

市立甲府病院 医療安全体制等検証委員会
指摘等事項に対する対応結果集計表
＜医療事故防止マニュアル（総論）＞

（平成 25 年 10 月 1 日現在）

| 計 | 完了 | 年度内完了 | 次年度以降対応 | 対応困難等 |
|----|----|-------|---------|-------|
| 14 | 4 | 9 | 1 | 0 |

市立甲府病院 医療安全体制等検証委員会
指摘等事項に対する対応状況一覧<医療事故防止マニュアル（総論）>

〔平成 25 年 10 月 1 日現在〕

| 区分 | 番号 | 指摘・要望等の内容 | 考え方・対応等の状況 | 対応結果 |
|------------------|----|---|---|---------|
| (委員) 医療安全管理体制 | 1 | 医療安全管理部門の中に統括リスクマネージャーがおり、その下に部門リスクマネージャーがいて、その全体の会議としてリスクマネージャー会議を定期的に行い、職員に周知していくという基本的な形である。 リスクマネージャー会議と看護部リスクマネジメント委員会をどのように有機的につなげていくかが重要であり、どのように考えているか。 | リスクマネージャー会議と看護部リスクマネジメント委員会は同日開催していることで、看護部リスクマネジメント委員会での取組み内容などの情報伝達や、部門間で協議が必要な事項の検討などリスクマネージャー会議へ繋げている。 | 完了 |
| | 2 | 医療事故防止マニュアル 26 ページに市立甲府病院医療安全管理体制図があるが、院長の下位にある統括医療安全管理者と医療安全管理部門との関係性、指示命令や連携などの関係性が、この組織図ではわかりづらく、また、14 ページにある医療安全管理室の構成の表記とも矛盾しているのではないかと思う。 医療安全管理体制図が現実に則しているのか、機能的なのかという点で疑問を持った。 医療安全管理部門との関係性も良くわからないところである。もう少しわかりやすい表記があるのではないか。 看護部のリスクマネジメント委員会と医療安全管理室を上手く実質的に機能させ、院長から直轄的に統括できるようなシステムの組織がやりやすいのではないかと思う。ただし、病院によって事情は違うので一概には言えない。 ただちに体制を変えるようにとのことではないが、体制図が非常にわかりづらいこともあるので、病院として一番機能しやすい形が良いと思う。(2と3を統合) | 医療安全管理室は、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院内の医療安全管理を担っている。また、医療安全管理対策委員会の委員長は統括医療安全管理者であり、院内の医療安全管理の統括責任者であることから、指示命令や報告の連携をとり機能している。現在進めているマニュアル改訂作業の中で、関係性が分かりやすい表記への修正を検討している。 | 年度内完了 |
| | 3 | 医療安全管理の組織的な取り組みという観点から考えると、医療安全管理対策委員会はどんな活動をしているのか、活動内容を見えるようにする必要があると思う。 医療安全管理室は、何を業務として行っているのか見えない状況である。 開催していることはわかるが、実際にどのような活動をしているのか、そこでの成果とかを市民にわかるような形にしていくと、職員も自分たちの行っていることが実感できるし、市民の方々も自分たちの病院が行っている安全活動を理解できることとなるので、外部への発信を行っていった方がよいと思う。(3と4を統合) | 院内に対しては、医療安全管理対策委員会における重要な取り決めや、ヒヤリハット報告の検討内容がわかるよう院内ホームページに議事内容録を掲載し、幅広く職員へ広報する。 また、院外への情報発信については、病院ホームページへの掲載を計画しているが、マニュアルの全面改訂を最優先に進めていることから、来年度内に掲載内容や掲載方法を決めていく。 | 次年度以降対応 |

