

令和7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8年1月29日(木) 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)
- ・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)
- ・副院長兼医療安全管理部長 室圭(医療安全管理責任者)
- ・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 主任 矢澤あや子
- ・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)
- ・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 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 村上海太朗

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7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 令和7年度の医療安全プロセス指標が数値で示されないのは、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。

⇒各目標に対してプロセス指標を追加した。

問2 医療廃棄物の分別不良に伴う事故防止について大きな目標を立てるならば、「廃棄物による職員の怪我をゼロにする」などアウトカム指標を立てた上で、プロセス指標を考案するとよい。

⇒指摘を受け目標の文言を変更した。

アウトカム指標に「医療廃棄物の分別不良に伴う事故0件」を立て、ICT目標のプロセス指標⑤として「感染性廃棄物ラウンドとフィードバック 年4回以上」とした。

医療廃棄物のラウンドを行い、チェック表で管理状況を点数化し現場へフィードバックできるようにした。

問3 「オピオイドスイッチングにおける換算ミスをゼロにする」だけだとプロセス評価かという気がしてしまうので、そのあたりの表現が明確になるとよい。

⇒「オピオイドスイッチを行う際に、医師・看護師・薬剤師の三者確認を100%実施する」というプロセス評価に対して、アウトカム目標を「オピオイドスイッチの誤った換算投与事例をゼロにする。」と変更した。

問4 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り、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改善が求められる。手順を単純化するために予算の執行を要するAIの活用した業務を含め、手をつけられるところから進めるべきである。

⇒診療業務への AI 導入に関しては、今年度の予算への計上を検討したが、患者個人情報の生成 AI 利用が、愛知県が策定した「生成 AI の利用に関するガイドライン」に抵触する可能性があったため見送ることにした。

医療安全管理室で事例の検討を行う折にも、AI の活用が業務改善や、結果的には患者安全の改善にも繋がる可能性を感じている。条件緩和に関する改定状況に注視して、補助金も活用しながらの導入のタイミングを前向きに検討していく。

(森際委員)

・問 4 について一言。人為的関与を極力なくすということが重要である。関与が必要な部分については過度な負担とならないようにしてヒューマンエラーのリスクを極小化すべきである。そのために必要な予算については、執行を必要としない、あるいは多額を要さない部分から始めるべきである。予算執行にあたっては、効率的執行を工夫するべきであり、その 1 例として AI を取り上げた。回答が AI 利用の 1 点にフォーカスをあてられると上記のように発言意図からズレる。また、生成 AI 利用には患者個人情報保護リスクが妨げになるとの指摘は適切でない。秘密保護が不可欠の企業等での利用で、リスク回避の技術が発達しており、ガイドライン抵触は避けられるからである。

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

1. 医療安全の目標

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 4~11 月実績で目標未達だったのは 8 月のみであり、目標は達成見込みである。医師、医師看護師以外の報告割合は目標にはわずかに達していないので、2~3 月で達成できるよう促していく。診療科・所属からの毎月の報告ゼロを無くすという目標では、医師が 4 名以上所属する診療科の動向を確認しているが達成できていない

目標②「患者間違いを減らす」について

・レベル 2 以上 0 件という目標は現時点で達成できている。患者間違いの行動レベルでの手順をチェック&フィードバック全部署をプロセス評価目標としてラウンドを中心に行っているが、その効果が出ているのではないかと感じる。ラウンドでは「名乗れない場合の 4 つの方法が言える」の正答率が悪いが改善傾向である。

目標③「転倒・転落件数を減らす」について

・レベル 3b 以上 0 件という目標は現時点で達成できている。しかしながら件数は少なくは無いので引き続き注意喚起していく。外来のイエローファイルの使用率を昨年度より上

げることプロセス評価目標としており、現時点で昨年度は越えている。転倒自体は起きているので外来患者の転倒しやすい場所を調べて、注意喚起のためポスター掲示するようにした。

