

令和5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5年10月26日(木)13時00分～14時15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)、

高橋寛委員(昭和大学藤が丘病院 院長)

昭和大学病院

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、吉田雅子看護部長、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、塩田一博医療安全管理者、大石竜医療機器安全管理責任者、

阿部誠治医薬品安全管理責任者、田口彰彦事務部長、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、高木明子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、深津ちなみ医療安全管理部門専任事務員

欠席者：

議 事：

1. 前回議事録確認

前回議事録の確認を行い、承認された。

2. 委員・出席者紹介

資料の通り、委員・出席者の紹介がされた。

3. 監査項目

1) インシデント報告について

標記について、2022年度と2023年度4月～7月の職種別・内容別の報告割合が報告された。

【インシデント報告件数】

2022年度(4月～3月) 報告件数 7,171件

2023年度(4月～7月) 報告件数 2,341件

【インシデント報告率】

2022年度(4月～3月) 30.5%、2023年度(4月～7月) 28.7%であり、変化はなかった。

【内容分類】

内容分類の報告割合は前年度と変化はなかった。転倒転落の発生件数は、2022年度 433件(平均 36.1件/月)、2023年4月～7月 163件(平均 40.8件/月)であり、発生件数が増加している。しかし、3b以上のアクシデントは2022年度 17件(平

均 1.4 件/月)、2023 年 (4 月～7 月) 5 件 (平均 1.2 件/月) であり、増加はなかった。

【医師・臨床研修医報告】

医師：2022 年度、2023 年度ともに 5%であり同程度の報告を維持できている。
臨床研修医：2023 年度 (4 月～7 月) の報告割合は、昨年度の同時期と比較して 3% 減少しているが、病院長から医療安全関連の会議でインシデント報告の必要性に加え、報告事象の記載内容に関する指導も行った結果、レポートの質に向上がみられた。また、臨床研修医からの報告がきっかけとなり、インシデント発生を防止できた事象もあった。

【インシデントの減少に向けた活動】

コロナ禍でテーマ別分科会の集合開催ができず、多職種での検討が行えていなかった。今年度は、インシデント報告件数が多い内容や優先順位が高いと考える問題をテキストマイニングで分析し、その結果、取り組む問題として①チューブ・ドレーン②内服③注射④転倒転落⑤患者誤認⑥検査画像⑦治療処置 (タイムアウト) を挙げた。問題を検討するために、多職種のセーフティマネージャーで構成されたグループを①～⑤は各 3 グループ、⑥は 2 グループ、⑦は 1 グループの計 18 グループを作り、2024 年 2～3 月の取り組み内容の発表を目指して活動している。

テーマ別分科会を下部組織におくメディカル・セーフティー・マネジメント委員会は医療事故の予防及び再発防止対策等の推進に助言・サポートによって医療の質・安全向上を図ることを目的としており、より効果的な介入をするため議題・進行について見直しを実施した。

<席上コメント>

- ・インシデントレポート提出について、知識がなかった、不注意だったなどが、多く報告されていると思うが、改善について解決できぬまま、また同様の事象が発生することある。こういった事象をできるだけ減らすことが重要であると考える。(高橋委員)
- システムティックに減らすことができるよう、テーマ別分科会で検討し取り組んでいる。(小林部門長)
- 特に新入職者や異動者の教育というところが重要である。(高橋委員)
- 研修医に関してはテーマ別分科会の出席は必須にしており、医療安全についての教育を行っている。(小林部門長)
- ・インシデントレポート件数は増やす、だがインシデント発生は減らすとのことだが、どちらが重要なのか現場は混乱しないのか (貝阿彌委員長)
- ヒヤリハットで留まった事例を積極的に報告するよう周知し、報告する文化を大事にしている。(小林部門長)
- 大きな事故の事象には小さなことが積み重なっており、前段階の部分での報告

を積極的にしてもらっている。(高橋医療安全管理者)

