

## 令和元年度 第2回 産業医科大学病院医療安全監査委員会

日時：令和2年3月2日（月） 15時00分～17時00分

場所：病院本館3階 中会議室

### 【監査事項】

1. インシデント・アクシデント報告および改善状況について
2. 転倒・転落防止に対する取り組みについて
3. 画像・病理検査における目的外診断の見落とし防止に対する取り組みについて
4. 医療安全管理委員会における欠席者対策について
5. 口頭指示受け体制について
6. 未承認新規医薬品等を用いた医療の提供に関する手順と実績について
7. 医薬品の安全使用のための業務手順書に基づく従業者の業務の実施方法について
8. 持参薬の安全な運用のための取り組みについて

令和2年3月10日

産業医科大学病院医療安全監査委員会

委員長 藤田昌樹

(福岡大学病院医療安全管理責任者)



令和元年度 第2回産業医科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。

監査結果について、以下に講評する。

**1. インシデント・アクシデント報告および改善状況について**

**①インシデント・アクシデント改善計画の実施・評価（具体例に基づいて）**

手術後、創部ドレーン接続部のゆるみによる血腫形成事例（3b）の業務改善計画を確認した。インシデント発生後、当該部署と速やかに連携し、インシデント分析および対策の立案が行われていた。また、手術後のドレーン管理に関する勉強会を開催するなど、スタッフの育成にも取り組まれていた。インシデント発生後より約2ヶ月後に当該部署における対策の実施状況も適切に確認されていた。インシデントの詳細はセーフティマネージャー会で報告され、職員への周知も図れていた。このインシデントをきっかけとして、手術後のドレーン管理法の基準遵守を院内全体へと発信し、浸透させることが望まれる。

**②学生に対するインシデント・アクシデント報告体制について**

学生に対するインシデント・アクシデント報告体制については、医学部学生に対しては構築されていない。看護学科学生では報告がなされており、これを参照にして、今後報告体制を構築していくことが望まれる。

**2. 転倒・転落防止に対する取り組み転倒・転落防止（外来も含む）について**

転倒予防注意喚起ポスターの掲示、転ばない転ばせないご提案、外来での転倒予防に対するニュースレターの発行等々、転倒予防ワーキンググループを中心として、患者参画のもと、職員全体で転倒・転落防止に取り組んでいることを確認した。また、多職種による転倒・転落防止対策研修会を開催するなど、転倒・転落防止に対する職員の積極性、関心の高さがうかがえた。今後、当院で転倒・転落防止活動を推進する上で参考にさせていただく。

**3. 画像・病理検査における目的外診断の見落とし防止に対する取り組みについて**

「画像診断における検査結果報告書の未読および対応漏れ防止対策」のフローチャートが作成されており、医師事務作業補助者から医療安全管理部に放射線画像既読管理表の月間報告書を提出するシステムが構築され、病院全体で検査結果報告書の未読防止に取り組んでいることを確認した。

加えて、未対応症例に対しては、医療安全管理部から各科のセーフティマネージャーへ確認連絡票を送付しており、放射線科と医療安全管理部との連携については当院でも参考にさせていただきたい。病理検査結果については、病理医からの連絡が検査施行医（検査依頼医）のみへの報告であり、外来主治医への報告は行っていないとのことであった。患者へ結果説明を行うのは外来主治医であることが多いため、外来主治医への報告もご検討いただきたい。

#### **4. 医療安全管理委員会における欠席者対策について**

医療安全管理委員会の参加率は8割以上で委員が積極的に参加しており、医療安全に取り組む風土が構築されていると思われる。また、欠席者への審議内容確認書には内容に対する意見を記載する項目も設けており、多くの意見収集ができる取り組みが評価できる。

#### **5. 口頭指示受け体制について**

口頭指示マニュアルが作成されており、安全な口頭指示受け体制が整備されていた。口頭指示は、所定の「口頭指示確認表」による現場での運用がなされていた。「口頭指示確認表」には「mg」「g」が印刷されており、単位間違いを防止する工夫がなされていた。「口頭指示確認表」が現場で周知され適切に使用されているか等々、定期的な確認が必要と思われる。

#### **6. 未承認新規医薬品等を用いた医療の提供に関する手順と実績（適応外についても同様）について**

未承認新規医薬品として取り扱った実績が3例あり、いずれも「未承認新規医薬品等を用いた医療の提供に関する要領」に従って手続がなされていた。適応外についても申請手順がフローチャートで分かりやすく標記されており、薬事委員会もしくは倫理委員会で適切に報告・審議がなされていた。また、病棟薬剤師が申請書を代理で作成することで迅速に報告があがる仕組みが構築されており、大いに評価できる。

#### **7. 医薬品の安全使用のための業務手順書に基づく従業者の業務の実施方法について**

医療安全管理部を中心とした定期的なラウンドにおいて「医薬品の安全使用のための業務手順書」に基づいた業務の遂行が検証されていた。また、各部署で自己点検を実施しており、職員の医薬品安全管理に対する意識向上につながっていることが見受けられた。

#### **8. 持参薬の安全な運用のための取り組みについて**

「持参薬は原則使用しない」という病院の方針に基づき、持参薬の取り扱いルールが明確にされていた。持参薬の鑑別は薬剤師の経験年数に関わらず同じ鑑別書が作成できるように、定型文を用いた工夫がなされていた。また、鑑別した内容を薬剤師もしくは看護師がダブルチェックする体制も構築されており、持参薬の取り扱いについて安全な運用が整備されていることを確認した。

以上