

令和5年第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6年1月5日(金) 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
- ・委員 加藤善朗(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 伊東直哉
- ・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

## ○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5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 パニック値について、どのくらいの時間でオーダー医に連絡されたか記録するとよい。

⇒測定結果確定後、速やかに依頼医に報告し、その際、パニック値が記載された電子カルテ画面をコピーすることにより連絡時刻を記録している。また連絡後は専用のファイルに綴り保管している。

問2 手指衛生ラウンドを外来や他の部門でも行うことを検討するとよい。

⇒外来、手術室、外来化学療法センターでも手指衛生ラウンドを行うこととした。

問3 自動化あるいはIT技術を用いることにより安全に医療が提供できる仕組みを構築するとよい。

⇒外来化学療法センターの患者確認をより安全に行うため、リストバンドを導入する等、より安全な医療を提供できる仕組みを構築している。HBV再活性化対策として、HBV-DNAフォロー漏れ症例をチェックするシステムを作り、フォロー漏れ症例に対し、診療科部長、主治医にフィードバックすることにより、対応を促す仕組みを構築している。

## 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

医療安全管理責任者（室副院長）より、以下について説明

#### 【今年度の目標】

目標①「インシデントレポートの提出」について

目標 5000 件（平均 417 件/月）に対し、4～10 月実績は 3089 件（441 件/月）。年間目標は達成できる見込み。職種ごとの提出率については、医師 10%、医師/看護師以外を 20%として目標を掲げているが、4～10 月の実績としては目標に達していないが、どちらも昨年度実績は上回り、あと一步のところである。提出率を高めるため方策を検討している。

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、4～10 月実績として 1 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、4～10 月実績として 5 件報告されている。昨年度実績をすでに上回っているため、背景分析を行っている。

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、4～10 月実績として 11 件報告された。こちらも昨年度実績をすでに上回っているため、背景分析を行っている。

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、4～10 月実績として、6 件報告された。

プロセス評価目標の結果を報告。9 月 25 日に患者確認ラウンドを実施し、放射線検査時の患者確認実施率 100%を確認した。しかし、10 月 23 日、11 月 20 日に患者間違いのインシデントがあったため、手順の周知徹底及び再度ラウンドし検証を行う。

医療安全事例検討会の開催は 10 件。昨年度を大きく上回っている。

#### 【改善事例】

患者に他患者の抗がん剤を投与してしまった事例が発生。医療安全事例検討会を開催し、対策を検討した結果、基本スケジュールからバーコードを削除し、外来用リストバンドを導入する運びとなった。11 月から導入し大きな混乱無く運用できている。

#### 【院内・院外死亡事例】

院内死亡 145 件、院外死亡 378 件。いずれも起因性「はい」かつ予期性「いいえ」の医療事故となる事例は 0 件であった。

## イ 感染対策管理について

院内感染対策責任者（藤原感染制御部長）より、以下について説明

#### 【今年度の目標】

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 $\geq 80\%$ 。今年度から 5 つのタイミングでの調査に変更し、75%台で推移している。11 月からやっと 80%台に到達してきたところである。5 つのタイミングの内訳を確認すると、患者周辺の物品に触れた後が低い結果になっている。

・手指衛生キャンペーン 1 回以上実施。手指消毒剤の室内設置を行っている。また、手指消毒薬使用量は感染対策向上加算 1 施設と比較して平均以上となっている。

・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。

・MRSA 罹患密度率  $\leq 0.50-0.59$  1000patient days と目標を掲げ、達成している。

目標②「院内の新型コロナウイルス感染症の封じ込め」

・アウトブレイク時には 14 日以内の収束。今年度はクラスターの発生は 0 件。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口数の低下。血液内科で高度免疫不全の患者さんが増えて使用量及び使用日数が増えた。

・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  $\geq 90\%$ 、年間  $\geq 95\%$

