

令和6年度第1回愛知県がんセンター
医療安全監査委員会議事概要

- 開催日時 令和6年7月19日(金) 14:00~16:30
- 開催場所 国際医学交流センター大会議室のほか各拠点をweb会議で中継
- 出席者

1 委員

- ・委員長 堀田知光(国立病院機構名古屋医療センター名誉院長)
- ・委員 長尾能雅(名古屋大学医学部附属病院副院長兼患者安全推進部教授)
- ・委員 森田恵美子(公益社団法人愛知県看護協会常務理事)
- ・委員 森際康友(名古屋大学名誉教授):web
- ・委員 加藤喜朗(日本喉摘者団体連合会 愛友会会長)

2 愛知県がんセンター

- ・病院長 山本一仁(病院管理者)
- ・副院長 清水泰博
- ・副院長兼医療安全管理部長 室圭(医療安全管理責任者)
- ・副院長 花井信広
- ・副院長兼看護部長 山崎祥子
- ・感染制御部長 藤原豊(院内感染対策責任者)
- ・感染制御部感染制御室長 清水淳市
- ・薬剤部長 内田幸作(医薬品安全管理責任者)
- ・臨床薬剤部長 加藤正孝
- ・医療安全管理部医療安全管理室長 戸崎加奈江(医療安全管理者)
- ・医療安全管理部医長 伊藤誠二
- ・医療安全管理部医療安全管理室主任専門員 小澤洋子
- ・医療安全管理部医療安全管理室専門員 青木由香里
- ・医療安全管理部医療安全管理室主事 竹山佳希
- ・医療安全管理部医療機器管理室長 小島崇宏(医療機器安全管理責任者)
- ・医療安全管理部医療機器管理室専門員 篠田悟
- ・放射線診断部長 稲葉吉隆(医療放射線安全管理責任者)
- ・放射線診断部放射線技術室長 服部寿史
- ・医療情報管理部室長補佐 立川裕子
- ・医療情報管理部主任 浅井厚喜
- ・運用部長 横井満
- ・運用部管理課長 稲吉久恵
- ・運用部経営戦略課長 田代一夫

- ・運用部経営戦略課主査 虫鹿友規
- ・運用部経営戦略課主事 村上海太郎

3 事務局

- ・愛知県病院事業次長 川合光久
- ・愛知県病院事業庁管理課主事 長橋茉莉

○議事概要

1 開会

2 あいさつ【愛知県病院事業次長 川合光久】

3 報告事項

令和5年度第2回医療安全監査委員会における主な指摘事項への対応状況について山本病院長より、以下の項目について説明。

問1 転倒・転落対策は入院の充実の次に求められるのが外来であると認識している。次はホットスポット対策を見いだしていくフェーズに入っていくと良い。

⇒外来における転倒多発箇所を分析し、該当する場所（エスカレーター周辺、会計周辺、問診カウンター）を「転倒危険区域」とし、ポスターの掲示をすることで注意喚起をすることになった。

問2 オピオイドスイッチ時における三者確認において、看護師によるカルテ記載率が低い。看護師がカルテ掲載のしやすいテンプレートを作成する等工夫していくとよい。

⇒6月よりオピオイドスイッチに関するテンプレートの運用を始めた。看護師は、医師の指示と薬剤師の換算量が同じことを確認し、テンプレートのチェックボックスをし、サインをすることになった。

