

## 川崎協同病院における「気管チューブ抜去、薬剤投与死亡事件」 についての内部調査委員会報告（2002.7.31）

- I はじめに (p2)
- II 内部調査組織と調査方法 (p3)
- III 診療録にもとづいた入院経過の概要 (p5)
- IV 患者死亡当日の病態、および抜管とその後の薬剤投与についての評価 (p10)
- V 聞き取り調査と記録にもとづいた患者死亡当日の経過概要 (p12)
- VI インフォームド・コンセントについて (p14)
- VII 事件発生後、発表までの経過と病院の対応 (p18)
- VIII 本事件が生じた原因と背景 (p24)
- IX 再発防止の取り組みと病院の抜本的な改革にむけて (p35)
- X おわりに (p42)
- X I 資料
  - 1. 入院診療録概要 (p43)
  - 2. 病院管理機構図 (p47)
  - 3. 安全管理マニュアル (p49)
  - 4. 医療生協の「患者の権利章典」(p54)
  - 5. 内部調査委員会記録 (p55)

川崎協同病院における「気管チューブ抜去、薬剤投与死亡事件」  
についての内部調査委員会

## I はじめに

川崎医療生活協同組合は、あらためて、今回の「事件」によりお亡くなりになられた患者様のご冥福をお祈りし、ご遺族に対し心からのお詫びを申し上げます。また、このことにより国民の皆様に医療に対する不安感、不信感を広く喚起したことについて深くお詫び申し上げます。

私達は、長年、患者様の人権を尊重する医療を追求してきたつもりでした。その病院でこのようなことが起こったこと、また、発生後3年半も放置されていたことは、私たちにとって痛恨の極みであり、一日も早く患者様の信頼を回復するために、今、職員一同が全精力を傾注しています。

私たちは今回の事件を自ら徹底分析し、その問題点を速やかに、かつ具体的に改善していくことが、亡くなられた患者様とご遺族、また社会に対する責務であると考えています。このような目的で、調査のための委員会を事件公表直後の4月22日に発足させました。委員会では、調査・分析をできるだけ公正・中立・客観的に行うためには、外部の識者による評価が不可欠であるとの結論に達しました。そして、日本医科大学常務理事の岩崎栄先生等のご尽力により、5月9日に有識者の方々による「外部評価委員会」が設立され、内部調査委員会と並行して調査・分析にあたってきました。

6月17日にはそれまでの調査結果を「中間報告」として川崎市に提出し、同時に報道機関を通じて公表いたしました。「中間報告」は、情報公開を積極的に行う立場から全職員に配布し、病院のホームページに掲載するとともに、病棟、外来で患者様が自由に閲覧できるようにしてご意見をいただいてまいりました。その後、川崎市をはじめ各方面からのご意見も参考にしながら調査・分析を重ね、最終報告書を作成いたしました。

直接関与した主治医とご遺族の協力が得られず、聞き取り調査が実現できなかったこと、事件発生から3年半が経過したために、関係者の記憶が不鮮明であったことなど多くの制約がありましたが、現時点で私たちに可能な限りの情報は収集しえたと考えております。

私達は、「病院における危機管理」という観点から、今回の事件を単に医師個人の問題としてではなく、それを許してしまった病院組織の問題として調査・分析を行ってきました。すでにチーム医療体制の強化や、倫理委員会の立ち上げ、終末期医療ガイドラインの作成など、病院内では事件再発防

止のための具体的な改善の取り組みが始まっています。今回の分析結果をふまえ、私達は調査で明らかになった問題を克服するためのより抜本的な改善策について提起いたしました。今後、外部評価委員会のご意見をいただいた上で、「地域に根ざした信頼できる病院」への再生を目指し、病院改革を速やかに実行していく決意です。

## Ⅱ 内部調査組織と調査方法

### 内部調査委員

佐々木秀樹（医師、川崎協同病院小児科部長）

山崎恒夫（医師、川崎協同病院整形外科部長）

佐藤育男（医師、川崎協同病院産婦人科部長）

杉山靖（医師、川崎協同病院消化器内科部長）

荒木重夫（医師、川崎協同病院神経内科部長）

山内毅（医師、川崎協同病院外科部長）

宗形ふじ子（看護師、川崎協同病院病棟婦長）

穴澤咲知（薬剤師、川崎協同病院薬局長）

二上護（弁護士）

小口克巳（弁護士）

小林勉（生活協同組合連合会事務局長）

掛水久子（看護師、川崎医療生協労働組合執行委員長、平成 14 年 6 月より）

### 事務局

井町和義（川崎協同病院事務次長）

## 調査方法

### 1) 診療録等関係書類の検討

診療録は警察に保管されているため、実物の検討は一回のみで、その他はすべてコピーしたものを  
使って検討した。その他、レセプトのコピー、当時の会議記録、報告書等の書類を検討した。

### 2) 関係者の聞き取り調査

当時の関係者 36 名に対して延べ 43 回の聞き取り調査を行った。原則として複数の委員が面談し、  
聞き取り調査報告書を作成して本人による内容確認を行った。

当該主治医に対しては、2度にわたって委員会としての聞き取り聴取を申し入れたが、断られたた  
め実現しなかった。したがって主治医の発言については、以前の管理部による聞き取り聴取の際の  
記録を参考にした。また、ご遺族に対しても調査へのご協力をお願いしたが協力が得られなかった  
ため、4 月 15 日に病院長、事務長等が面談した時の記録を参考にした。

### Ⅲ 診療録にもとづいた入院経過の概要

本患者は、平成 10 年 11 月 2 日心肺停止状態で来院し、心肺蘇生処置をした後南 3 階病棟（集中治療室）に入院となった。その後 11 月 12 日に一般病棟に移動し、11 月 16 日に抜管、鎮静剤、筋弛緩剤投与後、19 時 11 分に死亡している。以下の記載は本件症例の経過について診療録（医師記録、看護記録、検査所見）を基にして、来院から死亡までの経過を要約したものである。

#### 【外来経過】

昭和 59 年 9 月 8 日（42 歳時）、呼吸困難を主訴として当院初診。気管支喘息と診断された。以後、当院内科外来通院治療。軽度から中等度の喘息発作が特に秋頃に度々見られているが、入院歴はなし。最終の喘息発作の記録は平成 9 年 10 月 19 日。

平成 10 年に入り、1 ヶ月に 1 回毎の定期通院加療中であった。

平成 10 年 10 月 22 日、最終の外来通院。喘息発作の記載はなし。

#### 【入院に至る経過】

平成 10 年 11 月 2 日朝より体調不良の訴えあり。仕事帰りの自動車の中（運転手あり）にて呼吸困難状態となり、夕刻当院へ直行。

来院時、心肺停止状態。外来処置室にて心肺蘇生処置（気管内挿管を含む）を施行したところ心拍再開。瞳孔散大、昏睡状態で南 3 階病棟（集中治療室）へ入院となった（入院時刻：19 時 38 分）。

入院後、人工呼吸器管理（麻酔器によるセボフルレン麻酔 19:38～22:30、以後は酸素および空気）施行。

#### 【入院中の経過】（p8 の病状経過表参照）

1. 意識レベルは全経過において Japan Coma Scale（以下 JCS、意識レベルの指標）200～300 であり、重度の意識障害の状態が持続していた。
2. 対光反射は 11 月 8 日 19 時までは（+）。同日 23 時以降は（-）となり、以後は認められていな

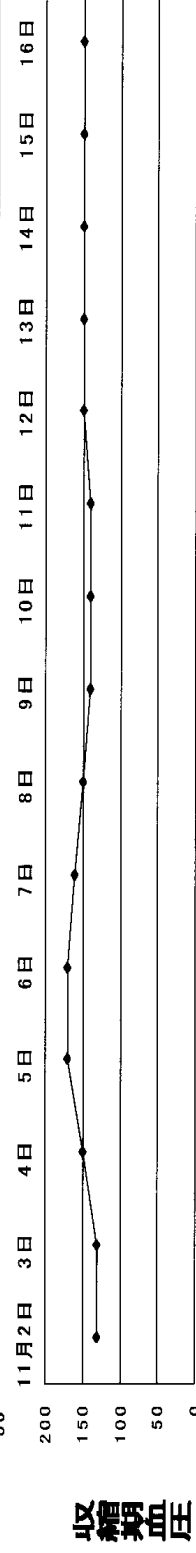
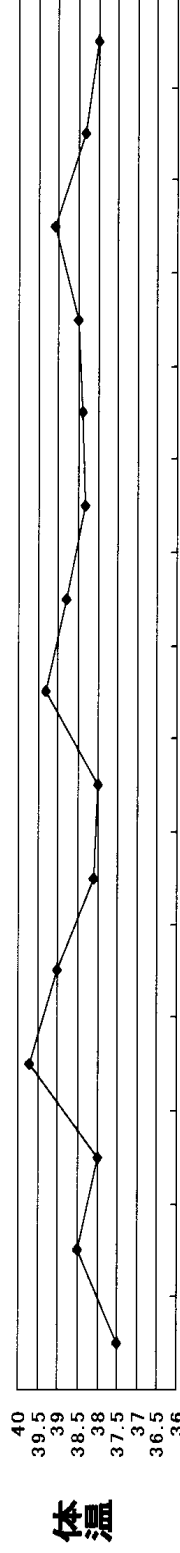
い。

3. 睫毛反射は 11 月 3 日～5日には認められているが 11 月 6 日 11 時の記載より(－)となる。11 月 8 日 11 時および 15 時の記載で(＋)だが 19 時の記載で再び(－)となり、以後認められていない。
4. 体温については各日の検温時のピーク値でみると、11 月 3 日以降は 38.0℃以上が持続していた。
5. 収縮期血圧は来院時を除いて 100 以上であった。心電図モニターの記録によれば異常波形の記録はない。以上より循環動態は安定していたと考えられる。
6. 自発呼吸は 11 月 3 日午前 3 時から明らかに出現してきた。  
11 月 3 日には一時ミオブロック使用下の調節呼吸となり消失するも、  
同日中に再度見られるようになった。  
以後 11 月 8 日まで安定した自発呼吸が見られる。  
11 月 9 日より 11 月 12 日までは無呼吸を交えた失調性呼吸がみられた。  
11 月 13 日より 11 月 16 日までは自発呼吸は安定していた。
7. 1 日尿量は全経過を通じて 800ml 以上であった。血液生化学検査では BUN(尿素窒素)、クレアチニンは一貫して正常値であった。腎機能は正常であったと考えられる。
8. 肝逸脱酵素では GOT は 11/4 107U/l, 11/16 129U/l と著変なし。GPT は 11/4 24U/l, 11/16 130U/l と上昇。胆道系酵素では ALP 11/4 135U/l, 11/16 604U/l と上昇。 $\gamma$ -GTP は 11/4 219U/l, 11/16 298U/l とやや上昇した。以上より肝胆道系酵素は悪化傾向を認めるも、著しい肝障害の存在は考え難い。
9. 白血球数は 11/4 14200/ $\mu$ l, 11/6 8900/ $\mu$ l, 11/11 12500/ $\mu$ l, 11/16 15000/ $\mu$ l であり、初期に改善を認めるも、11 月 11 日以降は再び増多傾向となった。また、白血球分画のうち好中球分画をみると 11/4 90.8%, 11/6 86.4%と上昇を認め、細菌感染が疑われる。  
CRP(交差反応蛋白)も同様に 11/4 10.4mg/dl, 11/6 1.9mg/dl, 11/11 18.8mg/dl, 11/16 27.1mg/dl と、白血球数と同様の推移を示した。11 月 6 日の時点では鎮静化に向かっていた炎症が、再び増悪傾向に向かった事が窺われる。

各種画像診断、細菌学的検査の記録と評価は以下のとおりである。

1. 頭部 CT: 施行せず。
2. 頭部 MRI: 施行せず。
3. 脳波: 施行せず。
4. 胸部単純レントゲン検査: 11 月 16 日に撮影された胸部レントゲン写真において、左上葉に若干の浸潤影が認められる。左下葉の心陰影と重なる部位は撮影条件不良のため評価は困難である。以上の所見から本症例に重症肺炎が存在したとは考え難い。
5. 喀痰培養検査: 11/4 黄色ブドウ球菌、腸球菌が検出された。(11/6 判明)  
11/9, 11/10 緑膿菌が検出された。(いずれも 11/11 判明)  
11/16 肺炎球菌、緑膿菌、セラチア菌が検出された。(11/19 判明)
6. 血液培養検査: 施行せず。
7. 尿検査: 11/4、11/8、11/11 の 3 回施行。11/8 に軽度の顕微鏡的血尿が認められた他は異常所見を認めない。
8. 尿培養検査: 施行せず。

# 病状経過



呼吸管理	IMV		自発
呼吸状態	弱/無	あり(ほぼ安定)	失調呼吸
意識レベル		JCS 200~300	
対光反射	(+)		(-)

WBC(白血球数)	14200	8900	12500	15000
CRP(交差反応蛋白)	10.4	1.9	18.8	27.1
GOT(肝逸脱酵素)	107	128	107	129
Cre(クレアチニン)	0.8	0.8	0.8	0.8