・腎機能別投与量過不足時 AST 介入後 2 4 時間以内の変更  $\geq 90\%$ 以上

## ウ 医薬品安全管理について

医薬品安全管理責任者（内田薬剤部長）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）」

・令和 5 年度には薬剤師による処方支援件数を 950 件まで増やすことを目標にして、すでに目標件数を達成。約 110 時間程度の業務時間の削減に寄与した。

現状把握を行いながら、オーダーミスが発生しないような仕組みづくりとして処方・オーダー修正後には掲示板で医師へフィードバック、オーダー時の自動展開コメントの作成、DI ニュースで院内に製剤的特徴を周知した。9 月に現状分析を行った結果、昨年度よりも医薬品の供給が安定し、剤形変更などの修正件数が減少した。

処方重複や、投与速度に関するオーダー修正は減少した。一方、溶解液のオーダー修正は増加した。

詳細を見ると半数以上が製剤学的な特徴による修正であることが分かった。

・今後も PBPM の取り組みを継続的に実施していき、来年度以降はプレアボイド報告の分析に注力し、新たな問題の抽出や取り組みを報告したい。

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（ $eCCr < 30\text{ml}/\text{min}$ ）に対し、「抗微生物薬腎機能別至適投与量」から逸脱した場合の疑義照会漏れゼロとする。

医師が用量超過を行う要因のひとつに Ccr を容易に把握できないという問題に対して医師・薬剤師が同じ値を電子カルテで確認できるようにシステムを更新した。

腎機能に応じた監査は、適切に実施されている。ただし、照会後に速やかな修正がない場合などの対応に課題がある。来年度以降も継続して取り組んでいく。

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」

・I・A 報告ゼロの継続。換算時の記録を 100%残す。今年度のオピオイドスイッチ時のカルテ記

載の状況として内服・外用から注射時を調査したところ、薬剤師は記載率 100%だが看護師は低率であった。オピオイドスイッチに関連した IA 報告は 5 月に 1 件あり、服用前に薬剤師が気づき訂正。多職種で換算を確認するということの徹底ができていない。一方で、医師と薬剤師とのダブルチェックを徹底することでも換算ミスを防ぐことができている。今後も薬剤ラウンド等で換算時にはカルテ記載を残すことについて周知していくが、三者チェックは過剰業務ではないかとの指摘ももらっている。まずは、オピオイドスイッチ時の薬剤師へのチェック依頼の徹底を行っていく。

- ・引き続き医薬品安全管理に係る研修会、各種医薬品安全使用のための情報の収集・報告についても行っていく
- ・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

医療機器安全管理責任者（小島医療機器管理室長）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、各部門の目標についての中間報告。

- ・臨床検査部門の令和 5 年度目標「血ガス測定機器の管理体制の強化」

血ガス関連のインシデントの件数を毎月集計し、その推移を見て問題点がないか検討する。

- ・臨床工学部門の令和 5 年度目標「医療機器（人工呼吸器）の適正に使用し、エラーが事故につながらないようにする」

チェック表使用状況調査を行い、注意喚起を行っている。チェック表未記入率は 3 割程度であり、注意喚起を促すと一時改善するが再増加する傾向である。緊急入院および個室部屋移動時の人工呼吸器変更を行った際に記載漏れが起きやすい。今後はそういった場면을集中的に注意喚起していきたい。

- ・放射線診断部・IVR 部の令和 5 年度目標「[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。]

4,6,7 月に計 4 回研修を行い、各回 20~30 名程度の参加者があった。

- ・放射線治療部の令和 5 年度目標「[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。]

治療計画を非常勤の医師が行う際にインシデントが起きているため、マニュアルを作成し非常勤の医師に見てもらっている。件数としては昨年度とあまり変わりはないが今後は中身なども精査して対策を検討する。

## オ 医療放射線安全管理について

医療放射線安全管理責任者（稲葉放射線診断・IVR 部長）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。
- ・当センターの 91.6%の患者さんについては診断参考レベルに照らし合わせて総被曝線量が低い

レベルである。しかし、中には高いレベルの患者さんもいるので、適切かどうか検証していく必要がある。総量の多い患者さんを見ると、ダイナミック造影 CT、長期治療、治験を行っているとなることが多くなる傾向が見られる。

