

令和5年第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5年6月6日(火) 14:00~15:45
- 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) : web
- ・委員 森田恵美子(公益社団法人愛知県看護協会常務理事) : web
- ・委員 森際康友(名古屋大学名誉教授) : web

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 岩田広治
- ・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
- ・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 伊藤直哉
- ・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
- ・医療安全管理部医長 谷口浩也
- ・医療安全管理部医長 佐藤沙良
- ・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 宮尾毅
- ・医療安全管理部医療安全管理室主任 三浦久迪
- ・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・IVR部長 稲葉吉隆(医療放射線安全管理責任者)
- ・放射線診断・IVR部放射線技術室長 服部寿史
- ・医療情報管理部室長補佐 山田高裕
- ・医療情報管理部主任 浅井厚喜
- ・運用部長 坂井明彦
- ・運用部管理課長 近藤健一

- ・運用部経営戦略課長 権田行儀
- ・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（病院開設者）
- ・愛知県病院事業庁管理課長 横井満
- ・愛知県病院事業庁管理課課長補佐 北雅也
- ・愛知県病院事業庁管理課主事 嶋本健也

○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4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 手指消毒をしないと部屋を出にくくする等の工夫をすると良い
→各病室の内側に手指消毒薬を設置することにより、手指消毒を行う環境整備を行った。
- 問2 手指衛生遵守率のレベルは高いと思うが、キャンペーンよりも感染の波の影響を受けているように見えるため、改善が必要
→WHO 手指衛生自己評価フレームを使用し、当院における手指衛生に関する問題点の可視化を行い、改善計画を立案、実践を行うようにした。
- 問3 転倒・転落防止については、術後や高齢者のアセスメントがどの程度できていてどのように結果に繋がったか、見えるようにすると良い
→緊急入院時にアセスメント評価をどの程度行っているか確認した結果、評価実施率は99%であった。
また、令和3年度から内視鏡治療においてドミルカム、プレセデックスを使用した患者全てにフルマゼニル投与を行い、患者の早期覚醒に努めている。
さらに、前述の患者が病棟に帰室した際は、病棟看護師が「内視鏡治療後覚醒状況アセスメント票」を作成し、患者の見守り強化、安静解除とする基準を明確化

することにより、転倒によるインシデントを未然に防ぐ取組を行っている。

(森際委員)

問1について、提案はあくまで一例として出した。これをやればよいというわけではなく、現場が自ずと望ましい行動変容ができるような設備配置を話し合い、それに積極的に対応するといったシステムを構築すると良い。

(山本病院長)

まずは行える環境を整え、その上で職員の手指衛生の文化を培っていく。

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

・昨年度の実績

目標①「インシデントレポートの提出」について

総件数は目標を上回ったが、医師、医師看護師以外、レベル0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、2件報告された。

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件という目標に対し、6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、6件報告された。

・昨年度の状況を踏まえ今年度も同様の目標を掲げ、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」の死亡事例が1件発生した。経皮的ラジオ波焼灼療法（RFA）後に患者が急変し、他院に搬送後亡くなられたという事例。本事例は医療事故調査・支援センターへ報告し、医療事故調査委員会を設置し、事例について調査を行っている。

・改善事例

① アレルギー薬剤のワーニングについて

ワーニングに気がつかず処方された事例が発生したので、他のワーニングと区別す

るため文字サイズを大きくし赤字で表示されるよう改善した。

② 点滴速度の設定について

パクリタキセルを輸液ポンプで投与する際に、投与速度を誤認して滴下してしまった事例が発生。マニュアルが分かりにくいことが発覚したので、マニュアルの変更を行った。

③ ICUでの血ガス測定器データ管理について

マニュアルを整備し、医師・看護師が協力して異常値の見落としが無いようにした。また、夜間・休日にも測定データは検査当直が電子カルテに取り込み、パニック値を当直医に報告する体制とした。

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

・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、昨年度は79.6%で未達成。今年度から5つのタイミングでの調査を導入
- ・手指衛生キャンペーンを昨年度に引き続き実施。また、室内側へ手指消毒剤を設置。患者さんが部屋を出るときスムーズに消毒できるようにしている。
- ・WHO自己評価フレームワーク上級レベル376点以上到達。今後は当院の弱点である「施設の安全文化」の得点20点以上の加点を目標にする。
- ・昨年度MRSA罹患密度率 ≤ 0.50 1000patient days と目標を掲げていたが、0.54と目標未達成だったため今年度も継続課題とする。

目標②「院内の新型コロナウイルス感染症の封じ込め」

- ・新型コロナウイルス感染症アウトブレイク時には14日以内の収束を目標としている。昨年度は14件クラスターが発生し、内10件は14日以内に収束。収束に14日以上かかったものの主な原因として有症状での勤務、エアロゾル発生手技時の个人防护具不足、持ち込み症例（気管口）が上げられる。当院独自のフェーズ表に基づく感染対策を継続する。

