

# 令和元年度第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 令和元年9月3日(火) 15:00~17:35

○開催場所 愛知県がんセンター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医療の質・安全管理部教授)
- ・委員 森際康友(明治大学法学部特任教授)
- ・委員 加藤喜朗(日本喉摘者団体連合会 愛友会副会長)  
加藤あきえ(付添人)
- ・委員 小松広侍(愛知県婦人福祉会常任理事兼白菊荘長)

### 2 愛知県がんセンター

- ・副院長 兼 医療安全管理部長 岩田広治(医療安全管理責任者)
- ・副院長 清水泰博
- ・副院長 樋田豊明
- ・副院長 亀島里美
- ・薬剤部長 梶田正樹(医薬品安全管理責任者)
- ・薬剤部薬務科長 稲熊一英
- ・医療安全管理部医療安全管理室長 林美子(医療安全管理者)
- ・医療安全管理部医療安全管理室医長 鈴木麻友
- ・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主任 宮尾毅
- ・医療安全管理部医療安全管理室主事 加納由子
- ・医療安全管理部感染対策室長 山本一仁(院内感染対策責任者)
- ・医療安全管理部感染対策室専門員 千種智之
- ・医療安全管理部医療機器管理室長 曾我倫久人(医療機器安全管理責任者)
- ・医療安全管理部機器管理室主任 水野友絵
- ・運用部長 服部頼明
- ・運用部経営戦略室長 川津弘之
- ・運用部経営戦略室室長補佐 細井功
- ・運用部経営戦略室主事 青山真之

### 3 事務局

- ・愛知県病院事業庁長 木下平
- ・愛知県病院事業庁管理課長 山本雅史
- ・愛知県病院事業庁管理課課長補佐 川端稔雄
- ・愛知県病院事業庁管理課主任 牧祐太郎

## ○議事概要

### 1 開会

### 2 あいさつ【愛知県病院事業庁長 木下平】

### 3 議題

#### (1) 愛知県がんセンター医療安全改革実行プラン進捗状況について

岩田副院長より特に力を入れている等の取組を説明。

取組 2-1-3 「医療機器管理室の体制充実」

取組 2-2-1 「医療安全ラウンドの計画的な実施・定着」

取組 2-2-6 「感染対策に関する病院長主導の取組の実施」

取組 3-1-3 「ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準の充足」

取組 3-2-1 「IC 様式の標準化」

取組 3-2-2 「IC の電子カルテへの記載方法の標準化」

取組 3-2-4 「IC 実施時の看護師の同席」

取組 3-3-1 「他院との連携に関するマニュアルの作成」

取組 4-1-2 「医師からのインシデント・アクシデント報告割合の増加」

取組 4-2-1 「職員必須の医療安全研修会の強化」

取組 4-2-4 「医薬品に関する部門・職種横断的な研修会の実施」

取組 4-2-6 「病院長説明による啓発の実施」

(堀田委員長)

質疑応答は議題 (2) とあわせて行うこととする。

#### (2) 院内ラウンドについて

岩田副院長より、ラウンド先について説明。医療安全管理室・感染対策室、医療機器管理室、地域医療連携・相談支援センター、4階東病棟 (ICU)、4階西病棟をラウンドする。

ラウンド中の説明、質疑応答は以下のとおり。

#### 【医療安全管理室・感染対策室】

##### ○医療安全管理室

(電子カルテで IC のテンプレートを説明。)

・医師が看護師等の同席が必要かどうか判断することになり、医師の主観にならないか。

→カルテ監査等で必要性についても精査する。

・同意書の記載内容も統一しているのか。

→現在行っているところである。

・新様式の同意書はどのくらい承認しているのか。

→申請としては 6 割ほど提出されているが、審査が追いついていない。

・同意文書はどのくらいあるのか。

→300～400 件程度かと思う。

(医療安全管理室だより 8 月号の紹介と説明。)

