



医療安全管理ニュースレター

日本医科大学千葉北総病院

(第22号)

発行:平成25年 8月 1日(木)



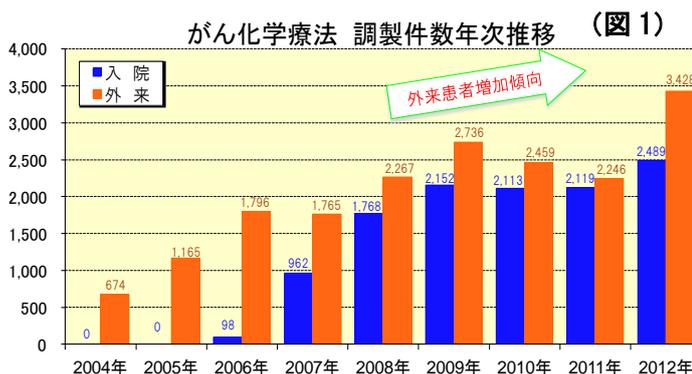
☆トピックス

外来化学療法室における安全の取組みについて (薬剤部 主任 實川東洋)

従来のがん化学療法は、その使用法や副作用の管理が難しいため入院治療が主でした。しかし、近年では新規抗がん剤の開発や支持療法の進歩により、がん化学療法は入院から外来へ移行しつつあります。当院においても、外来輸液療法室で治療を受ける患者さんが年々増加傾向にあります(図1)。外来で治療を行うことは、ご家族と共に過ごす時間が増え、仕事や家事をしながら治療を継続することが可能となり、また、経済面の負担を少なくし治療を受けることができる利点があります。当院では、2004年7月に外来輸液療法室を12床からスタートしました。本年2013年4月に移転し、新たに整備されリクライニングシート17床へ増床となり、より快適に、安全な抗がん剤治療が受けられるようリニューアルされました。新しい外来輸液療法室では、治療中の患者さんの苦痛を少しでも和らげるために、BGMが流れる音響設備の他、テレビなども完備し、治療の間に少しでも快適に時間が過ごせるように配慮し、充実した環境下で治療を行っています。また、外来化学療法室のスタッフは、各診療科の医師の他、がん化学療法認定看護師を含む4名の看護師と看護助手1名及び薬剤師2名で構成され、患者さんに適切で最良のがん治療を提供できるよう日々奮闘しています。

がん化学療法のレジメン管理

化学療法の実施においては何よりも安全管理が重要です。外来化学療法の治療スケジュール(レジメン)は全て登録制となっており、レジメン審査会で承認を得たものだけを使用しています(表1)。がん化学療法のレジメン管理は、如何にしてエビデンスに基づいた、安全性の高い治療を標準的治療として提供するかに重点が置かれます。院内で行う注射薬を用いた全てのがん化学療法は、事前に医師、看護師、薬剤師など多職種のエキスパートによって構成されたメンバーでレジメン審査会にて妥当性を検討・協議し、院内の電子カルテに登録されてから施行されます。薬剤師は、化学療法の施行前日に、個々の患者さん毎にチェックシートを作成し、性別、年齢、身長及び体重などを確認し、投与量、投与速度、投与部位、投与期間、休薬期間を含め、レジメンに沿った投与設計であるかを確認し、翌日の調製に備えます。点滴当日は、診察内容や検査結果(生化学、血算、肝・腎機能など)を確認し、患者さんお一人お一人の病状にあっているかを再確認したのち、無菌的に調製し、最終監査を経て患者さんの元に届けられます。抗が



(表1) 院内登録レジメン診療科内訳

診療科	n = 348
内科	
血液内科	62
呼吸器内科	45
消化器内科	9
腎臓内科	1
外科	
乳癌	26
大腸癌	35
胃癌	12
胆道癌	2
膵臓癌	1
食道癌	8
呼吸器外科	1
脳神経外科	10
整形外科	2
小児科	53
女性診療科・産科	44
皮膚科	4
泌尿器科	28
外来輸液療法室	5

