

令和2年度第2回 鹿児島大学病院監査委員会 報告書

当監査委員会は、鹿児島大学病院における医療安全活動について、貴院から提出された資料及び医療安全管理を担当する職員による説明や意見聴取により、審議の上、本監査報告書を作成しましたので、提出いたします。

1. 日時：令和3年3月29日（月） 14:00-15:10

2. 方式：Web会議

3. 監査委員会委員：

後 信（委員長、九州大学病院 医療安全管理部）

玉利 尚大（玉利法律事務所）

三好 綾（NPO 法人がんサポートかごしま）

4. 鹿児島大学病院出席者：

坂本病院長、石塚医療安全管理部長（医療安全管理責任者）、杉浦医療安全管理部副部長（歯科担当）、西感染制御部長、内門医療安全管理部副部長（医科担当）、大吉医療安全管理部部長補佐、武田薬剤部長（医薬品安全管理責任者）、市村看護部長、弓場臨床技術部長、宮腰医療安全管理部G R M（歯科医師）、福島医療安全管理部G R M（副看護部長）、今川医療安全管理部G R M（看護師長）、西澤医療安全管理部G R M（薬剤師）、宮菌副看護部長、淵脇臨床工学技士長、中村総務課長、宮野医務課長、松木医務課課長代理、浜元医務課課長代理、新野医務課課長代理、前田総務係長、河本医療相談係長、斎藤総務係員、谷山総務係員、山西医療相談係員、大津医療安全管理係員

5. Web会議の選択について

新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、終息が見通せない中で監査委員会を開催しなければならないことから、前回に引き続き今回の会議も Web 会議形式とし、前回の会議以降の医療安全管理の取り組みの確認と質疑応答を1時間10分の予定で行うこととした。そのため、従来行っていた院内巡視は、今回も行っていない。

6. 監査の方法及び結果

1)令和2年度第1回鹿児島大学病院監査委員会報告書

○ 委員長より、令和2年度第1回鹿児島大学病院監査委員会報告書（資料p1-10）に基づいて、そのポイントを説明した。具体的には次の説明を行った。

・ 「3)医療安全管理部の業務報告」について、診療内容のモニタリングで手術時間や術中出血量のモニタリングが行われているところ、インシデント報告がなされたのは計9件

のうち1件であった。この点は今後の課題として考えられた。

- ・ 患者サポート窓口寄せられる相談には、患者・家族への対応改善につながる重要な事例がある。
 - ・ 放射線・病理レポートの確認については、がんの診断がなされたレポートの確認が遅れることにより、がんの治療開始が遅れることになりうることから、職員が一体となってこの課題に取り組むことが課題と考えられる。
 - ・ 新型コロナウイルスの感染拡大の時期であることから、「4)新型コロナウイルス感染症に関する取り組み」についても資料5に基づき確認した。
 - ・ インシデント報告が増加する中で、職員の意識が「やらされている感」があったものが変化した印象があり、これを継続することが望まれる。
 - ・ インシデント報告がなされない事例があることについて、当事者の職員に対して報告しないでよしとしている理由の説明を求めることが考えられる。しかし本来、そのような説明を求められる前に、報告が迅速になされるべきである。
 - ・ 前回の会議では質疑応答の時間が十分でなかったことから、会議後に電子メールのやりとりにより確認し、その内容は「6)会議後に行った確認等その経緯」に記載した。
 - ・ 「7.改善を求める事項」として、開設主体に求める改善事項は認められなかった。また、患者サポート窓口で対応し会議でも説明されている重要事例を教訓とすることが望まれること。放射線・病理レポートの確認や、診療内容のモニタリングで集計される事案のインシデント報告について、職員の理解と協力が求められる。
- 委員より、委員長の説明に対し特に追加の意見はなかった。

2)医療安全管理部の業務報告について

(監査方法)

