

2024(令和6)年度第1回神戸大学医学部附属病院医療安全監査委員会実施結果報告書

神戸大学医学部附属病院医療安全監査委員会規程第3条に基づき、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

神戸大学医学部附属病院医療安全監査委員会規程第3条に基づき、神戸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及び聴取の方法によって報告を求めることにより、監査を実施した。

- ・ 日 時：2024（令和6）年8月29日（木）14：00～16：00
- ・ 場 所：外来診療棟4階 第一会議室
- ・ 委員長：寺尾 秀一（加古川中央市民病院 内科 科特任部長）
- ・ 委 員：丸山 英二（京都府立医科大学大学院医学研究科 客員教授（非常勤））
武田 高（前関西住宅品質保証株式会社（非常勤））

2. 監査の内容及び結果

（1）画像診断レポートの見逃し問題への取り組み（前回からの進捗報告）について

画像診断レポートの見逃し問題について、医師が参加する会議での意識づけを行うことで成果をあげ、未読率が大幅に改善されていることを確認した。また、重要レポートについては、各診療科の責任者がその点検の責務を担うことを明確にしたうえで医療の質・安全管理部長がそれを統括するという、強固な仕組みを構築されていることも確認した。

（2）高難度新規医療技術の承認後の点検について（前回からの進捗報告）について

高難度新規医療技術そのものの質の点検という観点では、専門領域の内部に立ち入った技量の評価は現状では難しいとの説明を受けた。実施報告漏れ、遅延の件については、セルフチェックに報告遅延の状況モニタリングを加えることにしたとの報告を受けた。困難な課題ではあるが、潜在的リスクの察知や問題のタイムリーな把握の面で、引き続き改善を図っていかれることを期待する。

（3）現場監査（光学医療診療部、通院治療室、高エネルギー棟）

光学医療診療部：アクシデント事例後、呼吸数を含むモニタリングの基準の見直し、手技の中止基準やタイムアウト時の情報の共有など医師と看護師のコミュニケーションを図ること、麻酔科コンサルティングなど、対策の見直し・改善がなされつつあることを確認した。

通院治療室：スペース問題については予約・ベッド運用のコントロールについて言及した。一患者一施用について改善をコメントした。

高エネルギー棟(MRI 室)：安全確認の徹底、職種間の連携に課題があり、意思統一と改善を申し入れた。

3. 総括

神戸大学医学部附属病院の医療安全管理体制の構築及び医療の質の向上に関する取組み状況について監査を実施した結果、概ね適正な対応がなされている。個々の課題に引き続き取り組み、安全・安心な医療の提供を提供していただきたい。

2024年10月3日

神戸大学医学部附属病院医療安全監査委員会
委員長 寺尾 秀一

2024（令和6）年度第1回神戸大学医学部附属病院医療安全監査委員会議事要旨

- 日 時：2024（令和6）年8月29日（木）14：00～16：00
- 場 所：外来診療棟4階 第一会議室
- 委員長：寺尾 秀一（加古川中央市民病院 内科 科特任部長）
- 委 員：丸山 英二（京都府立医科大学大学院医学研究科 客員教授（非常勤））
武田 高（前関西住宅品質保証株式会社（非常勤））
- 出席者：眞庭病院長、溝渕副病院長、板東副病院長、明石病院長補佐、小林医療の質・安全管理部長、宮良感染制御部長、矢野薬剤部長、菊池事務部長、外村監事
- 陪 席：池田監査室長、佐藤副看護部長、西川原医療の質・安全管理部副部長、山下薬剤部主任質・安全マネジャー、加藤副看護師長、石原総務課長、丸井総務課課長補佐、金子総務課病院総務係長、中出医療支援課長、吉野医療支援課課長補佐

0. 出席者紹介

眞庭病院長及び委員から挨拶があった後、病院側出席者の紹介があった。

1. 画像診断レポートの見落とし問題への取り組み（前回からの進捗報告）について

小林医療の質・安全管理部長から、資料1に基づき、画像診断レポートの見落とし問題への取り組み（前回からの進捗報告）について説明があった。

- 画像診断レポートの見落とし問題について、各診療科の未読状況は放射線部及び医療の質・安全管理部が毎月1回程度定期監査を行い、医療安全管理委員会、病院運営審議会、業務連絡会議で定期報告を行っている。場合によっては病院長及び副病院長が直接診療科に指導している。その成果として、令和6年1月15日時点では未読率は2.7%であったが令和6年8月20日時点では未読率は0%となった。また、レポートの指摘内容に適切に対応しているかどうか担保するため、重要フラグがついた所見については医療の質・安全管理部長が毎月2回監査を行い、責任者である外来医長に対応状況を報告している。

（質疑応答）

- ・全診療科のレポート未読対応責任者には一斉にメール送付しているのか。
→診療科への意識づけのため、かつ複数の診療科に関わっているレポートも含まれるため、重要フラグのついたレポートの対応状況については一斉にメール送付している。
- ・医療の質・安全管理部長が診療録を開いて確認するのは労力を要するため、診療科が対応したことを診療録の文言から拾って機械的に点検することはできないか？
→ご指摘はとてもありがたいが、例えば、読影レポートに複数の診断名などが記載されている場合に、読影医が重要だと思っているものには対応せず、担当医が別の所見に対して「対応済」と記載した場合に、機械的な点検ではチェック洩れが生じるリスクがあることも考え、ご提案のようなシステムの導入は見合わせている。

