

令和4年度 第1回 昭和大学病院 医療安全監査委員会 議事録

日時 令和4年9月(新型コロナウイルスの影響を考慮し資料送付にて実施)
出席者 監査委員
貝阿彌誠委員長(弁護士)、越石孝一委員(患者代表)、
高橋寛委員(昭和大学藤が丘病院病院長)
病院側
相良博典病院長、小林洋一医療安全管理責任者(副院長)、
武井秀史医療安全管理副部門長、荒川千春看護部長、嶋村弘史薬剤部長代行、
戸田桂子医療安全管理者、高橋笑美子医療安全管理者、
古田康之医療安全管理者、大石竜医療機器安全管理責任者、
扇谷芳光医療放射線安全管理責任者、塩田一博医薬品安全管理責任者、
田口彰彦事務部長、秋山好司管理課長、浅川悦久クリティカルマネジメント課長、
土塚直哉クリティカルマネジメント課係長、日鼻海医療安全管理部門専任事務員、
佐々木天音医療安全管理部門専任事務員、
篠原慧人医療安全管理部門専任事務員

議 事

1. 前回議事録の確認

前回議事録の確認を行い、承認された。

2. 監査項目

1) インシデント件数について

標記について、2021年度と2022年度のインシデント内容分類、職種を比較し、報告がなされた。

発生について、2022年度8月時点での報告件数は2,840件と、昨年度と同等の報告件数となっている。

内容分類については、内服及び注射に関するインシデント報告の割合が昨年度から減少傾向(2021年度23%、2022年度8月時点22%)にある。その理由として、病院医薬品管理システム「McHIL」の導入により、誤調剤が減少したこと、一施用毎の注射薬払い出しなどがセーフティネットとなっていると考えられ、「McHIL」の導入が大きく寄与していると考えられる。

医師、研修医の報告件数については、以下の通りとなっており、臨床研修医の報告件数増加が著しい。2020年度から年10件以上の報告を義務づけ、2021年度からは院長と医療安全管理部門より、会議体で報告の必要性の啓蒙を行ったことが影響していると考えている。

医師：2020年度341件、2021年度366件、2022年度8月時点159件

研修医：2020年度96件、2021年度748件、2022年度8月時点216件

2) 2022年度 医療安全管理部門 部門目標 上半期報告

①急病人未然防止システムの積極的活用を推進する

標記について、RRS (Rapid Response system) を2018年に導入し、4年目となる今年度は、「RRS」と併せて「クリティカル病棟入室チェックシステム」及び「外来入室チェックシステム」の3つのシステムの総称である、急病人未然防止システムの積極的活動を定着させることを目標とした。2022年度4か月の入院患者におけるコードブルー発生率は0.183‰(15件)、RRS発生率は0.307‰(25件)で、RRSワーキングやコードブルー事例の症例検討会にて、急病人未然防止システムの検証を行い、今後の問題と課題を以下の通り抽出した。抽出した課題を解決していくことで、病人未然防止システムが有効に機能し、コードブルーの発生を未然に防ぐことができると考えている。

- ・新入職員や異動の職員を対象とした「急病者未然防止システム」の周知不足
- ・RRT 医師への役割理解不足
 - e ラーニング「急病者未然防止システム」の早期視聴を促す。
日当直業務開始時の役割行動確認。
- ・遅い RRS 起動のタイミング
 - RRS 起動基準に基づいた適切なタイミングでの RRS 起動タイミングをセーフティマネジャーにフィードバックを行う。

②セーフティマネジャーとともに医療安全文化を醸成する

標記について、今年度実施された事例分析会の報告がなされた。事例分析手法「4M5E」のレクチャーを2年振りに行い集合形式での実施を予定していたが、第7波コロナ禍により集合形式ではなく、セーフティマネジャー各々に事例を提示してそれを分析し、改善策を立ててもらったこととした。

セーフティマネジャーが回答した発生要因・原因と改善策を人工知能 AI で解析させ、より効果が高いと思われる改善策を抽出することに加え、AI で抽出した改善策とセーフティマネジャーが考えた改善策を比較検証して、より効果が高いと思われる改善策を模索している。

