

2026 年度 第 1 回 監査委員会 議事要旨

1. 日 時:2026 年 7 月 14 日(火) 18 時 30 分～19 時 24 分
2. 場 所:聖マリアンナ医科大学病院外来棟 7 階会議室 1 よりハイブリッド形式にて開催
3. 出席者:【監査委員】上原委員長、坂井委員、福島委員、荒神委員、大橋委員 5 名
【病院側出席者】大坪病院長、峯下副院長／医療安全管理責任者、古田副院長／医療安全副担当、
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、白井医療安全管理室専任医師、
鈴木医療安全管理室専任医師、有木医療安全管理室副室長、
本鍋田医療安全管理室副室長、福澤医療安全管理者、小川医療安全管理者、
梅野医療安全管理者、森診療放射線技術部参与、小林医療安全管理室主幹、
関主査、山崎診療記録管理室課長補佐、戸塚係長 20 名
以上 25 名(順不同・敬称略)

配布資料:①特定案件に対するヒアリング資料(医療安全統括会議 2026 年度第 1 回・2 回)
②当院の概要・医療安全について(プレゼン資料)

議事

1. 委員長より開会宣言

委員長より、2026 年度第 1 回監査委員会の開催宣言がされた。新任の坂井委員、荒神委員の紹介が行われ、続いて病院側の新体制メンバーが紹介された。

2. 当院の概要他について

新任委員がいることから医療安全管理室長より、特定機能病院としての沿革、新入院棟・外来棟のオープン状況および医療安全管理体制(専従・専任スタッフ数等)についての紹介が行われた。また、特記報告として、死亡事例の検討体制、死亡予期の判断基準、公表対応における方針、事故調査委員会開催頻度や医療事故調査支援センターへの報告件数などが示された。

3. 特定案件に対するヒアリングについて

2026 年度第 1・2 回医療安全統括会議(2026 年 7 月 1 日より会議名称:医療安全統括委員会に改称)における審議事項に関し、事前に提出された 29 件の質問回答に基づき、主要案件の質疑が行われた。以下に各質問に関する①事案(記載が必要な場合)、②質疑(委員質問)、③回答(当院回答)、④議論もしくは評価を抜粋して記載する。

1)2026 年度 第 1 回 医療安全統括委員会より
〈質問番号 1・2・3・4〉

【質問番号 1: 異常死と医療事故の判断】

質疑: 議事録上「異常死の判断」と「医療事故調査制度の判断」が混在しており、明確に分けて記載すべきとの指摘があった。

回答: 今後はそれぞれの審議結果を整理して記載することとした。当該事例については「異常死には当たらない」「当院の医療事故にも当たらない」と判断しているが、前医が医療事故と判断した際には当院で行った医療について事故調査に協力する旨を前医に報告することとした。

【質問番号 2: タムガイド®導入進捗の確認】

質疑: 胃管の胃内留置確認における取組の進捗について質問があった。

回答: 医療安全管理室でメーカーと面談を行った。食道・気管支の判断が困難なことから胃管の気管内迷入による気胸予防には寄与しないため未導入となっている。ただし、新生児領域においては有用なことから NICU を中心に検討継続中である。

【質問番号 3: モニターアラームの管理】

質疑: テクニカルアラームとバイタルアラームの音の区別や、鳴動原因の確認の徹底状況について質問があった。

回答: アラーム履歴の確認はモニター管理の基本であり、院内全体へ周知・強化を行っている。

議論: アラーム対応はどの病院でも必ず課題となっている。バイタルアラームの多くは異常がないこともあり無駄鳴りも多い。バイタルアラームが鳴っても自然に治まってしまうば確認しないのではないかと追加質問があり、追加回答として、30 分に 1 回の履歴チェックや、部署ごとのアラーム担当者の設置、多職種による声掛けなどを実施していることが報告された。また、委員長より一般的な教育・訓練の機会はどの程度あるのかとの質問が委員に行われ、アラーム担当を決めてモニターに 1 人が張り付くという運用をとっている病院も少なくないが、現実的にはひとつのアラーム対応中や他患者対応など複雑性のある医療現場においては十分に機能しているとは言い難い。テクニカルアラームへの対応優先度を下げ、バイタルアラームの対応を優先するなどの取り決めを行っている病院もあるが、モニター外れなどの後に転倒していたなどテクニカルアラームも軽視はできず、教育・訓練としての理想はあるが現実には手探りであるとの返答があった。

