

改善措置の取り組みについて  
 S：計画以上に行われている  
 A：実施できている  
 B：実施できているが、新たな課題が発生している。  
 C：取り組みが不十分である  
 D：取り組みができていない  
 X：判定不能(現時点では該当事実がない)

神戸徳洲会病院の改善状況の確認結果 (R6. 12. 24時点)

	市の指導内容	改善状況の確認内容	評価	保健所コメント
【全般】 根本的原因の究明と抜本的の方策	<p>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> <p>【保健所から指摘する根本原因】                      1. 組織としてのガバナンスの機能不全                      2. 医師数の不足                      3. 職員の医療安全に対する認識不足                      4. 職員間の緊急時を含む情報伝達の不足</p> <p>【保健所から指導する抜本的の方策】                      ・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。                      ・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。                      ・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>	<p>【連携体制（院内）の強化・院長による診療科の安全点検】                      ・病院長は、各診療科に「診療科体制指針」を作成させ、2か月ごとに面談を実施し、医療安全上の課題（モニタリングの指標が標準内であること）や所属医師の診療内容等、医療安全について確認し、面談内容を記録している。</p>	B	・各診療部との面談を定期的に行っている。11月には、各診療科の数値目標についての確認を行い、次回の面談は令和7年1月を予定している。大きな問題は発生していないが、入院患者数や診療内容が少ないため、診療拡大に伴い新たな課題が抽出される可能性がある。
		<p>【院長人事とリーダーシップ】                      ・病院長の取り組みとして、「医療の質改善委員会」を設置し、本部と各部署と改善への取り組みを協議している。また協議内容は月1回を目標に、HPで公開している。</p>	A	
		<p>【チーム医療の研修】                      ・職員においてチーム医療が定着するよう、チームステップス研修を実施している。</p>	A	2024年11月にチームステップス集合研修を開催し、最終的に52名が受講完了した。
		<p>【職員への情報共有】                      ・医療安全対策委員会は、インシデント・アクシデント等の防止策について、医局会や朝8時会にて周知し、実施状況を必要に応じ調査したうえで、見直しをしている。</p>	A	
		<p>【権威勾配とコミュニケーション不全】                      ・働きやすい職場であるために、職員間のコミュニケーションを促進する取り組みが実施されている。</p>	A	
		<p>【医師体制】                      ・病院の診療体制の拡充と医師の増員計画について、医療法人徳洲会と協議の上、提出されている。予定に従って拡充準備をしている、かつ充足されている。</p>	B	医師の増員計画に合わせて医師数を確保するために、近隣大学病院やグループ内病院に医師派遣を打診し、調整に務めている。インシデント発生が続く診療科があったため、院長は新たにプロジェクトチームを立ち上げ診療体制の見直し、質の向上に務めていた。
		<p>【医師の医療安全従事時間の確保】                      ・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>	A	
		<p>【医療事故抽出の適切な判断】                      ・医療事故抽出のピラミッド（全死亡例の件数、院内調査の件数、緊急会議の実施件数、医療事故調査対象の件数）を作成し、報告（判断）文化が定着しているか評価している。</p>	B	医師からのインシデント報告数がまだ少ない。10月に医局向けにインシデント報告の必要性について説明、研修を行い、その後は医師からの報告件数は増加傾向である。今後も継続的に医師からの報告があがるよう取り組む必要がある。
		<p>【院内チームの機能強化】                      ・院内チームにおいて、責任者とチームマニュアルが制定され、介入基準を満たす患者が病棟で適切に選別され、多職種による協議のもと、より良い診療を受けられるシステムが運用されている。</p>	B	認知症、褥瘡、感染、栄養、呼吸、緩和の各チームがあり責任者、マニュアルは整備されている。感染など一部は対象があれば介入しているが、主治医からのアセスメントと指示の記載がないこともある。現在は入院患者数が少ないこともあり、活動が少ないところは今後の課題である。
		<p>【医療事故調査委員会の報告書の提出】                      ・遺族の了解が得られれば速やかに保健所に提出する。</p>	A	
<p>【病院機能評価】                      ・医療安全体制を強化していくために、そのプロセスこそ大事に取り組むとの方針をたて、令和7年度（9月）の病院機能評価3rdG:Ver. 3.0を受審することとしており、すでに手続き済み。</p>	A			
<p>【本部の監査】                      ・徳洲会本部の医療安全専門員が、月1回、診療現場を監査し、細かい点についても指導を受け、事故発生予防策として積極的に取り組んでいる。</p>	B	直近の監査・指導内容に「終末期の方針決定」が課題として挙げられていた。昨年度より保健所からも助言しているが、看取りの方針についてガイドラインや同意書の運用を計画的に策定していく必要がある。		

改善措置の取り組みについて  
 S：計画以上に行われている  
 A：実施できている  
 B：実施できているが、新たな課題が発生している。  
 C：取り組みが不十分である  
 D：取り組みができていない  
 X：判定不能(現時点では該当事実がない)

