

	市の指導内容 (追加指導含む)	改善計画書及び是正計画書 (抜粋)	立入検査による確認結果 (R6. 5. 20)	評価 (6月部会 後見直し)	【課題の整理】 I 前回調査時点の残された課題 (再掲) (R6. 5. 20) II 部会検討をふまえ残された課題 (R6. 7. 1) III 追加指導に対する改善計画書の追補 (R6. 7. 8)	立入検査による確認結果 (R6. 7. 24)	評価	
1. 医療事故疑いについての検証が不十分	【医療事故疑いの発生後のすみやかな適切対応】	A 【速やかな調査・分析の手順】	A 【速やかな調査・分析の手順】	措置済み			措置済み	
		B 【改善のための方策の企画立案・実施】 ・院内医療安全調査委員会により企画立案した具体的な対応を、その根拠となる事例の概要とともに、朝礼、医局会や部署長の集まる会 (8時会) で報告する。電子カルテのイントラネットに1か月間掲載し職員に共有する。医療安全ニュースなどの紙媒体での全職員への周知を図る。 ・企画立案された対応が適切に実施され、実施状況を各四半期に評価、総括し、これらの情報を病院全職員で共有する。 ・その振り返り結果をもとに、部門長に留まらない現場職員や患者さんからの意見も積極的に取り入れ、病院全職員により開かれたPDCAサイクルをまわすことにより、さらに効果的な再発防止策を立案し、医療安全文化が醸成された診療環境の定着を進める。	B 【方策の企画立案・実施 (PDCAサイクルを回す)】 (取り組んだ内容) ・院内医療安全調査委員会にて改善のための企画立案を行い、その内容について全職員へ周知している。 (残された課題) ・しかし、企画立案した内容について、現場職員および患者からの意見を反映するに至っておらず、PDCAサイクルが回せていない。現場からの意見を積極的に拾い上げることが必要である。	取組み中	B 【方策の企画立案・実施 (PDCAサイクルを回す)】 (残された課題) ・企画立案した内容について、現場職員および患者からの意見を反映するに至っておらず、PDCAサイクルが回せていない。現場からの意見を積極的に拾い上げることが必要である。	B 【方策の企画立案・実施 (PDCAサイクルを回す)】 ・PDCAサイクルを回すため、医療安全対策室メンバーが関与しながらリスクマネージャーが主導して現場レベルでの振り返りを行ったところ、実際の現場職員が参加することで、改善策の実行性が高まり、PDCAサイクルも回しやすくなると判断していた。 ・そのためリスクマネージャー研修を増やし、育成を促進していた。各部の検討内容は医療安全対策部門で把握し、病院全体に関わることは拾い上げることができる仕組み作りをしていた。	措置済み	
		C 【医療安全の組織の再編成】	C 【医療安全の組織の再編成】	措置済み			措置済み	
		D 【医療安全文化の醸成】 ・すべての職種の役割者に「医療安全管理者養成研修」プログラムを修了させる。 ・医師に対して、毎月一度、具体的事例に基づく医師向けの「医療安全研修」を開催する。 ・管理者 (病院長) の交代を行う。病院長の選出基準としては、管理者としての経験を有し、医療安全に対する認識、理解があることを前提としている。また、医療安全のさらなる理解のため、医療安全管理者養成研修のプログラム (約35時間のEラーニング) を受講させることとする。	D 【医療安全文化の醸成 (患者安全の宣言、職員の意識調査)】 ・毎月、医局会の中で短時間の医療安全研修を開催していた。 ・事例に対する対応を全職員が習得できるよう、医療安全の研修プログラムを作成していた。全部署の役職者 (副主任以上、51名) が、病院機能評価機構による医療安全管理者養成研修会のプログラムの申込を完了している。また全職員が2024年度前期・後期にe-learning研修を受講する計画を策定した。 (8月末に確認する内容) ・8月までに医療安全管理者養成研修を受講完了していること。2024年度前期e-learning研修の受講が進み、その後の予定も計画されていること。	措置済み →取組み中	D 【医療安全文化の醸成 (患者安全の宣言、職員の意識調査)】 下記項目へ集約する 【神戸徳洲会病院の方針】 【医療安全文化調査】	D 【医療安全文化の醸成 (患者安全の宣言、職員の意識調査)】 下記項目へ集約する 【神戸徳洲会病院の方針】 【医療安全文化調査】	措置済み	
			現場からの報告文化の構築	措置済み			措置済み	
			要因分析 (取り組んだ内容) ・RCA分析 (根本原因分析) が必要なときは本部職員が主導していた。インシデント背景の要因分析までは至っておらず、医療安全対策室、リスクマネージャーは外部研修 (ImSAFER: ヒューマンエラー分析思考手順) を受講する予定である。 (残された課題) ・医療安全対策室、リスクマネージャーは外部研修 (ImSAFER: ヒューマンエラー分析思考手順) の受講を含めて、研修の計画が策定されていること。	取組み中	【要因分析をするための医療安全管理・分析手法の研修】 (残された課題) ・医療安全対策室、リスクマネージャーは外部研修 (ImSAFER: ヒューマンエラー分析思考手順) の受講を含めて、研修の計画が策定されていること。	【要因分析をするための医療安全管理・分析手法の研修】 ・医療安全管理者研修、ImSAFER研修の受講予定について、名簿を作成し、実施状況を管理していた。研修は予定通り行われていた。	措置済み	
			内部通報制度	措置済み			措置済み	
			本部の関与	措置済み			措置済み	
