

神奈川県立病院機構医療安全推進体制に係る外部調査委員会による

「42の提言」アクションプラン
令和6年度 達成状況報告書

令和7年2月26日

地方独立行政法人 神奈川県立病院機構

神奈川県立病院機構医療安全推進体制に係る外部調査委員会による
「42の提言」アクションプラン 令和6年度 達成状況報告書 目次

1	はじめに	P. 1
2	42の提言 改めての受け止め ～プラン初年度において～	P. 1
3	42の提言とプランの対応関係	
	こども医療センター向け提言 19 提言	P. 2
	機構全体向け提言 23 提言	P. 3
4	令和6年度 プラン達成状況概括	P. 4
5	令和6年度 プラン達成状況一覧表	P. 6
6	プラン別達成状況	P. 7
7	アクションプラン推進プロジェクトチーム 活動実績	P. 46
	参考資料① 精神医療センターの取組 グッドジョブカード	P. 47
	参考資料② 足柄上病院の取組 医療安全研修修了シール	P. 47

1 はじめに

神奈川県立病院機構（以下「機構」という。）は令和6年7月4日に「42の提言」アクションプラン（以下「プラン」という。）を策定した。

その後、策定作業に携わった機構本部事務局（以下「本部」という。）及び病院職員により構成される「アクションプラン推進プロジェクトチーム会議」（以下「PT」という。）を設置し、PTが組織横断的な進行管理の役割を担い、プランの積極的推進を図った。

プランは計画期間を3年と設定したが、進捗状況を管理し、社会情勢の変化、医療課題等に適切に対応するため、毎年度のPDCAにより更新を行うこととしている。

本報告書は、令和6年度の達成状況を総括、自己評価するとともに、令和7年度以降の目標や展望をとりまとめたものである（**実績は全て本書作成時点、データ集計は令和6年4月～12月のもの**）。

2 42の提言 改めての受け止め ～プラン初年度において～

令和5年9月から令和6年2月の間、神奈川県立病院機構医療安全推進体制に係る外部調査委員会により、5病院及び機構全体としての医療安全の課題を浮き彫りにするため、下表の5つの区分（視点）に基づき重点的な調査・検証が実施された。

その結果として、こども医療センター向けに19、本部及び5病院向けに23の全42の提言が示された。

提言においては、

- ・ 患者安全確保のための組織や附帯すべき機関が不備もしくは脆弱であること
- ・ 診療の質を適切に評価し改善に繋げる体制が不十分であること
- ・ 事故を未然に防ぐために必要な組織体制や職員教育に不足があること

などに、機構として医療安全に対する根本的な体質改善が必要であるとされた。

プランは、県立病院が持続的に安全、安心な医療を提供し、県民、全ての患者及び家族の信頼を回復するために、提言の中で示された諸課題を整理し、現状とあるべき姿・求められる姿との乖離を解消するための実行計画である。

医療安全は、医療を提供する限り永続的に向上を図るべき責務であるという認識を新たにし、超高齢社会の進展に伴う医療環境の変化に適応していくためにも、組織を挙げて努力を積み重ねることが求められる。

全職員が安全に基づく医療提供に全力を尽くし、取組を着実に未来へ継承していくためにも、改めて提言を真摯に受け止め、プラン初年度を総括する。

【提言の区分（視点）と主体の対応表】

提言の区分（視点）	こども医療センター向け	本部事務局及び全病院向け
(1) 患者安全確保における基盤整備体制について	8 提言	5 提言
(2) 日々の患者安全活動について	2 提言	3 提言
(3) 日常の質管理・医療事故未然防止について	4 提言	8 提言
(4) 重大事故発生時の対応について	4 提言	4 提言
(5) 重大事故の共有・公開体制について	1 提言	3 提言
合計	19 提言	23 提言

3 42の提言とプランの対応関係

こども医療センター向け提言 19 提言

提言番号	提言概要	対応プラン番号	プラン上の実施主体
①	「患者さんの命と安全を第一に考えます」（こども医療センター基本方針）の文言を携帯するポケットマニュアルの第一頁に記載するとともに、ポケットマニュアルの携帯が義務であることを記載する。さらに同方針を全部局に掲示する。	10	機構全体
②	総長は、全職員に対し、本死亡事故の概要と院内調査結果の概要及び、本調査結果（本書）について説明する機会を持つ。また、本調査結果については、全職員に報告書全文を配布する。	19	こども医療センター
③	センター内のマイクロシステムを特定し、診療体制を点検する。 本格的な小児科診療経験を有さない医師に対する「着任時小児診療研修ローテートプログラム（仮称）」を用意し、医師の年次に関係なく実施する。研修内容やその期間については、全診療科長の合意の下、決定する。 総合診療科、救急・集中治療科などと連携して、全身管理に不得手な医療者のサポートチーム体制を構築する。	20	こども医療センター
④	看護師の判断力、並びにリスク感性が涵養するよう、（若手看護師の）フィジカル・アセスメント能力、データの読解力、急変時等の柔軟な対応力、PNSにおける先輩看護師の指導力向上などの教育・指導と共に、実践に向けての多重課題シミュレーションや急変時対応訓練などを導入する。	13	機構全体
⑤	年齢別混合病棟に潜在するリスクについて、現状を把握し対策を検討、改善を図る。	21	こども医療センター
⑥	患者の自己決定権を擁護するための院内の体制を強化する。患者の権利確保について検討する恒常的な委員会（Patient-Centered Care Team等）を設置し、モニタリング体制を敷く。	5	本部
⑦	インフォームド・コンセント委員会を設置し、文書による説明が必要な医療行為と説明項目を定める。 各診療科は文書を作成し、委員会の審査・承認を受ける体制とする。 委員会は定期開催とし、院内のIC全体の管理・モニタリング（診療録記載の確認・熟慮期間の確保・他職種の同席率等）を行う。	3	機構全体
⑧	リスクマネージャー会議に恒常的に欠席している医師について、交代を検討するか、会議の開催時間、開催形態を工夫する。	22	各病院
⑨	インシデント報告数について、第一段階として総報告数2,840件/年以上、医師からの報告230件/年以上、医師・看護師以外からの報告570件以上、この3要件の同時達成を目指す。	26	こども医療センター
⑩	オカレンス報告制度（予め報告すべき事象群を特定し、それらが発生した場合、無条件で報告する制度）を導入し、ポケットマニュアルにオカレンスリストを掲載する。その中に、職員のDisruptive Behavior（怒鳴る、高圧的な態度をとる、嫌味を言う、無視するなど、他者を脅かすような破滅的行為）を加える。	10	機構全体
⑪	診療のクオリティを統率、管理する部門を設置（あるいは指定）し、QIを用いた安全業務のプロセス管理とアウトカム管理を行う。病院全体の年間数値目標を複数設定し、全部署が、その中から自部署の目標を選択する等、いわゆる「ガバナンスの一直線化」を図る。	8	機構全体
⑫	全職員対象の医療安全研修会への参加率において、一人当たり2回以上/年を達成する。特に、全医師に対する患者安全教育を強化する。	23	各病院
⑬	院内救命の質向上を図るワーキングを設置し、定期開催とする。早期警戒スコア、RRS、プロアクティブ・ラウンド、BLS（一次救命処置）、PALS（小児二次救命措置法）、患者急変時シミュレーション、それらの教育体制・受講管理体制などを包括的に議論し、整備する。	11	機構全体
⑭	チームSTEPSなど、全職員を対象としたチームスキルトレーニングを導入し、2回チャレンジール、SBAR、ハドルなど、伝達エラーを制御するためのノンテクニカルスキル・ツールを教育する。	11	機構全体
⑮	医療事故調査制度上の医療事故該当性の判定の際に、判断過程（医療起因性の有無・予期性の有無等）をそれぞれ議事録に残す。	24	各病院
⑯	日常発生するインシデント・アクシデントに対し、減免が必要かどうかといった過失判断等について、顧問弁護士などとの定期的な連携体制（早期の医法連携体制）を確保する。	7	機構全体
⑰	医療事故調査を担当する責任部署や事務局を再度明確にする。事故発生時における対話推進者との連携体制を構築する。また、定型調査手法を学ぶことのできるトレーニングセミナー等に担当者を派遣する。	24	各病院
⑱	カルテ開示体制を点検し、開示対象範囲の明確化・相談体制の充実を図る。	25	各病院
⑲	病院幹部は、本部事務局及び県への報告基準、報道公表基準、報道時の遺族との情報共有のあり方等について、より具体的に基準を定め職員と共有する。	18	本部

