

令和4年度第1回 鹿児島大学病院監査委員会 報告書

当監査委員会は、鹿児島大学病院における医療安全活動に関して、貴院より提出された資料及び各関係部署より説明や意見聴取を行いました。審議の上、本監査報告書を作成しましたのでここに提出いたします。なお新型コロナウイルス感染症拡大防止のためWEB会議による開催となりました。

1. 日 時：令和4年8月17日（水）15時12分～16時29分

2. 会議形式：Web会議

3. 監査委員会委員：

委員長 奥村 耕一郎（琉球大学病院）

委 員 玉利 尚大 （玉利法律事務所）

委 員 三好 綾 （NPO 法人がんサポートかごしま）

4. 鹿児島大学病院出席者：

坂本病院長、石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、大塚医療機器安全管理責任者、吉浦医療放射線安全管理責任者、武田薬剤部長（医薬品安全管理責任者）、西感染制御部長、宮菌看護部長、弓場臨床技術部長、染矢事務部長、市来医療安全管理部部長補佐、宮腰 GRM、友栗 GRM、肥後 GRM、西澤 GRM、井上副薬剤部長、佐潟臨床工学技士長、坂元副看護師長、鮎川総務課長、山森医務課長、平山総務課課長代理、原之園医務課課長代理、江頭総務係長、木原医療安全係長、谷山総務係主任、有村総務係主任

5. 監査内容

今回の委員会に先立ち、資料（2021 年度第 11-12 回、2022 年度第 1 回-第 3 回医療安全管理委員会議事録概要、2021 年度インシデント報告、2022 年度医療安全強化項目、2022 年度医療安全に資する診療内容のモニタリング、2021 年度モニターアラームコントロールチーム（MACT）院内ラウンド評価及び第 3 回 MACT 会議議事録概要及び報告書、緊急搬送コール統計、患者サポート報告、医療安全ラウンド報告書、2022 年度第 1 回リスクマネージャー連絡会議、医療安全・感染対策医療スタッフマニュアルの暴力・不審者・盗難への対応に関する項目、院内暴言・暴力等対応マニュアル、医療放射線安全管理責任者の業務報告など）について各委員で確認し、委員会では各委員より事前に提出された質問の回答を含め説明が行われた。

(1) 安全管理部の業務報告について

1) 医療安全管理部の業務に関して、以下の説明があった。

- ・2021 年度のインシデント報告件数は目標を上回った。医師・歯科医師による報告の割合は前年度よりは下回ったものの、高い数値を維持している。影響度が 0、1 レベルの全体に占める割合は目標には到達しなかった。

- ・強化項目への取り組みとして、週1回のGRMによるラウンド、月2回の医療安全ラウンドを行っている。
- ・患者・部位誤認については、氏名確認を怠った事例が多く見られる。また、術中出血量3000ml以上の症例と予定手術時間の超過延長の症例について、いずれも件数は減っている。一方で報告割合は増加している。2021年度のモニタリングから、薬剤処方時の薬剤部からの疑義照会を取り入れている。疑義内容として薬剤追加・削除と用量・用法変更に関する事例が多く見られ、重複処方や患者間違いも散見される。
- ・本年度より、患者確認行動として、氏名に加えて生年月日も名乗ってもらうようにし、誤認防止に対する強化項目とした。また、これに伴いマニュアルを改訂した。
- ・2021年度のMACT院内ラウンド評価では、医師の指示なしとアラームの設置間違いが多い部署があったが、2020年度と比較し医師の指示は改善傾向にあった。
- ・アラームレポートについては、グラフ化して見える化を図っている。
- ・緊急搬送コールに関しては、コードC（新型コロナ感染症患者をICUから一般病棟へ移すケース）が約半数を占めている。
- ・患者からの相談により担当医師を交替した事例があった。
- ・他部署のリスクマネージャー等により医療安全ラウンドを実施することで、潜在的リスクを把握するようになっている。
- ・2022年5月と6月に緊急問題検討部会を開催した。

2) 医療安全管理部の業務報告に関する意見交換

意見交換を通じて以下の点を確認した。

- ・患者からの相談により担当医師が交替した事例について、交替前の担当医師へフィードバックは、診療科のリスクマネージャー経由で該当医師へ行っている。フィードバックに関する報告書への記載については、今後サポート窓口と相談し対応する。
- ・患者誤認の取り組みに関して、患者確認の際、氏名と生年月日またはID番号の2つの識別子を用いている。さらに取り組みに対するモニタリングや毎月の定例報告、ラウンドの実施等を行うことにより患者誤認件数の減少に繋がっている。
- ・DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）に関して、厚生労働省が示している「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を参考にしてマニュアルを定めている。
- ・院内緊急搬送で新型コロナ感染症の患者が約半数を占める事による通常診療へ及ぼす影響に関して、影響のあった事例に対し、診療科、感染制御部及び医療安全管理部で検討し、システムの変更とその周知徹底を行った。現場には負担がかかっているが、大きなインシデントは生じていないとの説明があった。

