

再発防止策に関する今後の取組について（報告書）

－医療事故検証委員会を踏まえて－

令和8年1月

公立学校共済組合東海中央病院

目次		頁
I 報告書の目的	.....	1
II 検証委員会の構成	.....	1～2
III 検証期間及び開催状況	.....	2
IV 検証事項及び検証方法	.....	3
V 審議事項及び報告事項	.....	3～4
VI 再発防止策	.....	4～5
VII 各委員からの主な意見	.....	5～8
VIII 指摘事項と対応状況	.....	8～13
IX 今後の取組	.....	13～16
X 最後に	.....	16
・ 医療安全に関する組織図	.....	17
【付属資料】		
・ 再発防止策進捗管理表	.....	別紙

I 報告書の目的

この報告書は、東海中央病院において平成 28 年 2 月、平成 30 年 8 月及び令和 4 年 2 月に発生した 3 例の肝切除術中死に関する医療事故防止策とその進捗状況について検証を行い、医療安全管理体制を強化するために設置された医療事故検証委員会にて審議された事項をとりまとめたものである。

本報告は、岐阜県健康福祉部、岐阜保健所及び公立学校共済組合理事長宛に答申するものであり、また、東海中央病院においては答申後も引き続き再発防止策への取組がより実効性のあるものになるように、本報告書を有効に活用するものである。

II 検証委員会の構成等

公正な検証を期するため、内部委員である公立学校共済組合の役職員のほか、外部委員として、保健行政、公衆衛生、医療安全、看護学の専門家を招聘し、意見聴取と再発防止のための意見を求めた。

