

国立大学法人 鹿児島大学
学長 佐野 輝 様

医療法施行規則 第15条の4 第2号に基づき、医療安全に関する監査を実施しましたので、以下の通りご報告いたします。

鹿児島大学病院 医療安全監査委員会

委 員 栗原 慎太郎（長崎大学病院）

委 員 蓑毛 まりえ（弁護士法人さくら総合法律事務所）

委 員 三好 綾 （NPO 法人がんサポートかごしま）

令和6年度第1回鹿児島大学病院監査委員会

1. 監査の方法

- ① 医療安全管理に関する体制や各種委員会について資料に基づき説明があり、引き続き意見交換により監査を実施した。

日 時：令和6年8月27日（火）13時00分～14時11分

場 所：鹿児島大学病院A棟6階 第一会議室

監査委員会委員：

委員長 栗原 慎太郎（長崎大学病院）

委 員 蓑毛 まりえ（弁護士法人さくら総合法律事務所）

委 員 三好 綾 （NPO 法人がんサポートかごしま）

鹿児島大学病院出席者：

坂本病院長、榎田医療安全管理部長（医療安全管理責任者）、内門医療安全管理部副部長、吉浦放射線部長（医療放射線安全管理責任者）、寺菌薬剤部長（医薬品安全管理責任者）、宮菌看護部長、西感染制御部長、志茂事務部長、奥井 GRM、友栗 GRM、伊地知 GRM、藤崎 GRM、菅原副薬剤部長、福島副看護部長、豊田診療放射線技師長、佐潟臨床工学技士長、宮野総務課長、新野医務課長、平山総務課課長代理、阿部医務課課長代理、江頭総務係長、安田医療安全係長、真田総務係主任

2. 監査内容

- ① 令和5年度第2回鹿児島大学病院監査委員会の報告について
指摘事項はなく、継続した目標の管理項目について確認した。

- ② 医療安全管理部の業務報告について（i）

- ・2023年度のインシデント報告について、年間3,000件の目標は達成したが、医師・歯科医師からの報告数が減少傾向にある。
- ・患者誤認・部位誤認の報告件数が年次推移で増えているため、医療安全研修において発生場面別の対応を確認している。
- ・術中出血量3,000ml以上の症例は10件あったが、インシデント報告されたのは1件であった。システム化されていない部分があるため、今後は事務と協力しながら対応していく。予定手術時間の2倍以上もしくは4時間以上の超過延長の症例報告についても同様。
- ・DNARについて、医師記録は100%を達成したが、説明書が不足している場合があるため、引き続き各診療科へ依頼する。看護師は9割以上が同席している。
- ・薬剤処方時の薬剤部からの疑義照会について、重複処方や患者間違い等の重要な誤認防止に繋がっている。
- ・患者誤認・部位誤認の報告数は、医療安全管理部の働きかけによって増加傾向にあることを確認した。

③ 医療安全管理部の業務報告について (ii)

- ・モニタリングに関して、昨年度同様、5項目で実施している。
- ・2024年6月を患者・部位誤認防止の強化月間とした結果、昨年度に比べて件数が減っている。
- ・モニターアラームコントロールチーム（医療安全管理部、医師、看護師及び臨床工学技士）により、週1回、モニターアラームのラウンドを実施し、レポートにまとめたうえで、会議に報告している。
- ・死亡・死産事例の一覧について、モニタリングの内容も記載している。
- ・患者サポート報告の重要事例（看護師に対する苦情）に関しては、サポート担当者が対応するとともに、看護部長からも謝罪し、再発防止に努めている。
- ・医療安全ラウンドは、医療安全管理部だけではなく各部署のリスクマネージャーも参加している。優れた取り組みや指摘事項は写真を添付して会議で報告し、指摘事項については、別途実施している医療安全管理部によるラウンドで改善状況を確認するようにしている。
- ・2024年2～6月の期間で、緊急問題検討部会を2回、医療事故調査委員会を1回開催した。
- ・2024年4月から、暴力事象発生時の院内放送が、「1・110（イチ・ヒャクトウバン）コール」から「ホワイトコール」へ変更になった。
- ・A棟開院に合わせて、緊急搬送コール時の搬送経路を見直した。
- ・暴言・暴力のあった患者への警告書に関して、手渡しのみではなく、郵送もできるように様式を改訂した。
- ・安全管理ニュースの中で、インシデントを積極的に報告した診療科をランキング形式で報告している。

④ 医療放射線安全管理責任者の業務報告について

- ・組織体制として、医療安全管理責任者の下に、医療放射線安全管理責任者が位置づけられている。
- ・医療放射線管理委員会及び放射線治療品質管理委員会の2つの委員会を所掌している。
- ・医療法施行規則の一部改正に伴い、令和2年3月に本院でも指針を作成し、管理責任者を明示している。
- ・令和5年9月にeラーニングでの研修を実施し、1,079名が受講した。
- ・CT部門、核医学部門、血管造影部門において、本院の医療被ばく線量は、ほぼDRL（診断参考レベル）を下回っている。
- ・2,000mGy以上の被ばくがあった症例については、看護師を通じて、皮膚炎の可能性のある旨を注意喚起している。
- ・放射線治療装置は、定期点検及び精度管理により、問題なく品質管理されている。
- ・インシデントが発生した場合は、毎月の医療安全管理委員会で報告・検証し、再発防止策を検討している。
また、急を要するものは、直接医療放射線安全管理責任者、GRM及び主治医へ口頭報告する。令和5年度は、放射線治療装置の不具合による過剰もしくは無効な被ばくにつながるインシデントが8件発生した。
- ・CT、血管造影、核医学診療については、検査実施前の説明と同意に関して、電子カルテに記録する。

⑤ 医療法に基づく立入検査の実施状況について

令和6年2月に実施された医療法第25条第1項及び第3項の規定に基づく立入検査の結果を確認した。

3. 講評

今回の監査委員会において指摘事項は認められない。ただし、今後は術中出血量3,000ml以上の症例の報告割合が低いことへの対策が有効に実施されているか、次回の監査委員会で確認したい。