【質問番号 4: 身体的拘束の記録達成率】

質疑: 記録しやすい環境づくりが大切であり、記録達成率が 50%前後と低い理由について質問があった。

回答: システム上の入力手順が複雑であることが一因である。現在、医師の入力負担を軽減するためのシステム改修を申請中であり、看護部でも記録の質の向上と周知を進めている。

〈質問番号 5・6・7・8・9・10・11・12・13〉※8・10・11・12・13 特記なし割愛

【質問番号 5: 死亡報告書提出に要する日数】

評価: 全体平均 0.09 日と提出が徹底され、精緻なシステムとなっており見習いたい。

【質問番号 6: DNAR(蘇生処置不要)に関する状況】

評価: 件数等を収集していること自体が優れており、死亡報告書上で同時に件数を把握していることから参考

になった。

【質問番号 7: 死亡後のカルテ記載】

質疑: 医療安全統括委員会での検討結果がカルテ記載されている点について、患児死亡後の記載(追記)であること、診療そのものの記録ではなく診療内容をレビューした医療安全に関する検討記録であることから自院の診療記録の記載ルールと照らし合わせて適正であるか否かとの指摘があった。

回答: 診療録記載マニュアル上は記載が必要なものは整理されているが記載してはいけないものは特に掲載されていない。今回は特殊な事例として前医の医療に対するカルテ開示も想定して記載の必要性を委員会として決定した。

評価: 事実を記載することは重要である一方、委員会の検討内容は内部文書に類するものでもあるため将来的にルールの整理などを検討頂きたい。

【質問番号 9: 読影レポートの管理体制】

質疑: 既読ボタン押下と患者説明がリンクせず形骸化することに関する対策について質問があった。

回答: オーダー医による確認を徹底するため、退院時指示のテンプレートに「読影結果確認」の必須項目を追加した。当該科ではこれまで既読ボタン押下の担当者を定めて処理していたが、オーダー医が押下する対応へ変更した。

議論: 読影レポートの押下(既読)はイコール患者説明の担保にはならないとの前提に基づきつつ、ボタン押下のタイミングを逸することのない運用を考える必要がある。いずれにしても患者に伝わらないことが最も重大な問題であるとのコメントがあり、病院長より、生成 AI を用いた報告書の緊急度 3 段階分類を行い、医療安全管理室あるいは診療記録管理室からの質的監査でフォローできないかを検討していることが報告された。また、医療安全管理室長からは、患者自身が読影結果を確認できる「マリアンナアプリ」の活用など、システムと患者参画の両面から対策を強化している旨が補足された。

2) 2026 年度 第 2 回 医療安全統括委員会より

〈質問番号 14・15〉

【質問番号 14・15: インスリン投与量の誤認(A 類型)】

質疑: 委員長より、インスリンシリンジに関する提言が、委員より、ダブルチェックをスルーした背景の深掘りと、日本医療機能評価機構への報告について提言があった。

回答: 病院全体に「単位」メモリ専用シリンジの使用を徹底。本事例についてはすでに評価機構へ報告済みであり、納得できない指示への「ツーチャレンジ」や上級者への確認を推奨する組織文化作りを進める。

議論: 本事例は重大事象の A 類型にあたるため、事例の背景要因をもっと深掘りしてほしい。事象の発端については、mL の指示を入力できないシステム変更により、同様の事象は起こらないだろうが、薬剤師の処方監査や、看護師が疑問に思ったことを指示者への確認で、ストップできなかったところの分析・対策の検討が必要と思う。特に誤りを指摘されても、思い込んでいれば、自身で修正できないこともある。本人以外の別ルートを作っておくこと、上級者に確認するなどのルートは大切。排他的な反応をとるスタッフもいるかもしれないが、判断・検討・まとめを報告書としてまとめて明示化することを検討いただきたいとのコメントがあり、周知は行っており興味をもってスタッフが聞いてくれたとの評価とともに報告後の改善プロセス整備も進めて行くとの説明がなされた。

