

令和7年度 第3回監査委員会 議事要旨

開催日時：令和8年2月25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（ハイブリット形式）

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、関医療安全管理室主査、山崎診療記録管理室課長補佐、水戸医療安全管理室主査

22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5回～2025年度第9回）

議事

1. 委員長より開会宣言

委員長より、2025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 2025年度第5回～第9回について、事前に26件の確認事項を頂き回答させて頂いた。

2025年度 第5回医療安全統括会議

質問番号1・2・3・8

- ・脳外科手術部位の間違い事例
- ・左右部位の誤認に関する検証と再発防止体制検討の進捗は定期的に共有してください。
- ・その後の会議体における詳細な検証結果についてご説明を願います。

- ・脳神経外科における手術部位誤認事例について

(1) 事例の概要

慢性硬膜下血腫の手術において、予定とは異なる側を操作する事案が発生。術中に誤りが判明し、適切に対応を行った。患者さんに重い後遺症はなく、院内で重大として検証し、再発防止に取り組んでいる。

(2) 発生要因

•視覚的バイアス

患者さんの右側頭部には、別の治療で使用していたガーゼが貼付されており、これが手術部位の確認に影響した可能性があった。現在、この点について院内で検証を行い、再発防止に取り組んでいる。

•タイムアウトの形骸化

スタッフ全員で確認手順を行っていたが、一部で最終確認が十分に共有されておらず、指差し確認も徹底されていなかった。現在、手順の見直しと再発防止に取り組んでいる。

•ドレーピング後の確認手順の問題

ドレープ（覆布）で左右の判別が難しくなる状況で最終確認を行ったことが、誤認につながった可能性がありました。現在、この点を含め確認手順の改善を進めている。

・再発防止策

(1) 画像提示の義務化

手術開始前に最新画像を手術室モニターへ提示し、指差し確認を行わなければ手術を開始できない運用とする。

(2) 確認手順の二段階化

•ドレープ前：部位が視認できる段階での確認

•執刀直前：最終確認（一般的に「タイムアウト」と呼ばれる段階）

監査委員より、名称が混乱を招かないよう整理するよう指摘があった。

(3) 患者参加の徹底

意識がある患者については、患者自身にも左右の部位を確認してもらう。

(4) 対象範囲の拡大検討

左右誤認は脳神経外科に限らず整形外科など他科にも共通するリスクであるため、全診療科を対象とした包括的な対策とする方向性が提案された。

・監査委員からの主な指摘・コメント

(1) 確認手順の名称整理

「タイムアウト」は一般的に執刀直前の確認を指すため、ドレープ前の確認は別名称とするなど、運用が誤解されないよう整理すべきとの指摘があった。

(2) 他診療科への展開

今回の対策は脳神経外科に限定せず、左右誤認のリスクがある診療科全体に適用することを検討することが望ましいとの提案があった。

(3) 誤認発見に至った看護師の行動評価

引き継ぎに入った看護師が状況の違和感に気づき、声を上げたことが誤認発見につながった点が高く評価された。

監査委員より、安全意識を持って行動したスタッフを正式に称賛すべきとのコメントがあった。

質問番号 2

WHO 患者安全の日：関連した院内のアクションはありますか。

→病院より、今回は子供を中心に据えた取り組みであったため、小児科病棟や子供に関わりの深い産婦人科にも連携・関与してもらい、多岐にわたる活動を展開した。それらを通じて実施してきた様々な事項について報告した。

→監査委員より、WHO のアクションに合わせて院内で取り組まれたことは、大変素晴らしいことだと思うと述べた。

質問番号 7

「医療安全管理者養成研修」の受講者把握後の計画が検討されていれば教えてください。

→監査委員からは、医療安全管理者養成研修は、学んだ内容を組織全体に広げる人材育成として大きな意義があり、医療安全活動の活性化が期待されると評価があった。また、多職種が参加している点も重要で、事務職を含めた協働体制がより効果的な取り組みにつながるとの意見が示され、今後のさらなる発展に期待が寄せられた。

2025 年度 第 8 医療安全統括会議

質問番号 18

【循環器内科 誤嚥性肺炎事例】

・「要約」は数行で、全体像+病院の見解をまとめて下さい

→監査委員からは、議事録と発言録は異なるため、発言を並べるだけでは意図が伝わりにくいとの指摘があった。検討の結論や確認事項を整理してまとめることが重要であり、その形式面について改善を求める意見が示された。

