

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7月4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 目次

1	はじめにP. 1
2	提言とプランの整理P. 1
3	アクションプラン推進の考え方P. 2
4	アクションプラン推進体制P. 2
5	アクションプラン整理表P. 3
6	アクションプランP. 4
7	策定経過P. 46
8	アクションプラン策定プロジェクトチームメンバーP. 46

1 はじめに

『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（以下「本プラン」という。）』は、令和3年10月に、こども医療センターで発生した医療事故を契機として設置された「医療安全推進体制に係る外部調査委員会」による、機構全体の医療安全推進体制に関する調査に基づいて示された「42の提言（令和6年2月29日）」（以下「提言」という。）を推進するための行動計画である。

本プランに位置付けられた各種取組を実施、定着させ、更に恒常的な見直しを行うことにより、機構病院が持つ医療提供機能を最大限発揮し、社会的責務を持続的に全うすることを目指す。

2 提言とプランの整理

提言は、下表の5つの区分（視点）から、こども医療センター向け19提言、本部事務局（以下「本部」という。）及び機構病院向け23提言の全42提言で構成されており、機構全体として患者目線の安全・安心な医療を適切に提供するための方向性を示したものである。

提言の区分（視点）	こども医療センター向け	本部事務局及び機構全病院向け
(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

本プランでは、42の提言について、こども医療センターに向けた提言に①～⑱、本部及び機構病院に向けた提言に㉑～㉓と付番し、

- ・ 同時に取り組むことが効率的、効果的であるものは一つのプランに集約
- ・ こども医療センター向け提言であっても機構全体で取り組むことが望ましいと判断されるものは「機構全体」で実施するプランとして整理

を実施し、3ページ以降のとおり、27のプラン（取組）として位置付けた。

※ 提言概要、外部委員会からの指摘及び書籍等からの引用文言については原文のままとする。

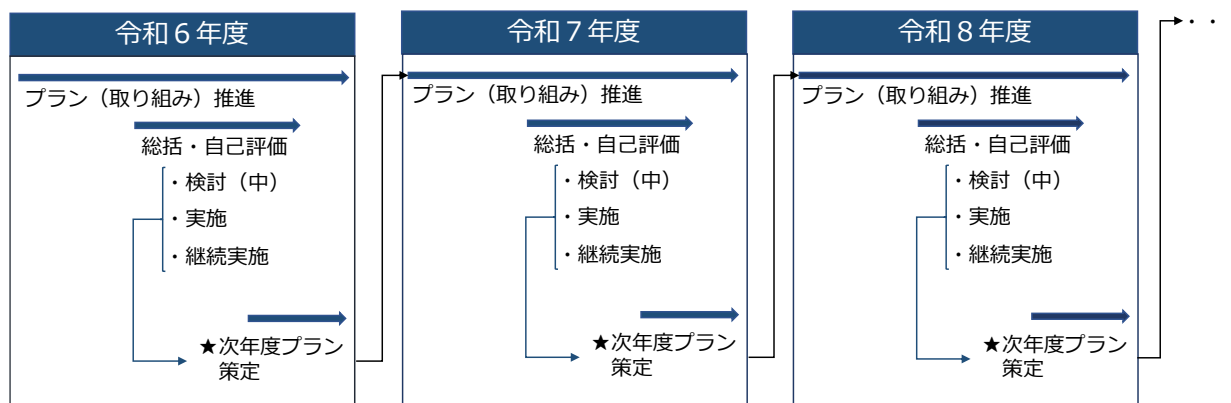
3 アクションプラン推進の考え方

27 のプランは、実施又は着手済のもの、概念の確認や理解から始めるものなど多種多様であることから、進行管理上の計画期間を3年とする（下図参照）。

なお、プランはタスクの進捗状況や社会情勢の変化、医療・保健分野の学術的、技術的趨勢によって、手法、手段及び実施時期の変更などを適宜行うものとする。

また、新たな医療課題の発生から取組が増えることも想定される。

【図 プラン策定及び更新スケジュールイメージ】



4 アクションプラン推進体制

本プランは本部、機構病院の関連部署が横断的連携を基本として推進するものである。

本部においては事務局各部・室が、病院においては医療安全推進室のみならず、各部署、会議体、医師、看護、コメディカル及び事務が適宜、適切に連携し、積極的に取組を進める。

また、プラン推進においては新たな組織体（委員会やワーキンググループ等）の設置なども想定されるが、既存組織の活用、役割分担見直しも十分検討するとともに、ICTを有効活用し情報共有のみならず場所に捉われない検討など、効率的実施を図る。

その中で、本プラン策定プロジェクトチーム（47 ページ）を「アクションプラン推進プロジェクトチーム」として位置付けを変更して継続設置し、プランの進捗管理をすることとする。

