

## 2024 年度第 2 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 8 月 8 日（木曜） 17：57～19：45  
場 所 三宮研修センター705 会議室

### 1. 開会

### 2. 健康局長挨拶

### 3. 議事

（保健所より資料 3～4 について説明）

（医療法人徳洲会、神戸徳洲会病院より資料 5～資料 5-6 について説明）

#### ○会長

ありがとうございました。これまでの保健所および神戸徳洲会病院の説明につきまして、ご質問・ご意見はございますでしょうか。

Web でご参加の先生方につきましては、事務局に確認しご指名しますので、ミュートの解除をお願いいたします。

#### ○委員

資料 5-2 のインシデント・アクシデント集計のところで質問があります。件数は確かに病床の 5 倍以上ということで 2,100 件と多いですが、内訳を見させていただきますと 3b 以上の症例が極めて少なく、通常病院であれば転倒骨折など 3b 以上になる症例は結構あると思います。レベル決めとかはどなたがどのようにされているのでしょうか。

#### ○神戸徳洲会病院

レベル決めは決められたものがあると思いますが、レベル 0 からレベル 5 までのもので書いていただいております、もし間違えて入力された場合は医療安全管理者が確認をして変更をしたりしています。例えば転倒、転落で骨折事例がある場合は 3B になると思いますが、そうでない場合は、レベル 2 で当院では設定をしております。徳洲会病院の医療安全部会の方でも転倒事例はレベル 2 という形で関西、大阪ブロックで統一した形になっていますので、そのようにしています。骨折事例等がある場合は 3B 以上でチェックをしています。

## ○委員

事件事例のうち2例の調査報告書を拝見しましたが、その説明の中の言い回しや報道をみますとよくわからない部分があって、1つご質問させてください。私も医療事故調査制度の総合調査委員会で調査委員をやっている立場から言いますと、この医療法6条に基づく医療事故調査は医療過誤であるかどうかは問わない。医療事故であって予期せぬ死亡であるという条件なんです。先ほどのご説明の中で、明らかな過誤性があるものについては4例で謝罪等もされているのですが、医療の過誤性があるかどうかはわからないが予期せぬ死亡であったものはないのでしょうか。そこが心配なんです。事前に十分死亡の可能性についてご家族に説明するなり、何らかの記録があって亡くなったケースであれば、当然予期せぬ死亡ではないことになりませんが、過誤がなくても予期せぬ死亡であったものはもしかしたらしたら届け出て調査をしないとけないんじゃないかと思いますが、その辺について、ご説明いただけますでしょうか。

## ○徳洲会法人本部

個別事例で検証されている残りの9例になりますが、この事例につきましては全て検証をして、医療事故調査の委員になられている外部の先生にも評価していただき、医療に起因した予期せぬ死亡、いわゆる制度の対象になるかどうかということも判定していただきました。1例気になる事例がありまして、これにつきましては院内調査委員会を改めて開いて医療に起因する予期せぬ死亡に該当するかどうかを改めて調査しております。その結果、これは医療に起因する予期せぬ死亡には該当しないということで判断しておりますので、現時点では追加で制度の対象になるという判断はしておりませんが、いずれの事例も説明同意の点で不備が認められておりますので、こういったことについては調査の報告をまた改めて検証していこうと考えております。

## ○委員

多くの医療機関で過誤がない場合は報告しなくていいのではないかという誤解があり、それがハードルを上げているというような指摘がありますから、改めてお聞きしました。

## ○委員

資料3-1と資料4につきまして、今まで医師の絶対数の不足ということで改善計画が出ています。今後、8月のこの検討部会終わったあとも1年間は継続して行政が指導に入るという話を聞いておりますが、ここに記載のある医師数とベッド数の稼働の割合、例えば医師1人当たりの病床数が達成できない場合は1年後、あるいは2年後以降、病院としてどのような方針で考えておられるのか。例えば充足ができない場合はこれ以上稼働病床数を増やさないとか、あらかじめそういう方針を持っているのかということを確認したいの

ですが、いかがでしょうか。

○神戸徳洲会病院

法人本部の協力のもと間違いなく医師数を確保するということになっておりますけれども、先生ご指摘のように、万が一にも揃わなかった場合には、患者安全最優先のため、おおむね1名当たり10人から15人以上の受け持ち患者数にならないようにやっていきたいと思っております。

