

RI 検査問題の検証と医療安全体制の確立への取り組み

RI 検査問題の検証

1 組織体制等による原因

(1) 放射線部の組織体制

数回にわたる職員のヒアリングを通じて、他の部門とは違う放射線部特有の組織体制上の問題があったことを確認した。

核医学検査担当技師長補佐の指導の下で核医学検査を実施していた何人ものローテーション技師が、検査薬の量について疑問を持ち、中には核医学検査担当技師長補佐に直接訴えた職員もいたが、指導内容は変わらなかった。しかし、こうした疑問を更に上司である技師長に直接訴えた職員はいなかった。

このような関係になった背景には、人事異動がない職場であることのほか、CT 検査、MRI 検査、核医学検査や放射線治療などの放射線関係の医療の進歩が著しく、それぞれの検査部門ごとに、より専門的な知識や技術が必要になって、部門同士の連携が取りにくくなっていた状況があった。

今回の事態が長期間に亘った原因のひとつは、こうした組織体制であり、こうした状況を早期に把握し、改善できなかった病院としての問題である。

(2) 検査を担当していた医師と技師

現在の放射線科診断医は平成 17 年 10 月より当院に常勤医として勤務している。当院以前の勤務先においては CT 検査、MRI 検査、マンモグラフィ等を中心とした放射線診断を主な診療として勤務しており、当院赴任時までの経歴では核医学検査そのものや核医学検査の読影に関しては経験が少なく、山梨大学より非常勤放射線科医師を招聘し読影を依頼していた。

核医学検査担当の技師長補佐は、昭和 58 年に診療放射線技師の資格を取得。平成元年 7 月より当院で勤務している。平成 11 年（新病院移転時）より核医学検査担当となった。その後、過剰投与が指摘されるまで一貫して核医学検査を担当してきた。この間の核医学検査に関する研修や学会、研究会等には機会があるごとに参加していた。

そのため、核医学検査の経験の少ない医師は核医学検査に関しての実施・指導等を核医学検査担当の技師長補佐に一任しており、ローテーションで核医学検査を実施していた技師達は核医学検査担当の技師長補佐から指導を受けていた。

また、放射線技師の所属する組織は、平成 22 年 3 月までは診療支援部の下部組織に位置付けられており、診療放射線技師は放射線科医師の管轄下になく、放射線科診断医師は、組織上技師を指導する権限もなかった。

2 核医学検査上の原因

(1) マニュアルの不備

核医学検査に関するマニュアルは、当院で承認されたものでなく、核医学検査担当の技師長補佐が独自に作成したもので、ジェネレーターから放射性医薬品であるテクネチウム^{*1}を抽出する際の手順や抽出量について二人でチェックするダブルチェック体制などの基本的な確認項目が設定されていなかった。

また、腎臓の DMSA 検査^{*2}については、日本核医学会の推奨投与量 185MBq を超えた 600MBq の値がマニュアルに記載されていた。

マニュアルの不備を指摘できなかったのは、病院の安全管理体制が不十分であったためだと考えている。

(2) 使用量の記録

もう一つの原因は、放射性医薬品の使用量に関する不適正な記録が行われてきたことにある。

核医学検査に使用した放射性医薬品については、使用量を記録するシステムがあったが、そのシステムに設定されている数値は、核医学書等に示されている検査ごとの推奨量が列挙されていた。

核医学検査担当の技師長補佐は、このシステムに入力する数値は、実際の使用量ではなく、保険請求できる量を選んで入力していたと話しているが、ローテーション技師には入力する内容を指導していなかったため、ローテーション技師ごとにいろいろな数値が記録されていた。

放射性医薬品の使用量がきちんと記録され、これを随時チェックする体制がなかったことが事態を早期に指摘することができなかった原因である。

(3) 事態の背景となった核医学検査の流れ

① 検査の決定、予約、依頼

主治医は患者様に核医学検査が必要と判断すると、まず電話で核医学検査担当技師に核医学検査の予約を依頼する。

電話後主治医は「日付未定」で核医学検査の依頼を入力する。入力項目は、核医学検査の種類、使用する放射性医薬品の種類、検査目的である。

② 検査内容の説明

検査内容や医療被曝の説明に関して特に定められたマニュアルはなく、適宜、主治医が検査目的と検査方法を外来で説明していた。

③ 放射性医薬品の発注と納品

核医学検査担当技師は核医学検査の予約状況に合わせて必要な放射性医薬品を検査前日までに電話（口頭で）で発注していた。納品は核医学検査担当技師が直接運送業者から受け取り、所定の場所に保管していた。

