

令和7年度 第2回 昭和医科大学病院 医療安全監査委員会 議事録

日時：令和8年3月3日(火)14:00～15:33

場所：昭和医科大学病院 中央棟7階 研修室

出席者：【監査委員】

近藤昌昭委員長(弁護士)、

坂下暁子委員(昭和医科大学横浜市北部病院 病院長)、

成重光則委員(患者代表)

【昭和医科大学病院】

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、

前田うづみ医療安全管理者、黒木優紀医療安全管理者、

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、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：北原佳代子看護師長、二瓶友美医療安全管理者(昭和医科大学病院附属東病院)

【議事】

1. 監査項目

以下の事項について、病院からの説明及び資料提示を行った。

1) インシデント・アクシデント報告

①令和6年度 内容分類別 報告割合

②令和7年4月～1月 内容分類別 報告割合

③令和6年度 職種別 報告割合

④令和7年4月～1月 職種別 報告割合

2) 医療安全管理部門の取り組み及び改善状況

①急病者未然防止システム(RRS:Rapid Response System)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

a. RRS ワーキング

b. 生体情報モニタ管理に関するワーキング

c. 静脈血栓塞栓症予防ワーキング

d. 説明と同意に関するワーキング

2. 質疑

1) インシデント・アクシデント報告

① 研修医から提出されるインシデントレポートについて

近藤委員長：

研修医に対し、インシデントレポートの一定以上の件数の提出を課しているとのことだが、今後は件数だけでなく内容にも注目すべきであると考え。

回答：

事象をしっかりとらえた報告もある一方で、忘れ物などの処置準備不足、転倒・転落予防としてのベッド柵の上げ忘れなど、簡単な内容や繰り返しの内容も散見される。義務としてとらえるのではなく、発生した事象をタイムリーに報告することや、報告の質の要求も必要と考えている。

② インシデント発生の原因分析

近藤委員長：

インシデントの原因分析については、どのような方法で実施しているのか。

先ほど挙げたベッド柵の上げ忘れについても、担当患者数や業務量など、個人の不注意にとどまらない構造的要因が背景にある可能性が考えられる。

このような事例に対し、個人要因だけではない構造的要因をどのように分析しているか。

回答：

例に挙げられているベッド柵の上げ忘れのレポートは、看護師からはほとんど提出されないが、研修医からは提出されがちである。このような療養環境整備の定着は、職種間で定着度に差があると考えられる。

原則は、事象レベルの高いレポートを優先的に分析する。職種ごとにレポート内容の傾向はあるが、複数の職種から類似の内容が提出されるものは将来的に事象レベルの高いアクシデントに至る可能性があるため、早めの注意喚起や対策強化が必要という考えのもと対応している。

近藤委員長：

表層的に個人の不注意として終わらせるのではなく、不注意をカバーする体制整備が重要である。報告されるすべての事象の精査は難しいが、重大性がある事象の原因分析と体制整備の検討を加えるのは有効な方法である。

坂下委員：

今年度は、どのような事例の原因分析を行ったか、実例を教えてください。

回答：

研修医から、3a レベルで、中心静脈挿カテーテル(CVC)入時の合併症に当たる事例の報告があった。これを受けて、当院での CVC 挿入時の指導体制、現場での実際の指導体制を確認した。

当院ではもともと、CVC の院内インストラクター制度を設けており、CVC に関するインシデントレポートが提出された際には、院内資格を有する者が指導に当たっていたのかを直

接現場に確認する。

坂下委員：

当該事例は、研修医以外からの報告はあったのか。研修医が発見者としてレポートを提出した場合に、当事者からの報告も提出されるか。

回答：

当該事例については、研修医以外からの報告はなかった。

当事者が報告の必要性を認識していない、あるいは他者がすでに報告しているなどの理由から、報告をしない判断する場合がある。そのため、研修医からの報告をきっかけとして、医療安全管理部門から当事者の所属する部署のセーフティマネージャーへ紹介し、事象の確認と報告を促す場合がある。

③ インシデント・アクシデント報告の責任の所在

坂下委員：

インシデント・アクシデント発生時に、報告をする責任を負う者はいるか。

回答：

報告は「誰でも積極的に行う」ことを前提としており、報告義務者を特定していない。そのため、事例によっては1件の事象に対し複数の報告が提出される場合がある。

例えば、勤務引継ぎの過程で事象が発生した場合、同一職種の複数の勤務帯から報告が提出されることもある。

報告の約4分の3は看護師によるものであるが、その他職種からの報告も強化する必要があると考えており、セーフティマネージャーを通じて日常的に働きかけを行っている。

2) RRSの積極的活用の推進

① RRSに関する教育方法について

近藤委員長：

RRSの起動基準は変更されていないが、起動状況が改善している。これは、教育により改善したという理解でよいか。また、看護師への教育は具体的にどのような方法で行ったのか。

回答：

eラーニングで指導のポイントを変えた。現場では起動基準に該当しても様子を見てしまう、RRSを起動せず担当医やオンコールに連絡して指示を受け経過観察してしまう症例があった。そのため、主治医・オンコールへの連絡は不要で、起動基準に該当したらすぐ起動することを説明した。

