

第 20 回（2026 年度 第 1 回）東京医科大学病院 監査委員会議事要旨

1 日時：2026 年 7 月 16 日（木） 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 医療安全管理部門 部門長、医療安全管理責任者

浦松 医療の質管理部 部長、医療安全管理部 部長

高橋 医療安全管理部 講師

平山 医療安全管理部 看護師長、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、薬剤部主査

本間 医療機器安全管理責任者、救命救急センター センター長

山田 医療機器安全管理実務者、臨床工学部 臨床工学技士長

齋藤 医療放射線安全管理責任者、放射線科 診療科長

内田 医療機器安全管理実務者、放射線部 診療放射線技師長

渡邊 感染制御部 部長

内野々 患者サポート室 課長

梶 患者サポート室 看護師長

大平 先端医療管理部 部長、呼吸器外科・甲状腺外科 教授

伊藤 臨床研究支援センター センター長

大西 事務部 事務部長

宮澤 総務課 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 年度下半期報告事項

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 感染対策報告

⑥ 患者サポート室報告

⑦ 高難度新規医療技術導入制度報告

5 監査項目：

① 医療安全管理責任者の大野より、第 19 回監査委員会における指摘事項への対応状況、2025 年度下半期のインシデント報告（5,667 件、月平均 945 件）、定例 M&M 検討会（下半期 134 件、うち死亡事例 33 件、当該科を招聘した検討 6 例）、死亡例報告（2025 年度 644 件）、日本医療機能評価機構への報告（20 件）及び院内医療安全研修会（受講率 100%）について報

告があった。

- ② 医薬品安全管理責任者の竹内より、2025 年度下半期の副作用報告（11 件、うち重篤 64%）、原因薬剤では抗がん剤が半数以上を占め、6 件中 5 件が免疫チェックポイント阻害薬であったこと、医薬品副作用被害救済制度の支給決定 3 件、ピルシカイニド過量投与事例への対応、医薬品の安全使用に関する研修及びがん化学療法投与マニュアルの改訂について報告があった。
- ③ 医療機器安全管理責任者の本間及び医療機器安全管理実務者の山田より、第 19 回監査委員会の指摘事項への対応として酸素ボンベの表示・管理方法、2025 年度下半期の医療機器研修（56 項目・91 回）、医療機器の日常点検・貸出管理、院内への安全情報の周知及び電気メス等の安全な取扱いについて報告があった。
- ④ 医療放射線安全管理責任者の齋藤より、最新 CT の導入及び既存 CT の移設・更新に伴う被ばく線量の評価、6 階 ICU の旧 CT で認められた DRLs 2025 超過が装置移設後に改善したこと、新規装置を含む一部検査でなお DRLs を上回る項目があり設定・撮影条件の改善を進めていること、並びに予約・オーダー時、MRI 部門での検査前、検査室入室前の 3 段階で行う MRI 安全確認について報告があった。
- ⑤ 感染制御部 部長の渡邊より、2025 年度下半期に手指衛生回数が低下し 3 月に最も低い状況となったこと、血液体液曝露事故が 49 件であったこと、VRE 検出事例では拡大が認められず収束と判断したこと、AMR 対策としてカルバペネム系抗菌薬の使用量を 0.9 程度とし目標値 1.11 以下を維持していること、並びにポケットガイド等による感染対策の周知について報告があった。
- ⑥ 患者サポート室 課長の内野々より、2025 年度外来患者満足度調査の総合評価（満足・やや満足）が 82.9%で、前年度より低下したこと、カスタマー・ハラスメント対策として名札を姓のみ・写真なしの表示に変更したこと、及び当院医師の名を騙る詐欺電話に関する極問い合わせ状況について報告があった。
- ⑦ 臨床研究支援センター センター長の伊藤より、2025 年 10 月から 2026 年 3 月までの新規申請（高難度新規医療技術 3 件、未承認新規医薬品 0 件、未承認医療機器等〔継続審査〕）を含めた実施件数 1 件、有害事象報告、2026 年 4 月の組織改編に伴う担当部署の変更並びに関係内規・手順書の新規作成・改定について報告があった。

6 監査結果：

① 医療安全管理報告

（委員からの要望）医師によるインシデント報告は看護師と比較して少ない状況が続いている。医療安全の観点から医師による報告は重要であるため、積極的な報告を促すよう周知・指導を行うことについて要望があった。

