

令和 6 年度 第 2 回監査委員会 議事要旨

開催日時：令和 6 年 9 月 18 日（月）17 時 00 分～18 時 00 分

会 場：聖マリアンナ医科大学病院本館 4 階 医療安全管理室より（Web 形式）

出席者：監査委員：上原委員長、相馬委員、岡田委員、福島委員、大橋委員

病院関係：大坪病院長、明石医療安全管理責任者

本館看護部長、大川医療機器安全管理責任者、坂上医薬品安全管理責任者、安藤事務部長、安田医療安全管理室長、榎本医療安全管理室副室長、長田医療安全管理室専任医師、内川医療安全管理室副室長、福澤医療安全管理者、本鍋田医療安全管理者、大館医療安全管理者、有木医療安全管理者、森診療放射線技術部参与、北原医療安全管理室次長、小林医療安全管理室主査、高田診療記録管理室主査、水戸医療安全管理室主査

24 名出席

議事

1. 委員長より開会宣言

委員長より、2024 年度第 2 回監査委員会の開催宣言がされた。

2. 番号 10 医療事故調査報告事例進捗状況について

令和 6 年、外科系で行った手術後に死亡した事例が発生。医療に起因する予期せぬ死亡と判断し医療事故調査センターへ報告した。現在、医療事故調査報告書は作成中である。医療事故調査委員会を開催。経過について説明した。

病院より、症例、経過について詳細な説明を行った。

監査委員より、手術前説明内容について質問がされ、外部委員の意見も一致しているという事で問題無い。判断等の見極めの基準が明確になっていることが外部委員より確認できれば良いと思うと述べた。

病院より、事故調査報告書を作成し、関係者全員に確認した上で説明ができればと考えていると回答した。

監査委員より、事故調査報告書が出来上がったら確認すると述べた。

3. 生体情報モニタ管理について

重大事故を防止するための 2024 年度戦略として、「生体情報モニタを適切に管理する」と上げており、医療安全管理室だけではなく職員全体で取り組んでいる。

→院内の重大課題として生体情報モニタ TF の立ち上げ。
監査委員会、医療安全統括会議でも意見交換がされ報告している。

生体情報モニタ TF の立ち上げ
2024 年 8 月～ 循環器内科、小児科、麻酔科、看護部、臨床工学技術部、医療安全管理室。

生体情報モニタ TF チームでのラウンド
2023 年 11 月～
各部署のモニタ鳴動状況や管理状況の情報収集目的のラウンド。
2024 年 1 月～
情報収集に加え、モニタ管理の改善活動を開始した。

- ・毎週月曜日の部署ラウンドを多職種で実施
- ・アラーム鳴動状況の確認
- ・生体情報モニタ使用数や使用状況 設定状況などの確認
- ・手順に従った管理方法の状況を観察と聞き取り
- ・困っていることや問題に感じていることの確認

→師長会議、セーフティマネージメント委員会等、会議の場で状況報告、情報発信、共有・周知に向けて活動している。

職員のアラーム疲労ということで、アラームが鳴っていてもなかなか敏感に反応できない事を無くしたいので、不要なアラーム音を無くし、対応できる環境を作っていく事を目的にモニタ装着が本当に必要なのかをスタッフに投げかけ、医師にも声かけしている。

職員全員で取り組むために、セーフティマネージャーにも協力頂き、セーフティマネジメント委員会で状況を報告し、3か月くらいで強化テーマをあげ、内容について各部署で取り組んで頂いている。

毎週月曜日の 11 時にモニタラウンドを実施しており、改善している状況等について、報告をもらえるようになってきている。

生体情報TFでラウンドした際の、よかったです、もとよくなる点、取り組んでいただきたい点について、のシートを作成し次回ラウンド時に改善しているか確認している。伝える必要な内容については、紙面を作成し、部署での指導に役立ててもらえるようにリーダー看護師に配布をしている。

