

## 令和7年度第1回 国立大学法人山口大学医学部附属病院監査委員会 監査報告書

国立大学法人山口大学医学部附属病院監査委員会規則第2条第1項に基づき、監査を実施したので、以下のとおり報告します。

### 1. 監査の方法

国立大学法人山口大学医学部附属病院監査委員会規則第2条第1項に基づき、山口大学医学部附属病院における医療安全に係る業務の状況について、以下のとおり管理者等からの説明の聴取及び資料の閲覧等の方法によって報告を求めることにより、監査を実施しました。

- (1) 日 時： 令和7年7月28日（月）14時00分～15時40分
- (2) 場 所： 山口大学医学部本館6階 第1会議室
- (3) 委 員： 矢賀 健（山陽小野田市病院事業管理者）※委員長  
佐藤 久典（宇部・山陽小野田総合法律事務所 弁護士）  
玉田 英生（UBE株式会社 顧問）
- (4) 山口大学医学部附属病院 出席者：  
松永 和人（病院長）、白石 晃司（医療安全管理責任者）、北原 隆志（医療薬品安全管理責任者）、高見 太郎（医療機器安全管理責任者）、伊東 克能（医療放射線安全管理責任者）、渡谷 祐介（医療の質・安全管理部 部長）、山口 道也（医療の質・安全管理部副部長）、矢賀 和子（GRM）、吉松 裕子（GRM）、小池 正紘（放射線技師長）、松山 法道（臨床工学技士長）、西岡 光昭（臨床検査技師長）、足立 正博（事務部次長）、藤田 泰子（総務課長）、中司 雅之（管理運営課長）、小林 真穂（医事課長）、濱本 伸一（医療支援課長）、西村 恵一朗（総務課副課長）、河上 喜弘（総務課副課長）、川神 宣一（管理運営課副課長）、熊本 達也（管理運営課副課長）、田中 慎一（医療安全係長）、田中 美佐恵（企画・評価係長）
- (5) オブザーバ： 福田 進（監事）、田村 広明（内部監査室長）

### 2. 監査の内容及び結果

#### (1) 令和6年度第2回委員会からの要望事項への対応について

藤田総務課長から「資料1」に基づき、令和6年度第2回病院監査委員会の指摘事項4項目に対して、対応済みまたは対応中である旨の報告があった。

#### (2) 医療安全管理責任者からの報告について

白石医療安全管理責任者から、「資料2-0」に基づき、医療の質・安全管理部の体制変更について報告があった。

以上から、本項目は「適切に実施されている」とした。

#### (3) 医療の質・安全管理部及び医療の質・安全管理委員会の活動報告について

渡谷医療の質・安全管理部長及び山口医療の質・安全管理部副部長から、「資料3-0～7」に基づき、令和6年度定例会議、医療安全講習会の実施状況、院内死亡事例の検討及びインシデント・オカレンス報告、表彰、新規医療審査室の実績、Quality Indicator、抗癌剤の血管外漏出事例予防への対応、CVポート留置管理における医師へのアンケート結果等について報告があった。

玉田委員から、患者誤認件数は経年比や比率の増減だけではなくエラー分類等で誤認を減少させる取組が重要であるとの意見があり、渡谷部長から、インシデント分析では患者対応前の手元情報の確認不足が最も多いため、現場教育の徹底を図っていく旨の回答があった。

矢賀委員から、CV ポート留置のアンケートにおいて確認やカルテ記載できていない医師への研修等の対応や周知の確認があり、山口副部長から、無記名アンケートのため個別の対応ができないが、今後は最も破断などのリスクがある定期受診が無く長期留置している方への対応について新たにアンケートを検討したい旨の回答があった。また、松永病院長から、個別対応等に対応するためにアンケート方法を見直したい旨の補足があった。

以上から、本項目は「概ね適切に実施されている。患者誤認の発生状況に応じた防止の取組を検討いただきたい。転倒転落件数を減少する努力をお願いしたい。再手術について医療の質・安全管理部会議及び医療の質・安全管理委員会での検討内容を報告いただきたい」とした。

#### (4) 医薬品の安全使用のための取組について

北原医薬品安全管理責任者から、資料4-0～1に基づき、令和6年度の研修の実施状況、安全使用のために必要となる情報収集等について報告があった。

以上から、本項目は「適切に実施されている」とした。

#### (5) 医療機器の安全使用のための取組について

高見医療機器安全管理責任者から、資料5-0～1に基づき、令和6年度の研修及び保守点検の実施状況について報告があった。

玉田委員から、エコー及び内視鏡の管理部署について確認があり、高見医療機器安全管理責任者から、エコーは検査部との共同管理、内視鏡は光学診療部の管理であるが、エコーの稼働状況調査によるコスト面からも一元管理を検討したい旨の回答があった。

以上から、本項目は「適切に実施されている。一元管理については検討していただきたい。」とした。

#### (6) 診療用放射線の安全使用のための取組について

伊東医療放射線安全管理責任者から、資料6-0～3に基づき、令和6年度の線量管理、講習会、保守の実施状況について報告があった。

以上から、本項目は「適切に実施されている」とした。

#### (7) 医師の働き方改革への対応について

西村総務課副課長から、資料7-0～1に基づき、令和6年度の医師の働き方改革への取組等について報告があった。

佐藤委員から、麻酔科と小児科に偏りがあるが現状の取組で対応可能かとの確認があり、西村副課長から、法的なタスクシフト・シェアに限らず医師の通常業務の負担についてアンケート調査を行い最適化を検討したい旨の回答があった。また、松永病院長から、麻酔科については時間内手術の時間配分の効率化を検討し、小児科については自治体との連絡等が必要である旨の説明、タスクシフト・シェアは医師だけでなく多職種を対象とした旨の補足があった。

以上から、本項目は「適切に実施されている。麻酔科、小児科の労働時間が多いことなどから、診療科ごとに労働時間を縮減する検討状況について経過を報告いただきたい」とした。

### (8) その他

藤田総務課長から、資料 8－0に基づき、保有個人情報漏えい事案発生について報告があった。

佐藤委員から、病院 HP に記載がある患者さんからの情報漏洩の報告の有無が確認され、藤田課長から、現時点までに情報漏洩被害の連絡は受けてない旨の回答があった。

玉田委員から、情報セキュリティガイドラインの見直し内容が確認され、藤田課長から、管理者への申請フォームが形骸化していたため、各診療科長等への申請に変更する旨の回答があった。

玉田委員から、病院のデータである個人情報は患者さんの被害や病院の信用に関わるため厳重に管理すべきであり、USB 管理は病院として毎年度に使用許可を出し本数管理が必要ではないかとの意見があり、藤田課長から USB は各診療科で管理しているがご意見を踏まえて検討したい旨の回答があった。

以上から、本項目は「概ね適切に実施されている。個人情報漏洩防止の対策の検討と取組を報告いただきたい」とした。

### 3. 総括

以上、山口大学医学部附属病院における医療安全に係る業務の状況について監査を実施したが、適正な管理・対応がされていたと認める。