

令和元年度 第2回 医療安全業務監査委員会

日 時：令和2年1月21日（火）17:00～19:00

場 所：兵庫医科大学病院

委員名：委員長 村尾 仁（第1号委員：大阪医科大学附属病院）（医師）

委 員 夏住 要一郎（第2号委員：色川法律事務所）（弁護士）

委 員 中西 清（第3号委員：学校法人兵庫医科大学）（公認会計士）

出席者：阪上 雅史病院長、西 信一副院長（医療安全担当）、

高橋 敬子医療安全管理部長、佐々木 周一事務局長、

琴浦 規子放射線技術部長、入江 猛病院事務部長

令和元年度 第2回 監査結果報告書

医療安全業務監査委員会は兵庫医科大学病院医療安全業務監査委員会規程第2条に基づき監査を実施しましたので、その方法及び結果につき以下のとおり報告します。

1. 監査方法

兵庫医科大学病院医療安全業務監査委員会は、監査指針にあるクリニカル・ガバナンスに重点を置いた監査を実施しました。

監査においては、令和2年1月21日に監査委員会より事前提示を求めた資料の確認と、阪上病院長、西副院長、高橋医療安全管理部長、琴浦放射線技術部長、入江事務部長、佐々木事務局長の5人の方へのヒアリングにより実施しました。

指針に定めたとおり、1) 指定した課題の確認 2) 選定した事件事例の確認という2つのアプローチを通して実施しました。

2. 監査実施項目

(1) 指定課題の監査

- ① 重要画像読影結果見落とし防止対策について
- ② 前回監査での指摘事項の進捗状況を確認
 - 適正な勤怠管理を行うためタイムカードの導入を検討すること。
 - 医師の外勤が申請どおり順守されていることをモニターする方法を考案し、次回監査で提示すること。
 - 医師の適正配置を病院の臨床規範の一つに加え、その状況をモニターする方法を開発し、次回監査で提示すること。
 - 事故後の対応を業務として捉え更に標準化を進めること。

(2) 教訓を生んだ事象事例検討

画像読影結果見落とし事例をご提示ください。

3. 監査の結果

(1) 指定した課題について

① 重要画像読影結果見落とし防止対策について

(画像見落としの現状把握)

- a) 兵庫医科大学病院は過去に画像読影結果見落とし事故の経験がある。
- b) 見落とし事例の調査を後ろ向きに実施した実績がある。
- c) 調査の結果、2017年までの医療安全管理部門への報告には、患者さんの予後に重大な影響を及ぼした事例はない。
- d) 警鐘事例は、医療安全管理部で対策を含め検討している。

(画像読影の体制)

- e) 兵庫医科大学病院は画像診断実施加算3を算定している。
- f) 直近の読影診断業務の件数は CT 752件/週 MRI 338件/週であった。
- g) 画像読影診断医の人員配置が把握されている。
- h) 読影診断医の業務担当予定表があり、勤務状況が把握されている。
また、産休等の在宅(遠隔)での読影も行っている。
- i) 平日は18時30分までに読影業務は終了している。
- j) 読影結果は、翌診療日までに80%以上が作成されている。

(病理部門での見落とし防止策)

- k) 病理診断部門では、レポートを見やすくするために、重要所見は上部に記載することとし、その所見を強調するためのラジオボタンを設けた。
- l) 病理部門では、オーダーした医師および担当する診療科が所見を確認したことを記入するボタンを作った。
- m) 目の前にいる患者さんの未読データが何件あるかを絞り込み検索できるシステムを搭載した。
- n) 病理診断部門では上記の環境下に月45件位を抜き打ちチェックして、未読の件数管理を行っていくことを計画している。

(画像診断見落とし防止対策)

- o) 病理部門の防止対策の実績やシステムの使い勝手を見ながら、放射線科では、

MR/CTなどの画像診断においても同様の対策を実施する計画をしている。

② 前回監査での指摘した事項の対応状況について

- 適正な勤怠管理を行うためタイムカードの導入等を検討すること。
2020年度より、医師のモバイル電話をiPhoneに変更し、Dr.Joy社のアプリとビーコンを利用した勤怠管理システムの導入を検討している。
- 医師の外勤が申請通り順守されていることをモニターする方法を考案し、次回監査で提示すること。
新たに導入予定の新勤怠管理システムで把握した医師の勤務時間と兼業許可申請の内容を突合してモニタリングをすることを人事部が行うことを予定している。
その結果、疑義があるものについては、実際の勤務状況の確認を実施し、結果を病院長に報告することを予定している。
- 医師の適正配置を病院の臨床規範の一つに加え、その状況をモニターする方法を開発し、次回監査で提示すること。
各診療科別に勤務日（月～土）の医師の配置表を作成し、外来、入院等の診療に支障がないかモニターできる体制を構築し、これをもとに病院長ヒアリング時に現員数と必要人員数の差の調整を行い、教員及び病院助手・レジデントの適正配置に向けた対応をとる予定である。
- 事故後の対応を業務として捉え更に標準化を進めること
医療安全管理部門が患者・家族への対応に関与するか否かの振り分けをする判断基準が示された。その基準は診療プロセスに問題があるか否かにおき、問題がない事例は診療科が中心になって対応し、問題がある事例は医療安全管理部が中心になって対応することにしている。

（2）教訓を生んだ事件事例検討

重要画像読影結果見落に関係した3事例が提示された。

- ① 他施設で既に分かっていた患者さんの重要な情報が生かせなかった事例
- ② 放射線科の読影レベルでの診断エラーのあった事例
- ③ 臨床現場で医師が説明した内容と後日放射線科読影医師による診断結果が食っていた事例でした。

いずれも教訓的な事例であるが、幸い患者さんの予後に大きな影響を及ぼすことはなく、説明責任が果たされていた。

4. まとめ

兵庫医科大学病院は「重要画像読影結果見落とし問題」の改善に向け戦略的に取り組み、有効な防止対策を構築中である。「読影検査結果の診療への反映は依頼した医師の責任である」という規範を病院長が宣言した実績はクリニカル・ガバナンスに適う対応であ

るといえる。

現在は病理診断部門のみではあるが、電子カルテを開いた際に当該患者の全未読リポートを検索できる機能が導入されるなど、規範順守を支援するシステム面からの補強も行われている。放射線科では、読影業務が特定の医師に偏重しないよう配慮がされている。病理診断報告書で整備されたシステムティックな対策が、放射線科画像診断診にも展開されることが期待される。

医師の適正配置と勤怠管理についての改善計画は、変革を目指した挑戦的な内容であると評価できる。

— 提 言 —

- 1) 病理で整備された診断結果見落とし防止対策を、早急に画像診断見落とし対策に展開し、次回の監査委員会では具体的な内容と実績を報告すること。
- 2) 医療安全管理部門が関与する事故後の患者や家族への対応（何時頃までに、誰が、何を、どの様に）をタイムテーブルにして標準化すること。

以上

令和2年3月6日

兵庫医科大学病院医療安全業務監査委員会

委員長 村尾 仁

委員 夏住 要一郎

委員 中西 清