・医療安全管理室だよりの浸透率はどのくらいか。

→医療安全管理室でラウンドを行っており、例えばマニュアルの改定のことについては 7 割程度であった。結果は医療安全管理委員会で報告している。

- ・死亡事例のチェックを基に事故調べとつながった事例はあるか。  
→事例はない。事故調べは今年度 1 件行っており、収集事業への月 1 件程度報告をしている。収集事業への報告は、レベル 4・5 の事例というより、警鐘事例の報告が殆どである。今年度の特定機能病院の監査は、機能評価機構に届け出た重大案件と事故調べに届け出た案件がマッチしているかをチェックするとの情報がある。
- ・医療安全の今年度の目標は何か。  
→委員会資料を示して 6 つの目標を説明。医療安全の目標達成に向け、各部署に業務改善計画書（目標・取り組み）を提出してもらっている。2 月には実践・評価を行い、実践報告会で共有している。
- ・医局の目標はどのようなものが出ているのか。  
→3 部署ほど改善計画書を示して説明。

（当院からの質問）

- ・同席率はどのくらいが一般的なのか。  
→頑張って 6、7 割程度ではないか。同席の事例を絞った場合にはもう少し高くなるかと思う。

○感染対策室

- ・手指衛生遵守率測定はどのようにしているか。  
→直接観察で行っている。
- ・遵守率はどの程度か。JCI では 7 割が求められていた。  
→現在は 4 割程度である。
- ・抗生剤の適正使用等について主治医への介入はどうか。  
→毎週火曜日にラウンドを行っておりそこで指摘をしている。難治症例については非常勤で名古屋大学医学部附属病院から医師を派遣いただいております、その医師からの介入もいただいております。

【医療機器管理室】

- ・インシデントレポートは経年劣化による破損等も挙げるべきか。  
→挙げておいていいと思う
- ・人工呼吸器に関してどう管理しているか。  
→基本的には必要十分な台数を常に点検スタンバイの状態にしてあり使用中の人工呼吸器に関しては必ず 1 日 1 回ラウンドしデイリーチェックを実施。術後使用の呼吸器に関しては装着前もしくは後に設定や正常動作確認等している。
- ・人工鼻のトラブルは無いか。  
→当院は長期使用の患者は少なく、ほとんどが術後 1 晩沈静のためであり翌朝にはウィーニングしてしまうので、トラブルはない。
- ・中央管理しているものは何か。  
→ポンプ類、低圧持続吸引装置、フットポンプ等
- ・除細動器の点検はどうしているか。  
→当院はほぼ AED で整備しているため、配置部署のスタッフにより 1 日 1 回インジケータランプの確認をしてもらっており、バッテリーやパッドの有効期限は ME で把握しており期限に応じて定期交換のラウンドをしている。

- ・ 部署配置の物には何があるか。
- 人工呼吸器、除細動器、モニタリングシステム等がある。
- ・ エコーの点検はどうか
- 機器管理室が把握しているものについては保守契約を結んでおり定期点検の計画と実施をしているが、把握していないものに関しては点検状況等も把握していない。

#### 【地域医療連携・相談支援センター】

- ・ 相談はどこで受けているか。
- 受付で受け、相談室へ案内している。
- ・ 相談室の防音はどうなっているか。
- 特別な防音措置は施していない。
- ・ 医療安全にかかる相談はどのくらいあるか。
- 医療安全というと広いが、主治医に対する苦情は、年間 15 件くらいある。相談者が伝えてほしくないという場合以外は、主治医に伝える。必要なものは、病院長、副院長はじめ関係者に決裁を回している。
- ・ 地域医療連携・相談支援センターの入り口の案内文字が、診療科、がんゲノム医療センター、緩和ケアセンターといろいろと書いてあり、わかりにくい。
- ・ 救急搬送が必要になった際は搬送したことがわかるようになっているか
- 救急搬送チャートを作成。院内で周知し活用している。
- リスト管理もしている。
- ・ 救急搬送後の患者を追跡しているか。
- 期間は設定していないが、後追いをするようにする。
- ・ 救急搬送時、医師同士が知りあいのところへ搬送が多いのか。どのように施設を決めているのか。
- 当院が専門病院のため、対応困難な疾患に対し、近隣で受け入れ可能な施設を救急チャートに提示。先方へも搬送について確認してある。
- 施設によっては、連絡先が変更になることがあるため年度変わりに確認しチャートに反映できるようにしている。

