

令和7年度第2回大分大学医療安全監査委員会監査報告書

国立大学法人大分大学医療安全監査委員会規程第3条に基づき、監査を実施しましたので、以下のとおり報告します。

1. 監査の方法

医療安全管理責任者、メディカル・リスクマネジメント委員会、医療安全管理部、クオリティマネジメント室、その他医療安全管理に係る業務の状況について、以下のとおり病院長等からの説明の聴取及び資料の閲覧等により報告を求め、医療安全管理に係る監査業務を実施した。

日 時：令和8年3月25日（水）16:00～17:30
場 所：挾間キャンパス 高度救命救急センター棟 大会議室
出席者：委員長 宇都宮徹（大分県立病院院長）
委 員 岡村邦彦（岡村法律事務所弁護士）
委 員 大嶋美登子（別府大学名誉教授）
委 員 斉藤功（大分大学医学部教授）

2. 監査の内容及び結果

議題1 医療安全管理部の活動について

①インシデント報告の現況（監査対象期間：令和7年4月～12月）

令和7年12月末現在までのインシデント報告件数集計結果について説明を受け、報告件数は前年度と比較してわずかに減少傾向にあること、影響レベル別及び事故内容別に大きな変動はないことを確認した。転倒・転落発生率及び骨折率についても、大きな変動はないことを確認した。

特定職種の報告件数減少については、新人職員数が影響している可能性があること、年度を通じた最終結果をもって要因分析の必要性を含め検討していく方針であることを確認した。

続いて、メディカル・リスクマネジメント委員会における検討事例（レベル3b以上）について説明を受け、それぞれの再発防止策が講じられていることを確認した。

②全死亡症例報告の現況（監査対象期間：令和7年7月～令和8年1月）

全死亡症例報告の件数、死亡日から報告日までの日数、「予期しない死亡」に該当した2例について説明を受け、いずれの事例も医療事故調査制度における調査対象には該当しないと判断されたことを確認した。

議題2 放射線画像・病理レポートの未読・見落とし防止対策について

放射線画像・病理レポートの未読・見落とし防止対策について、電子カルテによるリアルタイム通知や、指導医による承認フロー、重要所見への「重要フラグ」付与等のシステム運用状況について説明を受けた。また、医療安全管理部が未読状況を把握し、重要症例には直接連絡を行う体制が整備されていることを確認し

た。一方で、既読操作後の対応状況の把握やフォローアップの継続、専門外症例への介入判断が今後の課題であるとの報告を受けた。

システムによる対策が十分に整備されており、今後はシステムのみでは防ぎきれないヒューマンエラーを補完するため、研修の実施や客観的データの提示を通じて、引き続き、現場の更なる意識向上を図るなど対策の検討をお願いしたとの提言があった。

議題3 クオリティマネジメント室の活動について

①高難度新規医療技術の管理（監査対象期間：令和7年7月～令和8年3月）

高難度新規医療技術管理部門において、当該医療技術の実施に関する変更手続き及び条件付き申請不要の取り扱い、並びに同意取得・説明時における同席基準を明記する等、現行の運用に合致するよう「高難度新規医療技術を用いた医療の提供に関する標準業務手順書」を改訂したとの説明を受けた。また、当該期間において、10件の新規医療技術を承認し、適切に管理されていることを確認した。

②未承認新規医薬品等の管理（監査対象期間：令和7年7月～令和8年1月）

未承認新規医薬品等管理部門において、未承認新規医薬品等を用いた医療提供の申請及び承認状況、並びに承認後12ヶ月毎に診療科等より実施報告書の提出を受けて診療記録等の監査を行い、適正実施の確認をしているとの説明を受けた。併せて、監査の結果において、同意説明書の取得ができていない場合、診療科長及び実施責任医師に対し、確実に同意書を取得するよう指導をしているとの説明を受け、未承認新規医薬品等の使用、管理が適切に行われていることを確認した。

③臨床指標の管理（監査対象期間：令和7年4月～令和8年1月）

臨床指標管理部門で管理している病院独自の臨床指標について、各部署・診療科が立案した目標の自己点検評価を行い、その評価結果を当該部門で分析をしたこと、併せて、一部の内容を見直し、新たな臨床指標を策定したことを確認した。また、結果は病院ホームページにも公開していることを確認した。

議題4 患者からの相談体制等について

①患者からの相談体制（監査対象期間：令和7年7月～令和8年1月）

患者からの相談・苦情の窓口は一本化されており、患者相談窓口から、医療内容に関する苦情・相談は医療安全管理部、入退院・医療福祉に関する相談は総合患者支援センター、その他の苦情・相談は医事課に引継ぎ、それぞれの部署が面談室等において対応しているとの説明を受けた。

また、カスタマーハラスメント対応について、「暴言・暴力ハラスメント対応マニュアル」の改訂作業を進めており、診療拒否に関する規定の明確化や連絡体制の再編等、より実効性の高い体制構築を図っている段階であることを確認した。

引き続き、組織として明確な対応基準を設け、現場に過度な負荷を強いることなく、組織的に適切な対応がとれる体制の構築をお願いしたとの提言があった。

②内部通報窓口（監査対象期間：令和7年7月～令和8年1月）

内部通報窓口は、平成30年の医療法改正に伴い、「管理者の責務」から「開設者の責務」に改正されたため、附属病院設置から大学設置に変更していること、病院長を総括責任者とする体制となっていること、また、内部通報は、実名又は匿名のどちらでも可能であり、電話、電子メール、書面、口頭のいずれでも受け付ける旨、連絡先とともに、ホームページ上で公表していること、職員に対しては、窓口の設置、連絡先等について、毎年度初めにメールで周知している旨説明を受けた。当該機関の通報は0件、前回報告のあった1件については適切に対応済みであることを確認した。

報告・その他

令和7年度に実施された厚生労働省九州厚生局及び大分県による立入検査の結果通知及び口頭指導事項への対応について報告を受けた。

3. 総括

大分大学医学部附属病院の医療安全に係る業務について監査を実施し、適正な管理がなされていたと認める。

また、関連委員会等の開催・審議状況等についても確認し、医療安全管理体制が機能していることを確認した。引き続き、医療安全管理体制の充実に取り組み、安全・安心な医療を提供していただきたい。

令和8年（2026年）4月20日

国立大学法人大分大学医療安全監査委員会

委員長 宇都宮 徹