2023 年度医療安全管理部門 活動状況報告

① 急病者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 の実施報告がなされた。

【2022 年度】

RRS 発生件数：79 件（うちクリティカル病棟入室 52 件（65.8%））

RRS 発生率：0.336‰

コードブルー発生件数：38 件

コードブルー発生率：0.161‰

【2023 年度（4 月～8 月）】

RRS 発生件数：60 件（うちクリティカル病棟入室 45 件（75%））

RRS 発生率：0.583‰

コードブルー発生件数：23 件

コードブルー発生率：0.223‰

- 1) RRS 起動時の連絡先の一本化により、起動時の手順逸脱がなくなり医師・看護師のチームラウンドが徹底された。
- 2) RRT から集中治療科に情報共有されるようになり、入室率が増加した。
- 3) RRS の起動が前年度と比較し約 2 倍に増加した。

以上より急病者未然防止システムの積極的活用が推進されていると考える。

課題として、夜間・休日の RRS 起動率が平日・日中と比較的高い、コードブルーに近い状態で RRS が起動されることが挙げられた。取り組みとして、ワーキンググループで症例の共有、課題症例に対して症例検討会を実施し部署・診療科にフィードバックしている。他施設での事例についても院内ニュースで配信している。

<席上コメント>

- ・RRS 起動時の連絡先が一本化されたことはとても良いと思う。担当医が RRS について理解していないということがあるので引き続き周知していただきたい。(高橋委員)

② ワーキンググループなどの問題解決チームを推進し、医療事故の未然防止、再発防止に努める。

標記について、各ワーキンググループの活動報告がなされた。

1) 生体情報モニタ管理に関するワーキンググループ

インシデント報告数がマニュアル制定前の昨年同時期と比較し増加した。マニュアル制定によりモニタの適正な管理が明確、逸脱部分が明らかになり、管理基準を意識することができている。医療安全院内巡回時の必須項目としてモニ

タ管理状況を確認した。アラームに速やかに対応しているか、現場対応状況を直接観察およびセントラルモニタのアラーム履歴、アラーム設定条件を確認し、部署にフィードバックしており、モニタ管理に対する意識が高まってきていると考える。課題として多職種と協働したモニタアラーム鳴動時の対応定着、巡回およびメーカーからのモニタアラームレポート結果より、テクニカルアラームが多く検出されることが挙げられ、取り組みとして MACT（モニタアラームコントロールチーム）の発足を検討中である。

<席上コメント>

・比較的状态が悪くなくてもモニタアラームが鳴動するものなのか。(越石委員)
→テクニカルアラームというものがあり、バイタルアラームとは異なる。例えば、酸素飽和度を計る指に貼るシールが外れかかっている場合でも知らせてくれるアラームがある。このテクニカルアラームが多く鳴ることによって、本来のバイタルサインで鳴っているアラームが隠れてしまうことが現場での課題であり、病棟クランクにも協力してもらいアラームが鳴っている場合は看護師に知らせるよう対応している。(北原医療安全管理者)

2) がん関連静脈血栓塞栓症 (CAVT) 対応ワーキンググループ

リスク評価を行う際の問題点について、全例に造影 CT を行うのは病院・患者にとって負担が大きい。下肢血管超音波検査であれば侵襲が少ないが、人員・機械不足から実施が困難であり、他大学に超音波検査に関する実績についてアンケートを実施。昭和大学病院では年間 551 件であり、他大学と比べて少なかったため、目標年間 1000 件に設定した。検査室で超音波検査をするのではなく、各診療科で下肢血管超音波を実施できるよう院内認定制度の制定、下肢エコーの講習会（講義+実技）の実施を考えている。

4. 講評

3名の委員より以下のとおり講評がなされた。

【貝阿彌委員長】

色々な医療安全に関する取り組みを行っていることについて素晴らしいと思う。重大な事故等発生した場合に医療安全として介入して原因や再発防止策を検討しているのか。

→医療安全が主導でケースカンファレンスし、その後早急に医療安全調査委員会を立ち上げ適切に対応している。(小林部門長)

【高橋委員】

いかに未然に防ぐかという点で参考になることが多かった。多職種で医療安全に対する情報共有されていてよかった。

【越石委員】

RRS の起動件数が 2023 年度 8 月までで 60 件、2022 年度は 79 件で、今年度多くの起動がされたのは、連絡先の一本化、RRS の積極的な活用がなされていることがよくわかった。これからさらに医療の質の向上が期待できるのではないかと思う。

以 上

議事録作成：管理課 秋山 好司