	(追加指導) ・本件病院の方針を明確にし、宣言すること ・職員の医療安全の意識をモニタリングする。 ・インシデントレポートの件数等の推移、およびレベルに応じた分析方法も明確にすること。				(III 改善計画書の追補) 【神戸徳洲会病院の方針】 「医療安全に関する改善への取り組み」の特設ページを開設する。「神戸徳洲会病院の理念」を策定する。調査や報告書など、透明性をもって公表する。 【医療安全文化調査】 毎年 (10~11月) 米国AHRQの内容に準じた安全文化調査を実施しており、比較分析する。 【インシデントレポートの分析】 過去3年間の種別分析結果を作成し、各部署のリスクマネージャーが課題について「医療安全業務改善計画書」に反映させる。レベル0~3aの事象の評価分析と、3b以上の個別の分析評価方法に関する手順書を作成する。 D 【医療安全文化の醸成】 (残された課題) ・研修の計画、実施に取り組んでいるが、医療安全文化の醸成には職員が同じビジョンを持ち取り組むこと。患者の安全管理を優先することを宣言する必要がある。 ・また医療安全に対する意識の評価が重要であり、職員の医療安全への意識改善の評価が必要である。		【神戸徳洲会病院の方針】 ・「神戸徳洲会病院 患者安全宣言」として、「1. 患者安全を最優先し、生命を安心して預けられる病院を目指します。」「2. 透明性ある医療を提供し、患者様やご家族様への説明と同意を徹底します。」「3. 全職員が医療安全に関する知識・技術を習得できるよう、継続的な教育研修を実施します。」について宣言する計画を定めた。 ・病院ホームページに「医療安全に関する改善の取組状況について」の特設項目を設け、「病院長より医療安全に対する決意表明」「調査報告書」「医療安全に関する改善への取り組み状況」を掲載する。 ・2023年1月より発生した医療過誤の事例、および疑義のある症例について、遺族の了解のもと透明性をもって公表する計画を定めた。 【医療安全文化調査】 ・保健所へ過去2年分の調査結果が提出された (別添資料5 - 1) ・徳洲会本部は調査結果をまとめ各病院へ返し、各病院の医療安全対策室がその内容の精査および方策を行うと定められていた。 ・しかし、過去の結果をみると、看護師の申し送りが不十分、連携不足、意見が言えないなど職員から組織的課題が挙げられていたが、方策が講じられてこなかった。 ・このような課題を放置していたことが医療過誤を起こしやすい背景となっていたことが判明した。 ・本年は10~11月に調査が実施される。 【インシデントレポートの分析】 ・過去3年間の種別分析 (別添資料5 - 2)、来年度の目標を設定していた。手順書および担当部署、分析期限について、レベル別に定めていた。	措置済み

	市の指導内容 (追加指導含む)	改善計画書及び是正計画書 (抜粋)	立入検査による確認結果 (R6. 5. 20)	評価 (6月部会 後見直し)	【課題の整理】 I 前回調査時点の残された課題 (再掲) (R6. 5. 20) II 部会検討をふまえ残された課題 (R6. 7. 1) III 追加指導に対する改善計画書の追補 (R6. 7. 8)	立入検査による確認結果 (R6. 7. 24)	評価
2. 医療安全管理体制の不備	<p>【安全に管理された診療体制を構築すること】</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の安全を最優先に考えた組織的な医療安全管理体制を実現するために必要な措置を抜本的に講じること。(再掲) 侵襲的処置※を行う際は、不測の事態に対応できるように熟知した人員を十分に確保し、トラブルが生じた場合には、助言を受けられ術者を交代できる等の体制を構築すること。 医師のみならず関係する職員は、カテーテル術に関する知識及び使用する医療機器等に精通し、チーム医療の観点から互いに連携して、トラブルに対応できるようにしておくこと。 <p>【職員の研修の充実】</p> <ul style="list-style-type: none"> 循環器のみならず、新規診療科が開設される場合は、事前に想定される急変時対応や正しい手順などについて研修を講じること。 	<p>E【診療体制の充実・研修の立案】</p> <ul style="list-style-type: none"> 今後さらなる医師増員を通じ、体制の充実を図っていく。医師体制の充実は今後の医療安全管理体制の構築の重要な対策と考えている。 心臓・下肢カテーテル治療は基本的に2名以上の循環器内科専門医で対応する。看護師はアンギオ室の経験者1名とその他1名の計2名。臨床工学技士は経験者1名、放射線技師1名の合計6名以上とする。 新規診療科が開設される場合は、診療科医師、看護師、コメディカル等当該診療・手術に関わる職員、医療安全対策室(代表者1名)による「プロジェクトチーム」を結成し、医療安全管理体制を含む以下の内容について協議する。医療安全上に関することは医療安全対策室が責任を持つが、当該プロジェクトチーム責任者は診療科医師が担う。プロジェクトチームでは、外来診療、病棟診療の指針、運営、医療安全管理体制、医療連携体制、開始前・後スタッフ教育、評価、診療録、同意書、クリニカルパス運用等を協議・決定する。必要時には臨床倫理委員会にかけ、疾患経過と起こりうる事象の推測、治療方針の利益と不利益の評価、実施すべき/すべきでない治療やケアに関する判断、患者の合意形成のプロセスに関する検討や助言を得る。 不測の事態が発生した場合の対応の取り決め(侵襲的な処置を行う前には医師に報告する基準を明確にし、その基準を超えた場合には立ち会った職員全員が把握できる体制を構築等)を遵守する。 	<p>E【診療体制の充実・研修の立案】</p> <p>医師体制の充実</p> <p>プロジェクトチームの設置 (取り組んだ内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> 現在は、消化器内科の診療拡充に関するプロジェクトチームが稼働し、委員が選定され、月1回協議を行っている。急変時対応、看護師の専門研修体制などは定められている。 (残された課題) しかし、予約枠数上限の設定、看護師の適正配置と人員充足状況の確認、鎮静薬の運用、緊急体制の具体的な運用内容、マニュアルへの医療安全にかかわる対策の記載など、医療安全上の重要な点について、まだ定めるべき項目が残っている。 	<p>措置済み</p> <p>取組み中</p>	<p>【プロジェクトチーム(新規診療科の開設準備)の強化】 (III改善計画書の追補)</p> <ul style="list-style-type: none"> プロジェクトチーム(新規診療科が開設・再開される場合に医師や関係する職員で立ち上げるもの)設置規程を定め、立ち上げから承認までの手順を明確にする。 診療科体制指針(主に10項目)を作成する。 医の倫理委員会(院内全体の事案について倫理的視点からモニタリングを行うもの。院内医師以外に外部の大学教授や弁護士も参画)はモニタリングをおこない、「プロジェクトチーム医の倫理委員会モニタリング手順」を作成する。 <p>(I残された課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> 予約枠数上限の設定、看護師の適正配置と人員充足状況の確認、鎮静薬の運用、緊急体制の具体的な運用内容、マニュアルへの医療安全にかかわる対策の記載など、医療安全上の重要な点について、まだ定めるべき項目が残っている。 	<p>【プロジェクトチーム(新規診療科の開設準備)の強化】</p> <ul style="list-style-type: none"> プロジェクトチームに関して、設置規程を定め、手順について明記されていた。 チームでは、(新規)診療科体制指針を作成し対象とする疾患や診療体制などを明記し、医の倫理委員会のモニタリング手順を作成した。 4月に立ち上げ協議が終了した内視鏡チームについて、内容を精査したところ、二つ課題を有しており、現在指導している。 1つ目は、診療開始前の実践的訓練が不十分であること。医療安全上の課題を十分に拾い上げられず、実際にインシデントが発生していた。保健所にて確認したところ、複数の点(救急カートの設置場所や患者への確認タイミング、情報伝達など)が見逃されており、事前に気づき策を講じるべきであった。今後の実践的訓練では第三者評価者や患者役を置き、より正確にチェックできる規定へと変更する。 2つ目は、医の倫理委員会の関与である。事後的な対応(実際の症例の報告を聞き倫理的問題がないかを検討)にとどまっており、問題が起こる前に事前に抑止できていない。積極的に関与できる体制へ変更する。 現在はほかに、小児科チーム、カテ室チームが立ち上がっていた。 <p>(残された課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> 課題2点について、内容を整理し、プロジェクトチーム規程に追加すること。 	<p>措置済み</p> <p>取組み中 (8月末には措置完了見込み)</p>
(追加指導)	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクトチームを立ち上げ、十分な準備を行えるように項目の設定や手順まで明確にすること。 						
【情報共有の徹底】	<ul style="list-style-type: none"> HCU及び一般病棟での心臓・下肢カテーテル術後の管理体制について、医師と看護師等で情報共有体制等の改善策を講じること。 職員は主治医の指示と関係なく、至急の状況で人員が不足している際は、コードブルーにて応援要請をすること。 	<p>F【医師と看護師などでの情報共有体制について】</p> <ul style="list-style-type: none"> 通常時：1日1回のラウンドカンファレンスで情報共有を行う。NEWS(早期警告スコア)でイエロー(急変リスクが中等度)になったら直ちに主治医へ報告する。看護師は急変対応の準備をしておく。 緊急時：急変時はいつでも、どこでもどの固定電話、PHSからもコードブルーをかけて応援要請する。コードブルーの意義については再度全職員に院内チャットシステム・院内メールで「24時間・365日いつでもどどの部署でもかけていいこと」を周知する。 	<p>F【医師と看護師(HCU)などでの情報共有体制について】 (取り組んだ内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> 心臓カテーテルの事例ではHCUにおいて患者の情報共有が不十分、医師からの指示も不十分であったため、対策について協議し、職員間で情報が共有しやすいツールを作成するなど考案している。 (残された課題) 情報共有ツールの作成などにより、方策を講じること。 	<p>取組み中</p>	<p>F【医師と看護師(HCU)などでの情報共有体制について】 (I残された課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> HCUにおいて患者の情報共有ツールの作成などを行い、心臓カテーテルの事例のように医師と看護師の間で認識の不一致が起きないように対策を講じること。 	<p>F【医師と看護師(HCU)などでの情報共有体制について】</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の全身状態に対する医師の指示が1枚で確認でき、医師と看護師の認識を一致させるツールとして、HCU指示書の案が作成された。 HCUは現在、HCU加算を取り下げており集中的なケアが必要な患者中心に入室させているが、使用する診療科等と相談しながら運用を進めるところであった。 	<p>措置済み</p>
