

国立大学法人長崎大学

学長

河野 茂 殿

医療法施行規則（昭和23年厚生労働省第50号）第15条の4第1項第2号
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。

2021年11月19日

長崎大学病院医療安全監査委員会

委員長 後 信

川添 志

飯田 由紀子

令和3年度 第1回 長崎大学病院医療安全監査委員会 報告書

当監査委員会は、医療法施行規則（昭和23年厚生労働省第50号）第15条の4第1項第2号に基づき、長崎大学病院における医療安全活動について、貴院から提出された資料及び医療安全管理を担当する職員による説明や意見聴取により、審議の上、本監査報告書を作成しましたので提出いたします。

1. 日時：令和3年10月19日（火） 13:15-14:50
2. 方式：ウェット会議
3. 医療安全監査委員会委員：
後 信（委員長、九州大学病院 医療安全管理部）
川添 志（山下・川添総合法律事務所）
飯田由紀子（長崎大学病院 院内ボランティア）

4. 監査の方法及び結果

1) 医療安全にかかる委員会の議事の確認 (監査方法)

- 「2020年度（第10回）医療安全管理委員会議事要旨」（資料1:10-14頁）、「2020年度（第11回）医療安全管理委員会議事要旨」（資料1:15-18頁）、「2020年度（第12回）医療安全管理委員会議事要旨」（資料1:19-22頁）、「2021年度（第1回）医療安全管理委員会議事要旨」（資料1:23-27頁）、「2021年度（第2回）医療安全管理委員会議事要旨」（資料1:28-32頁）、「2021年度（第3回）医療安全管理委員会議事要旨」（資料1:33-37頁）、「2021年度（第4回）医療安全管理委員会議事要旨」（資料1:38-41頁）、「2021年度（第5回）医療安全管理委員会議事要旨」（資料1:42-45頁）に基づいて、医療安全管理委員会の活動について確認した。特に、資料の中で、最初に綴じられていた「2020年度（第10回）医療安全管理委員会要旨」（資料1:10-14頁）を用いて、通常の議事の構成について確認した。おおよそ、インシデントレポートの集計、そのうち3b以上の影響を認めた個別事例の説明、リスクマネージャー会議で取り上げた個別事例の説明、優良レポートの選定結果、医療機器に関する委員会の報告、医療安全管理に関する個別の審議事項（資料では例えば「肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症リスク評価率について」など）、死亡事例報告書提出状況、個別の死亡事例の説明、医薬品副作用の発生状況、プレアボイド事例の報告、定期院内ラウンド・公開ラウンド結果の報告等の議題が設定されていること、および、日本医療機能評価機構が運営している法令に基づく医療事故情報収集等事業が作成している報告書や医療安全情報が当該委員会において

