

第 13 回群馬大学医学部附属病院患者参加型医療推進委員会議事録

日 時 令和 4 年 1 月 31 日（月） 18 時 30 分～19 時 44 分

場 所 オンライン会議

出席者 外部委員 3 名、院内委員 9 名

委員長：本日は、週初めのお忙しい中、そして、コロナの感染状況も非常に深刻になって来ておりました、本来、この委員会も対面で開催できるといいと思うのですが、なかなか難しい状況でございます。

外部委員の先生方におかれましては、オンラインということで非常にご不自由をおかけしますが、どうぞよろしく願いいたします。

本日は、先ほどから少しいろいろとやってはいるのですが、外部委員のマイクの調子が少し悪くてお声が聞こえない状況ですので、外部委員におかれましては、大変ご不自由をおかけしますが、チャットでご意見を頂ければと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、早速でございますが、議事に入りたいと思います。

まず、議事録でございます。お手元に第 12 回の会議の議事録があるかと思いますが、これに関しましては、事前に確認いただきまして、ホームページで公開もしております。そして、公開可能な資料も今回から公開をしております。

それでは、お手元の資料に沿って議題を進めてまいります。よろしいでしょうか。

議題 1 ですが、院内発症の静脈血栓塞栓予防についての漫画を使った患者教育効果の検討でございます。院内発症の静脈血栓塞栓症、これは、本当に僕ら医療者にとっては忘れた頃にやってくるといいますか、頻度としては低いのですが、やはり非常に重症になる人があるということで、これに関しまして当院の循環器内科からこのような院内発症を何とか防げないかということも含めて患者さんと情報を共有して勉強していただいて、何とかこの発症を予防したいということで、このような試みを行っていただいております。

それでは、循環器内科医師からご説明いただけますでしょうか。

循環器内科医師：はい、本日は、患者参加型の医療に関係するプロジェクトを今、循環器内科と医療の質・安全管理部との合同で行っている活動がありまして、それを紹介する場を作っていただきました。ありがとうございます。

当院の循環器内科と医療の質・安全管理部で、今、お手元の資料にある 1 の 1、院内発症の静脈血栓塞栓症の予防についてのプロジェクト、特にクオリティー・インプリューブメント、医療の質を向上させるためのプロジェクトの一環として漫画を使った患者教育を行っておりますので、その紹介を簡単にさせていただきたいと思います。

資料の 1 の 1 は、昨年 11 月に行われた医療の質・安全学会学術集会で私が発表させて

いただいたスライドをそのまま印刷したものであります。なので、少し補足しながら説明させていただきます。

まず、タイトルにある静脈血栓塞栓症ですが、静脈血栓塞栓症は静脈に血栓ができる病気です。これは、肺血栓塞栓症という肺に血栓ができる病気と深部静脈血栓症とって、主に足の深い所に血栓ができる病気、その二つの病気の総称を静脈血栓塞栓症というこのタイトルにある病気になります。

ですが、致命的、非常に重篤になるものは肺血栓塞栓症です。そこで用語がこの資料の中でも混乱を招くので、最初に用語の説明をさせていただきました。

肺血栓塞栓症を起こす原因は、よくエコノミークラス症候群とマスコミ等でお話が出る足の血栓ですね。震災などで車中泊などをした場合に足に血栓ができて、それが少し動いたときに肺に向かって飛んで致命的な合併症を起こすような疾患であります。

資料1の1をめくってもらいますと、COIというものがあまして、この研究は、ファイザー社という製薬企業の教育助成金を受けて行っているものであります。特に薬と関係するスタディーではありませんので、あらかじめご了承ください。

まず、背景ですが、先ほど申しましたように、静脈血栓塞栓症の特に肺血栓塞栓症は、実は入院中の患者さんに起きることがあります。先ほどの震災のときのエコノミークラス症候群や長時間フライトのときのエコノミークラス症候群のみならず、入院中に起きることがあって、これは、医療安全上、非常に問題で、原因疾患、入院の原因となった疾患以外で院内死亡の原因の第1位が肺血栓塞栓症と言われております。

従いまして、予期せぬ入院患者さんの死亡の多くが肺血栓塞栓症であることが世界的に示されていることとなります。従いまして、それを予防することが入院患者さん、手術患者さんの院内死亡を予防するためには非常に重要になってきます。

予防法は幾つかあるのですが、それを入院患者さん全員にやるべきなのか、あるいは、リスクを評価した上でハイリスクな患者に行ったりするわけですが、そのような活動が各病院の各部署でしっかりと行われているかという、そのように行われていない場面があるところから、予期せぬ死亡が起きてくると言われています。

ですので、きちんとリスクを評価した上で、その予防策を実施することを組織的、体系的に行わなければいけない。その上で、その達成を評価した上で何が足りないのか、そういうことをきちんと評価して、それで医療の質を上げる、クオリティー・インプルーブメントにつなげていくサイクルを回していく必要があるわけですね。その上で患者参加が重要になってきます。

1枚めくっていただいて、ページ4ですが、そのクオリティー・インプルーブメント、QIを構築するプロジェクトで私はグラントを取っているのですが、それには五つの目的がありまして、そのうちのナンバー2に「患者への啓発」を挙げています。その上で、予防ができたらきちんとチェックして、それをフィードバックしていくというプロセスに行くのですが、このクオリティー・インプルーブメントの目的の一つとして患者への啓発を