			<p>医師と看護師の情報共有について (取り組んだ内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> 今後は、いかなる状況でも、NEWS(早期警告スコア)でイエロー(急変リスクが中等度)になったら直ちに主治医へ報告するよう、改めて職員へ周知徹底した。 (残された課題) しかし、HCU入室の患者および合併症の多い高齢者に関しては、医師から看護師に、患者の病状共有と報告基準の指示が必要である。また、情報共有ツールの作成などにより、方策を講じること(再掲)。 	<p>取組み中</p>	<p>【医師と看護師の情報共有について】 (I残された課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> HCU入室の患者および合併症の多い高齢者に関しては、医師から看護師に、患者の病状共有と報告基準の指示が必要である。また、情報共有ツールの作成などにより、方策を講じること(再掲)。 		<p>措置済み</p>
			<p>コードブルーについて</p>	<p>措置済み</p>			<p>措置済み</p>
			<p>ICLS研修(※1)</p>	<p>措置済み</p>			<p>措置済み</p>
			<p>看護師の臨床に則した教育研修 (取り組んだ内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> 診療科ごとに看護師内で指導体制が組める看護師配置となっている。また、徳洲会グループとして看護師のラダー(看護実践能力習熟段階)に応じた研修をしている。 (残された課題) 診療科チームによって、求められる看護知識、手技、役割が異なるが、現場臨床に応じた研修が少ない。これから各診療科チームにおいて、多職種間のカンファレンスなど機会を捉え、研修を継続すること。 	<p>取組み中</p>	<p>【看護師の臨床に則した教育研修】 (I残された課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> 診療科チームによって、求められる看護知識、手技、役割が異なるが、現場臨床に応じた研修が少ない。これから各診療科チームにおいて、多職種間のカンファレンスなど機会を捉え、研修を継続すること。 	<p>【看護師の臨床に則した教育研修】</p> <ul style="list-style-type: none"> 系列の病院(岸和田徳洲会、宇治徳洲会など)へ週単位で派遣され、患者のいるベッドサイドで実践的研修を積んでいる。 神戸徳洲会病院における看護臨床技術の向上を目指すにあたり、本部より(認定・専門)看護師の研修派遣を検討するとの回答があった。 医師(循環器内科医)より心不全の研修など、療養病床にても高齢者が多く抱える疾患の知識向上のための研修を開始していた。 	<p>措置済み</p>

	市の指導内容 (追加指導含む)	改善計画書及び是正計画書 (抜粋)	立入検査による確認結果 (R6. 5. 20)	評価 (6月部会 後見直し)	【課題の整理】 I 前回調査時点の残された課題 (再掲) (R6. 5. 20) II 部会検討をふまえ残された課題 (R6. 7. 1) III 追加指導に対する改善計画書の追補 (R6. 7. 8)	立入検査による確認結果 (R6. 7. 24)	評価
	【安全に管理された診療体制の構築】	G【診療体制の充実】	G【診療体制の充実】	措置済み			措置済み
			(取り組んだ内容) ・診療科別に、診療内容を踏まえて安全に管理できる入院患者数(病床数)を算定するよう病院に求めた。令和6年5月時点の医師数(17名)において、総数103床と算出された。5月末の使用病床数は50床程度であり、現状は適切に管理されている。 (残された課題) ・しかし、病院の許可病床数は309床(一般病床230床、他79床)であり、現在の休棟除きの病床数224床(一般病床145床、他79床)となっている。今後、使用病床を増やしていくためには、さらなる医師増員が必要であり、医師増員が、適切に、段階的に行われるよう計画を策定する必要がある。	取組み中	G【診療体制の充実】 【医師体制】の項目にて集約する。	G【診療体制の充実】 【医師体制】の項目にて集約する。	
			(取り組んだ内容) ・電子化された診療録は全職員が同一のシステムを使用しているが、患者の重要な情報が複数画面にまたがる設定で情報の見落としが起きやすい環境であったため、1画面に必要な情報が表示されるようシステム改修などを検討している。 (残された課題) ・システム改修など方策を明確にすること。	取組み中	【電子カルテのシステム改修(見落とし防止)】 (I 残された課題) ・患者情報の見落としを防止するため、職員の使いづらさを解消するため、システム改修など方策を明確にすること。	【電子カルテのシステム改修(見落とし防止)】 ・必要な情報(入院時情報など)がワンクリックで一画面にできるように改修内容を決定し、院内での承認を終えていた。今後実行される。 ・システムのバージョンの事情により、大きな変更はできなかった。	措置済み
	【連携体制(院内)を構築すること】 ・医師は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療において疑義があるときは他の医師の対診を求め、又は転医させるなど適切な措置を講じるなど連携体制を構築すること。	H【連携体制(院内)の強化】 ・対診、地域連携の強化による患者安全確保のため、患者の疾病内容、重症度に応じ、対応が担当医師の能力を超える際には迅速に対診を実施し、早期に転医(主治医の交代)又は転院の是非を検討する。また、当該医師が明らかにその能力を超える状況にあり、関連職員及び他の医師が助言をしたにも関わらず対診に応じない場合は、それらを把握した職員は医療安全対策室に報告する。医療安全対策室長はそれらの状況を管理者(病院長)に報告し、管理者(病院長)は当該医師に説明の上対診または転医(主治医の交代)・転院を進める。	H【連携体制(院内)の強化・院長による診療科の安全点検】 (取り組んだ内容) ・患者の利益を最優先に考えた診療体制を目指し、院内の医療設備、人的資源を十分に考慮し、転院が必要なときには患者の安全を最優先に考える方針を決定した。 (残された課題) ・人的資源に関しては、管理者(院長)が全診療科の現状の人員体制において、どこまでの診療内容が可能か、診療部ごとに把握し、安全性を点検する必要がある。	取組み中	H【連携体制(院内)の強化・院長による診療科の安全点検】 ・下記に集約する。	H【連携体制(院内)の強化・院長による診療科の安全点検】 ・下記に集約する。	
