

聖マリアンナ医科大学病院
病院長 大坪 毅人 殿

監査実施報告書

この度、医療法第19条の2第2号及び医療法施行規則第15条の4第1項第2号に基づき設置された聖マリアンナ医科大学病院監査委員会は、令和6年度の監査を以下の通り実施しましたので報告します。

1、監査の方法

- (1) 医療安全統括会議議事要旨の精査及び関係者からのヒアリング
- (2) 医療安全に関する各担当部門会議の活動状況の確認他

2、監査委員会の開催日・場所

第1回監査委員会	令和6年6月10日	大学病院本館4階医療安全管理室
第2回監査委員会	令和6年9月18日	大学病院本館4階医療安全管理室
第3回監査委員会	令和7年2月5日	大学病院外来棟7階会議室2

3、監査の結果

聖マリアンナ医科大学病院の医療安全に関する業務は、概ね良好・適切に行われているものと認めます。

令和7年3月28日

聖マリアンナ医科大学病院監査委員会

委員長 上原 敏夫

(一橋大学名誉教授、弁護士)

委員 相馬 孝博

(千葉大学医学部附属病院医療安全管理部 教授)

委員 岡田 綾

(順天堂大学再編事業事務局 看護師)

委員 福島 慎吾

(NPO法人難病のこども支援全国ネットワーク専務理事)

委員 大橋 茂

(聖マリアンナ医科大学 内部監査室長)

1、監査の方法

(1) 医療安全統括会議議事要旨の精査

聖マリアンナ医科大学病院監査委員会（以下、「監査委員会」という。）は、医療安全管理責任者、医療安全統括会議、医療安全に関する各担当部門等の業務が適切に実施されているか等について確認するため、医療安全に関する各担当部門会議等の活動状況を総括している医療安全管理室及び医療安全統括会議の活動を確認した。

医療安全管理室は、医療安全管理室規程により、大学病院の医療安全に関する総合的な業務を行っており、その業務の一つとして医療安全統括会議規程に基づき同会議を運営している。

監査委員会は、監査の方法として、同会議の議事要旨等を精査することにより、医療安全に関する業務が正しく行われているかを評価することが適切であると判断した。今年度は、令和5年度第10回から第12回までの医療安全統括会議と令和6年度第1回から第9回までの医療安全統括会議を評価の対象とした。

(2) 監査委員会の開催

監査委員会の開催にあたって、監査委員には毎月開催されている医療安全統括会議の議事要旨等が送付されており、各委員は随時内容を精査し、その中に記載された重要と思われる案件について、書面にて質問し回答書が事前に送付されている。そのうち、医療安全上対応状況を確認する必要があると判断した案件について、関係者から具体的な説明等を求めるため、監査委員会を開催しヒアリング等を実施した。

(3) 医療安全に関する各担当部門会議等の活動状況の確認

大学病院に設置されている医療安全に関する担当部門会議等には、上記の医療安全統括会議のほかに、①未承認新規医薬品・医療機器等評価担当部門会議 ②高難度新規医療技術担当部門会議 ③放射線安全管理担当部門会議がある。①ないし③の担当部門会議の活動状況は、医療安全統括会議の議事要旨を精査すること、及び監査委員会規程第4条(1)に基づき監査委員1名が各担当部門会議に陪席することにより確認した。また、今年度も昨年度に引き続き報告事例検討会議にも陪席した。

2、監査委員会の開催日及び議事

令和6年度は以下の通り、監査委員会を Web 開催した。

(1) 第1回監査委員会

令和6年6月10日(月) 15:00~16:00 大学病院本館4階医療安全管理室

[出席者]

(監査委員)

上原敏夫委員長(一橋大学名誉教授 弁護士)

相馬孝博委員(千葉大学医学部附属病院医療安全管理部 教授)

岡田綾委員(順天堂大学再編事業事務局 看護師)

福島慎吾委員(NPO法人難病のこども支援全国ネットワーク専務理事)

大橋茂委員(聖マリアンナ医科大学 内部監査室長)

(病院関係)

