

令和6年度第2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7年2月10日（金）14:00～16:30

○開催場所 国際医学交流センター大会議室

○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）

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
- ・病院長補佐兼放射線診断部長 稲葉吉隆（医療放射線安全管理責任者）
- ・病院長補佐 古平毅
- ・病院長補佐兼医療安全管理部医長 伊藤誠二
- ・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
- ・感染制御部感染制御室 専門員 千種智之
- ・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

- ・愛知県病院事業庁長 高橋隆
- ・愛知県病院事業庁管理課課長 三島正樹
- ・愛知県病院事業庁管理課課長補佐 鈴木雅登
- ・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【愛知県病院事業庁長 高橋隆】

3 報告事項

令和6年度第1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 病院や安全部門の目標が十分に浸透してきておらず、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である。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い。

⇒医療安全管理の病院年間目標をポケットマニュアルに掲載し、また各部署には病院全体の目標と部署の目標をどちらも掲示し、職員が日常的に意識できるようにした。

問2 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、計画だけ立てても実施できていなければ結びついていかない。

⇒医療安全部門におけるプロセス評価目標「転倒アセスメントスコア危険度Ⅱ以上のNCP立案率100%」の継続とともに、転倒リスクを職員が情報共有できる対策としてピクトグラムを考案し、ベッドサイドに掲示するよう11月から運用を開始した。

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

- ・報告事項にて山本病院長が説明したとおり医療安全の目標をポケットマニュアルに記載。10月にポケットマニュアルを臨時発刊したのでそのタイミングで掲載した。

医療安全の目標（4～11月実績）

目標①「インシデントレポートを提出する」について

- ・件数は3,724件（466件/月）このペースでいけば目標を上回る見込み。医師、医師看護師以外の報告割合は昨年度より改善傾向にはあるものの目標には達していない。

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、1件報告された。また、全体の報告件数は増加している。

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、3件報告された。また、全体の報告件数は増加している。

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、4件報告された。重篤な事例は減っているが全体の報告件数は増えている。

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、6件報告された。すでに昨年度と同様の件数に達している。

プロセス評価目標「患者間違いを減らす」について

- ・胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺のタイムアウトを調査したところ11月・12月はどちらも97.6%であった。原因としてテンプレートを立ち上げずに穿刺していたことなどがあり、注意喚起し、1月は100%となった。

プロセス評価目標「転倒・転落発生率を減らす」について

- ・転倒転落アセスメントスコアシートにより転倒リスクを評価し、該当患者さんのベッドサイドにピクトグラムを掲示

11月までの検討会等開催件数について

- ・医療安全事例検討会：6件
- ・医療安全事例調査会：1件
- ・臨時医療安全管理委員会：3件
- ・医療事故検討会：0件

臨時医療安全管理委員会検討事例について

- ・子宮頸がん RALS 目的の患者に他院で子宮頸管拡張器具を挿入、当院で抜去できず、途中で離断し遺残した事例を検討。
- ・胸腔鏡下食道亜全摘術施行後、右上肢不全麻痺の事例を検討。その後外部委員を招いた医療安全事例調査会でも検討した。

- ・胃癌、肝転移、腹膜播種、腹水貯留の患者にビロイ（新規抗がん剤）を投与し、翌日に薬剤性肺障害により死亡した事例を検討。

インシデント事例からの改善事例について

- ・腎機能低下の患者にエスワンを減量せずに処方されていた事例があったことを受け、院外処方箋に検査値表示を追加した。外部の調剤薬局でも確認ができる仕組みとした。

ImSAFER によるヒューマンエラー事例分析会について

- ・今年度 4 件実施。リスクマネジメント部会後に多職種により開催した。

院内・院外死亡事例について

- ・院内・院外ともに起因性「はい」、予期性「いいえ」の事例は 0 件であった。

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

（ICT 部門）

目標（4～10 月実績）について

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、5つのタイミングでの調査を導入してから低下してしまい、70.1%と目標達成できなかった。原因分析した結果、特に患者周辺の物品に触れた後や患者さんに触れる前の順守率が落ちている。現場の声を聴くと患者さんの近くの物品を持ったまま出ることや書類などを持っていて手指消毒ができないことがあるとのこと。また、職種別に見ると医師と看護助手が低い。

