

令和5年度 第1回監査委員会 議事要旨

開催日時：令和5年6月28日（水）17時00分～18時00分

会 場：聖マリアンナ医科大学病院本館4階 医療安全管理室より（Web形式）

出席者：監査委員：上原委員長、相馬委員、岡田委員、福島委員、大橋委員

病院関係：大坪病院長、明石医療安全管理責任者

本館看護部長、大川医療機器安全管理責任者、坂上医薬品安全管理責任者、安藤事務部長、安田医療安全管理室長、榎本医療安全管理室副室長、内川医療安全管理室副室長、福澤医療安全管理者、穂山医療安全管理者、大館医療安全管理者、梶ヶ谷医療安全管理者、有木専従薬剤師、森診療放射線技術部参事、北原医療安全管理室次長、仲田医療安全管理室参事、水戸医療安全管理室主査

23名出席

議事

1. 特定案件に対するヒアリングについて

医療安全統括会議概要書に記載された事案のうち、監査委員が選択した事案について、下記範囲から事案に関するコメントを選択し、詳細な状況、問題点の対策、整理、今後に向けての対策等説明した。

令和4年度第10回医療安全統括会議（令和4年1月11日開催）

令和4年度第11回医療安全統括会議（令和4年2月8日開催）

令和4年度第12回医療安全統括会議（令和4年3月8日開催）

令和5年度第1回医療安全統括会議（令和5年4月12日開催）

議事

1. 特定案件に対するヒアリングについて

監査委員長より、2023年度第1回監査委員会の開催宣言がされ、新年度の委員の挨拶がされた。

2022年度 第10回医療安全統括会議

質問4・5

レポート番号 2022-6658

「心臓カテーテル検査後の圧縮時間」について

1) パスの説明

病院より、2022 年 12 月まで使用していた電子カルテにおいて、心臓カテーテル検査・治療のクリニカルパスは、この症例でも使用されている橈骨動脈用や鼠径部用がある。橈骨動脈用においても鼠径部から追加で穿刺することがあり、その点についても指示が記載されていた。ただ今回のように、動脈以外に静脈を穿刺することもあり、静脈を穿刺した際の圧迫時間に関しては明確な基準が存在していなかった。今回、診療科においてこの点を共有し、今後の新しい電子カルテにおいて作成中のパスも追加する予定であると説明した。

監査委員より、動脈、静脈でももちろん違うと思う。術後のモニタリング観察の間隔について、帰室してからどれくらいのタイミングで観察しているのか、時間は決まっているのか質問した。

病院より、橈骨に関しては、穿刺した際に看護記録に何時間観察すると指摘があるが、大腿の動脈に関しては、6 時間は観察すると記載されていると回答した。

監査委員より、パスは橈骨動脈用で大腿動脈は入っていないのか質問した。

病院より、大腿動脈用の心臓カテーテル検査用のパスは別にあると回答した。

監査委員より、同じである必要はないが、必要に応じて変更は必要である。帰室する時間は色々だが、帰室した時間からカウントして何時間おきではなく、1 日何回という大まかな決まりしか無いのか、モニタリング間隔がどうであったのか質問であった。あまりに大まかな印象をうけたとのコメントである。改良を検討頂きたいが見せていただかなくても良いと述べた。

監査委員、了承された。

2022 年度 第 11 回医療安全統括会議

質問 10・11・12

「ジルチアゼパムの急速投与事例」について

病院より、報告事例検討委員会は医療安全管理室の決められたメンバーで一つ一つの症例を検討している。診療科は出席していない。この症例においては、診療部長が担当医師に説明を聞いた上で今後新しく薬剤を使用する際には必ず上級医に確認することを指導し、診療科内で周知した。病院、診療科においてセットを作成し使用するようになっている。オーダーの中に薬剤の説明を追加しその説明も看護師のオーダーに共有出来るようにした。病院全体においても抗菌薬の使用量についてコメントを追加していると説明した。

監査委員より、一般的な教育問題、周知徹底の問題はこれまでも改善策等を説明されてきたが、当該医師へのなんらかの注意、再教育についてこれまで報告が無かったと感じている。説明では、当該医師に対して注意をしたとの事であったので、それで良いと思うが、システムの問題の他に、当該者の資質等の問題もあると思うので個人的にきちんと対応して頂きたいと述べた。

