

令和3年度 第2回 国立大学法人山口大学医学部附属病院監査委員会 監査報告書

国立大学法人山口大学医学部附属病院監査委員会規則第2条第1項に基づき、監査を実施しましたので、以下のとおり報告します。

1. 監査の方法

国立大学法人山口大学医学部附属病院監査委員会規則第2条第1項に基づき、山口大学医学部附属病院における医療安全に係る業務の状況について、以下のとおり管理者等からの説明の聴取及び資料の閲覧等の方法によって報告を求めることにより、監査を実施しました。

(1) 日 時：令和4年3月7日（月）15時00分～16時50分

(2) 場 所：山口大学医学部本館6階 第1会議室

(3) 委 員：河村 康明（山口県医師会・会長）

大田 明登（大田明登法律事務所・弁護士）

玉田 英生（宇部興産株式会社・専務執行役員）

(4) 山口大学医学部附属病院 出席者：

杉野病院長、松永医療安全管理責任者、北原医薬品安全管理責任者、永野医療機器安全管理責任者、伊東医療放射線安全管理責任者、高崎医療の質・安全管理部長、山口GRM、税所GRM、吉松GRM、石川GRM、山下GRM補佐、小池診療放射線技師長、松山臨床工学技士長、川村事務部長、古田総務課長、藏本管理運営課長、石田医事課長、中井総務課副課長、土岐医事課副課長、佐々木企画・評価係長、岡村医療安全係長、磯部企画・評価係主任、岡本医療安全係員

2. 監査の内容及び結果

(1) 医療の質・安全管理部の活動状況について

高崎医療の質・安全管理部長と吉松GRMから、資料1-1～資料1-3に基づき、医療の質・安全管理部の活動状況について説明があった。

高崎医療の質・安全管理部長から、患者誤認の年度推移について、令和3年度は、件数自体は昨年度を上回る可能性があるものの、内訳としては事象レベル1以上のものは少なく、事象レベル0の書類間違いや未然発見が増えているとの報告があった。未然発見はチェック機能が適切に機能していることを意味するが、書類間違いは改善すべき課題であり、その分析を行ったところ、スキヤンのミスによるものが3分の1を占めていることが分かったとのことである。要因としては、スキヤンの件数の増加、スキヤンミスに関する報告義務の周知による報告率の増加、スキヤンミスの多い部署が存在すること、スキヤンセンター以外でのスキヤンも認めていることが間違いの増加に繋がったものと考えられるとの説明があった。このため、対策として、間違いの多い部署には確認するよう注意し、スキヤンはスキヤンセンターで行うようにさせることが考えられるとのことである。

玉田委員から、スキヤンセンターでの一元化の可能性について質問があり、高崎医療の質・安全管理部長から、スキヤンセンター以外でスキヤンを行うのは、休日でスキヤンが閉まっている場合や至急スキヤンを行う必要があるで、スキヤンミスは全てスキヤンセンター以外となっている旨の回答があった。

大田委員から、スキヤンミスとは具体的にはどのようなミスなのか質問があり、高崎医療の質・

安全管理部長から、違うカルテにスキャンデータを取り込む間違い等をさすとの回答があった。

吉松GRMから、外来患者のエスカレーターでの転倒・転落事例について報告があり、改善対応として注意喚起のPOPの強化やセンサーによる注意案内の放送等がなされた旨の説明があった。また、入院時の荷物の運搬等のために院内に設置しているショッピングカートを歩行補助具の代わりとして利用されている患者が見受けられたが、ブレーキがないなど、転倒の危険があるため、新たに歩行補助具を設置した旨の説明があった。

玉田委員から、エスカレーターの手すり部分に、イラストなども用いた分かりやすい注意喚起の表示することについて、次の段階で検討いただきたい旨の意見があった。

河村委員長から、エスカレーターの資料で歩行補助具のことが触れられているが、歩行補助具でエスカレーターに乗って良いのかを確認する旨の質問があり、歩行補助具のままではエスカレーターに乗ってはいけない旨の回答があった。

以上から、本項目は「適切に実施されている。」と判定した。

前回の開催からあまり時間差はないが、原因究明に関しては着実に行われている。

(2) 医薬品の安全使用のための取組について

北原医薬品安全管理責任者から、資料2-1～資料2-4に基づき、前回監査委員会の指摘事項である2つの手順書の記載が一致していない点について、資料2-2の手順書では資料2-3の手順書の記載に従うとの記載に修正し、齟齬が生じないように改正を行った旨の説明があった。また、医薬品の安全使用のための研修の実施状況や必要な情報の収集、改善のための方策の実施状況について説明があった。