問3 WHO 自己評価フレームワーク 2.教育及び研修と 5.施設の安全文化が低いので、どのようにしていくのか示していけると良い。

⇒「看護師の手指衛生に関する組織風土尺度」というツールを用い、「組織風土」を測定することで手指衛生順守率向上のための対策を検討する取組みに努めるようになった。

4 議題

- (1) 愛知県がんセンターにおける医療安全への取組等について
各管理者から医療安全に係る各種取組等について説明。

主な説明は以下のとおり。

ア 医療安全管理について

室副院長（医療安全管理責任者）より、以下について説明

・昨年度までは担当レベルで院内ラウンドをしていたが、今年度からは月1回医療安全管理室全員で院内ラウンドを行うようにした。

昨年度の実績

目標①「インシデントレポートを提出する」について

総件数は目標を上回った（年間5000件以上に対して5089件）が、医師、医師看護師以外の報告割合は目標に達することができなかった。

目標②「患者間違いを減らす」について

レベル2以上0件という目標に対し、2件報告された。

目標③「転倒・転落件数を減らす」について

レベル3b以上0件という目標に対し、5件報告された。（入院4件、外来1件）

目標④「ハイリスク薬の安全な投与」について

抗がん剤・麻薬・インスリンレベル2以上0件という目標に対し、22件報告された。

目標⑤「連携・伝達ミスを防ぐ」

レベル3a以上0件という目標に対し、7件報告された。

・昨年度の状況を踏まえ今年度も昨年度同様の目標を掲げ、プロセス評価目標も選定。

・院外で起因性「はい」、予期性「いいえ」の事例が1件発生した。胆管空腸吻合部再々狭窄にてRIC+MS留置後、数日後腹痛悪化で搬送され胆管炎の診断後、内視鏡処置目的で当院に搬送中亡くなられたという事例。本事例は1週間後に医療事故調査・支援センターへ報告し、医療事故調査委員会を開催し、事例について調査を行っている。

改善事例

① 薬物血中濃度採血が適切な時間に採取できなかった事例について

病棟薬剤師から各病棟での個別講習会を開催し、医師・看護師・薬剤師の役割を明確化した。

薬物血中濃度採血の旨が病棟の採血一覧に記載されていなかったため、依頼コメント・フリーコメントを出力できるようにした。

② 左右誤認し胸腔穿刺を行ったところ、気胸が発生した事例について

タイムアウトの徹底（看護師が声をかける際には手を止めて実施。左右があるものは画像で確認）及び胸腔穿刺・ドレナージの同意書に左右を記載できるように変更し患者さん及び医師にも再度確認できるようにした。

③ 患者観察が不十分だった可能性がありRRS発動していなかった事例について

NEWS National Early Warning Score（早期警告スコア）のテンプレートを導入し、医師、看護師問わず患者の状態を把握し、リスクに沿った対応ができるようになった。

④ 血培結果の速報が医師へ伝わっていなかった事例について

夜間・当直時における血培陽性判定時の伝達手順を明確化した。

- ・令和5年度の検討会等開催件数は下記のとおり

医療安全事例検討会：15件

医療安全事例調査会：3件

臨時医療安全管理委員会：7件

医療事故検討会：1件

イ 感染対策管理について

藤原感染制御部長（院内感染対策責任者）より、以下について説明

- ・感染制御部感染症内科医2名と認定看護師1名が3月末で退職されたため、体制が変わっている。感染症専門医師については非常勤で来てもらい連携をとっている。

2023年度の目標

目標1.「感染対策の指標となる耐性菌のアウトブレイクを発生させない」

- ・手指衛生遵守率 $\geq 80\%$ を目標としたが、昨年5月から5つのタイミングでの調査を導入した結果低下してしまい、77%と目標達成できなかった。
- ・手指消毒薬使用量については、感染対策向上加算1施設より高い水準。
- ・手指衛生キャンペーンや幹部ラウンドを昨年度に引き続き実施する。
- ・WHO自己評価フレームワーク上級レベル376点以上到達。当院の弱点である「施設の安全文化」の得点が上がったが、教育及び研修の資格を持っていた看護師が異動になったため今年度は下がる見込みである。新たに別の看護師に当該資格を取ってもらうようにしている。
- ・昨年度MRSA罹患密度率0.50-0.59 1000patient daysと掲げていた目標について0.54と達成した。今年度も継続目標とする。

目標2.「院内の新型コロナウイルス感染症の封じ込め」

- ・2023年度クラスター発生件数0件
- ・アウトブレイク時にはフェーズ表に基づいて対応する。

目標3.「薬剤耐性菌感染症による患者予後改善」

- ・週5回行っていたASTカンファレンスを体制が変わったことも踏まえて今年度から週3回以上に変更。
- ・昨年度に対するカルバペネムの使用量及び使用日数は適切にコントロールされている。
- ・提案件数の受入率70%以上達成（昨年度77%）。
- ・ASTラウンド時の対象抗菌薬開始前の血液培養採取率80%以上達成（昨年度86.2%）。
- ・血液培養提出2セット（複数セット）採取率を毎月90%以上、年間95%以上