5 アクションプラン整理表

No.	プラン名	5つの提言区分(視点)					提言番号	提言概要	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						㉑	神奈川県立病院機構監査委員会(外部委員のみ)設置 全病院への患者安全監査の実施を提案、結果を定例協議会で共有	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						㉒	医師GRM育成、看護師GRM任期の見直し、GRMへの計画的持続的教育 機会の提供(長期研修プログラムへの参加等)、複数GRMの配置、 データ管理事務職員の配置	
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 (※ 提言概要ではインフォームド・コンセント=ICと記載)						㉓ ⑦	10委員会に患者の立場を代弁できる外部委員任命 10委員会の設置、文書説明が必要な医療項目と説明項目を作成、 10委員会での文書管理体制の構築、10委員会での10状況モニタリ ング(診療録記載、他職種同席率等)	機構 全体
4	対話推進者との連携体制の構築						㉔ ⑰	本部は対話推進者との連携、長期化案件等の情報共有及び支援 事故発生時の対話推進者との連携体制構築	
5	患者の権利確保の委員会の設置						⑥	5病院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、現状調査、課題案件進捗共有 患者の権利確保の委員会(Patient-Centered Care Team等)設置	本部
6	インシデント共通テーマの設定と分析						⑫	「骨折による転倒」「患者誤認」など病院全体で取り組む共通 テーマの複数選定、日々のインシデント分析において優先的にト リアージ	本部
7	減免(補償)及び医法連携体制の構築						⑰ ⑮	減免体制の構築 インシデント等への減免対応について顧問弁護士との連携体制 (医法連携)確保	
8	QI(Quality Indicator)とガバナンスの一直線化						⑫ ⑪	5病院の合同目標の複数設定、目標に沿ったQIの設定、院内掲 示、自部署の目標選択及び年間取組(ガバナンス一直線化) 診療のクオリティ統事管理部門設置、QIによるプロセス及びアウ トカム管理、ガバナンスの一直線化(全部署がQIから自部署の目 標を作る等)	
9	医療安全対策の標準化の推進						⑲	医療事故情報やベストプラクティス共有し、医療安全対策の標準 化の推進	機構 全体
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						⑩ ⑩	全病院のポケットマニュアル整備、共有部分の統一化検討 ポケットマニュアルに基本方針明記、携行義務化 オカレンス報告制度の導入、ポケットマニュアルへオカレンス報 告制度掲載	
11	チームスキルトレーニングの導入						⑳ ㉑ ㉒	がんセンターを参考に、各病院RRS、全職員対象のチームスキル トレーニング導入推進 院内救命の質向上を図るワーキングを設置、RRS、プロアクティブ ラウンド、BLS、PALS等の包括的議論と整備 チームSTEPS等のチームスキルトレーニングの全職員導入、2回 チャレンジルール、SBAR、ハドル等ノンテクニカルスキル・ツ ールの教育	
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						㉓	全病院の医師セクションリスクマネージャー対象に患者安全のた めのリーダーシップ研修実施	本部
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						㉔ ④	若手看護師のフィジカルアセスメント能力、データ読解力、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のため の5病院合同ワーキンググループ設置、対策検討 看護師の能力向上(フィジカルアセスメント能力、データの読解 力等)、PNSにおける先輩看護師の指導力向上、多重課題シミュ レーション、急変時対応訓練導入	
14	安全文化調査の実施						⑳	全病院においてAHRQ安全文化調査を実施	本部
15	患者市民参画のあり方検討						㉕	全病院において患者市民参画(Patient Public Involvement)の取 組推進、患者参加型医療推進委員会・Patient-Centered Care Team等を設置、患者自己決定権擁護の院内体制強化	
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						㉖ ⑰	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 習会等開催 定型調査手法を学ぶトレーニングセミナー等への担当者派遣	
17	医療事故及び再発防止策に関する機構内情報共有						⑳ ④①	こども医療センターの事故調査結果、その他過去に行われた事故 調査報告書や再発防止策等について機構全体で共有 医療事故が起きた場合の機構理事長への報告、機構ホームページ 掲載方針を明文化	本部
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						⑳ ⑳	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再整理、職員情報共有 5病院共通の外部参加型院内医療事故調査規約を策定	
19	医療事故の説明に関する取組						②	事故の概要、院内調査結果概要の院内説明 調査結果報告書の全文、全職員配布	こども
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	マイクロシステムの特定と診療体制の点検 「着任時小児診療研修ローテーションプログラム(仮)」の構築 全身管理不得手医療者サポートチーム構築	
21	病棟再編に関する取組						⑤	年齢別混合病棟廃止、診療科病棟へ再編	各病院
22	リスクマネージャー会議に関する取組						⑧	リスクマネージャー会議への医師の参加率向上(恒常的欠席医師 の交代、開催時間、形態の工夫等)	
23	医療安全研修に関する取組						⑫	医療安全研修参加一人当たり2回/年以上 全医師への患者安全教育の強化	
24	医療事故調査制度に関する取組						⑮ ⑰	医療事故調査制度上の医療事故該当性判定の際の議事録作成 医療事故調査担当部署、事務局再整備、明確化	
25	カルテ開示に関する取組						⑱	カルテ開示体制の点検、開示対象範囲の明確化、相談体制の充実	
26	インシデント報告に関する取組						⑮ ⑨	インシデント報告総数10,900件以上 医師からのインシデント報告数870件以上 医師・看護師以外の職種からの報告率20%以上 インシデント総報告件数2,840件、医師報告230件、医師・看護師 以外報告570件/年以上 ※ こども医療センター	
27	医療事故に関連するモニタリングの取組						⑳	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	
本プランの策定、適切な取組の実施により実現するもの								⑳	本部事務局は、患者安全、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。

6 アクションプラン

アクションプランは以下の例のような構成とする。

- (1) 「プラン番号及びプラン名」、「実施主体」、「提言番号(①～⑫)」、「提言項目((1)～(5))」、「提言概要」、「外部委員会からの指摘」を上段に記載
 - (2) 提言に対応するための取組を「プラン達成に向けたタスク」として中段に記載
 - (3) 他のプランとの関連、留意事項等を「本プラン推進のためのポイント等」として記載
 - (4) (2)のタスクと連動するスケジュールチャートを下段に記載
- ※ 適宜、「用語の解説」を記載

アクションプラン〇 **プラン名**

実施主体「本部」
 などを記載

提言番号〇	提言項目	5つの提言区分(視点)を記載
提言概要	提言の概要を掲載	
外部委員会からの指摘	提言の基となる外部委員会からの指摘を記載 (提言番号①～⑯はこども医療センター向け、⑳～㉔は本部及び機構病院向け)	

プラン達成に向けたタスク	提言に基づく、当該プランを達成するためのタスクを記載 (5～6タスク程度で整理)
---------------------	--

【プラン推進のためのポイント等】

他のプランとの関連、留意事項等、当該プラン推進のためのポイントを記載

【スケジュール】

➡ : 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	➡								
2				➡					
3	上記のタスクを記載						➡		
4								➡	
5									➡

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。
 年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

【補足事項】

- ・ 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であるため、タスクは設定せず達成に向けた「【取組推進の方向性】」として課題や各病院が進めるべき方向性を整理

4

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

本部

提言番号②	提言項目 (1) 患者安全確保における基盤整備体制について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・医療事故調査制度下における「事故該当性の判断」について、多くの GRM が悩みを抱えている。 ・事故が起きた時の遺族への説明、スタッフへの説明、調査手法、遺族との情報共有のあり方、最終的に医療過誤死と判断した場合の遺族への説明や賠償、あるいは報道公表といった、有事の一連の対応について、多くの GRM が不安を抱えている。 ・「事故該当性あり」と判断される事例はほぼ無いとし、その理由として、多くの患者が DNAR（Do Not Attempt Resuscitation：癌の末期などの患者において、心停止ないし呼吸停止した際に心肺蘇生を行わないという、患者と医療者間における約束、医師からの指示のこと）となっていることを挙げた。本来、DNAR と事故性の判断は無関係であることから、事故該当性の判断が不正確な解釈のもと、行われている可能性を否定できない。

プラン達成に向けたタスク	<ol style="list-style-type: none"> 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
--------------	--

【プラン推進のためのポイント等】

- ・本部において機構病院の将来像を見据えながら、採用、異動、人材育成に対して長期的な視点での検討が必要になる。
- ・各病院の医療安全管理に係る職員が、職種や必要性に応じて医療安全管理者研修受講の機会を得られるよう、本部と病院で検討を進め、共通理解やリテラシーの均一化、向上を図る。

