

令和7年度第2回熊本大学病院監査委員会 報告書

医療法施行規則（昭和23年厚生労働省第50号）第15条の4第2項に基づき、監査を実施しましたので、以下のとおりご報告申し上げます。

1. 日時：令和8年3月23日（月）10:00～12:00
2. 場所：熊本大学病院 くすのきテラス3階大会議室
3. 医療安全監査委員会委員

（出席）

委員長：後 信（九州大学病院医療安全管理部部長）

委員：木崎千恵子（一般社団法人日本癌治療学会認定がん医療ネットワークシニアナビゲーター）

委員：石貫謹也（熊本日日新聞社編集局次長）

委員：笹本好里子（国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院看護部長）

（欠席）

委員：森高 啓喜（森高・吉見法律事務所・弁護士）

（熊本大学病院対応者）

平井病院長、近本副病院長（医療安全管理責任者、医療の質・安全管理部長）、山本副病院長（看護部長）、山下副病院長（病院事務部長）、入江救急部長、安達副腎・血液浄化療法センター長、三池看護師長（西病棟6階）、村上看護師長（東病棟6階）、宮本看護師（腎・血液浄化療法センター）、宮本臨床工学技士（腎・血液浄化療法センター）、立津診療准教授・医師 GRM、北島看護師長・看護師 GRM、今村助教・医師 GRM、大島副看護師長・看護師 GRM、境田副看護師長・看護師 GRM、宮本薬剤部長補佐・薬剤師 GRM、山下臨床工学技士・GRM、鶴田医事課長、興柁医療サービス課長

（陪席者）

渡辺監事、坂田監査室長

4. 監査の方法及び結果

1) 救急部における安全な医療の提供について

（監査の方法）

- 入江弘基救急部長より、資料「2025年度救急部実績」に基づいて説明を受け、質疑応答を行い、当該部署の質や安全の確保の取り組みや実績を確認した。

（監査結果）

- 質や安全の確保の取り組みや実績について、以下の通り確認した。
- 開設：2008年に専門の部署を創設して運用を開始した。
- 救急外来の診療体制（2026年1月現在）

1) 医師

- ・ 教授1名（専門：救急医学、整形外科学）
- ・ 助教：2名（救急科、救急科・消化器外科）※欠員1名。
- ・ 特任助教：0名 ※欠員2名。
- ・ 医員1名：歯科口腔外科、救急科専攻医（2026年1月に追加となった）
- ・ 診療助手5名（整形外科、消化器内科、消化器外科、画像診断科、皮膚科）
- ・ 総合診療科1名（教授）
- ・ 総合診療科2名（医員）
- ・ 地域医療・総合診療実践学寄付講座2名：特任助教、特任准教授
- ・ 地域医療支援センター1名：特任助教
- ・ 災害医療教育センター1名：教授

2) 看護師

- ・ 24時間2名体制。勤務者は、日勤はICU所属の2名、夜間はICU所属の1名及びHCU所属の1名が勤務。
- ・ 病床数：5床。

3) 人員の充足・負担軽減の取り組みや見通し

- ・ 少しでも人員不足が緩和されるように、また研修の目的もあり、夜10時まで研修医が救急部で研修することができるようになった。また、2026年度は現時点で空席となっているポジションはすべて充足する見込みである。さらに2026年5月には、救急医学の講座が開設される予定なので、さらに救急医療に関心を持つ医師を惹きつける効果が期待でき、人員不足解消のための追い風になると考えられる。
- ・ 勤務時間について、国が定める超過勤務の基本的なルールである年間時間外労働は、一般の労働者と同程度である960時間を上限とする上限（A水準）を守って運営している。つまり、特例的な上限水準であるB水準等は採用していない。そのために医師の1人夜勤が生じている。これに対応するために、救急部で診断がなされた後は、当該診断に関連する診療科に治療を引き継いで負担が増え過ぎないようにしており、工夫がみられる。
- ・ 現在、多数の救急患者が来院した時は必要な看護業務に対し2名の看護師では足りないことから、医師や研修医が手伝えることにより業務を遂行している。また、院内救命士も配置されている。さらに2026年度には、熊本市から救急救命士が1名派遣される予定である。2026年度は講座が開設されることから、将来的に病院全体の人員配置の議論の中で救急部の看護師の人員配置も取り上げていくことを考えている。

