

第 19 回（2025 年度 第 2 回）東京医科大学病院 監査委員会議事要旨

- 1 日時：2026 年 3 月 23 日（月） 17 時 30 分～19 時 30 分
- 2 場所：東京医科大学病院 立体駐車場棟 1 階 会議室 2
- 3 出席者：【委員】落合 委員長、安原 委員、桑原 委員
【病院側】阿部 病院長代行、大野 医療安全管理責任者
浦松 医療安全管理室長、高橋 医療安全管理室員、平山 医療安全管理者
竹内 医薬品安全管理責任者、森本 医薬品安全管理実務者
本間 医療機器安全管理責任者、山田 臨床工学部技士長
齋藤 医療放射線安全管理者、和氣 放射線主査、渡邊 感染制御部長
内野々 患者サポートセンター課長、伊藤 臨床研究支援センター長
須田 総務課長、宮澤 人事課長
- 4 議題：
 - (1) 阿部 病院長代行の挨拶
 - (2) 落合 委員長の挨拶
 - (3) 報告事項および監査について
2025 年度上半期報告事項
 - ① 医療安全管理報告
 - ② 医薬品安全管理報告
 - ③ 医療機器安全管理報告
 - ④ 医療放射線安全管理報告
 - ⑤ 感染対策について
 - ⑥ 患者相談窓口について
 - ⑦ 高難度新規医療技術導入制度について
- 5 監査項目：
 - ① 大野 医療安全管理責任者より、第 18 回監査委員会における指摘事項に対する報告、インシデント報告、定例 M&M 検討会報告、臨時 M&M 検討会開催報告、日本医療機能評価機構への報告件数、院内医療安全研修会について
 - ② 竹内 医薬品安全管理責任者より、第 18 回監査委員会における指摘事項に対する報告、薬品の安全使用のための方策の実施、高濃度 KCl 希釈の院内統一、妊婦・授乳と薬について
 - ③ 本間 医療機器安全管理責任者および山田 医療機器安全管理実務者より、第 18 回監査委員会における指摘事項に対する報告、医療機器安全管理責任者の責務、各種研修実績、医療機

器の保守点検、医療機器の不具合・故障の現状と対応、医療機器添付文書の管理、安全性情報の収集と周知、組織内における周知体制（職場安全管理者会議）の状況について

- ④ 齋藤 医療放射線安全管理者より、放射線科の概要、DRLs（日本の診断参考レベル）、当院のCT検査における医療被ばく線量との比較結果について
- ⑤ 渡邊 感染制御部長より、感染対策、院内感染対策の現状、耐性菌・アウトブレイク事例、AMR対策および抗菌薬適正使用の推進について
- ⑥ 内野々 患者サポートセンター課長より、医師の接遇に対する意見への対応、2025年度入院患者満足度調査結果について
- ⑦ 伊藤 臨床研究支援センター長より、高難度新規医療技術の位置づけと定義、提供体制、未承認・新規医薬品等、実施件数、その他の高難度技術、トリパンブルー染色液について

6 監査結果：

① 医療安全管理報告

（確認）CVカテーテルの挿入はライセンス制としているか。また、非常勤医師の場合も同制度に基づいて実施しているか。

（回答）CVカテーテルの挿入はライセンス制としており、ライセンスを取得した医師が実施する運用である。非常勤医師についても、同様にライセンスを取得したうえでCVカテーテル挿入を行っている。

（確認）インシデント・アクシデントレポートの報告数が研修医を含めて多い点は、特定機能病院として評価できる。レポート提出は医療安全の出発点であり、今後も継続されることを期待する。

（回答）研修センター長および副センター長に対し、研修医が提出したレポートの内容を確認できる権限を付与しており、その内容に基づき研修医への指導を実施している。また、各診療科長にも同様の権限を付与し、インシデント・アクシデントレポートの確認を行っている。

② 医薬品安全管理報告

（確認）カリウム投与基準が院内で統一されておらず、診療科ごとに差異がある点を課題として認識していることは重要である。ローカルルールが存在は医療事故の要因となり得る。