④ 放射性医薬品 種類の決定と投与量の決定

放射性医薬品の種類決定は検査依頼医によって指示された検査種類でほぼ自動的に決定される。投与量に関しては医師からの特別な指示はなく、結果として核医学検査担当技師に一任される形態になっていた。

⑤ 放射性医薬品の準備（ジェネレーター使用時の抽出・調製の場合）^{*1}

核医学検査担当技師は検査前日または当日に放射線部門システムで検査依頼医の検査指示内容（検査種類、核種と標識薬剤）を確認し、指示された検査予定時間をもとに抽出するテクネチウム濃度を計算していた。

キュリーメータ^{*3}での測定結果の印字は行っておらず測定結果は記録されていなかった。

抽出後テクネチウムと標識製剤を混合し専用注射器に準備する。

この時の調製作業の記録はない。

⑥ 放射性医薬品の投与

放射性医薬品投与者（医師又は看護師）は被験者の氏名・検査名・検査薬品を受付表で確認後、用意されたシリンジ^{*4}の種類（核種の種類）のみを確認（他のシリンジ^{*4}の誤投与の防止）していた。

放射性医薬品投与者（医師又は看護師）は放射性医薬品の種類を確認後、放射性医薬品を患者様に投与し、その後患者様に変化がないことを確認していた。

但し、投与の内容・患者様の状態変化等投与に関する記録は残していない。

⑦ 放射性医薬品の廃棄

核医学検査担当技師は放射性廃棄物を分別（可燃・難燃・不燃）して指定された一時保管容器に廃棄する。放射性医薬品の残薬は放射能が十分に減衰するまで貯蔵室内の金庫で保管し、減衰したら十分に希釈し排水処理施設に排水する。

一時保管容器に廃棄された放射性廃棄物は専用のドラム缶に封入して保管廃棄。廃棄物は指定された廃棄物処理業者に委託している。

⑧ 画像の読影・報告

核医学検査の画像の読影は大学から派遣の非常勤放射線科医師（核医学専門医・1回/週）が1週間分をまとめて読影しレポートを作成していた。

3 過剰投与が行われた原因とその背景の総括

（1）直接的原因

当院では、核医学検査を行う場合、放射性医薬品の投与量に関して医師の指示がなく、投与量決定に関する病院としてのマニュアルも存在しない状態で診療放射線技師が投与量を決めていた。その際、核医学検査担当の技師長補佐が決定した基準が不適切であった事が過剰投与を生じた直接的原因である。

また、放射性医薬品を投与する際に、投与量をチェックする仕組みがなかったこと、投与量を正確に記録に残す仕組みがなかったことが、数年間にわたって不適切な量の放射性医薬品投与が続いた原因である。

（2）過剰投与が生じた背景

当院において放射性医薬品及び他の検査での検査薬は一般的に用いられる薬剤と同列には扱われず、薬剤師も取り扱いに関与していなかった。注射をするという医療行為に関しても、注射薬の使用時に行われる、「医師の指示」「投与の実行者による指示の確認」「投与が正しく行われた事の確認と記事の記載」といったルールが適用されていなかった。

放射線部門の体制の問題として、それぞれのモダリティー^{*5}における専門性が高まるにつれ、経験のある技師が自分の専門とする領域のみの診療に携わる傾向が強くなり、他領域で不適切な診療・管理が行われていてもチェックする体制になかった。また直接の上司や指導・監督する立場の職種の者も、専門性を尊重するあまり検査内容や放射性医薬品の管理に関して核医学検査担当の技師長補佐に一任する形となっていたため、不適切な放射性医薬品の投与や管理方法を長年にわたって発見・指摘できなかった。

