

監査報告書

当監査委員会は、宮崎大学医学部附属病院における医療安全活動について、同院が提出した資料及び医療安全管理を担当する職員からの説明やヒアリング、手術部の現場監査に基づき、審議の上本監査報告書を作成しましたので、提出いたします。

1. 期日、対応者

(1) 日 時：平成30年3月19日（月）09：00～11：35

(2) 場 所：宮崎大学医学部 第二会議室（3階）

(3) 委 員：

後 信（九州大学病院医療安全管理部 部長） ※国立大学法人宮崎大学医学部附属病院医療安全管理監査委員会規程 第6条第1項に基づき指名された委員長

大久保 哲（宮崎産業経営大学法学部 教授）

藤久保 亜希（宮崎市子育て支援センター 嘱託員）

(4) 宮崎大学医学部附属病院 出席者：

鮫島病院長、

中村副病院長（医療安全管理部長・医療安全管理責任者・医療機器安全管理責任者）

荒木副病院長（医療情報部長・診療録管理責任者・インフォームド・コンセント責任者）

池田薬剤部長（医薬品安全管理責任者）、板井臨床倫理部長

医療安全管理部：綾部副部长、奥村副部长、清水副部长、横山副看護師長

小田 ME 機器センター技士長、平原副薬剤部長

久保看護部長、白坂副看護部長

原事務部長、龍元総務課長、平田次長、長友係長、坂井医事課長、宮浦次長、戸松係長

（手術部での対応者：森医師、河野医師、宮里医師、久保田看護師長）

2. 監査項目及び結果

(1) 手術室の安全確保について

1) 「手術の安全を確保するための手順」の概要説明

(方法)

- 手術部で実施されている手術の種類、整備されている医療機器、スタッフの配置状況、診療科別・手術別（定例・緊急、入院・外来の別）手術・処置件数、診療科別麻酔件数、診療科別・麻酔の種類別（全身麻酔・局所麻酔等）麻酔件数を確認した。

- また、手術室のラウンドの前に、手術室で広く行われている各種確認の必要性、関連する過去の実施設における患者取り違えの医療事故事例、医療事故の考え方の変化、患者チーム医療における確認の方法、WHOによる手術室におけるチェックリスト、サインイン・タイムアウト・サインアウトの過程における全国的な確認実施率の経年変化、宮崎大学病院における病棟出棟時の確認事項・手術室入り口前における確認事項と方法、手術室における確認事項やタイムアウト及びその方法等について、基礎的な知識を得るための説明を受けた。

(結果)

- 監査委員会の時間の範囲内及び会議資料では高度に専門化している手術やそれに要する機器の整備状況の詳細の確認は困難であったが、おおよそ特定機能病院の役割である高度な医療を提供するために必要な機器が整備され、スタッフが配置されていると認めた。手術件数は、委員長が所属する大学病院の手術実績も紹介しつつ確認し、病床数を考慮すると多くの手術件数であると認めた。
- 手術室の安全に関する基礎的な知識に関する説明のために準備された資料及びその内容から、医療安全管理部は、特定機能病院やその他の病院において実施されている患者確認の必要性や確認の考え方を理解しており、貴院において実施されている具体的な方法は適切な内容であると認めた。

2) 手術部の現場監査及び意見交換

(方法)

- 手術部のラウンドを実施し、手術室入り口前における確認事項と病棟から持参する7種類の文書を確認するとともに、模擬的な確認を実施していただいた。また、手術室入室時の患者確認方法についても説明を受け確認した。
- 手術が行われている最中の手術室に短時間入室し、スタッフの配置、機器の種類や配置、関連する画像の配置、モニタの場所や視認性の確保、麻酔器及び麻酔科医師の位置と注射剤を中心とした医薬品のカートの配置等の説明を受けた。その後、室外で、患者取り違え防止のための氏名の確認や左右間違い防止のためのマーキングの方法について模擬的な実施等による説明を受け確認した。
- 次に手術が行われていない手術室に移動し、監査委員会開催当日のスーパーバイザーの麻酔科を含む麻酔科医師や手術部看護師より、壁に掲示されているタイムアウトの手順の説明を受け、手術室搬入時及び手術開始時のタイムアウトについて模擬的に実施していただくことにより確認した。また、タイムアウトの確認事項やチェックリスト、タイムアウトの流れ、タイムアウトに要する時間を確認した。緊急手術等の理由でタイムアウトを実施しないと判断した場合のチェックリストの記入方法について確認した。タイムアウトは麻酔科医師が中心となって行われていることを確認した。
- 手術部看護師より、手術終了時のガーゼカウントの確認や摘出臓器の種類や数の確認