- 「2020年度 第8回医療安全管理委員会議事概要」(資料 p11-14)「2020年度 第9回医療安全管理委員会議事概要」(資料 p15-18)「2020年度 第10回医療安全管理委員会議事概要」(資料 p19-22)「2020年度 第11回医療安全管理委員会議事概要」(資料 p23-27)が用意された。委員はあらかじめ議事録を確認し質問事項を提出しており、その回答も含めて、個別の取り組みに関する資料で説明が行われた。
- 「2020年度 医療安全強化項目」(資料 p29)に基づいて、4つの強化項目を改めて確認した。
- わかりやすい媒体として作成されている「令和2年度 医療安全強化月間 11月1日～11月30日 0,1レベルインシデント(ヒヤリ・ハット)報告推進月間」(資料 p30)「安全管理ニュース No.195 2021年1月号」(資料 p31)に基づいて、インシデント報告の推進、特に0,1レベルの事例の報告実績、報告が多かった部署・診療科を確認した。
- 「2020年度 医療安全に資する診療内容のモニタリングについて」(資料 p32)「2020年度 医療安全に資する診療内容のモニタリング(01月分)」(資料 p33-34)に基づき、

モニタリング項目とその選定理由を改めて確認し、2021年1月の実績、具体的には、患者誤認事例の件数と内訳、手術時間モニタリング（延長時間）及びインシデント報告の有無、術中出血量のモニタリング（3,000mLを超える大量出血）を確認した。

- 「MACT 院内ラウンド評価 2020年度 第10回報告書」（資料 p35-38）に基づいて、ラウンドの実績、評価項目とその具体的内容及びモニター患者総数（93名）に占める割合について確認した。また会議前に提出した質問に対する回答を確認した。
- 「緊急搬送統計（2018.11/26-2021.1/31）」（資料 p39）に基づき、コール件数、搬送の出発地・目的地、うち新型コロナウイルス感染症に関する「コードC」の事例件数等について確認した。
- 「死亡・死産事例一覧 2021年01月分」（資料 p40）に基づき、入院・外来別死亡事例の件数及び死亡・死産報告書の提出日、死産事例の件数、DNARの同意を受ける際の記録（説明書、医師記録、IC同席記録）の作成状況について確認した。
- 「2020年11月 患者サポート報告」（資料 p41）に基づいて、診療相談の総数及び相談内容の内訳、総合診療室相談の総数及び相談時間別・案内先別の内訳、重要事例（1事例）を確認した。なお直近の1月は重要事例報告がなかったことから、報告があった2020年11月分の資料が用意されていた。
- 「2020年度 医療安全ラウンドについて」（資料 p42）に基づき、医療安全ラウンドの実施日、ラウンド（訪問）部署等を確認した。また、「医療安全ラウンド報告（実施日：2021年1月8日（金）、2021年1月22日（金）」（資料 p43-45）に基づいて、特に課題として指摘された点及びそのことを部署で説明するために撮影した写真を確認した。
- 「医療安全管理にかかわる審議部会及び委員会の開催状況」（資料 p46-47）に基づいて前回の監査委員会以降に開催された重要事例検討専門部会、緊急問題検討部会の開催実績を確認した。議題とされた事例の一つである、吸入麻酔気化器に関する事例の検討状況について会議前に質問の回答を確認した。
- 2020年度の医療安全強化項目の一つである、コミュニケーション力の強化に関し、医療安全管理マニュアルへの「新規追加案」（資料 p48-49）に基づいて、医療安全とコミュニケーションに関する重要な基本的知識である、SBAR(Situation, Background, Assessment, Recommendation)、チェックバック（情報の発信、受領、再確認を決まりとして行うこと）に関する内容が新たに医療安全管理マニュアルに盛り込まれたことを確認した。
- 医療安全管理マニュアル「6.院内救急システム」（資料 p50）に基づき、院内救急システムに、脳卒中コールを追加したこと、また、これにより同種のコールが、RRSコール、救急蘇生コール、脳卒中コールの3種となったこと、それぞれのコールの内線番号、電話の近くに掲示する救急コール番号シールを改訂して近々配布予定であること、それらの改訂を周知するためのわかりやすい媒体を作成したこと、当該媒体には脳卒中コールの基準が盛り込まれていることを確認した。