大坪毅人病院長(管理責任者)、明石嘉浩副院長(医療安全担当・医療安全管理責任者)、本館教子副院長(看護部長)、大川修(医療機器安全管理責任者)、坂上逸孝(医薬品安全管理責任者)、安藤あゆ(事務部長)、安田宏(医療安全管理室長)、榎本武治(医療安全管理室副室長)、内川隆子(医療安全管理室副室長)、福澤知子(医療安全管理室主幹)、本鍋田由美子(医療安全管理室主幹)、大館知佳(医療安全管理室主査)、有木宏宗(医療安全管理室参事)、森寿一(診療放射線技術部参与)、北原圭子(医療安全管理室次長)、小林信(医療安全管理室主査)、高田悦子(診療記録管理室係長)、水戸克昭(医療安全管理室主査)

[議事]

① 特定案件に関するヒアリング

令和5年度第10回~第12回医療安全統括会議及び令和6年度第1回医療安全統括会議より、各委員からの質問件数22件の内15件の対象案件を選択

② その他

(2) 第2回監査委員会

令和6年9月18日(水) 17:00~18:00 大学病院本館4階医療安全管理室

[出席者]

(監査委員)

上原敏夫委員長(一橋大学名誉教授 弁護士)

相馬孝博委員(千葉大学医学部附属病院医療安全管理部 教授)

岡田綾委員(順天堂大学再編事業事務局 看護師)

福島慎吾委員(NPO法人難病のこども支援全国ネットワーク専務理事)

大橋茂委員(聖マリアンナ医科大学 内部監査室長)

(病院関係)

大坪毅人病院長（管理責任者）、明石嘉浩副院長（医療安全担当・医療安全管理責任者）、本館教子副院長（看護部長）、大川修（医療機器安全管理責任者）、坂上逸孝（医薬品安全管理責任者）、安藤あゆ（事務部長）、安田宏（医療安全管理室長）、榎本武治（医療安全管理室副室長）、長田尚彦（医療安全管理室専任医師）、内川隆子（医療安全管理室副室長）、福澤知子（医療安全管理室主幹）、本鍋田由美子（医療安全管理室主幹）、大館知佳（医療安全管理室主査）、有木宏宗（医療安全管理室参事）、森寿一（診療放射線技術部参与）、北原圭子（医療安全管理室次長）、小林信（医療安全管理室主査）、高田悦子（診療記録管理室主査）、水戸克昭（医療安全管理室主査）

[議事]

① 特定案件に関するヒアリング

令和6年度第2回～第4回医療安全統括会議より、各委員からの質問件数26件の内3件の対象案件を選択

② その他

(3) 第3回監査委員会

令和7年2月5日（水） 17:00～17:35 外来棟7階会議室2

[出席者]

(監査委員)

上原敏夫委員長（一橋大学名誉教授 弁護士）

相馬孝博委員（千葉大学医学部附属病院医療安全管理部 教授）

岡田綾委員（順天堂大学再編事業事務局 看護師）

福島慎吾委員（NPO法人難病のこども支援全国ネットワーク専務理事）

大橋茂委員（聖マリアンナ医科大学 内部監査室長）

(病院関係)

大坪毅人病院長（管理責任者）、明石嘉浩副院長（医療安全担当・医療安全管理責任者）、本館教子副院長（看護部長）、大川修（医療機器安全管理責任者）、安藤あゆ（事務部長）、安田宏（医療安全管理室長）、榎本武治（医療安全管理室副室長）、長田尚彦（医療安全管理室専任医師）、内川隆子（医療安全管理室副室長）、福澤知子（医療安全管理室主幹）、本鍋田由美子（医療安全管理室主幹）、大館知佳（医療安全管理室主査）、有木宏宗（医療安全管理室参事）、森寿一（診療放射線技術部参与）、高田悦子（診療記録管理室主査）、水戸克昭（医療安全管理室主査）

[議事]

① 特定案件に関するヒアリング

令和6年度第5回～第9回医療安全統括会議より、各委員からの質問件数35件の内13件の対象案件を選択

② その他

3、監査の結果

(1) 医療安全統括会議議事要旨の精査及びヒアリングについて

医療安全統括会議議事要旨を精査した結果、医療安全に関する業務は概ね良好に行われていると認められる。

ヒアリングを実施した案件については、監査委員からの質問に対して、十分な検討と準備がなされていた。また、対策も熟考されており、ヒアリングをすることで病院が医療安全に関する事案に適切に対応していることが裏付けられた。今後は同会議で明らかとなった問題について作成された対策を関係者に十分に周知していただきたい。

