が連携

した医療安全体制を実施しております。

また、医療事故レベルの4B以上、いわゆる有害事象が発生したと確認される事例以上は、重大事故発生報告書を速やかに本部に提出する仕組みになっております。

これは、各病院の医療安全管理部の判断で、これに該当したと判断したものは本部の方に提出できる体制になっています。今回も医療安全管理部の判断で本部に報告があり、それについては速やかに病院にフィードバックがされたのですが、問題は、この後に医療安全本部の医療安全部が適切に現場に介入して、その委員会の設置支援まで速やかにできなかった、そういった遠隔の連絡のやり取りだけで設置の確認までに時間を要してしまったというのが今回の大きな問題点と考えております。

従いまして、徳州会としては医療安全の部会というものでグループ全体で組織はしておりますが、よりこれがアクティブに機能するよう改善を図っていかないといけないと考えているところです。

○委員

先ほどから新規診療科における説明を多く聞きましたが、他の診療科に対しての医療安全はどのようにやっていくのか。

資料9の5ページで、令和6年の4月時点での常勤医は17名で、外科医が4名、脳神経外科医が1名、産婦人科医1名、内科医2名、消化器内科医4名、小児科医3名、放射線科医1名、整形外科医1名となっており、循環器内科はないので、これが新規になると思いますが、外科、脳神経外科、産婦人科、小児科、整形外科についても医療安全体制が必要になる科だと思います。我々の時代は外科医1名で手術をしていましたが、今の時代は脳神経外科1名で脳神経外科の手術をまずやらないだろうと思いますし、整形外科1名で整形外科の手術をやらないだろうと思います。それなら手術などをする場合、どのように安全を確保して患者の治療をするのかということも計画の中に入れてあるということですね。

○神戸徳洲会病院

ありがとうございます。私の方からご回答させていただきます。この点につきましては、すでに神戸市の保健所の立ち入りの時にも、特に産婦人科の体制や、小児科の体制、1人診療科の体制の際の緊急時の体制についての指摘も受けております。

今回、メインでスタートしたのは、この消化器内科のプロジェクトチームに該当しますが、産婦人科や小児科についてもそれに相当する形で、特に教育体制や、緊急時の体制、地域の連携病院との体制、それから、徳洲会の場合は、関西でも専門の科を持っている医療機関がございますので、そういったところと速やかな連携ができる体制の構築も今回の計画の中にも盛り込んでおります。提出させていただいた資料には個別の診療科についての記載はございませんが、必要に応じて、リスクのある診療科については、その安全体制と特に緊急時の体制、教育体制をきちんとした形で作り上げていくということで、こういったことも保健所からの指導の中に盛り込まれており、やり取りをしているところでございます。

○委員

指導されるからやるのではなくて、自主的にだしてもらいたいものだと思います。僕も外科医ですから、特に1人診療科が外科系というのは非常に不安です。この部分は病院側でゆっくと対策

を考えて報告してほしいと思います。

○委員

現在日本では27医療機関がジョイントコミッションインターナショナル、いわゆるJCI（国際認証）に合格していますが、その中に徳洲会病院が岸和田、福岡、札幌、沖縄、湘南の5つあると認識しています。私は、JCIを経験しているものとして、この合格には、日常的にかなりの患者安全を最優先とした努力を続けていなくてはならないと認識しております。

一方で、今回この徳洲会グループの中でそういう優れた病院がありながら、この神戸徳洲会がこのような問題を長期にわたって看過してしまった点についてどう考察できるのかと考えているのですが、私としては、非常に強い徳洲会グループの中での二極化が生まれているのではないかと。つまり、患者安全を最優先として医療の質向上に尽力している、少数派かもしれませんが、そういう徳洲会病院と、経営などそれ以外の諸事情を優先しようとしている徳洲会病院と、くっきりと分かれてきている可能性があるのではないかと。その辺りを法人全体としてどう考察しているのか。また、その法人が介入しようとした時に、それに従わない院長がいたことに対してどう考察しているのかお伺いしたい。

○徳洲会法人本部

ご指摘の二極化ということでは私は少しニュアンスが違った理解をしています。かなり病院の力が育っていないと、医師数が非常に大きなもの言うと思っております。私どもは、離島の病院で医師が4人というのがおそらく最低で、新潟の山北には医師が研修医を含めて3人で県の委託を受けて経営している病院がございまして、先生の地域性も含めてなかなか十把一絡げにいかないところをご理解いただきたいと思います。ただ、神戸は都市部にあつて、37年経ってまだこういう体たらくかというお叱りであろうと受けております。それぞれの病院がおそらく理事長の意向をしっかりと組んで同じ方向を向くかと言いますと、残念ながらベクトルが同じではないと思います。