（回答）診療科ごとに独自の決まりが存在すると、病院全体としての安全管理が十分に機能しなくなる可能性がある。院内で標準化を図ることが重要であると考えている。

③ 医療機器安全管理報告

（確認）医療機器管理を今後一元化して進めるとのことであるが、これまでに提出されたインシデント・アクシデントレポートを振り返り、医療機器管理を一元化していれば防止できた可能性のある事例はあったか。

（回答）医療機器管理が一元化されていなかったことが直接の要因となって発生したインシデントについては、特段なかったものと認識している。最も重要視している点は、無駄な物品購入を防止することである。あわせて、医局等を含む各部署において個別に購入された物品について、病院全体として十分に把握できていない状況がある。病院全

体で管理状況を把握し、当該医療機器に関してトラブルが発生した際に、存在自体を把握していないため適切な対応ができないといった事態を防ぐことを主な目的としている。

(確認) 空のボンベと、すぐ使用できるボンベをどのような表示で保管しているか。

(回答) 各ボンベには個別にラベルを貼付しており、トリアージの考え方を取り入れて、「使用中」や「空」などの状態が一目で判別できるよう表示している。

④ 医療放射線安全管理報告

(確認) DRLsに関する取り組みについて、非常によく整理されており分かりやすかった。今後も患者の医療被ばく線量低減に向けた取り組みを継続されたい。

(回答) 継続して取り組んでいく。

(確認) ファッションタトゥーを有する患者への対応について、病院としてどのような方針・取り組みを行っているか。

(回答) 基本的には、ファッションタトゥーがある患者に対しては実施しない方針である。ただし、本人が強く希望する場合や、遠方から来院しており日程変更が困難であるなど、やむを得ない事情がある場合には、十分な説明と確認を行ったうえで実施せざるを得ない場合もある。

⑤ 感染対策について

(確認) 同一職種間では意見を伝えやすい一方で、多職種に対しては意見を伝えにくい場面があるという点について、指摘のとおりであると感じる。現在は多職種連携が重要なキーワードとなっており、感染対策に限らず医療安全全般に共通する課題である。工夫を重ねつつ、多職種が協働して取り組むことを期待する。

(回答) 引き続き、多職種で協働しながら取り組んでいく。

⑥ 患者相談窓口について

特段の質疑はなかった。

⑦ 高難度新規医療技術導入制度について

特段の質疑はなかった。

7 委員長より総評：

インシデント・アクシデントレポートの報告数が非常に多い点は、大変評価できる取り組みである。日頃から職員が医療安全に対する高い意識を持ち、積極的に報告している結果であると考えられる。レポート提出は医療安全活動の出発点であり、今後も継続して取り組むことが重要である。

近年は「Safety-I」から「Safety-II」へと考え方が広がりつつあり、失敗事例だけでなく、成功事例やうまくいっている事例を掘り下げることの重要性が指摘されている。現在のレポート分類では、3A以下、3B以上といった形で整理されているが、特に「レベル0」の事象をどのように報告してもらうかが今後重要である。あわせて、レベル0の報告を行った職員に対して、

「報告してくれてありがとう」という姿勢を示し、どのようにフィードバックを行うかについて検討されたい。

患者満足度調査については、「大いに満足している」「やや満足している」を合わせて高い満足度として報告されている点は評価できる。一方で、改善の視点としては、「やや満足している」と回答した患者の声が重要である。この層は、病院のさらなる工夫や努力により「大いに満足している」へ移行する可能性があるため、何が足りないのか、何を改善すればよいのかを把握することが、今後の質の向上につながるものである。こうした視点を踏まえて検討を進めることで、各部門の取り組みがより質の高いものとなり、今後さらに求められる「医療の質」と「医療安全」の向上につながることを期待する。

8 配布資料：

- ① 2025 年度上半期 医療安全管理報告
- ② 2025 年度上半期 医薬品安全管理報告
- ③ 2025 年度上半期 医療機器安全管理報告
- ④ 2025 年度上半期 医療放射線安全管理報告
- ⑤ 2025 年度上半期 感染対策について
- ⑥ 2025 年度上半期 患者相談窓口について
- ⑦ 2025 年度上半期 高難度新規医療技術導入制度について

記録者：総務課