2013. 5. 31. 現在

ん剤の輸液は最低でも薬剤部の5人の異なる薬剤師の目を通過しないと施行できない点が他の輸液製剤と異なり、より安全性を高めています。なお、現在院内で登録されているレジメン数は約340個あり、常に最新の情報を収集しています。

保険医療機関としての安全のために

(医事課 保険審査室 係長 齊藤正子)

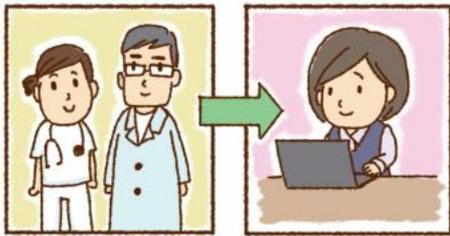
まずは、医療保険請求のことからお話します。

医療費の保険請求・支払いは、そのもととなる診療報酬明細書(レセプト)を審査機関¹⁾へ提出することから始まります。そこで審査され認められた内容に支払いが行われる仕組みになっています。認められない内容があればそれらは減額(査定)されます。

他業種では、出された請求書に従って支払がされることが当然なのに・・・

「保険診療」には、定められた条件があり、それを満たしている場合にのみ診療報酬が支払われるのです。

現在、当院では電子カルテで医師が行った診療行為を入力すると医療費に反映されるシステムが導入されています。このシステムから画面に取り込まれた診療内容を請求書におとせばそれでよいように思われるかもしれませんが。しかし請求は「点数表の解釈」に定められた通りに行われなければならないので、複雑な算定ルールに従って足したり引いたり、医事課職員が内容を整備しなければレセプトを提出できないのです。



そうしてできあがったレセプトでも審査機関の審査で査定されることがあります。査定の要因は「点数表」の解釈の相違、入力ミス、システム障害や不備による事務的なものと、医療行為そのものが保険診療と認められないものがあります。後者について、当院では毎月おこなわれる医療保険委員会で事例を挙げて検討され、よりいっそう保険診療の適正化に向け、取り組んでいます。また査定に異議のある場合には審査機関に対して再審査の申し立てをおこないます。

減額(査定)は指導・監査時に、請求の誤り・不

正請求につながるものと指摘されます。監査によって、故意に不正請求をしたことが明らかになれば、ほぼ確実に、保険医療機関の指定取消、保険医の登録取消の行政処分が行われます。正しい医療費の請求は保険医療機関としての危機管理にも繋がります。

さらに医療費の請求は、その患者さん側の負担額と、保険者²⁾の負担額の根拠が診療報酬明細書の(審査後の)点数³⁾によるものなので査定によって生じた患者負担額の誤差は後日、清算されることとなります。

このことは患者さんが不信感を持つ原因になったり、あるいは医療機関そのものへの信頼が揺らいでしまうといった危険があります。

当院では患者さんが安心して医療を受けられるように、医事課は正確で適正な保険請求をおこなわなければなりません。これには他部署との連携が不可欠です。大病院であるゆえ部門ごとに分業され、医事課職員は医療行為を実際には目にすることなく入力算定しています。(平成23年8月の電子カルテ導入から静止画像を確認することができるようにはなりましたが)そこで医療現場である部門からの詳細な情報が必要になるのです。医事課はすべての部門と、なんらかの形で関わっています。この関わりが正確な保険請求へと導きます。正確な保険請求は保険医療機関としての安全でもあります。

最後に、次年度は診療報酬改定の年となります。新政権による医療・介護・福祉はいったいどう動くのでしょうか。当院は急性期病院⁴⁾であり、その役割はますます重要となることでしょう。当院がより適正な保険医療機関としての安全を確保するために院内、院外の皆様からのご協力を今後ともどうぞ宜しくお願い致します。

1) 国民健康保険団体連合会や社会保険診療報酬支払基金

2) 国民健康保険(市町村)、協会けんぽ、健康保険組合など

3) 1点=10円

4) 重症な状態にある患者に対して入院・手術・検査など高度で専門的な医療を提供する病院

(イラスト作成者: 医事課 七島寛子)

クリニカルパスと医療安全

(クリニカルパス推進委員 看護師長 佐々木優子)

