

令和6年度 第3回監査委員会 議事要旨

開催日時：令和7年2月5日（水）17時00分～17時35分

会 場：聖マリアンナ医科大学病院外来棟7階会議室2より（Web形式）

出席者：監査委員：上原委員長、相馬委員、岡田委員、福島委員、大橋委員

病院関係：大坪病院長、明石医療安全管理責任者

本館看護部長、大川医療機器安全管理責任者、安藤事務部長、
安田医療安全管理室長、榎本医療安全管理室副室長、長田医療安全管理室専任医師、内川医療安全管理室副室長、福澤医療安全管理者、本鍋田医療安全管理者、大館医療安全管理者、有木医療安全管理者、森診療放射線技術部参与、高田診療記録管理室主査、水戸医療安全管理室主査

21名出席

欠席者：坂上医薬品安全管理責任者、北原医療安全管理室次長、小林医療安全管理室主査

配布資料：・特定案件に対するヒアリング資料（医療安全統括会議2024年度第5回～2024年第9回）

議事

1. 委員長より開会宣言

委員長より、2024年度第3回監査委員会の開催宣言がされた。

2. 特定案件に対するヒアリングについて

医療安全統括会議2024年度第5回～2024年第9回について、事前に35件の確認事項を頂き回答させて頂いた。

2024年度 第5回医療安全統括会議

質問番号3

生態情報モニタの管理についての規格は素晴らしいが、貴院内のアラーム設定についてのガイドライン等は存在するか。診療科、病棟でも違いがあると思うが、最低限のルールについて説明頂きたい。

→病院より、ガイドラインは現在ない。作成をするかについてタスクフォースで検討中。診療科別に装着基準は作成されている。アラームの鳴動に関して、テクニカルの重要度という規定のモニタ機器についているアラームの設定と、不整脈の重要度も既存のものがあるの

で、それを運用している。呼吸のアラームは信頼性が低いと言われているが、当院ではONになっている状況であった。初期の設定をOFFから始めることも妥当ではないか等の意見もあるので、ある程度決定し紙面として残して行く事を検討していると回答した。

監査委員より、看護の平常化を図るために、色々な病棟に分けて入院させる事もあると思う。循環器など専門の病棟はアラーム対応可能であるが、他の病棟に入院した場合のアラーム対応について質問した。

病院より、循環器内科の様なモニタリングが非常に重要で、専門の治療対応が必要な患者さんは専門病棟に集約していると回答した。

監査委員より、アラームが鳴りすぎると、注意が散漫になる。有効にアラームが機能するようにして頂きたいと述べた。

質問番号 7

超音波診断装置の点検について、病棟など超音波センター以外に設置している超音波診断装置の点検について、今後は現場で誰が行うかと専門職以外が点検を行うため点検項目を再度検討することとなった。

設置台数は台帳上でも 143 台はあり、超音波センターの人員不足もあり現場で点検とありますが、同規模の病院では、現場での点検を行っているのでしょうか、また同規模の病院が保有する超音波診断装置の台数、人員数を当院と比較するとどうなのでしょう。

→同規模の病院で 10 年程前の情報ですが、保有台数は 160～180 台と聞いたことがあります。現場での点検方法や超音波センターの人員数についての情報はありません。

監査委員より、現場に点検を任せても大丈夫なのか、他の施設の情報も得る事は大切であると述べた。

2024 年度 第 6 回医療安全統括会議

質問番号 13

外科事例。重大な左右間違いについての対策が何をどの順番でチェックするかの手順が明確でない。

→ 同意書確認、検査オーダー確認、患者自身の説明内容について 3 点一致を確認することが対策として挙げられました。追記として、同意書に関する問題も取り上げられました。イラストに左右が明記されておらず、患者への説明において左右が不明瞭な同意説明書であるという問題も指摘されました。対策として、同意書に左右を明確に記載し、患者への説明時には部位を明確に説明することが求められます。同意書と患者の認識の一致を確認し、その