私自身、今回介入が遅れたのは、病院の特に自主性っていうものを壊してはいけないという思いも一方ではございましたので、今回中に入つてつくづく思いましたが、骨がないということを感じました。ですから、少なくとも医療機能評価はしっかり受けようということで、来年の9月の達成目標に加えさせていただきます。

お叱りよくわかりますし、なるべく二極化と言われぬように私たちも努力をしてみたいと思います。

○委員

叱ったというか、新たに着任をされてどう考察されたのか、つまり、そういう病院を経験されている先生方として、神戸がどう映ったのかということに関心がありました。

その延長での質問ですが、今回の問題は、循環器の問題なのか、病院上層部の問題なのか、広くその病院全体の安全文化の問題なのかといったあたりはどのように映ってらっしゃいますか。

○徳洲会法人本部

全てだと思います。当病院の医師は、スキルという意味ではそれほど冴抜けて乱暴なことをしたわけではないと思います。

ただ、職員の誤解を招くということについては、職員に対する言葉の問題、結果説明の職員への問題、家族への問題、それらがなされていないことをベースに、職員と当該医師に対する不信感があったと僕は捉えました。

一方で、組織的な問題については、医療事故かそうではないのかという言葉だけが飛び交って、実際がどうあったかということの解明するための会議であるという理解がなされてなかったという意味で、管理者の医療管理、医療安全に対する理解が不足していたと思います。

それを全体的に組み上げてやる役割が院長以外にいないとしたら、残念ながら院長が機能不全であったと問題を整理しております。さらに、それをサポートしなければならない、本部のサポートという意味で、私が十分な援助ができなかった。医師個別の問題もありますし、医師個別が職員に吐く言葉の内容もありますし、それを信用する院長、職員の感情と比べてどうだということの意味しなかったという管理者側の問題と、早めに察知しなかった本部の問題全てであるという感じしております。

○委員

患者の権利や権利保障をどうするか、そしてそれをどのように医療安全に結びつけていくかという観点から、この参考資料1として配られている是正計画書を拝見すると、18分の11ページの⑥の指導事項に対して、よく患者と家族に対して十分な説明を行い、理解・同意を得た上で検査、治療を行うことへの対策として、貴院の方で診療情報委員会を作って監査を行うと書いてあります。これはそのJCIのレベルからするとあまりに低すぎると専門家としてお感じになりませんか。

つまり、事前に患者にどのような説明が行われるのかをチェックできる仕組みを作っておかないと、医師にお任せするという説明内容であれば、人によってばらつきがあるし、全然説明しない医師も存在する。いくら後でカルテを監査して、これは説明されてないのではないかということがあっても、全部後の祭りですよね。医療事故を防ぐのであれば、この診療情報委員会は監査をするのではなく、事前に全ての医師が最低限の情報提供ができるような仕組みを作る方がよい。事前に行う説明についての雛形を多く作っておいて、それがきちんと使われるかどうかをチェックしないとイケなくて、その意味で、この計画はまだまだ全然足りてないと思いますが、その辺はいかがでしょうか。

○神戸徳洲会病院

先生の指摘はごもっともだと思います。現状は、監査した後に医師にフィードバックをかけて、それをまたその医師をフォローすることで改善が図れているかチェックも含めて毎週しておりますが、名文化するという意味においては非常に不十分であったと承知しました。その点も含めて改善させていただきます。

○委員

ついでに言わせていただくと、雛形を多く作っておいて、最低限のリスク情報を伝えた説明文章が多くあって、その中から手術、患者に合わせて選び、さらに補足をするという体制を作っていただきたい。さらに、それがどれぐらいきちんと使われているかを監査していただきたい。

リスク情報をうまく伝えていなかったと事故が起こった後に言われても、患者にとってみれば不利益でしかありませんから。

そして、看護師の同席率なども常にモニタリングをしておいて、それを数値目標としていくなどといった取り組みも、JCI レベルの取り組みもしていただきたいと思います。

○委員

垂水区あるいは神戸市の中で 300 床の病床を持つ病院として、これからもしっかり医療安全に取り組んでいただきたいので、資料 5、資料 6 について細かい部分を伺いたい。

