

令和6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7年3月4日(火)13:00～13:52

出席者：監査委員

近藤昌昭委員長(弁護士)、坂下暁子委員(昭和大学横浜市北部病院 病院長)

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)、
深貝隆志医療安全管理部門副部門長、波木井恵子看護部長、嶋村弘史薬剤部長、
北原佳代子医療安全管理者、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、
石崎兼司事務部長、山口義隆管理課長、浅川悦久クオリティマネジメント課長、
若林孝憲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、
深津ちなみ医療安全管理部門専任事務員

オブザーバー：高橋笑美子医療安全管理者(昭和大学病院附属東病院)

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、令和5年度と令和6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】

令和5度：7,980件

令和6度4月～1月報告件数：6,695件

【内容分類別インシデント報告割合】

令和6度4月～1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。

テーマ別分科会(後述)では、報告率が高い、あるいは重要度が高い内容分類のインシデントをテーマとして取り扱っている。テーマ別分科会での成果物をメディカル・セーフマネジメント委員会で報告し、全職員に向けて改善策を実施していく方針である。

【職種別インシデント報告割合】

下記の通り、昨年度と比較して、医師の報告率が1%増加した。

また、同一事象に対して、同一職種あるいは多職種から、複数の報告がある場合がある。

	令和6度	令和7度4月～1月
医師	11%	12%
研修医	9%	8%
看護師	73%	73%

【席上コメント】

- ・ 多くの病院において、看護師が医師を庇ってインシデントを自分の責とすることがあると聞く。そのようなことを踏まえた職種別報告率の検証は行っているか。(近藤委員長)
→ そのような観点からの検証は行っていないが、医療安全管理者は全てのインシデントレポートを確認している。確認するなかで、医師を庇うような内容のインシデントレポートは見かけたことがない。ゆえに、当院では看護師が医師を庇うようなことはないものと思われる。(北原医療安全管理者)
- ・ 同一事象に対して複数のインシデント報告があることは、評価に値する。同一事象に対して複数のインシデント報告がある事例は、どの程度あるのか。(坂下委員)
→ 月に20件程度ある。(高橋医療安全管理者)

2) 医療事故未然防止に向けた活動

毎月1回、セーフティマネジャー(部署の医療安全推進者)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テーマ別分科会を開催しており、その活動について報告された。

今年度は、令和5年度からの活動を引き継いだ内服、検査画像、タイムアウト、転倒転落、検査画像、に加え、新たに医療安全文化醸成がテーマに加わった。

検査画像班から患者への注意喚起用紙(セルフチェック方式)の配布、チューブ・ドレーン班から挿入物へのランク付けと多職種カンファレンスの実施が提案されていることが、活動の具体例として紹介された。

【席上コメント】

- ・ 毎年実施し、PDCAサイクルを回しているのか。(坂下委員)
→ そうである。実際に、前年度チームからの提案のうち具体的な成果物にまでつなげたい提案を何点か選び、今年度に引き継いでいる。今年度の検討についても、来年度に引き継いでいくか現在検討中である。(北原医療安全管理者)

3) 部門目標に関する報告

令和6年度の医療安全管理部門の目標として①急病者未然防止システムの積極的活用の推進、②ワーキンググループなどの問題解決チームの推進による医療事故の未然防止、再発防止を設定しており、それらについて報告された。

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(Rapid Response System)の実施報告がなされた。

【令和6度(4月～1月) RRS 起動件数と入院患者コードブルー発生状況】

RRS 発生件数：162 件（うちクリティカル病棟入室 116 件（71.6%））

RRS 発生率：0.846‰

コードブルー発生件数：51 件

コードブルー発生率：0.234‰

【まとめ】

- ・ RRS 起動率が約 1.4 倍に増加(前年度比)
- ・ コードブルーの起動率が約 9%減少(前年度比)
- ・ RRS 起動まで 6 時間以上要した症例が 5%減少(前期比)

【席上コメント】

- ・ RRS 起動基準として「その他：何らかの懸念がある」という項目が設定されているが、この基準を理由に起動するのは難しいことが予想される。この基準が有効に機能しているか。(坂下委員)
- 「その他」の起動は、割合としては少ないが、起動理由として報告されているため、機能していると考える。(北原医療安全管理者)
- ・ 数値が示されている起動基準はどの看護師でも判断できる。しかし「何らかの懸念」を理由とした起動は、看護師個々の技量や、発言できる職場環境が確保されているかといった要因に左右されてしまう。こういった点について、課題と感ずることや、「その他」での RRS 起動をしやすいう工夫していることはあるか。(坂下委員)
- 医療安全管理部門で把握できるのは、実際に RRS が起動された症例である。ゆえに、何らかの懸念がありつつも RRS 起動に至らなかった症例についての情報を得ることができないのが現状である。そのため、RRS を起動した症例のうち起動が遅かったものや、コードブルーを起動した症例については、医療安全管理者がカルテを確認し、より早いタイミングで RRS 起動ができたかどうかについて現場と振り返りを行っている。(北原医療安全管理者)

- 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。

a 生体情報モニタ管理に関するワーキング

前回、活動内容と目的が紹介された MACT(モニタ・アラーム・コントロール・チーム)の活動状況について、各職種行動チェック項目の遵守率が、下記の通り上昇していることが報告された。

