

令和元年度 第一回九州大学病院医療安全監査委員会 報告書

今回、特定病院の承認要件の一つであり、医療事故を防ぐ体制の確保として、医療安全に資する診療内容のモニタリングに関する説明を各関係部署より受けました。審議の上、調査報告書を作成いたしましたのでここに提出いたします。

日 時：令和元年 8 月 28 日（水）13：00～15：00

場 所：北棟 2 階 多目的室

出席者：委員長 奥村 耕一郎（琉球大学）

委 員 一木 孝治（産業医科大学）

高橋 一久（産業医科大学）

秋好 美代子（さく病院）

久保井 拱（九州合同法律事務所）

中原 美夏（NPO キャンサーサポート）

列席者：中村副病院長（医療安全管理責任者）

後医療安全管理部長

馬場医療安全管理部副部長（セーフティマネージャー）

岩切副看護師長（セーフティマネージャー）

池田副看護師長（セーフティマネージャー）

村上薬剤師（セーフティマネージャー）

後藤助教（検査部）

大賀医療管理課長、福島医療管理課長補佐

渡辺医療法規係長、田中係員、増田係員

1. 特定機能病院の承認要件「医療安全の確保に資する診療情報の把握（モニタリング）」について

最初に、後医療安全管理部長より、特定機能病院における医療安全の確保に資する診療情報の把握（モニタリング）の概要、意義に関して、我が国や米国の状況を交えながら説明が行われた。

その後、当院における「肺血栓塞栓症予防対策」、「注射インシデント」、「患者誤認」、「24 時間以内の再手術」、「せん妄関連」、「画像診断報告書未読」、「転倒・転落」、「B 型肝炎再活性化予防」に関するモニタリングについてそれぞれ説明が行われた。

1) 肺血栓塞栓症予防対策

後医療安全管理部長より静脈血栓症（VTE）予防のためのモニタリングについて、我が国の概況を説明した後、当院での現状に関して説明が行われた。

当院では、肺塞栓予防のために「周術期の肺塞栓予防対策実施率（肺血栓塞栓症予防管理料算定率）」、「術後の肺塞栓発生件数」、「期間中発生した術後の肺塞栓以外の肺塞栓発生数」についてモニタリングしている。現在のところ術後予防策を取らずに発生した肺塞栓事例はない。しかし肺血栓塞栓症予防率が100%ではないので、今後肺血栓塞栓症が発症する可能性はある。モニタリングから見えてきた問題点としては、当院では内科領域において医療安全管理マニュアルに基づきリスク評価と予防がなされていないことや、現行の医療安全管理マニュアルが最新のガイドラインに対応していないこと等が挙げられた。そこで、当院では循環器内科の医師や医療安全管理部が中心となり、多職種（医師、放射線技師、看護師、医療医情報部、事務職員）で構成されたVTE対策検討WGを設置し、VTEの診療に関する院内マニュアルおよび病院情報システムの改修・整備を実施し、さらにWELLSスコアを自動評価できるシステムを導入した。

村上セーフティマネージャーより、「注射インシデント」、「患者誤認」、「24時間以内の再手術」、「せん妄関連」、「画像診断報告書未読」に関するモニタリングについて以下の説明があった。

2) 医薬品（注射薬インシデント）

当院では年間5000件程度インシデントが報告され、約44%が医薬品のインシデントである。患者への影響が大きい注射薬インシデントの中で、「麻薬」、「向精神薬」、「ハイリスク薬」、「禁忌薬」、「アレルギー薬」に関し、院内のルールを違反して発生したインシデントと違反せず発生したインシデントに分けてモニタリングしている。

3) 患者誤認予防

患者誤認は重大なインシデントにつながる可能性があるため、インシデント報告が0となることを目標に今年度からモニタリングに取り組んでいる。内容としては、月別の発生場面件数を比較してモニタリングしている。

4) 24時間以内の再手術件数

予定していた手術後24時間以内に、出血などの理由で予定していない手術を実施した事例について、インシデント報告の有無を確認してモニタリングしている。

5) せん妄予防対策

せん妄になると転倒転落や点滴用のチューブを抜管するリスクがある。当院ではWGを設置し、転倒転落やドレーンチューブ類のインシデントのうち、「せん妄疑い有」件数と手術の有無件数や、「せん妄疑い有」の発生時間帯、身体抑制との関係、せん妄のリスク因子である睡眠薬・抗不安定薬処方件数をモニタリングしている。

