

近畿大学医学部附属病院 監査委員会 議事録

1 日 時 平成 30 年 7 月 17 日 (火) 午後 1 時 00 分～午後 2 時 30 分

2 場 所 近畿大学医学部附属病院 病院棟 3 階会議室

3 出席者

(1) 監査委員 5 名出席 水本 一弘 山口 育子 小島 崇宏 川田 暁 諸富 公昭

(2) 対応者 竹山 宜典 (副病院長、安全管理部長)

医療安全対策室 辰巳 陽一、田中 薫、大洞 佳代子、吉田 和恵、西川 三恵子、
柳江 正嗣

(3) 同席者 猪川 正人、木村 裕、杉内 悟、興田 富生

4 議 題

(1) 平成 29 年度医療安全活動総括

(2) 平成 30 年度医療安全活動目標 (計画)

(3) 医療事故調査制度への対応状況報告

(4) 重篤有害事象 (アクシデント 4b・5) における経過、対応経緯の提示、検証 (2 事例抜粋)

(5) インフォームド・コンセントの現状

(6) 「画像読影所見及び病理診断の未読 (見落とし)」に対する取り組み

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) 平成 29 年度医療安全活動総括

① 患者参加型チーム医療の醸成

・ Bed-side Huddle の推奨

患者のベッドサイドで看護師の申し送りを推奨している。

② 患者誤認防止活動

・ 患者誤認防止のため、フルネームでの患者確認の働きかけを実施。院内アナウンスでも 1 日数回アナウンスを流し、周知を行っている。

③ TeemSTEPPS 現場定着への継続活動

・ 例年に引き続き、現場導入を開始し、100%まではいかないが定着しつつある。

④ ポジティブインシデント活動継続、インシデント件数増加本質的活動

・ インシデントが未遂になった理由を報告してもらい、報告件数の多い部署を表彰する。ポジティブインシデント活動の成果もあり、インシデント報告件数の増加に繋がった。

⑤ ガバナンスの確保、医療安全管理部門の体制強化

・ 未承認新規医薬品等の使用、高難度新規医療技術の提供に係る、未承認・新規医療機器の適否等を臨床倫理委員会および医療機器安全管理委員会で検討を行っている。

⑥ 自己決定権、DNAR について

・ 夜間、緊急時の自己決定権についての相談が多くあったので、重要事項に記載し情報共有、啓発活動を行った。

⑦ アレルギー薬剤の登録方法の周知

・アレルギー登録漏れでの被疑薬再投与による薬疹事例があり、アレルギー薬剤のオーダー時に適切な注意喚起が表示されるように、リスクマネジャー会議・安全管理研修でアレルギー登録方法の周知を図っている。

⑧ 手術時ガーゼ遺残対策見直し

・同職種間での W チェックおよび他職種間での W チェックの実施、マニュアル作成、スタッフへの周知を行い、運用を開始している。

⑨ HBV 再活性化予防対策強化

・電子カルテにウイルス肝炎注意喚起システムを導入し、リスクマネジャー会議にて周知を行っている。各診療科単位で使用患者リストを作成し、免疫抑制治療開始前に、B 型肝炎抗体のスクリーニングができていないか各診療科リスクマネジャーのレベルで確認を行っている。

(2) 平成30年度医療安全活動（計画）

① 患者参加型医療と医療安全

・血液内科入院患者で、全身状態の悪化に伴い、家族が継続して付き添いをするようになり、看護師の対応に不満を述べるようになった。勤務交代時の不十分な申し送り方法などへの不満があったため、ベッドサイドの申し送りに家族も参加頂くように依頼した。ベッドサイドでの申し送りを開始したところ、患者家族から不満を述べられることはなくなった。

(質疑応答)

(問) 申し送りをすることで解消されたことは何か。

(答) 患者の環境に細かな配慮をされる家族であったため、看護師の対応などに不信感を募らせることとなった。申し送る内容を患者・家族に共有することで、医療者側の対応を確認頂くことができ不信感の減少につながった。

(問) 全例実施をしますか。

(答) カナダなどでは推奨されているが、現状 6 病棟の実施となっている。

② 心電図モニター無駄なり予防

・心電図モニターアラーム設定を細かく設定し病棟毎に基準を設けて無駄なり予防を行っている。心電図モニター適正使用ワーキングを開始し、今後モニターの設定、アラームのチェックなど研修を実施予定。

③ 鎮静下内視鏡検査時の鎮静管理

・無痛分娩と同様に麻酔下医療行為である鎮静下内視鏡について、麻酔の基礎技術のないまま鎮静下内視鏡を行っている現実があり、管理上の機器を考慮し内視鏡施行医の麻酔についての座学、研修の 3 日コースを設定し、合格者に院内ライセンスを付与することとした。鎮静下内視鏡検査実施医の研修については、消化器内科、麻酔科医とともに検討を行い、フローチャートを作成。手術室での鎮静下内視鏡施行講習（手術室実習）を開始している。

④ 事例せん妄サポートチーム

・入院時総合評価では認知症には当てはまらなかった患者が中心静脈カテーテル固定のドレッシング剤を剥がすなどの行動があり、抑制やミトン装着について検討を行ったが抑制はせず、離床センサーで対応を行った。後日、中心静脈カテーテルを自己抜去し、発見された事例について、認知症判断の共有法について検討中である。

(質疑応答)