| 区分 | 番号 | 指摘・要望等の内容 | 考え方・対応等の状況 | 対応結果 |
|------------------|----|---|---|-------|
| (委員) ヒヤリハット情報 | 4 | 医療スタッフの中では看護師が一番人数が多く、患者さんとの接点も一番多いことから、ヒヤリハットの報告も一番多い部門である。このため看護部では独立した活動がされている。 病院全体のリスクマネジメントの活動にどのように反映されてくるのかが重要な課題である。 | 院内の医療安全活動の中心的役割を担っているのは看護師であり、その活動も活発に行われていることから、引き続き看護部の活動を核としてリスクマネージャー会議等を通じて他部門職員への意識啓発に努めて広めていく。また、各部門で医療安全活動が円滑に行えるよう支援を行っていき、ヒヤリハット報告件数の少ない部門の活動を活発化していく中で、院内全体のヒヤリハット報告を増やしていく。 | 年度内完了 |
| | 5 | ヒヤリハット情報は、市立甲府病院ではレベル0ないしはレベル1としており、件数479件はますます多数であると思う。あらかじめたくさん報告しておくことが重大な事例を防ぐこととなるので、できればもっと増やして欲しい。 ヒヤリハット報告は、どこの病院でも同様に看護師が一番多く、ドクターが少ないが、ドクターの比率をできれば上げて欲しい。 また、複数の部門で同時に報告することも望ましいので件数を増やして欲しい。 | 平成24年度のヒヤリハット報告は684件で、前年度より205件増加した。月平均報告数も39件から50件に増加し、更に平成25年度5月以降は100～120件/月と増加している。医師の報告も全体の3%から5%となり前年より2ポイント増加した。 また、職員が報告しやすい環境を整えるため「インシデント等管理システム」をオンライン化し平成25年10月1日より稼働している。導入を機会に職員の意識の向上を図り報告件数の増加に努めていく。 なお、平成23年度から1事例に対する複数の同時報告を1報告として集計してきたが、新システム稼働までにカウント方法等の運用見直しを行う。 | 年度内完了 |
| | 6 | ヒヤリハットが多数あがってきた場合は、統括リスクマネージャーが1人で全部処理をするのか。24時間関係なく報告が出てくるし、処理も紙ベースで行うということであれば、非常に大変な手間が掛かると思う。 大量の報告があがってきて、それを1人で把握するのは大変なことと思う。複数のリスクマネージャーがローテーションで仕事をするなどのシステムを構築した方が軽減されると思う。 | 平成25年4月から医療安全管理室に看護師1名を増員した。 また、10月1日稼働予定のインシデント等管理システムのオンライン化により、作業効率の改善を期待している。 | 年度内完了 |
| | 7 | 平成23年度医療安全に係わる課題の改善状況について、処理状況が完了ということで完結したことと思うが、医療安全というのは、転倒転落事故など同じようなことが繰り返し起こると思う。取り組んで終了ということではなく、取り組んだことが実行され続けるような継続的なPDCAサイクルが回る仕組みづくりをどのように考えているか。 職員が参加して、活動につながった方が良いと思うので、活動報告会なども講習会と同様に点数制により行った方が、職員もやる気が出て、効果につながっていくと思う。 ワークショップ形式を研修に取り入れることがマニュアルに記載され、取り組まれているので、職員の医療安全に対する姿勢は見えるが、研修会の振り返りや次の評価を行うなど循環する形になればよいと思う。 様々な取り組みを行っていると思うが、目標がどのように達成され次年度の目標につながっていくかなどの継続的な取り組みが必要と思う。 | 医療安全上の改善策の策定及び実施については、課題管理表を作成し、PDCAを確認できるようにした。 リスクマネージャー会議で毎月担当部門が行っている活動報告を、全体の職員研修会に取り入れ職員のモチベーションを上げていく。 職員研修の実施後にアンケート調査を行っており、研修内容を評価し次回や次年度に活かしている。 医療安全管理室の業務目標は、年度末の評価に基づき、新年度の目標を設定している。 | 完了 |