【用語の解説】

「GRM」 General Risk Manager：医療安全管理者

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

機構全体

提言番号⑬	提言項目 (1) 患者安全確保における基盤整備体制について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・患者安全を最優先とし、十分実践できていると確度をもって判断できる病院は、少なくとも今回の調査のみからは認定できない。これを把握するには、本調査以外にさらなる点検が必要となる。 ・IC委員に、患者の立場を代弁できる外部委員を任命している病院はない。
提言番号⑦	提言項目 (1) 患者安全確保における基盤整備体制について
提言概要	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・インフォームド・コンセント文書の審査、使用状況の調査、標準化、教育など、IC全般に関して、管理する体制がない。 ・第三者の同席体制は十分でなく、患者の親に十分な説明が尽くされていないと感じているスタッフがいる。

プラン達成に向けたタスク	<ol style="list-style-type: none"> 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
--------------	---

【プラン推進のためのポイント等】

- ・IC委員会等未設置の病院については、がんセンターの取組を参考に病院特性に応じたIC委員会等設置の検討を行う必要がある。検討の際は他の同様の専門病院（足上は総合病院）の委員会設置状況などを十分に調査する必要がある。既に同等の機能を果たす組織や複数の委員会等を統合することで検討の場が設置できる場合についてなど、機能に着目して検討を行う必要がある。
- ・患者の立場を代弁できる外部委員の選任については「プラン5 患者の権利確保の委員会の設置」及び「プラン15 患者市民参画のあり方検討」と理念の一貫性を保ちつつ、方向性を整理、並行的に検討を進める必要がある。
- ・説明、同意及び文書管理に関することは医療安全部門だけでなく、医事部門も検討主体に含め

る。必要に応じ、機構横断的な担当者連絡会議等も設置し、協力して課題解決に臨み、その中で病院共通項目に関する包括同意書作成に着手することなども検討する。

【用語の解説】

「インフォームド・コンセント＝IC (Informed Consent)」

医師が治療の方法、効果、危険性などについて患者にわかりやすく説明し、患者が理解・納得した上でその治療方法について同意を得ること。

(内閣府ホームページより)

【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								→	

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

アクションプラン4 対話推進者との連携体制の構築

機構全体

提言番号⑭	提言項目 (1) 患者安全確保における基盤整備体制について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・本部事務局には、患者安全は病院が主体的に取り組むものとの認識があり、強い介入や指導體制の構築には至っていなかった。 ・令和3年10月11日の本死亡事故発生後、こども医療センターから本部事務局には、翌10月12日に第一報がされており、翌10月13日には、本部事務局から県に報告されている。しかしそれ以降は令和5年4月まで、本部事務局へ調査の進捗や家族対応に関する十分な報告はなく、本部事務局から県への報告も行われなかった。重大事故発生後の本部事務局や県への報告について、その内容やタイミングなど基準は特に定められていなかった。 ・本部事務局が主催している医療安全推進会議が年4回開催されており、機構5病院の医療安全管理者が参加し、ヒヤリ・ハット事例、アクシデントの件数を共有するとともに、各病院で起きた特徴的な事象や取り組みの情報交換を行っている。しかし、インシデントや重大事故検証からの学びを水平展開するなど、全5病院の取り組み・患者安全体制を標準化するための活動は実施されていない。
提言番号⑰	提言項目 (4) 重大事故発生時の対応について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・重大医療事故調査の経験が乏しく、管理・運営に大幅な改善の余地がある。 ・事故調査中に発生し得る課題に対し、院内医療事故調査委員会との連携を密にして中立的に対応する部局や事務機能(本来であれば医療安全部門とそれをサポートする事務員等)が明確でなく、適切に機能していない。
提言番号⑲	提言項目 (4) 重大事故発生時の対応について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・医療事故の初期対応をする組織体と、いわゆる患者からの相談・クレームなどに対応する組織体の区分が不明瞭になっている病院がある。本来それぞれの活動に対し、診療報酬加算が認められているが、場合によっては、それらがすべて副事務局長など、実質個人レベルの対応となっている可能性がある。

※ 本プランでは「対話推進者＝医療メディエーター」として取り扱う。

プラン達成に向けたタスク	<ol style="list-style-type: none"> 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
--------------	--

【プラン推進のためのポイント等】

- ・対話推進者の位置付けや役割について機構全体の考え方を整理し、病院特性に応じた体制を検討する必要がある。また、対話推進者不在病院については単に人員としての人数を確保するだけでなく、同時に社団法人医療メディエーター協会の医療メディエーター活動指針を勘案し、精神科領域の対話推進者に係る考え方も整理の上、適切に人員確保を検討する必要がある。
- ・「アクションプラン 24 医療事故調査制度に関する取組」とも整合を図る必要がある。
- ・対話推進者と GRM との役割分担、対話推進者未設置病院の人員確保については、取組を早急に進める。

【用語の解説】

「ヒヤリ・ハット」

以下の事例を指す。

- ・ エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった。
- ・ 患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できないものも含む）。
- ・ 処置や治療は行わなかった（患者の観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）。
- ・ 簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）。

（神奈川県立病院機構医療安全推進規程より）

「アクシデント」

以下の事例を指す。

- ・ 濃厚な処置や治療・検査を要した。
- ・ 提供した医療または管理に起因し（含む疑い）、患者の生活に影響する予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る高度の後遺症が残る可能性が生じた場合。
- ・ 提供した医療または管理に起因し（含む疑い）、予期せず患者が死亡した場合。

（神奈川県立病院機構医療安全推進規程より）

「医療メディエーター」

病院の管理者から患者・家族支援体制の調整と対話促進の役割を果たす者として権限が委譲され、管理者、医療安全管理者、医療各部門、事務関係部門と連携し、組織的に患者・家族に対応することを業務とする者。

患者と医療者双方の語りを、いずれにも偏らない位置で、共感的に受け止め、自身の見解や価値・判断を示すことなく、当事者同士の対話の促進を通じて、情報共有を進め、認知齟齬（認知的コンフリクト）の予防、調整を支援する役割を担う。

（神奈川県立病院機構医療メディエーター業務指針より）

【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							→		

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

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

機構全体

提言番号②⑥	提言項目 (2) 日々の患者安全活動について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	・多くのインシデントのうち、何から重点的に対処すべきか、いわゆるインシデント・トリアージの考え方について、検討されておらず、まとまった方針がない。

プラン作成に向けたタスク	<ol style="list-style-type: none"> 1 共通テーマについて本部、病院で協議、決定 2 共通テーマから各病院で取り組むテーマを設定 3 設定テーマについて優先的に分析 4 本部、病院での取組の共有
--------------	--

【プラン推進のためのポイント等】

- ・各病院において、既に取組が検討または実施されているため、実績集約の中から、重点的事項や共通テーマについて検討を行う必要がある。
- ・本プランを医療安全ワーキング・グループの議題として設定することを検討する。

【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、病院での取組みの共有		→		継続実施			継続実施		