(2) 医療安全に関する各担当部門会議等の活動状況の確認について

医療安全に関する各担当部門会議等の活動状況は、医療安全統括会議議事要旨に記載された報告事項等や当該担当部門会議等へ陪席した結果から判断すると、適切に運営されているものと認められる。

1) 未承認新規医薬品・医療機器等評価担当部門会議

- ・会議は未承認新規医薬品・医療機器等評価担当部門規程に則り、適切に運営されていることを確認した。
- ・適応外医薬品の使用状況、未承認・適応外使用医薬品の申請事例や適応外医薬品使用状況などが資料に基づき報告され、各職種から出席している委員に周知されていることを確認した。
- ・医薬品禁忌使用新規事例について、カテゴリー分類案の審議がなされ、出席委員間での活発な質疑応答ののち適切に結論が導き出されていることを確認した。
- ・後日作成された議事録を確認し、会議の内容が適切に記載され、関係者に周知されていることを確認した。

2) 高難度新規医療技術担当部門会議

- ・会議は高難度新規医療技術担当部門規程に則り、適切に運営されていることを確認した。

- ・後日作成された議事録を確認し、会議の内容が適切に記載され、関係者に周知されていることを確認した。

3) 放射線安全管理担当部門会議

- ・今年度は審議申請が無かった為、同部門会議は開催されなかった。

4) 報告事例検討会議

- ・会議は週に一度開催されており、直近1週間に報告された死亡症例等に対する判断の適切性について審議がなされ、的確な対応がなされていることを確認した。

- ・医療安全レポートにおける事象レベルの審議では、その適切性はもちろん個々の案件から考えられる様々な事項について、活発な意見交換がなされていることを確認した。

- ・予定されていなかった案件についても、問題点を明らかにするなど個々の案件に対する最善の方向性を求めて審議していることを確認した。

- ・個々の案件をまとめるにあたり、会議の進行役が出席者の意見を適切に扱い全体の同意を得ていることを確認した。

5) 医療安全統括会議

- ・報告事例検討会議で検討された事案が報告され、出席者で審議され周知されていた。

- ・医療安全レポートの審議では、影響度の大小にかかわらず内容的に重要な案件が選択されており、直接関係者が出席して説明がなされていた。

- ・医療安全に関わる各種委員会や会議等からの報告があり、出席者への周知が適切になされていることを確認した。

- ・緊急性のある案件の審議についても、関係者からの意見や説明があり、適切な結論を導き出し会議体として有効に機能していることを確認した。

(3) 個々のヒアリング案件の状況等

① 第1回監査委員会（令和6年6月10日開催）

1) 特定案件1（整形外科 5.6.7 頸椎の椎弓切除術を部位誤認にて 6.7 頸椎. 第1胸椎の椎弓切除術を実施した事例）について

今回の事例は、肩と重なり数え間違いやすい状況でありました。術者は、術中にイメージ（透視）を使用して確認しておりますが、特に助手との誤認識、コミュニケーションエラーにより発生しております。改善策として、術者、助手、透視を取り扱う医師全員で位置を確認してから手術を開始することに变更しておりますとの説明があった。

2) 特定案件 2 (緩和ケア 麻薬の組成 過剰投与事例) について

緩和ケア、麻薬の組成、過剰投与ワーキングでは、複数のセットを一つに統一出来ないか、鎮静と緩和で使用する麻薬の種類を変更できないかを検討しました。麻薬という特性上、使用量も異なることから、現状当院では、この2つの種類があることを周知するとの説明があった。

3) 特定案件 3 (抗てんかん薬開始時倍量での事例) について

「ラミクタール錠は皮膚障害があらわれる事があるため、初期投与量や増量のタイミングを遵守すること。」の文言が表示される様にマスタ設定した。初回投与の処方オーダーで、投与量のアラートをかけることはシステム上困難だった。外来の院外処方院内の薬剤師は処方監査を行わないためインシデントを未然に防ぐことは困難である。その為、薬剤師会に本事例を共有し注意喚起をしたとの説明があった。

