

## IV. 付録

## 第12回医療の質・安全学会学術集会における パネルディスカッション開催について（報告）

### 【学会開催日程】

2017年11月25日（土）-26日（日）

### 【当該セッションの開催日程】

11月26日（日）90分（講演75分、総合討論15分）

### 【タイトル】

医療安全指標を用いたセーフティ・マネジメントの推進

～多施設比較と病理部門等の院内連携の評価を含めて～

### 【パネルディスカッションの概要】

近年特定機能病院における重大な医療事故が相次いだ。これを受けて国は、大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォースを設置し、その結果、医療安全管理体制に関するガバナンス体制の再編・整備・強化が急務であることを打ち出した。また、診療行為に関連した予期せぬ死亡事例等の報告を医療法に位置付け、平成27年10月に医療事故調査制度を開始した。本制度では、医療事故調査の1つとして剖検を挙げており、これは医療機関の安全管理において、病理部門や臨床各部門との連携体制の構築強化を示唆するものである。このような背景から、全国の医療安全をモニターし体制整備と効果を検証することが喫緊の課題である。こういった現状を鑑み、我々は平成28年度厚生労働科学研究『医療安全指標の開発及び他施設間比較体制の検討と病理部門等と安全管理部門との連携が院内の医療安全体制に与える影響に関する研究』において、我が国の医療安全体制の評価を行うため、①医療安全に特化した指標を開発し、②病理部門や臨床各部門、医療安全管理部門との連携が安全確保に与える効果を検証し、③自院の安全体制を他施設と比較・評価するシステムの構築を検討する、ことを目的とした研究を行っている。その研究成果と合わせて、研究では明らかにすることが難しいとされる病理部門と安全管理部門との連携がもたらす安全確保について討論し、今後の医療安全管理体制の強化に必要な部門連携を中止とした意見交換を行うパネルディスカッションを企画した。

本企画では、最初の演題で当該研究の目的の1つである医療安全指標の開発とベンチマーク分析の成果報告と併せて医療安全モニタリングにおけるビッグデータの活用可能性について取り上げる。続いて、海外の医療安全指標の現況について、医療の質管理を先進的に行っている大学病院の医療安全モニタリングの取り組みについて、を取り上げた。また、医療法施行規則に基づく医療事故報

告制度である医療事故情報収集等事業で報告された病理に関連した事例を通して見える医療安全管理体制についても取り上げた。最後に当該研究で実施している病理体制に関する全国調査について報告し、医療安全のための病理部門と安全管理部門の連携の在り方について総合討論した。

表 1 演題及び演者一覧

| 発表順  | 氏名・所属                                                 | 演題タイトル                                            | 講演時間 |
|------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------|
| 座長   | 伏見清秀<br>東京医科歯科大学医学部附属病院<br>クオリティ・マネジメント・センター<br>センター長 |                                                   | -    |
| 座長   | 尾林 聡<br>東京医科歯科大学医学部附属病院<br>医療安全管理部 部長                 |                                                   | -    |
| 演者 1 | 尾林 聡<br>同上                                            | 院内ガバナンス体制を目的とした<br>医療安全指標の検討                      | 15分  |
| 演者 2 | 長谷川 友紀<br>東邦大学社会医学講座 教授                               | 医療安全指標の活用                                         | 15分  |
| 演者 3 | 小松 康宏<br>群馬大学大学院医学系研究科<br>医療の質・安全学 教授                 | 聖路加国際病院における<br>医療安全指標と質改善活動                       | 15分  |
| 演者 4 | 後 信<br>九州大学病院<br>医療安全管理部 教授                           | 医療事故情報収集等事業からみる<br>病理関連事例の事故と現場に求め<br>られる連携体制について | 15分  |
| 演者 5 | 坂谷貴司<br>日本医科大学付属病院<br>病理診断科 教授                        | 病理部門が院内の医療安全体制に<br>与える影響に関する検討                    | 15分  |

## 院内ガバナンス体制を目的とした 医療安全指標の検討



東京医科歯科大学医学部附属病院  
医療安全管理部長  
尾林 聡

医療の質・安全学会 2017/11/25

### 第12回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

筆頭発表者名：尾林 聡

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある  
企業などはありません。

- ◆ 医療の質管理と改善活動の重要性が高まっている
- ◆ 医療安全管理におけるガバナンス体制の再編・整備・強化が急務とされている
- ◆ 平成27年度の医療法施行規則一部改正に伴い、特定機能病院は平時からの医療安全に対するモニタリング体制の整備が求められている

## 医療安全指標班 研究概要

### 目的

- ① 医療安全に特化した指標の開発
- ② 病理部門や臨床各部門、医療安全管理部門との連携が安全確保に与える効果を検証
- ③ 自院の安全体制を他施設と比較・評価するシステムの構築を検討

### 方法

#### A. 多施設間 比較用指標

- ◆ DPCデータにより計測可能  
恣意的に操作されにくい客観的データ
- 1) 国内外で使用されている指標から候補選定  
算出ロジックの改定
- 2) 新規指標作成

#### B. 内部管理用 指標

- ◆ DPCデータと他の医療データを統合して計測  
DPCデータのみでは計測できない事象を計測
- 1) DPCデータで症例抽出後、他の医療データを  
統合し事象計測
- 2) 医療安全認識をレポート提出率で計測
- 3) 院内体制整備により、各施設が  
保有しているデータを用いて計測する指標

- ◆ (A,B)東京医科歯科大学DPCデータを用いて実測し、継続的計測の実現性を検証
- ◆ (A) DPCデータ調査研究班データ・国立病院機構データを用いて汎用性を検証

## A. 多施設間比較用 6指標

### DPCデータを用いて計測する指標

#### 肺血栓塞栓症 プロセス指標

- 1 脳卒中患者に対する静脈血栓塞栓症の予防対策の実施率
- 2 手術ありの患者の肺血栓塞栓症予防対策の実施率

#### 肺血栓塞栓症 アウトカム指標

- 3 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率

#### 中心静脈カテーテル挿入 アウトカム指標

- 4 中心静脈注射用カテーテル挿入による重症な気胸・血胸の発生率

#### その他 アウトカム指標

- 5 75歳以上退院患者の入院中の予期せぬ骨折発症率
- 6 経皮的心筋焼灼術に伴う心タンポナーデ発生率

## B. 内部管理用 19指標 (1)

### DPCデータとその他の医療データを統合して計測する指標

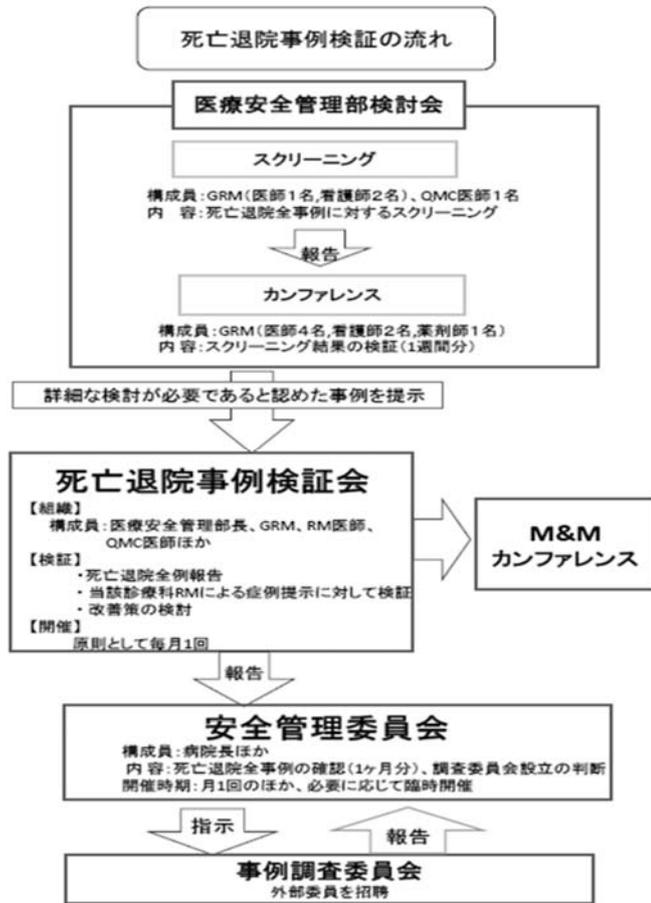
#### アウトカム指標

- 1 入院中の転倒転落に起因する骨折発生率
- 2 入院中の転倒転落に起因する頭蓋内出血発生率

#### 安全管理体制評価指標 (インシデント・レポート提出率)

- 3 中心静脈注射用カテーテル挿入による重症気胸・血胸に関するレポート提出率
- 4 経皮的心筋焼灼術に伴う心タンポナーデ発生に関するレポート提出率
- 5 入院中の転倒転落に起因する骨折に関するレポート提出率
- 6 入院中の転倒転落に起因する頭蓋内出血に関するレポート提出率

# 当院の死亡事例検証の流れ



医療安全の確保を目的として2015年4月より「死亡事例検証会」を設置

1. 全死亡事例の把握・経過確認、リスト化 (紙ベース)
2. 医療安全管理部員とQMC医師による臨床経過確認 (1回/週)
3. 死亡事例検証会で全例を再検証する。(死亡退院事例検証会、1回/月)

GRM (7名)・医療安全管理部員・クオリティマネジメントセンター医師  
部署リスクマネージャー (輪番制)

## 検証結果のData Base化

Q: 死因定義案

- 1: 原病
- 2: complication ; ある病気が原因となって起こる2次的疾患。原病に伴う合併症
- 3: 医療行為の際に偶然起こった症候あるいは事象で因果関係が無い、不明なもの
- 4: 医療行為に際して2次的に発生した事象。現在当院が合併症と定義しているもの
- 5: その他

手術関連死亡(術後30日以内) 1  
入院死亡 2  
院内死亡+手術死亡 3

問題なし 0  
死亡症例検証会 1  
医療安全管理

| A   | B   | C       | D  | E   | F  | G   | H             | I                   | J             | K                   | L                | M              | N                             | O   | Q          | R         | S                        | T         |        |
|-----|-----|---------|----|-----|----|-----|---------------|---------------------|---------------|---------------------|------------------|----------------|-------------------------------|-----|------------|-----------|--------------------------|-----------|--------|
| 死亡日 | 診療科 | 病棟(退院時) | ID | 患者名 | 年齢 | 原疾患 | 死亡診断書<br>ア)イ) | 剖検<br>無0 有1<br>検視 2 | 医療関連<br>無0 有1 | 予期せぬ<br>死亡<br>Y1 N0 | 事故調査<br>J+K=2は対象 | IC<br>無0<br>有1 | 診療録<br>記載<br>0無<br>1有<br>2不十分 | 記載日 | 手術関連<br>死亡 | 死因定<br>義案 | 死亡診<br>断書一<br>致<br>無0 有1 | GRM<br>判定 | その他の情報 |
|     |     |         |    |     |    |     | Iア)<br>II     |                     |               |                     |                  |                |                               |     |            |           |                          |           |        |
|     |     |         |    |     |    |     | Iア)<br>II     |                     |               |                     |                  |                |                               |     |            |           |                          |           |        |

全死亡事例の把握・経過確認を行い、後方視可能なように下記項目をリスト化

- ① 提供した医療に関連するか 予期せぬ死亡か
- ② IC内容 診療録の記載内容 手術関連死亡か
- ③ 死亡診断書の内容一致 GRM判定

検証会の開始から1年半で600例の事例を検証。20例を死亡事例検証会で再検討した。検証リストは病院長へ報告 (週1回)

事例の関連部署への報告方法は検討中 (化学療法後の死亡⇒化学療法室 など)

## B. 内部管理用 19指標 (2)

### 死亡退院事例検証会等により副次的に計測される指標

#### 死因に関する指標

- 7 提供した医療に起因した死亡率
- 8 予期せぬ死亡率
- 9 死亡についてのインフォームド・コンセント率
- 10 死亡についてのインフォームド・コンセント記録率
- 11 原病による死亡率
- 12 原病に伴う合併症\*による死亡率
- 13 合併症\*\*による死亡率
- 14 死亡診断書直接死因の検証結果との一致率

#### 死因究明に関する指標

- 15 剖検実施率（死産以外）
- 16 剖検実施率（死産）
- 17 提供した医療に起因した死亡事例の剖検実施率
- 18 予期せぬ死亡事例の剖検実施率
- 19 Ai (Autopsy imaging) 実施率

\* : 合併症 : ある病気が原因となって起こる別の病気

\*\* : 合併症 : 医療行為に際して2次的に発生し患者に影響を及ぼす事象

## 医療安全指標の計測

作成した医療安全指標をDPC調査研究班のDPCデータを用いて計測

### 1. データ

DPCデータ調査研究班がデータ収集している施設（対象症例10件以下の施設は除外）  
2014年4月1日～2015年3月31日に入院し退院した患者

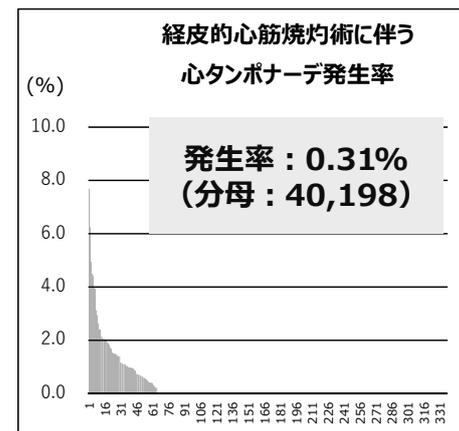
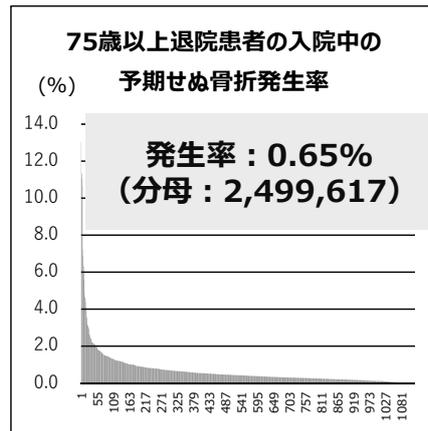
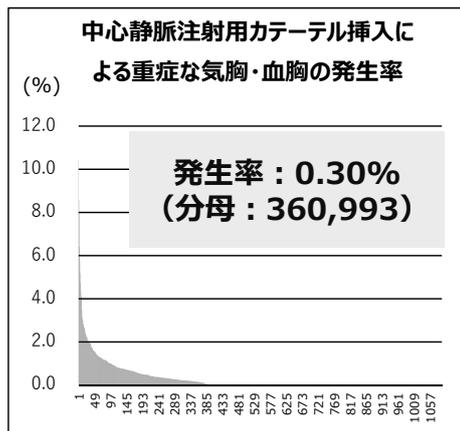
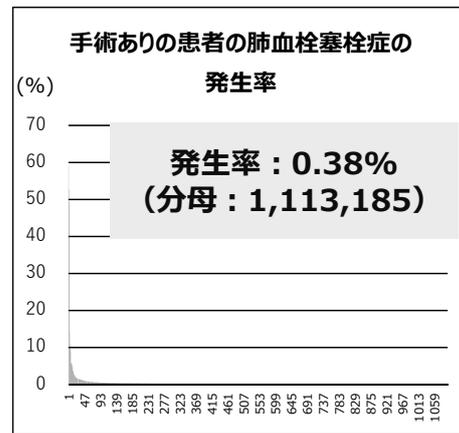
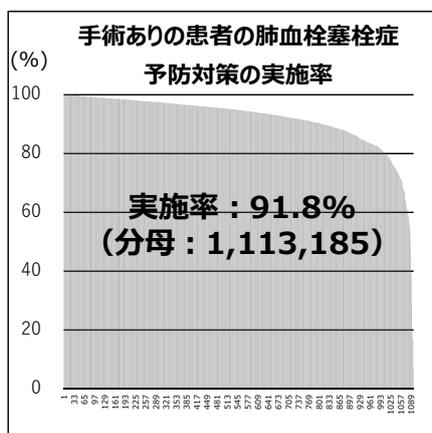
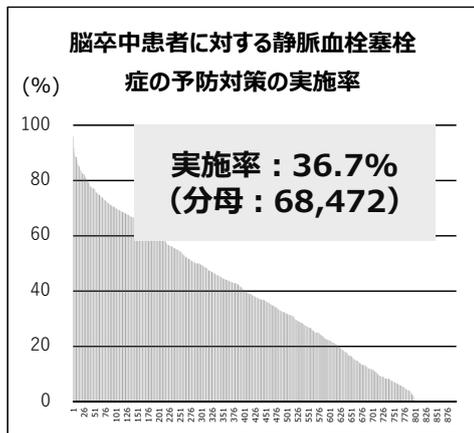
### 2. 算出した指標

- 指標1\_脳卒中患者に対する静脈血栓塞栓症の予防対策の実施率
- 指標2\_手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率
- 指標3\_手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率
- 指標4\_中心静脈注射用カテーテル挿入による重症な気胸・血胸の発生率
- 指標5\_75歳以上退院患者の入院中の予期せぬ骨折発症率
- 指標6\_経皮的心筋焼灼術に伴う心タンポナーデ発生率

### 3. 分析方法

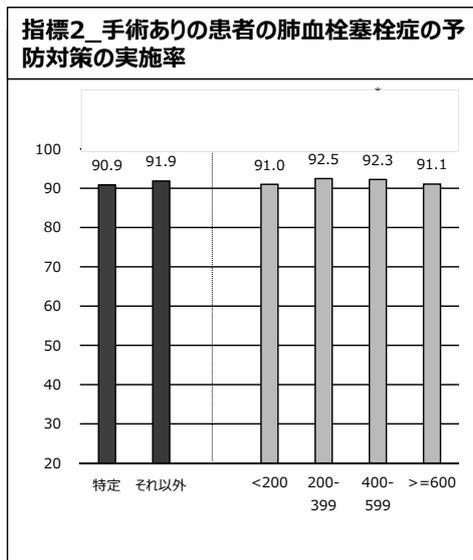
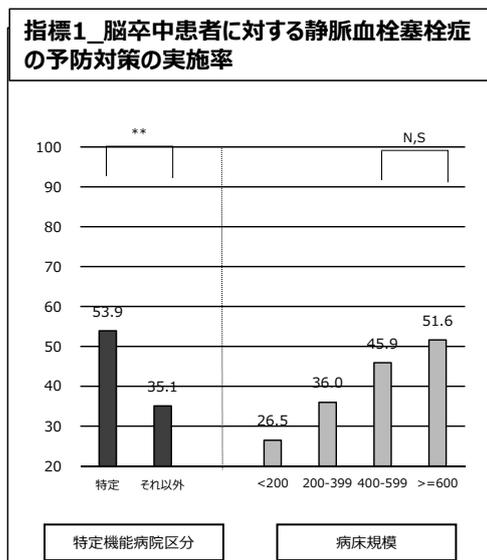
- ・特定機能病院区分別、病床規模別に実施率・発生率を比較
- ・病床数と症例数に相関がない指標は、症例数を3分位に分割し、群間比較

# 医療安全指標の計測結果概要



医療の質・安全学会 2017/11/25

## プロセス指標の結果



※ 1) \*\*p<0.01

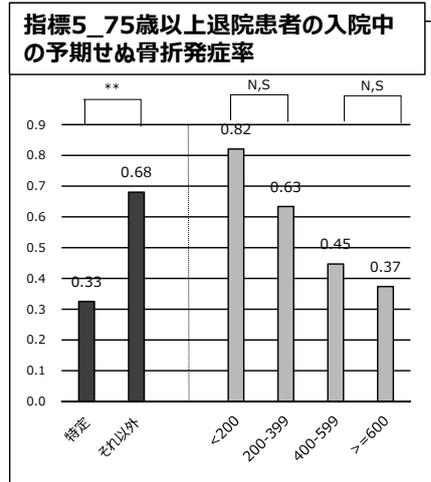
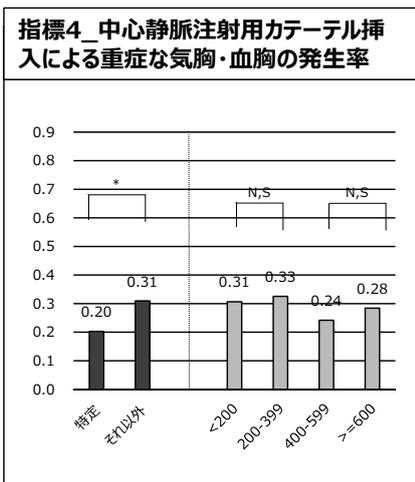
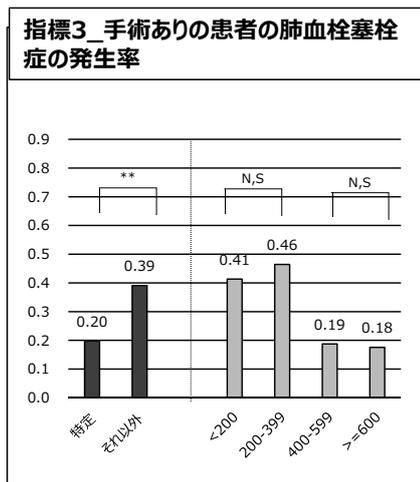
※ 2) 病床規模別の結果については、指標 1 は有意差なしの群間を記載それ以外については全ての群間でp<0.01