1980年代にクリニカルパス(以下パスと略す)がアメリカで発案され、1990年代に日本に普及し、当院も平成11年(1999年)よりパスを導入しました。その後、パスを作成し始めました。当院における医療を効率化するとともに、関連する内容(知識)を

共有化する必要性を認識し、平成 14 年 7 月、クリニカルパス推進委員会が、各種パスの推進と支援を目的として設立されました。パスの決定と運用を支援する管理部会、作成及びヴァリエーション等による改定を行う運営部会及び他の医療機関との地域診療計画に基づく連携パスの作成・運用等を行う検討部会の 3 部構成で成り立っており、活動しております。

パスの普及の背景には、年々医療現場が多様化、複雑化していることがあります。同一疾患であっても治療内容、検査、看護が異なれば、そこにリスクを伴い、時間も費用も手間もかかります。パスを用いることで、診療ガイドラインに沿った標準的医療を実践し、医療の質を担保することができます。また、患者・家族は、いつ、誰が、どんな検査・処置・治療・看護ケアを行うのか明確にわかり、安心して医療を受けることができます。医療を提供する側の医療スタッフも、自分の責任の基に実践し、責任の所在が明確になります。パスは医療を受ける側、提供する側どちらにとっても、有用なツールであるといえます。近年の医療機関では電子カルテ導入に伴い、パスの電子化もされてきています。従来紙によるパスは、記入に時間がかかる、記入漏れや誤記入、紙の所在が明確にされないなど他職種間での共有がされず、不便であるなどの問題がありました。電子パスは医師のオーダーを一括化し、不明瞭なオーダーをなくし、安全な治療の提供に一役買っています。また電子パスでは、ヴァリエーション収集・分析が容易になり、ヴァリエーション分析の結果を基に、提供している治療内容の改善が期待されます。

さて、当院のパスの種類は現在約 100 種類あり、平成 22 年には適応率が 34.1%となり目標値を超えました。平成 23 年は紙パスから電子パスへの移行期でしたが、適応率は 31.4%と大きく落ち込むこともなく推移しました。みなさまのご協力には感謝しております。当院の電子パスは、医師がパス適応を判断し、使用となります。電子パスでは日々またはある一定期間毎に患者状態、知識・教育・理解、生活動作・日常動作のアウトカム(=目標)が設定され、そのアウトカムを達成するために実施する治療、食事、検査、手術や輸血、リハビリ、看護などの項目があります。各項目を確実に実施入力することで、安全な医療の提供に繋がります。また各職種が同じシートを誰もが確認できますので、今、患者さんに行われている医療の共有もできています。

私たちパス推進委員会は、医療者が使いやすくかつ効率よく安全に医療が提供されるパスづくり、運用を目指しておりますので、今後ともよろしく願い致します。

■「パスの種類・適用率」につきましては、p6 のパス適用集計をご参照ください。



☆研修会

第 23 回医療安全管理講習会



開催；平成 25 年 5 月 15 日(水) 17:30~19:00
場所；日本医科大学看護専門学校体育館
講師；横浜市立大学医学群健康増進科学・精神保健学 教授 河西千秋 先生
テーマ；「病院内の自殺事故予防と事後対応」

■3 名の方から感想文を頂きました。

(1) ニュースレター編集委員長 三浦剛史

普段の診療で緩和ケアを担当するものとして、今回のテーマには大変興味がありました。都合がつかずビデオでの聴講となりましたが期待にたがわず共感できる部分が多くあり非常に勉強になりました。

実は勉強不足で私も知らなかったのですが先進国の中でも日本は自殺対策後進国であることが紹介され非常に驚きました。自分の経験の中で残念ながら患者さんの自死に間接的に遭遇したことがありました。現在の病院ではありませんが同じ病棟の違う診療科で入院患者さんが行動に移されたのです。その後しばらくの間、病棟のスタッフはもちろん、該当診療科の先生たちの沈痛な面持ちと暗い雰囲気のある病棟を忘れることができません。