- ・ 救急部に対する患者のニーズは増加しつつあると思われ、ニーズへの対応、病院全体での資源配分のバランス等を総合的に考慮して、救急部の体制を維持、発展させることが期待される。またその前提として、関連診療科との相互理解や円滑な連携が引き続き重要になると考えられる。
- 救急車受け入れ数の年次推移
 - ・ 10年前は1,700件程度であったがその後増加し2,000件を大きく超えた。この時期は熊本大学病院をかかりつけとする患者の受診が中心であった。その後、新型コロナウイルス感染症のパンデミック期の2020年には落ち込んだが、2021年から再び増加し2024年は3,477件となった。この増加は、初診患者の受け入れを積極的に行うようになったことも要因である。直近の2025年度は、やや減少傾向にある。
 - ・ 市内に3つの救急救命センターを有する病院があるため、多くの救急患者はそれらの施設に搬送される、熊本大学病院は特定機能病院の指定を受けていることからその機能を発揮するために、それらの施設で対応できない患者を受け入れる役割があり、実際にそのような患者を比較的多く受け入れている。
- 救急車応需割合の年次推移
 - ・ 10年前は救急車の件数が少なく応需割合は約80%と高かったが、件数の増加、新型コロナウイルス感染症のパンデミックにより救急の要請件数が大きく伸びたために、受け入れに限界がある中で2022年-2024年は応需率が50%台となった。しかし2025年は再び応需率は70%に上昇している。救急部では応需できなかった事例を分析して、特に2025年からは応需率の向上に努めている。
 - ・ 熊本大学病院には、あらゆる診療分野に対応できる診療科があるので、地域の施設で受け入れた救急の患者に対する適切な診療科がない場合は熊本大学病院で受け入れる役割があると認識されている。多忙で資源の不足も報道される我が国の大学病院にあって、このような認識が指導層の職員により維持されていることは、医療を受ける地域住民にとっての安心・信頼の醸成に大きく寄与しているものと高く評価できる。
- 応需できなかった理由の分析（症例ごとに複数の要因がありうる）
 - ・ 2024年は、“救急外来対応中”、“診療科制限（救急部判断）”、“単独勤務”、がこの順に特に多かった。ベッドが5床に限られること、他科の応援医師に依存した運営でもあることから夜間は医師が1人になる実態があることが課題と考えられた。2025年のデータは4-12月の9ヶ月分のデータであるが、救急受け入れ要請件数が少し減少したこともあり応需率は70.0%に上昇した。そこで応需できなかった件数は全体的に少ない。そしてその理由としては、“診療科制限（救急部判断）”、“救急外来対応中”、“単独勤務”、の順に多かった。また、“救急外来

対応中”、“単独勤務”、はほぼ同数である。応需率の向上に取り組む中で、このように救急部が要因となった不応需の割合は減少している。

○ 救急搬送された患者の入院の状況

- ・ 救急者で搬送された患者のうち約 40%が入院しており、うち 1/3（約 10%）は 3 次救急に相当するユニット系の部門に入院している。残りの 30%程度が一般病棟に入院している。入院率は最近 5 年間で約 10 パーセント減少したが、2025 年は 5 年前の水準に近いレベルに上昇している。
- ・ 病院全体の入院に占める救急患者の割合は 5%台で推移している。これは約 1,000 名にあたる。

○ 救急部を受診した方法、患者の重症度

- ・ 救急部を利用する患者のうち最も多いのは救急車やヘリにより受診する患者であり 58.7%、次いで Walk-in が 37.9%である。重症度は最も多いのが 1 次（帰宅）で 61.3%、次いで 2 次（一般病棟での入院）が、29.1%、3 次（ユニット系の部署・部門に入院）が 9.6%となっている。この割合は救急車により来院した患者に限って集計してもほぼ同じである。

○ 院内で発生する急変への対応

- ・ 救急部では、ドクターハートおよび、2019 年に創設され 2020 年以降救急部が担当することになった Rapid Response System(RRS)の二つの仕組みを通じて患者の急変やその前段階の状態に迅速に対応している。それらのほぼ全件に対応している。これらのうち、運用開始当初は職員が不慣れなこともあり要請件数が少なかった RRS が、2023 年以降その伸びが著しい。一方で、かつて 80%程度であったドクターハートは 2025 年には 30%程度に減少している。また割合だけでなく、ドクターハートの件数も減少傾向である。このことは RRS の効果によるものと考えられる。
- ・ 一般に RRS が積極的に活用されることにより、ドクターハートの対象となる事象が減少することが期待される。このたび提示された実績は、その通りの結果となっており高く評価される。