(問) 認知症なのか？せん妄なのか？

(答) 評価点数では認知症ではないが、行動についてスタッフ間での検証ができていなかった。

⑤ 呼吸ケアサポートチーム

- ・以前より鎮静コントロールが難しく、鎮静深度のムラがあった患者に両上肢抑制を実施していたが、経腸栄養終了直後であり、45度程度の座位状態であったため、挿管チューブを自己抜管していた事例があった。対策として呼吸器の管理方法について診療科毎に差があるため、院内の呼吸ケアサポートチームの活動を再検討し、院内の人工呼吸装着患者の情報共有および治療方針の検討、看護ケア方法への介入などを行い、人工呼吸器の早期離脱につなげ、自己抜管件数の減少を図る。

⑥ 転倒転落対策ワーキングチーム

- ・ドクターの変更などもあり、転倒・転落件数が減少しないため、ワーキングチームの再立ち上げを決定。現在、多職種で構成される最終メンバーの選定、介入基準、介入時デフォルト決定、具体的な取り組みについて検討中。

⑦ チーム医療依頼書の運用

- ・全身管理が必要な患者に対し、他科への対診依頼では一時的な対応になり病状の悪化をきたした事例があった。対策として複数診療科でのチーム介入方法を検討し、治療を実施していくための方法としてチーム医療依頼書のフローチャートを作成し、運用を開始。

(質疑応答)

(問) どんな効果を期待しているのか。

(答) 依頼は職種に限らずできるので、気づいた人がチーム依頼をすることで他職種からなるチームでの介入検討機会を設けることができる。

⑧ 自殺予防マニュアル改訂

- ・日本医療機能評価機構の自殺予防マニュアルをもとに当院のマニュアルを作成中。

⑨ HBV・HCV 肝炎再活性化予防スクリーニング

- ・各診療科および医薬品ごとに患者リストを作成し、肝炎ウィルスマーカー検査状況の調査について通達を行った、調査結果は集計し、各診療科へフィードバックを行う。未提出診療科には定期的に調査結果提出を促す。C型肝炎に関しては、リスクマネージャーにエビデンスの周知と抗体検査に関する各診療科への再周知を依頼。

(3) 医療事故調査制度への対応状況報告

- ・現在、1事例を7月9日に医療事故調査委員会へ報告済で、2事例を報告に向けて準備中である。

① 胃瘻チューブ脱落に伴う汎発性腹膜炎

(事例内容)

食道がん患者で栄養状態改善目的に胃瘻造設術を施行したが胃瘻チューブ脱落に伴い汎発性腹膜炎となった事例であり、患者の状態、体格などに合わせた創の拡大や非吸収糸による腹壁固定が必要。ハイリスク症例では術後も十分な創部安静期間を設ける必要がある。

② 亜全胃温存瘰頭十二指腸切除術後の腹腔内出血

(事例内容)

乳頭部がん患者の亜全胃温存瘰頭十二指腸切除術後に手術部位から大量の出血が起こり心停止となった事例

③ 胸腔ドレーン挿入後の呼吸状態悪化

(事例内容)

大動脈弁狭窄症の患者に経カテーテル的大動脈置換術を施行したが、数日後のレントゲンで胸水の増加を認め胸腔ドレーンを挿入したが大量出血が原因となって死亡した事例であり、熊本より専門の医師を招聘し、拡大内部調査委員会を開催予定。

(4) 重篤有害事象（アクシデント4b・5）における経過、対応経緯の提示、検証

① 心電図モニターが外れたことによる急変発見の遅れ

悪性胸膜中皮腫の患者で心電図モニター管理を実施し、心電図モニターが外れ呼吸停止で発見された事例

② 中心静脈カテーテル自己抜去後の死亡事例

急性骨髄性白血病の患者が中心静脈カテーテルを自己抜去し死亡した事例

(5) インフォームド・コンセントの現状

- ・説明、同意文書は電子カルテ内の文書作成内にあり、患者個々の病態・治療内容に応じて追記を行い、説明後同意書にサインを頂き、電子カルテにスキャン文書として取り込む。ICの内容についてはプログレスノートもしくはICテンプレートに記載する。カルテ記載の内容についてカルテの質向上委員会で定期的にチェックリストを用いて監査を実施している。ICについては診療科毎に監査結果の点数をまとめている。

(質疑応答)

(問) 看護師のIC同席ルールはないのですか。

(答) 明確な基準やルールなどは設けていない。

(問) 説明文書は病院で決められたものがあるのか。

(答) 「カルテの質向上管理委員会」にて承認した説明文書を使用している。

(問) 説明したという証拠を残すためにも、重要箇所にアンダーラインを引くなどして、説明文書を保管するほうがよい。

(答) 今後の検討課題とする。

(6) 「画像読影所見及び病理診断の未読（見落とし）」に対する取り組み

- ・電子カルテにおいて放射線科医の読影時に重要所見があった場合、依頼診療科全員にアラートが表示され、依頼医がアラート内容を確認するまで消えない。依頼を忘れないように活用するリマインド機能がある。医事事務作業補助者の業務内容を見直し、検査結果を確認するよう日時指定で医師もしくは自分宛に電子カルテ内メール送信を行う。

6 講 評

- 1) 今回の議題内容については概ね、問題なしであった。
- 2) 今後の事故調報告状況も継続して発表願いたい。

平成 30 年 8 月 13 日

確認者

委員長 水 本 一 弘