## 入院治療内容の評価

入院診療録をもとに治療内容の評価すると、11 月 4 日の時点で既に機能予後について悲観的ながら、

- ① 心肺蘇生処置後気管内挿管し、人工呼吸器管理を行っており、11 月 6 日に病状に応じて、人工呼吸器から離脱させている。
- ② 血液検査、細菌検査、胸部レントゲン検査を行いつつ、輸液、抗生剤管理を行っている。
- ③ 11 月 8 日家族に、植物状態で固定した場合も想定した病状説明を行っている。

など、11 月 9 日時点までは積極的に対応していたことがうかがわれる。

しかし、11 月 10 日、11 日の高気圧酸素治療（以下、同治療）、特に 11 日中止を余儀なくされたこと、および（診療録上の）家族の「みてもらえない」気持ちをきっかけに、11 日時点では抜管後すぐに再挿管しているが、

- ① 輸液量を減らす。
- ② 11 月 13 日、DNR（心肺停止時に蘇生を試みない）と指示する。

など、対応が消極的になっていく傾向がうかがわれる。

治療の転機となった可能性のある同治療については、低酸素状態を呈して以後なるべく速やかに実施すべき治療法であり、時間が経過し、低酸素状態にさらされた脳細胞が死滅してから実施しても効果は乏しいと考えられる。本患者は 11 月 6 日まで人工呼吸器を装着しており、第 1 種装置（患者一人用）である当院の同治療装置では実施困難であった。6 日人工呼吸器離脱後、10 日になって実施した意義については議論の余地があるが、上述したごとく積極的治療の一貫として、一概に否定することはできないと考えられる。また、同治療の性質および経過から、同治療が本患者の病状を悪化させたとは考えにくい。

#### IV 患者死亡当日の病態、および抜管とその後の薬剤投与についての評価

前述の経過概要と病状のまとめから平成 10 年 11 月 16 日の時点における本患者の

A) 病態評価、

B) 抜管行為とその後の薬剤投与に関しての評価

は以下の通りである。

##### A) 病態評価

- ① 本症例は気管支喘息発作により一時的に心肺停止状態に陥った後、心肺蘇生術を施されて心拍が再開し、人工呼吸管理を受ける中で自発呼吸も再開したが、入院当初から重度の意識障害(JCS-200～300)が持続した。この病態を低酸素性脳症と考えても大きな矛盾はない。その障害の程度が問題になるが、自発呼吸がみられたことから、脳死判定基準(厚生省脳死研究班(1985)、臓器の移植に関する法律(1997))で求められる諸事項を検討するまでもなく、「脳死」とは言えない。一方、回復の見込みについて言えば、神経学的所見の記載が乏しく、客観的検査(CT、MRI、脳波、聴性脳幹反射<ABR>など)も施行されていないため、経過約半月の時点で判断することは困難であると言えない。人工呼吸器装着中でも脳波検査は実施可能であるし、人工呼吸器から離脱して以降に画像検査(CT、MRI)も実施できたはずである。ただし、この間意識障害改善の兆しがみられなかったことを考えれば、将来的にも意識障害が遷延(いわゆる「植物状態」)した可能性はある。その場合、生命予後を左右するのは合併感染症などであり、遷延性意識障害それ自体では通常ない。
- ② 全身状態については、血圧は安定しており、胸部レントゲン写真所見・心電図所見からも循環動態には大きな問題はなかったと判断される。38～39℃の発熱が持続し、白血球数とCRP 値が著明に上昇していたことから、細菌感染症に起因する敗血症の存在が疑われる。その場合、適切な治療がなされず、進行すれば死に至った可能性は高い。

③ 以上より、

- (1)本患者は低酸素性脳症を起こしていたと考えられ、平成 10 年 11 月 16 日以降も意識障害が遷延した可能性がある(が通常それ自体は致死的不是ではない)。
- (2)本患者は平成 10 年 11 月 16 日の時点で、致死性的となりうる(敗血症を含む)細菌感染症を合併していた。
- (3)ただし、平成 10 年 11 月 16 日の時点で、客観的検査所見も乏しい状況で、脳死と判断し、死が切迫していたと断定するには無理があったと考えざるをえない。

B) 抜管行為とその後の薬剤投与に関する評価

- ① 一般に、脳障害のある患者の治療にあたっては確実な気道確保が原則である。ただし、意識レベルの著明な改善があった場合の抜管行為については、医療行為としての正当性がある。上記 A) の状況下での抜管行為には病態評価としての意義および治療的意義はなく、患者を死に至らしめる行為であったと考えられる。当時考えうる積極的治療行為は気管切開であった。
- ② 正当性を見出しがたい抜管行為後の鎮静剤・筋弛緩剤の投与は、患者をより確実に死に至らしめたと考えられる。

## V 聞き取り調査と記録にもとづいた患者死亡当日の経過概要

### 1 事件の真相についての調査の経緯

本患者は、平成 10 年 11 月 2 日心肺停止状態で来院し、心肺蘇生処置をした後南3階病棟に入院となった。その後 11 月 12 日に一般病棟に移動し、11 月 16 日 19 時 11 分に死亡している。この間の経緯について、内部調査委員会では、関係者の聞き取り調査と、診療録などの関係書類の調査を重ねてきた。主治医と遺族からの聞き取りが実現していない状態での事実究明には自ずと限界があるが、その結果を報告する。

### 2 平成 10 年 11 月 16 日の患者死亡にいたる経緯

#### (1) 抜管とその後の処置について

抜管は、医師記録によると 18 時以降になされたと思われる。抜管の後、セルシン、ドルミカム、ミオブロックの各薬剤の投与の後、呼吸状態が悪化し、19 時 03 分、呼吸停止、19 時 11 分心停止により死亡に至った。この経緯について順次検討する。

抜管の措置は主治医が自ら行ったものと思われる。看護師の供述に依れば主治医が処置しているのを見ていたということであり、抜管という処置は通常医師自身が行うものである。その医学的な評価については前項で述べたが、抜管によって呼吸状態が悪化したことが分かる。診療録には「痰がらみ++で努力呼吸著明」とある。これに対する処置としてなされたのが、セルシン、ドルミカム、ミオブロックの投与であった。セルシン、ドルミカムはいずれも神経等の鎮静作用がある薬剤であるが、これらの薬品の投与自体は後に述べるが、直接には看護師によってなされている可能性が高い。

ところで、医師の診療記録上にはセルシン 10 ミリグラムと記載され、ドルミカム、ミオブロックの投与量は記載されていないし、投与方法についても看護記録と異なる。聞き取り調査からはこれらの相違の理由を明らかにする結果は得られていない。

### 3 他の医師の関与について

ミオブロック投与について主治医は他の医師に相談したと伝えられており、委員会の聞き取りに於

いても主治医が他の医師に相談した形跡がある。

その医師は当日夕刻別病棟の読影室にいて作業していたところ、主治医の「これから抜管する」との言葉を聞いて、サポートが必要な再挿管を想定して自発的に患者の病室に近いナースステーションに移動して待機していた。その後、ドルミカムを打っても呼吸が下がらないので、あとは何を使えばよいかを主治医に質問され、その医師は、再挿管してレスピレーターを装着していると思い、麻酔科が使うようなミオブロックとマスキュラックスがあると答えたと言っている。

#### 4 看護師のサポートと認識

患者が死亡に至るまでの間患者の病室で処置に当たっていた看護師は2名である。勤務時間帯は準夜勤で16時から深夜0時までであった。1名は担当患者を持っていたものであり、あと1名はいわゆるフリー番といわれる担当患者の割り当てのないものであった。

抜管前後、病室にいた看護師によると、病室には大人が10名くらい、子供2名がいたとのことであるが、家族は泣いたり、取りすがったりしていたということであり、家族の状態を目の当たりにした看護師はかなりのショックを受けたようである。

以前の病院管理部の聞き取り調査に対して、主治医は自らミオブロックを自分で取りに行き、点滴で注入したと言っている。一方、看護師の聞き取りでは、看護師がミオブロックを南3階病棟まで取りに行き、その後投与したことを認めている。投与の状況について、それまで使ったことがない薬品で、薬品の効能もよく知らず、静脈注射の方法も、そのタイミングもわからない為不安があったが、主治医の指示で静脈注射を行ったことを供述しており、その記憶は鮮明で具体的であり信用性が高い。

当該看護師の責任については、当該看護師は事件当時経験期間1年7ヶ月の准看護師であったこと、日勤業務も少なく、当該患者の病状に通じているとは言いがたいこと、ミオブロックは一般病棟での使用の機会も少なく、その効用についての知識がなかったとの供述も信用できること、また仮に薬品についての認識や疑問があったとしても、緊急の場にあつて医師の指示に対して意見を述べたり、確信を持って指示の実行を拒否することは困難と考えられることなどの諸点を指摘することができる。

## VI インフォームド・コンセントについて

主治医が行った気管チューブ抜去・薬剤投与についてのインフォームド・コンセントすなわち家族に対する説明と同意について検討する。

### 1 患者の自発的積極的意志に基づいた行為ではない

主治医はこの患者の気管チューブを抜去し、患者が呼吸困難をきたしていた時、再挿管をせずに薬剤を投与して鎮静を行い患者を死に至らしめた。

当委員会は、前項で述べたところであるが、この患者に対して主治医の行った気管チューブ抜去と薬剤投与には治療的意味がなく、正当な行為ではなかったと考える。また主治医の行為は、行為のはじめにおいて、患者を呼吸困難に陥らせて死に至らしめることを意図して行われたものといえることができる。

気管チューブの抜去をはじめる時において、抜去によって直ちに死に至らない場合には薬剤を投与することを意図していたか、薬剤の投与を抜去後に考えて実行したかは明らかではないが、そのいずれであるとしても、薬剤の投与をおこなって鎮静をはかった時においては、患者を死にいたらしめることを認識し、認容していたと考えられる。

この主治医の一連の行為が、患者本人の自発的積極的意思に基づいた行為であるかどうかは問題であるが、患者本人の意思表示があったことを窺わせる資料は全く認められていない。

### 2 家族の意思に基づくものであるか

次に、本件の気管チューブ抜去・薬剤投与が、患者の家族の意思に基づくものであるか否かが問題とされる。この点について、当委員会が収集することができた資料に基づき検討を加える。

#### (1) 診療録記載と看護師の供述について

診療録には、次のように記載されている。(括弧内は委員会の注釈)

11月11日 主治医記載

「family(家族)もpt. (患者)がかawaiiそうでみてられないとのことで覚悟をきめられつつある」

11月16日 主治医記載

「family より抜管希望強し 大変つらいが夕方 family 集まってから抜管することとする

PM 6:03 family の了承を得て抜管」

看護記録には次の記載がある。(括弧内は原文のまま)

11月16日、17時30分 看護婦記載

「fa(妻)より希望あり 挿管チューブを抜管して欲しいとの事

Dr確認 挿管チューブ抜管す」

この診療録の記載によると、主治医は、家族の希望により抜管を決意したのであり、家族を集めたうえで抜管を実行したものであると理解することができる。

## (2) 遺族の疑問について

患者の遺族は、平成14年4月15日、川崎協同病院院長らに対し、次のように述べている。

「父の死が疑問だった。」

「何故、親父は死ななければならなかったのか。納得できない。」

「植物状態であっても親父には生きていて欲しかった。」

「インターネットなどで調べ、あれは筋弛緩剤だと思っている。」

「自発呼吸しているのに、筋弛緩剤をどうして使用したか納得できない。」

「2日前、管を抜くことを家族で相談してくるよういわれた。どうして管を抜くこと位でみんな集まらなければならないかと当時思っていた。」

「管を抜くことがどういうことなのか知らなかった。」

「入院していて2週間も経っているので、管をいれているのも良くないので抜くのかな？と思っていた。」

「管を抜いて体が立ち上がる位大きく動いて、その後苦しみ始めた。」

「その後注射をうった。あの注射は何のためにしたのかと思う。呼吸が苦しいのを取り除くために注射をしているのだと思った。」

これらの発言によると、家族は、抜管をするということを告げられてはいたが、この行為が患者を死に至らしめる可能性が高いことについて十分な説明を受けていなかった可能性がある。

### (3) 当委員会の調査について

診療録の記載と、患者遺族の発言との間には大きな隔たりがある。このことの真実を明らかにするためには、診療録に記載した主治医、及び患者の遺族に対し詳細な事実関係の聴取を行うことが求められる。当委員会として両者に対し協力を要請したが、聴取を行うことはできず、委員会としてこの問題について判断はできなかった。

ここでは、診療録の記載と上記の家族の発言に基づいて、インフォームド・コンセントのあり方に関して、本例における問題点を検討する。

#### A) 診療録記載の不備

家族に対するインフォームド・コンセントについて、診療録の記載より次の問題点を指摘できる。

- ① 主治医の記載では、何時、誰と、何を話し合ったのか明確でなく、具体的でない。家族から抜管の希望が強いと記載されているが、家族の誰であるのか、何時述べられたものであるのか、これに対する主治医の説明はどのようなものであったかについて記載されていない。
- ② 気管チューブ抜去を具体的に検討したときに、主治医が患者の病状について、家族に対し、どのように説明をしていたか、また、気管チューブ抜去の意味について、家族にどのように説明したかについての記載がない。
- ③ 主治医が家族に対して説明をした時に、主治医のみで行ったのか、他の医師とともに行ったのか、看護師が立ち会っていたのかについての記載がない。
- ④ 診療録の記載からは、患者を死にいたらしめる行為である気管チューブ抜去について、家族に対し、慎重に考慮の機会を与えたかどうか判断できない。