#### 【4階東病棟】

- ・ 病棟目標について医療安全についての内容が含まれているはずだが、どのような内容か。
- インシデントレベル0を積極的に記入する。
- TeemStepsの取り組みでハドルを意識して活動する。
- ・ その目標での成果は具体的にどのようなものか。
- ハドルでの明確なインシデント防止は未確認。
- ・ インシデント0レベルの件数はどれくらいか。
- レポート提出は5件程度
- ・ 手指衛生について、スタンダードプリコーションの遵守率はどの程度か。
- 50%程度。
- ・ どのように遵守率を確認しているか。
- 感染委員が中心となって個人の行動をチェックしている。
- ・ 遵守率を上げるための活動は何かしているか。
- 標語を作成して部屋の前などに掲示している。

- ・口頭指示に対してはどのように対処しているか。
- 口頭指示書に記し、後から指示として入力するよう依頼している。
- ・口頭指示書が指示書に記載されるのはどの程度の割合か調べているか。
- 調べていない。
- ・救急カートの管理について引き出しはいつでも開くのか。
- 施錠していないため開くことは可能。
- ・救急カートの点検の頻度はどれくらいで、点検を行ったことの表記はどうしているか。
- 点検は毎日行い、チェック表にチェックし、カートにも明示している。
- ・救急カート内の物を第3者に持っていられないような工夫はされているのか。
- 施錠されていないため特に対策はない。

#### 【4 階西病棟】

- ・手指衛生の遵守率はどうか。
- 30%くらいである。
- ・病棟の医療安全に対するの目標は何か。
- リスクに対する意識を向上させるために、0レベルのインシデントを積極的に提出する事をあげている。医師や薬剤師など多職種でインシデントにつながりそうな事を見つけたら声をかけるようにしている。
- ・医師は報告に対してインシデントレポートを書いているか。
- 伝えたことに対しては書かれていると認識している。
- (IC テンプレートを使用して記録された物を提示)
- ・IC への同席ができるように働きかけていることはあるか。
- 患者・家族からの要望や医師からの依頼に対して、時間の調整を行なっている。緩和やがん看護外来のスタッフが関わっている患者の場合には、必要時連絡し同席を依頼している。病棟スタッフが同席する場合も、業務の調整を行い同席できるようにしている。
- ・同席率はどれくらいか。
- 病棟で行われている IC に対しては 70%以上同席できている。
- (手術を受ける患者の同意書を提示。使用されている同意書について岩田副委員長が説明。)

### (3) 質疑応答

#### (堀田委員長)

先ほどの医療安全改革実行プラン進捗状況と院内ラウンドについて質疑、意見を求める。

#### (長尾委員)

緊急会議は2月に1回程度であり、事故調査会で決めるもの事故検証会で決めるものがそれぞれあり、これまで医療事故調査制度(事故調)にのせた案件は1件だけだったということだが、振り分けの判断基準はどのようなか。

#### (岩田副院長)

医療安全管理室内での検討となっており、第三者の目が入っているわけではない。

#### (長尾委員)

そうすると組織の癖が残っていることがあり得る。事故に起因性と予期性があり事故調に

のせるわけだが、正確に院内で検討されている事例、外部の目で検討されている事例もあるわけだが、事故調にうまくつながるとよいと思う。

(森際委員)

医師からのインシデント・アクシデントレポート報告率について、母数はどのように出しているのか。

(岩田副院長)

インシデント・アクシデントレポートは全職種全職員に提出を求めておりその合計である。

(森際委員)

医師からの報告率の目標値は 10%ということだが、それを達成すれば医療安全の意識が改善されたとみてよいのか。

(岩田副院長)

そう考えている。

(堀田委員長)

特定病院において医師からの報告割合は 10%から 12%である。

(森際委員)

医師の過重労働について現状と対策はどのようなか。

(加藤管理課長)

当院は一昨年度 36 協定を締結した。特別条項で医師の時間外勤務は 300 時間以内を厳守することとしており、医師事務作業補助を当てて業務の軽減を図り、今年度から年休 5 日の取得も所属部長を通し呼びかけている。

(加藤委員)

愛知県がんセンターでは人工鼻はどのような扱いか。

(岩田副院長)

保険適用について改めて回答する。

(議事録追記)

