

令和6年度第1回 国立大学法人山口大学医学部附属病院監査委員会 監査報告書

国立大学法人山口大学医学部附属病院監査委員会規則第2条第1項に基づき、監査を実施しましたので、以下のとおり報告します。

1. 監査の方法

国立大学法人山口大学医学部附属病院監査委員会規則第2条第1項に基づき、山口大学医学部附属病院における医療安全に係る業務の状況について、以下のとおり管理者等からの説明の聴取及び資料の閲覧等の方法によって報告を求めることにより、監査を実施しました。

- (1) 日 時： 令和6年7月29日（月）15時00分～16時15分
- (2) 場 所： 山口大学医学部本館6階 第1会議室
- (3) 委 員： 矢賀 健（山陽小野田市病院事業管理者）※委員長
佐藤 久典（宇部・山陽小野田総合法律事務所 弁護士）
玉田 英生（UBE株式会社 取締役）
- (4) 山口大学医学部附属病院 出席者：
松永 和人（病院長）、坂井 孝司（医療安全管理責任者）、北原 隆志（医療薬品安全管理責任者）、白石 晃司（医療機器安全管理責任者）、伊東 克能（医療放射線安全管理責任者）、山口 道也（医療の質・安全管理部副部長）、矢賀 和子（GRM）、吉松 裕子（GRM）、西岡 光昭（臨床検査技師長）、松山 法道（臨床工学技士長）、足立 正博（事務部次長）、藤田 泰子（総務課長）、中司 雅之（管理運営課長）、濱本 伸一（医療支援課長）、西村 恵一郎（総務課副課長）、久保 琢生（総務課副課長）、熊本 達也（管理運営課副課長）、川神 宣一（管理運営課副課長）、田中 健嗣（医療支援課副課長）、田中 慎一（医療安全係長）、田中 美佐恵（企画・評価係長）

2. 監査の内容及び結果

(1) 令和5年度病院監査委員会指摘事項への対応状況

藤田総務課長から「資料1」に基づき、令和5年度第2回病院監査委員会の指摘事項3項目に対して、対応済みまたは対応中である旨の報告があった。

玉田委員から、新たなシステム導入時の動作確認の徹底について、試運転の結果のチェックマニュアルや手順上の抜けの確認方法にさらなる検討があったほうがいいのか、との意見があり、山口副部長から、具体的なチェック方法を確認していきたい、と回答があった。

以上から、「システム導入時の動作確認におけるチェック項目を深掘りしていただきたい」とした。

(2) 医療安全管理責任者からの報告について

坂井医療安全管理責任者から、「資料2-0～2」に基づき、医療の質・安全管理委員会の規則及び医療安全調査委員会の規則について、厚生労働省が掲げる医療安全管理者の業務指針に安全確保のため医療安全管理責任者は必要な権限を付与される旨が記載されていることに基づき、委員長を医療安全管理責任者である副病院長に見直した旨の報告があった。

以上から、本項目は「適切に実施されている」とした。

(3) 医療の質・安全管理部及び医療の質・安全管理委員会の活動報告について

山口医療の質・安全管理部副部長から、資料3-0~6に基づき、令和5年度の定例会議、講習会、院内死亡事例の検討と院内インシデント・オカレンス報告、表彰、新規医療審査室の実績、前回報告事例の改善策の実施状況、Quality Indicatorについて報告があった。また、西岡技師長から、資料3-5①に基づき、令和5年度第2回病院監査委員会報告事項の赤血球沈降速度検査結果の誤報告に関する改善策の実施状況の報告があった。

玉田委員から、オカレンス報告及び患者誤認を予防する対策を今一度見直してほしい、との意見があった。

矢賀委員長からオカレンスの定義について確認があり、山口副部長から、主には手術室内で手術関連で発生したもの、例えば予定外の手術の施行などと、CVカテーテル留置についての項目を設定している旨の回答があった。

玉田委員から、薬剤師の疑義照会がない場合の麻薬や抗がん剤使用に対する把握について質問があり、北原医療薬品安全管理責任者から、院内の処方はずべてを一覧化してシステムの不具合も含めてチェックをしており、疑義照会がまとまった段階で、常に定期的に私も疑義照会に問題がないかどうか確認している、また、院外の管理薬局薬剤師がチェックしてインシデントの問題があった場合には薬剤師会の審議で報告される旨の回答があった。

矢賀委員長から、CVポート留置中の管理確認を全くしていない医師が20%あるアンケート結果について懸念が示され、山口副部長から、引き続き周知していく旨の回答があった。

矢賀委員長から、Quality Indicatorのうち未読レポート件数の判断基準について確認があり、山口副部長から、チーム診療を行っているため診療科内であればオーダー医師とは違う医師でも既読のチェックができ、未読件数も確認できるようシステム改修を行った旨の回答があった。

以上から、本項目は「概ね適切に実施されている。インシデントの項目を絞った要因分析を行ってほしい。患者誤認の防止の取組、CVポート留置中の管理確認のフォロー、未読レポート件数減少へのフォローを継続してもらいたい」とした。

(4) 医薬品の安全使用のための取組について

北原医薬品安全管理責任者から、資料4-0~2に基づき、手順書の見直し、令和5年度の研修の実施状況、安全使用のために必要となる情報収集等について報告があった。

以上から、本項目は「適切に実施されている。」とした。

(5) 医療機器の安全使用のための取組について

白石医療機器安全管理責任者から、資料5-0~1に基づき、令和5年度の研修及び保守点検の実施状況について報告があった。

以上から、本項目は「適切に実施されている。」とした。

(6) 診療用放射線の安全使用のための取組について

伊東医療放射線安全管理責任者から、資料6-0~4に基づき、令和5年度の線量管理状況、令和6年4月から新規導入したPET-CTのプロトコールの決定、研修及び保守点検の実施状況について報告があった。

以上から、本項目は「適切に実施されている。」とした。

(7) 内部通報について

藤田総務課長から、資料7-0~4に基づき、制度の周知、令和5年度の発生案件について報告があった。

佐藤委員から、大学HPに掲載されている通報シート様式の注書きのうち「どのような法令に違反して」の部分は、対応窓口が同じで法令違反を対象とする公益通報と混同されているため「医療安全に疑義が生じた場合」等への修正をしてはどうかとの指摘があり、松永病院長から、大学本部と相談し、院内から相談しやすく疑義が集まりやすいシート様式に工夫したい旨の回答があった。

以上から、本項目は「通報シート様式の見直しを行ってほしい」とした。

(8) その他

西村総務課副課長から、資料8-0~6に基づき、医師の働き方改革の進捗状況等について報告があった。

玉田委員から、医療事故の要因となる長時間労働による集中力の低下を予防するという労働時間管理の目的をしっかりと周知してほしい、との意見があった。

以上から、本項目は「年1回程度、ポイントを絞って報告いただきたい」とした。

3. 総括

以上、山口大学医学部附属病院における医療安全に係る業務の状況について監査を実施したが、適正な管理・対応がされていたと認める。