また、医療安全管理部門が日々カルテ監査をし、スムーズに起動されたか確認している。監査の結果、遅れがあったと判断した場合は、セーフティマネージャー(事実上、師長)にどの時点で起動すべきであったかフィードバックしている。

今年度後期からは、医療安全管理部門から起動すべきであったタイミングをつたえるのではなく、「その時点で起動すべきだったと考えていますか」と問うようにした。

次年度の課題は、師長の方針に左右されない充実した振り返りの必要があると考えている。

坂下委員：

教育の結果、RRS 起動にあたって主科や当直の医師に確認の連絡を取った事例が、が55%から20.9%に減少したのは、目覚ましい進歩であると考えている。看護師も専門家ではあるが、医師からRRS 起動の許可を得たいという気持ちは十分に理解できる。それを加味すると、管理者層からの段階的教育では、起動の習慣の浸透が難しいかもしれない。RRS 起動は、看護の専門家としての役割を果たすことであるという意識付けをする段階にあると思う。

回答：

当直医師は直接患者を担当していない場合もあり、当直医師の判断がボトルネックになりうる。RRS を起動するのは看護師、クリティカル病棟入室を判断するのは集中治療科が行うものであるという認識が重要である。当院は集中治療科を有しているため、集中治療科に判断を委ねるのが適当だ。従来の「主治医に判断を仰ぐ」という慣習を取り払うよう努めており、それが奏功してかRRS が有効に機能していると考えている。

3) 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

① 生体情報モニタに関するワーキンググループ

坂下委員：

モニタ管理に関する行動順守率を算出しているが、分母はいくつか。

回答：

職種により異なり、1桁の職種もある。巡回時に不在の職種には聞き取りが行えないからである。

坂下委員：

看護師は分母が大きいため分析の意味が大きい。分母が少ない他職種の算出方法は工夫が必要である。

近藤委員長：

モニタアラームレポートとは何か。

回答：

どの種類のアラームが、1日に何回あったのかを、日本光電(医療機器メーカー)が解析したものである。

② 静脈血栓塞栓症予防ワーキンググループ

坂下委員：

肺血栓塞栓症のリスク評価の実施率向上を掲げているが、評価は実施されていないが対策は実施されているのか、それとも評価も対策も実施されていない現状なのか。

回答：

16歳以上の入院患者が評価の対象であり、評価対象患者数に対しての実施率を示してい

る。実施率をこのように算出しているので、評価をしていない=対策をしていないという見方をされても致し方ない。しかし、実際には、評価がされていない事例でも、カルテを確認するとフットポンプや弾性ストッキングを使用している事例もある。評価という手順を踏んで対策を実施できるような体制を整える必要がある。

③ 説明と同意に関するワーキンググループ

坂下委員：

同席率と反応記載率は同一のものか。

回答：

異なるものである。同席は、IC の場に IC をする医師以外の者が同席していたかを示す。反応記載は、主に看護師が、IC 後に「説明はどうでしたか」などと問いかけ、反応を聴取して記載するものである。

④ 問題解決チーム活動

近藤委員長：

治療方針の多職種共有は、非常によい取り組みであると思う。状況や本人の気持ちは日々変化するが、担当医が近くにいない場面も多い。患者と接する機会が多い看護師が患者の意向を聴取する

3. 講評

1) 近藤委員長より

インシデント報告は増加に向け積極的な手立てを取っていることが理解できた。本日特に感銘を受けたのは RRS の指導。指導基準への意識変容に対する積極的取り組みがなされ、短期間で成果が出ている。教育の方針・方向性を維持してほしい。

2) 坂下委員より

今年 2 度目の報告で、短い間隔だが、短期間でも非常に前に進んでいる印象があった。出ている事象について一つ一つ分析し、次に何をするのか、PDCA を回すという考え方が前面に出ていて良いと思う。私も自分の病院の方を頑張っていきたい。

3) 成重委員より

今回の議題にはなかったが、先日、マンホール火災に伴う配線の焼失が原因の停電が発生したと聞いている。病院には無停電措置（UPS）と自家発電があり、重要な医療機器には UPS から電源供給されているはずで、事故は起きていないと思うが、その検証状況、設備関係職種との協議内容はどうだったのか。患者対応は適切であったか。

回答：

2 月 28 日に停電が発生した。近隣のマンホールの火災により、東京電力から当院に直接引いている配線が焼失した。一般電源が使用不能となり、中央棟の地下 3 階から地上 6 階までに影響が出た。人工呼吸器やモニタは非常電源や無停電電源に接続しており、大きな問題は生じなかった。使用不能となった一般電源は、コンピュータ、電子カルテ、OA 機器等が接続されており、入院

患者への影響は少なかった。外来をオープンするかは最後まで検討したが、エスカレーターのシャッターが上がらず、2階以上に行くことが難しい状況であったため、中止せざるを得なかった。復旧までに24時間を要したが、その間、勤務中のスタッフと、急遽出勤したスタッフで患者誘導を実施した。手術は延期、あるいは東病院での実施で対応した。自家発電は動かさなかった。

医療安全上は問題なく対応できたと考えている。

以上

議事録作成：管理課 山口 義隆