について説明を受けた。また、ガーゼカウントに使用する専用のトレイの説明及びそれを用いたカウントの方法について説明を受けた。

- 委員長が所属する大学病院における、麻酔機器に関するインシデント（麻酔器の気化器の不十分な装着により吸入麻酔薬の濃度が設定より低かった事例）を説明し、機器の始業点検の重要性について意見交換した。
- 手術室入り口前で、手術終了時の確認や病棟への引継ぎについて模擬的に実施していただき確認した。
- 手術中に家族等が待機する待合室を見学し、手術時間が予定を大きく超えた場合、家族に説明する等の対応を行っていることを確認した。
- 手術室のラウンドを終え、第二会議室で意見交換を行った。
- 宮崎大学病院で実施されている、チェックリストを用いたタイムアウトについて、外科医、麻酔科医、看護師の別に重視する項目や、導入前後で変化した事項についてアンケート調査を実施した結果を確認した。

（結果）

- 手術室入り口前における確認は、患者確認や7種類の文書の確認等、手術の実施に当たり必要かつ適切な内容であると認めた。
- 手術室に配置されている機器の数や種類が多いことから、術者等が画像やモニタを確認する際に支障を来す可能性の有無について委員から質問がなされたが、術者等が画像を確認する際は、手術台を離れて画像モニタに接近して確認することも容易に出来ること、生体モニタは麻酔科医師が常に確認できる位置に近接して配置されていること等が説明され、適切に運営されていると認めた。
- タイムアウトは麻酔科医師が中心となって実施していること、タイムアウトの途中でスタッフが他の業務を平行して行っている場合は当該業務を中止するよう指示することとされていること、短時間でタイムアウトを完了していることは、タイムアウトの実施責任を明確化しつつ確実かつ効率的に実施できることなどから、優れた実践例であると認めた。
- 委員から、手術室あたり麻酔科医師が常時2名体制で配置され、種々の確認を行うことの可能性について質問があったが、1名はスーパーバイザーであることからそれは困難であるとの説明があった。この点について委員長の経験も交えて出席した宮崎大学病院職員と意見交換し、その実態は一般的な特定機能病院の水準であると認めた。
- 委員から、待合室で待機している患者家族への対応について質問があり、手術時間を大きく超過する場合は家族に説明することが説明された。さらに委員より、家族の心情としては、そのような対応が丁寧で細やかな内容であると安心感が増す旨の意見があった。この点は、医療安全とは異なる視点とも考えられたが、患者中心の医療の実践に通じる内容を含むものであり、今後の運営の参考になるものと考えられた。
- チェックリストを用いたタイムアウトに関するアンケート調査の結果、職種別に回答

はやや異なるものの、「コミュニケーションが増えた」を選択した者が職種間に共通して比較的多かったことから、これは宮崎大学病院のタイムアウトが有効に機能し手術室の運営の改善に資するものと考えられた。

- 委員より、手術件数を増やすために手術申し込み時に予定よりも短い手術時間を記載して多くの件数の手術申し込みを行うために、実際は申込みよりも長い時間の手術が多くなっている実態の有無について質問があった。概ね予定時間通りに申し込みがなされており、やむをえない延長以外の長時間の手術があれば、手術室の運営に関する会議にフィードバックしているとの説明があった。仮に課題が見つかった場合は、関係者が合議する会議で議論することは、課題が未解決のまま存在し続けることの防止に繋がる適切な対応であると認めた。

(2) 平成 29 年度医療安全・質向上のための相互チェック、特定機能病院相互のピアレビューの実績報告

(方法)

- 相互チェック及びピアレビューの確認項目等の概要を資料に基づき確認した。
- 相互チェックのテーマが画像診断報告書の確認体制であることを委員間で共有した。
- 宮崎大学病院に訪問して相互チェック及びピアレビューを実施した特定機能病院が作成した報告書の指摘事項等を確認した。

(結果)