○委員

この場でそれ以上にならないように確約していただけるんですか。

○神戸徳洲会病院

確約いたします。

○委員

わかりました。それから救急搬送に関しても現在制限を設けてされていますが、これも同じように考えていいんですね。

○神戸徳洲会病院

はい。

○委員

ありがとうございます。

○委員

患者安全を専門とする立場から、今の時点で確認しつつ、今後に向けて克服した方がいいのではないかという点について幾つか申し上げさせていただければと思います。

まず、病院長の安全への意識や、安全を最優先としていなかった組織の管理体制、安全部門のメンバーの実際のパフォーマンスなど、管理者層の課題をいかに克服するかについてです。多分にどの病院でもそうだと思いますが、いわゆる医療事故やあるいは過誤かもしれないといった出来事が発生した際に、その可能性を念頭に置いて、事故調査や検証の俎上に載せていくことに対して、必然的に生じる管理者層の後ろめたさのようなもの、つまり職員に対して攻撃的に捉えていると思われはしないかとか、窮屈さや面倒くささ、あるいはこんなことをいちいち調査していたら診療自体が成り立たないんじゃないかというような感情、それから仮に外部の調査などを経て結果が出たときに寝た子を起こすんじゃないかとか、警察沙汰、裁判沙汰、報道沙汰といったようなことに対しての漠然とした不安

といったようなものが、医療機関の長には必然的に発生します。これをいかに克服するの  
かということが、極めて重要なことではないかと。私も 20 年この仕事をしてきて痛感す  
ることですが、特に安全部門にはたくさんの情報が集まってきます。院長が、安全部門か  
らの上申を受けた際、一定の基準を持ちながら、どんな状況であっても判断がぶれないよ  
うにすること、この時の院長の姿勢、音頭一つで安全部門のパフォーマンスはガラッと変  
わってきます。この辺りを早期に克服されることにご留意いただけるといいのではないか  
と思いつつ聞いておりました。

次に、患者安全部門が日々のレポートを読みながら何を重要な事案としてトリアージし  
て上層部に伝えるのか、トレーニングが必要です。端的に、医療行為中に発生した人為的  
なエラーに伴う有害事象、疾病発生といったものに関して、確実に拾える能力を持たねば  
なりません。もっと言えば、それらに対する適正な診療費用の切り分けと減免措置、新た  
に発生した医療費について病院で負担するといったこと、日々、これが適正にできている  
かどうか。重大な案件に限らず、軽微な案件に関しても安全部門がそれをしっかりとトリ  
アージして、何から潰していくのかといったところを、しっかりと線引きできているか、  
報告の受け手側にそういった能力があるのかといったところが注目されるべきところだ  
と思います。

先ほどインシデント報告の数をご紹介いただきましたが、インシデント報告数をモニタ  
ーしている意義がまず十分理解できていないのではないかと気がしました。インシデン  
ト報告を毎月毎月私たちが関知する意義は、院内で発生している重大な出来事を上層部が  
把握するための報告母数が確保できているかどうかを確認するという、それがまず一  
つ目としてあると思います。そのためには医師の報告行動の活性化が求められる。とい  
うのは、医師が報告してくるものの重症度が他の職種に比べて極めて高いというデータが  
あるからです。もし貴院に目安がないのであれば今から私がお伝えする数字を目標にしてい  
ただくといいのではないかと思います。まず全職員からの報告総数は、病床からの 6.6 倍  
以上を目指す。同時に目指すべきは、病床からの 6.6 倍した積にさらに 0.08 をかける。そ  
の数値以上を医師が報告しているということ、この二つを満たしてくると院内で発生して  
いる重大な案件の 9 割から 9 割 5 分ぐらいを把握できるのではないかと考えているからで  
す。その両方をまず同時に満たし、さらに医師、看護師以外の職種の方の報告が全体の 2  
割以上となるようにする。この目安に比し、神戸徳洲会病院は今のところインシデント報  
告総数と、他職種からの報告数はクリアできているのではないかと思います。医師の報  
告が足りないと認識しました。もう一つ、先ほど 3b 以上が少ないのではないかと  
いうご意見がありましたが、もし目指すのであれば、病床数以上の 3a 以上の報告があるかど  
うかを目指されるといいのではないかと。つまり 300 以上の 3a 以上の報告が上がって  
いるといったことを満たしていきますと、一つ目の目的としての重大な案件の取りこぼしが減  
ってくるかと考えておりますので、基準にさせていただくといいのではないかと  
思います。