挙げています。その一環として漫画を用いたというお話であります。

次の5ページには、以前、医療事故の再発防止に関する提言の第2号が平成29年に出たのですが、そこに急性肺血栓塞栓症の死亡事例の分析があって、その中の一文をここに提示していますが、その「予防」にある急性PTE、これは肺血栓塞栓症です。DVTは深部静脈血栓症です。静脈血栓塞栓症を疑う症状が出現したときには、速やかに医療従事者に伝える。患者さんが能動的に伝えることが重要になってくる。だから患者教育が重要だと提言されています。

ページをめくっていただくと、私たちが活動の一環としてやったことの一例を提示します。オリジナルはこの群大病院に入っていただくと分かるのですが、いろいろな所にこのポスターが張られています。「知っていますか 入院中のエコノミークラス症候群」というオレンジ色の非常に目立つポスターです。これをオリジナルで作りまして患者さんを啓発しようとしてやってきました。

その一環として、今回は、新たに漫画を使ってみようということになりました。この漫画は、日本独自に進化を遂げた一つの文化とも言えるわけですが、非常に親しみを持って幅広い世代に読まれているものでありまして、患者啓発の教育資材としての漫画の有用性も近年は言われていて、国際的にも学会レベル、英語の論文レベルでも漫画の活用が取り上げられるように海外でもなっています。ですので、この漫画を使って、その患者教育効果を評価していくプロジェクトを考えました。

次のページですが、漫画を使った院内発生の肺血栓塞栓症、静脈血栓塞栓症についての疾患啓発漫画を作って、それを患者さんに配って、それで理解度アンケートを取って、これはローマ字で「MANGA」と海外を意識して書いていますが、漫画の導入前と後のアンケートで評価しました。なので、それほど高尚な臨床研究ではないのですが、患者アンケートを取ったという話です。

漫画パンフレットに関しては、資料の1の2に原本を少し拡大したサイズで印刷されています。ご興味があれば、読んでいただければと思います。

婦人科のがんの患者さんで、婦人科の先生が、肺塞栓症の予防についての説明を行った上で予防策を取ったにもかかわらず肺塞栓症を起こしてしまったというような患者さんのストーリーであります。

ですが、本当にハイリスクの人は予防をしていても起こすことがあって、この患者さんは特に命に危険はなくて、治療によって速やかに改善しています。つまり、予防策を取れば絶対に予防できるというわけではないのですが、死亡は抑制できるという事例で、このような事例は非常に多いので、それを漫画にして、その上で最後に入院中の肺塞栓症についての説明が書いてある。この漫画で患者さんがこれについて興味を持って読んでもらえる、そのきっかけになればと。また、この漫画を読むことで結果の理解ができるかということ、できる部分もありますが、それだけではなくて、これによって興味を持った上でこの最後から2ページ目の説明を読んでいただければというような漫画になっています。

ページをめくっていただいて、資料1の1の11ページを見ていただきますと、行った理解度テスト、および12ページにはアンケートが書いてあります。理解度テストには疾患の理解、アンケートの方には「医者や看護師から説明があったか」、その上で、そのリスクが自分に起こり得るものなのか、そういうことについての、こちらも理解度に関わってくるのですが、そのようなアンケートを取っています。合計130点満点で、導入前後のアンケートをしました。

結果が13ページから書いてありますが、導入前と後で、目標では、もっとたくさん取りたかったのですが、80名程度の方にアンケートを取りました。その結果、下に箱ひげ図と呼ばれる棒グラフの半分のような画面が見えているのですが、漫画を導入する前が110点ぐらいだったものが、漫画を導入したら120点近くで、簡単なテストなので満点の人も多いのですが、これは、統計学的に有意に理解度が改善したというデータになりました。

背景因子、年齢や性別などに関しては、二群間に有意差は認めませんでした。

次の14ページですが、点数と年齢のプロットを示しています。ご覧のとおり、お年を召している患者さんだとやはりなかなか肺塞栓症についての理解が少し、超高齢の方もいますのでなかなか理解がないというような相関図になっています。漫画パンフレットを導入後は、その相関を示す直線、点線の傾きがありますが、それが少し緩くなっていることから、特に高齢者での理解が深まっていることになります。

それをまとめたものが15ページでありまして、年齢の中央値の47歳で区切って、47歳以上で有意に改善しています。47歳未満では、もう漫画がなくても大体理解してくれている人が多いということになっています。

16ページに示しますが、特に、アンケート（コンプライアンス）のほうで改善したことが分かりました。

いろいろと説明してきました。まとめですが、院内発症の静脈血栓塞栓症による死亡を予防するQ Iの一環として患者啓発のための漫画パンフレットを作成しました。これによって患者さんの理解が優位に改善した。特に、高齢者での理解度改善に寄与したということでもあります。

それほど科学的にすごいことをやっているわけではないのですが、患者さんのより理解を深めることによって、これが結果的には入院中の肺塞栓症の予防につながればということをやっております。

以上で簡単ですが、説明を終わります。ありがとうございます。

委員長：はい、ありがとうございました。

入院中の肺血栓塞栓症に関する取り組みのご説明でした。これは、手術を受ける患者さんでしょうか、どなたを対象にしたものでしょうか。

循環器内科医師：このパンフレットは、入院患者さん全員に配っています。

委員長：全員にお渡ししたのですね。

循環器内科医師：このアンケートに関しては、循環器内科病棟と産婦人科病棟に入院された患者さんを対象にアンケートを取っていますので、がん患者さんのみならず、妊婦さん他、心筋梗塞など循環器疾患を含んだ方を対象としています。この漫画を配るプロジェクトに関しては、入院患者さん全員に配らせていただいています。

