

近畿大学医学部附属病院 監査委員会 議事録

1 日 時 平成31年2月5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 4名出席 水本 一弘 山口 育子 小島 崇宏 川田 暁
1名欠席 諸富 公昭

(2) 対応者 東田 有智(病院長)、福田 寛二(副病院長、安全管理部長)
医療安全対策室 辰巳 陽一、田中 薫、吉田 和恵、西川 三恵子、
柳江 正嗣

(3) 同席者 猪川 正人、木村 裕、井上 純子、杉内 悟、興田 富生

4 議 題

(1) 平成30年度医療安全活動目標(計画)の進捗状況・成果報告

①～⑨のうち下記項目を重点

① 患者参加型医療と医療安全

② 心電図モニター無駄なり予防

③ 鎮静下内視鏡検査時の鎮静管理

⑦ チーム医療依頼書の運用

(2) 医療事故調査制度への対応状況報告

(3) 臨床倫理問題への対応(DNAR、認知機能障害と同意取得など)

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30年度医療安全活動(計画)

① 患者参加型医療と医療安全

・院内の研修、会議などで周知を行い、各部署での活動の励行を行うとともに、集約したアイデアを再度院内周知・導入していくように活動している。

1. 治療計画をともにたてる(患者中心の医療)

2. Dr.の回診に患者を含める(患者周りの情報の活用)

3. 処方を確認し、気になれば質問してもらう

4. 点滴滴下を確認をしてもらう(患者参加医療)

5. 患者さんが参加した申し送り(ベッドサイド・ハドル)

6. 転倒転落しやすいことを患者さんに認識してもらう(メンタルモデルの共有)

7. 患者誤認防止対策について

(質疑応答)

(問) ベッドサイド・ハドルについてどういうきっかけで始めたのか、またどういう部署が対象なのか。22%は導入しやすい部署なのか、それ以外の78%の部署は導入について抵抗があったのか。

(答) 全米に実施されていたベッドサイド・ハドルを4年前に導入したが、初めはうまくいかなかった。

た。ベッドサイド・ハドル対象の患者は状態が変わっていく患者や意図を伝えたい人となる。興味のある看護長がいれば、導入しやすい。プログラムの理解度に偏りがある。

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を含む適正な使用、観察、対応ができる環境を整えることを目的に循環器内科医師、急性・重症看護専門看護師らを中心にメンバーの選出を行い、心電図モニター適正使用ワーキングを立ち上げ、下記活動を実施している。

1. 看護師がナースステーションに不在になる時間を調査
2. 心電図モニター実態調査
3. 心電図モニターに対する意識調査
4. 看護必要度とカルジオ算定の関連調査

今後は、モニター症例の基準を定め試験的に病棟で開始し、不必要なモニター症例を減らしたい。

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。試験に合格できなければ、鎮静下内視鏡検査時の鎮静管理を実施することができない。

(質疑応答)

(問) テストに落ちた人はいますか。

(答) います。再受講となる。

(問) 患者に対する説明の仕方についても研修しているか。

(答) 研修に含まれており、リスクの重要性についても理解頂くよう説明を実施している。

(問) 講習は医師のみが対象か。

(答) 医師が大半の受講が修了次第、対象を看護師等に拡大予定である。

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) 実際の発信者の職種は。職種の垣根はないのか。

(答) 医師が発信者の場合が多い。

(答) 現場の医師として、皮膚科は他科患者の対応をすることが多いため、専門外のことは助けてほしいので拡げていってほしい。と思う。

(2) 医療事故調査制度への対応状況報告

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。

⇒7月9日 医療事故調査委員会

② 亜全胃温存脾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脾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。

⇒9月5日 医療事故調査委員会

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実施。

⇒7月31日 医療事故調査委員会

(質疑応答)

(問) 予備検討などは行っているのか。

(答) 1～2回程度行っている。

(答) AI解剖で原因わからなかった場合の家族への対応、説明が重要だと考えている。

(3) 臨床倫理問題への対応 (DNAR、認知機能障害と同意取得など)

・夜間、身寄りのない患者の救急対応や認知症患者への意思決定について、相談されることが多い。院内研修、リスクマネージャー会議などで DNAR、自己決定権について啓発活動を継続的に実施している。自己決定権の判断基準を設け、判断が困難な場合は安全管理部に相談いただくように伝達を実施している。

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 31年 3月 27日

確認者

委員長 水 本 一 弘