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件という目標であったが達成できず。インスリンの誤投与事例が目立ったため、投与手順を明確化した。プロセス評価項目である初回導入のナルベイン注使用時の緩和ケアチームへのコンサルテーション100%について、どうしても使わないといけない場合には、緩和ケアチームの介入を必ずしてもらうことや希釈方法を統一ルールとするような取り組みを行なった。これは医療安全管理室、緩和ケアチーム、薬剤部との合同で対応を検討した結果である。しかし、現時点まででナルベイン注使用開始時に緩和ケアチームが介入していたのは、15例中11例である。

目標⑤「連携・伝達ミスを防ぐ」

・レベル3a以上0件という目標だったが達成できず。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。プロセス評価目標の口頭指示カルテ記載100%について、月別に調査しているが、100%には至っていない。フィードバックを継続するとともに、病棟配置薬の適正化を進めていく。

2. インシデント事例からの改善事例

・禁忌薬剤の投与回避のための対策

【事例】パーキンソン病の患者に指示簿から禁忌薬剤であるセレネースを投与

【課題】病名チェックシステムが機能しない、指示簿からの薬剤投与

【対策】DIニュースで注意喚起。オーダー入力時にコメントを自動展開できるような形にして、注意喚起を促すよう対策

3. 医療事故検討会等開催件数（4～12月）について

- ・医療事故検討会：2件
- ・臨時医療安全管理委員会：6件
- ・医療安全事例検討会：4件
- ・医療安全事例調査会：1件

肺がん患者が抗がん剤治療（キイトルーダ）当日に帰宅中、体調が不良になり当院へ搬送、検査・診察後に帰宅したが、翌々日に他院へ救急搬送され、死亡した事例

⇒医療事故検討会で、起因性「いいえ」、予期性「いいえ」と確定。臨時医療安全管理委員会で検討、過誤過失はないと判断。

上行結腸癌手術予定の患者が腹痛により緊急受診後、緊急手術となり、数時間後に死亡した事例

⇒医療事故検討会で、起因性「いいえ」、予期性「いいえ」と確定

4. 令和7年度の院内院外死亡事例の検討

・院内、院外死亡事例での起因性「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

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」

目標「医療廃棄物の分別不良に伴う事故防止（4月事故発生以降0件）」

（ICT 部門）

プロセス指標

・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%以上も難しくなっている。特に患者周辺の物品に触れた後が低いので、キャンペーンやタイミング別のアプローチをしていく。

・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、現在は 305 点。年二回実施などの項目がまだできていなかったりする。新たな試みなど取り入れていく。

・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、達成中。

・医療廃棄物の分別不良に伴う事故防止については、4月からラウンドを実施し事故は発生していない。

（AST 部門）

プロセス指標

・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、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%以上目標は達成している。

・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増加傾向であり未達成。しかし不適切な使用ではないことを把握している。

・ASTカンファレンスのべ提案件数（受入率）、外来抗菌薬サーベイランスについては目標を達成している。

目標中間評価

・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

⇒新型コロナウイルス感染症のアウトブレイクは3件あったが、耐性菌のアウトブレイクは現在0件

・医療廃棄物の分別不良に伴う事故防止

⇒4月事故発生後より分別不良による事故発生は現在0件

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

1. 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

・今年度も換算ミスが1件発生した。薬剤師はテンプレートに1日量と1回量の両方を記

載したが、医師は1回量を1日量として指示。テンプレートに看護師の確認サインがあったが、この違いに気づかず投与となった事例である。また、テンプレートの適用漏れも月1件程度発生しており、おそらく、緊急入院の対応時や厳密には麻薬でないトラマドールからの切り替えの際に適用から漏れやすいものと思われるので、病棟ラウンドなどを通して、再度院内周知を図っていく。

2. 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

・院内院外の外来処方において、腎機能に応じた指摘医療から逸脱があった場合には、100%疑義紹介を行うということとしている。令和6年10月から。院外処方箋に検査値を表示する取り組みを行い、運用開始後、昨年度になるが、保険薬局から腎機能に関する用量の疑義照会が29件、うち15件は処方量の変更につながっている。また、S-1に限ると、院外薬局からの腎機能に応じた用量の疑義照会は6件で、うち3件は用量修正に至った一方で、減量境界値に近いeCcr60-50 mL/minの3件の疑義照会は、いずれも処方変更には至っていない。また、合計14名の過量投与事例が確認され、そのうち疑義紹介していない事例は院内で0件に対して院外で10件あり、全体の5.7%が疑義照会なく過量投与となっていた。この背景について、保険薬局に、聞き取りを行ったところ、eCcr 50-60mL/minの範囲は、疑義照会で過去に処方変更がなされなかった経験から、疑義照会がしにくいという意見があったが、eCcr50-40 mL/minの2例は疑義照会により減量された可能性もあり、院外処方鑑査の向上が必要と考えている。