委員長：はい、ありがとうございます。今後も配っていただけるのですかね。

循環器内科医師：今後については予算の問題があります。

委員長：分かりました。とても大切な取り組みだと思います。

私どもも、外科の手術の後に「早期離床をしましょう」あるいは患者さんに「足を動かしてくださいね」というように話をするのですが、患者さんにとっては、なぜ、そういうことをしなければいけないのか具体的には分かりにくい部分もあるかもしれません。「胸痛や息苦しさの症状をきちんと訴えてくださいね」という効果以外に、患者参加型によって更に発症が少なくなっていく可能性もあるかもしれませんね。そのように一生懸命に取り組んでいただければと思います。

循環器内科医師：そうですね、予防策として足をもんだり、ストッキングを履いたりして早期離床することは、患者さんがその気持ちになってやってくれるかこれかでは、大分違うのではないかと思いますね。

委員長：そうですね。そのように思いますね。私どもも、この発症に向けていろいろな取り組みというか、今、標準的に各学会から「こういうふうにはリスクがある方はリスク別、危険度別にいろいろな対策をしてください」というガイドラインが出ていて、それに沿って対策はしているのですが、なかなかゼロにはならない。先ほどご紹介がありましたように、そのような中でこのような取り組みが行われたということでございます。

外部委員の皆様から何かご意見はございますか。

外部委員：大変良い取り組みかと思いました。文章で書かれていると、なかなか分かりにくかったり読みにくいものもありますが、漫画だと読みやすかったり理解しやすいことがあると思いますので、いい取り組みではないかと思います。

やはり、どうしても患者さん自身が動かなければいけないということは、リスクを分かっているなければ動きたがりませんから、非常に便利かと思いますので、そういう意味で「こ

ういうことが必要ですよ」ということがしっかりと分かるような形かいいと思いましたが、このように漫画を使ったことで大分理解度などが上がったということであれば、患者さんに提示する資料に関しても漫画は一つの手ではないかと思いました。いろいろとそういうものを使ってもらえればと思います。

委員長：はい、ご意見、ありがとうございます。

意外に高齢者も漫画を読んで、きちんと理解度が上がっているのですね。

循環器内科医師：そうですね。

委員長：漫画というと若者だと思ってしまうのですが、そういうことはなさそうですね。

循環器内科医師：そうですね、漫画というと、高齢者の皆さんには意外と抵抗というか「こんな子供が読むものだ」と言うかと思ったら、結構、きちんと読んでくれて、意外と興味を持ってくれるきっかけにはなるのではないかと思いました。

外部委員：ご紹介ありがとうございます。とても見やすく、本が苦手な私でもすーっと入っていけると思いました。

一つ質問ですが、予防策などについて皆さんにこれを配って最初の時点で紹介することになると思うのですが、例えば「予防策は四つあります」というように紹介されたときに、これは、手術を受ける患者の皆さんが、四つの予防策を全部使われる予定で行われるのでしょうか。早期離床や弾性ストッキングなどをされるかもしれませんが、患者さんによってはフットポンプを使用しなかったり、抗凝固療法も患者さんによってはやらないこともあると思うのですが、その辺りは個別にご説明するときにそれぞれ伝えるという理解でよろしいのでしょうか。

循環器内科医師：はい、ありがとうございます。非常に重要なご指摘ではないかと思いません。

この漫画に加えて群大病院では肺血栓塞栓症に関するリスク評価を主治医が行って、その患者さんのリスク、例えば、肥満であったり、がんがあるとか、血栓を起こしやすい人と、そういうことがない人は血栓を起こしにくいので、そのリスクの層別化をした上で「あなたは踏み合わせ介助だけで他は要らないよ」とか、「あなたはフットポンプもするし、抗凝固もやるよ」というように、予防策の強さを主治医が決めた上で、それに対して説明を患者さんにしてから患者さんにサインをいただくというようなプロセスを行っています。

また、その同意書がなければ群大の手術室には入れませんね。なので、そこまで一応徹底した上でやらせていただいています。

委員長：弾性ストッキングが一番軽くて、その次はフットポンプ、その次が抗凝固になりますね。

循環器内科医師：はい。

委員長：どうしても抗凝固をやると、手術後の部位から出血したりするおそれもあるものですから、そのバランスということになりますので、全例とはいかなくなります。

循環器内科医師：そうです。

委員長：そこは、リスク評価表があって、それに沿って主治医が判断をして、その上で患者様方にご理解をいただいているということでございます。それは、ぬげがないように、先ほどお話があったように、それがなければ手術できないというようなシステムになっております。

でも、そういうことをしても、なお、やはり起こることがあるということで、それに対して患者様方の理解を得られると更に頻度が下がるのではないか、あるいは重症例が減るのではないかということだと思います。

外部委員：分かりました。ありがとうございます。

まれに手術をする前に発症することもあるかと思っておりますので、手術後に「気を付けてください」ということだけではなくて、入院された時点から具合が悪くて動けないことで、手術前につらい思いをされる方もいますので、ぜひ、そのような一人一人の患者さんに対していろいろな可能性を考慮していただき、過剰に怖がらせることのないように、今後もご説明していただけたらと思います。取り組みのご紹介をありがとうございました。

委員長：はい、貴重なご意見をありがとうございます。

よろしいでしょうか。

ぜひ、これに予算を付けて全員に配ってほしいと思っておりますので、これもこの委員会から提案しましょうか。

これは、漫画の著作権などがあるのですか。先生が描いたのではありませんね。

循環器内科医師：僕ではありません。プロの方に描いていただいたのですが、一応、この著作権込みの値段になっているので、ある程度は自由に印刷をしても構わないことになっているので、それは大丈夫です。

