

令和4年度第2回埼玉医科大学病院医療安全業務監査委員会議事録要旨

日 時：令和5年1月30日(月)17:00～19:00

外部監査委員：森本義博 委員長（社会保険診療報酬支払基金）

水谷渉（駒込たつき法律事務所）

栗田博（前毛呂山町教育委員会教育長）

丸山元孝（坂戸鶴ヶ島医師会会長）

荒井有美（北里大学病院医療の質・安全推進室副室長）

内部監査室：田中寿（埼玉医科大学内部監査室長）

監査管理者：篠塚望（埼玉医科大学病院長）

以下の件について確認がされた

議 事

前回議事の確認があり以下2点の報告があった。

・被ばく関連について患者への説明をどのように行っているか？

→患者への追加資料を作成中。患者からの質問は放射線技師が対応。線量計の範囲内に収まっているか確認、また規定値を超えているようであれば検討。

・院内でUSBを使ったデータ抜き取り対応。

→基本的にはUSBでの抜き取りはできない。学会等でカルテ情報が必要になった際専用のシステムで開示することが可能。ウイルス機能付きUSBを用いて運用。

各部門からの活動報告と各委員からの質問内容は以下の通り。

医療安全管理部門

重要事案対応について

短期投与予定のステロイドが長期間処方された事例の対象患者は外来患者か？

→外来患者である。

保険薬局から疑義が入るのではないか？

→保険薬局は疑義照会していなかった。処方監査でコメントを確認する対策を講じていく。

手技に難渋し ERCP（内視鏡的逆行性胆道膵管造影）後の合併症発症した事例について
予定時間を設定することで合併症を回避できるのか？

→他職種からの意見や施行医の交代といった対応がなされなかった。カテーテル径がやや太かった点も他職種から提案がなかった。

インシデント・アクシデント報告

インシデント・アクシデント報告について職種別でデータを出しているか？

→毎月データは出しており、医師の報告率は1割程度の水準。

死亡事例報告について

死亡事例報告について48時間以内に専従医師が確認とあるが、病院長も確認している

か？

→病院長も確認している。

医薬品安全管理部門

院外薬局等とのインシデントの共有はについて

→重要事例等は薬業連携研修会等で共有している。

注射薬等の温度管理についてログをとっている以外のチェック管理

→1日2回記録をとっており逸脱があった場合には担当者宛にメールが送られる体制。

過去に3回メール受信があったが気づかないことはなかった。

医療機器安全管理部門

新規医療機器導入時の研修について職種選定は？

→使用する可能性がある職種は必須。管理部門にて部署と職種を選定して研修の受講を義務付けている。使用を希望する部署に関しても研修を実施している。

中途採用者に関しての研修は？

→中途採用・復職者の情報を職員教育支援室から提供して頂き、臨床業務の開始前に研修を受講させている。

医療放射線安全管理部門

患者さんへの説明の同意書運用への工夫について

→患者さんにわかりやすい説明文書（被ばく線量等）の紙媒体での運用を行っている。

高難度新規医療技術部門

医療安全管理部門との関わり合い（インシデント報告を能動的に確認する仕組み）は？

→高難度新規医療技術に関する窓口が医療安全対策室となっており、インシデントが発生した際は医療安全対策室に情報が集まってくる。実施症例については全例カルテチェックを行い、申請部署に確認を行っている。

インフォームド・コンセント（IC）部門

サンプル調査を行っているのは外来患者か入院患者か？

→入院中患者であり、モニタリング結果について現場にフィードバックしている。

ICを取得すべき処置についての定義は？

→血管造影、腹腔穿刺、中心静脈栄養、内視鏡的切除、内視鏡的硬化療法、経皮経肝胆管ドレナージなどリスクの高い処置を対象とし、診療基本マニュアルに記載されている。

IC記録テンプレート運用について、説明者と同席者・確認者が同時に記載する必要があるのか？

→時間差記載も可能なテンプレートである。

説明について家族が同席できない患者への対応について

→説明できなかった場合はテンプレートに家族が同席できなかったこととその理由を記載するようになっている。

ICの家族の同席率はどれぐらいか？

→本テンプレートを用いると同席率が算出可能なため、今後のIC小委員会で評価していく予定である。

説明に対する患者の理解度を深めるために何か対策しているか？

→現段階では特別な対策は行っていない。

感染対策部門

COVID-19 対応、職員の教育・研修、感染対策室と病棟との関わり合いについて等報告

→特に質問なし。

医療の質管理部門

クオリティマネージャーを中心とした年度ごとの課題設定について病院の優先順位付けはどのように行っているか？また翌年度持ち越しになることは有るのか？

→前年度の結果をもとに改善が必要な内容を年度末に比較し、各分野毎に次年度の目標にしている。達成状況が不十分な場合次年度も再度目標設定としている場合もある。

質改善シートについて Google アカウント保有している全職員が閲覧可能なのか？

→全職員が閲覧可能なのは課題一覧のみ。

その他

電子カルテ等のサーバーは院内配備か外部配備か？ファイアーウォール含めセキュリティ対応（業者対応なのか自前対応なのか含め）はどのような対応しているか？

→担当者不在のため次回の報告とする。

総評

非常に良く対応されている。