- 指差し呼称の実践促進に関し、偶数付きに特にリスクマネージャーを通じて周知していることを確認した。「2020 年度第 11 回リスクマネージャー連絡会議 2021 年 2 月 22 日」(資料 p53-60)「アレルギーに関するインシデント (2020 年 10 月から 2021 年 1 月まで)」(資料 p56-60) に基づいて、インシデント事例の内容と報告件数、アレルギーに関する問診時に作成する「アレルギー歴記録簿」の記入項目と記入要領、電子カルテにおけるアレルギー情報の入力項目と入力要領、アレルギー情報の作成時や配薬時に行う呼び指し呼称の勧奨について確認した。
- 「安全管理ニュース No.196 2021 年 2 月号」(資料 p61) に基づいて、GRM(General Risk Manager)の発案によりインシデント報告の中から、いわゆる「グッドジョブ」に当たるものを報告への感謝とともに特に周知していること及びその実績を確認した。
- 「SBAR シート」(資料 p62)「ちょっと待って チェックバック、チェックバック」(資料 p63)「みんなでしよう指差し呼称 (医師・歯科医師向け)」(資料 p64)「みんなでしよう指差し呼称 (看護師向け)」(資料 p65) に基づいて、医療安全管理マニュアルに新たに盛り込まれた内容を職員にわかりやすく伝える媒体を作成、活用していることを確認した。
- 医療安全のイーラーニングを用いた研修の状況を確認した (資料なし)。

(結果)

- 2020 年度の第 8 回～第 11 回医療安全管理委員会議事概要を会議前に確認し、事務局に質問を提出した。会議資料の説明及び、質疑応答により、概ね回答がなされ、適切に運営されていると認める。
- 2020 年度 医療安全強化項目のひとつは「インシデントレポート報告の推進」であり、特に 0-1 レベル報告の推進、医師、歯科医師からの報告の推進が課題として位置付けられている。そこで、令和 2 年 11 月は 0-1 レベルインシデント (ヒヤリ・ハット) 報告推進月間と位置付けてキャンペーン活動を実施しており、取り組みに工夫が見られることは、結果としての報告件数の如何を問わず適切と認める。また 0-1 レベル報告の実績は、特に 9 月以降、直近の 11 月まで 2019 年度を上回っており、レポートの報告推進キャンペーンの効果を見ている可能性があり期待できる。また、「安全管理ニュース No.195 2021 年 1 月号」では、0-1 レベル報告が多かった部署や診療科をいわゆる Good Job として位置付けており、また積極的な報告を依頼する記載もなされている。このように促進的な手法を採って報告件数の増加に取り組んでいることは鹿児島大学病院の特徴であり評価できる。鹿児島大学病院では、年間のインシデント報告件数として 3,000 件を目標としており、2020 年度も目標を達成している。これをさらに増やす方策に関して委員から質問があり、医療安全管理部より、過去に目標達成後に再度報告件数が減少した経験があることから、現時点では、年間 3,000 件以上の水準を維持することを考えているとの返答があった。さらなる増加を目指す方針を否定しているのでは

