

令和7年11月18日

国立大学法人琉球大学
学長 喜納 育江 殿

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1項第2号に基づき監査を実施しましたので、別紙のとおり報告申し上げます。

琉球大学病院 医療安全に係る監査委員会
委員長 内門 泰斗
委員 望月 保博
照喜名 通

令和7年度 第1回琉球大学病院 医療安全に係る監査委員会 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1項第2号に基づき監査を実施しましたので、以下の通り報告いたします。

1. 監査の方法

琉球大学病院医療安全監査委員会規程に基づき、琉球大学病院における安全管理体制および医療安全業務について、提供された資料及び関係者より説明を受け、また現場ラウンド、質疑応答を通して、監査を実施した。

・日時：令和7年10月23日（木）14:00～16:00

・場所：琉球大学病院 病院棟7階 会議室、
放射線部、外来化学療法室

・監査委員会委員：

委員長 内門 泰斗（鹿児島大学）

委員 望月 保博（かりゆし法律事務所）

照喜名 通（認定NPO法人アンビシャス）

・琉球大学病院対応者：

鈴木 幹男 病院長、垣花 学 医療安全管理責任者、梅村 武寛 医療機器安全管理責任者、中村 克徳 医薬品安全管理責任者、西江 昭弘 医療放射線安全管理責任者、平田 哲生 医療の質向上対策室長、西平 淳子 患者安全推進室室長、饒平名 かおり GRM、佐久間 博明 GRM、外間 登 GRM、呉屋 克典 放射線部 副技師長、里見 雄次 看護部 外来副看護師長、古謝 美智子 血液浄化療法部 看護師長、大城 美智子 血液浄化療法部 看護師、医事課 島袋 朝輝 課長代理

・陪席者：

植田 聡 総務課課長代理

2. 監査の内容及び結果

(1) 前回の監査の指摘事項に対する対応の確認

「令和6年度第2回琉球大学病院医療安全委員会報告書」及び議事要旨に基づいて、前回の指摘事項に対して、職員間のコミュニケーション力の強化、職員への周知

の継続、システム変更に伴う不具合を薬剤部から要望を行っていることなど説明を受け、適切に対応されていることが確認できた。

(2) 監査のテーマについて

委員長より、患者誤認は重大事故につながるリスクがあるため、琉大病院の取り組みを議論し再発防止を図ることを目的として、今回の監査のテーマを「患者誤認防止のための患者確認の取り組み」と設定したことを説明した。その後、各部門からの取り組みを資料に基づき説明を受けた。

① 放射線部における患者誤認防止の取り組み

放射線部呉屋副技師長から、資料2「放射線部患者誤認防止対策」に基づき、放射線部の体制、2024年度のインシデントについて、また、ER-CT検査及びMRI検査における同姓患者取り違い事例の紹介及びそれぞれの改善策・対応について説明があった。

- 放射線部門のスタッフは、診療放射線技師38名、放射線部門受付6名で構成され、部門別検査装置と人員は、一般撮影部門15台に7名、CT検査部門3台に4名、MRI検査部門3台に4名、血管造影部門5台に5名、RI・PET部門4台に5名、放射線治療部門5台に7名が配置されている。
- 放射線部の2024年度インシデント報告は128件あり、そのうち5件が患者誤認であった。
- ER-CT検査同姓患者取り違い事例では、病棟スタッフに付き添われた患者が間違っていることを想定していなかったこと、待合室がなく受付を設置できずバーコードリーダーの使用ができなかったことが要因として挙げられた。先入観にとらわれず毎回確認すること、検査ごとにオーダー詳細用紙を印刷し、患者氏名・生年月日・リストバンドの照合を行うことが再発防止策として挙げられた。
- MRI検査同姓患者取り違い事例では、技師が患者氏名をフルネームで伝えたが、看護師が同じ苗字の患者と誤認識したこと、ベッド搬送時に認証用バーコードリーダーが届かず、受付でのスキャンを怠ったこと、技師が患者の疼痛対応中に患者確認を失念したことが要因として挙げられた。呼び出し時にフルネームで復唱し間違いがないことを確認すること、バーコードリーダーの配線を延長しベッド搬送時も対応可能にしたこと、入室前に患者にフルネームと生年月日を名乗ってもらいリストバンドの氏名確認を徹底することが再発防止策として挙げられた。
- ER-CTの運用マニュアル、MRI入院患者マニュアルを作成し、スタッフ間で患者確認を統一しているが、院内全体での取り組みが課題であると説明があった。