まず、資料 5 ですが、速やかな調査分析の手順の中で、ヒヤリハットのレポートのリストが毎週火曜日、医療安全室で確認して終わり、その後委員会に上げることがないのですが、これでいいのですか。

○徳洲会法人本部

この点につきましては、医療安全管理室が院内のすべての死亡レビューをするという形で記載しております。すなわち、病院内で亡くなられた方に関して、毎週火曜日にすべての死亡例についてレビューをして、問題のある死亡例はなかったかどうかをチェックする体制にしております。

インシデントレポートも整理すると書いていますが、インシデントレポートからそういった事例が上がってくるケースもございますので、これは、特に死亡事例に対して、医療に起因した予期せぬ死亡、すなわち制度に該当するような事例がないかをきちんとチェックするという点で書かせていただいている点でございます。

○委員

ということは、インシデントレポートについてはどこの委員会も医療安全室も関与しないということはないですか。

○徳洲会法人本部

ここでの記載はないのですが、インシデントレポートにつきましては、毎日、医療安全管理者と医療安全の専任医師がチェックをしております。

それから、毎月の医療安全対策委員会、医療安全のリスクマネジメント委員会というところで、その内容をフィードバックして、分析した内容で問題のある点につきましては改善策につなげていくという取り組みをしております。

○委員

できれば明文化してどこかに入れてください。

次のページに移りたいと思います。次、「B」改善のための方策というところで、企画した具体的な対応をイントラネットで配ったらそれで終わりというふうに読めますが、院長を含んだ上層部の理事会などにはかけずに、イントラネットで流せば終わりと書かれていませんか。

○徳洲会法人本部

「B」の改善のための方策、院内医療安全調査委員会により計画立案した具体的な対応を、その根拠となる事例と概要とともに、朝礼、医局会、部署長の集まる 8 時会で報告するという部分は、おっしゃる通り、内容につきましては当然この委員会にかけられたものに関しては、幹部の

目が通っているものという前提で書かせていただいております。

ただ、イントラネットで掲載する、または医療安全ニュースを紙媒体で配布するということがだけでは不十分であると我々も認識しております。

今回、この点につきましては、院内周知は非常に大きな病院での課題だと思っておりますが、現在院内でeラーニングのシステムなど、全職員が確認するところまでチェックできる体制がいくつございませぬので、そういったものも活用した上できちんと周知をしていきたいと考えております。

○委員

よろしくお願ひしたいと思ひます。

3 ページの事例 4) で、心臓カテーテル実施中に IABP を行ったができなかつたという事態に立ち至った時に、臨床工学技士はその場に立ち会っていなかつたのですか。

○徳洲会法人本部

2 名おりました。

○委員

カテーテル操作は医療従事者でないとできなかつたと思ひますが、不潔操作、IABP の末端の機械につないで機械を動作させることは臨床工学技士の仕事として当然やるべきと考えますが、臨床工科技士が IABP を動かすことができなかつたのはなぜですか。

○徳洲会法人本部

IABP を定常の位置まで上げて、ガスを送ろうとしましたが、バルーンがインフレッツできなかつたということがございませぬ。そのために IABP も同一のものをまた入れ替えて、結局同一のバルーンを使って作動できなかつた、3 本がうまくいかなかつたことを確認いたしました。なぜうまくいかなかつたか、製品不良について、業者に現物を送って調査をしましたが、返ってきた答えは、作動には全く問題がないという答えでした。実際に体内で駆動させようとした時に、なぜこの患者の体内でインフレッツできなかつたかというのは、結局のところ、製品に理由を求めるとはできませぬでした。ただ、蛇行がひどかつたかというような、挿入時シストのフリクションがどうだかつたかということについては、特に写真をレビューする限りは、その困難なケース、蛇行を認めるようなことではありませぬでしたので、この点に関しましては、理由を把握できておりませぬ。

○委員

ここはもっとしつかり調べるべきではないかと思ひますので、今後調べてください。

ドクターは 1 人であつたにしても、コメディカルのスタッフは何人かいたわけで、当然コメディカルのスタッフはカテーテルにつないで業務を行うことも十分に行えるという前提の上でついているわけですから、他のコメディカルが問題点を指摘できるレベルになつておくべきではないかと思ひます。