二つ目は、改善、事故防止に向けての端緒とするということです。これに関しては数字

はあまり問題ではなく、1通でも2通でもインシデント報告があればそれにしっかりと向き合い、貪るように改善に繋げていくという姿勢が必要であって、それを語るときにあまり数は関係ないものとなります。

三つ目ですが、全体的な報告行動の活性化によって、組織全体の意識やガバナンスが向上していくといった副産物的な効果があります。例えば職員の報告が年々増えてくると、何となくみんながそういうことを厭わなくなって躊躇なく色んなことが報告できるようになってくる。職員の習慣となり、行動変容をもたらすということです。

四つ目の目的があるとすると、インシデント報告数をうまく使うと、改善のアウトカムの指標に使える可能性があるということです。分母分子などを明確にしながらそのプロセスの実施率とアウトカムの変化といったものを測定することが可能になる、ここにはコツが必要になると思っています。

職員に報告するよう言うときには、何を意義として、どの職種に対してどのぐらいの目標を持って行動して欲しいのかといったことを明確にしながら伝えていくとより良いのではないかと思います。多くの医療機関で見られるように、漠然とした数値設定の下、安全部門がただただ報告をあげろと言い、職員も何だかよくわからないまま、ひたすらレポートを書かされているというような変な文化が定着してしまっただけからでは遅いので、今の段階でそれを申し上げておきたいと思いました。

また、ピラミッドについてお示しただけでとても良かったと思っています。この数年で死亡者数が増え、結果的に俎上に上げる事例が増え、事故調査に上げる数も一定数あるということで健全な状況に近づいてきていると思います。その上で、調査の結果、過誤死であった、あるいは過誤、過失による重大な案件であったという事例が最終的に何件あったのかを把握しておくといいです。私達の報告行動が活性化し、つまり院内のアンテナが高いレベルで維持されることにより、過誤死が一定数把握される。それが徐々に減っていき、最終的にはゼロ化するという、これを大目標に据える必要がある。そういったことが見え、追いかけるような測定の仕方、さらに言えば業務を始められていくといいのではないかと。これは多分1年2年ではなかなか良い成果が出てこないはずですが、5年、10年ぐらいかけて、その間の取り組みが間違っていなければ成果が出てくることだと思っていますので、チャレンジされるといいのではないかと思います。

それから重大事故調査の報告書がいくつかありました。ここにあったのが2件、他にも2件あるということです。重大事故調査から導かれた再発防止策の中から、院内で公式にモニターする項目を明示することが求められます。できることなら四半期ごとぐらいに安全部門がラウンド調査などをして、定着しているかどうかを確認する。最低2年ぐらいはラウンドをして、9割、95%ぐらい確実となれば、確認リストから外すといったような取り組みをされていくといいです。調査委員会からの再発防止策は漠然とした努力目標的なことも多いですが、ここで肝要となるのが、それをいかに定量化した数字目標に設定できるかということです。少しコツがいると思いますが、そういったものを定めてきっちり

とモニターしていく。1年後、この会での評価においても、「当時はこのぐらいだったのが、今こうなってます」というようなことをご説明いただけるといいのではないかと思います。

さらに、平時活動の最も重要なこととして、病院の1年間の目標を病院長から毎年示すことが挙げられます。「今年はこれとこれとこれに病院として取り組むんだ」という数値化された年度目標を提示して、全部署がそれを理解して病院の目標達成のために努力するというようなガバナンスの一直線化を図ることが効果的だと思います。他施設でJCIを経験されている先生方が今はトップにいらっしゃいますので、私が申し上げなくても重々ご理解されていると思いますが、少なくとも神戸徳洲会病院においては殆ど実践されていなかったことだと思いますので、そこをご指導いただければいいかと思います。