なく、優先順位としてまずは3,000件を継続して達成するという方針であり、この考え方は適切であると認める。

- 診療内容のモニタリングに関し、2021年1月に、患者誤認や部位誤認で計13件の事例が報告されており、月次推移では前年と同程度の件数で推移していた。それらの事例の発生要因は分析されており、例えば、外来業務の多忙さ、書類等の整理整頓が不十分であったこと、医師が指示画面で患者の名前を確認していないこと、指示画面の患者名と手交する書類の患者名とが一致していることを確認していないこと、診察の際に患者に氏名を名乗ってもらっていないこと等がわかっていること、指差し確認により患者の氏名や書類に記載された氏名を確認することを改めて注意喚起したことを確認した。これらのように、事実確認、分析、改善が実施されていることは適切であると認める。提供している医療が量的に多いことから、患者誤認や部位誤認の事例が起きるリスクは常にあるが、今後も事例の分析を行い改善策を作成、実施してPDCAサイクルを回すことにより、少しでも低減するよう継続して取り組むことが望まれる。手術時間のモニタリング（予定手術時間の2倍以上もしくは4時間以上の超過延）は4件把握されていたが、いずれも把握時点でインシデント報告はなされていなかった。その原因について分析されており、手術の当事者が特に手術時間が4時間以上延長したことを認識していなかった可能性があること、またこれらの事例は、手術を調整する会議の中で毎週口頭で説明され、関連する職員に周知されるが、診療科の各職員のレベルまで十分に周知されていない可能性があることが挙げられたことを確認した。モニタリングによりリストを作成して可視化することにより職員の認識を高めることを今度も継続していくとのことであった。このことに関し、原因を分析していることは適切である。また、インシデント報告は懲罰目的で行うものではないことから、今後も報告を促す啓発を続けるとする考え方は適切であり、手術に関する職員は、医師だけでなく関連する職員が意識を高めて、モニタリングで把握される事例の速やかな報告を実現することが望まれる。
- MACT(Monitor Alarm Control Team) 院内ラウンドでは、5つの評価項目を設定して確認していることを確認した。そのうち、会議前に「医師指示とアラーム設定違い」の事例についてその理由の説明を求めていたところ、原因が分析されており、患者の状態に合わせた指示がなされていない、必要な項目だけに絞った指示をしていない事例があったとのことであった。そこで、一律に全ての観察項目を観察する必要があるかを検討するように関係部署に依頼したことを確認した。このような取り組みは適切である。特にアラームは「アラーム疲れ」として知られるように、形骸化して必要なアラームに気づかず患者が死亡する事例が起きていることが知られていることから、この重要な取り組みの成果を上げるべく職員がさらに理解を深め、協力することが望まれる。また、その他の評価項目についても具体的な説明を求めていたところ、「電池切れ表示への対応」は他院での事例を参考に設定したこと、鹿児島大学病院でもラウンドにより同種事

例を発見することがあることを確認した。「モニター中断時の適切表示なし」については、中断理由、例えば手術中、検査中、透析中等を表示しておく必要があると考えて設定し、ラウンド時に同種事例が発見されたときに表示を依頼していること、「モニターチェック表確認なし」については、モニター設定時にアラームの設定が適切になされていることを勤務帯毎に看護師が確認することとなっているのでそのことを確認するために設定したことを確認した。考え方や目的を明確にして評価項目が設定されていることは適切と認める。「モニターチェック表確認」「アラーム指示とモニター設定」のデータについては悪化、「電池切れ表示への対応」「モニター中断時の適切表示」「医師指示入力」のデータについては改善しているとのことであったので、今後も職員の協力による改善の実現や継続が望まれる。

