

## 令和5年度 第2回監査委員会 議事要旨

開催日時：令和5年9月27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、高田診療記録管理室係長、水戸医療安全管理室主査

24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5年度第2回医療安全統括会議（令和5年5月10日開催）

令和5年度第3回医療安全統括会議（令和5年6月14日開催）

令和5年度第4回医療安全統括会議（令和5年7月12日開催）

配布資料：特定案件に対するヒアリング資料（医療安全統括会議2023年度第2回～2023年第4回）、関東厚生局による立ち入り検査で求められた改善点

### 議事

#### 1. 委員長より開会宣言

監査委員長より、2023年度第2回監査委員会の開催宣言がされた。

#### 2. 特定案件に対するヒアリングについて

### 2023年度 第2回医療安全統括会議

質問 11、39

## 資料9 院内救急システム運営委員会

「ダッシュボードシステムについて、追加の説明をいただくと幸いです。NP と CCNP の役割分担があるのでしょうか。

### 質問 39

「RRT/CCOT が見回りをして急変を未然に防いでいる」、「軌道に乗ってきている」と報告があり、活動の向上に努力されていることを感じます。よろしければ未然に防ぐことができた事例をご紹介いただければ幸いです。

病院より、院内救急システムについて説明した。

患者は急変に至るまでに何らかの警告サインを出している場合が多いと報告されている。そのサインに早期に気づき、正しく判断し、対応することである程度予防することができるのでは？・集中治療を受けた患者のフォローアップや再悪化の予防・重症化する可能性のある患者の観察・新たな治療介入の必要性評価・患者が適切な治療を受けられるようにすること。CCOT(Critical Care Outreach Team)とは RRS(Rapid Response System)院内救急システム、に関連した活動。当院では、NP によるラウンド (RRT)、クリティカルケアナースラウンド (CCNR) を行っている。

状態把握スコアダッシュボードシステムについて説明した。

看護師が電子カルテにバイタルサインを入力すると全患者のバイタルサインを元に早期警告スコアのツールを用いてスコア化し院内の高リスク患者の把握を行うシステムをダッシュボードシステムと呼んでいる。入れるバイタルサインは、呼吸回数、経皮酸素飽和度、体温、血圧、脈拍等になっている。早期警告スコアを元に救命センター所属の NP が高リスク対象患者をラウンドする。次のリスク患者については院内専門看護師、認定看護師がラウンドを行いラウンドの情報を NP/CCNR で共有をする。情報から MET の医師へ事前に伝えるべき事は情報共有する流れになっていると説明した。

未然に防ぐとはプリベントブルデス (防ぎ得た死) ととらえていいのでしょうか？活動として、「コードブルー件数は減らしたい RRS 件数は増やしたいというところで、起動背景として RRS 起動の遅延が減少することが重要」と考えている。以下の事例はラウンドを実施しているチームに情報提供してもらった。ラウンドにより他職種や診療科への調整ができた対応と思う。【MET、循環器内科、RRT、CCNR との連携調整がはかれた症例】 CCNR ラウンド時、(NEWS 中程度/VSI 高リスク) としてピックアップ。カルテ+フィジカルアセスメントをおこない、SAT 低下 (胸水貯留)、頻脈を確認し、今後急変の可能性が非常に高いことを察知 RRT (NP) と MET (救命 Dr) と情報共有。CCNR (急性期専門・認定看護師) は、本人のこれまでの意向、家族状況を確認し、コード確認や急変時に備え、病棟側の意思決定支援のサポートを開始。NP は、診療科との調整が開始され、トロッカー挿入。精査中に心タンポナーデを確認し、循環器内科にコンサルトされ、RRS 起動され、ショック