機構全体向け提言 23 提言

提言番号	提言概要	対応プラン番号	プラン上の実施主体
⑳	本部事務局は、医療安全、医療事故対応、医療事故調査、医療事故防止などにおいて、各病院の主体性を育むとともに、適切な監視と支援を行い、底上げ・標準化に積極的に関与する必要がある。	—	本部
㉑	外部委員のみで構成される神奈川県立病院機構監査委員会を設置し、全病院に対し、患者安全監査を行うことを提案する。その監査結果については定例協議会で共有する。	1	本部
㉒	機構全体として、医師GRMの育成、現在3年程度の看護師GRMの任期の見直し、GRMに対する計画的かつ継続的な教育機会の提供（長期研修プログラムなどへの参画）、複数のGRMの配置、データ管理のできる事務職員の配置などを検討する。	2	本部
㉓	インフォームド・コンセント委員会に、患者の立場を代弁できる外部委員を任命する。	3	機構全体
㉔	機構は各病院の対話推進者らと連携し、対応しきれていない案件、あるいは対応が必要だが、病院が積極的に関与できていない案件、苦情の長期化をきたしている案件等について情報共有し、支援を行う。	4	機構全体
㉕	重大な問題を把握するため、5病院全体（1,651床）で、①インシデント報告総数10,900件以上、②医師からのインシデント報告数870件以上、③医師・看護師以外の職種からの報告率20%以上、の同時達成を目指す。	26	各病院
㉖	例えば「転倒による骨折」、「アレルギーインシデント」、「輸血に関するインシデント」、「患者誤認」など、病院全体で取り組む共通テーマを幾つか選定し、日々のインシデント分析において、優先的にトリアージ（選別）する。	6	機構全体
㉗	医療ミスによって発生した医療費であれば、軽微なものであっても病院で負担する体制（いわゆる減免体制）を構築する。	7	機構全体
㉘	機構は毎年、機構5病院の合同目標を複数設定する（目標は可能な限り数値目標とする）。各病院は、その目標に沿ったQIを設定し、各病院内の全部署に提示する。各病院内の全部署は、それらの中から自部署の目標を選択し、1年間取り組むこと（いわゆるガバナンスの一直線化）を企図する。	8	機構全体
㉙	機構病院間で医療事故情報やベストプラクティスを共有し、患者安全対策の標準化を推進する。	9	機構全体
㉚	全病院において、職員携帯用の患者安全ポケットマニュアルを整備し、共有できる部分は内容を統一する。	10	機構全体
㉛	がんセンターに倣い、RRS、全職員を対象としたチームスキルトレーニング（チームSTEPPS等）の導入を推進する。	11	機構全体
㉜	全病院の医師のセクションリスクマネージャーを対象に、患者安全のためのリーダーシップ研修を行う。	12	機構全体
㉝	若手看護師のフィジカル・アセスメント能力、データの読解力、急変時等の柔軟な対応力、PNSにおける先輩看護師の指導力などを養い、向上させるにはどうすればよいか、5病院合同のワーキングを設置し、対策を検討する。	13	機構全体
㉞	全病院において、AHRQ（医療品質研究調査機構）安全文化調査を実施する。	14	機構全体
㉟	全病院において、患者市民参画（Patient Public Involvement）の取り組みを推進する。さらに、患者参加型医療推進委員会・Patient-Centered Care Team等を設置し、患者の自己決定権を擁護するための院内の体制を強化する。	15	本部
㊱	病院幹部、医療安全管理責任者、GRMに対し、医療事故調査制度上の医療事故該当性の判断・定型医療事故調査手法習得のための講習会等を開催する。	16	本部
㊲	5病院全体における年間死亡者数、医療事故該当性を判断するための臨時委員会の開催数、事故調査数などを明らかにし、経年推移をモニターする。	27	各病院
㊳	5病院共通の外部参加型院内事故調査規約を策定する。	18	本部
㊴	5病院それぞれにおける重大事故に関する患者相談窓口（対話推進者）とGRMの分業、連携状況について、現状を調査するとともに、課題案件の進捗を共有する。	4	機構全体
㊵	こども医療センターの医療事故の調査結果、その他、過去に行われた事故調査の報告書や再発防止策等について、機構全体で共有する。	17	機構全体
㊶	医療事故が起きた場合の機構理事長への報告や、機構ホームページへの掲載方針を明文化する。	18	本部
㊷	機構及び県への報告基準、報道公表基準、報道時の遺族との情報共有のあり方等について、改めて整理を行い、職員と共有する。	18	本部

※ 提言番号⑳はプランの適切な実施により実現する事項として個別プランとしていない。

4 令和6年度 プラン達成状況概括

令和6年度は隔月開催されたPT及び共有シート（オンライン）を活用した月次の進捗管理を行うことで、適時適切に情報共有と意見交換を行い、継続的にプランの進捗を図った。

加えて、四半期ごとに開催される医療安全推進会議や医療安全ワーキング・グループといった医療安全に関する既存の会議体においても医療安全対策標準化に関することを議題とするなど、様々な機会を活用して検討を深めた。

機構全体の取組では

- ・ 職員育成に係るプランを一体的に推進する方針（案）を作成
- ・ 発生した医療課題に対し、顧問弁護士（及び本部）、病院が連携して対応する医法連携体制（※）の構築
- ・ 5病院で公益財団法人日本医療機能評価機構の安全文化調査に参加し、結果を共有などを行った。

こども医療センターの取組では

- ・ 全身管理を不得手とする医師へのサポートチームの構築
- ・ 総合診療科による外科系診療科サポート及び救急・集中治療科における内科系呼吸器管理サポートの実施

など提言への対応を計画的に実施し、病院の総力を挙げて安全な医療提供を行った。

一方、

- ・ IC、QIなどを検討する場としての各種委員会設置に至らなかった病院があることなど患者市民参画や診療の質評価とフィードバックに関する取組の進捗に課題があった。

各プラン及びタスクの達成状況については、次のように評価することとした（具体的には7ページに記載のとおり）。

プランの達成状況 → プラン中のタスクAの数（3年間の計画でどの程度進捗しているか）

タスクの達成状況 → A：達成、B：取組進行中、C：未着手、－：対象外

タスクは必ずしも定量指標としての機能を有していないが、

- ・ 実施できたか否か
- ・ 対象となる病院中何病院が達成したか（タスクにより対象となる病院の数が5でない場合もある）
- ・ タスク中の目標の内いくつを達成したか

というように可能な限り定量的に分解し、達成状況を判断した。

結果として、プラン全体では対象とする全77タスク中、41を「A：達成」としたが、タスクとプランの「重み」は均等でないため、この自己評価手法は「一つの目安」であり、次年度以降も着実に取組を進める。

また、プランの推進は、

- ・ 職員リテラシーの向上
- ・ チームレベルでの機能強化
- ・ 組織としての医療安全文化の醸成

といった理念等を組織として認識共有し、成果に繋げていくものであり、プラン初年度においては職員が医療安全に対する様々な気付きを得ることができた。

最後に、プランは年度末において自己評価をした後、医療環境の変化等にあわせて適宜修正、変

更することとしているが、現時点においては令和7年度に向けプランを大きく見直す必要性はないものと判断している。

計画どおり達成することができなかったタスクに関しては、次年度以降、速やかに取組を推進する。

※ 医法連携体制：顧問弁護士との定期的な相談（連携）体制

5 令和6年度 プラン達成状況一覧表

No.	プラン名	5つの提言区分（視点）					達成 状況	実施 主体
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
1	神奈川県立病院機構監査委員会設置、監査実施	■					4/5	本部
2	医療安全管理者、医療安全に係る事務職員の配置、育成等	■					1/5	
3	外部委員を含めたインフォームド・コンセント委員会等の設置	■					0/6	機構全体
4	対話推進者との連携体制の構築	■			■		1/5	
5	患者の権利確保の委員会の設置	■					0/3	本部
6	インシデント共通テーマの設定と分析		■				3/4	機構全体
7	減免（補償）及び医法連携体制の構築		■		■		4/4	
8	QI（Quality Indicator）とガバナンスの一直線化			■			0/5	
9	医療安全対策の標準化の推進			■			2/3	
10	神奈川県立病院機構としての患者安全ポケットマニュアル整備	■	■	■			2/5	
11	チームスキルトレーニングの導入			■			3/5	
12	医師セクションリスクマネージャーのリーダーシップ向上			■			1/1	
13	看護師のフィジカル・アセスメント能力向上、臨床推論の習得等	■		■			4/5	
14	安全文化調査の実施			■			2/3	
15	患者市民参画のあり方検討			■			1/3	
16	幹部、医療安全推進担当職員の定型的医療事故調査手法習得				■		2/2	機構全体
17	医療事故及び再発防止策に関する機構内情報共有					■	1/1	
18	医療安全推進規程等の見直し、重大事故発生時の情報共有のあり方検討				■	■	3/3	本部
19	医療事故の説明に関する取組	■					R5完了	こども医療 センター
20	マイクロシステム、着任時小児診療研修及び全身管理に関する取組	■					3/7	
21	病棟再編に関する取組	■					2/2	
22	リスクマネージャー会議に関する取組	■						各病院
23	医療安全研修に関する取組			■				
24	医療事故調査制度に関する取組				■			
25	カルテ開示に関する取組				■			
26	インシデント報告に関する取組		■					
27	医療事故に関連するモニタリングの取組				■			

※ プラン 22～27 については、5 病院の指標達成等が目標となる提言への対応として、タスクは設定していない。

6 プラン別達成状況

プラン別達成状況は以下の構成とする。
 プラン 19～21 はこども医療センター単独で取り組むプラン。
 プラン 22～27 は指標達成等が目標となる提言への対応としての取組結果、達成状況を記載。

アクションプラン〇

プラン名（提言番号〇）

対応提言番号を記載
(対応表は P. 2～3)

