

2024 年度 第 3 回
神戸圏域地域医療構想調整会議 病床機能検討部会
神戸徳洲会病院 説明資料

1. 医療の質改善委員会を中心とした改善の取り組み（資料 6-1）

2024 年 8 月の改善措置完了以降も、「医療の質改善委員会」を月 2 回開催。是正計画書及び改善計画書に基づく計画の実行状況や、改善に向けた追加項目の検討などを病院長が中心となった会議体として取り組みを進めている。また、こうした取り組みについては「改善計画の各項目に係る改善の実施状況」として当院ホームページ上でも報告をおこなっている。

また、こうした取り組みについて客観的に評価していただくため、医療安全に精通する専門家（関西医科大学医療安全管理センター副センター長 宮崎浩彰 理事長特命教授

（医療安全担当））による外部監査を実施している。外部監査は 2024 年 12 月末時点で 3 回実施しており、書類監査に加え関西医科大学病院グループ医療安全対策室チームによる現場監査も行っている。

同監査では、インシデント報告件数の増加による安全文化の醸成や、医療の質改善委員会を中心とした各種委員会の積極的な活動などについては一定の評価を頂いた一方で、医師のインシデント報告や未報告部署が存在する点、2023 年度の安全文化調査の結果から情報伝達や部署間連携の取り組み強化、医療倫理に関する積極的な活動、口頭指示書の運用などについてはさらなる改善の必要性について指摘と助言を頂いている。

今後も定期的に同様の外部監査を実施していく予定である。

2. 質改善指標の設定（資料 6-2）

医療の質改善委員会を中心とした院内の取り組み状況を「見える化」するために、神戸徳洲会病院の質改善指標（QI 指標）を設定し、質改善委員会での検討及び関連部門や院内全体における共有を開始した。さらに、各診療部門においても医療安全及び質改善に関する指標を設定し、各診療科の安全・質改善意識を向上に取り組む活動を開始した。

①2024 年度下半期 神戸徳洲会病院質改善指標（全体指標 4 項目）

- 1) 医師のインシデント報告提出率
- 2) 統一フォーマットでの同意書の使用率
- 3) 看護師の説明同意書必要症例に対するインフォームドコンセント同席率
- 4) 転倒転落カンファレンスの実施率

②改善計画に関連した質改善指標（10 項目）

- 1)インシデントアクシデントレポート報告件数
- 2)口頭指示マニュアルの遵守率
- 3)患者識別手順遵守率（外来部門）
- 4)タイムアウト実施率（手術部門）
- 5)マーキング実施率（手術部門）
- 6)医師による診療録記載割合
- 7)外来患者満足度（総合評価）
- 8)入院患者満足度（総合評価）
- 9)患者相談窓口の相談件数
- 10)職員の声ボックス投書件数

③各診療科部門における質改善指標（10項目）

- 1)外 科：手術部位感染（SSI）発生率
- 2)救急科：入院患者における救急外来滞在時間
- 3)産婦人科：分娩症例検討会実施率
- 4)循環器内科：クリニカルパス適用率
- 5)小児科：点滴患児における途中抜針率
- 6)消化器内科：タイムアウト遵守率
- 7)整形外科：クリニカルパス適用率
- 8)総合内科：患者識別手順遵守率（外来部門）
- 9)脳神経外科：脳卒中患者における入院後早期リハビリテーション実施率
- 10)放射線科：パニック値報告に対する医師記録実施率

3. インフォームドコンセント（IC）委員会の設置と取組状況（資料6-3）

この度の問題で、説明・同意不徹底を改善していくために、インフォームドコンセント（IC）委員会の設置をし、活動を開始した。委員会メンバーは、内科系・外科系の医師（委員長は外科系医師）に加え、関連する10部門の代表で構成。さらに、外部委員として医事法を専門とする大学教授（法学部・外部専門家）、医療安全に精通されている大学教授（産婦人科・外部専門家）、患者代表（警察OB）の3名に加わっていただくこととした。2024年12月までに5回の委員会を開催し、規程の作成及び新たに統一した説明同意書の審査承認などを行っている（現在までに、新たに作成した174の説明同意書のうち84について承認をされた）。