・被曝量を抑えるため定期検査間隔を空ける、ダイナミック検査の必要性、MRI と交互に検査を行うなど検討していかなければならないことはあるが、具体化はまだできていない。

## (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

・中間報告なので全て B 評価となっている。全て目標をほぼ達成あるいは期限までに達成できる見込みである。

## (3) 質疑応答

(長尾委員)

パニック値について、印刷して記録に残すことは第一段階としては良いことだと思うが、パニック値の報告時間が平均何分であるかを踏まえて、短縮を目指していくための取組はどのようなことを行っているのか。また、パニック値の報告が遅れたことによって患者に発生する有害事象をアウトカムとしてモニターできているかどうかについて教えてほしい。

(山本病院長)

現在データを収集しているだけで、分析には至っていない。今後は分析して医療安全に活かしていきたいと思う。

(長尾委員)

転倒転落レベル 3b 以上について、外来ではどのくらいあるのかを認識できているか教えてほしい。

(室副院長)

入院・外来は別でカウントしている。外来患者は内 1 件。公共交通機関で付き添い者と来院途中に駐車場にて、縁石を踏み外して転倒した。残りは全て入院患者である。

(長尾委員)

転倒・転落対策は入院の充実の次に求められるのが外来だと認識している。特にエスカレーターや患者が集まるような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かと思う。

(長尾委員)

ハイリスク薬レベル 2 以上については外来でどのくらいあるのか認識できているか。

(室副院長)

抗がん剤 6 件、インスリン事例が 2 件、麻薬系が 3 件。全て入院患者の事例である。

(長尾委員)

昨年よりも件数が増えていることも踏まえて、プレアボイド WG などとの連携を模索しても良いのではないかと。特に 2 以上ということであれば重点的に分析や対策を講じた方が良い。

(長尾委員)

医療安全事例調査会と医療事故検討会の違いを教えてください。

(室副院長)

医療事故検討会は医療の過誤が疑われる死亡例を検討する会。医療安全事例調査会を経て、医療事故検討会となる事例もある。

(長尾委員)

患者確認方法の手順について教えてください。

(戸崎室長)

化学療法センターを含めた注射確認の際は、患者に名前と生年月日を名乗ってもらう。医療者側の手元情報としては、注射伝票と薬剤に貼られている注射ラベルで突合している。患者が名乗れない場合はリストバンドに患者の名前と生年月日が記載されているので、手元情報と突合している。

(長尾委員)

応用的なことだが、理論上、同姓同名同一生年月日の人があり得るので、ベストは名前と ID 番号での識別である。ただ、ID 番号は患者が覚えていないという問題があるので、患者が発語できる場合は名前と生年月日での確認がやむなしとなるが、せめて、発語ができない患者あるいは患者がいない場面では、名前と ID 番号での確認を用いた方が良い。次もし取り組む余地があるならば、この部分だと思う。

(長尾委員)

手指衛生遵守率について 5 タイムモーメントの遵守率を明確に視覚化されているのは良いと思う。その中で 2.清潔な操作の前、5.患者周辺の物品に触れた後が低いがこれに対してどう啓発していくのか教えてください。

(藤原部長)

ゴム手袋をつけて採血しその後カーテンを触ってしまうなど次の業務にいつってしまう場合に多い。ラウンドやポスターによる啓蒙によって周知徹底を促している。

(長尾委員)

WHO 自己評価フレームワークにおいて 4.職場での注意喚起が満点ではない。満点にならない考察はどうか。

(藤原部長)

細かいところまで考察が進んでいなかったのが今後進めていきたいと思う。なぜ低いのか改善できる問題か否か分けて対応を考えていきたい。

(長尾委員)

感染制御部はやれることはやっているように思われるので、浸透度を推し量る指標になると思う。

(長尾委員)

薬剤部は10年前とは別組織になったと断言できるような素晴らしい取組だと感じた。

(長尾委員)

オピオイドスイッチ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理由は何か。

(内田部長)