実施主体（本部、機構全体等）

【スケジュール】

凡例

: 機構全体
 : 本部
 : こども医療センター
 : 各病院

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 ○○○○○○○○の検討									
2 □□□□□□□□□□□□□□□□の実施									
3 △△△△検証									
4 ●●●●●●●●●●の作成									
5 ■■■■■■資格の策定									

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 ○○○○○○○○の検討	A
2 □□□□□□□□□□□□□□□□の実施	B
3 △△△△検証	—
4 ●●●●●●●●●●の作成	—
5 ■■■■■■資格の策定	—

上記の年次計画において、当該年度中に実施するタスクについて達成度を判断。
A：達成、B：取組進行中、C：未着手
 —：令和7年度以降のタスク（達成したものはAとする）、年度を跨ぐタスク、継続実施のタスク

【令和6年度 達成状況・評価等】

取組実績	各タスクに対する当該年度の機構としての実績を記載。 こども医療センターに向けた提言の取組実績は【こども医療センター】として段落分け
課題事項等	実際に取組に着手して抽出された課題事項等を記載。
プラン達成状況	全タスクの内、Aの個数で3か年でのプラン達成度合いを記載。 上記例の場合、「A（達成）の数：1／5」
令和7年度の展望	令和7年度プラン推進展望や予定等を記載

アクションプラン1 神奈川県立病院機構監査委員会設置、監査実施（提言番号①）

本部

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 他団体の取組について調査	→								
2 がんセンターの医療安全監査委員会との整合	→								
3 他団体、医療安全相互評価を参考に監査項目の策定		→							
4 他団体を参考に委員会設置要領策定、委員会設置		→							
5 外部委員の選任、就任依頼			→						

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 他団体の取組について調査	A
2 がんセンターの医療安全監査委員会との整合	A
3 他団体、医療安全相互評価を参考に監査項目の策定	B
4 他団体を参考に委員会設置要領策定、委員会設置	A
5 外部委員の選任、就任依頼	A

【令和6年度 達成状況・評価等】

取組実績	<p>他医療機関の設置規程や監査結果報告書等を参考に神奈川県立病院機構医療安全監査委員会設置要綱（案）を作成した。</p> <p>要綱（案）に基づき令和6年度中に監査委員を委嘱し、委員会を設置する予定である。</p> <p>委員会では医療安全に関する監査を実施するとともに、本プランの進捗、達成状況を確認することを想定している。</p> <p>また、他医療機関の医療安全監査を視察し、監査項目や手順に関する情報収集を行った。</p>
課題事項等	<p>監査項目や手順については、法令、病院機能評価、他医療機関の事例などを参考に機構としての監査実施要領（仮）の作成を行ったが、策定には至らなかった。</p> <p>監査実施に向けて精査を進め、当該案を監査委員会へ提案する必要がある。</p>
プラン達成状況	A（達成）の数：4／5

令和7年度の展望	令和8年度以降にも取組を繋げられるよう、監査項目や監査詳細手順を含めた監査実施要領（仮）について具体的な検討を進め、委員会に提案する。
-----------------	---

アクションプラン2 医療安全管理者、医療安全に係る事務職員の配置、育成等（提言番号㉒）

本部

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 医療安全管理者研修受講のための調整、立案	→								
2 他団体の医師GRM配置状況等の調査、機構医師GRMのあり方整理				→					
3 他団体の看護師GRM配置状況等の調査、機構看護師GRMのあり方整理				→					
4 GRM育成、配属のあり方整理（病院により複数GRM配置が前提）					→				
5 データ管理職員の育成、配置についてあり方整理					→				

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 医療安全管理者研修受講のための調整、立案	A
2 他団体の医師GRM配置状況等の調査、機構医師GRMのあり方整理	—
3 他団体の看護師GRM配置状況等の調査、機構看護師GRMのあり方整理	—
4 GRM育成、配属のあり方整理（病院により複数GRM配置が前提）	—
5 データ管理職員の育成、配置についてあり方整理	—

【令和6年度 達成状況・評価等】

<p>取組実績</p>	<p>医療安全に関する研修導入を効果的に推進するため、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 本プラン ・ プラン 11 チームスキルトレーニングの導入、推進 ・ プラン 12 医師のセクションリスクマネージャーのリーダーシップ向上 ・ プラン 16 幹部、医療安全推進担当職員の定型的医療事故調査手法習得 <p>を一体的に推進することとした。</p> <p>このことを受け、本部では職員教育の基礎的資源投入を行い、病院では特性に合わせた教育を展開する枠組みとして、機構以外で実施される外部研修事業に参画することや外部講師を選任することを基本とした、「外部資源を活用した医療安全に係る研修の導入方針（案）」を作成した。</p> <p>この導入方針（案）は令和6年度内に機構内で合意形成し、策定する予定である。</p> <p>導入方針（案）では本部が病院のリスクマネージャーに対し「医療安全管理者養成研修」及び「チーム STEPPS 研修」を計画的に受講できるよう体制を整備した。</p> <p>特にチーム STEPPS 研修については、対象職員が心理的に受講しやすい環境を担保し、継続性、柔軟性の高い制度設計とするため、機構として専任の</p>
--------------------	--

	<p>アドバイザー兼講師を委嘱することとした。</p> <p>研修修了者は機構の財産であるという認識から、本部の人材マネジメントシステムを活用し受講管理を行うこととした。</p> <p>また、他医療機関の医療安全に係る人員体制について照会、調査を実施し、当機構との人員数、部署配置に関する比較を行った。</p>
課題事項等	<p>年間を通じた研修受講管理を適切に行うためには、本部と病院の協力が不可欠である。</p> <p>また、本部実施の研修が現場の業務負担として捉えられないよう、丁寧な説明と幹部職員のリーダーシップが不可欠である。</p>
プラン達成状況	A（達成）の数：1／5

令和7年度の展望	<p>本部及び病院の幹部職員から提言や本プランを踏まえた研修の目的を継続的に周知啓発し、計画的受講を推進する。</p> <p>特にチーム STEPPS 研修については、安全文化の醸成に係る長期的展望を機構全体で共有できるよう実施結果の評価及びフィードバックを行う。</p>
----------	--

アクションプラン3 外部委員を含めたインフォームド・コンセント委員会等の設置

(提言番号⑬、⑦)

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 各病院の文書説明の確認が必要な医療行為と説明行為の抽出、共通化、不足追加及び更新のフロー策定等	→								
2 IC委員会等設置 (未設置病院)	→								
3 IC委員会等によるモニタリング実施				→					
4 機構横断的会議体 (IC担当者連絡会議 (仮)) の設置				→					
5 患者の立場を代弁できる外部委員を設置している他医療機関の事例調査						→			
6 IC委員会等へ外部委員を選任、配置									→

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 各病院の文書説明の確認が必要な医療行為と説明行為の抽出、共通化、不足追加及び更新のフロー策定等	C
2 IC委員会等設置 (未設置病院)	B
3 IC委員会等によるモニタリング実施	—
4 機構横断的会議体 (IC担当者連絡会議 (仮)) の設置	—
5 患者の立場を代弁できる外部委員を設置している他医療機関の事例調査	—
6 IC委員会等へ外部委員を選任、配置	—

【令和6年度 達成状況・評価等】

<p>取組実績</p>	<p>足柄上病院においては、ICに係る委員会として新たに「意思決定支援会議」とその下部組織として「意思決定支援委員会」を設置し、主に文書類の整理を意思決定支援委員会、承認及び管理を意思決定支援会議で行う体制を整えた。</p> <p>精神医療センターにおいては、IC委員会設置要綱(案)を作成、同センターの特徴でもある非同意入院患者の治療に関連することに検討の重点を置くこととした。</p> <p>がんセンターにおいては既設置の意思決定支援部会(臨床倫理委員会の下部組織)がIC委員会の機能を発揮しており、患者の立場の代表者を含めて適切なICについての検討と実施に取り組んでいる。</p> <p>特に意思決定に関する指針や意思が確認できない場合の対応について検討を進めた。</p> <p>循環器呼吸器病センターにおいては、説明と同意についての方針・手順について見直しを進め、診療科及び関係部門と連携し随時、説明・同意書の改訂を行っている。</p> <p>【こども医療センター】</p> <p>こども医療センターにおいては委員会を設置し、説明・同意書の変更に關</p>
--------------------	---

	<p>する承認フローを策定するとともに、今後のモニタリングは IC 委員会が担当することを決定した。</p> <p>また、本プラン策定前から電子カルテシステムに IC 実施状況や同席者等の情報を入力するフォームを導入し、運用を開始している。</p>
課題事項等	<p>IC 委員会設置に関する議論が中心となったことから、本部が中心となって文書の共通化などに関する情報共有や検討を行うに至らなかった。</p> <p>また、精神医療センター、循環器呼吸器病センターにおいては、内部検討に時間を要したため委員会設置に至らなかった。</p> <p>精神科領域では措置入院など IC を問わないケースもあるが、委員会設置、説明・同意文書の見直し、モニタリングを迅速に進める必要がある。</p> <p>文書に係る更新フローなど機構として共有可能な事項について、5 病院の事例や意見を集約して共有化、効率化の検討を進める必要がある。</p>
プラン達成状況	A (達成) の数 : 0 / 6