主治医が患者の生死をわける治療方針について話をする場合、いつ、誰と、何を話しあったかについて明確に記載すべきである。本件の診療録には、家族に対するインフォームド・コンセントが十分であったかどうかについて判断できる記載がなく、不備な記録であるといわざるをえない。

#### B) 家族への誤った説明

診療録には、主治医が家族に対し、11月8日、「9割9分9厘は脳死状態でしょう。」と説明したと記載されている。この説明を家族の誰に対して行ったのかは不明であるが、前項で述べたように、患者はこの時「脳死」の状態でなかったことは明らかであり、これは誤った病状説明である。患者の家族は「脳死状態と主治医が述べた言葉が頭に焼きついた」と語っており（平成14年4月30日の院長らの面談）、この主治医の説明が、患者の状態について、患者の家族に誤った認識を与えた可能性が大きい。

#### C) 薬剤についての説明

主治医は患者に対し、セルシン、ドルミカム、ミオブロックを使用したのが、立ち合った家族に対し、この薬剤の内容と使用目的について説明し、同意を得たことを窺わせる記述は認められない。

以上のように、本例ではインフォームド・コンセントのあり方に大きな問題があると考えられるが、これは当該主治医のみの責任に帰せられる問題ではない。インフォームド・コンセントの概念の職員への徹底や、実施マニュアルの作成など、現場における慣習として定着させるための努力が病院としてなされていなかった。病院として個別の医師まかせにせず、チーム医療の強化の重要な一環として、様々な場での相互研鑽、相互啓発の努力がもとめられる。

## Ⅶ 事件発生後、発表までの経過と病院の対応

本件事件発生から発表までの経過と病院の対応を、

- 1 病院が平成10年11月に本件事件発生を知った後の時期
- 2 平成13年10月末に職員の訴えで再度事件が明らかとなった以降の時期

に分けて分析する。

### 1 平成10年11月16日から平成13年10月まで

#### (1) 経過

平成10年11月16日 本事件が発生した。

同日夜間、A医師は南3階病棟で工作中に看護師よりミオブロック使用に関する不審をうち明けられ、診療録を見て本件の概要を知った。数日以内に、A医師は当時の病院長（以下、前院長）に事態を伝えた。

A医師の他にも、本件についての看護師間の話を聞いたB看護師が、前院長のもとに診療録を持って行って事態を伝えた可能性もある（但し、前院長は看護師からカルテを見せられた記憶はないと話している）。

前院長は、数日以内に入院診療部長、A医師、入院診療事務長に相談し、当該主治医より事情を聴取した。主治医は家族の希望で行ったことだとして、問題の重大性についての認識が薄かった。

前院長は、本件を医療倫理上問題のある行為であると理解したが、公表することは家族に迷惑をかけ、病院にとってのダメージもあるので当面は公表せず、主治医の自覚と反省を促し、このようなことが再発しないように口頭で嚴重注意（指導）を行うこととした。

同年11月30日 4役会議に前院長より口頭で本件について報告がなされた。

数ヵ月後、学会報告準備のため診療録を見たC医師が前院長に尋ねたが、特に具体的な対

応はなかった。

平成11年6月 院長が交代。本件については申し送られていない。

(1) 評価、問題点

- ① 本件について、病院管理会議の討議事項とせず、法人理事会への報告もされなかった。

このような重要問題については、然るべき集団討議がつくされることが、判断を誤らせない保証であるにもかかわらず、そのような対応がなされなかった。

- ② 4役会議では十分な協議をしていない。

11月30日の4役会議には院長、副院長2名、看護部長、事務局長の4役全員が出席し、本件が口頭で報告されている。しかし、当委員会の調査によると、出席者5名のうち、院長をのぞく4名はいずれも4役会議への本件の報告内容、本件につきどのように協議・検討がされ、どのような方針が決められたかについての記憶がない。本件の性質に照らすと、報告を受け、会議参加者間で協議がなされていれば、院長以外の出席者にも、濃淡の差はあっても本件に関する記憶が残るものと思われる。その後の平成13年10月の事態再認識時点では、当時の副院長2名はいずれも本件は刑法上の問題がある深刻な事態と認識している。院長以外の出席者のいずれにも本件に関する記憶がないということは、本件に関する正確な情報が伝達されなかったか、協議がほとんどなされていなかったことの表れと思われる。

- ③ 4役会議の責任について

前述のように4役会議では、十分な討議がされた上で結論が出されたとは考えにくい。しかし、それがどのような形であれ報告され、結果的に管理会議にはかけないことが了承されているので、当院の管理機構からいって当時の4役会議にはこの事例の処理について責任がある。

- ④ 法的問題に対する認識の欠如

当時、A医師からは、本件は殺人行為に該当するのではと問題にする意見も出された。しかし、前院長は、医療倫理上の問題は感じていたが、法的に問題があるとは認識してい

なかった。

東海大学安楽死事件判決が平成7年3月28日に出されており、とりわけ医療関係者、医師には強い衝撃を与えていた。その後の対応を見ると、当時の院長には、「安楽死」に対する問題意識が薄く、また、本件が法的問題を有する可能性のある事件であるとの認識が欠如していたと評せざるを得ない。

#### ⑤医療倫理上の認識が希薄で、調査・検討が不十分であった

前院長は、本件を医療倫理上の問題ととらえていたものの、事態の深刻さを理解しなかったため、調査が不十分に終わっている。本件報告を受けた院長は、診療録を見た上で、主治医からの事情聴取などに調査をとどめてしまい、その他の医師、看護師や患者家族から事情聴取を十分行わなかった。また、医師記録と看護記録の差異、医師記録の不十分な点に関しての検討をしなかった。その結果、家族の同意があるものと判断して問題の処理をしてしまった。事実関係の調査を重ね、原因分析の上に立った再発防止に努力した様子は見受けられない。

#### ⑥院内の意見が事件への対応に反映されなかった

当委員会は、当時の関係者から聴き取りを進めるなかで、事件を知った医師の他に、複数の看護師が主治医の行為に疑問をもち、看護師間で話題になっていたことが明らかになった。医師、看護師双方から問題が認識され、提起されていたにもかかわらず、それらが病院組織としての対応に反映させられなかったことは、当時の管理運営システムとその運用に大きな問題があったと考えられる。

また、病院内の医療事故への対応は医師のみに任せる事柄ではない。当時病院内で、看護師を含む他職種がどれだけ危機管理意識をもって日常業務にあたっていたかも検証されねばならない課題である。

#### ⑦稼働しなかった医療事故の報告システム

本件は、川崎協同病院が1992年10月2日付で定めた「医療事故が発生した場合の手順」に従って対応されるべきであったと考えられる。同手順書に照らし合わせて問題点を以下に指摘する。

本件では、主治医からの事例報告書が提出されていない。法的な問題はないと認識したとしても、医療倫理上問題があると認識していたのだから当然提出を求めるべき事案であった。

同手順書においては、「事態の正確な把握をすべきである」と定められているが、その努力がなされなかった。また、「管理部としての方針を確定し記録に残す」と定められているが、本件は全て口頭報告・口頭決定で終わらせている。管理部自身が報告システムを遵守しなかった。

#### ⑧ 診療録の改ざんの可能性と、レセプトの請求もれについて

当委員会の調査では、診療録には改ざんされた形跡は全く認められなかった。

平成 10 年 11 月 16 日に使用したセルシン・ドルミカム・ミオブロック(以下3剤)はレセプトに記載されておらず、請求されていない。

11 月 16 日の診療録には、3剤を使用した旨が記載されているが、それを指示した指示箋は存在せず、治療経過表の当日処置欄にも3剤が記載されていない。入院医事係は、医師が記載する指示箋または、看護師が記載する治療経過表の処置欄の内容に基づき、請求項目をコンピューターに入力し、レセプト請求の根拠としている。当日の状況から判断すると、3剤使用は口頭指示によると思われる、主治医が3剤の使用を指示箋に予め記載したとは考えられず、また、担当看護師は死後処置に追われる慌しい状況下で、治療経過表の処置欄への記載を忘れた可能性が高い。当時の入院医事係からの聞き取りでは、入力された内容を訂正したという事実はない。

以上の経緯から、3剤使用分がレセプト請求されなかった原因は、主治医が指示箋に記載せず、担当看護師も治療経過表に記載しなかったため、担当入院医事係が入力できなかった「請求漏れ」であった可能性が高い。

## 2 平成13年10月から平成14年4月19日まで

### (1) 経 過

平成13年10月29日 数ヶ月前から当該主治医とC医師の間で、治療方針をめぐる意見の相

違があり、何度か問題になっていた。29日にC医師から現院長への訴えで、現院長が本件の問題を認識した。

平成13年10月30日 院長、副院長(2名)、事務長で検討し、当該主治医と面談すること、診療録を検討することを決めた。

平成13年10月31日 院長、事務長が主治医と面談し、主治医は、本件の経過は診療録に記載されたとおりであること、家族の要請があったことを述べた。  
院長が法人理事長に本件を伝えた。

平成13年11月7日 内科医長会で医療倫理的および法的に問題があるとの見解が示された。

平成13年11月26日 4役会議で診療録を検討する過程で、医療倫理上問題があり、法的問題も発生する可能性を認識した。主治医の退職と公表の可否を検討した。

平成13年12月7日 病院管理会議で、院長より「倫理的にも、法的にも重大な問題である」ことが報告され。主治医に辞職勧告することを決定した。

平成13年12月21日 院長より各科部科長会議に報告された。

平成13年12月26日 院長、事務長が主治医と面談し、退職を勧告した。

平成13年12月30日 主治医が退職届を提出した。

平成14年1月11日 病院管理会議が主治医の退職届を確認した。

平成14年1月18日 病院4役と法人幹部が弁護士と相談することを決定した。

平成14年2月6日 病院管理部と法人幹部が弁護士と相談し、対策会議を設置した。本件は、殺人に該当する可能性のある行為であることを認識し、公表に向けて準備を進めることを確認した。

平成14年2月14日 副院長、事務長が主治医に面談し、法律上の問題を伝えた。  
その後主治医から弁護士の紹介を依頼された。

平成14年3月7日 事務長が主治医にD弁護士を紹介した。

平成14年3月16日 D弁護士が主治医と面談し、出頭して調査を受けることを勧めた。

平成14年4月10日 事務長がY新聞から取材の申し入れを受けた。

主治医にも取材の申し入れがあった。

平成14年4月15日 院長らが遺族と面談した。

平成14年4月17日 主治医がD弁護士を解任し、出頭はしない方針を伝えた。

法人理事会に本件が報告された。

平成14年4月18日 院長らが保健所、医師会に報告した。

同日 全職員へ報告した。

平成14年4月19日 警察に届出た。

同日 記者会見をした。

## 2) 以上の評価、問題点

- ① 平成10年当時の院長らの態度に比べ、事態をより正しく認識し把握する努力がなされている。しかし、病院管理会議において「法的に殺人事件に該当する可能性のある」と認識したのであるから、綿密かつ迅速な事実調査が求められていた。にもかかわらず、関係医師、看護師等から事情聴取するなどの調査を尽くしていない不十分さがあった。
- ② 法人幹部と病院管理部は速やかに本件を理事会に報告し、法人として積極的かつ適切な対処をするべきであったが、実際に理事会に報告されたのは公表直前であった。したがって、この間の対応の遅れは法人と病院の幹部に責任がある。
- ③ 本件は医療事故ではなく、重大な医療倫理上の問題と法的な問題を有する事案であった。徹底した事実解明を行い、責任の所在を明確にし、再発防止策を講じるべきであり、主治医については、就業規則に基づいて懲戒処分を検討すべきであった。
- ④ 2月に至って弁護士と相談した時点で、病院管理部は「法的には殺人事件に該当する可能性があること、安楽死の要件を明白に欠いていること、医療界の歴史に残るような深刻な事件であること」を認識し、主治医には捜査機関に出頭して調査を受けることを勧め、主治医の出頭とともに社会に公表することを決意した。このような認識に到達するには、内部討議だけでは困難を伴うことがある。批判的検討と分析が院内からの見方に限定される危険があるためであり、外部の意見を聴取しながら事にあたることの必要性を示している。

## VIII 本事件が生じた原因と背景

本事件の発生した原因としては、個人要因と組織要因の両者が存在し、事件の性格上、個人要因が少なくないように思われる。実際に当時の関係者からの聞き取り調査の中でも、当該主治医の医療については積極的評価のみでなく、少なからぬ疑問の声があげられている。したがって、主治医が、当時の患者の状態をどう評価し、どのような考えで一連の行為を行ったかが重要な点である。しかし本人からの協力が得られず、聞き取りが実現していない現状で、記録や伝聞情報のみで個人要因を評価するのは適切でないと本委員会考える。そこで、本報告では組織要因、すなわち何故事件を防ぎ得なかったのかについて、当時の病院の診療体制や管理運営上の問題を中心に分析した。