て説明され、また、資料として提供されていることを確認した。

- 次の各事項について、詳細に確認した。
 - ・ インシデント事例は毎月 300 件前後報告されていること、その分析はリスクマネジャーに割り当てる形式で分業して読み合わせを行い、リスクマネジャーに周知すべき事例を選択していること、その事例はリスクマネジャー会議で詳細に説明されること、リスクマネジャー会議で特に意見があれば、その事例は医療安全管理委員会でも説明することになるという流れを確認した。
 - ・ インシデント報告の中には、患者に生じる有害事象を未然に防ぐことができた事例や、医療安全の向上に資する業務改善につながった事例が含まれることから、優良レポートという範疇を設けておりインシデントレポートシステムの中で選択できるようになっていること、投票により投票数が多かったレポートの報告者を毎月表彰していること、さらに半年に一度、その中の最も優れたレポートを選定して表彰していること、それらの作業をリスクマネジャーの義務的な業務としていることを確認した。このように良い報告を行った職員や部署に報いる方法を採用していることを確認した。また説明者の医療安全管理部長の着任の時点で既に優良レポートの選定の仕組みが運用されていたことから、10 年を超える実績があるものと考えられた。
 - ・ 医療安全管理委員会とリスクマネジャー会議は、通常はこの順に開催され、医療安全管理委員会で審議、決定した事項をリスクマネジャー会議で報告していることを確認した。しかし時には出席者の都合により開催順が逆になることもあること、その場合は、開催順にこだわって審議や報告を先送りにするのではなく、両会議の議事を柔軟に運用して、スピード感をもった運営を行っていることを確認した。
 - ・ 医療安全管理委員会では、個別のインシデント事例の説明が件数、時間の点で多くを占めており、その分審議、報告に費やす時間が制約される。そこで効率的に会議を運営するために、医療安全管理部が毎週開催している内部の会議で事例をよく検討していることを確認した。また、医療安全管理部会では、同じ事例を繰り返し検討することもあることも確認した。
 - ・ 医療安全を目的としたラウンドの形式には、1 年間で毎月ラウンドを行って全部署を訪問していること、訪問部署に予告して行う公開ラウンドと、予告せずに行われる抜き打ちで行う公開ラウンドの 2 種類があること、抜き打ちの形式の訪問も各部署に毎年 1 回程度の頻度で行われていることを確認した。また、抜き打ちの形式で行うラウンドでは、訪問部署で対応できるスタッフの数が限られることもあるが、長い実績があることから職員の間で定着しているため、限られた人数であっても一定の確認を行うことに協力が得られていることを確認した。
 - ・ 「2020 年度（第 10 回）医療安全管理委員会要旨」（資料 1:10-14 頁）では、インシデントレベル 5 に該当する事例、つまり死亡事例が 4 件報告されており、他の月の議事要旨では 0-2 件であり少なかった。これについては、特別な理由が急に生じたために死

亡事例や報告が増加したわけではなく、個別に検討して大きな問題はなかったと結論したことを確認した。また全死亡事例の把握は別途行っており、そのうちインシデントに該当する事例が報告され、医療安全委員会の資料に計上されること、最近は、疑義がある死亡事例がインシデント報告されなかったということは経験していないことを確認した。

- ・ 資料中の歯科領域の個別事例について、同種の事例が短期間に 2 件報告されていることについて、一般に発生頻度が少ないと思われる事例が繰り返したことから、特に再発防止策の検討を開始し、現在も検討中であることを確認した。

(結果)

- 医療安全管理委員会の議事は網羅的であり、毎回必要な議事が設定されており適切であると認める。
- インシデント報告は毎月 300 件前後であり、800-900 床規模の特定機能病院である長崎大学病院として、適切な件数であると認める。
- 多くのインシデント事例の中で、学習や改善につながる事例を効率よく検討するために、リスクマネージャーによる分業により報告事例を取り扱っていることには、工夫が認められ、適切であると認める。
- インシデントレポートのうち、役立ったレポートを優良レポートとして選定、表彰する仕組みを長く運用していることは、工夫が認められ、適切であると認めるとともに、長い実績もあり高く評価できる。
- 医療安全管理委員会とリスクマネージャー会議の開催順や審議から報告の流れについて、時にやむをえず開催順が前後する場合も、重要な事例やその結果の医療現場への周知を迅速に行う観点から、柔軟な運営を行っていることは、適切な運用であると認める。
- 医療安全を目的としたラウンドの形式には、いわゆる抜き打ちの性質のラウンドも行われており、通常が多忙な業務の中でも実質的なラウンドになっている。このように通常の状態を評価できる手法を取り入れていることは適切であるととともに、長い実績があり高く評価できる。
- 「2020 年度（第 10 回）医療安全管理委員会要旨」（資料 1:10-14 頁）では、インシデントレベル 5 に該当する事例が、他の月の事例よりも多かったが、特に改善を要する原因は認めず、通常増減の範囲内の件数であると考えられる。
- 資料中の個別のインシデント事例について発生頻度が低いと思われる事例が繰り返して報告されていたところ、当該事例については特に入念に再発防止策を検討中であることから、適切に対応されているものと認める。

2) 医薬品・医療機器の安全にかかる委員会の議事の確認

(監査方法)

