

平成30年度第2回 医療安全外部監査委員会議事要旨

日 時：平成31年3月27日（水） 10:00～11:30

場 所：先端医療開発センター1階 講堂

出席者

1. 委 員

松村 明 委員長（筑波大学医学医療系脳神経外科教授）
副島 研造 委員（慶応義塾大学医学部臨床研究推進センター教授）
野田 真由美 委員（NPO法人 支えあう会「α」副理事長）
池田 茂穂 委員（近藤丸人法律事務所弁護士）
林 隆一 委員（国立がん研究センター東病院副院長）

2. 国立がん研究センター東病院

理事長 中釜 齊
病院長 大津 敦
先端医療開発センター長 落合 淳志
副院長 小西 大（医療安全管理責任者／医療機器安全管理責任者）
副院長 秋元 哲夫
副院長 土井 俊彦
医療安全管理室長 葉 清隆
薬剤部長 川崎 敏克（医薬品安全管理責任者）
感染制御室長 冲中 敬二
放射線技術部長 村松 禎久
臨床検査技師長 蓮尾 茂幸
看護部長 浅沼 智恵
事務部長 岡野 睦
臨床工学室長 兼平 丈
医療安全管理者 武藤 正美
副薬剤部長 西村 富啓
医事管理室長 谷本 和則
医療情報クオリティ係長 稲垣 時子
感染管理担当 橋本 麻子
（欠席者）
医療情報管理室長 坪井 正博

議事概要

1. 中釜理事長挨拶

2. 平成30年度上半期における東病院の医療安全管理体制

(1) 医療安全管理について【小西医療安全管理責任者より説明】

- 報告件数推移 (H29.4~H30.9)
- 職種別報告割合
- 患者影響レベル別割合
- 表題別報告割合
- 全死亡例症例チェック 年度比較
- 院内事例検討会
- 院内事故調査委員会
- H30年度に開始した医療安全活動
- 医療安全モニタリング事項 H30年度前期報告
- 1. 転倒転落発生率
- 2. 患者誤認
- 3. 退院時渡し忘れ
- 4. 個人情報管理
- 5. 血管外漏出
- 6. 点滴投与時間間違い
- 医療安全体制整備①
- 医療安全体制整備②
- 医療安全管理委員会指示事項
- 医療安全管理委員会決定事項
- 新規治療導入
- 高難度新規医療技術評価委員会・未承認新規医薬品等評価委員会
- 診療倫理委員会審査実績
- 婦人科新規手術の導入

(主な質疑)

患者誤認について

- ・ 患者誤認を減らす目的でバーコード認証を実施されたと思うが、バーコード認証は実施できているにも関わらず患者誤認が減らない理由及びその対策をお聞きしたい。
- ⇒ 医療者間の伝達時の患者誤認が増えている状況。苗字だけの伝達、似た名前による間違いが多く出ている。改善策として、①医療者間でも患者をフルネームで伝達し、受け手は、それを復唱することを徹底することとした。また、特定機能病院

の相互ラウンドで指摘されたが、一識別（名前等）ではなく二識別を基準にするようご指導をいただいた。入院患者は、フルネームとバーコードでの確認を実施しているが、外来はフルネームのみの確認であるため、②4月から、外来においてもフルネームに生年月日を加え二識別とすることを3月の医療安全管理委員会で決定した。

緊急時の体制について

- ・ 緊急時の対応に関して、コードブルーのようなものは行われているか。
- ⇒ 当院では、ハリーコールというものを導入している。コールがあった場合は、発生場所の近くにいる職員が駆け付けるシステムとなっている。

医療安全活動について

- ・ 8-9月の防止目標について、特に研修等は実施されているか。
- ⇒ 目標を掲げることで全職員が認識することを目的としているもので、目標に対する研修は特段行っていない。

救急体制の整備について

- ・ 緊急時対応の定期的な訓練で、医師・看護師はACLS、その他の職員はBLS・AEDを実施されているが、参加率はどうか。
- ⇒ ACLSに関しては全部署において実施しており、100%ではないが、そこに医師も参加している。その他の職種のBLS・AEDに関して今年度は約90%の職員が参加していると認識している。

婦人科新規手術の導入について

- ・ 3科で非常に大変な手術を行われているが、3例の再手術についてはどのようなものか。また、責任診療科の問題はどうなっているか。
- ⇒ 大体が直腸を合併切除していて、2例は縫合不全、1例は尿管損傷であった。責任診療科の問題については、最初の頃は誰がイニシアチブをとって指示を出すのかが曖昧となっていたが、大腸外科・婦人科が毎日カンファレンスを行うよう指導してスムーズに診れるようになった。患者に対する責任診療科は婦人科となっている。