やCPA前にICUに入室となった。

監査委員より、データに基づいて信号が発せられると看に行く。さらに担当医師に連絡をしてさらに検討するという理解でいいのか確認した。

病院より、おおむねその様な状況であると回答した。

監査委員より、NEWSスコアを使う事は非常によろしいと思う。NEWSスコアの使い方は非常に難しく看護師がバイタルサインのチェックをする際にパルスオキシメーターと血圧計しか持たず、呼吸数を計らないのが世界的に診られる。当院では呼吸数を計る様に厳しく言っている。バイタル数について、呼吸数を計る事になっているか確認された。

病院より、スコア化をスタートした際に、呼吸回数が測れていなくて、上手くスコア化が出来ないとの問題があった。2015年から導入をしており、看護部の研修等で呼吸数をしっかり測るようにアナウンスしている。実際に病棟で研修に出たスタッフを中心にラウンドやチェックをして推進を続けてきた結果、今では呼吸数を入れるようになったが時には抜ける事があるので、その場合はラウンド時に認定看護師、専門看護師から病棟へ指導をしていると回答した。

監査委員より、現在の看護師はベッドサイドに不潔になるので時計を持っていかない。呼吸数を測るには時計を使っていた。時計を見ないで呼吸数を計るのは一日中どこでも時計が見られないとならない。その為の工夫について確認した。

病院より、感染面から時計をしないように指導はしている。実際にはポケットの中に入れていたり、カルテの中に1分測りを使ったり、個人で工夫して対応している。そこまで情報収集できていないので確認すると回答した。

監査委員より、確認頂きたい。当院では腕時計を持たない様に言われてどうやって測るのかと意見がある。良い方法があれば教えて頂きたいと述べた。

病院より、確認し回答すると述べた。

監査委員より、当院の状況について、腕時計は付けられないルールになっている。胸ポケットがあるので、ぶら下げる時計を装着する様に進めていると述べた。

## 2023年度 第2回医療安全統括会議

### 質問7

「アクシデント追記報告欄【その他】連携体制構築について、患者さんからの声にはどのようなことがありましたか。教えていただけることがあればお願いします」について

患者さんからお手紙をいただいた内容は、・主治医とは診療時間とは別に話をできる時間がほしい・診療科を中心にした横の連携が薄いのではないかと？以前の骨転移の時には整形外科との連携が取れていたと感じられたが、今回はなかったように感じる。・医師の負担が大きく、医師とコミュニケーションをとる時間が取れなくなっているのではないかとこの病院システムに関して・病院の設備に関してなど、患者様からはもう少し医療者に寄り添っ

た対応をしてほしいとの要望をご意見としていただいた。患者相談で面談し、お気持ちを聞きながら、がん相談支援窓口の案内なども行い、医師と直接話をしなくても不安を聞いたり、必要に応じて医師とつないだりすることはできる説明をした。

監査委員、了承された。

#### 質問 8

「資料 2 「入院患者様へ」ポスターの活用状況について患者さんの協力を促すことはとても重要と思います。3.にあるように患者さん自身が治療部位や検査内容を言えるようにする説明の工夫などありましたらお願いします。

院内の患者用掲示板にポスターを掲示している。また、実際に患者さんに部位や症状の確認を行うようにしている。例えば、画像検査においてレントゲンや CT 検査を行う際には技師が患者に部位確認の質問を行っている。そこで医師のオーダー左右の間違いが発見されたというようなレポートも上がっており、部位間違い防止に患者さんが参画できているケースもある。

監査委員、了承した。

### 2023 年度 第 3 回医療安全統括会議

#### 質問 22 レポート番号 2023-609

「セル看護提供方式をとっておられるように記載があります。病棟のマニュアルでは情報収集内容について具体的な記載がありますか。」

セル看護は 2023 年 1 月に新棟開設以降に導入。マニュアルも作成しており、その中にタイムスケジュール (情報収集の時間) とともにどのような情報を収集するかも記載されており、必要な情報収集にバイタルサインも明記されている。

監査委員より、セル看護は非常に注目されている看護提供方式であり興味深く活動を拝見した。運営に当たりタイムスケジュールと情報収集を埋め込むのが技量等の問題もあり導入している病院は苦労していると聞いている進行を頑張って頂きたいと述べた。