- 緊急搬送統計の中には、新型コロナウイルス感染に関する事例の緊急搬送が含まれており、これらのコールは他の緊急搬送コールとは明確に区別されていることを確認した。同時に、搬送経路がひとつであることから、限られた経路を使用することと、それに伴う感染のリスクを低減するために、搬送通路の通行を制限する、実質的には人通りを一時停止させる措置を取っていることを確認した。これは治療に当たる医療者と防護具を着用した誘導者以外の家族等に対して厳格に適用している運用であることを確認した。構造上の制限の中で、考えうる感染低減策が適切に行われていると認める。
- 2021年1月分の死亡・死産事例では、報告書の提出日に間に合わなかったものが1件あった。その後、提出されたとのことであった。同制度を運用する中で、死亡・死産事例報告が、鹿児島大学病院が特定機能病院であるための要件であることを、適宜説明することが望まれる。DNARの同意を受ける際の記録を医療安全管理部が監査しており、作成されていない事例があったことから、作成を依頼したことを確認した。病状が悪化していわゆる終末期の状態に至った場合の医療の提供については個別性が高く、国レベルで明確に制度化されていない現状にあって医療現場が日々対応しなければならない大きな課題であることから、その過程に関する説明責任を果たせるように記録を適切に作成しておくことの重要性を今後も啓発することが望まれる。これに関し委員より、終末期の病状にある患者の生命維持装置を停止する、または取り外すことの経験の有無について質問があり、出席者からは類似の事例は把握してないとの返答であったが、終末期の患者への医療提供については、国が公表しているガイドラインを参考に、医療安全管理部や医療倫理に関する部署も関与して、多職種で組織的に取り組んでいくことが説明された。鹿児島大学病院は、地域や全国の医療機関に対して指導的役割を果たすことが求められることから、今後もこの重要な課題について議論を深め、終末期の患者・家族への医療やケアの水準の向上に努めていただきたい。
- 2020年11月分の患者サポート報告について、特に重要事例とされた1件の内容を確認した。患者の転倒に関する事例であり、転倒後、診察や検査、治療方針の決定が適切に行われているが、全体にある程度時間を要する中で、家族への報告が遅いとの指摘を

受けた事例であった。当該事例はインシデント報告はなされていることを確認した。狭義の医療としての適切さは確保されていると推測されるが、患者中心の医療、人を中心とした医療が話題となる現状にあって、医療を受ける側の立場に立った対応あり方を考える機会とすることが望まれる。また、重要事例の選択基準を確認した。地域連携に関わる医師、看護師、ソーシャルワーカー等が出席して毎週開催される患者サポート会議において重要であり共有すべきと考えられる事例が選ばれ、医療安全管理部に伝えられ、医療安全管理委員会やリスクマネジャー会議で説明、周知されることを確認した。重要事例の件数に関し、委員より件数が少ないのではないかと、もっと取り上げると共有できる有用な事例が増えるのではないかと感想が述べられた。これに関し医療安全管理部より、医療相談係に寄せられた意見や、病棟や外来の意見箱に投函された意見は、医療相談係の会議で検討、共有されることが説明された。このように、会議資料に記載されているもの以外にも重要な事例が検討される仕組みがあることを確認した。医療を受ける立場の委員より、患者・家族への対応に関する重要事例の一層の共有を求める意見があったことから、既存の仕組みのさらなる活用による事例共有の充実が望まれる。

- 2020年度の医療安全ラウンドは、3月12日現在、22件が実施されていた。業務が多忙な中であっても、当該ラウンドにはリスクマネジャーの協力が重要であることから、今後も積極的に取り組んで多くの改善を達成していただきたい。課題として指摘した点を部署のスタッフにわかりやすく説明できるように多くの写真を撮影していることは、工夫されており適切である。
- 2020年度はこれまでに重要事例検討部会が3回、緊急問題検討部会が3回開催されていた。議題とされた事例の一つである吸入麻酔気化器に関する事例の検討状況について会議前に質問を提出したところ、麻酔科、歯科麻酔科、臨床工学技士、精神科、脳神経外科、手術部看護師、眼科、医療安全管理部で検討会を開催したことを確認した。関係診療科及び関係職種が参加して検討されていることは適切であると認める。検討の結果、機器の交換時の指差し呼称による確認、機器の表示、上級医への相談が不十分であったこと、同種事例が過去に発生していたがその時限りの注意喚起に終わっており効果が持続していなかったことが明らかとなったことを確認した。それらの点について改善することとし、医療安全管理部が部署訪問を行って改善状況を確認したことを確認した。これらの取り組みは適切である。また別の質問事項として、当該会議等、重要な事例に関する会議の議論が職員に共有される仕組みがあるか否か尋ねたところ、会議で作成された再発防止策や改善策を該当部署が実行した結果は、医療安全活動報告書として医療安全管理部に提出されたのち、リスクマネジャー会議を含め、医療安全に関連する会議で報告されるとのことであった。当該会議で審議される事例には重大な結果となる事例もあると推測されるが、職員に透明性を確保しつつ率直に説明することで、職員は病院の現状を適切に認識でき、改善に向けた意見が出ることも期待でき