また、事務局は4のとおり、東海中央病院の職員とした。

1 外部有識者

委員長： 長谷川 好規

国立病院機構名古屋医療センター名誉病院長（東海国立大学機構名古屋大学 名誉教授）

委 員： 熊田 恵介

岐阜大学医学部附属病院 医療安全管理室長

委 員： 福井 トシ子

国際医療福祉大学大学院 副大学院長

2 岐阜県岐阜保健所

委 員： 久保田 芳則 （前任委員 稲葉 静代） ※第3回開催より交代

岐阜県岐阜保健所長

3 公立学校共済組合

委 員： 奈良 哲 理事

委 員： 清水 信也 本部病院部長

委 員： 箕輪 淳之介 本部病院課長

4 東海中央病院

出席者： 藤原 道隆 病院長 （前任者 松井 春雄） ※第3回開催より交代

末岡 智 医療安全管理室長（副病院長・第一外科部長）

（前任者 川端 邦裕） ※第3回開催より交代

五島 君夜 医療安全管理者（副看護部長）

澤井 美穂 看護部長

鎌田 真治 事務部長

III 検証期間及び開催状況

1 検証期間及びスケジュール

（1）検証期間

令和 6 年 10 月から令和 7 年 12 月の間、原則として四半期に 1 回、前月までの進捗状況について確認及び検証を行った。

（2）スケジュール

① 令和 6 年 10 月 （1 回目）

再発防止策の取組状況の確認及び専門家からの指導

② 令和 7 年 1 月 （2 回目）

再発防止策の取組状況の確認、専門家からの指導及び令和 7 年度に向けた提言

③ 令和 7 年 5 月 （3 回目 フォローアップ 1 回目）

令和 6 年度中の改善状況の確認

令和 7 年度の取組計画（新病院長からの説明）

④ 令和 7 年 7 月 （4 回目 フォローアップ 2 回目）

令和 7 年度の計画の取組状況の確認

⑤ 令和 7 年 12 月 （5 回目）

これまでの検証の総括と今後の医療安全に係る具体的取組についての検討

2 検証委員会開催日時

第 1 回検証委員会 令和 6 年 10 月 29 日（火）午前 10 時 30 分

第 2 回検証委員会 令和 7 年 1 月 30 日（木）午前 10 時 30 分

第 3 回検証委員会 令和 7 年 5 月 12 日（月）午前 10 時 30 分

第 4 回検証委員会 令和 7 年 7 月 28 日（月）午前 10 時 30 分

第 5 回検証委員会 令和 7 年 12 月 18 日（木）午前 11 時 00 分

Ⅳ 検証事項及び検証方法

1 検証事項

一連の医療事故に関する再発防止策の妥当性及び進捗状況について

2 検証方法

再発防止策進捗管理表を用いて、防止策の妥当性及びその進捗状況の確認を行った。

3 その他報告事項

一連の肝切除術術中死症例以外の入院患者死亡案件に関して、対応状況、検証事項及び再発防止検討事項について報告し、意見を徴した。

Ⅴ 審議事項及び報告事項

1 【第1回検証委員会】

- (1) 医療事故再発防止策進捗管理表（令和6年9月末時点）
- (2) 令和6年4月に発生したコロナ患者の失血死事例（報告事項）

資料

- ・今後のスケジュール
- ・入院患者死亡案件について（概要報告）
- ・医療事故調査報告書
- ・医療事故再発防止策進捗管理表（令和6年9月末時点）

2 【第2回検証委員会】

- (1) 前回指摘事項への対応状況確認
- (2) 医療事故再発防止策の妥当性及び進捗状況
- (3) 令和6年4月に発生したコロナ患者の失血死事例（報告事項）

資料

- ・第1回医療事故再発防止検証委員会での指摘事項に対する対応状況（報告）
- ・医療事故再発防止策進捗管理表（令和6年12月末時点）
- ・入院患者死亡案件について（概要報告）

3 【第3回検証委員会】

- (1) 前回指摘事項への対応状況確認
- (2) 医療事故再発防止策の妥当性及び進捗状況（令和7年度の取組計画）

- (3) 令和6年度インシデントレベル別集計報告

資料

- ・第2回医療事故再発防止検証委員会での主な指摘事項に対する対応状況（報告）
- ・医療事故再発防止策進捗管理表（令和7年3月末時点）
- ・インシデントレベル別件数およびレベル判定フロー
- ・令和6年度レベル別対応表

4 【第4回検証委員会】

- (1) 前回指摘事項への対応状況確認
- (2) 医療事故再発防止策の妥当性及び進捗状況（令和7年度の取組計画）
- (3) 医療事故検証委員会の報告書案

資料

- ・第3回医療事故再発防止検証委員会での主な指摘事項に対する対応状況（報告）
- ・医療事故再発防止策進捗管理表（令和7年6月末時点）
- ・再発防止策に関する今後の取組について（報告書案）－医療事故検証委員会を踏まえて－

5 【第5回検証委員会】

- (1) 医療事故検証委員会の報告書案

資料

- ・再発防止策に関する今後の取組について（報告書案）－医療事故検証委員会を踏まえて－

Ⅵ 再発防止策

1 改善主目標

再発防止策を講じる上で、まず改善主目標を以下のとおり掲げた。

医療事故安全防止に対する全職員への意識啓発及び教育の徹底を行い、また医療の質の維持向上に取り組み、全職員一丸となって患者安全文化の構築を目指す。

2 分野別の再発防止策

以下の分野別に再発防止策を立て、更に実施計画目標と実施項目を作成した。

なお、実施項目に関して、主担当をあらかじめ決め、いつまでに実行するか目標管理を設定した。

また、進捗管理ができるよう進捗ステータスを、実施済✓、実施継続中○、一部実施・実施予定△、未着手・未検討×として表し、進捗管理を行うこととした。

※詳細は別紙「再発防止策進捗管理表」を参照

（医療の質）

- （１）適応外医療の実施に関する方策の明示
- （２）インフォームド・コンセント管理体制
- （３）高次医療機関との連携強化

（手技・麻酔）

- （１）手術適応症例の明確化
- （２）自施設で対応可能な手術症例の明確化
- （３）執刀医師団の技量向上のためのサポート
- （４）柔軟な手術日程の変更体制の確保
- （５）麻酔科医師の確保
- （６）手術動画の録画・保全体制

（チーム医療）

- （１）術前・術後カンファレンス実施体制の構築
- （２）緩和チームの関与体制構築
- （３）診療科間・多職種連携体制の構築

（医療安全管理体制）

- （１）手術死亡事例の安全管理部門への報告体制
- （２）専門家が関与する検証体制の確立
- （３）医療安全管理体制の再構築

（教育・組織文化形成）

- （１）内部通報窓口の設置と職員への公表マニュアル作成
- （２）病院執行幹部の在り方・外部組織のモニタリング体制の構築

Ⅶ 各委員からの主な意見 ※各校証委員会の議題（１）～（３）に対する主な意見

１ 【第１回検証委員会】

- （１）医療事故再発防止策進捗管理表（令和６年９月末時点）
 - ① 今回の事故を外科だけの問題とせず病院全体の問題として考えてほしい。患者のため

に職員が声を上げることができる雰囲気があれば、コロナ患者の失血死事例も防げたのではないかと。

- ② 過去の事案として矮小化しないよう院内の風土を醸成してほしい。
- ③ 今後、マニュアルの整備など時間もエネルギーもかけて整備していかなければならない。スピード感をもって組織対応してほしい。
- ④ ゴール時期も設定して、時間要素も加味してほしい。