○ 救急部の運営を検討する場について

- ・ 月一回のスタッフミーティングで運営の議題を議論している。帰宅している者もいるので、院内にいる者も含めて、ウェブ形式でミーティングを行っている。救急部に関連したインシデントの検討は、医療安全の部署の会議に参加して行っている。
- ・ 診療の多忙さ、人員の不足、働き方改革への対応などのすべてに可能な限り配慮する中で、運営に関する会議をウェブにより行っていることには工夫が見られる。日々の運営における課題、短期・中長期の課題など議論すべき課題が多くあると考えられることから、短期間で解決しない課題であっても、それらがスタッフにより継続して検討されることが望まれる。

2)腎・血液浄化療法センターにおける安全な医療の提供について

(監査の方法)

- 腎・血液浄化療法センター宮本看護師より、資料「腎・血液浄化療法センター」に基づいて説明を受け、当該部署の質や安全の確保の取り組みや実績を確認した。

(監査結果)

- 質や安全の確保の取り組みや実績について、以下の通り確認した。
- 運営体制
 - ・ 病床数：10床。運用は午前10床、午後10床、つまり20名に対応。入院患者のみに対応している。うち、陰圧室対応個室：1室、1床。
 - ・ スタッフ職種・人数：
(月～金の通常配置人数)
 - ・ 医師：1-2名、臨床工学技士：2-3名、看護師：2名。
 - (部署所属人数)
 - ・ 腎臓内科医6名、看護師：34名、臨床工学技士：4名。それぞれ学会や医療機器関連の公益法人が認定する専門の資格認定を受けている職員が配置されている。
- 提供している医療の内容
 - ・ 腎不全治療：血液透析、血液濾過透析、対外式限外濾過療法。
 - ・ アフェレシス：血漿交換、顆粒球除去療法、レオカーナ（吸着型血液浄化器、腹膜濾過濃縮再建静注法、血漿吸着、エンドトキシン吸着）。
 - ・ その他の治療：腎移植や肝移植の前の血液浄化療法、バスキュラーアクセス不全に対する修復手術。
- 2024年度の実績
 - ・ 血液透析：2,842件、血液透析導入：55件、血漿交換：143件、顆粒球除去療法：32件、レオカーナ：46件、腹水濾過濃縮再建静注法：22件。
- 透析に係る業務の種類と流れ
 - ・ 透析業務としては、患者が入室してから体重測定・申し送り、透析・除水開始、終了時採血・薬剤投与・回収時処置、体重測定・申し送り、退室など11段階の業務が稼働していること、それらのうち、患者入室時（15分程度）と透析・除水開始前（30分程度）の段階で多職種（医師、看護師、臨床工学技士）カンファレンスが行われており、正確かつ適切な透析の実施を確実にしていること。これらの作業の間も、患者の観察、バイタルサインチェック、薬剤準備など経続的に行う業務もあることを確認した。
 - ・ 透析終了後の業務（回収後業務）としては、回路・人工腎臓の破棄、カルテ・記録の整理、鉗子・駆血帯消毒、次回の透析準備などの業務を行っている。
- 質や安全の確保のために特に取り組んでいる内容を、情報共有、安全対策、感染対策、連携の四つに分けて、詳細に確認した。その内容は次のとおり。

1) 情報共有

- ・ 毎日2回（透析開始前と患者の入室後）、多職種（医師、看護師、臨床工学技士）が参加してチームカンファレンスが行われている。また、主治科とのカンファレンスが毎週木曜日に”透析カンファレンス”と称して行われている。
- ・ 透析開始前のカンファレンスでは、前回の透析の患者状態、投与した薬剤の確認、当日の治療計画のディスカッションを行い、患者入室後は、病棟からの申し送り内容の共有、透析中の処置や投薬する医薬品、除水計算や体重の計算の確認などを行う。
- ・ 木曜日に主治科と行っている透析カンファレンスでは、治療の経過や今後の方針、透析中の患者の状態などの共有を行っている。

