

国立大学法人 鹿児島大学
学長 井戸 章雄 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 監査委員会：

委 員 吉村 麻里子（佐賀大学医学部附属病院）
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7年度第1回鹿児島大学病院監査委員会 報告書

1. 監査の方法

対面開催で資料確認及び職員への質疑応答、部署訪問をもとに監査を行った。

日 時：令和7年9月4日（木）13時30分～15時10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 吉村 麻里子（佐賀大学医学部附属病院）
- 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：

石塚病院長、大塚医療安全管理部長（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）、福田看護部長、志茂事務部長、赤崎医療安全管理部部長補佐、奥井 GRM、東 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、原之園医務課長、梶原総務課課長代理、屋所医務課課長代理、藤田総務係長、上山医療安全係長、真田総務係主任、東総務係員

2. 監査内容

① 医療安全管理部の業務報告について

- ・2024 年度のインシデント報告について、年間 3,000 件の目標を達成し、医師・歯科医師からの報告数は前年度比+21 件増加した。
- ・影響度分類 0-1 レベルのインシデントは目標を 60%としていたが、54.7%で目標に到達していないため、報告をしてもらうよう呼び掛けている。
- ・術中出血量 3,000ml 以上の症例は 11 件で、インシデント報告されたのはリアルタイムではないが 100%であった。
- ・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は、リアルタイムではないが 89%の報告率であった。
- ・DNAR（do not resuscitation order）説明時の説明書使用、同席記録、医師の記録について、診療科別状況や年次推移を視覚的に示し、達成率が上昇するよう工夫している。
- ・医療安全に資する診療内容のモニタリングに関して、前年度同様、2024 年度は 5 項目で実施した。
- ・2025 年度は、今年度の医療安全強化項目及びモニタリングの項目に加えて、手術あり患者の肺血栓塞栓症予防対策実施率についてもモニタリングしていく。
- ・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として、苦情等への対応を行った。
- ・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。
- ・2025 年 3～6 月の期間で、緊急問題検討部会は 3 回開催された。
- ・患者用駐車場と A 棟出入口間の安全確保 WG において、屋外転倒の連絡体制や電話交換におけるフロー等を整備した。
- ・リスクマネージャー連絡会議の報告がされ、指差し呼称、チェックバック（復唱確認）を実施していること等の報告が行われた。

モニタリング項目や DNAR の説明・記録などの抽出方法、DNAR のスタッフ間での共有の工夫、モニターアラームコントロールチームの活動内容、緊急アラームの解除率が病棟毎に異なる状況などについて、質疑応答を交えて確認した。

② 医薬品安全管理責任者の業務報告について

- ・医薬品の安全使用のための院内研修として、令和 5、6 年度の院内研修の開催状況を報告した。
- ・令和 6 年度は A 棟竣工の関係で少なくなっているが、4 月に実施している新規採用者へのガイダンスは開催した。
- ・医薬品の安全使用のための業務手順書を令和 7 年 3 月に改訂した（第 13 版）。
- ・未承認医薬品については、評価部門を置き、規則、マニュアル等に基づき一覧のとおり承認した。
- ・未承認医薬品（院内製剤）については、過去に倫理委員会で承認されていることに鑑み、包括的に一括で審査を行っている。
- ・現在、適応外処方もしくは適応症禁忌処方を発見した際には、未承認新規医薬品等に関する報告書を作成し、リスク分類することで効率化できる仕組みを整えている。
- ・薬事委員会を令和 6 年度は 6 回開催（奇数月に開催）し、新薬の採用や定数配置等について審議した。
- ・医薬品・医療機器等安全性情報報告制度等に則り、令和 6 年度は 11 件の有害事象を報告した。
- ・令和 6 年度の薬剤に関するインシデント及び疑義照会件数（内服・外用・注射）を報告した。

歯学部での未承認医薬品及び医療機器の審査状況、医薬品の安全使用のための業務手順書の改訂内容などについて、質疑応答を交えて確認した。

③ 現場確認（ラウンド）

寺菌医薬品安全管理責任者から、資料に基づき、薬剤部の概要・業務等について説明が行われた後、A 棟 1 階の薬剤部へ移動し、類似薬やハイリスク薬の配置・管理方法、薬剤師による持参薬確認などを含め、現場確認を行った。

3. 講評

今回も引き続き医療安全管理部の業務が適切に行われていることを確認した。鹿児島大学病院の特徴であ

るモニターアラームコントロールチームの活動も、院内全体で継続して行われていた。病院敷地内の再整備に伴う動線や環境の課題を認識し、患者用駐車場とA棟出入口間の安全確保WGなどを含めて、以前よりも患者が怪我をしないような配慮がなされ、転倒などが発生した場合の対応策が取られていた。今後も取り組みを継続していただきたい。

医薬品の管理は、医薬品安全管理責任者のもとシステムティックに取り扱われ、AI 画像認識技術を用いた持参薬調査など、新しい技術も活用されていた。未承認新規医薬品等の申請に関しては、医薬品のリスクレベルごとの対応を検討中であり、標準化と業務効率化のためにも推進していただきたい。

今後も、鹿児島大学病院の医療安全管理ならびに質向上に関する適切な業務遂行を期待したい。