本活動を通して、分析が必要なインシデント事例が発生した際に、自部署で自発的に事例分析し、改善につなげるといった対応が、自然発生的に広がることを期待し、下半期も創意工夫しながら活動を継続していく。

4. 講評

3名の委員より以下のとおり講評があった。

【貝阿彌委員長】「セーフティマネジャーとともに医療安全文化を醸成する」について集合形式による事例分析会の実施ができなくなったことは、誠に残念であり、ペーパー又はメールで回答し、その結果を読むだけでは、事例分析の手法を会得するのは難しいと思われる。何らかの方法で他の人と議論する機会を持てるような工夫が望まれる。

また、今回の回答やそれについての人工知能 AI による解析結果を今後どのように活用するのかがよく分からないので、教えてもらいたい。

ところで、今回提示された事例が実際に起きた事例であるとするれば、医師 A、B、C や看護師などに詳しく事情を聴くなどして、なぜこのようなことが起きたのかという真の原因を究明する必要があると思うし、今回のような事例分析検討においても、他の人と議論することがより重要になると思う。なお、仮に架空の事例であるとするれば、本件のような取組みでは、実際に起きた事例をそのまま素材にした方がより勉強になると思われることを付け加えたい。

<質問への回答>AI 分析のメリットのひとつに、必要な項目の見落としが無いことがあげられる。回答者の人数が多い中、その回答をまとめていく過程において、個人の経験や職種、経験値により偏りが生じ、重要な点を見落とす可能性がある。そのため、これを回避し、優先順位、緊急性が高く、有効な改善策を抽出し、適切に実施ができるよう取り組んでいく。

【高橋委員】 インシデント報告について、報告率の上昇と臨床研修医の報告件数の増加を認めており、病院長と医療安全管理部門が協力して取り組んだ結果であることが評価できる。

RRS 起動件数が多く、コードブルー件数が少ないことはシステムの活用だけでなく、診療科内で適切な診察やコンサルテーションが行われ、患者状態に合った場所で治療がされていると評価する。しかし、RRS 起動のタイミングが遅くなるとコードブルーに至る可能性が高くなるため、今後の課題にもあるように引き続き取り組んでいく必要がある。

昭和大学藤が丘病院でもインシデント事例を多職種で検討する「テーマ別分科会」で「4M5E」を使用している。発生要因に対する改善策の検討を対面で行うことで、具体的な行動レベルでの改善策を引き出し、PDCA を回せていると考えているが、AI による分析を活用して効果が高いと考える対応策を模索する方法はとても興味深く、今後の参考としたい。

【越石委員】 今年度の医療安全文化の醸成については、集合形式による事例分析会を計画したが、第7波のコロナ禍により、集合形式は不可能となった。

然し、事例分析手法「4M5E」のレクチャーを2年ぶりに行い、医療安全の基本的知識を再学習し、かつ、Safety manager に対し、事例を提示して、係る分析と改善策を回答させる方法に変更し、実施したことは、医療安全の向上活動の継続であり評価できる。

また、定時資料(2)を見る限り、外来主治医は緊急入院の上、外科医師Aに対し「左気胸のドレナージ」を明確に依頼している。

そのうえ、医師A・B・Cの3名は、レントゲン写真を確認し、「左気胸」を認識しており、加えて、医師Aは患者本人に対し、左側の気胸に対し、ドレーン挿入をも説明している。

にも拘らず、医師Aは右側を消毒し、医師Bも同一部位を消毒し、Aは右気胸ドレーンの挿入処置をした。

本事例については、一定の医療の不確実性が避けられないとは言え、3名の医師のとした医療行為は、通常考えられない行為であり、「患者に対する緊張感の欠如」そのものであり、重大な事案たる医療事故、医療過誤につながりかねない行為でもある。

各々のSafety managerは、本事例の改善策として、侵襲性を伴う処置のみならず、緊急処置を行う際でも、先ず「タイムアウト」や「briefing」の実施が重要と回答し、併せて、電子カルテの所持や同意書の指摘もあり、相当勉強されているものと思料する。

以 上