目標③「薬剤耐性菌感染症による患者予後改善」

- ・昨年度に対するカルバペネムの使用量及び使用日数の低下
- ・のべ提案件数の受入率70%以上
- ・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
- ・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

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

・今年度目標について

目標①「プレアポ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）」

PBPM の現状把握・実施内容とその頻度を分析し、分析内容に応じて目標を設定し処方ミスを減らす取組を行う。

目標②「注射せん腎機能表示による抗菌薬等の監査制度の向上」

重度腎機能障害患者（ $eCCr < 30\text{ml/min}$ ）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③「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」

オピオイドスイッチ時でのスイッチ量換算等において、三者検討の漏れ数縮減により I・A 報告数「ゼロ」を継続する。

- ・医薬品安全管理に係る研修会の開催について、新任薬剤師・看護師を対象とした医薬品安全管理初期共通研修や全職員を対象とした医薬品安全管理研修会を今年度も開催予定。
- ・安全使用のための情報の収集・報告について、今年度も引き続き DI ニュースを毎月発行していく。
- ・未承認新規医薬品及び適応外使用の審査状況について、いずれも医療安全管理委員会に報告し審議を行っている。

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

- ・臨床検査部門、臨床工学部門、放射線部門のボトムアップで取組を行っている。
- ・臨床検査部門の令和 4 年度目標「ISO15189「教育訓練実施手順書に基づいて、検査部門における新人要員、および継続的な教育訓練ならびに効果の確認を行う。」について、取組の効果があつたと判断し、今後も継続していく。
- ・臨床工学部門の令和 4 年度目標「医療機器を適正に使用し、エラーが事故につながらないようにする」について医療機器の点検表の未記入が少しずつ減少している病棟が多いことを確認した。
- ・放射線部門「MRI 装置の安全研修の実施」と「放射線治療機器の出力を第三者機関に測定を依頼し出力が適正に保たれていることを確認する」について、研修の参加率が 81%と 100%に届かなかったので今年度は 100%を目指す。また、出力について相違が 0.5%以下なら良いとされている中 0.2%と問題なかった。
- ・令和 5 年度目標
臨床検査部門「血ガス測定機器の管理体制の強化」
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」
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。」

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。」

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

- ・新型 CT 装置では診断参考レベルを下回るが、旧型では線量が高くなる傾向がある。
- ・医療者の線量限度は示されているが患者の線量限度は示されていない。同じ線量でも 1 回に被曝するのと何回かに分けて被曝するのではその影響も全く異なる。肝・膵、多血性腫瘍の場合、撮影回数が増えるので、検査の必要性等を十分考慮したうえで、適切なタイミングで検査を行うことが重要である。

(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

- ・中間報告として 4 月時点の現状を示している。取組途中ということで全て B 評価となっているが、最終的には S・A を目指して取組を行っていきたい。

(3) 質疑応答

(長尾委員)

インシデント報告について、レベル 2 以上とはそれぞれどのような事例であったのか。

(室副院長)

レントゲン撮影の際、患者の診療照射録を取り違えて撮影してしまった事例である。

(長尾委員)

検査時の患者確認手順がどの程度標準化されていて、教育が行われているのか気になる。

(長尾委員)

医師・看護師以外からの報告が年次推移で追いかけると上昇してきていると思われるが、そのあたりも視覚化できると良い。全職員で共有して特にどの職種が頑張れば目標を達成できるのか共有してやっていけると良い。

(長尾委員)

改善事例③パニック値報告について、改善後報告実績はあるのか

(室副院長)

改善されてから現時点ではまだ無い

(長尾委員)

パニック値をどのくらい検査部、放射線で把握していて、どのくらいの時間でオーダー医に連絡されたか記録しているか。記録していないのであれば記録するようにした方が良い。

(室副院長)

現在は記録するシステムになっていない。

(長尾委員)

医療事故調査委員会の構成員を教えてください。

(室副院長)

外部委員3名、内部委員1名の構成となっている。なお、外部委員が委員長を務めている。

(長尾委員)

ICT部門の自己評価フレームワークについて、安全文化はどのように測定しているか

(藤原部長)

アンケートで測定している。WHOの調査表をもとに点数化している。

(長尾委員)

AST部門についてウィークポイントが分かりにくく、どの診療科のどの医師が不適切な抗生剤を使用しているかといった掘り下げがあっても良いのではないかと。

(藤原部長)

広域抗菌薬を使う件数自体が少なく、1例の不適切使用で大きく偏りが出してしまうため出していなかった。

(長尾委員)

医薬品について、TBPMの現状把握について悪い結果がどのように変遷しているのか、アウトカムの経年推移が見たかった。

(長尾委員)

医療機器について、未記入率とは何なのか。

(小島部長)

ポンプを使う看護師が必ず点検表を使用前、使用中、使用後に記入する必要がある。1回でも記入漏れがあれば、未記入として計算している。

(長尾委員)

何を目的として記入することとしているのか。

(小島部長)

機器の不具合や誤作動を減らすことを目的としている。

(長尾委員)