ラウンド結果をデータ収集しており、プラス成果として書面で伝えており、病棟での取り組みを継続してくれるよう正在してい。

教育面での強化

スタッフに向けた教育の機会

・2023 年度

9月 全職員対象 講演

「多職種で取り組む心電図モニタの安全管理」

看護部経年別 医療安全研修

「生体情報モニタの基本管理」

・2024 年度

6月、7月実施

全職員対象 特に若手の職種に向けて

「生体情報モニタの基本管理」

今後の課題

機器の設定や配置に関する課題

生体情報モニタの機器管理についての課題

- ・アラーム削減に向けて無駄なモニタ装着をしない、必要な患者に、必要なモニタ装着を行う、テクニカルアラームの減少

生体情報モニタの管理手順

- ・手順は更新したが周知徹底は継続的なアプローチ、状況に準じた更新

教育の継続の必要性

→T F 活動からM A C T (モニタアラームコントロールチーム) 活動へ継続的な活動は必要である。

実際に改善して行くには、現場スタッフの方々で取り組まないと改善しない。全員が当事者意識で改善活動に参加いただくことが一番だと考える。看護部の活動としては、師長がラウンドに参加し改善活動に繋がった部分もある。診療科と装着基準の見直しについて看護部が主体になり取り組んでいる。医師の協力体制の強化が現在課題であり、ラウンド部署を明確にして同行をお願いしている。アラームを減らすためにモニタの設定などについてローカルルールを作らない、院内の基準の見直しブラッシュアップ、教育の継続育成、必要な整備の提案について続けて進めていく。重大事故が起きないよう必要な管理ができるようにしていかなくてはならないと思っている。

監査委員より、モニタ管理で、関心のあるテーマである。難しいことに真摯に向き合っている事が分かった。看護師の立場から、医師の協力と自分事として巻き込むのは非常に大きな課題である。阻害する要因として、急性期の病院は混合化しているので、この病棟はこの

医師に言えば何とかなるとかは無いと思う。ラウンドに師長は参加する、医師は参加しない状況を何とかしようと時間、日にちを決めてなど計画していて頼もしいと思う。病棟ごとの改善目標も検討していると思うが進めて頂きたいと述べた。

監査委員より、取り組みをしていることは理解した。医師が指示を出して、目的が明確にならないと目的がはっきりしない、とりあえず指示を出しておくような事があると思う。モニタを付けた患者さんが、病棟フリーなのか、院内フリーなのか。モニタを付ける様な患者が、院内で電波が届かなくなってしまうなどあり得るので、本当に病棟から出ないのか。モニタレベルの標準化について、統一した初期設定で行けているのか質問した。

病院より、モニタ装着患者については、基本的には病棟内フリーの患者さんが装着していることが殆どであり、院内フリー患者さんは治療的にもモニタはつけていない事が殆どだと思うが、100%とは言い切れない。把握していないので確認していく。患者さんにもモニタ管理には参画してもらっているので、患者さんが病棟外に出るときにはモニタ装着をしたまま行かないように、患者指導にはパンフレットを使い対応している。標準化について、装着基準はあるが、バイタル等一般的ものはあるが、それに加えて医師が治療上必要と判断した場合は必要になるので、どういう患者さんが装着するのかを各診療科に検討していただいているところで標準化と表現していると回答した。

監査委員、了承された。

監査委員より、モニタがなぜ必要なのか、医師と看護師との間でコミュニケーションが無いのが問題なのか質問した。

病院より、コミュニケーションが無いわけではない。多忙な中で医師も指示を終了するのを忘れる事もあるが、看護師もなぜ装着しているのか曖昧だが、医師からの指示がそのままなので付けてるということが無いように装着目的を明確に共通し認識した上で管理に繋げて行きたいと働きかけている状況であると回答した。

4. 特定案件に対するヒアリングについて

医療安全統括会議 2024 年度第 2 回～2024 年第 4 回について、事前に 26 件の確認事項を頂き回答。追加の質問について回答し承認を頂いた。

令和 6 年度第 2 回医療安全統括会議（令和 6 年 5 月 8 日開催）

令和 6 年度第 3 回医療安全統括会議（令和 6 年 6 月 12 日開催）

令和 6 年度第 4 回医療安全統括会議（令和 6 年 7 月 10 日開催）

2023 年度 第 3 回医療安全統括会議

質問 12, 13) MMC について

MMC カンファレンスの結果について説明をお願いします。

MMC 結果（病院としての多作立案）を教えてください。予防可能な医療事故です。

→MMC カンファレンスについては実施済だが、結果の提出がまだされていない。提出結果から医療安全統括会議で報告。次回監査委員会で質問が出されると思うので、その際にMMC 結果を報告すると説明した。