さらに、放射線部門が人事異動のない閉鎖された職場環境であったため、若い技師たちが自由に

意見を言いにくい環境となっていたことから、放射性医薬品の投与量に関して疑問を感じていた技師たちも、上司に相談することができなかった。

医療安全体制の確立への取り組み

○ 放射線部門に関する改善の取り組み

1 医療安全上必要とされる手順の遵守とマニュアルの策定

注射薬の投与で医療安全上必要とされる手順（医師の指示・実行者の指示の確認・指示の実行の確認と記録）の順守・マニュアル化を行う。

具体的には、次の手順を放射線部事故防止マニュアルの中の核医学検査事故防止マニュアルに明記した。

- (1) 放射線診断医は検査依頼のオーダーを確認後投与する放射エネルギーを決定し放射線部門システム上で指示を出す。……「医師の指示・投与量の決定」
- (2) 投与する直前に専用シリンジ内の核種と放射能をキュリーメータ^{*3}で測定。測定値をラベルに印字。放射能値を技師と投与者（医師または看護師）でダブルチェックする。
……「投与量の確認」
- (3) 放射性医薬品投与者は、放射性医薬品名・投与量・投与時間・投与部位・患者状態を電子カルテに記録する。……「指示の実行の記録」
- (4) 核医学検査担当技師は投与直前にキュリーメータ^{*3}で測定した放射能のラベルを放射性医薬品使用記録簿へ添付する。……「投与量の確認」
- (5) 放射性医薬品投与者は投与後放射性医薬品投与記録に投与者の氏名を記載する。
……「指示の実行の記録」

2 放射性医薬品管理に関する改善

放射性医薬品の管理の記録を厳密化し、薬剤師が関与するようシステムを改善した。

具体的には、次の手順を放射線部事故防止マニュアルの中の核医学検査事故防止マニュアルに明記した。

- (1) 放射性医薬品管理者として薬剤師を置く。……「薬剤師の関与」
- (2) 核医学検査担当技師は入荷した放射性医薬品を運送業者から受け取り、薬剤師は核医学検査予定表、放射性医薬品発注納品確認伝票をもとに検品する。
……「医薬品管理の記録、薬剤師の関与」
- (3) 核医学検査担当技師は放射性医薬品投与後、投与状況（患者氏名、放射性医薬品、検定日時、実投与量、投与時間など）を放射性医薬品投与記録簿に記載し署名する。
……「医薬品管理の記録」
- (4) ジェネレーター^{*1}使用時は、調製作業内容を放射性薬剤の調製記録に記入する。
……「医薬品管理の記録」
- (5) 核医学検査担当技師は、放射性医薬品管理者（薬剤師）および放射線部長に放射性医薬品投与記録簿を提出し検印を受ける。……「医薬品管理の記録、薬剤師の関与」

3 放射線部の組織体制と運営の改善

各検査の知識・経験をすべての技師が共有し共通の問題意識を持つこと、技師間の連携を強化すること及び放射線部以外の部門とのチーム医療を強化することを目的とし、院長を責任者とする「放射線部組織改善チーム」を立ち上げ、次の改善を図った。

- (1) 技師間の情報の共有化を目的とした、毎日の早朝ミーティングの実施
- (2) 円滑なチーム医療の実践を目的とした、医師、技師、薬剤師、看護師による部門会議の毎月の開催
- (3) 平成 24 年度より、技師長を外部から招聘し、指揮管理体制の根幹を一新した。

○病院全体としての医療安全管理体制と改善の取り組み

今回の RI 検査問題の発覚を機会に、市立甲府病院全体の医療安全管理体制の改善を図ることを目的に、院内システムの見直しを行った。

なお、医療安全管理のための組織体制は次のとおりだが、アンダーラインの部分が問題発覚後に具体的に改善した取り組みである。

1 統括医療安全管理者

統括医療安全管理者は、院長が任命する医療安全管理の統括責任者として次の業務を行う。

- (1) 医療事故等が発生した際の医療事故防止マニュアルに基づく、原因の調査、分析と検証
- (2) 医療事故の対象となった患者又は家族等への対応及び解決に向けた最善の方針を立案するとともに、続発的医療事故等の発生及び紛争の拡大を防止する対策を講ずる。

2 医療安全管理対策委員会

多職種で検討・討議する組織横断的な委員会として、当院全体の医療安全管理に関する各部門・部署からの意見を取り纏め、医療安全対策に関する方策を策定する。

また、医療安全管理室と連携して、院外の医療事故情報や医療事故防止に関する情報を収集するとともに、院内医療事故報告やヒヤリハット^{*6}届けの提出を受け、分析した上、部門・部署別の医療安全担当責任者である部門リスクマネージャーを通じて各職員に医療事故防止に関する注意事項をフィードバックする。

具体的には、次の業務を行う。

- (1) 重大な検討内容について、患者への対応状況を含めた病院長への報告
- (2) 重大な問題が発生した際の速やかな原因の分析、改善策の立案及び実施、及び職員への周知
- (3) 医療安全管理対策委員会で立案された改善策の実施状況の必要に応じた調査・見直し
- (4) 医療安全管理対策委員会は月 1 回程度開催するものとし、重大な問題が発生した場合は適宜開催する