	【多職種間での確実な連携】	I【多職種間の連携強化】	I【多職種間の連携強化】	措置済み			措置済み
3. インフォームドコンセントの不足 診療録の未記載	【適切な理解と実行】 ・患者へのインフォームドコンセントは看護師などの職員の同席のもと十分に行い、適切な治療を受けるという法の原則を順守すること。 (追加指導) ・説明書と同意書のひな形に必要な項目をすべて定めること。監査と承認の手続きの流れ、および監査の実施組織を定め、趣旨およびガイドラインを定めること。	J【適切なインフォームドコンセントの実行】 ・カテーテル術・手術・侵襲的な処置を実施時の患者及び家族に対する説明及び同意書の取得を行う際は、担当医のみならず看護師又はメディカルが立ち会い複数名で実施する。また、担当医のみならず同席した医療者がそれぞれの立場で診療録に説明内容、家族の反応を記載する。	J【適切なインフォームドコンセントの実行】 ・診療情報委員会の診療録監査項目に、同席者の記録(説明内容、患者の理解している様子、質問なども含まれており、現在は指導する案件はない状況である。 ・患者の評価を取り入れるための仕組みとして、患者アンケートを毎月実施する方策を立てており、令和6年度はすでに1回実施済みである。	措置済み →取組み中	【インフォームド・コンセント(IC)委員会の設置・患者への説明・同意】 (III 改善計画書の追補) 医師と診療情報管理士が、患者の知る権利と治療選択の自由を保障するために、説明書と同意書のひな形を作成し、質を担保する、病院機能評価で求められる内容で作成する。新たにIC委員会を設置し、グループ内の病院機能評価サーベイヤー(医師)が積極的に介入する。使用順守率について監査するとともに、ICに関する監査および手順書を作成する。 (II 評価変更理由) 診療録監査委員会の監査など事後的な対策はされているが、事前の対策がより重要である。事前対策(説明書と同意書のひな形を作成するなど)を講じる必要がある。	【インフォームド・コンセント(IC)委員会の設置・患者への説明・同意】 ・本部の主導にて、病院機能評価サーベイヤーが関与し、約170例の説明書と同意書のひな形を作成した。系列病院の仕様をもとに作成し、これから各診療科の医師より追記したうえで、完成となる。 ・適切な使用順守の監査は、IC委員会がおこなうが、侵襲的技法、文書(説明書)発行データ、取り込み文書(同意書)の3つがシステム上紐づけできるため、IC委員会が監査を容易に進められる状況である。 (残された課題) ・IC委員会について、人選を行い設置を進めること。	取組み中 (8月末には措置完了見込み)
	【医師の研修および組織として診療録未記載に対する対策設定】	K【診療録記載の徹底】	K【診療録記載の徹底】	措置済み			措置済み

	市の指導内容 (追加指導含む)	改善計画書及び是正計画書 (抜粋)	立入検査による確認結果 (R6. 5. 20)	評価 (6月部会 後見直し)	【課題の整理】 I 前回調査時点の残された課題 (再掲) (R6. 5. 20) II 部会検討をふまえ残された課題 (R6. 7. 1) III 追加指導に対する改善計画書の追補 (R6. 7. 8)	立入検査による確認結果 (R6. 7. 24)	評価
【全般】 根本的原因の究明と抜本的な方策	患者の安全を最優先に考えた組織的な医療安全管理体制を実現するために、根本的な原因を究明し、必要な措置を抜本的に講じること。患者の生命と尊厳を尊重しながら、その実現を目指す態度や考え方としての「安全文化」を醸成し、同様の事案を決して繰り返さないよう、改善策を確実に実施すること。		<p>【根本的原因の究明】</p> <p>・原因の調査</p> <p>・「今後 (中略) 医療安全文化について率直な意見の聴取を進め、このような事態を招いた根本的な原因を究明すべく調査を進めていく所存である。」と改善計画書に記載があり、これについて調査を進め、再び医療安全管理体制が脆弱にならないよう組織的な方策を講じる必要がある。</p>	未着手	<p>【III改善計画書の追補、根本原因と再発防止策】</p> <p>【病院の考える根本原因】</p> <p>①ガバナンス機能不全による組織的な問題解決能力の欠如 ②新規診療科開設時の準備不足と説明同意の不徹底 ③医療安全対策室の体制不備と平時におけるPDCAサイクルの不徹底 ④院長人事の頻繁な変更によるリーダーシップの不在と組織運営の不安定化 ⑤医師間の連携不足による診療の質低下と医師の負担増加 ⑥職員間における情報共有不足による組織全体の危機意識の欠如 ⑦医師と看護部・コメディカル、または幹部とその他スタッフとの権威勾配によるコミュニケーション不全追補の別紙として提出した。</p>	<p>【病院の考える根本原因】</p> <p>・根本原因について提出された。 ・一部修正追記を指導したが、組織的背景として、現時点での改善すべき課題が挙げられた (別添資料5-3)。</p>	措置済み