- 「令和 2 年度 第 17 回 医薬品医療機器等安全管理専門委員会議事要旨」（資料 1: 46-47 頁）、「令和 2 年度 第 18 回 医薬品医療機器等安全管理専門委員会（書面審議）議事要旨」（資料 1: 48-49 頁）、「令和 2 年度 第 19 回 医薬品医療機器等安全管理専門委員会（書面審議）議事要旨」（資料 1: 50-51 頁）、「令和 2 年度 第 20 回 医薬品医療機器等安全管理専門委員会（書面審議）議事要旨」（資料 1: 52-53 頁）、「令和 2 年度 第 21 回 医薬品医療機器等安全管理専門委員会議事要旨」（資料 1: 54-55 頁）、「令和 2 年度 第 22 回 医薬品医療機器等安全管理専門委員会（書面審議）議事要旨」（資料 1: 56-57 頁）、「令和 3 年度 第 1 回 医薬品医療機器等安全管理専門委員会議事要旨」（資料 1: 58-59 頁）、「令和 3 年度 第 2 回 医薬品医療機器等安全管理専門委員会（書面審議）議事要旨」（資料 1: 60-61 頁）、「令和 3 年度 第 3 回 医薬品医療機器等安全管理専門委員会（書面審議）議事要旨」（資料 1: 62-63 頁）、「令和 3 年度 第 4 回 医薬品医療機器等安全管理専門委員会（書面審議）議事要旨」（資料 1: 64-65 頁）、「令和 3 年度 第 5 回 医薬品医療機器等安全管理専門委員会（書面審議）議事要旨」（資料 1: 66-67 頁）、「2021（令和 3）年度 第 6 回 医薬品医療機器等安全管理専門委員会議事要旨」（資料 1: 68-69 頁）を用いて、通常の議事の構成について確認した。おおよそ医薬品医療機器等の適応外使用の審議を中心として、この他に審議済みの医薬品、認定臨床研究審査委員会審議結果等の報告がなされる構成となっていることを確認した。このうち、適応外使用の審議件数が 10-20 件超あった会議が複数回あった。また会議時間は 15-60 分程度であった。このような現状にあって、効率的に審議が行われている理由として、緊急で審議が必要な案件は会議の前に電子メールで議論し、会議ではその結果で承認されること、抗癌剤のレジメン審査に関する委員会や、未承認新規医薬品評価委員会など、他の委員会で既に審議済みとなっている案件もあること、薬剤部による確認が行われることが挙げられることを確認した。また、医療安全管理の薬剤師がそれらの会議に出席していること、問題が多い案件は医薬品医療機器等安全管理専門委員会に申請される前の段階で様々な指摘がなされて、実質的な申請案件の絞り込みが行われることを確認した。個別の申請における説明と同意といった倫理的な事項についても、先述した本会議に申請される前の段階で確認が行われることや、臨床倫理に関する会議で検討されることもあることを確認した。
- 未承認医療機器に関する審議案件はこれまでほとんどないこと、わずかな審議案件も研究の枠組みで実施するように勧め、本委員会における承認は行われなかったことを確認した。
- 例えば国の政策として行われている、誤接続防止コネクタの導入といった議事は、本委員会ではなく医療安全管理委員会や ME センターの委員会で扱われていることを確認した。
- 未承認新規医薬品に関する評価委員会は本委員会の下部に位置付けられていること、当該評価委員会は個別の申請を詳細に検討していること、研究として行うべき事例で

あるか否かの判断も行っていること、患者の病状に応じ緊急の審議依頼にも対応していることを確認した。

(結果)

- 医薬品・医療機器の安全にかかる委員会の議事は、関連する他の会議と連携しつつ、必要な議題が設定されており適切であると認める。
- 審議対象となる医薬品の件数が多い会議もあり、効率的かつ実質的な審議を行うために、他の会議との連携や、会議前に電子メールで議論する方法が取り入れられており、適切であると認める。

3) 令和3年度の重点的な取り組み（画像診断報告書等の未読対策）

(監査方法)