### 1. 平成 10 年 11 月当時の内科診療体制

内科常勤医師は平成 10 年 11 月 16 日時点で 15 名（研修医を除く）で、臓器別に呼吸器・循環器・消化器・腎透析・神経・糖尿病・総合内科のグループに分かれ、内科に配置された研修医 6 名と併せて 21 名の医師が入院・外来・救急診療を行っていた。

入院診療では、3 箇所的一般病棟の約 140 床と集中治療室の約 10 床とを併せた合計 150 床程度を常時管理していた。内科系疾患で入院する患者は多く、残り 2 箇所にある他科管理病床を借りて診療を行うこともしばしば認められた。入院患者の診療を直接担当する医師（研修医は指導医の指導下）は 1 名で、患者本人や家族への病状説明等は担当医師毎に行っていた。病棟では各グループ毎に、病棟回診・症例検討・抄読会等が行われていた。さらに看護師（必要に応じて医療ソーシャルワーカー、リハビリテーションスタッフ、薬剤師等も交えて）との病棟カンファレンスが週 1 回程度実施され、治療方針の検討等を行っていたが、内科全体での回診・症例検討会は行われていなかった。

外来診療は、非常勤医師も含め、多い時で 7 診療室を使用して、一般外来・専門外来に分けて行われていた。他に関連診療所や関連病院に出張して、臨時または定時で外来診療を行っていた。



救急診療では、救急指定病院として、昼夜を問わず数多くの救急車を受入れていた。

日常診療において、他の内科医師および他科の医師の助言は容易に得られる状況にあった。呼吸器・消化器の症例については、外科医との間で週1回の術前術後症例検討会を行っていた。また、各グループとも院外で行われる症例検討会に積極的に参加していた。

以上のように、多くの業務をこなしており、問題のある症例を内科全体で検討することはなかった。また専門グループ分化したことで、専門外領域の症例について、助言は容易に得られても、議論しあうことはあまりなかった。

## 2. 当該主治医の当時の勤務状況

役職:呼吸器内科部長

外来診療: 関連診療所・病院を含め週に7回(午前 4、午後 2、夜間 1)

往診週 1 回

病棟診療:受け持ち患者数 10～15 人

その他の業務:胸部レントゲン写真の読影

以上のように、多忙な内科の中でも、当該主治医はとりわけ多くの役割を持っていた。

## 3. 呼吸器内科の病棟運営システムの変遷と看護スタッフの対応

本件の主治医は事件が起きた当時は主として南2階病棟の患者の診療にあたっていたが、それより数年前は西5階病棟で診療にあたっていた。

回診・カンファレンスを中心とした呼吸器内科の病棟運営システムを3期に分けて以下にまとめた。

(1) 事件発生2年2カ月前まで (平成5年4月～平成8年9月) (西5階病棟)

		参加スタッフ	頻度
回 診	内科全体の回診(診療部長回診)(～平成6年5月)		1/2 週
	呼吸器内科グループ回診		1/週

カンファレンス	診療部長回診後入退院カンファレンス (～平成6年5月)	医師・内科病棟婦長全員・入院 係	1/2 週
	内科入退院カンファレンス (平成6年6月～)	医師・内科病棟婦長全員・入院 係	1/週
	病棟カンファレンス	医師・看護師・薬剤師	2/週
	退院に向けての合同カンファレンス	医師・看護師・MSW・薬剤師	随時

＊MSW:医療ソーシャルワーカー

平成6年5月までは、回診・カンファレンスがきちんと行われていたが、平成6年6月から内科全体の回診が行われなくなった。

医師が独断で治療方針を決定しても、看護師から医師に直接治療方針についての訂正を求めることもできた。家族への説明の日程は看護師を通じて設定し、家族への説明には看護師も同席していた。

(2) 事件発生2年2カ月前～8カ月前 (平成8年9月～平成10年5月) (西5階病棟)

		参加スタッフ	頻度
回 診	内科全体の回診		0
	呼吸器内科グループ回診		1/週
カンファレンス	病棟カンファレンス	医師・看護師	2/週
	退院に向けての合同カンファレンス	医師・看護師・MSW	随時

内科全体の回診は行われていないが、呼吸器内科グループ回診は引き続き行われていた。入退院カンファレンスがなくなり、病棟カンファレンスは週2回行われていたが、当該主治医は参加に消極的であった。

家族への説明の日程は看護師を通じて設定し、家族への説明には看護師も同席していた。主治医が退院日を決定したこともあったが、この場合も不都合があれば看護師の意見を聞いて退院日を変更したこともあった。

## (3) 事件発生8カ月前から主治医退職まで（平成10年5月以降）（南2階病棟）

		参加スタッフ	頻度
回 診	内科全体の回診		0
	消化器内科と呼吸器内科の合同回診 ＊ 数回行われたが、プライバシーの問題などがあり中止になった。事件発生 当時は行われていなかった。		1→0 /週
カンファレンス	病棟カンファレンス	医師・看護師	2/週
	退院に向けての合同カンファレンス	医師・看護師・MSW・患者家族 （ケアマネージャー・他院所の看護スタッフ）	随時

その後、呼吸器内科の病棟が南2階病棟に移ったが、南2階病棟では呼吸器内科のグループ回診は行われなくなり、消化器内科との合同回診が数回行われたが、時間的調整がつかないことや、プライバシーの問題など患者からの訴えがあり中止になった。

病棟カンファレンスについては、週2回行うことになっていたが、呼吸器内科では、医師と看護師の間の時間的調整がつかないなどの理由で、実際には行われなかったことが多かった。当該主治医の場合、退院に向けての合同カンファレンス（医師・看護師・医療ソーシャルワーカー・患者家族・ケアマネージャー・他院所の看護スタッフなど）への参加を要請しても断られることが多く、途中から医師を除いたメンバーで合同カンファレンスを開いていた。

また、当該主治医は、看護師の同席なしに家族への説明をすることや、看護師が知らないうちに退院日を決めることが多かった。

当該主治医の問題については、婦長会議で話し合ったり、看護部長から病院管理部に問題提起したこともあったが、実効のある対策がとられることはなく事態は変わらなかった。

## 4. チーム医療の運用上の問題点

チーム医療を行うにあたっては、医師グループによる回診や他職種を交えたカンファレンスを定期

的に行うことが重要である。カンファレンスを行うことによってチーム全体として患者の状態を把握し、情報を共有できる。また、看護師などの他職種が医師に対して言いたいことが言えない状況では、医療事故のリスクも増加するため、対等で率直にものを言い合える関係を築くことが大切である。

川崎協同病院においては事件発生当時も、入院患者の医療を進める上でチーム医療の形態はとっていた。しかし、前述のように診療科によっては、グループ回診や病棟カンファレンスが定期的には行われなかったり、医師がカンファレンスに参加しないことがあった。また、患者・家族への説明に看護師が同席することが習慣になっていない病棟もあり、病院としてのチーム医療の運用面に問題があった。

その背景には、チーム医療のリーダーである医師の、チーム医療に対する認識の希薄さが根底にあったこと、看護師が医師に対して直接言いたいことが言えない状況があったこと、看護師に諦めの気持ちがあり、現状を受入れて根本的な解決策を探らなかったこと、病院管理部も組織的にその指導を行わなかったことなどがある。

繰り返しになるが、チーム医療を実践するためには、以下の点を遵守すべきである。

- ① 定期的にグループ回診を行うこと。
- ② 定期的に多職種合同のカンファレンスを行うこと。
- ③ 医師はカンファレンスに参加して、チーム医療のリーダーとしての役割を果たすこと。
- ④ 患者・家族への説明にできる限り看護師が同席すること。医師は患者・家族への説明の内容を診療録に記載するとともに看護師に口頭で伝えることにより、情報や認識を共有すること。

以上を実施するにあたって障害となることがあれば、医師と看護師を中心とした関係職種が相互の立場を尊重しながら話し合いを持ち、解決をはかるべきである。

また、チーム医療を重視する医師を育成する観点からの教育を強化徹底すること、その遂行に問題があれば指導是正する管理システムと管理部の姿勢が必要である。

## 5. 当院における危機管理システムと本件に対する運用

平成4年に病院管理会議が「医療事故が発生した場合の手順」を作成し、副院長を中心とした「安全委員会」が、事故と感染問題を統括して管理していた。しかし、本例についてはこのシステムが遵

守られてはいなかったことは、前項で述べたとおりである。平成 12 年にはこの委員会を、「医療事故防止対策委員会」と「感染対策委員会」に分離して、より専門的に対応できる体制にするとともに、従来行われていた事故報告に加え、ハット・ヒヤリ報告を開始し、毎月委員会でまとめて各職場への徹底をはかっている。本年になって上記の手順の改定を行ったが、4月に厚生労働省よりだされた「医療安全推進総合対策」に対応して、さらに充実させるべく現在検討中である。

## 6. 病院管理部の対応

本件発生当時の病院4役は院長・副院長(2名)・看護部長・事務局長の5名で構成されていた。副院長2名のうち1名は診療所の所長から病院の副院長になって間がなく、診療所の外来を週3回担当していた。もう1名は新設診療所の所長を兼務していて、所長業務で多忙を極めていた。したがって、副院長は2名とも病院に常時勤務している状態ではなく、病院の管理部としての業務に制約があった。病院管理部は病院内にいて、病院の管理業務に集中するとともに、医療事故の発生など不測の事態に即座に対応できることがリスクマネジメントの観点からも必要であった。

歴代の4役に主治医に対する問題意識は少なからずあったと思われるが、主治医が診療に対して熱心で、多くの業務をこなしており、内科の医師不足の悪化を考慮してからか、弱腰であり、毅然とした態度がとられなかった。

具体的に、看護部長から主治医について問題提起があった際も、病院管理部として実効ある対策がとられず、当時の院長を中心とする病院管理部には大きな弱点があった。

## 7. 現場の意見を反映する管理システムとその運用について

事件発生以前から、現場から意見が出されてもそれが管理部門で検討されなかったり、検討に時間がかかりすぎたり、検討されても結論が現場にフィードバックされないなどの問題があった。その要因を管理システムそのものが抱える問題とシステムを運用する人の問題に分けて検討する。

### (A) 管理システムの問題

事件発生当時は職種別ではなく部門別管理システムを採用していた。このシステムは大規模化する病院組織に対して、管理者が職場のすみずみまで把握しきめ細かく対応し、職員が医療活動、経

営活動に積極的に関わることができるようにすることを目的として採用された。この管理システムについては、病院管理会議でも検討され平成 11 年に以下の問題点が指摘された。

- ・ 部門の管理責任者の担当者まかせとなる弊害を生じたこと。
- ・ 職種別の集団形成、特に看護部門の集団形成が不十分になったこと。
- ・ 総務課の保育担当・運輸担当、教育人事課の庶務、看護教育、医師募集、技術診療部の人事調整業務など、法人機能を病院の管理機構に取り込んだこと。

以上の問題点の中でも、看護部門の集団形成の問題は深刻であった。看護部門は病院職員の約半数を占める大集団である。事件発生当時は看護師集団が3つの診療部に分かれて管理されることになり、問題の認識を一致させて処理する体制にはなっていなかった。

医療においては、放射線科、検査科、リハビリテーション科、医療社会科など、業務が外来と入院にまたがる職種は多い。これらの職種をシステム上で放射線科、検査科、リハビリテーション科は外来部門に、医療社会科は入院部門に分けることには根本的に無理があった。業務とラインが一致する管理システムを検討すべきである。

また、事件発生当時は、院長と4役の構成メンバーでない診療部長が直接ラインでつながっていたため、副院長の機構上の任務が不明確であった。平成 11 年6月以降は、3 名の副院長が入院、外来、医師人事の各部門の責任者となることで、副院長の任務、役割、権限が明確になり、各部門での問題が副院長から直接に管理会議に報告されるようになった。

## (B)システムを運用する人の問題

事件発生当時の病院管理会議や4役会議は、各職種からの意見、苦情や批判を十分受け入れて問題点を協議し、管理者が一致団結してその解決に当たっていく場にはなっていなかった。集団指導体制が未熟であり、管理者集団の育成の面で弱さがあった。

システムがあっても、指導すべき立場の人がそれなりの見識を持ち合わせていなければシステムは機能しない。問題を解決するについては管理会議のメンバーを初めとする医師、看護師、職員全体の意識改革が不可欠である。本事件の対応については、4役会議のレベルまで情報が届いていたにもかかわらず、適切な処置がなされなかったことから、各々の管理者の意識がきわめて重要で

あることが指摘できる。

医師を他職種に対して優位的存在とみなしたり、医師を他職種の意見、苦情、批判から保護するのではなく、指摘されたことを謙虚に受け止め、指摘内容について集団的に調査検討し対応しなければならない。