			<p>【抜本的な方策】</p> <p>・「今後 (中略) 医療安全文化について率直な意見の聴取を進め、このような事態を招いた根本的な原因を究明すべく調査を進めていく所存である。」と改善計画書に記載があり、これについて調査を進め、再び医療安全管理体制が脆弱にならないよう組織的な方策を講じる必要がある。(再掲)</p>		<p>【III改善計画書の追補、根本原因と再発防止策】</p> <p>【再発防止策】※これまでと重複するものは省く</p> <p>①ガバナンス機能不全による組織的な問題解決能力の欠如 ・病院長はすべての診療科責任者と面談し、診療体制、スタッフ配置と教育体制、手術体制と適応範囲、安全体制、緊急時における院外連携など確認し、必要に応じて本部と対策を講じる。 ・各診療科において「診療科体制指針」を作成し院長が承認し、2か月ごとに状況を確認する。常勤1人診療科についても評価し、指針の中に対策を盛り込む。 ・意思決定プロセスの透明性を確保し、議事録を共有して職員が理解できるようにする。</p> <p>H【連携体制 (院内) の強化・院長による診療科の安全点検】 (I 残された課題) (再掲) ・管理者 (院長) が全診療科の現状の人員体制において、どこまでの診療内容が可能か、診療部ごとに把握し、安全性を点検する必要がある。</p>	<p>H【連携体制 (院内) の強化・院長による診療科の安全点検】</p> <p>・管理者 (院長) が全診療科に「診療科体制指針」を作成させ、2か月ごとの面談を開始していた。 ・院長は6診療科の面談を終えていた。実際の診療内容や医療安全上の問題がないかを協議していた。現在の体制に問題がないことを確認していた。 ・意思決定のプロセスとして、ほぼすべての会議において議事録が作成されており、協議内容が確認できた。</p> <p>(残された課題) ・面談日時は決まっているが、まだ面談できていない常勤医師1人体制の診療科 (産婦人科、整形外科、脳神経外科) について、今年8月末までに協議を終え、必要に応じて本部と対策を講じること。</p>	取組み中 (8月末には措置完了見込み)
					<p>②新規診療科開設時の準備不足と説明同意の不徹底 ・プロジェクトチームには医療安全対策室のメンバーや医の倫理委員会メンバーも参加し、多角的な視点からリスク評価を行う。開始前には関連する全職種にて実践的な訓練を行い、潜在的な問題点を事前に把握する。診療開始後も評価結果を関係部署にフィードバックし、継続的な改善を図る。</p>	<p>【プロジェクトチームの強化】 【インフォームド・コンセント (IC) 委員会の設置】</p> <p>・上記にて集約する。</p>	
					<p>③医療安全対策室の体制不備と平時におけるPDCAサイクルの不徹底 ・リスクマネージャーへの教育も積極的に実施し、各部署においてもPDCAが回せる体制構築に努める。 ・インシデントのレベル分類に応じた分析方法、手順、担当部署を明確化し、手順書としてまとめる。 ・インシデント分析を徹底し、客観的な視点で分析を行う。分析結果は、関係部署にフィードバックし、対策の実施につなげる。</p>	<p>B【改善のための方策の企画立案・実施】</p> <p>・上記にて集約する。</p>	
				<p>④院長人事の頻繁な変更によるリーダーシップの不在と組織運営の不安定化 ・院長の選任基準の明確化として、病院の理念とビジョンを共有し、リーダーシップ、マネジメント能力、医療安全に対する高い意識、豊富な経験、高い倫理観を有する人材を選任する。 ・法人本部は病院運営に関する評価を定期的に行い、院長の能力開発と病院運営の改善に繋げる。 ・前任者から後任者への詳細な引継ぎを義務付ける。また、法人本部が引継ぎを監督する。</p>	<p>【院長人事とリーダーシップ】</p> <p>・「徳洲会本部が院長の選任基準を明確化し、過去のような頻繁な人事は行わないこと」を確認した。 ・院長の運営の取り組みとして、「医療の質改善委員会」を設置し、毎週の会議 (各部署および徳洲会本部職員も参加) にて改善への取り組みを協議してロードマップに進捗状況を更新していた。また今後、改善委員会での取り組み状況については月1回を目標に定期的にホームページにて公表すると報告した。</p>	措置済み	

	市の指導内容 (追加指導含む)	改善計画書及び是正計画書 (抜粋)	立入検査による確認結果 (R6. 5. 20)	評価 (6月部会 後見直し)	【課題の整理】 I 前回調査時点の残された課題 (再掲) (R6. 5. 20) II 部会検討をふまえ残された課題 (R6. 7. 1) III 追加指導に対する改善計画書の追補 (R6. 7. 8)	立入検査による確認結果 (R6. 7. 24)	評価	
				未着手	<p>⑥医師間の連携不足による診療の質低下と医師の負担増加</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員にはチーム医療に関する研修を定期的実施し、実践できる能力を養う。 	<p>【チーム医療の研修】</p> <ul style="list-style-type: none"> 外部の医療安全専門家 (教授) の提案にて、チームステップス研修 (チーム医療に関する研修) を実施する予定だった。 	措置済み	
					<p>⑥職員間における情報共有不足による組織全体の危機意識の欠如</p> <ul style="list-style-type: none"> 重要な案件の場合には院内説明会を開催することで、職員に対する透明性を持った説明を実施する。 職員に向けて積極的に情報を発信し、透明性の高い病院運営に努める。 	<p>【職員への情報共有】</p> <ul style="list-style-type: none"> 重大な報告や報道されている内容について、今までは幹部から説明がなかったが、職員全員へ直接、または朝会を通じて説明するルールを実行していた。 	措置済み	