質問番号 20

【循環器内科 誤嚥性肺炎事例】

栄養管理について多職種による一連のプロセス検証が価値あるものと思います。

「医療事故防止マニュアル遵守チェックリスト」はどのように運用されていますか？

医療事故防止マニュアル遵守チェックリスト（摂食嚥下）は、2022 年度の誤嚥・窒息リ

スク事例を受けて作成し、基本的な注意点を明文化したものです。多職種で協働して作成し、手順確認や振り返りに活用できるよう公開してきましたが、運用状況の確認が十分ではなく、活用促進の働きかけが不足していたと感じました、と回答した。

→監査委員より、チェックリストはとても素晴らしいものだと思いますので、ぜひ今後も継続して活用していただければと思うと述べた。

2025 年度 第 9 医療安全統括会議

質問番号 23

【バスキャス誤挿入事例】

透析のバスキャスの装着に関して、CV 認定が議論されていますが、この認定制度の仕組みを教えてください。また、他の手術・手技に関しても、このような、医師ないし看護師の経験を基準とする認定制度はあるのでしょうか。

医師は中心静脈カテーテル挿入のみが対象で、看護師の新人教育用「看護技術チェックリスト」70 項目にはバスキャス関連は含まれていない。看護手順 120 項目では「中心静脈カテーテル挿入」は院内マニュアルに準じるとされている。自己学習用の e ラーニングはあるが必須ではなく、制度としての位置づけはない。集中治療部門では独自のチェックリストにバスキャス項目があると思われるが、一般病棟を含む共通の仕組みとしては存在しない、との回答となる。

→監査委員からは、医師に関して今回のチェックリスト以外に特段の指摘はないとの説明があった。一方で、問題事案では指導医と若手医師の関係が影響した可能性もあるため、当該医師の経歴や経験が手術時に分かりやすく把握できる仕組みが必要ではないかと質問し、この点について病院の考えを伺った。

→病院では現在、中心静脈については既存のルールで対応しているが、バスキャスは特殊なケースであり、今後は多様な手技の増加も踏まえて教育面から取り組む必要があると考えている。十分なお答えになっていないかもしれないが、医師の理解を深めることが重要であり、今後の検討課題としたいと回答した。

質問番号 24

【産科大出血時の緊急対応体制に関する協議】

さまざまな角度からの検討が行われ、非常に素晴らしいと思います。運営規程とひと目で

分かるフローチャートが出来ましたら是非見せて下さい。

→監査委員より、資料を確認した。1枚のフローチャートにまとめた方が院内の方もわかりやすいと思うと述べた。

【当院手術 IVR センターにおける鼠径部アプローチの穿刺に関する報告書】

「組織としての最終決定」について

→病院としては、手順書の作成にはまだ至っておらず、早急に対応したいと考えている。同じ手技であっても診療科ごとに運用が統一されていない状況があり、まずは各診療科の現状を正確に把握したうえで、安全性を基準とした共通の手順と、どの症例にどこまで行うかの範囲を明確にする必要があると認識している。現時点では手順書として十分ではないため、今後速やかに整備を進めていきたいと回答した。

質問番号 25

GICU、PICU における観察不備による潰瘍の形成の事例 患者家族への説明、またそれに対する反応についてお教え下さい。

→患者相談窓口が対応中。12月の退院時は処置に関する費用についてのご質問があった。12月下旬に再入院。疾患の診断と病状進行の方をより心配されている。

→監査委員より、患者様とご家族の皆様へ、今後も誠意をもって対応していただければと思うと述べた。

質問番号 26

GICU、PICU における観察不備による潰瘍の形成の事例・PICU には観察に関する明確な規定・ルールが存在しないとありますが、他の小児科病棟には存在しているのですか。

→当該部署では観察項目の記載はあったものの、観察間隔が明確でなく「定期的に」とされていた。今回のカンファレンスで、夜間も3時間ごとに刺入部を確認・記録する方針とした。小児病棟では過去事例を踏まえ確認間隔のルールがあったが、新入院棟移転時にPICUとの共有が不十分だった。現在、小児の看護手順を改訂し、院内で統一を進めている。

→監査委員より、回答いただいた内容を踏まえ、今後は再発防止に留意いただければと思う

と述べた。

4. その他

今年度をもって任期満了となる2名の委員より挨拶があった。

5. 病院長より

本日は監査委員会にご参加いただき、誠にありがとうございました。皆様からのご意見を今後の医療安全に生かしてまいります。退任される委員の皆様には、長年のご尽力に深く感謝申し上げます。今後も安全で質の高い医療の提供に努めてまいります。

委員会を閉会した。

以上