- ・手指衛生キャンペーンや幹部ラウンドを引き続き実施している。

- ・WHO 自己評価フレームワーク上級レベル 376 点以上到達を目標としていたが、今年度は 320 点となる見込み。「教育及び研修」、「職場での注意喚起」、「施設の安全文化」が低下傾向。原因としては、ポスター等をどうしても外さなければならなかった等細かい原因があった。

- ・MRSA 罹患密度率 0.50-0.59 1000patient days と掲げていた目標については、0.54 になっている。

耐性菌（MDRP）のアウトブレイクについて

- ・8 月、気管支吸引痰より MDRP 検出。6 月の検出菌より耐性化しており、接触予防策などを強化している状況であったため、ICT ラウンド等でチェックしていた。

耐性菌（MDRP）は検出されたもののアウトブレイクには至らなかった。

（AST 部門）

目標（4～9 月実績）について

目標②「薬剤耐性菌感染症による患者予後改善」

- ・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%以上目標のところ毎月達成および平均値も 96.4%と上回っている。

- ・AST カンファレンス対象抗菌薬開始前の血液培養採取率 80%以上目標のところ、単月で見ると 6 月が 71.2%と悪かったものの平均値は 81.9%と目標を上回っている。

指定広域抗菌薬の使用率について、昨年度使用量維持を目標に掲げているが、重症の患者さんが増えた影響で若干増加傾向にあるものの大きな問題は無かった。

- ・AST カンファレンスのべ提案件数（受入率）について、70%以上目標のところ 74.7%と上回った。

- ・外来抗菌薬サーベイランスについて、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60%以上またはサーベイランスに参加する医療機関全体の上位 30%以上であると抗菌薬適正使用体制加算がとれる。使用比率は 55.6%だがサーベイランス機関（J-SIPHE）にデータ提出している機関の中では上位 10%以上に入っている。

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

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について

- ・今年度、薬剤師は適正な換算用量をカルテに記載していたが、医師が誤った指示を入力。看護師はそのまま投与し、結果的に過少投与となった事例が発生した。

各職種の換算をチェックしあうという役割が明確ではなかったことが要因であると考え、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。

- ・運用開始後、適用率は 100%。換算ミスも 0 件となっている。

- ・8 月にミスには繋がっていないが、薬剤師のチェックが無いまま投与された事例があったため、再度周知を徹底した。

- ・看護師のカルテ記載率は大幅に改善された。しかしサイン漏れが 10%弱継続して発生しているので、更なる周知を進めている。

注射せん腎機能表示による抗菌薬等の監査制度の向上について

- ・今年度は用量超過について 7 件未然に防いでいる。用量超過事例は 2 件あったが、オーダー後に腎機能が悪化した事例で AST や薬剤部の介入で速やかに修正ができています。これらを踏まえて腎機能に応じた監査は適切に実施されていると判断。医薬品安全管理会議でのリスク分類もスコア 1 まで低下しており、腎機能に基づく疑義照会は定着したと考えている。そのためこれらの調査は一度終了とする。

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への対応について

- ・医療安全管理部、臨床検査部、医療情報管理部で協議し、10 月から院外処方箋への検査値表示を開始。11 月には、保険薬局から腎機能に関する疑義照会は 4 件あり、うち 1 件は処方量変更となった。これらを踏まえて院外処方箋の検査値表示は、適切な処方箋鑑査に貢献していると考えている。この検査値表示の効果については、来年度以降に再度検証を

予定している。

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 6 年度目標中間的な結果報告について

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」

- ・外来患者のみに使用していたトロンビン添加の生化学検査用急速凝固採血管（A-17）を、入院患者にも使用開始。その結果、凝固時間の短縮とその後のフィブリンによるつまりが発生せず、現時点では検査の遅延は発生していない。

臨床工学部門「医療機器に関する令和 5 年度分の IA レポートの検討」

- ・令和 5 年度に提出された内容を把握した。発生原因別で見ると一番多いものが機器使用時の確認不足で 24 件、次いで機器の使用方法で 11 件となっている。

- ・内容分析をした結果、使用者の思い込みや業務の効率化からやるべき手順を踏んでいないことに起因しているケースが判明。これらについて医療安全研修で周知していく予定である。