（２）令和６年４月に発生したコロナ患者の出血死事例（報告事項）

- ① 死亡時にＡＩや病理解剖についてどう対応をしたのか。
- ② 「院内調査のすすめ方」（日本医師会）に沿って、外部委員を複数とすること。
- ③ 事故調査支援センターに報告すべきかの照会を支援センターにしたと聞いている。そもそも事例の把握体制はどうなっていたのか。
- ④ 関係者へのヒアリングなどの事後対応を、どれくらいのスピード感をもって行っていたのか。

２ 【第２回検証委員会】

（１）前回指摘事項への対応状況確認

- ① 職員アンケート質問項目は、他施設で実施されたものを参考に検討してはどうか。
- ② 内部通報システムと職員意見箱が機能するような運用を図ること。

（２）医療事故再発防止策の妥当性及び進捗状況（医療事故再発防止策進捗管理表）

- ① 「意識啓発、教育の徹底」、「死亡事例０件」の目標表現の見直しを行うこと。
- ② 高難度手術の在り方を見直す必要がある。病院として難易度が高い手術・手技の実施に関して検討する仕組みが必要である。
- ③ 肝切除を原則実施しない方針は、どこかで明示する必要がある。
- ④ 外科以外の他科でも多職種カンファレンスを実施する体制を整えること。
- ⑤ 重大事例の定義を明確にする必要がある。併せて、重大事例発生時のフロー図も明確にする必要がある。
- ⑥ インシデントレベル別件数とその対応方法を、次回資料に加えること。
- ⑦ 医療者の主観に依存しない事例報告とするため、「レベル別分類の妥当性を評価する」という項目を追加すること。
- ⑧ 医療安全管理体制の独立性を担保し、客観的・中立的立場で判断ができる仕組み作りを構築すること。

３ 【第３回検証委員会】

(1) 前回指摘事項への対応状況確認

- ① 内部通報窓口の仕組み作り（無記名通報可否、ログ取扱い）、匿名性確保の検討及びそのルール作りを行うこと。
- ② 高難度手術症例の事前検討の場（委員会設置）とその仕組み作りを行うこと。
- ③ 緊急手術の定期的振り返りを行うカンファレンスを実施すること。
- ④ チーム医療の取組に関する院内ニュースの発行及び周知を図ること。
- ⑤ 予期せぬ死亡事例・重大事例が発生した際に幹部職員へ迅速に連絡が入る体制を構築すること。

(2) 医療事故再発防止策の妥当性および進捗状況（医療事故再発防止策進捗管理表）

- ① 再発防止進捗管理において PDCA サイクルに基づいた評価の視点を組み入れること。
- ② 外部監査委員会を設置し、他者（外部）からの評価が必要である。

(3) 令和 6 年度インシデントレベル別集計報告

- ① インシデント報告集計における整理方法及び報告基準の統一化を検討すべき。
- ② 共済組合系列病院内でインシデント報告を含めた基準の統一化を検討し、併せて情報共有と連携促進を図ること。

4 【第 4 回検証委員会】

(1) 前回指摘事項への対応状況確認

- ① 医療安全の観点からも問題ないかと思う。また、きめ細かく研修レベルからの意見や訴えも拾えるようになってきていると思う。
- ② インシデントレベルのうち、5 の死亡症例に限らず、実は 4 も重要となってくる。
- ③ 報告書案 12 ページ医療安全管理体制の②で、「重大事例に対する第三者による評価、検証体制の構築」とあり、特に重大事例が非常に重要となる。
- ④ （参考資料の重要事例のフローを提示）重大事例の定義付けをしておくこと、次の議論の俎上に何を上げるかが明確になる。
- ⑤ 報告書案の今後の取組について、職員への周知方法を工夫する必要がある。

(2) 医療事故再発防止策の妥当性および進捗状況（医療事故再発防止策進捗管理表）

- ① 出来れば年間に行われた緊急手術の症例数や問題点についての振り返りをしてはどうか。
- ② 改善に向け周知する時間が数年はかかると思うが、そのプロセスを現在しっかりと踏んでいると思う。
- ③ 職員の異動もあるので、是非次世代に繋げるような仕組みを考えていただけたらと

