

令和2年度第2回 近畿大学病院 監査委員会 議事録

- 1 日時 令和3年3月30日(火) 午後3時00分～午後5時00分
- 2 場所 WEB方式
- 3 出席者
 - (1) 監査委員 4名出席 水本 一弘 山口 育子 小島 崇宏 諸富 公昭
 - (2) 対応者 福田 寛二(副病院長)
医療安全対策室 辰巳 陽一、上野 純子、中島 陽子、
美野 美香、柳江 正嗣、田端 欣裕
 - (3) 同席者 土井 生資、井上 純子、辻井 藍、東 美香

4 議題

- (1) 令和2年度医療安全活動総括および令和3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
 - ② 心電図モニター無駄なり予防
(モニター症例の基準設定導入の状況、有効性、など)
 - ⑦ チーム医療依頼書の運用
(運用実績や患者安全に有効であった事例紹介など)
- (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) 現場ラウンドについて
- (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2年度医療安全活動総括および令和3年度医療安全活動目標
 - ② 心電図モニター無駄鳴り予防
 - ・モニターしやすい環境を整えるという目的で全診療科、看護部門に対し警戒アラートの設定についてのアンケートを実施し、見直しを行った。
 - ・モニターの開始と終了を重視し、条件を明確にした。
 - ・取組みの現状としてはトライアルが済んだところであり、4/12より一斉にスタートし、データを取っていく予定である。

(質疑応答)

(問) 取組みがスタートすれば、どれくらい無駄鳴りが減るイメージか？

(答) 重症度に関わらず基準だけでモニターしているものが1~2割は減少するだろう。

(問) モニターの数管理やメンテナンスなどは中央管理か、病棟管理か？

(答) メンテナンスは臨床工学技士（中央）が行っている。

⑦ チーム医療依頼書の運用

- ・チーム医療依頼書を用いることにより、各診療科の情報を集めて繋ぎ、共有する場として機能し、現在7例が蓄積している。

(質疑応答)

(問) 複数診療科が関わる場合、誰が主導するのか？

(答) ハブになる主治医の診療科または、医療安全対策室。始めに医療安全対策室からこの取組みの意義を説明し、カンファレンスに入ると、各医師の理解が得られやすく円滑に進む。

(問) 患者や家族にはどのように説明するのか？職員へのフィードバックはしているか？

(答) 患者側にはチーム医療が当たり前だと思われており説明してもなかなか伝わらない。この取組みが画期的なのだと伝えていきたい。職員へのフィードバックは上手く伝わるようその手法を検討中。

○令和3年度医療安全活動目標（計画）

① 患者参加型医療と医療安全

- ・ベッドサイドの参加診療科が少し増えた。
- ・検査結果の伝え忘れを防ぐため予約票に説明文の追加や院内掲示を行っている

② 心電図モニター無駄なり予防

③ 手術室以外での鎮静剤使用による検査、治療の安全性の確保

④ せん妄認知症対策委員会活動

- ・対応をポケットマニュアルにまとめた。

⑤ 転倒転落ワーキング

- ・ハイリスクな患者となる対象者の基準を定め、対策を行っていく。

(問) ハイリスク患者を絞り込んだ結果どれぐらい該当者が減るか？

(答) 1割ぐらいになる。

(問) 術後などリスクは変化していくがどう対応するか？

(答) 現状は入院時の状態で判断しているのでリスクが変化していく患者にどのように対応するかは今後検討していく。

⑧ 自殺予防対策チーム立ち上げとマニュアル作成

- ・現在チームのメンバー選定が終わったところで立ち上げ途中であり、まだ機能

していない。行政や福祉の担当者との連携が必要となるだろう。

⑨ 急変時対応ワーキング立ち上げ

- ・年間1例あるかないかというところなので改めて救命看護師を中心にチームを再度立ち上げる予定。

⑩ TeamSTEPPS セカンドステージ

- ・リアルタイムシミュレーションを計画しており、7月に施行予定。

⑪ ゲノムに纏わる個人情報保護

- ・個人情報保護法のなかでの遺伝情報の取り扱いについて検討中。院内規約を変更し、取扱者は研修を受け宣誓書を取ることにする予定。
- ・法人内で業務の範囲で閲覧する分には個人情報保護法的には問題にならないが興味本位の閲覧は問題であるため秘密保持の研修が必要であろう。(小島)

⑫ DNAR

- ・医療者にも no CPR・DNR・DNAR を正しく区別できている人が少ないことが問題。継続的な研修やメッセージ配信を行っている。
- ・患者は「延命治療をどうするか」と問われてもイメージがしにくく、身体の状態や病気の状況によって変化するので難しい。家族側も救命と延命の取り違えがあり、救命措置で付けた呼吸器を外してもらえないという別の相談もある。

(山口)

- ・死期が迫っている場合は損害が大きくなるので責任は問われにくい、過失の有無は問われる。賠償はなくても紛争にはなり得る。(小島)

⑬ 安全管理部門小委員会と安全管理部会の連携(活性化)

- ・各部署に小委員会を設置し、従来の中央部門での委員会では吸い上げられていなかった小さな医療事故の情報を収集し院内に共有している。

⑭ ソリリス・ユルトミス投与における安全性の確保

- ・京都大学病院での訴訟事例を受け、対策として投与患者の電子カルテを開くと注意喚起メッセージが出るようにした。

⑮ 敗血症対応啓発

- ・一般診療科からICU管理に移行する際に敗血症見落としの事例が多いため、事例を集めて院内で情報共有する予定。

(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

- ・医療事故調査委員会への報告に該当する以下の3事例について説明がなされた。

(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。

⇒医事対策委員会、医療事故調査委員会を開催

(事例内容) CV ポート留置後の気胸による死亡

食道がん術後の CV ポート留置目的による入院、状態安定し、退院し帰宅後自宅
CPA となり当院に心静止の状態での搬送し、蘇生せず死亡。

⇒緊急ミーティング、医事対策委員会を開催

(事例内容) 甲状腺手術後の出血

甲状腺手術後の出欠による状態増悪による死亡

⇒医事対策委員会を開始

(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)

- ・令和2年9月、現場での倫理的問題に即時に対応するための臨床倫理コンサルテーションチームを立ち上げた。介入事例について説明がなされた。

(質疑応答)

(問) コンサルテーションチームの起点はどこか

(答) 医療者側と患者側、両方である。患者さんが看護師に相談して始動することもある。

(4) 現場ラウンドについて

- ・来年度第1回の開催時期では、まだ感染対策の面から複数人数でのラウンドは難しいと思われる。次回の委員会ではラウンドは行わず次々回以降の実施で検討予定とする

(5) その他

- ・特になし。

(6) 次回開催日程

- ・来年度も委員に変更がないか確認後、日程、方式を改めて検討する。
- ・委員会の進め方として、委員のほうから特に詳しく聞きたい点等があれば事前にお知らせすることとし、よりポイントを絞った報告ができれば良い。

令和3年 5 月 6 日

確認者

委員長

水 本

一 弘