| 区分 | 番号 | 指摘・要望等の内容 | 考え方・対応等の状況 | 対応結果 |
|------|--|--|--|-------|
| (委員) | ヒヤリハット情報 | 8 オカランス報告の手順を見ると、事故が起こった場合には出来るだけ早く報告書を作成することとなっているが、期限を区切らないと報告が出てこないのではないか。 | 10月1日からのインシデント等管理システム稼働から、即時報告後の内容入力には「48時間以内」とした。 | 完了 |
| | | 9 報告の方法については、電子カルテ上に搭載されたシステムで行った方が、フロッピーディスクで移動するよりは、労力も安全性も向上すると思う。 現在、厚生労働省関係から様々なソフトが出ているので、それらを活用した方が簡単ではないかと思う。 | 現在のインシデント管理システムは電子カルテとの連携がなく、データの報告はフロッピーディスクの持ち運びで行うなど利用しにくいことから、職員が報告しやすい環境を整えるため新たな「インシデント等管理システム」を平成25年10月1日に稼働した。 | 完了 |
| | マニュアル | 10 医療事故防止マニュアルについても、各分野で精粗がある。 例えば小児科を見ると、総論として小児の医療事故の特徴が数点整理されており、その次に医療事故を防止するための基本原則が明記されていることから非常にわかりやすく、また、担当する職員も基本的な方向を認識しながら各論へ入っていける形となっている。 その他いくつかの部門も同じような形式をとっているが、残念ながらなっていないところもある。 放射線科は、いきなり造影はどうするのかなどが記載され、わかりづらい形となっている。 時間をかけてでも整理・統一化を図り、各部門で特徴・基本はどこにあるかなどを明記することが必要であると思う。この整理を行うことで、いかに詳細な項目が多数あったとしても、マニュアルを理解することが出来るのではないかと思うので、是非お願いしたい。 | 医療事故防止マニュアルについては、指摘された内容を見直すこととした。 | 年度内完了 |
| | 11 市立甲府病院医療安全管理対策委員会要綱の第2条の任務の中に、「ニアミス」「医療ミス」「医療事故」「医療紛争」などの用語が記載されている。また、医療事故レベルの判断基準には「アクシデント」と「インシデント」という言葉が使われているが、同じマニュアルの中で様々な用語が使われている箇所が多数あることから、基本的な用語の統一も行っていったほうが良いと思う。また、附表がいくつか掲載されているが、マニュアルのどこに基づく附表なのか記載がないことから、読み取っていくしかないこととなる。 マニュアル全体の整理が必要であると思う。インシデントなども定義があるので、最初に用語統一をし、マニュアルの中の用語を一致させていくということは、当然必要であると思う。用語統一など直すべき点は、継続的に蓄積させ修正し、わかりやすいマニュアルにして欲しいと思う。 | 現在進めている医療事故防止マニュアルの全面改訂の中で、統一していく。 | 年度内完了 | |

| 区分 | 番号 | 指摘・要望等の内容 | 考え方・対応等の状況 | 対応結果 | |
|------|-------|-----------|--|---|-------|
| (委員) | マニュアル | 12 | マニュアル全体に誤字やわかりづらい部分があるので改めてチェックして欲しい。 | 現在進めている医療事故防止マニュアルの全面改訂の中で、統一していく。 | 年度内完了 |
| | | 13 | 頻繁に改正され、しかも膨大なマニュアルが、どのように職員に受け入れられ、受け入れられるよう促しているのかが問題である。 改正し、担当部署へ周知した場合、職員一人ひとりが音読する必要があると思う。 特に、修正した箇所は重要であり、数年前にマニュアルは勉強したから大丈夫という感覚であってはならない。 | 医療事故防止マニュアルの改訂や変更箇所は、医療安全管理対策委員会・管理会議での承認後、リスクマネージャー等を通じて周知を行っている。大幅な変更や追加のマニュアルに対しては、医療安全対策職員研修会で説明、周知を図るようにしている。 また、職員一人ひとりが改訂内容等を十分理解し実践することが重要であることから、部門内ミーティング等で伝達研修を行うなど一人ひとりの理解度の向上につながる取り組みを促していく。 | 年度内完了 |
| | その他 | 14 | 医療安全に関する基本的な考え方の中に、患者参加、患者の協力を得て、一緒に患者を守っていくという考え方を基本に据えておいた方がよいと思う。 マニュアルにも記載されているが、患者の意識も一緒に高めていったほうが良いのではないかと思う。 | 現在進めている医療事故防止マニュアルの全面改訂の中で、見直しを行う。 | 年度内完了 |