2024年度は下記のとおり目標を掲げる。

目標1.「感染対策の指標となる耐性菌のアウトブレイクを発生させない」

目標2.「薬剤耐性菌感染症による患者予後改善」

- ・コロナに関しては市中の状況が落ち着いてきたこともあり外した。
- ・具体的な内容として目標①はほとんど変更していないが、目標②については、「外来で処方される抗菌薬のうち、AWaRe 分類の Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率を 60%以上にする」を追加。

ウ 医薬品安全管理について

内田薬剤部長（医薬品安全管理責任者）より、以下について説明

- ・「プレアボイド報告活用によるプロトコールに基づく薬物治療管理（PBPM）」については、昨年度で一区切りとし、今年度からはプレアボイド報告の分析に注力していく。
- ・「プレアボイド WG」を「医薬品安全管理検討会議」と名称変更し、プレアボイド報告のみならず、医療安全部門との連携強化し、医薬品の安全管理体制を一元的に管理するような体制整備を行った。
- ・会議では、プレアボイド事例やインシデント、ポリファーマシーの問題を議題とし、各担当者の事例報告を通じて安全対策の共有を図っている。

会議内容は医薬品安全管理責任者へ報告し、必要に応じて院内周知も行う。プレアボイド件数は年間 3500 件を目標に設定し、優良事例は日本病院薬剤師会に報告、重大なリスク事象には安全対策の導入を検討する。

- ・必要に応じて管理台帳を用いて進捗を記録し、現状把握と課題に応じた対策案を策定することで、薬剤部全体で取り組みの一貫性と透明性を保ち、全スタッフが課題を把握できる体制を目指している。

今年度評価目標について

目標 a. 「オピオイドスイッチ時の換算等における三者検討の漏れ数の縮減」

- ・昨年度は誤った換算用量での投与の未然回避 5 件あったが、三者での換算確認は徹底されていない。
- ・対策としてテンプレートを導入し、医師と薬剤師の換算確認。看護師はその換算が同一内容であるかをチェックするようにした。
- ・テンプレートは医師が自動計算、薬剤師は手動計算、看護師はその内容が同一であることを確認している。

⇒オピオイドスイッチ時のスイッチ量換算ミス进行三者確認によって「ゼロ」を継続目標

目標 b. 「注射せん腎機能表示による抗菌薬等の監査制度の向上」

- ・昨年度、照会漏れは 2 例。いずれも急激な腎機能悪化で払い出し時点では適正用量であった。AST の介入で速やかに適正用量に修正されている。
- ・照会後の用量超過で投与された事例は 4 例。うち 2 例は腎機能の改善を見込んでいると医師から回答があったもの。残り 2 例は速やかな修正がなかった。
- ・速やかな修正ができない場合の対応に課題は残るが、今年度も疑義照会漏れ「ゼロ」を継続目標とする。

重度腎機能障害患者（eCCr<30ml/min）に対し、AST が投与実態を把握している広域抗菌薬を対象に、「抗微生物薬腎機能別至適投与量」から逸脱した場合は、確実に医師へ疑義照会を行う。その照会漏れ「ゼロ」を目標

目標 c. 「経口抗がん薬（外来処方）の腎機能に応じた至適用量の逸脱」

・IA 報告により、低腎機能患者に減量なしで外来処方されたエスワンが副作用を引き起こし、緊急入院に至る事例が発生した。この事象の大きな要因として、院外処方箋を応需する保険薬局で体表面積や腎機能を把握する手段がないということであると考えている。現在、医療安全部門や医薬品情報室が担当となり、院外処方箋への臨床検査値データ表示の対策に取り組んでいる。これらを踏まえて、「腎機能に応じた至適用量から逸脱があった場合には 100%疑義照会を行う」と、目標設定をして対策を行っていく。なお、進捗報告は今後も行う予定である。・