4) 特定案件 4 (同意書を必要としない処置) について

岡田委員より、ホームページで5種類の説明書を拝見しました。一般の方々にも理解しやすい内容と感じたとの発言があった。

5) 特定案件 5 (薬剤インシデント・アクシデント) について

岡田委員より、貴院では多くの診療看護師が先進的な活動されておられます。今回の事例から今後、診療看護師業務、教育等に示唆されることがありましたら教えていただきたい。医療安全管理室より基本的な教育の中では処方に関する具体的な教育は行われていないため、現場での医師からのOJTでの指導が主になる。オーダー時には医師が確認することになっているため、今回の事例を共有し指導に活用していただくにはお伝えしている。定期的に教育することが必要ではあることは理解していると回答された。

6) 特定案件 6 (セーフティマネジメント委員会 BCP 報告) について

相馬委員より、富士山噴火シミュレーションは重要で、最悪時は何もできなくなると思いますが、多少の降灰対策については鹿児島島の医療施設に聞いてみたらいかがでしょうかとの助言があり。医療安全管理室より、知り得る範囲では、鹿児島県厚生連病院のように、新築時に屋根の勾配や雨樋の構造に工夫を施している医療機関もあるようです。降灰が日常生活の一部になっている鹿児島島の医療機関の知恵は参考になると思いますので、折を見て調べてみたいと思いますとの回答があった。

7) 特定案件 7 (ブドウ糖液 5%を 50%と誤認した事例) について

上原委員長より、再発防止の具体的方策について、どう考えているのか、説明を求めた。医療安全管理室より、今回、指示した医師に複数回確認を繰り返しながらも疑義が払拭できないまま投与に至った事例であり、医師

以外に薬剤に関する疑義は、薬剤師への積極的な問い合わせをすること、指示した指導医以外の医師にも疑問があれば積極的に問い合わせをすることをカンファレンスで共有したとの説明があった。

8) 特定案件 8 (中央配管チューブが ECMO に接続されていないことが発見された事例) について

大橋委員より、チェックリストの表示をわかりやすくすることを検討しているとありますので、検討結果をお聞かせください。また、検討結果をどのように周知しているかをお聞かせ下さい。医療安全管理室より、チェックリストの改訂は行わず、指差し確認、ダブルチェックの徹底を周知しました。また、配管用とポンペ用で同じ酸素チューブを使用しているため、ポンペ用チューブの表示を徹底することも含めて再度周知を行いました。周知は部内の会議で行っていますが、セーフティマネージャーや業務リーダーによる継続的な確認と周知を行っていきますとの回答があった。

9) 特定案件 9 (モニタ鳴動に対応しなかった事例) について

相馬委員より、MMC 報告書を確認したが、改善策について具体的な感じがしないとの発言があった。医療安全管理室より、医療安全管理室、クリニカルエンジニア部、看護部でラウンドを継続し、気づいた事のフィードバックを実施。継続して行くと回答があった。

10) 特定案件 10 (左上葉肺がん手術時の出血人工心肺下での止血事例) について

相馬委員より、最初から開胸するアプローチは選択としてあるのか、開胸したらはじめから心膜切開してテーピングしておく対策はありますかとの質問があり、医療安全管理室より、今回は胸腔鏡を併用した手術が行われております。近年、鏡視下による拡大視効果もあり胸腔鏡下での手術が基本になっていますが、この手術では腫瘍が大きく、血管操作は直視下で施行されております。最初に血管処理を行うこともあるようですが、この手術では行われておりませんでしたとの回答があった。

11) 特定案件 11 (徐放剤の粉碎投与) について

岡田委員より、改善策に「乳鉢保管場所への禁忌薬剤の表記を行う」とあります。特に多重課題が常態化する重症集中系病棟に乳鉢は設置しないという対応は不可能でしょうか。医療安全管理室より、乳鉢は撤去した部署もありますが、チューブが詰まる薬剤(腸痙からのオメプラールや漢方の注入等)もあり、設置している部署もあります。昨年より簡易懸濁法(錠剤やカプセルを粉碎・脱カプセルせず、そのまま温湯 55°C に入れ崩壊懸濁すること)を導入しました。

