

令和7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7年6月6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
- ・病院長補佐 安部哲也
- ・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専門員 山口真由美
- ・医療安全管理部医療安全管理室専門員 曾根裕美子
- ・医療安全管理部医療安全管理室主事 長谷川弾
- ・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 岩間訓功
- ・医療情報管理部室長補佐 立川裕子
- ・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 鈴木雅登

- ・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 丹羽康正
- ・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主査 朝日陽一
- ・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 丹羽康正】

3 報告事項

令和6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。

⇒ピクトグラム表示に基づいた転倒率は未だ評価できていない。理由としては、現在使用しているピクトグラムの表示の有無を判断するための転倒・転落アセスメントシートの構成が、データ収集をするのに適していないためである。したがって、アセスメントシートの構成を全面的に見直し適切なデータ収集を行えるよう予定している。

取り組み開始後の転倒転落の報告には、ピクトグラム表示をすべき患者さんに表示していなかったがために生じた事例や、ピクトグラム表示はされていても表示に従った対応がされていないために生じた事例がある。これらから、手順の遵守状況と転倒転落の抑制効果の両面から検討する必要があると考えている。

問2 薬剤部門のアウトカム指標がはっきりすると良い

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

⇒薬剤部門のアウトカム指標は、オピオイドスイッチングの換算ミスゼロ、抗菌薬の重症腎機能障害患者の過剰投与症例ゼロ、そして外来での経口抗がん薬の腎機能障害患者に対する過剰投与事例ゼロである。オピオイドと抗菌薬の投与量に関しては評価し、後の発表スライド上で明記した。外来抗がん薬用量については昨年10月に取り組みを開始したところであり、今年9月に評価予定である。

令和7年3月に開催された「医療安全大作戦 実践報告会」で、薬剤部のプロセス指標としての取組みについて院内職員に紹介した。

問3 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。

⇒2023年度は1人の感染管理認定看護師が評価をしており、2024年度は違う認定看護師が評価を行ったことが点数の下がった要因の1つである。2025年度はミーティングを行い、ICTメンバーで内容を共有して目標のための計画を立てている。「施設の安全文化」に対しては、リンクスタッフによる手指衛生の活動、部長による手指衛生ラウンド、リーフレット作成、などを計画している。

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

医療安全の目標（昨年度実績）

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5,494件（417件/月）目標を達成し昨年度実績も上回った。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、2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、5件報告された。レベル2以上は大幅に減少した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、7件報告された。レベル3a以上は増加したが全体の報告件数は減っている。

医療事故検討会等開催件数について

- ・医療事故検討会：2件
- ・臨時医療安全管理委員会：7件
- ・医療安全事例検討会：7件

・医療安全事例調査会：2件

医療事故検討会事例について

・臍頭十二指腸切除術、Child 再建後、術後 12 日目に肝動脈仮性動脈瘤破裂による出血性ショックを起こし、TAE にて止血後も仮性動脈瘤の再破裂により術後 14 日目に死亡した事例。起因性「はい」、予期性「はい」と確定⇒臨時医療安全管理委員会で検討⇒医療安全事例調査会（外部委員あり）開催

・乳癌術前化学療法のナディア期にインフルエンザに罹患、敗血症性ショックによる死亡事例。医療事故検討会で起因性「はい」、予期性「はい」と確定⇒臨時医療安全管理委員会で検討⇒医療安全事例検討会（外部委員なし、内部委員のみ）開催。その後当直体制や電話対応などの体制整備のため WG を立ち上げている。

臨時医療安全管理委員会事例について

・子宮頸がん RALS 目的の患者に他院で頸管拡張器具を挿入、当院での治療時に頸管拡張器具が抜去できず、途中で離断し遺残している事例

・食道がんに対して胸腔鏡下食道亜全摘術施行後、右上肢不全麻痺の事例

・胃がん、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 ARDS により死亡した事例

・臍頭十二指腸切除術、Child 再建後、術後 12 日目に肝動脈仮性動脈瘤破裂による出血性ショックを起こし、TAE にて止血後も仮性動脈瘤の再破裂により術後 14 日目に死亡した事例

・乳癌術前化学療法のナディア期にインフルエンザに罹患、敗血症性ショックによる死亡事例

・小腸会陰皮膚瘻に対し 11 月 19 日に小腸部分切除施行後、2 回緊急手術を経て、敗血症にともなう脳出血をきたし、小康状態後、腎出血に伴う急変のため死亡した事例