令和 7 年度の展望	<p>足柄上病院においては意思決定支援会議における外部委員の委嘱について検討・調整を行う。</p> <p>精神医療センター、循環器呼吸器病センターにおいては、委員会設置に関する検討を継続し、より適切な IC が実現されるよう取組を進める。</p> <p>また、がんセンターを先例として 5 病院の IC 委員会に患者代表等が参画し、患者の権利確保が推進されるよう、本部・病院が連携して検討を進める。</p> <p>本部においては他医療機関の事例の収集等を行い、検討の支援を行う。</p> <p>5 病院の IC 委員会が設置された後は、病院ごとの検討進捗を勘案しつつ横断的検討会議体設置の検討を進める。</p>
-------------------	---

アクションプラン4 対話推進者との連携体制の構築（提言番号⑭、⑰、㉟）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 本部と各病院対話推進者で長期化案件等の情報共有	→								
2 対話推進者の配置部署の見直し（機構病院としての統一的方向性）		→							
3 対話推進者の病院内相談共有先、関連部署（相談系部署）との連携方法確定		→							
4 対話推進者不在病院の人員確保（精神科領域の検討含む）				→					
5 対話推進者育成・確保対策の計画立案							→		

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 本部と各病院対話推進者で長期化案件等の情報共有	A
2 対話推進者の配置部署の見直し（機構病院としての統一的方向性）	C
3 対話推進者の病院内相談共有先、関連部署（相談系部署）との連携方法確定	C
4 対話推進者不在病院の人員確保（精神科領域の検討含む）	—
5 対話推進者育成・確保対策の計画立案	—

【令和6年度 達成状況・評価等】

取組実績	<p>年間4回開催された医療メディエーター連絡協議会を通じ、5病院での医療メディエーションや相談事例について情報共有を行った。</p> <p>その中では、こども医療センターの取組として、文書による報告、共有、それらを踏まえた「事前の対応」の重要性が確認された。</p> <p>また、そのためには報告から事前の対応までのシステム化、ルール化が必要であることも共通認識された。</p> <p>7月よりがんセンターに新たに医療対話推進者が配置された。</p>
課題事項等	<p>医療対話推進者配置部署の見直しについては、次年度人員体制を検討する時期に本部内で必要な検討を行うことができなかった。</p> <p>部署間連携の議論についても取組を進めることができなかった。</p> <p>これらのことについては対話推進者の常勤や非常勤といった採用の区分、組織体制も含め、中・長期的視点で検討を進める必要がある。</p>
プラン達成状況	A（達成）の数：1／5

令和7年度の展望	令和6年度実績や議論の経過を踏まえ、本部・病院で連携して中・長期視点で適性人材、適正配置部署に関する方向性を検討する。
----------	---

アクションプラン6 インシデント共通テーマの設定と分析（提言番号②⑥）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度			
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期	
1 共通テーマについて本部、病院で協議、決定	→			継続実施			継続実施			
2 共通テーマから各病院で取り組むテーマを設定		→		継続実施			継続実施			
3 設定テーマについて優先的に分析		→			継続実施			継続実施		
4 本部、病院での取り組みの共有		→			継続実施			継続実施		

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 共通テーマについて本部、病院で協議、決定	A
2 共通テーマから各病院で取り組むテーマを設定	A
3 設定テーマについて優先的に分析	B
4 本部、病院での取り組みの共有	A

【令和6年度 達成状況・評価等】

<p>取組実績</p>	<p>医療安全ワーキング・グループにおいて共通テーマを「患者誤認」と設定、発生率に着目することとし、</p> <p>① 患者誤認に関する取組 ② 取組の評価 ③ 課題 ④ 令和7年度以降の患者誤認へのアプローチ</p> <p>について情報共有を行った。</p> <p>足柄上病院では、患者誤認を重点課題として年度計画を立案しており、定期ラウンドや外来デジタルサイネージ更新の取組を行った。</p> <p>こども医療センターにおいては、医療者だけでなく患者家族にも患者確認に関する協力をお願いするため、10月～11月にかけての1か月間、全館放送を1日2回行った。</p> <p>また、5月、8月、10月にはリストバンドが正しく患者に装着されているかを確認する医療安全ラウンドを実施し、意識啓発を行うとともに各病棟での装着率向上を確認した。</p> <p>精神医療センターにおいては、与薬ラウンドとして患者確認行動監査を実施し、電子カルテで確認した上での与薬が行われていることなどを確認した。</p> <p>がんセンターにおいては、11月を患者確認強化月間と位置づけ、全部署で患者確認の相互監査を実施した。また、安全対策リンクナース委員会が「指差し呼称での確認強化月間として」追加の活動を推進している。</p> <p>循環器呼吸器病センターにおいては、例年実施している「患者誤認防止活</p>
--------------------	--

	<p>動」を「多職種で取り組む患者誤認防止活動」として活動の質を強化し、約3か月間取組を進めた。</p> <p>また、安全リンクナース会議が中心となり看護師のダブルチェック機能に関して実態調査と分析を行った。</p> <p>その他、5病院の患者確認マニュアルをオンライン共有し、各々不足や相違がないかを確認した。</p> <p>マニュアルでは患者確認の基本が一定程度共通化されており、5病院とも重要な部分に漏れがないことを相互に確認した。</p>
課題事項等	<p>医療安全ワーキング・グループにおいて、患者誤認に関する5病院の課題について情報共有を行うことはできたが、過去の患者誤認件数や傾向のデータを踏まえた詳細分析、対応策の横断的検討までには至らなかった。</p>
プラン達成状況	A（達成）の数：3／4
令和7年度の展望	<p>引き続き医療安全ワーキング・グループが中心となり、テーマの選定、情報共有、分析及び取組強化を進める。</p> <p>「患者誤認」を安全上の重要な要素として継続テーマに設定し、更に分析や議論を深めることも検討する。</p>

アクションプラン7 減免（補償）及び医法連携体制の構築（提言番号⑰、⑱）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 病院負担とすべき減免（補償）の定義	→								
2 病院の減免（補償）手法、処理方法の統一				→					
3 病院と顧問弁護士の連携体制について試案作成	→								
4 医法連携のスキーム作成				→					

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 病院負担とすべき減免（補償）の定義	A
2 病院の減免（補償）手法、処理方法の統一	A
3 病院と顧問弁護士の連携体制について試案作成	A
4 医法連携のスキーム作成	A

【令和6年度 達成状況・評価等】

取組実績	<p>病院負担とすべき補償の考え方及び判断後の事務処理に関しては、本部と5病院医事担当課と協議を行い「医療過誤による医療費補償に関する基本フローチャート」を策定した。</p> <p>また、医法連携に関しては、5病院（医療従事者等）が定期的に顧問弁護士に相談する体制を作り、また、必要に応じて病院から顧問弁護士に随時相談できる体制を確保することで、リスクマネジメントの徹底を図った。</p> <p>この体制の確保により、病院と顧問弁護士間で密に連携を図ることが可能となり、医療事故事案等に係る患者対応やその他の法的な課題についての助言を得られるようになった。</p>
課題事項等	特になし。
プラン達成状況	A（達成）の数：4／4

令和7年度の展望	医法連携体制は本格始動から半年程度のため、実績の振り返りと制度として機能向上のための継続的見直し、検討に努める。
----------	--

アクションプラン8 QI (Quality Indicator) とガバナンスの一直線化 (提言番号⑩、⑪)

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 QI委員会の設置 (未設置病院)、質の評価に向けた活動	→								
2 QI担当者連絡会議 (仮) の設置				→					
3 各病院合同の (定量的) 目標を設定				→					
4 合同目標も含めた各病院の年度QI設定、各病院のセクション目標、年間取り組みの設定					→				
5 各病院のセクション目標達成状況の評価、QIの達成状況の公表									→

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 QI委員会の設置 (未設置病院)、質の評価に向けた活動	B
2 QI担当者連絡会議 (仮) の設置	—
3 各病院合同の (定量的) 目標を設定	—
4 合同目標も含めた各病院の年度QI設定、各病院のセクション目標、年間取り組みの設定	—
5 各病院のセクション目標達成状況の評価、QIの達成状況の公表	—

【令和6年度 達成状況・評価等】

取組実績	こども医療センターにおいてはQIをホームページで公表した。 また、令和6年度からQI委員会において上半期の中間評価を行い、下半期の質改善につなげる取組を開始した。
課題事項等	足柄上病院、精神医療センター及び循環器呼吸器病センターにおいては、内部検討に時間を要したため委員会設置に至らなかった。 3病院は令和7年度以降、病院機能評価受審を検討している。 適切な臨床指標を定めて公表するとともに、それらを診療の質向上へ繋げることを検討する場＝委員会の設置が必要である。
プラン達成状況	A (達成) の数 : 0 / 5

令和7年度の展望	委員会未設置病院に対し、既設置病院の取組の詳細の共有を行うなど、取組を推進する。 また、5病院のQI委員会が設置された後は、病院ごとの取組進捗を勘案の上、横断的会議体設置の検討を進める。 横断的会議体においては本部も積極的に関与し、医療の質に対する定量的評価を病院運営に反映させる取組を推進する。 その中で合同目標など機構として柱となる目標設定も検討する。
----------	---