(2) 医療機器安全管理について【小西医療安全管理責任者より説明】

- 医療機器安全管理組織図
- 臨床工学部門（平成30年度上半期報告）①、②、③、④
- 臨床検査部門（平成30年度上半期報告）①、②、③、④、⑤、⑥、⑦
- 放射線部門（平成30年度上半期報告）①、②、③、④、⑤、⑥、⑦
- 厚生局立ち入り調査指摘事項

(主な質疑)

- ・ 研修について、伝達講習者数の受講した記録は取られているか。

- ⇒ それぞれの研修で、誰が・いつ・どの内容の伝達講習を受講したか記録に残している。
- ・ 従事者に対する医療機器の安全使用のための研修について、未受講者への対応は後日責任者より実施となっているが、行われているか。
- ⇒ 実施し記録を残している。
- ・ 剖検室の管理区分3の対応について、保管年数を3年から1年に変更して後で使用する時にデメリットはないのか。それともパラフィンブロックは取っており、それを使うということか。
- ⇒ 検査に必要なパラフィンブロックは取るようにしている。検体数全体が少なく、長くホルマリンに入れておくことで逆に使えなくなることから1年で廃棄している。
- ・ バイオバンクの検体については、冷凍にして保管する等のシステムを取られているのか。
- ⇒ バイオバンクそのものは研究支援として動いており、血液と病理検体をマイナス80℃と部分的には液体窒素の中で保存している。がんセンター全体のものとしては、築地の研究所研究棟に全体のバイオバンクがあり、1年毎に情報も含めて移管し管理している。
- ・ MRIに吸着した件について、医療者についてはチェックを実施するようにされたがその他の職種（清掃員等）のチェックはどうされているか。
- ⇒ 本体室には清掃員等は入っておらず、放射線技師が清掃を行っている。

(3) 医薬品安全管理について【川崎薬剤部長より説明】

- 医薬品の安全使用のための業務
- 安全使用のための研修
- 医療安全専従薬剤師及び医薬品情報管理担当薬剤師の活動
- 医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策の実施①
- 医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策の実施②
- 医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策の実施③
- 未承認等新規医薬品評価委員会及び薬時委員会での審査状況
- 主な適用外使用薬品
- 医薬品安全管理責任者等の研修

(主な質疑)

- ・ イーフエンバツカル錠の適応患者を、使用方法を正しく理解しその方法を守ることができる方に限定したとあるが、誰がどの様に判断されているか。
- ⇒ 緩和を担当する支持療法チームの医師の判断と患者さんの理解度については看護師の協力を得て実施している。

- ・ ロキソプロフェン錠の上限量について、他にも上限が設定されているものが沢山あると思うが、これだけがたまたま設定されていなかったのか、これに併せて他のものも見直しをされたのか教えていただきたい。
- ⇒ 添付文書上で上限があるもの、若しくは通常考えてどうしても上限を設定せざるを得ないものは最初から設定しており、また、採用の都度考えている。ロキソプロフェン錠については、上限量を超える事象が発生したため上限の設定を行った。添付文書にあるものは必ず設定しているが、その他については全ては設定していない。
- ・ 麻薬向精神薬勉強会について、看護師の受講者が355人とあるが、看護師は総数で何人いるのか。
- ⇒ 看護師長を含め355人で100%の受講となっている。
- ・ 外来で向精神薬の処方を行う場合、研修会を受講するようになっているが医師向けの研修会についての対策はどうなっているか。
- ⇒ 検討を行っているところである。

(4) 感染制御体制について【冲中感染制御室長より説明】

- 手指衛生モニタリングと改善状況について①
- 手指衛生モニタリングと改善状況について②
- 手指衛生モニタリングと改善状況について③
- 手指衛生モニタリングと改善状況について④
- 感染制御体制
- 抗菌薬適正使用支援チームの活動
- 感染制御室の活動
- その他
- 院内感染対策のための研修

(主な質疑)

- ・ 手指衛生について、実施率が90%を超えており感心しているが、どの様にしてここまで良くなったのか教えていただきたい。
- ⇒ 各病棟におけるリンクナースを中心に出来ていない病棟にフィードバックを行い、各病棟において対策を検討・実施していただいた。また、各病棟に防犯カメラが設置されているが、委員会の了承を得たうえで防犯カメラを活用し、出来ていない個人を特定し直接指導することも行った。
こういった対策を行っている中で90%を超えてきたところ。
- ・ 入院時にインフルエンザ、結核等について、事前にチェックする体制とは具体的にどのような事を行われているのか。
- ⇒ 患者さんに入院の数日前に入院準備センターに来ていただき、入院に関する説明の