市立甲府病院 医療安全体制等検証委員会
 指摘等事項に対する対応状況一覧<医療事故防止マニュアル（総論）>
 【新旧対照表】

〔平成 25 年 10 月 1 日現在〕

| 区分 | 番号 | 指摘・要望等の内容 | 考え方・対応等の状況 | |
|----|---------------|---|------------|--|
| | | | 旧 | 新 |
| 追加 | 医療安全管理体制 1 | <p>医療安全管理部門の中に統括リスクマネージャーがおり、その下に部門リスクマネージャーがいて、その全体の会議としてリスクマネージャー会議を定期的に行い、職員に周知していくという基本的な形である。</p> <p>リスクマネージャー会議と看護部リスクマネジメント委員会をどのように有機的につなげていくかが重要であり、どのように考えているか。</p> | — | <p><u>リスクマネージャー会議と看護部リスクマネジメント委員会は同日開催していることで、看護部リスクマネジメント委員会での取組み内容などの情報伝達や、部門間で協議が必要な事項の検討などリスクマネージャー会議へ繋げている。</u></p> |
| 追加 | 2 | <p>医療事故防止マニュアル 26 ページに市立甲府病院医療安全管理体制図があるが、院長の下位にある統括医療安全管理者と医療安全管理部門との関係性、指示命令や連携などの関係性が、この組織図ではわかりづらく、また、14 ページにある医療安全管理室の構成の表記とも矛盾しているのではないかと思う。</p> <p>医療安全管理体制図が現実に則しているのか、機能的なのかという点で疑問を持った。</p> <p>医療安全管理部門との関係性も良くわからないところである。もう少しわかりやすい表記があるのではないか。</p> | — | <p><u>医療安全管理室は、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院内の医療安全管理を担っている。また、医療安全管理対策委員会の委員長は統括医療安全管理者であり、院内の医療安全管理の統括責任者であることから、指示命令や報告の連携をとり機能している。現在進めているマニュアル改訂作業の中で、関係性が分かりやすい表記への修正を検討している。</u></p> |
| 追加 | 3 | <p>看護部のリスクマネジメント委員会と医療安全管理室を上手く実質的に機能させ、院長から直轄的に統括できるようなシステムの組織がやりやすいのではないかと思う。ただし、病院によって事情は違うので一概には言えない。</p> <p>ただちに体制を変えるようにとのことではないが、体制図が非常に分かりづらいこともあるので、病院として一番機能しやすい形が良いと思う。</p> | — | <p><u>(上記 2 へ統合)</u></p> |
| 追加 | 4 | <p>医療安全管理の組織的な取り組みという観点から考えると、医療安全管理対策委員会はどんな活動をしているのか、活動内容を見えるようにする必要があると思う。</p> | — | <p><u>院内に対しては、医療安全管理対策委員会における重要な取り決めや、ヒヤリハット報告の検討内容がわかるよう院内ホームページに議事内容録を掲載し、幅広く職員へ広報する。</u></p> <p><u>また、院外への情報発信については、病院ホームページへの掲載を計画しているが、マニュアルの全面改訂定を最優先に進めていることから、来年度内に掲載内容や掲載方法をは決めていく。</u></p> |