講演では患者さんの自殺に至る心理状況を詳しく解説していただき、一番はっとさせられたことは、患者さん自らが死を選ぶというのは手段であり目的ではないということです。当然なのですが、病院に入院または通院されておられる患者さんは軽重さまざまな苦痛(身体的な苦痛に限らない全人的な苦痛、疾病がもたらす新たな苦痛)を抱えておられます。

私は緩和ケアを通して患者さんと接する場面が多く目の前の患者さんが抱える苦痛を少しでも軽くできることを目標にしていますが改めてすべての患者さんは「苦痛」感じているのだということを目に銘じておかねばならないと感じました。

医療従事者、特に医師の場合は疾患に対する治療、その効果に意識が集中しがちです。たとえばがんの治療であれば腫瘍マーカーが減少しているから「治療はうまくいっている、患者さんも満足なはず」と思ってしまいます。たしかにそのような側面は大切です。しかし患者さんご本人が気がかりとして感じていることは全く別であることもあります。そんな場合、患者さんご本人は病院に来ているにもかかわらず医療従事者に打ち明けられず自らの中にとめ込んで辛くなってしまう、そんな場面を時折見かけることがあります。

自死を考えふさぎ込んでおられる患者さんに気付き、うつ状態を改善することがとても大切だとは思いますがもっと重要なのは患者さんをその状態にさせないことなのではないでしょうか。

「どんなところが気にかかりますか」などの開かれた質問で「じつはね」と患者さんご自身が気がかりを表出できる雰囲気、環境を作ることがむしろ我々医療従事者にとって大切なことなのではないでしょうか。

患者さんに気遣う医療従事者、そのスタッフたちも守られなければなりません。その点も今回の講習会で話題に取り上げられていました。今回は患者さんの自死に直面したのちの医療スタッフへのシステムの対応についてのお話が出ましたが支える立場の人間が疲弊してしまえば患者さんを救うことはできません。

今回は患者さんの自殺という視点でのお話でしたがそこには病院が常に考えなければならないさまざまなことが含まれている大切な話題でした。

(2) 庶務課 係長 横田貴久

講師の川西千秋先生のこれまでの経験や、過去の多くの研究に基づき、現在の日本の自殺の現状やその対応策や方法論の多くが詰まった講演であり、貴重なエッセンスが多分に含まれていると感じました。

自殺者数が上昇傾向にある現在の日本の現状を鑑みると、自殺の問題は私たちが日本で生活する国民一人一人が意識しなくてはならない問題であることを考えさせられます。難解な専門用語などは講



演に出てこなかったのも、とてもわかりやすく聴講できました。

自殺予防に携わる精神保健の専門家のみならず、多くの方が受講すべき内容だと思います。

年間の自殺者数が、3万人超で高止まりしていることは、多くの方がご存知だと思います。しかし、それが平成10年以来激増していること、そしてその7割が男性であり、年齢的には50歳代後半以降の者が多いことなどまでは、そうは知られていないと思います。そういう日本の自殺の実態を述べることから始め、その予防が必要であり、またそれが可能であることを分かりやすくお話ししていただきました。

自殺は、さまざまな動機があるにしても、最大のものは自身の健康問題であり、それが直接引き起こすものではなく、うつ病等の精神疾患を併発して、はじめて危険性が高まるのだということでした。救急救命センターでの自殺未遂者への精神科スタッフのケアで再企図率が低下したという内容は、さまざまな示唆に富んでいると思いました。日本における自殺の現状や統計もさることながら、「自殺の直前のサイン」が具体的にあげられている点がとても参考になりました。

以前から日本は自殺者の多い国ですが、最近は3万人を超えるのが常態になってしまいました。このような自殺は防げることでありますし、防ぐべきだと考えます。そのためには自殺のを知り、対策を立てる必要があります。

入院・外来患者さんにサービスを提供している医療機関において、医師、精神科医だけでなく、様々な職種の職員も、自殺企図者の心理を知って、適切な対応を心がけられればと思います。今後も学習の機会を設け、適切な対応等について話し合いを行っていくことが大事だと考えます。また、人生の意味や、病気などの困難な状況に陥った時にどうしたらよいかを考え直す意味でも興味深い講演でした。