情報（電子カルテの記載）と検査オーダーの一致を確認するための 3 点確認を行います。また、同意説明書は部位を明確に記載できるように改善されました。

手順としてカンファレンス議事の記載はありませんでしたが、手術における確認手順に準じて、以下のような基本的な確認を行います。オーダー時、カルテ、同意書、オーダーの 3 点を確認。オーダー受けおよび検査準備等：カルテ、同意書、オーダーの 3 点確認が基本となります。検査時等、上記に加え、患者参画で確認を行います。遵守 MMC 後の再評価時には、診療科や検査部門が遵守確認を行います。

監査委員より、1 つだけが間違える訳ではなく、複数個所間違えている場合もある事を念頭に置くことが重要であると述べた。

2024 年度 第 7 回医療安全統括会議

質問番号 20

食物アレルギーの詳細把握は困難な課題と感じます。魚の名前を聞いてもピンとこない方もいるのではないかと。対応として肉、豆類などへの変更もありますか。

→他の魚で代用ができない場合は、肉・豆類の変更も行っています。本事例は「一つの魚」のアレルギーと認識していたので、別な魚をまずは検討しました。現在は当院で提供される魚の種類を青魚と白身魚に分類したチェック表で聞き取りを行っており、同様事例は起こっていません。

監査委員より、魚だけでは無く、他の事も工夫していると思う。続けて頂きたいと述べた。

2024 年度 第 8 回医療安全統括会議

質問番号 22

整形外科コンサルテーションの時期と予後について関連はありますか。患者さんの納得度、フォローについてはいかがですか

→症状出現後に症状の経過を見ていた中で、他科依頼の時に整形外科と脳神経内科を受診しています。他科診察が 10 日後の依頼になっているが術後の症状がはっきりしなかった状況があったことが背景として挙げられました。異常に関しては早期の診療科依頼の共有がされたが、時期と予後については明らかではありませんでした。患者へは関わりを持つ診療科から説明を行いつつリハビリ継続、脳神経内科の支援外来、セカンドオピニオンも進めながら、補償に関しては医療安全患者相談の情報提供も実施し関わっている段階です。

病院より、事例が発生し半年経ってから情報をキャッチした。結果としては症状がでたの

は手術翌日。診療科が対応を考えていれば術後、1～2日から専門の診療科に協力を要請できたのではないかと反省すべきであると補足した。

質問番号 24

再発防止策実施報告書

検討会報告書を見せて頂ければ幸いです。

→「医療事故調査報告書」、「再発防止策実施報告書」、「呼吸器外科手術シミュレーション」について別紙として提出。

質問番号 26

超音波診断装置の点検について、病棟など超音波センター以外に設置している超音波診断装置の点検マニュアルと点検表提案され、チェック方法を追記することで承認された。現状はこの点検表を使用し、現場で点検チェックを行っているのでしょうか、特に問題なく点検業務は遂行されているのでしょうか。

→ 今後、医療機器安全管理委員長より管理運営会議（診療部長参加）で連絡後から運用開始します。超音波センターは同様のチェック表を使用し日常点検を開始しています。

監査委員より、運用後に報告頂きたいと述べた。

質問番号 27

心理的安全性アンケート。回答数、回答率上昇はアンケートの意義について浸透してきたと理解しました。各職種の回答率の変化がありますか。結果のフィードバック方法についてお教えてください

→各職種の回答の割合は、最も回答率が高いのは2年間とも看護職でした。医師、薬剤師をはじめ6職種の回答率が上昇した結果がありますが、回答率が急増している職種はなく、各職種微増な状況でした。

・全体集計結果を提示しましたが、各診療科や部門毎の結果は「心理的安全性の7項目」をレーダーチャートにし、2023年度結果と比較できるような形に加工しています。心理的安全性が保たれているのか、どのような内容が不足しているのか形として見えるようにし、公開予定です（2月）。今後、医療安全文化調査の結果も提示される予定なので、各部署の組織風土、運営に活用してもらいたいと思っています。

監査委員より、心理的安全性の内容が公開されるとのことですが、2月に公開予定とのことなので、それについても教えていただきたいと述べた。

2024年度 第9回医療安全統括会議

質問番号 30

小児科 気管カニューレ自己抜去事例。良い取り組み。改善策の確認が多いのですが、例えば強度はどのように調べてどの程度だったら交換するのでしょうか。

→強度の確認方法は具体的な取り決めがなかったので、小児科部署とも検討し、「①ベルトを左右、上下に引っ張り、ほつれや破損がないか確認する②マジックベルトをくっつけ、指1本で引っ張り、緩みが無くくっついていることを確認する③1. 2の条件を満たしていない場合は修理依頼する」をマニュアル化しました。