2) 安全対策

- ・ 患者確認の要領が作成されており、氏名、生年月日、IDを用いて患者確認を行っている。具体的には、業務の段階ごとに次の要領で患者確認を行っている。
 - ① 患者入室時：IDバンドの読み込み、患者に名乗ってもらう。これらを移送看護師とダブルチェックする。
 - ② ベッド案内時：ベッドネームの確認、ベッドサイドモニターでIDバンドを読み込むことにより入床手続きを行う。
 - ③ 治療開始前：穿刺前・カテーテル接続前に患者に名乗ってもらってから行う。IDバンドを確認する。繰り返し氏名を確認されることを嫌がる患者もいたが、回数を重ねると協力が得られるようになる。
- ・ 常時行う患者の状態確認のために、ベッドサイドのモニターに加えて、壁付けモニターを設置して視認性を向上させ、全員の状況が一覧できるようにした。
- ・ 患者入室後に行う体重測定の際に転倒する・膝折れするリスクが高まることを把握している。事例を分析して、対策として、測定時には両サイド手すりを持つこと、歩行入室者は、測定後に後ずさりしてつまずき転倒リスクが高まるので、測定後は正面を向いて前方から降りるように、指導している。
- ・ また体重計自体の正確さを担保するために、毎朝、20kgの分銅を用いて測定の正確さの確認を行っている。

3) 感染対策

- ・ 感染対策は”透析施設における標準的な透析操作と感染予防に関するガイドライン六訂版”に準じて行っている。
- ・ 空気清浄機を計7台設置（大型2台、小型5台）したり、絶対湿度計（目標は40%としている）を設置し適宜湿度の確認を行ったりしている。
- ・ 陰圧室対応個室1室を設置し、インフルエンザや新型コロナウイルス感染患者の診療に使用している。

- ・ 一般的な感染対策として、手指衛生を励行しているところ、令和8年1月の会議に提出されたデータでは、当該部署の手指衛生遵守率は67%であり院内の部署・部門の中で最も優れた遵守率であった。そのことは、部署のスタッフの意識の高さを示しているものとして評価される。
- ・ 新型コロナウイルスのパンデミックは、腎・血液浄化療法センターの業務にも大きな影響を与えた。当該部署が感染の場となることもあることから、例えば、以前は当該部署での患者の食事を可能にしていたが、パンデミックを契機に食事は透析後に病棟で摂取することとし、当該部署では行わないこととしたなど、さまざまな対策を行っている。

4) 連携

- ・ くまもとメディカルネットワーク（KMN）に参加しており維持透析病院が同ネットワークに参加している場合、診療情報の電子的な連携が可能な体制を構築している。
- ・ 入院患者を対象として透析を行っているので、病棟からの申し送り内容の確認がとても重要である。透析中に実施する処置の有無、投薬の有無、治療方針の変更の有無などを確認する。しかし、看護師以外のスタッフによる患者の移送が多くなる中で、申し送りの不備が生じてきたことを把握したため、それを課題として設定し改善に取り組んできた。不備であった情報には、例えば、腎・血液浄化療法センターで患者に申し送りにはなかった表皮剥離を発見したのでカルテを見ると転倒した事実があり、頭部CTが撮影されたか否かが、透析中の抗凝固薬の投与計画に影響する可能性があるという議論になり、主治医に確認したので治療開始が遅れたことがある。また他の事例では、透析を見合わせる結果となった。このように、透析室では、病棟からの申し送り内容（治療方針、治療経過、夜間の状態、前回の透析からの状態変化、透析中に行う処置、投薬等）の確認、患者に外傷、バイタルサインの異常などを認めた場合は担当看護師または主治医に確認することを徹底する仕組みを整備している。
- ・ また腎・血液浄化療法センターでは、以前にスタッフ間の情報共有のために、申し送り内容を整理して当日の透析手書き記録簿に記載し、さらに患者入室後に行うチームカンファレンスでその内容や透析中の処置や投薬の情報を共有することとしたが、内容が多く確認が漏れて必要な処置が実施されないことや、スタッフがかわることで統一した看護・ケアが行われなかったことがあった。さらに、体重測定の際に、さまざまな装着品のうち体重からその重さを差し引くものがわかりにくく正確な体重測定ができていなかった。これらの事実を把握して課題として設定し、改善に取り組んだ。具体的には、透析室独自の患者ケア共有情報用紙を作成し、患者の情報や注意点、体重測定時の注意点・測定体重から差し引く物を一目でわかるようにして、カンファレンスの際に確認することとした。また、DW（ドライウエイト）設定

を記載して、その算出ルールに基づき、体重測定の際に靴やコルセットなど、重さを差し引く装着品の写真を貼り付けて情報共有することとした。3ヶ月が経過したが、体重計算の誤りは発生していない。

- ・ 患者の移送は、看護師以外のスタッフが行うこともあり、そのことが腎・血液浄化療法センターが得たい情報と、病棟が提供する情報との間に乖離を生じる要因になっていると分析している。そこで、新たに作成・運用開始した患者ケア共有情報用紙を活用し、不足する情報は電話で病棟に確認している。腎・血液浄化療法センターが提供する治療はリスクが高いものが多いことから、今後も、必要な情報を漏れなく、かつ、効率的に得るための改善を継続して行うことが望まれる。

