

平成 30 年度 第 1 回愛知医科大学病院医療安全監査委員会の結果報告

1. 対象期間及び実施日時

対象期間 平成 29 年 9 月 1 日から平成 30 年 3 月 31 日

実施日時 平成 30 年 7 月 9 日（月） 13 時 30 分から 15 時 00 分

2. 監査委員

黒神 聡 愛知学院大学 名誉教授

鳥井 彰人 瀬戸旭医師会 会長

吉田 一平 長久手市 市長

佐藤 啓二 愛知医科大学 学長

若槻 明彦 愛知医科大学 医学部長

監査の実施に先立ち、成田憲治医療安全管理課長から、医療法及び医療法施行規則が改正され（平成 30 年 6 月 1 日）、監査委員会の設置者が「管理者」から「開設者」に変更されたこと、またそれに伴い、「愛知医科大学病院医療安全外部監査委員会規程」を廃止し、新たに「愛知医科大学病院医療安全監査委員会規程」を制定した（平成 30 年 6 月 26 日）ことが報告された。

規程の変更に伴い、改めて委員長の選出が行われ、互選の結果、黒神聡委員を委員長に選出した。

黒神委員長から、愛知医科大学病院医療安全監査委員会規程第 5 条第 1 項の副委員長の選出について、鳥井彰人委員を副委員長に推薦したいとの提議があり、全会一致で承認された。

3. 監査の方法

医療安全に係る内部統制等が機能しているか等、医療安全管理の取り組み状況について、必要な是正措置を含む助言や指導を行う。

4. 監査結果

大学病院側より、平成 29 年度下半期及び平成 29 年度全般の医療安全の取り組みや統計等の報告・説明を受け、活発な質疑応答が行われた。

監査の結果及び意見は、次のとおりである。

(1) 平成 29 年度第 2 回愛知医科大学病院医療安全外部監査委員会の指摘事項への対応について

- ① 経験年数 0～1 年の新人看護師のインシデント件数が多く、同じ間違いを繰り返すと思われるため、現場へのフィードバックすべきである。

- ・新人看護師のインシデントの報告件数の状況については、看護部が月に1回、看護部内の機関誌「若葉ナースインシデント状況」としてまとめ、各部署へフィードバックしている。

- ・採用後1～2年目の看護師からの報告件数が最も多いが、3～14年目までは徐々に減少していく傾向がある。10～15年目の看護師からの件数が増加しているのは、主任、リーダーになり、新人看護師を教育する立場となることから、付随して報告していることが多いからである。

(2) 平成29年度活動状況の監査について

① インシデント・アクシデント報告等の評価について

- ・医師の報告件数割合について、年間11%である。(上・下半期の割合は上半期、12%、下半期、9%。)

- ・せん妄や不穏状態の患者への鎮静剤投与にかかる事案の発生に伴い、鎮静剤投与の安全管理に関する研修を実施する必要とあるが、具体的な内容について説明して下さい。

→平成30年9月に座学とハンズオンによる研修会を企画している。またそれに関連して、平成30年3月14日に東京女子医科大学病院の尾崎眞麻醉科主任教授を招聘し、「安全な処置時鎮静・鎮痛のために何をすべきか」という演題で講演会を開催した。

- ・転倒・転落について、今後、患者の日常生活動作の評価と転倒・転落の危険度情報を患者・家族と共有し、チームが一緒になって防止していく体制づくりが必要とあるが、具体的な内容について説明して下さい。

→患者の活動性が向上したとき、患者が転倒し、骨折する可能性がある。現在、病棟などで使用しているアセスメントシートだけでは、評価が足りていないと考えている。今後は、バーセルインデックス(食事や着替えなどの日常生活の能力を評価する検査方法)や立位バランステストによる評価方法を取り入れるなど、新たな評価項目表の使用について教育研修していきたい。

- ・レベル0の報告割合を増やすため、インシデント報告システムの入力項目を減らすなど、報告者の負担軽減に努めてもらいたい。

→レベル0の報告件数の増加の必要性は、私立医科大学相互ラウンドの際にも指摘を受けたため、検討中である。なお、レベル0のインシデント報告が多かった部署については、今月のセーフティマネージャー会議で表彰した。

② 医療安全管理報告書件数について

- ・アクシデントの内容別の分類割合において、ドレーン・チューブのアクシデントは、12%から24%に増加しており、実数的にも倍になっていると思われるが、理由があるのか。