監査委員、了承された。

監査委員より、対策立案は再度確認だけになってしまったのか質問した。

病院より、機能としての改善と、診療科における共有を実施したと回答した。

監査委員より、処分、再教育とは考えていない。当該診療科抜きで検討し、検討結果をフィードバックするが、それに対して診療科の対策は確認したのか質問した。

病院より、その一つとして、コメントを追加し誰でもオーダー時に確認できる対策を打って頂いたと考えていると回答した。

監査委員より、当該診療科は全員が理解しているのか質問した。

病院より、理解していると回答した。

監査委員、了承された。

2022 年度 第 12 回医療安全統括会議

質問 18

レポート番号 2022-8285

「ビムパッドの処方漏れ」について

病院より、期間が過ぎた処方をオーダーした際に、一部の薬を忘れていた。画面上まとまって表示されないためスクロールをしないと確認が難しかった。現状としては職員に状況を周知。メールで改修状況を配信しているが、診療中でも確認出来る様に、電子カルテ上にヘルプ画面を作成し今までの改修・指示は確認出来る様に表示していると説明した。

監査委員より、システムをきちんと確認すれば正しく照合できるとの事。今後、カルテの表示方法について改修も検討しているとの理解でいいのか確認した。

監査委員、了承された。

2023 年度 第 1 回医療安全統括会議

質問 21 2022-8682

「骨髄採取時 ヘパリン濃度間違い事例」全病院的問題なので、手術部小委員会からの対策案をご教示ください。

病院より、説明した。

【事例】

骨髄移植ドナーの骨髄採取の際に、採取に用いるヘパリン生食の濃度（ヘパリン量が 1/10）が間違っており、採取した骨髄液の凝固が認められた。

【分析・対策】

①M&Mカンファレンス開催②R C A（根本原因分析）3回実施。

【構成メンバー】

血液内科セーフティマネージャー医師 2 名、小児科セーフティマネージャー、麻酔科セーフティマネージャー、手術室セーフティマネージャー、看護師 2 名、医療安全管理室医師、薬剤師、看護師。

【要因】

環境的要因：骨髓バンク採取認定施設となっていたが、責任医師が退職し、2022 年度の実績は 0 件（1 年半ぶり）。新病院移転後、初めてであった。

人的要因：口頭指示のルールが守られていない。手術室で初顔合わせのスタッフが多かった。採取責任医師の確認すべきことが多く、注意が細部まで行き届いていなかった。

設備的要因：新入院棟移転、新電子カルテ導入後初めての施行。

管理要因：骨髓採取マニュアルとチェックリストの不備、周知不足。

手術に使用する薬剤のオーダーや実施についての取り決めがない。口頭指示時のマニュアル遵守不足、教育不足。

【対策】

③骨髓採取マニュアル、チェックリストの整備。骨髓バンクドナーの骨髓採取マニュアルを参考に作成整備した。骨髓採取に用いるヘパリン生食について注射オーダーを行う。骨髓採取術におけるヘパリン生食の調剤については、必ず医師と看護師でダブルチェックを行う。

④シミュレーションの実施：血液内科医師 5 名、麻酔科医師 2、手術室看護師 3 名、医療安全管理室医師 2 名、看護師 1 名参加。骨髓採取術視察実施（他施設医師）。

⑤高難度新規医療技術委員会へ申請。手技自体は高難度審議事案では無いが、責任医師の退職で新たな術者が再開、大勢のチームで実施すること、骨髓採取でも重大事故になりうるとのことで申請。準備状況、物品、合併症、予想される死亡率等について審議し承認された。

⑥タイムアウト改訂「術野で使用する薬剤」を追記。5 月から医療安全管理室による、タイムアウトラウンド実施。

【術前タイムアウト方法の変更】

- 1 タイムアウト開始の声掛けは術者が行う。
- 2 麻酔科医師は手術申込を参照、外回り看護師は血液型プレート、タイムアウト目次を持って術者が見える位置に立つ。
- 3 外回り看護師は全員手を止める旨を声掛けする。＊部屋にいるスタッフは全員参加
- 4 外回り看護師はタイムアウトの項目をかざし、司会、進行を行う。
- 5 外回り看護師は最後に質問を促し、なにもなければタイムアウト終了を宣言する。

