

令和 7 年度 第 2 回監査委員会 議事要旨

開催日時：令和 7 年 9 月 2 日（水）17 時 30 分～18 時 00 分

会 場：聖マリアンナ医科大学病院外来棟 7 階会議室 1 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、長田医療安全管理責任者

北原看護部長、大川医療機器安全管理責任者、坂上医薬品安全管理責任者、安藤事務部長、榎本医療安全管理室長、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、有木医療安全管理者、森診療放射線技術部参与、北原医療安全管理室次長、小林医療安全管理室主幹、山崎診療記録管理室課長補佐、水戸医療安全管理室主査

21 名

欠 席 者：関医療安全管理室主査

1 名

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 2025 年度第 2 回～2025 年度第 4 回）

議事

1. 委員長より開会宣言

委員長より、2025 年度第 2 回監査委員会の開催宣言がされた。

2. 当院における死亡事例の検討（特に医療事故の判断について）

医療事故の判断に関する指摘がいくつかあったことを踏まえ、当院の現状と基本的な考え方について説明した。この説明は、主に 2025 年 9 月 2 日付の「当院における死亡事例の検討 特に医療事故の判断について」資料に基づいて行われた。

・ 医療事故の法的定義と報告義務

- 医療法第六条の十に基づき、病院等の管理者は、医療従事者が提供した医療に起因し、または起因すると疑われる死亡または死産であって、管理者が「予期しなかったもの」を「医療事故」と定める。
- この定義において、過誤の有無は問われない。
- 医療事故に該当するかどうかの判断と最初の報告は、医療機関の管理者が組織として行うことが求められる。
- 該当すると判断した場合は、遺族への説明後、医療事故調査・支援センターに報告するこ

とになっている。

- 「予期しなかった死亡」の判断基準

- 医療法施行規則第一条の十の二では、「当該管理者が当該死亡または死産を予期しなかったもの」を、以下のいずれにも該当しないと管理者が認めたものと定めている。

1. 医療が提供される前に、医療従事者等が患者またはその家族に対して、死亡または死産が予期されることを説明していたと管理者が認めたもの。
2. 医療が提供される前に、医療従事者等が死亡または死産が予期されることを診療録その他の文書等に記録していたと管理者が認めたもの。

- 医療事故報告体制と公表について

- 「医療事故」（医療に起因する予期せぬ死亡）と判断された場合は、日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）に報告し、医療事故調査委員会を開催して調査報告書を作成する。
 - 「誤った医療または管理による発生した重大事案」、「誤った医療または管理が明らかではないが、重大処置を要した事案」、「その他、事故の発生および再発防止に資する事案」については、日本医療機能評価機構（医療事故情報収集等事業）に報告している。
 - 公表について：医療事故と判断しない場合でも、日本医療機能評価機構の医療事故情報収集事業に必ず報告しており、決して公表しないということはない。

- 報告先の違いに関する質疑応答

- 監査委員長より、医療事故調査センターと日本医療機能評価機構の役割の違いについて質問があった。
 - 病院より、医療事故調査センターは医療に起因する予期せぬ死亡の報告を取りまとめる部署である一方、日本医療機能評価機構は医療情報収集事業を行う組織であると説明した。医療事故と判断されれば医療事故調査センターへ報告すべきだが、医療機能評価機構にはどのような事例でも該当すると判断すれば報告してよいと考えていると述べた。
 - 日本医療機能評価機構は死亡事例に限らず、アクシデント事例についても報告を受けており、再発防止のために必要なものについては報告していると補足された。また、医療事故調査制度ができた経緯として、医療で亡くなった場合に警察の介入があり、医療従事者が容疑者扱いされる事態を避けるために設立されたとの認識を示した。

3. 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 2025 年度第 2 回～2025 年度第 4 回について、事前に 24 件の確認事項を頂き回答させて頂いた。

2025 年度 第 2 回医療安全統括会議

質問番号 2～7

医療安全統括会議の運営に関し、「どのような運営がなされ、どのような記録が残されているか」について、確認すべき点が示された。特に議事録に関しては、エラー内容や分析結果の結論、組織としての学びが不明瞭であり、安全調査機構への対応についても記録が不十分であるとのコメントがあった。

→病院より、2025 年 8 月 28 日より医療安全管理室の報告事例検討委員会での審議の経緯を報告書形式にまとめるように改善し、医療安全統括会議に報告するようにしていると回答。

・2025 年度の医療安全統括会議では、乳腺外科における「最終通告の未読一覧」の責任者が決められていなかったこと、病理結果未読数が乳腺外科で多いことについてコメントがあった。これに対し、今後は責任者を決定すること、生検を行った医師が必ず結果を確認すること、未読数を 0 にすることを目指すと回答。

・2025 年度の医療安全統括会議では、脳梗塞後の穿刺部動脈瘤事例について、高位穿刺の回避法の標準化などを成果として生み出すべきとの提言があり、管理者より穿刺の標準化を検討するよう指示があったと報告された。遺族に対しては、合併症による死亡であり経過については理解されたが、原因解明のための解剖については理解が得られなかったと回答。

質問番号 8

眼科事例におけるレンズ間違い発見時の対応策（患者への謝罪・IC）について、看護師同席や家族への説明方法など、より丁寧な説明体制を整えるべきとの意見があった。

質問番号 9・10

患者家族による RRS（Rapid Response System）起動の運用は先進的な取り組みであり、進捗を教えてほしい。

→1 部署でトライアルを実施しており、評価や継続について状況を確認しながら取り組むと回答。2025 年度の医療安全統括会議では、患者参加型 RRS の導入について、患者説明文書（ポスター）の掲示と、2～3 件の実施を踏まえて評価し、対象病棟の拡大を検討する予定であると回答。

質問番号 11

医療安全管理室サイトが積極的に広報されている。閲覧数の変化などアクセス状況について質問。

→アクセス数のカウントを開始し、データに基づく改善が見られたことを回答。

2025 年度 第 4 回医療安全統括会議

質問番号 21

ドラックアラートについて、患者からの指摘がスルーされたことは大きな課題と感じる。患者を巻き込んだ医療安全推進のために、デジタルなアラートへの注意喚起に留まらない対策が必要である。

→ドラッグアラートが表示された際の患者からの指摘がスルーされた事例について、今後は患者が発する安全のためのサインやポイントにも対応できるよう留意していくと回答。

質問番号 22

病理結果未読数の改善方法について新たな検討はあるか質問。

→病理結果未読数の改善については、電子カルテと病理部門システムの連携強化が課題であり、期間短縮や報告書管理体制加算取得に向けて検討中であること、医療安全管理室としては未読症例の中に悪性や予期しない結果にも関わらず対応していない事例があることが問題であり、全例確認を行う方針であると回答。

質問番号 17

コードブルー連絡体制（特に夜間）について、連絡に時間を要する現状が指摘され、検討結果について質問した。

→旧病院と新病院の状況の違いが説明され、現在はフロア内にマイクシステムの設置が可能か検討し、可能であれば病院に要望するとなっていると回答。

4. その他

なし。

5. 病院長より

病院長より、委員会の先生方へ感謝が述べられ、委員からの多くの意見を元に今後も安全な医療提供ができるよう精進していく旨の挨拶があった

委員会を閉会した。

以上