・乳がん再発抗がん剤治療中、約 20 年前の外陰部癌の CRT の晩期障害による鼠径部潰瘍があり、複数診療科での診療中の患者が壊死性筋膜炎により緊急手術となった事例

令和 6 年度プロセス目標：③転倒・転落発生率を減らす

・ピクトグラム導入後の転倒転落調査について

【目的】NCP 立案率 100%の継続

【対策】転倒リスクを職員が情報共有

【調査】運用開始後 5 か月間（令和 6 年 11 月～令和 7 年 3 月）の入院患者の転倒・転落事例

【結果】

入院患者の転倒・転落件数は導入前 34.4 件/月に対し導入後 36.4 件/月。導入後の 182 件中、看護師の不在が影響していると思われるのが 15 件（13 名）。うち 8 件（7 名）は看護師の付き添いが必要とアセスメントされていた。

【考察】

ピクトグラム導入後も入院患者の転倒・転落件数は減少していない。

看護師の付き添いが必要とアセスメントされていても遵守されず、目を離した際に転倒転落が発生している。

ピクトグラム表示の遵守と、表示によって防止に向けた行動に繋がられるかが課題。

令和6年度プロセス目標：④抗がん剤・麻薬・インスリンの安全な投与

有害事象グレード4での化学療法実施件数調査

【対策】

- ・化学療法当日の採血結果がパニック値であった場合のアラートについて、電子カルテシステムによる対応を検討したが、導入に高額な費用がかかるため断念
- ・可能な範囲の対応として下記について対応し周知
- ・目視の場合、好中球の実数が表示されなかったが、表示するように
- ・血液検査結果で好中球数 $500/\mu\ell$ 以下はパニック値として結果画面に色（青地に白文字）がつくよう設定

【調査】 対応前後で好中球数 $500/\mu\ell$ 以下で化学療法を実施した件数

【結果】 令和6年1月～令和7年2月において、造血器腫瘍を除く42件に実施。

- ・うち32件は殺細胞性抗がん薬の休薬等で対応されていた。
- ・残り10件は理由等についてカルテ記載なく投与されていたが、対応前8件/8か月（1.0件/月）に対し対応後は2件/6か月（0.3件/月）であり、減少傾向である。

インシデント事例からの改善事例

- ・ナルベイン注の安全な投与に向けた取り組み

【事例】 オピオイドを初めて投与する患者にナルベイン注が希釈されずに投与され、呼吸抑制が生じた

【対策】 令和7年5月より

- ・注射オーダーや注射箋への注意喚起コメント掲載
- ・医師がナルベイン注をオーダーする際に注意喚起をするポップアップ画面を設定
- ・適正使用の周知のため緩和ケアチーム主催による勉強会を開催

院外処方箋への腎機能表示

【事例】 腎機能低下のある患者にエスワンを減量せずに処方されていた

【対策】 院外処方箋に“腎機能を含む重要な検査値・情報”の表示を追加

【結果】 表示追加後6か月間で、院外薬局から腎機能に関する疑義照会29件発生

うち抗がん薬について：6件 ※すべてエスワンうち用量変更：5件

- ・令和7年の医療安全管理室目標について

昨年度と同様。プロセス評価目標を昨年度からステップを進めた形で設定

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 (昨年度) について

目標「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。職種別やタイミング別の介入をしていく。
- ・手指衛生キャンペーンについては幹部だけでなく一部診療部長の介入も行う。
- ・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。「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。機能評価の関係でポスター等をどうしても外さなければならなかった、ICN の退職で評価が変わる等細かい原因があった。今年度は対策の上対応していく。
- ・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、0.46 となっている。

(AST 部門)

目標 (昨年度実績) について

目標「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 96.8% と上回っている。
- ・AST コ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 80.7% 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なかった。
- ・AST コ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 76.7% 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 4~9 月で 55.6%、7~12 月で 58.7% と目標の 60% 以上は未達成なもの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。

令和 7 年度目標について

- ・昨年度の目標にプラスして ICT に医療廃棄物の分別不良に伴う事故防止を追加。院内での針刺し事故の発生を受けて追加した。数値目標としてどう上げるかは検討中だが、問題が起こっているため追加している。