委員長：そうですか、分かりました。医療の質・安全管理部としてはどうでしょうか。効果はいかがでしょうか。これは、継続していただきたいですね。

医療の質・安全管理部長：そうですね、これは、ぜひ、継続していきたいと思います。

委員長：一時的な研究ではなくて、群大に根差した取り組みとして今後もやっていただきたいと、私の外科医としても、そのように思いましたので、どうぞよろしくお願いいたします。

はい、ありがとうございます。それでは、1番目の議題は、これにて終わりたいと思います。何かございますか。よろしいですか。

はい、ありがとうございます。

それでは、2番目の「カルテの共有について」ということで、これは、病院長補佐からご説明をしていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

病院長補佐：はい、それでは、カルテ共有についてご説明いたします。資料ナンバー2の1をご覧ください。

開示してからの申し込み件数のデータが出ております。一番右側の1月の部分は、今、途中で中旬までの数字であります。

件数については、さほど大きな変化はないようですが、今、新型コロナの感染のために病院の入院患者が減っていることと、あとは面会が今はできませんので、若干減りぎみかなという印象を持っております。

めくっていただきまして、アンケートの結果のデータが出ております、3ページからです。今までご報告したとおりで、あまり大きな傾向の変化はないように思います。

5ページからは、閲覧者のフリーの記載があります。最後の14ページに行ってくださいますと、前回の委員会から後の部分のご意見をいただいております。おおむねポジティブなご意見を頂いております、安心していらっしゃる場所ではあります。

それから、前回の委員会でもご意見を頂きましたが、このカルテ共有の利便性を高めたいということがありまして、現在は、ベッド上で見られるPCを用意いたしまして、昨年暮れから、今は食堂に置いてあるのですが、ベッド上でも閲覧できるような設備を調べております。PCを病棟に1台ずつ用意しております。まだ少し周知が不十分かもしれません。あまり利用がないのですが、幾らか利便性は上がったのではないかと考えております。

以上です。

委員長：はい、ありがとうございます。

数としては、あまり伸びていない状況ですかね。やはり、どうしても高齢の入院患者さんが多いので、ご家族と一緒に見られるようなことが、多分、以前はあったのではないかと

と思いますが、面会の面でも制限がかかっていることもあって、少し共有の数が伸び悩んでいるように見えますかね。

それで、今、ご説明があったように、ノート型のパソコンを導入してベッドサイドでも見ていただけるように利便性を上げたこと、あとは閲覧時間を延ばしたのですかね。土・日も昼間の時間ですかね。時間を延ばしたのですかね、たしか。何時から何時までになったのでしょうか。

副看護部長：21時まで。以前は9時から16時だったのですが。

委員長：16時までだったものを21時に。

副看護部長：ベッドサイドでのカルテ閲覧の開始と同じにして、21時までになりました。

委員長：21時までですね。

副看護部長：はい。

委員長：かなり閲覧できる時間も延ばしました。

副看護部長：あとは、休日も閲覧でききるようになりました。

委員長：土・日、休日も対応するようにしたということですね。そのようなところで病院としても利便性を図って多くの方に見ていただこうと努力はしておりますが、今は、その効果がまだ少し見えていない状況ではないかと思えます。これに関しまして委員、外部委員の先生方から何かご意見はございますか。どうぞ。

外部委員：はい。ノートパソコンを入れてもらったことで、今までずっとお願いしてきた時間も延長できていることと、見る場所もベッドで見られるということで、大分良くなったのではないかと思います。まだまだこれからもう少し見られる方が増えるように努力をしてもらいたいと思うことと、どうしても前々からあるとおり、入院期間が短かったりするとなかなか見にくいし、それは致し方ないのではないかと思いますので、見たい人が見られる環境を積極的に作って良くしていってもらえればと思いますので、引き続き改善をよろしくお願いします。

委員長：はい、ありがとうございます。他にご意見等はございますか。少しご不便ですが、チャットを入れていただければと思います。はい、外部委員、どうぞ。

外部委員：ノートパソコンを入れていただいたことは、とても大きいと思います。全くパソコンを使えない方もおられますが、一方で、今は大分、ノートパソコンを使えるようになっている人は増えていると思いますので、ぜひ、このように患者さんが利用可能な方法を広げていっていただけたらと思います。休日や時間帯を延ばしていただいたことは、やはり非常に患者さんにとっては利用しやすいので、とても良かったと思います。

これは、パソコンを自分でできる方は、そのまま閲覧できますが、やり方を少し教えてほしいとか、最初だけ見てくれればできるというような場合には、どなたか対応してくれる方などはいらっしゃるのでしょうか。例えば、相談窓口の人などが対応するとか、これから増えてきたら皆さんのお世話をすることは難しいかもしれませんが、まだ数が少ないうちは、病室まで行くなどのサービスが実現できるようであればお願いしたいと思うのですが、そのような要望などは実際にあるのでしょうか。

委員長：看護部長からお答えいたします。

看護部長：ありがとうございます。

やはり今ですと件数がそれほど多くないので、昼間でしたら師長が対応したりできております。やはり土・日、休日となりますと、少し看護師の人数も少なくなってしまうのですが、ベッドサイドに持っていったノートパソコンは、ある程度のセッティングなどについては、そのまま置いてくることはないと思うので、多少なりとも関わっているのが現状だと思います。これから先は、ほぼ現場対応になっていますので、人数が増えてくると、いろいろと考えていかなければいけないような状況は少し見えてきているのではないかと思います。