3 医療安全管理室

医療安全管理室は、医療安全管理室長を長とし、医療安全管理者（統括リスクマネージャー）

及び診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等のすべての部門における各部門リスクマネージャーにより構成され、医療安全管理対策委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に当該病院内の医療安全管理部門としての役割を担うため、次に掲げる業務を行う。

- (1) 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づく、医療安全確保のための業務改善計画書の作成と、それに基づく医療安全対策の実施状況および評価結果の記録
- (2) 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取り扱い、その他の医療安全管理者の活動実績の記録
- (3) 医療安全対策に係る取組みの評価等を行う検討会の開催（「医療安全対策ミーティング」として、医療安全管理室長、医療安全管理者、医療安全担当事務職員、及び必要に応じて各部門リスクマネージャーを交えた構成で医療安全に対する取組み等々を評価する検討会を行う。）
- (4) 医療安全管理対策委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存、その他、医療安全管理対策委員会の庶務に関すること
- (5) 医療事故等に関する診療録や看護記録等への記載が正確かつ十分になされていることの確認と必要な指導
- (6) 患者や家族への説明など事故発生時の対応状況についての確認と必要な指導
- (7) 事故等の原因究明が適切に実施されていることの確認と必要な指導
- (8) 医療安全に係わる連絡調整と医療安全対策の推進
- (9) その他
 - ① 医療事故報告書・オカランス報告書^{*7}（手術、血管カテーテル、処置・検査に関連して患者に重篤な実害を与えてしまった事象を発見した事の報告）及びヒヤリハット届の収集
 - ② 医療安全管理に関する情報の収集
 - ③ 医療安全管理にかかわる研修の企画・運営及び院内広報等の企画
 - ④ 安全な医療提供の為にガイドラインやマニュアルの策定に関すること
 - ⑤ 医療安全管理対策委員会・部門別リスクマネジメント委員会・リスクマネージャー会議に対する議題の提案・資料作成、議事録作成等の庶務
 - ⑥ その他、医療安全管理に関する業務

4 医療安全管理者（統括リスクマネージャー）の配置

当院における医療安全管理について組織横断的立場で調整を図り、医療安全管理活動を推進するために、医療安全管理者（統括リスクマネージャー）を配置し、医療安全管理室の業務に関する企画立案及び評価、当該病院内における医療安全に関する職員の安全管理に関する意識の向上や指導等の業務を行なう。

- (1) 役割
 - ① 安全管理部門の業務に関する企画立案および評価
 - ② 必要に応じた院内巡による各部門における医療安全対策の実施状況の把握・分析と、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策の推進
 - ③ 各部門におけるリスクマネージャーへの支援

- ④ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整
- ⑤ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の企画・実施
- ⑥ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援

(2) 具体的事項

- ① 必要に応じたヒヤリハット届け、医療事故報告について事実確認、対応の助言・指導と、日本医療機能評価機構への事故報告書の作成
- ② 医療安全管理対策委員会で指定したヒヤリハット届け^{*6}、医療事故報告の分析
- ③ 各部門リスクマネージャーによるリスクマネージャー会議の定期的な開催（月に1回程度）と、臨時リスクマネージャー会議の必要に応じた開催

5 部門リスクマネージャーの配置

各部門・部署で医療安全管理活動を推進する者として、部門責任者が任命する各部門・部署ごとに部門リスクマネージャーを配置し、次の業務を行う。

- (1) 各部門におけるヒヤリハット届け^{*6}の収集及び分析
- (2) 各部門における事故予防策、再発防止策の検討及び推進
- (3) 常日頃から、リスクの高い仕事内容に対して、マニュアルが守られているか点検
- (4) 各部門における医療安全管理活動の周知徹底
- (5) 医療安全管理に関する各部門での意見の取り纏めと提案

6 リスクマネージャー会議

部門・部署における安全対策を円滑に進めるための討議を行なうことを目的に、リスクマネージャー会議を月1回程度定期的開催する。

また、部門・部署から発案された医療安全に関する提案を討議し、医療安全管理対策委員会に提案する。

7 医療機器安全管理責任者の配置

医療機器安全管理責任者は、病院長の指示の下に、次に掲げる業務を行う。

- (1) 従業者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施
- (2) 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施
- (3) 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施