る。そこで今後ともリスクマネジャー等を通じた、重要事例の議論の共有を継続していただきたい。

- 2020 年度の医療安全強化項目のひとつであるコミュニケーション力の強化に関し、チェックバックやSBARの周知を図るために、強化項目として取り上げることに加えて、医療安全管理マニュアルに新たに盛り込むこととしたことや、それらをわかりやすく説明したポスターを作成、活用していることは適切と認める。今後は職員に、それらの手法の意義を含めた方法の定着を促して頂くことが望まれる。
- 院内救急システムに脳卒中コールが追加されることとなったこと、コールする際の基準も合わせて示されたこと、それらを周知するためのわかりやすい媒体を作成して活用していることは適切であると認める。
- アレルギーに関する事例には、アレルギー歴記録簿や電子カルテ上での入力を適切に行うことで予防可能な事例が存在すると考えられることから、今後も職員に対し、院内の情報や日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業報告書や同事業のデータベースから得られる他施設の事例、またそれらの事例で生じた健康影響を示しつつ、効果的な教育や周知を行うことが望まれる。職員に対しても、アレルギー情報の適切な取り扱いのために一層協力することが望まれる。
- インシデント報告システムで報告された事例のうち、特に改善に有用であった事例を、報告への感謝とともに、いわゆる「グッドジョブ」として安全管理ニュースで周知しており、2019年度は2件、2020年度は本委員会開催日現在4件であることを確認した。「グッドジョブ」の発想は医療安全の分野では知られている考え方であるが、必ずしも多くの施設で仕組みとして実践されているわけではない中で、鹿児島大学病院の取り組みは評価できる。
- 医療安全のe-learning研修を12月頃から実施していること、準備に時間がかかったこと、年度末まで期間が短いことから受講期間を明確にして開始したことを確認した。その結果、受講率は100%となったことを確認した。そのために、受講が期間の終わり頃になる職員には、その時期になった理由を提出していただくこととし、これにより早期の受講の負担を軽くすることで受講の促進を図ったことを確認した。このように工夫しながら受講率を高めたことは、適切であると認める。
- 全体の確認項目を通じて、患者や医療者に対し、ポスター等のわかりやすい媒体を迅速に作成して活用を開始している点について、医療を受ける立場の委員より、高く評価する意見があった。

3)新型コロナウイルス感染症に対する取り組みについて

(監査方法)

- 「新型コロナウイルス感染症に対する取り組みについて」(資料 p66-67)に基づいて、令和2年3月4日に新型コロナウイルス感染症本部を発足させ、同時にその下部組織

として新型コロナウイルス感染症対策検討会議を設置し、さらに診療ワーキンググループを設置して迅速に対策を実施してきたこと、同年10月1日付けで鹿児島県から新型コロナウイルス感染症重点機関に指定されたこと、職員の感染が生じたがクラスターには至っておらず最小限にとどまったこと、その他、職員、患者、面会者、来院者、関係業者・MR（医薬情報提供者）のそれぞれに関するルールを作成しておりその内容を確認した。

- 患者面会に関し、2020年12月5日にがん患者とその家族等のオンライン面会の体制を構築して運用を開始したことを確認した。
- 地域の機関病院と連携して、新型コロナウイルス感染症患者のうち、鹿児島大学病院では特にECMOによる治療を要する重症患者を中心に受け入れてきたことを確認した。