放射線診断 IVR 部「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」

- ・最新医療機器、装置有効性と安全性、造影剤に関する安全性の研修を行った。

「当部にて院内全ての X 線防護衣の点検・管理を行う」

- ・院内 157 枚の X 線防護衣を確認したところ一部損傷の見られる防護衣があった。早急の使用停止や廃棄の注意喚起を行った。

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」

- ・5 月、7 月、9 月に研修を行った。

オ 医療放射線安全管理について

稲葉病院長補佐（医療放射線安全管理責任者）より説明

医療放射線の安全管理について 2020 年度～2024 年度の総括

- ・診断参考レベルが 5 年おきに更新。現在は 2020 年度施行されたものに則って分析しており、最終年度ということで総括とする。

CT について

- ・個々の CT 機種は DRL 基準以内で撮影できているものの古い機種になると線量が高くなる傾向にある。2025 年度版 DRL では更に厳しくなる可能性があるので、今後対策を検討していく。

- ・規定体重外でも線量は体重に比例する。

- ・各患者の総線量を追うことは可能であるので、検査内容の更なる適正化を目指す。

IVR について

- ・装置の基準透視線量率のDRL値は十分に担保している。
- ・血管造影での線量はIVR手技内容による。2Gyを超えた症例でも皮膚障害は生じていないが注意していく必要がある。

（２）院内ラウンド

- ・病棟（８西）⇒手術室⇒外来・放射線診断部（時間の都合で二班に分かれてラウンド）の順番でラウンドを行った。

（３）質疑応答

（長尾委員）

- ・転倒ハイリスク患者さんのピクトグラム表示についてどう分類された人がどのくらい転倒したのか検討はしているか。

（戸崎室長）

- ・事例ごとに検討はしているが、ピクトグラムに基づいた検討はできていない。今年度末にピクトグラムの有効性も含めて検討していきたい。

（長尾委員）

- ・転倒転落WGのようなものがあるのか、医療安全管理部として行うのかどちらであるか。

（戸崎室長）

- ・医療安全管理部門の下にある転倒転落予防対策委員会で検討する。それらも含めて医療安全管理部も絡んで検討していく。

（長尾委員）

- ・ImSAFERの取組を積極的に行っているのは素晴らしいが、問題は再発防止策の定着管理をどうしているのか。何か現状実施しているものはあるか。

（戸崎室長）

- ・ImSAFERで取り扱っている事例が発現頻度の低い事例であり、その後まで追いかけてはいない。今後の課題としていきたい。

（長尾委員）

- ・再発分析ツールを用いて出てきた事例は少なくとも当該部署では重要なものである。定着するかどうかのフォローアップは必要であり、例えば3か月ごとに現場ラウンドを行い実践状況のチェックをしないとやりっぱなしになる。再発防止策を立てたときに3か月後のチェック項目も決めておき、できれば事前通告無しでラウンドチェックをできると良い。大体2年くらいはフォローしないと定着しない。定着状況を管理する表を作ってまた本会議で共有できると良いと思う。

（室副院長）

・月1で医療安全ラウンドにて、ImSAFER 事例も含めもっと幅広く安全確認やフォローアップができる体制を検討していく。

(長尾委員)

・感染部門のアウトカム指標についてできれば数値目標が良いと思う。特に「薬剤耐性菌感染症による患者予後改善」は数値化してそれを経年的に追っていけると良い。今のままでは何を指すための各種取組なのかが分からない。

(藤原部長)

・「予後改善」は数値化できるものでないので、文言の修正を検討する。

(長尾委員)

・薬剤部門のアウトカム指標がはっきりすると良い。

(内田部長)

・明確にアウトカム指標を示すのが中々難しくできていない。今後の課題である。

(長尾委員)

・ラウンドでも現場は自分の職種に関連する内容は答えられるが、病院全体として医薬品安全が今年度何を目標にしてどんなプロセス指標を持とうとしているのかが答えられていなかった。

(長尾委員)

・医療機器について臨床検査部門の目標「生化学検査の結果報告遅延発生件数の削減」についてはアウトカムとは言わない。あくまで検査部門内での目標であって、患者の有害なものを減らすということにはなっていないのが気になる。他の目標も同様で部署内業務の業務改善目標になっているのがもったいない。取組は良いことだがその結果患者にとっての何を減らすのかを意識してアウトカム指標を立てた方が良い。