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

アクションプラン7 減免（補償）及び医法連携体制の構築

機構全体

提言番号⑰	提言項目 (2) 日々の患者安全活動について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	・日常的な減免対応（医療ミスによって発生した医療費を軽微なものであっても病院で負担する）が不明確であり、その判断能力が組織として養われていない。
提言番号⑱	提言項目 (4) 重大事故発生時の対応について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	・日常的な減免対応（医療ミスによって発生した医療費を軽微なものであっても病院で負担する）が不明確であり、その判断能力が組織として養われていない。

プラン達成に向けたタスク	<ol style="list-style-type: none"> 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
--------------	--

【プラン推進のためのポイント等】

- ・医療過誤によって発生した医療費に対して、病院（あるいは機構）がどのように対応、負担することが適切なのか、法務、財務規律の観点から早急に定義や処理方法を本部、病院で協力して検討する必要がある。その中では、事案により柔軟に顧問弁護士と相談を行うための連携体制についてもあわせて検討する必要がある。

【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				→					

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

アクションプラン8 QI (Quality Indicator) とガバナンスの一直線化

機構全体

提言番号⑩	提言項目 (3) 日常の質管理・医療事故未然防止について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	・ QI が明確に設定されていない病院がある。また、機構の目標と各病院の目標を連動させるガバナンスの一直線化も企図されていない。
提言番号⑪	提言項目 (3) 日常の質管理・医療事故未然防止について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	・ 業務の質を管理するための具体的な数値目標（QI: Quality Indicator）等が明確に設定されていない。また、病院全体と各部署の目標を連動させるガバナンスの一直線化も企図されていない。

プラン達成に向けたタスク	<ol style="list-style-type: none"> 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
--------------	---

【プラン推進のためのポイント等】

- ・ QI は医療安全に関する指標だけでなく、病院経営指標に係る要素も多いため、本部であれば経営管理部、病院であれば医事部門、地域連携部門など、医療安全部門以外の部門と連携して委員会設置や指標設定の検討を進める必要がある。
- ・ QI 活動においてはがんセンターが取組を進めているため、適宜病院間で情報共有を行う（QI 担当者連絡会議（仮）設置検討）。指標設定は専門病院の特性を考慮する必要があることから、他の専門病院の公表方法も含めた QI 活動を十分に調査する必要がある。調査にあたっては日本病院協会 QI プロジェクト、全国自治体病院協議会 医療の質評価・公表等推進事業など公共性、有効性が高いと判断される取組を参考にする。
- ・ QI 活動未実施病院は早急に取組を開始し、委員会設置、指標設定等を順次検討、実施する。

【用語の解説】

「QI (Quality Indicator)」

「医療の質」を具体的な数値として定量的に示すもの。数値を経年的に評価し、医療の質の持続的向上を目指す。

【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									→

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

アクションプラン9 医療安全対策の標準化の推進

機構全体

提言番号⑳	提言項目 (3) 日常の質管理・医療事故未然防止について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・本死亡事故の調査結果の詳細について、令和5年9月19日に、各理事等で構成されるトップマネジメント会議では報告されたが、5病院の安全担当者を対象とした説明会等は実施されていない。 ・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も、機構全体で共有されていない。

プラン作成に向けたタスク	<ol style="list-style-type: none"> 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 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 3 各病院での実践状況について総括
--------------	---

【プラン推進のためのポイント等】

- ・医療安全ワーキング・グループは他のプランにおいても情報共有や医療安全管理者同士、あるいは病院と本部の実務的検討の場として機能することが見込まれるため、当該ワーキング・グループに過度な負担が生じないよう、優先順位や事業規模を勘案して取組を推進する必要がある。
- ・医療事故の事案共有等については、「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」と整合を図りつつ検討を進める必要がある。

【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		

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

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

機構全体

提言番号⑩	提言項目 (3) 日常の質管理・医療事故未然防止について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	・職員携帯用の患者安全ポケットマニュアルが作成されていない病院がある (1病院)。
提言番号①	提言項目 (1) 患者安全確保における基盤整備体制について
提言概要	「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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・本事故発生以前に、同センターに患者安全確保を最優先事項とするための明確な病院理念を組織の隅々に貫通させ、専門性の異なる多様な部門や診療・ケアを「患者安全」という概念で規律付け、統率するための強固な覚悟とリーダーシップ・統治システム(クリニカルガバナンス)が存在していたとは言えない。 ・本事故発生後、医局や部局の代表者を招集し、改善のための動きが迅速に持たれなかった。本事故が正しく理解している職員はごく一部。これまでの慣習と決別し、第三者性の確保を含めた患者安全の抜本的改革に全職員が一丸となって臨むといった変革段階に移行しているとは言い難い。
提言番号⑩	提言項目 (2) 日々の患者安全活動について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・報告文化は部署ごとに温度差があり、医療安全推進室の室長(医師・副院長)及びGRMは周知や標準化に困難を感じている。室長の働きかけにより、若干の改善を認めるものの、医師の報告行動は弱く、合併症と認識した事例については、ほとんど報告されていない。また、日常における漠然とした不安や懸念事項、意思疎通のしにくさ、職員のDisruptive Behavior(コミュニケーションを阻害するような問題行動)といったものの報告は乏しく、インシデント報告対象と認識されていない可能性がある。

プラン達成に向けたタスク	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
--------------	---

【プラン推進のためのポイント等】

- ・内容充実（統一感）、更新のルーティン化及び経費抑制などを目的とした調達については、病院ごとのマニュアル更新サイクルがあることなどを十分考慮し、中期的視点で内容（仕様）及び改版時期を調整、検討する必要がある。
- ・オカレンス報告制度については、ポケットマニュアルへの収載は必須ではあるが、各病院の現状、報告システム、他団体の状況等の情報共有から取組を開始する。なお、既にオカレンス報告制度を運用している病院については、上記のような調達体制が構築されるまでは個別にポケットマニュアル収載を実施する。

【用語の解説】

「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

※ オカレンス (occurrence) : 事象、発生

【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							→		

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

アクションプラン 11 チームスキルトレーニングの導入

機構全体

提言番号⑩	提言項目 (3) 日常の質管理・医療事故未然防止について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	・がんセンターを除いて、チームスキルトレーニングや、RRS の取り組みが弱い。
提言番号⑪	提言項目 (3) 日常の質管理・医療事故未然防止について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	・令和 4 年度以前は、院内救命措置や人工呼吸管理患者への対応について、定期的に多職種で話し合いを行い、効果的な改善活動や教育に繋げる管理体制（ワーキングの設置など）が乏しかった。
提言番号⑫	提言項目 (3) 日常の質管理・医療事故未然防止について
提言概要	チーム STEPPS 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 回チャレンジルール、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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・院内では術後の全身管理上の異常や懸念を、発見者の主観に依存しない形で、執刀医師団以外の医師に相談できる体制（RRS）が構築されていなかった。また、チーム STEPPS といったチームスキルトレーニングや、上申・報告の際に SBAR（Situation、Background、Assessment、Recommendation）の順に報告するというコミュニケーションツールを用いることの重要性の教育などは新人看護師には行っていたが、全職員に対しては、行っていなかった。 ・令和 4 年度以前は、院内救命措置や人工呼吸管理患者への対応について、定期的に多職種で話し合いを行い、効果的な改善活動や教育に繋げる管理体制（ワーキングの設置など）が乏しかった。 ・患者安全管理を展開する上で、小児診療の特殊性や、疾患の特異性に配慮する必要がある事は間違いないが、それが一つのロジックとなり、病院全体として患者安全業務の標準化に消極的になっている側面がある。