- 「厚生労働省による未読対策に関する都道府県通知」（令和元年12月11日付 厚生労働省医政局総務課医療安全推進室事務連絡）（資料2: 70頁）、「厚生労働省研究班による対策報告書」（令和元年12月11日付 厚生労働省医政局総務課医療安全推進室事務連絡 別添1）、「読影レポートの見落としと問題発生パターン」（資料2: 72頁）、「読影レポートの見落としに対するシステム対応」（資料2: 73頁）「CITAを用いた既読管理機能導入内容資料」（資料2: 74-94頁）を用いて、画像診断やその他の検査結果の報告書の未確認防止対策として行われた、未読の原因の分析、未確認防止を目的とした医療情報システムを2019年から約2年間にわたり開発してきたこと、開発した様々な未読防止機能とシステムの導入について確認した。
- 放射線検査の報告書の未読防止対策を優先しつつ、将来的に病理検査報告書や内視鏡検査報告書、超音波検査報告書の未読防止対策を段階的に進めていく予定であることを確認した。また開発したシステムには、報告書を確認した後の対応を記載しそれを確認することができる機能も装備していることを確認した。当該機能は、まず優先度の高い未読防止対策を行う中で、運用について検討することも確認した。
- システムは8月に稼働を開始しており、各病棟に配置された事務職員が検査後に未読となっている報告書を当該システムで毎週抽出し担当医師等に連絡することで、医師による報告書の確認を促進していること、画像検査をオーダーした医師に加えてもう一名の医師が確認して初めて既読のステータスになることを確認した。今後、未読報告書の件数や経時的な推移のデータが得られる見込みであることを確認した。
- 報告書の確認の目標として、1ヶ月以内に全ての報告書が既読となることを想定していることを確認した。
- 長崎大学病院で実際に発生している事例等を分析して作成した「読影レポートの見落としと問題発生パターン」（資料2: 72頁）に基づき、未読となる原因が生じないように「読影レポートの見落としに対するシステム対応」（資料2: 73頁）を作成して、未

読防止システムを開発し運用を開始した経緯を確認した。

- 画像診断報告書は全ての画像に対して作成されるものではないことから、画像自体を閲覧していない事例も防止するために未読防止システムの機能は画像自体にも適用される仕組みとなっていること、将来的に画像自体の未確認の防止及び確認の促進に取り組む予定であることを確認した。
- 画像の読影を行った際に、緊急の対応が必要な場合は、放射線部から電話連絡を行うこと、それ以外の画像で予期しない所見が判明した場合は、個別の画像に重要フラグを付し、それを集計することもできることを確認した。

(結果)

- 「厚生労働省による未読対策に関する都道府県通知」(令和元年 12 月 11 日付 厚生労働省医政局総務課医療安全推進室事務連絡)(資料 2: 70 頁)、「厚生労働省研究班による対策報告書」(令和元年 12 月 11 日付 厚生労働省医政局総務課医療安全推進室事務連絡 別添 1)の内容が理解されており、画像診断報告書の未確認による癌治療の開始の大幅な遅れや癌の進行による患者死亡の事例に社会的な関心が高まっている現状であることが認識されていることが確認された。この認識は適切であると認める。
- 長崎大学病院で実際に発生した事例等に基づいてシステムで行うべき対策を検討し、システムの機能を開発して運用開始したことは、医療現場の現実に即した対応を行うための方針と考えられ、適切であると認める。
- 放射線検査の報告書の未読防止対策を優先しつつ、病理検査報告書や内視鏡検査報告書、超音波検査報告書の未読防止対策も進めていく予定であることや、画像自体の未確認防止対策も進める予定であることは、医療法において医療の高度の医療安全を確保する能力を有することを要件の一つとする特定機能病院に指定されている長崎大学病院の先進的な取り組みとして適切である。また、未読の状態が続いているうちに患者に健康被害が生じた場合の法律上の責任の観点からも、高次医療機関には関係する部署や医療者同士の必要な連携によって確実に報告書の内容を確認することが求められる。今後、その取り組みや実績を他の大学病院や地域の基幹病院等に周知することが期待される。
- 本年 8 月に稼働開始したシステムにより、今後データが作成される予定であり、データに基づいた報告書の未読防止対策を進める予定であることは適切である。関係する診療科、診療部門は定期的を示されるデータを踏まえ、当事者意識をもち迅速に確認を行うことが望まれる。また、目標として 1 ヶ月で全ての報告書が確認されることを挙げていることは適切であるとともに、データに基づいて目標の必要な見直しを行いつつ報告書の未読防止対策を進めることが期待される。