エ 医療機器安全管理について

小島医療機器管理室長（医療機器安全管理責任者）より以下について説明

・令和 5 年度目標について

臨床検査部門「血ガス測定機器の管理体制の強化」

令和 4 年度末に機器、消耗品などの管理、制度管理、運用方法などを年度末にかけて見直したため、インシデントの報告件数を注視していた。

・令和 4 年度 2 件に対して令和 5 年度は 1 件と減少した。今後も注視していく。

臨床工学部門「医療機器（人工呼吸器）の適正使用。エラーを未然に防ぐ」

・数年に一度、人工呼吸器のセッティングに絡むインシデントが報告されているため調査した。

・アナウンス等によりチェック表の未記入率は減ったが、まだゼロにはならないので、引き続き未記入率ゼロを目指す。なお、インシデントは発生していないためチェック表の改訂は行わない。

放射線部門①「CT 装置および MRI 装置の有用性・安全性に関する研修を数回/年程度実施する。」

・年度内に更新された装置 2 台について、それぞれ従事する技師を対象に研修を行った。

放射線部門②「治療計画業務に関するインシデント、ヒヤリハットを前年度よりも減らす。」

・代務医師が多く在籍するため、特に治療計画に絡むミスが起きないように、業務マニュアルを作成して渡している。

・令和 3 年度にマニュアルを作成し、令和 4 年度は減少したが、令和 5 年度でまた増加した。

・マニュアルのボリュームがあり、全て読みきれていないことが考えられるので、今後は起きた事象に着目した具体的なマニュアル改正が必要だという意見があがっている。

令和 6 年度目標

- ・臨床検査部門「生化学検査の結果報告遅延発生件数の削減」
- ・臨床工学 看護部門「過去に提出した医療機器に関するレポートの検討」
- ・放射線診断 IVR 部「より安全に精度高く使用できるように安全使用のための研修を適宜行う。また医療機器ではないが、当部以外の X 線防護衣の管理ができていない状況のため、当部にて院内全ての X 線防護衣の点検・管理を行う。」
- ・放射線治療部「診療用高エネルギー放射線発生装置（リニアック）、診療用放射線照射装置（RALS）の安全性に関する研修を、数回／年実施する」

オ 医療放射線安全管理について

稲葉放射線診断・IVR 部長（医療放射線安全管理責任者）より説明

医療被曝適正化への取組報告

CT に関して

- ・古い機種は線量が高くなる傾向があるが、基準値以内で撮影できている。
- ・各患者さんで総線量を追うことは可能だが、現時点では個々の機器に対して一回一回の検査で問題がないかというのを見ている。
- ・規定体重外でも線量は体重に比例している。
- ・検査内容の適正化までの言及は困難。

IVR に関して

- ・2 Gy を超えた場合でも皮膚障害は生じてない。
- ・内容によって線量が多くなる傾向があるというのは問題となる。連続透視でなく、パルス透視で使っていくことによって軽減しようと工夫している。

CT の傾向と対策

- ・治験においては、治験に入る前に、撮影方法をもう一度吟味する必要がある。
- ・実臨床においても、実際にダイナミック造影の必要性をあらかじめ検討する必要がある。
- ・現在、線量管理というのではできているが、それをさらに深く掘り下げて、検査に対して立ち入る必要があるということで取り組んでいる。

（2）愛知県がんセンター医療安全改革実行プラン 2023 の進捗状況について

山本病院長より説明

- ・今回が最終報告となる。25 項目中 A 評価が 20 項目、B 評価が 5 項目。B 評価については、以下のとおり。
- ・取組 3 「病院機能評価（一般病院 3）の受審」
今年度 12 月に受審予定であるため現段階では B 評価。
- ・取組 13 「感染対策に関する病院長主導の取組の実施」