《委員からの質疑》

- 放射線部での患者誤認が発生後、迅速に要因を考え再発防止策を立てて実行して

いる点は評価できる。

- ・ 万が一、氏名と生年月日が完全に一致する患者がいた場合、重大事故を防ぐためにはバーコードやシリアル番号 (ID) による確実な認証が必要ではないかという懸念を提起された。
- ・ 患者確認に「フルネームと生年月日、もしくは ID」という 2 つの識別子を使う病院のマニュアルに基づき、病棟看護師との申し送り時にも 2 つの識別を使用することが望ましいとの提案があった。
- ・ 将来的に IC タグなどによる自動読み込みのシステムが開発され、自動で患者を識別できるようになっていくことを期待したいとの意見があった。

② 外来化学療法室における患者誤認防止の取り組み

看護部外来里見副看護師長から、資料 3「外来化学療法室における患者誤認防止の取り組み～安全に治療を提供するための工夫について～」に基づき、外来化学療法室の概要及び治療件数、治療の流れや、患者誤認防止の対策の取り組みについて説明があった。

- ・ 新病院移転に伴い、外来化学療法室は 12 床から 34 床に増床し、月平均治療件数も増加している。2 室に分かれていた部屋が統一され、薬剤調整室が隣接配置されたことから、看護師の確認作業の動線が改善され、薬剤搬送もなくなり、業務負担が減少している。
- ・ 外来患者は入院患者のようなリストバンドがないため、安全ピンを除去した診察券名札を装着してもらい本人確認に使用している。
- ・ 会計時に診察券が患者から離れることがあり、その際は検査結果表や予約表を活用している。また、名札が患者自身から離れオーバーテーブルに置かれたままになるなど、スタッフ全員で統一された予防策を習慣化していくことが課題であると説明された。
- ・ 将来的には、AI 機能を追加し、治療基準 (開始・継続) を満たさない項目があれば、医師だけでなく医療チーム全体に通知されるようにすることを目指していることも説明された。

《委員からの質疑》

- ・ 入院患者の様にリストバンドがない外来化学療法室で治療する患者の識別をネームカードに入れた診察券名札を装着している点は良い取り組みであるとの意見があった。
- ・ 薬剤と患者との照合について、人による照合確認に加えて、バーコードなどによるシステムとしての識別ができないか検討してほしいとの意見があった。

③ 透析室における患者誤認防止の取り組み

血液浄化療法部大城看護師から、資料4「透析室における患者誤認対策の取り組み」に基づき、透析治療の流れや、患者誤認を引き起こしやすい要因、具体的な患者誤認防止対策について説明があった。

- 透析室における患者誤認の件数は、2023年から2025年9月までで5件発生し、内訳は、異なる患者名の注射ラベルが貼られた薬剤がセッティングされていた事例が3件、撮影した写真の誤送信の事例が1件、患者氏名の手入力に誤入力した事例が1件であった。
- 入院患者では、リストバンドと透析のシステムとをバーコード認証で照合するが、外来通院の透析患者にはリストバンドがないため、バーコード付きの患者氏名シールを添付した人工透析患者カードを来院時にネームホルダーに入れて装着してもらい認証システムを活用できるようにした。
- 体重測定カードに、手作業で氏名を添付していたものを、電子カルテから発行した患者氏名、ID番号、バーコード入りのシールを添付するようにし、カードへの転記ミス防止と認証システムが利用可能となった。
- 透析開始前に意思疎通が可能な患者には名乗ってもらい、看護師と臨床工学技士の2名で、ネームホルダーと透析機器の画面を指差し呼称により確認する、薬剤や輸血は認証システムによる照合を行うなどの体制を構築したことの説明があった。