最後、気になったことで、PDCAという言葉が何度も出ていますが、医療界が見よう見まねでやってきたPDCAというのは、起承転結でしかなく、漠然と目標を立て、対策したらどうだった、といったような4段落でしかないのです。そうではなくて、産業界で育まれた正しいPDCAとは、プランにかなりのロジカルな取り組みとボリュームを要するもので、プラン8割とされています。「問題解決8ステップ」などで調べると教科書的には出てきます。そういった正しい形のPDCAをぜひこの機会に会得され、定着させると効果が早いのではないかと、また数値化測定もやりやすくなると思います。漠然と改善のための号令をかけているというだけではなく、歯車の噛み合う方法をこの際導入されるといいのではないかと思います。

最後にご質問ですが、インシデントのデータで多職種からの報告がなぜこんなに多いのか、特に事務はどういうものを報告しているのか関心がありますが、この点はいかがでしょうか。

#### ○神戸徳洲会病院

事務の方からは医事課部門から多く報告があります。カルテを出し間違えたとか、会計を間違えたとか、レベル0の報告が多いかと思います。

#### ○委員

報告行動が活性化されている職能が院内にいるということは皆さんの武器になるのではないかと思いますので、ぜひそのあたりに焦点を合わせながら横展開を図っていくのではないのでしょうか。そこがひよっとしたら活路にもなるかと思いましたので、ご検討いただけるといいと思います。

あと一つ、安全文化調査の改善方略についてももしお考えがあればと思いますが、いかがでしょうか。

#### ○徳洲会法人本部

安全文化調査につきましては、報告の中で特に4つの項目のスコアが悪化していることをご説明させていただいたかと思えます。非懲罰的対応というところがございますが、先ほどご説明させていただいた通り、インシデントレポートを提出することが自分の評価に繋がるのではないかというのが、実際に研修のアンケートで数多くの方からできたということを聞いております。そのためインシデントレポートの研修会を実施しているのと同時に、こちらにつきましてはハラスメントの問題等も絡んできますので、ハラスメントの研修会やコンプライアンスホットラインも含めた研修会を現在実施しており、報告することが懲罰に直結しないということに関する研修会等に取り組んでいきたいと思っております。部署間の連携、情報伝達といったところに関しましては、今回発生した事故に関しまして部署間の連携で情報伝達できていない点が見受けられたところがございますので、申送書の明確化等で、現在改善を図っているところがございますが、今回部署間の協力といった点で、部署同士のコミュニケーションを図っていく意味で、皆が意見を言い合える場であるとか、そういった対策をとっていかうと思っております。課題が挙げられた点に対しての具体策につきましては、今回神戸市保健所の「取組中」というところにも関わってくる内容だと思えますので、早急に対策案を講じた上で8月末までには具体的な案を示していきたいと考えております。

#### ○委員

チームスキルトレーニングの導入など積極的に考えられるかと思えます。全職種もですが、管理者層を対象としたアドバンストコースのようなものも検討されるといいのではないかと思いますので、付言させていただきます。

#### ○委員

本部の安全担当の方も来られていますのでお伺いしたいと思います。まず、神戸徳洲会病院の医療安全体制というのは根本的なところから構築をしていかなければいけない状況ということで、今回の内容についても、どうしてもここに軸が行くわけですけれども、今後さらに貴院の体制をしっかりと維持していくということになりますと、高度な医療を提供する中で、一つの病院の中で質・安全を完全に管理していくのはなかなかエネルギーが要ることだと思います。場合によっては独善的なことになっていくこともありうるかもしれない。徳洲会はグループ病院で本部がしっかりと管理することも可能な組織、グループではないかと思えます。先ほど医師の確保という部分では本部がきちんとサポートしていくという話もいただきましたが、今後質・安全を維持していく、さらに向上していくことにおいて、1病院に任せるのではなくて、本部が中心となって、場合によっては全国の徳洲会病院をしっかりと管理していく、介入していくことも考えられるのではないかと思えます。我々の病院でも近隣の同規模の病院と医療の質・安全に関しましては、例えば相互チェックなどもやっております。そういう部分に関しましてはグループ内の近隣の病

院でお互いにそういう機能を高め合うという形は、もう既にある程度されていると思いますが、その部分が今後しっかりとした医療体制を維持していく上で重要になるし、グループとしてもメリットにもなるのではないかかと思うんですけれども、現状それから今後どのように考えていかれるのかお伺いしたいと思います。

