

令和4年度第2回名古屋大学医療安全管理業務監査委員会議事録

日 時： 令和4年11月28日（月）10：00～11：34

場 所： 医系研究棟1号館 地下1階会議室

出席者： 柵木委員長、長谷川、中東の各委員

欠席者： 三島、芦田の各委員

本院側出席者：西脇副病院長、長尾副病院長（医療安全管理責任者）、藤江副病院長、山田病院長補佐（医薬品安全管理責任者）、藤原医療機器総合管理部長（医療機器安全管理責任者）、患者安全推進部員

議 題

1. 医療安全管理責任者の業務状況について

長尾副病院長から、資料に基づき、当院の病院質向上体制、令和4年度の各種インシデント報告件数、令和4年度上半期にて患者安全推進部で新たに対応したインシデント・アクシデントの報告、全死亡例報告件数、各年度のインシデント数の推移等について説明があり、各委員及び本院側出席者から次のとおり意見等があった。

（○監査委員 ●病院出席者）

○看護師の経験年数別のインシデント報告数は、経験年数毎の職員数とおおよそ比例していると報告があった。一方、医師の経験年数別のインシデント報告数については、その旨言及がなかったため、経験年数毎の職員数とは比例していないと思われるが、こういった傾向があるかわかっているか。

●正確には把握できていないが、医師についてもおおよそ経験年数毎の職員数に比例していると考えている。また、経験年数10年目から14年目の医師は、診療に関して中心的な役割を担うようになり、担当部署のセーフティマネジャーも当経験年数の医師に集中をしているので、報告件数が増えると考えている。

○セーフティマネジャー等で安全管理に関わるとインシデント報告等の安全管理に係る意識が高まるという認識でよろしいか。

●そのように考えている。インシデント報告は、インシデントを発見した者やその部署のセーフティマネジャー等、誰が報告しても問題ないこと、むしろ複数の者から報告をすることが望ましいと周知しており、経験年数10年目から14年目の医師は、当事者・発見者としてのみではなく、セーフティマネジャーの役割として報告をする機会も多いのではないかと考えている。

○そうするとセーフティに関する役割を与えることが、安全管理を推進するヒントになるのではないか。

●そのように考える。セーフティマネジャーを務めると安全管理に係る委員会等に参加することになり、その会でもインシデント報告の意義について周知をするので、より理解が進むと思う。

2. 医療機器安全管理責任者の業務状況について

藤原医療機器総合管理部長から、資料に基づき、医療機器安全管理責任者の業務状況について説明があった。

3. 医薬品安全管理責任者の業務状況について

山田薬剤部長から、資料に基づき、医薬品安全管理責任者の業務状況について、説明があり、各委員及び本院側出席者から次のとおり意見等があった。

4. 患者安全推進部の業務状況（トピックス）について

中島理学療法士から「リハビリインシデント検討会について」について、川口看護師長から「ダブルチェックについて」について、長尾副病院長から「CQSO、EQSO、AQSOプロジェクトについて」及び「2017年に発生した頸部術後急変による事故調査事例について」について、それぞれ資料に基づき説明があり、各委員及び本院側出席者から次のとおり意見等があった。

○リハビリインシデント検討会について、診療チーム別の集計は患者層の把握・教育にはあまり効果的ではなかったとのことであるが、脳血管チームでの転倒・転落が多いということは、あまり喜ばしいことではないと思うが。

●診療チームごとに患者層の特色があり、転棟・転落しやすい患者層が多いチームでも訓練環境を見直せば防げた事例もあったため、訓練環境の見直し等より一層の改善を意識していきたい。

○ダブルチェックについて、認知作業を必要とする業務については2人連続型ダブルチェックを行い、その他の作業についてはダブルチェックが不要ということか。

●ダブルチェックが必要な業務は、認知作業が必要な業務と、麻薬等の重要薬剤を扱う場合にダブルチェックを行うことを推奨している。しかし、実際にはダブルチェックが不要な作業までダブルチェックを行っていて業務量が増えているように見受けられる。

○不必要なダブルチェックによって、作業量を増やしているということか。

●インシデントが発生すると、ダブルチェックの回数だけがが増えていく傾向にあるため、根本的な業務整理を行うことが、ダブルチェックの形骸化を防ぎ、インシデントの発生防止につながると考えている。