委員長：はい、ありがとうございます。

これは、ちなみに職員のIDは要るのですか。

看護部長：いや、今は不要になっています。

委員長：今はなくなったのですね。

看護部長：はい。

委員長：はい、分かりました。

外部委員：それもなくなったのであれば、大分便利になってきている感じですね。今はコ

コロナ禍なので、どうしても利用者が少ないのは致し方ないと思うのですが、このまま継続していかれたら、自然と家族も一緒になって閲覧されると思いますので、ぜひ、これからも継続をお願いいたします。ありがとうございました。

委員長：はい、ありがとうございます。外部委員、どうぞ。

外部委員：すみません、いいでしょうか。

委員長：はい。

外部委員：ハード面としては、ノートパソコンを入れてもらったり、延長してもらったりしていただいて大分良くなったと思うのですが、ソフト面の改良は、あれから何か行われているのでしょうか。先ほどの使い方に関しても、ソフト面的な改良で感覚的に分かるようなシステムになれば、説明をしなければいけない部分も減ってくるのではないかと思います。いかがでしょうか。

委員長：システム自体ということですかね。

外部委員：そうです、閲覧システムですね。

委員長：そこは、いかがでしょうか。

病院長補佐：そうですね、アンケートを見ても「少し操作が難しい」というようなご意見は確かにいただいております。これは、どこにでもあるようなものではなくて、群馬大学で至急に作ったようなものでありますので、ユーザー・フレンドリーによく考えられているかと言われると、少しそこは、いまひとつなところがあります。もちろん、これを改良して患者さんが見ることを前提にしたシステムがあればもちろんいいのですが、これには、かなりの費用が恐らくかかりますので容易なことではありません。

これは、どこの病院でも普通に使われるものになる時代が来れば、電子カルテを作っている企業もいろいろと工夫をしてくれると思いますが、全く普及していない状態で「やってください」と言うことは、かなり苦しいのではないかと考えております。

外部委員：今、費用面などでいろいろと大変ということだったのですが、まだ群大さんだけのシステムということですが、このシステムを徐々によくしていけば、他のところも「使ってみたい」「導入しても良いのではないか」という流れも出てくるのではないかと思いますので、もっといいシステムにしてもらえればと思います。

今は、システムを直していくにも費用がかかるということですが、今後、見る患者さんが増えて来て、人手が、手間がかかるようであれば、逆にその人件費もかかってしまうので、その辺りも解決する意味で、人件費がかからないように誰でも分かるようなシステムにしてもらった方が、後々いいのではないかと個人的には思いますし、その辺りも少し考慮してもらえればと思いますので、よろしくお願いします。

委員長：はい、ありがとうございます。

私も、この秋に学会を主催するので、そこで少し宣伝をさせていただこうかと思っております。

よろしいでしょうか。

それでは、実際に利用された、あるいは利用していない患者さんの退院時のアンケートがごございます。資料2の2ですね。看護部長からご説明いただければと思います。

看護部長：はい、お願いいたします。

以前からやっております退院時アンケートの9月、10月、11月、12月分を載せさせていただいております。

9月は、かなり退院時アンケートの数が多く、187件頂いています。その中で「知っていた」が113、「知らなかった」が51、無回答が23ということで、この辺りの割合は、9月、10月で患者数の変化はありますが、割合的には変わってきていないのではないかと思います。

利用しなかった理由としても、「説明が十分あったから」がかなり多くなってきていて、このような状況になっております。

ベッドサイド用のパソコンを導入したときに少し患者さん用のインフォメーションの用紙もリニューアルしまして、カラーで文字を少なくして分かりやすくということで、書類を入院患者さんには全部お渡ししているような形で周知を図っておりますが、現状は、このようなアンケート結果になっております。

アンケート内容の既存のものから知らなかった人がどのような形態で入院してきたか、緊急入院であったかなどを後追いできるのではないかと思いますのですが、やはり情報量が少な過ぎて、その辺りのしっかりとした分析ができませんでしたので、次年度に向けて、もう一度、アンケートを修正していきたいと思いますので、現在、検討中です。

以上です。

委員長：はい、ありがとうございます。

これで見ると、10月が「カルテ閲覧を知っていたか」の頻度が低かったですかね。それ以降は、ある程度、周知していただいているのではないかと思います。6割から7割ぐらいの方は知っていたという結果でしょうか。

このアンケートに関しまして、ご意見等はございますでしょうか。少し改良していくべきか、アンケートの内容も少し今後、その辺りでご意見をいただければと思います。

外部委員：はい、いいでしょうか。

委員長：はい、どうぞ。

外部委員：アンケートは、引き続き取ってもらっていて、傾向などがいろいろと出てきたのではないかと思います。また、先ほどの話の中であったとおり、知らなかった人の割合というか、どのような入院形態か、今後は、その辺りを追っていきたいということだったので、その辺りも含めて今後もアンケートでより良いデータが取れるような形で見直しなどをしながら進めていってもらえればと思いますので、引き続き、全員に周知してもらえるように進めていってもらえればと思いますので、よろしくをお願いします。