#### ○徳洲会法人本部

今回の問題が起こりまして、現在、法人本部の医療安全担当チームが神戸徳洲会病院にほぼ転勤の形で常駐させていただいております。この体制は来年の8月、9月の機能評価の受審まで維持しようと思っております。また、私は法人本部で医療安全の部門にありますが、全国の医療安全管理部会という医療安全管理者を束ねるグループの中の事務局もしている関係で、今回の事案を受けて各病院の医療安全管理者が定期的に現場に入って指導するという体制を継続しております。これはこの1年間に限らず継続的にその支援を行っていこうと思っております。

あわせて私の部門は医療の質という部門の法人本部の中で、全国にありますグループのJCIの取得病院、機能評価を取得している病院のQI、医療の質を担当するような事務との連携もごございますので、そういった方にも支援に入らせていただきながら神戸徳洲会病院を継続的に支援をしていく体制を組んでいきたいと考えております。

また相互のラウンドという点つきましても、指摘がございました通りグループの中ではラウンドをしておりますが、グループ内でのラウンドということの甘さというものが今回あったのではないかと考えておりますので、質の向上であるとか地域のグループと関係ないところの総合監査というものも積極的にご協力を仰いでやっていきたいと考えています。

#### ○委員

資料3に徳洲会病院から出された改善計画と是正計画についてまとめたものがありますが、現場の意見のご意見、感想を聞きたいと思えます。3列目の男性の方、お立場は何でしょうか。

#### ○神戸徳洲会病院

神戸徳洲会病院の事務長補佐です。

#### ○委員

事務長補佐として現場でどういう動きになっているか、現場の動きを教えてください。

#### ○神戸徳洲会病院

現場の動きというのは具体的にどのようなことをおっしゃっておられますか。



○委員

例えば、資料 5-1 で様々職員アンケートで非懲罰的文化の醸成が不十分だったということは、インシデントレポートを提出すると懲罰的な環境があったということですよね。

○神戸徳洲会病院

部分的にはそういう形になるかもしれないですけど、私がいるところは医事課というところになります。先ほど事務のところでは医事課の件数が多いという話がありましたが、会計であったり、カルテの預かりであったりの業務で、そういう圧力的なものはないと思います。

○委員

事務方と医療従事者との権威勾配はいかがですか。

○神戸徳洲会病院

免許を持っているドクターと我々事務員で、私は立場がある身としては対等だと思っていますけども、若手職員になりますと、圧力的なところがあったら屈してしまうこともあると思うので、そういうところは私がフォローしてやっています。

○委員

ありがとうございます。続いて前の男性の方も役職を教えてもらっていいですか。

○神戸徳洲会病院

事務長でございます。

○委員

同じ質問で何か追加することはありますか。

○神戸徳洲会病院

まず、権利勾配ということであれば、私もこの徳洲会病院で 20 年ほど働いており、そういった中で言いますと、今までは言いにくい環境であるとか、言いにくい立場というのはあったと思います。

ただ、これに関しては、この 4 月から新しい院長、看護部長を迎えて、風通しのいい職場を目指しておりますので、今後改善していくということで内部では周知をしております。

## ○委員

小児科チームであるとかカテーテルチームであるとか消化器内科のプロジェクトチームであるとか、様々な委員会が立ち上がって職員が疲弊しているのではないかと思います、その辺はどうですか。

## ○神戸徳洲会病院

今までそういう文化がなかったということは確かだと思います。ただ今回に関しては重大なことで職員全体として考えており、職員全員で取り組んでいこうという前向きな気持ちでやっていますので、疲弊をしているということは今はないと思います。ただやはり幹部としては、そういうことを職員同士で確認しあっていくことが必要だと思っております。

## ○委員

最後に看護部長にお聞きしますが、資料3を見ますと、看護部の問題として医療安全文化の部分で、申し送り不十分、連携不足、意見が言えない、あるいは2ページの看護師の臨床に即した研修が不足であったといったことが書かれていますが、それについてはどう改善されていますか。