・放射線部門については患者の被ばくを抑えるということを達成しようとする綺麗な画質ではないので診断エラーが出てくる可能性が出てくる。ではそれはどのくらい悪い結果として芽生えてくるのかといった、患者にとって良いことをしようとする一方悪いことも生まれるかもしれないという両方を量っている。目標設定が明確で分かりやすかった。

・管理図について中心線と管理上限値・下限値を3シグマで線を引いてみるとシグマの線と折れ線グラフの動きから異常判定ができるので導入されると面白いと思う。

・高線量になった人達の内訳がどうなっているのか。次の戦略として高くなっている人たちをより少なくできるよう現状把握していけると良い。

・ラウンドの印象として、病院の目標が正しく現場に浸透して改善のための努力をしているかという一直線化がまだまだ弱いと感じた。特に職種間でのそれぞれの目標の共有や、全体の目標達成のためにどういう取組をしているのかを綺麗に説明できるようになってく

ると良い。よく答えてくれる人もいたが違う回答やポケットマニュアルを見ないと答えられないケースもあった。その中で手指衛生についてはよく浸透していた。どの目標についてもそうになっていくのが理想。目標自体も分かりやすく設定すると良いのではないか。

（森田委員）

・インシデントレポートの提出件数の目標について、患者影響レベルがどうだったかなど内訳も加味されると次の手を打てると思うので検討しても良いと思う。

（森田委員）

・転倒転落防止のためのピクトグラム立ち上げの際に、認識力と活動領域の2つだけから分類したのはなぜか。要因はもっと多数あると言われている中でこの2つに焦点を当てたのは適切なのか。また根拠はあるのか教えてほしい。

（戸崎室長）

・転倒転落防止委員会などでも議論した。認識力を選択した理由は、患者さんをお手洗いや移送先に連れて行き、看護師がその場を離れた後にちゃんと呼んでくれるかどうかを明確にしようということからピクトグラムでその場を離れないことを選択するために選定。活動領域については、アセスメントスコアシートを作成した際に、この項目ができていなかったら必ず介助が必要だと明確になっていたことから選定。また、検討している中でアセスメントスコアシート内の他項目にチェックが入る場合には、必然的に認識力あるいは活動領域の項目にもチェックが入ることが判明したこともあり、看護師が一目でわかりやすいようこの2項目とした。

（森田委員）

・これらの内容を看護師は十分理解しているということで良いか。

（戸崎室長）

・転倒転落防止委員会には師長以外に現場レベルの副師長も入っており、現場の意見も取り入れた。また、看護部内で看護管理者達でも検討した。

（森田委員）

・今後はピクトグラムでの情報共有についてどうやって対策に活かしていくのか更に進めて行ってほしい。これはベッドサイドに行かないと分からないということで、患者さんが移動したときどうやって発見すればいいのか、他職種の中でも理解できるようになると良いかと思う。

（森田委員）

・臨時の医療安全管理委員会にて検討した「胃癌、肝転移、腹膜播種、腹水貯留の患者にビロイ（新規抗がん剤）を投与し、翌日に薬剤性肺障害により死亡した事例」について、事故調査会からは外れているという理解で良いか。

(室副院長)

・病状がかなり進行していたということで、起因性「はい」、かなり厳しく患者さんに説明していたということで、予期性「はい」となり事故調査会とはならなかった。

(森田委員)

・薬剤に届出はしているという理解で良いか。

(室副院長)

・届出はしている。

(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)

・手指衛生のWHO自己評価フレームワークについて、昨年度から各項目スコアが下がっているが、特に「職場での注意喚起」、「施設の安全文化」は大きく下がっている。原因は何であると考えているか。またその分析結果を踏まえてどんな対応をするのか。

(藤原部長)

・昨年度と評価者が代わっており、前回は過大評価あるいは今回は過小評価された可能性はある。昨年度と評価の仕方や基準が違ったことが要因であると考え、前回とどこが違ったのかを確認して改善活動を検討していく。

(森田委員)

・ラウンドで気になった点として、病棟には病院目標が掲出されていたが、外来では看護師の休憩室に掲出されていた。外来は多職種が関わっているので、職員誰もが分かる位置に掲出した方が良かったと思った。

(森際委員)

・ラウンドの際に感じたこととして、病院全体としてどうするのかという意識が担当者間で十分ではなく、これには上下の意思疎通だけでなく、横の連携を意識すべきだと感じた。(全体状況をトップが完璧に把握していると仮定しないかぎり、トップダウンでは不十分である。さらに、)トップダウンで考えても、指示や病院の目標について紙ベースかつ