○徳洲会法人本部

わかりました。ご指摘に従い、調査できることを再調査するよう努力いたします。

○委員

その同じページの右横に「E」診療体制の充実、研修の立案というのがありますが、この2つ目のポツで、心臓下肢カテーテルは基本的に2名以上の循環器内科医で対応するとありますが、循環器内科を標榜していたら研修医でもよいということですね。

○徳洲会法人本部

私どもは11月に保健所に訪問させていただいた時に同様のご指摘を受けました。再開にあたっては、信頼感がないと始まらないと思いますので、専門医最低2名が現場にいるようにして、それを確認して初めて再開させていただけるのではないかと思います、その体制を整えて始めたいと思います。

○委員

ありがとうございます。循環器内科医ないしは循環器内科専門医と書いてください。

最後にもう1回聞きたいのですが、1番最後の6ページのインフォームドコンセントのところに、診療録の未記載というのがあります。私は、法律に詳しくないのでどこに書かれているかわからないですが、診療録、カルテに記載のない医療行為を保険診療とするのは法律違反だと保健所長から聞きました。あなたがたのカルテの中に書かれていなくて、保険診療を行った医療行為については、患者に返金してもらい、基金に対しても返金してもらいということをご過去何年間にわたって行っていただきたいと思いますが、いかがですか。

○徳洲会法人本部

ご指摘はそのまま受け取らせていただいて、医事課を通じて自主申告をするよう努めてまいります。

○委員

ありがとうございます。では、資料6に移って、資料6はほとんどできているというところは保健所ができていますと判断しているからよいと思いますが、2ページ目の抜本的原因の究明のところは、未着手になっています。この部分には、今後、医療安全について率直な意見の聴取を進め、このような事態を招いた根本的な原因を究明すべく調査を進めていく所存であると書かれていますが、調査をするにあたって仮説として何か持っていられませんか。2、3つ挙げてください。

○徳洲会法人本部

こちらの方に書かせていただいている今回の計画は具体的な内容を書かせていただいておりますが、今回の問題が起こった背景、要因をきちんと調べるためには、当時関わったスタッフ含めて、きちんとした丁寧なヒアリングをして分析をしていかないといけないと考えております。

今回、特にカテーテルの問題で起こった要因のいわゆる仮設、我々の考えている問題としましては、1つには、前病院長のもとで循環器内科の院長代行が赴任し、昨年1月から循環器内科

のカテーテルを開始することになりました。救急医療を行っている現場においては、循環器内科を持つことは非常に重要であることと、新病院に向けた診療科の拡充ということが非常に重要であり、そういった体制を敷くために病院長と院長代行が積極的に進めていたということがございました。それは、法人本部としてもそういった体制についてはバックアップ、支援をしていたという認識であります。

そういった背景の中で、この問題について事例が発生したということに対して、病院幹部、法人本部も関係している中で現場ではなかなか声が上げづらかったといった背景が考えられるというのが、我々の考えているところです。

ですので、こういったことが起こっていなかったかどうかということと、率直な意見を、現場の方から、きちんと聞き取りをして、きちんとした形で報告を求める必要があるかと考えております。

○委員

そうではなく、根本的な原因を究明すべくと書いてあるんです。根本的な原因があるとあなたが考えているから、そう書いてあるんです。根本的な原因は何かということについてどういう仮説があるんですか。

○徳洲会法人本部

今回のことについて解決しきれない問題があるとすれば、やっぱ権威勾配を現場は超えられないという問題、これはどの医療界でもそうだと思いますが、おそらく医師が自覚しない権威勾配というのがあって、実際にそこを超えて患者の命を守れない事態があるかもしれない。

その辺りが、私自身が神戸に入って、それぞれ医師が吐いた言葉、ナースが持った感情、あるいはヘルパーさんが持った感情を、多くの人たちが正直に言ってくれているわけではないかもしれませんが、私たち自身がおそらく放っているであろう権威勾配が安全な医療を妨げているかもしれないと見ています。

○委員

この席では記者の方もテレビも入っているので、専門用語はちゃんと解説してもらいたい。権威勾配とは何ですか。詳しく説明してください。

○徳洲会法人本部

例えば、医師が当たり前前にナースより偉いと思っていることです。

○委員

少し戻って先ほどの資料5の3ページ目の、循環器内科医師のところですが、その下にコメディカルスタッフで経験者1名、ナース、その他1名を入れてプロジェクトチーム作る。ナースが2名程度で、臨床工学技師1名、その他1名ですが、放射線技師はいらないという認識ですね。

