

令和5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6年3月18日(月)16時00分～17時00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 病院長)

昭和大学病院

小林洋一医療安全管理責任者(副院長)、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、

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、

深津ちなみ医療安全管理部門専任事務員

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. 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～2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：7,171件

2023年度4月～2月報告件数：6,795件

【インシデント報告率】

2022年度(4月～3月) 30.5%、2023年度(4月～2月) 30.5%であり、変化はなかった。

【内容分類別インシデント報告割合】

2023年度4月～2月の内容分類別報告割合は、前年度と同様の傾向が見られた。

【職種別インシデント報告割合】

2022 年度、2023 年度 4 月～2 月の職種別報告割合は、ともに看護師が約 4 分の 3 を占め、医師が約 5%、臨床研修医が約 10%であった。

【インシデントの減少に向けた活動】

COVID-19 の流行により実施できていなかったテーマ別分科会活動が、今年度から再開された。テーマ別分科会とは、セーフティマネジャーを中心とした組織横断的に編成した混合チームを作り、多職種の視点でインシデントのテーマ毎に問題を検討する会である。

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、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）をテーマとして活動を行った。テーマに対する問題・課題の抽出、原因分析、対策、評価方法・指標まで導くことを目当てとして活動した。

令和 6 年 1 月から 3 月にかけて各班の報告を行っており、成果の一つとして、離床センサーの特性について記載した資料を作成し、院内重要回覧により周知した事例がある。

<席上コメント>

- ・ 活発なテーマ別分科会の活動を評価する。（高橋委員）
- ・ 現状は看護師が都度患者を評価することによって転倒・転落を防いでおり、離床センサーのみでの予防は難しいと考えるが、その点についてどのように考えているか。（高橋委員）
- テーマ別分科会での一つの成果として、離床センサーの特性について記した重要回覧を紹介したまでであり、離床センサーのみで転倒・転落を防げるものとは考えていない。また、転倒・転落は看護師のみで予防できるものではないため、今までの方法を見直す必要がある。まずは医師が患者の病態から転倒のリスクを評価し、共有する必要がある。また、薬剤師も服用薬から転倒のリスクを予測できる。このような多職種で、かつ簡潔なリスク評価を推進していかなければならない。各学会でも転倒・転落に関する発表をしており、今後も転倒・転落防止に注力していく。（小林部門長）
- ・ インシデントの内容分類でチューブ・ドレーンが最も多いが、どの部位のチューブ・ドレーンに関するインシデントが多いのか。（越石委員）
- 末梢静脈路が多い。NICU のベビーが手を動かして自然に抜けてしまう、点滴の漏れによる差し替えなどが例として挙げられる。（北原医療安全管理者）

2) 2023 年度医療安全管理部門 活動状況報告

② 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 (Rapid Response System) 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～2 月）】

RRS 発生件数：138 件（うちクリティカル病棟入室 107 件（77.5%））

RRS 発生率：0.583‰

コードブルー発生件数：54 件

コードブルー発生率：0.242‰

前期に課題として挙げた起動のタイミング（日中から起動基準に該当しているが夜間帯に RRS を起動している、コードブルーに近い状態で、RRS が起動される）について、改善に向けて以下の取り組みを行い、起動のタイミングに課題がある症例は約 10%減少した。

- 1) 課題があった症例の共有
- 2) E ラーニング視聴状況を確認し、個別のフィードバック
- 3) 症例検討会を実施し、部署・診療科へのフィードバック

<席上コメント>

- ・クリティカル入室率の数値はどのような意味を示すのか。高い方がよいのか。（貝阿彌委員長）
→ RRS とは、状態が悪化した患者を、一般病棟から医師・看護師の人手が多いクリティカル病棟に転室させ、状態が安定した後に一般病棟に帰すというシステムである。クリティカル入室率が高いことは、人員を割いて患者を観察できていることを示す。（北原医療安全管理者）
- ・どのような要因により、以前よりも高いクリティカル入室率を達成できたか。（貝阿彌委員長）
→ 起動一例一例に対して、部署にフィードバックしている。また、RRS ワーキンググループにおいて、起動のタイミングを振り返っている。それらの活動によって「起動基準に該当したら、RRS を起動する」という意識が現場に定着してきたものとする。（北原医療安全管理者）

② コードストロークの設置

入院患者で脳卒中を疑う患者が発生した時の緊急コールとして、2024 年 1 月より「コードストローク」が設置された。

③ 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

前期に「MACT(モニタアラームコントロールチーム)の発足を検討している」と報告したが、正式に発足することとなった。

現在、医療安全管理者・医療機器安全管理責任者・臨床工学技士による巡視を実施している。同時に、「一般病棟における生体情報モニタ管理マニュアル」に基づく課題の抽出、MACT マニュアルの作成を行っている。

今後、MACT マニュアルの制定後にチームメンバー(多職種)を任命し、部署巡回を開始する予定である。

2) 説明と同意に関するワーキンググループ

医療行為における「説明と同意」の重要性を認識し、患者の権利と安全を守るための取り組みを確立することを目的として立ち上げられた。

職種により説明と同意の診療録の記載場所が異なっていたため、記録フォーマットを作成し、全職種が同一記録を活用でき、時系列で確認できるよう対応を進めている。

現状は 3 診療科に限定して試験運用を行い、その評価・修正を行ったのち、病院全体へ導入する予定である。

<席上コメント>

- ・ 患者の反応を記録するのは、裁判の証拠として非常に有用である。(貝阿彌委員長)
- ・ 反応の記録は何文字程度書けるのか。(貝阿彌委員長)
- ・ 2000 文字である。(北原医療安全管理者)
- ・ 以前は 1 人の医者が 1 人の患者を担当したが、現在はグループで患者を担当する。さらに夜間は当直医が担当する。複数の医師で患者の治療方針を共有するという意味でも、説明と IC に関する記録は欠かせないものである。(小林部門長)

3) がん関連静脈血栓塞栓症（CAVT）対応ワーキンググループ

担当がん患者の血栓リスク評価のため、検査が非侵襲的で簡便であり、習熟も簡単で短時間に施行可能な下肢静脈超音波検査を活用していく予定である。当院は他大学と比較して実施件数が少なかったことを受け実施件数目標を年間 800 件に設定したが、今年度 2 月までの実施件数は 860 件であり、目標を達成している。

現在は、診療科を限定した下肢静脈超音波講習会（講義+実技）の実施にむけて対応している。

3. 講評

貝阿彌委員長より、以下の通り講評があった。

- ・ 医療安全の質向上のため、様々な工夫をしていることが窺われた。
- ・ RRS 起動件数や高い入室率の成果が上がっている。そういった成果を職員に共有することで、職員の医療安全に対する意識が高めてほしい。
- ・ 説明と同意は、医療行為と同等に重要であるため、説明と同意に関するワーキンググループは非常に意味があるものである。活動の深化を期待する。

以 上

議事録作成：管理課 秋山 好司