プラン達成に向けたタスク	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、実施病院の取組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
--------------	---

【プラン推進のためのポイント等】

- ・機構病院全体を通じたチームスキルトレーニングの実績は、がんセンターでの勉強会開催のみであることから、他団体の調査研究、外部資源活用（TSJA（チーム STEPPS Japan Alliance）の研修事業等）による研修実施についても方向性を検討する必要がある。
- ・院内救命の質向上を図るワーキングについては、こども医療センター、精神医療センター、がんセンターにおいて多職種で構成される会議体を設置、活動を行っていることから、その取組状況を機構全体で共有することから着手する。

【用語の解説】

「チーム STEPPS®」

米国国防総省と医療研究・品質調査機構（Agency for Healthcare Research and Quality:略称 AHRQ）が合同で開発した、患者安全推進のためのチームワークを高めて医療の質や安全性を向上させようとする、組織で取り組むチームプログラムのこと。質と安全を向上させるのみならず、チームワークの重要性と患者安全との関連性に着目した取り組みを、組織に取り入れる状況にあるか、どのように取り組めばよいか、どのように維持発展させ、組織の制塾につなげればよいかまで、長いスパンの取り組み方がまとめられた総合的安全向上策

（「TeamSTEPPS®商標を活用したヒューマンエラー防止策 SBAR を中心とした医療安全のコミュニケーションツール」より抜粋）

（編著：東京慈恵会医科大学付属病院看護部・医療安全管理部 発行：株式会社日本看護協会出版）

【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			→						

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

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

機構全体

提言番号⑳	提言項目 (3) 日常の質管理・医療事故未然防止について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・医療法第6条の10に基づく「医療事故」と「医療過誤」の関係性を正しく認識できていない病院幹部が見受けられる。「医療事故調査制度」上の「医療事故」とはどのように判定されるものなのか、正しく理解されていない可能性がある。 ・幾つかの病院には、患者安全に関して、何を言っても反発する医師がいる。

プラン達成に向けたタスク	1 外部資源を活用した研修会受講体制の推進
--------------	-----------------------

【プラン推進のためのポイント等】

- ・医師のセクションリスクマネージャー向け研修については、外部資源の活用を前提としつつ、研修受講から実際の会議参加など幅広いリスクマネジメント業務を實踐できるか、対象者選定を含めて検討を行う必要がある。
- また、セクションリスクマネージャーは医師、看護師に限らないため、中長期的には定期的な研修による各職種のリテラシー底上げに向け、多職種への研修展開を視野に入れる必要がある。
- ・「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」との整合も配慮しつつ、効率的な実施が必要である。
- ・一般社団法人日本病院管理機構、医療安全心理・行動学会、保険会社、コンサルティング事業者など幅広い主体から、実績を踏まえ適切な外部資源を検討し、ICT 活用を含め計画的に医師が研修受講できる方策を検討する。

【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		

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

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

機構全体

提言番号③	提言項目 (3) 日常の質管理・医療事故未然防止について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・ほとんどの病院において、若手看護師のフィジカル・アセスメント能力や、自身で考えて臨機応変に行動する能力、データから異常を読み解く力などへの課題を感じている職員がいる。書類の整理など、看護以外の業務に時間が割かれていること、患者の在院日数が短縮され、患者との接触時間が減少していることなどが原因と推測されている。 ・それを解消するためにPNS（Partnership Nursing System：若手看護師が先輩看護師とパートナーを組み、二人で業務にあたるシステム）を導入している病院があるが、ペアを組むパートナーの能力にも課題があり、指導者の育成体制にも課題を感じている
提言番号④	提言項目 (1) 患者安全確保における基盤整備体制について
提言概要	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。※ 提言⑪⑬⑭と同様
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度以前は、院内救命措置や人工呼吸管理患者への対応について、定期的に多職種で話し合いを行い、効果的な改善活動や教育に繋げる管理体制（ワーキングの設置など）が乏しかった（令和5年度に院内急変対策会議を立ち上げ、月1回の院内急変対策会議では、多職種間でRRS（Rapid Response System: 院内迅速対応システム（発見者の主観に依存しない形で、執刀医師団以外の医師に相談できる体制））の整備・推進、院内急変に係る情報収集、教育や啓発に取り組んでいる）。

プラン達成に向けたタスク	<ol style="list-style-type: none"> 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
--------------	---

【プラン推進のためのポイント等】

- ・既に各病院において、主体的かつ継続的に看護師育成計画が作成、実施されていることから、育成計画を柱としつつ提言で示された対応案や不足要素を順次組み込む検討が必要である。研修メニューには外部資源活用の必要性は高いが、看護師は機構内においても職員割合が相対的に大きいことから、中長期視点からの検討が肝要である。
- ・病院合同のワーキング・グループでは、看護師の能力向上に対する各病院、各担当者の見解を共有し、フィジカル・アセスメント能力に関する現在の課題を解決しつつ、長期的、段階的臨床推論の取得に向けた検討が必要である。
- ・病院合同のワーキング・グループは医療安全部門だけでなく、看護局幹部、看護教育科も構成主体となる。有機的に連携することで、提言及びアクションプランの内容を共通理解し、大枠の方向性を検討する取組から着手する。

【用語の解説】

「フィジカル・アセスメント」

全身の状態を的確に系統的に把握し査定するために、健康歴の問診も含めて視診・触診・打診・聴診の技術を用いて、身体状態の評価を行うこと。

「臨床推論」

患者に生じた様々な問題について、知識や経験、フィジカル・アセスメントに基づき、対応を意思決定するための予測（推測）、思考プロセスのこと。

「臨床判断」

臨床推論に基づいて下される判断、行動のこと。

【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PNSI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				→					

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

アクションプラン14 安全文化調査の実施

機構全体

提言番号③④	提言項目 (3) 日常の質管理・医療事故未然防止について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	・患者安全を最優先とし十分実践できている、と確度をもって判断できる病院は、少なくとも今回の調査のみからは認定できない。これを把握するには、本調査以外に、さらなる点検が必要となる。