（病院側回答）医師によるインシデント報告は、1 人当たり約 1 件で推移しており、特にレベル 0 のヒヤリ・ハット事例の報告が少ない状況である。今後は、日頃から気になった事例を報告するよう促すとともに、研修等を通じて医師にもヒヤリ・ハット報告の重要性を周知していく旨の回答があった。

（委員からの質問）職種別の 1 人当たりインシデント報告件数に関連し、全職員における 1 人当たりの平均報告件数について質問があった。

（病院側回答）会議中の概算として、年間のインシデント報告数約 12,000 件を職員数約 2,800 人で除すと、全職員では職員 1 人当たり年間約 4 件となる旨の回答があった。

（委員からの意見）臨床研修医は 1 人当たり 6.5 件の報告がある一方、医師・看護師とも経験年数が増えるにつれて報告件数が減少する傾向があるとの指摘があった。経験を積むことで一定のリスク事象に自ら対応し、報告に至らない場合があると考えられるため、経験年数が長い医師に対しても積極的な報告を促すことが望ましいとの意見があった。

(委員からの意見) 診療放射線技師の報告件数が増加している点について、軽微な事象の段階から報告を促し、重大事故の防止や業務改善につなげる取組は、医療安全文化の醸成に資するものであり、他職種にも展開できる取組であるとの意見があった。

② 医薬品安全管理報告

(委員からの意見) 免疫チェックポイント阻害剤の副作用への対応は単一診療科のみでは困難なケースが増えており、病院全体で対応する必要がある。特に特定機能病院では重症・複雑ながん患者が多いことから、診療科横断的な連携体制の構築が重要であるとの意見があった。

(委員からの質問) かかりつけ医から紹介された患者が当院で手術や専門的治療を受け、新たな処方薬が追加された後に再びかかりつけ医へ戻る場合、処方変更の内容や経緯を診療情報提供書のみで十分に伝えることが難しいケースがあることから、薬剤情報の引継ぎについて工夫している点があるか質問があった。

(病院側回答) 今回の事例は、入院中に処方内容が変更されたことを十分に情報提供できなかったことに起因すると考えられる。現時点で診療情報提供書以上の特別な取組があるわけではないが、本事例を受け、薬剤師が情報提供により積極的に関与する対策を実施している。対策開始から約半年が経過し、同様の事例は発生しておらず、連携に関する加算等も踏まえ、薬剤部として連携業務により注力できる体制を整えている旨の回答があった。

③ 医療機器安全管理報告

(委員からの質問) 医療機器の導入時には基本的な説明を受けることが一般的であるが、実際の運用に当たり、メーカー担当者から機器の使用方法や設定等の支援を受けることがあるか質問があった。

(病院側回答) 放射線を発生する装置等、資格を要する医療機器をメーカー担当者等が操作することはない。業者などの非資格者が操作したことが事件として報道されたこともあったが、業者は取り扱い方法の説明のみとなる。その他の医療機器について、医師から使用方法の説明等を求められた場合には、手術室や外来部門にメーカー担当者等が立ち会い、取扱方法の説明を受けることがある。患者のプライバシー保護の観点から、立ち会いが必要な場合は事前に関係部署へ届出、報告した上で対応している旨の回答があった。

④ 医療放射線安全管理報告

(委員からの質問) 最新の CT へ更新したことにより、被ばく線量が低減したとの理解でよいのか質問があった。

(病院側回答) 新しい CT への更新により本来は被ばく線量の低減が期待されるが、一部の検査では従来より線量がやや増加していることが確認された。従来機と新機種の特性の違いが影響している可能性があると考えており、現在、改善に取り組んでいる旨の回答があった。

(委員からの意見) 機器更新により、より少ない被ばく線量で十分な診断性能が得られるなど、安全性が向上した点を患者に分かりやすく発信することは有意義であるとの意見があった。これに対し病院側から、CT 室入口や放射線部ホームページ等で周知することを検討したい旨の回答があった。

⑤ 感染対策報告

(委員からの意見) 患者から院内感染、特に入院中の感染に関する相談を受けることがある。患者は院内感染のリスクを十分に想定しておらず、予期しない事態として受け止める