お良いのでは。

(3) 再発防止策に関する今後の取組について（報告書案）

- ① 表現の見直し
 - ・Ⅵ 再発防止策 1 改善主目標： 「…医療事故死亡事例〇件を目指す。」
 - ・Ⅷ 今後の取組 1（2）（医療安全管理体制）①： 「術中を含め死亡症例に関する…」
- ② 重大事例の定義付けとマニュアルの整備
 - ・Ⅷ 今後の取組 1（2）（医療安全管理体制）②： 「重大事例発生時にはマニュアルに沿って…」
- ③ 職員満足度調査の実施方法
 - ・Ⅷ 今後の取組 1（2）（教育・組織文化形成）① 職員満足度調査： 実効性を高めるため、短いスパンで定期的に全員アンケートをとってはどうか。

5 【第 5 回検証委員会】

(1) 再発防止策に関する今後の取組について（報告書案）

- ① 表現の見直し
 - ・Ⅷ 今後の取組 1（2）（医療安全管理体制）①： 「医療安全管理者が術中を含めすべての」
 - ・Ⅷ 今後の取組 1（2）（医療安全管理体制）※外部委員： 「2 名以上の複数の外部委員を招聘する。」
 - ・医療安全に関する組織図： 医療事故調査委員会 「うち外部委員 2 名」
医療安全総括会議 「うち外部委員 1 名」
- ② 職員研修の実施
実行可能性について考慮が必要である。
- ③ 厚労省検討会資料との整合性確認
 - ・Ⅷ 今後の取組 参考「重大事例とは」： 厚労省検討会資料の重大事象の定義を確認のうえ、今後の整理が必要である。
 - ・医療安全に関する組織図： 厚労省検討会資料との整合性確認が必要である。

Ⅷ 指摘事項と対応状況 ※各指摘事項に対する対応（矢印部分）

1 【第 1 回検証委員会】

- (1) 事故調査委員会においては、複数の外部委員構成とすること。
→ ・医療安全管理マニュアルに「外部委員を複数名とする」旨明記をした。

※改正 R6.12

(2) 全職員向け医療安全研修会の実施徹底を図ること。

- ・全職員に向けた対面研修会を年 2 回（1 月及び 6 月）開催し、参加率 100%を必達目標とし、未受講者に対しても補講を行い未受講者ゼロとする。
- ・未受講者には、聴講後に定着確認テスト（複数の正誤問題）を行うようにした。
- ・更に、幹部に医療事故調査制度に関する研修を受講させた。

※R6.10.4 対面研修、R7.1.14 WEB 研修、R7.1.28 WEB 研修

(3) ものが言える組織風土作り

- ・事象に関係する職員の異動を行った。（外科、麻酔科の医師）
- ・医療安全管理体制の刷新を図った。（医療安全管理者の交代、増員）
※R6.4 交代、R6.101 名増員（ほか 1 名受講中）
- ・広く現場の問題点や課題を把握するため、職員意見箱を設置した。
※R6.4 設置
- ・毎月発行の「医療安全管理室通信」、毎月開催の委員会の議事録及びインシデントレポート等関連資料を広く職員へ周知を行った。

2 【第 2 回検証委員会】

(1) ものが言える組織風土作り

（職員アンケート実施）

- ① 他施設を参考に比較検討してはどうか。（病院に対する思いや職種間連携について）
- ・他病院や医療安全文化調査（日本医療機能評価機構）を参考に、当院の職員満足度調査質問項目の見直しを行っている。見直し後は、結果を部署長に還元し、部内運営管理に役立てていく。

（内部通報システムと職員意見箱の機能）

- ① 実質的に機能する運用を図るように。
- ・内部通報窓口と職員意見箱の存在をまずは職員に認識させるよう再度周知徹底を図った。今後、通報窓口と意見箱の認知度をアンケート調査により把握し、機能定着を図っていく。

(2) 再発防止策進捗管理表の見直し

（改善主目標）

- ① 目標表現の一部見直しを行うこと。 ※R7.4 改
- ・「医療事故安全防止に対する全職員への意識啓発及び教育の徹底を行い、医療の質

の維持向上に全職員一丸となって医療事故死亡事例 0 件を目指す。」に修正した。

（手技・麻酔）

- ① 「肝切除を原則実施しない」方針を個別項目とは別で明示すべき。
- ・再発防止策の前面に明記し、また「肝切除術は、体制が整備されるまで実施しない方針とする。」に修正した。