6) 画像診断報告書未読対策

・画像診断報告書の未読件数をモニタリングし、オーダされた時期と未読件数を診療科毎にフィードバックしている。

7) 転倒・転落

池田セーフティマネージャーより、転倒転落に関するモニタリングについて以下の説明があった。

平成26年度より転倒・転落件数、率が増加傾向にあったため、平成27年度に危険度に応じて

看護計画を立案し、看護介入するよう院内ルール化した。平成 29 年度から、転倒・転落を医療者の介入により防止の可能性が高いもの（PFI）と、患者要因が強く介入が困難なものの 2 種類に分け、予防可能な転倒・転落を減らしていくための対策をたてた。当院独自に 9 項目の PFI 要因を設定し、一つでも該当する項目があれば PFI としてモニタリングしている。9 項目中「レベルに応じて対策を立てられていなかった」ことで発生したインシデントが多く、センサー使用の判断が不十分な事例が多かった。そこで、各病棟に「転倒・転落防止センサー選択ガイド」や「転倒・転落防止センサー選択フローチャート」を配布し、共通の判断基準でセンサーの使用を促している。その結果、転倒・転落率の減少につながっており、一定の効果が認められた。

8) B 型肝炎再活性化予防

後藤助教（検査部）より再活性化 B 型肝炎予防に関するモニタリングについて以下の説明があった。

当院では平成 25 年 1 月に適切な検査を実施しなかったことにより、患者が死亡する事案が発生したため、平成 25 年 4 月に B 型肝炎再活性化対策組織を設置、平成 28 年に医療安全管理部主導で再活性化 B 型肝炎発生予防検討 WG(医療安全管理部 部長を含む 4 名、肝臓内科・主任、検査部・医師、医療情報部・2 名、2017 年 4 月より医師 3 名増員)を定期的に行い、啓発活動・講習会・システム改修を講じることで、最新の適正検査率は 94.6%となった。

電子カルテにより、B 型肝炎再活性化リスクのある患者には注意喚起機能や、再活性化リスクのある処方、注射オーダ時の検査等依頼・推奨機能を追加し、患者のプロファイル欄で HBs 抗原、抗体、HBc 抗体の検査履歴を確認しやすくした。また、再活性化 B 型肝炎予防対策フォローアップ一覧システムにより、病院全体で特定薬剤をオーダ発行（処方オーダ・注射オーダ・レジメン適用）した際に、肝炎検査の結果を判定しチェック対象となった患者を一覧化することが可能となった。

2. 意見交換

下記の内容に関する意見交換が行われ、状況を確認した。

今回報告されたモニタリングのデータは、医療安全管理部で一元的に作成していること。B 型肝炎再活性化予防に必要なデータはシステムにより自動的に作成されていること。転倒・転落、注射インシデントなどは、ミーティングで検討しながら手作業で要因分類を行なっていること。VTE 予防対策率は加算の請求件数とともに、実施状況でも確認していること。WELLS スコアの現状、24 時間以内の再手術の定義、VTE のリスク評価は入院時や病状が変化した時などに実施していること。転倒転落予防に関してスリッパを履かないように指導していること。転倒・転落の PFI 要因との関係。患者誤認防止対策の具体例として、ラウンドによる個別指導、インシデント情報への取り上げ、会議でモニタリング結果を報告することによる注意喚起などを実施、今後は患者誤認予防に関するマニュアルを分かりやすく、実行可能なものへ変更予定であること。

委員からの意見として、VTE 予防に関しては、入院案内等の掲載だけではなく、患者・家族に 5 分程度のビデオを見せるなど、さらなる患者の認識に働きかけることは非常に重要ではないか、また、患者の立場になると、同じ病気の患者の助言を受けたいことなどが挙げられた。

3. 指摘事項

特に明確なものなし。

以上

令和元年 8 月 28 日

九州大学病院医療安全監査委員会

委員長 奥村 耕



(琉球大学医学部附属病院 安全管理対策室 副室長)