8 部門別医療機器運用責任者の配置

各部門に医療機器安全管理者が任命する医療機器運用責任者を1名配置し、次の業務を行う。

- (1) 医療機器安全管理責任者と連携し医療機器の安全使用に努める。
- (2) 各部署設置の医療機器の保守点検に関する計画を策定するとともに、計画に基づき保守・点検を行う。日常点検・使用前点検、使用中点検、終了後点検を実施し医療機器の安全使

用に努める。

- (3) 各部署設置医療機器の添付文章、取り扱い説明書を保存し、閲覧し易い環境をつくる。
また、添付文章等が更新された場合は、速やかに最新の添付文章を保存する。
- (4) 医療機器の不具合等の発生時は、情報を医療機器安全管理責任者へ報告する。
- (5) 各部門において、安全使用のための情報を周知徹底する。
- (6) 必要に応じて、部門別医療機器運用責任者を医療機器安全管理責任者が招集し会議を開催する。議長は医療機器安全管理責任者が務める。

9 医薬品安全管理責任者の配置

医薬品の安全使用のための責任者として医薬品安全管理責任者を配置し、次に掲げる業務を行う。

- (1) 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成
- (2) 従事者に対する医薬品に安全使用のための研修の実施
- (3) 医薬品の業務手順書に基づく業務の実施
- (4) 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策の実施

10 業務部門別医薬品安全管理担当責任者の配置

業務部門に医療安全管理責任者が任命する、医薬品安全管理担当責任者を1名配置し、次の業務を行う

- (1) 各部門における医薬品の安全使用のための情報の周知徹底
- (2) 医薬品の安全使用に関する各部門での意見の取りまとめ、医薬品安全管理責任者へ提案し連携をとる。
- (3) 必要に応じて、業務部門別医薬品安全管理担当責任者を医薬品安全管理責任者が招集し会議を開催する。

11 市立甲府病院外の医療安全管理体制（第三者委員会）の設置

R I 検査問題への対応を含め当院がこれまで進めてきた医療安全体制への取り組みに対して、院外の客観的な視点で検証していただくとともに、更なる改善に向けた意見をいただくための第三者機関（仮称：市立甲府病院医療安全体制等検証委員会）を設置する。

委員会の構成については、医療安全体制について、医療面、組織体制を含む運営面など様々な視点から検証していただくため、医師、看護師、経営・組織などを含むマネジメント全般に専門的知識を有する者、弁護士の名4名とし、7月中には、委員会を設置する予定である。