→アクシデントの把握は重要であるということから、1つの事案でも当事者のみならず、多職種から複数報告がなされているためである。

- ・ドレーン・チューブに関するアクシデントと合併症・偶発症の違いは何か。

→合併症・偶発症は、ドレーン・チューブの挿入により、咽頭が損傷した場合や鼻出血に至った場合などとしている。

③ 全死亡例の把握・特異事例報告の評価について

- ・特異事例の項目に、再手術件数や大量輸血件数は増えているものの、手術時間の延長件数が減っているのは効率的な手術室運営のためとあるが、具体的にどのようなことか。

→1日に可能な手術枠が決まっているため、術者を中心に調整会議を開いて手術室の利用スケジュールを立てている。スケジュール通りに運用するため、申し込み時にリスクを伴う手術は時間を長めに設定し、リスクを伴わない手術は時間を短めに設定するよう調整しており、これが手術時間の延長件数の減少につながっている。

④ 医療安全管理室活動評価について

- ・特段意見はなかった。

⑤ 医療安全対策改善計画書について

- ・平成29年度セーフティマネージャー表彰点数表のポイントが最下位の部署は、ポイント3点の消化管内科であるが、セーフティマネージャーに問題はないのか。何か対策を講じるべきではないか。

→総ポイントが1桁の部署については、多忙なスタッフがセーフティマネージャーとして選ばれているといった理由や、手術室の会議と重なっているため、外科系の医師は会議に出席できないといった、やむを得ない理由もある。代理出席は可能としている。

→個人に参加の責任を負わせるのではなく、部署内にセーフティマネージャーをペアで置いて交代で出席する等の対策を検討していく。

- ・本年度ポケットマニュアルを改訂され、全職員に配付とあるが、学生に配付しているのか。

→医療安全管理室に実習にきた学生に配付している。

- ・全学生にとって有用であり、全員に配付してはどうか。

→作成費用の予算的な問題がある。

⑥ 画像診断報告書の提出について

- ・最近、全国的に大病院における画像診断結果の見落としがニュースになっているが、愛知医科大学病院では問題となっていないか。

→当院では、読影結果報告書の見落としがないようにするため、放射線科と医療安全管理室が連携し、読影結果に依頼医が想定した部位と異なる部位に所見があった場合は、読影結果報告書を見るように促す確認書を当該依頼医に書面で届く

ようにシステム化している。読影結果報告書を確認した当該依頼医は、今後の患者への説明・治療方針・電子カルテへの記載などの対応結果を確認書に記載した上で、医療安全管理室へ提出するシステムである。

当院で、平成 28 年 9 月にこのシステムが運用されてから、約 400 件の確認書を発行しており、読影結果報告書見落としの問題が生じないように努力、運用している。

・画像診断の件数は、ますます増加していくであろうが、読影業務を担う放射線科医師の人数が増えなければ、対応できないのではないか。その結果、読影結果報告書の作成が遅れるというようなことにならないか。

→件数は、増加している。当院は、画像診断管理加算 2 を取得しており、撮影日の翌診療日までに読影結果の報告書を作成するようにしている。加算を取得できていない他病院に比べて放射線科医師は多く、迅速に報告書は作成されている。

⑦ 医薬品の安全管理体制について

・医薬品の安全使用のための手順書について、SPD「院内物流管理システム (Supply(供給)、Processing(加工)、Disutribution(分配))」の業務として、平成 29 年 11 月から病棟外来の医薬品の補充に加えて、確認も行うこととした。

⑧ 医療機器の安全管理体制について

・医療機器の使用方法については、啓発しているのか。

→医療機器使用に関する講習会を定期的で開催している。講習会は、ハンズオン形式で行い、実際に機器を操作しながら研修しているが、一部の機器については研修できていないものもあり、今後さらに努力していく。

・医療機器の性能、精度が向上したために、浮上した問題はないか。

→医療機器の性能、精度の高度化は顕著に進み、従来、どの部門の職員であっても使用できていた医療機器も高度化しているが、特に、特殊な部門の職員しか扱えない程の高性能、高精度の医療機器が増えてきている。

・問題が起こらないよう、研修を強化してもらいたい。

以上、平成 29 年度下半期及び平成 29 年度全般の医療安全の取り組みや実施体制については、全体的に円滑に機能していると評価できる。