医師や管理者が他職種と対等な関係をつくり、現場の意見を反映させることの重要性について、事あるごとに繰り返し確認し、誰が管理者になっても適切に運営されるようにする必要がある。

そのための教育プログラムを作成し、全職員特に医師や管理者に徹底する必要がある。

## 8. 医局運営について

当院の医局は全科の合同医局である。医局では毎朝の短時間の朝会（ミーティング）の他、事件当時には月に2回医局会議が行われていた（現在は月に1回）。医局には各科の代表者で構成される医局運営委員会があり、出された問題はそこで吟味され、医局員全体に関わる重要な問題は医局会議で討議されるシステムになっていた。事件に関わる当該主治医の医療については一部の医師や看護師の間では問題視されていたが、医局運営委員会には提起されず、医局会議の討議に付されることもなかった。

医局会議の役割は問題事項の討議の他、諸会議の報告と学習とがある。相互研鑽の意味でも「学習」は大きな柱であり、「医療のあり方」などについて全医局員で日常的に生き生きと語り合われるべきのもであった。しかしながら実際には当面する緊急の諸課題について割かれる時間が多く、本件との関連で言っても、「終末期医療」や「安楽死」についての議論や学習の場にはなっていなかった。

## 9. 法人理事会の対応について

本件は法律上および医療倫理上大きな問題を有する重大な事案であった。したがって、本件の発生を知った前院長はすみやかに法人理事会に報告すべきであったが、理事会に報告せず病院内部で対処した。前院長が理事会に報告しなかった理由としては、事件に対する認識が不十分であったこともあるが、当時、医療に関する事項の討議・決定が、法人理事会ではあまり行われなかった

ことが背景にあった。

また、川崎医療生協労働組合は法人に対し、主治医の日常の医療行為上の問題点を指摘してきており、平成12年の春闘時にも同様の調査を求めたが、法人が同労組の指摘に応じて実効的対策を取ることはなかった。

川崎協同病院は、法人である川崎医療生活協同組合に属する病院である。本来、医療生活協同組合は、組合員(患者)からの様々な要望や苦情を受け、それらを討議して管理運営に反映させやすい組織である。にもかかわらず、医療活動そのものの議論が日常的に理事会討議されることは殆ど無く、事実上病院管理部任せになっていた。また、問題が生じた時に、それが解決されたか否かの点検も、法人理事会として十分に行っては来なかった。今後、理事会が病院や診療所の医療状況を把握できるよう組織運営を改善し、また危機管理体制を作っていく必要がある。

## 10. 労働組合の役割

現場の声を管理運営に反映させる上で、労働組合の役割が期待される。しかし、これまで川崎医療生協においては、法人および病院管理部と労働組合の間には相互の信頼関係の構築が不十分であった。このため、本件についての法人から労組への報告も遅かった。労働組合が現場の声を病院管理に反映させるパイプの役割を果たし、患者の人権を守る課題、医療の安全性を守る課題について積極的に行動するためにも、両者の信頼関係を築き上げ、対等平等の立場で共同行動を積み上げて行く事が求められている。

## 11. 終末期医療の取り組み

本件においては、「脳死状態」「植物状態」という用語を使つての不適切な説明や、薬剤についての使い方についての説明不足や必要な手順の欠落などがみられ、終末期医療に対する主治医の勉強不足を指摘できる。

終末期医療に関しては、平成6年から外科チームが「ターミナルケアを考える会」を定期的で開催してきた。しかし、これまでに病院全体として終末期医療について討議されたり、終末期医療についての病院としての見解や方針が出されたことはない。したがって、内科においては各医師の個別の



判断、考え、死生観や経験をベースに、各医師独自のやり方で終末期医療が行われてきた。このことも事件発生の背景のひとつであった。

終末期医療について病院としての一定の見解や方針がないこともあり、医師同志や看護スタッフとの間で、終末期医療について話し合う機会が不十分であったと思われる。また終末期医療を学ぶための研修も保障されてはいなかった。早急に、病院として倫理委員会を発足させるとともに、全職員が終末期医療について真剣に討議し、病院として見解や方針を出す必要がある。

## 12. 薬品管理体制について

事件当時、筋弛緩剤(ミオブロック、サクシン、マスキュラックス)はその用途を考慮し、薬局、手術室、南3階病棟の3ヶ所に限定して配置されており、南3階病棟の冷蔵庫は施錠されていた。また、毒薬及び向精神薬の具体的な払い出し日、数量、取り扱い者、患者氏名など明確に記録に残す形にはなっていなかった。

しかし、本件で使用された薬剤は医師の指示によって持ち出されたものであり、より厳重な薬剤管理システムであっても、医師の指示がある限り筋弛緩剤の使用を防ぐことは不可能であったと考えられる。尚、薬事委員会の決定に基づいて、ある薬剤の使用を特定の医師あるいは特定の疾患に限定することはあったが、本事件で使用された薬剤はいずれも使用を制限された薬剤ではなかった。

当時、毒薬については担当薬剤師が毎朝注射指示箋を確認し、さらに集中治療経過表(集中温度板)を確認しながら定数の補充を随時おこなっていたが、前述のように払い出し日、数量、取り扱い者、患者氏名など明確に記録に残していないこと、南3階病棟の冷蔵庫は施錠されていたこと、さらに毒薬を管理する取り扱いマニュアルもなかった点は、薬品の特性を考えると薬剤管理の基本事項が欠落していた。平成13年からはこの問題を考慮し、毒薬及び向精神薬(レペタン、ソセゴン、平成14年からはドルミカム、セルシン、フェノバルを追加)については配置するすべての部署で施錠し、ノートに払い出し日、患者氏名、数量、取り扱い者サインなどを必ず記入し、勤務時間帯で申し送る定数管理に改善された。しかし実際に使用しても注射指示箋(医事箋)に書き落とされると保険請求には結びつかず、組織としてチェックできない点は今後早急に改善すべき課題である。

以上に述べてきたように、内科が専門分化してきたために、専門枠を越えた論議がしにくくなってきたこと、業務の多忙なこと、病院本来の集団的な検討体制が欠落してしまい、問題のある診療を是正する管理体制がなかったこと、現場の意見を取り上げて管理部門で討議し、具体的な指導や対策を講ずることが出来なかったこと、病院としての「危機管理」や「医療倫理」についての認識が不十分で、教育やシステムの運用が有効になされていなかったことなどが本事件発生の背景と考えられる。

## IX 再発防止の取り組みと、病院の抜本的な改革にむけて

本事件の調査の中で明らかになった問題は以下の点である。

- 1) 「患者の人権を尊重する医療」という理念を、実際の医療現場で実践することが徹底されていなかった。
- 2) チーム医療についての認識とその実践が不十分であった。
- 3) 管理運営システムと、運用上の問題が指摘されていたにもかかわらず改善されなかった。
- 4) 「危機管理」意識の不徹底が必要な対応を遅らせた。
- 5) 倫理委員会の設立と終末期医療についての取り組みが遅れていた。
- 6) インフォームド・コンセントを定着させるための努力が不十分であった。

これらの問題点を踏まえて今後の改善策を提起していくが、まず初めに上記の問題に関連した項目で、これまで既に改善の取り組みが進められてきたことについて述べる。

### A) 事件以後本年4月までにすでに取り組まれてきた課題と現状

#### 1) 医療情報の開示

当院では平成 10 年9月に診療録の開示に取り組む方針が提起され、アンケート調査、学習講演会、各職場での検討を経て、以下の目的で平成 12 年3月より入院診療録、平成 13 年4月より外来診療録の患者への開示が行われている。

- 目的
- ① 患者の知る権利、自己決定権を保証すること
  - ② インフォームド・コンセントをより充実させ、患者の積極的な医療への参加をうながすこと。
  - ③ 開示により医療の質を向上させること

#### 2) 医師研修システムと指導体制の改善

当院は前身である四つ角病院時代を含め、昭和 43 年から平成 11 年までの間に 195 名の医師の研修を行ってきた。平成 12 年4月に厚生省から臨床研修病院としての指定を受けたのを機

に、研修内容の全面的な見直し・改善を行ってきた。1年間にわたる作業の後、新しい研修要綱・カリキュラムを策定し、平成13年からはそれに基づいた研修を実施している。新要綱では最近の医学教育学の成果をふまえ、科学的な教育技法を取り入れるとともに、従来から我々が重視してきた、①専門性にとらわれることの無い幅広い臨床能力②日常の学術活動を進める能力③チーム医療のリーダーとしての役割を果たせる能力④患者の社会的背景に目をむけ人権を守る医療を実践できる能力⑤後継者を育成する能力を獲得することを一般目標とした医師養成を行っている。このプログラムでは、病棟における専門医療のみではなく、救急医療や在宅ケアをふくめ、地域に根ざした医療実践のなかでの医師養成を行っており、現在の大学病院ではできないプライマリーケア能力の獲得が可能だと考えている。実際に、平成13年度4人、本年度4人の新卒医師を迎え、現在8人の研修医が研修に励んでおり、新研修要綱による成果は着実に上がっていると考えている。

#### B) 本年4月以後今日までに取り組まれてきたこと

##### 1) 内科におけるチーム医療体制の強化:

臓器別グループによる回診、内科全体による重症患者回診、死亡症例の検討会の定期化、各病棟における他職種とのカンファレンスの徹底に務めている。

##### 2) 危機管理システムの見直し:

「医療安全推進総合対策」に基づいた要綱の改定作業を行っている。

「安全管理」について各職場における討議・学習を進めている。

##### 3) 医療倫理委員会の設立(6月27日):

構成メンバー:医師3名、看護師2名、技術者3名、事務2名、生協組合員

2名、外部委員4名(元大学教授、弁護士、ジャーナリスト、宗教家)

当面の課題として「当院における終末期医療についての考え方とマニュアル」の作成に取り組んでいる。

##### 4) 業務基準の見直しとクリニカルパスの推進

各部署の業務基準および各種マニュアル類の収集と見直し作業を行っている。

現在、疾患別に19種類のクリニカルパスが実施されており、さらに新たなパスの導入と内容および質の検討に取り組んでいる。

#### C) 今後早急に取り組むべき課題

##### 1) チーム医療の徹底を図る:

チームメンバーが患者を中心においてその問題点を共有できること

職種間で自由にものが言えるパートナーシップの形成

診療録記載方法の改善(診療情報の一元化)

主治医のリーダーシップのあり方についての自覚

##### 2) インフォームド・コンセントについての基本的な概念を職員の中に徹底し、実施していくためのマニュアルを作成する。

##### 3) 医療倫理・看護倫理、人権を第一義とする「医療安全管理」意識の教育を進めること。

##### 4) 新しい医学知識、医療技術に応じて、業務基準・手順を日常的に見直していくこと。

##### 5) 医療情報の管理ルールを再検討すること。

##### 6) 診療機能に適した薬品の数と種類の見直し、投与管理から保険請求を含めた総合的薬品管理を実施していくこと。

#### D) 病院の抜本的な改革にむけて

今後の抜本的な改革の方向を提起していくことも、内部調査委員会の重要な使命であると考え

る。

このための基礎となるものは、第1には我々自身が今回の事件から抽出した前述のような問題点の分析結果である。第2には外部評価委員会からいただいた「評価と提言」である。本院はこれまで、本格的な外部からの機能評価を受けたことはなく、識者の方々からの貴重なご意見を真摯に受け止め、今後の改善策に生かして行きたいと考えている。第3には地域の方々から寄せられたご意見である。4月の公表以後、延べ約580名の病院職員が、5500世帯の地域の患者を訪問しておわびと説明を行ってきたが、その際寄せられた多数の率直な意見が集約されている。厳しい批判も含め、これ

らの資料も病院再生にとって欠くことのできないものであり、我々の貴重な財産だと考えている。第4には、院内の現場の職員からの声である。今回の調査でも事件当時の問題点として、現場からの声が十分反映されない管理実態が指摘されているが、患者との直接の接点で、日頃医療の現場で働いている職員が感じている声が、病院の運営に反映される仕組みを作り上げることなくして病院の再生はありえないと考える。

以下に1)医療内容、2)管理運営システムとその運用、3)職員教育、4)その他 に分けて提示する。

#### 1)医療内容

##### ①「地域における病院の存在意義」を再確認すること。

川崎医療生協には50年、協同病院には25年にわたる実績があり、これまで創立以来一貫して「患者の立場に立つ医療」を追求してきた。しかし、今回の事件を機に、あらためて「今の時代に、この地域でこの病院が求められているものが何か」を問い直し、その答えを全職員がしっかり共有できるようにすること、これが病院再生の出発点であると考ええる。

