

2025年度 第2回 監査結果報告書

標記の件について、下記の通りご報告申し上げます。

記

1. 日 時 : 2025年12月9日(火) 13時~15時30分
2. 場 所 : 外来棟6階 カンファレンスルーム1
3. 監査委員: 橋本廸生(委員長)、棚瀬慎治(委員)、岩本裕(委員)、落合和徳(委員)
4. 対象期間: 2025年4月~2025年9月
5. 実施方法: 資料およびプレゼンテーションに基づく医療安全管理体制および実業務の確認、ヒアリング
6. ヒアリング対象者

小島 博己/病院長

瀧浪 将典/副院長・医療安全管理責任者・医療安全管理部門長(医師)

大城戸 一郎/医療安全推進部長(医師)

小菅 誠/医療安全推進部副部長、医療機器安全管理責任者(医師)

佐藤 恵/医療安全推進部副部長、医療安全管理者(看護師)

千々谷 真理子/医療安全管理者(看護師)

有賀 庸代/医療安全管理者(看護師)

出雲 正治/医薬品安全管理責任者(薬剤師)

平川 英滋/医療放射線安全管理実務責任者(診療放射線技師)

佐々木 雄一/医療機器安全管理実務責任者(臨床工学技士)

影井 淳子/医療安全推進部(事務員)

鈴木 浩子/医療安全推進部(事務員)

小田 知香子/医療安全推進部(事務員)

古沢 身佳子/16H病棟師長(看護師)

7. 前回の指摘事項に対する改善状況について

配布資料をもとに次の通り確認した。

- 1) 指摘事項①「2024年度医療安全推進部活動計画に対する評価について」

思い込み等に起因して発生した患者誤認事例について、現場と共有し、引き続き啓発に努めていただきたい。また、インフォームド・コンセント取得時の説明者および同席者に関する基準について、現場における認知度が低いと認識されている。そのため、現状実施している対応に加えて、さらなる認知度向上への対応が必要である。

【改善報告】

各会議・委員会等で2024年度の取り組みの結果を報告し、基本的安全確認行為を徹底することを共有した。院内ラウンドの際に基本的安全確認行為について確認し、必要性について共有している。インフォームド・コンセントにおいても院内ラウンドの際に同席基準についてヒアリングを行い、不明確な場合には指摘した上で、部署で周知するようフィードバックしている。

＜改善報告に対する監査委員確認事項＞

- ・院内ラウンドの結果を報告いただきたい。

→院内ラウンドでは自己評価表兼ラウンドチェックリストを使用し、ラウンド前に自己評価とラウンド当日にヒアリングを行っている。このチェックリストに患者確認行為と同席基準に関するチェック項目があり、各部署における認知度を確認している。認知度が低いと判断した場合、改善状況報告書の提出を求めている。

2) 指摘事項②「医療問題発生状況報告」

医療問題発生報告の年度別報告件数のグラフにおいて、レベル別の数値の推移がわかるように改善いただきたい。

【改善報告】

レベル別の数値の推移が明確になるように資料を作成した。

8. 監査結果について

2025年度上半期における医療安全管理体制、活動状況、事例報告等について、資料およびプレゼンテーションに基づく説明に対してヒアリングした結果、以下の通り報告する。

1) 医療機器安全管理作業部会

- (1) 医療機器の保守点検においてメーカー推奨通りに対応できない場合は、その理由や検討経緯を文書として明確に記録し、安全管理と責任回避に努めること。

2) 発生事例の概略と関連する改善報告

- (1) 説明と同意については、これまでも病院の基本的ルールとして運用されてきたが、実際には同意を取得せずに化学療法が実施された事例が発生していることから、再発防止には基本的ルールの再周知のみでは不十分である。インフォームド・コンセント未取得のまま化学療法が実施されることのないよう、改善を求めたい。

以上