

## 令和5年度第2回三重大学医学部附属病院監査委員会議事概要

日 時 令和6年2月29日(木) 14:00~16:00

場 所 三重大学医学部附属病院外来棟5階ホール

出席者

○委員

鈴木 明(委員長)、大野 敏幸、片山 眞洋、小池 敦

○三重大学附属病院出席者

池田病院長、兼児副病院長(医療安全管理責任者)、福永看護部長

薬 剤 部: 岩本薬剤部長(医薬品安全管理責任者)、向原副薬剤部長

臨 床 工 学 部: 山田技士長(医療機器安全管理責任者)

放 射 線 部: 山田技師長

医療安全管理部: 飯澤医師、達村看護師長、市川副看護師長、寺尾看護師、佐々木薬剤師、高倉薬剤師

感 染 制 御 部: 田辺感染制御部長

○三重大学陪席者

(本部側) 服部監事(業務監査担当)、小川監事(会計監査担当)、監査チーム3名

(病院側) 伊藤医学・病院管理部長、粟生総務課長、柘植医療支援課長、その他事務担当者

〔配付資料〕

- ・リスクマネジメントマニュアルの改訂について
- ・医療安全に係る報告事案について
- ・病院機能評価の取り組み状況について
- ・事前の質問事項に対する回答について

事 項

1. 三重大学医学部附属病院における医療安全管理体制について

(1) リスクマネジメントマニュアルの改訂について

兼児副病院長・達村師長より、資料に基づき、次の改訂箇所の説明があった。

- ・第2章. 医療安全の基礎知識 2.3.2 外来診療における軽微な有害事象への対応について、G3・G4 コードの記載をリスクマネジメントマニュアルから削除した。
- ・第2章. 医療安全の基礎知識 2.5.5 Ai (オートプシーイメージング) について、Ai 依頼票兼台帳の紙カルテとしての運用を終了するため、内容を削除した。
- ・第2章. 医療安全の基礎知識 2.6.2 Stroke (脳卒中) コールについて、Stroke コールのフロー図を新規作成し、文書に記した症状を、脳卒中の発症

頻度順に修正した。

- 第 9 章. 医薬品の安全管理 9.1.5 特定生物由来製品について、「遺伝子組換え血液製剤代替製品」の規制対象が変更になった旨の文章追記と、該当医薬品の一覧表を削除した。
- 第 12 章. 注意が必要な管理事項や処置 12.2.2 胃管からの栄養剤、内服薬の注入について、胃管からの栄養剤、内服薬の注入時の確認事項について改訂を行った。
- 第 15 章. 臨床検査の安全管理 15.2.1 一般的注意事項について、G3 コードの記載をリスクマネジメントマニュアルから削除した。

## (2) 医療安全に係る報告事案について

兼児副病院長・佐々木薬剤師より、資料に基づき、医療安全に係る報告事案について説明があった。

## 2. 病院機能評価の取り組み状況について

兼児副病院長より、資料に基づき、改善審査もクリアし、認定継続となったことについて説明があった。

次いで田辺感染制御部長より評価 C（改善要望事項）であった手術部位感染サーベイランス（SSI サーベイランス）について補足説明があった。

片山委員より、評価 C から評価 B となったが、評価 A にするにはどのようなことが必要となるのかとの質問があり、兼児副病院長より、本審査で評価 C となった項目については、同一認定期間（2020 年 7 月 25 日～2025 年 7 月 24 日）内では評価 B が最終的な評価となるが、今後、更にサーベイランスの対象領域を増やし、ベンチマークとの比較等の努力を行うことで、評価 A に近づくと考えられる旨、回答があった。

小池委員より、指摘を受けて領域を増やすこととなり、これを維持していくことの負担について質問があり、田辺感染制御部長より、ある程度の機械化をすることはできるが、対象領域が増えることによって、当然対象患者が増え、負担は増していくが、医療の安全や質の向上に向け、一律に対応できるようにシステムの改修も含め、努力していきたい旨、回答があった。

鈴木委員長より、問題ないと判断された後、その領域を辞め、新たな領域においてサーベイランスを行うなど、ある程度調整をすることになるのかとの質問があり、田辺感染制御部長より恐らく国の方針としては一部領域だけではなく全ての領域、また手術だけではなく、CVC などについても全病棟で求められている。サーベイランスというのは一定の基準で数値を出し続けることで他の病院との比較、評価をするためのものになるので、増えることはあっても減らすことはないと考えられるとの回答があった。

## 3. 事前の質問事項に対する回答について

事前に各委員に医療安全管理体制に関する質問事項を照会していたが、特段質問事項はなく、本日の議題の再確認を行った。

#### 4. 医療安全に係る取組み状況の院内ラウンド

放射線関係各所（外来・CT・MRI・アンギオ・RI）の巡視を行い、各所において患者の取り違えを未然に防ぐ徹底した管理方法など取組み状況を確認した。

#### ●講評について、本日の内容を踏まえて各委員より意見を述べた。

片山委員より、医療安全に係る報告事案について意見があった。

小池委員より、リスクマネジメントマニュアルの改訂について、平成12年度の第一版からこれまで36回の改訂がなされており、これは貴院の医療安全に対する前向きな姿勢を示すもので、たゆまぬ努力を重ねている結果として大変評価できるとの意見があった。

加えて、今回の改定内容の中で例えば、ストロークコールに関し既に現場でなされていることを改めて分かりやすく修正したとのことであるが、やはりマニュアルをどのように活用していくかということが、継続的な課題と思われる。何かあった時にその都度マニュアルを開いて確認するというわけにはいかない場合が多いと思われる一方で、マニュアルに沿っているとの思い込みで対応してしまう場合がないとは言えない。改訂のための見直しとは別に、現在行っている対応に誤りがないか定期的、計画的に確認する習慣を意識づけるような研修機会を設けることで、リスクマネジメントマニュアルの活用が一層充実したものになるのではないか、との意見があった。

鈴木委員長より、病院機能評価の取組み状況について、改善が複数年に渡ったが、認定が下りたことはひとまずよかった。またSSIは感染部門だけでなく、現場の方たちも一緒に病院全体として頑張っていかななくてはいけない。大変ではあるが領域を増やし、数字を出してみると何か新しいものが見えてきて、新たな改善すべき点が見つかり、より良い病院になっていくと考える。今後とも継続していただきたいとの意見があった。

大野委員より、院内ラウンドについて、各所において適切に取り組みされていることを確認した。また医療安全に係る報告事案について意見があった。

以 上