プラン達成に向けたタスク	<ol style="list-style-type: none"> 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 2 調査結果病院間比較、分析 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
--------------	---

【プラン推進のためのポイント等】

- ・医療安全文化調査を実施し、その結果をどのようにアクションプラン、各病院の施策に反映させるか、調査実施と並行して検討を進める必要がある。
- ・各病院において、実施時期を想定した上で、日本医療機能評価機構による安全文化調査への申し込みを速やかに行う。調査結果については医療安全ワーキング・グループ又はアクションプラン推進プロジェクトチームで横断的に情報共有し、翌年度取組に反映できるよう検討を行う。

【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		

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

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

本部

提言番号⑩	提言項目 (4) 重大事故発生時の対応について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・医療事故調査制度下における「事故該当性の判断」について、多くの GRM が悩みを抱えている。 ・事故が起きた時の遺族への説明、スタッフへの説明、調査手法、遺族との情報共有のあり方、最終的に医療過誤死と判断した場合の遺族への説明や賠償、あるいは報道公表といった、有事の一連の対応について、多くの GRM が不安を抱えている。 ・ある病院は、「事故該当性あり」と判断される事例はほぼ無いとし、その理由として、多くの患者が DNAR (Do Not Attempt Resuscitation: 癌の末期などの患者において、心停止ないし呼吸停止した際に心肺蘇生を行わないという、患者と医療者間における約束、医師からの指示のこと) となっていることを挙げた。本来、DNAR と事故性の判断は無関係であることから、事故該当性の判断が不正確な解釈のもと、行われている可能性を否定できない。
提言番号⑪	提言項目 (4) 重大事故発生時の対応について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・重大医療事故調査の経験が乏しく、管理・運営に大幅な改善の余地がある。 ・事故調査中に発生し得る課題に対し、院内医療事故調査委員会との連携を密にして中立的に対応する部局や事務機能(本来であれば医療安全部門とそれをサポートする事務員等) が明確でなく、適切に機能していない。

プラン達成に向けたタスク	<ol style="list-style-type: none"> 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 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
--------------	---

【プラン推進のためのポイント等】

- ・病院幹部、医療安全管理責任者及び医療安全管理者の外部研修受講に関しては、「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」との整合も配慮しつつ、効率的な実施が必要である。
- ・病院幹部をはじめ、医療安全に関わるあらゆる職員の適切な研修受講のために必要な検討を実施する。また、公益社団法人日本医師会「研修ワークブック 院内調査のすすめ方」等により定型的調査手法については一定のリテラシーを獲得できることから、機構内部での勉強会の開催等も検討する。

【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		

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

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

機構全体

提言番号④⑩	提言項目 (5) 重大事故の共有・公開体制について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・本死亡事故の調査結果の詳細について、令和5年9月19日に、各理事等で構成されるトップマネジメント会議では報告されたが、5病院の安全担当者を対象とした説明会等は実施されていない。 ・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も、機構全体で共有されていない。

プラン達成に向けたタスク	<ol style="list-style-type: none"> 1 こども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 3 事例説明会の実施
--------------	---

【プラン推進のためのポイント等】

- ・機構全体向けのこども医療センター医療事故説明会は令和6年4月30日に実施されており、実施後オンデマンド視聴も可能とした。医療事故の事案共有、事例説明会の開催については、「アクションプラン9 医療安全対策の標準化の推進」と整合を図りつつ検討を進める必要がある。
- ・将来的に公益財団法人日本医療機能評価機構の医療収集等事業への病院参加を検討することも事例共有の活性化に重要である。
- ・こども医療センター以外の医療事故の共有に関しては、説明会を実施する必要がある事案が生じた場合にその都度、内容検討、説明会の現場への影響度等を多面的に捉え、柔軟な検討を行う。

【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 こども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		

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

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

本部

提言番号④①	提言項目 (5) 重大事故の共有・公開体制について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> どのような医療事故を機構理事長へ報告するのか、また、どのような事故を報道公表するのか、など具体的な重大事故の情報共有・公開基準が不明瞭となっている。
提言番号④②	提言項目 (5) 重大事故の共有・公開体制について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> 「県立病院機構報告・公表の取扱い」が存在しているが、どのような医療事故を報告し、公表するのかに関して、明確な基準がなく、各病院の管理者の判断に委ねられている。 本死亡事故の報道公表前に、遺族と公表内容や目的について共有をしていたが、結果的に記者会見において、一部、遺族の認識と異なる見解が示され、遺族の不信を増長した。
提言番号④③	提言項目 (5) 重大事故の共有・公開体制について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> 事故が起きた時の遺族への説明、スタッフへの説明、調査手法、遺族との情報共有のあり方、最終的に医療過誤死と判断した場合の遺族への説明や賠償、あるいは報道公表といった、有事の一連の対応について、多くの GRM が不安を抱えている。
提言番号④④	提言項目 (4) 重大事故発生時の対応について
提言概要	5 病院共通の外部参加型院内事故調査規約を策定する。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> 事故調査となった場合の委員構成などを定めた「外部参加型院内事故調査規定」がない。

プラン達成に向けたタスク	<ol style="list-style-type: none"> 1 関連規程等の見直し 2 関連マニュアル等の見直し 3 公表の取扱ルール等の見直し
--------------	--

【プラン推進のためのポイント等】

- ・院内での死亡事故発生時の基本フローチャートを策定、対応手順として周知するとともに、アップデートを継続していく必要がある。一方、医療事故発生から報告、公表などの各手続きは規程やマニュアルに定められており、それぞれに適切な改正が必要である。
- ・アクションプラン 24「医療事故調査制度に関する取組」とも整合を図る必要がある。

【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		

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

アクションプラン 19 医療事故の説明に関する取組

こども

提言番号②	提言項目 (1) 患者安全確保における基盤整備体制について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・本死亡事故発生後、医局や部局の代表者を招集し、改善のための問題の整理や、話し合いをするといった動きが迅速に持たれなかった。本死亡事故が示した院内の課題について、正しく理解している職員はごく一部にとどまっている。これまでの慣習と決別し、透明性や第三者性の確保を含めた患者安全の抜本的改革に全職員が一丸となって臨む、といった変革段階に移行しているとは言い難い。

プラン達成に向けたタスク	<ol style="list-style-type: none"> 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 2 院内医療事故調査委員会調査結果の院内説明 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
---------------------	---

【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									
2 院内医療事故調査委員会調査結果の院内説明									
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									