○徳洲会法人本部

記載漏れです。申し訳ありません。

○委員

では、明記してください。

○委員

本部の方からエキスパートチームとして派遣されると思いますが、大体いつ頃までを見込んでおられますか。例えば改善確認の認定を受けた後は引き上げることになっているのでしょうか。

○徳洲会法人本部

当初8月末までは想定しておりましたが、とても済まないと思いますので、2日前、理事長とは常駐を延長して、せめて機能評価が終了するまでサポートに入ろうと思っています。

○委員

実は、先ほど入ってこられる前にもご指摘があったのですが、この話の始まりであるこの事例が起こった根本原因、背景、そしてそれを生み出した、先ほどご指摘のあった権威勾配も含めてそういったもの、それから職員の医療安全文化認識文化も含めた医療事故調査報告書が3つか4つ出てきて、それを基にこの再発防止策を検討するという、本来であればその順序だと思いません。

今回は、時間的な問題もあり、指導に対して、あるいは命令に対してどう対処するかということでお急ぎだとは思いますが、やはりこの話の始まりになった事例、そしてそれが発覚しなかった構造まで、20ページぐらいの医療事故報告書が出て、それを委員が読んで解決策として出てきたものに評価を下すという、本来であればその順番であるべきだと思います。

そういう意味で、今急ぐ命令に対しての改善計画が、これから医療事故調査報告書が出てきた結果、また改善、さらに追加ないしは修正ということが起こりうることについてはいかがでしょうか。

○徳洲会法人本部

事故調査報告書につきましては、現在3例については調査機構に報告をさせていただきました。あとご家族への説明が1例残っていますが、文章の作成は終えて、2家族からご承諾いただきましたので、あと1家族の方のご承諾をいただければ、今報告すべき4例中3例の報告を完了いたします。

○委員

この医療法6条に基づく院内事故調査報告書は門外不出でして、調査機構に提出はされますが、第三者が見ることがない。そういう意味では、そのエッセンス部分だけでもこの部会の委員に共有していただいて、この改善計画が妥当かどうか、PDCAサイクルにのっているのかどうかを議論すべきところだと思います。院内事故調査も調査機構に報告するだけで、その病院が公開するという方針を持ってない限りは公開できないという法律の壁があると思います。院内事故調査報告書を少なくともこの委員の先生方にご評価いただくことは将来あると考えてよいのでしょうか。

○徳洲会法人本部

私自身は、全てのご家族にご了解いただきましたら、ホームページに掲載するか、少なくとも

も、保健所、医師会の先生方には、このように処理をしたということを報告し、透明性を確保できる最低限のことについてはやらないといけないと考えています。

○神戸徳洲会病院

自分が考えておりましたのは、これまで行政指導、行政処分を受けてから、1回も自発的にこれを公表したことがなく、これは大問題で、深く反省しております。

今回、この部会が終わりましたら、ホームページ等含めて地域の皆様に公表していきたいと考えております。

○委員

今回のことに関連して、徳洲会グループとしての報道公表基準などは存在するのでしょうか。

○徳洲会法人本部

報道公開基準についてグループとして定めているものはございません。その都度、各病院で判断することになるかと思えます。

○委員

各病院に委ねられているということですか。

○徳洲会法人本部

法人全体としての規定というのは現時点ではございません。

○委員

了解しました。

○委員

委員の方々からご意見が出なかったのが代表して言いますが、おそらく垂水区の医師会長の意見を代弁することになるかと思えます。

徳洲会理事長から神戸市長宛てに出ました文書の1ページ目には、そもそも神戸徳洲会病院はどのような病院かが書いてあります。1986年に開設し、40年にわたって神戸市垂水区の救急医療等、地域医療を担ってまいりましたと、これは自負しておられるんですね。確かにそうだろうとは思いますが、しかしながら、色々と問題が発生したという文書になっている。

私が気になるのは、この病院が地域に対してどういう貢献をしてきたのか、それからこういう問題が起こって、これから先何を目指す病院になられようとしているのか、という理念です。次のページのいくつかの問題を掲げておられる中に5つ目の問題点があり、そこには「病院長が患者を断らずに受け入れる意識が強いあまり」と書いてある。これはどういうことか先ほどから考えていましたが、要するに、地域に発生した医療デマンドをしっかりと吸収する、応受するということが、患者がいるからそれを受け入れる病院であった、地域の要請があるから受け入れてきた、ということですが、医療安全との間でのバランスをすっかり欠落した医療体制を作ってしまったと書いてあるんです。