〈質問番号 16・17・18・19・20・21・22・23・24〉※17・19・21・22 特記なし割愛

【質問番号 16:メトトレキサート連日内服】

質疑: 薬袋表示の改善について週 1 回(水曜日)の薬など、システム上で「朝食後、毎週水曜日」と一目で分かるように工夫できないか質問があった。

回答: システム担当と確認し、改修可能か検討する。

【質問番号 18:患者確認の形骸化状況】

質疑: 病院回答にて「患者確認が形骸化している状況」とあるがどうということかとの質問があった。

回答: ここ数年間、当院では重大事故を防止する戦略として「患者誤認防止」を掲げているが、患者に名乗ってもらうことが徹底しきれていない状況がある。ポスター等でも患者への周知を行っている。

【質問番号 20:水薬指示の用量誤認】

質疑: 指示と処方とはリンクしていないのかとの質問があった。

回答: ラベルや薬袋に印字されるコメントと処方箋にのみ印字されるコメントがあり今回は処方箋にのみ印字されるコメントで指示が出された。ラベルの 4.7mL はメキシスト小児用ドライシロップ「4.7mg」の誤認によるもので現在は薬剤名称のみに変更し、数字を削除した。

【質問番号 23:医療安全文化調査とチームワーク向上】

質疑: 調査結果で低かった「チームワーク」「引継ぎと情報共有」「出来事報告の件数」等の項目に対する具体的取り組みについて質問があった。

回答: 昨年度より医療安全管理室長や医療安全管理者が研修を受け、全職員を対象とした「TeamSTEPPS (チームステップス) 研修」の開始に向けた準備を進めている。

評価: その他「チームワーク」「やヒューマンエラー」など演習があるような研修を行うと良い。全職員対象の前に管理職や医療安全委員などコアメンバーの受講を進め裾野を広げるのはどうか。また、荒神委員より、山梨医科大学での成功事例として横浜市大が 90 分プログラムで提供しているパッケージによる研修導入が有効であるとの助言があった。

【質問番号 24:A 類型把握に関して】

質疑: 病院回答で、A 類型については「全職員に定義を確実に周知する」とあるがどのような取り組みを行っているのかとの質問があった。

回答: 職員ハンドブックへの掲載、医療安全レポート内での回避度を報告できるよう改修、委員会やラウンドでのヒアリングによる定期的な周知を行っている。

〈質問番号 25・26・27・28・29(荒神委員より確認事項)〉

【質問番号 25:死亡報告書提出に要する日数】

評価: 死亡のタイミングが手術からはずれており異なる病態による死亡であると判断した。

【質問番号 26:術後ガーゼ遺残事案(A 類型)】

回答: 手術室外での処置であったが、最終的に A 類型(確実に回避すべき事象)と判断した。

議論: A 類型は記録類を残しつつ対応を進めるが大切である。医療安全管理室長より、本件については 7 月の医療安全統括委員会で再報告した。改善策として可能な範囲で手術室での実施および集中治療室・ER(救急外来)に螺旋入りガーゼの配置を行うことを決定したとの報告がなされた。

【質問番号 27:MEK 阻害薬メキニスト過剰投与】

評価: 参考になるケースで教訓として医療事故情報収集等事業に報告いただきたい。

【質問番号 28:CV(中心静脈)カテーテル胸腔内迷入】

評価: 透視下での CV(中心静脈)カテーテル挿入については患者状態から透視室への移送が困難であったと判断した。

【質問番号 29:DNAR(心肺蘇生不要指示)コードについて】

評価: 議事録から前後関係が不明であったが経過から DNAR(心肺蘇生不要指示)取得について不適切な点はなかったと判断した。

4. その他

特になし

5. 病院長より

本委員会における委員からの指摘を真摯に受け止め、特定機能病院としてさらなる医療の質の改善と安全性の向上に努めていく決意が述べられ、本会は閉会となった

以上