

## 令和5年度第1回三重大学医学部附属病院監査委員会議事概要

日 時 令和5年10月4日(水) 14:00~16:00

場 所 三重大学医学部附属病院外来棟4階 カンファレンス室3

出席者

○委員

鈴木 明(委員長)、大野 敏幸、片山 眞洋

○三重大学附属病院出席者

池田病院長、兼児副病院長(医療安全管理責任者)、福永看護部長

薬 剤 部: 岩本薬剤部長(医薬品安全管理責任者)、向原副薬剤部長

臨 床 工 学 部: 山田技士長(医療機器安全管理責任者)

放 射 線 部: 山田技師長

医療安全管理部: 飯澤医師、達村看護師長、市川副看護師長、寺尾看護師、佐々木薬剤師、高倉薬剤師

感 染 制 御 部: 田辺感染制御部長

○三重大学陪席者

(本部側) 服部監事(業務監査担当)、小川監事(会計監査担当)、監査チーム3名

(病院側) 伊藤医学・病院管理部長、粟生総務課長、柘植医療支援課長、その他事務担当者

〔配付資料〕

- ・リスクマネジメントマニュアルの改訂について
- ・立入検査の受検状況について
- ・病院機能評価の取り組み状況について
- ・内部通報窓口の運用状況について
- ・インシデントレポートの提出状況について
- ・事前の質問事項に対する回答について

事 項

1. 三重大学医学部附属病院における医療安全管理体制について

(1) リスクマネジメントマニュアルの改訂について

兼児副病院長より、資料に基づき、次の改訂箇所の説明があった。

- ・全体に関係する内容として、一部組織名称の変更に伴い、中央●●部から●●部へ修正した。
- ・第2章. 医療安全の基礎知識 2.6 急変時の対応、2.6.3 RRS 起動(Rapid Response System)について、RST/RRS 担当者の連絡先を7777に修正した。
- ・第2章. 医療安全の基礎知識 2.6.6 中毒センターについて、中毒センターの連

絡先を有効期間変更に伴い修正した。

- 第 4 章. 誤認防止対策 4.1 患者確認 4.1.1 臨床場面での確認方法について、ナースステーションのベッド表示において、同姓患者の場合、ナースコールシステム上、姓が赤文字と赤色下線で表示されるようになったため、記載を修正した。
- 第 9 章. 医薬品の安全管理 9.1 特別な管理・取り扱いが必要な医薬品 9.1.1 麻薬製剤 麻薬事故届 9.1.2 筋弛緩薬 事故届について、医療用麻薬や筋弛緩薬の取り扱いに伴う事故が発生した際、土日祝日、平日時間外の院内連絡体制について「薬剤部当直者（連絡先 7400）に連絡する」旨を追記した。
- 第 12 章. 注意が必要な管理事項や処置 12.1 各種ルート管理 12.1.2 事故抜去、自己抜去の予防対策 12.2 経管栄養の管理 12.2.1 胃管チューブの挿入 12.2.2 胃管からの栄養剤、内服薬の注入 12.3 カテーテルの管理 12.3.1 中心静脈カテーテル カテーテル抜去時の注意事項について、胃管チューブ挿入時の挿入位置確認などを明確にし、中心静脈カテーテル抜去後の空気塞栓症合併を未然回避するため、各種ルート管理における手順や注意点を明文化した。
- 第 13 章. 周術期の安全管理 13.7 WHO 手術安全チェックリスト 13.7.1 サインインについて、WHO 手術安全チェックリストサインインの確認内容として、「身に着けている物はないか・装着必要以外のものは外す」の項目に「カツラ」を追記した。

鈴木委員長より、RRS の稼働状況・稼働件数、また電話をかけるるとどのような方が出られるのかとの質問があり、達村師長より、看護師側だけでなく、医師側に連絡が入っているケースもあるため、全体数の把握はできておらず、今後の課題であると考えているが、相談を受ける件数は年々増えてきている印象があるとの回答があった。また電話に出るのは救急科の医師や、重症救急の認定を受けている看護師である旨、説明があった。

次いで片山委員より、RRS の成功実績を教えて欲しいとの質問があり、達村師長より、電話を受けたことにより、重症化を未然に防ぐことができた事例があった旨、説明があった。