6 術者はタイム終了宣言の後に手技を開始する。＊タイムアウト開始のタイミングは医師の裁量とするが、必ず侵襲的処置の前に行う。

開始時期：2023 年 7 月 3 日（月）～手術・IVR センター。評価時期：3 か月経過後。

監査委員より、頻繁に行われる手技ではないが、標準化がされていなかった。対策は丁寧にやっている。ダブルチェックは入れなくてもいいのではないかと感じた。今までは施行する医師の裁量で決めていたものが標準化されきちんとした対策になっていると述べた。

監査委員、了承された。

その他質問・確認事項なし。

2. 特定機能病院承認要件に関する自己評価（2022 年度）について

病院より、厚生労働省医政局により毎年立入検査があり、別紙項目について監査をして頂いており、自己評価を実施した。

事故等の防止策の周知や実施の状況等を含む事故等を防ぐための対策への取り組み状況を確認し、不十分な場合は研修・指導等を行うについて、重大事故に対する戦略は、当院は輸血に対する事故が過去にあり、毎月検討会を開催している。重大事例には至っていないが、確認の部分で患者確認端末を使用し血液製剤、投与を行う看護師、多職種でチェックをすることが手順になっているが、その確認が未だ 100%に行かないとのことで評価△としている。ご意見、ご指摘を頂きたい。

監査委員より、評価の△部分を中心に確認した。自分に厳しくきちんと評価し、100%に行かない、周知が足らない部分は評価の△が付けられていて好感がもてた。よろしいかと思うと述べた。

内部通知窓口について、「職員の声：医療安全に係る内部通報窓口について」医療安全マニュアル A4 判内や職員ハンドブック P20 に掲載し、新入職者オリエンテーションや中途新採用・異動・復職者研修等で周知している。評価を△にしているが、周知は十分であると思う。評価の理由について質問した。

病院より、当院は職員の異動が多くヒアリング等を行うと 100%の回答が下がってしまう。周知をしているがまだ全体として低い時があり評価を△としていると回答した。

監査委員より、職員全員は内部通報窓口など知らない。制度についても分からない。医療安全マニュアルに書いてあることが分かれば良い。窓口の存在を全員が知ることはなかなか浸透しない。何かあった場合は内部通報窓口があることが分かれば良いと思っている。自分に厳しく見ているとのことで好感が持てる。評価を○にしてもいいと思うと述べた。

病院より、立入調査時に質問がされるので、評価が厳しくなったと述べた。

監査委員より、評価の△部分を確認した。事故等の防止のための改善策の実施及び当該改善策の職員への周知について、周知は本当に難しく、冊子の「患者安全へのあゆみ」内の至

急回報が非常にインパクトのある回報を出しており、周知の努力を非常にしていると感じた。評価を△としているが活動性が高いと感想を述べた。

病院長より、特定機能病院承認要件に関する自己評価は、厚生労働省から提出を求められた訳ではなく、当院が独自で自分達の振り返りのため数年前から始めた。監査委員の方々にもそれぞれの事例への対応ももちろんだが、特定機能病院として医療安全にどの様に取り組んでいるかを監査頂くために自分たちのために通信簿を付けていると補足した。

3. 「患者安全へのあゆみ」について

監査委員より、昨年度までの実績をまとめたもの。至急回報等も含まれており、きめ細かく周知徹底のために作成していると印象をもったと述べた。

監査委員より、「患者安全へのあゆみ」の発刊について、制作会社と医療安全管理室の業務分担について質問した。

病院より、印刷会社であり、当院でデータを作成し冊子を作製する会社であると回答した。

監査委員より、今後の委員会活動について意見を求めたが、特に意見は出されなかった。

病院長より、安全な医療を提供できるように、重大事故発生時の対応、インシデントやヒヤリハットからも何か仕組みの改善と思い日夜取り組んでいる。今後も引き続きご指導いただきたいとお礼を述べた。

新年度の病院参加者の挨拶がされた。

委員会を閉会した。