そして、最初の文章で徳洲会病院はこういうことを40年やってきたと記載していますが、こ

れからも同じようにやっていかれるのかということです。地域における医療デマンドを吸収する病院として、これから先も同じようにやっていくということであれば、これからの病院として足りないのではないかと、ということです。

地域に対して、地域の安全や1人1人の患者の安全、といったことはある意味当然で、入院してこられた患者に対して最大限の安全を図るのは病院のイロハです。だから、そのことだけではなく、地域における住民の方々にどれだけの安全と安心をもたらすことができる病院かという観点が欠落していたから、医療のデマンドを吸収する病院としてあったということであれば、これから先もそういう病院としてこの垂水の地域で医療活動するのであれば、また同じ問題を起こす病院ということになるのではないですか。

単に患者がいるから受け入れるというだけの問題ではなく、いかにこれから神戸徳洲会病院が、地域の中で、あの病院で助けてもらった、あの病院はとっても親切だ、あの病院は本当にいろんなことで面倒見てくれる病院だ、先生もよく説明してくれるし、看護婦さんも優しいといわれる病院にならないといけないということです。地域の安全と安心と、その地域における地域の将来像の一部分を担う病院になるかどうかということではないですか。そのことをきちんと病院の理念に書き込まないと。

患者がいるからとにかくできるだけ受け入れていたという中に欠落点が発生したということであれば、患者への対応をどのようにしていくかをしっかり語らないと、これから先、地域の住民の方たちから見放されることによってこの病院の将来はなくなるのではないかと思います。40年間何もされなかったと言うわけではなく、地域においてしっかりした役割をされてきたのでありましょうけれど、そのスタンスが不十分だったということをしっかり認識されて、そこを踏まえないと、これから先この地域の病院として住民が承認しないのではないかと思いますので、一言言わせていただきます。

○徳洲会法人本部

ありがとうございます。先生のご指摘の通り、あまりに思い上がりの記述だと私自身も思います。修正をさせていただきたいと思います。

私自身、震災の時からこの神戸徳洲会病院に出入りをさせていただいて、その時明石の方まで患者を送っていったりしまして、全ての病院に受け入れていただきました。

ご指摘の通り、病院単体で存在できるわけありませんので、思い上がることがないよう、記述を修正させていただいて、地域の中で患者に愛され、先生方にも目を向けていただけるような病院ができれば、それが理想形だと考えます。

あえて徳洲会と言わず、地域の中の一病院として病院のあり様の見直しをさせていただきたいと思います。ありがとうございます。

○委員

なぜそういうことを言うかということ、私ははっきり知らないし、深入りはしたくないですが、病院の拡充や次の病院への布石などいろんなことがあって、そういったことを急がれていたような様子もありますので、本当にその地域で何が求められていて、地域に対してこの病院がどういう貢献ができるのかという観点からしっかりお考えにならないと、言葉は悪いですが、収支だけの問題で、あるいは儲けだけの問題でこの病院の運営を見られるととんでもないことになる。

○神戸徳洲会病院

ありがとうございます。全くその通りだと思います。当院がこの地域、垂水の地域で求められているのは、救急、小児、周産期であるということは重々承知しております。それも肝に命じて、安全な医療を提供できるような病院にしていきたいと思います。ありがとうございます。

○会長

よろしいでしょうか。それでは、徳洲会病院の関係者の皆様は一旦ご退席をお願いいたします。

《徳洲会病院退出》

○会長

委員の先生方から色々ご意見が出ましたので、行政の方から徳洲会の方に色々ご指導いただければと思っています。

全ての議題が終了しましたので、これを持ちまして地域医療構想調整会議 病床機能検討部会を閉会とさせていただきます。最後に事務局より何かございましたらお願いいたします。

○事務局

本日は長時間にわたりご議論いただき、貴重なご意見たくさんいただきまして、ありがとうございます。

いただいたご意見を踏まえまして、資料6でお示ししております評価の内容や、徳洲会病院に対しての指導に付け加えることなどを整理しまして、また改めて文書等を通じてご連絡、お返しをさせていただきたいと思っております。

冒頭で申し上げました通り、本案件に関しての当部会の開催は今時点では全体4回で予定しております、次回は8月で予定をさせていただいております。

非常にお忙しい中長時間にわたってご議論いただきまして、誠にありがとうございました。本日はこれにて閉会とさせていただきます。