アクションプラン9 医療安全対策の標準化の推進（提言番号⑳）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 医療安全ワーキング・グループ、医療安全推進会議で医療事故情報、ベストプラクティスの共有	→			継続実施			継続実施		
2 共有されたベストプラクティスの病院フィードバック、実践			→	継続実施			継続実施		
3 各病院での実践状況について総括			→	継続実施			継続実施		

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 医療安全ワーキング・グループ、医療安全推進会議で医療事故情報、ベストプラクティスの共有	A
2 共有されたベストプラクティスの病院フィードバック、実践	B
3 各病院での実践状況について総括	A

【令和6年度 達成状況・評価等】

<p>取組実績</p>	<p>神奈川県立病院機構医療安全推進会議においては、5病院の医療事故等の区分レベル5の事案等について、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 対応進行中の事案（日本医療安全調査機構のセンター調査含む） ・ 日本医療安全調査機構へ相談、照会及び合議した事案（医療事故の該当を問わず） <p>に関する情報共有を行った。</p> <p>会議の間では対象病院が、 「対応が困難であった点と対応方法」 を事案に沿って具体的に説明、相互に意見交換することで医療事故等への対応力向上の一助とした。</p> <p>また、医療安全ワーキング・グループにおいては、ベストプラクティス事例等の抽出及び院内展開の方法を情報共有し、お互いの新たな気付きとした。</p> <p>5病院とも院内の様々な会議等を通じ、インシデント・アクシデント未然防止の取組について情報共有及び展開を図っている。</p> <p>足柄上病院においては、患者に実施する前に防げた事例やルールを周知徹底し、未然に防ぐことができた事例等については会議等でグッド事例として取り上げる取組を行った。</p> <p>こども医療センターにおいては、上半期レベル0報告が多かったセクションベスト3を委員会で報告する取組を行った。また、レベル0報告の中から毎月グッドジョブ事例を選定し、医療安全推進部からのお知らせとして毎月発行した。</p> <p>精神医療センターにおいては、医療安全推進室会議の中でレベル0事例について特に良いと考えられる事例については、対象のセクションにA5サ</p>
--------------------	---

	<p>イズの「グッドジョブカード」を作成し配布する取組を継続して行っている。</p> <p>令和6年度のカード配布対象は17事例であった（グッドジョブカードは参考資料①として一例を掲載）。</p> <p>がんセンターにおいては、毎月のリスクマネージャー会議でグッドジョブ事例として未然に防げたレベル0事案を紹介している。</p> <p>薬剤に関するものの報告が非常に多く、投与に至らずに看護師が気付いて変更した事例などをフィードバックした。</p> <p>循環器呼吸器病センターにおいては、業務改善計画書に基づき改善できた事例などリスクマネージャー会議を通して院内共有を図った。</p>
課題事項等	<p>ベストプラクティス、グッドジョブ事例については、取組実績、データ、課題及び今後に向けて、といった定型的情報共有までは行えたが、十分な病院へのフィードバックと実践には至らなかった。</p>
プラン達成状況	A（達成）の数：2／3

令和7年度の展望	<p>ベストプラクティスの取組については、医療安全ワーキング・グループにおいて継続的取組として位置付け、積極的な情報共有と推進を図る。</p> <p>フィードバックと実践についても年間を通じて取組状況を共有し、意見交換を行う。</p>
----------	---

アクションプラン10 神奈川県立病院機構としての患者安全ポケットマニュアル整備

(提言番号⑩、①、⑩)

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 各病院ポケットマニュアルから共通事項の抽出	→								
2 未作成病院のポケットマニュアル作成		→							
3 調達に関する方向性確定			→						
4 オカレンス報告制度の標準化				→					
5 オカレンス報告制度のポケットマニュアルへの掲載							→		

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 各病院ポケットマニュアルから共通事項の抽出	A
2 未作成病院のポケットマニュアル作成	A
3 調達に関する方向性確定	B
4 オカレンス報告制度の標準化	—
5 オカレンス報告制度のポケットマニュアルへの掲載	—

【令和6年度 達成状況・評価等】

取組実績	<p>精神医療センターにおいて新規作成及び全職員配布が行われた。 これにより5病院でのポケットマニュアル整備が完了した。 全病院でチームスキルトレーニングに関する内容を収載し、職員の意識改善に寄与する内容として積極的に活用された。 マニュアル共通項目の抽出に関しては、病院の専門性から想定よりも項目数は少なかったが、このことも踏まえ統一仕様での一括発注に関する積算を実施し、現行コストとの比較を行った。 また、令和7年度以降の検討に向け、「全体に対する見直し」、「追加項目検討」、「発注に関連する業務」、「校正に関連する業務」、「配布準備と配布」といった印刷発注以外に係るコスト（労力）を見える化し、一次資料として医療安全ワーキング・グループ共有した。</p> <p>【こども医療センター】 こども医療センターにおいては、令和6年12月にポケットマニュアルを改訂し、「患者さんの命と安全を第一に考えます」とする基本方針を総長名で1ページ目に明記するとともに、ポケットマニュアル携行を全職員に周知徹底した。</p>
課題事項等	5病院での作成サイクル統一や適切な更新年数についての詳細検討までに至らず、令和7年度以降の方向性を具体化することができなかった。
プラン達成状況	A（達成）の数：2／5

令和7年度の展望	統一仕様に係る発注に関しては、単純比較ではコスト増になる可能性があるため、作成に係る間接的人件費やマニュアルの質向上などを可能な限り可視化し、実際の取組効果とコストを丁寧に比較分析して検討を進める。
----------	---

アクションプラン11 チームスキルトレーニングの導入（提言番号⑪、⑬、⑭）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 がんセンターのチームスキルトレーニング勉強会の機構内共有	→								
2 外部資源によるチームSTEPPSの研修実施			→						
3 チームSTEPPSの機構病院共通化					→				
4 院内救命の質向上を図るワーキングについて、実施病院の取り組みを機構病院全体で共有	→								
5 院内救命の質向上を図るワーキング未設置病院設置			→						

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 がんセンターのチームスキルトレーニング勉強会の機構内共有	A
2 外部資源によるチームSTEPPSの研修実施	B
3 チームSTEPPSの機構病院共通化	A
4 院内救命の質向上を図るワーキングについて、実施病院の取り組みを機構病院全体で共有	A
5 院内救命の質向上を図るワーキング未設置病院設置	B

【令和6年度 達成状況・評価等】

<p>取組実績</p>	<p>プラン2に記載のとおり、本部においては「外部資源を活用した医療安全に係る研修の導入方針（案）」を作成（策定予定）し、チーム STEPPS 導入に関しては本部が専任のアドバイザー兼講師を委嘱して、リスクマネージャーを対象に研修を推進することとした。</p> <p>足柄上病院では、10月に講師を招聘してチーム STEPPS 研修会を開催し、その他の病院及び本部職員もオンラインで受講した。</p> <p>また、院内救命の質向上を図るワーキング設置に向け救急救命部が中心となり検討を進めた。</p> <p>精神医療センターでは、チーム STEPPS に関して、急変時対応検討委員会で作成した資料を基に医師、看護は全員対象に勉強会を実施しており、引き続きコメディカルへも周知を図る。</p> <p>急変時対応検討委員会において、BLSの質向上、RRS、救急搬手順等の取組を推進した。</p> <p>がんセンターでは、全職種から選出した代表による救急体制検討会議において RRS の取組を推進した。</p> <p>循環器呼吸器病センターでは、救急委員会において緊急参集コール事例の検討、年1回の研修（受講率100%）、各病棟で急変時対応研修も実施した。</p> <p>【こども医療センター】</p> <p>こども医療センターでは、医療安全推進部の医師が中心となってチーム</p>
--------------------	---

	<p>STEPPS 勉強会を毎月開催することとしており、複数年かけて全職員が研修を受講する計画を策定した。</p> <p>また、既存の院内急変対策会議が中心となり BLS 研修会やシミュレーション教育を実施した。</p> <p>特に令和 6 年度からは医師、看護師以外の職種に対しての BLS 研修の取組を開始した。</p> <p>RRS については、令和 4 年度に導入され、令和 5 年度から 24 時間体制で運用されている。</p> <p>令和 6 年度においては、プロアクティブラウンドの体制強化を図った。</p> <p>なお、MET コールの件数は増加傾向にある。</p>
課題事項等	<p>チーム STEPPS に関しては、「外部資源を活用した医療安全に係る研修の導入方針（案）」に基づき、本部が主体となって全リスクマネージャーへの研修を実施する。</p> <p>院内救命の質向上を図るワーキングの未設置病院においては、令和 6 年度に続き院内での検討を深め、他の機構病院の活動状況を参考に設置へ向けた具体的取組を推進する。</p>
プラン達成状況	A（達成）の数：3／5
令和 7 年度の展望	プラン 2 参照

アクションプラン 12 医師セクションリスクマネージャーのリーダーシップ向上（提言番号⑳）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 外部資源を活用した研修会受講体制の推進	→			継続実施			継続実施		

