

## 令和2年度 第2回 医療安全監査委員会議事要旨

令和2年度第2回医療安全監査委員会を书面開催し、各委員より承認いただいた。  
また、委員からの質問及びその回答については下記のとおりである。

### 【議題】

1. 令和2年度特定機能病院間相互のピアレビューについて
2. 令和2年度病院立入検査について
3. 医療安全管理委員会の活動状況について（令和2年9月～令和2年12月）
4. 高難度新規医療技術、未承認新規医薬品、未承認新規医療機器を用いた医療提供について（令和2年9月～令和2年12月）
5. 入院患者の死亡事例の報告について（令和2年8月～令和2年12月）
6. 死産事例の報告について（令和2年8月～令和2年12月）
7. インシデント影響レベル3b以上事例の報告について（令和2年8月～令和2年12月）
8. インフォームド・コンセントの状況について
9. 検査レポートの未読件数について
10. その他

### 【質問とその回答】

#### [質問]

議題3 医療安全管理委員会の活動状況について

資料1 令和2年度第10回医療安全管理委員会議事要録の議題6「令和2年度に発生した患者間違い件数及び発生場所」について、委員会資料を拝見したい。

#### [回答]

別紙のとおりになります。また、発生領域別の主な内容は下記のとおりです。

薬剤：内服薬・注射薬の投与間違い

検査：病理検体の提出時の取り違い、採尿患者取り違い、電話呼出の患者とは別の患者に伝えた。

書類：検査予約票・処方箋・検査結果等の渡し間違い

食事、栄養：配膳間違い

輸血：別の患者に輸血オーダー入力（手術室、ICU）→全て輸血部門のチェックで回避

カルテ記録、スキャン：他の患者のカルテに記載、スキャン情報を記録

診察券：診察券の送付間違い

インシデント内容を分析し対策を検討した結果、患者さんへ入院時に患者誤認防止への

協力をお願いすることにより、約半数の事例は防げるのではないかとの結論に至りました。そのため、4病棟で試験的に導入したところ、患者さんも確認業務に協力的になり、業務がスムーズに行えるようになったとの回答が寄せられました。

[追加質問]

資料を拝見すると、例年70~90件数の取り違えが発生しているとのことであり、今年度は、その約3分の1が薬剤や検査領域で発生しております。今回の資料のみではインシデント影響レベルがどのくらいであったのかわかりかねるため、誤解を与えかねないと考えます。

また、患者間違いや薬剤等の渡し間違いについては、あってはならないことであると思うため、今回の取組み結果等について今後、医療安全監査委員会にて定期的に報告できないか、検討願います。

[回答]

患者間違いとして記載されていた78件の影響度は、レベル0 53件、レベル1 13件、レベル2 12件となっており、個々事例は、以下のようなものです。

- ・電子カルテ上で別の患者に輸血をオーダーしたが、輸血部門で間違いに気づき患者に輸血されなかった。また、仮にこの段階で見逃したとしても輸血前のバーコード認証で気づくことができると考えられた。
- ・食事を別の患者に配膳したが、患者に健康被害は生じなかった。
- ・レントゲン撮影に他の患者を連れて行ったが、放射線部でダブルチェックが行われ間違いに気づき問題が回避された。

なお、インシデント影響レベル3bと定義している、患者に濃厚な治療が必要となった事例（予定外にICUに入室して濃厚な治療が必要となった、手術が必要になった）はなく、今回の患者間違い事例はいずれも上記のとおりレベル2以下でありました。

今回の取組み結果等の医療安全監査委員会での定期的な報告については、マンパワー等も考慮し、検討いたします。

[質問]

議題8 インフォームド・コンセントの状況について

資料6 診療記録監査結果（2020年度）周術期記録の「説明後の患者（家族）の反応」について、具体的に内容を知りたい。

[回答]

説明後の患者（家族）の反応としては、主に以下のような記載がございます。

- ・手術のイメージはできました。あとはお任せするだけです。

- ・特に心配はないです。何かあればまた質問します。
- ・お願いするしかないです。何が心配か聞かれても困るけど・・・不安。
- ・分からないことが分からないので任せるしかない。

患者（家族）の発言やその時の表情などから、看護師がそれぞれに見合ったフォロー計画を立案し、患者（家族）がしっかりと理解し納得したうえで医療を選択できるよう、配慮しております。