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

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

こども

提言番号③	提言項目 (1) 患者安全確保における基盤整備体制について
提言概要	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高度の専門性という大義の下、執行部・診療科間・部局間には暗黙の不可侵のムードが存在する。その背景の一つに、院内のセクション数がかかなり多く、専門性に応じて細分化されているという、小児専門病院特有の事情が存在する。病棟だけでも16部門があり、診療科も29科と多い。特に特殊な専門性を有するマイナー診療科では医師の人数も少なく、いわゆるマイクロシステム（大組織の中の規模の小さい、かつ多忙な閉鎖的集団）が複数形成されている。 ・ 特殊な事情として、同センターの外科系診療体制の特性が挙げられる。小児外科は手術後の全身管理を含め、小児の外科診療全般を専門とする医師団で構成されるが、それ以外の専門外科には、成人を専門とする他大学の医局等から、小児外科領域の研鑽・研修、あるいは専門医資格要件の取得等を目的に派遣されている医師（小児そのものの診療や小児手術後の全身管理に不慣れな若手医師）が一定数含まれている。それらの若手医師は、時間外診療や、当直、当番などいわゆるファーストコールを担うことが多いにもかかわらず、彼らに対する小児診療全般の基礎教育は系統的に行われておらず、また、その専門性の不足を、他の診療科が補う仕組みも導入されてこなかった。

プラン達成に向けたタスク	<ol style="list-style-type: none"> 1 マイクロシステムの特定と診療体制の点検 <ol style="list-style-type: none"> 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 <ol style="list-style-type: none"> 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
--------------	---

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

各病院

提言番号⑧	提言項目 (1) 患者安全確保における基盤整備体制について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	・セクションのリスクマネージャー会議を毎月行っているが、70名程度（こども医療センター）の構成員のうち、出席率は全体で毎回6割程度、医師の出席率は2～3割程度であり、恒常的に欠席している医師がいる。医師に時間的余裕がないことが主たる原因ではないか、と安全部門では考察している。

【取組推進の方向性】

令和5年度の各病院のリスクマネージャー会議開催状況は次ページの表のとおり。

医師の出席率は病院ごとに差異はあるものの、いずれの病院も80%を超えていない。

また、以下のような課題が挙げられている。

- ・ 多職種での意見交換や事象分析の時間が十分に確保できない。
- ・ 他職種への関心が低く医療安全体制を検討する意識が低い。
- ・ リスクマネージャー間の知識に差がある。
- ・ 恒常的に欠席する診療科があり、会議も受動的になりやすい。

今後は、医師の出席率向上を医療安全ワーキング・グループの主要テーマの一つとして位置付け、検討を行う。

具体的には、会議日程、時間、開催形態の見直し及び構成員医師の交代などを議論の対象とする。

【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		

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

【令和5年度 リスクマネージャー会議の開催状況】

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3金曜日	奇数月の第3週、曜日は欠席する診療科が固定しないよう開催曜日を意図的に変更している	毎月1回 第1火曜日	毎月1回第2月曜日（祝休日にあたる場合は翌週の月曜日）	8月を除く、毎月1回 第2金曜日
開催時間	16:30~17:15	16:00~17:00	14:30~概ね30分	15:00~概ね60分	16:30~概ね45分
実施形態	参集	参集	参集	参集	参集
職種別年間出席率					
医師	51.5%	53.0%	約80%	100% (79.6%) () 内が当日出席率 当日欠席者には資料を配布し、内容確認済用紙を提出いただくことで参加と見なしている（他職種も同様）	79.0%
看護師	82.1%	91.0%	概ね100%	100% (95.3%)	94.0%
医師、看護師以外	92.7%	85.0%	100.0%	100% (93.1%)	94.0%
合計	80.7%	76.3%	92.0%	100% (89.3%)	93.0%

提言番号⑫	提言項目 (3) 日常の質管理・医療事故未然防止について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・職員対象の医療安全研修会への参加率が、医療法で求められている水準（一人当たり 2 回以上/年）を達成している。部署別参加率などは院内で公開されていない。 ・特に医師層の日常的な事故防止活動に対する無理解と無関心、不作為は深刻である。多忙かつ、高度の専門性を有する医師団にとって、患者安全上の様々な業務は、プラスアルファの“余分な業務”と認識されており、患者の安全確保を中核に据えた診療・業務とはどのようなものか、具体的にイメージし、腹落ちしながら実践できていない。また、それを可能とするための、説得力を持った安全施策や適切な教育が展開されているとは言い難い。

【取組推進の方向性】

令和 5 年度の各病院の医療安全研修の開催実績は次ページの表のとおり。

また、以下のような課題が挙げられている。

- ・ 医師の出席率が低い病院がある。
- ・ 研修期間中に私療等となった職員への対応。
- ・ 受講状況による視聴期間の延長、未受講者へ複数回催促など時間とマンパワーが必要。

部署別参加率の院内公開、全セクションを対象に「今知らせたいこと」をテーマ募集の際のコンセプトにすること、1 研修当たりの時間を 10 分から 15 分にするなど、テーマ募集と出席（視聴）のし易さ双方の視点から、医療安全ワーキング・グループを中心に医師の受講率向上に向けた検討を行う。

【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		

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

【令和5年度 医療安全研修実施状況】

足柄上病院

項目	1回目	2回目（出席率は2回の合算）
開催時期	通年	通年
テーマ	胃管の管理、麻薬管理、放射線従事者、除細動器	人工呼吸器、医療ガス安全管理
実施形態	参集・オンデマンド	WEB
職種別出席率		
医師		66.7%
看護師		94.8%
医師、看護師以外		83.9%
合計		89.2%

※通年集計

こども医療センター

項目	1回目	2回目
開催時期	5月30日～6月30日	2月1日～3月10日
テーマ	医療安全のための診療記録の基本	患者確認の基本～患者誤認ゼロを目指して
実施形態	オンデマンド視聴	オンデマンド視聴
職種別出席率		
医師	100.0%	100.0%
看護師	100.0%	100.0%
医師、看護師以外	100.0%	100.0%
合計	100.0%	100.0%

精神医療センター

項目	1回目	2回目
開催時期	6月から7月	1月から2月
テーマ	やさしく学ぶ精神科の医療安全	医療安全フォーラム
実施形態	資料閲覧とeラーニング	展示とテスト
職種別出席率		
医師	100.0%	97.0%
看護師	99.0%	100.0%
医師、看護師以外	100.0%	99.0%
合計	98.0%	98.0%

がんセンター

項目	1回目	2回目	3回目
開催時期	4月17日～5月31日	5月30日～7月14日	1月12日～2月29日
テーマ	令和5年度 医療安全の日	麻薬の管理、確認行動について	医療ガス、当院のRRSについて
実施形態	参集又は後日オンデマンド視聴	オンデマンド視聴	オンデマンド視聴
職種別出席率			
医師	100.0%	100.0%	100.0%
看護師	100.0%	100.0%	100.0%
医師、看護師以外	100.0%	100.0%	100.0%
合計	100.0%	100.0%	100.0%