委員長：はい、貴重なご意見をありがとうございます。この「知らなかった」という人には、きちんと着目をしていくべきだということでしょうか。

他にご意見はございますか。どうぞ。

外部委員：カルテを閲覧しなかった理由の「その他」が少しいると思うのですが、これは、具体的に自由記載欄などに理由は書いてあるのでしょうか。

看護部長：「その他」でその理由を書かれているものは非常に少なく、全く違うことがコメントとして書いてあったりして、「その他」の中身もあまり整合性がないような感じのものが多いのではないかと思います。

委員長：一応「その他」については記載する所があるのですね。

看護部長：はい。

委員長：「その他」の内容に関して記載する所はあるのだけど、はっきりとは傾向がつかめないようですね。よろしいでしょうか。

外部委員：すみません、先ほどの外部委員の追加のようになってしまうのですが、理由で「十分な説明であったか」というのはいいと思うのですが、その下の「見ても分からないから」については、もっと見やすくというか、分かりやすくするような工夫などもしてもらえると嬉しいと思います。時間がなかったらしょうがない部分もあるのではないかと

いますが、その辺りで、できるだけ「しなかった」「知らなかった」で挙がってきた理由は潰して貰って貰った方がいいのではないかと思いますので、よろしくお願いします。

病院長補佐：閲覧した方のアンケートを見ますと「以外によく分かった」というご意見が多いので、実際に見てもらえれば「見ても分からない」ということは意外にないのではないかと思いますので、これがもっと普及して普通に行われることになれば、このようなご意見は多分減っていくのではないかと想像しています。

外部委員：そうしましたら、その辺りで「そんな、分かりっこないですよ」という方にも周知というか、告知、説明してもらえればいいのではないかと思いますので、お願いします。

委員長：はい、検討させていただきたいと思います。
その他、何かございますか。

外部委員：私も「見ても分からないから」というのは、前に見たことがあって分からなかった人よりは、見ていない状況で答えている人がほとんどだろうと思いますので、どうしてもカルテには難しいイメージが皆さんはあると思いますので、今は、「以前よりも分かりやすい書き方になっている」「意外に見て見たら分かる場所もあった」というような意見も出てきていると思いますので、案内の掲示などに『実際に見てみると理解できた』という方のご意見もあります。ぜひ、ご覧になってください。」というようなアプローチがあるといいのかと、皆さんのお話を聞いていました。

以上です。

委員長：はい、ありがとうございます。せっかくコメントを頂いて、結構、皆さんは「よく分かった」と書いてあるので、そのようなコメントを紹介してもいいかもしれませんね。そういうことも少し考えてもいいかもしれませんね、ご案内のところに実例といいますか、よくコマーシャルなどでありますね、「こんなに分かりました」というような。そのようなご意見を少し出していただけるといいかもしれませんね。

外部委員：はい、お願いします。

委員長：ありがとうございます。
その辺りを少しまた検討していただければと思いますが、よろしいでしょうか。

外部委員：すみません、少しよろしいでしょうか。

委員長：はい、どうぞ。

外部委員：先ほど少し聞き忘れたといえますか、引き続きの話になってしまって蒸し返してしまい恐縮ですが、紹介状などは相も変わらずの状況でしょうか。

委員長：紹介状については、外科で話をしていますが、検討させていただいている状況となります。大部分は、多分、公開できるだろうという感触は持っているのですが、どういふときにできないのか、患者さんによってできる、できないが生じると少し難しい部分もあるかもしれないので、その辺りを話し合っています。

外部委員：はい。私としては、前々から言っているように、紹介状の誤記入などのミスで医療事故につながっているケースも見られますので、それも含めてできるだけ早期に患者さんが見られるような体制を取ってもらえればと思いますので、よろしくお願いします。

委員長：はい、ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

はい、ありがとうございます。

それでは3番目の「インフォームド・コンセントの録音について」ということでございます。これに関しまして、医療の質・安全管理部長からよろしくお願いいたします。

医療の質・安全管理部長：はい。

それでは、資料の3をご覧ください。資料3の1ページ、2ページ、3ページですが、まず、1ページ目は、IC、インフォームド・コンセントの録音の希望を確認した件数で、「録音するけれども、よろしいか」という確認ですね。2ページ目は、実際に録音を実施した件数が出ています。3ページ目は、録音した結果をCDに焼き付けて、それを希望した患者さん、それを希望された方に渡した実数が出ています。

これは、2018年から毎月のデータが出ていますが、全体としては、少しずつ増えている。トータル、1枚目では、希望確認件数、IC録音を希望するかどうかを聞いた件数がトータルで1,704件になります。あと、月毎の件数を見ますと、2020年までは50件以上はなかったのですが、2021年4月以降は、ほぼ全て50件以上になっています。

2ページ目の録音の実施件数ですが、これも全体として継続していることに加えて実数も増えてきておまして、月当たり25件以上録音した件数を見ても、こちらも2018年、2019年、2020年は該当する月がなかったのですが、2021年5月以降は月当たり25件を実際に録音しています。

このように全体としては、着実に増えていることが分かるのですが、一方で診療科ごとのばらつきもあります。こちらは、1ページ目をまたご覧いただきたいのですが、一番下

から2番目の肝胆膵外科に関しては、当初から継続的に実施しています。

消化管外科、呼吸器外科、下から5行目、6行目ですが、こちらは2021年3月以降に着実に増えてきています。

診療科ごとの件数を見ても、比較的多い診療科は、歯科口腔・顎顔面外科、核医学科、形成外科、呼吸器外科、消化管外科、肝胆膵外科です。それ以外の診療科は、ばらつきがあり、実施していないところもあります。