4-1)モニタリングの状況：肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症対策

(監査方法)

- 「肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症対策リスク率昨年比」(資料 3-1: 95 頁)、「肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症リスク評価 看護ケア実施率」(資料 3-2: 96 頁)を確認した。全診療科のリスク評価率は、令和 2 年度は 70-80%程度で推移し、今年度も 6 月までは 70%程度で推移したのち、電子カルテを更新した 7 月以降は、7 月、8 月ともに 90%台に上昇していることを確認した。また、リスク評価を受けて、中リスク以上でありかつ予防のための看護ケア実施の指示がなされた場合に行う看護ケア、具体的には塞栓防止ストッキングの装着やフットポンプの使用の実施率は、令和 2 年度は 60-80%で推移し、今年度も 4-6 月に 70%台で推移したのち、電子カルテの更新が行われた 7 月にデータ抽出の条件が変更されたことや、リスク評価が行われた事例が増えたこともあり、7 月、8 月は 50%台で推移していることを確認した。
- 手術とは関係のない理由で入院している患者に対しても、リスク評価や看護ケアが行われるような医療情報システムを構築していること、診療報酬上の加算があることから、経営の観点からもリスク評価と看護ケアを促進していることを確認した。
- 医療の質や安全に関係するデータは、病院の中で委員会や各部署などで様々な機会に算出し参照されているが、医療安全管理部がモニターしているのは、本委員会の資料に掲載した項目であることを確認した。

(結果)

- 今後、電子カルテ更新後のデータが蓄積されることから、月次データに基づいて、リスク評価率や看護ケア実施率改善のために、医療安全管理部及び関係する診療科、診療部門が協力して取り組むことが期待される。

4-2)モニタリングの状況：転倒・転落予防指導の記載率(テンプレート入力率)

(監査方法)

- 「2021 年度 転倒・転落予防指導の記載率(テンプレート入力率)」「転倒転落(必須)テンプレート内容」(資料 3-3: 97 頁)を確認した。目標値は「年平均 95.0%以上」としていることを確認した。2020 年度は 93-96%で推移しており、今年度の 4-8 月期は 95-97%で推移していることを確認した。「転倒転落(必須)テンプレート内容」の具体的な入力内容は、予防指導の対象者(患者本人、その他)、入院時履物確認、具体的説明内容、患者・家族の反応であり、患者・家族の反応は必ず記載するとされていることを確認した。

(結果)

- 転倒・転落予防指導の質を高めるために、転倒・転落予防指導のテンプレートを作成し、その適切な記載をモニターしていることは、適切である。そして今年度は目標を達成で

きる可能性がある値で推移していることから、今年度の終わりまで関係する職員が当該月次データを意識しつつ、質の高い指導を継続することが期待される。

4-3)モニタリングの状況：インシデント記事入力状況調査結果

(監査方法)

- 「インシデント記事入力状況調査結果」(資料 3-4: 98 頁)を用いて、インシデント報告された事例について、分析に足るレポートの条件とも言うべき、事例の正確な把握や、個別な事例における患者・家族説明の記録の質向上のために、時系列の形式による記事の作成件数とその割合(隔月のデータ)、患者説明と患者の反応の記載とその割合(隔月のデータ)、患者説明および患者の反応の記載にテンプレートを使用している件数とその割合(隔月のデータ)を病棟の看護師のうち医療安全を担当する職員が確認してデータを作成していることを確認した。「時系列での記事入力率」は、2020 年度以降 2021 年 8 月までに 97-100%で推移していることを確認した。「患者説明・反応の記録率」は、2020 年度以降 2021 年 8 月までに 96-100%で推移していることを確認した。「患者説明・反応の記録のテンプレート使用率」は、2020 年度以降 2021 年 8 月までに 92-100%で推移していることを確認した。

