

大阪公立大学医学部附属病院
令和4年度第2回監査委員会
監 査 報 告 書

令和5年3月29日

公立大学法人大阪

理事長 西澤 良記 殿

大阪公立大学医学部附属病院

病院長 中村 博亮 殿

監査委員会

委員長 長部 研太郎

令和4年度第2回監査委員会において審議及び調査を行い、監査した結果を下記のとおりご報告いたします。

日 時 令和5年3月7日（火）午後1時～2時50分

場 所 大阪公立大学医学部附属病院 第1会議室

出席者 （監査委員会）委員長 長部研太郎

委 員 谷上 博信

辻 恵美子

南條 幸美

（病 院）中村 博亮 病院長

角 俊幸 副院長／医療安全管理責任者

柴田 利彦 副院長／医療機器安全管理責任者

中村 安孝 薬剤部長／医薬品安全管理責任者

山口 悦子 医療の質・安全管理部長

徳和目篤史 医療の質・安全管理部 保健副主幹

山本 卓也 庶務課長

住吉 真 庶務課 庶務担当係長

(事務局) 庶務課 庶務担当係長 谷 直城

同係員 川中恵理香

案件

- ①令和4年11月29日に記者会見を行った医療事故事例について
- ②医療安全関係の各種報告について
- ③立入検査の結果報告について

監査内容

第1 概要説明

下記の事項について病院から概要説明がなされた。

1 案件①について

- (1) 令和元年12月18日に発生した全身麻酔術後患者に生じた術後呼吸停止事故の経緯及びその後の患者家族の代理人弁護士との交渉状況等について
- (2) 同事故について令和4年11月29日に報道機関に対して公表した経緯及び公表内容等について
- (3) 「大阪市立大学医学部附属病院医療の質・安全管理に関する指針」から「大阪公立大学医学部附属病院における医療上の事故等の公表に関する基準(案)」への変更内容等について

2 案件②について

- (1) インシデントレポート

ア 延べ入院患者数当たりのインシデントレポート報告率

イ 年度別患者影響レベル

ウ 職種別報告割合

(2) 手術に関するインシデントレポートの分析

ア 場面毎の件数

イ 再設定した分類項目毎の件数

(3) 日本医療機能評価機構への医療事故報告件数及び報告までの日数

(4) 死亡事例の医療安全管理部門への全例報告についての体制

(5) 死亡・死産件数及び医療事故調査・支援センターへの報告件数

3 案件③について

(1) 近畿厚生局からの指摘

ア 検討を要する事項（早急に改善を求められる事項）

医療機関全体に共通する全従業者を対象とした研修について、1回も受講していない従業者が21名、貴院が求めている受講回数である2回に達していない従業者が60名と多数見受けられる。平成28年改正省令による改正後の医療法施行規則第1条の11第1項第3号に規定する医療に係る安全管理のための職員研修は、病院全体に共通する安全管理の内容について、当該研修を実施する病院の従業者に周知徹底を行うものであり、年2回程度定期的で開催するとされているので、未受講者の解消を図ること。

(病院の対応)

未受講者の解消を図るため、未受講者の把握及び各所属への未受講者の周知並びに受講要請を徹底し、各所属の未受講者の解消ができるまで、これを繰り返し、実施していきます。

イ 口頭指導事項

(ア) 復職者を対象とした研修実施状況について、研修対象者の基準が産育休を1年半以上取得し復職した者となっているが、対象者の選定が部門間で統一

されていないので、全ての復職者が受講できるよう、研修方法のルール統一等について、病院全体で検討されたい。

(病院の対応)

研修対象者の基準を「1年を超えて休職等した者」として院内のルールを統一し、すべての復職者が受講できるようにします。

(イ) 有害な業務の従事者に対する特別の項目についての健康診断において、放射線業務関係職員について未受診の従事者が多数見受けられるので、未受診理由や原因分析等の把握を強化されるとともに、健康診断は患者の健康を守る医療従事者にとって重要な事項である事を病院全体で再認識して、有害な業務の従事者の全てが受診するよう改善を図られたい。

(病院の対応)

有害な業務の従事者に対する健康診断の受診漏れがないよう、該当する所属に対して未受診状況等の情報共有を図り、受診勧奨を行います。また、健康診断実施期間中にも受診状況を確認し、期間中の受診督促も行います。

(2) 大阪市保健所からの指摘

ア 指導事項

(ア) 医師1名の臨床研修修了登録証が確認できなかった。また、医師1名の名前の書換え後の免許が確認できなかった速やかに保健所に提示すること。

◆上記については、10月20日に提示を受け確認しました。今後とも免許職員の資格確認については厳正に処理されるようお願いいたします。

(病院の対応)

指導事項を踏まえ、課内で改めて資格確認方法を見直し、臨床研修修了登録証についても医師免許同様、適切に保管するよう徹底することとしました。

(イ) 個人被ばく測定について測定器の未回収により測定不能となった者がいるため、測定器の回収方法を確認するとともに適切な管理を行うこと。

(病院の対応)