○頸部術後急変死亡事故について、マニュアル整備等も行い継続的にフォローしているとのことだが、その後ヒヤリハット事例は発生していないのか。

●ヒヤリハット事例は発生したが、ガイドラインを周知していたことにより、迅速に対応でき、患者さんへは影響がなかった。

○過去の医療事故を受けてマニュアルの周知を行っていなかったら、救命できていなかったかもしれないということか。

●そのように考えている。

5. 患者安全推進委員会の業務状況について

委員長より、資料に基づき、委員会の議事概要、開催状況について説明があった。

6. 講評

委員長から各委員に講評をいただきたい旨発言があり、各委員より次のとおりコメントがあった。

○ダブルチェックについて、動画を視聴しながら説明を聞くことでより理解が深まった。また、作業量を減らすことは重要であるが、何の作業は減らしていいのか等の基準を明確にしなければならないと思う。

○安全管理に関する業務は適正に行われていると思う。継続的に対処及び新たな取組みが行われていることも適正と考える要因である。

○作業量の軽減に関して、何か問題が発生するとマニュアルが作成されるため、マニュアルだらけになってしまい、その中で埋もれてしまうマニュアルがあるとは問題になる。なぜなら有害事象が発生した際に、マニュアルがあるのになぜその通りに対処しなかったのかと指摘され、それが過失になるからである。そのためには業務の精査は重要で、今回説明があったダブルチ

エックについて、形式的なものではなく、根本的な業務の精査に取り組んでいるということは素晴らしいと思う。

○医療安全に関わる役割を医師等に与えることで行動を促すことについて、実際に取り組まれていることも名大病院独自の成果と考える。

○名大病院の病院質向上体制について、病院質向上と患者安全が並列に置かれている。しかし、病院質向上というのは、患者安全を含めて病院運営そのものを包括するもののようにも見えるが、病院質向上（クオリティ）と患者安全（セーフティ）の関係性についてはどのように考えているか。

●狭義のクオリティは、自動的に良い結果を生みだせる業務工程を模索し、確立すること、院内の業務プロセスを管理し、することで良い結果を生みだすことである。また、そのバラつきを抑えるのが、クオリティ・コントロールとなる。このクオリティを推進することにより、エラー等が減っていくことになるであろうというのが、クオリティとセーフティの基本的な関係である。本院の病院質向上推進担当副院長は、各部署のクリニカル・インディケータ（QI）を集めて、達成状況をモニタする役割を担っている。なお、QIには運営指標と臨床指標がある。外来の待ち時間を減らす、未収金を回収する等、病院全体の運営に関わるものが運営指標であり、転倒転落を減らす、診療科が自身の診療をより良いものにしようとするもの等は臨床指標である。このように多様な指標がある中で、各部署が病院の方針に沿った指標を持つようにコントロールするのが、病院質向上の体制である。また、クオリティとセーフティの関係性で、もう1つ見落とされがちな視点がある。重大な問題が発生したときに一定の第三者性を持って再発防止策を立案するという機能を維持できるか、ということである。クオリティを担当しているということは、プレイヤー（医療者側）そのものになるので、自身の誤りについて患者側に立って検証をすることに自動的に利益相反が生じる。そのため当院ではクオリティとセーフティで緩やかに役割分担をしている。

○この体制はJCIの評価に則って作られたものか。

●米国ではクオリティ・コントロールの概念が先行しており、クオリティの中にセーフティが内包されていることが多く、JCIでもある程度は固められたフォームがある。本院ではクオリティとセーフティが分立しているが、JCIでは多少のバリエーションは認められており、本院の体制も許容されている。

○旧帝大の病院と名大病院で違いはあるか。

●日本ではクオリティの取り組みが遅れたため、セーフティの部門がかなり先行している。全部署で病院の方針に沿って、QIを作成・管理している大学病院は稀ではないかと思う。

○やはり、クオリティの中にセーフティがあるように思うのだが、どう考えるか。

●そこは考え方になると思う。日本では、医療事故等の社会的批判により、透明性や第三者性を強く求められたことから、先行して患者安全部門が設置された歴史がある。今後、多くの病院でクオリティとセーフティの関係性をどうするか、検討していくことにはなると思う。

○クオリティを向上させていくことはとても重要なので、そこにセーフティがどのように関わっていくのか、ぜひ引き続き検討いただきたい。

●セーフティ側の日常的な活動として、決められた業務工程の中で発生したエラー等をインシデント報告で拾い上げ、それをクオリティ側と連携調整している。

7. その他

委員長から次回開催は5～6月を予定しており、後日、事務局を通して日程調整させていただく旨、案内があった。

以 上