

自治医科大学附属病院医療安全管理監査委員会設置規程第2条に基づき、委員会を開催致しました。その結果につき、以下のとおり報告致します。

1. 監査の方法

第2条第1項の規定に基づき、医療安全管理責任者、医療の質向上・安全推進センター、医療安全対策委員会、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者等の業務状況について、以下のとおり管理者等から委員に対して口頭及び資料の確認によって、特定機能病院として求められる医療安全に関する体制の整備状況について説明が行われた。

- ・実施日時 平成30年10月17日(水) 15:00～16:30
- ・実施場所 自治医科大学附属病院新館2階会議室1
- ・監査委員
 - 委員長 菱沼 正一 (地方独立行政法人栃木県立がんセンター 理事長)
 - 副委員長 簗田 清次 (自治医科大学 副学長)
 - 委員 内山 聖 (新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院 病院長)
 - 委員 遠山 信幸 (自治医科大学附属さいたま医療センター 副センター長)
 - 欠席 山口 育子 (認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長)
- ・病院側出席者
 - 管理者 佐田 尚宏 (病院長)
 - 医療安全管理責任者 遠藤 俊輔 (副病院長)
 - 医療安全管理部門責任者 新保 昌久 (病院長補佐)
 - 診療録管理責任者 興梶 貴英 (病院長補佐)
 - 医療機器安全管理責任者 進藤 靖夫 (臨床工学部技師長)
 - 医薬品安全管理責任者 中澤 寛仁 (副薬剤部長)

2. 監査の内容

- (1) 平成29年度自治医科大学附属病院医療安全体制について
 - ① 全体統括
 - ② 懸案事項への対応報告について
 - インフォームドコンセント(IC)基準について
 - 内部通報窓口の見直しについて
- (2) 要管理医薬品の安全管理について
 - ① 院内事例報告及びその対応について ～院内における筋弛緩剤の紛失事例と対応～
 - ② 要医薬品管理状況院内視察(中央手術部・集中治療部)
- (3) その他
- (4) 講評

3. 監査の結果

(1) 平成 29 年度自治医科大学附属病院医療安全体制について

① 全体統括

資料に基づき、昨年度の目標と活動計画に対する達成状況、今年度の目標と活動計画、昨年度から今年度にかけてのインシデント報告数、検査結果レポートの未読管理に関する対応について医療安全管理部門責任者から説明があり、以下の質問に対する確認が行われた。

(○：監査委員 ●：病院側出席者)

○同一インシデントに対して複数人から報告があった場合のカウント方法について

●同一案件に対して複数の職種から報告が上がっている傾向があり、それぞれをカウントしている。

○巡視結果フィードバックの強化に伴う成果について

●巡視部署へ事前にチェックシートを配付し、達成状況を確認し結果を返送しているが、更なる評価については未実施である。

○院内巡視の具体的な実施方法と構成員について

●月に 2 回程度実施し、1 年で各部署を複数回巡視できるよう計画し、構成員は、QS センター員及び QS マネージャーである。

○高難度新規医療技術、未承認新規医薬品等を用いた医療の提供における審議件数について

○初期研修医向けのアプローチの取組状況について

●卒後臨床研修センターと協同し取組を検討し、月に 1 回程度医療安全に関する情報共有を目的としたセミナーを実施する方向で相談を進めている。

○医療事故調査シミュレーション（机上訓練）について実施状況と参加者について

●上半期での実施は至っていないが、QS センター員、QS マネージャーにて構成予定である。

○放射線科診断レポートのチェックについて（①割合②リスト作成の頻度③電子カルテ上の工夫）

●①チェック残件数は把握しているが、総数を把握していないためチェックの割合については、今後の検討とする。②毎月集計し、診療代表者会議で周知を行っている。③診療科毎に未読リストを作成、さらに早急に確認を要するレポートは赤字で表示し、担当医が気付けるよう表示している。

○4 月入職以外の職員への研修実施方法について

●採用や復帰前に研修を実施するため、e-learning 研修を行い、受講後に電子カルテの使用を許可している。

○高難度医療の定義について

●附属病院で実施したことのない医療技術（軽微な術式の変更等を除く）であって、①新たに保険収載された手術・侵襲的検査、②外保連基準 D 難度以上の手術・手技及び検査、③新たに承認された侵襲の高い医療機器の使用としている。

また、委員からの意見は次のとおり。

○医療安全管理に関する目標・活動計画と達成状況の報告は、暦年または年度での統一が望ましい。

○インシデント報告は、全体的には増加傾向ではあるが、報告の少ない部署や、医師からの報告が少ないので、引き続き報告を増やす努力をお願いしたい。

②懸案事項への対応報告について

・インフォームドコンセント（IC）基準について

前回の監査委員会で指摘のあった IC の内容や同席の基準について、資料に基づき「リスクマネジメントマニュアル」と「診療録記載の手引き」と「看護業務基準・手順」の3つの内容について統合したものを作成したこと。診療録記載要綱については、電子カルテに記載する項目について集約し作成したこと。それぞれの改正内容について説明があった。

・内部通報窓口の見直しについて

平成30年6月に病院内において内部通報窓口を設置し、同月の診療代表者会議において周知した旨の報告があり、以下の質問に対する確認が行われた。（○：監査委員 ●：病院側出席者）

○内部通報窓口設置後の実績、匿名で通報する方法について

●実績は1件あり、匿名性については、電話で相手が名乗らない場合や QS センターへのポストイーキングが考えられるが、その場合の情報確認方法などについては現実的には難しい。

(2) 要管理医薬品の安全管理について

①院内事例報告及びその対応について ～院内における筋弛緩剤の紛失事例と対応～

資料に基づき、医薬品安全管理責任者より状況説明および報告があった。

②要医薬品管理状況院内視察（中央手術部・集中治療部）

中央手術部、集中治療部の医薬品管理の状況を確認した。

(3) その他

次回委員会にて、高インシデント事例についてまとめ次第、報告する旨、説明があった。

4. 講 評

○薬剤の保管状況について視察し、きちんと管理されていることが確認できた。

○内部通報窓口について、意見の重要性を考慮し、調査の対応手順について、確立していただきたい。

○ICの基準は、今回統一されており迅速な対応をされていた。簡単そうで難しい作業であり、よく対応している印象を持った。

○細かい点の指摘はあったが、それぞれ改善していただき、今後より良い病院としていただきたい。