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

- ・アウトカムが明確に伝わらないと前回指摘があったが、真のアウトカムは「オピオイドスイッチの換算ミスゼロにすること」である。
- ・運用開始後、テンプレート適用漏れは2件。うち1件は切替用量が規定よりも過小であり、オピオイドスイッチの換算ミスゼロにするという目標達成はできなかった。
- ・換算ミスにはつながらなかったが、テンプレートに薬剤師、看護師両者のチェックがない事例が1件、薬剤師のチェックが無い状態で、「指示簿とテンプレートの用量一致」サインしている事例が6件（12月以降5件）
- ・看護師のカルテ記載率は約30%から約90%に大幅に改善。しかし、12月以降は90%を下回る。

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

- ・真のアウトカムは「抗菌薬の重度腎機能障害患者（ $eCcr < 30\text{ml/min}$ ）に対する過剰投与事例をゼロにする」である。
- ・昨年度は用量超過について9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

- ・真のアウトカムは「経口抗がん薬（外来処方）の腎機能障害患者に対する過剰投与事例をゼロにする。」である。
- ・令和6年10月から院外処方箋への検査値表示を開始。院外処方箋の検査値表示後、S-1の用量に関する照会は6件あり、適切な監査に貢献している。S-1の処方鑑査への効果については今年度に再度、検証をおこなうことを予定

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年度の取り組みとして各部門が保有している超音波機器の保守点検が不十分であったため臨床検査部で一律管理とする体制を整備した。
 - ・令和7年度目標について
「点検、整備体制が不十分である院内の医療機器を明らかにして、管理を強化する」と掲げて下記のとおり取り組む。
 - ・ICU心電図の点検実施の改善
昨年度実施率18%。心電計使用後にクリームを拭き取っていないことが多い。次に使用した看護師から「波形がなかなか表示されない」「ノイズが多い」などの苦情があり、汚れたままの電極で記録した心電図は、循環器医の判読の精度に影響する可能性がある。
- 目標

実施率 75%以上

取り組み内容

生理検査室に記録した心電図が提出された際に、点検表（機材保守メンテナンス表）と心電計の状態をチェック

記載がない場合や電極が汚れたままだった場合は、実施者に注意喚起し、注意しても改善しない場合は、院内メールでの注意喚起

- ・手術室 C アームの使用前点検実施の徹底

昨年度実施率 39%。使用前点検を施行せずに使用して 術中に作動しなかったために、別の C アームを急遽使用した事例があった。

目標

実施率：70%以上

取組内容

手術前に術中に C アームを使用することを申請するように徹底

タイムアウト時に、C アームの使用前点検が済んでいることを確認

- ・各部門が保有している電気メスの保守点検体制の整備

院内にある電気メスのリスト化と点検体制の現状確認し一元管理に向けた体制整備をしていく。

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

- ・診断参考レベル 2025（案）が医学放射線学会から発表された。
- ・成人 CT に関する調査が 2024 年 10 月 1 日～10 月 31 日にアンケート調査。全国 6,973 施設中、953 件回答（前は 120 件）
- ・診断参考レベルについては数値が 2020 基準から全体的に下がっている。
- ・新基準で見えていくと一部基準値を上回ってしまう機械があるので、その部分が今後の課題である。基準を上回っている機械は古い装置であるが今年度更新予定である。
- ・血管撮影装置についても線量管理基準は下がる。
- ・装置の基準透視線量率の D R L 値も下がるが新基準でも十分担保されている。

（2）院内ラウンド

- ・病棟（7 棟）⇒内視鏡室⇒薬剤部の順番でラウンドを行った。

（3）質疑応答

（長尾委員）

- ・プロセス目標としてあげられている有害事象 G4 となった化学療法実施件数はアウトカムでもいいのではないかと。

(室副院長)

・有害事象 G4 ということ認識しないまま投与されて死亡した事例があり、それを受けて、実際どういった患者さんで実施されているのかを評価した方が良いということで、目標に設定したという経緯がある。

(長尾委員)

・国際基準のインシデント分類では、患者に何も起きていなくても不適切なものが体内に投与されたということであればアウトカムに振る。日本ではインシデントレベル1に該当すると思うが、中長期的には減らさなければいけない事象群と分類されているので、その方が分かりやすいと思う。

(室副院長)

・化学療法を行うことがむしろ適切であるといった事例もあるので、その場合も間違っていると評価してしまうのは問題だと考えている。

(長尾委員)