① 相互チェック

- 次年度に画像の未読・既読の管理システムが導入されると記載されていた点について、その有効性について、今後の監査の適当な機会に確認することとした。

②ピアレビュー

- インフォームド・コンセントに使用する書式の項目の追加及び外部監査委員会を組み入れた組織図の作成について指摘がなされていることから、その実行が求められる。

(3) 日本医療機能評価機構による病院機能評価 3rdG:Ver.1.1 の受審結果

(方法)

- 2017 年 12 月に実施された病院機能評価について第三者評価を行う特徴等を委員会で共有した。
- 「病院機能評価に関する中間的な結果報告」に基づいて、特に「1.3 患者の安全確保に向けた取り組み 1.3.1 安全確保に向けた体制が確立している」の評価結果を確認した。

(結果)

- 改善要望事項は付されておらず、「1.3 患者の安全確保に向けた取り組み 1.3.1 安全確保に向けた体制が確立している」は「S」評価を受けていることは、高く評価すべき結果であると認める。

- 具体的には、スタッフの配置、役割と権限の明示、レベル3以上に事例への対応、医療安全管理委員会の議事、リスクマネージャー会議の議事、参加型セミナーの開催、全職員によるポケットマニュアルの携行、病院長が参加する病棟ラウンド、自殺予防対策、職員研修等が医療安全を確保するための組織が機能的に整備されていると評価する理由として挙げられている。本委員会でそれぞれの事項を再確認する時間はなかったが、外部評価によって高く評価された事項であることは信頼性が高く、それらの事項から構築された適切な安全管理体制であることが推測できる。

(4) 施設基準等にかかる適時調査の結果

(方法)

- 2017年12月に九州厚生局によって実施された施設基準等に係る適時調査の結果として通知された文書の指摘事項を確認した。
- 委員長から、適時調査の性質について、医療安全管理体制等を行政が確認する医療監視とは異なり、診療報酬の請求に関する種々の施設基準の届出や請求の適切さを確認するものであることを説明し、委員間で共有した。

(結果)

- 指摘事項等が通知されているが、医療安全確保の観点から行われた確認ではないことから、本委員会の役割を踏まえれば特に指摘することはないが、医療費の請求に関する部署が指摘事項に即して改善を図っていただければ良いと考える。

(5) 医療法第25条第1項及び第3項の規程に基づく立ち入り調査

(方法)

- 2017年12月に九州厚生局により実施された医療監視の結果として通知された文書の指摘事項を確認した。

(結果)

- 医薬品業務手順書の整備について、手順書に必要とされる事項が定められていないことが指摘されていたことから、委員から具体的な内容について質問がなされた。手順書が定めている内容と、現場におけるより具体的な運用手順とが有機的に連携していることが明確に説明できなかつた旨の説明があった。調剤等の実態に即して、手順書の内容が現場の具体的な手順と連携するように改善を要すると認めた。
- 新規採用職員への医薬品や医療機器の安全管理に関する研修について研修が実施されていないことが指摘されていたことから、実施することが必要であると認めた。

(6) 特定機能病院承認要件見直しの対応状況

(方法)

- 「病院長のガバナンス強化に関する検討経緯について」「病院長選考日程」「宮崎大学医

学部附属病院長選考規程および様式（第7条関係）」「宮崎大学医学部附属病院長候補者選考会議細則及び様式第1号（第6条関係）、様式第2号（第6条関係）、様式第3号（第6条関係）、様式第4号（第8条関係）、様式第5号（第9条関係）」を確認した。

（結果）

- 「宮崎大学医学部附属病院長選考規程」第3条第1項の（2）に「医療安全確保のために必要な資質・能力を有している者」、第4条第3項に「学長は、病院長候補者選考会議に対し、選考基準案の策定等を求める。」、第5条に「学長は、前条第3項により策定された選考基準案について、役員会の議を経て公表するものとする。」と規定されている。
- 特定機能病院の医療安全管理体制に関しては、特定機能病院における重大医療事故の発生を受けて厚生労働省による特定機能病院に対する集中検査の実施やガバナンスの見直し等特定機能病院の承認要件の見直しが検討され、平成28年度の医療法施行規則の改正及び平成29年度の医療法改正が行われた。具体的には、医療法施行規則において、特定機能病院と称することについての承認を受けようとする者が厚生労働大臣に提出する申請書や特定機能病院の開設者が厚生労働大臣に提出する業務に関する報告書に「管理者の医療に係る安全管理の業務の経験」が追加され、また、医療法においては、特定機能病院の管理者が行う役割に「医療の高度の安全を確保すること」が追加され、開設者は当該役割を含む特定機能病院の役割の実施に関し必要な能力及び経験を有する者を管理者として選任しなければならないとされるとともに、開設者は管理者を選考する合議体を設置しその審議の結果を踏まえて選任しなければならないとされた。
- 宮崎大学病院の管理者の選考に関する規程等は、それらの経緯を踏まえた内容であると認めた。なお、病院長候補者選考委員会が策定し役員会の議を経て学長により公表される選考基準を、公表後に開催される監査委員会において確認することとした。