院外処方の対応については、保険薬局との地域連携の場として毎年開催している医看薬業連携研究会で今回の結果について情報共有を行っている。

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7年度目標について

1. 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

・ICU心電図の点検実施の改善

実施率75%以上目標のところ52%（R7.10月時点）と昨年度の18%より改善はしているが、依然として低値。実施者への連絡を継続していき、点検を行うことを習慣づけていく。

・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所在確認とリスト化を完了させた。

・今後は把握された機器において、手術室以外での使用チェックリストの運用のため、チェックリスト内容の精査と点検運用について検討。手術室においては、引き続き使用前チェックリスト記載を行うよう依頼し、点検が不十分な電気メスで処置が行われることをゼロにする。

2. 植込み型デバイスについて

・明確な目標まで至ってないが、背景としては今年度、植え込み型神経刺激装置を装着されている患者に手術が予定されたが、臨床工学技士への連絡に行き違いがあり、術前の対応が遅れる可能性があった。今の体制としてどのような問診をしているかということから調べたが、ペースメーカー・血糖測定器以外の植え込み型デバイスについて、問診の段階で、かなり取りこぼしが出ているような状況になっている。問診票をどのように改定するかを検討し、これをゼロにするという目標をたてている。

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

・2025年版診断参考レベル（DRL）が正式に公開され、線量基準は全体的に引き下げられた。

・当院では、CT・血管撮影装置・RI・診断用CTが管理対象であり、DRL2020では基準内だった項目が、DRL2025では基準超過が発生。古い装置だけでなく新しい装置であっても基準を上回るケースがあり、見直しが必要。

・治療計画用CTでは今回初めて診断参考レベルが設定。

部位によっては基準超過が多く、治療計画精度を保ちながら線量最適化を検討する必要がある。

（2）院内ラウンド

・病棟（7西）⇒生理検査室⇒放射線治療部の順番でラウンドを行った。

（3）質疑応答

（長尾委員）

・WHOは近年、患者安全の目標をより明確に打ち出しており、その核心となるのは、回避可能な害の低減である。回避可能とは、ヒューマンエラーや医療過誤・過失によって生じる有害事象や死亡などである。しかし実際の医療現場では、この回避できる事象と避けられない事象を適切に判断する力が十分に育成されていない。そこで、行政はこれらをあえて言語化し、一つの目安として、A類型・B類型と分類した。これらが発生した際には、確実な把握・報告、適切な分析と介入を行う方針が、来年度以降導入される見込みであり、今回はその視点で見たいと思う。

・医療安全について、IAレポート数はアウトカムではなくプロセス指標だと思う。現場の報告行動を活性化させ、精度高く重大事象を把握し、ターゲットに対して適切な介入をしていくのだ、というストーリーを立て、レポート数はプロセス指標にすると良いと思う。

・医師の報告割合10%、医師・看護師以外からの報告割合20%という目標より、絶対数の目標を立てると良い。

・報告ゼロの部署を無くすという目標については、ノルマ化を匂わせ、一長一短である。

自主的なリスク感性を高めていくという観点から、ノルマ化には慎重であっていい。ほとんど報告のない部署に一定数の報告を求めることは一つの方略としてありだと思いが、ノルマ達成のためだけの行動になってしまう可能性があるので、病院全体として取り組む目標とすることには懸念がある。

- ・転倒転落3b以上発生0件を達成できているというのは驚異的であり、取り組みが功を奏している可能性がある。一方で、医療者側のプロセスエラーに伴う転倒転落による有害事象・死亡事例は稀なことであり、目指すべきターゲットとするかどうか、見直しの時期に来ている。