中で、これから入院までの間に体調の変化があった場合には連絡してもらおうようお願いしている。入院当日についても、病棟に上がる前に発熱等体調に変化がなかったか確認する二重の体制をとっている。

- ・ 感染制御体制において専従の薬剤師を置いたことは大変素晴らしいことで、他の病院では中々出来ないことである。抗菌薬の7日間以上使用時の介入、開始翌日までに介入することはかなりの手間がかかり、やはり専従の薬剤師がいないと難しいと思うがいかがか。
- ⇒ 7日間以上使用時の介入に関しては昨年度までも行っていたが、届出時の介入について、今年度、専従の薬剤師を配置したことで強化したところ。
- ・ 届出については、抗生剤を投与する医師が必ず出すということか。
- ⇒ 処方を入力しカルテを閉じる際にポップアップで入力を促すようになっており100%届出が出るようになっている。
- ・ 7日間以上使用している患者のピックアップはどのように行っているのか。
- ⇒ 感染制御対策のシステムが入っており、それを用いて患者のピックアップを行っている。
- ・ 毎日の血液培養チェックというのは、どういう時に行われているのか。
- ⇒ 毎朝、11時に検査室において医師・薬剤師・検査技師の3職種で、新しく検出された血液培養の患者さんの情報を共有し、その上で1例1例適切な対応が出来ているか電子カルテでチェックを行い、病原性の高い菌が検出されているにも関わらず適切な抗菌薬が使用できていない場合等に介入している。
- ・ 1日平均何例くらいあるか。
- ⇒ 1～2名程度。
- ・ 先程、手指衛生のところで話が出たが、監視カメラは全ての病棟に設置されているのか。
- ⇒ 監視カメラは全病棟に設置されている。実施率の悪い病棟で活用していたが、このところ活用しなくても一定の実施率を保っている。ただし、医師の実施率が悪いので、今後は医師が病棟に来る時間を狙って確認することも考えている。

3. 講評

- ・ 年々、着々と色々な体制が整備されてきており、敬意を表する。婦人科の手術の新しい体制について、色々な科にまたがる中での責任体制や患者との対応について今後も大変になって行くような気がします。
標語で「育もういつもと違う感じるチーム」と言うのが中々いいなと感じており、こういう感じでやっていただくと患者の立場からすると安心だという気がした。
- ・ 前回と比べても色々な取組をされていて安全管理が向上していると感じた。特に感染制御に関しては素晴らしい取り組みをされていて、我々も是非参考にさせていただき

たいと考えている。

インシデントレポートに関しては、全国的にみても医師のレポートは少ないと思うが、慶應病院でいうと2～3割と上がってきている状況があるので、医師への指導を徹底していただく必要があると感じました。

- ・ 医療安全は医療者の努力はもちろんだが、患者側からの意識・協力も必要だと思う。色々な病院のホームページを見ると、患者向けの医療安全に関するリーフレットの様なものを作っている病院があり、医療安全に関して意識したり協力しなければいけないこともあること等が分かりやすくまとめられているものがある。今後、患者向けにその様なものを作成されるのであれば、患者へも医療安全に協力しようという意識を持ってもらえるような呼びかけをしていただけたらと思う。
 - ・ 普段から一緒に仕事をしているが、改めて活動を聞くと素晴らしい取り組みをしていると感じた。各専門職種、領域で情報共有がなされていて、効率的に指示・徹底がされていると思った。医療安全は重要なことであるため、今後とも引き続きご尽力いただければと思う。
 - ・ 事前に資料を拝見させていただき、日々努力されていて改善がみられ素晴らしいと思った。こういった成果を日本病院学会とか医療マネジメント学会に積極的に発表され、それをまた改善されると職員のモチベーションに繋がると思う。良い例の取り組みとして出していくといいのではという印象を受けた。
- ⇒ 4月にクオリティーマネージメント室を立ち上げる予定としており、医療安全・感染制御だけでなく、医療の質の向上に向けて取組んでいく事になっている。また、学会・研究会等に今後積極的に参加し、機会があれば外に向けて発信していこうと考えている。
- ・ 院内では、医療安全やクオリティーマネージメントの工夫を表彰するようなシステムはあるのか。
- ⇒ 現在はない状況。これから本格的に医療の質について対応していくところであるが、筑波大学や慶應大学での取組・体制についても参考にさせていただければと思う。

4. 中釜理事長閉会挨拶