図1\_プロセス指標における特定機能区分別病床規模別実施率及び発生率

- ・指標 1 は特定機能病院で実施率が高いが、実施率は低め。
- ・一方、指標 2 の実施率は高い。

医療の質・安全学会 2017/11/25

# アウトカム指標の結果



※1) \*p<0.05、\*\*p<0.01  
 ※2) 病床規模別の結果については、有意差なしを記載、それ以外については全ての群間で p<0.01

図2\_アウトカム指標の特定機能区分別病床規模別実施率及び発生率

- ・「指標6\_心タンポ」は特定機能病院区分別、病床規模別で有意差なし。
- ・特定機能病院とそれ以外で発生率に有意差あり。
- ・いずれも<200床vs200-399床,400-599床vs600≤で発生率に有意差なし。

# 症例規模別の結果

指標1及び指標6については、病床数と症例数が相関しなかった  
 (指標1:r=0.42 <0.01, 指標6:r=0.31 <0.01)

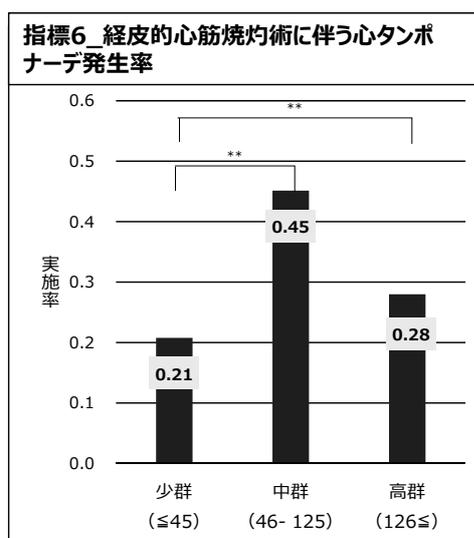
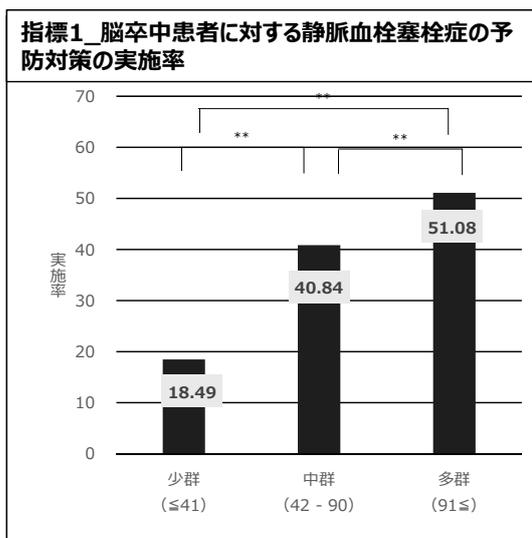


図3\_指標1および指標6の症例規模別実施率及び発生率

- ・指標1：全ての群間で有意差あり
- ・指標6：少群は中群および高群との間に有意差を認め、中群と高群では有意差なし。

## 1. プロセス指標

【指標2】我が国の手術患者に対する予防策が定着していることを示している。

## 2. アウトカム指標

重症度の検討が必要であるが以下が考えられる

・CVは、入院中高頻度実施される医療処置であり、入院中の骨折は多くが入院中の転倒転落による骨折と考えられる。有害事象のモニタリングとして活用可能な指標。

・経皮的心筋焼灼術の症例数が少ない施設は、低リスクの患者を処置の対象としていることは否定できない。特定の手技における合併症モニタリングとして活用可能な指標。

## 3. 安全管理体制の評価

アウトカム指標は院内のインシデントレポートと併せることでレポート提出率も算出可能

## 4. 特定機能病院区分

プロセス指標については、特定機能病院で実施率が高く、承認要件の手厚い人員配置と医療安全管理体制が実施率に影響した可能性がある。

# 提案

これまでの臨床指標は、以下に大別

## 1. プロセス指標

## 2. アウトカム指標

今後は新たに

## 3. モニタリング指標

という枠組みが必要なのではないか

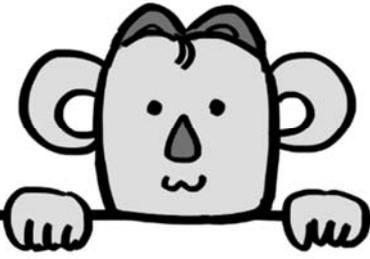
### 【モニタリング指標の役割】

#### 目標値を達成した指標

- ★維持目的の計測（モニタリング）
- ★一定値下がったら、原因究明を行い改善活動を行う

#### 発生件数が極めて少ない事象を対象とする指標

- ★合併症など発生件数を把握。通常は計測（モニタリングのみ）
- ★一定件数（警告値）を越えたら原因究明を行う



御清聴ありがとうございました



# 医療安全指標の活用

2017年11月26日

第12回医療の質・安全学会学術集会

医療安全指標を用いたセーフティ・マネジメントの推進

東邦大学 医学部 社会学講座 教授

長谷川 友紀

## 第12回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

筆頭発表者名：長谷川 友紀

演題発表に関連し、開示すべきCOI 関係にある  
企業などはありません。

# Quality Indicator (質指標)とは

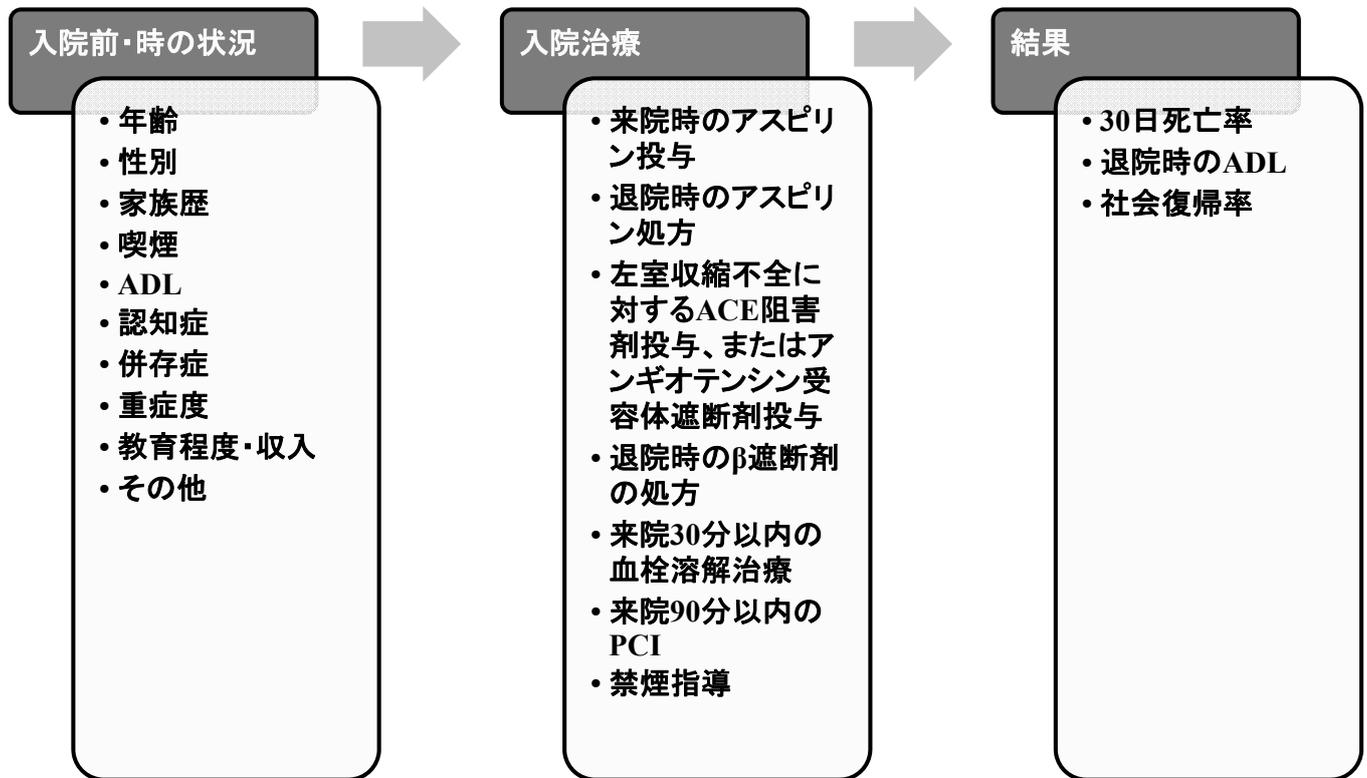
## (AHRQの定義)

- 医療の質について、標準化された、根拠に基づいた指標であり、院内のデータを用いて臨床経過や結果を容易に表すことができるもの
- 利用法
  - 改善の余地の大きな領域の特定
  - 経時変化
  - 更に調査が必要な領域の特定

## 質指標の選定

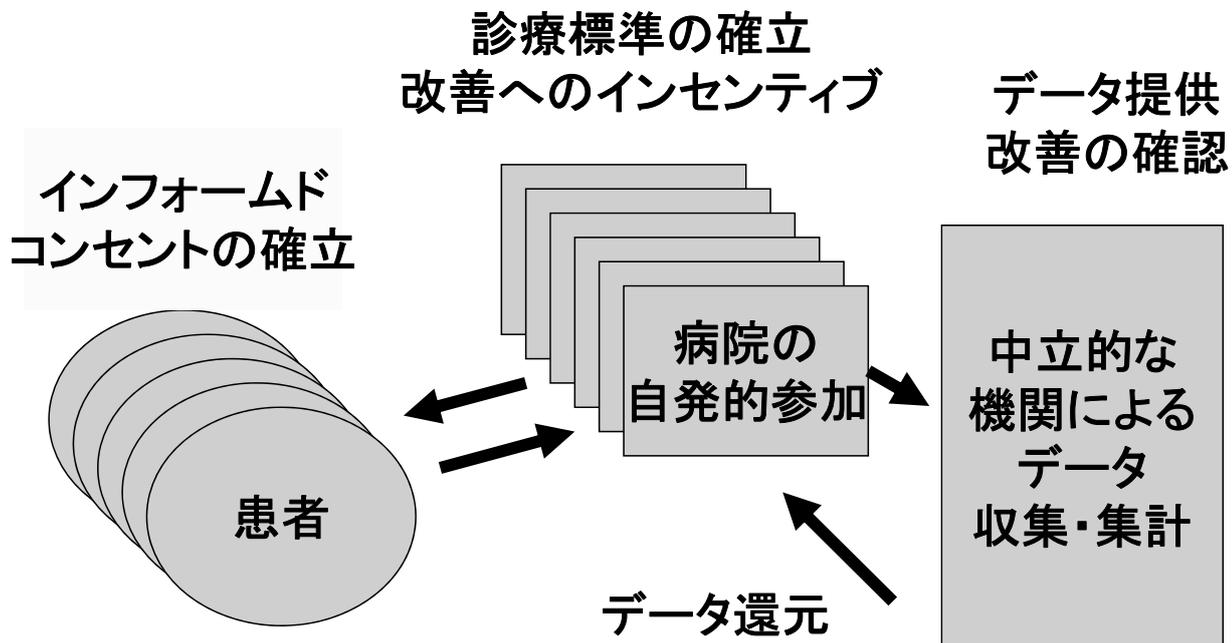
- 妥当性：
  - 測定したい概念・状況を反映しているか
- 感度：
  - 状況が変化した際には、その変化を数値の変化としてとらえることができるか
- 実用性：
  - 現在の医療・院内体制で現実的な費用・労力でデータ収集が可能か
  - 分析結果を具体的な改善策に結び付けることができるか

# プロセス指標とアウトカム指標



## 質評価・公表事業のスキーム

質指標を用いた継続的なデータ収集と還元



# 課 題

- 測定の対象
  - 疾患／領域
  - プロセス指標、アウトカム指標
- 報告・集計頻度
- データの信頼性担保
  - 教育研修、監査・・・
- 他の制度との連携
  - 公表
  - 病院機能評価・認定
  - 質に基づく支払

## 質指標の最近の動向

- モジュール化
  - 患者安全(PSI)、入院後合併症、小児(PDI)、外来(PQI)など
- 対象範囲の拡大
  - 同一施設、医療を対象
  - 広域、医療以外を対象
  - 例：連携、患者満足度、管理、費用など
- クリアリングハウスの整備
  - 米国ACHSなど

# 入院後合併症

(Hospital Acquired Condition)

- 手術遺残
- 空気塞栓
- 不適合輸血
- ステージ3、4の褥瘡
- 転倒転落による外傷
- 血糖のコントロール不良
- 尿道カテーテルに関連した尿路感染症
- 呼吸器に関連した肺炎
- 手術創感染
- 深部静脈血栓症／肺梗塞
- 造影剤による急性腎不全

入院後に出現した上記の病態には医療費の支払いはなされない。2015年からは、患者重症度を調整の上、発生率の高い25%の病院については、medicareによる支払総額の1%を減額。

## 患者安全(PSI)

- |                           |                               |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1. 麻酔合併症                  | 15. 偶発的な穿刺または裂傷               |
| 2. 低死亡率のDRGにおける死亡         | 16. 輸血反応                      |
| 3. 褥瘡                     | 17. 分娩時児の外傷                   |
| 4. 治療可能な重篤な合併症を有する手術患者の死亡 | 18. 産科外傷(経膈分娩、機械補助有り)         |
| 5. 異物残存                   | 19. 産科外傷(経膈分娩、機械補助無し)         |
| 6. 医原性気胸                  | 20. 産科外傷(帝王切開)                |
| 7. 中心静脈カテーテルに関連する血流感染     | 21. 地域レベル: 異物残存               |
| 8. 術後の股関節骨折               | 22. 地域レベル: 医原性気胸              |
| 9. 術後の出血、血腫               | 23. 地域レベル: 中心静脈カテーテルに関連する血流感染 |
| 10. 術後の生理・代謝障害            | 24. 地域レベル: 術後の創傷離開            |
| 11. 術後の呼吸不全               | 25. 地域レベル: 偶発的な穿刺または裂傷        |
| 12. 術後の肺動脈塞栓症、深部静脈血栓      | 26. 地域レベル: 輸血反応               |
| 13. 術後の敗血症                | 27. 地域レベル: 術後の出血、血腫           |
| 14. 術後の創傷離開               |                               |

# 米国データ(2009)との比較

|                               | U.S.  | JAPAN |
|-------------------------------|-------|-------|
| PSI 01 麻酔合併症                  | -     | 0.0   |
| PSI 02 低死亡率のDRGにおける死亡         | 0.0   | 0.0   |
| PSI 03 褥瘡                     | 0.4   | 4.4   |
| PSI 04 治療可能な重篤な合併症を有する手術患者の死亡 | 12.4  | 22.9  |
| PSI 05 遺物残存(件数)               | 155   | 11    |
| PSI 06 医原性気胸                  | 0.4   | 0.1   |
| PSI 07 中心静脈カテーテルに関連する血流感染     | 0.4   | 0.3   |
| PSI 08 術後の股関節骨折               | 0.0   | 0.3   |
| PSI 09 術後の出血、血腫               | 2.4   | 36.1  |
| PSI 10 術後の生理・代謝障害             | 0.5   | 3.3   |
| PSI 11 術後の呼吸不全                | 8.6   | 6.3   |
| PSI 12 術後の肺動脈塞栓症、深部静脈血栓       | 6.3   | 5.9   |
| PSI 13 術後の敗血症                 | 10.7  | 8.2   |
| PSI 14 術後の総称離開                | 2.0   | 10.8  |
| PSI 15 偶発的な穿刺または裂傷            | 2.7   | 0.0   |
| PSI 16 輸血反応(件数)               | 18    | 0     |
| PSI 17 分娩時児の外傷                | -     | 0     |
| PSI 18 産科外傷(経膈分娩、機械補助あり)      | 143.0 | 82.4  |
| PSI 19 産科外傷(経膈分娩、機械補助なし)      | 22.1  | 28.5  |
| PSI 20 産科外傷(帝王切開)             | -     | 0     |

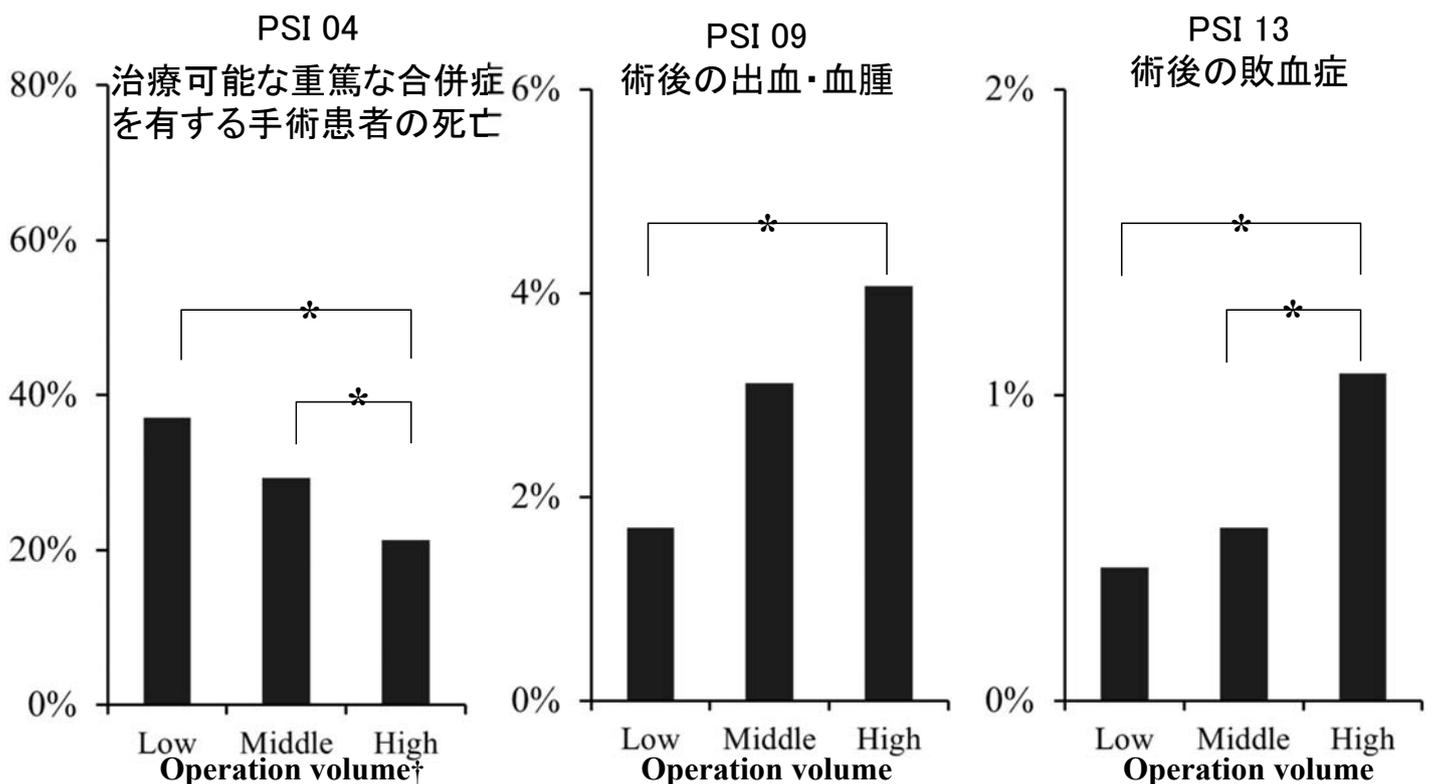
Observed rate\*1,000.

PIS02,04 were calculated per 100.

PSI05,16 were observed cases.

