

## O-6-1

### 画像診断レポート見逃し防止対策における医療の質管理室の取り組み

旭川赤十字病院 事務部 医療秘書課<sup>1)</sup>、旭川赤十字病院 医療の質管理室<sup>2)</sup>、旭川赤十字病院 放射線科<sup>3)</sup>

○小湊 勇輔<sup>1)</sup>、橋本由美子<sup>1)</sup>、國本 雅之<sup>2)</sup>、峯田 昌之<sup>3)</sup>

#### 【背景・目的】

画像診断レポートの確認がされず、診断・治療に遅れが生じた事例が全国的に報告されている。画像診断結果を医師が確認し、患者に伝達されなければ患者・医療者双方に不利益をもたらすことになる。そこで医療の質管理室では、画像診断結果が確実に確認・伝達されているかのチェックを開始した。

#### 【取り組み】

画像診断レポートの見逃し対策として「読影医協力による画像診断レポートチェック」を2020年1月より開始した。方法は、1. 読影医が見逃されると危険と判断した疾患があった場合、画像レポートに重要所見フラグを立てる。2. 医療の質管理室で毎日、フラグの立った疾患がフォローされているかカルテを確認。フォローされていないと判断した症例は、医師である医療の質管理室長に確認を依頼。3. 室長が見逃されていると判断した場合は、主治医にフォロー依頼や患者宛てに郵送等で受診勧告を行っている。更に、オーダー医への確認通知は2020年12月よりRobotic Process Automation (RPA) を活用し、自動メールによりオーダー医へ注意喚起を行う運用も開始している。

#### 【結果】

2020年1月～2022年3月の期間で、読影医によるフラグが立った症例は79例あった。そのうち10例が危険な疾患が見逃されていると判断され、フォロー依頼や受診勧告を迅速に行い、検査・治療が遅れることなく行うことができた。

#### 【考察】

この取り組みにより、危険な疾患を見逃さず早期に治療へ繋ぐことができた。オーダー医への通知はRPAを活用しているが、疾患が患者へ伝達され、フォローが行われているかのチェックは人的確認が必要である。

## O-6-3

### がん化学療法施行患者のHBVスクリーニング状況に関する実態調査

沖縄赤十字病院 薬剤部

○鈴木 寛人、松野真梨子、外間 政志、上地めぐみ、山城 武志、荷川取直樹

#### 【目的】

B型肝炎ウイルス(以下、HBV)の再活性化による肝炎は重症化しやすく、肝炎の発症により原疾患の治療を困難にさせる。そのため、発症そのものを阻止することが大切であり、がん化学療法前にHBVキャリアおよび既往感染のスクリーニングがB型肝炎治療ガイドライン(第31版)で推奨されている。そこで沖縄赤十字病院(以下、当院)におけるがん化学療法施行患者に対するHBVスクリーニングの実施状況を把握することを目的に調査を行ったので報告する。

#### 【方法】

2022年3月に当院でがん化学療法を実施した患者を対象に、1HBs抗原検査実施率、2HBs抗体検査実施率のうちHBV-DNA検査実施率、3HBs抗原検査実施率のうちHBs抗体検査実施率とHBc抗体検査実施率、4HBs抗体・HBc抗体のどちらかが陽性のうちHBV-DNA検査実施率を電子カルテを用いてトロスバクティブに調査した。

#### 【結果】

対象患者は115名で年齢中央値は70(32-93)歳であった。HBs抗原検査実施率は100%(115/115)、HBs抗体検査実施率のうちHBV-DNA検査実施率は100%(2/2)であった。HBs抗原検査実施率のうちHBs抗体検査実施率は35.4%(40/113)、HBc抗体検査実施率は23.9%(27/113)であった。また、HBs抗体・HBc抗体のどちらかが陽性のうちHBV-DNA検査実施率は68.7%(1/16)であった。