河村委員長から、資料2-4において対象者数の記載がないことについて確認があり、北原医薬品安全管理責任者から、病棟での研修会は必須研修として定められたものではなく、より医療安全の意識を高めるために補助的に行っているものであり、対象は定めていないため対象者数がない旨の説明があった。

以上から、本項目は「適切に実施されている。」と判定した。

麻薬の取扱い、規定に関する整合性の改善がなされている。

(3) 医療機器の安全使用のための取組について

永野医療機器安全管理責任者から、資料3に基づき、新しい医療機器導入時の研修について今年度は7機器に関して実施しており、資料作成時点では内視鏡3Dシステムの受講率が71%であったが、現在は100%となっている旨の説明があった。前回の委員会において、できるだけ早期の100%達成が望ましいとの意見があったが、機器のマイナーチェンジについては必要に応じて受講することが多いため比較的ゆっくりとした受講となり、完全な新規の医療機器では早期に100%が達成されている状況である旨の説明があった。また、特定機能病院指定の定期研修や医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施について説明があった。

玉田委員から、最終的な受講率については100%を目指すということなので、受講に関する督促について、メール以外でのもう一工夫があれば教えてほしいとの質問があり、永野医療機器安全管理責任者から、院内へのポスター掲示は以前から行っているほか、メールによる督促についてはある程度レスポンスがある状況であり、今後はキーパーソンの方にターゲットを絞る等効率的に改善を図っていきたいと考えているとの説明があった。

大田委員から、伝達講習と対面講習で理解度に差が生じているかについて質問があり、永野医療機器安全管理責任者から、新規の機器は対面での受講が100%となり、変更点が軽微なものについては伝達受講の割合が高くなるなど、機器に応じて受講方式を選択しているようであるとの

説明があった。

以上から、本項目は「適切に実施されている。」と判定した。
受講率の100%の達成に向けての努力が望まれる。

(4) 診療用放射線の安全利用のための取組について

伊東医療放射線安全管理責任者から、資料4-1～資料4-4に基づき、線量管理状況に関する報告や診療用放射線の安全利用のための研修の開催状況、血管造影のオーダ時に発行される放射線被ばくに対する説明書を前回の監査委員会の意見を踏まえ、検査前に説明することとした旨の説明があった。

以上から、本項目は「適切に実施されている。」と判定した。
診療用放射線の事前説明の改善が行われている。

(5) 各種監査等の結果について

① 特定機能病院相互のピアレビューについて

高崎医療の質・安全管理部長から、資料5(1)に基づき、特定機能病院相互のピアレビューの評価について、訪問調査はなく、書面調査のみで実施し、鳥取大学からの指摘はなかったとの説明があった。

玉田委員から、指摘があった場合は是正という意味で捉えれば良いのか、努力義務という意味で捉えれば良いのかとの質問があり、高崎医療の質・安全管理部長から、特定機能病院の要件に関して確認しているため、指摘があった場合は全て改善しなければならない旨の説明があった。

以上から、本項目は「適切に実施されている。」と判定した。

② 医療監視について

古田総務課長から、資料5(2)-1～資料5(2)-2に基づき、医療監視の結果について書面では「概ね良好」との結果がきているが、電話にて3点の指導助言があり、その対応に関する説明があった。

玉田委員から、資料5(2)-2の2つ目の指導助言についての再発防止措置について質問があり、山口GRMから、通常時は薬剤部が対応するが緊急時は病棟にあるものを使用することもあり、ダブルチェックを徹底したいとの説明があった。

大田委員から、資料5(2)-2の2つ目の指導助言について、家族へ説明していない理由について、家族に説明しなければいけないという認識がなかったのか、認識はあったが多忙等で忘れてしまったのか質問があり、山口GRMから、後者であるとの回答があった。また、インシデント報告時に家族の方に報告しているのかを確認する欄を設け、注意していくこととなったとの説明があった。

指導助言の内容について、発生事象が重大事故と繋がる恐れがあり、「注意を要する」とした。

(6) 医療の質の改善に向けた取組について

① オカレンス報告, Quality Indicator 等について

高崎医療の質・安全管理部長、山口GRMから、資料6(1)-1～資料6(1)-3に基づき、Quality Indicator, オカレンス報告等について説明があった。