*1 ジェネレーター

比較的半減期の長い核種（親核種）を適当な物質に吸着させておき、これより壊変してできる短半減期の核種（娘核種）を適当な溶媒で分離溶出する装置

*2 DMSA 検査

テクネチウムという放射性物質を含んだ薬剤を注射して、腎臓の形態等を調べる核医学検査

*3 キュリーメータ

放射線量を測定する装置

*4 シリンジ

注射筒

*5 モダリティー

一般撮影、放射線治療、核医学検査、MRI 検査、CT 検査、血管撮影検査の各部門

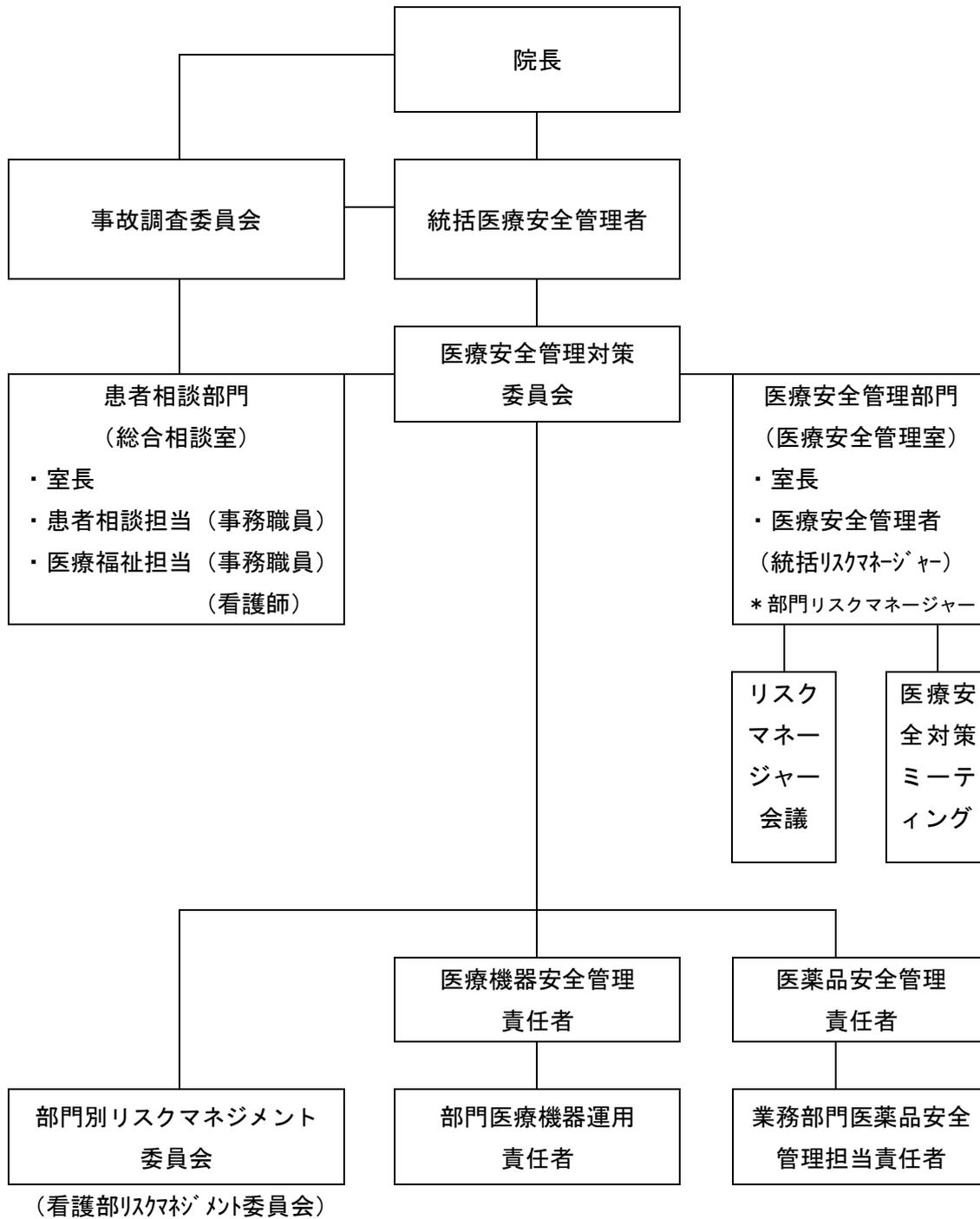
*6 ヒヤリハット届け

ヒヤリとしたり、ハッとするなど、あわや事故になりかねない危険な事例の届け

*7 オカランス報告書

手術、血管カテーテル、処置・検査等に関連して患者に重篤な実害を与えてしまった事象を発見した事の報告書

市立甲府病院医療安全管理体制図



* 部門リスクマネージャー

各診療科、中央手術室、各病棟、外来、薬剤部、中央放射線部、中央検査室、MEセンター、リハビリテーション室、血液浄化療法室、事務局

RI 検査問題・医療安全対策への対応の経過

平成 23 年度

年月日	内 容
4 月 18 日	第 1 回医療安全対策委員会開催
4 月 22 日	小児の核医学検査における検査薬の投与量についての技師同士の会話を放射線科医師が聞く。
5 月 16 日	第 2 回医療安全対策委員会開催
5 月 27 日	過剰投与を院長・副院長に報告
6 月 3 日	事故調査委員会(第 1 回)開催
6 月 6 日	放射線医学の専門機関に当院が調査した投与データの解析を依頼
6 月 10 日	放射性医薬品ガイドラインを発表 (日本核医学会、日本放射線技師会、日本病院薬剤師会、日本核医学技術学会)
6 月 10 日	事故調査委員会(第 2 回)開催
6 月 20 日	第 3 回医療安全対策委員会開催 ・医療事故等の公表基準について討議
7 月 6 日	第 1 回医療安全職員研修会開催 「安全な職場環境を作るために 5S 活動を推進しましょう」
7 月 11 日	第 2 回医療安全職員研修会開催 「安全な職場環境を作るために 5S 活動を推進しましょう」
7 月 13 日	第 3 回医療安全職員研修会を開催 「安全な職場環境を作るために 5S 活動を推進しましょう」
7 月 20 日	第 4 回医療安全対策委員会開催 ・医療事故等に係わる公表基準についての案をまとめた。 ・医療スタッフマニュアルの改訂について討議
7 月 29 日	放射線医学の専門機関からの解析結果の報告
8 月 17 日	事故調査委員会(第 3 回)開催
8 月 26 日	事故調査委員会(第 4 回)開催
8 月 30 日	山梨県医務課等に使用簿の記載が不適切であったことを報告
8 月 31 日	小児の RI 検査を受けた患者(推奨量の 2 倍を超える 84 人)への通知を送付
9 月 1 日	記者会見(公表)
9 月 2 日	市議会全員協議会で説明 小児の RI 検査を受けた患者全員に通知するため、61 人に追加送付
9 月 5 日	RI 検査対策室を設置
9 月 22 日	健康診断(第 1 回目)を開始(計画健診期間 10 月 8 日まで)
9 月 22 日	第 6 回医療安全対策委員会開催 ・マニュアルの整備について討議 ・部門の内部マニュアルを、第 7 回医療安全対策委員会に提出することを決定