病院より、MMC への確認事項について、医療安全統括会議にすぐに報告しているので、MMC の結果を当室でまとめて報告するようにしている。会議とコメントにズレがでてしまうことは理解している。報告書を待っていると時間が経過してしまうのでまとめを提出している。中身に対して質問があれば改めて説明すると説明した。

→監査委員会で了承された。

2023 年度 第 4 回医療安全統括会議

質問 20 レポート№2024-1882、1828

病棟に指示の確認の徹底を指示したとあります。この指示は病棟に明確に伝わっているのでしょうか、お聞かせください。

→医師の指示は事前にオーダーされており、オーダリスト画面から指示がでている状況でした。受け持ち看護師が血圧 110 以下でニカルジピンの減量指示がありましたが見逃した事例です。4 月から異動しており、神経内科で血圧 100 台で指示にかかっているという認識がなく、血圧測定後に指示に戻るという確認が出来ていませんでした。病棟から報告書を提出されており、指示の確認を徹底するように伝えております。

監査委員より、指示の徹底を今後も継続頂きたいと述べた。

質問 26 議事要旨 P11～P13

小児科の院内緊急対応システムを公式に認めてほしい云々の経緯や現状、今後の見通しについて詳しくご説明いただきたく存じます。

→当院では、2004 年 9 月に院内発生の心肺停止及び患者事故に対する取り決め（コードブルー）を、2010 年 6 月より院内緊急対応システム（RRS）の運用を部署限定で開始、2012 年 3 月より病院全体に拡大しました。その運用には基準を設け、連絡先も分かりやすい番号にして、医師でも看護師でも発動できることの周知を行ってきました。但し、小児においてはその特殊性から新生児科、小児科医師と小児病棟で対応しており、コードブルーや RRS の発動はほとんどありませんでした（連絡あれば救命医師は駆け付けておりました）。2023 年 1 月より小児専用のケアユニットの運用が開始され、また 2024 年 4 月には診療科として小児集中治療が出来たため、今後小児患者さんへの運用に際しても取り決めが必要と考えており、会議の中で話にあがりました。今後、院内救急対応システム委員会で検討致します。

監査委員より、今後も必要な検討をし、最新情報を報告頂きたいと述べた。

5. 特定機能病院承認要件に関する 2023 年度評価について

病院より、自己評価の低い項目について説明した。

・事故等の防止策の周知や実施の状況等を含む事故等を防ぐための対策への取り組み状況を確認し、不十分な場合は研修・指導等を行う

→輸血に関して、タスクフォースを立ち上げ年数が経過している。現時点での輸血時の照合は PDA（携帯情報端末）を使用しているが、100%が目標値だが、0.3%の照合漏れがある。生体情報モニタについて現在進行形の為。

・事故等の防止のための改善策の実施及び当該改善策の職員への周知

→重大事例に関しては、至急回報で全職員に周知しているが、ラウンドを行うと至急回報の内容をヒアリングすると、全員が回答できない為。

・改善策の実施状況の調査及び当該改善策の更なる見直し

→モニタアラームについて、毎週ラウンドを実施しており、現在改善途上である為。

・内部通報窓口、通報対象事実の範囲や匿名性の確保

→医療安全に関する内部通報については、実際の報告がない。内部通報窓口があることは、新入職、中途入職者に対するオリエンテーションで周知しているが、なかなか通報が無い。通報が無いのも問題の点の為。

→監査委員より、了承された。

6. 病院長より

監査を施行頂いた事について御礼を述べた。

事故調査委員会報告への確認事項について、外部評価の医師からも術中判断は難しいとの判断を頂いている。医療事故報告書が完成次第改めて報告する。生体情報モニタについて、どのような患者に装着するか、優先準備を決めるなどからも検討していかなくてはならないと考えている。今後も継続して検討することが多数ある。新しい基準も考え作っていかなくてはならないと考えていると述べた。

委員会を閉会した。

以上