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 外部資源を活用した研修会受講体制の推進	A

【令和6年度 達成状況・評価等】

取組実績	プラン2参照
課題事項等	
プラン達成状況	A（達成）の数：1／1

令和7年度の展望	プラン2参照
----------	--------

アクションプラン 13 看護師のフィジカル・アセスメント能力向上、臨床推論の習得等（提言番号③、④）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 看護師のフィジカル・アセスメント能力、急変時等の柔軟な対応力及びPNSにおける先輩看護師の指導力向上等のための病院合同ワーキング・グループ設置	→								
2 既存の看護教育メニューについて、病院合同ワーキング・グループで情報共有		→							
3 看護師の段階的な臨床推論の習得も含めた能力向上について、外部資源活用も含めた研修メニュー等の立案				→					
4 先輩看護師の指導力向上について、外部資源活用も含めた研修等の立案				→					
5 多重課題シミュレーションについて、外部資源活用も含めた研修等の立案				→					

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 看護師のフィジカル・アセスメント能力、急変時等の柔軟な対応力及びPNSにおける先輩看護師の指導力向上等のための病院合同ワーキング・グループ設置	A
2 既存の看護教育メニューについて、病院合同ワーキング・グループで情報共有	A
3 看護師の段階的な臨床推論の習得も含めた能力向上について、外部資源活用も含めた研修メニュー等の立案	A
4 先輩看護師の指導力向上について、外部資源活用も含めた研修等の立案	A
5 多重課題シミュレーションについて、外部資源活用も含めた研修等の立案	—

【令和6年度 達成状況・評価等】

取組実績	<p>5病院の看護局長で構成する会議を活用して、若手看護師の臨床判断力向上の方法について検討した。</p> <p>また、各病院では既存の研修をフィジカル・アセスメントに重点を置いた内容に見直して実施した。</p> <p>取組の検討を進める中で、先輩看護師による知識・技術の継承が効果的に行われていないことが共通課題として確認された。</p> <p>このため、指導的立場にある看護師の臨床推論力と指導力の向上を図り、若手看護師の臨床判断能力を育むことを目的として、指導的立場にある看護師を対象に、自分が行った臨床推論の言語化（思考発話）と効果的な指導方法を学習する研修を企画することとした。</p> <p>看護師役割研修の一環として、令和7年度から講師を招聘し「臨床推論研修」を年2回開催することとした。</p> <p>【こども医療センター】</p> <p>こども医療センターにおいては、新人、2～3年目看護師を対象にしたフィジカル・アセスメント研修と指導者育成研修を新たに企画し実施した。</p>
課題事項等	令和7年度の展望のとおり。
プラン達成状況	A（達成）の数：4／5

令和7年度の展望	専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を活用して臨床推論研修の運営・評価を行う。
----------	--

アクションプラン 14 安全文化調査の実施（提言番号⑳）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 各病院による日本医療機能評価機構による安全文化調査実施	→			継続実施			継続実施		
2 調査結果病院間比較、分析			→	継続実施			継続実施		
3 分析に基づき、アクションプラン、病院の施策に反映できる情報を抽出			→	継続実施			継続実施		

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 各病院による日本医療機能評価機構による安全文化調査実施	A
2 調査結果病院間比較、分析	A
3 分析に基づき、アクションプラン、病院の施策に反映できる情報を抽出	C

【令和6年度 達成状況・評価等】

取組実績	<p>5病院において日本医療機能評価機構の医療安全文化調査を実施した。こども医療センターが先行して取組を進め、PT及び医療安全ワーキング・グループで初めて調査を実施するにあたっての留意点などを共有することで、他の4病院の取組推進に繋げることができた。</p> <p>5病院で調査終了後に開催した医療安全ワーキング・グループでは、調査における課題点、一次的かつ全体的な評価、院内展開の状況などを共有し、次年度以降の効果的実施に繋がる意見交換を行った。</p> <p>また、本調査は、中・長期的観点で機構としての医療安全の取組成果やプラン2に記載の「外部資源を活用した医療安全に係る研修の導入方針（案）」の効果測定ツールとなるものであり、調査結果がPCDAにおける客観的指標の一つであることを共通認識した。</p>
課題事項等	<p>調査実施時期に差異があったため、年度内に調査結果を病院間で比較検討し、施策にどのように反映するか具体的な検討を行うことができなかったことから、令和7年度以降は実施時期を調整する必要がある。</p>
プラン達成状況	A（達成）の数：2/3

令和7年度の展望	<p>令和6年度調査結果の分析を深め、改めて本部、5病院で評価や課題を共有する。</p> <p>その上で、ベンチマークだけでなく機構内でのデータ比較を行うためにも実施時期や初年度の経験を踏まえた年間スケジュールを医療安全ワーキング・グループで検討する。</p> <p>本調査は中・長期的に経過を見ることに意義がある。</p> <p>調査の意義や必要性を本部、病院で協力して全職員に周知啓発を行う。</p>
----------	--

アクションプラン15 患者市民参画のあり方検討（提言番号㉟）

本部

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 患者市民参画(Patient Public Involvement)について調査、結果の機構内共有	→								
2 機構病院での患者市民参画に対する課題抽出、課題対応策立案				→					
3 患者市民参画制度の導入計画の策定							→		

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 患者市民参画(Patient Public Involvement)について調査、結果の機構内共有	A
2 機構病院での患者市民参画に対する課題抽出、課題対応策立案	—
3 患者市民参画制度の導入計画の策定	—

【令和6年度 達成状況・評価等】

取組実績	他医療機関の取組等を参考に、患者参画は医療提供のあらゆる場面で想定されることを前提として、現状の5病院における患者確認、IC、服薬管理等でどのように患者参画が行われているか医療安全ワーキング・グループにおいて情報共有を行った。
課題事項等	各病院の情報共有はなされたが、患者参画への共通認識の形成や課題の抽出といった、将来的な制度構築につながるような整理、具体的な議論に至らなかった。 また、「市民参画」への理解を深める学びの機会を設けることができなかった。
プラン達成状況	A（達成）の数：1／3

令和7年度の展望	プラン3 外部委員を含めたインフォームド・コンセント委員会等の設置、プラン5 患者の権利確保の委員会の設置の取組との関連性を踏まえ、効果的な検討を進める。 まずは、提供する医療における患者参画の場面について、5病院の実績を踏まえた共通事項の洗い出しや個別検討を要する場面など基本的な整理から取組を進める。
----------	---

アクションプラン 16 幹部、医療安全推進担当職員の定型的医療事故調査手法習得
(提言番号③⑥、⑰)

本部

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 病院幹部、医療安全管理責任者、GRMの外部研修受講を推進	→			継続実施			継続実施		
2 外部資源を活用した医療事故等に関する講習会の実施	→			継続実施			継続実施		

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 病院幹部、医療安全管理責任者、GRMの外部研修受講を推進	A
2 外部資源を活用した医療事故等に関する講習会の実施	A

【令和6年度 達成状況・評価等】

取組実績	<p>プラン2に記載のとおり「外部資源を活用した医療安全に係る研修の導入方針(案)」を作成した。</p> <p>同方針においては、令和7年度の本部、病院の幹部職員の受講を必須とした。</p> <p>また、5病院のGRMが事故該当性の判断や調査に必要な準備等に関する研修に参加し、研鑽を行った。</p>
課題事項等	—
プラン達成状況	A(達成)の数: 2/2
令和7年度の展望	プラン2参照

アクションプラン17 医療事故及び再発防止策に関する機構内情報共有（提言番号④）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 小児医療センターの医療事故について機構全体向け説明会の実施	→								
2 病院の医療事故について機構全体で共有化	随時実施			随時実施			随時実施		
3 事例説明会の実施	随時実施			随時実施			随時実施		

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 小児医療センターの医療事故について機構全体向け説明会の実施	A
2 病院の医療事故について機構全体で共有化	随時実施
3 事例説明会の実施	随時実施

【令和6年度 達成状況・評価等】

取組実績	<p>小児医療センターの医療事故に関する機構全体向け説明会を4月30日に実施した。</p> <p>その後、録画を9月30日までオンデマンド配信し、未視聴者への視聴勧奨を継続的に実施した。</p> <p>最終的に小児医療センターを除く本部及び4病院で83.6%の職員が視聴を行い（常勤職員に限定した場合92.2%）、広く情報共有、周知と医療事故に対する意識の涵養が行えた。</p>
課題事項等	<p>医療事故は発生させてはならないことではあるが、情報は当該病院内に限ることなく、危機意識、安全意識を喚起するためにも本部及び病院全体で職種、職位、採用の区分を問わず適時適切に共有される必要がある。</p>
プラン達成状況	A（達成）の数：1／1

令和7年度の展望	引き続きオンデマンド配信を併用することで、時間や場所の制約に対し柔軟性を担保することに努める。
-----------------	---

アクションプラン 18 医療安全推進規程等の見直し、重大事故発生時の情報共有のあり方検討
(提言番号④1、④19、④42、④30)

本部

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 関連規程等の見直し	→			随時実施			随時実施		
2 関連マニュアル等の見直し		→		随時実施			随時実施		
3 公表の取扱ルール等の見直し	→			随時実施			随時実施		