## ○神戸徳洲会病院

申し送りの不十分や伝達に関しましては、手順の見直しであるとか、申し送りのテンプレートというのも活用しておりましたが、その不備等がありましたので、そのテンプレートの改善を行っております。

後は、漏れのないようにということで、今の業務委員会の方でも業務の見直しをやっていきますと、随時それを師長会で報告をして、進捗確認を行っているところでございます。

もう一つ、権威勾配や言いにくい環境という点に関しましては、私の方からスタッフに声をかけるであるとか、4月に転勤して参った時点で職員全員に面接をして今の状況や困っていることのヒアリング等も行いましたので、声掛けをして随時スタッフに気遣いをすることで、上下関係や言いにくい関係の改善に向けて行動しております。

## ○委員

4月からということですが、4月以前の状態と今と比べて、看護部の中で何か変わったこと、トピックや特色はありますか。

## ○神戸徳洲会病院

外部の機能評価を受審するにあたって、グループ内のサーベイヤーの先生に来ていただ

いていますが、初回に来た時より看護部のスタッフも明るくなったという評価をいただいたときはすごく嬉しかったです。

## ○委員

前回の会議で、インフォームド・コンセント委員会の充実をぜひとお願いをして、それがこの再発防止策に盛り込まれたことに非常に感謝しております。

たぶん言い間違いだと思いますが、先ほど「設置された」と報告されましたが、「設置される」んですね。まだ人選が終わっていないということでしたから。

この人選が極めて重要で、そしてその活性化がとても重要だということをご理解いただきたいと思います。申し上げましたように、インフォームド・コンセント委員会は、単なるお飾りで設置しているものではなく、実際に患者さんに説明される説明文書を1行1行見て、リスクが適切に説明されているか、あるいは誘導的でないかをチェックしたりします。また、雛型がたくさんあって、その雛型を医師が自由に選んでそれを渡した上、さらにその個別の患者さんについての追加情報を記載するだけで済むため、現場の医師の手間が非常に省けるわけです。現場の負担軽減にもなるわけですから、そういった雛型がたくさん作られていることは病院としてのメッセージになります。今170という数字が出ていますが、0から170になるというのは、どう考えてもどこかの雛型を持ってきたと思いますが、現実にはその医療行為を行う医師が、「これとこれとこれが私達の基本的な医療行為なので雛型を作っておきたい」と現場が思い、それをインフォームド・コンセント委員会がチェックして、お墨付きを与え、それが各診療科の蓄積になっていく。それで初めて医療安全が実現するし、患者さんのインフォームド・コンセントが実現するわけです。ですからどこかから持ってきて170あったらこれでいいというのではなくて、必ずその診療科において、軽い処置から重大な手術までの基本的な医療行為をリストアップしてもらって、そしてそれについて原案を作ってもらって、その内容をチェックするインフォームド・コンセント委員会が、頻繁に開かれているということが医療安全にとってとても重要です。ぜひそこを実現してほしい。それにあたっては人選もとても大事で、例えば全員医療者で構成されると、患者さんにわからない言葉が書いてあったり患者さんがリスクをリスクとして捉えられないような表現がされていたりすることもあります。そういう意味では必ず患者の代表的な立場の方を入れてほしい。患者の代表の方というと、ついつい病院にとって良いことを言ってくれる患者会の人とかになってしまっていますが、そうではなくて、本当の意味で患者の権利を守るために何か発言をしないとと思っている人に入ってほしいんです。

産科医療補償制度の原因分析委員会では、医師3人と普段患者側に立っている弁護士と医療側に立っている弁護士1人ずつという構成なんです。本当は患者側弁護士だけでもいいのではないかと思います。それだと病院としては危機管理上心配でしょうから、医療側の弁護士1人と患者側の弁護士1人がそのインフォームド・コンセント委員会に入って

いるだけで信頼感がものすごくレベルアップするだけではなくて、書いてある文章が論理的かどうかとか、患者にとってリスク情報が実感としてわかるような書き方になっているかといったこともチェックできるんです。ですから、これから8月末までの人選の中で、「おお、やったな」という内容の人選をしていただきたい。