					<p>⑦医師と看護部・コメディカル、または幹部とその他スタッフとの権威勾配 (医師が看護部等より偉いと思っていること) によるコミュニケーション不全</p> <ul style="list-style-type: none"> ハラスメント防止に関する研修を定期的実施し、相談窓口を明確にすることで、誰もが安心して働ける職場環境にする。 意見交換会などを実施し、職員の意見を積極的に聞き取り、働きやすい職場環境づくりを行う。 	<p>【権威勾配とコミュニケーション不全】</p> <ul style="list-style-type: none"> ハラスメントの相談窓口は以前より設置され、相談されていたケースもあった。引き続きの対応とする。 コミュニケーション不全について、病院幹部と現場職員の意識の隔たりを、短期間にて改善することは難しく、意見交換会などの実施についてもまだ具体的な取り組みが定まっていなかった。 風通しのよい職場作りに向けて研修だけでは取り組みとして不十分なため、働きやすい職場環境づくりの、多方面からの具体的な取り組みが必要である。 <p>(残された課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> 働きやすい環境づくりについて、多方面から具体的な策を講じること。 	取組み中 (8月末には措置完了見込み)	
	<p>【保健所から指摘する根本原因】</p> <ol style="list-style-type: none"> 組織としてのガバナンスの機能不全 医師数の不足 職員の医療安全に対する認識不足 職員間の緊急時を含む情報伝達の不足 		<p>【抜本的方策】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「今後 (中略) 医療安全文化について率直な意見の聴取を進め、このような事態を招いた根本的な原因を究明すべく調査を進めていく所存である。」と改善計画書に記載があり、これについて調査を進め、再び医療安全管理体制が脆弱にならないよう組織的な方策を講じる必要がある。(再掲) 			<p>【保健所から指摘する根本原因に対する抜本的方策】</p> <p>保健所から指導された方策について以下を講じる。</p>		
	<p>【保健所から指導する抜本的方策】</p> <ul style="list-style-type: none"> 院長は管理及び運営のために必要な監督・注意を怠らないこと。 309床稼働時の医師体制を示すこと。 診療科の医療安全について点検すること。 <p>本件病院の医師が医療安全管理にかかわる時間を確保すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療事故抽出のピラミッドを作成し、適切な判断が行われているか振り返ること。 院内チームにおいて、多職種が協議する文化を醸成し、機能強化を図ること。 本部の役割 (関わり方) の具体的なスキームを明確にすること 					<p>【医師体制】</p> <p>神戸徳洲会病院の309床 (許可病床数) 稼働時のビジョン、診療体制、医師体制について具体的に示す。</p>	<p>【医師体制】</p> <ul style="list-style-type: none"> 神戸徳洲会病院の309床稼働時の診療科と医師数が提出された (別添資料 5 - 4)。期限などが書かれておらず、内容が不明瞭であった。 <p>(残された課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師増員計画を段階別にビジョンとともに、計画として示すこと。309床の医師数にむけて、現状と次の段階 (来年8月末時点) までの増員計画を示すこと。 	取組み中 (8月末には措置完了見込み)
						<p>【医師の医療安全従事時間の確保】</p> <p>医療安全専任医師 (月曜午後が専従活動の時間) のほかに、医局代表医師1人が補佐的な役割を担う。月1回は法人の経験ある医療安全管理者と課題共有する。</p>	<p>【医師の医療安全従事時間の確保】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療安全専任医師が月曜午後を専従活動の時間と定め、医局代表医師1人について選任していた。 	措置済み
						<p>【医療事故抽出の適切な判断】</p> <p>医療事故抽出のピラミッドを過去3年間分作成する。評価、分析をおこない、課題については医療安全目標に掲げる。</p>	<p>【医療事故抽出の適切な判断】</p> <ul style="list-style-type: none"> 事故抽出のピラミッドについて過去3年間分を作成 (別添資料 5 - 5) し、昨年度までは院内調査が十分でなかったと分析した。 	措置済み
					<p>【院内チームの機能強化】</p> <p>現在8チームが活動しているが、方針から多職種間連携まで盛り込んだ指針を見直し、活動メンバーや責任者を明確にする。</p>	<p>【院内チームの機能強化】</p> <ul style="list-style-type: none"> 院内チーム (NST、呼吸ケア、感染対策、抗菌薬適正使用、緩和ケア、褥瘡対策、認知症、臨床倫理) のメンバーおよび責任者、チームマニュアルは策定されていた。引き続き、年間のチーム目標など、強化を進めていく。 	措置済み	
					<p>【今後の本部の関わり方】</p> <p>令和7年9月まで本部職員が常駐する。その後も不測に事態が生じたときは速やかに本部へ相談し、必ず本部から専門家を派遣する。</p>	上記の【本部の関与】と同様。		