(結果)

- インシデント報告は報告と学習・改善のための仕組みであることから、学習に足る情報が記載されることが求められ、レポートの質を高く保つことは重要である。また患者・家族への説明の充実も医療における大変重要な課題である。それらをデータを用いて可視化するための指標とその定義を作成していることは、適切であるとともに高く評価できる。
- データは、いずれも高い値で推移しており、適切である。同時にそのことは、現行の定義では今後数値上の改善の余地があまり大きくないことも意味していることから、今後更なる改善を検討する際には、データや目標値をどのように設定するか検討しつつ運用することが期待される。

5) ニュースレターの配布による注意喚起

(監査方法)

- 「RM Newsletter ヘパリン禁忌の患者はヘパリンロックも禁忌です!(2021 年 4 月)」(資料 4-1: 99 頁)、「医療事故情報収集等事業 医療安全情報 中心静脈カテーテル抜去後の空気塞栓症(2016 年 4 月)」(資料 4-2: 100-101 頁)、「医療事故情報収集等事業 医療安全情報 中心静脈ラインの解放による空気塞栓症(2017 年 9 月)」(資料 4-3: 102-103 頁)、「ME 機器センター Newsletter 3P プラグは、必ず 3P コンセントで使用してください ※3P-2P 変換プラグを使用すると危険です(2021 年 9 月)」(資料 4-4: 104

頁)を確認した。特に長崎大学病院が作成した2点は医療現場で発生する事例であり、かつ、知られていない可能性がある知識について作成されていること、また、わかりやすい内容であることを確認した。

- また法令に基づく事故等事案の報告と学習制度である医療事故情報収集等事業の医療安全情報を職員に周知していることを確認した。

(結果)

- 安全管理部や ME センターが職員に対して注意喚起するための媒体としてニュースレターを作成していること、わかりやすい内容として作成されていることは適切である。
- 外部組織の有用な情報を入手し、職員に周知していることは適切である。
- 医療現場で発生するインシデントは様々であり、今後も注意喚起すべき事例が発生、報告すると考えられる。そこで、この取り組みを継続することが期待される。

6) 新型コロナウイルスによるパンデミックの間の医療安全の会議や研修の開催形式や時間、研修の受講状況

(監査方法)

- 「令和2年度/令和3年度 会議開催状況」(資料 5-1: 105 頁)、「令和2年度 医療安全研修会開催状況」(資料 5-2: 106 頁)、「令和3年度 医療安全研修会開催状況」(資料 5-2: 107 頁)を確認した。会議の開催状況は、令和2年4月～令和3年9月の期間で、医療安全管理委員会は毎月対面形式で開催されたが、リスクマネジャー会議は令和3年3月の1回を除き対面形式ではなく電子メールにて資料配布を行ったことを確認した。また、このような形式の決定にあたっては長崎大学本部から示された基準に基づいて判断していること、リスクマネジャー会議は出席者数が多い会議であることから当該基準に照らせば対面方式ではほとんど開催できなかったことを確認した。医療安全研修会は、パンデミックが始まる以前からeラーニングを取り入れて対面形式と併用していたこと、パンデミック後は全てeラーニングで実施したこと、研修会は令和2年度には3回、令和3年度は1回開催したこと、受講率は各回とも92-98%であることを確認した。

(結果)

- 医療安全管理委員会及びリスクマネジャー会議は毎月開催されており、開催形式は長崎大学本部が示す基準に則して判断されていた。このことは適切である。
- また、医療安全研修会は感染防止対策のため、全てeラーニング形式で開催されており、適切である。また、研修の受講率はいずれも90%を超えており適切である。
- 今後、感染が沈静化する時期を迎える頃、効率的かつ効果的な会議や研修を実施するために、対面形式とバーチャル形式のメリットやデメリット、パンデミックを経験した後