そして1年後、この状況をチェックするときに議事録がとても大事です。インフォームド・コンセント委員会で何を検討して、どういう意見を出してどう修正されたかという議事録が1年後に保健所が入った時に、どれぐらいインフォームド・コンセント委員会が患者の権利擁護とか、医療安全に機能したというのをチェックする大事なエビデンスになりますから、頻繁に開いてそれを全部議事録を残すということをぜひこの1年間やっていただきたいと思います。

最後に一つ、患者満足度調査を実施しているという話を聞きましたが、従来からの患者満足度調査というのはどうしても患者の気持ちとか、どちらかというとか客観的なデータではない、接遇のときの職員の表情だけでデータが上がったり下がったりするので、あまりよろしくないと言われていて、最近、世界的にはPX（ペイシエント・エクスペリエンス）という指標が出てきています。この調査をやると、患者の気持ちとかとは別に医療関係者がやったことと、それに対する患者の反応が全部数値化されますので、PXの高い病院は医療安全度も高いという相関関係の調査も出ています。ですので、患者満足度調査を改めていただいてPXの調査に方向転換していただければと思いますので、今後よろしくお願ひしたいと思います。

## ○徳洲会病院病院本部

まず1点目のIC委員会につきましては、まさに先生ご指摘の通りの議論を院内でもしております。今、外部の医療安全の支援として大学の教授に入らせていただいております。その意見の中でも、IC委員会は少なくとも医師は内科系、外科系、そして患者の立場から素人でもわかるような内容でチェックできるような人選をするのがいいのではないかという意見があり、そういった人選をいち早く行っていきます。この8月までに本当に適切な人が選べるかどうかという問題ありますが、少なくとも素人というか医療関係者ではない意見を聞いてチェックできる体制で人選を進めようということで協議をしているところでございます。

それから2点目のPXにつきましても、これもグループ全体として、こういったことがグローバルスタンダードとしてトレンドになってきているという協議をされていて、まだ全体での調査までは至っておりませんが、先行して実施している病院もありますので、そういった病院のやり方を確認しながら、当院でも導入できないかどうかを早急に検討していきたいと考えております。

## ○委員

私はこの会議に第二次救急病院協議会の代表として出席させていただいています。今までの議論の中でなかったことですが、神戸徳洲会病院がこの1年救急を止められており、神戸徳洲会病院の周りの救急の体制がぼっかり穴が開いたような状態になっています。もともと神戸徳洲会病院が年間2,000件以上の救急を受けておられたということがありまして、そこから神戸徳洲会病院の周りは真空状態になっていて、周りの病院の負担が増えている。それは何とか耐えられますが、それ以上に地域の方にとってかなり不利益があると思います。私は須磨区で病院を運営していますが、それをひしひしと感じておりまして、以前は優秀な救急専門医の方がおられて、救急実施していましたが、今はストップをされています。

神戸徳洲会病院が救急を制限するということは二面性がございまして、院内の体制を整えていただくというメリットもございまして、逆にそれで救急のたらい回しという言い方はおかしいですけど、そういったことが増えているということが現実にはございまして、救急についても検討していただきたいと思います。循環器内科、消化器内科、整形、それから産婦人科の今後の体制についてはお聞かせいただきましたが、救急体制に対してはどのようなビジョンを持たれているのかお答えいただきたいと思います。

#### ○神戸徳洲会病院

我々の病院の今後の目指す方向としては、救急、小児、周産期ということで、今、救急は常勤換算で2名はおりますけれども、最終的には最低でも5名ぐらいの人数を持ちまして、西神戸地区といいますか、垂水、西区の小児、救急、周産期を診ることができる総合病院という形を目指しております。我々が3か月救急をストップしたことで周辺の病院にご迷惑をかけたのは重々承知しておりますけれども、8月末の改善計画の実行が完了できましたら、患者安全を最優先しますけれども、救急は受けられる限り受け入れていきたいと考えております。

#### ○委員

1つ伺います。これから、医療安全を維持していくということであれば、やはり医師の確保が最大の問題だと思いますが、この7月に徳洲会病院から医師会に19名の先生が入会したいということでお話がありまして、もちろん入っていただきました。ただ、その19名の先生の中で18名の先生が神戸徳洲会病院以外の他の病院にもお名前が出ている。6名の先生に至っては、別の2カ所の病院にお名前が出ており、おそらく神戸徳洲会病院でのご勤務はそんなに多くの日数がないのではないかと思います。現状としてはこういう先生が多いのでしょうか。

