

令和4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4年5月19日（木）9：00～11：00

場 所： 医系研究棟1号館 地下1階会議室

出席者： 柵木委員長、長谷川、芦田、中東の各委員

欠席者： 三島委員

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）、藤原医療機器総管理部長（医療機器安全管理責任者）、患者安全推進部員

議 題

1. 令和3年度監査報告書（案）について

総務課長から、資料に基づき、令和3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の業務状況について

長尾副病院長から、資料に基づき、当院の病院質向上体制、令和3年度のインシデント報告件数、全死亡例報告件数、院内研修の現況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。

（○監査委員 ●病院出席者）

○グラフからは科・職種別のインシデント報告件数の傾向が変化しているように見えないが、変化を感じる点はあるか。

●科別の傾向については詳細に分析できていないが、報告を多くあげるグループとそうでないグループが定着しているという印象を持っている。報告が少ない部署の代表者に対しては、積極的な報告を依頼しているが、あまり大きく変化はしていない。全体としては、医師については経験年数10年目から13年目が報告件数のピークとなり、看護師については若手程多くなるのは例年通りであり、これは在籍人数に比例しているものだと考えている。

○個人の意識は勿論であるが、管理職のマネジメントや熱意が大事だと思うので、引き続き指導していただきたい。

○全死亡例報告件数の異状死届数について、名大病院としてはどのような判断基準で警察に届出をしているのか。

●1994年に日本法医学会からだされた「異状死ガイドライン」に準拠して、届出をしている。なお、当ガイドラインは患者安全ポケットガイドに掲載しており、全職員が確認できるようにしている。また、判断に迷う場合には、必ず患者安全推進部に相談するよう周知している。

○前医（診療所等）と後医（後方病院等）との問題について、患者を後医へ搬送し、死亡事故となった場合には、警察へ届け出ることがあると聞く、また、運ばれてきた時点で、まだ患者は存命ではあるが、救命が困難と判断されたときに、後医の病院にて、救命措置をしている段階で、既に警察に届出をしていることがあると聞くが、名大病院ではそのような事例はあるか。

●本院では、死亡後に異状死の可能性が否定できない案件のみ警察へ届出をしている。また、前医の診療が異状死に強く関連する可能性がある場合には、前医に連絡した上で届け出と思う。

○弁護士の立場からしても、警察への届出は死亡後に行うことが適切である。異状死の届出は、医療機関にて届出をするかどうかを判断する必要がある、届け出ない場合には、その理由を医療機関にて残す必要がある。その判断を行うには、前医への確認を必要となるため、救命措置中に届出へはすべきではないと考える。

3. 医療機器安全管理責任者の業務状況について

藤原医療機器総管理部長から、資料に基づき、医療機器安全管理責任者の業務状況について説明があった。

4. 医薬品安全管理責任者の業務状況について

山田薬剤部長から、資料に基づき、医薬品安全管理責任者の業務状況について、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。

○未承認医薬品等評価委員会における審査件数がここ数年減少しているのは、事前に精査した上で申請される影響によるものか。

●開始当初の1、2年間については、従来からのものがまとめて申請されたことにより件数が多かったが、審査が定着し、それらの審査が一通り終了したことから現在の100件程度に落ち着いていると考えている。

○審査期間の短縮といった審査制度の整備を努力されていると捉えてよいのか。

●申請の内訳としては、半分程度ががん関係であり、その内の半分が標準治療終了後の治療に関するものとなっている。また、診療科としては小児科からの臨床試験が実施されておらずデータがないものについて毎月申請があり、全体の3分の1程度を占めている。これらの傾向は変わっていないため、審査制度は定着してきていると理解している。

5. 患者安全推進部の業務状況（トピックス）について

深見病院講師から「新たに完成した事例調査報告書について」について、川口看護師長から「IPSG.6 IPSG.6.1 転倒転落事故防止対策への取り組み」について、梅村病院講師から「薬剤関連のインシデント対策」について、長尾副病院長から「CQSOプロジェクトについて」「2017年に発生した頸部術後急変による事故調査事例について」について、それぞれ資料に基づき説明があり、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。

○患者だけでなく家族に対しても文書等で転倒・転落事故防止について周知を図っていた点、受付事務も含めた情報共有という点が、安全対策・紛争防止という点からも非常に良い取り組みではないかと思う。

○転倒・転落発生率の分母は何か。

●延べの入院患者数である。

○転倒・転落発生率の指標の分母を入院患者の延べ人数としていることについて、どの機関も当人数を分母としているものなのか。

●日本病院会、日本看護協会等が当人数で測定をしているもので、本邦のスタンダードだと考えている。

6. 患者安全推進委員会の業務状況について

委員長より、資料に基づき、委員会の議事概要、開催状況について説明があった。

7. 講評

委員長から各委員に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。

○インシデント報告等の対応について、委員会にて判断及び対策が立てられ、再発防止が実施され、さらにその後のチェックも行われており、制度面だけではなく、実際の活動として進められているので、引き続き継続をしていただきたい。

○名大病院の安全管理・安全推進は、詳細に分析がされ、具体的な報告がなされており、素晴らしいと思うので、医療・研究面だけではなく、医療安全の面でも先進的であることをぜひ患者さんを含め広く周知していただきたい。

○転倒・転落事故防止対策のため、看護師が多くのナースコールに対応する必要があり、そこにリソースが充てられているかが心配である。その他にも安全性を高めるためにはリソースが必要になると思うので、病院全体として、安全対策に係る業務分担の見直し等進めていただきたい。

○安全管理・安全推進の文化が着実に定着しているように思う。さらに改善が進んでいることについても、感銘を受けている。

○転倒・転落事故防止対策について、先進先端の医療機関だけでなく、介護施設等多くの施設での懸案事項である。名大病院の防止対策について、よく考えられている対策である。患者はそれぞれに様々な状態や状況にあるため、全ての事故を防ぐのは困難であるが、試行錯誤を重ねて作成されたものであると理解した。

○名大病院は先進的な医療安全の試みをされているということがわかった。

8. その他

委員長から次回開催は11～12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