理由は詳細にリサーチできていない。計算が面倒ということも含め色々な要因があると思う。

(長尾委員)

無理強いなのかこれを上げる方略でいくのか悩みどころであると思うが、高めるということで良いか。

(内田部長)

インシデントの報告等も薬剤師へのチェック依頼が無かったというケースが多い。当直や夜間に依頼が欠ける。そういったところを無くしていくことでダブルチェックの徹底に繋げる。

(長尾委員)

医療機器についてプロセスとアウトカムの説明が弱いと感じた。人工呼吸器チェック票の記載率は何を防ぐための取組なのか。その辺がもう少し分かる発表だとなお良いと思う。「研修会を何回実施する」という目標についてもアウトカムが分かりにくい。「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」という目標についても数値目標がほしい。

(長尾委員)

今の放射線の課題についてよく分かった。次に取り組む余地があるとすれば、例えば、CT被曝総線量の多い群の方達が年間平均どのくらいの被曝はやむなしとするかの平均値を割り出しておいて、平均値とのズレの大きい診療科や主治医は誰なのかを割り出していくという段階に入っても良いのではないかと思う。また、逆に同じ病気でも少ないという方がいれば適正な検査が行われていないという評価にも繋がるかと思う。

(森田委員)



転倒・転落発生件数を減らすプロセス評価目標の外来転倒患者の発生が1件でイエローファイル使用率と目標を掲げているが目標値はあるのか。またどのように使用率を換算しているのか。

(室副院長)

患者さん自身の判断で不安な方が自発的に取っていく形で行っている。医療者側から渡すことはしていない。そのため目標値としては掲げていない。

(戸崎室長)

使用率は外来患者数と会計の際に回収されたイエローファイルの数を使用して算出している。現状、使用率としては3%程で推移しており中々使用してもらうところまで至っていない。第1回医療安全監査委員会後に転倒転落防止対策委員会等で使用方法を検討し、「置き場所を分かるようにする」、「受付票を出すときに目につく場所に置く」、「転倒転落したことがある方、ふらつきが強い方など患者自身が取った方が良いと思えるような表示」といった取組を実施している。また、12月からにはなるが、入院中に転倒された方には退院時のオリエンテーションとして外来ではこういう取組をしていると指導している。

(森田委員)

医療者がハイリスクの患者さんをキャッチするという意味で取り組んでいると思うので、具体的な使用方法を院内に再周知するのも一つの方法である。

(森田委員)

手指衛生の遵守率調査でin-out法から5つのタイミングでの調査に変更した影響により80%を中々超えないという説明があったが、7月くらいからは徐々に上向いている。方法を変えても、上向くというのは良い傾向である。

5モーメントの遵守率の中で2.清潔な操作の前、5.患者周辺の物品に触れた後が低いが、それぞれのスタッフへの周知はどのくらいされているのか。病院長や副院長クラスのラウンド等手指衛生に力を入れているのは分かるが、活動は可視化されていてもアウトカムの80%というのを11月にやっと超えた。どうにか100%にするため取り組んでほしい。

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。合計点数で見ると上級でも、100%できて病院として安全を守れると思うので、前向きに検討してほしい。

(森田委員)

オピオイドスイッチ時の換算について、計算しているがカルテに記載していない場合、主治医や病棟薬剤師から記載されていないことへ声を掛け合うのは難しいのか。

(内田部長)

100%ではないがやっちはいる。ただ手間等もあり実際のカルテ記載までは至っていない。

(森田委員)

看護師は多重課題を抱えながら非常にたくさんの記録をしているのが現状。もう少し看護師が記

録しやすいテンプレートを作成する等工夫していければと思う。医師や薬剤師ができていて看護師ができていないのであれば、その問題を洗い出して組織で考えていければと思う。

(森際委員)