1 巡目	2 巡目	3 巡目
74%	79%	84%

各職種行動チェック項目のうち、「患者状態に適切なアラーム設定の指示が指示簿入力されている(デフォルト値からの変更)」、「グラフトレンド・リコールから、テクニカルアラームの持続(2 分以上)がない(過去 8 時間分を確認し評価)」の 2 項目の遵守率に課題があると医療安全管理部門では考え、その改善に向けた取り組み(モニタアラーム別対策動画の配信)を行っていること、遵守率は上昇しているため、各項目の課題を分析し、対応していくことが報告された。

【席上コメント】

- ・ モニタアラーム別対策動画を各部署に配信したとのことであるが、スタッフはどのように視聴するのか。視聴するためのハードウェアが用意されているのか。(近藤委員長)

各部署のセーフティマネジャーに、動画の視聴管理は一任している。医療安全管理部門からセーフティマネジャーに動画データを送付しているが、多くの部署では部署のコンピュータにデータを保管して各自で視聴するか、セーフティマネジャーから部署スタッフに動画データを配信する方法を取っている。(北原医療安全管理者)

b 説明と同意に関するワーキング

IC 記録テンプレートの活用のため、下記の通り IC 項目別の「重要度レベル分け」および「目標値設定」がされ、これら 4 つの項目から IC 実施状況を確認し、診療科にアプローチしていくこと、IC 記録テンプレートを医師以外の多職種が作成可能とすることを検討していることが報告された。

IC 項目	同席率	意思決定支援に係る 反応記載率
「高難度新規医療技術・未承認新規医薬品」に関する治療選択の説明	100%	100%
状態変化に関する説明	60%以上	100%
予後に関わる意思決定が必要な説明 (DNAR を含む)	60%以上	100%
有害事象に関する説明	60%以上	100%

【席上コメント】

- ・ 「同席率」とは、患者家族の同席率か。(近藤委員長)
→ 医療者の同席率である。説明をする医師以外の医療者が同席しているかを表す数字である。(北原医療安全管理者)
- ・ 同席率や意思決定支援に係る反応記載率は、どのような方法で情報収集しているのか。(坂下委員)
→ 立ち上げられた IC 記録テンプレートについて、各項目の記録がされているかフィルターをかけることで情報を収集している。(北原医療安全管理者)
- ・ それは、診療録管理係が内容や未記載の項目について、IC 記録を 1 つずつ確認しているということか。(坂下委員)
→ そうである。同時に、記載が漏れている項目がある IC 記録をリスト化して各部署に配布し、記載を促す活動も行っている。(北原医療安全管理者)
- IC 記録を 1 点ずつ確認することは容易にできることではなく、大いに評価できる。診療情報管理士の努力の賜物である。(坂下委員)
- ・ 多職種が IC 記録テンプレートを作成できるようにするのは、非常によい取り組みである。これの利点は、医師が IC 記録テンプレートを立ち上げていない場合に多職種が立ち上げることで、先述の診療録管理係による確認に引っ掛けることができることが利点である。(坂下委員)
- ・ 原則、24 時間以内に IC 記録を立ち上げるルールとしている。(小林部門長)

c がん関連静脈血栓塞栓症対応ワーキング

静脈血栓塞栓症対策アルゴリズムを作成し、医療安全管理部門からの提言として、各診療科にアナウンスしていることが報告された。

d 砕石位ワーキング(令和6年8月発足)

砕石位に伴うコンパートメント症候群等の合併症発生の事例を受け、予防マニュアルの作成を目的として発足したワーキングで、2月にマニュアルが完成し、手術室運営委員会において承認されたこと、砕石位をとる手術に関する説明同意文書に、砕石位に伴う合併症についての文言を入れる段階であることが報告された。

【席上コメント】

- ・ 現場スタッフに対するマニュアルの周知は、どのように行うか。(近藤委員長)

→ マニュアルの内容は、手術室で行う項目を示しているため、手術室を利用する診療科医師を委員として有する手術室運営委員会での周知を行った。また、手術室運営委員会には手術室師長(セーフティマネジャー)も出席しており、看護師長から手術部門会で看護師に周知することとなる。(北原医療安全管理者)

e 胎児 ID タスクフォース(令和6年度発足)

胎児に対して ID を発番するか否かの検討の段階からタスクフォースを開始し、発番する方針となり、マニュアル作成中であることが報告された。

【席上コメント】

- ・ 母親と胎児カルテの使い分けは、どのように行うのか。(坂下委員)

→ 作成中のマニュアルでは、胎児期は原則、母親カルテに記載することとしている。ただし、診療科長の責任の下、胎児カルテを使用してもよいとする方向で検討している段階である。(北原医療安全管理者)

3. 講評

1) 近藤委員長から

医療安全において重要なのは、検討したりマニュアルを作成したりすることではなく、検討した結果を現場に反映させることである。その観点からすると、RRSをはじめとして「現場でどのように役に立つか」という視点で検討されていることは、評価できる。医療安全に取り組むうえであるべき姿であるので、今後も現場のスタッフへの医療安全の浸透に焦点を当てて活動してほしい。

2) 坂下委員から

医療安全管理部門で検討した内容が、現場のスタッフに遍く浸透するよう努力していると見受けられる。今後もそのような取り組みを続けてほしい。

以上