今後は、早期に全ての説明同意書の承認を行うと同時に、実際に使用されている説明同意書の監査を実施していく予定である。

4. 「医の倫理委員会」「臨床倫理チーム」の活動状況（資料6-4）

この度の問題を受けて、治療に関する客観的な評価を行う組織として、従来の「医の倫理委員会」の体制を見直し、変更を行った。その一環として、臨床での倫理的な問題の窓口として「臨床倫理チーム」の活動を開始した。

医の倫理委員会においては、「診療科体制指針」「診療科プロジェクト体制指針」「新規医療技術」の審議を行い、事前評価と医の倫理委員会が指示した対象事例の事前・事後モニタリング報告・評価を実施。また、臨床倫理チームでは医療・ケアに関わる倫理的問題への支援のため、倫理コンサルテーションや各診療科カンファレンスに参加し助言を行っている。その他、臨床倫理に関する研修会なども積極的に行っており、「医療倫理」の体制強化と意識向上のために取り組んでいる。

5. 医療安全文化調査について（資料6-5）

過去2年に引き続き、2024年9月-10月に職員に対する安全文化調査を実施した。（回答率もほぼ全ての職員が回答）。

前回2023年の調査に比べ、多くの項目で改善が見られ、記述回答欄でも前向きな意見の回答も増えた。特にコンプライアンスに関する意識の改善は、改善への取り組みとして評価できていると考えている。一方、「インシデント報告時の個人への責任追及」「部署間連携」「情報伝達」「人員配置」に関するスコアが前回より低下している点は課題であり、対策を講じる必要があると考えている。また今回、記述回答として新たに取り組みを介したい倫理委員会（倫理チーム）に関する設問を加えたが、一部職員の回答では倫理委員会体制についての厳しい回答も見られたため、このような活動が広く理解され形骸化しないよう取り組んでいきたい。

また、毎年実施している患者満足度調査も10月-12月の期間で実施している。これは、米国AHRQのPX(患者経験価値)に基づくアンケートとしており、この調査結果についても今後患者目線の評価として対策に活かしていきたいと考えている。

6. インシデントレポートと医療事故抽出ピラミッド（資料6-6、資料6-7）

①インシデントレポートの分析

2024年度（4月-9月）の分析を行った。今回資料として用意したものは、過去5年間の報告件数推移、2024年度（4月-9月）報告集計、医師のインシデント報告推移の3資料である。

1) 今年度上半期（4月～9月）集計

- ・報告件数は、4月～9月まで1498件の報告件数があった。
2021年度：1447件、2022年度：1813件、2023年度：2124件と過去5年を比較しても報告件数は増加している。
- ・インシデントレポート件数が増えている要因としては、今年度も昨年同様インシデント報告に関する研修を実施。またリスクマネジメント委員会を月に2回行い、現場での啓発活動を行っていることから報告数が増加した一因と考える。
- ・特に医療安全文化の醸成に寄与すると考えられているレベル0の報告件数は、2023年度は649件と2021年度より306件増えており、89.2%の増加率である。
4月～9月までの半年間でレベル0の報告は566件であり、昨年度より増加傾向にある。

2) 2024年度報告集計

- ・2024年度の部署別報告数では部署別では地域包括病棟からのインシデントレポートが多く、次いで薬剤部となっている
病棟で報告件数が多い理由として、1つの事例に対して関わった職員全員がインシデント報告を上げているためである。
これは部署内での報告する文化や医療安全が醸成されつつあるのでないかと考える。
- ・レベル3a以上のアクシデント発生事例は45件、内訳は骨折1件、カテーテル関連、転倒による擦過傷などとなっている。
- ・インシデント・アクシデントの概要は、薬剤関連の報告が466件と最も多く、ついで療養上の世話（280件）と続く。