11

## PSIと手術件数(2010)



† Operation volume was separated by 33 and 66 percentiles: p<0.05 by ANOVA

12

## 多変量解析の結果

|                                             | PSI 04  | PSI 09  | PSI 13 | Postoperative death |
|---------------------------------------------|---------|---------|--------|---------------------|
| R <sup>2</sup>                              | 0.268   | 0.159   | 0.114  | 0.478               |
| standardized partial regression coefficient |         |         |        |                     |
| Mean age                                    | 0.255*  | -0.206* | 0.032  | 0.237*              |
| Charlson Comorbidity Index                  | 0.263*  | 0.201*  | 0.089  | 0.182*              |
| Proportion of difficult operation           | -0.070  | -0.106  | 0.018  | -0.536*             |
| Operation volume                            | -0.241* | 0.209*  | 0.332* | -0.060              |

\*: p<0.05 data of 2010

13

## 活用を図る

- 情報の公開
- 診療報酬によるインセンティブ
- 医療政策
- 賢い医療機関・治療法の選択
- 資源の有効利用

# 米国Hospital Compare

## 全ての病院がデータ提供

(最初のデータセット、2004)

- ・ 心筋梗塞
  - 来院時のアスピリン投与
  - 退院時のアスピリン処方
  - 左室収縮不全に対するアンギオテンシン変換酵素阻害剤投与
  - 退院時の $\beta$ 遮断剤の処方
  - 来院時の $\beta$ 遮断剤の投与
- ・ 心不全
  - 左室機能の評価
  - 左室収縮不全に対するアンギオテンシン変換酵素阻害剤投与
- ・ 肺炎
  - 来院後4時間以内の抗生剤投与
  - 肺炎球菌のワクチン接種
  - 血液酸素濃度測定

# 米国Hospital Compare

## 全ての病院がデータ提供 (2009)

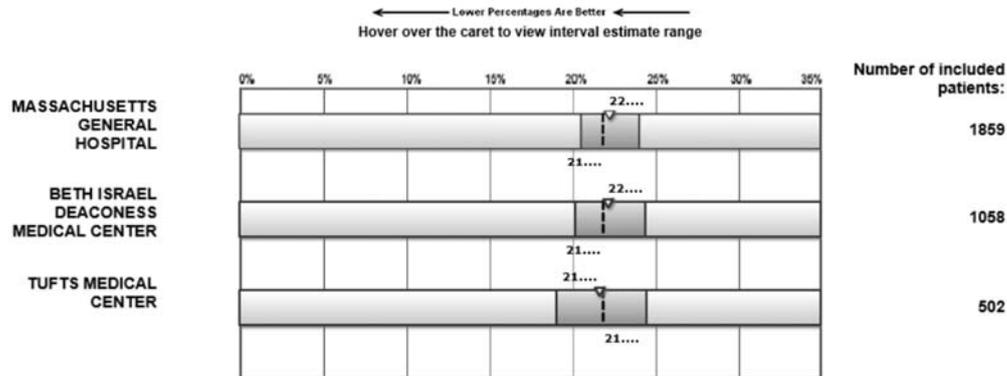
- ・ 急性心筋梗塞
  - 来院時のアスピリン投与
  - 退院時のアスピリン処方
  - 左室収縮不全に対するACE阻害剤投与、またはアンギオテンシン受容体遮断剤投与
  - 退院時の $\beta$ 遮断剤の処方
  - 来院30分以内の血栓溶解治療
  - 来院90分以内のPCI
  - 禁煙指導
- ・ 心不全
  - 左室機能の評価
  - 左室収縮不全に対するACE阻害剤投与、またはアンギオテンシン受容体遮断剤投与
  - 退院時指導
  - 禁煙指導
- ・ 肺炎
  - 血液酸素濃度測定
  - 抗生剤投与の開始時間
  - 肺炎球菌のワクチン接種
  - インフルエンザのワクチン接種
  - 抗生剤投与前の血液培養
  - 適切な抗生剤選択
  - 禁煙指導
- ・ 手術創ケア及び感染予防
  - 切開1時間以内の予防的抗生剤投与
  - 手術終了後24時間以内の予防的抗生剤投与中止
  - 適切な予防的抗生剤選択
  - 外科患者で適切な深部静脈血栓予防の指示
  - 外科患者で手術24時間前から手術後24時間後までの適切な深部静脈血栓予防
  - 心臓手術患者での適切な血糖管理
  - 外科患者での適切な剃毛
- ・ 小児の喘息治療
  - 入院中の発作緩和治療
  - 入院中の全身ステロイド投与

# 心不全の再入院率

## Rate of readmission for heart failure patients

Why is this important?

Hide Graph



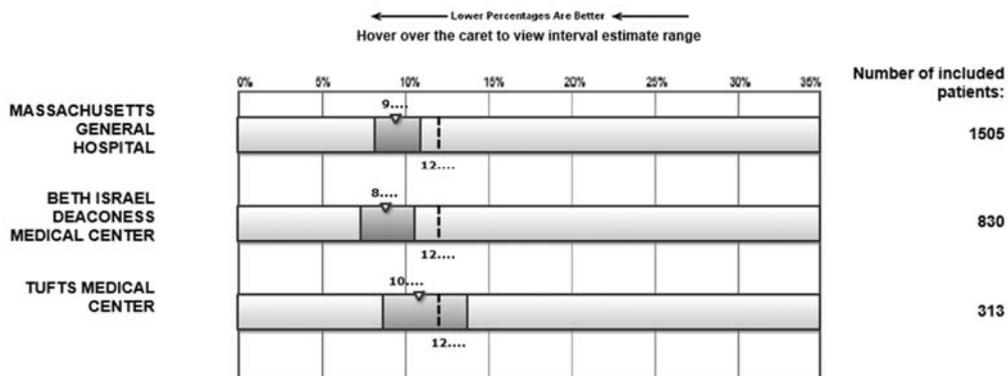
National rate of readmission for heart failure patients = 21.9%

# 心不全の死亡率

## Death rate for heart failure patients

Why is this important?

Hide Graph



National death rate for heart failure patients = 12.1%

## YOUR CARE FROM DOCTORS

During this hospital stay, how often did doctors treat you with courtesy and respect?

- 1  Never 医師の示す敬意  
 2  Sometimes  
 3  Usually  
 4  Always

During this hospital stay, how often did doctors listen carefully to you?

- 1  Never 医師が患者の話  
 2  Sometimes に注意深く耳を傾  
 3  Usually けたか  
 4  Always

During this hospital stay, how often did doctors explain things in a way you could understand?

医師がわかりやすく説明したか

## YOUR EXPERIENCES IN THIS HOSPITAL

10. During this hospital stay, did you r help from nurses or other hospital staff in getting to the bathroom or using a bedpan? トイレやポ-

- 1  Yes を使用する  
 2  No → If No, 助が必要だ  
 Question 12

11. How often did you get help in getti to the bathroom or in using a bedp as soon as you wanted?

- 1  Never トイレやポ  
 2  Sometimes を使用する  
 3  Usually 助を得たか  
 4  Always

12. During this hospital stay, did you r medicine for pain?

# 患者満足度調査(HCAHPS)

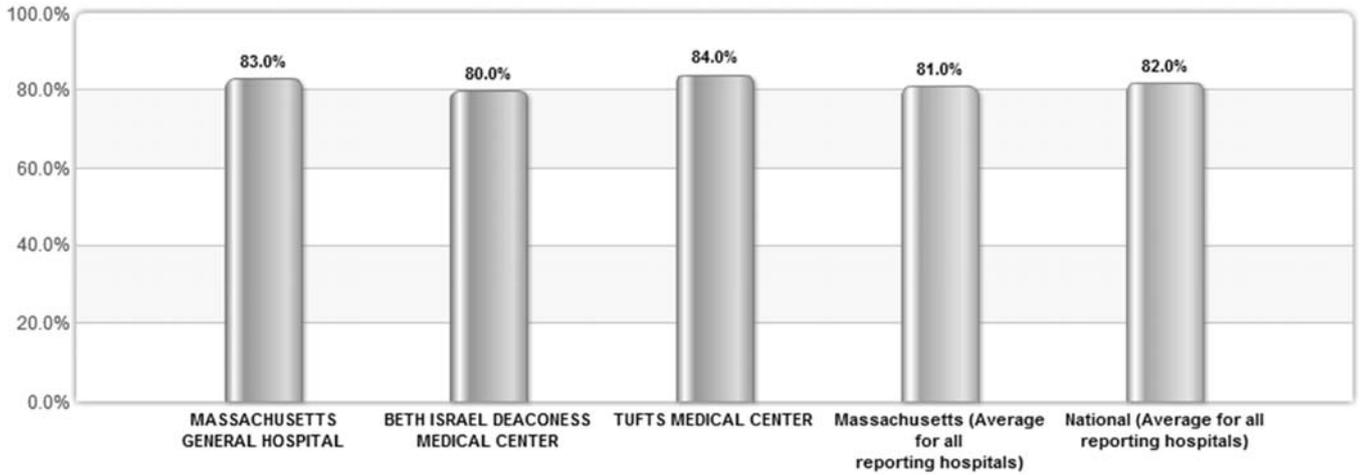
- 看護師のコミュニケーション
- 医師のコミュニケーション
- 疼痛マネジメント
- 薬剤に関するコミュニケーション
- 清潔さと静かさ
- 病院職員の迅速な対応
- 退院時情報
- 病院の全体評価

**Patients who reported that their doctors "Always" communicated well**

Why is this important?

Hide Graph

# 医師とのコミュニケーション

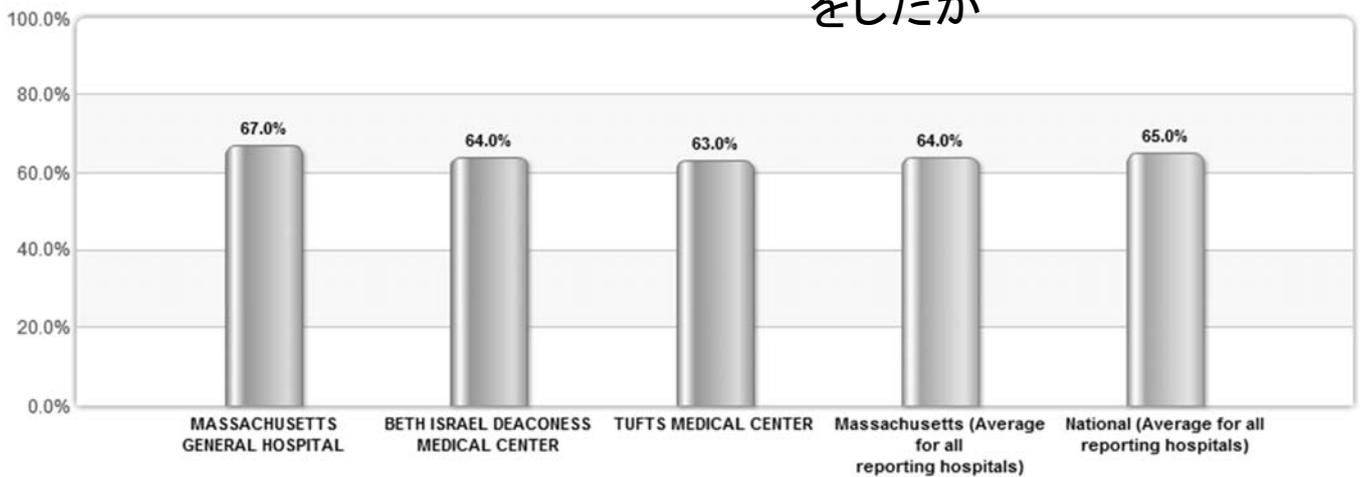


**Patients who reported that staff "Always" explained about medicines before giving it to them**

Why is this important?

Hide Graph

# 投薬前に薬の説明をしたか

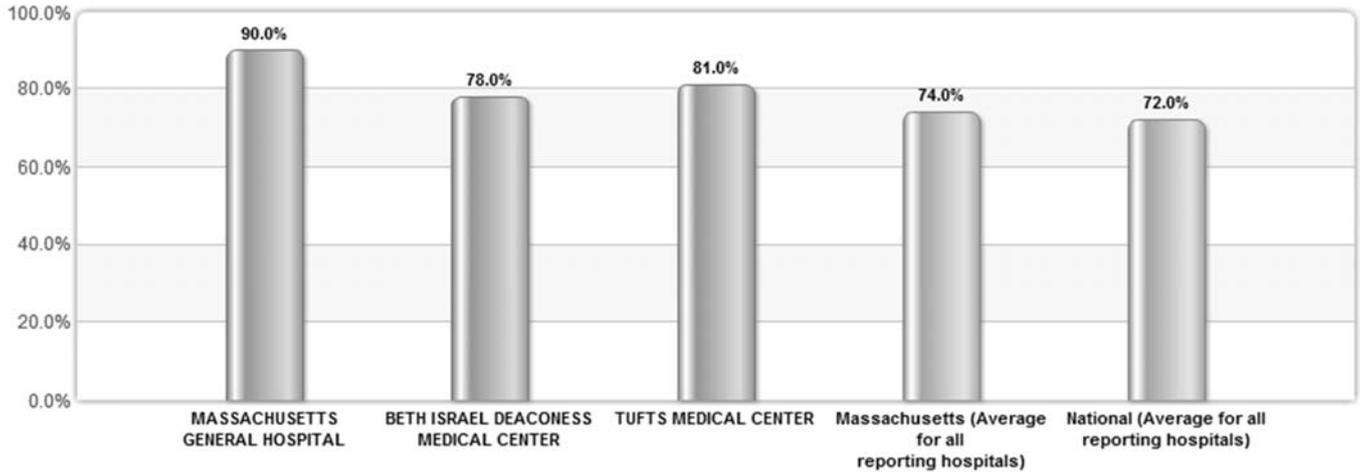


**Patients who reported YES, they would definitely recommend the hospital**

Why is this important?

Hide Graph

家族や友人に勧め  
るか



## CHAPS family 今や家族がたくさん

- Required CAHPS:
  - Inpatient hospitals – adults (HCAHPS)
  - Home health agencies (HHCAHPS)
  - Dialysis facilities (ICH CAHPS)
  - Hospices (Hospice CAHPS)
  - Medical practices (MIPS/ACO CAHPS)
  - Outpatient hospital departments and ambulatory survey centers (OAS CAHPS)
- Voluntary CAHPS:
  - Inpatient rehabilitation facilities (IRF CAHPS)
  - Emergency departments (EDCAHPS)
  - Long-term care hospitals (LTCH CAHPS)



# 病院のミシュラン(2016)

## • Weight

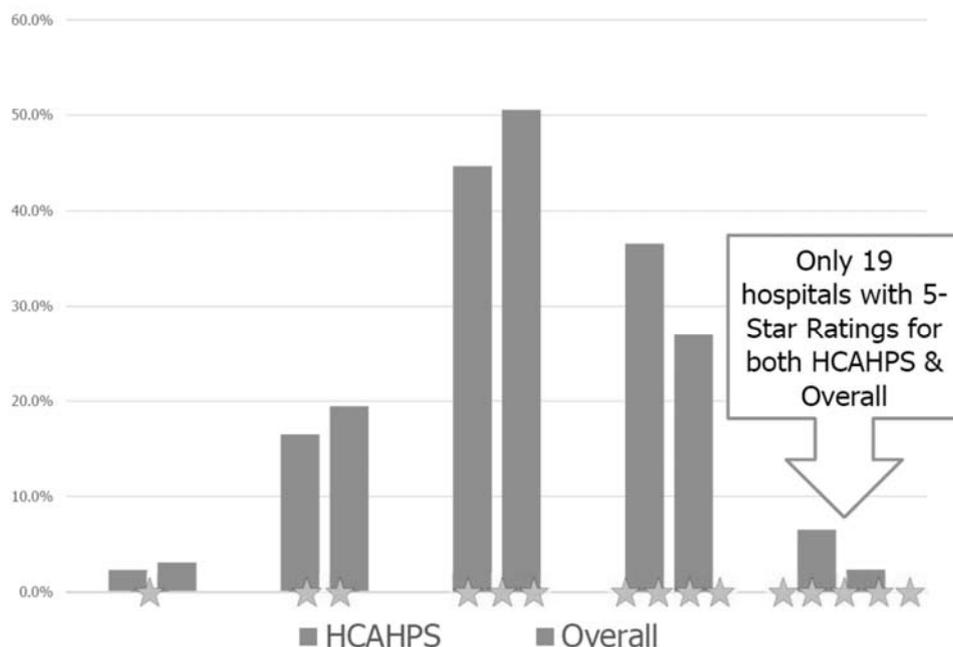
- 死亡率(7) 22%
- 医療安全(8) 22%
- 再入院(8) 22%
- 患者満足度(11) 22%
- 医療の効率性(16) 4%
- 医療の適時性(7) 4%
- 画像診断の効率的な使用(5) 4%

( )は項目数

## • 評価結果(n=3629)

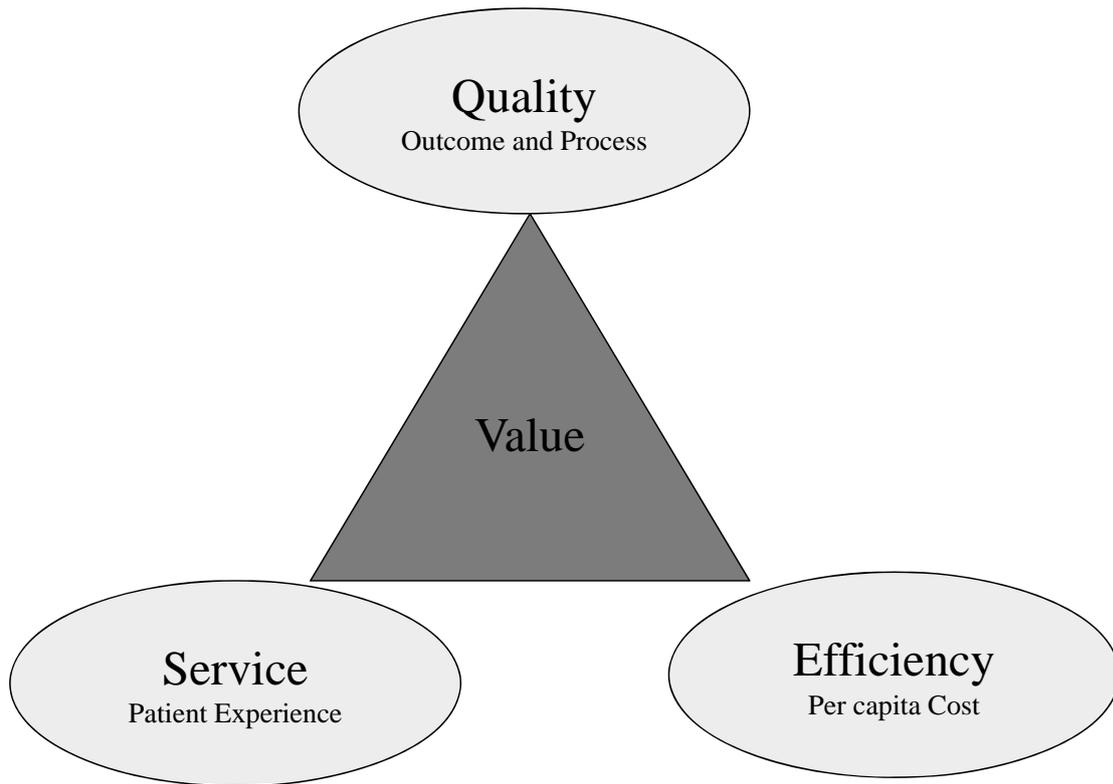
- ★★★★★ 83(1.8%)
- ★★★★ 946(20.6%)
- ★★★ 1794(39.0%)
- ★★ 694(15.1%)
- ★ 112(2.4%)