○ 腎・血液浄化療法センターで発生するインシデントを把握と分析

- ・ 2024年は“カテーテル逸脱・固定不足”が多かった。病棟の段階で長さを確認していない、固定が不十分であったために発生していた。そこでカテーテルの長さや固定状況の確認と記録をする手順を作成し、固定不足や前回の記録との不整合が認められればその都度消毒と再固定の実施や、カテーテルの長さについて病棟に確認することとした。また、当該事象の注意喚起とカテーテルの固定の良い例を示すポスターを作成して病棟に配布・掲示した。このほかに、“病棟からの連絡不備”、“指示変更共有不足”などが多かった。このあと2025年度にはカテーテルの逸脱は発生していない。
- ・ 2025年度にスキントアのインシデントが発生したこと、事例を分析してテープ固定が原因ではないかと考えた。そこで患者側の要因、既存の医療が内包するスキントアリスクを明らかにし、全症例にリムバーを用いたテープの除去を行う、直接皮膚にテープを貼らない方法でテープ固定するなどの対策を作成して、看護師から透析室の多職種のスタッフに対して教育を行った。
- ・ インシデントを分析して作成した対策を現場に浸透させるために、医療安全の部署との連携を行うとともに、毎月2回開催される看護師長会議の共有、浸透のための重要な場となっている。このような、他部署における会議や情報共有の機会も有用であり、相互に利用する意義が大きい。今後も部署間で安全に関する情報の浸透を図るための連携を継続して行うことが望まれる。
- ・ インシデント件数の経年的な推移は、腎・血液浄化療法センターの作業に起因するインシデントは減少傾向だが、他部署で生じたエラーによるインシデントを透析室で発見して報告することもあるため、当該部署におけるインシデントの総件数は増加している。このような積極的な報告は、重大事象の予防のために有用であることから、高く評価される。安全対策は、毎月一度開催するミーティングで検討が行われている。

5. 改善を求める事項等

- 特に改善を求める事項は認めない。
- 救急部の運営は、創設以降、関連診療科の応援も得ながら行われてきた。当該部署の必要性を、毎年の実績等のデータの作成およびその分析をもって示してきたことや、それに基づき改善を図ってきたことはPDCAサイクルの考え方にも則しており高く評価できる。そして救急患者の受診ニーズが増加していることや、短期的な人員の充実の見通しが確認できたことについても評価できる。そして今後、病院全体の資源配分をバランスよく行う検討の中で、救急部についても考慮して検討すること、また、その前提として、受診ニーズに対応するために関連部署、診療科と救急部とが相互理解を深め、円滑で効率的な連携を行って実績を向上させることが望まれる。
- さらに地域レベルでは、2026年以降、地域構想の議論がさらに本格化するものと見込まれる。熊本大学病院は他施設にはない、あらゆる疾患に対応できる診療科、診療技術を有していることから、病院の理念に則してその能力を発揮し続けることができる構想となるように、地域における議論に参加することが望まれる。
- 腎・血液浄化療法センターでは、業務の安全性の確保、効率化の取り組みが、インシデント報告・学習の仕組みなどを通じて継続的に行われており、よい成果を生んでいることが確認できた。当該部署では、疾患を多く抱えた病棟の患者を受け入れて透析など行うために、病棟から必要な情報が適切に提供されることが安全確保にとって重要である。病棟の職員の皆様におかれては、このことへの理解をさらに深めていただくことが望まれる。
- 本日の委員会では、腎・血液浄化療法センターが行う感染対策について、特に新型コロナウイルスのパンデミックを経験したことによる取り組みについて確認した。このほかに、同機能を有する他施設との比較についても委員の関心があったが、確認に時間を割くことが出来なかった。しかし、医療安全に従事している委員から見れば、委員会で地域における透析実施施設から構成される協議会について言及があったことや、国立大学病院における同じ機能を有する部署の協議会、学会などの機会があることから、施設間比較を行ったり新たな知見を入手して必要に応じ導入する取り組みがなされていたりしていると容易に推測できる。そこで、医療を受ける立場の委員は、特定機能病院である熊本大学病院が提供する透析や血液浄化療法の水準が、我が国の関連施設の中で十分に高い水準であることを期待しているという事実をここに述べておきたい。

令和8年4月17日

国立大学法人熊本大学病院監査委員会

委員長 後 信

委員 石貫謹也

委員 木崎千恵子

委員 笹本好里子