(2) 病院内での暴力や不審者への対応・仕組みについて

1) 病院内での暴力や不審者への対応・仕組みに関して、以下の説明があった。

- ・院内暴力レベルを4段階で設定し、レベル毎に対応を定めており、レベル2以上の暴力事象発生時には非常通報ボタンを使用する。
- ・暴力等へ対応するに当たり、最も大切なことは、職員や他の患者の安全が守られることである。
- ・不当要求への対応として、一人で対応しない、話しを傾聴する、意思表示を明確に行うこと等が重要で

ある。

- ・電話による暴言については、録音装置を準備し、証拠保全に留意する。
- ・不審者への対応として、声かけが効果的であり、相手を刺激する言動をとらない。
- ・退去を求められた者が正当な理由なく指示に従わない場合は、警察に通報する旨を警告することも視野に入れている。

2) 病院内での暴力や不審者への対応・仕組みに関する意見交換

- ・院内暴言・暴力等に関して詳細なマニュアルがあることを確認した。
- ・病院内での暴力等のトラブルの件数に関し、暴言に対するインシデント報告は1～2ヶ月に1回程度あるが、暴力事案はほとんどない。ハラスメントの報告は少ないが、ハラスメント対応に関して最近医務課職員が対応した事例があるとの説明があった。
- ・病院内での暴力や不審者等の対応に関する研修について、医療安全研修で対応を指導、周知している。担当部署でも勉強会を行なっている。
- ・具体的な報告があった場合の担当部署及び報告書の保存期限に関し、医務課医療安全係へ報告書が提出され、報告書の保存期限はあるが、重要な文書は期限を超えて保存するケースが多いとの説明があった。委員より、ハラスメントの内容によっては、担当者が男性の場合、相談しづらい面もあるのではとの意見があった。

(3) 医療放射線安全管理責任者の業務報告について

1) 医療放射線安全管理責任者の業務報告に関して、以下の説明があった。

- ・医療法施行規則の一部改正に伴い、2020年4月から、診療用放射線に係る安全管理体制に関して、責任者の配置、指針の策定、職員への研修が義務化された。
- ・医療放射線安全管理責任者は、医師、歯科医師又は診療放射線技師となる。
- ・職員研修について、対象者には看護師も含まれ、年1回以上実施する必要がある。
- ・CT エックス線装置、血管造影用エックス線装置、SPECT-CT、PET-CT を用いた診療は、ガイドラインに基づき、医療被ばくの線量を管理・記録しなければならない。
- ・鹿児島大学病院では、放射線部長が医療用放射線安全管理責任者を兼務している。
- ・医療放射線管理委員会及び放射線治療品質管理委員会を新設した。
- ・日本はCTの普及が進んでいることから、医療被ばくが非常に高い。ICRP（国際放射線防護委員会）の勧告では、医療被ばくの最適化のために、DRL（診断参考レベル）の使用が推奨されており、鹿児島大学病院でも採用している。
- ・当院の医療放射線管理委員会において、個々の検査における医療被ばくの記録と管理を行っており、被ばく線量は概ね適切なレベルに維持されていることが確認されている。
- ・当院の放射線治療品質管理委員会において、放射線治療装置の適切な精度管理が行われていることが確認されている。
- ・インシデントが発生した場合の流れとして、医療安全管理部が取りまとめて、毎月の医療安全管理委員会で報告し、必要に応じて医師を含めたフィードバックを行っている。また、急を要するものは、直接医療放射線安全管理責任者へ連絡する仕組みとなっている。

2) 医療放射線安全管理責任者に関する意見交換

- ・委員より、患者の立場では自身がどの程度被曝しているのか把握できない。個々人の被ばく線量のカウンタの方法等に関する質問があった。鹿児島大学病院では、2020年より患者に検査内容を説明し、同意を得ることを開始したが、国全体として1人の患者の総被ばく線量の把握は未着手であり、国レベルでの今後の課題であり、産学官の協力などが必要となるとの説明があった。

6. 講評

- ・特に改善を求める事項はなし。
- ・資料及び監査委員会での説明や意見交換を通じて、医療安全に係る対応が各部門で適切に実施されていることを確認した。患者・部位誤認防止の強化として識別子を増やしたこと、臨床工学技士との連携によるモニタリングの導入等新たな取り組みを導入したこと、患者誤認・部位誤認件数の減少、手術時モニタリング報告割合が増加したことは評価できる。また MACT 院内ラウンドにおいて結果を分析し、報告書に課題点をわかりやすく示していることも評価したい。今後もこれらの取り組みを継続し、課題点を改善することで、より医療安全の向上に繋がることを期待する。
- ・病院内での暴力や不審者への対応・仕組みに関して、暴力、不審者、盗難発生時の対応の仕組みが構築され、マニュアルにも記載されていた。また、院内暴言・暴力等対応マニュアルは具体的な対応方法が示されわかりやすく評価できる。今後、暴力・ハラスメントを受けた職員のケアに対する担当者を示し専門によるサポートが受けられやすくなることや、ハラスメントがより相談しやすくなるような窓口を職員に示していくことが望まれる。

以上

令和4年8月17日

鹿児島大学病院監査委員会

奥村 耕一郎

玉利 尚大

三好 綾