2) インフォームド・コンセントの実施

（方法）

- 「宮崎大学医学部附属病院インフォームド・コンセント委員会規程」「平成29年度医療情報委員会・インフォームド・コンセント委員会名簿」「診療録監査の流れ」「診療録・インフォームド・コンセント監査実施報告書」「診療録監査・改善計画・報告」「入院診療計画書、経過記録、説明記録、汎用説明同意書、手術記録の月別記載率」「平成29年度第1回インフォームド・コンセント委員会議事要旨」「平成29年度医療情報委員会・インフォームド・コンセント委員会議事要旨」を確認した。
- インフォームド・コンセント委員会は、既存の医療情報委員会と一体として運営されていることを確認した。
- 診療録の監査は量的監査だけでなく質的監査も行われていることを確認した。

- インフォームド・コンセントの実施にあたり、看護師を中心とした他職種のスタッフの同席について、医療情報委員会・インフォームド・コンセント委員会で審議されていることを確認した。

(結果)

- インフォームド・コンセント委員会は、既存の医療情報委員会と一体として運営されており、委員会の重複を減らす観点からも妥当な運営であると認めた。第1回本監査委員会において、委員会の過度な重層性に関し意見があったところであり、宮崎大学病院では、特定機能病院における種々の機能を運営する委員会の効率的な構成に配慮しているものと考えられた。委員には医療安全管理部や医療倫理部所属の委員が含まれていることは適切な構成であると認めた。
- 診療録の量的監査だけでなく質的監査も実施されており、その結果に基づき必要な指導・研修が行われること、また、病院連絡会議に報告されることは、課題の同定と改善の実効性を高めることや、その周知に有効な仕組みであると認めた。
- 「インフォームド・コンセント、説明書式、仕様書式」を利用した記載がなされない事例があるとの説明であった。これは医療情報システムが更新される次年度の課題と考えられた。
- 経過記録、説明記録等の記載率を算出していることは評価できる。このデータ作成を継続し、データが改善していない場合はその原因や少しでも改善するための方策を会議で議論することが望まれる。また、次年度に医療情報システムが更新される機会に、説明同意書を作成する医療行為を一層明確化して、データ算出の際に分母となる件数の正確化を図る計画があることがインフォームド・コンセント委員会で議論されており、また、監査委員会でもその旨説明されたことから、今後の監査委員会において進捗や結果を確認することとした。
- インフォームド・コンセントの実施にあたり、看護師を中心とした他職種のスタッフの同席について、型通りで安全性も高い医療も含め、全ての機会に同席することは勤務時間と業務量との関係から困難という判断は理解できる。そこで、特にリスクが高い治療・処置や、治療の結果が思わしくない場合の病状説明等の機会などは、優先的に同席を考えてもよいのではないかと、委員長から今後の委員会の議論に資する目的で意見を述べた。
- 前項までにいくつかの課題を記載したが、これらの明確化、および改善に向けた議論が会議で行われていることは適切な運営であると認めた。

3) 高難度新規医療技術の管理及び未承認新規医薬品等の管理

(方法)

- 「宮崎大学医学部附属病院臨床倫理委員会規程」「別紙様式第1号（臨床倫理コンサルテーション依頼用紙）」「別紙様式第2号（臨床倫理コンサルテーション回答用紙）」

紙)」「別紙様式第3号(高難度新規医療技術実施申請書)」「別紙様式第4号(適否結果通知書)」「別紙様式第5号(未承認新規医薬品等使用申請書)」「別紙様式第6号(未承認新規医薬品等使用申請審査結果通知書)」「高難度新規医療技術を用いた医療提供に関する標準業務手順書」「未承認新規医薬品等を用いた医療提供に関する標準業務手順書及び様式B(手順書第4条関係)」「宮崎大学医学部附属病院で診療に従事できる医師等についての申合せ及び様式1(診療従事許可願)、様式2(診療従事許可証)」「宮崎大学における新規医療技術等の導入に係る体制」「宮崎大学医学部附属病院臨床倫理委員会委員名簿」「【平成29年度高難度新規医療技術】高難度新規医療技術評価委員会 申請・審議一覧」「【平成29年度未承認新規医薬品等】未承認新規医薬品等評価委員会 申請・審議一覧」を確認した。

