

令和元年8月16日

福岡大学病院医療安全監査委員会  
委員長 横山 晋二

## 令和元年度 第1回福岡大学病院医療安全監査委員会講評

今回の監査委員会は、事前に通知した監査事項について確認を行なった。具体的に業務改善計画書、活動計画、実施内容の確認、インフォームド・コンセントの同席基準、並びに患者誤認防止策や静脈麻酔下で行う検査における処置中および処置後の安全管理体制を確認した。また高難度新規医療技術および未承認新規医薬品等において診療科の判断で申請しない事例を病院として管理する仕組み、RRS 対応体制、持参薬と内服抗癌剤の取り扱いについて確認した。監査結果について以下に講評する。

### 1. 令和元年度業務改善計画書、活動記録、実施内容について

業務改善計画については前年度のインシデント分析結果から、ワーキンググループ（3グループ）を組織して改善策を講じていた。

- ① 転倒・転落防止は平成30年度に引き続き継続
- ② 抗血栓薬の取扱い改善策（新薬、ガイドライン改定のため）
- ③ 持参薬インシデントに対して改善策

転倒・転落防止ワーキンググループは4つの診療科で構成されており、診療科ごとに取り組み項目を設定し、医師、看護師、理学療法士、薬剤師等の多職種による予防策の実施により転倒・転落件数を減少させることを目標に掲げている。平成30年度の転倒・転落ワーキンググループのインシデント結果は転倒転落報告件数のみであり、詳細な解析は行われておらず、活動計画・実施内容に沿った評価を実施し、今後の改善策に繋げることが望ましい。

抗血栓薬の取扱いに関するワーキンググループは10診療科医師（循環器内科外科、消化器内科外科、呼吸器内科、呼吸器外科、脳神経内科、整形外科、形成外科、歯科口腔外科、麻酔科）薬剤部、手術部師長で構成されている。

持参薬に関しては持参薬使用が多い消化器内科、呼吸器外科等の薬剤部、看護師、医療安全管理部で構成されていた。

業務改善計画書、活動計画・実施内容は次回の監査委員会で確認させていただく。

### 2. 平成30年度患者影響度レベル3b以上の事例分析（1事例）について

小児ベッドからの転落事例についての分析内容を確認した。事例検討会が実施されており、医療安全会議で事例の共有が行われていた。再発防止策として注意を促すラミネート啓発ポスターが作成され、ベットサイドに設置されるとともに、患者説明にも利用するなど運用手順が定められていた

### **3. インフォームド・コンセントへの医療チームメンバーの「同席基準」について**

**また、インフォームド・コンセントへ同席できなかつた場合の患者の反応や理解度の記録について**

インフォームド・コンセント(IC)同席については目的および同席基準が定められ、記録はテンプレート(2年間運用)が作成されている。ICへ同席できなかつた場合の対応が明確でなく、ICに同席できなかつた場合は、病棟ではIC後に患者、家族の反応を確認して記載し、外来では入院後に患者、家族の理解度、意向を確認することが望ましい。改正医療法でICの適切な実施の確認等に係る責任者の配置、及びICの実施状況の確認に係る規程の作成が義務化された。また規程に則した監査・指導を行うこと、その内容を職員へ周知し研修すること、医療者側の同席基準、説明を受ける側の代諾者の条件を決めることなどが求められており、今後、現行規程の見直しが必要と思われる。

### **4. 患者誤認防止のための具体的な取り組みについて**

医療安全管理部と看護師で構成された安全推進委員で年に3回の部署ラウンドが実施され、患者確認手順(フルネームの確認等)の実施状況の確認と病棟別、職種別に患者誤認のモニタリングが行われている。外来では患者番号を表示する掲示板と電子カルテが連動しており、電子カルテを立ち上げると患者を呼び込むシステムが導入されている。採血時は検体ラベルとリストバンドを照合できるシステムが導入されるなど患者誤認を防止するシステムが整備されていた。今後は「患者の参加型」の患者誤認防止への取り組みについても検討していただきたい

### **5. 高難度新規技術、未承認新規医薬品等が診療科の判断で申請されない事例を、病院として管理していく仕組みについて**

高難度新規医療技術は、医事課担当者が把握した時点で医療安全管理部へ報告し、未承認新規医薬品等は、業務手順書に基づき病棟薬剤師が把握し医薬品安全管理責任者(薬剤部)へ報告し、医療安全管理部で確認が行われていた。医事課担当者によって判断に違いが生じる可能性があり完全に把握できる仕組みとはいえないが、多職種と連携した取り組みは評価される。今後は、内部通報窓口を利用して報告するシステムについても検討していただきたい。

### **6. RRS(RRT、MET)対応体制の整備について**

**整備されている場合は発動基準、およびメンバー構成に関する資料について**

ラピッドレスポンスシステム(RRS)運用内規が定められている。救命センター医師、麻酔科医師、循環器内科医師、臨床工学技士、救急看護認定看護師、集中ケア認定看護師、医療安全管理部看護師、医療安全管理部事務職員で構成され、RRS要請基準、担当表(日勤帯のみ)が作成されている。本年7月から運用が開始され、すでに4件の運用実績があった。今後もRRS体制の院内周知と活用への取り組みが望まれる。

## **7. 静脈麻酔下で行う手技のモニタリング状況について**

### **モニタリングを実施している検査・処置名、生体モニタリング実施項目について**

内視鏡検査、気管支鏡検査等の検査中は血圧、SP02等のモニタリングが行われていた。検査後にバイタルサインの変化を認めた場合は、検査室にあるリカバリー室で患者の状態を1時間観察した後に病棟、外来へ帰室することになっている。退室基準が明確化されていないので、退室基準についても検討が望まれる。なお、検査中の観察項目として呼吸状態に関する記載が見られなかった。RRSでも急変の兆候として呼吸については重要な評価項目であり、呼吸様式、呼吸回数を観察記録に追加することが望ましい。

## **8. 持参薬の安全な運用のための取り組みについて**

持参薬の管理において周術期管理センター、入退院支援センターが適切に関わっている。一方で持参薬を薬剤師が正しく鑑別し院内処方に正しく移行できているかをチェックする手順は確認できなかった。今年度「持参薬WG」を設置し、多職種連携して取り組む方針が示されており、次回経過を確認させていただく。

## **9. 内服抗がん剤投与外来患者の安全への取り組みについて**

内服の抗がん剤については、薬剤師外来や外来科学療法室での院内薬剤師による関わりに加えて院外薬局との連携が構築され、安全な抗がん剤の使用によく取り組まれていた。

以上