| 区分 | 番号 | 指摘・要望等の内容 | 考え方・対応等の状況 | |
|----|---------------|--|------------|--|
| | | | 旧 | 新 |
| 追加 | 5 | <p>医療安全管理室は、何を業務として行っているのか見えない状況である。</p> <p>開催していることはわかるが、実際にどのような活動をしているのか、そこでの成果とかを市民にわかるような形にしていくと、職員も自分たちの行っていることが実感できるし、市民の方々も自分たちの病院が行っている安全活動を理解できることとなるので、外部への発信を行っていった方がよいと思う。</p> | — | (上記4へ統合) |
| 追加 | ヒヤリハット情報 1 | <p>医療スタッフの中では看護師が一番人数が多く、患者さんとの接点も一番多いことから、ヒヤリハットの報告も一番多い部門である。このため看護部では独立した活動がされている。</p> <p>病院全体のリスクマネジメントの活動にどのように反映されてくるのが重要な課題である。</p> | — | <p>院内の医療安全活動の中心的役割を担っているのは看護師であり、その活動も活発に行われていることから、引き続き看護部の活動を核としてリスクマネージャー会議等を通じて他部門職員への意識啓発に努めて広めていく。また、各部門で医療安全活動が円滑に行えるようの支援を行っていき、ヒヤリハット報告件数の少ない部門の活動を活発化していく中で、院内全体のヒヤリハット報告を増やしていく。</p> |
| 追加 | 2 | <p>ヒヤリハット情報は、この病院ではレベル0ないしはレベル1としており、件数479件はますますな数であると思う。あらかじめたくさん報告しておくことが重大な事例を防ぐこととなるので、できればもっと増やして欲しい。</p> <p>ヒヤリハット報告は、どこの病院でも同様に看護師が一番多く、ドクターが少ないが、ドクターの比率をできれば上げて欲しい。</p> <p>また、複数の部門で同時に報告することも望ましいので件数を増やして欲しい。</p> | — | <p>平成24年度のヒヤリハット報告は684件で、前年度より205件増加した。月平均報告数も39件から50件に増加し、更に平成25年度5月以降は100~120件/月と増加している。医師の報告も全体の3%から5%となり前年より2ポイント増加した。</p> <p>また、職員が報告しやすい環境を整えるため「インシデント等管理システム」をオンライン化し平成25年10月1日より稼働している。導入を機会に職員の意識の向上を図り報告件数の増加に努めていく。</p> <p>なお、平成23年度から1事例に対する複数の同時報告を1報告として集計してきたが、新システム稼働までにカウント方法等の運用見直しを行う。</p> |
| 追加 | 3 | <p>ヒヤリハットが多数あがってきた場合は、統括リスクマネージャーが1人で全部処理をするのか。24時間関係なく報告が出てくるし、処理も紙ベースで行うということであれば、非常に大変な手間が掛かると思う。</p> <p>大量の報告があがってきて、それを1人で把握するのは大変なことと思う。複数のリスクマネージャーがローテーションで仕事をするなどシステムを構築した方が軽減されると思う。</p> | — | <p>平成25年4月から医療安全管理室に看護師1名を増員した。</p> <p>また、10月1日稼働予定のインシデント等管理システムのオンライン化により、作業効率の改善を期待している。</p> |

| 区分 | 番号 | 指摘・要望等の内容 | 考え方・対応等の状況 | |
|----|------------|---|------------|--|
| | | | 旧 | 新 |
| 追加 | 4 | <p>平成 23 年度医療安全に係わる課題の改善状況について、処理状況が完了ということで完結したと思うが、医療安全というのは、例転倒転落事故など同じようなことが繰り返し起こると思う。取り組んで終了ということではなく、取り組んだことが実行され続けるような継続的な PDCA サイクルが回る仕組みづくりをどのように考えているか。</p> <p>職員が参加して、活動につながった方が良いと思うので、活動報告会なども講習会と同様に点数制により行った方が、職員もやる気が出て、効果につながっていくと思う。</p> <p>ワークショップ形式を研修に取り入れることがマニュアルに記載され、取り組まれているので、職員の医療安全に対する姿勢は見えるが、研修会の振り返りや次の評価を行うなど循環する形になればよいと思う。</p> <p>様々な取り組みを行っていると思うが、目標がどのように達成され次年度の目標につながっていくかなどの継続的な取り組みが必要と思う。</p> | — | <p><u>医療安全上の改善策の策定及び実施については、課題管理表を作成し、PDCA を確認できるようにした。</u></p> <p><u>リスクマネージャー会議で毎月担当部門が行っている活動報告を、全体の職員研修会に取り入れ職員のモチベーションを上げていく。</u></p> <p><u>職員研修の実施後にアンケート調査を行っており、研修内容を評価し次回や次年度に活かしている。</u></p> <p><u>医療安全管理室の業務目標は、年度末の評価に基づき、新年度の目標を設定している。</u></p> |
| 追加 | 5 | <p>オカランス報告の手順を見ると、事故が起こった場合には出来るだけ早く報告書を作成することとなっているが、期限を区切らないと報告が出てこないのではないか。</p> | — | <p><u>10月1日からのインシデント等管理システム稼働から、即時報告後の内容入力「48時間以内」とした。</u></p> |
| 追加 | 6 | <p>報告の方法については、電子カルテ上に搭載されたシステムで行った方が、フロッピーディスクで移動するよりは、労力も安全性も向上すると思う。</p> <p>現在、厚生労働省関係から様々なソフトが出ているので、それらを活用した方が簡単ではないかと思う。</p> | — | <p><u>現在のインシデント管理システムは電子カルテとの連携がなく、データの報告はフロッピーディスクの持ち運びで行うなど利用しにくいことから、職員が報告しやすい環境を整えるため新たな「インシデント等管理システム」を平成 25 年 10 月 1 日に稼働した。</u></p> |
| 追加 | マニュアル 1 | <p>医療事故防止マニュアルについても、各分野で精粗がある。</p> <p>例えば小児科を見ると、総論として小児の医療事故の特徴が数点整理されており、その次に医療事故を防止するための基本原則が明記されていることから非常にわかりやすく、また、担当する職員も基本的な方向を認識しながら各論へ入っていける形となっている。</p> <p>その他いくつかの部門も同じような形式をとっているが、残念ながらないところもある。</p> <p>放射線科は、いきなり造影はどうするのかなどが記載され、わかりづらい形となっている。</p> <p>時間をかけてでも整理・統一化を図り、各部門で特徴・基本はどこにあるかなどを明記することが必要であると思う。この整理を行うことで、いかに詳細な項目が多数あったとしても、マニュアルを理解することが出来るのではないかと思うので、是非お願いしたい。</p> | — | <p><u>医療事故防止マニュアルについては、指摘された内容を見直すこととした。</u></p> |

