

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3月21日（木）14時00分～15時50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（山陽小野田市民病院 山陽小野田市民病院事業管理者）※委員長
大田 明登（大田・讃岐法律事務所 弁護士）
玉田 英生（UBE株式会社 代表取締役・専務執行役員）
- (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（医薬品安全管理責任者）、永野 浩昭（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）、高崎 彰久（医療の質・安全管理部長）、山口 道也（副医療の質・安全管理部長）、吉松 裕子（GRM）、原田 元（GRM）、石川 佳子（GRM）、山下 順子（GRM補佐）、小池 正紘（診療放射線技師長）、松山 法道（臨床工学技士長）、佐藤 元則（事務部長）、足立 正博（総務課長）、藏本 揚一（管理運営課長）、濱本 伸一（医事課長）、中井 智明（総務課副課長）、岡村 竜也（総務課副課長）、岡本 健作（医療安全係員）、川口 愛恵（医療安全係員）、田中 美佐恵（企画・評価係長）高田 裕次（企画・評価係員）、土谷 和義 [監事]

2. 監査の内容及び結果

(1) 令和4年度第2回・令和5年度第1回病院監査委員会指摘・要望事項への対応状況

足立総務課長から、資料1-1、1-2、1-3に基づき、項目1から3の詳細は議題として説明し、項目4及び5については対応済みである旨の報告があった。

大田委員から、資料1-2については厚労省ガイドライン等に準じて策定されており問題ないと考えるが、実情に合わせた具体的な運用において労働時間外と認定することが良いのかを常に検討する場が必要ではないか、特に、判断が難しい使用者の黙示の問題、自由意志への十分な配慮、事実上は職場で求められる奨励されている行為については今後も検討いただきたいとの意見があった。

玉田委員から、勤務の該当、非該当の管理方法、勤務実態調査の範囲や期間のインターバルや分析の想定、裁量労働制の対象者について質問があり、岡村総務課副課長から、Dr. JOYシステムでの区分入力で管理すること、実態調査と分析は運用状況をみて検討すること、裁量労働制は臨床系の助教以上が対象である旨回答があった。

矢賀委員から、大きな改革であるためDr. JOYシステムでの運用を現場に即しているかを適時確認していただきたいとの意見があった。また、病院長から、国から例示があるがまだ解釈のグレーゾーンも多い状況にあり、院内の推進委員会において現場の声の把握に努めてガイドラインについても継続的に取組みたいとの補足があった。

以上から、本項目は「適切に実施している。医師の働き方改革については引き続き検討し報告いただきたい」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2-1に基づき、インシデント「赤血球沈降速度検査結果の誤報告」の公表の報告と詳細は次項で説明する旨の説明があった。

以上から、本項目は「判明後の対応は適切に実施されている。新たなシステムを導入時の動作確認を徹底していただきたい」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

高崎医療の質・安全管理部長から、資料3-1に基づき、「赤血球沈降速度検査結果の誤報告」について、検査部移転に伴うシステム更新時の設定誤りによる原因と、対象患者への対応の経過及び改善策について報告があった。

玉田委員から、5月の移転から11月の判明まで期間があり内部レポート等で確認できなかったのか、判明のきっかけは何かとの質問があり、高崎医療の質・安全管理部長から2回検査を行う事例の際に偶然に判明したとの回答があった。また、システム更新の際にマスタ管理を業者任せではなく院内で確認する専門部署があるかの質問があり、高崎医療の質・安全管理部長から、本件については検査部で確認することになっていると回答があった。

大田委員から、判明から影響なしの確認まで1週間かかっている方法について確認があり、高崎医療の質・安全管理部長から、各担当医から全件の回答がでるまでにかかった期間であり緊急性があれば即時に連絡するよう対応を依頼したが該当は無かったとの回答があった。

矢賀委員から、血沈は重大な影響にならないが、他の項目では重大な場合もあるため、すべての機器のシステム立ち上げ時にはサンプル等で十分な作動確認を徹底するよう習慣づけすべきではないか、との意見があった。病院長から、血沈の設定確認に併せて、データのアウトプットの設定を再確認していくつかの修正に対応しており、今後もシステム更新時に留意したい旨の補足があった。