#### ○神戸徳洲会病院

19名入ったうちの17名が消化器内科医で、僕についてきた医師ですが、グループ病院

として、離島、僻地病院を都市の病院で支えないといけないということで、これまで通りそちらの方の診療体制も整えております。消化器内科医 17 名が入りましたが、常勤換算に直しますと 4.5 名ほどになりまして、体制の計画では、現在も消化器内科の医師を常勤換算で 4 人として計算した上で、今後の目標を立てております。

できる限り固定でと思っておりますが、今回、病病院が緊急的な状態に陥りましたので、やむをえず緊急避難的にとった措置というところでご理解いただければと思います。

#### ○委員

承知しました。

#### ○委員

色々とお聞かせいただきまして、医師の人員確保というところも非常に議論していただいていると思うんですけど、それを支えるという意味ではコメディカルも非常に重要になると思っております、全く議論に出てこないところが気になりましたので、今後どのような体制をお考えかをお聞かせいただければと思います。

#### ○神戸徳洲会病院

コメディカルに関しては、病床数に見合った数、また働き方改革ということもありますから、今までの人数では駄目だということで、コメディカルの増員に向けて努力をしております、来年に向けて人員を確保している状態です。今、患者数が減っている中、業務量が少し落ちている中ではありますけど、各部署に関しては人員を増やしている状況です。決して今の状態でいいとは思っていませんし、医師だけ増やせばいいとは思っていませんので、事務員、コメディカルも増やすという方向で進めております。事務に関しましては、メディカルコーディネーターの医師事務も含めて、医師をサポートするという意味で人員を増やす方向でグループの中でも動いている状況です。

#### ○徳洲会法人本部

少し補足させていただきます。具体的なコメディカルで言いますと、臨床工学技士の充足というのが喫緊の課題かと思っております。

消化器内科の体制もそうですし、循環器内科の再開に向けても、現状の体制では臨床工学技士の体制が不十分であると考えております。これにつきましても、グループ法人で不足がある場合には連携をして充足をしていく体制について本部とも確認を取っておりますので、コメディカルの不足がある場合にはきちんとその措置を取っていきたいと考えております。

#### ○委員

医師ももちろんそうですし、コメディカルに関しても決して採用は楽ではないと思いますので、合わせて計画的にお願いできたらと思います。

#### ○委員

先ほど救急のことでお伺いした時に、周産期と小児科に特化するように聞こえたのですが、それ以外の救急はどのようにお考えですか。

#### ○神戸徳洲会病院

救急は救急全般です。その救急と特に個別の診療科としては小児科と周産期は力を入れてやっていきたいということですので、誤解を招くような説明で申し訳ございませんでした。

#### ○会長

それではこれで議論は尽くしたと思いますので、終了したいと思います。

8月末の改善の完了を目指して、神戸市には先ほど色々ありました議論について指導いただきたいと思ひますし、徳洲会には真摯に実行していただきたいと思ひます。そして医療安全体制が構築できましても、臨床の場でどういう効果が出るのか、継続的に有効な医療安全が確保できるかということについては、またこれから1年間我々も見守っていききたいと思ひます。

それでは最後に事務局から何かございましたらお願いします。

#### ○事務局

本日は長時間にわたりましてご議論いただき、貴重なご意見もいただきまして、ありがとうございます。

本日のご意見を踏まえまして、残された取り組み中の項目を中心にこの8月末までに、神戸徳洲会病院の改善措置の状況を神戸市保健所として、しっかりと確認し、完了ができているかどうか、市として判断した上でご報告をさせていただきたいと思ひてございます。また、会長からもありましたが、改善措置が完了できた上で、ではございますが、その後1年間、改善措置が適正に運営されているかを見ていくということで委員の皆様からご意見をいただいております、そのように進めていこうと考えてございます。8月末に改善ができているということになりましたら、次回また半年後ぐらいのイメージでございりますが、来年の1月か2月に3回目の会議をさせていただければと思ひてございます。引き続きよろしくお願ひいたします。

それでは委員の皆様方におかれましては、お忙しい中お時間をいただきまして、どうもありがとうございました。本日これで終了させていただきます。