

## 近畿大学病院 監査委員会 議事録

- 1 日 時 令和元年 7 月 2 日 (火) 午後 3 時 00 分～午後 4 時 30 分
- 2 場 所 近畿大学病院 病院棟 3 階 大会議室
- 3 出席者  
(1) 監査委員 (4 名) 水本 一弘、山口 育子、小島 崇宏、諸富 公昭  
(2) 対応者 東田 有智 (病院長)、福田 寛二 (副病院長、安全管理部長)  
医療安全対策室 辰巳 陽一、上野 純子、吉田 和恵、西川 三重子、  
柳江 正嗣  
(3) 同席者 猪川 正人、木村 裕、井上 純子、田端 欣裕
- 4 議 題  
(1) 平成 30 年度医療安全活動目標 (計画) の進捗状況・成果報告  
①～⑨のうち下記の項目を重点的に報告  
① 患者参加型医療と医療安全  
② 心電図モニター無駄なり予防  
③ 鎮静下内視鏡検査時の鎮静管理  
⑦ チーム医療依頼書の運用  
(2) 今年度の新たな取り組み  
(3) 医療事故調査制度への対応状況報告および内部調査委員会開催事例報告  
(4) 臨床倫理問題への対応 (DNAR、認知機能障害と同意取得、など)  
(5) 次回開催日程

### 5 議 事

はじめに、監査委員会の規程の変更について説明があった。平成 30 年度省令改正に伴い、開設者が講じなければならない措置として「監査委員会の設置」が示されたことから、委員の委嘱等を含め、委員会の主体が管理者の病院長から開設者である理事長に変更となったことが報告された。

議長は水本委員長が行い、議事が進行された。

監査内容は次のとおりである。

- (1) 平成 30 年度医療安全活動  
① 患者参加型医療と医療安全 (進捗状況)
  - ・ 引き続き院内の研修、会議などでベッドサイド・ハドルの啓発をおこない、当初 25 病棟中で 22%、現在では 39%の病棟で導入されている。今後も広めていきたい。
  - ・ 冠動脈バイパス手術後の歩行困難患者がトイレ移動時に転倒し大腿骨転

子部を骨折した。転倒転落の原因の多くは排泄行為中に行っており、転倒転落 WG では歩けないことを患者、家族が明確に理解することで転倒事故防止につながることからメンタルモデルの共有が重要だと考えているため、この対策として術後 1 週間で患者・家族を交えたベッドサイド・ハドルの導入を行った事例が紹介された。

(質疑応答)

(問) 患者の周りに支柱棒がなかったので歩いてきたのかとの問いに頷いたとのことだが、認知症ではなかったか。また、耳はよく聞こえていたのか。

(答) 重度の認知症ではなかった。聴力については明確ではない。

(問) 車椅子についてはどう対応することが正しかったのか。

(答) 車椅子型体重測定器を片付けた際、代替りの車椅子を用意すべきだった。また、トイレの前後で担当看護師が変わり、伝達にミスがあった。

(問) 家族をチームに参加させることで責任も共有できるのか。

(答) チームに入っているからと言って必ずしも共有できるわけではない。困難ではあるが理解してもらう必要はある。リスクの可能性を家族に伝え、共有していきたい。

## ② 心電図モニター無駄なり予防 (進捗状況)

- ・ 院内スクリーニングによって、アラームの無駄なりが多く判明した。今後の目標として「①無駄なアラートで医療者の注意が削がれることを減らしたい。②不必要なモニター症例を減らしたい」ことがあげられた。SOFA スコアなどを用いて、各病棟での設置基準を現在調査中で、アラーム設定基準の作成を計画している。

(質疑応答)

(問) 病院全体・診療科別・ラピッドレスポンス対応患者、3 種類の基準が必要では。

(答) 混合している場合は閾値の低いほうを取らざるを得ない。

(問) 血圧の高低など個人差の大きいものがあるが個々の違いに対応できるか。

(答) 細かくし過ぎるとその個々情報の共有が必要になり、伝達されないというリスクが生じてくることから、一般的な正常の範囲で対応するしかない。

(問) 和歌山医大での運用は。

(答) 循環器内科、心臓血管外科はカスタマイズし、それ以外はメーカーのデフォルト値。

③ 鎮静下内視鏡検査時の鎮静管理

- ・ 2018年当初から、医師に対する鎮静管理講習を行ってライセンス制とし、現在、鎮静化内視鏡手技を行う医師の全員となる59人が合格。ライセンス制導入後、過鎮静によるインシデント報告はない。トレーニングは医師優先だが、座学は多職種に対し実施していく。

(質疑応答)

(問) 他病院から異動してきた人は受講しなければならないのか。

(答) 基本的には受講が必要で原則ライセンスを取得するまではできない。

⑦ チーム医療依頼書の運用

- ・ 全身管理が必要な患者に対し、複数診療科でのチーム介入を検討し、治療を実施するためのチーム医療依頼書の運用を開始した。トライアル運用を行なっているが、昨年度は小児科、産婦人科から2事例の依頼があった。運用を行った病棟からは高い満足度が得られている。

(質疑応答)

(問) 運用を行ったことで医師が必要ないと思っていたことを必要と感じたことがとても重要であると考えますが、運用の成果をフィードバックする場はあるか。

(答) リスクマネジャー研修などで事例紹介している。

(問) 発信する依頼者の職種により思いが違い、発信の方向性が違うのでしょうか。

(答) 医師、看護師等のチーム内で思いが違うなら、その違い自体を共有することは有効。

最初に依頼の一報を受けるのが医療安全対策室であるため、ある程度客観性を持つことができ、個人の思い込みで進行することはない。

(問) 現在はまだ数件しか事例がない理由は。周知ができていないなどあるのか。

(答) 周知活動は行っているが、理由は不明。継続的に周知していきたい。

(2) 今年度の新たな取り組み

- ・ 昨年度から引き続き、ダブルチェックの集約活動をおこなっているが、ダブルチェックの弊害が生じている。適切なダブルチェックを行うことで無駄の削減、業務効率化を図るため、現場の状況を収集中である。

(質疑応答)

(問) ひとりでできるダブルチェックの例を挙げてください。

(答) バーコードリーダーと人(1人)によるチェック。

2 回目に確認視点を変えるチェック。例を用意してあげる必要あり。

(問) 無駄を改善する情報の収集方法は。

(答) 現場から上げてもらうしかない。

(3) 医療事故調査制度への対応状況報告および内部調査委員会開催事例報告

・ 該当事例無し。

(4) 臨床倫理問題への対応 (DNAR、認知機能障害と同意取得、など)

・ 臨床倫理問題については基本的に臨床倫理委員会を通る。安全管理研修会などで自己決定権や DNAR について繰り返し研修をおこなっている。

(質疑応答)

(問) 緊急事案についての申請書類は簡略化されているのか。

(答) ケースバイケースであるが、緊急の場合であっても最低限の根拠データや論文を揃えてもらうようにし、改めて定例委員会で正式書類を提出してもらっている。実際、緊急ではない場合もあるので、その場合は定例委員会へ申請するよう依頼している。

(問) 日々の倫理問題の責任はどこにあるか。(和歌山医大には倫理コンサルテーションへの対応部署を医療安全推進部内に新設)

(答) 当院の場合、緊急時は安全対策室にある。

(5) 次回開催日程

この場での調整は難しいので、1~2 月に開催する方向で改めて調整連絡をする。

## 6 講 評

(1) 今回の議題内容については概ね、問題なしであった。

(2) 今後の事故調報告状況も継続して発表願いたい。

令和 元年 7 月 11 日

確認者

委員長 水 本 一 弘