##### ②上記の「存在意義」に基いた診療体制の再構築。

###### i 診療科のみなおし

地域の人々の出資により運営されている「地域の病院」である川崎協同病院は、「地域から必要とされる医療」をしっかり受け止めなければならない。医療の質を高める上では、現在の各科における専門性を維持することも重要であるが、一方で、専門性にとらわれないプライマリーヘルスケアへの対応を重視する必要がある。とりわけ関連診療所との連携で進めている在宅医療への対応体制、予防医学や往診から入院診療までを一貫した流れの中で責任をもって対応していく医療チームの整備が、当院の重要な責務であると考ええる。そして、将来プライマリーヘルスケアを担っていく若手医師の養成の場としても「総合診療部(科)」の設置が望まれる。

ii 患者の「安全・信頼・快適」を考慮した病院・病棟の再編・改築。

川崎協同病院は「無差別・平等の医療」という考えから、いわゆる差額ベッドを導入していない。このことは我々の誇るべき伝統として今後も堅持していきたい。しかし、現在の病棟は、混合病棟が多く、また個室が少ないことなどから、患者の「プライベートの尊重」や「快適な療養環境」という点からみれば問題は少なくない。財政面での制約は大きいですが、今後はそれらを考慮した病棟の再編・改築を検討する必要がある。

iii 救急対応体制の再整備

救急診療室をはじめ必要な設備の拡充をはかる。また、今日では多くの救急疾患が迅速な専門的対応を要するようになっており、疾患によっては「いつでも、何でも診る」という医療スタンスでは十分な対応をしきれない現実がある。したがって、他の医療機関との連携を含め、危機管理の観点からその在り方を再検討することが必要である。

iv 地域医療連携室の設置

開業医や他病院、福祉施設などとの連携を強めるために、その窓口として、また病院の活動を地域社会へ広報する機関として地域医療連携室の設置が望まれる。

2) 病院の管理・運営システムの改善

前項でも述べたように、現在の管理運営システムにはいくつかの問題を指摘できる。したがって、病院がその機能を有効に効率よく発揮するためには、管理システムそのものを再検討する必要があると考える。病院のシステム全体を検討するにあたっては、現在の部門別管理システムの問題点を詳細に分析し、今後も部門別管理を引き続き採用するのかどうかを含めた検討が必要である。

現在数多く行われている会議についても効率よく運営されるように整理統合するとともに、事務局体制を強化する必要がある。事件後の対応をみても、本来あるべき会議記録が残されていないなどの問題が明らかになっており、いつ、何が決められ、それがどのように院内に伝えられるか、記録管理を含めて情報伝達の改善が必要である。

本件の背景として、現場の意見が速やかに病院管理に反映されなかった管理実態が明らかになっている。管理部の方針を現場に伝えるラインはできるだけ簡潔にすべきであるが、現場の意見

を管理部に届けるラインはできるだけ多いほうが良いと考える。具体的には、現在、患者や生協組合員が病院に対して意見を述べるのに「虹の箱」が利用されているが、同様のシステムを職員用に作ることも有用と思われる。また、現場から意見が出されたら、いつ、どこで、誰が、どのような結論を出し、どのように対応したかを発信元に速やかに伝える。未処理になっている場合はその処理を促すようにするチェック機構も必要である。

### 3) 職員教育システムと指導体制の改善

医療生協は「患者の権利章典」と呼ぶ「患者の権利と責任」を定めた宣言を持っている。

我々は技術習得に偏らない、患者の人権を何よりも重視する医療観を身につけ、真の「チーム医療」が進められるような人材を育成していくことを目指してきた。しかし、今回の事件は、その目標が達成されていなかったことを示している。教育がその目標を達成するためには、指導者と、指導を受ける職員がしっかりと目標を共有できるようなカリキュラムと指導体制が必要である。その点では、従来の当院での教育が、自分たちの経験則のみによってきたことの限界を示している。先にものべたように、平成 12 年に厚生省から臨床研修病院に指定されたのを機に、我々は今日の医学教育の成果に学びながら医師の初期研修の改善に取り組み、一定の成果をあげて来ている。今後はこの経験と成果を、全ての職種の教育に活かして行きたい。

### 4) その他

#### ①医療内容、管理運営が日常的に第3者から評価され、見直されていくシステムの導入。

これについてはいろいろな形がありうる。例えば、すでに発足した倫理委員会のように病院内の委員会に外部の委員に参加してもらう組織形態もあるし、一部の科で実施しているような、大学等からの医師のローテートを標準化していく方法もある。また、実際に先進的な医療を実施している機関から、その都度指導医を招聘することも可能である。さらには、定期的な病院機能評価や、経営状況については公認会計士による診断を受けることも有用である。

外部との交流という意味では、学術活動を強化することもその一環であり、教育面では、現在医師に対して行われている「出向研修」制度を他職種へ拡大することも検討したい。



②法人理事会が各院所の医療状況を常に把握できるような組織運営に改善すること。

法人に、各院所の医療活動を把握し検討を行う機関会議は存在していたが、理事会には十分に反映されてこなかった。この弱点を克服するために、専務機能の強化を含め法人の組織運営改善のための検討がすでに開始されている。

川崎医療生活協同組合は平成10年11月に川崎協同病院でおきたこの事例を、生命倫理上許される行為ではなく、また法的にも問題がある重大な事件であると考えています。さらに、事件直後の対応の誤りや、再発覚後の対応の遅れが、広く国民の医療に対する不信を招いたことを私達は深く反省し、2度と再びこの様なことが起こらないよう改善にむけての努力を進めております。

私たち内部調査委員会の委員は、この事件の原因と背景を検証していく過程で、多くのことを学んできました。とりわけ、「患者の人権を尊重する医療」という私たちの基本理念が、実際の医療現場、組織運営に徹底しておらず、「チーム医療」についても本来の役割を果たしきれていなかったこと、また、「危機管理」意識の不徹底が必要な対応を遅らせたことは大きな反省点でありました。さらに、「終末期医療」や「インフォームド・コンセント」の問題についても、これまでの私たちの認識と実践が不十分であったことをあらためて知る結果となりました。

はじめにも述べたように、直接関与した主治医とご遺族からの聞き取り調査が実現できなかったことから、当事者間のやりとりについて、事実を解明しきれない部分が残されたことは大変遺憾であります。医療機関としての要因についても、得られる資料が限られているという制約のため必ずしも十分に審議をつくせなかった反省があります。とはいえ、これまで十分に分析ができていなかった病院管理に関する諸問題について、今回の調査でかなり掘り下げた検討が出来たこと、その問題を克服するための抜本的な改善策についての提起ができたことで、内部調査委員会としての役割は果たし得たと考えています。

今後、これをもとに病院の改革に取り組み、名実共に「患者の立場に立った医療」を実践できる病院に再生していきたいと考えております。

## 1. 入院診療録概要

11 月 2 日 E 医師病状説明 (family へ)「一旦心肺停止状態となったが vital (生命徴候) も不安定で急変→死へ至る可能性は高い。仮に今の不安定な状態を乗り切っても意識が戻る可能性は低く、意識が戻っても後遺症は必発と考えられる。出来る限りの治療は続けていく。～了承される。」

11 月 3 日 午前 3 時 看護記録「自発呼吸しっかりしてきている。レベル↑。右手を口元にもっていこうとするため抑制する。苦痛様表情あり。咳漱反射あり。けいれん時々あり。」

11 月 3 日 医師記録 午前 9 時 50 分、ミオブロック 4mg i.v. (静脈内注射) CMV (調節呼吸) とするも PaO<sub>2</sub> (動脈血内酸素濃度) 改善せず。以後、ミオブロック使用せずに IMV (間歇強制換気) 管理となる。

11 月 3 日 医師記録 F 医師病状説明 (妻、子供、子供の妻)「脳障害が多く、改善するかどおかは不明です。喘息は良くなっております。状況の変化は 2～3 日見て下さい。」

11 月 3 日 23 時 看護記録「自発呼吸は弱くみられるも機械と同調している」

11 月 4 日 看護記録「血圧 160/70、自発呼吸弱く(+)、CL (意識レベル) 200～300 瞳孔 R=L 3.0mm, 対光反射/睫毛反射 (+)/(+)」

主治医病状説明「大変残念だが pt (患者) の仕事一途なことが災いした。救急車を呼ぶことも拒否していたとのことで、仕方がない。今は祈るしかないのでできるだけ声かけしてほしい。9 割 9 分は植物状態」

11 月 5 日 医師記録「37～38℃ fever, Bp (血圧) 高め、睫毛 (反射) OK 顔もしかめる。自発もできてきている。ある程度生命的にはのりきれそうだが・・・その先は・・・」

11 月 5 日 医師記録 22:30、頻呼吸となり気管内吸引、サクシゾン投与行うも、症状改善せず、sedation (鎮静) を再開し、症状軽快。

11月6日 医師記録「自発(呼吸)良好にてPM12:30 weaning(注:人工呼吸管理より離脱、自発呼吸管理)とする」

11月6日 看護記録「14:00NP(注:ニューポート、当院採用の人工呼吸器の略)離脱、インスピロンに変更する。セデーション off にする。

11月8日 看護記録「no change(変化なし)。眼瞼開閉されるも反応なし。高熱もでなくなってきた。四肢硬直強い。やはり脳の回復は期待できず」

主治医病状説明「9割9分9厘は脳死状態でしょう。自発呼吸は安定しておりレスピレーターもはずれた。生命的にはおちついてきた。挿管 tube もはずしたいがまだ痰があること、舌根沈下もありえるのもう2〜3日入れておく。抜管したあと呼吸悪化したさい再挿管は行わない方向であるが・・・(月)より HBO(高気圧酸素療法) 予定するがあまり期待できず。最悪の植物状態となり、安定すれば一旦退院方向もありえる。

看護記録 23時より対光反射(ー)となる。

11月9日 15時 看護記録 無呼吸 2〜3回／分。10〜15秒／回あり。

11月10日 第1回高気圧酸素療法施行。完遂す。

11月11日 第2回高気圧酸素療法施行。痙攣あり中断。

医師記録「family も pt がかわいそうでみてられないとのことで覚悟をきめられつつある。

やや失調性呼吸あり不安定になってきている。

CRP(交差反応蛋白) 18.8 ↑ これが原因か。

XP 上左下葉無気肺のみ 痰も白い。

あまり汚れないうちに終りにしてあげたい。

PM3° 抜管するもすぐに呼吸 ↓

残念ながら7F(フレンチ;サイズ)で再挿管とする。」

11 月 11 日 看護記録(カーデックス)《wife, 嫁(長男の)へムンテラ》

11 月 12 日 医師記録「やはり吃逆のためか呼吸不安定。鼻腔からの出血(+)。痰も多い。輸液をへらしていく。」

11 月 12 日 ICU より南 2 階病棟個室へ転棟。

11 月 13 日 医師記録「呼吸状態安定。Fever 37～38℃ですんでいる。痰も多くはない。もう少しこのままいきそう。」

11 月 13 日 指示箋「DNR(心肺停止時に心肺蘇生を試みない)」

11 月 13 日 看護記録(カーデックス)《Fa にムンテラ(面談)し、Fa はあきらめた様子でナチュラルコースである。点滴漸減していく方向》

11 月 14 日 看護記録「Fa より Ns call あり。Fa より 11/16(月) PM Dr ムンテラ希望あり Dr 聞いて下さい。」

11 月 15 日 看護記録「呼吸状態安定、エアー入りまずまず」

11 月 16 日 医師記録 肝酵素 ↑ ↑ CRP 27.1 septic な(敗血症による)ものか ミノ(ミノマイシン《抗生剤》による薬剤性のもの)か  
ミノも中止へ。

Level(意識レベル)も呼吸も変わらず。In(輸液量)へらしてゆく。

Family より抜管希望強し。

大変つらいが夕方 family 集まってから抜管することとする。

PM6:03 family の了承を得て抜管。

痰がらみ(+)で努力呼吸著明。とてもみていられず。

セルシン 10mg iv. するも効なし。

↓

ドルミカム(量の記載なし)iv. もやはり効なし。

↓

6A(アンプル) iv. でも努力様つづく。

7 時前 ミオブロック(量の記載なし)DIV(点滴静脈内注入)行う。

数分で呼吸 ↓

7:03 呼吸停止

7:11 心停止。永眠され安らかな顔になられる。

## 11 月 16 日 看護記録

午後の検温:体温 37.4℃、心拍数 105/分、 血圧 155/90

15° 経鼻気管チューブ抜管試みたが R(呼吸)状態悪く抜管できずカフエアーなしで挿管継続す。

17:30 fa(妻)より希望あり挿管チューブ抜管して欲しいとの事。

Dr 確認、挿管チューブ抜管す。

R 状態不良 ドルミカム iv. 8A

DIV 5A

HR(心拍数) ↑

セルシン 4A iv.

