

## 令和4年度 第2回 昭和大学病院 医療安全監査委員会 議事録

日時 令和5年3月29日(水) 14時～15時9分

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)

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)、荒川千春看護部長、  
嶋村弘史薬剤部長、北原佳代子医療安全管理者、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、

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、

浅川悦久クオリティマネジメント課長、土塚直哉クオリティ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、篠原慧人医療安全管理部門専任事務員

欠席者 監査委員

高橋寛委員(昭和大学藤が丘病院病院長)

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、報告された。

#### 【インシデント報告件数】

上半期(2022年4月～2022年8月)報告件数:2,840件

下半期(2022年9月～2023年2月)報告件数:3,721件

うち医師:2022年度2月時点330件(2020年度341件、2021年度366件)

うち研修医:2022年度2月時点703件(2020年度96件、2021年度748件)

臨床研修医の報告件数について、年10件以上の報告を義務づけ、医療安全管理部門から督促を行っている。また、報告内容の質も向上してきている。

<席上コメント>・臨床研修医の報告件数が2020年度から2021年度にかけて飛躍的に向上したのはなぜか。(貝阿彌委員長)

→年10件以上の報告を義務づけるよう制度を変更した。また医療安全管理・対策委員会を通じて院長からの発信を行っている。(古田医療安全管理者)

→2021年度から2022年度も同等の報告件数が維持されている。(貝阿彌委員長)

#### 【インシデント報告率】

インシデント報告率(2023年2月時点):30.6%

※2021年度:32.8%、2020年度:26.8%

インシデント報告率は、昨年度から減少したが、問題はない。

#### 【内容分類】

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%、2023年度2月時点約20%)にある。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。

### 【インシデントレベル0・1の表彰】

医療安全管理部門から、発生前に防げた事例もインシデント報告することを推奨しており、その報告からエラーを回避した理由を抽出し、前向きな指導に繋がれるよう活動をしている。その一環でインシデントレベル0・1報告の中から、重大事故を未然に防いだ、あるいは医療安全や質向上に貢献した報告を Good Job 賞として医療安全 NEWS に掲載し、表彰する活動を行った。

<席上コメント>・事例・対象症例はどのような方式で選出しているのか。(貝阿彌委員長)

→医療安全管理者が毎日確認をしている報告の中から、良い取り組みを蓄積しており、さらにその中から医療安全管理部門で話し合いの上、選出している。対象者には表彰状とコーヒー券を渡している。(古田医療安全管理者)

・Good Job 賞を掲載した医療安全 NEWS は職員全体に配信しているが、更に今後表彰の様子を病院だよりに掲載する予定である。病院に貢献していることが分かり、職員のモチベーション向上に貢献できると考えている。(古田医療安全管理者)

## 2) 2022 年度 医療安全管理部門 部門目標 活動状況報告

### 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、2018年に導入した RRS (Rapid Response system) の実施報告について以下の通り報告された。

2022 年度

RRS 発生件数：71 件(うちクリティカル入室 45 件(63.6%))

RRS 発生率：0.331‰

※2021 年度 RRS 発生件数：149 件 発生率：0.590‰

コードブルー発生件数：36 件

コードブルー発生率：0.168‰

※2021 年度コードブルー発生件数：44 件 発生率：0.174‰

昨年度と比較し RRS 起動件数は減少しているが、コードブルー発生件数も減少している。RRS ワーキングで起動状況等を確認している。実績として、現行のフローでは RRS 起動時に医師・看護師で対応が分かれており、分かりづらいという意見や対応を誤る事象があったため、ワーキングにて協議し、2023 年 4 月から RRT 看護師に連絡先を一本化する形の新しいフロー図を運用することとしている。

<席上コメント>・RRS 発生件数が減少している原因は何か。(貝阿彌委員長)

→コロナで入院患者数自体が減少したことが要因の一つだと考える。(小林部門長)

→医師の意識が高まり、RRS の流れではなく、医師自ら集中治療科に直接コンサルテーションが増えてきたことも要因の一つだと考える。(小林部門長、古田医療安全管理者)

・RRS 導入当時は起動に躊躇していたと記憶しているが、その部分で変化はあったのか。(貝阿彌委員長)

→躊躇することは少なくなってきた。また、医師から RRS 起動に関する意見があった場合には医療安全管理部門が介入し、医師の理解を深めるよう活動している。(古田医療安全管理者)

・コードブルーの発生件数が減少しており、良いと考える。他の私立医科大学病院との相互ラウンド内容を利用し、他院と比較してほしい。(越石委員)

→私立医科大学病院の相互ラウンドで RRS の確認はしており、当院のシステムは他院から参考にされたことがある。どの病院も RRS 導入によりコードブルー件数が顕著に減少していることが分かってきて、それに関する研究会も立ち上がっているため、その動向を確認しながらベンチマークを設定していきたいと考えている。(古田医療安全管理)

②セーフティマネージャーとともに医療安全文化を醸成する

今年度活動している以下ワーキンググループの活動について報告された。

- ・がん関連静脈血栓塞栓症対応ワーキンググループ
- ・生体情報モニタ管理に関するワーキンググループ

【がん関連静脈血栓塞栓症対応ワーキンググループ】

担がん患者への静脈血栓塞栓症対応方法や抗血栓薬の適正使用などについて、各分野から推奨方法を取りまとめ、当院としての対応方法を確立することを目的として開設し、医薬品安全管理責任者と協同して活動している。

担がん患者の入院時血栓リスク評価の素案を作成し、2023年5月から試験運用することとなっている。その後は試験運用の評価を行い、マニュアル確定と運用に繋げていく。

<席上コメント>・統計は全国的に実施しているのか。(越石委員)

→そうであり、全国的に問題となっている。がん患者の約10%が血栓のため死亡している統計が出ており、がん以外で死亡することを啓蒙し、しかるべき予防策を取ることを目的として、ワーキングを開設した。(小林部門長)

【生体情報モニタ管理に関するワーキンググループ】

全国的に生体情報モニタのアラームに関連した事例が多く発生しており、当院でも同事例が発生したため、生体情報モニタ管理の確立と継続体制を整えることを目的として開設し、医療機器安全管理責任者と協同して活動している。

モニタ管理について、看護師任せになっている現状を踏まえ、生体情報モニタ管理マニュアルを策定した。他職種(医師、薬剤師、リハビリテーションスタッフ、病棟クラーク等)もセントラルモニターを確認し看護師に連絡することを強調していることに加え、生体情報モニタの手順を記載し、病棟で統一した対応ができるようにしている。

マニュアルについて現場の実施状況の確認や、モニタ業者からアラーム情報の分析結果をワーキンググループで評価し、病棟にフィードバックを行っている。

4. 講評

2名の委員より以下のとおり講評があった。

【貝阿彌委員長】医療安全と聞くと深刻になりすぎる傾向があるが、昭和大学病院での取り組みについてその傾向は無く、良い影響を与えられと考える。また、Good Job 賞は非常に良い取り組みだと考える。

【越石委員】「McHIL」の導入について、費用はどの程度だったのか。

→金額は不明であるが、かなりの高額である。附属病院が先駆けて導入しており、当院も導入した。(古田医療安全管理)

→他の大学病院で導入しているのか。(越石委員)

→一部の大学病院で導入しているのが現状である。昭和大学の関連病院では、4病院(当院、藤が丘病院、横浜市北部病院、江東豊洲病院)で導入している。(嶋村薬剤部長)