| 区分 | 番号 | 指摘・要望等の内容 | 考え方・対応等の状況 | |
|----|----------|---|------------|--|
| | | | 旧 | 新 |
| 追加 | 2 | <p>市立甲府病院医療安全管理対策委員会要綱の第2条の任務の中に、「ニアミス」「医療ミス」「医療事故」「医療紛争」などの用語が記載されている。また、医療事故レベルの判断基準には「アクシデント」と「インシデント」という言葉が使われているが、同じマニュアルの中で様々な用語が使われている箇所が多数あることから、基本的な用語の統一も行っていたほうが良いと思う。また、附表がいくつか掲載されているが、マニュアルのどこに基づく附表なのか記載がないことから、読み取っていくしかないこととなる。</p> <p>マニュアル全体の整理が必要であると思う。インシデントなども定義があるので、最初に用語統一をし、マニュアルの中の用語を一致させていくということは、当然必要であると思う。用語統一など直すべき点は、継続的に蓄積させ修正し、わかりやすいマニュアルにして欲しいと思う。</p> | — | <p>現在進めている医療事故防止マニュアルの全面改訂の中で、統一していく。</p> |
| 追加 | 3 | <p>マニュアル全体に誤字やわかりづらい部分があるので改めてチェックして欲しい。</p> | — | <p>現在進めている医療事故防止マニュアルの全面改訂の中で、統一していく。</p> |
| 追加 | 4 | <p>頻繁に改正され、しかも膨大なマニュアルが、どのように職員に受け入れられ、受け入れられるよう促しているのかが問題である。</p> <p>改正し、担当部署へ周知した場合、職員一人ひとりが音読する必要があると思う。</p> <p>特に、修正した箇所は重要であり、数年前にマニュアルは勉強したから大丈夫という感覚であってはならない。</p> | — | <p>医療事故防止マニュアルの改訂や変更箇所は、医療安全管理対策委員会・管理会議での承認後、リスクマネージャー等を通じて周知を行っている。大幅な変更や追加のマニュアルに対しては、医療安全対策職員研修会で説明、周知を図るようにしている。</p> <p>また、職員一人ひとりが改訂内容等を十分理解し実践することが重要であることから、部門内ミーティング等で伝達研修を行うなど一人ひとりの理解度の向上につながる取り組みを促していく。</p> |
| 追加 | その他 1 | <p>医療安全に関する基本的な考え方の中に、患者参加、患者の協力を得て、一緒に患者を守っていくという考え方を基本に据えておいた方がよいと思う。</p> <p>マニュアルにも記載されているが、患者の意識も一緒に高めていったほうが良いのではないかと思う。</p> | — | <p>現在進めている医療事故防止マニュアルの全面改訂の中で、見直しを行う。</p> |