#### 【考察】

HBs抗体検査はすべての該当患者に実施されていたが、HBs・HBc抗体検査が必要な患者への追加検査は2,3割と低く、HBVスクリーニングが十分にない例が散見された。HBV再活性化防止の観点より、がん化学療法施行患者に対するHBVスクリーニング体制の構築など、薬剤部として病院全体として治療の安全性を高めるための対策が求められる。

## O-6-5

### 安全な中心静脈カテーテル挿入の取決めと報告書作成の試み

高槻赤十字病院 医療安全推進室

○中田 祐二

#### 【目的】

中心静脈カテーテル(CVC)挿入は重篤な合併症が発生する事を鑑み、CVC挿入に認定制度を設けている施設も散見される。2020年度の赤十字医療施設の医療安全対策に関する調査報告では全国87施設中17施設が認定制度を設けていたが、当院では認定制度も取決めも明文化されていなかった。このためCVC挿入に係るワーキンググループ(WG)を発足させ、取決め、報告制度を樹立したので紹介する。

#### 【方法・対象】

WGでは1.安全なCVC挿入の取決めを立案、2.研修動画の作成及びハンズオン研修会を企画、3.CVC挿入の報告書を作成した。WGで立案した取決めは医療安全管理委員会承認し病院の決定とした。取決めとしてCVC挿入の条件は、十分な経験を持った医師は研修動画の閲覧を必須条件とし、専攻医はこの医師の立ち会いを条件とした。研修動画の作成及びハンズオン研修会の講師は、CVC挿入に立ちかけた循環器医師に依頼した。対象はCVC挿入を日常的に行う医師51名、ハンズオン研修は研修医7名、専攻医15名とし、報告書は電子カルテに添付できるものを作成し全例対象とした。

#### 【結果】

研修動画は対象医師の72.5%が閲覧し、ハンズオン研修には86.4%が参加した。報告書は2022年1月から3月まで67件報告されたが、CVCの購入実績と乖離が発生し報告率は58.3%と推測された。またその内合併症は1件で動脈穿孔であった。【考察】今回の試みでは、現場でCVC挿入を実施している中堅の医師を積極的にWGに起用した為、多くの医師の賛同や協力が得られ、高い研修参加率、円滑な取決めの導入と統一した安全への認識が得られた。しかし報告率は不十分であり、もしこれの報告書がなければ今回の動脈穿孔の合併症は知り得なかったと予想され、報告率をさらに向上させる次の手が必要と考えられた。

## O-6-2

### 画像診断レポートの見落とし防止対策について～既読管理システムの院内開発～

松江赤十字病院 医療安全推進課

○三代 和史

1. はじめに 画像診断レポートの確認不足による事故が相次ぐ中、重要所見の見落としを防止する組織的な対応が求められているが、当院ではシステムによる既読管理の仕組みは未導入であった。そこで画像診断レポート見落とし防止プロジェクトを立ち上げ、人的対策を含め検討を行った。

2. 方法 既読システムは高額であり、また数年先に更新を控える電子カルテ・放射線部門システムを改修しても数百万円の費用を要することが分かった。そこで本格的対応は電子カルテ等の更新時に行うとし、電子カルテベンダにレポート情報のファイル出力機能のみ依頼、既読管理システムは院内開発とした。このシステムは、レポート一覧を表示し、選択したレポートをレポートシステムで起動、その終了時に既読登録を促す仕組みとした。あわせて検査説明書に結果説明日時を確認するよう一文を加え患者に結果説明を聞くよう促すとともに、医師クラークが未読レポートをチェックし、既読登録を促す取り組みを行った。

3. 結果・検証 7日以内既読率は、取組開始当初31%だったが5か月後には52%となり、システムを用いて一定数は既読登録できている。一方で30日以内既読率は取組開始当初でも61%、5か月後には72%となり、医師クラークにより未読レポートを既読登録するよう促す効果は大きいと思われた。

4. 考察 レポートシステムの直接参照も可能なため、既読登録未実施のレポートも見受けられ、既読登録の更なる意識付けが課題である。今回構築したシステムでの対策は、レポートを「開いたかどうか」の確認であり、「患者に情報を伝え、どう対処したか」は、診療録に記載するよう促している。次期システム更新では、予期せぬ重要所見への適切な対応を診療録記載からチェックすること等含めた見落とし防止の仕組みを構築していきたい。

