

令和3年度第1回 近畿大学病院 監査委員会 議事録

- 1 日時 令和3年10月29日(金) 午後2時00分～午後3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、
 - (3) 同席者 土井 生資、井上 純子、西野 真資、大目 周孝、辻井 藍
- 4 議題
 - (1) 病院機能評価重点項目
 - 1-1-6 臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる
 - 2-1-3 患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している
 - 2-1-4 情報伝達エラー防止対策を実践している
 - 2-1-7 医療機器を安全に使用している
 - (2) その他
 - (3) 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) 病院機能評価重点項目
 - 1-1-6 臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる
 - ・臨床倫理問題への対応について、令和2年9月より臨床倫理コンサルテーションチームの立ち上げ、対応を開始した。メンバーは腫瘍内科、緩和ケア科、脳神経外科、がん看護、家族支援などの専門職のチームとなっている。
 - ①重症小児の腎不全時の透析処置及び **Do Not Attempt Resuscitation(DNAR)**
⇒臨床倫理的な解決は難しく医療チームの見解を受け入れることとなった。
 - ②認知症患者の間質性肺炎増悪時の挿管について
⇒意思決定できる認知度であったことが分かった。家族が同席し患者に選択して頂く方針となった。
 - ③透析が有用と考えられる患者の透析拒否について
⇒患者にとっての透析に対してメリット・デメリットの説明する機会を作

り、緩和ケアチームなどの介入を依頼。

- ・ ACPについて、「人生最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を基に、市民公開講座、パンフレット配架等啓発活動を継続して行っている。また、実践ではステップ0~3のプロセス評価を行っている。
- ・ DNRの概念の共有は重大課題としており、生命倫理の4原則に従い Do not treat ではないということが重要である。
- ・ 看護部 臨床倫理カンファレンスの実施をしている。看護実践能力別到達段階Ⅲ・Ⅳの看護師が中心にカンファレンスのファシリテータをしており、毎月1事例以上の看護倫理カンファレンスを行い、そのうちの1事例を倫理症例検討委員会に提出している。

(質疑応答)

(問) 丁寧な Advance Care Planning (ACP) というのはどれぐらい展開できているのか。

(答) 診療科、ドクター間で差がうまれている。決定のプロセスなどについて議論がなされているが、今後の改善事項と捉えている。

(答) ACPについて普及が十分でないため、病院をあげて市民公開講座を開催している。

(問) 臨床倫理コンサルテーションの開催頻度は。

(答) 臨床倫理委員会は月1回であるが、コンサルテーションは発生する際に開催している。

(問) 臨床倫理コンサルテーションの患者側が依頼したいときの窓口は。またフィードバックする機会があるのか。

(答) 患者から現場で拾い上げ、医療安全対策室へ連携される。結果については検証会を実施し、データベース化し臨床倫理委員会でブリーフィングを実施。

2-1-3 患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している

- ・ 患者取り違え防止対策について、外来患者を確認する基本は、「フルネーム」及び「生年月日」を患者自身に名乗っていただくとなっているが、診療科によって実施率に差がある。実施率100%になるよう継続して活動する。
- ・ 処置時、静脈内注射、検体採取時等は番号票バーコードで確認、バーコードリストバンドの装着について、入院中の患者全員に同意を得たうえで装着していただく。リストバンドが装着できない患者へは、寝衣にクリップでとめて使用するなど対応している。
- ・ 緊急入院の場合、本人や家族からの承諾がとれる状況にないため、バーコードリストバンドは使用できないため、患者番号(ID)を発行し進める。

検査等は医療従事者二人以上で目視確認を行う。

- ・治療部位間違い防止については、マーキングが必要な手術でマーキングがされていない場合は手術室への入室はできない。手術中でも全職種が情報を視認できる手術室内情報ボードを設置し、活用している。
- ・検体等取り違え防止、チューブ誤認防止対策等もフローを作成し、対応している。

(質疑応答)

(問) マーキングは手術部以外でも実施していると思うが、内視鏡部などでのマーキングについてのマニュアルなどは院内統一で作成されているのか。

(答) 基本的に医療安全対策室で作成するか、現場と共同で作成していることが多いため、統一はされていると思うが、再度確認する。

2-1-4 情報伝達エラー防止対策を実践している

- ・口頭指示は原則受けないが緊急指示の場合は運用方法を策定している。
- ・電子カルテのアラート機能や **Clinical Intelligence Technology & Architecture** (CITA) Clinical Finder の活用について周知している。

(質疑応答)

(問) 口頭指示書の薬剤の単位について統一しないのか。(ml、mg 等)

(答) 検討したが、ml で適切でない場合、逆計算する方がリスクあるという意見があった。統一できるよう検討したい。

2-1-7 医療機器を安全に使用している

- ・医療機器の責任者は配置され、マニュアルも作成している。医局独自購入などがあり新規導入機器の判断、把握が十分でない。また、受講範囲が明確に決めることが出来ないため、研修の受講が 100% でないことが課題である。
- ・使用マニュアルを作成し、使用前のチェックリストで確認を行っている。

(質疑応答)

(問) 臨床工学技士の人員体制とメンテナンスの頻度は。

(答) 臨床工学技士がメンテナンスを定期的に行っている。また、人員も 4 私大の中では多い人員を確保している。

(問) 医療機器は何割ぐらい中央管理しているのか。

(答) 多くの機器については中央管理している。

6 次回開催日程

- ・今年度 2 回目の開催月は 2 月ごろとして詳細な日程については改めて調整予定。

令和 3 年 11 月 30 日

確認者

委員長

水 本

一 弘