IC録音の目的は、患者さんに十分に理解していただくことが一番の目的ですが、それを進めようということで、現在検討している計画としては、3月に全ての診療科、病棟を回る計画があります。これは、病院機能評価という外部評価機関が病院の医療の質・安全などを点検・評価に来る制度があるのですが、群大病院は2019年に病院機能評価の一般病院3が認証されました。5年に1回、この更新がありますので、今回は、再来年度ぐらいに審査を受けることとなりますが、それに備えて定期的に各病棟・診療科で適切に医療の質・安全が保障されているかどうかをまずは院内の委員がお互いにチェックしようということを定期的にやっているのですが、それを今回は3月に行います。そのときに、各診療科・病棟を訪問するときにIC録音をどのような体制で患者さんにお話ししているか、あとは、この実数を増やすための取り組みとしてどんなことを考えているか、そういうことを聞いていこうと思います。また、そのときには、他の診療科でうまく言っている例などの情報共有を進めていきたいと考えています。

以上です。

委員長：はい、ありがとうございます。

これに関しましては、いかがでしょうか。

はい、どうぞ。

外部委員：はい。

少し厳しい意見になるのではないかと思いますのですが、前々から言っているとおり、録音するかどうかを聞くのではなくて録音したくないかどうかということなので、基本は全件録音を私がずうっとお願いしている話です。これだとスタッフが「取りますか、取りませんか」「取りたいですか」と、取る方が「取りますか」と聞いている形になるので、私としては「取りますけど、いいですか」というスタンスになってもらわなければ困る話ですし、そちらにしてもらいたいと思うのですね。そうすれば、後々の集計に対しても、希望されなかった方の人数というようになってくるのではないかと思いますので、実際に何件取ったかではなくて、全件のうち何%の人が録音を辞退されたという形になると思います。IC録音自体に関しては、患者が理解したかどうかもあるかもしれませんが、きちんと説明しているかどうかということが重要かと思いますので、もし何かあったときにしっかりと説明していたかどうかを検証するための資料であると思いますから、基本は全件録音をされるよう

に進めていただきたいとずうっと言ってきた話なので、その辺りは、きちんとそのスタンスを直してもらわなければと困ります。よろしくお願いします。

以上です。

委員長：はい、ありがとうございます。

いかがですかね。

医療の質・安全管理部長：この件に関してですが、I C 録音は全ての電子カルテに録音されて保存されます。ですから、実際に録音するに当たっては、患者さんの同意・確認は必要になります。そのときの聞き方として「こういう制度がありますが、録音を希望しますか」という言い方ではなくて、原則としてI C 録音を勧めたいということを含めて「よろしいですか」というような聞き方にした方がいいのではないかとというのが外部委員のご発言だと思いますので、そのことに関して、基本的にI C 録音を勧めていく立場で検討していきたいと思います。

委員長：はい、よろしいでしょうか。

外部委員：よろしくお願いします。

委員長：はい。これに関しまして、他にご意見はございますか。

はい、外部委員、どうぞ。

外部委員：実際に録音のお話をして拒否される方はどれぐらいいるのだろうかと思ったのですが、中には、やはり嫌がる人などはいるのででしょうか。

医療の質・安全管理部長：1 ページ目が、希望されるか尋ねた件数になります。

外部委員：ごめんなさい、よく見えなくて、申し訳ありません。

医療の質・安全管理部長：2 枚目が実際に実施した件数になりますので、1,704 件のお尋ねをして、実際に録音したのが 784 件ということで、約半数となります。

外部委員：これは、単純にそのように聞いて断られているという解釈でよろしいのでしょうか、録音したくないと。

医療の質・安全管理部長：単純に断られているというか、例えば、手術の内容によっては、

「普通に説明を聞けばいい」と考えられて断っているかも知れませんが、判断は難しいところです。

外部委員：医療事故の問題などを考えると、事が起きて悪い結果になってしまったときに「最初からきちんと説明を聞いたり、いろいろ詳細な内容を見せておいてもらえばよかった」と後になって思うもので、最初の時点では、まさかそこまでと思わない方が多いのではないかと思います。ですので、大事さを病院側が伝えていくことが大切ではないかと思えますので、あまりにも断られる件数が多いようだったら、もう少しその理由を知っていくことは必要かもしれないと思いました。「特別に録音するほどでもないかな」と思う方が多いのではないかと思います。特にそういうものを残すことに抵抗がある人がいたり、また別の事情がもしあるのだとしたら、何かそういう理由も把握して今後の対策として考えていく必要があるのではないかと思いましたので、その理由に合った説明に変えたときの患者さんの反応を、また報告していただいて、これからも一緒に考えていきたいと思えます。ありがとうございました。

委員長：はい、ありがとうございます。

「録音まではいいですよ」とおっしゃる患者さんが結構おられるという話は聞きます。少し日本人として遠慮されているところもあるのかもしれませんが。

よろしいでしょうか。

実際に、先ほど医療の質・安全管理部長からお話があったように、診療科における温度差があることも事実ですので、その辺りは僕らも粘り強く広めていきたいと思っております。

外科診療センターがございまして、肝胆膵外科、消化管外科、乳腺外科、形成外科、循環器外科、小児外科、呼吸器外科という七つの診療科がございしますが、そこでは、今までには各診療科が自分たちで基準を決めて、特にハイリスクな症例などで録音をやってきたわけですが、やはり基本は、全例にI C録音を提案するという話をしていきます。

もちろん例外的なことがあって、循環器外科の超緊急の手術は1分1秒を争うので、その余裕がないという話はございました。そのような例外規定を設けた上で全例にI C録音のお話をするようにということで進めております。そういうことで、少しまた数的には増えてくると思っています。