監査委員、了承した。

#### 質問 23 レポート番号 2023-609

「夜勤看護師が血圧を入力した場所と、日勤看護師が情報収集した場所が違っており、情報収集マニュアルに沿っていなかったため、もう一度周知を行うと記載がありますが、どのよ

うに周知を行ったのかお聞かせ下さい。」

バイタルサインは看護記録のフローシートというバイタルサインを入力するフォームを使う。また看護記録の中にもフローシートや経過記録など様々な患者の記録を行うページがある。バイタルサインはフローシートへの記録について周知している。主に看護記録は看護部からマニュアルが提示され、指導教育も看護部が担当しているので、周知も看護部からマニュアルの再確認を行うよう部署毎に実施している。医療安全管理室はインシデントの共有や対策を看護部と協議しながら連携を図っている。

監査委員、了承した。

#### 質問 24 レポート番号 2023-1122

「医師のほか、現場スタッフ、看護管理者も含めた、多職種検討会が必要と考えますが、行われるのでしょうか。」

6月2日にMMCを開催。その検討結果はセーフティマネジメント委員会でも報告。またこの事例ももとに生体情報モニタ管理に関するタスクフォースも立ち上げ、院内多職種での対策検討を行っている。

監査委員より、進捗状況を報告頂きたい。当院でも学びたい。どこの病院も非常困っていると述べた。

病院より、共有できるようにすると述べた。

監査委員、了承した。

#### 質問 25 レポート番号 2023-1122

「日本医療安全調査機構には報告せず、日本医療機能評価機構に報告する、との結論になっていますが、2つの機構への報告の要件と効果について、わかりやすく説明してください。

「1%以上の死亡確率を予期していた」との発言がありますが、死亡可能性の予期という要件が、かなり形骸化しているように感じますが

日本医療安全調査機構への報告は、「医療に起因する管理者が予期せぬ死亡」と定義されている。実際には、患者様がお亡くなりになった時に診療科より院内外死亡報告書を提出頂く。診療科より予期されないとの時には医療安全でも検討し、その上で必要な事例を臨時も含めて医療安全統括会議を開催し、診療科を含めて検討している。

2022年4月より現在までに4事例あり会議を開催。この4事例は最終的に「医療には起因するが管理者が死亡を予期する」と判断されている。そのような症例を含めて、アクシデント症例を積極的に日本医療機能評価機構に報告するようにしている。2022年度には合計で23例の報告を実施。7月の厚生労働省の特定機能病院への立入調査では14日以内での報告

が必要となる。

監査委員より、予期せぬ死亡であれば届出る。予期していたら届出ないのような判断基準が理解できなかったので質問した。

病院より、日本医療安全調査機構（事故調）に報告するものが医療に起因する管理者（病院長）が予期しなかった死亡と定義されている。医療に起因して予期するか、しないか。を慎重に議論を進めている。

監査委員より、日本医療安全調査機構（事故調）と日本医療機能評価機構の報告で検討する体制が違う仕組みになっているのか質問した。

病院より、日本医療安全調査機構（事故調）であれば、事故調査の委員会を立ち上げ詳細な報告書を準備する事になっている。日本医療機能評価機構の報告はインターネット上に情報量はあるが日本医療安全調査機構に比べ簡易的報告になっていると説明した。

監査委員より、了承した。

病院長より、当院の「1%以上の死亡確率を予期していたか」の基準について、日本医療安全調査機構（事故調）に報告する医療に起因する死亡を予期していたかについて、手術前の患者説明で1%以下の死亡の可能性は死亡の予期には当たらない。各診療の中で死亡予期について実際のパーセントについてある程度の基準がないと判断ができない。自分が医療安全管理責任者の際に明確にすべきと考えた。あくまでも1%以上というのは当院で亡くなる可能性があると考え死亡予期したと判断している。基準の「1%以上の死亡確率を予期していたか」について、意見があれば、今後の参考にしたいので伺いたいと述べた。