## O-6-4

### 効果的な医療安全推進室会議に向けた運営業務の簡略化

姫路赤十字病院 医療安全推進室

○田内千恵子、芦田真知子

1. 背景と目的 医療安全対策加算<sup>1)</sup>では、医療安全対策に係るカンファレンスを週一回程度の開催が求められる。対面によらない用法でも差し支えないとされるが、インシデント分析・対策で対面会議での多職種の視点・意見は貴重である。一方、毎週開催では会議資料の準備、記録に追われる。会議後は部署への改善依頼書作成にも時間を要す。会議の必要性と運営の煩雑さにジレンマがあり、会議周辺業務の簡略化への取り組みを報告する。2. 方法1) 会議資料準備への取り組み事例紹介や事例に関する補足資料をペーパーレスとし印刷にかかる作業を省略。2) 記録用紙への取り組み事例検討記録用紙を作成。提案・ラウンド欄を設け、部署への改善依頼書作成を省略。3. 結果1) 会議資料準備印刷に係る用紙・インク・時間を削減し、多くの資料もモニター利用で視認性が向上。直前まで修正や加筆でき、誤字脱字修正も会議中でも可能。2) 会議記録意見交換記録と提案事項、改善活動ラウンドを一体化することで効率的と無くなった。多職種ラウンドの際も、記録を別だてする必要もなく、ラウンドも意見交換記録で記憶喚起ができ打合せも短時間。検討事例の8割以上をラウンドできた。4. 考察簡略化による不具合は無いと考える。以前は現場の改善活動の結果を確かめることなく、時間経過に埋没してしまう提案事項も少なからずあったが、記録用紙を提案書として活用することで、現場が会議の検討を理解でき、改善活動の動機づけとして活用できた。会議メンバーも検討に留まらず、その後を支え改善活動の成果を共有することで会議運営が活性化す。5. 結論簡略化はわずかながら時間を作り現場とともに安全に取り組むことに繋がる。

## O-6-6

### A病棟の配薬業務取り組み後の安全性の調査

旭川赤十字病院 看護部 5階みなみ病棟

○安光 正敏、高橋久美子

【目的】 A病棟では配薬時1回分をその都度準備し与薬していたが、ナースコール対応等配薬作業中に一時中断する事が多く患者1人当たりの1日の配薬時間(以下、配薬時間)が11.2分に及んでいた。業務改善目的で2020年11月一日分調剤、2022年2月前日配薬カート準備を導入し、2021年度の配薬時間は1.6分まで減少した。業務改善の取り組みを行う中で、安全性(定義、事故レベル3以上の事故発生がない事とする)を保っているか明らかにするため調査を行った。

【方法】 期間：2019年4月～2022年4月。対象：病棟長を除く配薬業務に関わる同意を得られた病棟看護師、准看護師26名。倫理的配慮・個人名が第三者に特定されることはない事、参加は自由意志であり拒否における不利益はない事を説明した。また質問紙は投函箱へ回収をもって調査協力を同意を得たものとした。方法：1. 取り組み前後の内服関連事故件数(自己管理は除く)を電子カルテから抽出した。2. 配薬方法変更による良い点と改善点等4段階評価・自由回答を用意したアンケート調査を実施し単純集計した。

【結果】 1. 内服事故件数(事故レベル3以上のアクシデント件数)は取り組み前33件(0件)、取り組み後38件(0件)であった。アンケート調査結果はとも良い・まあ良い・26人(100%)と肯定的意見が全体を占め、準備時の業務調整等の意見が3件あった。

【結論】 業務改善の取り組み後に重要アクシデントの発生はなかった。またスタッフからの安全性における肯定的評価に繋がった。しかし事故レベル3以下の事故件数は減っていなかった事から今後も内服事故の発生状況を継続的に調査することが重要である。