(3) 看護部安全推進委員

総合外来 2 主任看護師 長久保富美子

平成 12 年に策定された「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」において、2010 年までに自殺による死亡数を 3 万人より 2 万 2 千人に減少させることが目標に設定されています。厚生労働省「人口動態統計」の調査では、平成 22 年までの過去 13 年間は毎年 3 万人を超える自殺死亡者があり、この数値は諸外国と比較しても驚嘆すべき数値となっています。2010 年国連が調査した世界一幸せな国デンマークではこの数値をどう読むのか気になるところです。

厚生労働省はこの問題を重要視し、入院病床を有する医療機関に対して「自殺防止対策」の取り組みを推奨し対策の評価を開始しています。当院でもこの取り組みに参画するために日本医療機能評価機構主催の「院内自殺の予防と事後対応のための」研修に看護師として参加する機会を得ました。そこでは、自殺学の基本、自殺予防の知識、病院の自殺事故対応等を研修しました。その研修会の講師であられた河西先生を当院にお招きし、ご講演をいただくことができ、至極幸せなことと思っています。

自殺の動機は健康問題が多く、病院で受診される診療科は、64%が内科であると報告されています。受診時の問診用紙に記載されている症状は多岐に渡り、その中には、内科ではなくメンタルヘルス科が適切ではないかと思われる症状もあります。内科受診の占める割合が多い理由には、メンタルヘルス科受診に対して少なからず抵抗感があるのではないかと思います。メンタルヘルス科＝精神科の認識を持つ方が少なくないことから窺い知ることができます。

自殺防止対策の 1 つとして、患者さんのサインに気づき、傾聴することが医療者としての支援の出発点となり、このことをとても大切な関わりであると認識することでもあります。患者さんの語ることを真剣に聴き、誠実に応えていることを、患者さん自身が感じられることがとても重要になります。患者さんの話し方、表情、不安な様子などに十分注意を払い、温かい声をかけるとともに困っていることを解決していくための支援を行います。このような関わりをゲートキーパーといい、内閣府自殺対策推進室が推奨しています。ゲートキーパーには、心理的・社会的問題や生活上の問題、健康上の問題、そして、自殺の危険を抱えた人々に気づき、適切に関わる役割があります。医療従事者には、このゲートキーパーの役割を担うことが期待されています。この講習会に参加された多くの医療従事者が自殺防

止へのゲートキーパーとして参画できることを実感した講演会だったのではないのでしょうか。今後、当院における活動として、関係者と協働しホットスポットを同定することから開始し、具体的な対策を講じていくために尽力できればと考えています。

編集後記

7 月も終わり、ますます暑くなってきました。この度、編集委員に加わるようになりました。どれだけ力になれるかわかりませんが、微力を尽くさせていただきたいと思っております。実は、1~2 回位発刊したら何か寄稿することになるかもしれないと思っていましたところ、いきなり編集後記を書くことになった次第です。



今号では、新しくなった外来化学療法室、医事課、クリニカルパス推進委員会における医療安全の取り組みが紹介されています。また、医療安全管理講習会の感想文をお寄せいただきました。病院業務において絶対に避けては通れない「生きることと死」についてのテーマでしたので、私も非常に興味深く拝聴させていただきました。

多くの方々からのご寄稿により、無事に 22 号の発刊に辿りつきました。お忙しい中、誠にありがとうございました。今後も、より有益かつ話題性に富んだニュースレターの作成に努めてまいります。今後ともご支援のほど宜しくお願いいたします。

〈片山靖史記〉

『編集担当』

医療安全管理ニュースレター編集委員会

三浦剛史（委員長）・馬場俊吉・金 徹・日野光紀・遠藤みさを・有馬光一・花澤みどり・浜田康次・岩井智美・片山靖史

【ご意見募集】

下記までお願いいたします。

お待ちしております。

電子メールアドレス：h-newsletter@nms.ac.jp

【お知らせ】

院内ウェブページの「お知らせ」欄・当院のホームページから閲覧できます。