- ② 高難度手術の在り方について見直しをすべき。（実施について検討する仕組みが必要）
- ・実施に際して、外部委員を交えた委員会を開催し、十分検討を行うこととした。

（チーム医療）

- ① 外科以外の他科でも多職種カンファでの実施体制を整備してはどうか。
- ・外科以外では、整形外科及び脳神経外科で術前に多職種を交えたカンファレンスを行うこととした。

（医療安全管理体制）

- ① 術中死症例に限らず「重大事例」として捉え、またその定義を明確化すること。
- ・マニュアルに重大事例の定義を明記した。※R7.2 対応フロー図改正

- ② 医療者の主観に依存しない事例報告とレベル別分類の妥当性を評価する取り組みが必要である。
- ・レベル判定フローに以下運用を追加した。
※毎週火、木曜に医療安全管理室複数職員でレベル別判定の精査を行う。

- ③ 医療安全管理体制の独立性の担保、客観的・中立的立場で判断できる仕組み作りを行うこと。
- ・本年 4 月より医療安全管理室長の交代並びに医療安全管理室の増員も併せて行った。これにより、一層組織上の独立性の担保を確保し、かつ客観的・中立的立場で事案の判断ができるように努めている。

3 【第 3 回検証委員会】

(1) ものが言える組織風土作り

（内部通報システムと職員意見箱の機能）

- ① 内部通報窓口の仕組み作り（無記名通報、ログ取扱）と匿名性確保の検討及びそのルール作りを行うこと。
- ・現在、職員意見箱への無記名での投書（よろず相談カード）が可能となっており、

またその取扱範囲はコアメンバーのみとなっており、秘密性を確保できるようになっている。

(2) 再発防止策進捗管理表の見直し

(手技・麻酔)

① 高難度手術症例の事前検討の場(委員会)とその仕組み作りを行うこと。

→ ・高難度手術症例検討委員会を設置し、対象症例が出た際には、すみやかに委員会を開催して、十分に検討を行うこととした。

(チーム医療)

① 緊急手術の定期的振り返りを行うカンファレンスを実施すること。

→ ・症例の複雑性や難易度により実施することとした。

② チーム医療の取組に関する院内ニュース発行及び周知を図ること。

→ ・ICT、医療安全や緩和ケアチーム活動について院内ニュースで周知を行っている。

(医療安全管理体制)

① 予期せぬ死亡事例報告の促進を行う仕組み作りと職員への意識啓発を行うこと。

→ ・引き続き全死亡退院患者のカルテ記載の確認を行い、予期せぬ死亡事例の報告促進について職員への啓発に取り組んでいく。

また、本年6月の医療安全研修会においては、昨年度のインシデントレベル4、5について振り返りを行い、予期せぬ死亡事例を含めて報告の必要性と重要性について、再度教育の徹底を図った。

【全体】

① 再発防止進捗管理におけるPDCAサイクルに基づいた評価の視点の組み入れること。

→ ・②の医療安全総括会議において、再発防止策進捗管理表の報告を行い、外部評価を得る機会を設け、PDCAサイクルをまわしていくこととした。

② 外部監査委員会を設置し、他者(外部)からの評価を受ける必要がある。

→ ・市民を交えた医療安全総括会議を令和7年11月10日(月)に開催し、医療安全に関する院内の活動や取組を報告し、広く意見を聴取した。

(3) インシデントレベル別集計報告

① インシデント報告集計における整理方法及び報告基準統一化の検討をすべき。

→ ・前年度のレベル99の内訳を精査し、分析を行った。ハラスメント事案や苦情など医療行為とは関係のない事案について整理をし、報告基準についても再整理をした。

② 共済組合内他病院との報告基準の統一化検討及び情報共有と連携促進を図ること。

→ ・他の系列病院にインシデントレベル報告基準について、医療安全管理者から個別にヒアリングをする予定である。

4 【第4回検証委員会】

(1) 再発防止策に関する今後の取組について(報告書案)

① 表現の見直し

・Ⅵ 再発防止策 1 改善主目標：「…医療事故死亡事例〇件を目指す。」

→ 「医療事故安全防止に対する全職員への意識啓発及び教育の徹底を行い、また医療の質の維持向上に取り組み、全職員一丸となって患者安全文化の構築を目指す。」に修正した。