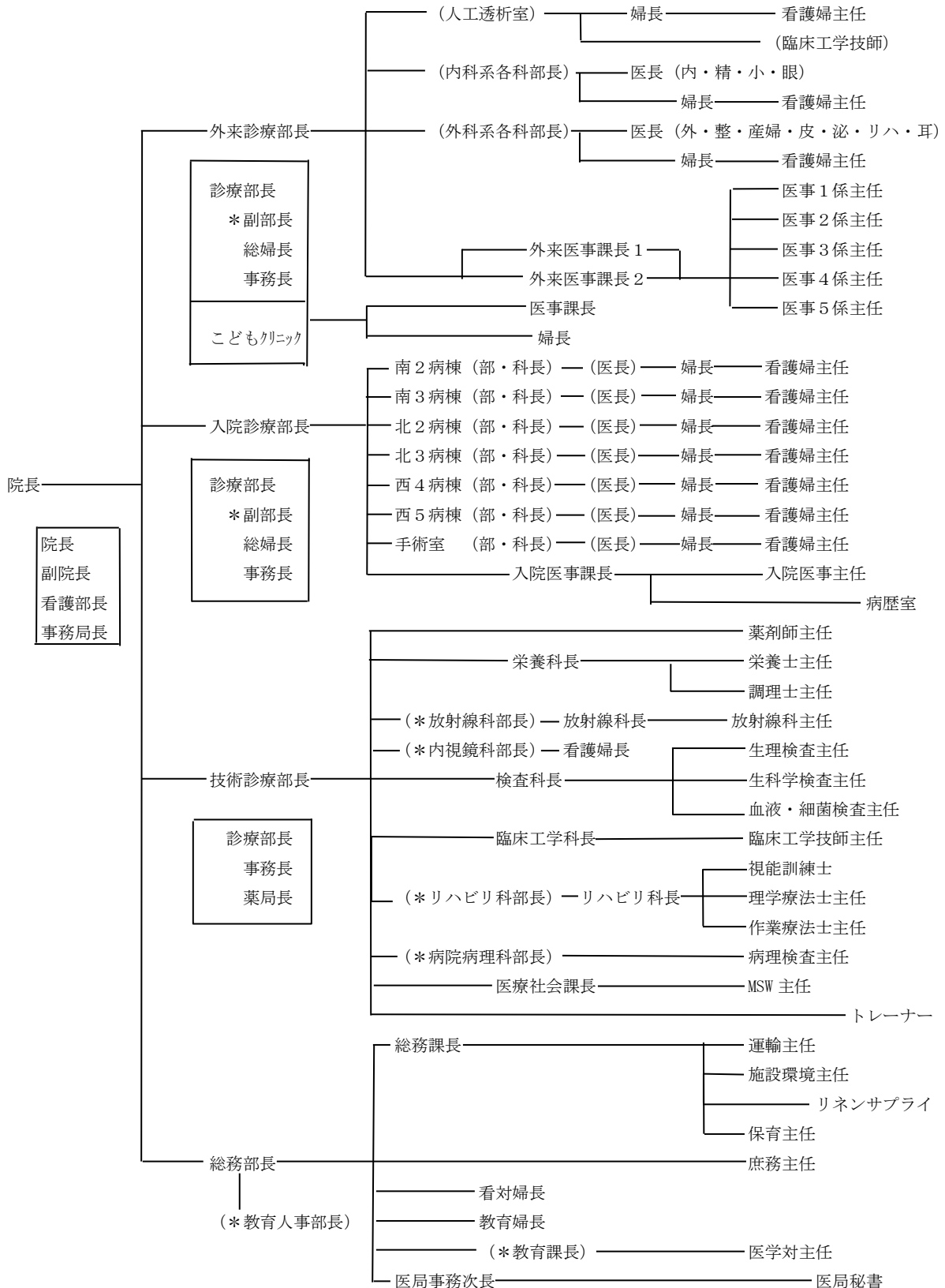
ミオブロック 3A iv.

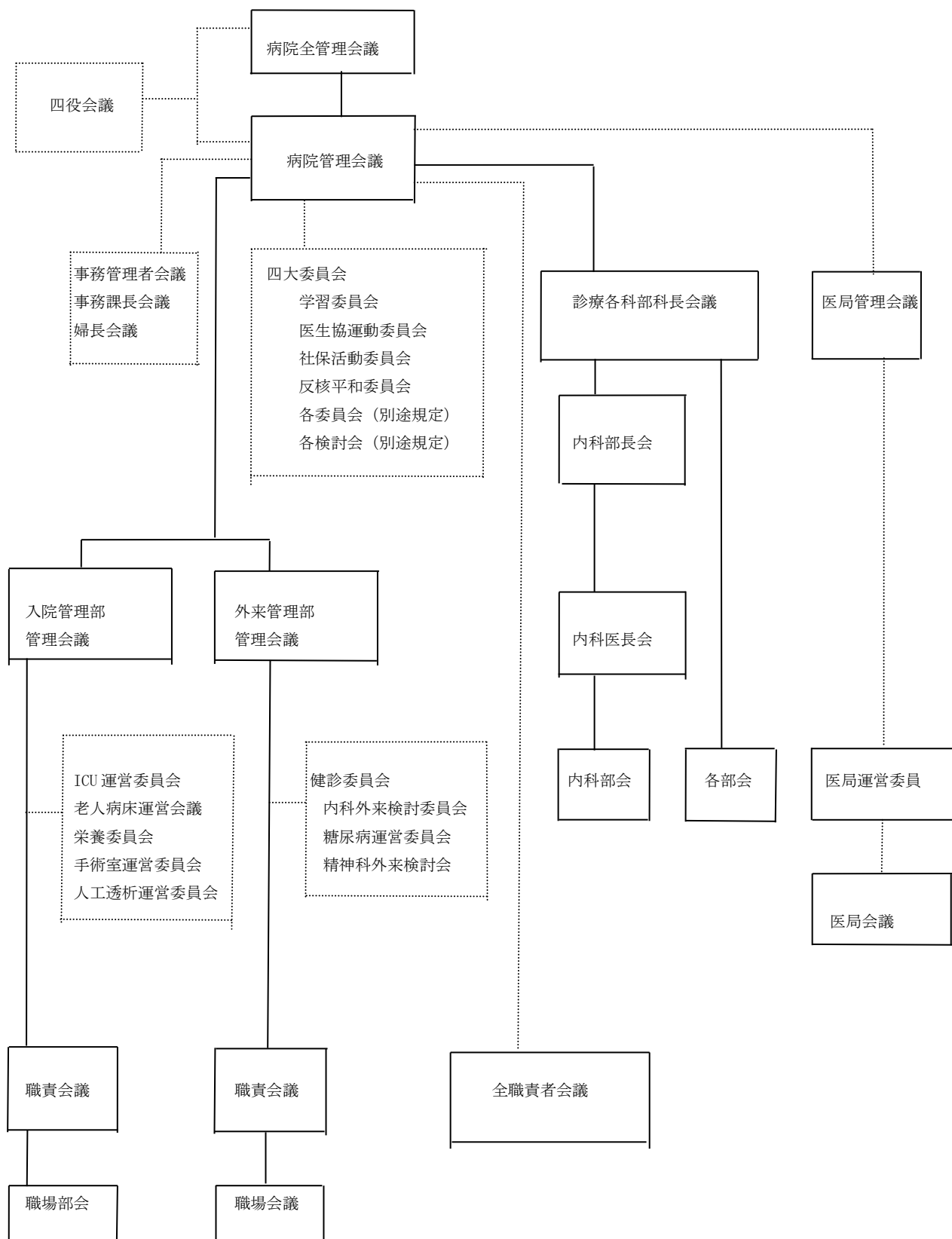
19° HR 徐々に ↓

19:11 R 停止、心停止。 死亡確認す。

## 2. 病院管理機構図

協同病院ライン機構図 94年6月1日策定、95年5月一部改定 96年4月一部改定、97年5月一部改定  
98年4月一部改定予定





ライン機能 ——— スタッフ機能 ……………



### 3. 安全管理マニュアル

#### A) 事件当時の手順書

#### 医療事故が発生した場合の手順(1992年10月2日)

近時の状況にかんがみ、改めて医事紛争・医療事故についての病院としての考え方を整理し、対応方針の基本を確認しておきたい。

#### 1. 定義(当院で今後論議するに際しての用語統一)

- ①ここで医療事故とは、最も広義に過失の有無を問わず、医療上予期した結果とは異なる異常な事態の発生を指す。
- ②医療紛争とは、患者側が病院に対して損害賠償の請求その他なんらかの要求を提出したものを言う。
- ③医療過誤とは、医療事故のうち病院に過失があり、相手方に損害あるものをいう。
- ④過失とは、法律上は、ある状況のもとで一定の行為(作為または不作為)をなすべきであったのに、これをしなかったことをいう(行為義務違反説＝判例)。この場合一定水準の注意義務の存在が前提となる。医療の場合は、当時の一般的医療水準に照らしてどうかの問題である。
- ⑤誤診は、臨床診断と最終診断が異なったものを指す。過失のあるものは過誤となり、紛争の要因となりえる。

#### 2. 事故発生の場合

- 1) 異常な事態が発生したならば、発見者はただちに下記の手順で必要な連絡を行う。

##### ①重篤な場合(例:造影剤、薬によるアナフィラキシー、ショック等直接生命に及ぼす事態)

- i 発見者は、異常事態と判断したならば、全館放送にて「ハリイ先生、〇〇病棟(ないし異常事態発生場所)に至急おいで下さい」と放送する(\*HERRY-UP 急ぐこと)

全医師は生命に及ぼす重大事態発生と判断し、可能な限り現場にかけつける

\*院内電話器は⑦を押すと全館放送ができます(1993・5・26 追加)

- ii 夜間は午後9時までは上記と同じ手順で行う

午後9時から翌朝午前6時までは電話対応で可能な限り当直医師をたくさん集める。

## ②軽症な場合(直接生命に及ぼすような事態ではない)

当該部長に速やかに連絡をする

## ③留意点

異常事態は発見が早ければ早いほど悪い結果を防止する可能性がたつよくなり、かつ紛争の場合は発見時期が注意義務の関係で問題になる。

＊医療上最善の対処を病院の総力をあげて行う。

とくに重篤な場合は、大勢の医師、その他スタッフを集めて対処する際、当該部長、医長が中心となり、役割分担をして指揮に当たる。対処の場合、その速度も(挿管、酸素供給など)問題となる。記録はすべて記載し保管する。

- 2) 以上の対処を行ったにもかかわらず、患者の死亡、障害、その他の悪結果となった場合、患者側への説明が問題である。医療上の責任と法律上の責任は異なるので説明は慎重を要する。従って、本格的説明は後で行うことを含めて医師集団の検討の上で、部長または医長が説明を行う。一人で判断、対処はしないこと。

紛争を想定するにせよ、可能性がないと考えられるにせよ、医学的な原因究明は重要であるので、事故で患者が死亡の場合、解剖はできるだけ行うように患者側に進める。

## 留意点

- ① 集団検討のうえで病院の医学的・法律的責任の有無を確認しないで、患者側に説明する際「病院の責任」とか「間違えました」とか「ミスでした」とか「申し訳ありませんでした」などの言葉が混じると混乱を引き起こす。
- ② 患者側から疑問や要求が提起されたときは、事実立って責任を検討する立場に立つべきであって、いたずらに事実を隠したり、明白な病院の過失や医療過誤の場合にまるめこむという立場に立たない。

## 3 事故以降の対応

- ①当該部長はただちに〔院長(副院長)〕に対して報告を行う。
- ②管理部四役は可及速やかに、必要な医師集団・事務次長を集め、事態の正確な把握と考えられる原因と対策を検討し、管理部としての方針を確定し記録にのこす

- ③患者側へのその後の対策は院長・事務長・部長または医長など病院を代表するものが、誠心誠意を尽くして行い、必ず複数の医師と管理事務担当者が立ち会うこと。
- ④関係者会議で病院の統一見解を意志統一し、職員内でうわさしないこと。
- ⑤顧問弁護士との相談を行うこと、特に紛争になるか否か、慰謝料はどのようなかなど専門家の知識が必要となるので、独断で決めないこと。
- ⑥処理をめぐっての患者さん、家族との話し合いは管理事務担当者が行い、時間がかかっても誠意を尽くした話し合いを続けること。
- ⑦慰謝料の提示は患者・家族の要求をまず聞くこと。法外な要求に対しては、毅然とした態度で臨むこと。
- ⑧解決の際、示談書は顧問弁護士に起案してもらうこと。
- ⑨患者さんの負担金分の免除については、院長の決裁をうけなければならない。

## B) 現在の手順書

### 情報の集中制度、事故発生時の対応、県医師会へ申請する事例の対応について

(2002 年 2 月 1 日、4 月 30 日、5 月 28 日に一部改定)

#### I 医療事故及び関連情報の収集(報告書の流れ)

##### 1. ハットヒヤリ報告書について

- 1) 職員は別紙「ハットヒヤリ報告書」を記入し、職責者(医師は各科部科長)に提出する。
- 2) 職責者は「ハットヒヤリ報告書」を担当管理者に提出する。また、月別にまとめを行い、まとめた報告書を管理者に提出する。
- 3) 管理者は「ハットヒヤリ報告書」を医療事故防止対策委員会へ提出する。

##### 2. 事例報告書について

- 1) 職員は「ハットヒヤリ報告書」と共に「事例報告書」を記入し、職場責任者(医師は各科部科長)に提出する。
- 2) 職場責任者は「事例報告書」(「ハットヒヤリ報告書」含む)を担当管理者に提出する。
- 3) 担当管理者は医療事故防止対策委員会に提出する。

### 3. 報告書に基づく改善について

- 1) 各職場では「ハットヒヤリ報告書」「事例報告書」に基づく討議を行い、業務改善をすすめる。
- 2) 医療事故防止対策委員会は「ハットヒヤリ報告書」「事例報告書」に基づき、必要な業務指導を行なう。

