

令和元年度第1回名古屋大学医療安全管理業務監査委員会議事録

日時： 令和元年6月10日（月） 13:00~15:00

場所： 中央診療棟 A7階 特別会議室

出席者： 柵木委員長、三島、長谷川の各委員

欠席者： 芦田委員、中東委員

本院側出席者：小寺病院長、長尾副病院長（医療安全管理責任者）、山田薬剤部長（医薬品安全管理責任者）、藤原医療機器総合管理部長（医療機器安全管理責任者）

議 題

1 平成30年度監査報告書（案）について

総務課長から、資料に基づき、平成30年度名古屋大学医療安全管理業務監査報告書（案）について説明があり、各委員により持ち帰り検討することとなった。

2. 医療安全管理責任者からの業務状況報告

長尾副病院長から、資料に基づき、医療安全管理者等の概略図等業務状況について説明があり、続いて、山田薬剤部長から、医薬品安全管理責任者の業務状況、藤原医療機器総合管理部長から、医療機器安全管理責任者の業務状況についての説明があった。

（○監査委員 ●病院出席者）

○医薬品について、「手順の不備があったときには、再度申請」と説明があったが、これは形式的な不備によるものか、実質的な不備についてのものか。

●実質的な部分について審査している。申請があった際に、書類の形式等は確認しているので、審査委員会では、個別の問題について質問し、回答が不十分であったときは保留、あるいは取り下げとしている。

○医療機器について、最初は機器の不具合で申請されたが、よく見るとヒューマンエラーであった際などのインシデントについては、どこで検討するのか。

●インシデントの原因が機器の不具合か、ヒューマンエラーかはっきりしないものについては、過渡期であることから、やはり一定数レポートにあがってきている。ただ機器の委員会にも医療の質安全管理部のメンバーが出席しており、医療の質本部会議にあがっていても、医療機器の会議にあがってきても、どちらでも漏れなく検討できるようになっている。

○医療機器の委員会の範囲について伺いたい。先ほどの説明では内視鏡は担当から外すとのことだが、どこまでが医療機器として線引きするのか。

●機器の管理については、これまで全体として管理できていない状況が続いていた。そこで、医療機器総合管理部を立上げ、3年ほど経ち、原則としては全て対応するようになった。

○ディスプレイは、どんなに価格が高いものでも再利用はしないのか

●以前から議論がされており、昨年「例外は無し」としたので、再利用はしない。

3. 医療安全管理の体制について、医療の質・安全管理部の業務状況について

長尾副病院長から、資料に基づき、医療安全管理の体制図、クオリティ&セーフティマネージャーの構成員等のほか、インシデント報告、QPS分析、医療安全に係る各種インジケーター、医療安全研修等の実施状況などについて説明があり、各委員及び本院側出席者から次のとおり意見等があった。

○資料にあるQSマネージャーは非常に人数が多いが、この人数で議論するのか。

●名簿を担当ごとに色別に分けているが、各担当で月1回集まって定例会議を行っている。

○アクシデントが現実起きたときは、どのような体制になるのか。

●関連科のセーフティマネージャーに来てもらい検討するようにしている。方針を定めて、どう患者に説明して、というプランニングと一緒に検討している。その後の処置を進める中でも節目節目で集まり情報共有を行い、情報共有のまとめの部分を医療の質安全管理部の医師が担当している。その他常在する弁護士、看護師、薬剤師で対応している。

○病院としてのプライオリティを掲げ、目標を各部門で定めているとのことだが、それらを一つに調整する必要もあるのではないかと。

●JCI受審時に各部門の目標を自由に定めてもらおうと、多くが同様の目標を設定するようになってしまった。一概に悪いわけではないが、その部署が目指すべき目標をコントロールするような体制にして、指導するような取組みを始めた。

○院内での死亡者数のうち、警察への届出件数は年間どれくらいなのか。

●年間10件程度になると思う。昭和警察署に届け、いわゆる検死をして事件性などを判断してもらおうが、ほとんどはそこで事件性なしと判断されている。病院のルールとして警察に届け出るが、家族の意向として断られることはほとんどない。