回収日翌日より早い段階で「未返却一覧表」を作成し、所属担当者へ書面を配付しています。その後、提出がない場合は所属長に直接連絡し回収するようにしています。また、紛失されたり長期休暇に入られる際は、ご連絡をいただけるよう促しています。

第2 ディスカッション

第1の概要説明を受けて下記のとおりディスカッションが行われた。

1 案件①について

(委員) 大阪公立大学医学部附属病院における医療上の事故等の公表に関する基準(案)(以下「基準(案)」)の別表では、『明らかに誤った医療行為又は管理』に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に障害が残った事例又は濃厚な処置若しくは治療を要した事例』については、「発生後又は覚知後、可及的速やかに公表」となっているが、事故の内容について調査を行う前の時点で過失を認めることになってしまう。自分で自分の首を絞めることになるのではないか。

(病院) 基準(案)は「国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針」の表現をそのまま引用している。

(委員) 大阪市立大学医学部附属病院医療の質・安全管理に関する指針(以下「旧指針」)では、14頁のエ、オ、カのレベル3b以上のインシデントを四半期ごとに公表することになっているのに対し、基準(案)にはその記載がないが、公表しないということか。

(病院) 引き続き公表する。

(委員) 基準(案)は令和4年6月1日から施行となっているが、既に施行されているということか。

(病院) 院内では基準(案)に則って活動しているが、ご指摘いただいたように、調査前に公表するようになっていたり、レベル3b以上のインシデントの公表についての記載がなかったりと、表現等に少し問題があり、基準(案)の公表についてはまだ検討中である。

(委員) この事故の患者はまだ入院中か。

(病院) その通り。

2 案件②について

(委員) インシデントレポートの報告率は何の何に対する割合か。

(病院) インシデントレポート数を延べ入院患者数で割って1000を掛けたものである。

(委員) 職種別の報告割合で医師の占める割合が低いのではないか。

(病院) 医師の報告割合は診療科間でばらつきが多い。

(委員) 医師に対して積極的に報告するよう注意喚起しているのか。

(病院) 啓発活動はしている。

また、失敗だけでなく、事故を未然に防ぐことができたことを報告するグッドジョブ・レポートも提出することができることを診療科に説明すると、若い医師からの報告が出てくるようになった。

(委員) 医師の中には「レポートなんか出してどうなんねん」と言う者もいるようだが、これは鶏と卵の関係だ。レポートを出さないと解析できない。

「気管挿管に関するトラブル」は19件報告されているが、これは医師が当事者になると考えられるが、看護師が報告しているのか。

(病院) そのようなケースはある。

(委員) 医師が自ら報告せず、看護師に報告させるということを恥ずかしいと思わなければならない。

3 案件③について

(委員) 近畿厚生局から検討を要する事項として指摘された研修はどのような内容のものか。

(病院) 医療安全に関する研修である。

(委員) 研修の受講方法は。

(病院) 実際に現場で受講する方法のほか、インターネット上や電子カルテ上でも受講できるよう複数の方法を用意している。

(委員) 多数の未受講者が生じた原因は。

(病院) 新型コロナウイルスの対応に追われて、職員の手が回らず、研修の案内を出すのが遅れたことが大きいと考えている。

(委員) 研修の時間は。

(病院) 45分から1時間程度である。

第3 意見

監査委員会の意見は以下のとおりである。

1 案件①について

事故自体は医療安全上かなり問題がある事案であるが、その後の対応は調査委員会を立ち上げて調査を行うなど、適切であると思われる。

しかしながら、大阪公立大学医学部附属病院における医療上の事故等の公表に関する基準(案)の別表には問題が多いといわざるを得ない。「『明らかに誤った医療行為又は管理』に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に障害が残った事例又は濃厚な処置若しくは治療を要した事例」については、「発生後又は覚知後、可及的速やかに公表」(※)となっているが、調査を行う前の時点で過失を認めることになってしまう。また、「調査後に、自院のホームページに掲載する等により公表」と記載されているのに対し、(※)の文章においては公表の方法が明らかでない。さらに、旧指針に記載されていたレベル3b以上のイン

シデントについての四半期ごとの公表についても、再度明文化しておくべきである。

2 案件②について

当事者となる医師からのインシデントの報告件数が少ないのは問題であり、報告件数が増えるよう努めていただきたい。

患者に害が生じた場合だけでなく、事故を未然に防ぐことができた場合にもレポートを提出することができる仕組み（グッドジョブ・レポート）は大変素晴らしい取り組みであると高く評価することができる。

3 案件③について

近畿厚生局から検討を要する事項として指摘された研修の未受講者が多数いるという点については、未受講者に対して直接受講を指示するなどの措置をとり、未受講者を0にするよう積極的に取り組んでいただきたい。

以上