

令和6年度第2回 近畿大学病院 監査委員会 議事録

- 1 日時 令和7年3月4日(火) 午後4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 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、南 征宏
 - (3) 同席者 土井 生資、西上 美香、大目 周孝、辻井 藍
- 4 議題
 - (1) 令和6年度医療安全活動
 - 1 転倒転落予防活動
 - 2 バニック値活動
 - (2) 令和6年度医療事故調査制度への対応状況について

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6年度医療安全活動

①転倒転落予防活動

- ・4年前から転倒転落を防止するためのプロジェクトチームを再結成し、活動している。
- ・転倒転落フローチャートを作成し、入院時に①転倒転落予防のしおりを配布、②転倒転落アセスメントシートで危険度の評価、危険度に応じて予防対策を立案、③転倒転落対策チームの介入、といった活動を行っている。
- ・転倒転落発生後の対応として、「頭部打撲」と「頭部以外の外傷または打撲」の2通りの対応に分けて作成しており、頭部の打撲が疑われる場合は、頭部のCT撮影を必須にしている。
- ・80歳以上で、1年以内に転倒歴があり、入院1週間以内の患者さんには、多職種介入の転倒転落対策チーム(医師〈整形外科、脳神経外科、理学療法士、薬剤師、事務職員〈施設用度課〉、看護師、医療安全担当者〈医師、看護師〉)によるラウンドを行っている。チームメンバーは各確認事項を確認し、ナースコールを遠慮なく押してほしいなどの声掛け等を行っている。チームの活動として、ラウンド時にベッドの高さの調整や、トイレに看護師の介助でトイレに行った患者向けにナースコール促進のためのナッジポスターの活用、職員の動画研修として「見守り・介助方法のポイント」を



作成し、開催予定としている。2023年度は介入率23%ほどであったが、2024年度は55%ほどの介入を実現した。

→転倒歴のある80歳以上で入院1週間以内の患者を対象に調査（2024年度）したところ、「介入なし」の転倒率は10.3%であったが、介入した場合は転倒率が7.5%と改善した。

（質疑応答）

（問）ラウンド対象となっている「1年以内に転倒歴のある80歳以上で入院1週間以内の患者」の割合は全体の患者の何%ほどであるか。

（答）全体の1割程度。

（問）ベッドの高さの調整はどの職種の方が行っていますか。担当者を決めて入院時にベッドの高さを調節する役割を設けてはどうか。

（答）基本的には看護師、看護補助員が行っている。看護部と情報共有し、検討する。

（問）デジタル技術を用いて、転倒、転落を防止する取り組みは考えられるか。

（答）今後、離床センサーを導入し、患者さんの行動パターンを検証し、転倒、転落を防止したいと考えている。

（問）睡眠導入剤の検討や、患者が転倒した場合に、骨折や打撲のリスクを減らす取り組み等患者に直接的に行える対策は考えているか。

（答）転倒骨折リスクを軽減させるマットの導入も検討している。睡眠導入剤についてはせん妄認知症チームと協力し、ベンゾジアゼピンの積極的な使用も考えているが、導入時に睡眠障害がおこるケースもあるため、現在、検討中。

（意見）転倒転落防止チームの介入数が増加したこと、病棟看護師等への教育を行ったことで、チーム未介入患者の転倒率も下がったことについて、調査し、データをとれると良い。

（意見）ナッジポスターの情報量が多い。重要ポイントを強調するデザインにした方が患者さんの印象に残りやすいのではないか。

②パニック値活動

- ・パニック値の伝達エラーを防止するために、オーダー医師が不在の場合でも医師に100%伝達できるように目指している。日中は①オーダー医、②RM、③SRM、④病棟医師、⑤看護師の順で連絡が入る。看護師に連絡を受けたとしてもカルテに記載するなどして、最終的には医師に連絡が入るフローとしている。なお、夜間は検査部からオーダー医、当直医へ連絡が入る仕組みとしている。
- ・医師へのパニック値報告状況を調査したところ、やはり看護師に連絡が入ることがあるが、カルテ記載をされていることが確認できる。
- ・可能な限り緊急性のないデータは削り、臨床検査技師の負担を軽くすることで、パニック値があった際に徹底的に医師へ連絡してもらえるように取り組んでいる。



(質疑応答)

(問) 外来にて患者さんが帰宅後にパニック値であることが分かった場合にはどのように対応しているか。

(答) 原則、患者にはその日中に連絡することとしている。

(2) 令和6年度医療事故調査制度への対応状況について

(事例内容) 急変時のセントラルモニターアラームの対応遅れ

急性大動脈瘤と胸部大動脈瘤があり、手術希望がなかったため、経過観察となっていた患者。翌年11月に胸痛、背部痛を認め、ハートコールで当院に救急搬送された。全弓部置換術+オープンステントグラフト挿入の手術を行った。事例発生日当日、看護師が訪室すると、顔面蒼白、心肺停止状態を認めたため、スタッフコールを行い、蘇生対応を行ったが、次第に蘇生反応が乏しくなり、死亡が確認された。後に、モニターを見直すと、看護師訪室の50分ほど前から酸素化低下し、SPO2著明に低下していたことが分かった。内部調査委員会では、患者のリスクが高いことや、術後のモニタリングの体制として、看護師はナースステーションに滞在していたが、誰かがいっているだろうという判断でモニターアラームを消していた。ことがあげられ、セントラルモニターアラームの管理体制の再考が必要ではなかった。

(対応)

- ・過去、数回、多職種で検討を行ったが不十分なところもあったので、改めて検討を行った。
- ・セントラルモニターアラームは致死的な状況(心停止・VT・VFなど)のみ赤アラームとし、その他のアラームは黄色以下で設定した。
- ・リーダー看護師にモニター担当看護師を設けた。
- ・医師(研修医)に、モニターアラームを確認するように周知している。
- ・夜勤時に看護師全員がナースステーションを離れることがあるので不在時の対応としてカメラでのセントラルモニター画面撮影・遠隔共有できるシステムの導入を検討している。
- ・運用開始後、アンケートを実施。アラームの頻度が多いと感じているスタッフが80%程度の回答があり、対策として、モニターアラームの優先順位付けや、回数の削減があげられていたので今後検討したい。
- ・現在、MACT(Monitor Alarm Control Team)活動を全面的に再開した。

(質疑応答)

(問) アラームが鳴った時にはセントラルモニターで止めることとなっているか。

(答) セントラルモニターで止めることとなっている。

(問) ナースステーションにいたにも関わらず、医師や看護師がアラームの対応しなかった場合には責任が問われるということを周知しても問題ないか。

(答) 看護師だけで対応できるものではないため、医師に求めがあった場合には責任が問わ



れる可能性がある。

⇒今回、指摘いただいた点を踏まえて、安心安全な病院を目指して、病院移転に取り組む。
(東田病院長)

(3) 次回開催日程

- ・次回開催の日程については改めてメールにて調整予定。

令和7年 // 月 18 日

確認者

委員長

水 本 一 弘