監査委員より、統計的では無い事は予想していた。1%という表現自体がどうなのかと思った。その手術では死亡する事は一般的には無いと表現しているとの理解でいいのか確認した。

病院長より、その理解で問題ない。数字的なものを当てはめないと院内では、判断に迷う所である。ある程度明確な基準が必要であると考えていると述べた。

監査委員より、非常に難しい問題であり、病院長がご苦労されてハンドリングされている事が分かる。全国的に言われている事だが、日本医療安全調査機構（事故調）にしない為の要件として予期していた事にするという議論に流れてしまう傾向が多い。1度検討を行い日本医療安全調査機構（事故調）に報告するか決定して必要であれば検討会を行うのが日本医療安全調査機構（事故調）のスタンス。現在は非常に高齢化、複雑化している症例が多いので最初から良く検討しないと最終的にどのような事例であったかについて分からない場合があるので、当院は、医療安全調査機構（事故調）への報告は時間がかかっている。明らかに間違った事を行ったとの事であればそれはすぐに報告できるが、合併症で1%との事であったが、ある先生が実施すれば10%起こしている時にそれは許せるのかとの事もあるし人にもよる。オーバーオールを検討会をきちんとやった上で報告するかについて決めていると述べた。

監査委員より、難しい問題であることは理解したと述べた。

病院長より、当院の用いている術式についてであれば術式における死亡率は学会から公表されている物を元にしていて、当院で起きた場合も照らし合わせて判断していると補足した。

監査委員より、ご苦労されている事はよく分かったと述べた。

#### 質問 27 資料 17

「口頭指示受けメモ。メモの分析を興味深く拝見しました。「不要な口頭指示」について、日勤・夜勤時間帯の発生割合、(例えば夜間のほうが不要な指示が多いとか)、診療科、処置?とか何か特徴がありますか。

「口頭指示は原則出さない!急変時、緊急時で患者の生命に影響する事態の発生時等、やむを得ず口頭指示を出す」という定義からすると現在の口頭指示内容はほとんどが上記に当てはまらないと言える。内容としては、インスリン投与後の血糖指示やインスリンの追加、検査前の前処置の追加、不眠時や発熱時の指示などです。定型指示でカバーできるものもあるので内容の分析から事前指示の作成などに情報を活用していくことが次の活動になるかと思っている。口頭指示メモの提出促進により、これまで提出がなかった検査部門から提出されるようになったので、鎮静の標準化などに向けて活用できる情報にもなると考えている。件数は夜間、日中と半分ずつ。口頭指示受けメモの特性上、部署や病棟は把握可能だが、診療科記載欄がないので診療科の情報は不明。2022 年度から口頭指示の確認を開始しているので 2022 年度の「患者安全へのあゆみ」の冊子の中に開始した目的等も記載している。

監査委員より、試みは素晴らしい。不要な口頭指示をとにかくリスクが高いので行わないとの決意表明をデータで出している。出している側の気持ちで言えば何とかやめて欲しいとの気持ちがメモを出しているのではとの事もあり、そこで診療科の情報は不明と記載されていたので、特定の診療科、特定の医師との事があるのであれば、明らかになってフィードバックできれば良いと思うと述べた。

監査委員、了承した。

### 2023 年度 第 4 回医療安全統括会議

#### 質問 28 レポート番号 2023-1209

「30kg の人の耐術リスクはどのくらいなのでしょう、また TAVI 後に順調だったとして、生命予後をどのくらい見積もっていたのでしょうか。」

30kg の人の耐術リスクについて、今回 MMC を開催し、手術か TAVI のどちらを選択するかは確認されてきたが、TAVI のその後も合併症が起きてしまった時に手術が可能かを

事前に議論する必要性について共有があった。また TAVI 後に順調だったとして、生命予後をどのくらい見積もっていたかに関して、元々 TAVI は機能改善を目的としており、生命予後が 1 年はある方を適応としている。担癌患者さんで予後があまり見込めない患者さんは対象としていない。