- ・人間が関わる必要のある部分をシステムの中からできるだけ減らして、業務負担を減らすという方向で安全性を高めるべきである。医療安全の向上のための手段自体が独り歩きして安全性向上に繋がっているかの検証がやや閑却されているように感じる。どの程度の安全性を確保できれば目標達成できたかという観点をしっかりと見た上で対策を考えてほしい。
- ・理念としては100%を目標とするべきだが、すべてに100%を達成するのは医療業務自体をやめる以外不可能だと思う。現在以上の結果を求めるのに必要な負担と実際の成果を天秤にかけると、ある水準以上からは負担の方が飛躍的に高まることが知られている。一人一人の医療者が本来の医療業務のほかにやれることには限度がある。実際の現場の事情から医療安全のための合理的負担を割り出し、可能な範囲でそのレベルを徐々に上げていくことが望まれる。そのための有効な手段として、できるだけヒューマンエラーを防ぐようなシステム、人間の介在が少なく済むシステムを作るべきである。
- ・外来患者のリストバンドについて、名前と生年月日を他の人が簡単に見えるようであれば、それはプライバシーの観点からはいかがなものか。たとえば、文字の大きさを医療者が見るのに十分な大きさにし、できれば腕の内側につけて、外側からはバーコードとID番号くらいしか見えないようにしておくような配慮が、もし未だ実施していないのであればあってよいのではないか。バーコードのみで機械的に確認できるようにすれば負担軽減にもつながるのではないかと思う。
- ・負担軽減と医療安全はトレードオフの関係にあると捉えられがちだが、逆に、相補いあうことも少なくない。負担軽減することで余力ができるので、本来の医療のほかに医療安全に注力できる部分が増加し、医療安全が向上する点に注目すべきである。医療安全レベルが全体として向上するような負担軽減措置を今後の改革実行プランに組み込むことを勧めたい。
- ・改革実行プランは、各人の能力・注意力向上といった個人ベースの問題として考えるだけではなく、システムの脆弱性、問題点を考え、システムのアップグレードを自覚的に行っていく視点が不可欠と考える。
- ・現在、年2回の医療安全監査委員会を行い、責任者の先生がアンサーする形をとっているが、これだけだと上の責任が重くなり、下の責任の所在がはっきりしなくなる恐れがある。下から上に安全性に寄与する情報や提案を上げ、活用する仕組みを工夫してほしい。
- ・医療放射線安全管理責任者の報告では、患者の被曝は最低限にすべきという結論に至っているが、実際の検査数や被曝量が多すぎるのではないかということを決断する責任者は誰なのかが分からなかった。現場にいる人がやりすぎと思ったときにどのようなルートで報告されるのか、それにどのような組織で対応しているのかがはっきりしなかった。こういう部分のシステム整備を検討してほしい。
- ・人間が関わらないようなシステム構築については、具体的に例をあげると、人工呼吸器の

チェック表の確認ではなく、抜管後に折るようにして物理的に使えなくする。こうした省力化がかえって確実に間違いを防げるのではないか。また、オピオイドスイッチの三者検討がうなく機能していないのであれば、各々に計算させる現行の方法を徹底しようとするよりも、責任者がまずやってあとの二人は間違いがないかチェックするなど、現場で何が難しいのかが分かっているのであれば、難点を回避しつつ同等の効果が得られる方法を検討するといった工夫も考えられる。

(加藤委員)

・医療安全について尽力していることがよく分かった。これからも力を入れてやっていてもらいたいと思う。

## 5 閉会

(堀田委員長)

・全体的に見て愛知県がんセンターの医療安全のレベルは上がっており、その都度違ったレベルの要求が出てくる。アウトカム指標とプロセス指標を明らかにするというところをここ数年やってきて、その部分についてはかなり明確になってきているが、逆にプロセス指標が目的化してしまう恐れがあるので、最終的に医療安全にどう繋がったのか可視化されると良い。医療安全はどこまでやっても100%は無いが、極力避けるために効果的な方法を常に検証していく必要がある。また、今後は特定機能病院としての役割や取組等についても見ていきたい。今回の会議で議論した内容について、どのような形で現場に降ろしていくのかを検討してほしい。現場に伝わってそれがまたフィードバックされてくるという循環が作られるとより良いと思う。

## 6 その他

来年度の委員会の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