12) 特定案件 12 (MMC 10 カンファレンス週末休日開催) について

相馬委員より、カンファレンスを週末休日に開催するのは問題ありですとの意見があり、医療安全管理室より、その日に勤務しているNICU、放射線科医師で毎日確認する運用となっている。全員が集まってカンファレンスを実施する訳では無いとの回答があった。

13) 特定案件 13 (MMC 1 1 アラーム対応) について

相馬委員より、アラーム無視への対応はあるのでしょうかとの質問があり、医療安全管理室より、今回はナースコールの鳴動に対応できていませんでした。アラーム生体情報モニタに関しては2024年度戦略に掲げ、部署ラウンドも実施(月曜日/回/週)しています。メンバーは循環器内科医師、CE部、医療安全管理室メンバーです。生体情報モニタの適正使用とテクニカルアラームの低減、アラーム鳴動時の対応についてラウンド時のフィードバックや注意喚起しています。具体的には、3ヵ月毎に強化テーマを設定資料参照し、その評価もアンケート回答にて実施していますとの回答があった。

14) 特定案件 14 (MMC 1 1 アラーム対応) について

岡田委員より、アラーム対応の適正性、迅速性については、2024年度戦略に掲げておられます。生体モニタタスクフォースの活動による変化を継続的にフィードバックお願いしますとの発言があり、医療安全管理室より、改善を示せる数値はまだデータが少なく明確にはお示し出来ませんが、今後も報告をいたしますとの回答があった。

15) 特定案件 15 (第2回臨時医療安全統括会議の概要書) について

相馬委員より、発言録について、羅列しているだけで、議論が収束した見解が何なのかが分らないまま終わっているものがある。最後の結論について記載すれば発言録はいらないのでないかと発言があり、医療安全管理室より、何年後かに事例に指摘を外部から受けた際の振り返りを行う際に発言録は重要になってしまう場合も多々あり現行の様な形である。結論が分かりにくい部分については今後気をつけていくと回答があった。

② 第2回監査委員会(令和6年9月18日開催)

1) 特定案件1(MMCカンファレンスの結果)について

医療安全管理室より、MMCカンファレンスについては実施済だが、結果の提出がまだされていない。提出結果から医療安全統括会議で報告。次回監査委員会で質問が出されると思うので、その際にMMC結果を報告すると説明があった。

2) 特定案件2(ニカルビンの減量を確認しなかった事案)について

大橋委員より、病棟に指示の確認の徹底を指示したとあります。この指

示は病棟に明確に伝わっているのかとの質問があり、医療安全管理室より、病棟から報告書を提出されており、指示の確認を徹底するように伝えておりますとの回答があった。

3) 特定案件3（小児科院内緊急システム）について

福島委員より、小児科の院内緊急システムについての質問があり、医療安全管理室より詳細な説明があった。

③ 第3回監査委員会（令和7年2月5日開催）

1) 特定案件1（院内のアラーム設定）について

相馬委員より、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のか、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をお願いしますとの発言がありました。医療安全管理者より、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との説明があった。

2) 特定案件2（超音波診断装置の点検）について

大橋委員より、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の意見があった。

3) 特定案件3（乳腺内分泌外科事例）について

相馬委員より、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との発言があり、医療安全管理室から同意書確認、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との回答があった。

4) 特定案件4（血液内科死亡事例）について

医療安全管理室より、死亡に至った経緯、患者家族への説明、今後の改善策について詳細な説明があった。

5) 特定案件5（食物アレルギーの詳細把握）について

岡田委員より、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るのかとの質問があり、医療安全管理室より、他の魚で代用ができない場合は、肉・豆類への変更も行っています。本事例は「さばのみ」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ないとの回答があった。

6) 特定案件 6 (整形外科コンサルテーション時期と予後) について

岡田委員より、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との質問があり、医療安全管理室より、症状出現後に症状の経過を見ていた中で、患者は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との回答があった。

7) 特定案件 7 (再発防止策実施報告書) について

相馬委員より、検討会報告書を見せていただきたいとの発言があり、医療安全管理室より、「医療事故調査報告書」、「再発防止策実施報告書 (2022.04.28)、(2024.10.22)」、「呼吸器外科手術シミュレーション」について別紙とさせて頂いたとの回答があった。

8) 特定案件 8 (超音波診断装置の点検) について

大橋委員より、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が提案され、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との質問があり、医療安全管理室より、未だ、運用していません。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との回答があった。