監査委員より、回答について理解した。30 kg の患者に TAVI は上手くいけば良いが、失敗した時は開胸、開心術になる。そのリスクについても十分説明しているのか確認した。

病院より、十分な説明はされていた。心臓血管外科から手術になった時のリスクについての話が必要である。循環器内科、心臓血管外科他、多くの診療科の関係者が集まり議論した中で TAVI の施行を検討して行きたいとの話を聞いていると回答した。

病院より、非常に難しい事である。心臓血管外科としてはコンバートした場合に助からない、後処理をしなくてはならない手術になる可能性が非常に高い。それも含めて TAVI 患者をどうして行くのかを十分に議論されつくしてなかった事もあるので、TAVI の合併症を続けて 2 例あったので綿密なハートチームカンファレンスを TAVI の術前に確実にを行う事の再確認を既にしていると補足した。

監査委員、了承した。

#### 質問 29.30.31 レポート番号 2023-1560

- ・「呼吸器の「使用・未使用がわかる」対策とはどのようなものでしょうか。
- ・「人工呼吸器の使い回しのインシデントについて、「分かり易く大きく、使用・未使用がわかるように変更する」対策を講じるとありますが、具体的に分かり易いご説明をお願いいたします。
- ・「人工呼吸器の使いまわしのインシデントの対策として、分かりやすく、大きく、使用・未使用が分かるように変更することになったと記載がありますのでお見せいただけますでしょうか。また、院内周知はどのように行ったのかをお聞かせ下さい。

未使用の人工呼吸器は点検後に加温加湿器へつなぐ蒸留水がセットされる。蒸留水のセットは使用直前に行うため、必ず使用前に目にする。そのため点検済の蒸留水の部分に「点検済」表示をしていた。今回の事例から主電源部分にも点検済シールを貼付した。使用中の管理：人工呼吸器を含む器機の置き場等も含め院内のラウンドを多職種他部門スタッフで実施。今後、改善に機器の置き場や管理方法も継続的に検討していく予定だが、現時点同様事例を起こさないための対策は以下の通りです。・急性期ユニットでの使用中の人工呼吸器には、ネームシールを貼付する・一時的な離脱や抜管で人工呼吸器をベッドサイドにスタンバイするのは 1 日のみと期間を儲けた。現時点での予防策としている。その後の評価はこれからとなる。

監査委員、了承した。

### 質問 32 レポート番号 2023-1789.1735

「腓骨神経麻痺防止2時間ごとのチェックについて、夜勤状況を確認中とありますがその結果はいかがでしょうか。夜間、患者睡眠中の確認は難しいところがあったのではと思いますが、その対応策など検討されたでしょうか。

整形外科と病棟でカンファレンスを実施。その結果、夜間の睡眠中は患者本人から症状の確認ができないため、体位変換介助の際に、腓骨頭を枕等で圧迫しないよう良肢位を整えて除圧を徹底する事にした。既存のチェックリストに沿っての観察を再確認したと記録のテンプレートの活用に関しても周知している。整形外科のマニュアルに明記するように改訂している。

監査委員、了承した。

### 質問 33 レポート番号 2023-1869

「当事者は今年度就任者でしょうか。ハイリスク薬投与に関する教育方法や当事者のメンタルフォローで留意されていることがありましたらお教えてください。」

当事者は新入職者（1年目）の看護師。ハイリスク薬投与の教育については新入職の医療安全研修で実施している。職員ハンドブックへも記載している。メンタルフォローに関しては、所属師長でのフォローをしているが、状況に応じて院内のメンタルヘルスケアの利用や、医療安全管理室の兼任者として精神科医師がいるので、インシデント・アクシデントでのスタッフのサポートとして状況をみて介入をしている。

監査委員、了承した。

### 質問 39

「院内救急システム委員会報告。「RRT/CCOT が見回りをして急変を未然に防いでいる」、「軌道に乗ってきている」と報告があり、活動の向上に努力されていることを感じます。よろしければ未然に防ぐことができた事例をご紹介いただければ幸いです。