場合がある。一方、十分な対策を講じても院内感染を完全に防ぐことは難しく、感染が発生したことのみをもって直ちに病院の責任が問われるものではない。今回の報告により、当院が院内感染対策に継続的に取り組んでいることは理解できたため、患者からこのような相談が寄せられる点も念頭に置いてほしいとの意見があった。

(委員からの要望) 手指衛生は感染対策の基本であり、その実施状況の低下が数値にも表れていることから、病院全体で改善に取り組むよう要望があった。また、ポケットガイドのようなツールは重要であることから、手指衛生の重要性を継続的に周知できるよう、資料に内容を盛り込むことについて要望があった。

(委員からの質問) マスク着用について、現在の運用状況の説明を求める質問があった。

(病院側回答) 当院では2026年6月29日から、マスク着用を選択できる運用としている。新型コロナウイルス感染症等の感染状況が落ち着いてきたことや、近隣医療機関の運用状況を踏まえて変更したもので、当院は他施設と比較して慎重に対応してきた旨の説明があった。

⑥ 患者サポート室報告

(委員からの意見) 患者から、電子カルテ導入後に「診察中に医師が一度も顔を見ず、ずっとパソコンを見ていた」との声を聞くことがある。診療の質そのものに直ちに影響するとは限らないが、患者にとって医療者との信頼関係は重要であり、診察時には適切に患者と視線を合わせるなど、コミュニケーションへの配慮も重要であるとの意見があった。

(病院側回答) 患者から、診察中に医師がほとんど顔を見ずパソコンを見ているとの声が年1～2件程度寄せられている。診療上、電子カルテの確認は必要であるが、患者との信頼関係を築くため、適切に視線を合わせ、丁寧なコミュニケーションを心掛けることは患者満足度向上の観点からも重要であると認識している旨の回答があった。

(委員からの要望) 患者満足度が全体として低下している点について、要因を検討し、改善に努めるよう要望があった。

⑦ 高難度新規医療技術導入制度報告

(病院側説明) 2025年10月から2026年3月までの新規申請は、高難度新規医療技術3件、未承認新規医薬品0件、未承認医療機器等1件(継続審査)であった。実施件数は、脳神経外科5件、整形外科0件、循環器内科2件、産科・婦人科0件、渡航者医療センター11件、眼科2件、心臓血管外科及び救命救急センターは各0件であった。また、循環器内科の経静脈リード抜去術に関連して有害事象1件が報告されたが、担当部門では当該高難度新規医療技術との関連はないと判断し、当該技術の提供継続に問題はないとの説明があった。

(病院側説明) 2026年4月の組織改編により、高難度新規医療技術等の担当部署が臨床研究支援センターから先端医療管理部へ移り、高難度新規医療技術管理室及び未承認・新規医薬品等管理室が設置されたこと、これに伴い関係する内規・手順等を変更した旨の説明があった。

(委員からの意見・要望) 組織改編により医療安全部門との関係がより密接になったことを踏まえ、高難度医療は特定機能病院が担う重要な社会的役割の一つであり、今後も病院のみならず大学として継続的に支援することが重要であるとの意見・要望があった。

7 委員長総評：

落合委員長より、監査委員会が20回目を迎え、この10年間における当院の医療安全への取組は着実に進展しており、安心して見守ることができる状況にあるとの評価が示された。また、インシデント・アクシデントレポートについては、今後、収集した報告を医療安全の向上

にどのように活用するかが重要であり、報告者へのフィードバックや情報共有の方法も含めて検討し、さらなる医療安全活動の充実につなげてほしいとの意見があった。

一方、医療機器、医薬品及び治療法は日々変化しており、医療への期待が高まるほど患者からの要望や苦情も生じ得ることから、それらを受け止めつつ、新たな取組に挑戦し、引き続き質の高い医療の提供に努めてほしいとの意見があった。併せて、次回の監査において新たな取組について報告を聞くことを期待する旨の発言があった。

8 配布資料：

- ① 2025 年度下半期 医療安全管理報告
- ② 2025 年度下半期 医薬品安全管理報告
- ③ 2025 年度下半期 医療機器安全管理報告
- ④ 2025 年度下半期 医療放射線安全管理報告
- ⑤ 2025 年度下半期 感染対策について
- ⑥ 2025 年度下半期 患者サポート室について
- ⑦ 2025 年度下半期 高難度新規医療技術導入制度について

記録者：総務課