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 関連規程等の見直し	A
2 関連マニュアル等の見直し	A
3 公表の取扱ルール等の見直し	A

【令和6年度 達成状況・評価等】

取組実績	<p>病院が客観的に判断できるよう医療安全推進規程を一部改正し、医療事故等の区分を見直した。</p> <p>あわせて、ヒヤリ・ハット事例及びアクシデントの個別公表に関する取扱要綱について、公表に対する同意の考え方及び公表範囲を一部改正した。</p> <p>これらの規程等改正に伴い、医療事故等対応マニュアル及び報告・公表の取扱も所要の改正を実施した。</p>
課題事項等	特になし。
プラン達成状況	A (達成) の数 : 3 / 3

令和7年度の展望	本部のみならず5病院の規程類、マニュアルの整合性なども広い視野で継続的に相互にチェックするよう意識を高め、適時適切な見直し等を行う。
----------	--

アクションプラン 19 医療事故の説明に関する取組（提言番号②）

こども

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 事故の概要、院内医療事故調査委員会調査結果概要の院内説明	令和5年度実施済み								
2 院内医療事故調査委員会調査結果の院内説明	令和5年度実施済み								
3 院内医療事故調査委員会調査結果報告書の全文、全職員配布	令和5年度実施済み								

【令和6年度 達成状況・評価等】

取組実績	<p>総長より2月～3月に全3回、全職員へ向けて説明会を実施した。 録画をオンデマンド配信し、当日参加できなかった職員も説明会を視聴できるようにした。</p> <p>更に7月には、4月に採用した職員や未受講者を対象に改めて説明会を実施し、その後のフォローも行った。</p> <p>1,131人の職員が説明を受講済みである。</p>
課題事項等	—
達成状況	令和5年度完了

令和7年度の展望	—
----------	---

アクションプラン 20 マイクロシステム、着任時小児診療研修及び全身管理に関する取組

(提言番号③)

こども

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 マイクロシステムの特定と診療体制の点検	→								
1-1 マイクロシステムの同定と現状把握	→								
1-2 小児科ガイダンス			→						
2 ローテートプログラムを導入する場合の体制確立				→					
3 全身管理不得手医療者サポートチーム構築							→		
3-1 総合診療科による外科系診療科サポート実施									→
3-2 救急集中治療科による内科系診療科呼吸器管理サポート実施									→

【令和6年度タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度
1 マイクロシステムの特定と診療体制の点検	A
1-1 マイクロシステムの同定と現状把握	A
1-2 小児科ガイダンス	A
2 ローテートプログラムを導入する場合の体制確立	—
3 全身管理不得手医療者サポートチーム構築	A
3-1 総合診療科による外科系診療科サポート実施	A
3-2 救急集中治療科による内科系診療科呼吸器管理サポート実施	—

【令和6年度 達成状況・評価等】

<p>取組実績</p>	<p>マイクロシステムの特定と診療体制の点検ために、医療安全推進部長が外科系診療科に対してヒアリングを実施した。</p> <p>6月は、診療科間でコンフリクトがあり、医療安全推進部長が介入して手術内容や術後管理に関する問題を確認した。</p> <p>7月は重症度の高い患者の局所麻酔による病棟手術症例をPICUにて施行するよう調整し、形成外科の業務過多に対しメディカルアシスタント導入を提案した（人員不足のため実現できず）。</p> <p>また、外科系患者の外来での鎮静検査の適正化も行った。</p> <p>小児科ガイダンスに関しては、研修医を対象とした勉強会を開催した。研修医のリクエストに基づくテーマ設定の下、5月より隔週火曜日に関連診療科常勤医が講義を開催している。また、集中治療科より骨髄穿刺針を用いたシミュレーション教育を開催した。</p> <p>外科系医師に対し総合診療科医師によるガイダンスを6/20、7/4、7/18の3回開催した。</p>
--------------------	--

	<p>総合診療科による外科系診療科サポート体制の構築に関しては、令和5年度より実施している、</p> <p>① 外科系病棟の回診（1日1回）、</p> <p>② 外科系診療科医師からのコンサルト受付、</p> <p>③ 手術中の病棟患者対応</p> <p>を継続した。</p> <p>さらに、令和6年度からは総合診療科もプロアクティブラウンドに恒常的に参加し、急変リスクがある外科系患者の状態把握を行っている。</p> <p>救急・集中治療科においては、2週間に1回程度、他科医師からのコンサルトを受けるとともに、PICU病棟やHCU病棟から転棟した患者の回診（プロアクティブラウンド）を継続している。</p>
課題事項等	<p>救急・集中治療科による内科系診療科呼吸管理サポート実施に関しては、集中治療科医師の人員体制により一部の実施にとどまった。</p> <p>次年度、救急集中治療科医師が増員予定となっているため、取組を拡大できる見込みである。</p>
プラン達成状況	A（達成）の数：3／7

令和7年度の展望	<p>今年度導入したシステムを継続する。</p> <p>新採用医師が入職初期に必要なガイダンスを受けられるよう調整する。</p> <p>外科系医師に対する総合診療科医師ガイダンスについては、4～5月にかけて3回程度開する。</p> <p>救急集中治療科による内科系診療科呼吸管理サポートを拡大する。</p>
----------	---

アクションプラン 22 リスクマネージャー会議に関する取組（提言番号⑧）

各病院

【スケジュール】

年次計画	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 医師のリスクマネージャー会議出席率向上	継続実施			継続実施			継続実施		

【令和6年度 取組状況・振り返り等】

令和6年度実績

項目	足柄上病院	こども医療センター	精神医療センター	がんセンター	循環器呼吸器病センター
開催頻度	毎月第2木曜日	隔月 (奇数月第3週)	毎月1回 第1火曜日	毎月第2月曜日	第2金曜日
開催時間	16:30-17:15	16:00~17:00	30分程度	15:00~ 概ね60分	16:30~17:15
実施形態	参集	参集	参集	参集	参集
職種別年間出席率					
医師	70.0%	67.8%	94.0%	100% (79.9%)	87.0%
前年度	51.5%	53.0%	約80%	100% (79.6%)	79.0%
看護師	80.0%	97.5%	95.0%	100% (97.8%)	100.0%
前年度	82.1%	91.0%	概ね100%	100% (95.3%)	94.0%
医師、看護師以外	96.4%	96.3%	98.6%	100% (97.1%)	100.0%
前年度	92.7%	85.0%	100.0%	100% (93.1%)	94.0%
合計	93.0%	87.2%	95.8%	100% (91.4%)	95.0%
前年度	80.7%	76.3%	92.0%	100% (89.3%)	93.0%

※ 括弧は当日出席率

「医師の出席率向上」、「リスクマネージャーの意識涵養」等に対する取組状況

メール、チャット、リマインダーを活用して会議開催を周知した後、会議当日は直接の電話連絡などきめ細かな声掛けを行い、5病院で医師の出席率が向上した。

また、欠席者には書面会議として意見の有無を確認するなど、会議内容の確実な共有に努めた。会議において、リスクマネージャーの役割を確認するとともに、インシデント・アクシデント報告システムの活用について認識共有を行った。

病院の状況に応じて、テキスト配布、警鐘事例の共有、グッドジョブ報告、ワーキング活動などを実施し、多職種による活動を推進した。

リスクマネージャーが自部署内で事例分析カンファレンスを開催する際、医療安全管理者が参加し進行のサポートを行った。

課題及び令和7年度の展望

医師に対しては、今年度の取組を継続し出席率向上を図る。

リスクマネージャーの意識涵養については、会議時間内で研修会や事例分析を行えるよう、医療安

全ワーキング・グループなどを通じて会議開催状況の情報共有を深め、病院の特性にあわせた会議運営や医療安全管理者のサポート等を検討する。

アクションプラン23 医療安全研修に関する取組（提言番号⑫）

各病院

【スケジュール】

年次計画	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 全職員対象医療安全研修 1人2回受講	継続実施			継続実施			継続実施		

【令和6年度 取組状況・振り返り等】

「医師の出席率向上」、「受講管理」等に対する取組状況

受講状況などのお知らせを丁寧に行い、医師の受講率は概ね100%であった。
 こども医療センターでは、オンラインフォームで受講アンケート及びテストに回答してもらうことにより受講管理を行っている。

課題及び令和7年度展望

職種により必要性や関心に差異があるため、企画段階において要望や最新の医療動向などを把握し、より一層受講意欲を喚起できるような研修を開催する。
 週あたりの勤務時間が短い職員も参加しやすい受講環境の調整、整備を検討する。
 足柄上病院で実施している研修修了者へのシール発行に関しては、今後は患者・家族へもシールの意味を掲示等でお知らせし、医療安全推進の取組アピールと職員の受講意識向上へと繋げる（シールは参考資料②としてイメージを掲載）。

本部取組状況等

講師を招聘し、全職員を対象に「組織倫理の視点から見た医療安全『文化』」をテーマに組織文化、倫理及びリーダーシップに関するオンライン研修会を実施した。
 当日視聴できなかった職員を対象に、2か月間にわたってオンデマンド配信を行った。

