

## 近畿大学病院 監査委員会 議事録

- 1 日 時 令和2年7月31日(金) 午後5時00分～午後6時30分
- 2 場 所 近畿大学病院 病院棟3階会議室
- 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)、  
医療安全対策室 辰巳 陽一、上野 純子、美野 美香、柳江 正嗣  
(3) 同席者 土井 生資、井上 純子、  
田端 欣裕、長井 篤朗、田中 俊夫

### 4 議 題

- (1) 令和元年度医療安全活動総括および令和2年度医療安全活動目標(計画)  
総括に関しては、①～⑨のうち下記の項目を重点的に
  - 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 鎮静化内視鏡検査時の鎮静管理
  - ⑦ チーム医療依頼書の運用
- (2) 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
- (3) 臨床倫理問題への対応(DNAR、認知機能障害と同意取得、など)
- (4) 現場ラウンド実施について(ラウンド先の選定)
- (5) その他
- (6) 次回開催日程

### 5 議 事

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) 令和元年度医療安全活動

##### ①患者参加型医療と医療安全

- ・患者氏名を外来で名乗ってもらうことについて、医師の患者氏名確認はまだ不十分のところはあるが受付事務や看護師の患者氏名確認は100%に近い形で実施できている。
- ・ベッドサイド・ハドル導入後、部署別でハンドオフシートを作成し各部署の重要事項を記入し運用しており、2020年7月現在、ベッドサイドハンドオフは何らかの形で全部署100%実施できている。





(質疑応答)

(問) プライバシーについて相部屋の患者にはどのように確認しているか。

(答) 最初に決めたルールでは今まで通常実施していた患者への説明を行っている。嫌ならばお断りできるという話をしている。しかしベッドサイドで普段から医師が医療のことを説明しているため拒否される患者はいなかった。

(問) ベッドサイドでの引継ぎについて承諾した場合と拒否した場合で患者に提供する医療に差は出ないか

(答) ベッドサイドで引継ぎしたほうが伝達や受け取りがスムーズだが拒否した場合でも基本的には以前と同じ医療が提供される。

(問) 看護師の異動等で病棟によって対応の差はできないか。

(答) 全病棟で何らかの形で実施しているので、病棟間での大きな差はない。

## ②心電図モニター無駄なり予防

- ・モニターしやすい環境を整える目的で全診療科・看護部門に対してアンケート調査を実施し、警戒アラームの設定について院内基準を設定した。また心電図モニターワーキングを開催し、心電図が必要な状態の医学的根拠をいくつかあげ、診療科の背景を考慮しながら心電図モニターの装着・判定時期の目安を作成した。心電図モニターの機種によって一定ではないため、現在アラーム設定方法について機種別のマニュアル作成を行っている。

→質疑応答なし

## ③鎮静化内視鏡検査時の鎮静管理

- ・鎮静化内視鏡施行する医師を対象に研修受講を必須とし座学だけでなく手術室での挿管実習を実施した。また光学治療センターで勤務する看護師も対象に研修を実施した。
- ・検査後の覚醒状況の確認は麻酔回復スコアを確認しながら行っており、スコア 10 点で帰宅可能としている。帰宅に満たない場合、医師に報告を行っており、インシデントは発生していなかった。しかし、入院患者においてインシデントが発生したため、対応策として、覚醒しない場合は Dr コールする事を指示のデフォルトに追加した。
- ・鎮静化内視鏡と同様に、「心房細動に対するカテーテル治療中の i-gel (気道確保デバイス)」を使用する場合、合併症等のリスクがあるため、麻酔科協力の研修を実施する。
- ・臨床倫理委員会で再審査の結果をうけ、ワーキングメンバーで循環器学会のカテーテルアブレーションガイドラインに則り「鎮静を行う医師は使用される薬物に



関する教育トレーニングを受ける」「その患者の監視に専従する術者以外の循環器内科医師を1名配置」「緊急時の麻酔科の支援体制」「BISモニターやCO2モニターを用い観察したバイタルサインをチャートに記録」することを使用条件として定めた。