					<p>【医療事故調査委員会の報告書の提出】</p> <p>医療過誤と認められた2例については、遺族の了承を得て、保健所へ提出する (7月)。他の2事例についても了承が得られれば速やかに提出する。</p>	<p>【医療事故調査委員会の報告書の提出】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療事故調査委員会を終えて医療事故・支援センターへ報告済みの2事例は、遺族の了承を得て、保健所へ提出された。2事例に関しては、保健所のこれまでの指導で網羅されていると判断した。新たな追加指導はない。 また、これらのサマリーと現在調査している事例については、遺族の了承を得て、今後病院ホームページにて公表すると確認した (別添資料 6)。 	措置済み	

	市の指導内容 (追加指導含む)	改善計画書及び是正計画書 (抜粋)	立入検査による確認結果 (R6. 5. 20)	評価 (6月部会 後見直し)	【課題の整理】 I 前回調査時点の残された課題 (再掲) (R6. 5. 20) II 部会検討をふまえ残された課題 (R6. 7. 1) III 追加指導に対する改善計画書の追補 (R6. 7. 8)	立入検査による確認結果 (R6. 7. 24)	評価																									
		<p>【抜本的な対策】 以下に掲げる5点の目標について抜本的な取り組みを実施していく。 ① 医療安全文化の醸成 ・インシデントレポート報告が多く出される文化を醸成する。 ② 透明性のある医療の提供 ・説明及び同意を徹底する。診療録記載 (後述) ③ 救急医療・診療体制の充実 ・今後さらなる医師増員を通じ、体制の充実を図っていく。医師体制の充実は今後の医療安全体制の構築の重要な対策と考えている。 ④ 看護体制及び研修の充実 ・安全な医療・看護が提供できる人員配置、教育研修を実施していく。 ⑤ 第三者機関による評価 ・令和7年度病院機能評価3rdG:Ver. 3.0受審。 ・月に一度、法人本部事務部門担当職員及び医療安全担当職員が訪問し、取り組み状況と進捗確認を行う。 ・患者満足度調査を継続する (通常は年末だが、必要に応じて追加実施)</p>	<p>【抜本的方策】</p> <p>・第三者からの評価</p> <table border="1" data-bbox="961 495 1389 743"> <tr> <td data-bbox="961 495 1389 558">【病院機能評価】</td> <td data-bbox="1389 495 1525 558">措置済み</td> <td data-bbox="1525 495 2110 558"></td> <td data-bbox="2110 495 2703 558"></td> <td data-bbox="2703 495 2810 558">措置済み</td> </tr> <tr> <td data-bbox="961 558 1389 621">【本部の監査】</td> <td data-bbox="1389 558 1525 621">措置済み</td> <td data-bbox="1525 558 2110 621"></td> <td data-bbox="2110 558 2703 621"></td> <td data-bbox="2703 558 2810 621">措置済み</td> </tr> <tr> <td data-bbox="961 621 1389 684">【第三者における医療安全体制評価】</td> <td data-bbox="1389 621 1525 684">措置済み</td> <td data-bbox="1525 621 2110 684"></td> <td data-bbox="2110 621 2703 684"></td> <td data-bbox="2703 621 2810 684">措置済み</td> </tr> <tr> <td data-bbox="961 684 1389 743">【患者アンケート】</td> <td data-bbox="1389 684 1525 743">措置済み</td> <td data-bbox="1525 684 2110 743"></td> <td data-bbox="2110 684 2703 743"></td> <td data-bbox="2703 684 2810 743">措置済み</td> </tr> </table> <p>・医の倫理委員会と臨床倫理委員会</p> <table border="1" data-bbox="961 785 1389 854"> <tr> <td data-bbox="961 785 1389 854"></td> <td data-bbox="1389 785 1525 854">措置済み</td> <td data-bbox="1525 785 2110 854"></td> <td data-bbox="2110 785 2703 854"></td> <td data-bbox="2703 785 2810 854">措置済み</td> </tr> </table>	【病院機能評価】	措置済み			措置済み	【本部の監査】	措置済み			措置済み	【第三者における医療安全体制評価】	措置済み			措置済み	【患者アンケート】	措置済み			措置済み		措置済み			措置済み				
【病院機能評価】	措置済み			措置済み																												
【本部の監査】	措置済み			措置済み																												
【第三者における医療安全体制評価】	措置済み			措置済み																												
【患者アンケート】	措置済み			措置済み																												
	措置済み			措置済み																												