## CMSのミシュラン評価とCHAPSの分布

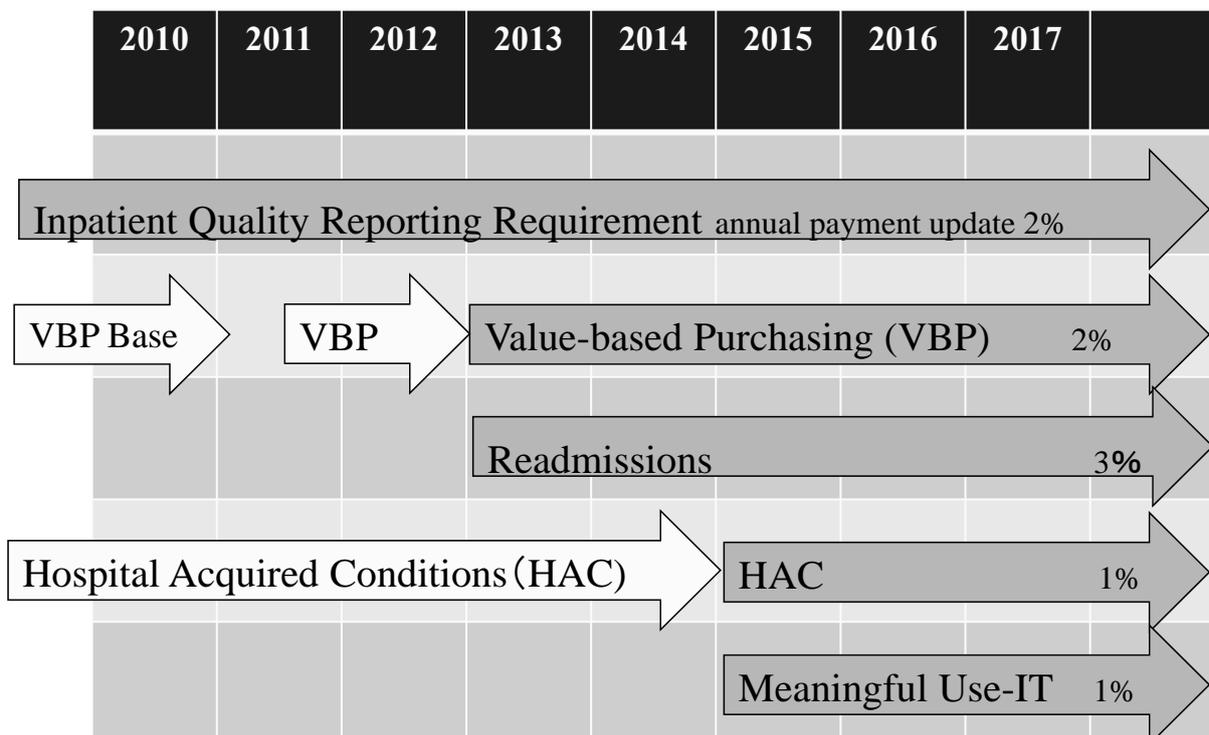


# QualityからValueへ

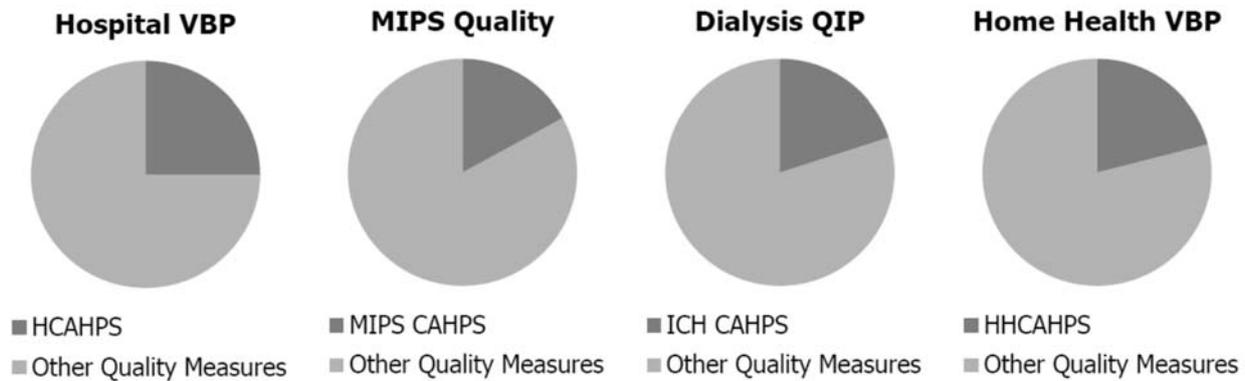
## Value Based Purchase



## CMS Value-Based payment Reform Initiatives



# CMSのVBPのうちCHAPSが占める割合



CMS VBPのうち17-25%はCHAPSが占める

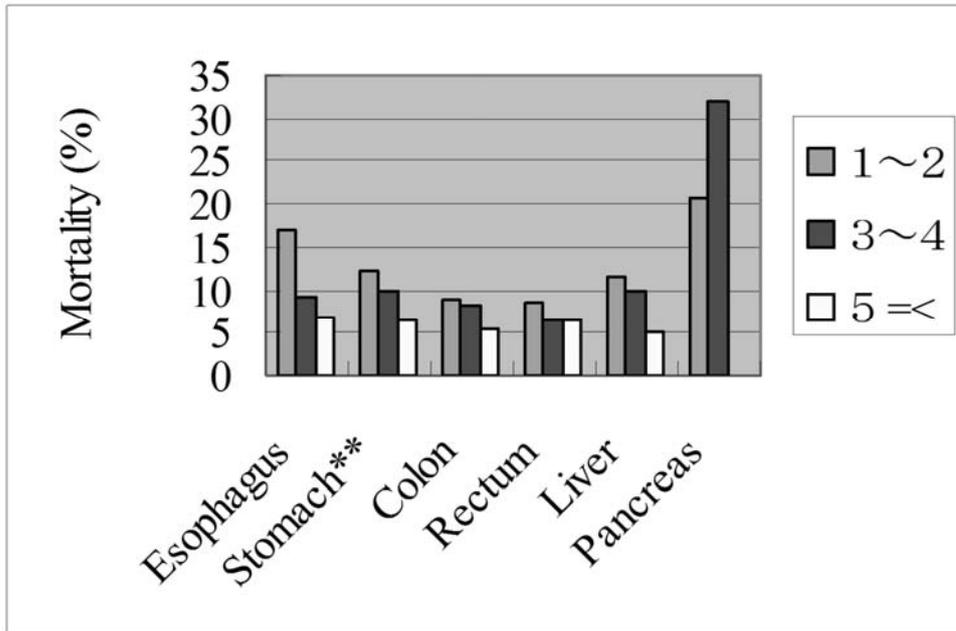
## 医療法第五次改正(2006)

- 医療連携体制が構築されるよう配慮する
- 医療機能に関する情報の提供を求めることができる(医療機能情報提供制度)
- 目標を定め、少なくとも5年ごとに評価する
- 医療機関は医療連携体制に協力するよう努める
- 国は都道府県に対して補助することができる

## 医療の実績・結果に関する事項

- ⑨治療結果情報の分析と結果提供
- ⑫患者満足度調査の実施と結果提供
- ⑬日本医療機能評価機構による認定

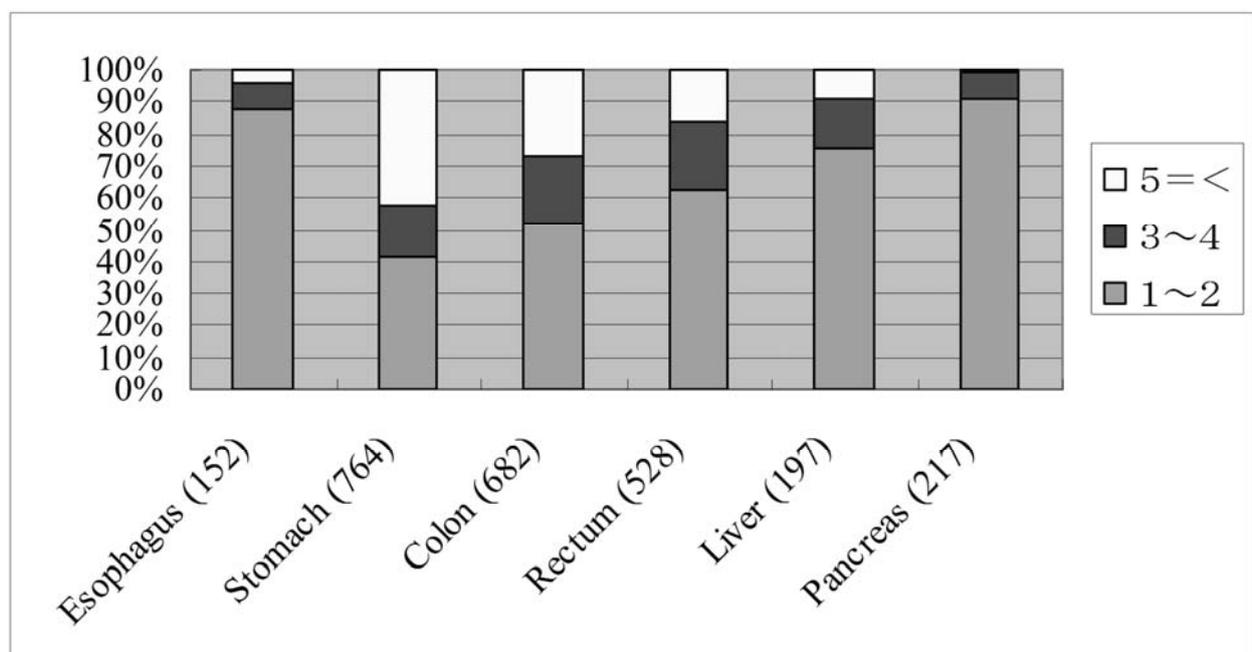
# Volume and Mortality



Statistical analyses were made using multiple regression test, adjusting for gender, age, and ADLs.

\*:p<0.05, \*\*:p<0.01, \*\*\*:p<0.001

# Distribution of Hospitals by Volume of Operations



Figures in parentheses show numbers of hospitals

# 情報公開の論点

- 情報整備のコストと利用頻度
- 不完全なリスク調整
- 一貫しない結果
- Up-coding(より重症として登録)
- 困難な患者の治療回避

医療の萎縮をいかに防ぐか  
病院が管理可能な指標  
受け手の教育も重要

# 医療情報活用の論点

- 市場の限界
  - 患者が自由に医療機関を選択できるのは都市部のみ
  - 医療機関の経営不振・閉鎖の影響
- 良質の医療実現が目標
  - 改善方法の確立と支援
  - QIは改善点を明らかにするツール

**Thank you for your attention**



キリスト教の愛の心が 人の悩みを救うために働けば  
苦しみは消えて その人は生まれ変わったようになる  
この偉大な愛の力を だれもがすぐわかるように  
計画されてきた 生きた有機体がこの病院である

# 聖路加国際病院における 医療安全指標と質改善活動

聖路加国際病院

小松康宏\*

嶽肩美和子、堀川知香、嶋田元、福井次矢

\*群馬大学大学院医学系研究科 医療の質・安全学

2017/11/28 医療の質・安全学会

## 第12回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

筆頭発表者名： 小松康宏

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある  
企業などはありません。

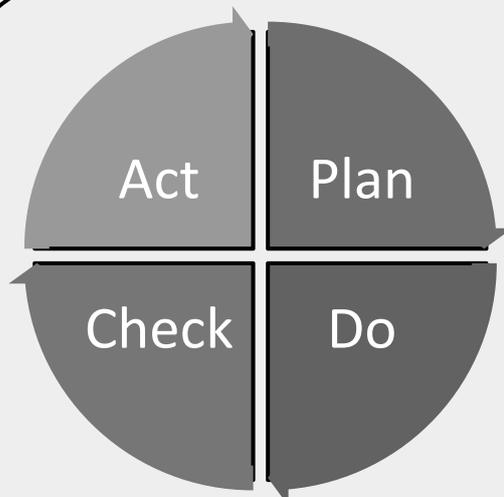
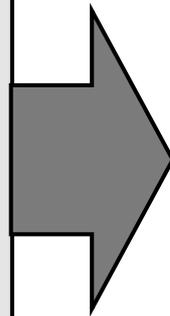
# Quality Improvement

医療の質を改善するための体系的・組織的活動

## Quality Indicator

医療の質を表す  
指標

質改善活動の要素



改善策立案、試行、評価  
Audit & Feedback, PDCA  
Six Sigma, Lean

## 経済協力開発機構 (OECD) 医療の質レビュー 日本 スタンドの引き上げ: 評価と提言



### 日本の医療の質を改善するための提言

1. 医療の質管理・提供を全般的に強化
2. プライマリケアの明確な専門分野を確立
3. 病院部門の質の監視と改善を向上させる
4. 質の高い精神医療を確保するよう努力する

「強力な情報インフラストラクチャーを開発し病院部門全体に拡大して、病院で提供される医療の質の明確な姿を把握する。」

「一部の病院では質の測定・改善のために洗練されたイニシアチブが実施されているものの国全体ではそうになっていない。聖路加国際病院で実施されている質指標プロジェクトは特に印象的であり、国全体で展開するだけのモデルとして役立つ可能性がある。」

# 医療の質指標 Quality Indicator

福井次矢院長の提案で、2005年から指標測定、2006年にQI委員会が発足。  
 医師、看護師、診療情報管理士、医療情報センター システムエンジニア、事務職員、研究者  
 医療の質・安全に関連する指標を選択、毎月測定、関係者で改善にむけPDCAを実施



- 病院全体の指標
  - 平均在院日数
  - 医業利益率
- 医療の質に関する各種指標
  - 血糖コントロール
  - 血圧コントロール
  - CKD患者に対するRA系阻害薬処方率
  - 急性心筋梗塞患者で病院到着からPCIまでの時間
- 医療安全に関連する指標
  - 入院患者の転倒・転落発生率
  - 転倒・転落アセスメント実施率
  - 手指衛生の実施率(ビデオ・モニタリング)
  - 中心静脈カテーテル挿入術の重篤合併症発生率
  - 手術患者の静脈血栓塞栓症の予防行為実施率

## Quality Indicator 質指標

*Clinical Indicator, Quality Measure*

- 患者のアウトカムに影響を与える経営・管理・診療の質を測定し評価するための定量的指標
  - 診療の質を客観的に示した記録
  - 予想(期待)と現実を明らかにする(改善課題の同定)
  - 経時的な変化を比較できる(施設内、施設間\*)
  - 行政・認定機関の要求、社会への説明責任\*

|                  |                                                |
|------------------|------------------------------------------------|
| 構造<br>structure  | 救急外来の医師、看護師数<br>多職種による包括的症例検討会の設置              |
| プロセス<br>Process  | 転倒転落アセスメントを実施している入院患者の%<br>B遮断薬を服用している心筋梗塞患者の% |
| アウトカム<br>Outcome | 禁煙に成功した喫煙患者の%<br>転倒転落による損傷発生率                  |

# 質指標を用いた改善活動

Leadership（病院管理部・部門責任者）  
 病院・部門の使命、目的に基づいた改善課題を選ぶ  
 内部評価、患者満足度調査、外部機関からの要求

改善の程度を評価する指標を選定  
 Quality Indicator, (Quality Measure)

データ測定・分析部門  
 基礎値を測定、改善程度を定期的に測定・評価

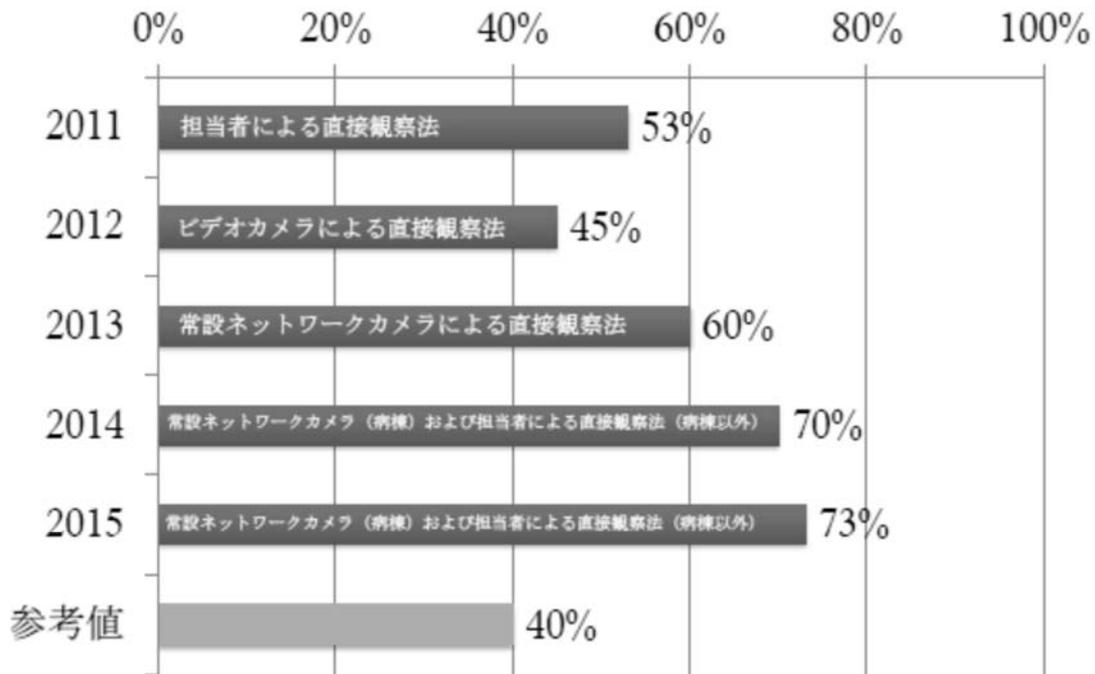
改善策の立案、実行と指標の評価、改善策の修正

## 2017年度 QI委員会 病院全体指標例

| Measure Domain | No  | 指標名                             | 目標値                                            |
|----------------|-----|---------------------------------|------------------------------------------------|
| Outcome        | 1   | 患者満足度(入院患者・外来患者)                | 指標毎に設定                                         |
| Process        | 2   | 救急受診から入院まで4時間以内の割合              | 80.0%                                          |
| Outcome        | 3   | 疼痛コントロール                        | パーセンタイル値を目標<br>Pain AUC (area under the curve) |
| Process        | 4-1 | 転倒転落アセスメント実施率(入院患者・外来患者)        | 100.0%                                         |
| Outcome        | 4-2 | 転倒・転落発生率(入院患者・外来患者)             | 1.21% / 0.04%                                  |
| Outcome        | 4-3 | 転倒・転落による損傷発生率(入院患者・外来患者)        | モニタリング                                         |
| Process        | 5-1 | 手指衛生実施率                         | 80.0%                                          |
| Outcome        | 5-2 | 院内感染発生率                         | 指標毎に設定                                         |
| Process        | 6   | 口腔ケア実施率                         | 90.0%                                          |
| Process        | 7-1 | 褥瘡発生リスクの高い人に対する体圧分散寝具の使用率       | 90.0%                                          |
| Outcome        | 7-2 | 褥瘡発生率                           | 0.07%                                          |
| Process        | 8-1 | 高齢者(せん妄ハイリスク患者)におけるせん妄評価率       | 100.0%                                         |
| Outcome        | 8-2 | 高齢者(せん妄ハイリスク患者)におけるせん妄発症率       | 6.0%                                           |
| Process        | 9-1 | NSTチームの介入が必要な患者へのNST回診テンプレート記載率 | 70.0%                                          |
| Process        | 9-2 | NST介入患者のPre-albかつTG測定率          | 70.0%                                          |
| Process        | 10  | 入院患者に対するプロブレム記載率                | 90.0%                                          |
| Process        | 11  | 輸血後感染症検査実施率                     | 50.0%                                          |

# 手指衛生実施率

## 病棟天井に設置したビデオカメラでモニター



参考値：Centers for Disease Control and Prevention: Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings, 2002. MMWR 2002;51:RR-16

Ask your care provider;  
Did you wash your  
hand?