小さな紙にぎっしりと文字が書いてあると読む気にならないと思う。紙ベースで情報を下ろしていくのであれば、レイアウトを工夫して印象に残るようにしたい。

・（上下の双方向、また、横の連絡を実現するには、）今後はイントラネットの活用を推進するなど紙に頼る度合いを少なくしていき、院内全体のコミュニケーションが取れるようなシステムを構築するのが望ましい。

・以前からこの委員会で提案しているが、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が重要である。人為が介入することは人為的ミスリスクを意味するから。やむを得ず介入する場合には、たとえば手指衛生について患者さんの物を触った後の手指衛生順守率が低いのであれば、ベッドサイドに手指消毒剤を置いたり注意喚起のピクトグラムを掲示したりするだけでも順守率が上がると思う。要は、アクターの注意力・集中力を要求する方法ではなく、行動パターンの合理化やアーキテクチャの工夫など、なるべく負担をかけない方法で患者ファーストのシステム改善を検討してほしい。

・外来のラウンド時に感じたこととして、患者の安全のため名前など個人情報を聞こえるところで確認するのはまずいと思った。幸い現在、中待合などは使っておらずそういうことはやっていないということだったが、以前は使っていたということだ。（名前の確認などの）安全確保は事故を防止し、患者の健康と尊厳を守るために大切なものだが、それはあくまで求められることがらの一部に過ぎない。診療個人情報が隣の部屋に聞こえるなどあってはならず、患者さんのプライバシーをしっかりと守りつつ安全を確保して初めて患者の尊厳を尊重したということになる。患者ファーストの目線を持ち、そこまで考えるべきだろう。

・人為的介入の削減、介入がある場合のリスク低減方法として、医療システムを合理化する IT、とくに、EMR と AI 診断が注目されつつある。EMR(electronic medical record)とは日本では電子カルテのことを指すが、欧米では広く電子化された医療情報のことを指す。現在、AI の開発は文字通り日進月歩で進んでおり、電子カルテだけでなく、電子データ化できる主だった情報はすでに AI が読み込んでいる状態であり、我々が考えてるよりも遥かに早く AI による正確な診断が行われるようになっていく。全人類の医療情報を蓄積するので遠からず人間よりも優れた診断ができるようになると思われ。そういった状況になった際の医療安全についても考えていかなければならない。とくに、AI とどう関わるか、という課題について。

・アメリカでの論争状況として、AI は医療者の相談相手という位置付けだったのが今は医療器具にすぎないという位置づけに後退した。医療器具に相応しい従属的な扱いをすべきだということになっており、そうすると AI の一番良いところを活かすことが難しくなってくる。日本では、たとえばダビンチは当初、人間による手術を補助する医療器具とされていたが、現在では、ダビンチを用いた手術を第 1 次的に考える運用になってきたと思う。AI についても、回り道せずに、すなわち AI の長所を活かした使い方が定着する医療システムを考えるべきである。

・むろん、これは医療器具でもある AI を使うことに伴うリスクを無視せよ、と言っているのではない。リスクアセスメントについても AI 診断が実用になる前に日頃から考え、リスクを管理しつつ自分の仕事にどう活かすのかを考える必要がある。その日が来てから考えるのではなく事前に考えるべきであることを強調したい。

5 閉会

(堀田委員長)

・全体的に、プロセスとアウトカムをできるだけ直線上にするという意識はかなり定着してきたと感じるがまだ十分ではない。資料の作り方に関しても医療安全管理部の報告は綺麗にアウトカム指標とプロセス指標が書き分けできていて、数値化できるものは数値化している。他の部門も是非この方式を見習って作ってもらいたい。

・去年から今年にかけて様々な新しい取組が導入されている。ベッドサイドのピクトグラムや院外処方箋への検査値の記載、オピオイドスイッチの三者検討の仕組みづくりなど各部署が取り組んで少しずつ良くなっているものがどこまで医療安全につながったかを見れるような仕組みになって行くと更に良いと思う。

・人手が必要になることになるので、例えば看護師さんのカルテ記載を音声で出来るようにするなど AI を用いて人が直接入力する時間を減らすシステムの導入についても検討してってもらいたい。

以上