高崎医療の質・安全管理部長から、前回の監査委員会において意見があったオカレンス報告の報告率について、改善策としてオカレンス報告の簡略化を行ったとの説明があった。

山口GRMから、令和3年度前期の医療安全に関する12の指標について、項目毎に説明が

あった。

高崎医療の質・安全管理部長から、クオリティ・マネジメント部会の概要について説明があり、今年度は介入を行った診療科や部門はなかった旨の説明があった。

大田委員から、資料6(1)-2の番号3~6についてはどのようなものとして評価すればよいのか質問があった。山口GRMから、「3. 手術時間が延長した患者の割合」であれば元々の計画の妥当性という観点と特定の診療科で高い数値が見られるようであれば介入を検討する理由となりえる、「4. 24時間以内の再手術率」や「5. 入院中の緊急再手術率」では特定の診療科の特定の手術で多い等があれば介入を検討する理由となりえる、「6. 死亡退院患者率」であれば診療科毎の特性はあると思うので、長期的なデータとして蓄積し、急に増える時期があれば気付けように蓄積していきたいとの説明があった。

玉田委員から、資料6(1)-3の静脈血栓症の予防行為実施率のところに記載がある「原因について確認する」について、確認した結果について質問があり、山口GRMから、管理加算の取り忘れが原因であった旨の説明があった。また、薬剤管理指導実施率の減少について質問があり、山口GRMから、患者さんが話せない状態の場合は説明ができないので状態によって差がある旨と放射線科は入院患者数が少ないため、分子が及ぼす影響も大きい旨の説明があった。

以上から、本項目は「適切に実施されている。」と判定した。

改善がなされており、望ましい状況であることを確認した。

② 内部通報窓口に関するアンケートについて

古田総務課長から、資料6(2)に基づき、内部通報窓口についてのアンケート調査結果について説明があり、認知度は前回27.6%から42%に増加、正答率は前回14.8%から17.7%に増加であった旨の説明があった。

大田委員から、内部通報で得られる情報は内部通報でなければ集まらない情報が多いので様々な機会を通じて周知した方が良いとの意見があった。

河村委員から、もう少し周知の方法について工夫の余地があるのではないかと意見があった。

以上から、「通報窓口の認知度を高める努力が必要である」とした。

③ IC（インフォームド・コンセント）専門部会の活動状況について

石田医事課長から、資料6(3)に基づき、インフォームド・コンセントの共通様式の変更について、記載不備を減少させるために不備が多くみられる項目を選択形式にしたほか、未記載の項目についてワーニングを表示させる変更を行ったとの説明があった。

玉田委員から、このような様式を作られる際に、診療録センター等を含めて関係者でかなり検討された結果として変更になっていると考えて良いのか質問があり、石田医事課長から、診療録センター運営委員会には医療情報部長もおり、様々な医師等の意見も踏まえ、このような変更を行った旨の説明があった。

以上から、本項目は「適切に実施されている。」と判定した。

負担軽減に向けた努力がなされていることを確認した。

(7) その他

①退院サマリーの作成状況について

石田医事課長から、資料7(1)に基づき、令和3年度11月までの退院時サマリー作成状況について、14日以内が93.2%、30日以内が98.6%であったこと、11月分までの退院時サマ

リーの追跡調査結果について1月25日時点において作成率は100%であった旨の説明があった。
以上から、本項目は「適切に実施されている。」と判定した。
良い方向にあるが、100%に向けた努力が必要である。

②医師の働き方改革に関する活動状況について

古田総務課長から、資料7(2)に基づき、勤怠管理システムの改修、複数科での宿日直体制に関する国立大学病院へのアンケート調査の実施、放射線科のオンコール体制への移行、看護師の特定行為研修修了者の活用状況、ドクターズクラークの採用状況、医師の負担軽減を目的とした在宅での電子カルテの導入、全国医学部長病院長会議の自己研鑽に係る指針の策定に伴うガイドラインの見直し予定について説明があった。

玉田委員から、民間企業では副業で視野を広げることを推奨する企業が増えてきているが、医師の場合、派遣先での労働時間は把握しているのか質問があり、杉野病院長から、医師の場合は全く違う仕事を副業にするということはない旨と関連病院での勤務については兼業届に記載することになっているため、自己申告することになっている旨の説明があった。

大田委員から、労働時間ガイドラインの修正が完了したら、本委員会にて確認したい旨の意見があった。

以上から、本項目は「適切に実施されている。」と判定した。

ドクターズクラークの一層の採用が必要である。

3. 総括

以上、山口大学医学部附属病院における医療安全に係る業務の状況について監査を実施したが、適正な管理・対応がされていたと認める。