《委員からの質疑》

- 外来透析患者が人工透析患者カードを持参してネームホルダーに入れて装着している点は、良い取り組みであるとの意見があった。
- もし人工透析患者カードを忘れてしまった場合の対応について、認証システムが利用できなくなるが、受付用紙で患者確認を行う体制であることが確認できた。
- 体重測定カードと部門システムとの連携による対策についても確認できた。

④ 患者安全推進室における患者誤認防止の取り組み

患者安全推進室佐久間師長から、資料5「患者安全推進室における患者誤認防止の取り組み」に基づき、患者誤認の年次推移や皮膚疾患などでリストバンドを装着できない患者に対する対策の導入、インシデント発生部署へのRCA分析支援を行ったことについて説明があった。

- 誤認予防のためフルネーム・生年月日による2つの識別子の徹底を呼び掛ける安全ニュースの発行と患者参画の推進ポスターの掲示を行っている。
- セーフティーレポート報告での患者誤認の報告数は、2024年度に138件の全体の4.23%で、2023年度まで増加傾向にあったが低下し、内容別の分類でもいずれの項目も低下していた。しかし、異なる患者のリストバンドをつけていた事例が3件発生した。

- ・ 皮膚疾患などでリストバンドを装着できない患者が、26名で全体の5%発生しており、その半数が皮膚疾患や浮腫による装着困難が理由であった。装着できなかったリストバンドはベッドフレームに添付していた。
- ・ リスクマネジメントマニュアルを見直し、リストバンド非装着患者への対応を指定のクリップを利用し、病衣・着衣にしっかり固定し患者の身体と一体になっている状態を維持することを条件とする対応を導入予定である。
- ・ 指定クリップは患者安全推進室が管理し、対応フローを作成した。
- ・ MRI 検査同姓患者取り違え事例に対して、患者安全推進室メンバーが現場に赴き、搬送経路、患者確認の流れ、受付対応、スキャナコードなどを確認した。また当該病棟、放射線部、放射線科を交えた要因の分析と改善策を立案する RCA 分析を支援し、RCA 分析に参加した職員の認識は向上したものの、それ以外の職員のフルネーム復唱など患者確認の浸透が課題であると説明された。

《委員からの質疑》

- ・ 患者誤認の件数が、それまで増加していたが、2024年度は低下しており、これまでの取り組みによって成果が出ていることを評価された。
- ・ 異なる患者のリストバンドをつけていた事例3件の要因を深堀して分析してはどうかとの提案があった。
- ・ 導入予定のクリップ式リストバンドでは、本人拒否や認知症患者への装着について患者の声を聴きながら改善していけばよいのではないかと提案があった。

⑤ 現場確認（外来化学療法室・放射線部）

- ・ 外来化学療法室を訪問し、外来患者が受付をして、投薬されるまでの患者確認の手順について、診察券名札で運用されていること、投薬しようとする薬剤をPDAで認証していることなどを確認し、適切に行われていた。
- ・ 放射線部を訪問し、CT室とMRI室で患者確認の手順について、受付番号で識別できるようにしていること、MRI室では検査室内での地場の影響で紙運用しなければならないことなどを確認し、適切に行われていた。

3. 総括

今回、琉球大学病院における「患者誤認防止のための患者確認の取り組み」を監査テーマとして、聞き取りと質疑応答、また現場視察による監査を実施した。資料に基づいた丁寧な説明と現場の案内を受け、活発な質疑応答・意見交換が行われ、監査は滞りなく終了した。

ヒューマンエラーは必ず起こるという前提のもと、限られたリソースの中で患者誤認を少なくするための対策に様々な努力と工夫をされており、高く評価したい。

患者確認の手順が全職員に確実に定着するよう継続的に働きかけること、バーコード認証などシステムとして機械化できる部分を推進し人的確認を補完する体制を強化すること、患者参画を積極的に取り入れ患者からのアイデアを活用することに、今後取り組まれることを期待したい。

今後も、大学病院として、高度先端技術の開発・提供と共に、継続的な患者安全の向上を通じて、安心・安全で信頼される医療提供を目指していただきたい。

以上

令和7年11月18日

琉球大学病院 医療安全に係る監査委員会

委員長 内門 泰斗

委員 望月 保博

照喜名 通