・適切に投与されたのであれば問題ないが、計画していないものが行われた結果、患者さんに何も起きなかったという場合はインシデントレベル1に分類される。しかし、それは本来防がなければいけない事象群であるという位置付けで行くとよい。ここで目指しているものは、よいプロセスを増やすというより、悪いアウトカムを減らしたいということであると理解したが間違いないか。

(室副院長)

・そのとおりである。

(長尾委員)

・患者間違いレベル2以上2件とはどんな内容のものになるか。

(戸崎室長)

・同じレジメンの5-FUのボラス投与を違う患者さんに投与してしまったという事例と外来化学療法センターでベグフィルグラスチムを投与の予定に他の患者さんのプラリアが投与された事例である。二事例とも患者確認を看護師が一連の点滴を施注する行為の中で行っていることが要因であると分かった。最初にまず患者確認をしてから注射を施行する行為に移るようにすることを徹底できるように今年度ラウンド等で強化していきたい。

(長尾委員)

・今日もラウンドをしていて、患者確認の手順が浸透してきたという印象を受けた。患者側から発信される二識別子と手元情報の二識別子を突合させてから次の行為へ移る。患者さんが名乗れない場合は筆談などで発信して手元情報と突合せるということはよく浸透していた。

(長尾委員)

・医療事故検討会の2事象について事故性は無いと判断したということによいか。

(室副院長)

・院長判断補助のために開催しており、両事例ともに起因性「はい」、予期性「はい」と判断した。ただし、外部委員を招いた事例調査会や内部での事例検討会はその後も行っている。

(長尾委員)

・外部委員を入れるか入れないかの基準はどうなっているか。

(室副院長)

・医療事故検討会で起因性および予期性を明確化し、その後の臨時医療安全管理委員会で議論した内容を基に医療安全管理責任者が最終判断している。専門性や第三者性を確保した方が良いという事例を外部委員ありとしている。

(長尾委員)

・医療事故調査制度上の事故調査になった案件は無かったという理解によいか。

(室副院長)

・昨年度は無かった。

(長尾委員)

・転倒・転落防止のピクトグラム表示について職種間での浸透にばらつきがあると感じた。

(長尾委員)

・令和7年度の医療安全プロセス指標が数値で示されていないのは、何か理由があるのか。今からでも数値目標を設定したらいいのではないか。

(室副院長)

・内容に照らし合わせた形で数値目標を立てることにする。

(長尾委員)

・感染に関しては今までで一番ロジカルな説明だったと感じた。感染制御部が目指しているものが明確に理解できた。あとはどこまでブレイクダウンするかだと思う。例えば手指衛生率80%を目指す中で5タイムモーメントを見て何が弱いのかといったあたりが次の階層として提示されていくと興味深い。

(長尾委員)

・目指していた「薬剤耐性菌感染症による患者予後改善」は実現できているのか。

(藤原部長)

・評価が難しいため2025年からはアウトブレイクを発生させないためのプロセス指標と

して位置付ける。

(長尾委員)

・その場合⑤医療廃棄物の分別不良に伴う事故防止は別の目標ではないか。

(藤原部長)

・どこに整理すればよいか分からずここに記載した。

(長尾委員)

・もし大きい目標としてたてるのであれば「廃棄物による職員の怪我を0にする」などアウトカム目標をたてた上で、プロセス指標を考案するとよいのではないかと思う。

(長尾委員)

・「オピオイドスイッチの換算ミスで0にする」については投与した数を0にするという理解でよいか。

(内田部長)

・そのとおり。患者さんへの被害を0にするという趣旨である。

(長尾委員)

・換算ミスを0にするだけだとプロセス指標かという気がしてしまうので、その辺りの表現が明確になるとよい。

(長尾委員)

・プロセスとアウトカムがロジカルに繋がっている場合、プロセスが9割を超えるとアウトカムが動き出すと言われている。実際に9割を下回った12月からエラーが増えだしているため、これらの指標はロジカルに繋がっていると考えられる。そのため、やり続ける意味があると思われる。

(長尾委員)

・腎機能に基づく疑義照会は定着したということで卒業されている。ただ薬剤部ラウンドで卒業した項目は何かという質問に答えられない職員がいたのが少し残念ではあった。

・医療機器についてプロセス指標とアウトカム指標がくっきりしていなかった。設定が難しければ、点検が不十分な機器が患者に用いられ検査や処置が行われることを悪いアウトカムと捉えても良いと思う。例えば心電図の点検実施率を75%以上にするなどはプロセス指標に過ぎない。そうであれば、点検されていない機器による測定を0にするというアウトカム目標を同時に設定する方がよい。それを防ぐための1つに点検実施率75%以上を目指す、といったような順序で考える方が、実現可能性は上がると思う。