聖路加国際病院 院長からのお願い

あなたに触れようとする  
医療従事者に聞いてください



手指衛生をしましたか？

手指衛生（手指消毒や手洗い）は、患者さんを感染症から守る最も重要な医療行為です。すべての患者さんには、清潔な手で診察やケアを受ける権利があります。ご自身に触れる前に、医療従事者が手指衛生をしたかどうか分からない場合は、遠慮なく「手指衛生をしてください」と伝え、手指衛生が実施されたことを確認してください。

このような率直なお声かけが、感染予防の推進力となります。ご協力をよろしくお願いいたします。

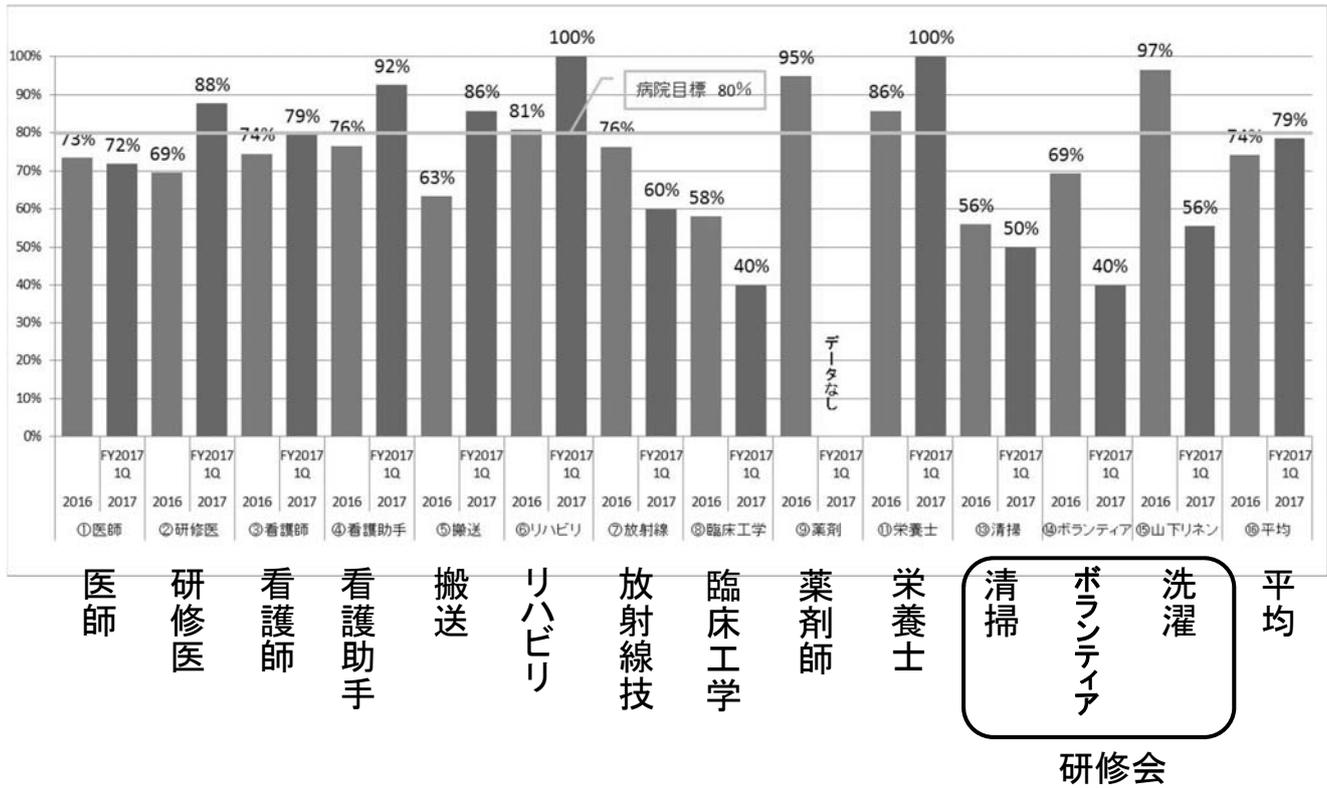
採血前に手指衛生を  
してください

診察前に手指衛生を  
してください

リハビリの前に手指  
衛生をしてください



# 手指衛生実施率 職種別 <病棟> 2016年度 対 2017年度第1四半期

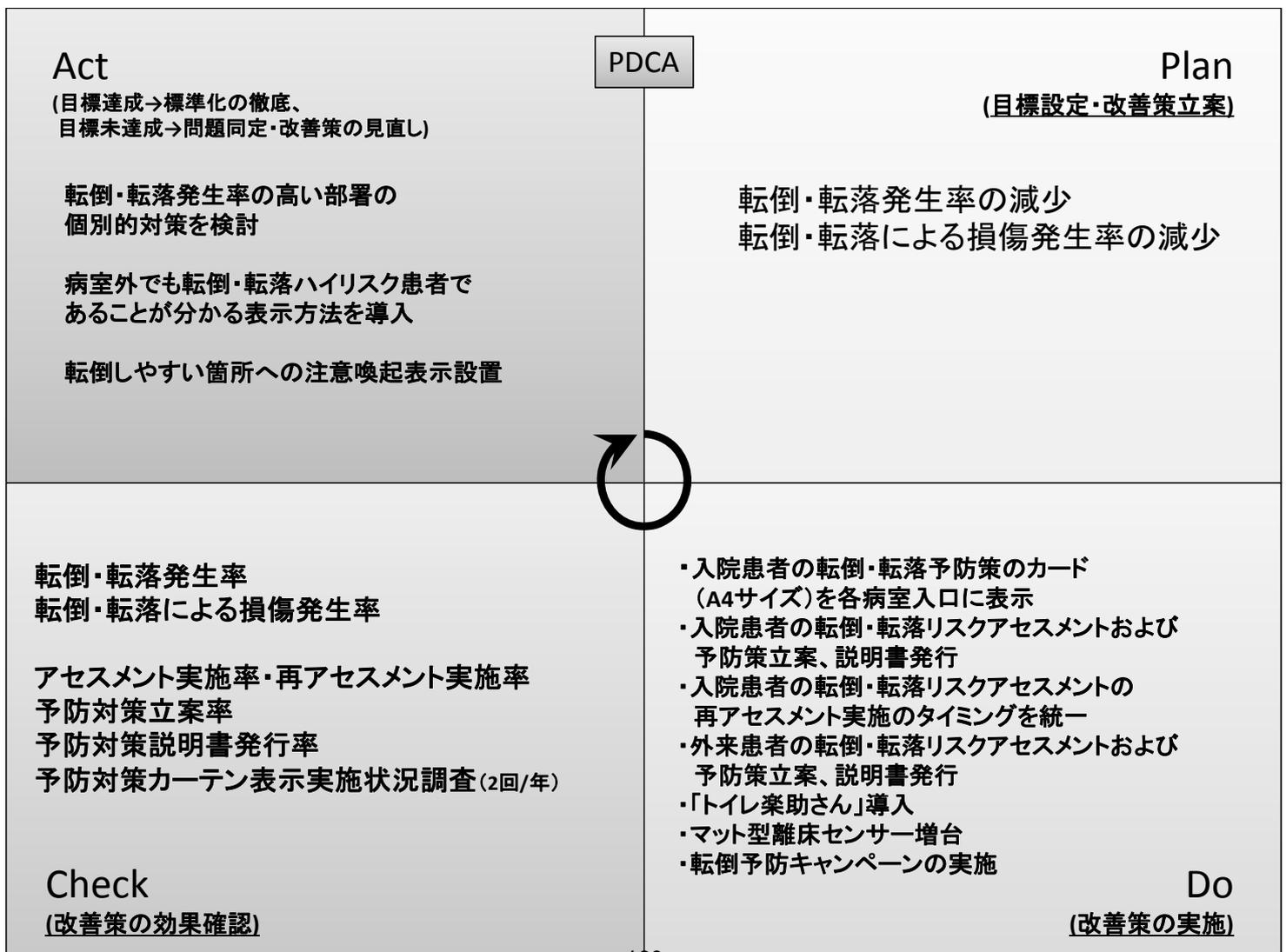


## 手指衛生実施率 <病棟>

| 病棟   | 2017年度第1四半期 | 2016年度全体 |
|------|-------------|----------|
| GCU  | 100%        | 74%      |
| NICU | 97%         | 75%      |
| 6E   | 94%         | 78%      |
| 4E   | 93%         | 79%      |
| 10W  | 88%         | 80%      |
| 4W   | 86%         | 72%      |
| 9W   | 86%         | 82%      |
| 6W   | 82%         | 71%      |
| 7E   | 81%         | 84%      |
| 8W   | 81%         | 71%      |
| 7W   | 80%         | 95%      |
| 8E   | 80%         | 74%      |

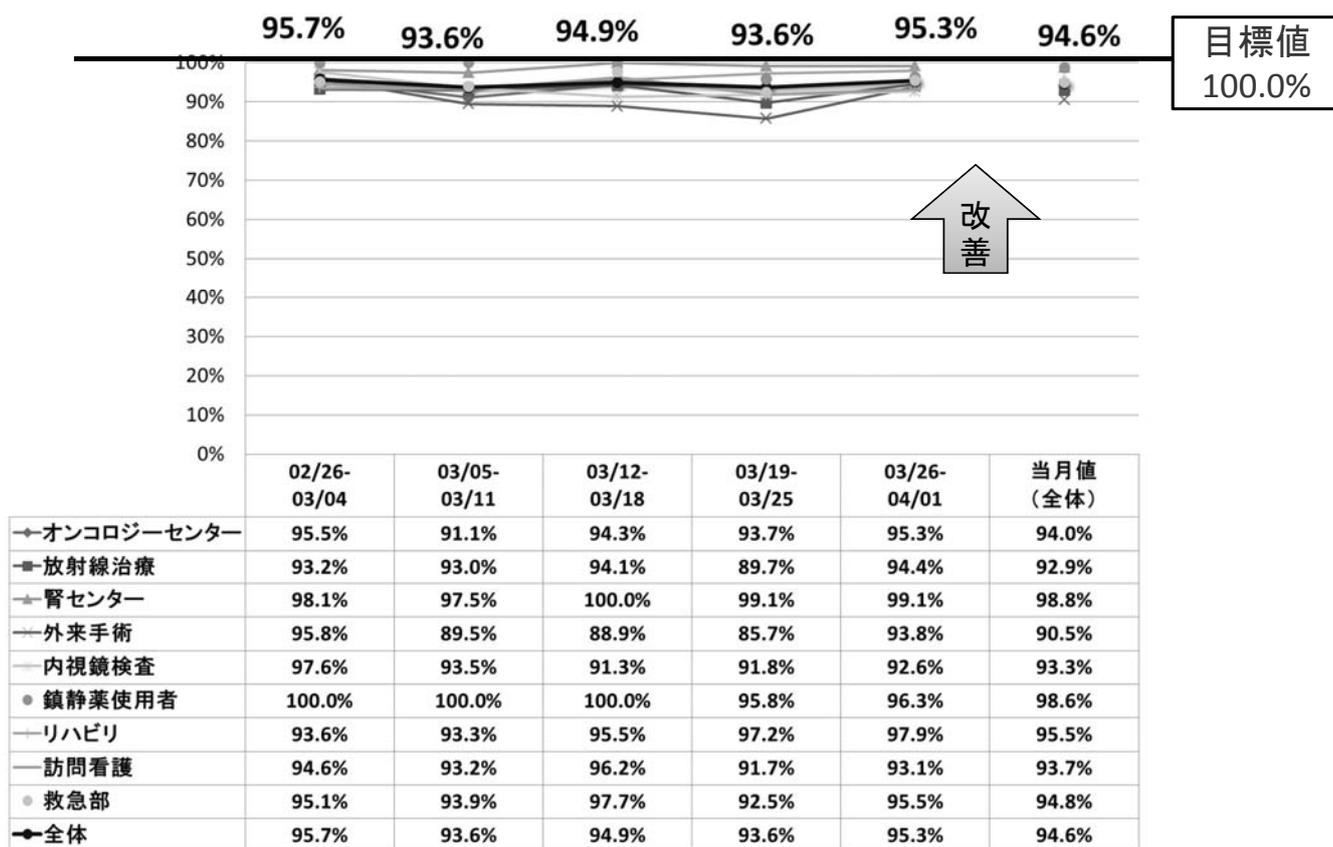
|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 10E  | 79% | 75% |
| IMCU | 74% | 77% |
| HCU  | 74% | 71% |
| 9E   | 73% | 78% |
| 5E   | 73% | 77% |
| 3E   | 71% | 75% |
| ICCU | 71% | 66% |
| 5W   | 69% | 85% |
| ICU  | 65% | 52% |
| 新生児室 | 65% | 72% |
| CCM  | 64% | 54% |
| 平均   | 79% | 74% |

# Provide quality and safety data to the public and promote health literacy

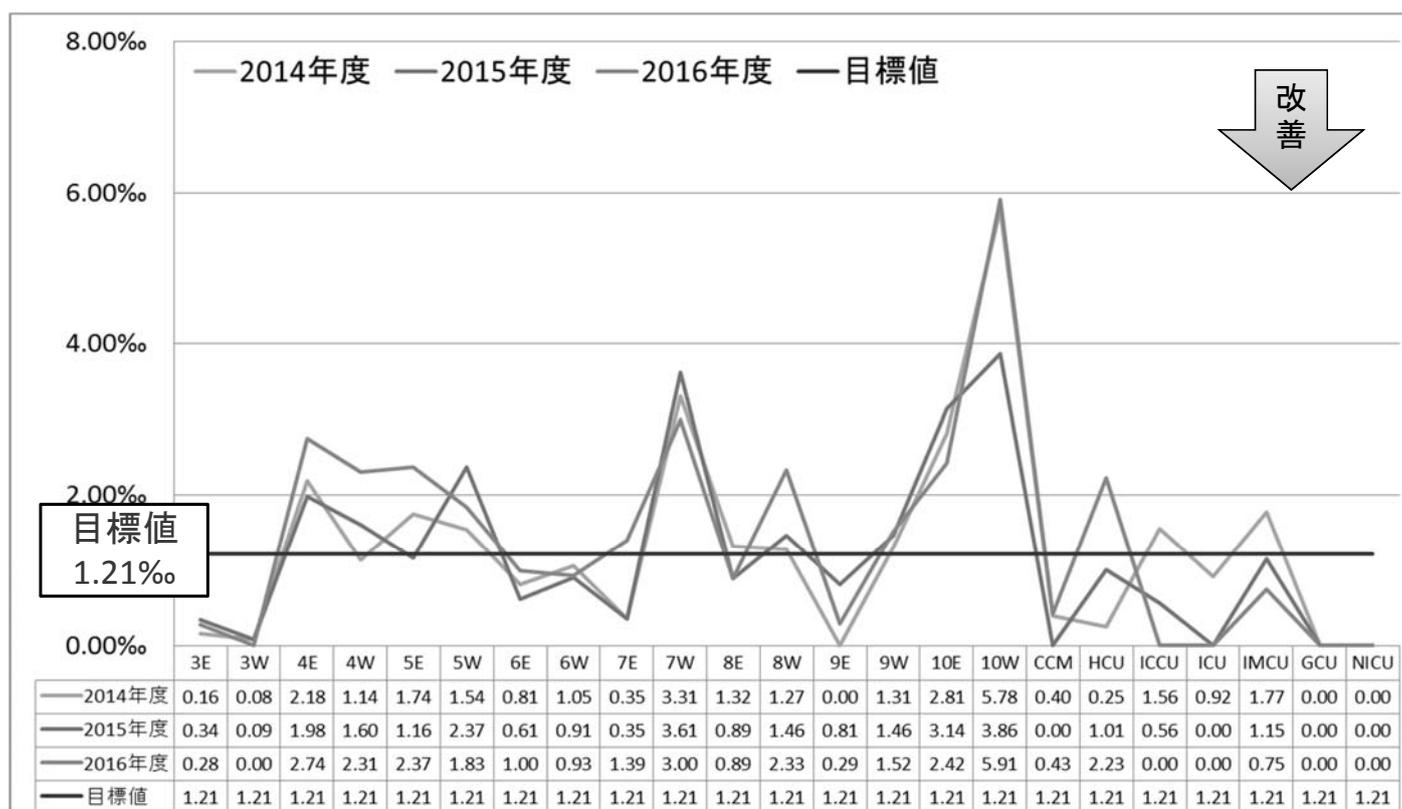


# 外来患者の転倒・転落(アセスメント実施率)

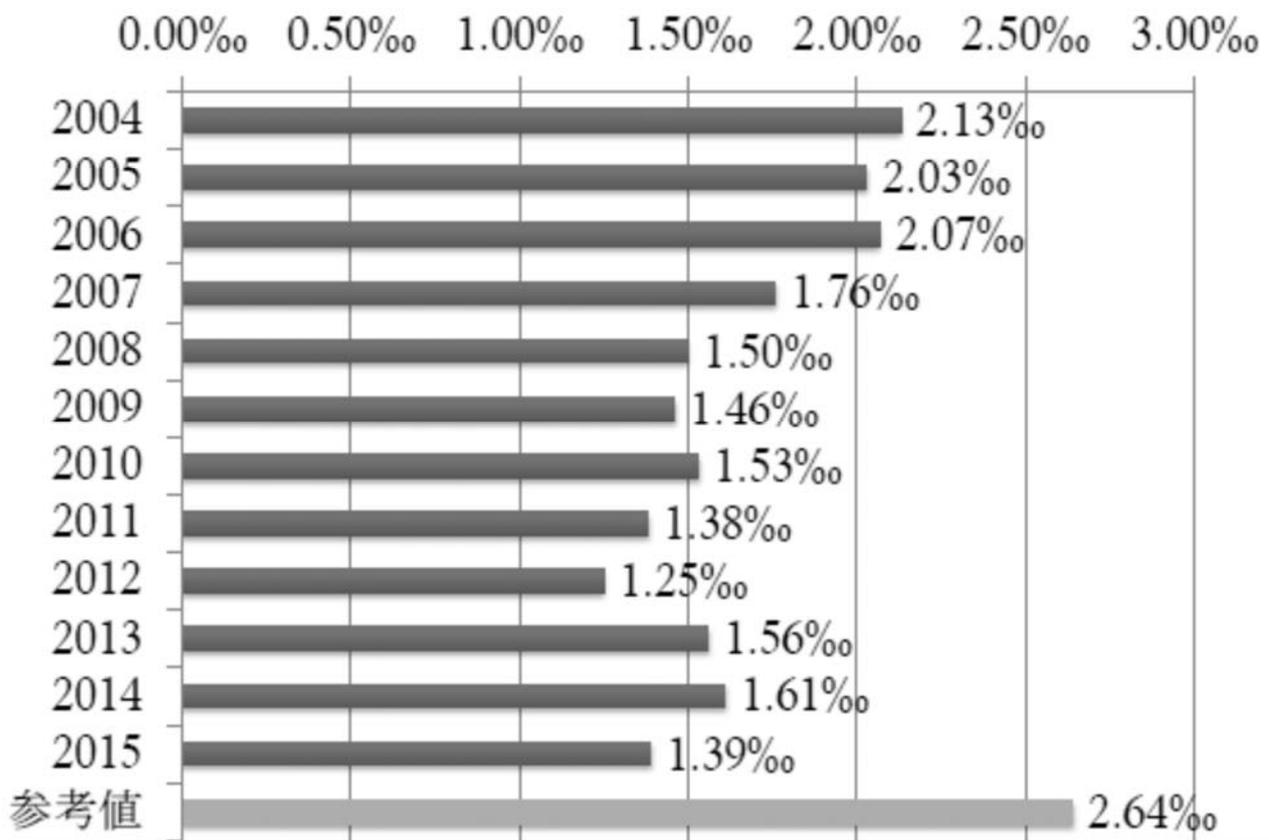
2017年03月の詳細



# 入院患者での転倒・転落発生率(病棟別)



## 入院 転倒・転落発生率



参考値：一般社団法人日本病院会：2015年度QIプロジェクト結果報告

## 結語

- 医療の質・安全を保証・改善するQuality Improvement活動の基本
  1. 質・安全指標の測定
  2. 結果に基づく改善策立案・試行・評価
- 組織的なQI活動実践の必要条件
  1. 病院幹部の熱意
  2. 情報システム部門の全面的協力
  3. 現場スタッフの理解と参加
- 全国共通の指標を選定し、各施設の改善活動につなげることが望まれる

