

近畿大学医学部附属病院 監査委員会 議事録

1 日 時 平成 29 年 8 月 1 日 (火) 午後 1 時 00 分～午後 3 時 00 分

2 場 所 近畿大学医学部附属病院 病院棟 3 階大会議室

3 監査委員 5 名

水本 一弘 山口 育子 小島 崇宏 川田 暁 諸富 公昭

4 出席者

(1) 対応者 医療安全対策室 辰巳 陽一、加戸 聖美、西川 三恵子、島元 健次

(2) 同席者 赤尾 幸恵、笠井 千秋、森嶋 祥之、月岡 康行、高田 裕 (オンコール対応)
東田 有智、竹山 宜典、狩谷 和志 (挨拶、講評時出席)

5 議 案

「特定機能病院の承認要件の見直し項目のうち、医療安全管理部門の体制に関すること」

別紙参照

6 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) 医療安全管理責任者の配置について

- ・医療安全管理責任者の配置について、副病院長である肝胆膵外科部長 竹山教授が担っている。
- ・医療安全管理部門の設置状況について、医療安全対策室を設置しており、医師、看護師、薬剤師、事務職の 7 名が従事している。
- ・医療安全管理委員会の設置、活動状況について、医学部長・病院長はじめ医療安全対策室 (コアメンバー 7 名) および各部門代表 23 名で構成され、医療事故の分析及び再発防止策の検討、立案された防止対策、改善策の実施状況の調査についてプレゼンテーション形式でディスカッションを行っている。
- ・医薬品安全管理責任者の配置について、薬剤部 森嶋薬局長が担っている。
- ・医療機器安全管理責任者の配置について、臨床工学部 高田技術科長補佐が担っている。
- ・医療安全管理責任者は医療安全管理部門、医療安全管理委員会、医薬品安全管理責任者及び医療機器安全管理責任者を統括している。

(2) 医療安全管理責任者の要件

- ・医療安全管理責任者について、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者も参加する院内における医療安全の最上位委員会である安全管理委員会に議長として参加しており、医療安全、医薬品、医療機器など各職種の安全管理担当者の参加する安全管理部会議にも併せて議長として参加するなど、医療安全に関する知識、経験は十分にある。
- ・医薬品の安全管理に関しては、医療安全管理責任者が担うことができない部分は医薬品安全管理責任者が対応している。
- ・医療機器の安全管理に関しては医療安全管理責任者が担うことができない部分は医療機器安全管理責任者が対応している。

- ・医療安全管理責任者は副病院長である。
- ・医療安全管理責任者の決定権者は理事長であるが、選出は病院側で協議し行っている。
- ・医療安全管理責任者は当院の常勤職員である。
- ・医療安全管理責任者は医師の資格を有している。

(3) 医療安全管理部門の体制強化

- ・医療安全管理部門の構成人員は、医師専従1名、専任2名、兼任2名、専従看護師2名、薬剤師1名、専従事務職員4名の構成となる。
- ・医療安全管理委員会は定期的開催されている。
- ・医療安全管理委員会の開催頻度は毎月1回、年12回開催している。
- ・医療安全管理委員会は委員会に出席しており、出席率は80%程度である。
- ・医療安全管理委員会において取り扱うことが必要な事項について定められており、明文化されている。
- ・医療安全管理委員会において取り扱う事項が発生した際の業務フローは医療事故発生時の委員会フローチャートにより定められている。
- ・医療安全管理委員会において取り扱う事項が発生した際の業務フローに沿って処理されている。
- ・医療安全管理にかかる連絡調整手順は定められており、医療行為における事例報告ルートが当院医療安全ポケットマニュアルに記載されている。
- ・その手順に沿って連絡調整を行っている。
- ・医療安全確保のための対策として、年8000件程度インシデントが発生しており、5~6%程度は医師によるものである。当院独自の取り組みとしてインシデントにならなかったものを報告するポジティブインシデント報告を行っており、報告の多いチームには年1回表彰式を行っている。
- ・医療安全の確保に資する診療状況の把握を行っている。リスクマネージャー会議を開催し、医療安全の決まりやPDCAサイクルのプラン共有などを行っている。
医療安全の周知状況は秋にeラーニングシステムを導入予定であり、今後医療安全に関する知識などのテストを行うことができる状況である。
- ・従事者の医療安全に関する意識向上の状況確認は行っていない。現段階では安全上のルールチェックなどは行っておらず数値化までには至っていない。

(4) 全死亡例報告等

- ・入院患者が死亡した際の報告フローは定められている。
- ・入院患者が死亡した際に報告する事項は定められており、医師は入院患者死亡時に「医療事故該当性の基礎資料」および死亡診断書を記載し提出する。
- ・入院患者が死亡した際、従事者は報告フローに沿って報告している。
- ・入院患者が死亡していない場合で通常の経過では必要がない処置または治療について、医療安全管理委員会へ報告が必要な水準を定めている。
医師向けインシデント・アクシデント報告基準により報告義務付け事項が定められている。
- ・その場合、報告する項目について定めている。
- ・全死亡例報告等について該当の事例が起こった場合、医療安全管理委員会は状況を確認している。

- ・上記の場合、医療安全管理委員会は管理者へ確認結果を報告しており、報告の頻度は年間 600 名程度の死亡に対し、10 例程度である。全死亡事案はファイリングし病院長に提出している。
- ・全死亡例報告等について、該当の事例が起こった場合の医療安全管理委員会の業務フローは定められている。
- ・全死亡例報告等について、従事者向けの研修を行っていない。
- ・全死亡例報告等について、指導すべき事案は従事者向けの指導を行っている。なお、各診療科別のデータを集計し、報告が少ない診療科は指摘を行っている。

7 講 評

別紙、監査項目に係る事項については概ね、問題なしであった。
ただし、下記事項については次回の課題事項となった。

(課題)

- 1) リスクマネジャーの活動把握
- 2) 病院長等、管理責任者の常時出席
- 3) 監査委員会の臨時開催の規程

平成 29 年 8 月 20 日

確認者

委員長 水 本 一 弘