吉松医療の質・安全管理部 GRM から、資料3-2に基づき、患者誤認防止キャンペーンについて報告があった。

玉田委員から、患者誤認は認知症の方への対応も含めて当初から課題としており、減少しており良い。キャンペーンにより患者さんに意識してもらうことが大切であるが、名乗りがあっても患者誤認となるケースについて質問があり、吉松 GRM から、名乗りだけでなく、何と患者情報を照合するかも重要であるため、名乗りと照合する手元情報についても管理を徹底し、名乗れない場合は入院患者のリストバンド、外来患者の外来受付表により確認している旨の回答があった。

大田委員から、どの受診等で名乗りを聞かれなかったのかもアンケートに加えて参考としていただきたい、矢賀委員から、医療従事者へアンケートする方法もあるとの意見があり、高崎医療の質・安全管理部長から、名乗りの機会がない人も含まれるなども反省点である旨の回答があった。

山口副医療の質・安全管理部長から、資料3-3に基づき、CV ポート留置中の管理に関する遵守状況についてアンケート結果の報告があり、確認を実施した医師の割合は増加したが、一方で全く確認していない医師が21.7%いる課題も判明したため継続して周知を行う旨の説明があった。

玉田委員から、改善しているができていない割合が多い印象のため継続して努力いただきたい、

矢賀委員から、同じく多い実感があるためカルテ記載しない特定の人への注意やカルテに次回確認をメモする等の工夫が必要ではないかとの意見があり、山口副医療の質・安全管理部長から、異動者もあるため半年に1回は周知を継続して行いたい旨の回答があった。

以上から、本項目は「患者誤認防止の取組は評価できるが、更に誤認件数の減少にむけて努力いただきたい。CVポート留置中の管理に関しては不十分であり、全く確認していない21.7%の医師への対策を行い限りなく0%に近づけていただきたい。」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4-1、1-2、4-3に基づき、手順書の改訂内容、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。

矢賀委員から、研修のその他について対象者の把握ができるかとの質問があり、医薬品安全管理責任者から、異動も多く母数の把握が困難である旨の回答があった。

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

永野医療機器安全管理責任者から、資料5-1、5-2に基づき、研修の実施状況、保守点検に関する計画及び実施、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り、研修に関しては年2回の受講を義務付けているが年度途中の異動も多く実質的な受講対象者の集計に苦慮しており受講率が低くでしてしまう旨の説明があった。

玉田委員から、医師の異動も多く多忙かつ働き方改革が始まる中で受講機会のフォローアップがあるか質問があり、永野医療機器安全管理責任者から、対応できていないためeラーニングを活用した方法を検討したい旨の回答があった。

矢賀委員から、繰り返し受講を促すために研修内容は毎回変わるのか、100%受講は難いだろうが受講率の数値を改善するために異動者のリアルタイムの把握は困難かとの質問があり、永野医療機器安全管理責任者から、厚労省が提供している研修を利用しており一定の頻度で内容が変更されていること、eラーニングは項目を選択して受講できること、異動者のデータ共有は今後の課題である旨の回答があった。また病院長から、働き方改革と院内の様々な研修の在り方は課題の一つであり、事務に研修支援係を新設して研修を統括し受講しやすい体制としていく旨の補足があった。

以上から、本項目は「働き方改革と共に研修の内容及び時間等を考慮した受講率の向上に取り組んでいただきたい」とした。

(6) 診療用放射線の安全利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6-1、6-2、6-3、6-4に基づき、医療被ばく線量の管理状況、放射線診療に従事する者に対する診療用放射線の安全利用のための研修の受講状況、放射線機器等の保守点検計画および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) 各種監査等の結果について

(1) 特定機能病院相互のピアレビューについて

高崎医療の質・安全管理部長から、資料7(1)-1、7(1)-2に基づき、ピアレビューの実施結果について報告があり、インシデント報告数増加への取組、令和6年度から医療の質・安全管理部に臨床工学技士を配置する旨の説明があった。

矢賀委員から、着実に取組み成果が上がっており、ME が医療安全部署に参加するのもよい対応であり活躍いただきたい。オカレンス報告ではインシデントレポートの労力に見合う改善の事例があるかとの質問があり、高崎医療の質・安全管理部長から、類似例が多い場合は委員会で方策を行いモニタリングする仕組みがある旨の回答があった。

以上から、本項目は「適切に実施され、成果があがっている。」とした。

(2) 医療監視について

足立総務課長から、資料7(2)に基づき、令和5年度医療法第25条第3項の規定に基づく立入検査の結果が報告された。

以上から、本項目は「適切に実施されている。」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。

以上