# 医療事故情報収集等事業からみる病理関連 事例の事故と現場に求められる連携体制に ついて



九州大学UIプロジェクト Kyudai Taro,2007

九州大学病院医療安全管理部  
(公財)日本医療機能評価機構

後 信

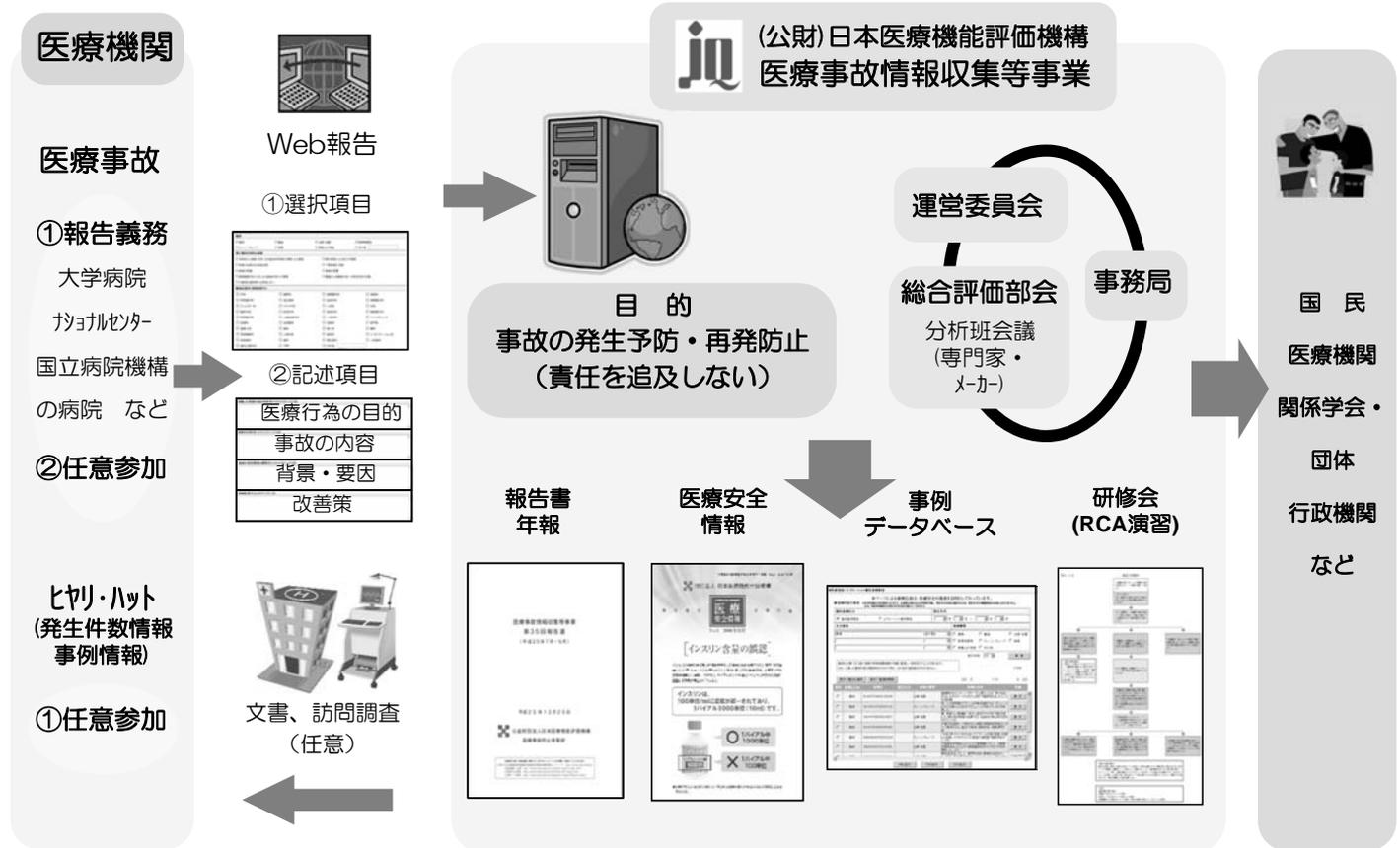


## 第12回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

筆頭発表者名： 後 信

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある  
企業などはありません。

# 全体像：情報収集・分析～成果の還元



## 病理に関連した医療事例

(医療事故情報収集等事業 第21-24回報告書)

(2011年7月, 9月, 12月, 2013年3月)

**【事例1】 事例の概要(検査結果見忘れ／見落とし)**

- 左副鼻腔病変に対して、左上顎洞篩骨洞根本手術を行った。
- 迅速病理検査のパラフィン標本結果は「炎症性変化、腫瘍性病変は認めない」となっており退院した。
- 通院にてフォローしていたが、外来受診時鼻出血・血性痰の訴えがあり、ファイバースコープ等で観察したところ炎症性のポリープと思われる病変を認め消炎剤等の処方をした。

**【事例1】 事例の概要(検査結果見忘れ／見落とし)**

- その後の受診時にも出血が続くため、鼻内焼灼処置を行った。さらに悪性腫瘍の可能性も考え、病変の一部を生検して病理検査に提出した。
- その後左眼瞼周囲と頬部の腫脹が出現したため来院。病理検査の結果が“悪性黒色腫の疑い”で免疫染色中となっており、直ちに入院となった。
- MRIを施行したところ、腫瘍は左上顎洞に充満し、頬部及び眼窩内に突出していた。

## 【事例1】 事例の概要（検査結果見忘れ／見落とし）

- この時点で前回手術時の入院カルテの内容を確認したところ、手術時に採取した検体の永久標本から“悪性黒色腫”との病理診断の結果が報告されていることが判明した。

## 【事例1】 背景・要因

- 術中迅速検査を実施した検体でその後作成されたパラフィン標本結果と、永久標本の病理診断結果は、ほぼ同時に報告されていたと考えられるが、迅速検査の結果のみで判断したものと考えられる。
- 検査結果をカルテに綴じるのは病棟クランクがするシステムになっていたため、見落とされたままカルテに綴じられたものと考えられる。

## 【事例1】 改善策

- 病理組織検査結果は必ず主治医に渡し確認してから、カルテに綴じ込むこととした。
- また、退院サマリーは病理検査の報告書を確認してから記入し、科長の承認を得ることとした。
- 病理組織の診断と臨床診断とが異なる場合は報告書に注意喚起する表示をすることとした。
- 結果を受取日記入と受け取った者のサインをすることとした。

## 【事例1】 再発防止に資すると期待される病理部門と医療安全部門の連携

- 病理検査の最終報告書において、オーダー時に想定してなかった癌の診断が含まれている場合、見逃しとならないよう医療安全管理部が関与し、確実な確認のために、システム面からの整備を行うことが考えられる。

# 医療安全情報 No.71 「病理診断報告書の確認忘れ」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.71 2012年10月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報 No.71 2012年10月

## 「病理診断報告書の確認忘れ」

病理検査を行った際、検査結果の報告書を確認しなかったことにより、治療が遅れた事例が8件報告されています(集計期間:2008年1月1日~2012年8月31日、第24回報告書「個別のテーマの検討状況」(P98)に一部を掲載)。

**病理検査を行った際、検査結果の報告書を確認しなかったことにより、治療が遅れた事例が報告されています。**

| 検査               | 確認しなかった病理診断の内容 | 結果に気付いた時期 |
|------------------|----------------|-----------|
| 子宮頸部細胞診          | クラスV、扁平上皮がん    | 1年半後      |
| 上部消化管内視鏡検査の組織診   | Group5の胃がん     | 6年後       |
|                  |                | 2年半後      |
|                  | 2年半後           |           |
|                  | 胃の「悪性」所見       | 2年後       |
|                  | 胃の低分化型腺がん      | 1年後       |
| 食道がん             | 半年後            |           |
| 緊急開腹止血術時の術中腹水細胞診 | 腺がん細胞          | 1ヶ月以内     |

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.71 2012年10月

## 「病理診断報告書の確認忘れ」

### 事例1

患者は他疾患の経過観察のCT検査で子宮頸部病変を疑われ、産婦人科を受診した。産婦人科医師の診察では超音波検査で複数個の子宮頸腫を認めるもの明らか悪性所見を認めず、子宮頸部細胞診を施行し、異常があれば連絡することになっていた。1年半後、PET-CTで骨髄内に集積を認め、再度産婦人科を受診し、腫内の細胞診を施行した。患者の診察終了後、医師は1年半前に施行した子宮頸部細胞診で異常(クラスV、扁平上皮がん)の病理診断報告書を確認していないことに気付いた。

### 事例2

通院中の患者が、胃検診で要精密の通知を持参した。医師は内視鏡検査を行い、病変部を生検し、次回の予約を入れた。その後、病理診断報告書が出ていたが、患者が来院しなかったため、カルアを一度も開くことなく経過した。2年後、患者は胃検診の結果が再度要精密であったため、受診した。その際、医師は2年前の病理診断報告書で「悪性」の所見が出ていたことに気付いた。

**事例が発生した医療機関の取り組み**

- ・病理診断結果の内容の確認ができる仕組みと、患者への説明が確実になされる仕組みを構築する。

**総合評価部会の意見**

- ・重大な結果については、直接医師に連絡する仕組みを検討しましょう。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚労省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の報告等の詳細については、当該機関ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。  
<http://www.jqhc.or.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を本来にわたる保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量も兼ねたり、医療従事者に義務や責任を課したものではありません。

JQC 公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部  
〒101-0061 東京都千代田区三軒町1-4-17 東洋ビル  
電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)  
<http://www.jqhc.or.jp/>

# 医療安全情報 No.53 「病理診断時の検体取り違い」

| 検査                 | 確認しなかった病理診断の内容 | 結果に気付いた時期 |
|--------------------|----------------|-----------|
| ● 子宮頸部細胞診          | クラスV、扁平上皮がん    | ● 1年半後    |
| 上部消化管内視鏡検査の組織診     | Group5の胃がん     | 6年後       |
|                    |                | 2年半後      |
|                    | 2年半後           |           |
|                    | 胃の「悪性」所見       | 2年後       |
|                    | 胃の低分化型腺がん      | 1年後       |
| 食道がん               | 半年後            |           |
| ● 緊急開腹止血術時の術中腹水細胞診 | 腺がん細胞          | ● 1ヶ月以内   |

# 医療安全情報 No.53 「病理診断時の検体取り違い」

## 事例が発生した医療機関の取り組み

- ・病理診断結果の内容の確認ができる仕組みと、患者への説明が確実になされる仕組みを構築する。

## 総合評価部会の意見

- ・重大な結果については、直接医師に連絡する仕組みを検討しましょう。

# 医療安全情報 No.53 「病理診断時の検体取り違い」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.53 2011年4月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報  
No.53 2011年4月

### 「病理診断時の検体取り違い」

病理診断において、検体取り違いの事例のうち、別の患者の検体と取り違った事例が6件報告されています(集計期間:2007年1月1日～2011年2月28日、第22回報告書「個別のテーマの検討状況」(P82)に一部を掲載)。

病理診断において、別の患者の検体と取り違った事例が報告されています。

| 取り違いの種類        | 場面                |                   |
|----------------|-------------------|-------------------|
|                | 検体採取時<br>(病理検査室外) | 検体処理時<br>(病理検査室内) |
| ラベルの貼り間違い      | 2                 | 2                 |
| 検体の入った容器の取り違い  | 0                 | 1                 |
| 標本作成時の組織片の取り違い | 0                 | 1                 |

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.53 2011年4月

### 「病理診断時の検体取り違い」

#### 事例 1

外来の担当看護師は、患者Aと患者Bの伝票を机の上に並べ、手書きしたラベルを検体ビンに貼付した。検体受付の際、検査技師が同じ名前前の検体ビンが2つあることに気付いた。看護師は、患者Aと患者Bの検体ビンのラベルに患者Aの名前を記載していた。検体が特定できないため、再度組織診を行った。

#### 事例 2

右乳腺で手術予定の患者Aに対して右乳房2か所、左乳房1か所の生検を行い、検体を病理部へ提出した。いずれも癌であると報告され、患者Aに対して両乳房の手術を行った。術後の病理検査の結果、右乳腺検体は乳癌であったが、左乳腺検体には癌は認められなかった。調査の結果、検査技師がカセットに検体を入れる際、病理組織検査申込書の記載内容を見間違え、患者Aの左乳房の検体と、患者Bの検体が入った容器を取り違えていたと推測された。

#### 事例が発生した医療機関の取り組み

- ・一人の患者の検体の取り扱いを完結させてから次の患者の作業に移る。
- ・検体処理時は、作業環境を整理する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一般として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の報告等の詳細については、当該機関ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。  
<http://www.jqhc.or.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期してありますが、その内容を複製・改訂・転載するものではありません。

※この情報は、医療従事者の責務を軽減したり、医療従事者に責務や責任を課したりするものではありません。

JQC 公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部  
〒101-0061 東京都千代田区三軒1-4-17 東京ビル  
電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)  
<http://www.jqhc.or.jp/html/index.html>

# 医療安全情報 No.53 「病理診断時の検体取り違え」

病理診断において、別の患者の検体と取り違えた事例が報告されています。

| 取り違えの種類        | 場面                |                   |
|----------------|-------------------|-------------------|
|                | 検体採取時<br>(病理検査室外) | 検体処理時<br>(病理検査室内) |
| ラベルの貼り間違い      | 2                 | 2                 |
| 検体の入った容器の取り違え  | 0                 | 1                 |
| 標本作成時の組織片の取り違え | 0                 | 1                 |

## 医療事故、ヒヤリ・ハット事例データベース(平成22年～)

事例の公表は、医療安全の推進に資するため、医療事故情報収集等事業データベースに掲載されています。

※公開している事例は、2010年1月1日以降に報告された事例です。  
※「医療事故情報」は発生年月を非公開とし、発生年月を「発生年月」で検索できます。

報告事例区分  
 医療事故情報  ヒヤリ・ハット事例

事例の概要  
 薬剤  輸血  治療・処置  医療機器等  ドレーン・チューブ

関連診療科 (医療事故情報のみ選択可)

全文検索  
 表示件数 10 検索

451件

①医療事故  
 ②キーワード:「病理」  
 ③検索結果(451事例)  
 ④ダウンロード可能

医療事故: 23,143事例  
 ヒヤリ・ハット: 51,372事例

事例の内容  
 当院皮膚科で尋常性乾癬、Bazex症候群疑いで通院していた。内服悪性腫瘍を合併すること、腫瘍マーカーが上昇して...

XML出力 PDF出力 CSV出力

## ま と め(平成28年度研究報告書より)

1. 医療事故情報収集等事業のテーマ「病理に関連した医療事故」では、検体が病理部門に提出される前の段階でエラーが発生した事例から、病理検査報告書が完成して返送された後の報告書確認の段階の見逃し事例まで、様々な段階における事例を報告した(本講演では1事例のみ供覧)。
2. したがって、医療安全管理部と病理部との連携に加え、病理検査の検体を提出して、病理検査報告書を確認する診療科も、病理に関するチーム医療の一員としての役割を果たす枠組みを作成することが重要と考えられた。

## ま と め(平成28年度研究報告書より)

3. 具体的には、診断に疑問がある事例について、臨床経過に関する情報を有している診療科との連携が図られるように、カンファレンスや臨時の相談の仕組みを構築することや、病理医が臨床経過に関する情報を入手しやすい医療情報システムの整備、術前病理診断報告書に記載された術中迅速診断を薦めるコメントの活用、病理検査報告書の書式において癌の診断をわかりやすく表示すること等が考えられた。

## ま と め(平成28年度研究報告書より)

4. 一方で、「検体取り違え」の事例には、病理検査室において、検体の処理の手順や技術に関する要因が、医療事故の背景・要因となっている事例も多かった。
5. このように、病理部門における技術研修も重要な要素である。
6. ただし、業務手順に関する要因の中でも、完了した作業を記録することの重要性、業務が会議で中断された後の再開の手順の作成等に関しては医療安全管理部の関与が期待される。

# 病理部門が院内の医療安全体制に 与える影響に関する検討

坂谷貴司<sup>1</sup>、佐々木毅<sup>2</sup>、田中伸哉<sup>3</sup>、内藤善哉<sup>4</sup>

1 日本医科大学付属病院 病理診断科

2 東京大学大学院医学系研究科 人体病理学・病理診断学分野

3 北海道大学大学院医学系研究科 腫瘍病理学分野

4 日本医科大学大学院 統御機構診断病理学分野

## 第12回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

筆頭発表者名： 坂谷 貴司

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある  
企業などはありません。

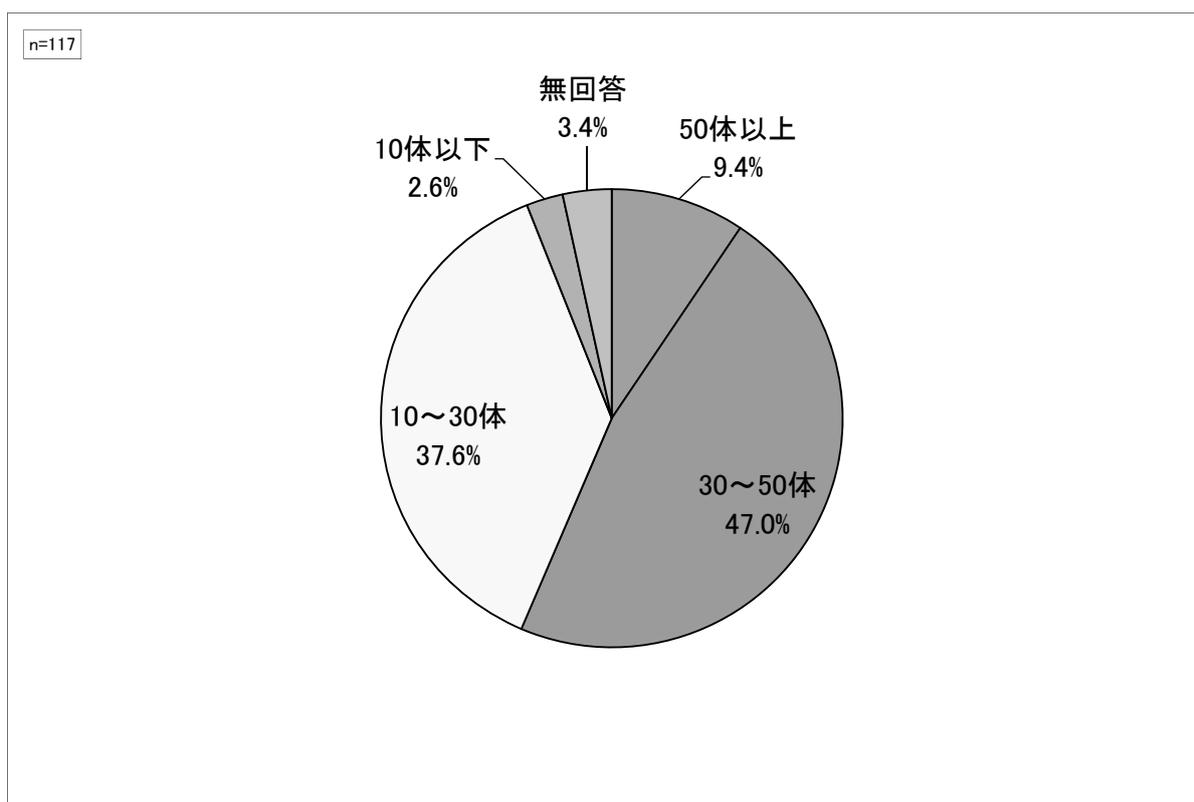
- ・ 病理医に対する医療安全剖検に関するアンケート
- ・ 病理医の医療安全や診療・治療方針決定などに関わる役割についてのアンケート

(日本病理学会 診療関連死委員会 アンケート調査)

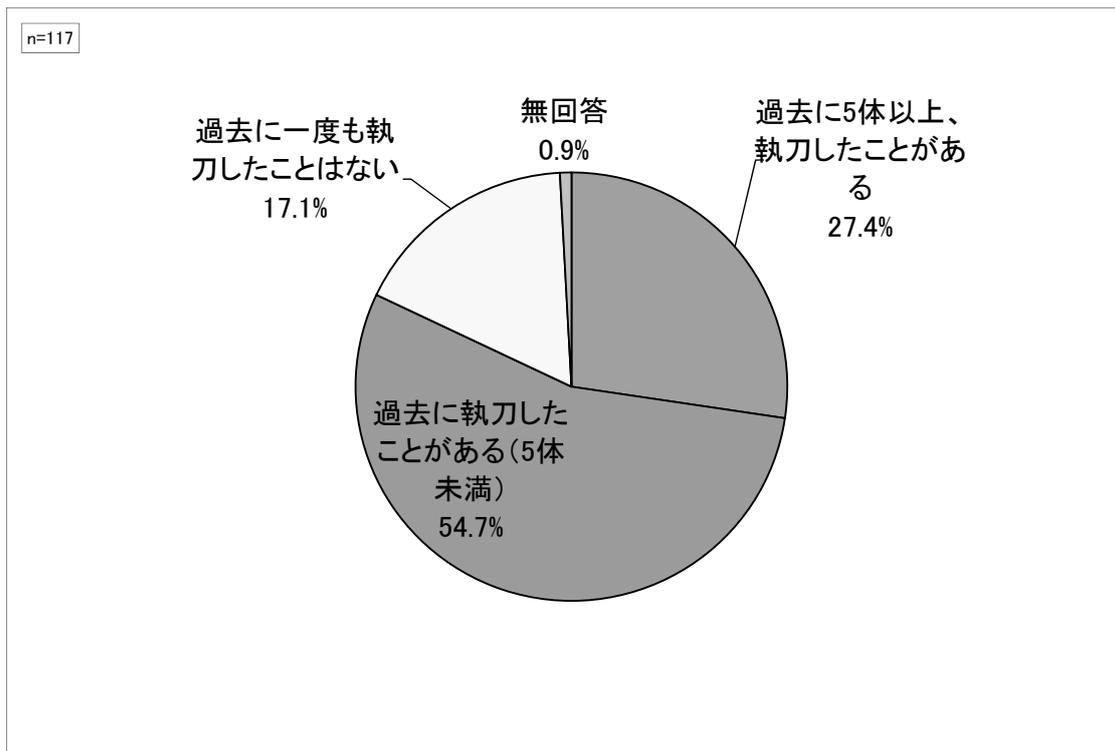
対象 135 施設      回答 117施設(86.7%)