手指衛生順守率 80%以上の目標未達のため B 評価。

- ・取組 17「特定集中治療室の充実」

ICU の充実にあたってまだ取組段階ということで B 評価。

- ・取組 19「IC 実施時の看護師の同席」

同席率 90%以上の目標未達のため B 評価。

- ・取組 21「インシデント・アクシデントレポートの職種別割合の増加」

医師からの報告割合 10%及び医師、看護師以外からの報告 20%の目標未達のため B 評価。

(3) 特定機能病院としての取組と各種立入検査等における指摘事項の改善状況について
山本病院長より説明

特定機能病院として行われた、医療法第 25 条に基づく立入検査および特定機能病院相互立入検査の結果を報告。

医療法第 25 条に基づく立入検査について

- ・指摘事項について、改善計画書を作成し東海北陸厚生局へ提出した。

特定機能病院相互立入検査について

- ・愛知医科大学病院と実施し、いただいた助言を基に改善できるよう検討している。

(4) 院内ラウンド

病棟 (5 東) ⇒手術室⇒医療安全管理室⇒感染制御室の順番でラウンドを行った。

(5) 質疑応答

(長尾委員)

- ・連携・伝達ミスを防ぐことを目標に掲げているが、定義はどのようなものか。

(室副院長)

- ・両者間の連携・伝達を防ぐことを想定してそれをモニターしている。

(長尾委員)

・左右誤認により気胸が発生した事例があったとのことだが、オペ室以外での処置におけるマーキングやタイムアウトを行う予定はあるか。

(室副院長)

- ・この事例の時点でもタイムアウトを処置の前に行うことにはなっていた。

(長尾委員)

・臨時医療安全管理委員会が 7 件あったとのことだが、今後は臨時会議の事案についてはタイトルだけでも資料に載せると良い。

(長尾委員)

・ICT部門の自己評価フレームワークについて、「教育及び研修」がどういう状況だと低くなるのか気になる。

(藤原部長)

・何かの項目が物理的に通らないものがあるため低くなる。具体的にどこがというのを今は示せず申し訳ない。

(長尾委員)

・分析結果等を次回教えてほしい。

(長尾委員)

・ポリファーマシーの対策とは、具体的にどのようなことをしているのか。

(内田部長)

・監視項目の中に入れていないわけではないが、基本的に退院時などに院内での処方状況を踏まえて院外との薬局ともおくすり手帳を活用しながらできるだけ関与するように心がけている。

(長尾委員)

・全体的にプロセスとアウトカムを意識した取組が定着してきた印象を持つ。医療安全監査委員会で指摘してきたことが具現化しつつあると感じる。また、特定機能病院に求められている医療安全・感染・薬剤・機器・放射線部門で非常に活発に取組が進められていると認識した。

・次の目標としては、病院や安全部門の目標が十分に浸透しておらず、師長や安全担当者が少なくとも目標の概要を説明でき、スタッフも日常的に意識する状態が理想だと思う。病院の目標と部署の目標が一致し、現場が一体となって取り組むことでガバナンスが確保される。具体的には、病院の目標から重点項目を選びつつ、部署独自の目標も併せて掲げるのが効果的だと思う。

・感染に関して、100%に届いていない部分に対してどうアプローチしていくかが次の課題。階層化して掘り下げた要因解析が必要になってくると思う。

・薬剤に関して、安全と連携して具体的な目標を設定し、監査委員会での指摘事項を実践されている点や、台帳を使い、問題解決の8ステップに基づいた綿密な改善活動をしている点は素晴らしい。オピオイドスイッチの三者検討の確認率測定といったプロセスも素晴らしい。今後は要因解析を進められるとのことで、次回も進捗報告を期待している。また、注射せん腎機能表示による抗菌薬等の監査精度の向上に関してだが、疑義照会漏れゼロという課題達成目標に終わらず、その先にあるアウトカム目標を明確にすることで、良い取り組みに繋がると考える。

・医療機器について、前回に比べてアウトカムが明示されて分かりやすくなったが、取り組むべき問題かどうかを安全部門とインシデントの現状を踏まえて慎重に検討する必要があると感じた。また、プロセスとアウトカムの見せ方が文章的で視覚的にイメージしにくかった。プロセスが良くなってきた結果、悪いアウトカムが減少したという線対称の数字の見せ方をするとさらに良いプレゼンになると思う。