- ・抗がん剤・麻薬・インスリンの安全な投与について、目指すアウトカムを明確にした方が良い。

(長尾委員)

- ・予期性=いいえとは「予期性がない」のか「事故性がない」のか、どちらであるか。

(室副院長)

- ・予期せぬ出来事という意味である。

(長尾委員)

- ・臨時医療安全管理委員会開催の事例で過誤性有害事象の可能性が否定できない事例はあるか。

(室副院長)

- ・ロボット支援腎部分切除術の際に、腎動脈確保のために使用した血管テープを遺残した事例については、確実に医療側のミスと考えている。事例検討会も行って、対策や手術室での方策、タイムアウトの徹底などを何度も議論した。

- ・胸腔鏡下右下葉部分切除後3日目の患者の予期せぬ心停止、呼吸停止となった事例については、レベル4で亡くなってはおらずリカバーできている。この事例が外部委員の意見も踏まえて非常にリスクの高い患者さんであって様々なところから指摘をもらった。今は呼吸器外科の手術症例に関して、多職種カンファレンスなどリスク評価をすることを徹底するようにしている。

(長尾委員)

- ・QI活動が進むにつれ、QI以外の改善状況が見えにくくなることを経験する。特に発生頻度が低い事象について、改善状況が不明になってしまうケースがある。病院として重視した出来事を継続的に追跡する体制の導入が求められる。

(長尾委員)

- ・手指衛生について患者に触れた後が弱いとのことだが、できているのはどこの部署になるか

(藤原部長)

- ・内科系あるいは外科系が強いなどの傾向があるわけではなく、病棟ごとに差がある

(長尾委員)

- ・できていないところに教育指導を繰り返すだけでなく、できているところからその秘訣を探るという取り組みを進めてほしい。どういう指導がされているのか、どういうモチベーションでそれがなされているのか。

(矢澤看護師)

- ・看護師が主になるが、リンクナース会で取り組みを共有している。それぞれの部署によって特色があるものなので、取り組みが他の部署全てで共有してできているかという点、できていない。次年度は成功している取り組みについて、実践していく。

(長尾委員)

- ・オピオイドスイッチに伴う患者に到達するエラーをゼロにするという方針でよいか。

(内田薬剤部長)

- ・方針はゼロだがそれに至っていない。三者チェックにまだ漏れがある。

(長尾委員)

- ・ラウンド先の病棟でもエラーが起きたという話があった。三者チェックのタイミングが医師の指示変更についていけないケースがあり、三者チェックだけでは完全にならないと認識した。時々起こる有害事象の分析が重要だ。

(長尾委員)

- ・調剤薬局からの疑義照会は去年、一昨年と比べて増加しているという理解でよいか。

(内田薬剤部長)

- ・昨年度の後半から始めている統計になるので、まだできていない。

(長尾委員)

- ・それによって疑義照会が増えれば素晴らしいことである。その結果、不適切な事象が減少しているのか、あるいは患者に到達してしまう件数が減っているのか、といったバランス指標を見たい。

(長尾委員)

- ・クリームが付着したまま心電図が行われるという話を聞いて、ICT と連携して吸盤面の培養をしたらどうかと思った。

(小島室長)

- ・そういう発想はなかった。検討する。

(長尾委員)

- ・最近聞いた研究結果で、車椅子のタイヤを培養したところ、無数の環境菌や、院内感染

源となりうる菌が検出されたという話があった。なかなか防ぎようがないのかもしれないが、車椅子の清掃の重要性を示唆するものである。もし心電図の吸盤が感染源になり得るだとすれば、結構インパクトのある話だと思う。

(長尾委員)

・心電図の点検記録 52%となっているが、アウトカム指標はゼロになっているか。

(小島室長)

・なっていない。

(長尾委員)

・今後示していくと良い。植え込み型デバイスの伝達不備についてもプロセスとアウトカムをより明確にすると今後につながっていくと思う。

(長尾委員)

