

令和 7 年度 第 1 回 昭和医科大学病院 医療安全監査委員会 議事録

日 時：令和 7 年 9 月 2 日(火)14:00～15:22

場 所：昭和医科大学病院 中央棟 7 階 研修室

出席者：【監査委員】

近藤昌昭委員長(弁護士)、

坂下暁子委員(昭和医科大学横浜市北部病院 病院長)、

成重光則委員(患者代表)

【昭和医科大学病院】

相良博典病院長、小林洋一医療安全管理責任者(副院長)、

深貝隆志医療安全管理部門副部門長、波木井恵子看護部長、嶋村弘史薬剤部長、

北原佳代子医療安全管理者、黒木優紀医療安全管理者、

塩田一博医療安全管理者、大石竜医療機器安全管理責任者、

阿部誠治医薬品安全管理責任者、石崎兼司事務部長、若林孝憲クリティカルマネジメント課係長、

日鼻海医療安全管理部門専任事務員、深津ちなみ医療安全管理部門専任事務員

オブザーバー：高橋笑美子医療安全管理者(昭和医科大学病院附属東病院)

【議事】

1. 監査項目

以下の事項について、病院からの説明及び資料提示を行った。

1) 組織体制

①医療安全管理体制 組織図

②医療安全慣例委員会 組織図

2) 医療安全管理部門の職務

3) インシデント・アクシデント報告

①令和 6 年度 内容分類別 報告割合

②令和 7 年 4 月～7 月 内容分類別 報告割合

③令和 6 年度 職種別 報告割合

④令和 7 年 4 月～7 月 職種別 報告割合

⑤令和 7 年 4 月～7 月のまとめ

4) 医療安全管理部門の取り組み及び改善状況

①急病者未然防止システム(RRS:Rapid Response System)の積極的活用の推進

②ワーキンググループなどの問題解決チームの推進による医療事故の未然防止、再発防止

a. RRS ワーキング

b. 生体情報モニタ管理に関するワーキング

- c. 静脈血栓塞栓症予防ワーキング
- d. 説明と同意に関するワーキング
- e. 碎石位ワーキング(令和 6 年度に設置、同年終了)

2. 質疑

1) クオリティマネジメント室の位置づけについて(坂下委員より)

病院長と医療安全管理部門の間に「クオリティマネジメント室」という部署が配置されているが、この部署の役割について確認したい。医療安全管理部門は、本来、病院長直属であるべき組織である。クオリティマネジメント室を設置して病院全体の質を統括的に管理すること自体に問題はないが、現状の組織図には工夫が必要であると考ええる。

回答：

クオリティマネジメント室は、医療安全に限らず、感染管理や接遇など病院全体の「質」をマネジメントする部署であり、そのため組織図上では医療安全管理部門の上位に位置づけられている。ただし、実務上は医療安全管理責任者がクオリティマネジメント室長を兼務しており、組織間の横断的な連携を担っている。

組織としては、病院長と医療安全管理部門の間に立って下部組織の課題を統制・調整するような役割をしているわけではない。今回のご指摘を受けて、組織図上は、クオリティマネジメント室を医療安全管理部門の「脇」に、補佐的な立場として配置する形が適切ではないかと考えている。

2) RRS について(近藤委員長より)

① RRT 医師は、主治医とは別の医師か。

回答：

RRT 医師は、主治医とは別の医師である。

② RRT 医師は、集中治療科や救急科の医師か。

回答：

平日昼間は集中治療科医師が RRT 医師を務め、休日・夜間は内科か外科の当直医師が兼務している。集中治療科医師以外が RRT の現場に行った際は必ず集中治療科に状況共有し、病床選定は集中治療科医師が行う。

③ RRT 医師が現場到着するまでの時間は 15 分以内か。日本集中医療学会の RRS 運用指針では「15 分以内を推奨」とあるが、RRT の現場到着遅れでコードブルーになった事例はあるか。