## 神戸徳洲会病院の改善状況の確認結果 (R6. 12. 24時点)

市の指導内容	改善状況の確認内容	評価	保健所コメント
	【第三者における医療安全体制評価】 ・医の倫理委員会に招聘している医療安全専門家に、平時の医療安全の相談および監査評価を依頼し、客観的な意見を尊重している。	A	
	【患者アンケート】 ・患者満足度調査（外来・入院）を毎年実施している。患者説明の実施方法や理解のしやすさ、職員の対応の適切さ等を分析・評価し、患者や職員に周知している。	A	今年度は12月20日に患者満足度調査を終了した。現在、集計中であり、今後結果について分析していく予定である。
	【医の倫理委員会と臨床倫理委員会】 ・臨床倫理委員会が、病院内で事前の抑止力として機能している。侵襲的治療が適切な同意のプロセスを得ずに、または多職種カンファレンスでの協議が十分でないと判断される時に、当該診療科に対して適切な介入をしている。	A	
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】	【速やかな調査・分析の手順】 ・全死亡例について、医療安全対策室がリスト化し、毎週火曜日にレビューを行い、診療プロセス、死因について適切に点検し、議事録を残している。 ・医療安全対策室は、過誤に関係なく「医療に起因する予期せぬ死亡」や「医療事故発生疑いの疑い」事例について、病院長へ報告し当該事例の調査（院内調査）を7日以内に実施し、議事録を残している。	A
	【再発防止策の立案と定着】 ・問題点を把握し病院組織としての改善のための方策を企画立案及び実施し、実施状況を評価しこれらの情報を共有するとともに、背景要因及び根本原因を分析し検討された効果的な再発防止対策を立案し、病院内で対策を定着させること	【方策の企画立案・実施（PDCAサイクルを回す）】 ・リスクマネージャーは、インシデント等の原因分析とその防止対策に取り組み、PDCAサイクルを回している。	A
	【医療安全の組織の再編成】	【医療安全の組織の再編成】 ・医療安全対策室は、院内業務の標準化に向け、マニュアルを整備・管理し、電子カルテ上でいつでもアクセスできる状態にして、全職員へ周知している。	A
	【医療安全文化の醸成】	【現場からの報告文化の構築】 ・インシデント・アクシデントは、報告システムに関するルールに則って、適切に報告されている。	A
		【要因分析をするための医療安全管理・分析手法の研修】 ・リスクマネージャーは外部研修（ImSAFER）を全員受講している。	A
		【内部通報制度】 ・病院の医療安全の問題について、第三者に通報する必要があるときに、本部へコンプライアンスホットラインがあるが、本部が現場で常駐している今、第三者の窓口として機能していない。外部法律事務所など、公益通報制度として機能する通報先を確保するよう検討している。	A
		【患者満足度調査】 ・患者からの評価を受け、改善につとめている。	X
		【外部医療安全専門家からの評価】 ・病床機能検討部会からの助言を受け止め、改善に繋げている ・医療安全監査を実施し、評価と助言を受けている。	A
	【本部の関与】 少なくとも病院機能評価（令和7年9月）が終了するまでサポートする。	A	病院機能評価に向けて、2か月に1回の本部の監査を受けている。法人本部の医療安全担当は神戸徳洲会に引き続き常駐、法人副理事長は必要時相談できる体制へ変更しており、医療安全体制面での改善についても本部からの協力が得られている。

改善措置の取り組みについて  
 S：計画以上に行われている  
 A：実施できている  
 B：実施できているが、新たな課題が発生している。  
 C：取り組みが不十分である  
 D：取り組みができていない  
 X：判定不能(現時点では該当事実がない)