2. 高難度新規医療技術の承認後の点検について（前回からの進捗報告）について

小林医療の質・安全管理部長から、資料2に基づき、高難度新規医療技術の承認後の点検について（前回からの進捗報告）説明があった。

- 高難度新規医療技術の承認後の点検について、改めて医療安全管理委員会で議論したが、導入審査で学会が定められた基準で実施できることを確認していることと、実施者は学会が認めたプロクターであり、学会レベルが認めた医療者の技能を評価できる医師の確保が困難であるとの議論になった。
- 診療科からの実施報告書が遅れて提出されることがあり、承認後の実施状況を把握する仕組みを再検討し、高難度新規医療技術チェックシートを改訂した。

(質疑応答)

- ・ 専門家の中でも議論していることを再度専門外の医師が議論できる内容ではないというのはその通りであると考える。ただ、病院として何かできることがあるのではないかと。例えばオカレント報告制度を活かせないか。
- 出血量や手術時間により高難度医療ではなく安全な手技に変更するということは決めているので、さらにより細かく取り決めることや、術者のみならず他のスタッフとも共有するのは考えられる。
- ・ 高難度新規医療技術の手順書の中に「能動的モニタリング」の手法を取り入れる病院もあり、事前告知、手術後、退院の3回のタイミングでタイムリーに状況を把握している。
- タイムリーに報告を行うことは院内の内規に定めているが、本院は報告が遅れることがあるので、その問題を解決する必要があるため、チェックシートの改訂を行った。タイムリーに報告があれば状況把握は可能である。まず院内で課題や意識を共有することから始める。
- ・ この問題はどこまで掘り下げて取り組むか判断が難しく、再発防止という観点で更なるブラッシュアップに期待したい。
- 将来的な話であるが、術野の写真を取り込み、AI で危険を察知してくれる仕組みを検討している。

3. 現場監査（光学医療診療部、通院治療室、高エネルギー棟）

(1) 光学医療診療部

上部消化管内視鏡治療（ESD 治療）で鎮静を行った際に、患者さんのバイタルモニタリングが不十分であり、過鎮静を起こし、人工呼吸管理を要した事例があった。その後の運用について現場で確認した。

(質疑応答)

- ・ ESD 治療のモニタリング方法の改善点について教えてほしい。
- 呼吸数を含むモニタリングの基準を見直したこと、手技の中止基準やタイムアウトの際に情報の共有など医師と看護師のコミュニケーションを図ること、麻酔科コンサルティングを行うこと、などを改善した。

(2) 通院治療室

化学療法の点滴を行うベッドとベッドの間隔が狭く移動時の転倒リスクなどが問題となった。スペース確保のための予算の問題もあるが、ハイリスク薬を多数の患者に使用する場所でもあるため、現場で確認した。

(質疑応答)

- ・ミキシングの場所は部屋の中央のテーブルか？

→そのとおり。本来1患者1トレイ（一施用運用）であるべきだが不十分である。転倒防止対策を立てるとともにDXによる業務改善にも取り組みたい。

- ・構造的な問題はあるが、例えば、まったくベッドが空いている時間帯がある。科ごとのオーダーをそのまま受けるのではなく、科を超えて通院治療室が、実施人数、時間帯をコントロールするようにすると、ベッドの効率的運用が可能となりスペース問題を軽減できるのではないか？今後の検討課題である。

(3) 高エネルギー棟

人工呼吸管理中の患者さんがMRI検査中に心肺停止となる事案があった。その後の運用について現場で確認した。

(質疑応答)

- ・担当される医師が呼吸器のアラームの趣旨を把握していなかったのではないか？システムの問題というよりは医師の修練の問題によるところが大きいのではないか。

→搬送中の取扱いを医師が把握できていなかったことと、MRI室に搬送時に呼吸状態をモニタリングせずに検査を行ってしまったことが原因である。

- ・安全確認に関する職種間の意思統一について質問したが、その場では回答がなかった。

4. 講評

【寺尾委員】

- ・画像診断レポートの見逃し問題への取り組みについて、外来医長を責任者とし医療の質・安全管理部がチェックしている流れが浸透されている。未読数が0になったという成果があり、外来医長を責任者としているという強固な仕組みができている点を評価する。
- ・高難度新規医療技術の承認後の点検は困難な課題ではあるが、潜在的リスクの察知・問題のタイムリーな把握、実施報告漏れ・遅延への対応、などの点で引き続きご尽力を期待したい。
- ・光学医療診療部のアクシデント事例の対策として、呼吸数を含むモニタリングの基準を見直されたこと、麻酔科医を呼ぶ基準を再確認されたことを確認した。
- ・通院治療室のスペース問題については、実施時間帯・人数を科を超えてコントロールすることでベッド数を減らしてスペースを確保することもできるかもしれない。一患者一施用が実施できていない。
- ・高エネルギー棟のMRI室は病院の中でも危険な部署。医師、看護師、臨床工学技士をはじめとする現場のスタッフ間の意思統一・連携が不十分であるように思われる。検証していただきたい。

【丸山委員】

- ・画像診断レポートの見逃し問題への取り組みについては着実に実施している。引き続き体制を維持いただきたい。
- ・通院治療室について、薬のデリバリーの担当者がダブルチェックを実施しているが、今後は

人に頼らずシステムを導入できる余地があると考えられるので、スペースの問題もあると思うが前向きに検討いただきたい。

- ・高エネルギー棟のMRI室については、患者の状態観察、連携が不十分であったことが発端であるが、その後ルールを見直しており、連携を深めていけるように検討いただきたい。

【武田委員】

- ・高難度新規医療技術は、病院の財産である。チームとして連携してデータを蓄積し次の世代にバトンパスできるように期待している。

以 上