

令和6年度第1回 近畿大学病院 監査委員会 議事録

- 1 日時 令和6年10月28日(月) 午後2時00分～午後3時00分
- 2 場所 病院棟3F会議室、通院治療センター、ME機器管理室
- 3 出席者
 - (1) 監査委員 3名出席 水本 一弘 山口 育子 小島 崇宏
1名欠席 川村 純一郎
 - (2) 対応者 東田 有智(病院長)
医療安全対策部 辰巳 陽一、田中 薫、武本 智樹、神谷 健司、
関口 幸代、柳江 正嗣、山中 泰弘、南 征宏
 - (3) 同席者 土井 生資、西上 美香、大目 周孝、辻井 藍、森井 悠喜

4 議題

- (1) ラウンド
 - 1 通院治療センター
 - 2 医療機器管理室(臨床工学部)
- (2) 転倒転落予防への取り組み
- (3) インフォームドコンセントへの取り組み、年次報告
- (4) 研修医へのインシデント報告・提出促進に向けた取り組み
- (5) セントラルモニターアラーム対応の進捗状況
- (6) 令和6年度 医療事故調査制度への対応状況

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) ラウンド

①通院治療センター

- ・通常の一般外来は土曜日休診となっているが、通院治療センターは月～土曜日も治療対応している。
- ・待ち時間は平均1時間半程度。がんセンターとしても“待ち時間対策WG”を立ち上げ検討したが、検討内容にあげられている対策はすでに行っている結果となった。一部の長時間レジメンは入院対応を推奨するなどの対策は継続して行っている。対策以前は最後の患者が治療終了するまで20時前後まで続くことがあったが、対策を講じた結果現在は最終18時前後で終了することが多くなっている。

(質疑応答)

(問) 外来での患者、治療内容の誤認についてどのように対策しているか。

(答) 通院治療センターでは入院時のリストバンドの同様にバーコードを印字した受付番号表を首に掛けて着用いただいている。また、治療前に治療内容、時間を患者と一

緒に確認を行うことにより患者及び治療内容の誤認防止対策を講じている。

(問) 外来で治療された方が帰宅後にアレルギー等の症状がでた場合はどのような相談対応を行っているか。また、時間外に発生した際はどのように対応しているか。

(答) 外来で治療後、帰宅後副作用等の症状が表れた際は、気軽に電話にて相談していただけるよう待ち合いスペースへの掲示等を行い周知している。

アレルギー等の副作用に対して実際の対応方法についてマニュアル作成を行っている。時間内は通院治療センターや外来が対応し、アレルギー等に対して緊急入院も可能な体制を取っており、時間外は ER で初期対応し、必要に応じて入院できる体制を整備している。

→通院治療センターは狭いスペースながら多くの患者治療を行っており、安全に配慮して運営されているが、スタッフ等の人員に依存している部分があるように思うので、移転後の病院でスペースが拡大された時に期待したい

②医療機器管理室（臨床工学部）

・機器管理室は貸出分を収納している部屋と返却分を対応する部屋を分けて管理し、24 時間出し入れ可能な運用を行っている。機械管理システムに機械 1 台につき、コード登録を行っており、計 12000 件ほど管理している。そのため、機械が返却されているか、修理を行っているか否かは把握できているが、機械の稼働状況（電源のオンオフ）までは把握できていない。

→院内の機械のコード登録 100%を目指すとともに、機械の稼働状況（電源のオンオフ）についても把握できるようなシステムの構築を目指している。

(質疑応答)

(問) 担当をどのように振り分けしているか。また、内視鏡の支援も行っているか。

(答) 臨床工学技士は機械管理担当者が 2 割、呼吸器ケア等の臨床支援担当者 8 割という割合で人員配置している。現状は人員的な面で外来の内視鏡支援を行えていないが、将来的に人員配置できる体制を目指していく。

(問) 呼吸器サポートチーム等以外で機械のトラブル対策としてラウンドを行っているか。

(答) 毎日ラウンドを行い、機械の不具合確認点検を行っているが事前に現場（看護師）が不具合を発見していることが多い。

(問) 新しい機械の使用法のレクチャーについて看護師への説明を行っているか。

(答) 看護師への機械操作指導のために、職員全員がレクチャー動画を閲覧できるシステムを導入している。そのシステムで理解度評価まで行い、サポートしており、不明点があれば、臨床工学技士が直接説明を行っている。

