

令和4年度第2回 近畿大学病院 監査委員会 議事録

- 1 日時 令和5年3月10日(金) 午後4時00分～午後5時10分
- 2 場所 WEB方式
- 3 出席者
 - (1) 監査委員 2名出席 水本 一弘 山口 育子
(書面稟議) 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、田中 薫、福岡 佳詠、美野 美香、
柳江 正嗣、南 征宏
 - (3) 同席者 土井 生資、井上 純子、大目 周孝、辻井 藍

4 議題

- (1) 令和4年度医療安全活動目標(計画)
 - ①転倒転落プロジェクト運用継続
 - ②IC同席率検証
 - ③パニック値対応
 - ④リエゾンチーム(自殺予防対策)運用開始
- (2) 令和4年度医療事故調査制度への対応状況について
- (3) 医療への患者参加について

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4年度医療安全活動目標(計画)
 - ①転倒転落プロジェクト運用継続
 - ・当院でも年間700件転倒転落事故が起きている状況である。レベル4b、5などの死亡事故も1例程度発生している。
 - ・転倒転落アセスメントシートのみでは困難な印象であり、確認対象、確認ポイントを絞り、可能な限りの人的資源を投入する。
 - ・週1回転倒転落のリスクが高い患者を多職種からなるチームがラウンドし介入している。
 - ・チーム介入患者101名中、3件転倒発生したがアクシデントに至っていない。マンパワーの問題を考慮しつつ、全部署への拡大を9月より開始している。介入した多職種チームから直接転倒予防の説明を受けることが有効である可能性がある。
 - ・日本の場合、ベッドの高さが低くされる傾向にあり、患者の立ち上がりに適

さない例が多い。低床ベッド利用対象の理解や離床センサー適正使用について対応が必要であり、看護師の転倒転落への教育の必要性も明らかとなった。

(質疑応答)

(問) 転倒転落は医療機関でよく起きる事故であるが、患者、家族は転倒リスクの話をして、治療等の情報が多く、話が入っていないことが多い。転倒リスクについて、患者、家族にも理解してもらう必要性があり、実際事故が起きた際のリアクションが理解度によって異なることがあると聞いたことがある。説明用紙はそのようなツールとってよいか。

(答) 患者によりリスクが異なり、一律全症例に説明することは難しいが、今後の活動内容として検討を行いたい。

(問) 部屋の電気のスイッチが枕元になく、電気をつけにくいと思って転倒事故が起きたと聞いたことがある。貴院はどうか。

(答) 部屋の中のランプは大部屋については対策が難しいが、大部屋以外の共用スペースについて、工夫できないか検討している。

(意見) 確認対象を絞った形での運用開始で問題ないと思いますが、条件項目はその都度状況に応じて見直すことも必要かと考えます。

(意見) 他の医療機関と比較しても、かなり、進んだ取り組みかと存じます。更に、検討を進めて頂きたい。

② IC 同席率検証

・説明文書に「説明補助者欄」を追加した。紙以外に同意をとる場合、IC テンプレートを電子カルテ内に作成し、IC 取得時には必ず IC テンプレートを使用する旨、院内周知するとともに、IC テンプレート使用についてもカルテ監査の項目に含むこととした。①高難度新規医療技術、未承認新規医薬品等に該当する場合の説明 ②侵襲性の高い検査や手術、化学療法、処置等の医療行為を行う場合の説明 ③病名告知や予後の説明 ④治療方針の決定や倫理的配慮を要する問題等 ⑤医師が看護師の同席を必要と判断したものを看護師同席必須とし、説明同意書面使用、IC テンプレート使用の同席率を算出するようにした。一方で軽微な医療行為の説明、日常の患者への説明の質の向上を維持すべく、外来同席の診療クラーク、事務補助員の説明補助業務を継続し、IC テンプレートのその他の欄で扱い、履歴は後日確認できるように設定を行った。

(意見) 同席率のデータが 45%前後、と改善傾向が乏しいと思われる。分母がどのようなものであれ、院内での職員に対しての周知が不十分ではないか。

(意見) 説明補助者が同席できない場合に、「① 医師のみがサインレスキャンされた説明同意文書を 1 日以上空けて確認する場合は、看護師が説明同意文書を CITA から印刷後、説明内容の有無・理解について確認し、説明補助者欄に署名した後、再度スキャンを依頼する」との記載がありますが、説明補助者が署名し

た日時がわかるようにする必要がある。

③ パニック値対応

- ・中央臨床検査部からのパニック値の報告を依頼医の PHS に行い、報告を受けた医師は医療行為をカルテに記載することとした。依頼医師が不在等で連絡が困難な場合は各診療科のリスクマネージャーもしくはサブリスクマネージャーの PHS にパニック値を連絡することとした。パニック値報告については、中央臨床検査部は記録を残すとともに、カルテ画面にアラートが表示され、データとして登録される。パニック値の報告は電子カルテ上のアラートでも同時に医師向けに行われており、この履歴をもとに医療支援課においてパニック値に対する対応のカルテ記載状況を確認し集計を行った。医師への報告記録ありが 82.6%、報告記録なしが 17.4%となり、病院機能評価では報告記録なしは 0%を求められている。夜間 17:00-9:00 の時間帯でのパニック値の報告ができていない割合が多くなっているため、今後、17:00-9:00 の運用を検査部→看護師→当直医ではなく、検査部→当直医とする運用変更を行った。

(意見) 依頼医への PHS による直接的な連絡は、非常に効果的であると考える。

(意見) 良い対策だと思われる

④ リエゾンチーム (自殺予防対策) 運用開始

- ・過去 3 年間で入院患者の自殺死亡件数は 0 件であるが、自殺未遂は 10 件程度あり、外来患者の自殺死亡件数は 1 件、自殺に関わるインシデントレポート 16 件あった。
- ・実態の把握が不十分であり、数年に 1 回以上は院内の自殺死亡を経験している。医療事故を予防するという認識が十分ではなく、自殺事案への介入プロトコルが未整備であり自殺事案に対応したスタッフが離職するケースが多いため、組織としての対応、介入するためのツールならびに教育・研修の必要性がある。
- ・院内自殺対策委員会が 2023 年 2 月に発足。医療現場における対象患者に対する支援の在り方や自殺事例に関連した患者・職員に対する適切なサポート方法の検討、医療現場からの自殺に関する相談対応など院内の自殺対策の充実を図る活動を行うことを目的としている。

(質疑応答)

(問) 委員会を設けている病院は数少ないと思うが、日本医療機能評価機構の研修に 8 名受講とおっしゃっていたが委員会のメンバーなのか。

(答) 1 名退職したが、その他は委員会のメンバーとなっている。

(意見) 委員会の実際の活動内容について、継続的な報告をお願いします。

(意見) 運用開始後の状況について、また、報告頂きたい。

(2) 令和4年度医療事故調査制度への対応状況について

- ・対象となる症例はなし

(3) 医療への患者参加について

- ・PPI (Patient and Public Involvement) AMED 研究で率先して取り組んでいる。臨床研究の段階で説明文書等作成時に、関わってもらって医療者とは異なる視点で意見を言ってもらって物を作ってる活動となる。

(答) 当院でも参考にさせていただきたい。

(4) 次回開催日程

- ・次年度1回目の詳細な日程については改めて調整予定。

令和5年 3月 23日

確認者

委員長 水本 一 弘