## II 医療事故防止対策委員会について

### 1. 委員会の役割

- 1) 事故及びハットヒヤリ事例の情報収集と予防策の検討。
- 2) 医療事故防止に関するシステムの検討。
- 3) 事故防止のための職員教育実施の提案をする。

### 2. 委員会構成

院長、副院長、総婦長、事務長、薬局長

## III 医療事故発生した場合の手順

### 1. 定義:A)－1. と同様

### 2. 事故発生の場合:

#### ① A)－2.－①と同様

- ② 以上の対処をおこなったにもかかわらず、患者様の死亡・障害・その他の結果となった場合、患者様・ご家族への説明が大切である。従って説明は病院を代表するものが行う。一人で判断、対処を行わない。また、医学的原因究明が重要である。患者様が死亡した場合、解剖はできるだけ行うよう遺族にすすめる。

### 3. 事故以降の対策

- 1) 事故を確認した職員は、上長(職責者、部科長)へ報告する。
- 2) 職責者・部科長は、担当管理者に報告する。
- 3) 担当管理者はただちに院長(副院長)に報告する。
- 4) 院長(副院長)は四役・必要な医師を集め、事態の正確な把握と考えられる原因と対策を検討し、記録に残す。後日、管理会議にて報告・検討を行い、方針を確定する。(必要があれば臨時管理会議を開催する)

- 5) 患者様への対応は医師、看護師、事務の病院を代表する管理者が複数で行い、誠心誠意  
尽くしたものにすること。
- 6) 必要がある場合、病院管理者は顧問弁護士と相談を行なうこと。
- 7) 患者様の自己負担金の免除については、院長決済とする。

#### IV 医賠償に申請する必要がある事故が生じた際の患者対応の基本について

##### 医賠償に申請する場合の基本的流れ

- 1) 管理者は事故の報告を受けたら、事故防止委員会(院長)に報告する。
- 2) 事故防止委員会是对应する管理者を選任する。担当管理者は各科部科長、管理婦長、事務管理者とする。
- 3) 報告書は各科部科長の責任で記載し、院長が顛末報告書を最終確認する。
- 4) 事務管理者は事務局機能を担い、顛末報告書を川崎市医師会に提出する。提出時に神奈川県医師会にも出向きコピーで事前に事務局に説明をしておく。
- 5) 神奈川県医師会より事情聴取の際には、担当医・部科長、事務管理者が同席する。

#### 4. 医療生協の「患者の権利章典」

医療生協の「患者の権利章典」は、組合員自身のいのちをはぐくみ、いとおしみ、そのために自らを律するものです。同時に組合員・地域住民すべてのいのちを、みんなで大切にし、支え合う、医療における民主主義と住民参加を保証する、医療における人権宣言です。

#### 患者の権利と責任

患者には、闘病の主体者として、以下の権利と責任があります。

##### 〈知る権利〉

病名、病状(検査の結果を含む)、予後(病気の見込み)、診療計画、処置や手術(選択の理由、その内容)、薬の名前や作用・副作用、必要な費用などについて、納得できるまで説明を受ける権利。

##### 〈自己決定権〉

納得できるまで説明を受けたのち、医療従事者の提案する診療計画などを自分で決定する権利。

##### 〈プライバシーに関する権利〉

個人の秘密が守られる権利および私的なことに干渉されない権利。

##### 〈学習権〉

病気やその療養方法および保健・予防等について学習する権利。

##### 〈受療権〉

いつでも、必要かつ十分な医療サービスを、人としてふさわしいやり方で受ける権利。医療保障の改善を国と自治体に要求する権利。

##### 〈参加と協同〉

患者みずからが、医療従事者とともに力をあわせて、これらの権利をまもり発展させる責任。

(1991年5月11日 1991年度日本医療生協医療部会総会にて確定)

#### 4. 会議記録

##### 第1回真相究明委員会

日時	2002年4月22日（月） 17時より22時
場所	川薬株式会社会議室
出席者	仁木義雄、橋本廸生、小林勉、小熊恵子、二上護、小口克巳、佐々木秀樹 山崎恒夫、佐藤育男、山内毅、原弘明 事務局 井町和義
議事項目	1、当委員会の位置づけ、座長・委員の委嘱と名簿の確認 2、事実経過の調査及び発生以後の調査 3、今後検証を深める事項の検討 4、調査期間、作業内容についての提案

##### 第1回内部調査委員会

日時	2002年4月25日（木） 19時より22時30分
場所	川崎協同病院7F 第1会議室
出席者	委員 佐々木秀樹、山崎恒夫、佐藤育男、山内毅、二上護、小口克巳 事務局 井町和義
議事項目	1、入院診療録（カルテ）、外来診療録の検討

##### 第2回内部調査委員会

日時	2002年4月29日（月） 14時より19時30分
場所	川崎協同病院7F 第1会議室
出席者	委員 佐々木秀樹、山崎恒夫、佐藤育男、山内毅、二上護、小口克巳 オブザーバー 宮川泰彦、畑山穰、仁木義雄 事務局 井町和義
議事項目	1、診療録による事例検討 2、ヒアリング報告とその検討

## 第3回内部調査委員会

日時	2002年5月3日（金）14時より18時30分
場所	川崎協同病院7F第1会議室
出席者	委員 佐々木秀樹、山崎恒夫、佐藤育男、山内毅、二上護、小口克巳 事務局 井町和義
議事項目	1、診療録による事例検討（外来・入院） 2、ヒアリング報告とその検討

## 第4回内部調査委員会

日時	2002年5月6日（月）18時より21時30分
場所	川崎協同病院7F第1会議室
出席者	委員 佐々木秀樹、山崎恒夫、佐藤育男、山内毅、二上護、小口克巳 事務局 井町和義
議事項目	1、診療録による事例検討（外来・入院） 2、病態評価、治療に関する評価についての考察と検討 3、中間報告のまとめ方について 4、ヒアリング報告とその検討

## 第5回内部調査委員会

日時	2002年5月11日（土）18時より21時30分
場所	川崎協同病院7F第1会議室
出席者	委員 佐々木秀樹、山崎恒夫、佐藤育男、山内毅、二上護、小口克巳 事務局 井町和義
議事項目	1、診療録による事例検討（外来・入院） 2、病態評価、治療に関する評価についての考察と検討



	3、中間報告のまとめ方について 4、ヒアリング報告とその検討 5、追加委員の確認
--	--

第6回内部調査委員会

日時	2002年5月17日（金）17時30分より21時30分
場所	川崎協同病院7F第1会議室
出席者	委員 佐々木秀樹、山崎恒夫、佐藤育男、山内毅、二上護、小口克巳 荒木重夫、杉山靖、宗形ふじ子、穴沢咲知知 事務局 井町和義
議事項目	1、本日より追加委員4名が加わって開催した。 2、中間報告（案）のマスコミ漏洩について 3、中間報告の概要説明について

第7回内部調査委員会

日時	2002年5月23日（木）18時より21時30分
場所	川崎協同病院7F第1会議室
出席者	委員 佐々木秀樹、山崎恒夫、佐藤育男、山内毅、二上護、小口克巳 荒木重夫、杉山靖、宗形ふじ子、穴沢咲知 オブザーバー 宮川泰彦 事務局 井町和義
議事項目	1、中間報告（案）の概要説明 2、中間報告の追加項目の検討 3、聞き取り調査報告書についての検討 4、次回までの作業確認

## 第8回内部調査委員会

日時	2002年5月28日（火）18時より21時30分
場所	川崎協同病院7F第1会議室
出席者	委員 佐々木秀樹、山崎恒夫、佐藤育男、山内毅、二上護、小口克巳、荒木重夫、 杉山靖、宗形ふじ子、穴沢咲知 オブザーバー 宮川泰彦 事務局 井町和義
議事項目	1、聞き取り調査の結果についての検討  2、レセプト調査についての検討  3、追加調査の分析と報告

## 第9回内部調査委員会

日時	2002年5月31日（金）18時より21時30分
場所	川崎協同病院7F第1会議室
出席者	委員 佐々木秀樹、山崎恒夫、佐藤育男、二上護、小口克巳、荒木重夫、杉山靖、 宗形ふじ子、穴沢咲知 オブザーバー 宮川泰彦 事務局 井町和義
議事項目	1、中間報告案の検討  2、外部評価委員会への中間報告の事前提出について  3、マスコミ対応について

## 第10回内部調査委員会

日時	2002年6月13日（木）18時より21時30分
場所	川崎協同病院7F第1会議室
出席者	委員 佐々木秀樹、山崎恒夫、佐藤育男、二上護、小口克巳、荒木重夫、杉山靖、 宗形ふじ子、穴沢咲知 事務局 井町和義
議事項目	1、中間報告の検討  2、労働組合からの申し入れについての検討

## 第 1 1 回内部調査委員会

日時	2002年6月22日（土）14時より16時
場所	川崎協同病院7F第1会議室
出席者	委員 佐々木秀樹、山崎恒夫、佐藤育男、小口克巳、杉山靖、宗形ふじ子、 穴沢咲知、掛水久子 事務局 井町和義
議事項目	1、川崎市からの申し入れ、共同記者会見についての報告 2、今後の調査活動についての検討

## 第 1 2 回内部調査委員会

日時	2002年6月29日（土）14時より17時
場所	川崎協同病院7F第1会議室
出席者	委員 佐々木秀樹、山崎恒夫、佐藤育男、山内毅、二上護、小口克巳 宗形ふじ子、小林勉 事務局 井町和義
議事項目	1、聞き取り報告書の検討 2、今後の調査活動についての検討  ○遺族、主治医面談の申し入れ  ○病院全体の総括について（インフォームド・コンセント、チーム医療等）  ○最終報告についての検討

## 第 1 3 回内部調査委員会

日時	2002年7月5日（金）18時より21時
場所	生協歯科クリニック2F会議室
出席者	委員 佐々木秀樹、山崎恒夫、佐藤育男、山内毅、二上護、小口克巳 荒木重夫、穴沢咲知、掛水久子 事務局 井町和義
議事項目	1、川崎市健康福祉局からの「中間報告における疑義・照会事項」についての検討

	<p>2、神奈川県議会より要請された外部評価委員会へのオブザーバ - 参加について</p> <p>4、管理システムについての検討：</p> <p>チーム医療、報告システム、会議運営、管理機構とその運用等について</p>
--	---

#### 第14回内部調査委員会

日時	2002年7月13日（金）14時より17時
場所	川崎協同病院7F第1会議室
出席者	<p>委員 佐々木秀樹、山崎恒夫、山内毅、杉山靖、二上護、小口克巳</p> <p>事務局 井町和義</p>
議事項目	<p>1、川崎市健康福祉局からの「中間報告における疑義・照会事項」についての検討</p> <p>2、聞き取り報告書の検討</p> <p>3、管理システムについての検討</p> <p>5、労働組合からの提案について</p> <p>6、遺族面談の申し入れについて</p>

#### 第15回内部調査委員会

日時	2002年7月18日（木）18時より22時10分
場所	川崎協同病院7F第2会議室
出席者	<p>委員 佐々木秀樹、山崎恒夫、山内毅、杉山靖、荒木重夫、二上護、小口克巳、 宗形ふじ子、穴沢咲知、掛水久子</p> <p>事務局 井町和義</p>
議事項目	<p>1、川崎市健康福祉局からの「中間報告における疑義・照会事項」についての検討</p> <p>2、聞き取り報告書の検討</p> <p>3、管理システムについての検討</p> <p>4、遺族面談の申し入れ後の対応について</p> <p>5、最終調査報告について</p>

## 第16回内部調査委員会

日時	2002年7月23日（火）19時より22時10分
場所	川崎協同病院7F第2会議室
出席者	委員 佐々木秀樹、山崎恒夫、佐藤育男、山内毅、杉山靖、荒木重夫、二上護、 小口克巳、宗形ふじ子、穴沢咲知、掛水久子 事務局 井町和義
議事項目	1、崎市健康福祉局からの「中間報告における疑義・照会事項」についての検討 2、本事件を引き起こした背景、管理運営上のシステムについて 3、労働組合からの提案のあった事件公表経過について 4、最終調査報告について

## 第17回内部調査委員会

日時	2002年7月26日（金）19時より22時10分
場所	川崎協同病院7F第1会議室
出席者	委員 佐々木秀樹、山崎恒夫、佐藤育男、山内毅、杉山靖、荒木重夫、 二上護、小口克巳、穴沢咲知、掛水久子 事務局 井町和義
議事項目	1、最終報告書についての検討

## 第18回内部調査委員会

日時	2002年7月30日（火）19時より22時30分
場所	川崎協同病院7F第1会議室
出席者	委員 佐々木秀樹、山崎恒夫、佐藤育男、山内毅、杉山靖、二上護、小口克巳、 宗形ふじ子、穴沢咲知、掛水久子 事務局 井町和義
議事項目	1、遺族聞き取りについての報告と対応、扱いについて検討した。 2、調査報告について最終の詰めと、発表日、方法についての検討。