- \* 医療安全剖検に対する病理医の意識
- \* 剖検における医療安全部門との連携およびその問題点
- \* 連携可能な事案についての提案

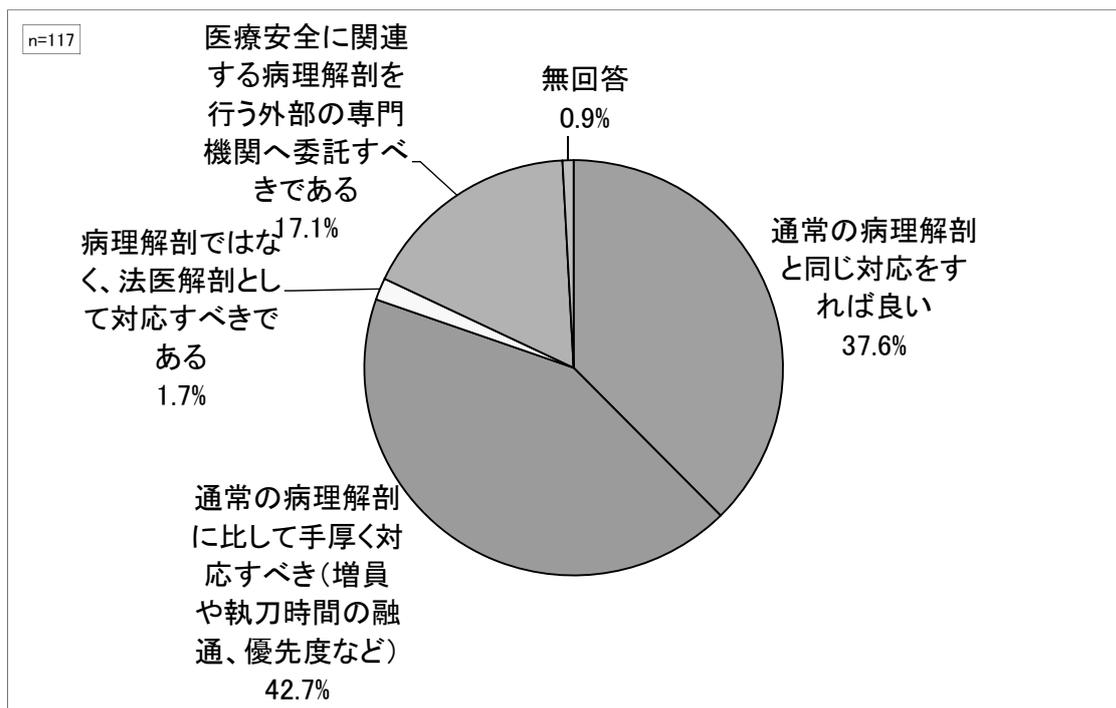
貴院における病理解剖の年間実施数を教えてください。



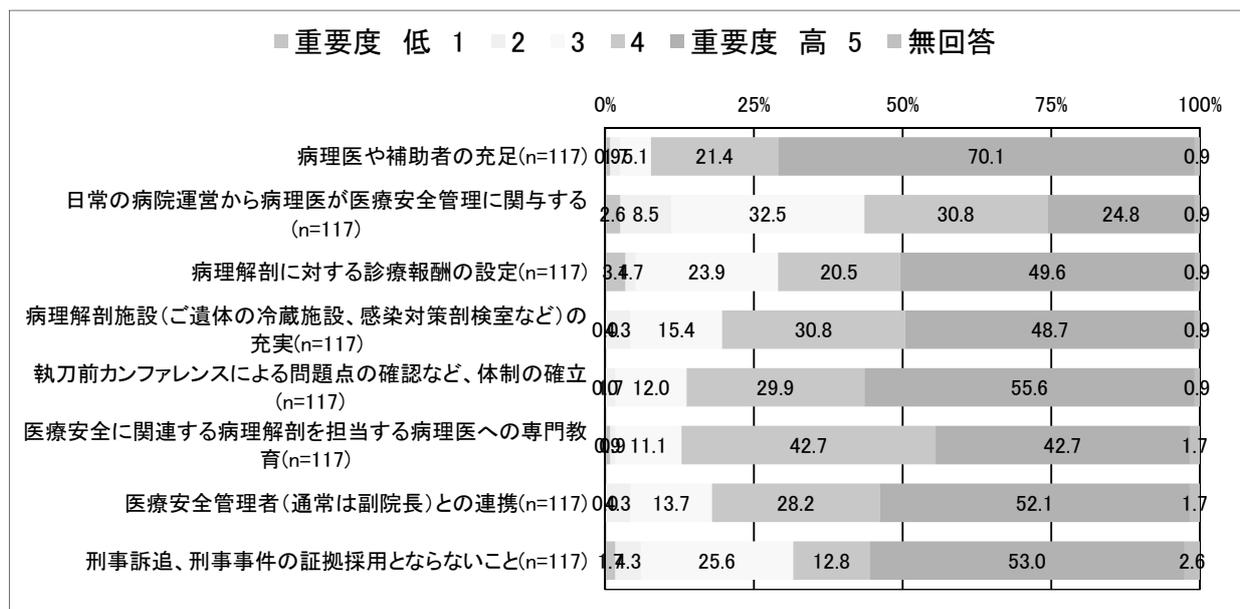
医療安全に関連する病理解剖の経験有無を教えてください。



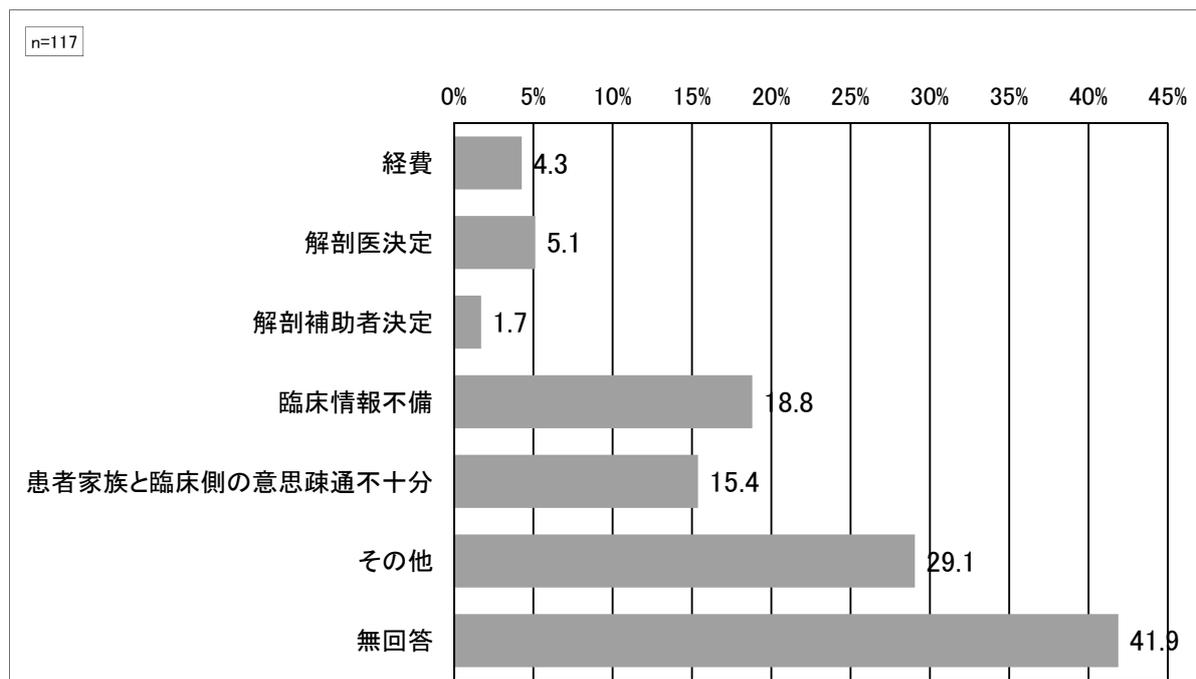
医療安全に関連する病理解剖に対して病理医はどのように対応すべきでしょうか？



## 医療安全に関連する病理解剖を円滑に行うために必要と思われる事象について、各項目の重要度を数値でお答えください



## 病院内の医療事故の解剖で、問題になったことがあれば記載してください。(複数解答可)



## 医療安全に関する病理解剖に対する病理医の意識

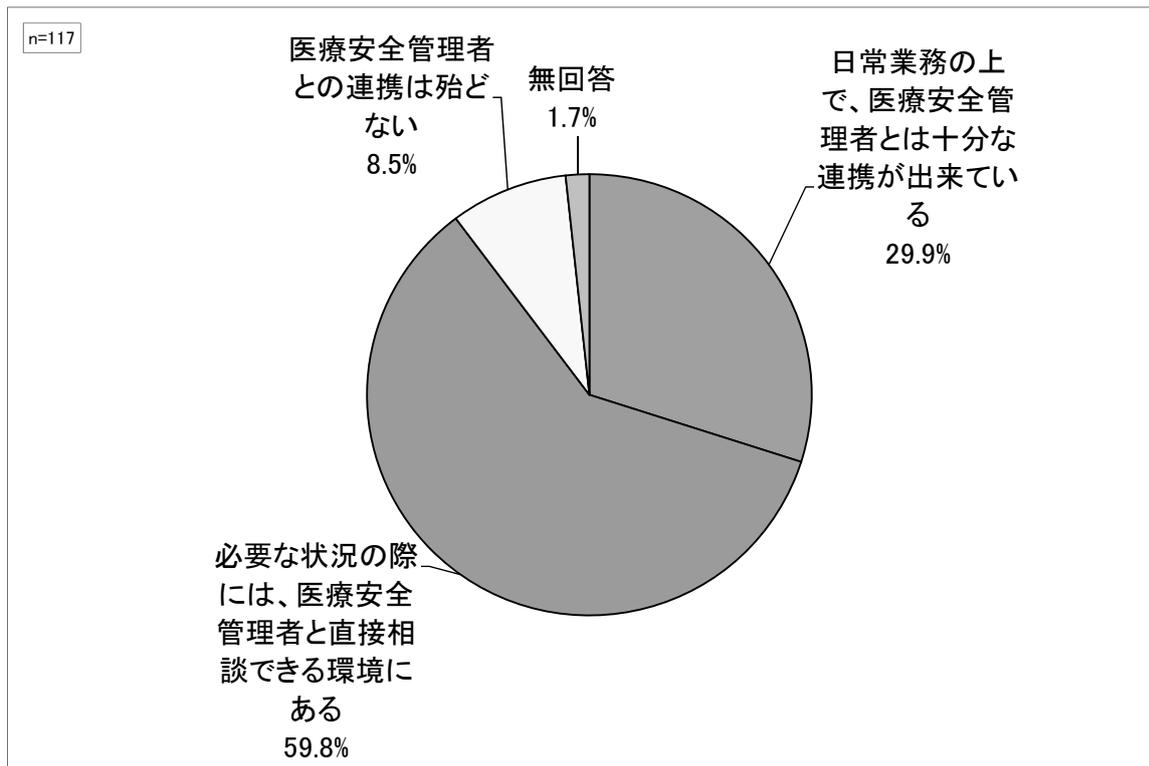
- ・ 通常の解剖と同様
- ・ 肉眼所見、組織像による客観性

### 人的充足、診療報酬設定、システム構築への要望

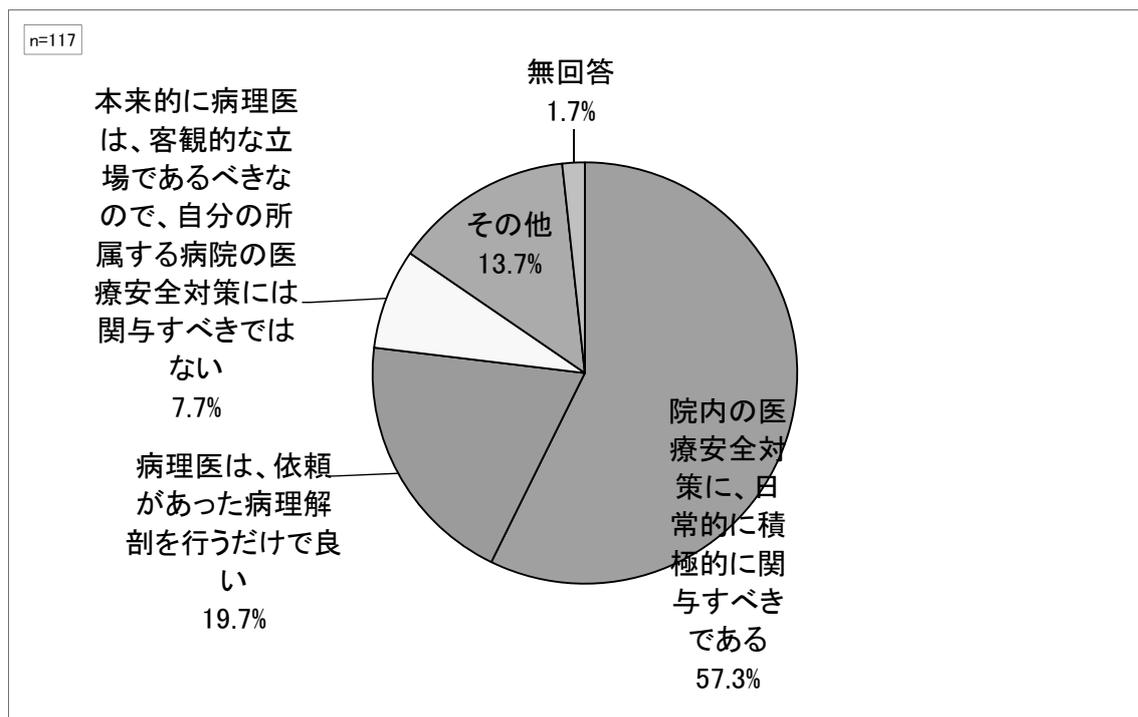
『日常の病院運営から病理医が医療安全管理に関与する』という項目については、病理解剖を円滑に行うための重要度としては、さほど高くは考えていない。