## 神戸徳洲会病院の改善状況の確認結果 (R6. 12. 24時点)

市の指導内容	改善状況の確認内容	評価	保健所コメント
<p>【医療安全に係る知識の習得】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者（院長）および医療安全に係る職員が、その職責に必要な医療安全知識をもつよう、研修を組むこと。</li> </ul> <p>(追加指導)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本件病院の方針を明確にし、宣言すること</li> <li>・職員の医療安全の意識をモニタリングする。</li> <li>・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。</li> </ul>	<p>【神戸徳洲会病院の方針】</p> <p>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、遺族の了解のもとと透明性をもって公表する計画を定めた。</p>	A	
	<p>【医療安全文化調査】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療安全文化調査を毎年秋ごろ（10月前後）に実施し、米国AHRQ評価指標に準じる項目と自由記載により、現場職員から課題を抽出している。</li> </ul>	A	2024年9～10月に実施された調査は回答率90.8%であった。前年度に比して、管理者の支援、コンプライアンス、エラー後の対応、継続的な改善、総合評価において改善されていた。しかし未だ低い水準で推移する項目があり、課題抽出はできている。これから職員全体に共有し、改善していくために新たにPDCAサイクルを回す必要がある。
	<p>【インシデントレポートの分析】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・インシデント報告数について、医療安全管理部は、総数/職種別/レベル別/診療科別など分析し、報告文化を醸成するための研修、指導など方を講じている。</li> </ul>	B	インシデント報告件数200件/月程度。半期毎に集計結果を分析している。医師の報告件数が1割に満たないため、医師の報告件数を一つの指標として経時的に評価している。
	<p>【医療安全に係る職員の研修】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療安全の研修を必要な職員に実施している</li> </ul>	A	
<p>2. 医療安全管理体制の不備</p> <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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul> <p>【職員の研修の充実】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul> <p>(追加指導)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	<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"> <li>・新規診療科の立ち上げ時、プロジェクトチームを結成し、診療開始までに必要な準備を実行するプロセスがある。</li> <li>・プロジェクトチームの規定に則り、病院長の承認を得てチーム委員の選定、十分な協議を尽くしている。</li> </ul>	A	各プロジェクトチームに対し、運用規定や教育について定めていた。また、医の倫理委員会介入のもと、モニタリングする症例や項目についても検討されていた。すでに内視鏡プロジェクトチームでは、介入症例を取り上げ、手技の適応、鎮静、人員体制、機器や設備の設置、研修、IC、カンファレンスについて適切であったかどうかモニタリングを開始していた。12月24日に外部委員（神戸徳洲会病院委嘱委員）及び保健所立ち会いのもと、循環器カテーテルの実践的訓練を行った。外部委員より、同意書についての説明追記等の課題が挙げられた。これらの課題点についても修正のうえ、今後、循環器カテーテル開始時は、当面の間、循環器専門医2名以上で実施する。
<p>【情報共有の徹底】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<p>【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"> <li>・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指示書の素案が作成された。</li> <li>・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。</li> </ul>	A	HCUの入退室基準(12月改訂)を作成していた。5月に入退室基準の理解が不十分だった事例があり、院内事故調査委員会対象事例として議論されていた。それ以降は、入退室基準を満たしていない事例は発生していない。
	<p>【医師と看護師の情報共有について】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、方を講じること。</li> </ul>	A	
	<p>【コードブルーについて】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・院内全体で共通の救急コールの方法（コードブルー）があり周知され、急変時には職員誰もが利用できている。</li> </ul>	A	
	<p>【ICLS研修（※）】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・二次救命処置（ICLSコース）の教育体制があり、職員は計画的に受講している。</li> </ul>	A	
	<p>【看護師の臨床に則した教育研修】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師が診療内容に見合った知識・経験を習得するために、徳洲会グループ内での研修調整、または認定・専門看護師を招聘し、十分な研修を実施している。</li> </ul>	A	

改善措置の取り組みについて  
 S：計画以上に行われている  
 A：実施できている  
 B：実施できているが、新たな課題が発生している。  
 C：取り組みが不十分である  
 D：取り組みができていない  
 X：判定不能(現時点では該当事実がない)

## 神戸徳洲会病院の改善状況の確認結果 (R6. 12. 24時点)

市の指導内容	改善状況の確認内容	評価	保健所コメント
【安全に管理された診療体制の構築】	【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、大きな改変はできなかった。	A	
	【医療安全に関する年間数値目標を理解し、具体的に取り組む】 ・各部門や病院において、医療安全にかかわる数値目標をもち、具体的な取り組みをはじめ。	A	
【多職種間での確実な連携】	【多職種間での確実な連携】 ・看護内容に見合った看護師数か確認し、必要に応じて本部への増員依頼を適切に行っている。 ・看護師配置（ヘルプコール体制）や勤務時間帯の調整などを利用し適切な看護体制を構築している。 ・シリンジポンプの払い出しにおいてタイマーをセットし、遅滞なくシリンジ交換できるルールを運用している。	C	口頭指示出し・指示受けについての運用が軌道にのっていない。 当初の手順書では、指示を受けた看護師がまず（指示）メモを作成し、後から医師がそれを診療録に記載、看護師は医師記載を確認する運用であった。 しかし、医師が記載されていない場合もあり運用があいまいになっていた。 運用を検討する中で、口頭指示は原則禁止されており、緊急時での対応とするマニュアルが形骸化していることが判明した。 今後、口頭指示の手順書を改定し、職員への研修、教育を実施する予定である。 また口頭指示の件数や適正運用の確認についても検討する方針。
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ふ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。	B	IC委員会を9月に立ち上げた。今後の課題、規定に関しては、IC委員会で検討して案を作成しており、174本の同意書について様式を統一し、現在84本がIC委員会で承認されている。 同意書は検査オーダーやクリニカルパスに紐づけられており、非常勤医師でも一緒に印刷できる設定にされているが、夜間、休日のIC同席には課題が残る。 なお、患者への説明については、カテーテル審査の外部委員やIC委員会から説明書内容について改善の指摘があり、見直しに取り組んでいる。
	【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】 ・IC委員会に外部委員を招聘している。IC文書において、患者が理解しやすく、知るべき全ての情報が掲載され、さらにわかりやすいものにするため、活発に協議し、議事録を残している。 ・多職種がICに同席し、患者の理解度を確認する仕組みがある。		
【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】	【診療録記載の徹底】 ・診療録情報委員会がカルテ監査を実施し、記載不十分な医師に対し速やかに指導、対策を講じている。指導内容について議事録を残している。必要に応じて病院長と面談をしている。	A	

※ICLS研修 Immediate Cardiac Life Support 日本救急医学会が開催している、医療従事者向けの蘇生教育コース。