外部委員：先ほどのカルテ閲覧と同じで、この録音の効果も実際に受けてよかったという人の声が聞こえてくるといいと思いますので、そのような声を集めて院内で患者さんにも紹介されるといいと思いますので、患者さんの声を聞けるような形で進めていただけたらと思えました。

委員長：はい、ありがとうございます。

その点も検討しましょうか。アンケートと申しますか、そういうことも考えてみたいと思います。非常に前向きなご提案をありがとうございます。

これに関しまして、他にご意見等はございますか。

外部委員、チャットでも結構ですので、何かございますか、非常にご不自由をおかけして申し訳ございません。

はい、それでは、一応「インフォームド・コンセントの録音について」という項目を終わりたいと思います。

それでは、全体を通して皆様からご意見等はございますか。

外部委員：前にあったカンファレンスへの患者の参加で希望された方などについて、何かその後で動きなどはありましたか。

医療の質・安全管理部長：今のところ、院内の状況について調べられていません。

委員長：糖尿病内科で継続的にされています。それ以外は、今のところはということですかね。

医療の質・安全管理部長：そうです。内分泌糖尿病内科で患者さんを含め多職種カンファレンスを定期的に行っています。それ以外の診療科で何か新しい取り組みをしているかどうかに関しては現時点で把握していないので、調べてみたいと思います。

外部委員：あと、その糖尿病の診療科以外でカンファレンスへの患者の参加は可能な状態ではあるのでしょうか。もし患者さんが「カンファレンスに参加したい」と言えば参加できるような状況でしょうか。その辺りは、今は、やめてしまって患者の参加は認めていないというか、行っていない形になるのでしょうか。

医療の質・安全管理部長：カンファレンスで既に実施しているものは、例えば、退院前のカンファレンスでは、転院したりする場合には、患者さんや家族を含めて話し合っている機会があります。それ以外では、前にもこの委員会で何度も出てきましたが、院内のカンファレンスにはいろいろな種類がありますので、そこで患者さんが参加して、それで患者さんや医療者にとっても有益なカンファレンスとしては、退院前あるいは慢性疾患の長期的な治療に関しては非常に適しているのではないかと思います。一方で急性期の疾患などは、なかなか難しい点があるかもしれません。ただ、そこは、できるだけ患者さんが自分の病気あるいは治療方針について理解する、あとは、治療方針決定に関して患者さんと家族の意見を反映させる機会は探っていきたいと思います。カンファレンスではなくても、

少なくとも治療方針の決定という点に関しては、医師が全て決めるのではなくて、インフォームド・コンセントの録音は手術の直前になりますが、それ以前にIC録音の対象にはならなくても外来で診察時に複数回の話し合い、説明があるでしょうから、そのような中で患者さん、家族の意見・希望、そういうものを聞き出すような取り組みはまた検討して進めていきたいと思えます。

外部委員：はい。先ほど出たインフォームド・コンセントと重なる部分はあるのではないかと思うのですが、そちらもIC録音に対しても先ほど話したとおり例外なく基本的には全件録音を目指す形で進めてもらいたいと思っていますので、そこも含めて患者さんから「このカンファレンスには直接参加したい」ということがあって、参加が可能であれば、それができるような道筋を作っていただければと思いますので、よろしくお願いします。

委員長：はい、ありがとうございます。

どのようなカンファレンスを想定していくか、また、どのような形で参加をしていただくことができるかを少し考えてまいりたいと思えます。

他にはございますか。

外部委員、チャットの方はよろしいですか。

委員長：その他、外部委員から何かございますか。

よろしいですか。

外部委員：はい、なかなか全診療科でいろいろと取り組むことがとても大変だということは、私も病院で働いているので想像がつきますが、患者が入ることの難しさをもう少し説明してもらえると、それでもやった方がいいことや、今直ぐではなくて長期的に見て慎重に進めた方がいいというようなことが想像しやすくなるのではないかと思います。全部の診療科を網羅してご説明いただくことは大変だと思いますが、毎回少しずつ特徴を教えてもらいながら一緒に考える機会を持てたらいいのではないかと思いますので、可能な所からお願いしたいと思えます。

以上です。

委員長：はい、ありがとうございます。

私どもは、粘り強くこの取り組みを広めていくように頑張っていきたいと思えます。

よろしいですか。

外部委員：私は、ひとまず、このまま、より良い方向に進めていってもらえればと思いますので、大変かもしれませんが、その辺りをよろしくお願いします。

委員長：はい、温かいお言葉をありがとうございます。

他には、よろしいでしょうか。

外部委員：委員会の中での発言でなければ議事録にするのは難しいですか。例えば、メールで最後にまとめの意見などを頂いて、「こういうご意見を頂きました」と議事録の最後に付けていただいたらどうでしょうか。

委員長：はい、ありがとうございます。チャットがうまく行かないのかもしれませんが、後でメールで頂くということでもよろしいでしょうか。

はい、分かりました。ありがとうございます。

それでは、第3回の患者参加型医療推進委員会を終了させていただきます。どうもありがとうございました。

後日電子メールによるご意見

外部委員：先日、貴院で透析用のカテーテルを除去する事案があり、本来であれば頭部が低い状態で除去すべき所、頭部が高い位置で除去されました。

外部委員の判断は空気感染塞栓症の可能性が高いとの見解でした。

こういったイメージミスをいかに減らすか、貴院の課題であり、真摯に取り組むべきものだと思います。

以上