10 月 1 日	合同説明会を開催。(地場産業センター) 90 家族、153 人参加
10 月 16 日	医師法違反の嫌疑で山梨県警、南甲府警察署の合同捜索を受ける。
10 月 17 日	第 7 回医療安全対策委員会を開催 ・医療事故当事者の精神的ケア対策について医療事故防止マニュアル第 5 章に規定することを決定 ・医療安全管理対策に係る部門の取り組みについて報告(看護部)
10 月 30 日	第 1 回放射性医薬品取り扱いガイドライン講習会に薬剤師 1 名、放射線技師 1 名出席

11月1日	医療事故防止マニュアル（第4版）を管理会議で承認
11月2日	第4回医療安全職員研修会開催 「当院におけるヒヤリハット及び針刺し・切創報告から医療安全を考える」
11月7日	第5回医療安全職員研修会開催 「当院におけるヒヤリハット及び針刺し・切創報告から医療安全を考える」
11月9日	第6回医療安全職員研修会開催 「当院におけるヒヤリハット及び針刺し・切創報告から医療安全を考える」
11月9日	核医学検査事故防止マニュアル（改訂案）を放射線部で作成
11月11日	心の健康相談を開始。（毎月開催）
11月21日	第8回医療安全対策委員会開催 ・核医学検査事故防止マニュアル（案）の検討 ・医療安全管理対策に係る部門の取組みについて報告（薬剤部）
12月1日	放射線医学の専門家による相談を開始（毎月開催）
12月6・7日	統括リスクマネージャーによるRI検査室の院内内部監査実施
12月15日	12月定例市議会で放射性医薬品過剰投与問題に関する請願書の採択 「過剰投与内部被曝被害者の会」との市長対話を開催
12月15日	統括リスクマネージャーと放射線室関係者による院内ミーティング実施
12月19日	第9回医療安全対策委員会開催 ・医療事故防止マニュアル中に掲載する組織図について責任の所在が明確になるよう見直しを行うことを決定 ・放射線関係マニュアルの整備方法について決定 ・部門リスクマネージャーの役割について決定 ・RI検査問題の総括について、院長より当委員会による取りまとめの指示を受けたことの報告 ・院内内部監査、院内巡視についての報告 ・医療安全管理対策に係る部門の取組みについての報告（栄養管理）
12月27日	統括リスクマネージャーによる放射線部門（受付他）の院内巡視実施
1月6日	第1回リスクマネージャー会議開催
1月16日	第10回医療安全管理対策委員会を開催 ・部門リスクマネージャーの配置部署について検討 ・院内巡視等の報告 ・平成23年度第1回リスクマネージャー会議議事録の報告 ・医療安全管理対策に係る部門の取組みについて報告（臨床工学技士）
2月3日	第2回リスクマネージャー会議開催
2月4日	当院のリハビリテーション室での医療安全に対する取組みを「第7回山梨県医療安全大会」の実践報告会で発表
2月8日	第7回医療安全職員研修会開催 「院内暴力への対応について」
2月13日	第8回医療安全職員研修会開催 「インターネットを活用した医療安全情報検索」「放射性医薬品管理者について」
2月15日	第9回医療安全職員研修会開催 「RI検査問題について」「医療事故防止マニュアル改訂」
2月15日	「過剰投与内部被曝被害者の会」と病院との第1回意見交換を開催
2月20日	核医学検査事故防止マニュアル（改訂案）を放射線部で再度作成