・Ⅸ 今後の取組 1 (2) (医療安全管理体制) ①：「術中を含め死亡症例に関する…」

→ 「重大事例に関する医療安全管理者及び幹部への報告体制の構築と徹底…」に修正した。

② 重大事例の定義見直しとマニュアルの整備

・Ⅸ 今後の取組 1 (2) (医療安全管理体制) ②：「重大事例発生時においては、マニュアルに沿って…」

→ 医療安全マニュアルの“重大事例又は医療事故 患者の不測の事態の対応フロー図”の重大事例の定義の見直しを以下のとおり行い、併せてマニュアルの改正を令和7年9月に行った。

③ 職員満足度調査の実施方法

・Ⅸ 今後の取組 1 (2) (教育・組織文化形成) ① 職員満足度調査：実効性を高めるため、短いスパンで定期的に全員アンケートをとってはどうか。

→ 職員満足度調査実施後に、その後の定着度を測るアンケート調査を実施する。

5 【第5回検証委員会】

(1) 再発防止策に関する今後の取組について(報告書案)

① 表現の見直し

・Ⅸ 今後の取組 1 (2) (医療安全管理体制) ①：「術中を含め」

- 「医療安全管理者がすべての…」に修正した。
- ・IX 今後の取組 1（2）（医療安全管理体制）※外部委員：「2名以上の複数の外部委員を招聘する。」
- 「2名以上」、「複数の」は同一の意味であることから全文を削除した。
- ・医療安全に関する組織図：
 - 医療事故調査委員会 「うち外部委員 2 名」
- 前に「外部委員を含む会議」とあるため、全削除とした。
- 医療安全総括会議 「うち外部委員 1 名」
- 「うち外部委員複数名」に修正した。
- ② 職員研修の実施
- 実施可能性を考慮した職員研修を実施することとした。また、「チームスキルトレーニング」という表現に変更した。
- ③ 厚労省検討会資料との整合性確認
- ・IX 今後の取組 参考「重大事例とは」： 厚労省検討会資料の重大事象の定義を確認のうえ、今後の整理が必要である。
- 今後の動向を注視し、重大事例の定義について整理を行う。
- ・医療安全に関する組織図： 厚労省検討会資料との整合性確認が必要である。
- 整合性について確認をし、現組織図について特に問題ないことを確認した。

IX 今後の取組

これまでの検証委員会での意見や指摘事項を踏まえて、以下のとおり今後の取組について整理し、引き続き再発防止に取り組んでいくこととする。

1 今後の取組

（1）改善主目標

以下を念頭に、引き続き職員一丸となって再発防止策に取り組んでいく。

◎ 医療事故安全防止に対する全職員への意識啓発及び教育の徹底を行い、また医療の質の維持向上に取り組み、全職員一丸となって患者安全文化の構築を目指す。

（2）再発防止策における主な重点項目 ※「再発防止策進捗管理表」は別紙を参照
再発防止策進捗管理表のうち、以下を重点的に取り組んでいく。

（医療の質）

- ① 適応外医療、高難度手術実施における事前検討
- ・適応外・高難度治療審議委員会を設置し、事前検討を十分行う。

適応外医療及び高難度手術を実際する際は、事前に上記委員会を開催することとし、併せて委員会には2名の外部委員（臨床専門家ら）を招聘する。
執刀医の技術や手術体制等について当院で実施可能かどうか、また適応症例かどうかなど十分検討を行うこととする。

- ② 高次医療機関との連携強化及び紹介体制の構築
- ・実施困難な症例などを迅速に高次医療機関に紹介を行う。

日頃から他施設への外交活動を綿密に行い、円滑な連携体制を取っておくよう努め、実施困難症例については迅速に紹介を行う。

（手技・麻酔）

- ① 手術適応症例の明確化
- ・肝切除術は体制が整備されるまで実施しない。
- ・上記以外の高難度症例は、専門施設へ紹介、もしくは大学などからの応援、指導を依頼する。また、積極的なセカンドオピニオンを提示する。

前項①のとおり、事前に適応外医療・高難度治療審議委員会を開催し、関係学会の指針を参考に、医師の技量や経験年数、運用体制など十分検討を行うこととする。併せて、外部委員からの意見を徴することとする。

