

○医療事故調査委員会の審議経過

月 日	回	概 要
4月21日	第1回	○医療事故調査委員会設置 ○今後の進め方について確認
4月23日	第2回	○事故報告資料、看護師記録等の検証 ○関係者の事情聴取、機器の機能確認の実施について
4月24日	第3回	○手術室において、麻酔器、生体情報モニターの機能確認 ○関係者の事情聴取の内容の報告
4月25日	第4回	○手術室において実地検証 ・関係者全員で事故当日の状況を再現し、それぞれの動きを確認
4月28日	第5回	○関係者別経過表の検証 ・関係者の行動の確認、時間関係の確定 ○生体情報モニターのアラームについて業者に確認
4月30日	第6回	○関係者別経過表の検証 ・麻酔科医がC室を離れた時間、蛇管を再接続した時間の確認 ○麻酔器、生体情報モニターのアラームについて検証
5月2日	第7回	○経過表に基づく、関係者の事情聴取 ○経過表の確定（不明な部分は引き続き検討していくこととした）
5月7日	第8回	○事故原因の分析 ○経過表から問題のあった点を抽出
5月9日	第9回	○問題点の掘り下げ ・麻酔器のモード設定について ・麻酔科医が麻酔導入後に席をはずしたことについて
5月12日	第10回	○問題点の掘り下げ ・執刀前の消毒、手術台挙上などの一連の準備行為について ・タイムアウトについて ・蛇管が外れたことについて
5月14日	第11回	○問題点の掘り下げ ・アラームが機能していないことについて ・心電図記録について
5月16日	第12回	○問題が生じた根本的な原因の抽出 ・麻酔科医不在時の全身管理の重要性の認識が不足していること。さらに、麻酔科医不在時に全身管理の取り決めがないこと。 ・麻酔器及び生体情報モニターに関する教育が不足していたこと。 ・医師は経験を優先し、マニュアルを重要視しないことがあること。

5月19日	第13回	○根本的な原因に対する対応策の検討 ・麻酔器及び生体情報モニターに関する教育が不足していたこと。
5月21日	第14回	○根本的な原因に対する対応策の検討 ・麻酔科医不在時の全身管理の重要性の認識が不足していること。さらに、麻酔科医不在時に全身管理の取り決めがないこと。
5月23日	第15回	○根本的な原因に対する対応策の検討 ・医師は経験を優先し、マニュアルを重要視しないことがあること。
5月26日	第16回	○事故調査報告書の記載方法の検討
5月28日	第17回	○事故調査報告書（案）の内容確認、検討
6月2日	第18回	○事故調査報告書（案）の内容確認、検討
6月4日	第19回	○事故調査報告書（案）の内容確認、検討
6月16日	第20回	○事故調査報告書（案）の内容確認、検討 ・内容の検討について終了し、成案に向けて、字句等の修正など事務的な作業を事務局で行なっていくことについて了承される。
7月14日	第21回	○事故調査報告書成案の報告、了承され、がんセンター所長に提出 ○外部評価委員の就任依頼の説明