回答：

RRT 医師の現場到着時間に明確なルールはないが、実務上は起動後すぐに急行している。RRT 医師が別患者対応中の場合、対応後に現場に行くこともあるものの、起動部署が RRT 到着を待つ猶予なしと判断した場合は、コードブルーを起動する運用である。現場到着遅れによるコードブルーの事例はないが、RRT 看護師の判断で起動の連絡があった時点でコードブルーに切り替えることはある。

④ RRS 起動時に主治医との関係が課題となるが、その課題は克服しているのか。

回答：

主治医を介さないフローにすることで、主治医が RRS 起動を妨げることがないようにしている。RRS はニュートラルな立場で患者を評価し管理方法を決定する。導入当初は課題があったが、医師の働き方改革による主治医不在時間増加が背景で、そもそも主治医を介さないことが前提にある。

3) RRS およびコードブルーについて(坂下委員より)

- ① RRS は、病棟からのオンコールで起動するオンコール形式であるが、病院によっては、RRT が病棟をラウンドして気になる患者がいないかを病棟スタッフに確認するラウンド形式を採用している病院もある。ラウンド形式は併用しているか。

回答：

病棟からのオンコールによるラウンド実施であり、ラウンド形式は実施していない。RRS 導入当初、試験的にラウンドを実施したが、あまり機能しなかったため、現在の体制となった。

- ② コードブルー起動率が微増しているが、これをどのように評価しているか。

回答：

入院患者全員が必ずしも生存退院できるわけではないのが現状である。コードブルーに関係する因子を分析しているが、アルブミンの量や電解質の乱れなどが挙げられる。これらをできる限り是正しているものの、完全に元の状態に戻すのは難しい。しかし、RRS やコードブルーに対する意識向上により、重症患者を適切に診察できる体制が整っていると考えている。

4) 説明と同意について(近藤委員長より)

裁判では、患者が説明義務違反を主張することがしばしばある。裁判所の立場では、説明した内容を示す文書がない場合、判断が難しくなる。

ただ、誤解があるのは、インフォームド・コンセント (IC) において合併症が生じる可能性を説明すれば、その合併症について医療者の責任が免除されると考えている医療者がいる点である。しかし、それは誤った認識である。問題となるのは、その合併症が不可避免的に発生したのか、それとも過誤や過失によるものだったのかという点である。これまでも、司法と医療の認識が一致していない場面が見られてきた。

回答：

裁判を前提としなくても、まずは医師と患者の間で情報を共有しながら進めていく必要がある。説明がなされていれば自動的に免責されるという認識は誤りであり、合併症や予期しない事態が発生した場合には、速やかに医療安全調査委員会を開催し、対応にエラーがなかったのかを検証する体制を整えている。

もちろん、説明を尽くしても患者が納得しない場合もある。そのため、重要な内容の IC については、説明を行う医師以外に同席者を設けることをルールとし、患者の反応を複数人で確認できるようにしている。また、高齢患者の配偶者も高齢であることが多く、理解に課題がある場合もある。また、IC の場に居なかった親族が後から意見をする場合もあるので、誰をキーパーソンとして設定するかも重要な判断となる。

いずれにせよ、患者に安心できる医療を提供するべく、説明義務違反が生じないよう日頃から努めている。

3. 講評

1) 近藤委員長より

RRS や説明と同意について、前向きな取り組みがされている。特に、職種間の情報共有の視点から、医療安全に取り組んでいることが見て取れた。次回、インシデントレポートの分析について、背景事情を含めた報告が聞けることを期待している。

2) 坂下委員より

前回の開催から半年という長くない期間ではあるが、その短期間でも PDCA サイクルを回している点が評価できる。例えば、モニタアラームに対する取り組みにおいて、ワーキンググループからの上意下達で目標を伝えるのではなく、視点を変えて各部署が自ら目標を設定するようにしたことからは、漫然と同じことを続けるのではなく、常に改善を図ろうとする姿勢がうかがえる。

3) 成重委員

私も十数年前まで病院で働いていたが、当時と比較して医療安全の取り組みが進歩していることが分かった。患者との信頼関係構築の観点からも、丁寧な取り組みがされていると感じた。

以上

議事録作成：管理課 山口 義隆