2月24日	3月定例市議会に「請願の処理経過及び結果」報告
2月24日	第11回医療安全管理対策委員会開催 ・第2回リスクマネージャー会議議事録の報告 ・医療安全対策ミーティング等の報告 ・医療安全管理対策に係る部門の取り組みについて報告（検査室） ・第7・8・9回医療安全対策職員研修会の報告 ・核医学検査事故防止マニュアルの承認
3月2日	第3回リスクマネージャー会議開催
3月8日	統括リスクマネージャーと放射線部門担当者による院内ミーティング実施
3月14日	放射線技師長補佐死亡
3月15・16日	統括リスクマネージャーによる放射線部門の院内巡視実施
3月19日	第12回医療安全管理対策委員会開催 ・第3回リスクマネージャー会議の報告 ・統括リスクマネージャーによる院内巡視等の報告 ・医療安全管理対策に係る取り組みの報告（リハビリテーション室） ・医療事故防止マニュアルの各論に消化器内科と緩和ケア内科の追加案を承認 ・RI検査問題に関する調査報告書の取りまとめ状況の確認
3月21日	健康診断（第2回目）開始（計画健診期間3月30日まで）

平成24年度

年月日	内 容
4月6日	第1回リスクマネージャー会議開催 第1回看護部リスクマネジメント委員会開催
4月13日	「過剰投与内部被曝被害者の会」代理人弁護士等現場説明会開催
4月16日	第1回医療安全管理対策委員会開催 ・平成24年度第1回リスクマネージャー会議の報告 ・統括リスクマネージャーによる院内巡視等の報告 ・医療安全管理対策に係る取り組みの報告（中央放射線室） ・市立甲府病院院内暴力対策マニュアルの検討 ・RI検査問題に関する調査報告書の取りまとめ状況の確認
4月19日	統括リスクマネージャーと放射線部・薬剤部とのミーティング実施 「放射線部門の薬剤の管理について」
4月25日	「過剰投与内部被曝被害者の会」と病院との第2回意見交換会
4月26日	第3回放射性医薬品取り扱いガイドライン講習会に放射線技師2名出席
5月1日	医療安全管理委員会より院長へRI検査問題に関する調査報告書の提出 第2回看護部リスクマネジメント委員会開催
5月11日	診療放射線技師長補佐及び40歳代男性技師が書類送検される。 第2回リスクマネージャー会議開催
5月21日	第2回医療安全管理対策委員会開催 ・第2回リスクマネージャー会議の報告 ・統括リスクマネージャーによる院内巡視等の報告 ・市立甲府病院院内暴力対策マニュアルの決定
6月1日	第3回看護部リスクマネジメント委員会開催
6月4日	第3回リスクマネージャー会議開催

6月18日	第3回医療安全管理対策委員会 ・第3回リスクマネージャー会議の報告 ・医療安全対策職員研修会について ・20%ホルマリン液取り扱いマニュアルについて
6月29日	「過剰投与内部被曝被害者の会」と病院との第3回意見交換会
7月4日	第1回医療安全対策職員研修会
7月6日	第4回リスクマネージャー会議開催 第4回看護部リスクマネジメント委員会開催
7月8日	RI 検査問題に係る意見交換会を開催（山梨県自治会館）52家族77人参加
7月9日	第2回医療安全対策職員研修会
7月11日	第3回医療安全対策職員研修会
7月17日	市立甲府病院医療安全体制等検証委員会委員委嘱式及び第1回委員会 ・会議の公開、非公開について ・市立甲府病院の概要について ・今後の進め方について
7月18日	第4回医療安全管理対策委員会 ・第4回リスクマネージャー会議の報告 ・妊婦への禁忌薬剤について ・医療安全対策職員研修会の報告
8月3日	第5回リスクマネージャー会議開催 第5回看護部リスクマネジメント委員会開催
8月20日	健康診断（第1回目）開始（計画健診期間9月7日まで） 第5回医療安全管理対策委員会 ・第5回リスクマネージャー会議の報告 ・暴力等被害報告書について ・妊婦への禁忌薬剤に警告表示について
8月29日	「過剰投与内部被曝被害者の会」と病院との第4回意見交換会
9月6日	「過剰投与内部被曝被害者の会」との市長対話を開催 （独立の事故調査委員会による真相究明を求める署名10,893筆受理）
9月7日	第6回リスクマネージャー会議開催 第6回看護部リスクマネジメント委員会開催