## 2. 立入検査の受検状況について

兼児副病院長より、資料に基づき、9月7日に受検した病院立入検査について、文書による指摘事項は無かったが、口頭による指導が1件あったとの報告があり、次いで岩本薬剤部長より、指導内容について説明があった。

また指導を受けたことへの対応として、未承認新規医薬品等を採用・購入する場合の手順を手順書に追記する旨、説明があった。

鈴木委員長より、通常の医薬品ではなく未承認新規医薬品等を採用・購入する場合のみの内容であったのかとの質問があり、岩本薬剤部長よりその通りであり、ガイドラインに沿った内容を手順書に記載するよとの指導内容であったと理解しているとの説明があった。

### 3. 病院機能評価の取り組み状況について

兼児副病院長より、資料に基づき、病院機能評価の取り組み状況について説明があった。

次いで田辺感染制御部長より評価 C（改善要望事項）であった手術部位感染サーベイランス（SSI サーベイランス）について補足説明があった。

鈴木委員長より、SSI サーベイランスについてはどの病院でも同じような評価を受け、苦慮している項目であると思うが、外部からの指摘を受けたことによって改善を行えたとプラスに捉えて今後も継続して取り組んでいただきたい旨、意見があった。

### 4. 内部通報窓口の運用状況について

兼児副病院長より、資料に基づき、通報窓口（倫理ポスト）の設置場所や投函実績等、内部通報窓口の運用状況について説明があった。

片山委員より、上半期で 20 件を超えているとのことであったが、年間を通して 40 件を超えるような見込みとなるのかとの質問があり、兼児副病院長より、ある部署において 1 つ問題が生じた場合、その内容についてまとまった件数がポストへ投函されることが多いため一概に件数を見込みとして考えることはできないとの説明があった。

大野委員より、通報は匿名か、また通報内容に対し、どのくらい介入し、対処しているのかとの質問があり、兼児副病院長より通報者は全て匿名であり、通報があった内容についてはまず事実確認として当該部署長等に聞き取りを行うなどし、可能な限り対処に務めているとの説明があった。

### 5. インシデントレポートの提出状況について

佐々木助教より、資料に基づき、インシデントレポートの全体件数・職種・分類・レベルについて説明があった。

鈴木委員長より昨年度より大幅に増加している職種があるが、何か具体的な工夫をしたのかとの質問があり、兼児副病院長より大幅に増加した職種については、当該職種の長が代わったことにより、インシデントレポートの提出についての意識が変わったのではないかと考えている旨、説明があった。

### 6. 事前の質問事項に対する回答について

事前に各委員に医療安全管理体制に関する質問事項を照会していたが、特段質問事項はなく、本日の議題の再確認を行った。

### 7. 医療安全に係る取り組み状況の院内ラウンド

薬剤部（調剤室・麻薬等保管庫）、10 階南病棟の巡視を行い、薬剤師以外のスタッフがチェックすることによりミスを減らす方法やタスクシフト（シェア）、インスリンの取扱いなど各施設確認等取り組み状況を確認した。

●講評について、本日の内容を踏まえて各委員より意見を述べた。

大野委員より、内部通報窓口の運用状況について、色々な内容があると思うが、通報されたことに対し、適切に対応を行い、対応しているという姿勢を何らかの形で通報者に伝われば、通報しても対応されないといったような不満は無くなると思う。また件数が多いことが良いことではないかもしれないが、組織である以上、0件ということはおかしいことなので、むしろ風通しの良い職場環境であると考え、より良い職場環境にしていきたいとの意見があった。

兼児副院長より、個人に対しての投書も多いため、どこまで介入し、対応するか苦慮しているが、今後も対応に努めていく旨、説明があった。

片山委員より、院内ラウンドについて安全と管理という観点から確認し、調剤や払出しの機械化などミスが起きないように体制が整えられており、安全性が確保されており評価できる。また今後もこの体制を維持できるよう、管理していただきたい旨、意見があった。

岩本薬剤部長より、日々のメンテナンスを大切に、適切に管理していけるよう努める旨、説明があった。

鈴木委員長より、急変時の対応 RRS について、運用していくことも難しいシステムであると思うが、今後も継続的に取り組んでいただき、いつか実績値を報告していただきたい。また院内ラウンドにおいては、病棟でのインスリンの管理状況を確認し、マニュアル通り適切に管理されており、事故の再発防止に努められているとの意見があった。

以 上