- ・ i-gel アブレーション導入の有効性として、鎮静下であるため手技が実施しやすい、スタッフの被爆が少なくなった、i-gel 未使用・使用のいずれも経験した患者によると楽であったという評価を受けている。

(質疑応答)

(問) 鎮静化内視鏡の研修は自発的に研修を受けるのか必ず受講しないといけないか。

(答) 必ず受講しないといけない。

(問) Dr コールする時は麻酔回復スコアの点数など何か基準があるのか

(答) 点数の判断に迷うような不確定なところがあれば全て Dr コールする。

#### ⑨ チーム医療依頼書の運用

- ・ 電子カルテ画面からチーム医療依頼状を用いて該当する診療科の医師に集ってもらいディスカッションする。実際のチーム医療依頼書の運用事例(2例)の説明を行った。

事例1:産後出血量の増加に伴う意識レベル低下

事例2:コロナ肺炎疑似症例に対する対応

(質疑応答)

(問) 多職種、多診療科チーム医療カンファレンスを実施することは素晴らしい取り組み。いろんな形で成功事例を外に発表していただく事も検討いただきたい。

(問) チーム医療カンファレンスをする事で、その後の連携がスムーズになるのでは

(答) 顔を合わせて話をする事が非常に重要で、対診依頼をどういう意図で出したかよく理解でき相互の共通認識が深まる。

(問) 医療安全管理部が要になっているが週末に発生した場合はどのように対応されているか

(答) 24時間対応できる体制にしている。

#### (2) 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

(事例内容) 開心術後に意識状態が遷延した事例

慢性大動脈解離で上行大動脈置換術施行。術後循環動態のコントロールができなくなり心エコーなどで心タンポナーデと判断。緊急で開胸ドレナージ・血腫除去術の

直前で循環不全となり心肺蘇生を開始。開胸後、開胸心臓マッサージで自己心拍開始したが術後意識レベルは回復せず。

⇒2019年9月2日拡大内部調査委員会開催

(事例内容) TAE (動脈塞栓術) に伴う予期せぬ大量出血による死亡  
腎動脈瘤再発で TAE (動脈塞栓術) 施行。経時的に全身状態は増悪、回復術も困難なため、保存的療法のみ施行。その後状態増悪し死亡。

⇒今後、事故調査制度へ報告予定

(質疑応答)

(問) 1 例目のご家族で直接説明を聞いていたキーパーソンは？

(答) 直接説明を聞いていたのは奥様で高齢だが話している内容は筋が通っているため自己決定権があると判断した。また治療経過についてコミュニケーションがしっかり図れておらず、長期間に渡ってボタンの掛け違いがあった。

(問) 2 例目の医師が医療事故の対象と思わなかったのはどういう理解か。

(答) 医師は合併症だから過誤性はないというイメージで間違った理解をしていた。医師の中でも認識の相違があるため医療事故調査制度について周知を行っている。

(3) 臨床倫理問題への対応 (DNAR、認知機能障害と同意取得、など)

- ・緊急事案の審査申請について病院負担費用の件で問題事例があったため原則1週間以内の申請は認めない等の規約を一部改定した。
- ・倫理的な問題が大小含め院内で多数起こっており、臨床の現場で即時対応できるよう多職種によるチームをつくった。

(質疑応答)

(問) 臨床倫理と研究の問題は分けて考えないといけないが、同じ会議で行うことについて問題はないか。

(答) 過去に近畿厚生局と協議する中で、国から示されたガイドラインを踏襲しつつ、合併した現在の形になっている。同じ会議で行う事の悪いは当然あると考える。

(問) 患者起点の倫理的な相談窓口はあるか。

(答) 医療安全対策室が患者相談の受け皿として対応している。現在このようなフローについては特に明文化されていないため明文化していくよう今後検討する。



(4) 現場ラウンド実施について（ラウンド先の選定）

- ・薬剤部などの視察も視野に新型コロナウイルス感染拡大の影響を考慮し検討をする。

(5) その他

- ・次のプロジェクトではせん妄や転倒転落の対応について考案中である。

(6) 次回開催日程

- ・次回の開催は Web での実施も含め検討する。

令和2年8月17日

確認者

委員長 水 本 一 弘