アクションプラン 24 医療事故調査制度に関する取組（提言番号⑮、⑰）

各病院

【スケジュール】

年次計画	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 医療事故調査に関する判定過程の記録、責任部署の明確化	→								

【令和6年度 取組状況・振り返り等】

判定会議に関する取組状況

こども医療センターでは、死亡事例発生時は医療安全推進部長及び医療安全管理者がその都度速やかにカルテを確認している。
 死亡報告書式や会議設置要綱も定められており、適時に全死亡事例（死産事例も含む）を判定会議で検討する体制が整備されている。

課題と令和7年度展望

こども医療センターの取組を本部、5病院で共有し、機構としての様式整備等の検討に着手することができなかった。
 インシデント・アクシデント報告システムで全死亡例を報告することについては、より効果的、効率的にシステムを利用する観点から本部、5病院で課題を共有し検討を行う必要がある。
 次年度は医療法における医療事故の予期性に関して、本部及び5病院の医療安全管理者、幹部職員が再確認し、改めて認識を共通する機会の設定を検討する。
 インシデント・アクシデント報告システムについては、プラン 26 でも課題が挙げられており、一体的に解決へ向けた検討を行う。

アクションプラン 25 カルテ開示に関する取組（提言番号⑩）

各病院

【スケジュール】

年次計画	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 カルテ開示体制点検、機構横断的連携体制（担当会議）設置	→								

【令和6年度 取組状況・振り返り等】

本部取組状況等

上記のスケジュール（年次計画）には担当会議の設置を掲げているが、試行として「カルテ開示・病歴担当者意見交換会」をオンライン会議として開催予定である。予め5病院にカルテ開示、病歴管理における「困りごと」、「悩みごと」「他院に聞いてみたいこと」、「本部に確認したいこと」などを議題として収集、意見交換及び情報共有を行い、提言への回答、対応に繋がる共通認識の形成を見込んでいる。

カルテ開示及び病歴管理においては、こうした組織横断的取組は初となる。より適切適正な診療情報管理に繋がるよう、令和7年度以降の横断的会議体のあり方についても引き続き検討を行う。

アクションプラン 26 インシデント報告に関する取組（提言番号⑤、⑨）

各病院

【スケジュール】

年次計画	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 インシデント報告件数の向上（全職種を対象）	継続実施			継続実施			継続実施		

【令和6年度 取組状況・振り返り等】

提言・プランでの目標値

機構全体	インシデント報告総件数	10,900件以上	医師報告件数	870件以上	医師・看護師以外報告率	20%以上
こども医療センター	インシデント報告総件数	2,840件以上	医師報告件数	230件以上	医師・看護師以外報告件数	570件以上

令和6年度実績（令和6年4月～12月の集計）

機構全体	インシデント報告総件数	11,682件	医師報告件数	639件	医師・看護師以外報告率	11.3%
こども医療センター	インシデント報告総件数	3,388件	医師報告件数	205件	医師・看護師以外報告件数	343件

令和6年度病院別実績件数（令和6年4月～12月の集計）

	足柄上病院	こども医療センター	精神医療センター	がんセンター	循環器呼吸器病センター	合計
医師	130件	205件	81件	138件	85件	639件
看護師	1,281件	2,840件	1,598件	3,001件	1,006件	9,726件
上記以外	279件	343件	86件	374件	235件	1,317件
合計	1,690件	3,388件	1,765件	3,513件	1,326件	11,682件

令和6年度病院別実績割合

	足柄上病院	こども医療センター	精神医療センター	がんセンター	循環器呼吸器病センター	合計
医師	7.7%	6.1%	4.6%	3.9%	6.4%	5.5%
看護師	75.8%	83.8%	90.5%	85.4%	75.9%	83.3%
上記以外	16.5%	10.1%	4.9%	10.6%	17.7%	11.3%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

目標値に対する課題

こども医療センターをはじめとする5病院での総報告件数は目標を達成しており、医師及び医師・看護師以外の報告件数も増加傾向にあるが、報告率の目標は未達成となる見込みである。医師報告、医師及び医師以外の報告については、件数だけでなく病院間で差異があることも今後の検討課題である。

インシデント・アクシデント報告システムの入力操作の分かりづらさ、報告に対するフィードバックのあり方などにも課題がある。

令和7年度の展望

医師、医師・看護師以外の報告件数の増加に向け、インシデント報告の重要性や意義について、他医療機関の取組も広く情報収集し、全職員に広く浸透させる方策等を医療安全ワーキング・グループにおいて検討する。

また、インシデント・アクシデント報告システムについては、5病院の実際の運用状況を改めて情報共有、比較し、環境整備に向けた検討を行う。

アクションプラン 27 医療事故に関連するモニタリングの取組（提言番号⑦）

各病院

【スケジュール】

年次計画	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 医療事故、死亡件数等のモニタリング	継続実施			継続実施			継続実施		

【令和6年度 取組状況・振り返り等】

足柄上病院	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	合計
年間死亡者数	152	126	216	260	190	944
医療事故該当性判断会議開催数	0	0	3	0	0	3
判定会議後の事案調査（※）件数	0	0	0	0	0	0
医療事故調査（医療法）件数	0	0	0	0	0	0

こども医療センター	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	合計
年間死亡者数（死産を含む）	84	87	74	86	60	391
医療事故該当性判断会議開催数	16	17	15	17	9	74
判定会議後の事案調査（※）件数	0	0	0	1	0	1
医療事故調査（医療法）件数	0	1	0	0	1	2

精神医療センター	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	合計
年間死亡者数	2	4	3	4	2	15
医療事故該当性判断会議開催数	2	2	0	6	6	16
判定会議後の事案調査（※）件数	0	0	0	1	2	3
医療事故調査（医療法）件数	0	0	0	0	1	1

がんセンター	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	合計
年間死亡者数	489	289	307	414	360	1,859
医療事故該当性判断会議開催数	16	17	13	18	16	80
判定会議後の事案調査（※）件数	4	5	1	5	6	21
医療事故調査（医療法）件数	0	0	0	0	1	1

循環器呼吸器病センター	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	合計
年間死亡者数	131	128	167	163	105	694
医療事故該当性判断会議開催数	6	8	5	6	0	25
判定会議後の事案調査（※）件数	1	0	0	0	0	1
医療事故調査（医療法）件数	0	0	0	0	0	0

※ 医療法に基づく医療事故調査以外

課題

医療安全推進会議では、医療事故の発生件数、事故の概要及び対応状況を継続して議題としており、本部、病院間の医療事故に対する共通認識が形成されている。
医療事故調査・支援センターへの報告、相談も適時適切に行われており、現時点で大きな課題は見当たらない。

令和7年度展望

引き続き、本部作成の院内死亡事故発生時の基本フローチャートに基づき、死亡事例に対する適切な判断を実施し、医療安全推進会議において医療事故の発生状況を本部、5病院でモニターする。

7 アクションプラン推進プロジェクトチーム会議 活動実績

- 参集会議（オンライン隔月開催）
 - 第1回 令和6年7月11日（木）
 - 第2回 " 9月10日（火）
 - 第3回 " 11月12日（火）
 - 第4回 令和7年1月17日（金）

- 共有シート（オンライン）による進捗状況管理

毎月末に機構本部事務局及び病院で、プラン別の当該月実績を入力し、進捗状況を共有。シートに入力された内容を基に、会議を開催。

- グループチャットによる随時情報共有

会議メンバー全員参加のグループチャットにより、タイムリーかつ柔軟に情報共有や課題解決を行うとともに、会議のスケジュール調整等を実施。

- アクションプラン推進プロジェクトチーム会議構成員

所属	職名等	氏名
足柄上病院	副事務局長	能條 直幸
	医療安全管理者（看護師）	池田 智子
こども医療センター	副事務局長	大山 有希夫
	医療安全管理者（医師）	石川 浩史（※1）
	医療安全管理者（医師）	永渕 弘之（※2）
	医療安全管理者（看護師）	笹 志寿子
精神医療センター	副事務局長	桜井 嘉郎
	医療安全管理者（看護師）	中満 千夏
がんセンター	副事務局長	原田 麻子
	医療安全管理者（医師）	森永 聡一郎
	医療安全管理者（看護師）	江崎 まり子
	医療安全管理者（薬剤師）	甲斐 維子
循環器呼吸器病センター	副事務局長	木村 裕子
	医療安全管理者（看護師）	高橋 理英
本部事務局	事務局長（※3）	遠藤 修
	総務企画部長	塚本 綾子
	医療安全担当部長	下田 徳子
	看護担当部長	岸 ひろみ
	総務企画課長	石井 隆之
	総務企画課主査	金川 智之
オブザーバー	副理事長	柏崎 克夫

※1 令和7年1月より ※2 令和6年12月まで ※3 座長

参考資料① 精神医療センターの取組 グッドジョブカード

To 外来看護師&技能員さん

注射指示箋の変更に関する報告
ありがとうございました。
看護師さん、技能員さんの確認
により、事前に誤投与を防ぐこと
ができました！
LAIの事前指示箋、当日変更時
の手順について見直すきっかけ
にしたいと思います。



医療安全推進室より
2024年 8月13日

参考資料② 足柄上病院の取組 医療安全研修修了シール



※ 背景色は8色でローテーション。名札に貼付。