- 承認後の高難度新規医療技術が適切な手続きに基づいて提供されていたか否か検証する仕組みについては、「高難度新規医療技術を用いた医療提供に関する標準業務手順書」第2条第5項の(3)に基づき、年1回定期的に確認する方針であることを確認した。
- 平成29年度の高難度新規医療技術の申請・審議実績は1件であることを確認した。また、未承認新規医薬品については9件であるが、すべてが医薬品の治験の申請であり、その有効性や安全性、実施にあたっての倫理的な課題等は治験の実施に関する委員会でも審議されるとのことで、実質的に二重審議となっていることから、今後は治験を対象外とする方針であることを確認した。
- 高難度新規医療技術の申請に漏れが生じないための対策として、外部の医師を招聘する際に「診療従事許可願」が提出された場合に、当該診療で提供される医療が該当するか否か検討できるよう、「診療従事許可願」を受け付ける部署と臨床倫理委員会の事務を所掌する部署とが連携する仕組みを構築していることを確認した。本委員会開催日時時点で「診療従事許可願」の提出が契機となって確認された高難度新規医療技術はないことを確認した。

(結果)

- 部署やスタッフの配置、委員会委員の選任等、高難度新規医療技術及び未承認新規医薬品による医療の提供について適切な体制が整備されていると認めた。
- 承認後の高難度新規医療技術の実施事例の検証については、実施の事実を臨床倫理部が確認する方法を採用していた。したがって、実施した診療科から1例ごとに報告される仕組みではない。しかし、当該検証方法については、特定機能病院間で一律の検証法は存在しておらず、また、厚生労働省医政局長名通知である「医療法施行規則第9条の23 第1項第7号ロの規定に基づき高難度新規医療技術について厚生労働大臣が定める基準」においても、「3 診療科の長は、高難度新規医療技術を適用した全ての症例について定期的に、又は患者が死亡した場合その他担当部門が必要とする場合には、担当部門に報告を行うこと。」「5 担当部門の長は、特定機能病院の管理者が作成した規程

に基づき、定期的に、手術記録、診療録等の記載内容を確認し、当該高難度新規医療技術が適正な手続きに基づいて提供されていたかどうか、従業員の遵守状況を確認すること。また、術後に患者が死亡した場合その他必要な場合にも、これらの確認を行うこと。」とされている、つまり、「定期的」確認が求められているのみであることから、宮崎大学病院の「年1回定期的に確認する」という運用方針は、これに則した適切なものと認めた。

- 一方で、国の研究班「高難度新規医療技術の導入プロセスにかかる診療ガイドライン等の評価・向上に関する研究班」（国土班）が作成して、平成28年に日本医学会が基本領域の学会の賛同を得て公表した「高難度新規医療技術の導入にあたっての基本的な考え方」では、この点について「・・・加えて、導入後5症例程度は、手術記録、診療録などの記載内容を担当部門に報告することが必要である。」と記載されており、報告の時期は特定されていないが、5症例程度までは実施するたびに報告することを求めていると理解することもできる。
- 委員長より所属医療機関では実施するたびに報告を求めているが、技術が完遂できた事例とできなかった事例とがあること、完遂できなかった事例についてはそれが医学的な理由でやむを得ぬことであったのか、あるいは技術的な問題があったのかなどを検証するために診療科に追加資料の提出を求めて検証した経験や、他大学からも実施の都度報告を求める際の提出資料の内容について紹介があった経験を紹介した。宮崎大学病院においても、引き続き、高難度新規医療技術実施後の検証方法について会議で検討することが望まれる。
- 未承認新規医薬品等を用いた医療の評価において、治験を対象外とする方針としたことは、同様の趣旨の審議を複数の委員会で行うことをやめる趣旨であることから、効率的な評価の観点だけでなく、委員会の所掌や責任の明確化の観点からも適切な方針であると認めた。