○昨年、行政解剖が1件あったとのこと、病院の死亡で行政解剖になるケースはあまりないと思うが、こういった事例なのか。

●警察が配慮して行政解剖にしてくれたという印象をもっている。行政解剖は司法解剖と違い、病院側に解剖結果のフィードバックがあるので、その後の検証ができる。再発防止に役立てることができるので、行政解剖の方がありがたい。

○医療関連死の中で、こういった司法解剖等に至る割合はどのくらいなのか。

●ほとんど事件性なしになるので、1%に満たない程度。行政解剖は今回が初めてであった。

4. 医療の質向上と安全推進委員会の業務状況について

長尾副病院長から、資料に基づき、医療の質向上と安全推進委員会の開催実績及び内容等について説明があり、各委員及び本院側出席者から次のとおり意見等があった。

○M&Mカンファレンスと事故調との違いについては、どのようなものか。

●事故調は基本的に医療事故と判断されたものを対象にしており、センターに届け出た後、外部の調査委員を招き実施するものだが、M&Mは関係者として研修医等もメンバーに加え、幅広く検討している。なお、M&Mはモビリティ&モータリティの略である。

○事故調を立ち上げる際に名古屋大学では半数を外部委員にしているとのことだが、ルールで決まっているのか。他の病院も同様であるのか。

●院内のルールで決まっている。他の病院においても増えてきているが、制度上の義務ではない。本院では必ず外部の委員を委員長にしている。

5. その他

長尾副病院長から、資料に基づき、重大事故後の対応に関する報告について、またJCI受審結果について説明があり、各委員及び本院側出席者から次のとおり意見等があった。

○JCI認証を受け、職員の医療安全に対する意識の向上はあったか。

●今回JCIの受審を受けたのは、高度な改善のスキームに参加する資格を得たというべきもので、恒常的に改善を図り、どれだけ病院の質が上がっているか、を評価しなくてはならない。今回受かったのは努力の結果だが、質の向上に資するかは、3年後の審査を経ないとわからない。

○3年後のJCI受審に通ることが、病院の評価に繋がるということか。

●今回は1回目なので受審半年前のデータのみチェックされるが、次回はこの3年間の取組みを全てチェックされる。3年後の審査に通って初めて、病院のサステナブルな評価に繋がると考えている。

6. 講評

委員長から各委員に今回の議事における説明、及び質疑応答を行ったうえでの講評をいただきたい旨発言があり、各委員より次のとおりコメントがあった。

○前回、「医療安全管理責任者を中心に対応されているが、職員、患者さんへの周知はどのようにされているか」コメントさせていただいた。その点、本日の報告で、ここで話した内容が逐一対応されているのがわかって良かった。今後も引き続きこういった取組みを推進していただきたい。

伝達事項やマニュアルについては、専門の人たちの方が案外読まないことがある。専門外の人の方が読み込んで参考にする一方、専門の人は、自分は分かっているから大丈夫と思いつつ傾向がある。そういったことが無いよう、専門の人でも必ず情報をフィードバックするようにしてほしい。

●本日報告にあった甲状腺の事故も、まさしく専門の人間が、自分はマニュアルを読まなくてもよい、と思いつつしたことから起きている。今後同様のことが無いよう注意していきたい。

○JCIの受審を通っただけあり、名大病院として、各項目丁寧に取り組まれている。毎年インシデント数が増えている中で、レベルAの事故がおきないのは、取組みがうまく機能しているということであると思う。

希望としては、本委員会において、感染対策についても取り上げて欲しい。

●次回から感染対策についても報告するよう検討する。

○医療安全の講習会の出席率がとても良く、2回受講していない人が0.8%というところは素晴らしいと思う。それだけガバナンスが効いている証拠だと思う。これを維持していただきたい。

7. その他

委員長から次回開催は11月を予定しており、後日、事務局を通して日程調整させていただく旨、案内があった。

以上