9) 特定案件 9 (心理的安全性アンケート) について

岡田委員より、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質問があり、医療安全管理室より、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(2月)との回答があった。

10) 特定案件 10 (気管カニューレ自己抜去事例) について

相馬委員より、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かなどの質問があり、医療安全管理室より、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。」をマニュアル化したとの回答があった。

11) 特定案件 11 (搬送用ロボットに関連した転倒事例) について

岡田委員より、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質問があり、医療安全管理室より、ロボット自体の安全面や搬送ルート、事故後の変更点について詳細な説明があった。

12) 特定案件 12 (生体情報モニタの管理) について

岡田委員より、定期的なラウンドの成果が上がることに期待します。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もらいたいとの発言があり、医療安全管理室より、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伝えています。また、医師も生体情報モニタ T F 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。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医師の他人事感という表現になっているとの回答があった。

13) 特定案件 13 (院内での自殺事例) について

相馬委員より、希死念慮の終了は正しかったのかとの質問があり、医療安全管理室より、衝動的というよりは患者が本心を隠していて、医師、看護師、臨床心理士が見抜けなかった可能性もあります。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との回答があった。

4、総括

(1) 監査の方法について

監査委員会は、上述のように、医療安全統括会議の議事要旨等を精査すること、

医療安全上特に必要と思われる案件について関係者等に対してヒアリングを行うこと、及び医療安全に関する各担当部門会議の活動状況を把握することによって、大学病院の医療安全に関する業務の評価を行った。この監査方法は有効適切であったと考えられる。

(2) 医療安全統括会議及び医療安全に関する各担当部門会議等の活動状況

医療安全統括会議は、毎月定期的に開催され、多くの関係者が常時出席し、医療安全に関わる多くの事案について、相当の時間を費やして検討を重ねている。また、ヒアリングにおいては、医療安全統括会議で明らかになった相当数の問題につき、速やかに対応策が検討され実施されていることが確認できた。その議事要旨や関連資料も、監査委員が理解しやすいように記述が工夫されていた。

医療安全統括会議のこのような姿勢は、監査委員制度の意義を十分に理解しているものであって、高く評価される。医療安全に関する各担当部門会議も、その役割に従い、適切に開催され、問題点の十分な検討を行っているものと認められる。

ただ、議事録に会議での検討結果や結論が明示されておらず、会議で出された様々な意見を紹介するにとどまっている場合もあるので、この点は改善が必要である。

(3) 結論

監査委員会は、監査の結果として、聖マリアンナ医科大学病院の医療安全に関する業務は、概ね良好であり適切に運営されているものと認める。

5、その他

(1) 特定機能病院承認要件に関する自己評価（2023年度）について

第2回監査委員会において医療安全管理室より、自己評価の低い項目について、説明があった。

事故等の防止策の周知や実施の状況等を含む事故等を防ぐための対策への取り組み状況を確認し、不十分な場合は研修・指導等を行うことについて、輸血に関して、タスクフォースを立ち上げ年数が経過している。現時点で輸血時の照合はPDA（携帯情報端末）を使用しているが、100%が目標値だが、0.3%の照合漏れがある。生体情報モニタについては現在進行形。

事故等の防止のための改善策の実施及び当該改善策の職員への周知について、重大事例に関しては、至急回報で全職員に周知しているが、ラウンドを行い至急回報の内容をヒアリングすると、全員が回答できない。

内部通報窓口、通報対象事実の範囲や匿名性の確保について、実際の報告がない。内部通報窓口があることは、新入職、中途入職者に対するオリエンテーションで周知しているが、なかなか通報が無い。通報が無いのも問題点の為、自己評価が低くなっ

ているとの説明があった。

(2) 厚生労働省医政局による立入検査時の指摘事項について

第3回監査委員会において相馬委員より、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があったか確認された。

榎本副室長より、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の回答があった。

上原委員長より、2年前の指摘について気になり、5病院以上の監査委員会の報告書を調べたが、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ごく簡単な報告書もあった。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十分に検討していることがわかり、委員長としては、当委員会の監査方法及び報告書について問題はないと思っていた。今回は、当委員会についてとくに指摘がなかった、とのことで安心した、と述べた。

以上