（結果）

- 新型コロナウイルスの感染拡大を防止するための具体的かつ詳細なルールを作成して実施し、これまで病院の機能が大きく低下するほどの感染拡大は生じずに運営されていることは評価できる。
- 患者の面会が制限されており、遠方からの面会はもちろん、手術患者の面会であっても最小限の人数とすることを求めていることを確認した。そこで、鹿児島大学病院では、鹿児島県の予算措置により、台数は限られるがiPadを用いた面会を可能とし、地域連携や緩和ケアに関する部署も協力して運用していること、主治医が患者の病状を以前よりこまめに家族に連絡することや特に重要な説明については来院を依頼して説明していることを確認した。
- 委員よりオンライン面会について4床室に入院している患者はオンライン面会が利用できないと聞いたことがあるため利用実績について質問がなされた。病院より、入院時にオンライン面会について案内していること、利用実績はないこと、その理由として4床室では利用できないので別の場所に移動して利用していることや、スマホを所持している患者が多いので各自で家族と連絡をとっていることが考えられるとの返答であった。またこれに関し委員より、委員が運営している患者サロンもオンライン形式を可能にしたので、病院の院内のサロンと接続してオンラインで入院患者が参加することを開始したところであり、オンライン面会で整備したインフラはそのような使い方もできるのではないかと、という情報提供及び感想が述べられた。
- 委員より院内学級への影響について質問があり、鹿児島大学病院では小児病棟に院内学級（訪問学級）があり、小・中学生が養護学校の先生による授業を受けていること、これまでに新型コロナウイルスの感染拡大により授業が滞る等の影響は生じていないこと、感染対策を十分行った上で現在も院内で実施されていること、入学式・卒業式は人数制限をして実施されたことが回答された。経験のない困難な状況が続く中で、現場で感染拡大を防ぎつつ、本来の院内学級の機能を維持していることは評価できる。
- 委員より、入院の手続きに時間がかかるが、新型コロナウイルス感染拡大の時期に待合

室で長時間待つことは、患者・家族にとっては、一層緊張感を強いられることから、改善できればありがたいとの感想が述べられ、病院から貴重なご意見として受け止め、検討したいとの返答があった。コロナ下の期間には、社会の中で、いわゆるトレードオフの関係にある事柄のバランスを取る必要があることが多く浮かび上がってきたところ、この点も説明の必要性と感染防止のバランスを図る必要があるという点で病院における検討課題であると考えられた。

- 委員より、職員に対する会食の制限や、面会者に対する制限の緩和のための基準があるかとの質問があり、病院より、会食には人数等の一定の制限を科す状況が続いていることや、面会に関しては鹿児島県の基準などを目安に考えていることが説明された。
- 委員より、新型コロナウイルスの感染拡大が始まり約一年が経過する中で、職員には長期にわたり社会の大きな期待も含めた重圧や、業務のストレスが生じていると考えられることや、そのような状況にもかかわらず、個人の好みに応じたストレス解消法を気兼ねなく行うことができない環境に置かれ続けていることから、休息による活力の再生により新型コロナウイルス感染症に対する質の高い治療やケアを今後も長期に継続できる能力を維持することは、新型コロナウイルス感染症に対応する医療機関一般が抱える課題であるとの意見があった。
- 委員より、がん患者のコロナウイルスワクチンの優先接種の可能性について質問があり、病院より、優先接種対象として位置付けられているが、現に治療中の方もいれば治療済みの方もおられるなど、細かい条件が付される可能性もあるので、厚生労働省からの通知を待っているところ、との返答があった。

7. 改善を求める事項等

- 特に改善を求める事項は認めない。
- なお、診療内容のモニタリング（手術時間の延長）で把握される事例のインシデント報告に関し、関係者の意識の向上に向けた啓発を継続すること、および手術に係る職員の意識の向上が望まれる。
- インシデント事例が増加し、目標を達成していることは評価されるとともに、今後も現在の報告水準を維持、向上することが望まれる。また、グッドジョブの考え方の導入、重要事例の検討内容の医療現場へのフィードバック、医療者や患者に情報をわかりやすく伝える媒体の作成についても、評価すべき点と考える。

以上