・ラウンド中、7東病棟で患者確認手順について医師・看護師・薬剤師に質問したところ医師の回答は適切ではなかった。また、転倒転落ピクトグラムについて看護師がよく認識していなかった。オピオイドスイッチの三者確認についても取組の全体像を把握していない職種があった。全職員が均一に全体像を把握していることが理想だが、中々難しいとは

思う。ガバナンスの一直線化を意識し、病院が目指しているものを多くの現場職員が理解し、自分達が貢献できている・できていないのかを認識できるような指導や教育につなげていけるとよい。

- ・内視鏡室について、外来患者のイエローファイルについて職種間で知識の差があった。タイムアウト行為について、患者確認とそれ以外のチェック五月雨式にバラバラに行われている印象を受けた。タイムアウトは一気にチェックリストに基づいて行うのが基本だと思うので確認して頂きたい。

- ・調剤室について、部屋の整理整頓が弱いと感じた。エラー防止に直結すると言われる。部屋に入ったときに、清潔だな、と思うような部屋になるとよい。

- ・全般的な感想だが、10年前に比べ、ガバナンスの一直線化や数値目標の設定、アウトカム指標とプロセス指標の整合性など、格段の変化を遂げたと感じる。

(森際委員)

- ・ラウンドの際に感じたこととして、あまりにも一人の人間がやらなければならないことが多い。可能な限り省力化しつつも十分な水準の医療安全を保つためにどうしたらいいかを共通の関心事にするべきであろう。以前から提案しているが、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。やむを得ず介入が必要な部分は間違いができるだけ起きづらいプロセスへの絶えざる改善が求められる。これには手順を単純化するため、機材の配置やチェックリストの記入箇所・回数、作業ラウンドのルート、出入りの手指衛生方法などを合理化するといった工夫から、予算の執行を要するAIを活用した業務やアーキテクチャの改善まで多様な方法があり、手をつけられるところからどんどん進めるべきと考える。

- ・前回の委員会で話をしたAIの利用について、斉一性をもった精度の高いデータが多ければ多いほどAIは優れた性能を発揮するので、世界中から電子カルテを集め、容易に人知を超える診断、とくに画像診断ができる体制づくりが世界中で、日進月歩で進んでいる。ダビンチの導入時と同様に、AIも、所詮は道具に過ぎないと言っていたのが、AIに頼らない医療では困るといった世界に変貌する日が遠からずやってくると思う。AIの場合、さらに、医療チームに代わって診断その他の判断ができるようになるので、もはや道具ではなく優れた同僚として機能するようになり得る。これらの動きにどう対応するかを見越して現在の医療を、その安全管理も含めて考えていくべきであり、やれるところからやっていく必要がある。

- ・対応方法の探し方としてはトップダウンではなく、現場が一番わかっているのも、上層部は現場が気づきやすく、風通しのよいシステムを構築し下からどんどん良い意見が上がってくる体制を整えるとよい。そのためには、既存のトップダウンのシステムとマインドをさらに脱皮し、現場の意見を一層尊重する風土の醸成、そのための各種インセンティブの設定などが求められる。要は、犯人捜しと一罰百戒の旧弊の根を絶ち、システムのど

ここに脆弱性があるかを発見し、それらのリスク発現を効率的に予防・回避するにはどうすればよいかを決定・実行・改善することを組織目的とし、システムとマインドの意識的転換を推進することである。

(森田委員)

・転倒転落について前回アセスメントシートを全面的に見直すと話があったが、プロセス目標の中にもどのくらい見直しがなされたかを組み込んでもらいたい。

・手指消毒について WHO の自己評価フレームワークの点数のばらつきについて、評価者によって左右されるとのことだったが、判断基準を明確にすることで誰が評価しても共通した評価ができると思う。

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こと、数値化できるものはできるだけ数値目標とすること、さらにプロセスとアウトカムを評価して指標は適切だったのか、といった整理を各部門で今後も進めてもらいたい。いくつかの項目は改善したということで卒業する指標もできたということは良いことと評価できる。達成したら新たな目標を立てていくという繰り返しを続けてもらいたい。

・引き続き医療安全に関して具体的な目標、指標の選定、評価を行ってってもらい PDCA を回して行ってほしい。

以上