厚生労働省保健局医療課発出の疑義解釈のとおり、咽頭摘出患者であっても、気管切除患者と同様に算定（区分番号「C112」在宅気管切開患者指導管理料及び区分番号「C169」気管切開患者用人工鼻加算）している。また、使用した薬剤、特定保険医療材料以外の材料費等は別に算定していない。

(小松委員)

患者からすると医療安全の取組はわかりづらい。他の病院と比較して愛知県がんセンターの取組を PR することも患者の安心につながると考えるがどうか。

(岩田副院長)

御指摘のとおり、医療安全の取組の患者への PR という面では不十分なところもあると考えている。医療安全改革実行プランは当院 HP に掲載しており、患者にも当院の取組をご覧いた

だきたい。

(長尾委員)

病院全体の目標と部署も目標を両方掲示すると良い。各部署、個人の目標は病院の目標と一直線上にあるべきもので、部署、個人の目標を排するものではなく両立が重要である。

(長尾委員)

転倒転落対策、特にハイリスク患者への掲示を検討する段階と考える。入院患者だけでなく外来にも求められ、一目でハイリスクであるとわかり、いざというときに手を差し伸べることができる取組につなげる必要がある。

(岩田副院長)

例えば外来で患者の転倒可能性に気付いた場合、どのように対応することがよいか。

(長尾委員)

我々が受けた指導は、まずは院内のデータからハイリスクエリアの同定し、そのエリアを利用する、杖を突いている等の見掛け上のリスクのある患者にはバッジやストラップの着用を求めるというもの。全患者が理想だが、現実的でないのでエリアを限定するもの。

(長尾委員)

患者相談窓口の立て付けを整理することを中長期的に検討することを勧める。

(長尾委員)

コミュニケーションを課題として挙げているが、何をもってしてコミュニケーションエラーとするか具体的に定める必要がある。病院の目標とするならば、各報告者ではなく安全管理部門がカテゴライズすべき。

(堀田委員長)

医療安全ラウンドのメンバーはどのようなか。またテーマは決めているか。

(林医療安全管理室長)

1年を4期に分けてテーマを決定している。医療安全管理室職員5名が2グループに分かれラウンドをしている。テーマはちょうど切り替えの時期で、これまでは7月のTeamSTEPPS研修を踏まえ、ツールの活用を確認した。今後は患者誤認マニュアルを改定したのでそれを確認していく。

(堀田委員長)

薬剤部のラウンドは別に行っているのか。

(林医療安全管理室長)

医療安全ラウンドとは別に、医療安全専従薬剤師と薬剤部が協力し、10月からラウンドを開始する。

(森際委員)

医療安全の体制が着実に強化されていると受け止めている。専門である法と行政の立場から意見を述べる。本プランは4つの柱を定めている。これは全てガバナンス改革。基礎を固

めるということだが、例えば交通安全を考えると交通事故はゼロには決してならない。医療においても医療事故ゼロはあり得ないと考える。どこを標準とするか。今の数値目標だけを考えるのではなく、10年後の標準を考え、そこに至るためにガバナンスを強化する。コンプライアンスとよく言われ、法令順守と訳されるがとても不適切である。ルールを守るだけでなく、問題を発見したらすぐに報告できる窓口がきちんとあること、これが最も重要である。

(森際委員)

PDCA サイクルを描いているが、近年 PDCA サイクルには批判もある。これは現状がきちんとできていることが前提で、そのための意識改革、動機づけこそが問題である。目標を定めるだけでは不十分である。諸外国含め他の取組を吸収し意識改革を行い、PDCA サイクルを本物にしていくことがコンプライアンス、ひいては医療安全につながると考える。

#### 4 閉会

堀田委員長から、今回の医療安全監査委員会に関する総括を実施。

- ・医療安全改革実行プランを確認し、非常に努力して取り組まれていることを感じた。
- ・全部署全職員で取り組む機運が醸成されていることをラウンドでも感じた。
- ・まだ改革が必要なことはあるが、引き続き医療安全深化に取り組んでいただきたい。

#### 5 その他

- ・次回の開催日は令和2年1月31日(金)15時から、今回同様に国際医学交流センター大会議室で行う。