・放射線について、外れ値対策に今回ずいぶん踏み込んでいるという印象を持った。具体的な治療や検査内容に踏み込むことは中々難しいものの、要因まで突き止めているのは、次へのステップとして有用だと感じた。

・ラウンド結果について、病院の目標を意識した上での部署の取り組みというのが弱く感じるのと、患者確認手順について、シンプルな原理を説明できる方が少ないと感じた。患者側から提示された二識別子と医療者側の手元にある二識別子の突合をしない限り、次の工程に入ってはならないということを理解する必要がある。

・手術の遺残対策について、カウントが途中なのに閉創を始めてしまうスタッフがいるということだが、カウントが合わない、待ってくれと言った時には手は止めなければならない。執刀医が閉創宣言をしてから、カウントを確認した上で、サインアウトとともに閉創を開始する、という医療機関もある。検討いただければと思う。

・ハイリスクカンファレンスについて、次の課題としては、カンファレンスのばらつきを防ぐため、カンファレンスフォームとかカンファレンスシートのようなものが用意できるとよいと思った。

(森田委員)

・令和5年度の転倒転落のレベル3b以上が5件とのことで、これは骨折等という理解でよいか。

(室副院長)

・全て骨折等であった。

(森田委員)

・これだけの規模・オピオイドの麻薬を使っている患者さんの多い病院でこの件数に抑えられているのはきちんと取組をしていると伝わってくるが、前年度との比較をする際には件数ではなく率で比較するほうが比較しやすいと思う。転倒率というのはもうすでに出しているという理解でよいか。その場合低くなってきているという理解でよいか。

(戸崎室長)

・転倒率は出している。令和4年度と令和5年度を比較すると入院患者について病棟全体で2.66という形で下がってきている。今年度はここまで少し上がってきているので、転倒率も踏まえて対策を考えていきたい。

(森田委員)

・プロセス評価では転倒アセスメントスコア危険度II以上のNCP立案率を掲げている

が、転倒防止のための実施率を表せると良いと思う。計画だけ立てても実施できていなければ結びついていけないと思ったので検討していただければと思う。

(森田委員)

・RRS を起動できるようテンプレートを作成したとのことだが、これは24時間対応という理解でよいか。

(戸崎室長)

・24時間対応である。平日の勤務帯は4東の看護師、夜間・休日は当直師長が担当としてまずは連絡を受けるようにしている。看護師からの報告が上げやすいようにしている。

(森田委員)

・24時間体制で誰が対応してもできるという仕組みづくりは重要だと思うので継続して取り組んでもらいたい。

(森田委員)

・WHOのフレームワークについて、教育研修が2022年は75で高くなっているが、2023年でまた60と低くなっている。同じ項目の下がった部分については、確実に分かると思うので、要因を把握して、次からの対応策に生かされるともっと高い値に持っていくことができると思う。

・全体として非常に真摯に改善策に取り組んでいるのが伝わってきた。特にこれから重点的なところはPDCAのサイクルをしっかりと回して改善をしていくように見受けられたので、とても素晴らしい取り組みをしていると感じた。続けて頑張ってもらいたい。

(加藤委員)

・たくさんスタッフが頑張っていると感じた。これからも引き続き改善活動を継続してもらいたい。

(森際委員)

・委員によるこれまでの様々な指摘に対して誠実に対応され、プロセス・アウトカムいずれについても要領が定着してきている。他の委員の評価と同様に、多としたい。

・振り返ると、かつては(システムのよしあしを閑却し、そこには問題がないとの前提で、個人の責任を問う)「誰が」という問題意識だったのが、システムの「どこが」問題なのだという<システム論的思考>に発想が展開している。人を問題にする場合でも「誰が」ということではなく、「(システム運用の)担当者が誰か」というところに問題意識が向かっているなど、システム運営に意識が展開していることを確認した。

・(システム運営の観点からは)担当者間の役割分担確認やシステム全体の理解を深める(コミュニケーションの機会が大切で、そのための)会議を制度化することが(負担が増

えることにはなるが、それを補ってあまりある成果が期待されるので) よいと思う。

・すでにプロセス・アウトカム (の実施と確認システムの) 定着は、かなりできていると思っている。さらなる向上のための、次の段階はなにか。やるべきこととやるべきでないことがある。