・DRLの2025年度版を適切にキャッチアップして、今回のようなプレゼンがあると病院として予算をつける意味がより明確になる。機器更新の際に、患者の安全性、被曝線量などを更新の根拠にできるという点で優れていると感じた。一方で、このようなものは、業者に踊らされるという懸念もあるので、やや多い照射がどのようなアウトカムにつながっているのかという視点が重要だと思った。放射線部門は2Gy以上の照射を減らしたい、理解したが、それでよいか。

(稲葉病院長補佐)

・IVRに関しては、一つの指標が2Gyだが、内容によって超えてしまうものがあるので、こういった場合に、どのようにフォローアップしていくかっていうところが大事だと考えている。

(長尾委員)

・2Gy以上となったIVR件数というのは、2020年度から低減しているのか横ばいなのかというのはどうか。

(稲葉病院長補佐)

・横ばいである。ただ、2025年に関しては、もうすでに前年度より多くなっているので、その内容によるかと思う。

(長尾委員)

・放射線治療部をラウンドした。治療においてDRL研究途上だという話を受けたが、そのような理解でよいか。

(稲葉病院長補佐)

・そのとおり。今までどうしても一定化することが難しかったところが2025年から新たに規定された。院内の状況がどのようなものかというのを改めて調査する必要があるかと思っている。

(長尾委員)

- ・ラウンド時に気がついたが、RIS画面と治療計画画面が一体化して開くようになっていて、患者誤認などのリスクを減らせているのは、素晴らしいと思った。
- ・どの部署もそうだが、病院全体の目標達成のために、現在自部署がどのような貢献をしているのか、この数年間でどういうインシデントの発生リスク、増減を示しているのかといったあたりをもう少しクリアに説明できるようになっていけるとよいと感じた。

(森際委員)

- ・日本では「頑張れば何とかなる」という文化が根強い。頑張るとアウトカムとは対立する概念であることに注意する必要がある。安全で事故が少なくなることが大事であって、そのためにどれだけ頑張るかというのは直接結果とは関係せず、過度の頑張りはかえって負担となり、事故リスクを高めうることを再認識する必要がある。
- ・患者さんによる内服の自己管理について、当初は、病院で一括管理するよりも省力化につながるのではないかと思っていたが、実際は、本当に自己管理できているかを確認する手間も大きいとの話を聞き、どちらの方が楽なのか、リスクを減らすためならむしろ病院側が全部管理した方が良いのではないかと考えた。しかし、現場で訊いてみると、入院中に人任せの状態になると、退院後に自分で薬を飲むことが大きなハードルになってしまうとの説明があった。そういったことを見越した上で、患者さんの利益、尊厳を考えて、あえて自己管理を取り入れて運営している。患者さんの尊厳を守り、安全を守るという患者本位である姿勢が根付いていることに感服した。
- ・生理検査室でのラウンドで、トレッドミルは転倒リスクが高く、多くのスタッフが付き添わねばならないと聞いた。最近では自転車に移行している施設も多いので、検討する価値はあると感じた。ただ、現場の反応は必ずしも積極的ではなく、まだ把握しきれていない患者さん側の理由などがあるのかもしれないので、単純に安全だけで判断できない点も含めて、今後の検討をお願いしたいと思う。
- ・人為的介入をできる限り不要にするシステムを構築、やむを得ず、人為的介入が必要なところは、間違いができるだけ起きづらいようなプロセスに改善していくということで、取り組んでもらっており、予算をあまり使わない部分は素晴らしい。ただ、AI活用の場合には全く無償でやると、セキュリティが担保できないので、使い物にならない。予算措置の上、セキュリティ確保が不可欠である。また、患者情報を匿名化した上で活用するにはRAGという、自分のところにある患者情報をAIに使わせるシステムがあるので、効率的なAI利用には、そのシステム技術について専門的知見の導入を考えるとよい。
- ・AIは毎年飛躍的な進化が起きている。2023年に生成AIが普及してから、昨年25年にはエージェントAIといった自律的に段取り・実行するAIが台頭してきた。本年26年はフィジカルAIの年と言われており、ロボット等にAIが統合され、現場で動く段階

になろうとしている。現在世界中で AI インフラに 10 兆円台の投資が行われており、今後数年の間は数百兆の投資が行われる計画であるので、実際に AI が運用される段階が我々の想像している以上に早く来る。