未然に防ぐとはプリベントブルデス（防ぎ得た死）ととらえていいのでしょうか？活動として、「コードブルー件数は減らしたい RRS 件数は増やしたいというところで、起動背景として RRS 起動の遅延が減少することが重要」と考えている。以下の事例はラウンドを実施しているチームに情報提供。ラウンドにより他職種や診療科への調整ができた対応と思う。

#### 【MET、循環器内科、RRT、CCNR との連携調整がはかれた症例】

CCNR ラウンド時、(NEWS 中程度/VSI 高リスク) としてピックアップ。カルテ+フィジカルアセスメントをおこない、SAT 低下（胸水貯留）、頻脈を確認し、今後急変の可能性

が非常に高いことを察知 RRT (NP) と MET (救命 Dr) と情報共有。CCNR (急性期専門・認定看護師) は、本人のこれまでの意向、家族状況を確認し、コード確認や急変時に備え、病棟側の意思決定支援のサポートを開始。NP は、診療科との調整が開始され、トロッカー挿入。精査中に心タンポナーデを確認し、循環器内科にコンサルトされ、RRS 起動され、ショックや CPA 前に ICU に入室となった。

監査委員、了承した。

### 3. その他

審議なし

### 4. 病院長より

病院長より、監査を施行頂いた事について御礼を述べた。

続いて、7月27日(木)、28日(金)に行われた医療法25条3項も基づく関東厚生局による立入検査について、書面では無く口頭で求められた改善点について共有及び説明した。

①監査委員会より指摘されている事項が、会議で検討した事例についての質問が多い。医療安全の管理業務に対する監査の記録に乏しい。との改善点を頂いた。特定機能病院の医療安全等のガバナンスの強化について、理念の明確化、特定機能病院には高度な医療を提供するにあたり、より一層高度な医療安全管理体制の強化の確保が求められる旨を、医療法に位置付ける。監査委員会の業務として、管理者に対する監査、医療安全管理責任者に対する監査、医療安全管理委員会(医療安全統括会議)に関する監査。医療安全の体制についての監査をして頂く。特定機能病院の承認要件に関する自己評価について評価頂いたが、医療安全に係わる体制等について今までどうであったかについては配布させて頂いている資料内容になる。次年度以降の監査について、医療安全統括会議の議事録を確認頂く事でいいのか、当院の医療安全の体制を評価頂くために必要とされる資料があれば用意する。当院の医療安全に対する自己評価について意見を頂いているが、評価頂いた内容について追記すれば、関東厚生局が求める全体に対する評価になるのではと考える。この他には医療安全に対する体制についての評価のために必要な事があれば言って頂きたいと説明した。

監査委員より、貴重な情報を有難うございました。確かに個別事例の対応の問題だけではなく、全体として当病院が医療安全を行っているか監査委員会が監査をして意見を述べる事が対外的にも必要とされている事が分かった。病院とも打合せをして最終的な報告書に関わりについて委員の間ですれば良いかを検討して行きたい。病院長、他の方々と相談の上、委員の方々に監査方法について異論して頂き考えて提案したいと思うと述べた。

病院長より、監査委員会のメンバーの方々と会議の必要性があれば設定を行う。また、当院メンバー参加の必要があれば指示を頂きたいと述べた。

「関東厚生局による立ち入り検査で求められた改善点 2023.7」について資料送付する。

監査委員より、立入検査の指摘は、一生懸命、医療安全統括会議で検討されており議事録も残っているが、結果としてどう決めたかについての記録が乏しく、言っぱなしになっている。重要な事は、議論した結果が最終的に病院の見解となり病院長の説明する説明責任を果たす根拠となるので記録を残す事が重要であると述べた。

病院長より、品質を高める一貫としての医療安全について取り組んで参ります。引き続きご指導いただきたいとお礼を述べた。

委員会を閉会した。

以上