3) 医師の報告件数（2023年度、2024年度4月～9月）

- ・当院の病床数（309床）から、医師の報告数は110件/年程度が適正と言われている。また重大な有害事象の正確な把握のためには医師の積極的な報告が必要であるとされており、院内全体の報告件数の1割の報告件数が必要ともいわれている。
2023年度の報告件数は30件/年（医師報告割合 約1.41% 年間報告件数2124件）と低い件数で推移しているが、2024年度（上半期4月～9月）は30件（医師報告割合約2% 上半期報告件数1482件）であり、昨年度と比較すると医師からの報告件数は増加傾向にある。

<課題と今後の活動計画>

1) 出された事例の分析・フィードバックの不足

- ・医療安全専任医師と事例共有を行い、問題点に対して分析を行い、リスクマネジメント委員会で事例検討を行っているが、分析や対策の周知については不十分であり、対

策を立てた後、対策が現場で活用できているかの確認が不十分である。

リスクマネジメント委員会でのフィードバックや対策がどれくらい職員に周知されているかの確認が十分ではない。

- ・今までの周知方法（会議での報告やイントラネットの掲載）のみでは不十分なところがあり、今後すみやかな検討を要する

- ・医師のインシデント報告件数の増加対策

医局会で繰り返しインシデント報告に対する研修を実施する。

医局から出されてインシデント報告に対し、医療安全対策室で報告内容を共有、事例に対し分析と対策を検討する。

分析結果、対策に関して医局会でフィードバックを行う。

【今年度の目標】

- 1) 医療事故の再発防止（再発防止策の立案・実施・評価、インシデント・アクシデント報告体制の整備、レベルに応じた介入・分析手法の確立、データの分析と活用）

- 2) 医師の報告が少ない

医局会で繰り返し医療安全研修を実施する。

【今年度の目標】

安全文化の醸成（職員の医療安全に対する意識を高める、職員間の情報共有の推進）

②医療事故抽出ピラミッド

全死亡退院数を底辺として「医療事故抽出ピラミッド」を前回お示しした過去3年分と合わせて、2024年度の状況について作成した。上段が全死亡退院数、続いて検証対象、緊急会議数、医療事故調査制度対象数とした。2024年度（4月-11月）では、全死亡退院数が42件であったうち、検証対象及び緊急会議を実施したものが2件であった。いずれも、医療法に基づく「医療事故調査制度の対象」ではなかった。

また、死亡症例に関わらず医療安全上必要と判断した事例（院内で定めた基準に合致したもの）については「院内医療安全調査委員会」を実施することとしており、前記2例に加えて8例を対象に検証を実施している。これらは、院外の専門科の意見を踏まえて検証を実施することとしており、速やかな検証が行える体制が構築されてきている。

7. 日本病院機能評価受審に向けた活動状況（資料6-8）

2025年9月の日本病院機能評価受審に向けて、準備委員会を設立し活動を開始している。副院長を委員長とした11名のコアメンバーを中心に、各項目の担当者を明確にしたうえで定期的な委員会とヒアリングや実施状況の確認を行っている。また、法人内で機能評価機構のサーベイヤーを行っている医師による模擬審査を行っており、当初50余りあった

課題も大部分が合格点であるとの評価をいただいている。

8. 住民説明会の開催について（資料6-9）

昨年10月から地域住民の方々へ「神戸徳洲会病院 住民説明会」という形で、神戸市垂水区内の地域福祉センターや自治会を訪問し説明会を開催している。また、垂水駅前にある垂水区文化センターにて昨年、10月25日と12月9日の2回、説明会を開催した。これらは、説明会の案内を垂水区内の地域住民の方々へ配布し開催した。

今月の1月18日土曜日の14時から3回目の説明会を開催させて頂く予定している。説明会の質疑応答の時間を設け、直接、地域住民の方々の声を聞かせて頂いているが、大変厳しいご意見を頂いる。これは当院として貴重なご意見と捉えて今後の改善にむけて取り組んで参る所存である。

以上