質問番号 32

搬送用ロボットに関連した転倒事例

病院 DX の試みとして重要と思います。仮導入中の運用に関する取り決めについて可能な範囲で教えてください。

→ロボット自体の安全面：前方にカメラが搭載されていること、バンパー構造があり人と接触してしまった際に巻き込んでしまうことがない構造であること等安全面を事前に確認してから運用開始。

搬送ルート：人の流れ（交差する通路など）、ベッドなど大きなものの通路を運用開始前に調査し、搬送ルートを決定し、試験運用期間中も調査を継続し、適宜ルートを変更している。

事故後の変更点：ロボットのセンサーの感度を上げ、人を認識する感度を上げた。斜めに移動した際に患者と接触しそうになったため、斜めには移動せず曲がる際は90度に曲がるようにルートを変更した。現場付近の搬送ルートを一部変更した。

監査委員より、さらにタスクシフトを進めて頂きたいと述べた。

質問番号 33

定期的なラウンドの成果が上がっていると期待します。一方で「指示を出す医師の他人事感」が感じられるとのこと。具体例があれば教えてください。

→生体情報モニタの管理においては、医師が指示を出し、その指示に基づき主に看護師が観察や管理を行うことが多くなります。しかし、モニタの管理は看護師だけではなく多職種で行う必要があり、職種それぞれが役割に応じて適切に管理を行う必要があることをお伝えしています。当院で起きた生体情報モニタの事例は、他人事ではなく、「自分たちごと」としてとらえることが必要です。しかし、ラウンドをしている中で医師は指示を出す但其後の管理は他職種任せになっていたり、モニタ管理の改善に対して協力姿勢が見えなかったりすることがありました。また、医師も生体情報モニタTFのラウンド時に同席（事前にラウンド病棟をアナウンスし、関連する診療科にはラウンド時の同席を依頼）することにしてはいるが参加率が低い状況があります。また、管理における定期的な課題に対するアンケートの参加率も低いことなどから左記のような医師の他人感という表現になっています。

監査委員より、医師の他人感というのが現場に与える影響はすごくある。看護師と医師の危機感が合わないと、そこに隙間が出来て、目標としている所の成果が上がらないと思ひ質問した。参加率をどのように上げるのか等真剣に考え、それぞれのフロアで活動頂きたいと述べた。

質問番号 34

希死念慮の終了は正しかったのでしょうか。

→院内救急システム運営委員会ではコードブルー症例として取りあげた議題です。院内での事例であったため、診療科、病棟、医療安全管理室で緊急にカンファレンスを実施しました。その際にも希死念慮判断に関しては検討議題となりました。

医師 3 名、看護師 1 名でカンファレンスを実施し評価しています。この事例の後、希死念慮のチェックリストを作成し、医師と看護師がリスクと対応について共有できるようにしています。

監査委員より、厚生労働省により医療監視の際に、外部監査委員会の実施状況、報告書について指摘事項等はあったか確認された。

病院より、2年前に厚生労働省より指摘あり。書類、報告書等改善を続け、昨年の医療監視では、外部監査委員会について指摘はなかったと回答した。

監査委員より、2年前の指摘事項に関して、5病院以上の監査委員会の報告書を調べたところ、内容については各病院まちまちであり、中にはシステムが機能している程度の報告書もあった。これに対して、当委員会においては、具体的な事案にも踏み込んでおり良い議論をしている事が分かった。したがって、当委員会及びその報告書については、問題はないと思っており、今回は外部監査委員会からとくに指摘が無かったとのことで、安心したと述べ

た。

4. 病院長より

監査を施行頂いた事について御礼を述べた。

誠実な対応を続けながら医療安全の推進を目指している。年度末には医療安全に関する自己評価を実施し、外部監査委員として体制について評価をいただきたいと考えている。厚生労働省からの指摘事項や外部監査委員会の評価を踏まえ、具体的な改善策を講じることが重要と考えており、MMC等報告書についても外部監査委員の意見を伺い、さらなる質の向上を図りたいと考えていると述べた。

委員会を閉会した。

以上