のいわゆるニュー・ノーマルの姿を検討して実施することが期待される。

7) 紛争可能性が高い、病院側に責任がある可能性が大きい事案への対応

(監査方法)

- 「医療事故防止に関する基本組織」(資料 6-1: 108-110 頁)、「紛争可能性が高い、病院側に責任がある可能性が大きい事案への対応」(資料 6-2: 111-113 頁)を確認した。紛争可能性が高い、病院側に責任がある可能性が大きい事案であることを認識した場合は、迅速な対応が求められるところ、「医療事故防止に関する基本組織」(資料 6-1: 108-110 頁)により、医療安全管理部が審議を依頼する会議として医療事故内容等検討会議があり、医療安全管理委員会の審議を待たずに機動的な開催が可能であるとともに、必要であれば医療安全管理委員会の開催を依頼できることを確認した。事例の把握方法としては、患者・家族からの苦情を契機とした事例が説明されたが、この他に、インシデントと報告された事例の中から迅速に対応すべき事例を把握することもあることを確認した。
- また同資料により、その他の医療安全管理に係る会議の役割も確認した。患者への補償を行うことは医療安全管理委員会において審議、決定されることを確認した。
- また、「紛争可能性が高い、病院側に責任がある可能性が大きい事案への対応」(資料 6-2: 111-112 頁)では複数の具体事例に基づいて、経時的な対応、特に事例発生を把握した時点での迅速な報告(病院長、医療安全管理責任者、医療安全管理部など)、医療安全管理部週会議、医療安全管理委員会、医療事故内容等検討会議等の開催、患者・家族説明及び謝罪、法律家と協議しつつ行う補償の検討、外部の有識者を招聘して行う再発防止策の検討等が行われたことを確認した。

(結果)

- 医療安全管理に係る様々な会議の役割が整理されており、そのうち医療事故内容等検討会議は医療安全管理部にとって機動的に開催され迅速な事例への初期対応を可能にする有意義な会議となっている。このことは適切である。
- 実際に発生した具体的な事例における対応を時系列に確認し、適切に対応されているものと考えられた。
- 紛争可能性が高い、病院側に責任がある可能性が大きい事案への対応における、医療従事者としての謝罪と、法律上の責任を明確にしてそれに応じた補償を検討することとは、対応の視点が異なるため、法律家と協議しつつ対処することが必要である。実際にそのように対応されており、そのことは適切である。このことは、本委員会で法律家の委員からも重要な点として指摘された。引き続き、医療従事者として発生した事案に関する迅速な説明や謝罪等の対応と、補償の対応とをそれぞれの対応の視点を明確にしつつ、適切な対応に努めていただきたい。

5. 改善を求める事項等

- 特に改善を求める事項は認めない。
- 新型コロナウイルスの感染拡大が長く続いている中で、感染対策の強化や従来行ってきた医療が大きく制約を受けるなど、忙しさや精神的ストレスが増すといった有形無形の負担に耐えて医療を提供しておられる職員の皆様に、本委員会は深い敬意と感謝の気持ちを表するとともに、今後も組織、個人の両方のレベルで、職員の皆様が心身ともに健康を維持し勤務を継続されるよう取り組んでいただきたい。
- なお、特定機能病院に求められる高度の医療安全確保の能力を発揮しつつ、様々な職員が協力して、取り組んでいただきたい。例えば、データを活用した医療の質や安全の向上の取り組みは、関係者の関心や実践が重要である。また、もし紛争可能性が高い、または病院側に責任がある可能性が大きい事案が発生した場合は、関係者が当事者意識をもち、迅速に対応することを今後も継続していただきたい。

2021年11月19日

長崎大学病院医療安全監査委員会

委員長 後 信

副委員長 川添 志

委員 飯田 由紀子