・診断の領域でも、人間の知識量には限界があるが、AI は世界中の症例をすぐに参照でき、匿名化された大量データを学習できる AI は、間違いなく大きな診断力を持つようになる。「こんな時代が来たらどうしよう」と恐れる段階ではなく、いつ対応するか、この段階で何ができるかを具体的に考えるフェーズに入っていると思う。AI の利活用には、安全というのは、患者さんの尊厳を積極的に守ることにあり、その視点を軸に、今後の取り組みを進めていくべきだと考える。

(森田委員)

・インシデントレポートの部署ごとの報告件数を所属医師 4 名以上の診療科を対象として追っているが、なぜ 4 名以上としたか。

(室副院長)

・各診療科で医師数に差があり、例えば 1 名のところと 10 名のところではゼロの意味合いが違ってくるため 4 名以上で区切った。なお、通常入院・外来を行っている診療科は 4 名以上である。

(森田委員)

・対象外のところはカウントしていないのか。また、できたら提出部署を称賛するような取り組みがあるといい。

(室副院長)

・ここにはあげていないがカウントはしている。また提出部署を称賛する取り組みも行っている。

(森田委員)

・レベル 3 b 以上の伝達・連携ミスについて、術後、皮弁の観察の記載を忘れ、その後血流不全が判明し再手術となった事例とのことだが、観察の記載忘れが伝達・連携のミスにつながってのレベル 3 b なのか疑問に思った。事例分析していき、他に何か原因があればそこに対処することが必要になってくると感じた。

(伊藤病院長補佐)

・実際に観察の記載をしていなかったこととの因果関係は無いと考えている。しかし、レポートとして上がってきたときの結果的などところを見ると 3 b にせざるを得なかった。

(森田委員)

・再手術になった原因は別に分析しているという理解で良いか。

(伊藤病院長)

・これは基本的に起こりうる合併症であった。

(森田委員)

・起こりうる合併症と考えたのであれば、あえて3 bで報告しなくても良いのではないか。

(伊藤病院長補佐)

・逆にどうなのかお伺いしたい。もちろん少なくすることが望ましいが、絶対続けられるかというところではないものを3 bにしなくてもいいものか。

(長尾委員)

・インシデントとしては受け止めるが、自分達で解釈して因果関係がなさそうであれば、しない。記載漏れが影響したということであれば、する。そこをよく調べた上でラベルし直す。

(室副院長)

・毎回IAレポートが上がってきたときにカテゴリーをどうするか議論になる。報告者のカテゴリーと再検討するときのカテゴリーで変わる場合も当然あるので、今後は今の話も考慮していきたい。

(森田委員)

・手指衛生について、アンバサダー制度を導入しているのは視点を変えた良い取組だと思う。何かやる気にさせるような仕掛けがあったら教えてほしい。それを横展開できるともっといい事例として発展できると感じた。

(矢澤看護師)

・アンバサダーの選定を各部署に任せており、部署内への任命書掲示、任命書とシールの授与を看護部長から渡す授与式を行っている。また、該当者にインタビューしてみると意識して気をつけていると言っており、実際に順守率も上がっている。

(加藤委員)

・特に意見はないが、内容が専門的で分からない部分があった。

5 閉会

(堀田委員長)

・全体として毎年進歩している。アウトカムとプロセスを直線上でつなげるものにしていくという流れが定着してきたと思う。

・伝達連携ミス目標について、患者さんへの不利益を無くすことが目的であってアウトカムになるのかという疑問がある。ここも整理すると良い。

・血培2セット率については、これ以上高くする必要があるのかというレベルに来ているので、卒業できる指標になりつつあるという印象を受けた。

・オピオイドスイッチの3者確認について、取組が形式的になっていないかは常に気を付

ける必要があると思う。

・医療機器について、現在、調査、体制づくりをしているところだが、こういったアウトカムが必要でそれに対してどういうプロセスで指標として達成するのかというところに結びつくと良い。

・放射線について、新基準での線量管理についてはよく分かったが、それ以外にどういうインシデント・アクシデントがあるかということも少し触れて分析して報告してもらえると良い。

以上