もったがंबろうとの安全意識の向上とそのための日常業務の増加は、一見、望ましいが、実は業務増加の負担だけでなく精神的な負担が増え、負担過多となり、非効率であることが多い。それは本来の医療業務の水準の低下を招きかねない。むろん、その場合には、やるべきでない。

やるべきなのは、このような負担が要求されない方策である。それは、ミスコミュニケーションやアクシデントを減らすために、その機会を減らすこと。すなわち、そもそもコミュニケーションや人為的介入をできる限り不要にするシステムを構築することである。それには、インシデントの要因分析とともに、最小限の伝達・手間で安全性を維持・向上させる、<システムの自動化>を目指すことが必要である。

・システムが最小限の人為的介入ですむようにするためには、自動化できるところ、特に (以前述べたように、アーキテクチャの簡単な変更など、) 大きな予算を使わずに工夫ができるところを探し、そこに確実に予算をつけられるサブ・システムを構築し、負担が少なくなることによって医療システムの安全性が向上する win-win のシステムをサポートしていくべきである。

・この考え方は、システムの、人間が介在していた部分を減らし、どうしても人為が必要な部分については、(そこでの手順の習熟によって) いい意味でルーティン化することで実現される。ここでの「ルーティン化」とは、車の運転を思い浮かべるとわかりやすい。運転に慣れることで自然と負担が減り、作業が効率化される。それと同様に、システムが要求する人為は、あまり意識しなくても当然にできてしまうというレベルを目指すということである。そのために必要な修練や手立てはなにか。

・以前、PDCA サイクル運用の改善には「何のためのサイクルか」という目的 purpose の周知が不可欠であることを述べた。システムの運用は、(同じ平面をぐるぐる回るのではなく、PDCA サイクルの反復なので)螺旋的展開になる。目的が周知され、それに向けた運用が行われると、システム運用は螺旋的に向上をもたらす。(でなければ、方向性を失い、いわゆる悪循環 vicious cycle になってしまう。)

医療安全の螺旋的向上のためには、医療安全システムの一部でもある (自分が担当している日常の) 業務が、どのような機序で医療安全という目的達成に関わっているか、を各人がノウハウを含めて知っているのはもちろん、そのためのサポート体制・協力体制の現状はどうか、その向上には予算・システム再編等、何が必要かを協議できるシステムが必要である。それが「さらなる向上のための、次の段階はなにか」に対する答えとなろう。

5 閉会

(堀田委員長)

・全体的に、この数年間で愛知県がんセンターにおける医療安全の取り組みは非常にシステム化・軽量化され、プロセスとアウトカムをできるだけ直線上に表記するという取り組みがなされてきており、医療機関において求められている水準は達成していると思う。これからは特定機能病院としてさらに持続して成熟させていくというプロセスに入ったと思う。

・気になった点として、医療安全の目標をどうやって部署におろしていくのか、部署で具体化またはフィードバックされるといった流れがもう少し下まで浸透するといい。

・オピオイドの三者確認で、テンプレートを変えたことによって、非常に実施率が高くなった。これは現場の状況に合わせて改善していく一つのいいモデルになったと思う。

・PDCAの先にあるものは何かというと、S(スタンダード)と言われている。今後はPDCAを回すだけでなく、標準化してそれを全員が守れる。特に意識しなくても回していることが重要になる。

・医療安全の目標を達成するにあたって、今は医療者間の医療安全というものが主になっているが、患者さん自身が医療安全に参加できるような仕組みを今後は考えていくとより良くなるのではないか。例えば患者間違いとか左右間違いとか部位の違いとかを患者さん自身がおかしいと発せられるような仕組みも必要だと思う。いずれにしても、今日いただいた意見を今後の医療安全活動に生かして次の目標に繋げてもらいたい。

6 その他

・次回の委員会は、1月16日(木)の午後2時00分から開催予定。

⇒会議後：2月10日(月)に変更

以上