全体的にプロセスとアウトカムの筋が通っていて、取組の整合性を感じられるが、どこ
の部署にも気になるのは、テーマを見つけて現状把握はしているが、すぐに対策に移って
いるように感じる。要因の分析という面をプレゼンに入れると繋がりが良い。また、目標
と現状の差がなぜ生まれているのかという観点で話しが進むと、2～3周目のPDCAに繋
がっていくので意識していくと良い。

(長尾委員)

放射線について、患者被曝総線量のグラフの縦軸に放射線量をプロットし横軸に患者を
プロットしたときに、全体の照射の7割ほどは患者の2割くらいで担っているのではない
かといった図が書ける気がする。その2割に対して、適正な照射や治療になっているか等
どこを減らすのかがより分かると良い。全体を減らそうとすると膨大な介入が必要となる
が1～2割であれば最低限の介入で最大の効果が狙える。

(森際委員)

・ヒヤリハット情報を、人が多大の努力をせずとも共有できる仕組みを開発・活用する。
このことで医療安全の向上にかかる負担は低く、効果は高くなる。このような仕組みの目
的は、未遂犯の割り出しではなく、システムの弱点を発見することにある。情報共有する
ことによって、集団化による力が働き、速やかに、容易に、ミニマムコストで脆弱性に対
応できる。これがこの仕組み活用の効果である。

たとえば、ヒヤリハット情報を表にして、対応していないところは赤で表示されるよう
にして、対応したら表示が青くなるような表示システムを作るといった、簡単で低予算の
仕組みの開発が考えられる。

・手指衛生キャンペーンについても同じで、目的は医療安全の向上を効率的に確保するこ
とにある。この目的を念頭に、最小限の努力で最大限の安全化効果を手に入れるシステム
改善をめざし、内容や方法を吟味すべきである。

・医療安全システムの脆弱性がどこにあるのか、具体的に示し、共通了解とし、それに対
応する具体的なノウハウを共有する。このようなシステム開発については大方の同意が得
られるのではないか。その実現には多様な方法があろう。現場が具体的な提案を出し、推
奨できるものであるかを系統的に吟味した上で、採用したものについては適切なタイ
ミングで情報共有し、システム化する。こういった方途も真剣に検討すべきである。

(森田委員)

・インシデントレポートの提出について、昨年度未達成のレベル0報告30%以上を今年度目標から除いたのはなぜか。

(室副院長)

・目標に挙げることで、レベル0と1の判定に迷ったとき、レベル0と判断してしまう可能性があるので今年度は除いた。

(森田委員)

・転倒・転落発生率を減らすためのプロセス目標で、イエローファイルの使用率とだけ掲げているが100%という認識で良いか。

(室副院長)

・イエローファイルについては、昨年度まで患者さんの自己申告により渡していたが、転倒・転落発生率が減らなかった。今年度からは渡し方を工夫しようと考えているが、現時点では未定。転倒・転落委員会で検討予定である。

(森田委員)

・なるべくプロセス評価の目標で評価のしやすいよう工夫すると良い。

(森田委員)

・医療事故調査委員会後の改善のための職員への周知はどのように行うのか

(室副院長)

・改善内容については、医療安全管理室だよりやリスク部会だよりでの院内配信、医療安全管理委員会、診療部長会、病院管理会議等で周知を行っていく。

(森田委員)

・手指衛生キャンペーンについて全ての病棟対象とのことだが、全職員ではなく病棟だけを対象としたという認識で良いか

(藤原部長)

・手指衛生幹部ラウンドをしたのが病棟であり、キャンペーンについては、全職員対象である。

(森田委員)

・これからは外来や他の部門の手指衛生ラウンドも検討するという理解でよいか。

(藤原部長)

・検討を行っていく。

(森田委員)

・WHOの自己評価フレームワークで施設の安全文化の項目は本来6つほどあるはずだが、具体策に掲げている4つを選んだ根拠を教えてください。

(藤原部長)

・すでに実施している部分については除いている。

(森田委員)

・医療機器、放射線部門についてインシデント、ヒヤリハットを前年度より減らすとあるが、具体的にどの程度減らしたい等あるのか。

(小島部長)

・代務医師が治療計画を担当するときに、インシデントを起こしやすいことが分かったので目標に掲げた。次回の評価時には、対策前後の数を出したいと考えている。

5 閉会

(堀田委員長)

・愛知県がんセンターの医療安全は進歩してきている。特にアウトカム目標をたてて、そのプロセス評価をするという流れができてきた。改善すべき点はあるつつも全体としては高いレベルに到達してきている。

・個人の極めて高い意識と努力が無いと達成できないという話ではなく、自動化あるいはIT化等の人間の努力以外で補える部分は補えるような仕組みを作っていけると良い。

・現場の負担ということも考えつつ、効率の良いリスクに見合った取組を持続して行ってほしいと思う。

6 その他

・次回の委員会は、1月5日（金）の午後2時00分から開催予定。開催方法はコロナの状況等を踏まえて検討し、改めて連絡する。

以上