（チーム医療）

- ① 術前、術後カンファレンス実施体制の構築
- ・術前に医師、麻酔科医師、看護師など多職種でのカンファレンスを行い、患者の状態、手技、手術時間、機材などの確認を行い、手術に臨むようにする。
- ・また、術後に振り返りを行い、次回への課題を確認する。
 - ・上記を通し、多職種や診療科を越えたカンファレンスを行っていく。

- ② 診療科間、多職種間の連携体制構築
- 上記①と同様。

（医療安全管理体制）

① 重大事例に関する医療安全管理者及び幹部への報告体制の構築と徹底

- ・予期しない死亡事例が発生した場合、マニュアルに沿って医療安全管理者に報告し、医療安全管理者は直ちに病院長や幹部に報告を行う運用を徹底する。
- ・医療安全管理者がすべての死亡退院患者のカルテ記載内容をチェックし、事故該当性を的確に判断する。

② 重大事例に対する第三者による評価、検証体制の構築

- ・重大事例発生時においては、マニュアルに沿って医療安全管理者等に報告の徹底を行う。
- ・検証に際し複数の外部委員による医療事故調査委員会を開催し、事例に対する検証、評価を直ちに行うこととする。
- ・医療事故調査支援センターに報告する事例の場合、医療事故調査制度に沿って遅滞なく届出や報告を行う。

※外部委員

- ・外部委員は、医療安全を専門としている学識経験者や医療機関従事者とする。
- *最終頁「医療安全に関する組織図」を参照

○参考「重大事例」とは ※医療安全マニュアルより

以下のいずれかに該当する死亡事例、または永久的な障害が残った事例を指す。

- ・診療行為自体が関与している可能性のある事例
- ・診療行為が関連している可能性があり、原因について明らかでない、または患者・家族等が理解していない可能性がある事例
- ・診療行為中または診療行為の比較的直後における、原因について明らかでない、または患者・家族等が理解していない可能性がある事例。
- ・その他、警鐘的意義が大きいと考えられる事例

※「診療行為」とは、医療者が行う注射、麻酔、手術、検査、分娩などあらゆる行為を指し、適応の判断、管理行為等を含む。

(教育・組織文化形成)

① 内部通報窓口の設置と問題提起が容易になされる風土文化形成

- ・公益通報者保護に関する指針及び職員意見箱の存在と活用について、四半期に一度定期的に周知を行い、職員から意見が出やすい環境作りを行っていく。(R7年度は4月、7月、10月実施済、1月実施予定)
- ・職員満足度調査を実施し、病院や幹部に対する思いや他部署間連携について職員

がどう考えているかを把握し、その結果を所属長に還元し、所属長は職員が日頃から抱える課題や問題点を把握し、部署内の風通し改善など組織運営に役立てていくように活用をしていく。(R7年度は8月実施済)

- ・ハラスメント委員会に、あらたに外部委員(社会保険労務士)を招聘し、院内職員の考えだけに限らず、広く意見を徴し、かつ公平性を担保できるようにする。

② 職員への継続的な教育啓発の徹底(幹部への事故調査制度に関する教育を含む)

- ・全職員向け医療安全研修会を年2回確実に開催し、事象検討を含め、再発防止策を念頭に置いたテーマを設け、教育啓発の徹底を行う。(R7年度は6月実施済、1月実施予定)
- ・上記研修会に併せて幹部職員への医療事故調査制度に関する教育を行う。(WEB視聴による講義受講、R7年度は1月実施予定)

(全体)

① 医療安全総括会議における当院の活動や取組に対する評価と意見聴取

- ・院外委員(市民)を招聘し、医療安全管理室や院内での活動に関する報告を行い、考えや方針が当院だけに偏らないよう公平かつ公正な意見を徴する機会を設ける。また、いただいた意見はその後の活動に役立てていく。

② 再発防止進捗管理表のPDCAサイクル管理の徹底

- ・上記①の会議で直近の再発防止進捗管理表の進捗報告を行い、より再発防止策を実効性のあるものにする。

③ 参加型チームトレーニングの実施

- ・医療の安全性を高めるため、職員参加型のチームスキルトレーニングを開催する。

X 最後に

計5回にわたる検証委員会において、外部委員の先生方には活発なご議論をしていただき、有益なご意見を賜りました。

いただいたご意見や指摘事項を踏まえ、実効性のある再発防止につながるよう、職員の医療安全意識の向上を目指し、安全安心な医療を提供できるよう職員一丸となって取り組んで参ります。

<医療安全に関する組織図>