（7）各専門部会

1）医薬品専門部会

（方法）

- 「宮崎大学医学部附属病院医薬品専門部会細則」「医薬品専門部会名簿」「医薬品専門部会（緊急会議）議事録」「第2回医薬品専門部会（メール会議）」「第3回医薬品専門部会議事録」「第4回医薬品専門部会議事録」「第5回医薬品専門部会議事録」「第6回医薬品専門部会議事録」「第7回医薬品専門部会議事録」を確認した。
- 「宮崎大学医学部附属病院医薬品専門部会細則」第2条第1項の（2）に、審議事項として「未承認医薬品等（適応外・禁忌薬使用を含む。以下同じ。）の管理に関する標準業務手順書に関すること」とあり、「適応外・禁忌薬」も審議対処となること、院内製剤含め対象医薬品が少なからず存在することを確認した。

- 審議結果は医療安全管理委員会に報告されていることを確認した。
- 第6, 7回医薬品専門部会において、ベンゾジアゼピン系薬物の処方状況が議事として取り上げられたことを確認した。

(結果)

- 規則の整備や委員の選任は適切に行われていると認めた。
- 「適応外・禁忌薬」には、当然に治療に必要とされその実績が多く安全性がある程度知られているものから、限られた症例に対して過去の実績が少ない中でリスクを十分に説明しながら投薬すべきものもあることから、必要な議論がなされずに投薬されることがないように、審議対象に含めていることは適切であると認めた。審議に時間がかかりすぎることを避けるため、対象薬の性質により審議に軽重の差を設けて効率化する等の工夫は検討されてもよいと考える。
- ベンゾジアゼピン系薬物を始めとする抗不安薬の長期投与や多剤併用投与は依存等の問題が指摘されており、平成30年度診療報酬改訂においても、それらの是正のための診療報酬による誘導が行われる予定であることから、時宜にかなった議事設定であると認めた。

2) 医療機器専門部会

(方法)

- 「宮崎大学医学部附属病院医療機器専門部会細則」「医薬品専門部会委員名簿」「第1回医療機器専門部会議事要録」を確認した。
- 会議実績は1回であることを確認した。議事要録より、今後は毎月開催する方針であることを確認した。

(結果)

- 規則の整備や委員の選任は適切に行われていると認めた。
- 活動実績が少ないことから、関係者が協力する中で、今後活動を充実させることが望まれる。
- 委員より、医療機器の管理について、医療機器の種類や数が正確に登録され、また、実際に紛失することなく保管されているか質問があった。適切に管理している旨の回答があったが、例えば、リース期間が終了するときなどに正確に管理、保管されているかどうか、適当な時期に監査委員会で確認することとした。

3. 改善を求める事項

- (ア) 特定機能病院のピアレビューで指摘された、インフォームド・コンセントに使用する書式の項目の追加及び外部監査委員会を組み入れた組織図の作成について、作成中であるとのことであったので、指摘に則して改善を図りたい
- (イ) 医療法第25条第1項及び第3項の規程に基づく立ち入り調査の結果として通知された医薬品業務手順書の整備について、改善のための見直しを行っているとのことであっ

たので、手順書の内容が調剤等の現場の具体的な手順に連携するように改善を図りたい。また同様に、新規採用職員への医薬品や医療機器の安全管理に関する研修について、長期間未受講となる職員が生じないように、研修を提供する部署だけでなく受講対象者が所属する部署、部門が協力して研修を実施されたい。

- (ウ) 高難度新規医療技術導入後の検証について、年1回の定期的な確認を行う方針であることは適切と認められた。さらにこの他に、導入後の各事例を実施診療科から臨床倫理部が報告を受ける方法で検証を行うことについて、今後、他の特定機能病院の検証方法の情報収集等により、宮崎大学病院の現状に即した検証方法を引き続き検討されたい。また、当該技術を実施する可能性がある診療科は、高難度新規医療技術を高い透明性を持ち、かつ説明責任を果たしながら実施することが求められることを認識し、検証方法の検討にあたり協力されたい。
- (エ) なお、医療安全の監査としての指摘ではないが、手術中、待合室で待機している患者家族への対応について、家族の心情としては、丁寧で細やかな対応であると安心感が増すとの意見があった。患者中心の医療の実践に通じる内容を含むものであり、今後の運営の参考になるものと考えられたので、申し添える。

以上