## 医療安全部門との連携 およびその問題点

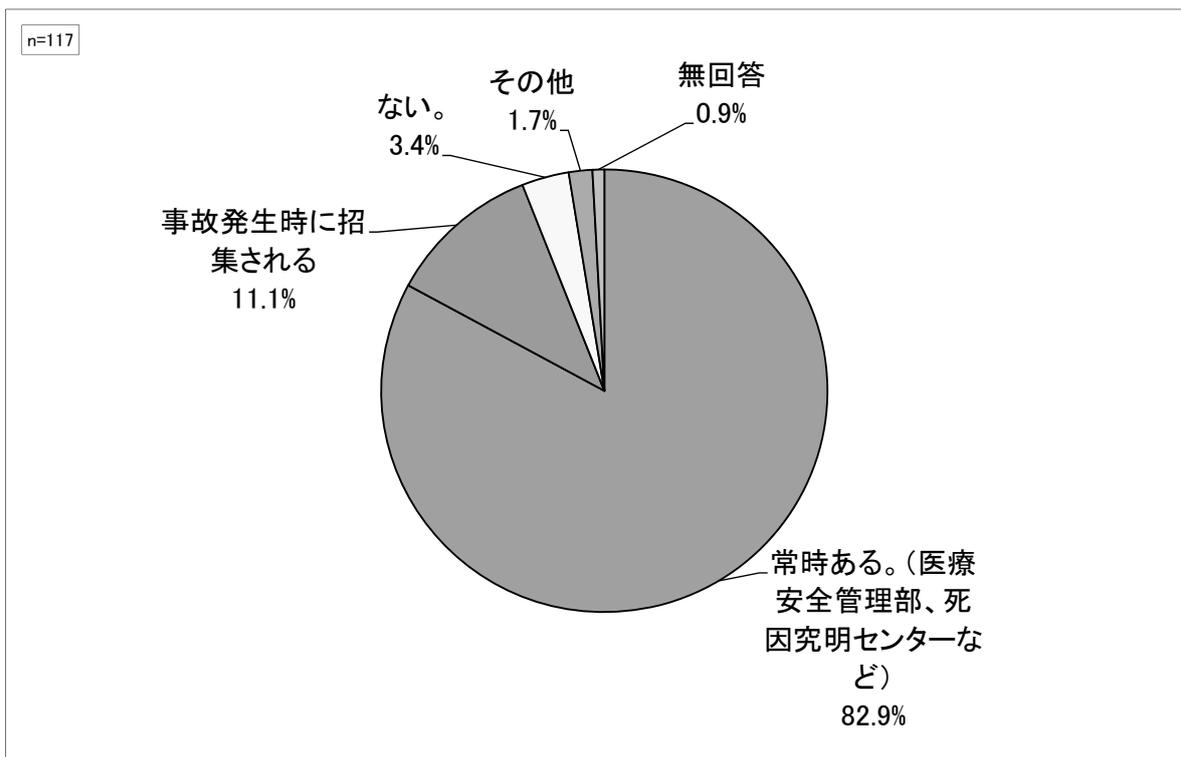
## 医療安全管理者との連携についてお聞かせください。



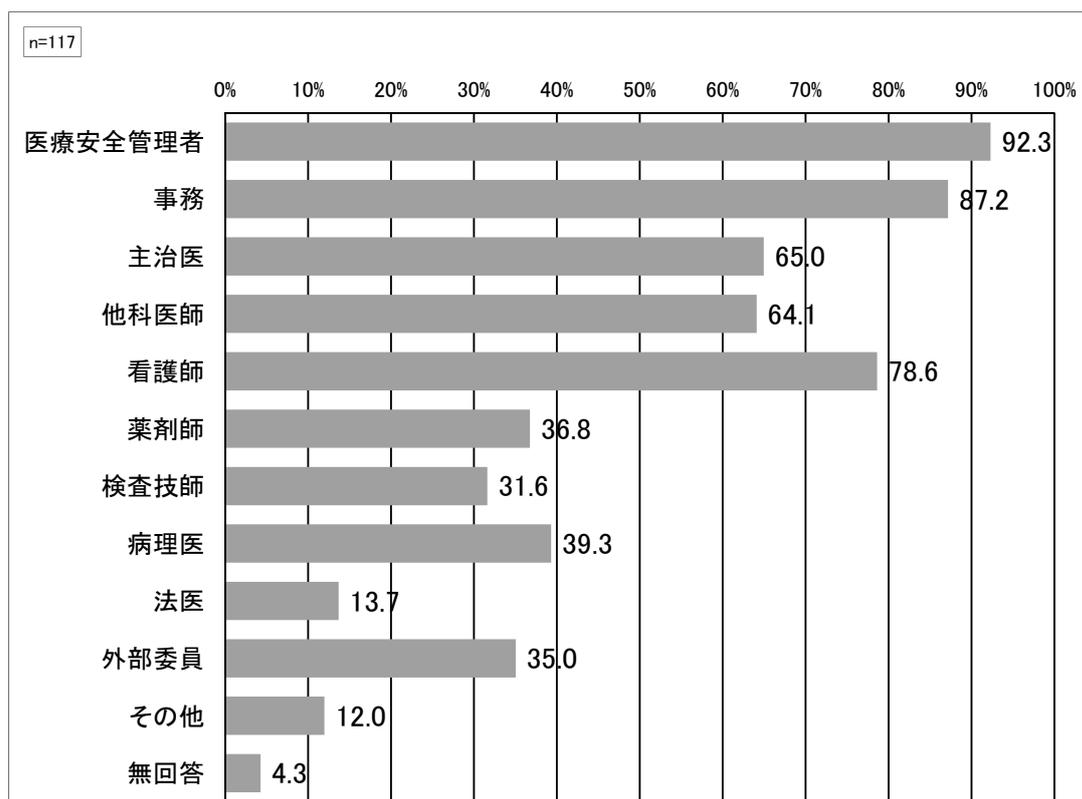
## 病院の医療安全対策について、病理医がどのように関わるべきでしょうか？



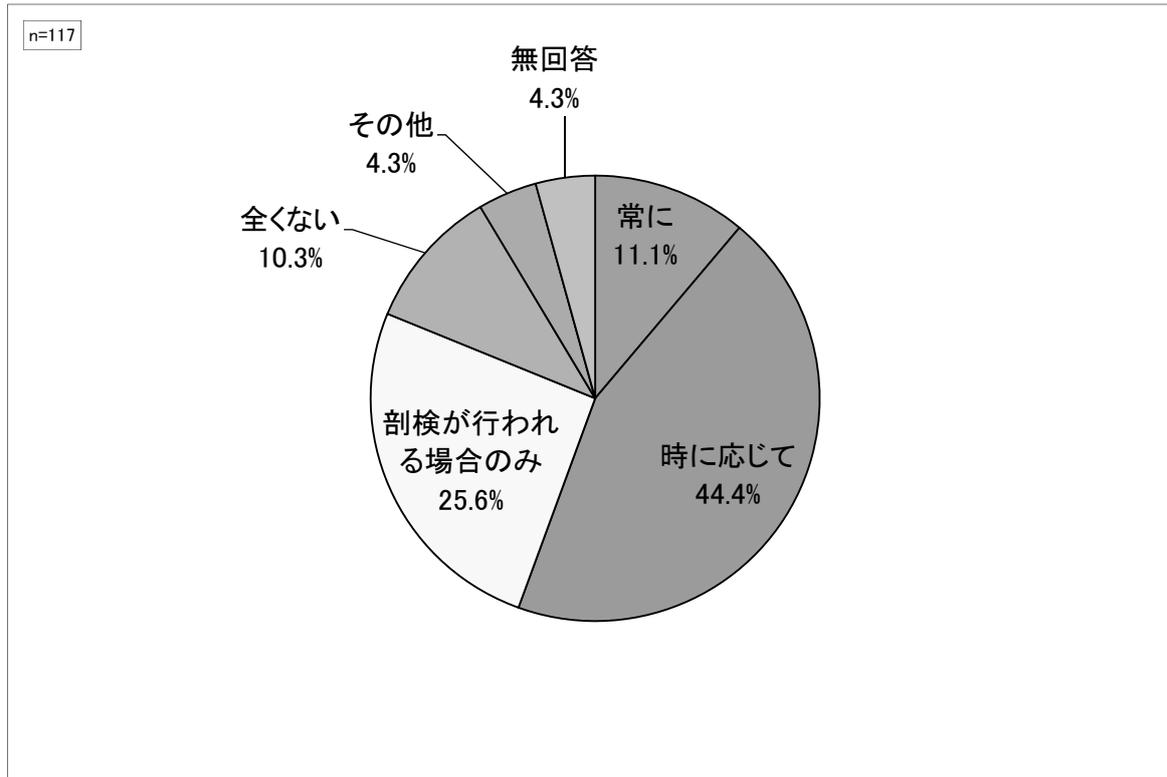
## 医療事故(死亡)に対処するチームや組織はありますか？



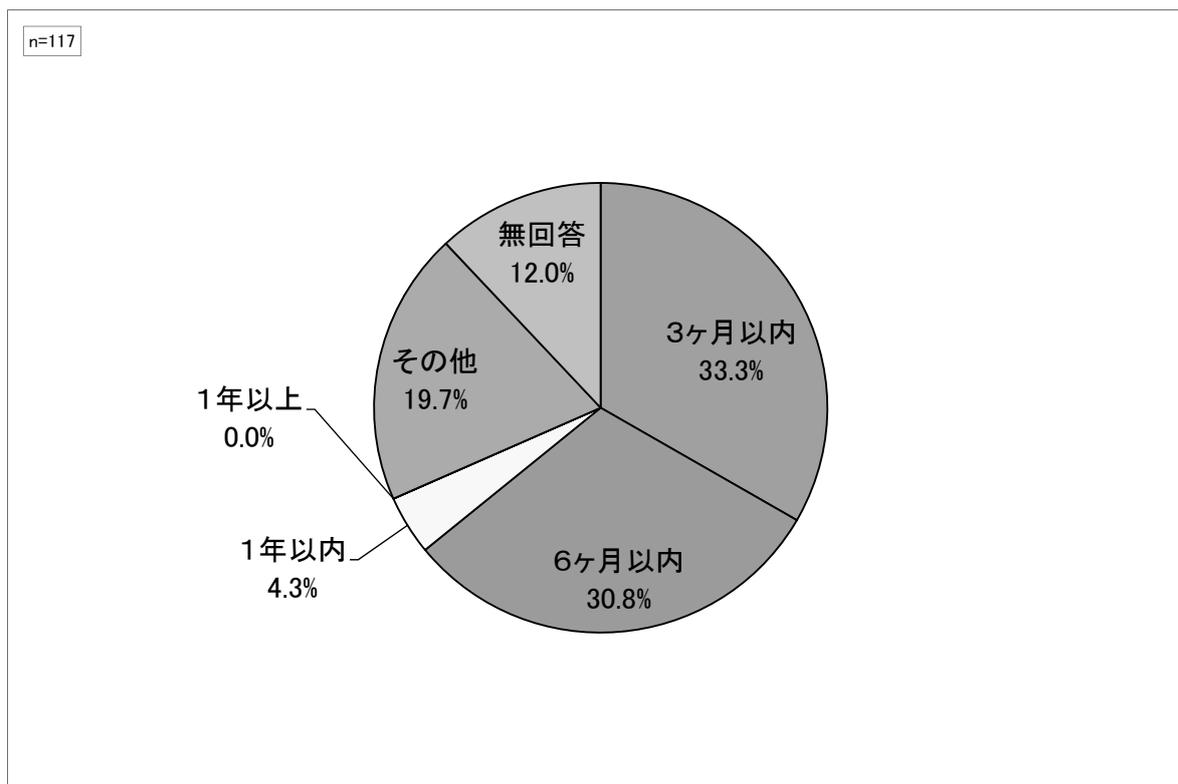
チームや組織の構成員として下記の職種のうち該当するものをお答えください。(複数回答可)



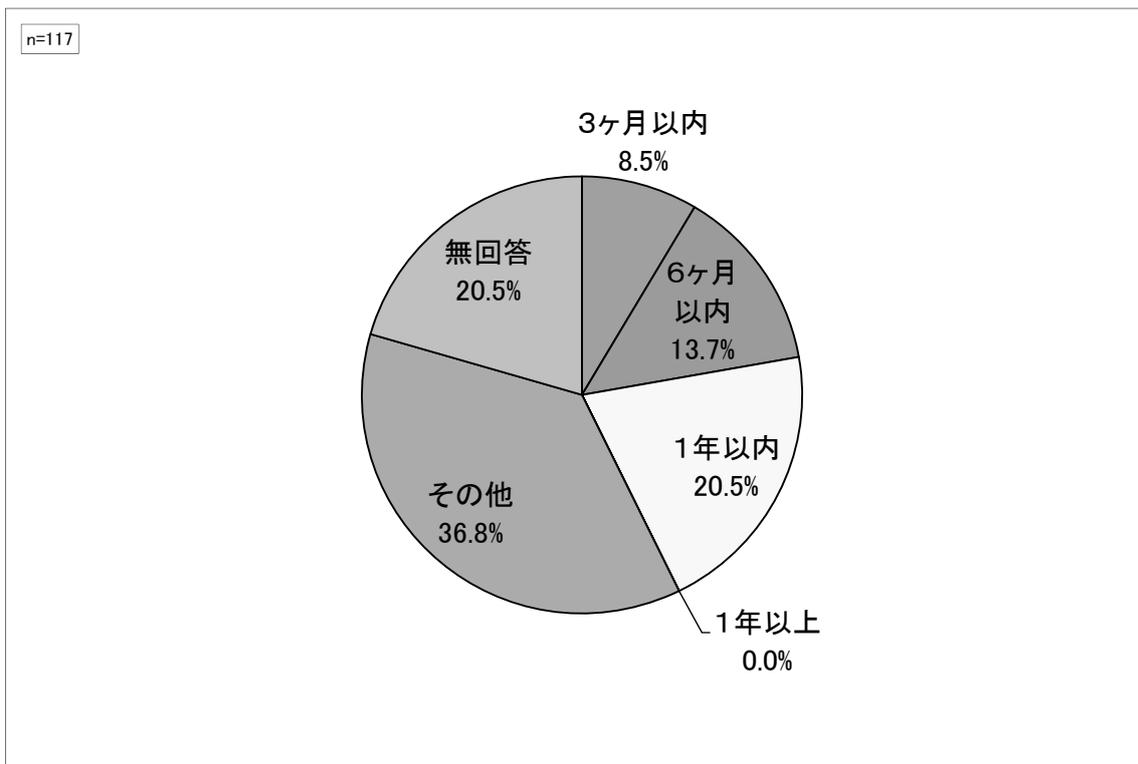
チームや組織が招集された場合、病理医が加わる頻度はどれくらいですか？



医療事故の病理解剖報告書の最終報告までの平均期間を教えてください。



院内調査委員会(院内の医療事故調査委員会)が最終報告をまとめて、家族へ説明するまでの平均期間を教えてください。



### 医療安全部門との連携および問題点

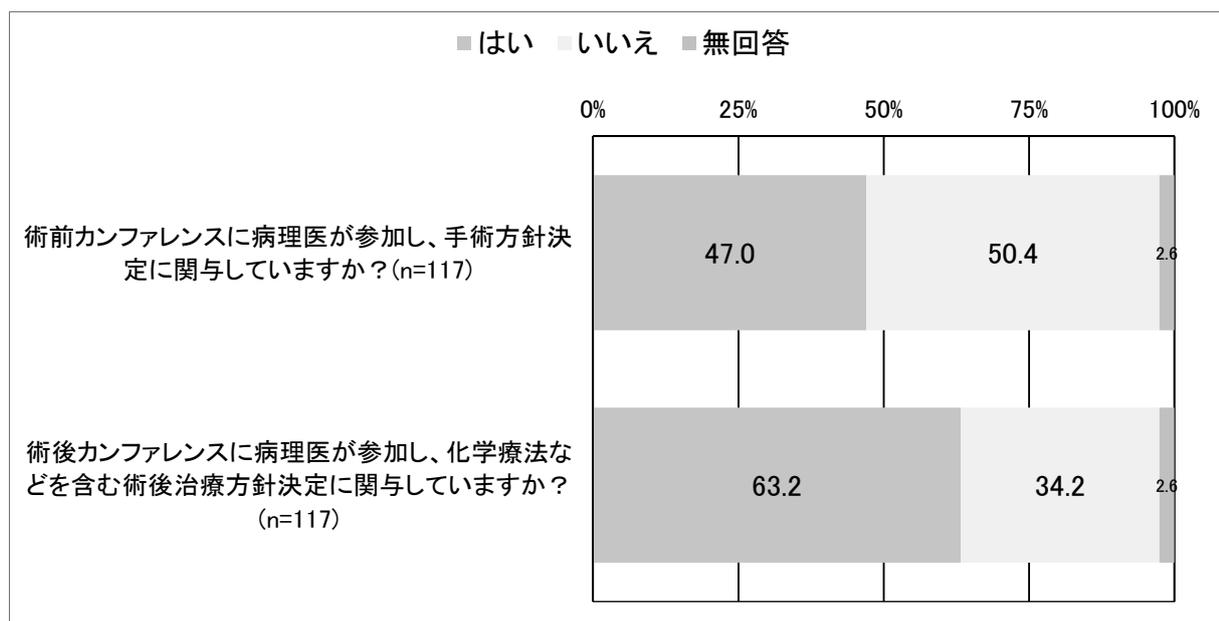
- ・ 必要に応じて連携していることが多い
- ・ 医療事故の際にも剖検があってはじめてチームに参加

### 病理医の日常業務煩雑さ、人的不足にも起因

- ・ 院内の医療事故に関して、すべての情報が病理医に共有されているというわけでもなさそう。
- ・ フィードバックが遅い、得られないなどある。
- ・ 客観的な立場から、院内の医療事故剖検には否定的な意見もある。

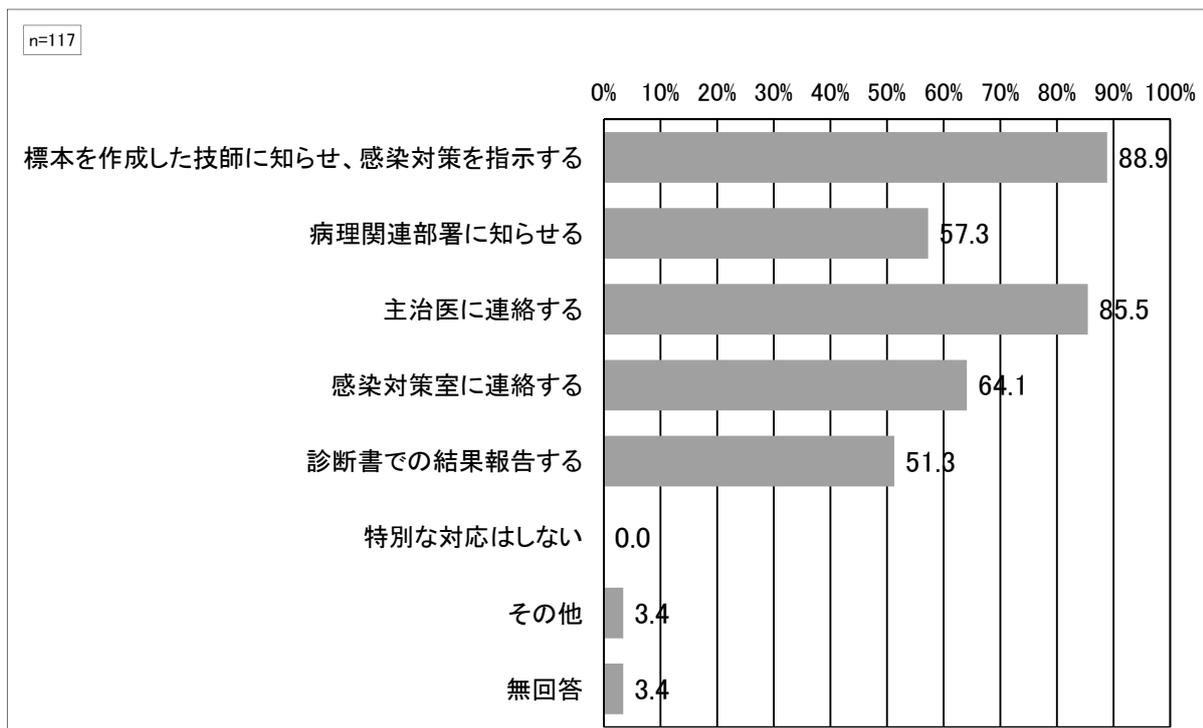
## 医療安全部門との連携 可能箇所の検討と提案

カンファレンスに病理医が参加し、手術方針決定に関与  
していますか？

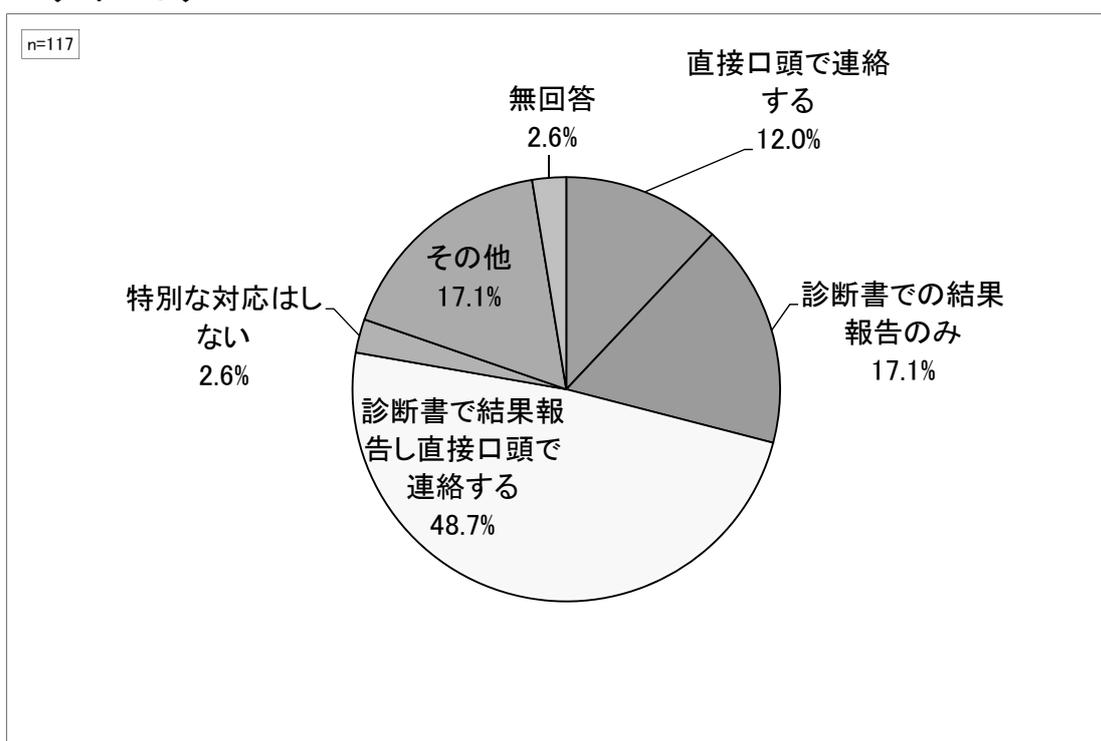


病理医の存在が医療の質を高めることに貢献しているが、  
その数値化、医療安全上の役割について示すことは難しい

迅速診断時に重篤な感染症（結核、アメーバなど）が疑われた場合どのように対処していますか？（複数回答可）



臨床医が予期せぬ病理診断（良性疾患や悪性疾患など：非感染症）であった場合の、臨床医への対応は下記のいずれですか？



## 病理診断報告書非共有、未読問題

日本医療機能評価機構の医療安全情報では「重大病理報告確認忘れ」事案は2008-2015年に計13件と報告されているが、実態はより多いと思われる。

普遍的な防止策は無く、個々の施設の対応の情報共有は不十分である。

## 病理診断報告書 患者伝達確認のためのマニュアル(案)

- 1) 病理診断報告書が提出された際、当該患者の電子カルテの目立つ部分にアラートが表示されるシステムを導入する。
- 2) 担当医に当該患者の病理診断報告書が提出された旨を院内メールなどで自動的にアラートするシステムを導入する。
- 3) 2) の際、悪性あるいは悪性疑いなど、特に注意が必要と思われるものについては自動的にフラッグを立てて注意喚起を行うシステムを構築する。

一般社団法人 日本病理学会  
病理検体処理ガイドラインワーキンググループ

2017.11.21 HP掲載  
現在 パブリックコメント募集中

## システムが導入されるまでの、医療者に求められる留意点

- 4) 臨床診断と病理診断が異なる場合には、病理側から臨床医に連絡する。
- 5) 病理診断報告書提出後に、病理診断が変更になった場合には、診断を担当した病理医から臨床医に連絡する。
- 6) 病理診断を依頼した臨床医は、毎日、病理診断報告書をチェックし、未読報告書がないように対応する。
- 7) 病理診断に関わる臨床各科の指導医は、病理診断科からの報告書に必ず目を通し、提出医が結果を確認、あるいは次のアクションを示しているか日々確認することが望ましい。

病理診断支援システム内の病理レポート参照者表示機能を用いた未参照重大病理結果アラート活動  
横山宗伯 東京警察病院病理診断科

いつ；毎月初日

誰が；病理診断科部長

どうする；

・前々月中に報告された病理診断結果の内、結果未参照の報告を受付画面上で検索。医療安全室に報告。

・悪性腫瘍、重要感染症例が含まれていた場合、カルテをチェックすると共に原則病理診断科部長から依頼医と当該科の部長にメールで通知する。

通知後対応；一週間後に対応を再度確認する。

作業所要時間；10+10分。

## 未読問題に対する医療安全部門との連携

- ・ 未読症例を一定期間ごとにピックアップし、医療安全部門と連携することで、病理診断報告書の情報共有を促す

- ・ 電子カルテシステム上でのみのアラートでは漏れが生じる
- ・ 病理部門のみによる対応は現実的に難しい

- ・ 電子カルテシステム構築の上でのポイント
  1. 結果確認責任医師の記載
  2. 結果確認責任医師の既読、未読を管理
  3. 当該患者電子カルテ上で、説明済みのチェック欄作成
  4. 患者への説明済み、未を管理
  5. 上記2点が行われていない症例に対して、医療安全部門もしくは事務部門から臨床医へ通知