循環器呼吸器病センター

項目	1回目	2回目
開催時期	8月～9月	3月
テーマ	転倒・転落予防を考える	暴言暴力について
実施形態	オンデマンド視聴	オンデマンド視聴
職種別出席率		
医師	76.0%	71.0%
看護師	100.0%	96.0%
医師、看護師以外	97.0%	93.0%
合計	96.0%	92.0%

アクションプラン 24 医療事故調査制度に関する取組

各病院

提言番号⑮	提言項目 (4) 重大事故発生時の対応について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	・ 重大医療事故調査の経験が乏しく、管理・運営に大幅な改善の余地がある。
提言番号⑰	提言項目 (4) 重大事故発生時の対応について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	・ 重大医療事故調査の経験が乏しく、管理・運営に大幅な改善の余地がある。 ・ 事故調査中に発生し得る課題に対し、院内医療事故調査委員会との連携を密にして中立的に対応する部局や事務機能（本来であれば医療安全部門とそれをサポートする事務員等）が明確でなく、適切に機能していない。

【取組推進の方向性】

院内死亡事故発生時の基本フローチャートについては策定済であり、各病院一律な対応ができるよう整理を行った。

今後は各病院でのスキームを統一（認識合わせ）するとともに、会議記録の手法（事務職員の協力的体制など他の取組と合わせて検討）、フローチャートに明記されている各時点での記録等に対する様式の整備を本部、病院で協議しつつ進める。

また、「アクションプラン 4 対話推進者との連携体制の構築」、「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」と同時に検討すべきことを整理するなど、効率的、効果的に取組を進める。

【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	→								

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

アクションプラン 25 カルテ開示に関する取組

各病院

提言番号⑱	提言項目 (4) 重大事故発生時の対応について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・カルテ開示請求、診療情報の説明等の対応に時間を要した。病院側のカルテ開示の対象範囲の認識と、遺族側の想定した情報の範囲が合致しておらず、遺族側が何度も追加の情報開示の問い合わせを必要とした。これらの手続きに時間を要することになり、遺族側は「要求しないと対応が進まない」、「意図的に情報が小出しにされている」等、病院側が不誠実であるという印象をもった。

【取組推進の方向性】

手続きの流れの共通認識、課題解決に向けた検討について「カルテ開示担当者連絡会議（仮）」を設置して、議論を進める。

特に開示する診療記録の範囲については、いずれの病院も「全て」という認識だが、システム的な事情で開示に時間を要する点等については、改めて機構全体で部署横断的な検討を行う。

【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（担当者会議）設置	→								

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

アクションプラン 26 インシデント報告に関する取組

各病院

提言番号⑮	提言項目 (2) 日々の患者安全活動について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	・ 5 病院全体で、年間約 11,000 件前後/1,651 床のインシデント報告が集積されており、このうち、医師からの報告は 3~4%前後、看護師からの報告は 85%前後、医師・看護師以外の職種からの報告は 11%前後で推移している。
提言番号⑨	提言項目 (2) 日々の患者安全活動について
提言概要	・ 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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年間約 2,700 件前後/430 床のインシデント報告が集積されており、このうち、医師からの報告は 4%前後、看護師からの報告は 90%前後、医師・看護師以外の職種からの報告は 5%前後で推移している。 ・ インシデント報告事項については、レベル分類、対象も含めて、基本的には機構全体の規定に則って行われている。医療ミスやヒヤリ・ハット、ニアミスなどについては多くの職員がインシデント報告対象と捉えている。 ・ 報告文化は部署ごとに温度差があり、医療安全推進室の室長（医師・副院長）及び GRM は周知や標準化に困難を感じている。室長の働きかけにより、若干の改善を認めるものの、医師の報告行動は弱く、合併症と認識した事例については、ほとんど報告されていない。

【取組推進の方向性】

提言⑮及び⑨の内容に従って目標値を設定する際、総件数では目標達成は可能であるものの、そこには看護師の報告件数が寄与する割合が極めて大きい。職種別の目標達成には看護師以外の職種は例年の 2~3 倍程度の報告が必要となる。

また、以下のような課題が挙げられている。

- ・ レベル 0 報告について提出を促すと「インシデントは発生していないのに」という発言を受ける。
- ・ 医師・研修医については、それぞれの診療科に任されていて必要な研修などが行われていない。
- ・ 診療科や職種によって、報告に対する積極性が異なる。

これら課題解決も含め、目標達成に向け本部、病院協力の上、医療安全ワーキング・グループを中心に検討を進める。

特にインシデント報告に関しては文化やマインドの醸成が必要になるため、多角的な視点が必要になる。

医師については、疑義照会をレベル0にカウントすることを機構としてルール化するなど「まずはレポートを上げる」という動機付けのハードルをクリアするところから検討を開始することも一考の余地がある。

医師、看護師以外の職種については、インシデント報告に関する認識を高めるために、月別職種別報告件数の掲出（媒体問わず）等を検討する。

【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		

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

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

各病院

提言番号⑳	提言項目 (4) 重大事故発生時の対応について
提言概要	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。
外部委員会からの指摘	<ul style="list-style-type: none"> ・機構 5 病院で 1,500 床規模の医療提供が行われているが、医療事故調査・支援センターに報告された事例は、制度開始後 7 年で 3 件となっている。病院機能にもよるが、1,500 床規模でハイリスクな医療行為が展開されれば、1 年間に少なくとも 1~2 事例が医療事故調査・支援センターに報告（あるいは相談）されていておかしくなく、さらにその 3 倍から 10 倍程度、事故性を検討する臨時委員会が開催されていておかしくない。これらのトリアージの現状が、機構全体として明確になっていない。

【取組推進の方向性】

院内死亡事故発生時の基本フローチャートについては策定済であり、各病院一律な対応ができるよう整理を行った。今後も継続的にモニタリングを行うとともに、適切な医療事故該当性判断のために事例の蓄積やフローの更新を適時適切に行っていく。

「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」と関連性のある事項については、一体的に取組を進める。

【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		

※ タスク、スケジュールについては、個々の病院特性や他のプランとの関連性で変更になる場合がある。

年度末にタスクの進捗及び達成度合いを評価し、次年度のプランに反映させる。

7 策定経過

アクションプラン策定プロジェクトチーム会議 開催履歴（全て Web 開催）

- 第1回 令和6年4月26日（金）
- 第2回 " 5月8日（水）
- 第3回 " 5月23日（木）
- 第4回 " 5月31日（金）
- 第5回 " 6月10日（月）

8 アクションプラン策定プロジェクトチームメンバー

（アクションプラン策定後は推進プロジェクトチームへ移行）

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	医療安全管理責任者（医師）	永淵 弘之
	副事務局長	大山 有希夫
	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	医療安全管理責任者（医師）	森永 聡一郎
	副事務局長	原田 麻子
	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※	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
	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

※ 座長