(2) 転倒転落予防への取り組み

- ・全国的な転倒発生率（500 床以上）は損傷発生率レベルに関わらず微減傾向にあり、当院の転送発生率は全国平均を上回っている現状であるが、損傷レベル 2 以上の発生率は全国平均を大きく下回っている。
- ・AHRQ の転倒・転落ガイドラインである“Preventing Falls in Hosp”に沿った、多職種転倒予防介入アルゴリズムを作成しチームの介入を社会的実験として 4 年前から実施。

入院時のデータを活用し、1 年以内に転倒歴のある入院 1 週間以内の患者を抽出し、転倒予防チーム（多職種チーム（医師、理学療法士、薬剤師、事務職員〈施設課〉、看護師、医療安全担当者））が介入し、多職種で確認事項を分担しアセスメントを実施し、指摘箇所について改善を行った。

例えば、転倒予防チームから患者へ車いすへの移り方やナースコールの説明などの行動指導や、夜間の病棟廊下（トイレまでの経路）にナイトライトを設置など行った。
→転倒率の高い病棟をメインにチーム介入を行った結果、介入後の転倒率は減少した傾向にあったため、病棟全体の介入を検討し、2023 年度は多職種介入対象患者 823 人のうち 190 人に介入を行った。

未介入患者のうち、15.8%の患者が転倒したが、介入患者は 4.2%の患者が転倒した。
チームが介入することで発生率の抑える効果がわかった。

（質疑応答）

（問）患者への意識づけができていているというデータはとれているか。

（答）患者への意識づけができていているという絶対的なデータはない。しかしながら、患者への聞き取り等から行動指導が最も効果的であると思われる。

（意見）今後とも取り組みを継続して、介入患者のナースコール回数などの行動指導が有効であることが分かるデータが出てくるとより良い。

（問）転倒予防チームは設立して何年になるのか。多職種介入チームのメンバーの入れ替わりはあるか。

（答）設立して 14～15 年程度。チームメンバーの入れ替えはある。

（意見）チームメンバーの入れ替わりが発生しても、ノウハウが蓄積され病院全体の運用ができれば良い。

（3）インフォームドコンセントへの取り組み、年次報告

- ・説明を行う際は、説明補助者（医師、看護師、診療クラーク、事務補助員）を設定し、IC テンプレートを用いて IC 同席の運用を行っている。
- ・確認方法は TeamSTEPPS3.0 の中にも含まれているティーチバックという方法を取っており、非医療者が自分自身の言葉で 1 行あるいは 2 行程度話することができるかで十分理解できているか確認する方法。
- ・当初の IC 同席率は 30～40%であったが、IC テンプレート及び同意書を用いた 2024 年 9 月データは 77%に改善した。



→可能な限り IC 同席率 100%に近づけるように働きかけていきたい。

(4) 研修医へのインシデント報告・提出促進に向けた取り組み

- ・当院ではインシデント報告を研修医 1 人につき 7 件～10 件ほど入力している。
 - ・取り組みとしては入職時研修の他インシデント入力勉強会等を開催している。
- 当初 2～3 件であった研修医も 7～8 件ほど入力いただけるようになっている。

(5) セントラルモニターアラーム対応の進捗状況

- ・呼吸数モニタリングが不十分で、急変の予兆を察知できていない可能性があることが課題であった。
- ・呼吸数のモニタリングの重要性及び実務上の注意点を伝達し、対策を行った。また、セントラルモニターのデフォルト表示に「呼吸数」を追加した。
- ・セントラルモニターアラームへの対応遅延ケースが発生しており、アラームが発生した際にスタッフが対応できていないことが課題であった。
- ・“セントラルアラーム疲れ”（セントラルアラームに対する危機意識の低下）対策として、赤アラーム、黄アラーム、青アラームを定義づけし、設定した。赤アラームの定義を、心停止、心室細動、心室頻拍に限定した（HR 上限や呼吸数上限は黄アラームに設定）。また、アラームを見守り担当者を 1 人決め、ラウンド中も見守りカメラ等で写し、遠隔モニターで観察するための PC を持ち歩くという運用とした。
- ・運用を理解していない人、運用を決定した経緯を理解していない担当者もいるため、継続的な啓蒙が必要と考えている
- ・赤アラームに心停止、心室細動、心室頻拍を限定したことが良いのかも含め黄アラームを軽視しないよう周知し検討が必要。

(6) 次回開催日程

- ・今年度 2 回目の詳細な日程については改めてメールにて調整予定。

令和 7 年 1 月 14 日

確認者

委員長

水 本 一 弘

